

ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพะเยา

Predictors of Health-Related Quality of Life among Buddhist Monks in Phayao Province

พระราชปรีดี¹ พระครูโสภณปรีดีสุธี¹ พระครูพิศาลสรกิจ¹ ชมพูนุท สิงห์มณี²
วโรดม เสมอเชื้อ³ เบนจมาศ สุขสถิตย์⁴

Phraratpariyad¹ Phrakhrusoponpariyatsutee¹ Phakhruphisansorskit¹,
Chompunut Singmanee² Warodom Samerchua³ Benjamas Suksatit^{*4}

¹มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตพะเยา จังหวัดพะเยา, ประเทศไทย 56000

¹Mahachulalongkornrajavidyalaya University Phayao campus, Phayao, Thailand 56000

²คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย จังหวัดเชียงราย, ประเทศไทย 57000

²Faculty of Nursing, Chiangrai College, Chiangrai, Thailand 57000

³คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่, ประเทศไทย 50000

³Mccormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai, Thailand 50000

⁴คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่, ประเทศไทย 50200

⁴Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand 50200

บทคัดย่อ

การวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพะเยา จำนวน 281 รูป เก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .76 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 76.16 ของพระสงฆ์มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี เมื่อควบคุมอายุ พฤติกรรมสุขภาพสามารถทำนายร้อยละ 11.54 ของความแปรปรวนในคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในพระสงฆ์ โดย 1 คะแนนของพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มขึ้น จะลดโอกาสของการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับที่ไม่ดีในพระสงฆ์ลง 0.93 เท่า (OR 0.93, 95%CI = 0.89 – 0.98, p = .0056)

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พระสงฆ์ พะเยา

Abstract

The objective of this secondary data analysis was to examine predictors of health-related quality of life (HRQOL) among 281 Buddhist monks in Phayao province. Three research instruments were used, including demographic questionnaire, the health behaviors questionnaire, and the SF-36 Thai version. These instruments provided Cronbach's alpha coefficient of .76 and .91, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and multiple logistic regression.

Results showed that 76.16% of monks had good HRQOL. When controlling for age, only health behaviors statistically significantly predicted 11.75% of variances in good HRQOL among monks. For one additional score of health behaviors provided monks 0.93 time of having poor HRQOL (OR 0.93, 95% CI 0.89 – 0.98, $p = .0056$).

Keywords: Predictors Health-related quality of life, Buddhist monks, Phayao

บทนำ

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นเป้าหมายสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ โดยทั่วไปผู้ให้นิยามของคุณภาพชีวิตไว้หลายลักษณะ ไม่ว่าจะเป็นการที่บุคคลไม่มีข้อจำกัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตได้ มีอายุยืนยาว สามารถแสวงหาสิ่งที่ต้องการได้หากนำไปเปรียบเทียบกับบุคคลที่อยู่ในช่วงอายุเดียวกัน หรืออาจหมายถึงการที่บุคคลสามารถปฏิบัติบทบาททางสังคมและได้รับการยอมรับจากสังคมสืบเนื่องจากบทบาทที่ปฏิบัติ¹ สำหรับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นคุณภาพชีวิตของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ถือได้เป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สำคัญเนื่องจากการรับรู้ของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาทของตนเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพเกิดขึ้น

พุทธศาสนาเป็นหนึ่งในศาสนาที่มีผู้นับถือเป็นจำนวนมากทั่วโลกโดยเฉพาะในประเทศไทย จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ร้อยละ 94 ของคนไทยนับถือศาสนาพุทธ² ซึ่งหลักธรรมคำสอนทางพุทธศาสนามีส่วนสำคัญในการวางรากฐานและแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงประเพณีและวัฒนธรรมของพุทธศาสนิกชน โดยมีพระสงฆ์เป็นผู้ดำเนินบทบาทสำคัญในการเผยแผ่หลักธรรมคำสอนเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการเรียนรู้ด้านคุณธรรม จริยธรรมของพุทธศาสนิกชน นอกจากนั้นแล้วพระสงฆ์ยังเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสังคม ท้องถิ่น ชุมชน สำหรับจังหวัดพะเยา ในปีพุทธศักราช 2560 พรรษานี้มีพระภิกษุสงฆ์จำนวน 1,277 รูป³

ปัจจุบันมีรายงานการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) ในพระสงฆ์เป็นจำนวนมากและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคเกี่ยวกับข้อเข่าทั้งโรคปวดข้อและข้ออักเสบ ปวดหลัง ปวดเอว และโรคเกาต์⁴ โดยสาเหตุหลักที่ทำให้พระสงฆ์มีความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาก เนื่องมาจาก

พระสงฆ์บริโภคอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลเป็นจำนวนมาก รวมถึงการมีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมบางอย่างเช่นชวราวาสได้ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ จะส่งผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ รวมถึงความสามารถหรือข้อจำกัดในการปฏิบัติตามบทบาทและหน้าที่ตามที่ตั้งคณาคาดหวัง

คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการดำรงชีวิตภายใต้บริบทของวัฒนธรรม⁵ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและการตระหนักของแต่ละบุคคล โดยคุณภาพชีวิตเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงระดับความเป็นอยู่ของทุกบุคคล คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมที่มีผลมาจากโรคและการรักษา⁶ พระสงฆ์จึงต้องผสมผสานหลักของการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย (กายิกสุข) จิตใจ (เจตสิกสุข) และสังคมเข้าด้วยกัน สามารถมีจริยวัตรที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรของสงฆ์ สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีตามสมณสาธูปแห่งตน

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในพระสงฆ์ไม่มากนัก และเป็นการศึกษาในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง⁷⁻⁹ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีการเจ็บป่วยและมีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพเกิดขึ้น มีความต้องการบริการเพื่อการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากปกติ แต่ไม่พบการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในพระสงฆ์โดยทั่วไป ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพระสงฆ์ที่อยู่ในสังคมตามปกติ ไม่เฉพาะเพียงแต่พระสงฆ์ที่มีอาการอาพาธและมีความต้องการบริการทางสุขภาพจากโรงพยาบาล การศึกษานี้จึงเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพะเยา รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็น

แนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในพระสงฆ์ในจังหวัดพะเยาให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพะเยา

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย โดยเป็นการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ของพระสงฆ์ที่เข้าร่วมการประชุมพระสังฆาธิการ ในวันที่ 22 สิงหาคม 2560 ณ วัดศรีโคมคำ พระอารามหลวง อ.เมือง จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พระสงฆ์จำนวน 281 รูปที่ตอบแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพครบถ้วน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารประกอบการประชุมพระสังฆาธิการ ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลอายุ พรรษา วัด ตำแหน่ง ระดับการศึกษา การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ที่ประยุกต์จากแบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นโดยกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านอารมณ์ และพฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคล ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 21-82 คะแนน คะแนนสูงหมายถึง พฤติกรรมสุขภาพดี ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .76
3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ SF-36 ฉบับภาษาไทย¹⁰ ซึ่งแปลโดยวัชร เลอมานุกูล และปารณีย์ มีแต่้ม และใช้วิธีการให้คะแนนตามวิธีของ RAND ประกอบด้วย คำถาม 36 ข้อเกี่ยวกับสุขภาพใน 8 มิติด้วยกัน ได้แก่ 1) ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย 2) บทบาทที่ถูกจำกัด

เนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย 3) บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ 4) ความกระตือรือร้น/ความเหนื่อยล้า 5) ความผาสุกทางจิต 6) บทบาททางสังคม 7) ความปวด และ 8) สุขภาพทั่วไป ตัวเลือกเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยแต่ละคำถามมีจำนวนตัวเลือกเป็น 2 3 4 5 หรือ 6 คำตอบให้เลือก แต่ละมิติจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0-100 คะแนนสูงหมายถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี คะแนนน้อยหมายถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี คะแนนที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 ของคะแนนเต็มถือได้ว่ามีคุณภาพชีวิตดี หากคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 ถือว่ามีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี¹¹ แบบสอบถามนี้ทางคณะสงฆ์จังหวัดพะเยาได้มีการปรับเปลี่ยนสรรพนามที่ใช้ให้มีความเหมาะสมกับพระสงฆ์ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .91

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย หมายเลขใบรับรอง ว.05/2560 ผู้วิจัยได้ขอข้อมูลบางส่วนจากการประชุมพระสังฆาธิการ ในวันที่ 22 สิงหาคม 2560 มาวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ ซึ่งเอกสารทุติยภูมิที่ได้รับไม่มีชื่อ มีเพียงรหัสตัวเลขแทนชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ไม่สามารถสืบค้นไปถึงรายบุคคลหรือวัดได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SAS, version 9.3 ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา วิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรเดี่ยวด้วยสมการถดถอยโลจิสติก (Logistic regression) จากนั้นวิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรพหุด้วยสมการถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) โดยคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่โมเดลจากผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดี่ยวที่มีค่า p-value < .05 โดยควบคุมตัวแปรอายุซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญในการศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา วิเคราะห์หาโมเดลที่ดีที่สุดด้วยวิธีการคัดออก (Backward elimination) ประเมินภาวะการอุปสรรค (Goodness of fit) ของโมเดลสุดท้าย

ด้วยวิธีของ Hosmer and Lemeshow ตัวแปรที่มีค่า p-value < .05 นำเสนอด้วยค่า Adjusted OR (ORadj) ที่ระดับช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI)

ผลการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคล ในการศึกษาครั้งนี้มีพระสงฆ์จำนวน 281 รูป อายุตั้งแต่ 21-84 ปี อายุเฉลี่ย 45.80 ปี (SD = 13.34) พระสงฆ์ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีมีอายุเฉลี่ยที่ 44.44 ปี (SD = 12.99) ในขณะที่กลุ่มที่มีคุณภาพชีวิต

ด้านสุขภาพไม่ดีมีอายุเฉลี่ยสูงกว่า โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 50.41 ปี (SD = 13.59) สอดคล้องกับจำนวนพระสงฆ์ที่พบว่าพระสงฆ์ที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีมีพระสงฆ์เฉลี่ยน้อยกว่า (M = 16.79, SD = 12.80) สำหรับบทบาทฐานะในวัด ส่วนใหญ่ของพระสงฆ์ทั้ง 2 กลุ่มดำรงตำแหน่งเจ้าอาวาสหรือรักษาการในตำแหน่งเจ้าอาวาส จำพรรษา ณ วัดราษฎร์/สำนักสงฆ์ สำเร็จการศึกษาทางโลกสูงสุดในระดับปริญญาตรี การศึกษาทางธรรมในระดับนักธรรมชั้นเอก และส่วนน้อยมีการศึกษาในแผนกบาลี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์จำแนกตามระดับของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	
	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)
ลักษณะส่วนบุคคล		
อายุ (ปี) 61	208	
น้อยกว่า 40 ปี	14 (22.95)	78 (37.50)
40 – 65 ปี	40 (65.57)	118 (56.73)
65 ปีขึ้นไป	7 (11.48)	12 (5.77)
อายุ (M ± SD.)	50.41 ± 13.59	44.44 ± 12.99
พรรษา (ปี) (M ± SD.)	20.93 ± 13.09	16.79 ± 12.80
ฐานะในวัด 65	210	
เจ้าอาวาส	54 (83.08)	148 (70.48)
รองเจ้าอาวาส	4 (6.15)	8 (3.81)
ผู้ช่วยเจ้าอาวาส	3 (4.62)	15 (7.14)
พระลูกวัด	4 (6.15)	39 (18.57)
ประเภทของวัดที่จำพรรษา	63	207
พระอารามหลวง	0 (0.00)	1 (0.48)
วัด	24 (38.10)	104 (50.24)
วัดราษฎร์/ สำนักสงฆ์	39 (61.90)	102 (49.28)
การศึกษาทางโลก (สายสามัญ) สูงสุด	64	211
ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	29 (45.31)	91 (43.13)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	35 (54.69)	120 (56.87)
การศึกษาแผนกธรรม ชั้นสูงสุด		
ไม่ได้ศึกษา	1 (1.54)	4 (1.90)
นักธรรมชั้นตรี	3 (4.62)	16 (7.62)
นักธรรมชั้นโท	9 (13.85)	15 (7.14)
นักธรรมชั้นเอก	52 (80.00)	175 (83.33)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ	
	ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)
การศึกษาแผนกบาลี		
ไม่ได้ศึกษา	15 (75.00)	91 (91.00)
ศึกษา	5 (25.00)	9 (9.00)
ภาวะสุขภาพ		
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม) (M ± SD.)	66.97 ± 17.72	66.80 ± 11.84
ส่วนสูง (เซนติเมตร) (M ± SD.)	163.63 ± 7.67	164.33 ± 7.44
รอบเอว (เซนติเมตร) (M ± SD.)	88.56 ± 18.34	86.47 ± 12.58
ดัชนีมวลกาย (M ± SD.)	24.68 ± 5.32	24.77 ± 3.95
ภาวะอ้วน	59	200
มี	25 (42.37)	82 (41.00)
ไม่มี	34 (57.63)	118 (59.00)
ภาวะอ้วนลงพุง	36	109
มี	12 (33.33)	38 (34.86)
ไม่มี	24 (66.67)	71 (65.14)
ภาวะความดันโลหิตสูง	37	141
มี	15 (40.54)	32 (22.70)
ไม่มี	22 (59.46)	109 (77.30)
เบาหวาน 38	134	
มี	12 (31.58)	20 (14.93)
ไม่มี	26 (68.42)	114 (85.07)
หัวใจขาดเลือด	23	111
มี	2 (8.70)	3 (2.70)
ไม่มี	21 (91.30)	108 (97.30)
หลอดเลือดอักเสบ	23	110
มี	1 (4.35)	3 (2.73)
ไม่มี	22 (95.65)	107 (97.27)
หืด	24	113
มี	4 (16.67)	4 (3.54)
ไม่มี	20 (83.33)	109 (96.46)
ไตเรื้อรัง	24	109
มี	3 (12.50)	2 (1.83)
ไม่มี	21 (87.50)	107 (98.17)
จำนวนโรคเรื้อรัง (M ± SD.)	0.8 ± 0.88	0.42 ± 0.71
พฤติกรรมการสุขภาพ (M ± SD.)	53.93 ± 13.10	59.43 ± 10.24

ภาวะสุขภาพ พระสงฆ์มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 15.79-45.87 (M = 24.75, SD = 4.29) กก./ม.2 ร้อยละ 41.31 มีภาวะอ้วนโดยมีดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ม. 2 ในส่วนของรอบเอวอยู่ในช่วง 63.50-139.70 (M = 86.99, SD = 14.18) เซนติเมตร โดยร้อยละ 34.48 มีภาวะอ้วนลงพุง คือมีรอบเอวมากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร¹² เมื่อพิจารณาทั้งสองกลุ่มพบว่า มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในส่วนของโรคประจำตัว พระสงฆ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.13) ไม่ทราบว่าตนเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 37.87 ระบุว่าไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตั้งแต่ 1-4 โรค โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบในกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 26.40) เบาหวาน (ร้อยละ 18.60) และโรคหืด (ร้อยละ 5.84) โดยในกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีมีร้อยละของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน น้อยกว่ากลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี (ตารางที่ 1) โดยทั่วไปเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ หรือมีอาการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ 5 ลำดับแรกที่พระสงฆ์ปฏิบัติได้แก่ ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ ไปสถานอนามัย/รพ.ส่งเสริมสุขภาพ ไปคลินิก ซ้อมยามารับประทานเอง และฉีดยาตำราหลวงที่ได้รับจากญาติโยม

พฤติกรรมสุขภาพ พระสงฆ์มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 58.13 (SD = 11.18) ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพที่พบบ่อยในพระสงฆ์ได้แก่ การฉีกฝักและผลไม้ ร้อยละ 33.21 ของพระสงฆ์ฉีกฝักและผลไม้ที่ไม่หลากหลาย และเกือบครึ่งหนึ่งของพระสงฆ์ (ร้อยละ 46.59) ฉีกเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ โดยกลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดีมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่า (M = 59.43, SD = 10.24) กลุ่มที่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพไม่ดี (M = 53.93, SD = 13.10)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพะเยา ค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ 63.78 (SD = 16.25) โดยร้อยละ 76.16 มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี เมื่อพิจารณาทั้ง 8 มิติของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพพบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทั้ง 8 มิติอยู่ในระดับดีเช่นกัน โดยความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (physical functioning, PF) มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (M = 75.22, SD = 22.69) ในขณะที่สุขภาพทั่วไป (general health, GH) มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (M = 55.49, SD = 19.46) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพระสงฆ์จังหวัดพะเยา (N = 281)

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	Mean	SD	ระดับ	
			ไม่ดี จำนวน (ร้อยละ)	ดี จำนวน (ร้อยละ)
สุขภาพทางกาย				
ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	75.22	22.69	25 (8.90)	256 (91.10)
บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย	63.03	37.82	69 (24.56)	212 (75.44)
ความปวด	65.21	40.73	59 (21.00)	222 (79.00)
สุขภาพทั่วไป	64.80	16.37	85 (30.25)	196 (69.75)
สุขภาพทางจิต				
ความกระตือรือร้น/ความเหนื่อยล้า	70.19	17.55	33 (11.74)	248 (88.26)
บทบาททางสังคม	66.64	19.92	21 (7.47)	260 (92.53)
บทบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์	66.54	19.37	92 (32.74)	189 (67.26)
ความผาสุกของอารมณ์	55.49	19.49	35 (12.46)	246 (87.54)
คุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้าน	63.78	16.25	67 (23.84)	214 (76.16)
สุขภาพทางกายโดยรวม	63.34	18.32	70 (24.91)	211 (75.09)
สุขภาพทางจิตโดยรวม	64.22	17.84	69 (24.56)	212 (75.44)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงอิทธิพลของตัวแปรอื่นด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกที่ละตัวแปร พบปัจจัยทำนายความเสี่ยงของการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับไม่ดีที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 ปีจะเพิ่มความเสี่ยงขึ้น 1.04 เท่า อายุพรรษาที่เพิ่มขึ้น 1 ปีจะเพิ่มความเสี่ยง 1.02 เท่า บทบาทพระ

สังฆาธิการเพิ่มความเสี่ยง 3.48 เท่า การมีภาวะความดันโลหิตสูง เพิ่มความเสี่ยง 2.32 เท่า เบาหวาน 2.63 เท่า หืด 5.45 เท่า ไตเรื้อรัง 7.54 เท่า และจำนวนโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น 1 โรคจะเพิ่มความเสี่ยงขึ้น 1.79 เท่า ในขณะที่พฤติกรรมสุขภาพจะช่วยลดความเสี่ยงของการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับไม่ดีได้ 0.96 เท่า (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สัดส่วนความเสี่ยงของการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับไม่ดี

ปัจจัยเสี่ยง	Crude OR	95% CI	p-value
ลักษณะส่วนบุคคล			
อายุ	1.04	1.01 - 1.06	.0025**
พรรษา	1.02	1.00 - 1.05	.0322*
บทบาทในวัด			
พระสังฆาธิการ	3.48	1.19 - 10.13	.0224*
พระลูกวัด	1.00		
ประเภทของวัดที่จำพรรษา			
วัด	0.60	0.34 - 1.06	.0805
วัดราษฎร์/ สำนักสงฆ์	1.00		
การศึกษาทางโลก (สายสามัญ) สูงสุด			
ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี	1.00		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0.92	0.52 - 1.61	.7576
การศึกษาแผนกธรรม ชั้นสูงสุด			
ต่ำกว่านักธรรมชั้นเอก	1.00		
นักธรรมชั้นเอก	0.80	0.39 - 1.62	.5366
การศึกษาแผนกบาลี			
ไม่ได้ศึกษา	1.00		
ศึกษา	3.37	0.99 - 11.44	.0513
ภาวะสุขภาพ			
ดัชนีมวลกาย	1.00	0.93 - 1.07	.8869
รอบเอว (เซนติเมตร)	1.01	0.98 - 1.04	.4448
ภาวะอ้วน	1.06	0.59 - 1.91	.8507
ภาวะอ้วนลงพุง	0.93	0.42 - 2.07	.8671
ภาวะความดันโลหิตสูง	2.32	1.08 - 5.00	.0310*
เบาหวาน	2.63	1.14 - 6.05	.0228*
หัวใจขาดเลือด	3.43	0.54 - 21.79	.1916
หลอดเลือดอักเสบ	1.62	0.16 - 16.32	.6817
หืด	5.45	1.26 - 23.60	.0234*
ไตเรื้อรัง	7.64	1.20 - 48.58	.0311*
จำนวนโรคเรื้อรัง	1.79	1.20 - 2.67	.0047**
พฤติกรรมสุขภาพ	0.96	0.94 - 0.98	.0006**

หมายเหตุ * p < .05, **p < .01

ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุโลจิสติกด้วยวิธีการตัดออกในโมเดลสุดท้ายเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับที่ไม่ดี โดยการควบคุมตัวแปรอายุ (ตารางที่ 4) พบว่า คะแนนของพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนน ทำให้พระสงฆ์เสี่ยงต่อการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดีถึง 0.93 เท่า หรือร้อยละ 7 (OR 0.93, 95% CI 0.89 – 0.98, p = .0056)

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพะเยาในโมเดลสุดท้ายด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติกด้วยวิธีการตัดออก

ปัจจัยทำนาย	OR _{adj.}	95% CI	p-value
พฤติกรรมสุขภาพ	0.93	0.89 – 0.98	.0056

Max-rescaled R-Square = 0.1154

Hosmer and Lemeshow Goodness-of-Fit Test $\chi^2 = 9.59$, df = 7, p = .2132

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ รวมถึงปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพะเยา สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพะเยา

จากผลการศึกษา พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมของพระสงฆ์ในจังหวัดพะเยาอยู่ในระดับดี 63.78 (SD = 16.25) โดย ร้อยละ 76.16 ของพระสงฆ์มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง มีอายุเฉลี่ย 45.80 ปี ถึงแม้ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเกิดขึ้นแล้ว¹³ เช่น มีการเผาผลาญลดลง แต่การเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดขึ้นได้พบความชุกน้อยกว่าที่ไม่มากนัก โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจขาดเลือด หลอดลมอักเสบ หืด ไตเรื้อรัง โดยมีความชุกอยู่ที่ร้อยละ 26.4, 18.6, 3.7, 3, 5.8, และ 3.8 ตามลำดับ ทำให้คุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ในการศึกษานี้ดีกว่าการศึกษาที่ผ่านมา ที่ศึกษาในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งพบว่า พระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ โดยมีค่าเฉลี่ยร้อยละของคุณภาพชีวิต อยู่ระหว่าง 55.23 -62.367-9 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเมื่อมีการอาพาธด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลให้อวัยวะในร่างกายทำหน้าที่ได้ลดลง จะส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของสงฆ์ ส่งผลต่อการรับรู้สุขภาพแห่งตน¹⁴ จึงอาจทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของ

พระสงฆ์ลดลง และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อพระสงฆ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ¹⁵

2. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพะเยา

จากผลการศึกษา พบว่า เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยไม่คำนึงถึงอิทธิพลของตัวแปรอื่นด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกที่ละตัวแปร พบว่า อายุ พรรษา บทบาทพระสังฆาธิการ ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน หืด ไตเรื้อรัง จำนวนโรคเรื้อรัง และ พฤติกรรมสุขภาพ สามารถทำนายความเสี่ยงของการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาความสามารถในการทำนายของอายุ และจำนวนพรรษาต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่ามีทั้งที่สอดคล้อง⁷ และแตกต่าง⁹ กับการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งนี้อาจอธิบายความสอดคล้องที่พบว่าอาจมีผลจากค่าเฉลี่ยของอายุพระสงฆ์ที่มีความใกล้เคียงกัน ในขณะที่การศึกษาที่พบความแตกต่างนั้นกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของอายุที่มากกว่าและมากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ทำให้ข้อมูลอายุในการศึกษานั้นมีช่วงที่ค่อนข้างแคบ ตรงข้ามกับการศึกษานี้ที่กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุกว้างตั้งแต่ 21-84 และมีค่าเฉลี่ยที่ 45.80 โดยความหลากหลายของข้อมูลอาจส่งผลต่อความสามารถในการทดสอบความสัมพันธ์และการทำนายได้ ประเด็นความสัมพันธ์ของจำนวนพรรษาที่บวชต่อคุณภาพชีวิต อาจอธิบายได้ในลักษณะของความสัมพันธ์ระหว่างอายุและจำนวนพรรษาที่บวชที่มีความสัมพันธ์กันมาก

ผลการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า ความดันโลหิตสูง เบาหวาน

รวมถึงจำนวนโรคที่พระสงฆ์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่าการอาพาธด้วยโรคเรื้อรังบ่งบอกถึงความไม่สมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ซึ่งเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พระสงฆ์จะต้องมีการปรับเปลี่ยนกิจวัตรเพื่อให้เหมาะสมกับโรคและการรักษา ซึ่งอาจทำให้พระสงฆ์ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่และบทบาทได้อย่างปกติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในพระสงฆ์⁷ ดังนั้นการอาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหลายโรคจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมลดลง

พฤติกรรมมารับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านอารมณ์ และพฤติกรรมนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต สามารถอธิบายได้ว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญอันจะช่วยป้องกันการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือหากมีการอาพาธเกิดขึ้นแล้ว พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะช่วยชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้โรคและความเจ็บป่วยสามารถควบคุมได้ อันจะเป็นผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น

เมื่อควบคุมปัจจัยด้านอายุ พฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่อายุ พรรษา และการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่สามารถทำนายความเสี่ยงของการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในระดับไม่ตีในพระสงฆ์ได้ ทั้งนี้อาจเนื่องด้วยความสัมพันธ์กันเองของปัจจัยด้านอายุ พรรษา และการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยอายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพรรษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น นอกเหนือจากพฤติกรรมแล้ว อายุที่เพิ่มขึ้น จะเพิ่มความเสี่ยงของบุคคลในการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง¹³ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะส่งเสริมให้พระสงฆ์สามารถชะลอการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ชะลอ/บรรเทาอาการแสดงของการเจ็บป่วย อันจะทำให้พระสงฆ์สามารถปฏิบัติกิจวัตรของสงฆ์ได้ตามสมณสาธูปแห่งตน และดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข ส่งผลให้การรับรู้ต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ ทำให้ข้อมูลที่ได้บางส่วนไม่ครบถ้วน เช่น ลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพในบางประเด็น รวมถึงคุณภาพชีวิต ทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลครบถ้วนมีจำนวนลดลงจากข้อมูลทั้งหมดที่มีอยู่

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทืด ไตเรื้อรัง เพิ่มความเสี่ยงของการมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ไม่ดี บุคลากรทีมสุขภาพควรให้คำแนะนำในการดูแลตนเองแก่พระสงฆ์เมื่อมีความเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ บุคลากรทีมสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรร่วมมือกันในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ อันจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพระสงฆ์ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะที่จะทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่อาจมีผลเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยเฉพาะปัจจัยทางด้านจิตใจ และสังคม เพราะองค์ประกอบเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและค่านิยมในการดำรงชีวิต เช่น การรับรู้คุณค่าแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น อันจะส่งผลให้สามารถอธิบายปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพระสงฆ์ได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น
2. ควรศึกษาเพิ่มเติมในพระสงฆ์ในภูมิภาคอื่น ๆ ที่มีลักษณะวัฒนธรรมแตกต่างกันไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะสงฆ์จังหวัดพะเยา ที่สนับสนุนการทำวิจัย รวมถึงสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตพะเยา และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่มีส่วนร่วมสนับสนุนให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จ

References

1. Trevittaya P. Concepts of quality of life. Bull Chiang Mai Assoc Med Sci. 2016;49(2):171-184 (in Thai).
2. National Office of Buddhism. 2016 Basic Information of Buddhism. Nakorn Prathom: National Office of Buddhism, 2016 (in Thai).

3. Phayao Sangka Administration Organization. 2016 Annual Report. Phayao: Phayao Sangka Administration Organization, 2016 (in Thai).
4. The Interfaith Foundation for Social Development. Research Synthesis of the Development of Monk's Well-Being (Health). Chiang Mai: The Interfaith Foundation for Social Development, 2016 (in Thai).
5. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. Quality of Life: A Study of Elderly in Thailand. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2014;15(3):64-70 (in Thai).
6. Tepsuiyanont S. Quality of Life in Heart Failure Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017;18(1):39-45 (in Thai).
7. Tunsatean P. Quality of Life among Thai Buddhist Monks with Chronic Illnesses at Priest Hospital. Bangkok: Mahidol University; 2007 (in Thai).
8. Phonwiset K. Factors Associated with Quality of Life among Monks with Chronic Illness, Priest Hospital. Bangkok: Mahidol University; 2011 (in Thai).
9. Polvan S. Factors associated with quality of life among Buddhist monks with chronic diseases in Saraburi province, Thailand: Mahidol University; 2009.
10. Leurmarnkul W, & Meetam, P. Properties Testing of the Retranslated SF-36 (Thai Version). *The Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2005;29(1-2):69-88 (in Thai).
11. Chumtem S, Jitpanya C. The Relationship Between Joint Pain, Fatigue, Sleep Quality, Depression and Health Related Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Kuakarun Journal of Nursing*. 2015;22(1):113-128 (in Thai).
12. Aekplakorn W. Thai National Health Examination Survey, NHES V. Bangkok: Health Systems Research Institute, 2016 (in Thai).
13. Suksatit B. Concepts related to Adult Nursing. In: Soivong P, editor. *Medical Nursing*. Chiang Mai: Smart coating and services; 2017 p. 1-10 (in Thai).
14. Poonpiam K, Sasat S. Factors Related to Health Related Quality of Life in Older Persons with Age-Related Macular Degeneration. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017;18 (Supplement May - August):382-392 (in Thai).
15. Pornprasert P, Pranart K, Pornprasert A. Quality of Life of the Thai Buddhist Monks with Chronic Illnesses at Chaloeprakhiat 60 Phansa Nawamintarachini Hospital Ubon Ratchatani Province. *Humanities and Social Sciences Journal Ubonratchathani Rajabhat University*. 2016 7(2):89-100 (in Thai).