

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต
QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY WITH BENIGN PROSTATIC
HYPERPLASIA



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2540

ISBN 974-588-702-1

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University

ณ

ศ 464ค

2540

วิทยานิพนธ์
เรื่อง
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

ปิโรภพ ช่างสกลเมธี

ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี

ผู้วิจัย

สมพันธ์ หิณฺฐิระนันท์

วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อนุพันธ์ ต้นติวงศ์

พ.บ., ว.ว. (ศิลปศาสตรบัณฑิต)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

สุวิมล กิมปี

วท.บ (พยาบาล), ค.ม. (วิจัยการศึกษา)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ทัศนาศุภกิจ

วท.บ (พยาบาล), ค.ม. (วิจัยการศึกษา)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ทัศนาศุภกิจ

ทัศนาศุภกิจ

ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

คณะพยาบาลศาสตร์

อดุลย์ วิริยะเวชกุล

อดุลย์ วิริยะเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
วันที่ 9 เมษายน 2540

ศิริพรณ ชาณสุกิจเมธี
ผู้วิจัย

สมพันธ์ หิณฐิระนันท์
วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อนุพันธ์ ดันติวงศ์
พ.บ., ว.ว. (ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ทัศนาศ บุณทอง
ค.บ., M.S., Ed.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

บังกช เก่งเขตกิจ
วท.บ (พยาบาล), ค.ม. (สถิติการศึกษา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,
พ.บ., น.บ., F.R.C.P.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

สุวิมล กิมปี
วท.บ (พยาบาล), ค.ม. (วิจัยการศึกษา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ทัศนาศ บุณทอง
ค.บ., M.S., Ed.D.
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ

นางสาวศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี

วัน เดือน ปีเกิด

28 กันยายน พ.ศ. 2502

สถานที่เกิด

จังหวัดสุโขทัย ประเทศไทย

ประวัติการศึกษา

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2522-2525 :

วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2538-2539 :

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

ทุนวิจัย

ทุน China Medical Board of New York, Inc.

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2526-ปัจจุบัน : โรงพยาบาลศิริราช, กรุงเทพฯ

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ทบวงมหาวิทยาลัย

ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญาธีระนันท์ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ อนุพันธ์ ตันติวงศ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวิมล กิมปี อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและ ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งสนับสนุน ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง และรองศาสตราจารย์ บงกช เก่งเขตกิจ ที่กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบแก้ไข เครื่องมือสำหรับการวิจัย พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช ที่กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ คัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ หัวหน้างานการพยาบาลผ่าตัด หัวหน้างานการพยาบาล ศัลยศาสตร์ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ตลอดจนหัวหน้าพยาบาล พยาบาล ผู้ช่วย พยาบาล หน่วยระบบทางเดินปัสสาวะตึกสยามินทร์ชั้น 5 หอผู้ป่วยมหิตลบำเพ็ญ 2 และ หอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลศิริราชทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดี ในการเก็บข้อมูล รวมทั้งขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนช่วยเหลือให้การวิจัย ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ และคุณแม่ผู้ล่วงลับไปแล้ว สำหรับความรัก ความห่วงใยที่ให้แก่วิจัยตลอดมา ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านที่กรุณาอบรมสั่งสอนถ่ายทอด วิชาความรู้และให้กำลังใจแก่วิจัยจนประสบความสำเร็จในการศึกษา ขอขอบคุณญาติ พี่น้อง ตลอดจน พี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ และผู้ร่วมงานทุกท่าน รวมทั้งทุกท่านที่เกี่ยวข้องซึ่งไม่ได้กล่าว นามในที่นี้ที่เป็นกำลังใจด้วยดีตลอดมา และขอขอบพระคุณทุน China Medical Board of New York, Inc. ที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ชื่อวิทยานิพนธ์ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต
ผู้วิจัย ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี
ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

สมพันธ์ วิทยุธีระนันท์ M.S.

อนุพันธ์ ดันติวงศ์ พ.บ.

สุวิมล กิมปี ค.ม. (วิจัยการศึกษา)

วันที่สำเร็จการศึกษา

9 เมษายน พ.ศ. 2540

บทคัดย่อ

โรคต่อมลูกหมากโต เป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิต และก่อให้เกิดปัญหาจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอันมาก ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องทราบระดับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไป มารับการตรวจรักษาที่หน่วยระบบทางเดินปัสสาวะตึกสยามินทร์ชั้น 5 หอผู้ป่วยมหิตลบำเพ็ญ 2 และหอผู้ป่วยพิเศษโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากร ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพ เครื่องมือประเมินการถ่ายปัสสาวะและแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตโดยรวม คุณภาพชีวิตรายด้าน ซึ่งประกอบด้วย ความพึงพอใจในชีวิต อัตมโนทัศน์ สุขภาพและการทำงานของร่างกาย รวมทั้งสังคมและเศรษฐกิจ อยู่ในระดับดี
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต พบว่าระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ส่วนความรุนแรงของ

อาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 ($r = .2154, .3108$ และ $-.3881$ ตามลำดับ) แต่อายุ สถานภาพสมรส และระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

3. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และอายุ เป็นกลุ่มตัวทำนายที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 30.39

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต โดยเน้นเรื่องการดูแลตนเองเพื่อลดความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ตลอดจนแนะนำถึงแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตนในการดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

Date of Graduation 9 April B.E. 2540 (1997)

Benign prostatic hyperplasia is one of the urologic diseases that can often be found in the elderly. This disease may create problems due to its complications, and therefore interferes with life style and affects the quality of life of patients. To care for these patients, it is necessary to know levels of the quality of life and factors that influence it, so that the guidelines to promote the elderly's quality of life can be made. Therefore the investigator intends to study the quality of life in the elderly with benign prostatic hyperplasia.

The sample comprises of 100 benign prostatic hyperplasia patients, age over 60, who either attended as outpatients the clinic on the 5th floor of Siamintara Building or were admitted as inpatients in Mahidolbumpen 2 and special wards in Siriraj Hospital. The instruments used in the study were composed of personal background factors, socio-economic factors, health-related factors, questionnaires for evaluating the symptoms of benign prostatic hyperplasia and the quality of life. Data were analysed in percentage, arithmetic means, standard deviation, pearson's product moment correlation coefficient and the stepwise multiple regression.

The results were as follows :

1. The overall quality of life, life satisfaction, self-concept, health and functioning as well as socio-economic well-being were at a good level.

2. Factors which correlated positively to quality of life were the level of education and income; the factor which correlated negatively was the severity of the urinary symptoms ($p < .05$, $.01$, $.001$ respectively). The correlation between age status and duration of illness was not significant ($p > .05$)

3. The results of the stepwise multiple regression analysis showed that 30.39 percent of the variance of quality of life in the elderly with benign prostatic hyperplasia was accounted for by four significant predictors, i.e., the severities of the urinary symptoms, income, duration of illness and age. ($p < .001$)

Based on the results of this study, the investigator recommends for the nursing practice to suggest that nurses provide health education about benign prostatic hyperplasia disease, especially self-care, to the patients in order to decrease the severities of the urinary symptoms. Furthermore, suggestions about money sources to support nursing care for these elderly to live with good quality of life should also be introduced.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ญ
สารบัญภาพ	ข
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิด	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
สมมติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตของการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
นิยามตัวแปร	9
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
โรคต่อมลูกหมากโตในผู้สูงอายุ	12
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต	19
ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	42
การหาคุณภาพของเครื่องมือ	47
การเก็บรวบรวมข้อมูล	48
การวิเคราะห์ข้อมูล	49

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	51
การอภิปรายผล	69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	82
ข้อเสนอแนะ	84
บรรณานุกรม	86
ภาคผนวก	
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	96
ข. รายนามผู้ร่วมสร้างเครื่องมือแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต	98
ค. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	99
ง. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์ คุณภาพชีวิตรายข้อ	111
จ. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง	115

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา สถานภาพในครอบครัว	52
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ	53
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย	54
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การจ่ายค่ารักษาพยาบาล การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน	55
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ โรคประจำตัวและ/หรือภาวะแทรกซ้อน	56
6	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน คุณภาพชีวิตรายด้าน และโดยรวม	57
7	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ ด้านความพึงพอใจในชีวิต	58
8	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ ด้านอัตมโนทัศน์	59
9	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย	60
10	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	61

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
11	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต	62
12	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนายแสดงในรูปเมตริกสัมพันธ์	64
13	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนายกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต	65
14	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิตรายข้อด้านความพึงพอใจในชีวิต	111
15	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิตรายข้อด้านอัตมโนทัศน์	112
16	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิตรายข้อด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย	113
17	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิตรายข้อด้านสังคมและเศรษฐกิจ	114
18	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต	115
19	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต	116

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
20	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต	117
21	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต	118

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรคต่อมลูกหมากโต	7
2	Conceptual model of quality of life	31



สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กายวิภาคศาสตร์ของระบบสืบพันธุ์เพศชาย	12
2	กายวิภาคศาสตร์ของต่อมลูกหมาก	13
3	ต่อมลูกหมากโตเปิดท่อปัสสาวะ	14
4	ภาวะแทรกซ้อนจากต่อมลูกหมากโต	16



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในปัจจุบัน อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการควบคุมอัตราการเกิด ประกอบกับเทคโนโลยีด้านการรักษาพยาบาลได้พัฒนาเจริญก้าวหน้าเป็นอย่างมากทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้นส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติปีพ.ศ. 2533 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุ 4 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด เป็นผู้สูงอายุเพศชายจำนวน 1.8 ล้านคน และสถิติในปี พ.ศ. 2538 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 4.8 ล้านคน หรือร้อยละ 8 ของประชากรทั้งหมด เป็นผู้สูงอายุเพศชายจำนวน 2.2 ล้านคน คาดว่าในปี พ.ศ. 2543 จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 5.7 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 9.2 ของประชากรทั้งหมด เป็นผู้สูงอายุเพศชายจำนวน 2.6 ล้านคน (กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ : 2538) แนวโน้มการเพิ่มจำนวนขึ้นของผู้สูงอายุดังกล่าว มีผลอย่างมากต่อนโยบายและแผนงานด้านสาธารณสุขของประเทศ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องประสบกับปัญหาต่าง ๆ มากมาย ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินไปในลักษณะของความเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย โดยพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 66.4 มีปัญหาสุขภาพ (นิศา ชูโต 2525 อ้างใน สุรกุล เจนอบรม 2534 : 19) โดยเฉพาะโรคต่อมลูกหมากโตเป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะที่พบได้บ่อยโรคหนึ่งในผู้สูงอายุไทย (ประสพ รัตนกร 2526 อ้างใน นิสิตา จรูญโรจน์ 2531 : 19) ชายอายุ 60 ปี มีอุบัติการณ์ของโรคต่อมลูกหมากโตมากกว่าร้อยละ 50 ถ้าอายุ 85 ปี มีอุบัติการณ์ของโรคต่อมลูกหมากโตถึงร้อยละ 90 (อมรชัย หาญผดุงธรรมะ 2537 : 46) จากสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลศิริราช พบว่ามีผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยโรคต่อมลูกหมากโตประมาณปีละ 500 คน (หน่วยระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2536 - 2538)

โรคต่อมลูกหมากโต (Benign Prostatic Hyperplasia or BPH) เป็นเนื้องอกของระบบทางเดินปัสสาวะและเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่ง จะมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่าย

ปัสสาวะ อาการมักเริ่มอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป โดยอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติเกิดจาก
 ต่อมลูกหมากที่โตไปเบียดท่อปัสสาวะ ทำให้ท่อปัสสาวะตีบแคบลง เกิดการอุดตันบริเวณท่อ
 ทางเดินปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการถ่ายปัสสาวะบ่อยทั้งกลางวันและกลางคืน ต้องเบ่งหรือ
 รอนานก่อนถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะไม่พุ่ง ลำปัสสาวะอ่อนลง ปัสสาวะกระปริดกระปรอย
 ปัสสาวะไม่สุดยังเหลือตกค้าง ถ้าปัสสาวะค้างอยู่มากทำให้มีอาการอยากถ่ายปัสสาวะตลอด
 เวลา โดยเฉพาะต้องตื่นกลางดึกไปถ่ายปัสสาวะ ทำให้อ่อนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ก่อให้เกิด
 อาการอ่อนเพลีย หงุดหงิดง่าย เบื่ออาหาร และอิดโรย (อานาจ สุพันธ์ 2530 : 27 ; ธงชัย
 พรหมลาภ 2534 : 35 ; อมรชัย หาญผดุงธรรมะ 2537 : 46) นอกจากนี้หากปล่อยทิ้งไว้
 โดยไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาคือ มีการติดเชื้อในระบบทางเดิน
 ปัสสาวะ หลอดไต กรวยไต ปัสสาวะมีเลือดออก เนื่องจากการเบ่งถ่ายปัสสาวะทำให้เส้นเลือด
 ที่ผิวต่อมลูกหมากฉีกขาด มีนิ่วเกิดขึ้นในกระเพาะปัสสาวะ เนื่องจากผลของการอุดตันทาง
 เดินปัสสาวะ ไตโป่งพองเสียหายที่ เกิดไส้เลื่อนหรือริดสีดวงทวารจากการเบ่งถ่ายปัสสาวะ
 บ่อย ๆ (สมพันธ์ วิทยุธีระนันท์ และคณะ 2527 : 85 ; สมคิด วิทย์เจียกขจร 2530 :
 31 ; ชุมศักดิ์ พฤษชาพงษ์ 2539 : 40) จะเห็นได้ว่าโรคต่อมลูกหมากโตส่งผลกระทบต่อ
 โดยตรงต่อสุขภาพและการทำงานของร่างกายของผู้สูงอายุ เนื่องจากทำให้ผู้สูงอายุมีอาการ
 ถ่ายปัสสาวะผิดปกติไปจากเดิม ส่งผลรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่สำคัญคือถ้า
 ปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการรักษา จะก่อให้เกิดความเดือดร้อนจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ
 ต้องอาศัยการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องได้รับยาระงับความรู้สึก และมีโอกาสเสี่ยงต่อ
 การเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้ (อมรชัย หาญผดุงธรรมะ 2537 : 47) โรคต่อม
 ลูกหมากโต นอกจากมีผลกระทบต่อสุขภาพและการทำงานของร่างกายแล้ว ยังมีผลต่อ
 ความพึงพอใจในชีวิต และทัศนคติของผู้สูงอายุ เนื่องจากภาวะสุขภาพของร่างกายที่
 ผิดปกติ ย่อมก่อให้เกิดความวิตกกังวล ส่งผลให้การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป
 นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของผู้สูงอายุด้วย เพราะยาที่ใช้รักษาโรคต่อม
 ลูกหมากโตมีราคาแพง และต้องใช้เวลาในการรักษา อีกทั้งผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการ
 แพ้ยาหรือเกิดผลข้างเคียงของยาได้ (ชุมศักดิ์ พฤษชาพงษ์ 2539 : 40) จะเห็นได้ว่าผลของ
 โรคต่อมลูกหมากโต ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และ
 สังคม ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอันมาก ดังนั้นจึงเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่ง

ของพยาบาลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคคลกลุ่มนี้ เนื่องจากชีวิตที่มีค่าไม่ได้อยู่ที่การมีชีวิตที่ยืนยาว แต่อยู่ที่คุณภาพหรือความสุขในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ (Taylor 1987 : 234)

คุณภาพชีวิตที่ดี เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา ไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย ทั้งนี้ เพราะคุณภาพชีวิตเป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ (สุธาทิพย์ อุปลาบัตติ 2536 : 1) คุณภาพชีวิต เป็นนามธรรมซึ่งมีความหมายกว้าง และมีผู้ให้ความหมายแตกต่างกันไป โดยอาจใช้ในความหมายเดียวกับความปกติสุข (Well being) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) ความสุข (Happiness) ในทางการแพทย์คุณภาพชีวิตหมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติตามบทบาทในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่ว่าจะเป็นบทบาทในครอบครัว หรือชุมชน (เกษม วัฒนชัย 2530 : 65) แม้ว่ามีผู้ให้ความหมายแตกต่างกัน แต่มีลักษณะตรงกันอย่างหนึ่งคือ คุณภาพชีวิตบ่งบอกถึงสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ความรู้สึกเป็นปกติสุขในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล เนื่องจากคุณค่าของชีวิตไม่ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียวแต่ขึ้นกับหลายสิ่งรวมกัน นอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา สถานที่ และการรับรู้ของบุคคลที่มีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา และวัฒนธรรมแตกต่างกัน การประเมินคุณภาพชีวิตอาจประเมินทั้งเชิงจิตวิสัยและวัตถุวิสัย หรือประเมินเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง การประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์หรือพยาบาล ในการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ผ่านมามักเป็นการประเมินเชิงจิตวิสัยเพราะเชื่อว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคล ซึ่งมีความหมายแตกต่างกัน การประเมินเชิงจิตวิสัยสามารถบอกถึงคุณภาพชีวิตได้ดีที่สุด การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลทั่วไป อาจประเมินจากความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ได้แก่ การกินดี อยู่ดี สุขภาพอนามัยสมบูรณ์ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชนของตน แต่ในผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่ได้รับผลกระทบจากโรคและการรักษา โดยที่ผลกระทบดังกล่าวอาจจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น นอกจากจะประเมินในเรื่องความต้องการพื้นฐานทั่วไปแล้ว ยังต้องประเมินในส่วนที่เป็นผลกระทบจากโรคและการรักษาด้วย เช่น ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นต้น

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต จึงควรประเมินในหลายมิติ จะให้ความถูกต้องเหมาะสมกว่าประเมินเพียงมิติเดียว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของซาน (Zhan 1992 : 795-800) ที่ได้ศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตอย่าง กว้างขวางและสรุปว่า คุณภาพชีวิตเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิต และประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งฐานะ เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ทั้งนี้ซานยังให้แนวคิดว่าคุณภาพชีวิตสามารถประเมินทั้งเชิงวัตถุวิสัย และจิตวิสัย พร้อมทั้งให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยว่า ควรประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและ การทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ สำหรับความพึงพอใจในชีวิตเป็นความรู้สึกที่ผ่านกระบวนการรับรู้ต่อความเป็นจริงหรือสิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิต โดยเปรียบเทียบกับ สถานการณ์ที่เป็นอยู่ กับสถานการณ์ที่คาดหวัง หรืออยากให้เป็น ดังนั้นความพึงพอใจในชีวิต จึงเป็นความรู้สึกของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดำรงชีวิต และสภาพความเป็นอยู่โดยทั่วไป ส่วน อัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อตนเองในด้าน ลักษณะ รูปร่าง บุคลิกภาพ รวมถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยที่อัตมโนทัศน์ของแต่ละบุคคลเป็นผลมาจากการที่ บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและสังคม ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็น องค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต กล่าวคือ การมีสุขภาพที่ดี สามารถกระทำการต่าง ๆ ได้ ด้วยตนเอง จะนำมาซึ่งความสุขและความสำเร็จในชีวิต ดังนั้นปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทาง ด้านร่างกายจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตด้วย สำหรับด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นความรู้สึกของ ผู้สูงอายุเกี่ยวกับ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและครอบครัว การประกอบอาชีพ และรายได้ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การรักษาที่ต้องใช้ระยะเวลานาน ตลอดจนค่าใช้จ่ายใน การรักษาพยาบาล อาจทำให้เกิดปัญหากับผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ซานยังพบว่าคุณภาพชีวิตอาจเปลี่ยนแปลง ไปได้จากอิทธิพลของปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและ เศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ประการดังกล่าวมีผลต่อการรับรู้ความหมาย ของคุณภาพชีวิตด้วย ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ พยาบาลจึงควรมี ความเข้าใจและสนใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อช่วย

ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของชานประกอบด้วย

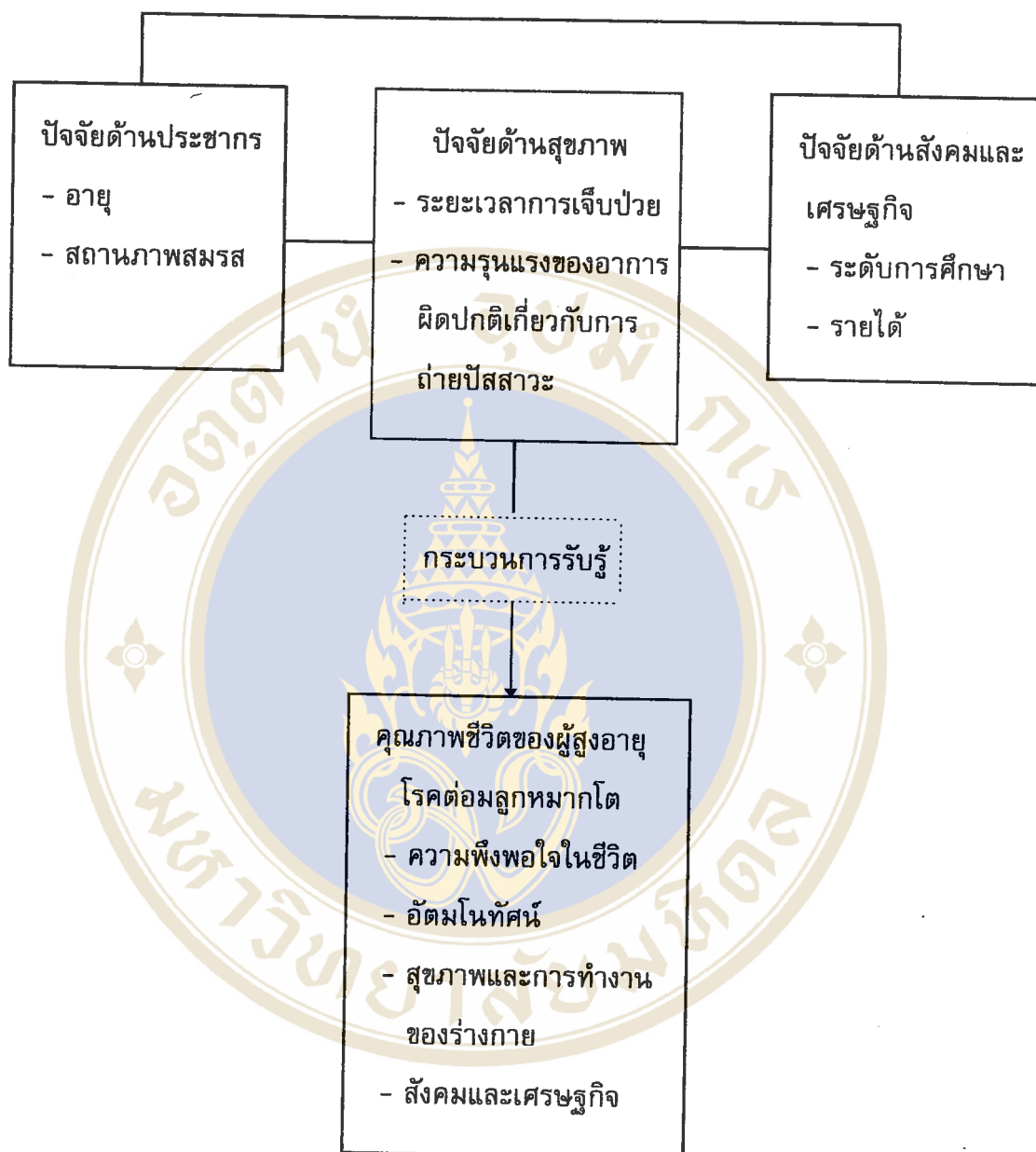
ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ **อายุ** เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตเนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต และส่งผลถึงการเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป (Padilla & Grant 1985 : 56) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นมีอายุระหว่าง 60-74 ปี ส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้พอสมควร ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากกว่าผู้สูงอายุตอนปลายมีอายุ 75 ปีขึ้นไป เนื่องจากการมีอายุมากขึ้น ความเสื่อมถอยของร่างกายย่อมเพิ่มขึ้น ความแข็งแรงของร่างกายถดถอยลง จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย (สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ ; วรรณิ สัตยวิวัฒน์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ 2538 : 91) สอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้อง พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทัศนีย์ จินางกูร 2530 : 84) ปัจจัยด้านประชากรอีกปัจจัยหนึ่ง คือ **สถานภาพสมรส** เป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยที่มีชีวิตคู่ ส่วนใหญ่มีผู้คอยปลอบโยน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา มีความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคมากขึ้น ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ **ระดับการศึกษา** เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้และสติปัญญาของบุคคล ช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความคิดของตนแก้ปัญหาการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปีจ 2525 : 106) จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ (สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ ; วรรณิ สัตยวิวัฒน์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ 2538 : 91) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจอีกปัจจัยหนึ่ง คือ **รายได้** เป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบัน ดังนั้นผู้ที่มียาได้สูงจึงมีแนวโน้มที่จะมี คุณภาพชีวิตที่สูงตามไปด้วย (Hogstel 1981 : 466)

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ (สุวิมล พนาวัฒนกุล 2534 : 33)

ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ **ระยะเวลาการเจ็บป่วย** เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพราะธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ผู้ป่วยที่มีประวัติการเป็นโรคนานระดับการควบคุมตนเอง และคุณภาพชีวิตจะยิ่งลดต่ำลง (ประภา รัตนเมธานนท์ 2532 : 30-31) นอกจากนี้ปฏิกิริยาการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคลจะแตกต่างกันตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Marino & Kooser 1981 : 56) ปัจจัยด้านสุขภาพอีกปัจจัยหนึ่ง คือ **ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ** เทย์เลอร์ (Taylor 1987 : 234) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเสียไปเนื่องจากการไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งชาวไทยที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าระยะของโรคที่รุนแรงขึ้นผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (Somchit Hanucharumkul 1988 : 132)

จากปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต และความสำคัญของคุณภาพชีวิตดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตซึ่งยังไม่มีผู้ใดศึกษา และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาคุณภาพชีวิตในเชิงจิตวิสัย โดยใช้แนวคิดของซ่าน (Zhan 1992) ที่ได้เสนอรูปแบบในการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพ และการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยคุณภาพชีวิตของบุคคลมีความแตกต่างกันหรือผันแปรไปได้ โดยขึ้นอยู่กับอิทธิพลของปัจจัย 3 ประการ คือ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต
5. ศึกษาอำนาจการทำนายของ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต
2. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต
3. ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต
4. อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพศชายมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโต ที่ได้รับการรักษาวิธีอื่นโดยยังไม่ได้รับการผ่าตัด มารับการตรวจรักษาที่หน่วยระบบทางเดินปัสสาวะตึกสยามินทร์ชั้น 5 หอผู้ป่วยมหิตลบำเพ็ญ 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลศิริราช

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตให้ดีขึ้น
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล ให้ทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต และนำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลในการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการแก่ผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตต่อไป

นิยามตัวแปร

1. คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเป็นปกติสุขและความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อความเป็นอยู่ หรือการดำรงชีวิตของตนเอง

ในการวิจัยครั้งนี้ คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเป็นปกติสุขและความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ที่ได้รับการรักษาวิธีอื่นโดยยังไม่ได้รับการผ่าตัด ที่มีต่อความเป็นอยู่หรือการดำรงชีวิตของตนเอง โดยผ่านกระบวนการรับรู้และประเมินด้วยตนเอง สามารถประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตที่ รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญาชีระนันท์และคณะ สร้างขึ้นโดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดของชาน ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน ดังนี้คือ

- 1.1 ด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่รับรู้เกี่ยวกับ ความพอใจในสภาพความเป็นอยู่ การรักษาพยาบาล การดำเนินชีวิต และความสำเร็จในชีวิต

1.2 ด้านอัตมโนทัศน์ (Self Concept) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่รับรู้เกี่ยวกับตนเองในเรื่อง สภาพร่างกาย บุคลิกภาพ คุณค่าในตนเอง ความเชื่อ และการยึดมั่นในศาสนา

1.3 ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health Functioning) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่รับรู้เกี่ยวกับ ภาวะการเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็น การออกกำลังกาย และสิ่งที่ทำเป็นประจำ

1.4 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio Economic) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่รับรู้เกี่ยวกับ สัมพันธภาพในครอบครัวและเพื่อน กิจกรรมทางสังคม การศึกษา การประกอบอาชีพ และรายได้

2. ปัจจัยด้านประชากร หมายถึง คุณลักษณะบางประการของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส

2.1 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา ถ้ามีเศษ 6 เดือนขึ้นไปนับเป็น 1 ปี

2.2 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่แบ่งตามการสมรส ได้แก่ สถานภาพสมรสคู่ โสด หม้าย หย่า แยก

3. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ หมายถึง กลุ่มตัวแปรเกี่ยวกับ สังคมและรายได้ของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตประกอบด้วย ระดับการศึกษา รายได้

3.1 ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของระยะเวลา ที่ได้รับการศึกษาของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตนับตั้งแต่ชั้นประถมปีที่ 1 จนถึงระดับการศึกษาสูงสุด

3.2 รายได้ หมายถึง จำนวนเงินโดยประมาณเป็นบาทที่ผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตได้รับในแต่ละเดือน

4. ปัจจัยด้านสุขภาพ หมายถึง กลุ่มตัวแปรเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตประกอบด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ

4.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง จำนวนเต็มเป็นเดือนของระยะเวลาที่ผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตเริ่มมีอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ จนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

4.2 ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ หมายถึง อาการของโรคต่อมลูกหมากโตมีมากน้อยเพียงใด โดยประเมินจากผลรวมของคะแนนที่แสดงอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ซึ่งประเมินโดยเครื่องมือประเมินการถ่ายปัสสาวะที่ผู้วิจัยนำมาจาก International Prostate Symptom Score (I-PSS) ของ World Health Organization (WHO) แปลเป็นไทยโดย รองศาสตราจารย์นายแพทย์ อนุพันธ์ ตันติวงศ์



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมวรรณกรรม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญเรียงตามลำดับ ดังนี้

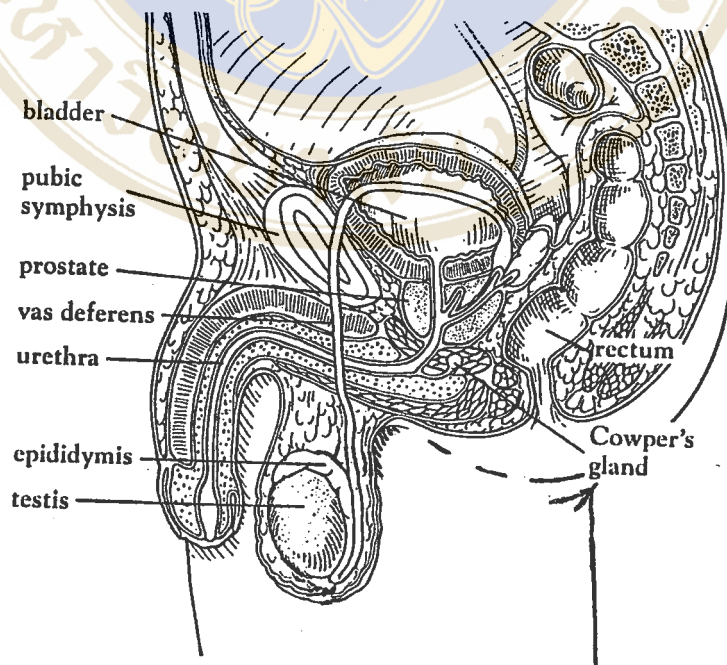
โรคต่อมลูกหมากโตในผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

โรคต่อมลูกหมากโตในผู้สูงอายุ

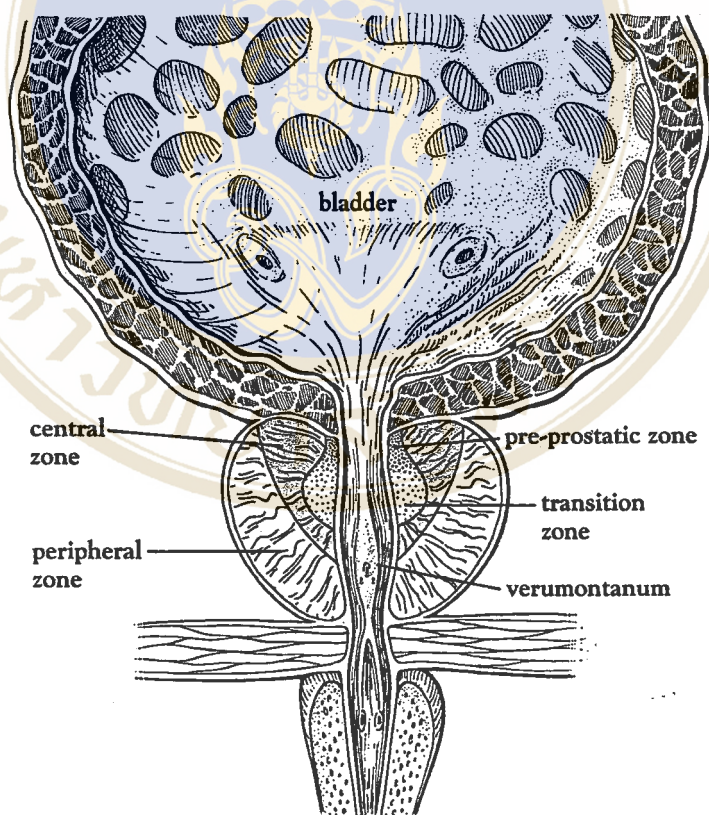
ต่อมลูกหมาก (prostate gland) เป็นอวัยวะหนึ่งของระบบสืบพันธุ์เพศชาย มีรูปร่างคล้ายลูกหมากดิบ อยู่ในอุ้งเชิงกรานระหว่างกระดูกหัวหน่าวกับลำไส้ใหญ่และช่องทวารหนัก โดยอยู่ต่ำกว่าส่วนคอของกระเพาะปัสสาวะ ล้อมรอบท่อปัสสาวะส่วนต้น (อำนาจ สุนันท์ 2530 : 27 ; ธงชัย พรณสาภ 2534 : 35) (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กายวิภาคศาสตร์ของระบบสืบพันธุ์เพศชาย

(Edwin M. Meares Jr & Grannum R. Sant 1992 : 1)

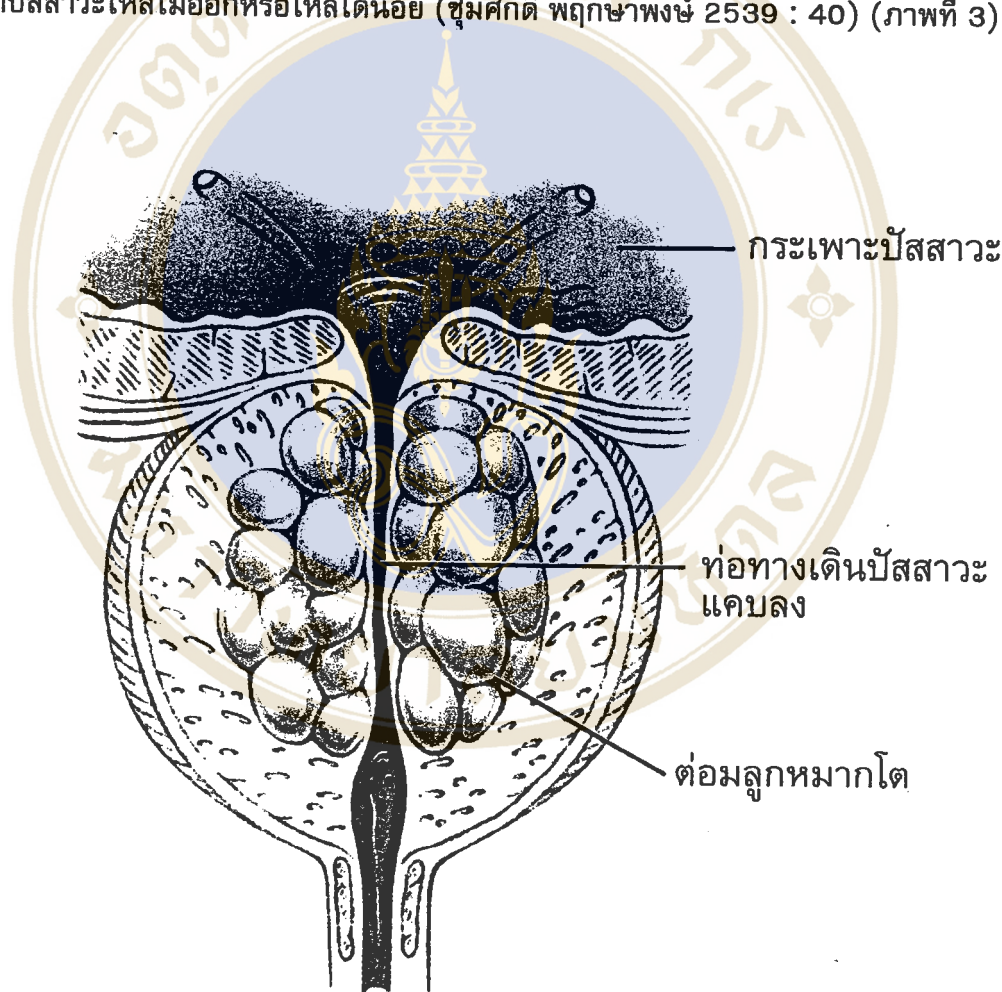
ขณะแรกคลอดต่อมลูกหมากมีขนาดเล็กมาก จะเริ่มเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็วตอนกำลังเป็นวัยรุ่น และโตเต็มที่ในชายอายุ 30 ปี โดยจะโตคงที่จนอายุถึง 45 ปี (ธงชัย พรณุลาก 2534 : 35) ต่อมลูกหมากปกติมีขนาดกว้าง 3-4 เซนติเมตร ยาว 4-6 เซนติเมตร และหนา 2-3 เซนติเมตร (Perinchery Narayan 1995 : 392) มีน้ำหนักประมาณ 20 กรัม ทำหน้าที่สร้างของเหลวและสารที่หล่อเลี้ยงตัวอสุจิให้แข็งแรง และช่วยนำพาตัวอสุจิออกสู่ภายนอกกระหว่างร่วมเพศ (อำนาจ สุนันท์ 2530 : 27) ต่อมลูกหมากประกอบด้วยส่วนของ peripheral zone ร้อยละ 70 central zone ร้อยละ 25 pre-prostatic zone ซึ่งประกอบด้วย transition zone กับ periurethral ducts ร้อยละ 5 และ anterior fibromuscular stroma (Edwin M. Meares Jr & Grannum R. Sant 1992 : 1) (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 กายวิภาคศาสตร์ของต่อมลูกหมาก

(Edwin M. Meares Jr & Grannum R. Sant 1992 : 2)

โรคต่อมลูกหมากโต (Benign Prostatic Hyperplasia or Benign Prostatic Hypertrophy or BPH) เป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะที่พบได้บ่อยโรคหนึ่ง มักเกิดในผู้ชายอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป (อำนาจ สุนันท์ 2530 : 28 ; สมคิด วิทย์เจียกขจร 2530 : 31) โดยต่อมลูกหมากที่โตมักเกิดที่ส่วนของ Transition zone (Edwin M. Meares Jr & Grannum R. Sant 1992 : 1) จะมีการเจริญเพิ่มทั้งขนาดและจำนวนเซลล์มากกว่าปกติ ทำให้ต่อมลูกหมากโตเป็นก้อนเนื้อออก เมื่อโตมากขึ้นจะเบียดท่อปัสสาวะส่วนต้นให้แคบ เป็นผลให้น้ำปัสสาวะไหลไม่ออกหรือไหลได้น้อย (ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช 2539 : 40) (ภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 ต่อมลูกหมากโตเบียดท่อปัสสาวะ
(ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช 2534 : 30)

สาเหตุการโตของต่อมลูกหมากที่แน่ชัดไม่มีใครทราบ แต่คิดว่าเกิดจาก

1. อายุมากขึ้น พบว่าชายอายุ 60 ปี มีอุบัติการณ์ของโรคต่อมลูกหมากโตมากกว่าร้อยละ 50 และถ้าอายุ 85 ปี จะมีอุบัติการณ์ของโรคต่อมลูกหมากโตถึงร้อยละ 90 (อมรชัย หาญผดุงธรรมะ 2537: 46)

2. เอ็นไซม์ 5-alpha Reductase (5-อัลฟา รีดักเตส) ภายในเซลล์ของต่อมลูกหมาก จะเปลี่ยนฮอร์โมนเพศชาย Testosterone มาเป็นฮอร์โมน Dihydrotestosterone (DHT) ซึ่งจะกระตุ้นให้ต่อมลูกหมากโตขึ้น (อนุพันธ์ ตันติวงศ์ และคณะ 2538 : 227)

อาการของโรคต่อมลูกหมากโตมักเริ่มอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป ในระยะแรกพบว่าเมื่อปวดถ่ายปัสสาวะจะต้องรอนานกว่าจะถ่ายปัสสาวะออก ปัสสาวะไม่พุ่ง ลำปัสสาวะอ่อนลง (สมพันธ์ หิณชิตระนันท์ และคณะ 2527 : 85 ; อมรชัย หาญผดุงธรรมะ 2537 : 46) ต่อมาจะถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้นทั้งกลางวันและกลางคืน มักจะลุกไปปัสสาวะตอนกลางคืนมากกว่า 1 ครั้ง (คนปกติปัสสาวะตอนกลางคืน 0-1 ครั้ง) ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพออาจก่อให้เกิดอาการหงุดหงิดง่าย เบื่ออาหารและอิดโรย (อำนาจ สุนันท์ 2530 : 27 ; ธงชัย พรณलग 2534 : 35) อาจจะถ่ายปัสสาวะเป็นหยด ๆ รู้สึกว่าถ่ายปัสสาวะออกไม่หมด ยังเหลือตกค้าง ถ้าน้ำปัสสาวะที่เหลืออยู่หลังถ่ายปัสสาวะมีมากขึ้น การบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะจะลดลง ต่อมลูกหมากและคอของกระเพาะปัสสาวะ จะอักเสบและบวม ทำให้มีการอุดกั้นทางเดินปัสสาวะมากขึ้น ถ้าการอุดกั้นยังมีอยู่ต่อไปจะทำให้หลอดไต และไตโป่งพอง (สมพันธ์ หิณชิตระนันท์ และคณะ 2527 : 85 ; ธงชัย พรณलग 2534 : 35) หากมีอาการเหล่านี้แล้วปล่อยไว้โดยไม่ได้รับการรักษา จะเกิดผลตามมา คือ

1. ถ่ายปัสสาวะไม่ออกทันที (Acute retention of urine) เนื่องจากเลือดมาคั่งที่ต่อมลูกหมากทันที และหลอดปัสสาวะแคบมากขึ้นอย่างรวดเร็ว มักเป็นในเวลาทำงานหนัก เดินทางไกล ดื่มเหล้า ภูควมเย็นจัด มีการติดเชื้ออย่างเฉียบพลัน (สมพันธ์ หิณชิตระนันท์ และคณะ 2527 : 85 ; ชุมศักดิ์ พุกชาพงษ์ 2539 : 40)

2. เกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ผลจากการคั่งค้างของน้ำปัสสาวะ ทำให้มีการอักเสบที่กระเพาะปัสสาวะ หลอดไต กรวยไต (ธงชัย พรณलग 2534 : 35)

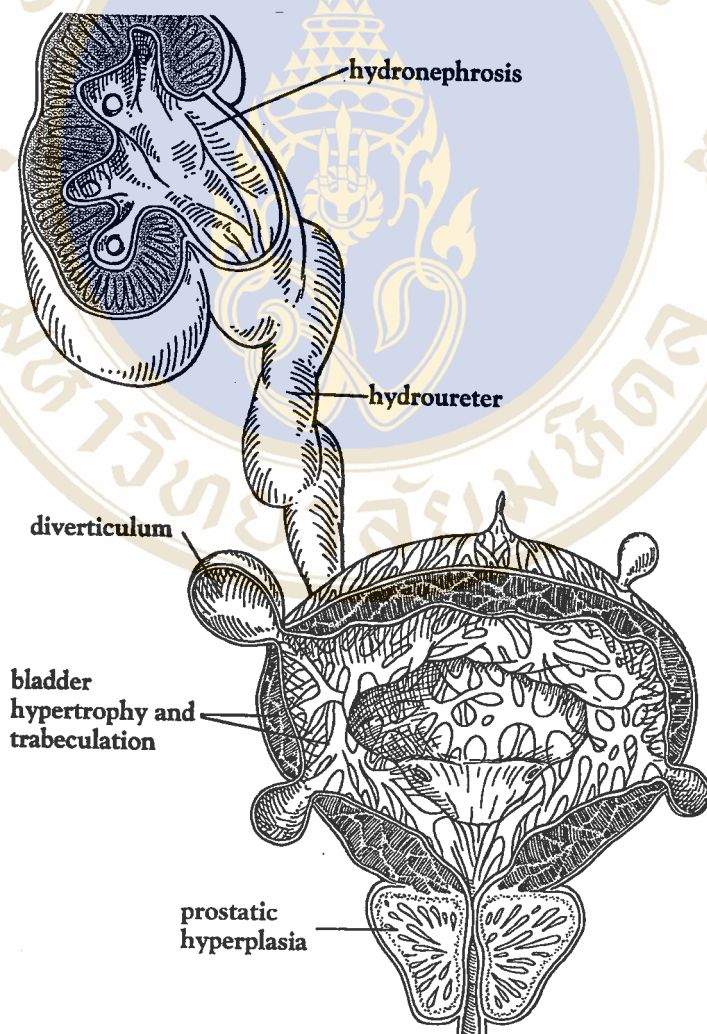
3. เลือดออก เกิดขึ้นเมื่อมีเลือดคั่งที่ต่อมลูกหมาก การเบ่งถ่ายปัสสาวะหรือมีการอักเสบเป็นแผล ทำให้เส้นเลือดที่ผิวต่อมลูกหมากฉีกขาด (อำนาจ สุนันท์ 2530 : 27)

4. หลอดไตและไตโป่งพอง (Hydrourter and hydronephrosis) เป็นผลจากการอุดตันของหลอดปัสสาวะที่เกิดขึ้นช้า ๆ อาจจะมีการย้อนกลับของน้ำปัสสาวะร่วมด้วย (สมพันธ์ หิญชีระนันท์ และคณะ 2527 : 85) (ภาพที่4)

5. นิ้วในกระเพาะปัสสาวะ มักจะพบได้เสมอเนื่องจากผลของการอุดตันทางเดินปัสสาวะ และการติดเชื้อ (สมคิด วิทย์เจียกขจร 2530 : 31)

6. ไตเสียหายที่ เป็นผลจากการอุดตันทำให้ไตโป่งพอง และการติดเชื้อที่ไต (สมพันธ์ หิญชีระนันท์ และคณะ 2527 : 85 ; ธงชัย พรณलग 2534 : 35)

7. ไส้เลื่อน (inguinal hernia) หรือริดสีดวงทวาร (internal hemorrhoid) เกิดจากการเบ่งถ่ายปัสสาวะนาน ๆ (อำนาจ สุนันท์ 2530 : 27)



ภาพที่ 4 ภาวะแทรกซ้อนจากต่อมลูกหมากโต
(Edwin M. Meares Jr & Grannum R. Sant 1992 : 16)

ผู้ป่วยไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ แพทย์จะซักประวัติถามอาการและระยะเวลาที่เริ่มเป็น ทำการตรวจทางทวารหนัก เพื่อคลำต่อมลูกหมากโตเล็กน้อยเพียงใด (อมรชัย หาญผดุงธรรมะ 2537 : 47) ประเมินอาการเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ โดยใช้แบบประเมินอาการ I-PSS (International Prostate Symptom Score) ถ่ายปัสสาวะใส่เครื่องดูความแรงและปริมาตรของน้ำปัสสาวะ และตรวจดูน้ำปัสสาวะว่ามีเลือดในกระเพาะปัสสาวะเท่าใด ส่องกล้องดูทางท่อปัสสาวะเพื่อดูว่าต่อมลูกหมากโตจริงหรือไม่ และดูว่ามีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นในกระเพาะปัสสาวะด้วยหรือไม่ เช่น นิ่ว การตรวจโดยใช้อัลตราซาวนด์เพื่อวัดขนาดและดูลักษณะของต่อมลูกหมาก การเจาะเลือดดู พี.เอส.เอ. เพื่อช่วยแยกโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก (อนุพันธ์์ ดันติวงศ์ และคณะ 2538 : 229)

แนวทางการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตจะคำนึงถึง ความรุนแรงของโรคหรือความเดือดร้อนของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษา และความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยผู้ป่วยควรได้รับการอธิบายให้เข้าใจเพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา (อมรชัย หาญผดุงธรรมะ 2537 : 47 ; อนุพันธ์์ ดันติวงศ์ และคณะ 2538 : 229) ปัจจุบันมีแนวทางการรักษา ดังนี้

1. ติดตามดูอาการไปก่อน (Conservative treatment หรือ Watchful waiting)

วิธีนี้ใช้ได้กับผู้ป่วยที่มีอาการน้อย เนื่องจากการโตขึ้นของต่อมลูกหมากจะช้าและไม่แน่นอน จึงมักใช้วิธีติดตามดูอาการสักระยะหนึ่งโดยไม่ต้องให้ยาหรือวิธีการใด ๆ ทั้งสิ้น เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของโรค แต่อาจแนะนำวิธีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัจจัยเสริมที่จะทำให้มีอาการมากขึ้นได้เป็นครั้งคราว เช่น การดื่มน้ำและออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่าให้ท้องผูก อย่างกลั้นปัสสาวะ อย่ายืนหรือนั่งท่าเดียวนาน ๆ และระมัดระวังในการกินยาแก้ปวดและยาแก้ท้องเสีย เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องติดตามตรวจเช็คซ้ำอย่างน้อยปีละครั้ง โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางทวารหนัก ตรวจเลือดหาพี.เอส.เอ. และตรวจปัสสาวะเป็นต้น (อมรชัย หาญผดุงธรรมะ 2537 : 48 ; อนุพันธ์์ ดันติวงศ์ และคณะ 2538 : 227)

2. การใช้ยา (Medical treatment หรือ Pharmacotherapy) ยารักษาต่อมลูกหมากโตซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าได้ผลมีอยู่ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกเป็นยาลดการบีบตัวของกล้ามเนื้อเรียบในต่อมลูกหมาก ได้แก่ กลุ่มยาต้านอัลฟา ยากลุ่มนี้จะได้ผลกับอาการที่เกิดจากต่อมลูกหมากโตขนาดเล็ก หรือเกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อเรียบในต่อมลูกหมาก คือ Terazos (Hytrin[®]) รับประทานวันละครั้งเดียว 1-10 mg. แต่มีผลข้างเคียงของยา คือ หน้ามืด

เวียนคีรีระ ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก เป็นต้น ควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาก่อนนอนจะช่วยลดอาการข้างเคียงได้มาก กลุ่มที่สองเป็นยาที่ลดขนาดของต่อมลูกหมาก ได้แก่ กลุ่มยาด้านเอ็นไซม์ 5-อัลฟา รีดักเตส ทำให้หยุดการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อต่อมลูกหมาก และขนาดของต่อมลูกหมากลดลง คือ Finasteride (Proscar^R) รับประทานวันละครั้งเดียวขนาด 5 mg. ยานี้มีผลข้างเคียงน้อยมาก แต่ใช้เวลา 3-6 เดือนกว่าจะเห็นผล และต้องกินตลอดไป (สัมฤทธิ์ ลอนนวล 2537 : 71-72 ; อนุพันธ์ ตันติวงศ์ และคณะ 2538 : 227-228)

3. การผ่าตัด (Surgical treatment หรือ Invasive treatment) เป็นวิธีรักษาที่มีมานานแล้วข้อดีคือ ใช้กับต่อมลูกหมากที่โตมาก ๆ มีโอกาสทำให้อาการดีขึ้นได้มาก แต่มีอัตราเสี่ยงจากโรคแทรกซ้อนได้มาก เช่น การตัดต่อมลูกหมากออกทางท่อปัสสาวะด้วยไฟฟ้า (Transurethral resection of the prostate gland or TUR-P) suprapubic prostatectomy และ retropubic prostatectomy ส่วน Laser prostatectomy หรือ Visual Laser Ablation of Prostatectomy (VLAP) คือ การปล่อยแสงเลเซอร์ทำให้เกิดความร้อนที่ต่อมลูกหมากจนเกิดเนื้อตาย และค่อย ๆ หลุดออกมากับปัสสาวะ ในที่สุดจะได้ท่อปัสสาวะที่กว้างขึ้น ข้อที่ดีกว่า TUR คือผู้ป่วยเกือบจะไม่เสียเลือดเลย ผู้ป่วยจึงฟื้นตัวเร็ว ส่วนข้อที่ด้อยกว่า TUR คือความแรงในการถ่ายปัสสาวะน้อยกว่า และผลการถ่ายปัสสาวะในระยะยาวยังบอกไม่ได้ นอกจากนี้ค่ารักษายังแพงกว่าด้วย (อมรชัย หาญผดุงธรรมะ 2537 : 48 ; อนุพันธ์ ตันติวงศ์ และคณะ 2538 : 228)

4. การรักษาวิธีอื่น (Non medical non surgical treatment) ได้แก่ Thermal therapy คือ การใช้ความร้อนในระดับต่าง ๆ กันตั้งแต่ 42°C-45°C (Hyperthermia) 45°C-55°C (Thermotherapy) และมากกว่า 60°C (Thermoablation) เพื่อทำให้เนื้อเยื่อของต่อมลูกหมากบางส่วนตายไป ต่อมลูกหมากจะฝ่อเล็กลง ผู้ป่วยจะถ่ายปัสสาวะดีขึ้น แหล่งพลังงานความร้อนมีหลายแบบได้แก่ microwave focused ultrasound และ radiofrequency แต่ผลการรักษายังไม่ดีเท่าที่ควร อีกทั้งราคาแพงจึงยังไม่เป็นที่นิยมในขณะนี้ ส่วน Prostatic stents คือ การใส่ท่อซึ่งทำด้วยวัสดุต่าง ๆ กันไว้ใน prostatic urethra เพื่อให้ปัสสาวะผ่านจุดนั้นได้สะดวกขึ้น แต่เนื่องจากมีผลแทรกซ้อนหลายอย่างทำให้ไม่เป็นที่นิยม อีกวิธีหนึ่งคือ Balloon dilatation เป็นการถ่างขยาย prostatic urethra ด้วย balloon มีผลทำให้ถ่ายปัสสาวะได้ดีขึ้นชั่วคราวจึงยังไม่เป็นที่ยอมรับกัน (อนุพันธ์ ตันติวงศ์ และคณะ 2538 : 228)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

คุณภาพชีวิต เป็นคำที่กล่าวถึงกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นเรื่องสำคัญในการดำรงชีวิต อีกทั้งยังเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาคุณภาพประชากร โดยเชื่อว่าถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี จะทำให้การพัฒนาในด้านต่าง ๆ เป็นไปได้ด้วยดีและรวดเร็ว ในทางการแพทย์ได้กำหนดให้คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายหลักในการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล เนื่องจากแนวคิดในการรักษาพยาบาลในปัจจุบันไม่ได้มุ่งให้ผู้ป่วยหายจากโรค หรือมีชีวิตรอดเพียงอย่างเดียว แต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย นักวิชาการสาขาต่าง ๆ ได้พยายามศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหาแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิต และให้ความหมายในทัศนะที่แตกต่างกันออกไป ตามแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละศาสตร์สาขานั้นๆ ซึ่งส่วนใหญ่ความหมายเหล่านั้นมีความคล้ายคลึงกันหรือสอดคล้องกัน จะแตกต่างกันในส่วนรายละเอียดหรือจุดเน้นตามศาสตร์หรือวิชานั้น ๆ เห็นว่าสำคัญ จึงเป็นการยากที่จะให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิต ได้ชัดเจนแน่นอน อย่างไรก็ตามได้มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ ดังนี้

ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ “คุณภาพ” กับ “ชีวิต” คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ชีวิต หมายถึงความเป็นอยู่ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2525 : 187, 269) ดังนั้น “คุณภาพชีวิต” หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

ประภา รัตนเมธานนท์ (2532 : 13) สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็น ความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) และความสุข (Happiness) ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคล

ฉัตรวลัย ไจอารีย์ (2533 : 44) สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็น ความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well being) จะครอบคลุมความเป็นอยู่ที่ดีของประชากรทุกด้าน ซึ่งมีคำที่มีความหมายเหมือนกัน คือ ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวบุคคล

ประภาพร จินันทุยา (2536 : 10) สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง ระดับการดำรงชีวิตในปัจจุบัน ตามการรับรู้ต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำ กิจกรรม

สุธาทิพย์ อุปลาบติ (2536 : 16) สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล ตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ เป็นการรับรู้และตัดสิน โดยบุคคลนั้น

สุนันท์ สีน้อยสัตย์ (2536 : 24) สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึก เป็นปกติสุข (Sense of well being) ความสุข (Happiness) และความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) ซึ่งเป็นการตัดสินของแต่ละบุคคลตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ ผลที่ได้จะเป็นความ พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ความสุขหรือไม่มีความสุข นั่นคือคุณภาพชีวิตดีหรือไม่ดี

สุธิดา กาญจนรังษี (2538 : 12) สรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึก เป็นปกติสุขที่บุคคลนั้นรับรู้และประเมินด้วยตนเอง ซึ่งเป็นผลรวมของการตอบสนองของ ความรู้สึกภายในตัวบุคคล

ดิน (Dean 1985 : 98) รายงานว่า คำที่มีความหมายเดียวกับคุณภาพชีวิตมี หลายคำ ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว ชีวิตที่มีคุณค่า ชีวิตที่มีความหมาย และภาวะหน้าที่ของบุคคล

โอเรม (Orem 1985 : 179) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับ ความปกติสุข (Well being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ ตามประสบการณ์ของ ความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

ยังและลองแมน (Young & Longman 1983 cited in Padilla & Grant 1985 : 46) เห็นว่าคุณภาพชีวิตเป็นระดับความพอใจในชีวิต จึงกล่าวได้ว่าคุณภาพชีวิตสามารถวัดได้จากการรับรู้ถึงความพึงพอใจ ความยินดี หรือความสุขในชีวิตปัจเจกบุคคล ภายใต้ข้อจำกัดของ ความสามารถทางร่างกาย อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและหน้าที่ หรือสุขภาพ

แคมป์เบล (Campbell 1976 cited in Graham & Longman 1987 : 339) กล่าวสรุปแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่า เป็นมิติที่มีหลายรูปแบบ เน้นเป็นพิเศษที่ความสุข และความพึงพอใจในชีวิตที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับ

สถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็นหรือที่คาดหวัง ผลที่ได้จะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ความสุขหรือไม่มีความสุข เป็นการตัดสินใจของแต่ละบุคคล

แพทเทอร์สัน (Patterson 1975 cited in Holmes & Dickenson 1987 : 16) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรม มีความหมายซับซ้อน เป็นการแสดงถึงการตอบสนองของบุคคลต่อร่างกาย จิตใจ และปัจจัยในสังคม ซึ่งจะช่วยให้อารมณ์ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

ซาน (Zhan 1992 : 799) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ ระดับความพึงพอใจ ซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

จากความหมายต่าง ๆ ดังได้กล่าวมาพอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึงความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเป็นปกติสุขและความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคลที่มีต่อความเป็นอยู่หรือการดำรงชีวิตของตน โดยผ่านกระบวนการรับรู้ และประเมินด้วยตนเอง

แนวความคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างเห็นได้ชัดในระบบการบริการทางสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นจุดหมายปลายทางในการดำเนินชีวิตของคน เพราะไม่ว่าใครก็ตามที่เกิดมา ต่างมุ่งหวังที่จะให้ชีวิตของตนมีคุณค่ามากที่สุด ในแนวที่ตนปรารถนาทั้งสิ้น แม้กระทั่งผู้เจ็บป่วยที่ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานและความเครียดอันเนื่องมาจากโรคร้ายไข้เจ็บ ผู้ป่วยจะพยายามปรับตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เท่าที่จะสามารถทำได้เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพก็เริ่มตระหนัก และให้ความสนใจเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความเชื่อที่ว่า คุณค่าของการพยาบาลผู้ป่วยมิใช่ตัดสินเฉพาะการรอดชีวิตหรือการที่สามารถมีชีวิตยืนยาวต่อไปของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับคุณภาพของชีวิตที่อยู่รอดนั้นด้วย นอกจากนี้ยังได้มีการพิจารณาและกำหนดเอาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแต่ละคนเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล ซึ่งทำให้บทบาทของการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยขยายวงกว้างออกไปอีกมากมาย นั่นก็คือ การประสบผลสำเร็จในการดูแลคนแบบองค์รวม (Holistic care) โดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของดูบอส (Dubos 1976 : 8) ที่ว่าในทางทฤษฎี บทบาทของทีมสุขภาพมีเพียงป้องกันหรือแก้ไขความผิดปกติของร่างกายและจิตใจ แต่ในทางปฏิบัติบทบาทนี้ได้ขยายไปในหลายแง่หลายมุมของชีวิต โดยความจริงแล้ววิชาชีพทางการแพทย์ การพยาบาล สามารถช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละบุคคล

มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ ซึ่งไม่เพียงกระทำผ่านทาง การรักษาพยาบาลเท่านั้น แต่ยังผ่านทาง การสร้างสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น นอกจากนั้นโฮมส์ (Holmes 1985 : 43) ยังกล่าวว่า การให้ ความสนใจในคุณภาพชีวิต และการคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญใน บทบาทของพยาบาล พยาบาลมีบทบาทในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับชีวิตประจำวัน การให้การพยาบาลเกี่ยวข้องกับการดูแลทางด้านร่างกาย และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง คุณภาพของการดูแลจึงต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง นั่นคือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นเป้าหมาย ที่แท้จริงของการให้บริการทางสุขภาพในปัจจุบัน

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การที่มนุษย์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เป็นองค์ประกอบ มากมาย ซึ่งแต่ละองค์ประกอบก็มีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกัน ตามธรรมชาติของแต่ละ บุคคล หรือแต่ละสังคม

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปัจจุ (2525 : 104) กล่าวถึงองค์ประกอบของ คุณภาพชีวิตตามธรรมชาติของเบนเนท (Bennet) ว่า คุณภาพชีวิตของบุคคลประกอบไปด้วย 2 ส่วน คือ

1. สิ่งที่เป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการขั้นต่ำสุดของบุคคล ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า สุขภาพที่แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย มีสังคม และเศรษฐกิจดี
2. ความต้องการที่สนองความพอใจของแต่ละบุคคล ได้แก่ ค่านิยมที่เหมาะสม กับสังคม วัฒนธรรม ความสมดุลระหว่างความต้องการ และความเป็นไปได้ที่จะบรรลุถึง ความต้องการนั้น มีจุดมุ่งหมายของชีวิต

ฟลานาแกน (Flanagan 1978 : 138-139) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ว่า เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมี สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุ ได้แก่ มีบ้านที่น่าอยู่ มี อาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ

2. มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตร และการเลี้ยงดูบุตร ก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3. การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น

4. มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ และมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้ สนใจการเรียนรู้และเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานทำที่น่าสนใจ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

5. มีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

เบอร์กฮอร์น เชเฟอร์ และคณะ (Berghorn Schafer & Associates 1981 : 331-347) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้ 5 ด้าน คือ สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม

พาดิลลาและแกรนท์ (Padilla & Grant 1985 : 45) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับ องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าควรประกอบด้วย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับรู้ความผาสุกด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การตอบสนองต่อการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งความรู้สึกต่อสังคมรอบตัวผู้ป่วย

เดนแฮม (Denham 1991 : 48) กล่าวว่าองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม สุขภาพ กายสุขภาพจิต ประวัติในอดีต และบุคลิกภาพ

ซ่าน (Zhan 1992 : 797) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า ควรประกอบด้วยด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิด และวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง

สตรอมเบอร์ก (Stromberg 1984 : 88-91) ให้แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไว้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรทีมสุขภาพ ประเมินออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเองขึ้นอยู่กับ คำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตตนเอง เช่น ความพึงพอใจ และความทุกข์ที่ตนเองได้รับ ประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scales yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง โดยผู้ป่วยจะได้รับคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการดำรงชีวิตและภาวะสุขภาพ ผลออกมาเป็นการบรรยาย และบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

องค์การยูเนสโก (Unesco 1980 : 312) ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) เป็นการประเมินโดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา โดยการสอบถามถึงความรู้สึก เจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความปกติสุข ภาวะสุขภาพ ความสุข คุณค่าในตนเอง ความหมายของชีวิต และบทบาทหน้าที่ เป็นต้น

มีเบอร์ก (Meeberg 1993 : 32-38) ให้แนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตโดยอาศัยตัวบ่งชี้ ซึ่งจำแนกได้ 2 ประเภท ดังนี้

1. ตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัย (Objective indicators) เป็นข้อมูลที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ รายได้ อาชีพ การศึกษา และหน้าที่ด้านร่างกาย

2. ตัวบ่งชี้ด้านจิตวิสัย (Subjective indicators) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

นอกจากนี้การประเมินคุณภาพชีวิตอาจพิจารณาจากโครงสร้างของคุณภาพชีวิต ดังนี้

1. การประเมินโดยพิจารณาว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างมิติเดียว ซึ่งนิยมกันมากในอดีต บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตนโดยใช้คำถามเดียว แล้วสรุปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมทั้งหมด ซึ่งถือว่าเป็นการประเมินที่เที่ยงตรง และเชื่อถือได้ (Andrew & Mckennell 1980 ; Cantril 1985 cited in Somchit Hanucharurnkul 1988 : 35)

2. การประเมินโดยมีแนวคิดว่าคุณภาพชีวิตประกอบด้วยโครงสร้างหลายมิติ คุณภาพชีวิตของบุคคลไม่ได้ขึ้นกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียว แต่ขึ้นกับหลายสิ่งซึ่งประกอบเป็นคุณภาพชีวิต แนวคิดนี้ได้นำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในบุคคลที่เจ็บป่วย โดยเชื่อว่า จะประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง ตามสภาพความเป็นจริงกว่า การประเมินเพียงมิติเดียว (Padilla & Grant 1985 : 53 ; Ferrans & Powers 1992 : 29 ; Zhan 1992 : 796)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิต

สปิทเซอร์และคณะ (Spitzer, et al. 1981 : 34) กล่าวสรุปว่า เครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ควรประกอบด้วยลักษณะ 10 ประการ ดังนี้

1. ข้อความสั้น เข้าใจง่าย และนำไปใช้ได้สะดวก
2. กว้างขวาง ครอบคลุมองค์ประกอบของชีวิตแต่ละด้าน
3. เนื้อหาสอดคล้องกับกลุ่มชนนั้น
4. เน้นปริมาณ
5. สามารถใช้ได้ในหลายสถานการณ์ด้วยข้อจำกัดที่น้อยที่สุดเกี่ยวกับ ปัจจัยด้านอายุ เพศ อาชีพ และชนิดของโรคเรื้อรัง
6. ตรวจสอบความเชื่อมั่นก่อนนำไปใช้
7. เป็นที่ยอมรับในการวัด โดยเฉพาะผู้ชำนาญทางคลินิก
8. มีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ถูกวัด
9. แสดงให้เห็นความแตกต่างอย่างเด่นชัดในกลุ่มผู้ถูกวัดที่มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน
10. มีเหตุผลดี

การประเมินคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของซาน

ซาน (Zhan 1992 : 795-800) กล่าวถึง “ คุณภาพชีวิต ” โดยให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าเป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันเป็นผลมาจากพื้นฐานการดำรงชีวิต และประสบการณ์ในชีวิต รวมทั้งฐานะ เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ทั้งนี้ซานยังได้ให้แนวคิดว่าคุณภาพชีวิตสามารถประเมินทั้งเชิงวัตถุวิสัย และจิตวิสัย แต่การประเมินเชิงวัตถุวิสัย ซานได้อ้างถึงการศึกษาของแคมป์เบลล์ (Campbell 1976 cited in Zhan 1992 : 796) ซึ่งกล่าวไว้ว่า แม้ผลการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัยอยู่ในระดับที่ดี แต่เมื่อศึกษาถึงความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลนั้นปรากฏว่า ไม่ได้อยู่ในระดับที่ดีตามผลการประเมินเชิงวัตถุวิสัย ดังนั้นซานจึงให้ความสนใจในการประเมินคุณภาพชีวิต โดยศึกษาเรื่องนี้อย่างจริงจังและกว้างขวาง และได้ให้แนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยว่า ควรประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อวิเคราะห์และติดตามการศึกษากการประเมินคุณภาพชีวิตของซานแล้ว สามารถรวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งขอนามกล่าวไว้ ดังต่อไปนี้

ซาน กล่าวถึง คุณภาพชีวิตว่า เริ่มมีการศึกษาโดยนักปราชญ์ชาวกรีก คือ อริสโตเติล ซึ่งได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง ความสุขที่ได้รับพรจากพระเจ้า ทำให้ชีวิตดำเนินต่อไปได้อย่างมีความสุข (McKeon 1974 cited in Zhan 1992 : 795) ซานยังนำแนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตตามปรัชญาของชาวจีนเรื่องหยินและหยาง มาเป็นพื้นฐานในการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสมดุลของชีวิตทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วย เมื่อมีความสมดุลของหยินและหยาง จะทำให้มนุษย์มีชีวิตที่ดีและยืนยาว นอกจากนั้นซานกล่าวถึง การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพชีวิตว่าได้เริ่มขึ้นในต้นปี ค.ศ. 1960 ฟลานาแกน (Flanagan 1982 : 56-59) ได้ศึกษาและกล่าวว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งแนวคิดนี้ได้รับความนิยม และนำไปปฏิบัติตลอดระยะเวลาอย่างน้อยหนึ่งทศวรรษต่อมา ในปีค.ศ. 1947 องค์การอนามัยโลก (WHO 1947) ให้ความหมายของภาวะสุขภาพว่า ไม่เพียงแต่เป็นความไม่มีโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น แต่ยังหมายถึง ความปกติสุขด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมด้วย (Zhan 1992 : 795)

ซานได้กล่าวถึง คาร์นอฟสกี (Karnofsky 1949) ว่าเป็นผู้บุกเบิกในการสร้างมาตรวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด แคทซ์และคณะ (Katz, et al. 1963 cited in Zhan 1992 : 795) ได้สร้างดัชนีวัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของบุคคล โดยเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุ และสปิตเซอร์ (Spitzer 1987 : 465-471) สร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการทำงานของร่างกาย จากแนวคิดการสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยดังกล่าว ซานได้สรุปว่า เป็นการประเมินองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย

ซานกล่าวว่า พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล โดยต้องให้ความสนใจบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงคุณภาพชีวิตด้วย นักวิจัยทางการแพทย์พยาบาลได้ศึกษาเพื่อค้นหา ความหมายของการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการให้ความหมายคุณภาพชีวิตที่แน่นอนนั้นเป็นเรื่องยาก เนื่องจากมีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม จริยธรรม ศาสนา และค่านิยม ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความหมายและความสำคัญของคุณภาพชีวิต นอกจากนี้พบว่าความไม่สอดคล้องกันระหว่างแนวคิดและการปฏิบัติพยาบาล เป็นสิ่งที่นำมาซึ่งปัญหาในการประเมินคุณภาพชีวิต (Ferrans & Powers 1985 : 15-24)

สตรอมเบอร์ก (Stromberg 1988 cite in Zhan 1992 : 796) กล่าวว่า ตัวบ่งชี้ในการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย ประกอบด้วย รายได้ การประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา สุขภาพและการทำงานของร่างกาย สภาพที่อยู่อาศัย และอากาศบริสุทธิ์ ซึ่งตัวบ่งชี้เหล่านี้ไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้แน่นอน สอดคล้องกับการวิจัยของแคมป์เบลล์ (Campbell 1976 cited in Zhan 1992 : 796) ที่พบว่าตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัยไม่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้แน่นอนเช่นกัน จึงแสดงให้เห็นว่าตัวบ่งชี้ด้านวัตถุวิสัยไม่ได้เป็นสิ่งที่สามารถประเมินคุณภาพชีวิตที่แท้จริงได้ จากการศึกษานี้ของเพอร์ลแมนและอัลแมน (Pearlman & Uhlman's 1988 : 25-30) พบว่าการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ อาจได้ผลการประเมินไม่ตรงกับที่ผู้ป่วยประเมินด้วยตนเอง

จากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตอย่างกว้างขวาง ซานจึงสรุปความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตที่ผ่านมา โดยมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในชีวิต ซึ่งมีความต่อเนื่องและซับซ้อน นอกจากนี้ซานยังพบว่า ปัจจัยด้าน

ประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ มีผลต่อการรับรู้ความหมายของคุณภาพชีวิต ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิตที่แท้จริงนั้นไม่สามารถวัดด้วยการประเมินด้านวัตถุวิสัย หรือด้านจิตวิสัย เพียงด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น ชานจึงได้เสนอองค์ประกอบที่สำคัญที่จะนำมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยไว้ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) ด้านอัตมโนทัศน์ (Self Concept) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and Functioning) และด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-Economic)

องค์ประกอบด้านความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction)

ความพึงพอใจในชีวิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิต (Ferrans & Powers 1985 : 15-24) ความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้กับความสำเร็จที่ได้รับ กล่าวคือ ถ้าบุคคลได้รับในสิ่งที่ปรารถนาก็จะเป็นความพึงพอใจในเชิงบวก แต่ถ้าสิ่งที่ได้รับนั้นต่ำกว่าสิ่งที่ปรารถนา ความพึงพอใจก็จะเป็นในเชิงลบ (Cantrill 1965 cited in Zhan 1992 : 796) ชานพบว่างานวิจัยบางเรื่องมีการใช้ “ความพึงพอใจในชีวิต” และ “ความสุข” ในความหมายเดียวกันหรือใช้แทนกัน ซึ่งการใช้ความหมายแทนกันนี้นำไปสู่ความสับสน และความไม่ชัดเจนของการประเมินการรับรู้ประสบการณ์ในชีวิตที่ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของบุคคลได้ ดังนั้นชานจึงมีแนวคิดที่ว่า ความพึงพอใจในชีวิต และความสุข ไม่สามารถใช้แทนกันได้ โดยชานสนับสนุนตามแนวคิดของ แคมป์เบลล์ (Campbell 1976 cited in Zhan 1992 : 796) ที่กล่าวว่าความสุขเป็นความรู้สึก หรือเป็นผลกระทบทางอารมณ์ของประสบการณ์ในชีวิต แต่ความพึงพอใจในชีวิตเป็นความรู้สึกที่มากกว่านั้น กล่าวคือเป็นความรู้สึกที่ผ่านกระบวนการรับรู้ต่อความเป็นจริงหรือสิ่งที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตอาจเปลี่ยนแปลงได้จากอิทธิพลของปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ พยาบาลจึงควรมีความเข้าใจและสนใจถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และให้มีความพึงพอใจในชีวิตตาม

ความเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง พยาบาลจำเป็นต้องเอาใจใส่และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

องค์ประกอบด้านอัตมโนทัศน์ (Self Concept)

อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในห้วงเวลาหนึ่ง ความเชื่อและความรู้สึกเหล่านี้ มีต้นกำเนิดมาจากการรับรู้ปฏิกริยา และพฤติกรรมของบุคคลอื่น อัตมโนทัศน์ เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดพฤติกรรม หรือการกระทำของบุคคล (Drieveer 1976 cited in Zhan 1992 : 798) แอนดรูว์ ลาซารัส และแมคครอว์ (Andrew 1976 ; Lazarus 1987 ; McCrae 1987 cited in Zhan 1992 : 798) กล่าวว่าอัตมโนทัศน์ด้านบวก เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลเผชิญต่อปัญหา และเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตไม่สามารถนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นได้ทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามการประเมินอัตมโนทัศน์ ต้องอยู่บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่า บุคคลสามารถประเมินตนเองได้ อัตมโนทัศน์เป็นส่วนหนึ่งที่บอกถึงคุณภาพชีวิต ดังนั้นในการประเมินคุณภาพชีวิตควรจะประเมินอัตมโนทัศน์ของบุคคลด้วย

ชานกล่าวถึง ฟิตส์ (Fitts 1965 cited in Zhan 1992 : 798) ว่าเป็นผู้สร้างเครื่องมือวัดอัตมโนทัศน์เทนเนสซี (Tennessee Self-Concept Scale) ซึ่งสามารถวัดทั้งด้านทั่วไปและลักษณะเฉพาะของตนเอง และมีการนำไปใช้อย่างกว้างขวางในกลุ่มบุคคลที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ชานได้เสนอแนะว่า ควรมีเกณฑ์มาตรฐานในการวัดอัตมโนทัศน์ของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ

องค์ประกอบด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (Health and Functioning)

จากการวิจัยมีการพบมากขึ้นเป็นลำดับว่า สุขภาพเป็นส่วนที่สำคัญยิ่งในองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ยิ่งกว่านั้นกล่าวได้ว่าการมีสุขภาพที่ดีเปรียบเสมือนการประสบความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (Roff & Atherton 1989 cited in Zhan 1992 : 798) ถึงแม้ว่าภาวะสุขภาพจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิต แต่ก็ไม่ใช่เรื่องง่ายที่จะให้คำจำกัดความ หรือวัดภาวะสุขภาพ อย่างไรก็ตามทางการแพทย์มีความหมายของภาวะสุขภาพไว้ต่าง ๆ กัน เช่น จอห์นสัน (Johnson 1980) กล่าวว่าภาวะสุขภาพว่า หมายถึงความ สมดุลของร่างกาย

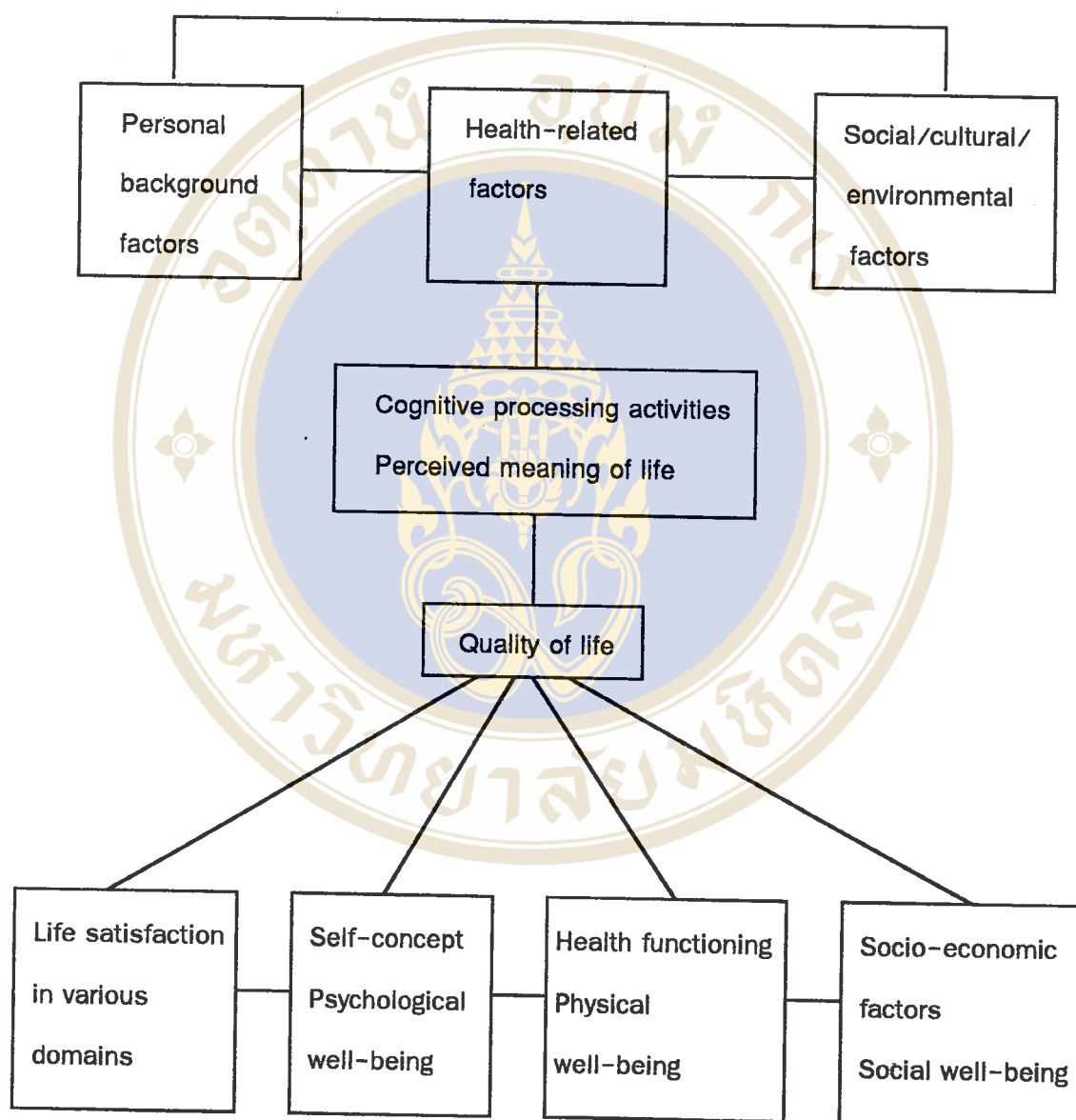
รอย (Roy 1984) ให้ความหมายว่า เป็นการผสมผสานกันของสภาวะในร่างกาย โอเรม (Orem 1980) ให้ความหมายในด้านความสัมพันธ์ของบทบาทหน้าที่ และการดูแลตนเอง นิวแมน (Neuman 1986 cited in Zhan 1992 : 798) ได้ให้ความหมายในด้านการตระหนักถึงการควบคุมตนเอง การเสริมพลังอำนาจ และความเข้าใจเกี่ยวกับ ร่างกายของตนเอง ส่วนเมลลิส (Meleis 1990) ได้ให้แนวคิดเมื่อก้าวถึงภาวะสุขภาพว่า ต้องพิจารณาถึงอิทธิพลของสภาวะสิ่งแวดล้อม ชุมชน สังคม และการเมืองด้วย

ชานจึงกล่าวสรุปไว้ว่า ภาวะสุขภาพเป็นประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตได้ทั้งเชิงวัตถุวิสัย และจิตวิสัย การวัดภาวะสุขภาพและการทำงานของร่างกายไม่เพียงแต่เป็นการวัดอาการแสดงทางคลินิกเท่านั้น แต่ยังต้องวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสังคมด้วย

องค์ประกอบด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-Economic)

ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ได้กล่าวถึง สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินคุณภาพชีวิต (Miller 1970 cited in Zhan 1992 : 799) ซึ่งปัจจัยด้านนี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับความปกติสุขทางด้านจิตใจ คือ ความรู้สึกปลอดภัยในชีวิต และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่วนนโยบายด้านสังคมโดยทั่วไปจะมองสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจว่าเกี่ยวข้องกับแหล่งรายได้ของบุคคลเท่านั้น (US Department of Health Education and Welfare 1971 cited in Zhan 1992 : 799) ซึ่งสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ถูกกำหนดเป็นมาตรฐานทางสังคมว่าประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การประกอบอาชีพ การศึกษา และรายได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงวัตถุวิสัย อันเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคุณภาพชีวิต อย่างไรก็ตามความสมบูรณ์ของบุคคลเชิงวัตถุวิสัยสามารถนำมาประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยได้เช่นเดียวกับภาวะสุขภาพ โดยประเมินจากการรับรู้ความเพียงพอของรายได้ และความพอใจในแหล่งรายได้ ดังนั้นในการประเมินด้านสังคมและเศรษฐกิจ จึงจำเป็นต้องประเมินทั้งเชิงวัตถุวิสัยและจิตวิสัย อย่างไรก็ตามตัวบ่งชี้ด้านสังคมและเศรษฐกิจยังเป็นปัญหาเมื่อนำมาประเมินในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ เนื่องจากประชากร กลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นวัยเกษียณอายุ จึงควรมีการประเมินถึงอาชีพเดิมก่อนเกษียณ

ส่วนการประเมินด้านการศึกษา ต้องประเมินทั้งด้านความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมามีด้วย ด้านการประเมินรายได้ในผู้สูงอายุ ไม่ควรประเมินจากจำนวนรายได้ในแต่ละเดือนเท่านั้น แต่ควรประเมินความรู้สึกเพียงพอของรายได้ด้วย



แผนภูมิที่ 2 Conceptual model of quality of life (Zhan 1992 : 797)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้น ชานได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2 กล่าวคือ คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกนึกคิด หรือการรับรู้ที่เกิดขึ้นจากปัจจัยพื้นฐานด้านประชากร ด้านสุขภาพ และด้านสังคมและเศรษฐกิจ สามารถประเมินได้ในเชิงจิตวิสัย โดยแบ่งออกเป็นองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งผู้วิจัยศึกษากรอบแนวคิดของชานและพิจารณาว่าน่าจะเป็นแนวทาง ในการสร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโต ได้เป็นอย่างดี เพื่อนำไปเป็นประโยชน์ในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

การประเมินคุณภาพชีวิตในบุคคลทั่วไป จะมุ่งเน้นในด้านความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตว่าได้รับการตอบสนองหรือไม่ แต่ในบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ การประเมินคุณภาพชีวิต จะต้องคำนึงถึงผลกระทบจากโรคเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพที่เปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากโรค โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต นอกจากอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะจะส่งผลกระทบต่อร่างกายโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจอีกด้วย การประเมินคุณภาพชีวิตจึงควรประเมินในหลายมิติ ทั้งนี้เพราะคุณภาพชีวิตของบุคคลไม่ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียว แต่ขึ้นกับหลายสิ่ง ที่ประกอบเป็นคุณภาพชีวิต ทำให้สามารถประเมินคุณภาพชีวิตได้อย่างเหมาะสม และถูกต้องตามความเป็นจริงมากกว่าการประเมินเพียงมิติเดียว (Padilla & Grant 1985 : 53 ; Ferrans & Powers 1992 : 29 ; Zhan 1992 : 796) นอกจากนี้การประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้โครงสร้างหลายมิติ จะช่วยทำให้เห็นภาพที่ถูกต้องของเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาล สามารถศึกษาถึงผลของแต่ละองค์ประกอบที่มีต่อคุณภาพชีวิต และสามารถแสดงให้เห็นว่าทำไมผู้ป่วยจึงพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจกับอะไร

การรับรู้ต่อองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความพึงพอใจในชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตนับว่าเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคล (Ferrans & Powers 1985 : 15 ; Orem 1985 : 193) จึงมีการใช้ความพึงพอใจในชีวิตเป็นมิติหนึ่งของคุณภาพชีวิตกันอย่างแพร่หลาย โดยมีแนวความ



คิดว่าความพึงพอใจในชีวิตเป็นการปรับตัวทางจิตสังคมที่สำคัญ เพราะเป็นการประเมินความรู้สึก การรับรู้และการตัดสินใจของบุคคล (Campbell 1976 cited in Zhan 1992 : 796)

สำหรับ มาสโลว์ (Maslow 1970 : 24-25) ได้อธิบายถึงแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการและความพึงพอใจของมนุษย์ตามทฤษฎีแรงจูงใจ (Motivation theory) ว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอ และเป็นการยากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุด ยกเว้นในช่วงเวลาสั้น ๆ ทั้งนี้เพราะธรรมชาติของมนุษย์นั้นเมื่อความปรารถนาอย่างหนึ่ง ได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้ว ก็จะมี ความปรารถนาอย่างอื่นเข้ามาแทนที่ เป็นเช่นนี้เรื่อยไป และลักษณะเฉพาะของชีวิตมนุษย์ก็คือ การทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ได้มาในสิ่งที่ปรารถนา นั่นคือเมื่อใดเกิดความปรารถนาขึ้น ก็จะมีแรงขับและการกระทำที่จะถูกปลุกเร้าแล้วก็จะเกิดความพอใจขึ้น จากการที่ได้บรรลุวัตถุประสงค์ตามความปรารถนา ซึ่งพฤติกรรมหรือการกระทำใด ๆ ของบุคคลที่จะปรากฏ ขึ้นอยู่กับความต้องการหรือความปรารถนาขั้นพื้นฐานของบุคคล และเพิ่มความต้องการจากระดับต่ำสู่ระดับสูงขึ้นไปตามลำดับดังนี้ คือ

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs)
2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety needs)
3. ความต้องการความรักและความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Belonging and love needs)
4. ความต้องการความรู้สึกมีคุณค่าและการได้รับการยอมรับนับถือ (Esteem needs)
5. ความต้องการความสำเร็จและรู้สึกสมบูรณ์ในชีวิต (Self-Actualization needs)

ซึ่งความต้องการทางด้านร่างกาย เป็นความต้องการพื้นฐานที่ช่วยให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่น ความต้องการการพักผ่อน ความต้องการอาหาร น้ำ และอากาศ เป็นต้น ส่วนความต้องการความปลอดภัยนั้น เป็นการช่วยปกป้องให้ชีวิตรอดพ้นภัยอันตรายทั้งปวง และเป็นอิสระจากความกลัว ความวิตกกังวลและความยุ่งยากสับสน ความต้องการสองขั้นนี้เป็นความต้องการในระดับพื้นฐานของการมีชีวิต ส่วนความต้องการในระดับสูงขึ้นมาเป็นความต้องการทางด้านจิตใจ บุคคลมีความต้องการที่จะได้รับความรักและความเป็นเจ้าของต้องการสร้างสัมพันธภาพและเป็นที่ยอมรับจากผู้อื่น ต้องการเพื่อน ต้องการคนรัก ซึ่งมาสโลว์เห็นว่า

ความต้องการความรักนั้น ต้องมีทั้งลักษณะของการให้ความรักแก่ผู้อื่น และการรู้จักรับความรักจากผู้อื่นด้วย การได้รับความรักและการยอมรับจากผู้อื่นจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า นอกจากนั้นบุคคลยังต้องการมีความนับถือตนเอง มีความเชื่อมั่นตนเอง ต้องการเป็นผู้มีความสามารถ มีความแข็งแกร่ง ไม่ต้องการพึ่งพาผู้อื่น ต้องการความสนใจและยกย่องชมเชย ในลำดับสุดท้ายมนุษย์ทุกคนต้องการที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต

ความต้องการทั้งหลายเหล่านี้ เป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสวงหาการตอบสนองจนพอใจ ดังนั้น ในการประเมินความพึงพอใจของบุคคล จึงสามารถประเมินได้จากสภาวะการณ์ หรือเหตุการณ์ต่างๆ ว่ามีผลตอบสนองต่อความต้องการในระดับต่าง ๆ อย่างไร หากความต้องการได้รับการตอบสนองมาก บุคคลย่อมมีความรู้สึกพึงพอใจมากหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี หากความต้องการได้รับการตอบสนองน้อย บุคคลย่อมมีความพึงพอใจน้อยหรือไม่พึงพอใจในชีวิต อันหมายถึง การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีนั่นเอง

ความพึงพอใจในชีวิต จึงเป็นมิติหนึ่งของการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตได้เป็นอย่างดี จากอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะที่เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตต้องปรับตัวในการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลนั้น ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต จึงเป็นการรับรู้และตัดสินใจของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ต่อสถานการณ์ทั่วไปที่เป็นอยู่ในชีวิตของเขา เป็นผลมาจากการประเมินระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่ได้รับ

2. อัตมโนทัศน์ เป็นเรื่องของความปกติสุขด้านจิตใจ นักจิตวิทยาหลายท่านให้แนวคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ว่า นอกจากจะเป็นผลรวมของการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเอง ประกอบด้วยความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม และการยอมรับเกี่ยวกับตนเอง ทั้งทางด้านรูปร่าง คุณลักษณะ และความสามารถด้านต่าง ๆ ของตน ซึ่งเป็นเอกลักษณ์เฉพาะประจำตัวของบุคคลแล้ว อัตมโนทัศน์ยังเป็นผลมาจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและสังคม รวมทั้งบุคคลที่มีความสำคัญกับเขา เช่น บิดา มารดา ผู้เลี้ยงดู ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์ของแต่ละบุคคล บุคคลจะมีอัตมโนทัศน์หรือความเชื่อว่าเป็นอย่างไร จากการตีความพฤติกรรมที่บุคคลอื่นแสดงต่อเขา การพัฒนาอัตมโนทัศน์ของบุคคล จึงเป็นผลมาจากการเรียนรู้ประสบการณ์ที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเขา (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2531 : 243)

ไดรเวอร์ (Drier 1976 cited in Roy 1984 : 174-176) แบ่งอัตมโนทัศน์ ออกเป็น 2 ด้านใหญ่ ๆ ได้แก่

1. อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical self) เป็นการมองตนเองเกี่ยวกับ รูปร่าง ลักษณะของตน รวมถึงหน้าที่ สมรรถภาพทางเพศ ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย แบ่งได้เป็น

1.1 การรับรู้ถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายให้เหมาะสมกับเวลา และสถานที่

1.2 การรับรู้ถึงลักษณะ รูปร่าง หน้าตา และอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

2. อัตมโนทัศน์ส่วนตัว (Personal self) เป็นความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวัง เจตคติเกี่ยวกับตนเอง ที่บุคคลยึดถืออยู่ แบ่งได้เป็น

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านความมั่นคงแห่งตน (Self consistency) เป็นความรู้สึก เกี่ยวกับตนเองในลักษณะประจำตัวที่คงที่ หรือเป็นการรักษาความมั่นคงของอัตมโนทัศน์ของ บุคคล ทั้งนี้บุคคลจะพยายามดำรงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอแห่งตน หรือความสม่ำเสมอของ อัตมโนทัศน์ของตน และพยายามหลีกเลี่ยงภาวะที่ไม่สมดุล

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านปณิธานหรือด้านความหวัง (Self ideal, Self expectancy) เป็นความรู้สึกนึกคิดและความคาดหวังของบุคคลเกี่ยวกับตนเองตามที่บุคคลนั้นปรารถนาจะ เป็น รวมทั้งการรับรู้ในสิ่งที่ผู้อื่นคาดหวังเกี่ยวกับตนเองด้วย

2.3 อัตมโนทัศน์ด้านการยอมรับตนเอง (Self esteem) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับ คุณค่าของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สมควรได้รับการยกย่องนับถือ ก่อให้เกิดความ ภาคภูมิใจ

2.4 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา (Moral ethical self concept) คือการ กำหนดกฎเกณฑ์ทางศีลธรรมจรรยา และสิ่งที่เขาคิดว่ามีคุณค่าตามความสำนึกแห่งตน โดยเฉพาะด้านศาสนาแล้วเป็นหลักในการยึดถือปฏิบัติ และประเมินตนเองในด้านต่าง ๆ

ฟิตส์ (Fitts 1965 อ้างในกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล 2531 : 83) ได้แบ่ง องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ โดยพิจารณาจาก 2 ด้านใหญ่ ๆ คือ

1. พิจารณาโดยใช้ตนเองเป็นเกณฑ์ (Internal frame of reference) ประกอบด้วย

1.1 อัตมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคล เกี่ยวกับตนเองว่าเป็นอย่างไร

1.2 อัตมโนทัศน์ด้านความพึงพอใจในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกของบุคคล เกี่ยวกับการยอมรับตนเอง

1.3 อัตมโนทัศน์ด้านพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้และความคิดเห็นของบุคคล เกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องต่าง ๆ ของตนเอง

2. พิจารณาโดยใช้ผู้อื่นเป็นเกณฑ์ (External frame of reference) ประกอบด้วย

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับรูปร่าง ลักษณะของร่างกาย เรื่องเพศ สุขภาพ ความสามารถ และทักษะ

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับคุณค่าทางศีลธรรม ความสัมพันธ์ที่มีต่อศาสนา ความรู้สึกเกี่ยวกับการเป็นคนดีหรือคนเลว ความพึงพอใจในศาสนาของตน

2.3 อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง ความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ประเมินบุคลิกภาพของตนโดยไม่รวมลักษณะทางด้านร่างกาย และความสัมพันธ์กับผู้อื่น

2.4 อัตมโนทัศน์ด้านครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกในคุณค่าและความพอใจในฐานะที่ตนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เป็นการแสดงถึงการรับรู้ตนเองว่าใกล้ชิด หรือห่างเหินจากครอบครัว

2.5 อัตมโนทัศน์ด้านสังคม หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับความมั่นใจ และความเชื่อมั่นในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

การถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติไปจากเดิม นอกจากเป็นความบกพร่องด้านร่างกายแล้วยังก่อให้เกิดความวิตกกังวล จิตใจไม่เป็นสุข ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน นั่นคือคุณภาพชีวิตเปลี่ยนไปนั่นเอง

3. สุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นการรับรู้ถึงความปกติสุขด้านร่างกาย การที่คนเราจะดำเนินชีวิตอยู่อย่างมีความสุขนั้น จะต้องมียอดประกอบที่สำคัญที่สุดประการหนึ่งคือ สุขภาพและการทำงานของร่างกายที่ดี เพราะการมีสุขภาพดี มีร่างกายแข็งแรงสามารถกระทำการต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ย่อมเป็นที่พึงปรารถนาของมนุษย์ทุกคน ดังนั้นสุขภาพจึงเป็นเหมือนวิถีทางที่จะนำบุคคลไปสู่ความสุข และความสำเร็จต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า สุขภาพดีคือ คุณภาพชีวิตนั่นเอง (สุชาติ โสมประยูร 2526 : 77) นอกจากนี้

ทอรัราสซ์ (Torrance 1987) ชี้ให้เห็นว่าปัญหาทางสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญและมีผลต่อคุณภาพชีวิต กล่าวคือ ความเจ็บป่วยทำให้การทำหน้าที่ของร่างกาย และอารมณ์ผิดปกติ มีผลทำให้คุณภาพชีวิตเสื่อมลง

โรคต่อมลูกหมากโตส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยมีการถ่ายปัสสาวะผิดปกติไปจากเดิม และถ้าปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการรักษา จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตที่เสื่อมลงนั่นเอง

4. สังคมและเศรษฐกิจ เป็นเรื่องความปกติสุขด้านสังคมและเศรษฐกิจ นับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตในปัจจุบันเพื่อสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นบ้านที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี การหาซื้ออุปกรณ์อำนวยความสะดวก และการทำกิจกรรมในสังคม ผู้ป่วยที่มีการรับรู้ว่าตนเองมีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายตามที่ตนเองต้องการ มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต และสะท้อนถึงความเป็นอยู่ที่ดี หมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

โรคต่อมลูกหมากโตจัดเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่ง ปัจจุบันมีวิธีการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตหลายวิธี การรักษาด้วยยาเป็นวิธีหนึ่งที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย แต่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา อีกทั้งยาที่ใช้รักษามีราคาค่อนข้างแพง อาจส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยประกอบกับการถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติ อาจก่อให้เกิดอุปสรรคในการทำกิจกรรมทางสังคม และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

คุณภาพชีวิตในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับ ภูมิหลัง ภาวะสุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคมและวัฒนธรรม จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต มาทำการศึกษาในครั้งนี้ คือ

อายุ

นิวการ์เดน (Neugarten 1978 cited in Burke & Walsh 1992 : 2) ได้จัดกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับอายุออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นมีอายุระหว่าง 60-74 ปี และ

กลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายมีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ส่วนแฮนลอนและพิกเกต (Hanlon & Pickett 1984 : 433-434) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง การพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้รู้สึกว่าเป็นภาระต่อครอบครัวหรือสังคม ประกอบกับเจ็บป่วยด้วยโรคต่อมลูกหมากโตด้วยแล้วย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดต่ำลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของทราน ชัตเตอร์ และไรท์ (Tran ; Chatter & Wright 1991 : 100) พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความปกติสุขของผู้สูงอายุ การมีอายุมากขึ้นความเสื่อมถอยของร่างกายย่อมเพิ่มขึ้น ความแข็งแรงของร่างกายถดถอยลง การช่วยเหลือตนเองและการทำกิจกรรมทางสังคมลดลง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตย่อมลดลงด้วย จากการศึกษาของสมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ ; วรรณิ สัตยวิวัฒน์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ (2538 : 91) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ จินางกูร (2530 : 84) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการศึกษาของประภา รัตนเมธานนท์ (2532 : 85-86) และการศึกษาของฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533 : 90) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อมรชัย หาญผดุงธรรมะ (2537 : 46) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี มีโอกาสเป็นโรคต่อมลูกหมากโตมากกว่าร้อยละ 50 และถ้าอายุ 85 ปี จะมีโอกาสเป็นโรคต่อมลูกหมากโตถึงร้อยละ 90 แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีโอกาสเป็นโรคต่อมลูกหมากโตมากขึ้น

สถานภาพสมรส

โดยทั่วไปกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดคนรู้ใจ ใกล้ชิดคอยปลอบโยนให้กำลังใจ แต่กลุ่มผู้ป่วยที่มีชีวิตคู่ มีการช่วยเหลือคำจุนกัน มีผู้คอยปลอบโยนให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ก่อให้เกิดความอบอุ่น ช่วยลดภาวะเครียดต่าง ๆ ทำให้มีความมั่นคงทางอารมณ์ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองรู้จักคิดและแก้ไขปัญหาได้ดีขึ้น มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคมากขึ้น ส่งเสริมให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี (Eaton 1978 ; Thoists 1982 ; Warheit 1979 cited in Somchit Hanucharunkul 1988 : 16) จากการศึกษาของ

สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ ; วรณีย์ สัตยวิวัฒน์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ (2538 : 91) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยก มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534 : 33) และการศึกษาของบุษบา ตันติศักดิ์ (2535 : 81-82) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยก แต่จากการศึกษาของประภา รัตน์เมธานนท์ (2532 : 87-88) และการศึกษาของฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533 : 90-91) พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่พัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล เป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยให้บุคคลรู้จักใช้ความรู้ความคิดของตนแก้ไขปัญหาการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ การศึกษาจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญิจู 2525 : 106) จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ คอ และปากมดลูก พบว่าระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตทั้งทางตรงและทางอ้อม กล่าวคือผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ความสามารถในการแสวงหาความรู้แหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเอง และการศึกษาสูงจะเอื้ออำนวยให้ประกอบอาชีพที่มั่นคง มีรายได้ดี ทำให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Somchit Hanucharumkul 1988 : 142) จากการศึกษาของสมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ ; วรณีย์ สัตยวิวัฒน์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ (2538 : 93) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาค่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534 : 33) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาค่ำ แต่จากการศึกษาของเนตรนภา คู่พันธ์ (2534 : 97) และการศึกษาของบังอร ฤทธิ์อุดม (2536 : 77) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้

รายได้นับว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพราะรายได้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ได้ ไม่ว่าจะเป็นบ้านที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาที่มีคุณภาพ รวมทั้งการหาซื้ออุปกรณ์อำนวยความสะดวกและความสุขของตน ตลอดจนเป็นปัจจัยสำคัญในการเข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วย ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำจะประเมินความสุขและความพึงพอใจในชีวิตต่ำลงด้วย เพราะโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองในด้านต่าง ๆ ย่อมลดลงไปด้วย ทำให้ไม่มีความสุข วิตกกังวลในเรื่องการดำรงชีวิตและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ดังนั้นบุคคลที่มีรายได้สูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตที่สูงด้วย (Hogstel 1981 : 466) เคเมอร์แรน และคณะ (Cameran, et al. 1973, 1974 cited in Burckhardt 1982 : 18) ได้ประเมินการรับรู้ความพึงพอใจในชีวิตทั้งหมดของคนพิการ และรายงานว่ารายเป็นผลที่สำคัญที่สุดที่จะกำหนดให้ความพึงพอใจในชีวิตแตกต่างกัน จากการศึกษาของสมคิด โพธิ์ชนะพันธ์ ; วรณี สัตยวิวัฒน์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ (2538 : 91, 93-94) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล พนาวิวัฒนกุล (2534 : 33) และการศึกษาของบุษบา ตันติศักดิ์ (2535 : 83-84) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้มากจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย แต่จากการศึกษาของสุธาทิพย์ อุปลาบัติ (2536 : 57) และการศึกษาของบังอร ฤทธิอุดม (2536 : 77) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เนื่องจากโรคต่อมลูกหมากโตเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา อีกทั้งยาที่ใช้รักษาโรคต่อมลูกหมากโตมีราคาค่อนข้างแพง ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจของผู้สูงอายุและก่อให้เกิดความวิตกกังวล อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย

ระยะเวลาการเจ็บป่วย

มาริโนและคูเซอร์ (Marino & Kooser 1981 : 56) พบว่าปฏิกริยาการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคล จะแตกต่างกันตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย โดยที่ระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต เพราะธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัย

ระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ผู้ป่วยที่มีประวัติการเป็นโรคนาน ระดับการควบคุมตนเอง และคุณภาพชีวิตจะยิ่งต่ำลง (ประภา รัตนเมธานนท์ 2532 : 30-31) แต่จากการศึกษาของเนตรนภา คู่พันธ์วี (2534 : 98-99) และการศึกษาของบังอร ฤทธิ์อุดม (2536 : 77) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เนื่องจากอาการของโรคต่อมลูกหมากโต มักเริ่มอย่างช้า ๆ ดังนั้นผู้สูงอายุบางรายที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่อมลูกหมากโตเป็นเวลานาน อาจจะทำให้มีอาการของโรครุนแรงขึ้น แต่ก็มีผู้สูงอายุบางรายถึงแม้ว่าจะมีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่อมลูกหมากโตเป็นเวลานานเท่าใดก็ตามอาการของโรคก็ไม่รุนแรงขึ้น

ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ

จากการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งชาวไทยที่ได้รับรังสีรักษา พบว่าระยะของโรคที่รุนแรงขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (Somchit Hanucharunkul 1988 : 132) สอดคล้องกับเทย์เลอร์ (Taylor 1987 : 234) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเสียไปเนื่องจากการไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ จากการศึกษาของประภา รัตนเมธานนท์ (2532 : 94-96) พบว่าความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายน้อย จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกายมาก สอดคล้องกับการศึกษาของเนตรนภา คู่พันธ์วี (2534 : 99-100) ที่พบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคน้อยจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคมมาก แต่จากการศึกษาของบุษบา ตันติศักดิ์ (2535 : 85-86) พบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุเพศชายมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโต ที่ได้รับการรักษาวิธีอื่นโดยยังไม่ได้รับการผ่าตัด มารับการตรวจรักษาที่หน่วยระบบทางเดินปัสสาวะตึกสยามินทร์ชั้น 5 หอผู้ป่วยมหิตลบำเพ็ญ 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลศิริราช

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากประชากรดังกล่าวจำนวน 100 ราย โดยมีคุณสมบัติดังนี้ คือ เป็นผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่ไม่ได้มารับการตรวจรักษาครั้งแรก ในการหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิเคราะห์ถดถอย (Biddle & Marlin 1987 : 10) โดยใช้สูตรดังนี้

$$N \geq 10 (\text{จำนวนตัวแปร} + 2)$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากร ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา และสถานภาพในครอบครัว

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย และการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ โรคประจำตัว และ/หรือภาวะแทรกซ้อน และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ประเมินโดยเครื่องมือ ประเมินการถ่ายปัสสาวะ ที่ผู้วิจัยนำมาจาก International Prostate Symptom Score (I-PSS) ของ World Health Organization (WHO) 1995 : 257-260 แปลเป็นไทยโดย รองศาสตราจารย์นายแพทย์ อนุพันธ์ ดันติวงศ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 6 คำตอบ ซึ่งมีคะแนนรวม 35 คะแนน โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ไม่มีเลย	ให้ 0 คะแนน
มีนาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่า 2 ครั้ง ครั้งในการถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง)	ให้ 1 คะแนน
มีบ้าง (น้อยกว่า 5 ครั้งในการถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง)	ให้ 2 คะแนน
มีบ่อยปานกลาง (ประมาณ 5 ครั้งในการถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง)	ให้ 3 คะแนน
มีบ่อยค่อนข้างมาก (มากกว่า 5 ครั้งในการถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง)	ให้ 4 คะแนน
มีเกือบทุกครั้ง	ให้ 5 คะแนน
ถ้าคะแนนอยู่ในช่วง 0 - 7 คะแนน หมายถึง มีอาการน้อย	
ถ้าคะแนนอยู่ในช่วง 8 - 19 คะแนน หมายถึง มีอาการปานกลาง	
ถ้าคะแนนอยู่ในช่วง 20 - 35 คะแนน หมายถึง มีอาการมาก	

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตเป็นแบบสัมภาษณ์ที่รองศาสตราจารย์สมพันธ์ ใหญ่ชีระนันท์ และคณะ สร้างขึ้นโดยประยุกต์จากกรอบแนวคิดของชาน (Zhan 1992) ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ มาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์ โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ ดังนี้

ด้านที่ 1 ความพึงพอใจในชีวิต จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1-10 ประกอบด้วย
ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่รับรู้เกี่ยวกับ ความพอ
ใจในสภาพความเป็นอยู่ 3 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1, 2, 3 การรักษาพยาบาล 2 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 4, 5
การดำเนินชีวิต 2 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 6, 7 และความสำเร็จในชีวิต 3 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 8, 9, 10

ข้อความที่มีความหมายทางบวก จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10

ข้อความที่มีความหมายทางลบ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 3, 6

ด้านที่ 2 อึดทนโศก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 11-20 ประกอบด้วยข้อคำถาม
เกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ที่รับรู้เกี่ยวกับตนเองในเรื่องสภาพ
ร่างกาย 2 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 11, 12 บุคลิกภาพ 2 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 13, 14 คุณค่าในตนเอง
4 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 15, 16, 17, 18 ความเชื่อและการยึดมั่นในศาสนา 2 ข้อ ได้แก่ข้อที่
19, 20

ข้อความที่มีความหมายทางบวก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 11, 15, 16, 17, 19, 20

ข้อความที่มีความหมายทางลบ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 12, 13, 14, 18

ด้านที่ 3 สุขภาพและการทำงานของร่างกาย จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 21-30
ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่รับรู้
เกี่ยวกับ ภาวะการเจ็บป่วย 2 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 21, 22 ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ
เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน 2 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 23, 24 การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็น
3 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 25, 26, 27 การออกกำลังกาย 1 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 28 เพศสัมพันธ์ 1 ข้อ
ได้แก่ข้อที่ 29 และสิ่งที่ทำเป็นประจำ 1 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 30

ข้อความที่มีความหมายทางบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 23, 25, 26, 28, 30

ข้อความที่มีความหมายทางลบ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 21, 22, 24, 27, 29

ด้านที่ 4 สังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 31-40 ประกอบด้วย
ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ที่รับรู้เกี่ยวกับ
สัมพันธ์ภาพในครอบครัวและเพื่อน 4 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 31, 32, 33, 34 กิจกรรมทางสังคม
1 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 35 การศึกษา 1 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 36 การประกอบอาชีพ 1 ข้อ ได้แก่ข้อที่
37 และรายได้ 3 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 38, 39, 40

ข้อความที่มีความหมายทางบวก จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 31, 32, 34, 35, 36, 38, 39
 ข้อความที่มีความหมายทางลบ จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 33, 37, 40

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตมีความรู้สึกนึกคิดตามข้อความนั้น ทุกประการ
มาก	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตมีความรู้สึกนึกคิดตามข้อความนั้น เป็นส่วนใหญ่
ปานกลาง	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตมีความรู้สึกนึกคิดตามข้อความนั้น ทั้งตรงและไม่ตรงใกล้เคียงกัน
น้อย	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตมีความรู้สึกนึกคิดตามข้อความนั้น เป็นส่วนน้อย
ไม่มีเลย	หมายถึง	ผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตไม่มีความรู้สึกนึกคิดตามข้อความ นั้นเลย
หมายเหตุ	หมายถึง	รายละเอียดเพิ่มเติมจากการแสดงความคิดเห็นในแต่ละข้อของผู้ สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

เกณฑ์การให้คะแนนมี ดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

มากที่สุด	ให้	4 คะแนน
มาก	ให้	3 คะแนน
ปานกลาง	ให้	2 คะแนน
น้อย	ให้	1 คะแนน
ไม่มีเลย	ให้	0 คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

มากที่สุด	ให้	0 คะแนน
มาก	ให้	1 คะแนน
ปานกลาง	ให้	2 คะแนน
น้อย	ให้	3 คะแนน
ไม่มีเลย	ให้	4 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี

ผู้ที่ได้คะแนนสูง หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตดี

การให้คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระหว่าง 0-160 คะแนน โดยประเมินค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้กับเกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	0 - 59	หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่ดี
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	60 - 99	หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมปานกลาง
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	100 - 160	หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมดี

การให้คะแนนคุณภาพชีวิตรายด้านอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน โดยประเมินค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้กับเกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	0 - 14	หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตรายด้านไม่ดี
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	15 - 24	หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตรายด้านปานกลาง
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	25 - 40	หมายถึง มีระดับคุณภาพชีวิตรายด้านดี

การให้คะแนนคุณภาพชีวิตรายข้ออยู่ระหว่าง 0-4 คะแนน โดยประเมินค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้กับเกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	0 - 1.4	หมายถึง มีระดับความรู้สึกรายข้อไม่ดี
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	1.5 - 2.4	หมายถึง มีระดับความรู้สึกรายข้อปานกลาง
ค่าเฉลี่ยที่อยู่ในช่วง	2.5 - 4.0	หมายถึง มีระดับความรู้สึกรายข้อดี

ข้อคิดเห็นอื่น ๆ

เป็นการแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับความหมายของคุณภาพชีวิต ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต และระดับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการอภิปรายผล

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Content Validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของสำนวนภาษา ความชัดเจนและความครอบคลุมในเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดประกอบด้วย

แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ	1 คน
อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์	
ผู้ทรงคุณวุฒิด้านคุณภาพชีวิต	1 คน
อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านคุณภาพชีวิต	3 คน
พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านคุณภาพชีวิต	1 คน

1.2 ผู้วิจัยนำคู่มือประเมินการถ่ายปัสสาวะ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 2 คน พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของสำนวนภาษา ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดประกอบด้วย

แพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ	1 คน
อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล	
ศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ	1 คน

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมถูกต้องตามคำแนะนำอีกครั้งหนึ่ง

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต และเครื่องมือประเมินการถ่ายปัสสาวะ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 20 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแต่ละชุด โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)

จากสูตร (ยูดี ภาษา และคณะ 2537 : 127-129)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

α = ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น

n = จำนวนข้อทั้งหมดของแบบสัมภาษณ์

$\sum s_i^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

s_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต = 0.88

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือประเมินการถ่ายปัสสาวะ = 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2539 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2540 รวมระยะเวลา 3 เดือน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลา ดังนี้

หน่วยระบบทางเดินปัสสาวะ

ตึกสยามินทร์ชั้น 5

วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 9.00-12.00 น.

หอผู้ป่วยมหิตลบำเพ็ญ 2

และหอผู้ป่วยพิเศษ

วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 13.00-16.00 น.

ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว

ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยระบบทางเดินปัสสาวะตึกสยามินทร์ชั้น 5 หัวหน้าหอผู้ป่วยมหิตลบำเพ็ญ 2 และหัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษ เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษารายงานประวัติของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ที่มีลักษณะตรงกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ และได้รับการสัมภาษณ์โดยตรงจากผู้วิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างขณะที่รอรับการตรวจ หรือหลังจากรับการตรวจจากแพทย์แล้ว หรือขณะรอรับการผ่าตัดที่หอผู้ป่วยมหิตลบำเพ็ญ 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ โดยผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตนเอง อธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษา และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ การตอบรับหรือปฏิเสธไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ คำตอบหรือข้อมูลที่ได้จากผู้วิจัยถือว่าเป็นความลับ และนำมาใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น
3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเองตามแบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพ เครื่องมือประเมินการถ่ายปัสสาวะ และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตตามลำดับ ก่อนสัมภาษณ์ผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์ให้เข้าใจอย่างละเอียด โดยอ่านคำถามรวมทั้งคำตอบที่ละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์
4. ระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจได้ตลอดเวลา ถ้ากลุ่มตัวอย่างต้องการยุติการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยยินยอมยุติการสัมภาษณ์ตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง และยกเลิกการเก็บข้อมูลในรายนั้น
5. เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดมาคิดคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรม SPSS/PC⁺ (Statistical Package for the Social Science / Personal Computer plus) กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. แจกแจงความถี่ และคิดอัตราร้อยละของปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา สถานภาพในครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย การจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการ

เจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ โรคประจำตัวและ/หรือ ภาวะแทรกซ้อน การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

2. คำนวณหาช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม รายด้าน และรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง แล้วประเมินค่าเฉลี่ยที่คำนวณได้กับเกณฑ์

3. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยใช้การทดสอบค่าที (t - test)

4. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) ระหว่างปัจจัยทั้ง 6 ประการ ซึ่งเป็นตัวทำนาย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตซึ่งเป็นตัวเกณฑ์ และทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าเอฟส่วนรวม (Overall F test) ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์การทดสอบการถดถอย (b) ของปัจจัยแต่ละประการ โดยใช้การทดสอบค่าที (t - test)

5. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับตัวทำนายทั้งหมดกับตัวเกณฑ์ในสมการถดถอย โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์แบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

เนื่องจากข้อตกลงเบื้องต้นในการค

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ กำหนดไว้ว่าตัวแปรที่จะนำมาคำนวณต้องเป็นตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาค (Interval scales) ขึ้นไป ดังนั้นการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่วัดในระดับนามบัญญัติ (Nominal scales) เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) ดังนี้ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ 2537 : 25)

สถานภาพสมรส กำหนดให้ โสด/หม้าย/หย่า/แยก = 0

คู่ = 1

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศชายโรคต่อมลูกหมากโต มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาวิธีอื่นโดยยังไม่ได้รับการผ่าตัด และไม่ได้มารับการตรวจรักษาครั้งแรก มารับการตรวจรักษาที่หน่วยระบบทางเดินปัสสาวะตึกสยามินทร์ชั้น 5 หอผู้ป่วยมิตลบำเพ็ญ 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย ซึ่งผลการวิจัยนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตารางตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานปัจจัยด้านประชากร ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตรายข้อ รายด้าน และโดยรวม ของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

ส่วนที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

ส่วนที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทุกคุณระหว่างตัวทำนาย กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา และสถานภาพในครอบครัว ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย และการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ โรคประจำตัวและ/หรือภาวะแทรกซ้อน และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน นำเสนอเป็นคำร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 1-5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา
สถานภาพในครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=100)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
60-74	80	80
≥ 75	20	20
สถานภาพสมรส		
คู่	84	84
โสด	5	5
หม้าย/หย่า/แยก	11	11
ศาสนา		
พุทธ	97	97
คริสต์	2	2
พราหมณ์	1	1
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	74	74
สมาชิกในครอบครัว	26	26

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 84 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 97 และมีสถานภาพในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัวคิดเป็นร้อยละ 74

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ลักษณะครอบครัว
ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=100)	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว		
เดี่ยว	66	66
ขยาย	34	34
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	8	8
ประถมศึกษา	36	36
มัธยมศึกษา	32	32
ปวช. หรืออนุปริญญา	14	14
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	10	10
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	74	74
ประกอบอาชีพ	26	26
เกษตรกรรม	9	34.6
ค้าขาย	6	23.1
รับจ้าง	6	23.1
ธุรกิจส่วนตัว	5	19.2

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 66 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษาใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 36 และ 32 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 74

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม รายได้ แหล่งรายได้
ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=100)	ร้อยละ
รายได้ (บาท/เดือน)		
น้อยกว่า 5,000	28	28
5,000-10,000	37	37
10,001-15,000	12	12
15,001-20,000	14	14
มากกว่า 20,000	9	9
แหล่งรายได้		
บำนาญ	44	44
การประกอบอาชีพของตนเอง	23	23
บุตร-หลานให้	58	58
ดอกเบี้ยธนาคาร	21	21
ค่าเช่าบ้าน	3	3
ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย		
เพียงพอ	83	83
ไม่เพียงพอ	17	17

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37 แหล่งรายได้จากบุตร-หลานให้ คิดเป็นร้อยละ 58 ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 83

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การจ่ายค่ารักษาพยาบาล
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=100)	ร้อยละ
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
จ่ายเองจากเงินออม	11	11
บุตรจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้	6	6
เบิกจากต้นสังกัด	84	84
สังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล	3	3
บัตรผู้สูงอายุ	1	1
บัตรทหารผ่านศึก	1	1
เหรียญชัยสมรภูมิ	1	1
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน		
สังเกตอาการและแนะนำการปฏิบัติตน	25	25
รับประทานยา	65	65
รอมัด	10	10

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลโดยเบิกจากต้นสังกัดคิดเป็นร้อยละ 84 และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันใช้วิธีรับประทานยามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 65

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ โรคประจำตัวและ/หรือ
ภาวะแทรกซ้อน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (N=100)	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)		
น้อยกว่า 1	8	8
1 - 3	61	61
มากกว่า 3	31	31
ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ		
อาการน้อย	34	34
อาการปานกลาง	36	36
อาการมาก	30	30
โรคประจำตัวและ/หรือภาวะแทรกซ้อน		
ไม่มี	43	43
มี	57	57

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 1 - 3 ปีคิดเป็นร้อยละ 61 มีความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะอยู่ในระดับน้อย ปานกลาง มาก ใกล้เคียงกันคิดเป็นร้อยละ 34, 36 และ 30 ตามลำดับ มีโรคประจำตัวและ/หรือภาวะแทรกซ้อน คิดเป็นร้อยละ 57

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ คุณภาพชีวิตรายด้าน คุณภาพชีวิตโดยรวม และการแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 6-10

ตารางที่ 6 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิต รายด้าน และคุณภาพชีวิตโดยรวม

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		$\bar{X}$	S.D	การแปลผล
	แบบสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง				
คุณภาพชีวิตรายด้าน					
ความพึงพอใจในชีวิต	0-40	13-40	30.6	4.84	ดี
อัตมโนทัศน์	0-40	21-40	33.5	3.65	ดี
สุขภาพและการทำงาน	0-40	20-40	35.4	3.91	ดี
ของร่างกาย					
สังคมและเศรษฐกิจ	0-40	18-40	34.7	4.29	ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวม	0-160	75-157	134.2	13.84	ดี

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี และมีคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ อยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ
ด้านความพึงพอใจในชีวิต

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D)	การแปลผล
พอใจกับสภาพบ้านอยู่อาศัย	3.5	0.87	ดี
พอใจกับสิ่งอำนวยความสะดวก สะดวกในชีวิต	3.5	0.70	ดี
รู้สึกพอใจที่โรคที่เป็นอยู่ไม่ทำให้ เกิดอันตรายแก่ชีวิต	3.2	0.90	ดี
พอใจกับการรักษาที่ได้รับ	3.0	0.86	ดี
การรักษาทำให้อาการดีขึ้น	2.5	1.01	ดี
ขณะนี้ท่านมีความสุข	2.9	1.00	ดี
พอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ใน ปัจจุบัน	3.4	0.82	ดี
ได้รับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตตามที่ คาดหวัง	2.7	0.83	ดี
ประสบความสำเร็จในชีวิตที่ ผ่านมา	3.0	0.82	ดี
พอใจกับความสำเร็จในชีวิต ที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน	3.0	0.84	ดี

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกพอใจรายข้อด้านความพึงพอใจในชีวิต
อยู่ในระดับดี

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ
ด้านอัตมโนทัศน์

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D)	การแปลผล
ยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่	3.6	0.74	ดี
รู้สึกสบายใจที่พึ่งพาตนเองได้	3.7	0.76	ดี
เป็นคนต่อสู้กับอุปสรรค	3.7	0.60	ดี
ตั้งแต่เจ็บป่วยท่านมีอารมณ์สงบ	3.5	0.86	ดี
มีความภูมิใจในตนเอง	3.2	0.74	ดี
ท่านเป็นคนสำคัญของครอบครัว	3.6	0.57	ดี
ท่านรู้สึกโชคดีกว่าคนอื่น	3.1	0.60	ดี
ตั้งแต่เจ็บป่วยท่านสามารถช่วยเหลือตนเองได้	3.6	0.79	ดี
ศาสนาทำให้จิตใจดีขึ้น	3.8	0.59	ดี
สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยให้อาการดีขึ้น	2.0	1.42	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกพอใจรายข้อ ด้านอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับดี ยกเว้นเรื่องสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อว่าช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้นในระดับปานกลาง

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ
ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D)	การแปลผล
ความสามารถในการปรับความรู้สึก วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	3.1	0.95	ดี
ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย	3.4	0.93	ดี
สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ได้ด้วยตนเอง	4.0	0.26	ดี
นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ	3.2	1.02	ดี
ดูแลตนเองได้เหมาะสมกับโรค ตามแผนการรักษา	3.7	0.48	ดี
ตั้งแต่เจ็บป่วยสามารถไป ทำธุระนอกบ้านได้	3.7	0.64	ดี
พอใจในการปฏิบัติตาม แผนการรักษา	3.7	0.61	ดี
สามารถออกกำลังกายได้	3.3	0.87	ดี
มีความพอใจในเรื่องเพศสัมพันธ์	3.4	1.17	ดี
สามารถทำสิ่งที่ทำเป็นประจำได้	3.9	0.46	ดี

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกพอใจรายข้อ ด้านสุขภาพและการทำงาน
ของร่างกายอยู่ในระดับดี

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนคุณภาพชีวิตรายข้อ
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ข้อความ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D)	การแปลผล
สมาชิกในครอบครัวเอาใจใส่ ในการพามาตรวจ	3.8	0.52	ดี
สมาชิกในครอบครัวให้การ ดูแลเป็นอย่างดี	3.8	0.52	ดี
ตั้งแต่เจ็บป่วยสามารถทำ กิจกรรมกับครอบครัวได้	3.6	0.81	ดี
สามารถพบปะสังสรรค์กับเพื่อนได้	3.5	0.83	ดี
สามารถทำกิจกรรมทางสังคมได้	3.4	0.90	ดี
เข้าใจการปฏิบัติตนเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยเพียงพอ	3.4	0.54	ดี
ตั้งแต่เจ็บป่วยสามารถประกอบ อาชีพได้	3.3	1.02	ดี
พอใจกับทรัพย์สิน สิ่งของที่ได้รับ	3.4	0.90	ดี
มีผู้ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาเรื่อง การเงิน	2.8	0.93	ดี
สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้	3.8	0.55	ดี

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกพอใจรายข้อ ด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต โดยวิธีคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พร้อมทั้งทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t - test) ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ปัจจัยด้านประชากร	
อายุ	-.1253
สถานภาพสมรส	.0572
ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ	
ระดับการศึกษา	.2154*
รายได้	.3108**
ปัจจัยด้านสุขภาพ	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.1118
ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ	-.3881***

*p < .05 ; **p < .01 ; ***p < .001

จากตารางที่ 11 พบว่าปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ส่วนที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนาย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ดังแสดงในตารางที่ 12-13

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ พบว่า

รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ระดับการศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ อายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ระยะเวลาการเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวทำนายกับตัวทำนาย แสดงในรูปเมตริก
สัมพันธ์ (Correlation matrix)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1 อายุ	-				
2 สถานภาพสมรส	-.1184	-			
3 ระดับการศึกษา	-.1497	-.0198	-		
4 รายได้	-.1141	-.0253	.3137***	-	
5 ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.2825**	.1699	.1694	-.0229	-
6 ความรุนแรงของอาการ ผิดปกติเกี่ยวกับการ ถ่ายปัสสาวะ	-.0123	-.1075	-.1060	-.1071	.2687**

p < .01 ; *p < .001

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวทำนาย กับคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

ขั้นที่	ตัวทำนาย	R	R ²	R ² change	F	b	Beta	t
1	ความรุนแรงฯ	.3881	.1507	.1507	17.382***	-.6305	-.3881	-4.169***
2	ความรุนแรงฯ					-.5831	-.3590	-3.990***
	รายได้	.4733	.2240	.0733	9.165**	.0003	.2723	3.027**
3	ความรุนแรงฯ					-.6843	-.4212	-4.639***
	รายได้					.0003	.2710	3.097**
	ระยะเวลาฯ	.5230	.2736	.0496	6.554*	.1047	.2312	2.560*
4	ความรุนแรงฯ					-.7165	-.4411	-4.907***
	รายได้					.0003	.2492	2.872**
	ระยะเวลาฯ					.1304	.2879	3.091**
	อายุ	.5512	.3039	.0303	4.135*	-.4103	-.1837	-2.033*
Constant = 164.5667		Overall F = 10.367***						

*p < .05 ; **p < .01 ; ***p < .001

จากตารางที่ 13 พบว่า เมื่อเริ่มการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวทำนายตัวแรกที่ได้รับเลือกคือ ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมากที่สุด สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 15.07 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากนั้นเมื่อเพิ่มตัวทำนายที่ละตัวเข้าไปในแต่ละขั้นตอนของการวิเคราะห์ ตัวทำนายที่ได้รับการเลือกเข้าไปพิจารณาในขั้นที่ 2 คือ รายได้ปรากฏว่า สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.40 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวทำนายที่ได้รับการเลือกเข้าไปพิจารณาในขั้นที่ 3 คือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่าสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27.36 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเพิ่มตัวทำนายเข้าไปในขั้นที่ 4 ซึ่งตัวที่ได้รับเลือกคือ อายุ พบว่าสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.39 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ต่อจากนั้นเมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นต่อไป ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายไม่มีนัยสำคัญ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อหาตัวทำนายคุณภาพชีวิตจึงยุติลงในขั้นที่ 4

จะเห็นได้ว่าเมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนแล้วพบว่า ตัวทำนายที่สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และอายุ

ข้อคิดเห็นอื่น ๆ

ผู้วิจัยรวบรวมข้อคิดเห็นอื่น ๆ ซึ่งเป็นการแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับความหมายของคุณภาพชีวิต ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาที่มีต่อคุณภาพชีวิต และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ดังนี้

1. ความหมายของ “คุณภาพชีวิต”

- ความเป็นอยู่ที่ดี มีความสุข มีสุขภาพดีปราศจากโรค 27 ราย
- มีบ้านอยู่อาศัย มีเงินทองใช้จ่าย และมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ 23 ราย
- มีครอบครัวที่ดี มีความอบอุ่นในครอบครัว และทุกคนในครอบครัวมีความสุข 14 ราย
- บุตร-หลาน ประสบความสำเร็จ มีหน้าที่การงานมั่นคง 9 ราย
- ทำบุญ ทำกุศล ฟังเทศน์ และปฏิบัติธรรม 9 ราย
- ทำงานอดิเรกต่าง ๆ เช่น ปลุกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ อ่านหนังสือท่องเที่ยว และพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง เป็นต้น 8 ราย
- มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ 7 ราย
- สามารถช่วยเหลือตนเอง และพึ่งพาตนเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว 3 ราย

2. ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อคุณภาพชีวิต

การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

- มีความวิตกกังวล ไม่สบายใจ เกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติไปจากเดิม 30 ราย
- กลัวเป็นโรคร้ายแรง เช่น มะเร็ง 5 ราย
- ทำให้อนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ 3 ราย
- ทำให้เดินทางไปไหนมาไหนไม่สะดวก โดยเฉพาะการเดินทางไกล ๆ 3 ราย

- มีผลต่อเพศสัมพันธ์	1 ราย
การเจ็บป่วยไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต	58 ราย
- เพราะคิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาของคนแก่	
- เนื่องจากมีอาการเพียงเล็กน้อย	
การรักษาไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต	
- เพื่อการมารอบพบแพทย์นาน	4 ราย
- เพื่อรับประทานยา	2 ราย
- มีปัญหาเรื่องค่ารักษาพยาบาล	1 ราย
การรักษาไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต	93 ราย
เนื่องจากการรักษาทำให้อาการดีขึ้น	
3. ระดับคุณภาพชีวิต	
- ระดับคุณภาพชีวิตดี	32 ราย
- ระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง	66 ราย
- ระดับคุณภาพชีวิตค่อนข้างต่ำ	2 ราย

การอภิปรายผล

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศชายมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโต โดยได้รับการรักษาวิธีอื่นที่ไม่ใช่การผ่าตัด มารับการตรวจรักษาที่หน่วยระบบทางเดินปัสสาวะตึกสยามินทร์ชั้น 5 หอผู้ป่วยมหิตลบำเพ็ญ 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 100 ราย จากผลการศึกษาผู้วิจัยได้แยกอภิปรายผลตามสมมติฐาน ซึ่งปรากฏผลดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

ผลการศึกษาพบว่า อายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) สามารถอธิบายได้ดังนี้ อายุ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงว่าผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตจะอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น หรือวัยสูงอายุตอนปลายก็ตาม จะมีคุณภาพชีวิตดีหรือไม่ดีก็ได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองร้อยละ 96 สามารถไปทำธุระนอกบ้านได้ร้อยละ 79 (ตารางที่ 16) ประกอบกับลักษณะครอบครัวไทย มีการยกย่องผู้สูงอายุให้เป็นผู้นำครอบครัว มีการให้ความเคารพนับถือ ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ โดยเฉพาะจากบุคคลในครอบครัวเป็นอย่างดี ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า ก่อให้เกิดความหวังและพลังใจในการดำเนินชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของนिरามัย ใช้เทียมวงศ์ (2535 : 69-70) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตด้วยวัยสูงอายุตอนต้น หรือวัยสูงอายุตอนปลายมีคุณภาพชีวิตดีหรือไม่ดีก็ได้

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) นั่นคือผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่มีสถานภาพสมรส คู่ โสด หม้าย หย่า หรือแยก จะมีคุณภาพชีวิตดีหรือไม่ดีก็ได้ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มี สถานภาพสมรสคู่ ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเอง มีคุณค่าและมีความสุข ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า หรือแยก บุคคล เหล่านี้อาจไม่ได้อยู่ตามลำพังคนเดียว ไม่ได้ขาดคู่คิดหรือขาดบุคคลที่จะให้ความช่วยเหลือ คำจุน เพราะลักษณะของครอบครัวไทยเป็นครอบครัวที่อบอุ่น มีความผูกพันกับญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน ต่างกับลักษณะของครอบครัวตะวันตกซึ่งมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว จึงมี ความห่างเหินจากญาติพี่น้อง เกิดความหวาดหวั่นและขาดความอบอุ่นได้ง่าย ดังนั้นเมื่อ สมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า หรือแยก ไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวได้เหมือนก่อน สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ก็จะเข้ามารับบทบาทแทนอาจเป็น บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง ซึ่งสังคมไทยมีลักษณะเป็น ระบบเครือญาติอยู่แล้วจึงไม่ค่อยขาดคนช่วยเหลือ (สุพัตรา สุภาพ 2524 อ้างใน ประภา รัตน์เมธานนท์ 2532 : 88) จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุเป็นคนสำคัญของ ครอบครัวร้อยละ 61 (ตารางที่ 15) สมาชิกในครอบครัวให้ความเอาใจใส่ในการพามาตรวจ ร้อยละ 88 สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลเป็นอย่างดีร้อยละ 88 (ตารางที่ 17) สอดคล้องกับการศึกษาของนิรามัย ใช้เทียมวงศ์ (2535 : 70) ที่พบว่าสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้สูงอายุโรคต่อมลูก หมากโตที่มีสถานภาพสมรสคู่ โสด หม้าย หย่า หรือแยก จึงมีคุณภาพชีวิตดีหรือไม่ดีก็ได้

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2154, r = .3108, p < .05, p < .01$ ตามลำดับ)

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .2154$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสติปัญญา ใฝ่รู้และมีเหตุผล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย จะพยายามแสวงหาความรู้ หรือรับฟังคำแนะนำจากบุคลากรที่มรสสุขภาพ การศึกษาจึงช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจเรื่องต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคของตนได้ดีขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จึงมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมภาวะการเจ็บป่วยด้วยความเข้าใจ ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีการศึกษาน้อยมักพบปัญหาเกี่ยวกับแผนการรักษาตลอดจนการปฏิบัติตน ซึ่งบางครั้งอาจเกิดความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ น้อยมากหรือเข้าใจผิดพลาด เนื่องจากฟังหรืออ่านคำแนะนำจากเอกสารไม่เข้าใจ อีกทั้งผู้ที่มีการศึกษาน้อยยังมีแนวโน้มที่จะละเลยการปฏิบัติตนตามคำแนะนำได้ง่าย เมื่อรู้สึกถึงความยุ่งยากหรือการปฏิบัตินั้นรบกวนต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของเขามาก และไม่เข้าใจถึงประโยชน์หรือความจำเป็นในการปฏิบัติตน จึงอาจทำให้อาการของโรคทรุดลงและไม่มีความสุขในชีวิต นอกจากนี้การมีการศึกษาสูงย่อมทำให้มีอาชีพและรายได้ดี ส่งผลให้มีความเป็นอยู่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา จากผลการศึกษารั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมกับโรคตามแผนการรักษา ร้อยละ 72 (ตารางที่ 16) ผู้สูงอายุเข้าใจถึงการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเพียงพอ ร้อยละ 52 และ 46 (ตารางที่ 17) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ วรณิ สัตยวิวัฒน์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ (2538 : 91) ที่พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี

รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .3108$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำจะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี อธิบายได้ว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจและความสุขในชีวิตของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุจะมีการเตรียมตัวเกี่ยวกับทรัพย์สิน และที่อยู่อาศัยเพื่อการดำรงชีวิตอยู่เมื่ออายุสูงมากขึ้น

(บรรลุ ศิริพานิชและคณะ 2531 : 53) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่ารายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของคนในสังคมปัจจุบันที่สนองตอบความต้องการด้านต่าง ๆ ได้แก่ บ้านที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง ตลอดจนการซื้อหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกและความสุขของตน นอกจากนี้รายได้ยังเป็นปัจจัยที่จำเป็นในการทำกิจกรรม การมีงานอดิเรก และการใช้เวลาว่าง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุพอใจกับสภาพบ้านอยู่อาศัยร้อยละ 67 พอใจกับสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตร้อยละ 65 (ตารางที่ 14) ผู้สูงอายุรู้สึกพอใจกับทรัพย์สินสิ่งของเครื่องใช้ที่ได้รับร้อยละ 59 และ 22 ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลร้อยละ 90 (ตารางที่ 17) สอดคล้องกับการศึกษาของสมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์; วรณี สัตยวิวัฒน์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ (2538 : 91) และการศึกษาของฉัตรวลัย ใจอารีย์ (2533 : 88) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี ส่วนผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่มีรายได้ต่ำจะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ส่วนความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.3881, p < .001$)

ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงว่าผู้สูงอายุจะเจ็บป่วยด้วยโรคต่อมลูกหมากโตเป็นเวลานานเท่าใดก็ตาม จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีหรือไม่ดีก็ได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโรคต่อมลูกหมากโตเป็นโรคเรื้อรัง จะมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ซึ่งอาการมักเริ่มอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีอาการผิดปกติ

เกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะเพียงเล็กน้อย จะมีผลกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิตหรือคุณภาพชีวิตน้อย ไม่ว่าจะนานเท่าใดก็จะรู้สึกว่าจะไม่แตกต่างจากเดิม ส่วนผู้สูงอายุที่มีอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะมาก ในระยะแรกจะมีความวิตกกังวล ความกลัว แต่เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ผู้สูงอายุจะเริ่มยอมรับและพยายามปรับตัวต่อแบบแผนการรักษา และเมื่อได้รับการรักษาไปช่วงระยะเวลาหนึ่ง อาการของโรคดีขึ้นก็เกิดกำลังใจ เกิดความหวัง เชื่อถือในการรักษา จนสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้เหมาะสม ดังที่โอเรม (Orem 1985 : 175) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบันอาจไม่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ถ้าภาวะการเจ็บป่วยของบุคคลนั้นส่งผลต่อสุขภาพน้อย เช่น อาการและอาการแสดงมีการเปลี่ยนแปลงไม่มาก เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถดำเนินชีวิตใกล้เคียงกับที่ตนเคยดำเนินอยู่ จะเห็นได้จากการที่ ผู้สูงอายุสามารถทำสิ่งที่ทำเป็นประจำได้ร้อยละ 88 (ตารางที่ 16) ผู้สูงอายุยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่ร้อยละ 72 (ตารางที่ 15) จึงอาจจะเป็นสาเหตุให้ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวลัย สิงห์คำฟู (2532 : 94-95) ที่พบว่าไม่ว่าระยะเวลาที่เป็นโรคจะสั้นหรือนานเท่าใด การรับรู้คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน และจากการศึกษาของสุธาทิพย์ อุปลาบดี (2536 : 58) เนตรนภา คู่พันธ์วี (2534 : 98-99) และประภา รัตนเมธานนท์ (2532 : 92-93) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังนั้นผู้สูงอายุจะเจ็บป่วยด้วยโรคต่อมลูกหมากโตเป็นระยะเวลานานเท่าใดก็ตาม จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีหรือไม่ดีก็ได้

ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.3881$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะมาก จะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี ส่วนผู้สูงอายุที่มีความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะน้อยจะมีคุณภาพชีวิตดี อธิบายได้ว่าโรคต่อมลูกหมากโตเกิดจากการอุดตันบริเวณท่อทางเดินปัสสาวะ ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการถ่ายปัสสาวะผิดไปจากเดิม และหากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 30 (ตารางที่ 14) ผู้สูงอายุนอนหลับ

พักนอนไม่เพียงพออยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 23 (ตารางที่ 16) และการเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถประกอบอาชีพได้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 24 (ตารางที่ 17) สอดคล้องกับการศึกษาของประภา รัตนเมธานนท์ (2532 : 94-95) ที่พบว่าความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของเนตรนภา คู่พันธ์วี (2534 : 99-100) และนิรามัย ไข้เทียมวงศ์ (2535 : 55) พบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่มีความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะมากจะมีคุณภาพชีวิตไม่ดี ส่วนผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่มีความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะน้อยจะมีคุณภาพชีวิตดี

สมมติฐานที่ 4 อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

ผลการศึกษาพบว่า ชุดตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ได้แก่ ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และอายุ โดยสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 30.39 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งอธิบายได้ว่าความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ เป็นตัวแปรตัวแรกที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะมาก จะรบกวนต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุและอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากรายละเอียดในตารางที่ 13 พบว่าความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.3881$) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสูงที่สุดเป็นอันดับ 1 จึงถูกเลือกเข้าไปในการสร้างสมการเป็นอันดับแรก

เมื่อพิจารณาตัวแปรต่อมาคือ รายได้ พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .3108$) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเป็นอันดับ 2 ทั้งนี้อธิบายได้ว่ารายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคมปัจจุบัน ที่สนองตอบความต้องการด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ อาจกล่าวได้ว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจและความสุขในชีวิต นอกจากนี้รายไดยังเป็นสิ่งที่กำหนดให้ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลแตกต่างกันอีกด้วย ดังนั้นรายได้จึงถูกเลือกเข้าไปในการสร้างสมการเป็นอันดับ 2

ตัวแปรต่อมาคือ ระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นตัวแปรที่มีค่าสหสัมพันธ์บางส่วน (partial r) สูงที่สุดในบรรดาตัวแปรที่ยังไม่ได้เข้าสู่สมการ (partial $r = .2528$) และเมื่อระยะเวลาการเจ็บป่วยเข้าไปในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนแล้วทำให้สัมประสิทธิ์การทำนายมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถใช้เป็นตัวทำนายร่วมกับความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ และรายได้ อธิบายได้ว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพราะธรรมชาติของมนุษย์จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง กล่าวคือระยะเวลาก่อให้เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ ที่จะนำไปสู่การแก้ปัญหาได้ดีขึ้น เมื่อเวลาผ่านพ้นไปนานขึ้นผู้สูงอายุจะเริ่มยอมรับและพยายามปรับตัวต่อแผนการรักษา และเมื่อได้รับการรักษาไปช่วงระยะเวลาหนึ่งอาการของโรคดีขึ้นจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดกำลังใจ เกิดความหวัง และเกิดความพึงพอใจในชีวิตด้วย นอกจากนี้จากผลการศึกษายังพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .2687$) จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ระยะเวลาการเจ็บป่วยถูกเลือกเข้าไปในการสร้างสมการเป็นอันดับ 3

ส่วนตัวแปรตัวต่อมาคือ อายุ พบว่าอายุเป็นตัวแปรที่มีค่าสหสัมพันธ์บางส่วน (partial r) สูงที่สุดในบรรดาตัวแปรที่ยังไม่ได้เข้าสู่สมการ (partial $r = -.2042$) และเมื่ออายุเข้าไปในสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนแล้วทำให้สัมประสิทธิ์การทำนายมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสามารถใช้เป็นตัวทำนายร่วมกับความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย และจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .2825$)

อธิบายได้ว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความปกติสุขของผู้สูงอายุ การมีอายุมากขึ้น ความเสื่อมถอยของร่างกายย่อมเพิ่มขึ้น ความแข็งแรงของร่างกายถดถอยลง การช่วยเหลือตนเองและการทำกิจกรรมทางสังคมลดลง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตย่อมลดลงด้วย ประกอบกับเจ็บป่วยด้วยโรคต่อมลูกหมากโตเป็นระยะเวลานาน ร่วมกับความรุนแรงของอาการ ผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะมาก ดังนั้นอายุจึงถูกเลือกเข้าไปในการสร้างสมการเป็นอันดับ 4 และเมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นต่อไป ค่าสัมประสิทธิ์ตัวทำนายที่เปลี่ยนไปไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเพื่อหาตัวทำนายคุณภาพชีวิต จึงยุติลงในขั้นที่ 4

จากกรอบแนวคิดของชาน (Zhan 1992) ได้เสนอรูปแบบในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลว่าจะแตกต่างกันหรือผันแปรไป ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ซึ่งจากผลการศึกษาค้นพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ได้แก่ ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และอายุ โดยสามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 30.39 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 69.61 ซึ่งยังไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากปัจจัยอื่น ๆ แต่ไม่ได้นำมาศึกษา เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และทัศนคติต่อโรค เป็นต้น เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้อาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตได้

นอกจากสมมติฐานการวิจัยที่อภิปรายมาแล้วข้างต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยยังพบว่า

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตมีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี ดังรายละเอียดในตารางที่ 6 ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้น่าจะไม่ดี เพราะอยู่ในวัยที่มีการเสื่อมถอย และเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจดังกล่าวมาแล้วในบทที่ 1 แต่ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางส่วนอยู่ในโครงการตรวจโรคต่อมลูกหมากในระยะเริ่มแรก อีกส่วนหนึ่งอยู่ในระหว่างรับการรักษา และอยู่ระหว่างรอการผ่าตัด ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีความพึงพอใจในชีวิต และมีความหวังว่าสุขภาพจะดีขึ้นเพราะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างดี ดังนั้นจึงทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอยู่ในระดับดี แต่จากคำตอบในส่วนของข้อคิดเห็นอื่น ๆ ของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 66 ราย เนื่องจากคำถามในส่วนของข้อคิดเห็นอื่น ๆ เป็นการให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับคุณภาพชีวิต โดยไม่ได้มีรายละเอียดเป็นกรอบให้กลุ่มตัวอย่างตอบเป็นระดับความคิดเห็น เหมือนกับข้อคำถามในส่วนของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต อีกทั้งลักษณะของคนไทยส่วนใหญ่ มักมีอุปนิสัยอ่อนน้อมถ่อมตน ไม่ชอบโอ้อวด จะเห็นได้จากการที่กลุ่มตัวอย่างหลายรายพูดว่า “จริง ๆ แล้วความเป็นอยู่ในปัจจุบันก็มีความสุขดี มีเงินทองพอใช้ บุตร หลานให้การดูแลช่วยเหลือดี แต่จะให้ตอบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี เดียวจะกลายเป็นการโอ้อวด จึงขอตอบว่าระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางดีกว่า” ดังนั้นจึงทำให้ได้คำตอบว่าผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่

นอกจากนี้ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตมีคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน โดยมีรายละเอียดที่น่าสนใจ ดังนี้

ด้านความพึงพอใจในชีวิต พบว่าผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับดี (ตารางที่ 7) เนื่องจากผู้สูงอายุมีความรู้สึกพอใจกับสภาพที่อยู่อาศัยในระดับดี ($\bar{X} = 3.5$, S.D = 0.87) พึงพอใจกับสิ่งอำนวยความสะดวกในชีวิตในระดับดี ($\bar{X} = 3.5$, S.D = 0.70) และพึงพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ปัจจุบันในระดับดี ($\bar{X} = 3.4$, S.D = 0.82) ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคลเมื่อได้รับการตอบสนองทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ ประกอบกับผู้สูงอายุรู้สึกพอใจกับการรักษาที่ได้รับในระดับดี ($\bar{X} = 3.0$, S.D = 0.86) ทำให้ผู้สูงอายุคาดหวังว่าจะหายหรือมีสุขภาพดีขึ้น ส่งผลต่อความพึงพอใจด้านการรักษาพยาบาล เป็นผลทำให้คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอยู่ในระดับดี

ถึงแม้ว่าคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอยู่ในระดับดี แต่ก็มีบางเรื่องที่ควรให้ความสนใจ เช่น ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการรักษาทำให้อาการดีขึ้นในระดับดี ($\bar{X} = 2.5$, S.D = 1.01) ตั้งแต่เจ็บป่วยผู้สูงอายุมีความสุขในระดับดี ($\bar{X} = 2.9$, S.D = 1.00) แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่รู้สึกว่าการรักษาทำให้อาการดีขึ้นในระดับปานกลางร้อยละ 29 และการเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุขในระดับปานกลางร้อยละ 30 (ตารางที่ 14) ทั้งนี้เนื่องจากการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 3-6 เดือน จึงจะเห็นผลในการรักษาทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาในระยะแรก ๆ มีอาการดีขึ้นไม่มากนัก นอกจากนี้การเจ็บป่วยยังส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล และไม่มีความสุขอีกด้วย ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงรู้สึกในเรื่องการรักษาทำให้อาการดีขึ้น และการเจ็บป่วยทำให้ไม่มีความสุขในระดับปานกลาง ส่วนเรื่องการได้รับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตตามที่คาดหวังในระดับดี ($\bar{X} = 2.7$, S.D = 0.83) การประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมาในระดับดี ($\bar{X} = 3.0$, S.D = 0.82) และผู้สูงอายุพอใจกับความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมาในระดับดี ($\bar{X} = 3.0$, S.D = 0.84) แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่รู้สึกว่าได้รับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตตามที่คาดหวังในระดับปานกลางร้อยละ 39 ประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมาในระดับปานกลางร้อยละ 30 และพอใจกับความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมาในระดับปานกลางร้อยละ 31 (ตารางที่ 14) ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีทั้งความสมหวังและความไม่สมหวังในชีวิตเท่า ๆ กัน จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองได้รับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตตามที่คาดหวังไว้ในระดับปานกลางตลอดจนรู้สึกว่าตนเองประสบความสำเร็จและพอใจกับความสำเร็จนั้นในระดับปานกลางด้วย

ด้านอัตมโนทัศน์ พบว่าผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตมีคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับดี (ตารางที่ 8) เนื่องจากผู้สูงอายุมีความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะในระดับน้อยร้อยละ 34 และมีความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะในระดับปานกลางร้อยละ 36 ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะในระดับน้อยและในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไม่มากนัก จากคำถามในส่วนข้อคิดเห็นอื่น ๆ พบว่าการเจ็บป่วยไม่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เนื่องจากผู้สูงอายุมีอาการเพียงเล็กน้อยมีจำนวน 58 ราย ส่วนผู้สูงอายุที่มีความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะในระดับมากมีร้อยละ 30 ประกอบกับผู้สูงอายุร้อยละ 61 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคต่อมลูกหมากโตอยู่ในช่วง 1-3 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ และผู้สูงอายุบางรายได้รับการรักษามาเป็นระยะเวลาหนึ่ง ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าการดีขึ้นทำให้มีกำลังใจในการรักษา อีกทั้งผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับดี ($\bar{X} = 3.7$, $S.D = 0.76$) และไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว ($\bar{X} = 3.6$, $S.D = 0.79$) จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกต่อตนเองในเรื่องต่าง ๆ อยู่ในระดับดี ยกเว้นเรื่องสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ผู้สูงอายุเชื่อว่าจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้นในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.0$, $S.D = 1.42$) เนื่องจากผู้สูงอายุร้อยละ 96 นับถือศาสนาพุทธและมีความเชื่อว่าศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ ช่วยทำให้จิตใจสงบมากกว่าจะช่วยให้อาการเจ็บป่วยดีขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุจึงรู้สึกต่อตนเองในเรื่องนี้ในระดับปานกลาง

ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับดี (ตารางที่ 9) เนื่องจากผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองในระดับดี ($\bar{X} = 4.0$, $S.D = 0.26$) สามารถทำสิ่งที่ทำเป็นประจำได้ในระดับดี ($\bar{X} = 3.9$, $S.D = 0.46$) และสามารถไปทำธุระนอกบ้านได้ในระดับดี ($\bar{X} = 3.7$, $S.D = 0.64$) ประกอบกับผู้วิจัยเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจรักษาที่หน่วยระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งมีผู้สูงอายุบางส่วนอยู่ในโครงการตรวจโรคต่อมลูกหมากในระยะเริ่มแรก ส่วนใหญ่จะมีสุขภาพทั่วไปดี จึงทำให้การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตในด้านนี้อยู่ในระดับดี

แต่ก็มีคุณภาพชีวิตในด้านนี้บางเรื่องที่ทำให้ความสนใจเพิ่มขึ้น เช่น ผู้สูงอายุรู้สึกว่ นอนหลับพักผ่อนเพียงพอในระดับดี ($\bar{X} = 3.2$, S.D = 1.02) และผู้สูงอายุสามารถปรับ ความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในระดับดี ($\bar{X} = 3.1$, S.D = 0.95) แต่ก็ยังมี ผู้สูงอายุส่วนหนึ่ง นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอในระดับปานกลางร้อยละ 23 และผู้สูงอายุ รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในระดับปานกลางร้อยละ 17 (ตารางที่ 16) ทั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้เมื่อลุกขึ้นถ่ายปัสสาวะตอนกลางคืนแล้วไม่สามารถนอนหลับพักผ่อน ต่อได้ หรือต้องใช้เวลา นานกว่าจะนอนหลับได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองนอนหลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ ประกอบกับการที่มีอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกวิตก กังวลเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วย จากข้อมูลในส่วนข้อคิดเห็นอื่น ๆ พบว่าผู้สูงอายุรู้สึกวิตก กังวลและไม่สบายใจเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยจำนวน 30 ราย จากเหตุผลดังกล่าวทำให้ ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ และรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาการ เจ็บป่วยในระดับปานกลาง

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตมีคุณภาพชีวิตด้าน สังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี (ตารางที่ 10) เนื่องจากจากผู้สูงอายุร้อยละ 84 สามารถ เบิกค่ารักษาพยาบาลได้จากต้นสังกัด ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยก็ได้รับการยกเว้นค่ายา และ ค่ารักษาพยาบาลจากหน่วยสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล ส่วนผู้สูงอายุที่จ่ายค่ารักษา พยาบาลเองก็เป็นผู้สูงอายุที่มีรายได้ดี จึงไม่มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจมากนัก จากการ ศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ในระดับดี ($\bar{X} = 3.8$, S.D = 0.55) ผู้สูงอายุพอใจกับทรัพย์สิน สิ่งของที่ได้รับในระดับดี ($\bar{X} = 3.4$, S.D = 0.90) ส่วนเรื่องสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้สูงอายุรู้สึกว่าสมาชิกในครอบครัวเอาใจ ใส่ในการพามาตรวจในระดับดี ($\bar{X} = 3.8$, S.D = 0.52) สมาชิกในครอบครัวให้การดูแล เป็นอย่างดีในระดับดี ($\bar{X} = 3.8$, S.D = 0.52) และสามารถทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ได้ในระดับดี ($\bar{X} = 3.6$, S.D = 0.81) ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตรับรู้ คุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดี

คุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจนั้น จากการศึกษาครั้งนี้มีประเด็นย่อยที่ควรได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น เช่น ผู้สูงอายุคิดว่ามีผู้ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาเรื่องการเงินในระดับดี ($\bar{X} = 2.8$, S.D = 0.93) และตั้งแต่เจ็บป่วยสามารถประกอบอาชีพได้ในระดับดี ($\bar{X} = 3.3$, S.D = 1.02) แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งคิดว่ามีผู้ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาเรื่องการเงินในระดับปานกลางร้อยละ 25 และตั้งแต่เจ็บป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ในระดับปานกลางร้อยละ 24 (ตารางที่ 17) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตเป็นเพศชายซึ่งร้อยละ 74 ยังดำรงบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว หรือเป็นหัวหน้าครอบครัว ย่อมมีศักดิ์ศรีและมีความภูมิใจในตนเอง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จึงมักต้องการช่วยเหลือและพึ่งพาตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงรู้สึกว่ามีผู้ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาเรื่องการเงินในระดับปานกลาง ส่วนเรื่องการประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้มีผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพอยู่ร้อยละ 26 การที่ผู้สูงอายุมีอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติหรือต้องถ่ายปัสสาวะบ่อย ๆ จึงส่งผลกระทบต่ออาชีพการงานของผู้สูงอายุพอสมควร ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงรู้สึกว่าการเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการทำงานประกอบอาชีพในระดับปานกลาง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศชายมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโต ที่ได้รับการรักษาริธีอื่นโดยยังไม่ได้รับการผ่าตัด มารับการตรวจรักษาที่หน่วยระบบทางเดินปัสสาวะตึกสยามินทร์ชั้น 5 หอผู้ป่วยมหิตลบำเพ็ญ 2 และหอผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2539 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2540 จำนวน 100 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มีคุณสมบัติดังนี้ คือ เป็นผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ที่ไม่ได้มารับการตรวจรักษาครั้งแรก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพ เครื่องมือประเมินการถ่ายปัสสาวะ และแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ดังนี้

1. คำนวณความถี่ และอัตราร้อยละ ของปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ
2. คำนวณหาช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม รายด้าน และรายข้อ
3. คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ และสถานภาพสมรส ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยใช้การทดสอบค่าที (t - test)

4. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (Multiple correlation coefficient) ระหว่างตัวทำนาย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต ซึ่งเป็นตัวเกณฑ์ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ข้อมูลที่ได้จากข้อคิดเห็นอื่น ๆ ผู้วิจัยนำมาประกอบการอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยมีความพึงพอใจในชีวิต อึดทนโหดทน สุขภาพและการทำงานของร่างกาย ตลอดจนสังคมและเศรษฐกิจ อยู่ในระดับดี
2. ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)
3. ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2154$, $r = .3108$, $p < .05$, $p < .01$ ตามลำดับ)
4. ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.3881$, $p < .001$) แต่ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)
5. ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และอายุ เป็นกลุ่มตัวทำนายที่สามารถอธิบายความผันแปรของคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 30.39 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยพบว่า ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และอายุ เป็นกลุ่มตัวทำนายที่สามารถอธิบายความผันแปร ของคุณภาพชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีบทบาทในการสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อแก้ไข และลดความรุนแรงของโรคต่อมลูกหมากโต โดยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ ถูกต้อง

1.1 ในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมาก โต โดยจัดทำแผ่นพับและคู่มือเกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโตมากขึ้น เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลตนเอง เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี มีโอกาสเป็นโรคต่อมลูกหมากโตมากกว่าร้อยละ 50 และถ้าอายุ 85 ปี มีโอกาสเป็นโรคต่อมลูกหมากโตถึงร้อยละ 90

1.2 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน และมีความรุนแรงของ อาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะมาก พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่อมลูกหมากโต ตลอดจนให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน เพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจาก ในส่วนของข้อคิดเห็นอื่น ๆ พบว่าผู้สูงอายุ 58 ราย คิดว่าการที่ตนเองถ่ายปัสสาวะผิดปกติ เป็นเรื่องธรรมดาของคนแก่ ประกอบกับการดำเนินของโรคต่อมลูกหมากโตเป็นไปอย่างช้า ๆ ทำให้ผู้สูงอายุละเลยในการดูแลตนเอง รวมทั้งการมาตรวจรักษาในระยะเริ่มแรกของโรค ซึ่งหากปล่อยทิ้งไว้นาน ๆ โดยไม่ได้รับการรักษา จะทำให้ความรุนแรงของอาการผิดปกติ เกี่ยวกับถ่ายปัสสาวะเพิ่มมากขึ้น และก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ส่งผลให้ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดต่ำลงได้ ดังนั้นการให้ความรู้ที่ถูกต้อง ตลอดจนการให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติตน เช่น การดื่มน้ำและออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่าให้ท้องผูก อย่างกลั้น ปัสสาวะ และระมัดระวังในการรับประทานยาแก้หวัด ยาแก้ท้องเสีย เป็นต้น ซึ่งจะเป็น ประโยชน์ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และช่วยให้ผู้สูงอายุมารับการตรวจรักษาตั้งแต่มี

อาการในระยะเริ่มแรกซึ่งจะเป็นผลดีในการให้การรักษาส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

พยาบาลควรอธิบายให้ผู้สูงอายุทราบถึง ผลข้างเคียงของยาที่ใช้รักษาโรคต่อมลูกหมากโต เช่น อาจจะทำให้มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก เป็นต้น ควรแนะนำให้ผู้สูงอายुरับประทานยาก่อนนอน จะช่วยลดอาการข้างเคียงได้มาก นอกจากนี้ผลข้างเคียงของยาอีกประการหนึ่งคือ อาจจะทำให้สมรรถภาพทางเพศของผู้สูงอายุ ลดถดถอยลง

ส่วนเรื่องระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตนั้น พยาบาลควรอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจว่า จะต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 3-6 เดือน จึงจะเห็นผลในการรักษา

2. ให้คำปรึกษา และคำแนะนำเกี่ยวกับ แหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย เช่น หน่วยสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล บัตรสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับเรื่องการมาตรวจรักษาว่า ควรมาตรวจรักษาในคลินิกโรคต่อมลูกหมากโตโดยเฉพาะ เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการตรวจรักษา อีกทั้งผู้สูงอายุจะได้ไม่เกิดความเบื่อหน่ายในการมารักษาเป็นเวลานาน

ด้านการวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และทัศนคติต่อโรค เป็นต้น

2. ควรศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ หรือใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อให้ได้รายละเอียดของคุณภาพชีวิตมากขึ้น



บรรณานุกรม

- กชกร สังขชาติ. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาการศึกษา นอก
ระบบ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2536.
- กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2533-2563.
กรุงเทพมหานคร, 2538.
- กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539). กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. “การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ : มโนคติการประเมินและการ
พยาบาล.” ในการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 1. มโนคติในการ
พยาบาลแบบองค์รวม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,
2531 : 77-109.
- เกษม ตันติผลลาชีวะ และกุลยา ตันติผลลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ.
กรุงเทพมหานคร : อรุณการพิมพ์, 2528.
- เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์
พัฒนศึกษา, 2530.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2536.
- จริยวัตร คมพยัคฆ์. “การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้รับบริการและ
ผู้ให้บริการ.” ใน การประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช ครั้งที่ 8.
หน้า 4-21. กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- ฉัตรวลัย ไชอารีย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

- ชุมศักดิ์ พงกษาพงษ์. “ต่อมลูกหมาก.” วารสารใกล้หมอ. 20 (พฤษภาคม 2539) : 37-41
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน. กรุงเทพมหานคร : ศุภนิชการพิมพ์, 2352.
- ทัศนีย์ จินางกูร. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องแบบถาวร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- ธงชัย พรรณลาภ. “ต่อมลูกหมากโต.... ความเสี่ยงของชายสูงอายุ.” วารสารใกล้หมอ. 15 (พฤษภาคม 2534) : 35-36.
- ธวัชชัย งามสันติวงศ์. SPSS/PC + SPSS FOR WINDOWS หลักการและวิธีใช้คอมพิวเตอร์ในงานสถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : ฝ่ายคลังข้อสอบ สำนักพัฒนาเทคนิคศึกษา สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ, 2540.
- นาริรัตน์ จิตรมนตรี. “การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง.” วารสารพยาบาลศาสตร์. 8 (เมษายน-มิถุนายน 2533) : 74-81.
- นिरามัย ไข้อย่างวงศ์. แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- นิลิตา จรูญโรจน์. ผลของการพยาบาลที่ส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพร่างกายและจิตสังคมในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- เนตรนภา คู่พันธ์วี. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อรังเขต 12. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

- บรรลุ ศิริพานิชและคณะ. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพมหานคร : สามดีการพิมพ์, 2531.
- บรรลุ ศิริพานิช. “สุขภาพผู้สูงอายุ.” วารสารคลินิก. 6 (มิถุนายน 2533) : 432-436.
- _____. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2534.
- บังอร ฤทธิ์อุดม. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดภายหลังการผ่าตัดเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- บุญเรียง ขจรศิลป์. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS^x. ภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2531.
- บุษบา ตันติศักดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรค เอส แอล อี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- ประภา รัตนเมธานนท์. การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- ประภาพร จินันทุยา. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมของผู้สูงอายุดินแดง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- ประสพ รัตนกร. “วัยวัฒนา.” วารสารสุขศึกษา. 7 (กรกฎาคม-กันยายน 2527) : 5-11.
- ปราณี เสนีย์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเหงื่อตนเอง พฤติกรรมเผชิญความเครียด กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
- พรศรี ศรีอัมภาพร. สถิติและการวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามเจริญพานิช, 2529.

- พิชัย บุญยะรัตเวช. การถ่ายปัสสาวะผิดปกติและการรักษา. ภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ. วิจัยทางการพยาบาล : หลักการและกระบวนการ.
พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2535.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และวัลยา คุโรปรกรณ์. เทคนิคการสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทาง
การพยาบาล. สงขลา : บริษัทอัลลายด์เพรส จำกัด, 2536.
- ยุวดี ภาชา และคณะ. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชา
พยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2537.
- รัตนา เพ็ชรอุไร และอดุลย์ วิริยเวชกุล. “ผู้สูงอายุในประเทศไทย : ประเด็นที่ควรศึกษาริวิจัย.”
วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล. 2 (เมษายน-มิถุนายน 2538) : 171-173.
- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์
2525.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุน
ทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- ศิริพร เจริญวัฒน์. ผลของการบริหารกล้ามเนื้อผีเสื้อต่อการกลืนปัสสาวะในผู้ป่วยที่ได้รับการ
ผ่าตัดต่อมลูกหมากออกทางหน้าท้องหรือทางทวารปัสสาวะ. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. “ตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพอใจในชีวิตของ
ผู้สูงอายุไทย.” วารสารจิตวิทยาคลินิก. 21 (มกราคม-มิถุนายน 2533) : 1-13.
- สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์; วรณี สัตยวิวัฒน์ และวิไลวรรณ ทองเจริญ. “ความสัมพันธ์ระหว่าง
ปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.” วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล.
2 (มกราคม-มีนาคม 2538) : 88-96.

สมคิด วิทยเจียกขจร. “โรคต่อมลูกหมากที่พบบ่อย.” วารสารไกล์หมอ.

11 (เมษายน 2530) : 30-32.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปัจ. ประชากรกับคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร :

โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2525.

สมพันธ์ ทิณชีระนันท์ และคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยทางยูโรวิทยา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์

เมดิคัลมีเดีย, 2527.

สมพันธ์ ทิณชีระนันท์. “แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.” ใน การประชุมวิชาการพยาบาล

ศาสตร์ ครั้งที่ 4 เรื่องการพยาบาลทางศัลยกรรมในผู้สูงอายุ. หน้า 1-8.

กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

สัมพันธ์ ดันติวงศ์ และคณะ. ศาสตร์ระบบปัสสาวะ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร :

โรงพิมพ์พิมพ์เนศ, 2522.

สัมพันธ์ ลอนนวล. วารสารยูโร. 15 (มิถุนายน 2537) : 71-72.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และลัดดาวัลย์ รอดมณี. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการ

การวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์, 2527.

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์

และพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ภาพพิมพ์, 2537.

สุชาติ โสมประยูร. “สุขภาพกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต.” วารสารครุศาสตร์.

11 (กรกฎาคม-กันยายน 2526) : 77-81.

สุธาทิพย์ อุปลาบัติ. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์

ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

สุธิดา กาญจนรังษี. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูญเสีย. วิทยานิพนธ์ปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่. บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

สุนันท์ ลินเชื้อสัตย์กุล. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ร่องรอยแผลไหม้ กับ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแผลไหม้รุนแรง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

- สุรกุล เจนอบรม. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- สุวิมล พนาวัฒนกุล. อัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์.
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
2534.
- อนุพันธ์ ดันติวงศ์ และคณะ. “ทางเลือกใหม่ในการรักษาโรคต่อมลูกหมากโต.”
ใน การประชุมพื้นฟูวิชาการประจำปี ครั้งที่ 35. หน้า 226-230.
กรุงเทพมหานคร : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- อนุพันธ์ ดันติวงศ์. “Benign Prostatic Hyperplasia รักษาด้วยยาหรือผ่าตัดดี?”
วารสารคลินิก. 13 (มกราคม 2540) : 5-10.
- อมรชัย ทาญมุดงธรรมะ. “ต่อมลูกหมากโต.” วารสารใกล้หมอ. 18 (พฤศจิกายน 2537) :
46-48.
- อำนาจ สุนันท์. “ต่อมลูกหมากโต.” วารสารใกล้หมอ. 11 (เมษายน 2530) : 27-29.
- Anderson, M.A. & Braun, J.V. Caring for the Elderly Client. Philadelphia : F.A. Davis
Company, 1995.
- Berghorn, F.S. ; Schafer, D.E. & Associates. The Dynamics of Aging. Colorado :
Westview Press, 1981.
- Biandy, J.P. & Moors, J. Urology for Nurses. London : Blackwell Scientific Publications,
1989.
- Biddle, B.I. & Marlin, M.M. “Causality, Confirmation, Credibility and Structural equation
modeling.” Child Development. 58 (1987) : 4-17.
- Burckhardt, C.S. “The Impact of Arthritis on Quality of Life.” Doctoral Dissertation
University of Colorado, 1982.
- _____. “The Impact of Arthritis on Quality of Life.” Nursing Research.
34 (January/February 1985) : 11-16.
- Burke, M. & Walsh, B. Gerontologic Nursing. Missouri : Mosby-Year Book Inc., 1992.

- Calkins, E., Ford, A.B. & Katz, P.R. Practice of Geriatrics. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1992.
- Chenitz, W.C. ; Stone, J.T. & Slisbury, S.A. Clinical Gerontological Nursing. Philadelphia : W.B. Saunders Company, 1991.
- Cockett, A.T.K., Khoury, S., Aso, Y., Chatelain, C., Denis, L., Griffiths & Murphy G. The 2nd International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia (BPH). Patronized by World Health Organization (WHO) Scientific Communication International Ltd., 1995.
- Dean, H. "Choosing Multiple Instruments to Measure the Quality of Life." Oncology Nursing Forum. 12 (September/October 1985) : 98-100.
- Denham, M.J. Care of the Long Stay Elderly Patient. 2nd ed. London : Chapman & Hall, 1991.
- Dubos, R. "The State of Health and the Quality of Life." The Western Journal of Medicine. 125 (July 1976) : 8-9.
- Edwin M. Meares Jr. & Grannum R. Sant. Differential Diagnosis of Prostate Disorders. Massachusetts : Gower Medical Publishing, 1992.
- Ferrans, C.E. & Powers, M.J. "Quality of Life Index : Development and Psychometric Properties." Advances in Nursing Science. 8 (October 1985) : 15-24.
- Ferrans, C.E. "Development of A Quality of Life Index for Patients with Cancer." Oncology Nursing Forum. 17 (Supplement to May/June 1990) : 15-21.
- _____. "Quality of Life : Conceptual practice." Seminar Oncology Nursing. 16 (November 1990) : 248-254.
- Ferrans, C.E. & Powers, M.J. "Psychometric Assessment of the Quality of Life Index" Research in Nursing & Health. 15 (1992) : 29-38.
- Flanagan, J.C. "A Research Approach to Improving Our Quality of Life." American Psychologist. 31 (February 1978) : 138-147.

- Flanagan, J.C. "Measurement of Quality of Life : Current State of the Art." Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 63 (February 1982) : 56-59.
- Graham, K.Y. & Longman, A.J. "Quality of Life and Person with Melanoma." Cancer Nursing. 10 (July 1987) : 338-346.
- Hanlon, J.J. & Pickett, G.E. Public Health : Administration and Practice. 8th ed. St. Louis : Times Mirror/Mosby Collage Publishing, 1984.
- Hogstel, M.O. Nursing Care of the Older Adult. New York : A Wiley Medical Publication, 1981.
- Holmes, S. "Pursuit of Happiness." Nursing Mirror. 161 (September 1985) : 43-45.
- Holmes, S. & Dickerson, J. "The Quality of Life : Designs and Evaluation of a Self-Assessment Instrument for Use with Cancer Patients." Internal Journal Nursing Studies. 24 (1987) : 15-42.
- Jakse, G., Bouffieux, C., de Leval, J. & Janknegt, R.A. Benign Prostatic Hyperplasia. Berlin : Springer-Verlag, 1992.
- Johnson, D.E. "The behavioral system model for nursing." In Conceptual Models for Nursing Practice. 2nd ed. New York : Appleton-Century-Crofts, 1980.
- King, B.K. et al. "Patients' Descriptions of the Experience of Receiving Radiation Therapy." Oncology Nursing Forum. 12 (July/August 1985) : 55-61.
- Lepor, H. & Lawson, R.K. Prostate Diseases. Pennsylvania : W.B. Saunders Company, 1993.
- Marino, L.B. & Kooser, J.A. "The Psychosocial Care of Cancer Clients and Their Families : Periods of High Risk." In Cancer Nursing. pp. 53-66 Edited by L.B. Marino. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1981.
- Maslow, A.H. Motivation and Personality. 2nd ed. New York : Harper & Row, 1970.
- Meeberg, G.A. "Quality of Life : Concept Analysis." Journal of Advanced Nursing. 18 (January 1993) : 32-38.

- Meleis, A.I. "Being and Becoming Healthy : The Core of Nursing Knowledge." Nursing Science Quarterly. 3 (March 1990) : 107-114.
- Michael, T. Macfarlane. Urology. 2nd ed. Maryland : Williams & Wilkins, 1995.
- Narayan, P. "Neoplasms of the Prostate Gland." Smith's General Urology. 14th ed. California : Appleton & Lange, 1995 : 392-433.
- Orem, D.E. Nursing : Concepts of Practice. 3rd ed. New York : McGraw-Hill Book Company, 1985.
- Padilla, G.V. & Grant, M.M. "Quality of Life as Cancer Nursing Outcome Variable." Advances in Nursing Science. 8 (October 1985) : 45-60.
- Padilla, G.V. et al. "Defining the content domain of quality of life for cancer patients with pain." Cancer Nursing. 13 (February 1990) : 108-115.
- Pat D. O' Donnell. Geriatrics Urology. California : Little, Brown & Company, 1994.
- Pearlman, R.A. & Uhlmann, R.F. "Quality of Life in Chronic Diseases : Perception of Elderly Patients." Journal of Gerontology. 43 (February 1988) : 25-30.
- Pedhazur, E.J. Multiple regression in behavioral research. 2nd ed. New York : Holt, Rinehart and Winston, 1982.
- Roy, C. Introduction to Nursing : An Adaptation Model. 2nd ed. New Jersey : Prentice-Hall, 1984.
- Somchit Hanucharunkul. Social Support, Self care and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand. A dissertation of the requirements for the degree of doctor of philosophy (nursing) in the Graduate School of Wayne State University, 1988.
- Spitzer, W.O., Dobson, A. & Hall, J. "Measuring the Quality of Life of Cancer Patients. A Concise QL-Index for Use by Physicians." Journal of Chronic Disease. 34 (June 1981) : 585-597.

- Spitzer, W.O. "State of Science 1986 : Quality of Life and Functional Status as Target Variables for Research." Journal of Chronic Disease. 41 (June 1987) : 465-471.
- Stromberg, M.F. "Selecting and Instrument to Measure Quality of Life." Oncology Nursing Forum. 11 (September/October 1984) : 88-91.
- Taylor, S.H. "Drug Therapy an Quality of Life in Angina Pectoris." American Heart Journal. 114 (July 1987) : 234-240.
- Torrance, G. "Utility approach to measuring health-related quality of life." Journal of Chronic Disease. 40 (1987) : 465-470.
- Tran, T.V., Chatter, L. & Wright, R. "Health, Stress, Psychological Resource, and Subjective Well-Being Among Older Blacks." Psychology and Aging. 6 (March 1991) : 100-108.
- UNESCO. "Evaluating the Quality of Life in Belgium." Social Indicators Research. 8 (September 1980) : 312.
- Young, K.J. & Longman, A.J. "Quality of Life and Persons with Melanoma : A Pilot study." Cancer Nursing. 6 (June 1983) : 219-225.
- Yurick, A.G., et al. The Aged Person and the Nursing Process. Connecticut : Appleton Century-Crofts, 1984.
- Zhan, L. "Quality of Life : Concept and Measurement issues." Journal of Advanced Nursing. 17 (July 1992) : 795-800.





รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องในเนื้อหาของ แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ไชยงค์ นวलय
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร. ประภาเพ็ญ สุวรรณ
ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปฤศณา ภูวนันท์
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รองศาสตราจารย์ สมคิด โพธิ์ชนะพันธ์
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กรองไธ อุณห์สุด
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ดร. ยุวดี เกตุสัมพันธ์
พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยมหิดลบำเพ็ญ 3 ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสมของสำนวนภาษาของ
เครื่องมือประเมินการถ่ายปัสสาวะ**

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ ไชยรงค์ นวลยง

ภาควิชาศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปฤศณา ภูวนันท์

ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล





รายนามผู้ร่วมสร้างเครื่องมือแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต

1. รองศาสตราจารย์สมพันธ์ หิณชิระนันท์

รองคณบดีฝ่ายบริหาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. นางสาวศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ชั้นปีที่ 2
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. นางปราณี กาญจนวรวงศ์

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ชั้นปีที่ 2
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

4. นางสาวจิรนุช สมโชค

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ชั้นปีที่ 2
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

5. นางสาวสมสุข สิงห์ปัญญนที

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ชั้นปีที่ 2
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

6. นางสาวสายฝน จับใจ

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ ชั้นปีที่ 2
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



แบบสัมภาษณ์เลขที่

สถานที่สัมภาษณ์

วันที่

แบบสัมภาษณ์

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากร เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา และสถานภาพในครอบครัว

แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ แหล่งรายได้ ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย และการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ โรคประจำตัวและ/หรือภาวะแทรกซ้อน และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นคำตอบและเติมข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์ลงในช่องว่างแต่ละข้อ

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากร

1. อายุ ปี
2. สถานภาพสมรส
 - () คู่
 - () โสด
 - () หม้าย/หย่า/แยก

3. ศาสนา

- () พุทธ
- () คริสต์
- () อิสลาม
- () อื่น ๆ ระบุ

4. สถานภาพในครอบครัว

- () หัวหน้าครอบครัว
- () สมาชิกในครอบครัว
- () อื่น ๆ ระบุ

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ

5. ลักษณะครอบครัว

- () เดี่ยว (ประกอบด้วย บิดา มารดา บุตร)
- () ขยาย (ประกอบด้วย บิดา มารดา บุตร และเครือญาติ หรือสมาชิกอื่นอาศัยอยู่ด้วย)

6. ระดับการศึกษาสูงสุด

7. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพหรือไม่

- () ประกอบอาชีพ
- () เกษตรกรรม
- () ค้าขาย
- () รับจ้าง
- () ธุรกิจส่วนตัว
- () ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาชีพสุดท้ายที่ท่านทำ

8. ปัจจุบันท่านมีรายได้เฉลี่ย บาท/เดือน

9. ท่านมีรายได้จากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () บำนาญ
- () การประกอบอาชีพของตนเอง
- () บุตร-หลาน
- () อื่น ๆ ระบุ

10. รายได้ที่ท่านได้รับเพียงพอกับรายจ่ายหรือไม่

- () เพียงพอ
- () ไม่เพียงพอ

11. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () จ่ายเองจากเงินออม
- () จ่ายเองจากเงินที่กู้ยืมมา
- () มีผู้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ ระบุ
- () เบิกจากต้นสังกัด
- () รักษาฟรีจากสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาล
- () อื่น ๆ ระบุ

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านสุขภาพ

12. ระยะเวลาการเจ็บป่วย เดือน

(ระยะเวลาที่มีอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ)

13. ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ

(ประเมินตามเครื่องมือประเมินการถ่ายปัสสาวะ)

- () น้อย
- () ปานกลาง
- () มาก

14. ท่านมีโรคประจำตัวและ/หรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ หรือไม่

- () ไม่มี
- () มี ระบุ

15. การรักษาโรคต่อมลูกหมากโตที่ได้รับในปัจจุบัน

- () สังเกตอาการ และแนะนำการปฏิบัติตน
- () รับประทานยา
- () ใส่สายสวนปัสสาวะ
- () อื่น ๆ ระบุ



ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต
2. ด้านอัตมโนทัศน์
3. ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย
4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่รับรู้เกี่ยวกับ ความพอใจในสภาพความเป็นอยู่ การรักษาพยาบาล การดำเนินชีวิต และความสำเร็จในชีวิต

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่รับรู้เกี่ยวกับตนเองในเรื่อง สภาพร่างกาย บุคลิกภาพ คุณค่าในตนเอง ความเชื่อ และการยึดมั่นในศาสนา

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่รับรู้เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็น การออกกำลังกาย เพศสัมพันธ์ และสิ่งที่ทำเป็นประจำ

แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่รับรู้เกี่ยวกับ สัมพันธภาพในครอบครัวและเพื่อน กิจกรรมทางสังคม การศึกษา การประกอบอาชีพ และรายได้ให้ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างเกณฑ์การตอบมีดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างทุก

ประการ

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่มตัวอย่างเป็น

ส่วนใหญ่

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นมีทั้งตรงและไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของกลุ่ม

ตัวอย่างใกล้เคียงกัน

ข้อคิดเห็นอื่น ๆ

1. ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของคุณภาพชีวิต

.....

.....

.....

.....

.....

2. ผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการรักษาต่อคุณภาพชีวิตในปัจจุบัน

.....

.....

.....

.....

.....

3. ระดับคุณภาพชีวิตในปัจจุบัน



() ดี



() ปานกลาง



() ไม่ดี

เครื่องมือประเมินการถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุ โรคต่อมลูกหมากโต

คำชี้แจง คู่มือประเมินการถ่ายปัสสาวะ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุ โรคต่อมลูกหมากโตว่ามีอาการต่อไปนี้บ่อยมากน้อยเพียงใด ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 6 คำตอบ ซึ่งมีคะแนนรวม 35 คะแนน โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ไม่มีเลย	ให้ 0 คะแนน
มีนาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่า 2 ครั้งในการถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง)	ให้ 1 คะแนน
มีบ้าง (น้อยกว่า 5 ครั้งในการถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง)	ให้ 2 คะแนน
มีบ่อยปานกลาง (ประมาณ 5 ครั้งในการถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง)	ให้ 3 คะแนน
มีบ่อยค่อนข้างมาก (มากกว่า 5 ครั้งในการถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง)	ให้ 4 คะแนน
มีเกือบทุกครั้ง	ให้ 5 คะแนน

ถ้าคะแนนอยู่ในช่วง 0 - 7 คะแนน หมายถึง มีอาการน้อย

ถ้าคะแนนอยู่ในช่วง 8 - 19 คะแนน หมายถึง มีอาการปานกลาง

ถ้าคะแนนอยู่ในช่วง 20 - 35 คะแนน หมายถึง มีอาการมาก

ให้ผู้สัมภาษณ์วงกลมรอบตัวเลขที่ตรงกับคำตอบที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง

1. รู้สึกถ่ายปัสสาวะไม่สุดหรือยังเหลือค้างอยู่หลังจากถ่ายปัสสาวะเสร็จแล้ว

0 = ไม่มีเลย

1 = มีนาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่า 2 ครั้งในการถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง)

2 = มีบ้าง (น้อยกว่า 5 ครั้งในการถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง)

3 = มีบ่อยปานกลาง (ประมาณ 5 ครั้งในการถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง)

4 = มีบ่อยค่อนข้างมาก (มากกว่า 5 ครั้งในการถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง)

5 = มีเกือบทุกครั้ง

2. ถ่ายปัสสาวะเสร็จแล้วยังไม่ถึง 2 ชั่วโมงต้องไปถ่ายปัสสาวะอีก

- 0 = ไม่มีเลย
- 1 = มีนาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่า 2 ครั้งในการถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง)
- 2 = มีบ้าง (น้อยกว่า 5 ครั้งในการถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง)
- 3 = มีบ่อยปานกลาง (ประมาณ 5 ครั้งในการถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง)
- 4 = มีบ่อยค่อนข้างมาก (มากกว่า 5 ครั้งในการถ่ายปัสสาวะ 10 ครั้ง)
- 5 = มีเกือบทุกครั้ง

7. เมื่อนอนหลับแล้วต้องลุกขึ้นถ่ายปัสสาวะกลางดึกกี่ครั้งก่อนตื่นนอนตอนเช้า

- 0 = ไม่มีเลย
- 1 = มี 1 ครั้ง
- 2 = มี 2 ครั้ง
- 3 = มี 3 ครั้ง
- 4 = มี 4 ครั้ง
- 5 = มี 5 ครั้งหรือมากกว่า

สรุป ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ

- () น้อย
- () ปานกลาง
- () มาก



ตารางที่ 14 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิตรายข้อ
ด้านความพึงพอใจในชีวิต

ข้อความ	มากที่สุด ร้อยละ	มาก ร้อยละ	ปานกลาง ร้อยละ	น้อย ร้อยละ	ไม่มีเลย ร้อยละ
พอใจกับสภาพบ้านอยู่อาศัย	67	14	16	3	0
พอใจกับสิ่งอำนวยความสะดวก ในชีวิต	65	23	12	0	0
โรคที่เป็นอยู่ทำให้ชีวิตเกิดอันตราย	0	0	33	16	51
พอใจกับการรักษาที่ได้รับ	32	44	20	3	1
การรักษาทำให้อาการดีขึ้น	11	45	29	9	6
การเจ็บป่วยทำให้ไม่มีความสุข	0	8	30	25	37
พอใจกับชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	56	28	13	3	0
ได้รับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตตามที่คาดหวัง	17	38	39	6	0
ประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา	32	36	31	1	0
พอใจกับความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา ถึงปัจจุบัน	32	36	30	2	0

ตารางที่ 15 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิตรายข้อ
ด้านอัตมโนทัศน์

ข้อความ	มากที่สุด ร้อยละ	มาก ร้อยละ	ปานกลาง ร้อยละ	น้อย ร้อยละ	ไม่มีเลย ร้อยละ
ยอมรับสภาพร่างกายที่เป็นอยู่	72	15	12	1	0
ไม่สบายใจที่การเจ็บป่วยทำให้ต้อง พึ่งพาบุคคลอื่น	0	3	8	10	79
เป็นคนท้อแท้ต่ออุปสรรค	0	1	5	14	80
ตั้งแต่เจ็บป่วยอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย	0	4	12	19	6
มีความภูมิใจในตนเอง	33	52	12	3	0
ท่านเป็นคนสำคัญของครอบครัว	61	35	4	0	0
ท่านรู้สึกโชครึ่กว่าคนอื่น	23	63	14	0	0
ตั้งแต่เจ็บป่วยท่านเป็นภาระของ ครอบครัว	0	3	10	13	74
ศาสนาทำให้จิตใจดีขึ้น	82	14	2	2	0
สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยให้อาการดีขึ้น	19	19	22	18	22

ตารางที่ 16 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิตรายข้อ
ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย

ข้อความ	มากที่สุด ร้อยละ	มาก ร้อยละ	ปานกลาง ร้อยละ	น้อย ร้อยละ	ไม่มีเลย ร้อยละ
วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	0	8	17	34	41
อาการเจ็บป่วยทำให้ทุกข์ทรมาน	1	5	10	19	65
สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วย ตนเอง	96	3	1	0	0
นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ	1	5	23	16	55
ดูแลตนเองได้เหมาะสมกับโรคตาม แผนการรักษา	72	27	1	0	0
ตั้งแต่เจ็บป่วยสามารถไปทำธุระ นอกบ้านได้	79	13	7	1	0
เพื่อนช่วยในการปฏิบัติตามแผน การรักษา	0	0	9	8	83
สามารถออกกำลังกายได้	54	30	11	5	0
มีปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์	5	6	8	3	78
สามารถทำสิ่งที่ทำเป็นประจำได้	88	10	1	1	0

ตารางที่ 17 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณภาพชีวิตรายข้อ
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

ข้อความ	มากที่สุด ร้อยละ	มาก ร้อยละ	ปานกลาง ร้อยละ	น้อย ร้อยละ	ไม่มีเลย ร้อยละ
สมาชิกในครอบครัวเอาใจใส่ในการ พามาตรวจ	88	6	6	0	0
สมาชิกในครอบครัวให้การดูแล เป็นอย่างดี	88	6	6	0	0
ตั้งแต่เจ็บป่วยการทำการกิจกรรมกับ ครอบครัวลดลง	0	3	11	12	74
สามารถพบปะสังสรรค์กับเพื่อนได้	66	18	13	3	0
สามารถทำกิจกรรมทางสังคมได้	61	18	17	4	0
เข้าใจการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการ เจ็บป่วยเพียงพอ	46	52	2	0	0
การเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถ ประกอบอาชีพได้	0	6	24	9	61
พอใจกับทรัพย์สิน สิ่งของที่ได้รับ	59	22	14	5	0
มีผู้ช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาเรื่องการเงิน	25	40	25	10	0
มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาล	0	1	5	4	90



ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ปัจจัยด้านประชากร	
อายุ	-.0646
สถานภาพสมรส	.0337
ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ	
ระดับการศึกษา	.1198
รายได้	.2927**
ปัจจัยด้านสุขภาพ	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.1314
ความรุนแรงของอาการผิดปกติ	-.3377***
เกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ	

p < .01 ; *p < .001

ตารางที่ 19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ โรคต่อมลูกหมากโต

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ปัจจัยด้านประชากร	
อายุ	-.0286
สถานภาพสมรส	.1215
ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ	
ระดับการศึกษา	.1871
รายได้	.2723**
ปัจจัยด้านสุขภาพ	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.2141*
ความรุนแรงของอาการผิดปกติ	-.2508*
เกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ	

*p < .05 ; **p < .01

ตารางที่ 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ปัจจัยด้านประชากร	
อายุ	-.1684
สถานภาพสมรส	-.0323
ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ	
ระดับการศึกษา	.1989*
รายได้	.1456
ปัจจัยด้านสุขภาพ	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.0200
ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ	-.4721***

*p < .05 ; ***p < .001

ตารางที่ 21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
ปัจจัยด้านประชากร	
อายุ	-.1538
สถานภาพสมรส	.0726
ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ	
ระดับการศึกษา	.2194*
รายได้	.3079**
ปัจจัยด้านสุขภาพ	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.0120
ความรุนแรงของอาการผิดปกติ	-.2276*
เกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ	

*p < .05 ; **p < .01