



13 S.A. 2534

ปัจจัยคัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเอง
และภาวะสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง

Selected Basic Conditioning Factors,
Self-Care Agency and Health Status in Chronic
Glaucoma Patients

วิทยานิพนธ์

จาก

มหาวิทยาลัยมหิดล

ชวลี โฆษิตทากิวิธน์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2534

ISBN 974-587-164-8

สงวนลิขสิทธิ์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

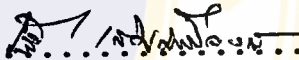
ปัจจัยตัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเอง และ
ภาวะสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง

..... 

ชวลี โฆษิตทาภิวัฒน์
ผู้วิจัย

..... 

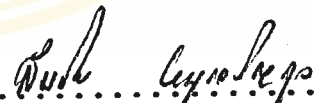
ดร.ชุลี ชุณหะวัต, วท.บ., ค.ม.
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... 

มาลี เลิศมาลีวงศ์, วท.บ., M.N.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... 

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

..... 

สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S.,
Ph.D.
ประธานกรรมการประจำหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยคัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเอง และ
ภาวะสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 15 เมษายน 2534

.....
ชวลี โฆษิตทาภิวัฒน์

ผู้วิจัย

.....
ดร.สุณี ชุ่มพะวัตต์, วท.บ., ค.ม.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
มาลี เลิศมาลีวงศ์, วท.บ., M.N.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
สมจิต หนูเจริญกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ, M.B., B.S.,

F.R.C.P., F.R.A.C.P., ราชบัณฑิต, อ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางชวลี โขชิตทาภิวัฒน์
วัน เดือน ปีเกิด	17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2494
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	อนุปริญญาพยาบาลอนามัยและผดุงครรภ์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2513-2517: วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาล) มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2522-2523: วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2532-2534:
ประวัติการทำงาน	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (พ.ศ. 2517-ปัจจุบัน)
สถานที่ทำงาน	
ตำแหน่ง	อาจารย์ ระดับ 6

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ได้รับความกรุณาและช่วยเหลือจากอาจารย์ผู้ควบคุม วิทยานิพนธ์ คือรองศาสตราจารย์ ดร.ณิ ชุมพะวัต และรองศาสตราจารย์ มาลี เลิศมาลีวงศ์ ซึ่งได้กรุณาแนะนำ สนับสนุนและตรวจสอบแก้ไขจุดบกพร่องต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล ที่กรุณา เอื้อเฟื้อเครื่องมือ และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิสุทธิ ตันศิริคงคล ที่กรุณาเอื้อเฟื้อเอกสารบางส่วนในการทำวิจัย ซึ่งผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณไว้ ณ ที่นี้

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้รับความช่วยเหลือจาก คุณมยุรี ภักธราคร คุณอรุณี โรจนเพ็ญกุล ตลอดจนความร่วมมืออย่างดียิ่งจากเจ้าหน้าที่ หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกแผนกจักษุ โรงพยาบาลรามาริบัติ และขอขอบพระคุณผู้ป่วย ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้ง เรือเอก(หญิง)สุรีย์พร มาลา คุณนิรนาท วิทโยตภิตติคุณ ที่ให้ความช่วยเหลือในการเขียนโปรแกรมในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบคุณน้อง ๆ ร่วมรุ่นทุกท่านที่ปรารภนาดี ช่วยเหลือผู้วิจัย คุณวิเศษฐ์ - คุณชัยวัฒน์ โฆษิตทาภิวัฒน์ คุณนิภา วิชนเวติน คุณพิไลลักษณ์ ทองประไพ คุณเรืองรัตน์ สดับพจน์ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา คุณวารี ทศนารุณพงศ์ ที่ช่วยเหลือจัดพิมพ์วิทยานิพนธ์ ให้สำเร็จลุล่วง และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในหลักสูตรบัณฑิตศึกษา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ แต่ บิดา มารดา และครู-อาจารย์ผู้มีพระคุณ

ชวลี โฆษิตทาภิวัฒน์

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยตัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเอง และ ภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง
ผู้วิจัย	ชวลี โฆษิตทาภิวัฒน์
ปริญญา	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์	ดร.ณิ ชุณหะวัณ, วท.บ., คม. มาลี เลิศมาลีวงศ์, วท.บ., M.N.
วันที่สำเร็จการศึกษา	15 เมษายน พ.ศ. 2534

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ 1) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพ และตัวแปรตัดสรรด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย และ 2) ศึกษาความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพของตัวแปรเหล่านี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังที่มารับการตรวจที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่างเดือนตุลาคม 2533 ถึงเดือนมกราคม 2534 ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง จำนวน 100 ราย ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง โดยแบบประเมินของเอเวอร์และคณะ (Evers, et al. 1985) และประเมินภาวะสุขภาพโดยแบบประเมินที่สร้างโดยเดนนิส (Denyes, 1980) โดยผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง และคะแนนภาวะสุขภาพในระดับค่อนข้างสูง อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ($r = .27, P < .01$) ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ในขณะที่ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ($r = .46, P < .001$) และเมื่อนำ

ตัวแปรตัดสรรด้านปัจจัยพื้นฐาน และความสามารถในการดูแลตนเอง เข้าในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายภาวะสุขภาพ พบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 21

ผลการศึกษารั้งนี้ ได้สนับสนุนแนวคิดบางส่วนตามทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม ที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน กับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพ

๙

Thesis Title Selected Basic Conditioning Factors,
Self-Care Agency and Health Status in
Chronic Glaucoma Patients

Name Chawalee Kosittapiwat

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee
Darunee Junhavat, B.Sc., M.Ed.
Malee Lerdmaleewong, B.Sc., M.N.

Date of Graduation 15 April B.E. 2534 (1991)

ABSTRACT

The purpose of this research was twofold; 1) to examine the relationships among self-care agency, health status and selected basic conditioning factors of age, gender, marital status, length of formal education and duration of illness, and 2) to determine whether health status can be predicted jointly by selected basic conditioning factors and self-care agency. The purposive sample consisted of 100 chronic glaucoma patients at the outpatient of the Ophthalmological clinic, Ramathibodi Hospital, during October, 1990 to January, 1991. Self-care agency was measured by The Appraisal of Self-Care Agency Scale developed by Evers, et al. (1985) and health status was measured by the patient's report on the Denyes Health Status Instrument (1980).

The results of the study indicated that age was positively correlated with self-care agency ($r = 0.27$, $P < 0.01$). Whereas self-care agency was positively

correlated with health status ($r = 0.46, P < 0.001$). When all variables were entered into the regression model to predict health status, it was found that only self-care agency was a significant predictor and accounted for 21% of variance in health status.

The results partially supported of Orem's theory of self-care deficit which describe the relationship between selected basic conditioning factors and self-care agency and the effects of self-care agency on the health status.

สารบัญ

	หน้า
ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก-ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค-ง
สารบัญ	จ-ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำและกรอบทฤษฎี	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบทฤษฎี	10
วัตถุประสงค์	11
สมมติฐาน	11
ขอบเขตของการศึกษา	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	12
นิยามตัวแปร	12
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
โรคต่อหินชนิดเรื้อรัง	14
ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย โรคต่อหินชนิดเรื้อรัง	17
ความสามารถในการดูแลตนเองและปัจจัย ที่เกี่ยวข้อง	21
ภาวะสุขภาพกับความสามารถในการดูแลตนเอง	30
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	32
การเก็บรวบรวมข้อมูล	35

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	37
การอภิปรายผล	50
ข้อจำกัดของการวิจัย	60
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	62
ข้อเสนอแนะ	
การนำไปใช้ทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล	63
การนำไปใช้ทางด้านหลักสูตรการเรียนการสอน	64
การทำวิจัยครั้งต่อไป	64
บรรณานุกรม	65
ภาคผนวก	
ก. ตัวอย่างการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยโรคต่อหิน	80
ชนิดเรื้อรังในการเข้าร่วมการวิจัย	
ข. ตัวอย่างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	82
ค. ตัวอย่างแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง	85
ง. ตัวอย่างแบบวัดภาวะสุขภาพ	88
จ. คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองรายข้อ	92
ฉ. คะแนนภาวะสุขภาพรายข้อ	95
ช. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	97

สารบัญตาราง

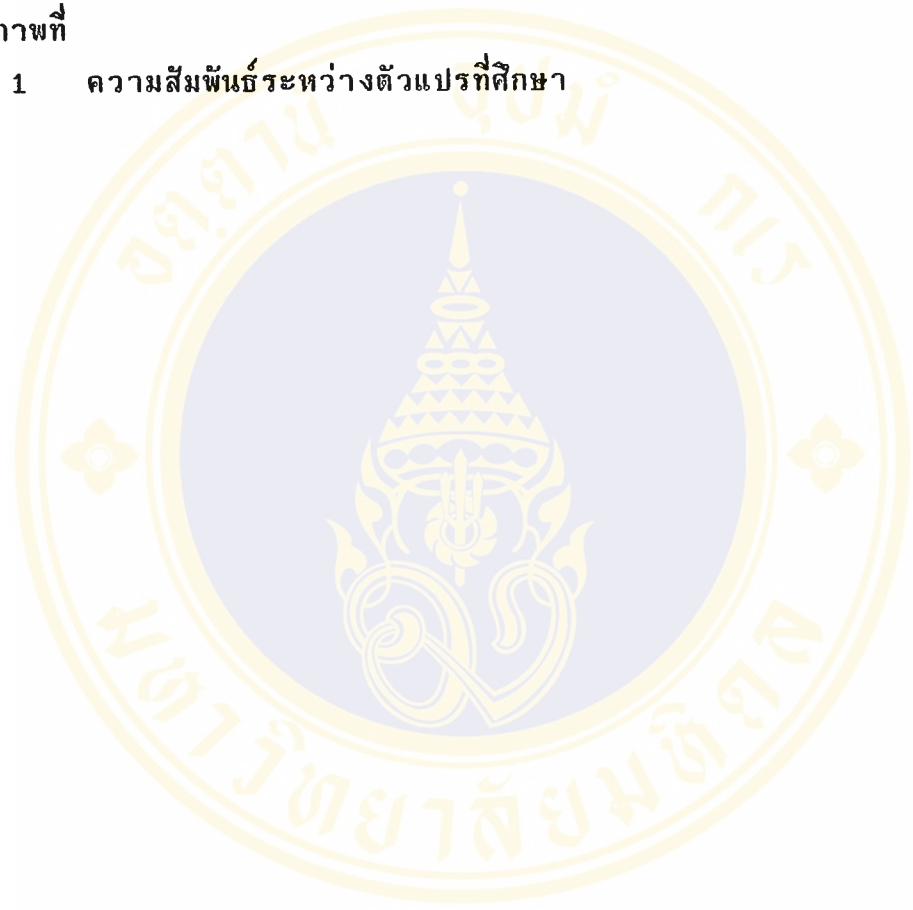
ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	38
2	ช่วงคะแนน ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความเบ้ของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	41
3	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของน้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีความหนาของร่างกาย จำแนกตามเพศ	42
4	ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในอดีต และในปัจจุบัน	43
5	โรคประจำตัวอื่น ๆ ในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง	44
6	โรคประจำตัวอื่น ๆ ในอดีตของกลุ่มตัวอย่าง	45
7	ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกิจวัตรประจำวัน	46
8	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะสุขภาพและกิจกรรม	46
9	ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	48
10	การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงขั้นทำนายภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	49
11	การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนทำนายภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	50
12	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองรายข้อ	92
13	ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะสุขภาพรายข้อ	95

สารบัญแผนภูมิภาพ

ภาพที่

1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

10



บทนำและกรอบทฤษฎี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ต้อหินเป็นโรคตาชนิดหนึ่งที่ทำให้ประชาชนของประเทศต่างๆ ตามอดเป็นจำนวนมาก รวมทั้งประเทศไทยด้วย (เค คอนยาม่า 2529) จากการศึกษาสาเหตุที่ทำให้ตาบอดของ ปราโมทย์ ทุมวิภาค โดยการสำรวจผู้ป่วยซึ่งมาตรวจตาที่ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในระหว่าง พ.ศ. 2519-2520 จากผู้ที่มีปัญหาสายตา เข้าชั้นตาบอดคือมีสายตาระดับ 10/200 หรือต่ำกว่า เมื่อใช้แว่นแล้ว หรือที่มีลานสายตา 10 องศา หรือแคบกว่า และไม่สามารถรักษาให้เห็นดีขึ้นกว่าเดิมได้ พบว่าในจำนวนผู้มีสายตาเข้าชั้นตาบอดทั้งหมด 268 คน มีสาเหตุมาจากโรคต้อหิน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 39.92 ซึ่งมากเป็นอันดับหนึ่ง อีก 10 ปีต่อมา คือในปี พ.ศ. 2531 ได้มีการศึกษาสาเหตุที่ทำให้ตาบอด ของผู้ที่มาตรวจรักษาที่ภาควิชาจักษุวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลซ้ำอีกครั้งหนึ่ง ก็ยังพบว่าโรคต้อหินคือสาเหตุที่ทำให้ตาบอดมากเป็นอันดับหนึ่งเช่นเดิม จากจำนวนผู้ป่วยตาบอดที่รักษาไม่ได้ 58 ราย เป็นต้อหินระยะสุดท้าย 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.21 (ญาติ เจริญไชยศรี และคณะ 2532: 423-424) สกาวรัตน์ คุณาวิศรุต และคณะ ได้ทำการศึกษาย้อนหลังโดยรวบรวมสถิติผู้ป่วยตาบอดจากโรคตาที่รักษาไม่ได้ ซึ่งมารับบริการที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลรามธิบดี และได้ขึ้นทะเบียนคนตาบอด (Blind Registered) ไว้ตั้งแต่ พ.ศ. 2512 ถึง พ.ศ. 2523 พบว่ามีจำนวน 218 ราย และในจำนวนนี้ 55 ราย หรือร้อยละ 25.23 เกิดจากโรคต้อหิน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอันดับหนึ่งที่ทำให้เกิดตาบอดจากโรคตา (Kunavisarut, et al. 1981: 766)

ปัจจุบันความเจริญทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี การแพทย์จักษุได้พัฒนาไปมาก มีการนำวิทยาการใหม่ ๆ มาใช้ในการรักษาอย่างกว้างขวาง (อิทยา อยู่สวัสดิ์ 2530: 73) และการรักษาโรคต้อหินเรื้อรังนี้ต้องการความร่วมมือและความเข้าใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Kilroy 1981: 404) นอกจากนั้นยังต้องการการติดตามผลที่สม่ำเสมอ หากขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ผลสุด

ท้ายก็คือการสูญเสียการมองเห็นโดยถาวร (Chandler & Grant 1986: 3) จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยโรคต้อหินเรื้อรัง ต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเอง อย่างเหมาะสม ดังที่ ประเวศ วะสี (2533: 6-7) กล่าวว่า พฤติกรรมมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดสุขภาพ จากการศึกษา ของคลินแมน (Kleiman, อ้างใน ประเวศ วะสี 2533: 15) นักมนุษยวิทยา การแพทย์แห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดพบว่า ในประเทศที่พัฒนาแล้ว และกำลังพัฒนา ประชาชนที่เจ็บป่วยประมาณร้อยละ 50-60 และร้อยละ 80-90 ตามลำดับ จะใช้การดูแลรักษาตัวเองก่อนในขั้นแรก การดูแลรักษาตัวเองนี้ รวมถึงการตัดสินใจที่จะไม่กระทำ การตัดสินใจเช่นนั้นก็เพราะผ่านกระบวนการคิดว่าโรคที่เป็น นั้นไม่รุนแรง คงจะหายเองได้ ฉะนั้นจึงตัดสินใจด้วยการคอยดูไปก่อน หรือด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น บนบานศาลกล่าว รดน้ำมันต์ ดัดแปลงการรับประทานอาหาร โดยงดหรือเพิ่มอาหารบางอย่าง อาจไปหายามารับประทานเองทั้งยาพื้นบ้าน และยาแผนปัจจุบัน อาจดัดแปลงขนาดยาที่ได้รับจากแพทย์ เป็นต้น

จากการที่ผู้วิจัยได้ทำงานที่แผนกผู้ป่วยนอกจักษุมานาน พบว่า มีผู้ป่วย จำนวนหนึ่งมีความพร้อมในการดูแลตนเอง เช่น หยอดยาไม่ตรงตามเวลา หรือ หยอดยาตามความคิดตนเอง คือถ้าไม่มีอาการตามัวก็จะไม่หยอดยา รับประทาน ยาไม่สม่ำเสมอ ปรับลดขนาดของยาที่แพทย์สั่งให้รับประทานเพื่อลดอาการข้าง เคียงของยาดด้วยตนเอง มาพบแพทย์ไม่ตรงตามนัด หรือมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอโดยขาดการติดต่อกันหลายเดือนหรือเป็นปี เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าว มีผลในทางเสื่อมต่อผู้ป่วย กล่าวคือ เป็นการยากที่แพทย์ผู้รักษาจะควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ อันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้จอประสาทตาถูกทำลาย ลงไปเรื่อย ๆ ซึ่ง ฮีทเธอร์ และคณะ (Heather, et al. 1980: 1990) กล่าวว่าพยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดผู้ป่วย มีบทบาทสำคัญในการดูแล ให้การ ช่วยเหลือ โดยเฉพาะบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง ก็คือ การสนับสนุน และให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม และสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เพราะผู้ป่วยโรคนี้ยังสามารถเคลื่อนไหว และมีพลังพอที่จะปฏิบัติกรดูแลตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน (Orem, 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2533: 12)

ในบทบาทของพยาบาลต่อการดูแลตนเองของประชาชนนั้น โอเร็ม ได้สร้างทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองขึ้นจากพื้นฐานของการปฏิบัติ (สมจิต หนูเจริญกุล 2533: 1) โดยเน้นให้พยาบาลแก้ไขความพร้อมในการดูแลตนเองของบุคคล และวิธีการที่สำคัญอย่างหนึ่ง ก็คือ การเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งถ้าหากบุคคลมีความสามารถที่จะดูแลตนเองในส่วนนี้ จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพตามแนวคิดของโอเร็ม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งเสริมภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง โดยพิจารณาถึงปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถและความต้องการดูแลตนเอง (Orem 1985: 220)

กรอบทฤษฎี

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทาง ซึ่งความพร้อมในการดูแลตนเองเกิดขึ้นเมื่อความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด การที่จะเข้าใจความพร้อมในการดูแลตนเอง จำเป็นต้องเข้าใจความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

ความสามารถในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นคุณภาพอันสลับซับซ้อนของมนุษย์ที่จะริเริ่มและกระทำในกิจกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองจากระดับพื้นฐานถึงระดับสูงมี 3 ระดับ (Orem, 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 16-20) คือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundation capabilities and dispositions) 2) พลังความ

สามารถ 10 ประการ (Power components: enabling capabilities for self-care) และ 3) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) ซึ่ง แกสท์ เดนนิส และ แคมเบล (Gast, Denyes & Campbell 1989 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล ใน ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ 2533: 137-139) ได้วิเคราะห์ทฤษฎีต้นในลักษณะความสามารถในแต่ละระดับ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่จำเป็น และใกล้ชิดโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถที่จะ 1) ตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง 2) ตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควร และจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นและ 3) ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites)

