



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 5 - 8 มีสาระที่สำคัญคือ การมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนมาตลอด กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยตรง ได้ยึดแนวทางของนโยบายนี้เป็นหลักในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า รวมถึงการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย (คณะกรรมการวางแผนพัฒนาสาธารณสุข, 2540: 2) คุณภาพชีวิตจึงเป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาประเทศ โดยเชื่อว่าถ้าคนมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้วการพัฒนาด้านต่างๆ ก็จะกระทำได้ง่ายและรวดเร็ว (จริยาวัตร คมพยัคฆ์, 2537: 4) คุณภาพชีวิตจึงได้รับความสนใจจากนักวิชาการ โดยการหาแนวคิดและทัศนะต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตและระดับความมีคุณภาพชีวิต พบว่ามีความแตกต่างกันตามแนวคิดของแต่ละวิชาชีพ พื้นฐานทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ตามที่ Torrance (1987 อ้างถึงใน พนิษฐา พานิชาชิวะกุล, 2537: 2) ได้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นแนวคิดที่รวมเอาทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทุกชนิดที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล องค์การอนามัยโลก (WHO อ้างถึงใน พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2535: 168) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้ของบุคคลภายในบริบทของวัฒนธรรม ระบบคุณค่าต่างๆ อันสัมพันธ์กับเป้าหมายของชีวิต ความคาดหวัง มาตรฐานและสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอยู่ แต่โดยรวมแล้วคุณภาพชีวิตจะบ่งบอกถึงความเป็นอยู่ที่ดี ความรู้สึกเป็นปกติสุขในการดำเนินชีวิตหรือภาพรวมของบุคคล คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกันดังที่อาภา ใจงาม (2535: 128) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุว่า เป็นความพอใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถทำหน้าที่และดูแลตนเองได้ตามสภาวะของความแข็งแรงและความจำกัดที่มีอยู่มีความสุขทางด้านจิตใจ ดำรงชีวิตตามแบบแผนการดำเนินชีวิต สามารถอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีและคงไว้ซึ่งคุณค่าแห่งตน

โดยทั่วไปปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุมักจะเป็นปัญหาที่ซับซ้อนทั้งทางด้านความเสื่อมจากการสูงอายุ ด้านสังคมเศรษฐกิจ รวมถึงการเจ็บป่วยที่มักจะเป็นโรคเรื้อรังมากกว่าโรคเฉียบพลัน สิ่งต่างๆเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งและโรคจากความเสื่อมต่างๆ โดยพบว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีอันตรายต่อชีวิตและเป็นปัญหา

ทางสาธารณสุขที่เพิ่มความรุนแรงมากยิ่งขึ้น ซึ่งอัตราการตายของโรคเบาหวานมีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533-2537 มีอัตรา 5.4, 5.8, 7.4, 7.5 และ 7.7 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข, 2537: 66) ในประเทศสหรัฐอเมริกาปี พ.ศ. 2536 พบว่ามีผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานจำนวน 12 ล้านคนและมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆถึง 6 แสนคนต่อปี เป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 รองจากโรคหัวใจและโรคมะเร็ง (Black, Matassarini, and Jacobs, 1993: 1176) และในประเทศไทยพบว่าโรคเบาหวานจัดเป็นอันดับที่ 3 ใน 10 โรคแรกของผู้ป่วยสูงอายุคิดเป็นร้อยละ 12.7 (ศรีจิตรา บุนนาค, 2526: 445)

โรคเบาหวาน เกิดจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของอินซูลิน ทำให้การเผาผลาญของคาร์โบไฮเดรตผิดปกติ มีผลให้ระดับน้ำตาลในกระแสเลือดเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงเล็กๆ (microangiopathy) ส่งผลต่อระบบต่างๆในร่างกายเกือบทุกระบบ โดยเฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือด แบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ ฟังอินซูลินและไม่ฟังอินซูลิน แต่ในผู้สูงอายุมักพบว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่ฟังอินซูลินและจะเกิดการเปลี่ยนแปลงได้เร็วกว่าบุคคลในวัยอื่นๆ เนื่องจากการเสื่อมของประสิทธิภาพในการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น การเสื่อมหน้าที่ของตับอ่อน มีการหลั่งอินซูลินลดลง ประกอบกับเนื้อเยื่อต่างๆภายในร่างกายมีการตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติ จึงเกิดภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดสูง

ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังจากโรคเบาหวานชนิดไม่ฟังอินซูลิน จะมีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ ทำให้เกิดการเสื่อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นและคิดว่าตนเป็นภาระต่อครอบครัวรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง มีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ เพราะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากผู้มีอิสระมาเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (สุรกุล เจนอบรม, 2534: 44) และในผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวานบางท่าน อาจมีปัญหาในเรื่องของการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเช่น การต้องควบคุมอาหาร เพิ่มหรือลดอาหารบางประเภท การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ การรับประทานยาตามแพทย์สั่งและการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายบกพร่อง มีการรับรู้ลดลงจากการสูงอายุและความเชื่อด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน Rokeach (1970: 214) กล่าวว่าเมื่อบุคคลมีความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่งจะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับความเชื่อของตนไม่ว่าจะถูกหรือผิดจากข้อเท็จจริงก็ตาม โดยเฉพาะความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองที่เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ ซึ่ง Wallston, Wallston and Devellis (1978: 160-170) พบว่า

ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ จะมีความสนใจแสวงหาความรู้หรือมีการปฏิบัติตัว เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี แต่ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพจะไม่สนใจในการ ปฏิบัติตัวเพื่อรักษาสุขภาพหรือแก้ไขตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น ปล่อยให้สุขภาพของตนขึ้นอยู่กับบุคคลอื่นหรือโชคชะตาจากการศึกษาของพรอณี ปานเทวัญ (2533: 63) พบว่า ผู้ที่มีความเชื่อ อำนาจภายในตนด้านสุขภาพมักจะมีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี สามารถดำเนินชีวิตได้ อย่างปกติสุข ดังนั้นผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวานจึงมีการผันแปรของการ ดำรงชีวิตไปจากคนปกติทั่วไป อาจจะมีพฤติกรรมตอบสนองทางลบ เช่น โกรธ ไม่สนใจรับรู้สิ่ง ต่างๆไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลเอาใจใส่ต่อสุขภาพหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเสื่อมของอวัยวะต่างๆมากขึ้นเปลี่ยนแปลง ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีปัญหาด้านเศรษฐกิจตามมา โดยปกติผู้สูงอายุจะมีปัญหารายได้ ที่ลดลง เนื่องจากการเกษียณอายุหรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้จากสภาพร่างกายที่ไม่ เอื้ออำนวย อีกทั้งยังต้องใช้จ่ายในเรื่องของความต้องการพื้นฐานต่างๆ ที่จำเป็น ทำให้ขาดความ มั่นคงทางเศรษฐกิจ เกิดความวิตกกังวลและความเครียดสูงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุ

อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน ก็ยังมีความต้องการ เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ กล่าวคือต้องการให้ตนได้รับผลกระทบในทางลบจากการเจ็บป่วย น้อยที่สุด สามารถดำรงชีวิตด้วยความผาสุกและดำรงคุณภาพชีวิตในระดับสูงสุด (Miller, 1992: 168) ดังนั้นในการดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวานควร คำนึงถึงองค์ประกอบที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตรวมด้วย จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตที่ดีเกิด ความพึงพอใจสามารถนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (Gurin, Veroff, and Feld cited in Burckhardt, 1985: 13) องค์ประกอบที่จะบอกว่าผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ดีหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี นั้นมีหลากหลายตามความเชื่อและประสบการณ์ของผู้ศึกษาแต่ละท่าน ทำให้การที่จะมีข้อบ่งชี้ เพื่อวัดคุณภาพชีวิตได้ครอบคลุมเป็นไปได้ยาก ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการวัด คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health related quality of life) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่ง Patrick (1993 อ้างถึงใน สมชาย สุขสิริเสรีกุล, 2539: 214) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นคุณค่า ที่ให้แก่ช่วงเวลาของชีวิตที่เปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากความเจ็บป่วย สภาพของการทำงานของ ร่างกาย อิทธิพลจากโรค การบาดเจ็บ การรักษาพยาบาลและนโยบายสุขภาพ จะเห็นว่าแนวคิด เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพนั้น มักจะมองไปในด้านของการไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรม ความไม่สุขสบาย ผลกระทบจากการเจ็บป่วย ตลอดจนผลของการรับบริการทางสุขภาพและ

จากการศึกษาของ Jacobson et al. (1988: 725-732) พบว่า องค์ประกอบคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินมี 4 ด้านคือ ความพึงพอใจ ผลกระทบจากการเจ็บป่วย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสังคม การประกอบอาชีพ และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

คุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา สถานที่และการรับรู้ของบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา วัฒนธรรมและความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพที่แตกต่างกัน (จริยวัตร คมพยัคฆ์, 2537: 4) การทราบปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มหรือแต่ละท้องถิ่นที่เป็นวิธีการหนึ่งที่ทำให้ทราบถึงแนวทางในการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยควรทราบถึงปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและต้องสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมไม่ว่าจะเป็นภูมิศาสตร์ สังคม เศรษฐกิจ ประเพณี วัฒนธรรมและความเชื่อของบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ซึ่งจากการสำรวจของผู้วิจัยพบว่า คลินิกโรคเบาหวานมีผู้มารับบริการมากที่สุดในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และจำนวนของผู้ป่วยที่มาใช้บริการมีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 - 2540 มีจำนวน 465, 492 และ 513 คนต่อปี ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50 (ฝ่ายทะเบียนโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, 2540) โดยในการศึกษานี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว และระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวานว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวานหรือไม่ เพราะการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นมิได้คาดหวังว่าต้องการให้ผู้ป่วยหายจากโรคแต่มุ่งที่การพัฒนาหรือการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี ในขณะที่ต้องเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่ (Miller, 1992: 167) เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยเหล่านี้ และใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาล สนับสนุน ส่งเสริมผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวานให้มีความสุขตามอัตภาพของตน สามารถพัฒนาหรือคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการคงไว้ของคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้รับบริการ ถือว่าเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพ (Holmes, 1965: 43; Gioiella, 1994: 1)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน

ปัญหาของการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวานเป็นอย่างไรและปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวานหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย

คุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์ของการปรับตัวที่ซับซ้อนขึ้นอยู่กับธรรมชาติ เปลี่ยนแปลงได้ตามสถานที่ การรับรู้ของบุคคลที่แตกต่างกัน ซึ่งในการศึกษานี้ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัวและระยะเวลาการเจ็บป่วย ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวาน

เพศ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เนื่องจากเป็นตัวที่กำหนดความแตกต่างระหว่างบทบาท บุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยเพศชายมักจะได้รับบทบาทเป็นผู้นำของครอบครัว เมื่อเกิดการเจ็บป่วยยอมที่จะส่งผลกระทบได้มากกว่าเพศหญิง จากการศึกษาของ Sprietzer and Synder (1974: 456) พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และเพศชายมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนีย์ จิราจกร (2530: 92) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไต พบว่า เพศชายมีคุณภาพชีวิต

สูงกว่าเพศหญิง รวมทั้งการศึกษาของจอร์นุช สมโชค (2540: 83) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

อายุ เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกายย่อมเสื่อมลง มีโอกาสที่จะเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้นจากการศึกษาของ Larson (1978: 133-144) พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวหรือสังคม ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่ำลงได้ (Hanlon and Pickett, 1984: 433-434) สอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร จินันทุยา (2536 : 80) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี

ระดับการศึกษา บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะทำให้มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหาต่างๆ ที่สงสัย รู้จักใช้แหล่งประโยชน์ รู้จักที่จะรักษาและดูแลเอาใจใส่สุขภาพอย่างถูกต้อง และดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ จากการศึกษาของประภาพร จินันทุยา (2536: 81) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษามีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา นอกจากนี้จากการศึกษาของจารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ (2535: 83) สอิ้ง ชวรางกูร (2538: 83) ยังพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

รายได้ เป็นตัวแปรที่สำคัญเช่นเดียวกัน เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สามารถที่จะช่วยเหลือผู้อื่นได้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไม่เป็นภาระของผู้อื่น ได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ มากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือไม่มีรายได้ จากการศึกษาของเขมิกา ยามะรัต (2527: 29) พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความพึงพอใจในชีวิตเนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือการมีส่วนร่วมทางสังคม การมีงานอดิเรกหรือการใช้เวลาว่างของผู้สูงอายุ บางครั้งต้องอาศัยเงินเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ได้มีโอกาสทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของสมคิด โพธิ์ชนะพันธ์และคนอื่นๆ (2538: 91) ปราณีย์ กาญจนวรวงศ์ (2540: 84) พบว่า รายได้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

ลักษณะครอบครัว การที่ผู้สูงอายุมีคู่สมรส บุตรหลานหรือญาติพี่น้องเป็นผู้ดูแลทุกข์สุขย่อมได้รับความรักความห่วงใยเอื้ออาทร คอยช่วยเหลือ ให้ความเคารพนับถือยกย่อง ให้ความสำคัญ ย่อมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเป็นบุคคลที่มีความหมาย รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่เหงาหรืออ้างเหว่ สามารถที่จะปรับตัวรับสภาพการเปลี่ยนแปลงได้ดี ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการ

ปรับตัวรับสถานการณ์ต่างๆ ย่อมเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูงมีคุณภาพชีวิตที่ดี (จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์, 2535: 7)

ระยะเวลาการเจ็บป่วย เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์ มักจะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ปฏิกริยาการตอบสนองต่อความเครียดของบุคคลจะแตกต่างกันไปตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Marino and Kooser, 1981: 56) ถ้าหากใช้ระยะเวลาในการรักษานาน จะทำให้รู้สึกท้อแท้ หดหวังได้ จากการศึกษาของบุญทิพย์ สิริธรรังศรี (2527: 7) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยมาเป็นระยะเวลานานรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายที่จะต้องเอาใจใส่กับสุขภาพและมีแนวโน้มการดูแลสุขภาพไปในทางลบ ไม่สนใจในสุขภาพของตนเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวัลลา ดันตโยทัย (2525: 54-71) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน จะมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาได้อย่างถูกต้อง ลดอัตราเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนมีสุขภาพกายจิตดีส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพนั้นมีความเชื่อว่า การที่ตนเองมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระทำของตนเอง จึงมีการแสวงหาความรู้เพื่อรักษาสุขภาพของตน (Strickland, 1978: 1211) สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 89) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และชมภู วิสุทธิเมธีกร (2540: 109) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน

ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพมักเชื่อว่า เหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลอื่นหรือโชคชะตาไม่สามารถควบคุมได้จึงไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพ ปล่อยให้บุคคลอื่นเป็นผู้ดูแลหรือปล่อยให้ตามโชคชะตา การดลบันดาลของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายมากกว่าที่จะแสวงหาความรู้ในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Strickland, 1978: 1211) จากการศึกษาของชวีญใจ ดันตวิวัฒน์เสถียร (2534: 117-123) พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวาน การที่ผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน สามารถปฏิบัติตนเพื่อลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่อาจเกิดขึ้นได้จะมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ สามารถลดภาวะที่อาจมีต่อครอบครัวและสังคมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณเองสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ (บุญทิพย์ สิริธรงค์, 2538:17-18) ในทางกลับกันวิธีการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวานอาจจะเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตและลักษณะนิสัยของผู้สูงอายุ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยว่า

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน
2. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน
3. การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยดังนี้

1. ประชากรที่ใช้ เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ได้รับการรักษาด้วยยา และมารับการบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช
2. ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้
 - 2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย
 - 2.2 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ
 - 2.3 ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ
 - 2.4 การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวาน
 - 2.5 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตขณะป่วยอย่างเป็นปกติสุข ในที่นี้หมายถึงองค์ประกอบที่บ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 2 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต และการยอมรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยโดยสามารถประเมินได้ด้วยแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้วิจัยแปลและเรียบเรียงจากเครื่องมือ DQOL (Diabetes Quality-of-Life) ของสมาคมควบคุมโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของสหรัฐอเมริกา (Jacobson et al., 1988: 725-732) และนำมาพัฒนาเป็นแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน

1. ความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง ระดับความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวานตามการรับรู้ของตนในปัจจุบัน ซึ่งเป็นความรู้สึกเนื่องจากการเจ็บป่วยที่ทำให้การดำรงชีวิตผันแปรไปจากสภาพของคนปกติทั่วไป รวมถึงความพึงพอใจในชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพขณะเจ็บป่วย และความพึงพอใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตโดยทั่วไป

2. การยอมรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย หมายถึง ความรู้สึกยอมรับของผู้สูงอายุต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ซึ่งทำให้การดำรงชีวิตผันแปรไปจากสภาพของคนปกติโดยทั่วไป ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม

ผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินและมารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวานที่รับรู้ถึง สิ่งที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง เป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเองในการควบคุมดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ในการศึกษาครั้งนี้ได้อาศัยพื้นฐานจากเครื่องมือ MHLC (Multidimensional Health Locus of Control) ของ Wallston และคณะ (1978: 160-170) นำมาพัฒนาเป็นแบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวานที่รับรู้ถึง สิ่งที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองเป็นผลมาจากบุคคลอื่นหรือความบังเอิญ ในการศึกษาครั้งนี้ได้อาศัยพื้นฐานจากเครื่องมือ MHLC ของ

Wallston และคณะ (1978: 160-170) นำมาพัฒนาเป็นแบบสัมภาษณ์ความเชื่ออำนาจภายนอก
 ด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น

1. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุที่มารับการ
 บริการในคลินิกโรคเบาหวานที่รับรู้ ว่า สิ่งที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองเป็นผลมาจากผู้อื่นหรืออยู่
 ภายใต้การควบคุมดูแลของผู้อื่น ได้แก่ บุคคลในครอบครัว แพทย์ พยาบาล

2. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุที่มา
 รับการบริการในคลินิกโรคเบาหวานที่รับรู้ ว่า สิ่งที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองเป็นเพราะความ
 บังเอิญ หรืออยู่ภายใต้อำนาจของโชคชะตา เคราะห์กรรมทำให้เป็นไป

การปฏิบัติตนเพื่อควบคุมความรุนแรงของโรคเบาหวาน หมายถึง พฤติกรรมของ
 ผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวานในการป้องกันไม่ให้อาการของโรคเบาหวาน
 กำเริบ ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเอง

1. การควบคุมอาหาร หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรค
 เบาหวานเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเป็นเวลา งดอาหารจุกจิก ลดปริมาณแป้งและน้ำตาล
 ไขมันจากสัตว์ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือการสูบบุหรี่

2. การออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรค
 เบาหวานเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสม และเพียงพอ รวมถึงการป้องกันภาวะน้ำตาลใน
 เลือดต่ำขณะออกกำลังกาย

3. การช้ยา หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน
 เกี่ยวกับการช้ยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือด โดยการรับประทานยาตรงตามขนาดและเวลาที่แพทย์สั่ง
 ไม่เคยขาดยา ไม่เพิ่มหรือลดขนาดของยาโดยที่ไม่ได้ปรึกษาแพทย์

4. การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิก
 โรคเบาหวานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ สามารถประเมินและ
 แก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ มาตรวจตามที่แพทย์นัดสม่ำเสมอและระมัดระวังการเกิด
 บาดแผลโดยเฉพาะบริเวณเท้า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. เป็นแนวทางให้พยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน
2. เป็นแนวทางแก่พยาบาลและทีมสุขภาพในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวานให้ดีขึ้น
3. เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นแนวทางในการให้บริการ การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านต่างๆแก่ผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวาน
4. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นต่างๆที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับการบริการในคลินิกโรคเบาหวานต่อไป