ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ในจังหวัดอำนาจเจริญ

Relationship between Factors and Chronic Illness Adaptation Among Older Adults in Amnat Charoen Province

รพีพรรณ สารสมัคร*

Rapeephan Sansamak*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างนกทา จำนวน 140 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ (χ^2) สถิติ Biserial และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 1.91) อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพศ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาวางแผนการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุให้สามารถเผชิญและปรับตัวมีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังได้อย่างมีความสุข และมีอายุยืนยาวขึ้น

คำสำคัญ: การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง เจ็บป่วยเรื้อรัง

Received: December 21, 2020 Revised: April 25, 2021 Accepted: May 24, 2021

* Corresponding Author, อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: Rapeephan.san@mahidol.edu

* Corresponding Author, Nursing Instructor Adult & Aging, Mahidol University, Amnat Charoen Campus E-mail: Rapeephan.san@mahidol.edu

Abstract

The purposes of this descriptive research were to study the adaptation to illness of chronically ill elderly patients in the Sangnokta Health Promoting Hospital. Participants consisted of 140 chronically ill elderly patients who were selected using the multi–stage random sampling technique. Data were analyzed using statistical methods, including mean, percentage, standard deviation, Biserial correlation, Chi – square, and Pearson's correlation.

The major findings were as follows: education, perception of family reaction to illness, social support, perception of health service, and problem-focused coping were significantly positively correlated with the adjustment to illness of chronically ill elderly patients at the .05 level of significance. The adjustment to illness of chronically ill elderly patients was found to be at a moderate level. Age was significantly negatively correlated with the adjustment to illness of chronically ill elderly patients at the .05 level of significance. Sex, length of illness, perception of illness, and emotionally-focused coping were not correlated with the adjustment to illness of chronically ill elderly patients. The results from this study can be applied in the planning and staging of activities for chronically ill elderly patients to support the patients' self-adaptation in living happily and longer with chronic illness.

Keywords: adaptation to illness, chronically ill elderly, chronic illness

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมก่อให้เกิดภาวะวิกฤตอันเป็นลักษณะของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุอยู่ในรูปของความเสื่อมถอยมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ การทำงานของระบบต่าง ๆ เสื่อมลง ลักษณะภายนอกรูปร่างหน้าตาเปลี่ยนแปลงไป ความจำเสื่อม และการตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายที่อ่อนแอลง มีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่ายและมีความรุนแรง[1] นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักทั้งคู่ชีวิต ญาติพี่น้อง และเพื่อนสนิท การสูญเสียรายได้ การสูญเสียบทบาททางสังคม เกษียณอายุ หรือออกจากงาน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุดังกล่าว มักจะเกิดควบคู่กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ หรือมีผลซึ่งกันและกัน

กล่าวคือ เมื่อร่างกายเปลี่ยนไปสภาพจิตใจและอารมณ์ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย เกิดความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพกาย หรือความเจ็บป่วยของตนเอง (ในส่วนของการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุอาจเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จากการสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง เกิดความคับข้องใจเกี่ยวกับการสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายและกลัวความตาย[2] และบางครั้งรู้สึกโดดเดี่ยวจากการที่ต้องอยู่ตามลำพัง อันเป็นผลเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ส่งผลให้เกิดความว้าเหว่ และอาการทางจิตใจดังกล่าวยังอาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติที่รุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ นอกจากปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดกับผู้สูงอายุแล้ว ปัญหาเหล่านี้ยังส่งผลกระทบไปถึงครอบครัวและสังคมได้อีก เช่น ปัญหาการรับภาระดูแลผู้สูงอายุ ปัญหาการปรับตัวระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลาน ปัญหาการปรับตัวเข้ากับวิถีชีวิตใหม่ไม่ได้ หากไม่ได้มีการเตรียมตัวไว้ล่วงหน้า ส่งผลกระทบต่อจิตใจอย่างมาก ก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต การปรับตัวของผู้สูงอายุจะสามารถปรับตัวได้ดีหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นกับความสามารถในการยอมรับ และการปรับตัวให้เข้ากับภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิตและมีสุขภาพดีทั้งกายและจิต[3]

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนจากร้อยละ 9.4 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 16.7 ในปี พ.ศ. 2562[4] เป็นเพราะความก้าวหน้าทางการแพทย์ การสาธารณสุขและการพัฒนาด้านสังคม เศรษฐกิจ ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งอายุที่ยืนยาวขึ้นไม่ได้แสดงถึงการมีสุขภาพชีวิตที่ดี ประชากรเมื่อมีอายุยืนยาวขึ้นอาจเกิดการเจ็บป่วยจากการเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยและภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังสะสมยิ่งอายุสูงขึ้นจำนวนของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น[3] จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุของ Birren, Sloane and Cohen[5] พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จะมีการเจ็บป่วยเรื้อรังอย่างน้อย 2 หรือ 3 โรค ซึ่งปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทยมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 53.2 ภาวะอ้วน ร้อยละ 35.4 โรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 22.5 โรคไขมันในเลือด ร้อยละ 19 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.1 โรคเกาต์ 5.6 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 2.7 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ร้อยละ 4.8 และภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 6 ซึ่งจัดเป็นโรคเรื้อรังทั้งหมด

โรคเรื้อรังจัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ซ่อนเร้น เนื่องจากโรคไม่ได้ทำอันตรายถึงชีวิต แต่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ร่วมกับพยาธิสภาพของโรคไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้[6] ผู้สูงอายุต้องดำเนินชีวิตร่วมกับโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดความพิการ ความทุกข์ทรมานจากความปวด ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเต็มศักยภาพ เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ไม่มีอาการกำเริบรุนแรง สามารถลดหรือป้องกันความพิการและภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ รวมทั้งสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างผาสุกตามอัตภาพ[7]

จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ โรคเรื้อรังมากมายที่ไม่สามารถรักษาหายดังนั้นการรักษาจะมุ่งไปที่การควบคุมอาการแสดงในการเจ็บป่วยจะมีทั้งช่วงอาการสงบและอาการกำเริบรุนแรง ซึ่งในชีวิตประจำวันหรือการดำรงชีวิตของผู้ป่วยต้องพบกับทั้งสองช่วง การที่ผู้ป่วยจะตอบสนองไปในทางที่ถูกต้องหรือสามารถอยู่ร่วมกับโรคเรื้อรังได้อย่างปกติสุขนั้นจะต้องอาศัยข้อมูลพื้นฐานหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ดังคำกล่าวของ Haber[8] ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนและเน้นถึงความสัมพันธ์ของร่างกาย จิตใจและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ได้แก่ ปัจจัยทางด้านประชากร คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังแต่ละบุคคล มีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยต่างกัน[6,7] นอกจากนั้นจากการทบทวนวรรณกรรม ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่นกัน คือ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวในผู้สูงอายุซึ่งอายุมีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวในผู้สูงอายุ การมีอายุมากขึ้นจะส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุลดลง เซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายทำงานลดลง มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้ง่าย ส่งผลให้มีการปรับตัวลดลง และเพศหญิงจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นและมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย อีกทั้งผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีสุขภาพและการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า รวมถึงระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมการปรับตัวของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง[2]

ดังนั้นการศึกษาปัจจัยดังกล่าวจะช่วยให้พยาบาลเข้าใจถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้เหมาะสม เพื่อนำมาใช้ในการวางแผน ส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุ สามารถเผชิญและปรับตัวมีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังอย่างมีความสุข มีภาวะทางอารมณ์และจิตใจที่ดี มีอายุยืนยาวขึ้น ตลอดจนอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างนกทา

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มารับการบริการการรักษาที่โรงพยาบาล

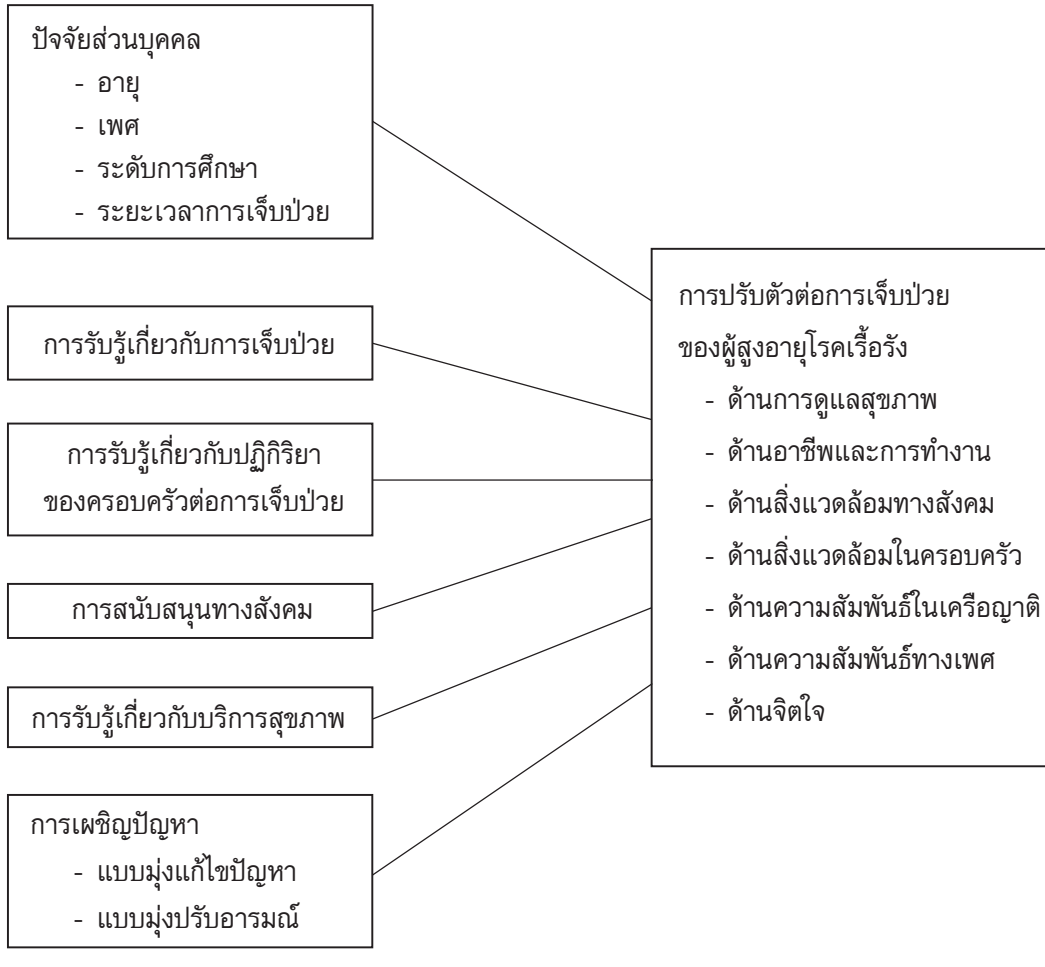
ส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างนกทา

สมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

2. เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง โรคหัวใจ (โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดไปเลี้ยงหัวใจตีบ) โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โดยเป็นโรคหนึ่งหรือหลายโรคร่วมกัน ที่มีอาการติดต่อกันนานกว่า 3 เดือนหรือ 90 วัน ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างนกทา ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2563 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้ เป็นโรคเรื้อรัง ตั้งแต่ 1 โรคขึ้นไป สถานภาพสมรสคู่ และยังอยู่ด้วยกันกับคู่ครอง ไม่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนต้องนอนโรงพยาบาล สามารถเข้าใจภาษาไทย สมัครใจให้ความร่วมมือในการวิจัย และผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike[9] ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ ดังนี้

$N \geq 10k + 50$ (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนตัวแปรที่ศึกษา)

$N \geq (10 \times 9) + 50 = 140$ คน ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ 140 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง แบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยสำรวจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตตำบลสร้างนกทา ซึ่งมีทั้งหมด 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างนกทา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนดู่ แล้วทำการสุ่มโดยการใช้การสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่ (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากได้มา 1 แห่ง จาก 2 แห่ง และทำการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากเวชระเบียนและทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ (purposive sampling) จำนวน 140 คน จากการคำนวณสูตรของ Thorndike

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความหมายของการเจ็บป่วยของเบ็ญจวรรณ ป้อมเสมาพิทักษ์ ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีจำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้านบวก 5 ข้อ และด้านลบ 9 ข้อ ผู้วิจัยได้ทำการปรับลักษณะคำตอบจากถูก ผิดและไม่ทราบ ไปเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) เนื่องจากทำให้ได้รายละเอียดของการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น ซึ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมมาก แปลว่า การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยอยู่ในระดับถูกต้อง คะแนนรวมน้อย แสดงว่าการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยอยู่ในระดับไม่ถูกต้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .86 และหา

ความเที่ยงของแบบสอบถามโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยของ รุ่งนภา บุญประดิษฐ์ ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาดัดแปลงข้อความให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนข้อคำถาม 7 ข้อ แบ่งเป็นการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยด้านบวก 5 ข้อและด้านลบ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด เพื่อให้มีความละเอียดของการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมมาก แปลว่า มีการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับถูกต้อง คะแนนรวมน้อย แสดงว่ามีการรับรู้เกี่ยวปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับไม่ถูกต้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .80 และหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .70

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของสุมาพร บรรณสาร ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Brandt and Winert[10] จำนวนข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม แบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวก 10 ข้อ และด้านลบ 2 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมมาก แปลว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง คะแนนรวมน้อย แสดงว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .87 และหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .87

แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพของ รุ่งนภา บุญประดิษฐ์ ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมมาก แปลว่า มีการรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ อยู่ในระดับถูกต้องมากที่สุด คะแนนรวมน้อย แสดงว่า มีการรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ

อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .80 และหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79

แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญภาวะเครียดหรือภาวะวิกฤตแบบมุ่งแก้ไขปัญหาประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจาก สิริลักษณ์ วรรธนะพงษ์ ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman[11] ผู้วิจัยเลือกมา 6 ข้อ เพื่อความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมมาก แปลว่า มีการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาอยู่ในระดับสูง คะแนนรวมน้อย แสดงว่ามีการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา อยู่ในระดับต่ำ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .83 และหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79

แบบสอบถามการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจาก สิริลักษณ์ วรรธนะพงษ์ ตามแนวคิดของ Lazarus and Folkman[11] ผู้วิจัยเลือกมา 8 ข้อ เพื่อความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมมาก แปลว่า มีการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์อยู่ในระดับสูง คะแนนรวมน้อย แสดงว่า มีการใช้การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ อยู่ในระดับต่ำ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .80 และหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78

แบบสอบถามการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจาก สุมาพร บรรณสาร ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Derogatis ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา คุณาวัฒน์ มีข้อคำถามทั้งหมดรวม 45 ข้อ แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพ ทั้งด้านความตรงและความเที่ยง โดยมีการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ในกลุ่มตัวอย่าง 75 ราย มีการทดสอบความเที่ยงโดยวิธีการหาความสอดคล้องภายในสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าโดยรวมเท่ากับ .83 และรายด้านได้ค่าอยู่ระหว่าง .33 -.82 ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบสอบถามให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยตัดข้อคำถามออกบางข้อ เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง และข้อคำถามที่ตัดออกมีความ

หมายคล้ายคลึงกัน เหลือข้อคำถาม 33 ข้อ ลักษณะข้อคำถามสอบถามเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก หรือพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออก ลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ แต่ละข้อจะมี 4 ตัวเลือก

เกณฑ์การให้คะแนนการปรับตัว

คำถามทางบวก

ตัวเลือก ก ได้คะแนน = 3

ตัวเลือก ข ได้คะแนน = 2

ตัวเลือก ค ได้คะแนน = 1

ตัวเลือก ง ได้คะแนน = 0

คำถามทางลบ

ตัวเลือก ก ได้คะแนน = 0

ตัวเลือก ข ได้คะแนน = 1

ตัวเลือก ค ได้คะแนน = 2

ตัวเลือก ง ได้คะแนน = 3

การแปลความหมาย คะแนนรวมมาก แปลว่า การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับดี คะแนนรวมน้อย แสดงว่า การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับไม่ดี

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

กาวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 4/2563 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับและนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ซึ่งหลังจากผู้วิจัยนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยแล้วจะมีการทำลายข้อมูลทั้งหมด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังรวมทั้งหมด 140 คน และเข้าไปแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัยกับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ หลังจากนั้นผู้วิจัยวิจัยอ่านเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนเข้าใจ จึงให้ผู้สูงอายุเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วจึงเริ่มต้นการสัมภาษณ์ อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการตอบแบบสอบถามสามารถตอบได้ตามความคิดเห็น พร้อมอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละชุด จนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที ระหว่างตอบแบบสอบถามหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ดำเนินการเช่นนี้จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 140 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังได้ดำเนินการ ดังนี้

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ (ชาย หญิง) กับการปรับตัว คำนวณค่าสหสัมพันธ์แบบ Biserial

3.2 คำนวณค่าสหสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วย กับระดับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย โดยการทดสอบด้วยค่า χ^2 ถ้ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงประมาณค่าความสัมพันธ์ด้วยค่า C (Contingency coefficient)

4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ กับการปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง โดยใช้สถิติวิเคราะห์คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product – Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง อายุต่ำสุด 60 ปี และสูงสุด 87 ปี โดยเฉลี่ยมีอายุ 68.61 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-64 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.0 เพศชายและเพศหญิงสัดส่วนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50.0 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาลงมาสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 64.3 และระยะเวลาในการเจ็บป่วยสูงสุดอยู่ในช่วง 5-9 ปี คิดเป็นร้อยละ 60

ส่วนที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ เกี่ยวกับบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหาและการเผชิญปัญหา แบบมุ่งปรับอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยโดยรวมมีการรับรู้ระดับถูกต้องมาก ($\bar{x}$ = 3.63) การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยโดยรวมมีการรับรู้ระดับถูกต้องมาก ($\bar{x}$ = 3.62) การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับถูกต้องมาก ($\bar{x}$ = 3.51) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.35) และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหาและการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.09 และ 2.66 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของ กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 1.91) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง และการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยด้านที่มีค่าคะแนนสูงสุด ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ($\bar{x}$ = 2.04)

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เพศชายมีค่าเฉลี่ยการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยดีกว่าเพศหญิง ($\bar{x}$ = 1.95 และ 1.86) เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับการศึกษา และระยะเวลากับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยดีมากที่สุด คือ ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมา ได้แก่ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช./อนุปริญญา และระดับประถมศึกษาลงมาร้อยละ 50.0 และ 28.2 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (c = .344)

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการเจ็บป่วย กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยดีมากที่สุด คือ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 58.3 รองลงมา ได้แก่ 5-9 ปี และต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 38.8 และ 32.3 ตามลำดับ เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า ระยะเวลาในการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระดับการศึกษา และระยะเวลากับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 135)

ปัจจัย	การปรับตัวต่อการเจ็บป่วย			χ^2	Contingency coefficient	p-value
	ปานกลาง จำนวน(%)	ดี จำนวน(%)	รวม จำนวน(%)			
ระดับการศึกษา				18.097	.344	.000
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	61 (71.8)	24 (28.2)	85 (100.0)			
มัธยมศึกษา/ปวช./อนุปริญญา	13 (50.0)	13 (50.0)	26 (100.0)			
ปริญญาตรี	6 (25.0)	18 (75.0)	24 (100.0)			
รวม	80 (59.3)	55 (40.7)	135 (100.0)			
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย				4.132	-	.127
ต่ำกว่า 5 ปี	21 (67.7)	24 (32.3)	31 (100.0)			
5-9 ปี	49 (61.3)	31 (38.8)	80 (100.0)			
10 ปีขึ้นไป	9 (41.7)	14 (58.3)	24 (100.0)			
รวม	80 (59.3)	55 (40.7)	135 (100.0)			

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่าง (n = 140)

ปัจจัยคัดสรร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
1. อายุ	-.214	.011
2. การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย	.057	.505
3. การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย	.527	.000
4. การสนับสนุนทางสังคม	.280	.001
5. การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ	.384	.000
6. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา	.240	.004
7. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์	-.065	.443

(r = -.21) ส่วนตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวต่อการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพ และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับปรับตัวต่อการเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .53, .28, .38 และ .24 ตามลำดับ) ส่วนตัวแปรการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งปรับอารมณ์ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วย ดังตารางที่ 2

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังประกอบด้วย **การศึกษา** ซึ่งระดับการศึกษาจะช่วยให้บุคคลทำความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เรียนรู้ได้มากมีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม ระดับการศึกษาสูงจะช่วยให้บุคคลมีความรู้ความสามารถในการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพหรือแบบแผนชีวิตในทางบวก (Pender and Pender, 1987) รวมทั้งช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตได้ดี ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีความรู้เรื่องโรคภัยไข้เจ็บซึ่งทำให้ตระหนักถึงอาการและอาการแสดงของความเสื่อมสมรรถภาพการทำงานในร่างกาย[12] จากการศึกษาของ Yu Y. และคณะ[13] พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ เนื่องจากระดับการศึกษาของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น

ด้วย **การรับรู้เกี่ยวกับปฏิกิริยาของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม** การรับรู้ของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังต่อปฏิกิริยาของครอบครัว มีอิทธิพลต่อบทบาทของผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าครอบครัวยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง ครอบครัวก็จะให้การช่วยเหลือสนับสนุนในทุก ๆ ด้าน ให้ความรักและความเอาใจใส่ ไม่ทอดทิ้งให้อยู่คนเดียว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ รพีพรรณ สารสมัคร[3] กล่าวว่า กุญแจสำคัญในการช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยให้เผชิญปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพได้ คือ ครอบครัว นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อภาวะสุขภาพทางอ้อมของผู้สูงอายุโดยจะทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถคาดการณ์ได้ รู้สึกว่าชีวิตยังมีคุณค่า โดยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด ช่วยให้ผู้สูงอายุประเมินสถานการณ์ที่คุกคามได้ เกิดขวัญและกำลังใจในการเผชิญกับความเครียด และปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วน**การรับรู้เกี่ยวกับการบริการสุขภาพ** ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจต่อการรักษาจะทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเชื่อฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวมากกว่าหนึ่งโรค พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต้องปฏิบัติจึงมีมากขึ้น และซับซ้อนเพิ่มขึ้น ฉะนั้นถ้าผู้ป่วยรับรู้ถึงการบริการสุขภาพก็สามารถจะเลือกใช้บริการได้ถูกต้องกับความต้องการและสภาพที่เป็นอยู่ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ไขปัญหา เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังผู้ป่วยสูงอายุจะเกิดความวิตกกังวลความเครียดกลายเป็นภาวะวิกฤต เพราะเป็นโรคที่มีลักษณะไม่แน่นอน ทำนายได้ยาก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพในการทำกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตและรู้สึกว่าตนไม่เหมือนคนอื่นอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยเรื้อรังแตกต่างกันไปตามบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล ผู้ป่วยจะสร้างรูปแบบหรือลักษณะของบุคลิกภาพเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ในชีวิต ความเครียด และความวิตกกังวล เพื่อปรับตัวต่อผลกระทบของการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ M.W. และคณะ[14] พบว่า วิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา

ผลการศึกษาต่อมาพบว่าปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ คือ เพศ เนื่องมาจากสังคมไทยมีการดูแลช่วยเหลือในระบบครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้านเป็นอย่างดี และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยจะมีการเยี่ยมเยียนดูแลเอาใจใส่ อย่างใกล้ชิดโดยไม่เลือกเพศหญิงหรือชาย แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยไม่ว่าเพศหญิงหรือชายเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยหรือสูญเสียหน้าที่การทำงานของร่างกายต่างมีผลกระทบต่อจิตใจที่คล้ายคลึงกัน ผู้ป่วยสูงอายุจะมีความทุกข์กับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ซึ่งจะส่งผลต่อสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง หากได้รับการดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ จะทำให้เกิดความมั่นคงปลอดภัย รู้สึกว่าตนมีคุณค่า ส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดี ปรับตัวได้[15] ส่วน**ระยะเวลาการเจ็บป่วยและการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย** เนื่องจากความแตกต่างของโรคที่เป็นการดำเนินโรค และความรุนแรงของโรค โดยธรรมชาติของมนุษย์จะต้องอาศัยระยะเวลาในการปรับตัวต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แต่การเกิดการปรับตัวที่ดีได้นั้นยังขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในบุคคลภายนอกบุคคล และจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาของ Allen[16] ที่พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยพาร์กินสัน ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่อเนื่องและยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังมีประสบการณ์ในการเรียนรู้แบบแผนของอาการ การรักษา และการพยากรณ์โรคของตนเอง อีกทั้งยังมีการเรียนรู้เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพทำให้เกิดความคุ้นเคย มีเวลาในการวิเคราะห์สถานการณ์ มองหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างรอบคอบจึงสามารถปรับตัวให้พร้อมรับสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงได้เป็นอย่างดี และ **การเผชิญแบบมุ่งปรับอารมณ์** การเจ็บป่วยเรื้อรังอาจจะคุกคามต่อพื้นฐานอารมณ์ของผู้ป่วย และอาจจะไม่สามารถทนได้ในสถานการณ์ทั้งหมด บางครั้งในช่วงแรก ๆ ของการเจ็บป่วย ผู้ป่วยอาจจะยังไม่แสดงอารมณ์กับครอบครัว แต่เมื่อเขาต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่ยาวนาน การต้องไปโรงพยาบาลบ่อยครั้ง การใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น เขาอาจจะแสดงลักษณะอารมณ์ที่ไม่ดีทำให้การปรับตัวเป็นไปในทางลบได้ จากการศึกของ R.M และคณะ[17] พบว่า หญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมใช้วิธีเผชิญปัญหาทั้งแบบเผชิญหน้ากับปัญหา แบบลดอารมณ์ตึงเครียด และแบบบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด จึงสามารถสรุปได้ว่าลักษณะอารมณ์และการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจะมีความสัมพันธ์ที่อาจจะส่งผลให้การปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังเป็นไปในทางลบ

การศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า **อายุ** มีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เมื่ออายุมากขึ้นประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ จะเริ่มถดถอยลงเป็นลำดับ[18] การถดถอยของสมรรถภาพจะเกิดค่อนข้างมากเมื่อมีอายุประมาณ 60-80 ปี ทำให้มีโอกาสเกิดโรคได้ง่าย และหากเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพขึ้นโดยเฉพาะโรคเรื้อรังจะทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพ และเข้าสู่ระยะพึ่งพา อายุจึงถือเป็นปัจจัยเสี่ยงในด้านการเกิดโรค ทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ โดยผู้ที่มีอายุน้อยจะมีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุมาก เนื่องจากผู้ที่มีอายุมากขึ้นจะเกิดความท้อแท้ในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้ง่าย และยิ่งหากมีความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยยิ่งก่อให้เกิดความเครียดด้านร่างกายและจิตใจ[19]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเชิงทำนายต่อ เพื่อนำไปสู่การวิจัยกึ่งทดลองเพื่อจัดกระทำกับปัจจัยดังกล่าวที่จะส่งผลต่อการปรับตัวในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังต่อไป

2. ควรมีการศึกษาการปรับตัวของญาติผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากโครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยขอขอบคุณอาสามัครที่เข้าร่วมการวิจัยและบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างนกทาทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Kang HW, Park M, Wallace Hernandez JP. The impact of perceived social support, loneliness, and physical activity on quality of life in South Korean older adults. J Sport Health Sci 2018;7(2):237-44. doi: 10.1016/j.jshs.2016.05.003.
2. Chanawongse K, Isarangura Na Ayudhya V, Dansawadikul T. The study of factors affecting sustainability and continuity of the elderly health promotion club, the 7th Khon Kaen Health Center, Muang district, Khon Kaen province. College of Asian Scholars Journal 2016;6(1):136-41. (in Thai)
3. Sansamak R. The effect of public mild social support program on loneliness in older persons resided in public welfare for the aged. J Royal Thai Army Nurses 2017;18(1): 251-9. (in Thai).
4. Department of older Persons. Older Statistics 2019 [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 14]. Available from: http://www.dop.go.th/download/knowledge/th1580099938-275__1.pdf.
5. Birren J, Sloane R, Cohen G. Handbook of mental health and aging. 2nd ed. California: Academic Press; 2011.
6. Hacialioglu N, Ozer N, Yilmaz karabulutlu E, Erdem N, Erci B. The quality of life of family caregivers of cancer patients in the East of Turkey. Eur J Oncol Nurs 2010;14(3):211-7. doi: 10.1016/j.ejon.2010.01.017.
7. Voss TS, Ele JJ, Wielinski CL, Aminoff MJ, Bandyopadhyay D, Chou KL, et al. Fall frequency and risk assessment in early Pakinson's disease. Parkinsonism Relat Disord 2012;18(7):837-41. doi: 10.1016/j.parkreldis.2012.04.004.
8. Haber J. Comprehensive psychiatric nursing. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1987.
9. Thorndike M. Correlational procedures for research. New York: Gradner Press; 1978.
10. Brandt PA, Weinert C. The PRQ: a social support measure. Nurs Res 1981;30(5):277-80.
11. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing; 1984.
12. Adams KB, Leibbrandt S, Moon H. A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. Ageing Soc 2011;31(4):683-712.
13. YU Y, Hu J, Efird JT, McCoy TP. Social support, coping strategies and health-related quality of life among primary caregivers of stroke survivors in China. J Clin Nurs 2013;22(15-16):2160-71. doi: 10.1111/jocn.12251

14. Wagachchige Muthucumarana M, Samarasinghe K, Elgán C. Caring for stroke survivors: experiences of family caregivers in Sri Lanka - a qualitative study. Top Stroke Rehabil 2018;25(6):397-402. doi: 10.1080/10749357.2018.1481353
15. Waisutra C. Sasat S. Selected factors related to dysphagia in older persons with stroke. Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2018;30(1):84-95. (in Thai)
16. Allen NE, Canning CG, Sherrington C, Lord SR, Latt MD, Close JC, et al. The effects of an exercise program on fall risk factors in people with Parkinson's disease: a randomized controlled trial. Mov Disord 2010;25(9):1217-25. doi: 10.1002/mds.23082.
17. Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community–dwelling older persons: a systematic review. J Am Geriatr Soc 2012;60(8):1487-92. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04054.x
18. Runzer-Colmenares FM, Samper-Ternent R, Al Snih S, Ottenbacher KJ, Parodi JF, Wong R. Prevalence and factors associated with frailty among Peruvian older adults. Arch Gerontol Geriatr 2014;58(1):69-73. doi: 10.1016/j.archger.2013.07.005
19. Chen CY, Wu SC, Chen LJ, Lue BH. The prevalence of subjective frailty and factors associated with frailty in Taiwan. Arch Gerontol Geriatr 2010;50(Suppl 1):S43-7. doi: 10.1016/S0167-4943(10)70012-1