



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกระหริ่งเผ่า ปกาเกอะญอที่ป่วยเป็น  
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก



พระวัฒน์ แยมจันทร์

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ปีการศึกษา 2566

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่า ปกาเกอะญอที่ป่วยเป็น  
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
ปีการศึกษา 2566  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่า ปกาเกอะญอที่ป่วยเป็น  
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก"  
ของ พีระวัฒน์ แย้งจันทร์  
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

### คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์  
(ดร.วัลลภ ใจดี)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุตหนองบัว)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสน่ห์ แสงเงิน)

อนุมัติ

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรรองกาญจน์ ชูทิพย์)  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

<b>ชื่อเรื่อง</b>	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่า ปกา เกอะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่า สองยาง จังหวัดตาก
<b>ผู้วิจัย</b>	พีระวัฒน์ แอ้งจันทร์
<b>ประธานที่ปรึกษา</b>	รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุตหนองบัว
<b>ประเภทสารนิพนธ์</b>	วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2566
<b>คำสำคัญ</b>	ความอ้างว้าง, กะเหรี่ยง, ผู้สูงอายุ

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นชาวไทยภูเขา กะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอ จำนวน 465 คน เก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2564 เครื่องมือเป็นแบบสอบถามการรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ แรงสนับสนุนทางสังคม และความอ้างว้างในผู้สูงอายุ ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคทั้งฉบับ เท่ากับ 0.860 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า ความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.2 ( $\bar{x} = 2.80$ , S.D. = 0.37) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ( $\beta = -0.247$ ,  $p < 0.001$ ) ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ ( $\beta = -0.111$ ,  $p = 0.006$ ) การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก ( $\beta = 0.107$ ,  $p < 0.013$ ) การสนับสนุนด้านสิ่งของ ( $\beta = 0.181$ ,  $p = 0.001$ ) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ( $\beta = 0.187$ ,  $p < 0.001$ ) การรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ( $\beta = 0.437$ ,  $p < 0.001$ ) ตัวแปรเหล่านี้สามารถร่วมกันทำนายความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ได้ร้อยละ 45.8 ( $R^2 = 0.465$ , Adjusted  $R^2 = 0.458$ ) ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยงานของรัฐ และสถาบันครอบครัว ควรให้ความสำคัญกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านี้

มีสุขภาพจิตที่ดีและปรับตัวต่อภาวะโรคเรื้อรังได้อย่างเหมาะสมต่อไป



<b>Title</b>	FACTORS INFLUENCING LONELINESS AMONG KAREN ELDERLY PEOPLE WITH DIABETES AND HYPERTENSION DISEASE IN THA SONG YANG DISTRICT, TAK PROVINCE
<b>Author</b>	Peerawat Yangjun
<b>Advisor</b>	Associate Professor Supaporn Sudnongbua, Ph.D.
<b>Academic Paper</b>	M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2023
<b>Keywords</b>	Loneliness, Karen, Elderly people

### ABSTRACT

This predictive research aimed to study factors influencing loneliness among Karen elderly people with Diabetes and Hypertension Disease in Tha Song Yang District, Tak province. Four hundred and sixty five samples were 60 years old and over, and lived along border between Thailand and Myanmar. They were selected randomly by systematic sampling. Data collection took place from October to November 2022. The tools used for data collection were self-esteem, health services, social support and loneliness. A questionnaire compounded with those tools and it was found 0.860 of alpha Cronbach coefficient. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple linear regression statistics.

The results illustrated that 71.2% of those Karen elders who suffered from diabetes and hypertensive disease was in the moderate level ( $\bar{x} = 2.80$ , S.D. = 0.37). Furthermore, there were six factors influencing loneliness among Karen elderly people with Diabetes and Hypertension Disease. They were service facilities ( $\beta = -0.247$ ,  $p < 0.001$ ), charge for service ( $\beta = -0.111$ ,  $p = 0.006$ ), service resources ( $\beta = 0.107$ ,  $p < 0.013$ ), staff support ( $\beta = 0.181$ ,  $p = 0.001$ ), emotional support ( $\beta = 0.187$ ,  $p < 0.001$ ), and self-esteem ( $\beta = 0.437$ ,  $p < 0.001$ ) respectively and 45.8% of these factors were utilized to predict ( $R^2 = 0.465$ , Adjusted  $R^2 = 0.458$ ). Therefore, health care providers, government sectors and family members should be concerned about

elderly's self-esteem as well as support for mental health services in order to enhance their mental health and adjust themselves towards their chronic diseases appropriately in the long run.



## ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาจาก รศ. ดร. สุภาภรณ์ สุตหนองบัว ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อมูล และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

กราบขอบพระคุณ กรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้การวิจัยนี้ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่กรุณาพิจารณารับรองและเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัย

กราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.เสน่ห์ แสงเงิน จากมหาวิทยาลัยนเรศวร นพ.เจษฎาวุฒิ บุญช่วย จากโรงพยาบาลท่าสองยางและนางอภิตี วงเพ็ญ จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าสองยาง ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา รวมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือวิจัยอย่างดี

กราบขอบพระคุณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยทุกด้านเป็นอย่างดี รวมทั้งเจ้าหน้าที่และกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างดี

กราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ และส่งผลให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ คณาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ ทุกท่าน ที่ได้ให้การอบรมสั่งสอนด้วยความเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาการศึกษา

ท้ายที่สุดนี้ขอกราบขอบพระคุณครอบครัว ครู อาจารย์ และเพื่อนนิสิตทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกด้านเป็นอย่างดีเสมอมา อันคุณค่าและคุณประโยชน์ที่ได้ จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบอุทิศให้แต่ผู้มีพระคุณทุกท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจเพื่อนำไปสร้างประโยชน์ยิ่งขึ้นต่อไป

พีระวัฒน์ แยมจันทร์



# สารบัญ

## หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศคุณูปการ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ.....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมุติฐานของการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความอ้างว้าง.....	7
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.....	19
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	24
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการรู้สึกรู้สีกมีคุณค่าในตนเอง.....	29
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ.....	32
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคม.....	40
ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อชนเผ่าปกากะญอ.....	44

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	47
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	55
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....</b>	<b>56</b>
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	56
การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง .....	57
เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือ.....	59
การพัฒนาเครื่องมือการวิจัย .....	63
การคืนข้อมูลสู่ชุมชน .....	64
การสร้างความน่าเชื่อถืองานวิจัย .....	64
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	66
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	66
<b>บทที่ 4 ผลการวิจัย .....</b>	<b>67</b>
ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล .....	67
ส่วนที่ 2 การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง .....	70
ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ.....	71
ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม.....	75
ส่วนที่ 5 ความอ้างว้างในผู้สูงอายุ .....	79
ส่วนที่ 6 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล การ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ แรงสนับสนุนทางสังคม กับอ้างว้างใน ผู้สูงอายุกระหริ่งเผ่าปกากะญอ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง .....	81
ส่วนที่ 7 ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกระหริ่งเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอสองยาง จังหวัดตาก โดยใช้การวิเคราะห์การ ถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression).....	87
<b>บทที่ 5 บทสรุป.....</b>	<b>92</b>
สรุปผลการวิจัย.....	92
อภิปรายผลการวิจัย.....	94
ข้อเสนอแนะ .....	102

บรรณานุกรม..... 104

ภาคผนวก..... 114

ประวัติผู้วิจัย..... 135



## สารบัญตาราง

### หน้า

ตาราง 1	แสดงจำนวนผู้สูงอายุชนเผ่าปากาเกอญอและจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชนเผ่าปากาเกอญอ.....	57
ตาราง 2	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปากาเกอญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 465).....	67
ตาราง 3	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปากาเกอญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำแนกตามระดับของการรู้สึกรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (n = 465).....	70
ตาราง 4	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปากาเกอญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำแนกตามรายชื่อ (n = 465).....	70
ตาราง 5	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปากาเกอญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำแนกตามระดับของการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ (n = 465).....	71
ตาราง 6	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ ของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปากาเกอญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำแนกตามรายชื่อ (n = 465).....	73
ตาราง 7	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปากาเกอญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำแนกตามระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 465).....	75
ตาราง 8	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปากาเกอญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำแนกตามรายชื่อ (n = 465).....	77
ตาราง 9	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปากาเกอญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำแนกตามระดับความอ้างว้างในผู้สูงอายุ (n = 465).....	79

ตาราง 10	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความกว้างของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำแนกตามรายชื่อ (n = 465).....	79
ตาราง 11	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยต่างๆ กับความอ้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก (n=465) .....	82
ตาราง 12	แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่าง ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว พักอาศัย บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การสูญเสียบุคคลสำคัญ กับความอ้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง.....	83
ตาราง 13	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับความอ้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูง.....	85
ตาราง 14	แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายความอ้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (n = 465).....	88

# สารบัญภาพ

หน้า

ภาพ 1	แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย .....	55
-------	---------------------------------	----



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในหลายศตวรรษที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันมนุษย์มีการพัฒนาวิทยาการด้านต่างๆ ที่ดีขึ้น โดยเฉพาะความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสุขภาพ การแพทย์และการสาธารณสุขก่อให้เกิดนวัตกรรมที่ช่วยลดหรือชะลออัตราการตายจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ลงได้ค่อนข้างมาก ประกอบกับปัจจุบันประชากรมนุษย์ทั่วโลกมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้โครงสร้างประชากรมีการเปลี่ยนแปลงไปในปี พ.ศ.2560 สหประชาชาติได้รายงานสถานการณ์จำนวนประชากรกลางปีไว้ว่าจำนวนประชากรทั่วโลกมีประมาณ 7.6 พันล้านคนและจากการเทียบสถานการณ์ประชากรใน 12 ปีที่ผ่านมา เฉลี่ยแล้วทุก 1 ปี ประชากรทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นประมาณ 83 ล้านคน ร้อยละ 26 มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 61 มีอายุ 15-59 ปี และร้อยละ 13 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทำให้ปัจจุบันประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง 962 ล้าน คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2593 จำนวนประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 1 ใน 4 ของประชากรทั้งหมด (United Nations, 2017) ในทางเดียวกันภูมิภาคเอเชียมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น ญี่ปุ่น สิงคโปร์ และเกาหลีใต้ มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 14 ส่วนประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มสังคมสูงวัยปานกลางมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 12 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2561)

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 และยังมีแนวโน้มการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุไทยสูงขึ้นเรื่อยๆ ในปี พ.ศ.2559 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง 11 ล้านคน จากจำนวนประชากรไทย 65.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.5 (บรรลุ ศิริพานิช, 2560) สัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงนั้นมีสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย โดยมีการจัดอันดับพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดในประเทศไทย อันดับที่ 1 คือ กรุงเทพมหานคร มีจำนวนผู้สูงอายุ 936,865 คน คิดเป็นร้อยละ 16.47 ของประชากรในจังหวัด อันดับที่ 2 นครราชสีมา 400,496 คน คิดเป็นร้อยละ 15.22 อันดับที่ 3 เชียงใหม่ 284,497 คน คิดเป็นร้อยละ 16.39 และจังหวัดตากอยู่อันดับที่ 60 คิดเป็นร้อยละ 11.90 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2526) เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุปัญหาสุขภาพซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสำคัญยิ่งกับผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 2 อยู่ในสภาวะติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากถึง ร้อยละ 19 โดยปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุคือการมีข้อจำกัดหรือมีความยากลำบากในการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 58 รองลงมาคือเรื่องของการได้ยินหรือสื่อความหมาย ร้อยละ 24 ด้านการมองเห็น ร้อยละ 19 ด้านการเรียนรู้ ร้อยละ 4 ด้านจิตใจ ร้อยละ 3 และด้าน

สติปัญญาอีก ร้อยละ 2 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 41 เป็นโรคความดันโลหิต ร้อยละ 18 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 9 และเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม เมื่อมีปัญหาภัยพิบัติเกิดขึ้นผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะมีโอกาสจะได้รับอันตรายสูงมากขึ้น (อนุสันต์ เทียนทอง, 2557)

สถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556 – 2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 ต่อแสนประชากร เป็น 14,926.47 ต่อแสนประชากรและพบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร 13.2 ต่อแสนประชากร เพิ่มขึ้นเป็น 17.8 ต่อแสนประชากร (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) โดยเขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก มีอัตราตายจากโรคเบาหวานต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 22.3 อัตราตายจากโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรเพิ่มขึ้น เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.3 จากข้อมูลสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก ข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง (2559-2561) พบอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในปี 2559 อยู่ที่ 16,15.59 ต่อแสนประชากร ในปี 2560 อยู่ที่ 1,577.87 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยปี 2561 อยู่ที่ 1,652.40 ต่อแสนประชากร ส่วนโรคเบาหวานพบอัตราป่วยในจังหวัดตาก ข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง (2559-2561) อัตราป่วยโรคเบาหวานในปี 2559 อยู่ที่ 718.06 ต่อแสนประชากร ในปี 2560 อยู่ที่ 690.49 ต่อแสนประชากร และในปี 2561 อยู่ที่ 752.83 ต่อแสนประชากร จากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายแล้ว ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกำลังเผชิญกับภาวะทางจิตโดยเฉพาะความอ้างว้าง รู้สึกสิ้นหวัง ว่าเหว อารมณ์เศร้า รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่เพียงลำพัง ร้อยละ 53.8 มักมีปัญหาความรู้สึกอ้างว้าง รองลงมาร้อยละ 26.5 มีปัญหาไม่มีคนดูแลยามเจ็บป่วย และอีกร้อยละ 15.3 ประสบปัญหาต้องเลี้ยงชีพด้วยตัวเอง (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2526) และจากรายงานสรุปผลงานประจำปี ของอำเภอท่าสองยาง ปี พ.ศ.2563 จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 6 ตำบลในเขตอำเภอท่าสองยาง จำนวน 5,494 คน ซึ่งผู้สูงอายุในเขตอำเภอท่าสองยางพบผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อยู่ที่ 1,538 คน คิดเป็นร้อยละ 27 และจากการผลการคัดกรอง 2Q ในกลุ่มผู้สูงอายุ มีอัตราการพบที่เพิ่มขึ้นจากเดิม โดยจะเห็นว่าในปี พ.ศ. 2562 พบผลการคัดกรองผิดปกติ 8 คน ในปี พ.ศ. 2563 พบผลการคัดกรองผิดปกติ 23 คน และจากการประเมิน 8Q ในปี พ.ศ.2562 พบผู้สูงอายุมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 2 คน ความอ้างว้างที่เป็นปัญหาทางด้านวัฒนธรรมความเชื่อเฉพาะของชนทำให้ผู้สูงอายุแต่่มักจะถูมองข้ามและเข้าใจผิดคิดว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย แต่ในความเป็นจริงที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ยิ่งไปกว่านั้นความอ้างว้างนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและความคิดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายและการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นในผู้สูงอายุ



ความอ้างว้างของผู้สูงอายุ มีความเกี่ยวข้องกัปัจจัยหลายประการจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากการศึกษาของ เชษฐา แก้วพรม, สายฝน อินศรีชื่น, และลักษณา พงษ์ภุมมา (2563) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าของผู้สูงอายุเป็นการประเมินตนเองของผู้สูงอายุในหลายๆ มิติที่มีความสัมพันธ์กับเรื่องสุขภาพ การมีทรัพย์สิน การทำงานและสร้างประโยชน์ให้กับครอบครัวและสังคม การได้รับการยอมรับและการได้รับการปฏิบัติจากคนรอบข้าง การเข้าถึงบริการสาธารณสุข 5 มิติ จากการศึกษาของปิยะนุช ชัยสวัสดิ์, ฤทธิ กวนนันทน์, สุรชาติ ฦ หนองคาย, และวิริณธ์ กิตติพิชัย (2559) พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมสามารถเข้าถึงบริการในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) มากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.82) รองลงมาคือด้านการยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62) และด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59) ตามลำดับ ส่วนด้านที่ต่ำที่สุดคือด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ (Geographic accessibility) (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27) และแรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของ (จิณกร โนรี, 2563) พบว่า ผู้สูงอายุสามารถจ่ายและจัดการค่ารักษาพยาบาลได้ด้วยตนเองได้ (ร้อยละ 84.35) และแหล่งสนับสนุนเมื่อเจ็บป่วยนั้นผู้สูงอายุจะมีผู้ดูแลหลักคือครอบครัว ร้อยละ 59.42 ผู้สูงอายุสามารถจ่ายและจัดการค่ารักษาพยาบาลได้ด้วยตนเองได้ (ร้อยละ 84.35) แหล่งสนับสนุนด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีบุคคลที่ไว้วางใจได้ (ร้อยละ 95.23) มีบุคคลที่ช่วยเหลือเกื้อกูลด้านจิตใจเมื่อต้องการ (ร้อยละ 53.58) มีบุคคลที่สามารถคุยด้วยเมื่อเกิดความกังวลใจ (ร้อยละ 56.50) เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยมีผู้มาเยี่ยมเยียน (ร้อยละ 85.15) โดยมีความถี่ของการมาเยี่ยมเฉลี่ย  $2.32 \pm 0.66$  ครั้งต่อสัปดาห์ มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (ร้อยละ 74.01) ความถี่เฉลี่ย  $1.20 \pm 0.14$  ครั้งต่อสัปดาห์

ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จึงเป็นเรื่องที่จำเป็น ทำให้ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับความอ้างว้างในผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าผลของการวิจัยครั้งนี้จะเกิดประโยชน์กับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติต่อไป

### คำถามของการวิจัย

1. ระดับความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก อยู่ระดับใด
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

### สมมุติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การอยู่อาศัย อาศัย การดูแล การสูญเสียบุคคลสำคัญ มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
2. การรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
3. การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
4. แรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาไว้ดังนี้

#### ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ซึ่งจะทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรม

#### ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ บุคคลที่มีอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำนวน 1,538 คน

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย คือ บุคคลที่มีอายุระหว่าง 60 ขึ้นไป ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 465 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลาการศึกษา

ระยะเวลาการวิจัย ระหว่างเดือน เมษายน 2564 – มีนาคม 2565

### นิยามศัพท์เฉพาะ

**ความอ้างว้าง** หมายถึง เป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้รู้สึกไม่มีความสุข จิตใจหม่นหมอง หดความกระตือรือร้น เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ซอบบ่อยเจิบ ๆ คนเดียว ท้อแท้ บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวัง มองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่าเป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการมากจะมีความรู้สึกเบื่อชีวิต

**กะเหรี่ยงเผ่าปากาเกะญอ** หมายถึง เป็นกลุ่มชาวกะเหรี่ยงที่มีวัฒนธรรมประเพณีที่เป็นเอกลักษณ์ พื้นที่แถบลุ่มน้ำต่างๆ บริเวณเทือกเขาตะนาวศรี เขตชายแดนไทย-พม่า มีหลักฐานการอยู่อาศัยมานาน เป็นชนเผ่าดั้งเดิมที่อยู่อย่างกระจัดกระจายมานานกว่า 100-200 ปี เช่น แม่น้ำเมย อำเภอสองยาง จังหวัดตาก

**ผู้สูงอายุ** หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป กำหนดโดยใช้อายุตามปีปฏิทิน ตั้งแต่แรกเกิดวัยผู้สูงอายุเป็นสภาวะของบุคคลที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่ความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตใจ มีความอ่อนแอทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการเจ็บป่วยหรือความพิการเกิดร่วมด้วย ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

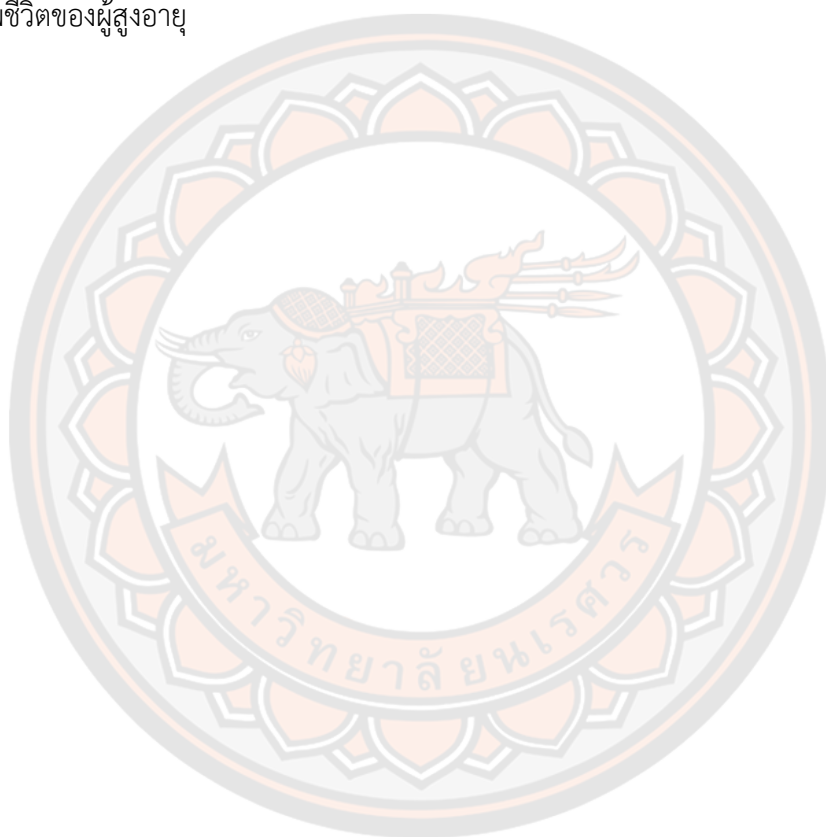
**โรคเบาหวาน** หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่ 1 โรคเบาหวานที่เกิดจากการทำลายเบต้าเซลล์ของตับอ่อนส่วนใหญ่จะเกิดภูมิคุ้มกันตนเองและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคที่เกิดจากภาวะซึ่ออินซูลินร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อน

**โรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ความดันโลหิตสูง ภาวะที่ความดันในเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว (SBP) สูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและมีความดันในเส้นเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว (DBP) สูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

**การรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** หมายถึง ความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคลที่มีต่อตนเอง ประกอบด้วยคุณลักษณะ 4 ประการ 1. ความรู้สึกถึงความสำคัญ 2. ความสามารถ 3) คุณความดี 4) พลังอำนาจ การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนบทบาทของบุคคลในแต่ละช่วงวัยที่ต้องมีการปรับตัว

**การเข้าถึงบริการสาธารณสุข 5 มิติ** หมายถึง การให้บริการสุขภาพให้ปัจเจกบุคคล การได้รับบริการ รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอย่างครบถ้วน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ มี 5 ด้านดังนี้ 1) การบริการที่มี 2) การเข้าถึงแหล่งบริการ 3) ความพอเพียง 4) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ 5) การยอมรับ

**แรงสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งในด้านที่มองเห็น เช่น เงิน สิ่งของ แรงกาย และด้านอารมณ์ เช่น คำแนะนำ กำลังใจจากบุคคลอื่นๆ ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งกับการดำรงชีวิตและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก โดยผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความอ้างว้าง
2. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
5. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ
6. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม
7. ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ กะเหรี่ยงเผ่าปกาเกอะญอ
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 8.1 งานวิจัยภายในประเทศ
  - 8.2 งานวิจัยต่างประเทศ
9. กรอบแนวคิดการวิจัย

#### แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความอ้างว้าง

Francis, 1981 as cited in Proffitt & Byrne (1993) ให้ความหมายว่า ความอ้างว้างเป็นความทุกข์ใจอย่างมาก เป็นปฏิกิริยาตอบสนองที่คลุมเครือทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ไว้ สาเหตุชัดเจนมีการแยกตัวจากบุคคลอื่น รู้สึกตนเองว่าไม่มีคุณค่า ไม่มีใครรักและเอาใจใส่ มีความรู้สึกอ้างว้างและอยากแยกตัวจากสังคม

Peplau & Perlman (1982) กล่าวว่า ความอ้างว้างเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ จากการไม่ได้รับสัมพันธภาพที่พึงพอใจจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคม (person's network of Social relations) ทั้งในด้านคุณภาพและปริมาณ

Hoffmann (1991) ให้ความหมายว่า ความอ้างว้างเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่เกิดความรู้สึกว่างเปล่า มีการพลัดพราก รู้สึกไม่สบาย เมื่อขาดการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม

Kaasa (1998) กล่าวว่า ความอ้างว้างเป็นความรู้สึกทางด้านลบ (negative feeling) ของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการพร่องทางสัมพันธภาพในสังคม

จากคำจำกัดความเกี่ยวกับความอ้างว้าง ดังกล่าวข้างต้น พบว่ามีความหมายที่มีลักษณะเหมือนกัน 2 ลักษณะคือ 1) เป็นความรู้สึกทุกขใจ ไม่สบายใจ 2) เป็นการไม่ได้รับสัมพันธภาพที่ตนพึงพอใจ

สรุปได้ว่า ความอ้างว้าง เป็นความทุกข์ทรมานทางจิตใจของบุคคลโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ และเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเกิดจากการสูญเสียสัมพันธภาพที่มีความหมายหรือมีความสำคัญกับบุคคล สูญเสียบทบาททางสังคม รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และรู้สึกซึมเศร้า เหมือนถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครรัก ไม่มีใครเอาใจใส่ รู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่มีความหมาย และแยกตัวออกจากสังคม

### 1. ชนิดของความอ้างว้าง

การแบ่งชนิดของความอ้างว้าง สามารถแบ่งได้หลายแบบ ดังนี้

Peplau (1988) ได้แบ่งชนิดของความอ้างว้างโดยพิจารณาตามช่วงเวลาที่เกิด และตามลักษณะอารมณ์และสังคม ดังนี้

1. แบ่งตามช่วงเวลา คือ ความอ้างว้างเป็นความรู้สึกเจ็บปวด ความรู้สึกไม่สบายแบบรุนแรง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาจจะเป็นแค่ชั่วคราวหรือเรื้อรังนานกว่านั้นก็ได้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการรักษาทางคลินิกสำหรับนักจิตวิทยา โดยแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1.1 ความอ้างว้างแบบชั่วคราว (Transient loneliness) เป็นความอ้างว้างที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว มีระยะเวลาไม่นาน

1.2 ความอ้างว้างจากประสบการณ์ในชีวิต (Situation loneliness) เป็นความอ้างว้างที่เกิดขึ้นหลังจากเหตุการณ์สำคัญในชีวิต เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต การเกษียณอายุทำงานหรือราชการ การหย่าร้าง การย้ายที่อยู่หรือการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย และการแยกจาก

1.3 ความอ้างว้างแบบเรื้อรัง (Chronically loneliness) เป็นความอ้างว้างที่เกิดขึ้นในบุคคลที่ไม่พึงพอใจในสัมพันธภาพของตนกับบุคคลอื่นเป็นระยะเวลานานติดต่อกัน โดยที่ไม่สามารถพัฒนาสัมพันธภาพให้ดีขึ้นได้

ในการแบ่งชนิดของความอ้างว้างที่พิจารณาตามช่วงเวลาของ Peplau (1988) นี้มีความสอดคล้องกับการแบ่งชนิดของความอ้างว้างโดย Shultz, 1993 อ้างอิงใน จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพียรพิจารณ์, และรัตนารักษ์ ศิริวัฒน์ชัยพร (2556) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ชนิด คือ 1) ชนิดที่เกิดขึ้นชั่วคราวและหายไป (Transient loneliness) เนื่องจากต้องแยกจากกลุ่มเพื่อนหรือผู้คนที่สังคม ความอ้างว้างอาจเกิดเป็นนาทีหรือนานเป็นชั่วโมงก็ได้ เมื่อได้พบปะเพื่อนฝูงหรือผู้คนที่หายไป 2) ชนิดที่เกิดจากมีสถานการณ์สำคัญในชีวิตเกิดขึ้นกับบุคคลนั้น (Situation loneliness) เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต การที่ต้องออกจากงานเมื่อครบเกษียณอายุหรือการสูญเสียเพื่อนสนิท ความอ้างว้างชนิดนี้อาจเกิดขึ้นและเป็นอยู่ได้ระยะเวลานาน บางทีอาจจะนานถึง 1 ปี และ 3) ชนิดเรื้อรัง (Chronic loneliness) เป็นแบบแผนพฤติกรรมที่แสดงออกแบบผิดๆ เนื่องจากไม่มี

ความสัมพันธ์แบบใกล้ชิดสนิทสนมหรือผูกพันกับสิ่งใดต่อไปอีกหรือถ้ามีก็เพียงผิวเผินเท่านั้น ความอ้างว้างชนิดนี้จะอยู่ในวิถีของการดำรงชีวิตตลอดไป

2. แบ่งตามลักษณะความอ้างว้างทางอารมณ์ที่เป็นผลจากการสูญเสียทางสังคม คือ ความอ้างว้างชนิดนี้สามารถระบุลักษณะเฉพาะทางสังคมเข้าไปด้วย โดยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่นักวิชาการชอบนำมาจัดกลุ่มในชนิดของความอ้างว้าง ดังนี้

Weiss, 1973 as cited in Peplau (1988) แบ่งความอ้างว้าง ออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. ความอ้างว้างทางอารมณ์ (Emotional loneliness) เป็นพฤติกรรมที่แสดงความรู้สึกกังวล ความกระวนกระวาย (Restlessness) และความรู้สึกว่างเปล่าไร้แก่นสาร (Emptiness) ซึ่งเป็นผลเกิดจากการขาดสัมพันธ์ภาพอันใกล้ชิดกับผู้อื่น เนื่องจากมีความรู้สึกที่ตนเองมีรูปลักษณ์ที่ดึงดูดใจแก่ผู้พบเห็น (Physically unattractiveness)

2. ความอ้างว้างทางสังคม (Social loneliness) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความรู้สึกเบื่อหน่ายและรู้สึกว่าสังคมนี้มีช่องว่าง มีการแบ่งแยก (Marginality) เป็นผลที่เกิดจากการขาดความสัมพันธ์ที่มีความหมายหรือมีความสำคัญต่อตน หรือขาดความรู้สึกที่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชนหรือสังคม หรือบุคคลนั้นไม่มีความรู้สึกร่วมในสถานการณ์นั้นๆ

Gierveld et al., 2006 อ้างอิงใน สุพรรณิ นันทชัย (2534) ได้แบ่งความอ้างว้าง ออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. ความอ้างว้างเชิงบวก (Positive loneliness) เป็นความอ้างว้างที่มีความสัมพันธ์กับสถานการณ์ เช่น การเลิกดื่มสุราโดยสมัครใจ โดยไม่รบกวนวิถีชีวิตและเป็นการปรับตัวไปสู่เป้าหมาย เช่น ปฏิบัติอาสาสะท้อนกลับ การใช้จ่ายและการสื่อสาร ปัจจุบันนี้ชนิดความอ้างว้างเชิงบวกมีเพิ่มขึ้นอย่างอิสระตามสถานการณ์

2. ความอ้างว้างเชิงลบ (Negative loneliness) เป็นความอ้างว้างที่มีความสัมพันธ์กับความไม่น่าพึงพอใจ หรือความบกพร่องความสัมพันธ์ของบุคคลที่ไม่สามารถจะยอมรับได้

Francis (1981) ได้แบ่งความอ้างว้างออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. ความอ้างว้างชนิดปฐมภูมิ (Primary loneliness) เป็นความอ้างว้างที่เกิดขึ้นตามปกติขณะอยู่คนเดียว มีความเบื่อหน่าย รู้สึกว่าชีวิตปราศจากแก่นสาร ไม่อยากพบปะผู้คนและอยากแยกตัวจากสังคม

2. ความอ้างว้างชนิดทุติยภูมิ (Secondary loneliness) เป็นความอ้างว้างที่เกิดจากการต้องอยู่ตามลำพัง เนื่องจากการจากไปหรือการพลัดพรากจากบุคคลหรือสิ่งของอันเป็นที่รัก

Clarke, Clarke & Jagger (1992) ได้อธิบายชนิดของความอ้างว้างไว้ 2 ชนิด ดังนี้

1. Existential loneliness หมายถึง ความอ้างว้างอันเกิดขึ้นเสมอๆ ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เกิดจากการเจ็บป่วยทางกาย เช่น บุคคลที่ได้รับอุบัติเหตุต้องนอนอยู่นานๆ โดยไม่มีคนสนใจดูแล หรือบุคคลสูงอายุที่มีปัญหาทางด้านร่างกาย ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีความรู้สึกเหมือนไม้ใกล้ฝั่ง ไม่มีรู้หลานคอยช่วยเหลือ มีความเจ็บเหงาในบั้นปลายชีวิต

2. Anxiety loneliness หมายถึง ความอ้างว้างที่เกิดจากความขัดแย้งภายในใจ ตนเองที่สะสมไว้เป็นเวลานาน ไม่สามารถแสดงความเป็นตัวของตัวเองได้ ต้องมีพฤติกรรมเสแสร้งเพื่อที่จะได้เป็นที่ปรารถนาหรือพึงพอใจในสังคม การที่บุคคลไม่สามารถแสดงความต้องการที่แท้จริงของตนเองได้นั้น เนื่องมาจากมาตรฐานของสังคม การต้องทำอะไรเพื่อรักษาชื่อเสียงเกียรติยศ การแสวงหาความพึงพอใจจนเกินความสามารถ การแสวงหาความร่ำรวยจนเกินควร การไม่มีชีวิตอยู่อย่างเรียบง่ายตามธรรมชาติ การพยายามเลียนแบบวัฒนธรรมตะวันตก สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความอ้างว้างสูง และเกิดความสับสนในตนเองตลอดเวลา

## 2. การศึกษาแนวคิดความอ้างว้าง

Perlman & Peplau (1998) ได้พัฒนากรอบแนวคิดเกี่ยวกับความอ้างว้าง (Loneliness) ว่าประสบการณ์ความอ้างว้าง มีสาเหตุจากปัจจัยด้านบุคลิกลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลทั้งในอดีตและปัจจุบัน คุณค่าทางวัฒนธรรมและบรรทัดฐานทางสังคม เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความวุ่นวายใจ ความต้องการที่ไม่ตรงกับความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นจริง ความรู้ความเข้าใจและสิ่งที่แสดงออกมา โดยวิเคราะห์ความอ้างว้างเป็นความไม่สมดุลของสัมพันธ์ภาพทางสังคมกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง มีผลทำให้บุคคลรับรู้ถึงความไม่สบายใจ ไม่สามารถทนอยู่คนเดียวได้ เกิดความอ้างว้างโดยพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเกิดความต้องการการดูแลจากบุคคลอื่น นอกจากนั้นความอ้างว้างเป็นความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากการสูญเสียสัมพันธ์ภาพที่มีความหมายหรือความสำคัญกับบุคคล สูญเสียบทบาททางสังคม รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และรู้สึกซึมเศร้า เหมือนถูกทอดทิ้ง ไม่มีใครรักและดูแลเอาใจใส่ รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย และแยกตัวจากสังคม

## 3. สาเหตุของความอ้างว้าง

Peplau (1988) กล่าวไว้ว่า ความอ้างว้างเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล กระบวนการทางความคิดที่เกี่ยวกับความอ้างว้าง วิธีการทางปัญญา (Cognitive approach) แบบแผนทางพฤติกรรม (Behavior patterns) ซึ่งจากการศึกษาทบทวนสามารถสรุปสาเหตุที่ส่งเสริมให้เกิดความอ้างว้างในผู้สูงอายุได้ 3 สาเหตุหลักๆ ดังนี้



## 1. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

การเจ็บป่วยทางร่างกาย อาจเป็นทั้งสาเหตุหลักและผลกระทบของการเกิดความอ้างว้าง (Killeen, 1998) กล่าวคือ ในผู้ที่มีการเจ็บป่วย หรือสุขภาพไม่ดี ทำให้ขาดโอกาสเข้าร่วมกลุ่มทางสังคม ขาดการปฏิสัมพันธ์กับสังคม จนเป็นสาเหตุที่อาจทำให้เกิดความอ้างว้างในที่สุด (Rane-Szostak & Herth, 1995) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมถอยลงตามธรรมชาติ ความชราเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติในวงจรของชีวิตมนุษย์ เมื่อเข้าสู่วัยชราหรือวัยสูงอายุ ระบบต่างๆในร่างกายที่ทำหน้าที่อย่างไม่มีขีดจำกัด ่อวัยวะทุกระบบก็จะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยลงอย่างเห็นได้ชัด ตั้งแต่ภายนอกร่างกาย เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น มีตกรกระ กล้ามเนื้อเหี่ยว หน้าตาเหี่ยวย่น บางคนหลังค่อม เคลื่อนไหวช้าลง การทรงตัวไม่ดี อ่อนเพลียและเหนื่อยล้าได้ง่าย กระดูกเปราะบางและหักง่าย ฟันมีโอกาสหักง่าย ประสาทสัมผัสต่างๆเสื่อมลง การมองเห็นและการได้ยินเสื่อมลง ทำให้ไม่สะดวกในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น อาจทำให้แปลความหมายของสิ่งแวดล้อมผิดไป รู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งจากวงสนทนาในสังคม บางรายอาจล้มปัสสาวะไม่ได้จะเกิดความละอายในการเข้าสังคม ซึ่งจะนำไปสู่ความคับข้องใจ แยกตัวออกจากสังคม ทำให้มีโอกาสเกิดความอ้างว้างได้ง่าย

## 2. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

เมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป นับเป็นช่วงวัยผู้สูงอายุ เป็นช่วงที่เริ่มห่างจากสังคม ภาระหน้าที่และบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลง การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและความผูกพันภายในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับบุตรหลานของตนเองที่ต่างวัยต่างความรู้ ต่างประสบการณ์ รสนิยม ยังไม่พบความสุขความพอใจ ที่อบอุ่นลึกซึ้งเหมือนชีวิตในสมัยก่อน บางครั้งผู้สูงอายุก็ต้องการแยกตัวออกไปอยู่ตามลำพัง ซึ่งทำให้เกิดความอ้างว้างมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลทำให้เกิดความอ้างว้างในผู้สูงอายุ ได้แก่

2.1 การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและความผูกพันภายในครอบครัวโครงสร้างของครอบครัวในสังคมไทยสมัยก่อน มักจะอยู่กันแบบครอบครัวขยาย ซึ่งเป็นครอบครัวใหญ่ที่มีความผูกพันสนิทแนบแน่นระหว่างสมาชิกในครอบครัว มีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของครอบครัว แต่สังคมไทยในปัจจุบันได้เปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม กลายเป็นสังคมที่มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจสูง มีการเคลื่อนย้ายของแรงงานจากชนบทเข้าสู่เมือง มีความจำเป็นจะต้องเดินทางเคลื่อนย้ายหางานนอกหมู่บ้านหรือชุมชนที่อยู่อาศัย ไม่สะดวกที่จะนำพ่อแม่และผู้สูงอายุไปด้วย นอกจากนี้บุตรหลานที่แต่งงานมีครอบครัวของตน ก็มักจะออกไปตั้งครอบครัวใหม่เป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าจะอยู่อย่างผู้อาศัยในครอบครัวเดิม อีกทั้งภาวะทางเศรษฐกิจบังคับให้ครอบครัวไม่สามารถเลี้ยงดูผู้สูงอายุของฝ่ายบิดา และมารดาได้เหมือนในอดีต ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุบางกลุ่มจะมีฐานะดีพอที่จะเลี้ยงตนเองได้ก็ยังคงพบว่าการอยู่ร่วมกับผู้อื่นแม้แต่กับบุตรหลานของตนเองที่

ต่างวัย ต่างความรู้ ต่างประสบการณ์และรสนิยม นั้น ยังไม่พบความสุขความพอใจที่อบอุ่นลึกซึ้งเหมือนชีวิตในสมัยก่อน ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่ต้องอยู่ตามลำพังมากขึ้นโดยไม่มีบุตรหลานมาคลุกคลีใกล้ชิดดังเดิม บางครั้งผู้สูงอายุก็ต้องการแยกตนเองออกไปอยู่ตามลำพัง ซึ่งทำให้เกิดความอ้างว้างได้

2.2 การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายของตน บุคคลที่มีความหมายในที่นี้ไม่ใช่เพียงบุคคลในครอบครัวเท่านั้น แต่ยังรวมถึงเพื่อนสนิทหรือผู้ใกล้ชิดสนิทสนมที่มีความผูกพันต่อกันด้วยการสูญเสียที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ คือ การตายของคู่ชีวิต ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนความรู้สึกได้มากที่สุดในชีวิตการเป็นหม้ายจะมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดความรู้สึกอ้างว้างในผู้สูงอายุได้โดยเฉพาะผู้สูงอายุบางรายอาจยังมีความต้องการทางเพศตกค้างอยู่ในจิตใจอยู่ แต่เป็นเรื่องที่สังคมไทยยังไม่ยอมรับว่าความต้องการนี้ยังคงมีอยู่ในผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจและนำไปสู่ความอ้างว้าง

2.3 การขาดการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมของผู้สูงอายุ โดยการเข้าเป็นสมาชิกชมรมต่างๆ การพบปะพูดคุยกันในกลุ่มเพื่อนหรือเพื่อนบ้านทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีโอกาสได้เพื่อนใหม่ที่สามารถพูดคุยปรับทุกข์กันได้ ทำให้รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น สุขภาพร่างกาย ฐานะทางเศรษฐกิจ และการคมนาคม

2.4 การเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต ความอ้างว้างของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตอย่างมาก ระดับของความอ้างว้างขึ้นอยู่กับวิถีชีวิตของแต่ละบุคคลหรือครอบครัวมีในอดีต รวมทั้งบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลด้วย บุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคนในสังคมอย่างสม่ำเสมอและเป็นคนเปิดเผย มีความรู้สึกสนุกสนานกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนรวมทั้งสามารถดำรงสภาพเช่นนี้ไว้ตลอดในช่วงท้ายของชีวิต เขาจะมีความอ้างว้างน้อยที่สุด นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เคยเป็นคนขี้อายและพึ่งพาคู่สมรสในทุกๆ ด้านนั้น เมื่อเกิดการสูญเสียคู่ชีวิตไปจะทำให้เกิดความอ้างว้างมาก มีการแยกตัวออกจากสังคมและมีชีวิตอยู่ตามลำพังด้วยความทุกข์ทรมาน นอกจากนี้ยังมีความต้องการที่จะอยู่ตามลำพังไม่ยุ่งกับบุตรหลานหรือสังคมภายนอกของผู้สูงอายุ โดยต้องการใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย เช่น การบวชอยู่วัด ในกรณีเช่นนี้ การแยกตัวไม่ได้ทำให้เกิดความอ้างว้าง แต่ก็มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นได้

2.5 การเปลี่ยนแปลงด้านขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมอันเนื่องมาจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้สภาพชีวิตและความเป็นอยู่ในสังคมไทยเปลี่ยนไปในลักษณะคล้ายกับประเทศตะวันตกมากขึ้น วัฒนธรรมไทยดั้งเดิมที่สอนให้เด็กกตัญญูรู้คุณบิดา มารดา และญาติผู้ใหญ่ จะต้องทดแทนคุณด้วยการอุปการะเลี้ยงดู พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ก็เลยถูกทอดทิ้งมากขึ้น ในขณะที่เจตคติ ค่านิยม และความสนใจของ

ผู้สูงอายุไม่มีการเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุยังคงยึดมั่นต่อสิ่งเดิม และมีความคิดความอ่านที่คงที่ การแสดงออกเป็นไปในลักษณะที่ค่อนข้างเก่า ยึดมั่นต่อขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม มีการต่อต้านรูปแบบในการเปลี่ยนแปลงแนวทางชีวิตใหม่ๆ ความคิดใหม่ๆ โดยเฉพาะในรายที่มีการโยกย้ายถิ่นฐานเข้าไปอยู่ในสังคมใหม่ มีขนบธรรมเนียมใหม่ หรือมีศาสนาใหม่ บุคคลเหล่านี้จะเกิดความคับข้องใจและเกิดความอ้างว้างได้

### 3. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์

โดยทั่วไปการตายของผู้ชีวิตเป็นสาเหตุใหญ่ของความอ้างว้าง ประกอบกับการสูญเสียต่างๆ ที่เพิ่มขึ้นตามวัยของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอัตมโนทัศน์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย และกระทบกระเทือนจิตใจได้ง่าย ผู้สูงอายุบางคนจะรู้สึกขี้บ่นมากขึ้น ซึ่งทำให้บุตรหลานเกิดความรำคาญ ก็มักจะปล่อยให้อยู่ตามลำพัง ทำให้มีแนวโน้มที่จะเกิดความรู้สึกอ้างว้างได้มาก การสูญเสียที่เพิ่มขึ้นในวัยสูงอายุ ก่อให้เกิดความรู้สึกโศกเศร้ามาก เมื่อไม่สามารถแก้ไขได้ จะนำไปสู่ความอ้างว้าง ความเสียใจ ความท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองอยู่ในภาวะไร้พลัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เกิดความรู้สึกซึมเศร้า และสิ้นหวัง แยกตนเองออกจากสังคมและอยากตาย

Shaver & Klinnert (1982) ได้กล่าวถึงสาเหตุของความอ้างว้างไว้ ดังนี้

1. ปัจจัยจากสถานการณ์ที่จะมีผลต่อการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลโดยทำให้ปริมาณและคุณภาพของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง

2. ลักษณะส่วนบุคคล เช่น เก็บตัวไม่กล้าแสดงออก มีความขัดแย้งในอารมณ์และความเครียด ส่งผลให้มีความรู้สึกอ้างว้างอยู่ตลอดเวลา ซึ่งอิทธิพลหรือองค์ประกอบที่ส่งผลให้เกิดความอ้างว้างมีดังต่อไปนี้

2.1 อิทธิพลจากสถานการณ์ ได้แก่ เหตุการณ์ที่ลดการติดต่อทางสังคมกับบุคคลอื่น และเป็นเหตุส่งเสริมสำหรับความรู้สึกอ้างว้าง เช่น การหย่าร้าง หรือการสูญเสียผู้ชีวิต การแยกครอบครัวเพื่อไปอยู่ในที่แห่งใหม่

2.2 อิทธิพลจากลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล ได้แก่ ขาดทักษะทางสังคมที่เหมาะสม เช่น ขี้อาย เก็บตัว ไม่กล้าแสดงออก มีความขัดแย้งทางอารมณ์ มีความเครียด มีความวิตกกังวลและซึมเศร้า ไม่มีความยินดีในตนเอง มีทัศนคติในทางลบต่อการดำเนินชีวิต

2.3 ทักษะทางสังคมและการสร้างความสัมพันธ์ มีลักษณะไม่ยอมรับผู้อื่น พุดน้อย ไม่กล้าเปิดเผยตนเอง ไม่ยอมรับตนเอง

2.4 การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับและวิธีเผชิญความรู้สึกอ้างว้าง การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มองเห็นปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ ลดความวิตกกังวลสอนวิธีเผชิญความรู้สึกนั้น โดยใช้กลยุทธ์หลายอย่างด้วยกัน เช่น ลดความต้องการที่ไม่จำเป็นลง เพิ่มปริมาณและคุณภาพของ

การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและประเมินความต้องการของตนเองใหม่ โดยลดความคาดหวังและความจริงใจให้ใกล้เคียงกัน

#### 4. ผลกระทบของความอ้างว้าง

ความอ้างว้าง มีจุดเชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพโดยมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งสรุปได้ดังนี้

##### 1. ด้านร่างกาย

Patrick & Cacioppo (2008) ได้กล่าวว่า ความอ้างว้างมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล คือ ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง โรคอ้วน การทำหน้าที่ของหัวใจและหลอดเลือด การทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน เพิ่มระดับฮอร์โมนความเครียด และการมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และขาดการออกกำลังกาย ซึ่งผลกระทบเหล่านี้เป็นสิ่งที่กระตุ้นกระบวนการสูงอายุ และในขณะเดียวกันความอ้างว้างอาจเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเสื่อมถอยด้านร่างกายและจิตใจได้ เนื่องจากความอ้างว้างมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายทำให้สุขภาพมีความเสื่อมถอยเร็วขึ้น จากการศึกษาของ Cacioppo & Patrick (2008) พบว่า ในผู้ที่มีความอ้างว้างจะมีความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายสูงกว่าผู้ที่ไม่มีความอ้างว้าง และในผู้ที่ไม่มีความอ้างว้างจะมีอัตราการเต้นของหัวใจ จังหวะการบีบของหัวใจ และปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาที ดีกว่าผู้ที่มีความอ้างว้าง และพบว่า ผู้ที่มีความอ้างว้างมีคุณภาพการนอนหลับน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีความอ้างว้าง ซึ่งในผู้ที่มีความอ้างว้างเรื้อรังอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพต่างๆตามมา เช่น การเป็นโรคเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด มีอาการปวดศีรษะ แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง น้ำหนักอาจเพิ่มหรือลดจากการมีภาวะโภชนาการไม่ดี เป็นต้น

##### 2. ด้านจิตใจ

Hoffman, 1991 อ้างอิงใน คำจันทร์ ร่มเย็น (2550) ได้ระบุผลกระทบของความอ้างว้างไว้ว่า ผู้ที่มีความอ้างว้างจะแสดงออกได้ 3 รูปแบบ ดังนี้

2.1 แบบแผนด้านอารมณ์ (Affective pattern) จะมีอาการของความรู้สึกซึมเศร้า หมดหวัง สิ้นหวัง มีความรู้สึกเบื่อหน่าย รู้สึกโกรธ มีความขัดแย้งในตนเอง รู้สึกผิด

2.2 แบบแผนด้านความคิดการรับรู้ (Cognitive pattern) บุคคลจะมีการแปลความหมายของข้อมูล หรือสถานการณ์ผิดพลาด กระบวนการคิดบิดเบือน หากความอ้างว้างยังมีอยู่ตลอดเวลาจะทำให้มีความคิดตำหนิตนเอง เกิดความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพ มีความเสี่ยงที่จะเกิดความซึมเศร้าตามมา และไม่สามารถปรับปรุงสัมพันธภาพกับบุคคลในสังคมได้ดีเหมือนเดิม

2.3 แบบแผนด้านพฤติกรรม (Behavior pattern) จะมีความคิดหมกมุ่น ตำหนิตนเอง หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการอยู่คนเดียว และทำกิจกรรมต่างลำพัง เช่น ดูทีวี อ่านหนังสือ และมีความคิดเพื่อฟื้นคืนนาการในสิ่งต่างๆ บางครั้งอาจมีพฤติกรรมไม่ซื่อ หรือสารเสพติด เช่น ดื่มสุรา หรือการใช้นอนหลับ ผู้ที่มีความอ้างว้างจะส่งผลกระทบต่อความสุขและคุณภาพ

ชีวิต คือ ทำให้ความสุขในชีวิตลดน้อยลง และมีคุณภาพชีวิตในมิติด้านจิตใจต่ำลง หากผู้สูงอายุที่มีความอึดอัด ไม่ได้รับการดูแลหรือช่วยเหลือให้เหมาะสม อาจนำไปสู่การเสียชีวิต (Holmén, Ericsson, Andersson & Winblad, 1992) ซึ่งความอึดอัดอาจไม่ใช่สาเหตุของการเสียชีวิตโดยตรง แต่ในผู้ที่มีความอึดอัดเป็นเวลานาน และเลือกใช้วิธีการจัดการกับความอึดอัดไม่เหมาะสม เช่น การกินมากเกินไป การใช้สารเสพติด การดื่มเหล้า หรือวิธีการอื่นๆ เพื่อบรรเทาความอึดอัดที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ซึ่งวิธีการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีชีวิตสั้นลง หรือเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเร็วขึ้น นอกจากนี้ Mcwhirter, 1990 as cited in Killeen (1998) กล่าวว่า ความอึดอัด และการขาดการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ซึ่งบุคคลที่มีความอึดอัดจะมีความรู้สึกว่ามีโลกนี้ไม่มีใครสนใจหรือเอาใจใส่พวกเขา รู้สึกว่าตนเองอยู่เพียงลำพังในโลก ไม่มีใครคิดถึงตน หากพวกเขาเสียชีวิตไปก็คงจะไม่มีใครรู้สึกเศร้าเสียใจ วิธีการที่จะจบความรู้สึกทุกข์ทรมานเหล่านี้ได้ มีเพียงวิธีเดียว คือ การฆ่าตัวตาย ผู้ที่อึดอัดจึงเลือกใช้การฆ่าตัวตายเป็นทางออก ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดสำหรับพวกเขา (Killeen, 1998)

### 5. ลักษณะทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่อึดอัด

Peplau (1988) จำแนกลักษณะเฉพาะทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่มีความอึดอัดไว้ ดังนี้

1. แบบแผนทางอารมณ์ (Affective pattern) Rubenstein & Shaver, 1992 as cited in Perlman & Peplau (1988) ได้แบ่งความรู้สึกที่เกี่ยวกับความอึดอัดไว้เป็นแบบแผนทางอารมณ์ 4 แบบ คือ ความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกเศร้า ความรู้สึกเบื่อหน่ายไม่ยอมอดทน และความรู้สึกรังเกียจตนเอง บุคคลที่อึดอัดมากกว่าร้อยละ 60 จะมีความรู้สึกเหล่านี้มากกว่า 1 แบบ Young, 1982 as cited in Peplau (1988) กล่าวว่า วิธีการจัดการกับความอึดอัดของแต่ละบุคคล ควรพิจารณาว่าบุคคลนั้นมีความอึดอัดที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกแบบใด เช่น ความอึดอัดที่ประกอบด้วยความรู้สึกเศร้าเสียใจ ร่วมกับความรู้สึกซึมเศร้า หรือความรู้สึกทุกขใจ กังวลใจร่วมกับความกลัวหรือร่วมกับความรู้สึกโกรธและขมขื่น เป็นต้น นอกจากนี้ ความอึดอัดยังมีความสัมพันธ์สูงกับความรู้สึกซึมเศร้า โดยความรู้สึกซึมเศร้าจะเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพทางสังคมของบุคคล เช่น การหย่าร้าง การเป็นหม้ายและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมดังกล่าวจะเป็นชนวนนำไปสู่ความรู้สึกอึดอัด

2. แบบแผนความคิด (Cognitive pattern) กล่าวได้ว่า กระบวนการทางความคิดที่สำคัญที่เป็นสาเหตุหรือเกิดขึ้นควบคู่ไปกับความอึดอัดมีอยู่ 3 ประการ ดังนี้

- 2.1 การที่บุคคลมองตนเองและสัมพันธภาพของตนเองกับผู้อื่น

- 2.2 การที่บุคคลมุ่งความสนใจในประสบการณ์ของตนโดยเฉพาะความรู้สึกภายใน

ของตน

### 2.3 การมองตนเองและผู้อื่นในทางลบ

ดังนั้น การช่วยเหลือบุคคลที่มีความอ้างว้าง นักจิตวิทยาการให้คำปรึกษาจำเป็นต้องทราบเกี่ยวกับการให้ความหมายของบุคคลต่อสถานภาพทางสังคมของตนเอง ความรู้สึกอ้างว้างมักเริ่มจากการตำหนิตนเองว่าล้มเหลวทางด้านสังคม ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะรู้สึกซึมเศร้ามากขึ้น บันทอนความพยายามที่จะปรับปรุงสัมพันธภาพทางสังคมของตนเองให้ลดลง

กระบวนการทางความคิดที่เกี่ยวข้องกับความอ้างว้าง จะเน้นที่แบบแผนความขัดแย้งทางความคิดกับความอ้างว้าง (Cognitive discrepancy model of loneliness) เป็นสำคัญขององค์ประกอบของความอ้างว้างที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนทางอารมณ์ พฤติกรรม และความคิดจิตที่บุคคลนั้นได้รับรู้และตั้งสมมติฐานไว้ เมื่อพิจารณาตามหลักของแบบแผนความขัดแย้งทางความคิด ความอ้างว้างเป็นการตอบสนองต่อการรับรู้ของบุคคลว่าล้มเหลว เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานของบุคคล ซึ่งขึ้นกับการที่บุคคลรับรู้และประเมินตนเองและสังคมของตนเองว่าเป็นเช่นใด ดังนั้น ภายได้สัมพันธภาพทางสังคมแบบเดียวกัน บุคคลหนึ่งอาจรู้สึกอ้างว้าง ขณะที่อีกบุคคลหนึ่งอาจรู้สึกพึงพอใจในสัมพันธภาพทางสังคมนั้น ดังนั้น ความอ้างว้างจึงสามารถเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ด้วยการเปลี่ยนแปลงความคิดที่เป็นมาตรฐานทางสังคมของบุคคลนั้น Peplau (1988) จึงสนับสนุนวิธีการทางปัญหา (Cognitive approach) ในการบำบัดความอ้างว้าง หลักการที่สำคัญที่สุดของวิธีการทางปัญญาคือ ความเชื่อที่ว่าความคิดหรือการรับรู้ของบุคคลเป็นสาเหตุของความอ้างว้าง โดยความคิดเป็นสื่อกลางระหว่างความรู้สึกบกพร่องทางสังคมกับประสบการณ์ความอ้างว้างที่เกิดขึ้น แบบแผนทางพฤติกรรม (Behavior patterns) ยังมีการวิจัยเกี่ยวกับแบบแผนทางพฤติกรรมของบุคคลที่มีความอ้างว้างน้อยมาก อย่างไรก็ตาม สรุปได้ว่า ทักษะทางสังคมอาจเป็นปัจจัยที่สำคัญแต่ยังไม่แน่ชัดว่าทักษะทางสังคมเป็นเหตุหรือผลของความอ้างว้าง มีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่พอสรุปได้ว่า ในการสนทนาของผู้ที่มีความอ้างว้าง มักจะพูดแต่เรื่องของตนเองและไม่ตอบสนองต่อคำพูดของผู้อื่น และมีการเปิดเผยตนเองในเรื่องส่วนตัวบางเรื่อง นอกจากนี้ยังสรุปได้ว่า บุคคลที่อ้างว้างเป็นคนขี้อายและลังเลที่จะเสี่ยงทางด้านสังคม

### 6. ความอ้างว้างในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ความอ้างว้างเป็นปัญหาทางจิตสังคมปัญหาหนึ่งที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล Proffitt & Byrne (1993) อธิบายว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความอ้างว้างในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น มีปัจจัย 4 ประการคือ

1. การแยกทางกายภาพ (Physical Isolation) หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ได้รับสัมผัส (contact) จากสภาพแวดล้อมที่ตนคุ้นเคย
2. การไม่ได้รับความรักความผูกพัน (Affectional Deprivation) หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน ความผูกพันใกล้ชิด และการ

เปิดเผยตนเอง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ (Brandt & Weinert, 1981) การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอเหมาะสมจะทำให้เกิดความมั่นใจ มีอารมณ์ที่มั่นคง ส่งผลต่อสุขภาพกายและจิตที่ดี แต่หากไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองคิดว่าตนไร้ค่า แยกตนเองจากสังคม ทำให้เกิดความอ้างว้างขึ้นได้ และจากการศึกษาของ Barron, Foxall, Von Dollen, Jones, & Shull (1994) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายจากความอ้างว้างได้

3. การแยกทางสังคม (Social Isolation) หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแยกจากครอบครัวหรือเพื่อน มาอยู่ในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่แปลกใหม่ และเปลี่ยนไปจากเดิม ซึ่งต้องมีการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป หากไม่สามารถปรับตัวได้ทำให้เกิดการแยกตัว และก่อให้เกิดความอ้างว้างได้ (Hall & Havens, 1999)

4. การขาดในสิ่งที่มีค่าและมีความหมายแห่งตน (Cathetic Isolation) หมายถึง การที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่ได้รับในสิ่งที่ตนเองรับรู้ว่ามีค่า และมีความหมายกับตนเอง

## 7. การวินิจฉัยความอ้างว้าง

Peplau (1988) ได้กล่าวถึงการวินิจฉัยความอ้างว้างไว้ว่า ควรใช้ทั้งความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมในแนวทางการพิจารณาความอ้างว้าง แม้ว่าความอ้างว้างจะเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์เศร้าโศก แต่เกณฑ์ทางอารมณ์เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะระบุประสบการณ์ที่ไม่สบายใจนั้นคือความอ้างว้าง จึงมีการใช้แนวคิดทางพฤติกรรมประกอบการพิจารณาความอ้างว้างด้วย โดยใช้พฤติกรรมหลายๆอย่างในการระบุว่ามีความอ้างว้างเกิดขึ้น เช่น การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมน้อย การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ยาก หรือความรู้สึกไม่พอใจในรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ในสังคม จากหลักการจะเห็นว่าการอยู่คนเดียวอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับความอ้างว้างก็ได้ เพราะบุคคลอาจจะมีความสุขกับการอยู่คนเดียว แต่เมื่อบุคคลไม่มีความสุขเพราะรู้สึกว่าอยู่คนเดียวบ่อยๆ ก็อาจจะเรียกได้ว่าเป็นความรู้สึกอ้างว้าง กล่าวคือ บุคคลที่อ้างว้าง จะมีความต้องการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นที่ใกล้ชิดหรือบ่อยครั้งขึ้น ดังนั้นเมื่อจะพิจารณาความอ้างว้างจึงต้องพิจารณาจากพื้นฐานทางความคิด อารมณ์จิตใจ และพฤติกรรมประกอบกันทั้งหมด

## 8. การประเมินความอ้างว้างในผู้สูงอายุ

การประเมินความอ้างว้างอาจทำได้จากการใช้เครื่องมือแบบวัดต่างๆ หรือประเมินจากข้อมูลเชิงอัตนัย หรือใช้หลายวิธีรวมกัน เพื่อให้มีความแม่นยำชัดเจนยิ่งขึ้น โดยทั่วไปมีวิธีการประเมินดังนี้

1. การซักประวัติ เป็นประเมินขั้นพื้นฐานที่ผู้ประเมินสามารถรวบรวมข้อมูลที่สำคัญได้มาก ควรให้ครอบครัวประวัติส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ศาสนาและกิจกรรม อาชีพและรายได้ สุขภาพและโรคประจำตัว เป็นต้น นอกจากนี้ควรรวบรวมข้อมูลอื่นด้านปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้สูงอายุ เช่น เหตุการณ์ของการกระทบกระเทือนทางจิตใจ และอารมณ์ เป็นต้น แหล่งข้อมูลอาจมาจากการซักประวัติจากตัวผู้สูงอายุโดยตรง หรืออาจได้จากญาติหรือสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล หรือบุคคลใกล้ชิดของผู้สูงอายุ หรือเอกสารบันทึกต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลประกอบการประเมินได้อย่างสมบูรณ์ครอบคลุมยิ่งขึ้น

2. การตรวจร่างกาย ผู้ประเมินอาจรวบรวมข้อมูลด้านนี้จากบันทึกประวัติสุขภาพหรือความเจ็บป่วย หรือทำการตรวจด้วยตนเอง เช่น ความดันโลหิต สัญญาณชีพ ส่วนสูงและน้ำหนัก ลักษณะของผิวหนัง ภาวะโภชนาการ และสภาพทั่วไปของร่างกาย เป็นต้น เพื่อที่จะนำข้อมูลมาประกอบการประเมินภาวะสุขภาพและผลกระทบต่อผู้สูงอายุได้

3. การสังเกต ผู้ประเมินควรฝึกฝนให้มีลักษณะของผู้ที่มีความสังเกตดี มีความไวต่อการแสดงออกของผู้สูงอายุทั้งทางกริยาและวาจา ควรสังเกตจากลักษณะท่าทาง และบุคลิกของผู้สูงอายุ ตั้งแต่เริ่มรวบรวมข้อมูลและต่อเนื่องไป ลักษณะที่อาจแสดงถึงแนวโน้มที่ผู้สูงอายุจะมีความอ้างว้างเกิดขึ้น อาจพบในรูปแบบของการแยกตัว ซึม เหม่อลอย ไม่กล้าพูด ซ้ำๆ ไม่กล้าแสดงออก สีหน้าแสดงความวิตกกังวล หงุดหงิดครุ่นคิด หรือเศร้าหมอง ไม่ค่อยเคลื่อนไหว มองโดยไร้จุดหมาย ขาดความสนใจในความเคลื่อนไหวรอบตัว เป็นต้น ควรมาจากการสังเกตของครอบครัว ผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้การประเมินสะดวกและง่ายขึ้น มีความถูกต้องและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

#### 4. การใช้แบบวัด แบบวัดที่นิยมใช้ มีดังนี้

1. The Loneliness Rating Scale (LRS) ของ Scalise, Ginter & Gerstein (1984) เป็นแบบวัดความอ้างว้างที่ประเมินตนเองเกี่ยวกับความสิ้นสูญ (depletion) การแยกตัว (isolation) ความกระวนกระวาย (agitation) และความเศร้าสลด (dejection) ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ

2. The Murphy-Summerfield-Watson Loneliness Scale (The MSW Loneliness Scale) ของ Murphy, Summerfield, & Watson, 1989 as cited in Murphy & Kupshik (1992) เป็นแบบวัดความอ้างว้างที่สอบถามความรู้สึกพึงพอใจต่อความต้องการทางสังคม (satisfaction of social needs) ประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ

3. The UCLA Loneliness Scale Version 3 (The University of California at Los Angeles Loneliness Scale) ของ Russell, 1996 อ้างอิงใน ฦหทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ (2563) พัฒนามาจาก The UCLA Loneliness Scale ของ Russell (1996) ประกอบด้วยข้อความ 20 ประโยค ที่แสดงให้เห็นว่าคนที่อ้างว้างพูดถึงความอ้างว้างว่าอย่างไร ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เคย (Never) นานๆ ครั้ง (Rarely) บางครั้ง (Sometimes) และบ่อยครั้ง (Often) เป็นข้อคำถามทางลบทุกข้อ ทำให้เกิดการเบี่ยงเบนในคำตอบ กล่าวคือ ผู้ตอบอาจจะตอบ



ตามคำถามที่ถามนำไว้ก่อน ต่อมา Russell, Peplay, and Cutrona (1980) สร้าง The Revised UCLA Loneliness Scale โดยคงข้อความในแนวเดิมแต่เพิ่มข้อความทางบวกเข้าไปด้วย จึงได้แบบวัดที่ประกอบด้วยข้อความทางบวก 10 ข้อ และทางลบ 10 ข้อ ทำให้แบบวัดฉบับนี้มีชุดคำถามที่สัมพันธ์กับความอ้างว้างสูงสุดและมีความเชื่อมั่นสูงเช่นเดิม แต่พบว่ามีปัญหาที่ตามมาคือ ข้อความในบางประโยคเป็นข้อความปฏิเสธซ้อนปฏิเสธ ซึ่งเป็นประโยคที่เข้าใจยากในผู้สูงอายุ ส่วนในกลุ่มนักศึกษาพบว่ามีปัญหาในการตอบข้อความ ต่อมา Russell ได้พัฒนาแบบ วัดเป็น The UCLA Loneliness Scale Version 3 ในปี ค.ศ.1994 โดยมีการปรับปรุงข้อความให้สามารถตอบง่ายขึ้น ประกอบด้วยข้อความ 20 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 9 ข้อ ทางลบ 11 ข้อ มีการตรวจคุณภาพเครื่องมือ โดยหาค่าความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม ได้แก่ นักศึกษา พยาบาลในโรงพยาบาล ครูในโรงเรียนรัฐบาล และผู้สูงอายุ การประเมินค่าคงที่ภายใน (internal consistency) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .89 - 94 และค่าความคงที่ (stability) โดย วิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบค่าความคงที่ในการทดสอบซ้ำภายใน 1 ปี ( $r = .73$ ) และหาค่าความตรง (Validity) โดยการหาค่าความตรงสอดคล้อง (Convergent Validity) การหาค่าความตรงจำแนก (Discriminant Validity) และค่าความตรงตาม ภาวะสันนิษฐาน (Construct Validity) ในกลุ่มนักศึกษา และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าสหสัมพันธ์ พบว่า ค่าความตรงสอดคล้องค่าความตรงจำแนก และค่าความตรงตามภาวะสันนิษฐานสูง ซึ่งแบบวัดนี้ได้มีการนำไปใช้วัดความอ้างว้างกันอย่างแพร่หลาย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ The UCLA Loneliness Scale Version 3 ของ Russell (1996) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สามารถประเมินความอ้างว้างในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการ สามารถเข้าใจได้ง่าย และเหมาะสมที่จะนำไปใช้

## ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่มีผลต่อการเจ็บป่วย พิการ และตายก่อนวัยอันควร การพัฒนาการก่อโรคได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคที่สำคัญและสามารถป้องกันได้

### 1. โรคเบาหวาน

#### 1.1 ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus: DM) เป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึมซึ่งก่อให้เกิด ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานอันเป็นผลมาจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินหรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองประการ โรคเบาหวานพบได้ในคนทุกวัย แต่จะ

พบมากในคนที่อายุ 40 ปีขึ้นไป และคนที่อยู่ในเมืองมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้มากกว่าคนในชนบท คนอ้วน และหญิงที่มีบุตรหลายคนมีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ได้มากขึ้น(สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551) ซึ่งโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 DM) เป็นโรคเบาหวานชนิดที่พบเป็นส่วนใหญ่ในประเทศไทย พบได้ร้อยละ 95 ของโรคเบาหวานทั้งหมด

## 1.2 ประเภทของโรคเบาหวาน

สหพันธ์โรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกาและองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998 อ้างอิงใน American Diabetes Association, 1977; ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์ และ กอบชัย พัววิไล, 2546) ได้จำแนก ประเภทของโรคเบาหวาน ไว้ 4 ชนิด คือ

1. โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 DM) หมายถึง โรคเบาหวานที่เกิดจากการทำลายเบต้าเซลล์ของตับอ่อนส่วนใหญ่จะเกิดภูมิคุ้มกันตนเอง (Autoimmune) ส่วนน้อยจะไม่ทราบสาเหตุ โรคเบาหวานชนิดนี้ในที่สุดจำเป็นต้องใช้อินซูลินเพื่อป้องกันการเกิดภาวะกรดคั่งในร่างกาย (Ketoacidosis)
2. โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 DM) หมายถึง โรคที่เกิดจากภาวะดื้ออินซูลิน ร่วมกับความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินของตับอ่อนซึ่งเป็นโรคเบาหวานชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด
3. โรคเบาหวานชนิดอื่น ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรมที่ทราบชนิดชัดเจน โรคของตับอ่อน ความผิดปกติของฮอร์โมนหรือสารเคมีและอื่นๆ
4. โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หมายถึง โรคเบาหวานหรือความผิดปกติของความทนต่อกลูโคสที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกขณะตั้งครรภ์

## 1.3 พยาธิวิทยาของเบาหวานชนิดที่ 2

พยาธิวิทยาของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากความผิดปกติของอวัยวะที่ควบคุมน้ำตาลในเลือด 3 แห่งใหญ่ ๆ คือ เซลล์เบต้าของตับอ่อนกล้ามเนื้อลายและตับ ความผิดปกติที่สำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ การที่กล้ามเนื้อลายไม่สามารถนำกลูโคสเข้าสู่เซลล์ได้ซึ่งเกิดจากเซลล์ดื้อต่ออินซูลิน (Insulin resistance) และการหลั่งอินซูลินที่ลดลงส่วนการสร้างกลูโคสจากตับมากขึ้นนั้น ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการหลั่งอินซูลินที่ลดลงการมีภาวะดื้อต่ออินซูลินเพียงอย่างเดียวจะไม่ทำให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูงตราบใดที่เซลล์เบต้าสามารถหลั่งอินซูลินได้มากพอเช่นผู้ที่มีความบกพร่องความทนต่อน้ำตาล (Impaired glucose tolerance: IGT) เชื่อว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะดื้ออินซูลินมีดังนี้

1. ปัจจัยทางพันธุกรรมมีหลักฐานหลายอย่างที่แสดงว่าปัจจัยทางพันธุกรรมบทบาทเกี่ยวกับภาวะดื้ออินซูลิน
2. ปริมาณและตำแหน่งของไขมันในร่างกายภาวะดื้ออินซูลินเป็นความผิดปกติพื้นฐานที่พบในส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ว่าจะอ้วนหรือไม่อ้วน แต่ความอ้วนจะทำให้

ภาวะดื้ออินซูลินมากขึ้นเพราะคนอ้วนจะมีปริมาณไขมันในเลือดสูง คือ ทำให้ไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) ในเลือดสูงแล้วแตกตัวออกเป็นกรดไขมันอิสระ (Free fatty acid) ซึ่งมีผลทำให้เกิดการดื้ออินซูลินเป็นผลทำให้เป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากผู้ที่เป็โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่อ้วน ดังนั้น ความอ้วนจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดนี้ โดยเฉพาะในผู้ที่มีพันธุกรรมของโรคเบาหวานอยู่เดิม

3. อายุ พบอุบัติการณ์ของการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มสูงขึ้นในผู้สูงอายุ จากความผิดปกติของตับอ่อน สาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระตามธรรมชาติของผู้สูงอายุ เช่น ผนังหลอดเลือดที่แข็งและหนาขึ้น ทำให้ความต้านทานของเยื่อหุ้มเซลล์สูงอินซูลินซึมผ่านได้น้อยลงหรือไม่สามารถซึมผ่านได้และภาวะที่หลอดเลือดแข็งทำให้เลือดไปเลี้ยงตับอ่อนน้อยลงผลที่ตามมาคือสมรรถภาพในการทำงานของตับอ่อนลดลง

4. การขาดการออกกำลังกาย จากความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายและความไวต่อฤทธิ์อินซูลิน (Insulin sensitivity) นั้นพบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ จะมีความไวต่อฤทธิ์อินซูลินดีกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายเลย การออกกำลังกายสามารถลดปริมาณไขมันในร่างกายและไขมันบริเวณหน้าท้องซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะดื้ออินซูลิน การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงได้

5. สภาพแวดล้อมในครอบครัวมารดา ในการศึกษาที่ผ่านมามีน้ำหนักตัวแรกคลอดต่ำกว่า 2.5 กิโลกรัมหรือมากกว่า 4.5 กิโลกรัมมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากกว่าผู้ที่มีน้ำหนักตัวแรกคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

#### 1.4 อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

ในรายที่เป็นไม่มากอาจไม่มีอาการผิดปกติอย่างชัดเจน และตรวจพบโดยบังเอิญจากการตรวจปัสสาวะหรือตรวจเลือดขณะที่ไปพบแพทย์ด้วยโรคอื่นหรือจากการไปตรวจสุขภาพร่างกาย ในรายที่มีอาการชัดเจนจะมีอาการดังนี้ (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2551) ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ ตื่นน้ำบ่อยหิวบ่อยหรือกินจุ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง บางคนอาจสังเกตว่าปัสสาวะมีมดขึ้น ในรายที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาการมักค่อย เป็นค่อยไปอย่างเรื้อรัง น้ำหนักอาจลดลงเล็กน้อยหรือบางคนอาจมีน้ำหนักขึ้นหรืออ้วน บางรายอาจมีอาการคันตามตัวเป็นผีหรือเป็นโรคเชื้อราบ่อยหรือเป็นแผลเรื้อรังรักษาหายยาก ผู้หญิงที่เป็นเบาหวานบางรายอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการคันตามช่องคลอดหรือตกขาว ในรายที่เป็นมานานและไม่ได้รับการรักษาอาจมาด้วยภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ชาหรือปวดแสบปวดร้อนตามปลายมือ ปลายเท้า ตามัวมากขึ้นต้องเปลี่ยนแว่นสายตาบ่อย ๆ เจ็บจุด แนนหน้าอก อัมพฤกษ์อัมพาต เป็นต้น

**1.5 เกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคเบาหวาน การวินิจฉัยโรคเบาหวานอาศัยเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้**

1. มีอาการของโรคเบาหวานร่วมกับระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจาก หลอดเลือดดำเวลาใดก็ตามมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อาการของโรคเบาหวาน ได้แก่ ตื่นน้ำมาก ปัสสาวะมาก และน้ำหนักตัวลดโดยไม่ทราบสาเหตุ

2. ระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาจากหลอดเลือดดำขณะอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose) มากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร อย่างน้อย 2 ครั้ง จากการศึกษาเรื่องโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นั้น สรุปได้ว่า สาเหตุการเกิดโรคเบาหวานเกิดจากปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ พันธุกรรม อายุและการเปลี่ยนแปลงทางสรีระตามธรรมชาติของบุคคล โดยเฉพาะในวัยที่สูงขึ้นหรือผู้สูงอายุ จะมีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการเกิดความผิดปกติของตับอ่อนและปัจจัยทางด้านพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล ที่เกี่ยวเนื่องกับวิถีชีวิตและพฤติกรรมของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ได้แก่ การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสัดส่วนส่งผลให้เกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

## **2. โรคความดันโลหิตสูง**

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่ความดันในเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure หรือ SBP) สูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและมีความดันในเส้นเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure หรือ DBP) สูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท

การจำแนกประเภทความดันโลหิตสูงความดันโลหิตสูงมี 2 ชนิดคือ

1. ความดันโลหิตสูงปฐมภูมิหรือความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Primary hypertension) พบได้ถึงร้อยละ 95 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งในการศึกษานี้ จะกล่าวถึงเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

2. ความดันโลหิตสูงทุติยภูมิหรือความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) คือความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุมาจากโรคอื่น ๆ เช่น โรคไต โรคของต่อมหมวกไต หลัองที่รับประทานยาคุมกำเนิด ฯลฯ

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบ สาเหตุว่ามี 2 ประการ คือ ปัจจัยทางกรรมพันธุ์และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมดังนี้

1. ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ พบว่ากรรมพันธุ์ทำให้เกิดโรคได้มากกว่าผู้ที่ไม่มี กรรมพันธุ์ถึง 2 เท่าและเป็นที่ยอมรับว่ากรรมพันธุ์มีความสำคัญทางระบาดวิทยาในภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งพบว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน จะมีระดับความดันโลหิตคล้ายคลึงกันมากกว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ และมีผู้รายงานว่าในครอบครัวเดียวกันที่มีสิ่งแวดล้อมเหมือนกันก็อาจมี

อิทธิพลที่เสริมกรรมพันธุ์อยู่ด้วย ถ้ามีความดันโลหิตใกล้เคียงกันซึ่ง (Medlowitz, 1982 อ้างอิงใน บุญญสิทธิ์ วรจันทร์, 2530) ได้อธิบายถึงปัจจัยทางกรรมพันธุ์กับการเกิดโรคความดันโลหิตสูงไว้ว่าผู้ที่มีเชื้อสายเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีความผิดปกติภายในเซลล์ (Intracellular abnormalities) ซึ่งจะมีผลกับ Calcium metabolism ของเซลล์กล้ามเนื้อเรียบภายในหัวใจและระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้กลไก Sodium pump ผิดปกติการควบคุมความดันโลหิตและการทำงานของหัวใจไม่สมดุลทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขึ้นได้

## 2. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมได้แก่

2.1 ความอ้วน พบว่าผู้ที่มีน้ำหนักเกินกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักที่ควร จะหนักมีความสัมพันธ์กับค่าความดันโลหิตที่สูงขึ้นและอุบัติการณ์ของความดันโลหิตสูงจะมากขึ้น ตามปริมาณของไขมันใต้ผิวหนังและมีรายงานการศึกษาในชุมชนพราิมิงแฮม บ่งชี้ว่าการเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงในอนาคตของกลุ่มตัวอย่างที่มีความดันโลหิตปกติขณะที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 ของน้ำหนักมาตรฐานจะมีความเสี่ยงสูงกว่าคนที่น้ำหนักปกติถึง 8 เท่า (Burack, Keller & Higgins, 1985)

2.2 ปัจจัยด้านอาหาร พบว่าปริมาณเกลือโซเดียมที่บริโภคมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงทั้งในคนปกติและผู้ที่มีความดันโลหิตสูงปริมาณของเกลือโซเดียม ที่สูงขึ้นมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

2.3 การดื่มสุรา จากการศึกษาพบว่า ประชากรที่เป็นความดันโลหิตสูงจะดื่มสุรามากกว่าปกติ จึงกล่าวได้ว่าแอลกอฮอล์น่าจะมีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นและตามปริมาณการดื่มมากขึ้นในแต่ละวัน โดยเฉพาะผู้ที่ดื่มมากกว่า 2 แก้ว และพบว่าปัจจัยเสี่ยงเรื่องการดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง พบว่าภายหลังการดื่มสุราความดันโลหิตอาจสูงกว่าปกติเป็นเวลาหลายวัน ถ้าแอลกอฮอล์ในจำนวนวันละมากกว่า 2 ออนซ์ อัตราการเกิดโรคและโรคแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นชัดเจนนอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 10 ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทั้งหมดมีสาเหตุมาจากการดื่มสุรา

2.4 ภาวะเครียด การมีภาวะเครียดอย่างสม่ำเสมออาจนำไปสู่การเป็นโรคความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มประชากรในเมืองเล็ก ๆ ที่มีชีวิตความเป็นอยู่อย่างเรียบง่ายมีอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงต่ำกว่าเมืองขนาดใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากภาวะความเครียดทางสังคมในเมืองใหญ่มีมากกว่า

2.5 การขาดการออกกำลังกาย การออกกำลังกายชนิด Aerobic จะทำให้เส้นเลือดขยายตัว ดังนั้นหลังการออกกำลังกายจึงทำให้ความดันโลหิตลดลงและผู้ que ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะมีผลทำให้ชีพจรในขณะพักลดลงด้วย

2.6 การสูบบุหรี่ ในบุหรี่มีส่วนประกอบของสารนิโคติน ซึ่งกระตุ้นประสาทซิมพาเทติกให้หลั่งสารเคมีโคลามีน มีผลเร่งการเต้นของหัวใจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานหนักขึ้น และทำให้หลอดเลือดหดตัวการสูบบุหรี่จึงอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูงได้

จากการศึกษาเรื่องโรคความดันโลหิตสูง สรุปได้ว่าโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 95 จะเป็น โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งสาเหตุการเกิดโรคเกิดจากปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ พันธุกรรมซึ่งผู้ที่มีเชื้อสายเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะมีความผิดปกติภายในเซลล์กล้ามเนื้อเรียบภายในหัวใจ ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความอ้วน การบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมที่สูงขึ้น การดื่มสุรามากกว่าปกติ ภาวะเครียด การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ซึ่งส่งผลต่อร่างกายทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้

สรุป จากการศึกษปัจจัยเสี่ยงซึ่งเป็นสาเหตุการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคแบ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น พันธุกรรม อายุ เพศ เชื้อชาติ และปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือป้องกันได้ซึ่งเหมือนกันทั้ง 3 กลุ่มโรค คือ ขาดการออกกำลังกาย อ้วน การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม ความเครียด การบริโภคเกลือ และการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มากขึ้น ซึ่งเราสามารถป้องกันปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ได้โดยการใช้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับชุมชน การมีส่วนร่วมในการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพจะสามารถป้องกันควบคุมการเกิดโรคในผู้สูงอายุได้

### แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่า เมื่อนับตามวัย หรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม/ หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงาน/ เมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์อายุ 65 ปี (World Health Organizatio, 2012)

สำหรับประเทศไทยได้กำหนดว่าผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปตามเกณฑ์ปลดเกษียณ/ ซึ่งตรงกับที่ประชุมโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย/ ในปี พ.ศ. 2525 ได้ตกลงกันให้ใช้อายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์มาตรฐานโลกในการที่จะกำหนดผู้ที่จะถูกเรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ (รศรินทร์ เกรย์, อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, และเรวัต สุวรรณนพแก้ว, 2556)

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 กำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์และมีสัญชาติไทยเป็นผู้สูงอายุ โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไว้ 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี), ผู้สูงอายุวัย

กลาง (อายุ 70-79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร (Demographic Change) กำลังเป็นปรากฏการณ์ ที่ไม่เพียงแต่จะอยู่ในกระแสความสนใจของนักประชากรศาสตร์ในภูมิภาคต่างๆ ของโลก และผู้บริหารนโยบายผู้นำระดับชาติและระดับโลกในภูมิภาคต่างๆ รวมไปถึงจนถึงนักธุรกิจและนักลงทุนในภาคธุรกิจ โดยได้มีการศึกษาวิเคราะห์ทิศทาง แนวโน้มสถานการณ์ ด้านประชากรเพื่อนำไปวางแผนกำหนดแนวทางเพื่อลดผลกระทบ และกำหนดยุทธศาสตร์และวิธีปฏิบัติรับมือกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรในทุกมิติของการพัฒนาด้วยการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของโลกที่เกิดขึ้นขณะนี้หลายประเทศก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยแล้ว บางประเทศก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์และมีข้อมูลคาดการณ์ว่าประเทศนั้นๆ จะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอนาคตอันใกล้ การเข้าสู่สังคมสูงวัยของแต่ละประเทศ จะวัดจากสัดส่วนของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีอยู่ในสังคมหรือประเทศนั้นๆ โดยสังคมสูงวัยสามารถแบ่งสถานการณ์ออกได้เป็น 3 ระดับดังนี้ “สังคมสูงวัย” (Aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558)

### 1. ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นทฤษฎีที่พยายามจะอธิบายปรากฏการณ์การชราที่มีมากมาย หากพิจารณาการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุ คือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจิตใจสังคมและวัฒนธรรมแล้วสามารถสรุปทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุแบ่งได้ 3 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (Ebersole & Hess, 1981 อ้างอิงใน เพ็ญศรี หลินศุวนนท์, 2543)

1. ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological theory of aging) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงกระบวนการทางสรีรวิทยา และการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของอวัยวะต่าง ๆ ตั้งแต่เกิดจนถึงเสียชีวิตว่ามนุษย์ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบใหญ่ ๆ คือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดชีวิตเซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้และองค์ประกอบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เซลล์และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในร่างกาย ได้แก่ การเสื่อมของอวัยวะและระบบภายในร่างกายเช่น หัวใจระบบประสาทและระบบย่อยอาหารการทำงานของอวัยวะภายในร่างกายจะเกิดความเสื่อมลงในทุกส่วนโรคที่พบมากในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคตาและตาบอดอุบัติเหตุ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อ โดยเฉพาข้อเข่าซึ่งจะส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมาด้วย

2. ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคม (Sociological theory of aging) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางสังคมที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ สังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วก็จะทำให้สถานภาพของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วไปตามกัน เป็นทฤษฎีที่สามารถวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานะทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุเปลี่ยนบทบาทจากผู้หาเลี้ยงครอบครัวผู้เคยมีหน้าที่ที่สำคัญต้องลดบทบาทเป็นผู้พึ่งพาครอบครัวสูญเสียอำนาจการตัดสินใจการถูกทอดทิ้งจากบุตรหลานให้อยู่ตามลำพังและการขาดการยอมรับของครอบครัวบุตรหลานไม่เห็นคุณค่า และความสำคัญของผู้สูงอายุ

3. ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตวิทยา (Psychological theory of aging) ความสนใจในพฤติกรรมของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงไปตามอายุเป็นการปรับตัวที่หลากหลายเพื่อช่วยในการเผชิญหน้าหรือยอมรับปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุเกิดจากผลกระทบจากความเสื่อมทางกายภาพความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง เช่น การสูญเสียการควบคุมการแยกครอบครัวของบุตรตลอดจนการยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น การไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานอย่างเพียงพอและความรู้สึกประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในชีวิตก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุหากมีความรู้สึกล้มเหลวจะนำไปสู่ความท้อแท้และลงโทษตนเองที่ตัดสินใจผิดอาจนำไปสู่วัยชราที่สิ้นหวังในชีวิตได้ การเสื่อมถอยส่งผลให้มีสุขภาพกายร่างกายไม่แข็งแรง ทฤษฎีทางจิตวิทยา อธิบายถึงสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ว่าบุคคลที่มีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดีก็จะเป็นผู้ที่มีสภาพการดำเนินชีวิตที่เป็นสุขส่งผลให้มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ ส่วนทฤษฎีทางสังคมวิทยา อธิบายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ตั้งนี้ผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมหรือสามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมหรือบทบาทต่าง ๆ ของตนในอดีตไว้ได้

## 2. การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ จำแนกออกได้ 3 ด้าน คือ (บรรลุ ศิริพานิช, 2560)

1. ความเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ผิวหนังผู้สูงอายุจะมีผิวหนังแห้ง เหี่ยวย่น และตกกระเป็นแห่งๆ จากการเสื่อมสภาพของต่อมไขมันและจำนวนเนื้อเยื่อ (collagen) ลดลงตามชั้นต่างๆ ผิวหนังบางลงจึงทำให้เกิดบาดแผลได้ง่ายไขมันใต้ผิวหนังลดจำนวนลง ต่อมเหงื่อลดการทำงาน หลังเหี่ยวอ่อนแอลง มีผลทำให้การระบายความร้อนของร่างกายในผู้สูงอายุลดลง ความเสื่อมลงของกล้ามเนื้อชนิดลาย (striated muscle) จะลดจำนวนลงและมีเซลล์ไขมันเข้าไปแทรกในเซลล์กล้ามเนื้อมากขึ้น มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงกระดูกมักจะเปราะบางจากการสูญเสียของแคลเซียมการดูดซึมลดลงหรือภาวะสูญเสียแคลเซียมของกระดูก ซึ่งเกิดจากฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งหลังออกมาน้อยเป็นผลทำให้กระดูกบางลงทำให้อากาศแตกหักได้ง่ายอีกด้วย



2. ความเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเกิดจากการที่สมองของคนเสื่อมไปตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุเสียความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกความรุนแรงจะมากหรือน้อยขึ้นกับจำนวนเซลล์สมองที่ตายไปจิตอารมณ์ผิดปกติไป ส่วนใหญ่จะเกิดจากความเครียดทางจิตใจและทางสังคมมากระทบ ถ้าผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้ก็จะมีอาการผิดปกติในจิตใจและอารมณ์ทำให้เกิดอาการเหงา วิตกกังวล หวาดระแวง ซึมเศร้าเป็นปัญหาที่สำคัญในการปรับตัวปรับใจของผู้สูงอายุให้พร้อมรับกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านนี้ โดยวัยสูงอายุนี้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายอย่าง ได้แก่

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทั้งนี้เพราะมีเพื่อนฝูงตายหรือบุคคลที่เป็นญาติสนิทหรือคู่ชีวิตที่ตายจาก ทำให้ผู้สูงวัยเกิดความรู้สึกถูกแยก ถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักก่อให้เกิดความเศร้าได้ง่าย

2.2 การสูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยอันควร ที่จะต้องปลดเกษียณ ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมลดลงเนื่องจากหมดภาระการติดต่อ ด้านธุรกิจการงานหรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงานรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ไม่มีเป้าหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคมหรือต่อชุมชน และขณะเดียวกันรายได้ลดน้อยลงผลจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุอาจปรับตัวลำบากต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าว

2.3 ความสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากในวัยสูงอายุนี้นุตรธิดามักจะมีครอบครัวและแยกย้ายกันไปอยู่ต่างหาก โดยเฉพาะในลักษณะของสังคมยุคปัจจุบันที่ครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวมากกว่าลักษณะครอบครัวขยายทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับลูกหลานของตนลดถอยลง โดยต่างคนต่างอยู่หรือมีการติดต่อสัมพันธ์กันหรือมีกิจกรรมร่วมกันลดลงกว่าแต่ก่อน ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวยิ่งขาดการดูแลกิจกรรมในบ้านในครอบครัวของตนเองด้วยแล้ว ก็ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเจ็บเหงาเปล่าเปลี่ยวเกิดความซึมเศร้าเบื่อหน่ายเกิดขึ้นได้ง่าย

2.4 ความสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ทางจิตใจของคนอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกายทำให้เกิดการเสื่อมในสมรรถภาพทางเพศตลอดจน ความสวยงามของรูปร่างหน้าตาก็หมดไปทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลเพราะรู้สึกว่าตนเองขาดความดึงดูดความสนใจจากเพศตรงข้ามยิ่งทำให้เพิ่มความหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิตยิ่งขึ้น

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมทางสังคมมีส่วนเกี่ยวข้องกับสาเหตุของปัญหาทางกายและจิตใจ ผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลงทางสังคมไทยมีแนวโน้มไปทางตะวันตกมากขึ้นย่อมเกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ได้แก่ (สุพัตรา ธารานุกูล, 2544)

3.1 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมเนื่องจากสังคมปัจจุบันมีลักษณะกีดกันผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงานตลอดจนบทบาทในครอบครัวผู้สูงอายุซึ่งเคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องกลับกลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัยเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้อาศัยในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองหมดความสำคัญซึ่งสิ่งที่ผู้สูงอายุได้รับคือคนเลี้ยงเด็กแทนที่บทบาทผู้นำ ฉะนั้นถ้าคนเรารู้สึกว่าไม่มีบทบาทสำคัญเช่นเดิม และยังต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นอีกด้วย ปัจจัยเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความอับอายคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหาหรือภาระเรื้อรังของสังคมนำมาซึ่งปัญหาวิกฤติที่เกิดขึ้นในสังคมไทย ได้แก่

3.1.1 การถูกทอดทิ้งเป็นผลของการเปลี่ยนแปลงสังคมจากสังคมแบบดั้งเดิมไปสู่สังคมสมัยใหม่เกิดการขยายตัวหรือการเติบโตของชุมชนเมืองระบบการผลิตเปลี่ยนจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม ทำให้วิถีดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปผู้สูงอายุที่เป็นภาระหรือไม่สามารถประกอบอาชีพอื่นใดหรือไม่มีคุณค่าทางเศรษฐกิจมักจะถูกทอดทิ้ง

3.1.2 การเสื่อมความเคารพในอดีตผู้สูงอายุได้รับการเคารพนับถือจากผู้อายุน้อยกว่าในฐานะที่เป็นผู้มีประสบการณ์และแนะนำสั่งสอน แต่ในปัจจุบันค่านิยมเหล่านี้กำลังเปลี่ยนไปตามอย่างสังคมตะวันตกที่ยึดถืออิสราภส่วนบุคคลและคิดว่าผู้สูงอายุเป็นคนไม่ทันต่อเหตุการณ์ผู้สูงอายุควรอยู่ส่วนผู้สูงอายุ ส่วนคนหนุ่มสาวก็อยู่ตามทางของคนหนุ่มสาวซึ่งความคิดเช่นนี้ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัย การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นผลกระทบที่สำคัญกับผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงทางสังคมผู้สูงอายุมุ่งดังต่อไปนี้

3.2 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมครอบครัวปัจจุบันลักษณะครอบครัวของไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เมื่อบุตรหลานมีครอบครัวก็ย้ายไปสร้างครอบครัวใหม่ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านเพียงลำพังต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นจนเกิดความกดดันทางจิตใจ

3.3 การเปลี่ยนแปลงทางสังคมสังคมไทยเกิดการเปลี่ยนแปลงจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรมความเจริญก้าวหน้าต่างๆ มีมากขึ้น บุตรหลานเริ่มมีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุมีคุณค่าลดลง ประกอบกับมโนทัศน์ของคนในปัจจุบันเป็นวัตถุนิยม คือเรื่องเศรษฐกิจเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าขาดคุณค่าและความสามารถทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะแยกตัวออกจากสังคมในที่สุด

โดยสรุป การเปลี่ยนแปลงของตัวผู้สูงอายุตั้งแต่ทางด้านทางร่างกาย และจิตใจตลอดจนความเปลี่ยนแปลงต่อผู้สูงอายุในสภาพแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุเอง มีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมลดลงเกือบทุกด้าน ตั้งแต่ระบบครอบครัวที่บุตรแยกครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งขาดการดูแล และการยอมรับในตัวผู้สูงอายุยังลดลงต่อบทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน และเปลี่ยนบทบาท

จากที่เคยเป็นผู้ให้กลับต้องกลายเป็นผู้รับ ทำให้ผู้สูงอายุอาจรู้สึกว่าเป็นภาระแก่สังคม ตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงเป็นภาระแก่ครอบครัวต้องคอยได้รับการดูแลเอาใจใส่ ชีวิตอยู่ต่อไปก็ไร้คุณค่า ไร้ความหมาย สิ่งเหล่านี้สร้างผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ จึงมีผลเสียต่อภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุ

### แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ เป็นรากฐานด้านสุขภาพจิตสังคม บอกได้ถึงคุณภาพของชีวิต (Taft, 1985) ความมั่นใจในตนเอง และการนับถือตนเอง (Branden, 1983) บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะมั่นใจในการกระทำของตนเองโดยไม่พึ่งพาผู้อื่นหรือสิ่งอื่นๆ ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับตนเอง มีความต้องการที่จะมีสุขภาพที่ดี มีความเชื่อมั่นที่จะสามารถควบคุมและรักษาสุขภาพของตนเอง รวมทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

Rosenberg (1965) ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง เป็นการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) มีความเชื่อมั่นและรับรู้ว่าคุณเองนั้นมีความสามารถ (Sense of competence)

Maslow (1970) ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความเข้มแข็ง มีสมรรถภาพในการกระทำสิ่งต่างๆ มีความเชี่ยวชาญและมีความสามารถ

Coopersmith (1984) ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการตัดสินความมีคุณค่าของตนเอง แสดงถึงทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นการยอมรับและไม่ยอมรับของตนเอง รวมทั้งแสดงขอบเขตความเชื่อที่บุคคลมีต่อความสามารถของตน ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีค่าของตน

Berk (1989) ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นส่วนประกอบของการเข้าใจในตนเอง และเป็นตัวประเมินคุณค่า ความรู้สึก บุคลิกและความสามารถของตนเองตามความเป็นจริง ซึ่งเชื่อมโยงกับทัศนคติของการยอมรับตนเอง และการนับถือตนเอง

จากความหมายเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองดังกล่าว พบว่า มีลักษณะความหมายที่เหมือนกัน 2 ลักษณะ คือ 1) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง ประเมินตนเอง และยอมรับในตนเอง 2) รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญและมีความสามารถ

จึงสามารถสรุปได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง ประเมินตนเอง และยอมรับตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญ มีความสามารถ และมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าจะประสบความสำเร็จได้

### 1. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับผู้สูงอายุ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย วุฒิภาวะ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ถ้าเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตของบุคคลดำเนินไปในด้านดี ประสบความสำเร็จในสิ่งที่ได้กระทำ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเพิ่มมากขึ้น ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลใดประสบเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองหมดความสามารถ ไร้คุณค่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะลงน้อยลง (Kosier, Erb, & Bufalino, 1989) ในผู้สูงอายุความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเป็นการแสดงถึงประสิทธิภาพของบุคคลในช่วงอดีต และปัจจุบัน รวมทั้งความพึงพอใจในสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในปัจจุบัน นอกจากนี้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญหลายประการ คือ บทบาท การสัมผัส สัมพันธภาพที่มีความหมาย เพศสัมพันธ์ ความเป็นอิสระ และขอบเขต ถ้าสิ่งต่างๆ เหล่านี้ได้รับความกระทบกระเทือนมาก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุก็น้อยลง และหากได้รับความกระทบกระเทือนน้อย ก็จะสามารถรักษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุไว้ได้ (Gazzaniga & Smylie, 1984)

เนื่องจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และบทบาททางสังคมในวัยผู้สูงอายุเปลี่ยนไปในทางที่เสื่อมลง ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสิ่งต่างๆ ในชีวิต เช่น สูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง สูญเสียภาพลักษณ์ สูญเสียคู่ชีวิตและสูญเสียบทบาททางสังคม เป็นต้น ซึ่งส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองไร้คุณค่า สิ้นหวัง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ประกอบกับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงสูง ก่อให้เกิดความสูญเสีย ความทุกข์ทรมานอย่างมากต่อสุขภาพตนเอง และการควบคุมหน้าที่การทำงาน เช่น การสูญเสียอวัยวะ การสูญเสียการประสานงานของร่างกายเพียงบางส่วน สูญเสียในบทบาทหน้าที่ของตน สูญเสียความนับถือตนเอง สูญเสียความมั่นคง สูญเสียต่อแรงดึงดูดเพศตรงข้าม สูญเสียสัมพันธภาพทางสังคม สูญเสียความมีอิสระ และสูญเสียเศรษฐกิจ (Miller, 1992) ซึ่งจะส่งผลให้ความมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุลดลงมากยิ่งขึ้น

### 2. การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีความพึงพอใจในตนเอง การประเมินความรู้สึกจึงเป็นการกระทำที่ค่อนข้างยาก แต่อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้สร้างเครื่องมือวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยวิธีการรายงานตนเองไว้หลายแบบ ซึ่งเครื่องมือที่นิยมใช้วัดนั้น มีดังต่อไปนี้

1. Rosenberg Self-Esteem Scale: RSE ของ Rosenberg (1965) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณค่าในตนเองที่ Rosenberg สร้างขึ้นในปี ค.ศ.1965 และได้มีการพัฒนาปรับปรุงจนได้แบบวัดที่มีความกระชับรัดกุม และครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการ สามารถเข้าใจได้ง่าย และสะดวกต่อการนำไปใช้ (Feather & Wainstock, 1989) เป็นการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย มาก และมากที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ และด้านลบ 5 ข้อ ประเมินผลโดยคะแนนสูง แสดงว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง คะแนนน้อย แสดงว่ามีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ Rosenberg (1965) ได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ .97 ต่อมาได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ในกลุ่มอื่น ได้แก่ วิทยาลัยสูงอายุ วิทยาลัยผู้ใหญ่ พบว่ามีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ (Breytspraak & George, 1979) นอกจากนี้ยังได้ถูกนำไปใช้ทดสอบค่าความตรงและความเที่ยงด้วยวิธีการต่างๆ พบว่า มีความตรงและความเที่ยงในระดับสูง (Goldberg & Fitzpatrick, 1980)

2. Graphic descriptive of self-esteem ของ Makay, Graw, 1975 as cited in Carol Taylor, Carol Lillis, & LeMone (1989) เป็นการประเมินโดยให้ผู้ถูกประเมินทำเครื่องหมาย 2 ตำแหน่งบนเส้นตรงที่กำหนด ตำแหน่งแรกแทนตัวตนที่แท้จริง (Real self) และตำแหน่งที่ 2 แทนตัวตนในอุดมคติ (Ideal self) ผลของการประเมินได้จากการพิจารณาตำแหน่งของเครื่องหมายทั้งสอง หากตำแหน่งทั้งสองห่างกันมาก หมายถึง ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ แต่ถ้าตำแหน่งทั้งสองชิดกันมาก หมายถึง ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง

3. Coopersmith Self-Esteem Inventory 1984 – SEI Adult Form ของ Coopersmith (1984) ซึ่งสร้างในปี ค.ศ.1984 เป็นเครื่องมือวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านทั่วไป 2) ด้านสังคม 3) ด้านการงาน 4) ในกลุ่มเพื่อน ลักษณะข้อคำถามมีทั้งหมด 25 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 8 ข้อ และด้านลบ 5 ข้อ โดยให้เลือกตอบ 2 แบบ คือ เห็นด้วย (like me) และไม่เห็นด้วย (unlike me)

สรุป การที่บุคคลนั้นรับรู้และมองว่าตนเองมีคุณค่า มีความสามารถ ให้มีความสำคัญและเคารพตนเอง มองเห็นคุณค่าตนเองอยู่เสมอและให้กำลังใจตนเองอยู่ตลอดเวลา แม้ตอนที่ต้องพบเจออุปสรรคต่าง ไม่พึ่งพิงบุคคลอื่น แต่กลับพยายามที่จะช่วยเหลือบุคคลอื่นอย่างเต็มความสามารถ ความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล เช่น คนที่มองว่าตนเองมีคุณค่าจะมีพฤติกรรมในทางบวก มีสุขภาพกาย จิตใจที่ดี แต่ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลเห็นว่าตนเองไร้ค่า ก็จะมองโลกในทางลบ และอาจจะมีความคิดทำร้ายตนเองได้ เพื่อหนีจากปัญหาที่พบเจอในชีวิต ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัด Rosenberg Self-Esteem Scale: RSE ของ Rosenberg (1965) เนื่องจากเป็นแบบวัดที่กระชับรัดกุม และครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการ เข้าใจได้ง่าย และสามารถประเมินได้

ครอบคลุม มีความน่าเชื่อถือ สามารถใช้วัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

### แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ

องค์การสหประชาชาติกล่าวว่า “สิทธิในสุขภาพ” (Right to health) หมายถึง สิทธิที่รัฐมีหลักประกันสุขภาพให้กับบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ดินแดนของตน คือ สิทธิในการรับบริการทางสุขภาพ และสิทธิในการได้รับบริการที่ถูกละเลย เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมและความเสมอภาค การได้รับสิทธิที่จะมีสุขภาพดี โดยรัฐจะต้องมีหน้าที่ในการจัดหา บริการจัดหาเพื่อให้การบริการเป็นไปได้อย่างเหมาะสมและที่สำคัญจะต้องกำหนดแผนหรือนโยบายที่เหมาะสม ที่จะนำไปสู่การรักษาพยาบาลที่เข้าถึงได้ตามสิทธิที่พึงมีได้อย่างเหมาะสมสำหรับทุกคนในระยะเวลาที่รวดเร็ว นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

พันธุทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร (2544) กล่าวถึง การบริการและระบบบริการสุขภาพ ต้องอยู่ในหลักสำคัญ คือ การมีบริการสุขภาพอย่างเพียงพอ ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพได้นั้น คือ ค่าบริการควรอยู่ในระดับที่ทุกคนพอจ่ายได้ อยู่บนหลักยุติธรรม ที่ตั้งของสถานบริการควรตั้งอยู่ในที่คนสามารถเข้าถึงได้ง่ายและคำนึงถึงผู้พิการและกลุ่มอ่อนแออื่นๆ รวมถึงผู้ลี้ภัยทางการเมือง ต้องมีองค์ประกอบของสิทธิในสุขภาพที่สำคัญ ดังนี้

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ต้องประกอบด้วย สุขภาพอนามัยของแม่และเด็ก รวมถึงการวางแผนครอบครัว และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อร้ายแรงบางโรค การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับโรคต่างๆ หรือการบาดเจ็บจากสาเหตุต่างๆ การให้ยาหรือผลิตภัณฑ์รักษาโรคที่จำเป็น

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับสุขภาพ คือ การให้ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค รวมถึงการส่งเสริมเกี่ยวกับการจัดหาและโภชนาการที่เหมาะสม

จากข้อมูลองค์การสหประชาชาติและนักวิชาการ เกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่ต้องเพียงพอต่อความต้องการและสามารถเข้าถึงได้สะดวกรวดเร็ว และสิ่งสำคัญจะต้องมีความเป็นธรรม เพื่อที่จะให้ชุมชนรู้สึกพึงพอใจในการเข้ารับบริการสุขภาพ ประกอบกับประเทศไทยได้มีการทำข้อตกลงร่วมกันกับองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labor Organization 2001) ได้มีการวางแผนเพื่อให้ครอบคลุมการให้บริการ โดยมีการกำหนดสิทธิ 3 ด้าน ดังนี้

1. สิทธิทางสังคม (Social right) ได้อธิบายเกี่ยวกับสิทธิในการทำงานที่ต้องมีการทำงานและได้รับค่าจ้างที่เหมาะสม เท่าเทียมกัน และส่งผลถึงความมั่นคงทางสังคมและมาตรฐานการดำรงชีวิตที่พอเพียงของแรงงานและครอบครัวอย่างมีมาตรฐาน รวมถึงสิทธิในการเข้ารับบริการ

สุขภาพแรงงานต่างด้าว สิทธิในการใช้เวลาอย่างเหมาะสมและสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างปกติ สามารถที่จะได้รับเงินค่าจ้าง มีรายได้เพื่อดำรงชีวิต และจุนเจือครอบครัว รวมถึงสิทธิในการคุ้มครองเพื่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

2. สิทธิทางวัฒนธรรม (Cultural right) เป็นสิทธิในด้านของความเชื่อ ความศรัทธา ความคิดที่ครอบคลุมถึงสิทธิในการนับถือศาสนาและปฏิบัติตามประเพณี ค่านิยม ของแต่ละศาสนา โดยไม่มีการบังคับหรือปิดกั้น ผ่านการแสดงออกที่เปิดเผยโดยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อสร้างความมั่นคงในชีวิตและความปลอดภัยในการดำรงชีวิต

3. สิทธิในฐานะพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (Civil and political right) เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานเพื่อไปสู่การประกอบอาชีพ การได้รับบริการ รวมถึงในด้านของการปกป้องชีวิต จิตใจและร่างกาย เนื่องจากการย้ายถิ่นฐานของแรงงานจะต้องได้รับสิทธิตามกฎหมายของพื้นที่ที่ตั้งถิ่นฐานก่อนถึงจะมีสิทธิอย่างอื่นตามมา นั่นหมายความว่า หากไม่ได้รับสิทธิเหล่านี้ ย่อมที่จะไม่สามารถเรียกร้องสิทธิอื่นๆได้อย่างเต็มที่

วิชาญ เกิดวิชัย (2547) จากรายละเอียดของการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า สิ่งที่ถูกกฎหมายได้ระบุเกี่ยวกับสิทธิ ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎระเบียบต่างๆ เพื่อที่จะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเสมอภาคและเป็นธรรม สอดคล้องกับทัศนคติความเชื่อเกี่ยวกับเชื้อชาติ ศาสนา หรือประเพณี ปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้บางครั้งเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากประเพณี วัฒนธรรมของแต่ละเชื้อชาติอาจขัดกับหลักพื้นฐานในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งประเด็นของคุณลักษณะการบริการที่เหมาะสมตามองค์การอนามัยโลกได้วางหลักไว้ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบที่สำคัญคือ “EQESA”

“E” ตัวแรก หมายถึง ความเสมอภาค (Equity) จากแนวคิดที่ว่า การบริการสุขภาพเป็นบริการสาธารณะ (Public Goods) เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคน รัฐบาลของประเทศต้องจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาค โดยไม่นึกถึงความแตกต่าง ทั้ง เพศ เชื้อชาติ สถานะทางสังคม ศาสนา หรือสถานะทางเศรษฐกิจ แนวคิดนี้ได้ถูกกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

“Q” หมายถึง ความมีคุณภาพบริการ (Quality) การบริการสุขภาพเป็นเรื่องที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนที่รับบริการ การจัดการบริการให้มีคุณภาพเป็นเรื่องที่จำเป็น รัฐบาลจะต้องดำเนินการให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และถือเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลและผู้ให้บริการ ที่จะต้องดูแลพัฒนาคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดการตรวจสอบคุณภาพทั้งภายในองค์กรเองและด้วยองค์กรภายนอก เช่น ISO 9000, Hospital Accreditation เป็นต้น

“E” ตัวที่สอง หมายถึง (Efficiency) เนื่องจากการบริการสุขภาพจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรเป็นจำนวนมากและมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนเกิดการขาดแคลนทรัพยากร ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการให้มีคุณภาพและเสมอภาค ดังนั้น การจัดบริการให้มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องมีการควบคุมการใช้จ่าย ทำให้เกิดแนวทางเพิ่มประสิทธิภาพขึ้นหลายอย่าง เช่น การจ่ายเงินแบบเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) การจ่ายเงินตาม DRGS, Utilization review และการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นต้น

“S” และ “A” หมายถึง ความโปร่งใสสังคมตรวจสอบได้ (Social accountability) ด้วยแนวคิดว่าการบริการสุขภาพเป็นบริการที่ไม่สมบูรณ์ ฝ่ายผู้รับบริการมีความรู้ไม่เท่ากับผู้ให้บริการ จึงมีแนวคิดว่าการเปิดให้ผู้รับบริการเข้ามาตรวจสอบกระบวนการให้บริการจะช่วยให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพ ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ เป็นไปอย่างยุติธรรม และมีความรับผิดชอบต่องสังคม

อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากวงจรชีวิตมีความแตกต่างกัน รวมทั้งสิทธิที่ได้รับก็ไม่เหมือนกัน แตกต่างกันแต่ละองค์กร การได้รับสวัสดิการที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งทำให้หน่วยงานภาครัฐได้กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อให้มีการกลั่นกรองในการเข้ารับบริการของประชาชน ทำให้มีการจัดลำดับในการเข้ารับบริการเป็นแบบรับบริการให้บริการปฐมภูมิ (Primary care) ซึ่งเป็นการคัดกรองและให้บริการสุขภาพเบื้องต้น ไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือมากมาย หากไม่สามารถรองรับได้หน่วยบริการจะส่งต่อไปยังหน่วยบริการทุติยภูมิ (Secondary care) ซึ่งจะรับดูแลให้บริการผู้ป่วยในระดับที่ต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในระดับที่ไม่ยุ่งยากมาก สามารถให้บริการโรคที่ไม่ใช่เฉพาะทางมากมาย และหาไม่สามารถให้บริการได้ต้องส่งต่อไปสถานบริการระดับบริการตติยภูมิ (Tertiary) ซึ่งเป็นหน่วยบริการระดับเฉพาะทาง มีเครื่องมือที่ทันสมัย บุคลากรทางการแพทย์เพียงพอ ต้องใช้เวลาในการรักษา ดังนั้น หากระบบการให้บริการสุขภาพมีการคัดกรองข้างต้นก็สามารถที่จะเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงบริการ และการให้บริการที่ทั่วถึงจะสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ

สุขภาพ เป็นสิ่งที่ต้องดูแล ต้องการหน่วยงานในการรับหน้าที่ให้บริการ ซึ่งหน่วยงานหลักในปัจจุบัน คือ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชน โดยการจัดระบบสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ มีการจัดระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ (Primary care) ระดับทุติยภูมิ (Secondary care) และระดับตติยภูมิ (Tertiary care) โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างและเชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral system) เพื่อให้สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพ ผ่านองค์ประกอบในด้านของหน่วยงาน เครื่องมือ บุคลากรทางการแพทย์ และรูปแบบการบริหารจัดการที่มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ สภาพเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งในปัจจุบันพบว่ามีการ



เคลื่อนย้ายของกลุ่มแรงงาน มีการเดินทางเข้า-ออกประเทศได้อย่างสะดวก ดังนั้น โรคภัยต่างๆหรือความต้องการในการรับบริการสุขภาพของประชาชนทั้งในประเทศและต่างประเทศย่อมแตกต่างกัน สิ่งสำคัญควรมีการจัดระบบการบริหารเพื่อให้เกิดความเหมาะสมและมีคุณภาพ ในปัจจุบันพบว่ารูปแบบการบริหารของกระทรวงสาธารณสุขมีการแบ่งส่วนในการบริหารระดับส่วนกลางและระดับภูมิภาค ซึ่งอยู่ภายใต้การควบคุมกำกับของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการดำเนินการตามระบบหลักประกันสุขภาพ ทำให้ระบบการเงินมีผลต่อการจัดระบบบริการ โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับทรัพยากรอื่นๆ อีกทั้งข้อจำกัดทางการเงิน และการถ่ายโอนของโรงพยาบาลส่วนภูมิภาคและกองสาธารณสุขภูมิภาคไปจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีผลกระทบกับการเชื่อมโยงหน่วยงานระหว่างส่วนกลางกับส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข

World Health Organization (2004) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่า “Health is complete physical, mental, social and spiritual well being” ซึ่งหมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ ไม่บาดเจ็บ มีเศรษฐกิจดี มีอาหารเพียงพอ มีสภาพแวดล้อมที่สร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งคำว่าภายในที่นี้หมายถึงทางกายภาพด้วย

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง ผ่อนคลาย ไม่เครียด มีความเมตตา มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงลดความเห็นแก่ตัวเพราะเมื่อมีความเห็นแก่ตัวจะมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง มีการอยู่ร่วมกันได้ดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนแข็งแรง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตากรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้า ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่อยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เกิดขึ้นเมื่อหลุดพ้นจากความมีตัวตน จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลาย เบาสบาย มีความสุขอันล้ำลึก มีความเอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจ

Smith, 1983 อ้างอิงใน สมจิต หนูเจริญกุล (2544) ได้อธิบายความหมายของสุขภาพจาก 3 แนวคิดหลัก พบว่า

1. ทางด้านคลินิก (Clinical model) แนวคิดนี้ให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพไว้ว่า เป็นภาวะที่ปราศจากอาการของโรค หรือปราศจากความพิการต่างๆ ส่วนความเจ็บป่วย หมายถึงการมีอาการหรือแสดงความพิการเกิดขึ้น ความหมายของสุขภาพเช่นนี้ถือว่าเป็นความหมายที่แคบที่สุดและ

เน้นการรักษาเสถียรภาพ (Stability) ทางด้านสรีรภาพ ถ้าใช้ความหมายของสุขภาพเป็นเป้าหมายจะนำไปสู่การบริการสุขภาพเชิงรับ คือการรอให้ประชาชนเกิดอาการและแสดงอาการของโรคและความพิการเท่านั้น ซึ่งทำให้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเกิดขึ้นน้อยมาก และมีมีแนวทางปฏิบัติแพทย์จะมีบทบาทเด่นในระบบบริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆและประชาชนจะมีบทบาทน้อยมากๆ เพราะถือว่าสุขภาพเป็นเรื่องของแพทย์ เรื่องของโรงพยาบาล

2. การปฏิบัติตามบทบาท (Role performance model) ความหมายของ สุขภาพ ในแนวคิดนี้ได้รับมาจากนักสังคมวิทยา ซึ่งสนใจเกี่ยวกับบทบาทของบุคคลในสังคมเป็นหลัก สุขภาพจึงหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกระทำตามบทบาทที่สังคมกำหนดไว้ครบถ้วน เช่น ความสามารถในการปฏิบัติงาน เป็นต้น ส่วนความเจ็บป่วยจะหมายถึงความล้มเหลวในการทำหน้าที่ เมื่อเจ็บป่วยบุคคลสามารถหยุดกระทำในบทบาทหน้าที่ต่างๆได้ เช่น หยุดงานเพื่อนอนพักผ่อน เป็นต้น ความหมายของสุขภาพในแนวคิดนี้ได้เพิ่มมาตรฐานทางสังคม คือไม่แต่เพียงปราศจากอาการและอาการแสดงของโรคเท่านั้น ยังรวมถึงความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมด้วย และยังคงเน้นการรักษาเสถียรภาพ แต่เป็นเสถียรภาพทางสังคม ซึ่งยังถือว่าเป็นเป้าหมายทางสุขภาพที่แคบ และนำไปสู่การให้บริการสาธารณสุขในเชิงรับเช่นกัน

3. ทางด้านการปรับตัว (Adaptation model) ความหมายของ สุขภาพ ในแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจาก ดูบอส Dubos, 1965 อ้างอิงใน สมจิต หนูเจริญกุล (2544) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม และต่อเนื่องตลอดเวลาเพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม สุขภาพที่ดีจึงหมายถึงความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต ส่วนการเกิดโรคมายังมีความล้มเหลวในการปรับตัว เป็นการทำลายความสามารถของบุคคลที่เผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม

ขณะที่ Pender (1987) ได้ให้ความหมายของ “สุขภาพ” ไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. สุขภาพคือความคงที่ (Definition of health focusing on stability) สุขภาพเป็นสุขภาวะที่บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวเมื่อสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไป สุขภาพเป็นความสมดุลของระบบย่อย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม

2. สุขภาพคือความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (Definition of health focusing on actualization) สุขภาพเป็นการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิตของบุคคล เป็นภาวะต่อเนื่องระหว่างการเจ็บป่วย ภาวะปกติ ภาวะสุขภาพสมบูรณ์สูงสุด และอาจเปลี่ยนมาเป็นสุขภาพดี สุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยเล็กน้อย เจ็บป่วยมาก จนถึงเสียชีวิตในที่สุด

3. สุขภาพคือความคงที่และการบรรลุความสำเร็จสูงสุดของชีวิต (Definition of health focusing on stability and actualization) สุขภาพเป็นผลรวมของความสามารถในการปฏิบัติ

หน้าที่ มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวตามสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และส่งผลให้บุคคลประสบผลสำเร็จสูงสุดในการดำเนินชีวิต และสามารถคงศักยภาพนั้นไว้ให้ยาวนานที่สุด

Pender (1987) ได้จำแนกการให้ความหมายทั้ง 3 รูปแบบ ดังกล่าวออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เน้นการรักษาเสถียรภาพ (Stability) ได้แก่ แนวคิดด้านคลินิก การกระทำตามบทบาทหน้าที่ และแนวคิดทางด้านการปรับตัว ส่วนการบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต (Actualization) เป็นการเน้นพัฒนาการของมนุษย์ไปสู่ขีดสูงสุด และอธิบายความหมายของสุขภาพเชิงบูรณาการทั้ง 2 กลุ่มเข้าด้วยกัน สอดคล้องกับความหมายของสุขภาพตามที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก

นอกจากนั้น Orem (1995) กล่าวว่า สุขภาพ เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ ไม่บกพร่อง และคนที่มีสุขภาพดี คือคนที่มีโครงสร้างสมบูรณ์ ทำหน้าที่ของตนเองได้ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถดูแลตนเองได้ในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง สุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นต่อบุคคล ความผาสุกเป็นการรับรู้ถึงภาวะที่เป็นอยู่ของตนเองซึ่งแสดงออกโดยความพึงพอใจ ความยินดี และการมีความสุข

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า วิวัฒนาการของความหมายคำว่า สุขภาพ มีมาเรื่อยๆ จนปัจจุบันให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ ไว้ว่า หมายถึง สุขภาวะ หรือ ดุลยภาพทั้งร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งมีองค์ประกอบรวมถึงเรื่อง เศรษฐกิจ จิตใจ ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การเมือง การศึกษา เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบในระบบสุขภาพทั้งสิ้น ทุกส่วนต้องเชื่อมกันเป็นหนึ่งเดียวและมีความถูกต้องจึงจะเกิดสุขสำคัญกับความเป็นมนุษย์หรือมองมนุษย์แบบองค์รวม

ในการพิจารณาถึงองค์ประกอบในการเข้าถึงบริการสุขภาพ มีนักวิชาการได้เสนอองค์ประกอบหลายประการ เช่น

Millet (1954) ศึกษาถึง ค่านิยมสำคัญของการให้บริการสาธารณสุข มีเป้าหมายคือการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้มารับบริการ ประกอบด้วย 5 หลักการ คือ

1. การให้บริการอย่างเสมอภาค หมายถึง ความยุติธรรมของรัฐในการบริหารงานที่ถือคติว่า ทุกคนมีสิทธิในการรับบริการอย่างเท่าเทียม ไม่มีการแบ่งแยกหรือกีดกัน ให้บริการด้วยมาตรฐานเดียวกัน

2. การให้บริการที่ตรงต่อเวลา หมายถึง การให้บริการต้องตรงต่อเวลา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานและผู้มารับบริการมีความพึงพอใจ

3. การให้บริการอย่างเพียงพอ หมายถึง การให้บริการต้องมีการให้บริการและสถานที่ตั้งที่ให้บริการมีความเหมาะสมเพียงพอ เพื่อให้เกิดความยุติธรรมกับผู้มารับบริการ

4. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การให้บริการเป็นไปอย่างสม่ำเสมอ ไม่ยึดตามความพอใจของหน่วยงานผู้ให้บริการที่จะเลือกหยุดให้บริการเมื่อใดก็ได้ ถ้อยประโยชน์ของสาธารณะและผู้มารับบริการเป็นหลัก

5. การให้บริการอย่างก้าวหน้า หมายถึง การให้บริการที่มีการปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการที่ดีขึ้น คือการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำหน้าที่การให้บริการโดยการใช้ทรัพยากรเท่าเดิม

Brown & Lewis (1976) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของการเข้ารับบริการสุขภาพของโรงพยาบาล มุ่งองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. ความเพียงพอของสถานที่สำหรับให้บริการ เช่น ความกว้างขวางของสถานที่ให้บริการ
2. มีจำนวนของเจ้าหน้าที่ให้บริการตามความจำเป็นและเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย
3. มีการพัฒนาในการจัดระบบการดูแลสุขภาพให้ครบถ้วนเหมาะสมกับสภาพปัจจุบัน
4. มีการให้บริการในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยแบบองค์รวม

Aday & Andersen (1981) กล่าวถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพที่แท้จริง มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 5 ประการ ประกอบด้วย

1. นโยบายสาธารณสุข มีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งส่วนใหญ่จะมีเป้าหมายมุ่งเน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนที่รัฐจัดให้ เกี่ยวข้องกับปัจจัยสำคัญ 4 ด้าน คือ การเงิน การศึกษา อัตรากำลังคนและองค์กรในการจัดบริการสุขภาพ

2. ลักษณะของระบบการให้บริการสุขภาพ คือ ระบบการให้บริการสุขภาพที่เพียงพอทั้งวัสดุอุปกรณ์และบุคลากร มีการกระจายกันอย่างทั่วถึง มีโครงสร้างที่สามารถเข้าถึงได้ มีการประสานงานควบคุมกำกับการทำงานของบุคลากร ครอบคลุมการให้บริการ คำนึงถึงผลประโยชน์ของประชาชนผู้รับบริการเป็นสำคัญ มองที่ระบบใหญ่มากกว่าตัวบุคคล

3. ลักษณะประชาชนผู้มารับบริการ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ค่านิยมด้านสุขภาพ เป็นต้น ปัจจัยสนับสนุนที่ทำให้แรงงานสามารถไปใช้บริการได้ เช่น รายได้ การประกันสุขภาพ การกระจายของแหล่งพยาบาล เป็นต้น และปัจจัยความต้องการที่ทำให้แรงงานทราบว่าเมื่อเจ็บป่วยจะต้องไปรับบริการสุขภาพ เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพ การประเมินความเจ็บป่วย เป็นต้น

Penchansky & Thomas (1981) กล่าวถึง การเข้าถึงบริการสุขภาพสามารถแยกเป็น 5 ด้าน คือ

1. ความพอเพียงของบริการ คือ มีความพอเพียงต่อการให้บริการกับผู้ป่วย มีบุคลากรที่มีคุณภาพในการให้บริการและมีจำนวนมากพอกับความต้องการของผู้มารับบริการ
2. การเข้าถึงแหล่งบริการ คือ การที่สามารถเดินทางไปใช้บริการได้อย่างสะดวก ที่ตั้งสถานบริการมีระยะทางไม่ไกลจากที่อยู่ของผู้รับบริการ

3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการ คือ ขั้นตอนการไปใช้บริการ ไม่ยุ่งยาก และมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น รถเข็น ป้ายบอกทาง เป็นต้น

4. ความสามารถในการเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการ จะเป็นสาเหตุสำคัญที่จะทำให้แรงงานเข้าไปรับบริการ

5. การยอมรับคุณภาพการบริการ คือ การที่ผู้ไปใช้บริการยอมรับการบริการที่มีประสิทธิภาพและความเป็นธรรม ทำให้เกิดความพึงพอใจในการบริการ

Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1985) กล่าวถึงแนวคิดการเข้าถึงบริการว่า ผู้เข้ารับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกจากการเข้ารับบริการ ระเบียบขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลาในการรอรับบริการน้อย เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่ผู้รับบริการสามารถไปใช้บริการได้ง่าย สถานที่ให้บริการติดต่อได้สะดวก

Gulliford & Ukoumunne (2001) กล่าวว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ คือ ความสะดวกที่ประชาชนสมควรได้รับการบริการสาธารณะในด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมและพอเพียง ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ

1. มีการให้บริการสุขภาพอย่างพอเพียงต่อประชาชนที่ใช้บริการ
2. มีการให้บริการที่ทั่วถึง เท่าเทียม คำนึงถึงความแตกต่างทางสังคม วัฒนธรรม และความแตกต่างทางด้านกายภาพของผู้ใช้บริการ
3. การให้บริการที่ตรงกับความต้องการ มีประสิทธิภาพ ประชาชนเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

4. การให้บริการสุขภาพที่เกิดประโยชน์อย่างแท้จริง มีการยอมรับคุณภาพการบริการ

Schulz, Millspaugh, Zekor, & Washburn (2003) ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในการเข้ารับบริการสุขภาพ ประกอบด้วยหลัก 5A (Five A'S) คือ

1. ความพอเพียงของบริการ หมายถึง ความพอเพียงของผู้ให้บริการและสถานที่ที่ให้บริการประชาชน

2. ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ หมายถึง สถานที่ให้บริการตั้งอยู่ในสถานที่ที่เดินทางไปใช้บริการได้สะดวก

3. ความสะดวกเมื่อใช้บริการ หมายถึง เมื่อใช้บริการได้รับความสะดวกรวดเร็ว ไม่มีขั้นตอนยุ่งยากในการให้บริการ

4. ความสามารถในการจ่ายค่าบริการเมื่อใช้บริการ หมายถึง ความสามารถในการที่ผู้ให้บริการสามารถจ่ายได้

5. การยอมรับในการบริการ หมายถึง การยอมรับคุณภาพความสามารถของบุคลากรในการให้บริการ

World Health Organization (2004) เสนอแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนว่า เป็นการให้บริการดูแลประชาชนเบื้องต้นแบบปฐมภูมิ เพื่อให้เข้าถึงบริการสุขภาพในมิติต่างๆ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านภูมิศาสตร์ (Geographical) พิจารณาด้านภูมิศาสตร์ในประเด็นด้านระยะทาง ระยะเวลาในการเดินทาง และการเดินทางที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการที่ประชาชนเข้าใช้บริการสุขภาพ
2. ด้านการเงิน (Financial) หมายถึง ความสามารถในการชำระค่าใช้จ่ายจากการใช้บริการสุขภาพและการประกันสุขภาพด้วย
3. ด้านวัฒนธรรม (Cultural) หมายถึง การใช้เทคนิคและวิธีการในการบริหารจัดการการให้บริการสุขภาพซึ่งสามารถรักษารูปแบบวัฒนธรรมของชุมชนและประชาชนที่มาใช้บริการ
4. ด้านหน้าที่ (Functional) หมายถึง การให้บริการสุขภาพกับประชาชนตามพื้นฐานอันพึงได้รับอย่างพอเพียงและต่อเนื่องอย่างเท่าเทียม

สรุป ผู้รับบริการสุขภาพสามารถใช้บริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงในด้านต่างๆ ได้แก่ ความพอเพียงของการให้บริการ ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการอย่างสะดวก คำนึงถึงที่ตั้งของสถานบริการ การเดินทางสะดวก ระยะทางจากที่อยู่อาศัยไม่ไกลจากสถานบริการ ความสะดวกเมื่อใช้บริการขั้นตอนไม่ยุ่งยากในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และสิ่งที่สำคัญคือ การยอมรับในบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม เกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากการจัดบริการสุขภาพในประเทศไทยมีการให้บริการใน 3 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ (Primary care) ระดับทุติยภูมิ (Secondary care) และระดับตติยภูมิ (Tertiary) ซึ่งมีเป้าหมายและปรัชญาการดำเนินการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและเพื่อให้บริการได้อย่างทั่วถึง ให้ประชาชนได้รับความสะดวก ได้รับการบริการเสริมสร้างความพึงพอใจ โดยหลักการของแนวคิดการให้บริการเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชน มีการให้บริการที่ไม่ซับซ้อนเพื่อให้หน่วยบริการที่ให้บริการเป็นด่านแรกเป็นหน่วยบริการที่มีการส่งต่อ มีการให้บริการอย่างครบวงจร และมีการให้บริการอย่างเท่าเทียมเสมอภาค

### **แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางด้านสังคม**

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง “ การมีคนดูแล มีคนให้ความรัก และมีคนเห็นคุณค่า ” แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ความเป็นมิตร การช่วยเหลือด้านร่างกาย การให้คำแนะนำ ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์กันทางสังคม สรุปคือ แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งในด้านที่มองเห็น เช่น เงิน สิ่งของ แรงกาย และด้านที่มองไม่เห็น เช่น คำแนะนำ กำลังใจจากบุคคลอื่นๆ ดังนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งกับการดำรงชีวิตและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (สุภาภรณ์ สุดหนองบัว, 2564)

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 แหล่งหลักๆ คือ

1. คนผู้ซึ่งผู้สูงอายุให้กำเนิดมา (people who have bonds by nature) บุตร เป็นบุคคลสำคัญของผู้สูงอายุ และมีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุมากที่สุด ถือว่าบุตร เป็นแหล่งสนับสนุนอย่างไม่เป็นทางการของผู้สูงอายุ

2. บุคคลอื่นที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ (other people who can give care for the elderly) บุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตรของผู้สูงอายุ ได้แก่ คู่ครอง บุตรสะใภ้ บุตรเขย หลาน หลาน หลาน หลาน เพื่อนบ้าน บุคลากรด้านสุขภาพ หรือบุคคลอื่น ๆ รวมถึงหน่วยงานของรัฐและเอกชน ซึ่งบุคคลเหล่านี้ นับเป็นแหล่งสนับสนุนอย่างเป็นทางการของผู้สูงอายุ

การผูกพันทางสังคม (social ties) หรือ มนุษยสัมพันธ์ (human relationship) เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุในการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลที่ไม่ใช่คู่ครองเสี่ยงต่อการตายมากกว่าผู้สูงอายุที่ผู้ดูแลเป็นคู่ครอง และการที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน จะมีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่เพียงลำพัง ดังนั้นหากผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุนั้นอาจจะเผชิญกับภาวะอ้างว้าง รู้สึกว่าเหว และอาจมีปัญหาด้านร่างกายและจิตใจ

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญและสามารถส่งผลโดยตรงกับผู้สูงอายุทั้งสุขภาพและจิตใจ หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพียงพอ ผู้สูงอายุก็น่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แหล่งสนับสนุนทางสังคมทั้ง 2 แหล่งจะมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ก็ขึ้นอยู่กับความเอาใจใส่ในการดูแลผู้สูงอายุ (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564)

ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม (Types of social support)

ร่างกายของผู้สูงอายุนั้นเริ่มเสื่อมถอยลงไป ทั้งสภาพจิตใจจากการสูญเสียและพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ รวมถึงความตายที่ใกล้เข้ามา เหตุนี้เองที่แรงสนับสนุนทางสังคมจึงได้ถูกแบ่งออกเป็น 4 ด้าน (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนทุกมิติ ดังนี้

1. แรงสนับสนุนด้านเงิน (Financial support)

แรงสนับสนุนด้านเงิน คือ การให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุด้วยเงินเพียงอย่างเดียว แรงสนับสนุนด้านเงินนั้นเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญ เพราะเงินถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยเข้าโรงพยาบาลด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และบุตรผู้สูงอายุไม่สามารถใช้ได้ เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง แรงสนับสนุนด้านเงินจะอยู่ในรูปแบบของเบี้ยสวัสดิการผู้สูงอายุ (เบี้ยยังชีพ, เบี้ยบำนาญผู้สูงอายุ) ซึ่งถือเป็นรายได้ส่วนหนึ่งที่รัฐบาลจัดสรรให้กับผู้สูงอายุทุกคน อย่างไรก็ตามหากผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนด้านเงินน้อยลง จะส่งผลต่อสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นหากต้องการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ได้รับการดูแลด้านสุขภาพที่ดี บุตร

ควรเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการสนับสนุนด้านเงินให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการแสดงออกถึงความกตัญญู รู้คุณต่อบิดามารดา (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564)

ปัจจุบันบุตรที่มีพ่อแม่เป็นผู้สูงอายุ มักจะถูกตั้งความหวังไว้ และจะถูกเลือกให้เป็นผู้ดูแลพ่อแม่ โดยเฉพาะการอาศัยอยู่ร่วมกันนั้นในหลายๆประเทศเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง โดยผู้สูงอายุเริ่มพึ่งพาตนเองมากขึ้นและต้องการเป็นอิสระจากบุตรมากขึ้น และเด็กมีความเคารพและเชื่อฟังพ่อแม่ น้อยลง สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่า สภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป สภาพสังคมเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไป การซึมซับวัฒนธรรมจากตะวันตก อาจเปลี่ยนทัศนคติของบุตรในการดูแลพ่อแม่ (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564)

อย่างไรก็ตาม แรงสนับสนุนด้านเงินที่บุตรมีต่อพ่อแม่ผู้ชรา อาจเปลี่ยนแปลงตามความจำเป็นของบุตร โดยเฉพาะบุตรที่อาศัยอยู่ในเมืองใหญ่ ด้วยค่าครองชีพที่สูงจึงทำให้บุตรไม่สามารถส่งเงินให้กับพ่อแม่ที่บ้านได้ ในทางกลับกันพ่อแม่กลับเป็นฝ่ายผู้ให้แรงสนับสนุนด้านเงินแก่บุตร (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของพ่อแม่ บุตรที่มีปัญหาด้านเงินจะไม่สามารถให้แรงสนับสนุนด้านเงินกับพ่อแม่ที่ชราได้

จะเห็นได้ว่าแรงสนับสนุนด้านเงินต่อผู้สูงอายุ ไม่ได้หมายถึงการที่บุตรเป็นผู้ให้แต่เพียงฝ่ายเดียว หน่วยงานของรัฐยังเป็นส่วนหนึ่งที่ให้แรงสนับสนุนด้านเงินกับผู้สูงอายุ และนอกจากนี้ในการแสดงความกตัญญูต่อบิดามารดาไม่ใช่เป็นเพียงการส่งเงินให้กับพ่อแม่เพียงอย่างเดียว การสนับสนุนด้านอื่นสามารถเป็นการแสดงออกถึงความรัก ความกตัญญู ความผูกพันของบุตรที่มีต่อพ่อแม่ได้เช่นเดียวกัน (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564)

## 2. แรงสนับสนุนด้านร่างกาย (Instrumental support)

แรงสนับสนุนด้านร่างกาย คือ การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยร่างกาย เช่น การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน หรือการดูแลด้านอื่นๆด้วยร่างกาย ผู้ที่ให้แรงสนับสนุนด้านร่างกายต่อผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นคนในครอบครัว เช่น บุตร หลาน คู่ครอง บุตรเขย บุตรสะใภ้ เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ในกรณีที่บุตรหลานไปทำงานที่ห่างไกล ทำงานต่างจังหวัด แรงสนับสนุนด้านร่างกายจะเกิดขึ้นต่อเมื่อพวกเขากลับมาเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน หรือกลับมาในช่วงฤดูกาลเก็บเกี่ยว ผลผลิตทางการเกษตร หรือเป็นวันหยุดช่วงเทศกาลต่างๆ นอกจากบุตรหลานแล้วยังมีในส่วนของญาติและเพื่อนบ้านที่อาศัยอยู่ในละแวกบ้านผู้สูงอายุ ก็มีมีส่วนช่วยในการสนับสนุนด้านร่างกาย แต่การสนับสนุนด้านร่างกายจะเกิดในสังคมชนบทมากกว่าสังคมเมือง (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564)

ผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานจำนวนมากจะได้รับแรงสนับสนุนด้านร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานน้อย ปริมาณการได้รับความช่วยเหลือด้านร่างกายแก่ผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับขนาดของครอบครัวผู้สูงอายุ บุตรที่ทำงานไกลบ้านจะให้แรงสนับสนุนด้านร่างกายให้กับผู้สูงอายุได้น้อยกว่าบุตรที่อาศัยอยู่ด้วยกันหรืออาศัยอยู่ใกล้ละแวกบ้านผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุบางคนต้องเป็นฝ่ายให้แรงสนับสนุนทางกายกับบุตรด้วย อย่างเช่นในกรณีที่บุตรทำงานไกลบ้าน ผู้สูงอายุอาจจะต้องเป็นฝ่าย



ช่วยดูแลหลานที่เกิดจากบุตรของผู้สูงอายุ ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นคือปัญหาทางการเงิน เพราะถึงแม้ว่าบุตรจะส่งเงินกลับมาเป็นค่าเลี้ยงดูเด็กเล็ก แต่หากมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินผู้สูงอายุจะต้องเป็นฝ่ายรับผิดชอบเองทั้งหมด และการเลี้ยงดูหลานด้วยสภาพร่างกายที่ไม่เอื้อ อาจทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายที่ทรุดโทรมลง และเด็กอาจได้รับการดูแลได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564)

แรงสนับสนุนด้านร่างกายสำหรับผู้สูงอายุ อาจเกิดได้จากบุตรหลานที่อยู่ใกล้บ้านและสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุแล้วนั้น เพื่อบ้านหรือหน่วยงานของรัฐก็มีส่วนในการให้แรงสนับสนุนด้านร่างกายกับผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน เห็นได้จากการมี อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) หรือ อผส.(อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ) (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564)

### 3. แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ (Material support)

แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ คือ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านของสิ่งของ เช่น อาหาร เสื้อผ้า หรือเป็นสิ่งของจำเป็นอื่นๆ ผู้ที่ให้แรงสนับสนุนด้านสิ่งของกับผู้สูงอายุ สามารถเป็นได้ทั้งสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน หน่วยงานรัฐ และหน่วยงานเอกชน (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564)

สำหรับบุตรที่ทำงานไกลบ้าน ผู้สูงอายุจะได้รับแรงสนับสนุนด้านสิ่งของในรูปแบบของ “ของฝาก” ซึ่งอาจจะนำมามอบให้ด้วยตนเอง ฝากเพื่อน หรือส่งทางพัสดุไปรษณีย์ และแม้จะเป็นแค่สิ่งของธรรมดาทั่วไป แต่เมื่อส่งมาจากบุตรหลานของผู้สูงอายุ ก็จะได้ถือว่าเป็นสิ่งที่พิเศษและมีคุณค่าทางจิตใจต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในชนบทไทยนั้นบุตรหลานจะกลับมาเยี่ยมผู้สูงอายุในวันหยุดสำคัญ เช่น วันสงกรานต์ วันขึ้นปีใหม่ โดยที่บุตรหลานมักจะนำอาหารหรือสิ่งของที่ผู้สูงอายุชอบมามอบให้ (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564)

แรงสนับสนุนด้านสิ่งของเกิดขึ้นได้ 2 ทาง คือ บุตรหลานให้แรงสนับสนุนนี้กับผู้สูงอายุและผู้สูงอายุก็มอบแรงสนับสนุนนี้แก่บุตรหลานเช่นเดียวกัน เช่น เมื่อถึงฤดูกาลเก็บเกี่ยวผลผลิตทางเกษตรกรรม ผู้สูงอายุก็จะแบ่งปันผลผลิตไว้ให้กับบุตรหลาน หรือส่งไปเป็นของฝากให้กับบุตรหลานที่อยู่ห่างไกล หรือเวลาบุตรหลานเดินทางมาเยี่ยมก็จะมอบสิ่งของให้กับผู้สูงอายุ พอถึงเวลาเดินทางกลับผู้สูงอายุก็จะมอบสิ่งของให้กับบุตรหลานเช่นเดียวกัน (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564)

### 4. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support)

แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจ หรือการปลอบใจ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์นี้มีอิทธิพลและสำคัญกับผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเฉพาะบุตรของผู้สูงอายุ จะมีบทบาทมากที่สุด รองลงมาคือ สมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ก็จะ เป็นเพื่อนบ้านและตัวแทนจากทางภาครัฐและเอกชนที่เข้ามาดูแลผู้สูงอายุ (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564)

หากผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์จากบุตรหรือสมาชิกในครอบครัว จะทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ช่วยลดภาวะอ้างว้างในผู้สูงอายุลงได้ แต่ในส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายหรือหย่าร้างกับคู่ครองอาจจะต้องได้รับการสนับสนุนจากบุตรหลานหรือเพื่อนของผู้สูงอายุแทน

สำหรับบุตรของผู้สูงอายุที่อยู่ไกลบ้าน แรงสนับสนุนด้านอารมณ์จะเกิดในลักษณะของการสื่อสารทางไกล เช่น โทรศัพท์ การสื่อสารออนไลน์ หรือไปรษณีย์ การติดต่อสื่อสารแบบนี้จะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่ออยู่ในพื้นที่ที่มีสัญญาณโทรศัพท์หรือสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่มีประสิทธิภาพ การติดต่อแบบนี้อาจเกิดได้แบบ 2 ทาง คือ ผู้สูงอายุเป็นคนเริ่มการติดต่อกับบุตรเอง หรือบุตรเป็นคนเริ่มติดต่อผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์จะเกิดขึ้นได้ในลักษณะที่มากกว่าการติดต่อปกติ เช่น บุตรหลานจะติดต่อกับผู้สูงอายุเพื่อให้กำลังใจหรือปลอบใจ แต่ในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ไม่มีสัญญาณโทรศัพท์หรือสัญญาณอินเทอร์เน็ต หรือไม่ทราบวิธีการใช้งาน การติดต่อสื่อสารแบบนี้ต้องใช้ความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ด้วย หรือเป็นเพื่อนบ้านละแวกใกล้เคียงมาเป็นคนกลางในการช่วยติดต่อสื่อสารให้กับผู้สูงอายุ (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564)

นอกจากสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนด้านอารมณ์แล้ว บุคคลอื่นก็สามารถให้แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ให้กับผู้สูงอายุได้เช่นเดียวกัน เช่น หน่วยงานรัฐจัดงานวันผู้สูงอายุในช่วงวันสงกรานต์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ออกมาทำกิจกรรม พบปะพูดคุย รับคำอวยพรจากคนในหมู่บ้านเพื่อแสดงถึงการให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุในพื้นที่ ดังนั้นการให้แรงสนับสนุนด้านอารมณ์นอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดีขึ้นแล้ว ยังส่งผลให้สุขภาพกายของผู้สูงอายุดีขึ้นด้วย (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2564)

## ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อชนเผ่าปกากะญอ

### การปกครอง

ชนเผ่าปกากะญอมีการจัดระบบการปกครองเป็นหมู่บ้าน หลักสำคัญคือ เป็นหน่วยอิสระในการประกอบพิธีกรรมของตนเอง หรือหมู่บ้านหนึ่งนั้นมีหัวหน้าฝ่ายชายซึ่งเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมของหมู่บ้านเป็นเสมือนหัวหน้าหมู่บ้าน แต่ปัจจุบันบางหมู่บ้านได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้ใหญ่บ้าน การตั้งถิ่นฐานรวมตัวกันเป็นหมู่บ้านเป็นสิ่งสำคัญ คือ เป็นแหล่งหรือสถานที่สำหรับการประกอบพิธีกรรมของตนเอง นอกจากนั้นแต่ละหมู่บ้านในอดีตยังได้แบ่งเขตของตนหรืออาณาเขตของหมู่บ้านโดยใช้รัศมีการเดินทางระยะเดินเท้า 1 ชั่วโมง เป็นตัวกำหนด คนในหมู่บ้านหนึ่งจะไปทำไร่ในเขตของอีกหมู่บ้านหนึ่งไม่ได้ นอกจากการทำนาเท่านั้น เพราะนาซื้อขายกันได้ แต่ไร่่นั้นเป็นการถือกรรมสิทธิ์ครอบครอง หมู่บ้านชนเผ่าปกากะญอตั้งอยู่กระจัดกระจายตามไหล่เขา แต่ละหมู่บ้านมีขนาดราว 20-30 หลังคาเรือน ชนเผ่าปกากะญอนิยมตั้งบ้านเรือนเป็นการถาวรเพราะผูกพันกับการผลิตข้าวแบบนาดำ ควบคู่กันไปกับการทำไร่ข้าวในระบบไร่หมุนเวียน หมู่บ้านชนเผ่าปกากะญอจึงมีอาณา

เขตของหมู่บ้านที่กำหนดได้อย่างชัดเจน อาณาเขตนี้หมายถึง ที่ตั้งบ้านเรือนและพื้นที่ทำไร่ข้าวทั้งหมด ซึ่งถือเป็นสิทธิตามประเพณีไม่ว่าจะอยู่ในเขตป่าสงวนหรือไม่ก็ตาม เพราะชนเผ่าปกากะญอได้อาศัยอยู่ก่อนประกาศเป็นป่าสงวนภายหลัง ชนเผ่าปกากะญอนิยมปลูกบ้านพื้นยกสูงกว่าหนึ่งเมตรหลังเล็ก พอดีสำหรับพ่อ แม่ ลูก เรียกว่า เป็นกระท่อมไผ่มุงหญ้าคาหรือตองตึงทั้งบ้านมีเพียงห้องเดียวเตาไฟอยู่ในห้องเกือบกลางบ้าน ซึ่งเตาไฟบนกระเบดินเป็นที่ปรุงอาหารและแหล่งให้ความอบอุ่น ในทำนองเดียวกัน แบบบ้านของชนเผ่าปกากะญอนั้นเป็นบ้านทรงยกพื้นสูงพอคนเดินลอดได้ ไม่มีหน้าต่างหรือช่องระบายลม หลังคาสูงตรงกลาง แต่ชายคาต่ำลงคลุมฝาผนังจนแทบมองไม่เห็นอะไร ที่เป็นเช่นนี้เพราะความหนาวเย็นของหุบเขา ภูเขา บ้านปลูกกระเถาะกระกะไม่เป็นระเบียบสุดแต่ใครจะพอใจตรงไหน การปลูกสร้างบ้านเรือนสุดแต่สภาพแวดล้อม หมู่บ้านไหนอยู่ใกล้กับไม้ไผ่ก็ปลูกสร้างบ้านเรือนด้วยไม้ไผ่ทั้งหลังตลอดจนการมุงหลังคาที่เรียกว่า โขน คือไม้ไผ่ลำใหญ่ผ่าซีกคว้านหางยอน หลังคามุงด้วยใบคา ใบพลวง ใบหวาย ใบตองตึง พื้นใช้ฟากไม้ไผ่สับ และประตูไม้ไผ่ (ยศ สันตสมบัติ, 2551)

### **ครอบครัว**

สังคมชนเผ่าปกากะญอเป็นครอบครัวเดี่ยว หมายถึง บ้านหลังหนึ่งจะประกอบด้วยพ่อ แม่ และลูกเท่านั้น เมื่อลูกสาวแต่งงาน ชายจะต้องมาอยู่บ้านภรรยาก่อนเป็นเวลาหนึ่งฤดูการเกษตร คือ เริ่มจากกลางไร่ การปลูกข้าว และการเก็บเกี่ยวข้าว หลังจากนั้นก็จะปลูกบ้านใหม่หลังเล็กใกล้กับบ้านพ่อแม่ฝ่ายภรรยา คำว่า ครัวเรือนในสังคมชนเผ่าปกากะญอ นอกจากมีความหมายพื้นฐานในด้านการผลิตและด้านการบริโภคแล้ว ยังหมายถึงว่า แต่ละครัวเรือนมีไร่ของตนเองทำพิธีกรรมทางการเกษตร การแต่งงานเป็นแบบผัวเดียวเมียเดียวซึ่งเป็นกฎเคร่งครัด การหย่าร้างมีน้อย การแต่งงานใหม่ไม่ค่อยปรากฏ และไม่นิยมได้เสียก่อนแต่งงานกันถือเป็นกฎข้อห้ามถูกรังเกียจและต้องมีการปรับไหม และในครอบครัวทุกคนจะช่วยกันทำหน้าที่ในไร่ นา งานที่เป็นของผู้หญิงโดยเฉพาะคือ งานทอผ้าและพิธีกรรมเลี้ยงผีบรรพบุรุษ ชนเผ่าปกากะญอถือว่าผู้หญิงเป็นเจ้าของบ้านถึงแม้ว่าผู้ชายจะเป็นคนสร้างบ้าน ผู้หญิงจึงมีหน้าที่ประกอบพิธีกรรมแสดงความนับถือต่อวิญญาณบรรพบุรุษงานของผู้ชายจะเป็นการล่าสัตว์ การสร้างบ้าน การจัดสาน การเลือกพื้นที่ทำไร่ การติดต่อซื้อขาย การต้อนรับแขก การทำเครื่องมือเครื่องใช้ในครัวเรือน ผู้หญิงทำงานในบ้านมากกว่า เช่น การหาฟืน การตำข้าว การปรุงอาหาร แต่ผู้ชายก็จะทำได้และเต็มใจช่วยภรรยาของตนเสมอ (ขวัญชีวัน บัวแดง, 2546)

### **การแต่งกาย**

การแต่งกายของชนเผ่าปกากะญอนั้นเป็นเอกลักษณ์ประจำกลุ่มเห็นได้จากการแต่งกายของผู้หญิงในปัจจุบัน ผู้ชายกระเหรี่ยงนิยมแต่งกายเหมือนคนในท้องถิ่นทั่วไป แต่ส่วนใหญ่ยังมีเสื้อแดงสำหรับไว้ใส่ในโอกาสสำคัญ เสื้อสีแดงเป็นสัญลักษณ์ของความเป็นชาย คือ ความอดทนแข็งแรง

สมัยก่อนเด็กผู้ชายกระเหรี่ยงจะใส่เสื้อแดงถึงเข่า เป็นเสื้อทรงกระสอบ คอเสื้อเป็นรูปตัววี ตรงชายเสื้อจะติดพู่ห้อยลงมา สมัยก่อนเสื้อสีแดงของชายที่แต่งงานแล้วจะติดพู่ห้อยลงมาเสมอชายเสื้อ เพราะชายที่แต่งงานแล้วต้องทำงานมากขึ้น การที่ใส่เสื้อที่มีพู่ยาวจะทำให้รุงรังไม่สะดวกในการทำงาน ชาวเผ่าปกากะญอมีประเพณีที่กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิงอย่างเคร่งครัดและถือข้อห้ามเรื่องชู้สาวและการถูกเนื้อถูกตัวกันเป็นความผิด ดังนั้น จึงมีการแต่งกายของหญิงชนเผ่าปกากะญอที่แยกแยะชัดเจน สาวโสดสวมชุดทรงกระสอบสีขาวเกือบบวมเท้า เป็นผ้าทอเองด้วยมือ ในขณะที่หญิงที่แต่งงานแล้วสวมเสื้อครึ่งตัวแค่อว ระดับประดาด้วยลูกเดือยหรือฝ้ายสีและสวมผ้าขี้หนวยาวบวมเท้าสีแดง การแต่งกายของสาวชาวกระเหรี่ยงจึงระบุได้อย่างชัดเจนว่าหญิงคนนั้นเป็นสาวหรือออกเรือนไปแล้ว (ขวัญชีวัน บัวแดง, 2546)

### เศรษฐกิจ

ลักษณะเศรษฐกิจของชนเผ่าปกากะญออยู่ในสภาพที่เรียกว่า เพื่อยังชีพ หมายถึง การเพาะปลูกเพื่อการบริโภคเป็นหลัก ได้แก่ การปลูกข้าวไร่และการทำนาขั้นบันไดตามหุบเขา โดยไม่มีการปลูกพืชเงินสดแต่อย่างใด แต่เดิมชนเผ่าปกากะญอเป็นผู้ปลูกฝิ่นและเสพฝิ่นกันมาก ทั้งนี้เพราะชนเผ่าปกากะญอนิยมใช้ฝิ่นดิบและสุกมาใช้เป็นยารักษาโรคและบำบัดความเจ็บป่วยเนื่องจากการได้รับอุบัติเหตุหรือการทำงานหนัก ต่อมาได้มีการเลิกปลูกฝิ่นเนื่องจากเป็นพืชต้องห้าม นอกจากนี้กระเหรี่ยงมีการปลูกพืชผักหลายชนิดในไร่ข้าว เพื่อการบริโภคเอง เช่น พริก ถั่ว และผักกาด เป็นต้น ชนเผ่าปกากะญอยังเป็นนักล่าสัตว์ป่าเพื่อการบริโภคและมีความชำนาญการหาของป่ามาขายเป็นรายได้เสริม (มาลี สติธิเกรียงไกร, 2554)

### ความเชื่อ

ความเชื่อของชนเผ่าปกากะญอได้แผ่แทรกซึมและมีอิทธิพลมากต่อการประพฤติปฏิบัติในชีวิตประจำวันของเขา ดังนั้นชนเผ่าปกากะญอจึงให้ความสำคัญในทางศาสนาที่นับถือผีและพุทธรวมกัน ผีที่ชนเผ่าปกากะญอนับถือซึ่งมีความสำคัญ ได้แก่ ผีเจ้าที่ และผีต่างๆ ที่สิงสถิตอยู่ตามป่า ภูเขา ลำห้วย ไร่ และในหมู่บ้าน ฯลฯ ผีที่ถือกันว่าเป็นผีร้ายนั้นเชื่อว่าเป็นผีที่จะทำให้ประสบภัยพิบัติทั้งปวง จึงต้องมีการเอาอกเอาใจด้วยการเช่นสังเวยด้วยอาหารต่างๆ ซึ่งได้แก่ หมู ไก่ ฯลฯ นอกจากนี้มีความเชื่อในเรื่องผีต่าง ๆ ซึ่งมีอิทธิพลต่อชีวิตประจำวันต่อพวกเขาแล้วชนเผ่าปกากะญอยังเชื่อในเรื่องขวัญ ซึ่งมีประจำตัวของแต่ละคน ชนเผ่าปกากะญอเชื่อว่าในร่างกายของคนเรามีอยู่ทั้งหมด 33 ขวัญ ส่วนใหญ่ไม่สามารถนับได้หมดว่า ขวัญอยู่ส่วนไหนบ้างของร่างกาย เพียงแต่บอกได้ว่าอยู่ในส่วนสำคัญของร่างกาย เช่น ขวัญอยู่ที่ศีรษะ ขวัญสองขวัญที่ใหญ่ทั้งสองข้าง ขวัญจะละทิ้งหรือหายไปก็ต่อเมื่อคนๆนั้นได้ตายไป นอกจากนี้แล้วเชื่อกันว่าขวัญชอบที่จะหนีไปท่องเที่ยวตามความต้องการของมันเอง และก็อาจจะถูกผีร้ายต่างๆทำร้าย หรือกักขังไว้ ซึ่งจะทำให้ผู้นั้นล้มป่วย การรักษาพยาบาลหรือวิธีที่จะช่วยเหลือคนเจ็บป่วยได้ก็คือ การล่อและเรียกขวัญให้

กลับมาสู่บุคคลที่เจ็บป่วย การรักษาพยาบาลหรือวิธีที่จะช่วยเหลือคนเจ็บป่วยได้ก็คือ การล่อและเรียกขวัญให้กลับมาสู่บุคคลที่เจ็บป่วยพร้อมกับทำพิธีผูกข้อมือรับขวัญด้วย ในสังคมของชนเผ่าปกากะญอนั้นถือเป็นปกติธรรมดา เมื่อแต่ละวันในหมู่บ้านจะทำพิธีเลี้ยงผี และการเรียกขวัญของคนเจ็บป่วยแทนการรักษาด้วยหมอสมัยใหม่ บางครั้งถึงแม้จะมีหมอเข้าไปช่วยรักษาให้ตามแบบทันสมัย แต่ถ้าหากที่บ้านผู้ป่วยนั้นได้รับการเลี้ยงผีแล้ว เขาก็จะปฏิเสธที่จะรักษาทันที อย่างน้อย 3 วัน

เมื่อมีคนตาย ชาวชนเผ่าปกากะญอนจะนำผ้าห่มที่ทอจากฝ้ายมาห่มศพ จากนั้นจึงจะห่อศพด้วยเสื่อลำแพน นิยมเก็บศพไว้ประมาณ 2-3 วัน ถ้ามีฐานะอาจเก็บไว้ถึง 5 วัน ญาติมิตรและเพื่อนบ้านจะมาและส่วนหนึ่งจะอยู่เป็นเพื่อนเผ่าศพ ตอนกลางวันจะไม่มีพิธีกรรมหรือกิจกรรมใดๆ แต่ในตอนกลางคืนหนุ่มสาวจะมาจับกลุ่มร้องเพลงโต้ตอบกัน โดยต่างฝ่ายต่างจับเป็นวงรอบผู้ตายและเดินวนรอบศพที่วางอยู่บนแคร่ การเดินจะเดินวนซ้ายและร้องเพลงโต้ตอบกันกันไปตลอดคืน ตอนหัวค่ำอาจเป็นการร้องเพลงของชายหญิงที่ออกเรือนแล้ว เพลงที่ร้องมักจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับการบอกทางให้ผู้ตายไปดีมีสุข ตกตึกก็จะเป็นการร้องเพลงของหนุ่มสาว มีเนื้อหาเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ของชาวชนเผ่าปกากะญอ ความรักระหว่างหนุ่มสาว การเกี่ยวพาราสีกัน นับเป็นโอกาสสำคัญที่หนุ่มสาวจะได้พบปะพูดคุยกันอย่างใกล้ชิด หลังจากนั้นจะมีพิธีฝังศพ โดยผู้ชายที่อยู่ในขบวนเคลื่อนนำศพจากบ้านไปฝังนั้น การนำศพลงจากบ้านจะเอาทางด้านเท้าลงไปก่อนและจะนำไปฝังในป่า โดยหันศีรษะของผู้ตายไปทางตะวันตก และจะฝังข้าวของเครื่องใช้สำคัญ ๆ ของผู้ตายลงไปพร้อมกันด้วย (ยศ สันตสมบัติ, 2551)

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. ภายในประเทศ

กัญญา นพเกตุ, ชนิดดา แนนเกสร, และดวงใจ วัฒนสินธุ์ (2559) ได้ศึกษา “ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ” วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 56.74 (SD = 9.17) จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการเห็นคุณค่าในตนเองร่วมกันทำนายความผาสุกทางใจได้ร้อยละ 74.5 ( $r = .745$ ,  $F = 93.546$ ,  $p < .001$ ) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานได้สูงที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = .342$ ,  $p < .001$ ) รองลงมา คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ( $\beta = .335$ ,  $p < .001$ ) และการเห็นคุณค่าในตนเอง ( $\beta = .302$ ,  $p < .001$ ) โดยสมการทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานในรูป

คะแนนมาตรฐาน คือ  $Z$ ความผาสุกทางใจ = .342 (การสนับสนุนทางสังคม) + .335 (การเข้าถึงบริการสุขภาพ) + .302 (การเห็นคุณค่าในตนเอง)

ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์ และอารยา ทิพย์วงศ์ (2561) ได้ศึกษา “การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท” การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง ( $r = 81.87$ ,  $S.D = 8.03$ ) แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ( $r = .579$ ) ส่วนปัจจัยทำนายที่ดีในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ( $Y$ ) ได้แก่ การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ( $x1$ ) ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ( $x5$ ) การมีส่วนร่วม และยอมรับในฐานะส่วนหนึ่งของสังคม ( $x3$ ) สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้ร้อยละ 43.3 มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ 8.67 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สมการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยใช้คะแนนดิบ คือ  $Y = 52.565 + .920x1 + 1.213x5 + .683x3$

ฐิติมา ทาสวรรณอินทร์, มณูเชษฐ์ มะโนธรรม, วรัญญา มณีรัตน์, จุฑามาศ เมืองมูล, และวารุณี พันธวงศ์ (2562) ได้ศึกษา “พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ชุมชนกะเหรี่ยงรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย” วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.0 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 54.0 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง ( $Mean = 2.02$ ,  $S.D. = 0.724$ ) แรงสนับสนุนจากสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ( $Mean = 2.57$ ,  $S.D. = 0.726$ ) และพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ( $r = .261$ ,  $p = .008$ )

ธมนรดา โอภาสฐิติยศ, ณรงค์ ฌ เชียงใหม่, และจิตติมา กัตถัญญ (2557) ได้ศึกษา “การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงที่มีภาวะเครียดในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสบหาร ตำบลบ้านกาศ อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดบริบทของครอบครัวผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย และผลของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในครอบครัวเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสบหาร ตำบลบ้านกาศ อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 การคัดกรองและประเมินภาวะเครียดด้วยแบบประเมินของกรมสุขภาพจิตในประชาชนจำนวน 901 คน ระยะที่ 2 เป็นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มครอบครัวผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ผล

การศึกษาพบว่า ในระยะคัดกรอง ชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก จำนวน 124 คน คิดเป็นร้อยละ 13.76 ของผู้ตอบแบบประเมินทั้งหมดระยะที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ผู้ที่มีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายและผู้ใกล้ขีด จำนวน 8 ครอบครัว เข้าร่วมกระบวนการกลุ่มเสริมสร้างพลังอำนาจผลการทำกระบวนการกลุ่ม พบว่า ปัญหาการฆ่าตัวตาย ไม่ได้เป็นเพียงปัญหาของตนเองและครอบครัวเท่านั้น แต่เป็นปัญหาของสังคมด้วย กิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจแสดงให้เห็นถึงการที่สมาชิกกลุ่มได้ มองเห็นคุณค่าของตนเอง ยอมรับและเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และครอบครัวได้ การติดตามประเมินหลังจาก เสร็จสิ้นกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจไปแล้ว 3 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1, 3, และ 7 ก็พบว่าทั้ง 8 ครอบครัวมีพลังอำนาจเพิ่มขึ้น สามารถให้การดูแลผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย มากขึ้น มีการไปมาหาสู่และนัดหมายรวมกลุ่มในการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันในครอบครัวและระหว่างครอบครัว

นภัสสร ยอดทองดี และรังสิมันต์ สุทรไชยา (2560) ได้ศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย” วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกายมีความสิ้นหวังอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 (Mean=16.06, SD=5.07) ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและมุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสิ้นหวัง ( $r=.388, p<.001$  และ  $r=.276, p<.001$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการแก้ปัญหาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสามารถในการทำหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสิ้นหวัง ( $r = -.578, p <.001, r = -.517, p <.001, r = -.437, p <.001$  และ  $r = -.216, p <.05$  ตามลำดับ)

ปวีณา ประภาทานัง, วาริ กังใจ, และสัททยา รัตนจรณะ (2559) ได้ศึกษา “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ” วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำประเภทหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่ม และหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม เปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของบอนเฟอโรนี ผลการวิจัยพบว่า พบว่าคะแนนเฉลี่ยความว่าเหวของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) คะแนนเฉลี่ยความว่าเหวของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลน้อยกว่าในระยะก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

มธุรส สว่างบำรุง (2562) ได้ศึกษา “อารมณ์อ้างว้างกับการท่องเที่ยวของผู้สูงอายุ” ผลการศึกษาพบว่า อารมณ์อ้างว้างในทัศนะของผู้สูงอายุ หมายถึงอารมณ์ว่างเปล่าจากสังคมเป็นลักษณะขาดการติดต่อกับสังคม ไร้เพื่อนคู่สนทนาก่อให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้างทั้งนี้มีรูปแบบอารมณ์ที่เกิดขึ้นชั่วคราว แต่มีสภาวะคงที่ และต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ ผสมผสานกับอารมณ์หงุดหงิด หัวว่าเหว เตรียด และเศร้าปัจจัยการเกิดอารมณ์อ้างว้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมท่องเที่ยว ได้แก่

ปัจจัยครอบครัว ปัจจัยสังคม ปัจจัยเศรษฐกิจ ปัจจัยสุขภาพ และปัจจัยที่พึงทางพุทธศาสนา ความเชื่อมโยงระหว่างอารมณ์อ้างอิงกับพฤติกรรมการท่องเที่ยวของผู้สูงอายุมีนัยยะเชิงซ้อนทางบวก 3 มิติ คือ เชิงสภาพจิต เชิงสุขภาพกาย และเชิงสังคม ซึ่งอารมณ์อ้างอิงกับการท่องเที่ยวจะแสดงปฏิกิริยาตอบโต้ต่อกันในรูปแบบของการย้อนกลับและความต่อเนื่องของพฤติกรรมการท่องเที่ยว

ยุทธการ ประพากรณ์, โรงแฉ จินตนาวัฒน์, และเดชา ทำดี (2564) ได้ศึกษา “ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเกษียณ ” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเกษียณ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเกษียณชรา ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเกษียณมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.

ศรียรรณ ทาวงค์มา และสิริภา ภาคนะภา (2563) ได้ศึกษา “ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงในพื้นที่หมู่บ้าน พัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนตามแนวทางพระราชทานพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ จังหวัดแม่ฮ่องสอน ” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงและประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง เลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป บ้านเมื่อน้อย อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้รับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงที่พัฒนาโดยผู้วิจัยพัฒนาจากสภาพปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง แนวทางในการเสริมสร้างสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh, & Parsons (2011) และปัจจัยของการมีสุขภาพดีในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษา ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยง พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการทดลองใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ.001 2) คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001

สุธาลักษณ์ ขวัญเจริญทรัพย์, นวรัตน์ สุวรรณพ่อง, มธุส ทิพยมงคลกุล, และจรรุวรรณ หมั่นมี (2562) ได้ศึกษา “ความต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี” วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยไปนารีโลจี



สติค ผลการวิจัยพบว่า ความต้องการบริการด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.50 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.52 ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ พบกลุ่มติดสังคมมีมากที่สุด ร้อยละ 91.30 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 6.68 ส่วนกลุ่มติดเตียงมีเพียงร้อยละ 2.00เท่านั้น การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.20 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (Adj. OR = 2.36; 95% CI 1.24 - 4.51) การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า (Adj. OR = 2.10; 95% CI 1.19 - 3.70) และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร (Adj. OR = 1.91; 95% CI 1.01 - 3.60) และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ สิ่งของ อุปกรณ์

สำเนาวิ ศรีงาม (2559) ได้ศึกษา “พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา” วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับดี พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษา และอาชีพที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 3 ตัวแปร ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมทำนายได้ร้อยละ 40.4

อภิชัย คุณิพงษ์ (2562) ได้ศึกษา “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี” ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับสูง (Mean=3.89, S.D.=0.53) การรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ การรับรู้ระบบบริการสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $r = 0.532$ ,  $r = 0.387$  และ  $r = 0.384$  ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพ สามารถทำนายอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 27.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อุทัยวรรณ แก้วพิจิตร (2561) ได้ศึกษา “ผลของโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ต่อความไว้ห้าวของผู้สูงอายุ” วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนาและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความไว้ห้าวของผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิดไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test) และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความไว้ห้าวก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน 1) ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความไว้ห้าวของผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ ภายหลังการทดลอง ( $X = 28.13$ ,  $SD = 5.96$ ) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ( $X = 34.23$ ,  $SD = 7.19$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 16.39$ ,  $p < .001$ ) 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความไว้ห้าวของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มสังคมสัมพันธ์ของกลุ่มทดลอง ( $= 6.10$ ,  $SD = 2.07$ ) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ ( $= .16$ ,  $SD = 1.04$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 15.045$ ,  $p < .001$ )

## 2. ต่างประเทศ

Machielse & Duyndam (2020) ได้ศึกษา กลยุทธ์ของผู้สูงอายุที่โดดเดี่ยวในสังคม: กลไกการเกิดขึ้นและความคงอยู่ การแยกตัวทางสังคมเกี่ยวข้องกับการขาดการติดต่อทางสังคมและการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อน หรือชุมชน และส่งผลให้สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีลดลง โดยใช้แนวคิดจากทฤษฎีโครงสร้างของ Giddens เพื่อทำความเข้าใจกลยุทธ์ที่ใช้จัดการกับความโดดเดี่ยวทางสังคมในชีวิตประจำวัน การศึกษาพบว่า จากการสัมภาษณ์ แสดงให้เห็นว่าพวกเขามองเห็นความเป็นไปได้เพียงเล็กน้อยในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ พวกเขาถือว่าทักษะทางสังคมของพวกเขาไม่เพียงพอ และเลือกรูปแบบพฤติกรรมที่พวกเขาปฏิบัติตามเป็นนิสัยและแสดงถึงระดับความปลอดภัยในระดับหนึ่ง ในขณะที่เดียวกัน กลยุทธ์เหล่านี้ยังช่วยลดโอกาสในการรวมกลุ่มทางสังคมและทำให้การแยกตัวของพวกเขาเข้มข้นขึ้น รูปแบบการขัดเกลาทางสังคมในระยะยาวเหล่านี้ทำให้การแยกตัวทางสังคมเป็นปัญหาถาวรซึ่งในหลายกรณีใช้ลักษณะโครงสร้าง กลไกนี้ทำให้การแยกตัวทางสังคมยากต่อการทำลาย ผู้สูงอายุที่โดดเดี่ยวในสังคมส่วนใหญ่ไม่มีความปรารถนาที่จะจัดการกับความโดดเดี่ยว แต่หวังว่าจะแก้ปัญหาด้วยตนเองให้นานที่สุด ความช่วยเหลือในทางปฏิบัติอาจช่วยให้พวกเขาพึ่งพาตนเองได้

Kemperman, van den Berg, Weijs-Perrée, & Uijtdeuwillegen (2019) ในการศึกษาเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพหุคูณในกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมมากขึ้น รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสำรวจในผู้สูงอายุ จำนวน 182 คน เป็นผู้ที่มิอายุ 65 ปีขึ้นไป ในประเทศเนเธอร์แลนด์ มีการใช้วิธีการสร้างแบบจำลองเครือข่ายความเชื่อแบบเบย์ (BBN) ที่ได้มาซึ่งความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมระหว่างตัวแปร ผลการวิจัยพบว่าความรู้สึกอ้างว้างเกี่ยวข้องกับโดยตรงกับความพึงพอใจต่อเครือข่ายทางสังคมและความผูกพันในพื้นที่ใกล้เคียง และเกี่ยวข้องโดย

อ้อมกับการรับรู้ความปลอดภัยและความพึงพอใจต่อสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการในท้องถิ่น ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับนักวางผังเมืองและผู้กำหนดนโยบายที่มุ่งเน้นการสร้างสังคมที่น่าอยู่และมีสุขภาพดีสำหรับประชากรสูงอายุ

Wu (2020) ได้ศึกษา ความโดดเดี่ยวทางสังคมและความอ้างว้างของผู้สูงอายุในบริบทของ COVID-19 การระบาดของ COVID-19 จะมีผลกระทบระยะยาวและลึกซึ้งต่อสุขภาพของผู้สูงอายุและความเป็นอยู่ที่ดี ความโดดเดี่ยวทางสังคมและความอ้างว้างน่าจะเป็นหนึ่งในผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด ความโดดเดี่ยวทางสังคมและความอ้างว้างเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เชื่อมโยงกับสถานะสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ไม่ดี

Yang & Gu (2021) ได้ศึกษา การเป็นม่ายและระยะเวลาการเป็นม่ายสัมพันธ์กับความอ้างว้างในกลุ่มอายุและเพศที่ต่างกันในกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีน ผลการวิจัยพบว่า การเป็นม่ายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญของความอ้างว้างในผู้สูงอายุ (OR = 2.34,  $p < .001$ ) และผู้ที่แต่งงานใหม่หลังจากเป็นม่ายมีโอกาสน้อยที่จะอ้างว้างเมื่อเทียบกับคู่ที่ไม่ได้แต่งงานใหม่ (OR = 0.47,  $p < .001$ ) นอกจากนี้ การเป็นม่ายยังสัมพันธ์กับความอ้างว้างมากกว่าสองเท่าในช่วงสองสามปีแรกหลังการเสียชีวิตของคู่สมรส (OR = 3.09,  $p < .001$ ) เมื่อเทียบกับผู้ใหญ่วัยที่แต่งงานแล้วในปัจจุบัน อัตราต่อรองที่เพิ่มขึ้นของความอ้างว้างลดลงเล็กน้อยตามระยะเวลาของการเป็นม่าย แต่ก็ยังมีนัยสำคัญ แม้ว่า จะผ่านไป 40 ปีของการพลัดชีพ (OR = 1.96,  $p < .001$ )

Finlay & Kobayashi (2018) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุลักษณะของอิทธิพลทางบริบทส่วนบุคคลและพื้นที่ใกล้เคียง ต่อการแยกตัวทางสังคมและความอ้างว้างในผู้สูงอายุ ทำนายการแยกตัวทางสังคมและความอ้างว้าง แยกตาม อายุ , เพศ , อาชีพในอดีต , เชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ , การอยู่คนเดียว , ประเภทถนน , ที่อยู่อาศัยและความหนาแน่นของที่อยู่อาศัย การวิเคราะห์เชิงคุณภาพของบันทึกการสัมภาษณ์ สามารถบอกประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่มีผลต่อความอ้างว้างทางสังคมและความอ้างว้าง ผลการวิจัยเชิงปริมาณชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุชาวตะวันตก ผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงขึ้น ผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่คนเดียวและผู้ที่อาศัยอยู่ใกล้ใจกลางเมือง มีโอกาสน้อยมากที่จะมีความรู้สึกอ้างว้างหรืออ้างว้างทางสังคม ผลลัพธ์เชิงคุณภาพระบุและอธิบายความแตกต่างของผลลัพธ์ภายในแต่ละปัจจัยเหล่านี้ พวกเขาให้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียว แต่ไม่ได้มีความรู้สึกอ้างว้าง โดยพบว่าส่วนหนึ่งของผู้เข้าร่วมการศึกษามีความต้องการที่จะหาความสันโดษและมีความสุขอยู่เพียงลำพัง ในเรื่องของสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ไม่ดีมักส่งผลให้เกิดการแยกทางสังคม

Vozikaki, Papadaki, Linardakis, & Philalithis (2018) ได้ศึกษา อ้างว้างของผู้ใหญ่ชาวยุโรป: ผลสำรวจสุขภาพ และการเกษียณอายุในยุโรป การศึกษาในปัจจุบันมีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจสอบปัจจัยทางประชากร สุขภาพ และสังคมที่เป็นไปได้ของอ้างว้างในกลุ่มผู้สูงอายุในยุโรป ตัวชี้วัดการแยกทางสังคม เพศหญิง อายุมากขึ้น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำกว่า การอยู่อย่าง

ไม่มีคู่มือ ไม่มีบุตร และไม่มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความรูสึกอ้างว้างบ่อยครั้ง ( $p < 0.001$ ) การที่ลูกหลานแยกออกจากพ่อแม่เร็ว นี้เป็นตัวทำนายที่สำคัญของความอ้างว้างทั้งในรูปแบบการถดถอยพหุคูณที่สอง (ORs = 2.08; 95% CI 1.24–3.48) และตัวที่สาม (ORs = 1.75; 95% CI 1.03–2.96)

Berg-Weger & Morley (2020) ได้ศึกษาความอ้างว้างในวัยชราและปัญหาสุขภาพที่ไม่ได้รับการแก้ไข ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะอยู่คนเดียวมากกว่าและมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมทางสังคมน้อยลง การมีส่วนร่วมทางศาสนาก็ลดลงเช่นกัน ความอ้างว้างและการแยกตัวทางสังคมเกิดขึ้นในผู้สูงอายุมีประมาณ 1 ใน 3 หรือมากกว่า โดย 5% ของผู้ที่มีภาวะรูสึกอ้างว้าง สำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและร่างกาย โดยเฉพาะผู้ที่เป็โรคหัวใจ ซึมเศร้า วิดกกังวล และภาวะสมองเสื่อม ความอ้างว้างและการแยกตัวทางสังคมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและอารมณ์

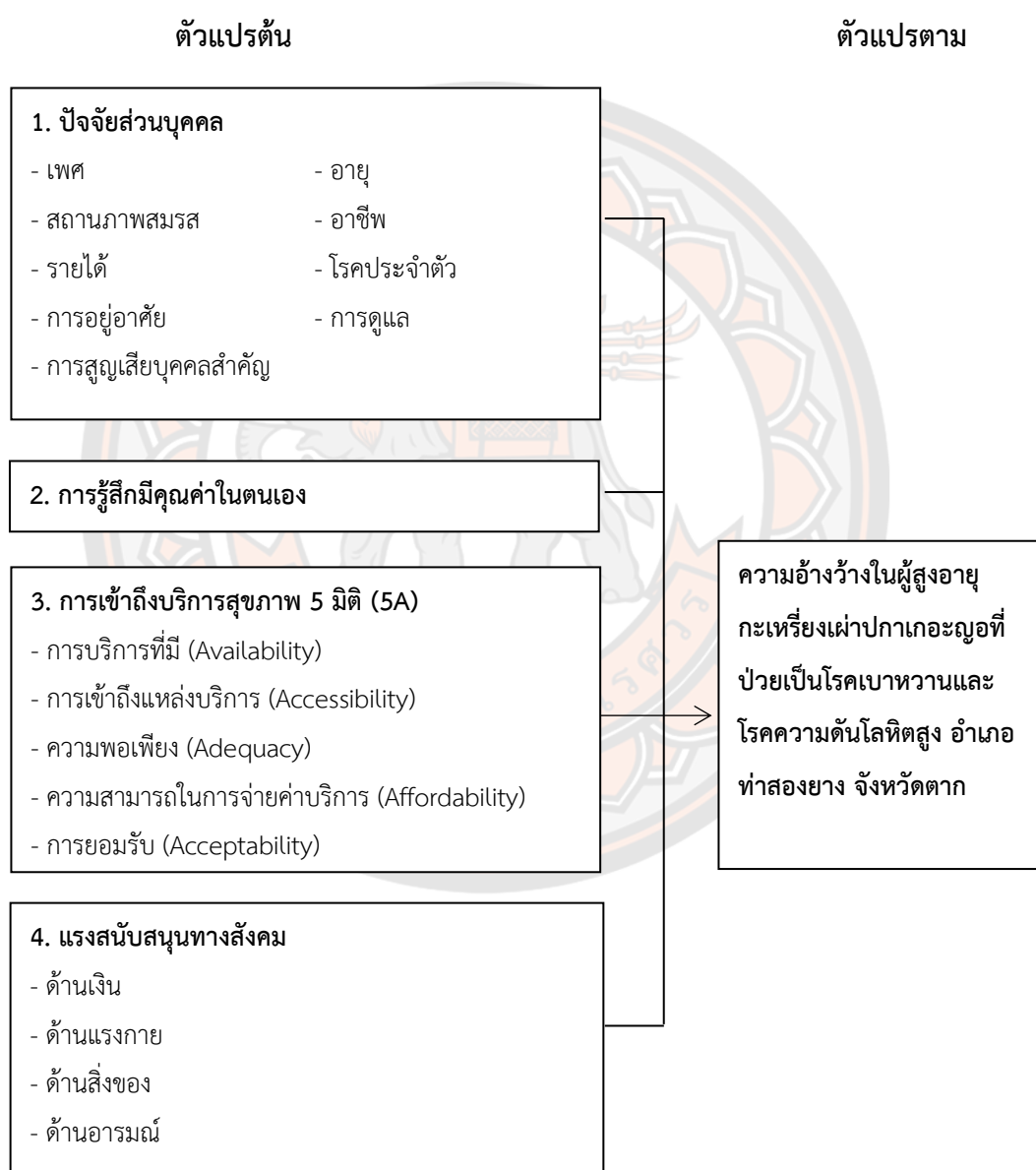
Putnam (2018) ได้ศึกษา ความอ้างว้างในชุมชนบ้านพักคนชรา ผลการศึกษาพบว่า ประมาณ 30.8% ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความอ้างว้าง รองลงมา มีความอ้างว้าง อยู่ที่ และ 26.6% มีความอ้างว้างอย่างรุนแรง ในการวิเคราะห์หลายตัวแปร ความอ้างว้างมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าเป็นหลัก ตรงกันข้ามกับความคิดเห็นของผู้คนทั่วไป การศึกษาของพบว่า ความอ้างว้างมีสูงในชุมชนที่อยู่อาศัยหนาแน่น ชุมชนที่อยู่อาศัยหนาแน่นอาจเป็นสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการลดความอ้างว้างในหมู่ผู้สูงอายุ การแทรกแซงควรเน้นที่การแก้ปัญหาทั้งความอ้างว้างและสุขภาพจิตควบคู่กันไป

van Tilburg, Steinmetz, Stolte, van der Roest, & de Vries (2021) ได้ศึกษา ความอ้างว้างและสุขภาพจิตในช่วงการระบาดของ COVID-19: การศึกษาในหมู่ผู้สูงอายุชาวดัตช์ ด้วยการแพร่กระจายของ COVID-19 เนเธอร์แลนด์ได้ดำเนินนโยบายเพื่อให้ประชาชนอยู่ห่างจากร่างกาย เราตั้งสมมติฐานว่าความถี่ของการติดต่อทางสังคม การสูญเสียส่วนบุคคล และประสบการณ์ของภัยคุกคามทั่วไปในสังคมลดลง ความเป็นอยู่ที่ลดลง ผลการวิจัยพบว่า ในการระบาดใหญ่นี้ ความอ้างว้างของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น แต่สุขภาพจิตยังคงค่อนข้างคงที่ มาตรการทางนโยบายสำหรับการเว้นระยะห่างทางกายภาพไม่ได้ทำให้เกิดความโดดเดี่ยวทางสังคมมากนัก แต่ความสูญเสียส่วนตัว ความกังวลเกี่ยวกับการระบาดใหญ่ และการลดลงของความไว้วางใจในสถาบันทางสังคมนั้นสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นและโดยเฉพาะอย่างยิ่งความอ้างว้างทางอารมณ์

Zhao, Zhang, & Ran (2017) ได้ศึกษาการสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง รูปแบบการเผชิญปัญหาและความอ้างว้างของผู้สูงอายุ ผู้เข้าร่วมเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 312 คนที่มีอายุระหว่าง 60 ถึง 88 ปี และอาศัยอยู่ในเขตเป่ย์เป่ย์ เมืองฉงชิ่ง ประเทศจีน ผู้เข้าร่วมทำการตอบแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก แบบสอบถามรูปแบบการเผชิญปัญหาแบบง่ายและแบบวัดความอ้างว้างของ UCLA ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าการเห็นคุณค่าในตนเอง รูปแบบการ

เผชิญปัญหาและความอ้างว้างของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดและรูปแบบการเผชิญปัญหาเชิงบวกเป็นสื่อกลางความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและความอ้างว้างของผู้เข้าร่วมบางส่วน การศึกษาครั้งนี้ให้ข้อมูลเชิงลึกใหม่ ๆ เกี่ยวกับผลของการเห็นคุณค่าในตนเองต่อความอ้างว้างของผู้สูงอายุ

### กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (A Cross-sectional Survey) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้วงในผู้สูงอายุเกษียณชีพกษาเกะอูที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกำสองยาง จังหวัดตาก โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ผู้สูงอายุเกษียณชีพกษาเกะอูที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอกำสองยาง จังหวัดตาก ซึ่งมีทั้งหมด 6 ตำบล จำนวน 1,538 คน

คำนวณขนาดตัวอย่างจากจำนวนประชากร 1,538 คน ได้ขนาดตัวอย่าง 420 คน โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Wayne (1995) ดังสูตร

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1)+p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$
$$n = \frac{1538(0.50)(1-0.5)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{0.50^2(1538-1)+0.50(1-0.5)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

Ngamjarus (2016)

เมื่อ

n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร

p = สัดส่วนของประชากร (กำหนดให้เป็น 0.50 สำหรับขนาดของตัวอย่างที่มากที่สุด)

d = ความถูกต้องแม่นยำที่ยอมรับได้คิดเป็นสัดส่วน (0.05)

และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% เท่ากับ 42 คน รวมทั้งสิ้นจึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 462 คน ทั้งนี้เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูลผู้วิจัยจะใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 465 คน

### การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic sampling) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ ใช้การจัดแบ่งชั้นภูมิตามกลุ่มพื้นที่การปกครอง โดยพื้นที่ปกครองในอำเภอท่าสองยาง ออกเป็น 6 ตำบล ตำบลแม่หละ ตำบลแม่ต้าน ตำบลแม่อุสุ ตำบลแม่สอง ตำบลท่าสองยาง และตำบลแม่หวหลวง

**ตาราง 1 แสดงจำนวนผู้สูงอายุชนเผ่าปกาเกอญอและจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุชนเผ่าปกาเกอญอ**

ลำดับ	ตำบล	ประชากรผู้สูงอายุชนเผ่าปกาเกอญอที่ป่วย (คน)	ตัวอย่างผู้สูงอายุชนเผ่าปกาเกอญอ (คน)
1	แม่หวหลวง	160	55
2	ท่าสองยาง	210	70
3	แม่สอง	331	95
4	แม่อุสุ	370	110
5	แม่ต้าน	69	25
6	แม่หละ	398	110
	<b>รวม</b>	<b>1,538</b>	<b>465</b>

ขั้นตอนที่ 2 ทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการหมายเลข 1-10 และจับเลือกหมายเลขตั้งต้นจากจำนวนประชากรในลำดับทะเบียนบัญชีรายชื่อที่ 1-10 เลือกมา 1 หมายเลข เพื่อเป็นเลขตั้งต้น (R) หมายเลขต่อไปจะถูกกำหนดอย่างเป็นระบบ โดยการรวมอัตราส่วน (i) ที่คำนวณได้กับหมายเลขสมาชิกตั้งต้น (R, R+i, R+2i, R+3i, ..., R+ni) ดังนั้นสมาชิกที่ได้มาจะนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างคือ บุคคลใดในบัญชีรายชื่อ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการประสานติดต่อเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หากพบกรณีที่บุคคลไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจะทำการสุ่มไล่ถัดไปเรื่อยๆ จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงหรือป่วยเป็นโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น เป็นโรคเบาหวานอย่างเดียว เป็นต้น ในการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างนี้ได้มาจากข้อมูลทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ โดยทำหนังสือขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลของอาสาสมัครจากหน่วยงานนั้นก่อนที่จะ

ตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 465 คน โดยจะเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างเพียงเลขลำดับตามรหัสแบบสอบถามที่นักวิจัยกำหนดไว้เท่านั้น โดยจะไม่ระบุเลข Hospital Number (HN) และมีการขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยโดยมีล่ามเป็นผู้อ่านคำอธิบายชี้แจงก่อนเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฟัง ล่ามที่ใช้ในการสื่อสาร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และให้เวลากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการเข้าร่วมวิจัยจำนวน 2 วัน โดยสถานที่ขอความยินยอมในการเข้าร่วมคือบ้านของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นจึงไปขอคำยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง การลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรของกลุ่มตัวอย่างจะต้องมีญาติผู้เกี่ยวข้องเป็นพยานยินยอมให้เข้าร่วมโครงการเท่านั้น เนื่องจากเป็นโรคการวิจัยในผู้สูงอายุ และอาจไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้จึงควรจะต้องมีญาติอยู่ด้วย พร้อมทั้งส่งวิจัยฉบับย่อให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อ่านออกเขียนได้ เพื่อให้ญาติหรือผู้ดูแลได้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับงานวิจัยก่อนจะตัดสินใจให้ผู้สูงอายุในบ้านยินยอมเข้าร่วมโครงการ หากกลุ่มตัวอย่างคนใดปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยก็จะคัดออก

#### **เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)**

1. ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่วิจัย
2. ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
3. เป็นชาวไทยภูเขา กะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอ

#### **เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)**

1. มีปัญหาทางการสื่อสาร เช่น การได้ยิน
2. มีอาการทางจิต หรือเป็นผู้ป่วยจิตเวช
3. ญาติของกลุ่มตัวอย่างไม่อนุญาตให้เข้าร่วมโครงการวิจัย
4. การลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ของอาสาสมัครจะต้องมีญาติผู้เกี่ยวข้องเป็นพยานยินยอมให้เข้าร่วมโครงการเท่านั้น เนื่องจากเป็นโรคการวิจัยในผู้สูงอายุ และอาจไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ จึงควรจะต้องมีญาติอยู่ด้วย

#### **เกณฑ์การถอน (Withdrawal criteria)**

1. มีการเจ็บป่วยกะทันหัน
2. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
3. ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
4. อาสาสมัครถอนตัวเองออกจากโครงการวิจัยและญาติถอนอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย



เนื่องจากอาสาสมัครมีจำนวนมาก ทางทีมผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยทีมผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล ในระหว่างการสัมภาษณ์จะไม่มีการบันทึกเทปแต่อย่างใด หากผู้สูงอายุที่มีปัญหา เช่น ไม่สามารถพูดภาษาไทยได้หรืออ่านภาษาไทยได้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีให้ผู้ช่วยผู้วิจัยที่เป็นล่ามที่สามารถพูดภาษากะเหรี่ยงเผ่าปกากะเยอ อ่านแบบสอบถามให้ฟัง (ถาม-ตอบ) ล่ามที่ใช้ในการสื่อสาร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ จำนวน 20 ราย โดยก่อนใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยจะจัดอบรมชี้แจงการตอบแบบสอบถามให้กับผู้ช่วยผู้วิจัย สร้างความเข้าใจให้กับผู้ช่วยผู้วิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและมีความสมบูรณ์

### เครื่องมือและการพัฒนาเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความอ้างว้างในผู้สูงอายุ Rosenberg's self Esteem (Rosenberg, 1965), การเข้าถึงบริการสุขภาพจากแนวความคิดของ Penchansky & Thomas (1981), แรงสนับสนุนทางสังคมจากแนวความคิดของสุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2563) และแบบวัดความอ้างว้างยูซีแอลเอ (UCLA) ของ Russell, 1996 ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยจัดเนื้อหาของแบบสอบถามให้ครอบคลุมข้อมูลที่ต้องการ

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว พักอาศัย บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และการสูญเสียบุคคลสำคัญ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและเติมข้อความ

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นแบบสอบถามตามแนวคิดของ Rosenberg's self Esteem (Rosenberg, 1965) โดย เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ เป็นผู้พัฒนาขึ้น และถูกนำมาใช้ในผู้สูงอายุ ซึ่งใช้ประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีค่าความเที่ยง .87(เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529) แบบประเมินนี้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ มีคำถามเชิงบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 4, 6, 7 และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 8, 9, 10 โดยปรับตามเกณฑ์ของ Likert Scale ซึ่งตั้งไว้ 4 ระดับ และมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 4 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้ 3 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้ 2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้ 1 คะแนน	4 คะแนน

### การแปลผล

การแปลผลของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแบ่งเป็นระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ใช้แบบค่าพิสัย โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 4.00 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{4 - 1}{3} = 1 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง	มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.01 – 4.00
มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.01 – 3.00
มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับน้อย	มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 2.00

**ส่วนที่ 3** การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแนวคิดของ (Penchansky & Thomas, 1981) จำนวน 20 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ และการยอมรับคุณภาพของบริการ โดยปรับตามเกณฑ์ของ Likert Scale ซึ่งตั้งไว้ 5 ระดับ และมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

	ข้อคำถามทางบวก			ข้อคำถามทางลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5	คะแนน	1	คะแนน
เห็นด้วย	ให้	4	คะแนน	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2	คะแนน	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1	คะแนน	5	คะแนน

### การแปลผล

การแปลผลของคะแนนการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของการเข้าถึงบริการสุขภาพ และแบ่งเป็นระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ใช้แบบค่าพิสัย โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้

แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 5.00 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} = 1.33 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับสูง	มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68 – 5.00
การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.67
การเข้าถึงบริการสุขภาพระดับต่ำ	มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 2.33

**ส่วนที่ 4** แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามตามแนวคิดของสุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2563) เป็นผู้พัฒนาขึ้นและถูกนำมาใช้กับผู้สูงอายุ ซึ่งใช้ประเมินแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ แบบประเมินนี้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านเงิน ด้านสิ่งของ ด้านร่างกายและด้านอารมณ์ โดยปรับตามเกณฑ์ของ Likert Scale ซึ่งตั้งไว้ 5 ระดับ และมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามทางบวก			ข้อคำถามทางลบ	
มากที่สุด	ให้	5	คะแนน	1	คะแนน
มาก	ให้	4	คะแนน	2	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน	3	คะแนน
เล็กน้อย	ให้	2	คะแนน	4	คะแนน
ไม่เลย	ให้	1	คะแนน	5	คะแนน

#### การแปลผล

การแปลผลของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม และแบ่งเป็นระดับแรงสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบค่าพิสัย โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 5.00 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{5 - 1}{3} = 1.33 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง	มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.68 – 5.00
มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 – 3.67
มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับน้อย	มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 2.3

**ส่วนที่ 5** แบบสอบถามความอ้างว้าง เป็นแบบสอบถามตามแนวคิดของ Russell,1996 โดย ฌนททัย วงศ์ปการันย์, 2563 เป็นผู้พัฒนาขึ้นและถูกนำมาใช้ในผู้สูงอายุ ซึ่งใช้ประเมินความอ้างว้าง มีค่าความเที่ยง .88 (ฌนททัย วงศ์ปการันย์, 2563) แบบประเมินนี้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีคำถามเชิงบวก จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19, 20 และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ข้อ 2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17, 18 โดยปรับตามเกณฑ์ของ Likert Scale ซึ่งตั้งไว้ 4 ระดับ และมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

	ข้อคำถามทางบวก			ข้อคำถามทางลบ	
เป็นประจำ	ให้	4	คะแนน	1	คะแนน
บางครั้ง	ให้	3	คะแนน	2	คะแนน
แทบจะไม่เคย	ให้	2	คะแนน	3	คะแนน
ไม่เคย	ให้	1	คะแนน	4	คะแนน

#### การแปลผล

การแปลผลของคะแนนความอ้างว้าง โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาหารด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนเฉลี่ยของความอ้างว้าง และแบ่งเป็นระดับความอ้างว้าง ใช้แบบค่าพิสัย โดยนำคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด และนำผลลัพธ์ที่ได้ แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 4.00 ใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1977) มีสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนนในชั้น} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนกลุ่ม}} \\ &= \frac{4 - 1}{3} = 1 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ความอ้างว้างในผู้สูงอายุระดับสูง	มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.01 – 4.00
ความอ้างว้างในผู้สูงอายุระดับปานกลาง	มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.01 – 3.00
ความอ้างว้างในผู้สูงอายุระดับต่ำ	มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00 – 2.00

## การพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น มาตรวจสอบคุณภาพ ตามลำดับ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้พิจารณาเพื่อหาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และประเด็นที่ทำการวิจัย (Index of item–Objective Congruence: IOC) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

คะแนน 1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับเนื้อหาตามจุดประสงค์ที่ต้องการวัด

คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสอดคล้องกับเนื้อหาตามจุดประสงค์ที่ต้องการวัด

คะแนน -1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามไม่สอดคล้องกับเนื้อหาตามจุดประสงค์ที่ต้องการวัด

จากนั้น นำผลคะแนนที่ได้จากการประเมินของผู้เชี่ยวชาญไปคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องใช้สูตร (Index of item – Objective Congruence: IOC) โดยใช้สูตรคำนวณ

$$IOC = \frac{\sum R}{n}$$

เมื่อ	IOC	คือ	ค่าดัชนีความสอดคล้อง
$\sum R$	คือ	ผลรวมของคะแนนจากการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ	
n	คือ	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ	

จากนั้นนำผลที่ได้จากการประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบทดสอบ คัดเลือกข้อคำถามนั้นให้มีความสมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะ ค่า IOC ที่ได้ควรมีค่าไม่ต่ำกว่า 0.5 ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 นั้น ผู้วิจัยจะดำเนินการปรับปรุงข้อคำถาม เพื่อให้มีความเหมาะสมตามที่ผู้เชี่ยวชาญได้ให้คำแนะนำ เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์มากที่สุด (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540)

## 2. การตรวจสอบช่วงเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

จากการหาค่าความตรงของเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามแล้วผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out ) กับผู้สูงอายุชนเผ่าปกากะญอในเขตพื้นที่อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราด (Cronbach's alpha coefficient) เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น และการตรวจสอบช่วงเชื่อมั่นของข้อคำถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราด ด้วยการคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่น การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (0.851) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ (0.844) แรงสนับสนุนทางสังคม (0.913) ความอ้ากว้างในผู้สูงอายุ (0.837) และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.960 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามทุกชุดผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คือมีค่า ไม่ควรต่ำกว่า 0.80 (มนสิข สิริสมบุญ, 2550)

### การคืนข้อมูลสู่ชุมชน

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้มีการประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน และ อสม. ซึ่งเป็นตัวแทนในการเข้าร่วมรับฟังผลการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ เพื่อให้ทราบถึงแนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอ ซึ่งแนวทางการดำเนินงานดังกล่าวมาจากความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง

### การสร้างความสำเร็จงานวิจัย

การศึกษานี้ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพและได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยหลาย ๆ แหล่ง เพื่อให้มีความเข้าใจถึงมุมมองของผู้ให้ข้อมูลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย วิธีการทั้งหมดนี้ถูกดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา (Advisor) ซึ่งในระหว่างกระบวนการทั้งหมดอาจารย์ที่ปรึกษาได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมและสอบถามรายละเอียดอยู่เสมอ

นอกจากนี้แล้วผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยเสนอในเวทีวิชาการ โดยมีการนำเสนอแบบ Oral Presentation ในงานประชุมวิชาการ International Conference on Public Health among GMS Countries ในระหว่างวันที่ 2-3 กันยายน 2565 ณ โรงแรมแกรนด์ พาลาซโซ่ พัทยา อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี และการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาล พระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 35 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2567)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข IRB No.P3-0189/2564 เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2565 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้วนในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวม กระบวนการขอความยินยอม (Informed consent process) ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน จนอาสาสมัครเข้าใจเป็นอย่างดี และตัดสินใจอย่างอิสระ ในการให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย โดยมีการให้คำชี้แจง (Information sheet) ก่อนเข้าร่วมโครงการ และมี Consent form ให้อาสาสมัครเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยก่อนดำเนินการวิจัย และอาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากการ

วิจัยเมื่อใดก็ได้ และอธิบายถึงระบบการเก็บรักษาความลับของอาสาสมัคร ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของตัวอย่างดังนี้

#### ระยะเตรียมเอกสาร

1. ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. เมื่อได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยจะหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในพื้นที่
3. เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะแจ้งวัตถุประสงค์งานวิจัย รายละเอียดในการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับสาธารณสุขอำเภอท่าสองยาง

#### ขั้นตอนการ

4. ผู้วิจัยจะสำรวจรายชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุเกษียณอายุที่เป็โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงหรือป่วยเป็นโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น เป็นโรคเบาหวานอย่างเดียว เป็นต้น ได้คัดเลือกไว้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 465 คน ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ และเซ็นชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย
5. เมื่อผู้สูงอายุเกษียณอายุที่เป็โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงหรือป่วยเป็นโรคอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น เป็นโรคเบาหวานอย่างเดียว เป็นต้น ทีมผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น ไม่สามารถพูดภาษาไทยได้หรืออ่านภาษาไทยได้ลำบาก (อสม.) จะเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามจะมีทั้งหมด 79 ข้อ สถานที่ทำการวิจัยคือบ้านของกลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครจะต้องมาพบผู้วิจัย ทั้งหมด 1 ครั้ง แต่ละครั้ง จะใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง (นาทิตั้ง/ชั่วโมง)

เนื่องจากคำถามบางคำถามอาจมีผลต่อความยุ่งยากต่อการให้คำตอบ ซึ่งแก้ไขโดยหากในระหว่างการร่วมวิจัยอาสาสมัครเกิดความไม่สบายใจ กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยให้ทราบทันที โดยอาสาสมัครสามารถขอคำปรึกษาได้จากผู้ทำวิจัย สามารถติดต่อเบอร์โทรศัพท์ รศ.ดร.สุภาภรณ์ สุตหนองบัว (094-7574800) และนายพีระวัฒน์ แยังจันทร์ (097-9329437) ได้ตลอด 24 ชั่วโมง หากอาสาสมัครและญาติหรือผู้ดูแลรู้สึกไม่สบายใจหรืออึดอัดใจสามารถขอถอนตัวออกได้ตลอดเวลา

6. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบตามระยะเวลาที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

### 1. การเตรียมอุปกรณ์ข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล ต้องตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถามทุกฉบับ ก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ และเมื่อได้แบบสอบถามครบตามเป้าหมายแล้ว นำไปวิเคราะห์ทางสถิติด้วย โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

### 2. ชั้นวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติดังนี้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและหาค่าสถิติต่าง ๆ โดยใช้สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

2.1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสัมประสิทธิ์ Eta และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's)

2.2. สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ทดสอบสมมติฐานปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกระหริ่งเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข IRB No.P3-0189/2564 เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2565 ผู้วิจัยได้ขอหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ถึงสาธารณสุขอำเภอท่าสองยางตำบลในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผ่านการขออนุมัติ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างโดยการ ขอความยินยอม และลงนามเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างร่วมวิจัยมีเอกสิทธิ์ในการให้ข้อมูล สามารถออกจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และได้รับการพิทักษ์สิทธิ ไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (A Cross-sectional Survey) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นชาวไทยภูเขา กะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอ ในอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำนวน 465 คน การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตารางประกอบการบรรยาย โดยการนำเสนอแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การรับรู้สีกมีคุณค่าในตนเอง

ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 ความอ้างว้างในผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 465)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	220	47.3
หญิง	245	52.7
รวม	465	100

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อายุ</b>		
60-70 ปี	326	70.1
71-80 ปี	139	29.9
<b>รวม</b>	<b>465</b>	<b>100</b>
$\bar{x} = 67.60$ S.D. = 5.52 Min = 60 Max = 80		
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	18	3.9
สมรส	304	65.4
หม้าย	136	29.2
หย่า/แยกกันอยู่	7	1.5
<b>รวม</b>	<b>465</b>	<b>100</b>
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	194	41.7
ข้าราชการ	3	0.6
พนักงาน/ลูกจ้าง	15	3.2
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	28	6
เกษตรกร	225	48.5
<b>รวม</b>	<b>465</b>	<b>100</b>
<b>รายได้</b>		
มีรายได้	402	86.5
600-900 บาท/เดือน	116	25
1,000-2,000 บาท/เดือน	286	61.5
ไม่มีรายได้	63	13.5
<b>รวม</b>	<b>465</b>	<b>100</b>
$\bar{x} = 1,003.44$ S.D. = 488.21 Min = 0 Max = 2000		

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัว</b>		
โรคความดันโลหิตสูง	379	81.5
โรคเบาหวาน	41	8.8
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน	45	9.7
<b>รวม</b>	<b>456</b>	<b>100</b>
<b>ที่พักอาศัย</b>		
อยู่กับคู่รัก	188	40.4
อยู่กับบุตร	211	45.4
อยู่ตามลำพัง	44	9.5
อยู่กับญาติพี่น้อง	22	4.7
<b>รวม</b>	<b>465</b>	<b>100</b>
<b>บุคคลที่ให้การดูแล</b>		
มี	433	93.1
ไม่มี	32	6.9
<b>รวม</b>	<b>465</b>	<b>100</b>
<b>การสูญเสียบุคคลสำคัญ</b>		
มี	126	27.1
ไม่มี	339	72.9
<b>รวม</b>	<b>465</b>	<b>100</b>

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 47.3 เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.7 มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 70.1 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.60 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.52 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.4 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร มีรายได้ระหว่าง 1,000-2,000 บาท/เดือน โรคประจำตัวส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 81.5 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.8 และมีเพียงร้อยละ 9.7 ที่มีโรคประจำตัวทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 45.4 มีบุคคลที่ให้การดูแล ร้อยละ 93.1 และมีการสูญเสียบุคคลสำคัญเพียงร้อยละ 27.1 ส่วนใหญ่ไม่มีการสูญเสียบุคคลสำคัญ ร้อยละ 72.9

## ส่วนที่ 2 การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำแนกตามระดับของการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (n = 465)

การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับมาก (3.01- 4.00 คะแนน)	162	34.8
การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับปานกลาง (2.01 – 3.00 คะแนน)	300	64.5
การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับน้อย (1.00 – 2.00 คะแนน)	3	0.6
$\bar{X}$ = 2.34 S.D. = 0.49 Min = 1.00 Max = 3.00		

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.5 รองลงมาคือ มีระดับการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 34.8

ตาราง 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำแนกตามรายชื่อ (n = 465)

การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	Min	Max	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1.ท่านเป็นคนมีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น	1.00	4.00	3.16	0.56	มาก
2.ท่านยังเป็นที่พึ่งให้กับลูกหลานเสมอ	1.00	4.00	3.28	0.63	มาก
3.ท่านรู้สึกจะทำอะไรไม่สำเร็จเลย	1.00	4.00	2.66	0.77	ปานกลาง
4.ท่านมีความสามารถทำสิ่งต่างๆได้ดีเท่าเพื่อนวัยเดียวกัน	1.00	4.00	3.01	0.62	มาก
5.ท่านมีความภูมิใจในตนเองน้อยเหลือเกิน	1.00	4.00	2.65	0.77	ปานกลาง
6. ท่านมีความรู้สึกดีต่อตนเอง	1.00	4.00	3.11	0.60	มาก
7.โดยทั่วไปท่านมีความพอใจในตนเอง	1.00	4.00	3.11	0.54	มาก
8.ท่านรู้สึกว่ามีความนับถือตนเองน้อยกว่าที่ควรเป็น	1.00	4.00	2.62	0.77	ปานกลาง

ตาราง 4 (ต่อ)

การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	Min	Max	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
9.ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าคุณเป็นคนไม่มีประโยชน์	1.00	4.00	2.77	0.82	ปานกลาง
10.หลาย ๆ ครั้งท่านคิดว่าท่านไม่มีอะไรดีเลย	1.00	4.00	2.82	0.77	ปานกลาง
<b>รวมค่าเฉลี่ย</b>	<b>1.00</b>	<b>4.00</b>	<b>2.92</b>	<b>0.41</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.92$ , S.D.= 0.41) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 2.ท่านยังเป็นที่พึ่งให้กับลูกหลานเสมอ ( $\bar{x} = 3.28$ , S.D.= 0.63) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ข้อ 6.ท่านรู้สึกว่ามีควมนับถือตนเองน้อยกว่าที่ควรเป็น ( $\bar{x} = 2.62$ , S.D.= 0.77)

### ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเกษียณอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำแนกตามระดับของการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ (n = 465)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>1. การเพียงพอของบริการที่มีอยู่</b>		
ระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน)	304	65.4
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	154	33.1
ระดับต่ำ (1.00 – 2.33 คะแนน)	7	1.5
$\bar{x} = 3.83$ , S.D. = 0.62, Min = 1.80, Max = 5.00		
<b>2. การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก</b>		
ระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน)	50	10.8
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	272	58.5
ระดับต่ำ (1.00 – 2.33 คะแนน)	143	30.8
$\bar{x} = 3.37$ , S.D. = 0.73, Min = 1.00, Max = 5.00		

ตาราง 5 (ต่อ)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ</b>		
ระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน)	189	40.6
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	276	59.4
ระดับต่ำ (1.00 – 2.33 คะแนน)	-	-
$\bar{X} = 3.59$ , S.D. = 0.55, Min = 2.40, Max = 5.00		
<b>4. ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ</b>		
ระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน)	78	16.8
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	376	80.9
ระดับต่ำ (1.00 – 2.33 คะแนน)	11	2.4
$\bar{X} = 3.28$ , S.D. = 0.53, Min = 1.33, Max = 4.67		
<b>5. การยอมรับคุณภาพของบริการ</b>		
ระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน)	316	68
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	143	30.8
ระดับต่ำ (1.00 – 2.33 คะแนน)	6	1.3
$\bar{X} = 3.85$ , S.D. = 0.60, Min = 2.00, Max = 5.00		

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยแบ่งเป็น 5 มิติ ดังนี้ 1. ด้านที่ 1 การเพียงพอของบริการที่มีอยู่ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.4 ด้านที่ 2 การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.5 ด้านที่ 3 ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.4 ด้านที่ 4 ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.9 ด้านที่ 5 การยอมรับคุณภาพของบริการ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68

ตาราง 6 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ ของผู้สูงอายุ  
 เกษียณชีพากาเกาะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่า  
 สองยาง จังหวัดตาก จำแนกตามรายชื่อ (n = 465)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ	Min	Max	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
<b>1.การเพียงพอของบริการที่มีอยู่</b>					
1.จำนวนของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรด้าน การแพทย์อื่นๆ มีความเหมาะสมและเพียงพอ ต่อความต้องการของผู้รับบริการ	1.00	5.00	3.94	0.78	สูง
2.จำนวนเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล (เช่น พนักงานรับโทรศัพท์ และเจ้าหน้าที่การเงิน) มี ความเหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการ ของผู้รับบริการ	1.00	5.00	3.87	0.745	สูง
3.อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการ รักษาพยาบาล มีความเหมาะสมและเพียงพอ	1.00	5.00	3.77	0.737	สูง
4.ระยะเวลาในการรอพบแพทย์เพื่อเข้ารับการ ตรวจรักษามีความเหมาะสม	1.00	5.00	3.76	0.804	สูง
5.ระยะเวลาในการรอรับยามีความเหมาะสม	1.00	5.00	3.83	0.738	สูง
<b>2.การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก</b>					
6.สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลมีความเหมาะสม ง่ายและสะดวกในการเดินทางมารับบริการ	1.00	5.00	3.65	0.88	ปานกลาง
7.ท่านสามารถเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล ได้อย่างรวดเร็ว ไม่เสียเวลา	1.00	5.00	3.17	0.96	ปานกลาง
8.ท่านมียานพาหนะที่สะดวกในการเดินทางจาก บ้านมาโรงพยาบาล(ไม่ว่าจะเป็นยานพาหนะ ส่วนตัวหรือยานพาหนะสาธารณะ)	1.00	5.00	3.29	0.91	ปานกลาง
<b>3.ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ</b>					
9.ขั้นตอนในการเข้ารับบริการ (เช่น การ ลงทะเบียน การซักประวัติ) มีความยุ่งยากและ ซับซ้อน เสียเวลา	1.00	5.00	3.09	1.01	ปานกลาง

ตาราง 6 (ต่อ)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ	Min	Max	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
10. การนัดพบแพทย์และการเลื่อนนัดมีขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน ทำได้ง่ายและสะดวกรวดเร็ว	1.00	5.00	3.63	0.76	ปานกลาง
11. การเปิดให้บริการนอกเวลาราชการ (วันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 16.30 น.) สอดคล้องกับความต้องการของท่านและทำให้ท่านได้รับความสะดวกมากขึ้น	2.00	5.00	3.74	0.80	สูง
12. สิ่งอำนวยความสะดวกที่โรงพยาบาลจัดไว้สำหรับผู้รับบริการ (เช่น ที่จอดรถ ห้องน้ำ ห้องอาหาร และสถานที่นั่งรอพบแพทย์) มีความเหมาะสม	2.00	5.00	3.75	0.76	สูง
13. ด้านอาคารสถานที่และบริเวณโดยรอบของโรงพยาบาลมีความสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย และสะดวกในการให้บริการ	1.00	1.00	3.74	0.71	สูง
<b>4. ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ</b>					
14. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลเป็นภาระอย่างมากสำหรับท่าน	1.00	5.00	3.32	0.79	ปานกลาง
15. ค่ายานอกบัญชีหลัก(ที่เบิกไม่ได้)ที่โรงพยาบาลเรียกเก็บมีความเหมาะสม	1.00	5.00	3.27	0.74	ปานกลาง
16. ในกรณีที่ท่านมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชีหลัก(ที่เบิกไม่ได้)ท่านสามารถจ่ายค่านอกบัญชียากหลักได้โดยไม่เดือดร้อน	1.00	5.00	3.24	0.75	ปานกลาง
<b>5. การยอมรับคุณภาพของบริการ</b>					
17. แพทย์ พยาบาล และบุคลากรด้านการแพทย์อื่นๆ มีความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญในการตรวจรักษา	2.00	5.00	3.92	0.73	สูง



ตาราง 6 (ต่อ)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ	Min	Max	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
18.เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล (เช่น พนักงานรับโทรศัพท์และเจ้าหน้าที่การเงิน) ให้บริการท่านด้วยความเต็มใจ	1.00	5.00	3.88	0.74	สูง
19.เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมีความรู้ - ความสามารถในการให้บริการ เช่น สามารถตอบคำถามและให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง	2.00	5.00	3.88	0.71	สูง
20.ท่านได้รับการเท่าเทียมกับผู้ป่วยที่จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเองและผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอื่นๆ	2.00	5.00	3.73	0.75	สูง
<b>รวมค่าเฉลี่ย</b>	<b>2.25</b>	<b>5.00</b>	<b>3.62</b>	<b>0.46</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.62$ , S.D.= 0.46) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านที่ 1 การเพียงพอของบริการที่มีอยู่ ( $\bar{X} = 3.83$ , S.D.= 0.62) รองลงมา คือ ด้านที่ 5 การยอมรับคุณภาพของบริการ ( $\bar{X} = 3.85$ , S.D.= 0.60) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านที่ 4 ความสามารถในการจะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ ( $\bar{X} = 3.28$ , S.D.= 0.53)

#### ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุเกษียณอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำแนกตามระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 465)

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>1.การสนับสนุนด้านอารมณ์</b>		
ระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน)	232	49.9
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	225	48.4
ระดับน้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)	8	1.7
$\bar{X} = 3.77$ , S.D. = 0.74, Min = 1.20, Max = 5.00		

ตาราง 7 (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>2.การสนับสนุนด้านการเงิน</b>		
ระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน)	233	50.1
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	215	46.2
ระดับน้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)	17	3.7
$\bar{X} = 3.66$ , S.D. = 0.70, Min = 1.60, Max = 5.00		
<b>3.การสนับสนุนด้านสิ่งของ</b>		
ระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน)	238	51.2
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	214	46
ระดับน้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)	13	2.8
$\bar{X} = 3.66$ , S.D. = 0.70, Min = 1.80, Max = 5.00		
<b>4.การสนับสนุนด้านร่างกาย</b>		
ระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน)	253	54.4
ระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	209	44.9
ระดับน้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)	3	0.6
$\bar{X} = 3.72$ , S.D. = 0.64, Min = 2.00, Max = 5.00		

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 49.9 ด้านที่ 2 การสนับสนุนด้านการเงิน โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 50.1 ด้านที่ 3 การสนับสนุนด้านสิ่งของ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 51.2 ด้านที่ 4 การสนับสนุนด้านร่างกาย โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.4

ตาราง 8 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกระเหรี่ยง  
เผ่าปากาเกาะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง  
จังหวัดตาก จำแนกตามรายชื่อ (n = 465)

แรงสนับสนุนทางสังคม	Min	Max	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
<b>1. การสนับสนุนด้านอารมณ์</b>					
1. เมื่อท่านรู้สึกเบื่อ ท้อแท้หรือมีเรื่องทุกข์ใจ สามารถพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนของท่านได้	1.00	5.00	3.80	1.00	สูง
2. เมื่อท่านมีปัญหา มีผู้รับฟังท่านเสมอ โดยไม่แสดงความเบื่อหน่าย	1.00	5.00	3.71	0.99	สูง
3. เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิต ท่านได้รับกำลังใจ / การปลอบใจจากสมาชิกในครอบครัว	1.00	5.00	3.94	0.88	สูง
4. เมื่อท่านมีเรื่องทุกข์ใจ ท่านมีเพื่อนคอยให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ	1.00	5.00	3.74	0.87	สูง
5. เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. คอยให้คำปรึกษาและคำแนะนำ	1.00	5.00	3.67	0.82	สูง
<b>2. การสนับสนุนด้านการเงิน</b>					
6. สมาชิกในครอบครัวของท่านให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน ในยามที่ท่านเจ็บป่วย	1.00	5.00	3.98	0.85	สูง
7. สมาชิกในครอบครัวของท่าน ให้ความช่วยเหลือด้านการเงินในเรื่องค่าใช้จ่ายส่วนตัว	1.00	5.00	3.84	0.84	สูง
8. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากรัฐบาล	1.00	5.00	2.98	1.05	ปานกลาง
9.ญาติพี่น้องให้ความช่วยเหลือด้านการเงินในยามที่ท่านลำบาก	1.00	5.00	3.59	0.92	ปานกลาง
10. ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากคนในครอบครัวเพื่อใช้จ่ายยามฉุกเฉิน	1.00	5.00	3.89	0.88	สูง

ตาราง 8 (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคม	Min	Max	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
<b>3.การสนับสนุนด้านสิ่งของ</b>					
11. ท่านได้รับการสนับสนุนด้านการดำรงชีวิต เช่นอาหาร, เสื้อผ้า, ของใช้จำเป็น จากคนในครอบครัว	2.00	5.00	3.90	0.88	สูง
12.ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็น จากเพื่อนบ้าน เมื่อท่านประสบปัญหาหรือความเดือดร้อน	1.00	5.00	3.60	0.89	ปานกลาง
13.ท่านได้รับการสนับสนุน/ช่วยเหลือสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตที่จากหน่วยงานของรัฐ	1.00	5.00	3.11	1.02	ปานกลาง
14.เมื่อถึงเทศกาลสำคัญบุตรหลานของท่าน มักนำสิ่งของมามอบให้ท่าน	1.00	5.00	3.78	0.90	สูง
15.ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องเครื่องนุ่งห่ม, ที่อยู่อาศัย จากคนในครอบครัว	2.00	5.00	3.91	0.79	สูง
<b>4.การสนับสนุนด้านร่างกาย</b>					
16.สมาชิกในครอบครัวของท่าน ดูแลท่านเมื่อยามเจ็บป่วย	2.00	5.00	4.13	0.76	สูง
17.ท่านได้รับการดูแล/ช่วยเหลือ จากบุตร/หลาน ในด้านการเตรียมอาหาร,การทำงานบ้าน	1.00	5.00	3.93	0.87	สูง
18.ญาติ หรือ เพื่อนบ้าน ให้ความช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ เช่น ยกของ, พาไปโรงพยาบาล	1.00	5.00	3.69	0.90	สูง
19.หน่วยงานของรัฐ ให้การช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ เช่น พาไปโรงพยาบาล	1.00	5.00	3.25	1.01	ปานกลาง
20. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม.ให้การช่วยเหลือและดูแลท่าน ยามเจ็บป่วย	1.00	5.00	3.62	0.74	ปานกลาง
<b>รวมค่าเฉลี่ย</b>	<b>2.00</b>	<b>5.00</b>	<b>3.70</b>	<b>0.63</b>	<b>สูง</b>

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.70$ , S.D.= 0.63) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านที่ 1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ ( $\bar{x} = 3.77$ , S.D.= 0.74) รองลงมา คือ ด้านที่ 4 การสนับสนุนด้านร่างกาย ( $\bar{x} = 3.72$ , S.D.= 0.64) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 8.ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากรัฐบาล ( $\bar{x} = 2.98$ , S.D.= 1.05)

### ส่วนที่ 5 ความอ้างว้างในผู้สูงอายุ

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำแนกตามระดับความอ้างว้างในผู้สูงอายุ (n = 465)

ความอ้างว้างในผู้สูงอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความอ้างว้างในผู้สูงอายุระดับสูง (3.01- 4.00 คะแนน)	132	28.4
ความอ้างว้างในผู้สูงอายุระดับปานกลาง (2.01 – 3.00 คะแนน)	331	71.2
ความอ้างว้างในผู้สูงอายุระดับต่ำ (1.00 – 2.00 คะแนน)	2	0.4
$\bar{x} = 2.80$ , S.D. = 0.37, Min = 1.00, Max = 4.00		

จากตาราง 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความอ้างว้างในผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.2 รองลงมาคือ มีระดับความอ้างว้างในผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 28.4

ตาราง 10 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและความอ้างว้างของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จำแนกตามรายชื่อ (n = 465)

ความอ้างว้างในผู้สูงอายุ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1.บ่อยแค้ไหนที่ท่านรู้สึกว่าคุณ“เข้ากัน”กับคนรอบข้างได้	1.00 4.00	3.22 0.67	สูง
2.บ่อยแค้ไหนที่ท่านรู้สึกว่าคุณขาดพวกพ้อง	1.00 4.00	2.52 0.74	ปานกลาง

ตาราง 10 (ต่อ)

ความอ้างว้างในผู้สูงอายุ			$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
3. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่ามีใครที่ท่านหันหน้าไปพึ่งได้	1.00	4.00	2.64	0.82	ปานกลาง
4. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกโดดเดี่ยว	1.00	4.00	2.57	0.87	ปานกลาง
5. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อนๆ	1.00	4.00	2.91	0.70	ปานกลาง
6. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าท่านมีอะไรหลายอย่างที่เหมือนกับคนอื่นๆรอบข้าง	1.00	4.00	2.92	0.69	ปานกลาง
7. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าท่านไม่รู้สึกลังเลติดสนิทสนมกับใครอีกต่อไปแล้ว	1.00	4.00	2.68	0.80	ปานกลาง
8. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าท่านไม่ได้แบ่งปันความสนใจและความคิดของท่านให้คนรอบข้างได้ทราบ	1.00	4.00	2.50	0.78	ปานกลาง
9. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกอยากออกไปเที่ยวและผูกมิตรกับคนอื่น	1.00	4.00	2.94	0.66	ปานกลาง
10. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกสนิทสนมกับคนอื่น	1.00	4.00	3.21	0.60	สูง
11. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง	1.00	4.00	2.81	0.82	ปานกลาง
12. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าความสัมพันธ์กับคนอื่นไม่มีความสำคัญอะไร	1.00	4.00	2.75	0.79	ปานกลาง
13. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าไม่มีใครรู้จักท่านดีพอ	1.00	4.00	2.53	0.80	ปานกลาง
14. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกถูกตัดขาดจากคนอื่น	1.00	4.00	2.79	0.80	ปานกลาง
15. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าท่านสามารถแสวงหาความเป็นเพื่อนได้ หากท่านต้องการ	1.00	4.00	2.85	0.67	ปานกลาง
16. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่ามีความสนใจที่แท้จริงจริงๆ	1.00	4.00	3.00	0.62	สูง
17. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกขี้อาย	1.00	4.00	2.47	0.79	ปานกลาง

ตาราง 10 (ต่อ)

ความอ้างว้างในผู้สูงอายุ			$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
18. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่ามีคนรายล้อมแต่ ไม่ได้เข้าใจท่าน	1.00	4.00	2.55	0.75	ปานกลาง
19. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่ามีคนที่ท่านสามารถ พูดคุยด้วยได้	1.00	4.00	3.05	0.71	สูง
20. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่ามีคนที่ท่านหันหน้า ไปฟังได้	1.00	4.00	3.05	0.69	สูง
<b>รวมค่าเฉลี่ย</b>	<b>1.00</b>	<b>4.00</b>	<b>2.80</b>	<b>0.37</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตาราง 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.80$ , S.D. = 0.37) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อ 1 บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าคุณ "เข้ากัน" กับคนรอบข้างได้ ( $\bar{x} = 3.22$ , S.D. = 0.67) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 17 บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกขี้อาย ( $\bar{x} = 2.47$ , S.D. = 0.79)

ส่วนที่ 6 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ แรงสนับสนุนทางสังคม กับอ้างว้างในผู้สูงอายุกระหริ่งเผ่าปกากะญอ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเดียวระหว่าง อายุ รายได้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเพียงพอของบริการที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ การยอมรับคุณภาพของบริการ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการเงิน การสนับสนุนด้านสิ่งของการสนับสนุนด้านร่างกาย กับอ้างว้างในผู้สูงอายุกระหริ่งเผ่าปกากะญอ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยต่างๆ กับความอ้างในผู้สูงอายุเกษียณ  
 ว่างกาเกษียณที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง  
 จังหวัดตาก (n=465)

ตัวแปร	ความอ้างในผู้สูงอายุเกษียณว่างกาเกษียณ	
	r	p
อายุ	-0.087	0.059
รายได้	0.075	0.106
การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	0.621**	< 0.001
การเพียงพอของบริการที่มีอยู่	0.153**	0.001
การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก	0.002	0.961
ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ	-0.061	0.188
ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ	-0.255**	< 0.001
การยอมรับคุณภาพของบริการ	0.230**	< 0.001
การสนับสนุนด้านอารมณ์	0.438**	< 0.001
การสนับสนุนด้านการเงิน	0.348**	< 0.001
การสนับสนุนด้านสิ่งของ	0.378**	< 0.001
การสนับสนุนด้านร่างกาย	0.343**	< 0.001

\*\* p < 0.01

จากตาราง 11 สามารถแบ่งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเดี่ยวระหว่างปัจจัยข้อมูล  
 คุณลักษณะส่วนบุคคล การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ แรงสนับสนุนทาง  
 สังคม กับความอ้างในผู้สูงอายุเกษียณว่างกาเกษียณที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดัน  
 โลหิตสูงความอ้างว่างในผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงเดี่ยวกับความอ้างว่างในผู้สูงอายุเกษียณว่างกาเกษียณ ที่  
 ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์  
 ทางบวก ในระดับปานกลาง ( $r = 0.621, p < 0.001$ ) การเพียงพอของบริการที่มีอยู่ มีความสัมพันธ์  
 ทางบวก ในระดับต่ำมาก ( $r = 0.153, p = 0.001$ ) ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับ  
 บริการ มีความสัมพันธ์ทางลบ ในระดับต่ำมาก ( $r = -0.255, p < 0.001$ ) การสนับสนุนด้านอารมณ์  
 มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ ( $r = 0.438, p < 0.001$ ) การสนับสนุนด้านการเงิน มี



ความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ ( $r = 0.348, p < 0.001$ ) การสนับสนุนด้านสิ่งของ มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ ( $r = 0.378, p < 0.001$ ) การสนับสนุนด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับต่ำ ( $r = 0.343, p < 0.001$ )

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ อายุ ( $r = -0.087, p = 0.059$ ) รายได้ ( $r = 0.075, p = 0.106$ ) การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก ( $r = 0.002, p = 0.961$ ) และความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ( $r = -0.061, p = 0.188$ )

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว พักอาศัย บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การสูญเสียบุคคลสำคัญ กับความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Eta โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตาราง 9

**ตาราง 12 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่าง ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว พักอาศัย บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การสูญเสียบุคคลสำคัญ กับความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง**

ตัวแปร	ความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง	
	Eta	p
เพศ	0.058	0.212
สถานภาพสมรส	0.170	0.004
อาชีพ	0.291	< 0.001
ความเพียงพอของรายได้	0.054	0.242
โรคประจำตัว	0.120	0.034
พักอาศัย	0.211	< 0.001
บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย	0.146	0.002
การสูญเสียบุคคลสำคัญ	0.009	0.847

\*  $p < 0.05$

จากตาราง 12 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ สถานภาพสมรส ( $\eta = 0.170$ ,  $p = 0.004$ ) อาชีพ ( $\eta = 0.291$ ,  $p < 0.001$ ) โรคประจำตัว ( $\eta = 0.120$ ,  $p = 0.034$ ) ที่พักอาศัย ( $\eta = 0.211$ ,  $p < 0.001$ ) บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ( $\eta = 0.146$ ,  $p = 0.002$ ) และปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ ( $\eta = 0.058$ ,  $p = 0.212$ ) ความเพียงพอของรายได้ ( $\eta = 0.054$ ,  $p = 0.242$ ) การสูญเสียบุคคลสำคัญ ( $\eta = 0.009$ ,  $p = 0.847$ )



ตาราง 13 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับความเข้าใจในผู้สูงอายุที่เรียงผ่านปากาเกาะอูที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและ

โรคความดันโลหิตสูง

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
ตัวแปร														
<b>ปัจจัยส่วนบุคคล</b>														
เพศ	.058	1												
อายุ (ปี)	-.087	.023	1											
จำนวนรายได้ (บาท/เดือน)	.075	.031	-.571**	1										
ความรู้รักมีคุณค่าในตนเอง	.621**	.013	-.118*	.176**	1									
<b>การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ (5A)</b>														
การเพียงพอของบริการที่มีอยู่	.153**	-.034	-.199**	.191**	.199**	1								
การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก	.002	-.046	-.137**	.067	-.065	.474**	1							
ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ	-.061	.015	-.115*	.116*	.008	.581**	.562**	1						
ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ	.255**	-.022	-.093*	.123**	-.	.247**	.364**	.346**	1					
การยอมรับคุณภาพของบริการ	.230**	-.032	-.208**	.235**	.307**	.638**	.418**	.508**	.228**	1				

ตาราง 13 (ต่อ)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
<b>แรงสนับสนุนทางสังคม</b>														
การสนับสนุนด้านอารมณ์	.438**	.082	-.141**	.150**	.465**	.425**	.217**	.386**	.069	.445**	1			
การสนับสนุนด้านการเงิน	.348**	.030	-.174**	.188**	.342**	.443**	.368**	.400**	.196**	.482**	.676**	1		
การสนับสนุนด้านสิ่งของ	.378**	.060	-.158**	.234**	.384**	.554**	.345**	.490**	.170**	.523**	.705**	.820**	1	
การสนับสนุนด้านร่างกาย	.343**	.060	-.182**	.131**	.386**	.430**	.338**	.458**	.147**	.411**	.729**	.793**	.783**	1

ส่วนที่ 7 ข้อมูลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression)

### 1. สมการในการวิเคราะห์

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$$

เมื่อ Y = ความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

a = ค่าคงที่

b<sub>1</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของเพศหญิง

b<sub>2</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของอายุ

b<sub>3</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพสมรส/คู่

b<sub>4</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก

b<sub>5</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของไม่ได้ประกอบอาชีพ

b<sub>6</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของมีรายได้

b<sub>7</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของเงินเดือน

b<sub>8</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของโรคความดันโลหิตสูง

b<sub>9</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของโรคเบาหวาน

b<sub>10</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของพักอาศัยอยู่ลำพัง

b<sub>11</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของมีบุคคลดูแลเมื่อเจ็บป่วย

b<sub>12</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของมีการสูญเสียบุคคลสำคัญ

b<sub>13</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความรู้สึกรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง

b<sub>14</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการเพียงพอของบริการที่มีอยู่

b<sub>15</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก

b<sub>16</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของ

แหล่งบริการ

b<sub>17</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่าย

สำหรับบริการ

b<sub>18</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการยอมรับคุณภาพของบริการ

b<sub>19</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการสนับสนุนด้านอารมณ์

b<sub>20</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการสนับสนุนด้านการเงิน

b<sub>21</sub> = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการสนับสนุนด้านสิ่งของ

$b_{22}$  = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการสนับสนุนด้านร่างกาย

$b_{23}$  = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความอ้างว้างในผู้สูงอายุ

## 2. ผลวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ

การวิจัยนี้ เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ได้ดำเนินการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ (กัลยา วานิชย์บัญชา, และจิตา วานิชย์บัญชา, 2558) ได้แก่ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น ค่าความคลาดเคลื่อนมีความเป็นอิสระจากกัน ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (Multicollinearity) ดังแสดงรายละเอียดในภาคผนวก

**ตาราง 14** แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรทำนายความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ( $n = 465$ )

ตัวแปรทำนาย	R2 Change	b	$\beta$	t	P-value
การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	0.385	0.394	0.437	10.075	$p < 0.001$
การสนับสนุนด้านอารมณ์	0.028	0.093	0.187	3.662	$p < 0.001$
ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ	0.024	-0.165	-0.247	-5.371	$p < 0.001$
การสนับสนุนด้านสิ่งของ	0.014	0.094	0.181	3.429	$P = 0.001$
ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ	0.006	-0.077	-0.111	-2.763	$P = 0.006$
การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก	0.007	0.053	0.107	2.498	$P = 0.013$

Constant (a) = 1.616, R square = 0.465, Adjusted R square = 0.458, F = 66.345, p-value < 0.001

\* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรทำนายที่ได้รับคัดเลือกเข้าสมการเป็นตัวแรก คือ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ 0.385 แสดงว่า การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถทำนายความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต ได้ร้อยละ 38.50

เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 2 คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญอีก 0.028 แสดงว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ มีส่วนสำคัญในการใช้ทำนายความอ้างว้างในผู้สูงอายุ กะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต ได้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญอีก ร้อยละ 2.80

เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 3 คือ ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญอีก 0.024 แสดงว่า ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ มีส่วนสำคัญในการใช้ทำนายความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต ได้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญอีก ร้อยละ 2.40

เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 4 คือ การสนับสนุนด้านสิ่งของ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญอีก 0.014 แสดงว่า การสนับสนุนด้านสิ่งของ มีส่วนสำคัญในการใช้ทำนายความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต ได้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญอีก ร้อยละ 1.40

เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 5 คือ ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญอีก 0.006 แสดงว่า ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการมีส่วนสำคัญในการใช้ทำนายความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต ได้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญอีก ร้อยละ 0.60

เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 6 คือ การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญอีก 0.007 แสดงว่า การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวกมีส่วนสำคัญในการใช้ทำนายความอ้างว้างในผู้สูงอายุ กะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิต ได้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญอีก ร้อยละ 0.70

แต่เมื่อตัวแปรทำนายในขั้นตอนต่อไปของการวิเคราะห์ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย เปลี่ยนไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวแปรทำนาย จึงยุติลงในขั้นตอนที่ 6 ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่จะได้เส้นถดถอยที่ดีที่สุด นั่นคือ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนด้านอารมณ์ ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ การสนับสนุนด้านสิ่งของ ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ การเข้าถึงแหล่งบริการได้

สะดวก สามารถร่วมกันทำนายความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตได้ ร้อยละ 45.8

ดังนั้น จึงสามารถสร้างสมการทำนายความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ในรูปแบบคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$Y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5$$

เมื่อ  $Y$  = ความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

$a$  = ค่าคงที่

$b_1$  = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

$b_2$  = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการสนับสนุนด้านอารมณ์

$b_3$  = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ

$b_4$  = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการสนับสนุนด้านสิ่งของ

$b_5$  = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ

$b_6$  = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก

$x_1$  = การรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

$x_2$  = การสนับสนุนด้านอารมณ์

$x_3$  = ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ

$x_4$  = การสนับสนุนด้านสิ่งของ

$x_5$  = ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ

$x_6$  = ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก

ดังนั้น ความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก =  $1.616 + 0.394$  (การรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง) +  $0.093$  (การสนับสนุนด้านอารมณ์) -  $0.165$  (ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ) +  $0.094$  (การสนับสนุนด้านสิ่งของ) -  $0.077$  (ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ) +  $0.053$  (การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก)

จากสมการ แสดงว่า การรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอ และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 0.394 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนแรงการรู้สึกรู้สึกมี





## บทที่ 5

### บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยภาคตัดขวาง (A Cross-sectional Survey) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความอ้างว้างในผู้สูงอายุกระเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกระเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุกระเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ซึ่งมีทั้งหมด 6 ตำบล จำนวน 465 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จากนั้นนำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Eta และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความอ้างว้างในผู้สูงอายุกระเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลนำมาสรุปได้ ดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุกระเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 52.7 มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 70.1 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.60 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.52 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.4 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร มีรายได้ระหว่าง 1,000-2,000 บาท/เดือน โรคประจำตัวส่วนใหญ่คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 81.5 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.8 และมีเพียงร้อยละ 9.7 ที่มีโรคประจำตัวทั้งโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 45.4 มีบุคคลที่ให้การดูแล ร้อยละ 93.1 และมีการสูญเสียบุคคลสำคัญเพียงร้อยละ 27.1 ส่วนใหญ่ไม่มีการสูญเสียบุคคลสำคัญ ร้อยละ 72.9

การรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุกระเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.92$ , S.D. = 0.41)

การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.62, S.D. = 0.46$ ) โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน พบว่า ด้านการเพียงพอของบริการที่มีอยู่ อยู่ในระดับสูง ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก อยู่ในระดับปานกลาง ด้านความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ อยู่ในระดับปานกลาง ด้านความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการ อยู่ในระดับสูง

แรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.70, S.D. = 0.63$ ) โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน พบว่า ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ อยู่ในระดับสูง ด้านการสนับสนุนด้านการเงิน อยู่ในระดับสูง ด้านการสนับสนุนด้านสิ่งของ อยู่ในระดับสูง ด้านการสนับสนุนด้านร่างกาย อยู่ในระดับสูง

ความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.80, S.D. = 0.37$ )

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย สถานภาพสมรส ( $\eta = 0.170, p = 0.004$ ) อาชีพ ( $\eta = 0.291, p < 0.001$ ) โรคประจำตัว ( $\eta = 0.120, p = 0.034$ ) ที่พักอาศัย ( $\eta = 0.211, p < 0.001$ ) บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ( $\eta = 0.146, p = 0.002$ ) การรู้สึกมีคุณค่าใน ( $r = 0.621, p < 0.001$ ) การเพียงพอของบริการที่มีอยู่ ( $r = 0.153, p = 0.001$ ) ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ ( $r = -0.255, p < 0.001$ ) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ( $r = 0.438, p < 0.001$ ) การสนับสนุนด้านการเงิน ( $r = 0.348, p < 0.001$ ) การสนับสนุนด้านสิ่งของ ( $r = 0.378, p < 0.001$ ) การสนับสนุนด้านร่างกาย ( $r = 0.343, p < 0.001$ )

สำหรับผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ได้ทั้งหมด 6 ตัวแปร โดยเรียงตามลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมกำบังกันจากมากไปหาน้อยได้ ได้แก่ การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนด้านอารมณ์ ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ การสนับสนุนด้านสิ่งของ ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์สามารถสร้างสมการทำนายความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่า ปกากะญอ ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก =  $1.616 + 0.394$  (การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง) +  $0.093$  (การสนับสนุนด้านอารมณ์) -  $0.165$  (ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ) +  $0.094$  (การสนับสนุนด้านสิ่งของ) -  $0.077$  (ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ) +  $0.053$  (การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก)

ทั้งนี้ ตัวแปรทำนายดังกล่าวสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้ร้อยละ 45.8

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก พบว่า การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนด้านอารมณ์ ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ การสนับสนุนด้านสิ่งของ ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ และการเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก สามารถทำนายความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 46.5 อภิปรายผลการศึกษา สามารถอภิปรายผลได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

#### 1. เพื่อศึกษาระดับความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความอ้างว้างในผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.2 ( $\bar{x} = 2.80$ , S.D.= 0.37) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อ 1 บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกที่ท่าน “เข้ากัน” กับคนรอบข้างได้ ( $\bar{x} = 3.22$ , S.D.= 0.67) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ข้อที่ 17 บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกขี้อาย ( $\bar{x} = 2.47$ , S.D.= 0.79) ซึ่งข้อที่ได้คะแนนสูงส่วนใหญ่ จะเป็นเรื่องของความรู้สึกของผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอ ที่รู้สึกเข้ากันกับคนรอบข้างได้ มีความรู้สึกสนิทสนมกับกับคนอื่น รู้สึกว่ามีคนเข้าใจตนเองจริงๆ รวมทั้งมีคนที่ผู้สูงอายุ สามารถพูดคุย หรือหันหน้าไปพึ่งพาได้ นี่จึงเป็นผลจากการตอบแบบสอบถามที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จึงมีความอ้างว้างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.2 ซึ่งความอ้างว้าง หรือความหว้าเหว่นั้น เป็นความทุกข์ ทรมานด้านจิตใจที่เกิดจากการไม่สามารถมีความสัมพันธ์ที่มีความหมายกับบุคคลอื่นได้ ทำให้รู้สึกว่าไม่มีใครสนใจ ไม่มีใครเข้าใจตนเอง ไม่มีใครรัก อาจส่งผลให้เกิดการแยกตัวออกจากสังคม (สุพรรณณี นันทชัย, 2534) ซึ่งปัญหาด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือกับสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ ก็เป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดปัญหาด้านจิตใจต่างๆ (Feist, Herrgård, Thiele, Reed, & Palsson, 2009; Sullivan, 1953) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ แก้วสว่าง (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า มีความหว้าเหว่มากที่สุดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 63.2

## 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีจำนวนทั้งหมด 6 ตัวแปร ซึ่งเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ 1) การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 3) ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ 4) การสนับสนุนด้านสิ่งของ 5) ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ และ 6) การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก สามารถอภิปรายรายละเอียดได้ดังนี้

**1. การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** พบว่า การรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางบวกต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในข้อการเป็นที่พึ่งให้กับลูกหลานเสมอ เนื่องจากด้วยวิถีของกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอมีลักษณะการอยู่อาศัยกันแบบครอบครัวใหญ่ และมีการเคารพ ยกย่อง ให้เกียรติผู้อาวุโส ผู้สูงอายุ ทั้งผู้สูงอายุยังเป็นที่พึ่งให้กับลูกหลาน ทำให้ท่านรู้สึกเท่าเทียมกับผู้อื่น ทำให้มีความพึงพอใจ รู้สึกดีต่อตนเองและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนั่นเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูสิทธิ์ ปัญญา, วาริ กังใจ, และ สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์ (2557) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความหว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความหว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ และคณะ (2562) ได้ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยงชุมชนกะเหรี่ยงรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับดี ( $\mu = 3.16, \sigma = .582$ ) และด้านที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีค่าในครอบครัวรักตนเองมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของเชษฐา แก้วพรม และคณะ (2563) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าของผู้สูงอายุเป็นการประเมินตนเองของผู้สูงอายุในหลายๆ มิติที่มีความสัมพันธ์กับเรื่องสุขภาพ การมีทรัพย์สิน การทำงานและสร้างประโยชน์ให้กับครอบครัวและสังคม การได้รับการยอมรับและการได้รับการปฏิบัติจากคนรอบข้าง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญพโยม เขยสมบัติ (2547) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความหว้าเหว่ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความหว้าเหว่ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

**2. การสนับสนุนด้านอารมณ์** พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์มีอิทธิพลทางบวกต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุเกษียณชีพการงานที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะข้อที่เกี่ยวกับเมื่อท่านรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิต ท่านได้รับกำลังใจ / การปลอบใจจากสมาชิกในครอบครัว อธิบายได้ว่าเมื่อกลุ่มตัวอย่างรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิต ก็จะมีผู้รับฟัง ได้รับกำลังใจจากเพื่อน เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ และมีช่องทางที่ผู้สูงอายุสามารถขอความช่วยเหลือได้ และยังพบว่าวิถีของกลุ่มชาติพันธุ์เกษียณชีพการงาน มีประเพณีต่างๆที่มาร่วมกันเสมอ และทุกคนต้องมาทำร่วมกันในชนเผ่าทำให้เกิดการพบปะกันบ่อยครั้ง ซึ่งประเพณีของชนเผ่าจะให้ความเคารพ และให้เกียรติผู้สูงอายุในชนเผ่าเป็นอันดับแรกทำให้ได้รับการสนับสนุนสิ่งต่างๆจากชนเผ่าเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพันธ์ วงศ์สุวรรณ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, และสุกฤตา สวนแก้ว (2563) พบว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 98.86 อาจเนื่องมาจากประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ภาครัฐจึงได้มีการเตรียมการรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว ผู้สูงอายุยังได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยจากบุคลากรทางสาธารณสุข ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวทางในการดูแลสุขภาพของตัวเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมจากทางครอบครัว ชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ และองค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชนจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Khiewkam, 2000) และสอดคล้องกับ การศึกษาของ Chaisri (1995) พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและความรู้เรื่องสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 80.6 ซึ่งช่วยส่งเสริมการแก้ปัญหาทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจเป็นอย่างดี นอกจากนี้จากผลการวิจัยยังพบว่า ผู้สูงอายุมีความสนใจและได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวให้เข้าร่วมในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งการได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชมรมผู้สูงอายุ ได้พบปะผู้อื่น มีส่วนร่วมแบ่งปันกำลังใจและน้ำใจไปสู่ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น มีความภาคภูมิใจในการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่งผลต่อความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเอง และนำไปสู่การพัฒนาอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในทางที่ดีขึ้นได้

**3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ** พบว่า ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการมีอิทธิพลทางบวกต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุเกษียณชีพการงานที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากสถานบริการทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่ที่กลุ่มตัวอย่างไปรับบริการนั้น มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่จัดไว้สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นในด้านอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม การเปิดให้บริการในวันหยุด มีแนวทางการนัดพบแพทย์เป็นขั้นตอนเข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยาก จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับความสะดวกของแหล่งบริการทางด้านสาธารณสุขใน

พื้นที่ สอดคล้องกับผลการวิจัยของพูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ (2554) พบว่า การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างได้รับความสะดวกจากสถาน บริการเกี่ยวกับการขอรับบริการ เช่น การทำบัตร การยื่น บัตรขอรับบริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 รองลงมา คือ มีความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ สุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 ซึ่งมีระดับการเข้ารับบริการในเรื่องของความสะดวกในการเดินทางที่ แตกต่างกันกับการศึกษาในครั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะบริบทของผู้สูงอายุ แต่ละคนนั้นแตกต่างกัน เช่น อาจจะเป็นเรื่องของสถานที่อยู่อาศัยที่ห่างไกลทำให้การเดินทางลำบาก และมีเวลานาน หรือ จำนวน ผู้สูงอายุมีมากกว่าแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ทำการตรวจรักษา ทำให้อาจจะรอนานกว่าปกติ ฯลฯ ซึ่งการ เข้ารับบริการนี้มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอยากมา และสอดคล้องกับ การศึกษาของมณฑนา จริยรัตน์ไพศาล และอรอนงค์ แจ่มผล (2554) ที่พบว่า การเข้าถึงบริการ สุขภาพของประชาชนตำบลนครชุม อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชรมีความสามารถของผู้รับบริการ ในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและด้านการยอมรับในคุณภาพ ของบริการ พบว่า ไม่มีปัญหาเรื่องค่าบริการสุขภาพ การให้บริการสุขภาพมีความเหมาะสมกับการ จ่ายค่าบริการ สามารถเดินทางไปสถานบริการ ส่วนใหญ่เดินทางไปด้วยตนเอง รองลงมาคือญาติพา ไป พาหนะที่ใช้ส่วนใหญ่ ใช้รถส่วนตัว รองลงมาเหมารถไป ระยะทางไม่ใช่อุปสรรคในการเดินทาง การให้บริการของสถานบริการสุขภาพให้ตรงต่อความต้องการ ช่วงเวลาเปิด-ปิด สะดวกต่อการรับ บริการ และมีความพึงพอใจในการบริการสุขภาพ และการใช้เวลารอคอยการตรวจจากแพทย์

**4. การสนับสนุนด้านสิ่งของ** พบว่า การสนับสนุนด้านสิ่งของ มีอิทธิพลทางบวกต่อ ความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p=0.001$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งอาจเนื่องมาจาก ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่เรื่องเครื่องนุ่งห่ม เสื้อผ้า และสิ่งสนับสนุนด้านการดำรงชีวิตประจำวัน รวมทั้งเมื่อถึงช่วงเทศกาลก็จะมีลูกหลานนำของมามอบให้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุได้รับการ สนับสนุนด้านทางสังคมด้านสิ่งของอยู่อย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับวิทมา ธรรมเจริญ และนิทัศน์ย์ เจริญงาม (2564) พบว่า การสนับสนุนด้านสิ่งของเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแล สุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุตอนปลาย อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุตอนปลายเริ่มเดินทางไปยังที่ต่าง ๆ ไม่สะดวก ดังนั้นการสนับสนุนด้านสิ่งของ เวลา หรือช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จะเอื้อให้ผู้สูงอายุมี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี สอดคล้องกับแนวคิดของ Tilden (1985) เนื่องจากผู้สูงอายุจะ รู้สึกว่าตนเองเป็นที่รัก รู้สึกมีคุณค่า เมื่อได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ หรือบริการ ทำให้เอื้อต่อ การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น

**5. ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ** พบว่า ความสามารถในการ ที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ มีอิทธิพลทางลบต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่า ปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

( $p=0.006$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะในด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลเป็นภาระอย่างมากน้อยที่สุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลไม่เป็นภาระมาก เนื่องจากด้วยประเพณีและวัฒนธรรมของชนเผ่ามีการรักษาด้วยยาสมุนไพร การเป่า แสก การเซ่นไหว้บรรพบุรุษ ทำให้การมารับการรักษาในแผนปัจจุบันไม่ค่อย ทำให้เมื่อมีการเจ็บป่วยที่ต้องออกมารักษาจึงมีความสามารถในการจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักที่นอกเหนือจากการเบิกได้จากภาครัฐหากยานั้นมีความจำเป็นที่ต้องใช้ในการรักษาโรคของตนและมีราคาที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของมัณฑนา จรรย์รัตน์ไพศาล และอรอนงค์ แจ่มผล (2554) พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนตำบลนครชุม อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร มีความสามารถของผู้รับบริการในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ และด้านการยอมรับในคุณภาพของบริการ พบว่า ไม่มีปัญหาเรื่องค่าบริการสุขภาพ การให้บริการ สุขภาพมีความเหมาะสมกับการจ่ายค่าบริการ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ(อภิชัย คุญิพงษ์, 2562) ที่ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ความสามารถในการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

**6. การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก** พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก มีอิทธิพลทางบวกต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p=0.013$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากสถานที่ตั้งของโรงพยาบาลมีความเหมาะสม ง่ายและสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ ประกอบกับมียานพาหนะที่สะดวกในการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล และยังสามารถเดินทางมาได้อย่างรวดเร็ว ง่าย และปลอดภัย จึงทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก สอดคล้องกับวิชชุดา สาริตพร (ม.ป.ป.) พบว่าประเทศไทยมีการพัฒนาในเรื่องระบบการประกันสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้ประชาชนชาวไทยสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างกว้างขวางกว่าในอดีต สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พูลศักดิ์ พุ่มวิเศษ (2554) พบว่า การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพกลุ่มตัวอย่างได้รับความสะดวกจากสถาน บริการเกี่ยวกับการขอรับบริการ เช่น การทำบัตร การยื่นบัตรขอรับบริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 รองลงมา คือ มีความสะดวกในการเดินทางไป รับบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.73 ซึ่งมีระดับการเข้ารับบริการในเรื่องของความสะดวก ในการเดินทางที่แตกต่างกับการศึกษาในครั้งนี้อาจจะเป็นเพราะบริบทของผู้สูงอายุ แต่ละคน นั้นแตกต่างกัน เช่น อาจจะเป็นเรื่องของสถานที่อยู่อาศัยที่ห่างไกลทำให้การเดินทางลำบาก และมีเวลานาน หรือ จำนวนผู้สูงอายุมีมากกว่าแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ทำการตรวจรักษา ทำให้ อาจจะมีรอนานกว่าปกติ ฯลฯ ซึ่งการเข้ารับบริการนี้มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอย่างมาก และสอดคล้องกับ



การศึกษาของมณฑลนา จริยรัตน์ไพศาล และอรอนงค์ แจ่มผล (2554) พบว่า ผู้สูงอายุ สามารถเดินทางไปสถานบริการ ส่วนใหญ่เดินทางไป ด้วยตนเอง รองลงมาคือญาติพาไป พาหนะที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้รถส่วนตัว รองลงมาเหมารถไป ระยะทาง ไม่ใช่อุปสรรคในการเดินทาง การให้บริการของสถานบริการสุขภาพให้ตรงต่อความต้องการ ช่วงเวลา เปิด - ปิด สะดวกต่อ การรับบริการ และมีความพึงพอใจในการบริการสุขภาพ และการใช้เวลารอคอยการตรวจจากแพทย์ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันทรา ขำนวนทอง, วัชรีย์ เพ็ชรวงษ์, พิทยุต์ม์ คงพ่วง, และพิมพ์พรรณ อัมพันธ์ทอง (2565) พบว่า การเข้ารับบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเรื่องความสะดวกในการเดินทาง อยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกระบวนการในการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขของสถานพยาบาลนั้น ๆ ที่อาจมีความแตกต่างกันในเชิงของสถานที่ บุคลากร งบประมาณ สิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งในระบบสร้างเสริมสุขภาพที่ดี โดยมีเป้าหมายคือ 1) มีการ พัฒนานโยบายสาธารณสุขที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม และเป็นรูปธรรม 2) มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างหลากหลาย 3) มีการสร้าง เสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัวชุมชน และสังคมอย่างสมดุลและเชื่อมโยงกันตามหลักการสร้างเสริมสุขภาพ 4) มีความครอบคลุมของชุมชนท้องถิ่นที่มีความเข้มแข็งด้านสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การอยู่อาศัย การดูแล การสูญเสียบุคคลสำคัญ ตัวแปรการเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ (5A) ประกอบด้วย การเพียงพอของบริการที่มีอยู่ การยอมรับคุณภาพของบริการ และตัวแปรแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านการเงิน การสนับสนุนด้านร่างกาย ไม่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสามารถอภิปรายแบ่งออกเป็นรายด้านดังนี้ ได้ดังนี้

**1. ปัจจัยส่วนบุคคล** ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การอยู่อาศัย การดูแล การสูญเสียบุคคลสำคัญ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การอยู่อาศัย การดูแล การสูญเสียบุคคลสำคัญ ไม่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจาก เพศ กลุ่มตัวอย่างมีปริมาณเพศชายและเพศหญิง ในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน (เพศชาย ร้อยละ 47.3, เพศหญิง ร้อยละ 52.7) ซึ่งความอ้างว้างในเพศชายและเพศหญิง ไม่น่าจะมีความแตกต่างกันเท่าที่ควร อายุ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-70 ปี ร้อยละ 70.1 โดยมีอายุเฉลี่ย 67.60 ซึ่งจัดอยู่ในช่วงผู้สูงอายุตอนต้น **สถานภาพสมรส** กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 65.4 **อาชีพ** ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48.4 **รายได้** มีรายได้ร้อยละ 86.5 รายได้ส่วนใหญ่อยู่ที่ 1,000-2,000 บาท/เดือน

**โรคประจำตัว** ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 81.5 **การอยู่อาศัย** อาศัยอยู่เป็นครอบครัวใหญ่ร่วมกับบุตรและคู่รัก **การดูแล** มีบุคคลที่ให้การดูแล ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัว **การสูญเสียบุคคลสำคัญ** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการสูญเสียบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 72.9 ซึ่งจากการพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การอยู่อาศัย การดูแล การสูญเสียบุคคลสำคัญ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุช่วงผู้สูงอายุตอนต้น ยังสามารถประกอบอาชีพเองได้ สามารถรายได้เลี้ยงตัวเอง ทั้งยังไม่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และมีคู่สมรส ครอบครัว บุตรธิดาให้การดูแล จึงทำให้ปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าว ไม่มีผลต่อความอ้างว้างผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษา ฉวีวรรณ ภิรมย์ชม (2547) และ (Kim, 1999; Taube, Kristensson, Midlöv, Holst, & Jakobsson, 2013) พบว่าสถานภาพสมรสไม่สามารถทำนายความว่าเหวในผู้สูงอายุได้ อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีอิทธิพล ต่อความว่าเหวในผู้สูงอายุนั้น อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด และหม้าย/หย่า/แยก เป็นสถานภาพที่ขาดคู่ชีวิตไป แต่จากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มนี้พบว่ายังอาศัยอยู่กับบุตรหลาน และญาติพี่น้อง (ร้อยละ 38.8) รวมทั้งพบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 90.5) แสดงถึงผู้สูงอายุก็ได้รับการดูแล ความรัก และช่วยเหลือเป็นอย่างดีด้วย (สมหมาย กุมพันธ์, โสภิต แสงอ่อน, และพัชรินทร์ นินทจันทร์, 2559) แต่ไม่สอดคล้องกับ อายุ การเกิดความว่าเหวในผู้สูงอายุเกิดได้ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความสามารถและความปรารถนาที่จะมีสัมพันธ์กับผู้อื่น และอายุที่มากขึ้นอาจจะมีข้อจำกัดทางร่างกายเพิ่มมากขึ้น โอกาสร่วมกิจกรรมทางสังคม และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นก็ลดน้อยลง อายุจึงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความว่าเหวในผู้สูงอายุ (Dahlberg & McKee, 2014; Theeke, 2009; วาสนา ปรากูวงศ์, 2551; สุพรรณิ นันทชัย, 2534) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ แก้วสว่าง (2564) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ได้แก่ สถานภาพสมรส และความไม่เพียงพอเพียงของรายได้

**2. การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ (5A) ประกอบด้วย การเพียงพอของบริการที่มีอยู่ การยอมรับคุณภาพของบริการ** พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ (5A) ประกอบด้วย การเพียงพอของบริการที่มีอยู่ การยอมรับคุณภาพของบริการ ไม่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรงพยาบาลที่ตนเข้ารับการรักษา นั้นมีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอ และความความรู้ความสามารถ เจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆของโรงพยาบาลมีเพียงพอและเต็มใจให้บริการ รวมทั้งมีความรู้ความสามารถ สามารถตอบคำถาม ให้คำแนะนำต่างๆให้แก่ผู้รับบริการ

ได้อย่างถูกต้อง ระยะเวลารอคอยในการพบแพทย์และการรับยาใช้เวลาไม่นานมาก ซึ่งกลุ่มเป้าหมายยอมรับได้ และรู้สึกได้รับการบริการเท่าเทียมกับผู้ป่วยคนอื่นๆ ตามเหตุผลข้างต้นอาจส่งผลให้ การเพียงพอของบริการที่มีอยู่ การยอมรับคุณภาพของบริการ ไม่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นไปตามนิยามการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Penchansky & Thomas (1981) ได้ให้นิยามการเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความเหมาะสมหรือความพอดีระหว่างบริการสุขภาพ กับความต้องการของผู้รับบริการ โดยอธิบายในรูปแบบของตัวแปรที่จำแนกออกเป็น 5 มิติ ได้แก่ ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Available) ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ (Geographical accessibility) ความสะดวกเมื่อไปใช้บริการ (Accommodation) ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) และการยอมรับในคุณภาพของบริการ (Acceptability) และ Aday & Andersen (1981) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการ สุขภาพ ได้แก่ นโยบายด้านการรู้สิทธิลักษณะของระบบบริการสุขภาพ ระยะทางจากบ้าน ถึงสถานบริการค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ยานพาหนะในการเดินทาง รายได้ภาวะเจ็บป่วย และผู้ดูแลและสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ และคณะ (2559) พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมสามารถเข้าถึงบริการในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.56) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) มากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.82) รองลงมาคือด้านการยอมรับคุณภาพบริการ (Acceptability) (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.62) และด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการ (Affordability) (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59) ตามลำดับ ส่วนด้านที่ต่ำที่สุดคือด้านความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการ (Geographic accessibility) (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.27)

**3. แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านการเงิน การสนับสนุนด้านร่างกาย** พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านการเงิน การสนับสนุนด้านร่างกาย ไม่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือด้านการเงินทั้งในเรื่องของค่าใช้จ่ายส่วนตัว ค่าใช้จ่ายในยามเจ็บป่วย หรือค่าใช้จ่ายอื่นๆในยามฉุกเฉิน รวมทั้งผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างยังได้รับการช่วยเหลือการเงินจากรัฐบาล จึงทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความพอใจและความรู้สึกดีอยู่ในระดับมาก รู้สึกว่าสมบูรณ์ และการสนับสนุนด้านร่างกายนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นลูก หลาน เพื่อน บ้าน ญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือหน่วยงานของรัฐบาล เช่น อปท. รพ.สต. จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกได้รับการสนับสนุนด้านการเงินและด้านร่างกายอยู่ในระดับที่เพียงพอ จึงทำให้ไม่ก่อให้เกิดความอ้างว้าง สอดคล้องกับการศึกษาของจินกร โนรี และนงลักษณ์ พะไถยะ (2563) พบว่า แหล่งสนับสนุนด้านการเงินของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ คือ บุตร/ธิดา (ร้อยละ 75.86) การประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ คือ บัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 67.90) ผู้สูงอายุสามารถจ่ายและจัดการค่า

รักษาพยาบาลได้ด้วยตนเองได้ (ร้อยละ 84.35) และแหล่งสนับสนุนเมื่อเจ็บป่วยนั้นผู้สูงอายุจะมีผู้ดูแลหลักคือครอบครัว ร้อยละ 59.42 ผู้สูงอายุสามารถจ่ายและจัดการค่ารักษาพยาบาลได้ด้วยตนเองได้ (ร้อยละ 84.35) แหล่งสนับสนุนตัดสินใจ ผู้สูงอายุมีบุคคลที่ไว้วางใจได้ (ร้อยละ 95.23) มีบุคคลที่ช่วยเหลือเกื้อกูลด้านจิตใจเมื่อต้องการ (ร้อยละ 53.58) มีบุคคลที่สามารถคุยด้วยเมื่อเกิดความกังวลใจ (ร้อยละ 56.50) เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยมีผู้มาเยี่ยมเยียน (ร้อยละ 85.15) โดยมีความถี่ของการมาเยี่ยมเฉลี่ย  $2.32 \pm 0.66$  ครั้งต่อสัปดาห์ มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา (ร้อยละ 74.01) ความถี่เฉลี่ย  $1.20 \pm 0.14$  ครั้งต่อสัปดาห์ และสอดคล้องกับการศึกษาของยูวดี รอดจากภัย, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, และไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ (2561) พบว่า การให้คำปรึกษาญาติใกล้ชิด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล เป็นที่ปรึกษาและที่พึ่งของผู้สูงอายุ

### ข้อเสนอแนะ

#### เชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุข สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ออกนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มชนเผ่าปกากะญอ ในเขตพื้นที่ชายแดน
2. กระทรวงสาธารณสุข สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนกลยุทธ์ในการดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ชายแดน
3. สสจ.ตาก , รพ.ท่าสองยาง และ สสอ.ท่าสองยาง สามารถนำข้อมูลที่ได้มาช่วยในการวางแผนและกำหนดนโยบายสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ได้อย่างเหมาะสม
4. สสจ.ตาก , รพ.ท่าสองยาง และ สสอ.ท่าสองยาง สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบในการประกาศใช้นโยบาย / มาตรการ ในการดูแลผู้สูงอายุของอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก
5. รพ.ท่าสองยาง , สสอ.ท่าสองยาง และ หน่วยงานท้องถิ่นในพื้นที่ สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบในการวางแผนนโยบาย / มาตรการ ในการส่งเสริมสุขภาพ และให้แรงสนับสนุนในด้านเงิน ด้านร่างกาย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์ กับผู้สูงอายุ

#### เชิงปฏิบัติการในพื้นที่

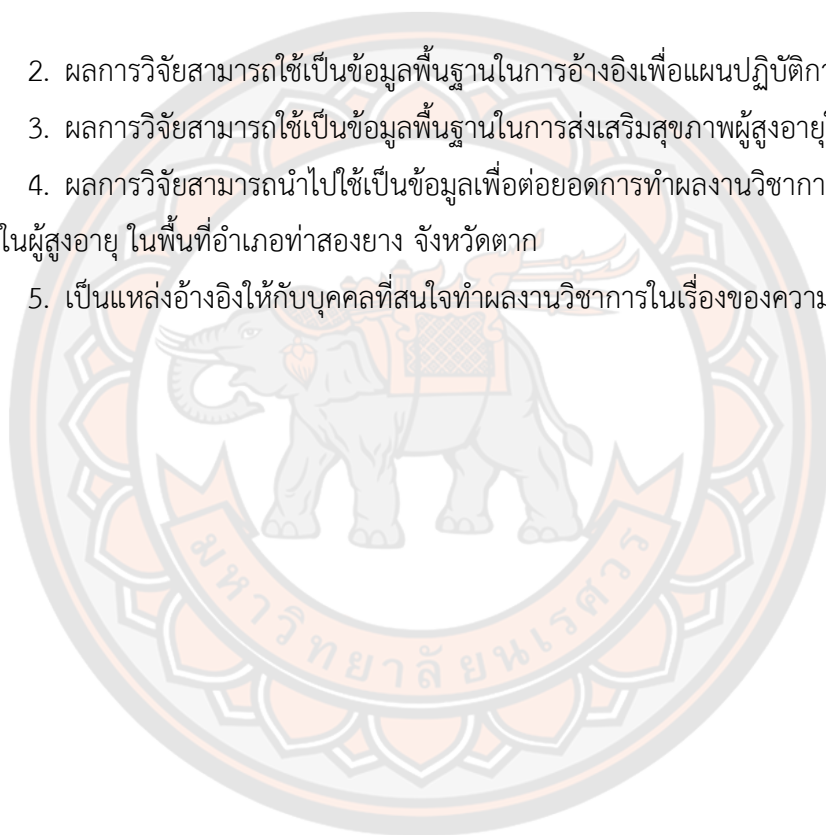
1. ข้อมูลที่ได้ จะสะท้อนให้เห็นถึงผลการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มชนเผ่าปกากะญอ ในเขตพื้นที่อำเภอท่าสองยาง
2. ข้อมูลที่ได้ จะสะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ของความอ้ำว้าง ที่จะส่งผลกระทบต่อสภาวะทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ชายแดน
3. สสจ.ตาก สามารถนำข้อมูลจากผลการวิจัยไปใช้ประกอบการวางแผนออกติดตามผลการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่อำเภอท่าสองยาง

4. รพ. , สสอ. , รพ.สต. , สสช. , สุขศาลา , จุดบริการสาธารณสุข ในอำเภอท่าสองยาง สามารถนำผลการวิจัยไปวางแผนการให้บริการสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อแก้ไขจุดอ่อนในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

5. หน่วยงานปกครอง หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานท้องถิ่น สามารถดำเนินการอย่างมีระบบ ตามแผนนโยบายในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครบถ้วนครอบคลุมทุกมิติ ทั้งร่างกายและจิตใจ

#### **เชิงวิชาการ**

1. ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนางานการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอท่าสองยาง
2. ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการอ้างอิงเพื่อแผนปฏิบัติการเชิงรุกในพื้นที่
3. ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่
4. ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อต่อยอดการทำผลงานวิชาการ เช่น เรื่อง ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ในพื้นที่อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก
5. เป็นแหล่งอ้างอิงให้กับบุคคลที่สนใจทำผลงานวิชาการในเรื่องของความอ้างว้าง



## บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2526). รายงานประจำปี 2526. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564)  
คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12. นนทบุรี: กระทรวง  
สาธารณสุข.
- กัญญา นพเกตุ, ชนิดดา แนบเกสร, และดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2559). ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของ  
ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. วารสารการพยาบาล  
และการดูแลสุขภาพ, 35(4), 122-131.
- ขวัญชีวัน บัวแดง. (2546). ศาสนาและอัตลักษณ์ของกลุ่มชาติพันธุ์: ศึกษากรณีกลุ่มชนกะเหรี่ยงใน  
ประเทศไทยและประเทศพม่า. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คำจันทร์ ร่มเย็น. (2550). การศึกษาความก้าวหน้าและการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดความก้าวหน้าของ  
ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดราษฎร์บูรณะ เขตราษฎร์บูรณะ กรุงเทพมหานครโดยใช้ หลัก  
โยนิโสมนสิการ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, อภิญญา เพ็ชรพิจารณ์, และรัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. (2556). แนวคิดพื้นฐาน  
ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- จิรนนท์ วงศ์สุวรรณ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, และสุกฤตา สอนแก้ว. (2563). การสนับสนุนทางสังคมและ  
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. พยาบาลสาร,  
47(3), 267-276.
- ฉวีวรรณ ภิมรัมย์. (2547). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของ  
ผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ).  
มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, และกอบชัย พัววิไล. (2546). การวินิจฉัยและจำแนกโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ:  
เรือนแก้วการพิมพ์.
- ชุลีกร ปัญญา, วารีย์ กังใจ, และสิริลักษณ์ โสมานสุรณ. (2557). ปัจจัยทำนายความก้าวหน้าของผู้สูงอายุที่  
เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 22(4), 1-12.
- เชษฐา แก้วพรม, สายฝน อินศรีชื่น, และลักษณา พงษ์ภุมมา. (2563). ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของ  
ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ, 7(1), 76-89.
- ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์, และอารยา ทิพย์วงศ์. (2561). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุน  
ทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(1), 487-494.

- จิตติมา ทาสสุวรรณอินทร์, มณูเชษฐ์ มะโนธรรม, วรัญญา มณีรัตน์, จุฑามาศ เมืองมูล, และวารุณี พันธุ์วงศ์. (2562). พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง ชุมชนกะเหรี่ยงรวมมิตร ตำบลแม่ยาว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(2), 158-167.
- ทิณกร โนรี, และนงลักษณ์ พะโกยะ. (2563). *การดูแลระยะยาวเพื่อภาวะพึ่งพิงอย่างมีคุณภาพในสังคมไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ภาพพิมพ์.
- ณททัย วงศ์ปการันย์, ทินกร วงศ์ปการันย์, เจริญชัย งามทิพย์, ยุพาพรรณ ศิริอ้าย, คณิงนิจ ไชยลังการณ, และวิรัตน์ นวัตกรรม. (2563). *คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ: สูตรคลายซึมเศร้า*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ธมนรดา โอภาสฐิติยศ, ณรงค์ ณ เชียงใหม่, และจิตติมา กัตถัญญ. (2557). การเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของชาวเขาเผ่ากระเหรี่ยงที่มีภาวะเครียด ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสบหาร ตำบลบ้านกาศ อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน. *พิชเนศวร์สาร*, 10(2), 173-188.
- นภัสสร ยอดทองดี, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วย ผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี*, 33(1), 29-39.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญญสิทธิ์ วรจันทร์. (2530). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความดันโลหิตสูงในสลัมกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปวีณา ประภาทานัง, วารี กังใจ, และสหทัย รัตนจรณะ. (2559). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อความวิตกกังวลของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี*, 33(3), 12-26.
- ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์, ภิกขิตี ภาวนานันท์, สุรชาติ ณ หนองคาย, และวิริณธ์ กิตติพิชัย. (2559). การใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ ตำบลวิหารขาว อำเภอท่าซาง จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารการพยาบาล*, 18(2), 42-50.
- พรทิพย์ แก้วสว่าง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน อำเภอ กันทรลักษ์ จังหวัด ศรีสะเกษ. *วารสาร สำนักงาน ป้องกัน ควบคุม โรค ที่ 10 จังหวัด อุบลราชธานี*, 19(1), 36-48.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

- พันธ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร. (2544). *คำอธิบายกำหนดอายุชาวไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วิทยุชน.
- พลศักดิ์ พุ่มวิเศษ. (2554). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี*. นนทบุรี: วิทยาลัยราชพฤกษ์.
- เพ็ญพโยม เขยสมบัติ. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความไว้วางใจในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญศรี หลินศวนนท์. (2543). *การศึกษาความเข้มแข็งของผู้สูงอายุแขวงรองเมืองเขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มธุรส สว่างบำรุง. (2562). *อารมณ์เหงากับพฤติกรรมทางทอ้งที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุ*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(1), 36-52.
- มนสิข สิทิสมนบูรณ์. (2550). *ระเบียบวิธีวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 8). พิษณุโลก: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- มณฑนา จริยรัตน์ไพศาล, และอรอนงค์ แจ่มผล. (2554). *การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนในตำบลนครชุม อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร*. ใน *รายงานการวิจัยในการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 2* (น. 603-611), กำแพงเพชร: มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- มาลี สิทธิเกรียงไกร. (2554). *แนวนโยบายและหลักปฏิบัติในการฟื้นฟูวิถีชีวิตชาวกะเหรี่ยง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553)*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2561). *รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ยศ สันตสมบัติ. (2551). *อำนาจ พื้นที่ และอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์: การเมืองเชิงวัฒนธรรมของรัฐชาติในสังคมไทยภาคเหนือ*. กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- ยุวดี รอดจากภัย, กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ, และไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์. (2561). *รูปแบบการพัฒนาชุมชนและครอบครัวต้นแบบเพื่อดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ*. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 12(1), 92-101.
- ยุทธการ ประพากรณ์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และเดชา ทำดี. (2564). *ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกะเหรี่ยง*. *พยาบาลสาร*, 48(1), 67-79.



- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รศรินทร์ เกรย์, อุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์, เฉลิมพล แจ่มจันทร์, และเรวดี สุวรรณนพเก้า. (2556). *มนต์ศักดิ์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยาสังคมและสุขภาพ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา ปรากวาศ. (2551). *ปัจจัยพยากรณ์ความเหงาของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง*. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- วิชาญ เกิดวิชัย. (2547). *คุณภาพในการบริการสุขภาพ ชุมชนวิชาการวางแผนกลยุทธ์และการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วิชุดา สาธิตพร. (ม.ป.ป.). *นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: พัฒนาการ แนวโน้ม และการสำรวจมาตรฐานด้านสุขภาพของไทย*. สืบค้น 1 มีนาคม 2565, จาก [https://kpi.ac.th/media/pdf/M7\\_194.pdf](https://kpi.ac.th/media/pdf/M7_194.pdf)
- วิหมา ธรรมเจริญ, และนิทัศน์ย์ เจริญงาม. (2564). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลาย ในตำบลสองพี่น้อง อำเภอท่าใหม่*. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, 15(1), 137-150.
- ศรียรรณ ทาวงศ์มา, และสิริภา ภาคณะภา. (2563). *การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงในพื้นที่หมู่บ้านพัฒนาเพื่อความมั่นคงพื้นที่ชายแดนตามแนวทางพระราชทานพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ จังหวัดแม่ฮ่องสอน*. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 12(2), 140-151.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมหมาย กุ่มผัน, ไสภิน แสงอ่อน, และพัชรินทร์ นินทจันทร์. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความหวาดกลัวในผู้สูงอายุ*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), 50-68.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำเนา ศรีงาม. (2559). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 3, 216-225.
- สุธาลักษณ์ ขวัญเจริญทรัพย์, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มธุรส ทิพย์มงคลกุล, และจาร์วรรณ หมั่นมี. (2562). *ความต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี*. *วารสารแพทยนาวิ*, 4(1), 215-230.

- สุนันทรา ขำนวนทอง, วัชรีย์ เพ็ชรวงษ์, พิทยุต์ม์ คงพ่วง, และพิมพ์พรรณ อำพันธ์ทอง. (2565). อิทธิพลของการเข้ารับบริการด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 7(2), 438-453.
- สุพรรณณี นันทชัย. (2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพัตรา ธารานุกูล. (2544). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2563). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ: สถานการณ์และการดูแลด้านสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โอ. เอส. พริ้นติ้ง เฮ้าส์.
- สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2564). *การดูแลผู้สูงอายุ: สถานการณ์และการดูแลคุณภาพชีวิต*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ. (2551). *ตำราตรวจรักษาโรคทั่วไป 2: 350 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- อนุสันต์ เทียนทอง. (2557). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- อภิชัย คุณิพงษ์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี. *วารสารกรมการแพทย์*, 44(5), นน. 75-80.
- Aday, L. A., & Andersen, R. M. (1981). Equity of access to medical care: A conceptual and empirical overview. *Medical care*, 19(12), 4-27.
- American Diabetes Association. (1977). Diabetic mellitus and exercise. *Diabetes Care*, 23(Suppl. 1), 11-66.
- Barron, C. R., Foxall, M. J., Von Dollen, K., Jones, P. A., & Shull, K. A. (1994). Marital status, social support, and loneliness in visually impaired elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 19(2), 272-280.
- Berg-Weger, M., & Morley, J. E. (2020). Loneliness in old age: An unaddressed health problem. *J Nutr Health Aging*, 24, 243-245.
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. Eaglewood cliffs. New Jersey: Prentice-Hall.
- Branden, N. (1983). (1983). *The psychology of self esteem* (5th ed.). New York: Bantam.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The prq a social support measure. *Nursing Research*, 30, 277-280.
- Breytspraak, L. M., & George, L. K. (1979). Measurement of self-concept and self-esteem

- in older people: State of the art. *Experimental Aging Research*, 5(2), 137-148.
- Brown, M., & Lewis, H. L. (1976). *Hospital management system: Multi-unit organization and delivery of health care*. Germantown, MD: Asper.
- Burack, R. C., Keller, J. B., & Higgins, M. W. (1985). Cardiovascular risk factors and obesity: Are baseline levels of blood pressure, glucose, cholesterol and uric acid elevated prior to weight gain? *Journal of chronic diseases*, 38(10), 865-872.
- Cacioppo, J. T., & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. New York: W.W. Norton & Company.
- Carol Taylor, Carol Lillis, & LeMone, P. (Eds.). (1989). *Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care*. Philadelphia: Lippincott.
- Chaisri, C. (1995). *Health problem solving of the elders by establishment of the elderly club in wangyaplong, wongsapoong didtrict, loei province* (Master Thesis Independent study). Chiang Mai Chiang Mai University.
- Clarke, M., Clarke, S. J., & Jagger, C. (1992). Social intervention and the elderly: A randomized controlled trial. *American Journal of Epidemiology*, 136(12), 1517-1523.
- Coopersmith, S. (1984). *Sei: Self-esteem inventories*. California: Psychologist Press.
- Dahlberg, L., & McKee, K. J. (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: Evidence from an english community study. *Aging & mental health*, 18(4), 504-514.
- Feather, B. L., & Wainstock, J. M. (1989). Perceptions of postmastectomy patients. Part i: The relationships between social support and network providers. *Cancer Nursing*, 12, 293-300.
- Feist, A. M., Herrgård, M. J., Thiele, I., Reed, J. L., & Palsson, B. Ø. (2009). Reconstruction of biochemical networks in microorganisms. *Nature Reviews Microbiology*, 7(2), 129-143.
- Finlay, J. M., & Kobayashi, L. C. (2018). Social isolation and loneliness in later life: A parallel convergent mixed-methods case study of older adults and their residential contexts in the minneapolis metropolitan area, USA. *Social Science & Medicine*, 208, 25-33.
- Francis, G. M. (1981). *Loneliness: A study of hospitalized adults* (Doctoral dissertation).

Philadelphia: University of Pennsylvania.

- Gazzaniga, M. S., & Smylie, C. S. (1984). Dissociation of language and cognition: A psychological profile of two disconnected right hemispheres. *Brain*, *107*(1), 145-153.
- Goldberg, W. L., & Fitzpatrick, J. J. (1980). Movement therapy with the aged. *Nursing Research*, *29*, 339–346.
- Gulliford, M. C., & Ukoumunne, O. C. (2001). Determinants of glycated haemoglobin in the general population: Associations with diet, alcohol and cigarette smoking. *Eur J Clin Nutr*, *55*(7), 615-623. doi: 10.1038/sj.ejcn.1601233
- Hall, M., & Havens, B. (1999). *The effect of social isolation and loneliness on the health of older women*. Manitoba: Aging in Manitoba Study, Department of Community Health Sciences, University.
- Hoffmann, C. (1991). *Introduction to bilingualism*. New York: Longman.
- Holmén, K., Ericsson, K., Andersson, L., & Winblad, B. (1992). Loneliness among elderly people living in stockholm: A population study. *Journal of Advanced Nursing*, *17*(1), 43-51.
- Kaasa, K. (1998). Loneliness in old age: Psychosocial and health predictors. *Norsk epidemiologi*, *8*(2), 195-201.
- Kannel, I., WB, W., & PA, V. (1970). J., and mcnamara, pm epidemiologic assessment of the role of blood pressure in stroke. *JAMA*, *214*, 301-310.
- Kemperman, A., van den Berg, P., Weijs-Perrée, M., & Uijtdewillegen, K. (2019). Loneliness of older adults: Social network and the living environment. *International journal of environmental research and public health*, *16*(3), 406.
- Khiewkam, S. (2000). *Social support affecting quality of life in elderly club at wang sai phun district, phichit province* (Master thesis Independent study). Chiang Mai University.
- Killeen, C. (1998). Loneliness: An epidemic in modern society. *Journal of Advanced Nursing*, *28*(4), 762-770.
- Kim, O. (1999). Predictors of loneliness in elderly korean immigrant women living in the united states of america. *Journal of Advanced Nursing*, *29*(5), 1082-1088.
- Kosier, B., Erb, G., & Bufalino, P. M. (1989). *Introduction to nursing*. California: Addison -

Wesley.

- Machielse, A., & Duyndam, J. (2020). Strategies of socially isolated older adults: Mechanisms of emergence and persistence. *J Aging Stud, 53*, 100852. doi: 10.1016/j.jaging.2020.100852
- Maslow, A. (1970). Human needs theory: Maslow's hierarchy of human needs. In R. F. Craven & C. J. Hirnle (Eds.), *Fundamental of nursing: Human health and function* (p. 3). Philadelphia: Lippincott.
- Miller, J. F. (1992). *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness* (2nd ed.). Philadelphia: F.A.Davis.
- Millet, J. D. (1954). *Management in the public service*. New York: McGraw-Hill.
- Murphy, P. M., & Kupshik, G. A. (1992). *Loneliness, stress and well-being: A helper's guide*. London: Routledge.
- Ngamjarus, C. (2016). N4studies: Sample size calculation for an epidemiological study on a smart device. *Siriraj Medical Journal, 68*(3), 160-170.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: Concepts of practice* (5th ed.). St. Louis, MO: C. V. Mosb.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of marketing, 49*(4), 41-50.
- Patrick, W., & Cacioppo, J. T. (2008). *Loneliness*. New York: W. W. Norton.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care, 127*-140.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Connecticut: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6th ed.). Boston: Pearson.
- Peplau, L. A. (1988). Loneliness: New directions in research. In *Participate in the challenge of mental health and psychiatric nursing in 1988, the 3rd National Conference on Psychiatric Nursing* (pp. 127-142). Quebec: Montreal.
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1-18). New York: John Wiley & Sons.

- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1998). Loneliness. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of mental health* (Vol. 2, pp. 571-581). San Diego, CA: Academic Press.
- Proffitt, C., & Byrne, M. (1993). Predicting loneliness in the hospitalized elderly: What are the risk factors? *Geriatric Nursing*, *14*(6), 311-314.
- Putnam M. (2018). Loneliness, resilience and social support. *Journal of gerontological social work*, *61*(6), 583. <https://doi.org/10.1080/01634372.2018.1499181>.
- Rane-Szostak, D., & Herth, K. A. (1995). A new perspective on loneliness in later life. . *Issues in Mental Health Nursing*, *16*(6), 583-592.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton. New Jersey: Princeton University Press.
- Russell, D. W. (1996). UCLA loneliness scale (version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, *66*(1), 20-40.
- Scalise, J. J., Ginter, E. J., & Gerstein, L. H. (1984). A multidimensional loneliness measure: The loneliness rating scale. *Journal of Personality Assessment* *48*, 525-530.
- Schulz, J. H., Millspaugh, J. J., Zekor, D. T., & Washburn, B. E. (2003). Enhancing sport-hunting opportunities for urbanites. *Wildlife Society Bulletin*, 565-573.
- Shaver, P. R., & Klinnert, M. (1982). Schachter's theories of affiliation and emotions: Implications of developmental research. In L. Wheeler (Ed.), *Review of personality and social psychology* (Vol. 3, pp. 37-71). Beverly Hills, CA: Sage.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: WW Norton & Company.
- Taft, L. B. (1985). Self-esteem in later life: A nursing perspective. *Advances in nursing science*, *8*(1), 77-84.
- Taube, E., Kristensson, J., Midlöv, P., Holst, G., & Jakobsson, U. (2013). Loneliness among older people: Results from the Swedish national study on aging and care-blekinge. *Open Geriatric Medicine Journal*, *6*(1), 1-10.
- Theeke, L. A. (2009). Predictors of loneliness in us adults over age sixty-five. *Archives of psychiatric nursing*, *23*(5), 387-396.
- Tilden, V. P. (1985). Issues of conceptualization and measurement of social support in the construction of nursing theory. *Research in nursing & health*, *8*(2), 199-206.

- United Nations. (2017). *World population prospects the 2017 revision*. New York: UN Department of Economic and Social Affairs.
- van Tilburg, T. G., Steinmetz, S., Stolte, E., van der Roest, H., & de Vries, D. H. (2021). Loneliness and mental health during the covid-19 pandemic: A study among dutch older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 76(7), e249-e255. doi: 10.1093/geronb/gbaa111
- Vozikaki, M., Papadaki, A., Linardakis, M., & Philalithis, A. (2018). Loneliness among older european adults: Results from the survey of health, aging and retirement in europe. *Journal of Public Health*, 26, 613-624.
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences*. (6th ed.). New York: John Wiley&Sons.
- World Health Organizatio. (2012). *Who definition of health*. Retrieved 10 May 2021, from <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- World Health Organization. (2004). *Towards age-friendly primary health care*. Geneva: World Health Organization.
- Wu, B. (2020). Social isolation and loneliness among older adults in the context of covid-19: A global challenge. *Global health research and policy*, 5(1), 27.
- Yang, F., & Gu, D. (2021). Widowhood, widowhood duration, and loneliness among older adults in china. *Social Science & Medicine*, 283, 114179.
- Zhao, L., Zhang, X., & Ran, G. (2017). Positive coping style as a mediator between older adults' self-esteem and loneliness. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 45(10), 1619-1628.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยนครพนม



ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ศึกษา

1. ผศ.ดร.เสนห์ แสงเงิน  
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. นายแพทย์เจษฎาวุฒิ บุญช่วย  
แพทย์ผู้เชี่ยวชาญงานจิตเวช โรงพยาบาลท่าสองยาง
3. นางอภิรดี วงเพ็ญ  
นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าสองยาง



ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

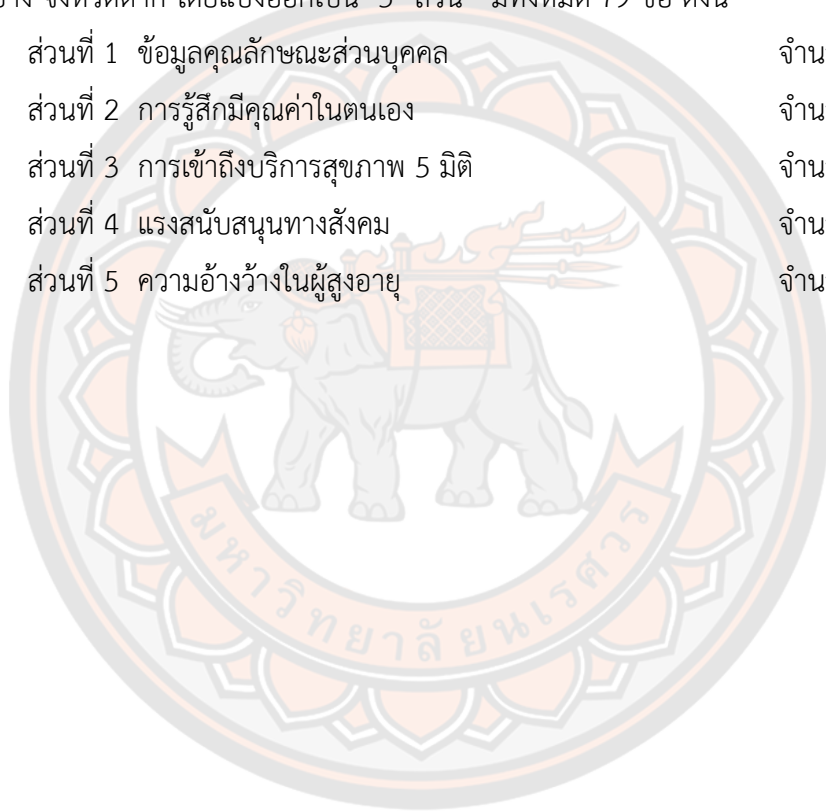
แบบสอบถามวิทยานิพนธ์

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็น

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุกะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน มีทั้งหมด 79 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 2 การรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 3 การเข้าถึงบริการสุขภาพ 5 มิติ	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 5 ความอ้างว้างในผู้สูงอายุ	จำนวน 20 ข้อ



ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (จำนวน 9 ข้อ)

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับข้อเท็จจริงมากที่สุด

1. เพศ

- (1) ชาย  (2) หญิง

2. อายุ (โปรดระบุ) ..... ปี

3. สถานภาพสมรส

- (1) โสด  (2) สมรส/คู่  
 (3) หม้าย  (4) หย่า/แยกกันอยู่

4. อาชีพ

- (1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ  (2) ข้าราชการ  
 (3) พนักงาน/ลูกจ้าง  (4) คำขาย/ธุรกิจส่วนตัว  
 (5) เกษตรกร  (6) อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

5. รายได้

- (1) ไม่มีรายได้  (2) มีรายได้ ..... บาท/เดือน (โปรดระบุจำนวน)

6. โรคประจำตัว

- (1) โรคความดันโลหิตสูง  (2) โรคเบาหวาน  (3) โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

7. พักอาศัยอยู่กับใคร

- (1) อยู่กับคู่รัก  (2) อยู่กับบุตร  
 (3) อยู่ตามลำพัง  (4) อยู่กับญาติพี่น้อง  (5) อื่น ๆ โปรดระบุ ....

8. บุคคลที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย

- (1) ไม่มี  (2) มี โปรดระบุความสัมพันธ์.....

9. การสูญเสียบุคคลสำคัญ

- (1) ไม่มี  (2) มี โปรดระบุความสัมพันธ์.....

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (จำนวน 10 ข้อ)

**คำชี้แจง** ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ หรือความรู้สึกของท่านแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 4 ตัวเลือก คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกพอใจมาก

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้น รู้สึกไม่พอใจ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมากหรือรู้สึกแย่มาก

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง (4)	เห็นด้วย (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
1	ท่านเป็นคนมีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น				
2	ท่านยังเป็นที่พึ่งให้กับลูกหลานเสมอ				
3	ท่านรู้สึกจะทำอะไรไม่สำเร็จเลย				
4	ท่านมีความสามารถทำสิ่งต่างๆได้ดีเท่าเพื่อนวัยเดียวกัน				
5	ท่านมีความภูมิใจในตนเองน้อยเหลือเกิน				
6	ท่านมีความรู้สึกดีต่อตนเอง				
7	โดยทั่วไปท่านมีความพอใจในตนเอง				
8	ท่านรู้สึกว่ามีความนับถือตนเองน้อยกว่าที่ควรเป็น				
9	ขณะนี้ท่านรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไม่มีประโยชน์				
10	หลาย ๆ ครั้งท่านคิดว่าท่านไม่มีอะไรดีเลย				

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (จำนวน 20 ข้อ)

**คำชี้แจง** ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ หรือความรู้สึกของท่านแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกพอใจมาก

เห็นด้วย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยระดับกลาง ๆ

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)
<b>การเพียงพอของบริการที่มีอยู่</b>						
1	จำนวนของแพทย์ พยาบาล และบุคลากรด้านการแพทย์อื่นๆ มีความเหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ					
2	จำนวนเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล (เช่น พนักงานรับโทรศัพท์ และเจ้าหน้าที่การเงิน) มีความเหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ					
3	อุปกรณ์/เครื่องมือแพทย์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล มีความเหมาะสมและเพียงพอ					
4	ระยะเวลาในการรอพบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษา มีความเหมาะสม					
5	ระยะเวลาในการรอรับยา มีความเหมาะสม					
<b>การเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างสะดวก</b>						
6.	สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลมีความเหมาะสม ง่ายและสะดวกในการเดินทางมารับบริการ					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)
7.	ท่านสามารถเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ไม่เสียเวลา					
8.	ท่านมียานพาหนะที่สะดวกในการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาล(ไม่ว่าจะเป็นยานพาหนะส่วนตัวหรือยานพาหนะสาธารณะ)					
<b>ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ</b>						
9.	ขั้นตอนในการเข้ารับบริการ (เช่น การลงทะเบียน การซักประวัติ) มีความยุ่งยากและซับซ้อน เสียเวลา					
10.	การนัดพบแพทย์และการเลื่อนนัดมีขั้นตอนไม่ยุ่งยากซับซ้อน ทำได้ง่ายและสะดวกรวดเร็ว					
11.	การเปิดให้บริการนอกเวลาราชการ (วันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 16.30 น.) สอดคล้องกับความต้องการของท่านและทำให้ท่านได้รับความสะดวกมากขึ้น					
12.	สิ่งอำนวยความสะดวกที่โรงพยาบาลจัดไว้สำหรับผู้รับบริการ (เช่น ที่จอดรถ ห้องน้ำ ห้องอาหาร และสถานที่นั่งรอพบแพทย์) มีความเหมาะสม					
13.	ด้านอาคารสถานที่และบริเวณโดยรอบของโรงพยาบาลมีความสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อย และสะดวกในการให้บริการ					
<b>ความสามารถในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ</b>						
14.	ค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลเป็นภาระอย่างมากสำหรับท่าน					
15.	ค่ายานอกบัญชีหลัก(ที่เบิกไม่ได้)ที่โรงพยาบาลเรียกเก็บมีความเหมาะสม					
16.	ในกรณีที่ท่านมีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชีหลัก(ที่เบิกไม่ได้)ท่านสามารถจ่ายค่ายานอกบัญชีหลักได้โดยไม่เดือดร้อน					

ชื่อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	ไม่เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)
การยอมรับคุณภาพของบริการ						
17.	แพทย์ พยาบาล และบุคลากรด้านการแพทย์อื่นๆ มีความรู้ความสามารถและความเชี่ยวชาญในการตรวจรักษา					
18.	เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล (เช่น พนักงานรับโทรศัพท์และเจ้าหน้าที่การเงิน) ให้บริการท่านด้วยความเต็มใจ					
19.	เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมีความรู้ - ความสามารถในการให้บริการ เช่น สามารถตอบคำถามและให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง					
20.	ท่านได้รับบริการเท่าเทียมกับผู้ป่วยที่จ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลเองและผู้ป่วยที่ใช้สิทธิอื่นๆ					

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก คือ

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกว่

สมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยระดับกลาง ๆ

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้งรู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	ไม่เลย (1)
1	เมื่อท่านรู้สึกเบื่อ ท้อแท้หรือมีเรื่องทุกข์ใจ สามารถพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนของท่านได้					
2	เมื่อท่านมีปัญหา มีผู้รับฟังท่านเสมอ โดยไม่แสดงความเบื่อหน่าย					
3	เมื่อท่านรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิต ท่านได้รับกำลังใจ / การปลอบใจจากสมาชิกในครอบครัว					
4	เมื่อท่านมีเรื่องทุกข์ใจ ท่านมีเพื่อนคอยให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ					
5	เมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือ อสม. คอยให้คำปรึกษาและคำแนะนำ					



ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	ไม่เลย (1)
<b>การสนับสนุนด้านการเงิน</b>						
6	สมาชิกในครอบครัวของท่านให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน ในยามที่ท่านเจ็บป่วย					
7	สมาชิกในครอบครัวของท่าน ให้ความช่วยเหลือด้านการเงินในเรื่องค่าใช้จ่ายส่วนตัว					
8	ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากรัฐบาล					
9	ญาติพี่น้องให้ความช่วยเหลือด้านการเงินในยามที่ท่านลำบาก					
10	ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินจากคนในครอบครัวเพื่อใช้จ่ายยามฉุกเฉิน					
<b>การสนับสนุนด้านสิ่งของ</b>						
11	ท่านได้รับการสนับสนุนด้านการดำรงชีวิต เช่น อาหาร, เสื้อผ้า, ของใช้จำเป็น จากคนในครอบครัว					
12	ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็น จากเพื่อนบ้าน เมื่อท่านประสบปัญหาหรือความเดือดร้อน					
13	ท่านได้รับการสนับสนุน/ช่วยเหลือสิ่งของ เครื่องใช้ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตที่จากหน่วยงานของรัฐ					
14	เมื่อถึงเทศกาลสำคัญบุตรหลานของท่าน มักนำสิ่งของมามอบให้ท่าน					
15	ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องเครื่องนุ่งห่ม, ที่อยู่อาศัย จากคนในครอบครัว					

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	ไม่เลย (1)
	<b>การสนับสนุนด้านร่างกาย</b>					
16	สมาชิกในครอบครัวของท่าน ดูแลท่านเมื่อยามเจ็บป่วย					
17	ท่านได้รับการดูแล/ช่วยเหลือ จากบุตร/หลาน ในด้านการเตรียมอาหาร,การทำงานบ้าน					
18	ญาติ หรือ เพื่อนบ้าน ให้ความช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ เช่น ยกของ, พาไปโรงพยาบาล					
19	หน่วยงานของรัฐ ให้การช่วยเหลือ เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ เช่น พาไปโรงพยาบาล					
20	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. ให้การช่วยเหลือ และดูแลท่าน ยามเจ็บป่วย					

### ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความอ้างว้างในผู้สูงอายุ (จำนวน 20 ข้อ)

**คำชี้แจง** ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงปัจจัยด้านความอ้างว้างในผู้สูงอายุ ให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบที่เหมาะสมและเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบมี 4 ตัวเลือก คือ

- เป็นประจำ หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นประจำ  
 บางครั้ง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นบางครั้ง  
 แทบจะไม่เคย หมายถึง ท่านแทบจะไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้น  
 ไม่เคย หมายถึง ท่านไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เป็นประจำ (4)	บางครั้ง (3)	แทบจะ ไม่เคย (2)	ไม่ เคย (1)
1	บอຍແຕ່ໄໝທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າທ່ານ“ເຂົ້າກັນ”ກັບຄົນຮອບຂ້າງໄດ້				
2	ບອຍແຕ່ໄໝທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າທ່ານຂາດພວກພ້ອງ				
3	ບອຍແຕ່ໄໝທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າໄມ້ມີໃຜທີ່ທ່ານຫັນໜ້າໄປພິ່ງໄດ້				
4	ບອຍແຕ່ໄໝທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກໂດດເດັ່ນ				
5	ບອຍແຕ່ໄໝທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າທ່ານເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງກຸ່ມ ເພື່ອນໆ				
6	ບອຍແຕ່ໄໝທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າທ່ານມີອະໄພຫຼາຍຢ່າງທີ່ ເໝືອນກັບຄົນອື່ນຮອບຂ້າງ				
7	ບອຍແຕ່ໄໝທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າທ່ານໄມ້ຮູ້ສຶກໄກ້ຊິດສນິທສນມກັບ ໃຜອື່ນຕໍ່ໄປແລ້ວ				
8	ບອຍແຕ່ໄໝທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າທ່ານໄມ້ໄດ້ແບ່ງປັນຄວາມສນໃຈ ແລະຄວາມຄິດຂອງທ່ານໃຫ້ຄົນຮອບຂ້າງໄດ້ທຽບ				
9	ບອຍແຕ່ໄໝທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກອາດອອກໄປເທົ່ວແລະຜູກມິດກັບ ຄົນອື່ນ				
10	ບອຍແຕ່ໄໝທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກສນິທສນມກັບຄົນອື່ນ				
11	ບອຍແຕ່ໄໝທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າຖືກທອດທັງ				
12	ບອຍແຕ່ໄໝທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າຄວາມສັມພັນກັບຄົນອື່ນໄມ້ມີ ຄວາມສຳຄັນອະໄພ				
13	ບອຍແຕ່ໄໝທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າໄມ້ມີໃຜຮູ້ຈັກທ່ານດີພອ				
14	ບອຍແຕ່ໄໝທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກຖືກຕັດຂາດຈາກຄົນອື່ນ				
15	ບອຍແຕ່ໄໝທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າທ່ານສາມາດແສວງຫາຄວາມເປັນ ເພື່ອນໄດ້ ຫາກທ່ານຕ້ອງການ				
16	ບອຍແຕ່ໄໝທີ່ທ່ານຮູ້ສຶກວ່າມີຄົນທີ່ເຂົ້າໃຈທ່ານຈຽງໆ				

ข้อ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			
		เป็นประจำ (4)	บางครั้ง (3)	แทบจะ ไม่เคย (2)	ไม่ เคย (1)
17	บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกขี้อาย				
18	บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่ามีคนรยล้อมแต่ไม่ได้เข้าใจท่าน				
19	บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่ามีคนที่ท่านสามารถพูดคุยด้วย ได้				
20	บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่ามีคนที่ท่านหันหน้าไปพึ่งได้				



## ภาคผนวก ค แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม

COA No. 037/2022  
IRB No. P3-0189/2564



AF 12-10/5.0

### คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ 99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 5296

#### เอกสารรับรองโครงการวิจัย

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

**ชื่อโครงการ** : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้า่างวางในผู้สูงอายุกระเทียมเผ่ากาเกาะถุอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก

**ผู้วิจัยหลัก** : รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุกหนองบัว

**สังกัดหน่วยงาน** : คณะสาธารณสุขศาสตร์

**ผู้ร่วมวิจัย** : นายพีระวัฒน์ แอ้งจันทร์

**สังกัดหน่วยงาน** : คณะสาธารณสุขศาสตร์

**วิธีทบทวน** : แบบคณะกรรมการเต็มชุด

**รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

#### เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 08 พฤศจิกายน 2564
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 08 พฤศจิกายน 2564
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 08 พฤศจิกายน 2564
4. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 10 มกราคม 2565
5. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 10 มกราคม 2565
6. AF 04-10 (สำหรับอาสาสมัครผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 10 มกราคม 2565
7. AF 05-10 (สำหรับอาสาสมัครผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป) เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 10 มกราคม 2565
8. ประวัติผู้วิจัยหลัก เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 18 มกราคม 2565
9. ประวัติผู้ร่วมวิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 08 พฤศจิกายน 2564
10. แบบสอบถามวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 10 มกราคม 2565
11. งบประมาณที่ได้รับโดยย่อ (Budget) เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 08 พฤศจิกายน 2564

ลงนาม *อภิษณ อธิษณ*  
(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุกสวัสดิกุล)  
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

วันที่รับรอง : 02 กุมภาพันธ์ 2565

วันหมดอายุ : 02 กุมภาพันธ์ 2566

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ภาคผนวก ง ใบประกนียบัตรการเข้าร่วมการนำเสนอ



## ภาคผนวก จ แบบตอบรับการตีพิมพ์บทความวิจัย



ที่ วส.พปก. ๑๓/๖๖

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

๓๖ ถ.เสียบเนิน ต.วัดใหม่

อ.เมือง จ.จันทบุรี ๒๒๐๐๐

วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง รับต้นฉบับ และแจ้งปี-ฉบับของวารสารที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย

เรียน คุณพิระวัฒน์ แยังจันทร์

ตามที่ท่านมีความประสงค์ส่งรายงานการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอ้างว้างในผู้สูงอายุ กะเหรี่ยงเผ่าปกากะญอที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก” เพื่อเผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี นั้น บัดนี้ กองบรรณาธิการวารสารได้ตรวจสอบต้นฉบับในเบื้องต้นพบว่า ต้นฉบับมีเนื้อหาตรงตามขอบเขตของวารสาร มีส่วนประกอบครบถ้วน และมีรูปแบบตามที่วารสารกำหนด จึงมีมติรับต้นฉบับ และจะดำเนินการเพื่อการลงตีพิมพ์รายงานการวิจัยดังกล่าวในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ ๓๕ ฉบับที่ ๒ (กรกฎาคม-ธันวาคม ๒๕๖๗)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และหวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการดำเนินการทุกขั้นตอน

ขอแสดงความนับถือ

๑๕

(นางคนิสร เจริญกิจ)

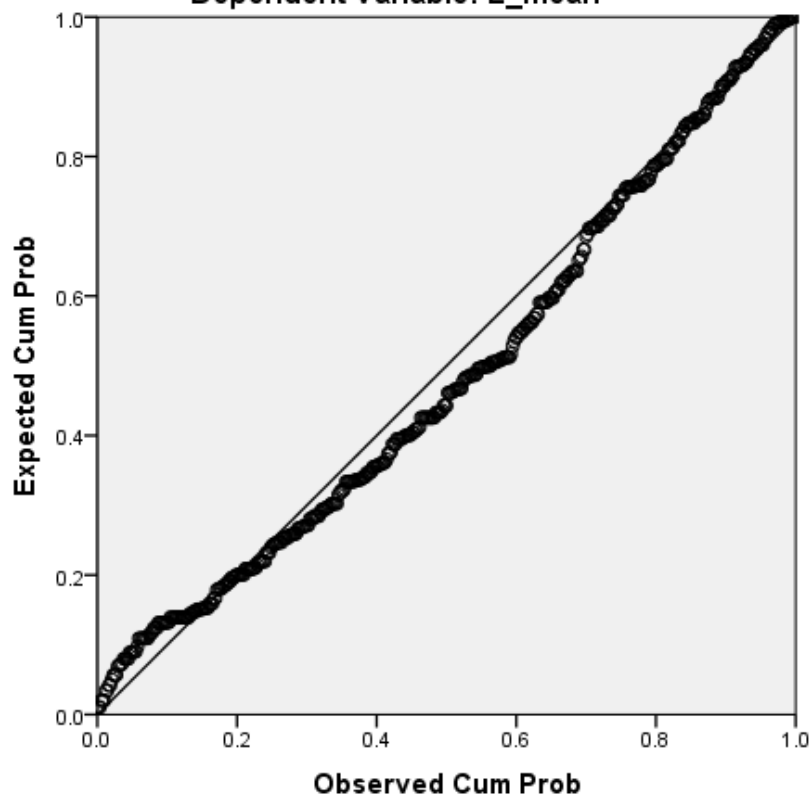
บรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ภาคผนวก ฉ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดังนี้

1. ตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของค่าความคลาดเคลื่อน (Data Distributions) พบว่าการแจกแจงค่าความคลาดเคลื่อนมีการเกาะหรืออยู่ไม่ห่างจากเส้นทแยงมุม หมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ

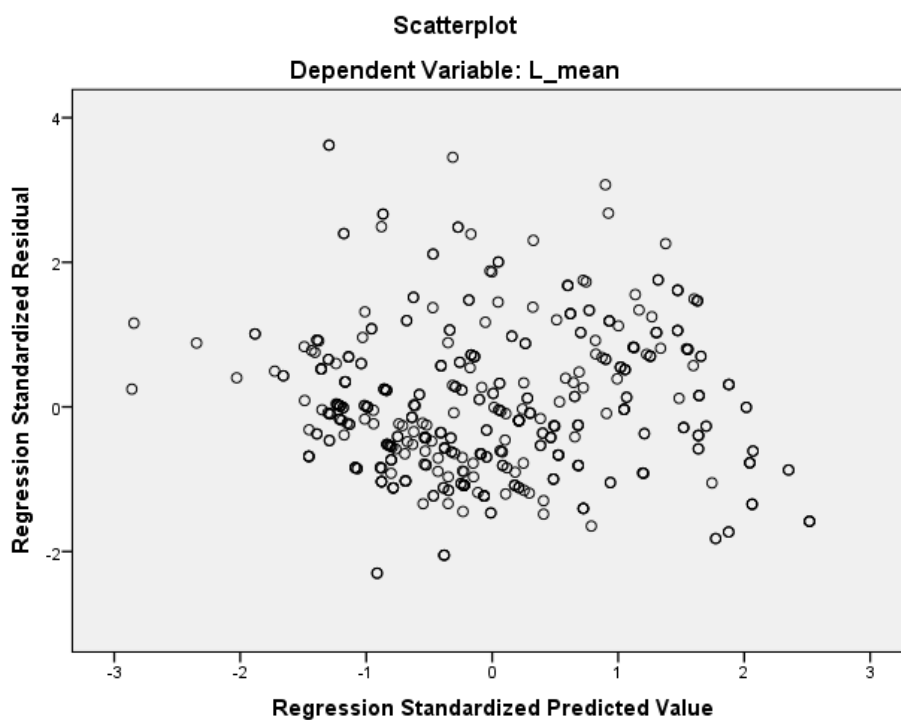
**Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual**

Dependent Variable: L\_mean





2. การตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ตัวแปรพยากรณ์ที่มีค่าคงที่ (Homoscedasticity) พบว่า ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนมีการกระจายบริเวณค่าศูนย์ กล่าวคือ ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรทุกตัวมีค่าคงที่ (Homoscedasticity)



3. ตรวจสอบความเป็นอิสระต่อกันของค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์ (Autocorrelation) โดยการตรวจสอบค่า Durbin-Watson พบว่ามีค่าเท่ากับ 1.527 ซึ่งมีค่าใกล้ 2.5 (อยู่ในช่วง 1.5-2.5) หมายความว่า ค่าความคลาดเคลื่อนของตัวแปรพยากรณ์ และตัวแปรเกณฑ์ มีความเป็นอิสระต่อกัน หรือไม่มีความสัมพันธ์กัน

Model Summary<sup>g</sup>

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.621 <sup>a</sup>	.385	.384	.28739	.385	289.884	1	463	.000	1.527
2	.643 <sup>b</sup>	.413	.411	.28097	.028	22.408	1	462	.000	
3	.661 <sup>c</sup>	.437	.434	.27553	.024	19.424	1	461	.000	
4	.672 <sup>d</sup>	.451	.447	.27235	.014	11.807	1	460	.001	
5	.677 <sup>e</sup>	.458	.452	.27105	.006	5.442	1	459	.020	
6	.682 <sup>f</sup>	.465	.458	.26951	.007	6.242	1	458	.013	

a. Predictors: (Constant), K\_mean

b. Predictors: (Constant), K\_mean, F\_mean

c. Predictors: (Constant), K\_mean, F\_mean, C\_mean

d. Predictors: (Constant), K\_mean, F\_mean, C\_mean, H\_mean

e. Predictors: (Constant), K\_mean, F\_mean, C\_mean, H\_mean, D\_mean

f. Predictors: (Constant), K\_mean, F\_mean, C\_mean, H\_mean, D\_mean, B\_mean

g. Dependent Variable: L\_mean

4. การตรวจสอบค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0 ( $E(e) = 0$ ) หากค่าเฉลี่ยค่า  $a$  และ  $b$  โดยทำให้ผลบวกกำลังสองของความคลาดเคลื่อนมีค่าต่ำสุด จะทำให้  $\sum e_i = 0$  ซึ่งค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน  $= E(e) = \sum e_i/n = 0$  ดังนั้นเงื่อนไขนี้เป็นจริงเสมอ

ทดสอบโดยใช้สถิติ t-test

$H_0$ : ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน = 0

$H_a$ : ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน ไม่เท่ากับ 0

กำหนดระดับนัยสำคัญ (p-value) = 0.05

#### One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Unstandardized Residual	.000	464	1.000	0E-8	-.0244011	.0244011

จากผลการทดสอบพบว่าค่า p-value = 1.000 ซึ่งมากกว่าค่า 0.05 ตามที่กำหนดไว้ จึงยอมรับค่า  $H_0$ : ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน ( $e$ ) = 0 นั่นคือ ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนไม่ต่างจาก 0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. การตรวจสอบความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) โดยดูจากค่า VIF (Variance Inflation Factor) และค่า Tolerance พบว่า ค่าของตัวแปร VIF ที่มีค่ามากที่สุด คือ 2.385 ซึ่งไม่เกิน 10 และค่า Tolerance ที่มีค่าน้อยที่สุด คือ 0.419 ซึ่งไม่ต่ำกว่า 0.2 แสดงว่าตัวแปรอิสระทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันเอง หรือไม่มีภาวะ Multicollinearity

Coefficients <sup>a</sup>								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	1.163	.097		12.000	.000		
	K_mean	.560	.033	.621	17.026	.000	1.000	1.000
2	(Constant)	1.040	.098		10.587	.000		
	K_mean	.480	.036	.532	13.212	.000	.783	1.276
	F_mean	.094	.020	.191	4.734	.000	.783	1.276
3	(Constant)	1.391	.125		11.129	.000		
	K_mean	.446	.036	.494	12.242	.000	.749	1.336
	F_mean	.136	.022	.274	6.258	.000	.637	1.570
	C_mean	-.114	.026	-.171	-4.407	.000	.813	1.230
4	(Constant)	1.413	.124		11.421	.000		
	K_mean	.424	.037	.470	11.605	.000	.726	1.377
	F_mean	.088	.026	.178	3.448	.001	.449	2.227
	C_mean	-.148	.027	-.222	-5.398	.000	.707	1.414
	H_mean	.094	.027	.180	3.436	.001	.434	2.305
5	(Constant)	1.633	.155		10.536	.000		
	K_mean	.390	.039	.432	9.917	.000	.623	1.606
	F_mean	.090	.025	.181	3.534	.000	.449	2.229
	C_mean	-.133	.028	-.199	-4.735	.000	.669	1.494
	H_mean	.103	.027	.197	3.740	.000	.426	2.349
	D_mean	-.065	.028	-.093	-2.333	.020	.748	1.338
6	(Constant)	1.616	.154		10.481	.000		
	K_mean	.394	.039	.437	10.075	.000	.622	1.609
	F_mean	.093	.025	.187	3.662	.000	.448	2.233
	C_mean	-.165	.031	-.247	-5.371	.000	.552	1.810
	H_mean	.094	.027	.181	3.429	.001	.419	2.385
	D_mean	-.077	.028	-.111	-2.763	.006	.723	1.384
	B_mean	.053	.021	.107	2.498	.013	.641	1.560

a. Dependent Variable: L\_mean