2. พลังความสามารถ 10 ประการ เป็นความสามารถที่จะกระทำการดูแลตนเองโดยเฉพาะ ได้แก่ 1) ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายในภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 3) ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มเพื่อปฏิบัติการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ และความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 7) มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด และสติปัญญา

การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เพื่อ
 ปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตน
 เอง 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้อง
 แทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล
 ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถขั้นพื้นฐาน
 ของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate
 action) โดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งแบ่งออกเป็น 1) ความสามารถที่จะรู้ (Know-
 ing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) (ทางสรีระและจิตวิทยาแบ่งเป็น
 การรับความรู้สึก การรับรู้ ความจำ และการวางแผนให้เหมาะสม เป็นต้น)
 และ 2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ
 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย 1) ความสามารถและทักษะ
 ในการเรียนรู้ ได้แก่ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้ง
 ความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล 2) หน้าที่ของประสาทสำ
 รับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้
 กลิ่น และการรับรส 3) การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก
 ตนเอง 4) การเห็นคุณค่าในตนเอง 5) นิสัยประจำตัว 6) ความตั้งใจ
 7) ความเข้าใจในตนเอง 8) ความหวังในตนเอง 9) การยอมรับตนเอง
 10) ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ
 11) ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า ผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังต้องอยู่กับภาวะ
 ความดันภายในลูกตาที่ไม่คงที่แน่นอน และมีโอกาสสูงขึ้นได้เสมอ ซึ่งทำให้จอ
 ประสาทตาถูกทำลายเพิ่มขึ้น ผลก็คือความสามารถในการมองเห็นจะลดลง ถ้า
 ไม่ได้รับการรักษาที่ดีเพียงพอและสม่ำเสมอ ในที่สุดตาจะบอด ดังนั้นบุคคลที่ป่วย
 ด้วยโรคนี้จำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องความสนใจ
 เอาใจใส่ตนเอง แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดำเนินของโรค การรักษา และ
 การดูแลตนเอง รวมทั้งสามารถสังเกตอาการผิดปกติของสายตา หรืออาการ
 แสดงร่วมอื่น ๆ เมื่อความดันลูกตาสูงได้ และตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ไม่รีรอที่
 จะไปรับการรักษา เพื่อเป้าหมายที่สำคัญคือ คงไว้ซึ่งระดับการมองเห็นเท่าที่ยัง

เหลืออยู่ เพื่อภาวะสุขภาพที่ดี

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง จะต้องประเมินตามความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ซึ่งความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด หมายถึงกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่ต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) โดยใช้วิธีการที่ถูกต้องเหมาะสม ถ้าไม่ได้กระทำหรือกระทำไม่ถูกต้อง ไม่เพียงพอ ถือว่ามีความพร่องในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2533: 20) เมื่อเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง จะทำให้บุคคลไม่สามารถปรับการดำรงชีวิตและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่ ซึ่งมีผลเสียต่อพัฒนาการ สุขภาพ และความผาสุกของบุคคล ดังนั้นจึงต้องเข้าใจความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งโอเรียม (Orem, 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล ใน ลือชัย ศรีเงินขวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ 2533: 132-136) แบ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นออกเป็น 3 อย่างคือ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วย

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัยของชีวิต ซึ่งจะต้องปรับเปลี่ยนไปตามอายุ พัฒนาการสิ่งแวดล้อม และปัจจัยต่างๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล ในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังมีการเปลี่ยนแปลงในด้านโครงสร้าง หน้าที่ ของร่างกายบางส่วน ได้แก่ สูญเสียการมองเห็นในระดับต่าง ๆ กัน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อสวัสดิภาพ และภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเพิ่มขึ้น ได้แก่ 1) คงไว้ซึ่งการได้รับอาหารที่เหมาะสมกับโรค และดื่มน้ำ หรือเครื่องดื่มน้ำในแต่ละครั้งไม่มากจนมีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น 2) คงไว้ซึ่งสุขวิทยาส่วนบุคคล การขับถ่าย พร้อมทั้งดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ เพื่อความสบาย 3) คงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง การออกกำลังกายที่ไม่ขัดต่อโรค ควบคู่กับการพักผ่อนด้วยการนอนหลับ ฟังเพลง หลีกเลี้ยงการใช้สายตามาก

หรืออยู่ในที่มืด เป็นเวลานาน 4) คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว และสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลสำคัญของตน รวมทั้งบุคคลในเครือข่ายสังคม เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการ 5) เนื่องจากมีข้อจำกัดในการมองเห็น จึงต้องสามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อชีวิต และสวัสดิภาพ และ 6) ยอมรับและเรียนรู้การดำรงชีวิตตามข้อจำกัดของโรคและการมองเห็น รวมทั้งสนใจในความเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรค เพื่อรับการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ เช่น การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ในชีวิตที่มีผลเสียต่อการพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตหรือบิดา มารดา เป็นต้น สำหรับผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง ความเจ็บป่วยจะก่อให้เกิดผลเสียต่อระยะพัฒนาการ มักมีอาการเครียด ถ้าเป็นโรคต้อหินระยะท้ายก็หมายถึงเกิดความพิการ คือตาบอด ผู้ป่วยจะต้องจัดการลดความตึงเครียด และปรับตัวให้เข้ากับสังคม เพื่อสามารถสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองด้านอื่นอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วย หรือมีความพิการเกิดขึ้น (Health deviation self-care requisites) เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเนื่องจาก ความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้าง หรือการทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรค หรือเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์ ซึ่งผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังมีความต้องการในภาวะนี้ กล่าวคือ 1) แสวงหา และคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพที่มีความชำนาญเฉพาะโรค 2) ให้ความสนใจและรับรู้ผลของโรคที่อาจทำให้ตาบอด ถ้าไม่ร่วมมือในการรักษา 3) ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด แม้จะต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของยาหยอดตาที่ใช้รักษาในระยะแรก ได้แก่ ปวดตา แสบตา ตาแดง ปวดศีรษะ หรือจากยาที่รับประทาน อาจมีอาการคลื่นไส้ เบื่ออาหาร ซาตามมือ และปรับการดูแลตนเองโดยทั่วไปในเรื่องการรับประทานอาหาร โดยเลือกรับประทานอาหารบางอย่างเพิ่มขึ้นเพื่อชดเชยแร่ธาตุบางชนิดที่สูญเสียไป และยอมรับการรักษาให้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิต 4) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพที่ทำให้การมองเห็นเปลี่ยนแปลงไป

หรือเมื่อตาบอดก็สามารถดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ ปรับบทบาทหน้าที่ และต้องการพึ่งพาบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลในเครือข่ายสังคมเพียงระยะหนึ่ง เมื่อสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้แล้ว จึงปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อแบ่งเบาภาระของผู้ให้การดูแล และเป็นการเพิ่มความมั่นใจให้ตนเอง ไม่รู้สึกสิ้นหวัง มีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ และคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

ถ้าผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง มีความสามารถที่จะดูแลตนเองตาม ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดดังกล่าว จะส่งผลให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น

ภาวะสุขภาพ (Health Status)

ในแนวคิดของ โอเร็ม สุขภาพ หมายถึงภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดี คือคนที่มีทั้งโครงสร้างที่สมบูรณ์และสามารถทำหน้าที่ของตนได้ และการดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสุขภาพ (Orem 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2533: 4) ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย (Perceived or Subjective Health Measures) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง และมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับการประเมินภาวะสุขภาพเชิงวัตถุวิสัย (Actual or Objective Health Measure) จากการศึกษาของนักวิจัยหลายท่าน สนับสนุนว่าการประเมินภาวะสุขภาพโดยตนเองมีความสำคัญ เกียงตรง และเชื่อถือได้ (Ferraro 1980: 381, Friedsam & Martin 1953 cited in Maddox & Douglass 1978: 93, Linn & Linn 1980: 311)

ซอนยา และคณะ (Sonja, et al. 1981: 223) กล่าวว่าประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและเจตคติต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ทำให้แต่ละบุคคลมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพแตกต่างกัน การที่บุคคลบางคนรับรู้สุขภาพของตนดีนั้น ไม่ได้หมายความว่าไม่มีโรค หรือไม่มีอาการจากความเจ็บป่วยเสมอไป นั่นคือ แม้ขณะที่บุคคลนั้นมีความเจ็บป่วย ก็อาจประเมินภาวะสุขภาพของตนว่าอยู่ในเกณฑ์ดีได้หากเขารับรู้เช่นนั้น ซึ่งความหมายของภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของบุคคล ส่วนใหญ่มักจะหมายถึง มีความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ออกกำลังกายได้ และมีปฏิสัมพันธ์

พันธ์กับบุคคลในเครือข่ายสังคมได้อย่างเหมาะสม และจากการศึกษาของเดนนิส (Denyes 1988: 17) พบว่าการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้

นอกจากความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระดับ และความต้องการการการดูแลตนเองทั้งหมด ดังได้กล่าวมาแล้ว การดูแลตนเองยังได้รับอิทธิพลจากปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) ในด้านอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคมวัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ และภาวะสุขภาพ (Orem 1991: 136)

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาตัวแปรคัดสรรด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย

อายุ : เป็นปัจจัยสำคัญเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจที่แตกต่างกันตามระดับของพัฒนาการตามอายุ นอกจากนี้อายุยังเป็นข้อกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ไม่ว่าจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วย (Orem 1985: 255-256) ในภาวะปกติผู้ใหญ่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง ส่วนเด็กหรือผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ เนื่องจากเด็กยังอยู่ในระยะต้นของพัฒนาการ ส่วนผู้ใหญ่สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามธรรมชาติ ทำให้อวัยวะทุกระบบบกพร่อง ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง (Orem 1985: 84) ดังนั้นอายุจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

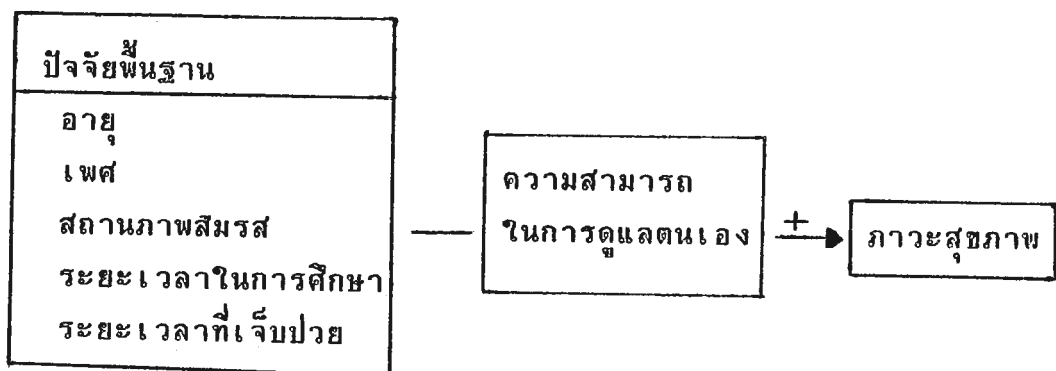
เพศ : เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อความต้องการการดูแลตนเอง (Orem 1991: 137) นอกจากนี้อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยม ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem 1985: 22) และเพศยังเป็นตัวแปรที่กำหนดความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง การทำหน้าที่ และสวัสดิกภาพ (Orem 1985: 42)

สถานภาพสมรส : ในแนวคิดของโอเร็ม จัดเป็นแหล่งประโยชน์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem 1985: 175) และแม้บุคคลจะมีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน แต่ถ้าได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายสังคม จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ (Christian cited in David 1988: 152)

ระยะเวลาในการศึกษา : โอเร็ม (Orem 1985: 175) เชื่อว่าการศึกษาคือเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของบุคคล นอกจากนี้ยังอาจมีอิทธิพลต่อความสามารถในการคิด และตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเองเพื่อสนองตอบต่อความต้องการที่จำเป็นต่าง ๆ

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย : ในความหมายของโอเร็ม ระยะเวลาที่เจ็บป่วยคือเป็นประสบการณ์ที่สำคัญทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต อาจมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง หรือความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (สมจิต หนูเจริญกุล 2533: 38) ความเจ็บป่วยเมื่อเกิดขึ้นกับบุคคลหนึ่งบุคคลใดในครอบครัว ย่อมส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อชีวิตของบุคคลและครอบครัวนั้น ๆ (Strauss & Gelsler cited in Anderson & Bauwens 1981: 7-8) จึงต้องใช้เวลาในการปรับตัวและเรียนรู้ในการดูแลตนเอง เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลตนเองในภาวะที่สุขภาพเป็ยงเบนไป

โดยสรุป จากกรอบทฤษฎีที่กล่าวมา จะพบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ดังแสดงในภาพที่ 1



+ = มีความสัมพันธ์ทางบวก

ภาพที่ 1. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1. ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง
2. ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง
4. ความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังโดยมีตัวทำนายคือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง
2. ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง
3. อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยและความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังได้

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาค้างนี้ เป็นการศึกษถึงความสัมพันธ์ของ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย กับความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อหินชนิดเรื้อรังที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 100 ราย ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ จากจักษุแพทย์เพื่อควบคุมอาการของโรคและมาติดตามการรักษาโดยไม่จำกัดระยะเวลา ที่คลินิกโรคต่อหินหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลรามารักษ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อให้บุคลากรในทีมสุขภาพได้ทราบถึงปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง และนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล โดยนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคคลสำคัญของผู้ป่วย พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และมั่นใจ
2. เป็นการพิสูจน์ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม ซึ่งจะช่วยพัฒนาศาสตร์ของวิชาชีพ
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ต่อไป

นิยามตัวแปร

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่สอดคล้องกับภาวะโรคต่อหินชนิดเรื้อรังและการรักษาที่ได้รับ ประเมินโดยใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากเครื่องมือของเอเวอร์และคณะ (Evers, et al. 1985)

ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังต่อภาวะสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ซึ่งครอบคลุมความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ประเมินโดยแบบวัดภาวะสุขภาพของเดนนิส (Denyes Health Status Instrument: 1980) คะแนนมาก หมายถึง ภาวะสุขภาพดี



วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง โดยพิจารณาจากตัวแปรคัดสรรด้านปัจจัยพื้นฐาน ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย นอกจากนี้ยังศึกษาความสัมพันธ์ และความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพของตัวแปรเหล่านี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้คือ โรคต้อหินชนิดเรื้อรัง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง ความสามารถในการดูแลตนเองกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และภาวะสุขภาพกับความสามารถในการดูแลตนเอง

โรคต้อหินชนิดเรื้อรัง

ต้อหิน คือ กลุ่มของโรคตาที่มีความผิดปกติในแง่ความดันภายในลูกตาที่สูงกว่าขีดประสาทตาและจอประสาทตา (Optic Nerve Head and Retina) จะคงสภาวะให้เลือดหล่อเลี้ยงตามปกติได้ ทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อจอประสาทตา เป็นผลให้เกิดความสูญเสียประสิทธิภาพของลานสายตา (Visual field) และสมรรถภาพการมองเห็นในที่สุด (อักขร อยู่สวัสดิ์ 2530: 72) ซึ่งความดันลูกตา เกิดจากการไหลเวียนของน้ำเลี้ยงตา (Aqueous humor) ซึ่งถูกสร้างออกจาก Ciliary epithelium เข้ามาในช่องหลังลูกตา (Posterior chamber) ไหลผ่านรูม่านตาเข้าสู่ช่องหน้าลูกตา (Anterior chamber) และไหลออกจากลูกตาโดยผ่าน Trabecular meshwork และ Schlemm's canal เข้าสู่ระบบเลือดดำ

ในตาคนปกติ ความดันลูกตาจะมีค่าประมาณ 12-20 มิลลิเมตรปรอท ถ้าสูงเกินกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท ถือว่าผิดปกติ (ยศอนันต์ ยศไพบุลย์ 2529: 185) ในคนที่เป็นต้อหินชนิดนี้ ความดันลูกตาจะสูงกว่าปกติ ซึ่งส่วนใหญ่จะสูงกว่า 21 มิลลิเมตรปรอท มีมุมช่องหน้าลูกตาปกติ (Normal Open Anterior Chamber Angle) หรืออาจจะปิดเพียงบางส่วน และไม่มี ความผิดปกติของตา

หรือส่วนอื่นในร่างกายที่เป็นต้นเหตุของการเพิ่มความดันลูกตา ประการสุดท้ายที่สำคัญคือ จะต้องพบความผิดปกติของลานสายตาซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของต้อหินชนิดนี้ (Typical Glaucomatous Visual Field Defect) (สกาเวรัตน์ คุณาวิศรุต 2530: 99) เช่น ลานสายตาผิดปกติ เป็นรูปโค้งครึ่งวงกลม (Arc-like) เรียกว่า Arcuate defects อย่างไรก็ตาม ความผิดปกตินี้อาจพบในโรคตาอื่น ๆ ได้

ต้อหินมีหลายชนิด และหลายรูปแบบ ถ้าแบ่งตามระยะเวลาของการดำเนินโรคจะแบ่งได้ 2 ชนิด คือ ต้อหินเฉียบพลัน (Acute glaucoma) และ ต้อหินชนิดเรื้อรัง (Chronic glaucoma) ในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะ ต้อหินชนิดเรื้อรังเท่านั้น

ต้อหินชนิดเรื้อรังเป็นโรคซึ่งค่อยเป็นค่อยไป เป็นมากขึ้นอย่างช้า ๆ ไม่มีอาการเจ็บปวด ส่วนใหญ่จะมีอาการแสดงของโรคก็ต่อเมื่อการดำเนินของโรคเป็นไปมากแล้ว จะสูญเสียลานสายตาโดยรอบก่อนและพบว่าส่วนใหญ่จะเป็น ทั้งสองตา (สกาเวรัตน์ คุณาวิศรุต 2532: 102) จากการสำรวจโดยโชนเวล ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าบุคคลที่อายุ 40 ปีขึ้นไป จะป่วยเป็นโรคนี้ร้อยละ 0.4 (Nowell 1972 อ้างใน สกาเวรัตน์ คุณาวิศรุต 2532: 101) ส่วนใหญ่เชื่อว่าเป็นได้ทั้งในเพศหญิง และเพศชายในอัตราส่วนที่ไม่แตกต่างกัน (ธงชัย ฉัตรานนท์ และคณะ 2528 : 108) โดยเฉพาะบุคคลที่มีประวัติครอบครัว เช่น บิดา มารดา เป็นโรคนี้ จะมีโอกาสเป็นต้อหินชนิดนี้มากกว่าบุคคลที่ไม่มีประวัติในครอบครัว จึงจัดอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk Group) โรเซนทาล และเพอร์กินส์ (Rosenthal & Perkins 1985: 665) ศึกษาพบว่าผู้ที่มีประวัติการเป็นโรคต้อหินในครอบครัว จะมีอัตราเสี่ยงต่อการมีความดันลูกตาสูงผิดปกติและเสี่ยงต่อการเป็นโรคต้อหิน มากเป็น 4 เท่าของประชากรทั่วไป

ต้อหินชนิดเรื้อรังเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของระบบการถ่ายเทน้ำเลี้ยงตา (Aqueous humor) มีการคั่งของน้ำเลี้ยงตา ทำให้ความดันลูกตาค่อย ๆ สูงขึ้นอย่างช้า ๆ ซึ่งจะเป็นไปอย่าง ต่อเนื่องหรือเกิดจากความผิดปกติของม่านตาแต่กำเนิด (Aniridia) และเชื้อ

ว่าเป็นสาเหตุทำให้เกิดต้อหินได้สูงถึงร้อยละ 50-75 (Chandler & Grant 1986: 508) นอกจากนั้นยังพบว่า 1 ใน 10 ของทารกและเด็กที่มีปานบริเวณเปลือกตาบนทั้ง 2 ข้างจะเป็นต้อหิน และอาจปรากฏอาการในวัยเด็กตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากมีเส้นเลือดไปปิดกั้นที่ระบายน้ำเลี้ยงตา ทำให้ความดันลูกตาค่อย ๆ สูงขึ้น (Walton 1986: 512) หรืออาจเกิดจากความเสื่อมของเยื่อภายในลูกตา และหลุดออกมาเป็นแผ่นหรือเกล็ด (Exfoliation) คล้ายรังแค ลอยไปติดตามผิวของขอบรูม่านตา ตามพื้นผิวส่วนหน้าของแก้วตา (Lens) หรือหลุดลอยไปอุดตามทางระบายน้ำเลี้ยงตา ทำให้เกิดการคั่งของน้ำเลี้ยงตา (Chandler & Grant 1986: 191-192) นอกจากนั้นยังเกิดจากการใช้ยาที่มีสารสเตียรอยด์คอร์ติโคสเตียรอยด์ ซึ่งเรียกว่าต้อหินที่เกิดจากคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroid glaucoma) 1 ใน 3 ของประชากรที่ใช้ยาหยอดตาและยาป้ายตาที่มีสารสเตียรอยด์ชนิดนี้ติดต่อกันนานเป็นเดือนหรือระยะเวลาอันเป็นปี จะเป็นต้อหินชนิดนี้ได้ (Chandler & Grant 1986: 403) สุวดีธีรพันธุ์วัฒน์ (2532: 22) ศึกษาความสัมพันธ์ของการใช้ยาหยอดตากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์กับการมีความดันภายในลูกตาส่งขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการตรวจตา ที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้รับยาหยอดตากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ จำนวน 77 คน จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการหยอดยา ค่าเฉลี่ยความดันภายในลูกตาของตาที่หยอดยาสูงกว่าข้างที่ไม่ได้หยอดยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.033$) ส่วนชนิดที่เกิดขึ้นเองโดยไม่ทราบสาเหตุหรือมีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เชื่อว่าเป็นจากกรรมพันธุ์ รวมทั้งชนิดที่ความดันตาไม่สูง ซึ่งปัจจุบันยังคงศึกษาหาสาเหตุของต้อหินชนิดนี้กันอยู่ (Chandler & Grant 1986: 181-183)

การรักษาโรคต้อหินชนิดเรื้อรังมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้ประสาทตาถูกทำลายมากขึ้น โดยการทำให้ความดันลูกตาลดลง จักษุแพทย์จะรักษาด้วยการให้ผู้ป่วยหยอดยาและรับประทานยาเพื่อเพิ่มการไหลออก และลดการผลิตของน้ำเลี้ยงตา พร้อมกับนัดให้มาตรวจเป็นระยะ (อัทยา อยู่สวัสดิ์ 2530: 72) บางรายอาจมีความดันลูกตาส่งอยู่ทั้ง ๆ ที่หยอดยาและรับประทานยาเต็มที่แล้ว แต่บางรายอาจใช้ยาไม่ได้เพราะแพ้ยาหรือใช้ไม่ได้แต่ใช้ไม่สม่ำเสมอ ทำให้ความดันลูกตายังส่งอยู่ แพทย์จะพิจารณาผ่าตัด โดยทำทางระบายน้ำเลี้ยงตาจากช่องหน้าลูกตาออกสู่ภายนอกลูกตาบริเวณใต้เยื่อตาขาว (Trabeculectomy or

Filtering procedure))

ปัจจุบันแสงเลเซอร์เข้ามามีบทบาทในการทดแทนการทำผ่าตัดรักษาต้อหินหลายชนิด จากการติดตามผลการรักษาในระยะยาว พบว่าได้ผลเท่า ๆ กับการผ่าตัด และมีข้อดีกว่าหลายประการคือผู้ป่วยไม่ต้องอยู่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่ไม่ต้องฉีดยาเข้าหลังลูกตา (Retrobulbar block) จึงลดอัตราเสี่ยงของการเกิดอาการแทรกซ้อนจากการฉีดยาชนิดนี้ ตัดปัญหาผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่าง ๆ จึงนับว่าเป็นการรักษาต้อหินที่ได้ผลดี ประหยัด และปลอดภัยกว่าการผ่าตัด แต่อย่างไรก็ตามการรักษาโรคต้อหินชนิดเรื้อรังยังต้องได้รับการดูแลติดตามผลของการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพยาบาลจะต้องให้การพยาบาลที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ไม่ว่าผู้ป่วยจะเป็นโรคในระยะใดก็ตาม ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง

โรคต้อหินชนิดเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด เนื่องจากมีพยาธิสภาพของการอุดตันและการถูกทำลายที่ไม่อาจคืนสู่สภาพปกติได้ การรักษายาพยาบาลเป็นเพียงการควบคุมอาการของโรคมิให้เลวลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะต้องรู้จักดูแลตนเองตามความต้องการในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. อาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าสูง เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง ผู้ป่วยที่ได้รับยาเพื่อลดความดันลูกตา ในระยะแรกที่ได้รับประทานยาอาจเกิดอาการข้างเคียง คือ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด คลื่นไส้ อาเจียน และท้องเสีย ควรรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย โดยรับประทานช้าๆ ไม่ให้อิ่มเกินไปในแต่ละมื้อ รับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง ประมาณวันละ 4-6 มื้อ และมีเวลาพักหลังรับประทานอาหาร 1/2 ถึง 1 ชั่วโมง

สำหรับผู้ที่มีการชาปลายมือ ปลายเท้า อ่อนเพลีย เนื่องจากขาดโพแทสเซียมจากการข้างเคียงของยา เนื่องจากโพแทสเซียมเป็นเกลือแร่ที่สำคัญที่มีอยู่ภายในเซลล์ ทำหน้าที่สำคัญในการควบคุมความเป็นกรด-ด่าง การขนถ่ายของสารบางชนิดผ่านเยื่อหุ้มเซลล์ และเป็นตัวเร่งปฏิกิริยาเกี่ยวข้องกับ

เมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตและโปรตีน (วิชัย ดันไพจิตร 2530: 25) ดังนั้นจึงควรรับประทานอาหารที่ให้โพแทสเซียมมาก ซึ่งได้แก่ ผลไม้ นม เนื้อสัตว์ ผัก และถั่วเมล็ดแห้ง

2. ดื่มน้ำให้เพียงพอ ในช่วงที่รับประทานยาลดความดันโลหิต เพื่อช่วยขับแคลเซียมที่จะตกตะกอนในไต ซึ่งอาจก่อให้เกิดนิ่ว (Renal calculi) ได้ (Jeglum 1981: 473) อย่างไรก็ตามลีดเฮกเกอร์ (Leydhecker, 1995: 703-705) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการดื่มน้ำครั้งละจำนวนมากกับการดื่มน้ำกาแฟในผู้ป่วย 164 ราย ที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 30 มิลลิเมตรปรอท พบว่าคาเฟอีน (Caffeine) ในกาแฟ 1 แก้ว (150 ซีซี) มีผลกระทบต่อความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคต้อหิน น้อยกว่าการดื่มน้ำ 1000 ซีซี ซึ่งทำให้สรุปได้ว่าการดื่มน้ำครั้งละมาก ๆ จะทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นได้ จึงควรหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำ หรือเครื่องดื่มอื่น ๆ ครั้งละจำนวนมาก แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้พบว่ากาแฟจำนวนน้อยไม่มีผลต่อการเพิ่มความดันโลหิต แต่ในทางปฏิบัติทั้งแพทย์และพยาบาล ยังแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำ เพราะการศึกษารวมของคาเฟอีนต่อความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคต้อหิน ยังมีข้อโต้แย้งไม่อาจสรุปได้แน่นอน

3. ดูแลให้การขับถ่ายและการระบายเป็นไปตามปกติ ตามกิจวัตรประจำวัน แต่ควรเพิ่มความสนใจให้มากขึ้นในกรณีต่อไปนี้

3.1. ถ้าต้องรับประทานยาในกลุ่มที่ทำหน้าที่หยุดยั้งเอ็นไซม์คาร์บอนิก แอนไฮเดรส ประเภทอะเซตาโซลามีด์ (Acetazolamide) เป็นเวลานาน อาจเกิดอาการแทรกซ้อนเนื่องจากการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ ทำให้ปวดท้อง ถ่ายปัสสาวะไม่ออก (ประจักษ์ ประจักษ์เวช 2529: 130)

3.2. อาจมีอาการท้องเสีย เพราะระบบทางเดินอาหารถูกกระตุ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา (Heather & Charles 1987: 82-83)

เมื่อมีอาการอย่างหนึ่งอย่างใดข้างต้น ควรให้เป็นดุลพินิจของจักษุแพทย์ในการงดหรือปรับเปลี่ยนยา

4. คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน จากข้อจำกัดของความสามารถในการมองเห็น

4.1. การประกอบอาชีพ โดยทั่วไปผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังสามารถทำงานได้ตามปกติ ทั้งงานนอกบ้าน และงานภายในบ้าน งานอาชีพที่เสี่ยงอันตราย ควรจะงดหรือสับเปลี่ยนงาน

4.2. การออกกำลังกาย ควรดื่มน้ำที่เสี่ยงอันตราย ในรายที่เป็นต้อหินจากเยื่อภายในลูกตาเสื่อม ควรจำกัดการออกกำลังกาย เช่น ห้ามเล่นโยคะ หรือกัมเจยบ่อย ๆ ไม่ควรยกของหนัก เพราะจะเกิดการเสียดีระหว่างเปลือกแก้วตากับม่านตา ทำให้เยื่อที่อยู่บนผิวของเปลือกหุ้มแก้วตาหลุดลอยมาอุดตามทางระบายน้ำเลี้ยงตา

4.3. การพักผ่อน ควรใช้เวลาว่างฟังวิทยุ ส่วนการอ่านหนังสือหรือดูโทรทัศน์ไม่ควรใช้เวลานาน เพราะจะทำให้ตาเพลีย เกิดความไม่สุขสบายได้

5. คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในเครือข่ายสังคมเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นเสมือนแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคต้อหินด้วยกัน การพูดคุยกับบุคคลสำคัญภายในครอบครัว หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการแสวงหาข้อมูล และขอความช่วยเหลือเมื่อต้องการได้

6. ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อร่างกายที่เกิดจากข้อจำกัดในการมองเห็น จึงควรมีการป้องกันอุบัติเหตุทั้งภายในบ้านและนอกบ้านเช่น โตะ เก้าอี้ ที่ใช้ต้องเป็นแบบเรียบๆ ไม่มีปุ่ม ไม่มีแฉกแหลมโดยเฉพาะอย่างยิ่งจะต้องมีน้ำหนักที่ผู้ป่วยสามารถเกาะยึดในการทรงตัวได้ ทางเดินภายในบ้านต้องไม่วางสิ่งของกีดขวาง เช่น การวางพัตลม พยายามวางไว้ประจำที่ ภายในบ้านจัดให้มีแสง

สว่างเพียงพอ ห้องน้ำ ห้องส้วม ควรมีราวติดไว้ที่ผนัง เพื่อใช้เป็นที่ยึดเกาะในการทรงตัวเป็นต้น (ขวัญตา เกิดชูชื่น 2530: 6-7) และเมื่อเกิดมีความจำเป็นต้องออกนอกบ้าน ควรหลีกเลี่ยงการเดินทางเพียงลำพังคนเดียว แต่ถ้าไม่มีทางเลี่ยงควรใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ ไม่รีบร้อน

นอกจากนั้น การใช้ยาและสารอื่น ผู้ป่วยมักได้รับการรักษาเป็นเวลานานด้วยยาหลายชนิด จึงควรทราบเกี่ยวกับ ชื่อยา ขนาด คุณสมบัติ ฤทธิ์ข้างเคียง วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง พร้อมทั้งรู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ และทราบวิธีแก้ไขได้ถูกต้อง การรับประทานยาหรือหยอดยา ควรให้ถูกต้องตามขนาดและเวลาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อผลในการควบคุมโรค หลีกเลี่ยงการรับประทานยารักษาชนิดอื่นนอกเหนือจากแพทย์สั่ง เพราะอาจเป็นการเสริมฤทธิ์ ขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาที่ได้รับ หรืออาจเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาได้ แต่ถ้าจำเป็นต้องใช้ เช่น ยาจำพวกฮอร์โมนทั้งชนิดหยอดและรับประทาน ยารักษาโรคกระเพาะหรือยาแก้ปวดท้อง ยาที่มีฤทธิ์ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อบางชนิด หรือผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมความดันโลหิต ควรแจ้งให้จักษุแพทย์ทราบด้วย อีกประการหนึ่งคือ ห้ามหยอดยาที่มีฤทธิ์ในการขยายม่านตา เพราะจะทำให้การดำเนินของโรคต้อหินชนิดเรื้อรังเลวลง (ธงชัย ฉัตรานนท์ 2528: 131-134)

7. ผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังควรมีการกระทำเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ โดยการปรับความรู้สึกรับยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อบรรเทาอารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากโรค เนื่องจากป่วยด้วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง มีพยาธิสภาพที่ไม่อาจกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ความสามารถในการมองเห็นลดลง และการรักษาเป็นเวลานานก่อให้เกิดความกลัว วิตกกังวล และเกิดความเครียด ซึ่ง เพ็ญศรี สาราญเวทย์ (2533: 41) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคต้อหิน โดยศึกษาย้อนหลัง ในกลุ่มผู้ป่วยซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง กับกลุ่มโรคตาชนิดอื่น ๆ กลุ่มละ 100 คน ที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจตา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ส่วนหนึ่งเป็นการศึกษาในเรื่องความเครียด โดยใช้แบบสอบถาม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มที่เป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง มากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มโรคตาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ดังนั้นผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรังต้องจัด

การกับความเครียด หรือบรรเทาความเครียดไม่หมกมุ่นกับตนเอง ผ่อนคลาย
อารมณ์ด้วยการทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกเพลิดเพลิน

8. แสวงหาความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ ตั้งแต่ระยะเริ่ม
แรกที่ทราบว่า เป็นโรค ปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยเฉพาะผู้ที่มีข้อจำกัดในการ
มองเห็น ช่วยเหลือตนเองได้ไม่มาก จะต้องตัดแปลงอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์
ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่จะต้อง
ความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาท หน้าที่
และการพึ่งพาบุคคลอื่น พัฒนาซึ่งความมีคุณค่า (สมจิต หนูเจริญกุล 2533: 15)
อัปสร เข็นเจริญ กล่าวว่ามีผู้ป่วยพิการหรือทุพพลภาพ จะประสบปัญหา คือ 1)
ขาดความรู้ ความเข้าใจในการรักษาพยาบาลตนเองอย่างถูกต้อง ทำให้มีการ
หวาดกลัว วิตกกังวล หนีการรักษาจากแพทย์ไปรักษาทางไสยศาสตร์ เป็นต้น
2) ขาดเงินซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาพยาบาล 3) สุขภาพจิตเสื่อม
เนื่องจากตนเองต้องสูญเสียอวัยวะบางส่วนจากร่างกายไป ไม่สามารถประกอบ
อาชีพตามปกติได้ ทำให้เกิดความวิตกกังวล 4) ปัญหาครอบครัวและปัญหา
เศรษฐกิจ ก่อให้เกิดปัญหาการแตกแยก 5) ปัญหาการว่างงาน และ 6)
ปัญหาถูกทอดทิ้ง (อัปสร เข็นเจริญ 2527: 66)

ฉะนั้นเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าวที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงควรเรียนรู้ที่จะ
ปรับและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง โดยทำกิจกรรมตามขอบเขต
ความสามารถได้ จัดการกับความเครียดได้ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ป้องกัน
อันตรายที่อาจเกิดกับตนเพราะข้อจำกัดในการมองเห็นได้ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคล
ในเครือข่ายสังคมอย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ดังได้กล่าวมาแล้วว่าโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง
มี 3 ระดับ คือ 1) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง 2) พลัง
ความสามารถ 10 ประการ 3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ในขณะที่
นี้มีผู้สร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองใน 2 ลักษณะ คือ

1. วัดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง
2. วัดพลังความสามารถ 10 ประการ

1. เครื่องมือวัดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองที่มีผู้สร้างไว้ คือเครื่องมือวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Exercise of Self-Care Agency) ของเคียร์นเน และฟลิสเชอร์ (Kearney & Fleischer 1979) และเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scale) ของเอเวอร์และคณะ (Evers, et al. 1985)

เคียร์นเน และฟลิสเชอร์ (Kearney & Fleischer cited in Gast, et al. 1989: 30-32) เชื่อว่าบุคคลอาจมีความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ไม่สามารถใช้ความสามารถนั้นในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ ดังนั้นแนวคิดของการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองจึงแตกต่างจากแนวคิดของความสามารถในการดูแลตนเอง แต่เนื้อหาของข้อความถามการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองกลับพิจารณาคุณสมบัติพื้นฐานของบุคคล จึงทำให้เกิดความคลุมเครือในความตรงตามโครงสร้างของการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งไรซ์ (Riesch 1988: 257) กล่าวว่าเมื่อนำเครื่องไปใช้แล้ว ผลการศึกษายังไม่สามารถอธิบายความหมายของความสามารถในการดูแลตนเองได้ชัดเจน

ส่วนเอเวอร์ และคณะ (Evers, et al. 1985) ได้สร้างเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scale : Form A) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเป็นเครื่องมือวัดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง เพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลทั่วไปทั้งภาวะปกติ แต่จะต้องดัดแปลงถ้าจะนำไปใช้ในภาวะเจ็บป่วยให้เหมาะสมกับโรคและการรักษา เครื่องมือนี้ได้รับคำวิจารณ์จากโอเร็ม (Evers 1989: 22-23) ว่าเป็นแบบวัดการกระตุ้นพลังความสามารถ (activation of power) และการริเริ่มการดูแลตนเอง (engaged in self-care operation) คำถามในแต่ละข้อเป็นการให้เลือกตอบว่านำความสามารถในการดูแลตนเองมาใช้หรือไม่ เครื่องมือนี้จึงสามารถประเมินการใช้

ความสามารถในการดูแลตนเองได้

เนื่องจากเครื่องมือนี้มิได้กำหนดให้ใช้เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคจิต สมจิต หนูเจริญกุล จึงแปลเป็นภาษาไทยและปรับเครื่องมือให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง และนำมาประเมินในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา 60 ราย จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างสูง ($X = 98$, $SD = 12$ คะแนน เต็ม = 120) และได้มีผู้นำเครื่องมือที่แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล ไปดัดแปลงเพื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างอีกหลายกลุ่ม ซึ่งพบว่ามีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ เพียงพอที่จะนำไปใช้ในการทดสอบทฤษฎีต่อไป

2. เครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองในลักษณะวัดพลังความสามารถ 10 ประการ ได้มีผู้สร้างไว้หลายท่าน เช่น

เดนนิส (Denyes 1981) สร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง โดยได้แนวทางจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในระยะแรก แม้จะไม่ตรงกับความหมายของพลังความสามารถ 10 ประการ ตามที่โอเร็มอธิบายในระยะต่อมา แต่เดนนิสได้เปรียบเทียบองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองตามเครื่องมือของตน ว่าเหมือนกับพลังความสามารถ 7 ประการ (Denyes cited in Gast, et al. 1989: 33)

ต่อมาแฮนสัน และบิคเคิล (Hanson & Bickel cited in Riehl-Sisca 1985: 272) ได้สร้างเครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง โดยวัดพลังความสามารถ 10 ประการตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เมื่อนำไปทดสอบในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีภาวะสุขภาพปกติ พบว่าเครื่องมือนี้สามารถวัดพลังความสามารถได้เพียง 8 ประการ และต่อมาวีเวอร์ (Weaver cited in Gast, et al. 1989: 33) ได้นำเครื่องมือมาทดสอบความตรงตามโครงสร้าง พบว่าไม่สามารถยืนยันองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองว่าตรงกับพลังความสามารถ 8 ประการ ตามที่แฮนสัน และบิคเคิลสรุปไว้ จึงสรุปว่าเครื่องมือมีความคลุมเครือในความตรงตามโครงสร้าง

แกส เดนนิส แคมเบล และคณะ (Gast, Denyes, Campbell, et al. 1989: 36-37) วิจารณ์เครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเองใน 2 ลักษณะนั้นว่ายังไม่สมบูรณ์ เพราะความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถที่สลับซับซ้อน การวัดเพียงครั้งเดียวอาจไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเครื่องมือที่ใช้วัดไม่สามารถสะท้อนองค์ประกอบได้ตรงตามโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง และเครื่องมือที่วัดพลังความสามารถ 10 ประการ ไม่สามารถสะท้อนองค์ประกอบพลังความสามารถ 10 ประการ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษา และพัฒนาเครื่องมือในการวัดหรือประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดความเที่ยงตรงยิ่งขึ้น

เนื่องจากเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของ เอเวอร์ และคณะ (Evers, et al. 1985) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (2529) และได้มีหลายท่านนำไปดัดแปลงใช้เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษามีความเกี่ยวข้องอยู่ในเกณฑ์ดีดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเลือกใช้เครื่องมือนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือในการวัดความสามารถในการดูแลตนเองต่อไป

ในการศึกษาดังนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาตัวแปรคัดสรรด้านปัจจัยพื้นฐานซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย เพื่อดูความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง ดังนี้

อายุ

โอเร็ม (Orem 1985: 85) กล่าวว่า "ความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับอายุ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์ ความเห็นหรือความเชื่อเกี่ยวกับสังคมวัฒนธรรม และการใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่" ความสามารถในการดูแลตนเองเริ่มพัฒนาขึ้นตั้งแต่ในวัยเด็ก และพัฒนาจนสมบูรณ์ระยะหนึ่งในวัยผู้ใหญ่ ต่อมาความสามารถนี้จะลดลงเมื่อถึงวัยสูงอายุ (Orem 1985: 35)

อายุ มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมตอบสนองต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ดังที่แบคเกอร์ (Backer 1977: 88) พบว่าการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา นั้น มักจะพบได้ในผู้ป่วยที่มีอายุมาก และอายุน้อย ดังเห็นได้จากการศึกษาของแบล็คเวลล์ (Blackwell 1973: 249) ที่พบว่าผู้ป่วยอายุน้อยส่วนมากปฏิเสธการรับประทานยาที่มีรสไม่ดี และผู้สูงอายุมักจะหลงลืม หรือไม่สนใจตนเอง ซึ่งแลมเบิร์ต และ แลมเบิร์ต (Lambert & Lambert 1979: 210) กล่าวว่า วัยของบุคคลที่มีความสามารถในการตัดสินใจได้เหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เพื่อภาวะสุขภาพที่ดี คือบุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เพราะเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเอาใจใส่ตนเอง และให้ความร่วมมือในการรักษาสูง และจากการศึกษาของบราวน์ และแมคกรีดี (Brown & McGredy 1986: 317) พบว่าพฤติกรรมกำบังโรครามีมากขึ้นในผู้ที่มีอายุมากขึ้น

ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความสามารถในการดูแลตนเอง จอนอะจง เฟ็งจาด (2533: 41) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ โดยใช้แบบสอบถามของเอเวอร์ และคณะ พบว่าอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ ซึ่งผู้วิจัยให้เหตุผลว่าอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ผู้น้อยในวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุไม่แตกต่างกันมากนัก

เพศ

เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อความต้องการการดูแลตนเอง (Orem 1991: 137) นอกจากนี้อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยม ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem 1985: 22) คัทเนอร์ และคัทเนอร์ (Kutner & Kutner 1979 : 62-66) กล่าวว่า เพศทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีรภาพในบุคคล นอกจากนี้ยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในระบบครอบครัว ชุมชนและสังคมอีกด้วย จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่าเพศอาจมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา ดังการศึกษาของค็อกเคอร์แฮม (Cockerham 1982: 70) เรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าเพศหญิงไปรับการตรวจรักษามากกว่า

เพศชาย เพลีนพิศ เลหาวิริยะกมล (2531: ก) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลราชวิถี และ โรงพยาบาลโรคทรวงอก นนทบุรี จำนวน 100 ราย พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ สนธยา พิชัยกุล (2533: 47) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ที่คลินิกปลูกถ่ายอวัยวะ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 74 ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ เพศชาย ร้อยละ 70.3 เพศหญิง ร้อยละ 29.7 พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532: 49) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการรักษาในแผนกตรวจผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 100 ราย เป็นเพศหญิง 49 ราย และเพศชาย 51 ราย พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความสามารถในการดูแลตนเอง

สถานภาพสมรส

คู่สมรสนั้นถือได้ว่ามีส่วนสำคัญยิ่งในการช่วยเหลือให้ผู้สูญเสียการมองเห็นมีการปรับตัวในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น และคู่สมรสเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งโคเฮน และวิลล์ (Cohen & Wills 1985: 310-353) ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพของมนุษย์ไว้ 2 ประการ คือ

1: แรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคงซึ่งส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรคทำงานได้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมทางสุขภาพดี มีการต่อสู้ปัญหาดีขึ้น ทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง

2. แรงสนับสนุนทางสังคม จะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะวิกฤตโดยช่วยลดความเครียด หรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะเครียดได้ดีมีการปรับตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม

สุภาภรณ์ ด้วงแพง (2531: ก.) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 70 ราย พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .36, P < .01$) และสามารถใช้เป็นตัวทำนายการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 12.85 เช่นเดียวกับการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล ที่ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ และผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 112 ราย ผลการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเอง ($r = .59, P < .001$) และแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนายการดูแลตนเองได้ดีที่สุด (Hanucharurnkul 1989: 21-27) นอร์เบค (Norbeck 1981: 49) ศึกษาผู้ป่วยหญิงโรคหัวใจที่มีฐานะปานกลาง พบว่าผู้ที่แต่งงานแล้วได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า เนื่องจากผู้ที่แต่งงานแล้วได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจ และความมั่นใจในตนเองมากกว่าหญิงหม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ และหญิงโสด ตามลำดับ

อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531: 44) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรังที่มีอายุระหว่าง 45-85 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลทรวงอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 120 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .27, P < .01$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2532: 87) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยบางประการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า สถานภาพสมรสของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

วัตสัน (Watson 1986 cited in Brillhart 1988: 316) กล่าวว่า การปรับตัวและการฟื้นฟูสมรรถภาพชีวิตที่ดีของผู้พิการนั้น มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปรับตัวของครอบครัว ความรัก ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เพราะผู้พิการยอมวางใจครอบครัวในการให้การดูแลทางร่างกายแก่เขา การมีกิจกรรมร่วมกัน การให้ความสนับสนุนทางอารมณ์ โดยให้ความเข้าใจ การยอมรับ และการให้ความช่วยเหลือเรื่องเงิน ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นเป้าหมายหนึ่งที่จะช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ

ระยะเวลาในการศึกษา

ตามแนวคิดของโอเร็ม เชื่อว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง (Orem 1985: 175) นอกจากนั้นการศึกษายังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ มีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วย ดังนั้นระดับการศึกษาจึงน่า จะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง เพนเดอร์ (Pender 1982: 161-162) กล่าวว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำจะ มีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และจากการรวบรวมรายงานการศึกษาวิจัย ของเดวิส (Davis) ได้อ้างถึงรายงานการศึกษาของคอบบี้ และคณะ (Cobb, et al. cited in Davis 1968: 276) ที่พบว่าผู้สูงอายุ และมีฐานะทาง เศรษฐกิจสังคมต่ำมักจะไม่ได้ให้ความร่วมมือในการรักษา กับการศึกษาของเบตส์ และเอเรียล (Bates & Ariel cited in Davis 1968: 274-275) ที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยมักจะไม่ได้ร่วมมือในการรักษา และการศึกษาของรูทท์ (Ruth 1974: 136-156) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำมักพบปัญหาในการทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค วิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตน เพราะ ความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ซึ่งผู้มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้ และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนอย่างถูกต้อง และเป็นวิทยาศาสตร์มากกว่าผู้มีการศึกษาต่ำ จาก การศึกษาของจอห์นสัน เฟ็งจาด (2533: 42) พบว่าระยะเวลาในการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37, p < .001$) นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษายิ่งสูง จะมี

ความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้นด้วย ผลการศึกษาสอดคล้องกับ สุวี
โอภาสศิริวิทย์ (2531) สุมิน สุเตชะ (2530) และจิรภา หงษ์ตระกูล (2532)
ซึ่งสนับสนุนแนวคิดตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม แต่จากการศึกษาของ
ลันด์แมน และคณะ (Lundman, et al. 1990: 260) ที่ศึกษาเรื่องความ
ผาสุกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ที่มีความแตกต่างกันในเรื่อง อายุ เพศ
สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่เป็นโรค และระดับการศึกษา พบว่า ระดับการ
ศึกษามีความสัมพันธ์กับความผาสุกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ผู้วิจัยหลายท่านพบว่าระยะเวลาที่เจ็บป่วยและระยะเวลาในการรักษา
มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา เช่น จารุวรรณ ชันติสุวรรณ (2528:
ค) พบว่าผู้ป่วยวัยโรคที่มีระยะเวลาการรักษานานจะให้ความร่วมมือในการรักษา
ไม่ดีและจากการศึกษาของ นวลชนิษฐ์ ลิ้มปณัสส์ (2530: 78) ได้ศึกษาถึง
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและจิตใจ สังคม
กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 100 ราย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ พบว่า
ระยะเวลาของการเป็นโรคแตกต่างกัน มีผลทำให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยแตก
ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคน้อยกว่า 6
เดือน มีการดูแลตนเองน้อยที่สุด เป็นโรคนาน 6-24 เดือน สามารถปรับตัวดูแล
ตนเองได้ดีที่สุด แต่ถ้านานกว่า 24 เดือน การดูแลตนเองจะลดลง ลัดดาวัลย์
สิงห์คำฟู (2532: ก) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง
การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจำนวน 100
ราย ที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคระบบประสาท แผนกผู้ป่วยนอกอายุร-
กรรม หน่วยกายภาพบำบัด และหน่วยอาชีวบำบัด โรงพยาบาลศิริราช 40
ราย และโรงพยาบาลประสาท 60 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 71 สถานภาพ
สมรสคู่ร้อยละ 73 อายุเฉลี่ย 56.24 ปี ระยะเวลาที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกโดย
เฉลี่ย 39.75 เดือน ซึ่งพบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การสนับสนุน
ทางสังคม ไม่สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้ แต่พบว่า
ระยะเวลาที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้
สำหรับผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังนั้น ไม่พบว่าผู้ใดทำการศึกษาคือความสัมพันธ์
ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับระยะเวลาที่เจ็บป่วยมาก่อน

ภาวะสุขภาพกับความสามารถในการดูแลตนเอง

ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปตามความหมายของโอเร็ม เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดี คือคนที่มีโครงสร้างที่สมบูรณ์และสามารถทำหน้าที่ของตนได้ การดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล นอกจากนี้โอเร็มยังกล่าวหาถึงถึงความผาสุก (well-being) ว่าต่างจากสุขภาพ แม้จะมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ ความผาสุกเป็นการรับรู้ถึงภาวะของตนเอง คนที่เจ็บป่วยรับรู้ถึงความผาสุกได้ (Orem 1985 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2533: 4) ซึ่งภาวะสุขภาพนี้เกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ

การศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับความสามารถในการดูแลตนเองโดยตรงนั้นมีน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง งานวิจัยที่ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของทั้งสองตัวแปรนี้โดยตรง ได้แก่ งานวิจัยของ เฟร์ และ เดนนิส (Frey & Denyes 1986: 58) ศึกษาการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เป็นเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน จำนวน 37 ราย พบว่าการปฏิบัติดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .72, P < .001$) นิรนาท วิทโยชคกิติคุณ (2534: 38) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 120 ราย ส่วนหนึ่งของผลการศึกษา พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ($r = .52, P < .001$) วรวรรณ เหนือคลอง (2534: 41) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ขณะได้รับรังสีรักษาและภายหลังได้รับรังสีรักษา ที่มารับการรักษาที่หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลรามธิบดี และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 51 ราย ส่วนหนึ่งของผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้งขณะได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษาอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .57, P < .001$ และ $r = .45, P < .001$ ตามลำดับ) ซึ่งคุณภาพชีวิตของบุคคลจะสะท้อนถึงความผาสุกของเขาด้วย

สนธยา พิชัยกุล นอกจากจะศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษา โดยการชั่งตวงของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่องแล้ว ยังศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ป่วยด้วย โดยพบว่าการมีโรคพื้นฐานมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับสภาพอาการ ($r = .30, P < .01$) และแผนการรักษาในอนาคต ($r = .22, P < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีอาการ ไม่มีโรคอื่นร่วมด้วย จะเข้าร่วมในโครงการปลูกถ่ายไตสูงกว่า (สนธยา พิชัยกุล 2533: 36)

แมคคีนและเอลคิงตัน (Mackean & Elkington 1983: 47) ศึกษาผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง 168 ราย พบว่าในผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำให้หยุดยาวันละ 2 ครั้ง มีจำนวนผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการหยุดยาอย่างสม่ำเสมอถึงร้อยละ 36 ส่วนกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำให้หยุดยาวันละ 3-4 ครั้ง ให้ความร่วมมือเพียงร้อยละ 22 เท่านั้น เมื่อพิจารณาการศึกษานี้อาจเนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานหรือพลังความสามารถซึ่งในที่นี้ยังไม่สามารถบ่งชี้ได้ว่าปัจจัยใดบ้างที่ทำให้ความร่วมมือในการหยุดยามีความแตกต่าง ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าศึกษากันต่อไป เพราะภาวะสุขภาพของบุคคลเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม (Denyes 1988: 16)

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่านักวิจัยและนักวิชาการจำนวนมากได้พยายามศึกษาถึงอิทธิพลต่าง ๆ ต่อภาวะสุขภาพของบุคคลในกลุ่มผู้ป่วยรวมทั้งพฤติกรรมตอบสนองของญาติและผู้ใกล้ชิด อิทธิพลที่กล่าวในส่วนหนึ่ง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่เจ็บป่วย เป็นต้น สำหรับวิชาชีพพยาบาล ได้มีการนำทฤษฎีการพยาบาลมาใช้หนึ่งในจำนวนทฤษฎีการพยาบาลต่างๆ ที่สร้างขึ้น คือทฤษฎีของโอเร็ม ซึ่งกล่าวถึงการดูแลตนเองในลักษณะของการปรับหน้าที่ และเมื่อไรก็ตามที่ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลไม่เพียงพอ พยาบาลก็จะทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ การศึกษาเพื่อทดสอบถึงปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวจะช่วยให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพได้แนวทางการพิจารณาให้คำแนะนำ การช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสม ต่อเนื่อง และเป็นไปตามความต้องการของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้น ซึ่งคาดว่าจะช่วยส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง อันจะส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี แม้บุคคลนั้นจะมีโรคเรื้อรัง ก็มีความผาสุกได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพ และตัวแปรคัดสรรด้านปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง นอกจากนี้ยังศึกษาถึงความสามารถในการทำงานภายใต้ภาวะสุขภาพของตัวแปรเหล่านี้

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง จำนวน 100 ราย ซึ่งมารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลรามารัตนบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2533 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2534

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

1. อายุ 15 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง
3. เป็นโรคต้อหินเพียงตาเดียว หรือทั้งสองตา โดยไม่จำกัดความสามารถในการมองเห็น (Visual acuity) หรือลานสายตา (Visual field)
4. สามารถสื่อความหมายด้วยภาษาไทยรู้เรื่องดี
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนปีที่เรียนหนังสือ อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การเสียค่ารักษาพยาบาล ปัญหาการเงิน รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว การมาตรวจตามนัด โรคประจำตัวและการได้รับคำแนะนำ



ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะแสดงลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา (ภาคผนวก ข)

2. แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งดัดแปลงจาก "The Appraisal of Self-Care Agency Scale" ที่สร้างขึ้นโดยเอเวอร์ และคณะ (Evers, et al. 1985) มีทั้งหมด 24 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อความบางข้อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ศึกษาและนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวณค่าความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช = .54 ซึ่งค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากใจความในข้อความด้านลบมีความซ้ำซ้อนยากต่อการทำความเข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามเกิดความสับสน ก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการตอบ ผู้วิจัยจึงปรับข้อความด้านลบให้เป็นด้านบวก ตามข้อเสนอแนะของเกเดน และเทลเลอร์ (Geden & Taylor 1989: 68) ที่ว่า การวัดความสามารถในเชิงปฏิบัติการไม่ควรใช้คำถามในเชิงลบ เพราะเป็นการถามการปฏิบัติ โดยคำถามด้านลบที่มีได้หมายถึงความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองโดยตรงอย่างชัดเจน จะเป็นข้อจำกัดที่ทำให้การตอบคำถามดังกล่าวผิดพลาด และเกิดความคลาดเคลื่อนในการให้คะแนน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ปรับลักษณะคำตอบของมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิตเป็น 3 อันดับ คือเป็นจริงมากที่สุดให้ 3 คะแนน เป็นจริงปานกลางให้ 2 คะแนน และไม่เป็นจริงเลยให้ 1 คะแนน คะแนนรวมมีค่าสูงสุด 72 คะแนน คะแนนต่ำสุด 24 คะแนน คะแนนยิ่งมาก หมายถึงความสามารถในการดูแลตนเองยิ่งสูง เหตุผลที่จำเป็นต้องปรับลักษณะคำตอบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิตจาก 5 อันดับ เหลือ 3 อันดับ เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการมองเห็น การเก็บข้อมูลส่วนใหญ่ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟัง แล้วให้เลือกคำตอบในแบบสอบถาม การปรับมาตราส่วนดังกล่าวเพื่อสะดวกสำหรับผู้ป่วยในการจดจำวิธีตอบ

คุณภาพของเครื่องมือ แบบวัดนี้แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharurn-kul 1986) และนำไปใช้กับผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ และมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช = .78 และจิราภา หงษ์ตระกูล (2532) นำเครื่องมือนี้ไปปรับใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 100 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช = .83

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปให้ผู้เชี่ยวชาญใน ทัศนวิทยาการพยาบาลของโอเร็ม 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาล 4 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) แล้วนำมาปรับอีกครั้งหนึ่ง ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 ราย แล้วนำมาหาความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช = .80 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช = .83

3. แบบวัดภาวะสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดภาวะสุขภาพที่สร้างขึ้นโดยเดนนิส (Denyes Health Status Instrument: DHSI 1980) มีทั้งหมด 29 ข้อ โดยแบ่งคำถามออกเป็น 2 ส่วน คำถามส่วนแรกเป็นส่วนที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยตอบตามการรับรู้ต่อปัญหาสุขภาพของตน (Self-reporting) ส่วนที่สอง ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่าเชิงเส้นตรง โดยเส้นตรงแสดงถึงความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพ มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนน คะแนน 0 หมายถึงสุขภาพไม่ดีเลย คะแนน 100 หมายถึงสุขภาพดีมาก การคิดคะแนน จะคิดคะแนนทั้งหมด 11 ข้อ มีคะแนนรวมทั้ง แต่ 0-1100 คะแนน ผู้วิจัยหาค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพโดยใช้คะแนนรวมทั้งหมดหารด้วย 11 คะแนนยิ่งมากแสดงว่าสุขภาพดีมาก ส่วนข้อที่เหลือวิเคราะห์ข้อมูลโดยการบรรยาย

คุณภาพของเครื่องมือ เดนนิส (Denyes, 1980) ได้พัฒนาเครื่องมือมาจาก บรันสวิค (Brunswick 1976; Orem 1971 in Denyes 1980: 15) ได้รับการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง และความตรงตามเนื้อหา โดย นันนาลี (Nunnally 1978 in Denyes 1980: 15) และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มวัยรุ่น จำนวน 369 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาอยู่ระหว่าง 0.83-0.88 (Denyes 1988: 15)

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แปลเป็นภาษาไทยและนำมาปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญในทัศนวิทยาการพยาบาลของโอเร็ม 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาล 4 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำมาปรับอีกครั้งหนึ่งก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง ที่มี

ลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 16 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช = .89 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 100 รายในการวิจัยครั้งนี้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช = .85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขออนุญาตเก็บข้อมูลตามขั้นตอนในฐานะนักศึกษามหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวันและเวลาที่มีคลินิกโรคต่อหิน โดยมีขั้นตอน และวิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยที่มาตรวจ ณ คลินิกโรคต่อหิน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดจากเวชระเบียนผู้ป่วย ตามรายชื่อผู้ป่วยต่อหินชนิดเรื้อรังที่นัดมารับการตรวจในวันนั้น ๆ

2. หลังจากผู้ป่วยที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดได้รับการวัดความสามารถในการมองเห็นเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจะเข้าไปขอความร่วมมือในการวิจัย โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

2.1. แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือเพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย (ภาคผนวก ก) เมื่อผู้ป่วยอนุญาตจึงเชิญผู้ป่วยมายังสถานที่สัมภาษณ์ที่เตรียมไว้

2.2. เก็บข้อมูลโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบวัดภาวะสุขภาพ ใช้เวลาประมาณ 30 ถึง 50 นาทีในแต่ละราย

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ผู้ฟังฟัง แล้วให้เลือกคำตอบในแบบสอบถามนั้น ๆ และในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามได้ตลอดเวลา หากไม่เข้าใจข้อความในแบบวัดต่าง ๆ และหลังจากสัมภาษณ์หรือตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว

แล้วได้เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยซักถามข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้ตามต้องการ

3. นำข้อมูลจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพมาคิดคะแนนรวมแต่ละชุด แยกข้อมูลส่วนบุคคลตามตัวแปร และปัจจัยพื้นฐานที่เลือกศึกษา

4. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องสมองกล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS[™] (Statistical Package for the Social Science)

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง ปัจจัยคัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับดังนี้

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง
2. ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ
3. ผลการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ ตลอดจนความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพของตัวแปรเหล่านี้

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 100 ราย มีอายุระหว่าง 15-80 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.95 ปี เป็นเพศชายมากกว่าหญิง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ นับถือศาสนาพุทธ ไม่มีปัญหาด้านการเงิน ยังคงประกอบอาชีพอยู่ มาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ เบิกค่ารักษาพยาบาลได้เต็มจำนวน และมีรายได้ประมาณ 2,001-4,000 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนปีในการศึกษาเฉลี่ย 9.12 ปี มี 1 ราย ที่มีระยะเวลาศึกษานานถึง 25 ปี เนื่องจากการศึกษาต่อเนื่องในขณะที่ปฏิบัติงาน ส่วนระยะเวลาที่เจ็บป่วย นานตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 288 เดือน โดยมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 63.12 เดือน ร้อยละ 50 มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย ส่วนในเรื่องการได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการดูแลตนเอง พบว่าได้รับคำแนะนำจากแพทย์ร้อยละ 46 จากพยาบาล ร้อยละ 10 จากสื่ออื่นๆ เช่น จากหนังสือ ถ้ามจากเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน ดูจากโทรทัศน์ สังเกต และเรียนรู้ด้วยตนเองร้อยละ 13 ที่เหลือได้จากหลาย ๆ ทางรวมกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ร้อยละ	ตัวแปร	ร้อยละ
อายุ (ปี)		มาตรวจตามนัด	
พิสัย	15-80	สม่ำเสมอ	91
\bar{X}	51.95	ไม่สม่ำเสมอ	9
SD	18.74		
จำนวนปี (ที่เรียนหนังสือ)		ปัญหาเรื่องการเงิน	
พิสัย	0-25	ไม่มีเลย	51
\bar{X}	9.12	มีบ้างเล็กน้อย	29
SD	5.71	มีปานกลาง	14
		มีมาก	6
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย (เดือน)		วิธีเสียค่ารักษาพยาบาล	
พิสัย	6-288	เบิกค่ารักษาพยาบาล	11
\bar{X}	63.12	ได้บางส่วน	
SD	50.52	เบิกค่ารักษาพยาบาล	53
		ได้เต็มจำนวน	
เพศ		เสียค่ารักษาเอง	33
ชาย	52	สังคมสงเคราะห์	3
หญิง	48		
สถานภาพสมรส		รายได้ของครอบครัว	
คู่	53	รายได้น้อยกว่า หรือ	14
โสด หม้าย หย่า แยก	47	เท่ากับ 2,000 บาท	
		2,001-4,000	39
		4,001-8,000	19
ศาสนา		8,001-12,000	17
พุทธ	97	12,001-16,000	3
อิสลาม	2	16,001-20,000	8
คริสต์	1		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ร้อยละ	ตัวแปร	ร้อยละ
โรคประจำตัวอย่างอื่น		อาชีพ	
ไม่มี	50	ประกอบอาชีพ	54
มี	50	ข้าราชการเกษียณอายุ	8
		นักเรียน นักศึกษา	3
ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจาก		ไม่ได้ประกอบอาชีพ	35
แพทย์	46		
พยาบาล	10		
สื่ออื่น ๆ	13		
แพทย์ พยาบาล และ	31		
สื่ออื่น ๆ			

ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ

ความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 38-72 คะแนน ค่าเฉลี่ย 58.91 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.32 ลักษณะของคะแนนมีทิศทางเบ้ไปทางซ้าย (Skewness -0.64) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างสูง ดังตารางที่ 2

เมื่อพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองเป็นรายข้อ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนการออกกำลังกายมีค่าต่ำสุด คือมีค่าเท่ากับ 2.05 (จากคะแนนเต็ม 3) และค่าเฉลี่ยของคะแนนการรักษาอนามัยส่วนตัว มีค่าสูงสุดถึง 2.83 ส่วนความสามารถในเรื่องอื่น ๆ มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 2.29 ถึง 2.79 ซึ่งนับว่าเป็นคะแนนที่ค่อนข้างสูง ดังแสดงในตารางที่ 12 (ภาคผนวก จ)

ส่วนภาวะสุขภาพ พบว่า คะแนนของกลุ่มตัวอย่างมีค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 38.18-91.82 ค่าเฉลี่ย 72.48 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.30 ลักษณะของคะแนนมีทิศทางเบ้ไปทางซ้าย (Skewness -0.64) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะสุขภาพค่อนข้างสูง ดังตารางที่ 2

เมื่อพิจารณาคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตน พบว่าค่าเฉลี่ยของการแบ่งเวลาระหว่างการพักผ่อนและการทำงานมีค่าต่ำสุด คือเท่ากับ 65.55 (จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน) และค่าเฉลี่ยของคะแนนการหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่เป็นโทษหรือสิ่งที่ก่ออันตรายต่อสุขภาพ มีค่าสูงสุดถึง 82.20 ซึ่งนับว่าเป็นคะแนนที่ค่อนข้างสูง ดังแสดงในตารางที่ 13 (ภาคผนวก ฉ)

ตารางที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าความเบ้ของคะแนน
ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	ช่วงคะแนน	ค่าพิสัย	\bar{X}	SD	Skewness
ความสามารถ ในการดูแลตนเอง	24-72	38-72	58.91	6.32	-.64
ภาวะสุขภาพ	0-100	38.18-91.82	72.48	12.30	-.64

ส่วนลักษณะอื่นที่แสดงให้เห็นถึงภาวะสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง และความหนาของร่างกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีน้ำหนักเฉลี่ย 62.90 กิโลกรัม ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.55 ส่วนสูงเฉลี่ย 164.86 เซนติเมตร ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.24 ค่าดัชนีมวลกายของร่างกาย (BMI) เฉลี่ย 23.11 กิโลกรัม/ตารางเมตร ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.52 ส่วนกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีน้ำหนักเฉลี่ย 52.41 กิโลกรัม ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.83 มีส่วนสูงเฉลี่ย 154.87 เซนติเมตร ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.71 ค่าดัชนีมวลกายของร่างกาย (BMI) เฉลี่ย 21.89 กิโลกรัม/ตารางเมตร ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.77 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของน้ำหนัก ส่วนสูง
ดัชนีความหนาของร่างกาย (BMI) จำแนกตามเพศ

ตัวแปร	ค่าพิสัย	\bar{X}	SD
เพศชาย			
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	98.8-40.2	62.90	11.55
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	180.0-150.0	164.86	6.24
BMI (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	32.93-16.18	23.11	3.52
เพศหญิง			
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	74.0-41.0	52.41	6.83
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	165.0-145.0	154.87	4.71
BMI (กิโลกรัม/ตารางเมตร)	32.46-16.02	21.89	2.77

ปัญหาสุขภาพที่พบในปัจจุบัน ซึ่งผู้วิจัยได้ถามถึงโรคประจำตัวที่เป็น
ปัญหาทางสุขภาพที่เกิดขึ้นภายใน 1 ปี จนถึงขณะที่ทำการสัมภาษณ์ (ตารางที่ 4)
กลุ่มตัวอย่างที่รายงานว่าตนเองมีสุขภาพดีมี ร้อยละ 27 และมีสุขภาพไม่ดี
ร้อยละ 73 และมีปัญหาอื่น ๆ ร่วมด้วย คือมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1-3 โรค
กลุ่มที่มี 1 โรคมีมากที่สุดคือร้อยละ 45 ซึ่งโรคที่พบได้แก่ โรคกระดูก และข้อ
โรคหอบหืด ภูมิแพ้ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ฯลฯ เป็นต้น
(ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในอดีต และในปัจจุบัน (N = 100)

ภาวะสุขภาพ	อดีต (ร้อยละ)	ปัจจุบัน (ร้อยละ)
สุขภาพดี	66	27
สุขภาพไม่ดี	34	73
มีโรคประจำตัว 1 โรค	24	45
มีโรคประจำตัว 2 โรค	8	22
มีโรคประจำตัว 3 โรค	2	6

ตารางที่ 5 โรคประจำตัวอื่น ๆ ในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง 73 ราย .

โรคประจำตัว*	จำนวน	ร้อยละ
โรคกระดูกและข้อ	19	26.03
โรคหอบหืด หัวใจ ภูมิแพ้	15	20.55
โรคประสาทและปวดศีรษะ	9	12.33
ความดันโลหิตสูง	9	12.33
เครียด	7	9.59
โรคเบาหวาน	4	5.48
โรคหัวใจ	3	4.11
โรคกระเพาะ	3	4.11
เหนื่อยง่าย	3	4.11
เจ็บคอ, เสียงแหบ, ทอนซิลอักเสบ (โรคละ 1 คน)	3	4.11
โรคอ้วน	2	2.74
โรคท้องเสีย	2	2.74
ฟันผุ ปวดฟัน	2	2.74
ชาปลายมือปลายเท้า	2	2.74
โรคริดสีดวงทวาร	2	2.74
นิ้ว, ไตอักเสบ (โรคละ 1 คน)	2	2.74
ไซนัสอักเสบ, หูตึง (โรคละ 1 คน)	2	2.74
เป็นลมง่าย, เส้นโลหิตในสมองเสื่อม (โรคละ 1 คน)	2	2.74
ปากมดลูกอักเสบ, กระเพาะปัสสาวะอักเสบ (โรคละ 1 คน)	2	2.74
เยื่อตาอักเสบ, สายตาสั้น	2	2.74
อื่น ๆ ได้แก่ ไชมันในเลือดสูง, ปอดอักเสบ, ปากแห้ง-ลิ้นชา, ผิวหนัง, ซ้ำลิ้ม, เหงื่อออกมาก, เบื่ออาหาร	12	16.44

* มีได้มากกว่า 1 โรค

ตารางที่ 6 โรคประจำตัวอื่น ๆ ในอดีตของกลุ่มตัวอย่าง 34 ราย

โรคประจำตัว*	จำนวน	ร้อยละ
โรคหอบหืด หัวใจ ภูมิแพ้	8	23.53
โรคกระเพาะ	6	17.65
โรคกระดูกและข้อ	3	8.82
โรคของต่อมไทรอยด์	3	8.82
ปวดศีรษะ	3	8.82
ความดันโลหิตต่ำ	2	5.88
คันตา	2	5.88
โรคหัวใจ, ความดันโลหิตสูง (โรคละ 1 คน)	2	5.88
เนื้องอกของเต้านม, เนื้องอกในมดลูก (โรคละ 1 คน)	2	5.88
โรคผิวหนัง	2	5.88
โรคปอด, โรคลำไส้ (โรคละ 1 คน)	2	5.88
ริดสีดวงทวาร, ต่อมลูกหมากโต (โรคละ 1 คน)	2	5.88
โรคทอนซิลอักเสบ, ปวดฟัน (โรคละ 1 คน)	2	5.88
โรคระบบทางเดินปัสสาวะ, ปวดประจำเดือน (โรคละ 1 คน)	2	5.88
เหน็บชา	1	2.94
ซีสที่เต้านม	1	2.94
อ้วน	1	2.94
เครียด	1	2.94
เบื่ออาหาร	1	2.94

* มีได้มากกว่า 1 โรค

การดูแลสุขภาพโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 7, 8) พบว่า ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างสามารถทำงาน หรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ โดยไม่ต้องหยุดงานหรือหยุดพักเนื่องจากเจ็บป่วยเลย และมีเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองคนเดียว เฉลี่ยวันละ 3.71 ชั่วโมง ใช้เวลาอยู่กับผู้อื่น เช่น เพื่อน ลูก หลาน ฯลฯ โดยเฉลี่ยวันละ 8.45 ชั่วโมง การพักผ่อนนอนหลับโดยเฉลี่ยนอนหลับวันละ 6.92 ถึง 7.28 ชั่วโมง มีการออกกำลังกายเป็นประจำ ร้อยละ 41 ร้อยละ 85 ไม่ได้มีเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และร้อยละ 90 ไม่สูบบุหรี่

ตารางที่ 7 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกิจวัตรประจำวัน (N = 100)

กิจวัตรประจำวัน (ชั่วโมง)	พิสัย	\bar{X}	SD
เวลาในการนอนหลับแต่ละวันจากวันจันทร์-ศุกร์	2-12	6.92	1.57
เวลาในการนอนหลับแต่ละวันจากวันเสาร์-อาทิตย์	2-12	7.28	1.68
เวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง คนเดียว	0-10	3.71	2.59
เวลาในการอยู่กับผู้อื่น	2-17	8.45	3.46

ตารางที่ 8 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะสุขภาพและกิจกรรม (N = 100)

กิจกรรม	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
การปฏิบัติงานใน 6 เดือนที่ผ่านมา	83	17
การออกกำลังกาย	41	59
ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	15	85
สูบบุหรี่	10	90

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) ทั้งตัวแปรตามสมมติฐานและตัวแปรซึ่งเป็นปัจจัยคัดสรรต่าง ๆ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย ตัวแปรที่มีการวัดในระดับนามสเกล (Nominal scale) ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ผู้วิจัยได้แปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ก่อนนำไปวิเคราะห์ โดยกำหนดค่าที่ใช้ในการแปลง คือสถานภาพสมรสคู่ = 1 เดี่ยว = 0 เพศหญิง = 1 เพศชาย = 0 (ตารางที่ 9) ได้ผลการวิเคราะห์เพื่อตอบสนองสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 กำหนดไว้ว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง จากการวิเคราะห์ พบว่า อายุ เป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27, P < .01$) ดังตารางที่ 9 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุยิ่งมาก ความสามารถในการดูแลตนเองจะยิ่งสูง ในขณะที่ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษาและระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นสมมติฐานข้อที่ 1 จึงได้รับการสนับสนุนบางส่วน

ในการทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 2 พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .46, P < .001$) นั้นแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสูง จะมีภาวะสุขภาพดี ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงได้รับการสนับสนุน ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ (N = 100)

ปัจจัยที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7
1. อายุ	1.00						
2. เพศ	.03	1.00					
3. สถานภาพสมรส	.29***	-.30***	1.00				
4. ระยะเวลาในการศึกษา	.41***	-.29***	.02	1.00			
5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	.04	.06	-.09	-.07	1.00		
6. ความสามารถในการดูแลตนเอง	.27**	.07	.12	-.07	.01	1.00	
7. ภาวะสุขภาพ	.06	.08	.04	-.10	-.03	.46***	1.00

** P < .01

*** P < .001

ค่าตัวแปร

เพศ

0 = ชาย

1 = หญิง

สถานภาพสมรส

0 = เดี่ยว

1 = คู่

สมมติฐานข้อที่ 3 ที่กำหนดไว้ว่า อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังได้

สมมติฐานนี้ได้รับการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression) โดยให้ภาวะสุขภาพเป็นตัวถูกทำนาย และให้ตัวแปรที่ควบคุมเข้าสมการโดยยึดหลักลำดับการเกิดของตัวแปร ดังนี้ 1) อายุ 2) เพศ 3) สถานภาพสมรส 4) ระยะเวลาในการศึกษา 5) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และ 6) ความสามารถในการดูแลตนเอง ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรลำดับ 1-6 สามารถอธิบายความแปรปรวนทั้งหมดของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 23 $F(6,93) = 4.56, P < .001$ แต่เมื่อนำความแปรปรวนที่อธิบายได้ด้วยตัวแปรคัดสรรด้านปัจจัยพื้นฐานทั้งหมดออก พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้

เพิ่มขึ้นร้อยละ 21 และมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(6,93) = 25.12, P < .001$ ดังแสดงในตารางที่ 10

นั่นคือความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ (Beta = .48) เมื่อใช้สถิติควบคุมตัวแปรตัดสรรด้านปัจจัยพื้นฐาน คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย

ตารางที่ 10 การทำนายภาวะสุขภาพ จากปัจจัยตัดสรร และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเชิงชั้น (Hierarchical Multiple Regression) (N = 100)

แหล่งของตัวแปร	ลำดับที่การเข้าในสมการ	R Square	RSQ Change	F Change	P	Beta
อายุ	1	.00	.00	.34	.56	.06
เพศ	2	.01	.01	.61	.44	.08
สถานภาพสมรส	3	.01	.00	.31	.58	.06
ระยะเวลาในการศึกษา	4	.02	.01	.43	.51	-.08
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย	5	.02	.00	.15	.70	-.04
ความสามารถในการดูแลตนเอง	6	.23	.21	25.12	.000	.48

เมื่อนำตัวแปรทั้ง 6 ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองเป็นตัวแปรเพียงตัวเดียวที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ ร้อยละ 21 $F(1,98) = 25.77, P < .001$ ดังตารางที่ 11 ดังนั้นสมมติฐานข้อนี้จึงได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน

ตารางที่ 11 การทำนายภาวะสุขภาพจากปัจจัยตัดสรรและความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) (N = 100)

ตัวแปร	R Square	RSQ Change	F Change	P	Beta
ความสามารถในการดูแลตนเอง	.21	.21	25.77	.000	.46

กล่าวโดยสรุปได้ว่า จากผลการทดสอบสมมติฐานทั้ง 3 ข้อ สมมติฐานข้อที่ 2 ได้รับการสนับสนุน ในขณะที่สมมติฐานข้อที่ 1 และ 3 ได้รับการสนับสนุนเพียงบางส่วน

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์ ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพกับตัวแปรคัดสรรด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย รวมทั้งหาตัวทำนายภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง ผู้วิจัยจะเสนอการอภิปรายผลดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย คือมีอายุเฉลี่ย 51.95 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของการ์เบอร์ (Garber 1990: 189) ที่ประมาณว่าประชากรที่อายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 1 ถึงร้อยละ 2 จะเป็นโรคต่อหิน และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4 ในประชากรที่อายุ 55 ปีขึ้นไป การศึกษาครั้งนี้พบว่า มีผู้ป่วยทั้งเพศหญิงและเพศชายจำนวนใกล้เคียงกัน ซึ่งคานสกี และแมคอัลลิสเตอร์ (Kanski & McAllister

1989: 40) รายงานว่าร้อยละ 12 ของผู้ที่ขึ้นทะเบียนคนตาบอดทั้งหมดในประเทศอังกฤษและสหรัฐอเมริกา ป่วยเป็นโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง และมีจำนวนใกล้เคียงกันทั้งเพศหญิงและเพศชายเช่นกัน

ความสามารถในการดูแลตนเอง

การศึกษาค้นคว้าพบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อหินชนิดเรื้อรัง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 58.91 (SD = 6.32, Skewness = -.64) จากคะแนนเต็ม 72 คะแนน ซึ่งจัดว่าเป็นคะแนนในระดับค่อนข้างสูง แม้จะไม่สามารถเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเอง ที่มีผู้ศึกษาไว้ในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ ซึ่งคิดคะแนนเต็ม 120 คะแนนก็ตาม เช่น การศึกษาของ สนธยา พิชัยกุล (2533) มีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองเท่ากับ 101.01 (SD = 0.70) และมีค่าความเบ้ = -.84 ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างสูงเช่นกัน และต่างก็ศึกษาในผู้ป่วยเรื้อรังเหมือนกัน

การที่กลุ่มตัวอย่างประเมินความสามารถในการปฏิบัติกรดูแลตนเองในระดับค่อนข้างสูง แม้จะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาจเนื่องจากโรคต้อหินชนิดเรื้อรังเป็นโรคที่ค่อยเป็นค่อยไป และคงอยู่ถาวร ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรในทีมสุขภาพ (Corbin & Strause, 1988; Dimond, 1983; Rolland, 1984 cited in Primomo, et al. 1990: 153) และในการศึกษาค้นคว้า กลุ่มตัวอย่างมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอถึงร้อยละ 91 นอกจากนี้ยังได้รับความรู้และคำแนะนำโดยตรงจากแพทย์ผู้รักษา และพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้คำแนะนำในคลินิกโรคต้อหินโดยเฉพาะจากสื่อการสอนอื่น ๆ ได้แก่ เอกสารและการเปิดเทปบันทึกเสียงแนะนำเรื่องโรค และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคต้อหิน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถแก้ไขปัญหา และดูแลตนเองอย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ นอกจากนี้อาจเป็นไปได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถปรับตัวได้ เนื่องจากมีระยะเวลาการเจ็บป่วยโดยเฉลี่ย 5.26 ปี ซึ่งนอร์ทเฮาส์ (Northouse 1984 cited in Primomo, et al. 1990: 160) พบว่า ผู้ที่เจ็บป่วยนาน 5 ปีขึ้นไป จะได้รับการบำบัดรักษา รวมทั้งอยู่ในระยะที่ปรับตัวจากการเจ็บป่วยได้คงที่ และทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ เช่น

พยายามพึ่งพาตนเอง เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รักษาอนามัยส่วนตัว พัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม หรือจัดการกับความเครียดได้ ซึ่งเพนเดอร์ (Pender 1987 cited in Hartweg 1989: 37) อธิบายว่ากิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นตลอดเวลา โดยจะต้องผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำรงชีวิตของบุคคล และสอดคล้องกับการศึกษาของ ดรูณี ชุณหะวัต และคณะ (2533: 108) ที่ศึกษาลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียง และการปรับตัวภายหลังได้รับการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด ส่วนหนึ่งของผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยแตกต่างกันตามระยะเวลาหลังผ่าตัด และการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากคู่สมรส พี่น้อง บุตร หลาน เพื่อน เช่น ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และการนำไปพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น ดังนั้นกลุ่มดังกล่าวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย แหล่งสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ จะช่วยสนับสนุนการปรับตัวในผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ดีขึ้น (Primomo, et al. 1990: 153 cited in Bloom & Spiegel 1984; Corbin & Strause 1988; Dimond 1979; Dunkel-Schetter 1984; Funch & Mettlin 1982; Pearlin & Aneshensel 1986) และกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 51.95 ปี ซึ่งนับว่าเป็นวัยที่ยังทำงานได้ เพราะเป็นวัยที่ยังมากไปด้วยความรู้ ความสามารถ พลังความคิดและประสบการณ์ (Yurick, et al. 1980: 31) จึงสามารถดูแลตนเองได้ดี จากข้อมูลต่าง ๆ ที่กล่าวมา จึงเป็นเหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองในระดับค่อนข้างสูง

ส่วนผลการวิเคราะห์รายข้อพบว่า กิจกรรมการออกกำลังกายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างรับรู้เรื่องการออกกำลังกายว่าเป็นกิจกรรมการทำงานต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การยกของ การทำงานบ้าน รดน้ำต้นไม้ เป็นต้น ซึ่งแตกต่างจากความหมายของการออกกำลังกายทางการแพทย์ และตามความหมายที่กำหนดไว้ในแบบสอบถาม นอกจากนี้เนื่องจากโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง ทำให้การมองเห็นลดลง เป็นเหตุให้กลุ่มตัวอย่างบางรายลดกิจกรรมการออกกำลังกายซึ่งเคยปฏิบัติมาก่อน จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการออกกำลังกายต่ำ

ภาวะสุขภาพ

การศึกษาค้นคว้าพบว่า คะแนนภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.48 (SD = 12.30, skewness = -.64) ซึ่งถ้าพิจารณาจากค่าความเบ้ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคะแนนภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่สูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรนาท วิทยโชคกิติคุณ (2534: 43) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 120 ราย โดยใช้เครื่องมือวัดภาวะสุขภาพชุดเดียวกับของผู้วิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะสุขภาพในระดับสูง คือค่าเฉลี่ยเท่ากับ 79.58 (SD = 10.69, skewness = -.31)

นอกจากนี้อาจเป็นเพราะการวัดภาวะสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวัดการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ฉะนั้นเมื่อคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์สูง กลุ่มตัวอย่างจึงมีคะแนนภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์สูงด้วย และสอดคล้องกับการศึกษาของ เดนนิส (Denyes 1988: 17) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจากกลุ่มตัวอย่าง เป็นวัยรุ่นที่เจ็บป่วย และกลุ่มที่มีสุขภาพแข็งแรง จำนวน 369 คน โดยใช้แบบวัดภาวะสุขภาพ แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบวัดการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่าทั้งการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ถ้าความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ที่ดี บุคคลจะมีภาวะสุขภาพดีด้วย วรวรรณ เหนือคลอง (2534: 31) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ขณะได้รับและภายหลังได้รับรังสีรักษา พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตขณะได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษา ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยต่อความพึงพอใจทั้งทางร่างกายและจิตใจ นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองดี จะมีภาวะสุขภาพดีทำให้รับรู้ถึงความพึงพอใจได้

เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพจากการคำนวณค่าดัชนีความหนาของร่างกาย (Body Mass Index) [BMI = น้ำหนักตัว (กิโลกรัม/ส่วนสูง (เมตร)²]

(วิชัย ตันไพจิตร 2530: 49) โดยแยกตามเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย มีค่าดัชนีความหนาของร่างกายเฉลี่ย 23.11 กิโลกรัม/ตารางเมตร (ค่าปกติ 20-27 กก./ม²) ส่วนกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีค่าดัชนีความหนาของร่างกายเฉลี่ย 21.89 กิโลกรัม/ตารางเมตร (ค่าปกติ 20-24 กก./ม²) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงมีค่าดัชนีความหนาของร่างกายในเกณฑ์มาตรฐาน วิชัย ตันไพจิตร กล่าวไว้ว่า ทุกคนควรสนใจที่จะชั่งน้ำหนักตนเองอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ นำไปคำนวณค่าดัชนีความหนาของร่างกาย เพื่อประเมินตนเองว่าอ้วนหรือผอมเกินไปหรือไม่ เพราะการรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่พอเหมาะ มีส่วนทำให้สุขภาพแข็งแรง (วิชัย ตันไพจิตร 2530: 49) ซึ่งถ้าพิจารณาจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น กับคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างสูง (ตารางที่ 2) อาจกล่าวได้ว่าส่วนหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพดี เพราะสามารถควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานโดยเลือกรับประทานอาหารได้เหมาะสม

ส่วนผลการวิเคราะห์รายข้อพบว่า ความเหมาะสมระหว่างการทำงานและการพักผ่อนมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพอยู่ ต้องรับผิดชอบต่องานประจำ และครอบครัว จึงมีเวลาพักผ่อนไม่มาก ในทางตรงข้ามกลุ่มตัวอย่างที่เกษียณอายุ และไม่ได้ประกอบอาชีพ จะมีเวลาพักผ่อนมากกว่าการทำงาน จึงทำให้ประเมินความเหมาะสมของการทำงานและการพักผ่อนในระดับต่ำ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง มีเพียงปัจจัยเดียวคือ อายุ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่น ๆ มีทั้งสนับสนุนและไม่สนับสนุนกัน ดังนี้

ในการศึกษารั้งนี้พบว่า อายุเป็นปัจจัยคัดสรรเพียงประการเดียว ที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .27$, $P < .01$) คือผู้ปวยที่มีอายุมากขึ้น จะมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้นด้วย ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีของโอเร็ม (Orem 1985: 108) ส่วนหนึ่ง ที่กล่าวว่า

ความสามารถของบุคคลที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง ขึ้นอยู่กับอายุ ระยะพัฒนาการ ประสบการณ์ชีวิต และอายุยังเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจ ซึ่งแตกต่างกันตามระดับของพัฒนาการ นอกจากนี้อายุยังเป็นข้อกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดด้วย (Orem 1985: 255-256) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างโรคต่อหินชนิดเรื้อรังที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ อยู่ในวัยผู้ใหญ่ อายุเฉลี่ย 51.95 ปี

สอดคล้องกับการศึกษาของ ลันด์แมน และคณะ (Lundman, et al. 1990: 259) ที่พบว่าคุณภาพของการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานอายุมากกว่าผู้ป่วยอายุน้อย เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยมีความรู้สึกรวดก้างวล รู้สึกขาดความเป็นอิสระ รู้สึกไม่ปลอดภัย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่าจะมีปัญหาในเรื่องการควบคุมอาหารมากกว่า ซึ่งเป็นผลให้การกระทำการดูแลตนเองมีคุณภาพน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า

ผลการศึกษาคั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จอนพะจง เฟ็งจาด (2533) ในเรื่องความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 24.69 ปี โดยพบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะงานวิจัยของจอนพะจง ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุไม่แตกต่างกันมากนัก คือ 14-42 ปี (มี 1 รายที่อายุ 14 ปี และ 1 รายที่มีอายุ 42 ปี) แต่การวิจัยคั้งนี้กลุ่ม ตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 15-80 ปี จึงทำให้เห็นความแตกต่างของกลุ่มได้ชัด

ส่วนการศึกษาคั้งอื่น ๆ พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทุกคนรับรู้ว่าเป็นอวัยวะที่สำคัญที่สุดอวัยวะหนึ่งของร่างกายที่จะช่วยให้ดำรงชีวิตอย่างปกติสุข ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง และอาจสูญเสียการมองเห็นไปเหมือน ๆ กัน ผู้ป่วยจะเผชิญต่อความรู้สึกที่อาจสูญเสียดังกล่าวไม่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยเพศหญิงหรือเพศชาย ประกอบกับต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต ให้ถูกต้องตามแผนการรักษา ซึ่งส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกัน เช่น

การติดตามรับบริการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ การจำกัดกิจกรรม การที่ต้องพยายามลดความเครียด และการเปลี่ยนอาชีพ เป็นต้น จากผลกระทบด้านการมองเห็นที่คล้ายคลึงกันนี้ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิต หนะเจริญกุล (Hanucharurnkul 1986) และ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ที่พบว่าทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษารั้งนี้ เป็นผู้ป่วยนอก ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับค่อนข้างสูง ดังนั้นไม่ว่าผู้ป่วยเพศใด ต่างก็มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ไม่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ยังพบว่าสถานภาพสมรสของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง นั่นคือไม่ว่าผู้ป่วยจะมีสถานภาพสมรสคู่หรือไม่มีคู่ จะไม่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของเขา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเมื่อเกิดความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวคู่สมรสจะเกิดความเศร้าไปพร้อมๆกับผู้ป่วย จึงไม่สามารถให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีความสามารถในการดูแลตนเองต่างไปจากผู้ป่วยที่ไม่มีคู่สมรส ดังเช่น การศึกษาของ ไบเดอร์ และ แคปแลนด์ (Baider & Kaplan 1984 cited in Bohachick & Anton 1990: 385) พบว่าคู่สมรสของหญิงที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งของเต้านมมีปัญหาด้านจิตใจมากพอ ๆ กับผู้ป่วย ซึ่งคล้าย ๆ กับที่เมโย และคณะ (Mayou, et al. 1978 cited in Bohachick & Anton 1990: 385) พบว่าภรรยาของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีความพร้อมในการทำงาน และเข้าสังคม โดยมีอารมณ์ซึมเศร้าร่วมไปกับคู่สมรสที่ป่วย แต่โบอาซิด และแอนตันมิได้รายงานว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ยนานเท่าใด อย่างไรก็ตามรายงานนี้ส่วนหนึ่งชี้ให้เห็นว่าการมีคู่สมรส มิใช่จะเป็นแรงเสริมได้เต็มที่เสมอไป นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน ไม่ได้อยู่ลำพังคนเดียว แต่ยังมีญาติคอยให้การช่วยเหลือ ซึ่งเห็นได้จากการมาตรวจโดยมีญาติ เพื่อน มาช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเกือบทุกราย ซึ่ง คริสเตียน Christian cited in David 1988: 152) ศึกษาด้านโครงสร้างเครือข่ายสังคม ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน พบว่าส่วนใหญ่จะได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนจากกลุ่มเครือญาติ เพื่อนฝูง ผู้ร่วมงาน และ

เพื่อนบ้าน เมื่อพิจารณาตามลักษณะของสังคมไทย ที่มีการสืบทอดทางวัฒนธรรม
ชนบทรอบเนียบ ประเพณี ตลอดจนค่านิยม ความเชื่อต่าง ๆ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่าง
ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันก็จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากญาติมิตร เช่น
กัน จึงเป็นเหตุผลส่วนหนึ่งที่ทำให้การศึกษาคั้งนี้ พบว่า สถานภาพสมรสไม่มี
ความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

ผลการศึกษาคั้งนี้ไม่สอดคล้องกับความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยที่เป็นโสด หม้าย
หย่า หรือแยกกันอยู่มักขาดคนคอยปลอบโยนให้กำลังใจ ผิดกับผู้ป่วยที่มีสถานภาพ
สมรสคู่ ซึ่งคาดกันว่าจะได้รับการเอาใจใส่มากกว่า (Bohachick & Anton
1990: 385) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ แม้จะมีคู่สมรสแต่ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุน
จากคู่ของตน ก็จะไม่ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง
ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุน
จากคู่สมรส

ในปัจจุบันต่อไปคือ ระยะเวลาในการศึกษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับ
ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิภารัตน์ ชมดิษฐ์
(2533: 48) ที่ศึกษาในมารดาครรภ์แรกหลังคลอดปกติ และ สนธยา พิชัยกุล
(2533: 38) ที่ศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ
จิรภา หงษ์ตระกูล (2533: 47) และของ จอนณะจง เฟื่องจาด (2533: 35)
ที่ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และหญิงอาชีพพิเศษ ตามลำดับ พบว่าระยะ
เวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้ง
นี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังส่วนใหญ่ที่มารับการรักษาที่คลินิก
ตรวจโรคจักษุ โรงพยาบาลรามธิบดี จะได้รับคำแนะนำจากผู้อื่น หรือได้ข้อมูล
จากการบอกต่อกันมา และบางส่วนเป็นผู้ป่วยที่มีใบส่งตัวมาปรึกษาเพื่อรับการ
รักษาต่อ และเมื่อพิจารณาจากระยะเวลาในการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีค่า
เฉลี่ย 9.12 ปี จัดอยู่ในขั้นมัธยมศึกษา เมื่อเทียบกับอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัว
อย่างซึ่งจัดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย เป็นวัยที่มีพลังความคิดและประสบการณ์ ซึ่ง
ถ้าคิดย้อนไปเมื่ออดีต การศึกษาระดับมัธยมศึกษาสามารถพัฒนาให้บุคคล
เจริญสู่วุฒิภาวะ สามารถประกอบอาชีพเป็นที่พึ่งของตนเอง และใช้ชีวิตอยู่ในสังคม
ได้ดี นอกจากนี้ข้อปฏิบัติในการดูแลตนเองที่ใช้ประเมินคั้งนี้บางประการ
เป็นการปฏิบัติตามการเบี่ยงเบนทางภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นประสบการณ์ใหม่ที่ไม

ได้เรียนรู้ในชั้นเรียนมาก่อน และผู้ป่วยทุกรายจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติตัว จากเจ้าหน้าที่ในคลินิกโรคต่อหิน ทั้งจากการสอนเป็นรายบุคคล และผ่านสื่อการสอน เอกสาร เหมือน ๆ กัน จึงเป็นเหตุผลส่วนหนึ่งที่ทำให้การศึกษารังนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง กับความสามารถในการดูแลตนเอง

ส่วนระยะเวลาที่เจ็บป่วยนั้น พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหลาย ๆ ท่าน ซึ่งศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเรื้อรัง (สนธยา พิชัยกุล 2533: 36; จิรภา หงษ์ตระกูล 2532: 38; สมใจ ยิ้มวิไล 2531: 102; รัตนา มาศเกษม 2527: 173) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ หรืออาจมีเพียงอาการคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลงรวดเร็วเด่นชัดจึงมีโอกาแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้เหมาะสมกับโรคด้วยตนเอง จากแพทย์ พยาบาล หรือแหล่งความรู้อื่น ๆ และนำมาปฏิบัติ นอกจากนั้นยังสามารถประเมิน รวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เกิดการเรียนรู้ สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ และการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นได้ไม่ยาก แม้จะเป็นประสบการณ์ใหม่ แต่ไม่มีความซับซ้อน การเรียนรู้จึงไม่ต้องใช้เวลานาน ดังนั้นผู้ป่วยที่มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยต่างกัน จึงมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

ปัจจัยที่สัมพันธ์และทำนายภาวะสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .46, P < .001$) และเป็นเพียงปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 21 (ตารางที่ 10) ซึ่งผลการศึกษารังนี้สอดคล้องกับข้อสรุปหนึ่งที่ว่ากิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ จะนำไปสู่ผลลัพธ์คือ ความมีสุขภาพดี หรือภาวะสุขภาพที่ดี (Nursing Development Conference Group 1979 cited in Hartweg 1990: 38) และการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองก็คือสิ่งที่จะนำไปสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพดี ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้ 1) เป็นการสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และเป็นการ

ส่งเสริมให้บุคคลสามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้ตามปกติ 2) คงไว้ซึ่งการเจริญเติบโตตามปกติ มีการพัฒนา และมีความเป็นผู้ใหญ่ 3) ป้องกัน ควบคุม หรือรักษา ตามกระบวนการของโรค และการบาดเจ็บ 4) ป้องกัน หรือมีสิ่งทดแทนเมื่อเกิดความพิการ และ 5) ส่งเสริมให้เกิดความผาสุก (Orem 1985 cited in Hartweg 1990: 38) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นีรนาท วิทโยคกิติคุณ (2534: 47) ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบสอบถามทั้งความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพชุดเดียวกัน และยังได้ผลเช่นเดียวกัน การศึกษาของ อารมภ์ วุฒิพฤษ์ และคณะ (2532: 44-45) ซึ่งศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ในกรุงเทพมหานคร พบว่าการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การออกกำลังกาย การเดินสุรา การสูบบุหรี่ การรับบริการสุขภาพ และการใช้ยาในชีวิตประจำวัน มีความสัมพันธ์กับสภาวะการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาค้นคว้านี้พบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพค่อนข้างสูง เพราะเมื่อนำตัวแปรทั้งหมดดังกล่าวข้างต้น เข้าในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (ตารางที่ 11) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นตัวแปรเพียงตัวเดียวที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 21 ผลการศึกษาค้นคว้านี้สนับสนุนแนวคิดของโอเร็ม (Orem 1985) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการมีสุขภาพที่ดี และมีความสุข (Orem 1985: 119) ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาของเดนนิส (Denyes 1988: 13-20) ที่พบว่า การดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ

กล่าวโดยสรุป ผลการศึกษาค้นคว้านี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ อายุ ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่จะมีผลต่อภาวะสุขภาพตามแนวคิดของโอเร็ม และยังต้องการการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนแนวคิดดังกล่าวต่อไปอีก ส่วนตัวแปรทั้งหมดที่นำมาศึกษา สามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้เพียงร้อยละ

23 เหลืออีกร้อยละ 77 ที่อธิบายได้ด้วยตัวแปรอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำมาศึกษา เช่น สภาพความรุนแรงของโรค รายได้ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ภาวะเครียด เป็นต้น จึงต้องการการศึกษาในปัจจัยอื่น ๆ ในโอกาสต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

ข้อจำกัดทางด้านความตรงภายใน (Internal validity)

1. การเก็บข้อมูลด้วยการอ่านให้ผู้ป่วยฟังในกรณี que ผู้ป่วยไม่สามารถอ่านเองได้ และการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามเอง อาจมีผลต่อคำตอบของกลุ่มตัวอย่าง ที่อาจเกิดความลำเอียงโดยพยายามตอบในลักษณะที่สังคมยอมรับ โดยเฉพาะเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง อาจทำให้ไม่ตรงกับความเป็นจริง
2. การใช้เวลาตอบแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างบางคนนานเกิน 50 นาที และบางกรณีต้องเร่งรีบในการตอบแบบสอบถาม อาจทำให้ผู้ป่วยขาดความตั้งใจ ซึ่งทำให้มีผลต่อการตรงของงานวิจัยได้
3. ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และวัดภาวะสุขภาพ ที่มีความซ้ำซ้อนกันบางประการ ได้แก่ ในเรื่องการออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การเลือกรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม ซึ่งอาจมีผลต่อคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม ทำให้คะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กันสูงกว่าที่เป็นจริง

นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้ ทำการเก็บข้อมูลเพียงครั้งเดียว และเก็บข้อมูลพร้อมกันทั้งความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ จึงไม่สามารถอ้างอิงได้ว่าตัวแปรใดเป็นเหตุ ตัวแปรใดเป็นผล

ข้อจำกัดทางด้านความตรงภายนอก (External validity)

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ไม่ได้ทำการสุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล จึงมีข้อจำกัดในการนำไปสรุปอ้างอิงกับประชากรทั้งหมดได้



สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพ และตัวแปรคัดสรรด้านปัจจัยพื้นฐาน และหาความสามารถของตัวแปรเหล่านี้ในการทำนายภาวะสุขภาพ โดยใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นแนวทางในการศึกษา ตัวแปรคัดสรรด้านปัจจัยพื้นฐานที่เลือกศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษาและระยะเวลาที่เจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจักษุ โรงพยาบาลรามารินทร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างเดือนตุลาคม 2533 ถึงเดือนมกราคม 2534 จำนวน 100 ราย ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) มีอายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) เป็นโรคต่อหินชนิดเรื้อรังเพียง ตาเดียว หรือทั้งสองตา โดยไม่จำกัดความสามารถในการมองเห็นหรือลาน สายตา 3) สามารถเข้าใจและตอบแบบสอบถามได้ และ 4) ยินดีร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บโดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง สร้างโดยเอเวอร์และคณะ (Evers, et al. 1985) และ แปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul 1986) ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับข้อความบางข้อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 ราย และนำไปหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา = .80 และเมื่อปรับภาษาบางข้อที่ผู้ป่วยเข้าใจยากให้เหมาะสม นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 100 ราย ได้ค่าความเที่ยง = .83 และแบบวัดภาวะสุขภาพ ที่สร้างขึ้นโดยเดนนิส (Denyes 1980) ซึ่งผู้วิจัยแปลและนำไปหาค่าความเที่ยง เช่นเดียวกับแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ได้ค่าความเที่ยงเมื่อคำนวณจากผู้ป่วย 16 ราย และ 100 ราย = .89 และ .85 ตามลำดับ

และวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS*

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง และคะแนนภาวะสุขภาพในระดับค่อนข้างสูง และอายุ เป็นเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ในขณะที่ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ และเมื่อนำตัวแปรตัดสรรด้านปัจจัยพื้นฐาน และความสามารถในการดูแลตนเอง มาวิเคราะห์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพ ผลการวิเคราะห์พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเท่านั้น ที่สามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา และระยะเวลาที่เจ็บป่วย ไม่สามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 23

กล่าวโดยสรุปได้ว่า บางส่วนของผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยต่าง ๆ ที่ผ่านมา และสนับสนุนความตรงของทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นบางส่วน จากผลการวิจัยพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาค้นคว้านี้คือ

การนำไปใช้ทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรจัดให้มีพยาบาลเฉพาะทาง เพื่อให้การพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังที่มารับการรักษา โดยคำนึงถึงตัวแปรด้านอายุที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและมีบทบาทในการ

ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์

2. ในการแนะนำ พยาบาลต้องประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และให้การพยาบาลเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตลอดจนมุ่งเน้นถึงการฝึกทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และผู้ให้การดูแล

การนำไปใช้ทางด้านหลักสูตรการเรียนการสอน เน้นให้นักศึกษาได้เรียนรู้ถึงแนวคิดและความสำคัญของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่จะทำให้บุคคลมีสุขภาพดีหรือฟื้นจากความเจ็บป่วย ซึ่งโอ เริ่มอธิบายว่าเป็นความสามารถที่จะนำไปสู่การดูแลตนเอง อันจะทำให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพที่ดี และในส่วนที่เป็นบทบาทการสอนนั้น จะต้องเน้นให้นักศึกษาให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการแบบสนับสนุนในส่วนที่เป็นความต้องการของผู้รับบริการ นอกจากนี้การเรียนการสอนโดยใช้กระบวนการพยาบาลจะต้องนำความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองมาเป็นส่วนร่วมในการประเมินปัญหาด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากการวิจัยสำหรับผู้ป่วยโรคนี้ เป็นการศึกษาในระยะเริ่มต้น จึงควรมีการวิจัยซ้ำและควรให้มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่กว่านี้หลาย ๆ โรงพยาบาลทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อศึกษาความแตกต่างระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น และควรเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม เพื่อสามารถนำผลไปอ้างอิงถึงประชากรได้

2) ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น ความเครียด สภาพความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม และระดับการมองเห็น เป็นต้น



บรรณานุกรม

- ชวัลฤตา เกิดชูชื่น. "การพยาบาลผู้ป่วยตาบอดและสายตาดำพิการ." เอกสารประกอบการสอนนักศึกษาพยาบาล วิชาการศึกษาพยาบาล จักรุกวิทยา ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- เด คอนยาม่า. "การรักษาดวงตาเบื้องต้น." จักษุสาธิต 1 (มกราคม-มิถุนายน 2530): 9-26.
- จารุวรรณ ชันติสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคปอด วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- จอนณะจง เพิ่งจาด. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอก ด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ญาณี เจียมไชยศรี และคณะ. "โรคตาบอดสาเหตุต่าง ๆ ตรวจรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ.2531." สารศิริราช 41 (เมษายน 2532): 423-424.
- ดรุณี ชุณหะวัต และคณะ. "ลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งกล่องเสียงและการปรับตัวภายหลังได้รับการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด." รามาธิบดีเวชสาร. 13 (เมษายน-มิถุนายน 2533): 105-110.

- ธงชัย จัตรานนท์. "ต้อหิน." ใน ความรู้เพื่อการดูแลรักษาดวงตา, หน้า 101-134. ศุภชัย โชติบุตร และวินัย วุฒิวิโรจน์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เมดิคัลมีเดีย, 2528.
- นิตยา ภาสุนันท์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- นिरนาท วิชยโชคกิติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- นวลชนิษฐ์ ลิ้มปณิวส์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และจิตสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- ประภา รัตน์เมธานนท์. การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- ประจักษ์ ประจักษ์เวช. การใช้ยาทางจักษุวิทยา. กรุงเทพมหานคร: หจก. ศรีบุญอุตสาหกรรมการพิมพ์, 2529.
- ประเวศ ะสี. "การปรับทัศนคติทางการแพทย์และสาธารณสุข." ปาฐกถา อารี วัลยะเสวี เนื่องในโอกาสคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เปิดดำเนินการครบ 21 ปี. 3 พฤษภาคม 2533.
- ปราโมทย์ ทุมวิภาค. รายงานการสัมมนาระดับชาติ โครงการป้องกันตาบอด และควบคุมสายตาดพิการ 26-28 ธันวาคม 2526. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข, 2526.
- เพ็ญศรี สำราญเวชย์. ปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคต้อหิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533

- เพลินพิศ เลหาวิริยะกมล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับการปรับตัวในผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- ยศอนันต์ ยศไพบูลย์. OCULAR EXAMINATION. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภักดิ์ ออฟเซ็ท, 2529.
- ยุวดี ภาษา และคณะ. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัทวิคตอรีเพาเวอร์พอยท์ จำกัด, 2531.
- รัตน มาศเกษม. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ และปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- วิชัย ต้นไพจิตร. โภชนาการเพื่อสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสมัย (คอมพิวเตอร์กราฟฟิค), 2530.
- วรวรรณ เหนือคลอง. ความสามารถในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ขณะได้รับรังสีรักษา และภายหลังได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- สกาวรัตน์ คุณาวิศรุต. GLAUCOMA. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด, 2532.
- สนธยา พิชัยกุล. ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความพึงพอใจในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

- สุวดี ชีรพันธุ์วัฒน์. การศึกษาความสัมพันธ์ของการใช้ยาหยอดตากลุ่ม Corticosteroid กับการมีความดันภายในลูกตาสูงขึ้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการระบอบ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- สมจิต หนูเจริญกุล. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. โครงการบัณฑิตศึกษา สาขาพยาบาลศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์-โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- _____. "การดูแลสุขภาพตนเองในการพยาบาล ทฤษฎี และการประยุกต์ทางคลินิก." ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง, หน้า 126-155. ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, บรรณาธิการ. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- สมใจ ยิ้มวิไล. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์-ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สุภาภรณ์ ดั่งแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สุน สุเตชะ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- สุรี โอภาสศิริวิทย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ และปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

- อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- ักทยา อยู่สวัสดิ์. "Ophthalmic Laser." : การใช้ยาในโรคของ ตา หู คอ จมูก และปาก กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- อัปษร เข็มเจริญ. "การส่งเคราะห์ผู้ป่วยพิการและทุพพลภาพในโรงพยาบาลสระบุรี." วารสารโรงพยาบาลสระบุรี 1 (ตุลาคม-ธันวาคม) 2527: 66-70.
- อารมณ วุฒิพฤกษ์ และคณะ. "การศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง." วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 3 (มกราคม-เมษายน 2532): 36-46.
- อำไพรัตน์ กลิ่นขจร. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับพฤติกรรม การปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกขาหักขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล ศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- Anderson, S.V. and Bauwens, E.E. "Chronic Health Problems." St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1981.
- Backer, M.H. "The Health Belief Model and Sick Role Behavior." The Health Belief Model and Personal Health Behavior. New Jersey: Charles B. Slack, Inc. 1974.
- Blackwell, B. "Drug Therapy: Patient Compliance." New England Journal of Medicine. 289 (April 1973): 249-252.
- Bloom, B.S. et al. Evaluation to Improve Learning. New York: Mc Graw Hill Book Company, 1971.

- Bohachick, P. and Anton, B.B. "Psychosocial Adjustment of Patient and Spouses to Severe Cardiomyopathy." Research in Nursing and Health. 13 (December 1990): 385-392.
- Brillhart, B. "Family Support for the Disable." Rehabilitation Nursing. 13 (November-December 1988): 316-319.
- Brown, J.P and Mc Greedy, M. "The Hale Elderly: Health Behavior and It's Correlates." Research in Nursing and Health. 9 (December 1986): 317-329.
- Chandler, P.A. and Grant, W.M. Glaucoma. Philadelphia: Lea and Febiger Company, 1986.
- Cohen, S. and Wills, T.A. "Stress, Social Support and Buffering Hypothesis." Psychological Bulletin. 98 (1985): 310-353.
- Cockerham, W.C. Medical Sociology. 2nd ed. New Jersey: Englewood Clifts: Prentice-Hall Inc., 1982.
- Cornwell, C.J. and Schmitt, M.H. "Perceived Health Status, Self-Esteem and Body Image in Women with Rheumatoid Arthritis or Systemic Lupus Erythematosus." Research in Nursing and Health. 13 (April 1990): 99-107.
- Craig, H.M. and Edwards, J.E. "Adaptation in Chronic Illness: an Electric Model for Nurses." Journal of Advanced Nursing. 8 (September 1983): 397-404.
- David, S. G. "Social Support, Social Networks, and Health Behaviors." Health Behavior. Ohio: 1988.
- Davis, M.S. "Variations in Patient Compliance with Doctor's Advice: An Empirical Analysis of Communication." American Journal of Public Health. 58 (March-April 1968): 274-288.

- Denyes, M.J. Development of an Instrument to Measure Self-Care Agency in Adolescents. (Doctoral Dissertation) Collage of Nursing, The University of Michigan, 1980.
- _____. "Orem's Model Used for Health Promotion: Directions from research." Advances in Nursing Science. 11 (October 1988): 13-21.
- Evers, G.C.M. et al. Development of the Appraisal of Self-Care Agency Scale. Paper Presented at International Research Conference: Canada, 1985.
- Evers, G.C.M. Appraisal of Self-Care Agency A.S.A.-Scale. The Netherlands: Van Gorcum and company, 1989.
- Frey, M.A. and Denyes, M.J. "Health and Illness Self-Care in Adolescents with IDDM: A Test of Orem's Theory." Advances in Nursing Science. 12 (October 1989): 67-75.
- Gast, H. et al. "Self-Care Agency Conceptualizations and Operationalizations." Advances in Nursing Science. 12 (October 1989): 26-38.
- Garber. N. "Health Promotion and Disease Prevention in Ophthalmology." Journal of Ophthalmic Nursing and Technology. 9 (September/October 1990): 189.
- Geden, E. and Taylor, S. "Construct and Empirical Validity of the Self-As-Carer Inventory." In Clinical and Cultural Dimensions Around the World. P.64-79. Paper and Abstracts Presented at the First International Self-Care Deficit Nursing Theory Conference. Missouri. The School of Nursing, Missouri-Columbia University, Kansas, 1989.

- Goldsmith Cwiket, J.M. et al. "Mechanisms of Psychosocial Effects on Health: The Role of Social Integration, Coping Style and Health Behavior." Health Education Quarterly. 15 (Summer 1988): 151-173.
- Hanucharurnkul, S. Self-Care Agency, Coping Strategies and Locus of Control in Thai Cancer Patients Receiving Radiation Therapy. Unpublished field study. College of Nursing, Wayne State University, Detroit, MI. 1986.
- Hartweg D.L. "Health Promotion Self-Care within Orem's General Theory of Nursing." Journal of Advanced Nursing. 15 (February 1990): 35-44.
- Heather, B.M. and Charles, G.S. "Ophthalmic Drugs." Nursing Care of the Eye. California: Appleton and Lange, 1987.
- Heather, et al. "Glaucoma." Medical-Surgical Nursing. 2nd edition, Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1980: 1986-1991.
- Heinzelmann, F. "Determinant of Prophylaxis Behavior with Respect to Rheumatic Fever." Journal of Health Human Behavior. 3 (January 1962): 73-81.
- Joseph, L.S. "Self-Care and the Nursing Process." The Nursing Clinics of North America. 18 (March 1980): 131-143.
- Kilroy, J.L. "Care and Teaching of Patients with Glaucoma." The Nursing Clinics of North America. 16 (September 1981): 393-395.
- Jeglum, E.L. "Drug Therapy of Glaucoma." The Nursing Clinics of North America. 16 (September 1981): 459-473.

- Kanski, J.J. and Mc Allister, J.A. Glaucoma A Colour Manual of Diagnosis and Treatment. St. Louis: Butterworth & Co. (Publishers) Ltd, 1989.
- Kearney, B.V. and Fleischer, B.Y. "Development of an Instrument to Measure Exercise of Self-Care Agency." Research in Nursing and Health. 2 (March 1979): 25-34.
- Kunavisarut, S. et al. "Blindness Registered in Ramathibodi Hospital." Transaction of the Asia Pacific Academy of Ophthalmology. 1981: 763.
- Kutner, N.G. and Kutner, M.H. "Race and Sex as Variables Affecting Reaction to Disabilities." Archives of Physical Medical and Rehabilitation. 60 (February 1979): 62-66.
- Laffrey, S.C. "Development of a Health Conception Scale." Research in Nursing and Health. 9 (May 1986): 107-113.
- Lambert, V.A. and Lambert, C.E. The Impact of Physical Illness and Related Mental Health Concepts. New York: Printice-Hall Inc., 1979.
- Leydhecker, W. "Influence of Coffee upon Ocular Tension." American Journal of Ophthalmology. 39 (1955) 707-705.
- Linn, B. and Linn, M. "Objective and Self-Assessed Health in the Old and Very Old." Social Science and Medicine. 14 (A) (1980): 311-315.
- Louise, P.G. and Manyhelen C.K. "Concepts Relating to Human Potential." Nursing and Health. California: Appleton and Lange, 1987.

- Lundman, B. et al. "Living with Diabetes: Perceptions of Well-Being." Research in Nursing and Health. 13 (August 1990): 255-262.
- Mackean, M. and Elkington, R. "Compliance with Treatment of Patients with Chronic Open-Angle Glaucoma." British Journal of ophthalmology. 67 (1983): 46-49.
- Maddox, G.L. and Douglass, E.B. "Self-Assessment of Health: A Longitudinal Study of Elderly Subjects." Journal of Health and Social Behavior. 14 (March 1978): 87-93.
- Mc Bride, S. "Validation of an Instrument to Measure Exercise of Self-Care Agency." Research in Nursing and Health. 10 (1987): 311-316.
- Mikhail, B. "The Health Belief Model: a Review and Critical Evaluation of the Model, Research, and Practice." Advances in Nursing Science. 4 (October 1981): 65-82.
- Moore, PV. and Williamson, G.C. "Health Promotion." Nursing Clinics of North America. 9 (June 1984): 195-196.
- Nieisen, NV. "The Prevalence of Glaucoma and Ocular Hypertension in type 1 and 2 Diabetes Mellitus." Acta Ophthalmology. 61 (1983): 662-672.
- Norbeck, Y.S. et al. "The Development of an Instrument to Measure Social Support." Nursing Research. 30 (September/October 1981): 264-269.
- Orem, D.E. Nursing: Concepts of Practice. New York: Mc Graw-Hill Book Co., 1985.
- _____. Nursing Concepts of Practice. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc. 1991.

- Parmela, V.M. et al. "Health Promotion." Nursing Clinics of North America. 2 (June 1984).
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice, Norewalk: Appleton-Crofts, 1982.
- Primomo, J. et al. "Social Support for Women during Chronic Illness: The Relationship among Sources and Types to Adjustment." Research in Nursing and Health. 13 (June 1990): 153-161.
- Riehl-Sisca, J. "Orem's General Theory of Nursing: An Interpretation." The Science and Art of Self-Care." Copyright by Appleton-Century-Crofts, 1985.
- Riesch, S.K. "Changes in the Exercise of Self-Care Agency." Western Journal of Nursing Research. 10 (June 1988): 257-273.
- Rosenthal, R. and Perkins, E.S. "Family Studies in Glaucoma." British Journal of Ophthalmology. 69 (1985): 664-667.
- Ruth, W.C. The Self Concept: A Review of Methodological Consideration and Measuring Instrument. London; University of Newbraska Press, 1974.
- Smith, M.J. "A Critique of Orem's Theory." Nursing Science. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1987.
- Sonja, M. et al. "The Notingham Health Profile: Subjective Health Status and Medical Consultations." Social Science Medicine. 154 (March 1981) 221-229.
- Taylor, S. "An Interpretation of Family within Orem's General Theory of Nursing." Nursing Science Quarterly. 2 (1982): 131-137.

- Tee, L. "Health Promotion in Perspective." Canadian Journal of Public Health. 80 (November-December 1989).
- Tirrell, B.E. and Hart, L.K. "The Relationship of Health Beliefs and Knowledge to Exercise Compliance in Patients after Coronary Bypass." Heart and Lung. 9 (May-June 1980): 487-493.
- Vaughan, D. and Asbury, T. General Ophthalmology, 10th ed Los Angeles California: Lange Medical Publishers, 1983.
- Walton, D.S. "Hemangioma of the Lid with Glaucoma." Glaucoma. Philadelphia: Lea and Febiger, 1986.
- Yurick, A.G. et al. The Aged Person and the Nursing Process. New York: Appleton Century-Crofts. 1980.





ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยในการเข้าร่วมงานวิจัย

ในการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยกรณีเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยที่สามารถตัดสินใจไม่เข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

"สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉันชื่อ ชวลี โฆษิตทาภิวัฒน์ เป็นนักศึกษาพยาบาลปริญญาโท คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยต่อหินชนิดเรื้อรัง ซึ่งเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตัว และดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ดิฉันจะขออนุญาตสัมภาษณ์คุณ.....ตามแบบสอบถาม โดยจะใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที คุณ.....มีสิทธิ์จะตอบรับหรือปฏิเสธการสัมภาษณ์ครั้งนี้ได้นะคะ การตอบรับหรือปฏิเสธของคุณจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่คุณได้รับ และในระหว่างสัมภาษณ์หากคุณ.....ไม่พอใจหรือไม่ต้องการที่จะให้สัมภาษณ์ต่อจนครบ คุณสามารถยกเลิกการสัมภาษณ์ได้ และคำตอบของคุณ ดิฉันจะถือเป็นการลับ และนำมาใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น ขอขอบคุณค่ะที่ให้ความร่วมมือ"



ภาคผนวก ข

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ
 - 1) ชาย
 - 2) หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 - 1) โสด
 - 2) คู่
 - 3) หม้าย หย่า แยก
4. ศาสนา
 - 1) พุทธ
 - 2) อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
5. ระยะเวลาในการศึกษา.....ปี
6. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี
7. อาชีพ
 - 1) ประกอบอาชีพต่าง ๆ
 - 2) ข้าราชการเกษียณอายุ
 - 3) นักเรียน นักศึกษา
 - 4) ไม่ได้ประกอบอาชีพ
8. วิธีการเสียค่ารักษาพยาบาล
 - 1) เบิกค่ารักษาพยาบาลได้บางส่วน
 - 2) เบิกค่ารักษาพยาบาลได้เต็มจำนวน
 - 3) เสียค่ารักษาเอง
 - 4) สังคมสงเคราะห์
 - 5) อื่น ๆ โปรดระบุ.....

9. มีปัญหาการเงินมากน้อยเพียงใด
- 1) ไม่มีเลย
 - 2) มีบ้างเล็กน้อย
 - 3) มีปานกลาง
 - 4) มีมาก
10. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
- 1) รายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท
 - 2) 2,001-8,000 บาท
 - 3) 8,001-12,000 บาท
 - 4) 12,001-16,000 บาท
 - 5) 16,001-20,000 บาท
11. มาตรวจตามแพทย์นัด
- 1) สม่ำเสมอ
 - 2) ไม่สม่ำเสมอ
12. ท่านมีโรคประจำตัวอย่างอื่นหรือไม่
- 1) ไม่มี
 - 2) มี โปรดระบุ.....
13. ท่านได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการดูแลตนเองจากใคร
- 1) แพทย์
 - 2) พยาบาล
 - 3) อื่น ๆ โปรดระบุ.....



ภาคผนวก ค

**ตัวอย่างแบบวัดความสามารถ
ในการดูแลตนเอง**

ภาคผนวก ค

แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง

ชื่อ.....สกุล.....
 ลำดับที่.....
 H.N.....
 วัน.....เดือน.....พ.ศ. 25.....

คำชี้แจง

ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่บรรยายถึงลักษณะของแต่ละบุคคลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ให้ท่านพิจารณาว่าข้อความในแต่ละข้อตรงกับลักษณะของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างด้านขวามือซึ่งท่านคิดว่าตรงกับตัวท่าน

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด 3	เป็นจริงปานกลาง 2	ไม่จริงเลย 1
ตัวอย่าง			
ก. ฉันดูแลสุขภาพของฉันให้แข็งแรงอยู่เสมอ	✓		
1. แม้ฉันจะเป็นโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง แต่ฉันปรับปรุงการปฏิบัติตัวตามที่จำเป็น เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอ			
2. ฉันคิดว่าสิ่งที่ฉันกระทำอยู่ เพียงพอที่จะควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้			

ข้อความ	เป็นจริง มากที่สุด 3	เป็นจริง ปานกลาง 2	ไม่จริง เลย 1
3. เมื่อฉันเคลื่อนไหวได้ไม่คล่อง ฉันจะปรับกิจกรรมให้เหมาะสม			
4. ฉันควบคุมดูแลรักษาความสะอาดของสภาพแวดล้อมรอบตัวฉัน			
7. ฉันพยายามหาวิธีที่ดีกว่าเดิม ในการดูแลตนเอง			
22. เมื่อฉันไม่สามารถดูแลตนเองได้ ฉันจะขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น			
24. ฉันสามารถเคลื่อนไหวได้ดี จึงสามารถดูแลตนเองได้ตามต้องการ			



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างแบบวัดภาวะสุขภาพ

ภาคผนวก ง

แบบวัดภาวะสุขภาพ

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือปัญหาสุขภาพของท่าน คำถามมี 2 ส่วน ส่วนแรกตั้งแต่ข้อ 1-16 และส่วนที่ 2 ตั้งแต่ข้อ 17-29 คำถามส่วนแรกให้ท่านตอบคำถามสั้น ๆ ขอให้ท่านให้คำตอบที่เหมาะสมกับท่านมากที่สุด

คำถามส่วนที่ 1

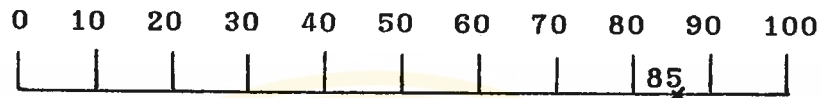
1. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
2. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
3. ขณะนี้ท่านมีปัญหาสุขภาพอะไรบ้าง.....
.....
4. ในอดีตท่านมีปัญหาสุขภาพอะไรบ้าง.....
.....
5. ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านหยุดงานหรือต้องหยุดพักเนื่องจากเจ็บป่วย.....วัน
- !
- !
15. ในวันหนึ่ง ๆ ท่านใช้เวลาอยู่คนเดียวเงียบ ๆ ทำกิจกรรมด้วยตนเอง วันละ.....ชั่วโมง
16. ในวันหนึ่ง ๆ ท่านใช้เวลาอยู่กับผู้อื่น เช่น เพื่อน ลูก หลาน ฯลฯ วันละ.....ชั่วโมง

คำถามส่วนที่ 2

แต่ละข้อต่อไปนี้เป็นข้อความที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และการพักผ่อนโดยทั่วไปตามความรู้สึกของท่าน แต่ละข้ออยู่ในช่วง 0-100 คะแนนเส้นตรง ขอให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อ และขีด (X) ลงบนเส้นตรง ตรงจุดที่บ่งบอกถึงความรู้สึกของท่านในข้อนั้นจริง ๆ

ตัวอย่าง

ท่านนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอมากน้อยเพียงใด



ไม่เพียงพอ

เลย

เพียงพอ

เต็มที่

เครื่องหมายกากบาทที่จุดนี้แสดงว่าผู้ตอบค่อนข้างจะนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ แต่ไม่ถึงกับ 100 คะแนน แสดงว่าผู้ตอบนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ 85 คะแนน

ไม่ว่าท่านจะกากบาทที่ตำแหน่งใด ไม่มีตำแหน่งที่ถูกผิด หรือดีแล้ว เพราะเป็นความรู้สึกต่อภาวะสุขภาพของท่านในข้อนั้น ๆ ตำแหน่งที่ถูกมีเพียงตำแหน่งเดียว คือตำแหน่งที่ท่านกากบาทตรงกับความรู้สึกของท่านจริง ๆ

17. ในขณะที่ ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านดีเพียงใด



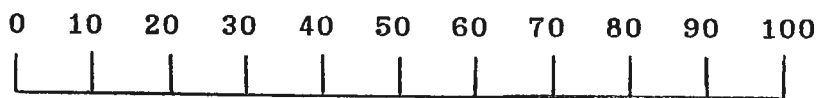
สุขภาพไม่ดี

เลย

สุขภาพ

ดีมาก

19. ขณะนี้ ท่านพึงพอใจกับภาวะสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด



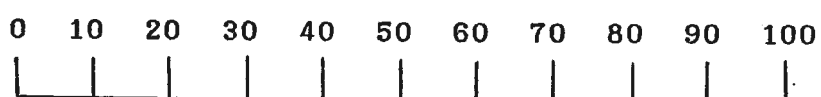
ไม่พึงพอใจ

เลย

พึงพอใจ

อย่างเต็มที่

22. ท่านแบ่งเวลาระหว่างการพักผ่อนและการทำงานได้เหมาะสมเพียงใด

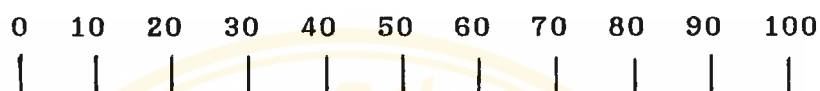


ไม่เหมาะสม

เหมาะสม

มากที่สุด

25. ท่านหลีกเลี่ยงจากสิ่งที่เป็นโทษหรือสิ่งที่ก่ออันตรายต่อสุขภาพของท่านได้
 มากน้อยเพียงใด



หลีกเลี่ยง
 ไม่ได้เลย

หลีกเลี่ยง
 ได้มากที่สุด

28. ในปัจจุบันนี้ ท่านคิดว่าท่านมีสุขภาพสมบูรณ์กี่เปอร์เซ็นต์



เปอร์เซ็นต์

เปอร์เซ็นต์

29. ในปัจจุบันนี้ ท่านรับประทานอาหารครบตามหลักโภชนาการและเหมาะสม
 กับวัยกี่เปอร์เซ็นต์



เปอร์เซ็นต์

เปอร์เซ็นต์



ภาคผนวก จ

ตารางที่ 12 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองรายข้อ

ความสามารถในการดูแลตนเอง	\bar{X}	SD
1. ปรับปรุงการปฏิบัติตัว	2.47	0.54
2. กิจกรรมที่กระทำสามารถควบคุมการดำเนินโรคได้	2.39	0.62
3. ปรับกิจกรรมเมื่อเคลื่อนไหวไม่คล่อง	2.42	0.61
4. ดูแลรักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อม	2.54	0.56
5. ทำสิ่งๆที่ช่วยให้มีสุขภาพดีก่อนสิ่งอื่น	2.63	0.49
6. มีกำลังพอที่จะดูแลตนเอง	2.52	0.54
7. ทาวิธีที่ดีกว่าเดิมในการดูแลตนเอง	2.39	0.63
8. รักษาอนามัยส่วนตัว	2.83	0.38
9. ควบคุมน้ำหนักตัวโดยเลือกรับประทานอาหาร	2.35	0.59
10. พึ่งตนเองมากที่สุด	2.79	0.46
11. ใ้ได้ออกกำลังกายและพักผ่อน	2.05 [*]	0.63
12. มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในเครือข่ายสังคม	2.57	0.57
13. นอนหลับพักผ่อนเพียงพอ	2.29	0.64
14. ใ้ได้ถามเมื่อไม่เข้าใจคำแนะนำ	2.54	0.56
15. ตรวจตราความเปลี่ยนแปลงของร่างกายเป็นประจำ	2.41	0.61
16. ถ้ามถึงผลข้างเคียงของยา ถ้าได้ยาชนิดใหม่	2.29	0.76
17. เปลี่ยนนิสัยเก่า ๆ เพื่อปรับปรุงสุขภาพ	2.32	0.62
18. มีวิธีปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของตนและครอบครัว	2.54	0.56
19. ประเมินผลการปฏิบัติเพื่อรักษาสุขภาพ	2.34	0.66
20. มีเวลาในการดูแลตนเอง	2.42	0.61
21. เมื่อไม่สบาย สามารถหาความรู้ในการดูแลตนเองได้	2.29	0.66

ความสามารถในการดูแลตนเอง	\bar{X}	SD
22. เมื่อดูแลตนเองไม่ได้ จะขอความช่วยเหลือ	2.55	0.59
23. มีเวลาว่างเพียงพอ	2.44	0.61
24. เคลื่อนไหวได้ ดูแลตนเองได้ตามต้องการ	2.53	0.54

* ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองที่ต่ำสุด



ภาคผนวก จ

**ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบน
มาตรฐานของคะแนน
ภาวะสุขภาพรายข้อ**

ภาคผนวก จ

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะสุขภาพรายข้อ

การรับรู้ถึงภาวะสุขภาพ	\bar{X}	SD
1. สุขภาพดีเพียงใดในขณะนี้	69.17	14.61
2. สุขภาพดีเพียงใดในช่วงที่ผ่านมา	77.42	14.23
3. ความพึงพอใจในภาวะสุขภาพ	66.30	21.91
4. การทำงานของระบบปัสสาวะ	77.35	22.31
5. การทำงานของระบบขับถ่ายอุจจาระ	75.35	22.54
6. ความเหมาะสมของการทำงานและการพักผ่อน	65.55*	21.13
7. ความรู้สึกหลังจากได้นอนหลับพักผ่อน	75.20	19.91
8. ความเหมาะสมระหว่างอยู่คนเดียวกับอยู่กับผู้อื่น	68.59	21.06
9. หลีกเลียงสิ่งที่เป็นโทษหรือก่ออันตราย	82.20	16.94
10. ปัจจุบันมีสุขภาพสมบูรณ์	66.74	18.24
11. รับประทานอาหารครบหมู่และเหมาะสมกับวัย	73.37	18.73

* ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะสุขภาพที่ต่ำสุด





ภาคผนวก ๕

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบวัดภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง

1. รองศาสตราจารย์ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รองศาสตราจารย์ เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง โมไนยพงศ์
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นิลวรรณ คีรีคุณ
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
5. อาจารย์ สุจินดา ริมศรีทอง
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล