

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของครอบครัวทหารในสังกัดกองทัพที่ปฏิบัติการในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (จชต.) โดยนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ส่วนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการประเมินภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 2 แนวคิดพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แนวคิดคุณภาพชีวิตและการประเมินคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 4 แนวคิดเรื่องครอบครัวและแนวทางการดูแลครอบครัวเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤต

ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ส่วนที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการประเมินภาวะสุขภาพ

1.1 ความหมายของภาวะสุขภาพ

นักวิชาการให้ความหมายของภาวะสุขภาพ ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 (2525) ให้ความหมายสุขภาพ หมายถึง ความสุข ปราศจากโรค ความสบาย

คอซิเออร์ และ เอิร์บ (Kozier & Erb, 1987 อ้างถึงใน อัมภพร พัววิไล, 2545) ให้ความหมายภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะสุขภาพของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ระหว่างความมีสุขภาพดีสูงสุด และความตาย ซึ่งภาวะสุขภาพปกติเป็นภาวะสุขภาพที่บุคคลอยู่ในภาวะ สมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้นิยามความหมายของสุขภาพ (Health) คือ สภาพที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย สังคม จิตใจ ประกอบกัน ไม่ใช่แต่เพียงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือความพิการเท่านั้น (พิสมัย จันทวิมล, 2541) แต่ในปี พ.ศ. 2541 ได้ปรับนิยามใหม่โดย “สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะอันสมบูรณ์และมีความเป็นพลวัตทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ และไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคและการเจ็บป่วยเท่านั้น”



จากความหมายของสุขภาพใหม่ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก มิติสุขภาพ มี 4 ด้าน ดังนี้

มิติสุขภาพทางกาย (Physical well-being) หมายถึง การมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีกำลัง คล่องแคล่ว กระฉับกระเฉง ซึ่งหมายรวมถึงผู้ที่ เป็นโรคเรื้อรังและผู้พิการที่ยังสามารถประกอบกิจกรรมได้ตามปกติ

มิติสุขภาพจิต (Mental well being) หมายถึง การมีสุขภาพจิตดี สบายใจ อารมณ์แจ่มใส นอนหลับดี ไม่เสพยาเสพติด และไม่ยอมฆ่าตัวตาย

มิติสุขภาพทางสังคม (Social well being) หมายถึง ความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยดี

มิติสุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual well being) หมายถึง การมีความสุข มีสติปัญญา มีจิตใจที่เป็นอิสระ และเข้าถึงความสุข (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551)

ประเวศ วะสี (2538) กล่าวว่า สุขภาพเป็นสุขภาวะ หมายถึง สุขภาพทั้งทางกาย จิต สังคม ซึ่งเชื่อมโยงกันและบางคนเชื่อมโยงไปถึงจิตวิญญาณ (Spiritual) โดยรวมนับเป็นเรื่องที่เชื่อมโยงทางกาย (Physical) สังคม จิต และปัญญา เพื่อให้เกิดสุขภาวะหรือภาษาอังกฤษ เรียกว่า Health หรือ Well being

กรีน และ ครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1991) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพว่า สุขภาพเป็นผลรวมของสภาวะที่สมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ไม่ใช่สภาวะที่ปราศจากโรคเพียงอย่างเดียว โดยสภาวะความสมบูรณ์นี้เป็นผลจากองค์ประกอบหลายอย่าง ทั้งพฤติกรรมส่วนบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อมที่จะสนับสนุนหรือเอื้อต่อการมีสุขภาพดี พฤติกรรมดังกล่าวไม่เฉพาะแต่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Health-related behaviors) ได้แก่ แบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน (Life styles) รวมทั้งความสามารถ หรือศักยภาพส่วนบุคคล ที่จะคิดควบคุมและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เท่านั้น แต่สุขภาพเป็นผลรวมของปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ซึ่งมีความซับซ้อนจากองค์ประกอบด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมที่จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

สุขภาพ รวมทั้งนโยบาย กฎหมาย ระเบียบองค์ประกอบต่าง ๆ ขององค์กร/หน่วยงานที่บุคคลเกี่ยวข้องเพื่อทำให้คนมีสุขภาพที่สมบูรณ์

จากความหมายของสุขภาพจะเห็นว่าเป็นการพิจารณาในภาพรวมทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขให้นิยามของคำว่าสุขภาพคือ สุขภาวะหรือภาวะที่เป็นสุขทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยหมายถึงว่า บุคคลทางกาย ควรมีร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ไม่พิการ มีปัจจัยในการดำรงชีวิตอย่างพอเพียง **ทางจิต** หมายถึงว่า มีความสุข เบิกบาน มีสติ มีสมาธิ ปัญญา ใจสบาย ไม่เครียด ไม่บีบคั้น **ทางสังคม** หมายถึง สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่น ได้ดีด้วยครอบครัวอบอุ่น การได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ชุมชนเข้มแข็ง มีความเสมอภาคและสมานฉันท์ และ**ทางจิตวิญญาณ** หมายถึง การได้ทำความดีและจิตใจสัมผัสกับความปิติสุข มีศาสนายึดเหนี่ยวจิตใจ มีความเอื้อเพื่อ ลดความเห็นแก่ตัว (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, 2543)

สำหรับแนวคิดทางชีวการแพทย์ (Biomedical Science) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรค อาการ หรืออาการแสดงที่เกิดจากโรคหรือความพิการนั้น (Smith, 1981: 17-20;



Simmons, 1989) โดยภาวะสุขภาพจะให้ความสนใจ และให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยโรค และการรักษากระบวนการเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีระในระบบต่าง ๆ ของร่างกายมากกว่าสภาวะด้านจิตใจ การทำหน้าที่ในบทบาทต่าง ๆ ทางสังคม และการปรับตัวของบุคคลเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งความหมายของภาวะสุขภาพในทางการแพทย์ มุ่งให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพด้านร่างกายเป็นสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดของมิลเลอร์ (Miller, 1992 อ้างถึงใน ทศน์ศรี เสมิยนเพชร, 2541) โลวี (Lovey, 1990: 56-64) คาราซ และ แคลเล็ตตี (Karaz & Quelletee, 1995: 41-57) ที่เสนอว่า ภาวะสุขภาพเป็นบ่อเกิดของพลังงานและการยืนหยัดในการปฏิบัติตามบทบาทถ้าสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลง อันเนื่องจากโรคย่อมมีผลต่อการทำหน้าที่ตามบทบาทของสังคม

จากความหมายของสุขภาพ และภาวะสุขภาพดังกล่าว จะเห็นว่าภาวะสุขภาพเป็นการพิจารณาเกี่ยวกับความสมบูรณ์ของร่างกายในระบบต่าง ๆ เพื่อความสามารถในการปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวันตามบทบาทของบุคคล โดยการมีภาวะสุขภาพดี จะเป็นภาวะที่บุคคลสามารถมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมโดยมีสุขภาพทางกาย จิตใจ อารมณ์ ทางสังคมที่ดี สำหรับการศึกษารุ่นนี้จะเน้นภาวะสุขภาพของบุคคลโดยรวม โดยเป็นภาวะที่บุคคลปราศจากโรค อาการ หรืออาการแสดงที่เกิดจากโรค หรือความพิการเป็นสำคัญ มากกว่าพิจารณาในด้านจิตใจและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในสังคม

ดังนั้น ภาวะสุขภาพจะประเมินตามการรับรู้ของประชาชน และบุคลากรสาธารณสุขว่า ในปัจจุบันมีสุขภาพในด้านต่าง ๆ เป็นอย่างไร ตามความรู้สึก และความคิดเห็นของตนเองว่ามีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างไร เมื่อเข้าสู่พัฒนาการในแต่ละช่วงวัย ได้แก่ วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยกลางคน และวัยชรา

จูดิธ สมิธ (Smith J, 1981) ได้รวบรวมแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับธรรมชาติของภาวะสุขภาพ ซึ่งพบว่ามี 4 รูปแบบ ที่ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม รักษา และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ รวมทั้งใช้ในการวิจัยทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและการพยาบาล ดังนี้

1. **แบบจำลองทางคลินิก (Clinical model)** เป็นแบบจำลองที่ใช้ทางการแพทย์ ซึ่งมีเป้าหมายที่จะลดหรือขจัดความเจ็บปวด แก่ไขความผิดปกติของอวัยวะที่เป็นสาเหตุของโรค เมื่อใดก็ตามที่ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับบุคคลได้รับการแก้ไข อาการของโรคจะไม่ปรากฏแก่ร่างกายหรือจิตใจของบุคคลต่อไป กล่าวคือ บุคคลนั้นได้รับการรักษาหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ดังนั้น ภาวะสุขภาพตามแบบจำลองนี้จึงหมายถึง การไม่มีอาการ อาการแสดงหรือความพิการของโรค ถ้าหากมีอาการ อาการแสดงหรือความพิการคงอยู่ แสดงว่า บุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย

2. **แบบจำลองการทำหน้าที่ตามบทบาท (Role-performance model)** สังคมวิทยาและสังคมศาสตร์การแพทย์ ระบุว่า ภาวะสุขภาพคือ ความสามารถในการทำหน้าที่ตามบทบาทได้ตามปกติ ความเจ็บป่วยมีผลให้บุคคลทำงานไม่ได้ตามปกติ หรือทำได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ นั่นคือ มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี อย่างไรก็ตามถ้าหากบุคคลมีความเจ็บป่วย แต่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทได้ตามปกติ หรือได้อย่างมีประสิทธิภาพก็นับว่าบุคคลนั้นมีสุขภาพดีเช่นกัน



3. แบบจำลองการปรับตัว (Adaptive model) กล่าวว่า สุขภาพเป็นภาวะที่บุคคลปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทั้งทางด้านกายภาพ และสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ ลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์คือพฤติกรรมปรับตัว ความเจ็บป่วยจึงเป็นอุปสรรคขัดขวางการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม และแสดงถึงความล้มเหลวของบุคคลในการปรับตัว อย่างไรก็ตาม แม้จะมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น แต่หากบุคคลสามารถปรับตัวให้ชีวิตดำเนินอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็สรุปว่าบุคคลนั้นมีสุขภาพดี

4. แบบจำลองสุขสมบูรณ์ (Eudaimonistic model) แบบจำลองนี้มองธรรมชาติของมนุษย์อย่างหลากหลาย โดยขยายแนวคิดของภาวะสุขภาพไปสู่ความผาสุก (Well-being) และการตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเอง (Self-realization) แนวคิดดังกล่าวพิจารณาความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคต่อการประสบความสำเร็จในชีวิต แบบจำลองนี้สอดคล้องกับทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy needs)

1.2 หลักการประเมินภาวะสุขภาพ ในการประเมินภาวะสุขภาพนั้น

เกณฑ์บ่งชี้ภาวะสุขภาพทางการแพทย์และสาธารณสุขจะหมายถึง อายุขัย และอัตราการเจ็บป่วยของประชากร ในการวิจัยทางสุขภาพนั้น ภาวะสุขภาพจะประเมินจากการรับรู้ของบุคคลว่า ตนเองมีสถานะสุขภาพอย่างไรโดยหมายถึง ปกติ หรือผิดปกติ โดยเป็นการวัดเชิงอัตนัย

หากพิจารณาตามหลักของสมิธ โดยใช้แบบจำลองทางคลินิก จะพิจารณาการไม่มีโรค หรือพยาธิสภาพเกิดขึ้นทางกายและจิตใจ หากพิจารณาตามหน้าที่พบว่า การทำหน้าที่ของบุคคลได้ตามปกติ มีพัฒนาการสมตามวัย และหากพิจารณาการปรับตัวพบว่า คนปกติคือ บุคคลที่มีการปรับตัวได้ และหากพิจารณาแบบสุขภาพสมบูรณ์จะพบว่า คนปกติคือ คนที่รับรู้ถึงความผาสุกและความสำเร็จในชีวิตของตนเอง

1.3 ลักษณะของบุคคลในภาวะสุขภาพปกติ

ภาวะสุขภาพปกติคือ การที่บุคคลสามารถปรับตนเองทั้งด้านชีวภาพ สรีรวิทยา จิตใจ และอารมณ์ให้อยู่ในสังคมแวดล้อมได้อย่างปกติสุข ไม่มีปัญหาสุขภาพ หรือภาวะเสี่ยงอันจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพขึ้น อย่างไรก็ตาม บุคคลในภาวะสุขภาพปกตินี้ อาจจะไม่ได้อยู่ในสภาวะที่ใช้ศักยภาพทางสุขภาพที่สูงสุดของตนเอง หรืออยู่ในภาวะสุขภาพดี (Wellness) ดังนั้น เมื่อใดก็ตามที่บุคคลเหล่านี้มีความเครียดเกิดขึ้นในระดับที่สูงกว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลเหล่านี้อาจเข้าสู่ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพได้

สมจิต หนูเจริญกุล (2543) ได้เสนอลักษณะการแสดงออกของภาวะสุขภาพของบุคคลตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ซึ่งประกอบด้วย มิติหลัก 5 มิติ คือ อารมณ์ เจตคติ กิจกรรม ความไฝ่ฝัน และความสำเร็จในชีวิต ดังนี้

มิติทางด้านอารมณ์ เป็นประสบการณ์เชิงจิตวิสัยของบุคคลคือ รู้สึกสงบ กลมกลืนกับสิ่งแวดล้อม มีชีวิตชีวา และไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น



มิติทางด้านเจตคติ ซึ่งพัฒนาจากประสบการณ์และการคิดอย่างมีเหตุผล ได้แก่ การมองโลกในแง่ดี ไม่ว่าจะมีความทุกข์อะไรเกิดขึ้นทุกอย่างก็จะคลี่คลายลงไปได้ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีพัฒนาการแม้ในภาวะยากลำบาก

มิติทางด้านกิจกรรม ซึ่งสะท้อนแบบแผนการใช้พลังงานอย่างเหมาะสมในภาวะแวดล้อม และสถานการณ์ต่าง ๆ ได้แก่

การมีวิถีชีวิตที่ดี คือ รับประทานอาหารดี ออกกำลังกายสม่ำเสมอ รู้จักจัดการกับความเครียดพักผ่อนอย่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด รู้จักแสวงหาและใช้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพให้เป็นประโยชน์ ใฝ่คุณแลและระวังสุขภาพ มีทักษะชีวิตที่ดี และรักษาสีงแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ

ทำงานอย่างมีเป้าหมาย โดยรู้จักวางเป้าหมายที่เป็นจริง มีความคิดริเริ่ม ปรับปรุง และเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนางาน พัฒนาตนเอง รู้จักท้าทายกับงานใหม่ ๆ รับผิดชอบตนเอง รู้จักประสานความร่วมมือกับผู้ร่วมงาน และมีความพึงพอใจในผลงานที่ได้กระทำ

เล่นอย่างสนุกสนาน หมายถึง การมีงานอดิเรกที่มีความหมาย หาสิ่งอื่นที่แปลกใหม่กระทำเพื่อช่วยให้เกิดความกระปรี้กระเปร่า และใช้เวลาว่างอย่างเพลิดเพลิน

4. มีความใฝ่ฝันในชีวิต และใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ เพื่อให้เป็นไปตามที่ใฝ่ฝัน รวมทั้งมีส่วนทำประโยชน์ให้กับสังคม สร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อชนรุ่นหลัง

5. ประสบความสำเร็จ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการดำรงชีวิตที่ดี คือ มีความสุขอย่างแท้จริง มีความคิดสร้างสรรค์ มีความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิตและสามารถละความเห็นแก่ตัว ซึ่งแนวคิดนี้ได้สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของการมีสุขภาพดีของบุคคลในฐานะที่เป็นองค์รวมอย่างแท้จริง

ดังนั้น การประเมินภาวะสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติ โดยทั่วไปใช้หลักการตรวจสุขภาพประจำปี โดยเป็นการคัดกรองภาวะสุขภาพเบื้องต้น ซึ่งบุคคลควรพึงปฏิบัติในการค้นหาความผิดปกติตั้งแต่แรกเริ่ม และสามารถให้การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการประเมินภาวะสุขภาพสิ่งสำคัญคือ การได้รับการตรวจสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยขอเสนอความสำคัญ และหลักการตรวจสุขภาพ โดยทั่วไปของประชาชน

1.5 ความสำคัญของการตรวจสุขภาพและหลักการตรวจสุขภาพโดยทั่วไป

1.5.1 ความหมายของการตรวจสุขภาพทั่วไป ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ และคนอื่น ๆ (2543) สรุปว่า การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไป หมายถึง การตรวจสุขภาพโดยแพทย์ เพื่อหาโรคหรือภาวะผิดปกติของผู้รับบริการที่ไม่มีอาการ หรืออาการแสดงที่ส่อ หรือแสดงนัยถึงโรคหรือภาวะผิดปกติตลอดทั้งให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคำแนะนำในการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง ซึ่งแตกต่างจากการตรวจร่างกาย เพื่อหาสาเหตุโรคและการรักษา เมื่อผู้รับบริการมีอาการหรืออาการแสดงของโรคหรือภาวะผิดปกติเกิดขึ้น ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นเพียงส่วนหนึ่งของการตรวจทางสุขภาพ ซึ่งรวม ตั้งแต่การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้ภูมิคุ้มกัน และการให้คำปรึกษา แนะนำเพื่อการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง



1.5.2 **วัตถุประสงค์การตรวจสุขภาพทั่วไป** เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพแข็งแรง ปราศจากโรคที่ป้องกันได้หรือหลีกเลี่ยงได้ และเพื่อวินิจฉัยตรวจค้น โรคที่สามารถรักษา หรือสามารถหยุดยั้งการดำเนินของโรคได้ถ้าตรวจพบในระยะแรก

1.5.3 **หลักการตรวจสุขภาพทั่วไป** มีดังนี้ มีความปลอดภัยโดยวิธีการตรวจ มีประสิทธิภาพของวิธีการตรวจ ความรุนแรงของปัญหา โดยเป้าหมายเพื่อคัดกรองโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพหรือที่พบบ่อย ซึ่งการค้นหาโรคในระยะแรกจะมีประโยชน์ในการรักษาแต่แรกเริ่ม

การตรวจสุขภาพทั่วไป สิ่งสำคัญประกอบด้วย การสัมภาษณ์ ชักประวัติ และการตรวจร่างกาย ส่วนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ควรมีบางรายการที่เป็นประโยชน์จึงจะมีความคุ้มค่าในการตรวจอย่างแท้จริง

แนวทางการตรวจสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ทั่วไป โดยกำหนดตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป ใช้แนวทางของ ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งมีคำแนะนำ ดังนี้

1. การตรวจสุขภาพผู้ใหญ่ที่ไม่มีอาการผิดปกติ จะเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ

2. กลุ่มอายุในวัยผู้ใหญ่มีความแตกต่างกันมาก และเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกันตามอายุ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และพันธุกรรม จึงต้องเลือกตรวจให้เหมาะสมในแต่ละราย

3. ควรผสมผสานส่งเสริมป้องกันโรคในทุกโอกาสที่มีการตรวจ

1.5.4 **แนวทางการตรวจสุขภาพผู้ใหญ่อายุ 20 ปี ขึ้นไป** ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ (ตารางที่ 1-1)

ตารางที่ 1-1 กิจกรรมตรวจสุขภาพที่ควรทำสำหรับผู้ใหญ่ อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

| กิจกรรม | ปัญหาที่ต้องการป้องกัน | คำอธิบายเพิ่มเติม |
|--|--|---|
| การสัมภาษณ์/ประวัติ/ตรวจร่างกาย | | |
| สัมภาษณ์ประวัติ/ ตรวจร่างกาย | - ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ - โรคในระยะเริ่มแรก | การสัมภาษณ์ประวัติ และการตรวจร่างกายโดยละเอียด เป็นกระบวนการตรวจคัดกรองที่สำคัญที่สุด และนำไปสู่การเลือกวิธีการตรวจคัดกรองที่เป็นประโยชน์สำหรับแต่ละบุคคล ความถี่ห่างในการให้เพื่อรับการตรวจขึ้นอยู่กับอายุ และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ |
| วัดความดันโลหิต (ก) | ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ/หลอดเลือดสมอง โรคไตวาย | ทุกวัย ตรวจทุกครั้งที่มาพบแพทย์ด้วยปัญหาต่าง ๆ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง |



ตารางที่ 1-1 กิจกรรมตรวจสุขภาพที่ควรทำสำหรับผู้ใหญ่ อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

(ต่อ)

| กิจกรรม | ปัญหาที่ต้องการป้องกัน | คำอธิบายเพิ่มเติม |
|--|---|--|
| การให้ภูมิคุ้มกัน | | |
| ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง (ก) | อ้วน เบาหวาน ไขมันในเลือด ผิดปกติ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ สมอ | ทุกวัย ตรวจวัดตามระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง |
| การตรวจสายตา (ข) | ปัญหาสายตา | ทุกเพศ อายุ > 40 ปี ตรวจ Visual Acuity ปีละ 1 ครั้ง |
| การตรวจการได้ยิน (ข) | ปัญหาการได้ยิน | ทุกเพศ อายุ > 40 ปี ชักถามประวัติการได้ยินเสียง และส่งตรวจพิเศษเมื่อผิดปกติ |
| การตรวจเต้านมสตรีโดยแพทย์ (ข) | มะเร็งเต้านม | อายุ > 40 ปี ปีละ 1 ครั้ง |
| การให้ภูมิคุ้มกัน <input type="radio"/> บาดทะยัก <input type="radio"/> คอตีบ (ก) | บาดทะยัก คอตีบ | ทุกเพศ ทุกวัย booster ทุก 10 ปี ต่อเนื่องจากวัยเด็ก ฉีดวัคซีนชนิดรวมกับบาดทะยัก |
| <input type="radio"/> หัดเยอรมัน (ก) | Congenital Rubella Syndrome | หญิง วัยเจริญพันธุ์ที่ไม่มีประวัติฉีดวัคซีนมาก่อน และไม่ได้ตั้งครรภ์ขณะตรวจ และหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์อีก 3 เดือน |
| การตรวจทางห้องปฏิบัติการ | | |
| Hematocrit/hemoglobin (ข) | โรคโลหิตจาง | ทุกเพศ ทุกวัยตรวจทุก 3 ปี |
| Urinalysis (ข) | โรคไตอักเสบชนิดเฉียบพลัน เบาหวาน | ทุกเพศ ทุกวัยตรวจทุก 3 ปี |
| Stool Exam for Parasites (ข) | พยาธิทางเดินอาหาร มะเร็งท่อน้ำดี | ทุกเพศ ทุกวัยตรวจทุก 3 ปี |
| Plasma glucose (ข) | เบาหวาน | ทุกเพศ อายุ 45 ปีขึ้นไป ตรวจทุก 3 ปี |
| Cholesterol (ข) | ไขมันในเลือดผิดปกติ โรคหลอดเลือดหัวใจ | ทุกเพศ อายุ 35 ปีขึ้นไป ตรวจทุก 3 ปี |



ตารางที่ 1-1 กิจกรรมตรวจสอบสุขภาพที่ควรทำสำหรับผู้ใหญ่ อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ (ต่อ)

| กิจกรรม | ปัญหาที่ต้องการป้องกัน | คำอธิบายเพิ่มเติม |
|--|---|---|
| HIV antibody (ข) | การแพร่กระจายของ HIV | ทุกเพศ ทุกวัย แนะนำให้ตรวจโดยสมัครใจก่อนสมรส |
| การให้คำปรึกษาแนะนำ | | |
| Pap Smear (ก) | มะเร็งปากมดลูก | หญิง ที่เคยมีเพศสัมพันธ์ หรือมีอายุมากกว่า 35 ปี ตรวจปีละครั้งติดต่อกัน 3 ปี หลังจากนั้นตรวจทุก 3 ปี จนอายุถึง 65 ปี |
| โภชนาการ (Nutrition) (ก) | ปัญหาขาดสารอาหาร อ้วน/ เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/ โรคหลอดเลือดสมอง/หัวใจ พยาธิ/โรคติดเชื้อทางเดินอาหาร กระดูกพรุน | ทุกเพศ ทุกวัย แนะนำการรับประทานอาหารให้ถูกสุขลักษณะ และมีสารอาหารเหมาะสมกับวัย/กิจกรรม |
| Physical Exercise (ก) | อ้วน/เบาหวานไขมันในเลือด ผิดปกติ ความดันโลหิตสูงหลอดเลือดหัวใจ | ทุกเพศ ทุกวัย ให้ออกกำลังกายชนิดแอโรบิกอย่างน้อยวันละ 15 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง |
| เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์/ สารเสพติด (ก) | ตับแข็ง/โรคสมองพิการ/ อุบัติเหตุ ภัยอันตราย | ทุกเพศ ทุกวัย ชักถามประวัติ และแนะนำให้เข้าใจถึงอันตรายจากสารเสพติด/สุรา |
| การสูบบุหรี่ (Cigarette Smoking) (ก) | มะเร็งในปอด/ปอดเรื้อรัง โรคหัวใจ/ผลแทรกซ้อนอื่น ๆ ของการสูบบุหรี่ | ทุกเพศ ทุกวัย ชักถามประวัติการสูบบุหรี่ และแนะนำให้ผู้สูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่ทุกครั้งที่พบแพทย์ไม่ว่าด้วยปัญหาใด แนะนำการปฏิบัติตนเพื่อเลิกบุหรี่ |
| เอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ก) | เอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ | ทุกเพศ ทุกวัย อธิบายอันตราย และวิธีการป้องกัน |
| การวางแผนครอบครัว (ก) | การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ | ทุกเพศ ทุกวัย อายุ 20 ปี อธิบายวิธีการคุมกำเนิดต่าง ๆ ที่ถูกต้อง ปัญหาเพศสัมพันธ์ต่าง ๆ |



ตารางที่ 1-1 กิจกรรมตรวจสุขภาพที่ควรทำสำหรับผู้ใหญ่ อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ (ต่อ)

| กิจกรรม | ปัญหาที่ต้องการป้องกัน | คำอธิบายเพิ่มเติม |
|----------------------------------|-----------------------------|---|
| การให้คำปรึกษาแนะนำ (ต่อ) | | |
| การป้องกันอุบัติเหตุ (ก) | การบาดเจ็บ/ตา จากอุบัติเหตุ | ทุกเพศ ทุกวัย อธิบายการป้องกันอุบัติเหตุที่พบบ่อย อันตรายจากการขับขี่ในขณะดื่มสุรา/ยาเสพติดประโชชน์ การสวมหมวกกันน็อก คาดเข็มขัดนิรภัย การระวังอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ |
| การตรวจเต้านมโดยตนเอง (ก) | มะเร็งเต้านมสตรี | อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป แนะนำวิธีการตรวจเต้านมโดยตนเอง และให้ตรวจด้วยตนเอง เดือนละ 1 ครั้ง |

1.5.4.1 กิจกรรมตรวจสุขภาพสำหรับผู้ใหญ่ อายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

นำหนักคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่า การกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่า การกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรืออาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)



ตารางที่ 1-2 การตรวจสุขภาพเพิ่มเติมในประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

| กลุ่มประชากรเสี่ยง | ปัญหาที่ต้องการป้องกัน | มาตรการที่แนะนำ |
|--|--|---|
| บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการทดลองที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ | Hepatitis B Hepatitis A Tuberculosis | Hepatitis B Vaccination Hepatitis A Vaccination Tuberculin test ในผู้ที่ไม่เคยได้รับวัคซีน บีซีจี |
| ผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์หรือเสพยาเสพติด | AIDS Sexually Transmitted Diseases | Anti - HIV VDRL Vaginal smear for GC Hepatitis B |
| ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ได้แก่ ประวัติบิดามารดา หรือ พี่น้องเป็นเบาหวาน อ้วน ประวัติ gestational Diabetes หรือ คลอดบุตรที่น้ำหนักมากกว่า | เบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ | ช/ญ อายุมากกว่า 20 ปี ตรวจ FBG ทุก 3 ปี แนะนำโภชนาการ การออกกำลังกาย และการรักษา น้ำหนักตัวที่เหมาะสม |
| ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดแข็ง อย่างน้อย 2 ปัจจัย ได้แก่ สูบบุหรี่/อ้วน ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ประวัติหัวใจขาดเลือด อัมพาตในครอบครัว ช. อายุ > 45 ปี ญ. > 50 ปี | โรคหลอดเลือดหัวใจ/ สมอง | ตรวจ Cholesterol Triglyceride C DHL Baseline EKG |
| สตรีที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งเต้านม | มะเร็งเต้านม | ญ. อายุ 35 ปีขึ้นไป ตรวจ Mammography ทุก 1 ปี |
| ผู้ที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่/ทวารหนัก โรคทางพันธุกรรม polyposis, ulcerative colitis, adenomatous polyposis | มะเร็งลำไส้ใหญ่/ทวารหนัก | ช/ญ อายุ 50 ปีขึ้นไป ตรวจ Fecal occult blood ทุก 1 ปี ตรวจ Sigmoidoscopy หรือ ตรวจ Colonoscopy ทุก 3-5 ปี |

ตารางที่ 1-3 การตรวจสอบสุขภาพที่ไม่แนะนำให้ทำ เพราะไม่มีหลักฐานว่ามีประโยชน์คุ้มค่า และอาจมีผลภัยอันตราย

| กลุ่มประชากร | โรคที่ต้องการป้องกัน | มาตรการที่ไม่แนะนำให้ทำ |
|---------------|---|--|
| ผู้ไม่มีอาการ | มะเร็งอวัยวะภายใน เช่น ตับ ตับอ่อน ไต กระเพาะปัสสาวะ มดลูก รังไข่ | ทุกเพศ ทุกวัย การตรวจ Ultrasound การตรวจ CT Scan |
| ผู้ไม่มีอาการ | มะเร็งต่าง ๆ | ทุกเพศ ทุกวัย การตรวจ Tumor Markers เช่น AFP สำหรับมะเร็งตับ CEP สำหรับมะเร็งลำไส้ใหญ่ CA 19-9 สำหรับมะเร็งตับอ่อน CA 125 สำหรับมะเร็งรังไข่ PSA สำหรับมะเร็งต่อมลูกหมาก |
| ผู้ไม่มีอาการ | มะเร็งปอด | ทุกเพศ ทุกวัย การตรวจ Chest X-ray การตรวจ CT Scan การตรวจเสมหะ Sputum cytology |
| ผู้ไม่มีอาการ | โรคหัวใจขาดเลือด | การตรวจ Resting EKG ใน ชาย/หญิง อายุ น้อยกว่า 40 ปี |
| ผู้ไม่มีอาการ | โรคระดูกลพอรุน | ทุกเพศ ทุกวัย การวัดความหนาแน่นของกระดูก |

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป และประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง) แนะนำให้ตรวจวัด ส่วนสูง และชั่งน้ำหนัก เป็นระยะ ๆ ในบุคคลทุกคน (น้ำหนัก คำแนะนำ “ก”) ทั้งนี้ในผู้ใหญ่แนะนำให้ ใช้การคำนวณดัชนีมวลร่างกาย (Body Mass Index: BMI = น้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็น เมตรยกกำลังสอง) ร่วมกับการประเมินปัจจัยอย่างอื่น เช่น ภาวะทางกร แพทย์ และสัดส่วนเส้นรอบวง เอวต่อเส้นรอบวงสะโพก (waist/hip circumference ratio: WHR) เพื่อเป็นพื้นฐานในการประเมินการ ดำเนินมาตรการ โดยมีเกณฑ์วัดดังนี้ (ตารางที่ 1-4)

ตารางที่ 1-4 แนวทางการคัดสรรโรคอ้วนในผู้ใหญ่อายุ > 20 ปี โดยดัชนีมวลร่างกาย

| โรคอ้วน | ดัชนีมวลร่างกาย (กก./ม.) |
|----------|--------------------------|
| ระดับ 1a | 25.0 - 29.99 |
| ระดับ 2b | 30.0 - 34.99 |
| ระดับ 2 | 35.0 - 39.99 |
| ระดับ 3 | > 40.0 |

ดัชนีความหนาแน่นของร่างกายปกติ 20.0-24.99 กิโลกรัม (กก.)/เมตร (ม.)² สัดส่วนรอบวงเอวต่อวงสะโพก (waist/hip circumference ratio: WHR) ที่ใช้คัดสรรโรคอ้วนลงพุงชาย > 1.0 หญิง > 0.8

1.5.4.2 มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรคอ้วน

เมื่อตรวจพบว่าบุคคลใดเป็นโรคอ้วนแล้วต้องให้การรักษา ซึ่งมีเป้าหมายหลัก 3 ประการ คือ ลดน้ำหนักตัวให้ได้พอสมควรไม่ควรต่ำกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวที่เป็นอยู่รักษาน้ำหนักตัวที่ลดลงแล้วให้ได้ตลอดไป โดยต้องให้ผู้ป่วยโรคอ้วนตระหนักถึงความสำคัญของเรื่องนี้ และปฏิบัติให้ได้ ป้องกัน และลดอุบัติการณ์ความรุนแรงของโรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นร่วมกับโรคอ้วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคความดันโลหิตสูง ภาวะกลูโคสในเลือดสูง และภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติ นอกจากนี้ บุคคลทุกคนควรได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมการออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ และการบริโภคอาหารอย่างถูกต้องด้วย

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป แนะนำให้ตรวจคัดกรองเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน ได้แก่ (1) อ้วน คือ มีน้ำหนักตัวมากกว่าร้อยละ 20 ของน้ำหนักตัวที่ควรเป็น หรือดัชนีมวลของร่างกายมากกว่า 25 กก./ม.² (2) มีประวัติเบาหวานในครอบครัวสายตรง เช่น บิดา มารดา เป็นต้น (3) เคยคลอดบุตรตัวโต น้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม หรือเคยได้รับคำวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (4) ความดันโลหิตสูง (มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท) (5) ระดับ HDL-C ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 35 มิลลิกรัม (มก.)/เดซิลิตร (ดล.) หรือระดับไตรกลีเซอไรด์เท่ากับหรือมากกว่า 250 มก./ดล. (6) เคยมีประวัติของความทนทานน้ำตาลกลูโคสผิดปกติ (Impaired glucose tolerance, LGT) หรือมีระดับพลาสมากลูโคส เมื่ออดอาหารผิดปกติ (Impaired fasting glucose, IFG) คือ ค่าอยู่ระหว่าง 110-125 มก./ดล.

แนะนำให้ตรวจคัดกรองในประชากรทั่วไปที่มีอายุเกิน 45 ปี ทุก 3 ปี โดยใช้การตรวจวัดระดับกลูโคสในพลาสมา หลังจากอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (น้ำหนักคำแนะนำ “ข”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง) ในกรณีที่พบผู้ที่ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานดังกล่าวข้างต้น แนะนำให้ตรวจคัดกรองหาโรคเบาหวาน ด้วยการตรวจวัดระดับกลูโคสในพลาสมาหลังการอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ทุก 3 ปี (น้ำหนักคำแนะนำ “ก”)



ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุน หรือคัดค้านการตรวจหา Insulin autoantibodies ในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ได้แก่ บุคคลที่มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานชนิดดังกล่าว (น้ำหนักคำแนะนำ “ค”) มาตรการดำเนินการเมื่อได้รับผลการตรวจ (เฉพาะกลุ่มความเสี่ยงสูง)

ในกรณีที่พบระดับกลูโคสในพลาสมา 110-125 มก./ดล. จัดเป็นกลุ่มที่มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติ (Impaired fasting glucose) ควรให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการขจัดปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับประทานอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ การระมัดระวังเรื่องอ้วน เป็นต้น (น้ำหนักคำแนะนำ “ก”)

ในกรณีที่พบระดับกลูโคสในพลาสมามากกว่า 126 มก./ดล. ให้ตรวจซ้ำอีกครั้ง เพื่อยืนยันการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน รวมทั้งต้องให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการขจัดปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ การรับประทานอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ การระมัดระวังเรื่องอ้วน เป็นต้น (น้ำหนักคำแนะนำ “ก”)

1.5.4.3 การตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางในผู้ใหญ่ไทย

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป แนะนำให้ทำการสอบถามประวัติ และการตรวจร่างกาย เพื่อตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจาง (น้ำหนักคำแนะนำ “ก”) แต่ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจคัดกรองภาวะโลหิตในประชาชนทั่วไปที่ตรวจไม่พบภาวะซีด (น้ำหนักคำแนะนำ “ค”)

คำแนะนำสำหรับประชาชนเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง) แนะนำให้ตรวจวัดระดับฮีโมโกลบิน/ฮีมาโตคริตในบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ที่ยากจน ผู้ที่ติดเชื่อพยาธิปากขอ ผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการ และผู้ที่ตรวจพบภาวะซีด (น้ำหนัก คำแนะนำ “ก”) มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรค

ในกรณีที่พบว่าโลหิตจางคือ มีระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 13 มก./ดล. ในผู้ชายต่ำกว่า 12 มก./ดล. ในผู้หญิง แนะนำให้ตรวจหาสาเหตุของภาวะโลหิตจางและให้การรักษาตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรคโลหิตจาง

1.5.4.4 การคัดกรองภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติในประชาชนไทย

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป ในผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ควรตรวจระดับ TC อย่างเดียว ถ้าระดับ TC > 240 มก./ดล. จึงตรวจ TC, TG และ HDL-C ถ้าระดับไขมันอยู่ในเกณฑ์ปกติ ควรตรวจซ้ำอีกอย่างน้อยทุก 5 ปี (น้ำหนักคำแนะนำ “ข”)

คำแนะนำสำหรับประชาชนเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง)

ก. ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็ง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน ประวัติสูบบุหรี่ ชายอายุมากกว่า 45 ปี หญิงอายุมากกว่า 55 ปี โรคอ้วน ประวัติครอบครัวเป็นโรคหัวใจขาดเลือด อัมพาต อัมพฤกษ์ หรือระดับไขมันในเลือดสูง เป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในเมือง



ข. ผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด อัมพาต อัมพฤกษ์ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง และผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ควรตรวจระดับ TC, TG และ HDL-C (น้ำหนักคำแนะนำ “ก”)

1.5.4.5 การตรวจคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชาชนไทย

น้ำหนักคำแนะนำ

“ก” คือ มีหลักฐานการศึกษาทางวิชาการที่เชื่อถือได้เป็นอย่างดี สนับสนุนว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่า (ควรทำ)

“ข” คือ มีหลักฐานพอเชื่อถือได้ ประกอบกับความเห็นของผู้เชี่ยวชาญว่าการกระทำดังกล่าวอาจมีประโยชน์คุ้มค่า (น่าทำ)

“ค” คือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุนหรือคัดค้านว่าการกระทำดังกล่าวมีประโยชน์คุ้มค่าหรือไม่ (อาจทำ หรืออาจไม่ทำ)

“ง” คือ มีหลักฐานพอสนับสนุนว่า การกระทำดังกล่าวไม่ได้ประโยชน์คุ้มค่า หรือมีผลเสีย (ไม่ควรทำ)

1.5.4.6 การตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนไทย

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป และประชากรเฉพาะกลุ่ม (กลุ่มเสี่ยง) แนะนำให้ตรวจวัดความดันโลหิตอย่างถูกต้องในประชาชนทุกคนตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป อย่างน้อยทุก 2 ปี (น้ำหนักคำแนะนำ “ก”) และในกรณีที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป แนะนำให้ตรวจวัดความดันอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง (น้ำหนักคำแนะนำ “ก”)

มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรค ในกรณีที่ตรวจพบความดันโลหิตสูงกว่าปกติ ต้องมีการให้คำแนะนำปรึกษาให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตเพื่อให้ความดันโลหิตต่ำลง พร้อมทั้งตรวจวัดซ้ำเป็นระยะ ๆ ตามช่วงเวลาที่เหมาะสม (ตารางที่ 1-5)

ตารางที่ 1-5 แสดงเกณฑ์ของความดันโลหิตที่ผิดปกติ และระยะเวลาในการตรวจซ้ำ

| ระดับความดันโลหิตเริ่มแรก | | คำแนะนำ |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---|
| ความดันโลหิตซิสโตลิก (มม.ปรอท) | ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม.ปรอท) | |
| < 130 | < 85 | ตรวจซ้ำทุก 2 ปี |
| 130-139 | 85-89 | ตรวจซ้ำทุก 1 ปี |
| 140-159 | 90-99 | ควรตรวจวัดซ้ำภายใน 2 เดือน |
| 160-179 | 100-109 | ประเมินสภาพหรือติดตามผลการรักษา ทันทีหรือภายใน 1 เดือน |
| > 180 | > 110 | ประเมินสภาพหรือติดตามผลการรักษา ทันทีหรือภายใน 1 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับ อาการทางคลินิก |

เมื่อตรวจคัดกรองแล้วพบว่า ผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูง ควรซักประวัติรายละเอียดของปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (ตารางที่ 1-6)

ตารางที่ 1-6 ปัจจัยเสี่ยงหลักต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

| | |
|---|-------------------------|
| โรคเบาหวาน | สูบบุหรี่ |
| อายุมากกว่า 60 ปี | ภาวะไขมันในเลือดสูง |
| เพศชาย | เพศหญิงที่หมดประจำเดือน |
| ประวัติทางครอบครัวที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดในหญิงอายุ < 65 ปี หรือในชาย < 55 ปี | |

นอกจากนี้ ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับความรู้เรื่องอันตรายจากภาวะความดันโลหิตสูงว่า ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง ในกรณีที่ไม่ได้รับการรักษา และความจำเป็นของการรักษาอย่างต่อเนื่อง เมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

กรณีที่ตรวจพบปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมด้วย ผู้ป่วยจะมีการพยากรณ์โรคที่เลวลง ในขณะที่เดียวกันต้องซักประวัติ และตรวจร่างกายอย่างละเอียด เพื่อหาโรคที่อาจเป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูง เช่น Pheochromocytoma โรคไตวายเรื้อรัง Renal artery stenosis และ Cushing's syndrome เป็นต้น รวมทั้งการตรวจร่างกายเพื่อหาความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะความดันโลหิต การพบมีปัจจัยเสี่ยงร่วม และการตรวจพบโรคหรือความเสื่อมของอวัยวะดังกล่าว ทำให้ความจำเป็นในการต้องเพิ่มการรักษาด้วยยาเร็วขึ้น



1.5.4.7 การตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดหัวใจที่ยังไม่มีอาการในประชาชนไทย

คำแนะนำสำหรับประชาชนทั่วไป เนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับมาตรการดำเนินการในประเทศไทยยังมีน้อย และอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจในประชาชนไทย มีอัตราน้อยกว่าในประเทศสหรัฐอเมริกา มาตรการดำเนินการในประเทศไทย จึงแนะนำเช่นเดียวกับมาตรการของประเทศสหรัฐอเมริกาคือ ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุน หรือคัดค้านการตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดหัวใจที่ยังไม่มีอาการในประชาชนที่มีอายุเกิน 40 ปี ด้วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ขณะพัก หรือขณะออกกำลังกายหรือแบบชนิดพกพา (น้ำหนักคำแนะนำ “ค”)

ไม่แนะนำให้การตรวจคัดกรองในเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่วัยต้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่โอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจต่ำ และไม่มีอาการ เนื่องจากความไวในการตรวจสอบ และการพยากรณ์การเกิดอาการต่ำ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการตรวจและติดตามค่อนข้างสูง (น้ำหนักคำแนะนำ “ค”)

คำแนะนำสำหรับประชากรเฉพาะกลุ่ม การตรวจคัดกรองโรคหลอดเลือดหัวใจในประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง (เช่น กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงมาก) ควรเลือกทำเฉพาะในรายที่มีผลการคัดกรอง จะช่วยการตัดสินใจในการเลือกรักษา เช่น ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง ที่อายุมากกว่า 40 ปี ที่ยังไม่มีอาการ รวมทั้งบุคคลที่มีประวัติญาติสายตรงเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเมื่ออายุน้อย (ชายอายุน้อยกว่า 55 ปี หรือหญิงอายุน้อยกว่า 65 ปี) โดยแนะนำให้ทำการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะพักทุก 1-3 ปี (น้ำหนักคำแนะนำ “ข”) แต่ยังมีหลักฐานไม่เพียงพอในการสนับสนุน หรือคัดค้านการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกายหรือแบบชนิดพกพา (น้ำหนักคำแนะนำ “ค”)

มาตรการดำเนินการทางคลินิกเมื่อตรวจพบโรค เมื่อตรวจพบโรคหลอดเลือดหัวใจแล้ว ควรดำเนินการทางคลินิก เพื่อป้องกันการดำเนินการต่อของโรคและป้องกันการเกิดอาการ โดยเฉพาะการเสียชีวิตทันทีทันใดและอาการหัวใจขาดเลือดฉับพลัน (Acute coronary syndrome) โดยการค้นหา รักษา และขนาดปัจจัยเสี่ยง (เช่น งดบุหรี่ รักษาเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันโคเลสเตอรอลสูง และเพิ่มการออกกำลังกาย)

การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ จำเป็นต้องได้ยาแอสไพรินทุกราย รายที่มีอาการไม่มาก การรักษาด้วยการใช้ยา เช่น ยากันเบต้า ไนเตรต หรือยากันแคลเซียม ก็เพียงพอ ส่วนรายที่มีอาการมาก ทั้งที่รับประทานยาแล้ว หรือในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจทำงานลดลงและมีหลอดเลือดหัวใจตีบรุนแรง การผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจมักได้ผลดีกว่า แต่จำเป็นต้องลดและรักษาปัจจัยเสี่ยงต่อเนื่องตลอดไป

2. ส่วนที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.1.1 ความหมายการส่งเสริมสุขภาพ นักวิชาการให้ความหมายการส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้



พาแลงก์ (Palank, 1991) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความสมปรารถนาของบุคคล พฤติกรรมดังกล่าว ได้แก่ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การมีกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาว่าง การพักผ่อน การมีโภชนาการที่เพียงพอ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ลดภาวะเครียด และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

วอล์คเกอร์ และคนอื่น ๆ (Walker, et al., 1988: 76-90) ให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นการกระทำทางบวกของชีวิต ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการคงไว้ หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ของบุคคล การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความสมปรารถนาของบุคคล และใช้คำว่าวิถีชีวิตในความหมายเดียวกับพฤติกรรมสุขภาพ

เพนเดอร์ และคนอื่น ๆ (Pender, et al., 2001) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมตามแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม รวมถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดีที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดการยกระดับภาวะสุขภาพ ช่วยส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่และดำรงไว้ ซึ่งภาวะสุขภาพนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กล่าวโดยสรุปการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การกระทำของบุคคลที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นพฤติกรรมที่ดี เพื่อยกระดับความสุขสมบูรณ์ของบุคคลให้อยู่ในระดับที่ดีมีความสามารถในการทำหน้าที่และดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพเพื่อก้าวสู่สภาวะ ที่เรียกกันว่า “คุณภาพชีวิต” ซึ่งเป็นการหวังผลในระยะยาว จากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์และคณะ (Pender, et al., 1993) พบว่า มีการวัดประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ จะช่วยให้บุคคลสามารถป้องกันปัญหาสุขภาพ ดำรงและส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีได้ และได้กำหนดวิธีการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือวัดแบบแผนพฤติกรรมเรียกว่า Health-Promoting Lifestyle Profile II สร้างโดยวอล์คเกอร์ (Walker, 1987)

เครื่องมือวัดแบบแผนพฤติกรรม เรียกว่า Health-promoting lifestyle profile II ซึ่งจะประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การประสบความสำเร็จสมบูรณ์ในชีวิต ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการจัดการกับความเครียด โดยแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความสำเร็จสมบูรณ์ในชีวิต

มาสโลว์ (Maslow, 1970 อ้างถึงใน เสนาะ ดิยาวี, 2544) ระบุว่า ความต้องการของมนุษย์มีลักษณะเป็นขั้นตอนกล่าวคือ เมื่อความต้องการด้านร่างกาย ความปลอดภัย ด้านสังคม และความมีชื่อเสียงได้รับการตอบสนองแล้ว บุคคลผู้นั้นก็จะมีความรู้สึกไม่พอใจเกิดขึ้น หากว่าบุคคลเหล่านั้นไม่สามารถที่จะทำอะไรได้ตามที่ตนเองอยากจะทำ จึงควรให้โอกาสบุคคลได้กระทำในสิ่งที่ต้องการจะทำมากที่สุดที่เรียกว่า Self-Actualization เพื่อการมีชีวิตที่ดีขึ้น มีความก้าวหน้าในการที่ได้ใช้ศักยภาพตนเองอย่างเต็มที่ และได้ทำงานที่เหมาะสมกับความสามารถและทักษะที่ตนเองชอบ



จารินทร์ ธานีรัตน์ (2514 อ้างถึงใน สิรินทิพย์ โคนสันเทียะ, 2541) ได้เสนอแนวทางการประสบความสำเร็จในชีวิต ดังนี้ ควรมีการกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตไว้อย่างเหมาะสม โดยพิจารณาจากความสามารถ ฐานะ เศรษฐกิจ และสังคมและมีหนทางที่จะทำให้เป็นจริงได้ ควรมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุตามจุดมุ่งหมาย สามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยความสุขุมเยือกเย็น ใช้เหตุผลและสติปัญญาในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งรับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ควรมีความตระหนักและให้ความสำคัญกับชีวิต สนใจดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจให้สมบูรณ์แข็งแรง และควรมีความพึงพอใจในชีวิต มีความเข้าใจ และยอมรับว่าในชีวิตของคนเราย่อมมีทั้งความสำเร็จและความล้มเหลว สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและความเป็นจริง

2. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ฟังก์ และแวกแนล (Funk & Wagnall, 1961 อ้างถึงใน กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2542) ให้ความหมายของความรับผิดชอบว่า เป็นการแสดงออกถึงการรับผิดชอบและรับชอบในการกระทำของตนเอง มีความซื่อสัตย์ไว้ใจได้และทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งในแง่การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เป็นสิ่งจำเป็นที่บุคคลจะต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเอง

กล่าวโดยสรุปความรับผิดชอบต่อสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลได้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพโดยแสวงหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ตลอดจนการใช้บริการให้คำปรึกษา การเข้าร่วมกิจกรรม โครงการที่จัดขึ้นเพื่อการดูแลสุขภาพและการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี ตลอดจนการดูแลตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

3. การออกกำลังกาย

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2538) กล่าวว่า การออกกำลังกายช่วยให้มีการหลั่ง “สารสุข” เช่น เอ็นดอร์ฟินทำให้ร่างกายกระปรี้กระเปร่า จิตใจสงบ และเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค มีผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต สามารถป้องกันและรักษาโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคภูมิแพ้ โรคกระเพาะอาหาร โรคอ้วน ความดันเลือดสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคประสาท ท้องอืดเฟ้อ ท้องผูก และนอนไม่หลับ ประโยชน์ของการออกกำลังกาย มีดังนี้ 3.1 ทำให้ร่างกายมีสมรรถภาพทางกายที่ดี ส่วนประกอบของสมรรถภาพทางกายมีหลายชนิด เช่น สมรรถภาพทางร่างกายในด้านความยืดหยุ่นของร่างกาย (Flexibility) ความแข็งแรง (Strength) หรือความทนทาน (Endurance or Stamina) เป็นต้น แต่สิ่งที่สำคัญที่สุดของการออกกำลังกายคือ สมรรถภาพที่เกี่ยวข้องกับการไหลเวียนของโลหิต (Cardio Vascular Fitness) ส่งผลให้บุคคลมีสมรรถภาพทางกายดี สามารถนอนหลับง่ายและดีขึ้น ตลอดจนส่งผลช่วยให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ช่วยปรับปรุงระบบการย่อย เป็นต้น 3.2 ลดอัตราเสี่ยงของโรคหัวใจ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อโรคหัวใจ เพราะการออกกำลังกายทำให้ความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจต่ำลง ดังนั้น หัวใจจึงใช้ออกซิเจนน้อยลง ระดับของไขมันในเส้นเลือดก็จะต่ำลง ทั้งนี้เนื่องจาก การออกกำลังกายสามารถละลายไขมันที่อยู่ในเส้นเลือด สภาพของหัวใจ



ก็จะมีสมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น 3.3 การควบคุมน้ำหนักและสัดส่วนของร่างกาย ถ้าต้องการให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริงทั้งการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ควรจะต้องปฏิบัติควบคู่กันไปเพื่อการลดน้ำหนัก ผลตามมาก็คือ ความอ้วนลดลง สัดส่วนของร่างกายจะเปลี่ยนไปสู่ระดับปกติ

3.1 ประเภทของการออกกำลังกาย สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ (2538) เสนอแนะประเภทของการออกกำลังกาย ดังนี้ คนที่ทำงานเบาไม่ค่อยได้ใช้แรงงาน ควรออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว ๆ วิ่งเหยาะ ๆ กระโดดอยู่กับที่ จักรยาน วายน้ำ เต้นแอโรบิก เต้นรำ เล่นกีฬา ฯลฯ อย่างน้อยวันเว้นวัน วันละ 15-30 นาที ให้มีเหงื่อออก มีอาการเหนื่อยแต่ยังพูดคุยได้สบาย นอกจากนี้ ยังอาจเลือกการออกกำลังกายแบบอื่น ๆ เช่น กายบริหาร ฟึกลโยคะ รำมวยจีน เป็นต้น ผู้ที่ไม่ชอบเล่นกีฬา ควรทำกิจกรรมที่ออกแรง เช่น เดินแทนการขึ้นรถ เดินบันไดแทนขึ้นลิฟท์ ขุดดิน ทำสวน ตักน้ำ ฯลฯ ทำติดต่อกันอย่างน้อยครั้งละ 5 นาที วันละ 3-4 ครั้ง ก็มีผลต่อสุขภาพ

3.2 กิจกรรมออกกำลังกายสำหรับบุคคลทั่วไป สามารถออกกำลังกายโดยมีการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ๆ เป็นจังหวะช้า ๆ กันอย่างต่อเนื่อง ความแรงของการเคลื่อนไหวออกกำลังกายอยู่ในระดับเบาถึงปานกลาง เพื่อให้กล้ามเนื้อมีการใช้ออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ภายในหลอดเลือดไม่มีการสะสมของกรดแลคติก การเคลื่อนไหวออกกำลังกายด้วยความรุนแรง ที่หนัก จะทำให้ใช้ออกซิเจนไม่พอต่อการทำงานของกล้ามเนื้อ เกิดการเผาผลาญพลังงานด้วยกระบวนการที่ไม่ใช้ออกซิเจน จึงเกิดการสะสมของกรดแลคติก ทำให้เกิดการเมื่อยล้า อ่อนเปลี้ยของกล้ามเนื้อ และอาจมีการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อในวันต่อมาได้โดยเฉพาะคนที่เริ่มออกกำลังกายใหม่ ความแรงของการออกกำลังกายสามารถวัดได้หลายแบบ แต่ที่ค่อนข้างดีคือ วัดอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งในแต่ละอายุนั้นจะไม่เท่ากัน (ตารางที่ 1-7)

ตารางที่ 1-7 แสดงอัตราการเต้นของหัวใจในแต่ละอายุ จำแนกตามระดับความแรงของการออกกำลังกาย

| อายุ (ปี) | ความแรงปานกลางอัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้ง/นาที) 55-69% ของค่าสูงสุด | ความแรงระดับหนักอัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้ง/นาที) 70-85% ของค่าสูงสุด | อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (ครั้ง) |
|-----------|--|--|------------------------------------|
| 40 | 99-124 | 126-153 | 180 |
| 45 | 96-121 | 123-149 | 175 |
| 50 | 94-117 | 119-145 | 170 |
| 55 | 91-114 | 116-140 | 165 |
| 60 | 88-110 | 112-136 | 160 |

ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2544). สมุดบันทึกสุขภาพสำหรับผู้ขายวัยทอง. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย: 27.



ดังนั้น การเคลื่อนไหวออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ จึงไม่จำเป็นต้องทำด้วยความแรงที่หนักแต่ทำด้วยความแรงปานกลางก็เพียงพอ หรือถ้าทำด้วยความแรงระดับเบาก็ได้ประโยชน์กับสุขภาพเช่นกัน แต่สมรรถภาพหรือความฟิตอาจไม่เปลี่ยนแปลง สำหรับผู้ที่อยู่ในวัยทองหรือวัยกลางคนจนเข้าสู่วัยชรา อาจมีปัญหาสุขภาพอื่นร่วมด้วย เช่น โรคอ้วน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ จึงควรเลือกวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง ซึ่งการบริหารมีหลายรูปแบบ ได้แก่ รำมวยจีน การออกกำลังกายที่รุนแรงหรือหักโหมเกินควรจะมีผลเสียมากกว่าผลดี สำหรับการออกกำลังกายด้วยรูปแบบการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ได้แก่ เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ปั่นจักรยาน ว่ายน้ำ พายเรือ เต้นแอโรบิก รำมวยจีน เป็นต้น

4. โภชนาการ

การบริโภคอาหารที่ถูกหลักโภชนาการจะช่วยให้ร่างกายเติบโตแข็งแรง มีความต้านทานโรคสูง ไม่แก่ก่อนวัย อายุยืน และมีพัฒนาการของจิตใจและสมองอย่างเต็มที่ (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2534) การบริโภคอาหารควรคำนึงถึง หลักทางโภชนาการ และมีแนวทางปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดภาวะโภชนาการที่ดีตามโภชนบัญญัติ ดังนี้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

1. รับประทานอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายและดื่มน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. รับประทานอาหารเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ
3. รับประทานอาหารผัก ฝักให้มาก และรับประทานผลไม้เป็นประจำ
4. รับประทานปลา และเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดไขมัน ไข่ ถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ
5. ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย
6. รับประทานไขมันในขนาดพอเหมาะ
7. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด
8. รับประทานอาหารที่สะอาด ปราศจากการปนเปื้อน
9. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

อาหารบางอย่างมากเกินไป อาหารหลัก 5 หมู่ ประกอบด้วย กลุ่มอาหาร ดังนี้

หมู่ที่ 1 เป็นอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ต่าง ๆ ถั่วเมล็ดแห้ง และผลิตภัณฑ์นม ประโยชน์ของอาหารหมู่ที่ 1 คือ ช่วยเสริมสร้าง และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย อาหารหมู่นี้ที่เหมาะสมกับชายวัยทองคือ เนื้อปลา เพราะย่อยง่าย ถ้าเป็นเนื้อสัตว์ชนิดอื่นควรเลือกที่ติดไขมันน้อย เพื่อป้องกันไม่ให้อาหารหมู่ที่ 1 ได้รับไขมันมากเกินไป ปลาเล็กปลาน้อย กุ้งแห้ง มีแคลเซียมสูงช่วยป้องกันโรคกระดูกพรุน นมควรดื่มนมประมาณวันละ 1 แก้ว ถ้ามีปัญหาโคเลสเตอรอลสูง ควรเป็นนมพร่อง ไขมัน ไข่ เป็นอาหารที่ให้สาร โปรตีนที่มีคุณภาพดีที่สุด แต่เนื่องจากไข่แดงมีโคเลสเตอรอลสูง สำหรับไขมันในเลือดสูง ควรรับประทานเฉพาะไข่ขาวเท่านั้น ผู้ที่ไม่มีปัญหาเรื่องไขมันในเลือดสูงควรรับประทานไข่สัปดาห์ละ 3-4 ฟอง ถั่วเมล็ดแห้งเป็นอาหาร โปรตีนค่อนข้างสูงและมีราคาถูกกว่าเนื้อสัตว์ รับประทานสลับกับอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ได้ โดยเฉพาะถั่วเหลืองมีกรดไขมันจำเป็นต่อร่างกาย ช่วยลดไขมันในเลือด



หมู่ที่ 2 ได้แก่ ข้าว แป้ง และผลิตภัณฑ์ เผือก มัน น้ำตาล เป็นอาหารที่ให้พลังงานเป็นส่วนใหญ่ เพื่อส่งเสริมสุขภาพควรรับประทานข้าวกล้อง หรือข้าวซ้อมมือ เพราะนอกจากให้พลังงานแล้วยังอุดมไปด้วยวิตามิน แร่ธาตุและใยอาหารด้วย ผักที่ช่วยลดน้ำตาลในเลือด คือ มะระขี้นก กระเทียม กระเพรา ชะพลู

หมู่ที่ 3 ได้แก่ ผักสีเขียว สีเหลือง และผักเป็นหัวต่าง ๆ เช่น ผักบุ้ง คะน้า ฟักทอง กระหล่ำปลี หอมใหญ่ อาหารหมู่นี้ให้แร่ธาตุ และวิตามิน ซึ่งช่วยให้ร่างกายใช้ประโยชน์จากอาหารอื่น ๆ ได้เต็มที่ และมีใยอาหารช่วยในการขับถ่ายทำให้ท้องไม่ผูก ผักที่ควรรับประทานเพื่อช่วยบำรุงกระดูก เพราะมีแคลเซียมสูง ได้แก่ ใบยอ ชะพลู ผักมะขามอ่อน ยอดแค ผักกระเฉด ตำลึง เพื่อช่วยลดความดันโลหิต คือ กระเทียม ขึ้นฉ่าย ใบบัวบก กระเจี๊ยบ ช่วยลดน้ำตาลในเลือดคือ มะระขี้นก กระเทียม กระเพรา ชะพลู

หมู่ที่ 4 ผลไม้ชนิดต่าง ๆ เช่น กล้วย ส้ม มะละกอ ทูเรียน น้อยหน่า มะม่วง สับปะรด รับประทานได้ทุกชนิด ยกเว้นผู้ป่วยโรคเบาหวานควรลดการบริโภคผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน น้อยหน่า เพราะมีน้ำตาลสูง จะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้ ผลไม้เป็นอาหารที่อุดมด้วยวิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหารเช่นเดียวกับผัก ควรรับประทานทุกมื้อทุกวัน และรับประทานผลไม้หลายชนิดสลับกัน

หมู่ที่ 5 ไขมัน เป็นสารอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกายเป็น 2 เท่าของคาร์โบไฮเดรตและโปรตีน ช่วยให้ร่างกายได้รับวิตามินซึ่งละลายในไขมันคือ วิตามินเอ ดี อี และเค ไขมันจากปลา เช่น ปลาทู ปลาอินทรี ปลาเนื้ออ่อน ปลาน้ำดอกไม้ ปลาดาบเงิน ปลาค็อด ปลาคูคาน ปลาตุ๋น จะมีสัดส่วนของกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูงและยังมีกรดไขมันโอเมก้า-3 ได้แก่ อี พี เอ และ ดี เอช เอ อยู่ด้วย ซึ่งมีคุณสมบัติช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ไขมันจากพืช ส่วนมากจะมีสัดส่วนของกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันเมล็ดทานตะวัน ยกเว้น น้ำมันมะพร้าว และน้ำมันเมล็ดในปาล์ม (Palm Kernel oil) ควรใช้น้ำมันพืชซึ่งมีกรดไขมันไม่อิ่มตัวสูงในการปรุงอาหาร ควรหลีกเลี่ยงน้ำมันจากสัตว์ เพราะจะทำให้เป็นโรคไขมันในเลือดสูงได้ และควรรับประทานแต่น้อย ๆ เท่าที่จำเป็น

ปัจจุบันนี้มีข้อมูลที่เด่นชัดว่า ผู้ที่รับประทานไขมันเกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ และส่วนใหญ่เป็นไขมันอิ่มตัวแล้ว จะมีระดับโคเลสเตอรอลสูงในเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด เมื่อจำกัดปริมาณไขมันทั้งหมด และไขมันอิ่มตัวที่บริโภคให้ลดน้อยลง ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดจะลดต่ำลง และอัตราการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดลดต่ำลงด้วย จึงได้ให้ความสำคัญของปริมาณและคุณภาพของไขมันที่รับประทานไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานที่ได้รับ ส่วนชนิดของไขมันควรได้จากไขมันอิ่มตัว ได้แก่ กรดไขมันจำเป็นนั่นเองอย่างละเท่ากันคือ ร้อยละ 10 ของพลังงาน ทั้งหมดและควรจำกัดปริมาณโคเลสเตอรอลให้น้อยกว่าวันละ 300 มก. ส่วนโปรตีน และคาร์โบไฮเดรตควรได้ร้อยละ 15 และ 55 ของพลังงานที่ได้รับ ตามลำดับ ในทางปฏิบัติทำได้โดยใช้ น้ำมันถั่วเหลืองในการปรุงอาหารวันละ 3 ช้อนโต๊ะ และลดการรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอล



มาก ได้แก่ เครื่องในสัตว์ และหนังสัตว์ต่าง ๆ ตลอดจนไข่แดง ดังนั้น ภาวะโภชนาการของวัยผู้ใหญ่จึงเป็นเรื่องสำคัญ หากได้รับอาหารอย่างเพียงพอ และเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง และเซลล์ต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงช้าลง ในทางกลับกันการได้รับอาหารมากเกินไปจนอ้วนหรือได้รับอาหารน้อยจนเกิดการขาดอาหาร จัดเป็นความเครียดอย่างหนึ่งทำให้เซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เลื่อมสลายเร็วขึ้น ดังนั้น ควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และคำนึงถึงปริมาณที่เหมาะสมร่วมด้วย

5. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

สมจิต หนูเจริญกุล (2534) กล่าวว่า สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นทักษะที่สำคัญ และจำเป็นสำหรับมนุษย์ในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคม หากมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ดีต่อกัน และได้รับการช่วยเหลือประคับประคองจากบุคคลในสังคม จะเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และปรับตัวต่อภาวะเครียดต่าง ๆ ได้ดี

6. การจัดการความเครียด

กองสุขภาพจิต (อ้างถึงใน อัมพร โอตระกูล, 2538) ให้คำจำกัดความของความเครียดว่า เป็นความกระวนกระวายใจ อันเนื่องมาจากสถานการณ์อันไม่พึงพอใจ ความปรารถนาไม่ได้รับการตอบสนองหรือเป็นอื่น หรือผิดพลาดไปจากเป้าหมายที่ต้องการ

เซลเย่ (Selye, 1976 อ้างถึงใน สุริย์ กาญจนวงศ์, 2533) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับความเครียด โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเพื่อการปรับตัว หรือที่เรียกว่า General Adaptation Syndrome ซึ่งมี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เรียกว่า ระยะเตือน (Alarm Reaction) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าหรือตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดในระยะแรก ปฏิกิริยาในระยะนี้จะเกิดขึ้นเพียงระยะเวลาสั้น ๆ ตั้งแต่เพียงไม่กี่นาทีถึง 48 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของตัวกระตุ้น อาการแสดงนั้นเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติกและต่อมพิทูอิทารีส่วนหน้า ระยะเตือนนี้สามารถแบ่งเป็น 2 ระยะคือ

1.1 ระยะช็อก (Shock phase) เป็นระยะแรกของการตอบสนองต่อสิ่งเร้า จึงเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงความสมดุลของร่างกาย ในระยะนี้จะมีการสลายโปรตีนของกล้ามเนื้อ มีการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้นและเซลล์ตับมีการหลั่งฮีตามีนเพิ่มขึ้น มีน้ำและเกลือ โซเดียมคั่งระหว่างเซลล์ระดับโปแตสเซียมในเลือดสูงขึ้น จึงมีผลกดสมองส่วนกลาง ทำให้การดึงตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ถ้าปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นรุนแรงมาก ความดันโลหิตจะลดต่ำลง อาจมีอาการช็อก หรือหัวใจหยุดเต้น ถ้าร่างกายยังไม่มีปรับตัว ร่างกายจะถูกใช้พลังงานจนหมดภายใน 24-48 ชั่วโมง นอกจากจะมีกลไกการป้องกันตนเองซึ่งจะเข้าสู่ระยะต้านช็อก

1.2 ระยะต้านช็อก (Countershock phase) เป็นระยะที่ร่างกายเริ่มปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุล โดยมีการดึงเอากลไกการต่อสู้ของร่างกายออกมาช่วยเหลือ ระบบต่าง ๆ ของร่างกายเริ่มประสานกัน



อย่างมีระบบ อาการแสดงที่ตรวจพบคือ อัตราการเต้นของหัวใจจะแรงและเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็ว คลื่นไส้หรืออาเจียน ม่านตาขยายหรือเหงื่อออกมากผิดปกติ

ระยะที่ 2 ระยะต่อต้าน (Stage of Resistance) ระยะนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรประสาท (Neurophysiological Changes) ที่สลับซับซ้อนหลายอย่างเกิดขึ้นเพื่อตอบโต้ stressor อย่างต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงในระยะนี้ ช่วยสร้างพลังงานซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในรูปของโปรตีน และเป็นสาเหตุให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบหมุนเวียนในร่างกาย สำหรับวิกฤตการณ์ทางอารมณ์ ขณะเดียวกันเคมีในเลือดกลับสู่ปกติ

ระยะที่ 3 เรียกว่า ระยะอ่อนแรง (Stage of Exhaustion) ระยะนี้ฮอร์โมนซึ่งถูกสร้างขึ้นมากจนผิดปกติในระยะต้น ๆ เริ่มจางและหมดลง ซึ่งเป็นผลทำให้ร่างกายขาดสารอาหาร ร่างกายอ่อนแรง และอาจทำ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรค ๆ หรือกลายเป็นโรคต่าง ๆ ได้ง่าย

6.1 สาเหตุความเครียด กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2544) อธิบายสาเหตุที่ทำให้บุคคลเกิดความเครียด โดยมีปัจจัย ดังนี้

6.1.1 สาเหตุจากตนเอง ได้แก่ สุขภาพและการเจ็บป่วยที่รุนแรงและไม่รุนแรง บุคลิกภาพ ผู้ที่มีบุคลิกภาพที่ชอบแข่งขัน เร่งรีบ ต้องเอาชนะ ไม่อดทน จะมีความเครียดมากขึ้น

6.1.2 สาเหตุจากครอบครัว ได้แก่ ความขัดแย้งในครอบครัว เช่น ปัญหาเรื่องลูก ความยุ่งยากทางเพศ เป็นต้น

6.1.3 หน้าที่การงาน ขึ้นอยู่กับลักษณะงาน ภาระงาน ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน และค่าตอบแทน

6.1.4 สิ่งแวดล้อม ได้แก่ อากาศ แสง เสียง ฝุ่น ความร้อน

6.2 วิธีจัดการกับความเครียด โดยปกติถ้าความเครียดเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และสามารถจัดการความเครียดนั้นให้หายไปได้ การดำเนินชีวิตก็จะ เป็นไปตามปกติ แต่ถ้าความเครียดเกิดขึ้นบ่อย ๆ นาน ๆ และติดต่อกันไปเรื่อย ๆ เมื่อไม่สามารถจัดการได้ จะทำให้เกิดความแปรปรวนทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้น มนุษย์จึงควรรู้ว่าตัวเองกำลังเครียด ทบทวนสาเหตุของความเครียด และเรียนรู้วิธีจัดการความเครียด ซึ่งมีผู้เสนอไว้หลายวิธี ดังนี้

6.2.1 การนอนหลับเป็นวิธีธรรมชาติที่สุด ซึ่งทำให้ร่างกายทุกส่วนทำงานน้อยลงจึงเป็นการลดความเครียดได้ด้วย

6.2.2 วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ คือ การปล่อยกล้ามเนื้อไปตามธรรมชาติ และต่อมาเกร็งกล้ามเนื้อนั้น และปล่อยให้คลายตัว บริเวณกล้ามเนื้อขา กล้ามเนื้อแขน ข้อต่อบริเวณไหล่ และกล้ามเนื้อหน้า การฝึกการเกร็งกล้ามเนื้อเฉพาะแห่ง เพื่อกระตุ้นให้ประสาททำงานแรงและคลายตัววิธีนี้สามารถขจัดโรคนอนไม่หลับ ลดความฝัน

6.2.3 การรู้จักใช้เวลาอย่างฉลาด ควรแบ่งเวลา 24 ชั่วโมง ออกเป็น 3 ส่วน ส่วนละ 8 ชั่วโมง แปรชั่วโมงแรก หมายถึง การทำงาน แปรชั่วโมงที่สอง หมายถึง การนอนหลับ และแปรชั่วโมง



ที่สาม หมายถึง การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก การรับประทานอาหาร การหาความสนุกเพลิดเพลิน ไม่พยายามหมกมุ่น หรือรีบเร่งกับการทำงานอย่างหนึ่งอย่างใดมากเกินไป

6.2.4 **หลีกเลี่ยงจากการวิจารณ์ผู้อื่น** เพราะการวิจารณ์ไม่ว่าจริงหรือเท็จ ย่อมทำให้เกิดความเครียดขึ้นในตัวเองได้ คนที่ถูกวิจารณ์ก็ไม่พอใจ เพราะบุคคลต้องป้องกันและเข้าข้างตนเองเสมอ จึงอาจเกิดการทะเลาะวิวาทได้

6.2.5 **การทำโยคะและการทำสมาธิ** เป็นวิธีการช่วยผ่อนคลายความเครียดอีกแบบหนึ่ง

นอกจากนี้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2544) เสนอแนะวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อมีความเครียด ดังนี้ ทำกิจกรรมอะไรก็ได้ที่อยากทำ รักษาสุขภาพให้แข็งแรง ฟังดนตรีคลายเครียด ออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ จัดการกับอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ มองเรื่องต่าง ๆ ในแง่ดี ยอมรับการเปลี่ยนแปลง หากคนปรับตัวได้ และมีอารมณ์ขัน

กล่าวโดยสรุปแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ และคนอื่น ๆ (Pender, et al., 2001) มีแบบแผนการดำเนินชีวิต 6 ด้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้บุคคลมีความสมบูรณ์พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถป้องกันปัญหาสุขภาพและส่งเสริมการมีสุขภาพดีเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยรวม

3. ส่วนที่ 3 แนวคิดคุณภาพชีวิต และการประเมินคุณภาพชีวิต

3.1 ความหมายคุณภาพชีวิต

นักวิชาการให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมายว่า “คุณภาพ” หมายถึง ลักษณะของความคิด ลักษณะประจำของบุคคลหรือสิ่งของ ส่วน “ชีวิต” หมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิตน่าจะหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

โอเรม (Orem, 1985) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตเช่นเดียวกับความผาสุก (Well being) ซึ่งประเมินจากการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขในจิตใจ

ยัง และลองแมน (Yong & Longman, 1983 cited in Padilla and Grant, 1985: 45-60) ระบุว่าคุณภาพชีวิตเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน

ซาน (Zhan, 1992: 795-800) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับความพึงพอใจซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ของชีวิตที่ผ่านมาของบุคคล

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับของการมีชีวิตที่ดีมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต เป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคม (The WHOQOL group, 1994: 41-57)



จากความหมายดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ระดับของความพึงพอใจ ความเป็นสุข ความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลแต่ละคนในสังคมที่ตนดำรงอยู่ ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาของบุคคล

3.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

เนื่องจากแนวคิดคุณภาพชีวิตมีผู้ศึกษาไว้มากมาย และมีมิติอันหลากหลายตามแนวคิดของนักวิชาการผู้เสนอแนวคิดต่าง ๆ ไว้ ดังนั้น ผู้วิจัยจะขอยกตัวอย่างโดยสังเขป ดังนี้

ฟลานาแกน (Flanagan, 1978: 136-147) สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่า มี 5 ด้าน ดังนี้ 1. **ด้านความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ** ได้แก่ การมีบ้านที่น่าน้อยู่ การมีเครื่องอำนวยความสะดวกสบาย การได้รับอาหารที่ดี และการมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ 2. **ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น** เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดา มารดา สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคคลอื่น รวมทั้งการมีบุตรและการเลี้ยงดู 3. **ด้านกิจกรรมในสังคม และชุมชน** และการได้มีโอกาสช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น 4. **ด้านพัฒนาการทางบุคลิกภาพ** และความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ ได้แก่ การมีพัฒนา การทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจ และเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานทำที่น่าสนใจ การได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์ 5. **มีสันทนาการ** ได้แก่ อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ปลูกิฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และการมีส่วนร่วมในสังคม

พาดิลลา และแกรนท์ (Padilla & Grant, 1985: 45-60) ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตควรประกอบด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกาย และ จิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้ต่อสังคมรอบตัวของผู้ป่วย

ซาน (1992: 796) ได้รวบรวมแนวคิดจากนักวิจัยหลายท่าน และสรุปว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิตเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ และการดำเนินชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์เป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านสุขภาพ และการทำงานของร่างกาย เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นความพึงพอใจเกี่ยวกับอาชีพ การศึกษา รายได้ และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิฎ (2525) กล่าวถึง องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามทัศนะของ เบนเน็ต (Bennet) ว่า คุณภาพชีวิตของบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1. สิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการขั้นต่ำสุดของบุคคล ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า สุขภาพที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย มีเศรษฐกิจดี และสังคมดี 2. ความต้องการที่สนองความพอใจของแต่ละบุคคล ได้แก่ ค่านิยมที่เหมาะสมกับสังคม วัฒนธรรม ความสมดุลระหว่างความต้องการ และความเป็นไปได้ ที่จะบรรลุถึงความต้องการนั้น มีจุดมุ่งหมายของชีวิต

องค์การอนามัยโลก (WHO อ้างถึงใน สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล และคณะ, 2541) สรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่ามี 4 ด้าน ดังนี้ 1. **ด้านร่างกาย (Physical domain)** คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของ



บุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวดการรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกระทัดใน การดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น 2. **ด้านจิตใจ (Psychological domain)** คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น 3. **ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships)** คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ 4. **ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)** คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

3.3 แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิต

การพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมในระดับสากลนั้น มีจุดเริ่มจากการใช้เครื่องชี้วัดทางเศรษฐกิจ คือ GNP per capita (ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติเบื้องต้น) เป็นตัวชี้วัดการพัฒนา ซึ่งต่อมาได้เกิดคำถามและความรู้สึกว่าการวัดการพัฒนาตนเพียงด้านเศรษฐกิจด้านเดียวคงไม่เพียงพอ จึงได้มีการสร้างเครื่องมือเพื่อชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตขึ้นมากมาย โดยมีประเด็นเนื้อหาหลักในการพิจารณาแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแต่ละประเทศหรือองค์กรนั้น ๆ ต้องการจะเน้นหรือกำหนดนโยบาย และจุดมุ่งหมายของการพัฒนาสังคมไปในแนวทางใดบ้าง เช่น เครื่องชี้วัดบางชุด มีประเด็นเนื้อหาหลักในเรื่องของสุขภาพ โภชนาการ การศึกษา รายได้ การจ้างงาน บางชุดอาจจะเน้นที่ประชากร ที่พักอาศัย ทรัพยากรธรรมชาติ ความเป็นเอกภาพของชาติ ฯลฯ ทำให้เครื่องชี้วัดเหล่านี้ขาดความเป็นสากลไม่สามารถเป็นที่ยอมรับได้ เมื่อนำไปใช้กับภูมิภาคหรือประเทศอื่นที่มีประเด็นเนื้อหาหลักในการพิจารณาแตกต่างกันไป



การประเมินคุณภาพชีวิตมีวิธีการ และแนวคิดแตกต่างกันทั้งนี้ ขึ้นกับวัตถุประสงค์ในการวิจัย นักวิชาการได้ระบุแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตไว้แตกต่างกัน เช่น แฟรงค์ (Frank, 1984) กล่าวว่า การประเมินคุณภาพชีวิตมี 3 ลักษณะคือ การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งประเมินโดยบุคคลอื่น เช่น แพทย์ และบุคลากรสาธารณสุข เป็นต้น การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ โดยบุคคลเป็นผู้ประเมินเอง ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ของบุคคลนั้น ๆ การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการประเมินด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการบรรยายและบ่งบอกสภาพที่บุคคลนั้นเป็นอยู่

นอกจากนี้ มีเบอร์ก (Meeberg, 1993) ได้จำแนกตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตเป็น 2 ประเภทคือ วัดวัตถุวิสัย โดยเป็นข้อมูลเชิงรูปธรรม ได้แก่ รายได้ อาชีพ การศึกษา และเชิงจิตวิสัย ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข ความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต เป็นต้น

ในช่วงแรกของการประเมินคุณภาพชีวิตจะศึกษาเฉพาะด้านวัตถุวิสัย ต่อมาจึงสนใจศึกษาด้านจิตวิสัย โดยพิจารณาจากการรับรู้ของบุคคล โดยให้บุคคลประเมินตนเอง

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1960 เป็นต้นมาการพัฒนาในระดักวัดขึ้นคือ มุ่งที่ “ความเป็นอยู่ที่ดีของสังคม” โดยมองที่ปัจเจกบุคคลและสังคมโดยรวม ความพยายามในการกำหนดกรอบ สำหรับการจัดสร้าง เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตและสังคมให้เป็นสากล ได้ถูกนำเสนอและพัฒนาเครื่องชี้วัดขึ้นมา โดยองค์การระหว่างประเทศหลายองค์กร สำหรับ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสากลขึ้นมาในปี ค.ศ. 1996 มีทั้งหมด 100 ตัวชี้วัด หรือข้อคำถาม สำหรับประเทศไทยได้มีการแปล และนำมาใช้โดย กิติกร มีทรัพย์ แปลเป็นภาษาไทย และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบด้วยการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง และถือว่าเป็นฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ และได้มีการนำไปใช้เก็บ ข้อมูลในคนไทยมาแล้ว ในปีเดียวกัน WHO ได้จัดทำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ชุด 26 ตัวชี้วัด (WHOQOL-BREF) โดยการคัดเลือกจากชุด 100 ตัวชี้วัด ด้วยวิธีการทางสถิติ

เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO ชุดย่อ 26 ตัวชี้วัดนี้ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะนิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (Self-report subjective) มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบคือ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการประเมินโดยไม่จำกัดวัฒนธรรม ไม่จำกัดผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และในแง่กฎหมาย ซึ่งในแต่ละประเทศยังไม่มีเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่สามารถมั่นใจในข้อมูลที่ได้ จากการนำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO ไปใช้จะบอกผลที่วัดได้จริง ๆ และมีความเป็นสากล เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตทั้งสองชนิดคือ ชุด WHOQOL-100 และ WHOQOL-BREF สามารถนำไปใช้ในการทดลองทางคลินิก ใช้หาค่าคะแนนพื้นฐานในพื้นที่ ๆ ต้องการ และสามารถวัดการเปลี่ยนแปลงระดับคุณภาพชีวิต เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่ใช้มาตรการอย่างหนึ่งอย่างใด คุณลักษณะของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของ WHO จึงมีความเป็นสากลดังกล่าวแล้ว ดังนั้น ในการศึกษาที่ผู้ศึกษาจะใช้แบบวัดของ WHO ในการประเมินคุณภาพชีวิตของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยผู้วิจัยขอถ่วงรายนละเอียดเฉพาะการประเมินคุณภาพ



ชีวิตโดยแบบวัด WHOQOL-BREF ฉบับย่อ ซึ่งใช้ในการศึกษานี้ และได้มีการนำมาใช้ในประเทศไทยแล้วต่อไป

เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตของ WHO ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะนิสัย และอัตวิสัย จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. **ด้านร่างกาย** หมายถึง การรับรู้ของบุคคลด้านสภาพร่างกายที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย พละกำลัง ความเจ็บปวด เป็นต้น
2. **ด้านจิตใจ** หมายถึง สภาพจิตใจของบุคคล ความเชื่อต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำรงชีวิต
3. **ความสัมพันธ์ทางสังคม** หมายถึง ความสัมพันธ์ของบุคคลต่อผู้อื่นในสังคม การได้รับการช่วยเหลือด้านการเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น และการมีชีวิตเพศ และอารมณ์ทางเพศ
4. **สภาพสิ่งแวดล้อม** หมายถึง การรับรู้สภาพแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต และแหล่งประโยชน์ทางการเงิน สถานบริการสุขภาพ และรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นซึ่งในเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทยชุดย่อ 26 ข้อ นั้น สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคนอื่น ๆ (2541) ได้ศึกษา และนำไปใช้ร่วมทั้งเผยแพร่ โดยพบว่า เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อมีคุณภาพใช้ได้ดี (ตารางที่ 1-8)

ตารางที่ 1-8 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI)

| ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา | ไม่เลย | เล็กน้อย | ปานกลาง | มาก | มากที่สุด | หมวด |
|--|--------|----------|---------|-----|-----------|-------|
| 1. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด | | | | | | G4 |
| 2. การเจ็บปวดตามร่างกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดตามตัว ทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการมากนัก้อย่างใด | | | | | | F.1.4 |
| 3. ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน) | | | | | | F2.1 |
| 4. ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากนัก้อย่างใด | | | | | | F3.3 |
| 5. ท่านรู้สึกพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด | | | | | | F4.1 |
| 6. ท่านมีสมาธิในการทำงานต่าง ๆ ใดเพียงใด | | | | | | F5.3 |
| 7. ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากนัก้อย่างใด | | | | | | F6.3 |



ตารางที่ 1-8 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI)

(ต่อ)

| ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา | ไม่ เลย | เล็ก น้อย | ปาน กลาง | มาก | มาก ที่สุด | หมวด |
|--|------------|--------------|-------------|-----|---------------|-------|
| 8. ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองได้ไหม | | | | | | F7.1 |
| 9. ท่านมีความรู้สึกไม่ดี เช่น รู้สึกหงา เศร้า หดหู่ สิ้น หวัง วิตกกังวลบ่อยแค่ไหน | | | | | | F8.1 |
| 10. ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียง ใด | | | | | | F9.1 |
| 11. ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำ อะไร ๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน | | | | | | F10.3 |
| 12. ท่านจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อย เพียงใดเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตรอยู่ไปได้ในแต่ละ วัน | | | | | | F11.3 |
| 13. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้ อย่างที่เคยทำมากน้อยเพียงใด | | | | | | F12.4 |
| 14. ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นอย่าง ที่ผ่านมาแค่ไหน | | | | | | F13.3 |
| 15. ท่านพอใจกับการช่วยเหลือที่เคยได้รับจากเพื่อน แค่ไหน | | | | | | F14.4 |
| 16. ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน? (ชีวิตทางเพศ หมายถึง เมื่อเกิดความรู้สึกทางเพศขึ้น แล้วท่านมีวิธีจัดการทำให้ผ่อนคลายลงได้ รวมไปถึง การช่วยเหลือตัวเอง หรือการมีเพศสัมพันธ์) | | | | | | F15.3 |
| 17. ท่านรู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคง ปลอดภัยดีไหมใน แต่ละวัน | | | | | | F16. |
| 18. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มาก น้อยเพียงใด | | | | | | F17.3 |
| 19. ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อย เพียงใด | | | | | | F18.1 |



ตารางที่ 1-8 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ (WHOQOL-BREF-THAI)

(ต่อ)

| ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา | ไม่ เลย | เล็ก น้อย | ปาน กลาง | มาก | มาก ที่สุด | หมวด |
|---|------------|--------------|-------------|-----|---------------|-------|
| 20. ท่านพอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด | | | | | | F19.3 |
| 21. ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด | | | | | | F20.1 |
| 22. ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายมากน้อยเพียงใด | | | | | | F21.1 |
| 23. สภาพรอบ ๆ บ้านดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด | | | | | | F22.1 |
| 24. ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน (หมายถึง การคมนาคม) มากน้อยเพียงใด | | | | | | F23.3 |
| 25. ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน | | | | | | F24.2 |
| 26. ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด | | | | | | G1 |

แบบวัดคุณภาพชีวิต 26 ข้อ นั้น มีการจำแนกเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้
 องค์ประกอบด้านสุขภาพทางกาย ได้แก่ ข้อ F1.4, F2.1, F3.3, F10.3, F11.3, F12.4, F9.1
 องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ F4.1, F5.3, F6.3, F7.1, F8.1, F24.2
 องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ F13.3, F14.4, F15.3
 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ f16.1, F17.3, F18.1, F19.3, F20.1, F21.1, F22.1, F23.3
 ส่วน G1, G4 เป็นตัวชี้วัดอยู่ในหมวดคุณภาพชีวิตโดยรวม จะไม่ได้รวมอยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ข้างต้นนี้

การให้คะแนนเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต

การให้คะแนนในแบบประเมินคุณภาพชีวิตเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ 1-5 ดังนี้

หมายเลข 1 หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

หมายเลข 2 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจ หรือรู้สึกแย่



หมายเลข 3 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลาง ๆ หรือรู้สึกแยในระดับปานกลาง

หมายเลข 4 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นน้อย ๆ รู้สึกเช่นนั้นมาก รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

หมายเลข 5 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด หรือรู้สึกดีว่าสมบูรณ์ รู้สึกพอใจมาก รู้สึกดีมาก

การให้คะแนนคุณภาพชีวิต จะให้คะแนนตามข้อที่ผู้ตอบเลือก เช่น ถ้าเลือกหมายเลข 1 ให้ 1 คะแนน เลือกหมายเลข 5 ให้ 5 คะแนน ข้อที่เป็นข้อความทางลบ จะกลับคะแนนก่อน ดังนี้ ถ้าเลือกหมายเลข 1 ให้ 5 คะแนน เลือกหมายเลข 2 ให้ 4 คะแนน เลือกหมายเลข 3 ให้ 3 คะแนน เลือกหมายเลข 4 ให้ 2 คะแนน เลือกหมายเลข 5 ให้ 1 คะแนน

การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI นั้น มีข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจำนวน 3 ข้อ คือ F1.4, F8.1, F11.3 ซึ่งก่อนรวมคะแนนต้องกลับคะแนนเสียก่อน นอกนั้นเป็นข้อความเชิงบวก ส่วนระดับคุณภาพชีวิต แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ คุณภาพชีวิตในระดับ ไม่ดี ปานกลาง และดี มีคะแนนรวมจากทั้งหมด 26 ข้อคำถาม ตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยในการศึกษาของ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคนอื่น ๆ (2541) แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิตจากพิสัย โดยแยกออกเป็นองค์ประกอบต่าง ๆ (ตารางที่ 1-9)

ตารางที่ 1-9 คะแนนของคุณภาพชีวิต จำแนกรายองค์ประกอบ

| องค์ประกอบ | การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี | คุณภาพชีวิตปานกลาง | คุณภาพชีวิตที่ดี |
|---------------------------|--------------------------|--------------------|------------------|
| 1. ด้านสุขภาพกาย | 7-16 | 17-26 | 27-35 |
| 2. ด้านจิตใจ | 6-14 | 15-22 | 23-30 |
| 3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม | 3-7 | 8-11 | 12-15 |
| 4. ด้านสิ่งแวดล้อม | 8-18 | 19-29 | 30-40 |
| 5. คุณภาพชีวิตโดยรวม | 26-60 | 61-95 | 96-130 |

ในการศึกษานี้จะประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แนวคิดขององค์การอนามัยโลก โดย ดัดแปลงจากการศึกษาของ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคนอื่น ๆ (2541) เพื่อเป็นแบบวัดการประเมินคุณภาพชีวิตของสมาชิกครอบครัวทหารใน 4 องค์ประกอบดังกล่าวแล้วข้างต้น



4. ส่วนที่ 4 แนวคิดเรื่องครอบครัวและแนวทางการดูแลครอบครัวเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤต

4.1 ความหมายครอบครัว นักวิชาการให้ความหมายครอบครัวไว้ ดังนี้

เบอร์เกส (Burgess cited in Friedman, 1986) ให้ความหมายครอบครัวเป็นกลุ่มอายุบุคคลที่สมาชิกมีความสัมพันธ์กันโดยสายเลือดหรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม สมาชิกอยู่รวมในครัวเรือนเดียวกันหรือบริเวณเดียวกัน มีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ และมีกรอบวัดความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณีของครอบครัวร่วมกัน

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมาย ครอบครัว หมายถึง ผู้ร่วมครัวเรือนคือ สามี ภรรยาและบุตร

สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย ให้คำนิยามของครอบครัวในเชิงสหสาขาวิทยาการ ดังนี้

1. ทางชีววิทยา ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่มีความผูกพันกันทางสายโลหิต
2. ทางเศรษฐศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่ใช้จ่ายเงินจากงบประมาณเดียวกันถึงแม้จะอาศัยอยู่ต่างที่อยู่กัน

3. ทางสังคมศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มคนที่อยู่ร่วมเคหะสถานเดียวกันมีปฏิสัมพันธ์ และสนใจต่อทุกข์สุขซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความปรารถนาดีต่อกัน โดยมีจำเป็นต้องสืบสายโลหิตเดียวกัน

4. ทางกฎหมายหรือนิติศาสตร์ ครอบครัวที่กฎหมายยอมรับ หมายถึง ครอบครัวที่ชายหญิงจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งจะครอบคลุมถึงบุตรและบุตรบุญธรรม นอกจากนี้ กฎหมายยังได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบิดา มารดา สามี ภรรยา และบุตรที่มีต่อกัน และกำหนดสิทธิในการรับมรดกทางกฎหมาย (วันเพ็ญ, 2532 อ้างถึงใน รุจา ภูโพนุลย์, 2541)

ฟาร์เบอร์ (Farber, 1973 อ้างถึงใน Swanson, 1997) ให้ความหมาย ครอบครัว คือ กลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์ตามกฎหมาย ในลักษณะการสมรสและการสืบสายโลหิต และความแน่นอนของสมาชิกจะแปรตามสภาพการณ์

โบมาร์ (Bomar, 1996) ในความหมาย ครอบครัว หมายถึง บุคคลหนึ่งหรือมากกว่ามีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดโดยสายโลหิตการแต่งงาน หรือความเป็นเพื่อนกัน

กล่าวโดยสรุป ครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่อยู่ร่วมกัน มีความสัมพันธ์กัน โดยสายโลหิตหรือทางกฎหมายและมีบทบาทหน้าที่ วัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณีร่วมกัน

4.2 ชนิดครอบครัว จำแนกเป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้

4.2.1 จำแนกตามโครงสร้างของครอบครัวโดยพิจารณาประเภทของสมาชิก ได้แก่

- 4.2.1.1 ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วย สามี ภรรยา และบุตร ซึ่งในกรณีที่มีสามีหรือภรรยามากกว่า 1 คน (Polygamy) ก็ให้รวมถึงสามีหรือภรรยาอื่นพร้อมบุตร



4.2.1.2 ครอบครัวขยาย (Extended family) หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วย ครอบครัวรวมญาติทั้งด้านสามีหรือภรรยาที่ร่วมอยู่ในครอบครัวด้วย

4.2.2 จำแนกตามที่อยู่อาศัยของกลุ่มสมรส ได้แก่

4.2.2.1 ครอบครัวที่กลุ่มสมรสใหม่เข้าไปอยู่ร่วมกับครอบครัวของบิดามารดาฝ่ายชาย (Patrilocal family)

4.2.2.2 ครอบครัวที่กลุ่มสมรสใหม่เข้าไปอยู่ร่วมกับครอบครัวของบิดามารดาฝ่ายหญิง (Matrilocal family)

4.2.2.3 ครอบครัวที่กลุ่มสมรสใหม่แยกครอบครัวไปอยู่ต่างหาก (Neolocal family)

4.2.3 จำแนกตามความเป็นใหญ่ในครอบครัว ได้แก่

4.2.3.1 ครอบครัวที่บิดา หรือสามีเป็นใหญ่ในครอบครัว เช่น ครอบครัวชาวจีน (Patrilocal family)

4.2.3.2 ครอบครัวที่มารดาหรือภรรยาเป็นใหญ่ในครอบครัว เช่น ครอบครัวชาวเอสกิโมบางเผ่า (Matrilocal family)

4.2.3.3 ครอบครัวที่มีสามีและภรรยามีความใหญ่เท่าเทียมกัน หรือเสมอภาคกัน (Equalitarian family หรือ Democratic family)

4.2.4 จำแนกตามความสัมพันธ์ทางสายโลหิต ได้แก่

4.2.4.1 การสืบสายโลหิตทางฝ่ายบิดา บุตรที่เกิดมาต้องเป็นสมาชิกฝ่ายบิดา และต้องใช้ชื่อนามสกุลฝ่ายบิดา (Patrilineal family)

4.2.4.2 การสืบสายโลหิตทางฝ่ายมารดา บุตรที่เกิดมาต้องเป็นสมาชิกฝ่ายมารดา และต้องใช้ชื่อนามสกุลฝ่ายมารดา (Matrilocal family) (รฐา ฎุโพนุลย์, 2541)

4.3 รูปแบบของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ต่างมีความสำคัญในการเข้าใจความต้องการของครอบครัว รวมทั้งจะชี้ถึงภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ที่ครอบครัวรูปแบบต่าง ๆ อาจจะเผชิญอยู่ด้วย เป็นที่น่าสังเกตว่า ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัว ทำให้มีครอบครัวรูปแบบแปลก ๆ ใหม่ ๆ ที่แตกต่างจากรูปแบบเดิม (Nontraditional family forms) ซึ่งจากการศึกษาในซีกโลกตะวันตก มีดังนี้

4.3.1 รูปแบบครอบครัวแบบเดิม

4.3.1.1 ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) เป็นครอบครัวที่คู่สามี-ภรรยาและบุตรอยู่ร่วมในครัวเรือนเดียวกัน

4.3.1.2 ครอบครัวคู่สามีภรรยา (Nuclear dyad) เป็นครอบครัวที่มีคู่สามีภรรยาอยู่ร่วมกัน แต่ยังไม่มียุติ

4.3.1.3 ครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาเดี่ยว (Single-parent family) เป็นครอบครัวที่กลุ่มสมรสหย่า หรือเป็นหม้าย แล้วฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเลี้ยงดูบุตรอยู่คนเดียว



4.3.1.4 คนโสดอยู่คนเดียว (Single adult living alone) เป็นคนโสดที่ไม่ได้แต่งงานและแยกออกจากครอบครัวเดิมอยู่เพียงลำพังคนเดียว

4.3.1.5 ครอบครัวขยาย (Extended family) เป็นครอบครัวที่มีสมาชิกจากด้านสามีหรือภรรยาอยู่ร่วมกัน

4.3.1.6 ครอบครัวคู่ชรา (Elderly or middle-aged couple) เป็นครอบครัวที่เหลือเพียงคู่สามีภรรยาเท่านั้น บุตรได้แยกออกไปจากครอบครัวหมดแล้ว ซึ่งจะต่างกับครอบครัวคู่สามีภรรยาที่ยังไม่มีบุตร

4.3.1.7 ครอบครัวเครือญาติ (Kin network) เป็นครอบครัวที่สมาชิกที่ยังไม่แต่งงาน อยู่ร่วมกัน หรือในบริเวณไม่ห่างไกลกัน และมีการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

4.3.2 รูปแบบครอบครัวที่แตกต่างจากแบบเดิม

4.3.2.1 ครอบครัวคอมมูน (Commune family) เป็นครอบครัวที่อยู่ร่วมกันหลาย ๆ ครอบครัวในครัวเรือนเดียวกัน โดยมีการแบ่งปันแหล่งประโยชน์และใช้สิ่งจำเป็นต่าง ๆ ร่วมกันในกลุ่ม รวมทั้งนำเด็ก ๆ ของครอบครัวที่อยู่รวมกันมาเลี้ยงดูร่วมกัน

4.3.2.2 ครอบครัวที่บิดามารดาไม่ได้สมรส (Unmarried parent(s) and child family) เป็นครอบครัวที่บิดามารดาไม่ได้จดทะเบียนสมรสด้วยเหตุใดก็ตาม ซึ่งบิดามารดาอาจยังอยู่ร่วมกัน หรือแยกกันอยู่แต่ส่วนใหญ่มักพบว่าเป็นครอบครัวที่มารดาที่ไม่ได้สมรสเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง

4.3.2.3 คู่อยู่ร่วมกัน (Cohabiting couple) เป็นการที่ชายหญิงอยู่ร่วมกัน โดยที่ยังไม่ได้ตัดสินใจว่าจะครองคู่ต่อไปในอนาคต และยังมีได้สมรสกัน

4.3.2.4 คู่รักร่วมเพศ (Homosexual unions) เป็นบุคคลเพศเดียวกัน อยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยา (Friedman, 1986)

4.4 โครงสร้างครอบครัว

Friedman (1986) ได้ศึกษาและระบุโครงสร้างครอบครัว ดังนี้

4.4.1 ระบบย่อยในครอบครัว ได้แก่ การแบ่งกลุ่มสมาชิกครอบครัวเป็นกลุ่มย่อยต่าง ๆ ตามลักษณะความสัมพันธ์ เช่น ระบบย่อยสามีภรรยา (Spouse subsystem) ระบบย่อยบิดามารดาและบุตร (Parent-child subsystem) ระบบย่อยพี่น้อง (Sibling subsystem) ซึ่งสามารถวิเคราะห์ภาพรวมของครอบครัว และสัมพันธ์ภาพในระบบย่อยต่าง ๆ ได้

4.4.2 โครงสร้างบทบาทของสมาชิก ได้แก่ การที่สมาชิกมีการแบ่งบทบาทหน้าที่ในครอบครัวอย่างไร ชัดเจนหรือไม่ เหมาะสมเพียงใด เป็นต้น

4.4.3 โครงสร้างด้านอำนาจ ทำให้เข้าใจแนวทางการตัดสินใจว่ามีผู้นำหรือมีการร่วมตัดสินใจในครอบครัวอย่างไร



4.4.4 โครงสร้างด้านการสื่อสาร และสัมพันธภาพในครอบครัว แสดงถึงความสามารถในการแสดงความต้องการ การแสดงออกของสมาชิกแต่ละคนในการสื่อสารให้ผู้อื่นในครอบครัว รู้ถึงความรู้สึกข่าวสารที่ต้องการให้รับรู้ รวมทั้งลักษณะของสัมพันธภาพของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว

4.4.5 โครงสร้างด้านค่านิยม แสดงถึงค่านิยมเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต รวมทั้งความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเองของครอบครัวในภาวะสุขภาพปกติ และเมื่อยามเจ็บป่วย

โครงสร้างครอบครัวเป็นการประเมินข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับครอบครัวที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนและโดยรวมได้

4.5 **หน้าที่ของครอบครัว** การที่ครอบครัวจะผาสุก มีความเจริญรุ่งเรือง มีพัฒนาการของครอบครัวอย่างปกติสุข สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ ดังนั้น สมาชิกจะต้องทำกิจกรรมหน้าที่ร่วมกัน ภาระกิจของครอบครัวที่ทุกครอบครัวควรกระทำ ได้แก่ (Friedman, 1986; McIntyre, 1981 อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

4.5.1 หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกทางชีวภาพ โดยจัดหาสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตอย่างเพียงพอ เช่น ที่อยู่อาศัย อาหาร เสื้อผ้า ฯลฯ รวมทั้งการดูแลสุขภาพและการรับบริการสุขภาพที่จำเป็น

4.5.2 หน้าที่ในการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ โดยการให้ความรัก ความเอาใจใส่แก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะทำให้สมาชิกมีบุคลิกภาพมั่นคง เนื่องจากได้รับความรัก ความอบอุ่น สนองตอบความต้องการทางจิตใจและอารมณ์อย่างเหมาะสม

4.5.3 หน้าที่ในการเลี้ยงดูอบรมสมาชิกให้สามารถเป็นสมาชิกที่มีคุณภาพของสังคม เป็นพลเมืองดีของชาติในอนาคต ต้องมีการอบรมสั่งสอน ให้คำแนะนำ ดูแลความประพฤติของสมาชิก รวมทั้งให้โอกาสในการศึกษาเรียนรู้ และฝึกทักษะ เพื่อให้สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้ไปใช้ในการดำรงชีวิตต่อไปในอนาคต

4.5.4 หน้าที่ในการสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม โดยการเตรียมสมาชิกที่มีวัยอันสมควรเข้าสังคม พร้อมทั้งสนับสนุนสมาชิกของตนให้มีเกียรติ เป็นที่ยอมรับในสังคม ผู้นำครอบครัวต้องเป็นแบบอย่างที่ดี ในการประกอบอาชีพสุจริตและออมทรัพย์ เพื่อให้ครอบครัวมีฐานะมั่นคง และมีเงินสำรองไว้ใช้สอยเมื่อคราวจำเป็น

4.5.5 หน้าที่ในการสืบเชื้อสายหรือการผลิตสมาชิกใหม่เป็นผู้สืบสกุลอย่างต่อเนื่อง โดยการแต่งงานมีบุตรหรือรับบุตรบุญธรรม

กล่าวได้ว่า ครอบครัวเป็นหน่วยย่อยของสังคมเพียงหน่วยเดียว ที่สามารถผลิตสมาชิกที่ล้มตายได้ ซึ่งสมาชิกใหม่จะเป็นกำลังของสังคม และเป็นแรงงานทดแทนสมาชิกที่ล้มตายไป

4.6 **การดูแลครอบครัว** การที่ครอบครัวมีสุขภาพดี หมายถึงว่า สุขภาพของประชาชนโดยรวมจะดี ทั้งนี้ครอบครัวเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคม ที่ประกอบเป็นชุมชน และสังคมกลุ่มใหญ่ การดูแลครอบครัวให้มีสุขภาพดีควรจะดำเนินการ ดังนี้



4.6.1 ควรเข้าใจปัญหาของครอบครัวและสมาชิกทุกคนในครอบครัว เพราะปัญหาของสมาชิกในครอบครัวจะมีผลต่อครอบครัวโดยรวม

4.6.2 ดูแลภาวะสุขภาพของสมาชิกทุกคนในครอบครัวในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ

4.6.3 เน้นให้ครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ โดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ จากการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี เพื่อการมีสุขภาพดีของครอบครัว

4.6.4 ค้นหาปัญหาสุขภาพของคนในครอบครัวเพื่อดูแลครอบครัวและชุมชนต่อไป

4.7 ภาวะวิกฤตของครอบครัว และแนวทางการดูแลครอบครัวที่มีภาวะวิกฤต ครอบครัวที่สมบูรณ์จะมีลักษณะยืดหยุ่น ยอมรับการเปลี่ยนแปลง และตอบสนองสิ่งเร้าได้ เมื่อสมาชิกมีปัญหาจะสามารถปรับตัวได้ เพื่อเข้าสู่ภาวะสมดุล ลักษณะครอบครัวที่ดีมีลักษณะ ดังนี้

4.7.1 สมาชิกทั้งหมดมีปฏิสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอในบริบท (context) ที่ต่างกัน เช่น ทำงานด้วยกัน เล่นเที่ยวด้วยกัน เป็นต้น

4.7.2 คงไว้ด้วยการติดต่อกับระบบอื่น ๆ นอกครอบครัวได้ เช่น การศึกษา ระบบบริการสุขภาพ ฯลฯ

4.7.3 พยายามที่จะเผชิญปัญหาและเอาชนะปัญหาร่วมกันในครอบครัว เช่น สมาชิกร่วมกันหาข้อมูลหาแนวทาง และตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ปัญหาด้วยตนเองในกลุ่ม

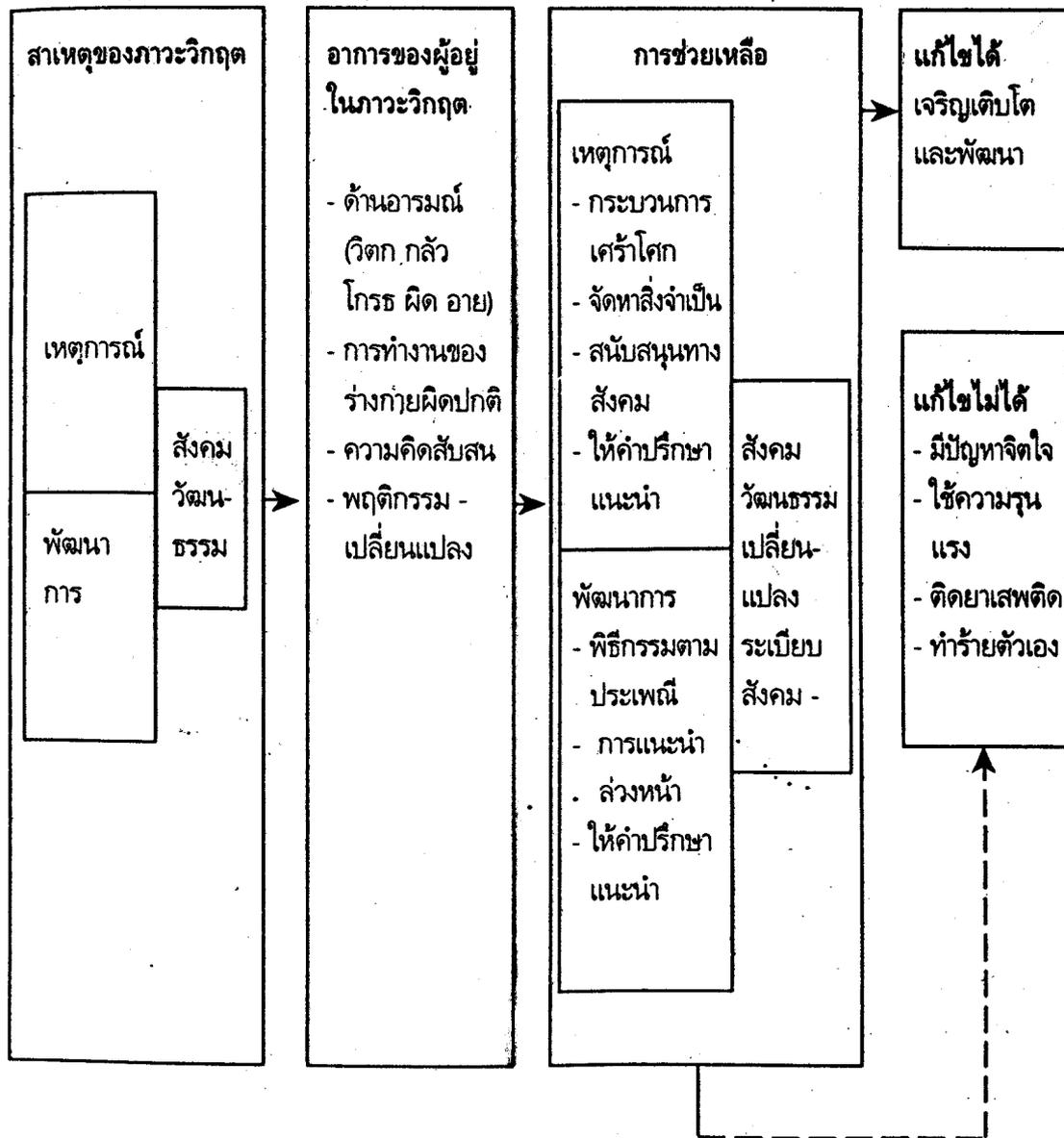
4.7.4 มีความยืดหยุ่นและสนใจที่จะตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์มีการกระจายอำนาจ และการตัดสินใจเรื่องของครอบครัวร่วมกันระหว่างสมาชิก ในขณะที่แตกต่างกันต่างสนับสนุนสมาชิกแต่ละคนให้มีโอกาสเติบโต และเป็นตัวของตัวเอง (Pratt, 1976 อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2541)

ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาภาวะครอบครัว เมื่อสามีหรือบุตรต้องไปทำงานในสถานการณ์เสี่ยงภัย ภาวะเหตุการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดภาวะเครียดแก่ครอบครัว ซึ่งภาวะวิกฤตเป็นภาวะอันตราย และอาจหมายถึงโอกาสที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งสาเหตุของภาวะวิกฤตมี จาก 2 สาเหตุใหญ่ คือ จากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการ โดยวงจรชีวิตมนุษย์ พัฒนาการชีวิตของครอบครัว ภาวะวิกฤตจากเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดล่วงหน้า ซึ่งมีสาเหตุ 3 ประการ เกิดจากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ เช่น การได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็ง การได้รับอุบัติเหตุขณะทำงานถูกเครื่องจักรตัดมือขวา การประสบอุบัติเหตุรถยนต์ กระจกสีหลังหัก เป็นต้น เกิดจากสิ่งแวดล้อม เช่น เกิดอุบัติเหตุ อุทกภัย วาดภัย อคติภัยต่าง ๆ เป็นต้น เกิดจากภาวะจิตใจและสังคม เช่น การตายของคู่สมรส การแยกจากคู่รัก การหย่าร้าง เป็นต้น

จากการศึกษาของ Holmes & Rahe (1976 อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2541) พบว่า ความเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดและภาวะวิกฤตของชีวิต 10 อันดับแรก ได้แก่ อันดับที่ 1 การเสียชีวิตของคู่สมรส อันดับที่ 2 การหย่าร้าง อันดับที่ 3 การแยกกันอยู่กับคู่สมรส อันดับที่ 4 การติด

คุก อันดับที่ 5 การตายของสมาชิกครอบครัวหรือญาติ อันดับที่ 6 การประสบอุบัติเหตุหรือป่วยหนัก อันดับที่ 7 การแต่งงาน อันดับที่ 8 การคืนดีกับคู่สมรสเก่า อันดับที่ 9 การถูกออกจางาน อันดับที่ 10 การเกษียณอายุการทำงาน

ภาวะวิกฤตส่งผลกระทบต่อร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา ทำให้ร่างกายทำงานผิดปกติ อารมณ์แปรปรวน เกิดรู้สึกโกรธ วิตกกังวล เป็นต้น ดังนั้น ควรมีการช่วยเหลือให้ผู้ประสบภาวะวิกฤตมีสุขภาพดีและแก้ปัญหาได้ ภาวะเกิดภาวะวิกฤต (ภาพที่ 1-3)



ภาพที่ 1-3 แผนผังแสดงสาเหตุการเกิดภาวะวิกฤต

ที่มา: รุจาทู โปบลีย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินต์ติ้ง. หน้า 129.



4.8 กลไกการเผชิญปัญหาของครอบครัว เมื่อครอบครัวเผชิญภาวะวิกฤต ครอบครัวจะแก้ไขได้ ดังนี้

4.8.1 ชนิดภายใน (Internal type) ได้แก่

4.8.1.1 ครอบครัวช่วยเหลือซึ่งกันและกันในภาวะที่มีปัญหาคุกคามชีวิตครอบครัว สมาชิก ร่วมกันหาหนทางแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงไปด้วยดี

4.8.1.2 ครอบครัวใช้อารมณ์ขันในการเผชิญปัญหา เป็นการแก้ไขภาวะคับขัน เนื่องจากอารมณ์ขันสามารถช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดได้บ้าง แต่ทั้งนี้ควรเลือกใช้ตามความเหมาะสมแก่สถานการณ์เท่านั้น

4.8.1.3 สมาชิกในครอบครัวมีการร่วมกิจกรรมและแบ่งปันกันมากขึ้นกว่าเดิม ในภาวะที่ครอบครัวมีปัญหาวิกฤต เช่น เมื่อมีปัญหาเศรษฐกิจ สมาชิกในครอบครัวจะต้องมีการแบ่งงานร่วมกัน รับผิดชอบ ร่วมกันทำงานหาเงินมาเลี้ยงสมาชิก และแบ่งปันสิ่งที่มีอยู่ให้ใช้ประโยชน์ร่วมกันระหว่างสมาชิก

4.8.1.4 ครอบครัวอาจใช้วิธีการให้ความหมายกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดี เช่น ครอบครัวที่มีการเจ็บป่วยของบุตรเกิดขึ้น บิดามารดาของบุตรป่วยจะหันหน้าปรึกษากัน เอาใจใส่กัน ร่วมกันดูแลบุตรมากขึ้นกว่าเมื่อเวลาปกติสุข ทำให้ครอบครัวเห็นว่า การเจ็บป่วยของบุตรมิได้มีความหมายในแง่ลบ เท่านั้น แต่เป็นผลดีทางด้านสัมพันธภาพได้เช่นกัน

4.8.1.5 สมาชิกร่วมกันปรึกษาหารือกันระหว่างสมาชิก และมีความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เป็นความรู้สึกร่วมว่ามีปัญหาที่ต้องช่วยกันแก้ไข

4.8.1.6 ครอบครัวในภาวะวิกฤต จะมีการปรับเปลี่ยนบทบาทกันระหว่างสมาชิก เพื่อให้สมาชิกได้รับการตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ เช่น ในกรณีมารดาป่วยหลังคลอดบุตรคนที่ 2 ต้องการรับการรักษาในโรงพยาบาล บิดาจะต้องปรับหน้าที่ในการดูแลบุตรทั้งสองคนระหว่างที่มารดาป่วย จนกว่าจะหายป่วย เป็นต้น

4.8.2 ชนิดภายนอก (External type) ได้แก่

4.8.2.1 มีการหาข้อมูลเพื่อใช้ในการแก้ปัญหาครอบครัว เช่น ถ้ามีบุตรพิการในครอบครัว เช่น ถ้ามีบุตรพิการในครอบครัว บิดามารดาอาจแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เกี่ยวกับความพิการที่บุตรมี เพื่อค้นหาวิธีช่วยเหลือบุตรพิการของตนได้

4.8.2.2 ครอบครัวมีการติดต่อกับกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนเพิ่มมากขึ้น ในครอบครัวที่แสวงหาความช่วยเหลือ จะมีการติดต่อกับบุคคลและองค์กรภายนอกครอบครัวเพิ่มขึ้น เพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในชุมชนต่าง ๆ เช่น ในกรณีบุตรป่วยด้วยโรคหัวใจ อาจขอความช่วยเหลือจาก มูลนิธิเด็กโรคหัวใจ และจากแหล่งอื่น ๆ เช่น กรมประชาสัมพันธ์ ฯลฯ



4.8.2.3 ครอบครัวได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง โดยได้รับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นการติดต่อช่วยเหลือจากญาติพี่น้อง บิดามารดา เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ฯลฯ ในการแก้ไขปัญหาในช่วงสถานการณ์วิกฤตให้ผ่านพ้นไปได้

4.8.2.4 ครอบครัวร่วมกับครอบครัวที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน จัดกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Self help group) เช่น ครอบครัวผู้ป่วยโรคเลือด อาจรวมกลุ่มกันช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แลกเปลี่ยนข้อมูลและให้กำลังใจซึ่งกันและกันได้

4.8.2.5 ครอบครัวความยึดความเชื่อทางจิตวิญญาณ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น ความสงบทางจิตใจ บำบัดความทุกข์ ซึ่งในบางคนอาจใช้ความเชื่อทางพิธีกรรมและไสยศาสตร์เข้ามาช่วย

สรุปได้ว่าในภาวะมีครอบครัวเผชิญปัญหานั้น ครอบครัวจำเป็นต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว มาช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุทำให้ครอบครัวอยู่ในภาวะวิกฤตให้ลุล่วงไปได้

4.9 ภาวะภาวะวิกฤต

Linderman (1994) และ Caplan (1964) (อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ระบุว่า 1 เป็นระยะที่มีความกดดันเกิดขึ้น แต่บุคคลสามารถใช้กลไกในการเผชิญปัญหาแก้ไขได้จนเป็นปกติ ผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ ระยะที่ 2 เป็นระยะที่แรงกดดันเพิ่มขึ้น จนบุคคลพยายามใช้กลไกในการเผชิญปัญหาตามปกติ แต่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ทำให้มีความรู้สึกเครียดเพิ่มขึ้น ระยะที่ 3 เป็นระยะที่มีแรงกดดันเพิ่มมากขึ้น จนผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัวรุนแรง ไม่สามารถใช้การเผชิญปัญหาตามปกติได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป เป็นระยะที่จำเป็นต้องมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแนวทางแก้ไขให้แตกต่างไปจากเดิม ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

Burgess & Balwin (1978 อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2541) แบ่งระยะของภาวะวิกฤตเป็น 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นระยะที่เริ่มมีสิ่งคุกคามที่เป็นอันตรายเกิดขึ้น สิ่งที่เกิดมีผลต่อภาวะทางจิตใจอารมณ์ของผู้ได้รับอันตราย เป็นระยะซึ่งบ่งว่าเริ่มมีความผิดปกติขึ้น ระยะที่ 2 เป็นระยะที่เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์แล้ว เนื่องจากปัญหาที่เกิดมีความรุนแรง ระยะที่ 3 เป็นระยะที่มีการแก้ไขปัญหาที่เกิด ในกรณีที่แก้ไขได้อย่างเหมาะสมก็จะผ่านพ้นปัญหาไปได้ แต่ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขที่เหมาะสม จะไม่สามารถหลุดพ้นจากภาวะวิกฤตได้ ระยะที่ 4 เป็นระยะภายหลังวิกฤต เมื่อบุคคลพ้นภาวะวิกฤตแล้วยังจำเป็นต้องมีการปรับตัวกับสภาวะการณ์ภายหลังภาวะวิกฤต เช่น บางคนอาจมีภาวะฟิสิกส์ทางร่างกาย หลังอุบัติเหตุ จะต้องปรับตัวเข้ากับความรู้สึกของตนและเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ได้

4.10 การตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะวิกฤต

Leavitt (1982; อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2541) แบ่งระยะการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตของครอบครัวเป็น 4 ระยะ ตามลำดับ คือ ระยะช็อก หรือระยะผลกระทบรุนแรง เป็นระยะที่บุคคลได้รับรู้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกช็อก มีความรู้สึกไม่เชื่อ ซาไปทั้งตัว ปฏิเสธว่าไม่เป็นความ



จริง ตัวอย่างเช่น ภรรยาเชื่อว่าสามีเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ อาจรู้สึกช็อค ไม่รู้สึกตัว ไม่เชื่อในข่าวที่ได้ยิน ระยะนี้อาจนานเป็นนาทิตัวเป็นชั่วโมง บางคนมีอาการหลายชั่วโมง ระยะถอยหลังหรือระยะลับสน ผู้ที่อยู่ในระยะนี้จะมีความรู้สึกที่รุนแรง ทั้งมีความรู้สึกโกรธและรู้สึกสิ้นหวัง เกิดความรู้สึกขัดแย้งและอาจมีความรู้สึกเศร้าซึม ระยะนี้เป็นระยะที่บุคคลและครอบครัว มีความวิตกกังวลสูงมาก ระยะนี้อาจใช้เวลาหลายวัน ภรรยาที่สามีเสียชีวิตในระยะที่ 2 นี้มักรู้สึกลับสน ท้อแท้ชีวิต อาจมีการแสดงความเศร้าโศกอย่างรุนแรง

4.11 ทฤษฎีการเผชิญภาวะเครียดของครอบครัว

Hill (1949 อ้างถึงใน รุจา ภูไทบุลย์, 2541) ได้ศึกษาและเสนอแนวคิด ABCX โดยศึกษาครอบครัวในภาวะวิกฤตระหว่างที่ถูกแยกจากกัน ในภาวะสงคราม ต่อมาทฤษฎี ABCX ของ Hill ได้ถูกพัฒนาโดย MaCubbin & Patterson (1983) จนกลายเป็นทฤษฎี Double ABCX model ดังจะกล่าวรายละเอียดของแต่ละทฤษฎี ดังนี้

รูปแบบจำลอง ABCX ของ Hill (1949) ได้อธิบายปัจจัย 4 ประการ ที่มีผลต่อภาวะวิกฤต ได้แก่ ปัจจัย A B C และ X โดยแต่ละปัจจัยจะเกี่ยวข้องกันคือ “ปัจจัย A (เหตุการณ์) - มีปฏิสัมพันธ์กับ B (แหล่งประ โยชน์ที่ช่วยผ่อนคลายภาวะวิกฤต) มีปฏิสัมพันธ์กับ C (การรับรู้และการให้ความหมายกับเหตุการณ์ A) - ทำให้เกิด X (ภาวะ วิกฤต)”

คำอธิบายปัจจัยทั้ง 4 มีดังนี้ คือ

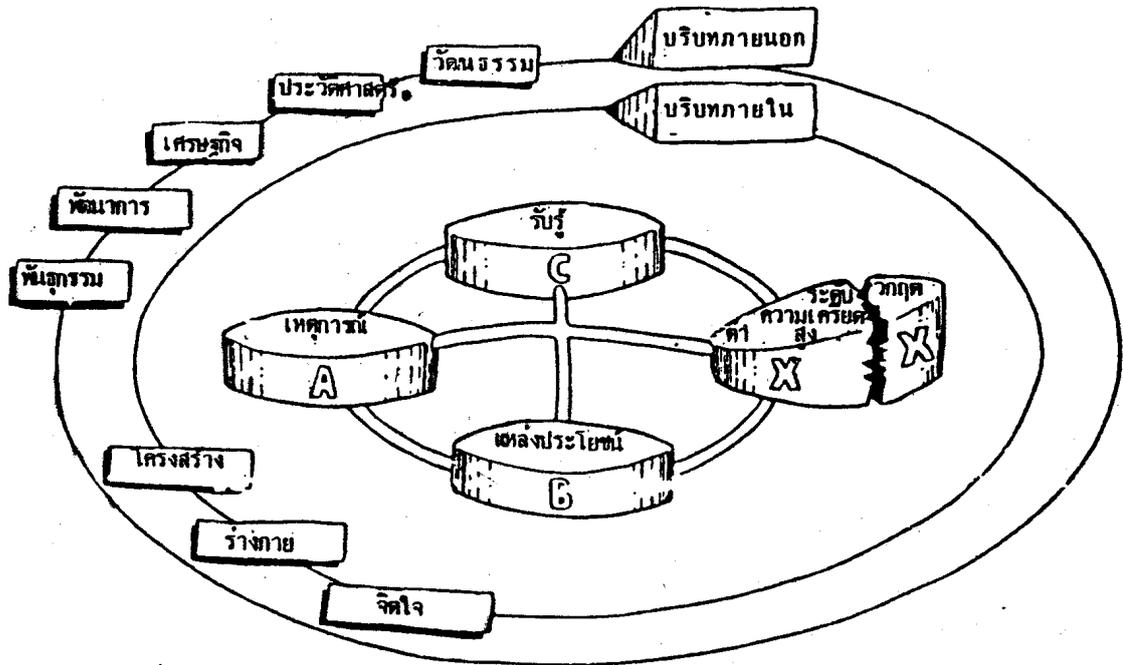
ปัจจัย A: ปัจจัยสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียด ได้แก่ เหตุการณ์ สิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ที่ทำให้มีความรู้สึกเครียด และเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความรู้สึกลำบากขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุภายในหรือภายนอกครอบครัวก็ตาม เช่น การตายของสมาชิกในครอบครัว การหย่าร้าง การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ไฟไหม้บ้าน เป็นต้น

ปัจจัย B: ปัจจัยแหล่งประโยชน์ของครอบครัว หมายถึง แหล่งประโยชน์ แหล่งช่วยเหลือของครอบครัวต่าง ๆ ที่ควรนำมาใช้เพื่อลดความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์ A เช่น ความช่วยเหลือจากญาติ พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้านสถาบันต่าง ๆ ฯลฯ ว่ามีอยู่เท่าไร เพียงพอกับความต้องการหรือไม่

ปัจจัย C: ปัจจัยการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับเหตุการณ์ A ที่เกิดขึ้น หมายถึง การรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดมีความหมายต่อครอบครัวหรือไม่อย่างไร อาจพบว่าเหตุการณ์ที่คล้ายกันเกิดขึ้นกับครอบครัวต่างครอบครัว อาจจะมีผลแก่ครอบครัวได้ต่างกัน บางครอบครัวสมาชิกเจ็บป่วยอาจทำให้เกิดภาวะวิกฤต แต่บางครอบครัวอาจไม่เกิด เนื่องจากการรับรู้ของครอบครัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นต่างกัน รวมทั้งอาจมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาแตกต่างกัน

ปัญหา X: ปัจจัยการปรับตัวของครอบครัว ปัจจัยสุดท้ายนี้ หมายถึง ความพยายามที่จะปรับตัวของครอบครัวต่อภาวะเครียดเพื่อ ไม่ให้เกิดภาวะวิกฤต ซึ่งถ้าปรับตัวได้ไม่ดีย่อมเกิดภาวะวิกฤตได้

ปัจจัย ABCX สามารถนำมาอธิบายกลไกการเกิดภาวะวิกฤตของครอบครัวขึ้นได้ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยที่เป็นปัจจัยภายนอก เช่น บริบทภายในของครอบครัว และบริบทภายนอกครอบครัว ที่มีผลกับกลไก ABCX ได้ (Boss, 1988) บริบทภายในครอบครัว ได้แก่ โครงสร้างของครอบครัว ด้านร่างกายและด้านจิตใจของสมาชิก บริบทภายนอกครอบครัว ได้แก่ บริบททางด้านพันธุกรรม ระดับพัฒนาการฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และประวัติศาสตร์ ที่เป็นบริบทที่มีผลกระทบต่ออาการปัญหาของครอบครัวในภาวะวิกฤต (ภาพที่ 1-4)



ภาพที่ 1-4 บริบทภายในและภายนอกของการเผชิญปัญหาของครอบครัว

ที่มา: รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง. หน้า 135.

รูปจำลอง ABCX ของ Hill ที่แสดงต่อมา McCubbin และ Patterson นำมาศึกษาต่อพบว่า ไม่สามารถนำมาใช้อธิบายการปรับตัวของครอบครัวหลังภาวะวิกฤตได้ ซึ่งจากการศึกษาของ McCubbin & Patterson (1983 อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์) พบว่า ปัจจัย A, B, C และ X ยังคงอยู่ และมีการเปลี่ยนแปลงไปในช่วงหลังภาวะวิกฤตแล้ว โดยสังเกตว่ามีความแตกต่างในการปรับตัวของครอบครัวหลังภาวะวิกฤต โดยที่บางครอบครัวปรับตัวได้ดีหลังภาวะวิกฤต แต่บางครอบครัวไม่สามารถปรับตัวได้ดีก็จะคงอยู่ในภาวะวิกฤตต่อไป



ดังนั้น McCubbin & Patterson (1983 อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์) จึงได้สร้างแบบจำลองที่เรียกว่า Double ABCX ขึ้นมาเพื่ออธิบายข้อค้นพบ โดยอธิบายปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะวิกฤตของครอบครัวในระยะก่อนและหลังภาวะวิกฤต ดังนี้

1. **ปัจจัย AA:** สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาทับถมมากขึ้น เมื่อครอบครัวเจอปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาแล้ว หากปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไข เหตุการณ์นั้นยังคงอยู่เป็นการสะสมปัญหาไว้ รวมทั้งครอบครัวเองต้องปรับตัวให้มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อรับมือกับปัญหา การเปลี่ยนแปลงที่กีดกันกลายเป็นเหตุการณ์หรือสาเหตุของความเครียดในครอบครัวเพิ่มขึ้นอีก จนทำให้ครอบครัวหลังภาวะวิกฤตแรกมีการทับถมของปัญหาเพิ่มมากขึ้น จนอาจทำให้เกิดภาวะตึงเครียดและอ่อนล้า และทำให้คงอยู่ในเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุของภาวะวิกฤตต่อไป

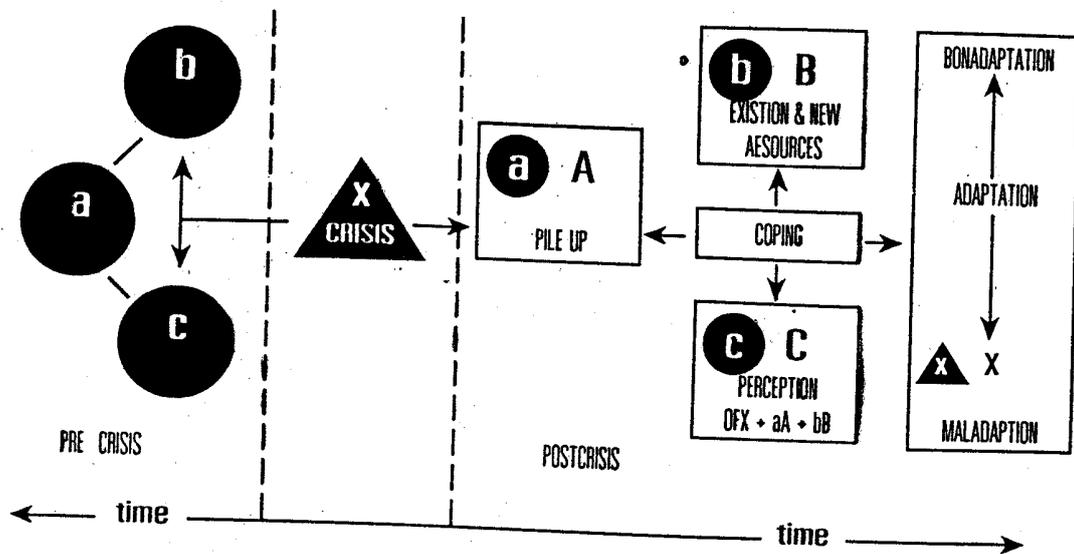
2. **ปัจจัย BB:** ปัจจัยแหล่งประโยชน์ของครอบครัว ปัจจัยแหล่งประโยชน์ที่นำมาใช้ในภาวะวิกฤตนั้นอาจจะหมดไปในภาวะหลังวิกฤต หรืออาจไม่เพียงพอกับความต้องการ ควรมีการแหล่งประโยชน์เพิ่มเติมอย่างเพียงพอ แหล่งประโยชน์ที่ถูกนำมาใช้เพิ่มขึ้น ได้แก่ แหล่งประโยชน์ภายในครอบครัว ได้แก่ ความแข็งแกร่งของครอบครัวที่จะร่วมกันช่วยเหลือกัน พึ่งตนเอง มีความภาคภูมิใจในครอบครัวตน สมานสามัคคีระหว่างสมาชิก ส่วนแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ จากสังคมและเพื่อนบ้านที่ถูกนำมาพิจารณาด้วยเช่นกัน

3. **ปัจจัย CC:** ปัจจัยการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับทั้งเหตุการณ์และวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้น การรับรู้ของครอบครัวมี 2 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตขึ้น และการรับรู้ต่อวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วว่า สิ่งที่เกิดขึ้นทั้ง 2 ประการมีความหมายกับครอบครัวตนอย่างไร มีผลดีผลเสียต่อครอบครัวและสมาชิกอย่างไร การรับรู้ของครอบครัวในระยะหลังวิกฤตนี้ ส่วนใหญ่สัมพันธ์กับความเชื่อทางศาสนา ที่จะทำให้มองเหตุการณ์และวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้นว่า ทำให้ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร บ้างอาจรู้สึกขมขื่น ได้รับความทุกข์จากวิกฤตการณ์ แต่บางครอบครัวอาจรู้สึกว่าเป็นโชคที่สามารถรอดพ้นวิกฤตการณ์มาได้ บางครอบครัวบอกว่าวิกฤตการณ์ทำให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวแน่นแฟ้นมากขึ้น รู้สึกว่าครอบครัวตนมีความไว้วางใจกันมากขึ้น มีความสมัคสมานสามัคคีกันมากขึ้น

4. **ปัจจัย XX:** ปัจจัยการปรับตัวของครอบครัว การปรับตัวของครอบครัวเป็นการที่สมาชิกพยายามที่จะปรับไปสู่สมดุลใหม่ที่เหมาะสมหลังภาวะวิกฤต ซึ่งการปรับตัวหลังระยะวิกฤตแตกต่างกับการปรับตัวในระยะวิกฤต เนื่องจากสาเหตุของความเครียดในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป แหล่งประโยชน์มีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน รวมทั้งมุมมองของครอบครัวต่อเหตุการณ์ที่ผ่านมามากน้อยอย่างไร และได้แก้ไขปัญหายังไง ซึ่งการปรับตัวของครอบครัวในระยะหลังวิกฤต เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลระยะยาวระหว่างครอบครัวและสังคม ให้สามารถดำรงอยู่ในสังคมต่อไปได้ด้วยดี

ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัย HBCX ในระยะวิกฤต และปัจจัย AA BB CC และ XX ในระยะหลังวิกฤตดังแสดงใน ภาพที่ 1-5 ให้เห็นว่า ปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นสาเหตุของปัญหา เป็นแหล่งประโยชน์ในการ

ช่วยเหลือ และปัจจัยการรับรู้มีผลทำให้ครอบครัวเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ และเมื่อปัจจัยทั้ง ABC ถูกสะสม และเปลี่ยนแปลงไปในระยะหลังวิกฤต ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงานของครอบครัวอีกครั้งหนึ่ง โดยที่ครอบครัวพยายามปรับตัวในระยะวิกฤตให้ออกมาพ้นจากวงจรภาวะวิกฤต ถ้าปรับตัวรักษาสสมดุลไม่ได้ จะคงอยู่ในภาวะวิกฤตจนเกิดการล่มสลาย และครอบครัวแตกแยกในที่สุด



ภาพที่ 1-5 แบบจำลอง Double ABCX

ที่มา: รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วิ.เจ.พรินติ้ง. หน้า 137.

จากแนวคิดดังกล่าว สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผนดูแลช่วยเหลือครอบครัวในยามที่สมาชิกไปสงครามได้ ซึ่งผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการศึกษานี้ โดยพิจารณาสาเหตุของปัญหา แหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือ เพื่อให้ครอบครัวเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสมต่อไป

4.12 แนวทางการดูแลครอบครัวเพื่อเผชิญปัญหา

Friedman (1986 อ้างถึงใน รุจา ภูไพบูลย์, 2541) สรุปวิธีการเผชิญปัญหาและการช่วยเหลือครอบครัว ดังนี้

4.12.1 การเผชิญปัญหาภายในครอบครัว วิธีการนี้เป็นการที่ครอบครัวพยายามช่วยเหลือตนเอง โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่แล้วในครอบครัว มีการปรับพฤติกรรม และบทบาทของสมาชิกแต่ละคนเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาได้ ได้แก่ การให้ความเชื่อถือไว้วางใจในระหว่างสมาชิกครอบครัว การผ่อนคลายสถานการณ์โดยใช้อารมณ์ขัน การที่สมาชิกร่วมกันแก้ปัญหาครอบครัว การพัฒนาสมาชิกให้เข้มแข็งเพื่อให้แต่ละคนมีความสามารถแก้ปัญหาได้ดียิ่งขึ้น การควบคุมความหมายของปัญหา ไม่ให้การ



รับรู้เกี่ยวกับปัญหาบิดเบือนจากความเป็นจริง การที่สมาชิกปรับบทบาทเพื่อให้สมาชิกสามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้

4.12.2 การเผชิญปัญหาภายนอกครอบครัว เป็นวิธีที่ครอบครัวใช้แหล่งประโยชน์จากภายนอกครอบครัวในการเผชิญปัญหาของครอบครัว ได้แก่ การที่สมาชิกข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เพิ่มขึ้นเพื่อประกอบการพิจารณาแก้ปัญหา การที่สมาชิกติดต่อกับชุมชน เพื่อนบ้าน ญาติเพิ่มขึ้น มีการใช้ประโยชน์จากเครือข่ายทางสังคมโดยมีการปรึกษาหารือกับเพื่อนบ้าน ญาติที่สนิท เพื่อขอคำแนะนำและขอความช่วยเหลือ การที่ครอบครัวใช้แหล่งประโยชน์ในระบบสังคมโดยรวม เช่น ระบบสวัสดิการ การสังคมสงเคราะห์ และระบบการบริการสุขภาพ เป็นต้น

นอกจากนี้ การทำหน้าที่ตามบทบาทของสมาชิกในครอบครัว มีส่วนช่วยให้ครอบครัวดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข ซึ่งครอบครัวที่มีการแสดงบทบาทที่ดีมีลักษณะ ดังนี้ 1. มีการแสดงบทบาทที่เสริมบทบาทกันและกันระหว่างคู่บทบาท โดยไม่มีความขัดแย้งในครอบครัว 2. บทบาทที่แสดงสอดคล้องกับบรรทัดฐาน และความคาดหวังของสังคม 3. บทบาทมีความสอดคล้องกัน ทำให้สามารถสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละคนได้ 4. สมาชิกสามารถปรับเปลี่ยนบทบาทตามความจำเป็นได้อย่างเหมาะสม

ในการศึกษาผู้วิจัยใช้แนวทางการดูแลครอบครัวเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาร่วมด้วย โดยพิจารณาจากสัมพันธภาพ และการได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว และหน่วยงานภายนอก

5. ส่วนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศ

5.1 งานวิจัยในประเทศไทย

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพต่อคุณภาพชีวิต (2540) พบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยในประเทศไทย ได้แก่ การศึกษาของ นุโรม เงามาม ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในเขตภาคเหนือ ในสตรีอายุ 40-59 ปี ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดลำปาง และพิษณุโลก จำนวน 400 คน โดยใช้แนวคิดของซาน ซึ่งประเมินในองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต อึดมโนทัศน์ ภาวะสุขภาพ และการทำงานของร่างกาย และสังคมเศรษฐกิจพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ครอบครัว อาชีพ และระยะเวลาหมดประจำเดือน รวมทั้งอาการ ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดประจำเดือนพบว่า ปัจจัยดังกล่าวแตกต่างกัน สตรีจะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ พุทธชาติ สินธุนาวา (2540) ที่ศึกษาในกลุ่มสตรีวัยเดียวกันในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แนวคิดเดียวกันพบว่า สตรีวัยหมดประจำเดือนในเขตกรุงเทพฯ มีคุณภาพชีวิตค่อนข้างดี และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว อาชีพ และระยะเวลาหมดประจำเดือน รวมทั้งอาการ



ความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้นในวัยหมดประจำเดือนแตกต่างกัน มีผลให้สตรีมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

จีระภา รัตนกิจ (2540) ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในภาคใต้ จำนวน 400 คน โดยเก็บข้อมูลจากสตรีอายุ 40-59 ปี ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี และเทศบาลเมืองจังหวัดสงขลา ซึ่งประเมินโดยแนวคิดของซานพบว่า สตรีกลุ่มดังกล่าวมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับค่อนข้างดี เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต อึดมโนทัศน์ สุขภาพ และการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับค่อนข้างดี ส่วนสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส ระยะการหมดประจำเดือน ความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือน ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และอาชีพที่แตกต่างกันทำให้สตรีมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

ชนพร สนิบุตร (2542) ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในภาคตะวันออกเฉียงใต้ จำนวน 400 คน ในเทศบาลเมืองจังหวัดสระแก้ว และจันทบุรี พบว่า มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับค่อนข้างดี โดยความพึงพอใจในชีวิต และอึดมโนทัศน์อยู่ในระดับค่อนข้างดี สุขภาพและการทำงานของร่างกายรวมทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านความรุนแรงของอาการหมดประจำเดือน ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และอาชีพที่แตกต่างกัน ทำให้สตรีวัยหมดประจำเดือนมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

นอกจากนี้ มีการศึกษาของ พัชรี พุทธชาติ (2540) ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของแพทย์ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยใช้แบบวัด WHOQOL-BREF ในกลุ่มแพทย์ จำนวน 116 ราย พบว่า มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง โดยองค์ประกอบด้านร่างกายอยู่ในระดับดีมากที่สุด ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับไม่ดี ปัจจัยด้านความพึงพอใจในงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต ส่วนปัจจัยด้านความขัดแย้งกับผู้ร่วมงานและความรู้สึกไม่ปลอดภัยจะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิต

สายัณห์ สวัสดิ์ศรี และคนอื่น ๆ (2546) ศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของชาย-หญิงวัยทอง โดยเก็บข้อมูลจากผู้มารับบริการในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 157 คน พบว่า ชายและหญิงวัยทองรับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพแข็งแรงในระดับปานกลาง หญิง-ชายวัยทองมีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ชายวัยทองมีคุณภาพชีวิตทางกายสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง ส่วนด้านจิตใจอยู่ในระดับดี สำหรับหญิงวัยทองมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางทุกด้าน

สำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อสภาพชีวิตของบุคคล (2542) ในครอบครัวมีน้อยมาก แต่มีงานวิจัยที่ใกล้เคียง เช่น ชลลดา ภักดีประพจน์ และคนอื่น ๆ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางครอบครัวกับการได้รับการตอบสนองจากครอบครัวตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุในเขตเมืองของกรุงเทพมหานคร ตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 168 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองจากครอบครัวในระดับปานกลาง โดยการตอบสนองด้านร่างกาย และความสำเร็จสมหวังใน



ชีวิตอยู่ในระดับมาก ด้านความรักในระดับมาก ความมั่นคงปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลางและการยอมรับนับถือในระดับน้อย ปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ ความพอเพียงของรายได้ และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการได้รับการตอบสนองจากครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไพศาล หน่ยมี (2547) ศึกษาคุณภาพชีวิตกำลังพลของศูนย์ทหารม้า ค่ายอดิศร เก็บข้อมูลจากกำลังพลใน 10 ด้าน คือ อาหารและโภชนาการ ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม บริการขั้นพื้นฐาน ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน สวัสดิการภายในหน่วย สุขอนามัย การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร คุณธรรมและจริยธรรม ความภาคภูมิใจในเกียรติ และความมั่นคงของครอบครัวพบว่า ครอบครัวมีคุณภาพชีวิตในระดับสูง และการออมทรัพย์มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตกำลังพลของศูนย์ทหารม้า ค่ายอดิศร

5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของครอบครัวทหาร ดังนี้

Sullivan (2007: 15-116) ศึกษาการเตรียมพร้อมและคุณภาพชีวิตครอบครัวทหารที่ไปสงคราม เก็บข้อมูลจากทหารและครอบครัวพบว่า คุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวทหาร ควรเป็นไปตามระบบการให้บริการของประเทศนั้น ๆ และควรจัดโครงการให้บริการความเป็นอยู่ที่ดีแก่ครอบครัวทหาร ควรมีการเยี่ยมบ้าน และให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวทหาร เพื่อเสริมสร้างขวัญและกำลังใจที่ดีแก่ทหารที่ปฏิบัติงาน

Eaton, et al. (2008: 1051-1056) ศึกษาปัญหาสุขภาพความต้องการการรักษาและอุปสรรคในการรับบริการของกลุ่มสมรสทหารที่ไปสงครามอิรักและอัฟกานิสถาน ทั้งนี้สืบเนื่องจากกลุ่มสมรสทหารต้องมีการย้ายที่อยู่เพื่อติดตามคู่สมรส หรือไม่ก็มีภาวะแยกกันอยู่ในขณะที่ไปสงคราม ประเด็นดังกล่าวมีผลต่อการรับบริการสุขภาพของกลุ่มสมรสทหาร การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพจิต อัตราการใช้บริการ แหล่งการดูแล และปัญหาอุปสรรคการใช้บริการของกลุ่มสมรสที่ไปรับบริการในคลินิกปฐมภูมิของทหารพบว่า อัตราป่วยของกลุ่มสมรสของทหารมีปัญหาสุขภาพจิตใกล้เคียงกับทหาร แต่คู่สมรสจะให้ความกังวลต่อสุขภาพน้อยกว่าทหาร การบริการที่ได้รับจะได้รับจากแพทย์ แต่พบว่าแพทย์เฉพาะทางสุขภาพจิตมีน้อย และทำให้มีปัญหาในการเข้าถึงบริการของกลุ่มสมรสของทหาร

Peebles & Klelger (1994: 173-194) ศึกษาภาวะเครียดของครอบครัวทหารในขณะที่ทหารไปสงครามทะเลทรายพบว่า ในสถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดภาวะเจ็บป่วยและการบาดเจ็บของครอบครัว และแก่ทหารในด้านภาวะเครียด ซึ่งมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานควรมีการให้ความรู้ คำแนะนำ การป้องกัน การรักษา และช่วยเหลือแก่ครอบครัว เพื่อลดความคาดหวัง และความกังวลแก่ทหารและครอบครัวในขณะไปสงคราม

Rosen, Carpenter & Moghadam (1989: 116-120) ศึกษาภาวะเครียดต่อคุณภาพชีวิตของภรรยาทหาร โดยศึกษาใช้เครื่องมือประเมินความพึงพอใจในชีวิตของภรรยาทหารพบว่า องค์ประกอบของการเป็นอยู่ดี (Well-being) และความพึงพอใจในชีวิตเป็นองค์ประกอบสำคัญเกี่ยวข้องกับการสมรส ภาวะสุขภาพ และชีวิตครอบครัวด้วย



จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สมาชิกครอบครัวควรได้รับผลกระทบจากการที่ทหารลงปฏิบัติงานในพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นภาวะสุขภาพทางจิต อย่างไรก็ตาม ก็มีปัญหาทางการรับบริการ และการดูแลตนเองโดยรวม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้แนวทางในการศึกษาครอบครัวทั้งในระดับบุคคล และปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องของการมีสุขภาพดีจากสิ่งแวดล้อม และการช่วยเหลือที่ได้รับจากหน่วยงานภายนอก เพื่อศึกษาถึงภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตครอบครัวทหารโดยรวม