

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในโลกยุคโลกาภิวัตน์ ความเจริญก้าวหน้าของโลกเป็นผลมาจากการพัฒนาทางด้านวิทยาการเทคโนโลยีต่าง ๆ รวมทั้งระบบข้อมูลข่าวสารได้ขยายตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็วและกว้างขวาง ส่งผลให้โครงสร้างของประชากรไทย สภาวะแวดล้อมและสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขทำให้การรักษาดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น จากต้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 ถึงปลายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พบว่าอายุของเพศชาย จากเดิม 63.2 ปี เป็น 66.48 ปี เพศหญิงจาก 68.7 ปี เป็น 71.04 ปี (คณะกรรมการแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8, 2539)

จากความเจริญก้าวหน้าดังกล่าวทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังเจ็บป่วยหนักให้พ้นจากการเสียชีวิตได้มากขึ้น ช่วยยืดชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอัตราสูงขึ้นประกอบกับในปัจจุบันปัญหาสุขภาพประชาชนไทยอยู่ในลักษณะทวีลักษณะ คือการเจ็บป่วยเนื่องจากโรคติดเชื้อที่มีความรุนแรงมากขึ้น เช่น วัณโรค ปอดอักเสบ อุจจาระร่วง ในขณะที่เดียวกันก็มีความเจ็บป่วยจากโรคที่เกิดจากพฤติกรรม เช่น โรคเอดส์ โรคหัวใจ โรคเครียด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2539 : 10)

นอกจากนี้ยังพบความพิการจากอุบัติเหตุอันเป็นสาเหตุความเจ็บป่วยอันดับแรกในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งธรรมชาติของโรคดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการบริการด้านการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ยาวนาน อาจเป็นเดือน ปี หรือตลอดชีวิต การสิ้นสุดของการเจ็บป่วยไม่แน่นอนหลังจากรักษาจนมีสุขภาพอยู่ในระดับปกติก็สามารถกลับมีอาการกำเริบได้อีก และพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง มักมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วย

วัยอื่น ๆ ปี ในพ.ศ.2538 ประชากรในประเทศไทยเป็นผู้สูงอายุ 8.11% หรือ 4,818,000 คน (คณะอนุกรรมการโครงการเศรษฐกิจไทยในสากล, 2539 : 53) และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังบางรายมีความพิการทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลและพึ่งพาเครื่องมือ เครื่องใช้ต่าง ๆ เช่นออกซิเจน เครื่องช่วยหายใจ ต้องการดูแลอย่างใกล้ชิดภายในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาสั้น ทำให้เป็นภาระของครอบครัวและรัฐบาลในด้านเศรษฐกิจ บางครอบครัวที่มีปัญหาเศรษฐกิจอยู่แล้ว ยิ่งประสบปัญหามากขึ้นจากการศึกษาของประภิต วาทีสาธกกิจ (2527:429) เมื่อ 14 ปีที่แล้วพบว่าค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลรัฐบาลต่อคนต่อวันประมาณ 900 บาท ค่าใช้จ่ายรวมของโครงการสงเคราะห์ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยในด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร ปีงบประมาณ 2537 เป็นจำนวนเงิน 57,785,627.52 บาท(สำนักนโยบายและแผนกรุงเทพมหานคร, 2537 : 40) ในปีงบประมาณ 2538 เป็นจำนวนเงิน 64,665,768.40 บาท (สำนักนโยบายและแผนกรุงเทพมหานคร, 2538 : 39) ค่าใช้จ่ายต่อวันต่อครั้งต่อหัวที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ของโรงพยาบาลรามาริบัติโดยไม่ได้ตรวจแล็บและตรวจเอกซเรย์แล้วเดินออกไป ต้นทุนต่อหน่วย เท่ากับ 140 บาท (อรุณสิทธิ์ เวชชาชีวะ, 2539 : 27) พบว่าแนวโน้มของค่ารักษาพยาบาลยิ่งทวีค่าใช้จ่าย ในขณะที่เศรษฐกิจของประเทศกำลังตกต่ำ รัฐบาลได้พิจารณาตัดงบประมาณในเรื่องของการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ลงเพื่อเป็นการช่วยเศรษฐกิจของประเทศ โดยให้ภาระการรักษา ส่วนหนึ่งเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วย โดยกระทรวงการคลังได้มีหนังสือที่ กค 0526.5/ว.14 ลงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2541 เรื่องขอความร่วมมือในการดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล ดังนี้ การเบิกค่ายาจะใช้สิทธิได้เฉพาะยาที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ถ้าใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ผู้ป่วยจะต้องรับภาระค่ายาเอง ยกเว้นถ้ามีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักต้องให้คณะกรรมการแพทย์ที่ผู้อำนวยการของสถานพยาบาลแต่งตั้งเป็นผู้วินิจฉัยและออกหนังสือรับรองให้ การเบิกค่าน้ำ ค่าอาหาร จากเดิมสามารถเบิกจ่ายได้เต็มจำนวนตามความเป็นจริงเมื่อรักษาในโรงพยาบาลรัฐบาล แต่ปัจจุบันโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครได้ตั้งสิทธิในการเบิกค่าน้ำและค่าอาหารใหม่คือ อายุต่ำกว่า 60 ปี ระยะเวลาป่วย 4 วันแรก เบิกได้ไม่เกินวันละ 600 บาท ถ้านอนโรงพยาบาลเกินกว่า 4 วันแต่ไม่เกิน 9 วัน เบิกได้ตามที่จ่ายจริงแต่ไม่เกินวันละ 300 บาท ถ้านอนโรงพยาบาลเกินกว่า 9 วัน ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบภาระเอง ในกรณีอายุ 60 ปีขึ้นไป ระยะเวลาป่วย 6 วันแรกเบิกได้วันละ 600 บาท ถ้านอนโรงพยาบาลเกินกว่า 6 วัน แต่ไม่เกิน 13 วัน เบิกได้วันละ 300 บาท ถ้าเกิน 13 วัน ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบ ค่าธรรมเนียมพิเศษ เบิกไม่ได้ การเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของเอกชนเบิกไม่ได้ ยกเว้นกรณีอุบัติเหตุหรือกรณี

ฉุกเฉินหรือจำเป็น อื่น ๆ การออกจากโรงพยาบาลและเข้ารับการรักษาใหม่ห่างกันไม่เกิน 15 วัน นับเป็นการรักษาพยาบาลในคราวเดียวกัน แต่ลักษณะของผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นไม่สามารถพยากรณ์ อาการของโรคได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยนานไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีการกลับเข้ารับ การรักษาบ่อยครั้ง ทำให้เกิดปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้ นอกจากนี้ยังพบอัตรา การครองเตียงของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ทำให้ไม่สามารถรับ ผู้ป่วยโรคอื่น ๆ หรือผู้ป่วยหนักที่ ต้องการการดูแลรักษาในโรงพยาบาลได้ ทำให้ผู้ป่วยที่รอเตียงอาจต้องพิการหรือเสียชีวิตก่อนได้ รับการรักษาที่ทันเวลา (ชนิดา มณีวรรณ และคณะ, 2539 : 238)

ในขณะที่ความต้องการของผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาพยาบาลมีเพิ่มขึ้น แต่ในขณะ เดียวกันก็มีความจำกัดทั้งจำนวนเตียง, บริการและค่าใช้จ่ายจึงมีความจำเป็นที่จะต้องลดจำนวน วันการรักษาผู้ป่วยในโดยต้องจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเร็วขึ้น เพื่อให้มีเตียงว่างสำหรับผู้ป่วยหนัก รายใหม่และช่วยลดค่าใช้จ่าย เป็นการเพิ่มอัตราการหมุนเวียนเตียงรับผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ มากขึ้นโดยผู้ป่วยเรื้อรังเมื่อพ้นภาวะวิกฤติ แพทย์จะจำหน่ายกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ดังนั้นใน ผู้ป่วยเรื้อรังจึงมีความต้องการการดูแลต่อที่บ้านมาก การช่วยเหลือผู้ป่วยเรื้อรังให้มีความ สามารถในการดูแลตนเองได้จะเป็นการลดภาระแก่ครอบครัวหรือเป็นภาระน้อยที่สุด และเพื่อ ตอบสนองต่อเป้าหมายการพัฒนาที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาในช่วงแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 8 เน้นการพัฒนาศักยภาพของคนด้านสุขภาพพลานามัยใน การเสริมสร้างให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลสุขภาพตนเองและ ครอบครัวสำหรับโรคง่าย ๆ ควบคู่กับการพัฒนาปัจจัยแวดล้อมทั้งระบบบริการสาธารณสุข ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบบริหารจัดการ และสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการมี สุขภาพและพลานามัยที่ดี(สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2539)

รัฐบาลได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหานี้ ดังนั้นจึงมีนโยบายพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (2535-2539) ได้มุ่งเน้นงานสาธารณสุข มูลฐานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและประชาชนสนับสนุนระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่าง ต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (home care) และได้จัดกระทำต่อเนื่อง มาจนถึงการพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 เพื่อให้ การพัฒนาบริการสาธารณสุขนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

การดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านเป็นการเพิ่มศักยภาพความสามารถในการที่จะดูแล สุขภาพของตนเองและครอบครัวที่บ้านใช้บ้านเป็นสถานบริการสุขภาพแทนโรงพยาบาลทำให้ ผู้ป่วยไม่ต้องปรับตัวกับสถานที่สภาพแวดล้อมกฎเกณฑ์ระเบียบต่าง ๆ ของทางโรงพยาบาล

ลดระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าเดินทางเพิ่ม การหมุนเวียนของจำนวนเตียงในโรงพยาบาล (ไพจิตร กสิวัฒน์ และพภาณี สัตกะสิน, 2538 : 307-308) กรุงเทพมหานครเป็นหนึ่งในหน่วยงานของรัฐบาลที่มีบริการทางด้านการรักษาพยาบาล โดยมีโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร อันได้แก่โรงพยาบาลกลาง ตากสิน วัชรพยาบาล เจริญกรุงประชารักษ์ และโรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ที่สามารถรับผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกได้มากถึง 1,358,249 รายในปี 2537 และจำนวนผู้ป่วย 1,351,469 รายในปี 2538 (กองวิชาการ สำนักงานการแพทย์, กรุงเทพมหานคร, 2538: 33) แต่ยังคงประสบกับปัญหาในเรื่องของจำนวนเตียงผู้ป่วยที่ไม่เพียงพออยู่เสมอในการให้บริการ ผู้ป่วยมีอัตราการครองเตียงสูง เนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าจะต้องหายเป็นปกติจึงจะกลับบ้าน และญาติผู้ป่วยไม่รับผู้ป่วยกลับบ้าน โดยอ้างเรื่องไม่มีผู้ดูแลรวมถึงภาระต่าง ๆ ดังนั้นการศึกษาความสามารถในการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะได้ทราบแนวทางในการจัดบริการดูแลสุขภาพที่บ้านให้ เป็นไปอย่างเหมาะสมตามความสามารถและสนองความต้องการของผู้รับบริการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย และเป็นการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อบรรลุเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 โดยการนำแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นแนวทางในการประเมินความสามารถในการดูแลสุขภาพที่บ้านให้เหมาะสมและเป็นแนวทางในการเตรียมการให้บริการทางด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ ประทับใจ และเป็นบริการที่มีประสิทธิภาพ

ปัญหาการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านอย่างไรในด้านความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ความต้องการการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและความต้องการการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางสุขภาพในระดับใด
2. ปัจจัยส่วนบุคคลการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือไม่
3. ปัจจัยส่วนบุคคลการสนับสนุนทางสังคมสามารถพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ลักษณะที่อยู่อาศัย สมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือ ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาความสามารถร่วมกันพยากรณ์ ความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ลักษณะที่อยู่อาศัย สมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือ ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวพยากรณ์

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นผู้ป่วยที่มีการเสียหายที่หรือภาวะที่เบี่ยงเบนออกไปจากสภาพปกติ ซึ่งอาจเป็นอย่างถาวร หรือมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่สามารถกลับคืนดังเดิมได้ รวมถึงอาการความรุนแรงของโรคไม่แน่นอน ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกกลัวและกังวลไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ญาติผู้ป่วยที่รับภาระดูแลผู้ป่วยก็เช่นกันจะเกิดความรู้สึกกลัวและกังวล เมื่อแพทย์อนุญาตให้จำหน่ายผู้ป่วยมักพบปัญหาว่าผู้ป่วยไม่อยากจะกลับบ้านเพราะกลัวโรคกำเริบส่วนญาติจะกล่าวว่าไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยถึงแม้ว่าจะได้รับคำแนะนำไปแล้วก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของยุพาพิน ประสานอธิคม (2535 : 87) พบว่าการเรียนรู้การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในเวลาจำกัดก่อนจำหน่ายผู้ป่วยเรื้อรังกลับบ้าน ทำให้สมาชิกในครอบครัวที่ดูแล ผู้ป่วยเรื้อรังไม่สามารถจดจำคำสอนได้ทั้งหมด ขาดทักษะและความชำนาญ ทำให้ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยต้องการให้พยาบาลไปเยี่ยมที่บ้าน เพราะต้องการความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติม ต้องการที่ปรึกษาช่วยแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ และจากการศึกษาของชนิดา มณีวรรณ และคณะ (2537 : 241) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับคำแนะนำพอเพียง ชัดเจน เข้าใจ จำได้ ปฏิบัติได้ร้อยละ 49.1 ชัดเจนเพียงพอเข้าใจ แต่จำไม่ได้ ปฏิบัติไม่ได้ร้อยละ 30.9 ผู้ดูแลต้องการพยาบาลเยี่ยมบ้านร้อยละ 98.2 ต้องการคำแนะนำและความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติการพยาบาล

ร้อยละ 50.9 จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง อันเนื่องมาจากภาวะของโรค การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีชีวิตความเป็นอยู่ และมีสุขภาพอนามัยที่ดี เพราะจะได้รับความรัก ความเอื้ออาทร เอาใจใส่ การดูแล คำแนะนำ หรือการช่วยเหลือในด้านทรัพย์สิน วัตถุประสงค์ของจากบุคคลที่ใกล้ชิดหรืออยู่ในสังคมของ ผู้ป่วย ตลอดจนจนถึงการให้ข้อมูลข่าวสารและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (1991) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ จะช่วยให้บุคคลเผชิญกับความเครียดและตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็ว บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะมีการประเมินสถานการณ์ มีความสามารถในการตัดสินใจได้ดีและแก้ไขจัดการปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (Sarafino, 1990 ; McNett, 1987)

นอกจากนี้ การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการดูแลตนเอง ทั้งหมดจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ดังนี้

1. เพศ จากการศึกษาของประสพสุข อินทร์ภา (2534) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง เช่นในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (จิรภา หงษ์ตระกูล, 2532) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (สนธยา พิชัยกุล, 2533) แต่ในบางรายงานการศึกษาก็พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและในผู้สูงอายุเพศชายจะมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง (สุวิมล พนาวัฒน์กุล, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าเพศหญิงที่เป็นภรรยาและมารดาจะเป็นบุคคลในครอบครัวที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคเอดส์ในการเผชิญปัญหา และอันตรายต่าง ๆ ของโรคเอดส์มากที่สุด (สุธีรา ชุ่มตระกูล และเพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ, 2536) ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าเพศจะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลสุขภาพ

2. อายุ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคล เช่นในเด็กเล็กอาจจะยังไม่พัฒนาความสามารถในการดูแลเมื่อเด็กมีพัฒนาการ มีการเจริญเติบโตมากขึ้น จะสามารถเรียนรู้ทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้นตามวัย และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537 : 51) นอกจากนี้อายุยังมีอิทธิพลอย่างมากต่อการแสดงออกหรือการตอบสนองและความรุนแรงของโรคเรื้อรัง (Long and Phipps, 1989) จากผลงานวิจัยของ ประวิต ระเบียบ และคณะ (2534) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

ของหญิงตั้งครรภ์ ในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับ
 ซวลี โฆษิตทาภิวัฒน์ (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานและความสามารถในการ
 การดูแลตนเองของผู้ป่วยต่อหินชนิดเรื้อรัง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความสามารถใน
 การดูแลตนเอง และผลงานวิจัยของบุษบา ดันติศักดิ์ (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย
 บางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเอส แอล อี พบว่า อายุ
 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
 เช่นเดียวกับที่ Lambert and Lambert (1979 : 210) กล่าวว่าวัยของบุคคลที่มีความสามารถ
 ในการตัดสินใจได้เหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อภาวะสุขภาพที่ดี คือบุคคลที่อยู่ในวัย
 ผู้ใหญ่เพราะเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้นและยังเอาใจใส่ตนเองให้ความร่วมมือในการรักษาสูง
 ดังนั้นจึงตั้งสมมติฐานว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้าน

3. ระดับการศึกษา การศึกษามีส่วนช่วยให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจและสนใจ
 ในการดูแลตนเอง รวมถึงข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ Bates และ Ariel กล่าวว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อยมัก
 ไม่ร่วมมือในการรักษา และไม่สนใจเอาใจใส่ต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งต่างกับผู้ที่มี
 การศึกษาระดับสูงจะให้ความเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่า (นิตยา ภาสุนันท์, 2529)
 ซวลี โฆษิตทาภิวัฒน์ (2534) กล่าวว่า การศึกษามีส่วนช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการ
 การเรียนรู้ มีความเข้าใจเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ
 จำเรียง กุระมะสุวรรณ และคณะ (2532) พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับ
 ระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .005 ดังนั้นระดับการศึกษาจะมีความสัมพันธ์กับ
 ความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้าน

4. รายได้ จะมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากเป็นแหล่ง
 ประโยชน์ที่สามารถใช้ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง บุคคลที่มีรายได้หรือมีฐานะทาง
 เศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้มี
 ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ เช่น การศึกษาของรัตนมาศเกษม (2527 : ข. ค.) และภัทรา จุลวรรณ
 (2529 : ก) พบว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวดี สุวรรณนาคะ (2532 : 70) ที่พบว่า
 กลุ่มผู้ที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยดีกว่ากลุ่มผู้ที่มีรายได้ต่ำ และบุษบา ดันติศักดิ์
 (2535 : ง) พบว่ารายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแล
 ตนเองและคุณภาพชีวิต ดังนั้นจึงตั้งสมมติฐานว่ารายได้จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถ
 ในการดูแลตนเองที่บ้าน

5. สถานภาพสมรส ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีผู้ช่วยเหลือสนับสนุน ช่วยลดภาวะเครียดลงและส่งเสริมให้มีการดูแลตนเอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ (Eaton 1978 ; Warheit 1979 ; Thoits 1982 cited in Somchit Hanucharurnkul, 1988 : 16) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของบุษบา ดันติศักดิ์ (2535 : ง) พบว่าสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ดังนั้นจึงตั้งสมมติฐานว่าสถานภาพสมรสคู่จะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้าน

6. ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ช่วยทำนายความต้องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ จากการศึกษาของนวลชนิษฐ์ ลิ้มปณัสส์ (2530) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่บริเวณศีรษะและคอที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลต่างกัน ในผู้ป่วยที่ป่วยน้อยกว่า 6 เดือน สามารถดูแลตนเองได้น้อยที่สุดเพราะเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวันมาก แต่ถ้าป่วยเกิน 24 เดือน ผู้ป่วยจะหมดหวัง ลังเลใจในการรักษาและการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง สมใจ ยิ้มวิไล (2531 : ง) พบว่าระยะเวลาการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2535) พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้โดยสามารถอธิบายความผันแปรของความสามารถในการดูแลของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกได้ร้อยละ 11 ดังนั้นระยะเวลาการเจ็บป่วย จะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

7. ลักษณะที่อยู่อาศัย หมายถึงการที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีบ้านที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองหรือไม่มีบ้านที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ต้องเช่า อาศัยผู้อื่นอยู่ หรืออยู่ในที่พำนัก เช่น สถานสงเคราะห์ หรือวัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น ซึ่งลักษณะของครอบครัวนี้จะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ และเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการเลือกวิธีการช่วยเหลือและจัดระบบการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ดังนั้นลักษณะที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

8. สมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือ เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร มักพบความพิการเหลืออยู่ พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่กลับคืนสู่ปกติ มีการเสื่อมสมรรถภาพของร่างกาย ต้องการมีการดูแลให้ความช่วยเหลือ แนะนำ สังเกต และติดตามในระยะยาว ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงมีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องจากครอบครัว เนื่องจากความพร้อมในการ

ช่วยเหลือตนเอง จากที่กล่าวข้างต้นสมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

9. ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา หมายถึงการที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือเป็นองค์การภายนอกครอบครัว เช่น สถานะที่ทำงานเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย การใช้บัตรสุขภาพต่างๆ การเบิกจากบุตรที่รับราชการซึ่งรัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา เป็นต้น เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ใช้ระยะเวลาในการรักษาที่นาน ผู้ป่วยมีความเสื่อมสมรรถภาพของร่างกายเป็นเวลานาน มีผลกระทบต่ออาชีพการงาน และการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆหรือเป็นเวลานาน ทำให้เกิดปัญหาทางด้านค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น จากการศึกษาของชนิดา มณีวรรณและคณะ (2537:239-241) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีปัญหาด้านเศรษฐกิจร้อยละ 29 ดังนั้นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

10. การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่อเกิดมีอาการเจ็บป่วยจะมีวิธีในการดูแลปฏิบัติโดยการเข้ารับการรักษากับแพทย์ (ใช้บริการของสถานพยาบาลของรัฐบาล เอกชน) หรือไม่ได้รับการรักษากับแพทย์ (ปล่อยให้หายเอง ใช้ยาสมุนไพรที่ชื้อยากินเอง) เป็นรูปแบบต่างๆของการดูแลสุขภาพที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเลือกปฏิบัติ ซึ่งวิธีการเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ดังนั้นการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

11. การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคมโดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่าง ๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์จะช่วยให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในชีวิตและมีสุขภาพจิตดี การสนับสนุนทางด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางด้านวัตถุ ช่วยให้บุคคลลดความวิตกกังวล ส่วนการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารก็เป็นแนวทางหนึ่งในการที่จะช่วยให้ข้อมูล คำแนะนำ ในการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย (Sarafino, 1990) ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะสามารถเผชิญความเครียด ตอบสนองความเครียด ได้ในระยะเวลาที่เร็วขึ้น การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน (น้อมจิตรี สกุดพันธ์, 2535) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน

กรุงเทพมหานคร ของอัปสร รังสิปการการ (2539: 86) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้าน

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ลักษณะที่อยู่อาศัย สมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือ ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา และการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
3. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ลักษณะที่อยู่อาศัย สมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือ ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันพยากรณ์ความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย รวมทั้งจิตใจ อารมณ์ และสังคม มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานติดต่อกันเกิน 3 เดือน หรือ 90 วัน มีทั้งช่วงอาการสงบและกำเริบ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย ในงานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยโรกระบบทางเดินหายใจ โรกระบบทางเดินอาหาร โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรกระบบไหลเวียนเลือดที่มีอายุตั้งแต่ 15-90 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานเกิน 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในอายุรกรรม โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครที่มีขนาด 300 เตียงขึ้นไป จำนวน 4 แห่งคือโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสินและโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน

2. ตัวแปรที่นำมาศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

ตัวแปรต้นคือ

2.1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วย ลักษณะที่อยู่อาศัย สมาชิกในครอบครัวที่ ช่วยเหลือ ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา และการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย

2.2 ด้านการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การสนับสนุน ด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ด้านวัตถุ และด้านข้อมูลข่าวสาร

ตัวแปรตาม คือ

2.3 ด้านความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้าน ประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมี ปัญหาทางด้านสุขภาพ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง องค์ประกอบสำคัญของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเจ็บป่วยและลักษณะที่อยู่อาศัย สมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือ ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา และการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย

เพศ หมายถึง เพศของผู้ป่วย คือ ชาย, หญิง

อายุ หมายถึง อายุตามปฏิทินของผู้ป่วย คิดเป็นจำนวนปีบริบูรณ์ ซึ่งอยู่ในช่วง 15 - 90 ปี

ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาที่ได้เรียนสูงสุดของผู้ป่วย

รายได้ หมายถึง รายได้ของครอบครัวของผู้ป่วยเฉลี่ยต่อเดือน

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้ป่วย แบ่งออกเป็นโสด คู่ หย่า แยก

ระยะเวลาการเจ็บป่วย หมายถึง ช่วงระยะเวลาเป็นเดือน, ปี ตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับทราบการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ (ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) โรคระบบทางเดินอาหาร (ได้แก่ โรคแผลที่กระเพาะอาหารและลำไส้, โรคตับแข็ง, โรคพิษสุราเรื้อรัง) โรคหัวใจ (ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย, โรคหัวใจล้มเหลว, โรคหลอดเลือดไปเลี้ยง

หัวใจตีบ) โรคเบาหวานและโรคระบบไหลเวียนเลือด (ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง, เส้นเลือดไปเลี้ยงสมองแตกตีบตัน) จนถึงปัจจุบัน

ลักษณะที่อยู่อาศัย หมายถึง ลักษณะของที่อยู่อาศัยที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นเจ้าของหรือเช่า อาศัยผู้อยู่หรือสถานพำนักอื่น ๆ เช่น สถานสงเคราะห์ วัด

สมาชิกในครอบครัวที่ช่วยเหลือ หมายถึง บุคคลในครอบครัวหรือที่พำนักของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วย หรือบุคคลที่ผู้ป่วยพำนักอยู่ด้วย และเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านกิจวัตรประจำวัน การงานต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา หมายถึง บุคคลในครอบครัว (บิดา-มารดา สามี-ภรรยา บุตร-หลาน) หรือ องค์กรนอกครอบครัว (เช่น สถานที่ทำงาน บริษัทประกัน บัตรประกันสุขภาพ บัตรสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ที่รับผิดชอบในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงการใช้สิทธิ์ต่าง ๆ ในการรักษาพยาบาลตามที่ได้รับ

การปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย หมายถึง วิธีการปฏิบัติที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้กระทำเพื่อช่วยในการดูแลรักษาพยาบาลตนเอง เมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยบ่อยที่สุด เช่น การปล่อยให้นายเอง ใช้ยาสมุนไพร การซื้อยากินเอง การไปรักษาที่สถานบริการของรัฐบาล และเอกชน เป็นต้น

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการช่วยเหลือ หรือติดต่อสัมพันธ์กับบุคคล หรือกลุ่มบุคคล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และวัตถุ ตลอดจนข้อมูลข่าวสาร ซึ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถนำไปใช้ในทิศทางที่ต้องการได้ ตามแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ Sarafino ซึ่งแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้านคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึงการที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับความเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ ความห่วงใย ความอบอุ่นใจ การช่วยให้เกิดความสุขสบาย ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง รวมทั้งการให้ความรักในช่วงเวลาที่มีความเครียด

2. การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับนับถือ (Esteem support) หมายถึง การที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับความยอมรับนับถือการได้รับการสนับสนุนหรือกระตุ้นในด้านความคิด ความรู้สึก รวมทั้งการยกย่องเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสามารถซึ่งจะเป็นสิ่งที่มีประโยชน์มาก เมื่อบุคคลนั้นอยู่ในภาวะเครียด

3. การสนับสนุนด้านวัตถุ (Tangible or Instrumental support) หมายถึงการที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับความช่วยเหลือในเรื่องการให้หรือยืมเงิน สิ่งของ แรงงาน บริการ และการดูแล

ช่วยเหลือในกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่กิจวัตรประจำวัน รวมไปถึงการประกอบอาชีพ เพื่อลดภาระงาน เวลา และภาระทางเศรษฐกิจ

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational support) หมายถึงการที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ทิศทางการปฏิบัติ ข้อเสนอแนะ หรือข้อมูลย้อนกลับที่เกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยได้กระทำไป ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ หรือปัญหาในการทำงาน การตัดสินใจ ในด้านหน้าที่การงานของผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หมายถึงผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ทำให้เกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย รวมทั้งจิตใจ อารมณ์ และสังคม มีระยะเวลาการเจ็บป่วยยาวนานติดต่อกันเกิน 3 เดือน หรือ 90 วัน มีทั้งช่วงอาการสงบและกำเริบ ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วย ในงานวิจัยนี้ศึกษาในผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคมีการจัดอันดับการเป็นโรคเรื้อรังที่สูงสุด 5 อันดับแรกของผู้ป่วยโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครตลอดปี 2538 ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ (ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) โรคระบบทางเดินอาหาร (ได้แก่โรคแผลที่กระเพาะอาหารและลำไส้ โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง) โรคหัวใจ (ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ) โรคเบาหวานและโรคระบบไหลเวียนเลือด (ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง, เส้นเลือดไปเลี้ยงสมองแตกตีบตัน)

ความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้าน หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเรื้อรังในการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง เมื่อกลับบ้านการปฏิบัตินี้เป็นกระทำโดยตนเอง โดยไม่ใช้การดูแลโดยบุคคลอื่น ในครอบครัวซึ่งหมายถึงการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ด้านคือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) หมายถึง การดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล เป็นการดูแลที่จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย และปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเพื่อคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ อาหารให้ได้รับในปริมาณที่เหมาะสม การขับถ่าย และการระบายที่ปกติให้มีการพักผ่อนและการออกกำลังกายที่สมดุล การใช้เวลาส่วนตัว การมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและสังคม การป้องกันอันตรายต่าง ๆ และการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ความสามารถของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Development self-care requisites) หมายถึงการดูแลตนเองที่แตกต่างกันตามช่วงอายุ โดยมีเหตุการณ์บางช่วงที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อ การดูแลตนเอง เช่น การตั้งครรภ์ การสูญเสียบุคคลที่รัก รวมทั้งการป้องกันอันตราย การบรรเทาอันตรายที่เกิดขึ้นกับตน

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) หมายถึงการดูแลในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ คือ

3.1 การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย พยาบาล แพทย์

3.2 ความสามารถในการรับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ รวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการของตนเอง

3.3 การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

3.4 การรับรู้และการปฏิบัติตามในการดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรคเรื้อรัง

3.5 การปฏิบัติตามในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง การปรับบทบาทให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่อันเนื่องมาจากภาวะโรคเรื้อรัง ผลการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร หมายถึงโรงพยาบาลที่ขึ้นตรงต่อสำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร ที่มีขนาด 300 เตียงขึ้นไป ในกรวิจัยนี้ได้แก่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร

2. เพื่อเป็นแนวทางในการเสริมสร้างบทบาทในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีประสิทธิภาพ

3. ได้ทราบปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

4 . เพื่อเป็นแนวทางในการจัดระบบการดูแลต่ออย่างเนืองที่บ้านให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง