

ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี



นายวิญญ์ทัตญญ บุญทัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

LIVED EXPERIENCES OF DIABETIC OLDER PERSONS WITH GOOD QUALITY OF LIFE

Mr. Winthanyou Bunthan



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 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี
โดย	นายวิญญูทัตญญ บัญทัน
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณ ประกรณ

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร รัตนศิริ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณ ประกรณ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด)

วิญญู์ทัณญญ บุณญทัน : ประสบการณัชีวิตของผูสูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี (LIVED EXPERIENCES OF DIABETIC OLDER PERSONS WITH GOOD QUALITY OF LIFE) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธัหลัก: ผศ. ดร.ทัศนา ชูวรรณะปรกรณั, 104 หนา.

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผูสูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยใช่วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดปรากฏการณัวิทยาของไฮเดกเกอร์ ผูให้ข้อมูลหลัก คือ ผูสูงอายุที่มีอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี จำนวน 21 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและการบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณัชีวิตของผูสูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมี 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) คุมเบาหวานได้ ประกอบด้วย ทำตามหมอบอก การเลือกอยู่เลือกกิน ตรวจตามนัดสม่ำเสมอ และเลิกเครื่องดื่มไม่ตี 2) สุขกาย ประกอบด้วย อยู่ดีมีเรียวแรง ไม่เจ็บไม่ปวด ไปไหน มาไหนได้ 3) สบายใจ ประกอบด้วย ได้ทำบุญใส่บาตร ปลงได้ไม่คิดอะไร คนในครอบครัวดูแลดี และนอนได้หลับดี 4) ภาคภูมิใจในตัวเอง ประกอบด้วย ไม่เป็นภาระใคร และทำการงานได้เหมือนเดิม

ประเด็นต่างๆจากการศึกษามีหลายประเด็นที่คล้ายคลึงกับการมีคุณภาพชีวิตของผูสูงอายุโรคเบาหวานทั่วไปที่หากสามารถควบคุมเบาหวานได้จะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตาม ในการที่ดูแลผูสูงอายุโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชนภาคอีสานยังมีประเด็นด้านบริบทท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย เช่น การร่วมงานเลี้ยงต่างๆ ในชุมชนที่มีการเลี้ยงอาหารและเครื่องดื่มแขกที่มาร่วมงาน ที่จะต้องพิจารณาให้เหมาะสมต่อการควบคุมเบาหวาน อีกทั้งครอบครัวควรให้การสนับสนุนส่งเสริมให้ผูสูงอายุยังคงการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงานที่เหมาะสมกับวัย และกิจกรรมทางศาสนา

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก .....

# # 5677211836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: LIVED EXPERIENCES / DIABETIC OLDER PERSONS / QUALITY OF LIFE

WINTHANYOU BUNTHAN: LIVED EXPERIENCES OF DIABETIC OLDER PERSONS WITH GOOD QUALITY OF LIFE. ADVISOR: ASST. PROF. TASSANA CHOOWATTANAPAKORN, Ph.D., 104 pp.

This research aims to investigate life experiences of older people with diabetes who have good quality of life. Qualitative inquiry of a Heideggerian Phenomenology was used on methodology. Key informants in this study were 21 diabetes older persons with good quality of life, Data collection was conducted using interview, observation and field note taking. Data analysis was done by content.

The findings consist of four main themes: 1) Capability of diabetic control including health professional compliance, lifestyle and food consumption awareness, regularly following up doctor's appointment, and unhealthy beverages prohibition. 2) Physical-wellness including strength and energy, without pain, and self-movement abilities. 3) Mental-wellness consisting of making merit, donation, stress relief thoughts, good taking care from family, and enough sleep. 4) Feeling of self-worthiness and self-respect including self-independence and ability to earn income without being anyone's burdens..

Several issues of this study are related to the better quality of life of elders with diabetes who are in diabetes control program. However, in the Northeast of Thailand, taking care of diabetic elders must be concerned with appropriate food and beverage in parties where they participate. Moreover, their family should provide support and encourage diabetic elders to continue self-activities as a daily living, age appropriate works and religious activities.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2015

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสะดวกและกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนาศูววรรณ ปรกรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความเอาใจใส่ ชี้แนะแนะนำ ให้ข้อคิดเห็นและชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องเหมาะสมจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความกรุณาของเป็นอย่างยิ่ง จึงใคร่ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จอนผะจง เพ็งจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ จนกระทั่งทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่กรุณาถ่ายทอดข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อวิทยานิพนธ์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่ง อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชนตำบลบ้านแท่น อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่นทุกท่านที่อำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ ของคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย ขอบพระคุณผู้บริหารของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติทุกระดับที่เอื้ออำนวยความสะดวกด้านระยะเวลาในการศึกษาต่อ

ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติมิตรทุกท่านที่เป็นกำลังใจและเป็นแรงผลักดันในการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา ขอขอบคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่เอื้อเพื่อนำใจในด้านต่างๆจนกระทั่งการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตประสบความสำเร็จ และการสนับสนุนทุนวิจัยจากทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญแผนภาพ .....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามในการวิจัย .....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	7
1. ผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวาน.....	7
2. คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน .....	14
3. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Study).....	20
4. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) .....	31
5. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล .....	35
6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	43
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	45
ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants).....	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	45

การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	47
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	48
การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness) .....	49
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล .....	51
บทที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล .....	52
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	70
สรุปผลการวิจัย .....	70
อภิปรายผลการวิจัย .....	71
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ .....	79
รายการอ้างอิง .....	81
ภาคผนวก .....	91
ภาคผนวก ก แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และเครื่องมือการวิจัย (การ สัมภาษณ์เชิงลึก) .....	92
ภาคผนวก ข ใบรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย .....	97
ภาคผนวก ค ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรในการคัดกรองคุณภาพชีวิต และข้อมูลสำหรับกลุ่ม ประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....	99
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	104



## สารบัญแผนภาพ

หน้า

แผนภาพที่ 1 สรุปประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี..... 69



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อที่พบจำนวนมากขึ้นในทั่วโลก ปี พ.ศ. 2557 องค์การอนามัยโลกระบุจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกเท่ากับ 422 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2016) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่ง International Diabetes Federation [IDF], (2013) ได้คาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจะมีเพิ่มสูงขึ้นเป็น 592 ล้านคนในปี พ.ศ. 2578 สำหรับในประเทศไทยจากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2558) พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นโรคเบาหวานในปี 2557 ร้อยละ 18.20 ของประชากรผู้สูงอายุทั่วประเทศ จำแนกตามเพศ พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 14.90 ของประชากรผู้สูงอายุเพศชายทั่วประเทศ และเพศหญิง ร้อยละ 18.20 ของประชากรผู้สูงอายุเพศหญิงทั่วประเทศ และเป็นอันดับสองของโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทย

จังหวัดขอนแก่นมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในทุกปี จากข้อมูลของ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2558 พบว่า จังหวัดขอนแก่นมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 95,848 ราย เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 56, 542 ราย คิดเป็นร้อยละ 58.99 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งจังหวัดขอนแก่น และมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในปี 2558 จำนวน 10,169 ราย (Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข, 2558) พบว่าอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีของผู้ป่วยโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่นอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ชี้วัด (ร้อยละ 68.5, 2558) ตำบลบ้านแท่นเป็นตำบลหนึ่งในอำเภอชนบทของจังหวัดขอนแก่น เป็นชุมชนแบบชนบท มีที่ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดขอนแก่น ที่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแท่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนากลาง มีประชากรอยู่อาศัยจำนวน 3,389 คน แบ่งออกเป็นผู้สูงอายุจำนวน 651 คน คิดเป็นร้อยละ 19.20 (องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแท่น, 2558) แต่จากคัดกรองโรคเบาหวานของตำบลบ้านแท่น ในปี 2558 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด 236 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 146 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 61.84 ของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งตำบล และสามารถแบ่งออกตามเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ดังนี้ เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแท่นจำนวน 92 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแท่น, 2558) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวนากลางจำนวน 54 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวนากลาง, 2558)

ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ การที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดสูง โรคไตเรื้อรัง หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ โรคจอประสาทตาเสื่อม และการเกิดแผลเรื้อรังของเท้า ซึ่งนำไปสู่การถูกตัดเท้า (American Diabetes Association [ADA], 2015) จากผลกระทบทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุแล้วนั้นยังมีผลกระทบทางด้านจิตใจที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานอีกด้วย ซึ่งผลกระทบดังกล่าว ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีสาเหตุทั้งโดยตรงจากโรคเบาหวานและจากภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ เช่น การสูญเสียสมรรถภาพทางเพศในผู้สูงอายุเพศชาย เป็นต้น (IDF, 2013) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ก็ตาม ส่วนหนึ่งกลับมองว่าตนเองนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับเกณฑ์ประเมินทางการแพทย์ ที่ใช้ปัญหาแทรกซ้อนและระดับน้ำตาลเป็นตัวตัดสินคุณภาพชีวิต ดังจะเห็นได้จากรายงานที่กล่าวมาแล้วเกี่ยวกับการควบคุมเบาหวานที่ยังอยู่ในระดับที่ไม่ดี ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นการที่ผู้สูงอายุนับว่าการที่ตนเองไม่ได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคเบาหวาน ไม่มีอาการหรือปัญหาที่รุนแรงยุ่งยากแก่การรักษา ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การที่ผู้สูงอายุสามารถทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย นอนหลับได้ดี ไม่มีการติดเชื้ในร่างกาย มีการควบคุมโรคเบาหวานที่เหมาะสมกับความสามารถของผู้สูงอายุสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต ไม่สูญเสียความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตเป็นการที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้านร่างกาย การมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจเป็นการที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับผลกระทบทางอารมณ์จากการรักษาโรคเบาหวาน อาจ ไม่มีความรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้ หรือไม่มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง มีกำลังใจที่ดีในการรักษาโรคเบาหวาน และหากผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งสัมพันธ์กับสังคม สมาชิกในครอบครัว ได้รับการสนับสนุนจากสังคมและสมาชิกของครอบครัวในการดูแลรักษาโรคเบาหวานจะการมีคุณภาพชีวิตด้านสังคมที่ดี (Polonsky, 2000) ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดีจึงเป็นการที่ผู้สูงอายุนับว่าตนเองนั้นสามารถที่จะดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ไม่มีปัญหาด้านจิตใจ สามารถคงบทบาทหน้าที่และความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ครอบครัวและสังคมไว้ได้

แม้ผู้สูงอายุจะนับว่าตนเองนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่การประเมินคุณภาพชีวิตที่ดีตามเครื่องมือประเมินไม่สามารถที่บอกข้อมูลในเชิงลึกได้ว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการดำเนินชีวิตอย่างไร ตั้งแต่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานจนกระทั่งปัจจุบันที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้จากการประเมินตนเองตามแบบประเมินคุณภาพชีวิต Diabetes Quality of Life Brief (DQOL-Brief) ฉบับภาษาไทยของดารานี ศรีทองสุข แล้วจึงคัดผู้สูงอายุที่ได้คะแนนคุณภาพชีวิตตามการรับรู้ของตนเองที่ช่วงคะแนนสูงสุดไม่สามารถเข้าใจถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานเช่นกัน และเมื่อทำการทบทวนงานวิจัย

ย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2557 เกี่ยวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ดังการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ของเสกสรร หีบแก้ว (2554) ด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอสนามชัยเขต ของ กุลนิตา โสรัจจวงค์ (2551) ด้วยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของกลุ่มศึกษาคุณภาพชีวิตชาวยุโรป (EuroQol instrument) ภาษาไทย พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในเขตเทศบาลตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ของภัทรพงษ์ ศรีศิริราษฎร์, รวีวรรณ สุวรรณปักษิน และรุ่งลาวัลย์ แสงรัตน์ (2552) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งเป็นโรคเบาหวานของจาร์ส ภูริภูมิ (2551) ด้วยแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตที่ประยุกต์มาจากกรอบแนวคิดของชาน พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีทั้งในภาพรวมและรายด้าน การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ของจินตนา สุขวิทวัส และเนตรชนก แก้วจันทร์ (2552) ด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Zhan พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีในภาพรวมและรายด้าน การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว 100 ปีเมืองยาง อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา ด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ของศิริทิพย์ โคนสันเทียะ (2554) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างดีทุกด้าน และการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จังหวัดราชบุรี ของศลาชนันท์ หงส์สวัสดิ์ (2551) ด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับค่อนข้างดี จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้แบบสอบถามที่มีโครงสร้างตายตัวในการประเมินคุณภาพชีวิต ที่ผลการวิจัยชี้ถึงการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ผู้ป่วยเบาหวานในระดับค่อนข้างดีหรือดีปานกลาง แต่ไม่ปรากฏงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในเชิงคุณภาพที่จะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้บอกเล่าประสบการณ์ชีวิตด้านอื่นๆ ที่นอกเหนือออกไปจากแบบสอบถาม เพราะการรับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานอาจมีรายละเอียดหลายอย่างที่ไม่ตรงกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามหลักการประเมินทางด้านสุขภาพ การควบคุมโรคเบาหวานโดยใช้ระดับน้ำตาลในเลือดเป็นเกณฑ์จากสาเหตุของบริบทสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้น ผลการวิจัยต่างๆ ที่มาจากการวิจัยเชิงปริมาณ จึงยังไม่มีครอบคลุม เพราะอาจมีบางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานแต่ไม่ได้ปรากฏในงานวิจัยเชิงปริมาณที่ผ่านมา ดังการศึกษามุมมองการป่วยของผู้สูงอายุโรคเบาหวานของทัศนาศูวรรธนะปกรณ์ และสายพิน สุริยวงศ์ (2554) ที่พบว่าในการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณได้ผลลัพธ์มุมมองการป่วยของผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานที่แตกต่างกัน ดังนั้น การศึกษานี้ที่เกี่ยวกับการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรคเบาหวานในเชิงคุณภาพจึงให้ข้อมูลในเชิงลึกครบถ้วนสมบูรณ์ของประสบการณ์ชีวิต การให้ความหมาย คุณค่าของคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นเป็นได้อย่างไรและมีการปฏิบัติพฤติกรรมใดบ้างที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหล่านั้น ซึ่งอาจเป็นคุณภาพชีวิตที่แตกต่างไปจากมาตรฐานคุณภาพชีวิตที่สาขาด้านสุขภาพกำหนดไว้ ผ่านการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีของตำบลบ้านแท่น อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่นที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก เพื่อนำข้อมูลไปใช้เป็นได้ข้อมูลเบื้องต้นสำหรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการให้การดูแลรักษาโรคเบาหวานที่สอดคล้องไปกับมุมมอง ความคิด ความเชื่อ แบบแผนการดำเนินชีวิต บริบททางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในชุมชน

### คำถามในการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นอย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ทำให้ได้ความรู้ภายใต้สถานการณ์หรือบริบทนั้นๆ ทำให้ได้คุณค่าของความเป็นจริงที่มาจากทัศนะของผู้ที่ถูกรับรู้หรือผู้ให้ข้อมูลโดยผ่านนักวิจัยที่สะท้อนประสบการณ์ชีวิตของผู้ที่ถูกรับรู้และยังได้เห็นภาพรวมทั้งหมด (Holistic) ของปรากฏการณ์ที่ศึกษา ดังนั้นการวิจัยเชิงคุณภาพจึงใช้ในการศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ตามสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง (ชมนาต วรรณพรศิริ, 2552) ซึ่งระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นวิธีการวิจัยที่นำมาใช้มากทางการแพทย์ เนื่องจากมีพื้นฐานบนการรับรู้ ที่มีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเป็นรูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ศึกษาตามแนวคิดของ Martin Heidegger (Streubert and Carpenter, 2011) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์และการให้ความหมาย รวมทั้งการตีความในประสบการณ์ ดังนั้น การวิจัยปรากฏการณ์วิทยานั้น เป็นการศึกษาความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ประสบการณ์ต่างๆ ที่บุคคลประสบในบริบทสังคมและวัฒนธรรมที่บุคคลนั้นดำเนินชีวิตอยู่ ซึ่งไม่ได้มีการสร้างสมมติฐานไว้ก่อนล่วงหน้า เพื่อป้องกันการเกิดการลำเอียงและการโน้มเอียงของข้อมูล เพราะต้องการศึกษาถึงประสบการณ์และการให้ความหมายของกลุ่มตัวอย่างตามสภาพความเป็นจริง ดังนั้นการสร้างสมมติฐานก่อนล่วงหน้าจึง

เสมือนการชักนำผู้วิจัยให้เกิดการใช้ตัวเองในการตัดสินใจความเป็นจริงของผู้ให้ข้อมูล บนพื้นฐานของ ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจไม่ใช่ความเป็นจริงตามบริบทของพื้นที่นั้น (Cresswell, 2013) แต่ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งจากตำราและงานวิจัยในประเทศและต่างประเทศ เพื่อให้เข้าใจในเรื่องของการดูแลตนเองในผู้สูงอายุอย่างถ่องแท้และมีความชัดเจนเพื่อสามารถเป็น ข้อมูลเบื้องต้นในมุมมองกว้างและเป็นพื้นฐานในการสร้างแนวคำถามเจาะลึกที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ประสบการณ์ชีวิต** หมายถึง ความคิด มุมมอง ความเชื่อ ที่มีผลต่อการกระทำ การดำเนิน ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานตั้งแต่เริ่มทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานจนกระทั่งปัจจุบันในทุกด้าน ที่เกี่ยวกับทั้งความรู้สึก อารมณ์ การกระทำ พฤติกรรมที่ต้องเผชิญกับการเป็นโรคเบาหวาน กิจกรรม การควบคุมเบาหวาน

**ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน** หมายถึง ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีถิ่นอาศัย อยู่ในตำบลบ้านแพ้น อำเภอนบพ จังหวัดขอนแก่นมากกว่า 1 ปี สามารถพูดคุยให้ข้อมูลได้ มีระดับ คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก (มีคะแนนตั้งแต่ 63 คะแนนขึ้นไปจากคะแนนเต็ม 75 คะแนน) จาก การประเมินด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิต Diabetes Quality of Life Brief (DQOL-Brief) ของ Burroughs et al. (2004)

**คุณภาพชีวิตที่ดี** หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชนตำบลบ้านแพ้น อำเภอนบพ จังหวัดขอนแก่น ที่ประเมินด้วยมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก จากแบบประเมินคุณภาพชีวิต Diabetes Quality of Life Brief (DQOL-Brief) ของ Burroughs et al. (2004) มีองค์ประกอบ 4 ด้านหลัก คือ 1) ความพึงพอใจกับการรักษา 2) ผลกระทบของการรักษา 3) ความกังวลเกี่ยวกับ ผลกระทบของโรคเบาหวานในอนาคตและ 4) ความกังวลเกี่ยวกับประเด็นทางสังคม/การประกอบ อาชีพ ที่มีการแปลผลคุณภาพชีวิตแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ คะแนน 15-26 (คุณภาพชีวิตระดับน้อย ที่สุด) คะแนน 27-38 (คุณภาพชีวิตระดับน้อย) คะแนน 39-50 (คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง) คะแนน 51-62 (คุณภาพชีวิตระดับมาก) คะแนนตั้งแต่ 63 (คุณภาพชีวิตระดับดีมาก) จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน ซึ่งต่อมาได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและหาคุณภาพของเครื่องมืออีกครั้งโดย ดาราณี ศรีทองสุขและคณะ (2550) เพื่อคัดเข้าเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก

**ปรากฏการณ์วิทยา** หมายถึง การศึกษาเกี่ยวกับแก่นหลักของประสบการณ์ชีวิต ประกอบไป ด้วยการมองตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน การมองคนอื่นที่เกี่ยวข้องหรือมีปฏิสัมพันธ์กับตนเอง รวมถึงสิ่งต่างๆที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้ไปมีปฏิสัมพันธ์ด้วย มีการให้ความหมายของประสบการณ์

ชีวิตและบรรยายถึงประสบการณ์ชีวิตซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของมาร์ติน ไฮเดกเกอร์ (Streubert and Carpenter, 2011)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลที่เป็นประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่รับรู้ว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีเพื่อ ความรู้ความเข้าใจการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
2. ได้ข้อมูลเบื้องต้นสำหรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการให้การดูแลรักษาโรคเบาหวาน ที่สอดคล้องไปกับแบบแผนการดำเนินชีวิต บริบททางวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในชุมชน



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพตามแนวทางปรากฏการณ์วิทยาและได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวาน
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
3. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยา
4. การสัมภาษณ์เชิงลึก
5. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ผู้สูงอายุที่มีโรคเบาหวาน

##### 1.1 ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ความเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะเป็นโรคเบาหวานมากกว่าวัยอื่น ซึ่งมีผู้ได้ให้ความหมายของโรคเบาหวานแตกต่างกัน ดังนี้

Hindle and Coates (2011) ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคเบาหวานว่า คือ หนึ่งในสภาวะเรื้อรังทางการแพทย์ที่พบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากการเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลในเลือด

Touhy and Jett (2014) ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคเบาหวานว่า คือ อาการของโรคที่เกิดจากผลของการเผาผลาญน้ำตาลของร่างกายที่ไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้

Wold (2012) ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคเบาหวานว่า คือ โรคที่มาจากความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมัน ซึ่งส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้น

Mauk (2014) ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคเบาหวานว่า คือ โรคที่เป็นผลมาจากการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต โปรตีนและไขมันผิดปกติ

โรคเบาหวานแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1) เบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีสาเหตุมาจาก Autoimmune ไปทำลายเบต้าเซลล์ของตับอ่อนหรือไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรค ซึ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 นี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Ketoacidosis (ADA, 2015)



2) เบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเบาหวานที่พบเป็นส่วนใหญ่ในผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดมาจากการต่อต้านอินซูลินและการพร่องอินซูลิน การหลังอินซูลินไม่เพียงพอต่อการชดเชยปฏิกิริยาการต้านอินซูลิน เกิดการตอบสนองต่อประสิทธิภาพของอินซูลินที่ลดลงในการกระตุ้นการดูดซึมน้ำตาลโดยกล้ามเนื้อกระดูก และเกิดความล้มเหลวในการยังยั้งผลผลิตน้ำตาลจากตับ ร่างกายของผู้สูงอายุโรคเบาหวานพยายามที่จะปรับตัวต่อระดับน้ำตาลที่เพิ่มขึ้น โดยการผลิตอินซูลินให้มากขึ้น ซึ่งในรายที่ผลิตได้เพียงพอจะไม่กลายเป็นโรคเบาหวาน แต่หากไม่สามารถผลิตได้เพียงพอจะส่งผลให้เป็นโรคเบาหวานได้ (Wold, 2012)

กล่าวโดยสรุป โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบได้บ่อยโรคหนึ่งในผู้สูงอายุโดยมีสาเหตุการเกิดโรคจากทั้งพันธุกรรมและการดำเนินชีวิตที่มีพฤติกรรม การดำเนินชีวิตไม่เหมาะสม เช่น การบริโภครสชาติหวานเป็นประจำ การไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น และด้วยวัยที่เพิ่มขึ้นที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการต้านทานอินซูลินในร่างกายทำให้เกิดระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นได้ ซึ่งในระยะยาวจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดการสูญเสียการมองเห็น ไตสูญเสียหน้าที่เกิดภาวะไตวาย เกิดแผลที่เท้ารวมไปถึงการถูกตัดอวัยวะส่วนปลาย เกิดปัญหาของหลอดเลือดที่ตีบแข็งทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ง่าย โรคความดันโลหิตสูง การเปลี่ยนแปลงของสติปัญญาและโรคเหงือกได้ เป็นต้น (IDF, 2013)

## 1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่าส่วนใหญ่โดยเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นั้นจะมีน้ำหนักตัวที่มากเกินไปเกินมาตรฐาน และมีร้อยละของไขมันในร่างกายสูงด้วย แต่ในผู้สูงอายุบางคนอาจจะมีน้ำหนักตัวที่เกินมาตรฐาน แต่จะพบว่ารอบเอวมีขนาดที่เกินมาตรฐาน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคเบาหวานด้วย นอกจากนี้ Mauk (2014) และ Tabloski (2014) ได้กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน ได้แก่

- 1) อายุ มากกว่า 45 ปีขึ้นไป
- 2) น้ำหนักเกิน (ดัชนีมวลกาย มากกว่า 25) และมีเส้นรอบเอวมากกว่า 1 โดยในผู้ชายเส้นรอบเอวมากกว่า 94 เซนติเมตร (37 นิ้ว) และมากกว่า 85 เซนติเมตร (32 นิ้ว) ในเพศหญิง และจะมีความเสี่ยงมากขึ้นหากเพศชายมีเส้นรอบเอวมากกว่า 102 เซนติเมตร (40 นิ้ว) และในเพศหญิงมากกว่า 88 เซนติเมตร (35 นิ้ว)
- 3) มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะพ่อแม่และญาติสายตรง
- 4) เชื้อชาติ โดยเฉพาะอเมริกันแอฟริกัน ลาตินอเมริกัน อเมริกันอาเซียน หมู่เกาะแปซิฟิก หรือชนเผ่าของอเมริกัน
- 5) โรคความดันโลหิตสูง ที่มีความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg.
- 6) ไขมันชนิดดีในร่างกายน้อย (HDL < 35mg/dl)

- 7) ขาดการออกกำลังกาย
- 8) มีประวัติเป็นถุงน้ำในรังไข่
- 9) มีประวัติคลอดบุตรน้ำหนักมากกว่า 4 กิโลกรัม
- 10) มีประวัติ Gestational diabetes
- 11) มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในกลุ่ม Pre-diabetes (Mauk, 2014; Tabloski, 2014; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556)

อาการและอาการแสดงที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุโรคเบาหวานประกอบด้วย อาการกระหายน้ำ และปัสสาวะบ่อย ทำให้ร่างกายมีความเข้มข้นของน้ำตาลในเลือด (Touhy and Jett, 2014)

### 1.3 การวินิจฉัยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

เมื่อผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานจึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวาน (Tabloski, 2014) การที่จะสามารถวินิจฉัยโรคเบาหวานให้ได้ในระริเริ่มต้นนั้น เป็นไปได้ค่อนข้างยาก เพราะอาการที่เป็นอาการแบบดั้งเดิมของโรคเบาหวานนั้นอาจจะมีการซ่อนเร้น ไม่มีความเฉพาะเจาะจง คือ อาการบางอย่างอาจเป็นตัวบ่งชี้ของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ เช่น ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าทาง (Orthostatic hypotension) โรคเหงือก (Periodontal disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) Gastric hypotony การไร้สมรรถภาพทางเพศ (Impotence) โรคทางระบบประสาท (Neuropathy) อาการสับสน (Confusion) ต้อหิน (Glaucoma) การมีพังผืดให้ผิวหนัง (Dupuytren contracture) และมีการติดเชื้อ (Infection) อีกทั้งในการตรวจทางห้องปฏิบัติการในบางครั้งยังอาจจะชักนำให้เกิดความผิดพลาดเช่นกัน เพราะ Renal threshold สำหรับน้ำตาลมีเพิ่มขึ้นตามอายุ ผู้สูงอายุสามารถมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงโดยที่ไม่มีภาวะน้ำตาลในปัสสาวะก็เป็นได้ ดังนั้นจึงเป็นข้อจำกัดในความน่าเชื่อถือของการตรวจน้ำตาลจากปัสสาวะ (Eliopoulos, 2014)

ในการตรวจวินิจฉัยทั้งหมด การทดสอบความทนต่อน้ำตาล (Glucose tolerance) เป็นการทดสอบที่มีประสิทธิภาพมาก แต่ต้องระมัดระวังผลการตรวจวินิจฉัยที่อาจจะมีผลในทางบวกที่ในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะมีการตรวจยืนยันมากกว่าหนึ่งวิธี ซึ่ง ADA (2015) ได้แนะนำเกี่ยวกับวิธีการตรวจโดยใช้คาร์โบไฮเดรต 150 กรัมที่ต้องรับประทานเข้าไปก่อนที่จะตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวาน แต่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะขาดโภชนาการอาจแนะนำให้ใช้คาร์โบไฮเดรต 300 กรัม ในปัจจุบันการขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียดจากโรคและภาวะทุโภชนาการอาจจะเกี่ยวข้องกับการพิจารณาของแพทย์ในการเตรียมการตรวจความทนต่อน้ำตาลอีกด้วย ซึ่งในสถานการณ์ดังกล่าวอาจจะต้องมีการเลื่อนการตรวจออกไปในเดือนถัดไปหรือภายหลังที่ภาวะดังกล่าวได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้นแล้วเพราะอาจจะส่งผลกระทบต่อความไม่ถูกต้องของการตรวจได้ กรณี

นิโคติน (Nicotinic acid) Ethacrynic acid เอสโตรเจน (Estrogen) ยาขับปัสสาวะ (Furosemide) และยาขับปัสสาวะอื่นๆ สามารถที่จะทำให้ความทนต่อน้ำตาลลดลงได้ และไม่ควรถือว่าการใช้สารหรือฮอร์โมนดังกล่าวก่อนที่จะมีการตรวจ และนอกเหนือจากนี้ Monoamine oxidase inhibitors ยา Propranolol และการใช้ Salicylates ระดับสูงอาจจะส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำได้ในการตรวจวินิจฉัย (Eliopoulos, 2014; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556)

การวินิจฉัยของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ มีดังนี้

1) อาการของโรคเบาหวานและ Random blood glucose concentration  $\geq$  200 mg/dL (11.1 mmol/L)

2) Fasting blood glucose concentration  $\geq$  126 mg/dL (7.0 mmol/L)

3) การตรวจระดับน้ำตาลเข้มข้น (Blood glucose concentration) 2 ชั่วโมงหลังจากกลืนน้ำตาลเข้าไปทางปาก หากตรวจพบว่าระดับน้ำตาลในเลือด  $\leq$  200 mg/dL (11.1 mmol/L) ระหว่างที่มีการตรวจความทนต่อน้ำตาล (OGTT) ถือว่ามีความผิดปกติ ซึ่งการตรวจควรกระทำอย่างถูกต้องการอนามัยโลกได้แนะนำด้วย (Eliopoulos, 2014) นอกจากนี้ Touhy and Jett (2014) ได้กล่าวเกี่ยวกับการตรวจเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมอีก 2 วิธี คือ

4) การตรวจ Impaired fasting glucose หากพบว่ามีระดับ Fasting blood glucose อยู่ระหว่าง 110-125 mg/dL วินิจฉัยว่าไม่เป็นโรคเบาหวาน

5) การตรวจ Impaired fasting glucose หากพบว่ามีค่า Glucose อยู่ระหว่าง 141-199 mg/dL สองชั่วโมงหลังจากที่กลืนน้ำตาล วินิจฉัยว่าไม่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งจะเห็นว่าวิธีการตรวจมีความคล้ายคลึงกัน แต่ใช้เกณฑ์ปกติและเกณฑ์ผิดปกติในการวินิจฉัยโรคเบาหวานแตกต่างกัน ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุตรวจพบว่ามีค่าผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดแล้วนั้นควรมีการตรวจซ้ำหรือตรวจด้วยวิธีอื่นเพื่อเป็นการยืนยันผลการตรวจว่าผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานจริง และเข้าสู่กระบวนการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้

#### 1.4 ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรคเบาหวาน แบ่งออกได้เป็นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง

1) ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ Diabetic ketoacidosis (DKA) และ Hyperglycemic hyperosmolar state (HHS) ผู้ป่วยโรคเบาหวานส่วนใหญ่โดยเฉพาะผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะดื้อต่ออินซูลินและภาวะอินซูลินสูงในเลือด ดังนั้นภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่พบในผู้สูงอายุมักเป็นชนิด HHS มากกว่า DKA แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุยังอาจเกิดภาวะ DKA ได้

เนื่องจากในระยะท้ายของโรคอาจมีภาวะขาดอินซูลินได้จากเซลล์เบต้าที่ผลิตอินซูลินด้วยประสิทธิภาพ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556)

2) ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานมีความรุนแรงเนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี (Touhy and Jett, 2014; Tabloski, 2014; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556) ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่สามารถเกิดขึ้นได้นั้นประกอบไปด้วย

- 2.1) โรคทางตาที่จะนำไปสู่การสูญเสียการมองเห็นหรือตาบอด
- 2.2) ภาวะไตวาย
- 2.3) โรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดโคনারีมีการตีบแข็ง
- 2.4) มีพยาธิสภาพของระบบประสาทส่วนปลาย
- 2.5) โรคเหงือก
- 2.6) ระบบประสาทควบคุมการปัสสาวะผิดปกติ
- 2.7) โรคหลอดเลือดสมอง
- 2.8) การหายใจของแผล

นอกเหนือจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวข้างต้นแล้วนั้น ยังพบว่าโรคเบาหวานในผู้สูงอายุยังนำไปสู่อัตราการตายที่สูงจากการเจ็บป่วยอื่นด้วย เช่น ปอดอักเสบ ไข้หวัดใหญ่ โรคหัวใจ ซึ่งมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยให้เร็ว (Tabloski, 2014) หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการทำลายของหลอดเลือดทั้งหลอดเลือดขนาดใหญ่และหลอดเลือดขนาดเล็กที่นำไปสู่ปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพศชาย และยังส่งกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคมด้วย (Touhy and Jett, 2014)

### 1.5 การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

#### 1) การกำหนดเป้าหมายการรักษาร่วมกับผู้สูงอายุ

พยาบาลควรมีการกำหนดเป้าหมายในการรักษาโรคเบาหวานร่วมกับผู้สูงอายุในการควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงกับปกติ โดยคำนึงถึงประเด็นต่างๆ ของผู้สูงอายุ เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ โรคประจำตัวอื่นๆ อายุคาดเฉลี่ย สถานะการทำงาน สถานะทางเศรษฐกิจและความพร้อมของการสนับสนุนบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Kennedy-Malone, Fletcher, and Martin-Plank, 2014) พยาบาลต้องอธิบายประโยชน์ของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิตและการควบคุมระดับไขมันในเลือด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการเป็นโรคเบาหวาน (Lippincott Williams & Wilkins, 2011)

## 2) การวางแผนอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

พยาบาลต้องสอนผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับปริมาณไขมันคาร์โบไฮเดรต โปรตีนและปริมาณน้ำตาลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานในแต่ละวันขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้สูงอายุ (Mauk, 2014; Eliopoulos, 2014; Lippincott Williams & Wilkins, 2011) โดยเฉพาะหากผู้สูงอายุมาจากกลุ่มชาติพันธุ์ พยาบาลจะต้องให้คำแนะนำที่เหมาะสมเพียงพอต่อการควบคุมโรคเบาหวาน ซึ่งจำนวนแคลอรีที่แนะนำต่อวันสำหรับผู้สูงอายุเพศหญิง คือ 1,600-2,000 แคลอรี และ 2,000-26,000 แคลอรีสำหรับผู้สูงอายุเพศชาย (IDF, 2013; Touhy and Jett, 2014; Tabloski, 2014) นอกจากนี้พยาบาลต้องแนะนำอาหารที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ น้ำตาล ขนมหวาน น้ำอัดลม น้ำหวาน นมข้นหวาน น้ำผลไม้ที่มีน้ำตาลประมาณ 8-15% อาหารที่มีไขมันสูง อาหารใส่กะทิ ไขมันสัตว์ อาหารทอด ขนมอบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และคาเฟอีน แต่ควรเพิ่มอาหารที่มีเส้นใยอาหารสูง มีน้ำตาลต่ำ เช่น วนเส้น ข้าวกล้อง ฝรั่ง แก้วมังกร รับประทานผลไม้แทนขนม รับประทานผักให้มากขึ้นทุกมื้อ เนื้อสัตว์ไม่ติดมันและหนัง ไข่สัปดาห์ละ 2-3 ฟอง ถ้ามีไขมันในเลือดสูงให้งดไข่แดง รับประทานปลา ตัมนมไม่มีไขมัน ใช้น้ำมันพืชจำพวกน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าวในการทอดหรือผัดอาหารแต่พอควรหรือเลือกรับประทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง ผัด ที่ใช้น้ำมันน้อยแทนการทอด รับประทานอาหารรสอ่อนเค็ม เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างสม่ำเสมอ (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี, 2554)

## 3) การแนะนำการออกกำลังกายและควบคุมน้ำหนัก

พยาบาลต้องแนะนำผู้สูงอายุโรคเบาหวานให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีความหนักและความนานที่เพียงพอ คือ มีอัตราเต้นสูงสุดของหัวใจด้วยการนับชีพจร ร้อยละ 60-85 ของอัตราเต้นสูงสุดของหัวใจ หรือกำหนดตามสมรรถภาพและสุขภาพพื้นฐานของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพมากควรเริ่มต้นเพียงร้อยละ 50 ของอัตราเต้นสูงสุดของหัวใจ คือ ก่อนการออกกำลังกายจะต้องมีการอุ่นเครื่อง (Warm up) 3-5 นาที และหลังการออกกำลังกายต้องมีการผ่อนคลาย (Cool down) 3-5 นาที ผู้สูงอายุควรออกกำลังกายทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที ควรจะเลือกออกกำลังกายที่สามารถปฏิบัติได้จริงในเวลาเช้าหรือเย็นเพื่อหลีกเลี่ยงอากาศร้อนจัด ไม่ออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารมื้อหลักในทันทีควรออกกำลังกายหลังอาหารมื้อหลักแล้ว 2 ชั่วโมงหรืออย่างน้อย 1 ชั่วโมง ในผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง พยาบาลต้องซักประวัติและการตรวจร่างกายโดยละเอียด เพราะการออกกำลังกายอาจทำให้ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้เลวลง และควรสนับสนุนการรวมกลุ่มออกกำลังกายเพราะจะช่วยส่งเสริมซึ่งกันและกันทำให้มีความต่อเนื่องและยังสร้างสัมพันธ์ภาพด้านอื่นๆ ด้วย (Lippincott Williams & Wilkins, 2011; Touhy and Jett, 2014; Eliopoulos, 2014; Tabloski, 2014)

#### 4) การดูแลเท้า

พยาบาล สอนผู้สูงอายุในการตรวจเท้าของตนเองที่กระจก ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการการตรวจสอบเท้าด้วยตนเองอาจให้สมาชิกในครอบครัวตรวจเท้าให้ สังเกตระหว่างนิ้วเท้าว่ามีตาปลาแข็ง แดง บวม ฟกช้ำ ผิวหนังแตก สีของเท้าเปลี่ยนแปลง รู้สึกเจ็บปวด ไม่สบายเท้า มีน้ำเหลืองไหล เท้าบวมหรือไม่ ต้องแนะนำผู้สูงอายุในการดูแลเท้า ควรล้างเท้าทุกวันระมัดระวังไม่ให้เท้าแห้ง ไม่เดินเท้าเปล่า ไม่เดินบนพื้นที่สกปรกเพราะอาจเหยียบถูกของมีคมหรือของร้อนที่ทำให้เป็นแผลได้ ผู้สูงอายุควรสวมรองเท้าที่จะกระชับไม่เสียดสีหรือแน่นเท้าเกินไป ส้นรองเท้าไม่สูง หน้ารองเท้ากว้างใส่สบาย มีสายคาดหลังเท้าเพื่อปรับความยาว ก่อนสวมรองเท้าต้องเคาะก้อนกรวดทราย ออกจากรองเท้าทุกครั้งเพราะอาจตำหรือเสียดสีจนเกิดเป็นแผลได้ ถูเท้าไม่รัดแน่น เมื่อตัดเล็บเท้าต้องตัดออกตรงๆ ไปพบแพทย์เมื่อมีหูด ตาปลา ตุ่มน้ำ แผลพุพองหรืออักเสบที่เท้า (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี, 2554; Lippincott Williams & Wilkins, 2011; Mauk, 2014; Touhy and Jett, 2014; IDF, 2013)

#### 5) การรับประทานยา

ในผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน พยาบาลจะต้องแนะนำถึงความสำคัญของการรับประทานยาโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลา ไม่ขาดยา ติดตามการรักษาด้วยยาอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันผลข้างเคียงของยา (Lippincott Williams & Wilkins, 2011)

#### 6) การส่งเสริมการตรวจตามนัด

พยาบาลควรกำหนดตารางนัดที่เหมาะสมเพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษา ความทนต่อการรักษา การปรับเปลี่ยนเป้าหมายการรักษา ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงฉับพลันในภาวะสุขภาพต้องติดตามการรักษาอย่างน้อยทุก 1 เดือนโดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีความคงที่ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด สำหรับผู้สูงอายุที่สามารถรักษาเป้าหมายการรักษาควรติดตามการรักษาทุก 3 ถึง 6 เดือน (Kennedy-Malone, Fletcher, and Martin-Plank, 2014) พยาบาลต้องแนะนำผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการประเมินอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น รู้สึกว่าตัวขึ้น มีเหงื่อมาก มีอาการสั่นหรือสับสน แนะนำการแก้ไขเบื้องต้นในกรณีที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น พกลูกอมไว้ที่ตัวตลอดเวลา (Lippincott Williams & Wilkins, 2011; Touhy and Jett, 2014)

กล่าวโดยสรุปคือโรคเบาหวานนั้นพบได้ในทุกเพศทุกวัยและทุกเชื้อชาติ เมื่อพิจารณาเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมีมากกว่าวัยอื่น เมื่อผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานเป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่าไม่สามารถที่จะรักษาให้หายได้ แต่สามารถที่จะควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะส่งผลต่อการเกิดความพิการและเสียชีวิตของผู้สูงอายุได้ การจัดการเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญในการ

บริหารจัดการยารักษาโรคเบาหวาน การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองหรือการตรวจสุขภาพตามนัดของแพทย์ การดูแลควบคุมโภชนาการ การออกกำลังกาย (IDF, 2013) เป็นต้น

## 2. คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตและเป้าหมายหลักในการพัฒนาประชากรที่เชื่อว่าคนที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีจะมีการพัฒนาในด้านต่างๆ ได้ดี ในทางด้านสุขภาพกำหนดให้คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายในการรักษาพยาบาล เนื่องจากแนวโน้มการเจ็บป่วยในปัจจุบันมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น การรักษาพยาบาลจึงไม่เพียงเพื่อมุ่งเฉพาะให้หายจากโรค แต่หมายถึงถึงการคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย โรคเบาหวานเป็นหนึ่งในโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องมีการคำนึงถึงคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยการมีสุขภาพที่ดี เหมาะสมกับสถานภาพตามวัย มีจิตใจที่เป็นสุขตลอดจนมีสถานภาพด้านความเป็นอยู่และด้านสังคมที่ได้มาตรฐาน ซึ่งจะบ่งพร่องหรือขาดอย่างใดอย่างหนึ่งไปไม่ได้ การจะพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สำเร็จได้จะต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีความเกี่ยวข้อง เช่น คนในครอบครัว ชุมชนและองค์กรต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

### 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องสำคัญในการดำรงชีวิตและเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการเพราะส่งผลไปสู่ครอบครัว ชุมชน สังคมรวมทั้งประเทศ การพิจารณาและกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นผลลัพธ์ที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาล ทำให้บทบาทการดูแลผู้ป่วยเป็นแบบองค์รวม (Holistic care) โดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างกาย จิต อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมหลายการศึกษาได้มีความพยายามศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหาแนวทางประเมินคุณภาพชีวิต โดยได้มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตที่คล้ายคลึงกันไว้ดังนี้

WHO (1996) ให้ความหมายว่าของคำว่าคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลในมุมมองของชีวิตในบริบทของวัฒนธรรมและระบบคุณค่าที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่และมีความเกี่ยวข้องกับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสัมพันธ์

Fallowfield (2009) ได้กล่าวเกี่ยวกับความหมายของคุณภาพชีวิตอย่างการเจ็บป่วยและการรักษาโรคที่ส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

Meiner (2011) กล่าวเกี่ยวกับความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ความผาสุกของบุคคลที่มาจากความพึงพอใจหรือความไม่พึงพอใจกับมิติของชีวิตที่มีความสำคัญกับบุคคล โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความซับซ้อนของสุขภาพและการทำหน้าที่ คุณภาพชีวิตจะถูกกำหนด โดยบุคคลที่ไม่ได้เป็นผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ

King and Hinds (2012) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลในมุมมองของชีวิตตามบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่และมีความเกี่ยวข้องกับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสัมพันธ์

Theofilou (2013) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นแนวคิดที่กว้างครอบคลุมวิธีการที่บุคคลจะวัดตัวเองว่าดีในหลายแง่มุมของชีวิต คือ ปฏิกริยาทางอารมณ์ที่จะเกิดขึ้นในชีวิต อารมณ์ ความรู้สึกของการดำเนินชีวิต ความพึงพอใจกับการทำงานและความสัมพันธ์ส่วนตัว

Mauk (2014) ได้กล่าวเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตว่าการมีคุณภาพชีวิตครอบคลุมทุกพื้นที่ของชีวิตประจำวัน สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรรวมทั้งความผาสุกทางร่างกาย จิตใจและสังคม มีความเป็นปัจเจกสูง เป็นอัตนัยและมีหลายมิติอยู่ในขอบเขต สิ่งที่มีความสำคัญกับบุคคลหนึ่งอาจจะไม่สำคัญกับอีกบุคคลหนึ่ง

Cress (2017) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า สามารถช่วยปรับปรุงสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและความรู้สึกของการเชื่อมโยงทั่วไประหว่างบุคคลอื่นหรือกับรุ่นถัดไป มีความเกี่ยวพันกับกลุ่ม สัตว์เลี้ยงหรือสิ่งที่จะทำให้บุคคลรู้สึกของการความหมาย เป็นการมีส่วนร่วมร่วมกับกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้สึกของการมีจุดมุ่งหมายและความผาสุกทางกาย การกระตุ้นของจิตใจในรูปแบบของการเรียนรู้และความคิดสร้างสรรค์หรือการแลกเปลี่ยนความคิด และความรู้สึกของจิตวิญญาณ สิ่งที่สำคัญที่สุดคุณภาพชีวิตคือการตอบสนองส่วนตัวที่ลึกซึ้งกับสถานการณ์ตามสิ่งที่นำมาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และความหมาย

สรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตนี้มีความหมายถึง การรับรู้ถึงความผาสุก ความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลนั้นอาจจะเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคม สภาพแวดล้อม หรือโรคภัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไป ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น อาจจะกล่าวได้ว่าเป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ดำรงชีวิตอยู่กับโรคเบาหวานเกี่ยวกับความผาสุก ความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในการดำรงชีวิต และสามารถตอบสนองความต้องการทั้งในทางด้านร่างกาย จิตใจและทางด้านสังคม การที่ผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวาน จึงไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี



## 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตแสดงถึงลักษณะต่างๆในการดำรงชีวิตของบุคคล ซึ่งในแต่ละกลุ่มจะมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านพื้นฐานของบุคคล วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ภาวะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น คุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบในลักษณะที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังต่อไปนี้

WHO (1996) ระบุเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่ามีองค์ประกอบทั้งหมด 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพร่างกายเป็นการมีกิจวัตรประจำวันเป็นปกติ ไม่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการแพทย์ มีพลังกำลัง ไม่อ่อนล้า ไม่มีอาการปวด มีความสุขสบายในร่างกาย สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ดี และมีความสามารถในการทำงาน ด้านจิตวิทยาเป็นการที่ไม่มีความรู้สึกในทางที่ไม่ดีต่อตนเอง มีความคิดความรู้สึกในเชิงบวก มีความมั่นใจเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองและมีความเชื่อส่วนบุคคล ด้านจิตวิญญาณและศาสนาเป็นการมีความสามารถในการคิด เรียนรู้ จดจำและมุ่งมั่นที่หนักแน่น ด้านความสัมพันธ์กับสังคมเป็นความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากสังคม มีกิจกรรมระหว่างเพศที่เหมาะสม ด้านสิ่งแวดล้อม เป็นการมีทรัพยากรทางการเงิน มีความเป็นอิสระปลอดภัย สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพและบริการทางด้านสังคมที่มีคุณภาพ มีสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัยที่ดี มีโอกาสได้รับการเรียนรู้ข้อมูลและทักษะที่ใหม่ทันสมัย มีโอกาสร่วมกิจกรรมสันทนาการและกิจกรรมยามว่าง มีความปลอดภัยจากมลพิษทางอากาศ มลพิษทางเสียง การจราจร สภาพอากาศ สามารถเดินทางได้ดี

Mauk (2014) ระบุเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการทำหน้าที่ด้านสุขภาพร่วมกับความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกของสมรรถนะและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยเจ็ดองค์ประกอบ คือ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย การกินอาหารที่มีความสมดุล นอนหลับเพียงพอ ป้องกันตัวเองได้ คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์เป็นการรับรู้ความเครียดได้รับพลังงานในเชิงบวก คุณภาพชีวิตด้านปัญญาผ่านการถอด การเรียนรู้ตลอดชีวิต การได้พบทักษะใหม่และการได้รับความสนใจ คุณภาพชีวิตด้านการประกอบอาชีพที่ได้ทำสิ่งในที่รัก มีความสมดุลระหว่างความรับผิดชอบกับความพึงพอใจในการบริหารจัดการตัวเอง คุณภาพชีวิตด้านสังคมที่ได้หัวเราะทุกวัน ได้ใช้เวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อน เข้าร่วมชมรมต่างๆ ได้รับความเคารพในความแตกต่างทางวัฒนธรรม คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มีการนำทรัพยากรกลับมาใช้ใหม่ ใช้ผลิตภัณฑ์และพลังงานอย่างประหยัด เดินหรือขี่จักรยานในสวน คุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณ เป็นการแสวงหาความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต

Cress (2017) ระบุเกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการผสมผสานเจ็ดองค์ประกอบที่แตกต่างกันแต่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นองค์รวม คือ สติปัญญา การสร้างสรรค์ อารมณ์ การประกอบอาชีพ สิ่งแวดล้อมและร่างกาย โดยคุณภาพชีวิตทางปัญญาเป็นการมีส่วนร่วม

ในกิจกรรมงานอดิเรก การเรียนรู้ และการออกกำลังสมอง คุณภาพชีวิตการสร้างสรรค์เป็นการมีส่วนร่วมในการคิดสร้างสรรค์ การแสดงศิลปะและวัฒนธรรม คุณภาพชีวิตทางอารมณ์เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีโครงสร้างทางสังคมหรือเวลา การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงานที่ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตหรือเชื่อมต่อกับบุคคลอื่น สัตว์เลี้ยง ลูกหลานและการมีความสุขอยู่กับตนเอง คุณภาพชีวิตการประกอบอาชีพเป็นการเอื้อเพื่อต่อสังคม มีส่วนร่วมในฐานะสมาชิกของสังคมหรืออาชีพสำหรับผู้สูงอายุหลังวัยเกษียณที่ยังคงทำงานเดิมอยู่หรือเป็นงานใหม่ที่เหมาะสมกับวัยของตนเอง คุณภาพชีวิตทางจิตวิญญาณเป็นการที่ผู้สูงอายุสามารถคงรักษาหรือสร้างการเชื่อมต่อทางจิตวิญญาณผ่านศาสนาหรือหนทางอื่น เช่น การให้บริการผู้อื่น การใช้เวลาอยู่กับธรรมชาติ คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวข้องกับการมีสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลเกิดการรู้สึกเป็นของตัวเอง และคุณภาพชีวิตทางกายที่มุ่งเน้นกิจกรรมที่ช่วยให้บุคคลยังมีกิจกรรมทางด้านร่างกายที่เพิ่มความแข็งแรงของร่างกายเท่าที่เป็นไปได้อย่างสนุกสนาน แม้จะมีข้อจำกัด

Ferrell et al. (1995) ได้เสนอ 4 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต คือ ด้านร่างกายและอาการทางกาย (Physical well-being and symptom) เป็นการไม่มีความเหนื่อยล้า ไม่มีอาการเจ็บปวดสามารถพักผ่อนนอนหลับได้ มีความอยากรับประทานอาหารเป็นปกติ ด้านจิตใจ (Psychological well-being) เป็นความสามารถในการควบคุมความวิตกกังวล ความรู้สึกซึมเศร้า ความทุกข์ทรมานในการรักษาและความกลัวต่อโรค ด้านสังคม (Social well-being) เป็นความสามารถในการดำรงอยู่ในสังคมได้ตามปกติ ไม่แยกตัวออกจากสังคม สามารถกระทำบทบาทหน้าที่ของตนเองมีสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคมได้ตามปกติ ได้รับการยอมรับจากสังคม ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) เป็นความรู้สึกที่มีความหวัง มีจุดมุ่งหมายในการดำเนินชีวิตมีความรู้สึกและความเชื่อในทางที่ดี มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานของ Polonsky (2000) เป็นการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการที่ตนเองไม่ได้รับผลกระทบจากการเป็นโรคเบาหวาน ไม่มีอาการหรือปัญหาที่รุนแรงยุ่งยากแก่การรักษา ประกอบด้วย คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (Physical) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (Psychological) และคุณภาพชีวิตด้านสังคม (Social) การมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเกี่ยวข้องกับการที่ผู้สูงอายุสามารถทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย นอนหลับได้ดี ไม่มีการติดเชื้ในร่างกาย มีการควบคุมโรคเบาหวานที่เหมาะสมกับความสามารถของผู้สูงอายุสอดคล้องกับการดำเนินชีวิต ไม่สูญเสียความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต เช่น การบริโภค การออกกำลังกาย การมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจเป็นการที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับผลกระทบทางอารมณ์จากการรักษาโรคเบาหวานอาจ ไม่มีความรู้สึกผิดหวัง ท้อแท้ หรือไม่มีอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรง มีกำลังใจที่ดีในการรักษาโรคเบาหวาน และการมีคุณภาพชีวิตด้านสังคม เป็นการที่ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่ง

สัมพันธ์ภาพกับสังคม สมาชิกในครอบครัว ได้รับการสนับสนุนจากสังคมและสมาชิกของครอบครัวในการดูแลรักษาโรคเบาหวาน

### 2.3 การประเมินคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องมือ the Diabetes Quality of Life Brief

แนวความคิดการพัฒนาเครื่องมือ The Diabetes Quality of Life Brief มาจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (HRQOL) ที่ประกอบด้วยด้านร่างกาย จิตใจและความผาสุกทางสังคมยังไม่ครอบคลุมการรับรู้สุขภาพและความผาสุกในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องมีพฤติกรรมจัดการกำกับดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเพราะเป้าหมายที่สำคัญในการรักษาโรคเบาหวานเป็นการช่วยผู้ป่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตอย่างไรก็ตาม การที่จะทราบถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจึงต้องมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน แต่พบว่าเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตที่มีอยู่มีจำนวนข้อที่มากและใช้เวลายาวนานในการประเมินและมีความยุ่งยากในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ เช่น เมื่อตรวจตามนัดที่มีเวลาจำกัด ดังนั้น Burroughs et al. (2004) จึงได้ทำการพัฒนา the Diabetes Quality of Life Brief ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมประเด็นความพึงพอใจในการรักษา ผลกระทบจากการรักษา ความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบในอนาคตจากโรคเบาหวานและความกังวลเกี่ยวกับประเด็นทางสังคม /การประกอบอาชีพ ซึ่ง Burroughs et al. (2004) ใช้แบบสอบถาม The Diabetes Quality of Life (DQOL) เป็นเครื่องมือพื้นฐานในการพัฒนาเครื่องมือและถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อลดจำนวนข้อคำถามด้วยการประเมินเปรียบเทียบข้อมูลกับ DQOL ดั้งเดิม โดยการเปรียบเทียบค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแปรปรวนและค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่า ขั้นตอนที่สองดำเนินการวิเคราะห์รายการเริ่มต้นที่มีการแจกแจงความถี่และสหสัมพันธ์เพียร์สันกับสองเกณฑ์ที่ถูกคำนวณสำหรับแต่ละรายการกับ DQOL ดั้งเดิม (Burroughs et al., 2004) จากนั้นจึงระบุส่วนย่อยที่ดีที่สุดด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก เมื่อเครื่องมือ Diabetes Quality of Life Brief (DQOL-Brief) พัฒนาสำเร็จ พบว่า มีองค์ประกอบ 4 ด้านหลัก คือ 1) ความพึงพอใจกับการรักษา 2) ผลกระทบของการรักษา 3) ความกังวลเกี่ยวกับผลกระทบของโรคเบาหวานในอนาคตและ 4) ความกังวลเกี่ยวกับประเด็นทางสังคม/การประกอบอาชีพ มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ คือ 1) ความพึงพอใจกับเวลาที่ใช้ในการจัดการโรคเบาหวาน 2) ความพึงพอใจกับการรักษาในปัจจุบัน 3) ความพึงพอใจกับชีวิตทางเพศ 4) ความถี่ของการนอนหลับที่ไม่ดี 5) ความถี่ของข้อจำกัดในการทำงานและ 6) ความถี่ของความกังวลในการขาดงาน 7) ความพึงพอใจกับการรักษาระดับน้ำตาล 8) ความพึงพอใจกับการรักษาในปัจจุบัน 9) ความพึงพอใจกับการเป็นภาระของครอบครัว 10) ความพึงพอใจกับการออกกำลังกาย 11) ความถี่ของความเจ็บปวดกับการรักษา 12) ความถี่ของความรู้สึกที่ไม่ดี 13) ความถี่ของการหยุดกินอาหารเพื่อหลีกเลี่ยงการบอกคนอื่นเกี่ยวกับโรคเบาหวาน 14) ความถี่ของข้อจำกัดในการประกอบอาชีพ และ 15) ความถี่ของความ

กังวลมากในการหมดสติ ลักษณะการตอบเป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ ซึ่งมีตัวเลือกการตอบ ตั้งแต่ 1 (ไม่เคย) ถึง 5 (ตลอดเวลา) ในข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการรักษาและคุณภาพชีวิต มีตัวเลือกการตอบตั้งแต่ 1 (พึงพอใจมาก) ถึง 5 (ไม่พอใจมาก) ในการแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิต หากพบว่ามีคะแนนรวมมากแสดงว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเบาหวานระดับมาก ในทางตรงกันข้ามหากมีคะแนนน้อยแสดงว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย เครื่องมือนี้มีการทดสอบ Test-retest reliability เท่ากับ 0.78-0.92 มีการตรวจสอบ Convergent validity เทียบกับเครื่องมือ DQOL 60 ข้อคำถาม พบว่าทุกข้อมีความตรงมากกว่า 0.61 และมีการทดสอบความสอดคล้องภายในจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน 498 ราย พบว่ามีค่า Alpha = 0.91 (Burroughs et al., 2004)

สำหรับการวิจัยนี้ประเมินคุณภาพชีวิตด้วยเครื่องมือ Diabetes Quality of Life Brief (DQOL-Brief) (Burroughs et al., 2004) ที่มีการแปลย้อนกลับ (Back translate) คำถามทั้ง 15 ข้อ เป็นภาษาไทยโดยไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของข้อคำถามและมีการหาคุณภาพของเครื่องมืออีกครั้งโดยดารณี ศรีทองสุขและคณะ (2550) กับผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 100 คน พบว่า มีความเชื่อมั่น (Reliability) Cronbach's alpha เท่ากับ 0.7415 มีค่า Corrected item-total correlation อยู่ในช่วง 0.0050 ถึง 0.5155 และการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้วิธี Test-retest reliability พบว่ามีค่า Kendall's tau-b มากกว่า 0.75 ในส่วนการเปรียบเทียบความสัมพันธ์ของแบบสอบถามทั้งฉบับที่แสดงการทดสอบหาค่าความสม่ำเสมอภายในจากการทดสอบซ้ำห่างกัน 2 สัปดาห์โดยผู้ตอบคนเดียวกัน พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha เท่ากับ 0.7415 ในการวัดครั้งแรกและ 0.7362 ในการวัดซ้ำ (ดารณี ศรีทองสุขและคณะ, 2550) ซึ่งต่อมา ได้นำเครื่องมือ DQOL-Brief ที่แปลแลหาคุณภาพเครื่องมือโดยดารณี ศรีทองสุขและคณะ (2550) มาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน แต่เนื่องด้วยยังไม่มีผลการแปลผลคุณภาพชีวิตเป็นระดับ สุชาติดา คงหาญ (2553) จึงได้แปลค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของเครื่องมือ DQOL-Brief ออกเป็น 5 ระดับ คือ คะแนน 15-26 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับน้อยที่สุด คะแนน 27-38 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับน้อย คะแนน 39-50 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง คะแนน 51-62 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับมาก คะแนนตั้งแต่ 63 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตระดับดีมาก และทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ราย พบว่ามีค่า Content validity index (CVI) เท่ากับ 0.87 ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 30 ราย พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.85 ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้อ้างอิงคุณภาพของเครื่องมือ DQOL-Brief จากการศึกษาของ ดารณี ศรีทองสุขและคณะ (2550) และ สุชาติดา คงหาญ (2553)

### 3. การศึกษาปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Study)

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีรากฐานมาจากการศึกษาทางปรัชญาที่มีวิธีการที่ยืดหยุ่นแต่ซับซ้อน ซึ่งมีการใช้แพร่หลายในการวิจัยทางพยาบาลเป็นอย่างมาก จึงจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยา

#### 3.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

คำว่า “ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology)” มาจากการรวมกันของภาษากรีกสองคำ คือ “Phainomenon” ที่แปลว่าการแสดงออกมาให้เห็นของสิ่งนั้นๆ (that which appears ) และ “logos” ซึ่งหมายถึง “study” หรือการศึกษา เมื่อนำคำสองคำมารวมกันแล้วจึงหมายถึง การศึกษาโครงสร้างของประสบการณ์และจิตสำนึก

Streubert and Carpenter (2011) ได้ให้ความหมายของปรากฏการณ์วิทยาว่าเป็นแนวทางของมุมมองของการมองตัวเอง คนอื่นๆ และทุกสิ่งทุกอย่างหรือผู้ที่เราได้ไปสัมผัสชีวิตของเขา ปรากฏการณ์วิทยาเป็นระบบของการตีความที่ช่วยให้รับรู้และเข้าใจตัวเอง เข้าใจคนอื่นๆ ที่เราไปสัมผัสหรือมีปฏิสัมพันธ์ มีการแลกเปลี่ยนด้วยรวมถึงสิ่งต่างๆ ที่อยู่ในประสบการณ์จริง

Morse (2012) ให้ความหมายของปรากฏการณ์วิทยาว่าเป็นการศึกษาที่มีเป้าหมายที่เป็นศูนย์ของแก่นสำคัญหรือความหมายของปรากฏการณ์และทำการสะท้อนด้วยการตีความ

Bourgeault, Dingwall and de Vries (2013) ให้ความหมายของปรากฏการณ์วิทยาว่าเป็นการค้นหาความหมายหรือการทำความเข้าใจของปรากฏการณ์ต่างๆ ที่ปรากฏด้วยตัวของมันเอง

Creswell (2013) ได้กล่าวถึงการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาว่า เป็นการอธิบายความหมายตามปกติของแนวคิดประสบการณ์ในชีวิตหรือปรากฏการณ์ส่วนตัวของคนแต่ละคน

Ritchie and Lewis (2014) ให้ความหมายของปรากฏการณ์วิทยาว่าเป็นการบรรยายการให้ความหมายของมนุษย์ที่ได้ไปสัมผัสกับปรากฏการณ์ที่เฉพาะ

สรุปได้ว่า การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาเกี่ยวกับแก่นหลักของประสบการณ์ที่ประกอบด้วย การมองตนเองของเจ้าของประสบการณ์ การมองคนอื่นที่เกี่ยวข้องหรือมีปฏิสัมพันธ์กับตนเองรวมถึงสิ่งต่างๆ ที่เราได้ไปมีปฏิสัมพันธ์ด้วย เป็นการศึกษาความหมายปรากฏการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคลและเป็นการเข้าใจบุคคลจากสิ่งที่ปรากฏ ซึ่งต้องค้นหาว่าสิ่งใดเป็นประสบการณ์ในชีวิตของคนๆ นั้นเพื่อความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตของคนจากสิ่งที่ได้สะท้อนออกมา

### 3.2 แนวคิดปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มต้น ระยะในยุคของเยอรมัน และในระยะยุคของฝรั่งเศส มีรายละเอียดดังนี้

ระยะเริ่มต้น (Preparatory phase) ระยะนี้แสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาในเชิงวิทยาศาสตร์ ซึ่งเป็นแนวคิดหลักที่สำคัญในการพัฒนาการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในสมัยปัจจุบัน คือ แนวคิด Inner perception ที่อธิบายถึงความสามารถในการรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจตนเองของมนุษย์ที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงกับการคิดใคร่ครวญไตร่ตรองไว้ก่อนล่วงหน้า และแนวคิดที่สอง คือ Intentionality ความเป็นจริงได้พิจารณาด้วยสติที่รอบคอบ การรับรู้ภายในเกิดขึ้นไม่ได้หากไม่มีการรับรู้ภายนอก สิ่งที่แวดล้อมตัวเป็นตัวเชื่อมประสานปรากฏการณ์กับความเป็นจริง และทำให้ตระหนักถึงความจริงด้วยสติที่รอบคอบ ไม่สามารถแยกความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับโลกที่อาศัยอยู่ได้ (Streubert and Carpenter, 2011)

ระยะที่สอง (German phase) มีนักปรากฏการณ์วิทยาที่สำคัญ 2 ท่าน คือ Edmund Husserl และ Martin Heidegger การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา Husserl จะเน้นในเรื่องแก่นของความเป็นจริง (Essence) การเข้าไปถึงส่วนที่อยู่เหนือความเป็นจริงสู่ความเป็นอุดมคติ กฎแห่งตรรกะ และทำให้เกิดการขยายผลนำไปใช้เป็นเกณฑ์กว้างๆ ได้ ซึ่งปรัชญาเป็นศาสตร์ที่มีความแข็งแกร่งที่ช่วยให้สามารถสัมผัสกับมนุษย์ได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น ปรากฏการณ์สามารถลดทอนสู่ความเป็นจริงที่เป็นรูปธรรมได้โดยวิธีการลดทอนที่มุ่งเน้นสนใจในประสบการณ์ด้านอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ดังนั้น การลดทอนปรากฏการณ์ (Phenomenological reduction) จึงเป็นพื้นฐานที่สำคัญ แนวคิด Intersubjectivity เป็นประสบการณ์ด้านอารมณ์ความรู้สึกนึกคิดต่างๆ ของคนที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จะช่วยขยายขอบเขตของความเข้าใจอย่างสมบูรณ์ แนวคิด Life-world หรือ The world of lived experience เป็นประสบการณ์ในชีวิตประจำวันของคนที่ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าสิ่งนั้นคือทัศนคติที่แท้จริงหรือยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้สังเกตเห็น การที่จะมองเห็นสิ่งที่อยู่รอบๆ ตัวอย่างลึกซึ้งต้องใช้การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในการศึกษา (Bourgeault, Dingwall and de Vries, 2013)

แนวคิดของ Martin Heidegger เรียกว่า Hermeneutic Phenomenology ในการที่จะเข้าไปให้ถึงการให้ความหมายของความเป็นมนุษย์ มองบุคคลในฐานะที่เป็นสาระสำคัญ เชื่อว่าคนเป็นส่วนรวมของวัฒนธรรมสังคม ให้ความสำคัญกับภาษาที่ใช้พูด วัฒนธรรม และกิจกรรมทางสังคมที่ผ่านตัวบุคคลที่เป็นผู้ให้ความหมายและแปลความ ตีความของความหมายนั้นๆ ออกมา ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยสะท้อนถึงภูมิหลังของพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกในปัจจุบัน Heidegger มองว่าประสบการณ์ไม่ใช่จุดแรกเริ่มของ Knowledge affair เพราะประสบการณ์ของมนุษย์ในโลกนี้ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ระหว่างสิ่งที่อยู่ภายในและภายนอกตัวมนุษย์ เราอยู่ในโลกโดยการมีประสบการณ์ต่อโลก ไม่ใช่การเริ่มต้นด้วยการรู้จักกับมัน ระยะที่สาม (French phase) ได้รับอิทธิพล

มาจาก Heidegger ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของช่วงเวลาความสัมพันธ์ของคนกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้น (Streubert and Carpenter, 2011)

การศึกษาคำนี้ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามแนวคิดของมาติน ไฮเดรกเกอร์ ซึ่งมีจุดเน้นที่ธรรมชาติของความจริงที่มีอยู่ (Ontological) และการแปลตีความ (Hermeneutic) มารวมเข้าด้วยกัน นำไปสู่ความจริงที่ถูกค้นพบในธรรมชาติของสิ่งที่เป็นจริงที่อยู่บนฐานของการแปลความ ตีความที่เกี่ยวกับการเป็นอยู่ของมนุษย์ (Smith, Flowers and Larkin, 2012) การพยายามทำความเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ทำให้สามารถไปสู่ความเป็นไปได้ของความเข้าใจ การแปลความ ตีความนำไปสู่การเข้าใจการให้ความหมายของมนุษย์ โดยใช้วิธีการของปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutics phenomenology) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของพลังแห่งความจริง (Ontological power) ทำให้ธรรมชาติของความจริงและความหมายปรากฏการณ์ออกมาให้เห็นได้ การทำความเข้าใจเปรียบเสมือนวงล้อ ที่เริ่มจากการทำความเข้าใจ และนำไปสู่การให้ความหมายของการดำรงอยู่ของความจริงที่ปรากฏอยู่ทั้งหมด นำไปสู่การวิเคราะห์ความจริงที่ดำรงอยู่ ที่เป็นอยู่ ที่มีความเฉพาะเจาะจงลงไปอีก ซึ่งผลที่ได้ก็นำไปสู่ความเข้าใจในธรรมชาติของความจริงที่ดำรงอยู่นั้นทั้งหมด เรียกกระบวนการนี้ว่า “Hermeneutics circle” (Bourgeault, Dingwall and de Vries, 2013)

แนวคิดการตีความ (Hermeneutics) เปรียบเสมือนวิธีดำเนินการศึกษาในเชิงปรัชญา ไม่ใช่วิธีการในเชิงวิทยาศาสตร์ เป็นวิธีการแปลความตีความ (Interpretive method) ที่มีมากกว่าการพรรณนาสิ่งที่แสดงให้เห็น หรือการพยายามที่จะเปิดเผยความหมายที่ซ่อนเร้นอยู่ โดยการคาดเดาล่วงหน้าที่มีความสำคัญมากกว่าวิธีการที่ใช้ Hermeneutic phenomenology เป็นวิธีการดำเนินการศึกษามากกว่าจะเป็นทฤษฎี ดังนี้

- 1) เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจในธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้นๆ จากคนใน (Insider view)
- 2) เป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของคน หรือกลุ่มคนในปรากฏการณ์ที่เฉพาะ
- 3) เป็นการศึกษาเพื่อหาแก่นของความหมายของประสบการณ์ชีวิตของคน กลุ่มคน
- 4) เป็นการศึกษาเพื่อให้เราเข้าใจโลกในสังคมของผู้ที่เราศึกษา

เอกลักษณ์ที่โดดเด่นของปรัชญาแนวคิดของ Heidegger คือ Heidegger มองเห็นการทำงานของปรากฏการณ์วิทยาเปรียบเสมือนวิธีการ “Destruction” ซึ่ง Heidegger อธิบายว่า เหมือนกับการเปิดกล่องที่ใส่ของออกมาสำรวจดูแล้วจัดเสียใหม่ (Smith, Flowers and Larkin, 2012)

สรุปได้ว่าการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา ตามแนวคิดของมาติน ไฮเดรกเกอร์ เป็นปรากฏการณ์วิทยาเพื่อการทำความเข้าใจ เพื่อตีความ (Hermeneutic phenomenology) โดยเน้นการค้นหาคำเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ ของบุคคลว่ามี

ความหมายต่อบุคคลนั้นอย่างไร ดังนั้นการเข้าใจแนวคิดของความเป็นบุคคล จึงมีความสำคัญเพราะจะนำไปสู่แนวคิดในการเลือกใช้ปรัชญา เพื่อนำไปใช้เป็นระเบียบวิธีวิจัย ซึ่งบุคคล (Person) จะเป็นผู้ให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ตามความคิดความรู้สึกของตนเองซึ่งอาจแตกต่างจากความหมายของคนอื่นๆ นั่นคือ ประสบการณ์ของใครก็เป็นคนนั้น เป็นประสบการณ์เฉพาะและเป็นความจริงของบุคคลนั้น ปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของมาติน ไฮเดรกเกอร์ เชื่อว่าบุคคลมีคุณลักษณะสำคัญดังนี้

1) บุคคลเป็นผู้ที่มีโลกและสังคมของตัวเอง (The person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ติดตัวเขามาตั้งแต่กำเนิด ไม่สามารถแยกจากกันได้สิ่งแวดล้อมเป็นในเชิงวัฒนธรรม ภาษา อายุ การศึกษา ค่านิยมทางสังคม และขนบธรรมเนียมประเพณีที่ถือปฏิบัติและสืบทอดกันมา ซึ่งบริบททางสังคมของบุคคลและเป็นภูมิหลังที่ติดตัวบุคคลนั้นมาโดยกำเนิด ซึ่งซึมซับอยู่ในตัวบุคคลที่เรียนรู้มาตั้งแต่เกิดและเชื่อว่าบุคคลไม่สามารถแยกจากสิ่งแวดล้อมทางสังคมนั้นๆ ได้ บุคคลจะคุ้นชินกับกิจกรรมต่างๆ ที่ถูกกำหนดขึ้นในสังคมของตัวเองจนกลายเป็นแบบแผนในชีวิตประจำวันและเป็นความสัมพันธ์ที่บุคคลมีประสบการณ์อยู่ในปัจจุบัน (Streubert and Carpenter, 2011)

ในการศึกษาครั้งนี้นั้นบุคคลตามแนวคิดนี้คือผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยสิ่งแวดล้อมของบุคคลที่เป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานนี้ คือ สภาพแวดล้อมของตำบลบ้านแท่น อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ที่มีความเฉพาะทั้งในด้านภาษา วัฒนธรรม ค่านิยมและขนบธรรมเนียมที่มีความแตกต่าง ถึงแม้ว่าจะเป็นบริบทของชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือเหมือนกัน แต่ก็มี ความแตกต่างทั้งในด้านวัฒนธรรม ภาษา (การออกเสียง สำเนียง)

2) บุคคลเป็นผู้ให้คุณค่าและความหมายในแต่ละเรื่องไม่เหมือนกัน (The person as a being for whom things have significance and value) หมายถึง การให้คุณค่าและความหมายต่อเหตุการณ์หรือสิ่งใดก็ตามของบุคคลขึ้นอยู่กับภูมิหลังของสังคม วัฒนธรรม ภาษา ของแต่ละบุคคล ดังนั้น การที่จะทำความเข้าใจในการแสดงออก หรือความรู้สึกของบุคคล เราจึงต้องทำการศึกษาบุคคลในบริบทของสังคมของบุคคลนั้น (Streubert and Carpenter, 2011)

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีถิ่นอาศัยอยู่ในตำบลบ้านแท่น อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่นนั้นเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งมีความเหมือนกันคือ เป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานเหมือนกัน มีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมือนกัน แต่ในความเหมือนกันนี้ ถึงแม้ว่าจะอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกัน ความแตกต่างในด้านของบุคคล ความเชื่อส่วนบุคคล ย่อมมีความแตกต่างกัน ดังนั้นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีแต่ละคนย่อมมีการให้ความหมายและให้คุณค่าต่อการดำเนินชีวิตขณะที่เป็นโรคเบาหวานทั้งที่มีความเหมือนและแตกต่างกัน



3) บุคคลเป็นผู้แปลความหมาย (The person as self-interpreting) หมายถึงบุคคลให้ความหมายของประสบการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความคิด และความรู้สึกของตัวเอง ซึ่งอาจแตกต่างจากการแปลความหมายของบุคคลอื่นหรือความจริงจากทฤษฎี เป็นการแปลความตีความที่มาจากภูมิหลังด้านสังคม ภาษา และวัฒนธรรมของบุคคลนั้นๆ (Streubert and Carpenter, 2011)

จากการที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีแต่ละคนมีการให้ความหมายและให้คุณค่าต่อการดำเนินชีวิตขณะที่เป็นโรคเบาหวานทั้งที่มีความเหมือนและแตกต่างกันนั้น ย่อมส่งผลต่อการแปลความหมายที่มีความเหมือนและแตกต่างกันไปตามการแปลความของแต่ละบุคคลด้วยเช่นกัน

4) บุคคลเป็นหน่วยรวม (The person as embodies) นั่นคือ รวมการให้ความหมาย ความคาดหวัง ความรู้สึกนึกคิด นิสัย แบบแผนการดำเนินชีวิตไว้ด้วยกันเป็นหนึ่งเดียว ไม่สามารถแยกคนออกเป็นส่วนๆ ได้โดยเชื่อว่า คนประกอบด้วย กาย จิต สังคม และต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ประสบการณ์ของบุคคลจึงเป็นประสบการณ์โดยรวม ที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันของทุกสิ่งในตัวบุคคลนั้น (Streubert and Carpenter, 2011)

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นเป็นบุคคลตามการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา ที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุเหล่านั้น ดังนั้นจึงไม่สามารถที่จะแยกผู้สูงอายุเหล่านี้ออกไปจากสิ่งแวดล้อม รวมถึงการที่ไม่สามารถแยกผู้สูงอายุแต่ละคนออกเป็นส่วนๆ ในการตีความ ให้ความหมาย การแปลความ แต่ต้องเป็นไปในลักษณะขององค์รวมคือไม่แยกออกจากกัน

5) บุคคลมีมิติของเวลา (The person in time) เวลาไม่ถูกแยกออกจากการดำรงอยู่ เวลาเป็นขอบเขตที่เป็นจริงของการวิเคราะห์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสิ่งที่ปรากฏอยู่ ดำรงอยู่ เวลาเป็นกรอบที่ใช้ในการอ้างอิงและเป็นกุญแจสำคัญที่นำไปสู่ความเข้าใจ เพราะในแต่ละช่วงเวลาที่ผ่านมาจะช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงสิ่งที่ดำรงอยู่มากขึ้นเหมือนกับเป็น Setting หรือ Matrix ของการดำรงอยู่ของมนุษย์ ประสบการณ์ชีวิตของบุคคลจะเป็นอยู่ตามมิติของเวลา โดยความคิดในปัจจุบันของบุคคลจะได้รับอิทธิพลมาจากอดีต และส่งผลถึงอนาคตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคลตระหนักและให้ความสนใจ ทำให้ได้เห็นภาพที่ชัดเจนของปรากฏการณ์ที่เฉพาะของการดำรงอยู่ของมนุษย์ ซึ่งอาจแตกต่างจากมุมมองของผู้วิจัยคนอื่นๆ (Streubert and Carpenter, 2011)

ดังนั้นในการศึกษานี้มิติของเวลาคือ การศึกษาที่ตั้งประเด็นคำถามถึงการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ตั้งแต่ทราบว่าตนเองเป็นโรคหวาน จนกระทั่งถึงปัจจุบัน ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีมิติของเวลาที่แตกต่างกัน และการศึกษาเรื่องนี้เนื่องจากมิติของเวลาทำให้ผลของการศึกษานี้ย่อมมีความแตกต่างกันไปจากการศึกษาอื่นๆ ที่ศึกษาในเรื่องเดียวกัน บริบทเดียวกัน และกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน

ปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของมาติน ไฮเดรกเกอร์ ยังเชื่อว่าโลกหรือสังคมของบุคคล เป็นพื้นฐานเบื้องต้นของการเข้าใจ และเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความจริงของบุคคล การทำความเข้าใจเป็นกระบวนการที่บุคคลรับรู้ตระหนักในความเป็นไปได้ในสิ่งที่เกิดขึ้นจริง และนำไปสู่การสร้างความหมายของสิ่งนั้นๆ ที่เกิดขึ้นของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม

การทำความเข้าใจทำให้มนุษย์มีความตระหนักในสิ่งที่เกิดขึ้นจริง และการแปลความนำไปสู่ความเข้าใจ ในการแปลความ ตีความทุกชนิด จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจถึงที่มาที่ไปในภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูลหลักหรือผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน องค์ประกอบของการแปลความ ตีความ มีทั้งหมด 3 องค์ประกอบซึ่งมีความสัมพันธ์กันเป็นวงจร (Circle) เรียกว่า “Hermeneutic circle” (Streubert and Carpenter, 2011) เป็นการเชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีต ที่บุคคลเคยได้รับหรือเข้าใจมาก่อน เข้ากับประสบการณ์ครั้งใหม่ เพื่อที่จะได้รับรู้และให้ความหมายกับประสบการณ์ครั้งใหม่เป็นลูกโซ่นั่นคือ บุคคลเข้าใจบางสิ่งบางอย่างได้ โดยการเปรียบเทียบกับอีกสิ่งหนึ่งที่บุคคลนั้นรู้จักหรือเคยมีประสบการณ์มาก่อน เป็นการหลีกเลี่ยงได้ยากเนื่องจากแต่ละบุคคลจะมีประสบการณ์เดิมของตนเองที่แตกต่างกัน แต่สิ่งสำคัญคือการต้องมีสติรู้คิด และเตือนตัวเองตลอดเวลาว่ากำลังจะมีอคติต่อสิ่งนั้นหรือไม่ เพื่อที่จะได้เข้าใจความหมาย (Meaning) ซึ่งเป็นความคิดรวบยอดต่อปรากฏการณ์นั้น ตามความเป็นจริงอย่างที่เป็นอยู่ และตรงตามวัตถุประสงค์

นอกจากนี้การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของมาติน ไฮเดรกเกอร์ให้ความสำคัญต่อภาษา (Language) โดยอธิบายว่าการดำรงอยู่ในโลกมนุษย์ การพูดคุยเป็นเครื่องมือหลักของการสื่อสาร การพูดคุยเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของมนุษย์ในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การพูดคุยเป็นการส่งผ่านข่าวสารที่เป็นอยู่ ณ ปัจจุบันขณะนั้น ซึ่งรวมถึงการได้ยิน การฟัง และการเงิบในบริบทที่มีการพูดคุยเกิดขึ้นนั้นจะบอกถึงใครเป็นคนพูด เขาพูดอะไร พูดกับใคร ในสถานการณ์ใด ซึ่งในทั้งหมดที่กล่าวมานี้มีความหมายอยู่ในตัวมันเอง และเมื่อนำการพูดคุยนั้นมาจัดระบบระเบียบของการแปลความ ตีความ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องใช้ในการสนทนาหรือการสื่อสารโดยทำความเข้าใจกับคำหรือภาษา ที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อความหมาย จึงจะเข้าใจประสบการณ์ทั้งหมดของผู้ให้ข้อมูลได้

### 3.3 การดำเนินการวิจัยปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นวิธีการวิจัยที่มีความเข้มงวด ถูกต้อง แม่นยำ ชับซ้อน และมีระบบของการสืบค้นหลายวิธี หลายขั้นตอนที่จะนำไปสู่การทำศึกษาวิจัย และมีหลายๆ ทางที่เป็นแนวทางที่เหมาะสมกับปรากฏการณ์ที่สนใจ (Streubert and Carpenter, 2011) ขั้นตอนในการสืบค้นแบบปรากฏการณ์วิทยาที่นิยมมี 6 ขั้นตอนดังนี้

1) การพรรณนาหรือบรรยายปรากฏการณ์ (Descriptive phenomenology) ขั้นตอนนี้จะมีผลต่อการสำรวจ วิเคราะห์ และการบรรยายปรากฏการณ์โดยเฉพาะเจาะจงหรือพิเศษลงไป การบอก

จุดมุ่งหมายของการนำเสนอ ส่วนนี้จะเป็นส่วนที่น่าสนใจมากเนื่องจากจะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ ประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลให้ความสำคัญ โดยแบ่งออกเป็นสามส่วนย่อย 3 ส่วนได้แก่

1.1) Intuiting หมายถึงขั้นตอนนี้นักวิจัยจำเป็นต้องเข้าไปมีส่วนร่วม ในขณะที่ทำการสืบค้นและเป็นกระบวนการที่นักวิจัยเริ่มต้นไปรับรู้เกี่ยวกับปรากฏการณ์ตามธรรมชาติ หรือเหตุการณ์ที่ประทับใจโดยหลีกเลี่ยงการวิจารณ์ การประเมินผล หรือใช้ทัศนคติของตนเอง นักวิจัยจะเปรียบเสมือนเป็นเครื่องมือในการวิจัยในส่วนกระบวนการสัมภาษณ์ การเก็บรวบรวมข้อมูล รับฟังในการพรรณนาถึงคุณภาพชีวิต โดยการถอดความจากการคุยสัมภาษณ์

1.2) การวิเคราะห์ (Analyzing) ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจำเป็นต้องมีการวิเคราะห์แยกแยะ จุดสำคัญของปรากฏการณ์ ภายใต้การสืบค้นในข้อมูลที่ได้มาและมีการแบ่งแยกข้อแตกต่างในส่วนประกอบที่สัมพันธ์กับปรากฏการณ์นั้นๆ เช่นการบรรยายเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่อยู่อาศัยนั้น นักวิจัยจะต้องมีการรวบรวมข้อมูลให้เพียงพอและนำไปสู่การบรรยายที่ถูกต้อง

1.3) การบรรยาย (Describing) จุดประสงค์การบรรยายกระบวนการติดต่อสื่อสาร เพื่อนำไปสู่การเขียนและการบรรยายที่เป็นส่วนประกอบพิเศษของปรากฏการณ์เป็นการจัดหมวดหมู่ของปรากฏการณ์ ซึ่งสิ่งที่นักวิจัยจะต้องหลีกเลี่ยงคือ การบรรยายก่อนเวลาอันสมควร ทำให้เกิดความ คาดเคลื่อนได้ เพราะส่วนนี้จะเป็นส่วนที่ทำให้เกิดความสมบูรณ์ในการวิเคราะห์เหตุการณ์

2) สืบค้นสาระสำคัญหรือแก่นของปรากฏการณ์ (Phenomenology of essence) ขั้นตอนนี้จะมีผลต่อความเที่ยงของข้อมูลในการสืบค้นและกำหนดความเฉพาะของปรากฏการณ์ ขั้นตอนนี้จะมีความเกี่ยวข้องกับจินตนาการต่างๆ นอกจากนั้นยังจะมีผลต่อการทำให้สิ่งที่ศึกษาวิจัยชัดเจนเป็น รูปธรรมขึ้น ทำให้เข้าใจลึกซึ้งในโครงสร้างหรือส่วนประกอบที่สำคัญและสัมพันธ์กับปรากฏการณ์ ทำให้ปรากฏการณ์นั้นๆ น่าเชื่อถือขึ้น ซึ่งจะต้องทำต่อจากขั้นตอนที่ 1 ที่ได้กล่าวมาข้างต้น

3) การทำปรากฏการณ์ให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนขึ้น (Phenomenology of appearance) เกี่ยวข้องกับการเฝ้าดูการที่ปรากฏการณ์นั้นปรากฏขึ้นมา ซึ่งนักวิจัยต้องเฝ้าดูในวิธีการที่แตกต่างกัน เพื่อเห็นวัตถุนั้นแสดงสิ่งที่เป็นตัวมันออกมา ขั้นนี้จะเน้นความสนใจที่ปรากฏการณ์แสดงตัวมันออกมา เป็นข้อมูล

4) หอองค์ประกอบหรือสิ่งที่เกี่ยวข้องกันกับปรากฏการณ์ (Constitutive phenomenology) หมายถึง ขบวนการที่ปรากฏการณ์ ปรากฏรูปร่างในจิตสำนึกตั้งแต่ความประทับใจครั้งแรกจนโครงสร้างสมบูรณ์

5) การทอนปรากฏการณ์ (Reductive phenomenology) ภายใต้การสืบข้อมูลเพื่อให้ ประสบผลสำเร็จในการได้การพรรณนาที่บริสุทธิ์ที่สุดผู้วิจัยต้องตรวจสอบ ความลำเอียงส่วนตัว ข้อตกลงเบื้องต้น กลุ่มของความเชื่อ ขั้นตอนนี้เป็นการเตรียมวัตถุเจตนา (Objectivity) ในการวิธีการทางปรากฏการณ์วิทยา เช่นในการศึกษาสืบค้นความหมายของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ชนิดที่ 1 ในขบวนการลดทอน ผู้วิจัยจะตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับความเชื่อส่วนบุคคล ความเข้าใจในความหมายเพื่อตอบคำถามว่าอะไรคือคุณภาพชีวิต หรืออะไรที่เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ที่ตนได้รับมาจากประสบการณ์ จึงต้องไต่สวนเพื่อให้เห็นแยกจากประสบการณ์ชีวิตที่พรรณนาโดยผู้เข้าร่วมวิจัย ขบวนการลดทอนนี้จะต้องเลื่อนการทบทวนวรรณกรรมออกไปจนกระทั่งผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว เพื่อแยกจากการพรรณนาของผู้เข้าร่วมวิจัยว่าเขารู้หรือมีความเชื่ออย่างไรเกี่ยวกับปรากฏการณ์ภายใต้การสืบค้น

6) การตีความหมายในปรากฏการณ์ (Hermeneutic phenomenology) กรอบการตีความหมายในปรากฏการณ์วิทยาเป็นการหาความสัมพันธ์และความหมายระหว่างความรู้และบริบท การตีความหมายในปรากฏการณ์เป็นวิธีการหนึ่งของปรากฏการณ์วิทยา ในการให้ความหมายของปรากฏการณ์ มี 3 ขั้นตอนในขบวนการของปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ

6.1) อ่านอย่างโดยไม่เอาอะไรมาเจือปน ซึ่งนักวิจัยต้องอ่านเนื้อหาทั้งหมดแล้วรวบรวมความคิดเกี่ยวกับความหมายของมันสำหรับการวิเคราะห์ในอนาคต

6.2) การวิเคราะห์โครงสร้าง เป็นการตีความสิ่งที่อ่าน นักวิจัยต้องเปรียบเทียบและอภิปรายเนื้อหา

6.3) การตีความหมายสิ่งทั้งหมดที่ตามมาและเกี่ยวข้องกับการสะท้อนการตีความหมายการอ่านเพื่อความเข้าใจและข้อมูลที่ได้

### 3.4 กระบวนการในการดำเนินการวิจัย (Creswell, 2013)

1) ตรวจสอบว่าชนิดของปัญหาที่เหมาะสมที่สุดในการศึกษาด้วยการใช้การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา

2) อะไรคือปรากฏการณ์ที่น่าสนใจศึกษา

3) นักวิจัยต้องตระหนักอย่างเจาะจงถึงปรัชญาข้อตกลงเบื้องต้นของปรากฏการณ์วิทยา เช่น การมองประสบการณ์ชีวิตผ่านจิตสำนึกโดยตรงถึงวัตถุวิสัย ดังนั้นเมื่ออธิบายถึงการที่กลุ่มตัวอย่างว่ามองปรากฏการณ์อย่างไร วิจัยต้องไต่สวนในประสบการณ์ของตนเองที่มี

4) การเก็บข้อมูลจะเก็บจากผู้มีประสบการณ์ในปรากฏการณ์นั้น วิธีการเก็บข้อมูลมักนิยมเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) หรืออาจใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่นการสังเกต อาจใช้หลากหลายรูปแบบการบันทึกข้อมูล

5) คำถามพื้นฐานอะไรคือประสบการณ์ของคุณในประเด็นของปรากฏการณ์ อะไรคือบริบทหรือสถานการณ์ที่มีอิทธิพลหรือเกี่ยวข้องกับการประสบการณ์ของคุณในปรากฏการณ์นั้น เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจพื้นฐานประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง

6) ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลปรากฏการณ์วิทยา เป็นตามลำดับขั้นตอนวิธีที่เลือกใช้ ซึ่งตอนท้ายผู้วิจัยจะได้พัฒนากลุ่มความหมายจากหลักฐาน (Themes)

7) ประเด็นหลักที่สำคัญจะถูกเขียนพรรณนาว่าอะไรคือประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง และสามารถเขียนพรรณนาถึงบริบทมีอิทธิพลต่อประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างไร นอกจากนี้ในอนาคต (Marshall and Rossman, 2011) ผู้วิจัยสามารถเขียนประสบการณ์ของตนและบริบทที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์สั้นและสะท้อนตั้งแต่การเริ่มต้นศึกษารวมถึงอภิปรายในฐานะบทบาทผู้วิจัย

8) จากการพรรณนาเชิงโครงสร้างและเนื้อหาแล้วผู้วิจัยสามารถเขียนพรรณนาแก่นของปรากฏการณ์ (Essence description)

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยปรากฏการณ์วิทยามักใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่นการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิดร่วมกับการบันทึกเทป ซึ่งช่วยเพิ่มความถูกต้องในการรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ต้องมีการสังเกตร่วมด้วย เพื่อยืนยันความตรงข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ภายหลังสัมภาษณ์ควรถอดเทปควรฟังเทปให้เร็วที่สุดเพื่อทราบว่ามีข้อมูลอะไรบ้าง และประเด็นใดบ้างที่ต้องสัมภาษณ์เพิ่มเติมในครั้งต่อไป เมื่อเก็บข้อมูลแล้วต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลไปด้วยตั้งแต่เริ่มแรกช่วงฟังคำบอกเล่าวิเคราะห์ว่าเกิดอะไรขึ้น มีความหมายว่าอย่างไร ผู้วิจัยควรเก็บข้อมูลให้ถึงจุดอิ่มตัวจึงจะถือว่าสำเร็จในการสัมภาษณ์นี้ต้องคำนึงถึง บริบทประสบการณ์กลุ่มตัวอย่าง เนื้อหาโครงสร้างประสบการณ์ และการสะท้อนความหมายออกมา

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยาจะเกิดขึ้นทันทีที่นักวิจัยเข้าไปในพื้นที่ศึกษาซึ่งหมายถึงการวิเคราะห์ข้อมูลและการตีความหมายข้อมูล การตีความข้อมูลมีความสำคัญมากเพื่อให้เข้าใจความหมายของการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้นๆ สอดคล้องกับ Creswell (2013) ที่ได้สรุปขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ว่า หลังจากเตรียมข้อมูลให้อยู่ในสภาพที่พร้อมแล้วนั้น การเริ่มต้นวิเคราะห์โดยการให้นักวิจัยสำรวจภายในตัวเอง (Bracketing or Epoche) เพื่อดูว่ามีอคติ หรือข้อสรุปที่คิดไว้ก่อนเกี่ยวกับปรากฏการณ์ที่ศึกษานั้นหรือไม่ ถ้าพบว่ามีอยู่ต้องพยายามขจัดออกไปให้หมด ก่อนเริ่มต้นวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อเริ่มวิเคราะห์ ให้แตกข้อมูลทั้งหมดออกเป็นส่วนย่อยๆ ตามความหมายที่ปรากฏอยู่ในแต่ละส่วนเพื่อสะดวกในการคัดแยกข้อมูลออกเป็นเรื่องๆ แล้วให้คำนิยามหรือความหมายของข้อมูลที่แตกออกมานั้นซึ่งเรียกว่าเป็นการให้รหัส แล้วคัดรวมสิ่งเหล่านั้นให้เป็นกลุ่ม หรือหัวข้อ (Themes) ตามความหมายที่เชื่อมโยงกันของส่วนเหล่านั้น ซึ่งจะพบว่าแต่ละกลุ่มก็จะประกอบไปด้วยข้อมูลที่เป็นเรื่องเดียวกันอย่างแท้จริงที่ต้องการหาตามข้อคำถามของการวิจัย แล้วเริ่มเขียนคำบรรยายสำหรับแต่ละเรื่อง (Themes) ซึ่งคำบรรยายที่นำมาใช้ก็คือข้อความที่สรุปและเรียบเรียงจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล เรียกวิธีนี้ว่า Textural portrayal ซึ่งเป็นการแสดงเนื้อเรื่องที่ศึกษาด้วยการบรรยาย แล้วจึงเข้าสู่ขั้นตอนสุดท้ายที่เป็นการสังเคราะห์โครงสร้าง (Structural Synthesis) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่นักวิจัยต้องกลั่น หรือสกัด เอาความหมายของประสบการณ์ออกมาจาก

ประสบการณ์กรณีศึกษาทุกราย ต้องมองให้ทะลุผ่านสิ่งที่ปรากฏ (Appearances) เข้าไปใน ความหมายของสิ่งที่อยู่เบื้องหลังของสิ่งนั้น เพื่อหาแก่นสาระ (Essence) ของประสบการณ์ชิ้นนั้น ทั้งหมด จุดมุ่งหมายที่ต้องไปให้ถึงคือความหมายของประสบการณ์ชิ้นนั้นสำหรับคนกลุ่มใด กลุ่ม หนึ่ง หรือคนในวัฒนธรรมใดวัฒนธรรมหนึ่งโดยรวม เพื่อตอบคำถามให้ได้ว่าอะไรคือโครงสร้าง และ แก่นสาระของการได้ประสบกับปรากฏการณ์นี้ของคนเหล่านั้น (Patton, 2002)

ในขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลนี้เป็นการตีความตามแนวคิดของ Heidegger (Hermeneutic phenomenology) ซึ่งการวิเคราะห์ที่สอดคล้องกับแนวคิดของไฮเดกเกอร์ ประกอบด้วย วิธีการของ ไตเคิลแมน และ อัลเลน (Diekelmann and Allen) เลียวนาร์ด (Leonard) และเบนเนอร์ (Benner) แต่ในการศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลตามแนวทาง Max Van Manen (Van Manen, 1990; Taylor and Francis, 2013) ซึ่งประกอบด้วย

1) การย้อนกลับไปทำความเข้าใจกับประสบการณ์ชีวิตที่เป็นอยู่จริงตามธรรมชาติ (Turning to the nature of lived experience) เป็นการศึกษาภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูลในบริบทที่เป็นจริงตาม ธรรมชาติที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ เช่น แบบแผนการดำเนินชีวิต สังคม วัฒนธรรม ประสบการณ์ต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลเคยผ่านมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน รวมทั้งประวัติการรับการรักษาใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่ง

2) การค้นหาประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (Investigating experience as we live it) เป็นการค้นหาการให้ความหมายของประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาให้ลึกซึ้งที่สุด เพื่อให้ได้ ประสบการณ์ที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูลตามบริบทที่ต้องการศึกษา ซึ่งต้องใช้เทคนิคในการถามคำถาม เพื่อค้นหาธรรมชาติของประสบการณ์ ในขั้นตอนการสัมภาษณ์จึงต้องทำความเข้าใจประสบการณ์ที่ เกิดขึ้นของผู้ให้ข้อมูลและสามารถเข้าถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเสมือนผู้วิจัยได้อาศัยอยู่ใน ประสบการณ์นั้นๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงตามประเด็นที่ต้องการศึกษา

3) การสะท้อนคิดวิเคราะห์คำสำคัญ (Reflecting on essential themes) เป็นการสะท้อน โดยการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของประสบการณ์ที่ศึกษา ซึ่งเป็นสาระสำคัญของการศึกษา ซึ่งในการสะท้อนคิดวิเคราะห์คำสำคัญ มีขั้นตอนดังนี้

3.1) รวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการศึกษา ทั้งจากการสัมภาษณ์ การสังเกตแบบ ไม่มีส่วนร่วม และการบันทึกภาคสนามมาเรียบเรียงให้เป็นระเบียบ

3.2) อ่านข้อมูลและพยายามดึงคำสำคัญ (Isolating thematic statements) ของ ประสบการณ์ที่ศึกษาจากข้อมูลที่ได้มาโดยมีวิธีการ 3 วิธี คือ วิธีการอ่านละเอียด (The detailed or Line-by-line approach) เป็นการอ่านบทสัมภาษณ์ทั้งหมดอย่างละเอียดทุกคำ ทุกประโยคและทำ ความเข้าใจ วิธีการอ่านโดยภาพรวม (The wholistic approach or Sententious approach) เป็นการอ่านโดยภาพรวมทั้งหมดแล้วทำความเข้าใจกับข้อมูล และหาประเด็นสำคัญที่ศึกษาอย่าง

ละเอียด และสะท้อนออกมาเป็นประโยคหรือวลีที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญเหล่านั้น วิธีอ่านโดยการเลือกอ่านข้อความสำคัญ (The selective approach or Highlighting approach) เป็นการเลือกอ่านประโยค หรือวลีที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาและขีดเส้นใต้ไว้

3.3) รวบรวมคำสำคัญที่ได้จากการศึกษา มาปรับภาษาหรือการใช้คำให้สามารถสื่อความหมายถึงประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษาทั้งหมด

3.4) จัดกลุ่มคำสำคัญเป็นหมวดหมู่ทั้งของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย และรวบรวมกลุ่มคำสำคัญของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 21 ราย พร้อมทั้งจัดลำดับเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของหมวดหมู่เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

3.5) เขียนบรรยายคำสำคัญ เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์นั้นๆ

3.6) นำคำสำคัญที่ได้กลับไปตรวจสอบความตรงของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดอีกครั้ง

4) เขียนบรรยายให้เห็นปรากฏการณ์ที่ได้จากการศึกษา (The art of writing and rewriting) เป็นการนำคำสำคัญที่ได้มาสรุปเป็นคำอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา ซึ่งจะเขียนอธิบายอย่างละเอียดและชัดเจน โดยการคิดทบทวน (Re-thinking) การสะท้อนคิดพิจารณา (Reflecting) และการระลึกได้ (Recognizing) ของข้อมูลที่ได้รอบคอบ เพื่อให้ผลการศึกษาที่ได้ตรงกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษามากที่สุด ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการเขียนบรรยายสรุปและอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษา โดยการแสดงคำสำคัญพร้อมทั้งยกตัวอย่างข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์มาสนับสนุนและประกอบคำบรรยาย

5) การคงไว้ซึ่งคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่กำลังศึกษา (Maintaining a strong and oriented relation) โดยการไม่นำทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมาเป็นตัวกำหนดกรอบของการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาอย่างแท้จริง

6) การทำให้ความสมดุลของบริบทที่ศึกษาโดยพิจารณาจากส่วนย่อยและส่วนรวม (Balancing the research context by considering parts and wholes) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของประสบการณ์ย่อยกับประสบการณ์ในภาพรวม โดยมีการทบทวนถึงกระบวนการต่างๆ ตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้าย ซึ่งจะต้องไม่เกิดคำสำคัญอื่นตามมาเพิ่มเติมอีก

สรุปแนวคิดปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เชื่อในประสบการณ์ชีวิตของบุคคล การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา ใช้ประสบการณ์เป็นการชี้แนะที่มุ่งเน้นค้นหาคำถามที่เกี่ยวกับการทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ ความรู้สึก เป็นการศึกษาสิ่งที่ปรากฏ คนที่อยู่เบื้องตันหลัง โดยสังเกตจากการกระทำ การพูด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการตีความ งานวิจัยเชิงปรากฏการณ์ที่ดีต้องตีความหมายให้ได้ตรงที่สุด ซึ่งเหมาะสมกับการนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อการหาความหมายของ

ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เน้นไปสู่การตีความเพื่อเข้าใจความหมายของการมีประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุเหล่านั้น

#### 4. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews)

การสัมภาษณ์เชิงลึกหรือการสัมภาษณ์แบบไร้โครงสร้างเป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้กันบ่อยในการวิจัยเชิงคุณภาพในรูปแบบของการสนทนาที่ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา แม้ว่า การสัมภาษณ์เชิงลึกจะสามารถแสดงความเป็นธรรมชาติที่คล้ายกับการสนทนาในชีวิตประจำวัน แต่รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีความแตกต่างกันจะได้ผลจากการสัมภาษณ์ที่แตกต่างกัน (Seidman, 2013) การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นเทคนิคของการวิจัยเชิงคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับการสัมภาษณ์บุคคลเพื่อการเปิดเผยความคิดของผู้ให้ข้อมูล โดยเฉพาะด้านความคิดเกี่ยวกับสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งมีประโยชน์มากเมื่อต้องการรายละเอียดของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความคิดและพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นประเด็นใหม่ในเชิงลึก ดังนั้น นักวิจัยจะต้องมีความชัดเจนในประเด็นที่ได้จากการสนทนา เพราะนักวิจัยมีบทบาทที่สำคัญต่อกระบวนการสัมภาษณ์ที่ต้องมีความชัดเจนว่าในแต่ละระยะของการสัมภาษณ์จะต้องมีการจัดการอย่างไร (Smith, Flowers, and Larkin, 2012) ต้องตระหนักถึงความแตกต่างของแต่ละระยะการสัมภาษณ์และทิศทางของการสัมภาษณ์ในแต่ละระยะ มีความเข้าใจข้อตกลงระหว่างนักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูลหลัก และต้องทำความเข้าใจบทบาทของผู้ให้ข้อมูลหลักในระหว่างการสัมภาษณ์ ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะต้องสมบูรณ์ก่อนที่นักวิจัยจะออกมาจากผู้ให้ข้อมูลหรือพื้นที่ ซึ่งระยะของการสัมภาษณ์ มีดังนี้

ระยะที่ 1 เมื่อนักวิจัยมาถึง (Arrival) กระบวนการสัมภาษณ์ที่มีประสิทธิภาพต้องเริ่มต้นตั้งแต่นักวิจัยมาถึงประตูหน้าบ้านของผู้ให้ข้อมูล หลังจากที่มีการพบกันนักวิจัยสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ให้ข้อมูลหลักได้ การมีความสัมพันธ์ภาพที่ดีส่งผลต่อการประสบความสำเร็จในการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนั้น นักวิจัยต้องตระหนักเสมอว่าผู้ให้ข้อมูลหลักอาจจะเกิดความกังวลที่ก่อให้เกิดอุปสรรคในการสัมภาษณ์ นักวิจัยควรทำให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้รับความสะดวกสบาย โดยการแสดงบทบาทของผู้มาเยือน เช่น การเรียบเพื่อฟัง ทำตัวให้น่าเชื่อถือและผ่อนคลายในการสนทนา แต่ที่ต้องตระหนักถึงประเด็นการวิจัยจนกระทั่งเริ่มการสัมภาษณ์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลหลักรู้สึกผ่อนคลายแสดงว่าเป็นเวลาที่เหมาะสมที่จะเข้าสู่ระยะต่อไปได้ (Ritchie and Lewis, 2014)

ระยะที่ 2 การแนะนำโครงการวิจัย (Introducing the research) ระยะนี้เป็นการเริ่มต้นสัมภาษณ์ นักวิจัยเริ่มสร้างสัมพันธ์ภาพด้วยการแนะนำชื่อเรื่องวิจัย วัตถุประสงค์ การให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยการขอความยินยอมในการบันทึกการสัมภาษณ์เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ให้หลัก ระยะที่ 3 การเริ่มต้นสัมภาษณ์ (Beginning the interview) คำถามปลายเปิดในการเก็บ



รวบรวมข้อมูลมีความสำคัญโดยอาจจะเริ่มต้นด้วยประเด็นกว้างๆ เกี่ยวกับรายละเอียดของข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งอาจจะได้รับข้อมูลที่สำคัญที่จะช่วยในการกำหนดคำถามที่สำคัญในการรู้ว่าผู้ให้ข้อมูลหลักมีแนวโน้มของประสบการณ์และมุมมองไปในทิศทางใด เมื่อนักวิจัยต้องการรายละเอียดของคำตอบ นักวิจัยอาจจะตะล่อมกลุ่มเกลา (Probe) และเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตอบสนองการตอบกลับ ระยะที่ 4 ระหว่างการสัมภาษณ์ (During the interview) นักวิจัยเป็นผู้ชี้ประเด็นที่สำคัญ (Key themes) จากสิ่งที่ปรากฏขึ้นจากการสัมภาษณ์ แต่ละประเด็นเป็นการเปิดเผยในเชิงลึกจากการติดตามถามและการตะล่อมกลุ่มเกลา (Probe) ที่ทำให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกมีความครอบคลุมความคิดและความรู้สึก (Ritchie and Lewis, 2014)

ระยะที่ 5 การสิ้นสุดการสัมภาษณ์ (Ending the interview) เวลาทำถึงสิบนาทีก่อนที่จะสิ้นสุดการสัมภาษณ์ นักวิจัยสามารถให้สัญญาณแก่ผู้ให้ข้อมูลได้ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักกลับไปสู่ปฏิสัมพันธ์ทางสังคมตามปกติ เช่น การใช้คำว่า “หัวข้อสุดท้าย ”.....หรือ “ในนาที่สุดท้าย.....” ซึ่งเป็นประโยชน์ในการเตรียมผู้ให้ข้อมูลหลักทราบว่าจะสิ้นสุดการสัมภาษณ์แล้ว เพราะมีความสำคัญในการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนที่ผู้ให้ข้อมูลจะจากผู้ให้ข้อมูลไป และระยะที่ 6 หลังจากการสัมภาษณ์ (After the interview) เมื่อเรื่องบันทึกเสียงปิดลง นักวิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยความอบอุ่นและกล่าวขออนุญาตเพื่อกลับเข้ามาทำการสัมภาษณ์อีกครั้งในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน (Ritchie and Lewis, 2014) นักวิจัยถามผู้ให้ข้อมูลหลักว่าต้องการพูดเกี่ยวอะไรเกี่ยวกับเรื่องที่นักวิจัยต้องการหรือหัวข้อการวิจัยหรือไม่ เมื่อนักวิจัยได้ออกมาจากผู้ให้ข้อมูลหลักแล้ว กระบวนการต่อไปคือการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล (Seidman, 2013)

#### 4.1 บทบาทของนักวิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลัก

นักวิจัยและผู้ให้ข้อมูลมีบทบาทที่แตกต่างกันในกระบวนการสัมภาษณ์ นักวิจัยต้องมีความชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทของตนเองในการดำเนินการสัมภาษณ์และช่วยเหลือผู้ให้ข้อมูลได้เข้าใจบทบาทของตนเองตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการสัมภาษณ์ นักวิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวกให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้พูดเกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก มุมมองและประสบการณ์ ดังนั้น นักวิจัยต้องกระตือรือร้นในการเป็นตัวหลักในการดำเนินการสัมภาษณ์ที่ไม่ใช่เป็นเพียงผู้เข้าร่วมการสัมภาษณ์ ทั้งการจัดการสัมภาษณ์สู่การยืนยันประเด็นที่ครอบคลุมในเชิงลึกด้วยการนำทางผู้ให้ข้อมูลหลักสามารถกลับเข้าสู่ประเด็นหากมีการหลงประเด็น นักวิจัยต้องตัดสินใจเกี่ยวกับระยะเวลาในการพัฒนาเพื่อให้ได้หัวข้อต่างๆ มีการตัดสินใจว่าควรถามคำถามอะไรและติดตามอย่างไรจึงจะได้คำตอบที่พึงพอใจ (Seidman, 2013) บทบาทของผู้ให้ข้อมูลหลักคือการให้คำตอบในเชิงลึกเมื่อมีการถามคำถามและการตะล่อมกลุ่มเกลา (Probing) ที่นำไปสู่การสะท้อนคิดประเด็นเพิ่มเติมที่ผู้ให้ข้อมูลหลักมีมุมมองว่ามีความเกี่ยวข้องกับประเด็นการวิจัยแต่ไม่ได้ถูกถามโดยตรง (Ritchie and Lewis, 2014)

## 4.2 การถามคำถามเพื่อความสำเร็จทั้งในเชิงกว้างและเชิงลึก

เป้าหมายของการสัมภาษณ์เชิงลึก คือ การประสบความสำเร็จทั้งเชิงกว้างของประเด็นที่สำคัญและเชิงลึกของการรายงานในแต่ละส่วน ความแตกต่างของคำถามที่ใช้สู่ความสำเร็จนี้สามารถทำได้ระหว่าง Content mapping และคำถาม Content mining คำถามชนิด Content mapping ออกแบบเพื่อเปิดแนวความคิดการวิจัยและระบุประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ใช้ข้อมูลหลัก เป็นการออกแบบเพื่อเปิดเผยรายละเอียดที่อยู่ภายในแต่ละด้านสู่การเข้าถึงความหมายที่เก็บซ่อนไว้ของผู้ให้ข้อมูลหลักและการสร้างความเข้าใจในเชิงลึกจากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลหลัก เพราะเป็นการถามสู่ประเด็นเพิ่มเติมอื่นๆ คำถาม Content mining ใช้เพื่อเปิดเผยรายละเอียดของประเด็นสำคัญให้มากขึ้นเพราะเกี่ยวข้องกับการทะลอมกล่อมเกล่า (Probe) เช่น การหยุดพูดชั่วคราว การแสดงท่าทาง การยกคิ้ว เป็นต้น คำถาม Content mining เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่ช่วยให้ประสบความสำเร็จในการสัมภาษณ์เชิงลึก (Ritchie and Lewis, 2014)

1) คำถาม Content mapping ประกอบด้วย คำถาม Ground mapping เป็นคำถามแรกที่ถามเพื่อเปิดประเด็น ที่เป็นคำถามกว้างๆ ในการสนับสนุนให้ผู้ให้ข้อมูลได้ยกประเด็นที่เกี่ยวข้องกับตนเองขึ้นมาร่วมกับการทะลอมกล่อมเกล่าไปด้วยในระยณะนี้ คำถาม Dimension mapping ใช้ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีขนาดเล็กและมีความเฉพาะเจาะจงของหัวข้อหรือแนวคิด ซึ่งใช้ในการสัมภาษณ์ปักป้ายบอกทาง (Signpost interview) การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure interview) และการสัมภาษณ์โดยตรง (Direct interview) และคำถาม Perspective-widening เพื่อความเข้าใจทัศนคติที่สมบูรณ์ของผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งนักวิจัยต้องให้ผู้ให้ข้อมูลหลักได้แสดงความคิดแรกเกี่ยวกับเรื่องนั้นออกมา สนับสนุนให้ผู้ให้ข้อมูลได้มองประเด็นต่างๆ จากทัศนคติที่แตกต่างกันของความหมาย และมีคุณค่า คำถามชนิดนี้ใช้ขยายทัศนคติของผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อกระตุ้นการคิดหรือการยืนยันความครอบคลุม (Ritchie and Lewis, 2014)

2) คำถาม Content mining เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับเปิดเผยว่ามีอะไรเพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยวิธีการที่แตกต่างกันของชนิดคำถามที่ทำให้ได้รับการอธิบายปรากฏการณ์ที่สมบูรณ์เพื่อความเข้าใจว่าอะไรที่อยู่ภายใต้ทัศนคติหรือพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย การทะลอมกล่อมเกล่าเพื่อการขยาย (Amplificatory probes) หากจำนวนผู้ให้ข้อมูลหลักมีน้อยจะส่งผลต่อระดับของความลึกของข้อมูล การทะลอมกล่อมเกล่าแบบนี้ใช้ขยายรายละเอียดที่ผู้ให้ข้อมูลหลักได้อธิบายเพื่อความเข้าใจเชิงลึกในประสบการณ์ การทะลอมกล่อมเกล่าเพื่อตรวจสอบ (Exploratory probes) เป็นการสำรวจตรวจสอบมุมมองและความรู้สึกในการอธิบายพฤติกรรม เหตุการณ์หรือประสบการณ์และแสดงความหมายของประสบการณ์ที่มีอยู่ของผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นการสำรวจผลกระทบ (Impacts) สิ่งที่เกิด (Effects) และผลสำคัญ (Consequences) ที่ช่วยชี้แจงประสบการณ์และสร้างความเข้าใจในผู้ให้ข้อมูลหลักได้รอบด้าน การทะลอมกล่อมเกล่าเพื่อการ

อธิบาย (Explanatory probes) เป็นการตรวจสอบเหตุผล มองหามุมมอง ความรู้สึก พฤติกรรม เหตุการณ์ ช่วยในการตัดสินใจที่สำคัญสำหรับนักวิจัยในการเข้าใจเหตุผลมุมมองและพฤติกรรมของ ผู้ให้ข้อมูลหลักผ่านการตะล่อมกล่อมเกลาซ้ำ (Iterative probing) (Ritchie and Lewis, 2014)

การตะล่อมกล่อมเกลาเพื่อความชัดเจน (Clarificatory probes) เป็นการสำรวจประเด็นเชิง ลึกที่มีความแม่นยำและมีความชัดเจน เพื่อข้อยกเว้นที่ชัดเจนและการสำรวจภาษา เพื่อรายละเอียดที่ ชัดเจนและความต่อเนื่อง เพื่อการทดสอบตำแหน่งที่ชัดเจนและเพื่อความไม่สอดคล้องกันที่ท้าทาย และการตะล่อมกล่อมเกลาซ้ำในเชิงลึก (In-depth, Iterative probing) ที่จะเผยให้เห็นภาพรวมของ ข้อมูลในจุดที่มีความเฉพาะเจาะจงที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้วิจัยรู้สึกว่าข้อมูลมีความอิมตัว และเข้าใจอย่างสมบูรณ์ในทัศนคติของผู้ให้ข้อมูลหลัก (Ritchie and Lewis, 2014)

การสัมภาษณ์เชิงลึกที่ดีเกี่ยวข้องกับคำถามปลายเปิดทั้งคำถามแบบกว้างและคำถาม ปลายเปิด และอาจจะมีคำถามแบบแคบสำหรับการทำความเข้าใจทัศนคติของผู้ให้ข้อมูลและคำตอบ ที่สมบูรณ์ (Patton, 2002) ผู้วิจัยต้องหลีกเลี่ยงการถามคำถามนำ ถามคำถามต้องมีความชัดเจน ตั้งใจฟังสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าจดจำรายละเอียด รวมทั้งอำนวยความสะดวกและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับ ผู้ให้ข้อมูลด้วยการแสดงสีหน้าสนใจ ไม่แสดงสิ่งที่บ่งบอกว่าที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าผิดหรือมีความไม่ถูกต้อง มี ความไวต่อน้ำเสียงและภาษาทางกาย เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลได้ตอบอย่างเป็นกลาง มีการตอบสนอง ต่อการสนทนาการสัมภาษณ์ที่มีความแตกต่างกันได้ มีความไวในการตอบสนองต่ออารมณ์ของ ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งความวิตกกังวลและความเจ็บปวด (Ritchie and Lewis, 2014) นอกจากคำถามที่ใช้ ในการสัมภาษณ์ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการสัมภาษณ์ คือ ตารางการนัดหมาย สถานที่พบกับผู้ให้ข้อมูล หลัก การบันทึกเสียงสัมภาษณ์ และบุคคลอื่นที่เข้าร่วมในการสัมภาษณ์ สรุปได้ว่า การสัมภาษณ์เชิง ลึกเป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ได้รับข้อมูลเชิงลึกและเชิงกว้าง การที่จะสามารถได้ข้อมูลจาก ผู้ให้ข้อมูลได้ในเชิงลึกและมีประสิทธิภาพนั้น มีปัจจัยหรือองค์ประกอบที่มาเกี่ยวข้องกับหลายประการที่ นักวิจัยเชิงคุณภาพต้องคำนึงถึง คือ การตั้งคำถามเพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบที่นักวิจัยต้องการอย่างมี ความถูกต้องและครอบคลุม ความสัมพันธ์ระหว่างนักวิจัยและผู้ให้ข้อมูลหลักเพราะหากความสัมพันธ์ ของนักวิจัยและผู้ให้ข้อมูลเป็นไปด้วยดี ผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อใจและไว้วางใจแก่นักวิจัยจึงกล้าที่จะ บอกเล่าความเป็นจริงของเรื่องราวของตนออกมา แต่ในทางตรงกันข้ามหากนักวิจัยไม่สามารถสร้าง ความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ให้ข้อมูลได้อาจส่งผลต่อการสัมภาษณ์ได้ เช่น การปกปิดความจริง ไม่สามารถ สัมภาษณ์ในเชิงลึกได้ และผู้ให้ข้อมูลอาจจะปฏิเสธการให้สัมภาษณ์ได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องมีการ เตรียมความพร้อมทั้งอุปกรณ์ต่างๆ รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยแก่ผู้ให้ข้อมูล สถานที่ สัมภาษณ์ ระยะเวลาที่สัมภาษณ์ ฯลฯ องค์ประกอบต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีความสำคัญที่จะนำไปสู่การ ประสบความสำเร็จของการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจึงต้องคำนึงถึงเรื่องต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นด้วย

## 5. ความเชื่อถือได้ของข้อมูล

### 5.1 การสะท้อนความเป็นจริง (Truth value)

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ความเชื่อมั่นในความจริงอาศัยจากการค้นพบปรากฏการณ์ของมนุษย์หรือประสบการณ์ในขณะที่เข้าไปศึกษาในสนามหรือจากการรับรู้ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลมากกว่าการนำเอาแนวคิดที่มีอยู่แล้วมาตีกรอบให้กับประสบการณ์นั้นๆ ซึ่งความจริงที่สำคัญคือความจริงที่ได้มาจากการบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลมากกว่าความจริงที่ได้จากการนิยามของนักวิจัย (Guba and Lincoln, 1985; 1989)

### 5.2 การนำไปใช้ได้ (Applicability)

ผู้วิจัยจะต้องจะต้องคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่สามารถเล่าเรื่องราวที่เป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์ชีวิตได้ การตรวจสอบการนำไปใช้ได้ของการวิจัยเชิงคุณภาพใช้เกณฑ์ความพอดีที่มาจากทบทวนข้อค้นพบที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลว่าสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลได้อ่านมีความหมายและสะท้อนถึงประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลหรือไม่ (Guba and Lincoln, 1985; 1989)

### 5.3 ความสอดคล้อง (Consistency)

การตรวจสอบความสอดคล้องของการวิจัยเชิงคุณภาพจะเน้นที่ความมีเอกลักษณ์ของสถานการณ์ บุคคลและความสำคัญของประสบการณ์ที่เกิดขึ้น เน้นการหาความหลากหลายของประสบการณ์มากกว่าความเหมือนหรือสิ่งที่ซ้ำๆ แต่อย่างไรก็ตามความสอดคล้องของการวิจัยเชิงคุณภาพอาจมีการเกิดซ้ำของประสบการณ์ได้ในการศึกษาที่มีบริบททางสังคมที่คล้ายคลึงกันมาก (Guba and Lincoln, 1985; 1989)

### 5.4 ความเป็นกลาง (Neutrality)

ความเป็นกลาง (Neutrality) ในการวิจัยเชิงคุณภาพเน้นความหมายของข้อค้นพบโดยการลดระยะห่างหรือความห่างเหินระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล การที่ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลมีความใกล้ชิดไว้วางใจเพียงพอที่เล่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เป็นแนวคิดข้อตกลงของความเป็นปรนัยที่อาจจะมีมองจากสามมุมมอง (Guba and Lincoln, 1985; 1989) ต่อไปนี้

1) ความเป็นปรนัยเกิดขึ้นเมื่อมีสัณฐานเหมือนกัน (Isomorphism) ระหว่างข้อมูลของการศึกษาและความเป็นจริง เมื่อคำถามนำไปสู่ธรรมชาติของตัวมันเองและธรรมชาติของตัวมันเองด้วยที่เป็นคำตอบ อัจฉินิยมภววิทยา (Ontological) บนพื้นฐานของความคิดที่เหมือนกันและผู้ให้

ค้นพบอย่างที่ต้องเป็นโดยความชัดเจนบนข้อตกลงที่ยอมรับได้ทั่วไปของความจริงแบบชื่อตรง ในเหตุการณ์ทั้งหมดจะไม่มีทางเป็นไปได้ที่จะทดสอบความเป็นปรนัยหากถูกกำหนดไว้ในลักษณะแบบนี้

2) ความเป็นปรนัยเมื่อมีวิธีการที่เหมาะสม เป็นการรักษาระยะห่างที่เพียงพอระหว่างผู้สังเกตและผู้ที่ถูกสังเกต คำนิยาม "ญาณวิทยา (Epistemological)" ตั้งอยู่บนพื้นฐานความคิดที่เป็นไปได้สำหรับผู้สังเกตการณ์ที่จะไม่รบกวนหรือถูกรบกวน (เป็นประเภหนึ่งของปฏิฐานนิยมแบบชื่อตรง) และผู้ที่ค้นพบบนข้อตกลงที่ยอมรับได้ทั่วไปของทั้งอดีตกับปรนัย

3) ความเป็นปรนัยเกิดขึ้นเมื่อมีการค้นคว้าคุณค่าอย่างอิสระ คำจำกัดความนี้คือ คุณวิทยา (Axiological) ที่ขึ้นอยู่กับความคิดที่เป็นไปได้ที่จะช่วยให้ธรรมชาติพูดให้ตัวมันเอง (Speak for itself) โดยไม่มีผลกระทบจากค่านิยมของผู้วิจัยหรือการศึกษาก่อนหน้านี้ใดๆ ผู้ค้นพบบนกฎเกณฑ์ที่ยอมรับได้ทั่วไปของคุณค่าที่พึงพาได้

ความเป็นปรนัยเป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างบุคคล ความเป็นปรนัยเป็นวิธีการที่มีความเชื่อมั่น เป็นข้อเท็จจริงที่สามารถยืนยันได้หรือได้รับการยืนยัน (Guba and Lincoln, 1985; 1989)

### 5.5 ความน่าเชื่อถือได้ (Credibility)

ความน่าเชื่อถือได้มีห้าเทคนิคหลักสำหรับกิจกรรมที่ทำให้มีโอกาสค้นพบความน่าเชื่อถือและการสร้างการตีความ เป็นกิจกรรมที่ให้การตรวจสอบภายนอกในกระบวนการวิจัย กิจกรรมที่มุ่งเป้าไปที่การกล่อมเกลาสम्मติฐานให้ใช้งานได้ กิจกรรมที่เป็นไปได้ในการตรวจสอบข้อค้นพบเบื้องต้นและการตีความข้อมูลดิบ และกิจกรรมที่ให้การทดสอบโดยตรงของการค้นพบและการตีความจากทรัพยากรมนุษย์ที่ได้มาจากผู้สร้างความเป็นจริงหลายการศึกษา (Guba and Lincoln, 1985; 1989) มีรายละเอียด ดังนี้

1) กิจกรรมที่เพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อค้นพบที่เป็นไปได้ (Activities increasing the probability that credible findings will be produced) มีสามกิจกรรม คือ การมีส่วนร่วมเป็นเวลานานเพียงพอ (Prolonged engagement) การสังเกตแบบถาวร (Persistent observation) และการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

1.1) การมีส่วนร่วมเป็นเวลานานเพียงพอ (Prolonged engagement) เป็นการใช้เวลาที่เพียงพอในการที่จะบรรลุวัตถุประสงค์บางอย่าง เช่น การเรียนรู้วัฒนธรรม การทดสอบข้อมูลที่ผิดพลาดจากการถูกบิดเบือนอย่างใดอย่างหนึ่งของนักวิจัยหรือของผู้ให้ข้อมูล เป็นการสร้างความไว้วางใจ เป็นการอยู่ในวัฒนธรรมที่ยาวนานมากพอเพื่อให้มั่นใจในบริบทของพื้นที่อย่างทั่วถึงและมีความเข้าใจระยะเวลาที่ยาวนานเพียงพอเกี่ยวข้องกับขอบเขตบริบทและความซับซ้อนที่อย่างน้อยจะต้องนานเพียงพอที่จะสามารถอยู่รอดได้ในวัฒนธรรมนั้น ยาวนานเพียงพอที่จะตรวจสอบการบิดเบือนข้อมูลที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งผู้วิจัยอาจต้องรับมือกับการบิดเบือนของบุคคล การที่ผู้วิจัยเป็นคน

แปลกหน้าในพื้นที่อาจจะมีการดึงดูดความสนใจมายังผู้วิจัยที่อาจมีการต้อนรับที่เกินจริง ซึ่งหากผู้วิจัยเริ่มต้นในฐานะสมาชิกที่ได้รับการยอมรับของกลุ่มหรือหน่วยงานที่ศึกษาจะไม่เกิดการบิดเบือนข้อมูลขึ้น หลายครั้งที่การบิดเบือนของผู้ให้ข้อมูลเกิดจากความไม่ได้ตั้งใจหรือชุดของทรัพยากรแหล่งที่มาของข้อมูลที่มีความผิดพลาด เช่น การถูกบิดเบือนการรับรู้และการเลือกที่จะรับรู้ การบิดเบือนและเลือกในภายหลัง ความเข้าใจผิดในโครงสร้างการถามของผู้วิจัย เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม การบิดเบือนบางส่วนเกิดจากความตั้งใจที่จะหลอกลวงหรือทำให้สับสน ในช่วงระยะเวลาของการมีส่วนร่วมเป็นระยะเวลายาวนานนี้ ผู้วิจัยจะต้องตัดสินใจว่าข้อมูลที่ผิดพลาดเกิดจากความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ สิ่งใดที่จะใช้ในการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ (Guba and Lincoln, 1985; 1989)

ระยะเวลาของการมีส่วนร่วมเป็นเวลานานมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้วิจัยมีโอกาสร่วมสร้างความรู้ความไว้วางใจ ซึ่งความไว้วางใจไม่ได้เป็นเรื่องลักษณะส่วนบุคคลของผู้วิจัยที่เป็นคนดี การมีส่วนร่วมทุกวันของผู้วิจัยที่จะแสดงให้เห็นให้ผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อมั่นว่าจะไม่ถูกผู้วิจัยนำข้อมูลมาใช้ทำร้ายตนเองหรืออาจเกิดจากการให้คำสัญญา การสร้างความไว้วางใจเป็นกระบวนการที่ใช้เวลานานที่สามารถถูกทำลายได้ในทันทีและอาจจะต้องใช้เวลานานมากขึ้นในการสร้างความไว้วางใจขึ้นมาใหม่ ดังนั้น การมีส่วนร่วมที่ยาวนานจะต้องได้รับความไว้วางใจที่เพียงพอและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ต่อกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลด้วย เห็นชัดได้จากแนวโน้มที่ผู้วิจัยเกือบจะเหมือนกับคนในท้องถิ่นที่ได้รับการผลักดันจากการมีส่วนร่วมเป็นเวลานาน ผู้วิจัยที่อยู่ในพื้นที่ที่ยาวนานจะได้รับการยอมรับมากขึ้นเมื่อเสมือนผู้วิจัยกลายเป็นเหมือนส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมท้องถิ่น (Guba and Lincoln, 1985; 1989)

1.2) เทคนิคของการสังเกตถาวร (Persistent observation) หากวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมเป็นเวลานานคือการทำให้ผู้วิจัยเปิดรับกับความหลากหลายของสิ่งที่มีอิทธิพลในพื้นที่การวิจัย เช่น ปัจจัยด้านวัยและบริบทที่ปรากฏการณ์ในศึกษา วัตถุประสงค์ของการสังเกตถาวรคือการระบุลักษณะและองค์ประกอบในสถานการณ์หรือปัญหาให้มากที่สุดโดยมุ่งเน้นไปในรายละเอียด ดังนั้น การมีส่วนร่วมเป็นเวลานานจะทำให้เห็นถึงขอบเขต (Scope) แต่การสังเกตถาวรจะทำให้ผู้วิจัยได้ความลึก (Depth) ซึ่งผู้วิจัยต้องเข้าถึงคุณภาพที่แพร่หลาย (Pervasive qualities) ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่นับว่าเป็นความจริง มุ่งเน้นไปยังการจัดลำดับสิ่งที่ไม่สัมพันธ์กันกับสิ่งที่ไม่ได้มีกันนับ จะต้องสามารถรับรู้เมื่อมีความผิดปกติที่อาจมีความสำคัญเกิดขึ้นจึงจำเป็นต้องมีส่วนร่วมตามธรรมชาติอย่างต่อเนื่องในการแบ่งประเภทที่ไม่แน่นอนของสิ่งที่ถูกนำมาเป็นปัจจัยที่สำคัญและจากนั้นจึงทำการสำรวจในรายละเอียดเหล่านั้นไปยังจุดเริ่มต้นที่มองเห็นความผิดพลาดหรือวิธีการทำความเข้าใจปัจจัยคร่าวๆ เพื่อตอบสนองเกณฑ์ของความน่าเชื่อถือได้จะต้องสามารถอธิบายรายละเอียดการดำเนินการกระบวนการการตรวจสอบและระบุรายละเอียดที่ไม่แน่นอนเหล่านี้ การสังเกตถาวรยังเป็นหลุมพรางคู่ขนานไปกับการเป็นเสมือนคนพื้นเมือง (Going native) จากการมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมเป็นเวลานาน ซึ่งในกรณีนี้จะมีอันตรายที่เกิดจากการมีความใกล้ชิดที่เร็วเกินไป ที่เกิดขึ้นจาก

ความต้องการของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้สนับสนุนเงินทุนและบางครั้งผู้ให้ข้อมูลอาจจะไม่รับความคิดเห็นที่แตกต่างจากตนหรือที่มีความคลุมเครือ ปัญหานี้เป็นเรื่องที่รุนแรงโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีการหลอกลวงโกหก ดังนั้น การสังเกตถาวรจึงเป็นการใช้เวลาที่มากพอในการสังเกตสถานการณ์ที่ศึกษาเพื่อให้ค้นพบว่าสิ่งใดคือประเด็นที่สำคัญที่สุดและเป็นตัวแทนของประเด็นที่ศึกษา (Guba and Lincoln, 1985; 1989)

1.3) เทคนิคของการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เป็นการปรับปรุงความน่าจะเป็นของความน่าเชื่อถือได้ในข้อค้นพบและการตีความ มีสี่รูปแบบที่แตกต่างกันของการตรวจสอบสามเส้าที่มีอยู่ คือ การใช้ทรัพยากรแหล่งที่มาที่มีความแตกต่างในการตรวจสอบ การใช้ทรัพยากรที่มาจากหลากหลายแหล่ง การตรวจสอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ และการตรวจสอบด้วยทฤษฎี ซึ่งวิธีการตรวจสอบสามเส้าอาจมีความยุ่งยากแต่ก็มีคุณค่ามากเพราะจะทำให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือโดยการใช้ทรัพยากรแหล่งที่มาเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยมองหาวิธีการที่กล่าวถึงบ่อยครั้งว่าเป็นการตรวจสอบสามเส้า ซึ่งทรัพยากรแหล่งที่มาที่มีความหลากหลายอาจจะบ่งบอกถึงสำเนาที่หลากหลายของทรัพยากรแหล่งที่มาหนึ่งประเภท เช่น ผู้ให้ข้อมูลการสัมภาษณ์ หรือแหล่งทรัพยากรที่แตกต่างกันของข้อมูลที่มีความเหมือนกัน เป็นต้น (Guba and Lincoln, 1985; 1989)

การตรวจสอบสามเส้าโดยวิธีการที่แตกต่างกันทำให้สามารถบอกได้ทั้งรูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างกัน เช่น การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม การสังเกต การทดสอบ การใช้ผู้เชี่ยวชาญที่แตกต่างกันเป็นผู้ตรวจสอบเป็นแนวคิดที่ดีที่สุดที่เป็นไปได้สำหรับข้อตกลงที่ยอมรับได้ หากพบปัญหาบางอย่างในบริบทที่เป็นธรรมชาติ ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่จะใช้ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบหรือผู้วิจัยหลายคนให้เป็นส่วนหนึ่งของทีมที่มีเงื่อนไขการสื่อสารภายในทีมเพียงพอที่จะให้สมาชิกทุกคนขับเคลื่อนการวิจัยไปด้วยกันเพื่อเพิ่มความเป็นไปได้ว่าผลการวิจัยจะมีความน่าเชื่อถือ

สำหรับการใช้ทฤษฎีหลายทฤษฎีเพื่อประโยชน์ของการตรวจสอบสามเส้าเป็นวิธีการที่การวิจัยแบบธรรมชาติไม่สามารถยอมรับได้ การที่ความเป็นจริงสอดคล้องกับสองทฤษฎีหรือมากกว่านั้น จะให้ความรู้สึกว่าความเป็นจริงนั้นมีน้ำหนักมาก แต่อย่างไรก็ตามการใช้หลายทฤษฎีเป็นเทคนิคการตรวจสอบสามเส้าจะเหมือนกับว่าผู้วิจัยไม่เชื่อในญาณวิทยาและความว่างเปล่าของประสบการณ์ (Guba and Lincoln, 1985; 1989)

2) การตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) เป็นเทคนิคที่สองที่เป็นประโยชน์ในการสร้างความน่าเชื่อถือ เป็นกระบวนการของการเปิดเผยตัวเองกับผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ได้มีผลประโยชน์ใดในระหว่างการวิเคราะห์เดียวกันและเพื่อวัตถุประสงค์ในการสำรวจแง่มุมต่างๆ ของวิจัยที่อาจยังคงอยู่เพียงภายในจิตใจของผู้วิจัยแต่ไม่ได้ปรากฏในข้อมูล กระบวนการนี้ช่วยให้ผู้วิจัยมีความซื่อสัตย์ในการเปิดเผยให้เห็นคำถามสำหรับการค้นหาประสบการณ์ มีการตรวจสอบอคติของผู้วิจัย ความหมายพื้นฐานสำหรับชี้แจงการตีความ คำถามทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาสาระที่สำคัญของระเบียบวิธีวิจัย

กฎหมาย จริยธรรมหรือเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้แน่ใจว่าผู้วิจัยตระหนักถึงกระบวนการที่เป็นไปได้ของการวิจัยอย่างสมบูรณ์ ผู้เชี่ยวชาญอาจจะแนะนำบางส่วนของคำถามเพื่อความแน่นอน ให้มีความชัดเจน และช่วยให้ผู้วิจัยออกแบบกลยุทธ์ในการเผชิญกับปัญหาที่ทำให้การวิจัยมีคุณภาพ (Guba and Lincoln, 1985; 1989)

ในการกำหนดวิธีการซักถามผู้เชี่ยวชาญจะต้องเป็นผู้ที่อยู่ในความรู้สึกเหมือนเป็นผู้วิจัยที่รู้การจัดการที่ดีเกี่ยวกับพื้นฐานสำคัญของการวิจัยและปัญหาเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัย ผู้เชี่ยวชาญไม่ควรจะเป็นผู้ต่ออายุโสหรืออายุโสมากกว่าผู้วิจัยจนเกินไปเพราะจะกลายเป็นคำสั่งโดยอำนาจ ผู้เชี่ยวชาญไม่ควรจะเป็นผู้ที่มีอำนาจเหนือผู้วิจัย ดังนั้น ทั้งผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญควรเขียนบันทึกของการพบกันในแต่ละครั้งเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบร่องรอย (Audit trail) และตรวจสอบเหตุผลของการกระทำนั้น (Guba and Lincoln, 1985; 1989)

3) การวิเคราะห์กรณีเชิงลบ (Negative case analysis) อาจได้รับการยกย่องว่าเป็นกระบวนการของการปรับสมมติฐานย้อนกลับ เป็นการปรับสมมติฐานอย่างต่อเนื่องจนกว่าทุกรายในบัญชีที่รู้จักไม่ได้รับการยกเว้น การวิเคราะห์กรณีเชิงลบต้องการให้ผู้วิจัยมองการไม่ยืนยันข้อมูลทั้งการสังเกตที่ผ่านมาและในอนาคต การมีกรณีเชิงลบเดียวที่เพียงพอต่อการตรวจสอบปรับปรุงสมมติฐาน เมื่อไม่มีกรณีที่เป็นลบเพิ่มขึ้นนักวิจัยจะหยุดการปรับสมมติฐาน การตีความสาเหตุที่หมายถึงความเป็นไปได้ของการวิเคราะห์กรณีเชิงลบ คือ เกิดการฉ้อฉลเกิดขึ้น การละเมิดความไว้วางใจที่มีการละเมิดทางเทคนิคและข้อผิดพลาด ในทางตรงกันข้ามถ้าค่านิยามนี้ยังไม่ได้รับการเรียนรู้และการละเมิดยังไม่ได้เกิดขึ้น การฉ้อฉลเกิดขึ้นเมื่อผู้มีตำแหน่งสูงมีความไว้วางใจในการกำหนดความต้องการเงินพิเศษหรือทรัพย์สินและการฉ้อฉลเกิดขึ้นเมื่อผู้ที่อยู่ในตำแหน่งสูงมีภาระทางการเงินเกิดขึ้นซึ่งเป็นการสนับสนุนทางสังคมและที่ต้องได้รับความพึงพอใจจากภาคเอกชน ดังนั้น การตรวจสอบกรณีเชิงลบใช้การสัมภาษณ์ก่อนหน้าและการสัมภาษณ์ต่อมา ซึ่งจะพบว่าไม่มีกรณีภาระผูกพันทางการเงินนี้ ช่วยขจัดความผิดปกติ (Outliers) และข้อยกเว้นทั้งหมดอย่างต่อเนื่องโดยการปรับสมมติฐานจนกว่าจะสมบูรณ์พอดี ซึ่งจะคล้ายกับการวิเคราะห์ทางสถิติในการวิจัยเชิงปริมาณ เพราะมีความหมายถึงการจัดการกับความแปรปรวนที่ผิดพลาดที่การวิจัยเชิงคุณภาพใช้ข้อผิดพลาดในการทบทวนปรับปรุงสมมติฐาน การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้ความแปรปรวนผิดพลาดในการทดสอบสมมติฐานที่แสดงให้เห็นผลกระทบขนาดใหญ่ของการรักษา (Treatment) เมื่อเทียบกับความแปรปรวนผิดพลาด (Error variance) (Guba and Lincoln, 1985; 1989)

4) ความเพียงพอในการอ้างอิง (Referential adequacy) แสดงให้เห็นวิธีการสร้างความเพียงพอของการเขียนนิพากษ์วิจารณ์เพื่อประเมินผลภายใต้รูปแบบความเชี่ยวชาญ การบันทึกวิดิทัศน์และภาพยนตร์เป็นการจับภาพและการถือครองชีวิตที่ในภายหลังอาจจะมีการตรวจสอบเปรียบเทียบกับการวิพากษ์วิจารณ์ที่ได้รับการพัฒนามาจากข้อมูลทั้งหมดที่เก็บรวบรวม เช่น วัสดุที่บันทึกไว้ที่



มาตรฐานกับการวิเคราะห์ข้อมูลและการตีความในภายหลังที่ในการทดสอบความเพียงพอ การใช้วัสดุอ้างอิงเปรียบได้กับความต้องการที่จะปกปิดเปลือกหัวหอมเพื่อดูชั้นที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามการอ้างอิงที่เพียงพอไม่ได้ถือว่าเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการปฏิบัติเพราะจะมีความโน้มเอียงหากมีทรัพยากรอ้างอิงอยู่น้อย (Guba and Lincoln, 1985; 1989)

5) การตรวจสอบด้วยสมาชิก (Member checks) เป็นการตรวจสอบด้วยสมาชิกที่เป็นผู้ให้ข้อมูลเริ่มต้นที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากข้อมูล หมวดยุทธศาสตร์ การตีความและข้อสรุป เป็นเทคนิคสำคัญที่สุดสำหรับการสร้างความน่าเชื่อถือได้ ผู้วิจัยสามารถอ้างได้ว่าการสร้างใหม่เป็นตัวแทนที่เพียงพอของความเป็นจริง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้วิจัยได้มีโอกาสที่จะตอบสนองต่อผู้ให้ข้อมูล การตรวจสอบด้วยสมาชิกเป็นทั้งแบบไม่เป็นทางการและเป็นทางการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โอกาสมากมายสำหรับการตรวจสอบด้วยสมาชิกเกิดขึ้นตลอดการวิจัย บทสรุปของการสัมภาษณ์สามารถกรอกกลับกับผู้ให้ข้อมูล ผลการสัมภาษณ์หนึ่งสามารถแสดงสำหรับผู้ให้ข้อมูลอีกคนหนึ่งที่สามารถนำมาถามถึงความคิดเห็นได้ ข้อมูลเชิงลึกที่รวบรวมได้จากกลุ่มหนึ่งสามารถทดสอบได้ด้วยกลุ่มอื่น ซึ่งการตรวจสอบทันทีและไม่เป็นทางการมีวัตถุประสงค์ในการมีโอกาสที่จะประเมินความตั้งใจหรือสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลตั้งใจโดยมีการแสดงวิธีการที่แน่นอนหรือให้ข้อมูลที่แน่นอน ให้ผู้ให้ข้อมูลมีโอกาสทันทีในการแก้ไขข้อผิดพลาดจากความเป็นจริงและความท้าทายสิ่งที่รับรู้ที่อาจจะตีความผิด ให้ผู้ให้ข้อมูลมีโอกาสที่จะให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าการแสดงออกเพราะในการกรอกกลับอาจจะกระตุ้นให้เกิดการจดจำสิ่งที่จะเพิ่มเติมจากที่ไม่ได้ถูกกล่าวถึงในครั้งแรก ทำให้ผู้ให้ข้อมูลบันทึกว่ามีการกล่าวถึงนั้นแน่นอนและมีการให้ข้อตกลงในความถูกต้องของการบันทึกของผู้วิจัย ด้วยวิธีนั้นจึงทำให้มั่นใจมากขึ้นในภายหลังสำหรับผู้ให้ข้อมูลที่จะเรียกร้องความเข้าใจผิดหรือตรวจสอบที่ผิดพลาด มีโอกาสที่จะสรุปขั้นตอนแรกไปพร้อมกันกับการวิเคราะห์ข้อมูล ให้ผู้ให้ข้อมูลมีโอกาสที่จะให้การประเมินความเพียงพอโดยรวมเพื่อเพิ่มการยืนยันข้อมูลส่วนบุคคล อย่างไรก็ตามการตรวจสอบอย่างเป็นทางการที่มากขึ้นเป็นสิ่งจำเป็นหากต้องการเพิ่มความน่าเชื่อถือได้ ซึ่งผู้วิจัยอาจต้องจัดเตรียมการประชุมยาวนานเพียงพอที่จะได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ ซึ่งอาจเกิดปัญหาขึ้นได้หากจากสมาชิกส่วนใหญ่มีความเห็นที่ขัดแย้งกัน (Guba and Lincoln, 1985; 1989)

การตรวจสอบด้วยสมาชิกเพื่อยืนยันความตรงของสิ่งที่ได้ค้นพบเป็นวิธีที่จะสร้างคุณค่าในการค้นพบและการตีความ ผู้วิจัยได้รับข้อตกลงของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือได้ของการดำเนินการวิจัยที่สร้างความแข็งแกร่งในการโน้มน้าวใจผู้อ่านและผู้วิจารณ์ถึงความถูกต้องของการดำเนินการวิจัย ซึ่งต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดความสับสนในแนวคิดของการตรวจสอบด้วยสมาชิกกับการตรวจสอบสามเส้า เพราะหากมองแบบผิวเผินทั้งสองเทคนิคจะมีความคล้ายกันแต่มีความแตกต่างที่สำคัญที่การตรวจสอบสามเส้าเป็นกระบวนการดำเนินการที่เกี่ยวกับข้อมูลที่มีมูลฐานหรือรายการของข้อมูลที่ได้รับมาจากแหล่งหนึ่ง (หรือโดยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือโดยการตรวจสอบอย่างใด

อย่างหนึ่ง) ควรจะตรวจสอบกับแหล่งข้อมูลอื่น (หรือโดยวิธีการอื่นหรือนักวิจัยอื่น) (Guba and Lincoln, 1985; 1989)

### 5.6 ความสามารถในการถ่ายโอนได้ (Transferability)

การสร้างความสามารถในการถ่ายโอนได้สามารถเริ่มต้นจากการทำงานร่วมกันของสมมติฐานกับรายละเอียดของเวลาและบริบทที่ได้พบ ไม่ว่าจะอยู่ในบริบทอื่นหรือในบริบทเดียวกันแต่ต่างเวลากัน อย่างปัญหาที่เป็นประจักษ์ว่าการแก้ปัญหาขึ้นอยู่กับระดับของความคล้ายคลึงกันระหว่างบริบทที่ส่งและรับ ดังนั้น ความเป็นธรรมชาติหรือการวิจัยเชิงคุณภาพไม่สามารถระบุความตรงภายนอกของการวิจัยได้ แต่สามารถให้คำอธิบายที่หนาแน่นที่จะช่วยให้ผู้วิจัยอื่นที่สนใจในการถ่ายโอนมีความเชื่อมั่นเกี่ยวกับผลการวิจัยว่าการถ่ายโอนสามารถเป็นไปได้ ซึ่งการอธิบายที่หนาแน่นที่เหมาะสมในขั้นตอนการพัฒนาทฤษฎีที่ยังคงไม่ได้รับการแก้ไขเสร็จสิ้น แต่เป็นการอธิบายที่หนาแน่นอย่างมีเหตุผลที่จะมีการสุ่มแบบเจาะจง ดังนั้นจึงไม่ใช่เพื่อให้การถ่ายโอนฐานข้อมูลได้ แต่เป็นการทำให้ตัดสินใจได้ว่าข้อมูลมีความเป็นไปได้ในการถ่ายโอนได้บางส่วนของผู้ที่จะนำไปใช้ (Guba and Lincoln, 1985; 1989)

### 5.7 การพึ่งพาเกณฑ์อื่น (Dependability)

เนื่องจากอาจมีความตรงโดยไม่มีเชื่อมั่นจึงไม่มีความน่าเชื่อถือได้นอกเหนือการพึ่งพาเกณฑ์อื่น แต่หากเป็นไปได้การใช้เทคนิคที่สัมพันธ์กับความน่าเชื่อถือได้ก็สามารถแสดงให้เห็นว่าการศึกษามีคุณภาพจึงไม่มีความจำเป็นต้องแสดงให้เห็นถึงการพึ่งพาเกณฑ์อื่นแยกต่างหาก แต่อย่างไรก็ตามจะทำการสร้างการพึ่งพาเกณฑ์อื่นในทางปฏิบัติ เทคนิคโดยตรงส่วนใหญ่อาจมีลักษณะเป็นวิธีการซ้ำซ้อน ผลกระทบของวิธีการซ้ำซ้อนเป็นตัวแทนประเภทของการตรวจสอบสามเส้าและมีการทบทวนในความสัมพันธ์กับความน่าเชื่อถือได้ Guba ได้เสนอวิธีการของการทำซ้ำแบบขั้นตอน (Stepwise replication) เป็นกระบวนการทำซ้ำในวรรณกรรมดั้งเดิมที่เป็นวิธีการสร้างความเชื่อมั่นซึ่งเป็นวิธีการที่ค่อนข้างคล้ายกับรูปแบบครึ่งหนึ่ง (Spit-half) ของการกำหนดการทดสอบความเชื่อมั่นที่ต้องมีทีมวิจัยอย่างน้อยสองคนและหลายคนที่สามารถแบ่งเป็นสองทีมวิจัย ทีมวิจัยเหล่านี้จัดการกับแหล่งข้อมูลที่แยกจากกันและผลของการดำเนินการวิจัยที่เป็นอิสระกัน แต่ก็ยังมีอุปสรรคเพราะวิธีการดังกล่าวมีความเป็นไปได้ภายในกระบวนการที่ค้นแบบเชิงปริมาณ อีกเทคนิคเป็นการตรวจสอบ (Audit) การวิจัย การตรวจสอบกระบวนการของการวิจัยและการพิจารณาความสามารถในการยอมรับได้ของผู้ตรวจสอบพิสูจน์ถึงการพึ่งพาเกณฑ์อื่นของการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัยตรวจสอบผลที่เกิดขึ้น ตรวจสอบข้อค้นพบ ตรวจสอบการตีความและตรวจสอบข้อเสนอแนะและพิสูจน์ว่าทั้งหมดนั้นได้รับการสนับสนุนโดยข้อมูลและเชื่อมโยงกันภายในส่วนที่สำคัญที่ได้รับการ

ยอมรับ ดังนั้น การตรวจสอบเดี่ยว การจัดการอย่างถูกต้องสามารถนำมาใช้ในการตรวจสอบการพึ่งพาเกณฑ์อื่นและความสามารถในการยืนยันได้พร้อมกัน (Guba and Lincoln, 1985; 1989)

### 5.8 ความสามารถในการยืนยันได้ (Confirmability)

เทคนิคที่สำคัญสำหรับการสร้างความสามารถในการยืนยันได้มีสองเทคนิค คือ การตรวจสอบสามเส้าและการคงการสะท้อนในวารสาร สำหรับความสามารถในการยืนยันได้เชื่อมต่อเข้าด้วยกันกับกระบวนการตรวจสอบและความไว้วางใจที่สำคัญสำหรับการดำเนินการของแนวคิดการตรวจสอบที่มีประโยชน์ที่สำคัญของการศึกษา ประกอบด้วย ข้อจำกัดของรายการที่ควรจะรวมอยู่ในการตรวจสอบร่องรอย (Audit trail) และชุดของคำสั่งที่สร้างไว้ตามขั้นตอนสำหรับกระบวนการตรวจสอบตัวเอง (Guba and Lincoln, 1985; 1989)

1) การตรวจสอบร่องรอย (Audit trail) เป็นการตรวจสอบการวิจัยที่ไม่สามารถดำเนินการได้โดยปราศจากบันทึกที่คงเหลืออยู่ ดังนี้

1.1) ข้อมูลดิบรวมถึงวัสดุที่บันทึกด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ เช่น วิดีโอและบันทึก Stenomask การเขียนบันทึกข้อมูลภาคสนาม

1.2) การลดทอนข้อมูล (Data reduction) และการวิเคราะห์ผลรวมถึงการเขียนภาคสนาม การสรุป เช่น บันทึกย่อ ข้อมูล unitized ข้อมูลเชิงปริมาณ และบันทึกทางทฤษฎีรวมถึงสมมติฐาน แนวคิดและคำสั่งที่ใช้งานได้

1.3) การสร้างข้อมูลขึ้นใหม่ (Data reconstruction) และการสังเคราะห์ผลข้อมูลรวมถึงโครงสร้างของหมวดหมู่ (ประเด็น (Themes) คำจำกัดความและความสัมพันธ์) ผลการวิจัยและข้อสรุป (การตีความและการหาข้อสรุป) และรายงานสุดท้ายที่มีการเชื่อมต่อกับวรรณกรรมที่มีอยู่และการบูรณาการแนวคิด ความสัมพันธ์และการตีความ

1.4) การบันทึกกระบวนการ รวมทั้งการบันทึกระเบียบวิธีวิจัย (ขั้นตอน การออกแบบ กลยุทธ์ เหตุผล) การบันทึกความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความน่าเชื่อถือได้ การพึ่งพาเกณฑ์อื่น และความสามารถในการยืนยันได้ และบันทึกการตรวจสอบเส้นทาง

1.5) ทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจและการแสดงออก รวมทั้งโครงร่างการวิจัย บันทึกส่วนตัว (บันทึกการสะท้อนคิดและการจูงใจ) และความคาดหวัง (การคาดการณ์และความตั้งใจ)

1.6) ข้อมูลการพัฒนาเครื่องมือ รวมทั้งการวิจัยนำร่อง และกำหนดการเบื้องต้น รูปแบบการสังเกตและการสำรวจ

2) กระบวนการตรวจสอบ เป็นชุดคำสั่งที่สร้างไว้เป็นขั้นตอนของ แบ่งออกเป็นห้าขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 Preentry ขั้นตอนที่ 2 ความมุ่งมั่นของความสามารถในการตรวจสอบ ขั้นตอนที่ 3

ข้อตกลงอย่างเป็นทางการ ขั้นตอนที่ 4 ความมุ่งมั่นของความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (การพึ่งพาเกณฑ์อื่นและความสามารถในการยืนยันได้และการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ทุกติยภูมิ) และขั้นตอนที่ 5 การจบ (Closure) ซึ่งแต่ละขั้นตอนและขั้นตอนย่อยควรจะดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ทำการตรวจสอบที่จะช่วยให้ผู้ตรวจสอบได้ข้อสรุป (Guba and Lincoln, 1985; 1989)

## 6. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จาร์ส ฎริฎมิ (2551) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งเป็นโรคเบาหวาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตราด จำนวน 80 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยด้านสุขภาพและแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและศึกษาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคร์สแควร์ และ Fisher's exact test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตในระดับดี มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.5 เช่นเดียวกันกับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่รายได้และปัจจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ระยะเวลาการเจ็บป่วยและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรค

จินตนา สุขวิหวัศ และ เนตรชนก แก้วจันทร์ (2552) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานของศูนย์สุขภาพชุมชนโนนม่วง จำนวน 76 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ไคร์สแควร์ ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานโดยรวมอยู่ในระดับดี ปัจจัยด้านสุขภาพได้แก่ การมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทัตสนา ชูวรรณะปรกรณ์ และสายพิน สุริยวงศ์ (2554) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องมุมมองการป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษามุมมองการป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน จังหวัดเชียงราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างที่เลือกแบบเจาะจงจำนวน 100 ราย และสัมภาษณ์เจาะลึก จำนวน 20 ราย วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามโดยการหาความถี่ และร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการ

ปฏิบัติในระดับมาก ( $X = 17.92$ ) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจาะลึก นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา แล้วจัดหมวดหมู่ได้ 5 หมวดหลัก และหมวดย่อยดังนี้ 1) การรับรู้เชิงสาเหตุ: เกิดจากการกินหวานและผงชูรสเกิดจากการกินเกิน เกิดจากกรรมพันธุ์ 2) การรับรู้เชิงโรค: ไม่หายแต่ไม่ร้ายแรง เบาหวานแห้ง-เบาหวานเปียก เป็นโรคที่บั่นทอนกำลัง โรคที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง 3) ผลต่อการดำเนินชีวิต: ไม่มีผลกระทบ ยุ่งยากและเครียด ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำ 4) น่ากลัว: กลัวถูกตัดขา กลัวภาวะน้ำตาลต่ำและน้ำตาลสูง กลัวโรคไตแทรก 5) ความรู้สึกทางเพศลดลง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับการป่วยเป็นโรคเบาหวานจากข้อมูลเชิงคุณภาพไม่สอดคล้องกับความรู้ที่ได้จากแบบสอบถาม นอกจากนี้มุมมองการป่วยยังแตกต่างจากมุมมองของบุคลากรสุขภาพ

Laiterapong and Others (2011) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและโรคทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65-70 ปี จำนวน 6,317 คน เครื่องมือเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ระดับสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ต่ำ ด้านร่างกายอยู่ในระดับต่ำสัมพันธ์กับการถูกตัดอวัยวะ โรคทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายในระดับต่ำ ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน ( $BMI < 25 \text{ Kg/m}^2$ ) การถูกตัดอวัยวะและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยรวมแล้วมีเพียงระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำ

George and Thomas (2010) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชนบท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานการจัดการศึกษาชี้แจงประสบการณ์และการรับรู้การจัดการตนเองของโรคเบาหวานที่บรรยายโดยผู้สูงอายุอายุที่ได้รับการวินิจฉัยร่วมกับรักษาด้วยอินซูลินที่อาศัยอยู่ในชนบท กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65-85 ปี ที่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้ดี การเก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการศึกษาพบว่า ได้รูปแบบของการจัดการตนเอง 4 รูปแบบ คือ 1) ร่างกายของคุณจะทำให้คุณรู้ 2) ฉันเคยคิดว่าฉันมีสุขภาพดี แต่ความจริงไม่ได้เป็นอย่างนั้น 3) ทางเดียวที่จะหลุดพ้นได้คือความตาย และ 4) คุณจะต้องดำเนินต่อไป

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของไฮเดกเกอร์ (Heideggerian Phenomenology) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์และการให้ความหมาย รวมทั้งการตีความในประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) รวมทั้งการสังเกตและการบันทึกภาคสนามด้วย

#### ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลบ้านแพน อำเภอนบพิตำ จังหวัดขอนแก่น โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้

- 1) อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และเป็นโรคเบาหวาน
- 2) มีถิ่นอาศัยอยู่ในตำบลบ้านแพน อำเภอนบพิตำ จังหวัดขอนแก่นมากกว่า 1 ปี
- 3) ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี (มีคะแนนคุณภาพชีวิตตั้งแต่ 63 คะแนนขึ้นไป จากเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต Diabetes Quality of Life Brief (DQOL-Brief) ของ Burroughs et al. (2004) ที่แปลเป็นภาษาไทยและหาคุณภาพเครื่องมือโดย ดาราณี ศรีทองสุขและคณะ (2550))

- 4) สามารถพูดคุยให้ข้อมูลได้ ไม่มีข้อจำกัดในการสื่อสาร

จำนวนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล (Saturation) หลังการวิเคราะห์ข้อมูล (Content analysis) ตามรูปแบบของ Max Van Manen (1990) ที่ไม่เกิดประเด็นหรือข้อมูลใหม่เกิดขึ้นเพิ่มเติมจากข้อมูลที่มีอยู่ ซึ่งในการศึกษานี้มีผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 21 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ตัวนักวิจัยเอง เป็นผู้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลด้วยตนเอง เพื่อให้การศึกษเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยมากที่สุด สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการวิจัย ได้ข้อมูลและผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือได้

มีการเตรียมความพร้อมในการทำวิจัยทั้งระยะก่อนและระหว่างการทำวิจัย รวมทั้งการเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา อุปกรณ์ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลในขณะสัมภาษณ์ คือ เครื่องบันทึกเสียง และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ได้รับความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การเตรียมผู้วิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัย โดยการศึกษาปรัชญา เป้าหมาย จรรยาบรรณของนักวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาในรายวิชาการออกแบบการวิจัยเชิงคุณภาพ ในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และรายวิชาสัมมนาการออกแบบวิจัยเชิงคุณภาพ ในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและสถิติทางการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ร่วมกับการอ่านตำราที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาทั้งตำราไทยและตำราต่างประเทศด้านการพยาบาล และขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่มีความชำนาญในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

2) การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหา แนวคิดและทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์ ความพร้อมในการรับข้อมูล แลกเปลี่ยนและตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูล

3) การเตรียมความพร้อมด้านทักษะการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้มีประสบการณ์ในการสัมภาษณ์เชิงลึกในรายวิชาฝึกปฏิบัติวิจัย ในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 20 คนและมีการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์และการเขียนบันทึกภาคสนามทุกครั้ง

4) การเตรียมคำถามเพื่อการสัมภาษณ์ โดยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเบาหวานและปรากฏการณ์วิทยา เพื่อสร้างแนวคำถามในการสัมภาษณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งมีความยืดหยุ่นในการถาม เมื่อได้แนวคำถามแล้วนำไปทดสอบคำถามการสัมภาษณ์จากผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่ใช่ผู้ให้ข้อมูลแต่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับผู้ให้ข้อมูลหลัก เมื่อการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น นำเทปบันทึกเสียงมาถอดเทปแบบคำต่อคำและตรวจสอบครอบคลุมสมบูรณ์ของข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบและแก้ไขในส่วนที่มีความบกพร่องของคำถาม การตั้งคำถามและเทคนิคในการถาม และปรับปรุงแนวคำถามให้มีความสมบูรณ์อีกครั้ง ซึ่งแนวคำถามประกอบด้วย

- 4.1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล
- 4.2) แนวคำถามในการสัมภาษณ์
- 4.3) แบบบันทึกภาคสนาม

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) ดำเนินการขออนุมัติการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จากนั้นจึงอนุญาตเข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่ต่อนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแท่น และติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแท่น และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยกลาง เพื่อขออนุญาตตรวจสอบข้อมูลของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน รวมทั้งขออาสาสมัครสาธารณสุขของแต่ละหมู่บ้านในการพาลงพื้นที่เก็บข้อมูล

2) เมื่อได้รับข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดจากแฟ้มประวัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่ง และในวันที่มีการตรวจตามนัดของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน รพ.สต. ในขั้นตอนการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้วิจัยติดต่อขอกำหนดการและรายชื่อผู้สูงอายุที่มีนัดตรวจที่ รพ.สต. ทั้งสองแห่ง

3) ในวันที่ผู้สูงอายุตรวจตามนัด ผู้วิจัยทำความรู้จักและแจ้งผู้สูงอายุเกี่ยวกับการขอประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน (ดารานี ศรีทองสุข, 2550) ในกระบวนการประเมินคุณภาพชีวิตผู้วิจัยได้ขอความยินยอมต่อผู้สูงอายุทุกรายก่อนทำการประเมินคุณภาพชีวิตพร้อมอ่านข้อคำถามทุกข้อให้แก่ผู้สูงอายุฟังทุกราย เมื่อทำการประเมินเสร็จแต่ละรายผู้วิจัยแปลผลคะแนนและแจ้งผลต่อผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลว่ามีคุณภาพชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับที่ดี มีบางข้อที่ยังไม่ตึง ซึ่งผู้วิจัยจะนำข้อมูลการประเมินนี้มอบให้กับเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสม สำหรับรายที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตตั้งแต่ 63 คะแนน ผู้วิจัยได้แจ้งเกี่ยวกับโครงการวิจัยและขอเรียนเชิญเข้าเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยจะไปพบผู้สูงอายุที่บ้านพร้อมกับอาสาสมัครสาธารณสุขในภายหลังเพื่อทำการนัดหมายกับผู้สูงอายุ

4) ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า มีผู้สูงอายุมาตรวจตามนัดใน รพ.สต. ทั้งสองแห่ง จำนวน 96 ราย มีผู้สูงอายุที่ไม่มีรายชื่อนัดตรวจในวันดังกล่าวจำนวน 50 ราย ผู้วิจัยจึงติดตามประเมินคุณภาพชีวิตที่บ้านของผู้สูงอายุร่วมกับ อสม. ปรากฏว่ามีผู้สูงอายุที่ยังมีชีวิตจำนวน 38 ราย สรุป คือ มีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ได้รับการประเมินคุณภาพชีวิตจำนวน 134 ราย มีคะแนนคุณภาพชีวิตตั้งแต่ 63 คะแนน (คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก) จำนวน 115 ราย มีคะแนนคุณภาพชีวิต 51-62 (คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับมาก) จำนวน 29 ราย จากนั้นผู้วิจัยจัดทำรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดเลือกโดยเรียงลำดับจากผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงสุด



6) เมื่อได้จัดทำรายชื่อผู้ให้ข้อมูลหลักเสร็จสิ้น ผู้วิจัยดำเนินการเดินทางไปยังบ้านของผู้สูงอายุพร้อมกับอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อทำการนัดหมาย

7) ในวันเวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยเดินทางไปยังสถานที่นัดหมาย คือ บ้านพักส่วนตัวของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พร้อมกับอาสาสมัครสาธารณสุข ทักทายและสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุอีกครั้งก่อนเริ่มดำเนินการสัมภาษณ์ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากผู้สูงอายุโรคเบาหวานและขออนุญาตบันทึกเสียง จากนั้นจึงเริ่มการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุโรคเบาหวานรายละเอียด 45-60 นาที และแจ้งผู้สูงอายุทราบว่าหากมีข้อมูลที่ขาดตกบกพร่องจะขอสัมภาษณ์อีกครั้งเพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล ซึ่งผู้สูงอายุโรคเบาหวานยินดีให้ผู้วิจัยกลับมาสัมภาษณ์ได้อีกครั้ง มีการสัมภาษณ์ซ้ำ 5 ราย และหนึ่งครั้ง 16 ราย รวมผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 21 ราย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการตามแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของ Max Van Manen (Van Manen, 1990; Taylor and Francis, 2013) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินไปพร้อมกันกับการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังการสัมภาษณ์เสร็จในแต่ละครั้งผู้วิจัยได้ทำการถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำเป็นภาษาอีสาน ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยการฟังการบันทึกเสียง เมื่อข้อมูลมีความถูกต้องผู้วิจัยได้แปลภาษาอีสานให้เป็นภาษากลางและมีการตรวจสอบเทียบเคียงความถูกต้องระหว่างประโยคภาษาอีสานและภาษากลางก่อนให้นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 1 รายที่มีความเชี่ยวชาญการใช้ภาษาอีสานและภาษากลางเป็นผู้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของการแปลภาษา เมื่อดำเนินการแปลภาษาเสร็จสิ้นจึงเริ่มขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป ดังนี้

1) ผู้วิจัยทำความเข้าใจกับประสบการณ์ชีวิตที่เป็นอยู่จริงตามบริบทของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชนตำบลบ้านแท่น อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่นที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก ทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตทางสังคม วัฒนธรรมตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันและประวัติการรับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่ง

2) ค้นหาประสบการณ์และความหมายของประสบการณ์ที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูลหลักตามบริบท

3) สะท้อนคิดวิเคราะห์คำสำคัญ (Themes) โดยการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของประสบการณ์ ด้วยการรวบรวมข้อมูลทั้งหมดทั้งจากการสัมภาษณ์ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การบันทึกภาคสนามมาเรียบเรียงให้เป็นระเบียบ จากนั้นอ่านข้อมูลและดึงคำสำคัญของประสบการณ์ด้วย

วิธีการอ่านบทสัมภาษณ์ทั้งหมดอย่างละเอียดทุกคำ ทุกประโยคและทำความเข้าใจ สะท้อนออกมาเป็นประโยคหรือวลีที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญเหล่านั้นและขีดเส้นใต้ไว้ รวบรวมคำสำคัญมาปรับภาษาให้สามารถสื่อความหมายถึงประสบการณ์ได้ จัดกลุ่มคำสำคัญเป็นหมวดหมู่ทั้งของผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย และรวบรวมกลุ่มคำสำคัญของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 21 ราย พร้อมทั้งจัดลำดับเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของหมวดหมู่เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น เขียนบรรยายคำสำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดขึ้นในปรากฏการณ์นั้นๆ นำคำสำคัญที่ได้กลับไปตรวจสอบความตรงของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดอีกครั้ง

- 4) นำคำสำคัญที่ได้มาสรุปเป็นคำอธิบายปรากฏการณ์อย่างละเอียดและชัดเจนพร้อมทั้งยกตัวอย่างข้อความที่ได้จากการสัมภาษณ์มาสนับสนุนและประกอบคำบรรยาย
- 5) คงคำสำคัญไว้ไม่นำทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมากำหนด
- 6) ทบทวนกระบวนการต่างๆ ตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้ายเพื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของประสบการณ์ย่อยและในภาพรวม ซึ่งไม่เกิดคำสำคัญอื่นๆ เพิ่มเติมอีก

#### การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

ในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลตามแนวทางของ Guba and Lincoln (1985; 1989) ดังต่อไปนี้

**1) ความน่าเชื่อถือได้ (Credibility)** การศึกษานี้มีความน่าเชื่อถือได้จากการที่ผู้วิจัยเป็นสมาชิกของชุมชนตำบลบ้านแท่น อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น ทำให้ได้รับความไว้วางใจและเชื่อถือจากผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับประสบการณ์ของตนเอง และเชื่อถือได้ว่าผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะไม่ปิดบังข้อเท็จจริงของตนเอง ซึ่งวิธีการนี้เป็นวิธีการมีส่วนร่วมเป็นระยะเวลานานเพียงพอ (Prolonged engagement) โดยสังเกตได้จากเมื่อผู้วิจัยได้เข้าไปพบผู้สูงอายุโรคเบาหวานในการขออนุญาตประเมินคุณภาพชีวิตและขออนุญาตทำการสัมภาษณ์จะได้รับการต้อนรับจากผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นอย่างดี มีการเชื่อเชิญให้ผู้วิจัยมาเยี่ยมพูดคุยกับตนเองอีกหากสามารถมาได้ และถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะทำงานอยู่ในกรุงเทพมหานคร แต่ช่วงระยะเวลาในการเก็บวิจัยผู้วิจัยได้เดินทางกลับไปยังชุมชนบ่อยครั้ง เฉลี่ยเดือนละประมาณ 1-2 ครั้ง และพักอาศัยอยู่บ้านของผู้วิจัยเองซึ่งอยู่ในพื้นที่ของชุมชนครั้งละประมาณ 1-2 สัปดาห์ เมื่อผู้วิจัยออกมาใส่บาตรพระในตอนเช้าจะพบกับผู้สูงอายุและทำการไหว้ทักทายทุกครั้ง ซึ่งผู้สูงอายุมีทั้งที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักและไม่ใช่ว่าผู้ให้ข้อมูลหลัก การที่ผู้วิจัยกลับไปยังพื้นที่ชุมชนบ่อยครั้งได้สังเกตวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุตามความเป็นจริง ทำให้สามารถนำข้อมูลจากการสังเกตมาใช้ประเมินเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ผู้สูงอายุได้บอกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ของตนเอง ซึ่งเป็นหลักการของการ

สังเกตถาวรหรือการสังเกตแบบต่อเนื่อง (Persistent observation) อีกทั้งผู้วิจัยยังใช้หลักการตรวจสอบข้อมูลจากทรัพยากรหลายแหล่ง ที่เป็นหลักการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยการใช้ข้อมูลจากการสังเกตขณะที่สัมภาษณ์ ข้อมูลจากการเขียนบันทึกภาคสนาม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ และข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษาโรคเบาหวานของผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่งในการตรวจสอบข้อมูล และผู้วิจัยยังใช้วิธีการตรวจสอบด้วยสมาชิก (Member checks) หลังจากที่ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ทำการถอดเทปสัมภาษณ์และนำไปตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานอีกครั้ง อย่างไรก็ตามผู้วิจัยไม่ได้ทำการตรวจสอบข้อมูลกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานหลังจากที่ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ตีความและได้ข้อสรุปแล้ว แต่ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

## 2) ความสามารถในการถ่ายโอนได้ (Transferability)

ผู้วิจัยมุ่งนำเสนอข้อมูลที่มีความละเอียด ถูกต้อง ครบคลุมประสบการณ์ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่ถิ่นอาศัยอยู่ในพื้นที่ของตำบลบ้านแพน อำเภอนบพิตำ จังหวัดขอนแก่น ที่สามารถให้คำอธิบายที่หนาแน่นที่จะช่วยให้ผู้วิจัยอื่นที่สนใจในการถ่ายโอนมีความเชื่อมั่นเกี่ยวกับผลการวิจัยว่าการถ่ายโอนสามารถที่จะเป็นไปได้บางส่วนในการนำไปใช้ เพราะมีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่คุณสมบัติที่เหมาะสมตรงกับที่ผู้วิจัยได้กำหนดด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจงแต่ไม่มีการถ่ายโอนข้อมูลไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทที่แตกต่างกัน

## 3) ความสามารถในการยืนยันได้ (Confirmability)

ความสามารถในการยืนยันได้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบร่องรอย (Audit trail) ซึ่งได้รับเมื่อผู้วิจัยได้ดำเนินการยื่นขอตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติ กลุ่มที่ 1 ที่มีกระบวนการตรวจสอบจาก Peer reviews 2-3 ราย ในการตรวจสอบความถูกต้องข้อมูล และวิธีการดำเนินการวิจัยที่สามารถติดตามขั้นตอนการวิจัยได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงการได้รับข้อสรุปการวิจัย สามารถตรวจสอบข้อมูลดิบ บันทึกข้อมูลภาคสนาม การวิเคราะห์ข้อมูล หมวดหมู่ ประเด็น (Themes) ผลการวิจัยในการตีความ ข้อสรุป (การตีความและการหาข้อสรุป) ได้

### การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดโดยเริ่มต้นจากการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน (ดารานี ศรีทองสุข, 2550) โดยผู้วิจัยได้ทำการแจ้งรายละเอียดวัตถุประสงค์ของการประเมินคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุทุกราย และก่อนเริ่มดำเนินการประเมินคุณภาพชีวิตผู้วิจัยได้ขอความยินยอมในการประเมินคุณภาพชีวิตจากผู้สูงอายุโรคเบาหวานทุกราย เมื่อได้รับการลงชื่อในใบขอความยินยอมแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการประเมินคุณภาพชีวิต เมื่อทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเสร็จสิ้นแต่ละราย กรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีมาก (มีคะแนนคุณภาพชีวิตตั้งแต่ 63 คะแนนขึ้นไป) ผู้วิจัยได้แจ้งเกี่ยวกับโครงการวิจัยเพื่อขออนุญาตเชิญเข้าเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัย และผู้วิจัยได้ทำการคืนข้อมูลการประเมินคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่ง ซึ่งจะทำให้การเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตระดับมากอีกครั้งหนึ่งในภายหลัง ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและที่ได้รับคัดเลือกให้เป็นผู้ให้ข้อมูล เมื่อจะดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ประกอบด้วยชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์การวิจัย การบันทึกเสียงสัมภาษณ์ จำนวนครั้งและระยะเวลาที่สัมภาษณ์ การขอตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล การรักษาความลับด้วยการทำลายเทปบันทึกเสียงหลังจากสิ้นสุดการวิจัย การไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆที่จะเกี่ยวโยงระบุตัวผู้ให้ข้อมูล การเสนอข้อมูลการวิจัยโดยภาพรวมในเชิงวิชาการ และผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการให้ข้อมูลและเรียกคืนเทปบันทึกเสียงคืนได้ตลอดเวลา ซึ่งผู้วิจัยได้ขอความยินยอมและให้ผู้ให้ข้อมูลลงลายมือชื่อในใบให้ความยินยอมให้ข้อมูลทุกครั้งก่อนเริ่มการสัมภาษณ์และเก็บใบให้ความยินยอมไว้ในที่ที่ปลอดภัย ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุทุกรายสามารถลงชื่อให้ความยินยอมได้ทุกราย

## บทที่ 4

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามเกณฑ์คุณสมบัติ คือ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นโรคเบาหวาน มีถิ่นอาศัยอยู่ในตำบลบ้านแท่น อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่นมากกว่า 1 ปี มีคะแนนคุณภาพชีวิตตั้งแต่ 63 คะแนนขึ้นไป จากเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน Diabetes Quality of Life Brief (DQOL-Brief) ของ Burroughs et al. (2004) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยดารานี ศรีทองสุขและคณะ (2550) จำนวน 21 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ตำบลบ้านแท่นเป็นตำบลเก่าแก่ของอำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนึ่งแห่ง คือ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแท่น แบ่งออกเป็น 8 หมู่บ้าน คือ หมู่ที่ 1 บ้านแท่น หมู่ที่ 2 บ้านหันแฮด หมู่ที่ 3 บ้านห้วยกลาง หมู่ที่ 4 บ้านสระแก้ว หมู่ที่ 5 บ้านโนนแดงน้อย หมู่ที่ 6 บ้านโคกกลาง หมู่ที่ 7 บ้านโนนสมนึก และหมู่ที่ 8 บ้านนาหนองทุ่ม ทั้งตำบลมีประชากรจำนวน 3,389 คน แบ่งออกเป็นผู้สูงอายุจำนวน 651 คน คิดเป็นร้อยละ 19.20 (องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแท่น, 2558) มีโรงเรียนมัธยมศึกษา 1 แห่ง โรงเรียนระดับประถมศึกษา 5 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง คือ รพ.สต.บ้านแท่น ตั้งอยู่ในพื้นที่ของหมู่ที่ 7 มีพื้นที่รับผิดชอบ คือ หมู่ที่ 1, 4, 5, 6, 7, 8 (หมู่ที่ 1, 7 และ 8 เดิมคือหมู่บ้านเดียวกันจึงมีพื้นที่ของหมู่บ้านติดกัน) และ รพ.สต.บ้านห้วยกลาง ตั้งอยู่บริเวณหมู่ที่ 3 มีพื้นที่รับผิดชอบในหมู่ที่ 2 และ 3 เมื่อมีการเจ็บป่วยขึ้นประชากรของตำบลบ้านแท่นจะรับบริการที่ รพ.สต.ทั้งสองแห่งและโรงพยาบาลชนบท การประกอบอาชีพของประชากรในชุมชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำนาข้าว ไร่ อ้อย ไร่ มันสำปะหลัง เลี้ยงหม่อนไหมและทอผ้าไหม ยกเว้นวัยแรงงานบางส่วนที่มีอาชีพรับจ้างในจังหวัดอื่นหรือกรุงเทพมหานคร

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลักทั้ง 21 ราย แบ่งออกเป็นเพศหญิง 17 ราย เพศชาย 4 ราย มีอายุตั้งแต่ 60 ปี สูงสุดคือ 80 ปี ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ 1 ปีถึง 15 ปี ส่วนใหญ่เริ่มเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ยังอยู่ในวัยผู้ใหญ่ การทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ จากการคัดกรองของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่ง โดยที่ยังไม่ได้มีอาการแสดงใดๆ ที่เชื่อมโยงกับโรคเบาหวาน และจากการที่ผู้สูงอายุมีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง คือ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะจำนวนมาก อ่อนเพลียและอ่อนแรงจนกระทั่งไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง จึงได้ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล เมื่อได้รับการตรวจเบื้องต้นจากบุคลากรด้านสุขภาพของ รพ.สต. ที่สงสัยการเป็นโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มจะได้รับการส่งตัวไปยังโรงพยาบาลชนบท (โรงพยาบาลประจำอำเภอ) เพื่อตรวจวินิจฉัยยืนยันการเป็นโรคเบาหวานจากแพทย์ เมื่อเป็นที่แน่ชัดแล้วว่าเป็นโรคเบาหวานส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะรู้สึกกลัวที่ทราบว่าเป็นเบาหวาน แต่ภายหลังที่ได้รับการรักษาดูแลจากแพทย์และบุคลากรด้านสุขภาพจนอาการผิดปกติต่างๆ ได้หายไป ไม่มีอาการเหล่านี้ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน ผู้สูงอายุจึงเชื่อว่าตนเองนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งปัจจุบันผู้สูงอายุโรคเบาหวานทุกรายได้รับการรักษาและตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วยแบบประเมิน DQOL-Brief (ดาราณี ศรีทองสุข และคณะ, 2550) พบว่า ในคะแนนเต็ม 75 คะแนน ผู้สูงอายุมีคะแนนคุณภาพชีวิตตั้งแต่ 64-72 คะแนน ซึ่งผู้สูงอายุโรคเบาหวานส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนนี้ตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน โดยอาศัยอยู่ในบ้านพักของตนเอง ลักษณะของบ้านพักส่วนใหญ่เป็นบ้านสองชั้นได้ถูกสูง มีการก่ออิฐถือปูนบริเวณชั้นล่างสำหรับพักอาศัย โดยผู้สูงอายุจะพักอาศัยอยู่บริเวณชั้นล่างของตัวบ้านเพื่อหลีกเลี่ยงการเดินทางขึ้นบันไดและสะดวกในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เพราะยังสามารถทำได้ด้วยตนเองทุกอย่าง ลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นแบบครอบครัวขยาย สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ คือ คู่ครองและบุตรหลาน รายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยเลี้ยงสำหรับผู้สูงอายุและการประกอบอาชีพเล็กๆ น้อยๆ เช่น การขายข้าวเปลือก ขายผัก หรือได้รับเงินจากบุตรหลาน เมื่อทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุทุกรายมีสีหน้าที่ยิ้มแย้ม แจ่มใส ไม่แสดงอาการวิตกกังวลหรือความไม่สบายใจ และบางรายหัวเราะเมื่อพูดถึงเรื่องที่ตนเองชอบใจหรือขบขัน

### จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการศึกษาสามารถแบ่งข้อค้นพบที่เป็นประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้เล่าถึงความรู้สึก ความคิด ความเชื่อและประสบการณ์ของตนเอง แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละประเด็นดังต่อไปนี้

#### ประเด็นที่ 1 คุมเบาหวานได้

กุมเบาหวานได้ คุมเบาหวานได้ เป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินน้ำตาลจากการเจาะปลายนิ้วมือเป็นระยะเมื่อเข้ารับการตรวจตามนัดและได้รับการบอกจากหมอหรือบุคลากรด้านสุขภาพว่าน้ำตาลในเลือดดีหรือเป็นปกติ ผู้สูงอายุไม่ได้บอกเล่าถึงค่าระดับน้ำตาลที่เป็นปกติหรือเกณฑ์การประเมิน ผู้สูงอายุเชื่อว่าการที่ผลการประเมินน้ำตาลอยู่ในระดับดีนั้นหมายถึงตนเองควบคุมเบาหวานได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะหมอได้ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสชาติหวาน มัน เค็ม ให้เลิกเครื่องดื่มรสหวานหรือแอลกอฮอล์ ให้มีการออก

กำลังกาย ซึ่งผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว รวมทั้งได้ปรับการดำเนินชีวิตทั้งในบ้านและการใช้ชีวิตในวิถีของชุมชนโดยการเลือกอยู่ เลือกกิน ทั้งอาหารและเครื่องดื่มให้เหมาะสมประกอบกับตนเองไปพบหมอตามนัดสม่ำเสมอจึงมีความมั่นใจว่าสามารถคุมเบาหวานได้ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการคุมเบาหวานได้ มี 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1) ทำตามหมอบอก 2) เลือกอยู่เลือกกิน 3) เลิกเครื่องดื่มไม่ดี และ 4) ตรวจตามนัดสม่ำเสมอ

### 1.1 ทำตามหมอบอก

เป็นความเชื่อของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ว่า การปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสุขภาพซึ่งผู้สูงอายุเรียกว่า “หมอ” ทั้งด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหาร การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสชาติหวาน มัน เค็ม เลิกเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ออกกำลังกาย และใช้ยาอย่างถูกต้องในการรักษาควบคุมโรคเบาหวาน ทำให้ผู้สูงอายุมั่นใจว่าตนเองสามารถควบคุมโรคเบาหวานได้อย่างเป็นผลดี ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุต่อไปนี้

“แม่ก็ทำตามทีหมอบอกนี่แหละ หมอบอกให้ทำอะไรก็ทำ ยาก็ไม่ต้องกินแล้ว...ไม่ให้กินหวาน ให้ออกกำลังกาย...หมอก็ให้คุมอาหารนี้ละหลานกับออกกำลังกาย...ไม่ให้กินหวาน ไม่กินมัน กินผัก...แม่ก็ไม่ค่อยกินหวาน ผลไม้อันไหนที่มันหวานแม่ก็ไม่ค่อยกิน เนื้อหมู เนื้อวัวมันๆ แม่ก็ไม่ค่อยกิน กินผักกินปลาเนี่ยละ...ก็มีเดินออกกำลังอยู่ในบ้านนี่แหละ...”(DM3 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 17-21)

“แม่ก็ทำทุกอย่างนั่นแหละ ไม่มีอะไรที่แม่ไม่ได้ทำ เพราะไม่อยากกินยาเนาะ หมอบอกให้ทำอะไรแม่ก็ทำ...หมอก็บอกว่าอย่ากินหวาน กินมัน เค็มมากนะ”(DM6 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 116-118) “ก็ทำแค่ว่าหมอบอกนั่นละ หมอบอกให้ทำอะไรก็ทำ”(DM6 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 191)

“ที่แม่ทำแม่ก็ทำตามทีหมอบอกนั่นละ ก็มีอะไรบ้างนะเธอ ก็มีให้ออกกำลังกาย ไม่ให้กินหวาน ไม่กินเค็ม มันๆก็ไม่กิน”(DM15 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 26-27) “ทำตามหมอนั่นละหมอบอกเพียงหมอบอกให้ทำ...”(DM15 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 182)

“...หมอนุ่นละที่บอกให้ทำ ไม่ใช่พ่อตัวเองหรือหมอบอก...ทำตามหมอบอกนั่นละ...พ่อว่าพ่อกี้ทำทุกอย่างนั่นละหมอบอก ทำตามหมอบอกนั่นละ...ก็ทำทุกอย่างนะหมอบอก ไม่มีหรือกนะที่ไม่ได้ทำนั่นละ พ่อว่าพ่อกี้ทำได้เหมือนหมอบอกอยู่นั่นละ”(DM16 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 29-33)

### 1.2 เลือกอยู่ เลือกกิน

เป็นการที่ผู้สูงอายุนำคำแนะนำของหมอมาปฏิบัติให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตในชุมชนแบบชนบท โดยยังคงมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนที่มีการเลี้ยงอาหารท้องถิ่นที่มีความมันและรสชาติค่อนข้างเค็ม ของหวานที่มีกะทิ และเครื่องดื่มทั้งน้ำเปล่า น้ำอัดลม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้สูงอายุได้เลือกกินให้เหมาะสมกับการเป็นโรคเบาหวาน ได้เลือก

รับประทานอาหารบางอย่างในงานเลี้ยง แต่หลีกเลี่ยงอาหารที่มีความมันและเค็มและกลับไปรับประทานอาหารที่บ้าน เนื่องจากบ้านอยู่ไม่ไกล ทำให้สามารถกำหนดสัดส่วนของอาหารและรสชาติอาหารที่ตนเองหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ปรุงอาหาร ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเชื่อว่าการเลือกอยู่ เลือกกินของตนเองให้เหมาะสมสามารถควบคุมเบาหวานที่ทำให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

“ระมัดระวังการอยู่การกิน อะไรที่มันหวานมันเค็มก็ไม่กิน อะไรที่มันก็ไม่กิน...กินแต่ปลา เป็นเนื้อเป็นหมูแม่ก็ไม่กิน เลือกกินเอา กินผักกินปลานี่ละ...หากไปร่วมงาน...ก็ต้องเลือกกินนั่นแหละหลานตอนไปบ้านคนอื่นนะ กินได้ก็ถึงกิน กินไม่ได้ก็กลับมากินอยู่บ้านตัวเอง มันก็ไม่ได้ยุ่งยากหรอก ก็อย่างที่แม่บอกนั่นละว่ากับข้าวก็กับข้าวบ้านเรา บางครั้งมันก็เค็มเนาะแม่ก็ไม่กินละเนาะก็เลือกอันที่ตัวเองคิดว่ากินได้ ขอเพียงตัวเองรู้จักดูแลตัวเองให้ดี...ไม่กินแบบไม่คิดไม่เลือก แม่ก็ว่าแม่คุมเบาหวานได้”(DM3 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 194-195)

“...ก็เพราะไม่กินหวานนี่ละ หวานก็ไม่กิน ก็เลือกกิน ตัวเองก็รู้ว่าตัวเองเป็นอะไรก็ต้องรู้จักกำกับตัวเอง...อันไหนที่มันหวานก็อย่ากิน ไปงานกินข้าวบ้านอื่นก็อย่ากินไม่เลือก กินให้มันไม่ลำบากตัวเอง...ไม่อยากจะเบาหวานขึ้นก็ต้องไม่กินหวาน อย่ากินครั้งละมากๆ กินแค่ให้ตัวเองอิ่ม อะไรที่หวาน มันก็อย่าไปกิน”(DM5 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 35-39) “ก็เลือกเอาว่าจะกินอันไหนได้บ้าง พ่อก็ดูเอานั่นละว่ามันจะหวานไหมนะ มันจะมันไหมนะ หรือมันจะเค็มเกินไปนะ ถ้าว่าจะกินไม่ได้ก็ไม่กินก็กลับบ้านไปกินอยู่บ้าน”(DM5 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 115-116)

“ก็ชิมเอาสิเนาะว่าอันไหนมันหวาน มันมันเกินไปก็ไม่กิน ก็เลือกกินเอา หากกินไม่ได้ก็กลับมากินที่บ้านนี่ละ แต่มันก็ไม่ค่อยมีที่หวานที่มันนะหลาน”(DM9 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 167-168) “ไม่ได้ไปหาอะไรสู่มสู่มห้ำมากินหรอก”(DM9 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 209)

“พ่อก็ต้องเลือกอยู่เลือกกินก็กินแต่ที่ตัวเองกับพวกลูกเขาทำให้กินนี่ละ หากอยากกินลาบอยากกินอะไรก็ทำกินเอง ก็ดูเอาสิว่าแบบไหนมันจะไม่หวาน อยากรจะไม่มันจะไม่เค็ม...ก็พ่อทำกินเองเนาะ มันก็กำกับได้นั้นแหละ ก็ตัวเองก็ทำเป็นอยู่ เนื้อก็อย่าเอาพวกที่มีมันมาทำสิเนาะ ก็อย่าปรุงให้มันเค็มสิ หวานมันก็ไม่มีใครใส่น้ำตาลหรอกลาบนั้นนะ แล้วก็อย่ากินบ่อย นานๆ ถึงกินสักครั้ง กินแค่ให้หายอยาก หากคิดอยากกินนั้นนะ...หากเป็นคนอื่นทำก็จะรู้ได้ยังไงล่ะว่าเขาใส่เครื่องปรุงมากแค่ไหน พ่อก็ไม่มั่นใจขนาดนั้น ก็ทำกินเองดีกว่า”(DM20 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 119-126)

### 1.3 ตรวจสอบนัดสม่ำเสมอ

จากโรงพยาบาลที่รักษาในระยะแรกหลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ผู้สูงอายุทุกรายได้รับการส่งต่อการรักษามาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้มีความสะดวกในการเดินทางมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นการได้ไปพบปะพูดคุยกับผู้สูงอายุรายอื่นๆ ที่มาตรวจตามนัดในวัน



เดียวกันที่มีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วยตนเอง และกับบุคลากรด้านสุขภาพที่ รพ. สต. ซึ่งมีความใกล้ชิดคุ้นเคยกันมากกว่าเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลอำเภอ ทำให้มีความกล้าสอบถาม เรื่องต่างๆ ที่ตนเองมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการดำเนินชีวิตจึงทำให้ผู้สูงอายุเชื่อว่าตนเอง สามารถคุมเบาหวานได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ก็หมอบอกให้ไปเนาะ หมอบอกให้ไปก็ไปตามหมอบอก ไปเอายามากิน ไม่มียา กิน ก็จะไม่คุมเบาหวานได้ใหม่ละ มันก็จะคุมไม่ได้เนาะสิ ก็ต้องไปเอายามากิน เวลาไปหมอก็บอกนั้นบอกนี่ดี อยู่ บอกให้ทำนั่นทำนี่ ทำอย่างไรถึงจะคุมได้ ไปก็รู้ว่าน้ำตาลของตัวเองมากเท่าไร คุมได้คุมไม่ได้ก็จะ ได้รู้...ไปหาหมอมันก็ดีนั่นแหละ ก็เท่ากับได้ออกข้างนอกไปเที่ยวเนาะ(หัวเราะ) ไปก็มียา กินมาดูแล ตัวเอง”(DM1 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 257-262)

“...ก็เท่ากับไปเปิดหูเปิดตาเนาะ หากอยู่บ้านก็ไม่ได้ออกไปไหนเนาะ ไปหาหมอก็คือ ออกไปข้างนอก ก็คืออยู่...ยายว่าคือไปหาหมอบอกก็แนะนำคืออยู่ ไปก็ไม่ใช่ว่านานเท่าไรเนาะ หาก เราไม่ยอมให้เบาหวานมันกำเริบก็ต้องเอายามากิน ไม่หยุดกินยาแหละเนาะ”(DM2 สัมภาษณ์ครั้งที่ 2: 92-93)

“...ไปแล้วมันก็ได้รู้ว่าตัวเองจะเป็นอะไรบ้างไหม หมอก็บอกนั้นบอกนี่ มีอะไร อยากจะถามหมอก็คือถามได้ หมอก็คืออยากให้อ่าน ไปแล้วมันก็ดี ไปวัดความดันด้วย...ดี ไปหาหมอนั่นนะ ไปหาหมอบอกก็บอกให้ทำนั่นทำนี่ หมอก็บอกเบาหวานเรานั้นล่ะว่าคุณได้คุมไม่ได้ เราก็จะได้รู้ว่า ตัวเองคุมได้ไหม หากคุมไม่ได้หมอบอกจะให้ทำอะไรบ้าง”(DM5 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 222-228)

“ไป ไปทุกครั้งนั่นล่ะ ไม่ได้ขาดสักครั้งหรอก...สามเดือนถึงไปครั้งหนึ่ง...ยิ่งสนุก ไป กันหลายคน บ้านเราเป็นหลายคนเนาะเบาหวาน ถึงวันก็ชวนกันไป เพื่อนเยอะ เยอะแยะเพื่อน เบาหวานด้วยกัน หาไม่ยากเพื่อนคุย”(DM7 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 200-210)

“...แม้อย่างอยากไปก็อยากรู้เนาะ รู้น้ำตาลของตัวเองแม่อีกสบายใจเนาะว่าตัวเองคุมได้ ก็แสดงว่าแม่กินถูกทำถูกใช้ใหม่ละ ที่หมอบอกนั่นนะ หากไม่ได้ไปนะสิแม่จะไม่สบายใจกลัวน้ำตาลมัน ขึ้น...ไปให้มันรู้ หากคุมไม่ได้ก็เพื่อหมอบอกให้กินยา กินอะไร...ใจแม่ก็ไม่อยากกินละเนาะ แต่ถ้ามันจำเป็น จจริงๆ หมอบอกว่าต้องกินมันก็ต้องกินนั่นแหละ หมอบอกทำอะไรก็ได้ทำตามนะสิเนาะ...ปกติอยู่ ก็ หมอบอกเนาะ(หัวเราะ)...ไม่รู้แล้วคุณหมอบอก หากหมอบอกเนาะ หมอก็คือเคยบอกอยู่ว่าเท่าไรมันปกติ เท่าไรมันไม่ปกติ แต่แม่ก็จำไม่ได้หรอก”(DM8 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 232-238)

“ไป ก็ไปอยู่ไม่ได้ขาดสักครั้งละหลาน...ก็ไปหาหมอบอก ไปเจาะเลือดดูเบาหวาน ไปวัด ความดัน หมอก็คือให้ยามา กินด้วย...ไม่เคยขาดหรอกหลาน ก็ถึงมาหาหมอนี้ล่ะ มาก็เอายาไปกิน ไม่ไปก็ จะมียา กินได้ยังไง...พ่อว่ามันก็ดีละหลาน ตัวเองก็ดูแลตัวเองด้วย ก็ให้หมอบอกช่วยดูด้วย พ่อก็ไม่รู้ว่า ตัวเองทำถูกไม่ถูกก็ให้หมอบอกช่วยดู ว่ามันคุมได้คุมไม่ได้เนาะ...”(DM20 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 222-224)

“...ก็หมอนัดให้ไปเนาะ ก็ต้องไป ก็ต้องไปเอายามากินด้วย ไปให้หมอดูให้ว่าแม่นี้เป็นยังงัยบ้างเนาะ หมอก็แนะนำดี หมอก็คุยดี...เป็นเบาหวานก็ต้องไปหาหมอลิ ถึงจะรู้ว่าตัวเองดีหรือไม่ดีตรงไหน หมอก็จะบอกเองละ หากไม่ไปหาหมอก็จะรู้ไหมว่าตัวเองเป็นยังงัยบ้าง ไปแล้วหมอก็พูดจาดี บอกดีให้ทำนั่นทำนี่ พูดก็เพราะ”(DM21 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 222-233)

#### 1.4 เลิกเครื่องตีไม้ตี

การเลิกเครื่องตีประเภท น้ำอัดลม เบียร์ เหล้าขาว ซึ่งเป็นข้อควรงดเว้นเพราะเป็นเครื่องตีที่ไม่ดี เมื่อผู้สูงอายุสามารถเลิกตีเครื่องตีเหล่านี้ได้เป็นการสนับสนุนการรับรู้ถึงผลดีในการควบคุมเบาหวานได้ และทำให้ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุต่อไปนี้

“น้ำอัดลมไม่กินมานานแล้วละหลาน ตั้งแต่อยู่กรุงเทพก็ไม่เคยขาดสักครั้งละ ตั้งแต่เป็นเบาหวานก็ไม่คิดว่าจะกินมันอีกหรือสักครั้ง แต่ก่อนกินโค้กกินอะไรนี่ตีมากเดี๋ยวนี้ไม่เอาแล้วสักครั้ง...”(DM2 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 48-51)

“พูดเรื่องเหล้าเนาะหลาน กินบ่อยอยู่เมื่อก่อน ก่อนจะป่วยหนักๆ นี่ กินทุกเช้ามัน ละเหล้า แต่ก็ไม่ได้กินมากหรือ กินครั้งละกั๊กเดียวพอให้ได้กินข้าวอร่อย ตั้งแต่เข้าโรงพยาบาล แม่ก็ไม่กินอีกเลย ไม่แตะต้องมันอีกเลยเรื่องเหล้าเนาะ...เบียร์แม่ไม่เคยกินเลยสักครั้ง...แม้ว่ามันก็คืออยู่เรื่องดีนั่นนะ เหล้าเบียร์มันก็ไม่ใช่อะไรดีเนาะ ไม่กินได้มันก็ดีละเนาะ”(DM13 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 116-120)

“แต่ก่อนกินอยู่นะน้ำอัดลมเนี่ย ก็ไม่ใช่ว่าซื้อมากินหรือ ก็เวลาไปงานไปการนี่ละ หรือเวลาลูกหลานเขามาแม่ก็กินอยู่ ตอนนี่ไม่ได้กินแล้วสักครั้งเรื่องน้ำอัดลมนั่นนะ ว่าแต่เราไม่ไปซื้อ มันมามันก็จะได้กินยังงัยเนาะ ไซ้ใหม่หลานว่า...ก็ว่ามันหวานนี่ละถึงได้เลิกกินเนาะ”(DM17 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 122-131)

“แต่ก่อนแม่กินอยู่นะหลาน แต่ก่อนก็ไปการไปงานเนาะ เวลาถึงงานบุญเขามาแจกของ แม่ก็ไป เขาก็เอาน้ำอัดลมนี้ละมาให้กิน แม่ก็กินอยู่ ก็กินแต่เวลาถึงงานนั่นละ ตอนนี่ไม่ได้กินแล้ว เลิกกินมานานแล้ว...น้ำอัดลมมันก็หวานเนาะหมอ”(DM21 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 71-73)

“ไม่ค่อยกินแล้วหลาน น้ำอัดลมน้ำอะไรนี่ กินแต่น้ำเปล่านี้แหละ ไม่กินมานานแล้ว ตั้งแต่เหน้อยไม่มีแรงมากๆ หนุนละ...มันก็หวานสุดๆ เลยน้ำอัดลมนั่นนะหลาน ก็ตัวเองเป็นเบาหวานก็จะไปกินมันทำไมละเนาะ...แม่ไม่กินหรือ แม่ก็บอกเขาเลยว่าแม่เป็นเบาหวานอย่าเทมาให้นะ ถ้าเขาเทมาแล้วแม่ก็เอามาให้คนอื่นกิน เอาให้เด็กน้อยกิน”(DM1 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 112-116)

“...เมื่อก่อนทำงานอยู่กรุงเทพเนาะเลิกงานปุ๊บก็เป็นตั้งวงพากันกินเหล้า ไม่มีวันว่างสักวัน กินจนเงินจะไม่เหลือมาถึงบ้านนั่นละ...ตอนนี่ แม่แต่ตาก็ไม่ยอมเหลียวมองมัน”(DM16 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 96-99)

“ก็ห้ามตัวเองอยู่ ตอนนั้นก็กินเวลามีการมีงานเฉยๆ นี้อ่ะ แต่ตอนนี้ไม่ได้กินแล้ว...ก็ไม่ได้อยากกินหรอก ก็เขาไปหาพ่อที่ทุ่งนาอยู่น่ะ เขาเอาเหล้าไปด้วย ก็รินให้กันกิน...เหล้ากับเบียร์มันก็ไม่ใช่ว่าดีเนาะ อันนี้พ่อก็รู้อยู่แต่มันก็กินมาตั้งแต่ตอนเป็นหนุ่มเนาะ”(DM18 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 116-118)

## ประเด็นที่ 2 สุขกาย

เป็นการประเมินตนเองว่าปัจจุบันตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรง อยู่ดีมีเรี่ยวแรงดี ไม่มีการเจ็บป่วยจนต้องลี้ภัยนอนนอนเสียเหมือนกับในอดีตก่อนการรักษาโรคเบาหวาน ทั้งยังไม่มีอาการเจ็บปวดตามร่างกายทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติในชุมชนและสามารถมีกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการของตนเองได้ สามารถไปไหนมาไหนได้ตามความต้องการด้วยตนเอง ทั้งการไปทำงาน การไปพบปะกับเพื่อนบ้านเพื่อพูดคุยหรือมีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เช่น กิจกรรมทางศาสนา การออกไปนอกบ้านเก็บผักตามไร่หรือไร่นาสวน ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงสรุปว่าปัจจุบันผู้สูงอายุมีความสุขกาย มีเรี่ยวมีแรงดี ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการเจ็บปวดตามร่างกาย สามารถไปไหนมาไหนได้ตามที่ต้องการ สุขกายจึงเป็นตัวชี้วัดว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีตั้งข้อมูลในประเด็นย่อย คือ 1) อยู่ดีมีเรี่ยวแรง 2) ไม่เจ็บไม่ปวด และ 3) ไปไหน มาไหนได้

### 2.1 อยู่ดีมีเรี่ยวแรง

อยู่ดีมีเรี่ยวแรงเป็นคำที่สะท้อนมาจากการ “อยู่ดีมีเฮง” ที่บ่งบอกการรับรู้ว่าคุณเองมีความสุขสบายทางร่างกาย เป็นการที่ผู้สูงอายุมุ่งมองต่อภาวะสุขภาพร่างกายของตนเองว่ายังแข็งแรงดี ผ่านการมองเห็นในปัจจุบันว่ายังมีเรี่ยวแรงดี ไม่มีการเจ็บป่วยเหมือนอย่างในอดีตที่ผ่านมา เพราะในอดีตเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการผิดปกติทางด้านร่างกายจากการเป็นโรคเบาหวานหรือโรคร่วมอื่นๆ แต่ในปัจจุบันอาการเหล่านี้ไม่ได้มีปรากฏอยู่แล้ว ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความเชื่อว่าการที่ตนเองนั้นยังแข็งแรงดี มีเรี่ยวแรงเป็นการที่ตนเองอยู่ดีมีแรงก่อเกิดความสุขกายและสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

“...มันก็อยู่ดีมีเรี่ยวแรงอยู่นะ ไม่ได้ว่าจะเจ็บจะป่วยอะไร”(DM5 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 16-17) “พ่อว่าพ่อก็มีความสุขดีอยู่นะหลาน ลูกหมากอันที่ว่าเคยเป็นก็ดีขึ้นแล้ว ไม่ได้ใส่สายปัสสาวะเหมือนแต่ก่อนแล้ว พ่อก็ว่าพ่อดีขึ้นมากละตอนนี้นี้...ก็เพราะว่ามันไม่ได้เป็นอะไรนี่ละหลานมันก็ถึงมีความสุข พ่อว่าพ่อก็ไม่ได้เป็นอะไรเพราะเบาหวานสักครั้งนะ”(DM5 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 25-27)

“มันก็สุขตามสภาพแม่นี่ละหลาน แก่แล้วก็จะให้ไปสุขเหมือนเด็กน้อยก็สุขแบบนั้นละ ว่าแต่มันไม่ได้เจ็บได้ไข่มันก็สุขแล้วละ ว่าแต่อยู่ดีมีเรี่ยวแรงมันก็ดีหมดนั่นละ...มันไม่เจ็บไม่ใช่...”(DM13 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 24-27)

“รู้สึกดีนั่นแหละหลาน รู้สึกอยู่ดีมีเรี่ยวแรงนี่ล่ะ...ดีหมดล่ะว่าแต่เราคุมได้ คุมได้มันก็ไม่เป็นอะไร ก็อยู่ดีมีสุข ไม่เจ็บไม่เป็นเหมือนที่หลานเห็นนี่ล่ะ”(DM14 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 185-186)

“สบายดีอยู่หลาน ว่ายังงัยล่ะ...ก็มีความสุขดีอยู่ ก็อยู่ดีมีสุขมีเรี่ยวแรงอยู่ทุกวันนี่ล่ะ” (DM17 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 11) “แม่ว่ามันก็คือใช้ชีวิตแม่นั้นนะ ไม่ได้เป็นอะไรไม่ดีเหมือนเขาว่าหรือกลักรั้ง” (DM17 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 113)

“ก็พออยู่อยู่หลาน ก็ไม่ได้เป็นอะไรมากหรือ”(DM18 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 10) “เพราะว่ามันไม่ได้เจ็บได้เป็นมากเหมือนเมื่อก่อน มันก็อยู่ดีมีสุขมีเรี่ยวแรงล่ะหลาน”(DM18 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 35)

## 2.2 ไม่เจ็บ ไม่ปวด

ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาตั้งแต่เริ่มการเป็นเบาหวานผู้สูงอายุเคยมีประสบการณ์ความเจ็บปวดตามร่างกายที่เกิดขึ้นจากการดำเนินชีวิตปกติ มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ต้องออกแรงมาก เช่น การเดินไปไร่สวน การเดินไปยังสถานที่ต่างๆ โดยเชื่อว่าเป็นผลกระทบจากการเป็นโรคเบาหวาน แต่ปัจจุบันผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติในชุมชนและมีกิจกรรมตามความต้องการของตนเองได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงแสดงออกถึงการรับรู้ว่าการไม่มีอาการปวดเป็นความสุขทางกายที่ทำให้ตนเองนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุต่อไปนี้

“...ปวดก็ไม่ค่อยปวด เมื่อก่อนนั้นเป็นมาก ตอนที่ว่าเท้ามันเป็นแผลนั้นนะ...ทั้งปวดขานนั้นนะ ปวดแผลก็ด้วย...หลายปีมาแล้วล่ะห่อ หลายปีแล้วจะไม่ใช้สั้ห้าปีแล้วหรือ ตอนนั้นก็ไมค่อยมีเท้าไหม้แล้วก็พออยู่ได้”(DM21 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 178-180)

“...หากทำงานมันก็ปวดละเนาะ ใครทำงานทำการอยู่ไร่นา มันจะไม่ปวดแข็งปวดขาล่ะ ปวดเอวปวดอะไรมันก็ปวดบ้างทุกคนนั้นล่ะ หากเวลาหยุดทำมาบิมาณวดมันก็หาย...ไม่ อยู่เฉยๆ มันไม่ปวดหรือ แต่หากนั่งนานๆ ไม่ขยับมันก็ปวดอยู่นะหลาน...คงจะไม่เกี่ยวหรือพอว่า มันก็จะ เป็นเพราะเราทำการทำงาน ก้มๆเงยๆนี่ล่ะ ก็คนแก่เนาะมันก็ปวดก็อะไรเป็นของธรรมดา...ขอเพียงไม่มีที่ปวดพอกี้ว่าดีหมดนั่นล่ะ”(DM20 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 190-195)

“...ปวดขามันก็ไม่ดีแหละเนาะ แต่มันก็ไม่ได้ปวดจนว่าไปไหนมาไหนไม่ได้หรือ ก็ คนทำงานเนาะ แคเดินก็ไกลแล้ว ไม่รู้ ไม่รู้ว่ามันจะเกี่ยวกันหรือเปล่า คงไม่เกี่ยวหรือมั้ง ก็คงเพราะทำงานนี่ล่ะ ไปไร่ไปนาที่นี่ล่ะ อยู่เฉยๆมันก็ไม่ได้ปวดได้อะไร...มันก็พออยู่อยู่นะหลาน ปวดขานั่งพักก็หายมันก็ไม่ปวดหรือ มันก็ปวดเฉพาะเวลาเดินเฉยๆนี่ล่ะ หากไม่เดินเยอะมันก็ไม่ได้ปวดหรือ” (DM4 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 96-100)

“ก็ไม่ปวดนะ เรื่องปวดแข่งปวดขา ก็ไม่ว่าจะปวดจะอะไรนะ...แต่ก่อนมันก็มีอยู่ แต่ก่อนก็ทำงานสมบุกสมบันเนาะ ช่วงทำนาก็ทำนาก็มีดำนาจนหลังขดหลังแข็งเนาะ ตอนนี้นำเข้าขึ้นแล้วเสร็จแล้วมันก็ไม่ได้ปวดได้อะไรหรอก”(DM18 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 167-169)

“ก็ไม่ได้ปวดจนได้อะไรหรอก คนทำงานเนาะมันก็ปวดเป็นปกติละเนาะ หากพักหากนอนมันก็หาย... ก็คนแก่เนาะมันก็ปวดก็อะไรเป็นปกติ ทำงานมันก็ปวดแข่งปวดขาเป็นธรรมดา มันก็ไม่เหมือนเด็กน้อยละเนาะ...ไม่ปวดไม่อะไร...คืออยู่หมอ ว่าแต่มันไม่ปวดไม่ทรมาณ...” (DM15 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 230-235)

“ไม่มีที่ปวดหรอก มีเพียงตอนไปวัดนั่นละมันปวดขา...ก็นั่งอยู่วัดเนาะกว่าจะเสร็จนั่งสวดมนต์กับเขานั่นละ มันก็ปวดขา ขยับบ่อยเขาก็จะว่า ก็นั่งอยู่ทำนั่นละ... (DM9 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 254-259)

### 2.3 ไปไหน มาไหนได้

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานทุกรายยังคงมีความต้องการในการออกไปนอกที่พักอาศัยของตนเอง เพื่อออกไปทำงานที่ไร่สวน เลี้ยงสัตว์หรือเพื่อมีสัมพันธภาพกับคนอื่นในชุมชน ได้แก่ การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน การไปร่วมงานบุญต่างๆ การออกไปใส่บาตรที่ถนน การไปทำบุญที่วัด หรือออกไปเก็บผักที่ไร่ภายในหมู่บ้านและไร่สวน ซึ่งเป็นการดำเนินชีวิตปกติของผู้สูงอายุ ดังนั้น การที่สามารถออกไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเองจึงเป็นการใช้ชีวิตตามปกติเช่นเดียวกับผู้ที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน การไปไหนมาไหนเป็นเหตุผลที่อธิบายการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุต่อไปนี้

“มันก็ยังไปไหนมาไหนได้ เดินได้...ไปไหนมาไหนได้ ไม่ลำบากมันก็สุขแล้วละลูกเอ๊ย แต่ถ้าไปไหนมาไหนไม่ได้ไม่รู้จะทำยังไงเหมือนกัน เดินออกไปคุยกับเพื่อนบ้านบ้าง หรือบางวันก็มีคนอื่นมาคุยด้วยที่บ้านนี่ละ นั่งคุยกันที่หน้าบ้านที่แหละ”(DM1 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 6-9) “...มันก็ยังไปไหนมาไหนได้อยู่ละ อยากเดินออกไปไหนก็ไปได้เนาะ ไปเก็บผักก็ไปได้...ว่าแต่ไปไหนมาไหนได้มันก็ดีแล้วละคนแก่จะจริงไหมละหลาน...”(DM1 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 8-13)

“...ก็เดินไปทุ่งนา เอาวัวควายไปปล่อยเลี้ยง เดินตามวัวควายเดินกลับบ้านมากินข้าวนี้ละ ไปขุดปุ๋ยขุดกบนี้ละ หากมีน้ำก็ได้ซื้อปุ๋ยข้อนปลามากินนี้แหละ...ทุกวันละคุณหมอ ก็เดินเอาวัวไปปล่อยใช้ใหม่ละ ก็นานอยู่จากบ้านไปนานี่ 2-3 กิโลเมตร เอาวัวไปผูกแล้วก็เดินกลับมาบ้านเนาะ กินข้าวเที่ยงเสร็จก็เดินกลับไปนาไปปล่อยวัวเลี้ยง วัวก็เดินไปเรื่อยๆ แม่ก็เดินตามวัว เลี้ยงวัวก็เอาเสียมกับครุไปด้วย ไปขุดปุ๋ย”(DM8 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 99-104)

“...ไปไหนมาไหนได้อยู่มันก็ดีนั่นแหละเนาะ...คนเคยทำงานเนาะ หากไม่ได้ทำมันก็จะไม่มีเรี่ยวแรงนั่นแหละ”(DM10 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 243-245)

“...ไปไหนมาไหนได้มันก็ดีแล้วละชีวิตนี้...”(DM13 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 26-27) “ก็นุ่น  
ละไปวิ่งอยู่ทุ่งนา นุ่นละ ทำบ้านนุ่นมันถึงไม่มีคน ไม่ได้วิ่งผ่านบ้าน วิ่งบ้างเดินบ้าง เหนื่อยก็เดิน หาย  
เหนื่อยก็วิ่งต่อ...ไม่ได้ไปไกลหรอกหลาน ไปถึงบ้านหนองปลาหมอกกับทุ่งนาจะหนึ่งกิโลเมตรนี่ละ ทั้ง  
วิ่งทั้งเดิน”(DM13 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 58-60) “...มันก็ดีอยู่นุ่นละหลาน ก็พอไปไหนมาไหนได้เนาะ  
เดินได้ ลูกได้มันก็ดี”(DM13 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 199-200)

“ก็เดินออกไปทุ่งนานี่ละ มันก็ไกลอยู่นะหมอเดินไปทุ่งนานั้นนะ ไม่ได้นั่งรถอะไรไป  
หรอก ค่อยๆเดินไปเอง...”(DM15 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 162-163)“พอพระท่านล้นระฆังแม่ก็ไปออกไป  
รอใส่บาตรก็ไม่ได้ออกไปไกลหรอก หน้าบ้านแม่นี่ละ ใส่บาตรแล้วก็พอดีกับเด็กน้อยอาบน้ำเสร็จ ก็จัด  
สำหรับกับข้าวให้กิน ลูกเขาก็ออกไปทำงาน แม่ก็ส่งหลานไปโรงเรียน เขาก็เดินไปเองหรอก ไปโรงเรียน  
บ้านเรานี่ พอลูกหลานเขาออกไปหมดแล้ว แม่ก็จัดของออกไปทุ่งนา ก็เดินไปทุ่งนา”(DM15  
สัมภาษณ์ครั้งที่1: 207-210)

“ตอนเช้าก็เดินเอาวัวไปปล่อยอยู่ทุ่งนาใช้ใหม่ละ เอาวัวไปผูกไว้ที่ทุ่งนาแล้วก็เดิน  
กลับมากินข้าวที่บ้าน ปายๆก็เดินไปทุ่งนาอีก เอาวัวไปปล่อยเลี้ยง เดินตามวัวจนถึงเย็นนุ่นแหละถึงจะ  
ได้เอาวัวกลับเข้าคอก...”(DM16 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 45-51)

“เอาวัวไปทุ่งนา เอาไปปล่อยอยู่ในฟาร์มนุ่นละ อยู่ทุ่งนาค่ะ แล้วก็ถึงค่อยเดิน  
กลับมาบ้าน...ใกล้จะเที่ยงแล้ววัวมันหิวน้ำเนาะ ก็พากันกินข้าวเที่ยงแล้วก็ถึงออกไปหาวัว เอาวัวออก  
ปล่อยเลี้ยงให้มันได้กินน้ำ ก็ปล่อยมันเลี้ยง เดินตามมันอยู่อย่างนั้นละ แล้วก็ถึงเอามันมาเข้าคอก...”  
(DM18 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 149-155)

### ประเด็นที่ 3 สบายใจ

สบายใจ เป็นการที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานรู้สึกว่าคุณเองไม่มีปัญหาโรคเบาหวานจิตใจ เกิดจากการ  
ได้รับการตอบสนองความต้องการส่วนตัวในการได้ทำบุญใส่บาตรที่เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติมาอย่าง  
ต่อเนื่องสืบทอดจากรุ่นสู่รุ่น ผู้สูงอายุเชื่อว่าการได้ทำบุญใส่บาตรเป็นการเพิ่มพลังให้กับจิตใจของ  
ตนเองทำให้เกิดความสงบสุขในจิตใจ มีความสบายใจที่ได้ตอบแทนบุญคุณของบรรพบุรุษที่ล่วงลับ  
และเชื่อว่าจะทำให้ชีวิตของตนเองและครอบครัวมีความสุขจากผลบุญที่ได้ทำ และแม้จะเป็น  
โรคเบาหวานก็สามารถปล่อยวางได้ ไม่คิดมาก สามารถพักผ่อนนอนหลับได้อย่างดีมีคุณภาพ รู้สึกสด  
ชื่นเมื่อตื่นนอน กระปรี้กระเปร่า ทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในเรื่องต่างๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุ  
รับรู้ถึงการได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัว รู้สึกอบอุ่นในใจที่ไม่ได้อยู่เพียงลำพัง ความสบายใจใน  
วิถีทางและความคิดดังต่อไปนี้ คือ ได้ทำบุญใส่บาตร ปลงได้ไม่คิดอะไร คนในครอบครัวดูแลดี และ  
นอนหลับสบาย จึงเป็นคำอธิบายถึงการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถจำแนกออกมาเป็นประเด็น  
ย่อย คือ 1) ได้ทำบุญใส่บาตร 2) ปลงได้ไม่คิดอะไร 3) คนในครอบครัวดูแลดี และ 4) นอนหลับสบาย

### 3.1 ได้ทำบุญใส่บาตร

ผู้สูงอายุมีความผูกพันอยู่กับบริบทสังคม ศาสนา วัฒนธรรมประเพณีของชุมชนมาตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบันผ่านการสืบทอดจากรุ่นสู่รุ่น โดยเฉพาะการทำบุญใส่บาตรที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำทุกวัน เป็นการตักบาตรด้วยข้าวเหนียวบริเวณถนนภายในหมู่บ้านที่มีพระสงฆ์เดินผ่านแล้วจึงนำอาหารไปถวายที่วัด เพราะมีความเชื่อว่าเป็นการสะสมบุญให้กับตนเองและสมาชิกในครอบครัวที่ยังมีชีวิตอยู่ ได้อุทิศบุญกุศลให้กับผู้ที่เสียชีวิตไปแล้ว เมื่อทำบุญใส่บาตรแล้วจะทำให้ตนเองและครอบครัวมีความสุข หากตนเองเสียชีวิตจะมีอาหารและผลบุญที่ได้สะสมไว้ทำให้ตนเองสามารถมีความสุขได้ ผู้สูงอายุจึงเชื่อว่าการได้ทำบุญใส่บาตรก่อให้เกิดความสบายใจสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุต่อไปนี้

“วันพระแม่ก็ไปวัดทุกครั้งนั้นละหลานไปตักบาตร ไปส่งข้าวพ่อแม่ ท่านตายไปนานแล้วก็ต้องไปส่งท่านเหมือนเดิมนะสิ ไม่ใช่ที่ท่านตายไปแล้วเราจะไม่ยื่นข้าวน้ำท่านเลย ตอนเช้าแม่ก็ใส่บาตรอยู่หน้าบ้านนี้แหละ ตอนวันพระถึงค่อยไปวัด...แม่ก็ทำแบบนี้มาตั้งแต่เล็กจนโตก็ได้ว่าจะหยุดท่านะ ทำบุญเนาะ ทำแล้วมันก็จะมีความสุขที่ดีดีที่ท่านั้นแหละ”(DM3 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 157-162)

“...หากวันพระพ่อก็เอากับข้าวไปตักบาตร...ก็เชื่อว่าการทำบุญแล้วมันจะมีแต่สิ่งดีดีกับชีวิตตัวเองนี่ละ...พ่อก็ไม่รู้หรอกว่ามันจะมีไม่มีอะไรกับเบาหวานนั้นนะ แต่พ่อว่ามันได้บุญ...ไปทำบุญไปช่วยงานอยู่วัดมันก็มีแต่สิ่งดีดีนั้นละเนาะ มันก็ได้บุญเนาะ ก็ไม่ได้คิดว่าจะไปได้อะไรจากวัดจากวาทรอกหลาน ก็ช่วยพระท่านไปเอาบุญเฉยๆ” (DM5 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 83-88)

“...ไปเฉพาะวันพระนั้นละ วันพระแม่ถึงไป วันไหนไม่ใช่วันพระแม่ก็ใส่บาตรอยู่หน้าบ้านเฉยๆ...กับพระกับเจ้านี้นะ เดิมพ่อแม่ก็พาทำท่านก็พาไปเนาะ ก็ทำตามพ่อแม่ปฏิบัติตามท่านนั้นละ...มันก็ได้บุญนี้แหละคุณหมอบ ได้ทำบุญให้พ่อแม่ที่ตายไปแล้วเนาะ ส่งข้าวส่งน้ำให้ท่านได้กิน...ทำให้เราสบายใจนี่ละเนาะได้ทำบุญเนาะ เมื่อตายไปก็จะได้ไปอยู่ที่ดีดีหน่อย(หัวเราะ)...” (DM8 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 146-153)

“แม่ทำแบบนี้มาตั้งแต่ไหนแต่ไรแล้วละ ไม่ได้เกี่ยวกับเบาหวานหรือ พ่อแม่พาทำตั้งแต่ตอนเป็นเด็ก แม่ก็อยากได้บุญด้วยละ ได้ทำบุญให้พ่อแม่ที่ท่านตายไปแล้วด้วย หากเราไม่ทำท่านจะได้กินไหมละหลาน...เรื่องทำบุญแม่ก็ทำมาแต่ไหนแต่ไรแล้ว...มันก็ได้ความสุข ความสบายอกสบายใจเรานี่ละหลาน...เขาก็ว่าหากไม่ทำบุญทำท่านตายไปก็จะได้ขึ้นสวรรค์ อยู่อย่างอดอยากเพราะว่าตัวเองไม่ทำบุญไว้ พ่อแม่ที่ท่านตายไปหากลูกหลานไม่ทำบุญไปให้ก็ไม่ได้อยู่ไม่ได้กิน ก็จะเป็นเปรตมาขอส่วนบุญนั่นแหละ หากเราทำมันก็ได้แก่ตัวเราเอง พ่อแม่ที่ท่านตาย ลูกหลานเราด้วย...” (DM9 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 184-192)

“ก็ใส่บาตรอยู่ทุกวันนี่ละ ใส่บาตรอยู่หน้าบ้าน...(ชื่อคน) นั้นนะ ก็เดินออกไปสักหน่อย บ้านแม่อยู่ในซอยเนาะพระท่านไม่เดินเข้ามาหรือ เราต้องเดินออกไปเอง วันพระแม่ก็ไปตัก

บาตรที่วัดนุ่นละ...ก็อยากทำบุญเนาะ ไปส่งข้าวส่งน้ำพ่อแม่ ปู่ย่าตายายที่ท่านตายไปแล้ว ท่านก็จะไปสวรรค์แล้วละ ก็เพื่อให้ท่านได้กินอยู่บนสวรรค์ เพื่อตัวเองจะได้มีความสุขนี่ละ...ทำแล้วมันก็ดี ทำบุญมันก็ดีหมดละ ขอเพียงเราไม่ได้ไปทำบาปทำอะไร”(DM17 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 176-180)

“ไปวัดนั้นแม่ก็ไปอยู่ทุกวันพระนั่นละ ว่าแต่วันพระวันศีลแม่ก็ไปตักบาตรเช้า บาตรแม่ก็ใส่อยู่ทุกเช้าไม่เคยได้ขาดหรอก...ก็พ่อแม่ท่านพาทำเนาะ...ก็อยากได้บุญเนาะ ก็ทำบุญให้พ่อแม่ แม่ ญาติพี่น้องที่ตายไปแล้วได้กินได้อยู่ด้วยเนาะ...แม่ว่ามันก็ดีนั่นแหละทำบุญเนาะ ใครก็อยากทำบุญใช้ไหมละ ทำบุญมันก็ดีแก่ตัวเองนี่ละ ครอบครัวเราถึงจะได้อยู่เย็นเป็นสุข”(DM19 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 131-136)

“ตอนเช้าแม่ก็ใส่บาตรอยู่หน้าบ้านนี่ละ ตอนวันพระก็ถึงไปตักบาตรเช้าที่วัด...ก็ไปส่งข้าวพ่อแม่พี่น้องพ่อใหญ่ด้วยละ ทำบุญไปให้ท่าน ท่านถึงจะได้กิน ก็ทำให้ตัวเองด้วย ก็อยากได้บุญเนาะ ตอนตายเมื่อมาเกิดใหม่ก็อย่าให้ทุกข์ให้ลำบาก...ทำแล้วมันก็สบายใจตัวเองนี่ละ ว่าคนที่ตายไปแล้วได้กินข้าว แม่ก็ได้ทำบุญด้วย...มันก็สบายใจ ทำบุญแล้วมันนะ สบายใจเรา มันก็ดีไม่ได้ทำมันก็ห่วงนะลืมหอมห่วงว่าท่านจะไม่ได้กิน ห่วงว่าท่านจะรอจะคอย พวกท่านอยู่บนสวรรค์นุ่นท่านก็จะหิว ”(DM21 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 126-132)

### 3.2 ปลงได้ ไม่คิดอะไร

ลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทอีสานเป็นครอบครัวขยายที่มีสมาชิกครอบครัวหลายรุ่นอาศัยอยู่ด้วยกัน แต่ในความเป็นจริงผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้มีลูกหลานพักอาศัยอยู่ด้วย เพราะลูกหลานต้องไปทำงานที่อื่นทำให้ผู้สูงอายุเคยเกิดความกังวลว่าตัวเองจะต้องอาศัยอยู่กับคู่ครองที่เป็นผู้สูงอายุเพียงลำพังไม่มีลูกหลานมาอยู่ด้วย แต่ผู้สูงอายุสามารถปล่อยวางกับเรื่องเหล่านี้ได้จากการปล่อยวางด้วยตัวเองเพราะตระหนักในความเป็นผู้สูงอายุของตนเองที่ไม่มีความจำเป็นจะต้องคำนึงถึงเรื่องอื่นใดเพราะปัจจุบันตนเองยังมีความสุขหรือได้พูดคุยกับคู่ครองเพื่อระบายสิ่งที่กังวล และในปัจจุบันผู้สูงอายุหลายรายมีลูกหลานมาอยู่ด้วยแล้วหรือในรายที่ลูกหลานยังไม่กลับมา แต่ก็ยังโทรศัพท์ติดต่อมาพูดคุยอยู่เสมอทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสบายใจและสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุต่อไปนี้

“มันก็ไม่มื่ออะไรพอจะให้อคิดมากขนาดนั้นหรอกหลาน ก็คนแก่เนาะก็อยู่ด้วยกันสองคนมานานแล้ว...ก็ไม่ได้คิดได้อะไรหรอก...เรื่องให้อคิดมันก็เคยมีละ...แต่เดี๋ยวนี้ไม่มีแล้ว...ก็ไม่ทำอะไร ก็คุยกันกับ...(ชื่อคน)นี่ละ ก็ปรึกษาคูยกันกับ...(ชื่อคน)นั่นละว่าจะทำอะไร หากทำไม่ได้ก็โทรหาลูก...ก็ดีแหละเนาะไม่มีเรื่องให้อคิดแล้วเนาะ ถ้ามื่ออะไรให้อคิดมันก็จะนอนไม่หลับนุ่นแหละ แต่เดี๋ยวนี้ไม่มีแล้ว...ไม่มีอะไรให้อคิดมากมันก็ดีนั่นแหละ(หัวเราะ)”(DM1 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 237-244)



“ไม่คิด ไม่รู้จะคิดเรื่องอะไร แก่แล้ว ก็อยู่ไปแบบนี้แหละ ไม่มีอะไรให้คิดหรอก ลูก เขาก็ไม่มาหาแล้ว จนเลิกคิดแล้ว...แต่ก่อนมีอยู่นะอยากให้ลูกเขามาหา...ไม่ ไม่คิดแล้ว ไม่รู้จะคิด ทำไม เขาก็มาหาอยู่ เขาก็ไม่ได้มาบ่อย เขาก็มาหาอยู่บ้านนี่ละ แต่เขาไม่ได้นอนด้วยเฉยๆ...ไม่คิด อะไร...เราไม่คิดอะไร มันก็จะดีต่อชีวิตเรานี้แหละนะ”(DM6 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 179-185)

“เรื่องให้คิดนะ ไม่รู้จะคิดอะไรมากมายแล้วนะ มันไม่มีเรื่องอะไรให้ได้คิดแล้ว อยู่ มานานถึงขนาดนี้แล้ว แก่แล้วอีกไม่นานก็ตายแล้ว ก็ไม่รู้จะคิดอะไร...ไม่ได้มีอะไรให้คิดมากหรอก... มันก็ไม่มีอะไรนะหลาน ไม่ได้มีอะไรทุกซักร้อนอะไร...มันก็ได้อยู่หลาน เพราะเราไม่มีอะไรให้คิดนะ ไม่มีอะไรให้คิดมากก็สบายใจดีอยู่” (DM9 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 224-230)

“...เป็นปกติของคนเรานี่แหละ บางครั้งก็คิดอยู่...กลัวลูกไม่อยู่ด้วย ก็คิดไปเรื่อยตาม ประสาคนแก่ละนะ ก็เห็นชาวบ้านเป็นกันนะ ลูกไม่มาอยู่ด้วยก็กลัวลูกตัวเองเป็นเหมือนลูกเขา...ก็ ไม่ได้ทำอะไร มันก็คิดเฉยๆ นี่ละ ลูกเขาก็ดี เขาก็ไม่ไปไหนหรอก เขาก็อยู่ด้วยกันนี่ละ หากคิดเห็น ชาวบ้าน ก็เลยคิดถึงตัวเองเฉยๆ นี่ละ(หัวเราะ)...ก็แก่แล้วนะ มันก็ปลงได้แล้ว ไม่รู้จะคิดอะไรขนาด นั้นนะ แต่บางครั้งเห็นชาวบ้านเขาแล้วเปรียบเทียบกับตัวเองๆ ก็เลยคิดกลัวตัวเองเป็นเหมือนเขา เฉยๆนี่ละ...” (DM7 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 169-176)

“...มันก็ไม่มีอะไรให้คิดแล้ว ก็เฉยๆ แบบนี้ละ...ไม่มีสักครั้งเรื่องว่าจะถึงกับเครียด นั้นนะ...แต่ก่อนก็คุยกันกับพ่อใหญ่ี่ละสองคนว่าจะทำยังไง ตอนนี้มีอะไรก็บอกลูกเขา เขาก็ช่วยแก้ ช่วยอะไรดีอยู่ แม่ก็ไม่สร้างหนี้สร้างสินอะไรแล้ว ลูกเรียนจบหมดแล้วนะ ก็จะอยากได้อยากมีอะไร อีก...ไม่มีเรื่องอะไรให้คิดมันก็ดีนั่นแหละหมอ ไม่คิดไม่อะไรแล้ว ภาระอะไรก็ไม่มีแล้ว ก็มีแต่ดูแลตัวเองนี่ ละ แก่แล้วไม่อยากจะได้อะไรแล้ว”(DM15 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 241-250)

“ไม่มีอะไรให้คิดให้อะไรหรอก ไม่รู้จะคิดอะไร ก็พออยู่พอกินอยู่ไม่ได้ทุกซัได้ลำบาก เรื่องเงินหรอก เรื่องหนี้สินก็ไม่ได้มีเหมือนชาวบ้านเขาหรอก ลูกเขาก็ส่งเงินให้ใช้อยู่ทุกเดือน ลูกสาม คนก็ได้ใช้เงินด้วยทุกคนไม่ได้เคยว่าจะอดอยากอะไร หากว่ายังไม่มีใครมาอยู่ด้วยนี่ละ...แม่มก็ไม่คิด อะไรหรอก ตอนนี้อย่างแข็งแรงอยู่ ตอนหมดเรี่ยวหมดแรงจริงๆ ลูกเขาก็คงจะไม่ทิ้งไม่ปล่อยหรอกมั้ง เขาก็ส่งเงินให้ใช้ไม่เคยได้ขาดอยู่นะ เวลาแม่หากินไม่ได้แล้วเขาก็คงมาดูแลละมั้ง แม่คิดว่านะก็เลย ไม่คิดอะไรหรอก...มันก็ดีนั่นแหละไม่มีอะไรให้คิดนะ ไม่ได้รอกสมองตัวเอง...” (DM17 สัมภาษณ์ครั้งที่ 1: 221-227)

### 3.3 คนในครอบครัวดูแลดี

คนในครอบครัวของผู้สูงอายุ ได้แก่ คู่ครองและลูกหลาน การที่ได้รับการเอาใจใส่ จากคนในครอบครัวมาจากทั้งคู่ครองของผู้สูงอายุเอง หรือจากทั้งคู่ครองและลูกหลาน และเฉพาะ ลูกหลานเพราะคู่ครองเสียชีวิตไปแล้ว ซึ่งการได้รับการดูแลเอาใจใส่ไม่ใช่การพึ่งพา แต่เป็นการให้

การดูแลแบบเกื้อกูลกันที่ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ได้ถึงความห่วงใย ความใส่ใจจากคนในครอบครัว จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสบายใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้งเกิดความอบอุ่นใจ ผู้สูงอายุจึงให้ข้อมูลว่าได้รับความห่วงใยและการเอาใจใส่จากคนในครอบครัว ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

“แต่คนคอยกำกับก็ยาย (ชื่อคน) นุ่นละ คนคอยกำกับให้ทำนะ...ก็ทำตามยาย (ชื่อคน) นี้ละ...ก็จะเป็นเพราะ...(ชื่อคน) นี้แหละ ลองไม่ทำสิแกจะได้นั่นนะ...แกบอกให้ทำก็ทำตามแกแกก็คงจะห่วงเราละก็ถึงได้บอกให้ทำ...”(DM4 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 63-69)

“ทั้ง...(ชื่อคน) แกก็เป็นเบาหวานมาตั้งนานแล้ว...กินอะไรก็กินเหมือนกันกินด้วยกัน มีอะไรก็บอกก็คุยกัน...ก็เรื่องการอยู่การกินนี่ละ ....(ชื่อคน) ก็บอกพอไว้เวลาพอไปงานให้เลือกอยู่เลือกกิน อย่ากินไม่เลือก อะไรที่มันหวาน มันเกินไปก็อย่ากิน ตัวเองเป็นเบาหวาน น้ำหวานอะไรก็อย่ากิน เหล้าก็ให้เลิกแกก็บอกหมदनั่นละ...พอกี่ฟังแกอยู่นั่นละ แกก็พูดคล้ายๆ หมอบอกนั่นละเนาะ ก็ไม่ได้คิดอะไร ก็คิดว่าแกห่วงเราถึงบอก”(DM5 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 28-33) “...ก็ได้ช่วยกันคุมนี้แหละ ไม่ใช่ว่าพ่อคุมของพ่อคนเดียวซักหน่อย ...(ชื่อคน) คนทำกับข้าวแกก็ต้องคุมเบาหวานเหมือนกัน ทำอะไรก็กินด้วยกันนั่นละ”(DM5 สัมภาษณ์ครั้งที่2: 98-100)

“แต่ก็ได้อยู่นะลูกมันก็เป็นด้วยกัน ช่วยกันดูแลกันนี่ละ (หัวเราะ)...ก็หลายอย่างอยู่นะ หลาน มันก็ต้องคุมของมันด้วยเนาะ มันคุมมันเอง มันก็คุมแม่ด้วย ของกินของอยู่ก็กินเหมือนกันนี่ละ ไปหาหมอกี่ไปด้วยกัน”(DM10 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 179-181)

“...ของกินนี่ลูกเขาเป็นคนจัดหาเป็นคนทำหมदनั่นละ เขาก็เป็นคนคุยกับหมอบเนาะ ตอนที่หมอบอกก็เป็นลูกนั่นละเขาอยู่ด้วย เขาก็เป็นคนทำกับข้าวกับปลา แม่ไม่ได้ไปยุ่งอะไรกับเขาหรอก...ลูกเขาก็รู้ยู่เนาะว่าแม่เป็นเบาหวาน เขาก็ทำให้แม่กิน...”(DM13 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 71-77) “...ก็พวกกับข้าวกับปลานี่ละหลานลูกเขาไม่ให้ทำหรอก เขาก็ดีดูแลแม่ดี แม่ก็ดีใจ ภูมิใจอยู่ที่เขาดูแลแม่ดีขนาดนี้ ช่างเป็นบุญของแม่่มากเลยที่ลูกอยู่ด้วย เขาดีมากเลย”(DM13 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 136-138)

“ก็ลูกเขาดูแลดีนี่ละพ่อว่าเนาะ...สิ่งที่ลูกเขาบอกให้ทำนั่นนะ...ทำตามทุกอย่างนั่นละ ก็ควบคุมตัวเอง ก็รู้ว่าลูกเขาห่วงเนาะ เขาก็จะอยากให้เราอยู่กับเขานานๆ ก็ทำตามเขาก็อยากอยู่กับเขาไปนานๆเหมือนกันนั่นละ...พ่อว่าเขาก็ห่วงเราเนาะ ก็ไม่ยอมให้เขาห่วงเขาอะไร เขาให้ทำก็เพราะว่าหมอบอกเขานั่นละ ก็ทำตามเขาว่าเขาบอก ทำแล้วมันก็ดีอยู่นะ”(DM18 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 36-44)

### 3.4 นอนได้ หลับดี

การเป็นโรคเบาหวานไม่ได้มีผลกระทบต่อการพักผ่อนนอนหลับของผู้สูงอายุแต่อย่างใด ผู้สูงอายุบอกเล่าถึงคุณภาพการนอนหลับว่าดีดังปกติ นอนหลับได้ง่ายหลังจากเข้านอน และเมื่อหลับไปแล้วก็ไม่ตื่นขึ้นมาระหว่างการนอน หรือหากตื่นขึ้นมาจากปวดปัสสาวะเพราะตี่มน้ำก่อน

เข้านอน เมื่อกลับมานอนอีกครั้งก็สามารถหลับได้ง่าย ไม่มีอาการนอนไม่หลับ เมื่อตื่นนอนในตอนเช้า ก็รู้สึกสดชื่น พร้อมทั้งจะเริ่มต้นการทำกิจกรรมประจำวันได้ทันที ไม่มีอาการง่วงนอน หรือนอนพักผ่อนไม่เพียงพอแต่อย่างใด ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุต่อไปนี้

“อ๊วย หลับดีมากคุณหมอ...ไม่เคยยากสักครั้งเรื่องนอนนี้ตั้งแต่เล็กแล้ว ว่าแต่ได้ล้มตัวลงนอน ก็หลับเลย...มันก็ดีล่ะเนาะ นอนหลับนะ ยายไม่เคยนอนยากสักครั้งหรอก ขอเพียงได้ล้มตัวลงนอนล่ะก็หลับเลย”(DM7 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 151-163)

“ไม่ได้ยากเลยเรื่องนอนนี้ หลับเหมือนเดิมจะนอนกลางวันหรือไม่นอนกลางวันก็หลับเหมือนเดิม...มันก็ดีนั่นแหละเนาะ นอนหลับเนาะ...สดชื่นดี ไม่ได้ง่วงนอนหรอก” (DM10 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 224-228)

“ดี ไม่เคยยากสักครั้งพูดถึงเรื่องนอนนี้เนาะ...มันก็ดีนั่นละนอนหลับได้เนาะ ไม่ยากสักครั้งพูดถึงเรื่องนอน...ไม่เคยคิดสักครั้งว่าตัวเองจะนอนไม่หลับ นอนง่ายมาตั้งแต่เป็นเด็กแล้ว...มันก็ดี ตื่นมาก็ไม่ง่วงนอน ไม่ล้าปะหงะ...ตื่นมาก็สดชื่นแล้วล้างหน้าอาบน้ำก็ยิ่งสดชื่น”(DM12 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 224-229)

“หลับอยู่นะหมอดตั้งแต่เล็กจนโตไม่เคยว่าจะนอนไม่หลับสักครั้ง...สดชื่นอยู่หมอดตื่นขึ้นมาเนาะ ล้างหน้าแล้วมันก็ยิ่งสดชื่น...จนถึงเช้าทุกวันเรื่องนอนนี่เป็นมาตั้งแต่ไหนแล้ว...นอนหลับได้มันก็ดีนั่นละหมอ...ดีเรื่องดีนั่นนะ นอนได้ตื่นมามันก็สดชื่น มันก็สดชื่นดี”(DM16 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 187-193)

“หลับดีหมอ หลับได้หลับดีอยู่...มันก็นอนหลับนี่ละหมอ ไม่เคยว่าจะนอนไม่หลับสักครั้ง...ไม่ยากหรอกหมอล้มตัวลงนอนสักพักก็หลับแล้ว ก็ไม่ใช่ว่าจะล้มปุ๊บหัวถูกหมอนแล้วหลับเลยหรอก ก็ล้าพัก แสบเดียวก็หลับ...ไม่เคยนานหรอกก็แสบเดียวก็หลับแล้ว...หลับได้มันก็ดีล่ะเนาะ หมอ...นอนหลับมันก็ดีนั่นละ มันถึงจะไม่เหนื่อยไม่อะไร หากนอนได้นั้นเนาะ”(DM19 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 178-189)

#### ประเด็นที่ 4 ภาคภูมิใจในตัวเอง

ภาคภูมิใจในตัวเองเป็นความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีต่อตนเอง เพราะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาใคร ไม่เป็นภาระของสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอน อีกทั้งผู้สูงอายุยังสามารถทำงานได้เป็นปกติเหมือนเดิมตามวิถีชีวิตของชุมชนที่เป็นวิถีเกษตรกรรม แต่ได้มีการปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมกับพลังกำลังของตนเอง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความภาคภูมิใจในตนเองที่ไม่ต้องเป็นภาระแก่ใครและยังสามารถทำงานได้เหมือนเดิม ดังข้อมูลใน 2 ประเด็นย่อย ต่อไปนี้

##### 4.1 ไม่เป็นภาระใคร

ไม่เป็นภาระใครเป็นการที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองทั้งหมด โดยเฉพาะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนตัวตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอนที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน คือ การอาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน การรับประทานอาหาร ฯลฯ ยกเว้นบางกิจกรรมที่สมาชิกให้ความช่วยเหลือเพราะผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวรับรู้ร่วมกันว่า อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุได้ แต่หากให้ผู้สูงอายุทำเองก็สามารถทำได้แต่อาจจะต้องเพิ่มความระมัดระวังมากขึ้น เมื่อไม่ต้องพึ่งพาใครและสมาชิกในครอบครัวไม่ต้องยุ่งยากจึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจและเชื่อว่าทำให้ตนเองนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุต่อไปนี้

“...ธุระส่วนตัวก็ทำเองหมดไม่ได้ให้ใครมาทำให้หรอก...ก็ทำได้อยู่ก็ทำเองแหละนะ จะไปให้คนอื่นได้ยุ่งยากด้วยทำไม...ทำได้มันก็ดีนั่นแหละหลาน หากไปรอไปคอยให้ใครมาทำให้มันก็จะดีได้อย่างไร ยายก็ทำเองเท่าที่ตัวเองจะทำได้นี่ละ ก็ทำเองได้อยู่ อาบน้ำอะไรก็ได้ยุ่งยากใครหรอก...ใจก็อยากจะทำเองทุกอย่างนั่นละ”(DM2 สัมภาษณ์ครั้งที่3: 60-64)

“ล้างหน้าตัวเอง แปรงฟันด้วย...ล้างหน้าแปรงฟันเฉยๆ ไม่ได้อาบน้ำหรือหมั่นหนาว หากอาบน้ำตอนเช้า สายๆนั่นละถึงจะอาบน้ำ...ทำเองหมดแหละหลาน จะให้ใครมาทำให้เนาะ เราทำเองได้อยู่...มันก็รู้สึกดีแหละหลาน เราทำเองได้เนาะ ไม่ต้องไปพึ่งพาใครมาก ลูกเขาก็ไม่ยากให้ทำอะไร เขาไม่ได้ทอดทิ้งหรอก แต่แม่อยากทำเอง”(DM9 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 94-107)

“พอพระท่านตีระฆังก็ล้างหน้าแปรงฟัน ต้องรีบ ไม่อย่างนั้นจะไม่ทันพระ เพราะที่บ้านแม่อยู่ใกล้วัดเนาะ...ทำเองหมดทุกอย่าง ทำได้อยู่ไม่ได้ให้ใครมายุ่งยากด้วยหรอก...ก็ภูมิใจอยู่หมอที่ทำเองได้หมด...แม้ว่ามันก็ดีนั่นละหมอ ดีมากอยู่ที่ทำเองได้เนาะ ไม่ได้พึ่งพาใคร ไม่ได้ยุ่งยากใคร”(DM11 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 158-168)

“ทำได้เองอยู่หลาน แม่ก็ทำด้วยตัวเอง ก็พยายามทำเองทุกอย่าง แต่กับข้าวกับปลา นี่ลูกเขาไม่ให้ยุ่งด้วยหรอก... รู้สึกดีอยู่หลาน ไม่มีใครจะมาอยากให้คนอื่นยุ่งยากหรอก แต่คนแก่เนาะ แก่มาเรี่ยวแรงมันก็น้อยลง จะให้ไปทำเหมือนคนหนุ่มคนสาวมันก็จะได้อย่างไรใช้ไหมหลานว่า ทำเองได้มันก็เป็นเรื่องดี”(DM13 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 138-140)

“ตื่นขึ้นมาก็ล้างหน้า ล้างหน้าแปรงฟัน ใส่บาตร ไล่เด็กน้อยไปอาบน้ำ ดูเด็กน้อยแต่งตัว คุณเด็กน้อยกินข้าว แล้วก็เดินไปส่งขึ้นรถ กลับมาแม่ก็มาเดินอยู่หน้าบ้านนี่ละ แล้วก็ถึงจะอาบน้ำ กินข้าวเช้า...ทำกับข้าวมือเที่ยง กินข้าวเที่ยงเสร็จ... ทำกับข้าวมือเย็น ไล่เด็กน้อยไปอาบน้ำ แม่ก็อาบน้ำ แล้วก็กินข้าวเย็น ไล่เด็กน้อยทำการบ้าน แล้วก็พาหลานเข้านอนละ...ทำเองหมดทุกอย่างทุกสิ่งนั่นละ ไม่เคยว่าจะได้ให้ใครมายุ่งยากด้วยหรอก”(DM17 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 186-190)

“ลูกจากที่นอนแม่ก็เก็บที่นอน ลูกขึ้นมาล้างหัวไว้ แม่ก็ไปล้างหน้า แปรงฟัน ข้าวสุกก็เอาข้าวใส่กล่องข้าว ก็ทำของกินด้วย...ทำกับข้าวเสร็จแล้วก็ถึงค่อยออกไปใส่บาตร ก็รอฟังเสียงพระท่านลั่นระฆัง... กินข้าวเที่ยงเสร็จก็นั่งเล่นอยู่หน้าบ้านตัวเองนี่ละ... พอใกล้จะเย็นก็ถึงเดินกลับมาบ้าน

มานิ่งข้าวลี...กินข้าวเสร็จแม่ก็ถึงไปอาบน้ำ ห่มข้าวแล้วก็เข้านอน...ก็ทำเองนี่แหละ หากแม่ไม่ทำเองจะให้ใครมาทำให้ล่ะ แม่ก็ทำด้วยตัวเอง ก็ทำได้อยู่”(DM21 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 153-163)

#### 4.2 ทำการทำงานได้เหมือนเดิม

แม้ชีวิตจะล่วงเลยเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วและเป็นโรคเบาหวาน แต่ผู้สูงอายุยังคงการทำงานได้เหมือนเดิม กล่าวคือ ยังทำงานตามอาชีพเดิม ทำนาในฤดูทำนาและเก็บเกี่ยวพืชผลตามฤดูกาล รวมทั้งทำไร่ ปลูกผัก ได้ตามอาชีพทางเกษตรกรรมได้ นับเป็นความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุต่อไปนี้

“...งานที่ทุ่งนาก็ถึงเป็นตา (ชื่อคน) ไปดูแล อยู่บ้านแม่ก็แม่ละเป็นผู้ดูแล...รู้สึกภูมิใจในตัวเองอยู่ที่ไม่ได้ไปยุ่งยากใคร...มันก็การทำงานได้ ชีวิตมันก็ดีอยู่นั้นแหละนะ”(DM1 สัมภาษณ์ครั้งที่3: 203-206)

“ทำเองหมดนี่แหละหลาน งานบ้านงานเนาะ หากเป็นงานไร่งานนาก็เป็น...(ชื่อคน)ละเป็นคนทำ แม่เป็นคนอยู่บ้าน แต่ถ้าตอนทำนาก็ไปช่วยกันทำเหมือนเดิมนั้นละ...ก็ต้องช่วยกันสิหลาน คนหนึ่งก็ไปนา คนหนึ่งก็อยู่บ้าน...แม่ก็ดีใจอยู่ทำอะไรเองได้ทุกอย่างนั้นแหละ ดีใจภูมิใจในตัวเองนี่ละ...แม่อยู่เฉยๆไม่เป็นทรอกหลาน อย่าให้อยู่เฉยๆเลย”(DM3 สัมภาษณ์ครั้งที่3: 113-116)

“...กับข้าวให้พ่อใหญ่ทำแกก็ทำไม่เป็นทรอก แม่นี้ละเป็นผู้ทำ ก็มีแต่รดผัก ปลูกผักนี่ละได้ช่วยกันทำ...มันก็ดีแหละที่ยังทำได้อยู่ ทำก็ได้กินเนาะ ไม่ทำก็ไม่ได้กินนี่แหละ”(DM6 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 212-216)

“...ก็ภูมิใจตัวเองอยู่นะที่ทำอะไรเองได้นี้เนาะ หากไปเป็นภาระลูกหลานเขาก็จะลำบาก ลูกเขาก็มีเนาะ ทำอะไรได้แม่ก็ทำเองหมดทุกอย่างละ ไม่ได้ให้ใครมายุ่งยากด้วยทรอก ลูกเขาก็ไม่ยอมให้ทำทรอก แต่มันก็อดไม่ได้ คนมันเคยทำงานเนาะ”(DM8 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 170-173)

“...ก็ดีใจดีใจอยู่หลาน เราทำเองได้เนาะ ก็อย่างว่าลูกหลานมันจะพึ่งพาได้ไหม มันก็ยังพากันเรียนอยู่ หากเรียนจบแล้วก็ไม่ว่ามันจะอยู่ด้วยหรือเปล่า หรือจะหนีไปเอาลูกเอาเมียหมดก็ไม่รู้...ชีวิตยัยนี้ทรอกหลานก็ดีอยู่การทำงานได้ ทำอะไรเองได้ทุกอย่างเนาะยิ่งกลัวแต่ทำไม่ได้นี่ละ ทำเองได้มันดีหมดละหลาน”(DM14 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 226-229)

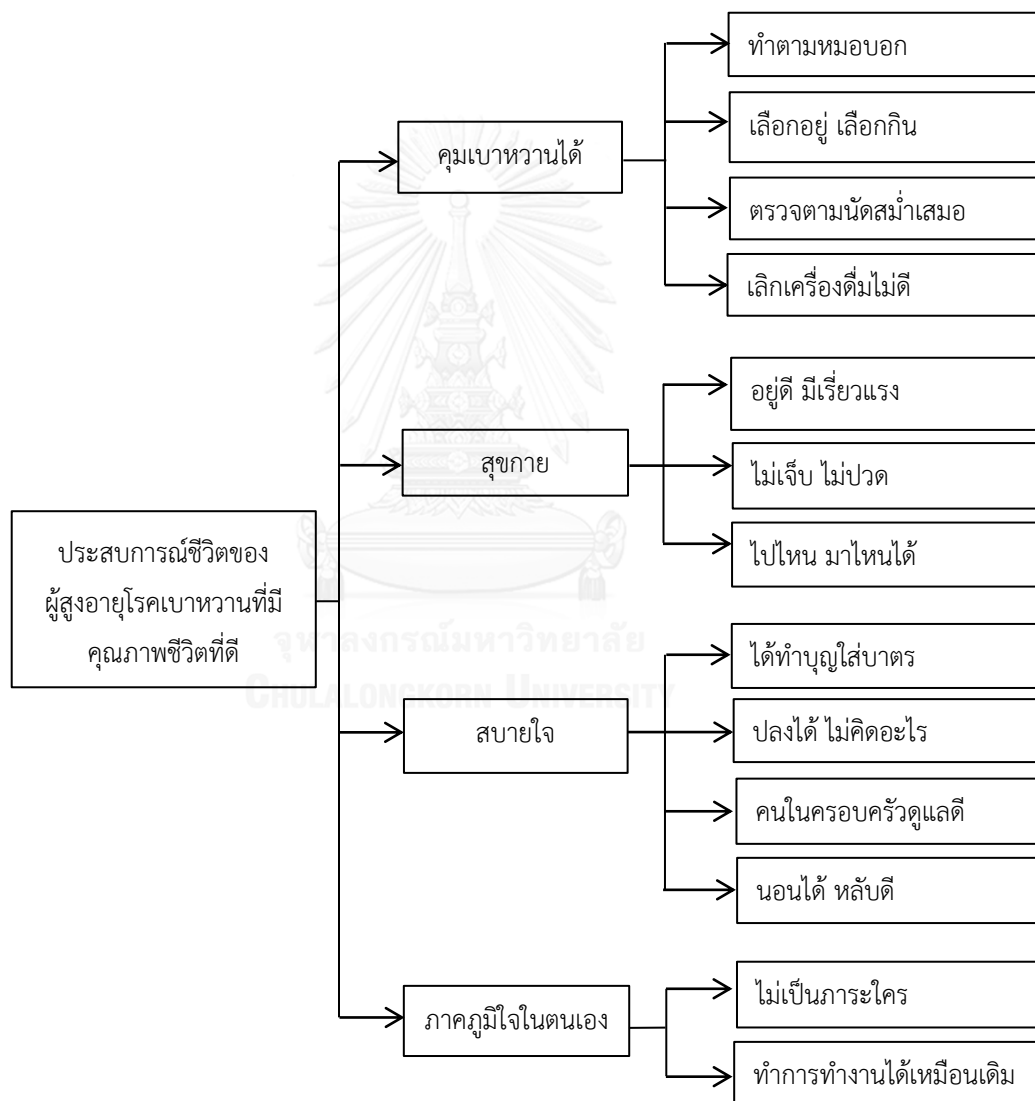
“...บางครั้งแม่ก็เอาเสื้อผ้าของลูกของหลานมาซักให้ด้วย...รู้สึกดีอยู่หมอ ทำได้เองเนาะ ไม่ได้ไปยุ่งยากอะไรใครเนาะ ลูกเขาก็ยังทำงาน เราทำได้อยู่มันก็ดีแล้วละหมอ...ดีกว่าให้แม่อยู่เฉยๆ ก็อยู่ไม่เป็นทรอก คนเคยการทำงานเนาะ”(DM15 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 219-224)

“...การงานอะไรก็ทำเองนั้นละ...มันก็ไม่ว่าช่วยทำทรอกหลาน ผลัดกันทำ อย่างทำกับข้าวแบบนี้ ซักผ้าล้างจานก็งานผู้หญิงเนาะ พ่อก็ไม่เคยทำก็ไม่ได้ทำละเนาะ...มันก็รู้สึกดีใจใน

ตัวเองอยู่นี่ละหลาน พ่อแก่แล้วนะ ทำเองได้ก็ดีละ...ทำการทำงานมันก็ได้ออกเหงื่อออกแรงนะหลาน...”(DM20 สัมภาษณ์ครั้งที่1: 175-181)

จากการศึกษาครั้งนี้สามารถสรุปประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ดังต่อไปนี้

### แผนภาพที่ 1 สรุปประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้วิธีการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามเกณฑ์คุณสมบัติ คือ มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นโรคเบาหวาน มีถิ่นอาศัยอยู่ในตำบลบ้านแทน อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่นมากกว่า 1 ปี มีคะแนนคุณภาพชีวิตตั้งแต่ 63 คะแนนขึ้นไป จากเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวาน Diabetes Quality of Life Brief (DQOL-Brief) ของ Burroughs et al. (2004) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยดารานี ศรีทองสุขและคณะ (2550) จำนวน 21 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

#### สรุปผลการวิจัย

ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ คุมเบาหวานได้ สุขกายสบายใจ และภาคภูมิใจในตัวเอง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ประเด็นที่ 1 คุมเบาหวานได้** เป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินน้ำตาลจากการเจาะปลายนิ้วมือเป็นระยะเมื่อเข้ารับการตรวจตามนัดและได้รับการบอกจากหมอบุคลากรด้านสุขภาพว่า น้ำตาลในเลือดดีหรือเป็นปกติ ผู้สูงอายุไม่ได้บอกเล่าถึงค่าระดับน้ำตาลที่เป็นปกติหรือเกณฑ์การประเมิน ผู้สูงอายุเชื่อว่าการที่ผลการประเมินน้ำตาลอยู่ในระดับดีนั้นหมายถึงตนเองควบคุมเบาหวานได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะหมอได้ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรกิน การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ให้เลิกเครื่องดื่มรสหวานหรือแอลกอฮอล์ ให้มีการออกกำลังกาย ซึ่งผู้สูงอายุได้ปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว รวมทั้งได้ปรับการดำเนินชีวิตทั้งในบ้านและการใช้ชีวิตในวิถีของชุมชนโดยการเลือกอยู่ เลือกกิน ทั้งอาหารและเครื่องดื่มให้เหมาะสมประกอบกับตนเองไปพบหมอตามนัดสม่ำเสมอจึงมีความมั่นใจว่าสามารถคุมเบาหวานได้ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

**ประเด็นที่ 2 สุขกาย** เป็นการประเมินตนเองว่าปัจจุบันตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรง อยู่ดีมีเรี่ยวแรงดี ไม่มีการเจ็บป่วยจนต้องล้มหมอนนอนเสื่อเหมือนกับในอดีตก่อนการรักษาโรคเบาหวาน ทั้งยังไม่มีอาการเจ็บปวดตามร่างกายทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติในชุมชนและสามารถมีกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการของตนเองได้ สามารถไปไหนมาไหนได้ตามความต้องการด้วยตนเอง ทั้งการไปทำงาน การไปพบปะกับเพื่อนบ้านเพื่อพูดคุยหรือมีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน เช่น

กิจกรรมทางศาสนา การออกไปนอกบ้านเก็บผักตามรั้วหรือไร่นาสวน ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงสรุปว่า ปัจจุบันผู้สูงอายุมีความสุขกาย มีเรี่ยวมีแรงดี ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการเจ็บปวดตามร่างกาย สามารถไปไหนมาไหนได้ตามที่ต้องการ สุขกายจึงเป็นตัวชี้วัดว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี

**ประเด็นที่ 3 สบายใจ** เป็นการที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตที่ดีเกิดจากการได้รับการตอบสนองความต้องการส่วนตัวในการได้ทำบุญใส่บาตรที่เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติมาอย่างต่อเนื่องสืบทอดจากรุ่นสู่รุ่น ผู้สูงอายุเชื่อว่าการได้ทำบุญใส่บาตรเป็นการเพิ่มพลังให้กับจิตใจของตนเองทำให้เกิดความสงบสุขในจิตใจ มีความสบายใจที่ได้ตอบแทนบุญคุณของบรรพบุรุษที่ล่วงลับ และเชื่อว่าจะทำให้ชีวิตของตนเองและครอบครัวมีความสุขจากผลบุญที่ได้ทำ และแม้จะเป็นโรคเบาหวานก็สามารถปล่อยวางได้ ไม่คิดมาก สามารถพักผ่อนนอนหลับได้อย่างดีมีคุณภาพ รู้สึกสดชื่นเมื่อตื่นนอน กระปรี้กระเปร่า ทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในเรื่องต่างๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัว รู้สึกอบอุ่นในใจที่ไม่ได้อยู่เพียงลำพัง ความสบายใจในวิถีทางและความคิดดังต่อไปนี้ คือ ได้ทำบุญใส่บาตร ปล่อยได้ไม่คิดอะไร คนในครอบครัวดูแลดี และนอนหลับสบาย จึงเป็นคำอธิบายถึงการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดี

**ประเด็นที่ 4 ภาควิถีชีวิตในตัวเอง** เป็นความรู้สึกของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีต่อตนเอง เพราะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาใคร ไม่เป็นภาระของสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ตื่นนอนจนกระทั่งเข้านอน อีกทั้งผู้สูงอายุยังสามารถทำงานได้เป็นปกติเหมือนเดิมตามวิถีชีวิตของชุมชนที่เป็นวิถีเกษตรกรรม แต่ได้มีการปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมกับพลังกำลังของตนเอง ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความภาคภูมิใจในตนเองที่ไม่ต้องเป็นภาระแก่ใครและยังสามารถทำงานได้เหมือนเดิม

## อภิปรายผลการวิจัย

### ประเด็นที่ 1 คุณเบาหวานได้

ผู้สูงอายุเชื่อว่าการที่ตนเองสามารถคุมเบาหวานได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีในปัจจุบันมาจากการได้รับทราบผลของน้ำตาลที่เจาะปลายนิ้วมือจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพว่า “ปกติ” แม้ผู้สูงอายุจะไม่ทราบค่าปกติที่มาตราฐานกำหนดก็ตาม แต่ก็เชื่อว่าการที่ตนเองคุมนั้นเกิดจากการที่ตัวเองได้ทำตามหมอบอก การเลือกอยู่เลือกกินในชีวิตประจำวัน และยังหมั่นติดตามการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ



เมื่อพิจารณาการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่า การทำตามหมอบอก การเลือก อยู่เลือกกิน หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ไม่ดีและการตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอที่ทำให้ผู้สูงอายุเชื่อว่า สามารถควบคุมเบาหวานได้ เพราะหมอบอกเป็นผู้ที่ให้การดูแลรักษาตั้งแต่เริ่มเป็นโรคเบาหวานจนกระทั่ง ถึงปัจจุบันจึงมีความเชื่อถือหมอบอกว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ การที่หมอบอกได้บอกได้แนะนำนั้นเพื่อให้สามารถ ควบคุมเบาหวานได้ เมื่อตนเองต้องการควบคุมเบาหวานให้ได้จึงนำคำแนะนำของหมอมามาปฏิบัติให้ สอดคล้องไปกับการดำรงชีวิตปกติในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ ซึ่งผู้สูงอายุบางรายสามารถปรับได้ทันทีและ บางรายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบค่อยเป็นค่อยไปที่ในที่สุดก็สามารถปรับเปลี่ยนได้ทั้งหมดใน ปัจจุบัน โดยการเลือกกินให้สอดคล้องไปกับวิถีท้องถิ่น เพราะผู้สูงอายุยังคงมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว หรือบุคคลอื่นในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เช่น การไปร่วมงานเลี้ยงหรืองานพิธีกรรมทางศาสนาในชุมชนที่ จะมีการจัดเลี้ยงอาหารแขกที่มาร่วมงานที่อาหารส่วนใหญ่ที่จัดเลี้ยงจะมีไขมันสัตว์สูง มีรสชาติ ค่อนข้างเค็ม และมีของหวานอยู่ด้วยเสมอ ผู้สูงอายุจึงต้องเลือกกินให้เหมาะสมด้วยการพิจารณา อาหารต่างๆ ว่าสามารถกินได้หรือไม่หรือได้มากน้อยเพียงใด ชัดกับคำแนะนำของหมอหรือไม่ หาก กินไม่ได้ต้องกลับไปกินข้าวที่บ้านเพราะสามารถกำหนดอาหารได้ตามที่ตนเองต้องการ ทั้งนี้ นอกจาก เรื่องอาหารแล้ว เครื่องดื่มในงานต่างๆ หรือแม้แต่ที่มีขายในชุมชนผู้สูงอายุก็เลือกที่จะหลีกเลี่ยงเพราะ เชื่อว่าเป็นเครื่องดื่มที่ไม่ดีตามที่หมอบอกได้บอก เช่น เหล้าขาว เบียร์ น้ำอัดลม น้ำหวาน เป็นต้น ประกอบกับการไปตรวจตามนัดสม่ำเสมอที่หมอบอกได้เน้นย้ำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการควบคุมเบาหวาน ดังนั้น การทำตามหมอบอก เลือกอยู่เลือกกิน เลิกเครื่องดื่มที่ไม่ดี และไปตรวจตามนัด สม่ำเสมอจึงเป็นสิ่งผู้สูงอายุเชื่อว่าทำให้ตนเองควบคุมเบาหวานได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เมื่อผู้สูงอายุสามารถคุมเบาหวานได้จึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากโดยปกติการรักษา โรคเบาหวานบุคลากรด้านสุขภาพและผู้สูงอายุจะตั้งเป้าหมายในการรักษาร่วมกันที่จะให้สามารถ ควบคุมโรคเบาหวานหรือระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติหรือใกล้เคียงกับปกติเพื่อการมีคุณภาพชีวิต ที่ดีของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุต้องนำคำแนะนำของบุคลากรด้านสุขภาพไปใช้ในการปรับเปลี่ยนการ ดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับการควบคุมเบาหวาน (Mauk, 2014; Tabloski, 2014) ซึ่งคำแนะนำที่ บุคลากรด้านสุขภาพได้แนะนำแก่ผู้สูงอายุในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมเบาหวานส่วนใหญ่มีความ คล้ายคลึงกันแต่ปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมไปตามแต่ละบุคคล ทั้งการบริโภคอาหารเครื่องดื่มที่ เหมาะสม การออกกำลังกาย การช้ยาเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน เป็นต้น ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุนำ คำแนะนำเหล่านี้มาปฏิบัติอย่างเคร่งครัดจึงทำให้สามารถควบคุมเบาหวานได้ (Eckman, 2011; Burggraf, Kim and Knight, 2014) บุคลากรทางด้านสุขภาพจึงต้องแนะนำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคที่เหมาะสมกับการที่ตนเองเป็นโรคเบาหวานและการควบคุม โรคเบาหวาน (Lange, 2014) เพราะการควบคุมการบริโภคอาหารจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถ ควบคุมเบาหวานได้ แต่การที่ผู้สูงอายุจะยินยอมในการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางด้าน

สุขภาพนั้นต้องแนะนำให้สอดคล้องไปกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุด้วยเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามได้ง่าย ด้วยการงดอาหารที่มีรสชาติหวาน มีความมัน หรือรสชาติเค็มเกินไป และเพิ่มการบริโภคอาหารที่มีกากใยจากผักเพิ่มขึ้น (Bernstein and Luggen, 2010; Miller, 2012) อีกทั้งต้องหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีรสหวานน้ำตาลสูงเพราะจะทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เครื่องดื่มอีกประเภทนอกจากเครื่องดื่มที่มีรสหวานแล้วผู้สูงอายุต้องหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ด้วยเพราะจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการควบคุมเบาหวานของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเมื่อผู้สูงอายุต้องไปร่วมงานที่มีการจัดเลี้ยงอาหารที่จำเป็นต้องเลือกอาหารที่สามารถกินได้และการประเมินปริมาณสัดส่วนของอาหารให้เหมาะสมต่อการควบคุมโรคเบาหวาน โดยการพยายามปฏิเสธอาหารที่ตนเองต้องหลีกเลี่ยง (ณิชชยา วุฒิชญาพัทธ์, 2555; วิไล อ่อนศิลา, 2555; ศัลยา คงสมบูรณ์, 2555) ซึ่งการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุนั้นจะได้รับตั้งแต่ครั้งแรกของการวินิจฉัยโรคเบาหวานและตลอดช่วงเวลาการรักษาในทุกครั้งที่มีการนัดติดตามการรักษา (สมลักษณ์ จึงสมาน, 2558) การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานไปตรวจตามนัดจึงมีความสำคัญต่อการควบคุมโรคเบาหวาน เพราะบุคลากรด้านสุขภาพจะช่วยตรวจสอบความสามารถในการควบคุมโรคเบาหวานรวมทั้งการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุอยู่เสมอ (Tabloski, 2014; Touhy and Jett, 2014) สอดคล้องกับคำบอกเล่าของผู้สูงอายุที่เชื่อว่าการที่ตนเองไปตรวจตามนัดทุกครั้งและได้รับคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพแล้วตนเองได้นำมาปฏิบัติอย่างเคร่งครัดทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่เป็นการทำตามที่หมอได้บอกได้แนะนำทำให้ผู้สูงอายุสามารถคุมเบาหวานที่ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การที่ผู้สูงอายุสามารถควบคุมเบาหวานได้ผ่านการทำตามหมอบอก เลือกกินให้เหมาะสมโดยที่ยังอาศัยอยู่ในชุมชนเดิม หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีรสหวานหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยังคงการไปตรวจตามนัดอยู่เสมอจึงทำให้ผู้สูงอายุเบาหวานสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังการศึกษาของจำรัส ภูริภูมิ (2551) พบว่า การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคเบาหวานที่ดีมาจากการได้รับคำแนะนำจากหมอ ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษาของ Raaijmakers et al. (2014) พบว่า การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมเบาหวานได้ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี หมายความว่าหากผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมเบาหวานได้ดีจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามไปด้วย และการศึกษาของ Hajos et al. (2012) พบว่า การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมเบาหวานได้ดีส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย

## ประเด็นที่ 2 สุขกาย

การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง ไม่มีการเจ็บป่วยจนต้องล้มหมอนนอนเสื่อเหมือนกับในอดีตที่มีสาเหตุมาจากการเป็นโรคเบาหวาน เป็นการอยู่ดีมีเรี่ยวแรง อีกทั้งไม่มีอาการเจ็บปวดตามร่างกายสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติในชุมชน สามารถไปไหนมาไหนได้ ได้มีกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการของตนเอง ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงเชื่อว่าการที่ตนเองมีเรี่ยวมีแรงดี ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการเจ็บปวดตามร่างกาย สามารถไปไหนมาไหนได้ตามที่ต้องการทำให้ตนเองมีความสุขกายที่สามารถชีวิตถึงการมีคุณภาพชีวิตของตนเองได้

การสุขกายของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชนตามบริบทการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมาจากการอธิบายที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตดีมีเรี่ยวแรงโดยเปรียบเทียบกับเมื่อในอดีตที่ตนเองเคยมีประสบการณ์อาการผิดปกติจากโรคเบาหวานหรือเคยพบเห็นผู้ป่วยโรคเบาหวานรายอื่น คือ มีอาการปัสสาวะบ่อย เหนื่อยอ่อนเพลีย มีแผลที่เท้า ปวดขา เป็นต้น แต่ในปัจจุบันไม่ได้มีอาการเหล่านั้นหรือไม่เคยมีอาการเหล่านั้นเลยตั้งแต่เป็นโรคเบาหวาน ไม่มีอาการเจ็บปวดตามร่างกายแต่อย่างใด เพราะได้มีการปรับกิจกรรมต่างๆ ให้เหมาะสมกับวัยและกำลังของตนเองจึงทำให้ไม่ได้มีอาการเจ็บปวดเหมือนอย่างในอดีตที่เคยทำงานหนัก ทำให้ผู้สูงอายุยังคงสามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติในชุมชน การเจ็บปวดในอดีตเกิดจากการที่ผู้สูงอายุต้องใช้แรงงานในภาคเกษตรกรรมตั้งแต่อายุ 9-10 ปี หรืออย่างน้อย 50 ปี เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ เป็นการทำนาข้าวที่ต้องก้มตัว เดินไปมาบนผืนนาตั้งแต่เริ่มต้นไถนาหว่านกล้าต้นข้าวจนกระทั่งฤดูเก็บเกี่ยวใช้ระยะเวลา 7-8 เดือนที่ต้องเผชิญกับอาการปวดหลัง แขน ขา เดือน ที่จะต้องเผชิญกับอาการเจ็บปวด แต่เมื่อปัจจุบันได้มีการปรับการทำงานที่เหมาะสมกับตนเองจึงไม่มีอาการเจ็บปวดตามร่างกายอีก สามารถไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเองตามที่ปรารถนาต้องการ ทั้งการไปเพื่อมีปฏิสัมพันธ์กับเครือญาติ เพื่อนบ้านหรือผู้อื่นในชุมชนที่มีการติดต่อไปมาสู่กันอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนการไปร่วมกิจกรรมทางศาสนา ไปร่วมงานเลี้ยงงานทำบุญต่างๆ ในหมู่บ้านหรือตำบลที่ตนเองได้รับเชิญให้ไป การไปไร่ นา สวนเพื่อสำรวจพืชที่ปลูกไว้หรือแม้แต่การไปเลี้ยงสัตว์ ที่เป็นการทำได้ด้วยตนเองทั้งหมด ดังนั้น การอยู่ดีมีเรี่ยวแรงที่บ่งบอกถึงสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง การไม่เจ็บไม่ปวดตามร่างกาย และการที่ยังคงไปไหนมาไหนได้จึงสะท้อนการมีความสุขกายที่ทำให้ผู้สูงอายุเชื่อว่าตนเองนั้นมีชีวิตที่ดีสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ในปัจจุบัน

สุขกายในผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดีจากการไม่มีอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ไม่มีอาการผิดปกติหรือปัญหาที่เกิดจากการเป็นโรคเบาหวาน คือ ไม่มีอาการเหนื่อยอ่อนแรง ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่ต้องเผชิญกับอาการเจ็บปวด ยังอยู่ดีมีเรี่ยวแรงทำให้เป็นอิสระในการดำเนินชีวิตที่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเอง หากผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายเกิดขึ้นจะส่งผลต่อการรับรู้ถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ คือ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านสังคมที่เกิดจากการเจ็บป่วยและไม่สามารถแสดง

บทบาทหน้าที่ของตนเองได้จากการมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวทำให้เกิดความลำบากในการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง (Polonsky, 2000; Ferrell et al., 1995; Cress, 2017) ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองยังมีเรียวมีแรงดี ไม่มีอาการเจ็บปวดตามที่ต่างๆ ของร่างกายทำให้สามารถพาตนเองไปยังที่ต่างๆ ได้ด้วยตนเองที่ทำให้ผู้สูงอายุเชื่อว่าทำให้ตนเองนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดีทางด้านร่างกายที่เชื่อมโยงกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีทางด้านจิตใจและด้านสังคม (WHO, 1996) เพราะการที่ผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานทำให้มีโอกาสเกิดอาการเจ็บปวดตามร่างกายได้ง่าย แต่เมื่อไม่มีอาการเจ็บปวดเกิดขึ้นจึงรับรู้ได้ว่าตนเองนั้นมีร่างกายที่ดี มีความสุขกายตลอดจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (Touhy and Jett, 2014; Eliopoulos, 2014) การมีความสุขกายของผู้สูงอายุโรคเบาหวานเป็นส่วนหนึ่งของเสาหลักภาวะพดุมพลัง (Active aging) ที่ต้องการให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายที่ดี แม้จะเป็นโรคเบาหวานแต่ก็ยังคงการมีร่างกายที่แข็งแรง ไม่เกิดการเจ็บป่วยหรืออาการเจ็บปวดทางด้านร่างกายขึ้น สามารถไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเองรวมถึงการมีกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองที่ส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (WHO, 2002) เมื่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองยังมีร่างกายที่แข็งแรงมีเรียวมีแรงดีอยู่ ไม่มีอาการเจ็บปวดใดๆ ที่มีผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกายมีผลต่อการไปไหนมาไหนได้ด้วยตนเองตามที่ต้องการทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานเชื่อว่าคุณภาพชีวิตของตนเองดี

การที่ผู้สูงอายุอยู่ดีมีเรียวมีแรงดี ไม่มีอาการเจ็บปวดตามร่างกายในปัจจุบัน และยังคงสามารถไปไหนมาไหนตามที่ต้องการได้จึงมีมุมมองว่าตนเองนั้นมีความสุขกายที่สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังการศึกษาของ มนตรี เกิดมูล (2558) พบว่า การที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายจากการเป็นโรคเบาหวานส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตของตนเองและรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตหรือคุณภาพชีวิตที่ดี ในทางที่ตรงกันข้าม การศึกษาของ Shamshirgaran et al. (2014) พบว่า หากผู้ป่วยโรคเบาหวานมีปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกายที่รับรู้ว่าคุณภาพร่างกายไม่แข็งแรงไม่มีความสุขทางกายเกิดขึ้นจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลง การศึกษาของ O'Reilly et al. (2011) พบว่า หากผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับผลกระทบทางด้านร่างกายจากการเป็นโรคเบาหวานที่มีผลต่อการรับรู้ความไม่มีความสุขทางกายจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง และการศึกษาของ Fujita et al. (2012) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีผลกระทบทางด้านสุขภาพร่างกายจะส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง

### ประเด็นที่ 3 สบายใจ

การที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการส่วนตัวในการได้ทำบุญใส่บาตรที่เคยปฏิบัติสืบทอดกันมาอย่างต่อเนื่อง เป็นการเพิ่มพลังให้กับจิตใจทำให้จิตใจเกิดความสงบสุข สามารถปล่อยวางความคิดต่อเรื่องที่กังวล สามารถพักผ่อนนอนหลับได้อย่างดีมีคุณภาพ ทั้งยังได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวได้รับการเอาใจใส่จึงรู้สึกอบอุ่นในใจ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงเชื่อว่าการที่ตนเองได้

ทำบุญใส่บาตร การไม่มีความวิตกกังวลสามารถปล่อยวางความคิดในเรื่องต่างๆ ได้ นอนหลับได้ดี มีคนในครอบครัวคอยสนับสนุนเอาใจใส่ทำให้ตนเองนั้นเกิดความสบายใจจึงสามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ในปัจจุบัน

ในวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ความสบายใจสะท้อนผ่านการได้ทำบุญใส่บาตร เพราะเป็นวิถีชีวิตของผู้สูงอายุตามหลักความเชื่อในพระพุทธศาสนาที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต สังเกตได้จากแต่ละหมู่บ้านที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่จะมีวัดอย่างน้อยหนึ่งแห่ง ทุกเช้าในเวลา 6 นาฬิกาเมื่อเสียงระฆังดังไกลมาจากวัด ภาพที่ปรากฏอยู่เป็นประจำทุกวัน คือ ผู้สูงอายุเดินออกมาจากบ้านพร้อมกับกะติบข้าวเหนียวเพื่อใส่บาตรพระสงฆ์ที่เดินผ่านถนนภายในหมู่บ้าน แสดงถึงความความผูกพันแน่นแฟ้นระหว่างผู้สูงอายุกับศาสนาที่สืบทอดจากรุ่นสู่รุ่นจากความเชื่อของผู้สูงอายุและคนในชุมชนที่ว่าจะทำให้ตนเองและครอบครัวได้รับผลบุญ มีความสงบสุข คนในครอบครัวที่เสียชีวิตไปแล้วจะได้รับผลบุญที่ตนเองทำบุญส่งไปให้อีกด้วยจึงเกิดความสบายใจขึ้น สามารถปล่อยวางความคิดในเรื่องที่มีความกังวลได้ ซึ่งความกังวลจะไม่ใช่มาจากการเป็นโรคเบาหวานแต่เป็นความกังวลว่าตนเองอาจจะต้องอยู่คนเดียวเพียงลำพัง เพราะการเป็นโรคเบาหวานไม่ได้มีอาการผิดปกติที่ต้องกังวลแต่อย่างใดในปัจจุบัน ความคิดและความกังวลจึงถูกปล่อยวางได้เพราะผู้สูงอายุยังมีคู่ครองหรือลูกหลานอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน อีกทั้งตัวผู้สูงอายุยังมีมุมมองต่อการเป็นความสูงอายุที่ไม่ต้องการยึดติดกับสิ่งใดแล้ว พอใจกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ในตอนนี้จึงไม่จำเป็นต้องคิดมากหรือกังวลอีกและการที่มีคนในครอบครัวอาศัยอยู่ด้วยทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการได้รับการเอาใจใส่จากคนในครอบครัวทั้งที่เป็นคู่ครองหรือลูกหลานที่มีความเข้าใจในการที่ผู้สูงอายุต้องดูแลรักษาโรคเบาหวาน และการโทรศัพท์มาถามไถ่อยู่เสมอจากลูกหลานไปทำงานในที่ห่างไกล ผู้สูงอายุจึงเกิดความอุ่นใจมีความสบายใจ สามารถพักผ่อนนอนหลับได้ดีประกอบกับบริบทของชุมชนที่เมื่อตะวันตกดินความมืดมิดจะเข้ามาเยือนพร้อมกับความเงียบสงบที่ส่งเสริมการพักผ่อนนอนหลับของผู้สูงอายุ จึงสามารถนอนหลับพักผ่อนได้ดีเพียงพอ สามารถเริ่มต้นวันใหม่ได้อย่างสดชื่นเมื่อตื่นนอน ดังนั้น การได้ทำบุญใส่บาตร การปล่อยวางความคิดปลงได้กับทุกเรื่อง การได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีจากคนในครอบครัว และได้พักผ่อนที่เพียงพอจึงทำให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีความสบายใจและเชื่อว่าทำให้ในปัจจุบันตนเองนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มาจากความสบายใจ เป็นความเชื่อมโยงผสมผสานกันท่ามกลางการมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพราะได้รับการตอบสนองความต้องการในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาและสามารถรักษาการเชื่อมต่อทางจิตวิญญาณผ่านกิจกรรมทางศาสนาได้อย่างต่อเนื่อง เช่น การทำบุญใส่บาตร เป็นต้น อีกทั้งยังมีความเชื่อต่อเรื่องต่างๆ ในทางที่ดีทำให้สามารถควบคุมความคิดไม่ให้เกิดความวิตกกังวลหรือความรู้สึกเศร้า สามารถปล่อยวางเรื่องต่างๆ ได้ จึงพักผ่อนนอนหลับได้ดีเพียงพอ ร่วมกับมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างคนในครอบครัว ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับเอาใจใส่จากครอบครัว (Cress, 2017, Ferrell et al.,

1995, WHO, 1996) สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่สำคัญต่อการมีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน เพราะผู้สูงอายุรับรู้ได้ว่าตนเองนั้นมีความสบายใจ ไม่ได้รับผลกระทบทางด้านอารมณ์จากการที่ตนเองเป็นโรคเบาหวาน มีกำลังใจที่ดีในการรักษาโรคเบาหวานเพราะยังคงสัมพันธ์ภาพกับคนในครอบครัว ผ่านการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว (Polonsky, 2000) ความสบายใจที่มาจากการได้ทำบุญใส่บาตรเป็นการที่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาเป็นกระทำอยู่เป็นประจำเป็นปกติเป็นวิถีชีวิตที่ดำเนินมาต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน เพราะเชื่อว่าจะทำให้มีความสุขและความสงบภายในใจของผู้สูงอายุ (Wold, 2012; McDonnell, 2013) ผู้สูงอายุจึงใช้ศาสนาเป็นแนวในการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน (Singh, 2016) ความสบายใจยังเกิดมาจากการที่ผู้สูงอายุสามารถปล่อยวางได้ ไม่มีความวิตกกังวลต่อเรื่องใดๆ ไม่เป็นทุกข์ใจเพราะปลงได้ (พระไพศาล วิสาโล, 2554) เพราะการแก้ไขความวิตกกังวลหรือแม้กระทั่งความเครียดที่ดี คือ การปล่อยวางกับเรื่องๆ นั้นให้ได้ (ณิชชยา ฐิติชญาพัทธ์, 2555) ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนความคิดของตนเองในการมองสิ่งรอบตัวด้วยทัศนคติที่เป็นบวก โดยการพยายามสลัดความคิดในทางลบออกไป ปลงกับเรื่องที่กังวลให้ได้ (ประสาร เปรมระสกุล, 2550) จึงจะสามารถมีความสุขสบายใจได้ ซึ่งครอบครัวก็มีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับกับเรื่องต่างๆ ได้ เพราะได้รับการเสริมกำลังใจที่ดีจากคนในครอบครัวผู้ใกล้ชิด เป็นการมีผู้รับทุกข์ที่ทำให้รู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจเกิดความสุข (อุไรวรรณ ดวงสินธนากุล และมณฑา ททรัพย์พาณิชย์, 2555; นงนุช โอบะ, 2555) ดังนั้น ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขสบายใจ และมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุไปในทิศทางที่เหมาะสม (วีระศักดิ์ สรินนภากร, 2557) เมื่อเกิดความสุขสบายใจจึงทำให้สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ดี เพราะหากไม่สามารถนอนหลับได้ดีเพียงพอจะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เมื่อนอนหลับได้ดีจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่าในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน (Mauk, 2014; Wold, 2012) ผู้สูงอายุจึงเชื่อว่าที่ตนเองได้ทำบุญใส่บาตร สามารถปลงความคิด ปล่อยวางเรื่องต่างๆ ได้ โดยมีครอบครัวคอยสนับสนุนเอาใจใส่ จนสามารถพักผ่อนนอนหลับได้ดีเกี่ยวข้องกับความสุขสบายใจที่มีผลต่อการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตที่ดี

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานจากการมีความสุขสบายใจ เพราะหากไม่มีความสุขสบายใจจะไม่สามารถมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Papelbaum et al. (2010) พบว่า การที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความไม่สบายใจ วิตกกังวลทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การศึกษาของ Raaijmakers et al. (2014) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความวิตกกังวลมากจะมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง การศึกษาของ O'Reilly et al. (2011) พบว่า หากผู้ป่วยโรคเบาหวานไม่สามารถปรับตัวได้มีปัญหาคความวิตกกังวล ไม่สบายใจจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง และการศึกษาของ Lou et al. (2015) พบว่า สาเหตุของการนอนไม่หลับที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตลดลงของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สำคัญ คือ การมีความวิตกกังวล ที่เป็นตัวแทนของความ “ไม่สบายใจ”

#### ประเด็นที่ 4 ภาคภูมิใจในตัวเอง

การที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาใคร ไม่เป็นภาระของคนในครอบครัว และสามารถทำงานได้เป็นปกติเหมือนเดิมตามวิถีชีวิตของชุมชนเกษตรกรรมทำให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเองที่เชื่อว่าเป็นที่มาของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความภาคภูมิใจในตัวเองที่มาจากการไม่เป็นภาระใครและการที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานยังคงสามารถทำงานได้เหมือนเดิม อธิบายได้ด้วยการที่ผู้สูงอายุในชุมชนทุกคนปรารถนาที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองทุกอย่าง ทั้งกิจวัตรประจำวัน งานบ้านที่ตนเองต้องการจะทำ เมื่อได้ทำและทำได้จึงเกิดความภูมิใจในตนเองที่ยังคงความสามารถในการทำหน้าที่ของตนเองได้ แม้ว่าผู้สูงอายุจะต้องการให้มีลูกหลานมาพักอาศัยด้วยแต่ก็เป็นเพื่อความรู้สึกรอบอุ้มใจ ไม่ใช่เพราะต้องการจะพึ่งพาในการทำกิจวัตรประจำวันแต่อย่างใด ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุที่ว่า “เฮ็ดเองได้อยู่กะสิให้ไผ่มายกนำเฮ็ดหยั่ง” (ทำเองได้อยู่จะให้ใครมาลำบากกับตนเองทำไม) นอกจากกิจวัตรประจำวันแล้วยังมีงานบ้านที่เป็นทั้งกิจวัตรประจำวันและการทำงานที่ผู้สูงอายุผู้หญิงต้องการจะกระทำอยู่ เมื่อทำได้จึงทำให้เกิดความภูมิใจในตนเองที่ยังคงทำได้ และผู้สูงอายุผู้ชายทุกรายหรือผู้หญิงบางรายยังคงสามารถไถ่ นา สวน ทำนาข้าว ปลูกผัก หรือการเลี้ยงสัตว์ได้ ซึ่งเป็นงานในวิถีเกษตรกรรมที่ต่อเนื่องมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ที่ได้มีการปรับให้เหมาะสมกับพลังกำลังของตัวเองหรือที่ตนเองมีความเชี่ยวชาญ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังมีประโยชน์และมีคุณค่าต่อครอบครัว อีกทั้งการทำงานบางครั้งก่อให้เกิดรายได้ที่สามารถนำมาใช้จุนเจือครอบครัวได้อีกด้วย ดังนั้น การที่ยังคงสามารถทำงานได้ ไม่ต้องพึ่งพาใคร ไม่เป็นภาระใครจึงก่อให้เกิดความภาคภูมิใจที่ผู้สูงอายุเชื่อว่าทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความภาคภูมิใจในตัวเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานเชื่อมโยงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีผ่านการที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติและสามารถทำงานได้ (Polonsky, 2000) การประกอบอาชีพสำหรับผู้สูงอายุมีทั้งที่ยังคงทำงานเดิมอยู่หรือเป็นงานใหม่ที่เหมาะสมกับวัยของตนเอง (Cress, 2017; WHO, 1996) ในทางตรงกันข้ามการที่ผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานและมีการเจ็บป่วยที่ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองหรือทำงานไม่ได้ ผู้สูงอายุจะมีความภาคภูมิใจในชีวิตลดลง (Tabloski, 2014) การที่ผู้สูงอายุได้ทำงานไม่ว่าจะเป็นงานเพื่อการดำรงชีพหรือกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการเคารพยกย่องจากคนในครอบครัวหรือชุมชนที่ล้วนเป็นการเพิ่มความภาคภูมิใจให้แก่ผู้สูงอายุทั้งนั้น (ปรีชา อุปโยคิน, 2555) เมื่อสามารถกระทำได้ด้วยตนเองทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำงานจึงเป็นการได้รับการตอบสนองความต้องการความสำเร็จในชีวิต (Self-Actualization Needs) ตามแนวคิดของมาสโลว์ (Maslow, 1970) เพราะผู้สูงอายุแม้จะเป็นโรคเบาหวานแต่ก็ยังมีความต้องการที่ใช้ความสามารถ ทักษะ และศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ ผู้สูงอายุจึงแสวงหางานที่เหมาะสมกับความสามารถของตนเองทั้งงานที่เป็นกิจวัตรประจำวันและงานที่สร้างรายได้เพื่อให้ได้แสดงศักยภาพดังกล่าว ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

สามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ด้วยตัวเองและยังคงสามารถทำงานตามได้ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง เพราะผู้สูงอายุแม้จะเป็นโรคเบาหวานแต่ก็ยังมีความต้องการการทำงานตามปกติ (Lange, 2012) สอดคล้องกับทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) ที่อธิบายความต้องการการคงไว้ซึ่งกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเคยทำก่อนการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำงานเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุได้กระทำต่อเนื่องมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ เมื่อยังคงสามารถกระทำด้วยตนเองจึงเกิดความภาคภูมิใจและเชื่อว่าตนเองนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Touhy and Jett, 2014)

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่ผู้สูงอายุได้รับรู้ผ่านการมีความภาคภูมิใจในตนเองนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นิลาภา จิระรัตน์วราภรณ์ และชนิษฐา นันทบุตร (2557) ที่พบว่า ชีวิตที่มีคุณค่าของผู้สูงอายุมาจากการได้แสดงบทบาทการเป็นสมาชิกครอบครัวภายใต้บริบทของวิถีชีวิตชุมชนสังคมชนบทที่สถานที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ทั้งการได้ทำงานต่างๆ ที่ตนเองต้องการ การศึกษาของจิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์ และสุพัตรา บัวทิ (2556) พบว่า การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานอยู่ดีมีสุขหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีเพราะมีการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าจากการมีความภาคภูมิใจในตนเอง การศึกษาของการศึกษาของ ปิณณธร ชัชชวรัตน์ และสมานจิต ภิรมย์ริน (2558) พบว่า การดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุที่ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า คือ การที่รู้สึกมีประโยชน์ต่อครอบครัว ได้ทำงานที่เหมาะสมกับตนเอง การศึกษาของ Dunbar et al. (2015) พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยังคงสามารถทำงานได้ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และการศึกษาของ จำรัส ภูริภูมิ (2551) พบว่า การที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานยังคงทำงานอยู่ทำให้มีรายได้ในการดำรงชีวิตส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ในทางตรงกันข้าม การศึกษาของเฉลิมพล ทรัพย์อุไรรัตน์, อภิชาติ ใจอารีย์ และสันติ ศรีสวนแดง (2557) พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะขาดความภาคภูมิใจในตนเองและคุณภาพชีวิตที่ลดลง การศึกษาของ Zyoud et al. (2015) พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่ได้ทำงานจะมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้มีประเด็นหลักทั้งหมด 4 ประเด็น คือ คุมเบาหวานได้ สุขกาย สบายใจ ภาคภูมิใจในตัวเอง ที่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้สะท้อนออกมาผ่านมุมมอง ความเชื่อ และการปฏิบัติ ที่ผู้วิจัยได้ตีความว่าเป็นประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในแต่ละประเด็นหลักประกอบด้วยประเด็นย่อยที่อธิบายประเด็นหลักได้เป็นอย่างดี โดยประเด็นย่อย ทำตามหมอบอก เลือกรู้เลือกรักกิน ตรวจตามนัดสม่ำเสมอ เลิกเครื่องดื่มไม่ดื่ม อธิบายประเด็นหลักคุมเบาหวานได้ อยู่ดีมีเรี่ยวแรง ไม่เจ็บไม่ปวด ไปไหน มาไหนได้ อธิบายประเด็นหลักสุขกาย ได้ทำบุญใส่บาตร ปลงได้ไม่คิด



อะไร คนในครอบครัวดูแลดี นอนหลับได้ดี อธิบายประเด็นหลักสบายใจ และประเด็นหลักภาคภูมิใจ ในตัวเอง อธิบายด้วย ไม่เป็นภาระใคร ทำการ ทำงานได้เหมือนเดิม ดังนั้น เพื่อคงรักษาการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงควรที่จะควบคุมระดับน้ำตาลของตนเองให้ได้ใกล้เคียงกับค่าปกติ ด้วยการที่นำคำแนะนำของหมอมาปฏิบัติให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของตนเอง เรื่องของการรับประทานอาหารที่ต้องปรับให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิต เมื่อต้องไปร่วมงานที่ตนเองไม่สามารถกำหนด ส่วนประกอบและรสชาติของอาหารได้ควรที่จะหลีกเลี่ยงเมื่อพิจารณาแล้วว่าไม่สามารถรับประทานได้ เพราะหากรับประทานไปแล้วจะทำให้ระดับน้ำตาลของตนเองสูงมากกว่าปกติ หรือหากสามารถเดินทางกลับมายังบ้านพักของตนเองได้ทันกับเวลาของมื้ออาหารเช้า เพียง เย็นควรเดินทางมารับประทานที่บ้าน เนื่องจากอาหารที่จัดไว้เลี้ยงแขกที่มาร่วมงานส่วนใหญ่จะมีความมันจากมันสัตว์ มีรสค่อนข้างเค็ม และยังมีกรดไขมันอิ่มตัวประเภทแอลกอฮอล์ สุราขาวสีสีกีร์ เบียร์ น้ำอัดลม ที่จะทำให้มีผลต่อรับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มสูงขึ้นและมีผลต่อฤทธิ์ของยารักษาเบาหวานชนิดรับประทาน และเพื่อให้ควบคุมเบาหวานได้ต่อเนื่องควรไปพบหมอตามนัดสม่ำเสมอ ไม่ควรขาดนั้น เพื่อจะได้ให้หมอช่วยยืนยันความสามารถในการคุมเบาหวาน

ผู้สูงอายุโรคเบาหวานต้องตระหนักถึงกิจกรรมที่ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดตามร่างกายได้ เช่น การทำกิจกรรมที่ออกแรงใช้กำลังมาก หรือการอยู่ในท่าทางเดียวเป็นระยะเวลาานาน สังเกตตัวเองอยู่เสมอว่ามีอาการผิดปกติเหมือนในอดีตที่ตนเองเคยมีประสบการณ์หรือไม่ เช่น อาการปัสสาวะบ่อย เหนื่อย อ่อนแรง หรือมีแผล เพื่อคงการอยู่ดีมีเรี่ยวแรงสามารถไปไหนมาไหนได้เป็นปกติ ครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานทั้งการได้ทำกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอตามที่ต้องการ เป็นที่ปรึกษาที่ดีให้ผู้สูงอายุสามารถปล่อยวางเรื่องราวที่มารบกวนจิตใจ ให้ผู้สูงอายุสามารถนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเพื่อความภาคภูมิใจในตนเองและการให้ผู้สูงอายุได้ทำงานที่เหมาะสมกับกำลังของผู้สูงอายุ ที่หักโหมจนเกิดความเจ็บปวดหรือการบาดเจ็บขึ้นได้ เพื่อคงการมีคุณค่าในชีวิตของผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่งควรมีการสนับสนุนให้ครอบครัวของผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ ที่ต้องนำบริบททางวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตของชุมชนเข้ามาด้วย เช่น วัฒนธรรมการร่วมงานพิธีต่างๆ ที่มีการเลี้ยงอาหารแขกที่มาร่วมงาน ที่อาจจะต้องปรับให้มีความเหมาะสมสอดคล้องไปกับการดูแลรักษาโรคเบาหวานของผู้สูงอายุ

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข Health Data Center. (2558). *KPI เขต อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ปี 2558*. ได้ข้อมูลจาก [http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/format\\_1.php&cat\\_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=eeeab22e386d32e7f5f5ecefefbce0001](http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/format_1.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=eeeab22e386d32e7f5f5ecefefbce0001)
- กระทรวงสาธารณสุข Health Data Center. (2558). *อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2558*. ได้ข้อมูลจาก [http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat\\_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd](http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=formatted/ncd.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd)
- กุลนิดา โสรจจะวงศ์. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ในอำเภอสยามชัยเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.*
- จินตนา สุขวิวัฒน์ และเนตรชนก แก้วจันทร์. (2552). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 32(3), 29-38.*
- จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์ และสุพัตรา บัวที. (2556). *อยู่ดีมีสุข : การจัดการตนเองของผู้สูงอายุไทย ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 36(1), 113-122.*
- จำรัส ภูริภูมิ. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งเป็นโรคเบาหวาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 17(5), 1277-1284.*
- เฉลิมพล ทรัพย์อุไรรัตน์, อภิชาติ ใจอารีย์ และสันติ ศรีสวนแดง. (2557). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในตำบลห้วยขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม, วารสารวิชาการ Veridian E-Journal ฉบับมนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ, 7(2), 187-202.*
- ชมนาด วรรณพรศิริ. (2552). *การวิจัยเชิงคุณภาพกับการพยาบาล Qualitative Research and Nursing, วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 3(1), 1-7.*
- ณิชชยา ฐิติชญาพัทธ์. (2555). *กินต้านเบาหวาน. กรุงเทพฯ: ท็อปอักษร.*
- ดารานี ศรีทองสุข (2550). *การพัฒนาและทดสอบเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย*

- โรคเบาหวานฉบับภาษาไทย, *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, ฉบับพิเศษ*, 199-210.
- ทัศนาศูววรรณประภรณ์ และสายพิน สุริยวงศ์. (2554). มุมมองการป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(4), 96-107.
- นงนุช โอบะ. (2555). *การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเบาหวาน*. พิษณุโลก: ดาวเงินการพิมพ์.
- นนทรีย์ วงษ์วิจารณ์ และสุปาณี สนธิรัตน์. (2556). ทศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ การดูแลตนเอง ทักษะทางสังคมและความผาสุกในชีวิต ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุอำเภอโกบิบรินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี, *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 39(2), 66-79.
- นิลภา จิระรัตน์วรรณ และชนิษฐา นันทบุตร. (2557). คุณค่าผู้สูงอายุในวิถีชุมชนชนบท. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 37(1), 83-93.
- ประสาร เปรมะสกุล. (2550). *เบาหวานรู้จริงจะเบาใจ*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- ประเสริฐ อัสสันชัย. (2556). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- ปรีชา อุปโยคิน. (2555). ความสุขของผู้สูงอายุ. ใน *เบญจพร สุธรรมชัย และนภัส แก้ววิเชียร (บรรณาธิการ). การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (ฉบับปรับปรุง)*, (หน้า 31-36). พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ปณิตธร ชัชวรัตน์ และสมานจิต ภิรมย์ริน. (2558). การดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุ, *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, 16(3), 100-117.
- พระไพศาล วิสาโล. (2554). *ความสุขที่แท้จริง*. กรุงเทพฯ : เครือข่ายพุทธิกา.
- ภัทรพงษ์ ศรีศิริราษฎร์, รวีวรรณ สุวรรณปักษิณ และรุ่งลาวัลย์ แสงรัตน์. (2552). *ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดไม่พึ่งอินซูลิน : กรณีศึกษาในเขตเทศบาลตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก* สารนิพนธ์สาธารณสุขมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- มนตรี เกิดมูล. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารพัฒนาบริหารศาสตร์*, 55(1), 81-102.
- ร้อยแก่นสารสินธุ์. (2558). *ระบบติดตามประเมินผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข เขตที่ 7: QOFR4.1 อัตราผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40*. ได้รับข้อมูลจาก [http://kpi.healtharea.net/cockpit59\\_R7/](http://kpi.healtharea.net/cockpit59_R7/)
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแท่น. (2558). *รายงานการสำรวจผู้ป่วยเบาหวานและความดัน*

โลหิตสูง ปี 2558. ขอนแก่น : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแท่น อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น.

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนากลาง. (2558). รายงานการสำรวจผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปี 2558. ขอนแก่น : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนากลาง ตำบลบ้านแท่น อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น.

วิไล อ่อนศิลา. (2555). *เบาใจไม่เป็นเบาหวาน*. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.

วีระศักดิ์ สรินนภากร. (2557). *การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ยากต่อการรักษา*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพมหานคร.

ศลาชนันท์ หงส์สวัสดิ์. (2551). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จอมบึง จังหวัดราชบุรี วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก การบริหารสาธารณสุข*. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิรินทิพย์ โคนสันเทียะ. (2554). *คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า 100 ปีเมืองยาง อำเภอเมืองยาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 17(1), 31-44.*

ศิริวรรณ พิริยคุณธร, ขวัญตา บาลทิพย์ และชนิษฐา นาคะ. (2557). *ประสบการณ์การนำหลักคำสอนทางพุทธศาสนามาใช้ในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชนชนบท. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 34(2), 39-52.*

ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. (2554). *คู่มือการดูแลตนเองโรคเบาหวาน ฉบับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานโดยสหสาขาวิชาชีพ. ชลบุรี : ปียอนด์ พับลิชชิ่ง.*

สุชาดา คงหาญ. (2553). *ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการออกกำลังกายแบบรำไม้อลองต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

สุดท้าย พลแสน. (2554). *ผลของการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มผู้สูงอายุ ตำบลสวาย อำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์ วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.*

เสกสรร ทีบแก้ว. (2554). *คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอภูผินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *สาระสุขภาพ เรื่องเด่นประจำสัปดาห์:*

*Health Fact Sheet*. ได้ข้อมูลจาก [www.moph.go.th/ops/thp/](http://www.moph.go.th/ops/thp/)  
องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแพน. (2557). *จำนวนหมู่บ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลบ้าน  
แพน*. ได้รับข้อมูลจาก [http://www.banthan.go.th/base.php?content\\_id=6](http://www.banthan.go.th/base.php?content_id=6)

### ภาษาอังกฤษ

- American Diabetes Association. (2015). *Complications*. Retrieved from  
<http://www.diabetes.org/living-with-diabetes/complications/?loc=lwd-slabnav>
- American Diabetes Association. (2015). *Diagnosing Diabetes and Learning About  
Prediabetes*. Retrieved from  
<http://www.diabetes.org/are-you-at-risk/prediabetes/?loc=atrisk-slabnav>
- American Diabetes Association. (2015). *Type 1 Diabetes*. Retrieved from  
<http://www.diabetes.org/diabetes-basics/type-1/?loc=dbslabnav?>
- Bernstein, M., and Luggen, A.S. (2010). *Nutrition for the older adult*. Boston : Jones  
and Bartlett.
- Bourgeault, I., Dingwall, R, and de Veries, R. (2013). *The SAGE handbook of qualitative  
methods in health research*. Los Angeles: SAGE.
- Burggraf, V., Kim, K.Y., and Knight, A.L. (2014). *Healthy aging: Principles and clinical  
practice for clinicians*. Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams &  
Wilkins.
- Burroughs, T.E., Desikan, R., Waterman, B.M., Gilin, D., and McGill, J. (2004).  
Development and Validation of the Diabetes Quality of Life Brief Clinical  
Inventory, *Diabetes Spectrum*, 17(1), 41-49.
- Chew, B-H. (2015). Medication adherence on quality of life among adults with type 2  
diabetes mellitus: an exploratory analysis on the EDDMQoL study, *Quality of  
Life Research*, 24, 2723–2731.
- Cress, C.J. (2017). *Handbook of geriatric care management*. 4<sup>th</sup> ed. Sudbury, MA :  
Jones & Bartlett Learning.
- Creswell, J.W. (2013). *Qualitative Inquiry and Research Design : Choosing Among Five  
Traditions*. Thousand Oaks , CA : Sage.
- Dunbar, S.B., Reilly, C.M., Gary, R., N, Higgins, M.K., Culler, S., Butts, B., and Butter, J.  
(2015). Randomized Clinical Trial of an Integrated Self-Care Intervention for

- Persons With Heart Failure and Diabetes: Quality of Life and Physical Functioning Outcomes, *Journal of Cardiac Failure*, 21(9), 719-729.
- Eckman, M. (2011). *Lippincott's Nursing Guide to Expert Elder Care*. Philadelphia : Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological nursing* . 8th ed. Philadelphia : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Fallowfield, L. (2009). *What is quality of life?*. Retrieved from <http://www.whatisseries.co.uk>
- Ferrell, R.B., Dow, K.H., Leigh, S., Ly, J., and Gulasekaram, P. (1995). Quality of life in long term cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 22(6), 915-922.
- Fujita, B., Lauten, A., Goebel, B., Franz, M., Fritzenwanger, M., Ferrari, M., Figulla, H.R., Kuethe, F., and Jung, C. (2012). Impact of diabetes mellitus on quality of life in patients with congestive heart failure, *Quality of Life Research*, 21, 1171–1176.
- George, S.R., and Thomas, S.P. (2010). Lived experience of diabetes among older, rural people. *Journal of advanced nursing*, 66(5), 1092–1100.
- Guba, E.G., and Lincoln, Y.S. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, Calif. : SAGE.
- Guba, E.G., and Lincoln, Y.S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, Calif. : SAGE.
- Hajos, T.R.S., Pouwer, F., de Grooth, R. Holleman, F., Twisk, J.W.R., Diamant, M., and Snoek, F.J. (2012). The longitudinal association between glycaemic control and health-related quality of life following insulin therapy optimisation in type 2 diabetes patients. A prospective observational study in secondary care, *Quality of Life Research*, 21, 1359–1365.
- Ham, R.J., Sloane, P.D., Warshaw, G.A., Potter, J.F., and Flaherty, E. (2014). *Ham's primary care geriatrics: A case-based approach*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia : ELSEVIER.
- Hindle, A., and Coates, A. (2011). *Nursing care of older people*. Oxford ; New York : Oxford Univ. Pr.
- Imayama, I., Plotnikoff, R.C., Courneya, K.S., and Johnson, J.A. (2011). Determinants of quality of life in type 2 diabetes population: the inclusion of personality,

*Quality of Life Research*, 20, 551–558.

International Diabetes Federation. (2013). *International Diabetes Federation Managing Older People With Type 2 Diabetes Global Guideline*.

Retrieved from <http://www.idf.org>

Jódar-Gimeno, E., Álvarez-Guisasola, F., Ávila-Lachica, L., Palomares-Ortega, R., Roldán-Suárez, C., and Lizán-Tudela, L. (2015). Quality of life and fear for hypoglycemia in patients with type 2 diabetes mellitus, *Revista Clínica Española*, 215(2), 91-97.

Ka-Wai Ng, T., Lo, S-K. and Cheing, G.L-Y. (2014). The association between physical characteristics of the ankle joint and the mobility performance in elderly people with type 2 diabetes mellitus, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59, 346–352.

Kennedy-Malone, F., and Martin-Plank, L. (2014). *Advanced practice nursing in the care of older adults*. Philadelphia : F.A. Davis Company.

King, C.R., and Hinds, P.S. (2012). *Quality of life from nursing and patient perspectives*. MA : Jones & Bartlett Learning.

Laiterapong, N., Karter, A.J., Liu, J.Y., Moffet, H.H., Sudore, R., Schillinger, D., John, P.M., and Huang, E.S. (2011). Correlates of Quality of Life in Older Adults with Diabetes. *Diabetes Care*, 1(34), 1749-1753.

Lange, J.W. (2014). *The nurse's role in promoting optimal health of older adults : thriving in the wisdom years*. Philadelphia : F.A. Davis Co.

Lippincott Williams & Wilkins. (2011). *Lippincott's nursing guide to expert elder care*. Philadelphia : Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins

Liu, X., Miller, Y.D., Burton, N.W. Chang, J-H., and Brown, W.J. (2013). The effect of Tai Chi on health-related quality of life in people with elevated blood glucose or diabetes: a randomized controlled trial, *Quality of Life Research*, 22, 1783–1786.

Lou, P., Qin, Y., Zhang, P., Chen, P., Zhang, L., Chang, G., Li, T., Qiao, C., and Zhang, N. (2015). Association of sleep quality and quality of life in type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study in China, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 107, 68-76.

- Lou, P., Zhang, P., Zhang, L., Chen, P., Chang, G., Zhang, N., Li, T., and Qiao, C. (2015). Effects of sleep duration and sleep quality on prevalence of type 2 diabetes mellitus: A 5-year follow-up study in China, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 109, 178-184.
- Marshall, C., and Rossman, G.B. (2011). *Designing qualitative research*. 5th Edition, Los Angeles : Sage.
- Maslow. (1970). *Motivation and personality*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Harper & Row.
- Mauk, K.L. (2014). *Gerontological nursing : competencies for care*. 3rd ed. Burlington, MA : Jones & Bartlett Learning.
- McDonnell, C. (2013). *Managing geriatric health services*. Burlington, Mass. : Jones & Bartlett Learning.
- Meiner, S.E. (2011). *Gerontologic nursing*. 4th ed. St. Louis, Mo.: Mosby Elsevier.
- Miller, C.A. (2012). *Nursing for wellness in older adults*. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia : Wolters Kluwer/Lippincott Williams&Wilkins.
- Molsted, S., Tribler, J., and Snorgaard, O. (2012). Musculoskeletal pain in patients with type 2 diabetes, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 96, 135–140.
- Morse, J.M. (2012). *Qualitative health research creative a new discipline*. California: Left coast.
- Nejhad, Z.H., Vardanjani, H.M., Abolhasani, F., Hadipour, M, and Sheikhzadeh, K. (2013). Relative effect of socio-economic status on the health-related quality of life in type 2 diabetic patients in Iran, *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 7, 187–190.
- O'Reilly, D.J., Xie, F., Pullenayegum, E., Gerstein, H.C., Greb, J., Blackhouse, G.K., Tarride, J-E., Bowen, J., and Goeree, R.A. (2011). Estimation of the impact of diabetes-related complications on health utilities for patients with type 2 diabetes in Ontario, Canada, *Quality of Life Research*, 20, 939–943.
- Papelbaum, M., Lemos, H.M., Duchesne, M., Moreira, R.O., and Coutinho, W.F. (2010). The association between quality of life, depressive symptoms and glycemic control in a group of type 2 diabetes patients, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 89, 227– 230.
- Patton M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*, Saint Paul: Sage.



- Polonsky, W.H. (2000). Understanding and Assessing Diabetes-Specific Quality of Life, *Diabetes Spectrum*, 13(1), 36-41.
- Raaijmakers, L.G.M., Martens, M.K., Hesselink, A.E., de Weerdt, I., de Vries, N.K., Kremers, S.P.J. (2014). Mastery and perceived autonomy support are correlates of Dutch diabetes patients' self-management and quality of life, *Patient Education and Counseling*, 97, 75–81.
- Raspovic, K.M., and Wukich, D.K. (2014). Self-Reported Quality of Life and Diabetic Foot Infections, *The Journal of Foot & Ankle Surgery*, 53, 716–719.
- Riaz, M., Rehman, R.A., Hakeem, R., and Shaheen, F. (2013). Health related quality of life in patients with diabetes using SF-12 questionnaire, *Journal of Diabetology*, 2(1), 1-7.
- Ritchie, J. and Lewis, J. (2014). *Qualitative research practice : a guide for social science students and researchers*. 2nd ed. London : Sage Pub.
- Rodríguez-Pascuala, C., Rodríguez-Justoa, S., García-Villar, E., Narro-Vidal, M., Torrente-Carballido, M., and Paredes-Galan, E. (2011). Quality of life, characteristics and metabolic control in diabetic geriatric patients, *Maturitas*, 69, 343– 347.
- Seidman, I. (2012). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences*. 4<sup>th</sup> ed. New York: Teachers college.
- Shamshirgaran, S.M., Ataei, J., Alamdari, M.I., Safaeian, A., and Aminisani, N. (2015). Predictors of health-related quality of life among people with type II diabetes Mellitus in Ardabil, Northwest of Iran, 2014, *Primary Care Diabetes*, 1, 1-7.
- Shi, M., Xu, M-Y., Liu, Z-L., Duan, X-Y., Zhu, Y-B., Shi, H-M., Jiang, B., Zhang, X-M., and Yu, X-H. (2015). Effectiveness of family involvement in newly diagnosed type 2 Diabetes patients: a follow-up study, *Patient Education and Counseling*, 1, 1-7.
- Singh, D.A. (2016). *Effective management of long-term care facilities*. 3<sup>rd</sup> ed. Burlington : Jons & Bartlett Learning.
- Smith, J.A., Flowers, P, and Larkin, M. (2012). *Interpretative phenomenological analysis: Theory method and research*. 2<sup>nd</sup> ed. Los Angeles: SAGE.
- Sowattanagoon, N., Kotchabhakdi, N., Petrie, K.J. (2009). The influence of Thai

- culture on diabetes perceptions and management, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 84, 245– 251.
- Streubert, H.J., and Carpenter D.R. (2011). *Qualitative research in nursing advance the humanistic imperative*. (Fifth edition). New York : Lipponcott Williams & Wilkins.
- Tabloski, P.A. (2014). *Gerontological nursing*. 3rd ed. Boston : Pearson.
- Taylor, B., and Francis, K. (2013). *Qualitative research in the health science: Methodologies methods and processes*. New York: Routledge.
- Theofilou, P. (2013). Theoretical Contributions: Quality of Life: Definition and Measurement, *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150-162.
- Touhy, T.A., and Jett, K.F. (2012). *Ebersole and Hess' toward healthy aging human needs and nursing response*. 8<sup>th</sup> ed. St. Louis, Mo. : Elsevier/Mosby.
- Touhy, T.A., and Jett, K.F. (2014). *Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging*. 4th ed. St. Louis, Mo. : Elsevier/Mosby.
- Van Manen, M. (1990). *Research lived experience human science for an action sensitive pedagogy*. New York: State University New York Press.
- Wang, H-F., and Yeh, M.C. (2013). The quality of life of adults with type 2 diabetes in a hospital care clinic in Taiwan, *Quality of Life Research*, 22, 577–584.
- Wang, J., He, M., and Zhao, X. (2015). Depressive Symptoms, Family Functioning and Quality of Life in Chinese Patients with Type 2 Diabetes, *Canadian Journal of Diabetes*, 39, 507-512.
- Wold, G.H. (2012). *Basic geriatric nursing*. 5<sup>th</sup> ed. St. Louis, Mo. : Elsevier/Mosby.
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment*. Retrieved from [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf)
- World Health Organization. (2002). *Active Ageing A Policy Framework*. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)
- World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health*. Retrieved from [http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)
- World Health Organization. (2016). *World Health Day 2016: WHO calls for global action to halt rise in and improve care for people with diabetes*. Retrieved

from

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/world-health-day/en/>

Zyoud, S.H., Al-Jabi, S.W., Sweileh, W.M., Arandi, D.A., Dabeek, S.A., Esawi, H.H., Atyeh, R.H., Abu-Ali, H.A., Sleet, Y.I., Abd-Alfatah, B.M., and Awang, R. (2015).

Relationship of treatment satisfaction to health-related quality of life among Palestinian patients with type 2 diabetes mellitus: Findings from a cross-sectional study, *Journal of Clinical & Translational Endocrinology*, 2, 66-71.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก  
แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเบาหวาน  
และเครื่องมือการวิจัย (การสัมภาษณ์เชิงลึก)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

**คำชี้แจง:** ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมาให้คุณสำรวจตัวเองและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของคุณ แล้วทำเครื่องหมาย (X) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของคุณในปัจจุบันนี้ ถ้าหากไม่แน่ใจให้เลือกคำตอบที่คิดว่าใกล้เคียงที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับ				
	พอใจมาก	พอใจปานกลาง	เฉยๆ	ไม่พอใจ	ไม่พอใจมาก
1.คุณพอใจแค่ไหนกับผลการบำบัดรักษาโรคเบาหวานของคุณในปัจจุบัน	พอใจมาก	พอใจปานกลาง	เฉยๆ	ไม่พอใจ	ไม่พอใจมาก
2.คุณพอใจแค่ไหนกับเวลาที่เสียไปในการจัดการโรคเบาหวานของคุณ	พอใจมาก	พอใจปานกลาง	เฉยๆ	ไม่พอใจ	ไม่พอใจมาก
3.บ่อยครั้งแค่ไหนที่พบว่ารับประทานอาหารโดยที่ไม่บอกผู้อื่นว่าเป็นเบาหวาน	ไม่มีเลย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
4.บ่อยครั้งแค่ไหนที่คุณกังวลว่าจะไม่สามารถทำงานได้ตามปกติหรือขาดงาน	ไม่มีเลย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
5.คุณพอใจแค่ไหนกับเวลาที่เสียไปในการเข้ารับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดในโรงพยาบาล	พอใจมาก	พอใจปานกลาง	เฉยๆ	ไม่พอใจ	ไม่พอใจมาก
6.คุณพอใจกับเวลาที่ได้ใช้ไปเพื่อการออกกำลังกายแค่ไหน	พอใจมาก	พอใจปานกลาง	เฉยๆ	ไม่พอใจ	ไม่พอใจมาก
7.บ่อยครั้งแค่ไหนที่มีอาการเจ็บปวดจากการรักษาโรคเบาหวาน	ไม่มีเลย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
8.บ่อยครั้งแค่ไหนที่ต้องกังวลว่าจะเกิดการหมดสติหรือหน้ามืดจากโรคเบาหวาน	ไม่มีเลย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
9.คุณพอใจแค่ไหนกับเวลาที่เข้าไปเพื่อเข้าตรวจโรคเบาหวานของคุณ	พอใจมาก	พอใจปานกลาง	เฉยๆ	ไม่พอใจ	ไม่พอใจมาก
10.คุณพอใจแค่ไหนกับความรู้สึกของคุณเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในเรื่องโรคเบาหวาน	พอใจมาก	พอใจปานกลาง	เฉยๆ	ไม่พอใจ	ไม่พอใจมาก
11.บ่อยครั้งแค่ไหนที่คุณประสบปัญหาเรื่องการนอนหลับเนื่องจากเป็นโรคเบาหวาน	ไม่มีเลย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
12.คุณพอใจแค่ไหนเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศของคุณในปัจจุบัน	พอใจมาก	พอใจปานกลาง	เฉยๆ	ไม่พอใจ	ไม่พอใจมาก
13.บ่อยครั้งแค่ไหนที่คุณรู้สึกว่าโรคเบาหวานมีผลทำให้ทำงานได้ไม่เต็มที่	ไม่มีเลย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา
14.คุณพอใจกับภาวะของโรคเบาหวานของคุณที่ส่งผลต่อครอบครัวแค่ไหน	พอใจมาก	พอใจปานกลาง	เฉยๆ	ไม่พอใจ	ไม่พอใจมาก
15.บ่อยครั้งแค่ไหนที่รู้สึกเจ็บป่วยทางร่างกาย	ไม่มีเลย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	บ่อยๆ	ตลอดเวลา

แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยดัดแปลงจากเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตโรคเบาหวานของดาราณี ศรีทองสุขและคณะ (2550) พัฒนามาจากเครื่องมือ Diabetes Quality of Life Brief (DQOL-Brief) ของ Burroughs et al. (2004) จำนวน 15 ข้อ แต่ละข้อเป็นคำถามจำนวน 5 ตัวเลือก โดยเรียงเป็น Likert Scale เกณฑ์ให้คะแนนตัวเลือกความพึงพอใจ ค่าคะแนนตั้งแต่ 5 พอดี ถึง 1 ไม่พอดีมาก ส่วนเกณฑ์การให้คะแนนตัวเลือกประเมินความถี่ ค่าคะแนนตั้งแต่ 5 ไม่มีเลย ถึง 1 ตลอดเวลา

เกณฑ์การให้คะแนนตัวเลือกประเมินความพึงพอใจ

พอดีมาก	เท่ากับ	5 คะแนน
พอดีปานกลาง	เท่ากับ	4 คะแนน
เฉยๆ	เท่ากับ	3 คะแนน
ไม่พอดี	เท่ากับ	2 คะแนน
ไม่พอดีมาก	เท่ากับ	1 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนตัวเลือกประเมินความถี่

ไม่มีเลย	เท่ากับ	5 คะแนน
นานๆครั้ง	เท่ากับ	4 คะแนน
บางครั้ง	เท่ากับ	3 คะแนน
บ่อยๆ	เท่ากับ	2 คะแนน
ตลอดเวลา	เท่ากับ	1 คะแนน

คะแนนรวมมากแสดงว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเบาหวานมาก คะแนนน้อยแสดงว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย โดยใช้เกณฑ์การแปลผลเป็นระดับดังนี้

คะแนนรวม	การแปลผล
15-26	ระดับน้อยที่สุด
27-38	ระดับน้อย
39-50	ระดับปานกลาง
51-62	ระดับมาก
63-75	ระดับดีมาก

ซึ่งแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานนี้ได้รับการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยมีค่า Alpha's Cronbach = 0.85 จากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวาน (สุชาติคองหาญ, 2553) ถึงแม้ว่าแบบสอบถามคุณภาพชีวิตฉบับนี้จะไม่ได้มีการแบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็นมิติ แต่มีความสอดคล้องกับ Polonsky (2000) ที่ได้แบ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวานออกเป็น 3 มิติ คือ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านจิตใจ และการทำหน้าที่ด้านสังคม

### เครื่องมือการวิจัย (การสัมภาษณ์เชิงลึก)

#### ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

วันที่สัมภาษณ์..... ครั้งที่สัมภาษณ์.....

เริ่มสัมภาษณ์เวลา..... สิ้นสุดการสัมภาษณ์เวลา.....

ระยะเวลาที่ใช้สัมภาษณ์..... สถานที่สัมภาษณ์.....

ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลหลัก

เพศ..... อายุ.....ปี ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน.....ปี

การศึกษา.....สถานภาพสมรส.....

อาชีพเดิม/อาชีพในปัจจุบัน.....

โรคประจำตัวอื่นๆ.....

สถานพยาบาลที่รักษาในปัจจุบัน..... สิทธิการรักษา.....

การรักษาโรคเบาหวานที่ได้รับในปัจจุบัน.....

.....

.....

.....

จำนวนบุตร.....คน จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

ผู้ดูแลหลัก.....

#### ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสัมภาษณ์

##### 1) แนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจง แจ้งวัตถุประสงค์การศึกษา

การขอความร่วมมือจากผู้สูงอายุเพื่อให้ข้อมูล ด้วยการสนทนาและขออนุญาตบันทึกเสียง ทั้งนี้จะรักษาข้อมูลเป็นความลับ ชื่อของผู้ให้ข้อมูลจะลบบอก ไม่เผยแพร่ และข้อมูลที่ศึกษาจะนำไปเป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อเป็นประโยชน์ทางวิชาการ

##### 2) คำถามหลักเพื่อเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์

ก) ครั้งแรกที่ทราบว่าเป็นโรคเบาหวานคุณตา/คุณยายมีความรู้สึกอย่างไรบ้างครับ

ข) หลังจากทีทราบว่าเป็นโรคเบาหวานคุณตา/คุณยายได้มีการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตอะไรบ้างไหมครับ

ค) คุณตา/คุณยายคิดว่าปัจจุบันตัวเองมีชีวิตที่ดีมากน้อยแค่ไหน อย่างไร

ง) ทำไมถึงคิดว่าตัวเองมีคุณภาพชีวิตแบบนี้



จ) โรคเบาหวานส่งผลต่อปัญหาสุขภาพอย่างไร และได้จัดการอะไรบ้าง

จากประสบการณ์การเจ็บป่วยของคุณตา/คุณยาย คิดว่ามีสิ่งใดที่ผมยังไม่ได้ถาม และคุณตา/คุณยายอยากบอกหรือไม่ กรุณาช่วยเล่าเพิ่มเติมด้วยครับ”

เพื่อใช้เป็นการคัดกรองการสัมภาษณ์เชิงลึกมิให้หลุดจากขอบเขตการศึกษาเท่านั้น โดยยังมีข้อคำถามปลีกย่อยอีกมาก ซึ่งผู้วิจัยจะถามให้สัมพันธ์กับการตอบของผู้เข้าร่วมการวิจัยและเชื่อมโยงคำถามและคำตอบให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งจะมีการปรับเปลี่ยนคำถามให้มีความเหมาะสมกับแต่ละบริบทและแต่ละสถานการณ์

### ส่วนที่ 3 บันทึกภาคสนาม (Field note)

#### 1) บริบทการศึกษา (Context)

.....

.....

.....

.....

#### 2) เนื้อหาสาระที่ได้จากการศึกษา (Theoretical notes)

.....

.....

.....

.....

#### 3) กระบวนการ/วิธีการศึกษา/การเก็บข้อมูล (Methodological notes)

.....

.....

.....

.....

#### 4) การสะท้อนคิด (Self-Reflection)

.....

.....

.....

.....



ใบรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

AF01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถานบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์โทรสาร, 0-2218-3301 E-mail: cometh@chula.ac.th

COA No. 131/2558

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 073.1/58 : ประสิทธิภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี  
ผู้วิจัยหลัก : นายวิญญูเกียรติ บุญอิน  
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถานบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization - Good Clinical Practice  
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม..... (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทักคนประดิษฐ) ประธาน  
ลงนาม..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มินทรี พ็องชนะวงศาโรจน์) กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 30 มิถุนายน 2558 วันหมดอายุ : 29 มิถุนายน 2559

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วม ในการวิจัยและ ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย ชื่อโครงการวิจัย 073.1/58
- 4) แผนสหวิทยาการ วันที่รับรอง 30 มิ.ย. 2558  
วันหมดอายุ 29 มิ.ย. 2559

เงื่อนไข

- 1. ข้าราชการหรือพนักงานของรัฐหรือข้าราชการอื่นที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐหรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
- 2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อถึงกำหนดอายุของอนุมัติโครงการวิจัยนี้แล้วแต่ยังไม่สำเร็จ / เลื่อน หรือส่งรายงานความก้าวหน้าตามวิธี
- 3. ต้องดำเนินการวิจัยเฉพาะที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยเท่านั้น
- 4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วม ในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี) เฉพาะที่ระบุในโครงการวิจัยเท่านั้น
- 5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงในสถานที่ที่ข้อมูลหรือข้อมูลวิจัยจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 2 วันทำการ
- 6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมก่อนดำเนินการ
- 7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี สำหรับโครงการวิจัยที่โครงการวิจัย (AF 03-12) และบทที่ต่อของโครงการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เกินกว่าที่กำหนดให้ส่งบทที่ต่อของโครงการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ภาคผนวก ค

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรในการคัดกรองคุณภาพชีวิต  
และข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรในการคัดกรองคุณภาพชีวิต

ชื่อโครงการ การคัดกรองผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี  
 ชื่อผู้วิจัย นายวิญญู ทัศนัญญู บัญญัติ นิสิตแขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา  
 บัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) ห้องพักอาจารย์ 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระ  
 เกียรติ 18/18 ถนนบางนา-ตราด กม. 18 ตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ  
 10540  
 (ที่บ้าน) 84 หมู่ 5 บ้านโนนแดงน้อย ตำบลบ้านแท่น อำเภอนบพ จังหวัดขอนแก่น 40180  
 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-2312-6300 ต่อ 1245

โทรศัพท์มือถือ 0-8043-25414 E-mail : winn.mu.cu.swu@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการคัดกรองคุณภาพชีวิต ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่าการคัดกรองผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีนี้ทำขึ้นเพื่อคัดกรองผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในการเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักของการวิจัยเรื่องประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหากไม่เข้าใจหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมตามที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ข้างต้น

2. วัตถุประสงค์คัดกรองผู้สูงอายุโรคเบาหวานมาเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักของการวิจัยเรื่องประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ประชากรที่ใช้ในการคัดกรอง คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนตำบลบ้านแท่น อำเภอนบพ จังหวัดขอนแก่น ตามทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแท่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนากลาง

4. กระบวนการคัดกรองที่กระทำต่อกลุ่มประชากร ผู้ดำเนินการคัดกรอง คือ นายวิญญู ทัศนัญญู บัญญัติ ทำการคัดกรองคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ดำเนินการคัดกรองด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที และเพื่อการสร้างความเข้าใจข้อคำถาม ผู้คัดกรองจะเป็นผู้อ่านข้อคำถามแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานฟังทุกข้อ หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพื่อความเข้าใจก่อนตอบแบบสอบถามในแต่ละข้อ

5. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากร กระทำด้วยวิธีการอ่านและอธิบายแก่กลุ่มประชากร โดยผู้ดำเนินการคัดกรอง คือ นายวิญญู ทัศนัญญู บัญญัติ เพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมการคัดกรอง

6. การเข้าร่วมการคัดกรองนี้ไม่มีอันตรายหรือความเสี่ยงกับท่าน

7. การเข้าร่วมการคัดกรองของกลุ่มประชากรเป็นไปโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือจะถอนตัวได้ทุกขณะเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผล ซึ่งการปฏิเสธการเข้าร่วมการคัดกรองครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการรักษาของท่านอย่างใดทั้งสิ้น

8. การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการคัดกรองจากนายกองค้การบริหารส่วนตำบลบ้านแท่นและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่งแล้ว

9. ในกรณีที่การคัดกรองปรากฏว่าท่านมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี ผู้คัดกรองขอเรียนเชิญท่านในการเข้าเป็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย เรื่องประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือจะถอนตัวได้ทุกขณะเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผล ซึ่งการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยดังกล่าวไม่มีผลกระทบต่อท่านดำเนินชีวิตและการรักษาของท่านอย่างใดทั้งสิ้น และในกรณีที่ผลการคัดกรองปรากฏว่าท่านมีคุณภาพชีวิตไม่ผ่านเกณฑ์การคัดกรอง ผู้คัดกรองจะให้คำแนะนำและความรู้เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตของท่านโดยสอดคล้องกับข้อคำถามที่ท่านมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับไม่พอใจและไม่พอใจมาก ข้อคำถามที่ท่านมีความถี่บ่อยๆและตลอดเวลาตลอดการส่งข้อมูลของท่านให้กับทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแท่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวนากลางที่มีความรับผิดชอบต่ออาการและสุขภาพของท่านโดยตรง เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไข ปรับปรุงคุณภาพชีวิตของท่านให้ดีขึ้น และจะขอเรียนเชิญท่านเข้าสู่กิจกรรมหรือการวิจัยเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของท่านให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคตต่อไป

10. หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อที่นายวิญญู บุญทัน โดยตรงตลอดเวลา ทางหมายเลขโทรศัพท์ 0-8043-25414 และหากผู้คัดกรองมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการคัดกรอง ผู้คัดกรองจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการคัดกรองทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในการคัดกรองต่อไปหรือไม่

11. ข้อมูลที่ได้รับจากการคัดกรองของท่านจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการคัดกรองออกมาในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล หรือข้อมูลที่จะระบุความเป็นตัวตนของท่านจะไม่ปรากฏในรายงานการวิจัยหรือการคัดกรอง

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถ.พญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0 2218 3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

### ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ชื่อผู้วิจัย นายวิญญูทัตญญ บัญทัน นิสิตแขนงวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา

บัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) ห้องพักอาจารย์ 5 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระ

เกียรติ 18/18 ถนนบางนา-ตราด กม. 18 ตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

10540

(ที่บ้าน) 84 หมู่ 5 บ้านโนนแดงน้อย ตำบลบ้านแท่น อำเภอนบพ จังหวัดขอนแก่น 40180

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 0-2312-6300 ต่อ 1245

โทรศัพท์มือถือ 0-8043-25414 E-mail : winn.mu.cu.swu@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามการรับรู้ กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหากไม่เข้าใจหรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ข้างต้น

2. งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อบรรยายประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรและกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก

4.1 คือ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าดังนี้ มีอายุเท่ากับหรือมากกว่า 60 ปี เป็นโรคเบาหวาน มีถิ่นอาศัยอยู่ในตำบลบ้านแท่น อำเภอนบพ จังหวัดขอนแก่นมากกว่า 1 ปี มีการมาตรวจตามนัดและตรวจระดับน้ำตาลอย่างสม่ำเสมอ ไม่มีการขาดนัดตรวจ มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ดี (ได้คะแนนคุณภาพชีวิตตั้งแต่ 63 คะแนนขึ้นไป จากแบบสอบถามคุณภาพชีวิต) มีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแท่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแท่นอย่างต่อเนื่อง สามารถพูดคุยให้ข้อมูลได้ โดยผู้วิจัยยึดหลักของความอึดตัวของข้อมูลคือมีความเพียงพอของข้อมูลเป็นหลักในการกำหนดจำนวนของกลุ่มตัวอย่างประมาณ 30 คน

5. ผู้ดำเนินการวิจัย คือ นายวิญญูทัตญญ บัญทัน จะทำการสัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตตามการรับรู้ของท่าน โดยมีคำถามหลัก 5 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที สถานที่สัมภาษณ์คือบริเวณบ้านหรือที่อยู่อาศัยของท่าน กำหนดเวลาในการสัมภาษณ์อย่างน้อย 1 ครั้งและจะทำการสัมภาษณ์ครั้งที่สองหากข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครั้งแรกไม่สมบูรณ์

6. กระบวนการให้ข้อมูลแก่กลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย กระทำด้วยวิธีการอ่านและอธิบายให้ท่านฟัง โดยผู้ดำเนินการวิจัย คือ นายวิญญูทัตญญ บัญทัน เพื่อขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

7. การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชนในแง่การนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาแนวทางสำหรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง

8. การเข้าร่วมการวิจัยของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือจะถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผล ซึ่งการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตและการรักษาโรคเบาหวานของท่านอย่างใดทั้งสิ้น

9. การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยจากนายกองคการบริหารส่วนตำบลบ้านแท่นและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งสองแห่งแล้ว

10. การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ไม่มีอันตรายหรือความเสี่ยงกับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมการวิจัย มีการรักษาความลับข้อมูลและไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงตัวของผู้ร่วมการวิจัย เทปบันทึกการสัมภาษณ์จะถูกทำลายทันทีหลังเสร็จสิ้นการวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ท่านจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยออกมาในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล หรือข้อมูลที่จะระบุความเป็นตัวตนของท่านจะไม่ปรากฏในรายงานการวิจัย

11. การวิจัยครั้งนี้มีค่าเสียเวลาให้แก่ท่าน 300 บาท ซึ่งท่านจะได้รับค่าเสียเวลาในการสัมภาษณ์ครั้งแรกเพียงครั้งเดียวเท่านั้น

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่ 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถ.พญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0 2218 3202 E-mail: eccu@chula.ac.th



### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายวิญญูทัตญญ บุญทัน เกิดวันที่ 3 กรกฎาคม 2528 ที่จังหวัดขอนแก่น สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อปี 2551 และวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์การกีฬา แขนงวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี 2554 ประสบการณ์ทำงาน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2551-2552 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 3 หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลสิรินธร กรุงเทพมหานคร และปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งอาจารย์ประจำ กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

