

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชนที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์ จังหวัดอุตรดิตถ์¹

อนงค์นุช สารจันทร์ พย.ม.²

กัญชรีย์ พัฒนา พย.ม.³

ฐิติมา ปิยะธนพงศ์ พย.ม.⁴

นริศรา ศรีโพธิ์ พย.ม.⁴

มัตติกา ใจจันทร์ พย.ม.⁴

สงกรานต์ เต็ดชาต วท.บ.⁵

วันเพ็ญ แก้วปาน ส.ด.⁶

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชนที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

การออกแบบการวิจัย: การวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย

การดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์อย่างน้อย 6 เดือน ทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 231 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนเมษายน - พฤษภาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน

ผลการวิจัย: คุณภาพชีวิตของประชาชนที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์ จังหวัดอุตรดิตถ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=91.72$, $SD=10.66$) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.268$, $p<.01$) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($\beta=.211$, $p<.01$) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($\beta=.303$, $p<.01$) และอายุ ($\beta= -.141$, $p=.01$) ซึ่งสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้ ร้อยละ 33.6

ข้อเสนอแนะ: สำหรับผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ประชาชนที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์ในการกำหนดนโยบาย การจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน แสวงหาแหล่งช่วยเหลือต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและยั่งยืนต่อไป

วารสารสภาการพยาบาล 2565; 37(4) 140-154

คำสำคัญ : แรงสนับสนุนทางสังคม/ การเข้าถึงบริการสุขภาพ/ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ/ อายุ/ คุณภาพชีวิต/ ประชาชนที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์

วันที่ได้รับ 2 พ.ค. 65 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 25 ต.ค. 65 วันที่รับตีพิมพ์ 27 ต.ค. 65

¹ได้รับทุนสนับสนุนจากการไฟฟ้าผลิตแห่งประเทศไทย

²อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

E-mail: kancharee.pat@cra.ac.th

⁴อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์

⁵รักษาการผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยต้า จังหวัดอุตรดิตถ์

⁶รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Factors Predicting the Quality of Life of Residents North of Sirikit Dam's Reservoir¹

Anongnut Sarachan M.N.S²

Kancharee Pattana M.N.S³

Thitima Piyathanapong M.N.S⁴

Narisara Sripo M.N.S⁴

Mattika Chaichan M.N.S⁴

Songkran Detkhat B.Sc⁵

Wonpen Kaewpan Dr.P.H⁶

Abstract:

Objective: To investigate factors predicting the quality of life of people living in the area north of Sirikit Dam's reservoir in Uttaradit Province

Design: Predictive correlational research

Methodology: The subjects, recruited via simple random sampling, were 231 males and females aged 20 and above who had lived in the area north of Sirikit Dam's reservoir for at least 6 months. Data were collected between April and May 2021, using a set of questionnaires on: 1) personal information; 2) access to healthcare; 3) health-promoting behaviours; 4) social support; and 5) quality of life. The data were analysed using commercial descriptive statistics software, in terms of percentage, mean, and standard deviation. Correlational analysis was performed using Pearson's correlation coefficient and the stepwise multiple regression method.

Results: The subjects' overall quality of life was at a moderate level ($\bar{X} = 91.72$, $SD = 10.66$). The factors of social support ($\beta = .268$, $p < .01$), access to healthcare ($\beta = .211$, $p < .01$), health-promoting behaviours ($\beta = .303$, $p < .01$), and age ($\beta = -.141$, $p = .01$) were identified as being capable of jointly predicting the subjects' quality of life by 33.6%.

Recommendations: It is recommended that local administrators and any party responsible for enhancing the quality of life of the residents north of Sirikit Dam's reservoir set a policy to organise health-promoting activities, promote access to healthcare, and seek community-based assistance, to empower these residents to have better and more sustainable quality of life.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2022; 37(4) 140-154

Keywords: social support; access to healthcare; health-promoting behaviours; age; quality of life; residents north of Sirikit Dam's reservoir

Received 2 May 2022, Revised 25 October 2022, Accepted 27 October 2022

¹A Project was supported by Electricity Generating Authority of Thailand

²Lecturer, Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science Chulabhorn Royal Academy

³Correspondence author, Lecturer, Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science Chulabhorn Royal Academy, E-mail: kancharee.pat@cra.ac.th

⁴Lecturer, Faculty of Nursing, HRH Princess Chulabhorn College of Medical Science Chulabhorn Royal Academy

⁵Acting director Huayta District Health Promotion Hospital, Uttaradit Province

⁶Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายคุณภาพชีวิตคือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของตนภายใต้บริบทวัฒนธรรมและค่านิยม ซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง และความสนใจของบุคคล ซึ่งครอบคลุมประเด็นด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อม คุณภาพชีวิตมักวัดในระดับปัจเจกบุคคล แนวคิดที่นิยมใช้คือความพึงพอใจในชีวิตหรือการรับรู้สถานะของตนตามความเป็นจริง¹ แนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลมีอิสระในการเลือกและจัดลำดับความสำคัญสิ่งต่าง ๆ ตามความต้องการของตนเอง ความต้องการเหล่านั้นจะปรับเปลี่ยนตามบริบทที่บุคคลนั้น ๆ อาศัยอยู่ โดยแต่ละบุคคลมีมาตรฐานความต้องการเปรียบเทียบกับสิ่งที่ตนเองควรได้รับตามมาตรฐานสังคมกับสิ่งที่ตนเองได้รับตามความเป็นจริง² ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงเป็นความพึงพอใจในชีวิต หรือการรับรู้ของแต่ละบุคคลตามวัฒนธรรมและสังคมที่อาศัยอยู่ต่อสถานะในชีวิตของตน ซึ่งสัมพันธ์กับเป้าหมายและความคาดหวังในชีวิต และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประเทศไทยสำรวจคุณภาพชีวิตของคนไทยทั่วประเทศตามความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) อย่างต่อเนื่อง ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) จนถึงปัจจุบันเป็นเวลากว่า 19 ปี โดยในปี 2564 พบว่ายังมีตัวชี้วัดที่ยังคงเป็นปัญหาและไม่ผ่านเกณฑ์หลายตัวชี้วัด ทั้งในด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม การศึกษา การมีงานทำและรายได้³ ซึ่งปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชน ถึงแม้ว่าภาครัฐจะมีความพยายามในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ตลอดมาซึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (2560-2564) ได้มีการวางแผนพัฒนาประเทศ โดยกำหนดยุทธศาสตร์หลายด้าน แต่ยังคงพบปัญหาด้าน

ความเหลื่อมล้ำและการสร้างความเป็นธรรม โดยเฉพาะความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ การได้รับการบริการจากภาครัฐของกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล และเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างครอบคลุมภาครัฐจึงเน้นการเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการพื้นฐานทางสังคม การเพิ่มศักยภาพชุมชนและเศรษฐกิจให้มีความเข้มแข็ง ซึ่งจะทำให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้⁴

ชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์เป็นอีกหนึ่งชุมชนชนบทที่อยู่ห่างไกล ลักษณะพื้นที่คล้ายเกาะ มีการสัญจรที่ยากลำบาก ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตที่ยังไม่สมบูรณ์ ทั้งระบบสาธารณูปโภคพื้นฐาน เช่น แหล่งน้ำ ระบบไฟฟ้า สัญญาณอินเทอร์เน็ต และระบบโทรคมนาคม ทั้งนี้หน่วยงานภาครัฐและเอกชนได้เห็นความสำคัญและเข้ามาให้ความช่วยเหลือ โดยชุมชนแห่งนี้ก่อตั้งมานานกว่า 50 ปี ตั้งอยู่ทางฝั่งขวาของลำน้ำน่าน และอยู่ในเขตป่าสงวนแห่งชาติ หลังจากหน่วยงานราชการมาสร้างเขื่อนสิริกิติ์ ทำให้เกิดน้ำท่วมในชุมชน ประชาชนจึงมาอาศัยอยู่ทางตอนใต้ของเขื่อนตามพื้นที่ที่ทางราชการจัดสรรให้ และมีประชาชนบางกลุ่มได้เข้าไปอาศัยอยู่ในพื้นที่ริมขอบอ่างเก็บน้ำเขื่อนสิริกิติ์ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่น้ำท่วมไม่ถึง อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์จึงจัดตั้งเป็นหมู่บ้านห้วยต้า ปัจจุบันมีประชาชนอาศัยอยู่ 515 คน⁵ จากการสัมภาษณ์ประชาชนในชุมชนพบว่า การคมนาคมระหว่างชุมชนเป็นทางเรือทั้งหมด ซึ่งต้องใช้ระยะทางรวม 30-40 กิโลเมตร เพื่อเดินทางออกจากหมู่บ้านเข้ามาในตัวอำเภอ โดยมีเรือโดยสารประจำหมู่บ้าน หรือเช่าเหมาเรือของคนในหมู่บ้าน ในช่วงน้ำหลากหรือน้ำแล้งการเดินทางค่อนข้างอันตราย และเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้งจนทำให้มีผู้เสียชีวิต ในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพพบว่า ในชุมชนมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านห้วยต้า ซึ่งจะให้การรักษายาบาลขั้นต้น แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยัง

โรงพยาบาลประจำอำเภอต้องเดินทางโดยเรือ ซึ่งเป็นวิธีการที่ลำบาก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า อาการรุนแรงมากขึ้น บางรายเสียชีวิตระหว่างการนำส่ง ข้อมูลดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ กล่าวคือด้านร่างกาย ทำให้บุคคลรับรู้ว่ามีอาการไม่ปลอดภัย เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับบริการไม่ทันเวลา ทำให้โรคกำเริบรักษาไม่หาย กระทั่งด้านจิตใจทำให้เกิดความท้อแท้ เศร้า หรือกังวลใจ และเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีอาการโรคหรือทรพยากรพื้นฐาน เช่น การขนส่งไม่ปลอดภัย จะซ้ำเติมให้เกิดความไม่มั่นคงในชีวิต ยิ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากขึ้น⁶

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล เป็นองค์ประกอบหลักที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน เนื่องจากภาวะสุขภาพและการพึ่งพาตนเองส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของประชาชน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยอื่นคือการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริมคือแรงสนับสนุนทางสังคม⁷⁻⁹ จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงบรรยายสำรวจ และมุ่งเน้นศึกษาในกลุ่มประชากรสูงอายุ กลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดทางภาคเหนือ หรือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ¹⁰ กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ซึ่งปัจจัยที่ศึกษายังไม่สามารถบอกปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างชัดเจนในกลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาสที่มีความเหลื่อมล้ำทางสังคม และผลการศึกษายังไม่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ไม่สามารถนำมาอธิบายบริบทของประชากรที่แตกต่างกันได้ ดังนั้นการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยจึงมุ่งเน้นศึกษาในกลุ่มประชากรที่พำนักอยู่เหนือเขื่อน ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่ขาดโอกาสทางสังคมในหลาย ๆ ด้าน เพื่อหาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ซึ่งจะทำให้ฉายภาพทิศทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในกลุ่มนี้ได้อย่างครอบคลุม

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตโดยแนวคิด PRECEDE-PROCEED model สามารถอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่พึงประสงค์ของบุคคลได้ โดยแนวคิดนี้เป็นกระบวนการวิเคราะห์สาเหตุแบบย้อนกลับ ซึ่งเริ่มที่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น นั่นคือการวิเคราะห์ที่คุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งคุณภาพชีวิตจะมีการเปลี่ยนแปลงได้นั้นอาจมีสาเหตุจากหลายปัจจัย ทั้งด้านสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น โดยเฉพาะปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยตรง ทั้งปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคลจำแนกเป็น 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจำเป็นต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรม เพื่อนำไปวางแผนส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคคลให้ดีขึ้น ทั้งนี้การวิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุของแนวคิดนี้จะแสดงการเชื่อมโยงปัจจัยที่เป็นสาเหตุและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อกำหนดกลวิธีและวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้ประโยชน์จากปัจจัยดังกล่าวเพื่อสร้างเสริมให้มีสุขภาพดี และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป¹¹

คณะผู้วิจัยมีโอกาสนำพื้นที่สำรวจสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม การสุขาภิบาลน้ำ และให้บริการสุขภาพในชุมชนเหนือเขื่อนสิริกิติ์ ซึ่งเป็นอีกกลุ่มที่มีบริบทเฉพาะ มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเชื่อ และการดำรงชีวิต ด้วยเหตุผลดังกล่าวมาข้างต้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของประชาชนที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาสและมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตในกลุ่มประชากรดังกล่าว และนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการวางแผนการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยการสร้างเสริมสุขภาพและส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน เข้าถึงแหล่ง

ประโยชน์ต่าง ๆ ในชุมชน เสริมสร้างศักยภาพชุมชน และการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ลดการเหลื่อมล้ำ ในสังคมตามนโยบาย “ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง” (leave no one behind) ของรัฐบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของประชาชนทุกคนอย่างเท่าเทียม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน ที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์ จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของ ประชาชนที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

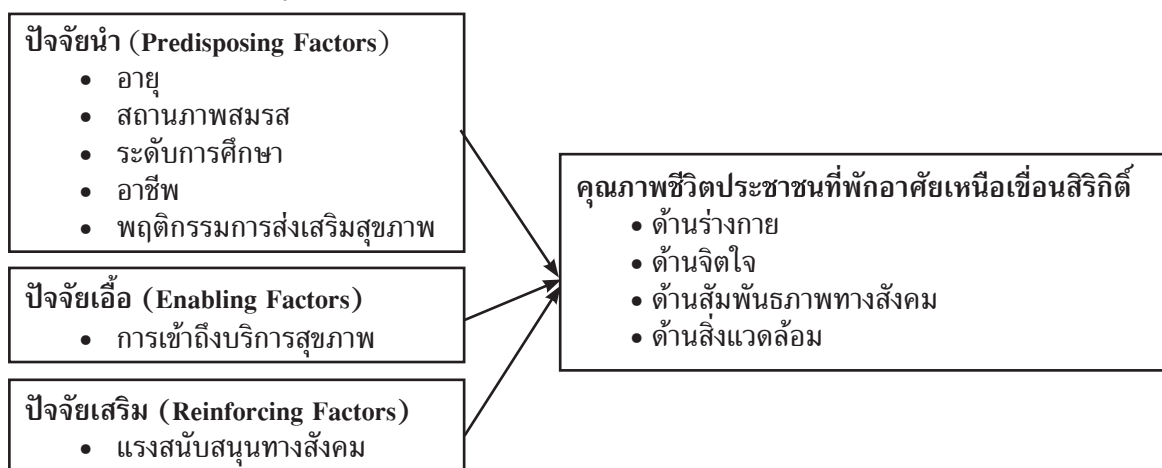
สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยนำด้านอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ สมรส อาชีพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชาชนที่พักอาศัย เหนือเขื่อนสิริกิติ์ จังหวัดอุตรดิตถ์
2. ปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชาชนที่พักอาศัย เหนือเขื่อนสิริกิติ์ จังหวัดอุตรดิตถ์
3. ปัจจัยเสริมด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มี ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชาชนที่พักอาศัย เหนือเขื่อนสิริกิติ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

4. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมสามารถ ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชนที่พักอาศัย เหนือ เขื่อนสิริกิติ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ได้

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

แบบจำลองแนวคิดการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE-PROCEED model¹¹ เป็นกระบวนการ วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาเพื่อวางแผนการดำเนินงาน การสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้เกิดการแก้ปัญหาได้ ครอบคลุมและตรงจุดมากขึ้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้นำกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED model มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อ ความครอบคลุมในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ คุณภาพชีวิต ประกอบด้วย ปัจจัยนำคือปัจจัยที่เป็น พื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อคือความสามารถ ในการใช้แหล่งทรัพยากรเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่วนปัจจัยเสริมคือ สิ่งสนับสนุนที่จะได้รับจากบุคคลอื่น ซึ่งส่งเสริมและ สามารถควบคุมพฤติกรรมของตน นำไปสู่การมีสุขภาวะ และคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม โดยกรอบแนวคิดในการวิจัยดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย คุณภาพชีวิตของประชาชนที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือผู้ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านห้วยต้า อำเภอกำปูลา จังหวัดอุตรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ การคัดเลือก ดังนี้ (1) อาศัยอยู่ในหมู่บ้านห้วยต้า อำเภอกำปูลา จังหวัดอุตรดิตถ์ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป (2) มีการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ปกติ (3) เข้าใจในข้อคำถาม (4) ไม่มีปัญหาการพูดหรือการได้ยิน (5) มีความสมัครใจ และยินยอมร่วมมือในการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ (1) ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าหรือโรคทางจิตเวช (2) ผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (3) มีความพิการหรือทุพพลภาพ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ แดเนียล¹² กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการประมาณค่าที่ 95% $\alpha = 0.05$ ใช้ค่าสัดส่วนประชากรเท่ากับ 0.6¹³ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 210 คน และเพื่อป้องกัน ความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม ไม่สมบูรณ์ ซึ่งอาจทำให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยและมีอำนาจไม่เพียงพอต่อการวิเคราะห์ ผู้วิจัยจึงได้กำหนด อัตราการไม่ครบถ้วนจากการศึกษาที่ผ่านมาของจันจิรา หินขาว และคณะ¹⁴ พบการตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ประมาณร้อยละ 10 จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตร $n_{new} = n / (1-L)$ โดยที่ L = อัตราการมีข้อมูลขาดหายไป¹⁵ ได้กลุ่มตัวอย่างใหม่เท่ากับ $210 / (1-0.10) = 233$ คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในหมู่บ้านห้วยต้า ตำบลนางพญา อำเภอกำปูลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ซึ่งลักษณะกายภาพของพื้นที่มีความแตกต่างกันกล่าวคือมีลักษณะกายภาพ

เป็นเนินเขาสูงซึ่งมีประชากรอาศัยอยู่ 144 คน (36 หลังคาเรือน) เป็นพื้นที่ราบมีประชากรอาศัยอยู่ 227 คน (77 หลังคาเรือน) และอยู่ตามแพในน้ำ 109 คน (35 หลังคาเรือน) จากนั้นจัดทำทะเบียนรายชื่อประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และกำหนดสัดส่วนของประชากรที่อยู่ในชุมชนตามลักษณะทางกายภาพ สุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มแบบง่าย โดยจับสลากแบบไม่คืนที่ หลังคาเรือนละ 1-2 คน จนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม มี 5 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการส่งเสริมสุขภาพ (Health-Promoting Lifestyle Profile-II Thai version) ใช้ประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งแปลและปรับปรุงโดย อัจฉราพร สิริธัญวงศ์ และนันท์วัน สุวรรณรูป¹⁶ มีข้อคำถาม 51 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ สม่่าเสมอ บ่อยครั้ง บางครั้ง ไม่เคย คะแนนอยู่ในช่วง 51-204 คะแนน การแปลผลพิจารณาจาก เกณฑ์ของเบสท์¹⁷ แบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (ช่วงคะแนน 155.00-204.00) ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 103.00-154.00) และระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 51.00-102.00)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้วิจัยแปลมาจากแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ ของเพ็ญชานสกี และโทมัส¹⁸ แล้วให้ผู้เชี่ยวชาญด้าน ภาษาอังกฤษและภาษาไทย 1 ท่าน แปลกลับจาก ภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง (back translation) มีข้อคำถาม 16 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด คะแนนอยู่ในช่วง 16-80 คะแนน การแปลผลพิจารณาจากเกณฑ์ของ เบสท์¹⁷ แบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (ช่วงคะแนน 60.00-80.00) ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 38.00-59.00) และระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 16.00-37.00)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบวัดแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 ของแบเรนต์ และไวเนิร์ท ตามแนวคิดของไวส์ แปลเป็นภาษาไทย โดยฉัตรวลัย ใจอารีย์¹⁹ มีข้อคำถาม 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนอยู่ในช่วง 25-125 คะแนน การแปลผลพิจารณาจากเกณฑ์ของเบสท์¹⁷ แบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (ช่วงคะแนน 93.00-125.00) ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 59.00-92.00) และระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 25.00-58.00)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต เป็นเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลและปรับปรุงโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ⁶ มีข้อคำถาม 26 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย ไม่เลย คะแนนอยู่ในช่วง 26-130 คะแนน การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตดี (ช่วงคะแนน 96.00-130.00) คุณภาพชีวิตปานกลาง (ช่วงคะแนน 61.00-95.00) และคุณภาพชีวิตไม่ดี (ช่วงคะแนน 26.00-60.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา ดำเนินการโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน

อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพชีวิต และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย วิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index [CVI]) พบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต มีค่าเท่ากับ 1, .95, 1 และ 1 ตามลำดับ

2. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาที่บ้านท่าเรือนางพญา อำเภอลำปาง จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ แบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต เท่ากับ .92 .91 .78 และ .82 ตามลำดับ และทดสอบค่าความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 231 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 .91 .78 และ .85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ เลขที่ คกจ 0158/2564 วันที่ 2 เมษายน 2564 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การเก็บรวบรวมข้อมูล อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจยินยอมหรือการปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย การรักษาความลับ และการทำลายข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัยทันที การนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวม เพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. บ้านห้วยต่ำ และผู้นำชุมชนเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์โครงการวิจัย ชี้แจงกำหนดการดำเนินงานและขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้จัดอบรมผู้ช่วยวิจัย 4 คน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้านและสำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ให้เข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์วิธีการเก็บข้อมูล รายละเอียดของคำถาม การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเซ็นยินยอม เข้าร่วมการวิจัย การรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อ 1 คน ประมาณ 30-45 นาที อีกทั้งผู้ช่วยวิจัยได้ผ่านการทดลองเก็บข้อมูลอย่างถูกต้องมาแล้ว และเมื่อวิเคราะห์ความเที่ยงของผู้ประเมิน (Inter-rater reliability) ได้เท่ากับ .80 ทั้งนี้หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านออกและเข้าใจได้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยอ่านคำถามและกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จากการรวบรวมข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามสมบูรณ์จำนวน 231 ชุด (ร้อยละ 99.14) และตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จำนวน 2 ชุด (ร้อยละ 0.86) ผู้วิจัยจึงตัดแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออกไม่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งสิ้น 231 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) และวิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตของประชาชนที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ค่าความแปรปรวนของตัวแปรตามมีค่าคงที่ (Homoscedasticity) ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน (Multicollinearity) ส่วนการแจกแจงข้อมูลโดยค่าสถิติ Kolmogorov-Smirnov มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ส่วนตัวแปรคุณภาพชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคมมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ แต่จากการศึกษาของ Munro²⁰ พบว่า การแจกแจงข้อมูลของตัวแปรสามารถพิจารณาได้จากผลการหารของค่า Skewness และ Std.Error of Skewness หรือผลการหารของค่า Kurtosis และ Std. Error of Kurtosis ถ้าผลที่ได้อยู่ในช่วงระหว่าง -1.96 ถึง 1.96 ถือว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ซึ่งผลการทดสอบพบว่าคุณภาพชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่า Skewness/Std. Error of Skewness เท่ากับ .50 และ .30 ตามลำดับ และผลการทดสอบของค่า Kurtosis/Std. Error of Kurtosis เท่ากับ .97 และ .18 ตามลำดับ โดยตัวแปรทั้งหมดอยู่ในช่วง -1.96 ถึง 1.96 ดังนั้นจึงถือว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาแสดงรายละเอียดดังนี้

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 231 คน อายุเฉลี่ย 49.65 ปี (SD=15.80) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 54.54 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.00 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 71.30 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 51.50 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 44.20 ตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 64.90 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 28.11 ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19.00 รองลงมาคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.52 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 3.53

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและคุณภาพชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำคือพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 128.48$, $SD = 20.97$) ปัจจัยเอื้อคือการเข้าถึง

บริการสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 46.42$, $SD = 11.21$) ปัจจัยเสริมคือแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 92.29$, $SD = 6.49$) และระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 91.72$, $SD = 10.66$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1. จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและคุณภาพชีวิต (n=231)

ปัจจัยที่ศึกษา	ระดับสูง จำนวน(ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	ระดับต่ำ จำนวน(ร้อยละ)	$\bar{X}$	SD
ปัจจัยนำ					
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	19(8.22)	187(80.95)	25(10.83)	128.48	20.97
ปัจจัยเอื้อ					
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	29(12.55)	145(62.77)	57(24.68)	46.42	11.21
ปัจจัยเสริม					
แรงสนับสนุนทางสังคม	115(49.79)	116(50.21)	0(0.00)	92.29	6.49
คุณภาพชีวิต					
คุณภาพชีวิต	83(35.94)	147(63.63)	1(0.43)	91.72	10.66

เมื่อพิจารณาระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน พบว่า ด้านร่างกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.33 ($\bar{X}=24.52$, $SD=3.04$) ด้านจิตใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 64.50 ($\bar{X}=23.37$, $SD=3.17$)

ด้านสัมพันธภาพทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.56 ($\bar{X}=9.99$, $SD=1.99$) และด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75.33 ($\bar{X}=26.68$, $SD=3.90$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2. จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตรายด้าน (n=231)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	ระดับดี จำนวน(ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน(ร้อยละ)	ระดับไม่ดี จำนวน(ร้อยละ)	$\bar{X}$	SD
ด้านร่างกาย	54(23.38)	174(75.33)	3 (1.29)	24.52	3.04
ด้านจิตใจ	149(64.50)	81(35.06)	1 (0.44)	23.37	3.17
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	43(18.61)	163(70.56)	25(10.83)	9.99	1.99
ด้านสิ่งแวดล้อม	54(23.38)	174(75.33)	3 (1.29)	26.68	3.90

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิต โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่าอายุ ($r=-.213$) มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ส่วนระดับการศึกษา ($r=.154$) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

($r=.456$) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($r=.334$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r=.404$) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยด้านสถานภาพสมรสและอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับคุณภาพชีวิต (n = 231)

ปัจจัยที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7	8
1. อายุ	1							
2. สถานภาพสมรส	-.092	1						
3. ระดับการศึกษา	-.564**	.006	1					
4. อาชีพ	-.305**	-.008	.127	1				
5. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	-.130*	-.090	.188**	.004	1			
6. การเข้าถึงบริการสุขภาพ	-.077	.047	-.002	.046	.236**	1		
7. แรงสนับสนุนทางสังคม	-.063	-.052	.156*	.053	.315**	.150*	1	
8. คุณภาพชีวิต	-.213**	.036	.154*	.040	.456**	.334**	.404**	1

หมายเหตุ: *p<.05, **p<.001

4. ปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิต ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน พบว่า ปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตประชาชนที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีทั้งหมด 4 ปัจจัย ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ($\beta=.268$, $p<.001$) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($\beta=.211$,

$p<.001$) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ($\beta=.303$, $p<.001$) และอายุ ($\beta=-.141$, $p<.05$) โดยสามารถร่วมอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 33.6 (Adjusted $R^2 = .336$) โดยพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด คือ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Beta = .303) รองลงมาคือ แรงสนับสนุนทางสังคม (Beta = .268) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต (n=231)

ปัจจัยที่ศึกษา	R ²	b	SE	Beta	t	p-value
อายุ	.347	-.095	.037	-.141	-2.593	.011
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	.208	.154	.030	.303	5.216	<.001
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	.328	.201	.053	.211	3.805	<.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	.283	.440	.093	.268	4.707	<.001
ค่าคงที่ (Constant)		26.691	8.662		3.081	.002

a = 26.691 R = .589 R² = .347 Adjusted R² = .336 F = 30.023 P-value <.001

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์ จังหวัดอุตรดิตถ์ สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

คุณภาพชีวิตของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wong และคณะ¹³ ทั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของอังคณา วังทอง และคณะ²¹ โดยพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของประชาชนอยู่ในระดับดี ความแตกต่างที่เกิดขึ้นนี้อาจเนื่องมาจากทั้งลักษณะทางกายภาพของพื้นที่ที่มีความเฉพาะ ต้องใช้

การเดินทางทางเรือเป็นหลักซึ่งค่อนข้างลำบากและอันตราย การสาธารณสุขที่ยังไม่สมบูรณ์ ทั้งด้านไฟฟ้า การประปา สัญญาณสื่อสารอินเทอร์เน็ตยังเข้าถึงได้น้อย การประกอบอาชีพซึ่งประชาชน ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม มีแนวความคิดดำรงชีวิตด้วยความพอเพียงตามฐานะที่ตนเป็นอยู่ และการมีวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง เช่น ขนบธรรมเนียมประเพณี พิธีกรรมต่าง ๆ ที่แตกต่างกันส่งผลให้ในแต่ละพื้นที่มีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน

เมื่อแยกระดับคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ด้านร่างกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.33) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคนที่มียุคตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป รองลงมาคือวัยสูงอายุ ซึ่งเริ่มมีความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เห็นได้ชัด เช่น มีการเจ็บป่วยตามร่างกาย ปวดเมื่อยตามตัว เหนื่อยล้ามากขึ้น เป็นต้น ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 51.50) และอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 22.35) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานและสร้างรายได้ที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนด้านสุขภาพร่างกายในระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rizal และคณะ²² ซึ่งกล่าวว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมต่าง ๆ โดยผู้ที่มีอายุมากมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความเจ็บป่วยต่าง ๆ และผู้ที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าอายุมาก

ด้านสัมพันธภาพทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาข้อคำถามรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีความพอใจปานกลางกับการช่วยเหลือที่ได้รับจากเพื่อนบ้าน ร้อยละ 39 สอดคล้องกับการ

ศึกษาของสุภาภรณ์ ศุภหัตถิ²³ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่นในระดับมาก ถึงร้อยละ 49.40 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประชาชนส่วนใหญ่เป็นคนในท้องถิ่นอาศัยอยู่ในชุมชนมานานจนจึงรู้จักมักคุ้น มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ตลอดจนเข้าร่วมกิจกรรมที่สร้างเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของประชาชนในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าวล้วนส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิต

ด้านสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.33) เมื่อพิจารณาข้อคำถามรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีความพึงพอใจปานกลางกับการเดินทาง (ร้อยละ 36.80) แต่ยังมีบางส่วนที่รู้สึกมีความพึงพอใจเล็กน้อยกับการเดินทาง (ร้อยละ 22.90) และไม่พึงพอใจกับการเดินทางมากถึงร้อยละ 24.22 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากชุมชนมีข้อจำกัดเรื่องสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ 1) การเดินทาง การคมนาคมขนส่งระหว่างชุมชนต้องใช้การสัญจรทางน้ำโดยเรือเป็นหลัก ซึ่งมีความยากลำบากและเสียค่าใช้จ่ายในการเช่าเหมาเรือ รอบละประมาณ 1,500 – 1,800 บาท ซึ่งถือว่าราคาค่อนข้างสูง 2) ระบบไฟฟ้าและน้ำเพื่ออุปโภคบริโภค ใช้การผลิตไฟฟ้าจากเครื่องปั่นไฟ ซึ่งในหมู่บ้านจะสามารถใช้ไฟฟ้าได้เพียงวันละ 7 ชั่วโมงเท่านั้น กล่าวคือชุมชนจะกำหนดการปั่นไฟเพียงช่วงเวลา 14.00–16.00 น. และเวลา 18.00–23.00 น. ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านพลังงานเชื้อเพลิงที่ใช้ในการผลิตซึ่งมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ส่วนน้ำที่ใช้ในการอุปโภคบริโภคนั้นมาจากน้ำประปาภูเขา ซึ่งเมื่อเข้าสู่ฤดูแล้งจะค่อนข้างขาดแคลนน้ำอุปโภคบริโภค ด้านรายได้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากถึงร้อยละ 22.50 มีรายรับไม่เพียงพอกับรายจ่าย ทั้งนี้อาจเนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 2,700 บาท เป็น

รายได้ที่ต่ำกว่าเส้นความยากจนของประชาชนในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งอยู่ที่ 2,763 บาท/คน/เดือน²⁴

อย่างไรก็ตาม ด้านจิตใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 64.50) เมื่อพิจารณาจากคำถามรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และพึงพอใจในตนเองมาก ร้อยละ 46.27 และร้อยละ 43.92 ตามลำดับ สอดคล้องกับรายงานคุณภาพชีวิตของคนไทย ปี 2562 พบว่า จังหวัดอุดรธานีเป็น 1 ใน 10 จังหวัดที่มีระดับความสุขเฉลี่ยของคนในครัวเรือนมากที่สุดในประเทศไทย โดยมีระดับความสุขเฉลี่ยอยู่ที่ 8.56²⁴ ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะประชาชนส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตแบบไม่เร่งรีบ หรือแข่งขัน ทำให้ไม่มีความเครียดในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้มีสภาพจิตใจที่ดีตามมา

2. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชนที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์ จังหวัดอุดรธานี

อายุ มีความสัมพันธ์ผกผันกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือประชาชนที่มีอายุน้อย จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าประชาชนที่อายุมาก เนื่องจากตามทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพนั้น อายุที่เพิ่มขึ้น จะมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย รวมถึงสมรรถภาพทางกายที่ลดลง เช่น การมองเห็นและการได้ยิน การตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ช้าลงและเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่าย²²

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยแนวคิด PRECEDE-PROCEED model¹¹ กล่าวว่า การมีคุณภาพชีวิตที่พึงประสงค์นั้นสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการปรับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้นต้องคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา

หรือพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ยั่งยืนและนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือคุณภาพชีวิตที่พึงประสงค์ต่อไป ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีประชาชนมากถึงร้อยละ 56.08 มีการเคลื่อนไหวร่างกาย มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมร้อยละ 80.78 และ มีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ร้อยละ 78.82 ส่วนสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอยู่ในระดับที่ดีมากถึงร้อยละ 57.65 ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยเอื้อที่ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชน ช่วยให้บุคคลมีความสามารถใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อให้เข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวก ซึ่งสอดคล้องตามแนวคิดของ PRECEDE-PROCEED model¹¹ ที่แสดงให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหาต้องทำอย่างเป็นระบบ เพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี การเข้าถึงบริการสาธารณสุขมีผลต่อคุณภาพชีวิต กล่าวคือ หากบุคคลสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก สถานพยาบาลมีคุณภาพ บุคลากรทางการแพทย์มีความเชี่ยวชาญ บุคคลเกิดความพึงพอใจ ก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีได้ แต่ในทางตรงกันข้าม หากบุคคลรับรู้ว่าตนเองเข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อย การเดินทางไม่สะดวก ก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ซึ่งเมื่อพิจารณาการเข้าถึงบริการสุขภาพรายด้านของประชาชนที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.43 รับรู้ว่าจะตนเองเข้าถึงบริการสุขภาพในระดับต่ำมาก สอดคล้องกับข้อมูลการสัมภาษณ์ที่พบว่า เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ การเดินทางไปยังโรงพยาบาลไม่สะดวก ลำบาก ระยะเวลาไกล เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางจำนวนมาก และหากพลาดคิวการตรวจในวันนั้น ๆ จะไม่สามารถเดินทางกลับมายังหมู่บ้านได้

ต้องหาที่พักค้างคืนเพราะการเดินทางทางเรือในช่วงกลางคืนค่อนข้างอันตราย อีกทั้งการรอนัดหมายนานถึงแม้ว่าในปัจจุบันโรงพยาบาลได้มีการปรับระบบเพื่อให้ประชาชนที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์ ได้เข้ารับบริการเป็นลำดับต้น ๆ แต่ยังมีประชาชนบางส่วนเข้าไม่ถึงการบริการสุขภาพ

แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยเสริมที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของประชาชน ตามแนวคิดของ PRECEDE-PROCEED model¹¹ กล่าวว่าการที่บุคคลได้รับหรือคาดว่าจะได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลอื่น เช่น สิ่งของ การยอมรับ คำชมเชย การให้กำลังใจนั้น ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลให้บุคคลเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตได้ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นกัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าประชาชนที่พักอาศัยเหนือเขื่อนสิริกิติ์ รับรู้ถึงการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากสมาชิกในครอบครัว ชุมชน และสังคม รวมทั้งการมีโอกาสนำเสนอข้อสงสัยให้ผู้อื่น ทำให้รู้สึกถึงความรัก ความผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการเห็นคุณค่าในตนเอง วิถีชีวิตของคนในชนบทยังคงมีความรัก ความผูกพันที่ดีต่อกันและดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยคงความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้าน และมีเพื่อนบ้านคอยช่วยเหลือเมื่อยามจำเป็น

การศึกษาครั้งนี้พบว่า สถานภาพสมรส อาชีพ และระดับการศึกษาไม่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคนและวัยสูงอายุมากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ และเป็นครอบครัวขยายมีการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน มีความรัก และความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว จึงไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง ด้านอาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีระดับการศึกษาที่ไม่แตกต่างกัน

ทำให้มีการรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ ใกล้เคียงกัน มีทักษะการคิดวิเคราะห์ที่ไม่แตกต่างกันมากนัก จึงทำให้มีทักษะการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า แม้ว่าส่วนใหญ่จะได้รับการศึกษาในระบบระดับชั้นประถมศึกษา แต่ไม่ได้บ่งบอกว่าบุคคลจะขาดความรู้ กลุ่มวัยกลางคนและเตรียมเข้าสู่วัยสูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงซึ่งสอดคล้องกับการเรียนรู้ในปัจจุบันที่มีการส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งสามารถเรียนรู้จากทักษะประสบการณ์ หรือกิจกรรมในวิถีชีวิต หรือในชุมชนที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา²⁵

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น (Cross sectional study) ซึ่งเป็นช่วงฤดูกาลทำการเกษตร ทั้งนี้อาจส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำได้แก่ อายุ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อคือการเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยเสริมคือแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิต โดยองค์ความรู้ดังกล่าวสามารถนำเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย สำหรับผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางแผนการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ทุรกันดาร โดยการจัดบริการสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก การส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตลอดจนการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ลดการเหลื่อมล้ำในสังคม ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืนต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมคุณภาพชีวิต สำหรับประชาชนในพื้นที่ทุรกันดารด้วยการส่งเสริมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปรับระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพและพัฒนาแรงงานสนับสนุนทางสังคม

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อเป็นข้อมูลเชิงลึกและนำมาจัดกิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตต่อไป

References

1. World Health Organization. Division of mental health and prevention of substance abuse. Program on mental health: WHOQOL user manual [Internet]. 2012 [cited 2022 Feb 12]. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol>.
2. Trevittaya P. Concepts of quality of life. Journal of Associated Medical Sciences. 2016;49(2):171–84. (in Thai)
3. Ministry of Interior. Community development department. The report of quality of life Thailand people from basic minimum needs 2021 [Internet]. [cited 2022 Jan 23]. Available from: <https://rdic.ccd.go.th/bmn-service> (in Thai)
4. Office of the Prime Minister. Office of the National Economic and Social Development Council. The twelfth national economic and social development plan (2017–2021) [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 12]. Available from: <https://www.nesdc.go.th> (in Thai)
5. Ministry of Interior. Department of Provincial Administration. Official statistics registration systems [Internet]. 2013 [cited 2022 Feb 12]. Available from: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMenu/newStat/home.php> (in Thai)
6. Mahatnirunkul S, Tantipiwatthanakul W, Pumpaisalchai W, Wongsuwan K, Pormmanajirangul R. Comparison of the WHOQOL–100 and 26 scale. Chiang Mai: Suanprung Psychiatric Hospital; 1997. (in Thai)
7. Akinyemi OO, Owoaje ET, Popoola OA, Ilesanmi OS. Quality of life and associated factors among adults in a community in South west Nigeria. Ann Ib Postgrad Med. 2012;10(2):34–9.
8. Noknoi C, Boripunt W. The quality of life of elders in Songkhla province. Princess of Naradhiwas University Journal. 2017;9(3):94–105. (in Thai)
9. Gattino S, Piccoli ND, Fassio O, Rollero C. Quality of life and sense of community. A study on health and place of residence. J community Psychology. 2013;41(7):811–26.
10. Tasuwanin T, Maneerat W, Rappakit K, Laorinthong A, Winyangkul P. Quality of life of the elderly ethnic in Chiang Rai province. Journal of Nursing and Health Care. 2018;36(4):74–82. (in Thai)
11. Green L, Kreuter M. Health program planning: an educational and ecological Approach. 4th ed. New York: McGraw–Hill; 2005.
12. Daniel WW. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 10th ed. Las Vegas: Edwards Brothers Molloy; 2013.
13. Wong FY, Yang L, Yuen JWM, Chang KKP, Wong FKY. Assessing quality of life using WHOQOL–BREF: a cross-sectional study on the association between quality of life and neighborhood environmental satisfaction, and the mediating effect of health-related behaviors. BMC Public Health. 2018;18(1):1113.
14. Hinkhaw C, Leaungsomnapa Y, Pattamasutthikun N, Srithahai J, Khanviset S, Pootthai P. Quality of life of people with chronic illness in the responsible areas of Tha Chang Sub-district administrative organization, Chanthaburi province. Journal of Health Science Research. 2017;11(1):23–32. (in Thai)

15. Kaewkungwal J, Singhasivanon P. Textbook of clinical research. Bangkok: Amarin printing and Publishing; 2011. (in Thai)
16. Seeherunwong A, Suwonnaroop N. An analysis of validity and reliability of the health-promoting lifestyle profile-II in Thai version. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council. 2004;19(4):44-63. (in Thai)
17. Best JW. Research in education. New Jersey: Prentice Hall; 1981.
18. Penchansky R, Thomas W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care. 1981;19(2):127-40.
19. Chai-aree C. The relationship between social support, self-care behavior and quality of life in patient with congestive heart failure [Dissertation]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 1990. (in Thai)
20. Munro BH. Statistical methods for health care research. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
21. Wangthong A, Wangthong A, Luemoh A, Sangpum M. The quality of life of the population in Nongjik district, Pattani province. The Journal of Primary Care and Family Medicine. 2019;2(2):50-7. (in Thai)
22. Rizal H, Said MA, Abdul MH, Su TT, Maw PT, Ismail R, et al. Health-related quality of life of younger and older lower-income households in Malaysia. journal.pone. 2022;17(2):1-15.
23. Supahatthee S. Factors affecting quality of life of the elderly in Ban Nongpednam, Tambon Kokkrud, Amphoe Mueang, Nakhonratchasima. Journal of Nakhonratchasima College. 2011;5(2):11-5. (in Thai)
24. Office of the Prime Minister. Office of the national economic and social development council. poverty and inequity report [Internet]. 2019 [cite 2022 Feb 12]. Available from: <http://social.nesdc.go.th> (in Thai)
25. Ratana-Ubol A. An analysis and synthesis of philosophies, concepts, and principles of lifelong education for becoming a learning community. Journal of Education Studies. 2019;47(2):428-44. (in Thai)