

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
แผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน



นางสุภาภรณ์ สังฆมรรท

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO ADJUSTMENT TO ILLNESS OF
CHRONICALLY ILL ELDERY PATIENTS, OUT PATIENT DEPARTMENT,
UPPER PART OF SOUTHERN REGION



Mrs. Supaporn Sungkamontorn

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

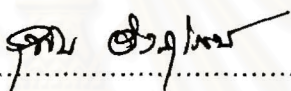
Chulalongkorn University

Academic Year 2006

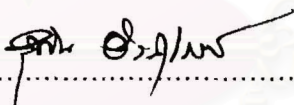
Copyright of Chulalongkorn University

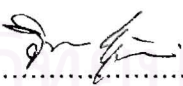
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ
โรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน
โดย นางสุภาภรณ์ สังฆมรรทร
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษา ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์)


.....กรรมการ
(อาจารย์ ดร. รุศศักดิ์ วัฒนาลิขิต)

สุภาภรณ์ สังฆมรรทพร: ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน (SELECTED FACTORS RELATED TO ADJUSTMENT TO ILLNESS OF CHRONICALLY ILL ELDERLY PATIENTS, OUT PATIENT DEPARTMENT, UPPER PART OF SOUTHERN REGION) อ. ที่ปรึกษา: รศ. ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์
 อ. ที่ปรึกษาร่วม: ผศ. ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 155 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประจำจังหวัด เขตภาคใต้ตอนบน จำนวน 140 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ และแบบสอบถามการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ หาค่าความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ .84, .69, .87, .85, .91, .74 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2) สถิติ Biserial และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.91$)
2. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .214$)
3. เพศ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก
4. ระดับการศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($C = .344, r = .527, .280, .384, .240$ ตามลำดับ)

สาขาวิชา...พยาบาลศาสตร์.....
 ปีการศึกษา 2549

ลายมือชื่อนิสิต... สุภาภรณ์ สังฆมรรทพร
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา... จินตนา ยูนิพันธุ์
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม... ร้อยเอกหญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์

4677631436: MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: ADJUSTMENT TO ILLNESS / CHRONICALLY ILL / ELDERLY PATIENTS

OUT PATIENT DEPARTMENT

SUPAPORN SUNGKAMONTORN: SELECTED FACTORS RELATED TO ADJUSTMENT TO ILLNESS OF CHRONICALLY ILL ELDERLY PATIENTS, OUT PATIENT DEPARTMENT, UPPER PART OF SOUTHERN REGION. THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph. D., THESIS COADVISOR : ASST. PROF. CAPT. SIRIPHAN SASAT, Ph.D., 155 pp.

The purposes of this descriptive research were to study the adjustment to illness of chronically ill elderly patients and the relationships between age, sex, education, length of illness, perception of illness, perception of family reaction to illness, social support, perception of health service, problem - focused coping, emotional -focused coping and adjustment to illness of chronically ill elderly patients at out patient department. Subject consisted of 140 chronically ill elderly patients at out patient department in Provincial hospital, Upper Part of Southern Region and was selected by multi-stage random sampling technique. Research instruments were demographic questionnaires, perception of illness, perception of family reaction to illness, social support, perception of health service and problem-focused coping, emotional - focused coping and adjustment questionnaires which were tested for content validity and reliability. The reliability were .84, .69, .87, .85, .91, .74 and .91 respectively. Data were analyzed using statistic methods, including mean, percentage, standard deviation, Biserial correlation, Chi - square and Pearson's correlation.

Major findings were as follows:

1. Adjustment to illness of chronically ill elderly patients at out patient department was at moderate level. ($\bar{x} = 1.91$)
2. Age was significantly negative correlated with adjustment to illness of chronically ill elderly patients at level of .05 ($r = .214$)
3. Sex, length of illness, perception of illness and emotional - focused coping were not correlated with adjustment to illness of chronically ill elderly patients at out patient department.
4. Education, perception of family reaction to illness, social support, perception of health service, problem - focused coping were significantly positive correlated with adjustment to illness of chronically ill elderly patients at out patient department at level of .05 ($C = .344, r = .527, .280, .384, .240$ respectively)

Field of study.....Nursing Science.....

Academic Year.....2006.....

Student's Signature.....

Advisor's Signature.....

Co - advisor's Signature.....

Supaporn Sungkamontorn

Jintana Yunibhand

Siriph Sasat

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ ด้วยความช่วยเหลือเป็นอย่างดีของรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ร้อยเอกหญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ อาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตาเอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์ ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น ที่เป็นประโยชน์และคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สถิติ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ อบรมสั่งสอน ด้วยความรัก ความอบอุ่น ตลอดระยะเวลาของการศึกษา และขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสสส. ที่ได้สนับสนุนทุนเพื่ออุดหนุนการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านดังรายนามในภาคผนวก ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอกราบขอบพระคุณท่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ และอาจารย์ ดร.อารีวรรณ อ่วมตानी ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระนอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่ทุกท่าน และผู้สูงอายุโรคเรื้อรังทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย เป็นอย่างดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา-มารดา ที่ปลูกฝังให้มีสติปัญญา มีความอดทน ให้สิ่งดีงามทั้งหลายแก่ผู้วิจัยตลอดมา และบุคคลที่ต้องขอขอบคุณด้วยใจอีกท่านคือ พ.ต.ท. ก.จาร์ สังฆมรรท ที่เป็นผู้คอยสนับสนุนเป็นที่ปรึกษา และเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด เพื่อให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสใช้เวลาในการศึกษาได้อย่างเต็มที่

ความปรารถนาดีจากผู้ที่กล่าวถึง ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจ และกำลังใจในการทำ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ และพร้อมที่จะนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้มี ประสิทธิภาพ ตลอดจนนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตต่อไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	11
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	14
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ.....	15
แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน.....	26
แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง.....	29
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มารับการ การรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก.....	39
การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยนอก บทบาทพยาบาล.....	59
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	61
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	68
3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	69
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	70
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	79

	๕
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	81
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	81
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	90
สรุปผลการวิจัย.....	92
การอภิปรายผลการวิจัย.....	94
ข้อเสนอแนะ.....	104
รายการอ้างอิง.....	105
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	124
ใ ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลการวิจัย.....	125
ภาคผนวก ค เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	136
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	140
ภาคผนวก จ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	149
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	155

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญญัตราวาง

ตาราง		หน้า
1	แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของลุ่มตัวอย่าง	84
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์.....	85
3	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน	86
4	ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของลุ่มตัวอย่าง.....	87
5	ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของลุ่มตัวอย่าง.....	88
6	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของลุ่มตัวอย่าง.....	89

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมรอบกายบุคคล กระตุ้นให้บุคคลต้องแสวงหาทางตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงนั้น เพื่อให้เป็นไปตามความต้องการของตนเองและสังคม ซึ่งการตอบสนองความต้องการนั้น บางครั้งก็มีปัญหาและอุปสรรคทำให้บุคคลไม่สมความปรารถนา ก่อให้เกิดความผิดหวัง ว้าวุ่น สับสน และเคร่งเครียด ซึ่งจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสำคัญ ความซับซ้อน ความรุนแรงของสิ่งที่เข้ามากระทบ ระยะเวลาที่เกิดปัญหา รวมถึงสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ระดับสติปัญญา ประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ตลอดจนความสามารถในการปรับตัวของบุคคล จึงกล่าวได้ว่าความสามารถในการปรับตัวมีความสำคัญยิ่ง หากบุคคลใด ไม่สามารถปรับตัวต่อสภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นได้ก็จะก่อให้เกิดความทุกข์ และเป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยทางกายและใจตามมาได้ และถ้าปัญหาการปรับตัวดำเนินอยู่โดยไม่ได้รับการแก้ไขก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต ขณะเดียวกันถ้าบุคคลสามารถปรับตัวได้ก็จะทำให้มีความสุข สามารถยอมรับสภาพต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ มีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น มีความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Ebersole and Hess, 1998) ก่อให้เกิดภาวะวิกฤตอันเป็นลักษณะของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุอยู่ในรูปของความเสื่อมถอย มากกว่าการเจริญเติบโต (นภาพร วงศ์ใหญ่, 2542) การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ การทำงานของระบบต่าง ๆ เสื่อมลง ลักษณะภายนอก รูปร่างหน้าตาเปลี่ยนแปลงไป ความจำเสื่อม และการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายที่อ่อนแอลง มีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่าย เมื่อเจ็บป่วยจะมีความรุนแรง หายช้า (ศรีจิตรา บุญนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักทั้งคู่วิตญาติพี่น้อง และเพื่อนสนิท การสูญเสียรายได้ การสูญเสียบทบาททางสังคม เกษียณอายุ หรือออกจากงาน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุดังกล่าว มักจะเกิดควบคู่กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ หรือมีผลซึ่งกันและกัน กล่าวคือ เมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไป สภาพจิตใจและอารมณ์ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย เกิดความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพกาย หรือความเจ็บป่วยของตนเอง (บุญพา ณ นคร, 2545) ในส่วนของการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุอาจเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

จากการสูญเสียสภาพลักษณะของตนเอง (ประคอง อินทรสมบัติ, 2540; Miller, 2000) เกิดความคับข้องใจเกี่ยวกับการสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายและกลัวความตาย (นภาพร วงศ์ใหญ่, 2542) และบางครั้งรู้สึกโดดเดี่ยวจากการที่ต้องอยู่ตามลำพัง อันเป็นผลเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ส่งผลให้เกิดความว่าเหว่ (Foxall et al., 1994) และอาการทางจิตใจดังกล่าวยังอาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติที่รุนแรง เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ (McConnell, Eleanor and Atteson, 1997) นอกจากนี้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้สูงอายุแล้ว ปัญหาเหล่านี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมได้อีก โดยปัญหาที่เกิดกับครอบครัว ก็คือ ปัญหาการรับภาระดูแลผู้สูงอายุ ปัญหาการปรับตัวระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลาน ปัญหาการปรับตัวเข้ากับวิถีชีวิตใหม่ไม่ได้ หากไม่ได้มีการเตรียมตัวไว้ล่วงหน้า ส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างมาก (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2534) ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต การปรับตัวของผู้สูงอายุจะสามารถปรับตัวได้ดีหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นกับความสามารถในการยอมรับ และการปรับตัวให้เข้ากับภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิตและมีสุขภาพดีทั้งกายและจิตใจ

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทยสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนจากร้อยละ 9.43 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 19.9 ในปี พ.ศ. 2568 (เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2549) เป็นเพราะความก้าวหน้าทางการแพทย์ การสาธารณสุขและการพัฒนาด้านสังคม เศรษฐกิจ ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นซึ่งอายุที่ยืนยาวขึ้นไม่ได้แสดงถึงการมีสุขภาพชีวิตที่ดี ประชากรเมื่อมีอายุยืนยาวขึ้นอาจเกิดการเจ็บป่วยจากการเปลี่ยนแปลง จากความสูงวัยและภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังสะสมยิ่งอายุสูงขึ้นจำนวนของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น (สุปรีดา มั่นคง, 2549; Eliopoulos, 2001; Nodhturft et al., 2000) จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุของ Birren, Sloane and Cohen (1992) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป จะมีการเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างน้อย 2 หรือ 3 โรค สอดคล้องกับการศึกษาแบบแผนการเจ็บป่วย และนโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการรักษาของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงรายงานว่าตนมีสุขภาพแย่มากขึ้นและเพิ่มตามอายุ (นพวรรณ จงรักษา, เกื้อ วงศ์บุญสิน และรุ่งรัตน์ โกววรรณกุล, 2541) โรคเรื้อรังจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ซ่อนเร้น เนื่องจากโรคไม่ได้ทำอันตรายถึงชีวิต แต่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ร่วมกับพยาธิสภาพของโรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ผู้สูงอายุต้องดำเนินชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรัง ซึ่งความพิการ ความทุกข์ทรมานจากความปวด ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ ผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมของตนเองปรับเปลี่ยนบทบาทและกิจกรรมเดิม เพื่อให้สอดคล้องกับขีดจำกัดของโรค และอาการปวด ก่อให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ซึมเศร้าในชีวิต (ปราณี กาญจนวรรณวงศ์, 2539,

สุขภาพ อารีเชื้อ, 2540) บางรายสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองเป็นผู้ด้อยสมรรถภาพต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ทั้งในครอบครัวและสังคมของตน (Kee, 1998; ยุพิน โกรินทร์ และคณะ, 2538)

บุคคลที่มีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมจะสามารถคงไว้ซึ่งภาวะปราศจากการพึ่งพา ดำรงบทบาทของตนเอง และมีความพึงพอใจ ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ต้องมีการปรับเปลี่ยนสิ่งต่าง ๆ ทั้งภายในตนเองและสิ่งแวดล้อมภายนอกเพื่อสนองตอบความต้องการของร่างกาย จิตใจ และสังคม (สุทธินันท์ น้ำเพชร, 2542) โดยอาศัยองค์ประกอบด้านการรับรู้ต่อเหตุการณ์ การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน และการใช้กลไกการปรับตัวตามที่ได้เรียนรู้ จากประสบการณ์มาช่วยให้สามารถปรับตัวได้ (Aquilier and Messick, 1982) ผู้สูงอายุที่มีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี มีอารมณ์และการรับรู้ที่เหมาะสมกับวัย และสถานะของตน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) นอกจากนี้ในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่สามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมจะได้รับการดูแลรักษา และปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง ทำให้พยาธิสภาพของโรคคงที่หรือดีขึ้น (Lambert, 1991) การปรับตัวจึงมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่จะสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยที่การปรับตัวเป็นภาวะที่บุคคลตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ทางสังคม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพ (Pollock et al., 1990)

จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วย ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โรคเรื้อรังมากมายที่ไม่สามารถรักษาหาย ดังนั้นการรักษาจะมุ่งไปที่การควบคุมอาการแสดง ในการเจ็บป่วยจะมีทั้งช่วงอาการสงบและอาการกำเริบรุนแรง ซึ่งในชีวิตประจำวันหรือการดำรงชีวิตของผู้ป่วยต้องพบกับทั้งสองช่วง การที่ผู้ป่วยจะตอบสนองไปในทางที่ถูกต้องหรือสามารถอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังได้อย่างปกติสุขนั้นจะต้องอาศัยข้อมูลพื้นฐานหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ดังคำกล่าวของ Haber (1987) ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนและเน้นถึงความสัมพันธ์ของร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ได้แก่ ปัจจัยทางด้านประชากร คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละบุคคล มีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยต่างกัน นอกจากนั้นจากการทบทวนวรรณกรรม ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่นกันคือ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวในผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

อายุ มีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวในผู้สูงอายุ การมีอายุมากขึ้นจะส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุลดลง จากการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง เซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายทำงานลดลง

(สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้ง่าย ส่งผลให้มีการปรับตัวลดลง (เบญจวรรณ ป้อมเสมาพิทักษ์, 2536)

เพศ เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ Andreason and Noris (1972) กล่าวว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาการปรับตัว การระบาย ความทุกข์ เจตคติต่อการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทนา ทองชื่น (2545) พบว่าเพศ หญิงจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นและมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย จึงทำให้ เพศชายมีโอกาสในการแสวงหาความรู้เมื่อเจ็บป่วย และมีความสามารถในการดูแลตนเองสามารถ ปรับตัวได้ดีกว่าเพศหญิง

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ Whetstone and Hansson (1989) กล่าวว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะสามารถประยุกต์ความรู้เพื่อการดูแล ตนเองและปรับตัวได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย Veenstra (2000) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีการ ศึกษาสูงจะมีสุขภาพและการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า

ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดย ระยะเวลาที่นานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้มีประสิทธิภาพ Friedland and Mccoll (1987) กล่าว ว่า ระยะเวลาช่วยในการรักษาโรคได้ดีที่สุดและคาดว่าเมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ผู้ป่วยจะเริ่ม ปรับตัวได้และยอมรับสภาพตนเอง

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย การที่ ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ สภาพความเจ็บป่วย และเข้าใจตรงกับ ความเป็นจริง จะก่อให้เกิดการยอมรับและปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม (กรรณิการ์ สุวรรณโคต, 2532)

การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย มีอิทธิพลต่อบทบาทของผู้ป่วย โดย ถ้าผู้ป่วยรู้สึกว่าการครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของตน ให้การช่วยเหลือสนับสนุนในทุก ๆ ด้าน ทำให้ ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับชีวิตต่อไป การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเป็นไปในทางที่ดี (Norris et al., 1987)

การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ในงานวิจัยนี้ได้ใช้การสนับสนุนทางสังคมแทนความหมาย ของสิ่งแวดล้อม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลรอบ ๆ ตัว การให้ความ ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา และได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การได้รับการยอมรับว่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2538) เหล่านี้จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวที่ เหมาะสม (Cohen and Wills, 1985)

การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงการบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันทำให้เกิดความมั่นใจในการรักษา การปรับตัวเป็นไปอย่างเหมาะสม มีคุณภาพชีวิตที่ดี (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534)

การเผชิญปัญหา ผู้ป่วยที่มีลักษณะการเผชิญปัญหาต่างกันก็จะมี การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างกัน ดังคำกล่าวของ Lazarus and Folkman (1978) ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยแบบมุ่งแก้ไขปัญหา จะสามารถใช้กระบวนการแก้ปัญหาได้ตรงและถูกต้องกับสถานการณ์มากกว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยแบบมุ่งปรับอารมณ์

ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยนี้ จึงมีส่วนช่วยให้พยาบาลตระหนักถึงบทบาทของตนเองและวิชาชีพ สามารถเข้าใจปัญหาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งบทบาทของพยาบาลสูงอายุที่มีประสิทธิภาพคือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่ได้รับผลกระทบ ทั้งจากพยาธิสภาพของโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค พยาบาลจึงจำเป็นต้องเข้าใจถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้เหมาะสม เพื่อนำมาใช้ในการวางแผน ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุ สามารถเผชิญและปรับตัวมีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังอย่างมีความสุข มีภาวะทางอารมณ์ และจิตใจที่ดี มีอายุยืนยาวขึ้น ตลอดจนอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมาะสม และเป็นองค์ความรู้สำหรับการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุต่อไป

จากการประมาณประชากรของประเทศไทยปี พ.ศ. 2533-2563 พบว่าภาคใต้มีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2548 เพิ่มเป็นร้อยละ 9.21 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 9.97 ในปี พ.ศ. 2553 (กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538) มีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร้อยละ 45.30 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด และโรคที่เป็นปัญหาอันดับหนึ่งคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด รองลงมาคือโรคของต่อมไร้ท่อ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีและการสื่อสาร, 2548) ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลในภาคใต้ เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในภาคใต้ แต่เนื่องจากบริบทของภาคใต้ตอนบนและตอนล่างมีความแตกต่างกันทั้งด้านความเป็นอยู่ ศาสนา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และการดำเนินชีวิต ในปี 2549 มีอัตราประชากรสูงอายุ ร้อยละ 11.23 และอัตราการตายด้วยโรคเรื้อรังภาคใต้ตอนบนมากกว่าภาคใต้ตอนล่าง มีอัตราส่วนร้อยละ 27.08 ของประชากรทั้งหมดในภาคใต้ตอนบน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ไม่มีอาการกำเริบรุนแรง สามารถลดหรือป้องกันความพิการและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ รวมทั้งสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ (จารุวรรณ เหมะธรร, 2544) ผู้ป่วยจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับ

โรค แต่ปัญหาที่สำคัญที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยคือไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรค (ศิริวัลท์ วัฒนสินธุ์, 2543) เกิดความเครียด และไม่สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีการปรับตัวที่ไม่ดี (Mellenbergh and Wolters, 2002) จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ มีอาการรุนแรงมากขึ้น จากสถิติพบว่าอัตราการกลับเข้าอนโรงพยาบาลภายใน 3 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นอัตราร้อยละ 13.3 และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโรคต่าง ๆ แต่ยังไม่มีการศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุ ภาคใต้ตอนบน ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังกลุ่มภาคใต้ตอนบน ว่ามีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ กับ การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลายาวนาน ประกอบกับความเสื่อมของร่างกาย จะเป็นสิ่งที่เข้ามาขัดขวางต่อการดำเนินชีวิตตามปกติของผู้ป่วยสูงอายุ และทำให้ผู้ป่วยเกิดการสูญเสียในด้านต่าง ๆ เช่น สูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียความสัมพันธ์ในครอบครัว และเพื่อน สูญเสียการทำงาน (Norris, et. al., 1987) ผู้ป่วยจึงพยายามตอบสนองเพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกว่าปกติ และมีการปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวัน หรือรูปแบบในการดำเนินชีวิตขึ้นใหม่ ซึ่งในการตอบสนองโดยการกระทำหรือความรู้สึกนึกคิดในด้านต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับการดำรงชีวิต ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านการประกอบอาชีพ ด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ด้านความสัมพันธ์ในเครือญาติ ด้านความสัมพันธ์ทางเพศ และด้านจิตใจ (Derogatis, 1983)

โรคเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ฉะนั้นการรักษาจึงมุ่งเน้นไปที่การควบคุมอาการแสดง (จารุวรรณ เหมะธร, 2544) ด้วยเหตุนี้การตอบสนองของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความสำเร็จในการดำรงชีวิตจะต้องคงไว้ซึ่งการควบคุมอาการแสดงหรือการเจ็บป่วยนั้น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือการตอบสนองของผู้ป่วยด้านต่าง ๆ มากมาย ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย จิตใจ สังคมไว้ ผู้ป่วยที่สามารถเผชิญปัญหาหรือต่อสู้กับอุปสรรคเพื่อเอาชนะต่อสภาวะเครียด หรือภาวะการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์แวดล้อมได้เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี ในการศึกษาวิจัยได้ยึดแนวคิดของ Haber (1987) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาคือ บุคคลเป็นระบบของการปรับตัวระบบหนึ่ง ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา และการที่บุคคลสามารถตอบสนองในทางบวกต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม หรือสถานการณ์และสามารถเอาชนะสถานการณ์นั้นได้ ทำให้ความมั่นคงในระบบชีวิตยังคงอยู่ บุคคลนั้นจะยังคงมีสุขภาพร่างกายดี ในทางตรงกันข้ามภาวะการเจ็บป่วยก็เกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงนั้นได้ ทำให้สูญเสียความมั่นคงในระบบชีวิตซึ่งจะนำไปสู่การเจ็บป่วยในที่สุด สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่อพิจารณาตามแนวคิดของ Haber นั้น สถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่มีผล ให้เกิดพฤติกรรมปรับตัวจะเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลายอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์นอกจากนั้นยังมีปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ จะมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ซึ่ง Haber (1987) กล่าวว่า การตอบสนองต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ในด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว สอดคล้องกับแนวคิดของ Kosa and Robertson (1975) ที่กล่าวว่าบุคคลจะเจ็บป่วยก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วย และเฝ้าหาวิธีการหรือแนวทางที่จะรักษาความเจ็บป่วยนั้น ฉะนั้น จะเห็นว่าการเจ็บป่วยจะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ส่วนบุคคล ซึ่งการรู้อย่างนี้จะมีอิทธิพลอย่างมากจากกลุ่มบุคคลและสังคม ถ้าผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับด้านต่าง ๆ ในทางที่ดีและถูกต้อง เข้าใจสภาพของตนเอง ตลอดจนมองเห็นแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์การเจ็บป่วย ก็จะทำให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมหรือการตอบสนองของตนเองในระยะเจ็บป่วยได้

ดังนั้นการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตเพื่อความสำเร็จและอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังได้อย่างปกติสุขนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลาย ๆ อย่างดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

อายุ มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคล กระบวนการเสื่อมของสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และแต่ละช่วงวัย โดยที่ความเสื่อมเหล่านี้จะทวีมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น การมีอายุมากขึ้นจะมีผลให้เกิดความบกพร่องของร่างกาย

มากขึ้น และมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นมากกว่าคนอายุน้อยกว่า (สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2543) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการปรับตัวทำให้ปรับตัวได้ลดลง (เบญจวรรณ ป้อมเสมาพิทักษ์, 2536) สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร สุคำวัง (2540) พบว่าผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมวัยต้นจะมีความเข้มแข็งในการมองโลก และสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก เอมอร มุกดาสนิท (2542) ศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ฉะนั้นอายุน่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว

เพศ เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ Andreason and Noris (1972) กล่าวว่าเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาการปรับตัว การระบายความทุกข์ เจตคติต่อการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540) พบว่าผู้สูงอายุเพศต่างกันแม้ว่าจะอยู่ในวัยเดียวกัน ก็จะมีการดูแลตนเองที่ต่างกันและส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่างกัน การศึกษาของ จันทนา ทองชื่น (2545) พบว่าเพศหญิงจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นและมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย จึงทำให้เพศชายมีโอกาสในการแสวงหาความรู้เมื่อเจ็บป่วย และมีความสามารถในการดูแลตนเองสามารถปรับตัวได้ดีกว่าเพศหญิง ดังนั้นเพศจึงน่าจะเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ระดับการศึกษา จะช่วยให้บุคคลมีความรู้ความสามารถในการดำเนินชีวิต สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตได้ดี (อรนุช ธรรมสอน, 2544) ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีความรู้เรื่องโรคภัยไข้เจ็บซึ่งทำให้ตระหนักถึงอาการ และอาการแสดงของความเสื่อมสมรรถภาพการทำงานในร่างกาย (พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์, 2538) กันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540) พบว่าระดับการศึกษาของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับ Veenstra (2000) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูง จะมีสุขภาพและการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า ดังนั้นระดับศึกษาน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว

ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นประเด็นหลักในการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Mishel, 1999) ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่นานขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้การเจ็บป่วยมากขึ้น ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยสร้างแบบแผนความเข้าใจที่มีต่อการเจ็บป่วยได้ดี และยังมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย เพราะธรรมชาติของมนุษย์จะต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัว โดยระยะเวลานานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้มีประสิทธิภาพมากกว่าระยะเวลาที่กระชั้นชิด (Marino and Kooser, 1981 อ้างถึงใน กุลธิดา พานิชกุล, 2536) นอกจากนี้ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทางจิตสังคมคือเมื่อระยะเวลามากขึ้นผู้ป่วยจะมีการปรับตัวทางจิตสังคมมากขึ้น (Pollock et al., 1990) และระยะเวลาของการเจ็บป่วยยังมี

ความสัมพันธ์กับการปรับตัวทางกายอีกด้วย (Pollock et al., 1990) ดังนั้นระยะเวลาการเจ็บป่วย น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย การที่ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ สภาพความเจ็บป่วย และเข้าใจตรงกับความ เป็นจริง จะก่อให้เกิดการยอมรับและปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม (กรรณิการ์ สุวรรณโคต, 2532) Barry (1989) กล่าวว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วย ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว

การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย มีอิทธิพลต่อบทบาทของผู้ป่วย โดยถ้าผู้ป่วยรู้สึกว่าครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของตน ครอบครัวก็จะให้การช่วยเหลือ สนับสนุนในทุก ๆ ด้าน ไม่ทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับชีวิตต่อไป การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเป็นไปในทางที่ดี แต่ถ้าผู้ป่วยรู้สึกว่าครอบครัวแสดงออกอย่างเบื่อหน่าย มองผู้ป่วยเหมือนเป็นภาระหนัก รังเกียจ เพิกเฉย จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง หมดกำลังใจ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า การปรับตัวของผู้ป่วยก็อาจไม่สนใจตนเองเลย เพิกเฉยในทุก ๆ ด้าน (Norris et al., 1987) ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการปรับตัวในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยที่แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงกระตุ้นทำให้บุคคลเชื่อว่า มีคนรัก สนใจ ยกย่องเห็นคุณค่า รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า ไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นจะมีผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือหรือบรรเทาความเครียดให้น้อยลง ช่วยลดหรือกำจัดปฏิกิริยาต่อร่างกายโดยตรง (Callaghan and Morrissey, 1992) บุคคลจะสามารถรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น มองเห็นทางเลือกที่เพิ่มขึ้นในการดำเนินชีวิตร่วมกับโรค (Lazarus and Flokman, 1984; Mishel, 1990) ส่งเสริมให้เกิดความสามารถในการปรับตัวที่เหมาะสม จากการศึกษาของ รัชฎา รักษานาม (2543) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่ จะเป็นสถาบันครอบครัวหรือบุคลากรด้านสุขภาพมีส่วนสำคัญในการเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยได้รับ ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เรื่องโรคตลอดจนวิธีการดูแล และการได้รับการช่วยเหลือเรื่องวัสดุสิ่งของทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม น่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ ที่มีอยู่ เพื่อจะได้สามารถเลือกใช้ขณะเกิดปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง เมื่อต้องดูแลการเจ็บป่วยที่บ้าน บริการสุขภาพที่ผู้ป่วยควรจะได้รับประกอบด้วย 1) ระบบส่งต่อ 2) แผนกผู้ป่วยนอกของ

โรงพยาบาล และ 3) บริการสุขภาพอื่น ๆ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงการบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันทำให้เกิดความมั่นใจในการรักษา การปรับตัวเป็นไปอย่างเหมาะสม จากการศึกษาของรุ่งนภา บุญประดิษฐ์(2536) พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อการเจ็บป่วยได้ดีและเหมาะสม ฉะนั้นจะเห็นว่าการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินชีวิตหรือการปรับตัวในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา เป็นวิธีการที่บุคคลใช้ทั้งความคิดและการกระทำเพื่อจัดการกับปัญหาโดยมุ่งแก้ที่ตนเอง หรือปรับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลมักจะใช้การเผชิญความเครียดแบบนี้เมื่อมีการประเมินปัญหาว่าสามารถปรับหรือเปลี่ยนแปลงได้ สามารถลดความไม่สบายใจจากปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (รุ่งทิพย์ เบ้าตุน, 2546) ดังนั้นการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหาน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ เป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลเลือกใช้ในการลด หรือบรรเทาความไม่สบายใจ โดยการปรับอารมณ์ของตนเอง เมื่อประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ Moos, Tsu and Cohen (1977, 1980 cited in Felton and Revenson, 1984) พบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วย

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้กำหนดสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
2. เพศมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
3. ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
4. ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
5. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
6. การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
7. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
8. การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

9. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

10. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ (โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) หรือโรคหัวใจ (ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ) หรือโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลประจำจังหวัดในเขตภาคใต้ตอนบน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์

ตัวแปรตาม คือ การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อายุ หมายถึง จำนวนตัวเลขแสดงถึงจำนวนปีเต็ม นับจากวันเกิดจนถึงวันเก็บข้อมูล โดยเป็นผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ข้อมูลส่วนนี้ได้จากแบบสอบถามส่วนบุคคล

เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าเป็นชายหรือหญิง ข้อมูลส่วนนี้ได้จากแบบสอบถามส่วนบุคคล

ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดที่ได้รับจากสถาบันการศึกษา คือ ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า มัธยมศึกษา/ ปวช./อนุปริญญา และปริญญาตรี ข้อมูลส่วนนี้ได้จากแบบสอบถามส่วนบุคคล

ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง ระยะเวลาซึ่งนับเป็นจำนวนปี ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ (ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ) โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน วัดโดยการนับจำนวนปี

ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนั้นจนกระทั่งถึงวันสัมฤทธิ์ ซึ่งใช้ข้อมูลจากบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก ระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่มีจำนวนเดือนตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปจะนับเป็น 1 ปี

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย หมายถึง การรู้และเข้าใจถึงพยาธิสภาพของร่างกายที่อ่อนแอลง รวมทั้งหน้าที่การทำงานของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงจากเดิม ประกอบด้วย ลักษณะความรุนแรง และอาการของโรค วิธีของความเจ็บป่วย และการรักษาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของ เบ็ญจวรรณ ป้อมเสมาพิทักษ์ (2536)

การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย หมายถึง ความนึกคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยสูงอายุถึงการแสดงออกทางบวกหรือทางลบของบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อลักษณะความรุนแรงและอาการของโรคของผู้ป่วย รวมทั้งวิธีของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวานประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยของ รุ่งนภา บุญประดิษฐ์ (2536)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการเข้าใจถึงสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ตัว ความรัก ความผูกพัน ความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น ที่ทำให้บุคคลนั้นรู้ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถวัดได้โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ สุมาพร บรรณสาร (2545) โดยใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ Brandt and Winert (1985)

การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ หมายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่มีอยู่ เช่น ระบบส่งต่อ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ระยะทางจากบ้านถึงแหล่งบริการสุขภาพ ความสะดวกในการเดินทางมารับบริการ ความเชื่อถือในชื่อเสียงของสถานบริการ การได้รับการเอาใจใส่ในการดูแลรักษา ความสนใจ การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษา และผลการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ประเมินได้จากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ ผู้วิจัยปรับปรุงมาจาก รุ่งนภา บุญประดิษฐ์ (2536)

การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา หมายถึง พฤติกรรมและความคิดที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังแสดงออก เพื่อพยายามปรับเปลี่ยนและควบคุมความเครียดที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยของตนเองให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น โดยการเผชิญหน้ากับปัญหาและวางแผนในการแก้ไขปัญหาด้วยการหาวิธีการต่าง ๆ เพื่อควบคุมปัญหา ประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงจาก สิริลักษณ์วรรณพงษ์ (2539) ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984)

การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ หมายถึง พฤติกรรมและความคิดที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังแสดงออก เพื่อพยายามควบคุมความทุกข์ทรมานทางอารมณ์หรือความรู้สึกไม่สบายใจ

ต่าง ๆ ที่มีสาเหตุมาจากภาวะเจ็บป่วยของตนเอง โดยการถอยห่างและการหลีกเลี่ยงปัญหาเพื่อให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น โดยปัญหาหรือสาเหตุของความทุกข์ทรมานทางอารมณ์หรือความรู้สึกไม่สบายใจ ยังคงไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือยังไม่ได้รับการแก้ไข ประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจาก สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์ (2539) ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984)

การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย หมายถึง การกระทำหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในการตอบสนองต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วย เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพและการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยแสดงออกทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคม ตามแนวคิดการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของ Derogatis (1986) วัดได้โดยใช้แบบประเมินการปรับตัวทางจิตสังคมต่อภาวะการเจ็บป่วย ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามของ สุมาพร บรรณสาร (2545) ประกอบด้วย 7 ด้านคือ

1. ด้านการดูแลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถ ความคาดหวัง และเจตคติเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือดูแลและได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ อย่างมีคุณภาพจากบุคลากรด้านสุขภาพ
2. ด้านอาชีพและการทำงาน หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาวะการทำงานของตนเอง เมื่อตนเองเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งประเมินได้จาก การให้ความสำคัญในการทำงาน ปัญหาอุปสรรค และเป้าหมายในการทำงานเมื่อตนเองประสบภาวะเจ็บป่วย
3. ด้านสภาพแวดล้อมภายในครอบครัว หมายถึง ความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว ปัญหาการติดต่อกับสมาชิกในครอบครัวในการช่วยเหลือพึ่งพากันและกันในการทำงาน งานบ้านและช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน รวมถึงความต้องการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เช่น มิตรสหาย เพื่อนบ้านและญาติ เมื่อตนเองประสบภาวะเจ็บป่วย
4. ด้านสัมพันธภาพทางเพศ หมายถึง ความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยเมื่อประสบภาวะเจ็บป่วย ยังคงมีสัมพันธภาพทางเพศ มีความสุข ความพึงพอใจเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์อย่างไร สาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์ลดลง หรือสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ จนเป็นเหตุให้เกิดปัญหาระหว่างคู่ครอง
5. ด้านความสัมพันธ์ในเครือญาติ หมายถึง ความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถในการติดต่อกับญาติที่ไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมกัน ตลอดจนความต้องการการช่วยเหลือจากญาติที่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ร่วมกันเมื่อประสบภาวะเจ็บป่วย
6. ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม หมายถึง ความคิดเห็นและความรู้สึกเกี่ยวกับความสนใจในการใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรกหรือทำกิจกรรมในสังคมต่าง ๆ รวมถึงการมีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และเพื่อน ๆ ในขณะที่ประสบภาวะเจ็บป่วย

7. ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ หมายถึง ความรู้สึกทางจิตใจเมื่อต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วย เช่น ความรู้สึกเครียด วิตกกังวล หวาดกลัว ตกใจง่าย เศร้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม โกรธ หงุดหงิดง่าย ต่ำหนืดตนเอง รู้สึกผิด รู้สึกตนเองไร้ค่า หรือรู้สึกตนเองมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป

ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ (โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ) โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน โรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรคร่วมกัน มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานติดต่อกันเกิน 3 เดือน หรือ 90 วัน รักษาไม่หายขาด แต่สามารถทำให้อาการทุเลาลงได้ มีทั้งช่วงอาการสงบและกำเริบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อส่งเสริมการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก
2. เป็นแนวทางในการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุให้สามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยให้ถูกต้องและเหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาและวิจัยต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจำจังหวัดเขตภาคใต้ตอนบน ผู้วิจัยได้ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อเป็นพื้นฐานการวิจัยเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน
3. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก
5. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยนอก
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุ

1.1 ความหมาย

ภาวะเรื้อรัง (Chronically) ตามพจนานุกรมมีความหมายว่า “ความยืดเยื้อ” เป็นภาวะที่เกิดขึ้นแล้วมีความยืดเยื้อยาวนาน ไม่มีทางช่วยเหลือให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้ (Webster and Gove, 1989) โรคเรื้อรังจึงมีความหมายถึงโรคที่เป็นนาน รักษาไม่หาย มีอาการของโรคนานเป็น ๆ หาย ๆ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illness) ตามความหมายที่กำหนดโดยคณะกรรมการเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง (Commission of Chronic illness, 1955 cited in Lubkin and Larsen, 2002) หมายถึงการเสียหายที่หรือภาวะที่เบี่ยงเบนออกไปจากสภาพปกติ มีพยาธิสภาพหรือโรคที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งอย่าง ดังต่อไปนี้

1. พยาธิสภาพเกิดขึ้นแบบถาวร
2. ก่อให้เกิดความพิการหรือข้อจำกัดของอวัยวะนั้น
3. ไม่สามารถแก้ไขหรือรักษาให้หาย หรือกลับคืนสู่สภาพเดิมได้
4. ต้องการการฝึกเกี่ยวกับสมรรถนะของร่างกายอย่างต่อเนื่อง เช่น กายภาพบำบัด

โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ และต้องการดูแลระยะยาวต่อไป

ในที่ประชุมวิชาการระดับชาติเรื่องการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ในปี 1952 (The Nation Commission on Chronic illness) ได้มีข้อสรุปเกี่ยวกับเกณฑ์เพิ่มเติมคือ เวลาสำหรับการดูแลรักษาพยาบาลต้องไม่น้อยกว่า 30 วันที่ต้องรักษาในโรงพยาบาล หรือ 90 วันของการรักษาและฟื้นฟูสภาพ

Center for Disease Control and Prevention (1998 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สุาสตร์ย, 2549: 98) ให้คำนิยามโรคเรื้อรังว่า เป็นภาวะเจ็บป่วยที่ยาวนาน ไม่สามารถแก้ไขได้โดยทันทีและมีโอกาสรักษาหายได้น้อย

Garrison (2000 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สุาสตร์ย, 2549: 98) กล่าวว่าภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังแตกต่างจากภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันตรงที่ระยะเวลาของความเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดภาวะบกพร่องนานกว่า 3 เดือน ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจและทางด้านเศรษฐกิจร่วมด้วย ทำให้ต้องการบุคลากรวิชาชีพทางด้านสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือ และการดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

Adelman (2001 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สุาสตร์ย, 2549: 98) กล่าวว่าภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึงอาการทางด้านร่างกายหรือจิตใจ ที่ต้องการการติดตามและ/หรือการจัดการเพื่อควบคุมอาการในระยะยาว (มากกว่า 6 เดือน) และเพื่อจัดรูปแบบในระหว่างการเจ็บ ป่วยนอกจากนี้ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังยังเป็นการรวมเอาอาการเข้าด้วยกันที่แสดงให้เห็นถึงความซับซ้อนและปัญหาที่หลากหลาย ซึ่งเป็นผลมาจากกรรมวิธีชีวิตอยู่กับอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง

Corbin (2001 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สุาสตร์ย, 2549: 99) กล่าวว่าภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หมายถึงอาการทางด้านร่างกาย และจิตใจ ที่ต้องการการติดตามดูแลและจัดการ

Common on Chronic Illness (1975 อ้างถึงใน ศุภวรรณ มโนสุนทร, 2542) ให้ความหมายโรคเรื้อรังหมายถึงโรคที่มีผลก่อให้เกิดความผิดปกติ ไม่สมบูรณ์ หรือความบกพร่องในร่างกาย ผลที่ตามมาคือความพิการที่ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้ จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพจากผู้ที่มีความรู้อย่างถูกต้องให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามสถานภาพ และควรได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ประคอง อินทรสมบัติ (2540) กล่าวว่า ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับบุคคล ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องการการรักษาและการช่วยเหลือดูแลที่ยาวนานตลอดชีวิต และการรักษาไม่จำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลตลอดเวลา ผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเองทุกวันที่บ้านได้ แต่อาจกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งคราว และมาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

จากคำจำกัดความดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ความเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึงความเจ็บป่วยทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ด้วยโรคที่ทำให้เกิดการเสียหายที่ หรือเป็ยงเบนไปจากสภาพปกติ ซึ่งไม่สามารถรักษาพยาบาล หรือเป็นไปอย่างถาวร มีความพิการหลงเหลืออยู่พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับคืนดังเดิมได้ จึงมีความต้องการการดูแล ฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง

เป็นพิเศษ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยยาวนานเกินกว่า 3 เดือน หรือ 90 วัน อาการแสดงมีทั้งอาการกำเริบรุนแรงและอาการสงบ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

1.2 ลักษณะของความเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง

การเจ็บป่วยเรื้อรัง (chronic illness) มีลักษณะที่แตกต่างจากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน (acute illness) ซึ่งมีเวลาของการเสริมจลันการเจ็บป่วยหรือมีอาการดีขึ้น เกิดในช่วงเวลาจำกัดอาจจะสิ้นสุดด้วยการตายในเวลารวดเร็วหรือไม่ก็หายสนิท แต่การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นอย่างถาวร ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีผลกระทบต่อชีวิต ความเป็นอยู่และครอบครัวของบุคคลนั้น ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยเรื้อรัง พอสรุปได้ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ บุคคลจะไม่สามารถสังเกตเห็นอาการได้ในระยะแรก ทำให้เป็นโอกาสของพยาธิสภาพที่จะลุกลามเป็นมากขึ้นจนถึงขั้นรุนแรง เกิดอาการและอาการแสดงซึ่งบ่งบอกว่าโรคมีความรุนแรงมากขึ้น และเป็นอันตรายต่อชีวิต ทำให้การรักษาโรคอาจจะทำได้ลำบากยิ่งขึ้น การพยากรณ์โรคไม่ดีและทำให้การดูแลตนเองมีความยุ่งยากซับซ้อนมากยิ่งขึ้น

2) การเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพเกิดขึ้นแบบมีระยะที่โรคสงบ (remission) และมีระยะที่โรคกำเริบ (exacerbation) การเจ็บป่วยเรื้อรังจะมีระยะของการ “เป็น ๆ หาย ๆ” บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรังเมื่อได้รับการรักษาจนมีระยะที่โรคสงบเกิดขึ้น ไม่ได้หมายความว่า ความเจ็บป่วยหรือโรคได้รับการรักษาจนหายขาด หากผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงลักษณะโรคที่ “เป็น ๆ หาย ๆ” ก็อาจคิดไปเองว่าตนเองได้รับการรักษาจนหายจากโรคแล้ว และเมื่อเข้าใจเช่นนี้ผู้ป่วยก็อาจจะไม่ดูแลรักษาตนเองต่อเนื่อง กลับดำเนินชีวิตตามปกติ ทำให้โรคกำเริบลุกลามขึ้นมาอีกได้ ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยเรื้อรังจะต้องเข้าใจและยอมรับในลักษณะของโรค ที่มีระยะสงบและระยะกำเริบดังกล่าว

3) การเปลี่ยนแปลงหรือพยาธิสภาพเกิดขึ้นแบบถาวร ก้าวหน้าต่อไปเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อยครั้ง การรักษาก็ไม่ช่วยให้โรคและพยาธิสภาพดังกล่าวหายขาด จึงทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังต้องเข้า ๆ ออก ๆ โรงพยาบาล เกิดความท้อแท้หมดหวังในการรักษามีปัญหาทางเศรษฐกิจและปัญหาอื่น ๆ ทำให้แสวงหาการรักษารูปแบบต่าง ๆ (alternative modalities) ที่ผู้ป่วยเชื่อและศรัทธาว่าจะสามารถรักษาโรคให้หาย

1.3 แนวคิดเกี่ยวกับวิถีทางของความเจ็บป่วย

แนวคิดเกี่ยวกับวิถีทางของความเจ็บป่วยสร้างขึ้นโดย Corbin & Strauss ในปี 1960 ซึ่งแนวความคิดได้มาจากการศึกษาชีวิตและการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังมารวม 30 ปี แนวคิดนี้มีประโยชน์อย่างมากในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง มโนทัศน์หลักของแนวความคิดนี้คือ วิถีทาง

(trajectory) หมายถึงเส้นทางเดินของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีหลายมิติ และสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยเรื้อรังต่อชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง อาการของความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นคุณลักษณะเฉพาะที่กระทบต่อความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง ซึ่งเส้นทางของความเจ็บป่วยเรื้อรังนี้สามารถจัดการให้เป็นไปตามวิถีที่ควรจะเป็นในระยะยาว แม้ว่าไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงวิถีทางของความเจ็บป่วยได้ (Corbin and Strauss, 2001)

วิถีทางความเจ็บป่วย (trajectory phase) หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วย ครอบครัวและเจ้าหน้าที่สุขภาพกระทำเพื่อจัดการกับวิถีความเจ็บป่วยนั้น

วิถีความเจ็บป่วยของการเจ็บป่วยเรื้อรังมีแนวโน้มที่จะแตกต่างกัน อาการเพิ่มขึ้นหรือลดลง จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยา และเพื่อที่จะสามารถติดตามกระบวนการและการเปลี่ยนแปลงลักษณะของอาการเรื้อรัง จึงมีการเพิ่มแนวคิดของระยะต่าง ๆ เข้าไปในวิถีหรือเส้นทางของความเจ็บป่วยด้วย โดยแบ่งเป็นทั้งหมด 9 ระยะ (Corbin, 2001 อ้างถึงใน ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2549: 100) และในแต่ละระยะจะมีเป้าหมายเพื่อการดูแลรักษาที่แตกต่างกันออกไปคือ

1. ระยะก่อนเจ็บป่วย (pretrajectory) เป็นระยะก่อนเริ่มเจ็บป่วย ยังไม่มีอาการและอาการแสดงปรากฏ มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง

2. ระยะเจ็บป่วย (trajectory) เป็นระยะที่มีอาการและอาการแสดงเริ่มปรากฏ รวมถึงระยะของการวินิจฉัยโรค มีเป้าหมายเพื่อสร้างแบบการคาดการณ์วิถีความเจ็บป่วยที่เหมาะสม

3. ระยะทรงตัว (stable) เป็นระยะที่มีความเจ็บป่วยและอาการสงบจากแผนการรักษา มีเป้าหมายเพื่อพยายามทำให้อาการเจ็บป่วยทรงตัวและคงกิจกรรมประจำวันไว้

4. ระยะอาการเปลี่ยนแปลง (unstable) เป็นระยะที่แผนการรักษาไม่สามารถควบคุมความเจ็บป่วยและอาการได้ แต่ไม่ต้องอยู่โรงพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อการกลับไปอยู่ในระยะทรงตัว

5. ระยะเฉียบพลัน (acute) เป็นระยะที่ความเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นรุนแรงที่ต้องการดูแลในโรงพยาบาล มีเป้าหมายเพื่อพยายามทำให้การเจ็บป่วยกลับเข้าสู่ภายใต้การควบคุม และทำให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดังเดิม

6. ภาวะวิกฤติ (crisis) เป็นระยะที่ชีวิตตกอยู่ในอันตราย ต้องการการดูแลฉุกเฉินและวิกฤติ มีเป้าหมายเพื่อจัดการกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตออกไป

7. การกลับเข้าสู่ภาวะปกติ (comeback) เป็นระยะกลับเข้าสู่ภาวะปกติอย่างค่อยเป็นค่อยไป ขึ้นอยู่กับความเจ็บป่วยหรือภาวะทุพพลภาพ ที่รวมถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตสังคม และเริ่มปรับตัวเข้าสู่กิจกรรมในชีวิตประจำวัน มีเป้าหมายเพื่อการเคลื่อนไหว การคาดการณ์วิถีทางของโรคและรูปแบบการช่วยเหลือด้วยวิธีการต่าง ๆ

8. อาการที่ทรุดลง (downward) เป็นระยะที่มีการเสื่อมลงของทั้งร่างกายและจิตใจ โดยมีลักษณะของความพิการและอาการต่าง ๆ มากขึ้น มีเป้าหมายเพื่อปรับตัวให้เข้ากับภาวะทุพพลภาพที่เพิ่มขึ้นตามระยะอาการที่ทรุดลง

9. ระยะสุดท้าย (dying) อาจเป็นวันสุดท้ายหรืออาทิตย์สุดท้ายก่อนเสียชีวิต การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายจะหยุดลงแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือเป็นไปอย่างรวดเร็ว ปล่อยวาง ไม่มีความสนใจในชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ มีเป้าหมายเพื่อนำไปสู่ระยะสุดท้ายในชีวิต ปล่อยให้ไปและเสียชีวิตอย่างสงบ

ดังนั้น การเข้าใจระยะต่าง ๆ ในวิถีทางความเจ็บป่วย ช่วยให้สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีอาการอยู่ในระยะใด เพื่อให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับระยะของความเจ็บป่วย

1.4 ผลกระทบของความเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง

จากพยาธิสภาพของการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ต้องได้รับการดูแลและรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เป็นผลกระทบที่เกิดจากภาวะเจ็บป่วยโดยตรง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหรือหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ จากพยาธิสภาพของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างถาวร (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) ผลกระทบที่พบบ่อยได้แก่

1.1 การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ภาพลักษณ์ของบุคคลมักถูกคุกคามเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังต้องประสบปัญหา หรือความขัดแย้งต่าง ๆ มากมาย (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537) ผลกระทบทางด้านร่างกายจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง แสดงออกมาให้เห็นถึงการสูญเสียภาพลักษณ์ ซึ่งเป็นผลจากการสูญเสียหน้าที่ หรือมีพยาธิสภาพของโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นทำให้โครงสร้าง และลักษณะของผิวหนังเปลี่ยนแปลงไป (สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ, 2534) เช่นผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจ มีพยาธิสภาพที่ถุงลมในปอด ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนกับคาร์บอนไดออกไซด์เสียไป จึงทำให้การหายใจขาดประสิทธิภาพ ร่างกายมีการขาดเชยในการหายใจ ทำให้บริเวณทรวงอกใหญ่ขึ้นคล้ายถังเปียร์ ผิวหนังแห้งคัน ข้างซีดและเขียว

สำหรับผู้ป่วย Stroke และผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ตนมีเพียงครึ่งซีกหรือครึ่งคน เนื่องจากประสาทรับความรู้สึกเสียไป อัมพาตครึ่งซีก อัมพาตท่อนล่าง และอัมพาตแขนขาทั้ง 2 ข้าง ทำให้การเคลื่อนไหวลำบากหรือเคลื่อนไหวไม่ได้ ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้ ส่วนในผู้ป่วยที่มีภาวะไตล้มเหลวเรื้อรังมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์มากมาย เนื่องจากไตเสียหายที่ในการขับถ่ายของเสีย และสร้างฮอร์โมนที่กระตุ้นการสร้างเม็ดเลือดแดงมีผลต่อภาพลักษณ์ หน้าตา สีผิวแห้งซีด ค้ำค้ำ แห้ง ผอมร่วง และจากการที่ผู้ป่วย

ประเมินว่าภาพลักษณ์ของตนเองเปลี่ยนแปลงจากเดิม ทำให้มีความรู้สึกกังวล ขาดความมั่นใจในการเข้าสังคม มีการติดต่อกับกลุ่มเพื่อนฝูงน้อยลงจากเดิมและส่วนใหญ่ต้องใช้ชีวิตอยู่แต่ในบ้าน (จอม สุวรรณโณ, 2541)

1.2 ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (Phipps, 2003) เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงและทำลายอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายอย่างช้า ๆ และถาวร ผู้ป่วยเรื้อรังทั่วไปจึงมักจะอ่อนเพลีย มีขีดจำกัดของการทำงานของระบบ ต่าง ๆ ในร่างกาย ตลอดจนมีความพิการหรือรอยโรคหลงเหลืออยู่ (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2543) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียความเป็นอิสระ (loss of independence) ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Phipps, 2003) ดังการศึกษาของ ชลกร ภูสกุลสุข (2547) ที่ศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยเรื้อรังที่ใช้พลังจักรวาลในการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังคือ การทำงานไม่ได้ตามปกติ มีชีวิตอยู่กับความทุกข์ทรมาน และมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง และการศึกษาของ ยุพิน กนกวนิชย์ และพรชัย มูลเจตน์ (2546) ถึงการเปลี่ยนผ่านในชีวิตของผู้สูงอายุสตรีภายหลังที่มีภาวะข้อสะโพกหัก พบว่า ภายหลังจากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพไปในทางลบ ไม่สามารถกระทำในสิ่งที่ต้องการทำได้ กลายเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ไม่มั่นใจกับสภาพร่างกายของตนเอง

1.3 การพักผ่อนไม่เพียงพอ เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเองและ/หรือจากความกลัว ความวิตกกังวลซึ่งพบได้เสมอ ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยหอบหืด ซึ่งอาการกำเริบหอบเหนื่อยรุนแรง บางรายไม่ได้นอนตลอดคืนเพราะนอนราบไม่ได้ หรือผู้ป่วยมะเร็งซึ่งมีอาการเจ็บปวดรุนแรง ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดทุกข์ทรมานจนไม่สามารถนอนหลับหรือพักผ่อนได้อย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ จากผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียด้านร่างกาย และจิตใจหลายอย่าง จนทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถลดลง หรือรู้สึกแตกต่างจากเดิม (ประคอง อินทรสมบัติ, 2540; Phipp, 2003) จากผลการศึกษาของ Nicolson and Anderson (2003) ถึงคุณภาพชีวิต ความเศร้าโศก และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหลอดลมอักเสบเรื้อรังพบว่า จากการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสาเหตุนำไปสู่ความเศร้าโศกเสียใจ การต้องพึ่งพามีผลต่อสัมพันธภาพต่อบุคคลในครอบครัวและสังคมและมีผลกระทบด้านลบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้จากธรรมชาติของการเจ็บป่วยที่ยาวนานเป็นเดือน เป็นปี หรือตลอดชีวิต ไม่หายขาด ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอยู่เสมอส่งผลกระทบต่อให้เกิดความเครียด (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) รวมทั้งผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ซึ่งเป็นภาวะที่บุคคลรับรู้ว่าเขาไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับ

ชีวิตได้ ภาวะสูญเสียพลังอำนาจจะทำลายความเป็นตัวของตัวเอง สมรรถนะ ความสามารถในการตัดสินใจและความพยายามควบคุมความเจ็บป่วย (ประคอง อินทรสมบัติ, 2540)

3. ผลกระทบด้านจิตสังคม การเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม (Social isolation) และเกิดความรำเหว่ (Corbin, 2000; Miller, 2000) เนื่องมาจากมีปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการสร้าง และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ ได้แก่ วิธีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ฐานะทางเศรษฐกิจแย่ลง การเปลี่ยนแปลงฐานะทางสังคม ความรู้สึกแตกต่างหรือด้อยกว่าคนอื่น การกำเริบของโรค ความพิการ การมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม และต้องพึ่งพาผู้อื่น ความต้องการพักผ่อนมากขึ้น (จารุวรรณ มานะสุรการ, 2544) จากการศึกษาถึงประสบการณ์การเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุพบว่า ผลกระทบของการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงที่จะแยกตัวออกจากสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม และมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ คือการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว ทำให้ขาดสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด และการแยกจาก จากบุคคลในครอบครัว (Hodges, Keeley and Grier, 2001) ดังเช่นในผู้ป่วยที่มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจมักจะลดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและสังคม เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อมีกิจกรรมหรือออกแรง ทำให้ผู้ป่วยพยายามแยกตัวออกจากสังคม จนในที่สุด ผู้ป่วยจะมีอาการซึมเศร้า อยู่อย่างโดดเดี่ยวและเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่ (สุจิตรา ลิมอำนวนยลาภ, 2534) ซึ่งผู้ป่วยเรื้อรังจำเป็นที่จะต้องปรับตัวต่อการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และเครือข่ายทางสังคมที่ลดลงเป็นอย่างมาก และจะต้องพยายามคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคคลให้เหมือนเดิมมากที่สุด (สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

4. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ภาวะทางจิตวิญญาณช่วยให้บุคคลฟันฝ่าอุปสรรค และมีความหมายต่อบุคคลในหลาย ๆ เรื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อผู้ป่วย ซึ่งจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก่อให้เกิดผลกระทบต่อความสมดุลของกาย จิต และจิตวิญญาณ ความเชื่อมโยงกันของผู้ป่วยกับพระเจ้า หรือสิ่งยึดเหนี่ยวอื่น ๆ (Soeken and Carson, 1987) อาจทำให้ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวหาสิ่งอื่นมาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น การนับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ต่าง ๆ รวมทั้งการแสวงหาวิธีการรักษาอื่น ๆ หรือการเชื่อในไสยศาสตร์ต่าง ๆ

ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมด้านร่างกาย เกิดภาวะเจ็บป่วยได้ง่าย ทำให้จำกัดความสามารถที่จะเข้าร่วมสังสรรค์ในสังคม เนื่องจากความอดทนที่จะเข้าร่วมกิจกรรมน้อยลง ความสามารถในการเคลื่อนไหวจำกัด ยิ่งไปกว่านั้นภาพลักษณ์อาจยิ่งด้อยลงตามภาวะของการเจ็บป่วย และความสามารถที่ถดถอยลง ทำให้ผู้สูงอายุถอยหนีจากสังคม (จินตนา เลิศไพบุณย์ และทิพย์ภา เษษฐีเสาวลิต, 2543) ร่วมกับวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเกษียณอายุจากการทำงาน ทำให้บทบาททางสังคมเปลี่ยนไป รายได้ลดลง เพื่อนฝูงลดลง ประกอบกับปัจจุบันครอบครัวมีขนาดเล็กลงเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง รู้สึกโดดเดี่ยว และถ้ามีการเสียชีวิต

ของคู่สมรส เพื่อนสนิท หรือญาติพี่น้อง จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอ้างว้าง เหงามากขึ้น (จันทนา รัตนฤทธิชัย, 2541)

1.5 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่อยู่ในวัยที่มีความเสื่อมของร่างกาย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย ในลักษณะของการเกิดการสลายของเซลล์มากกว่าการสร้าง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะของการเปลี่ยนแปลงใน 3 ลักษณะคือ

1.5.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระดับเซลล์ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้เกิดขึ้นทั้งที่ไม่สามารถมองเห็นได้ และมองเห็นได้ แบ่งตามระบบของการทำงานของร่างกายได้ดังนี้

ระบบผิวหนัง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะทำให้ผิวหนังแห้งแตกง่าย ผิวตกราะ ผมหงอกขาว ผม่ว้งงาย ความสามารถของผิวในการปรับอุณหภูมิของร่างกายและการป้องกันเชื้อโรคลดลง

ระบบการไหลเวียนเลือด จะมีปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจลดลง มีไขมันสะสมที่หัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น ทำให้หัวใจทำงานหนัก ความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง และความสามารถของหัวใจในการปรับตัวให้คืนสู่สภาพปกติลดลงขณะเจ็บป่วยหรือมีกิจกรรมเพิ่มขึ้น

ระบบหายใจ ความจุและการขยายตัวของปอดลดลง ทำให้ปอดรับออกซิเจนได้ลดลง มีการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง และประสิทธิภาพการไอเพื่อขจัดสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจลดลงด้วย

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ผู้สูงอายุจะมีขนาดของกล้ามเนื้อลดลง กล้ามเนื้อลีบเล็กและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ตลอดจนมวลกระดูกลดลง มีการสลายตัวของแคลเซียมออกจากกระดูกมากขึ้น หมอนรองกระดูกสันหลังแคบลง ความยืดหยุ่นและความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวช้า เกิดกระดูกหักหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ ได้ง่าย

ระบบทางเดินอาหาร เริ่มตั้งแต่ในช่องปาก ผู้สูงอายุจะมีการหลั่งน้ำลายของฟัน การขับน้ำลายลดลง การได้รับกลิ่นและรสลดลง การหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะและลำไส้ลดลง ตลอดจนมีการเคลื่อนไหวหรือบีบตัวของทางเดินอาหารลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการท้องอืดท้องผูกได้ง่าย

ระบบต่อมไร้ท่อ เนื่องจากการหลั่งฮอร์โมนและสารต่าง ๆ ในร่างกายลดลงทำให้อัตราการเผาผลาญของร่างกายลดลง มีแนวโน้มที่จะมีน้ำตาลในเลือดสูงได้ง่าย และความสามารถในการปรับตัวต่อภาวะเครียดต่าง ๆ ลดลง

ระบบขับถ่ายปัสสาวะ การทำงานของไตลดลง ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง ทำให้ผู้สูงอายุชายปัสสาวะบ่อยมากขึ้น

ระบบสืบพันธุ์ การหลั่งฮอร์โมนเพศลดลง ในผู้สูงอายุหญิงหมดลูก มีขนาดเล็กกลง ในผู้สูงอายุชายมักจะมีต่อมลูกหมากโต อัณฑะเล็กกลง การหลั่งน้ำอสุจิช้า

ระบบประสาท เซลล์สมองลดลง การตอบสนองต่อการกระตุ้นช้า การรับรู้และการรับสัมผัสลดลง การควบคุมและการประสานงานของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเสียดุลของการทรงตัวได้ง่าย และมีความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็วทันทีทันใด

1.5.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ในผู้สูงอายุ มักจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงรูปลักษณะภายนอก และการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของตนเอง เช่น ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมของร่างกายจากภาวะเสื่อมตามวัย นอกจากจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ภายนอกที่เห็นได้ชัดแล้ว ยังทำให้ความสามารถของร่างกายเสื่อมด้วย ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพามากขึ้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจและสังคม ที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดรายได้ หรือมีรายได้ลดลงและข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในสังคม ทำให้การได้รับความเคารพนับถือจากลูกหลานและสังคมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นภาระแก่ลูกหลาน น้อยใจง่ายและท้อแท้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เบื่อหน่ายต่อสิ่งต่าง ๆ อารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิดและโกรธง่าย นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต และบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล

1.5.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ย่อมนำมาซึ่งข้อจำกัดทางสังคม ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของสภาวะสังคมและเศรษฐกิจปัจจุบัน การขยายตัวของเทคโนโลยี การเจริญเติบโตของโรงงานอุตสาหกรรม เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปจากสภาพที่เคยเป็นอยู่ ชีวิตเริ่มถูกจำกัดอยู่ในวงแคบ บทบาททางสังคมลดลง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมลดลง มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวและสังคม ตลอดจนความสัมพันธ์ที่เคยมีในชุมชนก็ลดลงด้วย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองได้รับความเคารพนับถือลดลง สูญเสียอำนาจและควมมีคุณค่าใน

ตนเอง นอกจากนี้ภาวะเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ทำให้การได้มาซึ่งปัจจัยพื้นฐานต้องแลกเปลี่ยนมาด้วยเงิน ในขณะที่ผู้สูงอายุมักจะมีรายได้ต่ำหรือไม่มีรายได้เลย จากข้อจำกัดของร่างกายหรือภาวะสุขภาพ การประเมินคุณค่าของคนในสังคมมักจะประเมินจากความสามารถในการหาเงิน ทำให้ผู้สูงอายุถูกมองว่าไร้ค่า เพราะไม่มีคุณค่าในทางเศรษฐกิจ ความทันสมัยของสังคมและเทคโนโลยีทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวต่อการยอมรับสิ่งต่าง ๆ ได้ยาก เกิดช่องว่างระหว่างวัย ทำให้ขาดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้สูงอายุและบุคคลในวัยต่าง ๆ

1.6 ปัญหาหลักที่ติดตามมาจากการเปลี่ยนแปลง

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ทำให้เกิดปัญหาที่ติดตามมาจากการเปลี่ยนแปลงอันเป็นปัญหาหลัก ๆ 5 ด้านดังนี้ (คณะอนุกรรมการการศึกษาวิจัย, 2537 อ้างถึงใน ธรรมรักษ์ การพิศิษฎ์, 2542)

1.6.1 ด้านสุขภาพอนามัย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องหยุดการศึกษา จึงขาดความรู้พื้นฐานในการป้องกันรักษาสุขภาพอนามัยเบื้องต้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ก็จะทำให้เพิ่มปัญหาด้านสุขภาพอนามัยทั้งกายและจิตใจ

1.6.2 ด้านการศึกษา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับการศึกษาต้น จึงทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อชีวิตวัยชราน้อย

1.6.3 ด้านความมั่นคงของรายได้และการทำงาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ต่ำไม่มีหลักประกัน ทำให้มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ

1.6.4 ด้านสังคมและวัฒนธรรม จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอันเนื่องมาจากการพัฒนาได้ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างของครอบครัว โดยเปลี่ยนจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งและไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมและครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป เหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา

1.6.5 ด้านสวัสดิการสังคม จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ยังมีปัญหาสุขภาพอนามัย รายได้ ที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจ ครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากย้ายถิ่นทำงานหาเลี้ยงชีพ ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ซึ่งบริการด้านสวัสดิการของรัฐและเอกชนที่จัดให้ผู้สูงอายุยังมีขอบเขตจำกัดไม่เพียงพอและไม่ทั่วถึง

ผลจากการพัฒนาเศรษฐกิจสังคม และความก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์นี้ มีผลต่อการมีชีวิตที่ยืนยาวของมนุษย์แล้วยังมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนอีกด้วย ซึ่งไม่อาจปฏิเสธได้เช่นเดียวกันว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจดังกล่าวส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคล ระบบและกลไกทางสังคมโดยเฉพาะครอบครัวและ

ชุมชน รวมทั้งส่งผลกระทบต่อแบบแผนความเจ็บป่วย จากเดิมโรคติดเชื้อซึ่งเกิดจากความยากจน ไปเป็นโรคไม่ติดเชื้ออันเนื่องมาจากความมั่งคั่ง โรคที่เกิดจากพฤติกรรมของมนุษย์ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า บริโภคนิสัย ไม่ออกกำลังกาย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคและไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ๆ (เพ็ญจันทร์ ประดับมูข, 2542) ซึ่งโรคดังกล่าวคือโรคเรื้อรังนั่นเอง จากผลการสำรวจโดยการตรวจร่างกายผู้สูงอายุโดยสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย (2541) พบว่าผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรังในอัตราร้อยละ 69.3 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี อัตราร้อยละ 72.3 ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี อัตราร้อยละ 72.1 ในกลุ่มอายุ 80-89 ปี และเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นหลาย ๆ โรครวมอยู่ในตัวคนเดียวกัน ความแพร่หลายของโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามอายุ อีกทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง อาจเป็นทั้งเหตุของโรคหนึ่ง และเป็นผลของอีกโรคหนึ่งในเวลาต่อมา

1.7 ความเจ็บป่วยเรื้อรังกับการสูงอายุ

ความเจ็บป่วยเรื้อรังนั้นสามารถเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยสูงอายุซึ่งเป็นผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและการทำงานต่าง ๆ ของร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง ทำให้มีปัญหาทางสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จะมีโรคประจำตัว 2 โรคหรือมากกว่า (Centers of Medicare and Medicaid Services, 1999) ซึ่งโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือ โรคของระบบไหลเวียนโลหิต (Lueckenotte, 1996) จากการสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไปปี พ.ศ. 2538 ของคณะกรรมการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย (2541) พบว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้ผู้สูงอายุมารับการรักษาที่โรงพยาบาลคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน

นอกจากนี้ความเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (Miller, 1992) ซึ่ง Specht (2003) กล่าวว่าความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นอยู่ร่วมกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ ระย้า (2537) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี มีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดร้อยละ 58 ส่วนผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีความสามารถช่วยเหลือตนเองลดลง โดยมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดร้อยละ 19.5 แสดงให้เห็นว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นความสามารถในการช่วยเหลือตนเองจะลดลง ซึ่งมีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้นจะมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ ลดลง ต้องการพึ่งพาและช่วยเหลือ (Carpenter and Demopoulos, 1990; Challis et al., 2000) เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกายเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายอ่อนแอ มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีบุคคลคอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งจะส่งผลต่อการหายหรือการฟื้นฟูจากความเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น ในขณะที่เดียวกันหาก

ไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ ถูกละเลย ทอดทิ้ง จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ไร้ค่า เกิดการแยกตัว (Strauss, 1975)

จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อกัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จะมีผลกระทบต่อจิตใจและสังคมด้วย และการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ หลายโรค ซึ่งโรคเรื้อรังบางโรคเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในทางเสื่อมที่แตกต่างจากวัยอื่น ดังนั้นการให้การรักษายาบาลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง จึงควรพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ในผู้สูงอายุด้วย

2. แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน

Hafen (1981) ให้ความหมายของวิถีชีวิตหมายถึง แบบแผนของชีวิตประจำวัน ได้แก่อาหารที่รับประทาน ทางที่ไปทำงาน คนที่เราอาศัยอยู่ด้วย บุหรี่ สุรา งานอดิเรกที่ทำแล้วรื่นเริง กีฬา ซึ่งทั้งหมดมีผลต่อสุขภาพ

วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และโยธิน แสงวงศ์ (2530) กล่าวว่า วิถีชีวิตของผู้สูงอายุหมายถึง ชีวิตความเป็นอยู่ การได้รับทางการเงิน การดำรงชีวิตด้วยการประกอบอาชีพ และการปรับตัวต่อสภาพชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไป เอาใจใส่ดูแล ความสะดวกสบายในการอยู่อาศัย การรักษายาบาลการดำรงอยู่ด้วยสถานะ

สรุปวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึงการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ประพฤติปฏิบัติในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น สิ่งแวดล้อม การบริโภค สุขภาพ การออกกำลังกาย เป็นต้น

วิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละภาคจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับลักษณะสิ่งแวดล้อมความเป็นอยู่ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม สำหรับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบนสามารถสรุปได้ดังนี้

ด้านสิ่งแวดล้อม ภาวะแวดล้อมของชุมชน

บ้านที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่มีความเป็นอยู่ที่สะดวกสบาย ลักษณะบ้านเรือนมีทั้งบ้านเดี่ยว ทาวน์เฮ้าส์ ห้องแถว ตึกแถว แฟลต การคมนาคมสะดวกสบาย มีถนนลาดยางและถนนคอนกรีต มีไฟฟ้า น้ำประปาทุกบ้าน มีอากาศบริสุทธิ์ มีน้ำอุปโภคบริโภคอย่างพอเพียง การเดินทางส่วนใหญ่ภายในชุมชนผู้สูงอายุนิยมเดินในระยะใกล้ ๆ บ้างปั่นจักรยาน หรือใช้มอเตอร์ไซด์เป็นพาหนะ โดยผู้ที่ขับขี่เองได้หรือให้ลูกหลานช่วยเหลือ ลักษณะการตั้งบ้านเรือนอยู่กันอย่างหนาแน่นเป็นหย่อม ๆ ตามความใกล้ชิดทางเครือญาติ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุในชุมชนรู้จักสนิทสนมกัน และมีความผูกพันฉันท์เครือญาติพี่น้อง (อรนุช ประดับทอง, 2544) ในยามปกติต่างทำมาหากิน แต่เมื่อมีการเจ็บป่วยหรือมีเรื่อง

เด็กร้อน หรืองานบุญก็จะช่วยเหลือกัน อยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข มีความปลอดภัยของชีวิตและทรัพย์สิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ประกอบด้วย สามีหรือภรรยา บุตรหลาน มีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการรับประทานอาหารร่วมกัน ดูโทรทัศน์ นั่งคุยกับคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน ไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา งานบุญ พบปะกับเพื่อนบ้านในวัยเดียวกัน

ด้านบริโภคนิสัย

ผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน มีลักษณะการบริโภคอาหารไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป โดยในวันหนึ่ง ๆ รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ส่วนใหญ่รับประทานอาหารข้าวสวยเป็นหลัก บางรายต้มชากาแฟ ไม้โต โอวัลติน และนม เป็นอาหารเช้า อาหารส่วนใหญ่เป็นประเภท แป้ง เนื้อสัตว์ ไข่ ผักผลไม้ อาหารที่ผู้สูงอายุรับประทานมากที่สุดได้แก่ น้ำพริก โดยรับประทานกับผักต้ม ผักสดที่หาได้ตามฤดูกาล ผู้สูงอายุบางรายใส่พริกป่นปดอมทำให้รับประทานอาหารได้น้อย และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา

ด้านศาสนา ประเพณีวัฒนธรรม ความเชื่อ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีบางส่วนนับถือศาสนาอิสลาม และศาสนาคริสต์ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาของผู้สูงอายุที่เป็นพุทธศาสนิกชน (ฉัตรทิพย์ นาถสุภา, พูนศักดิ์ ธานีกร ประดิษฐ์, 2540) คือไปทำบุญที่วัดในวันพระ และวันสำคัญทางศาสนาและประเพณีที่สำคัญ เช่น วันมาฆบูชา วันวิสาขบูชา วันเข้าพรรษา วันสงกรานต์ งานบุญเดือนสิบ ผู้สูงอายุจะนำปิ่นโตไปวัดถวายพระ ฟังเทศน์ นั่งสมาธิ ผู้สูงอายุแต่ละคนมีความเคร่งครัดในการปฏิบัติแตกต่างกัน ผู้สูงอายุชายจะไปวัดในวันพระธรรมดาน้อยกว่าผู้สูงอายุหญิง แต่ผู้สูงอายุชายจะเป็นหลักในการจัดการเรื่องความเป็นระเบียบเรียบร้อยของงาน เช่น การเตรียมสถานที่ จัดโต๊ะหมู่บูชา ส่วนผู้สูงอายุหญิงมีหน้าที่รับผิดชอบด้านอาหาร การแบ่งหน้าที่นั้นแบ่งแยกตามความเหมาะสม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่อและยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนาที่ตนเองนับถือ ส่วนใหญ่เชื่อในการทำดีได้ดี เชื่อเรื่องบาปบุญคุณโทษ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเชื่อมั่นในการแพทย์แผนปัจจุบันว่ามีความรู้ความสามารถในการรักษาโรคและการเจ็บป่วยให้หายได้ดีกว่าวิธีการรักษาอื่น ๆ ผู้สูงอายุเลือกการดูแลตนเองจากประสบการณ์เมื่อเจ็บป่วย เล็ก ๆ น้อย ๆ ที่บ้านเป็นวิธีการแรก และไปพบแพทย์แผนปัจจุบันเมื่อรักษาพยาบาลที่บ้านไม่ดีขึ้น หรือพิจารณาแล้วว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยตนเองผู้สูงอายุบางส่วนยังคงพึ่งยาสมุนไพรไทย หรือจีน เนื่องจากมีผู้สูงอายุที่มีเชื้อสายจีน ส่วนการรักษาทางไสยศาสตร์ไม่ถูกเลือกใช้ เนื่องจากผู้สูงอายุเชื่อว่า การเจ็บป่วยเป็นสาเหตุจากร่างกายและจิตใจภายในร่างกาย ไม่ใช่การถูกระทำจากสิ่งภายนอก

ด้านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

การช่วยเหลือตนเองในภารกิจประจำวัน ซึ่งได้แก่ การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การแต่งตัว การประกอบอาหาร การประกอบกิจกรรมทางศาสนา การใช้เวลารว่างและงานอดิเรกนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถทำได้ด้วยตนเอง

การใช้เวลารว่างและงานอดิเรก ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งใช้เวลารว่างในการพักผ่อน นั่งเล่น นอนเล่น ใ้บ้าน ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ คุยกับเพื่อนบ้าน อ่านหนังสือพิมพ์ หนังสือธรรมะ เลี้ยงปลา ปลูกต้นไม้ ตกแต่งสวนหย่อม บางส่วนใช้เวลาในการประกอบอาชีพ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาชีพในครอบครัว เช่น เลี้ยงเป็ด ไก่ ปลูกผัก ผลไม้ ทำสวน ทำขนมขาย ขายอาหาร เป็นต้น และกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำเมื่อมีเวลารว่าง เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน ล้างจาน รดน้ำต้นไม้ และทำงานบ้านอื่น ๆ

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังใช้เวลารว่างในการพบปะสังสรรค์ การร่วมกิจกรรมทางสังคม (วรรณากุมารจันทร์, 2543) และทำกิจกรรมทางศาสนา โดยการไปทำบุญที่วัด ช่วยงานบุญต่าง ๆ เช่น ขึ้นบ้านใหม่ งานบวช งานมงคลสมรส เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ เมื่อมีเวลารว่างไปเที่ยวนอกสถานที่กับบุตรหลาน

ด้านสุขภาพ

สุขวิทยาส่วนบุคคล การพักผ่อนนอนหลับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการนอนหลับในเวลากลางคืนวันละ 6-8 ชั่วโมง และนอนพักผ่อนในเวลากลางวัน วันละ 30-60 นาที บ่อยครั้งหรือเป็นประจำ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการสำคัญสำหรับการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุของเกษม ตันติพลาชีวะ (2537 อ้างถึงใน สดใส ศรีสะอาด, 2540) ซึ่งกล่าวว่า การนอนมีความสำคัญต่อสุขภาพ การนอนหลับอย่างเต็มที่และเพียงพอของผู้สูงอายุ จะทำให้ตื่นขึ้นมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระปรี้กระเปร่าและร่างกายมีความพร้อม ผู้สูงอายุบางคนมีปัญหาการนอนไม่หลับในเวลากลางคืน เนื่องจากบางครั้งนอนในเวลากลางวันมากเกินไปจากการมีเวลารว่างมาก ไม่มีงานทำ

การอาบน้ำ แปรงฟัน การแต่งตัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง เข้าและเย็น ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การแปรงฟัน วันละ 2 ครั้ง เข้าและก่อนนอน การแต่งตัวสามารถปฏิบัติได้เอง มีบางส่วนต้องมีคนคอยดูแลช่วยเหลือ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ตรวจร่างกายประจำปี ยกเว้นกรณีที่มีความผิดปกติ หรือเป็นโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ไม่ให้ความสำคัญเพราะคิดว่าตนเองสุขภาพทั่วไปแข็งแรง และยังสามารถทำงานได้ตามปกติ และคิดว่าเมื่อเจ็บป่วยไปพบแพทย์ก็จะได้รับการตรวจสุขภาพอยู่แล้ว

ด้านการออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุใส่ใจสุขภาพมากขึ้นกว่าในอดีต มักออกกำลังกายทั้งผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรง และผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อยๆ ส่วนใหญ่ออกกำลังกายตอนเช้าและเย็น จะออกกำลังกายด้วยการเดิน เช่น เดินไปตลาดตอนเช้า เดินรอบบริเวณบ้าน เดินไปวัด ติเทนนิส แบดมินตัน แอโรบิค รำมวยจีน หรือปั่นจักรยาน บางส่วนไม่ได้ไปออกกำลังกายก็ทำงานบ้าน ปลูกผักสวนครัว จัดสวนหย่อม ถางหญ้า กวาดใบไม้ ตักน้ำจากบ่อมาใส่ตุ่ม ถือเป็นการออกกำลังกายไปในตัว กิจกรรมเหล่านี้จะทำวันละ 10 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ปัญหาและอุปสรรคต่อการออกกำลังกายของผู้สูงอายุคือ ปวดขา ปวดเข่า ปวดหลัง ไม่มีเวลาเพราะต้องเลี้ยงหลาน ร่างกายไม่แข็งแรง (ดวงใจ เปลี้นบำรุง, 2540) เหล่านี้เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกาย

สรุปการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน คือการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ประพฤติปฏิบัติ ในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในบริบทของคนภาคใต้ ซึ่งลักษณะและพฤติกรรมที่ปฏิบัติจะแตกต่างกับผู้สูงอายุภาคอื่น ๆ ทั้งในด้านขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม การดำรงชีวิตสภาพแวดล้อม และการประกอบอาชีพ

3. แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ

3.1 ความหมาย

การดำเนินชีวิตในสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวเพื่อความอยู่รอดของตนเอง การปรับตัวเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของสิ่งมีชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สิ่งมีชีวิตตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ที่ก่อให้เกิดอันตรายได้อย่างเหมาะสม (Luckmann and Sorensen, 1993: 127) แต่แต่ละคนจะมีรูปแบบของการปรับตัวแตกต่างกันออกไป การปรับตัวที่เหมาะสมทำให้บุคคลมีสุขภาพกายและจิตที่ดี ส่วนบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมก็จะเกิดความเครียดและวิตกกังวล ทำให้การดำเนินชีวิตของตนเองหรือครอบครัวเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก การปรับตัวจึงเป็นคุณลักษณะที่มีความสำคัญ จึงมีผู้ให้ความสนใจศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวจำนวนมาก และให้ความหมายเกี่ยวกับการปรับตัวไว้หลายประการ ดังนี้

จรัสพรรณ อรุณแก้ว (2545) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลที่เกิดขึ้นตลอดเวลาที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายในตัวบุคคล หรือสิ่งแวดล้อมภายนอกโดยการปรับกลไกองค์ประกอบต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เป็นไปตามความต้องการของตนเอง หรือเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของสภาพชีวิตของบุคคลนั้น ๆ และเป็นผลให้เกิดสุขภาพที่ดี

วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์ (2545) กล่าวว่า การปรับตัว (Adjustment) เป็นกระบวนการที่บุคคลใช้ความพยายามในการปรับตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับสภาพปัญหาความอึดอัดใจ ความคับข้องใจ ความเครียด ความทุกข์ใจ ความวิตกกังวลต่าง ๆ และอื่น ๆ จนกลายเป็นสภาพการณ์ที่บุคคลนั้น ๆ สามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือสภาพปัญหานั้น ๆ ได้ ถ้าบุคคลปรับตัวแล้วสามารถอยู่ในสภาพแวดล้อมได้อย่างมีความสุขนั้นแสดงว่าบุคคลนั้นมีสุขภาพจิตดี แต่ถ้าหากบุคคลนั้นปรับตัวแล้วยังมีความทุกข์ใจ ว่าวุ่นไม่สบายใจอยู่ ความรู้สึกดังกล่าวย่อมทำให้บุคคลนั้นกลายเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี และหากเรื้อรังรุนแรงมากขึ้น อาจเจ็บป่วยเป็นโรคทางจิตประสาทได้

ลักขณา สิริวัฒน์ (2545) กล่าวว่า การปรับตัวคือ การที่บุคคลสามารถสร้างหรือขัดเกลาพฤติกรรมให้เข้ากับแบบแผนของสังคม หรือสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง หรือสามารถบรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการ ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างปกติสุขทั้งกายและจิตใจ ไม่เกิดผลเสียทั้งต่อตนเองและผู้อื่น เป็นผลของความพยายามของบุคคลที่จะปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองไม่ว่าปัญหานั้นจะเป็นปัญหาด้านบุคลิกภาพ ด้านความต้องการหรือด้านอารมณ์ เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมจนเป็นสภาพที่บุคคลนั้นสามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ ได้

Lazarus and Folkman (1984) ให้ความหมายการปรับตัวว่าหมายถึง ผลลัพธ์ของกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องของบุคคล ในการประเมินสถานการณ์ต่อสิ่งเร้าและวางแผนหรือหาหนทางเลือกในการจัดการกับสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียด และพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา โดยใช้ทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ของตนเอง แสดงออกเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัว 3 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และภาวะสุขภาพ

Derogatis (1986) ให้ความหมายการปรับตัวทางจิตสังคมว่า เป็นความคิดเห็น ความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกทั้งทางด้านสุขภาพกาย จิตใจ และการทำหน้าที่ในสังคม

Murrsy and Huelskoetter (1987) กล่าวถึงการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังว่าพฤติกรรมที่แสดงออกมา อาจหมายถึงการกระทำที่สัมพันธ์กับการดำรงชีวิต รวมทั้งกิจกรรม ความรู้สึก ความคิด ที่จะปรับตัวนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

Mishel (1988; 1990) ให้ความหมายการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปทั้งภายในภายนอก ซึ่งเป็นพฤติกรรมทางจิตสังคมที่บรรลุลักษณะสมดุลหลังเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

Roy and Andrews (1991) ให้ความหมายการปรับตัว หมายถึง การตอบสนองในทางบวกต่อสิ่งแวดล้อมที่มากกระทบต่อสุขภาพ จิตใจ และสังคม เพื่อความอยู่รอดของชีวิต โดยอาศัยกลไกที่มีอยู่ในบุคคลนั้น ๆ

สรุปได้ว่า การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย หมายถึงปฏิกริยาโต้ตอบหรือพฤติกรรมที่แสดงออก ทั้งทางร่างกาย และจิตสังคม โดยเป็นการกระทำความรู้สึก ความนึกคิดที่สัมพันธ์กับการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาของชีวิตยาวนานในการรักษาพยาบาล มีความจำกัดในด้านต่าง ๆ และมีทั้งช่วงอาการของโรคสงบและกำเริบรุนแรง

3.2 สาเหตุของการปรับตัว

Lazarus and Folkman (1984) กล่าวว่า การปรับตัวเกิดจากสาเหตุที่มนุษย์ต้องเผชิญกับ แรงผลักดันซึ่งนักจิตวิทยาเรียกว่า ความต้องการหรือความจำเป็น (Need) ความต้องการเหล่านี้จะทำให้มนุษย์ต้องมีปฏิกริยาตอบโต้ในการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งเร้าเกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับตัว ของคนทั้งคนเสมอทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม กระบวนการปรับตัวทั้ง 3 ด้านนั้นดำเนินไป โดยประสานสัมพันธ์เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน แรงผลักดันที่มีอิทธิพลสำคัญกับการปรับตัวมี 2 ประการ ซึ่งสอดคล้องกับ กันยา สุวรรณแสง (2533) คือ

1. แรงผลักดันภายใน ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นภายในตัวบุคคล เป็นความต้องการทางจิตใจ และเกิดจากสภาพทางสรีระ ได้แก่ ความต้องการสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพ เช่น อาหาร น้ำ อากาศ ความอบอุ่น การพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอ อีกประการหนึ่งคือ จากประสบการณ์ทางสังคมที่บุคคล นั้นได้เรียนรู้ในอดีต เรียกอีกนัยหนึ่งคือ “เหตุจูงใจทางสังคม” ได้แก่ ความต้องการมีเพื่อนฝูง ความต้องการความรัก ความต้องการความสำเร็จ ความต้องการทางด้านจิตใจ เป็นที่ยกย่องนับถือ ยอมรับ ทางสังคม เพื่อให้ได้ความต้องการเหล่านี้ ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัว

2. แรงผลักดันภายนอก ซึ่งเป็นความต้องการทางสังคมและสภาพแวดล้อม และบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ขนบธรรมเนียมประเพณี กฎหมาย ระเบียบวินัย ข้อบังคับ ศาสนา ค่านิยม วัฒนธรรม เป็นต้น ทำให้คนเราต้องปรับตัวเพื่อสนองตอบความต้องการต่าง ๆ และทำให้สามารถดำรง อยู่ได้โดยไม่มี ความกดดันทางจิตใจ

3.3 การปรับตัวของผู้สูงอายุ

ในวัยสูงอายุนอกจากต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจแล้ว พบว่า ทางด้านสังคมก็มีการเปลี่ยนแปลงเช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทาง วิถีชีวิต รวมทั้งต้องปรับใจกับเหตุการณ์การสูญเสียบางอย่าง ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการเปลี่ยนแปลง ทางด้านจิตสังคมในวัยสูงอายุ ได้แก่การเปลี่ยนแปลงในเรื่องต่อไปนี้

การปลดเกษียณ หรือการออกจากงาน (retirement) จัดเป็นการสูญเสียสภาวะสถานภาพ ของตนเองอย่างหนึ่ง (Flectcher, 1994) ถ้าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปผู้สูงอายุ จะค่อย ๆ ออยตัวเองออกจากงาน และเป็นไปด้วยความสมัครใจ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้าน

จิตสังคมไม่มากนัก แต่หากเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด หรือเกิดตามกำหนดอายุซึ่งบุคคลยังไม่ต้องการให้เกิดขึ้น จะเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของชีวิต ทำให้บุคคลปรับตัวไม่ทัน และเกิดความสูญเสียใน 4 ด้านดังนี้

1. สูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม จากที่เคยเป็นบุคคลที่มีบทบาทและตำแหน่งต่าง ๆ เคยเป็นผู้นำ มีคนเคารพนับถือในสังคม ต้องลดบทบาทของตนเองลง เปลี่ยนเป็นเพียงสมาชิกคนหนึ่งของสังคม ทำให้สูญเสียความมั่นคงของชีวิต รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญในสังคม แต่ในสังคมไทยจะยกย่องเพศชายให้เป็นผู้นำ ผู้สูงอายุชายจึงมีการสูญเสียบทบาททางสังคมน้อยกว่าผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุชายจึงมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมน้อยกว่าผู้สูงอายุหญิง (ยุพิน อังสุโรจน์ และคณะ, 2001)

2. สูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง เมื่อปลดเกษียณหรือออกจากงาน โอกาสที่ผู้สูงอายุจะสมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง เนื่องจากปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย มีโรคประจำตัว ทำให้ช่วยตนเองได้น้อย การเคลื่อนไหวเชื่องช้า ไม่สะดวกในการเดินทาง นอกจากนั้นปัญหาทางด้านจิตใจและการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ ก็มีส่วนทำให้สมาคมกับเพื่อนฝูงลดลง

3. สูญเสียสถานะทางการเงินที่ดีเนื่องจากขาดรายได้หรือรายได้ลดลงหลังปลดเกษียณหรือออกจากงาน ผู้สูงอายุมีปัญหาในด้านการดำรงชีพ เพราะค่าครองชีพที่สูงขึ้น ในการศึกษาของยุพิน อังสุโรจน์ และคณะ (2001) พบว่าสถานะทางการเงินของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะก่อให้เกิดความผาสุกทางใจ เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่เชื่อมั่นว่าหากมีเงินแล้วจะสามารถบันดาลสิ่งต่าง ๆ ให้ได้

4. แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง เพราะไม่ต้องออกจากบ้านไปทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ ทำให้ขาดความคุ้นเคยและเกิดความรู้สึกอึดอัดใจ

การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว ในปัจจุบันสังคมครอบครัวเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น หนุ่มสาวจะแต่งงานแยกครอบครัวออกไป หรือไปประกอบอาชีพในต่างถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง ถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่ง โดยเฉพาะในรายที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ปัญหาของผู้สูงอายุจะมีมากขึ้น นอกจากนั้นการตายจากไปของคู่ครองจะทำให้ผู้สูงอายุที่ยังมีชีวิตต้องประสบกับความเหงาค่อนข้างรุนแรง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีความผูกพันกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและสังคมชุมชนที่เคยชิน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hammer (1999) ที่พบว่าผู้สูงอายุให้ความหมายเกี่ยวกับบ้าน ที่อยู่อาศัยของตนเอง ในด้านดี และมีความรู้สึกผูกพันอย่างมาก ไม่อยากเปลี่ยนแปลงหรือลดบทบาทของตนเองจากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นสมาชิกของครอบครัวจึงไม่อยากจากบ้านไปอยู่ร่วมกับครอบครัวของลูกหลาน ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาไม่ให้เกิดความขาดความเคารพนับถือ ขาดความสนใจและเกื้อกูลต่อกันภายในครอบครัว ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น ในรายที่ไม่สามารถทำได้ และจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นอาจทำให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจ ถ้าผู้สูงอายุไม่ยอมรับบทบาทที่เปลี่ยนไป ซึ่งจากการศึกษาของวิไล คุปนิวัติศัยกุล,

รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ, และเจนจิต แสงสิรินาคะกุล (2545) พบว่าผู้สูงอายุไทยรับรู้คุณค่าของตนเอง และร้อยละ 45 มีความสุขดี และมีแต่คนนับถือ

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากสังคมเกษตรกรรมเปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรม ความเจริญก้าวหน้ามีมากขึ้น มีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุมีคุณค่าลดลง เพราะไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ อาชีพ และประสบการณ์เหมือนในอดีต ผู้สูงอายุมีประโยชน์เพียงเป็นคนเฝ้าบ้าน ช่วยดูแลลูกหลาน การเคารพนับถือและการกตัญญูรู้คุณมีน้อยลง ผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าขาดคุณค่า ขาดความสามารถ ทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวเองออกจากสังคม กลายเป็นสมาชิกกลุ่มน้อย และมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปตามแบบอย่างของสมาชิกกลุ่มน้อย คือมีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ใจน้อย มีความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย คิดถึงแต่ตนเอง มีความวิตกกังวลสูง โกรธง่าย พึ่งพาอาศัยผู้อื่นมากขึ้น ผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้ บุคลิกภาพจะเสื่อมมากขึ้นกลายเป็นภาระต่อสังคม ก่อให้เกิดปัญหาทางจิต อาจทำลายตัวเองและผู้อื่นได้

การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม วัฒนธรรมไทยเปลี่ยนแปลงเป็นวัฒนธรรมทางตะวันตกมากขึ้น ผู้สูงอายุยังมีความคิดเห็นที่คงที่ ยึดมั่นกับคตินิยมของชนบทรอบประเพณีและวัฒนธรรมดั้งเดิม ซึ่งเป็นผลมาจากความสามารถในการเรียนรู้ และความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ ๆ ลดลง แต่ยังสามารถจำเรื่องราวเก่าซึ่งเป็นสิ่งที่ประทับใจได้ดี จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดการต่อต้านความคิดใหม่ ๆ ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยมากขึ้น ผู้สูงอายุกลายเป็นคนล้าสมัย จู้จู้ขี้บ่น ทำให้ลูกหลานไม่อยากเลี้ยงดู กลายเป็นส่วนเกินของครอบครัว

การเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการทางจิตในวัยสูงอายุ ทฤษฎีจิตสังคมของอีริคสัน กล่าวว่าวัยสูงอายุเป็นระยะเวลาที่บุคคลจะทบทวนประสบการณ์ในอดีต ว่าตนเองได้ทำหน้าที่อย่างดีที่สุด ก็จะเกิดความพอใจ มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีอารมณ์มั่นคง หากพิจารณาแล้วรู้สึกว่าชีวิตของตนเองดีขึ้น ทุกชีวิตและผิดหวัง ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต จะเกิดความรู้สึกสิ้นหวังไร้ค่า ดังนั้นในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุควรทำใจให้ยอมรับทั้งความสำเร็จ และความล้มเหลวอย่างเข้าใจ รู้จักชีวิตและปล่อยวางเพื่อให้เกิดความสุขสงบในชีวิต

จะเห็นได้ว่าสุขภาพด้านจิตสังคมเป็นสิ่งสำคัญ ในบางครั้งมักถูกมองข้ามไป เน้นความสำคัญกับสุขภาพด้านร่างกายเพียงอย่างเดียว ซึ่งสภาวะทางจิตสังคมสามารถส่งผลต่อสุขภาพด้านร่างกายโดยตรงเช่นเดียวกัน ดังนั้นการปรับตัวของผู้สูงอายุในด้านจิตสังคมเป็นสิ่งสำคัญ สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมีจิตใจที่ดี ร่างกายที่แข็งแรง และปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

3.4 การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย และการที่ต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้อง

ปรับตัวเพื่อตอบสนองทางด้านจิตใจ ภาวะอารมณ์ ความรู้สึก การรับรู้ กระบวนการคิด รวมทั้งความจำเป็นพื้นฐาน การเผชิญภาวะเครียด การปรับตัว บุคลิกภาพ จินตนาการ การทำงานทางด้านจิตใจ และการตอบสนองทางด้านสังคม เช่น การติดต่อสื่อสาร การแสดงบทบาท แบบแผนการดำเนินชีวิต การเข้าสังคมและสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยดังกล่าวเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด และการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยสูงอายุอันมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย สิ่งเร้าเหล่านี้ได้แก่

1. การสูญเสียความรู้สึกของการมีสุขภาพปกติ โดยทั่วไปผู้สูงอายุย่อมมีการเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ตามธรรมชาติ อาจมีผลให้สุขภาพทรุดโทรม เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยทำให้มีความรู้สึกว่าไม่สามารถมีสุขภาพปกติดังเดิม หรือเมื่อเปรียบเทียบกับผู้มีสุขภาพดีอื่น ๆ ในสังคม เนื่องจากการมีพยาธิสภาพของร่างกายอยู่ การทำหน้าที่ของอวัยวะเสื่อมลง หรือสูญเสียหน้าที่การทำงานไป การต้องเผชิญกับอาการของโรคเป็นระยะ ๆ และการที่ต้องปฏิบัติตนเป็นผู้ป่วย ต้องระมัดระวังดูแลเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเป็นพิเศษ รับประทานยาสม่ำเสมอ รับประทานอาหารเฉพาะโรค พักผ่อน ออกกำลังกาย และต้องปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ การที่ต้องมาตรวจสุขภาพตามนัดเหล่านี้ อาจก่อให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ความรู้สึกไม่มั่นใจในตนเอง รำคาญหรือเบื่อหน่าย

2. การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีการสูญเสียหน้าที่ของร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่งไปด้วย เช่น เมื่อไตทำงานล้มเหลว ความสามารถในการกรองและขับถ่ายสารที่ร่างกายไม่ต้องการ และน้ำก็ลดลงด้วย หรือไม่มีการขับถ่ายออกจากร่างกายทำให้มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ความคิดไม่ปลอดโปร่ง อาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุรู้สึกไม่สดชื่น ไม่สามารถ ทำกิจกรรมที่ชอบ มีอาการเก็บตัว ถอยหนีจากสังคม ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังต้องเผชิญความเครียดอยู่เสมอ มักรู้สึกกังวลใจ กลัวและเศร้าซึม ทำให้ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ขาดสมาธิ และความคิด ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยอัมพาตทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวเสียไป หรือกล้ามเนื้ออ่อนแอ และอาจกระทบกระเทือนต่อสัมพันธ์ภาพทางเพศของคู่สมรส เพราะสูญเสียความรู้สึกทางเพศ หรือไร้สมรรถภาพทางเพศ ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกอายน่าอับอาย หงุดหงิดง่าย หรือซึมเศร้า

3. การสูญเสียความพึงพอใจในตน และอัตมโนทัศน์แห่งตน การเจ็บป่วยและการรักษาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีผลต่ออัตมโนทัศน์ซึ่งครอบคลุมภาพลักษณ์ ความพึงพอใจในตน การยอมรับคุณค่าตนเอง และความสำเร็จของตน ผู้ป่วยมะเร็ง และปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ร่างกายผอมแห้ง ทรุดโทรม ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีได้รับการขีดบริเวณที่ฉายแสงผิวหนังมีสีดำนวล ผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยเครื่องไตเทียมเป็นประจำ ต้องมีการเจาะต่อเส้นเลือดไว้ ผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้ อัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ผันแปรไปจากปกติรู้สึกไร้ค่า และไม่พอใจตนเอง

4. ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง พยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือดูแลตนเองได้น้อยลง หรือไม่ได้เลยในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การ

ซับซ้อน การเคลื่อนไหว การที่ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวัน และไม่สามารถปฏิบัติตามการรักษาพยาบาลได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกวิตกกังวล กลัว ไม่มั่นใจในการมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วย อาจเกิดความรู้สึกสิ้นหวังท้อแท้ใจ และสูญเสียพลังในการควบคุมตนเอง

5. การสูญเสียความสามารถพึ่งตนเองได้อย่างอิสระ บุคคลย่อมมีพัฒนาการของชีวิตจากการพึ่งพาผู้อื่นในวัยทารก วัยเด็ก ไปสู่การพึ่งตนเองได้อย่างอิสระในช่วงของวัยชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป และพึ่งตนเองได้เต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นตามสภาพของโรคที่เผชิญอยู่ ผู้ป่วยอาจมีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย เศร้าโศก ต้องการการประคับประคองด้านจิตใจ เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นอัมพาตเคลื่อนไหวไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิตประจำวันมาก การรักษาที่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายจำนวนมากก็จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นด้านการเงิน

6. การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวและสังคม การเจ็บป่วยทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงหรือไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติมักส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้ป่วยสูงอายุในครอบครัว เช่น จากบทบาทที่พึ่งตนเองได้หรือให้ผู้อื่นพึ่งพาได้ ช่วยทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ ช่วยดูแลหลาน มาเป็นผู้ป่วยต้องให้สมาชิกในครอบครัวดูแล ส่วนบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนแปลงไป การเจ็บป่วยทำให้ต้องสูญเสียบทบาทในสังคม เช่น การเป็นสมาชิกกลุ่มองค์กรต่าง ๆ การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนฝูง เป็นต้น การปรับเปลี่ยนบทบาทอาจต้องใช้เวลาและความสามารถ หากปรับเปลี่ยนบทบาทไม่ได้ อาจเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะเครียด และความขัดแย้งในครอบครัวได้

7. การเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม การเจ็บป่วยทำให้ภาวะอารมณ์ของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป กลายเป็นคนจุกจิก หงุดหงิด โกรธง่าย และมีพฤติกรรมหวาดระแวง กลัวถูกทอดทิ้ง เรียกร้องเอาอกเอาใจ เหล่านี้อาจทำให้บุคคลใกล้ชิดไม่ยอมรับพฤติกรรมเหล่านี้ หมดความอดทน ทำให้มีผลต่อสัมพันธภาพที่ห่างเหิน หรือต้องมีการแยกจากไป ในด้านสังคมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย การสังสรรค์กับเพื่อนฝูงจะน้อยลง ทำให้สัมพันธภาพกับบุคคลในสังคมเปลี่ยนแปลง

8. การสูญเสียความสุขสบายทางร่างกาย ผู้ป่วยสูงอายุสูญเสียความสุขสบายไปเนื่องจากมีอาการของโรคแทรกซ้อนในชีวิตประจำวัน เช่น ความอ่อนเพลีย หายใจไม่ออกหรือหายใจหอบ และถ้ามีความเจ็บปวดเรื้อรัง ก็ยังรู้สึกไม่สุขสบายมากขึ้น ผู้ป่วยที่ต้องคอยกังวลในการดูแลตนเองในการรักษา เช่น การตรวจระดับน้ำตาลในปัสสาวะ ฉีดยาตนเอง หรือต้องคอยระวังในการปฏิบัติตัว ทำให้ไม่มีเวลา และไม่สนใจที่จะหาความสุขสบายให้ตนเอง

9. การเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตให้สอดคล้องกับสภาพความเจ็บป่วย แบบแผนชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ ย่อมเปลี่ยนแปลงไปจากระยะก่อนเจ็บป่วย โดยเฉพาะถ้าเป็นโรคเรื้อรังซึ่งต้องมียาอยู่

โดยการปฏิบัติตามแบบแผนการดูแลรักษาเฉพาะโรค เพื่อควบคุมการดำเนินโรคให้ช้าลง ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับพฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหารที่เคยมากให้น้อยลง การไม่เคยออกกำลังกายฝึกกล้ามเนื้อมาก่อน อาจต้องฝึกฝนการทำงานของกล้ามเนื้อ และจิตใจ ผู้ป่วยต้องฝึกฝนทักษะต่างๆ ควบคุมตนเองให้ได้ ยอมรับการเป็นโรค ยอมรับบทบาทของผู้ป่วย และไม่รู้สึกสิ้นหวังต่อการปฏิบัติดังกล่าว การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตจะมีผลให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับการมีชีวิตร่วมกับการเจ็บป่วยโดยไม่รู้สึกท้อทรมานเกินไป

การปรับตัวเป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง เพื่อให้สามารถอยู่ในสังคมหรือสภาพแวดล้อมนั้นได้ ในขณะที่ความเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวอย่างเหมาะสมเพื่อการดำรงชีวิตแล้ว เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งมีธรรมชาติของความเจ็บป่วยที่ยาวนาน รักษาไม่หายขาด และต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในทุก ๆ ด้านทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ผู้ป่วยจะมีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของอวัยวะต่างๆ และพยาธิสภาพที่มีต่ออวัยวะนั้น ๆ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง หรือถ้าปฏิบัติได้ก็อาจมีความจำกัดในการทำกิจกรรมนั้น ๆ (Woods et al., 1990) ต้องพึ่งพาคือคนอื่น เช่น จากการศึกษาผลของความเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า 40% ของผู้ป่วยชายและหญิง ไม่สามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ (Hanson, 1982) หรือในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องถูกตัดแขนขา ผู้ป่วยโรคไตวายที่บวม ชีด อ่อนเพลีย เหล่านี้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นด้านร่างกายของผู้ป่วยที่นำมาซึ่งความทุพพลภาพ สูญเสียภาพลักษณ์และบุคลิกภาพที่ดี ผลของพยาธิสภาพของโรคทำให้ผู้ป่วยบางคนต้องออกจากงาน หรือต้องเปลี่ยนงานใหม่เพื่อให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง ส่งผลต่อภาวะเศรษฐกิจตามมา ความเจ็บป่วยทำให้ครอบครัวต้องใช้จ่ายเงินมาก ในขณะที่รายได้ครอบครัวลดลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสำหรับครอบครัวน้อยลง ความต้องการพักผ่อนและการไม่สามารถทำงานได้ตามปกติจะทำให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง (Tiden, 1987) การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานนอกบ้านได้จะส่งผลให้สังคมของผู้ป่วยแคบลง ต้องละทิ้งกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำ ทำให้ผู้ป่วยค่อย ๆ ตัดขาดจากสังคมไปทีละน้อย การไปมาหาสู่เยี่ยมเยียนกับญาติก็อาจลดลง นอกจากนี้ผลกระทบจากโรคทำให้ร่างกายผู้ป่วยอ่อนเพลียมีความจำกัดของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการทางเพศลดลง ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของสามีและภรรยา Sexton and Munro (1988) พบว่าร้อยละ 50 ของภรรยาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยกเลิกการมีเพศสัมพันธ์โดยเด็ดขาด สำหรับสาเหตุด้านจิตใจที่เป็นอุปสรรคต่อการมีเพศสัมพันธ์ คือความซึมเศร้า วิดกกังวลใจ อารมณ์กดดัน ผลจากภาวะเจ็บป่วยผู้ป่วยจะมีความรู้สึกโกรธง่าย หงุดหงิดบ่อย ทำอะไรไม่ถูกต้อง ไม่ถูกใจ เหล่านี้เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียด และการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมของผู้ป่วยสูงอายุ

อันมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวอย่างเหมาะสมเพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

3.5 การประเมินการปรับตัว

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยพบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการปรับตัว มีดังนี้

1. แบบประเมินการปรับตัวของ นิตยา โรจนพินกร (2536) ที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการปรับตัวของ Jalowice (Jalowice coping scale) เพื่อให้ประเมินพฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา โดยมีการประเมินการปรับตัว 2 ด้านคือ พฤติกรรมการปรับตัวด้านการมุ่งแก้ปัญหา มีจำนวนข้อคำถาม 13 ข้อ และพฤติกรรมการปรับตัวด้านการจัดการกับอารมณ์มีจำนวนข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ บ่อยที่สุด บ่อย ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ตรวจสอบและหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งของศิริราช และคอ ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก ระบบย่อยอาหาร ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ระบบโลหิตและน้ำเหลือง และเป็นผู้ป่วยที่ต้องมารับรังสีรักษา ณ หน่วยรังสีรักษามะเร็งโรงพยาบาลมหาราชานคร เชียงใหม่ จำนวน 20 คนและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .79

2. แบบสอบถามการปรับตัวของ สุณี สุวรรณพสุ (2544) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) แบ่งเป็นการปรับตัว 3 ด้าน ได้แก่ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจและภาวะสุขภาพ โดยการปรับตัวด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และด้านขวัญและกำลังใจ ดัดแปลงมาจากแบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมต่อภาวะเจ็บป่วยของ Derogatis et al. (1986) และการปรับตัวด้านภาวะสุขภาพ ดัดแปลงมาจากแบบประเมินผลการรักษาในผู้ป่วยที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (The Arthritis Impact Measurement Scale) ของ Meenan (1982) มีจำนวน 33 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ โดยคำถามด้านบวกจากจริงเล็กน้อยให้ 1 คะแนน ไปจนถึง จริงมากให้ 3 คะแนน ส่วนคำถามด้านลบให้กลับค่าคะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 9 คน ตรวจสอบความเที่ยงโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ .91

3. แบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมต่อภาวะการเจ็บป่วย (Psychosocial Adjustment to Illness Scale: PAIS) เป็นแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง สร้างขึ้นโดย Derogatis (1986) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 45 ข้อ ซึ่งประเมินการปรับตัว 7 ด้านคือ ด้านการดูแลสุขภาพ

สภาพแวดล้อมในด้านอาชีพ สภาพแวดล้อมภายในบ้านหรือครอบครัว สัมพันธภาพทางเพศ สัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างไกล สัมพันธภาพในสังคม และความทุกข์ทรมานทางใจ แบบวัดนี้มีทั้งหมด 45 ข้อ โดยในแต่ละข้อมีตัวเลือก 4 ตัวเลือก ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดย Morrow, Chiarello and Derogatis (1978) ทั้งด้านความตรงและความเที่ยง ดังนี้

3.1 ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 75 ราย ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วย Hodgkin 37 ราย ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย 38 ราย โดยที่กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ป่วยนี้ ไม่ใช่กลุ่มญาติของผู้ป่วย 37 ราย นำคะแนนแต่ละด้านมาหาความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันได้ค่าระหว่าง .01-.33 ($p > .05$) แสดงว่าเนื้อหาในแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ จากนั้นนำคะแนนของแต่ละด้านมาหาความสัมพันธ์กับคะแนนรวมพบว่ามีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมได้ค่าระหว่าง .34-.47 ($p < .05$) ยกเว้นด้านอาชีพการงาน และด้านสัมพันธภาพกับญาติที่อยู่ห่างไกล ได้ค่า .22 และ .08 ($p > .05$) ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือนี้มีความตรงเชิงโครงสร้าง

3.2 การทดสอบความตรงตามเกณฑ์ (Criterion validity) ตรวจสอบจากการนำคะแนนที่ได้แต่ละด้านไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานอื่น ด้านการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการวัดระดับความพึงพอใจเกี่ยวกับความคาดหวังต่อคุณภาพการดูแลที่ได้รับ โดยใช้แบบวัด 3- point scale ($r = .47, p < .001$) นอกจากนี้ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการประเมินโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger (State – trait anxiety inventory) ค่า $r = .51$ ($p < .001$) และแบบวัด Symptom Checklist 90 Analogue Scale ของ Derogatis ได้ค่า $r = .47$ ($p < .001$)

3.3 การหาความเที่ยงของเครื่องมือ กระทำในกลุ่มตัวอย่างซึ่งป่วยด้วยโรค hodgkin มาอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 37 ราย ใช้ผู้สังเกตการณ์ทั้งหมด 6 คน เพื่อให้การทดสอบความเที่ยงครั้งนี้มีความเชื่อมั่นมากขึ้น ประกอบด้วยแพทย์ 1 คน เทคนิคการแพทย์ 2 คน นักศึกษาแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 1 คนในชั้นดำเนินการนั้นผู้สังเกต 1 ใน 6 คน จะเป็นผู้สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยแบบวัดการปรับตัวในสังคม (PAIS) พร้อมกันนั้นบุคคลที่เหลือ 1 ใน 5 จะเป็นผู้ร่วมสังเกต และให้คะแนนโดยใช้แบบวัดชุดเดียวกัน เมื่อครบ 37 รายแล้วจึงนำคะแนนที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยรวมได้เท่ากับ .83 และรายด้านมีค่าอยู่ระหว่าง .33 -.82

4. แบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมได้แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย มุกดา คุณาวุฒินันท์ (2535) โดยนำไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจอประสาทตาตลอก จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90 และเมื่อหาซ้ำในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 ราย ในครั้งแรกได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 และ .93 ในการเก็บข้อมูลครั้งหลัง

5. สุมาพร บรรณสาร (2545) ได้นำแบบสอบถามซึ่งแปลโดย มุกดา คุณาวุฒินันท์ (2535) ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง และมีการวัดการปรับตัว จำนวน 7 ด้าน ตาม Derogatis

(1986) คือด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ด้านสัมพันธภาพทางเพศ ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม และด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ มีจำนวนข้อคำถาม 45 ข้อ ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .82 หลังจากนั้นทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ กับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .89

6. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ (2544) ได้นำเครื่องมือวัดการปรับตัวด้านจิตสังคมของ Derogatis (1986) ไปใช้กับผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว ซึ่งวัดการปรับตัว 7 ด้านคือ ด้านภาวะสุขภาพ ด้านอาชีพการงาน ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสัมพันธภาพทางเพศ ด้านสัมพันธภาพในสังคม ด้านกิจกรรมทางสังคม และด้านความกดดันทางจิตใจ ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 7 ท่าน และได้หาความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 ราย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .94

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการปรับตัวทางจิตสังคมของ Derogatis (1986) จาก สุมาพร บรรณสาร (2545) เนื่องจากสามารถวัดการปรับตัวได้หลายองค์ประกอบที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อมของบุคคลซึ่งจะสามารถประเมินการปรับตัวได้ครอบคลุมและชัดเจนรวมทั้งความตรงและความเที่ยงของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ที่น่าเชื่อถือ

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

Heitkemper and Shaver (1989 อ้างถึงใน รุ่งนภา บุญประดิษฐ์, 2536) พบว่า การปรับตัวของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ มีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเป็นสิ่งที่กำหนดความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วย (Unhealthy states) ของผู้ป่วย ปัจจัยส่วนบุคคลนั้นมีทั้งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ เช่น อายุ พันธุกรรม และที่เปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ เช่น รูปแบบการดำเนินชีวิต (Lifestyle) ปัจจัยนี้จะช่วยกำหนดระยะและขอบเขตของการปรับตัว ส่วนปัจจัยสิ่งแวดล้อมและสังคมอาจจะช่วยทำให้การปรับตัวด้านพฤติกรรมหรือสรีรวิทยาเพิ่มขึ้น เพื่อชดเชยกับพยาธิสภาพที่จำกัดความสามารถของผู้ป่วย แสดงว่าการปฏิบัติกรพยาบาลต้องเกี่ยวข้องโดยตรงกับทั้ง 3 องค์ประกอบ คือปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และการปรับตัวของผู้ป่วย (Mitchell, Gallucci and Fought, 1991) และทฤษฎีการปรับตัวของ Selye (1976) ได้กล่าวว่า ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกจะมีผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างร่างกายและจิตใจ และการปรับตัวของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยและโรค (Patrick et al., 1986) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Haber (1987) ที่กล่าวว่า การตอบสนองต่อการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือความพิการเป็นกระบวนการ

ปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ หลายปัจจัย ฉะนั้นปัจจัยภายในบุคคล ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้ คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจากการทบทวนวรรณกรรมมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหาและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์

4.1 อายุ

อายุ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จในการปรับตัวด้านการควบคุม สรีรวิทยา (Mitchell, Gallucci and Fought, 1991) ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน จะมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคเฉียบพลันและโรคเรื้อรังที่แตกต่างกัน อายุที่สูงขึ้นจะส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุลดลง การปรับตัวลดลง จากการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง เซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายทำงานลดลง สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) กล่าวว่าเมื่ออายุมากขึ้นประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ จะเริ่มถดถอยลงเป็นลำดับ การถดถอยของสมรรถภาพจะเกิดค่อนข้างมากเมื่อมีอายุประมาณ 70-80 ปี ทำให้มีโอกาสเกิดโรคได้ง่าย และหากเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพขึ้น โดยเฉพาะโรคเรื้อรังจะทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพ และเข้าสู่ระยะพึ่งพา อายุจึงถือเป็นปัจจัยเสี่ยงในด้านการเกิดโรค ทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ (ศรีจิตรา นุนนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) จากการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ (ทัศนีย์ ระย้า, 2537; Nesbitt and Heidrich, 2000; Quinn et al., 1999; Simons et al., 2000) Orem (1991) กล่าวว่าอายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงในวัยสูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ วรรณภา กุมารจันทร์ (2543) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงและปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก เอมอร มุกดาสนิท (2542) ศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ

จากการศึกษาจะเห็นว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยดังกล่าวมาขึ้นต้น ดังนั้นจึงคิดว่า อายุน่าจะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยผู้ที่มีอายุมากกว่าอาจจะสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

4.2 เพศ

เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการศึกษาแบบแผนการเจ็บป่วย และนโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการการรักษาพยาบาลในประเทศ ไทยของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุหญิงคิดเป็นร้อยละ 52.7 และ 43.2 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจากต่างประเทศที่พบว่า ความแตกต่างระหว่างเพศมีผลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการปรับตัว ส่วนใหญ่จะพบว่าเพศชายมีสุขภาพดีกว่าและปรับตัวได้ดีกว่าเพศหญิง (Dunlop et al., 1997; Melzer, 1999) แต่จากการศึกษาของ Andreason and Norris (1972) พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงจะมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดีกว่าเพศชาย ดังนั้นจึงเป็นที่น่าสนใจว่าเพศจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง

4.3 ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาจะช่วยให้บุคคลทำความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เรียนรู้ได้มากมีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม ระดับการศึกษาสูงจะช่วยให้บุคคลมีความรู้ความสามารถในการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพหรือแบบแผนชีวิตในทางบวก (Pender and Pender, 1987) รวมทั้งช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตได้ดี ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีความรู้เรื่องโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งทำให้ตระหนักถึงอาการและอาการแสดงของความเสื่อมสมรรถภาพการทำงานในร่างกาย (พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์, 2538) จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุของ วรณวิมล เบญจกุล (2535) พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ กันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540) พบว่าระดับการศึกษาของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นด้วย นอกจากนี้การศึกษายังช่วยให้บุคคลรู้จักการใช้ความคิดของตนเองในการแก้ไขปัญหาที่มีการปรับตัว และดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลพรรณ หอมนาน (2539) พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดี ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่ดี

4.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วย

ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัว ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มักจะมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมาเกี่ยวข้องด้วย จากการศึกษาในความเจ็บป่วยทั่วไปพบว่า ความรุนแรงและระยะเวลาเป็นประเด็นหลักในผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Mishel, 1999: 275) เพราะธรรมชาติของมนุษย์จะต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และระยะเวลา

ช่วยในการรักษาได้ดีที่สุด เมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งผู้ป่วยจะเริ่มปรับตัวค่อย ๆ เรียนรู้การเผชิญความเครียดที่เหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น แก้ปัญหาได้ตรงจุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Bell,1977; Kottket, 1982) นอกจากนี้ระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้การเจ็บป่วย มากขึ้น มีความคุ้นเคยกับแบบแผนการรักษาและเรียนรู้ในการดูแลตนเอง สามารถสร้างแบบแผนความเข้าใจต่อการเจ็บป่วยได้ดี (Friedlan and Mc Coll,1987) และมีอิทธิพลต่อการปรับตัว ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ มากกว่าเวลาที่กระชั้นชิด (กุลธิดา พานิชกุล, 2536) การศึกษาของ Pollock (1993) พบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยเรื้อรังสามารถทำนายการปรับตัวทางจิตสังคมได้ และการศึกษาของ เพลินพิศ เลหาวิริยะกมล (2531) พบว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนแปลงลิ้นหัวใจนาน จะมีการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดสั้น นั่นคือผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเป็นโรคนานจะมีการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เป็นโรคสั้น

เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่ต่อเนื่องและยาวนาน ดังนั้นระยะเวลาของการเจ็บป่วยมากขึ้นจึงทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีประสบการณ์ในการเรียนรู้แบบแผนของอาการ การรักษา และการพยากรณ์โรคของตนเอง อีกทั้งยังมีการเรียนรู้เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพทำให้เกิดความคุ้นเคย ผู้ป่วยมีเวลาในการวิเคราะห์สถานการณ์ มองหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างรอบคอบจึงสามารถปรับตัวให้พร้อมรับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงได้เป็นอย่างดี

การประเมินระยะเวลาของการเจ็บป่วย

การประเมินระยะเวลาของการเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการประเมินทั้งในลักษณะการนับเป็นจำนวนปี และลักษณะการนับเป็นจำนวนเดือน ในงานวิจัยนี้ใช้ลักษณะการนับเป็นจำนวนปี ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเรื้อรังมาหลายปี หากนับเป็นจำนวนเดือนอาจจะทำให้ระยะเวลาของการเจ็บป่วยคลาดเคลื่อนได้ ดังนั้นจึงนับระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นจำนวนปี โดยนับจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งมีบันทึกไว้ในบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอก จนกระทั่งถึงวันที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูล สำหรับผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปจะนับเป็น 1 ปี

4.5 การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

การรับรู้ (Perception) เป็นขบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคลที่สำคัญ เพราะถ้าบุคคลปราศจากการรับรู้แล้วจะไม่สามารถมีความจำ หรือ การเรียนรู้ ได้เลย ดังนั้นการรับรู้คือการแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง (New Webster's Dictionary,1975:1100)

Chaplin (cited in Bunting, 1988: 169) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า เป็นกระบวนการภายในของบุคคลที่สามารถตระหนักได้ เป็นการรับรู้ความรู้สึกและให้ความหมายโดยประมวลเข้ากับเหตุการณ์ในอดีตซึ่งต้องอาศัยการวินิจฉัย เป็นความสามารถของมนุษย์ในการพิเคราะห์สิ่งต่าง ๆ ที่กระทบและเป็นการรู้แจ้งโดยสัญชาตญาณหรือความเชื่อในสิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นทันทีทันใดมาประเมินร่วมกัน

กุศล ญาณะจारी (2544) กล่าวว่า การรับรู้หมายถึงการแสดงออกทางความคิด ความเข้าใจ จากการที่สมองตีความ หรือแปลความหมายของข้อมูลที่ได้จากการสัมผัส ด้วยประสาทสัมผัสของร่างกายกับสิ่งเร้า หรือสิ่งแวดล้อม โดยอาศัยประสบการณ์เดิมและการเรียนรู้เป็นเครื่องช่วยเป็นพื้นฐานในการวัดคุณภาพและความพึงพอใจ

เชาวลิต อะหมัด (2546) กล่าวว่า การรับรู้หมายถึงการที่บุคคลได้สัมผัสกับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ รอบตัว โดยสามารถทำความเข้าใจและแปลความหมายต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้น มีกระบวนการทางด้านการคิด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความรู้เดิม ๆ ที่มีอยู่ การรับรู้จะออกมาในรูปจินตนาการหรือแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ อาจมีทั้งที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผลก็ได้

Kozier, et al (1989) กล่าวว่า การรับรู้เป็นประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึก การแปลความหมาย และความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ ในโลก การรับรู้เป็นลักษณะที่เฉพาะของแต่ละบุคคลและเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล

จากความหมายของการรับรู้ที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางความคิด และจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิด ที่มีผลมาจากกระบวนการรับและตีความสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มาสัมผัส ด้วยความแตกต่างกันทางด้านปัจจัยส่วนบุคคลและประสบการณ์ที่ผ่านมา คนแต่ละคนจึงมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน ซึ่งการรับรู้จะส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกต่อการรับรู้ในสิ่งนั้น ๆ

บุคคลแต่ละคนมีปฏิกริยาโต้ตอบ หรือกระทำต่อสภาวะปัญหาทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับตนเองแตกต่างกัน เนื่องมาจากการที่บุคคลมีระดับความทนต่อการเจ็บป่วยแตกต่างกัน และคำว่า “การเจ็บป่วย” (Illness) มีความหมายหลากหลาย โดยทั่วไปการเจ็บป่วยหมายถึง ภาวะที่ร่างกายเบี่ยงเบนไปจากภาวะสุขภาพ หรือสภาพร่างกายซึ่งมีพยาธิสภาพ (Ignatavicius and Bayne, 1991) ส่วนทางด้านสังคมเชื่อว่าการเจ็บป่วยคือสภาวะที่บุคคลไม่มีความสามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ซึ่งบุคคลนั้นมีส่วนร่วมในกระบวนการทางสังคม และทางด้านจิตวิทยาให้ความหมายไว้ว่า การเจ็บป่วยเป็นพฤติกรรมแสดงออกของบุคคล ซึ่งมีอาการของความผิดปกติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2532)

การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นความรู้สึกที่รับรู้ว่าร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ซึ่งการรับรู้นั้นจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือบางคนอาจมีการรับรู้ว่า ความ

เจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของเขา ดังนั้นตาม การรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการและ ความเจริญเติบโตของมนุษย์ ในขณะที่บางคนอาจรู้สึกว่าความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและ คุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ทำให้เขาต้องเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาก็คือ ความ กลัว ความท้อแท้ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้การเจ็บป่วยของบุคคลที่แตกต่างกันนี้ มีอิทธิพลต่อ กำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน

ในผู้สูงอายุที่มีการเสื่อมถอยของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ร่างกาย อ่อนแอ เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย ย่อมมีโอกาสเกิดโรคและเจ็บป่วยได้มากกว่าบุคคลวัยอื่น ๆ ที่มี ร่างกายแข็งแรง และมีความต้านทานโรคมกกว่า บางครั้งการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งจะมีวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน ผลของความเจ็บป่วยต่อบุคคลก็แตกต่าง กันด้วย ผู้ป่วยทุกคนที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลย่อมมีความเครียดเกิดขึ้น ทั้งนี้ขึ้นกับการรับรู้ ของผู้ป่วยแต่ละคน การรับรู้และเข้าใจในสภาพความเจ็บป่วยของตนว่ามากน้อยเพียงใด รู้ว่า ขณะนี้เกิดอะไรขึ้นกับเขาและต่อไปจะเกิดอะไรขึ้นอีก ขณะนี้แพทย์ให้การรักษาเขาอย่างไร พยาบาลให้การดูแลช่วยเหลือเขาอย่างไร เขาควรปฏิบัติตัวอย่างไร ให้ความร่วมมือในการ รักษาพยาบาลอย่างไร โรคจะหายขาดหรือไม่ และอนาคตจะเป็นอย่างไร สิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อการ ปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยสูงอายุ การรับรู้และเข้าใจในสภาพความเจ็บป่วยที่ตรงกับความเป็นจริงและยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการวิจัยของ Punttil (1991) พบว่า การที่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพได้ให้คำแนะนำ และอธิบายให้ผู้ป่วยสูงอายุได้เข้าใจในเรื่องโรค และอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ตลอดจนการ เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถ ปรับตัวต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ดี รวมทั้งให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

Barry (1989) กล่าวว่า การรับรู้ความหมายของการเจ็บป่วยเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มี ผลต่อการตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วย การรับรู้ความหมายการเจ็บป่วยจะมีผลต่อการดำเนินชีวิต การรับรู้เป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และครอบครัวต่อปัญหาและภาวะ เจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ทศนคติเกี่ยวกับตนเอง ความสามารถของตนเอง ภาพลักษณ์ ความสำนึกในคุณค่าแห่งตน ความเข้าใจของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยเป็นอย่างไร การ รับรู้และความคาดหวังของผู้ป่วยกับครอบครัวนั้นมีความสอดคล้องกับความเป็นจริง มากน้อย เพียงใด การที่ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ความเป็นจริง จะมีปฏิกิริยาทางบวก มีกำลังใจและเป็นการ สนับสนุนให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเป็นจริง สามารถปรับตัวได้ และดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่าง เหมาะสม

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย หมายถึง กระบวนการที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังได้รู้และเข้าใจ ได้เลือกหรือจัดการให้ความหมายต่อภาวะที่ร่างกายเบี่ยงเบนไปจากภาวะสุขภาพหรือมีพยาธิสภาพที่อ่อนแอ ทำให้หน้าที่การทำงานของร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงจากเดิม

จากแนวคิดของบุคคลต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว พอจะสรุปได้ว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้ถูกต้องตามความเป็นจริงจะช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุมีการปรับตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ ป้อมเสมาพิทักษ์ (2536) ศึกษาผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า การรับรู้ความหมายของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ใช้แบบวัดการรับรู้ความหมายของการเจ็บป่วยที่สร้างขึ้นโดย เบญจวรรณ ป้อมเสมาพิทักษ์ (2536) ที่สร้างขึ้นจากการค้นคว้าเอกสาร งานวิจัย บทความวารสารทั้งในประเทศ และต่างประเทศ และทบทวนวรรณกรรม โดยใช้วัดการรับรู้ความหมายของการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล มีจำนวนข้อคำถาม 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามแบบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด ไม่ทราบ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 ท่าน ตรวจสอบและหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 30 คน ที่นอนพักรักษาตัวในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ และโรงพยาบาลตากสิน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ 0.68 และหลังจากเก็บข้อมูลจริงจากผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม และศัลยกรรม โรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 160 คน ได้นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอีกครั้งได้เท่ากับ 0.79

4.6 การรับรู้เกี่ยวกับปฏิภพของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย

การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับปฏิภพของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย คำว่าครอบครัว หมายถึง บุคคลที่อยู่รวมกันโดยการสมรสหรือความผูกพันทางสายเลือด คือ ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และลูก รวมทั้งบุตรบุญธรรมด้วย สมาชิกของครอบครัวเหล่านี้ที่อยู่รวมกันภายในครัวเรือนเดียวกัน หรือบางครั้งแยกกันอยู่ต่างหาก และต้องมีการติดต่อโต้ตอบระหว่างบุคคลหรือสามีภรรยา พ่อแม่ ลูก พี่น้อง โดยสังคมแต่ละแห่งจะกำหนดบทบาทแต่ละครอบครัวไว้ขึ้นอยู่กับประเพณีของแต่ละแห่ง ซึ่งหมายความว่า จิตใจผูกพันกัน (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ; 2537; ศุภวรรณ มโนสุนทร และฉายศรี สุพรศิลป์ชัย, 2542) และเนื่องจากการเจ็บป่วย

เรื้อรังมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาท ปัญหาทางการเงิน เกิดความว่าเหวเมื่อต้องแยกผู้ป่วย เป็นต้น (Kosier and Erb, 1989) ดังนั้นครอบครัวต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และความเครียดในด้านต่างๆ Jacob (1991) กล่าวว่า ในปัจจุบันสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ให้การดูแลได้แก่ สามี/ภรรยา(คู่สมรส) ลูกสาว พี่สาว ลูกสาวบุญธรรม หรืออื่น ๆ ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้จะต้องเผชิญความเครียดในแต่ละวัน ซึ่งเกิดจากสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้คือ 1) การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน 2) การแยกตัวจากสังคม 3) การสูญเสียความอิสระและการควบคุมเวลา 4) การอดหลับอดนอน 5) ปฏิกริยาทางอารมณ์ต่อความเสื่อมทางกาย และการคาดการณ์ถึงการตายของคนที่คุณรัก 6) ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ และ 7) ความทุกข์ยากของครอบครัว

ความเครียดที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ที่ครอบครัวต้องเผชิญมากน้อยแตกต่างกัน เป็นเหตุให้ครอบครัวแสดงปฏิกริยาต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังแตกต่างกัน เช่น สามีเพื่อนายในการเจ็บป่วยของภรรยาที่เป็นมะเร็งระบบสืบพันธุ์ เนื่องจากต้องรับภาระหนักเพิ่มขึ้นในการดูแลบุตรและอาการเจ็บป่วยของภรรยา รวมทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการรักษา ทำให้สามีต้องทำงานเพิ่มขึ้นและการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาได้ (กาญจนา สิงห์แก้ว, 2530) จะเห็นได้ว่าปฏิกริยาของครอบครัวก็คือความรู้สึกนึกคิดหรือการแสดงออกของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย ฉะนั้นการรับรู้ของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับปฏิกริยาของครอบครัว หมายถึง การได้รู้และเข้าใจถึงความรู้สึกนึกคิดและการแสดงออกต่อการเจ็บป่วยของบุคคลที่อยู่รวมกันกับผู้ป่วยเรื้อรัง

การรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังต่อปฏิกริยาของครอบครัว มีอิทธิพลต่อบทบาทของผู้ป่วย โดยที่ถ้าผู้ป่วยรู้สึกว่าครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ครอบครัวก็จะให้การช่วยเหลือสนับสนุนในทุก ๆ ด้าน ให้ความรัก และความเอาใจใส่ ไม่ทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับชีวิตต่อไป การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเป็นไปในทางที่ดี ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อการคงไว้ซึ่งระยะสงบของโรคเรื้อรัง และเพื่อจะได้มีโอกาสอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุขต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ จูไรรัตน์ มิตรทองแท้ (2532) กล่าวว่า ญาติสำคัญในการช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยให้เผชิญปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพได้ ก็คือ ครอบครัว แต่ถ้าผู้ป่วยรู้สึกว่าครอบครัวแสดงออกอย่างเบื่อหน่าย มองผู้ป่วยเป็นภาระหนักคอยถ่วงครอบครัว รังเกียจ ห่างเหิน เพิกเฉย หมกหมัก และว่าเหว จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวังหมดกำลังใจไปด้วย ไม่อยากต่อสู้ต่อไป อยากตายให้พ้นไป เพื่อลดภาระหรือไม่ให้เป็นภาระกับครอบครัว รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า การปรับตัวของผู้ป่วยก็อาจไม่สนใจตนเองเลยเพิกเฉยในทุกๆ ด้าน (Norris et al., 1987)

ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย น่าจะมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง

การประเมินการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย

ใช้แบบวัดการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยที่สร้างขึ้นโดย รุ่งนภา บุญประดิษฐ์ (2536) ที่สร้างขึ้นจากการค้นคว้าเอกสาร งานวิจัย และทบทวนวรรณกรรม โดยใช้วัดการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร มีจำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ มาก ปานกลาง น้อย ไม่เห็นด้วย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 10 ท่าน ตรวจสอบและหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ความดันโลหิตสูง และเบาหวานที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ 0.91 และหลังจากเก็บข้อมูลจริงจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 210 คน ได้นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอีกครั้งได้เท่ากับ 0.93

4.7 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ (Collaghan and Morrissey, 1992) คุณภาพและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคม จะมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพภายหลังการเจ็บป่วย โดยจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถคาดการณ์ได้ รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่า นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อภาวะสุขภาพทางอ้อม โดยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด ช่วยให้คุณคนประเมินสถานการณ์ที่คุกคามได้ เกิดขวัญและกำลังใจในการเผชิญกับความเครียด และปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Cohen and Will, 1985) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญเชื่อมโยงไปสู่ภาวะทางร่างกายและจิตใจของบุคคล จึงมีผู้สนใจศึกษาไว้จำนวนมาก ดังนี้

Norbeck (1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้คุณคนมีความเครียดลดลง จากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง สามารถป้องกันการเกิดโรคและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและการให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นถึงความมีคุณค่า

และการให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัสดุสิ่งของ หรือบริการต่าง ๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Caplan et al. (1974 cited in Norbeck, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่คุณคนได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นด้านข่าวสาร ด้านการเงิน กำลังงาน หรือทางด้านอารมณ์ ซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

Brandt and Winert (1985) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการรับรู้ของคุณคนในการมีปฏิสัมพันธ์และได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือระดับประคองจากสมาชิกในสังคม

Tiden and Weinert (1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม สิ่งของ เงินทอง และแรงงานที่คุณคนได้รับจากเครือข่ายทางสังคม

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การรับรู้ของคุณคนถึงการได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในสังคม การให้ความเชื่อมั่น การแนะนำ การให้ความรู้แก่คุณคนอื่น หรือการประสานสัมพันธ์ระหว่างคุณคนซึ่งทำให้คุณคนนั้นรู้สึกมั่นคง และเชื่อว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่ต้องการและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการยอมรับนับถือ ความรัก ความนิยม การดูแลเอาใจใส่จากคุณคนในสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่คุณคนต้องการได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพบว่า มีลักษณะแตกต่างกันออกไปตามแนวคิดของผู้ที่ทำการศึกษา ดังเช่น

Cobb (1976) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้านคือ

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่คุณคนเชื่อว่าเขาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งส่วนใหญ่จะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2) การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และการเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่บอกว่าคุณคนนั้นมีคุณค่ามีผู้ให้การยอมรับ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และมั่นใจในตนเอง

3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social support or Network support) เป็นข้อมูลที่แสดงว่าคุณคนนั้นเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Thoits (1982) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) เป็นการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการแนะนำและข้อมูลย้อนกลับ (Feed back)

2) การสนับสนุนด้านเครื่องมืออุปกรณ์ (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือด้านแรงงาน สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาท หรือหน้าที่ ที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

3) การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional support) เป็นการให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ เห็นคุณค่า และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Brandt and Weinert (1985) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1) ด้านความรักใคร่ผูกพันและใกล้ชิดสนิทสนม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความรัก การดูแล เอาใจใส่ และความไว้วางใจซึ่งกันและกันจากสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความรักและเอาใจใส่เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย

2) ด้านการรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้เกิดการแบ่งปันและเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด กำลังใจและกำลังคน เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันตามโอกาสอันควร เข้าใจซึ่งกันและกันเกิดความห่วงใย

3) ด้านการมีโอกาสเลี้ยงดูหรือการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือรับผิดชอบช่วยเหลือผู้อื่นทำให้เกิดความรู้สึกว่า เป็นที่ต้องการและเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

4) ด้านการรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลได้รับการยอมรับนับถือ ยกย่อง เคารพ ชมเชย และเห็นคุณค่าที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสังคม

5) ด้านการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ หมายถึง การที่บุคคลได้รับคำแนะนำ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของจากสังคมเพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีเครื่องมือ สำหรับการประเมินการสนับสนุนทางสังคมหลายชุดดังนี้

1. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ สมจิต หนูเจริญกุล (2534) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมส่วนที่สอง (Support Questionnaire: SSQ Part II) ของ Schaefer et al. (1981) ใช้วัดชนิดของการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน คือ ด้านข้อมูล คำแนะนำ ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของและบริการ มีข้อคำถามรวม 7 ข้อ หาค่าความเที่ยงโดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76-.97

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม PRQ 85: Part 2 ของ Brandt and Winert (1981) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย ชมนาด วรรณพรศิริ (2536 อ้างใน สุมาพร บรรณสาร, 2545) โดยเครื่องมือ PRQ 85: Part 2 Brandt and Winert นี้ ได้พัฒนาขึ้นเพื่อวัดการรับรู้การ

สนับสนุนทางสังคมของ Weiss (1974) ที่วัดการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ 5 ด้าน คือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ มีข้อคำถามรวม 25 ข้อ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา PRQ 85: Part 2 เท่ากับ .91 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ CRI เท่ากับ .91 เช่นเดียวกัน

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Brandt and Weinert (1985) เนื่องจากเมื่อพิจารณาแล้วพบว่าเป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลได้อย่างครอบคลุม ก่อให้เกิดกำลังใจแก่ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเกิดความรู้สึกว่าไม่ว่าจะมีเหตุการณ์ใด ๆ เกิดขึ้นจะมีผู้ที่สามารถให้ความช่วยเหลือหรือบรรเทาความเครียดให้น้อยลง มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น มองเห็นทางเลือกที่เพิ่มขึ้นในการดำเนินชีวิตร่วมกับโรค (Mishel, 1990) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว โดยเป็นสิ่งเร้าที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวที่เหมาะสม มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคลในทางบวก (Graydon and Roos, 1995) อีกทั้งคุณภาพและปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับมีบทบาทสำคัญต่อการฟื้นฟูจากภาวะความเจ็บป่วย (Lindsey, 1992) และยังมีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีกำลังใจ มีอารมณ์มั่นคง ส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานดีขึ้น ส่งเสริมให้การต่อสู้ปัญหาของแต่ละบุคคลดีขึ้น สามารถลดความรุนแรงของปัญหาและส่งผลให้มีการปฏิบัติด้านสุขภาพดีขึ้น

นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤติเนื่องจากความเครียดทำให้เกิดความรู้สึกด้อยไม่เห็นคุณค่าของตนเอง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง อันนำไปสู่ความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาของ Dimond (1979) ในกลุ่มผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ต้องเผชิญกับการรักษาด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านขวัญและกำลังใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ De Araujo et al. (1970 cited in Cobb, 1976) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง สามารถลดปริมาณเฉลี่ยของการใช้ยาสเตียรอยด์ต่อวันลงได้ มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่น้อยกว่า และการศึกษาของ Moneyham and Scott (1995 cited in Sally, 2000) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อความเครียดในผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ Cohen and Wills (1987) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤติ โดยที่การสนับสนุนทางสังคมเป็นเสมือนเกราะกำบังที่จะช่วยลดความเครียดที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤติ ซึ่งจะเชื่อมโยงไปสู่การเจ็บป่วยให้น้อยลง แต่เมื่อเกิดปัญหาหรือความเจ็บป่วยบุคคลที่ไม่ได้รับการสนับสนุน รู้สึกว่าไม่มีคนเข้าใจปัญหาและไม่มีที่พึ่งพาช่วยแก้ปัญหา จะก่อให้เกิด

ความรู้สึกว่าเหว่ เกิดความเครียดสูง ปรับตัวไม่ได้ (ปาริชาติ จันทรสุนทรภาพร, 2542) ดังนั้นปัจจัยด้านการการสนับสนุนทางสังคมน่าจะมีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

4.8 การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ

การรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ กัญญา กาญจนบุรานนท์ (2531) ได้ให้คำจำกัดความของ การบริการสุขภาพคือ การจัดบริการสาธารณสุขในรูปแบบ ต่าง ๆ เพื่อเป็นการแก้ปัญหา และความต้องการของประชาชนในเรื่องสุขภาพอนามัย เป็นกรายกระดับสุขภาพอนามัยในชาติให้อยู่บนรากฐานของสุขภาพอนามัยที่ดี โดยที่รัฐบาลพยายามจัดการบริการสุขภาพให้ทั่วถึงและครอบคลุมประชากร (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2531) ดังนั้นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ผู้ป่วยได้รู้และเข้าใจหรือให้ความหมายต่อการจัดบริการสาธารณสุขในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อการแก้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในเรื่องสุขภาพอนามัย

การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องใช้วิธีการที่ซับซ้อน และมีหลายมิติแตกต่างจากผู้ป่วยโรคเฉียบพลันที่ใช้ระยะเวลาการรักษาสั้น และวิธีเฉพาะ เช่น ผ่าตัด การฉายยา แต่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องรักษาและควบคุมอาการ เช่น การรับประทานยา การจำกัดอาหาร การออกกำลังกาย มีอาการต้องสังเกตและติดตาม และต้องปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ฝ้าติดตามสังเกตอาการ การเปลี่ยนแปลง และปรับพฤติกรรมใหม่เพื่อให้เกิดความผาสุก ป้องกันภาวะแทรกซ้อนปรับเปลี่ยนนิสัย และวิถีชีวิต เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง นอกจากนั้นเป็นธรรมดาบุคคลโดยเฉพาะผู้สูงอายุ อาจจะมีโรคมากกว่าหนึ่งโรค พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต้องปฏิบัติจึงมีมากขึ้น และซับซ้อนเพิ่มขึ้น ฉะนั้นถ้าผู้ป่วยรับรู้ถึงการบริการสุขภาพก็สามารถจะเลือกใช้บริการได้ถูกต้องกับความต้องการและสภาพที่เป็นอยู่ ประเด็นสำคัญอีกข้อหนึ่งคือ การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย ดังนั้นความรับผิดชอบในการดูแลปัญหาสุขภาพอยู่ที่ผู้ป่วย โดยผู้ป่วยเองมีหน้าที่โดยตรงในการดูแล ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยควรจะรับรู้ถึงบริการสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อจะได้สามารถเลือกใช้ขณะเกิดปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง เมื่อต้องดูแลการเจ็บป่วยที่บ้าน ระบบบริการสุขภาพควรขยายออกไปให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของประชาชนซึ่งมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากขึ้น มีระบบเชื่อมโยงระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพ ถ้าผู้ป่วยรับรู้ถึงบริการทั้งหมดที่สามารถให้ความช่วยเหลือเขาได้เป็นผลให้เขามีความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยก็ไปในทางที่ดีขึ้นด้วย รวมทั้งทำให้พวกเขามีคุณภาพชีวิตที่ดี (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) ดังนั้นการบริการสุขภาพที่ผู้ป่วยควรจะรับรู้ประกอบไปด้วย

1. ระบบส่งต่อผู้ป่วย เป็นระบบที่ให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่เพียงพอและต่อเนื่อง มีเครือข่ายเชื่อมโยง และมีบริการรองรับ ลดความยากลำบากของประชาชน
2. แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล เป็นการตรวจผู้ป่วยและการนัดให้มาตรวจ การมาตรวจตามนัดจะเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยเต็มที่ มิใช่เพียงการตรวจโรค ระยะของโรค แต่ได้ประเมินความบกพร่องและความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งพัฒนาการความบกพร่องนั้นๆ และหาวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมเพื่อลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย
3. การได้รับคำชี้แนะ สนับสนุนและให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่ และบุคลากรทางสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังรับรู้ถึงการบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษา การปรับตัวของผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม ฉะนั้นจะเห็นว่าการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินชีวิตหรือการปรับตัวในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงการบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษา การตอบสนองของผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม จากการศึกษาของ Linn, M., Linn B. and Stein (1982) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจต่อการรักษาจะทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ฉะนั้นจะเห็นว่าการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดำเนินชีวิตหรือการตอบสนองในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

4.9 แนวคิดการเผชิญปัญหา (Coping)

จากแนวคิดทฤษฎีความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดคือ ความพยายามทางปัญญา และพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดยั้งเพื่อจะจัดการกับปัญหาหรือข้อเรียกร้องทั้งจากภายนอกและภายในตนเองที่บุคคลประเมินว่าถูกคุกคาม หรือเกินกว่าความสามารถที่ตนจะรับได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่ามีความหมายเดียวกับการเผชิญปัญหา ในงานวิจัยนี้จึงใช้คำว่า การเผชิญปัญหา

Kleinke (1990 อ้างถึงใน ขวัญเรือน อัครดรงค์ดี, 2543) ให้ความหมายของการเผชิญปัญหาว่า คือ ความมานะพยายามที่จะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดเพื่อจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นอันตรายหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

Boyd and Johnson (1981 อ้างถึงใน นริศร์ ปรารมภ์, 2539) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาไว้ว่า หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยอาศัยการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ในอดีต โดยบุคคลเลือกสิ่งที่ได้เรียนรู้ขึ้นมาใช้จัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเพื่อทำให้ความขัดแย้งนั้นหมดไป บุคคลแต่ละคนจะมีวิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน เช่น การต่อสู้

การหลบหลีก การปฏิเสธ เพื่อช่วยลดความทุกข์ที่เกิดขึ้น ส่วนสิ่งที่สำคัญที่บุคคลจะพิจารณาก่อนจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบใดแบบหนึ่งนั้นคือ อะไรเป็นสาเหตุที่มาของปัญหา และอะไรคือผลที่เกิดขึ้นตามมาหลังจากแสดงพฤติกรรมนั้นแล้ว และเขาจะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่คิดว่าเป็นประโยชน์ต่อตัวเขาเอง

ดูษา เซาวลิต (2540) สรุปความหมายของการเผชิญปัญหาจากนักคิดหลายท่านไว้ว่า การเผชิญปัญหา หมายถึง การที่บุคคลมีการพลิกแพลงความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมที่จะเป็นประโยชน์ในการควบคุมหรือบรรเทาความเครียดที่กำลังเผชิญอยู่ ทำให้บุคคลมีความพร้อมที่จะทนต่อปัญหาความยุ่งยากของชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป

จากคำจำกัดความดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การเผชิญปัญหา หมายถึง ความพยายามของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมอยู่เสมอ เพื่อจัดการกับปัญหาหรือสิ่งที่มาคุกคามต่อชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคล โดยการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ความเครียดหรือสิ่งที่คุกคามนั้นคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น

กระบวนการเผชิญปัญหา

กระบวนการเผชิญปัญหา เป็นขั้นตอนของการตอบสนองต่อความเครียดหรือสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหา กระบวนการดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาต่อเนื่องกันไป กระบวนการเผชิญปัญหาตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินสถานการณ์ (appraisal) ซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม การประเมินสถานการณ์ มี 3 ระยะ คือ

1.1 การประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal) เป็นการประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีผลอะไรต่อตนเอง สามารถประเมินได้ 3 ลักษณะดังนี้

1.1.1 ไม่มีผลได้ผลเสีย (irrelevant) คือการที่บุคคลประเมินว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่เกี่ยวข้องกับตนเพราะไม่เกิดผลดีหรือผลเสียอะไรเลย

1.1.2 เกิดผลดีหรือได้ประโยชน์ (benign positive) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นมีผลในทางที่ดีกับสวัสดิภาพของตนเอง ทำให้บุคคลนั้นเกิดความผ่อนคลาย ไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น และสามารถหันเหความสนใจไปในเรื่องอื่น

1.1.3 เกิดความเครียด (stress) หรือผลไม่ดีกับตนเอง เป็นภาวะที่บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ในการปรับตัวอย่างเต็มที่ หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ การประเมินว่าเป็นความเครียดนี้สามารถประเมินออกเป็น 3 อย่าง คือ

1) การเกิดอันตรายหรือการสูญเสีย (harm or loss) คือบุคคลหมดความสามารถ เกิดความเจ็บป่วย ความไม่พึงพอใจต่อตนเองหรือต่อสังคม

2) การถูกคุกคาม (threat) เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอันตราย หรือการสูญเสีย หรือเมื่อสูญเสียแล้วทำให้คิดถึงความยุ่งยากหรือความลำบากที่จะตามมา

3) การท้าทาย (challenge) เป็นการคาดการณ์ว่าจะสามารถควบคุม เหตุการณ์นั้นได้อาจแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ ความกระตือรือร้น ตื่นเต้น ตลอดจนมีขวัญและ กำลังใจดีขึ้น

การถูกคุกคามและการท้าทายอาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน เพราะการที่รู้สึกถูกคุกคามนั้นอาจมีความรู้สึกท้าทายอยู่ด้วย ทำให้มีความมุ่งหวังที่จะหาวิธีในการเอาชนะหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้นให้ได้

1.2 การประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์ และทางเลือก โดยประเมินทางเลือกที่สามารถกระทำได้ และเลือกวิธีเผชิญปัญหาซึ่งจะก่อให้เกิดความสำเร็จ หรือผลลัพธ์ตามต้องการ รวมทั้งประเมินผลจากการใช้วิธีเผชิญปัญหาเดิมที่ผ่านมา การประเมินทุติยภูมิไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินปฐมภูมิ แต่อาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันได้

1.3 การประเมินซ้ำ (reappraisal) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงการประเมินสถานการณ์ จากครั้งแรก ๆ โดยใช้ความรู้ข่าวสารใหม่ที่ได้มาจากสิ่งแวดล้อม และ/หรือจากบุคคล โดยใช้ กระบวนการทางความคิด เพื่อป้องกันภาวะเครียดหรือการเกิดปัญหาซ้ำ

การเผชิญปัญหาตามแนวความคิดของ Lazarus and Folkman (1984) แบ่งเป็น 2 ประเภท และโดยปกติบุคคลจะมีการใช้การเผชิญปัญหาทั้ง 2 ประเภทเปลี่ยนไปตามสถานการณ์และการ ประเมินของบุคคล โดยการเผชิญปัญหาทั้ง 2 ประเภท ได้แก่ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์

4.9.1 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused Forms of Coping) เป็น วิธีการที่บุคคลใช้ทั้งความคิดและการกระทำ เพื่อจัดการกับปัญหาโดยมุ่งแก้ที่ตนเองหรือปรับ สิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลมักจะใช้การเผชิญปัญหาแบบนี้เมื่อมีการประเมินปัญหาว่า สามารถปรับหรือ เปลี่ยนแปลงได้ โดยการมุ่งแก้ที่ตนเองซึ่งจะเป็นการเปลี่ยนแปลงวิธีการประเมินทางปัญญาเพื่อ พัฒนาและเรียนรู้วิธีการใหม่ ส่วนการปรับสิ่งแวดล้อมจะเป็นการแก้ไขที่แหล่งประโยชน์หรือวิธีการ โดยการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. การเผชิญหน้ากับปัญหา (Confrontive coping) เป็นความคิดหรือการแสดงออกทาง พฤติกรรมอย่างตรงไปตรงมา ด้วยการเผชิญหน้ากับสถานการณ์โดยไม่หลีกเลี่ยงเพื่อปรับแก้ปัญหาที่ เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลต้องมีความมั่นคงทางจิตใจ เพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจและได้ในสิ่งที่ต้องการใน ที่สุด

2. การวางแผนแก้ปัญหา (Planful problem solving) เป็นการมุ่งจัดการกับปัญหาโดย พยายามปรับเปลี่ยนสถานการณ์ต่าง ๆ ให้ดีขึ้น มีการวิเคราะห์ปัญหาและมีการกระทำอย่างมี ขั้นตอน ซึ่งต้องใช้ความพยายามสูงหรือใช้ประสบการณ์เดิมช่วยในการแก้ปัญหาด้วย

4.9.2 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ (Emotion-focused Forms of Coping) เป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรม ที่บุคคลเลือกใช้ในการลด หรือบรรเทาความไม่สบายใจ โดยการปรับอารมณ์ของตนเอง เมื่อประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นได้ ซึ่งแบ่งออกได้ 6 ชนิด ได้แก่

1. การประเมินค่าใหม่ทางบวก (Positive reappraisal) เป็นความคิดและพฤติกรรมในทางที่จะพยายามให้ความหมายต่อสถานการณ์ใหม่ในทางที่ดีขึ้น เพื่อเอื้อประโยชน์ต่อตนเองในการลดความตึงเครียดของอารมณ์ ให้มีวิธีการเผชิญปัญหาในทางที่พัฒนามากว่าเดิม ซึ่งรวมถึงมุมมองและความเชื่อทางศาสนาด้วย

2. การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา (Accepting responsibility) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่ยอมรับสถานการณ์ที่แท้จริง แม้ว่าจะไม่ใช่สิ่งที่ตนเองต้องการที่สุดรวมทั้งมีการตระหนักว่าตนเองเป็นผู้สร้างปัญหา และบางครั้งปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

3. การควบคุมตนเอง (Self-control) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่พยายามควบคุมความสม่ำเสมอที่อารมณ์ หรือเป็นการพึ่งตนเองเพื่อคิดแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น พยายามเก็บความรู้สึกไว้กับตนเองโดยไม่ให้คนอื่นทราบว่าคุณสถานการณ์นั้นเลวร้ายเพียงใด เพื่อไม่ให้กระทบกระเทือนคนอื่น

4. การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม (Seeking social support) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและหนทางที่จะจัดการกับปัญหานั้น โดยการแสวงหาแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูล วัตถุประสงค์หรือจิตใจ

5. การถอยห่างหรือการเมินเฉย (Distancing) เป็นการพยายามทางความคิดที่ทำให้ความสำคัญกับสถานการณ์นั้นน้อยลง โดยการถอยห่างจากสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เช่น พยายามลืมสิ่งที่เกิดขึ้น

6. การเลี่ยงหนีปัญหา (Escape-avoidance) เป็นความคิดและพฤติกรรมที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาชั่วคราว เช่น การพักผ่อน การดื่มสุรา การนอนหลับมากกว่าปกติ เพื่อให้ตนเองพ้นจากความเครียดในระยะเวลาหนึ่ง

การเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาซึ่งเป็นการพยายามที่จะตอบสนองต่อความเครียดจะไม่มีองค์ประกอบ ดี หรือ ไม่ดี เป็นเครื่องตัดสิน ถ้าผลลัพธ์ในการเผชิญปัญหาเป็นไปในทางที่ดีมีความสมดุลระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม หรือมีการรบกวนการทำงานที่ของระบบต่าง ๆ ในร่างกายน้อยที่สุด นั่นก็คือบุคคลนั้นมีการปรับตัวได้ (Folkman and Lazarus, 1991) Folkman and Lazarus (1980) กล่าวว่าบุคคลในวัยผู้ใหญ่จะเลือกใช้การเผชิญปัญหาที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความต้องการและแหล่งประโยชน์ ผลกระทบและข้อจำกัดของสถานการณ์นั้น บุคคลจะเลือกใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาก็เมื่อมีการประเมินปัญหาว่า สามารถปรับหรือ

เปลี่ยนแปลงได้ สำหรับการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ เป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรม ที่บุคคลเลือกใช้ในการลด หรือบรรเทาความไม่สบายใจ โดยการปรับอารมณ์ของตนเอง เมื่อประเมินแล้วว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดนั้นได้

เครื่องมือประเมินวิธีการเผชิญปัญหา

มีผู้สร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินวิธีการเผชิญปัญหาไว้มากมาย ดังนี้

1. แบบสอบถามวิธีการเผชิญปัญหา (Ways of Coping Questionnaire: WCQ) ของ Lazarus and Folkman ที่สร้างและพัฒนาระหว่างปี ค.ศ. 1976-1977 แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 แบบ ประกอบด้วย 8 วิธี คือการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา มี 2 วิธี คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา 2) การวางแผนแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ มี 6 วิธี คือ 1) การประเมินค่าใหม่ทางบวก 2) การแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหา 3) การควบคุมตนเอง 4) การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม 5) การถอยห่างและ 6) การเลี่ยงหนีปัญหา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยใช้เลยให้ 0 คะแนน จนถึงเคยใช้ประจำให้ 3 คะแนน มีจำนวน 66 ข้อ แต่นำมาคิดคะแนนเพียง 50 ข้อ ผ่านการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยเทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ ได้ค่าน้ำหนักปัจจัย (Factor loading) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง .3-.7 โดยมีค่าน้ำหนักปัจจัยต่ำกว่า .3 อยู่ 2 ข้อ (.25 และ .28) และค่าสูงกว่า .7 อยู่ 4 ข้อ (.71-.79) (Folkman et al., 1986b: 994-996) และผ่านการทดสอบความเที่ยงด้วยการหาค่าความคงที่ภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการเผชิญปัญหา 8 วิธี เท่ากับ .70, .68, .79, .66, .70, .76, .61, และ .72 ตามลำดับ (Folkman et al., 1986b: 994-996) และในปี ค.ศ. 1988 Lazarus และ Folkman ปรับแบบสอบถามให้เหลือเพียง 31 ข้อ เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ โดยจะเลือกข้อคำถามฉบับเต็มด้วยการพิจารณาค่าน้ำหนักปัจจัยแล้วนำไปทดสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงของการเผชิญปัญหา 8 วิธีอยู่ในช่วง .47-.74 (Lazarus and Folkman, 1988: 468)

ในประเทศไทยมีผู้นำแบบสอบถามวิธีการเผชิญปัญหาของ Lazarus and Folkman มาแปลและนำมาใช้ เช่น สิริลักษณ์ วรรณระพี (2539) นำมาแปลและให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงและความเหมาะสมของภาษา และนำไปให้ชาวต่างประเทศที่เข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี จำนวน 1 ท่าน แปลฉบับภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบให้มีเนื้อหาและความหมายตรงกับต้นฉบับ และได้ทดสอบความเที่ยง โดยการนำไปใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .81 หลังจากนั้นปองลดดา พรหมจันทร์ (2542) นำมาใช้ในผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นวัณโรคปอด ทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .90

2. แบบวัดวิธีการเผชิญปัญหาของ Jalowiec (Jalowiec coping scales) ซึ่ง Jalowiec, Murphy and Powers (1984) กล่าวว่า เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเมื่อ ค.ศ.1979 โดยมีพื้นฐานมาจากแนวคิดการเผชิญปัญหาของ Lazarus and Launier (1976) เพื่อวัดวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยในห้อกฉุกเฉิน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่ง Jalowiec and Powers นำมาใช้ครั้งแรกในปี ค.ศ.1981แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาออกเป็น 2 แบบ คือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์มี 40 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ต่อมาในปี ค.ศ. 1984 Jalowiec, Murphy and Powers พบว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงโครงสร้างของการสนับสนุนด้านอารมณ์ยัง ไม่เหมาะสม แต่มีความตรงตามเนื้อหาจึงทำการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืออีกครั้งในปี ค.ศ. 1988 Jalowiec ได้พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และได้แบ่งวิธีการเผชิญปัญหาออกเป็น 3 แบบ ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาที่เพิ่มขึ้นมา คือ พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบการบรรเทาความเครียด (Palliative coping behavior) เป็นวิธีการเผชิญปัญหาโดยการเลือกรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ไม่เปลี่ยนแปลง เหลือข้อคำถาม 36 ข้อ ได้ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือในผู้ป่วยล้างไต 150ราย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ .85

ในการวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามวิธีการเผชิญปัญหาของ Lazarus and Folkman ฉบับแปลโดย สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์ (2539) เนื่องจากสิริลักษณ์ วรรณะพงษ์ (2539) ได้ตรวจสอบความตรงและความเหมาะสมของภาษา โดยให้ชาวต่างประเทศที่เข้าใจภาษาไทยแปลฉบับภาษาไทยกลับเป็นภาษาอังกฤษ เพื่อตรวจสอบให้มีเนื้อหาและความหมายตรงกับต้นฉบับ และค่าความเที่ยงของแบบสอบถามนี้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้

สรุปการเผชิญปัญหาของบุคคลแบ่งออกเป็น 2 แบบคือ

1. บุคคลที่เผชิญภาวะเครียดหรือภาวะวิกฤตแบบมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem focused coping behavior) คือบุคคลพยายามจัดการกับสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดภาวะเครียดโดยตรง เป็นการใช้กระบวนการแก้ปัญหาในการตัดสินใจเลือกวิธีการที่จะจัดการกับสถานการณ์ โดยมุ่งที่ต้นเหตุของปัญหา เช่น บุคคลยอมรับสถานการณ์ คิดวิธีการแก้ปัญหาไว้หลาย ๆ วิธีการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา นำประสบการณ์เดิมมาช่วยแก้ปัญหา ตั้งสติในการควบคุมเหตุการณ์และศึกษาสาเหตุของปัญหาการเจ็บป่วย

2. บุคคลที่เผชิญปัญหาหรือภาวะวิกฤตแบบมุ่งใช้อารมณ์ (Emotional-focused coping behavior) คือ บุคคลที่แสดงพฤติกรรมเพื่อลดความกดดัน (Emotional distress)โดยการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์มากกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง หรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ เป็นการทำให้ความรู้สึกว่าอันตรายจากสถานการณ์นั้นลดลง แต่ในความจริงอันตราย

นั้นไม่ได้ลดลง สถานการณ์ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไป เช่น บุคคลที่ชอบสวดมนต์ ร้องไห้ เศร้าใจ แยกตัวเอง หนีปัญหา วิตกกังวล หงุดหงิด ระบายความเครียดกับคนอื่น (ภิญญา หนูภักดี, 2532)

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุจะเกิดความวิตกกังวลความเครียด กลายเป็นภาวะวิกฤต เพราะเป็นโรคที่มีลักษณะไม่แน่นอน ทำนายได้ยาก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพในการทำกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิต และรู้สึกว่าตนไม่เหมือนคนอื่นอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยเรื้อรังแตกต่างกันไปตามบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ผู้ป่วยจะสร้างรูปแบบหรือลักษณะของบุคลิกภาพเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ในชีวิต ความเครียด และความวิตกกังวลที่เกิดจากการเจ็บป่วยอาจจะเป็นสาเหตุในการสร้างรูปแบบหรือลักษณะการเผชิญปัญหา เพื่อปรับตัวต่อผลกระทบของการเจ็บป่วย รูปแบบการเผชิญปัญหา แบ่งออกได้หลายแบบ เช่น รูปแบบที่ใช้ อารมณ์ (Emotional) ใช้สติปัญญา (Intellectual) ใช้ความกลัว (Fearful) ใช้ความสงสัย (Suspicious) ใช้ในการคัดค้านหรือเป็นศัตรู (Hostile) และใช้การหลีกเลี่ยง (Avoiding) (Haber et al., 1982) จากแนวคิดและทฤษฎีที่กล่าวมาแล้วในข้างต้นทฤษฎีของ Folkman and Lazarus (1984) จะสามารถอธิบายลักษณะอารมณ์ และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่เผชิญกับการเจ็บป่วยได้ โดยที่ถ้าผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ที่มีบุคลิกภาพในการเผชิญสถานการณ์เจ็บป่วยแบบมุ่งแก้ไขปัญหาจะปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดีกว่า แบบมุ่งใช้อารมณ์เนื่องจากใช้กระบวนการแก้ปัญหาได้ตรงและถูกต้องกับสถานการณ์ ทำให้สามารถปรับตัวหรือดำเนินชีวิตไปในทางที่ดี เป็นผลให้ผู้ป่วยนั้นสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังได้อย่างมีความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ McNett (1987) พบว่า วิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา และวิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา การเจ็บป่วยเรื้อรังอาจจะคุกคามต่อพื้นฐานอารมณ์ของผู้ป่วย และอาจจะไม่สามารถทนได้ในสถานการณ์ทั้งหมด บางครั้งในช่วงแรก ๆ ของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยอาจจะยังไม่แสดงอารมณ์กับครอบครัว แต่เมื่อเขาต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่ยาวนาน การต้องไปโรงพยาบาลบ่อยครั้ง การใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น เขาอาจจะแสดงลักษณะอารมณ์ที่ไม่ดีทำให้การปรับตัวเป็นไปในทางลบได้ (Long and Phipps, 1989) จากการศึกษาของ Downe-Wamboldt, 1991) พบว่า หญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมใช้วิธีเผชิญปัญหาทั้งแบบเผชิญหน้ากับปัญหา แบบลดอารมณ์ตั้งเครียด และแบบบรรเทาอารมณ์ตั้งเครียด จึงสามารถสรุปได้ว่าลักษณะอารมณ์และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจะมีความสัมพันธ์ที่อาจจะส่งผลให้การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังเป็นไปได้ทั้งทางบวกและทางลบ

5. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยนอก

บทบาทของพยาบาลกับการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง คือ บทบาทในการดูแลรักษาผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย และจิตสังคม อภา ใจงาม (2536) ได้กล่าวถึงหลักการให้การพยาบาลแก่ผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. การให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและญาติ เกี่ยวกับการดูแลและรักษาสุขภาพให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุดตามสภาวะของผู้สูงอายุแต่ละคน และส่งเสริมให้มีกิจกรรมในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจึงควรมีการคำนึงถึงการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและญาติ เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคที่เป็น ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคและความรุนแรงของโรค การปฏิบัติตนของผู้ป่วยร่วมด้วย เนื่องจากความรู้ทำให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง และช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องเมื่อต้องกลับไปดำเนินชีวิตต่อที่บ้าน ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ และคลายความเครียดลงได้ รวมทั้งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำอีกด้วย

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายที่เสื่อมลงนั้นให้สามารถทำงานได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้โดย

2.1 ฟื้นฟูให้สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ให้คำแนะนำแก่ญาติ และครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย

2.3 การเตรียมผู้สูงอายุให้พร้อมที่จะรับความจริงเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะในลักษณะของการเสื่อมถอยตามอายุ และโรคที่เพิ่มมากขึ้น

ดังนั้นในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จึงควรมีการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกายให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้การประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นทั้งจากภาวะความสูงอายุและจากภาวะโรค อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว และบุคคลอื่น แต่หากผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุดเท่าที่จะทำได้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระแก่บุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้ภาวะทางจิตใจของผู้สูงอายุดีขึ้นด้วย

3. การฟื้นฟูสภาวะด้านจิตสังคม โดยการยกย่องให้ผู้สูงอายุมีความภูมิใจในตนเองที่ได้มีโอกาสร่วมกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคม และชุมชน

ในการพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ควรมีการส่งเสริมด้านจิตสังคม เพื่อให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากในช่วงที่มีการเจ็บป่วยซึ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตและพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อาจก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า จนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดขึ้นได้ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังเกิดความรู้สึกว่าถึงแม้ว่าจะเจ็บป่วย แต่ยังสามารถเป็นที่พึ่งพาให้กับผู้อื่นได้ เช่น การเป็นที่ปรึกษาหรือให้คำแนะนำต่าง ๆ เพราะความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่จะทำให้เกิดความเป็นปกติสุขของร่างกายและจิตใจได้ (Whall, 2001)

สรุป การพยาบาลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง จึงควรมีการให้ความรู้ ความเข้าใจ ทั้งแก่ผู้สูงอายุ และญาติ รวมถึงการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตสังคม โดยให้ครอบครัวของผู้สูงอายุมีส่วนร่วม เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมมีประสิทธิภาพ

บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง

บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่จะช่วยปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ตามข้อเสนอแนะของ ประคอง อินทรสมบัติ (2546) สรุปได้ดังนี้คือ

1. บูรณาการความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา เพื่อการประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม ในขณะที่ต้องวินิจฉัยประสิทธิภาพการเจ็บป่วย (อาการ ปัญหาการทำหน้าที่และพฤติกรรมเสี่ยง) หรือ ประสิทธิภาพความผาสุก (ความสุขสบายหรือความสามารถในการทำหน้าที่) ที่ไม่ได้มีสาเหตุจากโรค และต้องการการบำบัดทางการพยาบาล เพื่อการป้องกัน คงไว้หรือบรรเทา

2. ออกแบบโครงการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ และประเมินผลโครงการ โดยการบูรณาการการบำบัดทางการพยาบาล และการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของผลลัพธ์ที่คุ้มกับค่าใช้จ่ายในกลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มประชากรที่รับผิดชอบ

3. เป็นผู้นำ/ให้คำปรึกษา/เป็นที่ปรึกษา/ผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการก่อให้เกิดความก้าวหน้าในการปฏิบัติการพยาบาลที่บรรลุถึงคุณภาพ คุ้มกับค่าใช้จ่าย ในสาขาหรือกลุ่มผู้ป่วย/ประชากรที่รับผิดชอบ

4. เป็นผู้นำในทีมสหวิชาชีพในการออกแบบระบบ และพัฒนานวัตกรรมเพื่อการแก้ไข ปัญหาทั้งในประเด็นของการพัฒนาระบบและ/หรือประเด็นการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

สำหรับสมรรถนะที่เฉพาะของการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และครอบครัว โดยให้ได้ผลลัพธ์ที่มีคุณภาพและคุ้มกับค่าใช้จ่าย โดยจะต้องครอบคลุม 3 ระดับคือ

1. ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ เป็นการดูแลผู้ป่วยและผู้ใช้บริการโดยตรงทั้งในระดับบุคคลและกลุ่มบุคคล
2. เจ้าหน้าที่พยาบาล เป็นการทำงานผ่านเจ้าหน้าที่พยาบาลและผลักดันให้การบริการมีคุณภาพ
3. องค์กร/เครือข่ายมีสมรรถนะในการพัฒนานวัตกรรมเป็นผู้นำทางการพยาบาล และสาขาวิชาชีพที่จะผลักดันให้เกิดโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่มีมาตรฐานต่อเนื่อง

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอาจปฏิบัติงานในหน่วยผู้ป่วยนอก หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมีแนวคิดของการดูแลต่อเนื่องไม่ใช่ดูแลเป็นครั้งคราว (Episode) โดยประสานความร่วมมือในทีมการพยาบาลและทีมสุขภาพและการส่งต่อผู้ป่วย การออกแบบระบบที่ไม่ใช่ปล่อยให้ผู้ป่วยและครอบครัววนเวียนไร้จุดหมาย ซึ่งเป็นการใช้บริการสุขภาพหลายหน่วยทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย แต่ไม่มีประสิทธิภาพ ยิ่งทำให้ผู้ป่วย/ครอบครัวขาดที่ปรึกษา ขาดการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ หรือระหว่างทีมสุขภาพด้วยกัน อาจทำให้การตัดสินใจในบางช่วงเวลายิ่งลำบากมากขึ้น

สรุป การจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังควรจะเป็นหัวใจสำคัญของการพยาบาล และเป็นการพัฒนานวัตกรรมที่พยาบาลตระหนักถึงความรับผิดชอบ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และช่วยให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้นอันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ใช้บริการสุขภาพใกล้บ้านและปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีเอกสิทธิ์ของวิชาชีพ เกิดความรู้ใหม่จากการปฏิบัติการพยาบาล

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิไลลักษณ์ จันทรพวง (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรส อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดมะเร็งเต้านม และการรักษาที่ได้รับเพิ่มเติมในปัจจุบัน กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม วัดตัวแปรต่างๆ ด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรค แบบสอบถามการสนับสนุนจาก คู่สมรส สถานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดเต้านม และ อายุ มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจาก คู่สมรส และการรักษาที่ได้รับเพิ่มเติม สามารถอธิบายความแปรปรวนการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 65.10

กุลธิดา พานิชกุล (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ได้รับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เป็นโรค และการ

สนับสนุนทางสังคม ต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจำนวน 120 รายวัดตัวแปรต่าง ๆ ด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดการปรับตัว ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่ได้รับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรค รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ส่วนอายุและสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคม และระยะเวลาที่เป็นโรคสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้ ร้อยละ 43.26

เบญจวรรณ ป้อมเสมาพิทักษ์ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การปรับตัวทางด้านจิตสังคม เพศ อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้ความหมายของการเจ็บป่วย ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 160 คน ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยสูงอายุ โดยรวมและรายด้าน คือ ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านความสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล การสนับสนุนจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางด้านจิตสังคม ส่วนเพศ อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวทางด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุ ส่วนการสนับสนุนจากครอบครัว ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และการรับรู้ความหมายของการเจ็บป่วยสามารถร่วมพยากรณ์ การปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 50

รุ่งนภา บุญประดิษฐ์ (2536) ได้ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเรื้อรัง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตัวอย่างประชากรในการวิจัยเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า การตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำแนกตามด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ครอบครัว ทางเพศ การประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์ทางเครือญาติ และด้านจิตใจ อยู่ในระดับสูงนั่นคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการปรับตัวการกระทำ ความรู้สึก และความนึกคิดที่สัมพันธ์กับการดำรงชีวิตน้อย สถานภาพส่วนบุคคลคือ เพศ อายุ และระดับการศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ และลักษณะอารมณ์และบุคลิกภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มตัวแปรที่

สามารถร่วมกันทำนายการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 6 ตัวแปร คือ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ลักษณะอารมณ์และบุคลิกภาพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เพศ และระดับการศึกษา สามารถผันแปรของการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ร้อยละ 48.93

อัญชลี ลีตะปุระ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สัมพันธภาพในครอบครัว สมรรถภาพของหัวใจ กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหัวใจ จำนวน 120 ราย วัดตัวแปรต่างๆ ด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว และแบบวัดการปรับตัว ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว เพศ สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระดับสมรรถภาพของหัวใจ มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับสมรรถภาพของหัวใจ สัมพันธภาพในครอบครัว และเพศ สามารถอธิบายความแปรปรวนของการปรับตัวได้ ร้อยละ 58.85

เอมอร มุกดาสนิท (2542) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัด สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยภายหลังการผ่าตัด ความคิดเห็นต่อการผ่าตัดกับการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด ของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 150 ราย วัดตัวแปรต่างๆ ด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว แบบสัมภาษณ์สัมพันธภาพในครอบครัว แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นภายหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีการปรับตัวในแต่ละด้านและโดยรวมอยู่ในระดับดี สมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัด อายุ ระดับการศึกษารายได้ของครอบครัว ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัด สัมพันธภาพภายในครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการตอบสนองต่อความเจ็บป่วย ความคิดเห็นต่อการผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยนอกจากนี้ยังพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย ความคิดเห็นต่อการผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยนอกจากนี้ยังพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว ความคิดเห็นต่อการผ่าตัด ระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดความรู้เกี่ยวกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยภายหลังการผ่าตัด ระดับสมรรถภาพของหัวใจภายหลังการผ่าตัด สามารถอธิบายความแปรปรวนการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจได้ ร้อยละ 48.5

สุณี สุวรรณพสุ (2544) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่าความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัว และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับการปรับตัว ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันพยากรณ์การปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมได้ร้อยละ 52.20

Felton and Revenson (1984) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดกับการปรับตัวทางจิตสังคมของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้ออักเสบรูมาติก และมะเร็งในระบบโลหิต ผลการศึกษาพบว่า การเผชิญความเครียดด้วยวิธีการค้นหาแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมทั้งด้านข้อมูล ข่าวสารหรือความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ด้วยวิธีการคิดเพื่อฝัน มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

Pollock et al. (1990) ศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ข้ออักเสบรูมาติกและมัลติเพิลสเคลอโรซิส (Multiple sclerosis) ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวด้านสรีระของผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การปรับตัวด้านจิตสังคมไม่แตกต่างกัน การปรับตัวด้านสรีระและการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีความสัมพันธ์กัน

Yueh-JuenHwu (1995 อ้างถึงใน อรพรรณ ลีอนุญชัชชัย และคณะ, 2544) ได้ทำการศึกษาถึงผลกระทบต่อผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเรื้อรังมีผลกระทบอย่างมากต่อการทำหน้าที่ทั้งทางด้านจิตใจ ร่างกาย และสังคม และผลที่กระทบน้อยที่สุดคือ ด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADLs) การวินิจฉัยโรค ระยะของโรค การพัฒนาของผู้ป่วยเด็ก จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางด้านร่างกาย การวินิจฉัยระยะของโรค สถานภาพทางเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การวินิจฉัย ระยะของโรค อายุ เพศ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส และสถานภาพทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางด้านสังคม การวินิจฉัย อายุ สถานภาพสมรส การพัฒนาของเด็ก และการดูแลในระยะแรก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลของการศึกษานี้เป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Cohen and Wills (1985) ได้ศึกษาผลการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพ และความเครียด พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ และการปรับตัวต่อความเครียด โดยเสนอกลไกการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ 2 ลักษณะคือ

1. การสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงทำให้บุคคลเกิดอารมณ์มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพให้เป็นที่ไปในทางที่ดีและถูกต้อง จึงมีผลต่อภาวะสุขภาพโดยตรง

นอกจากนี้ยังมีผลต่อการกำหนดหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน และระบบฮอร์โมนในร่างกายของบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมมาก จึงมีภาวะสุขภาพและความผาสุกดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนน้อยกว่า

2. การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด โดยป้องกันไม่ให้เกิดบุคคลเกิดความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เนื่องจากความเครียดทำให้เกิดความรู้สึกไร้คุณค่าหมดทางแก้ไขปัญหา สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ได้ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะช่วยปกป้องบุคคลจากภาวะเครียด โดย

2.1 ช่วยให้ผู้บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่า ไม่รุนแรงหรือรุนแรงน้อยลง เพราะการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลรู้สึกว่า จะมีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้น มีผู้ที่สามารถให้การช่วยเหลือ หรือบรรเทาความเครียดให้น้อยลง

2.2 ช่วยลดหรือกำจัดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด หรือผลของความเครียดต่อร่างกายโดยตรง ช่วยให้ผู้บุคคลมีการแก้ปัญหา ลดการรับรู้ถึงความสำคัญของปัญหา มีผลต่อการทำงานของระบบฮอร์โมน ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะเครียดน้อยลง นอกจากนี้ยังมีผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การได้ข้อมูลทำให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เข้าใจในเหตุการณ์ได้ดียิ่งขึ้น โดยมีการประเมินเหตุการณ์นั้นซ้ำ ทำให้บุคคลสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เพิ่มแรงจูงใจในการปรับตัว สนับสนุนให้บุคคลมีความพยายามที่จะเผชิญปัญหาด้านการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพโดยเฉพาะในผู้ที่เจ็บป่วยรุนแรง

House (2001) ได้ศึกษาปัจจัยทางด้านสังคมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยนำปัจจัยด้าน เพศ รายได้ ปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความเครียด จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ โดยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ส่งผลดีต่อสุขภาพทางจิตตามมา ส่วนในด้านความเครียดและการเผชิญความเครียด พบว่าการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะเป็นการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โรคเรื้อรังมากมายที่ไม่สามารถรักษาหาย ดังนั้นการรักษาจะมุ่งไปที่การควบคุมอาการแสดง การที่ผู้ป่วยจะตอบสนองไปในทางที่ถูกต้อง หรือสามารถอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังได้อย่างปกติสุขนั้น จะต้องอาศัยข้อมูลพื้นฐานหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ แนวคิดของ Haber (1987) กล่าวว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตตั้งแต่ขั้นปานกลางจนถึงรุนแรงและการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อน และเน้นถึงความสัมพันธ์ของร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลาย ๆ อย่าง คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ พบว่าผู้ที่มีอายุน้อยจะมีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก เนื่องจากปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพของร่างกาย (Beland, 1981) และยังพบว่าเพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมตอบสนองด้านสุขภาพแตกต่างกัน (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง, 2540) รวมทั้งเพศชายเป็นเพศที่มีความเป็นผู้นำ โดยเฉพาะเป็นหัวหน้าครอบครัว ถ้าเกิดเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่สามารถทำหน้าที่ของตนในครอบครัวได้ จะรู้สึกคุณค่าตนเองด้อยลง และผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ ส่วนผู้ที่มีการศึกษาน้อยจะมีข้อจำกัดในการแก้ปัญหา รู้สึกว่ามีความยุ่งยากในการปฏิบัติ ทำให้เกิดความเครียด และมีปัญหาในการปรับตัว (เอมอร มุกดาสนิท, 2542)

นอกจากนี้ระยะเวลาที่เป็นปัจจัยสำคัญเพราะธรรมชาติของมนุษย์จะต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง Kottket (1982) กล่าวว่าระยะเวลาที่นานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีการเผชิญปัญหาที่ต่างกัน ก็จะมีการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างกัน ดังคำกล่าวของ Lazarus and Folkman (1978) ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีบุคลิกในการเผชิญสถานการณ์การเจ็บป่วยแบบมุ่งแก้ไขปัญหาก็จะสามารถใช้กระบวนการแก้ปัญหาได้ตรงและถูกต้องกับสถานการณ์ ดังนั้นการปรับตัวในการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยจึงเป็นไปในทิศทางที่ดีกว่าแบบมุ่งใช้อารมณ์ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสิ่งแวดล้อมได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ จะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยซึ่ง Harber (1987) กล่าวว่า การตอบสนองต่อการสูญเสียที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ในด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว สอดคล้องกับแนวคิดของ Kosa and Robertson (1975) ที่กล่าวว่าบุคคลจะเจ็บป่วยก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วยและเฝ้าหาวิธีการหรือแนวทางที่จะรักษาความเจ็บป่วยนั้น ฉะนั้น จะเห็นว่าการเจ็บป่วยจะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ส่วนบุคคล ซึ่งการรับรู้จะมีอิทธิพลอย่างมากจากกลุ่มบุคคลและสังคม ถ้าผู้ป่วยมีการ

รับรู้เกี่ยวกับด้านต่าง ๆ ในทางที่ดีและถูกต้อง เข้าใจสภาพของตนเอง ตลอดจนมองเห็นแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์การเจ็บป่วย ก็จะทำให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมหรือการตอบสนองของตนเองในระยะเจ็บป่วยได้ และDerogatis (1986) กล่าวว่า การปรับตัวมีหลายองค์ประกอบ ที่ครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 7 ด้านคือ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านการประกอบอาชีพด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ด้านความสัมพันธ์ในเครือญาติ ด้านความสัมพันธ์ทางเพศ และด้านจิตใจ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยนอก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ (โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ) โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โดยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง หรือหลายโรคร่วมกัน ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในจังหวัด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคใต้ตอนบน ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลชุมพร เขตอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลระนอง

กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ (โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ) โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โดยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง หรือหลายโรคร่วมกัน ที่มีอาการติดต่อกันนานกว่า 3 เดือนหรือ 90 วัน ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประจำจังหวัด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคใต้ตอนบน ระหว่างเดือนมิถุนายน 2549 ถึงเดือนสิงหาคม 2549 โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้
2. สถานภาพสมรสคู่ และยังคงอยู่ด้วยกันกับคู่ครอง
3. ไม่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนต้องนอนโรงพยาบาล
4. สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ที่ดี
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

โดยมีวิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างดังนี้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N \geq 10k + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} \quad k = \text{จำนวนตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$N \geq (10 \times 9) + 50 = 140 \text{ คน}$$

ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ 140 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอกแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) ดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจโรงพยาบาลประจำจังหวัดในภาคใต้ตอนบน ซึ่งมีทั้งหมด 7 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลกระบี่โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และโรงพยาบาลพังงา แล้วทำการสุ่มโรงพยาบาลโดยใช้การสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากโรงพยาบาลได้ 4 แห่ง จากโรงพยาบาลทั้งหมด 7 แห่ง

ซึ่งผลการสุ่มได้โรงพยาบาลทั้งหมด 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

2. สสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนหน้าห้องตรวจและทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ตรงตามลักษณะที่กำหนด ในช่วงวันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2549 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2549

3. เลือกเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ (Purposive sampling) และเพื่อความสอดคล้องกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณจากสูตรของ Thorndike 140 คน ผู้วิจัยแบ่งเป็น 4 ส่วนเท่า ๆ กันในแต่ละโรงพยาบาล โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน จากแต่ละโรงพยาบาล ได้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังรวมทั้งสิ้น 140 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วย 8 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความหมายของการเจ็บป่วยของ เบ็ญจวรรณ ป้อมเสมาพิทักษ์ (2536) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีจำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้านบวก 5 ข้อ และด้านลบ 9 ข้อ และได้ตรวจสอบ ความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือแล้ว ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 ผู้วิจัยได้ทำการปรับลักษณะ คำตอบจาก ถูก ผิด และไม่ทราบ ไปเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด เนื่องจากทำให้ได้รายละเอียด ของการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

		ด้านบวก	ด้านลบ	
เห็นด้วยมากที่สุด	เท่ากับ	5	1	คะแนน
เห็นด้วยมาก	เท่ากับ	4	2	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ	3	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	เท่ากับ	2	4	คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	เท่ากับ	1	5	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมมาก แปลว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยอยู่ในระดับ ถูกต้อง คะแนนรวมน้อย แสดงว่าการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยอยู่ในระดับไม่ถูกต้อง ซึ่งการคิดคะแนน โดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผล ค่าเฉลี่ยในการให้ ความหมายคะแนนเฉลี่ย (ประคอง กรรณสูต, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

4.50 – 5.00	หมายถึง	มีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยระดับถูกต้องมากที่สุด
3.50 – 4.49	หมายถึง	มีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยระดับถูกต้องมาก

- 2.50 – 3.49 หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยระดับถูกต้องปานกลาง
- 1.50 – 2.49 หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยระดับไม่ถูกต้อง
- 1.00 – 1.49 หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยระดับต้องปรับปรุง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปฏิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย

ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปฏิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยของ รุ่งนภา บุญประดิษฐ์ (2536) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาดัดแปลงข้อความให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนข้อคำถาม 7 ข้อ แบ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับปฏิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยด้านบวก 5 ข้อและด้านลบ 2 ข้อและได้ตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือแล้ว ค่าความเที่ยงเท่ากับ .70 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วยไปเป็น เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด เพื่อให้มีความละเอียดของการรับรู้เกี่ยวกับปฏิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

		ด้านบวก	ด้านลบ	
เห็นด้วยมากที่สุด	เท่ากับ	5	1	คะแนน
เห็นด้วยมาก	เท่ากับ	4	2	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ	3	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	เท่ากับ	2	4	คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	เท่ากับ	1	5	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมมาก แปลว่า มีการรับรู้เกี่ยวกับปฏิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับถูกต้อง คะแนนรวมน้อย แสดงว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับปฏิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับไม่ถูกต้อง ซึ่งการคิดคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย (ประคอง กรวรรณสุต, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

- 4.50 – 5.00 หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับปฏิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับถูกต้องมากที่สุด
- 3.50 – 4.49 หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับปฏิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับถูกต้องมาก

- 2.50 – 3.49 หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับถูกต้องปานกลาง
- 1.50 – 2.49 หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยในระดับไม่ถูกต้อง
- 1.00 – 1.49 หมายถึง มีการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของ สุมาพร บรรณสาร (2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Brandt and Winert (1985) จำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 10 ข้อ และด้านลบ 2 ข้อ และได้ตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือแล้ว ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

		ด้านบวก	ด้านลบ	
เห็นด้วยมากที่สุด	เท่ากับ	5	1	คะแนน
เห็นด้วยมาก	เท่ากับ	4	2	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ	3	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	เท่ากับ	2	4	คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	เท่ากับ	1	5	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมมาก แปลว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง คะแนนรวมน้อย แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ซึ่งการคิดคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย (ประคอง กรวรรณสุต, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

- 4.50 – 5.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงมาก
- 3.50 – 4.49 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง
- 2.50 – 3.49 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง
- 1.50 – 2.49 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ
- 1.00 – 1.49 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ

ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพของ รุ่งนภา บุญประดิษฐ์ (2536) ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ และได้ตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือแล้ว ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วย เป็นเห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด เพื่อให้มีความละเอียดของการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	เท่ากับ	5	คะแนน
เห็นด้วยมาก	เท่ากับ	4	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	เท่ากับ	2	คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	เท่ากับ	1	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย

4.50 – 5.00	หมายถึง	มีการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ อยู่ในระดับถูกต้องมากที่สุด
3.50 – 4.49	หมายถึง	มีการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ อยู่ในระดับถูกต้องมาก
2.50 – 3.49	หมายถึง	มีการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพอยู่ในระดับถูกต้องปานกลาง
1.50 – 2.49	หมายถึง	มีการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ถูกต้อง
1.00 – 1.49	หมายถึง	มีการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา

การเผชิญภาวะเครียดหรือภาวะวิกฤตแบบมุ่งแก้ไขปัญหามีประสิทธิผลได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจาก สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์ (2539) ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ผู้วิจัยเลือกมา 6 ข้อ เพื่อความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และได้ตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือแล้ว ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79

		คำถามทางบวก	คำถามทางลบ	
เห็นด้วยมากที่สุด	เท่ากับ	5	1	คะแนน
เห็นด้วยมาก	เท่ากับ	4	2	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ	3	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	เท่ากับ	2	4	คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	เท่ากับ	1	5	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมมาก แปลว่า มีการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา อยู่ในระดับสูง คะแนนรวมน้อย แสดงว่ามีการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งการคิดคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ย ในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย (ประคอง กรรณสูต, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

4.50 – 5.00	หมายถึง	มีการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา อยู่ในระดับสูงมาก
3.50 – 4.49	หมายถึง	มีการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา อยู่ในระดับสูง
2.50 – 3.49	หมายถึง	มีการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา อยู่ในระดับปานกลาง
1.50 – 2.49	หมายถึง	มีการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา อยู่ในระดับต่ำ
1.00 – 1.49	หมายถึง	มีการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา อยู่ในระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์

การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจาก สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์ (2539) ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman (1984) ผู้วิจัยเลือกมา 8 ข้อ เพื่อความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และได้ตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของ เครื่องมือแล้ว ค่าความเที่ยงเท่ากับ .78

		คำถามทางบวก	คำถามทางลบ	
เห็นด้วยมากที่สุด	เท่ากับ	5	1	คะแนน
เห็นด้วยมาก	เท่ากับ	4	2	คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	เท่ากับ	3	3	คะแนน
เห็นด้วยน้อย	เท่ากับ	2	4	คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	เท่ากับ	1	5	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมมาก แปลว่า มีการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์อยู่ในระดับสูง คะแนนรวมน้อย แสดงว่า มีการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งการคิดคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย (ประคอง กรรณสูต, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

4.50 – 5.00	หมายถึง	มีการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ อยู่ในระดับสูงมาก
3.50 – 4.49	หมายถึง	มีการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์อยู่ในระดับสูง
2.50 – 3.49	หมายถึง	มีการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง

- 1.50 – 2.49 หมายถึง มีการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ อยู่ในระดับต่ำ
 1.00 – 1.49 หมายถึง มีการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ อยู่ในระดับต่ำมาก

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจาก สุมาพร บรรณสาร (2545) ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Derogatis (1978) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา คุณาวัฒน์ (2535) โดยแบบสอบถามการปรับตัวทางจิตสังคมของ Derogatis นี้ สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1976 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการปรับตัวในสังคมเมื่อบุคคลเกิดภาวะการเจ็บป่วย ประกอบด้วยการปรับตัว 7 ด้านคือ 1) ด้านการดูแลสุขภาพ 2) ด้านสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับอาชีพ 3) ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้าน 4) ด้านสัมพันธภาพทางเพศ 5) ด้านสัมพันธภาพกับครอบครัวขยาย 6) ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม 7) ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ มีข้อคำถามทั้งหมดรวม 45 ข้อ แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ทั้งด้านความตรงและความเที่ยง โดยมีการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) ในกลุ่มตัวอย่าง 75 ราย มีการทดสอบความเที่ยงโดยวิธีการหาความสอดคล้องภายในสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าโดยรวมเท่ากับ 0.83 และรายด้านได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.33–0.82 ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยตัดข้อคำถามออกบางข้อ เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง และข้อคำถามที่ตัดออกมีความหมายคล้ายคลึงกัน เหลือข้อคำถาม 33 ข้อ ลักษณะข้อคำถามสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก หรือพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออก ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ แต่แต่ละข้อจะมี 4 ตัวเลือก

เกณฑ์การให้คะแนนการปรับตัว

คำถามทางบวก

คำถามทางลบ

ตัวเลือก ก ได้คะแนน = 3	ตัวเลือก ก ได้คะแนน = 0
ตัวเลือก ข ได้คะแนน = 2	ตัวเลือก ข ได้คะแนน = 1
ตัวเลือก ค ได้คะแนน = 1	ตัวเลือก ค ได้คะแนน = 2
ตัวเลือก ง ได้คะแนน = 0	ตัวเลือก ง ได้คะแนน = 3

การแปลความหมาย คะแนนรวมมาก แปลว่าการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับดี คะแนนรวมน้อย แสดงว่า การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งการคิดคะแนนโดยนำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนรวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายคะแนนเฉลี่ย (ประคอง กรรณสูต, 2542) มีรายละเอียดดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.00 หมายถึง มีการปรับตัวอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49	หมายถึง มีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0.00 – 1.49	หมายถึง มีการปรับตัวอยู่ในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ แบบสอบถามการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมเรียบร้อยแล้ว ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังนี้

- 1.1.1 อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน
- 1.1.2 อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการสอน และดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน
- 1.1.3 พยาบาลประจำการผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน

1.2 ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า CVI มากกว่า .80 (Polit and Beck, 2004: 423)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิ (5 ท่าน) ให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จากการคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ และแบบสอบถามการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ค่า CVI = .86, .80, .87, .79, .83, .80 และ .89 ตามลำดับ ซึ่งค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทุกแบบสอบถาม จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ

ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับแนวคิดของตัวแปรนั้น ๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย ไม่มีข้อปรับปรุง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ข้อคำถามเดิม จำนวน 14 ข้อปรับความชัดเจนของการใช้ภาษา จำนวน 4 ข้อ รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย ข้อคำถามเดิม จำนวน 5 ข้อ ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษา จำนวน 1 ข้อ เพิ่มข้อคำถามใหม่จำนวน 2 ข้อ รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ข้อคำถามเดิม จำนวน 15 ข้อ ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษา จำนวน 5 ข้อ ตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนออก จำนวน 3 ข้อ รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ ข้อคำถามเดิม จำนวน 15 ข้อปรับความชัดเจนของการใช้ภาษา จำนวน 2 ข้อ ตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนและขาดความชัดเจน จำนวน 6 ข้อ รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา ข้อคำถามเดิม จำนวน 7 ข้อ ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษาจำนวน 3 ข้อ ตัดข้อคำถามที่มีความหมายไม่ชัดเจนออก จำนวน 1 ข้อ รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ ข้อคำถามเดิม จำนวน 9 ข้อ ปรับความชัดเจนของการใช้ภาษา จำนวน 4 ข้อ ตัดข้อคำถามที่มีความหมายไม่ชัดเจนออก จำนวน 1 ข้อ รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ข้อคำถามเดิม จำนวน 37 ข้อ ตัดข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนออก จำนวน 4 ข้อ รวมแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 33 ข้อ

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว มาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยสูงอายุที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี แล้วนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ผลดังนี้

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค	
	Try out (n=30)	กลุ่มตัวอย่างจริง (n=140)
1. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	.84	.84
2. การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย	.70	.69
3. การสนับสนุนทางสังคม	.87	.87
4. การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ	.79	.85
5. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา	.79	.91
6. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์	.78	.74
7. การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย	.86	.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2549 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2549 ผู้วิจัยได้แบ่งขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลจังหวัดทั้งหมด 4 จังหวัด จึงจำเป็นต้องมีผู้ช่วยวิจัย และเพื่อเป็นการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงได้มีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยดังนี้

1.1 ติดต่อผู้ช่วยวิจัย ซึ่งได้กำหนดคุณสมบัติไว้ดังนี้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลที่จะเก็บข้อมูล สมัครใจเข้าร่วมเป็นผู้ช่วยวิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้ในเวลาที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ทั้งนี้เพราะในการเก็บรวบรวมข้อมูลต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยสูงอายุ โดยการอ่านแบบสอบถาม ให้ผู้ป่วยสูงอายุตอบ ประมาณ 45 นาที แต่ละโรงพยาบาลจะมีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมีผู้ช่วยวิจัยทั้งหมด จำนวน 4 คน

1.2 อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของเครื่องมือวิจัย สถานที่ที่ใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

1.3 ให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 ราย พบว่าผู้ช่วยวิจัยในแต่ละโรงพยาบาลสามารถใช้เครื่องมือวิจัยได้ถูกต้องตรงกันทุกข้อคำถาม

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากคนบดีคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าพยาบาลของโรงพยาบาลที่ทำการศึกษ ได้แก่ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลระนอง โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ เพื่อขออนุญาตชี้แจงเรื่องที่จะทำวิจัยวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 หลังจากส่งหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ทางโรงพยาบาลดังกล่าวจะพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งใช้ระยะเวลาก่อนที่ผู้วิจัยจะได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้เวลา 3 สัปดาห์ ในการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์และอนุญาตให้ทำวิจัย

2.3 เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ามารับการรักษที่แผนกผู้ป่วยนอกทั้ง 4 โรงพยาบาล ทุกวันราชการตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เลือกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบโรงพยาบาลละ 35 คน รวมทั้งหมด 140 คน

2.4 ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าไปแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัยกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระหว่างที่ผู้สูงอายุรอพบแพทย์อยู่หน้าห้องตรวจ กรณีผู้สูงอายุสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ก่อนที่จะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้แจ้งหมายเลขลำดับที่ตรวจที่ผู้สูงอายุได้รับและหมายเลขที่ผู้ป่วยกำลังตรวจอยู่ พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ให้แจ้งผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเมื่อถึงหมายเลขของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจว่า จะได้รับการตรวจตามลำดับอย่างแน่นอน และมีสิทธิในการตอบแบบสอบถามมากขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจ จึงให้ผู้สูงอายุเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.5 หลังจากได้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วจึงเริ่มต้นการสัมภาษณ์ โดยมีการเรียงลำดับแบบสอบถามดังนี้ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ แบบสอบถามการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการตอบแบบสอบถามสามารถตอบได้ตามความคิดเห็น พร้อมอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละชุดจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจึงเริ่มการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 – 60 นาที ระหว่างที่ตอบ

แบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา

2.6 ดำเนินการดังเช่นข้อ 2.3– 2.5 จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 140 คน นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติโดยคณะกรรมการการวิจัย และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากโรงพยาบาลโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลชุมพร เขตอุดมศักดิ์ และโรงพยาบาลระนอง ซึ่งได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ในการสมัครเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่บังคับ โดยจะคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์การวิจัย และผลกระทบจากการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย รวมทั้งการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ในกรณีที่ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะมีเอกสารให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับใด ๆ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และจะนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการวิจัยได้ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไข ปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ได้ดำเนินการดังนี้

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ (ชาย, หญิง) กับการปรับตัว คำนวณค่าสหสัมพันธ์แบบ Biserial ดังแสดงในตารางที่ 5

3.2 คำนวณค่าสหสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย กับระดับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย โดยการทดสอบด้วยค่า χ^2 ถ้ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงประมาณค่าความสัมพันธ์ด้วยค่า C (Contingency coefficient) เนื่องจากระดับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับไม่ตี มีจำนวนน้อยเพียง 5 คนจึงใช้กลุ่มตัวอย่างในระดับดี (55 คน) ปานกลาง (80คน) รวม 135 คน มาคำนวณความสัมพันธ์ดังกล่าว ผลดังตารางที่ 6, 7 ตามลำดับ

4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ กับการปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติวิเคราะห์คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

ค่าระหว่าง 0.70 – 0.90 มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ค่าระหว่าง 0.30 – 0.69 มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ค่าระหว่าง 0.29 และต่ำกว่า มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นบวก หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลดตามกัน แต่ถ้าหากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นลบ หมายถึง ตัวแปรทั้งสองมีลักษณะเพิ่มหรือลดตรงข้ามกัน

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยคัดสรร ซึ่งได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิภยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ ลักษณะอารมณ์และบุคลิกภาพ กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจำจังหวัด ภาคใต้ตอนบน จำนวน 140 คน ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์และเสนอผลการวิเคราะห์โดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย เป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติค่าความถี่ และค่าร้อยละ (%)

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิภยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติ ค่าสหสัมพันธ์แบบ Biserial และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยระดับการศึกษา และระยะเวลาในการเจ็บป่วย กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2) หากมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จะประมาณค่าความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์การจรณ์ (Contingency coefficient)

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิภยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient)

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n= 140)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (max = 87 , min = 60, \bar{X} = 68.61)		
60 - 64 ปี	49	35.00
65- 69 ปี	40	28.55
70- 74 ปี	19	13.60
75 ปีขึ้นไป	32	22.85
เพศ		
ชาย	70	50.00
หญิง	70	50.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	90	64.30
มัธยมศึกษา/ปวช./อนุปริญญา	26	18.60
ปริญญาตรี	24	17.10
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย		
ต่ำกว่า 5 ปี	31	22.10
5-9 ปี	84	60.00
10 ปีขึ้นไป	25	17.90

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่าง อายุต่ำสุด 60 ปี และสูงสุด 87 ปี โดยเฉลี่ยมีอายุ 68.61 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-64 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.00 เพศชายและเพศหญิงสัดส่วนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาลงมาสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 64.30 และระยะเวลาในการเจ็บป่วย สูงสุดอยู่ในช่วง 5-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.00

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 140)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	ระดับ
1. การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย	3.63	0.68	ถูกต้องมาก
2. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	3.62	0.64	ถูกต้องมาก
3. การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ	3.51	0.72	ถูกต้องมาก
4. การสนับสนุนทางสังคม	3.35	0.80	ปานกลาง
5. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา	3.09	0.86	ปานกลาง
6. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์	2.66	0.71	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยโดยรวมมีการรับรู้ระดับถูกต้องมาก ($\bar{X}=3.63$) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยโดยรวมมีการรับรู้ระดับถูกต้องมาก ($\bar{X}=3.62$) การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับถูกต้องมาก ($\bar{X}=3.51$) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.35$) และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหาและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.09$ และ 2.66 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของ
กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน (n= 140)

การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ด้านสิ่งแวดล้อมในครอบครัว	2.04	0.55	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ในเครือญาติ	1.96	0.71	ปานกลาง
ด้านการดูแลสุขภาพ	1.95	0.44	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม	1.90	0.80	ปานกลาง
ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ	1.86	0.80	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ทางเพศ	1.77	0.55	ปานกลาง
ด้านการประกอบอาชีพ	1.76	0.65	ปานกลาง
โดยรวม	1.91	0.46	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.91$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้านที่มีค่าคะแนนสูงสุด ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ($\bar{X} = 2.04$)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการเจ็บป่วย กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ตอนที่ 3.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n=140)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.	r_{bis}	p-value
เพศ						
ชาย	70	50.0	1.95	.45	.066	.643
หญิง	70	50.0	1.86	.46		
รวม	140	100.0	1.91	.46		

จากตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายมีค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยดีกว่าเพศหญิง ($\bar{X} = 1.95$ และ 1.86) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการเจ็บป่วย กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับการศึกษา และระยะเวลากับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ของกลุ่มตัวอย่าง (n =135)

ปัจจัย	การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย		รวม จำนวน(%)	χ^2	c	p-value
	ปานกลาง จำนวน(%)	ดี จำนวน(%)				
ระดับการศึกษา				18.097	.344	.000
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	61 (71.8)	24 (28.2)	85 (100.0)			
มัธยมศึกษา/ปวช./อนุปริญญา	13 (50.0)	13 (50.0)	26 (100.0)			
ปริญญาตรี	6 (25.0)	18 (75.0)	24 (100.0)			
รวม	80 (59.3)	55 (40.7)	135 (100.0)			
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย				4.132	-	.127
ต่ำกว่า 5 ปี	21 (67.7)	24 (32.3)	31 (100.0)			
5-9 ปี	49 (61.3)	31 (38.8)	80 (100.0)			
10 ปีขึ้นไป	9 (41.7)	14 (58.3)	24 (100.0)			
รวม	80 (59.3)	55 (40.7)	135 (100.0)			

จากตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยดีมากที่สุดคือ ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 75.0 รองลงมาได้แก่ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช./อนุปริญญา และ ระดับประถมศึกษาลงมาร้อยละ 50.0 และ 28.2 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (c= .344)

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการเจ็บป่วย กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยดีมากที่สุด คือ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 10 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 58.3 รองลงมาได้แก่ 5-9 ปี และต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 38.8 และ 32.3 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าระยะเวลาในการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิภริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบปรับอารมณ์ กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product-Moment Correlation Coefficient)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิภริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n=140)

ปัจจัยคัดสรร	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ (r)	P-value
1. อายุ	-.214	.011
2. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	.057	.505
3. การรับรู้เกี่ยวกับปฏิภริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย	.527	.000
4. การสนับสนุนทางสังคม	.280	.001
5. การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ	.384	.000
6. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา	.240	.004
7. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์	-.065	.443

จากตารางที่ 8 พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.214$) ส่วนตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับปฏิภริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปรับตัวต่อการเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r= .527, .280, .384$ และ $.240$ ตามลำดับ)

ส่วนตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิภยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบนโดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิภยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน

มีสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
2. เพศมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
3. ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
4. ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
5. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
6. การรับรู้เกี่ยวกับปฏิภยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
7. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

8. การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
9. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
10. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ (โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ) โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน โดยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง หรือหลายโรคร่วมกัน ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจำจังหวัด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคใต้ตอนบน (สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ชุมพร พังงา กระบี่ ภูเก็ต ระนอง)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือโรคหัวใจ (โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ) โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน โดยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง หรือหลายโรคร่วมกัน ที่มีอาการติดต่อกันนานเกินกว่า 3 เดือนหรือ 90 วัน ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประจำจังหวัด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคใต้ตอนบน ระหว่างเดือนมิถุนายน 2549 ถึงเดือนสิงหาคม 2549 โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้
2. สถานภาพสมรสคู่ และยังคงอยู่ด้วยกันกับคู่ครอง
3. ไม่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนต้องนอนโรงพยาบาล
4. สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ที่ดี
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม 1 ชุดประกอบด้วย 8 ส่วนได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย 3) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 5) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ 6) แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา 7) แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ 8) แบบสอบถามการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และหาความเที่ยงด้วยการนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน พร้อม

ทั้งนี้ นำแบบสอบถาม ส่วนที่ 2- 8 ไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามดังนี้ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย เท่ากับ .84 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปฏิภพวิทยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย เท่ากับ .70 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .87 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ เท่ากับ .79 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหาเท่ากับ.79 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ เท่ากับ.78 แบบสอบถามการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย เท่ากับ .86 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84, .69, .87, .85, .91, .74 และ .91 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติ ค่าสหสัมพันธ์แบบ Biserial และความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับการศึกษา และระยะเวลาในการเจ็บป่วย กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิภพวิทยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ กับการปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติวิเคราะห์คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

สรุปผลการวิจัย

1. การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.91 ค่าเฉลี่ยรายด้าน พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ด้านความสัมพันธ์ในเครือญาติ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางเพศ ด้านการประกอบอาชีพ มีค่าเฉลี่ย 2.04, 1.96, 1.95, 1.90, 1.86, 1.77 และ 1.76 ตามลำดับ

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิภพวิทยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า

2.1 อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .214$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.2 เพศ และระยะเวลาในการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.3 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($C = .344$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.4 การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.5 การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($r = .527$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.6 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .280$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.7 การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .384$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.8 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .240$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2.9 การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัยซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอกมีคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.91$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ ป้อมเสมาพิทักษ์ (2536) ในการศึกษาปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนการปรับตัวด้านจิตสังคม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.35$) อาจเนื่องมาจากในความเป็นจริงแล้วมนุษย์ต้องปรับตัวในชีวิตประจำวันอยู่ตลอดเวลา เพราะมีการเปลี่ยนแปลงในกายภาพและสังคม สิ่งแวดล้อมอยู่เสมอ แต่การเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ ทำให้ไม่รู้สึกตัว แม้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในกายภาพและสังคมสิ่งแวดล้อมและรวดเร็ว (บรรลุ ศิริพานิช, 2542:85) ผู้สูงอายุยังคงมีความสามารถในการปรับตัวได้

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=2.04$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญที่ทำให้มีกำลังใจต่อสู้ความเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวยอมรับและเข้าใจสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวแสดงความห่วงใยเมื่อเจ็บป่วย ครอบครัวเป็นแหล่งที่จะประคับประคองให้ผู้ป่วยปรับตัวได้ (เอมอร มุกดาสนิท, 2542) ผู้สูงอายุจะใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ความใกล้ชิดสนิทสนมกับบุคคลในครอบครัว การมีกิจกรรมร่วมกัน การได้รับการดูแลช่วยในการแก้ปัญหาหรือตัดสินใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีความอบอุ่น รู้สึกปลอดภัย จากการศึกษาของ Rickelman et al.(1994) พบว่าความผูกพันและสัมพันธ์ภาพที่ดีของผู้สูงอายุกับบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง จะมีผลอย่างยิ่งกับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

ด้านความสัมพันธ์ในเครือญาติ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.96$) ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง บางโรคทำให้เกิดการสูญเสียภาพลักษณ์หรือต้องจำกัดกิจกรรม กลัวญาติพี่น้องจะรังเกียจ ทำให้การไปมาหาสู่หรือการติดต่อกันในเครือญาติลดลง (จอม สุวรรณโณ, 2541; Nicolson & Anderson, 2003)

ด้านการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.95$) เนื่องจากเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ปฏิบัติตามคำแนะนำ และแผนการรักษา เพื่อบรรเทาผลที่เกิดจากโรค ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะไม่ต้องการที่จะเป็นภาระของครอบครัว และบุตรหลานจึงมีความพยายามเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ เรียบรู้

ปรับแผนการดำรงชีวิตให้เหมาะสมกับโรคที่เจ็บป่วย (จุฑารัตน์ กมลศรีจักร, 2540) นอกจากนี้ ผู้ป่วยสูงอายุ ร่วมกับระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปีเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยอมรับความเจ็บป่วยได้บางส่วน และเป็นผู้ที่มาตรวจตามนัด ทำให้มาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้คุ้นเคยกับระบบบริการสุขภาพ และมีโอกาสได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคจึง ทำการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (สุณี สุวรรณพสุ, 2544)

ด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.90$) เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้บทบาททางสังคมลดน้อยลง สังคมจะยอมรับผู้ป่วยน้อยลง ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก ทำให้ผู้ป่วยแยกตัวจากสังคมมากขึ้น (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2548)

ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.86$) เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นทำให้เกิดความรู้สึกหงุดหงิดวิตกกังวล รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองลดลง กลัวการเปลี่ยนแปลงของชีวิต เสียวความรู้สึกด้านบวกต่อตัวเอง (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2548)

ด้านความสัมพันธ์ทางเพศ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.77$) เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มักจะมีเพศสัมพันธ์ลดน้อยลง สูญเสียความรู้สึกทางเพศ กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับKaye (1993, อ้างในนภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล, 2545) ที่กล่าวว่า สุขภาพทางกายที่แย่งเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ ความสัมพันธ์ทางเพศในช่วงปลายชีวิตลดลงตามวัยที่สูงขึ้นนอกจากนี้การได้รับยาบางอย่างก็มีผลต่อความรู้สึกทางเพศ (Haber et al., 1987) และเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับค่านิยม วัฒนธรรม และเป็นประเด็นที่ไวต่อความรู้สึก อาจทำให้กลุ่มตัวอย่าง ไม่กล้าตอบตามความเป็นจริง

ด้านการประกอบอาชีพ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=1.76$) จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะความรับผิดชอบด้านอาชีพการงานน่าจะลดน้อยลง ทำให้ไม่เกิดความเครียดจากการประกอบอาชีพหรือหน้าที่ความรับผิดชอบ (รุ่งทิพย์ เบ้าตุน, 2546)

2. ผลการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=-.214$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 แสดงว่าผู้ที่มีอายุน้อยจะมีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยทางด้านอายุมีความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพทางร่างกาย Beland (1981) กล่าวว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถของบุคคลในการควบคุมความสมดุลทางสรีรวิทยาของร่างกาย ผู้ที่มีอายุมากขึ้นเท่าไรก็จะต้องผ่านเหตุการณ์ในวัยต่าง ๆ มากขึ้น เก็บสะสมสภาพเหตุการณ์ในอดีต และความทุกข์ต่าง ๆ ที่ผ่านมามากมาย สิ่งเหล่านี้ย่อมเป็นเหตุให้ผู้ที่มีอายุมากขึ้นเกิดความท้อแท้ในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ง่าย และยิ่งถ้าหากมีความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วย ยิ่งก่อให้เกิดความเครียดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในด้านร่างกายจะต้องได้รับความทุกข์

ทรมานจากโรคและความเจ็บป่วย มีความจำกัดของร่างกายมากขึ้น ช่วยตัวเองได้น้อยลงทำให้ต้องพึ่งพาอาศัยคนอื่นมากขึ้น ทางด้านจิตใจก็พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง ความมั่นใจและความภาคภูมิใจลดลง จากการศึกษาของ Bell (1977) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในชีวิต และวิธีการเผชิญปัญหา ในการปรับตัวของผู้ป่วยที่มีความเครียดทางจิตใจ พบว่าบุคคลที่มีอายุแตกต่างกัน จะเลือกใช้วิธีในการปรับตัวที่แตกต่างกันออกไป ผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปจะแสดงอาการเป็นทุกข์มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Rosen and Bining, 1966 cited in Lambert et al., 1970) และจากการศึกษาของ Cohen et al. (1990) and Resnick (2000) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเนื่องจากการมีอายุมากขึ้นมักมีข้อจำกัดทางร่างกายจากความเสื่อมของวัย จึงทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้น้อยลง ลอช หุตางกูร (2534) พบว่าการมีอายุมากขึ้นจะมีผลให้เกิดความบกพร่องของร่างกายมากขึ้น และมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นมากกว่าคนอายุน้อยกว่า และส่งผลกระทบต่อ การปรับตัวด้านจิตสังคมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณา กุมารจันทร์ (2543) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองและปรับตัวได้ในระดับสูง และเอมอร มุกดาสนิท (2542) ศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลการศึกษาพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อาจเนื่องมาจากสังคมไทยมีการดูแลช่วยเหลือในระบบครอบครัวเครือญาติ เพื่อนบ้านเป็นอย่างดี เมื่อเกิดความเจ็บป่วยจะมีการเยี่ยมเยียน ดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด โดยไม่เลือกว่าเป็นเพศหญิงหรือชาย ถึงแม้ว่าเพศจะเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม และในสังคมไทย เพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำครอบครัว เป็นผู้ปกป้องคุ้มครองภรรยาและบุตร มีหน้าที่ทำงานหารายได้เลี้ยงครอบครัว ได้รับความเคารพนับถือและยกย่องจากสังคม ส่วนเพศหญิงสังคมกำหนดเป็นแม่บ้าน ทำหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยภายในบ้านและเลี้ยงดูบุตร (เพ็ญพโยม เขยสมบัติ, 2547) และให้ความเคารพในความเป็นผู้นำครอบครัวของเพศชาย แต่เมื่อเกิดความเจ็บป่วย ไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ของตนดั้งเดิมได้ สมาชิกในครอบครัวจำเป็นต้องมีการปรับตัว โดยการเปลี่ยนบทบาทหน้าที่แทน เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของตนและครอบครัว (รุจา ภูโพนบูลย์, 2537) แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยไม่ว่าเพศชายหรือหญิงเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย หรือสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายต่างมีผลกระทบต่อจิตใจที่คล้ายคลึงกัน ผู้ป่วยจะมีความทุกข์กับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งจะส่งผลต่อสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง หากได้รับการดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ จะทำให้เกิดความมั่นคงปลอดภัย รู้สึกตนว่ามีคุณค่าส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดี ปรับตัวได้ (Hatcher, Durham and

Richer, 1985) อาจกล่าวได้ว่าความแตกต่างในด้านเพศของบุคคลไม่ทำให้การปรับตัวแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงฤดี ลาคุชะ (2537) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุ Jones and Goswick (1981) พบว่าเพศที่แตกต่างกันไม่ทำให้การปรับตัวแตกต่างกัน และวาสนา ฟุ้งฟู (2548) ศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน

4. ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 แสดงว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยสูงตามไปด้วยอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีโอกาสในการแสวงหาข้อมูล ข่าวสารต่าง ๆ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตนได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ ผู้ที่มีการศึกษาต่ำนอกจากจะมีข้อจำกัดในการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องแล้ว บางครั้งกลับมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อภาวะความเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น (สุชาติดา รัชชกุล และประพิม ศุภคັນสนีย์, 2545) Orem (1991) กล่าวว่าผู้ที่มีการศึกษาดีจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล เข้าใจในแผนการรักษา เกิดการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองได้ดีมากกว่า จากการศึกษาของ ซวลี โฆษิตทาภิวัธน์ (2534) พบว่าการศึกษามีส่วนช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วย นอกจากนี้การศึกษาของ เพลินพิศ เลหาหวิริยะกมล (2531) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว และสมจิตต์ สินธุชัย (2532) ศึกษาการปรับตัวในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จะเห็นได้ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตน กล่าวที่จะซักถามข้อมูลทางสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องมีความสนใจ เอาใจใส่ในการดูแลตนเองให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างเต็มที่ ทำให้มีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดีและเหมาะสม

5. ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 4 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนภา บุญประดิษฐ์ (2536) ที่พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้การศึกษาของ เอมอร มุกดาสนิท (2542) พบว่าระยะเวลาภายหลังการผ่าตัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวภายหลังการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการวิจัยที่ต่างกันนี้อาจเนื่องจากความแตกต่างของโรคที่

เป็น การดำเนินของโรค และความรุนแรงของโรค นอกจากนี้ อาจอธิบายได้ว่าถึงแม้ธรรมชาติของมนุษย์จะต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด แต่การเกิดการปรับตัวที่ดีได้นั้นยังขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในบุคคล ภายนอกบุคคล และจากสิ่งแวดล้อม เช่น ระดับความสามารถของบุคคล ความพร้อม ความสนใจ ค่านิยม วัฒนธรรม การสนับสนุนทางสังคม ประสบการณ์ในอดีต ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีระดับการปรับตัวที่แตกต่างกันออกไป ไม่ขึ้นอยู่กับระยะเวลาการเจ็บป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ว่าจะมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากน้อยเพียงใด ถ้าไม่ปฏิบัติตามแผนรักษาจะทำให้ความรุนแรงของโรคมักเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วย (ศิริพร แก้วกุลพัฒน์, 2541) จากการศึกษาของ White et al.(1992) พบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยเบาหวาน โดยมีนักการศึกษาได้ให้เหตุผลที่แตกต่างกันว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยนานมีสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดมากกว่า และมีการควบคุมโรคได้ไม่ดี และการศึกษาของวาสนา พุ่งฟู (2548) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต้อหิน นอกจากนี้ดุษฎิบูล บุตรสีทา (2544) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ จำนวน 112 ราย พบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ Xianqiong (2000) ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกล่องเสียง พบว่า ระยะเวลาไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว

6. ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 6 กล่าวคือผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยในระดับสูง มีแนวโน้มที่จะมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดี ถูกต้องและเหมาะสม อาจจะเนื่องมาจากถ้าผู้ป่วยรับรู้หรือรู้สึกว่ครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของตนโดยที่ครอบครัวให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในทุก ๆ ด้านให้ความรักและความเอาใจใส่ ไม่ทอดทิ้งให้อยู่คนเดียวตามลำพัง ปฏิกิริยาของครอบครัวดังกล่าวนี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับชีวิตต่อไป และพยายามจะปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมและมั่นใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูติกาญ์ ฉัตรรุ่ง และคณะ (2546) พบว่าการช่วยเหลือสนับสนุนจากคู่สมรส ซึ่งเป็นคนหนึ่งครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับขวัญและกำลังใจของผู้ป่วย จะคอยช่วยเหลือเอาใจใส่ต่อกันทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย และจุไรรัตน์ มิตรทองแท้ (2532) กล่าวว่าภักุญแจสำคัญในการช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยให้เผชิญปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพได้ก็คือ ครอบครัว แต่ถ้าผู้ป่วยรับรู้ว่ครอบครัวแสดงออกอย่างเปื้อนหน้ามองผู้ป่วยเหมือนเป็นภาระหนักคอยถ่วง

ครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง หมดกำลังใจ ไม่อยากต่อสู้ต่อไป การตอบสนองของผู้ป่วย อาจไม่สนใจตนเองเลย เพิกเฉยในทุก ๆ ด้าน (Norris et al., 1987) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเมื่อรับรู้ถึง ปรึกษาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยในทางที่ดีก็จะมีกำลังใจในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยไป ในทางดี และเหมาะสมด้วย จึงกล่าวได้ว่าการรับรู้เกี่ยวกับปรึกษาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

7. จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ได้รับการสนับสนุนทาง สังคมมาก มีแนวโน้มที่จะสามารถปรับตัวได้ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การสนับสนุนของบุคคล ภายในครอบครัว เพื่อน บุคคลรอบข้าง ที่แสดงออกด้วยการดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย สนใจซักถาม อาการเจ็บป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นคงในอารมณ์ที่ตนเองยังเป็นบุคคลสำคัญ เป็นที่รัก และสมาชิกคนหนึ่งในสังคมอยู่ อีกทั้งการที่ไม่ถูกทอดทิ้ง ได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพ ยังเป็นการ ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาและปฏิบัติตามแผนการรักษา (สุมาพร บรรณ สาร, 2545) เพื่อให้อาการทุเลาและยืดชีวิตให้ยาวนานมากขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นส่วน หนึ่งในการให้ข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับการดูแล ได้รับความรักและมีคุณค่า มี ความสำคัญ และเป็นสมาชิกในเครือข่ายสังคม (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2540) จากการศึกษาของ Mishel and Braden (1987) ในผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทั้ง ทางตรงและทางอ้อม ทางบวกต่อการปรับตัว การศึกษาของ มอสเซอร์ และคณะ (Moser et al., 1993) ในผู้ป่วย Systemic Sclerosis พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปรับตัวทางจิตสังคม การศึกษาของ Bennett (1993) พบว่าการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย การศึกษาของ และการศึกษา ของ สุณี สุวรรณพสุ (2544) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปรับตัว ของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม และ Xianqiong (2000) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยหลังผ่าตัดคลองเสียง และจุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย (2536) พบว่าแรง สนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวทางจิตสังคม เนื่องจากแรงสนับสนุน ทางสังคมมีความสามารถในการลดความรู้สึกไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ และช่วยในการ ปรับเปลี่ยนมุมมองความจริงในชีวิตในการดำเนินชีวิตร่วมกับโรค ทำให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังสามารถ ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมใหม่ไปสู่การปรับตัว ในการดำเนินชีวิตร่วมกับการเจ็บป่วย สามารถ ยอมรับการเจ็บป่วยได้ ส่งผลให้สามารถปรับตัวได้ดี จากเหตุผลดังกล่าวจึงพบว่าผู้สูงอายุโรค เรื้อรังที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงจะมีความสามารถในการปรับตัวได้ดี

8. จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดีและเหมาะสม อาจเนื่องมาจากการรับรู้ถึงการบริการสุขภาพที่มีอยู่ เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้บริการสุขภาพได้ถูกต้องกับความต้องการและสภาพการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ และการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยทั่วไปในปัจจุบันไม่จำเป็นต้องรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย ดังนั้นตัวผู้ป่วยเองมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลปัญหาสุขภาพ ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยควรจะรับรู้ถึงการบริการสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อจะได้สามารถเลือกใช้ขณะเกิดปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง เมื่อต้องดูแลการเจ็บป่วยที่บ้าน สอดคล้องกับแนวคิดของ สมจิต หนูเจริญกุล (2534) ที่ว่าการแนะนำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงการบริการสุขภาพทั้งหมดที่สามารถให้ความช่วยเหลือเขาได้ จะเป็นผลทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ดีขึ้น และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยเป็นไปในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งทำให้พวกเขามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Harris (2001) พบว่าการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่งผลถึงภาวะสุขภาพ จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงการบริการสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการรักษา การปรับตัวของผู้ป่วยจึงเป็นไปอย่างเหมาะสม ฉะนั้นจึงกล่าวได้ว่าการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก

9. จากผลการศึกษาพบว่า การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อาจเนื่องมาจากบุคคลที่มีการเผชิญภาวะวิกฤติแบบมุ่งแก้ไขปัญหามีความสามารถใช้กระบวนการแก้ปัญหาได้ตรงและถูกต้องกับสถานการณ์ ทำให้สามารถปรับตัวหรือดำเนินชีวิตไปในทางที่ดี เป็นผลให้ผู้ป่วยนั้นสามารถดูแลตนเองได้ และดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังได้อย่างมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Folkman and Lazarus (1984) ที่กล่าวว่าคนที่มีความทักษะในการแก้ไขปัญหามุ่งจะเผชิญภาวะวิกฤติได้ดี สามารถแก้ไขปัญหาก็เป็นสาเหตุของความเครียดได้ตรงปัญหา และจูลีไรต์น มิตรทองแท้ (2532) กล่าวว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้เกิดความเครียดอย่างต่อเนื่อง หรือเกิดภาวะวิกฤติเป็นระยะ ๆ อันเป็นผลมาจาก ธรรมชาติของความเจ็บป่วยเรื้อรังนั่นเอง จะเห็นได้ว่าเมื่อเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลและเครียดจนกลายเป็นภาวะวิกฤติ เพราะเป็นโรคที่มีลักษณะไม่แน่นอน ทำนายได้ยาก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมในการดำเนินชีวิต และรู้สึกว่าคุณไม่เหมือนคนอื่นอยู่ตลอดเวลา ฉะนั้นผู้ป่วย

ที่เผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา ก็สามารถเผชิญภาวะวิกฤติได้ตรงกับปัญหา และสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Hianhua (1999) ที่พบว่าผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหามากกว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์

10. ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลัดักษณ์ จันท์พวง (2534) ที่พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) นอกจากนี้การศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2536) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 100 รายพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาที่ต่างกันนี้อาจเนื่องมาจาก การศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะศึกษาในผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว ยังประกอบอาชีพการงาน มีบทบาทในสังคม เมื่อเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป บางคนอาจมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของเขา ดังนั้นตามการรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ ความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการและความเจริญเติบโตของมนุษย์ ในขณะที่บางคนอาจรู้สึกถึงความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ทำให้เขาต้องเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาก็คือ ความกลัว ความท้อแท้ทุกครั้งที่เจ็บป่วย (สกุลรัตน์ เตียววานิช, 2545) ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ปรับตัวไม่ได้ แต่ในวัยสูงอายุ ความรับผิดชอบด้านหน้าที่การงานและบทบาทในครอบครัว และสังคมลดน้อยลง มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่เสื่อมลง เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย ผู้สูงอายุจะรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา จึงไม่รู้สึกว่าเป็นภาวะคุกคามเมื่อเกิดการเจ็บป่วย สามารถยอมรับสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ เพราะตนเองอายุมากแล้ว สามารถทำใจหรือปลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Petrie และคณะ (1996: 1193) ที่พบว่า ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายที่มีอายุน้อยกว่า จะรับรู้โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายมีผลกระทบด้านลบต่อชีวิตของตนเองมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมาก

ส่วนการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ เนื่องจาก โดยปกติบุคคลจะมีการใช้การเผชิญปัญหาทั้งแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และแบบมุ่งปรับอารมณ์ร่วมกัน แต่อย่างน้อยแตกต่างกัน และเปลี่ยนไปตามสถานการณ์และการประเมิน โดยเมื่อบุคคลประเมินว่าเป็นปัญหาเล็กน้อย อาจเลือกใช้การเผชิญปัญหาทั้งแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และแบบมุ่งปรับอารมณ์ เมื่อปัญหาอยู่ในระดับรุนแรง ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ มักใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Folkman and Lazarus (1980) ที่พบว่าบุคคลในวัยผู้ใหญ่จะใช้การเผชิญความเครียดที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความต้องการและแหล่งประโยชน์ ผลกระทบ และข้อจำกัดของสถานการณ์นั้น ซึ่งลักษณะการปรับอารมณ์ในวัยผู้ใหญ่จะหุดหงิดฉุนเฉียว ไม่อดทน ใช้อารมณ์มาก (รุ่งทิพย์ เบ้าตุ่น, 2546) ทำให้การปรับตัวไม่ดี ในวัยสูงอายุนาธรรมะมาใช้เป็นหลักปฏิบัติและความเชื่อ และมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ จากการศึกษาของ ดวงฤดี ลาคุชะ (2537) พบว่า กิจกรรมส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมคือ กิจกรรมทางศาสนา การฟังศาสนา เป็นแหล่งช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ในขณะที่เผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหา เช่น การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ ซึ่งปกติผู้สูงอายุก็ปฏิบัติอยู่จนเป็นกิจวัตรแล้ว การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้สูงอายุ

11. ผลการศึกษาพบว่า อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ ลักษณะอารมณ์และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ และใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ก็ควรที่จะให้ความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญของการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ดังนั้นบทบาทของพยาบาล คือพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความสามารถในการหาสาเหตุและประเมินปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วย ให้คำแนะนำได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากโรคที่เป็นน้อยที่สุด สามารถปรับตัวอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข โดยการจัดทำโครงการเสริมสร้างความรู้ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรังโดยไม่แยกระดับความรู้ เพื่อให้กลุ่มช่วยเหลือแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน สร้างความคุ้นเคยต่อการเจ็บป่วยและการรักษา เรียนรู้เกี่ยวกับการหาสาเหตุของปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา ส่งผลต่อการปรับตัวที่เหมาะสม นอกจากนี้พยาบาลควรส่งเสริมให้ครอบครัวเน้นความสำคัญและเอาใจใส่แก่ผู้สูงอายุ เพราะเป็นความต้องการและเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เพื่อให้ญาติเข้าใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง และการส่งเสริมการให้ความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุ การเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ การใช้เวลาร่วมของผู้สูงอายุให้เป็นประโยชน์ และส่งเสริมให้สมาชิกในเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ในฐานะที่ครอบครัวเป็นหน่วยบริการที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุและมีบทบาทในการเป็นผู้ดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาเมื่อเกิดภาวะพร้อมในการดูแลตนเองและยามเจ็บป่วย พยาบาลควรชี้แนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วยและสอดคล้องกับแผนการรักษา โดยพยาบาลตระหนักถึงการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง ตลอดจนเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้

รวมทั้งการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้มีการใช้แหล่งประโยชน์ที่จัดขึ้นในชุมชนในการดูแลตนเองทั้งในด้านการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ให้ความรู้ด้านขั้นตอนการมารับบริการ ความก้าวหน้าของการรักษา การมาตรวจตามนัด ระบบส่งต่อ สิ่งสำคัญควรเน้นการจัดบริการที่ผู้สูงเข้าถึงการบริการได้ง่าย การจัดบริการของทีมบุคลากรสุขภาพ และจัดหน่วยให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน นอกจากนี้ควรมีการปรับกลยุทธ์การบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนในแนวใหม่ โดยให้ความสำคัญกับโรคเรื้อรังต่าง ๆ ให้มากขึ้น เนื่องจากมีแนวโน้มเป็นปัญหาสุขภาพของคนไทยในอนาคต รวมทั้งบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชน เพื่อป้องกันและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพประชาชน ซึ่งจะช่วยในการลดอัตราความเจ็บป่วยลง แล้วยังเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาให้กับประเทศด้วย

การให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังมีการปรับตัวที่ดีขึ้น โดยการให้ความรู้แก่ญาติ และผู้ดูแลในการให้แรงสนับสนุนทางสังคม และค้นหาแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบชมรมต่าง ๆ ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความรักใคร่ผูกพัน ด้านการรับรู้ตนเองว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการมีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น ด้านการได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า ด้านการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ

จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง จะต้องมีการให้ความรู้ ความเข้าใจ ทั้งผู้ป่วยและญาติ การให้บริการ รวมถึงการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตสังคม โดยให้ครอบครัวของผู้สูงอายุมีส่วนร่วม เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. การจัดสนทนาระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงและต่ำด้วยกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างเจ็บป่วย ตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหอันเกิดจากการเจ็บป่วย โดยมีพยาบาลให้การสนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่ดีขึ้น
2. จัดกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การดูแลรักษาธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ เพื่อให้ญาติเข้าใจและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง

3. ให้ความรู้แก่ญาติ และผู้ดูแลในการให้การสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมทางสังคม การพบปะพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยกัน เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
4. จัดบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชน มีระบบส่งต่อ มีการเยี่ยมบ้านให้การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง
5. ศึกษาแนวทาง หรือวิธีการต่าง ๆ ที่มีประสิทธิภาพในการสอนสุขศึกษาให้หลากหลาย เพื่อจูงใจและกระตุ้นให้ประชาชนสนใจดูแลพฤติกรรมของตนเองให้มากขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังก่อนวัยอันควร

ด้านการศึกษา

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่ไม่ได้มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกและศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ ศึกษาผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่อยู่ในชุมชน หรือที่บ้านเพื่อที่จะได้ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจทำให้การปรับตัวแตกต่างกัน
2. ควรมีการศึกษาการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะโรค เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเฉพาะโรคต่อไป
3. การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน เมื่อทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และไม่สัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบนแล้ว จึงควรนำมาศึกษาเชิงทำนาย เพื่อนำไปสู่การวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อจัดกระทำกับปัจจัยดังกล่าว ที่จะส่งผลต่อการปรับตัวในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก ต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกพร สุคำวัง. (2540). **แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม**.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กมลพรรณ หอมนาน. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การรับรู้
สมรรถภาพในตัวเอง กับพฤติกรรมการดูแลตัวเองของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. (2537). สุขภาพจิตในครอบครัว ในคณะอนุกรรมการ
ด้านครอบครัว สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ
(บรรณารักษ์). **การพัฒนาครอบครัว** (หน้า 207-240). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง
แอนด์พับลิชชิ่ง.
- กาญจนา สิงห์แก้ว. (2530). **ผลของการเป็นมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรีที่มีต่อวิถีการดำรงชีวิต
ของผู้ป่วยตามการรับรู้ของตนเองและสามี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- กวรรณิการ์ สุวรรณโคตร. (2532). การพยาบาลฟื้นฟูสภาพด้านจิตสังคม ในเอกสารชุดกรณี
เลือกสรรการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ หน่วยที่ 6-10, หน้า 111-116.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- กันยา กาญจนบุรานนท์. (2534). แนวคิดและกระบวนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังหรือพิการที่
บ้าน. **วารสารกองการพยาบาล** 18 (2): 20-50.
- กันยา สุวรรณแสง. (2533). **การพัฒนาบุคลิกภาพและการปรับตัว**. กรุงเทพมหานคร:
สำนักพิมพ์บำรุงสาส์น.
- กันยารัตน์ อุบลวรรณ. (2540). **พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน
ภาคกลางของประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กุลธิดา พานิชกุล. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทาง
สังคมและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญา
โทศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ขวัญเรือน อัครศักดิ์. (2543). **ผลของการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวคิดพุทธจิตวิทยาต่อการพัฒนาวิธีคิดตามแนวปัญญาและกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักเรียนมัธยมศึกษา ที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่ำและกลวิธีการเผชิญปัญหาต่ำ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษาและการแนะแนว บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. (2538). **กบงวางแผนทรัพยากรมนุษย์การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ. ศ. 2533 -2568.** กรุงเทพมหานคร: เม็ดทรายพริ้นติ้ง.
- จอม สุวรรณโณ. (2541). **ภาวะอารมณ์เศร้าในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. พยาบาลสาร 25(3): 9-20.**
- จันทนา ทองชื่น. (2545). **ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทนา รัตนฤทธิชัย. (2541). **หลักการสำคัญในการพยาบาลผู้สูงอายุ. สารสภากาพยาบาล 13(4): 21-33.**
- จรัสพรรณ อรุณแก้ว. (2545). **การปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรที่พิการปากแหว่งเพดานโหว่.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จารุวรรณ มานะสุรการ. (2543). **หลักการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง. ตำราการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ 1 (อายุรศาสตร์).** สงขลา: เอส. ซี. วี. บิสซิเนสส์.
- จารุวรรณ มานะสุรการ. (2544). **ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง: ผลกระทบและการพยาบาล.** สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2547). **เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 เรื่องทฤษฎีการสูงอายุ.** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร อมราภิบาล. (2536). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา เลิศไพบูลย์ และทิพย์ภา เชษฐชูชาวลิต. (2543). **วัยสูงอายุ. ในทิพย์ภา เชษฐชูชาวลิต (บรรณาธิการ), การพยาบาลจิตสังคมตามขั้นพัฒนาการ (หน้า 151-169).**สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- จุฑารัตน์ กมลศรีจักร. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง** โรงพยาบาลเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุไรรัตน์ มิตรทองแท้. (2532). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการและผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรัง กับภาวะสุขภาพจิตในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฉัตรทิพย์ นาถสุภา และพูนศักดิ์ ชานิกรประดิษฐ์. (2542). **เศรษฐกิจหมู่บ้านภาคใต้ฝั่งตะวันออกในอดีต**. กรุงเทพมหานคร: คอมแคทพรีน.
- ชวลี โฆษิตทาภิวัฒน์. (2534). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชลกร ภูสกุลสุข. (2547). **ประสบการณ์ของผู้ป่วยเรื้อรังที่ใช้พลังจักรวาลในการดูแลสุขภาพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชุตिकाญจน์ ฉัตรรุ่ง และคณะ. (2546). **ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพื้นที่บริการสาธารณสุขเขต 2**. รายงานวิจัยศูนย์ศึกษาผู้สูงอายุ วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคกลาง 2.
- ศุภวิบูล บุตรสีทา. (2544). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงใจ เปลี้นบำรุง. (2540). **พฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคใต้ของประเทศไทย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงฤดี ลาสุขะ. (2537). **ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบคัดสรรกับการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทัศนีย์ รัชยา. (2537). **การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน**
ตำบลริมเหนือ อำเภอแม่อิง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ธรรมรักษ์ การพิศิษฐ์. (2542). **นโยบายและยุทธวิธีผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ. ในการประชุม**
วิชาการแห่งชาติว่าด้วยการสูงอายุ: ผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร:
 โรงแรมปรินซ์ พาเลซ กรุงเทพมหานคร.
- นภาพร ชัยวรรณ และจอห์น โนเดล. (2545). **กิจกรรมทางเพศของคนสูงอายุไทย: อิทธิพล**
ของอายุ เพศ และสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
 มหาวิทยาลัย.
- นภาพร วงศ์ใหญ่. (2542). **ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ**
ผู้สูงอายุ จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต และการ
 พยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นโยบายและยุทธศาสตร์กลุ่มโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, สำนัก. (2547). [ออนไลน์].
 แหล่งที่มา: <http://www.203.157.19.191> [28 สิงหาคม]
- นริศว์ ปรารมย์. (2539). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับลักษณะการเผชิญปัญหาของนักเรียน**
วัยรุ่นในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต วิชาเอกการวิจัยพฤติกรรม
 ศาสตร์ประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นิตยา ไรจนทินกร. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยและ**
พฤติกรรมการปรับตัวในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 โทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพวรรณ จงรักษา, เกื้อ วงศ์บุญสิน, และรุ่งรัตน์ โกววรรณกุล. (2541). **แบบแผนการเจ็บป่วย**
และนโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในประเทศไทย.
 กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). **ผู้สูงอายุไทย.** กรุงเทพมหานคร: สภาผู้สูงอายุไทย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2544). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร:
 โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญพา ณ นคร. (2545). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี.**
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
 บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- เบญจวรรณ ป้อมเสมาพิทักษ์. (2536). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวด้านจิตสังคมของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง กรรณสูต. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธาการพิมพ์.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2540). การดูแลตนเองในผู้ป่วยเรื้อรัง. ในสมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรีนติ้ง.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2546). **การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในผู้ป่วยเรื้อรัง.** เอกสารการประชุมวิชาการ เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ. ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์ กรุงเทพมหานคร วันที่ 5-6 กันยายน.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ. (2532). **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา.** กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปาริชาติ จันทร์สุนทรพร และภัทราพรธณ มุสิกะ. (2542). การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเครียด. **วารสารพยาบาล 48(4): 201 -213.**
- ปราณี กาญจนวงษ์. (2539). **คุณภาพของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปองลดดา พรหมจันทร์. (2542). **วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยที่เป็นวัณโรคปอด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2540). **ผลของการให้คำปรึกษาแบบประคับประคองต่อการรับรู้ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกมีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2542). **ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง : การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- เพ็ญไพยม เชนสมบัติ. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความว่าเหวในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล และคณะ. (2542). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลจากการหกล้มในผู้สูงอายุ. **วารสารพจนานิตยศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** 2 (2):12-17.
- เพลินพิศ เลหาวิริยะกมล. (2531). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภิญญา หนูภักดี. (2532). **การเผชิญภาวะวิกฤตของคู่ชีวิตผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มนัสสินิตย์ บุญทรพร. (2539). **ความต้องการของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มุกดา คุณาวัดณ์. (2535). **ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความบกพร่องในการดูแลตนเองและการปรับตัวในสังคมของผู้ป่วยจอประสาทตาออก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพิน กนกวนิชย์ และพรชัย มูลเจตน์. (2546). การเปลี่ยนผ่านในชีวิตของผู้สูงอายุสตรีภายหลังที่มีภาวะข้อสะโพกหัก ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา** 11(2): 1-17.
- ยุพิน ไกรรินทร์, วันเพ็ญ เอี่ยมจ้อย และฉวีวรรณ ธงชัย. (2538). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. **พยาบาลสาร** 22 (1): 30-41.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2537). **การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้**. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์
- รุ่งทิพย์ เป้าตุน. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินความเครียด ความเข้มแข็งเกี่ยวกับสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การเผชิญความเครียด กับการปรับตัวของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาล ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- รุ่งนภา บุญประดิษฐ์. (2536). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการตอบสนองต่อ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร การพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลออ หุตางกูร. (2534). **หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาล ชีว-จิต-สังคม**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต.
- ลักขณา สิริวัฒน์. (2545). **สุขวิทยาจิตและการปรับตัว**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โอ. เอส. พริ้นติ้ง เฮ้าส์.
- วนิดา หาญคุณากุล. (2539). **ผลของการส่งเสริมการปรับตัวอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและการปรับตัวในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณภา กุมารจันทร์. (2543). **คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคใต้ตอนบน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วาสนา ฟุ้งฟู. (2548). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุโรคต่อหิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วราภรณ์ ตระกูลสฤษดิ์. (2545). **จิตวิทยาการปรับตัว**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- วิไลลักษณ์ จันทร์พวง. (2534). **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์. (2533). **ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และการมีโครงการพัฒนาที่มีต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย**. รายงานการวิจัย สถาบันประชากรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2534). **แนวทางการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ** กรุงเทพมหานคร: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2549). **การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร ทองป่อ. (2539). **การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและวิธีเผชิญปัญหาของหัวหน้าครอบครัวในชุมชนแออัด เขตเทศบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ศรีจิตรา บุนนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). **สถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ปัญหาทางสุขภาพ ภาวะพึ่งพาและแนวนโยบายทางการแพทย์และสาธารณสุข. ในคณะกรรมการการดำเนินการจัดกิจกรรมปีสากลว่าด้วยผู้สูงอายุด้านวิชาการ, บทความประกอบการประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุวันที่ 22-24 พฤศจิกายน (หน้า 23-42).**
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2538). **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.**
- ศุภวรรณ มโนสุนทร. (2542). **การพยาบาลโรคเบาหวาน. ส่วนพฤติกรรมและสังคมสำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.**
- ศุภวรรณ มโนสุนทร และฉายศรี สุพรศิลป์ชัย. (2542). **ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวและชุมชนกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง: การทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.**
- สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทยและสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2541). **การสำรวจภาวะสุขภาพประชากรอายุ 50 ปีขึ้นไป ประเทศไทยปี พ.ศ. 2538. โรงพิมพ์นนทบุรี.**
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. (2545). **รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.**
- สาธารณสุขจังหวัดพังงา, สำนักงาน. (2546). **การประเมินผลงานสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2547. พังงา: ฝ่ายประเมินผลและแผนงานสาธารณสุข.**
- สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี, สำนักงาน. (2546). **การประเมินผลงานสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2547. สุราษฎร์ธานี: ฝ่ายประเมินผลและแผนงานสาธารณสุข.**
- สิริลักษณ์ วรรณะพงษ์. (2539). **วิธีการปรับแก้และการปรับทางจิตสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- สมจิตต์ สีนุชชัย. (2532). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). **บรรณาธิการ, การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล. กรุงเทพมหานคร: บริษัทวิถีสาน จำกัด.**
- สุขทัยธรรมมาธิราช, มหาวิทยาลัย. (2531). **เอกสารการสอนชุดวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม. หน่วยที่ 1-7 พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สหมิตร.**

- สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. (2534). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤติ เจ็บปื้นและ
เรื้อรัง. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล.
ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- สุชาติ รัชชกุล และประพิม ศุภคັນสนีย์. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางสังคมกับ
การป่วยด้วยโรคเรื้อรังและไม่ติดต่อ. รายงานผลการวิจัย เงินอุดหนุนงบประมาณ
แผ่นดิน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุณี สุวรรณพสุ. (2544). ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม
และการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุปรีดา มั่นคง. (2549). สถิติผู้สูงอายุในประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง
การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวของผู้สูงอายุ ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค รัชดา กรุงเทพมหานคร
วันที่ 19-21 กรกฎาคม.
- สุภาพ อารีเอื้อ. (2540). ความเครียด การเผชิญปัญหาและคุณภาพชีวิตของหญิงสูงอายุ
ข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุมาพร บรรณสาร. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการ
เจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย กับการ
ปรับตัวของผู้ป่วยผู้ใหญ่ไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2543). ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่องกับคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาประชากรศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก
พับลิชชิ่ง.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธินันท์ น้ำเพชร. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ
ภายหลังเกษียณอายุราชการในจังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อัมพรพรพรรณ ธีราบุตร. (2548). **การพัฒนารูปแบบการบริการระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรนุช ธรรมสอน. (2544). **แบบแผนชีวิต ปัญหาสุขภาพ และความต้องการพึ่งพาของผู้สูงอายุตอนปลาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อรพรพรรณ ลีอนุญวัชชัย และคณะ. (2544). **พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรัง และครอบครัวในโรงพยาบาลและในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร**. รายงานการวิจัย. ทูลสนับสนุนจากงบประมาณแผ่นดิน .
- อาภา ใจงาม. (2536). **มโนคติในการพยาบาลผู้สูงอายุ**. ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส (บรรณาธิการ). **การพยาบาลผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- อุทิศ ดีสมโชค. (2536). **อาการทางข้อและโรคข้อที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ**. **จุลสารรุมัติสัมพันธ์** 4 (5): 2-8.
- อุษา เชาวลิต. (2540). **ปัจจัยบางประการที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรีรัษฎา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- อำไพรัตน์ กลิ่นขจร. (2533). **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกขาหักขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอมอร มุกดาสนิท. (2542). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Adelman, A. M. (2001). **Managing Chronic Illness**. In Adelman, A. M., Daly, M. P. and Weiss, B. D. *Geriatrics*. Boston: McGraw-Hill.
- Aguilera, D. C., and Messick, J. A. (1982). **Crisis intervention: Theory and methodology**. 4th ed. St Louis: Mosby.
- Andreason, N. C., and Norris, A. C. (1972). **Long term adjustment and adaptation Mechanism in severely burned adult**. *Journal of Nervous and Mental Disease* 154: 352 -362.

- Banye, E. (1991). **Urodynamic**, London: Black Scientific Publication.
- Barry, P. D. (1989). Psychosocial intervention with ineffective coping responses to Physical illness. **Psychosocial nursing assessment and intervention care of the physical ill person**. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Bauman, A., et al. (1990). **Psychiatric and psychosocial nursing**. Philadelphia: B.C. Dacker.
- Beland, L. L., and Passos, J. Y. (1981). **Clinical nursing pathophysiological and psychological approach**. 4th ed. New York: McMillan.
- Bell, J. M. (1977). " Stressful life events and coping method in mental illness and wellness behavior. " **Nursing Research** 26 :136-140.
- Bennett, S. J. (1993). Relationships among selected antecedent variables and coping effectiveness In postmyocardial infarction patients. **Research in Nursing & Health** 16: 131-139.
- Birren, J. E., Sloane, R. B., and Cohen, G. D. (1992). **Handbook of Mental Health and Aging**. 2nd ed. California: Academic Press.
- Brandt, P. A., and Weinert, C. (1985). The PRQ: A social support measure. **Nursing Research** 30(9-10): 277– 280.
- Callaghan, P., and Morrissey, J. (1992). Social support and health: a review. **Journal of Advanced Nursing** 18: 203-210.
- Carpenter, G. I., and Demopoulos, G. R. (1990). Screening the elderly in the community; Controlled trial of dependency surveillance using a questionnaire administered by volunteers. **British Medical Journal** 300:1253-1256.
- Centers of Medicare & Medicaid Services.(1999). The characteristics and perceptions of the medicare population. Available from: <http://cms.hhs.gov/mcbs/CMSsrc/1999/Summary2.pdf> [2004, Jan 15]
- Challis, D., et al. (2000). Dependency in older people recently admitted to care homes. **Age and Aging**, 29, 255-260.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator for life stress. **Psychosomatic Medicine** 38: 300 -312.
- Cohen, S., and Wills, T. A. (1985). Stress, Social support and The Buffering Hypothesis. **Psychological Bulletin** 98: 310 – 357.

- Corbin, J. M. (2001). Introduction and overview: Chronic illness and nursing. In Hyman, R. B. and Corbin, J. M. (eds) **Chronic illness research and theory for nursing practice**. New York: Springer Publishing.
- Corbin, J. M., and Strauss, A. (1991). A nursing model for chronic illness management Based upon the trajectory framework. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice** 5: 155-174.
- Derogatis, L. R. (1986). The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS). **Journal of Psychosomatic Research** 30: 77-79.
- Diamond, M. (1979). Social support and adaptation to chronic illness: The case of maintenance hemodialysis. **Research in Nursing & Health** 2: 101-108.
- Dunlop, D. D., Hughes, S. L., and Manheim, L. M. (1977). Disability in activities of daily living: Patterns of change and a hierarchy of disability. **American Journal of Public Health**, 87(3), 378-383.
- Ebersole, P., and Hess, P. (1998). **Toward health aging: Human needs and nursing response**. 5th ed. St. Louis: Mosby.
- Ellis, J. R., and Nowlis, E. A. (1989). **Nursing a human needs approach**. 5th ed. Pennsylvania: Houghton Mifflin.
- Eliopoulos, C. (2001). **Gerontological nursing**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott.
- Felton, B. J., and Revenson, T. A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness Controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. **Journal of Personality and Social Psychology** 52:343-353.
- Folkman, S., and Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-age community sample. **Journal of Health and Social Behavior** 21: 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., and Delogis. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. **Journal of Personality and Social Psychology** 50: 571-579.
- Folkman, S., and Lazarus, R. S. Coping as a mediator of emotion. **Journal of Personality and Social Psychology** 54: 466-475.
- Forman, M. D. (1983). Survey of osteoarthritis of the knee in the elderly. **The Journal of Rheumatology** 10, 282 – 287.
- Foxall et al. (1994). Loneliness of chronically ill adults and their spouses. **Issues in Mental Health Nursing** 10: 149-167.

- Friedland, J., and Mc. Coll, M. A. (1987). Social support and psychosocial dysfunction after stroke: Buffering effect in community sample. **Archives of Physical Medicine Rehabilitation**, 68: 457-480.
- Graydon, J. E., and Roos, E. (1995). Influence of symptoms, lung function, mood, and social support on level of functioning of patients with COPD. **Research in Nursing & Health** 18: 525 -533.
- Haber, J., et al. (1987). **Comprehensive psychiatric nursing**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill.
- Hafen, B. Q. (1981). **How to live Longer**. Newjersey: Prentice-Hall.
- Hanson, I. (1982). Effect of chronic lung disease on life in general and on sexuality: perceptions of adult patients. **Heart Lung** II.11. 435-441.
- Harris, M. I. (2001). Racial and ethnic differences in health care access and health outcome for adult with type 2 diabetes. **Diabetes Care** 24(3): 453-459.
- Hatcher, B. J., Durham, J. D., and Richer, M. (1985). Overcoming stroke – related depression. **Journal of Gerontological Nursing** 11(11): 34-39.
- Hianhua, C. (1999). **Uncertainty and coping of hospitalized acute myocardial infarction patients**. Master Thesis, Department of Medical and Surgical Nursing, Graduate School, Chiang Mai University.
- Hodges, H. F., Keeley, A. C., and Grier, E. C. (2001). Masterworks of art and chronic illness experiences in the elderly. **Journal of Advanced Nursing**. 36: 389-398.
- House, J. S. (1981). The nature of social support. In M. A. Reading (Ed.). **Work stress and social support**. Philadelphia: Addison Wesley.
- Ignatavicius, D. D., and Bayne, M. V. (1991). **Medical–Surgical Nursing: A nursing process approach**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Jacob, S. R. (1991). Support for family caregivers in the community. **Family & Community Health** 14 (5): 16 -21.
- Jalowiec, A., Murphy, S. P., and Powers, M. J. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. **Nursing Research** 33 (3): 157-161.
- Kee, C. C. (1998). Living with osteoarthritis: insiders' views. **Applied Nursing Research** 11 (1): 19-26.
- Kosier, B., Erb, G., and Bufalino, P. M. (1989). **Introduction to nursing**. Amsterdam: Addison- Wesley Publishing Company.

- Kottket, F. J. (1982). Philosophic Consideration of quality of Life for the disabled. **Archives of Physical Medicine Rehabilitation** 63: 60 – 62.
- Lambert, V. A. A. (1991). **Annual Review of Nursing Research** 9 (6): 3 – 19.
- Lambert, V. A., and Lambert, C. E. (1970). The with and Alternation in cardiovascular function. **In the impact of physical illness and related mental health concepts.** (pp 170-204). Englewood Cliffs: Prentice- Hall.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1978). **Patterns of Adjustment.** Japan: Mcgraw –Hill.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984). **Stress, appraisal, and coping.** New York: Springer Publishing.
- Lazarus, R. S. (1991). **Emotion and adaptation.** New York: Oxford University press.
- Lindsey, A. M. (1992). Social support: Conceptualization and measurement instruments. In Marilyn, F.S. (ed.). **Instruments for Clinical Nursing Research.** Boston: Jones and Bartlett.
- Long, B. C., and Phipps, W. J. (1989). **Medical–Surgical: A nursing process approach.** St. Louis: The C.V. Mosby.
- Lubkin, I. M., and Larsen, P. D. (2002). **Chronic illness: Impact and intervention.** 3rd ed. Boston: Jones and Bartlett.
- Luckman, J., and Sorensen, K. C. (1993). **Medical–surgicalNursing: A psychophysiology approach.** 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Lueckenotte, A. G. (1996). **Gerontologic nursing.** St. Louis: Mosby.
- McConnell, E. S., Linton, A. D. and Matteson, A. (1997). **Gerontological nursing concepts and practice.** 2nded. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Meizer, (1999). Profile of disability in elderly people: Estimates form a longitudinal population study, **British Medical Journal** 318: 1108-1111.
- Miller, F. J. (1992). **Coping with chronic illness.** 2nded. Philadelphia: F. A. Davis.
- Miller, F. J. (2000). **Coping with chronic illness overcoming powerlessness.** 3rd ed. Philadelphia: F. A. Davis .
- Mishel, M. H., and Braden, C. J. (1987). Uncertainty a mediator between support and adjustment. **Western Journal of Nursing Research** 9 (1): 43-57.
- Mishel, M. H., (1988). Uncertainty in illness. **Journal of Nursing Scholarship** 20(4): 225- 231.
- Mishel, M. H., and Epstein, D. (1990). **Uncertainty in illness scales manual.** College of University of Arizona.

- Mishel, M. H. (1999). Uncertainty in chronic illness. **Annual Review of Nursing Research** 17: 269- 290.
- Mitchell, P. H., Gallucci, B., and Fought, S. G. (1991). Perspectives on human response to health and illness. **Nursing Outlook** 39(7): 154-157.
- Moser, D. K. et al. (1993). Predictors of psychosocial adjustment in systemic sclerosis. **Arthritis & Rheumatism** 36(10): 1398-1405.
- Murrsay, R. B., and Huelskoetter, M. W. (1987). **Psychiatric/ Mental health nursing (giving emotional care)**. 2nd ed. New York: Appleton & Lange.
- Nesbitt, B. J., and Heidrich, B. J., and Heidrich, S. M. (2000). Sens of coherence and illness appraisal in older woman's quality of life. **Research in Nursing & Health** 23(1): 23-34.
- Nicolson, P., and Anderson, P. (2003). Quality of life, distress and self- esteem: A Focus group study of people with chronic bronchitis. **British Journal of Healt Psychology** 8: 251-270.
- Nodhturft, V., Schneider, J. M., Hebert, P., Bradham, D. D., Bryant, M., and Philips, M., et al. (2000). Chronic disease self-management: Improving outcomes. **Nursing Clinics of North America** 35: 507-518.
- Norris, J., et al. (1987). **Mental health–psychiatric nursing a continuum of care**. New York: John Wiley & Sons.
- Norbeck, J. S. (1981). Social support: A model for clinical research and application. **Advanced In Nursing Science** 7: 43 -58.
- Norbeck, J. S. (1982). The use of social support in clinical practice. **Journal Psychosocial Nursing and Mental Health Service**, 20(12): 22 – 29.
- Orem, D. E. (1991). **Nursing concepts and practice**. 3rd ed. St. Louis: Mosby.
- Patrick, M. L. et al. (1986). **Medical–Surgical nursing: Pathophysiological concepts**. Philadelphia: J. B. Lippincott .
- Pender, N. J., and Pender, A. R. (1987). **Health promotion in nursing practice**. 2nd ed Norwalk: Appleton & Lange.
- Petrie, K. J., et al. (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: Longitudinal study. **British Medical Journal** 312 (5): 1191-1194.

- Phipps, W. J. (2003). Chronic illness. **Medical-surgical nursing: Health and illness Perspectives** 7th ed., pp. 71-89. St. Louis: Mosby.
- Polit, D. F., and Beck, C. T. (2004). **Nursing research : Principles and methods**. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pollock, S. E., Christian, B. J., and Sands, D. (1990). Responses to chronic illness: analysis of psychological adaptation. **Nursing Research** 39(7-8): 300- 304.
- Puntil, C. (1991). Integrating three approaches to counter resistance in a noncompliant elderly client. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service** 29: 26-30.
- Quinn, M. E., Johnson, M. A., Poon, L. W., and Martin, P. (1999). Psychosocial Correlates of subjective health in sexagenarians, octogenarians, and centenarians. **Mental Health Nursing** 20; 151-171.
- Richard, H. L., et al. (1980). **Introduction to bivariate and multivariate analysis**. Illinois: Scott, Foresman.
- Rickelman, B. L., et al. (1994). Attachment and quality of life in older, community residing men. **Nursing Research**, 43(2): 71-89.
- Roy, S. C., and Andrews, H. A. (1991). **The Roy Adaptation Model: The definitive Statement**. Connecticut: Applieton & Lange.
- Schaefer, C., et al. (1981). The health related function of social support. **Journal of Behavioral Medicine** 4: 381-405.
- Sally, S. (2000). **Nursing care of older adult**. St. Louis: Mosby.
- Selye, H. (1976). **The stress of life**. New York: McGraw-Hill.
- Sexton, D. L., and Munro, B. H. (1985). Impact of a Husband's Chronic illness (COPD) on the Spouse's Life. **Research in Nursing and Health** 8(3): 83 – 90.
- Specht, J. K. P. (2003). Gender and aging. **Journal of Gerontological Nursing** 3(17): 3-4.
- Strauss, A. L. (1975). **Chronic illness and quality of life**. St. Louis: Mosby.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. **Journal of Health and Social Behavior** 23: 145 -159.
- Thorndike, R. M. (1978). **Correlational procedures for research**. New York: Gardner Press.

- Tiden, V. P., and Weinert, C. (1987). Social support and the chronically ill individual. *Nursing Clinical of North America* 22: 613- 620.
- Veenstra, G. (2000). **Social capital, SES and health: An individual-level analysis.** [CD-ROM]. *Social Science Medicine*, 50(5): 619-629. Abstract from: Med-line: 0277-9536.
- Webster, M., and Gove, P. B. (1989). **Webster' s third new international dictionary of English Language Unabridged.** Springfield: Merrriam Webster.
- Whall, L. A., and Groh, C. J. (2001). Self- esteem disturbance. In **Meridean, L. M. Nursing care of older adults: Diagnosis, outcomes, interventions.** St.Louis: Mosby.
- White, R. E., Richter, J. M., and Fry, C. (1992). Coping social support and adaptation to chronic illness. *Western Journal of Nursing Research* 14 (2): 211 -224.
- Woods. N. F. et al. (1990). Social support for woman during chronic illness: The relationship among source and types to adjustment. *Research in Nursing and Health* 13(3):153-161.
- Xianqiong, F.(2000). **Social support postoperative duration and adaptation among laryngectomy patients.** Thesis Master of Nursing Science in Medical and Surgical Nursing, Chiang Mai University.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

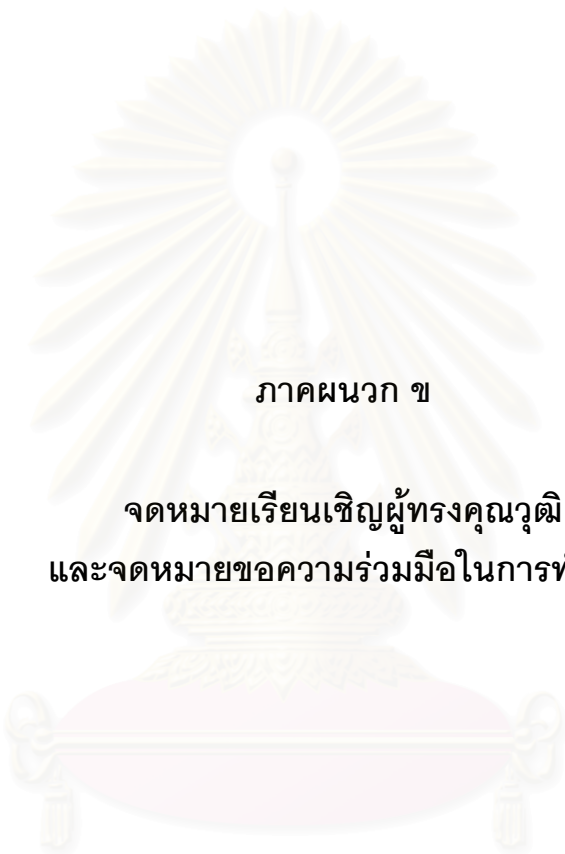
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ทำงาน
อาจารย์ ดร. ขวัญใจ อำนาคสัตตยชี้อ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ. ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.ดร.พิชญภรณ์ มูลศิลป์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ลินดา คล้ายปักซี่	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
นางสาววีณา ลิ้มสกุล	พยาบาลผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาล ผู้สูงอายุ แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการทำวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย นางสุภาภรณ์ สังขมรรทร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ผศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 02-218-9828
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9814
ชื่อนิสิต	นางสุภาภรณ์ สังขมรรทร โทร. 08-1891-1620

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เนื่องด้วย นางสุภาภรณ์ สังขมรรทพร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน	ดร. ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ
งานบริการการศึกษา	โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 02-218-9828
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9811
ชื่อนิสิต	นางสุภาภรณ์ สังขมรรทพร โทร. 08-1891-1620

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิชญภรณ์ มูลศิลป์

เนื่องด้วย นางสาวภรณ์ สังฆมรรทร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 02-218-9828

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์ โทร. 02-218-9814

ชื่อนิสิต

นางสุภาภรณ์ สังฆมรรทร โทร. 08-1891-1620

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสุภาภรณ์ สังขมรรพท นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ คุณวีณา ลี้มสกุลพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูง หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

คุณวีณา ลี้มสกุล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 02-218-9828

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9814

ชื่อนิสิต

นางสุภาภรณ์ สังขมรรพท โทร. 08-1891-1620

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2549

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสุภาภรณ์ สังขมรรทพร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ลินดา คล้ายปักซี่ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ลินดา คล้ายปักซี่

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 02-218-9828

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ โทร. 02-218-9814

ชื่อ นิสิต

นางสุภาภรณ์ สังขมรรทพร โทร. 08-1891-1620

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

พฤษภาคม 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตรทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสุภาภรณ์ สังฆมรรทพร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา และแบบมุ่งปรับอารมณ์ แบบสอบถามการปรับตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการทดลองใช้เครื่องมืออีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางสุภาภรณ์ สังฆมรรทพร ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 02-218-9828

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9814

ชื่อนิสิต

นางสุภาภรณ์ สังฆมรรทพร โทร. 08-1891-1620

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มิถุนายน 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวภรณ์ สังฆมรรท นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ. หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 35 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ และแบบสอบถามการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางสาวภรณ์ สังฆมรรท ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกิจศิลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 02-218-9828

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9814

ที่หนังสือ

นางสาวภรณ์ สังฆมรรท โทร. 08-1891-1620

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มิถุนายน 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์

เนื่องด้วย นางสุภาภรณ์ สังฆมรรทพร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัจย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 35 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ และแบบสอบถามการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางสุภาภรณ์ สังฆมรรทพร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 02-218-9828

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัจย์ โทร. 02-218-9814

ชื่อนิสิต นางสุภาภรณ์ สังฆมรรทพร โทร. 08-1891-1620

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มิถุนายน 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือเก็บข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

เนื่องด้วย นางสาวภรณ์ สังฆมรรทพร นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้หนังสือดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 35 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ แบบสอบถามการเผชิญปัญหา แบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ และแบบสอบถามการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ทั้งนี้หนังสือจะประสานงานเรื่อง วัน เวลา และสถานที่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางสาวภรณ์ สังฆมรรทพร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุกิจศิลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 02-218-9828

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธ์ สาส์ตย์ โทร. 02-218-9814

ที่หนังสือ

นางสาวภรณ์ สังฆมรรทพร โทร. 08-1891-1620

ที่ ศธ 0512.11/

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มิถุนายน 2549

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลระนอง

เนื่องด้วย นางสุภาภรณ์ สังฆมรรทพร นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน" โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 35 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ แบบสอบถามการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่องวัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้ นางสุภาภรณ์ สังฆมรรทพร ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจักษ์ศิลป)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

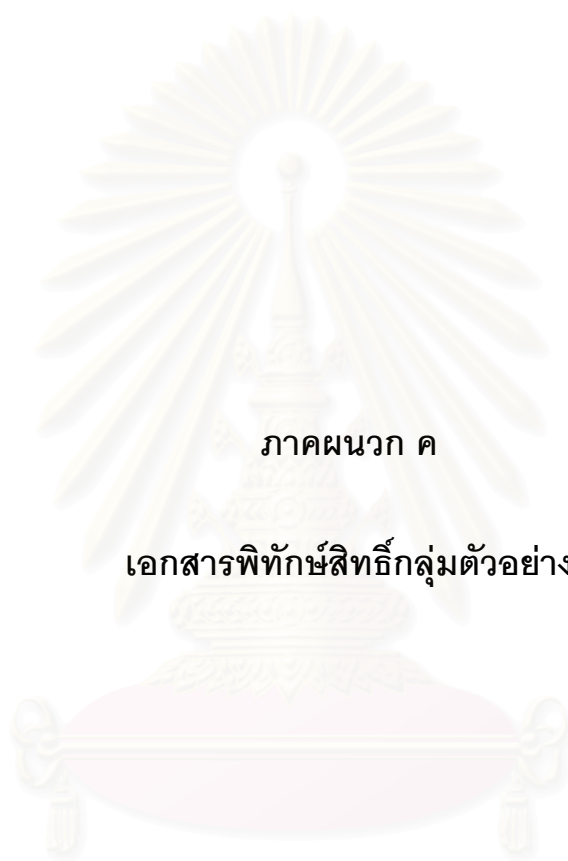
สำเนาเรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ โทร. 02-218-9828

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์ โทร. 02-218-9814

ชื่อนิสิต นางสุภาภรณ์ สังฆมรรทพร โทร. 08-1891-1620



ภาคผนวก ค

เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed consent form)

ชื่อโครงการ ศึกษาคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนก
ผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน

ชื่อผู้วิจัย นางสุภาภรณ์ สังขมรรท

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดี และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถามและเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดยสมัครใจและอาจปฏิเสธจากการเข้าร่วม การศึกษานี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็น ประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุป ผลการวิจัย ในภาพรวม การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้ เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจทุกประการ จึงได้ลงนามในใบ ยินยอมนี้เพื่อเข้าร่วมการศึกษาภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด

.....
.....

สถานที่/วันที่

(.....)

ผู้เข้าร่วมวิจัย

.....
.....

สถานที่/วันที่

(นางสุภาภรณ์ สังขมรรท)

ผู้วิจัยหลัก

.....
.....

สถานที่/วันที่

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient /participant information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังแผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน
2. ชื่อผู้วิจัย นางสุภาภรณ์ สังขมรรทร นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 56 หมู่ 2 ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
โทรศัพท์ที่ทำงาน 077- 272231 ต่อ 2183
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081- 8911620
E- mail : Supaporn.sun@student.chula.ac.th
4. ข้อมูลประกอบการให้คำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย
 - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิภริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไข ปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก
 - 4.3 ผู้วิจัยคาดว่ากรวิจัยนี้จะก่อให้เกิดความไม่สะดวกเล็กน้อยแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยคือการใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45-60 นาที โดยมีแบบสอบถามทั้งหมด 8 ชุด คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป 2) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย 3) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปฏิภริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม 5) แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ 6) แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา 7) แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ 8) แบบสอบถามการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย
 - 4.4 การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือนางสุภาภรณ์ สังขมรรทร ได้ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 081 – 8911620
 - 4.5 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว
 - 4.6 ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย จากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการดังกล่าว

4.7 ผู้เข้าร่วมวิจัย มีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธไม่เข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุก
ขณะโดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่จะได้รับ
แต่ประการใด

4.8 ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

4.9 จำนวนของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัย
ครั้งนี้คือ 140 ราย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย
เรื่อง
ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง
แผนกผู้ป่วยนอก ภาคใต้ตอนบน

คำชี้แจง แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 8 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ
- ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา
- ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์
- ส่วนที่ 8 แบบสอบถามการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาเติมคำในช่องว่างหรือเติมเครื่องหมาย \surd ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน และเลือกเพียงคำตอบเดียว

1. อายุ.....ปี (นับจำนวนปีเต็ม)
2. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
3. โรคประจำตัวที่ท่านเป็นอยู่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () 1. โรคเบาหวาน () 2. โรคความดันโลหิตสูง
 - () 3. โรคหัวใจ () 4. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
 - () 5. โรคอื่นๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษา
 - () 1. ประถมศึกษาลงมา
 - () 2. มัธยมศึกษา/ปวช./อนุปริญญา
 - () 3.ปริญญาตรี
5. อาชีพปัจจุบัน
6. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย
 - () 1. ต่ำกว่า 5 ปี
 - () 2. 5-9 ปี
 - () 3. 10 ปี ขึ้นไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

คำชี้แจง : แบบสอบถามต้องการทราบระดับการรับรู้ความเจ็บป่วยของท่านโปรดทำเครื่องหมาย

(√) ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถาม ดังนี้

- เห็นด้วยน้อยที่สุด (1) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดของท่านน้อยที่สุด
 เห็นด้วยน้อย (2) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดของท่านน้อย
 เห็นด้วยปานกลาง (3) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดของท่านปานกลาง
 เห็นด้วยมาก (4) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดของท่านมาก
 เห็นด้วยมากที่สุด (5) หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย
	น้อยที่สุด (1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
1) ท่านรู้สึกว่าร่ากายของท่านอ่อนแอ และเจ็บป่วยได้ง่าย					
2) การเจ็บป่วยทำให้ท่านสูญเสียทุกอย่างในชีวิต					
3) การเจ็บป่วยครั้งนี้นับจนต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของท่าน					
4)					
.					
.					
14).....					
.					
.					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย

คำชี้แจง : แบบสอบถามต้องการทราบระดับการรับรู้ปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยของท่าน โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวามือที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย น้อยที่สุด (1)	เห็นด้วย น้อย (2)	เห็นด้วย ปาน กลาง(3)	เห็นด้วย มาก (4)	เห็นด้วย มาก ที่สุด(5)
1) โรคนี้ถึงแม้ว่าจะรักษาไม่หายขาดแต่ท่านก็ได้รับ กำลังใจจากสมาชิกในครอบครัวที่จะต่อสู้ต่อไป					
2) ท่านรู้สึกว่ามีสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจและ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของสภาพ หรือการทำหน้าที่ ต่างๆ ของร่างกายท่าน ที่เกิดจากการเจ็บป่วยได้					
3)..... . .					
7)..... . .					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมให้ท่านเลือกตอบ
โดยทำเครื่องหมาย (✓) ในช่องหมายเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย น้อยที่สุด (1)	เห็นด้วย น้อย (2)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	เห็นด้วย มาก (4)	เห็นด้วย มากที่สุด (5)
1)ท่านมีบุคคลใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกปลอดภัย					
2) ท่านได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชน เช่น งานบวช งานแต่งงาน					
3)..... .					
.					
12)..... .					
.					
.					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ

คำชี้แจง : แบบสอบถามต้องการทราบระดับการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพของการเจ็บป่วยของท่าน โปรด
ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องด้านขวามือ ที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย น้อยที่สุด (1)	เห็นด้วย น้อย (2)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	เห็นด้วย มาก (4)	เห็นด้วย มากที่สุด (5)
1)ท่านสามารถไปรับการรักษาในสถานบริการ ที่ใกล้บ้านได้ถ้าต้องการ					
2)ท่านสามารถเดินทางไปรับการรักษาได้สะดวก					
3)					
. .					
9).....					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา

คำชี้แจง : แบบสอบถามต้องการทราบเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา ท่านโปรดทำเครื่องหมาย

(√) ลงในช่องด้านขวามือ ที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย น้อยที่สุด (1)	เห็นด้วย น้อย (2)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	เห็นด้วย มาก (4)	เห็นด้วย มากที่สุด (5)
1) ท่านพยายามวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น 2) ท่านคิดหาหนทางต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาตามสาเหตุ ที่เกิดขึ้น 3) ท่านนำประสบการณ์เก่าที่เคยใช้มาแก้ปัญหา 4) 6).....					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์

คำชี้แจง : แบบสอบถามต้องการทราบเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ ท่านโปรดทำเครื่องหมาย

(√) ลงในช่องด้านขวามือ ที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย น้อยที่สุด (1)	เห็นด้วย น้อย (2)	เห็นด้วย ปานกลาง (3)	เห็นด้วย มาก (4)	เห็นด้วย มากที่สุด (5)
1) ท่านยินดีได้รับความเห็นอกเห็นใจและความเข้าใจจาก บุคคลอื่น 2) เมื่อมีปัญหาท่านสวดมนต์ภาวนา ทำสมาธิ ละหมาด ให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น 3) 8).....					

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย

คำชี้แจง : กรุณาตอบคำถามเกี่ยวกับตัวท่านโดยทำเครื่องหมายวงกลมล้อมรอบหัวข้อที่ท่านเลือก
เพียงคำตอบเดียว

ด้านที่ 1 การดูแลสุขภาพภาพ

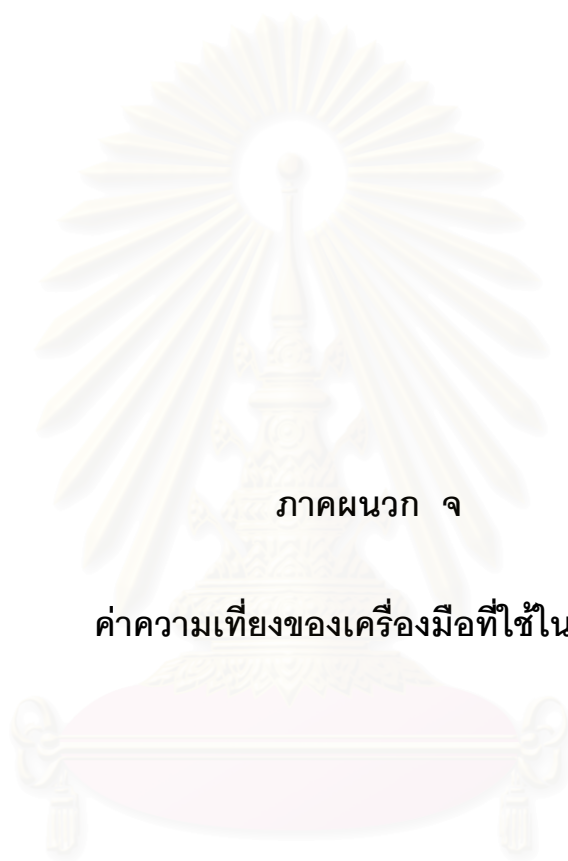
1. ข้อใดเป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของท่านได้ดีที่สุด
 - ก) ฉันให้ความสนใจต่อสุขภาพของฉันอย่างมาก
 - ข) ฉันเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองเกือบตลอดเวลา
 - ค) ฉันพยายามที่จะดูแลสุขภาพของตนเองแต่บางครั้งก็ไม่มีเวลา
 - ง) การดูแลสุขภาพเป็นเรื่องที่ฉันไม่คำนึงถึงมากนัก

ด้านที่ 2 ด้านอาชีพการทำงาน

8. การทำงานของท่านในขณะนี้เป็นอย่างไ
 - ก) ทำงานไม่ได้เลย
 - ข) ทำงานได้แต่ไม่ดีนัก
 - ค) ทำงานได้ดีพอสมควร
 - ง) ทำงานได้ดีตามปกติ

ด้านที่ 7 ด้านความไม่สุขสบายทางจิตใจ

33. ในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาท่านเคยรู้สึกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยหรือเรื่องอื่นๆ บ้างหรือไม่
 - ก) ไม่เคยรู้สึกเลย
 - ข) รู้สึกบ้างเล็กน้อย
 - ค) รู้สึกมากพอสมควร
 - ง) รู้สึกอย่างมาก



ภาคผนวก จ

ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ค่าความเที่ยงแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
A1	48.1000	72.9207	.1274	.8496
A2	47.3667	72.7920	.2580	.8372
A3	48.0667	62.4092	.6659	.8116
A4	48.2000	63.9586	.4954	.8253
A5	47.1333	67.5678	.6084	.8198
A6	47.6000	69.9724	.3318	.8347
A7	47.7667	64.5989	.6347	.8152
A8	48.0667	64.6161	.5772	.8186
A9	47.6000	66.8000	.6855	.8161
A10	47.5333	70.8782	.2750	.8382
A11	47.7333	66.9609	.4772	.8256
A12	47.9667	71.6885	.2969	.8357
A13	47.3667	64.3782	.6972	.8120
A14	47.7000	61.7345	.5822	.8181

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 14

Alpha = .8365

ค่าความเที่ยงแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	26.1333	22.6713	4.7614	7

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
B1	22.3333	15.5402	.7156	.5846
B2	22.3667	16.6540	.5559	.6271
B3	22.9000	17.4724	.3206	.6918
B4	22.4667	16.3264	.5591	.6240
B5	22.4000	16.0414	.6889	.5962

B6	22.2000	20.5103	.0826	.7439
B7	22.1333	19.9126	.1129	.7430

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 7

Alpha = .6983

ค่าความเที่ยงแรงสนับสนุนทางสังคม

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	35.8333	99.3161	9.9657	12

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
C1	32.4000	87.3517	.6069	.8601
C2	32.8333	74.0057	.8566	.8387
C3	32.0667	106.7540	-.6052	.8980
C4	33.7000	80.4931	.6667	.8538
C5	32.4000	99.0759	-.0563	.8969
C6	32.7667	75.2885	.8988	.8370
C7	32.7000	80.4931	.6969	.8520
C8	32.9333	78.2023	.8479	.8424
C9	32.7000	83.8034	.5371	.8627
C10	33.3333	89.6092	.4972	.8654
C11	33.2000	77.8207	.6782	.8529
C12	33.1333	80.2575	.7342	.8497

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 12

Alpha = .8713

ค่าความเที่ยงการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	26.4667	33.8437	5.8175	9

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
D1	24.1000	28.3000	.6578	.7508
D2	24.4000	30.1793	.1682	.8103
D3	23.4000	24.1103	.5728	.7495
D4	25.3333	33.8851	-.0455	.8043
D5	22.6000	24.3862	.6189	.7404
D6	23.5000	26.3966	.4456	.7703
D7	23.1000	26.1621	.6844	.7368
D8	22.6667	26.9195	.6015	.7480
D9	22.6333	26.7920	.5694	.7511

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 9

Alpha = .7851

ค่าความเที่ยงการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	13.3667	12.1023	3.4788	6

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
E1	11.1667	9.6609	.4843	.7742
E2	11.1000	8.2310	.7832	.7077
E3	11.2000	8.5103	.6966	.7270
E4	11.1333	8.7402	.4498	.7861
E5	11.1333	9.2230	.3803	.8010
E6	11.1000	8.1621	.5649	.7559

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 6

Alpha = .7916

ค่าความเที่ยงการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	16.4667	30.1885	5.4944	8

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
E7	14.6333	27.0678	.3619	.7831
E8	14.6667	21.8851	.6214	.7412
E9	14.2667	19.6506	.8414	.6969
E10	14.1000	18.2310	.7959	.7004
E11	15.0667	27.0299	.3500	.7841
E12	14.7333	25.7885	.4747	.7698
E13	15.1667	27.5230	.2948	.7896
E14	12.6333	23.3437	.3126	.8115

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0 N of Items = 8

Alpha = .7874

ค่าความเที่ยงการปรับตัว

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Statistics for	Mean	Variance	Std Dev	N of Variables
SCALE	54.4667	198.2575	14.0804	33

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Alpha if Item Deleted
F1	52.8667	188.5333	.4317	.8585
F2	52.8667	186.1885	.4403	.8579
F3	53.2000	177.0621	.7204	.8502
F4	52.3000	192.4931	.2720	.8615

F5	53.2000	189.6828	.3461	.8601
F6	52.5667	194.8747	.1325	.8641
F7	53.2000	179.8897	.5933	.8535
F8	52.5667	198.5989	-.0483	.8698
F9	53.5000	179.9138	.6232	.8529
F10	52.8000	197.8207	-.0197	.8688
F11	53.4333	178.8057	.6652	.8518
F12	52.2333	196.1851	.0614	.8657
F13	53.4000	177.0759	.7461	.8498
F14	52.2333	198.9437	-.0587	.8680
F15	53.2333	179.2885	.5816	.8536
F16	52.1667	194.5575	.1121	.8652
F17	53.2000	173.5448	.6813	.8498
F18	51.9000	190.4379	.2831	.8614
F19	52.9333	179.7195	.5191	.8552
F20	53.8000	186.4414	.3988	.8588
F21	52.9000	192.6448	.1499	.8652
F22	52.7000	185.8034	.3732	.8595
F23	52.1000	195.2655	.1126	.8645
F24	53.5333	176.8782	.6073	.8525
F25	52.3333	191.3333	.2220	.8630
F26	53.1333	180.0506	.5004	.8558
F27	52.6000	197.0759	-.0013	.8694
F28	53.3000	174.7000	.7557	.8486
F29	52.0667	195.7885	.0960	.8646
F30	53.3667	176.9989	.7125	.8503
F31	52.0333	197.6885	.0057	.8659
F32	53.3333	172.5747	.8167	.8467
F33	51.9333	201.4437	-.2007	.8687

-

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 30.0

N of Items = 33

Alpha = .8631

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสุภาภรณ์ สังขมรรทร เกิดวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2507 ที่จังหวัดนครราชสีมา สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ เมื่อ พ.ศ. 2531 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (Flexible Learning) การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2546 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 งานผู้ป่วนอก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย