

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้กรอบแนวคิดในการประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Zhan และได้ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องต่อไปนี้

- แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
- คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- ปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

2.1.1 ความหมาย

คุณภาพชีวิตเป็นคำที่นักวิชาการสาขาต่าง ๆ นำมาใช้และกล่าวถึงอย่างมากในปัจจุบัน เนื่องจากคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิต อีกทั้ง เป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาประชากร โดยมีความเชื่อว่า คนที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ก็จะทำให้ดีและรวดเร็ว ในทางการแพทย์ได้กำหนดให้คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมาย ในการให้บริการรักษาพยาบาล เนื่องจากแนวโน้มการเจ็บป่วยของบุคคลในปัจจุบัน มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้น การรักษาพยาบาลจึง ไม่มุ่งเฉพาะให้หายจากโรคเท่านั้น แต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย (สุธาทิพย์ อุบลานัติ, 2536) สัจจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่าเป็นสิ่งที่เข้าใจยาก เพราะเป็นนามธรรม และมีความซับซ้อนหลายมิติ ความหมายของคุณภาพชีวิตจึงไม่เป็นสากล และมีความหมายหลากหลาย เนื่องจากคุณภาพชีวิตมักถูกอธิบายกว้าง ๆ ว่าเป็นความพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล ที่ได้ดำรงชีวิตด้วยความสามารถ และศักยภาพที่มีอยู่ในแต่ละช่วงของชีวิต อย่างไรก็ตามได้มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ ดังนี้

Dean (1985) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem) สุขภาพที่ดี (Health) ความสุข (Happiness) การปรับตัว (Adjustment) ชีวิตที่มีคุณค่า (Value of life) ชีวิตที่มีความหมาย (Meaning of life) และความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional status)

Padilla, et al (1983) ได้กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ถึงความพึงพอใจในชีวิตที่เปลี่ยนไปตามภาวะสุขภาพ โดยวัดจาก ความสามารถในการกระทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย ทัศนคติของตนเองต่อสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสังคม

Young and Longman (1983 cited by Padilla and Grant, 1985) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลนั้น

Holmes and Dickerson (1987 cited by Sutcliffe and Holmes, 1991) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปตามเวลา และสิ่งแวดล้อม คุณภาพชีวิตแสดงถึงการตอบสนองทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล ซึ่งจะช่วยให้การดำรงชีวิตเป็นไปอย่างปกติ

Bowling (1991 อ้างถึงใน อรุษา บัดจันทรিত, 2537) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการตอบสนองของปัจเจกบุคคลต่อผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เนื่องจากความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นผลกระทบที่มีต่อการดำเนินชีวิต โดยการตอบสนองนี้มีอิทธิพลต่อ ความพึงพอใจในสภาพการณ์ที่เกี่ยวข้อง กับความสำเร็จด้านต่างๆของชีวิต

Zhan (1992) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตคือระดับความพึงพอใจซึ่งขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตของแต่ละบุคคล

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การให้ความหมายของคุณภาพชีวิต จะเป็นไปในแนวทาง ๗ และแตกต่างกันไปตามกรอบแนวคิด และวัตถุประสงค์ของการศึกษา

2.1.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

การที่จะบอกได้ว่าบุคคลใดมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ตามแนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้โครงสร้างหลายมิติ พบว่ามีองค์ประกอบที่แตกต่างกันไปตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้กรอบแนวคิดของ Zhan (1992) ซึ่งได้กล่าวว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ควรประกอบด้วย ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิดแต่ละองค์ประกอบดังนี้

2.1.2.1 ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction)

Zhan (1992) มีแนวคิดว่า ความพึงพอใจ เป็นสิ่งชี้วัดที่สำคัญของคุณภาพชีวิต เพราะความพึงพอใจในชีวิตจะสะท้อนถึงความสุขทั่วไปของบุคคล Ferrans และ Powers (1985) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจในชีวิตว่า หมายถึง ความสมปรารถนาในสิ่งที่ต้องการ หรือคาดหวัง

Campbell (1976 quoted by Zhan, 1992) กล่าวว่าความพึงพอใจในชีวิตนั้นเป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความสุขที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่เขาอยากให้เป็น หรือที่คาดหวัง หรือรู้สึกว่าจะควรจะได้รับ ผลที่ได้จะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พอใจ ซึ่งเกิดจากการตัดสินใจของแต่ละบุคคล

ความพึงพอใจในชีวิต เป็นการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงภายนอก ซึ่งจะได้รับอิทธิพลจาก ประสบการณ์ชีวิต ภูมิหลังของแต่ละบุคคล ลักษณะของบุคคล สิ่งแวดล้อม และการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยความพึงพอใจในชีวิตนี้ จะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (Zhan, 1992)

Flanagan (1978) กล่าวว่า มิติหนึ่งของคุณภาพชีวิต คือความพึงพอใจในเรื่องต่าง ๆ อันเป็นความต้องการของบุคคล (Domain life satisfaction) ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1. ความสุขสบายด้านร่างกาย และองค์ประกอบในการดำรงชีวิต

1.1 องค์ประกอบในการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย การมีอาหารที่ดี มีที่อยู่อาศัย มีทรัพย์สิน และการประกันความปลอดภัย

1.2 สุขภาพและความปลอดภัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย การมีความสุข ความปลอดภัยจากความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ หลีกเลี่ยงการประสบอุบัติเหตุ รวมทั้งอันตรายอื่นๆ การรักษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ

2. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

2.1 สัมพันธภาพกับคู่สมรส หรือ คู่รัก ได้แก่ การแต่งงาน หรือการมีคู่รัก รวมถึงการมีคู่รัก มิตรภาพ ความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ ความเข้าใจซึ่งกันและกัน การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ การยอมรับเสียสละ หรืออุทิศตนเพื่อคนรัก

2.2 การมีและได้เลี้ยงดูบุตรหลาน ได้แก่ การที่ตนได้กลายเป็น บิดามารดามีบุตรหลาน รวมถึงการได้ติดตามดูแลเจริญเติบโตของลูกหลาน การใช้เวลาในการอยู่

และมีความสุขกับบุตรหลาน การเป็นแบบอย่าง การแนะนำช่วยเหลือและ เรียนรู้จากบุตรหลานไปพร้อมกัน

2.3 สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว ได้แก่ การมีบิดา มารดา รวมทั้งสมาชิกอื่นในครอบครัว การได้ทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดร่วมกัน มีการเยี่ยมเยียน มีการสนับสนุนร่วมกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน

2.4 สัมพันธภาพกับเพื่อน ได้แก่ การมีเพื่อนสนิท การทำกิจกรรมร่วมกัน มีความสนใจในสิ่งเดียวกัน ให้การยอมรับ มีการสนุกสนานร่วมกัน และมีการเยี่ยมเยียนซึ่งกันและกัน

3. กิจกรรมทางสังคม

3.1 กิจกรรมในการให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นๆ ในสังคม ทั้ง เด็กและผู้ใหญ่ ทั้งในรูปแบบที่กระทำเป็นการส่วนตัว หรือเป็นสมาชิกขององค์กร กลุ่มอาสาสมัคร และการทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม

3.2 กิจกรรมในท้องถิ่น หรือประเทศ ได้แก่ มีส่วนร่วมในการเลือกตั้ง การมีอิสระในการเมือง สังคม และการนับถือศาสนา

4. การพัฒนาตนเอง และมีความสมหวังในการทำงาน

4.1 การพัฒนาด้านสติปัญญา ได้แก่ การเรียนรู้ การเข้าศึกษาในสถาบันการศึกษา การได้รับความรู้ ความสามารถในการแก้ไขปัญหาและมีความเข้าใจในด้านต่าง ๆ ของชีวิตมากขึ้น

4.2 ความเข้าใจส่วนบุคคลและการวางแผนของตนเอง ได้แก่ การพัฒนาและการสร้างหลักการเบื้องต้นของชีวิต รวมถึงการมีวุฒิภาวะสูงขึ้น การยอมรับในทรัพย์สินและข้อจำกัดของตน การเจริญเติบโตและการพัฒนาตนเอง มีความสามารถในการตัดสินใจ และวางแผนกิจกรรมในชีวิต และบทบาทของตนเอง

4.3 การประกอบอาชีพ การทำงาน ได้แก่ มีความสนใจ ท้าทาย และรู้สึกมีคุณค่าในการทำงาน มีความพึงพอใจในการทำงานได้ดี สามารถใช้ความสามารถที่มีอยู่เรียนรู้ จดจำ และปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จ

4.4 การแสดงความคิดเห็นสร้างสรรค์ ได้แก่ การกล้าแสดงออก มีความคิดสร้างสรรค์ และจินตนาการ มีพรสวรรค์ในเรื่องงานดนตรี ศิลปะ การเขียน งานฝีมือ การถ่ายภาพ การละคร การเป็นนักปฏิบัติการ หรือนักวิทยาศาสตร์

5. การมีนันทนาการ

5.1 การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม ได้แก่ การมีความสุขสนุกสนาน ทั้งที่บ้านและที่อื่นๆ การร่วมงานปาร์ตี้ หรืองานสังสรรค์อื่นๆ ได้พบปะกับบุคคลใหม่ๆ ซึ่งรวมถึงการมีส่วนร่วมในองค์กรของสังคม

5.2 การได้รับสิ่งบันเทิง ได้แก่ การดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อ่านหนังสือ ดูภาพยนตร์ หรือดูกีฬา

5.3 การหาสิ่งพักผ่อนหย่อนใจ โดยตนเองเป็นผู้ปฏิบัติ ได้แก่ การเล่น กีฬา การล่าสัตว์ ตกปลา การเล่นเรือ การเล่นแคมป์ การเดินป่า และการท่องเที่ยวต่าง ๆ เป็นต้น

Neugarten, et al. (1961 อ้างถึงใน จารุนันท์ สมบูรณ์สิทธิ์, 2535) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตว่าเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงความผาสุกทางด้านจิตใจ (psychological well-being) และกล่าวว่า ผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตจะต้องเป็นบุคคลที่ประกอบด้วยสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

1) ความสนุกที่ต่อสู้กับความเบื่อหน่ายในชีวิต (Zest versus apathy) หมายถึง ความพอใจในการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน กระตือรือร้นที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความคิดที่จะทำในสิ่งใหม่ ๆ และมีความสนใจในตนเอง

2) มีความมั่นคงและอดทนต่อชีวิต (Resolution and fortitude) หมายถึง เป็นผู้มีความรับผิดชอบในชีวิตของตนเอง สามารถยืนหยัดรับสภาพต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างไม่ถอยหนี คิดว่าชีวิตมีความหมาย และยอมรับว่าความมั่นคงเป็นสิ่งที่ทุกคนจะต้องมี

3) มีความสอดคล้องระหว่างเป้าหมายที่ตั้งไว้กับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง (Congruence between desired and achieved goals) หมายถึง ความรู้สึกที่ได้บรรลุเป้าหมายชีวิตตามที่ได้คาดหวังไว้ และในช่วงที่ผ่านมาเคยประสบความสำเร็จในเรื่องที่สำคัญ ๆ มาแล้ว

4) อัตมโนทัศน์ในทางบวก (Self-concept) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณค่าตนเอง มีสุขภาพดี มีความภูมิใจในความสำเร็จในชีวิต และรู้สึกว่าตนเองยังมีความสำคัญสำหรับผู้อื่นและสังคม

5) มีระดับอารมณ์ที่ดี (Mood tone) หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุข มีทัศนคติ และอารมณ์ที่ดีต่อผู้อื่นและสิ่งต่าง ๆ รอบตัว มีความพอใจในชีวิต ไม่รู้สึกเศร้า โดดเดี่ยว หรือขมขื่น

Cantrill (1965 อ้างถึงใน นิยาม พิตินวณิชชา, 2535) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตไม่ใช่เงื่อนไขเพียงแต่ทางร่างกาย ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคมเท่านั้น แต่คุณภาพชีวิตเป็นการตัดสินใจและประเมินลักษณะดังกล่าวของตนเอง เป็นการที่บุคคลรับรู้ โดยการใช้กระบวนการทางสติปัญญา ประมวลภาพรวมความเป็นจริงในโลกของตนเอง ซึ่งแสดงออกในความหมายของตนเอง โดยปราศจากการยึดถือข้อกำหนดใดๆ ทั้งสิ้น ดังนั้นคุณภาพชีวิตตามทัศนะของ Cantrill จึงเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์และภาวะที่ปรากฏอยู่จริง แสดงออกและตัดสินใจโดยบุคคลนั้นในรูปความพึงพอใจในชีวิตและความสุขในชีวิต

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือในการประเมินความพึงพอใจในชีวิตของ Cantrill (Cantril's Self-Anchoring Life Satisfaction Scale = SASS) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจทั่วไปของบุคคล โดยผู้สูงอายุโรคเบาหวานประเมินด้วยตนเอง (Stromborg, 1984)

2.1.2.2 อึดมโนทัศน์

Wells และ Marwell (1976 cited by Ferrans and Powers, 1992) ได้ให้ความหมายของอึดมโนทัศน์ว่า เป็นการประเมินของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง (self-worth)

George และ Bearon (1980, cited by Ferrans and Powers, 1992) กล่าวว่า อึดมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดจากการเปรียบเทียบของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่ตนต้องการและปรารถนา

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ (2537) ได้ให้ความหมายของอึดมโนทัศน์ ภายใตกรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอยว่า อึดมโนทัศน์ หมายถึงส่วนประกอบของความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง ณ เวลาหนึ่ง ซึ่งความเชื่อและความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง เกิดจากการรับรู้ของบุคคลนั้น และการรับรู้ที่เกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลสำคัญที่ปฏิสัมพันธ์กัน อึดมโนทัศน์เป็นสิ่งที่บุคคลใช้กำหนดพฤติกรรมของตนเอง และการรับรู้เกี่ยวกับตนเองมีบทบาทสำคัญ ต่อการกระทำทุกสิ่งทุกอย่างของบุคคลในความพยายามที่จะเกิดความพึงพอใจ

กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2531) กล่าวว่า อึดมโนทัศน์ เป็นผลรวมของการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเอง ประกอบด้วย ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม และการยอมรับเกี่ยวกับตนเอง ทั้งด้านรูปร่าง คุณลักษณะ และความสามารถด้านต่างๆของตน ซึ่งเป็น

เอกลักษณ์เฉพาะประจำตัวของแต่ละบุคคล และอัตมโนทัศน์ยังเป็นผล จากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ กับสิ่งแวดล้อมและสังคม

ประเภทของอัตมโนทัศน์

Driever (1976 cited by Roy, 1976) แบ่งอัตมโนทัศน์ ออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical Self) เป็นความเชื่อ และความ รู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองด้านรูปลักษณ์ของตน ซึ่งรวมถึง ลักษณะ รูปร่าง หน้าตา รวมทั้งสมรรถภาพ ทางเพศ ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย แบ่งเป็น

1.1 การรับรู้ถึงลักษณะรูปร่าง หน้าตา รวมทั้งสมรรถภาพทางเพศทั้งใน ภาวะที่ปกติ และเจ็บป่วย

1.2 การรับรู้ถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายให้เหมาะสม กับเวลา และสถานที่

2. อัตมโนทัศน์ส่วนตัว (Personal self) เป็นค่านิยม ความคาดหวัง เจตคติเกี่ยวกับตนเองที่บุคคลยึดถืออยู่ แบ่งได้เป็น

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านความมั่นคงในตนเอง เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ในลักษณะประจำตัวที่คงที่ หรือเป็นการรักษาความมั่นคงภายในตนเอง

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านเกียรติหรือความคาดหวัง เป็นความรู้สึกนึกคิด หรือ ความคาดหวังของบุคคล เกี่ยวกับตนเอง ตามที่บุคคลนั้นปรารถนาจะเป็น รวมทั้งการรับรู้ในสิ่งที่ ผู้อื่นคาดหวังเกี่ยวกับตนเอง

2.3 อัตมโนทัศน์ด้านการยอมรับตนเอง เป็นการรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของ ตนเองรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีคุณค่า สมควรได้รับการยกย่องนับถือ ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ

2.4 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา เป็นการกำหนดกฎเกณฑ์ ทาง ศีลธรรมจรรยา และสิ่งที่เขาคิดว่ามีคุณค่าตามความสำนึกแห่งตน โดยเฉพาะด้านศาสนา แล้วนำ มาเป็นหลักในการยึดถือปฏิบัติและประเมินตนเองในด้านต่างๆ

Fitt (1965 อ้างใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2531) ได้แบ่งองค์ ประกอบของอัตมโนทัศน์ ออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. พิจารณาโดยตนเองเป็นเกณฑ์ ประกอบด้วย

1.1 อัตมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองว่าเป็นอย่างไร เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับคำถามว่า "ฉันเป็นอย่างไร"

1.2 อัตมโนทัศน์ด้านความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับการยอมรับตนเอง เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ด้านที่เกี่ยวกับคำถาม "ฉันรู้สึกเกี่ยวกับตนเองอย่างไร"

1.3 อัตมโนทัศน์ด้านพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้ และความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องต่างๆของตนเอง เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ด้านที่เกี่ยวกับคำถาม "ฉันประพฤติอย่างไร"

2. พิจารณาโดยใช้ผู้อื่นเป็นเกณฑ์ ประกอบด้วย

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับรูปร่างลักษณะของร่างกาย เรื่องเพศ สุขภาพ ความสามารถและทักษะ

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับคุณค่าทางศีลธรรม ความรู้สึกเกี่ยวกับการเป็นคนดีหรือคนเลว ความสัมพันธ์ที่มีต่อศาสนา ความพึงพอใจในศาสนาของตน

2.3 อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ประเมินบุคลิกภาพของตนโดยไม่รวมลักษณะทางด้านร่างกาย และความสัมพันธ์กับผู้อื่น

2.4 อัตมโนทัศน์ด้านครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกในคุณค่า และความพอใจในฐานะที่ตนเอง เป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เป็นการแสดงถึงการรับรู้ตนเองว่าใกล้ชิดหรือห่างเหินจากครอบครัว

2.5 อัตมโนทัศน์ด้านสังคม หมายถึง ความคิดเห็นที่มีต่อตนเอง เกี่ยวกับความมั่นใจ และความเชื่อมั่นในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์

อัตมโนทัศน์ เป็นผลจากการได้มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมซึ่งรวมทั้งบุคคลในสังคม โดยเฉพาะบุคคลที่มีความสำคัญและบุคคลในครอบครัวมีล้วนพอกพูนความนึกคิดในตัวบุคคล ประสบการณ์ในครอบครัวมีความสำคัญต่อการปูพื้นฐานอัตมโนทัศน์ของบุคคลนั้นในระยะต่อ ๆ ไป เนื่องจากประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอจึงมีผลให้อัตมโนทัศน์มีการเปลี่ยนแปลงด้วย ปัจจัยที่ทำให้อัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงมี 3 ชนิด (กอบกุล

พันธุวิศวกรรม, 2531) คือ

1. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการที่ร่างกายมีพัฒนาการ เช่น ความสูง การมีหน้าอกของเพศหญิง การมีเสียงแตกของเพศชาย เป็นต้น

2. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากวิกฤตการณ์ที่บุคคลประสบ ได้แก่ ภัยธรรมชาติ ความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ การเกษียณอายุ เป็นต้น เหตุการณ์เหล่านี้เปรียบเสมือนแรงผลักดันที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและ มักจะเกิดกับบุคคลที่ไม่มีการเตรียมพร้อมที่จะรับสถานการณ์นั้น ๆ อันเป็นผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถปรับตัวได้ดี ทั้งนี้ขึ้นกับความสามารถของแต่ละบุคคลและความรุนแรงของสถานการณ์นั้นๆด้วย

3. การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลเนื่องมาจากการบำบัดทางจิต การบำบัดทางจิต เป็นวิธีการช่วยเหลือที่บุคคลได้รับความกดดันด้านอารมณ์มาก ให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมของเขาได้โดยการช่วยเหลือให้บุคคลรู้จักและเข้าใจตนเองทั้งสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง โดยทั่วไปแล้วการบำบัดทางจิตมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์โดยตรงทำให้บุคคลมีอัตมโนทัศน์ดีขึ้น เช่น เป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี ไม่หวาดกลัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป บุคลิกภาพจะมีการยืดหยุ่นปรับตัวเข้าสู่สถานการณ์ต่าง ๆ ได้

ภาวะเจ็บป่วยของบุคคลเป็นภาวะวิกฤตการณ์ที่บุคคลประสบอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวในระยะ เจ็บป่วย ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่เจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยหรือรุนแรงหรือจะเป็นการเจ็บป่วยทางกายหรือทางจิตก็ตาม จะมีความรู้สึกสูญเสียเกิดขึ้น ความรู้สึกสูญเสียนี้จะมีทั้งความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ทางด้านร่างกาย ตลอดจนสูญเสียความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ทำให้รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ไม่สามารถทำกิจกรรมหรือแสดงออกทางพฤติกรรมดังที่เคยเป็นไปในภาวะปกติได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลกระทบโดยตรงต่ออัตมโนทัศน์ด้านร่างกายและด้านส่วนตัวหลาย ๆ ด้านของบุคคล ทำให้อัตมโนทัศน์ของบุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยลดลงได้อย่างมาก

2.1.2.3 สุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย

ในการที่คนเราจะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขในโลกนั้น องค์ประกอบที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่ง คือสุขภาพ เพราะการมีสุขภาพดีย่อมเป็นที่พึงปรารถนาของมนุษย์ทุกคน คนที่มีสุขภาพดี คือ คนที่มีความหวัง และคนที่มีสุขภาพดี คือคนที่มีทุกสิ่งทุกอย่าง ดังนั้นสุขภาพจึงเป็น

เหมือนวิถีทาง หรือช่องทางที่จะนำบุคคลไปสู่ความสุข และความสำเริงต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าสุขภาพดี คือคุณภาพชีวิตดีนั่นเอง (ประภาพร จินันทยา, 2536) แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าการให้ความหมายและการวัดสุขภาพยังคลุมเครือไม่ชัดเจน เพราะการให้คำจำกัดความมักเป็นไปในลักษณะกว้าง ๆ (Zhan, 1992) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของสุขภาพดังนี้

องค์การอนามัยโลก (cited by Zhan, 1992) ให้ความหมายของสุขภาพว่า เป็นภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และมีความเป็นอยู่ที่ดีในสังคม ไม่ใช่เพียงไม่เป็นโรค หรือไม่มีความอ่อนแอเท่านั้น

Orem (1985) ได้ให้ความหมายของสุขภาพว่า หมายถึงการดำรงไว้ ซึ่งบทบาทการทำหน้าที่ หรือ การดูแลตนเอง ตามสิ่งที่สังคมคาดหวัง

Roy (1984) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่า ภาวะสุขภาพเป็นผลจากการตอบสนองของบุคคล ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

Zhan (1992) ได้กล่าวว่า แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพนั้น มี 2 แนวคิด คือ

1. สุขภาพเป็นผลที่เกิดขึ้นเฉพาะบุคคล โดยบุคคลมีบทบาทในการดำรงรักษา และส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

2. สุขภาพเป็นผลจากการปฏิสัมพันธ์ของคนและสังคม ซึ่งสุขภาพในแนวคิดนี้จะรวมถึงการดูแลสุขภาพด้วย สุขภาพในแนวคิดนี้ จะชี้ให้เห็นถึงอิทธิพลทางด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ชุมชน และการเมือง เป็นต้น โดยการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพในแนวคิดนี้ มุ่งที่ความหมายของสุขภาพที่มีต่อบุคคล

การประเมินภาวะสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (cited by Spitzer, 1987) เสนอว่า การประเมินภาวะสุขภาพร่างกายที่ดีควรพิจารณาในสภาวะหรือคุณภาพของร่างกาย นั่นคือการประเมินภาวะสุขภาพการมุ่งประเมินที่ความสามารถในการทำหน้าที่ และความสำเร็จที่เกิดขึ้น ไม่ควรมุ่งเฉพาะอาการของการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ควรคำนึงถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล ความหมายของสุขภาพต่อบุคคล และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (Zhan, 1992)

นพวรรณ หาญพล (2535) ได้อ้างถึงแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพของ Katz และ Akporn ว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย จะแสดงออกโดยการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง อันเป็นพื้นฐานในการดำรงซึ่งบทบาทของตนเอง ทำให้บุคคลปรับตัว

ต่อสิ่งแวดล้อมได้ เพราะหากบุคคลยังคงปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง จะทำให้รู้สึกว่าคุณภาพของตนอยู่ในระดับที่ดี แม้จะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยก็ตาม จึงทำให้คนเชื่อมั่นในความแข็งแรงของร่างกายและเกิดการรับรู้ว่าคุณภาพตนเองดีพอ สำหรับการดำเนินชีวิตปกติสุข ซึ่งพินิจราพานิชชาวิชกุล (2537) ได้ศึกษาและวิเคราะห์เนื้อหาจากรายงานการศึกษาต่างๆเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน พบว่าตัวชี้วัด ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันควรประกอบด้วยสองส่วนคือ ความสามารถทางกายภาพ และความสามารถในการดำรงชีวิตในชุมชน โดยรายละเอียดของ เนื้อหาที่สอดคล้องกับความเป็นอยู่และวัฒนธรรมของชาวชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ความสามารถทางกายภาพ ควรจะอธิบายด้วยตัวแปร 6 ตัว คือ การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ การแต่งตัว การลุกจากที่นอน การรับประทานอาหาร การขึ้นลงบันได ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน อธิบายด้วยตัวแปร 7 ตัว คือ การไปซื้อของที่ร้านค้าในหมู่บ้าน การทำอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การกางมุ้ง เก็บมุ้งนอน การจัดการเรื่องค่าใช้จ่าย การปลูกผักสวนครัว และการเดินไปวัด รวมทั้งการวัดความพึงพอใจในความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ซึ่งคาดว่าตัวแปรเหล่านี้ จะสามารถบอกได้ว่า ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่อย่างคุณภาพชีวิต หรือมีปัญหาคือความต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ

2.1.2.4 สังคมและเศรษฐกิจ (Socio - economic)

สถานะทางวัตถุ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของประสบการณ์ชีวิต มีหลายทฤษฎีทางสังคมศาสตร์ ได้วิเคราะห์ การสนับสนุนของสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ (Socio - Economic Status : SES) ต่อคุณภาพชีวิต โดยในแง่จิตทางจิตสังคม สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ จะมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจ เพราะเกิดความรู้สึกปลอดภัย และความภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้สถานะทางสังคม-เศรษฐกิจ ยังเป็นปัจจัยสนับสนุนในการเผชิญปัญหาอย่างหนึ่งของบุคคล

สถานะทางสังคม-เศรษฐกิจ ตามแนวคิดของ Zhan ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ อาชีพ การศึกษา รายได้ โดยมีประเมิณที่จำนวนของรายได้ อาชีพ ชนิดของทรัพย์สินสมบัติ การได้มาซึ่งความรู้และแหล่งของรายได้ (Pattern of income sources) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ เป็นการประเมินเบื้องต้นของสถานะทางสังคมและ เศรษฐกิจ การประเมินทางสังคมและเศรษฐกิจนั้น ควรมีการประเมินทั้งทางวัตถุวิสัย (Objective measurement) และจิตวิสัย (Subjective measurement)

Zhan (1992) กล่าวว่า การประเมินความผาสุก ทางด้านวัตถุ จะเหมือนกับการประเมินภาวะสุขภาพ นั่นคือ ควรมีการประเมินด้วยตนเองในด้านการรับรู้ถึงความเพียงพอของรายได้รวมด้วย

2.1.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการสร้างเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของการศึกษา ซึ่งโดยทั่วไปสามารถประเมินได้ 2 ลักษณะ (Campbell, 1976) คือ

1. ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (Objective indicators) เป็นการวัดโดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์โดยตรงของบุคคล

2. ตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย (Subjective indicators) เป็นการบอกถึงความพอใจของบุคคล เกี่ยวกับชีวิตของตน อาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึก เจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับ ชีวิต การรับรู้สภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

นอกจากนี้ ยังมีการประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของ Stromberg (1984) ซึ่งแบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scales - yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับคำนิยามของชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ชีวิต เช่น ความพึงพอใจ และความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scales yielding qualitative) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง โดยผู้ป่วยจะได้รับคำถามถึงความพึงพอใจ เกี่ยวกับการดำรงชีวิต และภาวะสุขภาพ ผลออกมาเป็นการบรรยาย และบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

นอกจากนี้ ได้มีการประเมินคุณภาพชีวิต โดยพิจารณาจากโครงสร้างของ
คุณภาพชีวิต โดยแบ่งเป็น

1. การประเมินโดยพิจารณาว่า คุณภาพชีวิต ประกอบด้วย โครงสร้างมิติ
เดียว ซึ่งนิยมมากในการศึกษาเดิม บุคคลจะประเมินคุณภาพชีวิตของตนโดยใช้คำถามเดียว สรุปลง
ถึงคุณภาพชีวิตทั้งหมด ซึ่งถือว่าการประเมินที่เที่ยงตรง และเชื่อถือได้ (Cantril, 1985
อ้างถึงใน จิตราวลิย์ ใจอารีย์, 2533) เพราะเชื่อว่าบุคคลสามารถสรุปคุณภาพชีวิตทั้งหมด โดย
ยึดการมองความปกติสุขของเขา ซึ่งเป็นการสะท้อนเชิงจิตวิสัยของความจริงที่เขาเป็นอยู่หรือ
ประสบอยู่

2. การประเมินโดยพิจารณาว่าคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยโครงสร้างหลาย
มิติ โดยมุ่งเพื่ออธิบายถึงการรับรู้ความสุข ความพึงพอใจ และความปกติสุขทางด้านจิตใจ
(Burckhardt, 1985) ซึ่งเชื่อว่าการประเมินคุณภาพชีวิต โดยโครงสร้างหลายมิติ เหมาะสม
กับบุคคลที่เจ็บป่วยมากกว่าการประเมินคุณภาพชีวิต โดยใช้โครงสร้างมิติเดียว เนื่องจากช่วยให้
เห็นภาพที่ถูกต้องของประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาทั้งหมด
(Padilla and Grant, 1985 ; Zhan, 1992)

2.2 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

การเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการแห่งวัย ไม่เพียงแต่การเปลี่ยนแปลงทางกายเท่านั้น
แต่ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และด้านสังคมร่วมด้วย ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยน
แปลงที่สำคัญของชีวิต รวมทั้งการสูญเสียมากมายซึ่งสิ่งเหล่านี้ ล้วนเป็นภาวะเครียดอย่างหนึ่ง
ของชีวิต ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ จะต้องนำมาพิจารณาพร้อมด้วย เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุนั้นครอบคลุม
ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จะเป็นไปตามกระบวนการสูงอายุ (aging
process) นั่นคือ มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทุกระบบของร่างกาย เช่น มีการเสื่อมของ
เซลล์ ทำให้ผิวหนังมีสีเข้มขึ้น และเหี่ยวย่น สายตาเสื่อม มองเห็นไม่ชัดเจน หูเริ่มตึง
ฟันโยกคลอน มีผลทำให้ผู้สูงอายุ รับประทานอาหารได้น้อยลง นอกจากนี้ แขน ขาเริ่มอ่อนแรง
การเดินไม่กระฉับกระเฉง หลับมึนงง กระดูกเปราะ และหักง่าย ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงด้าน
ร่างกาย จึงเป็นการจำกัดการประกอบกิจกรรมของการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นผลจากการเสื่อมของสมรรถภาพทาง

กาย ประกอบกับการสูญเสียอำนาจ บทบาทในครอบครัว และสังคม จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเหงา เศร้า และหดหู่ และถ้าหากมีการสูญเสียของกลุ่มสมรส หรือเพื่อนฝูง ยิ่งก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหงา หรือวิตกกังวล ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากเดิม พฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำ หรือพฤติกรรมถดถอย เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่เกษียณอายุ หรือมีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรม ที่เคยทำอยู่ลดลงจากภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางกาย การทำให้เกิดการสูญเสียบทบาทเดิม ทำให้เกิดความรู้สึกด้อยในคุณค่า และภาพพจน์ที่ไม่ดีต่อตนเอง

นอกจากผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ตามกระบวนการสูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุโรคเบาหวานจะต้องเผชิญกับผลกระทบจากโรคเบาหวานด้วย Funnell and Merritt (1993) กล่าวว่า การตอบสนองทางอารมณ์ (Emotional response) ในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จะคล้ายคลึงกับผู้ป่วยอายุน้อย ซึ่งการตอบสนองนี้ ได้แก่ ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเข้มแข็ง ความมีคุณค่าในตนเอง ความเป็นตัวของตัวเอง ความเป็นอิสระและความสามารถในการควบคุม เป็นต้น การเผชิญกับปัญหาเหล่านี้ ผู้สูงอายุจะต้องอาศัยวิธีการเผชิญปัญหาในอดีต ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางเศรษฐกิจในการปรับตัว นอกจากนี้ยังมีผลกระทบในทางลบที่กระทบต่อร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกายและสังคมหลายอย่าง เช่น ผู้สูงอายุไม่สามารถ รับประทานอาหารเย็นกับครอบครัวได้ หรือร่วมรับประทานอาหารว่างเมื่อไปโบสถ์ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว และขาดสิ่งสนับสนุนในการเผชิญกับโรค การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยต้องแยกจากคู่สมรส หรือมีความยุ่งยากในการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อนำไปสู่การแต่งงานใหม่ในกรณีที่เป็นอย่างนี้เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมา จะพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานนั้น นอกจากจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และสังคม จากกระบวนการแก่ชราแล้ว ผู้ป่วยยังต้องเผชิญผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานอีกมากมาย เช่น การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่เคยปฏิบัติตลอดมา เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผลต่ออัตมโนทัศน์ เนื่องจากขาดความเป็นอิสระจากการควบคุมอาหาร การรับประทานอาหาร ผลต่อความภาคภูมิใจในตนเอง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางกาย ซึ่งเป็นผลจากโรค เป็นต้น ดังนั้นการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เพราะการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร และความก้าวหน้าในทางการแพทย์ที่ช่วย



ให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดของ Zhan (1992) เนื่องจากกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ Zhan เป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งจะทำให้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบรายงานเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ แทน

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั่ว ๆ ไป พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางถึงดี ดังการศึกษาของ มาร์ศรี นุชแสงพลี (2532) ที่ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนนี้มีความพึงพอใจในชีวิตในระดับปานกลาง จารุพันธ์ สมบุรุษิ (2535) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตของ Neugarten และคณะ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตในระดับสูง และจากการศึกษาของนพวรรณ หาญพล (2535) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตกับคุณภาพชีวิต โดยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของ Neugarten และคณะ และแนวคิดความพึงพอใจในชีวิตของ Flanagan ในการสร้างเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับค่อนข้างสูง แต่จากการศึกษาของประภาพร จินนุทยา (2536) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของ เบอร์กฮอร์น, เชเฟอร์ และคณะ (Berghorn, Schafer and Associates) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และปัญหาทางสุขภาพ นอกจากนี้ประภาพร จินนุทยา ได้เสนอแนะว่าควรมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว มีภาวะหนี้สิน และไม่ได้ทำมาหากิน

ยุพิน โกรินทร์ (2536) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย สร้างเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างพบว่า ผู้ป่วยส่วนมากมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี (บุษบา ดันดีศักดิ์, 2535 ; นิยนา พิพัฒน์วิเศษชา, 2535 ; ทศนีย์ จินางกูร, 2530 ; กฤษดา คงศิริ, 2531 ; เนตรนาถ คำพันธุ์, 2534 ; สุธาทิพย์ อุบลาคติ, 2536)

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานด้านจิตวิสัย สามารถบอกถึงระดับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวานตามการรับรู้ต่อองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัยของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัย หลายประการ จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยบางประการเพื่อหาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของผู้สูงอายุ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์และ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตดังนี้

เพศ

Orem (1985) ได้กล่าวถึงเพศว่าเป็นปัจจัยที่แสดงถึงค่านิยมของบุคคลที่บ่งบอกถึงคุณภาพหลังอำนาจและความสามารถตามธรรมชาติของบุคคลตามปัจจัยทางกรรมพันธุ์ จากการศึกษาของทัศนีย์ จินางกูร (2530) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้องถาวร พบว่าเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสนธยา พิชัยกุล (2533) พบว่า เพศหญิงมีการรับรู้ความผาสุกสูงกว่าเพศชาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธาทิพย์ อุบลาคติ (2536) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิราภัย ใจเทียมวงศ์ (2535) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า เพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ยังมีผลการวิจัยที่พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (กฤษฎา ตงศิริ, 2531, Burchardt, 1985)

สถานภาพสมรส

Hubbard, et al (1984 อ้างถึงใน เนตรนภา คู่พันธ์วี่, 2534) ได้รายงานว่ากลุ่มคนที่มีความวิตกกังวล จะมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า จึงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนโสด เพราะการมีความวิตกกังวลจะช่วยลดความเครียดทั้งหลายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งผลในปลายคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุษบา ตันตศักดิ์ (2535) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายประการ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรค เอส แอล อี (SLE) ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต แต่จากการศึกษาของ ฉัตรวลัย ใจอารีย์

(2533) พบว่าสถานภาพสมรสของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจโลก และชีวิตในทุกด้านให้กับบุคคล สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพ (สมจิตต์ สุปรรณทัศน์ และนิภา มนุญปิฎ, 2525) นอกจากนี้ระดับการศึกษายังมีความเกี่ยวข้องกับอาชีพ ระดับรายได้ ค่านิยม อุดมโนทัศน์ รวมทั้งการปรับตัวของบุคคล กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูง จะมีตำแหน่งหน้าที่การงานดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ และผู้ที่มีอาชีพมั่นคง มีรายได้แน่นอนสามารถเก็บออมทรัพย์สินไว้ในยามสูงอายุ มีอำนาจการซื้อสูง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตสูงตามไปด้วย (ประภาพร จันทนุญา, 2536) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภา รัตนเมธานนท์ (2532) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการศึกษาของ ประภาพร จันทนุญา (2536) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการศึกษาสูงมีคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาต่ำ แต่จากการศึกษาของ กฤษดา คงศิริ (2531) ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ทศนีย์ จินางกูร (2530) ศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และมาลี วรลัดนากุล (2535) ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการเคมีบำบัด พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตหรือคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้

รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล และรายดียัง เป็นสิ่งที่กำหนดให้ความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลแตกต่างกัน รายได้หรือแหล่งประโยชน์ที่มากพอจะมีผลทำให้เกิดความผาสุกในบุคคลและครอบครัว (มาลี เลิศมาลีวงศ์, อรสา พันธุ์ภักดี และสุวิมล พนาวัฒน์กุล, 2535) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภา รัตนเมธานนท์ (2532) จะศึกษาในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่ารายได้ของครอบครัวต่อเดือนของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตคนชรา โดยเขมิกา ยามะรัต (2527) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อความพึงพอใจในชีวิต แต่จากการศึกษาของ สุธาทิพย์ อุปลาบติ (2536) และประภาพร จันทนุญา (2536) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เพราะธรรมชาติของมนุษย์ จะอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง Marino and Kosler (1981, อ้างถึงใน สุธาทิพย์ อุบลาคติ, 2536) กล่าวว่า ปฏิริยาการตอบสนองความเครียดของบุคคล แตกต่างกันตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย แต่การศึกษาของ เนตรนา คู้พันธิ์ (2534) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อนและการศึกษาของ สุธาทิพย์ อุบลาคติ (2536) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่าระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่าง ไม่นัยสำคัญทางสถิติ

จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จะแสดงให้เห็นถึงความรุนแรงของโรค ที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ ซึ่งจะกระทบถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพราะการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ผู้ป่วยต้องปรับแผนในการดำเนินชีวิต ให้เข้ากับกฎระเบียบต่างๆ ของโรงพยาบาล จากการศึกษาของ Dirksen (1989) ในผู้ป่วย เมลาโนมา (melanoma) พบว่า จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต แต่จากการศึกษาของประภา รัตนเมธานนท์ (2532) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการศึกษาของสุธาทิพย์ อุบลาคติ (2536) ที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่า จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย