



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19  
อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
ปีการศึกษา 2568  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19  
อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
ปีการศึกษา 2568  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังจากสถานการณ์  
โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร”

ของ อรณิชา จันทร์ประเสริฐ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

### คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

(รองศาสตราจารย์ ดร.พัชณา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์ แสงเงิน)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์)

อนุมัติ

.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วัฒนา พัดเกตุ)

รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ รักษาการแทน

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร
ผู้วิจัย	อรณิข จันทร์ประเสริฐ
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์ แสงเงิน
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2568
คำสำคัญ	คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว, ภายหลังสถานการณ์โควิด-19

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวในพื้นที่อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำนวน 319 คน เป็นการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน สถิติสหสัมพันธ์อันดับ และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.6 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 70.89 ปี, (S.D. = 7.692) ร้อยละ 62.4 สถานภาพสมรส ร้อยละ 75.9 จบการศึกษาประถมศึกษา มีรายได้เฉลี่ย 4599.22, (S.D. = 3688.40) ร้อยละ 38.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 44.8 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90.3 มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตัวเองได้ ร้อยละ 87.8 เคยมีประวัติการป่วยเป็นโควิด-19 ร้อยละ 60.2 มีการปฏิบัติตัวไม่ครอบคลุมตามมาตรการป้องกันโควิด-19 ร้อยละ 75.2 มีอาการภาวะ Long Covid และ ร้อยละ 73.0 มีคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ( $\beta = 0.391, p < 0.001$ ) การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ( $\beta = 0.163, p = 0.002$ ) การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ( $\beta = 0.149, p = 0.004$ ) และการประกอบอาชีพ ( $\beta = 0.102, p = 0.048$ ) โดยตัวแปรสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ได้ร้อยละ 20.1 ( $R^2 = 0.211, \text{Adjusted } R^2 = 0.201$ )

ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีอาชีพเสริม

และมีรายได้เพิ่ม กิจกรรมที่สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุกับชุมชนและคนในครอบครัว และการให้คำปรึกษาแนะนำทางด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง



<b>Title</b>	Factors influencing Quality of Life among elderly People with health conditions in Post-COVID 19 in Taphan Hin District, Phichit province
<b>Author</b>	Oranich Janprasert
<b>Advisor</b>	Assistant Professor Sane Saengngoen, Ph.D.
<b>Academic Paper</b>	M.P.H. Thesis in Public Health Program, Nareuuan University, 2025
<b>Keywords</b>	Quality of Life, Elderly with health conditions, Post-COVID 19

### ABSTRACT

This cross-sectional study aimed to examine the quality of life of older adults with chronic diseases and the factors influencing their quality of life after the COVID-19 pandemic in Taphan Hin District, Phichit Province, Thailand. The study sample consisted of 319 older adults with chronic conditions, selected through systematic random sampling. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation, Eta correlation, and stepwise multiple regression analysis.

The findings revealed that 58.6% of participants were female, with a mean age of 70.89 years (S.D. = 7.692). Most were married (62.4%), had completed primary education (75.9%), and had an average monthly income of 4,599.22 baht (S.D. = 3,688.40). Agriculture was the main occupation (38.9%), and hypertension was the most common chronic disease (44.8%). The majority were able to perform daily activities independently (90.3%). More than half (60.2%) had a history of COVID - 19 infection, while 75.2% reported incomplete adherence to preventive measures. Additionally, 73.0% experienced post-COVID or long COVID symptoms, and most participants had a moderate level of quality of life. The significant predictors of quality of life included emotional support ( $\beta = 0.391$ ,  $p < 0.001$ ), participation in activities ( $\beta = 0.163$ ,  $p = 0.002$ ), self-protection behaviors after COVID - 19 ( $\beta = 0.149$ ,  $p = 0.004$ ), and occupation ( $\beta = 0.102$ ,  $p = 0.048$ ). These variables together accounted for 20.1% of the variance in quality of life ( $R^2 = 0.211$ , Adjusted  $R^2 = 0.201$ ).

In conclusion, to enhance the quality of life of older adults with chronic diseases, relevant agencies should implement health promotion and recreational activities, provide opportunities for supplementary occupations and income generation, foster stronger relationships between older adults, families, and communities, and offer continuous psychological counseling and support.



## ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาจาก ผศ.ดร.เสน่ห์ แสงเงิน ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ตรวจสอบแก้ไขข้อมูล และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ขอขอบคุณ กรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้การวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่กรุณาพิจารณารับรองและเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัย

ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และรองศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ จากมหาวิทยาลัยนเรศวร ดร.ธานี โชติกคาม จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา รวมทั้งให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการสร้างเครื่องมือวิจัยอย่างดียิ่ง

ขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอสม.ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยทุกด้านเป็นอย่างดี รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเนื้อหาที่เป็นประโยชน์ และส่งผลให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณ คณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้การอบรมสั่งสอนด้วยความเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาการศึกษา

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณ ครอบครัว อาจารย์ และเพื่อนนิสิตทุกท่านที่เป็นกำลังใจ และให้การสนับสนุนในทุกด้านเป็นอย่างดีเสมอมา อันคุณค่าและคุณประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบอุทิศให้แก่ผู้มีพระคุณทุกท่าน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจ เพื่อนำไปสร้างประโยชน์ยิ่งขึ้นต่อไป

อรณิข จันทร์ประเสริฐ

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย .....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
ประกาศคุณูปการ .....	ช
สารบัญ .....	ซ
สารบัญตาราง .....	ฎ
สารบัญภาพ .....	ฐ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	6
สมมติฐานของการวิจัย .....	6
ขอบเขตการวิจัย .....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	11
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต .....	11
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ .....	16
แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ .....	40
ทฤษฎี PRECEDE – PROCEDE Model .....	45
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 .....	50
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	56
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย .....	64

บทที่ 3 วิธีการดำเนินงานวิจัย .....	65
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	65
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง .....	65
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	69
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	73
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	74
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	75
จริยธรรมการวิจัย .....	76
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	77
ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล .....	77
ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ.....	82
ส่วนที่ 3 ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 .....	83
ส่วนที่ 4 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข .....	85
ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมในกิจกรรม.....	87
ส่วนที่ 6 แรงสนับสนุนทางสังคม.....	88
ส่วนที่ 7 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ .....	91
ส่วนที่ 8 ข้อมูลแสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพผู้สูงอายุที่มี โรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 .....	99
ส่วนที่ 9 ข้อมูลแสดงการวิเคราะห์อิทธิพลระหว่างปัจจัยกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19.....	101
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	105
สรุปผลการวิจัย.....	105
อภิปรายผลการวิจัย.....	107
ข้อเสนอแนะ .....	113

บรรณานุกรม ..... 116

ภาคผนวก ..... 125

ประวัติผู้วิจัย ..... 148



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในแต่ละตำบลของอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร .....	68
ตารางที่ 2	แสดงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต .....	73
ตารางที่ 3	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 319).....	78
ตารางที่ 4	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามเกณฑ์ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ (n = 319).....	82
ตารางที่ 5	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกรายข้อ (n = 319).....	82
ตารางที่ 6	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามเกณฑ์ระดับความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 319).....	83
ตารางที่ 7	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกรายข้อ (n = 319).....	84
ตารางที่ 8	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามเกณฑ์ระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (n = 319).....	85
ตารางที่ 9	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกรายข้อ (n = 319).....	86
ตารางที่ 10	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามเกณฑ์ระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรม (n = 319).....	87

ตารางที่ 11	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร . จำแนกรายข้อ (n = 319).....	87
ตารางที่ 12	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามเกณฑ์ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม (n = 319).....	88
ตารางที่ 13	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกรายข้อ (n = 319).....	89
ตารางที่ 14	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามเกณฑ์ระดับคุณภาพชีวิต (n = 319).....	91
ตารางที่ 15	แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหินจังหวัดพิจิตร จำแนกรายด้าน (n = 319).....	91
ตารางที่ 16	แสดงจำนวนและร้อยละของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกรายข้อ (n = 319).....	92
ตารางที่ 17	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's correlation coefficient) ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร .....	99
ตารางที่ 18	แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Eta coefficient) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร.....	100
ตารางที่ 19	แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร .....	102

## สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1 องค์ประกอบเชิงทฤษฎีของแบบจำลอง PRECEDE-PROCEDE Model .....	49
ภาพ 2 กรอบแนวคิดของการวิจัย .....	64



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19 ย่อจาก Coronavirus disease 2019) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนา ซึ่งมีชื่อทางการว่า SARS-CoV-2 ทำให้เกิดไข้ ไอ และอาจมีปอดอักเสบสามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านทางของเหลวที่ออกจากการไอ หรือจาม พบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน องค์การอนามัยโลกประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern – PHEIC) (กรมควบคุมโรค, 2564) ต่อมาพบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น เกาหลีใต้ อิตาลี อิหร่าน สเปน ฝรั่งเศส พบว่าทวีปยุโรปมียอดผู้ป่วย ผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นวันละประมาณ 200 - 300 ราย อัตราการเสียชีวิตจากโรคประมาณร้อยละ 3.5 กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ผู้สูบบุหรี่ และผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ซึ่งทวีปยุโรป (ประเทศอิตาลี ฝรั่งเศส อังกฤษ สเปน เป็นต้น) สหรัฐอเมริกา ลาตินอเมริกา (บราซิล) รัสเซีย อินเดีย แอฟริกาใต้ ได้ทยอยเป็นศูนย์กลางการระบาด และเป็นพื้นที่ระบาดต่อเนื่องหรือระลอกใหม่ (งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กลุ่มพัฒนาวិชาการโรคติดต่อ, 2564)

จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ข้อมูล ณ วันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 พบว่าอัตราป่วยต่อแสนประชากรด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนทั่วโลกจำนวน 630,832,131 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.83 โดยพบว่า ทวีปยุโรปมีอัตราการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คิดเป็นร้อยละ 41.54 รองลงมาทวีปอเมริกา คิดเป็นร้อยละ 28.60 ทวีปเอเชีย คิดเป็นร้อยละ 9.59 และทวีปแอฟริกา คิดเป็นร้อยละ 1.48 และอัตราการเสียชีวิตต่อแสนประชากรของประชาชนทั่วโลกจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 6,584,104 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.22 โดยพบว่า ทวีปอเมริกามีอัตราการเสียชีวิตของประชาชนจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.42 รองลงมาทวีปยุโรป คิดเป็นร้อยละ 32.23 ทวีปเอเชีย คิดเป็นร้อยละ 12.16 และทวีปแอฟริกา คิดเป็นร้อยละ 2.65 (WHO, 2022) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขวันที่ 23 กันยายน 2565 พบว่าประเทศไทยอยู่ในลำดับที่ 29 ของทวีปเอเชียมีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวน 4,677,090 ราย

คิดเป็นร้อยละ 7.07 และอัตราการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยจำนวน 32,692 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.05 (ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19, 2565) พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากหนึ่งในนั้นเป็นกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 63,183 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.42 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) ที่มีความเสี่ยงสูงจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีแนวโน้มที่จะมีอาการข้างเคียงมากเมื่อติดเชื้อไวรัสเมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรอื่น ซึ่งอาจจะนำไปสู่อาการป่วยที่มากขึ้นและเป็นอันตรายถึงชีวิต (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ UNFPA THAI, 2563) และจากผลการวิจัยอัตราการติดเชื้อและความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งจากองค์การอนามัยโลก ประเทศจีน และอิตาลี พบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่สุดในการติดเชื้อรุนแรงและเสียชีวิต โดยความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีโรคร่วม เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง มีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 7.6-13.2 ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 8.0-9.6 และอายุ 80 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 14.8-19.0 (กองบริหารงานทั่วไป มหาวิทยาลัยมหิดล, 2564) และจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า คุณภาพชีวิตส่งผลให้เกิดความเสี่ยงที่สูงขึ้นต่อสภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่รุนแรงถึงขั้นคุกคามถึงชีวิต และคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี นอกจากนี้ผู้สูงอายุต้องมีการจัดการสุขภาพจิตของตนเองที่ต้องอยู่กับความเหงา ความโดดเดี่ยวทางสังคม และความเศร้าโศกที่เป็นผลมาจากการแยกจากคนที่รัก ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจและมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (Marzo, R.R., et al., 2022)

ในวันที่ 5 พฤษภาคม 2566 องค์การอนามัยโลกประกาศยกเลิกสถานะฉุกเฉินของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ใช่ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข สุขระดับโลก เนื่องจากสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในช่วงขาลงประชาชนมีภูมิคุ้มกันมากขึ้นจากการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด และการติดเชื้อจากคำแนะนำของคณะกรรมการ ระบุว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นที่ยอมรับและต่อเนื่องไม่ถือเป็นเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่เป็นข้อกังวลระหว่างประเทศ (PHEIC) (WHO, 2023) และภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คลี่คลายลงหลายประเทศทั่วโลกมีการเปิดประเทศมากขึ้น โดยความพร้อมของแต่ละประเทศขึ้นอยู่กับศักยภาพในการจัดการกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการฉีดวัคซีนให้กับประชาชน ในหลายประเทศที่ผ่อนปรนการใส่หน้ากากอนามัยในที่สาธารณะ เนื่องจากได้รับวัคซีนเพิ่มมากขึ้น และบางประเทศที่ยังสวมหน้ากากอนามัยอยู่ แม้จะเปิดประเทศ (WHO, 2022)

ประเทศไทยถือว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมีจำนวนผู้สูงวัยอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยประชากรผู้สูงอายุในปี 2565 นั้นมีมากถึง 12,116,199 คน คิดเป็นร้อยละ 18.3 ของประชากรทั้งหมดเพิ่มขึ้นจากปี 2564 ร้อยละ 0.5 แบ่งเป็น “ผู้สูงวัยวัยต้น” ช่วงอายุ 60-69 ปี

คิดเป็นร้อยละ 56.07 ของผู้สูงอายุทั้งหมด “ผู้สูงอายุวัยกลาง” ช่วงอายุ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 29.48 และ “ผู้สูงอายุวัยปลาย” อายุ 80 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 14.45 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ในจังหวัดพิจิตรมีแนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากสถิติข้อมูลผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2561-2565 คิดเป็นร้อยละ 19.37, 20.19, 21.05, 21.86 และ 22.76 ตามลำดับ ในพื้นที่อำเภอตะพานหิน มีแนวโน้มของจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากสถิติย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2565 คิดเป็นร้อยละ 20.64, 21.43, 22.46, 23.20 และ 23.94 ตามลำดับ และจังหวัดพิจิตรพบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหลายพื้นที่ตั้งแต่การระบาดรอบแรกจนถึง ปัจจุบันพบผู้ป่วยสะสม คิดเป็นร้อยละ 17.79 รักษาหาย คิดเป็นร้อยละ 99.45 เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 0.55 แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 43.95 ข้อมูล ณ วันที่ 29 พฤศจิกายน 2565 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 2565) ในพื้นที่อำเภอตะพานหิน พบว่า มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คิดเป็นร้อยละ 23.12 เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 21.92 (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน, 2566)

ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวของผู้สูงอายุนั้นมีเพิ่มขึ้น ซึ่งโรคที่พบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคทางระบบประสาทและสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคทางกระดูก โรคตา โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ รวมไปถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในปี พ.ศ. 2564 ปัญหาการเจ็บป่วย จำแนกตามเพศ พบว่า เพศชายกว่า 5.1 ล้านคน ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 19.90 รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 5.83 โรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 5.8 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 3.75 และโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 2.59 เพศหญิงจำนวนกว่า 6.4 ล้านคน พบว่าป่วย เป็นโรคเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 30.97 โรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 12.67 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 4.12 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.07 และโรคหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 1.68 (เกษณี นบน์อม และคณะ, 2565) เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 91 ของผู้เสียชีวิตมีโรคประจำตัวร่วมด้วย สำหรับกลุ่มที่มีโรคประจำตัว พบว่าผู้เสียชีวิตเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59 โรคเบาหวาน ร้อยละ 41.2 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 25.5 โรคไตเสื่อม ร้อยละ 11.6 โรคอ้วน ร้อยละ 8.3 โรคมะเร็ง ร้อยละ 3.9 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 3.3 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 2.7 และโรคหอบหืด ร้อยละ 2.2 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2564) เนื่องจากผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มเปราะบางมีความเสื่อมถอยทางร่างกายทุกระบบ และมีโรคประจำตัวความแข็งแรงระบบ ภูมิคุ้มกันทำงานลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายได้ง่าย (อิทธิพล ดวงจินดา และคณะ, 2564)

นอกจากปัญหาสุขภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทำให้เกิด ปัญหาในด้านอื่น ๆ ทั้งปัญหาทางด้านสุขภาพ จิต สังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต ซึ่งมีความแตกต่างกันแต่ละสังคม ลักษณะของประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปตามเวลา สถานที่ อาชีพ

การศึกษา และการรับรู้ของบุคคลจากประสบการณ์ รวมถึงวัฒนธรรมการบริการสุขภาพที่มีความแตกต่างกัน (อิซาม อาแว และคณะ, 2565) เช่น ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพได้อย่างในอดีต จึงต้องเป็นลูกหลานที่ต้องทำงานหาเลี้ยงชีพและดูแลผู้สูงอายุโดยการย้ายถิ่นฐานไปทำงานที่อื่นทำให้เกิดปัญหาทางสังคม คือการที่ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านเพียงลำพัง รู้สึกเหงาขาดคนดูแล ถูกกลั่นแกล้ง หรือรู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า และอาจทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคซึมเศร้า (อุไรวรรณ ทศนีย์สุวรรณ, 2565)

ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ได้มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบใหม่ขึ้น หรือที่เรียกว่า "New Normal" การใช้ชีวิตประจำวันด้วยการปรับพฤติกรรมการดำรงชีวิตแบบใหม่เพื่อให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อวิถีชีวิตใหม่แบบ New Normal ได้แก่ สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยก่อนออกจากบ้าน ล้างมือบ่อย ๆ เมื่อออกจากบ้าน รักษาระยะห่างทางสังคม ติดต่อบรรยากาศทางออนไลน์ หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่แออัด รักษาความสะอาดอยู่เสมอ และอยู่บ้านหรือทำงานที่บ้าน (กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม, 2564) จากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ในทุกด้านโดยเฉพาะการดำเนินชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนไปกับมาตรการที่กำหนดต้องเว้นระยะห่างทางสังคมก็ต้องหลีกเลี่ยงการพบเจอคนที่รัก รวมไปถึงด้านสุขภาพที่ต้องมีการดูแลตนเอง ใฝ่ระวังมากขึ้น และอาจส่งผลให้บางคนอาจมีสภาวะจิตใจที่ไม่ดีเนื่องจากการกักตัวอยู่ตามลำพัง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและประชาชนทุกคน (วันเพ็ญ แววีร์คุปต์ และคณะ, 2566) ในจังหวัดพิจิตรในภาพรวมผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมอยู่ในระดับมากเนื่องจากการให้ความสำคัญกับชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ซึ่งมีการนำเอากิจกรรมต่าง ๆ เข้าไปร่วมพัฒนาและสนับสนุนชีวิตความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ (ปิยพร ประสมทรัพย์ และโชติ บดีรัฐ, 2565) ในพื้นที่อำเภอตะพานหินผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมและดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี เช่น การคัดกรองความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ และมีระบบส่งต่อให้คำปรึกษา และผู้สูงอายุสามารถประกอบอาชีพและมีรายได้นอกเหนือจากเงินสวัสดิการผู้สูงอายุ มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมที่ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในชุมชน และมีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ถูกสุขลักษณะให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน (สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอตะพานหิน, 2566)

นับตั้งแต่สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อโดยตรงที่ทำให้ประชาชนเจ็บป่วยและเสียชีวิต ยังส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนทั้งในด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสังคมเกี่ยวข้องกับสาเหตุการแยกทางสังคมจากมาตรการป้องกันการติดเชื้อ การจำกัดพื้นที่

ในการออกนอกบ้าน การมีปฏิสัมพันธ์ที่ลดลง อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และต่อการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยไม่เพียงแต่ส่งผลให้ประชาชนเจ็บป่วยและเสียชีวิตยังส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ประชาชนทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างกว้างขวาง (เกศรินทร์ วิงพัฒน์ และโชติ บดีรัฐ, 2565) และกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มที่มีทุนทางสังคมน้อยกว่ากลุ่มอื่น ย่อมได้รับผลกระทบที่รุนแรงกว่าความสามารถในการปรับตัวของกลุ่มนี้ก็น้อยกว่าหากปราศจากความช่วยเหลือจากภายนอก เพราะผู้สูงอายุมีร่างกายที่เสื่อมถอยไปตามอายุจึงมีความเสี่ยงในด้านสุขภาพและต้องการการดูแลที่มากกว่า และเป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยเกษียณไม่มีรายได้ หรือมีรายได้ที่น้อยกว่าในวัยทำงานจึงได้รับผลกระทบที่รุนแรงกว่า (ธีระพงษ์ ทศวัฒน์ และปิยะกมล มหิวรรณ, 2563) รวมไปถึงผลกระทบที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิต นอกจากนี้ปัญหาทางสังคมที่เริ่มพบมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นเด็ก ผู้หญิง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ คนไร้บ้าน หรือแม้กระทั่งผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ล้วนได้รับผลกระทบจากสถานการณ์นี้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่อิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพิจิตร โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่โรคประจำตัวในพื้นที่อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลง และมีโรคประจำตัวร่วมด้วยทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย และด้วยสถานการณ์ภายหลังการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน และมีข้อจำกัดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวภายหลังสถานการณ์โควิด-19 โดยการใช้แบบจำลอง PRECEDE Model นำมากรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคลอย่างเป็นระบบประกอบไปด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประวัติการป่วยเป็น COVID-19 การป้องกันตนเองหลังสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 การมีภาวะ Long Covid และ 3 ปัจจัยของ PRECEDE Model ได้แก่ ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมในกิจกรรม และปัจจัยเสริม คือ แรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านการเงิน แรงสนับสนุนด้านร่างกาย แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ และแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ มาศึกษาหาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนแก้ไขปัญหาและช่วยเหลือผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตรต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร อยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยส่วนบุคคล มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร หรือไม่ อย่างไร
3. ปัจจัยนำ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร หรือไม่ อย่างไร
4. ปัจจัยเอื้อ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร หรือไม่ อย่างไร
5. ปัจจัยเสริม มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร หรือไม่ อย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคูณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

### สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประวัติการป่วยเป็นโควิด-19 การป้องกันตนเองหลังสถานการณ์โควิด-19 การมีภาวะ Long Covid ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร
2. ปัจจัยนำ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้อันตรายของไวรัสโคโรนา 2019 มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร
3. ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมในกิจกรรม มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

4. ปัจจัยเสริม คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านการเงิน แรงสนับสนุนด้านร่างกาย แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ และแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

### **ขอบเขตการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

#### **ขอบเขตประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำนวน 8,026 คน โดยจะมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นระบบ (Systematic Sampling) จากผู้สูงอายุทั้ง 14 ตำบล

#### **ขอบเขตเนื้อหาการวิจัย**

ในการวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาตัวแปรต้นประกอบไปด้วย 1. ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประวัติการป่วยเป็นโควิด-19 การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 การมีภาวะ Long Covid 2. ปัจจัยนำ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3. ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมในกิจกรรม 4. ปัจจัยเสริม การได้รับแรงสนับสนุน ทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนด้านการเงิน แรงสนับสนุนด้านร่างกาย แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ และแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ตามทฤษฎี PRECEDE Model

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ของ WHOQOL-OLD ประกอบไปด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความสามารถทางด้านความรู้ ความเป็นตัวของตัวเอง กิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การตายและความตาย และการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก

#### **ขอบเขตด้านเวลา**

การวิจัยฉบับนี้ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2567 - เดือนธันวาคม 2567

## นิยามศัพท์เฉพาะ

**คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ** หมายถึง การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ต่อปัจจัยต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวและความรู้สึกส่งผลต่อคุณภาพชีวิต สภาพความเป็นอยู่และสถานการณ์ที่อยู่รอบตัว ผู้สูงอายุไม่สามารถบ่งบอกถึงระดับคุณภาพชีวิตได้ แต่การรับรู้ของบุคคลต่างหากจึงจะวัดระดับคุณภาพชีวิตได้ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

1) **ความสามารถทางด้าน การรับรู้** หมายถึง การรับรู้ในด้านต่าง ๆ ทั้งการได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การดมกลิ่น การรับรู้ถึงการสูญเสีย และผลกระทบต่อการทำงานวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

2) **ความเป็นตัวของตัวเอง** หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจด้วยตนเอง การกำหนดอนาคตของตนเอง และความสามารถในการทำสิ่งที่อยากทำของผู้สูงอายุ

3) **กิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต** หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจในการประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา และการได้รับการยกย่องให้เกียรติในสังคมของผู้สูงอายุ

4) **การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม** หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลและสังคมรอบข้าง รวมไปถึงความพึงพอใจการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนของผู้สูงอายุ เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณีต่าง ๆ ในชุมชน กิจกรรมประชาคมหมู่บ้าน เป็นต้น

5) **การตายและความตาย** หมายถึง ความวิตกกังวลหรือความกลัวต่อความเจ็บปวดก่อนตาย และความตายที่จะมาถึง

6) **การมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก** หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับคนรักที่มีความรู้สึกรัก ผูกพัน เข้าใจกัน ห่วงใยซึ่งกันและกัน เมื่อมีความสัมพันธ์ต่อกันเป็นเวลานาน

**ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว** หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน

**แรงสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การที่บุคคลนั้นได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งในด้านที่เป็นสิ่งที่มองเห็นได้และมองไม่เห็นไม่ได้ ได้แก่

1) **การได้รับการสนับสนุนด้านการเงิน** หมายถึง การให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุด้วยเงินจากบุคคลในครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานรัฐ เช่น การได้รับเงินจากบุตรหลาน กองทุน ออมทรัพย์ กองทุนฌาปนกิจสำหรับผู้สูงอายุ และการได้รับเงินสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุจากหน่วยงานรัฐ

2) การได้รับการสนับสนุนด้านร่างกาย หมายถึง การให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ด้วยร่างกาย จากบุคคลในครอบครัว และหน่วยงานของรัฐ เช่น บุคคลในครอบครัวทำงานบ้าน ทำอาหารให้ผู้สูงอายุ และการได้รับช่วยเหลือดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

3) การได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของ หมายถึง การให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ในเรื่องอาหาร เสื้อผ้า หรือสิ่งของอื่น ๆ จากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน และหน่วยงานต่าง ๆ เช่น การได้รับสิ่งของที่บุตรหลานให้ และการได้รับสิ่งของที่ชุมชนมอบให้ตามเทศกาลต่าง ๆ

4) การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ในด้านจิตใจจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่น ๆ เช่น การพูดปลอบใจ ให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ

**การเข้าถึงบริการสาธารณสุข** หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ทางด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุในหน่วยบริการ เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ การได้รับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 การได้รับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง เป็นต้น

**การมีส่วนร่วมในกิจกรรม** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วม ช่วยเหลือ หรือสนับสนุนในกิจกรรมของชุมชน และสังคม เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนในช่วงเทศกาลต่าง ๆ การให้ความสนับสนุนช่วยเหลือในชุมชน

**การรับรู้ภาวะสุขภาพ** หมายถึง กระบวนการทางความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ หรือการประเมินเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ

**ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019** หมายถึง ความจำ ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การป้องกัน จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

**ภายหลังสถานการณ์โควิด 19** หมายถึง สถานการณ์หลังจากกระทรวงสาธารณสุข ประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคประจำถิ่น เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2565

**การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19** หมายถึง การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบไปด้วย การล้างมือ การสวมใส่หน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง การทำความสะอาด และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

### ประโยชน์เชิงนโยบาย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปทำการกำหนดนโยบาย ในการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร ภายหลังสถานการณ์โควิด-19

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถนำข้อมูลจากการวิจัยไปเป็นแนวทางในการวางแผน และกำหนดนโยบายภายในจังหวัดให้สอดคล้องกับสถานการณ์หลังการระบาดของสถานการณ์โควิด-19 ในแต่ละพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

#### **ประโยชน์เชิงปฏิบัติการ**

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำผลการวิจัยไปเป็นรูปแบบการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริม สร้างความรู้ สร้างแรงบันดาลใจให้กับกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่

2. นักวิชาการสาธารณสุขสามารถลงพื้นที่ดำเนินการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุร่วมกับหน่วยงานอื่น

#### **ประโยชน์เชิงวิชาการ**

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นข้อมูล/ปรับใช้ในกาส่งเสริมดูแลผู้สูงอายุใน จังหวัดพิจิตร ภายหลังจากสถานการณ์โควิด-19

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลรายงาน ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ภายหลังจากสถานการณ์โควิด-19

3. นักวิชาการสามารถนำข้อมูลจากการศึกษาไปเป็นแนวทางในการทำโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภายหลังจากสถานการณ์โควิด-19



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังจากสถานการณ์โควิด-19 ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎีและแนวคิดวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ออกเป็น 7 ส่วน ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ
4. ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED MODEL
5. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

#### แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

##### 1. ความหมายของคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 1998) ได้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต คือ การรับรู้ส่วนบุคคลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบริบทวัฒนธรรมและความเป็นอยู่ของตนเองต่อเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวังในชีวิต มาตรฐานและความตระหนักในชีวิต

องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN, 2017) ได้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต คือ แนวคิดเกี่ยวกับสภาวะที่ดีของมนุษย์ที่มาจากตัวชี้วัดทางสังคมมากกว่าตัวชี้วัดด้านรายได้

ชาน (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับที่บุคคลพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้น ซึ่งมาจากปัจจัยพื้นฐานของบุคคล สภาพแวดล้อม สภาวะทางสังคม และวัฒนธรรม ซึ่งประเมินได้ทั้งด้านวัตถุวิสัย ประกอบไปด้วย ด้านจิตใจในชีวิต ด้านสุขภาพการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมเศรษฐกิจ

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

วิฑูรย์ สิมะโชคดี (2564) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิต อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความสุข มีความสมบูรณ์ ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับ สภาพแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้อย่างดี ขณะเดียวกันก็สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถใช้ศักยภาพส่วนบุคคลสร้างสรรค์พัฒนาตนเองและสังคม ให้อยู่ร่วมกันได้อย่างสันติสุข

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2565) ได้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกพึงพอใจของบุคคลต่อกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมทั้งทางวัตถุที่เป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต จากการมีกิจวัตรประจำวัน ทั้งนี้คุณภาพชีวิตจะมีความแตกต่างกันตามวัฒนธรรมและบริบททางสังคม ของบุคคลนั้น ๆ

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การดำรงชีวิตของบุคคลที่มีความรู้สึกพึงพอใจ ในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ที่เหมาะสม การมีส่วนร่วมในสังคม วัฒนธรรมและบริบททางสังคมของบุคคลนั้น

## 2. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์กรอนามัยโลก (สุวัฒน์ มหัตถนรินทร์กุล และคณะ, 2545) ระบุว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบไปด้วย

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต

เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

สุภาภรณ์ สูดหนองบัว (2565) ระบุว่า การที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้นอกจากปัจจัย 4 ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค แล้วต้องประกอบด้วยปัจจัย 5 ประการ คือ

1. ความสุขสบายทางด้านร่างกายและวิถีทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพและพละนาถัยที่สมบูรณ์แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ส่วนทางด้านวัตถุ ได้แก่ การมีบ้านที่อยู่อาศัย มีอาหารที่ดี และมีเครื่องอำนวยความสะดวก

2. การมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว การที่ครอบครัวจะได้อยู่อย่างมั่นคงต้องอาศัยความเข้าใจซึ่งกันและกัน การให้อภัยและความรับผิดชอบในครอบครัว รวมทั้งการมีสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนฝูงและคู่สมรส

3. การมีกิจกรรมในสังคม คือ การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม โดยคนทุกคนควรมีความตั้งใจแน่วแน่ในการทำกิจกรรมเพื่อประโยชน์แก่ผู้อื่นและส่วนรวม อาจทำได้หาอย่างจะกระทำด้วยกิริยาหรือวาจาก็ได้

4. พัฒนาการด้านบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียน และการเข้าใจตนเอง เรียนรู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

5. สันทนาการและการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เป็นการทำให้เวลามีคุณค่าแก่ตนเอง เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และการมีส่วนร่วมในสังคม

คุณภาพชีวิตมี 2 องค์ประกอบสำคัญ คือ องค์ประกอบด้านจิตพิสัย (Subjective) และองค์ประกอบด้านวัตถุวิสัย (Objective) หรือเรียกว่าองค์ประกอบด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง

และสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบด้านจิตพิสัยเป็นองค์ประกอบเชิงคุณภาพ และขึ้นอยู่กับบุคคล เป็นอันมาก ส่วนองค์ประกอบด้านวัตถุวิสัยเป็นองค์ประกอบเชิงปริมาณและสามารถวัดได้ (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2565)

คุณภาพชีวิตควรมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2565)

1. ด้านร่างกาย (Physical self) เป็นการมองตนเองเกี่ยวกับรูปร่าง ลักษณะ หน้าตา ในภาคปกติ และยามเจ็บป่วย ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายอย่างเหมาะสม กับเวลา สถานที่ และการรับรู้คุณค่าของรูปร่างหน้าตา และอวัยวะส่วนต่าง ๆ รวมถึงภาพลักษณ์ ของบุคคล

2. ด้านอัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล (Personal self) เป็นความเชื่อและความรู้สึก ที่อยู่ในตัวบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลา สถานที่และบทบาทของบุคคลในสังคม

3. ภาวะสุขภาพของการทำงานของร่างกาย (Health and function) ภาวะสุขภาพ คือ ความสมดุลขององค์ประกอบภายในตัวบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ คือ สังคม สิ่งแวดล้อม ชุมชน

4. สังคม และเศรษฐกิจทางสังคม ได้แก่ การศึกษาและรายได้มีปัจจัยหลายปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ คือ 1) อาหาร 2) สุขภาพอนามัยและโภชนาการ 3) การศึกษา 4) สิ่งแวดล้อมและทรัพยากร 5) ที่อยู่อาศัยและการตั้งถิ่นฐาน 6) การมีงานทำ 7) ค่านิยม ศาสนา จริยธรรม กฎหมายและปัจจัยทางด้านจิตวิทยา

### 3. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

เนื่องจากกลุ่มประชากรวัยสูงอายุมิมีมิติที่แตกต่างจากประชากรวัยอื่น ๆ องค์การอนามัยโลก นำโดย Prof. Mick Power และคณะ (Power, Quinn, Schmidt, and WHOQOL – OLD Group, 2005 อ้างถึงใน สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2565) ได้สร้างแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (WHOQOL –OLD) ย่อมาจาก World Health Organization Quality Of Life in Old Age แบ่งเป็นตัวชี้วัด 6 ด้าน ประกอบด้วย

#### 3.1 ความสามารถทางการรับรู้ (Sensory abilities)

ความสามารถทางการรับรู้ (Sensory abilities) คือ การรับรู้สภาพการสูญเสียการรับรู้ ทางด้านการได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การดมกลิ่น และการสัมผัสว่ามีผลกระทบต่อความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันมากน้อยเพียงใด

การสูญเสียความสามารถในการรับรู้ในระบบการทำงานของอวัยวะในร่างกายอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะที่รับรู้ความรู้สึกในวัยชราซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายสาเหตุนี้ ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันได้ เช่น การพลัดตกหกล้มจากการมองเห็นไม่ชัด การลิ้มรส ที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร หลาน มีโอกาสได้รับผลกระทบจากความบกพร่อง

ในความสามารถในการรับรู้ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว เนื่องจากบุตรหลาน คือ ผู้ดูแล และคอยระมัดระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากความบกพร่องนั้น ดังนั้นความสามารถทางการรับรู้จึงเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพชีวิต

### 3.2 ความเป็นตัวของตัวเอง หรือการตัดสินใจด้วยตนเอง (Autonomy)

ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) คือ การรับรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจด้วยตนเอง การกำหนดอนาคตของตัวเอง การรับรู้ว่าคุณรอบข้างเคารพในเสรีของตนเองหรือไม่ และความสามารถในการทำสิ่งที่อยากทำ

### 3.3 กิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต (Past, present, and future activities)

กิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต (Past, present, and future activities) คือ การรับรู้เกี่ยวกับความพึงพอใจในการประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา การรับรู้ในการได้รับการยกย่องและให้เกียรติในสังคมและได้รับในสิ่งที่สมควรจะได้รับ

### 3.4 การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social participation)

การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social participation) คือ ระดับของความรู้สึกในการทำงานในแต่ละวัน ความพึงพอใจในการจัดสรรเวลา ความพึงพอใจในระดับของการทำกิจกรรมและความพึงพอใจในโอกาสของการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

### 3.5 การตายและความตาย (Death and dying)

การตายและความตาย (Death and dying) คือ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสาเหตุที่จะทำให้ตาย ความกลัวในการที่จะไม่สามารถควบคุมการตายได้ ความกลัวตายที่จะเข้ามาถึง และความกลัวต่อความเจ็บปวดก่อนตาย

### 3.6 การมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก (Intimacy)

การมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก (Intimacy) คือ ความรู้สึกในการมีเพื่อนคู่ชีวิต การมีประสบการณ์เกี่ยวกับความรัก การได้ให้ความรักแก่คนอื่นและการได้รับความรักจากคนอื่นการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รักมักจะเกิดกับบุคคลที่มีคู่รัก ผู้สูงอายุที่มีคู่รักนั้นจะมีปฏิสัมพันธ์แบบเพื่อนคู่ชีวิต และด้วยสมรรถภาพทางเพศของผู้สูงอายุมีความเชื่อมโยงไปตามธรรมชาติ ดังนั้นคู่ชีวิตส่วนใหญ่ที่เป็นผู้สูงอายุจึงอยู่ด้วยกันฉันท์เพื่อน โดยมีความห่วงใยกัน

สรุปได้ว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย คือ การรับรู้ความสามารถของร่างกายตนเอง ที่มีผลต่อชีวิตประจำของบุคคล ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจ ความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต โดยเลือกใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมิมีมิติด้านสุขภาพที่แตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น

ๆ และได้มีการสร้างแบบประเมินคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ (WHOQOL- OLD) ของ Prof. Mick Power และคณะ (2007) ซึ่งประกอบไปด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ความสามารถทางด้านการรับรู้ ความเป็นตัวของตัวเอง หรือการตัดสินใจด้วยตนเอง กิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การตายและความตาย และการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก ซึ่งเป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่มีความครอบคลุมทุกด้าน

## แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

### 1. ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (2013) ได้ให้ความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลทั้งเพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2554) ให้ความหมายของคำว่า ‘แก่’ คือ มีอายุมาก หรืออยู่ในวัยชรา และให้ความหมายของคำว่า ‘ชรา’ คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (2546) ได้ให้ความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

กรมกิจการผู้สูงอายุ (2564) ได้ให้ความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ

อัญชลี จุมพฏจามีกร (2554) ได้ให้ความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในวัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย ทางสมอง ทางอารมณ์ และทางสังคม จึงเป็นวัยที่คนส่วนมากกลัว ดังนั้นการได้เข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังกล่าว ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ปรับตัวได้ดียิ่งขึ้นรวมทั้งบุตรหลานหรือผู้ใกล้ชิดที่มีความสำคัญมาก ในการช่วยให้ท่านปรับตัวได้อย่างมีความสุข

จันทนา รณฤทธิ์วิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ (2545) ได้ให้ความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป โดยนับตามปีปฏิทิน

วัลย์พร นันทศุภวัฒน์ (2551) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุเป็นเกณฑ์ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ใช้อายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

กลุ่มที่ 2 ใช้อายุ 65 ปี เป็นเกณฑ์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 65 ปี หรือมากกว่า

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2557) ได้ให้ความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2565) ได้ให้ความหมายของคำว่า ผู้สูงอายุ หมายถึงบุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีสภาพร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย มีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่ายสมควรที่จะได้รับการดูแลช่วยเหลือ และยังถือว่าเป็นวัยที่ปลดเกษียณจากการทำงาน

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของร่างกาย และจิตใจ และควรได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานอยู่เสมอ

## 2. การแบ่งกลุ่มอายุในการดูแล

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ฉบับที่ 3 (2560) กำหนดให้ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ และมีสัญชาติไทย เป็นผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (2013) แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น คือ บุคคลที่มีอายุ 60-69 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง และผู้สูงอายุตอนปลาย คือ บุคคลที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง

สารานุกรมนิวซีแลนด์ (The Encyclopedia of New Zealand, 2018 อ้างถึงใน สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2565) แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น คือ บุคคลที่มีอายุ 65-80 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง และผู้สูงอายุตอนปลาย คือ บุคคลที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

Little and McGiven (2018) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ช่วงอายุ 65-74 ปี คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (young-old age)
2. ช่วงอายุ 75-84 ปี คือ ผู้สูงอายุวัยกลาง (middle-old age)
3. ช่วงอายุ 85 ปีขึ้นไป คือ ผู้สูงอายุวัยปลาย (old-old age)

วลัยพร นันทศุภวัฒน์ (2551) ใช้ช่วงอายุเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง ดังนี้

กลุ่มที่ 1 จัดกลุ่มผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุวัยต้น (young-old) อายุ 65-75 ปี
2. ผู้สูงอายุขึ้น (old) อายุ 75-85 ปี
3. ผู้สูงอายุมาก (old-old) อายุ 85-100 ปี
4. ผู้สูงอายุมากมมาก (elite old) อายุมากกว่า 100 ปี

กลุ่มที่ 2 จัดกลุ่มผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

2.1 แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุวัยต้น (the young elderly) อายุ 74 ปี
2. ผู้สูงอายุวัยกลาง (middle old age หรือ young old) อายุ 75-84 ปี
3. ผู้สูงอายุวัยปลาย (late old age หรือ young old) อายุ 84 ปี

## 2.2 แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุวัยต้น (the young early old) อายุ 74 ปี หรือต่ำกว่า 74 ปี
2. ผู้สูงอายุวัยกลาง (the middle-age elderly) อายุ 75-84 ปี
3. ผู้สูงอายุวัยปลาย (the old elderly) อายุ 85 ปีขึ้นไป

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2553) แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) เป็นช่วงวัยที่ยังช่วยเหลือตนเองได้
2. ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี) เป็นช่วงวัยที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง
3. ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) เป็นช่วงวัยที่เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ อาจมีภาวะทุพพลภาพ

วิไลวรรณ ทองเจริญ (2554) ได้แบ่งช่วงอายุได้ 3 ช่วง ดังนี้

1. วัยสูงอายุตอนต้น (young-old) อายุ 60-69 ปี
2. วัยสูงอายุตอนกลาง (midium-old) อายุ 70-79 ปี
3. วัยสูงอายุตอนปลาย (old-old) อายุ 80 ปีหรือมากกว่า

World Health Organization in South-East Asia (2018) อ้างถึงใน สุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2565) ได้แบ่งผู้สูงอายุไว้ 3 ช่วง ดังนี้

1. ช่วงอายุ 60-80 ปี คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (older or elderly persons)
2. ช่วงอายุ 80-100 ปี คือ ผู้สูงอายุวัยกลาง (oldest-old persons)
3. ช่วงอายุ 100-110 ปี คือ ผู้สูงอายุวัยกลาง (centenarian persons)
4. ช่วงอายุ 110 ปีขึ้นไป คือ ผู้สูงอายุวัยปลาย (super-centenarian persons)

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2560) อ้างถึงใน สุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2565) มีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุในการได้รับการดูแลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มติดสังคม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรง สุขภาพดี อยู่ได้ตามลำพังเป็นอิสระ ช่วยเหลือตนเองได้ ควรมีการจรรโลงสุขภาพที่ดีไว้
2. กลุ่มติดบ้าน คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่หากไม่มีโรคประจำตัวและดูแลสุขภาพดี ก็ยังแข็งแรงแต่ต้องพึ่งพิง ควรได้รับการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน และการเฝ้าระวังทางสุขภาพ
3. กลุ่มติดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ต้องการดูแล ด้านการแพทย์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุตามสาเหตุ ซึ่งอาจจะเป็นการดูแลที่บ้านหรือสถานพยาบาล ที่ต้องการความต่อเนื่องของบริการที่มีลักษณะแบบบูรณาการ

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป แบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี ผู้สูงอายุตอนกลาง

อายุ 70-79 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีหรือมากกว่า โดยจะมีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุในการดูแลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1.กลุ่มติดสังคม จะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงดี ช่วยเหลือตัวเองได้ 2.กลุ่มติดบ้าน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง 3.กลุ่มติดเตียง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีโรคประจำตัวร่วมด้วยอย่างน้อย 1 โรค

### 3. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

วัลย์พร นันท์ศุภวัฒน์ (2551) ระบุว่า การมีชีวิตอยู่เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง จากเด็กทารก เป็นเด็กวัยเตาะแตะ เด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงมีความต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ ถือเป็นเรื่องปกติธรรมดา ชนิด อัตรา และระดับของการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคมในระหว่างมีชีวิตอยู่มีความแตกต่างกันระหว่างบุคคลสูงมาก การเปลี่ยนแปลงได้รับอิทธิพลจากปัจจัยด้านยีน (gene) สิ่งแวดล้อม อาหาร สุขภาพ ความเครียด แบบแผนการดำเนินชีวิต และปัจจัยอื่น ๆ อีกมากมาย

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2565) ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในร่างกายของคนนั้นขึ้นอยู่กับกระบวนการทำงานภายในร่างกายอยู่ 2 กระบวนการ คือ กระบวนการเจริญเติบโต (growth or evolution) กับกระบวนการเสื่อมสลาย (atrophy or involution) 2 กระบวนการนี้เกิดขึ้นพร้อมกันตลอดเวลา ในวัยทารกถึงวัยหนุ่มสาว กระบวนการเจริญเติบโตจะมีมากกว่ากระบวนการเสื่อมสลาย คนในวัยนี้จึงเจริญเติบโตอย่างมาก หลังจากนั้นกระบวนการเจริญเติบโตจะค่อย ๆ ลดลง ขณะเดียวกันกระบวนการเสื่อมสลายจะค่อย ๆ มากขึ้น และเมื่อบุคคลมีอายุประมาณ 20-40 ปี กระบวนการทั้งสองจะค่อย ๆ ไล่เลี่ยกัน หลังจากนั้นกระบวนการเสื่อมสลายจะมีมากกว่ากระบวนการเจริญเติบโต การเสื่อมสลายจะเริ่มชัดเจนเมื่อบุคคลมีอายุระหว่าง 40-50 ปี และเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยชรา เป็นผลให้เนื้อเยื่อและอวัยวะภายในของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ดังนั้นเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น และเข้าสู่วัยสูงอายุจึงมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นไปในทางเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนี้

#### 3.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

วิไลวรรณ ทองเจริญ (2545) ระบุว่า ผู้สูงอายुर่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน เซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่งานลดลงและมีจำนวนน้อยลง 30 เปอร์เซ็นต์เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว ขนาดของเซลล์ที่เหลือจะใหญ่ขึ้นเพราะมีไขมันสะสมมากขึ้น ปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้น้ำหนักกระดูกลดลงและพุ่ง่ายขึ้นการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละระบบในร่างกาย

ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2554) ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ การเปลี่ยนแปลงภายนอกที่สังเกตเห็นได้ การเปลี่ยนแปลงด้านประสาทสัมผัส และการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ ดังนี้

#### 1. การเปลี่ยนแปลงภายนอกที่สังเกตเห็นได้ (external signs of physical aging)

1.1 ผิวหนัง (skin) การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังมีสาเหตุมาจากกรรมพันธุ์ (heredity of the aging person) และได้รับแสงอัลตราไวโอเล็ตจากแสงอาทิตย์หรือแสง UV ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของยีนที่สร้างโปรตีน เช่น หน้ามือ คอ ผิวหนังอาจต่างเป็นแห่ง (hypopigmentation) เนื่องจากการกระจายของเม็ดผิวไม่สม่ำเสมอในผิวหนังผู้สูงอายุหรือบางแห่ง จะมีผิวเข้มเป็นแห่ง ๆ เรียกว่า “age spots” จะเป็นก้อนเนื้อหรือไฟ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง คือ การเปลี่ยนแปลงความหนาของผิวหนังโดยผิวหนังจะบางลงเมื่ออายุมากขึ้น ผิวหนังชั้น epidermal และ ชั้น dermal จะเชื่อมต่อกันแบบแบนราบ เนื่องจากการแบ่ง cell และ elastic และ collagenous fibers ลดลง ผิวหนังจะหยาบและมีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เกิดการเหี่ยวย่นได้ การเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของเลือดที่ผิวหนังลดลง ทำให้ความชุ่มชื้นของผิวและสุขภาพผิวลดลง และการสูญเสียปริมาตรของกระดูกและกล้ามเนื้อ รวมถึงชั้นไขมันที่ผิวหนัง (subcutaneous fat) ส่งเสริมให้เกิดรอยเหี่ยวย่นได้

1.2 ผมและการสร้างผม (ageing hair & hair production) ของผู้สูงอายุจะลดลง ทั้งปริมาณและคุณภาพ ผมหงอกเป็นผลมาจากการสูญเสีย pigment และ cellular material จะหงอกเร็วขึ้น ขึ้นอยู่กับการควบคุมของยีน การสูญเสียที่ไม่ได้สังเกต เช่น บริเวณรักแร้ บริเวณหัวหน่าว และส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย

1.3 ต่อมไขมัน และ ต่อมเหงื่อ (ageing sebaceous and sweat glands) ต่อมไขมันมีหน้าที่เคลือบผิวหนังและรากผมให้ความชุ่มชื้นจะมีการหลั่งลดลงเมื่อมีอายุสูงขึ้น ทำให้เกิด ต่อมไขมันอักเสบ ผิวหนังอักเสบติดเชื้อ ขนหยาบค่อนข้างเปราะ และผิวแห้ง หน้าที่ของต่อมเหงื่อ จะลดลงเมื่ออายุมากขึ้น

1.4 เล็บมือ เล็บเท้า (aging fingernail and toenails) การเจริญของเล็บมือเล็บเท้าลดลงเมื่อมีอายุสูงขึ้นเล็บอาจจะลอกเป็นชั้น ๆ สีเล็บจะเปลี่ยนไป เช่น เล็บเท้าในผู้สูงอายุ มีสีเหลือง หนาขึ้น และการเปลี่ยนแปลงนี้อาจบ่งบอกถึงภาวะโภชนาการและการทำงานของระบบย่อยอาหารของผู้สูงอายุ

1.5 ส่วนสูง (height) การเจริญตามยาวของกระดูกลดลงเมื่ออายุ 40 ปี โดยปกติ ความสูงของคนวัยหนุ่มสาวจะเท่ากับ 1 ช่วงแขนของคนนั้น ๆ ในผู้สูงอายุจะไม่ถึง เนื่องจาก ช่วงรอยต่อของกระดูกหลังเริ่มแคบลงจากการการบางลงของภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) ทำให้ส่วนสูงลดลง 1.5 ซม. ทุก ๆ 20 ปี การเปลี่ยนแปลงของกระดูกสันหลัง เช่น ข้อต่อกระดูก

สันหลังยุบ (vertebral collapse) ทำให้เกิดหลังค่อมและส่วนหนึ่งจะมาจากการเดินหลังค่อม ทำให้ผู้สูงอายุมีการทรงตัวไม่ดี เดินในท่าที่ไม่ถูกต้อง เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้

1.6 น้ำหนัก (weight) น้ำหนักตัวจะไปคงที่จนถึงอายุ 70 ปี แต่สัดส่วนของไขมันในกล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลงไปจะมีไขมันมากขึ้น ถึงแม้จะเสียไขมันไปในบริเวณใบหน้า พบไขมันสะสมส่วนมากขึ้นบริเวณหน้าท้องและสะโพก

## 2. การเปลี่ยนแปลงด้านประสาทสัมผัส (sensory changes)

2.1 สายตา (sight) การมองเห็นจะลดลงตามอายุ เลนส์ตาจะมีความยืดหยุ่นลดลง กล้ามเนื้อตาก็หย่อนสมรรถภาพลงทำให้การเพ่งมองสิ่งที่อยู่ใกล้ ๆ ไม่ชัด เรียกว่า “presbyopia” คือ มีความยากลำบากในการอ่านในระยะที่ปกติ ประมาณ 1 ฟุต ห่างจากตา หรือสายตายาว ลานสายตาแคบลง ความสามารถในการมองเห็นในที่มืดลดลงกล้ามเนื้อตาหดตัวลดลงทำให้รูม่านตาเล็กแสงเข้าไปได้น้อย ทำให้ความสามารถในการมองเห็นลดลง การเพิ่มของแรงดันลูกตาทำให้เกิดต้อหิน (glaucoma) ทำให้สูญเสียการมองเห็นบริเวณโดยรอบ (peripheral vision) มองเห็นเป็นวงขาว ๆ ที่ดำเกิดการสะสมของกรดไขมัน (lipid) เรียกว่า “arcus senilis” และการสูญเสียไขมันรอบดวงตาอาจทำให้เกิดขอบตาสีดำและหนังตาตก

2.2 การได้ยิน (hearing) การได้ยินจะลดลงเมื่อมีอายุสูงขึ้น มาจากการสูญเสียประสาทการได้ยินที่ cochlea และการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของหูชั้นกลางและชั้นใน ที่เรียกว่า “presbycusis” คือ การสูญเสียการได้ยินในผู้สูงอายุหรืออาการหูตึง

2.3 การสัมผัส และการรับรู้ความรู้สึก (touch and sensation) การตอบสนอง อุณหภูมิและแรงดันจะลดลง เนื่องจากผิวหนัง ระบบการไหลเวียนของเลือดและระบบประสาท และต่อมไร้ท่อเปลี่ยนแปลงไป ทำให้การรับรู้สัมผัสลดลงเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

2.4 การรับกลิ่น (smell) ความสามารถในการรับกลิ่นลดลง จากการสูญเสียประสาทส่วนที่ควบคุมการรับกลิ่น ความสามารถในการแยกแยะกลิ่นต่าง ๆ ลดลง

2.5 การรับรส (taste) เยื่อช่องปากฝ่อลง ตุ่มรับรสมีจำนวนลดลง ความสามารถในการรับรสน้อยลง การรับรู้รสหวานและรสเค็มสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว

## 3. การเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ (other changes)

3.1 การเปลี่ยนแปลงระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (musculoskeletal changes) เกี่ยวข้องกับการสูญเสียความหนาแน่นของกระดูก การเจริญของกระดูกตามขวางลดลง การเจริญจะลดลงเรื่อย ๆ เมื่ออายุสูงขึ้น

3.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular system) หัวใจห้องล่างซ้ายมีขนาดลดลง ห้องบนซ้ายมีขนาดเพิ่มขึ้น ลิ้นหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะ มีแต่การเพิ่มขึ้นของเนื้อเยื่อที่เป็นเส้นใย จะมีผลต่อระบบการส่งนำการเต้นของหัวใจลดลง

3.3 ระบบหายใจ (respiratory system) ปริมาตรของปอดไม่เปลี่ยนแปลง แต่เกิดการสูญเสียแคลเซียมที่รอยต่อของกระดูกอ่อน ซึ่งการเสื่อมของกระดูกซี่โครงมีผลต่อประสิทธิภาพการหายใจ ความยืดหยุ่นลดลง กล้ามเนื้อทรวงอกอ่อนแรง แต่ความสามารถปอดปกติ

3.4 ระบบย่อยอาหาร (digestive system) การเปลี่ยนแปลงในระบบย่อยอาหาร ไม่แสดงอาการให้เห็นชัดเจน คือ ตุ่มรับรสเสื่อมลง, ส่วนประกอบของฟันปลอมชำรุด ฟันผุ ฟันหลุด, การเปลี่ยนแปลงของปาก, ยาบางชนิด, การเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวของหลอดอาหาร และการฟ่องของเยื่อ, การขับถ่าย, การไหลเวียนของเลือดในตับ

3.5 ระบบการขับถ่ายปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ (genitourinary system) ผู้หญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนไปพร้อม ๆ กับวัยหมดประจำเดือน, ผู้ชายมีการสร้างฮอร์โมนเพศลดลงก่อให้เกิดอวัยวะเพศชายลดลงมีน้ำอสุจิน้อยสเปิร์มลดลงหลังอายุ 50 ปี การแข็งตัวช้าลงหลังเร็วขึ้น

3.6 ระบบประสาทส่วนกลาง (central nervous system) เซลล์ประสาทสูญเสียไปมักพบบริเวณสมองระบบ cholinergic ทำให้การสื่อสารประสาทลดลง

3.7 ระบบต่อมไร้ท่อ (endocrine system) เช่น ต่อมไทรอยด์และฮอร์โมนต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยเมื่ออายุสูงขึ้น

3.8 การควบคุมอุณหภูมิ (temperature control) ในผู้สูงอายุจะมีปัญหา การควบคุมอุณหภูมิไม่ได้ผล มักจะมีปัญหาการป้องกันการเสียความร้อนของผิวหนังเนื่องจากสูญเสียชั้นไขมันที่ผิวหนัง

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2557) ระบุว่ามีการเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่

ผิวหนัง บาง แห้ง เทียว ย่น มีอาการคัน มีจ้ำเลือด เซลล์สร้างสีผิวทำงานลดลง สีผิวจางลงแต่อาจมีจุดต่างขาว สีดำ หรือสีน้ำตาลมากขึ้น เกิดเป็นการตกกระ

ต่อมเหงื่อ ลดน้อยลงการขับเหงื่อน้อยลง ทำให้ทนต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ ของอากาศไม่ได้ดีเกิดความรู้สึกหนาว ร้อน ไม่คงที่

ผมและขน ร่วง เปลี่ยนเป็นสีเทาหรือหงอก ทำให้ผมบาง หัวล้าน ขนตามร่างกายหลุดง่าย ที่เห็นชัดคือขนรักแร้ทั้งนี้เนื่องมาจากกลุ่มขนทำงานน้อย

ตา สายตาจะเปลี่ยนเป็นสายตาวาย เลนส์หรือกระจกตาขุ่นเกิดต่อกระจกกล้ามเนื้อตาเสื่อม การปรับสายตาช้า ความไวในการมองภาพลดลง ทำให้ปวดเวียนศีรษะได้ง่าย มีน้ำตาลลดลง ทำให้ตาแห้งระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย

หู ประสาทรับเสียงเสื่อมไปเกิดหูตึงแต่ได้ยินเสียงต่ำ ๆ ได้ชัดกว่าเสียงพูดธรรมดา หรือในระดับเสียงสูง

จมูก ประสาทรับกลิ่นบกพร่องไป ทำให้การรับรู้กลิ่นลดลง  
 ลิ้น รับรู้รสอ่อนลง รับรสหวานสูญเสียก่อนรับรสอื่น ๆ  
 ฟัน ผุ หัก แดงง่าย เคลือบฟันบางลง เหงือกหุ้มคอพินร่นลงไป  
 ต่อมน้ำลาย ขับน้ำลายออกน้อยทำให้ปากแห้ง การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหาร  
 น้อยลง กรดเกลือในกระเพาะอาหารลดน้อยลง อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้นทำให้ท้องอืดง่าย  
 เบื่ออาหารด้วยภาวะขาดอาหาร และโลหิตจางได้

ตับและตับอ่อน หน้าที่การทำงานเสื่อมไปอาจเกิดโรคเบาหวาน การเคลื่อนไหว  
 ของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ ลดลง ทำให้การขับถ่ายอุจจาระไม่ปกติท้องผูกเสมอประกอบกับ  
 ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย

กระดูก ปริมาณแคลเซียมลดน้อยลง ทำให้กระดูกบาง เปราะ พรุน หักง่าย มีอาการ  
 เจ็บปวดกระดูกบ่อย

ข้อเสื่อม น้ำไขข้อลดลงเกิดเจ็บปวด ข้อยึดติดเคลื่อนไหวลำบาก พบน้อยคือข้อเข่า  
 ข้อสะโพก

กล้ามเนื้อ เที้ยว เล็กลง อ่อนกำลังลง ทำให้ทำงานออกแรงมากไม่ได้ เพื่อย ล้าเร็ว  
 และทรงตัวไม่ดี

ปอด ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลงเป็นเหตุให้การขยายและยุบตัวไม่ดีทำให้เหนื่อยง่าย  
 หัวใจ แรงบีบตัวน้อยลงทำให้การหดตัวลดลงปริมาณเลือดออกจากหัวใจลดลง  
 และกล้ามเนื้อหัวใจไวต่อสิ่งเร้าลดลง

หลอดเลือด ผนังของหลอดเลือดมีลักษณะหนาและแข็งขึ้นเพราะมีไขมันมาเกาะ  
 เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง

การขับถ่ายปัสสาวะ ไต มีหน้าที่เสื่อมไป ขับของเสียได้น้อยลง แต่ขับน้ำออกมามาก  
 จึงถ่ายปัสสาวะมากและบ่อยขึ้นในเวลากลางคืน

กระเพาะปัสสาวะ กล้ามเนื้อหูรูดที่ควบคุมการถ่ายปัสสาวะหย่อนไป ทำให้กลั้นปัสสาวะ  
 ได้ไม่ดี ในผู้สูงอายุชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้นทำให้ปัสสาวะลำบากต้องถ่ายบ่อยครั้ง

ระบบประสาทและสมอง เสื่อมไปตามธรรมชาติทำให้ความรู้สึกรู้สึกช้า ความจำถดถอย  
 ความจำเรื่องราวในอดีตความจำปัจจุบันไม่ดีการเคลื่อนไหวช้า

ต่อมไร้ท่อ ผลิตฮอร์โมนต่าง ๆ ลดลง จึงทำให้หน้าที่ของฮอร์โมนเหล่านั้นลดลงไป

ต่อมเพศ ทำงานลดลง สมรรถภาพทางเพศลดลง

สุภาพรณ สุดหนองบัว (2565) ระบุว่า ร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีการเปลี่ยนแปลง  
 เกิดขึ้นไม่เท่ากัน เซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลง และมีจำนวนน้อยลง  
 30 เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบกับคนวัยหนุ่มสาวขนาดของเซลล์ที่เหลือจะใหญ่ขึ้น เพราะมีไขมันสะสม

มากขึ้นมีปริมาณน้ำภายนอกของเซลล์ยังคงเดิม หรือลดลงเพียงเล็กน้อยจึงทำให้ปริมาณทั้งหมดภายในร่างกายลดลง การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จะมีผลทำให้น้ำหนักของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระบบของร่างกายแต่ละระบบของผู้สูงอายุ

1. การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อเซลล์ต่าง ๆ จะเปลี่ยนแปลงและลดจำนวนเป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

ผม เป็นสิ่งแรกที่เปลี่ยนแปลงให้เห็นชัดเจน เนื่องจากเนื้อเยื่อที่หนังศีรษะจะเหี่ยว่น ประกอบกับการไหลเวียนของโลหิตไม่ดี เส้นผมได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้เส้นผมเปลี่ยนสีจากเดิมเป็นสีขาวมีลักษณะแห้งเปราะและร่วงง่าย

ผิวหนัง เมื่อคนอายุสูงขึ้นเนื้อเยื่อต่าง ๆ จะขาดความตึงตัวไขมันใต้ผิวหนังจะลดลงน้อยลง เลือดจะมาเลี้ยงผิวหนังน้อยลง ผิวหนังจะแห้งและบาง ความยืดหยุ่นจะหายไปปรากฏรอยย่น และมีจุดสีเกิดขึ้น จำนวนต่อมเหงื่อใต้ผิวหนังก็จะลดลงทำให้ความสามารถในการควบคุมระดับอุณหภูมิในร่างกายลดลง ผู้สูงอายุจึงมีอาการหนาวง่ายกว่าคนปกติ

กระดูก เนื้อเยื่อที่อยู่ระหว่างรอยต่อกระดูกสันหลังจะลดจำนวนลงประกอบกับการสลายของแคลเซียมในกระดูก จึงทำให้เกิดการโค้งงอของกระดูกสันหลัง กระดูกเปราะและแตกง่าย ข้อต่าง ๆ จะเสียความยืดหยุ่นทำให้เคลื่อนไหวลำบาก ขนาดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต่าง ๆ ลดลง

2. การเปลี่ยนแปลงของระบบสัมผัสเฉพาะ ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และประสาทสัมผัสที่ผิวหนังจะค่อย ๆ เสื่อมลง ในขณะที่คนมีอายุมากขึ้นการเสื่อมของอวัยวะในระบบนี้จะค่อย ๆ เสื่อมตามลำดับ

ตา เลนส์ของตาจะหนาขึ้น รูม่านตาจะแคบลง เรตินาจะเสื่อมและแยกออก การเปลี่ยนแปลงนี้ ทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นไม่ชัดเจน ลานสายตาคจะแคบลง บางรายอาจเป็นต้อกระจกหรือความดันในลูกตามากทำให้เจ็บปวด

หู การได้ยินของผู้สูงอายุจะเสื่อมลง ความเสื่อมของการได้ยิน อาจเกิดได้ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะรับคลื่นเสียง คือเยื่อแก้วหูและกระดูกหูชั้นต่าง ๆ หรืออาจเกิดขึ้นร่วมกับความเสื่อมของประสาทหูซึ่งได้แก่ เซลล์ประสาทที่มีหน้าที่แปลคลื่นเสียง ความเสื่อมดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นบางครั้งจะได้ยินเสียงแต่ไม่รู้ว่าเป็นอะไร

จมูกและลิ้น ความสามารถในการรับกลิ่นและรสจะลดน้อยลง เพราะต่อมได้สมองที่ทำหน้าที่นี้เสื่อมลง ปุ่มรับรสต่าง ๆ ที่ลิ้นจะค่อย ๆ เสื่อมและตายไป ในขณะที่คนอายุเพิ่มขึ้นประมาณ 2 ใน 3 ของปุ่มรับรสดังกล่าวจะตายและเสื่อมและตายไปเมื่อคนอายุได้ 70 ปี

ประสาทสัมผัส การเปลี่ยนแปลงสภาพของเซลล์ทั่วร่างกายทำให้ความตึงตัวและความยืดหยุ่นของผิวหนังเสียไป เป็นผลทำให้ความสามารถในการรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุลดลง

3. การเปลี่ยนแปลงของหัวใจ ความสามารถในการทำงานของหัวใจจะลดลง อัตราการเต้นและความแรงในการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจมีปริมาณลดลง เลือดจึงไปเลี้ยงตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้น้อย โดยเฉพาะอวัยวะส่วนปลาย เช่น แขน ขา และเท้า

4. การเปลี่ยนแปลงของปอด สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อทรวงอก กระดูกซี่โครงและสันหลัง ทำให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกถูกจำกัด ประกอบกับความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อ ปอด และหลอดเลือดจะลดลง ทำให้ปอดขยายตัวไม่ดี ปริมาณอากาศตกค้างในปอดมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการนำออกซิเจนเข้าปอดลดลง เป็นผลให้ออกซิเจนในเลือดต่ำ ผู้สูงอายุจึงมีอาการหอบเหนื่อยได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อขึ้นที่สูง หรืออยู่ในภาวะที่ร่างกายต้องการออกซิเจนมากกว่าปกติ

5. การเปลี่ยนแปลงของไต เซลล์ในไตจะเปลี่ยนแปลงและลดจำนวนลง ประกอบการไหลเวียนเลือดในไตไม่ดีเป็นผลให้ไตของคนอายุ 70 ปี มีสมรรถภาพในการทำงานได้เพียงครึ่งหนึ่งของไตคนปกติที่มีอายุ 30 ปี ความสามารถในการทำงานของหน่วยกรองไตในผู้สูงอายุจะลดลงร้อยละ 30-50 เมื่อเปรียบเทียบกับวัยหนุ่มสาว ทำให้ปริมาณของเสียในเลือดตกค้างในไตมากขึ้น กระเพาะปัสสาวะของผู้สูงอายุมีขนาดเล็กมีความจุประมาณ 250 ซี.ซี. หรือครึ่งหนึ่งของวัยหนุ่มสาว ทำให้มีการถ่ายปัสสาวะบ่อย บางครั้งอาจถ่ายไม่สะดวก เนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดเสื่อมเวลาไปหรือจามกล้ามเนื้อจะหดเกร็งทำให้ปัสสาวะไหลได้

6. การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน เมื่ออายุมากขึ้นการผลิตฮอร์โมนทางเพศจะลดลง ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ในเพศหญิงขนาดของเต้านมจะเล็กลง ความสามารถในการมีบุตรจะหมดไปเมื่อหญิงอายุประมาณ 50 ปี สำหรับเพศชายลูกอัณฑะและอวัยวะเพศชายจะเหี่ยวเล็กลง แต่สำหรับเพศชายความต้องการทางเพศยังคงมีอยู่หรืออาจลดลงทั้งเพศชายและเพศหญิง

7. การเปลี่ยนแปลงทางโภชนาการ ความอยากอาหารของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากความสามารถในรับรู้กลิ่นและรสลดน้อยลง พบว่า เมื่อคนอายุ 70 ปี ความอยากอาหารลดลงร้อยละ 50 นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของเหงือกและฟันยังเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่สะดวก เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด อาหารจึงย่อยไม่สมบูรณ์ ประกอบกับการดูดซึมอาหารบางประเภทลดลง ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ บางรายมีอาการท้องผูก เนื่องจากลำไส้เคลื่อนไหวตัวช้าลง ทำให้อาหารอยู่ในลำไส้นานขึ้นและมีโอกาสจับตัวเป็นก้อนแข็งในลำไส้ส่วนปลายมากขึ้น

### 3.2 การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และความจำ

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2557) ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้แก่

1. การรับรู้ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตัวเองจะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ยากเพราะมีความไม่มั่นใจในการปรับตัว
2. การแสดงออกทางอารมณ์ลักษณะของความท้อแท้ใจน้อย หงุดหงิดง่าย โกรธง่ายและซึมเศร้า
3. ความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ผู้สูงอายุจะสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองมากกว่าเรื่องของผู้อื่น
4. การสร้างวิถีชีวิตของตนเอง เพื่อไม่ให้เป็นการกระทบผู้อื่น พึ่งตนเองได้ในระดับหนึ่ง
5. ยอมรับสภาพของการเข้าสู่วัยสูงอายุ จะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการศึกษาปฏิบัติตามคำสอนในศาสนา บางคนอยากอยู่ร่วมกับลูกหลาน บางคนชอบอยู่คนเดียว ฯลฯ

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2565) ระบุว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อจิตใจ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และความจำ ของผู้สูงอายุและเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคลรวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลต้องพึ่งลูกหลาน นอนไม่หลับ กลัวถูกทอดทิ้ง ฯลฯ ความกังวลเหล่านี้ส่งผลให้เกิดภาวะไม่สบายใจและกาย เช่น ใจสั่น แน่นหน้าอก หายใจไม่อิ่ม อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ฯลฯ แนวทางแก้ไข คือ การเปลี่ยนความคิดของตนเอง และการพยายามมองในแง่ความเป็นจริงมากกว่าคิดไปล่วงหน้า
2. การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ วัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่พบความสูญเสียได้บ่อย บางคนเป็นโรคซึมเศร้าอันเนื่องมาจากสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีอาการหงุดหงิดระแวง เอาแต่ใจตนเอง ดังนั้น บุตรหลานควรดูแลผู้สูงอายุด้วยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้สูงอายุ หางานหรือกิจกรรมให้ผู้สูงอายุทำเพื่อความเพลิดเพลิน และเกิดประโยชน์ไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว
3. การเปลี่ยนแปลงทางความคิด ผู้สูงอายุมักจะคิดซ้ำซาก ลังเล ระแวง หมกมุ่น เรื่องของตัวเองและเรื่องในอดีต และคิดถึงปัจจุบันด้วยความหวาดกลัว กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวถูกรังเกียจ แนวทางแก้ไข คือ บุตรหลานควรหมั่นเยี่ยมเยียนหรือติดต่อกับผู้สูงอายุเป็นประจำ
4. การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ผู้สูงอายุมักเอาแต่ใจตัวเอง จู้จี้ บ่น ชอบยุ่งเรื่องของคนอื่น หรืออาจมีปัญหาทางเพศ ในสังคมไทยมักไม่พูดถึงเรื่องเพศ ความเป็นจริงผู้สูงอายุ

เพศชายส่วนใหญ่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ แต่ในเพศหญิงอาจไม่พบว่ามีความต้องการทางเพศ ทำให้เกิดปัญหาขึ้นระหว่างคู่สมรส แนวทางแก้ไขปัญหา คือ การเข้าพบแพทย์เพื่อรับคำปรึกษา

5. การเปลี่ยนแปลงของความจำ ผู้สูงอายุมักจำปัจจุบันไม่ค่อยได้และชอบย้ำคำถามซ้ำ ๆ ทำให้คนที่คุยด้วยเกิดความเบื่อหน่าย บางรายจำผิดพลาด เป็นภาวะที่เรียกว่าสมองเสื่อม ในภาวะที่มีสมองเสื่อมจะมีอาการสูญเสียความจำรุนแรงมากจนส่งผลกระทบต่อการทำงานในชีวิตประจำวัน ดังนั้นผู้สูงอายุเหล่านี้ควรพบแพทย์เพื่อหาแนวทางการรักษา และต้องใช้สมุดบันทึกช่วยจำบุตรหลานต้องเข้าใจ และให้ความดูแลและมิตรระวังไม่ให้ออกจากบ้านคนเดียวมิเช่นนั้นผู้สูงอายุอาจหลงทางได้

### 3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2557) ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ได้แก่

1. ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมจะลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุห่างไปจากสังคม
2. คนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพและความสามารถน้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญหรือไม่ให้ความรับผิดชอบ

3. จากบทบาทที่เคยเป็นผู้นำครอบครัว จะกลายเป็นผู้อาศัยหรือผู้ตามในครอบครัว  
 สุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2565) ระบุว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวจนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางกาย และจิตใจตามมา ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุสรุปได้ดังนี้

1. การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม ในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการและสนับสนุนการพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลาน และอยู่ในฐานะที่ควรเคารพบูชายอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีแต่การแข่งขันมองเห็นประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยลดลง การเรียนรู้ของคนรุ่นใหม่ส่วนใหญ่ได้มาจากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุอายุต้องพบกับความหวั่นไหว อ้างว้างโดดเดี่ยว รู้สึกถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งทางใจ

2. การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงานตลอดจนบทบาทในครอบครัวย่อมเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุเคยเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งมีหน้าที่ให้การดูแลและหาเลี้ยงครอบครัวต้องกลับกลายมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัยเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี มีความรู้สึกตนเองหมดความสำคัญ ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดความอับอายและคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหาหรือเป็นภาระของสังคม

3. ความคับข้องใจทางสังคมการปลดเกษียณ และการที่บุตรหลานหรือสังคมต่างหวังดีที่จะให้ผู้สูงอายุหยุดรับผิดชอบในภารกิจต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติ ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ

อย่างมาก ทั้งนี้เพราะการเป็นผู้สูงอายุไม่ได้หมายความว่า เป็นผู้ขาดสมรรถภาพในการทำงาน แต่ความมีอายุกลับทำให้คนเรารู้สึกต้องการยอมรับมากขึ้น

4. การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไปในแง่หน้าที่รับผิดชอบ งานที่ต้องใช้ความคิด ความฉับไวลดลง เปลี่ยนเป็นคนคอยรับคำปรึกษา การยอมรับและการพิจารณาอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม และไม่กล้าแสดงออก สมรรถภาพพลดถอย ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง ต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดสูง

สรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงในตัวบุคคลที่มีความต่อเนื่อง ตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุความเปลี่ยนแปลงในด้านร่างกายก็เปลี่ยนไปเช่น ผิวหนังที่มีความเหี่ยวย่น เส้นผมก็มีการเปลี่ยนสีจากดำเป็นสีขาว ประสาทสัมผัสต่าง ๆ ก็เริ่มลดลง เช่น การมองเห็น การรับรส การได้ยิน ระบบต่าง ๆ ในร่างกายก็ทำงานลดลง เช่น ระบบขับถ่าย ขับถ่ายของเสียได้ลดลง ปัสสาวะกลั้นไม่อยู่ สมรรถภาพทางเพศลดลง การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และความจำ พบว่าผู้สูงอายุมักมีความวิตกกังวลกลัวถูกทอดทิ้ง มักคิดซ้ำซากวนอยู่กับเรื่องที่เคยเกิดขึ้นในอดีต มักจำเหตุการณ์ปัจจุบันไม่ค่อยได้ และย้ำคิดย้ำทำ การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคม อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงบทบาทหน้าที่ตัวเองที่เคยมีลดลง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าแสดงออกจึงควรให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เพื่อที่ไม่ให้ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตัวเอง ลดลงถึงแม้จะอายุมากก็ตาม

### 3.4 โรคประจำตัวในผู้สูงอายุ

#### ความหมายของโรคประจำตัว

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) ให้ความหมายของคำว่า โรคประจำตัว หมายถึง โรคที่ติดตัวอยู่เป็นประจำ รักษาไม่หายขาด

#### โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

1. **โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)** เกิดจากการเกาะของคราบไขมัน (Plaque) ภายในผนังหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นการสะสมของคอเลสเตอรอลและสารต่าง ๆ ภายในหลอดเลือด ส่งผลให้หลอดเลือดตีบและอุดตันจนปิดกั้นการไหลเวียนของกระแสเลือด ผู้ป่วยจึงมีอาการเจ็บหน้าอก หายใจติดขัด หรือรุนแรงถึงขั้นหัวใจวาย หากหัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดได้

## อาการของโรคหัวใจและหลอดเลือด

ภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบทำให้ร่างกายไม่สามารถส่งกระแสเลือดและออกซิเจนไปยังหัวใจได้ โดยเฉพาะในขณะที่หัวใจต้องทำงานหนัก เช่น ระหว่างออกกำลังกาย เป็นต้น โรคหลอดเลือดหัวใจมีอาการดังนี้

1. เจ็บหน้าอก (Angina) จะรู้สึกแน่นหน้าอกบริเวณกลางหรือด้านซ้ายของหน้าอกลามไปจนถึงช่วงแขน คอ กราม ไบหน้าหรือช่องท้อง และอาจบรรเทาลงได้เมื่อนั่งพัก หรือหยุดกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยสาเหตุมักเกิดจากการที่หัวใจต้องการเลือดไปเลี้ยงมากขึ้นจากสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกาย หรือความเครียด เป็นต้น

2. หายใจติดขัด อาจมีอาการหายใจติดขัดหรือหอบเหนื่อยรุนแรง หากหัวใจไม่ได้รับเลือดที่เพียงพอในการส่งต่อไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

3. หัวใจวาย หลอดเลือดอุดตันอาจก่อให้เกิดภาวะหัวใจวายและอาจถึงตายได้หากไม่ได้รับการรักษาทันเวลา มักมีอาการแน่นหน้าอกและปวดบริเวณหัวไหล่หรือแขน ประกอบกับการหายใจติดขัดและเหงื่อออกก่อนเกิดภาวะหัวใจวาย หากมีภาวะความดันตกหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะร่วมด้วย อาจทำให้หมดสติและเสียชีวิตได้

4. หัวใจล้มเหลว ภาวะหัวใจล้มเหลวอาจเกิดขึ้นได้ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยเกิดขึ้นในขณะที่หัวใจอ่อนแรงจนไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย จึงมีอาการหายใจติดขัดจากภาวะน้ำท่วมปอด เนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรงและไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ หรือหากมีอาการน้ำท่วมปอดรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้

2. โรคมะเร็ง (Cancer) มะเร็งเป็นสาเหตุของการตายอันดับที่สองรองจากโรคหัวใจ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นตามวัยที่เพิ่มขึ้นตลอดอายุขัย ซึ่งโรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก มะเร็งช่องปาก มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งต่อมน้ำเหลืองและมะเร็งผิวหนัง

### 2.1 โรคมะเร็งตับ

#### สาเหตุของโรคมะเร็งตับ

การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี สามารถติดต่อได้ทางเลือด การติดจากแม่ไปสู่ลูกในครรภ์ ทางเพศสัมพันธ์ เมื่อเชื้อไวรัสเข้าไปอยู่ในเซลล์ตับก็สามารถกลายเป็นตับอักเสบริื้อรังหรือกลายเป็นพาหะติดต่อกับผู้อื่นได้โดยตัวเองไม่มีอาการ ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้กลายเป็นมะเร็งตับได้ ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นระยะเวลาานาน ภาวะตับแข็งจากทุกสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นจากแอลกอฮอล์หรือไวรัสตับอักเสบบี และสารพิษที่ปนเปื้อนอยู่ในถั่วลิสง พริกแห้ง กระเทียม ธัญพืชต่าง ๆ ซึ่งมาจากเชื้อราที่มีสารอะฟลาทอกซิน

## อาการของโรคมะเร็งตับ

มักไม่มีอาการในระยะแรก จนกว่าก้อนมะเร็งจะโตขึ้น และมีอาการแน่นอึดอัดท้องเหมือนอาหารไม่ย่อย บางรายมีอาการคล้ายกับโรคแผลในกระเพาะอาหาร หรือมีอาการปวดชายโครงด้านขวาบริเวณตับ และเมื่อมะเร็งมีก้อนที่โตเพิ่มขึ้นจะมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องโต ท้องบวมขึ้น มีน้ำในช่องท้อง

## 2.2 โรคมะเร็งปอด

### สาเหตุของโรคมะเร็งปอด

มะเร็งปอดเป็นเนื้องอกของปอดชนิดที่โตเร็ว ลูกกลมสู่อวัยวะข้างเคียง และกระจายตัวไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้เกิดขึ้นจากเซลล์ของเนื้อเยื่อในปอดแบ่งตัวเร็วผิดปกติจนควบคุมไม่ได้

### สาเหตุจากปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน

ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สารก่อมะเร็งที่อยู่ในบุหรี่และมลภาวะต่าง ๆ ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ ซึ่งปัจจัยภายนอกเป็นสิ่งที่ป้องกันได้

ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความบกพร่องทางกรรมพันธุ์หรือความเสื่อมของเซลล์ ทำให้ไม่สามารถซ่อมแซมเซลล์ที่ผิดปกติได้

### อาการของโรคมะเร็งปอด

1. การสูญเสียความกระหาย ไม่ค่อยรู้สึกหิวน้ำ
2. โทณเสียงเปลี่ยนไป เช่น เสียงแหบ
3. มีอาการหอบดลมอึดเสบหรือปอดบวม
4. หายใจถี่ และหายใจดัง
5. ปวดหัว หรือน้ำหนักลด โดยไม่ทราบสาเหตุ

## 2.3 มะเร็งปากมดลูก

### สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก

จะพบในผู้หญิงวัย 30-55 ปี โดยมีสาเหตุหลายประการ โรคนี้เกิดจากเชื้อฮิวแมนแพปพิโลมาไวรัส (Human papilloma virus) หรืออีกชื่อหนึ่งว่า เชื้อเอชพีวี (HPV) ซึ่งติดต่อไปยังบุคคลอื่น ๆ ได้จากการมีเพศสัมพันธ์ ในชีวิตของผู้หญิงคนหนึ่งอาจจะเคยได้รับเชื้อนี้ แต่ร่างกายสามารถกำจัดไปได้ และมีบางส่วนที่ไม่สามารถกำจัดเชื้อได้ รวมถึงมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกและทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น หูดหงอนไก่ มะเร็งปากมดลูก และอื่น ๆ

### การรักษา มะเร็งปากมดลูก

แพทย์แบ่งความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกออกเป็นชั้น ๆ ตามขนาดของมะเร็ง และการแพร่กระจายของโรค นั่นคือ ในระยะที่ 1 มะเร็งอยู่ที่ปากมดลูก ระยะที่ 2 มะเร็งจะลุกลาม

จากปากมดลูกไปด้านข้าง ระยะที่ 3 มะเร็งลุกลามไปจนถึงอุ้งเชิงกราน และระยะที่ 4 ซึ่งเป็นระยะสุดท้าย มะเร็งได้กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ อาทิ กระเพาะปัสสาวะและทวารหนัก ซึ่งในการรักษาสามารถทำได้ 3 วิธีตามความรุนแรงของโรค ได้แก่

1. การผ่าตัด การผ่าตัดเอามดลูกออกนั้นมักใช้ในการรักษามะเร็งระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ขั้นต้น นั่นคือเซลล์มะเร็งอยู่ที่ปากมดลูกและช่องคลอด เป็นต้น แพทย์จะผ่าตัดเอาปากมดลูก ช่องคลอดส่วนต้นและต่อมน้ำเหลืองในบริเวณนั้นออก

2. การให้ยาเคมีบำบัด แพทย์อาจใช้วิธีการรักษาแบบเคมีบำบัดอย่างเดียวหรือใช้ร่วมกับการรักษาแบบอื่น เช่น ยา หรือรังสีรักษา เนื่องจากการรักษาโดยเคมีจะทำให้ผลของการรักษาโดยรังสีได้ผลดีมากขึ้น

3. การใช้รังสีรักษา วิธีนี้มักใช้กับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 ขึ้นไป หรือผู้ป่วยที่มีโรคอื่นที่ทำให้ไม่สามารถรับการผ่าตัดได้ เช่น โรคอ้วนหรือแพ้ยาสลบ

**3. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)** คือภาวะที่สมองขาดเลือดหรือมีเลือดออกในสมอง ทำให้เซลล์สมองขาดออกซิเจน ส่งผลให้เซลล์สมองตาย

#### สาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง

สาเหตุหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมี 3 ประเภท สาเหตุแรกคือหลอดเลือดเกิดตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) และหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ในผู้ป่วยบางรายจะมีอาการของภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack) นำมาก่อน

#### อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

1. พูดไม่ชัด พูดไม่ได้หรือไม่สามารถเข้าใจคำพูดของคนอื่น
2. อาการอ่อนแรงหรือชาอย่างเฉียบพลัน บริเวณ หน้า แขนหรือขา โดยส่วนใหญ่แล้วอาการจะเกิดกับร่างกายแค่ด้านเดียว ร่วมกับอาการปากเบี้ยว พูดไม่ชัดหรือพูดไม่ได้
3. ปัญหาด้านการมองเห็นที่ตาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง
4. เวียนศีรษะ/ปวดศีรษะ อาการรุนแรงแบบเฉียบพลัน มักจะพบร่วมกับอาการอื่น ๆ เช่น ปัญหาด้านการเดินเซ การทรงตัวผิดปกติ หรือซึมลง (Altered Consciousness) มึนศีรษะ อาการคลื่นไส้อาเจียน

**4. โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease)** เป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมของเซลล์สมอง โดยเฉพาะส่วนที่สร้างโดพามีน (dopamine) ทำให้โดพามีนมีปริมาณน้อยลง จึงส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหว

### อาการของโรคพาร์กินสัน

1. อาการสั่นเกร็ง (Tremor) มักจะมีอาการที่นิ้วมือ แขน ขา โดยจะเกิดอาการสั่นเมื่อไม่ได้เคลื่อนไหว และไม่สามารถควบคุมได้ หากเริ่มทำกิจกรรมอาการสั่นจะลดลงหรือหายไป และอาจมีอาการปวดกล้ามเนื้อร่วมด้วย

2. เคลื่อนไหวช้า (Bradykinesia) ใช้เวลานานในการเคลื่อนไหว หรือช้ากว่าปกติ ทำให้เกิดความยากลำบากในชีวิตประจำวัน และอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุตามมาได้

3. ท่าเดินผิดปกติ (posture instability) ผู้ป่วยจะมีอาการก้าวเดินสั้น ๆ ในช่วงแรก และจะก้าวยาวขึ้น จนเร็วมาก และไม่สามารถหยุดได้ทันที นอกจากนี้ยังอาจมีอาการหลังค่อม แขนไม่กาง หรือเดินแข็งทื่อเหมือนหุ่นยนต์

4. การแสดงสีหน้าเหมือนใส่หน้ากาก (masking face) ผู้ป่วยจะมีใบหน้าเฉยเมยเวลาพูด มุมปากจะยกขึ้นเพียงเล็กน้อยทำให้ดูเหมือนไม่มีอารมณ์ร่วม

5. พูดเสียงเบา ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการพูดไม่ชัด พูดเสียงเบา หรือเสียงอาจหายไป ในลำคอ บางรายอาจมีอาการพูดเร็ว ระดับเสียงในการพูดอยู่ในระดับเดียวกันตลอด และอาจมีน้ำลายสอออกมากลอมอยู่ที่มุมปาก

5. **โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis)** คือ โรคที่ความหนาแน่นและมวลของกระดูกลดน้อยลง กระดูกเสื่อม เปราะ บาง ผิดรูปและแตกหักได้ง่าย บางรายทำให้ส่วนสูงลดลง เพราะกระดูกฝ่อกร่อน กระดูกจะไม่สามารถทำงานหรือเคลื่อนไหวได้ตามปกติ เช่น การทนรับน้ำหนัก แรงกระแทก หรือแรงกดได้น้อยลง เนื่องจากความเจ็บปวดจากรอยแตกร้าวภายในไปจนถึงการแตกหักของกระดูกส่วนสำคัญ ซึ่งอาจส่งผลทำให้พิการได้ เช่น กระดูกสันหลัง ซึ่งเป็นศูนย์กลางเส้นประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหวเสื่อม บางแตกร้าว หรือหัก

### สาเหตุของโรคกระดูกพรุน

1. การสูญเสียฮอร์โมนเพศหญิงเนื่องจากหมดประจำเดือน เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยของการเกิดโรคกระดูกพรุน โดย 25% ของสตรีที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมักพบว่าเป็นโรคกระดูกพรุน

2. การที่สตรีหมดประจำเดือนเร็วหรือได้รับการผ่าตัดรังไข่ตั้งก่อนอายุ 45 ปี

3. อายุที่มากขึ้น โดยเมื่ออายุมากกว่า 50 ปี กระดูกจะบางลงทุก 1-3 เปอร์เซ็นต์ ทุกปี

### อาการของโรคกระดูกพรุน

มีภาวะกระดูกหักง่ายจากภาวะกระดูกพรุน ในอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง เช่น ลื่นล้ม ซึ่งบริเวณของกระดูกหักที่พบบ่อย จะเป็นกระดูกบริเวณสะโพก ข้อมือ หรือกระดูกสันหลัง โดยกระดูกหักเหล่านี้มีความสำคัญ อาจจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด ไม่เช่นนั้นจะไม่สามารถที่จะเดินได้อีก เป็นต้น

## 6. โรคข้อเสื่อม ( Osteoarthritis : OA)

### สาเหตุของโรคข้อเสื่อม

1. พันธุกรรม ผู้ป่วยและครอบครัวบางครอบครัวเป็นโรคข้อกระดูกอ่อนเสื่อมที่เกิดจากความผิดปกติของพันธุกรรมของโปรตีนคอลลาเจน (collagen) ซึ่งเป็นส่วนประกอบของกระดูกอ่อน ครอบครัวของผู้ป่วยเหล่านี้จะเกิดโรคข้อกระดูกอ่อนเสื่อมตั้งแต่อายุน้อย ๆ แต่สามารถที่จะเกิดโรคข้อกระดูกอ่อนเสื่อมเมื่ออายุมากได้เช่นกัน โดยเฉพาะผู้หญิงมักจะมี Heberden's nodes และ Bouchard's nodes ที่นิ้วมือ ผู้ป่วยบางคนที่มีความผิดปกติซึ่งเกิดจากพันธุกรรมที่ทำให้ข้อมีรูปร่างผิดปกติ เช่น ข้อสะโพก หรือข้อเข่าโก่งผิดปกติ หรือข้อเคลื่อนไหวมากผิดปกติ มีโอกาสที่จะเกิดข้อกระดูกอ่อนเสื่อมมากกว่าคนปกติ

2. คนอ้วน พบว่าความอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคข้อกระดูกอ่อนเสื่อมของข้อเข่า ความอ้วนยังเป็นปัจจัยที่ทำให้โรคข้อกระดูกอ่อนเสื่อมแย่ลงด้วย ดังนั้นการป้องกันไม่ให้น้ำหนักเพิ่ม และลดน้ำหนักจะช่วยป้องกันการเกิดโรคข้อกระดูกอ่อนเสื่อมและทำให้โรคดีขึ้น

3. การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ พบว่าคนที่กล้ามเนื้อ quadricep ที่ต้นขาอ่อนแรงมีโอกาสเกิดโรคข้อกระดูกอ่อนเสื่อมที่ข้อเข่ามากกว่าคนปกติ นอกจากนี้กล้ามเนื้อ quadricep ที่อ่อนแรงยังทำให้ข้อเข่าที่เป็นโรคข้อกระดูกอ่อนเสื่อมอยู่แล้วเสื่อมได้เร็วมากขึ้นด้วย

4. อุบัติเหตุหรือการใช้งานที่มากเกินไป อุบัติเหตุที่ข้อเพิ่มโอกาสของการเกิดโรคข้อกระดูกอ่อนเสื่อม เช่น นักฟุตบอลที่ได้รับอุบัติเหตุที่บริเวณเข่าเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อกระดูกอ่อนเสื่อมที่ข้อเข่า การใช้งานที่บริเวณข้อมาก เช่น คนที่ต้องงอเข่าบ่อย ๆ หรือนั่งยอง ๆ บ่อย ๆ จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคข้อกระดูกอ่อนเสื่อมของข้อเข่ามากกว่าคนปกติ ดังนั้นการลดการเกิดอุบัติเหตุหรือการงอเข่าบ่อย ๆ จะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคข้อกระดูกอ่อนเสื่อมของข้อเข่า

5. การป้องกันการเกิดโรคข้อกระดูกอ่อนเสื่อม ดังที่กล่าวข้างต้น การควบคุมน้ำหนักและการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่บริเวณข้อจะช่วยป้องกันการเกิดโรคข้อกระดูกอ่อนเสื่อม

### อาการของโรคข้อเสื่อม

1. ข้อเสื่อมบริเวณข้อสะโพก ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณขาหนีบ หรือต้นขาด้านใน หรือบริเวณด้านนอกของสะโพก ในขณะที่ยืนหรือเดิน ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการปวดร้าวลงมาถึงบริเวณเข่า อาการปวดจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการเดินกะเผลกได้

2. ข้อเสื่อมบริเวณเข่า ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบริเวณเข่าหรือลูกสะบ้าขณะยืน เดิน หรือ ขึ้น-ลงบันได ผู้ป่วยอาจได้ยินหรือคลำได้เสียงในขณะเดินหรือเคลื่อนไหวเข่า ถ้าอาการเจ็บปวดทำให้การเคลื่อนไหวน้อยลง กล้ามเนื้อที่อยู่รอบ ๆ ข้อโดยเฉพาะกล้ามเนื้อ quadricep ที่อยู่ที่ต้นขาอาจลีบลงได้

3. ข้อเสื่อมบริเวณนิ้วมือ การเสื่อมของกระดูกอ่อนที่นิ้วมือทำให้เกิดอาการเจ็บบวมของนิ้วมือ osteophyte หรือ spur ที่บริเวณนิ้วมือ ถ้าเกิดที่ข้อปลายนิ้วมือทำให้ข้อที่บริเวณนี้ปูดเป็นตุ่มขึ้นมา เรียกว่า Heberden's nodes ถ้าเกิดขึ้นที่บริเวณข้อกลางนิ้ว เรียกว่า Bouchard's nodes ซึ่ง Heberden's nodes พบบ่อยในผู้หญิงและอาจพบได้ตั้งแต่อายุ 40 ปี ในบางครั้ง Heberden's nodes หรือ Bouchard's nodes อาจบวมแดงเกิดการอักเสบได้ โดยทั่วไปแล้วถึงแม้ว่า Heberden's nodes และ Bouchard's nodes จะทำให้นิ้วมือดูไม่สวย การทำงานของข้อนิ้วมือโดยทั่วไปมักยังคงเป็นปกติอยู่

4. ข้อเสื่อมบริเวณนิ้วเท้า พบบ่อยที่บริเวณนิ้วหัวแม่เท้า ทำให้มีอาการปวดและเจ็บอาการจะแย่ลงได้ถ้าใส่รองเท้าคับหรือส้นสูง

5. ข้อกระดูกอ่อนเสื่อมบริเวณกระดูกสันหลัง ข้อกระดูกอ่อนเสื่อมบริเวณกระดูกสันหลังทำให้เกิดอาการปวดแข็งและเจ็บปวดข้อบริเวณคอ ซึ่งอาจร้าวมายังบริเวณไหล่หรือแขนได้ ถ้าเป็นที่บริเวณหลังจะทำให้มีอาการปวดแข็งหรือปวดบริเวณหลังซึ่งอาจร้าวลงมาสู่สะโพกและขาได้ ถ้าเป็นมาก ๆ osteophytes หรือเนื้อกระดูกอ่อนอาจกดทับเส้นประสาททำให้มีอาการชาหรืออ่อนแรงของนิ้วมือ แขน หรือขาได้

7. โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) มีสาเหตุจากการทำงานที่ผิดปกติของฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) ซึ่งผลิตจากตับอ่อนโดยฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) จะทำหน้าที่เผาผลาญคาร์โบไฮเดรตและไขมัน เปลี่ยนน้ำตาลในร่างกายไปเป็นไขมัน หากร่างกายมีฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) น้อยหรือไม่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

#### สาเหตุของโรคเบาหวาน

ภาวะที่มีระดับน้ำตาลกลูโคสสูงในเลือด ซึ่งเป็นผลจากความบกพร่องในการหลั่ง Insulin จากตับอ่อนที่ไม่สามารถสร้างอินซูลินได้อย่างเพียงพอหรือร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินได้น้อยกว่าปกติ หรือทั้ง 2 อย่างร่วมกัน จึงไม่สามารถเผาผลาญคาร์โบไฮเดรตได้อย่างเหมาะสม ถ้าร่างกายผลิตอินซูลินไม่พอหรืออินซูลินทำงานได้ไม่เต็มที่น้ำตาลจะเข้าไปในเซลล์ไม่ได้จึงส่งผลให้เลือดมีน้ำตาลสูงเป็นโรคที่พบบ่อย 10.2% ของประชากรอายุ > 35 ปี

#### อาการของโรคเบาหวาน

1. ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำบ่อย อ่อนเพลีย
2. รับประทานอาหารมากแต่น้ำหนักลด
3. อาจมีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานขึ้นตา ไตวาย และแผลเรื้อรังที่เท้า
4. อาจมีอาการเลือดเป็นกรดจากน้ำตาลสูงมาก ซึม หายใจหอบ

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2557) ระบุว่า โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุส่วนหนึ่งการเจ็บป่วยจะสะสมตั้งแต่ในวัยหนุ่มสาวหรือวัยทำงาน แต่ไม่ได้ดูแล

อย่างต่อเนื่อง จึงทำให้อาการโรครุนแรงขึ้น ในวัยสูงอายุ หลายโรคเกิดจากการประพฤติปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมทั้งการบริโภคอาหาร เครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูบบุหรี่ขาดการออกกำลังกาย และขาดการควบคุมอารมณ์ที่ดี

### โรคที่บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

**1. โรคความดันโลหิตสูง** ความดันโลหิตเป็นแรงดันเลือดที่เกิดจากหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงทั่วร่างกาย ซึ่งวัดได้ 2 ค่า คือ

ความดันโลหิตค่าบน คือ แรงดันโลหิตขณะที่หัวใจบีบตัว

ความดันโลหิตค่าล่าง คือ แรงดันโลหิตขณะที่หัวใจคลายตัว

ในคนปกติความดันโลหิต ไม่ควรเกิน 130/85 มิลลิเมตรปรอท

ส่วนความรุนแรงของความดันโลหิตที่สูงนั้น ให้พิจารณาจากค่าความดันตัวบนและความดันตัวล่างทั้งสองค่า โดยถือระดับความดันโลหิตที่สูงกว่าเป็นเกณฑ์

#### สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

1. กรรมพันธุ์ซึ่งเป็นปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้จากหลักฐานทางระบาดวิทยา พบว่าผู้ที่มีบิดาหรือมารดาเป็นความดันโลหิตสูง มีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงได้มากกว่าผู้ที่บิดามารดาไม่เป็น ยิ่งกว่านั้นผู้ที่มีทั้งบิดาและมารดาเป็นความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงที่จะเป็นมากที่สุด ผู้สูงอายุก็มีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงเมื่ออายุมากขึ้น ๆ

2. สิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่แก้ไขได้เช่น ภาวะอ้วน เบาหวาน การรับประทานอาหารรสเค็ม การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ภาวะเครียด เป็นต้น

#### อาการของโรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงระดับอ่อน หรือปานกลาง มักจะไม่มีอาการอะไร แต่มีการทำลายอวัยวะต่าง ๆ ไปทีละน้อยอย่างช้า ๆ จนผู้ป่วยเกิดผลแทรกซ้อนในที่สุด เช่น หัวใจล้มเหลว หัวใจขาดเลือดไตเสื่อมสมรรถภาพ หรืออัมพาต อัมพฤกษ์ หากความดันโลหิตสูงมากผู้ป่วยอาจเกิดอาการ เช่น เลือดกำเดาออก ตามองไม่เห็นข้างหนึ่งชั่วคราว เหนื่อยง่าย เจ็บหน้าอก เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ตูบ ๆ เป็นต้น แต่อาการเหล่านี้ไม่จำเพาะ เพราะอาจเกิดจากสาเหตุอื่นก็ได้เช่น ไข้เครียด ไมเกรน เป็นต้น

### 2. โรคเบาหวาน

เบาหวานเกิดจากร่างกายขาดฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้เผาผลาญน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นและขับออกทางปัสสาวะ เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงนาน ๆ จะทำให้หลอดเลือดเสื่อมและเสียหาย

### อาการของโรคเบาหวาน

ปัสสาวะบ่อย ตื่นน้ำมาก กินเก่ง หิวบ่อย น้ำหนักลด รวมทั้งมีอาการจากร่างกายขาดน้ำ เช่น อ่อนเพลีย วิงเวียน มึนงง ตามัว คอแห้ง และสมรรถภาพทางเพศเสื่อม

### 3. โรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้สูงอายุจะเริ่มมีการข้อเสื่อมขึ้นกับการใช้งานข้อและสภาพร่างกายถ้าน้ำหนักมากน้ำหนักจะกดกระแทกข้อ ข้อจะเสื่อมเร็ว ถ้าใช้งานข้อมาก ๆ เช่น เดินมาก ยืนมาก หรือเดินขึ้นลงบันไดมาก ๆ นั่งยอง ๆ มากข้อจะเสื่อมเร็ว

### อาการของโรคข้อเข่าเสื่อม

ปวดข้อ ในระยะแรกจะปวดเมื่อเดินมาก ยืนมาก หรือเดินขึ้นลงบันไดมาก ๆ อาจมีเสียงดังในข้อ

### 4. ภาวะสมองเสื่อม

ภาวะที่ความสามารถทางสติปัญญาลดลง คิดและจำไม่ได้มักพบในผู้สูงอายุ ทำให้มีอาการหลงลืมการใช้ภาษาผิดปกติพฤติกรรมและอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย

### อาการของภาวะสมองเสื่อม

อาการเริ่มแรก จะลืมเรื่องราวที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ ไม่นาน ในขณะที่ความจำเรื่องในอดีตจะยังดีอยู่ ผู้ป่วยอาจถามซ้ำเรื่องที่เพิ่งจะบอกไป หรือพูดซ้ำเรื่องที่เพิ่งเล่าให้ฟัง อาการอื่น ๆ เช่น วางของแล้วลืมทำสิ่งที่เคยทำประจำไม่ได้สับสนเรื่องวัน เวลา สถานที่ นึกคำพูดไม่ค่อยออกหรือใช้คำผิด ๆ อารมณ์พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงจากเดิม การตัดสินใจแย่ลง ไม่มีความคิดริเริ่มใหม่ ๆ อาการต่าง ๆ เหล่านี้จะสะสมมากขึ้น จนมีผลต่อการทำงานและกิจวัตรประจำวัน ซึ่งการที่พบการเปลี่ยนแปลงได้เร็วหรือช้า ขึ้นกับระดับความสามารถเดิมการศึกษาและหน้าที่เดิมของผู้สูงอายรรวมถึงการช่างสังเกตและเอาใจใส่ของญาติด้วย

### 5. โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

#### อาการของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ

เจ็บแน่นหน้าอก มีลักษณะจำเพาะ คือ เจ็บตื้อ ๆ แน่น ๆ หรือหนัก ๆ เจ็บที่กลางอกได้กระตุกหน้าอกหรือทางซ้ายบริเวณหัวใจ อาจร้าวไปที่ข้อศอก หรือ แขน คอ กราม เจ็บนาน 3 - 5 นาที ถ้าเจ็บนานเกิน 30 นาทีอาจเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ซึ่งมีอาการ

1. เหงื่อออก ใจสั่น หน้ามืดคล้ายจะเป็นลม
2. เหนื่อย หายใจลำบาก
3. หัวใจวาย หมดสติถึงแก่ชีวิต

## 6. โรคมะเร็ง

โรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งช่องปาก มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งผิวหนัง

### การป้องกันโรคมะเร็ง

1. หยุดสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ สำหรับโรคมะเร็งหลายชนิด เช่น โรคมะเร็งปอดโรคมะเร็งช่องปาก โรคมะเร็งโพรงจมูก เป็นต้น
2. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์แก่ร่างกาย ควรรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก รับประทานผักและผลไม้เป็นประจำ จำกัดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูงจากเนื้อสัตว์ผลิตภัณฑ์จากนมและอาหารปรุงสำเร็จนอกจากนั้นควรหลีกเลี่ยงอาหารพวกแป้ง ย่าง รมควัน เนื่องจากมีสารก่อมะเร็ง ในปริมาณมาก
3. ลดน้ำหนักในกรณีที่อ้วน เนื่องจากน้ำหนักตัวที่เกินเป็นปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรคมะเร็ง บางชนิดได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งเยื่อบุมดลูก
4. หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์เป็นปริมาณมาก เนื่องจากแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยง ของมะเร็งตับมะเร็งหลอดอาหาร และมะเร็งในช่องปาก
5. หลีกเลี่ยงการอาบแดดหรือถูกแดดจัด เนื่องจากอาจทำให้เกิดมะเร็งผิวหนัง ควรหลีกเลี่ยงการถูกแดดช่วง 10.00–16.00 น. ใช้ครีมกันแดดที่มีค่า SPF อย่างน้อย 15 สวมใส่เสื้อผ้าที่รัดกุม และสวมแว่นกันแดด
6. ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน เนื่องจากการที่ไม่ออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์ กับการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งเต้านม อย่างน้อยควรออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง และพยายามเปลี่ยนกิจกรรมที่ทำอยู่แล้วเป็นการออกกำลังกาย เช่น เดินขึ้นบันได แทนการใช้ลิฟท์จอดรถไกลกว่าที่จอดเดิม และใช้การเดินแทน เป็นต้น
7. หลีกเลี่ยงจากรังสีและสารเคมีในที่ทำงานและที่บ้าน โดยคอยอ่านคำเตือนของเอกสาร ที่แนบมากับผลิตภัณฑ์เสมอ
8. ตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปีและปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการตรวจเพิ่มเติมของแพทย์ เช่น ตรวจแป็บสเมียร์ (Pap's smear) ทุกปีเพื่อหามะเร็งปากมดลูกในระยะแรก ฝึกการตรวจเต้านม ด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน และตรวจโดยแพทย์ทุก 1 ปี เป็นต้น
9. หลีกเลี่ยงจากการใช้ของมีคมร่วมกับผู้อื่น ไม่เที่ยวสำส่อน หรือถ้าไม่แน่ใจควรใช้ ถุงยางอนามัยตรวจเลือดว่ามีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบีหรือยัง ถ้ายังไม่มีควรฉีดวัคซีน เพื่อป้องกันเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเนื่องจากเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดโรคมะเร็งตับ ในรายที่เป็น พาหะไวรัสตับอักเสบบีหรือซีควรติดตามตรวจกับแพทย์เป็นระยะทุก 6 เดือน

10. ในกรณีที่เคยรับประทานปลาดิบ อาศัยหรือเคยอาศัยอยู่ในภาคอีสาน หรือในชุมชนที่มีผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีตับ หรือมีประวัติมะเร็งท่อน้ำดีในครอบครัว ควรรับการตรวจจักษุจักษุ เพื่อหาไขพยาธิใบไม้ในตับเนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี

### อาการผิดปกติของร่างกายควรรีบไปพบแพทย์หากมีอาการผิดปกติดังต่อไปนี้

1. มีการเปลี่ยนแปลงในการย่อยอาหาร และการขับถ่ายอย่างเรื้อรัง เช่น ท้องผูกสลับท้องเสียปัสสาวะเป็นเลือด เป็นต้น

2. มีเลือดออกผิดปกติเช่น ทางช่องคลอด หรือเลือดกำเดาไหลบ่อย ๆ

3. มีแผลเรื้อรังไม่หายใน 3 สัปดาห์

4. มีก้อนที่เต้านมหรือตามตัว ไฝโตขึ้นหรือเปลี่ยนสี

5. ไอเรื้อรังหรือเสียงแหบ

6. น้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ

7. หูอื้อเรื้อรัง

### 7. โรคตาในผู้สูงอายุ

ในขณะที่คนเรามีอายุมากขึ้น กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ยึดหดเลนส์ลูกตา จะอ่อนกำลังลงทำให้ลำบากในการเพ่งดูสิ่งของ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัตถุเล็ก ๆ โดยสายตาสายตาจะยาวออก และคนที่มีประวัติสายตาสั้นเวลามองสิ่งของใกล้ ๆ กลับต้องถอดแว่นตาออก เมื่อสูงอายุ ความเปลี่ยนแปลงเช่นนี้เป็นธรรมดาของร่างกายมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละคน

#### วิธีป้องกันไม่ให้สายตาสั้นเร็ว

1. ไม่อยู่ในที่มีแสงสว่างมาก เช่น ถ้าแสงแดดจ้าควรใส่แว่นกันแสง

2. รับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การขาดวิตามินเอ ขาดโปรตีนทำให้ตาสั้นเร็ว

3. ระวังอย่าให้แสงแดด หรือแสงเชื่อมโลหะเข้าตาต้องใช้แว่นกันแสง

4. การดูทีวีต้องนั่งระยะห่าง 5 เท่าของขนาดจอโทรทัศน์จึงจะไม่เกิดอันตราย เพราะภาพจะตกที่รับภาพพอดีโดยไม่ต้องเพ่ง

5. ผู้สูงอายุควรใช้แว่นตาช่วยสำหรับอ่านหนังสือระยะใกล้มีฉะนั้นจะมีอาการปวดตาและปวดศีรษะเพราะเพ่งสายตามาก

#### โรคตาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุดังนี้

**โรคต้อกระจก** คือ ต้อกระจกเมื่ออายุมากขึ้นแก้วตาจะเปลี่ยนจากสีใส ๆ เป็นสีน้ำตาลหรือสีขาวขุ่นมาขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้แสงผ่านเข้าไปในตาไม่ได้มีผลทำให้ตามัวลง ๆ

**โรคต้อหิน** คือ โรคที่เกิดจากภาวะความดันในลูกตาส่งกว่าปกติภายในลูกตาของเราจะมีการผลิตหรือสร้างน้ำใสชนิดหนึ่ง ออกมาอยู่ในช่องหลังม่านตา แล้วไหลผ่านรูม่านตาออกมาอยู่ในช่องหน้าม่านตาต่อจากนั้นน้ำในนี้ก็จะไหลผ่านรูตะแกรงเล็ก ๆ เข้าสู่เส้นเลือดดำของลูกตา

จึงทำให้ความดันลูกตาคงที่อยู่ตลอดเวลา ถ้ามีอะไรขัดขวางทางเดินของน้ำในลูกตาจะเกิดการคั่งของน้ำภายในลูกตาทำให้ความดันภายในลูกตาสูง เรียกว่า ต้อหิน ต้อหิน มี 2 ชนิด

1. ต้อหินแบบเฉียบพลัน เกิดจากการไหลเวียนของน้ำใสในลูกตาไม่สะดวกที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทำให้มีอาการตาแดง รุ่มาตาขยาย ปวดตามาก คลื่นไส้ อาจมีอาการอาเจียนร่วมด้วย จะเห็นสีรุ้งรอบดวงไฟสายตาจะมัวลงอย่างรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันท่วงทีจะทำให้ตาบอดได้ภายใน 2-3 วัน

2. ต้อหินชนิดเรื้อรัง เกิดจากความเสื่อมของทางไหลผ่านของน้ำใสภายในลูกตา ต้อหินชนิดนี้ไม่มีอาการเจ็บปวดเกิดขึ้นช้า ๆ โดยไม่รู้ตัว สายตาจะค่อย ๆ มัวลง จากขอบเขตของการมอง

### โรคสายตาวายในผู้สูงอายุ (presbyopia)

มักเกิดหลังอายุ 40 ปีเกิดจากเลนส์ตาที่แข็งขึ้น สูญเสียความสามารถในการปรับการมองใกล้และไกลดังนั้นผู้ป่วยมักต้องถือหนังสือไกลขึ้นจึงจะอ่านได้ชัด โดยอาการจะเกิดขึ้นกับทุกคน ทั้งสายตาสั้น ยาว และปกติโดยพบว่าผู้ที่มีสายตาวายอาจเกิดอาการเร็วกว่าปกติวิธีรักษาปรึกษาจักษุแพทย์เพื่อตัดแว่น ตาสำหรับอ่านหนังสือ

### โรคตาแห้ง (dry eye)

มักเกิดในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเริ่มเมื่อวัยกลางคนสัมพันธ์กับภาวะเปลือกตาอักเสบและโรคทางกายบางชนิดเกิดจากการผลิตน้ำตาที่น้อยลง ผู้ป่วยจะมีอาการระคายเคืองเหมือนมีฝุ่นผงในตามักเป็นมากขึ้นเมื่ออยู่ในที่แห้งหรือห้องแอร์อาจมีขี้ตาเหนียว การมองเห็นไม่ชัดต้องกระพริบตาบ่อย ๆ ในผู้ป่วยบางคนอาจเคืองตาแล้วมีน้ำตาไหลมากขึ้นได้เมื่อมีอาการควรพบจักษุแพทย์

### โรคจุดรับภาพเสื่อมในผู้สูงอายุ (AMD : Age Related Macular Degeneration)

เกิดจากการทำลายบริเวณจุดศูนย์กลางของการรับภาพ และสีโดยไม่ทราบสาเหตุการเสื่อมที่แน่นอนปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ

1. ผู้สูงอายุพบว่าอัตราการเกิดโรคในคนอายุ 75 ปี มีถึง 30 เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบกับ 2 เปอร์เซ็นต์ ในคนอายุ 50 ปี

2. การสูบบุหรี่

3. การสัมผัสแสงอาทิตย์และแสง UV ปริมาณมาก

4. ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ

สรุปได้ว่า โรคประจำตัว หมายถึง โรคที่ติดตัวอยู่เป็นประจำรักษาไม่หายขาด โดยโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคพาร์กินสัน โรคกระดูกพรุน โรคข้อเข่าเสื่อม โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งในแต่ละโรคจะต้องมีการรักษารักษาอย่างต่อเนื่อง และอยู่ในความดูแลของแพทย์ ซึ่งโรคประจำตัวในผู้สูงอายุ

ที่ผู้วิจัยต้องการเก็บข้อมูลได้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวานโรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคประจำตัวเหล่านี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงเสียชีวิตมากที่สุดหากมีการได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

## แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

### 1. แรงสนับสนุนทางสังคม

House (1985 อ้างถึงใน ยุทธิดา กองเนียม, 2565) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มคนทั้งทางด้านอารมณ์ การประเมินค่า ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากรซึ่งส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมอย่างที่ต้องการ

Thoits (1986 อ้างถึงใน กนกรัตน์ สุนใจ, 2554) ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางสังคมที่มีความสำคัญ และมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมนั้น เนื่องจากการดำรงชีวิตของมนุษย์และความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายทางสังคมที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันมีความไว้วางใจและช่วยเหลือกันในด้านอารมณ์ แรงงาน สิ่งของ หรือข้อมูล มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน มีความต้องการได้รับการยกย่อง ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

เบญจพร จันคำ (2553) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์หรือจิตใจ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ หรือการให้ข้อมูลความรู้ย้อนกลับแก่บุคคล และการได้รับความเอาใจใส่ ความไว้วางใจ และการเห็นคุณค่าจากบุคคลรอบข้าง ทำให้บุคคลมองเห็นคุณค่าของตนเองและคิดว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นเหตุให้บุคคลสามารถช่วยเหลือ ดูแลตนเองและจัดการกับปัญหาในชีวิตได้ตั้งนั้นภาวะสุขภาพทั้งร่างกาย และจิตใจของบุคคลย่อมดีและมีคุณภาพมากขึ้นด้วย

ญาณกร นิลพุ่ม (2553) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรักได้รับการยกย่อง ดูแลเอาใจใส่ รวมทั้งการช่วยเหลือ จากบุคคลรอบข้างหรือสังคม ทำให้รู้สึกว่ามีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าในการเข้าสังคม

ปรีดานันท์ ประสิทธิ์เวช (2561) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลมีการติดต่อสัมพันธ์กัน ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านอารมณ์สังคม สิ่งแวดล้อม ข้อมูลข่าวสาร ทำให้รู้สึกได้รับการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

นันทกัศ ชนะพันธ์ (2556) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองได้รับความช่วยเหลือทั้งในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของต่าง ๆ ซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม ซึ่งอาจจะเป็นครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคคลใกล้ชิด บุคลากร

ทางการแพทย์คนใดคนหนึ่งหรือหลายคนร่วมกัน ทำให้บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมรู้สึกว่าจะได้รับการยอมรับ ได้รับการความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ๆ ทำให้มีกำลังใจ มีอารมณ์มั่นคงส่งเสริมให้เผชิญความเครียดได้ดี มีการปรับตัวที่เหมาะสมอันจะส่งผลให้เกิดการมีสุขภาพกายและใจที่ดี

สุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2565) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลนั้นได้รับการดูแลเอาใจใส่ ทั้งในด้านที่เป็นสิ่งที่มองเห็นได้ เช่น เงิน สิ่งของ แรงกาย และสิ่งที่มองไม่เห็นคือ คำแนะนำกำลังใจจากบุคคลที่ตนให้กำเนิดมาหรือจากบุคคลอื่น

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม คือการที่บุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อกันให้การสนับสนุนดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งในเรื่องข้อมูลข่าวสาร วัตถุประสงค์ของการให้ข้อมูลความรู้ เพื่อให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าตนเองมีกำลังใจ มีคุณค่าในการเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

## 2. แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างมากในการดำรงชีวิตและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย 2 แหล่งหลัก ๆ คือ คนผู้ซึ่งผู้สูงอายุให้กำเนิดมา (people who have bonds by nature) บุตรถือว่าเป็นบุคคลสำคัญของผู้สูงอายุ และเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุมากที่สุด หรืออีกนัยหนึ่งคือ บุตร ถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนอย่างไม่เป็นทางการของผู้สูงอายุ และบุคคลอื่นที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ (other people who can give care for the elderly) คนผู้ซึ่งดูแลผู้สูงอายุในที่นี้ หมายถึง บุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตรของผู้สูงอายุ ได้แก่ คู่ครอง บุตรสะใภ้ บุตรเขย หลาน เหลน ญาติ เพื่อนบ้าน บุคลากรด้านสุขภาพ หรือบุคคลอื่น ๆ รวมถึง หน่วยงานของรัฐและเอกชน ซึ่งบุคคลเหล่านี้คือ แหล่งสนับสนุนอย่างเป็นทางการของผู้สูงอายุ

### 1. ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม (Types of social support)

แรงสนับสนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 4 ประเภทหลัก (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2565)

#### 1.1 แรงสนับสนุนด้านเงิน (Financial support)

แรงสนับสนุนด้านเงิน คือ การให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุด้วยเงินเท่านั้น ถือเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ เพราะเงินเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง และบุตรผู้สูงอายุไม่สามารถครอบคลุมได้ เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง แรงสนับสนุนด้านการเงินอาจมาในแบบของเบี้ยยังชีพหรือเบี้ยบำนาญผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นรายได้ส่วนหนึ่งที่รัฐบาลจัดสรรให้ผู้สูงอายุทุกคน

แรงสนับสนุนด้านการเงินต่อผู้สูงอายุไม่ได้หมายถึงการที่บุตรเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนด้านนี้แก่ผู้สูงอายุอย่างเดียว หน่วยงานของรัฐยังเป็นส่วนหนึ่งในการให้แรงสนับสนุนด้านการเงิน

ต่อผู้สูงอายุ เช่น การให้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และนอกจากนี้ในการแสดงความกตัญญูต่อพ่อแม่ไม่ใช่เพียง การแสดงออกโดยการสนับสนุนด้านการเงินเพียงอย่างเดียว การสนับสนุนด้านอื่นสามารถเป็นการ แสดงออกถึงความกตัญญู ความรัก ความผูกพันที่บุตรมีต่อพ่อแม่ได้ เช่น แรงสนับสนุน ด้านร่างกาย

### 1.2 แรงสนับสนุนด้านร่างกาย (Instrumental support)

แรงสนับสนุนด้านร่างกาย หมายถึง การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยร่างกาย เช่น การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การจ่ายตลาด หรือการดูแลด้านอื่น ๆ ด้วยร่างกาย ผู้ที่ให้แรงสนับสนุนด้านร่างกายต่อผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น บุตร หลาน คู่ครอง บุตรเขย บุตรสะใภ้ ที่อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากกว่าบุตรหลานที่อยู่ห่างไกล หากบุตรหลานที่ไปทำงาน ต่างจังหวัด แรงสนับสนุนด้านร่างกายนี้จะเกิดขึ้นเมื่อกลับมาเยี่ยมผู้สูงอายุ และนอกจากนี้ยังมีญาติ เพื่อนบ้าน และหน่วยงานของรัฐที่มีส่วนในการให้แรงสนับสนุนนี้แก่ผู้สูงอายุได้ด้วยเช่น อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) หรือ อพส.(อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ) ที่เป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้สูงอายุ

### 1.3 แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ (Material support)

แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ หมายถึง การให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุด้านอาหาร เสื้อผ้า หรือสิ่งของอื่น ๆ โดยผู้ที่ให้แรงสนับสนุนนี้ของแก่ผู้สูงอายุสามารถเป็นได้ทั้งสมาชิก ในครอบครัว เพื่อนบ้าน หน่วยงานของรัฐ และหน่วยงานเอกชน โดยสำหรับบุตรที่ทำงานห่างไกล มักจะให้แรงสนับสนุนด้านสิ่งของในรูปของ "ของฝาก" ซึ่งอาจนำมาด้วยตนเอง ฝากเพื่อน หรือส่งผ่าน การขนส่งมาให้ให้อาจจะเป็นสิ่งที่ใช้อยู่เป็นปกติ แต่หากเป็นของฝากจากบุตรหลานผู้สูงอายุก็น่าจะรู้สึกว่ สิ่งนั้นเป็นสิ่งที่พิเศษและมีคุณค่า โดยเฉพาะในชนบทไทยนั้นบุตรหลานมักจะกลับมาเยี่ยมพ่อแม่ ที่สูงวัยในวันหยุดสำคัญ เช่น วันสงกรานต์ และวันปีใหม่ โดยบุตรหลานมักจะนำสิ่งของรวมถึงอาหาร ที่ผู้สูงอายุชอบมอบให้ผู้สูงอายุเสมอ แรงสนับสนุนด้านสิ่งของนี้สามารถเกิดขึ้นได้ใน 2 ทิศทาง คือ บุตรหลานให้แรงสนับสนุนนี้แก่ผู้สูงอายุและผู้สูงอายุให้แรงสนับสนุนนี้แก่บุตรหลานเช่นกัน ดังนั้นแรงสนับสนุนด้านสิ่งของเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุควรได้รับด้วย

### 1.4 แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support)

แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ การช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจ การปลอบใจ ถือว่ามีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตใจของผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีบทบาทสำคัญ มากที่สุด คือ บุตร รองลงมา คือ สมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้เพื่อนบ้าน และตัวแทนจากหน่วยงาน ขององค์กรรัฐและเอกชนยังสามารถให้แรงสนับสนุนนี้ได้ สำหรับบุตรที่อยู่ห่างไกลแรงสนับสนุนนี้ สามารถเกิดขึ้นได้จากการใช้การสื่อสารทางไกล เช่น การโทรศัพท์ การสื่อสารออนไลน์ ทางอินเทอร์เน็ต รวมไปถึงหน่วยงานของรัฐที่ให้แรงสนับสนุนนี้กับผู้สูงอายุในช่วงเทศกาล

วันสงกรานต์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการอวยพรจากเยาวชน แสดงถึงการเป็นบุคคลที่ประชาชนวัยต่าง ๆ ให้ความเคารพ ซึ่งส่งผลให้สุขภาพกายของผู้สูงอายุดีขึ้นด้วยเพราะเมื่อสุขภาพจิตดีสุขภาพกายก็จะดีด้วย นอกจากนี้ครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นภาคส่วนที่มีบทบาทสำคัญในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ

### **บทบาทของภาคส่วนในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ**

ภาคส่วนในที่นี่หมายถึง ครอบครัว ชุมชน/สังคม และประเทศชาติ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุ โดยบทบาทของแต่ละภาคส่วนในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุมีดังต่อไปนี้ (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2565)

#### **1. บทบาทของครอบครัว**

ครอบครัวของผู้สูงอายุ มีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวคือ ผู้ให้แรงสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุ ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมที่สมาชิกในครอบครัวสามารถให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุได้ คือ

##### **1.1 แรงสนับสนุนด้านเงิน**

สมาชิกในครอบครัวในที่นี่ หมายถึง บุตร หลาน ลูกสะใภ้/เขย พี่ น้อง ญาติสมาชิกในครอบครัว คือ ผู้ที่มีบทบาทหลักในการให้แรงสนับสนุนด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุรายเดือนที่รัฐบาลจัดให้ผู้สูงอายุอาจไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพของผู้สูงอายุ ดังนั้นบทบาทในการสนับสนุนด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุ คือ บทบาทของสมาชิกในครอบครัว

##### **1.2 แรงสนับสนุนด้านร่างกาย**

การดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย เช่น การทำอาหาร การทำงานบ้าน และอื่น ๆ คือ สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือโดยเฉพาะผู้สูงอายุติดเตียง สมาชิกในครอบครัวคือ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในส่วนนี้

##### **1.3 แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ**

การมอบสิ่งของให้ผู้สูงอายุโดยคนในครอบครัวเป็นความสำคัญอย่างมากแสดงถึงความเคารพ ความผูกพัน ความห่วงใย ซึ่งมีคุณค่าทางจิตใจของผู้สูงอายุ แม้ว่ามูลค่าของสิ่งของนั้นมิได้มีมูลค่ามาก การที่คนในครอบครัวให้แรงสนับสนุนด้านสิ่งของแก่ผู้สูงอายุทำให้เห็นถึงความห่วงใยและความเคารพ สิ่งนี้ช่วยจรรโลงจิตใจให้แก่ผู้สูงอายุได้แม้ในยามปกติ

##### **1.4 แรงสนับสนุนด้านอารมณ์**

บทบาทหนึ่งที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว คือ การให้แรงสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนด้านนี้มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุดังที่ได้กล่าวไว้ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์จากสมาชิกในครอบครัวอาจแสดงออกโดยทางการสื่อสาร เช่น คำพูดปลอบ คำปรึกษา การให้กำลังใจ และสามารถส่งผ่านทางโทรศัพท์มือถือ หรือข้อความทางไลน์ ผู้สูงอายุในยุคปัจจุบัน

ส่วนใหญ่ใกล้ชิดกับเทคโนโลยีสมัยใหม่ มีการใช้โทรศัพท์มือถือติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นจึงเป็นการง่ายและสะดวกในการที่สมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่ อยู่ไกลบ้านจะติดต่อกับพ่อแม่ผู้สูงอายุทางอินเทอร์เน็ตโดยผ่านโทรศัพท์มือถือ

## 2. บทบาทของชุมชนและสังคม

บทบาทหลักของชุมชนและสังคมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ และสนับสนุนด้านการเงินและและสิ่งของด้านสิ่งของ (สุภาพรณี สุตหนองบัว, 2565)

### 2.1 แรงสนับสนุนด้านเงิน

ชุมชนและสังคมมีบทบาทในการให้แรงสนับสนุนด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุ เช่น การจัดตั้งกองทุนออมทรัพย์ กองทุนฌาปนกิจสำหรับผู้สูงอายุ สิ่งนี้แสดงให้เห็นถึงการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนนอกจากนี้ชุมชนบางชุมชนมีการรวมกลุ่มกันสร้างอาชีพเพื่อเป็นการหารายได้ให้ผู้สูงอายุ เช่น การทำผลิตภัณฑ์ OTOP ชุมชน การสร้างรายได้นี้ถือเป็นการที่ชุมชนให้แรงสนับสนุนด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุ

### 2.2 แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ

ในช่วงเทศกาลที่สำคัญ เช่น วันผู้สูงอายุซึ่งตรงกับวันสงกรานต์ คือวันที่ 13 เมษายนของทุกปีเกือบทุกชุมชนในประเทศไทยได้จัดพิธีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุขึ้นเพื่อเป็นการแสดงถึงความสำคัญของผู้สูงอายุเป็นการเคารพให้เกียรติผู้สูงอายุ โดยในพิธีนี้จะมีการมอบเงิน สิ่งของให้แก่ผู้สูงอายุด้วย ซึ่งถือเป็นบทบาทที่ดีของชุมชนที่ดำรงคุณค่าแก่ผู้สูงอายุ แต่พิธีนี้มีเพียงปีละครั้งเท่านั้น หากมีการมอบสิ่งของเพื่อช่วยเหลือในโอกาสต่าง ๆ อีกจะเป็นการดียิ่งขึ้น

## 3. บทบาทของรัฐบาล

ในระดับประเทศ รัฐบาลมีบทบาทสำคัญในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ ที่สำคัญคือ แรงสนับสนุนด้านร่างกาย และแรงสนับสนุนด้านการเงิน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (สุภาพรณี สุตหนองบัว, 2565)

### 3.1 แรงสนับสนุนด้านร่างกาย

จากการที่กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้ดำเนินโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ถือว่าเป็นบทบาทที่สำคัญของรัฐบาลในการให้แรงสนับสนุนด้านร่างกายแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งบทบาทนี้ถือว่าเป็นกลไกในระดับชุมชนอีกอย่างหนึ่งในการดูแลช่วยเหลือคุ้มครองผู้สูงอายุในชุมชนโดยมีอาสาสมัครชุมชนที่มีจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุนับเป็นมาตรการ เชิงรุกในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

### 3.2 แรงสนับสนุนด้านเงิน

การให้เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุของรัฐบาลถือว่าเป็นบทบาทของรัฐบาลในระดับประเทศ ที่ให้แรงสนับสนุนด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุ แม้ว่ารัฐบาลจะพยายามให้การช่วยเหลือนี้แก่ผู้สูงอายุ

ทุกกลุ่มอายุและทุกคนในพื้นที่ แต่จำนวนเบี้ยยังชีพอาจไม่เพียงพอต่อผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในประเทศ ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ และไม่ใช้ข้าราชการบำนาญปัญหานี้อาจมีมากขึ้น ดังนั้นรัฐบาลควรต้องมีมาตรการเตรียมความพร้อมในเรื่องนี้ให้มากขึ้น เพื่อรองรับจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่กำลังเพิ่มมากขึ้น

โดยสรุปแรงสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวมาแล้วทั้งหมด มีอิทธิพลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการให้แรงสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุ คือ บุตรของผู้สูงอายุ รองลงมาคือ สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เช่น คู่ครอง หลาน บุตรเขย บุตรสะใภ้ ญาตินอกจากนี้ ชุมชน/สังคม และรัฐบาล เป็นแหล่งให้แรงสนับสนุนแหล่งหนึ่งที่มีบทบาทต่อผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน แรงสนับสนุนในแต่ละด้านนี้มีความสำคัญที่แตกต่างกันตามบทบาทที่แต่ละภาคส่วนจะสามารถให้ได้ หากผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนครบทุกด้านตามที่กล่าวมาแล้ว จะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย 2 ทางหลัก คือ แรงสนับสนุนที่มาจากบุตร และแรงสนับสนุนที่มาจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุตร เช่น ญาติ หลาน เพื่อน บ้าน รวมไปถึงหน่วยงานของรัฐและเอกชน ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 4 ประเภทหลัก ได้แก่ 1. แรงสนับสนุนด้านเงิน ในส่วนครอบครัวจะเป็นการให้เงินใช้จ่าย ในส่วนของทางชุมชนและสังคมให้การสนับสนุนด้านการเงิน เช่น กองทุนออมทรัพย์ กองทุนฌาปนกิจสำหรับผู้สูงอายุ ในส่วนของรัฐบาลจะให้การสนับสนุนด้านการเงินเป็นเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ 2. แรงสนับสนุนด้านร่างกาย ในส่วนของครอบครัวจะเป็นการช่วยเหลือดูแลในการทำงานบ้าน เตรียมอาหาร หรือให้การดูแลด้านอื่น ๆ ด้วยร่างกาย ในส่วนของรัฐบาลมีการช่วยเหลือมีอาสาสมัคร ชุมชนมาดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 3. แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ ในส่วนของครอบครัวเป็นการดูแลด้านสิ่งของ เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม ที่แสดงถึงความเคารพห่วงใย ซึ่งมีคุณค่าทางจิตใจของผู้สูงอายุ ในส่วนของชุมชนและสังคม จะมีการมอบเงิน มอบสิ่งของให้ผู้สูงอายุเพื่อช่วยเหลือในโอกาสต่าง ๆ 4. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ในส่วนของครอบครัวเป็นการช่วยเหลือดูแลด้านจิตใจ ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมจะเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยเสริมให้ผู้สูงอายุนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### ทฤษฎี PRECEDE – PROCEED Model

แบบจำลอง PRECEDE – PROCEED Model เป็นเครื่องมือสำคัญของนักสุขศึกษาที่นำมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพและสุขศึกษา ได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดยนักพฤติกรรมศาสตร์และนักสุขศึกษา 2 ท่านคือ Lawrence W. Green และ Matthew W. Krueter (สุริย์พันธุ์ วรพงศธร, 2558) แบบจำลอง PRECEDE Model เป็นแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรม

สุขภาพแบบสหปัจจัย (นรลักษณ์ เอื้อกิจและลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562) เกิดขึ้นในปี 1970 โดย Lawrence W. Green พัฒนา PRECEDE Model ขึ้นมา มี 5 ระยะ ต่อมาในปี ค.ศ. 1991 Lawrence W. Green และ Matthew W. Krueter ร่วมกันพัฒนาในส่วน PROCEED Model เพิ่มเติมอีก 4 ระยะ จนได้มาเป็น PRECEDE – PROCEED Model ที่ประกอบด้วย 9 ระยะ ในปี ค.ศ. 1999 ได้มีการปรับเปลี่ยนคำศัพท์ใน PERCEDE Model จากคำว่า การวินิจฉัย (Diagnosis) เป็นคำว่า การประเมิน (Assessment) และเปลี่ยน “การศึกษาและองค์กร” (Organizational Diagnosis) เป็น “การศึกษาและนิเวศวิทยา” (Ecological Assessment) ในปี ค.ศ. 2005 ได้มีการลดจำนวนระยะในส่วนของ PERCEDE Model ให้เหลือ 4 ระยะ โดยการนำระยะที่ 2 และระยะที่ 3 มารวมกัน และเพิ่มปัจจัยด้านพันธุกรรมไว้ในระยะที่ 2 ทำให้ในระยะนี้มี 3 ปัจจัย คือ พฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และพันธุกรรม และเพิ่มกิจกรรมในโครงการส่งเสริมสุขภาพ (Intervention alignment) ในระยะที่ 4 พร้อมเปลี่ยนชื่อเป็นการประเมินด้านบริหารและนโยบาย และกิจกรรมในโครงการส่งเสริมสุขภาพ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562)

แบบจำลอง PERCEDE-PROCEED มีพื้นฐานแนวคิดด้านสุขภาพที่ว่า สุขภาพและความเสี่ยงด้านสุขภาพมีสาเหตุจากหลายปัจจัยทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล หรือภายนอกตัวบุคคล และการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพต้องการเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม สิ่งแวดล้อม และสังคม จะต้องมียุทธศาสตร์ในหลายมิติ โดยประกอบด้วย 2 ระยะ (นรลักษณ์ เอื้อกิจ และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี, 2562) ได้แก่

1. ระยะของการวินิจฉัยปัญหา เรียกว่า PRECEDE (Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) เป็นการนำปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ ในการวิเคราะห์ วินิจฉัยและประเมินผลทางพฤติกรรม

2. ระยะของการพัฒนาแผน เป็นขั้นตอนต่อจากระยะของการวินิจฉัยปัญหา เรียกว่า PROCEED (Policy Regulatory and Organization Constructs in Educational and Environment) สนใจในรายละเอียดของการทำงานส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่การกำหนดนโยบาย การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล

ขั้นตอนการทำงานของ PRECEDE-PROCEED MODEL มีด้วยกัน 8 ระยะ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562) ดังนี้

ระยะที่ 1 การประเมินด้านสังคม (Social Assessment) เพื่อพิจารณาและวิเคราะห์ “คุณภาพชีวิต” ของประชากรเป้าหมาย ผลการประเมินจะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเป้าหมายนั้น เพื่อหาตัวชี้วัดของคุณภาพชีวิต เป็นการศึกษาร่วมกันจากปัญหา ความต้องการ แหล่งทรัพยากร และอุปสรรคในการจัดการกับปัญหา และศึกษาข้อมูล

จากเอกสารต่าง ๆ เพื่อหาสาเหตุของปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการของชุมชน

ระยะที่ 2 การประเมินด้านระบาดวิทยา พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Epidemiological, Behavioral and Environmental Assessment) จำแนกการประเมินออกเป็น 2 ประเภทที่ต่อเนื่องกัน ประกอบด้วย 1. การประเมินด้านระบาดวิทยา (Epidemiological Assessment) เป็นการศึกษาค้นคว้าข้อมูลทางการแพทย์และวิทยาการระบาด เพื่อวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคม โดยดัชนีชี้วัดทางสุขภาพได้แก่ อัตราป่วย อัตราตาย ความพิการ ภาวะสุขภาพ และอุบัติการณ์ของโรค เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนงานสุขภาพ 2. การประเมินด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Assessment) วิเคราะห์ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่โน้มน้าวใจเสริมแรง และทำให้สามารถระบุพฤติกรรมและวิถีชีวิตได้

ระยะที่ 3 การประเมินการศึกษาและนิเวศวิทยา (Education and Ecological assessment) เป็นนำอิทธิพลของปัจจัยทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม มาแยกประเภทออกเป็น 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ 1. ปัจจัยนำ (Predisposing factors) คือ ปัจจัยในตัวบุคคลในระดับบุคลิกภาพที่มีอิทธิพลกระตุ้น หรือชี้ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมสุขภาพออกมา เช่น ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม หรือการรับรู้ความสามารถในการกระทำพฤติกรรมทางสุขภาพ 2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมสุขภาพตามที่ต้องการที่เป็นจากปัจจัยนำ เอื้อให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมโดยรอบที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หรือเป็นอุปสรรคที่ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น ทักษะส่วนบุคคล นโยบาย กฎระเบียบ ข้อบังคับ การเข้าถึงทรัพยากรหรือบริการต่าง ๆ 3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่ได้รับการตอบสนองจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งจากตนเองและบุคคลรอบข้าง เช่น ครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรทางการแพทย์ ที่ทำหน้าที่สนับสนุนให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ซึ่งปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและมีการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้น ๆ

ระยะที่ 4 การประเมินด้านการบริหารและนโยบาย และการสร้างกิจกรรมในโครงการส่งเสริมสุขภาพ (Administrative and Policy Assessment and Intervention Alignment) เป็นการประเมินความสามารถของการบริหาร และนโยบายของการจัดการโครงการส่งเสริมสุขภาพ เพื่ออธิบายถึงแหล่งทรัพยากรขององค์กรที่ต้องการสร้างแผนงานและดำเนินงานตามแผนงาน ทำให้โครงการส่งเสริมสุขภาพประสบความสำเร็จ

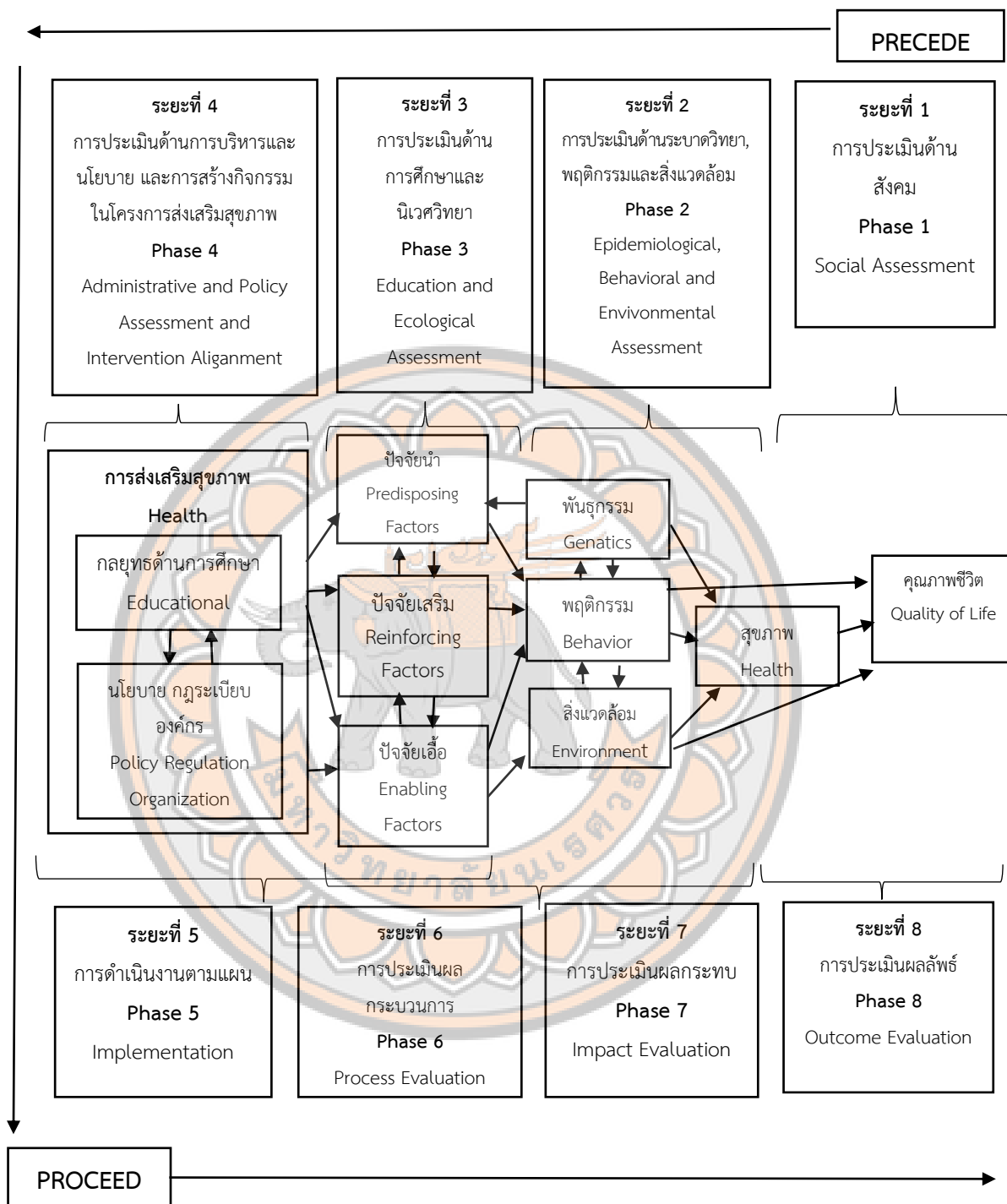
ระยะที่ 5 การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ (Implementation) เป็นการปฏิบัติตามแผนงานโครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดหาและพัฒนาศักยภาพให้กับคณะทำงานการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น และเผยแพร่สู่สาธารณะ

ระยะที่ 6 การประเมินผลกระบวนการ (Process evaluation) เป็นการประเมินผลในกระบวนการที่ดำเนินการแล้วสามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนตามเวลาที่กำหนดหรือไม่รวมถึงการประเมินปัญหาและอุปสรรคที่ไม่สามารถดำเนินการได้ อาจเป็นผลจากการบริหารจัดการทรัพยากรและนโยบายที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 7 การประเมินผลกระทบ (Impact evaluation) เป็นการประเมินผลการดำเนินโครงการในระยะสั้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ระยะที่ 8 การประเมินผลลัพธ์ (Outcome evaluation) เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ โดยเน้นที่ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิต

สรุปได้ว่า PRECEDE-PROCEED Model เป็นแบบจำลองการวางแผนและประเมินผลการดำเนินงานในด้านสุขภาพ เพื่อนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนและการประเมินผลของการดำเนินงานด้านสุขภาพ ซึ่งมีประกอบไปด้วย 8 ระยะ โดยจัดแบ่งเป็น PRECEDE Model 4 ระยะ คือระยะที่ 1 ถึงระยะที่ 4 และ PROCEED Model 4 ระยะ คือระยะที่ 5 ถึง ระยะที่ 8 ซึ่ง PRECEDE Model เป็นการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลโดยการนำเอาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมาเข้าช่วย ส่วน PROCEED Model เป็นการประเมินความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการ นโยบาย และกฎระเบียบข้อบังคับที่ตั้งไว้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ทางผู้วิจัยจึงเลือกใช้ PERCEDE Model มาเป็นกรอบแนวคิดในงานวิจัยโดยเลือกนำเอา 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ในระยะที่ 3 ของ PERCEDE Model เพื่อมาทำการศึกษาหาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ



ที่มา : Green & Krueter

ภาพ 1 องค์ประกอบเชิงทฤษฎีของแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model

## โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

### 1.สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19 ย่อจาก Coronavirus disease 2019) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนา ซึ่งมีชื่อทางการว่า SARS-CoV-2 ทำให้เกิด ไข้ ไอ และอาจมีปอดอักเสบ สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านทางของเหลวที่ออกจาก การไอ หรือจาม พบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน เป็นเมืองใหญ่มีผู้คนหนาแน่น จึงเกิดการระบาดใหญ่ได้รวดเร็ว องค์การอนามัยโลกประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern- PHEIC) ต่อมาพบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น ประเทศเกาหลีใต้ อิตาลี อิหร่าน สเปน ฝรั่งเศส พบว่าทวีปยุโรปมียอดผู้ป่วย ผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น วันละประมาณ 200-300 ราย กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ผู้สูบบุหรี่ และผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ซึ่งทวีปยุโรป (ประเทศอิตาลี ฝรั่งเศส อังกฤษ สเปน เป็นต้น) สหรัฐอเมริกา ลาตินอเมริกา (บราซิล) รัสเซีย อินเดีย แอฟริกาใต้ได้ทยอยเป็นศูนย์กลางการระบาดอย่างต่อเนื่อง

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ระบาดไปทั่วโลกกรมควบคุมโรคได้เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) เพื่อตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเริ่มคัดกรองหาผู้ติดเชื้อที่ช่องทางเข้าออกประเทศ พบผู้ติดเชื้อรายแรกเมื่อช่วงเดือนมกราคม พ.ศ.2563 ในระยะต่อมาจำนวนผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ ทั้งผู้ป่วยที่เดินทางมาจากต่างประเทศและผู้ป่วยที่ติดเชื้อภายในประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกประกาศในราชกิจจานุเบกษาโดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 กำหนดให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID -19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออันตรายในระยะต่อมาได้พบการแพร่ระบาดใหญ่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีการรวมกลุ่มคนจำนวนมากและมีความแออัด ประกอบกับในระยะดังกล่าวมีการประกาศปิดเมืองในพื้นที่กรุงเทพมหานครเกิดการเคลื่อนย้ายของประชากรออกไปยังจังหวัดต่าง ๆ ทำให้ผู้สัมผัสเชื้อกระจายออกไปยังต่างจังหวัดจนทำให้ยอดผู้ติดเชื้อของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นเหตุให้รัฐบาลต้องยกระดับการบริการจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยให้อยู่ในวงจำกัด โดยสั่งการให้ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานของรัฐปฏิบัติหน้าที่ร่วมกันภายในขอบเขตอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย และจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) การยกระดับมาตรการในการเฝ้าระวังและควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย โดยมีการกำหนดมาตรการ

ป้องกันโรคอย่างเคร่งครัดโดยเฉพาะการสวมใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ ลดการเดินทางที่ไม่จำเป็น หลีกเลี่ยงสถานที่เสี่ยงที่มีคนรวมกันอยู่อย่างแออัด สแกนไทยชนะหรือใช้หมอชนะ เผื่อระวังสังเกตอาการเป็นเวลา 14 วัน หลังไปตลาดที่มีรายงานผู้ติดเชื้อและหากมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หรือจุกไม่รับกลิ่น ลิ้นไม่รับรสให้รีบพบแพทย์และเปิดเผยประวัติการเดินทางให้มากที่สุด

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิธีชีวิตการทำงาน การดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชนทุกคนเกิดการปรับตัวและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบใหม่ขึ้น เพื่อให้เข้ากับสถานการณ์ไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนทั่วโลก หรือที่เรียกว่า "New Normal"

ราชบัณฑิตยสภา ได้บัญญัติศัพท์คำว่า "New Normal" แปลว่า ความปกติใหม่, ฐานวิถีชีวิตใหม่ หมายถึง รูปแบบการดำเนินชีวิตแบบใหม่ที่แตกต่างจากในอดีต เนื่องจากมีบางสิ่งมากระทบทำให้แบบแผนและแนวทางปฏิบัติที่คนในสังคมคุ้นเคยอย่างเป็นดีต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีใหม่ ภายใต้มาตรฐานแบบใหม่ที่ไม่คุ้นเคย

สุภากรณี พรหมบุตร (2564) ระบุว่า "New Normal" ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การใช้ชีวิตประจำวันจึงจำเป็นต้องมีการป้องกันตนเองเพื่อให้มีชีวิตรอดด้วยการปรับหาวิถีการดำเนินชีวิตแบบใหม่ให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควบคู่ไปกับการรักษาและฟื้นฟูศักยภาพทางเศรษฐกิจและธุรกิจ นำไปสู่การสร้างสิ่งประดิษฐ์และเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่มีการปรับแนวคิด วิสัยทัศน์ วิธีการจัดการ ตลอดจนพฤติกรรมทั้งด้านอาหาร การแต่งกาย การศึกษาเล่าเรียน การรักษาสุขภาพ การสื่อสาร การทำธุรกิจ ฯลฯ ซึ่งสิ่งใหม่ ๆ เหล่านี้ได้กลายเป็นความปกติใหม่ จนในทำให้เกิดความคุ้นชินจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตปกติของผู้คนในสังคม

**วิถีชีวิตแบบ New Normal ได้แก่ (กระทรวงแรงงาน, 2565)**

1. สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยก่อนออกจากบ้าน
2. ล้างมือเป็นประจำเมื่อออกจากบ้าน
3. รักษาระยะห่างทางสังคม
4. ติดต่อสื่อสารทางออนไลน์
5. หลีกเลี่ยงสถานที่แออัด
6. รักษาความสะอาดอยู่เสมอ
7. อยู่บ้านหรือทำงานที่บ้าน

ภายหลังจากการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในต่างประเทศคลี่คลายลงมีการเปิดประเทศมากขึ้น โดยความพร้อมของแต่ละประเทศขึ้นอยู่กับศักยภาพในการจัดการกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการฉีดวัคซีนให้กับประชาชน และปัจจุบันมีหลายประเทศที่มีการผ่อนปรนการใส่หน้ากากอนามัยในที่สาธารณะ

เนื่องจากประชาชนได้รับวัคซีนเพิ่มมากขึ้น และในวันที่ 5 พฤษภาคม 2566 องค์การอนามัยโลก ประกาศยกเลิกสถานะฉุกเฉินของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยจะไม่ใช้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระดับโลกอีกต่อไป เนื่องจากสถานการณ์การติดเชื้อของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในช่วงขาลงประชาชนมีภูมิคุ้มกันมากขึ้น ทั้งจากการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด และการติดเชื้อ และจากคำแนะนำของคณะกรรมการเกี่ยวกับการระบาดใหญ่ของ COVID-19 ระบุว่าขณะนี้ COVID-19 เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นที่ยอมรับและต่อเนื่อง ซึ่งไม่ถือเป็นเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่เป็นข้อกั่วงระหว่างประเทศ (PHEIC) และสำหรับประเทศไทยกระทรวงสาธารณสุข ได้ออกมาประกาศยกเลิกโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ออกจากการเป็นโรคติดต่ออันตราย และประกาศให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังและผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565 โดยยังมีมาตรการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้รองรับการเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง โดยก่อนเข้าประเทศยกเลิกแสดงเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเอกสารวัคซีน หรือผลการตรวจ ATK โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปรับมาตรการแยกกักสำหรับผู้ป่วยอาการน้อย หรือผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ไม่แสดงอาการให้ปฏิบัติตาม DMHT อย่างเคร่งครัด 5 วัน และให้คำแนะนำแก่ประชาชน ให้มีพฤติกรรมป้องกันตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม เช่น การสวมหน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง ล้างมือ และตรวจ ATK เมื่อมีอาการ (เจาะลิขระบบสุขภาพ, 2565)

## 2. การป้องกันตนเองภายหลังจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การป้องกันตัวเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือ โควิด-19 เป็นมาตรการที่ประชาชนทุกคนควรทำและให้ความร่วมมือ เพื่อช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงในการเกิดโรครวมถึงลดการแพร่กระจายเชื้อในสังคม ซึ่งมาตรการดังกล่าวสามารถทำได้ ดังนี้ (กรมอนามัย, 2566)

2.1 การล้างมือ ใช้สบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ล้างมือเป็นประจำ โดยเฉพาะหลังจากสัมผัสพื้นผิวสาธารณะ หรือก่อนรับประทานอาหาร

2.2 การสวมใส่หน้ากากอนามัย เพื่อลดการฟุ้งกระจายของละอองฝอย สวมหน้ากากอนามัยในสถานที่แออัดหรือระบบปิด เช่น ขนส่งสาธารณะ โรงพยาบาล หรือพื้นที่ที่มีผู้คนหนาแน่น

2.3 การเว้นระยะห่าง คือ การหลีกเลี่ยงการจับมือ เลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกัน ควรอยู่ห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร เลี่ยงไปในสถานที่แออัดหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

2.4 สังเกตอาการตนเอง หากมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หรือเหนื่อยหอบ ควรแยกตัว และเข้ารับการตรวจหาเชื้อทันที

2.5 การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ควรฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ครบตามเกณฑ์ หรือกรณีที่ยังไม่ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงกลุ่ม 608 และผู้ที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบทางเดิน

### 3. ภาวะ Long Covid

องค์การอนามัยโลก (2564) ได้ให้ความหมายของ ภาวะ Long Covid ว่าเป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหรือมีอาการต่อเนื่องหลังจากหายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนมากตั้งแต่ 3 เดือน นับจากวันตรวจพบเชื้อ และมีอาการต่อเนื่องอย่างน้อย 2 เดือน

รพีพรรณ รัตนวงศ์นรา มอร์ด (2564) ได้ให้ความหมายว่า Long Covid คือ อาการที่ยังคงมีอยู่ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งจะพบได้หลังจากการหายป่วย หากมีอาการส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน

สันต์ หัตถิรัตน์ (2564) ได้ให้ความหมายว่า Long Covid คือ ภาวะที่มีอาการเกิดขึ้นหลังหายจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจะมีอาการต่อเนื่อง 4 สัปดาห์ขึ้นไป หรืออาจจะใช้เวลาหลาย ๆ เดือน

กรมการแพทย์ โดยสถาบันโรคทรวงอก (2565) ได้ให้ความหมายว่า Long Covid คือ อาการที่เหลืออยู่ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมักพบหลังจากที่หายป่วย หากมีอาการที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตควรรับปรึกษาแพทย์

รับพร ทักษิณวราจารย์ (2565) ได้ให้ความหมายว่า Long Covid คือ อาการทางด้านจิตใจ และทางด้านร่างกาย ที่ยังหลงเหลืออยู่หลังจากหายจากการติดเชื้อโคโรนาไวรัสโคโรนา 2019 อาจเป็นผลกระทบทางตรง และทางอ้อมที่เกิดขึ้นในช่วงการติดเชื้อลักษณะอาการอาจเหมือน หรือแตกต่างกับ อาการในช่วงที่ติดเชื้อโคโรนาไวรัสโคโรนา 2019

วรัชมน จันทร์เบญจกุล (2565) ได้ให้ความหมายว่า Long Covid คือ ภาวะของร่างกาย ที่ยังคงมีอาการของโรคหลงเหลือถึงจะหายจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้ว

#### 3.1 อาการของภาวะ Long Covid ที่พบ

องค์การอนามัยโลก (2564) ระบุว่าอาการที่พบบ่อยในผู้ที่มีภาวะ Long Covid ได้แก่ อาการเหนื่อยเพลีย หายใจลำบาก การทำงานของหัวใจผิดปกติ ปัญหาเรื่องความจำและสภาพจิตใจ การได้กลิ่นผิดปกติ อารมณ์ผิดปกติ นอนไม่หลับ

รพีพรรณ รัตนวงศ์นรา มอร์ด (2564) ระบุว่าภาวะ Long Covid ถูกแบ่งเป็นทั้งหมด 3 ประเภท ซึ่งแบ่งแยกตามลักษณะอาการ ดังนี้

1. ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการใหม่ หรืออาการเดิมไม่หายไป (New or ongoing symptoms) คือการที่ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นมีอาการยาวนานต่อเนื่องไปเป็นระยะเวลาานหลายเดือนหลังจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นครั้งแรก มักพบในคนไข้อาการรุนแรงตั้งแต่ต้น และทวีคูณความรุนแรงมากขึ้นเมื่อออกกำลังกายหรือใช้สมาธิจดจ่อมาก ๆ โดยมีอาการ เช่น

1.1 เป็นไข้ ปวดหัว วิงเวียนศีรษะคล้ายจะเป็นลม

1.2 หายใจเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ไอ แน่นหน้าอก อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย

- 1.3 ปวดท้อง ท้องเสีย รับประทานอาหารไม่ลง
- 1.4 ปวดหู หรือมีเสียงในหู
- 1.5 ใจสั่น ขาดสมาธิ หรือคิดอะไรไม่ออก หัวตื้อ นอนไม่หลับ อารมณ์แปรปรวน
- 1.6 มีอาการชา ปวดกล้ามเนื้อและข้อ
- 1.7 ไม่ได้กลิ่นหรือรับรสได้ไม่ดี
- 1.8 ผื่นตามตัว
- 1.9 รอบประจำเดือนมาผิดปกติ

2. ภาวะที่ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความผิดปกติในหลายอวัยวะ (multiorgan effects) คือ การที่ผู้ป่วยนั้นมีอาการผิดปกติเกี่ยวเนื่องกับอวัยวะหลายส่วนในร่างกาย โดยมีสาเหตุจากปฏิกิริยาทางสรีรวิทยาที่รุนแรงอย่าง cytokine storm ที่ร่างกายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่สามารถควบคุมการหลั่งสารในระบบภูมิคุ้มกันกลุ่ม cytokine ได้ส่งผลให้เนื้อเยื่อของอวัยวะหลายส่วนถูกทำลายโดยระบบภูมิคุ้มกันของตัวเอง มักพบมากที่บริเวณเนื้อเยื่อหัวใจ ปอด ไต สมอง และผิวหนังและในเด็กอาจพบการเกิดโรค Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Associated with COVID-19 (MIS-C) ที่มีอาการโรคคาวาซากิ (Kawasaki Disease) คือ เกิดการอักเสบในหลายอวัยวะ มีไข้สูง ผื่นขึ้น ตาแดง ต่อม้ำเหลืองโต อาจเกิดขึ้นได้ในขณะที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่หรือหลังหายทันที โดยโรคนี้อาจมีผลกระทบต่อหลายอวัยวะ (multiorgan effects) ในระยะยาวได้

3. ผลกระทบระยะยาวจากการนอนโรงพยาบาลและการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดในกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีการนอนโรงพยาบาล โดยเฉพาะห้อง ICU ที่ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ อาจทำให้แขนขาไม่ค่อยมีแรงและยังคงรู้สึกเหนื่อยล้าอยู่แม้จะไม่มีเชื้อโควิดอยู่แล้ว ในบางกรณีอาจมีผลต่อเรื่องการคิดและคำพูด นำไปสู่ภาวะที่มีอาการผิดปกติทางจิตใจหลังจากประสบเหตุการณ์รุนแรง (post-traumatic stress disorder; PTSD) เช่น การได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือถูกปั๊มหัวใจในการช่วยชีวิต ส่งผลให้เกิดความเครียดฉับพลันและอาจสะสมอย่างต่อเนื่อง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2565) ระบุว่าอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะ Long Covid เช่น อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย อ่อนล้า หายใจลำบาก/ หอบเหนื่อย ไอ นอนไม่หลับ เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ วิตกกังวล/ เครียด หลงลืม ความจำสั้น ผม่วง เจ็บหน้าอก

#### 4. กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะ Long Covid

รับพร ทักษิณารাজার (2565) ระบุว่ากลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะ Long Covid ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะอ้วน ผู้ป่วยโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคเบาหวานรวมถึงกลุ่มผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้หญิงวัยทำงาน ผู้ที่ปอดอักเสบรุนแรงขณะติดโควิด

## 5. แนวทางป้องกัน Long Covid

รับพร ทักษิณวราจาร (2565) ระบุว่าแนวทางเบื้องต้นที่ควรทำเพื่อลดความเสี่ยงจากภาวะรุนแรงของโรค และจาก Long Covid ได้แก่

5.1 การเข้ารับการฉีดวัคซีน

5.2 มีโรคประจำตัว พยายามดูแลตนเอง และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ให้อาการของโรคอยู่ในระดับที่ควบคุมได้

5.3 รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ หมั่นออกกำลังกายเป็นประจำ

5.4 ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

5.5 ทำจิตใจให้สดชื่น แจ่มใส ไม่เครียด ไม่วิตกกังวล

สรุปได้ว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มีการแพร่ระบาดจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ซึ่งโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนผ่านละอองฝอยจากการไอหรือจาม รวมไปถึงสารคัดหลั่ง ในประเทศไทยได้มีการกำหนดมาตรการป้องกันโรค โดยเฉพาะการสวมใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ ลดการเดินทางที่ไม่จำเป็น หลีกเลี่ยงสถานที่เสี่ยงที่มีคนรวมกันอยู่อย่างแออัด สแกนแอปพลิเคชันไทยชนะ หรือหมอชนะ เผื่อระวังสังเกตอาการเป็นเวลา 14 วัน ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ประชาชนทุกคนต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบใหม่ขึ้นทั้งในด้านการทำงานอยู่ที่บ้าน การเว้นระยะห่างทางสังคม ไม่ไปในที่ ๆ มีการแออัดของคนจำนวนมาก และมีการใช้สื่อเทคโนโลยีในการสื่อสารเพิ่มมากขึ้น และจากการการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ที่เคยป่วยมักจะมีภาวะ Long Covid ซึ่งจะมีอาการเหนื่อยเพลีย หายใจลำบาก การทำงานของหัวใจผิดปกติ โดยอาการเหล่านี้จะยังมีต่อเนื่องอย่างน้อย 2 เดือน แนวทางในการป้องกันภาวะ Long Covid ได้แก่ การเข้ารับการฉีดวัคซีนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะอ้วน ผู้ป่วยโรคประจำตัว จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ให้อาการของโรคอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ รับประทานอาหารให้ครบถ้วน ดูแลตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ ภายหลังจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งในประเทศและต่างประเทศได้มีการออกมาประกาศยกเลิกภาวะฉุกเฉินของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคประจำถิ่น เนื่องจากประชาชนมีภูมิคุ้มกันจากการฉีดวัคซีนและการเป็นโรคแล้ว แต่ยังคงมีมาตรการในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเพื่อรองรับการเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังอยู่

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยภายในประเทศ

ดวงนภา ศาสตร์ภัทร และคณะ (2564) ทำการศึกษาผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-70 ปี มีคุณภาพชีวิตดีกว่าอายุ 80-89 ปี ส่วนระดับการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีคุณภาพชีวิตดีกว่าระดับมัธยมศึกษาและไม่ได้ศึกษา และผู้สูงอายุที่ศึกษาระดับมัศึกษามีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นครอบครัวเดี่ยวมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นครอบครัวขยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตพบว่า ตัวแปรที่เข้าร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความภาคภูมิใจ ความเครียด การมีส่วนร่วมในชุมชน ตัวแปรอิสระด้านปัจจัยทางจิตวิทยาที่ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 26.0 ( $R^2 = .260, t = 2.93, p < .01$ ) พบว่า ความภาคภูมิใจในตนเองมีความสำคัญมาก การรักตัวเอง มั่นใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุเห็นตนเองมีคุณค่า มีประสิทธิภาพจะเกิดความเชื่อมั่น ความศรัทธาในตนเอง และคิดว่าตนเองยังมีศักดิ์ศรีจะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความเครียด มีค่าสัมประสิทธิ์เป็นค่าลบ หมายความว่ายิ่งมีความเครียดมากขึ้นเท่าใดก็ยิ่งทำให้คุณภาพชีวิตลดลงมากขึ้น และการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้สูงอายุทำให้เกิดศักยภาพในด้านภูมิปัญญา ทักษะ ความรู้ ความสามารถ การจัดการ และยังทำให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การที่ได้ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองเป็นที่ยอมรับของคนในครอบครัว ชุมชน และสังคม และทำงานในชุมชนด้วยความสุข เพิ่มคุณภาพชีวิต

ปริญญา สัตตะบุตร และคณะ (2564) ทำการศึกษา การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล และครอบครัวในจังหวัดเพชรบูรณ์ ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม และด้านร่างกายที่ดี ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพอารมณ์ที่ดีอยู่ในระดับมาก (2) ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวม ไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีอายุ การศึกษา รายได้ และสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตโดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (3) แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสภาพความเป็นอยู่ที่ดี 2) ด้านสภาพร่างกายที่ดี 3) ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง 4) ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม 5) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 6) ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี

มนทิญา กงลา (2564) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท เขตเทศบาลอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.3 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ร้อยละ 57.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 51.8

ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 49.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำสวน ทำไร่ ร้อยละ 60.7 รายได้ของครอบครัวพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 40.1 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 1,500 บาท ร้อยละ 51.8 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.3 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ที่ระดับปานกลางทุกด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ร้อยละ 63.6 ด้านจิตใจ ร้อยละ 61.5 สัมพันธภาพทางสังคม ร้อยละ 43.3 และสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 61.1 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท เขตเทศบาลอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ พบว่า เพศชาย มีคุณภาพชีวิตดี เป็น 2.15 เท่า เมื่อเทียบกับคุณภาพชีวิตเพศหญิง (95%CI: 1.20-3.86, p = 0.001) การรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในระดับต่ำ มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากระดับต่ำ-ปานกลางไปเป็นระดับสูง หรือจากระดับต่ำไปเป็นระดับปานกลาง-ระดับสูง เป็น 4.13 เท่า (95%CI: 1.61-10.62, p = 0.003) และผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากระดับปานกลาง ระดับสูง เป็น 3.74 เท่า (95%CI: 1.56-9.07, p = 0.003) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เป็น 0.40 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขต่ำ (95%CI: 0.20-0.79, p = 0.009) การมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชน พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็น 0.49 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนต่ำ (95%CI: 0.24-0.99, p = 0.050) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำมีโอกาส จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากระดับต่ำ-ปานกลาง ไปเป็นระดับสูง หรือจากระดับต่ำไปเป็นระดับปานกลาง-ระดับสูง เป็น 6.95 เท่า (95%CI: 2.12-23.15, p = 0.001) และผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง มีโอกาสที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากระดับปานกลาง-ระดับสูงเป็น 2.58 เท่า (95%CI: 1.41-4.75, p = 0.002)

สุรียัวรรณ สีลาดเลา และคณะ (2564) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางนกแขวก อำเภอคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.6 มีอายุช่วง 75-100 ปี ร้อยละ 40.2 สถานะภาพสมรส ร้อยละ 45.7 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.1 ส่วนใหญ่รายได้ต่ำกว่า 2,000 บาท ร้อยละ 63.0 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.1 จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีจำนวน 3-5 คน ร้อยละ 51.1 ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 56.0 ส่วนใหญ่ไม่มีผู้ให้การดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 59.0 ส่วนใหญ่ไม่มีกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชน ร้อยละ 55.4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}$  = 3.30, S.D. = 0.817) พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x}$  = 3.21, S.D. = 0.830)

ด้านจิตใจ พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.55$ , S.D. = 0.522) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.94$ , S.D. = 0.694) ด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.32$ , S.D. = 0.526) การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะในครอบครัว กลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุที่ไปมาหาสู่กันเป็นประจำในชุมชนที่แตกต่างกันมีระดับความเครียดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อุไรวรรณ ทศนีย์สุวรรณ (2564) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า 1) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีคุณภาพชีวิตดี และ 2) ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสุขภาพในระดับดี การศึกษาระดับประถมศึกษา การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อย และอายุ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 31.60 ( $R^2 = .316$ ,  $p < 0.001$ )

เกษมณี นบน์อม และคณะ (2565) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในเขตตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอชูขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษา พบว่า ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.4 อายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 82.2 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.5 สามารถประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 47.1 ปัจจัยนำต่อคุณภาพชีวิต พบว่า ส่วนใหญ่มีการควบคุมการรับประทานอาหาร ร้อยละ 71.2 มีการออกกำลังกาย ร้อยละ 66.9 มีการจัดการความเครียด ร้อยละ 94.5 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 86.5 และไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 74.8 ปัจจัยเอื้อต่อคุณภาพชีวิต พบว่า มีหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 87.1 ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 68.7 และคนในครอบครัว ร้อยละ 13.5 สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพโดยมีพาหนะทั้งของตนเองและหน่วยงานภาครัฐ ร้อยละ 44.8 ปัจจัยเสริมต่อคุณภาพชีวิต พบว่า มีกิจกรรมหรือชมรม ร้อยละ 54.6 การเข้าร่วมกิจกรรม/ชมรมก่อนเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 66.3 มีความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนที่ดี ภาวะซึมเศร้า พบว่า มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย คุณภาพชีวิต พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับกลาง ร้อยละ 66.2 และคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 33.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ปัจจัยเอื้อด้านยาพาหนะที่ใช้เดินทางไปรับบริการสุขภาพ ( $\chi^2 = 15.4$ ,  $p < 0.001$ ) และภาวะซึมเศร้า ( $R^2 = 0.16$ ,  $p = 0.39$ )

จุฑาทิพย์ ชนชนะกุล และคณะ (2565) ทำการศึกษาปัจจัยสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตตำบลท่ากกแดง อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุในเขตตำบลท่ากกแดง อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยผลการเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตตำบลท่ากกแดง อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตตำบลท่ากกแดง อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ เมื่อจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล ด้านเพศ และสถานภาพการสมรส ไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลด้านอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ(หลังเกษียณ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งที่มาของรายได้ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตตำบลท่ากกแดง อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ พบว่า มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตตำบลท่ากกแดง อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมทุกด้านสามารถร่วมกันทำนายระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตตำบลท่ากกแดง อำเภอเซกา จังหวัดบึงกาฬ ได้ร้อยละ 57.60

ศรัญญูทร เครื่องประดับ และนิศาชล บุปผา (2565) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์ ตำบลห้วยสามพาด อำเภอประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี ผลการศึกษา พบว่าการปฏิบัติตน ความร่วมมือ และการสนับสนุนของผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 2.42$ , S.D. = .277) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ การเข้าถึงสิทธิการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ระดับมาก ( $\bar{x} = 2.82$ , S.D. = .447) การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าก่อนออกจากทุกครั้ง ระดับมาก ( $\bar{x} = 2.72$ , S.D. = .431) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ระดับมาก ( $\bar{x} = 2.64$ , S.D. = .597) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับมาก ( $\bar{x} = 2.64$ , S.D. = .586) วิเคราะห์รายตัวแปร พบว่า อายุ โรคประจำตัว การศึกษา รายได้ การเป็นสมาชิกกลุ่มทางสังคมที่ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อำพล ศรีมงคล และคณะ (2565) ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในองค์การบริหารส่วนตำบลหนองโก อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษา พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 3.84$ ) ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ( $\bar{x} = 3.95$ ) ด้านร่างกาย ( $\bar{x} = 3.90$ ) ด้านจิตใจ ( $\bar{x} = 3.80$ ) และด้านสัมพันธ์ทางสังคม ( $\bar{x} = 3.72$ ) ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 ได้แก่ ปัจจัยด้านการดูแลจากบุคคลในครอบครัว ( $X_1$ ) (Beta = 1.348) และปัจจัยด้านการส่งเสริมจากชุมชน ( $X_2$ ) (Beta = 1.283) สามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 61.50

อิสยาม อาแว และคณะ (2565) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยท่ามกลางสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนราธิวาส ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.70 อยู่ในช่วงอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 52.90 อาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 38.80 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 60.50 รองลงมาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 4.80 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.40 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 98.80 และสถานภาพครอบครัวมีผู้ดูแลหลักยามเจ็บป่วย ร้อยละ 80.30 ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดี เท่ากับ 7.60 (S.D.= 2.54) พบว่า ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย เท่ากับ 26.06 (S.D.= 5.95) ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ เท่ากับ 23.04 (S.D.= 5.01) ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม เท่ากับ 11.38 (S.D.= 2.54) ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม เท่ากับ 29.95 (S.D.= 5.01) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยท่ามกลางสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพ (OR = 1.677, 95%CI = 1.318-2.135,  $p < 0.001$ ) และโรคประจำตัวในอดีต (OR = 1.073, 95%CI = .358-3.213,  $p < 0.001$ )

#### งานวิจัยต่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

Herrera, M.S., Elgueta, R., Fernández, M.B. et al. (2021) ศึกษาความแตกต่างที่สำคัญในตัวเองซึ่งคุณภาพชีวิตก่อนและระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เปรียบเทียบความแตกต่างในช่วงเวลาที่สังเกตได้ในตัวอย่างโควิด-19 ก่อนการระบาดใหญ่และระหว่างจุดสูงสุดของการกักขังครั้งแรกในชิลี สุขภาพที่ประเมินด้วยตนเองและผลรวมของอาการทางสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงหลายประการในปัญหาสุขภาพเฉพาะด้าน เช่น ปัญหาเกี่ยวกับหน่วยความจำเพิ่มขึ้นจาก 27.06 เป็น 38.19%; ปัญหาเกี่ยวกับกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นจาก 21.44 เป็น 33.47%; ความรู้สึกแย่เพิ่มขึ้นจาก 34.50 เป็น 44.58% ของผู้ที่เพิ่งรายงานปัญหาเหล่านี้ คือ 22.47, 23.15 และ 24.58% ตามลำดับ อาการสุขภาพ 4 ประการดีขึ้น ผู้เข้าร่วมรายงานการหกล้มหรือกระดูกหักน้อยลงในการติดตาม (10.05 และ 3.74% ตามลำดับ) ปวดศีรษะน้อยลง (จาก 34.91 เป็น 29.26%) อาการวิงเวียนศีรษะน้อยลง (จาก 16.64 ถึง 12.48%) และขาบวมน้อยลง (จาก 33.70 เป็น 20.80%) อาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงติดตามผล จากค่าเฉลี่ย 4.25 เป็น 5.05 ในระดับ PHQ-9 ( $p < .001$ ) โดยรายการเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับมากกว่าครึ่งวันได้รับผลกระทบมากที่สุด (ตั้งแต่ 17.19 ถึง 28.71%) และรายการที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ “ฉันคิดว่าตัวเองเป็นคนขี้กังวล” (จาก 51.17 เป็น 64.07%) นอกจากนี้ 26.35% ของกลุ่มตัวอย่างโควิด-19 กลายเป็นบุคคลที่น่าเป็นห่วงในช่วงที่มีการระบาดใหญ่ คะแนนสเกลการรับมือกับความยืดหยุ่นโดยย่อเพิ่มขึ้นจาก 11.11

เป็น 13.26 ( $p < .001$ ) และรายการทั้งหมดเพิ่มขึ้น โดยหมวดหมู่สูงสุดของแต่ละรายการ (“อธิบายถึงตัวฉันได้เป็นอย่างดี”) เป็นประเภทที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด

Khorani, H., Mohammadi, F., Hosseinkhani, Z. et al. (2022) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและปัจจัยทำนายในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ชาวอิหร่านในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ในการศึกษาปัจจุบัน อายุเฉลี่ย 69.17 ปี และช่วงอายุที่เป็นไปได้คือ 60 ถึง 89 ปี คะแนนความกลัวต่อโควิด-19 คือ 21.05 และค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิต 59.31 ผลลัพธ์ของแบบจำลองการถดถอยพหุตัวแปรแสดงให้เห็นว่าความกลัวของโควิด-19 อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา การจัดการที่อยู่อาศัย และสถานการณ์ทางเศรษฐกิจเป็นตัวทำนายที่สำคัญที่สุดของคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอายุ ( $\beta = -0.49, p < 0.001$ ) และความกลัวของโควิด-19 ( $\beta = -0.44, p < 0.001$ ) ผู้เข้าร่วมมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าหากพวกเขามีระดับมัธยมศึกษา ( $\beta = 4.45, p = 0.008$ ) หรือเชิงวิชาการ ( $\beta = 6.25, p = 0.10$ ) ค่าเฉลี่ย ( $\beta = 9.18, p < 0.001$ ) และดี ( $\beta = 12.68, p < 0.001$ ) หรือดีเยี่ยม ( $\beta = 14.64, p < 0.001$ ) ภาวะเศรษฐกิจผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ตามลำพัง ( $\beta = -8.44, p = 0.009$ ) หรืออยู่กับผู้อื่น ( $\beta = -13.28, p = 0.005$ ) รายงานคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับผู้ที่อาศัยอยู่กับคู่สมรส ผู้สูงอายุที่หย่าร้างมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่า ( $\beta = -5.79, p = 0.029$ ) เมื่อเทียบกับผู้ที่เป็นโสด

Rostami A, Heravi-karimooi M. (2023) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยมีกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 430 คน อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกของ 'Neighborhood Club' ใน 22 เขตของเตหะราน ประเทศอิหร่าน เข้าร่วมการศึกษา ข้อมูลรวบรวมระหว่างเดือนมิถุนายน 2562 ถึงกรกฎาคม 2563 วัดคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาเปอร์เซีย (WHOQOL-OLD) คะแนนยังสูงแสดงว่าคุณภาพชีวิตต่ำลง จึงใช้สถิติพรรณนา และการถดถอยเชิงเส้นในการวิเคราะห์ข้อมูลจากผลการศึกษา พบว่า มีข้อมูลผู้สูงอายุ 430 คน ซึ่งมีการกระจายค่อนข้างสม่ำเสมอใน 22 เขตของเตหะราน อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุคือ  $67.59 \pm 6.48$  ปี 60.5% เป็นผู้หญิง 68.8% แต่งงานแล้ว 35.6% มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 67.9% มีประวัติติดโควิด-19 และ 93.3% ของสมาชิกในครอบครัวสายตรงมีประวัติติดโรคนี้ คะแนนคุณภาพชีวิตรวมของผู้สูงอายุ คือ  $75.84 \pm 12.47$  จากแบบสอบถาม WHOQOL-OLD แบบจำลองการถดถอยเชิงเส้นแสดงให้เห็นว่าสุขภาพที่ไม่ดี ( $p = 0.023$ ) การพึ่งพาตนเองแบบกึ่งอิสระ ( $p = 0.003$ ) และการถูก

ทำร้ายร่างกาย ( $p < 0.001$ ) และทางจิตใจ ( $p < 0.001$ ) เป็นปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ปัจจัยด้านประชากรโดยรวมอธิบายความแปรปรวนของคะแนนคุณภาพชีวิตได้ 42.9%

Al-Ghafri, B.R., Al Nabhani, et al., (2023) ศึกษาการรับมือกับการระบาดหลังโควิด-19 การรับรู้การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในด้านความพึงพอใจในชีวิต ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิต มีวัตถุประสงค์จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้หลายประเทศได้นำมาตรการป้องกันมาใช้ ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้สูงอายุ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของความพึงพอใจในชีวิต อาการซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในช่วงหลังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศโอมาน การศึกษาติดตามผลล่วงหน้า 4 สัปดาห์ได้ดำเนินการในศูนย์ดูแลสุขภาพแห่งหนึ่งในเมืองมัสกัต ประเทศโอมาน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก และมีการรับสมัครตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2021 ถึงเดือนตุลาคม 2022 โดยมีผู้เข้าร่วม 38 คน อายุระหว่าง 60–81 ปี โดย 36 คนจากจำนวนนี้ทำการศึกษาจนเสร็จสิ้น การศึกษานี้ได้ประเมินการเปลี่ยนแปลงของความเป็นอยู่ทางจิตใจในช่วงเวลาหนึ่ง และวิเคราะห์ความแตกต่างทางเพศ ผลการศึกษาเผยให้เห็นผลกระทบเชิงบวกของมาตรการป้องกันต่อคุณภาพชีวิต ( $F = 3.08, p = 0.032$ ) และการลดลงของอาการซึมเศร้า ( $F = 3.09, p = 0.045$ ) ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในความพึงพอใจในชีวิต ( $F = 1.90, p = 0.165$ ) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้หญิงสูงอายุรายงานว่าภาวะซึมเศร้าลดลง ( $F = 5.31, p = 0.006$ ) ในขณะที่ผู้ชายสูงอายุรายงานว่าคุณภาพชีวิตดีขึ้น ( $F = 4.27, p = 0.025$ ) ผลกระทบในทางปฏิบัติ มีการศึกษาน้อยมากที่รายงานเกี่ยวกับปัญหาความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุในโอมานระหว่างการระบาด ดังนั้นผลการศึกษานี้สามารถมีส่วนสนับสนุนความเข้าใจในระดับนานาชาติเกี่ยวกับผลกระทบของการระบาดต่อความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุในโอมาน และช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพปรับแต่งโปรแกรมการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนได้ ความคิดริเริ่ม/คุณค่า การศึกษานี้ ให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีค่าเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุในโอมานระหว่างการระบาด การทำความเข้าใจผลกระทบของอันตรายต่อสุขภาพในระยะยาวมีความสำคัญต่อการพัฒนาแผนการแทรกแซงและกลยุทธ์ในระดับชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

Moisoglou et al., (2024). ศึกษาความยืดหยุ่นและการสนับสนุนทางสังคมช่วยปรับปรุงสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีอาการหลังโควิด-19 ซึ่งปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตในผู้ป่วยหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มักเกิดขึ้นบ่อยครั้ง แม้ว่าจะผ่านมาหนึ่งปีแล้วก็ตาม เนื่องจากไม่มีการศึกษาก่อนหน้านี้ เราจึงได้ศึกษาผลกระทบของความสามารถในการฟื้นตัว และการสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เราได้ทำการศึกษาแบบตัดขวางโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่สะดวก การวัดผลรวมถึงลักษณะทางประชากรและทางคลินิกของผู้ป่วย มาตราวัดความสามารถในการฟื้นตัว

โดยย่อ มาตราวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมแบบหลายมิติ แบบสอบถามสุขภาพของผู้ป่วย-4 (PHQ-4) และ EuroQol-5D-3L ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 44.8 ปี คะแนน PHQ-4 ทั้งหมดบ่งชี้ว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคลกลุ่มอาการหลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 32.8 มีความทุกข์ทางจิตใจอย่างรุนแรง ร้อยละ 32.8 มีความทุกข์ปานกลาง ร้อยละ 23 มีความทุกข์เล็กน้อย และร้อยละ 11.5 ไม่มีมีความทุกข์ นอกจากนี้ ผู้ป่วยร้อยละ 60.7 มีคะแนนความวิตกกังวล  $\geq 3$  และร้อยละ 69.7 มีคะแนนภาวะซึมเศร้า  $\geq 3$  ซึ่งบ่งชี้ว่าอาจเป็นโรควิตกกังวลหรือโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ค่าดัชนี EQ-5D-3L เฉลี่ยอยู่ที่ 0.36 และค่าดัชนี VAS EQ-5D-3L เฉลี่ยอยู่ที่ 54.1 การวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวระบุว่าความสามารถในการฟื้นตัว และการสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญระหว่างความสามารถในการฟื้นตัว และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาของเราชี้ให้เห็นว่าความสามารถในการฟื้นตัว และการสนับสนุนทางสังคมสามารถป้องกันได้โดยการลดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า และปรับปรุงคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลังโควิด-19 ผู้กำหนดนโยบาย ควรพัฒนาและดำเนินการโปรแกรมการจัดการด้านการดูแลสุขภาพเพื่อให้การสนับสนุนทางจิตวิทยา แก่ผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมจึงสรุปออกมาเป็นดังนี้ คือ ตัวแปรต้นได้ทั้งหมด 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประวัติการป่วยเป็นโควิด-19 การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 และการมีภาวะ Long Covid

ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข และการมีส่วนร่วมในกิจกรรม

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบไปด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนด้านการเงิน ด้านร่างกาย ด้านสิ่งของ และด้านอารมณ์

โดยปัจจัยเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามคือคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วย ความสามารถทางด้านการรับรู้ ความเป็นตัวของตัวเอง กิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การตายและความตาย และการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก

## กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



ภาพ 2 กรอบแนวคิดของการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ศึกษาได้แก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีโรคประจำตัวทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ซึ่งมีจำนวน 8,026 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, 2566)

##### กลุ่มตัวอย่าง

การหากลุ่มตัวอย่าง โดยมีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ตามกลุ่มประชากรในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ซึ่งมีทั้งหมด 14 ตำบล ได้แก่ ตำบลห้วยเกตุ ตำบลจี่วราย ตำบลทับหมัน ตำบลวังสำโรง ตำบลวังหว่า ตำบลไพรโรงโชน ตำบลไผ่หลวง ตำบลคลองคูณ ตำบลตะพานหิน ตำบลหนองพยอม ตำบลดงตะขบ ตำบลทุ่งโพธิ์ ตำบลวังหลุม และตำบลเขารวก โดยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีโรคประจำตัว จำนวน 8,026 คน

#### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

##### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร อย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป
2. มีโรคประจำตัว เช่น โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน
3. ไม่มีภาวะสมองเสื่อม
4. สามารถช่วยเหลือตนเองและคนอื่นได้ สื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้
5. เป็นผู้ไม่มีปัญหาในการพูดและฟัง

## 6. ยินดีให้ความร่วมมือ

**เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)**

1. ย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย
2. มีการติดเชื้อโควิด-19 ในระหว่างเก็บข้อมูล

**เกณฑ์การถอน (Withdrawal criteria for individual participants)**

1. ขอลอนตัวออกจากโครงการวิจัยระหว่างดำเนินการวิจัย

**ขนาดกลุ่มตัวอย่าง**

การคำนวณขนาดตัวอย่าง จากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยประชากร กรณีที่ทราบประชากร (Wayne W., D. 1995)

$$n = \frac{N\sigma^2 z^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 z^2}$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดประชากร (N = 8,026)

Z = ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด หรือ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เช่น Z ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 = (ค่าความเชื่อมั่น 95%) (Z=1.96)

$\sigma$  = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.44 (อรณิชฐ์ แสงทองสุข, 2562)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนจากค่าจริง

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(8,026)(0.44)^2 (1.96)^2}{(0.05)^2(8,026-1)+(0.44)^2(1.96)^2}$$

n = 287 คน

จากจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีโรคประจำตัว ในพื้นที่อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร มีจำนวนทั้งสิ้น 8,026 คน นำมาเข้าสู่สูตรกำหนดขนาดตัวอย่าง จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 287 คน

นอกจากนี้การคำนวณหาขนาดตัวอย่างผู้วิจัยจำเป็นต้องมีการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อลดปัญหาของการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่ากำหนด หรือข้อมูลมีการสูญหาย ส่งผลต่อการเกิดอคติ ผู้วิจัยควรมีการเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณปรับขนาดตัวอย่าง จากสูตรการปรับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{n}{1-R}$$

โดย  $n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเพิ่ม

$n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

$R$  = ค่าอัตราการสูญเสียเท่ากับร้อยละ 10

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{n}{1-R}$$

$$n = \frac{287}{1-10}$$

$$n = 31.88 \text{ หรือ } \approx 32$$

ดังนั้น จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 % ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจำนวน 319 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ซึ่งเป็นการสุ่มแบบเท่าเทียมกัน จนได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 319 คน โดยการนำจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวในแต่ละตำบล ของอำเภอตะพานหิน ตัวอย่าง เช่น ตำบลห้วยเกตุ มีผู้สูงอายุจำนวน 656 คน

สูตรคำนวณหาช่วงของการสุ่มดังนี้

$$K = \frac{N}{n}$$

เมื่อกำหนดให้

$K$  คือ ช่วงของการสุ่ม

$N$  คือ จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลห้วยเกตุ อำเภอตะพานหิน

จังหวัดพิจิตร

$n$  คือ ขนาดตัวอย่างที่ทำการศึกษา

แทนค่าในสูตร

$$K = \frac{N}{n}$$

$$K = \frac{656}{26}$$

$$K = 25.23 \text{ หรือ } \approx 25$$

ดังนั้น ช่วงของการสุ่ม เท่ากับ 25

เมื่อได้ช่วงของการสุ่มแล้ว นำรายชื่อประชากรผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่ได้มาจากข้อมูลทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง

โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยทำหนังสือขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากหน่วยงานนั้น ก่อนที่จะตอบแบบสอบถาม โดยจะเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างเพียงลำดับตามรหัสแบบสอบถามที่ผู้วิจัยกำหนดไว้เท่านั้น โดยจะไม่ระบุเลข Hospital Number (HN) และมีการขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บข้อมูลวิจัย เช่น อยู่ในตำบลห้วยเกตุ อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร นำข้อมูลมาเรียงลำดับดังนี้

1. เรียงลำดับจาก ก-ฮ รายชื่อผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่อาศัยอยู่ในตำบลห้วยเกตุ อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร
2. ใส่หมายเลขจากหมายเลขที่ 1 ถึงหมายเลขที่ 25 ตามลำดับรายชื่อที่ได้เรียงแล้วข้างต้น
3. ทำการนับจากหมายเลข 1 ถึง 25 โดย 25 เป็นหมายเลขแรก เมื่อได้หมายเลขเริ่มต้นแล้ว ก็เริ่มนับคนต่อไป โดยข้ามไปที่ละ 25 คน จนได้กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา (หากยังไม่ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาให้ทำการรวมกลับมานับอีกรอบเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาเท่ากับ 26 คน)

**ตาราง 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในแต่ละตำบล ของอำเภอตะพานหินจังหวัดพิจิตร**

ลำดับที่	ชื่อตำบล	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
1	ตำบลห้วยเกตุ	656	26
2	ตำบลไทรโรงโชน	186	7
3	ตำบลวังห้วย	488	19
4	ตำบลวังสำโรง	537	21
5	ตำบลหนองพยอม	823	32
6	ตำบลคลองคูณ	549	22
7	ตำบลจี่วราย	641	25
8	ตำบลวังหลุม	520	20
9	ตำบลเขารวก	398	16
10	ตำบลไผ่หลวง	374	15
11	ตำบลทุ่งโพธิ์	296	12
12	ตำบลดงตะขบ	478	19

### ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลำดับที่	ชื่อตำบล	จำนวนผู้สูงอายุ (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
13	ตำบลทับหมัน	451	21
14	ตำบลตะพานหิน	1,629	64
	รวม	8,026	319

### ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

#### ตัวแปรอิสระ

- ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประวัติการป่วยเป็นโควิด-19 การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 การมีภาวะ Long Covid
- ปัจจัยนำ การรับรู้ภาวะสุขภาพ, ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ,การมีส่วนร่วมในกิจกรรม
- ปัจจัยเสริม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย แรงสนับสนุนด้านการเงิน แรงสนับสนุนด้านร่างกาย แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ และแรงสนับสนุนด้านอารมณ์

#### ตัวแปรตาม

คุณภาพชีวิตชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย 6 ด้าน คือ ความสามารถทางด้านการรับรู้ ความเป็นตัวของตัวเอง กิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การตายและความตาย และการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบบสอบถามนี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมจึงได้ออกมาเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประวัติการป่วยเป็นโควิด-19 การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 การมีภาวะ Long Covid

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากปดมาพร พันธุ์อุบล (2553) จำนวน 7 ข้อ ซึ่งตัวแบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

คะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

คะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วย

คะแนน 3 หมายถึง ปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

คะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของการรับรู้ภาวะสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, J. W. 1977) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับน้อย

## ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบวัดความรู้ โดยวิธีการตอบแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) มีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 3 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน

ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูก

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่รู้คำตอบสำหรับข้อความนั้น

### การวัดและแปลผล

เกณฑ์การให้คะแนนลักษณะคำตอบ ดังนี้

คำถามเชิงบวก

ใช่ มีค่าเท่ากับ 1

ไม่ใช่ มีค่าเท่ากับ 0

ไม่แน่ใจ มีค่าเท่ากับ 0

คำถามเชิงลบ

ใช่ มีค่าเท่ากับ 0

ไม่ใช่ มีค่าเท่ากับ 1

ไม่แน่ใจ มีค่าเท่ากับ 0

เกณฑ์การแปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนแบบอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของบลูม (Bloom, Benjamin S., et al. 1971) มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ความรู้ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 60 - 79 ขึ้นไป

ความรู้ระดับต่ำน้อยกว่า ร้อยละ 60

#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากพิทักษ์ ธีระพุทธรักษา (2549) จำนวน 7 ข้อ ซึ่งตัวแบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

คะแนน 2 หมายถึง บางครั้ง

คะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยเลย

เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, J. W. 1977) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00 คะแนน หมายถึง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 1.67 - 2.33 คะแนน หมายถึง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.66 คะแนน หมายถึง การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับน้อย

#### ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในกิจกรรม

ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากสุภาภรณ์ สุดหนองบัว (2563) จำนวน 7 ข้อ ซึ่งตัวแบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

คะแนน 2 หมายถึง บางครั้ง

คะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยเลย

เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในกิจกรรม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, J. W. 1977) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00 คะแนน หมายถึง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 1.67 - 2.33 คะแนน หมายถึง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.66 คะแนน หมายถึง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมอยู่ในระดับน้อย

#### ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากสุภาภรณ์ สุดหนองบัว (2563) โดยองค์ประกอบของการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านการเงิน แรงสนับสนุนด้านร่างกาย แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ และแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 15 ข้อ ซึ่งตัวแบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

คะแนน 2 หมายถึง บางครั้ง

คะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยเลย

เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์ (Best, J. W. 1977) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 1.67 - 2.33 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.66 คะแนน หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย

### ส่วนที่ 7 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยดัดแปลงแบบวัดของสุภาภรณ์ สุตหนองบัว (2555) วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกฉบับภาษาไทย (WHOQOL-OLD) ประกอบด้วยข้อคำถามชี้วัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจำนวน 24 ข้อ จะประกอบด้วย แบบมาตรฐานประมาณค่า (rating scale) ทั้งหมด 5 ระดับ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ความสามารถทางด้านการรับรู้ ความเป็นตัวของตัวเอง กิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การตายและความตาย และการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก

#### ข้อความถามทางบวก 17 ข้อ

คะแนน 1 หมายถึง ไม่เลย

คะแนน 2 หมายถึง เล็กน้อย

คะแนน 3 หมายถึง ปานกลาง

คะแนน 4 หมายถึง มาก

คะแนน 5 หมายถึง มากที่สุด

#### ข้อความทางลบ 7 ข้อ

คะแนน 5 หมายถึง ไม่เลย

คะแนน 4 หมายถึง เล็กน้อย

คะแนน 3 หมายถึง ปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง มาก

คะแนน 1 หมายถึง มากที่สุด

#### การแปลผล

แบบวัดคุณภาพชีวิต สามารถเปรียบเทียบเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ (สุภาภรณ์ สุตหนองบัว, 2565)

คะแนน 90 - 120 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตในระดับดี

คะแนน 57 - 89 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตในระดับกลาง

คะแนน 24 - 56 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี

ตาราง 2 แสดงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิต ระดับไม่ดี	คุณภาพชีวิต ระดับกลาง	คุณภาพชีวิต ระดับดี
1. ความสามารถทางด้านการรับรู้	4 - 9	10 - 15	16 - 20
2. ความเป็นตัวของตัวเอง	4 - 9	10 - 15	16 - 20
3. กิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต	4 - 9	10 - 15	16 - 20
4. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม	4 - 9	10 - 15	16 - 20
5. การตายและความตาย	4 - 9	10 - 15	16 - 20
6. การมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก	4 - 9	10 - 15	16 - 20
คุณภาพชีวิตโดยรวม	24 - 56	57 - 89	90 - 120

คำถามในแต่ละข้อ ถูกแยกออกเป็นรายด้าน (facet) ดังต่อไปนี้

ด้านความสามารถทางด้านการรับรู้ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 10, 20

ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ได้แก่ ข้อ 3, 4, 5, 11

ด้านกิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ได้แก่ ข้อ 12, 13, 15, 19

ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ ข้อ 14, 16, 17, 18

ด้านการตายและความตาย ได้แก่ ข้อ 6, 7, 8, 9

ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก ได้แก่ ข้อ 21, 22, 23, 24

#### การตรวจตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผ่านคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของภาษา ตรวจสอบความชัดเจน ความครอบคลุม และความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามที่สร้างขึ้นกับนิยามและตัวแปรโดยมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

+1 ข้อความนั้นสอดคล้องกับนิยามตัวแปร

0 ไม่แน่ใจว่าข้อความนั้นสอดคล้องกับนิยามตัวแปร

-1 ข้อความนั้นสอดคล้องกับนิยามตัวแปร

จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามตัวแปรในแต่ละข้อ (Item-Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยใช้สูตรคำนวณดังนี้

สูตรการคำนวณ

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

เมื่อ IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์

$\sum R$  = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N = จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกข้อคำถาม ดังนี้

1. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 - 1.0 คัดเลือกไว้ใช้ได้
2. ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ควรพิจารณาปรับปรุงหรือตัดทิ้ง

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาตามข้อเสนอนั้นของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองสอบถามกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว อำเภอทับคล้อ จังหวัดพิจิตร จำนวน 30 คน โดยวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าแอลฟาของครอนบาค มีค่ามากกว่า 0.7 ขึ้นไป (Nunnally, 1978) แบบสอบถามจึงจะมีความน่าเชื่อถือ โดยการหาค่าแอลฟาของครอนบาคด้วยการคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นการรับรู้ภาวะสุขภาพ (0.74) ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (0.81) การเข้าถึงบริการสาธารณสุข สุข (0.74) การมีส่วนร่วมในกิจกรรม (0.78) แรงสนับสนุนทางสังคม (0.72) และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (0.72) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวม เท่ากับ 0.78

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่ผ่านการรับรองมาแล้ว เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะพานหิน เพื่อทำการขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าพบสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรและสาธารณสุขอำเภอตะพานหิน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยลงพื้นที่คัดเลือกผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวโดยใช้เกณฑ์คัดเข้า-คัดออกตามคุณสมบัติที่กำหนดในวิจัย ผู้วิจัยจะสอบถามความสมัครใจในการตอบแบบสอบถามและขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามในผู้ที่ผ่านการคัดเลือก

4. ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว พร้อมทั้งอธิบายข้อคำถามและคำตอบอย่างละเอียด

5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างและนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาประมวลผล และวิเคราะห์แปลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลวิเคราะห์และแปลผลในโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ในการอธิบายลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประวัติการป่วยเป็นโควิด-19 การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 และการมีภาวะ Long Covid โดยนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติอนุมาน (Inferential Statistic)

2.1 ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้เฉลี่ย การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การมีส่วนร่วมในกิจกรรม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านการเงิน แรงสนับสนุนด้านร่างกาย แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ และแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

2.2 สถิติสหสัมพันธ์แบบอีต้า (Eta correlation coefficient) มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล คือ เพศ สถานภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประวัติการป่วยเป็นโควิด-19 การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 และการมีภาวะ Long Covid และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

3. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic statistic) ได้แก่ สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) ใช้วิเคราะห์หาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

### จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ยึดหลักตามการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้สูงอายุในการเปิดเผยข้อมูล โดยการนำเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อขอความเห็นชอบในการทำวิจัย เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลข IRB No. P2-0470/2566 เมื่อวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567 ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยจะแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน ให้อาสาสมัครได้รับทราบ โดยเน้นความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ โดยที่ข้อมูลของอาสาสมัคร จะถูกเก็บเป็นความลับ อาสาสมัครในโครงการสามารถหยุดการให้ข้อมูล และสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งข้อมูลทั้งหมดนี้จะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากวิจัยสิ้นสุด



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำนวน 319 ราย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งเป็น 7 ส่วนตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ส่วนที่ 4 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมในกิจกรรม

ส่วนที่ 6 แรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 7 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 8 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19

ส่วนที่ 9 แสดงการวิเคราะห์อิทธิพลระหว่างปัจจัยกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19

#### ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สัมพันธภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ย การประกอบอาชีพ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประวัติการป่วยโควิด-19 การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 การมีภาวะ Long Covid ดังตารางที่ 3

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังจากสถานการณ์โควิด-19  
อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 319)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	132	41.4
หญิง	187	58.6
<b>อายุ</b>		
60-69 ปี	167	52.4
70-79 ปี	104	32.6
80 ปี ขึ้นไป	48	15.0
$(\bar{x} = 70.89, S.D. = 7.692)$		
<b>สถานภาพ</b>		
โสด	32	10.0
สมรส	199	62.4
หม้าย/หย่า/แยก	88	27.6
<b>สัมพันธภาพในครอบครัว</b>		
โสด	32	10.0
สมรส	199	62.4
หม้าย/หย่า/แยก	88	27.6
<b>สัมพันธภาพในครอบครัว</b>		
อยู่ร่วมกันได้ดี	295	92.5
อยู่คนเดียว/ไม่มีญาติ	21	6.6
อื่น ๆ (อยู่ร่วมกับคนรู้จัก)	3	0.9
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	23	7.2
ประถมศึกษา	242	75.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	29	9.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	15	4.7
อนุปริญญา/เทียบเท่า	3	0.9
ปริญญาตรี	4	1.3

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา (ต่อ)</b>		
สูงกว่าปริญญาตรี	3	0.9
<b>รายได้เฉลี่ย (บาท)</b>		
0-2,000 บาท	93	29.2
2,001-5,000 บาท	140	43.9
5,001-10,000 บาท	70	21.9
10,001 บาท ขึ้นไป	16	5.0
$(\bar{x} = 4599.22, S.D. = 3688.40)$		
<b>การประกอบอาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	96	30.1
ประกอบอาชีพ		
เกษตรกร	128	40.1
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	28	8.8
รับจ้าง	59	18.5
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	1.6
อื่น ๆ (มัคทายก และลิเก)	3	0.9
<b>การดื่มสุรา</b>		
ดื่ม	42	13.1
ไม่ดื่ม	250	78.4
เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว	27	8.5
<b>การสูบบุหรี่</b>		
สูบ	34	10.7
ไม่สูบ	266	83.3
เคยสูบ แต่เลิกแล้ว	19	6.0
<b>การออกกำลังกาย</b>		
ออกกำลังกาย	62	19.4
ไม่ออกกำลังกาย	109	34.2

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>การออกกำลังกาย (ต่อ)</b>		
ออกกำลังกายเป็นบางครั้ง	148	46.4
<b>โรคประจำตัว (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 โรค)</b>		
โรคเบาหวาน (n = 37)	37	11.6
โรคความดันโลหิตสูง (n = 143)	143	44.8
โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (n = 4)	4	1.3
โรคหัวใจและหลอดเลือด (n = 5)	5	1.6
โรคไตวายเรื้อรัง (n = 5)	5	1.6
โรคมะเร็ง (n = 3)	3	0.9
โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง (n = 1)	1	0.3
โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (n = 37)	82	25.7
โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง (n = 5)	5	1.6
โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง (n = 9)	9	2.8
โรคความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง (n = 3)	3	0.9
โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ (n = 2)	2	0.6
โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง (n = 7)	7	2.2
โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตวายเรื้อรัง (n = 1)	1	0.3
โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง (n = 4)	4	1.3
โรคความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง และโรคหลอดเลือดสมอง (n = 1)	1	0.3
โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (n = 1)	1	0.3

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>โรคประจำตัว (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 โรค) (ต่อ)</b>		
โรคความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจ เรื้อรัง (n = 3)	3	0.9
โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและ หลอดเลือด (n = 3)	3	0.9
<b>ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน</b>		
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	3	0.9
ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง/ต้องมีคนคอยเหลือ	28	8.8
ช่วยเหลือตัวเองได้	288	90.3
<b>ประวัติการป่วยเป็นโควิด-19</b>		
เคยป่วย	280	87.8
ไม่เคยป่วย	39	12.2
<b>การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19</b>		
ปฏิบัติตัวไม่ครอบคลุมตามมาตรการป้องกัน Covid-19	192	60.2
ปฏิบัติตัวตามมาตรการป้องกัน Covid-19 อย่างครอบคลุม	127	39.8
<b>การมีภาวะ Long Covid</b>		
ไม่มีอาการภาวะ Long Covid	79	24.8
มีอาการภาวะ Long Covid	240	75.2

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.6 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 52.4 ( $\bar{x}$  = 70.89, S.D. = 7.692) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 62.4 มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ร่วมกันได้ดี ร้อยละ 92.5 มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 75.9 มีรายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2,001-5,000 บาท ร้อยละ 43.9 ( $\bar{x}$  = 4599.22, S.D. = 3688.40) ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 38.9 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 78.4 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 83.4 มีการออกกำลังกายเป็นบางครั้ง ร้อยละ 46.4 มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.8 ความสามารถ

ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ร้อยละ 90.3 เคยมีประวัติการป่วยเป็นโควิด-19 ร้อยละ 87.8 มีการปฏิบัติตัวไม่ครอบคลุมตามมาตรการป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ร้อยละ 60.2 และมีอาการภาวะ Long Covid ร้อยละ 75.2

## ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามเกณฑ์ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพ (n = 319)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้ภาวะสุขภาพระดับสูง (3.68 – 5.00 คะแนน)	122	38.2
การรับรู้ภาวะสุขภาพระดับปานกลาง (2.34 – 3.67 คะแนน)	192	60.2
การรับรู้ภาวะสุขภาพระดับน้อย (1.00 – 2.33 คะแนน)	5	1.6

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.2 รองลงมา ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 38.2 และการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับน้อย ร้อยละ 1.6

ตาราง 5 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกรายข้อ (n = 319)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. เข้าใจปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน	3.92	0.77	มาก
2. ที่ผ่านมาเข้าใจอาการเจ็บป่วยของตนเอง	3.73	0.75	มาก
3. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ	2.90	1.00	ปานกลาง
4. มีการเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพในปัจจุบันกับอดีตที่ผ่านมาเป็นประจำ	3.36	0.93	ปานกลาง
5. สนใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ	3.27	0.91	ปานกลาง

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
6. ยอมรับว่าบางครั้งต้องเจ็บป่วยบ้าง	4.01	0.76	มาก
7. มีการเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นในอนาคต	3.48	0.86	ปานกลาง
<b>รวมค่าเฉลี่ย</b>	<b>3.52</b>	<b>0.85</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.52$ , S.D. = 0.85) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 6. ยอมรับว่าบางครั้งต้องเจ็บป่วยบ้าง ( $\bar{x} = 4.01$ , S.D. = 0.76) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 3. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ( $\bar{x} = 2.09$ , S.D. = 1.00)

### ส่วนที่ 3 ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามเกณฑ์ระดับความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=319)

ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง (9 - 12 คะแนน)	55	17.2
ความรู้ระดับปานกลาง (7 - 8 คะแนน)	129	40.5
ความรู้ระดับต่ำ (0 - 6 คะแนน)	135	42.3

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 42.3 รองลงมาความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.5 และความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 17.2

ตาราง 7 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกรายข้อ (n=319)

ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ไวรัสโคโรนา 2019 มีจุดกำเนิดมาจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน	176	55.2	143	44.8
2. ไวรัสโคโรนา 2019 แพร่กระจายเชื้อได้จาก ละอองฝอย จากการไอหรือจาม น้ำลาย น้ำมูก	167	52.4	152	47.6
3. ไวรัสโคโรนา 2019 สามารถติดต่อได้ในทุกช่วงวัย แต่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต	165	51.7	154	48.3
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง เป็นกลุ่มเสี่ยง ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	177	55.5	142	44.5
5. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอาการทาง ระบบทางเดินหายใจ มีไข้ ไอ หายใจถี่ ไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รู้สึก หายใจลำบาก	167	52.4	152	47.6
6. ผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะแสดงอาการทันที เมื่อได้รับเชื้อ	153	48.0	166	52.0
7. เมื่อทราบผลว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องสวมใส่ หน้ากากอนามัยตลอดเวลา และแยกของใช้ส่วนตัว	253	79.3	66	20.7
8. เมื่อทราบผลว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องเข้ารับ การดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ และงดออกจาก ที่พักหรือเดินทางข้ามจังหวัด	235	73.7	84	26.3
9. หลังจากไอ หรือจามแล้วควรล้างมือให้สะอาดทุก ครั้งด้วยน้ำสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล เพื่อเป็นการฆ่าเชื้อโรค	194	60.8	125	39.2
10. หากต้องไปพบผู้อื่น ควรสวมใส่หน้ากากอนามัย และเว้นระยะห่างไม่น้อยกว่า 6 ฟุต หรือ 2 เมตร	170	53.3	149	46.7

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
11. ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 ต้องกักตัว สังเกตอาการ 14 วัน	176	55.2	143	44.8
12. ผู้ที่เดินทางจากต่างประเทศต้องกักตัวสังเกตอาการ	164	51.4	155	48.6
$\bar{x} = 6.88, S.D. = 1.60$				

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 42.3 ( $\bar{x} = 6.88, S.D. = 1.60$ ) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อที่ 7. เมื่อทราบผลว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา และแยกของใช้ส่วนตัว ร้อยละ 79.3 และข้อที่ตอบผิดมากที่สุด คือ ข้อที่ 6. ผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะแสดงอาการทันทีเมื่อได้รับเชื้อ ร้อยละ 52.0

#### ส่วนที่ 4 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข

ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามเกณฑ์ระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (n = 319)

การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)	277	86.8
การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน)	42	13.2

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 86.8 และการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.2

ตาราง 9 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของ  
ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร  
จำแนกรายข้อ (n = 319)

การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. เคยไปใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข	2.65	0.52	สูง
2. สามารถเข้าถึง หรือไปรับบริการทางด้านสุขภาพ และได้รับการอำนวยความสะดวก	2.63	0.52	สูง
3. สามารถเข้าถึง หรือไปรับบริการทางด้านสุขภาพที่มี การคมนาคมสะดวก	2.60	0.55	สูง
4. ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (เช่น การรับ ประทานอาหาร การออกกำลังกาย) จากสถานบริการ สาธารณสุข	2.50	0.59	สูง
5. ได้รับข้อมูล หรือความรู้ในด้านการปฏิบัติตัวใน สถานการณ์ที่เกิดโรคติดต่อ (เช่น โรคไข้เลือดออก, โรคโควิด-19, โรควัณโรค) จากสถานบริการ สาธารณสุข	2.59	0.56	สูง
6. ได้รับบริการฉีดวัคซีน (เช่น วัคซีนป้องกันโควิด-19, วัคซีนไขหวัดใหญ่, วัคซีนบาดทะยัก) เพียงพอกับ ความต้องการ	2.76	0.44	สูง
7. ได้รับบริการทางด้านสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรัง เพียงพอกับความต้องการ	2.75	0.51	สูง
<b>รวมค่าเฉลี่ย</b>	<b>2.64</b>	<b>0.45</b>	<b>สูง</b>

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 2.64$ , S.D. = 0.45) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 6. ได้รับบริการฉีดวัคซีน (เช่น วัคซีนป้องกันโควิด-19, วัคซีนไขหวัดใหญ่, วัคซีนบาดทะยัก) เพียงพอกับความต้องการ ( $\bar{x} = 2.76$ , S.D. = 0.44) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 4. ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย) จากสถานบริการสาธารณสุข ( $\bar{x} = 2.50$ , S.D. = 0.59)

### ส่วนที่ 5 การมีส่วนร่วมในกิจกรรม

ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามเกณฑ์ระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรม (n = 319)

การมีส่วนร่วมในกิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมอยู่ในระดับมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)	136	42.6
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน)	154	48.3
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมอยู่ในระดับน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน)	29	9.1

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.3 รองลงมาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 42.6 และมีส่วนร่วมในกิจกรรมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 9.1

ตาราง 11 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกรายข้อ (n = 319)

การมีส่วนร่วมในกิจกรรม	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. เข้าร่วมกิจกรรมประชาคมในชุมชน	2.24	0.70	ปานกลาง
2. เข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณีและศาสนาในชุมชน เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันสงกรานต์	2.39	0.67	ปานกลาง
3. เข้าร่วมกิจกรรมในการช่วยเหลือและพัฒนาชุมชน เช่น การปลูกต้นไม้ การทำบุญตักบาตร การบริจาคสิ่งของ	1.98	0.72	ปานกลาง
4. เข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เช่น การทำเครื่องจักรสาน กิจกรรมนันทนาการในชุมชน	1.75	0.75	ปานกลาง
5. เข้าร่วมกิจกรรมในการดูแลสุขภาพร่างกาย เช่น การคัดกรองสุขภาพประจำปีกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	2.75	0.50	สูง
<b>รวมค่าเฉลี่ย</b>	<b>2.22</b>	<b>0.67</b>	<b>ปานกลาง</b>

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.22$ , S.D. = 0.67) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ข้อที่ 5. เข้าร่วมกิจกรรมในการดูแลสุขภาพร่างกาย เช่น การคัดกรองสุขภาพประจำปีกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( $\bar{x} = 2.75$ , S.D. = 0.50) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 4. เข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุ ในชุมชน เช่น การทำเครื่องจักรสาน กิจกรรมนันทนาการในชุมชน ( $\bar{x} = 1.75$ , S.D. = 0.75)

## ส่วนที่ 6 แรงสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19  
อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามเกณฑ์ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม  
(n = 319)

แรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>แรงสนับสนุนด้านการเงิน</b>		
แรงสนับสนุนด้านการเงินอยู่ในระดับมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)	108	33.9
แรงสนับสนุนด้านการเงินอยู่ในระดับปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน)	180	56.4
แรงสนับสนุนด้านการเงินอยู่ในระดับน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน)	31	9.7
<b>แรงสนับสนุนด้านร่างกาย</b>		
แรงสนับสนุนด้านร่างกายอยู่ในระดับมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)	143	44.8
แรงสนับสนุนด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน)	148	46.4
แรงสนับสนุนด้านร่างกายอยู่ในระดับน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน)	28	8.8
<b>แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ</b>		
แรงสนับสนุนด้านสิ่งของอยู่ในระดับมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)	70	22.0
แรงสนับสนุนด้านสิ่งของอยู่ในระดับปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน)	194	60.8
แรงสนับสนุนด้านสิ่งของอยู่ในระดับน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน)	55	17.2
<b>แรงสนับสนุนด้านอารมณ์</b>		
แรงสนับสนุนด้านสิ่งของอยู่ในระดับมาก (2.34 - 3.00 คะแนน)	149	46.7
แรงสนับสนุนด้านสิ่งของอยู่ในระดับปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน)	150	47.0
แรงสนับสนุนด้านสิ่งของอยู่ในระดับน้อย (1.00 - 1.66 คะแนน)	20	6.3

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.8 รองลงมาแรงสนับสนุนด้านการเงินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 รองลงมาแรงสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.0 และมีแรงสนับสนุนด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.4

ตาราง 13 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับแรงสนับสนุนด้านสังคมของผู้สูงอายุ ที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกรายข้อ (n = 319)

แรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
<b>แรงสนับสนุนด้านการเงิน</b>			
1. คนในครอบครัวให้เงินไว้ใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน	2.53	0.59	มาก
2. เพื่อนบ้านให้การช่วยเหลือในด้านการเงิน	1.89	0.66	ปานกลาง
3. ชุมชนมีการให้การช่วยเหลือด้านการเงิน เช่น กองทุนออมทรัพย์ กองทุนฌาปนกิจสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น	1.95	0.76	ปานกลาง
4. ชุมชนให้การสนับสนุนกลุ่มผู้สูงอายุในการสร้างอาชีพหารายได้ เช่น การทำสินค้า OTOP จำหน่าย	1.61	0.65	น้อย
5. หน่วยงานรัฐให้การสนับสนุนเบี้ยยังชีพ	2.93	0.36	มาก
<b>รวมค่าเฉลี่ย</b>	<b>2.18</b>	<b>0.60</b>	<b>ปานกลาง</b>
<b>แรงสนับสนุนด้านร่างกาย</b>			
1. คนในครอบครัวให้ความช่วยเหลือดูแล เช่น ทำอาหาร ทำงานบ้าน การดูแลอื่น ๆ เป็นต้น	2.64	0.53	มาก
2. เพื่อนบ้านให้ความช่วยเหลือ เช่น การช่วยดูแลบ้าน การพาไปทำธุระ เป็นต้น	2.07	0.63	ปานกลาง
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข ให้ความช่วยเหลือดูแล	2.55	0.62	มาก
<b>รวมค่าเฉลี่ย</b>	<b>2.42</b>	<b>0.59</b>	<b>มาก</b>
<b>แรงสนับสนุนทางด้านสิ่งของ</b>			
1. คนในครอบครัวช่วยจัดหาสิ่งของ เช่น เสื้อผ้า อาหาร ของใช้มาให้	2.54	0.60	มาก

ตารางที่ 13 (ต่อ)

แรงสนับสนุนทางสังคม	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
<b>แรงสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (ต่อ)</b>			
2. เพื่อนบ้านแบ่งปันสิ่งของ เช่น อาหาร ของใช้มาให้	2.14	0.63	ปานกลาง
3. ชุมชนจัดเตรียมสิ่งของหรือเงินมาช่วยเหลือ	1.69	0.58	ปานกลาง
4. หน่วยงานรัฐช่วยจัดเตรียมสิ่งของที่จำเป็น เช่น อาหาร ของใช้ที่จำเป็น มาช่วยเหลือ	1.72	0.60	ปานกลาง
<b>รวมค่าเฉลี่ย</b>	<b>2.02</b>	<b>0.60</b>	<b>ปานกลาง</b>
<b>แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์</b>			
1. คนในครอบครัวให้การรับฟัง และให้กำลังใจ ปลอดภัย	2.72	0.47	มาก
2. เพื่อนบ้านให้คำแนะนำ รับฟัง คอยให้กำลังใจ	2.25	0.57	ปานกลาง
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่น ๆ มาให้คำแนะนำ รับฟัง ให้กำลังใจ	2.47	0.62	มาก
<b>รวมค่าเฉลี่ย</b>	<b>2.48</b>	<b>0.55</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 2.48$ , S.D. = 0.55) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือข้อที่ 1. คนในครอบครัวให้การรับฟัง และให้กำลังใจ ปลอดภัย ( $\bar{x} = 2.72$ , S.D. = 0.47) แรงสนับสนุนทางด้านร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 2.42$ , S.D. = 0.59) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ 1. คนในครอบครัวให้ความช่วยเหลือดูแล เช่น ทำอาหาร ทำงานบ้าน การดูแลอื่น ๆ เป็นต้น ( $\bar{x} = 2.64$ , S.D. = 0.53) แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านการเงินโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.18$ , S.D. = 0.60) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 5. หน่วยงานรัฐให้การสนับสนุนเบี้ยยังชีพ ( $\bar{x} = 2.93$ , S.D. = 0.36) และแรงสนับสนุนทางด้านสิ่งของโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 2.02$ , S.D. = 0.60) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 1. คนในครอบครัวช่วยจัดหาสิ่งของ เช่น เสื้อผ้า อาหาร ของใช้มาให้ ( $\bar{x} = 2.54$ , S.D. = 0.60)

## ส่วนที่ 7 คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19  
อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามเกณฑ์ระดับคุณภาพชีวิต (n = 319)

คุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การมีคุณภาพชีวิตในระดับดี (90 - 120 คะแนน)	86	27.0
การมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (57 - 89 คะแนน)	233	73.0
$\bar{x} = 85.15$ , S.D. = 8.86		

จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.0 และมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 27.0

ตาราง 15 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มี  
โรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกรายด้าน  
(n = 319)

องค์ประกอบ คุณภาพชีวิต	ค่าช่วง คะแนน	ระดับคุณภาพชีวิต				การแปล ผล	จำนวน (ร้อยละ)		
		Min	Max	$\bar{x}$	S.D.		ไม่ดี	ปาน กลาง	ดี
การมีปฏิสัมพันธ์ ทางสังคม	6 - 30	6	20	14.05	2.23	ปานกลาง	4 (1.3)	236 (74.0)	79 (24.7)
ความเป็นตัว ของตัวเอง	6 - 30	6	20	13.98	2.53	ปานกลาง	13 (4.1)	215 (67.4)	91 (28.5)
กิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และ อนาคต	8 - 40	8	20	14.82	2.22	ปานกลาง	2 (0.6)	205 (64.3)	112 (35.1)
การมีปฏิสัมพันธ์ กับคู่รัก	5 - 25	5	20	14.34	2.63	ปานกลาง	11 (3.4)	203 (63.6)	105 (33.0)

ตารางที่ 15 (ต่อ)

องค์ประกอบ คุณภาพชีวิต	ค่าช่วง คะแนน	Min	Max	$\bar{x}$	S.D.	การแปล ผล	ระดับคุณภาพชีวิต		
							จำนวน (ร้อยละ)	ปาน กลาง	ดี
ความสามารถ ทางด้านกร รับรู้	8 - 40	8	20	16.16	2.65	ดี	3 (0.9)	119 (37.3)	197 (61.8)
การตายและ ความตาย	4 - 20	4	20	11.79	3.13	ปานกลาง	81 (25.4)	194 (60.8)	44 (13.8)

จากตารางที่ 15 พบว่า เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุรายด้าน กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.0 ( $\bar{x} = 14.05$ , S.D. = 2.23) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านความเป็นตัวของตัวเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.4 ( $\bar{x} = 13.98$ , S.D. = 2.53) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านกิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.3 ( $\bar{x} = 14.82$ , S.D. = 2.22) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รักโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.6 ( $\bar{x} = 14.34$ , S.D. = 2.63) คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านความสามารถทางด้านกรรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.8 ( $\bar{x} = 16.16$ , S.D. = 2.65) และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านการตายและความตายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.8 ( $\bar{x} = 11.79$ , S.D. = 3.13)

ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลัง  
สถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำแนกรายข้อ (n=319)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	จำนวน (ร้อยละ)				
การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม					
14. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความรู้สึก ว่าได้ทำงานในแต่ละวันอย่างเพียงพอแล้ว	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ส่วนใหญ่	ได้
	20(6.3)	47(14.7)	147(46.1)	67(21.0)	สมบูรณ์
					38(11.9)

ตารางที่ 16 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	จำนวน (ร้อยละ)				
<b>การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (ต่อ)</b>					
16. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความพอใจกับการจัดสรรเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน	ไม่พอใจ มาก	ไม่พอใจ 5(1.6)	เฉย ๆ 134(42.0)	พอใจ 154(48.2)	พอใจ มาก 26(8.2)
17. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความพอใจกับการทำกิจกรรมอยู่ในระดับใด	ไม่พอใจ 4(1.3)	ไม่พอใจ 10(3.1)	เฉย ๆ 117(36.7)	พอใจ 162(50.8)	พอใจ มาก 26(8.1)
18. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความพอใจกับโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน	ไม่พอใจ 0(0.0)	ไม่พอใจ 12(3.8)	เฉย ๆ 122(38.2)	พอใจ 158(49.5)	พอใจ มาก 27(8.5)
<b>ความเป็นตัวของตัวเอง</b>					
3. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอิสระในการตัดสินใจในสิ่งที่อยากจะทำ	ไม่เลย 9(2.8)	เล็กน้อย 31(9.7)	ปานกลาง 132(41.4)	มาก 117(36.7)	มากที่สุด 30(9.4)
4. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถกำหนดอนาคตของตัวเองได้	ไม่เลย 4(1.3)	เล็กน้อย 14(4.4)	ปานกลาง 89(27.9)	มาก 161(50.4)	มากที่สุด 51(16.0)
5. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความรู้สึกว่าคุณรอบข้างเคารพในเสรีภาพ	ไม่เลย 3(0.9)	เล็กน้อย 20(6.2)	ปานกลาง 138(43.3)	มาก 131(41.1)	มากที่สุด 27(8.5)

ตารางที่ 16 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	จำนวน (ร้อยละ)				
<b>ความเป็นตัวของตัวเอง (ต่อ)</b>					
11. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถทำในสิ่งที่อยากทำ (เช่น การออกไปทำกิจกรรมในชุมชนร่วมกับผู้อื่น)	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ส่วนใหญ่	ได้สมบูรณ์
	18(5.6)	43(13.5)	121(38.0)	90(28.2)	47(14.7)
<b>กิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต</b>					
12. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความพอใจในโอกาสที่ประสบความสำเร็จในชีวิต	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ส่วนใหญ่	ได้สมบูรณ์
	8(2.5)	29(9.1)	148(46.4)	80(25.1)	54(16.9)
13. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความรู้สึกที่ได้รับในสิ่งที่สมควรจะได้รับ (เช่น การได้รับความดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน)	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ส่วนใหญ่	ได้สมบูรณ์
	4(1.3)	13(4.1)	80(25.1)	110(34.4)	112(35.1)
15. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความพอใจกับการประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา	ไม่พอใจมาก	ไม่พอใจ	เฉย ๆ	พอใจ	พอใจมาก
	1(0.3)	13(4.1)	113(35.4)	164(51.4)	28(8.8)
19. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสุขกับสิ่งที่คาดหวังว่าจะได้รับ เช่น การได้รับการยกย่องให้เกียรติจากสังคม หรือการประสบความสำเร็จจากการใช้ชีวิตที่ผ่านมา	ไม่พอใจมาก	ไม่พอใจ	เฉย ๆ	พอใจ	พอใจมาก
	0(0.0)	1(0.3)	122(38.3)	151(47.3)	45(14.1)

ตารางที่ 16 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	จำนวน (ร้อยละ)				
<b>การมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก</b>					
21. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความรู้สึกว่าการมีเพื่อนนั้นมีความสำคัญในชีวิต	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	7(2.2)	40(12.5)	147(46.1)	100(31.4)	25(7.8)
22. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชีวิตมีประสบการณ์เกี่ยวกับ ความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย เข้าใจกันเพียงใด	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	1(0.3)	14(4.4)	98(30.7)	150(47.0)	56(17.6)
23. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชีวิตได้ให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใยแก่คนอื่นเพียงใด	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	0(0.0)	16(5.0)	103(32.3)	141(44.2)	59(18.5)
24. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชีวิตได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย จากคนอื่นเพียงใด	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	1(0.3)	16(5.0)	152(47.7)	119(37.3)	31(9.7)
<b>ความสามารถทางด้านการรับรู้</b>					
1. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความรู้สึกสูญเสียการรับรู้ (เช่น การได้ยิน การลิ้มรส การสัมผัส การมองเห็น การดมกลิ่น) ซึ่งมีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	1(0.3)	17(5.3)	64(20.1)	96(30.1)	141(44.2)

ตารางที่ 16 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	จำนวน (ร้อยละ)				
<b>ความสามารถทางการรับรู้ (ต่อ)</b>					
2. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการสูญเสียการได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การสัมผัส หรือการดมกลิ่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรม	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	2(0.6)	13(4.1)	59(18.5)	100(31.3)	145(45.5)
10. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัญหาที่เกี่ยวกับระบบการรับรู้ (เช่น การได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การดมกลิ่น การสัมผัส) มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ส่วนใหญ่	ได้สมบูรณ์
	4(1.3)	17(5.3)	73(22.9)	92(28.8)	133(41.7)
20. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการรับรู้ความรู้สึก (เช่น การสัมผัส การได้ยิน การลิ้มรส การมองเห็น การดมกลิ่น) ดีเพียงใด	ไม่พอใจ	ไม่พอใจ	เฉย ๆ	พอใจ	พอใจมาก
	มาก	2(0.6)	106(33.2)	152(47.7)	58(18.2)
1(0.3)					
<b>การตายและความตาย</b>					
6. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความรู้สึกกลัวความตาย	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	25(7.8)	96(30.1)	124(38.9)	62(19.4)	12(3.8)

ตารางที่ 16 (ต่อ)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	จำนวน (ร้อยละ)				
	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
<b>การตายและความตาย(ต่อ)</b>					
7. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หากเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความกลัวต่อความตายจากโรคดังกล่าว	ไม่เลย 36(11.3)	เล็กน้อย 85(26.6)	ปานกลาง 119(37.3)	มาก 72(22.6)	มากที่สุด 7(2.2)
8. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาจจะทำให้ตาย	ไม่เลย 8(2.5)	เล็กน้อย 79(24.8)	ปานกลาง 124(38.9)	มาก 94(29.4)	มากที่สุด 14(4.4)
9. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความรู้สึกกลัวว่าจะได้รับความเจ็บปวดก่อนตาย	ไม่เลย 9(2.8)	เล็กน้อย 69(21.6)	ปานกลาง 130(40.8)	มาก 93(29.2)	มากที่สุด 18(5.6)

จากตารางที่ 16 พบว่า เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแต่ละด้านแบบรายข้อ ในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.0 ประกอบไปด้วยข้อที่ 14, 16, 17, 18 พบว่า ข้อที่ 17. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความพอใจกับการทำกิจกรรม มีความพอใจกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการทำกิจกรรม ร้อยละ 50.8 ข้อที่ 18. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความพอใจ กับโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน มีความพอใจกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน ร้อยละ 49.5 ด้านความเป็นตัวของตัวเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.4 ประกอบไปด้วยข้อที่ 3, 4, 5, 11 พบว่า ข้อที่ 4. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถกำหนดอนาคตของตัวเองได้มีความเป็นตัวของตัวเอง และสามารถกำหนดอนาคตตัวเองได้ในระดับมาก ร้อยละ 50.4 รองลงมาข้อที่ 5. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความรู้สึกว่ารอบข้างเคารพในเสรีภาพ

มีความเป็นตัวของตัวเองและรู้สึกว่าคุณรอบข้างเคารพในเสรีภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.3 ด้านกิจกรรมในอดีต ปัจจุบันและอนาคต อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.3 ประกอบไปด้วย ข้อที่ 12, 13, 15, 19 พบว่า ข้อที่ 15. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความพอใจกับการประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา มีความพอใจกับการประสบความสำเร็จในชีวิต ร้อยละ 51.4 รองลงมา ข้อที่ 19. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสุขกับสิ่งที่คาดหวังว่าจะได้รับ เช่น การได้รับการยกย่อง ให้เกียรติจากสังคม หรือการประสบความสำเร็จจากการใช้ชีวิตที่ผ่านมา มีความพอใจกับสิ่งที่คาดหวังว่าจะได้รับ ร้อยละ 47.3 ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รักอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.6 ประกอบ ไปด้วย ข้อที่ 21, 22, 23, 24 พบว่า ข้อที่ 24. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชีวิตได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย จากคนอื่น เพียงใด มีปฏิสัมพันธ์กับคู่รักในชีวิตได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใยจากคนอื่น ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.7 รองลงมา ข้อที่ 22. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชีวิตมีประสบการณ์เกี่ยวกับ ความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย เข้าใจกันมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รัก และมีประสบการณ์เกี่ยวกับความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย เข้าใจกันในระดับมาก ร้อยละ 47.0 ด้านความสามารถทางด้านการรับรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.7 ประกอบไปด้วยข้อที่ 1, 2, 10, 20 พบว่า ข้อที่ 20. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการรับรู้ความรู้สึก (เช่น การสัมผัส การได้ยิน การลิ้มรส การมองเห็น การดมกลิ่น) มีความพอใจในการรับรู้ความรู้สึก ร้อยละ 47.7 รองลงมา ข้อที่ 2. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 มีการสูญเสียการได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การสัมผัส หรือการดมกลิ่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรม มีการสูญเสียความรู้สึกในระดับมากที่สุด ร้อยละ 45.5 และด้านการตายและความตายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.8 ประกอบไปด้วยข้อที่ 6, 7, 8, 9 พบว่า ข้อที่ 9. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความรู้สึกกลัวว่าจะได้รับความเจ็บปวดก่อนตาย มีความรู้สึกกลัวความเจ็บปวดก่อนตายในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.8 รองลงมา ข้อที่ 6. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความรู้สึกกลัวความตาย มีความรู้สึกกลัวความตายในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.9 และข้อที่ 8. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาจจะทำให้ตาย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่อาจทำให้ตายในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.9

ส่วนที่ 8 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวภายหลังสถานการณ์โควิด-19

ตาราง 17 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's correlation coefficient) ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	
	r	p-value
อายุ	0.017	0.769
รายได้เฉลี่ย	0.207	<0.001**
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	0.171	0.002*
ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	0.085	0.129
การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	0.255	<0.001**
การมีส่วนร่วมในกิจกรรม	0.216	<0.001**
แรงสนับสนุนด้านการเงิน	0.102	0.070
แรงสนับสนุนด้านร่างกาย	0.192	0.001*
แรงสนับสนุนด้านสิ่งของ	0.148	0.008*
แรงสนับสนุนด้านอารมณ์	0.391	

\*p-value < 0.05, \*\*p-value < 0.001

จากตารางที่ 17 สามารถแบ่งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การมีส่วนร่วมในกิจกรรม แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวได้ดังนี้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ รายได้เฉลี่ย ( $r = 0.207$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ( $r = 0.216$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ( $r = 0.255$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ( $r = 0.391$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) แรงสนับสนุนด้านร่างกาย ( $r = 0.192$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ( $r = 0.171$ ,  $p\text{-value} = 0.002$ ) และแรงสนับสนุนด้านสิ่งของ ( $r = 0.148$ ,  $p\text{-value} = 0.008$ )

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านการเงิน ( $r = 0.102$ ,  $p\text{-value} = 0.070$ ) ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ( $r = 0.085$ ,  $p\text{-value} = 0.129$ ) และอายุ ( $r = 0.017$ ,  $p\text{-value} = 0.769$ )

**ตาราง 18 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Eta coefficient) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร**

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	
	Eta	p-value
เพศ	0.051	0.366
สถานภาพ	0.002	0.015*
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว	0.083	0.336
ระดับการศึกษา	0.124	0.564
การประกอบอาชีพ	0.121	0.030*
การดื่มสุรา	0.149	0.157
การสูบบุหรี่	0.116	0.117
การออกกำลังกาย	0.179	0.006*
โรคประจำตัว	0.190	0.882
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	0.051	0.664
ประวัติการป่วยเป็นโควิด-19	0.007	0.904
การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19	0.172	0.002*
มีอาการภาวะ Long Covid	0.103	0.066

\* $p\text{-value} < 0.05$

จากตารางที่ 18 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ( $\eta = 0.172$ ,  $p\text{-value} = 0.002$ ) การออกกำลังกาย ( $\eta = 0.179$ ,  $p\text{-value} = 0.006$ ) สถานภาพ ( $\eta = 0.002$ ,  $p\text{-value} = 0.015$ ) และการประกอบอาชีพ ( $\eta = 0.121$ ,  $p\text{-value} = 0.030$ )

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ มีอาการภาวะ Long Covid ( $\eta = 0.103$ ,  $p\text{-value} = 0.066$ ) การสูบบุหรี่ ( $\eta = 0.116$ ,  $p\text{-value} = 0.117$ ) การดื่มสุรา

(eta = 0.149, p - value = 0.157) สัมพันธภาพในครอบครัว (eta = 0.083, p-value = 0.336) เพศ (eta = 0.051, p-value = 0.366) ระดับการศึกษา (eta = 0.124, p-value = 0.564) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (eta = 0.051, p-value = 0.664) โรคประจำตัว (eta = 0.190, p-value = 0.882) ประวัติการป่วยเป็นโควิด-19 (eta = 0.007, p-value = 0.904)

## ส่วนที่ 9 แสดงการวิเคราะห์หัตถิพลระหว่างปัจจัยกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นจำนวน 5 ข้อ ของการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ พบว่า

1. ค่าคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงปกติ โดยค่าคลาดเคลื่อนจากค่าสถิติทดสอบ (Residuals Statistics) พบว่า Mean = 0.000 และ S.D. = 0.994 (เกณฑ์ คือ Mean = 0 , S.D. มีค่าเข้าใกล้ 1)
2. ค่าความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ (Homoscedasticity) โดยพิจารณาจากกราฟ scatter plot พบค่า Regression Standardized Residual กับค่า Regression Standardized Predictive Value มีการกระจายอยู่รอบ 0 และคงที่
3. ค่าความคลาดเป็นอิสระต่อกันไม่มีความสัมพันธ์ภายในตนเอง (Autocorrelation) โดยพบค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.973 (เกณฑ์คือ มีค่าระหว่าง 1.5 – 2.5)
4. ค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0 ( $E(e) = 0$ ) จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อน (One Sample Test) พบค่า p-value = 1.000 แสดงว่าค่าเฉลี่ยของค่าความคลาดเคลื่อนไม่ต่างจาก 0
5. ตัวแปรอิสระต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ค่าสถิติทดสอบ (Collinearity Statistics) พบค่า Tolerance ที่มีค่าน้อยที่สุด คือ 0.922 (เกณฑ์คือ ไม่ต่ำกว่า 0.20) และค่า VIF ที่มีค่ามากที่สุด คือ 1.085 (เกณฑ์คือ ไม่เกิน 10) แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเอง

เมื่อนำตัวแปรเข้าสมการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ได้ผลการวิเคราะห์ ดังตารางที่ 19

ตาราง 19 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ภายหลังจากสถานการณ์โควิด 19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

ตัวแปร	R <sup>2</sup> Change	b	$\beta$	t	p-value
แรงสนับสนุนด้านอารมณ์	0.153	2.770	0.391	7.571	<0.001
การมีส่วนร่วมในกิจกรรม	0.026	0.579	0.163	3.174	0.002
การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 (ปฏิบัติไม่ครอบคลุมตามมาตรการป้องกันโควิด-19)	0.022	2.693	0.149	2.939	0.004
การประกอบอาชีพ (ไม่ประกอบอาชีพ)	0.10	1.973	0.102	1.981	0.048

Constant = 57.843, R square = 0.211, Adjusted R square = 0.201, F = 3.925, p-value <0.05

\*p-value < 0.05

จากตารางที่ 19 จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการได้แก่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ 0.153 แสดงว่าแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังจากสถานการณ์โควิด-19 ร้อยละ 15.3

เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 2 คือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรม โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอีก 0.026 แสดงว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรม มีส่วนสำคัญในการใช้ทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังจากสถานการณ์โควิด-19 ได้เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญอีก ร้อยละ 2.6

เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 3 คือ การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอีก 0.022 แสดงว่าการป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 มีส่วนสำคัญในการใช้ทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังจากสถานการณ์โควิด-19 ได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอีก ร้อยละ 2.2

เมื่อเพิ่มตัวแปรทำนายเข้าไปในการวิเคราะห์ ตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าไปในขั้นที่ 4 คือ การประกอบอาชีพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอีก 0.010 แสดงว่าการประกอบอาชีพ มีส่วนสำคัญในการใช้ทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอีก ร้อยละ 1.0

แต่เมื่อตัวแปรทำนายในขั้นตอนต่อไปของการวิเคราะห์ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย เปลี่ยนไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาตัวแปร จึงยุติลงในขั้นตอนที่ 4 ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่จะได้เส้นถดถอยที่ดีที่สุด นั่นคือ แรงสนับสนุน ด้านอารมณ์ การมีส่วนร่วมในกิจกรรม การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 การประกอบอาชีพ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ร้อยละ 20.1 ( $R^2 = 0.211$ , Adjusted  $R^2 = 0.201$ )

ดังนั้น คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด 19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร =  $57.843 + 2.770$  (แรงสนับสนุนด้านอารมณ์) +  $0.579$  (การมีส่วนร่วมในกิจกรรม) +  $2.693$  (การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19) +  $1.973$  (การประกอบอาชีพ)

จากสมการ แสดงว่า แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 2.770 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนแรงสนับสนุนด้านอารมณ์จะเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะเพิ่มขึ้น 2.770 หน่วย

การมีส่วนร่วมในกิจกรรม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 0.579 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมจะเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว จะเพิ่มขึ้น 0.579 หน่วย

การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 2.693 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนการป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 จะเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะเพิ่มขึ้น 2.693 หน่วย

การประกอบอาชีพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอย เท่ากับ 1.973 หมายความว่า เมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่

คะแนนการประกอบอาชีพจะเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คะแนนคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว  
จะเพิ่มขึ้น 1.973 หน่วย



## บทที่ 5

### บทสรุป

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional survey research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังจากสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่าง 319 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์และแสดงผลข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inference Statistics) ได้แก่ สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) สถิติสหสัมพันธ์อีต้า (Eta correlation coefficient) และสถิติถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis)

#### สรุปผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังจากสถานการณ์โควิด 19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.6 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 52.4 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 70.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.692 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 62.4 มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ร่วมกันได้ดีมากที่สุด ร้อยละ 92.5 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 75.9 มีรายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2,001-5,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 43.9 มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 4,599.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3,688.40 มีการประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 38.9 ไม่ดื่มสุรามากที่สุด ร้อยละ 78.4 ไม่สูบบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 83.3 มีการออกกำลังกายเป็นบางครั้งมากที่สุด ร้อยละ 46.4 โรคประจำตัวส่วนใหญ่ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.8 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ร้อยละ 90.3 มีประวัติเคยป่วยเป็นโควิด-19 มากที่สุด ร้อยละ 87.8 มีการปฏิบัติตัวไม่ครอบคลุมตามมาตรการป้องกันตนเองภายหลังจากสถานการณ์โควิด-19 ร้อยละ 60.2 และมีอาการภาวะ Long Covid ร้อยละ 75.2

การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.2 รองลงมาได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 38.2 และการรับรู้ภาวะสุขภาพระดับน้อย ร้อยละ 1.69

ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 42.3 รองลงมา ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.5 และความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 17.2

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 86.8 และการเข้าถึงบริการสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.2

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.3 รองลงมาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 42.6 และมีส่วนร่วมในกิจกรรมอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 9.1

แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.9 รองลงมาแรงสนับสนุนด้านการเงินอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 แรงสนับสนุนด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.0 และมีแรงสนับสนุนด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.4

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.0 และมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 27.0

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ประกอบด้วย รายได้เฉลี่ย ( $r = 0.207$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ( $r = 0.216$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ( $r = 0.255$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ( $r = 0.391$ ,  $p\text{-value} < 0.001$ ) แรงสนับสนุนด้านร่างกาย ( $r = 0.192$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ( $r = 0.171$ ,  $p\text{-value} = 0.002$ ) และแรงสนับสนุนด้านสิ่งของ ( $r = 0.148$ ,  $p\text{-value} = 0.008$ ) การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ( $\eta = 0.172$ ,  $p\text{-value} = 0.002$ ) การออกกำลังกาย ( $\eta = 0.179$ ,  $p\text{-value} = 0.006$ ) สถานภาพ ( $\eta = 0.002$ ,  $p\text{-value} = 0.015$ ) และการประกอบอาชีพ ( $\eta = 0.121$ ,  $p\text{-value} = 0.030$ )

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ได้ทั้งหมด 4 ตัวแปร โดยเรียงตามลำดับความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของปัจจัยต่าง ๆ จากมากไปหาน้อย ได้แก่ แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ การมีส่วนร่วมในกิจกรรม การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 และการประกอบอาชีพ ตามลำดับ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 20.1 ( $R^2 = 0.211$ , Adjusted  $R^2 = 0.201$ )

ผลการวิเคราะห์สามารถสร้างสมการทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร =  $57.843 + 2.770$  (แรงสนับสนุนด้านอารมณ์) +  $0.579$  (การมีส่วนร่วมในกิจกรรม) +  $2.693$  (การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19) +  $1.973$  (การประกอบอาชีพ)

## อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังจากสถานการณ์โควิด-19 อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร พบว่า แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ การมีส่วนร่วมในกิจกรรม การป้องกันตนเองภายหลังจากสถานการณ์โควิด-19 และการประกอบอาชีพ สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ได้ร้อยละ 20.1 อภิปรายผลได้ตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

### 1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังจากสถานการณ์โควิด-19 ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.0 เนื่องจากภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวในพื้นที่อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร มีการดำเนินชีวิตความเป็นอยู่ ที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เปลี่ยนเป็นวิถีชีวิตแบบใหม่เพื่อปรับให้เข้ากับสถานการณ์ในปัจจุบัน ทั้งในด้านร่างกาย ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีการรับรู้ความรู้สึกประสาทสัมผัสในด้านต่าง ๆ ทั้งการได้ยิน การลิ้มรส การสัมผัส การมองเห็น การดมกลิ่นที่ดี ไม่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำ และการทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้อื่น ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีความพอใจในสิ่งที่ตัวเอง คาดหวังว่าจะได้รับ เช่น การดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ได้รับความยกย่องให้เกียรติจาก การประสบความสำเร็จที่ผ่านมาจากกิจกรรมในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต แต่ยังมีความรู้สึกกังวล กลัวการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อโควิด-19 และมีความกลัวหากต้องตายด้วยโรคติดเชื้อโควิด-19 ด้านสังคม ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นผู้ให้และได้รับความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่ จากคนในครอบครัว และคนรอบข้าง รวมไปถึงมีการจัดสรรเวลาจากการทำงานในแต่ละวัน ไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนอยู่เสมอ และด้านสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวจะมีการรับรู้ เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เช่น รู้สึกถึงการมีอิสระในการตัดสินใจ การกำหนดอนาคตของตัวเองได้ และคนรอบข้างให้ความเคารพในสิทธิเสรีภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมแต่ละด้านส่งผลให้คุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุรีย์วรรณ สีลาดเลา และคณะ (2564) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง และด้านจิตใจอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของมนทิญา กงลา (2564) พบว่า มีคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง พิจารณารายด้าน พบว่า ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศรัณยูทร เครื่องประดับ และนิศาชล บุบผา (2565) พบว่า มีคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับ ปานกลาง เนื่องจากในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือ

จากหน่วยงานกลุ่มกองทุนต่าง ๆ ฝึกอาชีพสร้างรายได้ และมีการปฏิบัติตัวตามมาตรการป้องกันโควิด-19 และพอใจในชีวิต พอใจในตนเอง และสิ่งรอบข้าง มีความกังวลในการดำเนินชีวิตประจำวัน การร่วมกิจกรรมในชุมชนในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ อุไรวรรณ ทศนีย์สุวรรณ (2564) พบว่า มีคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับดี ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของปริญญา สัตตะบุตร (2564) พบว่า มีคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของจุฑาทิพย์ ชนชนะกุล และคณะ (2565) พบว่า มีคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบูรณ์ทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านสภาพอารมณ์ที่ดี ด้านสภาพร่างกายที่ดี ด้านการรวมกลุ่มทางสังคม ด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง และด้านสภาพความเป็นอยู่

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความสามารถทางการรับรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.7 เนื่องจากภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวรับรู้สภาพร่างกายของตนเองถึงความพอใจกับการรับรู้ความรู้สึกในด้านต่าง ๆ ของตนเอง เช่น การได้ยิน การลิ้มรส การสัมผัส การมองเห็น การดมกลิ่น ล้วนแล้วแต่ไม่ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน และการทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้อื่น ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านความสามารถทางการรับรู้ อยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปริญญา สัตตะบุตร (2564) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านร่างกายอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับงานวิจัยของจุฑาทิพย์ ชนชนะกุล และคณะ (2565) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านร่างกายอยู่ในระดับมาก แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุรีย์วรรณ สีลาดเลา และคณะ (2564) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของการทำงานระบบต่าง ๆ ทั้งร่างกาย ทำให้ส่วนใหญ่ ประเมินว่าตนเองสุขภาพไม่แข็งแรงไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของศรัณยูทศ เครื่องประดับ และนิตยาชล บุปผา (2565) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุมีความพอใจที่สามารถทำอะไรได้ในแต่ละวัน พอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคย และหากมีการเจ็บป่วยตามร่างกายได้รับการช่วยเหลือ และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน

ด้านความเป็นตัวของตัวเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.4 เนื่องจากภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ทั้งมีความรู้สึกถึงการมีอิสระในการตัดสินใจทำในสิ่งที่ตัวเองอยากจะทำ สามารถกำหนดอนาคตตัวเองได้ และคนรอบข้างก็ให้ความเคารพในสิทธิเสรีภาพของผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านความเป็นตัวของตัวเองอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุรีย์วรรณ สีลาดเลา และคณะ (2564) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อม

อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุมีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ส่วนใหญ่ จะได้จากเบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุที่รัฐสนับสนุน และสอดคล้องกับงานวิจัยของศรัณยูทร เครื่องประดับ และนิศาชล บุปผา (2565) พบว่า มีคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุมีความพอใจกับสภาพแวดล้อมรอบตัวมีการจัดการความสะอาดเป็นระเบียบ ผลภาวะลดลง ความแออัดลดลง และพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้เมื่อจำเป็น แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของปริญญา สัตตะบุตร (2564) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้สูงอายุที่สถานภาพโสด สถานภาพสมรส จะมีการตัดสินใจด้วยตนเองที่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย หย่า แยก และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของจุฑาทิพย์ ชนชนะกุล และคณะ (2565) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้สูงอายุมีความพอใจสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย มีการเดินทางที่สะดวกสบาย และรู้สึกว่าการชุมนุมมีความมั่นคงปลอดภัย เพื่อนบ้านเป็นมิตร ช่วยเหลือกัน

ด้านกิจกรรมใน อดีต ปัจจุบัน และอนาคตอยู่ในระดับปานกลาง 64.3 เนื่องจากภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีความรู้สึกพอใจกับสิ่งที่คาดหวัง และการได้รับสิ่งที่สมควรจะได้รับ เช่น การดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน การได้รับความยกย่อง ให้เกียรติจากสังคม และการประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านกิจกรรมใน อดีต ปัจจุบัน และอนาคตอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมนทิญา กงลา (2564) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับงานวิจัยของศรัณยูทร เครื่องประดับ และนิศาชล บุปผา (2565) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุมีความพอใจในชีวิต พอใจในตัวเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย ต้องการไปวัดทำบุญตามประเพณี และให้ความร่วมมือปฏิบัติตามมาตรการเฝ้าระวังป้องกันโรค

ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.0 เนื่องจากภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีความรู้สึกพอใจกับการจัดสรรเวลา และโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชน และรู้สึกว่าในแต่ละวันได้ทำงานอย่างเพียงพอแล้ว ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมนทิญา กงลา (2564) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของสุรีย์วรรณ สีลาดเลา และคณะ (2564) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากเป็นชุมชนแถวชนบทมีคนอาศัยอยู่เยอะเยอมทำให้ผู้สูงอายุนั้นรู้จักกันเอื้อเพื่อช่วยเหลือกัน ทำกิจกรรมร่วมกันในชุมชน และสอดคล้องกับงานวิจัยของศรัณยูทร เครื่องประดับ และนิศาชล บุปผา (2565) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุพอใจกับการเข้ากับคนอื่น พอใจกับการช่วยเหลือกันและกันจากเพื่อน ๆ และผู้สูงอายุมีความต้องการพบปะลูกหลาน ญาติ พี่น้อง แต่มีความยากลำบากในการพบปะ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของปริญญา สัตตะบุตร และคณะ (2564) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย หย่า แยก

ด้านการตายและความตายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 60.8 เนื่องจากภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีความรู้สึกกังวลและกลัวการเจ็บป่วยจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และรู้สึกกลัวที่จะตายจากโรคโควิด-19 ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านการตายและความตายอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมนทิญา กงลา (2564) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับงานวิจัยของศรีณยุทธร เครื่องประดับ และนิศาชล บุนผา (2565) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง พบว่า มีคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุมีความพอใจในชีวิต พอใจในตัวเอง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย และต้องการไปวัดทำบุญตามประเพณี และให้ความร่วมมือปฏิบัติตามมาตรการเฝ้าระวังป้องกันโรค แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของปริญญา สัตตะบุตร และคณะ (2564) พบว่า มีคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านจิตใจอยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพหม้าย หย่า แยก

ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รักอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.6 เนื่องจากภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวรู้สึกว่าการมีเพื่อนนั้นมีความสำคัญในชีวิตเพราะจากเหตุการณ์การแพร่ระบาดทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการเว้นระยะห่างทางสังคม การพบเจอกันกับเพื่อน ๆ ในชุมชนจึงน้อยหรือแทบจะไม่ได้พบเจอ และรู้สึกพอใจกับการที่ได้เป็นผู้ให้และผู้ที่ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย กับคนรอบข้าง ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับคู่รักอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของมนทิญา กงลา (2564) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของสุรีย์วรรณ สีลาดเลา และคณะ (2564) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากเป็นชุมชนแถวชนบทมีคนอาศัยอยู่เยอะย่อมทำให้ผู้สูงอายุนั้นรู้จักกัน เอื้อเพื่อช่วยเหลือกัน ทำกิจกรรมร่วมกันในชุมชน และสอดคล้องกับงานวิจัยของศรีณยุทธร เครื่องประดับ และนิศาชล บุนผา (2565) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุพอใจกับการเข้ากับคนอื่น พอใจกับการช่วยเหลือกันและกันจากเพื่อน ๆ

และผู้สูงอายุมีความต้องการพบปะลูกหลาน ญาติ พี่น้อง แต่มีความยากลำบากในการพบปะ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของไอรอร์ธ ทศนีย์ (2564) พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับมาก

## 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีจำนวนทั้งสิ้น 4 ตัวแปร ซึ่งเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ 1) แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การมีส่วนร่วมในกิจกรรม 3) การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 4) การประกอบอาชีพ

**1. แรงสนับสนุนด้านอารมณ์** พบว่า แรงสนับสนุนด้านอารมณ์มีอิทธิพลทางบวก ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ( $p\text{-value} < 0.001$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งจากผลการวิจัย พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะในข้อที่เกี่ยวกับ คนในครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มารับฟัง ให้กำลังใจ ปลอดภัย ให้คำแนะนำ อธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 มีความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ หดหนทาง สิ้นหวังในชีวิต ยังคงมีคนในครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะเป็นผู้ที่คอยรับฟัง ให้กำลังใจ ปลอดภัย และให้คำแนะนำได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจุฑาทิพย์ ชนชนะกุล และคณะ (2565) พบว่า แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ จากคู่สมรส ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Moisoglou et al., (2024). พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถปรับเปลี่ยนสภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ที่มีอาการหลังโควิด-19 ได้ทำให้สามารถรับมือกับผลทางจิตวิทยาระยะยาวของโรคได้สำเร็จ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ มนทิญา กงลา (2564) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ หากผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัว และเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้โดยคนรอบข้าง ให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งได้สนับสนุนในด้านอารมณ์จิตใจ ข้อมูลข่าวสารสุขภาพและสิ่งของจะช่วยให้ ผู้สูงอายุปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้นส่งผลให้เกิดความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

**2. การมีส่วนร่วมในกิจกรรม** พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมมีอิทธิพลทางบวก ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากลักษณะทางของสังคมผู้สูงอายุในพื้นที่จะมีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย

มีช่วยเหลือพึ่งพาอาศัยกัน และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะที่ได้รับการเคารพนับถือจากคนในชุมชนบท และเป็นกลุ่มคนที่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนอยู่เป็นประจำ เช่น การเข้าร่วมประชาคมหมู่บ้าน กิจกรรมทางศาสนา ทั้งงานวันขึ้นปีใหม่ งานวันสงกรานต์ ที่จะมีการรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุในชุมชนเป็นประจำทุกปี กิจกรรมช่วยเหลือพัฒนาหมู่บ้าน เช่น การปลูกต้นไม้ การปรับปรุงทัศนียภาพในชุมชน รวมไปถึงกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่จะมีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำของมาจำหน่ายตามชุมชน การทำกิจกรรม นันทนาการในชุมชน และการเข้าร่วมตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งจากการที่ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วม ในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชนอยู่เป็นประจำจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี จะไม่รู้สึกรเหงา หว่าเหว่ เหมือนอยู่คนเดียวลำพังจะรู้สึกว่ามีคุณค่ามีศักยภาพ และได้รับเกียรติจากชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอุไรวรรณ ทัศนีย์สุวรรณ (2564) พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม นำมาซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองเป็นการยอมรับ เคารพนับถือตัวเอง เชื่อและมั่นใจว่าตนเองสำคัญและมีคุณค่า มีความสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของมนทิญา กงลา (2564) พบว่า การที่ผู้สูงอายุ ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนเป็นประจำและสม่ำเสมอจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้รู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับของสังคม แต่ไม่สอดคล้องกับ งานวิจัยของสาธิตาน มากชูชิต และคณะ (2566) พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนไม่มีความแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่ต่างกัน

**3. การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19** พบว่า การป้องกันตนเองภายหลัง สถานการณ์โควิด-19 มีอิทธิพลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด -19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวไม่ครอบคลุมตามมาตรการป้องกันโควิด-19 ร้อยละ 60.2 เนื่องจากภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่อำเภอตะพานหินนั้น การระบอบลดลงหรือแทบจะไม่มีเกิดขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีการปฏิบัติตน ตามมาตรการหลักป้องกันโควิด-19 ได้แก่ การสวมใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือ การเว้นระยะห่าง ทางสังคม การฉีดวัคซีนป้องกันโควิด และการหลีกเลี่ยงไปพื้นที่แออัดได้ไม่ครอบคลุมตาม มาตรการหลักป้องกันโควิด-19 แต่ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวบางส่วนก็ยังคงมีการปฏิบัติตน ในการป้องกัน โควิด-19 อย่างครอบคลุมทุกด้านอยู่เช่นกัน ซึ่งหากมีการปฏิบัติในการป้องกัน โควิด-19 ได้อย่างครอบคลุมก็จะส่งผลให้สุขภาพที่ดีห่างไกลจากโรคโควิด-19 รวมไปถึงโรคอื่น ๆ ได้ ซึ่งการสอดคล้องกับงานวิจัยของอิทธิพล ดวงจินดา และคณะ (2564) พบว่า พฤติกรรม ในการป้องกันโควิด-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง

**4. การประกอบอาชีพ** พบว่า การประกอบอาชีพมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ประกอบอาชีพเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เนื่องจากพื้นที่ในอำเภอตะพานหินเป็นพื้นที่เขตกึ่งเมือง ภูมิประเทศเป็นพื้นที่ราบลุ่มแม่น้ำ เหมาะแก่การทำเกษตรกรรมเพาะปลูก และอาชีพเกษตรกรยังเป็นอาชีพที่ถ่ายทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น ทำให้มีรายได้ มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุรีย์วรรณ สีลาดเลา และคณะ (2564) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ มีความแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยของจุฑาทิพย์ ชนชนะกุล และคณะ (2565) พบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคล อาชีพ(หลังเกษียณ) มีความแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของมนทิญา กงลา (2564) พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพที่แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

#### ข้อเสนอแนะ

##### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

##### เชิงนโยบาย

1. จากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการกำหนดนโยบายในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยจัดให้มีกิจกรรมที่สอดคล้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีความครอบคลุมทุกมิติ ด้านร่างกาย จัดให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การออกกำลังกายแบบกลุ่มในชุมชน พัฒนาและอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้มีศักยภาพในการดูแลและติดตามสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และจัดให้มีการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังประจำปีสำหรับผู้สูงอายุ ด้านจิตใจ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การทำงานฝีมือ ปลูกต้นไม้ กิจกรรมนันทนาการ และการจัดกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อเป็นพื้นที่สร้างเครือข่ายเพื่อนและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมสาธารณะ และกิจกรรมเชื่อมโยงระหว่างวัย เช่น การถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นให้แก่เยาวชน ส่งเสริมการจัดตั้งและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุในแต่ละตำบลเพื่อเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม มีการพัฒนาสภาพแวดล้อมในชุมชนให้ปลอดภัยและเหมาะสมต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น การปรับปรุงที่อยู่อาศัย ทางเดินในชุมชน สวนสาธารณะ และสถานที่ออกกำลังกาย มีการกำหนดมาตรฐานสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

### เชิงปฏิบัติการ

1. จากผลการวิจัยพบว่า แรงสนับสนุนทางอารมณ์ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนั้นบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรทำกิจกรรมที่สนับสนุนด้านจิตใจของผู้สูงอายุ สำหรับบุคคลในครอบครัว ควรมีการพูดคุยและรับฟังปัญหา แสดงความรัก ความเอาใจใส่ ให้กำลังใจ ชื่นชมในสิ่งที่ผู้สูงอายุทำได้ ใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกัน และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน สำหรับเพื่อนบ้าน ควรมีการพูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้สูงอายุ ให้กำลังใจและชักชวนผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น การปลูกต้นไม้ งานบุญ หรืองานประเพณีในชุมชน สังเกตพฤติกรรม หากพบความผิดปกติควรให้ความช่วยเหลือ เบื้องต้นและแจ้งผู้เกี่ยวข้อง และสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการลงพื้นที่ เยี่ยมเสริมพลังและให้กำลังใจ พูดคุยให้คำแนะนำในด้านสุขภาพ และด้านจิตใจหากพบปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขและส่งต่อเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง พร้อมประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ เช่น สิ่งอำนวยความสะดวกในการเดินทาง, งบประมาณ มีการจัดกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมที่หลากหลายและเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุนั้นที่สุขภาพด้านจิตใจที่ดีรู้สึกมีคุณค่าและเป็นที่ยก ไม่รู้สึกเหงา โดดเดี่ยว ไม่เกิดภาวะ ซึมเศร้า

2. จากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดกิจกรรมร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ด้านจิตใจ จัดกิจกรรมนันทนาการในชมรมผู้สูงอายุ และในหน่วยงานอื่น ๆ จัดให้มีการให้คำปรึกษา แนะนำ ทางด้านสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ ด้านสิ่งแวดล้อม จัดสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เหมาะสม และเอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน แก่ผู้สูงอายุ และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม จัดกิจกรรมที่สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุกับชุมชน

3. จากผลการวิจัยพบว่า การป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำตำบล ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 รวมไปถึงโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเวทีประชาคม ในหมู่บ้าน โรงเรียนผู้สูงอายุ หอกระจายข่าวในชุมชน เพื่อเน้นย้ำให้ผู้สูงอายุ และประชาชน ทุกกลุ่มวัยมีการป้องกันตนเองอยู่เสมอ เช่น สวมใส่หน้ากากอนามัยในออกจากบ้าน ล้างมือบ่อย ๆ รักษาระยะห่างหากไปสถานที่แออัด และดูแลสุขภาพตัวเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ

4. จากผลการวิจัยพบว่า การประกอบอาชีพส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นหน่วยงานภาครัฐ ควรจัดกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุ มีการประกอบอาชีพเสริมสร้างงาน

สร้างรายได้ เพื่อเป็นการใช้เวลาว่างจากทำงานหลักหารายได้เพิ่มเติมในโรงเรียนผู้สูงอายุ เช่น การสอนทำขนม สอนทำอาหาร สอนทำเครื่องจักรสาน และสอนทำงานฝีมือ

#### เชิงวิชาการ

1. จากผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ด้านร่างกาย มีการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างแข็งแรงและพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว ด้านจิตใจ ควรให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อลดภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความรู้สึกลดเดี่ยวที่พบได้บ่อยในสังคมผู้สูงอายุ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุและสร้างเครือข่ายการสนับสนุนในชุมชน เพื่อป้องกันภาวะการแยกตัวทางสังคม และส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุในสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ควรพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อส่งเสริมความปลอดภัย ความสะดวกสบาย และการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้อย่างเท่าเทียม เพื่อให้สอดคล้องกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ

#### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อค้นหาปัจจัยในเชิงลึกที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ที่ครอบคลุมนอกเหนือจากวิจัยในครั้งนี้

2.2 ควรศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว ในช่วงภายหลังสถานการณ์โควิด-19 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวและผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

2.3 ควรศึกษาพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ที่อาจมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคประจำตัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ

2.4 ควรศึกษาภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ที่อาจมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล ความภาคภูมิใจในตัวเอง



## บรรณานุกรม

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (9 มีนาคม 2564). *สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ*. กรมกิจการผู้สูงอายุ.  
<https://www.dop.go.th/th/know/15/646>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (1 พฤษภาคม 2565). *สถิติผู้สูงอายุ*. กรมกิจการผู้สูงอายุ.  
<https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1167>
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (10 เมษายน 2566). *สถิติผู้สูงอายุไทย ปี 2565 โดยกลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์*. กรมกิจการผู้สูงอายุ. <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962>
- กรมการแพทย์. (23 ธันวาคม 2564). *การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (Post COVID syndrome) หรือภาวะ Long Covid สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข*. กรมการแพทย์. [https://covid19.dms.go.th/backend///Content//Content\\_File/Covid\\_Health/](https://covid19.dms.go.th/backend///Content//Content_File/Covid_Health/)
- กรมการแพทย์. (16 ธันวาคม 2564). *การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (Post COVID syndrome) หรือภาวะ Long Covid สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข*. กรมการแพทย์. <https://covid19.dms.go.th>.
- กรมการแพทย์. (10 กุมภาพันธ์ 2565). *อาการหลงเหลือหลังจากหายป่วยโควิด 19 หรือเรียกว่าภาวะ Long Covid*. กรมการแพทย์. [https://www.dms.go.th/Content/Select\\_Landding\\_page?contentId=31779#:~:text=10%20%E0%B8%81](https://www.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=31779#:~:text=10%20%E0%B8%81).
- กรมควบคุมโรค. (14 พฤษภาคม 2563). *วิธีป้องกันตัวเองและสังคมจากโรคติดต่อโควิด-19*. มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก. <https://www.gj.mahidol.ac.th/main/preventioncovid/>
- กรมควบคุมโรค. (2564). *รายงานผลการทบทวน สถานการณ์โรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 และมาตรการควบคุมป้องกันในระดับโลก และในประเทศไทย*. กรมควบคุมโรค.  
<http://www.thaincd.com/document/file/download/knowledge/COVID19.65.pdf>
- กรมสุขภาพจิต. (1 ตุลาคม 2563). *93 วันสู่สังคม"คนชรา" 5 จังหวัด? คนแก่เยอะสุด-น้อยสุด*. กรมสุขภาพจิต.  
<https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30453>.
- กรมสุขภาพจิต. (15 ตุลาคม 2564). *ประกาศมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต*. กรมสุขภาพจิต.  
<http://mhsd.dmh.go.th/fileupload/20211027925864550.pdf>

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว กลุ่มดูแลผู้สูงอายุ*. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.  
<http://fv.phc.hss.moph.go.th/files/handbook-LTC.pdf>
- กรมอนามัย. (13 มิถุนายน 2566). *มาตรการหลักป้องกัน COVID-19 ลดเสี่ยงโรค สำหรับสถานประกอบการ สถานบริการ และประชาชน*. กองอนามัยฉุกเฉิน กรมอนามัย.  
[https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/info525\\_covid19/](https://multimedia.anamai.moph.go.th/infographics/info525_covid19/)
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2546). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553)*. กรมกิจการผู้สูงอายุ. <https://www.dop.go.th/th/laws/2/10/785>
- กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. (2 มีนาคม 2565). *ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)*. สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน.  
<https://www.tosh.or.th/covid-19/index.php/new-normal>
- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ในประเทศไทย. (13 เมษายน 2563). *ผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์การระบาด COVID-19*. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ในประเทศไทย. <https://thailand.unfpa.org/th/elderly-COVID19>
- กองบริหารงานทั่วไป มหาวิทยาลัยมหิดล. (23 พฤษภาคม 2564). *ความเสี่ยง และผลกระทบต่อผู้สูงอายุในช่วง COVID-19*. กองบริหารงานทั่วไป มหาวิทยาลัยมหิดล.  
<https://op.mahidol.ac.th/ga/posttoday-13/>
- เกษมณี นบน์อม และคณะ. (2565). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในเขตตำบลสะเดาใหญ่ อำเภอชูขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ*. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะสาธารณสุขศาสตร์
- งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กลุ่มพัฒนาระบาดวิทยาโรคติดต่อ. (18 สิงหาคม 2564). *สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง*. กรมควบคุมโรค. <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2562). *พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จันทนา รณฤทธิวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ. (2548). *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์
- จรัสพรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ. (2536). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม

- จุฑาทิพย์ ชนชนะกุล และคณะ. (2565). ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขต ตำบลท่ากกแดง อำเภอเสกกา จังหวัดบึงกาฬ ในช่วงสถานการณ์โควิด-19. *วารสารวิชาการ ร้อยแก่นสาร*, 7(11), 452-467.
- ชัยรัตน์ พรหมดวง. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาลตำบลตระบอง อำเภอสายบุรี จังหวัดปัตตานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดวงเดือน ศาสตรภัทร และคณะ. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีประวัติเคยเป็น ผู้ป่วยโรคโควิด 19 จังหวัดนนทบุรี. *วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ*, 10(1), 76-86.
- ธีระพงษ์ ทศวัฒน์, ปิยะกมล มหิวรรณ. (2563). การพัฒนาคุณภาพชีวิตทางสังคมของประชาชนและ การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19). *วารสารมหาวิทยาลัยนครสวรรค์*, 7(9), 40-55.
- นรลักษณ์ เอื้อกิจ, และลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. (2561). การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*. 12(1). 38-47
- ปดมาพร พันธุ์อุบล. (2553). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของข้าราชการตำรวจวัยทอง ในจังหวัดชลบุรี*. (สารนิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ). SWU Thesis Archive. [http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/Dev\\_Psy/Patamaporn\\_P.pdf](http://thesis.swu.ac.th/swuthesis/Dev_Psy/Patamaporn_P.pdf).
- ปริญญา สัตตะบุตร. (2564). การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกับปัจจัยส่วนบุคคล และครอบครัวในจังหวัดเพชรบูรณ์. *วารสาร มจร การพัฒนาสังคม*, 6(3), 17-32.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. (2554). *นิยามเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ*. หามมอ. <https://haamor.com>.
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546. (31 ธันวาคม 2560). *ราชกิจจานุเบกษา* เล่ม 134 ตอนที่ 131 ก. หน้า 1-8
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2560 ฉบับที่ 3. (27 ธันวาคม 2546). *ราชกิจจานุเบกษา* เล่ม 120 ตอนที่ 130 ก. หน้า 36-39.
- พิทักษ์ ธีระพุทธรักษา (2549). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของวัยรุ่น ในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดยะลา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์). คลังปัญญา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. <https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2553/3159>
- มนทิญา กงลา. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท เขตเทศบาลอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 18(3), 75-85.

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553, ตุลาคม). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552* (พิมพ์ครั้งที่ 1). มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- รับพร ทักษิณวราจาร. (16 กุมภาพันธ์ 2565). *LONG COVID หลังติดเชื้อแล้ว โควิดทิ้งอะไรไว้ให้กับร่างกายเรา*. โรงพยาบาลพระราม 9. <https://www.pram9.com/long-covid/>
- รพีพรรณ รัตนวงศ์นรา มอรัตน์. (25 กันยายน 2564). รู้จัก “Long Covid” อาการที่ตามมาหลังหายป่วยจากโควิด-19 “มันไม่ได้อยู่กับคุณแค่ช่วงสั้น ๆ ”. พันข่าวทูเดย์. <https://www.thunkhaotoday.com>.
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน. ( 2 มกราคม 2566). *สถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. <https://www.tphcp.go.th/>
- วันเพ็ญ แว่ววิรุคูปต์ และคณะ. (2566). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในช่วงการระบาดระลอกสองของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 24(2), 76-87
- วรธมน จันทระเบญจกุล. (16 กุมภาพันธ์ 2565). *ภาวะ Long Covid ที่ควรรู้*. โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. <https://kcmh.chulalongkornhospital.go.th>.
- วลัยพร นันท์สุภาวัฒน์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ*.  
 ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัดขอนแก่นการพิมพ์.
- วีไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์ และศิลป์ การพยาบาลผู้สูงอายุ*. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิฑูรย์ สิมะโชคดี. (17 มกราคม 2564). *คุณภาพคือความอยู่รอด ตอน คุณภาพชีวิต...อยู่ที่ใคร?*.  
 มติชน. [https://www.matichon.co.th/columnists/news\\_2530804](https://www.matichon.co.th/columnists/news_2530804)
- ศิริพันธ์ สาสด์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. (2565). *จำนวนประชากรแยกตามกลุ่มอายุ ปี 2565 รายอำเภอ*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. <http://www.ppho.go.th/misnew/index.php?menu=37.4&for=all>
- ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19. (23 กันยายน 2565). *สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19 (ศบค.). [https://media.thaigov.go.th/uploads/public\\_img/source/230965.pdf](https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/230965.pdf)
- ศรัณยูทร เครื่องประดับ และนิชาชล บุบผา. (2565). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสมบูรณ์ ตำบลห้วยสามพาด อำเภอประจักษ์ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลสุขภาพ และการศึกษา*, 6(2), 1-14.

- ศศิกัญจน์ สุกุลปัญญวัฒน์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครนายก. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 11(3), 51-63.
- สาธิตามาน มากชูชิต และคณะ. (2566). แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนเทศบาล นครยะลา โดยใช้ศูนย์การเรียนรู้ชุมชนเป็นฐาน. *มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร*, 7(1), 142-159.
- สิทธิชัย ชยานนโฑ และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในตำบล กำแพงเขา อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสังคมศาสตร์และวัฒนธรรม*, 3(1), 41-53.
- สุภาพ อารีเอื้อ และคณะ (2565). การเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในช่วงการระบาดของ โควิด-19. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*, 16(4), 421-436.
- สุภาภรณ์ สุดหนองบัว. (2565). *การดูแลผู้สูงอายุ: สถานการณ์และคุณภาพชีวิต*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สุรีย์วรรณ สีลาดเลา และคณะ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบล บางนกแขวก อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(3), 298-309.
- สุรีย์พันธุ์ วรพงศกร. (16 พฤษภาคม 2558). ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์กับการพัฒนาพฤติกรรม สุขภาพ PRECEDE - PROCEDE Model. ใน *การประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 17, จอมเทียน ปาล์มบีช โฮเต็ล แอนด์ รีสอร์ท จังหวัดชลบุรี*.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย(WHOQOL - BREF - THAI) 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด*. กรมสุขภาพจิต. <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>.
- สันต์ หัตถิรัตน์. (6 มกราคม 2565). *โควิดยาว... “Long Covid” อาการหลังหายจากโควิด-19*. กรมสุขภาพจิต. <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2461>.
- สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอตะพานหิน. (2566). การจัดเก็บและรับรองคุณภาพข้อมูลความจำเป็น พื้นฐาน (จปฐ.) ระดับอำเภอ ประจำปี 2566. สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอตะพานหิน.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557*. กรมกิจการผู้สูงอายุ. <https://www.dop.go.th/th/know/1/48>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *การทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2557*. กรมกิจการผู้สูงอายุ. [https://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge\\_th\\_20161608145901\\_1.pdf](https://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20161608145901_1.pdf)

- อัณชลี จุ่มพญาภิกร. (12 พฤศจิกายน 2554). *อยู่อย่างไรให้เป็นสุขในวัยสูงอายุ*. คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. [https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/  
generalknowledge/general/06162\\_014-1444](https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/06162_014-1444).
- อิทธิพล ดวงจินดา และคณะ. (2564). การรับรู้ความสามารถของการดูแลตนเองและพฤติกรรมการ  
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดสุพรรณบุรี.  
*วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 14(4), 111-126.
- อุไรวรรณ ทศนีย์สุวรรณ. (2564). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง  
โรงพยาบาลหัวไทร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*,  
8(1), 293-311.
- อรณิชฐ์ แสงทองสุข. (2563). การศึกษาคูณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษาเขต  
กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี. กรุงเทพฯ: คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- อำพล ศรีมงคล และคณะ. (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตองค์การบริหาร  
ส่วนตำบลหนองโก อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต).  
มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, สาขารัฐประศาสนศาสตร์.
- อิสยาม อาแว และคณะ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยท่ามกลาง  
สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดนราธิวาส.  
*วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 9(3), 98-107.
- Al-Ghafri, B.R., Al Nabhani, M.Q., Al-Sinawi, H., Al-Mahrezi, A., Al Ghusaini, Z.B.,  
Al-Harrasi, A.M., Al-Saidi, Y. and Chan, M.F. (2023). Coping with the post-  
COVID-19 pandemic: perceived changes of older adults in their life  
satisfaction, depression, and quality of life. *Quality in Ageing and Older Adults*,  
24(3), 83-96. <https://doi.org/10.1108/QAOA-02-2023-0007>
- Best, J. W. (1977). *Research in education*. Eaglewood cliffs. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bloom, Benjamin S., et al. (1971). *Hand book on Formative and Summative Evaluation  
of Student Learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company
- Herrera, M.S., Elgueta, R., Fernández, M.B. et al. (2021). A longitudinal study  
monitoring the quality of life in a national cohort of older adults in Chile  
before and during the COVID-19 Outbreak. *BMC Geriatrics*, 21, 1-12.  
<https://doi.org/10.1186/s12877-021-02110-3>

- Khorani, H., Mohammadi, F., Hosseinkhani, Z. *et al.* (2022). Predictive factors of Quality of Life in older adults during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychology*, 10(176), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00882-w>.
- Little, W. and McGivern, R. (2018). *Aging and the elderly*. BCcampus. <https://opentextbc.ca/introductiontosociology2ndedition/>
- Marzo, R.R., Sami, W., Alam, M.Z. *et al.* Hesitancy in COVID-19 vaccine uptake and its associated factors among the general adult population: a cross-sectional study in six Southeast Asian countries. *Trop Med Health* 50, 4 (2022). <https://doi.org/10.1186/s41182-021-00393-1>
- Moisoglou, I., Katsiroumpa, A., Kolisiati, A., Vraka, I., Kosiara, K., Siskou, O., Kaitelidou, D., Konstantakopoulou, O., Katsoulas, T., Gallos, P., & Galanis, P. (2024). Resilience and Social Support Improve Mental Health and Quality of Life in Patients with Post-COVID-19 Syndrome. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 14(1), 230-242. <https://doi.org/10.3390/ejihpe14010015>.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Mc Graw-Hill.
- Rostami A, Heravi-karimooi M. (2023). Quality of life of elderly during the Covid - 19 pandemic. *Payesh*, 22(1), 83–93. <https://doi.org/10.52547/payesh.22.1.83>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2013). *World population ageing 2013 (ST/ESA/SER.A/348)*. United Nations.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2017). *World population ageing 2017 (ST/ESA/SER.A/408)*. United Nations.
- World Health Organization. (1998). Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
- World Health Organization in South-East Asia. (2018). *Elderly population*. World Health Organization. [www.searo.who.int/entity/health\\_situation\\_trends/data/chi/elderly-Population](http://www.searo.who.int/entity/health_situation_trends/data/chi/elderly-Population).
- World Health Organization. (16 ธันวาคม 2564). การดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (Post COVID syndrome) หรือภาวะ Long Covid สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข. กรมการแพทย์. [https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Contentt\\_File/Covid\\_Health/Attach/25650126100932AM\\_20Long%20COVID%20v.2.4.pdf](https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Contentt_File/Covid_Health/Attach/25650126100932AM_20Long%20COVID%20v.2.4.pdf).

- World Health Organization. (2021). Coronavirus disease (COVID-19). World Health Organization. <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-COVID-19/q-a-on-COVID-19-general>.
- World Health Organization. (2022). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. World Health Organization. <https://covid19.who.int/>
- World Health Organization. (2023). Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic. World Health Organization. [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(COVID-19\)-pandemic?](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(COVID-19)-pandemic?).
- Zhan,L. (1992). Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of Advance Nursing*, 17(7), 759-800. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb02000.x>.





ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน

ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มสาขาวิชาอนามัยชุมชน

สถานที่ทำงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

2. รองศาสตราจารย์ ดร.อาจันต์ สงทับ

ตำแหน่ง อาจารย์ประจำภาควิชาอนามัยชุมชน

สถานที่ทำงาน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

3. ดร.ธานี โชติภักดิ์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการ

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านบริการทางวิชาการ

สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร



## ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### แบบสอบถามวิทยานิพนธ์

**เรื่อง :** ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวภายหลังสถานการณ์

โควิด-19 ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวภายหลังสถานการณ์โควิด-19 ในอำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร ผู้วิจัยจึงขอให้ท่านตอบคำถามตามความเป็นจริงมากที่สุด คำตอบของผู้ตอบแบบสอบถามถือเป็นความลับ และจะนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 7 ส่วน

ส่วนที่ 1	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 2	แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 3	แบบสอบถามความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 4	แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสาธารณสุข	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 5	แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในกิจกรรม	จำนวน 5 ข้อ
ส่วนที่ 6	แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน 15 ข้อ
ส่วนที่ 7	แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	จำนวน 24 ข้อ

## ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย (✓) และเติมค่าลงในช่องว่างที่กำหนด

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพ

โสด

สมรส

หม้าย/หย่า/แยก

4. สัมพันธภาพในครอบครัว

อยู่ร่วมกันได้ดี

อยู่คนเดียว/ไม่มีญาติ

อื่น ๆ .....

5. ระดับการศึกษา

ไม่ได้รับการศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

อนุปริญญา/เทียบเท่า

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

6. รายได้เฉลี่ย.....บาท/เดือน

7. การประกอบอาชีพ

ไม่ได้ทำงาน

เกษตรกร

ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

รับจ้าง

ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

อื่น ๆ /ระบุ.....

## 8. การดื่มสุรา

- ดื่ม                       ไม่ดื่ม                       เคยดื่ม แต่เลิกแล้ว

## 9. การสูบบุหรี่

- สูบ                       ไม่สูบ                       เคยสูบ แต่เลิกแล้ว

## 10. การออกกำลังกาย

- ออกกำลังกาย                       ไม่ออกกำลังกาย                       ออกบ้างเป็นบางครั้ง

## 11. โรคประจำตัว (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 โรค)

- โรคเบาหวาน                       โรคความดันโลหิตสูง  
 โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง                       โรคหัวใจและหลอดเลือด  
 โรคไตวายเรื้อรัง                       โรคมะเร็ง  
 โรคหลอดเลือดสมอง

## 12. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

- ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้  
 ช่วยตัวเองได้บ้าง/ต้องมีคนคอยเหลือ  
 ช่วยเหลือตัวเองได้

## 13. ประวัติการป่วยเป็นโควิด-19

- เคยป่วย                       ยังไม่เคยป่วย

## 14. ท่านมีการป้องกันตนเองภายหลังสถานการณ์โควิด-19 อย่างไร (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- การล้างมือ                       การเว้นระยะห่างทางสังคม  
 การสวมใส่หน้ากากอนามัย                       การฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19  
 หลีกเลี่ยงไปพื้นที่แออัด

15. หากท่านเคยป่วยเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังจากหายป่วยแล้วท่านยังคงมีอาการภาวะ Long Covid อยู่หรือไม่ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 อาการ)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ              | <input type="checkbox"/> อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หายใจไม่อิ่ม |
| <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ                | <input type="checkbox"/> ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ/ข้อ            |
| <input type="checkbox"/> ไอเรื้อรัง              | <input type="checkbox"/> เจ็บแน่นหน้าอก                     |
| <input type="checkbox"/> การรับรสและกลิ่นผิดปกติ | <input type="checkbox"/> ผม่วัง                             |
| <input type="checkbox"/> ท้องเสีย                | <input type="checkbox"/> ภาวะเครียด/วิตกกังวล/ซึมเศร้า      |



## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านทุกประการ

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านส่วนมาก

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

ภาวะสุขภาพ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
1. ท่านเข้าใจปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน ของท่าน					
2. ที่ผ่านมามีท่านเข้าใจอาการเจ็บป่วยของท่าน					
3. ท่านมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับปัญหา สุขภาพของท่าน					
4. ท่านเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพของท่านใน ปัจจุบันกับอดีตที่ผ่านมาเป็นประจำ					
5. ท่านสนใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา สุขภาพของท่าน					
6. ท่านยอมรับว่าบางครั้งท่านต้องเจ็บป่วย บ้าง					
7. ท่านเตรียมความพร้อมที่จะรับมือกับความ เจ็บป่วยของท่านที่จะเกิดขึ้นในอนาคต					

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย (v) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นถูก

ไม่ใช่ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ถูกต้อง

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านไม่รู้คำตอบสำหรับข้อความนั้น

ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. ไวรัสโคโรนา 2019 มีจุดกำเนิดมาจากเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน			
2. ไวรัสโคโรนา 2019 แพร่กระจายเชื้อได้จากละอองฝอยจากการไอหรือจาม น้ำลาย น้ำมูก			
3. ไวรัสโคโรนา 2019 สามารถติดต่อได้ในทุกช่วงวัย แต่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต			
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง เป็นกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019			
5. ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีอาการทางระบบทางเดินหายใจ มีไข้ ไอ หายใจถี่ ไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส หายใจลำบาก			
6. ผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะแสดงอาการทันทีเมื่อได้รับเชื้อ			
7. เมื่อทราบผลว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาและแยกของใช้ส่วนตัว			
8. เมื่อทราบผลว่าติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องเข้ารับการดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์ และงดออกจากที่พักหรือเดินทางข้ามจังหวัด			
9. หลังจากไอ หรือจามแล้วควรล้างมือให้สะอาดทุกครั้งด้วยน้ำสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล เพื่อเป็นการฆ่าเชื้อโรค			
10. หากต้องไปพบผู้อื่น ควรสวมใส่หน้ากากอนามัย และเว้นระยะห่างไม่น้อยกว่า 6 ฟุต หรือ 2 เมตร			

ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	คำตอบ		
	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
11. ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยโรคไวรัสโคโรนา2019 ต้องกักตัวสังเกตอาการ 14 วัน			
12. ผู้ที่เดินทางจากต่างประเทศต้องกักตัวสังเกตอาการ			



#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ท่านเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับมาก

บางครั้ง หมายถึง ท่านเข้าถึงบริการสาธารณสุขในระดับน้อย

ไม่เคยเลย หมายถึง ท่านไม่เคยเข้าถึงบริการสาธารณสุขเลย

การเข้าถึงบริการสาธารณสุข	ระดับการเข้าถึง		
	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
1. ท่านเคยไปใช้บริการสถานบริการสาธารณสุข			
2. ท่านสามารถเข้าถึงหรือไปรับบริการทางด้านสุขภาพและได้รับการอำนวยความสะดวก			
3. ท่านสามารถเข้าถึงหรือไปรับบริการทางด้านสุขภาพที่มีการคมนาคมสะดวก			
4. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (เช่น การออกกกำลังกาย การรับประทานอาหาร) จากสถานบริการสาธารณสุข			
5. ท่านได้รับข้อมูลหรือความรู้ในด้านการปฏิบัติตัวในสถานการณ์ที่เกิดโรคติดต่อ (เช่น โรคโควิด-19, โรคไข้เลือดออก) จากสถานบริการสาธารณสุข			
6. ท่านได้รับบริการฉีดวัคซีน (เช่น วัคซีนป้องกันโควิด-19, วัคซีนไขหวัดใหญ่, วัคซีนบาดทะยัก) เพียงพอกับความต้องการของท่าน			
7. ท่านได้รับบริการทางด้านสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรังเพียงพอกับความต้องการของท่าน			

### ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในกิจกรรม

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย (v) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมมากที่สุด

บางครั้ง หมายถึง ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมปานกลาง

ไม่เคยเลย หมายถึง ท่านไม่เคยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เลย

ข้อความ	ระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรม		
	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
1. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมประชาคมในชุมชน			
2. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมตามประเพณีและศาสนาในชุมชน เช่น วันขึ้นปีใหม่ วันสงกรานต์			
3. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมในการช่วยเหลือและพัฒนาชุมชน เช่น การปลูกต้นไม้ การทำบุญ ตักบาตร การบริจาคสิ่งของ			
4. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมกับชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เช่น การทำเครื่องจักรสาน กิจกรรมนันทนาการในชุมชน			
5. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมในการดูแลสุขภาพร่างกาย เช่น การคัดกรองสุขภาพประจำปีกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข			

## ส่วนที่ 6 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย (√) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

เป็นประจำ หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนในเรื่องเหล่านั้นมากที่สุด

บางครั้ง หมายถึง ท่านได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนในเรื่องเหล่านั้นปานกลาง

ไม่ได้เลย หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนในเรื่องเหล่านั้นเลย

ข้อคำถาม	การได้รับการสนับสนุน		
	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่ได้เลย
<b>1. แรงสนับสนุนด้านการเงิน</b>			
1. คนในครอบครัวให้เงินท่านไว้ใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน			
2. เพื่อนบ้านของท่านให้การช่วยเหลือท่านในด้านการเงิน			
3. ชุมชนมีการให้การช่วยเหลือท่านด้านการเงิน เช่น กองทุนออมทรัพย์ กองทุนฌาปนกิจสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น			
4. ชุมชนให้การสนับสนุนท่าน และกลุ่มผู้สูงอายุในการสร้างอาชีพหารายได้ เช่น การทำสินค้า OTOP จำหน่าย			
5. หน่วยงานรัฐให้การสนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ท่าน			
<b>2. แรงสนับสนุนด้านร่างกาย</b>			
1. คนในครอบครัวให้ความช่วยเหลือดูแลท่าน เช่น ทำอาหาร ทำงานบ้าน การดูแลอื่น ๆ เป็นต้น			
2. เพื่อนบ้านให้ความช่วยเหลือท่าน เช่น การช่วยดูแลบ้าน การพาไปทำธุระ เป็นต้น			
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข ให้ความช่วยเหลือดูแลท่าน			

ข้อคำถาม	การได้รับการสนับสนุน		
	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
<b>3. แร่งสนับสนุนด้านสิ่งของ</b>			
1. คนในครอบครัวช่วยจัดหาสิ่งของ เช่น เสื้อผ้า อาหาร ของใช้ มาให้ท่าน			
2. เพื่อนบ้านแบ่งปันสิ่งของ เช่น อาหาร ของใช้ มาให้ท่าน			
3. ชุมชนจัดเตรียมสิ่งของหรือเงินมาช่วยเหลือท่าน			
4. หน่วยงานรัฐช่วยจัดเตรียมสิ่งของที่จำเป็น เช่น อาหาร ของใช้ มาช่วยเหลือท่าน			
<b>4. แร่งสนับสนุนด้านอารมณ์</b>			
1. คนในครอบครัวให้การรับฟัง และให้กำลังใจ ปลอบใจท่านอยู่			
2. เพื่อนบ้านให้คำแนะนำ รับฟัง คอยให้กำลังใจท่าน			
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่น ๆ ให้คำแนะนำ รับฟัง ให้กำลังใจท่าน			

### ส่วนที่ 7 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมายถูก ( ✓ ) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความมากน้อยในประสบการณ์ที่ท่านมีผ่านมา เช่น ความเป็นอิสระ และความรู้สึกต่อการกำหนดชีวิตของตัวเอง ถ้าท่านมีประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ โปรดตอบ “มากที่สุด” และถ้าท่านไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ โปรดตอบ “ไม่เลย”

ข้อคำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านรู้สึกสูญเสียการรับรู้ (เช่น การได้ยิน การลิ้มรส การสัมผัส การมองเห็น การดมกลิ่น) ซึ่งมีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันของท่าน					
2. ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านมีการสูญเสียการได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การสัมผัส หรือการดมกลิ่น ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมของท่าน					
3. ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านมีอิสระในการตัดสินใจในสิ่งที่ท่านอยากจะทำ					
4. ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านสามารถกำหนดอนาคตของตนเอง (เช่น การดูแลสุขภาพตนเอง การดำเนินชีวิตประจำวัน)					
5. ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านรู้สึกว่ารอบข้างท่านเคารพในเสรีภาพของท่าน					
6. ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ					

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านรู้สึกกลัวความตาย					
7. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หากท่านเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านมีความกลัวต่อความตายจากโรคดังกล่าว					
8. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อาจจะทำให้ท่านตาย					
9. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านมีความรู้สึกกลัวว่าจะได้รับความเจ็บปวดก่อนตาย					

**คำชี้แจง** คำถามต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ท่านได้รับประสบ หรือสามารถจะทำบางสิ่งบางอย่างได้  
สมบูรณ์ครบถ้วนอย่างไร

ข้อความ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	ส่วนใหญ่	ได้สมบูรณ์
10. ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบการรับรู้ของท่าน (เช่น การได้ยิน การมองเห็น การลิ้มรส การดมกลิ่น การสัมผัส) มีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น					
11. ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านสามารถทำในสิ่งที่ท่านอยากทำ (เช่น การออกไปทำกิจกรรมในชุมชนร่วมกับผู้อื่น)					
12. ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านพอใจในโอกาสที่ท่านประสบความสำเร็จในชีวิต					
13. ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านมีความรู้สึกว่าคุณได้รับในสิ่งที่สมควรจะได้รับ (เช่น การได้รับความดูแลเอาใจใส่จากบุคลากร)					
14. ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านมีความรู้สึกว่าคุณได้ทำงานในแต่ละวันอย่างเพียงพอแล้ว					

**คำชี้แจง** คำถามต่อไปนี้ถามเกี่ยวกับความพอใจ ความสุขหรือความดีที่ท่านมีความรู้สึกเกี่ยวกับแง่มุมต่าง ๆ ในชีวิตของท่านที่ผ่านมา เช่น การเข้าไปมีส่วนร่วมกับชุมชนหรือประสบความสำเร็จในชีวิตของท่าน กรุณาตอบตามความรู้สึกของท่าน

ข้อคำถาม	ไม่พอใจมาก	ไม่พอใจ	เฉย ๆ	พอใจ	พอใจมาก
15. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านพอใจกับการที่ท่านประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา					
16. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านพอใจกับการจัดสรรเวลาของท่านในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน					
17. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านพอใจกับการทำกิจกรรมของท่านในระดับใด					
18. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านพอใจกับโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน					
19. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านมีความสุขกับสิ่งที่ท่านคาดหวังว่าจะได้รับ เช่น การได้รับการยกย่องให้เกียรติจากสังคม หรือการประสบความสำเร็จจากการใช้ชีวิตที่ผ่านมาของท่าน					
20. ภายหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านมีการรับความรู้สึก (เช่น การสัมผัส การลี้ภัย การได้ยิน การมองเห็น การดมกลิ่น) ดีเพียงใด					

**คำชี้แจง** คำถามที่กล่าวถึง ความสัมพันธ์ส่วนตัวที่ท่านมีกรุณาพิจารณาคำถามเหล่านี้ที่อาจกล่าวถึง คู่ชีวิตหรือบุคคลที่คุณใกล้ชิดที่ท่านสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขมากกว่าคนอื่นทั้งหมดในชีวิตท่าน

ข้อคำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
21. ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ท่านมีความรู้สึกว่าการมีเพื่อนนั้นมีความสำคัญในชีวิต					
22. ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชีวิตของท่าน ท่านมีประสบการณ์เกี่ยวกับความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย เข้าใจกันเพียงใด					
23. ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชีวิตของท่าน ท่านได้ให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย แก่คนอื่นเพียงใด					
24. ภายหลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชีวิตของท่าน ท่านได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความห่วงใย จากคนอื่นเพียงใด					

## ภาคผนวก ค. แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม

AF 11/6.0

COA No. 059/2024  
IRB No. P2-0470/2566

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

## หนังสือรับรองโครงการวิจัยครั้งแรก

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

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-19  
อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอรณิช จันทระประเสริฐ

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์ แสงเงิน

วิธีทบทวน : การพิจารณาแบบเร่งรัด (Expedited Review)

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

## เอกสารรับรอง

1. IF01 Research Ethical Application (Non-Intervention Study) เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567
2. IF02 Conflict of Interest and Funding Form เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 16 ธันวาคม 2566
3. โครงการวิจัยฉบับเต็ม เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 25 มกราคม 2567
4. IF05 CV Investigator เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 16 ธันวาคม 2566
5. แบบคัดกรองอาสาสมัคร/แบบสอบถามสำหรับกลุ่มอาสาสมัคร/แบบสอบถามสำหรับกลุ่มทดสอบเครื่องมือ เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567

6. IF06 Budget เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 16 ธันวาคม 2566

ลงนาม



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนวาลัย ดาดี)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่รับรอง : 22 กุมภาพันธ์ 2567

วันหมดอายุ : 22 กุมภาพันธ์ 2568

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



## ภาคผนวก ง หนังสือขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

ที่ อว ๐๖๐๓.๐๒/ว ๒๕๖๙

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
อำเภอเมืองฯ จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๑๖ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร


สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน.....ฉบับ

ด้วย นางสาวอรณิช จันทรประเสริฐ รหัสประจำตัว ๖๕๐๖๑๗๗๘ นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-๑๙ อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสน่ห์ แสงเงิน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องขอเก็บข้อมูลจากหน่วยงานของท่าน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ทางวิชาการต่อไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

  
(รองศาสตราจารย์ ดร.พงศ์พันธ์ กิจสนาโยธิน)  
รองคณบดีฝ่ายบริหาร ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

๑. งานวิชาการ บัณฑิตวิทยาลัย  
โทร ๐-๕๕๙๖-๘๘๒๒  
โทรสาร ๐-๕๕๙๖-๘๘๒๖
๒. นางสาวอรณิช จันทรประเสริฐ  
โทร ๐๙๔-๕๕๑-๙๘๙๗

ที่ อว ๐๖๐๓.๐๒/ว ๒๕๖๙

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร  
อำเภอเมืองฯ จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๑๖ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความร่วมมือเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดพิจิตร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน.....ฉบับ

ด้วย นางสาวอรณิช จันทรประเสริฐ รหัสประจำตัว ๖๕๐๖๑๗๗๘ นิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สังกัดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังจากสถานการณ์โควิด-๑๙ อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร” เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสนห์ แสงเงิน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ในการทำวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องขอเก็บข้อมูลจากหน่วยงานของท่าน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดอนุญาตให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ซึ่งจะประโยชน์ทางวิชาการต่อไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านด้วยดีและขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.พงศ์พันธ์ กิจสนาโยธิน)  
รองคณบดีฝ่ายบริหาร ปฏิบัติราชการแทน  
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร

๑. งานวิชาการ บัณฑิตวิทยาลัย  
โทร ๐-๕๕๙๖-๘๘๒๒  
โทรสาร ๐-๕๕๙๖-๘๘๒๖
๒. นางสาวอรณิช จันทรประเสริฐ  
โทร ๐๙๔-๕๕๑-๙๘๙๗

## ภาคผนวก จ แบบตอบรับการตีพิมพ์บทความวิจัย



ที่ วส.พวก. ๑๕/๖๘

วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

๓๖ ถ.เลียบเนิน ต.วัดใหม่

อ.เมือง จ.จันทบุรี ๒๒๐๐๐

วันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๘

เรื่อง รับต้นฉบับ และแจ้งปี-ฉบับของวารสารที่จะลงตีพิมพ์รายงานการวิจัย

เรียน คุณอรณิช จันทร์ประเสริฐ

ตามที่ท่านมีความประสงค์ส่งรายงานการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ภายหลังสถานการณ์โควิด-๑๙ อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร” เพื่อเผยแพร่ในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี นั้น บัดนี้ กองบรรณาธิการวารสารได้ตรวจสอบต้นฉบับในเบื้องต้นพบว่า ต้นฉบับมีเนื้อหาตรงตามขอบเขตของวารสาร มีส่วนประกอบครบถ้วน และมีรูปแบบตามที่วารสารกำหนด จึงมีมติรับต้นฉบับ และจะดำเนินการเพื่อการลงตีพิมพ์รายงานการวิจัยดังกล่าวในวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ ๓๘ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๐)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และหวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการดำเนินการทุกขั้นตอน

ขอแสดงความนับถือ

(นางคนิสร เจริญกิจ)

บรรณาธิการวารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี