

## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรและความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้วิจัยได้รวบรวมวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์
2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองของโอเร็ม
3. ปัจจัยคัดสรรและความสามารถในการดูแลตนเอง

#### 1. ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์

เอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome) คือกลุ่มอาการที่เป็นผลเนื่องมาจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายถูกทำลายโดยเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งทำให้ภูมิคุ้มกันลดน้อยลงหรือไม่มีเลย ร่างกายจึงติดเชืโรคชนิดต่าง ๆ ได้ง่าย แม้กระทั่งเชื้อโรคที่พบทั่วไปในธรรมชาติ และไม่ทำอันตรายต่อคนปกติ แต่จะเป็นอันตรายสำหรับผู้ติดเชื้อที่มีระบบภูมิคุ้มกันลดน้อยลง (ประเสริฐ ทองเจริญ, 2531, ประพันธ์ ภาณุภาค, 2531)

สาเหตุ เกิดจากเชื้อไวรัสชื่อ เอช ไอ วี (Human Immunodeficiency Virus, HIV) ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

การแพร่กระจายของโรค เชื้อเอช ไอ วี นี้จะอยู่ในโลหิต น้ำ หรือของเหลวที่ออกจากร่างกายของผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี เช่น น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด น้ำลาย น้ำตา น้ำนม น้ำเหลือง ปัสสาวะ เสมหะ โดยที่เชื้อ เอช ไอ วี จะติดต่อจากผู้ที่มีเชื้อไปยังผู้สัมผัสโดยวิธีต่าง ๆ ดังนี้

1. ทางเพศสัมพันธ์ ทั้งแบบรักร่วมเพศและรักร่างเพศ พบว่า อัตราการติดเชื้อจากเพศชายสู่หญิง สูงกว่าอัตราการติดเชื้อจากเพศหญิงสู่ชาย (Healy & Coleman, 1989 ; Rosenberg, 1988) นอกจากนี้การร่วมเพศทางทวารหนักจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น (Rosenberg, 1988)
2. ทางกระแสเลือด พบได้ 3 กรณีคือ
  - 2.1 การได้รับเลือดหรือส่วนประกอบของเลือด เช่น พลาสมาจากผู้บริจาคเลือดที่มีเชื้อเอช ไอ วี
  - 2.2 การใช้เข็มฉีดยา ครอบกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี
  - 2.3 การปลูกถ่ายอวัยวะที่บริจาคของผู้ติดเชื้อ เช่น ไต กระจกตา ผิวหนัง ตลอดจนการผสมเทียมโดยรับอสุจิผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี
3. การถ่ายทอดเชื้อเอช ไอ วี จากมารดาสู่ทารก พบได้ระหว่างการตั้งครรภ์ ขณะตั้งครรภ์ได้ 15 อาทิตย์ เชื้อเอช ไอ วี สามารถผ่านรกไปสู่ทารกได้ และมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี หลังคลอดจะสามารถถ่ายทอดเชื้อเอช ไอ วี สู่บุตรทางน้ำนมได้ (Healy & Coleman, 1989)

ตนเองอย่างสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพจึงจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีความสุขตามแก้  
 ัฒภาพ

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองของโอเร็ม

### 2.1 การดูแลตนเอง

ในการที่จะส่งเสริมให้การรักษาประสบผลสำเร็จนั้น นักทฤษฎีและนักวิจัยในเรื่องการ  
 ดูแลตนเองต่างเห็นตรงกันที่จะให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยการแลกเปลี่ยนความ  
 คิดเห็นที่จะแก้ไขปัญหาด้วยกันระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย รวมทั้งการให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบที่จะ  
 ดูแลตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยยอมรับ มีความเชื่อถือในแผนการรักษา เข้าใจและปฏิบัติตามการรักษาได้  
 ดีกว่าการให้เพียงความรู้ในเรื่องโรค อาการและอาการแสดงของโรค และภาวะแทรกซ้อนที่เป็น  
 อันตรายของโรคความดันโลหิต ซึ่งเป็นลักษณะของการที่ผู้ป่วยเป็นผู้รับเพียงฝ่ายเดียว โดยขาดการมี  
 ส่วนร่วมในการดูแลตนเอง (Powers & Wooldridge, 1982)

ในแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1985) การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ  
 ที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ การดูแลตนเอง  
 จึงเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ที่มีเป้าหมาย มีรูปแบบและขั้นตอน เป็นการกระทำที่บุคคลลงใจ เพื่อ  
 สนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-Care Demands) และถ้า  
 ความต้องการนี้ได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพจะมีผลดังนี้คือ 1) สนับสนุนการดำรงชีวิต  
 2) การคงไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของบุคคลให้อยู่ในภาวะปกติ 3) สนับสนุนระดับ  
 พัฒนาการตามศักยภาพของบุคคล 4) ป้องกันการได้รับบาดเจ็บและการเกิดโรค 5) ส่งเสริมการ  
 ปรับหรือควบคุมผลที่เกิดจากกาได้รับบาดเจ็บและการเกิดโรค 6) สนับสนุนการดูแลรักษาหรือ  
 ควบคุมพยาธิสภาพของโรค และ 7) ส่งเสริมสวัสดิภาพโดยทั่วไปของบุคคล (Orem, 1985) จึงเป็น  
 บทบาทของพยาบาลที่จะพิจารณาและส่งเสริมการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อ  
 ควบคุมอาการลุกลามของโรค หรือการติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

### 2.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง

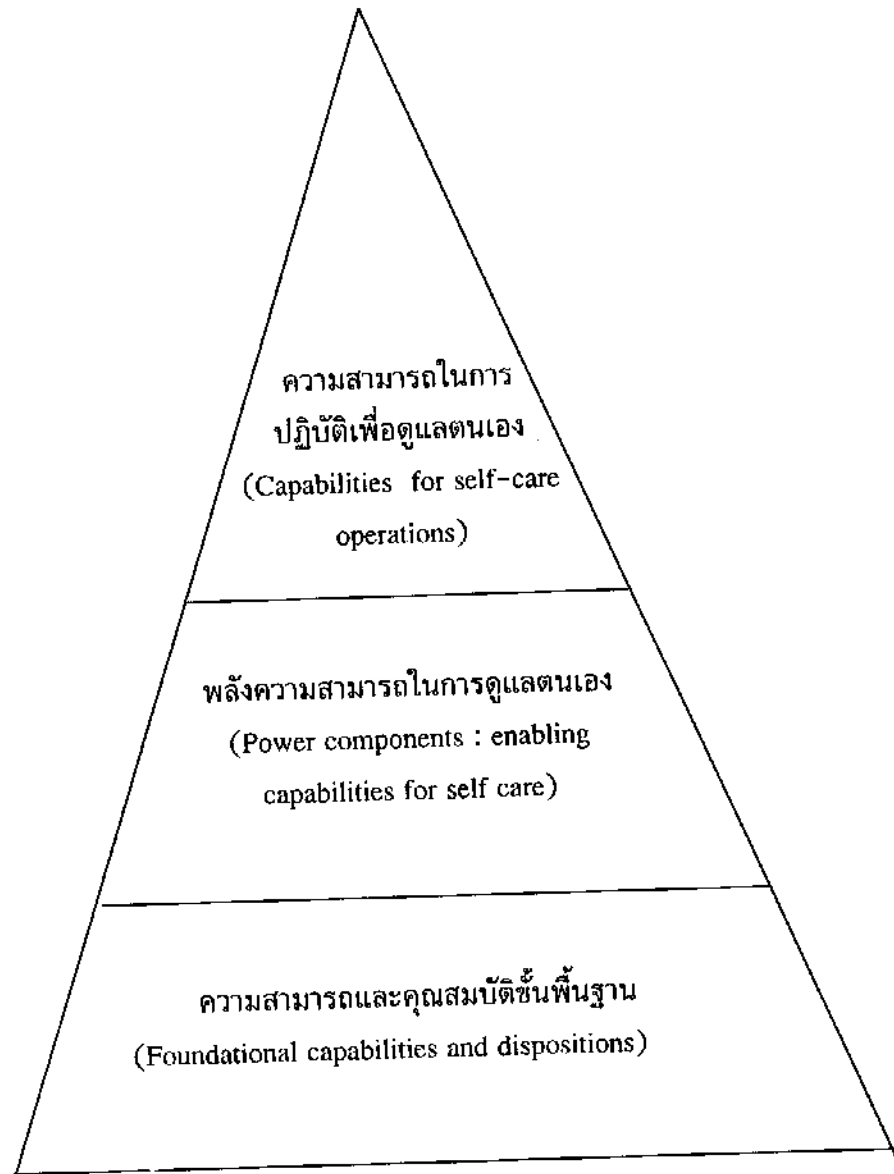
โอเร็ม (1991) ได้ให้คำจำกัดความของความสามารถในการดูแลตนเองว่าเป็นความ  
 สามารถที่จะทำให้บุคคลจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะคงไว้และส่งเสริมความเข้ม  
 แรงของโครงสร้าง (Structure) และการทำงาน (Function) ของบุคคล เพื่อพัฒนาบุคคลและส่งเสริม  
 เสริมความสุขของบุคคล

#### ความสามารถในการดูแลตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองได้มีการพัฒนาตั้งแต่ ค.ศ. 1958 -  
 1970 โดยในระยะแรกนั้นได้มีการตระหนักว่า มนุษย์มีคุณสมบัติประการหนึ่งเรียกว่า ความ  
 สามารถในการดูแลตนเองอยู่ ซึ่งได้มีการศึกษาและรวบรวมเป็นข้อสันนิษฐาน (Propositions) ไว้ 8  
 ประการเกี่ยวกับความสามารถของการดูแลตนเองนี้ว่า (Orem, 1991)

1. ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นสิ่งซับซ้อน ซึ่งมนุษย์จะมีได้ต้องมีคุณสมบัติที่  
 เฉพาะและมีคุณภาพ

2. ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นพลัง (Power) ของแต่ละบุคคลในการที่จะดูแลตนเอง
  3. ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นผลจากการกระทำ (Action) อย่างเป็นระบบในการที่จะควบคุมตนเองหรือสิ่งแวดล้อม
  4. ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นการกระทำของบุคคลแต่ละคน
  5. ความสามารถในการดูแลตนเองจะแสดงลักษณะที่เป็นทั้งข้อจำกัดและความสามารถในการที่จะกระทำการดูแลตนเอง
  6. เงื่อนไขและองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคลจะมีผลในการพัฒนาและกระทำการดูแลตนเอง
  7. การที่บุคคลจะใช้ความสามารถในการดูแลตนเองของตนเองได้จะต้องใช้เวลา
  8. ความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วยความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative capabilities) การปรับเปลี่ยน (Transitional capabilities) และการลงมือปฏิบัติ (Productive capabilities) ในการดูแลตนเอง
- ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นนิมิตที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับคือ (สมจิต หนูเจริญกุล ในสมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ , 2537)
1. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self care operations)
  2. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นความสามารถที่เกี่ยวพันสำหรับการดูแลตนเอง (Power components : enabling capabilities for self care)
  3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)
- เกสท์และคณะ (Gast et al., 1989 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ , 2537) ได้วิเคราะห์นิมิตของความสามารถในการดูแลตนเองในลักษณะที่ว่า ความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2 ซึ่งจะเห็นว่าความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานจะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง สำหรับรายละเอียดของความสามารถในการดูแลตนเองมีดังนี้



แผนภูมิที่ 2 โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง

1. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self care operations) ประกอบด้วย

1.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับตัวดูแลตนเอง

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควรและจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operations) เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย

2. พลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power components)

โอเร็ม และเทลเลอร์ (Orem & Taylor, 1986 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) มองพลังความสามารถในการดูแลตนเองนี้ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่ว ๆ ไป พลังความสามารถในการดูแลตนเองนี้ได้แก่

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเองรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวจำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต คุณภาพและสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัด การทำการติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

### 3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)

เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจริงจัง โดยทั่ว ๆ ไปแบ่งออกเป็น

1) ความสามารถที่จะรู้ (knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) และ 2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย (สมจิต หนูเจริญกุลในสมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่านเขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการให้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่นและการรับรส

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกของตนเอง

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.5 นิสัยประจำตัว

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจในตนเอง

3.8 ความหวังใยในตนเอง

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

เนื่องจากแนวคิดของการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของโอเร็มนั้น ซ้ำซ้อน และการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่เข้าใจยาก มีขอบเขตกว้างโดยรวมกิจกรรมต่าง ๆ ที่จะสนองความต้องการในการดูแลตนเองทั้ง 3 ประการ คือความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ความต้องการในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการและความต้องการในการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ ดังกล่าววัดได้ยากโดยเฉพาะในสถานการณ์เจ็บป่วย เพราะพฤติกรรม การดูแลตนเองจะรวมถึงความต้องการเพื่อที่จะสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล การจัดการกับผลของโรคและการรักษา และการปรับตัวเข้ากับภาวะเจ็บป่วยนั้น ๆ (Hanucharunnkul, 1988 อ้างถึงใน จิรภา หงษ์ตระกูล, 2532) สมิตไต้วิจารณ์แนวคิดของการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองว่ามีลักษณะไม่แตกต่างกัน เนื่องจากโอเร็มได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นผลของการกระทำที่บุคคลมีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมโดยตรง เพื่อควบคุมการทำหน้าที่และสวัสดิภาพของตนเอง ในขณะที่ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลในการที่จะปฏิบัติ หรือกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลอื่น และบุคคลจะกระทำการดูแลตนเองได้ย่อมแสดงว่า บุคคลนั้นมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Smith, 1987)

ในความหมายของการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเองที่ใกล้เคียงกันมากนี้ ทำให้เกิดความสับสนในการวัดหรือการประเมิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโอเร็มได้ให้หลักในการตัดสินความพร่องในการดูแลตนเองว่าเกิดจากบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อยกว่าความ

ต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ปัญหาจึงอยู่ที่ว่าการที่บุคคลซึ่งมีความสามารถแต่อาจใช้ความสามารถนั้นได้ไม่เต็มที่ ย่อมทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองได้ จึงมีผู้พยายามวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Exercise of Self-Care Agency or Productive Operation of Self-Care Agency) ได้แก่ เคียร์เนย์ และฟลิสเซอร์ (Kearney & Fleischer, 1979 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ, 2537) และเอเวอร์ และคณะ (Evers, et al. 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ, 2537) อย่างไรก็ตาม สมจิต หนูเจริญกุล, 2531 อ้างถึงใน จิรภา หงษ์ตระกูล, 2534) ได้ให้ข้อคิดว่า ความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลตนเองนั้นแยกกันได้ยาก

ดังนั้นในการประเมินหรือวัดความสามารถในการดูแลตนเองในขณะนี้ มีผู้สร้างเครื่องมือในการประเมิน 2 ลักษณะคือ

1. วัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง
2. วัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง

1. เครื่องมือวัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองที่มีผู้สร้างไว้ คือ เครื่องมือวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง (Exercise of Self-Care Agency) ของเคียร์เนย์ และฟลิสเซอร์ (Kearney & Fleischer, 1979 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ, 2537) และเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scale) ของเอเวอร์ และคณะ (Evers, et al. 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ, 2537)

เคียร์เนย์ และฟลิสเซอร์ (Kearney & Fleischer cited in Gast, et al. 1989) เชื่อว่าบุคคลอาจมีความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ไม่สามารถใช้ความสามารถนั้นในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้ ดังนั้น แนวคิดของการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองแต่เนื้อหาของข้อคำถามการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองกลับพิจารณาคุณสมบัติพื้นฐานของบุคคล จึงทำให้เกิดความคลุมเครือในความตรงตามโครงสร้างของการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งไรช์ (Riesch, 1988) กล่าวว่าเมื่อนำเครื่องไปใช้แล้วผลการศึกษายังไม่สามารถอธิบายความหมายของความสามารถในการดูแลตนเองได้ชัดเจน

ส่วนเอเวอร์ และคณะ (Evers, et al. 1985; อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ, 2537) ได้สร้างเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scale : Form A) โดยมีจุดประสงค์เพื่อเป็นเครื่องมือวัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง เพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลทั่วไปทั้งภาวะปกติแต่จะต้องดัดแปลงถ้าจะนำไปใช้ในภาวะเจ็บป่วยให้เหมาะสมกับโรคและการรักษาเครื่องมือนี้ได้รับคำวิจารณ์จากเอเวอริม (Evers, 1989: อ้างถึงในชวลี โฆษิตทากิวิธน์, 2534) ว่าเป็นแบบวัดการกระตุ้นพลังความสามารถ (Activation of power) และการริเริ่มการดูแลตนเอง (Engaged in self-care operation) คำถามในแต่ละข้อเป็นการให้เลือกตอบว่านำความสามารถในการดูแลตนเองมาใช้หรือไม่ เครื่องมือนี้จึงสามารถประเมินการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองได้ เนื่องจากเครื่องมือนี้มิได้กำหนดให้ใช้เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยโรคใด สมจิต หนูเจริญกุล จึงแปลเป็นภาษาไทยและปรับเครื่องมือให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและนำมาประเมินในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา 60 ราย

จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างสูง ( $X = 98$ ,  $SD = 12$  คะแนน เต็ม = 120) และได้มีผู้นำเครื่องมือที่แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล ได้ดัดแปลงเพื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างอีกหลายกลุ่มซึ่งพบว่า มีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ เพียงพอที่จะนำไปใช้ในการทดสอบทฤษฎีต่อไป

2. เครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองในลักษณะวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเองได้มีผู้สร้างไว้หลายท่าน เช่น

เดนนิส (Denyes 1981, อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ, 2537) สร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง โดยได้แนวทางจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม อธิบายในระยะต่อมาแต่เดนนิสได้เปรียบเทียบองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองตามเครื่องมือของตน ว่าเหมือนกับพลังความสามารถ 7 ประการ (Denyes cited in Gast, et al. 1989)

ต่อมาแฮนสัน และบิคเคิล (Hanson & Bickel cited in Riehl-Sisca, 1985) ได้สร้างเครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง โดยวัดพลังความสามารถ 10 ประการ ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม เมื่อนำไปทดสอบในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีภาวะสุขภาพปกติ พบว่าเครื่องมือนี้สามารถวัดพลังความสามารถได้เพียง 8 ประการ และต่อมาวีเวอร์ (Weaver cited in Gast, et al. 1989) ได้นำเครื่องมือมาทดสอบความตรงตามโครงสร้าง พบว่า ไม่สามารถยืนยันองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองว่าตรงกับพลังความสามารถ 8 ประการ ตามที่แฮนสันและบิคเคิลสรุปไว้ จึงสรุปว่าเครื่องมือมีความคลุมเครือในความตรงตามโครงสร้าง

แกส และคณะ (Gast, et al. 1989) วิจารณ์เครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเองใน 2 ลักษณะนั้นว่ายังไม่สมบูรณ์ เพราะความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถที่สลับซับซ้อน การวัดเพียงครั้งเดียวอาจไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเครื่องมือที่ใช้วัดไม่สามารถสะท้อนองค์ประกอบได้ตรงตามโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองและเครื่องมือที่วัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่สามารถสะท้อนองค์ประกอบของพลังความสามารถในการดูแลตนเองได้

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยมีความเชื่อว่า ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและพลังความสามารถในการดูแลตนเองเป็นองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเชื่อมโยงการรับรู้และการกระทำที่เฉพาะเจาะจงอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองได้และจะปรากฏให้เห็นเมื่อบุคคลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง แต่ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลที่มีอยู่อาจไม่สามารถนำมาใช้ได้เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพ ภาวะความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและความพิการ (Orem, 1995) ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวัดหรือประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยอาศัยความเชื่อดังกล่าวในข้างต้นขึ้นเพื่อประโยชน์ต่อผู้ติดเชื้อคือการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อที่มีอยู่ให้นำมาใช้เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 3. ปัจจัยคัดสรรและความสามารถในการดูแลตนเอง

โอเร็มเชื่อว่า บุคคลแต่ละคนมีศักยภาพในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง รวมทั้งมีความต้องการการดูแลตนเองเพื่อดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ ซึ่งปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา พัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคม ชนบทชนเมืองประเพณี และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิตสภาพที่อยู่อาศัย ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ (Orem, 1991) ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการศึกษาและระยะเวลาที่เจ็บป่วยมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้และจากการทบทวนวรรณกรรม สรุปความสัมพันธ์ได้ดังนี้

#### อายุ

โอเร็ม (Orem, 1985) กล่าวว่า "ความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับอายุ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์ ความเห็นหรือความเชื่อเกี่ยวกับสังคมวัฒนธรรม และการใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่" ความสามารถในการดูแลตนเองเริ่มพัฒนาขึ้นตั้งแต่วัยเด็กและพัฒนาจนสมบูรณ์ระยะหนึ่งในวัยผู้ใหญ่ ต่อมาความสามารถนี้จะลดลงเมื่อถึงวัยสูงอายุ (Orem, 1985)

อายุ มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมตอบสนองต่อปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน และเบคเกอร์ (Backer, 1977) พบว่า การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา นั้น มักจะพบได้ในผู้ป่วยที่มีอายุมากและอายุน้อยตั้งเห็นได้จากการศึกษาของแบล็คเวลล์ (Backwell, 1973) ที่พบว่า ผู้ป่วยอายุน้อยส่วนมากปฏิเสธการรับประทานยาที่มีรสไม่ดี และผู้สูงอายุมักจะหลงลืม หรือไม่สนใจตนเองซึ่งแลมเบิร์ตและแลมเบิร์ต (Lambert & Lambert, 1979) กล่าวว่า วัยของบุคคลที่มีความสามารถในการตัดสินใจได้เหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อภาวะสุขภาพที่ดี คือ บุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ เพราะเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นยังเอาใจใส่ตนเอง และให้ความร่วมมือในการรักษาสูง และจากการศึกษาของบราวน์และแมคกรีดี (Brown & McGredy, 1986) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคมักเพิ่มขึ้นในผู้ที่มีอายุมากขึ้น

ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความสามารถในการดูแลตนเองจอนพะจง เฟ็งจาด (2533) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ โดยใช้แบบสอบถามของเอเวอร์และคณะพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ และสอดคล้องกับการศึกษาของเรมวอล นันท์ศุภวัฒน์ (2524) ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานและจิรประภา ภาวิไล (2535) ที่ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของลันด์แมนและคณะ (Lundman, et al., 1990) ที่พบว่าคุณภาพของการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานอายุมากดีกว่าผู้ป่วยอายุน้อยเนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยที่อายุน้อยมีความรู้สึกวิตกกังวล รู้สึกขาดความเป็นอิสระ รู้สึกไม่ปลอดภัย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่าจะ

มีปัญหาในเรื่องการควบคุมอาหารมากกว่า ซึ่งเป็นผลให้การกระทำการดูแลตนเองมีคุณภาพน้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า และสอดคล้องกับการศึกษาของบุชบา ดันดีศักดิ์ (2535) ที่พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยโรคเอส แอล อี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชวลี โฆษิตทาภิวัฒน์ (2534) จิราพร อมราภิบาล (2536) ได้ศึกษา ปัจจัยคัดสรรและความสามารถในการดูแลตนเอง ตามแนวคิดของโอเร็มในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังและผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ตามลำดับพบว่า อายุเป็นปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## เพศ

เพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อความต้องการการดูแลตนเอง (Orem,1991) นอกจากนั้นอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยมซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem,1985) คัทเนอร์ และคัทเนอร์ (Kutner & Kutner 1979) กล่าวว่า เพศทำให้เกิดความแตกต่างทางสรีรภาพในบุคคล นอกจากนั้นยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในระบบครอบครัว ชุมชนและสังคมอีกด้วย จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า เพศอาจมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเอง ดังการศึกษาของ ค็อกเคอร์แฮม (Cockerham,1982) เรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า เพศหญิงไปรับบริการตรวจรักษามากกว่าเพศชาย จากการศึกษาของมุขเลนแคมป์ และโบรเออร์แมน (Muhlenkamp and Broerman,1988) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ คุณค่าทางสุขภาพ และการมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพในทางที่ดี ในกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพปกติจำนวน 172 ราย วัดความเชื่ออำนาจทางด้านสุขภาพ (Multidimensional Health Locus of Control) การสำรวจคุณค่าทางสุขภาพ (Health Value Survey) และแบบสอบถามวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนบุคคล (Personal Lifestyle Questionnaire) ผลการศึกษาพบว่าผู้หญิงจะปฏิบัติตนทางสุขภาพในด้านารับประทานอาหารและการออกกำลังกายดีกว่าผู้ชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้หญิงมีการควบคุมพฤติกรรมในด้านารับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อให้มีรูปร่างสวยงาม ส่วนในด้านอื่น ได้แก่ การผ่อนคลาย ความเครียด ความปลอดภัย การใช้ยา และการป้องกันโรค พบว่าไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับโอลเดนเบิร์ก และคณะ (Oldenburg et al.,1988) พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเพศหญิงมีส่วนร่วมในการรักษา และมาติดต่อด้านมากกว่าผู้ป่วยชายและจาร์วอร์ธ ชันดีสุวรรณ (2528) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคเพศหญิงมารับการรักษามากกว่าเพศชาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฮักและโฟล์มาร์ (Haug and Folmar,1986) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่พักที่บ้าน ทั้งผู้ชายและผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจำนวน 647 คน ติดตามผลนาน 9 ปี พบว่าผู้หญิงที่มีอายุต่ำกว่า 92 ปีจะมีการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันได้น้อยกว่าผู้ชาย เนื่องจากผู้หญิงขาดความสามารถในด้านความนึกคิด (Impairment of Cognitive Ability) ขาดการได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรส รายได้ไม่เพียงพอ อยู่เพียงลำพัง และมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ชาย ผู้ชายจึงมีการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้หญิงในช่วงอายุก่อน92 ปีแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภา หงษ์ตระกูล (2532) สนธยา พิชัยกุล (2533) และชวลี โฆษิตทาภิวัฒน์ (2534) ที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการ

ดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังตามลำดับ

### สถานภาพสมรส

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญมากที่สุด สมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์และร่วมมือกันอย่างใกล้ชิด คู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน จะมีความรักความเข้าใจ สนใจ เห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน มีการสื่อความหมายอย่างเปิดเผยและมีประสิทธิภาพ จะช่วยในการประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง และจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล ในสมจิต หนูเจริญกุล บรรณาธิการ, 2537) ซึ่งฮับบาร์ด และคณะ (Hubbard, et al., 1984) รายงานว่า กลุ่มคนที่มีคู่ชีวิตจะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า จึงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนโสด เพราะการมีคู่ชีวิตจะช่วยลดความเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอันจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับความเชื่อที่ว่า ผู้ป่วยที่เป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ มักขาดคนคอยปลอบโยนให้กำลังใจ ผิดกับผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งคาดกันว่าจะได้รับการเอาใจใส่มากกว่า (Bahachick and Anton, 1990) และจากการศึกษาของเกครินท์ ศรีสง่า (2534) ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และจากการศึกษาของบุษบา ตันติศักดิ์ (2535) ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้ป่วยโรคเอสแอล อี เช่นเดียวกับการศึกษาของบราวน์และแมค ครีตตี (Brown & Mc Greedy, 1986) พบว่า ผู้สูงอายุชายที่มีสถานภาพสมรสคู่และผู้สูงอายุที่เป็นหญิงโสด จะมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้สูงอายุชายที่เป็นโสดและผู้สูงอายุหญิงที่มีสถานภาพสมรสคู่ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของซาลี โฆซิต ทากิวีธน์ (2534) และอัมพรพรรณ อีรานูตร (2539) ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรังและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามลำดับ

### ระยะเวลาในการศึกษา

การศึกษาทำให้มนุษย์มีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีความรอบรู้ มีเหตุผลและใฝ่รู้ขึ้น สามารถตัดสินใจหรือเลือกที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยได้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยย่อมต้องการที่จะค้นคว้าหรือแสวงหาความรู้ ทำให้บุคคลมีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย มีการตัดสินใจที่ดีและสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม ต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender, 1982; Orem, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของจิรภา หงษ์ตระกูล (2532) และจอนณะจง เพ็งจาด (2533) และจิราพร อมรอาภิบาล (2536) ที่ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หญิงอาชีพพิเศษ และผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์ตามลำดับ พบว่า ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง และจากการศึกษาของ สุวิมล ฤทธิมนตรี

(2534) ศึกษาในคู่มือของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี พบว่า คู่มือของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี ที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคตับอักเสบไวรัสบีกว่าคู่มือที่มีระดับการศึกษาต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกครินทร์ ศรีสง่า (2534) พบว่าระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากศึกษาของอัมพรพรรณ อีรานูตร (2539) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชวลี โฆษิตทาภิวัฒน์ (2534) ที่พบว่าระยะเวลาในการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดเรื้อรัง และบุษบา ตันติศักดิ์ (2535) ที่พบว่าระยะเวลาในการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคเอส แอล อี

### ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

การดูแลตนเอง โอเรียม (Orem, 1985 : 109) กล่าวว่าความสามารถในการดูแลตนเองจะพัฒนาตามระยะเวลา ประสบการณ์ การเรียนรู้ที่ได้ฝึกฝนผ่านมาเป็นเวลานานในชีวิต

คาลด์เวลล์ และคณะ (Caldwell, et al., 1970) ศึกษาสาเหตุที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหยุดการรักษาก่อนกำหนด โดยเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างที่หยุดการรักษาและกลุ่มที่ยังคงรักษา พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ยังคงรักษาอย่างสม่ำเสมอมีระยะเวลาในการเป็นโรคนานกว่า และมีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่ากลุ่มที่หยุดการรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคนานมีการเรียนรู้ถึงความสำคัญของการรักษาอย่างสม่ำเสมอตลอดทั้งประสิทธิภาพของการรักษาจากการมีประสบการณ์ที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคนานกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเป็นโรคน้อยกว่า

เรมวอล นันท์ศุภวัฒน์ (2524) พบว่าระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานมีผลต่อการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532) ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก จำนวน 100 ราย ที่มาติดตามรับการรักษาที่คลินิกโรคระบบประสาทแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หน่วยกายภาพบำบัด และหน่วยอาชีวบำบัด โรงพยาบาลศิริราช 40 ราย และโรงพยาบาลประสาท 60 ราย พบว่าระยะเวลาที่เป็นอัมพาตครึ่งซีกสามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษา วัดคินส์และคณะ (Watkins, et al., 1967) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การดูแลตนเอง และการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาโดยการฉีดอินซูลิน จำนวน 60 ราย ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการเป็นโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในด้านการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ การรับประทานอาหารเฉพาะโรค การฉีดยาและการใช้ขนาดยาฉีด รวมทั้งการดูแลรักษาเท้า ซึ่งผู้วิจัยได้ให้เหตุผลว่า อาจเป็นเพราะผู้ป่วยมีความเข้าใจในแผนการรักษาไม่ถูกต้อง ขาดความรู้และแรงจูงใจที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแล

ตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุนันทา ภูเกล้ายะ (2524) รัตนา  
มาศเกษม (2527) สมใจ ยิ้มวิไล (2531) ชวลี โฆษิตทาภิวัฒน์ (2534) และจิราพร อมราภิบาล  
(2536) ซึ่งพบว่าระยะเวลาการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง