

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา

๓.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ในชมรมผู้สูงอายุศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

RELATIONSHIP BETWEEN SELF CARE AND QUALITY OF LIFE AMONG
OLDER ADULTS WITH CHRONIC ILLNESS IN THE ELDERLY CLUB AT THE
HEALTH SCIENCE CENTER, BURAPHA UNIVERSITY

สมจิตร วังศ์บรรเจิดแสง

Somjit Wongbanjeadsang

๑๕๒๕๑๒๘

18 ก.พ. 2553

266959

เริ่มบริการ

12 ส.ค. 2553

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบเงินรายได้ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

ประจำปีงบประมาณ 2552

ประกาศคุณูปการ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาจากนายแพทย์พิสิษฐ์ พิริยาพรธณ และ
ผศ. นารีรัตน์ ตั้งวรวงษ์พนา ที่ได้ให้คำแนะนำและสนับสนุนให้งานครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยจึง
ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ. โอกาสนี้

ขอขอบคุณ หัวหน้าฝ่ายบริการวิชาการ และเจ้าหน้าที่ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกระหว่างการศึกษาข้อมูลแก่ผู้วิจัย
เสมอมา ตลอดจนสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่เป็น
ผู้ที่กรุณาเสียสละเวลาในการให้สัมภาษณ์ข้อมูล ขอขอบคุณศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่
ให้การสนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ ผลแห่งความดีที่เป็นประโยชน์อันเกิดจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบแต่ผู้มีส่วน
เกี่ยวข้องในการทำวิจัยทุกท่านมา ณ. โอกาสนี้

นางสาวสมจิตร วงศ์บรรเจิดแสง

2552

ชื่อเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
 โรคเรื้อรังในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา
 ผู้วิจัย นางสาวสมจิตร วงศ์บรรเจิดแสง
 ปี 2552
 ทุนสนับสนุนการวิจัย งบประมาณเงินรายได้ประจำปี 2552

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา และเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 68 คน โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึง สิงหาคม พ.ศ.2552 วิธีการเก็บข้อมูล โดยแบบสัมภาษณ์และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการดูแลตนเอง โดยอ้างอิงแนวคิดของโอเร็ม แบบวัดคุณภาพชีวิต โดยอ้างอิงแนวคิดเรื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL) นำไปหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 ทั้งสองฉบับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และ Content Analysis

ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับดีมากที่สุด ($\bar{X} = 3.61, SD = 0.55$)
2. กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.38, SD = 0.6$)
3. การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($r = .379$)

4. จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าการดูแลตนเองมีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ โดยสิ่งที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง คือ การได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว และการได้ร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ นอกจากนี้ความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ และช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

9

Title RELATIONSHIP BETWEEN SELF-CARE AND QUALITY OF LIFE
AMONG OLDER ADULTS WITH CHRONIC ILLNESS IN ELDERLY CLUB
AT THE HEALTH SCIENCE CENTER, BURAPHA UNIVERSITY

Researcher Miss Somjit Wonbanjeadsang

Grant HEALTH SCIENCE CENTER

Year 2009

Abstract

The purpose of this study was to examine the relationship between self-care and quality of life among older adults in the Health Science Center, Burapha University.

The research subjects consisted of 68 older adults with chronic illness who have been permanent members of the elderly club in the Health Science Center Burapha University during July to August 2009. Data collecting was done by interviewing especially by depth interviews. Two questionnaires were used. The Self Care Ability Questionnaires which was modified from the 'Orem's Concept' was used to determine the level of self-care and the Quality of Life Questionnaires, a variation of WHOQOL, was utilized as instrument to test the certain quality of life. The reliability coefficients of both questionnaires were 0.87 respectively. Demographic data were analyzed by frequency, percentage, mean and standard deviation. To express the correlation among the self care agency and the quality of life variables was managed by the application of the 'Pearson's Product Moment Correlation Coefficient'. Content analysis was the method to analyze the qualitative data.

The result of the study revealed that:

1. The total score of 'self care agency ability' was at the highest level.
2. The total score of 'quality of life' was at a high level.
3. Self-care agency and quality of life were significantly positive correlating at .01 ($r=.379$)
4. The results from the in-depth interviews have shown that self care definitely brings along a benefit for them. Factors that promoted self care agency ability were to love someone else and to feel loved by others, to take care of family members and to be taken care by them, and to be a member of an elderly club. Self care ability enabled them to reach a better status of health, increased their quality of life, and gifted them to master their health problems in a competent way.

สารบัญ

	หน้า
ประกาศคุณูปการ.....	ข
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
สารบัญ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	7
โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ.....	11
การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง.....	15
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง.....	20
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	27
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	27
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	28
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	32

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	33
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	34
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	35
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง.....	37
ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของ กลุ่มตัวอย่าง.....	41
ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต.....	45
ส่วนที่ 5 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกของ กลุ่มตัวอย่าง.....	46
5. สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	51
สรุปผลการวิจัย.....	51
อภิปรายผลการวิจัย.....	52
ข้อเสนอแนะ.....	59
บรรณานุกรม.....	61
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก	67
ภาคผนวก ข	64
ภาคผนวก ข.....	73
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	74

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน ส่วนบุคคล.....	35
2. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำแนกเป็นรายข้อ และรายด้าน.....	37
3. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และระดับคุณภาพชีวิต ด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง.....	41
4. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และระดับคุณภาพชีวิต ด้านจิตใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง.....	42
5. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และระดับคุณภาพชีวิต ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง.....	43
6. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ และระดับคุณภาพชีวิต ด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง.....	44
7. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง และ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง.....	45
8. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์.....	45

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายในทุก ๆ ระบบ ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพต่างๆ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมักจะมีการเจ็บป่วยอย่างน้อย 1 โรคและเมื่ออายุมากกว่า 75 ปี จะพบว่ามีมากกว่า 3 โรค (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ, 2542, และ Miller, 1995) จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2538 พบว่าผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 70.50 มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2540) และจากการศึกษาการเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ และอัมพฤกษ์ อัมพาต ตามลำดับ (ปิ่นนเรศ กาศอุดม, 2547: 32-35) ซึ่งปัญหาสุขภาพที่เกิดส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและพบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นสาเหตุการตายและการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และจากการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลรัฐบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือปี พ.ศ. 2543 พบว่าค่าใช้จ่ายในการให้บริการคิดเป็นร้อยละ 5.2 ของงบประมาณสาธารณสุขทั้งหมด (สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2542)

นอกจากนี้จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540 - 2549 ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง(อัมพฤกษ์ อัมพาต) ยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ ปัจจุบันสถานการณ์โรคไม่ติดต่อมีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นโรคที่ติดอันดับ 5 ของโลกที่ต้องเฝ้าระวังทั้งหมด (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550) ซึ่งโรคเหล่านี้สามารถป้องกันและควบคุมได้ ถ้าผู้สูงอายุมีความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายหลังการเจ็บป่วยที่เหมาะสมจะสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคและทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้คำปรึกษา คำแนะนำ ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว ชุมชน สังคม การที่ผู้สูงอายุจะมีการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ การดูแลตนเองนั้นเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ภายใต้ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณีวัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตของชนแต่ละกลุ่ม (Orem, 2001, p. 252) ดังนั้นพยาบาลควรมีความเข้าใจในแนวคิดการดูแลตนเองว่าเป็นการกระทำของบุคคลที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย จะช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540 หน้า 25) เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดี

โอเร็ม (Orem, 2001, p. 35) ได้เสนอในข้อสมมุติฐานล่วงหน้า (Presupposition) ไว้ข้อหนึ่งว่า “การดูแลตนเองในการปรับหน้าที่หรือควบคุมตนเอง (Self-regulation) เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิต สุขภาพ พัฒนาการของมนุษย์และคุณภาพชีวิต” และเนื่องจากการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลใช้ความสามารถที่มีอยู่กระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง (Orem, 2001, p. 84-103)

การดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องกระทำไม่ว่าจะเป็นหญิง ชาย หรือเด็ก ถ้าการดูแลตนเองไม่ได้รับการคงไว้ การเจ็บป่วย การเป็นโรค หรือการตายจะเกิดขึ้น และการดูแลตนเองมีผลต่อสุขภาพ เพราะการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและการเป็นอยู่ที่ดี ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องดำเนินไปทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย

การดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพ ในการดูแลตนเอง โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components : enabling capabilities for self care) และความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) ซึ่งเป็นความสามารถที่จำเป็นและเกี่ยวข้องโดยตรงที่ผู้ป่วยจะต้องใช้ในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540, หน้า 31-33, หน้า 145)

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ถ้าผู้สูงอายุรู้จักดูแลตนเอง ขณะที่การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคุณภาพชีวิต ดังที่ โอเร็ม (Orem, 2001, p. 121) จึงให้เห็นว่า การมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดูแลตนเองเช่นเดียวกัน เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีจะทำให้

ให้บุคคลมีการริเริ่มและคงความพยายามที่จะดูแลตนเองไว้ได้และจากปัจจัยทั้งสองมีความสัมพันธ์กัน การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ จึงมีผลกระทบต่อทั้งความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - 2549) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 - 2554) ได้มุ่งเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและสามารถดูแลตนเองในทุกๆ ด้าน ได้ตามศักยภาพ และปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน(ระบบสุขภาพภาคประชาชน) สู่เป้าหมาย ค.ศ. 2015 เพื่อให้สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาสุขภาพอนามัยโลกในภูมิภาค และนโยบายของรัฐบาลในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้สามารถสร้างสุขภาพและป้องกันโรคได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำการศึกษาเพื่อประเมินการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชมรมผู้สูงอายุศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้รับไปเป็นแนวทางการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชมรมผู้สูงอายุศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของ โอริเอม และแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกมาเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยมีรายละเอียดดังนี้

เนื่องจากลักษณะของการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นลักษณะเฉพาะ ผลของความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ต้องประสบกับความไม่แน่นอนต่างๆ และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และปรับเป้าหมายการดำเนินชีวิตของตนเองให้เหมาะสมกับสภาพความเจ็บป่วย ต้องดำเนินชีวิตอยู่ได้ และเป็นที่ยอมรับของบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อรักษาความมีคุณค่าในตนเองได้ ดังนั้น

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จึงต้องมีการพัฒนา โดยการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ และกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต้องมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ โดยต้องสนใจดูแลเอาใจใส่ร่างกายของตนเอง ต้องมีความรู้พื้นฐานในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มีพลังความสามารถในการดูแลตนเอง นั่นคือความสามารถในการสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานยาให้ตรงเวลา และสม่ำเสมอ เก็บรักษายาไว้ในที่ปลอดภัย ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมาย ไม่ใช่แค่ให้มีชีวิตอยู่รอด หรือควบคุมอาการของโรคได้เท่านั้น แต่สามารถดูแลตนเองให้สามารถใช้ชีวิตใกล้เคียงกับสภาวะปกติ โดยสนใจอาการที่เกิดขึ้น หรือหาวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อไม่ให้มีอาการกำเริบของโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังยังต้องมีความสามารถในการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเอง นั่นคือมีความรู้ ความสามารถในการคะเนสิ่งที่เกิดขึ้น ให้ความหมายกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ และสามารถปรับการดูแลให้ตรงกับความต้องการได้ เช่น ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน รู้ว่าเมื่อตนเองมีอาการหน้ามืดใจสั่น อาจเกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำได้ จึงพกกลูโคสไว้ติดตัว ดังนั้นเมื่อมีภาวะนี้ก็สามารถทราบได้ทันที ว่าเกิดจากอะไร และสามารถดูแลตนเองเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม

ในงานวิจัยในครั้งนี้จึงนำแนวคิดของ โอเร็ม ใช้ในการประเมินการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยประเมินการดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน

เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งยังมีโรคเรื้อรังที่มีทั้งอาการสงบและกำเริบ ทำให้การดูแลตนเองเริ่มเสื่อมถอยและมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง แต่ถ้าผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยส่งเสริมมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สอดคล้องกับข้อเสนอของ โอเร็ม (Orem, 2001. p. 35) ที่ว่า “ความสามารถในการดูแลตนเองมีส่วนส่งเสริมคุณภาพชีวิต”

สำหรับโครงสร้างของตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นสหมิติสะท้อนความเป็นองค์รวมและสามารถนำไปใช้ในประชากรที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน โดยกำหนดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ 4 หมวด ประกอบด้วย องค์ประกอบด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการวัดคุณภาพชีวิต ทั้ง 4 ด้าน ซึ่งสะท้อนความเป็นองค์รวมชัดเจน จึงใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางให้บุคลากรทางด้านสุขภาพในระดับผู้กำหนดนโยบายที่จะนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหา เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังต่อไป
2. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางแก่บุคลากรด้านสาธารณสุขในระดับปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในการวางแผนให้บริการในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง
3. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการวิจัยหรือขยายขอบเขตความรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวนทั้งหมด 68 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ไขมันในเลือดสูง อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายโรครวมกัน นอกเหนือจากนี้อาจมีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย มีระยะเวลาการเจ็บป่วยติดต่อกันตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มีทั้งช่วงอาการสงบและกำเริบ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้ คือ สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ดี สามารถติดต่อสื่อสารได้ ช่วยเหลือตนเองได้และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา

โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่มีสาเหตุสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล โรคที่เกิดจากการเสื่อมถอยของสุขภาพ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ไขมันในเลือดสูง อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายโรครวมกัน นอกเหนือจากนี้อาจมีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย

ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าป่วยด้วยโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ไขมันในเลือดสูง อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายโรครวมกัน นอกเหนือจากนี้อาจมีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย มีระยะเวลาการเจ็บป่วยติดต่อกัน ตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไป

การดูแลตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีกิจกรรมหรือพฤติกรรมอย่างจงใจ และมีเป้าหมาย โดยสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไป เป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ใกล้เคียงกับสภาวะปกติมากที่สุดวัด โดยแบบวัดการดูแลตนเอง ซึ่งวัดตามการรับรู้ของผู้ถูกประเมินอิงแนวคิดของ Orem โดยวัดเป็น 3 ด้าน คือ ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง พลังความสามารถ 10 ประการ และ ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจในชีวิต การมีความสุข การรับรู้สถานะของบุคคลในการดำเนินชีวิตในสังคมโดยสัมพันธ์กับเป้าหมาย และความคาดหวังของตน และความพึงพอใจในชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ดัดแปลงมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและรวบรวมจากตำราและเอกสาร เพื่อให้ได้แบบวัดที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษา โดยขอเสนอในหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ
3. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
4. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

วงจรชีวิตมนุษย์เริ่มขึ้นนับตั้งแต่ปฏิสนธิ จนเกิดมาเป็นทารก จากนั้นก้าวผ่านวัยเด็กเข้าสู่วัยต่างๆ เรื่อยมา จนกระทั่งถึงวัยชราหรือวัยสูงอายุที่เป็นวงจรสุดท้ายของชีวิต ถึงแม้ว่า “ความแก่” หรือ “ความชรา” มิได้เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา แต่วัยชราก็เป็นส่วนหนึ่งในวัฏจักรที่ทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ เว้นแต่จะเสียชีวิตไปก่อนถึงวัยชรา อย่างไรก็ดี เมื่อกล่าวถึงวัยชราหรือวัยสูงอายุย่อมหมายถึง ความเสื่อม ความชำรุดทรุดโทรมของสภาพร่างกายที่เกิดจากความสูงวัย ความสามารถที่เคยมีกลับลดน้อยลง ต้องการพึ่งพาจากผู้อื่นมากขึ้น กลายเป็นภาระของครอบครัว บทบาทที่ลดลงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความท้อแท้ หดหู่ สิ้นหวังและด้อยคุณค่า

มีผู้ให้ความหมาย ผู้สูงอายุไว้หลายความหมาย ได้แก่

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งระดับของผู้มีอายุมากเป็น 3 ระดับ (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2538)

คือ

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) คือ ผู้ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 60-74 ปี จัดเป็นผู้ที่ยังไม่ชรามาก เป็นวัยที่ยังสามารถทำงานได้ถ้ามีสุขภาพที่ดี
2. คนชรา (Old) คือ ผู้ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 75-90 ปี ซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่ชราแล้ว
3. คนชรามาก (Very Old) คือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 90 ปีขึ้นไป

สุพัตรา สุภาพ (2536) กล่าวว่า คำจำกัดความของคำว่าผู้สูงอายุหรือวัยชรา (The Old Age) ในแต่ละประเทศหรือแต่ละสังคมจะให้ไว้แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุโดยเฉลี่ยของการทำงานหรือสภาพทางร่างกาย สภาพทางสังคมเศรษฐกิจวัฒนธรรมของแต่ละประเทศเช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ถืออายุ 65 ปี กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวียถืออายุ 67 ปี ซึ่งความจริงเรื่องของอายุบางครั้งก็ไม่ได้บอกว่าเป็นผู้สูงอายุ มีคนเป็นจำนวนมากแม้ว่าอายุ 60 ปี หรือ 65 ปี ก็ยังแข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ขณะที่คนอายุน้อยกว่าบางคนกลับมีสภาพร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรม ฉะนั้นอายุไม่ได้เป็นเครื่องชี้ว่าบุคคลใดชราภาพหรือสูงอายุ คำว่า “ผู้สูงอายุ” ในประเทศไทยโดยสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กำหนดว่าผู้สูงอายุมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม
3. เป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ การเงิน การรักษาพยาบาลและการดูแลทางด้านสุขภาพ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ให้ความหมายผู้สูงอายุไว้ว่า “ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีสัญชาติไทยและมีอายุตั้งแต่ หกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป”

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยอายุสภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมย่อมมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เสื่อมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุด้านต่างๆ สรุปได้ดังนี้ (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528; บรรลุ ศิริพานิช, 2542; วิไล กุปต์นิริติศัยกุล, รุจน์รินทร์ ประดิษฐสุวรรณ และเจนจิต แสงศิรินาคะกุล, 2545; Anderson, 2003; Ebersole & Hess, 1998; Eliopoulos, 2001)

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (biological change) การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในทุกระบบของร่างกาย และเป็นกระบวนการเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล (บรรลุ ศิริพานิช, 2542; Anderson, 2003) เมื่ออายุขัยเพิ่มขึ้นแนวโน้มของการมีอวัยวะเสื่อม และการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ในร่างกายเปลี่ยนแปลงไปมากขึ้นเช่นกัน ความเสื่อมของอวัยวะ ไม่ได้นำมาซึ่งพยาธิสภาพในผู้สูงอายุเสมอไป เช่น การมีผมงอก ศีรษะล้านในเพศชาย สายตาวาย เสี่ยงเปลี่ยนไป หรือแม้แต่การเคลื่อนไหวที่ช้าลง พบว่ามีปัญหาบางส่วนเป็นปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้องของผู้สูงอายุ และมีความเสื่อมของอวัยวะเป็นสาเหตุทางอ้อม เช่น อาหารไม่ย่อย ท้องผูก การไม่ระมัดระวังตนเองทำให้สะดุดหกล้ม เกิดง้ำเลือดและกระดูกหัก

นอกจากนี้ยังมีภาวะที่เกิดจากความชราและความเสื่อมของอวัยวะซึ่งนำไปสู่พยาธิสภาพของระบบต่างๆ ได้แก่ (ปนัดดา หัต โชติ และบพิตร กลางกัลยา, 2545)

ระบบหัวใจและหลอดเลือด การเปลี่ยนแปลงของหัวใจและหลอดเลือด อาจมีการเกาะของไขมันที่หลอดเลือดแดงทำให้ผนังหลอดเลือดหนาขึ้น มีความต้านทานภายในหลอดเลือดสูงขึ้น และหลอดเลือดไม่ยืดหยุ่นเท่าที่ควร ส่งผลให้หัวใจทำงานหนักขึ้นจนหัวใจห้องล่างซ้ายโตขึ้น ลิ้นหัวใจของผู้สูงอายุอาจมีแคลเซียมมาเกาะ ทำให้ลิ้นหัวใจหนาตัวขึ้นและปิดไม่สนิทความยืดหยุ่นน้อยลง ทำให้เกิดเสียงหัวใจผิดปกติได้เมื่อบีบตัว (systolic murmur) ถ้าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นที่ aortic valve ทำให้เกิด systolic hypertension ได้

ระบบต่อมไร้ท่อ มีการเปลี่ยนแปลงส่งผลต่อกลไกการตอบสนองต่อตัวกระตุ้นมีจำนวนตัวรับ (receptor) ลดลงทำให้ลดการตอบสนองต่อฮอร์โมนหลายชนิด รวมทั้งการตอบสนองต่อภาวะเครียดที่กระตุ้นให้หลั่ง epinephrine, insulin, growth hormone และ cortisol

การทำหน้าที่ของตับและไตลดลง ทำให้การทำลายยาหลายประเภทที่อาศัยการทำลายที่ตับและขับออกที่ไตลดลง เกิดการสะสมของยามากและเกิดพิษจากยานั้นๆ ได้

การเปลี่ยนแปลงของกระดูก มวลกระดูกลดลงทำให้กระดูกใหญ่แต่เป็นโพรงกว้างขึ้น และกระดูกบางลง ส่งผลให้กระดูกหักได้ง่าย กระดูกอ่อนภายในข้อต่อหนาขึ้นและมีผิวขรุขระ ลดความยืดหยุ่นลงทำให้เกิดการฉีกขาดง่าย นอกจากนี้มักมีการงอกของกระดูกบริเวณหัวกระดูก เกิดเป็นปุ่มและมีการยึดติดของข้อต่อเพิ่มขึ้นทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลงและอาจมีอาการเจ็บขณะเคลื่อนไหวข้อต่างๆ

นอกจากนี้ยังลดการนำน้ำตาลกลูโคสเข้าสู่เซลล์ ส่งผลให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้ง่ายเมื่อได้รับกลูโคส (ลด glucose tolerance)

การเปลี่ยนแปลงของสรีระทางร่างกายของผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 90.7 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรง (นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเคล, 2539)

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological change) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและสังคม จากความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆของร่างกาย ทำให้การรับรู้ทางประสาทสัมผัส การเคลื่อนไหว ความคิดความจำ หรือประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำให้เกิดอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การติดต่อกับบุคคลอื่น การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงและปัญหาต่างๆ ดังกล่าวล้วนมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องประสบกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เกิดความรู้สึกถูกพลัดพราก การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจเนื่องจากต้องออกจากงาน ทำให้รู้สึกสูญเสียตำแหน่ง ไร้คุณค่า การขาดเพื่อน ประกอบ

กับลักษณะสังคมในปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง ปัญหาต่างๆเหล่านี้ล้วนกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ วิไล คุปต์นิริติศัยกุล, รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ และเจนจิตร แสงศิรินาคะกุล, 2545 พบว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดและเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Social change) นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ที่ผู้สูงอายุจะต้องประสบแล้ว การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับผู้สูงอายุ เนื่องจากในวัยสูงอายุการปฏิสัมพันธ์กับสังคมเริ่มลดลง ทั้งนี้จากภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว จนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อผู้สูงอายุ เช่น

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้นมีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทเข้าเมือง ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญปัญหาการอยู่ตามลำพัง ไม่มีที่พักพิง ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีชีวิตครอบครัวที่อบอุ่นในอดีตกับบุตรหลาน ต้องปรับตัวเข้ากับสังคมสมัยใหม่ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุทุกคนอยากให้มีผู้ดูแลตลอดไป และต้องการให้บุตรเป็นผู้ดูแล

3.2 การเปลี่ยนแปลงทางขนบธรรมเนียม ประเพณี การได้รับวัฒนธรรมตะวันตก ทำให้สังคมไทยมีลักษณะคล้ายสังคมตะวันตกมากขึ้น ค่านิยมหรือความเชื่อเดิมที่เคยปฏิบัติสืบต่อกันมา เช่นการเคารพพระบวชอาวโธ หรือค่านิยมในเรื่องของความกตัญญูต่อบิดามารดาและผู้มีพระคุณบุตรจะต้องทดแทนพระคุณของบิดา มารดา เมื่อแก่ชราลดน้อยลง

3.3 การปลดเกษียณหรือออกจากงานและการลดบทบาททางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคมรู้สึกว่าตัวเองหมดความสำคัญ นอกจากนี้การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท ซึ่งการสูญเสียคู่ชีวิตนับเป็นการสูญเสียที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุมากที่สุด ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหว่ โดดเดี่ยว

จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงหลายด้าน ทั้งด้านร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะ ในรูปของลักษณะ และหน้าที่ที่ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะและ โครงสร้างทางสังคม การสูญเสียบทบาทหน้าที่ในสังคม การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้านนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และส่งผลถึงสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุจะต้องดูแลตัวเองเพื่อรักษาสุขภาพกายและจิตใจ ให้คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการเปลี่ยนแปลงโดยธรรมชาติดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อได้ง่ายโดยเฉพาะ การเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2540 - 2549 ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง(อัมพฤกษ์ อัมพาต) ยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ ปัจจุบันสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ มีแนวโน้มเพิ่มสูงมากขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นโรคที่ติดอันดับ 5 ของโลกที่ต้องเฝ้าระวังทั้งหมด (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2550)

จากแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องที่สัมพันธ์กับอายุและกระบวนการชรา ในการวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ ความบกพร่อง หรือภาวะเบี่ยงเบนไปจากปกติอาจมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายลักษณะต่อไปนี้ คือ (Mayo, 1965 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540 หน้า 134)

1. มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร
2. มีความพิการหลงเหลืออยู่
3. พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่กลับคืนสู่ปกติ
4. ต้องอาศัยการฟื้นฟูสภาพเป็นพิเศษ
5. ต้องมีการดูแล ให้ความช่วยเหลือแนะนำ สังเกตและติดตามระยะเวลายาว

จากรวรรณ มานะสุกร (2544) ได้สรุปความหมายของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังว่าหมายถึง ภาวะเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีระยะเวลาการดำเนินโรคนาน มีลักษณะไม่แน่นอน หลายด้าน ได้แก่ อาการและอาการแสดง ปรากฏในเวลาที่ไม่แน่นอน ระยะเวลาของการเกิดโรคที่แน่นอนไม่ได้ เป็นต้น เป็นภาวะเจ็บป่วยที่ไม่หายขาด แต่สามารถทำให้อาการทุเลาไม่ปรากฏอาการหรือเข้าสู่ระยะสงบของโรคได้ อาจมีการกำเริบหรือมีอาการรุนแรงของโรคเป็นครั้งคราว เป็นภาวะเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดการทำลายโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายอย่างช้าๆ และถาวร ทำให้เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ ภาวะนี้จึงเป็นภาวะที่ต้องการการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกายและป้องกันความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น

สาเหตุของการเจ็บป่วยเรื้อรัง

การเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุเกิดจากหลายสาเหตุด้วยกัน อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยเรื้อรังไม่สามารถกำหนดสาเหตุที่แน่นอนสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งต่อไปนี้ได้

1. กรรมพันธุ์ เช่น โรคเบาหวาน, โรคฮิโมฟีเลีย
2. อาหาร เช่น อาหารที่มีแคลอรีสูงมากเกินไปทำให้เกิด โรคอ้วน โรคหลอดเลือดหัวใจ

โรคความดันโลหิตสูง

3. สารเคมีและมลพิษต่างๆ
4. อุบัติเหตุ
5. เชื้อโรคต่างๆ เช่น เอดส์, วัณโรค
6. สภาพจิตใจ ความเครียด ความกลัว วิตกกังวล
7. อื่นๆ เช่น เสียง การสัมผัสเพื่อน รังสีต่างๆ

แต่ถึงอย่างไรก็ตามสาเหตุของการเกิดโรคเจ็บป่วยเรื้อรังมักไม่สามารถระบุสาเหตุที่ชัดเจนเนื่องจากมักจะมีหลายสาเหตุร่วมกัน และระยะเวลาที่ยังไม่ปรากฏอาการของโรคนานทำให้ยากที่จะระบุสาเหตุที่แน่ชัดของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้ (Lubkin, 1995)

ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

1. อายุ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดได้ทุกช่วงอายุ แต่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ
2. พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารไขมันสูง, ขาดการออกกำลังกาย, การพักผ่อนไม่เพียงพอ, การสูบบุหรี่
3. ลักษณะบุคลิกภาพ เช่น บุคลิกภาพแบบเอ (type A personality) คือ มีบุคลิกภาพที่เอาจริงเอาจังกับชีวิตมากเกินไป มีโอกาสเกิดโรคหัวใจได้มากกว่า หรือ บุคลิกภาพซึ่งมีแบบแผนตายตัว (Stereotyped) จะมีความวิตกกังวลสูงเกิดความเจ็บป่วยทางกายได้ง่าย หรือบุคคลที่มีความภูมิใจในตนเองต่ำ (low self esteem) จะทำให้ความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดลดลง เกิดภาวะซึมเศร้า และการเจ็บป่วยทางกายตามมา

ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นนั้นย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตสังคมหรือจิตวิญญาณ สอดคล้องกับคำกล่าวของ บำเพ็ญจิต แสงชาติ (2543 อ้างถึงใน จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) กล่าวว่าเพราะมนุษย์เป็นองค์รวมแบบบูรณาการของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ นอกจากนี้การเจ็บป่วยยังส่งผลกระทบต่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบข้างอันได้แก่ ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องทราบ เข้าใจและตระหนักถึงผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและต่อชุมชน

1. ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต่อผู้ป่วย

1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เป็นผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังโดยตรง จากมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างหรือหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ จากพยาธิสภาพของการเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างถาวร รวมทั้งอาจเกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อภาวะกดดันทางจิตใจ (Garrett, 1997 อ้างถึงใน จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) สังคม หรือ ผลจากการดูแลรักษา ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้านร่างกายที่พบบ่อยมี ดังนี้

1.1.1 ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่างๆนานขึ้นหรือต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

1.1.2 ความผิดปกติของภาวะโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารที่พบบ่อยคือภาวะทุพโภชนาการ ภาวะโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารที่พบในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีดังนี้ 1)การเคี้ยวอาหารเป็นไปด้วยความยากลำบาก 2)การย่อยและการดูดซึมผิดปกติ 3)ร่างกายไม่สามารถนำสารอาหารไปใช้ได้ตามปกติ 4)อัตราการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มขึ้น 5)การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว 6)ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอจากการรักษา 7)เกิดอาการและอาการแสดงที่ไม่พึงประสงค์จากอาหารที่ขัดกับโรค (Birchfield, 1985; จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544)

1.1.3 ภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง

1.1.4 ความผิดปกติของการรับรู้ ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า

1.1.5 ความผิดปกติของการขับถ่าย

1.1.6 การพักผ่อนไม่เพียงพอ

1.1.7 การมีข้อจำกัดในการมีเพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ เป็นผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การรักษาและความเครียด จากความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีผลทำให้

- 1) เกิดข้อจำกัดในการมีเพศสัมพันธ์
- 2) ความต้องการทางเพศลดลง
- 3) สมรรถภาพทางเพศลดลง
- 4) ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง

1.1.8 ความสามารถในการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพลดลง

1.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผลกระทบที่พบบ่อย ดังนี้

(สมจิต หนูเจริญกุล, 2540, หน้า 141-142)

1.2.1 ความรู้สึกคุณค่าในตนเอง ความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ความสามารถลดลงหรือรู้สึกต่างไปจากเดิม จึงประเมินความมีคุณค่าในตนเองลดลง

1.2.2 ภาวะสูญเสียพลังอำนาจ เป็นภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าเขาไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ ภาวะสูญเสียพลังอำนาจจะทำลายความเป็นตัวของตัวเอง สมรรถนะ ความสามารถในการตัดสินใจ และความพยายามควบคุมความเจ็บป่วย

1.2.3 ความพึงพอใจในชีวิต ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง ความภูมิใจลดลง ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง

1.2.4 ความโกรธ ผู้ป่วยอาจโกรธตนเองที่เจ็บป่วย หรือโกรธคนอื่นที่สุขภาพดี

1.3 ผลกระทบทางด้านสังคม ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีปัจจัยเสี่ยงสูงที่จะแยกตัวออกจากสังคม (Social isolation) และเกิดความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (impair social interaction) ทั้งนี้จากความรู้สึกแตกต่างจากคนอื่นหรือด้อยกว่าคนอื่น จึงต้องการแยกตัวและไม่เข้าสังคม จะยิ่งเป็นมากขึ้นเมื่อโรคกำเริบ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว และการต้องพึ่งพาศพบุคคลอื่น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540, หน้า 141)

2. ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต่อครอบครัว

เมื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องเผชิญกับปัญหาและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างมากมายเช่นนี้ย่อมจะต้องส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวด้วย จูไรรัตน์ มิตรทองแท้ (2532) ได้กล่าวถึงผลกระทบต่อครอบครัวที่สำคัญ 4 ประการ คือ

2.1 ปัญหาและความเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ทำให้มีรายจ่ายเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยต้องหยุดพักรักษาตัวทำให้ขาดรายได้ และบางครั้งถูกมองว่าเป็นตัวนำความยุ่งยากมาสู่ครอบครัว

2.2 มีการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว เช่น การแยกห้อง หรือที่อยู่

2.3 มีการเปลี่ยนแปลงสภาพบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว เช่น ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย แม่บ้านอาจต้องรับภาระแทน

2.4 เกิดปัญหาด้านอารมณ์ในครอบครัว เช่น ความขัดแย้ง ความเครียด นอกจากนี้ ฟิลิปป์ (Phillips, 1999 อ้างถึงใน จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ได้กล่าวถึงผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต่อครอบครัวไว้ดังนี้

2.4.1 ปัญหาสุขภาพ สุขภาพทรุดโทรม จากการที่สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยทำให้ขาดการดูแลตนเอง พักผ่อนไม่เพียงพอ เครียด เบื่ออาหาร เป็นภาระด้านร่างกายของครอบครัว (physical burden)

2.4.2 การเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิตของครอบครัว (Family living)

2.4.3 ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวเปลี่ยนแปลง

2.4.4 สัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลง

2.4.5 ภาระด้านการดูแล สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระมากขึ้นทั้งภาระของตนเองและภาระของผู้ดูแลที่เพิ่มขึ้น

2.4.6 ความพึงพอใจในชีวิตของครอบครัวต่ำลง

2.4.7 ผลกระทบด้านจิตใจของครอบครัว

3. ผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต่อชุมชน

ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมิได้มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของชาติโดยรวมอีกด้วย จากธรรมชาติของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งมักไม่หายขาด มีการกำเริบของโรคเป็นครั้งคราว ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตลอดจนมักมีความพิการ ทำให้ต้องได้รับการดูแลและฟื้นฟูไปตลอดชีวิต ทำให้รัฐต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรังจำนวนมาก และจากการศึกษาของจูไรรัตน์ มิตรทองแท้ (2532) พบว่าผลกระทบของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต่อชุมชน ได้แก่

3.1 ต้องมีงบประมาณค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจ โดยรัฐที่เพิ่มขึ้น เพื่อจัดสร้างบริการตามความเหมาะสม

3.2 ความเจ็บป่วยหรือพิการทำให้บุคคลไม่อาจทำหน้าที่ทางสังคมตามปกติได้เป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจ

3.3 ความเจ็บป่วยทำให้เกิดความยุ่งยากเดือดร้อนแก่ครอบครัว ครอบครัวไม่มีความสุขทำให้ชุมชนไม่มีความสุขขาดความมั่นคง

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

การดูแลตนเองเริ่มได้รับความสนใจศึกษาและพัฒนาตั้งแต่ปี ค.ศ.1960 โดยเกิดจากการที่บุคคลมีความต้องการดูแลตนเองในเรื่องสุขภาพขณะที่มีร่างกายแข็งแรงและเจ็บป่วย การดูแลตนเองถือเป็นกระบวนการเพื่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพและการตอบสนองต่ออาการอันไม่พึงประสงค์ของบุคคล (Boise, Heagerty, & Eskenazi, 1996) การดูแลตนเองจึงเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาและการใช้ทักษะในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของบุคคล

การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้ โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลได้มีส่วนส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตอยู่รอด มีภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดี (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540, หน้า 23)

โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับประกอบด้วย

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)
2. พลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นความสามารถที่เกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเอง

(Power components : enabling capabilities for self-care)

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) แกส และ คิม (Gast et al., 1989 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540, หน้า 33-36)

ได้วิเคราะห์แนวโน้มของความสามารถในการดูแลตนเองในลักษณะที่ว่าความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป สำหรับรายละเอียดของการดูแลตนเองมีดังนี้
ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)

เป็นความสามารถที่จำเป็น และต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการคือ

1. การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

2. การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควรและจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

3. การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

จะเห็นได้ว่าความสามารถทั้ง 3 ประการนี้เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่างๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย ดังกล่าวมาแล้วในเรื่องการดูแลตนเอง
พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power components)

โอเร็มและเทเลอร์ (Orem & Taylor, 1986 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2540 หน้า 34) มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างตั้งใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ได้แก่

1. ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเองรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายในภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง

4. ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้อง

กับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และ สวัสดิภาพ

6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
7. มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้
8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการทำการคิดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติดูแลตนเอง
9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

จะเห็นว่าพลังความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดของ โอเร็ม นั้นประกอบด้วย ปัจจัยต่างๆที่นอกเหนือจากความรู้ เจตคติ และทักษะในการปฏิบัติ ตามแนวคิดที่เชื่อกันมาดั้งเดิม เพราะปัจจัย 3 ประการนี้ไม่เพียงพอที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติกรรมการดูแลตนเองได้ งานวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และทักษะ กับพฤติกรรมด้านสุขภาพ พบว่าสัมพันธ์กันในระดับต่ำหรือปานกลาง หรือบางงานวิจัยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันเลย ดังนั้นแนวคิดในเรื่องพลังความสามารถ 10 ประการของ โอเร็มจึงนับได้ว่าเป็นแนวคิดใหม่ ซึ่งมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยจะเห็นได้ชัดและแนวคิดนี้อาจมีความเหมาะสมสำหรับพยาบาลในการวิเคราะห์หาสาเหตุของความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อพยาบาลจะได้ช่วยแก้ไขได้ภายในขอบเขตความรับผิดชอบของวิชาชีพ

ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)

เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่วไป ซึ่งแบ่งออกเป็น 1) ความสามารถที่จะรู้ กับความสามารถที่จะกระทำ (ทางสรีระและจิตวิทยา แบ่งเป็นการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ และความจำ เป็นต้น) และ 2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย

1. ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล
2. หน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึกทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส
3. การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเอง
4. การเห็นคุณค่าในตนเอง

5. นิสัยประจำตัว
6. ความตั้งใจ
7. ความเข้าใจในตนเอง
8. ความหวังใยในตนเอง
9. การยอมรับตนเอง
10. ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ
11. ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

ผู้สูงอายุกับการดูแลตนเอง : รูปแบบการดูแลตนเอง

การเสื่อมถอยของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยชรา เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ และมักทำให้เกิดโรคเรื้อรัง อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตเพราะการเกิดโรคเรื้อรังทำให้ผู้สูงอายุต้องลดหรือจำกัดกิจกรรมบางอย่างเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค การตระหนักต่อผลกระทบที่อาจเกิดภาวะสูงวัย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุพยายามดูแลตนเองเพื่อป้องกันปัญหาการเกิดโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ การดูแลตนเองจึงเป็นพื้นฐานขั้นต้นที่จะช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ มีเป้าหมายเพื่อให้มีร่างกายแข็งแรงหรือมีสุขภาพดี เป็นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพหลักสำคัญในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมี 2 ประการ คือ 1) เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยหรือคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี 2) เป็นการกระทำเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเสื่อมถอยของร่างกายและโรคเรื้อรัง จากแนวคิดดังกล่าว โซเดอร์ฮามและคณะ (Soderhamn et al., 2000) จะได้ชี้ให้เห็นว่า กรณีที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง การดูแลตนเองเป็นการกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งสมรรถนะของร่างกายและชะลอความเสื่อมของร่างกาย ในขณะที่การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย มีผู้แสดงความคิดเห็นว่า เป็นการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองต่ออาการและเป็นการควบคุมอาการแสดงของโรคหรือความไม่สุขสบายที่ตนกำลังเผชิญอยู่ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเป็นการกระทำขณะที่มีสุขภาพแข็งแรงและเมื่อเจ็บป่วย

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุบางรายจะเป็นผู้ตัดสินใจในการกระทำและแก้ไขปัญหาด้วยตนเองโดยอาศัยประสบการณ์และเชื่อมั่นในวิธีของตน ในขณะที่บางรายตัดสินใจดูแลตนเองด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคคลรอบข้างหรือบุคลากรสุขภาพ (Stoller et al., 1993) แบคแมนและเฮ็นเทิน (Backman & Hentimen, 2001) กล่าวว่า การตัดสินใจดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยอาศัยประสบการณ์และความเชื่อมั่น เกิดขึ้นจากการมีความรู้สึกรับผิดชอบต่อสุขภาพของตน เป็นการแสดงออกถึงการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอ

และเป็นการมองอนาคตในทางบวก มีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ตัดสินใจดูแลตนเองตามวิธีของตน เกิดจากความเชื่อมั่นในตนเอง เลือกปฏิบัติตามแนวทางที่ตนมีประสบการณ์และเห็นว่าเหมาะสม หากพบข้อผิดพลาดก็จะหาทางแก้ไขด้วยตนเอง (Backman & Hentimen, 1999) ในประเทศ สหรัฐอเมริกามีรายงานการศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง โดยเชื่อมั่นว่าการกระทำของตนสามารถ ควบคุมการเปลี่ยนแปลงหรือชะลอความเสื่อมที่เกิดจากความชราได้ (Berman & Iris, 1998) และการศึกษาเรื่องประสบการณ์ของการเกิดอาการปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุเพศหญิง การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและการดูแลตนเองพบว่าการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น ผู้สูงอายุเกิด ประสบการณ์ในการเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง สามารถตัดสินใจปฏิบัติตามวิธีของตน และเชื่อมั่นว่าการกระทำของตนสามารถบรรเทาอาการปวดได้ (Roberto & Reynold, 2002) ดังนั้น การดูแลตนเองของผู้สูงอายุซึ่งเป็นการกระทำที่อยู่ภายใต้การตัดสินใจของผู้สูงอายุจึงขึ้นอยู่กับ ความรู้ ประสบการณ์และความเชื่อมั่นในวิธีของตน รวมถึงมีความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพ (Dill et al., 1995)

นอกจากการดูแลตนเองที่ตัดสินใจโดยอาศัยประสบการณ์และความเชื่อมั่นในตนเอง แล้ว การแสวงหาความช่วยเหลือและคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ที่มีความรู้เฉพาะทางถือเป็นการดูแลตนเองอีกวิธีหนึ่ง หรือเรียกว่า การดูแลตนเองที่เกิดจากการได้รับคำแนะนำอย่างเป็นทางการ (formally guided self-care) การดูแลตนเองที่เกิดจากการได้รับคำแนะนำจากบุคลากร สุขภาพ ส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้สูงอายุบางรายมีพื้นฐานประสบการณ์ชีวิตที่ต้องได้รับการเอาใจใส่ จากบุคคลอื่นอยู่ตลอดเวลา ทำให้ไม่มั่นใจในการตัดสินใจของตน (Backman & Hentimen, 1999) การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพเป็นการกระทำที่อยู่ภายใต้การได้รับคำแนะนำหรือ การดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพโดยผู้สูงอายุที่มีปัญหาต่างๆตามคำแนะนำ (Dill et al., 1995, Berman & Iris, 1998) การขอคำแนะนำในการดูแลตนเองมักเกิดขึ้นเมื่อมีความบกพร่องของร่างกาย เช่น อาการไม่สุขสบายหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

การศึกษาของขนิษฐา นาคะ (2542) เรื่องการดูแลตนเองและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ในชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้ เป็นการศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งการ ดูแลตนเองเป็นความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายুর่วมกับการได้รับส่งเสริมและ สนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เป็นการกระทำทั้งที่สุขภาพแข็งแรงและเมื่อมีการเจ็บป่วย มีรูปแบบในการดูแลตนเอง 2 ลักษณะคือ 1) ตัดสินใจโดยอาศัยประสบการณ์ 2) มีการแสวงหา ความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ สำหรับการกระทำที่ตัดสินใจโดยอาศัยประสบการณ์เป็น

การรับรู้โดยตัวผู้สูงอายุ เกิดขึ้นเมื่อปัญหานั้นไม่รุนแรง เช่น ผู้สูงอายุมีการใช้ยาสมุนไพร ซึ่งเป็นภูมิปัญญาที่ได้รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษในการบรรเทาอาการปวด เมื่อการแก้ไขปัญหาคด้วยตัวเองไม่ได้ผล ผู้สูงอายุจะแสวงหาการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบัน โดยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐบาลเพราะเชื่อมั่นในแบบแผนการรักษาและคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ หรือการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณของจันทรพลอย สินสุขเศรษฐ์ (2541) พบว่า ผู้สูงอายุมีวิธีการดูแลตนเองโดยอาศัยประสบการณ์ของตนเองร่วมกับการแสวงหาความรู้ คำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ เพื่อการป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพเมื่อเกิดความพร่องของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีและมีความสุขในชีวิต จากรูปแบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไม่ว่าเป็นการตัดสินใจโดยอาศัยประสบการณ์ หรือปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงความตระหนักและความรู้ที่รับผิดชอบต่อสุขภาพของตนและเมื่อร่วมกับการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองที่ดียิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า การดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีเป้าหมายเพื่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นในขณะที่มีร่างกายแข็งแรงและเมื่อเจ็บป่วย ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ เป็นการกระทำที่ริเริ่มจากตัวผู้สูงอายุ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีส่วนต่อการเกิดพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุแต่ละรายมีรูปแบบการดูแลตนเองเฉพาะตน ทั้งการดูแลตนเองที่เกิดจากการตัดสินใจโดยอาศัยประสบการณ์และความเชื่อมั่นของตน การดูแลตนเองจากการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะบุคลากรสุขภาพ แต่ทั้งนี้ไม่ได้มีกฎเกณฑ์ตายตัวว่าผู้สูงอายุต้องเลือกรูปแบบการดูแลตนเองอย่างไรอย่างหนึ่ง อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์เพื่อให้การดูแลตนเองได้ผลดียิ่งขึ้น ผู้สูงอายุที่เอาใจใส่ต่อการดูแลตนเองถือเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบในชีวิต แต่ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมิได้ตระหนักถึงภาวะสุขภาพของตนทำให้ละเลยในการดูแลตนเอง ปัญหาสุขภาพจึงไม่ได้รับการแก้ไขและมีความรุนแรงขึ้น ส่งผลให้ประสบกับความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดสำคัญที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง เพราะเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศ เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรจะทำให้การพัฒนาในด้านต่างๆ ได้ดีและประสบผลสำเร็จตามมา ในปี พ.ศ.2536 องค์การอนามัยโลกได้เล็งเห็นว่าคุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่เหมาะสมที่จะใช้ในการประเมินสุขภาพ (เสาวนีย์ ศรีศิริระกุล และกรรณิการ์ คงทอง, 2546) และได้มีนักวิจัยหลายคนได้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตในการประเมินสุขภาพทั้งในบุคคลทั่วไปและ

ในผู้ป่วยโรคต่างๆ แต่อย่างไรก็ตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตและวิธีการประเมินก็ยังมีความหลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความหมายของ คุณภาพชีวิตที่มีความแตกต่างกันเช่น ความพึงพอใจ ความผาสุก การรับรู้ประสิทธิภาพหรือความสามารถในการดำรงชีวิตของบุคคล

มีเบิร์ก (Meeberg, 1993) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกถึงความพึงพอใจทั้งหมดของชีวิตภายใต้การตัดสินใจของแต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับแคมป์เบล ซาน ยัง และลองแมน และเฟอร์รานส์ และ เพาเวอร์ (Campbell, 1976; Zhan, 1992; Yong & Longman, 1983; & Ferrans & Power, 1992 อ้างถึงใน นภาพร สีกเสื่อ, 2548) ที่ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ในมิติของความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังมีความหมายในมิติที่แตกต่างออกไป เช่น ลูอิส (Lewis, 1982) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นระดับของการมีคุณค่าในตัวเอง การมีจุดประสงค์ในชีวิต และปราศจากความวิตกกังวล และ เบอร์กฮาร์ดท์ (Burckhardt, 1985) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่าเป็นผลรวมของการรับรู้ถึงความพอใจ ความผาสุกทั้งร่างกาย จิตใจ และมีการปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับสังคม การที่บุคคลมีพัฒนาการที่ดี และการที่บุคคลประสบความสำเร็จในชีวิต สำหรับองค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group, 1996) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทและสถานะในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคลได้บริบทของวัฒนธรรมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

ในประเทศไทยมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและ ได้ให้ความหมายของแนวคิดดังกล่าวไว้มากมาย อาทิ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540) ซึ่งได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นระดับของการมีชีวิตที่ดี การมีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคมภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน ส่วนอารีวรรณ คุณเจตน์ (2541) ได้ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตว่าเป็นความสามารถในการดำรงชีวิตของบุคคลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อม การมีรายได้ และความพึงพอใจในการดำรงชีวิต วรรณากุมารจันทร์ (2543) สรุปว่าคุณภาพชีวิตหมายถึงการรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม

จากแนวคิดการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้นค่อนข้างใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นคุณภาพด้านจิตวิสัย เป็นการวัดที่ครอบคลุมภาวะสุขภาพกาย จิต สังคม ตามที่บุคคลรับรู้และเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล จึงสามารถสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ระดับความพึงพอใจในชีวิตที่บุคคลประเมินตนเอง โดยมีองค์ประกอบต่างๆ ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตซึ่งครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ สิ่งแวดล้อม

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับแนวคิดของนักวิชาการแต่ละคน ฟลานาแกน (Flanagan, 1978) ได้จำแนกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์ และเปลี่ยนแปลงไปตามกลุ่มของบุคคลที่จะประเมินไว้ 5 องค์ประกอบ ได้แก่

1. ด้านร่างกายและการดำเนินชีวิต คือ การมีสุขภาพดีปราศจากการเจ็บป่วย การมีความสมบูรณ์ทางกาย การหลีกเลี่ยงจากอุบัติเหตุและความรุนแรงทางสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการมีปัจจัย 4 เป็นองค์ประกอบในการดำเนินชีวิต

2. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น บิดามารดา คู่สมรส บุตรหลาน เพื่อนสนิท ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อบทบาทหน้าที่ต่อกัน การช่วยเหลือห่วงใยและการติดต่อสื่อสาร เป็นต้น

3. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ชุมชน องค์กร และประชาชน เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลอื่น รวมถึงองค์กรต่างๆ ชมรม และกลุ่มที่ให้ประโยชน์แก่สังคม

4. การพัฒนาตนเองและความสมหวังในการประกอบอาชีพ มีอาชีพที่ได้แสดงความสามารถตามศักยภาพที่มีอยู่ มีรายได้เหมาะสมกับงานที่ทำ

5. การพักผ่อนหย่อนใจ การพบปะกับบุคคลอื่นและการได้รับสิ่งบันเทิง

ชาน (Zhan, 1992) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการรับรู้ในสิ่งที่ตนเป็นอยู่ ได้แก่ความพึงพอใจในสภาพความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อม และการดำเนินชีวิต

2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็นที่มีต่อตนเอง การยอมรับและการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง

3. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถทางด้านร่างกาย สุขภาพและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการรับรู้ถึงความพอใจในด้านสังคมทั่วไป รายได้ อาชีพ รวมถึงการศึกษา

องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขึ้นมาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความเหมาะสมที่จะใช้ประเมินคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นสากล เรียกว่า WHOQOL-100 ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้านคือ

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกาย ของบุคคลซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย

การรับรู้ถึงผลกระทก้างในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องกรนอนหลับ และการพักผ่อน รวมทั้งการรับรู้เรื่องกรมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจตนเอง การรับรู้ความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตนเอง รวมถึงการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียด หรือกังวล เป็นต้น

3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (level of independence) คือการรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหว การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์เพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ทางการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ และการรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆและการรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality beliefs) คือการรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อนั้นต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำรงชีวิต เช่น การรับรู้เรื่องความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิตและความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต และการเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ในชีวิต เป็นต้น

ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ได้จัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตขึ้นใหม่โดยรวบรวมองค์ประกอบเดิมในบางด้านเข้าด้วยกัน คือ ด้านร่างกายกับด้านความเป็นอิสระของบุคคล และด้านจิตใจกับด้านความเชื่อส่วนบุคคลจึงทำให้เหลือเพียง 4 ด้าน 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม 4) ด้านสิ่งแวดล้อม

การประเมินคุณภาพชีวิต

ในการประเมินคุณภาพชีวิต บุคคลอาจสามารถประเมินด้วยตนเอง หรือถูกประเมิน

๒๑๓.๐๒๒๘

๒๒๖๑

๕.๑

266959

โดยบุคคลอื่น ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ในการประเมินสุขภาพชีวิตมีความหลากหลายและแตกต่างกัน ในอดีตมักมีการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว คือ ใช้คำถามเดียวเพื่อวัดคุณภาพชีวิต ต่อมาได้มีการศึกษาวิจัย พบว่าการประเมินคุณภาพชีวิตด้านเดียวไม่สามารถครอบคลุมคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างแท้จริง จึงได้มีการประเมินโดยใช้โครงสร้างหลายมิติ ด้วยคำถามตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ซึ่ง โครงสร้างหลายมิติจะช่วยให้มองเห็นภาพรวมคุณภาพชีวิตของบุคคลได้

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยศึกษาความสัมพันธ์ของการดูแลตนเอง ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั่วไป ทั้งที่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานพยาบาล ผู้สูงอายุในชุมชนแออัด ผู้สูงอายุในชนบท (จินตนา ศรีธรรมมา, 2539; ศิราณี ปันคำ, 2542; สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ, 2543; Matsubayashi, Okumiya, Osaki, Fujisawa & Dio, 1997 ; Rickelman, et al., 1994) การศึกษาในอดีตดังกล่าวเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบต่างๆ ที่นักวิชาการแต่ละคนได้กำหนดขึ้น จึงทำให้ผลของการศึกษาคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกันตามองค์ประกอบเฉพาะของแต่ละงานวิจัย ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้องค์ประกอบคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นสากลและสามารถวัดได้ครอบคลุม หรือเป็นองค์รวม โดยประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย คือ การรับรู้ความสามารถของร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การที่ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง รับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่เจ็บปวด และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง และพอใจในเรื่องการพักผ่อน นอนหลับ ย่อมส่งผลให้มีความพึงพอใจในชีวิต การรับรู้ความสามารถด้านร่างกาย มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ เนื่องจาก 1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง และส่วนใหญ่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งมักส่งผลให้มีอาการปวดเมื่อยตามตัว ปวดหลัง ปวดข้อต่างๆ อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือการเดินทางไปไหนมาไหนและบางครั้งพึ่งพาการรักษา จึงจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ 2) แบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปทำให้ประสบปัญหาในการนอนเช่น การนอนไม่หลับ นอนหลับๆ ตื่นๆ การตื่นเช้ากว่าปกติ และตื่นเวลาหลับ

2. ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเองในเรื่องต่างๆ เช่น การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมถึงการรับรู้ถึงความเชื่อ

ต่างๆ ของตนเองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่มีความสำคัญในผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง จึงส่งผลต่อการรับรู้ ภาพลักษณ์ หรือการลดบทบาทในครอบครัว หรือในหน้าที่การงาน ทำให้ความภาคภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ โดยอาจก่อให้เกิดความเหงาและมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้น จากการศึกษาของวาริ กังใจ (2540) ที่ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะฉะนั้นถ้าผู้สูงอายุสามารถรับรู้ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วยความรู้สึกที่เข้าใจจะสามารถแก้ปัญหาและปรับสภาพจิตใจ ให้มีความสุข รวมทั้งสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้ความสัมพันธ์ของตนกับผู้อื่น การได้รับความช่วยเหลือหรือการให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น เพราะมนุษย์ทุกคนต้องอยู่ร่วมกันในสังคม ไม่ว่าจะในระดับครอบครัว ชุมชน ถึงแม้ว่าวัยสูงอายุจะมีสัมพันธภาพทางสังคมลดลงจากการเปลี่ยนแปลงหน้าที่และบทบาททางสังคม แต่ผู้สูงอายุก็สามารถแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม จากแหล่งอื่นๆ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และกลุ่มทางสังคมได้ จากผลของการ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะก่อให้เกิดความรู้สึกรักใคร่ ผูกพัน การไปมาหาสู่ การช่วยเหลือซึ่งกัน และกัน นอกจากนี้การมีความสัมพันธ์ทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุมีพัฒนาการด้านอารมณ์ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตดี จึงพบว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มทางสังคมจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข และมีความพึงพอใจในชีวิต จากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับดี

4. ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต การที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีความมั่นคง ปลอดภัย ไม่แออัด ได้รับข้อมูลข่าวสาร ที่จำเป็น รวมถึงการมีรายได้ที่เพียงพอและสามารถเข้าถึงแหล่งบริการต่างๆ ได้สะดวก ย่อมส่งผลให้ มีความพึงพอใจในชีวิต คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมจะเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอยู่ 3 ประเด็น คือ 1) สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ 2) รายได้และค่าใช้จ่ายประจำ 3) การได้รับ ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทจะมีความแตกต่างกันทั้ง สภาพแวดล้อม ชีวิตความเป็นอยู่ และสภาพเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน สำหรับจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปัจจุบันมีสภาพเป็นทั้งสังคมเมือง กึ่งเมือง และชนบท สำหรับในเขตเมืองจะมีความเจริญ ทางด้านเศรษฐกิจทั้งภาคอุตสาหกรรม และงานบริการต่างๆ ในขณะที่เขตชนบทประชากร

ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งจะมีรายได้ไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับฤดูกาล และราคาสินค้าเกษตรที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (ศูนย์ข้อมูลจังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2546 อ้างถึงใน นภาพร สีกเสื่อ, 2548) นอกจากนี้ความแออัดของที่อยู่อาศัย หรือมลพิษต่างๆ ของเขตเมืองก็เป็นสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ดังกล่าวได้เช่นกัน สำหรับในส่วนของ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นนั้น เนื่องจากปัจจุบันเทคโนโลยีในการสื่อสารมีความเจริญก้าวหน้าและครอบคลุมในทุกพื้นที่ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการดำรงชีวิตได้อย่างทั่วถึง

นอกจากนี้องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมยังรวมถึงการมีรายได้ที่เพียงพอ ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุประเมินว่ามีรายได้อยู่ในระดับต่ำเนื่องจาก มีฐานะยากจน มีหนี้สิน (สมพร ชัยยุทธ์, 2542) ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาศัยอยู่กับบุตรหลานและไม่มีรายได้เป็นของตนเอง (วาสนา เลื่อนวงษ์, 2540; ศิราณี ปันคำ, 2542; ศิริพร ลิ้มพัฒนานานนท์, 2540; สะอึ้ง ชวรางกูร, 2538)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามองค์ประกอบด้านต่างๆ ทั้ง 4 ด้านมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น คุณลักษณะของผู้สูงอายุ ลักษณะครอบครัว และสิ่งแวดล้อมทั้งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต สิ่งเหล่านี้จึงทำให้ผู้สูงอายุประเมินคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชมรมผู้สูงอายุศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview Guideline) โดยใช้คำถาม 4 ประเด็น คือ การดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นทั้งทางตรงและทางอ้อมในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตในปัจจุบันและประ โยชน์ที่ได้รับการเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ จากกลุ่มตัวอย่างรายที่มีข้อมูลน่าสนใจ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ตำบลแสนสุข อำเภอเมืองจังหวัดชลบุรี ผู้วิจัยเลือกศึกษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา เนื่องจากผู้วิจัยปฏิบัติงานอยู่ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ผลจากการวิจัยสามารถนำมาใช้ประโยชน์สำหรับการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพาต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. ผู้สูงอายุเพศชายหรือเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางว่าเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและกล้ามเนื้อไข่มັນในเลือดสูง อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายโรครวมกัน นอกเหนือจากนี้อาจมีโรคอื่นๆ ร่วมด้วย มีระยะเวลาการเจ็บป่วยติดต่อกันตั้งแต่ 6 เดือน ขึ้นไป
3. สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ดี สามารถติดต่อสื่อสารได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง Purposive Sampling และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ในระหว่าง 1 พฤษภาคม 2552 ถึง 30 สิงหาคม 2552 พบว่ามีสมาชิกชมรมทั้งหมด 100 คน จากการสำรวจประวัติการเจ็บป่วยของสมาชิกชมรม พบว่ามีผู้เข้าเกณฑ์การศึกษา ทั้งหมด 80 คน แต่ จากการศึกษาพบว่ามีผู้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมอย่างสม่ำเสมอจำนวน 68 คน ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ขนาดเหมาะสมที่ความเชื่อมั่น 95% ตามสูตร ของ Yamane (1973 p. 725) มีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

เมื่อ	n	คือ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	N	คือ	จำนวนประชากร
	e	คือ	ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดขึ้น(0.05)

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{80}{1+80(.05)^2}$$

$$= 67$$

จากการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมเท่ากับ 67 คน แต่ในการวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 68 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถามสัมภาษณ์แบบมาตราส่วน โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน และแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในผู้ป่วยบางราย สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีข้อความทั้งหมด 9 ข้อ (ตัวอย่างเครื่องมือแสดงไว้ในภาคผนวก ก)

ส่วนที่ 2 แบบวัดการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง วัด โดยแบบวัดการดูแลตนเอง

ซึ่งวัดตามการรับรู้ของผู้ถูกประเมินอิงแนวคิดของโอเร็ม โดยวัดเป็น 3 ด้าน คือ ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน ผู้วิจัยได้ปรับแก้แบบวัดนี้โดยปรับข้อความให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ โดยมีทั้งข้อความที่มีความหมายด้านบวก จำนวน 16 ข้อ และข้อความที่มีความหมายด้านลบ จำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 3, 8, 10 และ 11

- ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้
- หมายเลข (1) หมายถึง ข้อความนั้นตรงไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริง เกี่ยวกับการดูแลตนเองของท่านเลย
- หมายเลข (2) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริง เกี่ยวกับการดูแลตนเองของท่านเล็กน้อย
- หมายเลข (3) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริง เกี่ยวกับการดูแลตนเองของท่านพอสมควร
- หมายเลข (4) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริง เกี่ยวกับการดูแลตนเองของท่านมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ไม่ตรงเลย	1	4
ตรงบ้างเล็กน้อย	2	3
ตรงพอสมควร	3	2
ตรงมากที่สุด	4	1

เกณฑ์การแปลผล

- 1.0 - 1.49 หมายถึงการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีน้อยที่สุด
- 1.5 - 2.49 หมายถึงการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีน้อย
- 2.5 - 3.49 หมายถึงการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก
- 3.5 - 4.00 หมายถึงการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมากที่สุด

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองไปหาความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องชี้วัดการดูแลตนเองที่ปรับปรุงแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชชนนี ฅ.ศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 20 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ดัดแปลงมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL) และจากการค้นคว้ารวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 44 ข้อ โดยมีทั้งข้อความที่มีความหมายด้านบวก จำนวน 38 ข้อ และข้อความที่มีความหมายด้านลบ จำนวน 9 ข้อ

ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

1. ด้านร่างกาย มีข้อคำถามปลายปิด 10 ข้อ โดยข้อความที่มีความหมายด้านบวก จำนวน 7 ข้อ และข้อความที่มีความหมายด้านลบ จำนวน 4 ข้อ

2. ด้านจิตใจ มีข้อคำถามปลายปิด 14 ข้อ โดยข้อความที่มีความหมายด้านบวก จำนวน 11 ข้อ และข้อความที่มีความหมายด้านลบ จำนวน 3 ข้อ

3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม มีข้อคำถามปลายปิด 7 ข้อ โดยข้อความที่มีความหมายด้านบวก จำนวน 6 ข้อ และข้อความที่มีความหมายด้านลบ จำนวน 1 ข้อ

4. ด้านสภาพแวดล้อมมีข้อคำถามปลายปิด 13 ข้อ โดยข้อความที่มีความหมายด้านบวก จำนวน 12 ข้อ และข้อความที่มีความหมายด้านลบ จำนวน 1 ข้อ

ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตามความรู้สึก โดยมีการแปลผล ดังนี้

หมายเลข (1) หมายถึง ท่าน ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

หมายเลข (2) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่

หมายเลข (3) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจ หรือรู้สึกดี

หมายเลข (4) หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมาก รู้สึกพอใจมากหรือ รู้สึกดีมาก

เกณฑ์การให้คะแนน

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ไม่เลย	1	4
น้อย	2	3
ปานกลาง	3	2
มาก	4	1

การแปลความหมายคะแนน โดยแบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี ปานกลาง ไม่ดี มีช่วงคะแนน ดังนี้

คะแนนร้อยละ 00.0 – 33.3 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตในระดับ ไม่ดี

คะแนนร้อยละ 33.4 – 66.6 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 66.7 - 100 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตในระดับดี

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ไปหาความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบ แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตที่ปรับปรุงแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชชนนี ฅ.ศรีราชา จังหวัดชลบุรี จำนวน 20 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview Guideline) ในกลุ่มตัวอย่างรายที่ให้ข้อมูลน่าสนใจ โดยการสุ่มแบบเจาะจงจากกลุ่มตัวอย่าง กรอบแนวคำถามแบ่งเป็น 4 ประเด็น คือ การดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นทั้งทางตรงและทางอ้อมในการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตในปัจจุบัน และประโยชน์ที่ได้รับจากการเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ เช่น

มีการดูแลตนเองอย่างไร มีภาวะสุขภาพที่ดีแม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลาานาน มีสิ่งใดช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตในปัจจุบัน และประโยชน์ที่ได้รับการเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุและใช้วิธีการสังเกต (Observation) เทคนิคการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วม ใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ ใช้คำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพร้อมๆ หรือควบคู่ไปกับการสังเกตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลเพื่อความสมบูรณ์ตรงประเด็นและมีความลึกของข้อมูลเพียงพอ มีความแม่นยำและครอบคลุม ตรงประเด็นที่กำหนด โดยอาศัยวิธีการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) คือการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพาและหัวหน้าฝ่ายบริการวิชาการ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชมรมผู้สูงอายุศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ภายหลังได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าชมรมผู้สูงอายุ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดในการตอบแบบสัมภาษณ์ของผู้สูงอายุ และคู่มือประวัติสมาชิกชมรม ล่วงหน้า 1 สัปดาห์ เพื่อใช้ในการจำแนกผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง
2. นำแบบสัมภาษณ์ไปเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่ห้องประชุม 2 ชั้น 5 อาคารศรีนครินทร์ วันพุธแรกของเดือน เวลา 8.00-12.00 น.
3. ผู้วิจัยจดชื่อและที่อยู่ของผู้สูงอายุบางรายที่น่าสนใจ เพื่อการเยี่ยมบ้าน บางรายได้มีการนัดหมายทางโทรศัพท์กับผู้สูงอายุล่วงหน้า เพื่อเข้าพบผู้สูงอายุและญาติ
4. หลังการเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยกลับมาตรวจสอบข้อมูลจากที่บ้านที่กตามแบบสัมภาษณ์ โดยตรวจสอบ ความสมบูรณ์ ครอบคลุมของข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและตามกรอบแนวคิดของคำถาม โดยผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลทุกครั้งที่ทำการศึกษาข้อมูลเยี่ยมบ้าน และได้เก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ และดำเนินการจัดแยกเป็นหมวดหมู่ การตรวจสอบข้อมูลผู้วิจัยได้อาศัยวิธีการวิธีการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) ซึ่งมีวิธีการดังนี้

4.1 การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulation) โดยการตรวจสอบ

แหล่งข้อมูลที่ได้มา ซึ่งประกอบด้วยแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และแหล่งบุคคลที่ให้ข้อมูล จะเป็นข้อมูลที่เหมือนกันหรือไม่ ถ้าหากข้อมูลที่ได้มานั้นเหมือนกันหรือซ้ำๆ กัน ผู้วิจัยถือว่าข้อมูลนั้นเชื่อถือได้และเป็นข้อมูลจริง แล้วจึงจับบันทึกแหล่งข้อมูลนั้นไว้

4.2 การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodological Triangulation) ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสังเกตทั้งที่มีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมในการสัมภาษณ์ พร้อมทั้งศึกษาข้อมูลจากเอกสารประกอบ

5. ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์ ก่อนนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้วิธีทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ข้อมูลแต่ละส่วนประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติ ร้อยละ
2. วิเคราะห์การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา รวมคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. หาความสัมพันธ์ระหว่าง การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ผลคูณ โมเมนต์ของเพียร์สัน [Pearson's Product Moment Correlation Coefficient (r)] ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ .05
4. นำข้อมูลการศึกษาระดับเจาะลึกข้อมูลเชิงคุณภาพ (แบบสัมภาษณ์) มาวิเคราะห์เกี่ยวกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ส่วนนี้เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการเยี่ยมบ้าน เริ่มวิเคราะห์ด้วยวิธีการจำแนกข้อมูล (Typological Analysis) จัดเก็บข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่แบบมีความสัมพันธ์ร่วมกับการสร้างข้อมูลแบบอุปนัย (Analysis Inductive)

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การสังเกตและการเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลไปพร้อมกับการวิเคราะห์ข้อมูลไปด้วยทุกครั้ง เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ ตามประเด็นที่ต้องการ และหากผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว เห็นว่าข้อมูลที่ได้ยังไม่เป็นที่พอใจก็จะเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ซ้ำอีก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงและตรงกับความต้องการ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
ในชมรมผู้สูงอายุศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา การวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอ
ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 5 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่เข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอจำนวน 68 คน ลักษณะข้อมูลทั่วไปมีรายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน รายได้ต่อเดือน ที่มาของรายได้ และโรคประจำตัว

ลักษณะข้อมูล	ข้อมูล(68)	ร้อยละ (100)
เพศ		
ชาย	12	17.7
หญิง	56	82.3
อายุ		
60 - 47 ปี	60	88.23
75 - 90 ปี	7	10.30
>90 ปี	1	1.47
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	42	61.8
มัธยมศึกษา	5	7.4
ปวช./ปวส./อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	6	8.8
อื่น ๆ(ปริญญาตรี)	15	22
สถานภาพสมรส		
คู่	34	50
โสด	6	8.8
หม้าย	28	41.2

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูล	ข้อมูล(68)	ร้อยละ (100)
อาชีพปัจจุบัน		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	46	67.6
ค้าขาย	2	2.9
บ้านานู	15	22.1
อื่นๆ (ทำสวน)	5	7.4
รายได้ต่อเดือน		
3,000 – 5,000	3	4.4
> 5,000 – 10,000	50	73.5
> 10,000 – 15,000	15	22.1
ที่มาของรายได้		
บุตรหลาน	46	67.6
รัฐบาล	15	22.1
อื่นๆ	7	10.3

หมายเหตุ โรคประจำตัวผู้สูงอายุ 1 คน มีมากกว่า 1 โรค ดังนั้นขอรายงานผลโดยภาพรวม

จากตารางที่ 1 จะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.3 กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 60-74 ปีมากที่สุดร้อยละ 88.23 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 61.8 สถานะภาพสมรสคู่ส่วนมากร้อยละ 50 ไม่ได้ประกอบอาชีพส่วนมากร้อยละ 67.6 รายได้ต่อเดือนส่วนมากประมาณ 5,000 – 10,000 บาทร้อยละ 73.5 รายได้ส่วนมากได้รับจากบุตรหลาน ร้อยละ 67.6 โรคเรื้อรังที่พบในกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ส่วนโรคไขมันในเลือดสูงและโรคข้อและกระดูก จำนวนเท่ากัน น้อยที่สุด คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (N=68)

จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้ผลวิเคราะห์ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และ ระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำแนกเป็นรายชื่อและรายด้าน

การดูแลตนเอง	\bar{X}	SD	ระดับการดูแลตนเอง
การดำรงและปฏิบัติกรดูแลตนเอง			
1. ผู้สูงอายุสนใจดูแลเอาใจใส่ร่างกายและปฏิบัติตัวเพื่อให้สุขภาพดีอยู่เสมอ แม้จะเจ็บป่วยเรื้อรัง	3.57	.49	ดีมากที่สุด
2. ผู้สูงอายุดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดลอมรอบๆตัวอยู่เสมอ	3.66	.47	ดีมากที่สุด
3. ผู้สูงอายุมักจะคลุกคลีกับผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อหรือเข้าไปในสถานที่แออัด*	3.85	.49	ดีมากที่สุด
รวม	3.69	.48	ดีมากที่สุด
การควบคุมพลังงานและการเคลื่อนไหวของร่างกาย			
4. เมื่อรู้สึกอ่อนเพลีย ผู้สูงอายุจะนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ	3.38	.67	ดีมาก
5. ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้เพียงพอกับความ ต้องการและมีกำลังที่จะทำกิจกรรมต่างๆ	3.62	.52	ดีมากที่สุด
6. ผู้สูงอายุออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายและจะหยุดพักเมื่อมีอาการผิดปกติ	3.94	.70	ดีมากที่สุด
7. ผู้สูงอายุสามารถทำงานบ้าน หรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ โดยไม่รู้สึกเหนื่อยจนเกินไป	3.47	.50	ดีมาก
รวม	3.60	.59	ดีมากที่สุด

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การดูแลตนเอง	\bar{X}	SD	ระดับการดูแลตนเอง
การใช้เหตุและผล			
8. ผู้สูงอายุไม่ได้สนใจดูแลสุขภาพตนเอง เพราะท่านสามารถไปโรงพยาบาลได้เมื่อเจ็บป่วย*	3.98	.12	ดีมากที่สุด
9. ผู้สูงอายุได้พยายามดูแลสุขภาพอยู่เสมอ เนื่องจากท่านเห็นว่าการมีสุขภาพดีเป็นสิ่งที่มีความค่า	3.81	.39	ดีมากที่สุด
รวม	3.89	.26	ดีมากที่สุด
แรงจูงใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง			
10. ผู้สูงอายุไม่สามารถใช้ชีวิตได้เช่นเดียวกับปกติเนื่องจากเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง*	3.63	.67	ดีมากที่สุด
11. ผู้สูงอายุไม่ได้ดูแลสุขภาพเพราะป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย*	3.95	.27	ดีมากที่สุด
รวม	3.79	.47	ดีมากที่สุด
ทักษะในการตัดสินใจและปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ			
12. ผู้สูงอายุสามารถออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและปฏิบัติเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	3.6	.63	ดีมากที่สุด
รวม	3.6	.63	ดีมากที่สุด
การแสวงหาความรู้			
13. ผู้สูงอายุได้พูดคุยปรึกษากับผู้มีความรู้ทางด้านสุขภาพอยู่เสมอ และนำความรู้ที่ได้มาปรับใช้เพื่อดูแลตนเอง	3.6	.63	ดีมากที่สุด
รวม	3.6	.63	ดีมากที่สุด

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การดูแลตนเอง	\bar{X}	SD	ระดับการดูแลตนเอง
ทักษะในการคิดและสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น			
เพื่อประโยชน์ในการดูแลตนเอง			
14. ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพกับผู้ป่วยรายอื่นและนำความรู้ที่ได้มาปรับใช้เพื่อการดูแลตนเอง	3.3	.78	ดีมาก
15. ผู้สูงอายุสามารถแยกแยะความแตกต่างระหว่างลักษณะของการเจ็บป่วยและการมีสุขภาพดี เพื่อที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีได้	3.6	.49	ดีมากที่สุด
รวม	3.45	.63	ดีมาก
ด้านการจัดระบบการดูแลตนเอง			
16. เมื่อมีเวลาว่าง ผู้สูงอายุจะทำงานอดิเรกที่ท่านชอบ	3.47	.68	ดีมาก
17. ในแต่ละวัน ผู้สูงอายุแบ่งเวลาในการทำกิจวัตรประจำวัน การพักผ่อน และการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม	3.38	.59	ดีมาก
รวม	3.42	.68	ดีมาก
ด้านการปฏิบัติกรดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องการดูแลเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน			
18. ผู้สูงอายุรับประทานยาตรงตามเวลาอย่างสม่ำเสมอ และเก็บยาไว้ในที่ที่หยิบใช้ได้สะดวก	3.76	.46	ดีมากที่สุด
รวม	3.76	.46	ดีมากที่สุด

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การดูแลตนเอง	\bar{X}	SD	ระดับการดูแลตนเอง
ด้านการคาดการณ์และลงมือปฏิบัติ			
19. เมื่อมีอาการผิดปกติเพียงเล็กน้อยจะทราบด้วยตนเองและให้การดูแลตนเองเบื้องต้นได้	3.69	.49	ดีมากที่สุด
รวม	3.69	.49	ดีมากที่สุด
ด้านการปรับเปลี่ยนและลงมือปฏิบัติ			
20. ผู้สูงอายุจะหลีกเลี่ยงไม่รับประทานอาหารที่ชอบแต่ไม่เหมาะสมกับโรค	3.25	.78	ดีมาก
รวม	3.25	.78	ดีมาก

หมายเหตุ * ข้อความเชิงลบ

2. กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดีมากที่สุด ($\bar{X} = 3.61$, $SD = 0.55$) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การดูแลตนเองอยู่ในระดับมากที่สุดและระดับดีมากตามลำดับ โดยการดูแลตนเองในระดับดีมากที่สุด ได้แก่ ด้านการดำรงและปฏิบัติกรดูแลตนเอง ด้านการควบคุมพลังงานและการเคลื่อนไหวของร่างกาย ด้านการใช้เหตุและผล ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง ด้านทักษะในการตัดสินใจและปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ ด้านการแสวงหาคำรู้ ด้านการปฏิบัติกรดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องการดูแลเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน และด้านการคาดการณ์และการลงมือปฏิบัติ

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ร้อยละ และ ระดับคุณภาพชีวิตจำแนก รายชื่อและรายด้านของกลุ่มตัวอย่างแสดงในตาราง 3- 6

ตารางที่ 3 ร้อยละและระดับคุณภาพชีวิตจำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (N=68)

คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	SD	ร้อยละ	ระดับคุณภาพชีวิต
1. สามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น กินข้าว อาบน้ำ แปรงฟัน ได้	3.93	.39	98.16	ดีมาก
2. การเจ็บป่วยทางร่างกายด้วยทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้*	3.32	.92	83.08	ดีมาก
3. มีความรู้สึกว่ามีสุขภาพแข็งแรงไม่ค่อนมี อาการกำเริบจากโรคเรื้อรัง เหมือนกับผู้สูงอายุ คนอื่นๆ ที่อยู่ในวัยเดียวกัน	3.34	.82	83.45	ดีมาก
4. มีความรู้สึกอ่อนเพลีย*	2.91	.80	72.79	ดีมาก
5. มีความรู้สึกพึงพอใจกับการนอนหลับ	3.34	.76	83.08	ดีมาก
6. สามารถไปทำกิจกรรมหรือทำธุระนอกบ้านได้	3.53	.58	88.23	ดีมาก
7. มีความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาล*	2.40	.62	65.07	ปานกลาง
8. มีความจำเป็นต้องใช้ยาบางชนิดเป็นประจำ*	2.36	.77	59.19	ปานกลาง
9. มีความพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมา	3.5	.53	87.50	ดี
10. มีความพอใจกับสุขภาพในปัจจุบัน	3.34	.58	83.45	ดี
รวม	3.19	.67	80.40	ดี

หมายเหตุ * ข้อคำถามเชิงลบ

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 80.40 คุณภาพชีวิตระดับรายชื่อระดับดีร้อยละ 72.79 – 98.16 นอกจากเรื่องความจำเป็นต้องไปรักษาพยาบาล และมีความจำเป็นต้องใช้ยาบางชนิด มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางร้อยละ 65.07 และร้อยละ 59.19 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ร้อยละและระดับคุณภาพชีวิตจำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (N=68)

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้สูงอายุ	\bar{X}	SD	ร้อยละ	ระดับคุณภาพชีวิต
1. มีความสุข ความสงบ มีความหวัง	3.44	.50	86.29	ดี
2. มีความมั่นใจในตนเอง	3.56	.50	88.97	ดี
3. มีความจำดี	3.25	.56	81.25	ดี
4. มีสมาธิในการทำงาน	3.40	.55	84.92	ดี
5. พอใจในความสามารถ	3.46	.58	86.39	ดี
6. มีความภูมิใจในตนเอง	3.51	.50	87.86	ดี
7. มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	3.50	.53	87.50	ดี
8. มีสิ่งยึดเหนี่ยวที่เป็นความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น ศาสนา ซึ่งทำให้มีชีวิตและจิตใจที่เข้มแข็ง	3.57	.58	89.33	ดี
9. ความเชื่อในศาสนามีผลต่อการดำเนินชีวิต	3.60	.57	90.07	ดี
10. รู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาของ ตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปจากภาวะสุขภาพ*	3.14	1.05	88.60	ดี
11. มีความรู้สึกหงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล*	3.27	.86	81.98	ดี
12. มีความรู้สึกโดดเดี่ยวและถูกทอดทิ้ง*	3.36	.91	84.91	ดี
13. รู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและมีคุณค่า ต่อตนเอง บุตรหลาน ญาติ และคนอื่นๆ	3.56	.63	88.94	ดี
14. มีความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน	3.59	.52	89.70	ดี
รวมเฉลี่ย	3.44	.63	86.85	ดี

หมายเหตุ * ข้อคำถามเชิงลบ

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจโดยรวมในระดับดีร้อยละ 86.85 และคุณภาพชีวิตรายข้ออยู่ในระดับดีร้อยละ 81.25 – 90.07

ตารางที่ 5 ร้อยละและระดับคุณภาพชีวิตจำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (N=68)

คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	\bar{X}	SD	ร้อยละ	ระดับคุณภาพชีวิต
1. รู้สึกพอใจกับสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในครอบครัว	3.57	.55	89.33	ดี
2. รู้สึกพอใจที่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว	3.53	.63	88.23	ดี
3. การพึ่งพาสมาชิกในครอบครัว*	2.77	.64	69.48	ดี
4. รู้สึกพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับเพื่อนบ้าน	3.51	.61	87.86	ดี
5. ความพอใจที่ได้รับการช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน	3.25	.74	81.25	ดี
6. ความพอใจกับความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม	3.56	.50	88.97	ดี
7. ความพอใจกับความสามารถในการให้ความช่วยเหลือแก่สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน	3.50	.50	87.50	ดี
รวม	3.38	.59	84.66	ดี

หมายเหตุ * ข้อคำถามเชิงลบ

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมโดยรวมในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 84.66 และคุณภาพชีวิตระดับรายข้ออยู่ในระดับดีร้อยละ 69.48 – 89.3

ตารางที่ 6 ร้อยละและระดับคุณภาพชีวิตจำแนกตามคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (N= 68)

คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุ	\bar{X}	SD	ร้อยละ	ระดับคุณภาพชีวิต
1. รู้สึกว่าชีวิตมีความมั่นคงปลอดภัย	3.53	.50	88.23	ดี
2. สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยเหมาะสมกับสุขภาพ	3.62	.49	90.44	ดี
3. สถานที่ที่ท่านอยู่อาศัยให้ความสะดวกสบาย	3.65	.51	91.17	ดี
4. พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัย	3.72	.48	93.01	ดี
5. รู้สึกว่าได้อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มั่นคงปลอดภัย	3.74	.47	93.38	ดี
6. รู้สึกพอใจกับสภาพแวดล้อมรอบๆ ตัว	3.56	.50	88.97	ดี
7. สภาพแวดล้อมของท่านทำให้ท่านสบายใจ คลายเครียด	3.41	.55	85.29	ดี
8. ความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องการใช้จ่าย*	3.30	.85	69.48	ดี
9. มีเงินเพียงพอใช้จ่ายตามความจำเป็น	3.29.57	.57	82.72	ดี
10. พอใจกับสถานภาพทางการเงิน	3.32	.53	83.08	ดี
11. มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารตามที่ต้องการ	3.62	.51	90.44	ดี
12. พอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุข ได้ตามความจำเป็น	3.44	.72	86.02	ดี
13. รู้สึกสะดวกสบายในการเดินทางไปในที่ ต่างๆ	3.65	.56	91.17	ดี
รวมเฉลี่ย	3.52	.51	87.18	ดี

หมายเหตุ * ข้อคำถามเชิงลบ

จากตารางที่ 6 กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมโดยรวมในระดับดีร้อยละ 87.18 และคุณภาพชีวิตระดับรายข้ออยู่ในระดับดีร้อยละ 69.48 – 91.17

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

จากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ได้ผลวิเคราะห์ ดังตาราง 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต
การดูแลตนเอง	.379**

$P < .001$ (วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS)

จากตาราง 7 จะเห็นว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 5 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา และจากการเยี่ยมบ้าน ได้ใช้การสังเกต และการจดบันทึก ถ้ามีข้อมูลบางอย่างไม่ครบ หรือผู้วิจัยสงสัย ก็จะติดต่อกลับไปไม่ว่าจะเป็นทางโทรศัพท์ หรือ ไปเก็บข้อมูลซ้ำด้วยตนเอง เพื่อให้ได้ความกระจ่างและมีความตรงกัน โดยเก็บข้อมูลในรายที่น่าสนใจ 10 ราย ซึ่งขอนำเสนอรายละเอียด ดังนี้

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ใช้กรอบแนวคิดเช่นเดียวกับแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ซึ่งมีกรอบคำถาม 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การดูแลตนเอง
2. การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นทั้งทางตรงและทางอ้อมในการดูแลตนเอง
3. คุณภาพชีวิตในปัจจุบัน
4. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ

โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในประเด็น ดังต่อไปนี้

1. ท่านคิดว่า ท่านสามารถดูแลตนเองได้มากน้อยเพียงใด มีอะไรช่วยส่งเสริม

การดูแลตนเอง มีอะไรที่เป็นปัญหาและอุปสรรค

2. ท่านได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ทีมสุขภาพ ชุมชน และสมาชิกของชมรมในด้านใดบ้าง

3. ท่านคิดว่าในขณะที่คุณภาพชีวิตของท่าน ดีขึ้น คงเดิม หรือแย่ลง ถ้าดีขึ้น ดีจากอะไร ถ้าแย่ลง แย่จากอะไร

4. ท่านคิดว่าการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมของชมรม ท่านได้ประโยชน์อะไรบ้างและมีความสำคัญอย่างไร

ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากคำถาม “ท่านคิดว่า ท่านสามารถดูแลตนเองได้มากน้อยเพียงใด มีอะไรช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง มีอะไรที่เป็นปัญหาและอุปสรรค” โดยแบ่งเป็น 3 ประเด็น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ท่านคิดว่าการดูแลตนเองมีความจำเป็นและสำคัญอย่างไร กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลคล้ายกัน ดังคำพูดต่อไปนี้

“ฉันสามารถทำอะไรได้ด้วยตัวเอง และทำด้วยความภูมิใจ เพราะไม่ต้องเป็นภาระกับใคร”

“ฉันเดินทางไปไหนมาไหนเอง อยากจะไปไหนมาไหนก็ไป ไม่ต้องไปรบกวนลูกหลาน”

“ฉันพยายามรับประทานยาตรงตามเวลาเพื่อไม่ให้มีการกำเริบของโรค ทำให้สุขภาพแข็งแรง”

“การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพราะหากไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเองจะทำให้ต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลก่อนวันนัด บางครั้งรุนแรงต้องนอนโรงพยาบาล ทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง เป็นภาระต่อบุตร หลาน และคนรอบข้าง”

“ฉันเคยเห็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ดูแลตนเอง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทำให้ต้องถูกตัดขา จากแผลติดเชื้อ และต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อยๆ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และสุขภาพอ่อนแอ ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องเป็นภาระแก่คนรอบข้าง จึงรู้สึกว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญและต้องหมั่นดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ไม่ต้องไปโรงพยาบาลบ่อย ๆ ทำให้ใช้ชีวิตอยู่ได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และไม่ต้องเป็นภาระกับใคร”

“ฉันป่วยเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง พยายามรับประทานยาตามเวลา หลีกเลี่ยงอาหารที่แพทย์ห้าม จะคอยสอบถามและหาข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และควบคุมความดันโลหิต จากผู้มีความรู้ด้านสุขภาพ อ่านคู่มือการดูแลสุขภาพที่ได้รับจากโรงพยาบาล ฟังหรือดูรายการที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพ และนำความรู้ที่ได้มาปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต เพราะกลัวว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง จนต้องเป็นภาระแก่บุตร หลาน”

จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการดูแลตนเองความจำเป็นและสำคัญต่อภาวะสุขภาพ หากไม่ดูแลตนเองจะส่งผลให้สุขภาพไม่แข็งแรง ต้องเป็นภาระต่อบุตรหลาน

2. มีอะไรช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลคล้ายกัน ดังคำพูดต่อไปนี้
“ลูกหลานของฉันเขาดูแลเอาใจใส่ฉันเสมอ กลับจากทำงานมาก็จะถามไถ่ทุกข์สุข เช่น ทานข้าวหรือยัง ทานยาตามเวลาหรือเปล่า ไปไหนมาบ้างหรือเปล่า พบและพูดคุยกับใครบ้าง”

“สามีกับฉันอยู่ด้วยกันและจะไปไหนมาไหนด้วยกันตลอด เขาจะคอยเตือนให้ฉันทานยา เพราะฉันต้องทานยาประจำหลายอย่าง บางครั้งมักจะลืม ก็อาศัยเขานั้นแหละที่ช่วยเตือนเสมอ”

“ฉันเป็นโรคเบาหวานใหม่ๆ แพทย์ให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมากิน ฉันก็กินตามแพทย์สั่งแต่บ่อยครั้งจะรู้สึกใจสั่น หน้ามืดและตาลาย ต้องรีบหาอะไรกิน โดยเร็วก็รู้สึกสดชื่นขึ้น เมื่อเล่าอาการให้แพทย์ฟังจึงรู้ว่า เป็นอาการของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป แพทย์ปรับยาให้และแนะนำว่าควรพกกลูโคมติดตัวไว้เสมอ โดยเฉพาะเวลาออกไปนอกบ้าน ถ้ารู้สึกใจสั่น หน้ามืดและตาลาย ให้รีบอมกลูโคมทันที และที่สำคัญต้องกินอาหารและยาตรงตามเวลาทุกครั้ง ฉันก็ปฏิบัติตามมาโดยตลอด ปัจจุบันสุขภาพแข็งแรงดี”

“ฉันต้องยอมรับว่ามีโรคประจำตัวที่รักษาไม่หาย แต่แพทย์และพยาบาลให้กำลังใจเสมอว่า โรคเรื้อรังรักษาไม่หาย แต่ถ้าดูแลตนเองได้ถูกต้อง อย่างต่อเนื่องก็สามารถมีสุขภาพแข็งแรงเหมือนคนอื่นได้ ไม่ต้องเป็นภาระแก่บุตรหลาน ฉันจึงต้องดูแลตนเองตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อจะได้ไม่ต้องเป็นภาระแก่บุตรหลาน สามารถทำอะไรได้ด้วยตนเองก็รู้สึกภูมิใจ”

“ฉันเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุมาตั้งแต่ที่รับสมัครใหม่ ทำให้ได้รู้จักกับเพื่อนใหม่ และได้พบปะพูดคุยปรึกษา หรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และการดูแลตนเองกับผู้ที่มิโรคประจำตัวเหมือนกับฉัน ทำให้ได้ความรู้และมีกำลังใจที่จะดูแลตนเอง”

“ฉันเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุมาประมาณ 1 ปีแล้ว รู้สึกว่ามีประโยชน์มาก ทำให้ได้มีโอกาสได้ปรึกษาพูดคุยกับทีมสุขภาพที่ดูแลชมรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และได้รู้จักกับสมาชิกของชมรมพบปะพูดคุยปรึกษา หรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับโรค และการดูแลสุขภาพกับผู้ที่มิโรคประจำตัวเหมือนกับฉัน ทำให้ได้ความรู้และแนะนำไปปรับใช้ในชีวิตของตนเองได้”

“บางครั้งรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แต่เมื่อได้พูดคุยกับสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุทำให้รู้สึกว่ามีความกำลังใจในการปฏิบัติดูแลตนเองมากขึ้น เพราะได้รับกำลังใจจากสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเหมือนกัน และนำความรู้ที่ได้มาปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างมีความสุข”

จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีแหล่งสนับสนุนให้การดูแลตนเองจากตนเอง สมาชิกในครอบครัว ทีมแพทย์และพยาบาล และสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ

3. มีอะไรที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลคล้ายกันดังคำพูดต่อไปนี้

“ปัจจุบันไม่มีภาระอะไรแล้ว ลูกหลานมีหน้าที่การงานดี ฉันรู้สึกสบายใจ จะทำอะไรก็สะดวกสบาย ไม่ต้องมีห่วง ทำให้มีเวลาในการดูแลตนเอง ได้เต็มที่”

“โรคประจำตัวไม่เป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต ช่วงแรกรู้สึกเครียดที่ตรวจพบว่ามีโรคประจำตัว รู้สึกกลัว ไปหมด บางครั้งท้องแท้ และเบื่อหน่าย แต่เมื่อได้รับกำลังใจจากลูกหลาน และพูดคุยกับสมาชิกของชมรมที่เจ็บป่วยเหมือนกันรู้สึกว่ามีกำลังใจมากขึ้น ทำให้รู้สึกว่าการเจ็บป่วยไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตเลย เพราะถ้าเราดูแลสุขภาพและปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก็สามารถใช้ชีวิตได้เหมือนกับคนอื่นๆ”

จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง ส่วนรายที่มีปัญหาในช่วงแรกสามารถเผชิญกับปัญหาและผ่านพ้นอุปสรรคไปได้โดยได้รับแหล่งสนับสนุนจากบุตรหลาน และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต จากคำถาม “ในขณะนี้คุณภาพชีวิตของท่านดีขึ้น คงเดิมหรือแย่ลง ถ้าดีขึ้น ดีจากอะไร ถ้าแย่ลง แย่จากอะไร” กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลคล้ายกันดังคำพูดต่อไปนี้

“ตอนนี้ฉันรู้สึกมีความสุขไม่เป็นทุกข์อะไร สุขภาพแข็งแรง ไปโรงพยาบาล ตามแพทย์นัดเพื่อรับยาหรือตรวจสุขภาพทุก 2 เดือน และต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ทำให้ฉันมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น”

“ฉันคิดว่าการที่เราสนใจดูแลตนเอง ไปตรวจตามนัด ทานยาตามแพทย์สั่ง ไม่กินอาหารที่ขัดต่อโรคที่เป็น โดยหาความรู้จากการพูดคุยกับทีมสุขภาพ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเช่นเดียวกับฉัน ฟังวิทยุรายการเพื่อสุขภาพ และนำความรู้ที่ได้นำมาปรับใช้ในการดูแลตัวเอง เหล่านี้น่าจะเป็นเหตุให้ฉันมีสุขภาพแข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้”

จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และดีขึ้นจากการปฏิบัติในการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด โดยได้รับความรู้จากทีมสุขภาพ สมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ และสื่อต่างๆ

ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ จากคำถาม “ท่านคิดว่าการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมของชมรม ท่านได้ประโยชน์อะไรบ้างและมีความสำคัญอย่างไร” กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลคล้ายกันดังคำพูดต่อไปนี้

“เมื่อก่อนรู้สึกเหงาโดยเฉพาะกลางวัน รู้สึกว่ามีชีวิตอยู่ไปวันๆ เพราะลูกหลานออกไปทำงานนอกบ้านอยู่กัน 2 คนตายาย เมื่อได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุทำให้รู้สึกชีวิตสดชื่นมากขึ้น เพราะชมรมผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งให้ความรู้ ความบันเทิง ส่งเสริมงานด้านศิลปะและงานประดิษฐ์ต่างๆ ซึ่งเมื่อทำเสร็จแล้วก็สามารถนำสิ่งประดิษฐ์เหล่านั้น ไปเก็บไว้ชื่นชมที่บ้าน ทำให้รู้สึกเกิดความภาคภูมิใจที่ตนสามารถประดิษฐ์ชิ้นงานได้ด้วยตนเอง อีกทั้งเมื่อมีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองเมื่อได้พูดคุย ปรีกษา และได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพและสมาชิกของชมรมที่เป็นโรคเรื้อรังเหมือนกัน จะรู้สึกสบายใจและมีกำลังใจในการดูแลตนเองต่อไป”

“ฉันเป็นสมาชิกชมรมหลายที่ เพราะรู้สึกว่า การได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมทำให้รู้สึกได้รับความรู้ ความเพลิดเพลิน และความสุขทุกครั้ง ได้พบประสังสรรค์กับสมาชิกชมรมมีเพื่อนมากขึ้น ช่วยลดความเหงา ว้าเหว่ ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ”

จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรม ซึ่งช่วยส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกร่วมกับข้อมูลส่วนบุคคลนำมาสรุปผลได้ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับดีมาก สิ่งที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง คือการได้รับความรักความเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ สมาชิกภายในครอบครัว การได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพ และการได้พบปะพูดคุยปรึกษา หรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการเป็นโรคเรื้อรัง รวมถึงการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเองกับสมาชิกของชมรม ทำให้มีกำลังใจที่จะดูแลตนเองได้ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น ไม่ค่อยมีอาการกำเริบจากโรค หรือภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น สิ่งที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพจากที่สัมภาษณ์ผู้สูงอายุไม่พบปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีฐานะทางการเงินค่อนข้างมั่นคง ไม่มีภาระต้องรับผิดชอบมาก แต่บางครั้งรู้สึกเหงาในเวลาระหว่างวัน รู้สึกว่ามีชีวิตอยู่ไปวันๆ เนื่องจากบุตรหลานออกไปทำงานนอกบ้าน เมื่อได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุทำให้รู้สึกชีวิตมีความหมายและสดชื่นมากขึ้น เพราะชมรมผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งให้ความรู้ ความบันเทิง ส่งเสริมงานด้านศิลปะและงานประดิษฐ์ต่างๆ อีกทั้งเมื่อมีปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเองเมื่อได้พูดคุย ปรีกษา และได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพและสมาชิกของชมรมที่เป็นโรคเรื้อรังเหมือนกัน จะรู้สึกสบายใจและมีกำลังใจในการดูแลตนเองต่อไป ผู้สูงอายุทุกท่านมีความรู้สึกคล้ายกัน คือการได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมทำให้รู้สึก

ได้รับความรู้ ความเพลิดเพลิน และความสุขทุกครั้ง ผู้สูงอายุบางรายเป็นสมาชิกของชมรมมากกว่า 1 ชมรม เพื่อให้ตนเอง ได้เข้าร่วมกิจกรรมมากที่สุดและได้พบปะสังสรรค์กับสมาชิกชมรม มีเครือข่ายมากขึ้น ช่วยลดความเหงา ว้าเหว่ ทำให้รู้สึกว่าคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 68 คน เก็บข้อมูลในช่วงพฤษภาคม พ.ศ. 2552 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2552 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบไปด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบวัดการดูแลตนเอง ซึ่งสร้างขึ้นโดยอิงแนวคิดของโอเร็ม แบบวัดคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในผู้สูงอายุรายให้ข้อมูลที่น่าสนใจ ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาทดสอบกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 ทั้งสองฉบับผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วน นำข้อมูลไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.3 กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 60-74 ปี มากที่สุดร้อยละ 88.23 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุดร้อยละ 61.8 สถานะภาพสมรส คู่ส่วนมากร้อยละ 50 ไม่ได้ประกอบอาชีพส่วนมากร้อยละ 67.6 รายได้ต่อเดือนส่วนมากประมาณ 5,000 – 10,000 บาทร้อยละ 73.5 รายได้ส่วนมากได้รับจากบุตรหลานร้อยละ 67.6 โรคเรื้อรังที่พบในกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ส่วนโรคไข้มันในเลือดสูงและโรคข้อและกระดูก จำนวนเท่ากัน น้อยที่สุด คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด
2. กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดีมากที่สุด ($\bar{X} = 3.61$, $SD = 0.55$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดีมากที่สุด และระดับดีมากที่สุดตามลำดับ โดยการดูแลตนเองในระดับดีมากที่สุด ได้แก่ ด้านการดำรงและปฏิบัติการดูแลตนเอง ด้านการควบคุมพลังงานและการเคลื่อนไหวของร่างกาย ด้านการใช้เหตุและผลเพื่อปฏิบัติการดูแลตนเอง ด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ด้านทักษะในการตัดสินใจและ

ปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ ด้านการแสวงหาความรู้ ด้านการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและ
สอดคล้องการดูแลเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน และด้านการคาดการณ์และการลงมือปฏิบัติ

3. กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.38, SD = 0.6$) และคุณภาพ
ชีวิตรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดี

4. การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .01 ($r = .379$)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา อภิปราย
ผลการวิจัยได้ ดังนี้

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองโดยรวม รายด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับ
ดีมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับดีมาก

การที่กลุ่มตัวอย่างประเมินการดูแลตนเองค่อนข้างสูง เนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
ที่ศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 60-74 ปี ร้อยละ 88.23 ซึ่งจัดอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (Yurick,
et al, 1980 p. 31) เป็นปัจจัยที่เสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองดี เพราะแม้ว่าพัฒนาการของ
วัยนี้จะเสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ที่เป็นไปตามกระบวนการสูงอายุ (aging process)
ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่วัยนี้ความเสื่อมเกิดขึ้นไม่มากนัก สมรรถภาพการทำงานของทุกระบบ
ในร่างกายยังดี (Ebersorle & Hess, 1998; Eliopoulos, 2001) ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะเจ็บป่วยด้วย
โรคเรื้อรัง จากการสัมภาษณ์พบว่าร้อยละ 90.8 ให้ข้อมูลว่าตนเองสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ
แม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และร้อยละ 83.08 และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่เป็นอุปสรรค
ในการทำสิ่งที่ต้องการ จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงไม่มีข้อจำกัดใน
การเคลื่อนไหว โดยการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างด้านการควบคุมพลังงานและการเคลื่อนไหว
ของร่างกายอยู่ในระดับดีมากที่สุด ทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ดี
ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการใช้กระบวนการคิดและสติปัญญาเพื่อประมวลความคิดอย่างมี
เหตุผลมาใช้ในการดูแลตนเองได้สำเร็จและต่อเนื่อง จึงเป็นการสนับสนุนแนวคิดเกี่ยวกับการดูแล
ตนเองของ โอเร็ม (Orem, 2001 p. 85) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติการดูแลตนเองที่

บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน อีกทั้งการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองรายด้าน ในระดับดีมากที่สุดในด้านทักษะในการตัดสินใจ และปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าจะพยายามรับประทานยาตรงตามเวลาเพื่อไม่ให้มีการกำเริบของโรค ทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง ผู้สูงอายุรายหนึ่งเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พยายามรับประทานยาตามเวลา หลีกเลี่ยงอาหารที่แพทย์ห้าม และคอยสอบถามและหาข้อมูลเกี่ยวกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และควบคุมความดันโลหิต จากผู้มีความรู้ด้านสุขภาพ อ่านคู่มือการดูแลสุขภาพที่ได้รับจากโรงพยาบาล ฟังหรือดูรายการที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพ และนำความรู้ที่ได้มาปฏิบัติเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต เพราะกลัวว่าจะเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค ส่งผลให้สุขภาพไม่แข็งแรง จนต้องเป็นภาระแก่บุตร หลาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าการออกกำลังกายเป็นยารักษาได้ทุกโรค ดังนั้นจึงออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอประมาณ 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละประมาณ 30-40 นาที นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถแยกแยะความแตกต่างระหว่างลักษณะของการเจ็บป่วยและการมีสุขภาพดีได้ในระดับดีมากที่สุด จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโรคเบาหวานรายหนึ่งให้ข้อมูลว่าตอนที่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวานใหม่ๆ แพทย์ให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมากิน ฉันก็กินตามแพทย์สั่งแต่บ่อยครั้งจะรู้สึกใจสั่น หน้ามืดและตาลาย ต้องรีบหาวะไรกิน โดยเร็วก็รู้สึกสดชื่นขึ้น เมื่อเล่าอาการให้แพทย์ฟังจึงรู้ว่าเป็นอาการของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป แพทย์ปรับยาให้และแนะนำให้พกกลูโคมติดตัวไว้เสมอโดยเฉพาะเวลาออกไปนอกบ้าน ถ้ารู้สึกใจสั่น หน้ามืดและตาลาย ให้รีบอมกลูโคมทันที และที่สำคัญควรต้องกินอาหารและยาตรงตามเวลาทุกครั้ง ผู้สูงอายุปฏิบัติตามมาโดยตลอดทำให้ควบคุมโรคได้และมีสุขภาพแข็งแรง จากที่กล่าวมาทั้งหมด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540, หน้า 145-146)

กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองด้านแรงจูงใจในการปฏิบัติดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมากที่สุด แรงจูงใจในการปฏิบัติดูแลตนเองมีความสำคัญมากในผู้ป่วยเรื้อรัง เนื่องจากลักษณะของความเจ็บป่วยต้องใช้เวลายาวนานในการควบคุมโรค บางช่วงเวลาสามารถควบคุมโรคให้สงบได้ และอาจกำเริบโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำนายได้ หรือควบคุมได้ทั้งหมด (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540, หน้า 146) ส่งผลให้ผู้สูงอายุบางรายเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้ที่จะดูแลตนเองจากการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย

จากภรรยา บุตรชาย บุตรสาว หลาน และบุคคลรอบข้างที่หมั่นมาเยี่ยมเยียนและให้กำลังใจ ทำให้มีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง อยากมีชีวิตอยู่กับครอบครัวไปนานๆ และอยู่อย่างมีความสุขที่แข็งแรง สามารถดูแลตนเองได้ กลุ่มตัวอย่างท่านหนึ่งให้ข้อมูลว่าเราต้องยอมรับว่ามีโรคประจำตัวที่รักษาไม่หาย แต่แพทย์และพยาบาลให้กำลังใจเสมอว่า โรคเรื้อรังรักษาไม่หาย แต่ถ้าดูแลตนเองได้ถูกต้อง อย่างต่อเนื่องก็สามารถมีความสุขแข็งแรงเหมือนคนอื่นได้ ไม่ต้องเป็นภาระแก่บุตรหลาน จึงต้องดูแลตนเองตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อจะได้ไม่ต้องเป็นภาระแก่บุตร หลาน สามารถทำอะไรได้ด้วยตนเองก็รู้สึกภูมิใจ อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการกระทำเพื่อดูแลตนเอง เป็นการกระทำที่จำเพาะเจาะจงเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำทั่วไป โดยมีเป้าหมายเพื่อดำรงชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ (Orem and Taylor, 1986 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2540, หน้า 34) กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันอยู่ในระดับดีมากที่สุด โดยส่วนใหญ่รับประทานยาตรงตามเวลาและเก็บรักษายาไว้ในที่ที่ปลอดภัยใช้ได้สะดวก กลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งให้ข้อมูลว่าสามีกับฉันอยู่ด้วยกันและจะไปไหนมาไหนด้วยกันตลอด เขาจะคอยเตือนให้ทานยา เพราะฉันต้องทานยาประจำหลายอย่าง บางครั้งมักจะลืม ก็อาศัยเขานั้นแหละที่ช่วยเตือนเสมอ การดูแลตนเองด้านการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้อยู่ในระดับดีมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ข้อมูลว่ามักจะพูดคุยปรึกษากับผู้มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่เสมอ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะในการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อประโยชน์ในการดูแลตนเอง จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุส่วนใหญ่บอกว่าความเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุมีประโยชน์มากทำให้ได้ได้พบปะกับเพื่อน วยเดียวกันเกิดความผูกพัน ห่วงใยกัน และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีโอกาสได้รับความรู้จากทีมสุขภาพเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค การส่งเสริมสุขภาพ การตรวจสุขภาพ รวมทั้งเห็นแบบแผนชีวิตหลายๆ ลักษณะของสมาชิกในชมรม ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์การดูแลตนเองกับสมาชิกของชมรม ทำให้สามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้กับตนเองได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมเพื่อการมีความสุขที่ดี มีผู้สูงอายุท่านหนึ่งกล่าวว่าบางครั้งรู้สึกเบื่อหน่ายและท้อแท้จากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง แต่เมื่อได้พูดคุยกับสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุทำให้รู้สึกว่ามีกำลังใจในการปฏิบัติการดูแลตนเองมากขึ้น เพราะได้รับกำลังใจจากสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเหมือนกัน และนำความรู้ที่ได้มาปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างมีความสุข จากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่กล่าวมาข้างต้น เป็นองค์ประกอบของพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540, หน้า 147 - 149)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ทำให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่และได้รับการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในครอบครัว ได้รับความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว ทำให้มีกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองไม่ได้อยู่ตามลำพัง รับรู้ว่าคุณค่า อยากรมีชีวิตเช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป ความรู้สึกนี้เป็นแรงจูงใจและผลักดัน ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี และมีชีวิตยืนนาน สอดคล้องกับแนวคิดของ โอเร็ม ที่กล่าวว่าระบบครอบครัวจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย หรือผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย เป็นตัวช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเองหรือความช่วยเหลือกันภายในครอบครัว และเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540, หน้า 51) ผลการศึกษาในครั้งนี้พบในทำนองเดียวกันกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น การศึกษาของ จันทรทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539, หน้า 71) ที่พบว่าสถานภาพสมรสคู่จะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมากที่สุด และรองลงมาคือระดับดีมากนั้น พบคล้ายกันในการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งมีการดูแลตนเองในระดับดีมาก เป็นต้นว่า การศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ (2531) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับรังสีรักษา โรงพยาบาลรามารชิบัติ การศึกษาของทิพาพร วงศ์หงส์กุล และคณะ (2535) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ การศึกษาของสมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ (2542) ที่ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และอรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ อัมพรพรรณ ธีราบุตร และคณะ (2539) ศึกษาในผู้สูงอายุในเขตเทศบาลขอนแก่น แต่ไม่พบในทำนองเดียวกัน การศึกษาของเอริเกอร์และแดร์ (Ailinger & Dear, 1993) ที่ศึกษาในบุคคลที่เป็น Rheumatoid arthritis โดยใช้เครื่องมือ ESCA ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูงร้อยละ 20 ในระดับปานกลางร้อยละ 63 และในระดับต่ำร้อยละ 16

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลตนเองมีความสำคัญ และมีประโยชน์อย่างไร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพราะหากไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเองจะทำให้ต้องไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ก่อนวันนัด บางครั้งรุนแรงต้องนอนโรงพยาบาล ทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง เป็นภาระต่อบุตร หลาน และคนรอบข้าง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวานท่านหนึ่งเล่าว่าเคยเห็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่ดูแลตนเอง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ทำให้ต้องถูกตัดขาจากแผล

คิดเชื่อ และต้องรักษาตัวใน โรงพยาบาลบ่อยๆ ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และสุขภาพอ่อนแอ ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องเป็นภาระแก่คนรอบข้าง จึงรู้สึกว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญและต้องมั่นดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง ทำให้มีสุขภาพแข็งแรงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ไม่ต้องไปโรงพยาบาลบ่อย ๆ ส่งผลให้ใช้ชีวิตอยู่ได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และไม่ต้องเป็นภาระกับใคร ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจตามนัดประมาณ 2 เดือนครั้ง เพื่อตรวจสุขภาพและรับยา เพราะสามารถควบคุมโรคได้

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตทั้ง โดยรวมและรายด้าน อยู่ในระดับดี การที่กลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพชีวิตตนเองสูง สามารถอธิบายตามทฤษฎีพัฒนาการของอีริกสัน (Erikson, 1963 อ้างถึงใน อาภา ใจงาม, 2533, หน้า 141) ได้ว่า เนื่องจากในวัยสูงอายุจะเป็นช่วงที่บุคคลรู้สึกว่าคุณค่า มีความมั่นคง ทำให้มีความรู้สึกเป็นสุขและพึงพอใจในผลสำเร็จที่ตนสามารถผ่านช่วงวิกฤติในวัยต่างๆ ของชีวิตมาได้จนย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ สอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าของกลุ่มตัวอย่างให้คะแนนความพึงพอใจในชีวิตระดับดี คิดเป็นร้อยละ 89.70 ($\bar{X} = 3.59$, $SD = .52$)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น เป็นปัจจัยเสริมให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี เพราะวัยสูงอายุตอนต้นเป็นวัยที่ความเสื่อมของร่างกายยังเกิดไม่มาก (Ebersole & Hess, 1998; Miller, 1995; Eliopoulos, 2001) จึงทำให้ผู้สูงอายุนับว่าตนเองยังมีสุขภาพดี ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ มากนัก ทำให้เกิดความพึงพอใจที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดูแลตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาใคร ส่งผลให้การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี ถึงแม้ว่าจะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อธิบายได้จากผลศึกษาของนภาพร ศีกเสื่อ (2548) ที่ศึกษาการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว และกลุ่มที่มีโรคประจำตัว พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเส็ง และเว้ง (Tseng & Wang, 2001) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ร่างกายยังทำหน้าที่ได้ดี จะมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง และผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มอื่นๆ (สะอิ่ง ชวรารุง, 2538; ศิราณี ปันคำ, 2542; สมพร ชัยอุยทธ์, 2542 ; สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ, 2543)

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในประเด็นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่รู้สึกว่าการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมีประโยชน์มากทำให้มีโอกาสดำเนินชีวิตได้รับความรู้จากทีมสุขภาพเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การตรวจสุขภาพ และการฝึกทำงานประดิษฐ์ต่างๆ ซึ่งได้รับทั้งความรู้และความบันเทิง ทำให้รู้สึกชีวิตมีความสุขขึ้น สนุกสนาน ไม่เหงา และว่าแห้วผู้สูงอายุรายหนึ่งเล่าว่าบางครั้งไปร่วมกิจกรรมของชมรมให้ทำงานประดิษฐ์ทุกชิ้นจะเก็บไว้ที่บ้านและภูมิใจที่ตนเองสามารถประดิษฐ์ชิ้นงานได้เพราะไม่เคยทำมาก่อน รวมทั้งได้เห็นแบบแผนชีวิตหลายๆ ลักษณะของสมาชิกในชมรม ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์การดูแลตนเองกับสมาชิกของชมรม ทำให้สามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้กับตนเองได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมได้พบปะกับเพื่อนวัยเดียวกันเกิดความผูกพัน ห่วงใยกัน และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นอกจากนี้การเข้าร่วมกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สิ่งเหล่านี้เป็นการสนับสนุนด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขกายและสุขภาพจิตดี เกิดความพึงพอใจในชีวิต ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (มาลี เลิศมาลีวงศ์, และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2538, หน้า 29) และจากทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่า ผู้ที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้มาก ทำให้ไม่เหงา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตสูง และทำให้คุณภาพชีวิตสูงตามไปด้วย (Berghom, & Schafer, 1981, p. 343) สอดคล้องกับการศึกษาของอารีวรรณ คุณเจตน์ (2541) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ($r = .37, P < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาลี เลิศมาลีวงศ์ และคณะ (2535) วารี กังใจ (2540) และนภาพร ศีกเสื่อ (2548) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จะมีความสามารถในการดูแลตนเองมาก เกิดความรู้สึกในการควบคุมตนเองได้ มองเห็นคุณค่าในตนเอง นำไปสู่ความสุข และคุณภาพชีวิตที่ดีได้ และยังมีการวิจัยที่ได้ผลในลักษณะเดียวกัน คือ งานวิจัยของแอลเลอร์และโคลิ่ง (Aller & Coeling, 1995) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในสถานสงเคราะห์คนชราเมืองโอไฮโอ ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ 8 คน โดยให้ตอบคำถามว่าสิ่งใดทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการศึกษาสรุปได้ว่า สิ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดี คือ 1 ความสามารถในการดูแลตนเอง 2. ความสามารถที่จะสื่อสารกับผู้อื่น

3. ความสามารถที่จะช่วยผู้อื่น จากการศึกษาครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเด่นชัด

จากการศึกษาดังกล่าวจึงยืนยันข้อเสนอของโอเร็ม (Orem, 2001. p. 35, 121) ที่ว่า “ความสามารถในการดูแลตนเองมีส่วนส่งเสริมคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตจะทำให้บุคคลสามารถริเริ่มและคงความพยายามในการดูแลตนเอง”

นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ได้ ไม่เป็นภาระแก่บุตรหลานและคนรอบข้าง โดยต้องมีการดูแลตนเองและปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอทำให้มีสุขภาพแข็งแรง ไม่ต้องเข้ารักษาพยาบาลบ่อยๆ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา ซึ่งแสดงว่าผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บป่วย และปฏิบัติตนเพื่อการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Kaufman & Woody, 1990)

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งนี้

ผลการวิจัยพบว่า การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. ด้านบริการ

1.1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังควรเน้นความเป็นอิสระ ความช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุ

1.2 ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่บ้าน โดยจัดเยี่ยมบ้านเพื่อสังเกต ประเมินและติดตามอาการของผู้สูงอายุ ร่วมกับคำแนะนำแก่ผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง การบริการทางสุขภาพเชิงรุกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

1.3 ควรจัดให้มีการอบรม และพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง รวมทั้งควรมีการให้บริการ ให้คำแนะนำผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีแบบแผนและต่อเนื่อง

1.4 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีบทบาทได้ร่วมกิจกรรม ในครอบครัวและสังคมตามความถนัดและความสามารถ โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมให้เป็นแม่แบบที่ดีในการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเอง เช่นเชิญผู้สูงอายุมาเป็นวิทยากรในการถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรค เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ มองเห็นคุณค่าในตนเอง และมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่เสื่อมถอยลงตามวัย

1.5 จากการศึกษาพบว่า การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุช่วยส่งเสริมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ดังนั้นควรเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุแก่ชุมชน และเชิญชวนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุให้มากขึ้น และจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในชุมชนอย่างทั่วถึง เพื่อความสะดวกสบายของผู้สูงอายุในการไปใช้บริการ และส่งเสริมให้มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2. ด้านบริหาร

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหารทุกระดับในการวางแผนโครงการต่างๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะการพัฒนาการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยอาจทำโครงการนำร่องก่อน ตลอดจนจัดบุคลากร งบประมาณและประสานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ

3. ด้านการศึกษา

3.1 จัดการอบรมฟื้นฟูวิชาการแก่บุคลากรด้านสุขภาพในเรื่องเกี่ยวกับแนวคิดและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

3.2 ในสถาบันการศึกษาพยาบาล และการสาธารณสุขควรจัดระบบการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาบทบาทของพยาบาล โดยสอนวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ และเน้นในเรื่องแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ตลอดจนแนวทางการนำไปใช้ การวิเคราะห์สังเคราะห์ปัญหา รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ช่วยให้มีองบুদ্ধเป็นองค์กรร่วมและพัฒนาศักยภาพของตน

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เช่น ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

2. จากการศึกษาที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกพบว่า การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีผลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต แต่ในการศึกษารั้งนี้ไม่ได้้นำการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมาเป็นตัวแปรในการศึกษา ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรศึกษาว่าการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตอย่างไร และสามารถทำนายการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตได้หรือไม่

3. ศึกษาวิจัยเชิงทดลองในการเพิ่มการดูแลตนเองรูปแบบต่างๆ เช่น ให้ผู้สูงอายุและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนในการดูแลตนเองร่วมกับแพทย์และพยาบาล เปรียบเทียบกับการใช้

กลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยตนเองในการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Self help group) หรือการให้ความรู้ด้วยเทคโนโลยีโปรแกรม เรื่องการดูแลตนเองร่วมกับการให้คำปรึกษาเมื่อต้องการ เพื่อติดตามคุณภาพชีวิตหรือตัวแปรอื่นๆ

บรรณานุกรม

- เกษม ต้นติผลาชีวะ และกุลยา ต้นติผลาชีวะ. (2528). *การรักษาสุขภาพในวัยผู้สูงอายุ*.
กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.
- ขนิษฐา นาคะ. (2542). *วิถีชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชนบทแห่งหนึ่งในภาคใต้*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- จันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ
ความสามารถในการดูแลตนเอง และความผาสุกของผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยน
ลิ้นหัวใจ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์พลอย สีนุสเสรษฐ์. (2541). *ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่*.
วิทยานิพนธ์สาขาระยะสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวะวรรณ, มงคล ณ สงขลา, อรุณ จิรวัดน์กุล, ยงยุทธ จจรธรรม และ
นภาพร ชโยวรรณ. (2540). *การสำรวจสุขภาพประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปใน
ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538*. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*,
20(2), 16-35.
- จารุวรรณ มานะสุรการ. (2544). *ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล*.
สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิตนา ศรีธรรมมา. (2539). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชนบท*. วิทยานิพนธ์
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จูไรรัตน์ มิตรทองแท้. (2532). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและผลกระทบของ
การเจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉัตรสมุน พฤทธิภิญโญ. (2547). *บทบาทและสถานะทางเพศของผู้สูงอายุไทย*.
วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 34(2), S3-S24.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2538). *สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- คณีย์ ธีวันดา และมธุลี แสนใจ. (2545). *บทบาทความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลและ
ความต้องการการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขต 7*. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและ
อนามัยสิ่งแวดล้อม*, 25(3), 62-71.
- ทิพาพร วงศ์ห่มย์กุล. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต
ในผู้ป่วยเบาหวาน*. (รายงานวิจัย). คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล. (2539). รายงานสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538. วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ศีกเลื้อ (2548). การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ครอบครัวและชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บรรลุ ศรีพานิช. (2542). ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ปนัดดา หัดโชติ และบพิตร กลางกัลยา. (2545). การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ. บีคอนเอ็นเตอร์ไพรซ์ จำกัด.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดม. (2547) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การดูแลของญาติผู้ดูแลกับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสมรรถภาพทางสมองของผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์: วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- มาลี-เลิศมาลีวงศ์, และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2538). ความสามารถในการดูแลตนเอง แรงแสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารรามารับดีเวชสาร, 1(1), 24-33.
- วรรณภา กุมารจันทร์. (2543). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณิ์ จันทร์สว่าง. (2534). แบบแผนสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 12(1), 16-17.
- วาริ กังใจ. (2540). ความรู้สึกคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. (รายงานวิจัย). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิไล กุปต์นิริติศัยกุล, รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐ์สุวรรณ และเจนจิตร แสงศิรินาคะกุล. (2545). สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ: สิ่งที่มีกฏมองข้าม. วารสารพศฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 3(4), 3-36.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2545). การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สรีรวิทยา จิตสังคม และจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ. ในจันทนา รัตนวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ), หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ (หน้า 51-81). กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- วาสนา เตือนวงษ์. (2540). พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

- ศิริธานี ปิ่นคำ. (2542). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทจังหวัดเชียงราย* วิทยานิพนธ์
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ศิริพร ลิ้มพัฒน์นนท์. (2540). *พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภาคตะวันตก*.
 วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2543). *การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ: ศึกษากรณี
 ตัวอย่างการจัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร:
 วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สะอึ้ง ขวรวงศ์. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัด
 สุราษฎร์ธานี*. วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ. (2542). *กลุ่มอาการสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุ*. กรุงเทพฯ:
 สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติและสำนักนโยบายและ
 แผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- สุพัตรา สุภาพ. (2536). *สังคมและวัฒนธรรมไทย: ค่านิยม ครอบครัว ศาสนาประเพณี*. กรุงเทพฯ:
 ไทยวัฒนาพานิช.
- สุวิมล พนาวิวัฒนกุล (2534). *อัตรานอนที่นอน ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของ
 ผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
 มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ (2542) *การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและประ โยชน์ของการให้บริการดูแล
 สุขภาพผู้สูงอายุ : กรณีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. (รายงานวิจัย) คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันตินิวัฒนกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิตต์ วงศ์สุวรรณ
 และราณี พรมานะจรัสกุล. (2540). *เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก
 ชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด*. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต
 กระทรวงสาธารณสุข.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วันทนีย์ ขำเพ็ญ, อรนุช ภาชีน และลักขณา เต็มศิริกุล. (2543). *ปัจจัย
 ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา*. *วารสารสุขภาพศึกษา*,
 23(84), 76-88.

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 5).
กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินต์ติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล และประคอง อินทรสมบัติ (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถ
ในการดูแลตนเองการเผชิญโรค ความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองด้านสุขภาพของ
ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รับรังสีรักษา. *วารสารพยาบาล*, 37(4), 222-237.
- สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ. (2542). *การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการ
การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง*. (รายงานวิจัย).
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพร ชัยอุยทธ์. (2542). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่น.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2550)วิเคราะห์สถานการณ์
โรคไม่ติดต่อพื่นที่สาธารณสุขเขต 4 . วันที่ค้นข้อมูล 15 พฤศจิกายน 2552, เข้าถึงได้จาก
<http://www.dpc1.in.th/disease/images/stories/document/situationmcd.pdf>
- เสาวนีย์ ศรีศิริระกุล และกรรณิการ์ กงทอง. (2546). *คุณภาพชีวิตของสตรีแม่บ้านในชุมชนแออัด.
วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 17(2), 24-29.
- อัมพรพรรณ ธีรานุตร และคณะ. (2539). *รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ของ
ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาล
นครขอนแก่น*.ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรุณรัตน์ กาญจนะ. (2545). *ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และ
การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อาภา ใจงาม. (2534). *การพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ*. *วารสารพยาบาล*
39(เมษายน-มิถุนายน 2533): 140-149.
- อารมณั วุฒิพฤกษ์, ชุตินา อัครถากร โกวิท, นภวัลย์ กัมพลาศิริ และชื่นชม สมประเสริฐ. (2532).
การศึกษาสภาวะทางสังคมเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง. *วารสารพยาบาล
สาธารณสุข*, 2(3), 175-185.
- อารีวรรณ คุณเจตน์ (2541). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- Ailinger, R.L. & Dear, M.R. (1993). Self care agency in persons with Rheumatoid Arthritis. *Arthritis care and research*, 6(3), 134-140.
- Aller, L.J. & Coeling, H.V.E. (1995). Quality of Life : It Meaning to Long-term Care Resident. *Journal of Gerontological Nursing*. 21(February) : 20-25.
- Anderson, M.A. (2003). *Caring for older adults holistically* (3rd ed). Philadelphi: F.A. Davis Company.
- Backman, K., & Hentimen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advance Nursing*, 30(3), 564-572.
- Backman, K., & Hentimen, M. (2001). *Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly*. Retrieved November 3, 2009 form <http://www.blackwell-synergy.com/doi/pdf/10.1046/j.1471-6712.2001.00007.x>
- Berman, R., & Iris, M., (1998). Approaches to self-care in late life. *Qualitative Health Research*, 8(2), 224-236.
- Berghorn, F.S., & Schafer, D.E. (1981). *The dynamics of aging*. Colorado : Westview Press.
- Boise, L., Heagerty, B., & Eskenazi, L. (1996). Facing chronic illness: The family support Model and its benefits. *Patient Education and Counsenling*, 27, 75-84.
- Burckhardt, C.S. (1985). The impact of arthritis on quality of life. *Nursing Research*, 34(1), 11-15.
- Dill, A., Brown, P., Ciambone, D., & Rakowski, W. (1995). The meaning and practice of self-care by adult. A qualitative study. *Research on Aging*, 17(1), 8-41.
- Ebersol, P., & Hess, P. (1998). *Toward healthy aging: Human needs and nursing response* (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Eliopoulos, C. (2001). *Gerontological nursing* (5th ed.). Philadelopment: Lippincott.
- Flanagan, J.C. (1987). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 3, 138-147.
- Gast, H.L., et al. (1989). Self- care agency : Conceptualizations and Operationallizations. *Advances in nursing Science*, 12(1), 26-38.
- Kaufman, J.S., & Woody, J.W. (1990). For patients with chronic pulmonary disease : Better Living through teaching. *Nursing*, 10(2), 57-61.

- Lewis, F.M. (1982). Experienced personal control and quality of life in late-stage cancer patients. *Nursing Research*, 31, 113-118.
- Matsubayashi, K., Okumiya, K., Osaki, Y., Fujisawa, M. & Dio, Y (1997) Quality of life of old People living in community [Electronic version]. *The Lancet*, 350, 1521-1522.
- Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advance Nursing*, 18(1), 32-37.
- Miller, C.A. (1995). *Nursing care of Older Adult Theory and Practice*. Philadelphia: JB.Lippincott company.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. 6th ed. St Louis: Mosby Year Book.
- Rickelman, B., Gallman, L., & Parra, H.(1994). Attachment and quality of life in older, Community residing men. *Nursing Research*, 43(2), 68-72.
- Roberto, K., & Reynold, S. (2002). Older women's experiences with chronic pain: Daily changes and self-care practices. *Journal Women Ageing*, 14, 15-23.
- Soderhamn, O., Lindencrona, C., & Ek, A. C. (2000). Ability for self-care among home dwelling elderly people in a health district in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 361-368.
- Stoller, E.P., Forster, L.E., & Portugal, S. (1993). Self-Care Responses to Symptoms by Older People: A Health Dialy Study of Illness Behavior. *Medical Care*, 31(1), 24-42.
- The WHOQOL Group. (1996). What quality of life. *World Health Forum*, 17, 354-356.
- Tseng, S.Z., & Wang, R. H. (2001). Quality of life and related factors among elderly nursing home residents
- Yamane, Tayo. (1973). *Statistics An Introductory Analysis*. 3rd nd. New york: Happer and Row Publisher, 1973.
- Yurick, A.G. et al. *The Aged Person and the Nursing Process*. New York: Appleton-Century – Crofts, 1980.
- Zhan, L. (1992). Quality of Life: Conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 795-800.in southern Taiwan [Electronic version]. *Public Health Nursing*, 18, 304-311.

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงใน หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุด

1. เพศ

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------

2. อายุ

<input type="checkbox"/> อายุ 60 ปี- 74 ปี	<input type="checkbox"/> อายุ 75 ปี- 90 ปี
<input type="checkbox"/> อายุมากกว่า 90 ปีขึ้นไป	

3. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> ปวช. ปวส. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....	

4. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หม้าย
------------------------------	------------------------------	--------------------------------

5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> บำนาญ	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....

6. รายได้.....บาท/เดือน ได้รับจาก

<input type="checkbox"/> บุตร/หลาน	<input type="checkbox"/> รัฐบาล	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....
------------------------------------	---------------------------------	---

7. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ

<input type="checkbox"/> ตามลำพัง	<input type="checkbox"/> บุตร/หลาน	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....
-----------------------------------	------------------------------------	---

8. โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง
 หัวใจและหลอดเลือด ข้อเสื่อม อื่นๆ.....

9. โรคประจำตัว

โรคเบาหวานเป็นมานาน.....เดือน.....ปี

โรคความดันโลหิตสูงเป็นมานาน.....เดือน.....ปี

โรคไขมันในเลือดสูงเป็นมานาน.....เดือน.....ปี

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นมานาน.....เดือน.....ปี

โรคข้อเสื่อมเป็นมานาน.....เดือน.....ปี

โรคอื่นๆ เป็นมานาน.....เดือน.....ปี

**ส่วนที่ แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
คำชี้แจง**

ต่อไปนี้เป็นข้อความที่บรรยายถึงลักษณะของแต่ละบุคคล โปรดพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อตรงกับลักษณะของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องด้านขวามือ ซึ่งท่านคิดว่าตรงกับตัวท่านดังนี้

- หมายเลข (1) หมายถึง ข้อความนั้นตรงไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริง
เกี่ยวกับการดูแลตนเองของท่านเลย
- หมายเลข (2) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริง เกี่ยวกับการ
การดูแลตนเองของท่านเล็กน้อย
- หมายเลข (3) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริง
เกี่ยวกับการดูแลตนเองของท่านมากพอสมควร
- หมายเลข (4) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริง
เกี่ยวกับการดูแลตนเองของท่านมากที่สุด

คำถาม	ไม่ตรง เลย (1)	ตรงบ้าง เล็กน้อย (2)	ตรง พอสมควร (3)	ตรงมาก ที่สุด (4)
1. ท่านสนใจดูแลเอาใจใส่ร่างกายและปฏิบัติตัว เพื่อให้มีสุขภาพดีอยู่เสมอ				
2. ท่านดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและ สิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวอยู่เสมอ				
3. ท่านมักจะคลุกคลีกับผู้ป่วยที่เป็น โรคติดต่อหรือ เข้าไปในสถานที่แออัด				
4. เมื่อรู้สึกอ่อนเพลีย ท่านจะนอนหลับพักผ่อนให้ เพียงพอ				
5. ท่านรับประทานอาหารได้เพียงพอกับความ ต้องการและมีกำลังที่จะทำกิจกรรมต่างๆ				
6. ท่านออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรง ของร่างกายและจะหยุดพักเมื่อมีอาการผิดปกติ				
7. ท่านสามารถทำงานบ้าน หรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ โดยไม่รู้สึกเหนื่อยจนเกินไป				

ข้อความ	ไม่ตรง เลย (1)	ตรงบ้าง เล็กน้อย (2)	ตรง พอสมควร (3)	ตรงมาก ที่สุด (4)
9. ท่านได้พยายามดูแลสุขภาพอยู่เสมอ เนื่องจาก ท่านเห็นว่าการมีสุขภาพดีเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ				
• • • • • • • •				
20. ท่านจะหลีกเลี่ยงไม่รับประทานที่ชอบแต่ไม่ เหมาะสมกับโรคที่ท่านเป็น				

เกณฑ์การแปลผล แบ่งการดูแลตนเองเป็น 4 ระดับ ดังนี้

3.5 - 4.00 หมายถึงการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมากที่สุด

2.5 - 3.49 หมายถึงการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก

1.5 - 2.49 หมายถึงการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีน้อย

1.00 - 1.49 หมายถึงการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แบบบันทึกข้อมูลนี้ประกอบไปด้วยคำถาม ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย
2. ด้านจิตใจ
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
4. ด้านสิ่งแวดล้อม

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้บอกถึงลักษณะภาวะสุขภาพหรือความรู้สึก และ/หรือพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ท่านโปรดพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อตรงกับลักษณะของท่านระดับมากน้อยเพียงใดแล้วทำเครื่องหมาย (/) ในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านดังนี้ คือ

หมายเลข (1) หมายถึง ท่าน ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแ่่มาก

หมายเลข (2) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแ่

หมายเลข (3) หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจ หรือรู้สึกดี

หมายเลข (4) หมายถึง ท่านรู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมาก รู้สึกพอใจมากหรือรู้สึกดีมาก

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง.	ไม่เลย (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	หมายเหตุ
1.ด้านร่างกาย					
1. ท่านสามารถประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น กินข้าว อาบน้ำ แปรงฟัน ได้มากน้อยเพียงใด					
2. การเจ็บป่วยทางร่างกายด้วยโรคเรื้อรัง เป็นอุปสรรคทำให้ท่านไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้ มากน้อยเพียงใด					
3. ท่านรู้สึกว่าท่านมีสุขภาพแข็งแรงไม่ค่อยมีอาการกำเริบจากโรคเรื้อรัง เหมือนกับผู้สูงอายุคนอื่นๆ ที่อยู่ในวัยเดียวกัน					
4. ท่านมีความรู้สึกอ่อนเพลียมากน้อยเพียงใด					
5. ท่านรู้สึกพึงพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	ไม่เคย (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	หมายเหตุ
7. ท่านมีความจำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลมากน้อยเพียงใด					
8. ท่านจำเป็นต้องใช้ยาบางชนิดมากน้อยเพียงใด					
9. ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมากน้อยเพียงใด					
10. ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
2. ด้านจิตใจ					
1. ท่านมีความสุข ความสงบ มีความหวังมากน้อยเพียงใด					
2. ท่านมีความมั่นใจในตนเองมากน้อยเพียงใด					
3. ท่านมีความจำดีมากน้อยเพียงใด					
4. ท่านมีสมาธิในการทำงานมากน้อยเพียงใด					
5. ท่านพอใจในความสามารถของท่านมากน้อยเพียงใด					
10. ท่านรู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตาของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไปจากภาวะสุขภาพมากน้อยเพียงใด					
11. ท่านมีความรู้สึกรำคาญ เศร้า หดหู่ สิ้นหวังวิตกกังวล มากน้อยเพียงใด					

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง	ไม่เคย (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	หมายเหตุ
4. ด้านสิ่งแวดล้อม					
1. ท่านรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงปลอดภัยมาก น้อยเพียงใด					
2. สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยของท่านเหมาะสม กับสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
3. สถานที่ที่ท่านอยู่อาศัยให้ความสะดวกสบาย มากน้อยเพียงใด					
4. ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยมาก น้อยเพียงใด					
5. ท่านรู้สึกว่าคุณได้อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ มั่นคงปลอดภัย					
6. ท่านรู้สึกพอใจกับสภาพแวดล้อมรอบๆ ตัว ท่าน มากน้อยเพียงใด					
7. สภาพแวดล้อมของท่านทำให้ท่านสบายใจ คลายเครียด มากน้อยเพียงใด					
13. ท่านพอใจกับความสามารถของท่านในการ เดินทางไปไหนมาไหน (หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					

การแปลความหมายคะแนน โดยแบ่งระดับคุณภาพชีวิตออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนร้อยละ 00.0 – 33.3 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี

คะแนนร้อยละ 33.4 – 66.6 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ 66.7 - 100 แสดงถึง การมีคุณภาพชีวิตในระดับดี

ภาคผนวก ข

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย

เรียน ผู้สูงอายุทุกท่าน

ดิฉันนางสาวสมจิตร วงศ์บรรเจิดแสง ข้าราชการระดับ 6 ประจำแผนกศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรัง ในชมรมผู้สูงอายุศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล ช่วยให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้มีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสม และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้ ซึ่งจะไม่มีการเปิดเผย หรือเปิดเผย ข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ของท่านจะนำมาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลจากผู้สูงอายุรายอื่น ท่านมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการตอบแบบสัมภาษณ์ และไม่มีผลใดๆ ต่อการดูแลที่ท่านจะได้รับ

ประการสำคัญที่ท่านควรทราบคือ

ผลของการศึกษานี้ จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางการวิชาการเท่านั้น โดยข้อมูลต่างๆ จะถูกเก็บไว้เป็นอย่างดี และไม่มีเผยแพร่สู่สาธารณชน ขอรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของท่านตามกฎหมาย

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยประการใด กรุณาติดต่อนางสาวสมจิตร วงศ์บรรเจิดแสง แผนกศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา อาคารศรีนครินทร์ ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร 038-394854 ซึ่งดิฉันยินดีให้คำตอบแก่ท่าน ได้ตลอดเวลา

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ. ที่นี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวสมจิตร วงศ์บรรเจิดแสง)