

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาประสบการณ์ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง
3. การปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรัง
4. ลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
5. ปัจจัยที่ผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง
6. แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

##### 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

จากการประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลกขององค์การสหประชาชาติ เมื่อ พ.ศ. 2525 ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุ คือบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับตามปีปฏิทิน และถือเป็นข้อตกลงในองค์การระหว่างประเทศ (นิตยา, 2545) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีวัยต่างกันเมื่อเจ็บป่วยจะมีอาการที่แตกต่างกันด้วย เช่น ผู้ป่วยที่มีอายุ 85 ปี จะมีอาการแตกต่างจากผู้ป่วยอายุ 65 ปี และ 75 ปี ดังนั้นจึงควรแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มด้วยกัน คือ ผู้สูงอายุเล็กน้อย (young old) ผู้สูงอายุปานกลาง (middle old) และผู้สูงอายุมาก (very old) (พิเชษฐ, 2542)

##### 1.2 ลักษณะของความสูงอายุ

ลักษณะของความสูงอายุ จะปรากฏออกมาในรูปของความเสื่อมต่างๆ ลักษณะของความสูงอายุประกอบด้วย 4 อย่างคือ เป็นสิ่งที่ปรากฏเสมอ (universal) ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง (progressive) และเป็นความเสื่อม (detrimental) ความสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยภายในที่ดำเนินต่อเนื่องและปรากฏให้เห็นได้ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดได้กับทุกคน แต่อัตราเร็วไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และแบบแผนการดำเนินชีวิต (นิตยา, 2545) การเปลี่ยนแปลงหรือความเสื่อมสภาพที่เกิดขึ้น มีผลให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ ลดลงด้วย

จะเห็นได้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสรุปได้ดังนี้ (จันทร์เพ็ญ, 2540; วิไลวรรณ, 2545)

### 1.2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

มนุษย์เรามีเมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายก็เริ่มมีการเปลี่ยนแปลง อวัยวะต่างๆ เริ่มเสื่อมลง และค่อยๆ แสดงออกให้เห็นทีละน้อย (นิตยา, 2541) เช่น กระดูกมีความเปราะบาง เนื่องจากมีความเสื่อมสลายของแคลเซียมออกจากกระดูก และขาดวิตามินดีทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุนเป็นต้น (จันทร์เพ็ญ, 2540 ; บรรลุ, 2542; นิตยา, 2545 ; สุทธิชัย, 2544; Moreau, 2003) โดยปกติพบผู้สูงอายุจะมีปัญหาในการเดินหรือช่วยเหลือตัวเองเมื่อมีอายุ 80 ปีขึ้นไป (สุทธิชัย, 2544) ส่วนระบบทางเดินหายใจ จะพบว่าปอดมีสมรรถภาพลดลง อวัยวะในระบบทางเดินอาหารจะเหี่ยวผอม ทำให้การผลิตกรดเกลือและน้ำย่อยน้อยลง การบีบตัวและการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ส่งผลให้การย่อยและการดูดซึมอาหารลดลงไปด้วย ผู้สูงอายุจะขับถ่ายปัสสาวะบ่อยมากเนื่องจากกระเพาะปัสสาวะหดเล็กลง เหลือเพียงครึ่งหนึ่งของวัยหนุ่มสาว จึงเกิดหูดบริเวณช่องเปิดของกระเพาะปัสสาวะเสื่อมความสามารถในการหดเกร็ง ทำให้กล้ามเนื้อปัสสาวะได้ยากขึ้น (นิตยา, 2541; สุทธิชัย, 2544; Moreau, 2003) ส่วนสมองของผู้สูงอายุ ก็จะมีหดเล็กลงเนื่องจากเนื้อสมองเหี่ยว ความเสื่อมของสมองทำให้ไม่อยากรู้สิ่งใหม่ๆ การแก้ไขปัญหาก็กทำได้ไม่ดี และที่พบบ่อย คือ อาการเศร้าหมองขาดความสนใจต่อสิ่งเร้า เป็นต้น ส่วนการทำงานของหัวใจในการสูบฉีดโลหิตก็จะลดลง หัวใจโตขึ้นผนังเส้นเลือดมีไขมันมาเกาะอยู่มากทำให้แข็งและหนา การทำงานของศูนย์ควบคุมความดันไม่ดีเป็นผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ระบบต่อมไร้ท่อจะเสื่อมถอยลงไป (Moreau, 2003; Hopper & Williams, 2003) โดยเฉพาะต่อมไธมอสองส่วนหน้า ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรคเบาหวาน อวัยวะสัมผัสต่างๆ ก็เสื่อมถอย ความเสื่อมถอยของร่างกายในระบบต่างๆ ที่กล่าวมาล้วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคเรื้อรังหลากหลายชนิด เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อเสื่อม/ข้ออักเสบ โรคหอบหืด เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมตามมา ( บรรลุ, 2542; Moreau, 2003)

### 1.2.2 การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทหน้าที่และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญได้แก่ การเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน โดยเฉพาะในช่วงเกษียณอายุงาน ภาระหน้าที่ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงบทบาทจากพ่อแม่เป็นปู่ย่า จากหัวหน้าครอบครัวเป็นผู้อยู่อาศัย และกิจกรรมทางสังคมลดน้อยลง เป็นต้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจตามมา

### 1.2.3 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

สาเหตุหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ มาจากการเสื่อมของร่างกาย ภาพลักษณ์ทางกายเปลี่ยนแปลงในทางลบ อีกสาเหตุหนึ่งมาจากสถานการณ์ของชีวิตซึ่งต้องเผชิญตามอายุ

ที่มากขึ้น รวมไปถึงหน้าที่การงาน ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การสูญเสียพลัดพรากจากบุคคลที่รัก รู้สึกตนเองมีคุณค่าน้อยลง มีความกังวลสูงมากขึ้นโดยเฉพาะในเรื่องความตาย มีความเจ็บเหงาเปล่าเปลี่ยว ว่าแห้ว หากถูกครอบครัวทอดทิ้งก็จะเกิดความโกรธน้อยเนื้อต่ำใจ (จันทร์เพ็ญ, 2540) ผู้สูงอายุที่ไม่ประสบความสำเร็จด้านความหวังของชีวิตจะนำมาซึ่งความผิดปกติหรือโรคทางจิตได้ง่าย เช่น โรคและอาการซึมเศร้า อาการเครียด เป็นต้น (สุทธิชัย, 2544; Moreau, 2003)

#### 1.2.4 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณเป็นความเชื่อ ปรัชญา ความเป็นมนุษย์ ที่บุคคลยึดถือปฏิบัติเป็นเป้าหมายและทิศทางในการดำเนินชีวิต ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณคือ ความเชื่ออำนาจในการควบคุมตนเองแบ่งเป็น 2 แบบ คือ 1) ความเชื่ออำนาจภายในตนเอง เป็นความเชื่อที่ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นผลมาจากการกระทำ หรือความสามารถของตัวเอง โดยจะเกิดขึ้นถ้าบุคคลได้รับการกระตุ้นและเสริมแรงบ่อยๆ บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเองสูงจะเป็นบุคคลที่มีลักษณะเป็นตัวของตัวเอง มีความกระตือรือร้นต่อความเป็นไปของสิ่งแวดล้อม มีแรงจูงใจสูง เห็นคุณค่าของทักษะและคุณค่าของตนเอง สามารถปรับตัวและควบคุมสถานการณ์ได้ เป็นบุคคลที่ยากต่อการชวนเชื่อโดยไม่มีเหตุผล 2) ความเชื่ออำนาจภายนอกตนเอง เป็นความเชื่อที่ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองไม่ใช่เป็นผลมาจากการกระทำ แต่เป็นเพราะโชค เคราะห์ ความบังเอิญ หรือสิ่งแวดล้อมบันดาลให้เกิดขึ้น ดังนั้นบุคคลเหล่านี้มีแนวโน้มจะเป็นผู้ที่ที่มีบุคลิกเฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้น ไม่แสวงหาข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาของตน ขาดความพยายาม มีความวิตกกังวลสูง มักเสาะแสวงหาสิ่งที่คิดว่ามีอิทธิพลต่อตน (วิไลวรรณ, 2545) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วย เป็นกลุ่มที่ภาวะจิตวิญญาณเปลี่ยนแปลงมากที่สุด เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยสูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลารักษานาน จะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสร้างความรู้สึกรู้สึกหรือให้ความหมายต่อการเจ็บป่วย และความทุกข์ทรมาน ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นหายจากการเจ็บป่วยได้ (Carson et al., 1990; Reed, 1991; Walton, 1996)

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง

### 2.1 ความหมายของโรคเรื้อรัง

คำว่า โรคเรื้อรัง ภาวะเรื้อรัง และเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นคำที่แยกจากกันได้ยากบางครั้งใช้ว่า โรคเรื้อรัง (chronic disease) เจ็บป่วยเรื้อรัง (chronic illness) และภาวะเรื้อรัง (chronic condition) สลับกันไป ซึ่งบางครั้งมีการนำมาใช้แทนกัน ซึ่งในความเป็นจริงทั้ง 3 คำ มีความสัมพันธ์กันอยู่ จะเห็นได้ว่า ภาวะเรื้อรัง และ เจ็บป่วยเรื้อรัง มีสาเหตุมาจากกระบวนการ

หรือการดำเนินการของโรคเรื้อรัง ดังนั้นคำทั้ง 3 คำ จะต้องอาศัยซึ่งกันและกันขึ้นกับบริบทของเวลา (Crumbie, & Lawrence, 2002)

พิพส์ (Phipps, 1999) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่าโรคเรื้อรังว่าเป็นภาวะเจ็บป่วยที่อาการและอาการแสดงปรากฏขึ้นในระยะเวลาที่ไม่แน่นอนมีระยะเวลาดำเนินโรคนาน ไม่สามารถกลับคืนสู่ปกติ แต่สามารถเข้าสู่ระยะสงบของโรค (remission periods) ได้ หากได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม และอาจมีการกำเริบของโรคหรือมีอาการรุนแรงขึ้นอีกเป็นครั้งคราว

จากการประชุมวิชาการระดับชาติ (The National Conference on care of the long-term patient) ได้ข้อสรุปว่าโรคเรื้อรังเป็นโรคที่เสียเวลาในการรักษาเป็นเวลานาน เป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลรักษาในโรงพยาบาลนานกว่า 30 วัน หรือต้องดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องนานถึง 3 เดือนหรือมากกว่าในสถานที่ที่ดูแลอื่นๆ (Curtin & Lubkin, 1998)

นิยามของโรคเรื้อรังที่ใช้ในการสำรวจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2534 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ หมายถึงโรคที่เกิดขึ้นแล้วมีโอกาสหายยาก แม้ว่าบางครั้งมีอาการทุเลาหรือรักษาจนไม่มีอาการแล้ว ประมาณ 90 % ของผู้ที่เคยป่วยจะกลับมาเป็นโรคนั้นอีก เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร โรคลมชัก โรคจิต/โรคประสาท เป็นต้น (Crumbie, & Lawrence, 2002)

กล่าวโดยสรุป โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยเรื้อรังทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีระยะการดำเนินของโรคนาน เวลาที่ปรากฏอาการไม่แน่นอน เป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด แต่อาการของโรคจะทุเลาลงไม่ปรากฏอาการหรือเข้าสู่ระยะสงบของโรคได้เป็นช่วงๆ อาจมีการกำเริบของโรคและมีอาการรุนแรงขึ้นได้เป็นครั้งคราว เป็นโรคที่ทำให้ลายโครงสร้างหน้าที่ของอวัยวะของร่างกายอย่างถาวร ทำให้เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ เป็นภาวะที่ต้องดูแลรักษาจะต้องฟื้นฟูสภาพอย่างน้อย 3 เดือน และเป็นภาวะที่ต้องดูแลรักษาไปตลอดชีวิต

## 2.2 สาเหตุของโรคเรื้อรัง

2.1 กรรมพันธุ์ ได้แก่ โรคที่เกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น เบาหวาน ฮีโมฟีเลีย ภาวะลมโป่งพอง (จันทนา และนิตยา, 2545)

2.2 อาหาร ได้แก่ การได้รับอาหารที่มีแคลอรีสูงมากเกินไปทำให้เป็นโรคอ้วน ส่วนอาหารที่มีไขมันสูงก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง หากได้รับอาหารไม่เพียงพอ อาจเกิดโรคขาดสารอาหาร ดับแฉียง และถ้าเกิดขาดแคลเซียมก็จะเกิดโรคกระดูกเปราะ (osteoporosis) นอกจากนี้ภาวะขาดวิตามินยังเป็นสาเหตุของโรคเหน็บชา เป็นต้น

2.3 สารเคมีและมลพิษต่างๆ ได้แก่ บุหรี่ และมลพิษจากอากาศทำให้เกิดโรคปอดเรื้อรัง  
 สูราเป็นสาเหตุของโรคพิษสุราเรื้อรังและตับแข็ง การได้รับยาบางชนิดที่มีผลกระตุ้นการหลังกรด  
 ในกระเพาะอาหาร เช่น แอสไพริน อินโดซิด ต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหาร  
 และหากหายใจเอาฝุ่นละอองที่มีสารพวกซิลิคอนเข้าไปอยู่เสมอก็จะเกิดโรคซิลิโคสิส (silicosis)  
 การสัมผัสสารเคมี หรือสารก่อมะเร็งเป็นเวลานานก็จะทำให้เกิดโรคมะเร็งของอวัยวะต่าง ๆ ตามมา  
 เป็นต้น

2.4 อุบัติเหตุ ได้แก่ อุบัติเหตุบนท้องถนนทำให้เกิดกระดูกหัก/หรือ อัมพาต อุบัติเหตุ  
 จากการทำงาน อาจเกิดโรคปวดหลัง เป็นต้น

2.5 เชื้อโรคต่าง ๆ เป็นสาเหตุของโรคติดเชื้อเรื้อรัง ต่าง ๆ เช่น เอดส์ ตับอักเสบเรื้อรัง  
 จากไวรัส โรคผิวหนังบางชนิด เป็นต้น

2.6 สภาพจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้เกิดแผล  
 ในทางเดินอาหาร ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อหัวใจตาย มะเร็งและความผิดปกติทางกายซึ่งมี  
 สาเหตุจากจิต (psychosomatic) เป็นต้น

2.7 อื่น ๆ ได้แก่ เสียง การสั่นสะเทือน รังสีต่างๆ เป็นต้น โดยอาจเกิดหูหนวก  
 จากเสียงที่ดังมาก หรือมะเร็งจากการสัมผัสรังสี เป็นต้น

2.8 อาจเกิดจากปัจจัยส่งเสริม เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ และแบบแผนการดำเนินชีวิต  
 เป็นต้น ซึ่งโรคเรื้อรังมักจะพบในผู้สูงอายุ (Crumbie, & Lawrence, 2002; Lubkin & Larsen,  
 1999) โดยพบว่า ประชากรที่มีอายุ 65 ปีหรือมากกว่าเป็นโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 84 (Stephens,  
 1992) และโรคบางโรคพบในผู้สูงอายุชายมากกว่าหญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง  
 (Matteson, McConnell and Lincon, 1997 )

สาเหตุเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเจ็บป่วยเรื้อรังขึ้น ซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังมีการดำเนิน  
 ของโรคในแต่ละระยะที่แตกต่างกันไป และในแต่ละวันจะพบกับการดำเนินของโรคที่ไม่แน่นอน  
 ขึ้นๆ ลงๆ ทุกๆระยะอาจจะมีอาการดีขึ้น เลวลง หรือคงที่ ถึงแม้ว่าบางระยะอาจมีช่วงที่ได้รับ  
 การรักษานานหลายสัปดาห์ หรือเป็นเดือน ก็อาจจะมีอาการดีขึ้นหรือเลวลงได้เช่นกัน ดังนั้น  
 ระยะการดำเนินการเจ็บป่วยของโรคเรื้อรังข้างต้น จะแสดงอาการหรือไม่แสดงอาการขึ้นอยู่กับ  
 ระยะการดำเนินของโรค

ระยะการดำเนินการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง (Corbin & Strauss, 1992; Hyman & Corbin,  
 2001) มีดังนี้

1. ระยะก่อนการดำเนินโรค (Pretrajectory) เป็นระยะก่อนเริ่มมีอาการเจ็บป่วย ไม่ปรากฏ  
 อาการให้เห็น

2. ระยะเริ่มการดำเนินโรค (Trajectory onset) เป็นระยะที่ปรากฏอาการและอาการแสดงให้เห็น รวมไปถึงระยะวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการดำเนินของโรคในระยะนี้ อาจกินเวลานาน ซึ่งกว่าผู้ป่วยจะได้มาตรวจหรือมาพบแพทย์ และวินิจฉัยโรคได้ ระยะเวลาการดำเนินโรคอาจผ่านมาเป็นเดือน หรือเป็นปีแล้ว จากการที่ระยะระยะเวลาการเกิดโรคที่แน่นอนไม่ได้ ผู้ป่วยอาจมีอาการและอาการแสดงมานานแล้ว แต่เพิ่งมาตรวจและเพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์

3. ระยะวิกฤต (Crisis) มีการคุกคามต่อชีวิต เป้าหมายการจัดการในระยะนี้ คือ เปลี่ยนชีวิตไม่ให้ถูกคุกคาม

4. ระยะรุนแรง (Acute) เจ็บป่วยอย่างรวดเร็วและมีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล

5. ระยะคงที่ (Stable) สามารถควบคุมอาการเจ็บป่วยได้ โดยการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย เป็นต้น เป้าหมายการจัดการในระยะนี้ คือ คงไว้ซึ่งความคงที่ ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

6. ระยะไม่คงที่ (Unstable) ไม่สามารถควบคุมอาการเจ็บป่วยได้ แต่ยังไม่ต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล เป้าหมายการจัดการในระยะนี้ คือ ให้กลับสู่ระยะคงที่

7. ระยะอาการทรุดลง (Downward) มีความก้าวหน้าของการดำเนินโรคในทางเสื่อมลงทั้งร่างกายและจิตใจ

8. ระยะใกล้ตาย (Dying) อาจจะเสียชีวิตทันทีทันใด ภายในไม่กี่ชั่วโมง วัน หรือเป็นสัปดาห์ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า การดำเนินของโรคเรื้อรังในทุกๆ ระยะ ระยะเวลาที่แน่นอนไม่ได้ และในแต่ละระยะอาจมีโอกาสกลับดีขึ้น เลวลงหรือคงที่ได้ เพราะฉะนั้นบางระยะมีช่วงคงที่อยู่นานเป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือน จะต้องมีการดูแลรักษาเป็นพิเศษ ซึ่งในแต่ละระยะมีเป้าหมายในการจัดการกับอาการและอาการแสดงของการดำเนินโรคไม่ให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง และเพื่อให้มีชีวิตอยู่กับสถานการณ์นั้นได้ และการดำเนินของโรคในแต่ละระยะ ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ

### 2.3 ผลกระทบจากโรคเรื้อรัง

มนุษย์เป็นองค์รวมแบบบูรณาการของ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในการมีชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อม (บำเพ็ญจิตร, 2543) ดังนั้นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงด้านพยาธิสรีรวิทยาจากโรคเรื้อรังก็จะส่งผลกระทบต่อชีวิตมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จากภาวะการดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อนจากโรคและจากการรักษา จึงเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องมีการปรับตัว ต่อการดำเนินชีวิต เพื่อรักษาไว้ซึ่งความสมดุลของชีวิต (Garrett, 1997)

2.3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหรือหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ จากพยาธิสภาพของโรคและภาวะเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังอย่างถาวร ผลกระทบทางด้านร่างกายที่พบบ่อยมีดังนี้

2.3.1.1 ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง (Phipps, 1999) มักเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหรือหน้าที่ของอวัยวะจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบกระดูกและข้อ เช่น ผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมจะมีอาการปวดข้อขณะเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (Lee, 1993; Patrick, & Craven, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลัญจนา ลินจง และสมบัติ เกี่ยวกับภาวะเสี่ยง การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนของผู้สูงอายุ พบว่าโรคกระดูกพรุนส่งผลกระทบต่อกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะเพศชายเพราะทำให้เพศชายไม่สามารถมีกิจกรรมได้ตามปกติ (ลัญจนา, ลินจง และสมบัติ, 2546) ส่วนในกลุ่มโรคหลอดเลือดอีกเสบเรื้อรังและโรคทางเดินหายใจส่วนปลาย มักมีอาการไอและมีเสมหะมากเกือบทุกวัน อาจมีอาการเหนื่อยเมื่อออกกำลังกาย ผิวกายเหี่ยวคล้ำ ในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะมีภาวะหัวใจห้องขวาล้มเหลว นอกจากนี้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง กระดูกและกล้ามเนื้อที่เสื่อมสภาพร่วมกับอาการหายใจลำบากเรื้อรัง กล้ามเนื้อสูญเสียหน้าที่ในการหดตัวและสืบเล็กลง ทำให้การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลง (West & Popkess-Vawter, 1994) ผู้ป่วยสูงอายุมีข้อจำกัดของการหมุนข้อไหล่ การตั้งตัวของกล้ามเนื้อและการขยายตัวของปอดลดลง ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องก้มตัวลงได้ลำบาก เช่น การสวมรองเท้า ใส่ชุดชั้นใน หรือกิจกรรมที่ต้องยืน เช่น อาบน้ำ เป็นต้น (Hoff, Berg & Roger, 1989)

2.3.1.2 ความผิดปกติของภาวะโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร ผลกระทบที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือ ภาวะทุพโภชนาการ โดยอาจเป็นผลโดยตรงจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเอง ได้แก่ โรคมะเร็งทำให้เบื่ออาหารน้ำหนักลด อัตราการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มขึ้น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้หอบเหนื่อย รับประทานอาหารได้น้อยหรือไม่ได้ ในขณะที่ร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยอัมพาตมีความลำบากในการเคี้ยวอาหาร เบาหวานมีการเผาผลาญอาหารคาร์โบไฮเดรตผิดปกติ ทำให้ไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ ความอยากอาหารลดลงจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (จารุวรรณ, 2544) ดังเช่นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รับประทานอาหารได้น้อยจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง จากอาการหายใจลำบาก และฤทธิ์ข้างเคียงของยาขยายหลอดลมทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (Gift, 1989)

2.3.1.3 ภาวะภูมิคุ้มกันร่างกายบกพร่อง พบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน หรืออาจเป็นการตอบสนอง

ของร่างกายต่อภาวะกดดันทางจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Garrett, 1997)

2.3.1.4 ความผิดปกติของการรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ผลกระทบที่พบบ่อย ได้แก่ ความเจ็บปวด อาจเกิดขึ้นตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยและแตกต่างกันในแต่ละบุคคล การรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสอื่นๆ ที่เป็นผลกระทบจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้แก่ ขาปลายมือปลายเท้า จากความผิดปกติของระบบประสาทในผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ขาดเจ็บบริเวณเท้าได้ นอกจากนี้ การสูญเสียความรู้สึก ความจำ การคิด การตัดสินใจ การแก้ปัญหาและการเรียนรู้ไม่เหมาะสม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย พบได้ในผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความผิดปกติของของสมองจากสาเหตุต่างๆ เช่น สมองฝ่อในผู้สูงอายุ สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมอง เป็นต้น (จารุวรรณ, 2544) จะเห็นได้ว่าความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง มีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วยและญาติ เหมือนกับเข้าไปเกี่ยวข้องกับความตาย ทำให้รู้สึกว่าเป็นสภาพที่เลวลง หมดหวัง และชีวิตไร้คุณค่าที่จะดำรงต่อไป (Pearce, 1993)

2.3.1.5 ความผิดปกติของการรับประทานอาหาร ที่พบได้บ่อย เช่น ท้องผูก ท้องเดิน ถ่ายดำ แตกต่างกันตามสาเหตุ คือ ในผู้ป่วยเรื้อรังที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว รับประทานอาหารที่มีกาก และดื่มน้ำน้อย เช่นผู้ป่วยอัมพาตมักพบท้องผูก ในรายที่ที่มีความวิตกกังวลสูง ส่วนถ่ายดำเป็นผลกระทบที่พบในผู้ป่วยที่มีแผลในระบบทางเดินอาหาร ตับแข็ง ริดสีดวงทวาร เป็นต้น ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพชีวิตและผลกระทบจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง ของนียา อารี และโชมพัคตร์ (2545) พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย คือเจ็บปาก เคี้ยวกลืนลำบาก การเคลื่อนไหวลดลง และขับถ่ายลำบาก

2.3.1.6 การพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจเกิดจาก ความกลัว ความวิตกกังวลหรือเกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยหอบหืดมีอาการกำเริบหอบเหนื่อยอย่างรุนแรง บางรายนอนไม่หลับ เนื่องจากนอนราบไม่ได้ ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการเจ็บปวดรุนแรง ทุกข์ทรมานจนนอนไม่หลับ หรือพักผ่อนไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย มีความสอดคล้องกับการศึกษาของนียา อารี และโชมพัคตร์ (2545) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและผลกระทบจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย คือ นอนไม่หลับหรือหลับในช่วงสั้นๆ

2.3.1.7 ความสามารถในการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองลดลง เช่น ผู้ป่วยอัมพาต โรคปอดเรื้อรัง ภาวะหัวใจวาย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไปตั้งแต่ เล็กน้อยจนถึงหมดสติทำให้การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพลดลง ส่งผลให้การดูแลตนเองไม่เหมาะสม นอกจากนี้ จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่จะต้องปฏิบัติในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมีมากขึ้นและสลับซับซ้อนมากขึ้นจึงเป็นปัจจัยที่ทำให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังไม่เหมาะสมได้



2.3.2 ผลกระทบด้านด้านจิตใจ โรคเรื้อรังมิได้ส่งผลกระทบเฉพาะด้านร่างกายเท่านั้น แต่ ยังกระทบต่อด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยอย่างมาก โรคเรื้อรังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดได้ จากการศึกษาของนียา อารี และโชมพัคตร์ (2545) เกี่ยวกับ คุณภาพชีวิตและผลกระทบจากความเจ็บปวดของผู้ป่วยมะเร็งพบว่าผลกระทบจากความเจ็บปวด ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แสดงออกทางจิตใจและอารมณ์ในทางลบ เช่น ไม่มีสมาธิ หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย ท้อไปทุกเรื่อง อายากตาย เป็นต้น

ผลกระทบด้านจิตใจที่พบบ่อย คือ ความเครียด (ทิพวัลย์, 2543) การเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดความเครียด ทั้งจากธรรมชาติของโรคเรื้อรัง คือ เป็นความเจ็บป่วยที่ยาวนานเป็นเดือน เป็นปี หรือตลอดชีวิต รักษาไม่หายขาด ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเสมอ (Crumbie & Lorence, 2002) ผู้สูงอายุมักเกิดความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจได้ง่าย ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ทำให้รู้สึกเหงา ว้าเหว และมีอารมณ์ซึมเศร้าได้ง่าย เป็นต้น ผลจากความเจ็บป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความสงสัย และทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งผู้ป่วยจะมีคำถามเกี่ยวกับโอกาสหายคืนสู่สภาพเดิม ความพิการที่อาจหลงเหลืออยู่ ความสามารถในการทำงานตามปกติและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา (แสงจันทร์, 2541) ซึ่งฟาริดา (2539) กล่าวว่ามนุษย์เราเมื่อเจ็บป่วยมีความทุกข์ทั้งกายและจิตใจ การรักษาที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การให้ข้อมูลข่าวสารที่ไม่แน่นอนจะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล ไม่แน่ใจ กลัวไม่หาย กลัวความสูญเสีย กลัวพลัดพรากจากสิ่งที่รัก กลัวตาย เกิดความสิ้นหวัง ซึ่งมีบางรายแสวงหาความหวังใหม่ด้วยวิธีต่าง ๆ บางราย เปลี่ยนแพทย์ เปลี่ยนโรงพยาบาล ไปเรื่อย ๆ และบางรายหันเข้าหาทางไสยศาสตร์

2.3.3 ผลกระทบด้านสังคม ครอบครัว เศรษฐกิจ โรคเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของชาติและครอบครัวของผู้ป่วย ทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากต้องใช้จ่ายเงินค่อนข้างมาก ทำให้ความเป็นอยู่ของครอบครัวเลวลง จากฐานะทางเศรษฐกิจที่ยากจนลง ชีวิตครอบครัวไม่มั่นคง รายได้ของครอบครัวที่ลดลง อาจเนื่องจากผู้ป่วยซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวถูกออกจากงาน และ/หรือ สมาชิกครอบครัวต้อง ลางานบ่อย ต้องกลับบ้านเร็วกว่าเดิมไม่สามารถทำงานล่วงเวลาได้ หรือเหนื่อยเกินกว่าที่จะทำงาน ได้เต็มที่เหมือนที่เคยปฏิบัติ ทำให้ลูกหลานอาจเสียโอกาสในการศึกษา (Lubkin & Larsen, 1998 ; Phipps, 1999) ทำให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมลดลง มีการเปลี่ยนแปลงชีวิตการทำงาน และได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวมากที่สุด ต้องการการพึ่งพาจากคู่สมรส มากขึ้น (Hass & Axen, 1991) จากการศึกษาของวรณี เบญจพร กาญจนี ชูติมา และพัฒน์วดี (2545) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว การรับรู้สมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน แออัด พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมตัวทำนายพฤติกรรมดูแลตนเอง

ของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมบัติ ยุพิน ดวงฤติ และทิพาพร (2543) เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือญาติ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรส บุตรหลาน ทำให้ได้รับความอบอุ่นจากครอบครัว ไม่ต้องอยู่โดดเดี่ยว ส่งผลกำลังใจในการที่จะเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงเพื่อการดูแลตนเองให้ดีขึ้น

2.3.4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเป็นการดำรงชีวิตอยู่ และเป็นประสบการณ์ การเชื่อมโยงของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม (Arnold & Boggs, 1995; Shaffer, 1991) เป็นมิติที่มีความสำคัญมากในผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เชื่อมประสานในส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นส่วนหนึ่งของจิตสำนึก ทำให้มนุษย์มีเหตุผล และรู้จักควบคุมอารมณ์ หรือเป็นปัญญา และแหล่งความหวังที่ทำให้มนุษย์มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เพื่อมุ่งสู่คุณค่าและเป้าหมายที่สูงส่งของชีวิต เป็นพลังที่ทำให้มนุษย์สัมผัสได้ถึง ความมั่งคั่ง ความดี พระเจ้า สิ่งศักดิ์สิทธิ์หรืออำนาจที่อยู่เหนือความสามารถของมนุษย์ (ทัศนีย์, 2545) ในทางตรงกันข้ามจะมีการแสดงออกเป็นพิเศษเมื่อต้องพบกับภาวะวิกฤตที่สำคัญของชีวิต เช่นการเจ็บป่วยเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของชีวิต (Ellis & Nowlis, 1994) จะเห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษานาน และการพยากรณ์ไม่ดี ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อแต่ละองค์ประกอบของภาวะทางด้านจิตวิญญาณทั้งด้านความหมาย ด้านความหวัง (Soeken & Carson, 1987) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก็อาจมีผลกระทบต่อภาวะจิตวิญญาณเช่นกัน เนื่องจากจะส่งผลต่อเป้าหมายและความหวังในชีวิตจากการมีข้อจำกัด ในการดำเนินชีวิต (Hoeman, 1996) ทำให้สูญเสียความมั่นใจในตนเอง จากการศึกษาของ สมพร (2541) เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำนายภาวะจิตวิญญาณของผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล พบว่า ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางด้านลบกับภาวะจิตวิญญาณโดยรวม ด้านการให้ความหมาย เป้าหมายในชีวิต ด้านการมีความหวังต่ำหรือมีความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ ซึ่งสนับสนุนการศึกษาของบุปผา (2536) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่า การเจ็บป่วยมีผลต่อสิ่งที่ให้ความหมาย และเป็นจุดมุ่งหมายของชีวิตร้อยละ 73.3 การเจ็บป่วยทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติศาสนกิจร้อยละ 54.3

จะเห็นได้ว่า ความรุนแรงของความเจ็บป่วยจะมีผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต ไปสู่จุดมุ่งหมายที่ตนเองตั้งไว้ เกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจแห่งตน จนทำให้แสดงออกในลักษณะว่าวุ่น สับสน กลัว รู้สึกผิด บาป เบื่อหน่ายชีวิต หหมดกำลังใจ ทำให้ไม่สามารถควบคุมชีวิตตนเองได้รู้สึกสิ้นหวัง เกิดความบีบคั้นทางจิตวิญญาณได้ (Ellis & Nowlis, 1994; Hoeman, 1996) ผู้ป่วยมักจะรู้สึกสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง ต้องมีกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่ผู้อื่นต้องการ ต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต

ใหม่ ต้องพึ่งพาผู้อื่น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยยอมรับนับถือตนเองลดลง ความมีคุณค่าในตัวเองลดลง จะเกิดได้ง่ายขึ้นถ้าเป็นโรคเรื้อรัง หรือเจ็บป่วยเป็นเวลานานาน (แสงจันทร์, 2541)

### 3. การปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรัง

การปรับตัว (adaptation) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลใช้ในการคงไว้ซึ่งภาวะสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งกระตุ้นทั้งภายในและภายนอก ร่างกาย เพื่อให้สามารถดำรงอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้นๆ ได้ โดยอาจตอบสนองออกมาเป็น พฤติกรรม หรือความรู้สึกรุนแรงก็ได้ (จารุวรรณ, 2544)

ฟิลด์แมน (Feldman, 1974 cite by White, Richer & Fry, 1992) กล่าวว่า การปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นการปรับสภาพสิ่งแวดล้อมและยอมรับต่อสภาพที่เป็นจริงของตนเอง เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยที่ข้อจำกัดต่างๆ ที่เกิดจากความเจ็บป่วยไม่สามารถมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต หรือมีชีวิตอยู่ได้แม้จะมีข้อจำกัดต่างๆ จากความเจ็บป่วยก็ตาม

#### องค์ประกอบของการปรับตัว

ภาวะเจ็บป่วยเป็นสิ่งก่อความเครียด ซึ่งทำให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวต้องเผชิญกับความเครียด และต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอด จากการศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของการปรับตัว เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ตามแนวคิดของรอย (Roy cite by Rambo, 1984) รวมทั้งแนวคิดของไวท์ ริชเตอร์ และฟราย (White, Richter & Fry, 1992) สรุปได้ดังนี้

1. สิ่งก่อความเครียด หรือตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด ในชีวิตประจำวันบุคคลต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมซึ่งเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดประกอบด้วย (สมจิต, 2536) ตัวกระตุ้นทางกายภาพ อารมณ์ สังคม สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ ซึ่งรบกวนภาวะสมดุลของบุคคล สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดคือ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว

2. การเผชิญกับความเครียด (coping) เป็นความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียดซึ่งต้องใช้เวลาประโชชน์ที่เกินกว่าธรรมดา (สมจิต, 2536) การเผชิญกับความเครียดเป็นส่วนประกอบที่สำคัญในการปรับตัว เพราะการปรับตัวขึ้นอยู่กับวิธีการเผชิญกับความเครียดที่บุคคลเลือกใช้ (พัชรพรรณ, 2542) บุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ดีคือบุคคลที่รู้จักเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ จะไม่มีการตัดสินใจการเผชิญกับความเครียดวิธีใดที่มีประสิทธิภาพ เพราะขึ้นอยู่กับบริบท (context) (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งมีวิธีการดังนี้

2.1 กลยุทธ์ในการเผชิญกับความเครียด มี 2 ลักษณะคือ (สมจิต, 2536; White, Richter & Fry, 1992)

2.1.1 การเผชิญกับความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นการเผชิญกับความเครียดโดยใช้ความพยายามที่จะจัดการหรือเปลี่ยนแปลงภาวะเครียดที่เกิดขึ้น โดยการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมและปรับสภาพตนเองโดยมุ่งแก้ไขปัญหาและเปลี่ยนสถานการณ์ให้ดีขึ้น หากตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดเกิดจากภายนอกก็ลดความกดดัน หรือจัดอุปสรรคที่เกิดขึ้นออกไปหรือรวบรวมแหล่งประโยชน์เข้ามา ถ้าสิ่งก่อความเครียดเกิดขึ้นภายใน ก็จะลดความทะเยอทะยานลง ลดการมีส่วนร่วมของตนต่อสถานการณ์ลง เรียนรู้ทักษะหรือเทคนิคใหม่ๆ เพื่อนำมาใช้ในการจัดการกับปัญหา

2.1.2 การเผชิญกับความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ เป็นการเผชิญกับความเครียดโดยการปรับอารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดในภาวะเครียด ประเมินแล้วว่าไม่สามารถเปลี่ยนสถานการณ์ที่คุกคามได้ เพื่อลดความกดดันที่เกิดขึ้นภายในจิตใจลง ทำให้บุคคลลดความตึงเครียดทางอารมณ์ลงได้ชั่วคราวโดยมิได้ช่วยขจัดสาเหตุของปัญหาโดยตรง การเผชิญกับความเครียดในลักษณะนี้ได้แก่ การพยายามลดความตึงเครียดทางจิตใจ โดยการหลีกเลี่ยง การทำให้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องเล็กน้อย การพยายามห่างไกลจากปัญหาที่เกิดขึ้น การเลือกที่จะสนใจเฉพาะอย่าง การพยายามค้นหาคุณค่าจากเหตุการณ์นั้น หรือโดยการเปลี่ยนแปลงความหมายของเหตุการณ์ เช่น คิดว่ามีสิ่งอื่นที่ต้องคิดอีกมาก ทำกิจกรรมอื่นเพื่อที่จะไม่นึกถึงปัญหา โยการเล่นกีฬา นั่งสมาธิ ดื่มเหล้า การระบายความโกรธ การกล่าวโทษหรือทำร้ายตัวเอง เป็นต้น

## 2.2 การเผชิญกับความเครียดมี 5 วิธี คือ (สมจิต, 2536)

2.2.1 การแสวงหาข้อมูล เป็นความพยายามที่เรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา เพื่อหาทางแก้ไข

2.2.2 การกระทำโดยตรง เป็นการกระทำเพื่อจัดการกับเหตุการณ์ที่ประเมินตัดสินว่าเป็นความเครียด

2.2.3 การหยุดยั้งการกระทำ เป็นวิธีการเผชิญความเครียดโดยไม่ทำอะไรเลย หยุดกระทำกิจกรรมที่คิดว่าเป็นอันตราย

2.2.4 การแสวงหาความช่วยเหลือหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง

2.2.5 การใช้กลไกทางจิต เป็นวิธีการเผชิญความเครียดโดยใช้กระบวนการความคิดที่ต้องการปรับอารมณ์ให้รู้สึกดีขึ้น ได้แก่ การประเมินเหตุการณ์ใหม่ เบี่ยงเบนความสนใจ แสวงหาความพอใจจากสิ่งอื่น รวมทั้งกลไกป้องกันตนเอง เช่น การปฏิเสธหรือเก็บกด เป็นต้น

2.3 แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ได้แก่ ภาวะสุขภาพและพลังกำลังของบุคคล ความเชื่อในทางที่ดี ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะทางสังคม และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

2.4 การเผชิญความเครียดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ หมายถึง การเผชิญความเครียดที่สามารถจัดความรู้สึกไม่สุขสบาย และ/หรือการสูญเสียการคงไว้ซึ่งบูรณาการของชีวิต

ความสามารถในการมีสัมพันธภาพของบุคคล บทบาทต่างๆ ของชีวิต และอัตมโนทัศน์ในทางบวก  
ของบุคคล

## 2.5 การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยเรื้อรัง

ผู้ป่วยเรื้อรังต้องเผชิญและฝ่าฟันกับปัญหาอุปสรรคที่ซับซ้อนมากมายจากภาวะเจ็บป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของกาย จิต และสังคมของตน การกระทำในสิ่งที่ผู้ป่วยเรื้อรังต้องเผชิญ มี 13 ด้าน ดังนี้ (Miller, 1992)

2.5.1 ความพยายามที่จะคงไว้ซึ่งความเป็นปกติของตน (maintain a sense of normalcy) เป็นความพยายามที่ควบคุมภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังไว้ไม่ให้ปรากฏแก่สายตาของบุคคลรอบข้างเพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นปกติเหมือนคนอื่น ๆ โดยการซ่อนเร้นความพิการ ความสุขสบายต่างๆ เช่น หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องค้ำยัน (cane) เก้าอี้ล้อเลื่อน (wheelchair) หรือเครื่องช่วยเหลืออื่นๆ ที่แสดงถึงความพิการ หรือพยายามควบคุมความไม่สุขสบายและความเหนื่อยล้าไว้ เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ โดยไม่มีผลกระทบต่อการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม หรือโดยการเก็บตัวพักผ่อนอยู่กับบ้านเป็นครั้งคราวเพื่อสงวนพลังงาน ไม่ให้เกิดความอ่อนล้าหรือการกำเริบของโรค เป็นต้น

2.5.2 การปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันและแบบแผนการดำเนินชีวิต (modifying daily routine and life-style) เพื่อควบคุมอาการและคงไว้ซึ่งชีวิตที่เป็นปกติสุข ผู้ป่วยจำเป็นต้องเปลี่ยนนิสัยและความเคยชิน ที่ไม่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม อาจต้องดัดกิจวัตรประจำวันบางอย่าง เพื่อใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะโรค

2.5.3 การได้มาซึ่งความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง (obtaining knowledge and skill for continuing self-care) เนื่องจากความผาสุกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยต้องพยายามเรียนรู้แลฝึกฝนให้มีทักษะในการรับรู้และแปลผลสัญญาณต่างๆ ที่บ่งบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้อย่างแม่นยำ และสามารถตัดสินใจหรือเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ ได้ด้วยตัวเอง

2.5.4 การคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ในทางบวก (maintain a positive concept of self) ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังได้ส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ป่วยเรื้อรัง จึงต้องพยายาม หลีกเลี่ยงหรือขัดขวางที่จะให้ภาวะเจ็บป่วยมีผลต่ออัตมโนทัศน์ของตนและพยายามที่จะทำกิจกรรมซึ่งส่งเสริมหรือคงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ในทางบวก

2.5.5 การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพในสังคม (adjusting to altered social relationships) ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะที่สัมพันธภาพระหว่างบุคคล สมาชิก และสังคมลดลงอย่างมาก ทำให้ต้องพยายามคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพให้เหมือนเดิมให้มากที่สุด

2.5.6 ความเศร้าโศกที่เกิดจากความสูญเสียจากความเจ็บป่วย (grieving over losses of concomitant with chronic illness) ผู้ป่วยเรื้อรังเกิดความเศร้าโศกจากความสูญเสียทั้งความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย สูญเสียบทบาท ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธ์ภาพทำให้เกิดความสงสัย ไม่มั่นใจในศักยภาพของตนเองที่จะคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต และต้องพยายามรักษาไว้ซึ่งความสมดุลแห่งชีวิตและศักดิ์ศรีของตน

2.5.7 การเผชิญกับบทบาทที่เปลี่ยนไป (dealing with role change) การสูญเสียบทบาททางครอบครัว สังคม และหน้าที่การงาน ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังต้องเรียนรู้กับบทบาทใหม่ ได้แก่ บทบาทที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น บทบาทของการดูแลตนเอง และบทบาทของผู้รับบริการในระบบบริการสุขภาพ และต้องปรับเปลี่ยนบทบาทเดิมให้เหมาะสม

2.5.8 การจัดการกับความไม่สุขสบายทางร่างกาย (handling physical discomfort) ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทุกชนิดมักก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่อผู้ป่วย อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพ เช่น ความเจ็บปวด และ/หรือการรักษา เช่น การฉีดอินสุลิน การล้างไต ทำให้ผู้ป่วยต้องพยายามค้นหาวิธีการดูแลตนเอง ทั้งการดูแลทางตะวันตก และภูมิปัญญาตะวันออก เพื่อช่วยให้สามารถเผชิญกับความไม่สุขสบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.5.9 ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (complying with the prescribed regimen) ผู้ป่วยเรื้อรังต้องรับทราบยาตามแผนการรักษา ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ให้สอดคล้องกับการดูแลรักษาเฉพาะโรคอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต ทำให้ยุ่งยากและเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตตามปกติ ทำให้ต้องการความช่วยเหลือและสนับสนุนในการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมของการปฏิบัติตามแผนการรักษา

2.5.10 การเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (confronting the invariability of one's own death) ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังมักรักษาไม่หายขาด อาจเกิดอาการกำเริบรุนแรงเป็นครั้งคราว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกที่ต้องเผชิญกับความตายซึ่งมีความไม่แน่นอนว่าจะมาถึงเมื่อใด ผู้ป่วยอาจจะจมอยู่กับความซึมเศร้า หมดหวัง หรือพยายามจัดการกับความรู้สึกนึกคิดของตน โดยคิดในทางบวกว่า จะพยายามใช้เวลาที่เหลือให้เป็นประโยชน์มากที่สุด

2.5.11 การเผชิญกับการตีตราของสังคม (dealing with social stigma of illness or disability) ตราบาปทางสังคมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด คับข้องใจ อับอาย มีปมด้อย หรือโกรธ ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้ต้องพยายามควบคุมอารมณ์ตนเองเมื่อเผชิญพฤติกรรมเหล่านี้ของสังคม พยายามสร้างความมั่นใจและการยอมรับนับถือตนเองแม้จะมีความพิการหรือข้อจำกัดจากความเจ็บป่วย

2.5.12 การคงไว้ซึ่งความสามารถในการควบคุมความเป็นอยู่ของตน (maintaining a feeling of begin in control) ผู้ป่วยเรื้อรังมักรู้สึกว่าเป็นเรื่องยากในการควบคุมสิ่งต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมของตนได้ เนื่องจากถูกบุกรุกความเป็นส่วนตัว จากบุคลากรในทีมสุขภาพที่เข้ามาปฏิบัติสัมพันธ์ด้วย ไม่สามารถควบคุมอาการของโรค แม้ว่าได้ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างดีที่สุดแล้ว ทำให้ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ได้อย่างมั่นใจ และเกิดความรู้สึกสามารถควบคุมเหตุการณ์ของตนเองได้

2.5.13 การคงไว้ซึ่งความหวัง (maintaining hope) ความหวังเป็นแรงจูงใจที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีกำลังใจต่อสู้กับความยุ่งยากต่างๆ ที่เกิดจากความไม่แน่นอนหรือการลุกลามของพยาธิสภาพของโรค ช่วยให้สามารถมีชีวิตที่ยืนยาว จากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้หมดหวัง

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องมีการปรับตัวเพื่อความอยู่รอด เพื่อรักษาสมดุลของชีวิต ถ้าหากว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม จะเกิดความสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณมีการปรับเปลี่ยนสุขภาพที่เหมาะสม ก็จะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

#### 4. ลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแต่ละโรค ต่อการมีชีวิตอยู่ หรือเพื่อให้ชีวิตอยู่รอด มีความแตกต่างกันตามบริบทของโรคนั้นๆ ดังเช่น จากการศึกษาของ ธัญพร (2543) เรื่องประสบการณ์การอยู่อย่างอัมพาตท่อนล่าง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์การมีชีวิตอยู่อย่างอัมพาตท่อนล่าง ตั้งแต่ ต่ำกว่า 1 ปี ถึง 25 ปี พบว่า การดำเนินชีวิตในระยะอยู่กับอัมพาตท่อนล่าง ซึ่งเป็นระยะที่การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เริ่มลดลง ส่วนกิจกรรมการดำเนินชีวิตต่าง ๆ ที่เคยเปลี่ยนแปลงอย่างมากในระยะก่อนรับรู้การเป็นอัมพาตท่อนล่าง และระยะเผชิญหน้ากับอัมพาตท่อนล่าง ก็เริ่มเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยคุ้นเคย และปฏิบัติเป็นปกติในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยสามารถยอมรับและปรับตัวให้เข้ากับผู้ดูแล ตลอดจนสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ภายในบ้านได้อย่างเหมาะสม ส่วนใหญ่ไม่ทำงานสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง รับประทานอาหารต้องพยายามลดจำนวนลง เพื่อจะได้ไม่เป็นภาระผู้ดูแลในการซึบถ่าย ไปไหนมาไหนก็ต้องใช้รถเข็น และคลาน ส่วนใหญ่สามารถปรับตัวอยู่กับโรคได้

ส่วนการศึกษาของ พิมพวรรณ (2543) เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ไม่มีการติดเชืของเยื่อหุ้มช่องท้องจากการรักษาด้วยการขจัดของเสียทางเยื่อหุ้มช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์ไม่น้อยกว่า 1 ปีขึ้นไป ซึ่งพบว่า ผู้ให้ข้อมูล ยังทำงานได้แต่ต้องลดการทำงานที่ต้องใช้พลังงานลง กินอาหารต้องคอยเลือกอาหารให้เหมาะสมกับโรค ต้องคอยตื่นขึ้นมาล้างไต นอนหลับ

ไม่เป็นเวลา แต่ผู้ให้ข้อมูลสามารถดำเนินอยู่กับโรคและการดูแลตนเองที่ยุ่งยากได้โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิต

และจากการศึกษาของ ซอนพิศ (2541) เรื่อง ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ พบว่า การดำเนินชีวิตอยู่กับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ยังคงทำงานตามปกติ แต่มีการปรับลดภาระงานลง งดทำงานหนัก พักผ่อนนอนหลับได้ตามปกติ นอกจากขณะที่เกิดอาการกำเริบ การนอนหลับ และการพักผ่อนต้องเปลี่ยนแปลงไป การมีเพศสัมพันธ์ลดลง มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการรักษาควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา สอดคล้องกับการศึกษาของวิริงรอง (2543) เกี่ยวกับประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีประสบการณ์การเจ็บป่วย ตั้งแต่ 6 เดือนถึง 24 ปี พบว่า ยังมีการทำงานตามปกติ แต่มีการปรับลดภาระงานลง และการงดการทำงานหนัก ยังคงออกกำลังกายตามปกติ เช่น เล่นกอล์ฟ ใช้เครื่องออกกำลังกาย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของอุมา (2539) เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า มีการดำเนินชีวิตด้วยความระมัดระวัง ส่วนการศึกษาของ มณีสวี (2542) เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ยังมีการทำงานตามปกติตามความเหมาะสม กินอาหารได้น้อยลง พักผ่อนไม่ค่อยเพียงพอ วันวันต้องคอยระวังตัวเองให้ปราศจากอาการกำเริบ

จะเห็นได้ว่า การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในแต่ละโรค มีการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นประสบการณ์ของผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป ที่เป็นโรคใดโรคหนึ่ง เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงการมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคได้ตามข้อจำกัดของแต่ละโรค และจะต้องมีการปรับตัว ปรับการดำเนินชีวิตตลอดไป เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน หรืออาการกำเริบของโรค โดยการประคองชีวิตให้ยืนยาวที่สุด และมีการดำเนินชีวิตตามปกติต่อไป

### 5. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง

การดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังเป็นลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล ส่วนใหญ่การดูแลตนเองเพื่อชลออาการเลวลงของโรคและคงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม (จินตนา, 2529) ดังนั้นเพื่อให้เข้าใจถึงผู้ป่วยอย่างถ่องแท้ จะต้องศึกษาทำความเข้าใจให้ลึกลงไปประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและปัจจัยในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งได้แก่

1. เพศ เป็นปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อความต้องการการดูแลตนเอง และเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยมซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1995) จากการศึกษาของพิมพัลย์ เพ็ญจันทร์ และอรัญญา (2530) เกี่ยวกับการดูแลตนเองเชิงคุณภาพในบริบทของคนไทย เรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวชนบท กรณีศึกษาหมู่บ้านในภาคอีสาน



พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าหญิง โดยเพศชายดูแลสุขภาพของตนเองถึงร้อยละ 90 หญิงร้อยละ 85.8

2. อายุ ตามความคิดเห็นของโอเร็ม (Orem, 1995) กล่าวว่า อายุช่วยให้ทราบความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปและตามระยะของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองกับอายุเป็นลักษณะเส้นโค้งปกติ โดยที่วัยทารกการดูแลตนเองจะน้อย จะเพิ่มสูงขึ้นในวัยผู้ใหญ่ และลดลงเรื่อยๆ ในวัยสูงอายุ วัยของบุคคลที่มีความสามารถในการตัดสินใจได้เหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อภาวะสุขภาพที่ดีคือ บุคคลในวัยผู้ใหญ่ เพราะเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น เอาใจใส่ตนเอง และให้ความร่วมมือในการรักษาสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ลันด์แมน และคณะ (Lundman, et al., 1990) เกี่ยวกับปัจจัยด้านอายุในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น เบาหวาน เอส แอล อี และต่อหินชนิดเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีอายุมากมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วยอายุน้อย

3. การสนับสนุนทางสังคม การได้รับความรักความเข้าใจจากครอบครัวเป็นสิ่งที่บุคคลต้องการเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเพราะจะช่วยให้สามารถเผชิญปัญหาต่างๆ ที่มากระทบได้ ซึ่งมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญคือ คู่สมรส เนื่องจากคู่สมรสเป็นบุคคลที่ใกล้ชิด และผู้ป่วยไว้วางใจมากที่สุด เพราะฉะนั้นบุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส ทำให้การดูแลตนเองไม่มีประสิทธิภาพ (อัสนีย์, 2539)

4. ระดับความรุนแรงของโรค เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นจะทำให้การดูแลตนเองลดลง ดังเช่นผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีสภาพเจ็บป่วยมาก รักษาไม่หาย และอาการทรุดลงจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ หากไม่ค่อยมีอาการจะดูแลตนเองได้ดี (พิบูล, 2537) และจากการศึกษาของมนัสวี (2542) เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่า ความรุนแรงมากขึ้นจะทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ เลือดขาดออกซิเจน และมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งทำให้มีผลต่อการคิดและตัดสินใจในการดูแลตนเอง

5. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากการศึกษาของวารี (2541) เกี่ยวกับความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอยู่กับครอบครัว คือ คู่ครอง บุตรหลานเป็นต้น จึงได้รับความสนใจ เอาใจใส่ และเคารพนับถือจากคู่ครองและบุตรหลาน ก่อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ จึงเกิดแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง นอกจากนี้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง

6. ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จากการศึกษาเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ของอัมพรพรรณ และคณะ

(2539) พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล คือรายได้และทรัพย์สินของตนเอง

7. การรับรู้ในสมรรถนะของตนเอง ดังเช่นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมอาการได้ เป็นความรู้สึกถึงความล้มเหลวในตนเองลดลง จนเกิดเป็นสาเหตุของการดูแลตนเองลดลง (Miller, 1992; Devito, 1990) ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมทำอะไรเลย คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ตามปกติ หรือจำกัดกิจกรรมต่างๆ เช่น การประกอบกิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ เป็นต้น (Wigal et al., 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุตา (2538) เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงเช่นกัน

## 6. แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นระเบียบวิธีวิจัยในรูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นการอธิบายถึงประสบการณ์สำคัญในชีวิตของบุคคลนั้นๆ (นิศา, 2540; Back, 1994; Oiler, 1981; Omery, 1983) ตามความเป็นจริงอย่างลึกซึ้ง จนสามารถเข้าใจความหมายตามประสบการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจน (ประณีต, วิชาวิ และเพลินพิศ, 2543) มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจให้ได้อย่างลึกซึ้ง โดยการบรรยายอธิบายและสะท้อนคิดพิจารณาอย่างมีสติเพื่อค้นหาความหมายของประสบการณ์นั้นๆ (Van Manen, 1990) รวมทั้งเพื่อบรรยายและค้นหาสาระสำคัญของประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ตามที่มีชีวิตอยู่ และส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในประสบการณ์ของมนุษย์ (Omery, 1983)

### 6.1 ความหมายและความสำคัญของปรากฏการณ์วิทยา

คำว่าปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) ได้ใช้กันอย่างแพร่หลายและในหลายๆความหมาย ทั้งปรัชญาแนวคิด มุมมองและในบางครั้งอาจใช้แทนความหมายของระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพหรือวิจัยเชิงธรรมชาติ (นิศา, 2540) ปรากฏการณ์วิทยาเป็นคำที่ใช้เรียกกระแสแนวคิดพื้นฐานทางปรัชญาของการวิจัยเชิงคุณภาพ ทางสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ซึ่งเชื่อว่าสังคมมนุษย์มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา (dynamic) ปรากฏการณ์ทางสังคมมีสภาพที่แตกต่างกัน

ปรากฏการณ์วิทยา หรือปรากฏการณ์นิยม (phenomenology) เป็นคำที่มาจากภาษากรีก 2 คำ คือ phainomion และ logos ซึ่ง phainomion ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า appearance (Walter, 1995) หมายถึง การปรากฏตัว สิ่งที่ปรากฏ ลักษณะท่าทาง และรูปลักษณะภายนอก (วิทย์, 2543) ส่วน logos ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า reason (Walter, 1995) หมายถึง เหตุผล มูลเหตุ

สติสัมปชัญญะ ความสำนึก การพิจารณาที่ดี การคิดอย่างมีเหตุผล (วิทย์, 2543) ซึ่งเป็นการศึกษาปรากฏการณ์ของประสบการณ์ตามสภาพการณ์จริง และตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ตามสถานการณ์นั้น ๆ เน้นธรรมชาติของปรากฏการณ์ และสะท้อนให้เห็นบริบทของปรากฏการณ์อย่างลึกซึ้ง

จุดเน้นของการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา คือ ประสบการณ์การมีชีวิตอยู่ (lived experience) ในโลกของการดำรงชีวิตประจำวัน (world of everyday life) ซึ่งหมายถึงประสบการณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นทั้งหมด ภายใต้ขอบเขตของแต่ละบุคคล แต่ละสถานการณ์ที่จะดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้เป็นไปตามเป้าหมายของชีวิต หรืออีกนัยหนึ่งคือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นและสิ่งที่คุณค่าได้แสดงให้เห็นนั้น เป็นสิ่งที่มีความจริง และเกิดขึ้นในชีวิตของบุคคลนั้น (Streubert & Carpenter, 1995) และเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นผลจากวิธีการที่มนุษย์ให้ความหมายต่อโลกของเขา นักปรากฏการณ์นิยม ได้ให้ความสำคัญกับข้อมูลที่เป็นความรู้สึกนึกคิด และคุณค่าของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความหมายที่มนุษย์ให้ต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว เน้นการเข้าไปสัมผัสกับข้อมูลหรือปรากฏการณ์โดยตรง (สุภาวงศ์, 2540)

## 6.2 การศึกษาปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิวติกส์

คำว่า "hermeneutics" ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า to interpret หมายถึง การตีความหมายหรือแปลความ โดยหลักสำคัญของการศึกษานี้เน้นปรากฏการณ์ที่เป็นอยู่จริงตามธรรมชาติ (Koch, 1995) หรือการศึกษาปรากฏการณ์ที่เป็นอยู่จริงในชีวิตประจำวัน การศึกษาดังกล่าวถูกพัฒนามาจากแนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์ของฮัสเติล โดยไฮเดกเงอร์ซึ่งเป็นศิษย์ของฮัสเติล แนวคิดนี้ได้ให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจ หรือการตีความปรากฏการณ์ที่ศึกษา จากการทำความเข้าใจตามพื้นฐานเดิมของผู้วิจัย และผู้ให้ข้อมูลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมเหล่านั้น ซึ่งได้แก่ ภาษา ภูมิหลัง ความเชื่อ วัฒนธรรมที่ได้รับ การถ่ายทอดมาตั้งแต่กำเนิดมีผลต่อการให้ความหมาย การรับรู้ของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน จึงเป็นสิ่งที่นักวิจัยต้องนำมาผสมผสานทำความเข้าใจตามบริบทที่ศึกษา (Post & Eriksson, 1999) เพื่อช่วยให้เข้าใจปรากฏการณ์ได้อย่างชัดเจน

ต่อมา กาดาเมอร์ (Gadamer, 1975 cited by Annells, 1996) นักปรัชญา ซึ่งเป็นศิษย์ของไฮเดกเงอร์ ได้ขยายแนวคิดแนวคิดออกไป เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น ได้ให้ความสำคัญกับภาษาที่ใช้ในการสื่อสารถ่ายทอดประสบการณ์ และได้กล่าวถึงรายละเอียดของวิธีในการทำความเข้าใจการแปลความ หรือตีความ ซึ่งได้แก่ วงจรการแปลความ (hermeneutic circle) บทสนทนา (dialogue) และการหลอมรวมความเข้าใจ (fusion of horizons) (Koch, 1996) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

วงจรการแปลความ (hermeneutic circle) ใช้ในการอธิบายถึงกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูล หรือการตีความระหว่างข้อมูลประสบการณ์ส่วนย่อย (part) และข้อมูลประสบการณ์ส่วนรวม (whole) เพื่อใช้ในการทำความเข้าใจประสบการณ์ที่ศึกษา วงจรส่วนใหญ่การแปลดังกล่าว

ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ (Koch, 1996) คือ 1) การทำความเข้าใจสิ่งที่ศึกษาล่วงหน้า (pre-understanding) 2) ภูมิหลัง (background) 3) การทำความเข้าใจร่วมกัน (co-constitution or fusion of horizons) ระหว่างผู้วิจัย และผู้ให้ข้อมูลหรือการมีส่วนร่วมของผู้วิจัยในการแปลความหมาย องค์ประกอบดังกล่าวจะมีส่วนช่วยในการตีความ และการให้ความหมายประสบการณ์ชีวิตได้อย่างเข้าใจ และชัดเจนยิ่งขึ้น จะกล่าวในรายละเอียดต่อไป

*บทสนทนา* (dialogue) เป็นข้อมูลที่ได้ตามบริบทที่ศึกษา ดังนั้นการใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูลที่ สามารถทำให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้ให้ข้อมูลและนักวิจัยจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการทำความเข้าใจประสบการณ์ที่ศึกษา

*การหลอมรวมความเข้าใจ* (fusion of horizons) เป็นการแสดงถึงการพยายามทำความเข้าใจ ในระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูลของนักวิจัยกับบทสนทนาที่ได้ ซึ่งเป็นไปตามวงจรการแปลความ วงจร เฮอร์เมนิวติคส์ (hermeneutic circle) ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญดังนี้

1. การทำความเข้าใจสิ่งที่ศึกษาล่วงหน้า (pre-understanding) เป็นสิ่งที่ไม่สามารถกำจัดออก หรือกันออกไปได้ เป็นพื้นฐานที่ทำให้เราสามารถเข้าใจปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาได้ (Palmer, 1969 cited by Pascoe, 1996)

2. ภูมิหลัง (background) เป็นวัฒนธรรมที่ติดตัวบุคคลมาตั้งแต่เกิดที่จะทำให้เข้าใจว่า อะไรคือตัวตนของบุคคลนั้น (Benner & Weubel, 1989 cited by Koch, 1995) ซึ่งไฮเดกเกอร์ (Heidegger) เชื่อว่าบุคคลมีลักษณะสำคัญ 5 ประการ (Leonard, 1994) คือ

1) บุคคลเป็นผู้แปลความหมายต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยตัวเอง (the person as self-interpreting) การให้ความหมายของบุคคลเป็นการให้ความหมายตามประสบการณ์ของตนเองที่ อาจไม่เหมือนกันตามความเข้าใจของวัฒนธรรม ความคิด ความเชื่อของแต่ละบุคคล ดังนั้นสิ่งแวดล้อม ของบุคคลจึงถูกกำหนดโดยภาษา วัฒนธรรม ประเพณี ตามความมุ่งหมายและค่านิยมของบุคคลนั้น

2) บุคคลเป็นหน่วยรวม (the person as embodied) บุคคลไม่สามารถแบ่งแยกได้ เพราะบุคคลคือองค์รวมที่ประกอบไปด้วย การ จิต สังคม และจิตวิญญาณ และมีความเกี่ยวข้อง เชื่อมโยงกันกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นประสบการณ์ของบุคคลจึงเป็นประสบการณ์โดยรวมที่มีความสัมพันธ์ กับเชื่อมโยงทุกสิ่งในตัวบุคคลนั้น (ประณีต, วิชาวี และเพลินพิศ, 2543)

3) บุคคลอยู่ในช่วงเวลา (the person in time) บุคคลเป็นผู้ที่มีชีวิตอยู่ในช่วงเวลา ซึ่งมีมิติ ของเวลา (temporality) เป็นองค์ประกอบของการมีชีวิตการมีชีวิตในปัจจุบันจะเป็นผลสืบเนื่องมาจาก สิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในอนาคต หรือขึ้นอยู่กับสิ่งที่บุคคล ตระหนักและให้ความสนใจ โดยสิ่งนั้นได้ถูกกำหนดมาจากสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต และความคาดหวังที่จะ เกิดขึ้นในอนาคต (Playger, 1994)

4) บุคคลเป็นผู้อยู่ในโลกหรือสิ่งแวดล้อม (the person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์อยู่กับสิ่งแวดล้อม (world) บุคคลเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด เช่น ภาษา ภูมิหลัง วัฒนธรรม ความเชื่อที่ไม่สามารถแบ่งแยกออกจากกันได้

5) บุคคลเป็นผู้ให้ความสำคัญและให้คุณค่า (the person as a being for whom things have significance and value) บุคคลจะให้ความสำคัญของคุณค่าแต่ละสิ่งไม่เหมือนกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ได้สัมผัสมา ทำให้แปลความหมายของสิ่งต่างๆ แตกต่างกันไป

3. การมีส่วนร่วมในการแปลความ (co-constitution) หรือที่กาดาเมอร์เรียกว่า "การหลอมรวมความเข้าใจ" (fusion of horizons) เป็นการทำความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้วิจัยในการแปลความหมายนี้ จะทำให้เกิดความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล (Koch, 1995) เป็นการรวมองค์ประกอบที่เกิดขึ้นทั้งหมดให้เห็นภาพที่ชัดเจน ซึ่งกาดาเมอร์เชื่อว่าภาษาจะเป็นสื่อกลางสำคัญ ที่จะสื่อให้เข้าใจปรากฏการณ์นั้นๆ และความเข้าใจในรูปแบบและความหมายของภาษาจะช่วยให้เข้าใจถึงประสบการณ์ของบุคคลได้ลึกซึ้ง (Gadamer, 1976 cited by Allen, 1995) และเพื่อให้เกิดการหลอมรวมความเข้าใจ ผู้วิจัยต้องมีปฏิสัมพันธ์ที่สามารถสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นในขณะสัมภาษณ์

ดังนั้นการในการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิวิตซ์ จึงต้องให้ความสำคัญตลอดกระบวนการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นสาระสำคัญของการศึกษา ให้ความสำคัญของตัวบุคคล และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ เน้นความสำคัญของการเชื่อมโยงประสบการณ์ ความรู้ ภูมิหลัง วัฒนธรรม ภาษาที่ได้รับมาตั้งแต่กำเนิด และสั่งสมมาจนถึงปัจจุบัน เพื่อให้สามารถเข้าใจปรากฏการณ์เรื่องราวต่างๆ ได้อย่างละเอียดและชัดเจน อย่างไรก็ตามยังขึ้นอยู่กับขั้นตอนของการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในการทำความเข้าใจกับปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษา

### 6.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ขณะที่เก็บข้อมูลไม่ว่าจะเป็นการสังเกต การสัมภาษณ์ ข้อมูลเอกสารในสนาม นักวิจัยจะใช้เวลาวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ควบคู่กันไปและนำผลการวิเคราะห์ที่ได้มาใช้ในการปรับแนวคิด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และวิธีการเก็บข้อมูลให้ครบถ้วน เพิ่มความแม่นยำของการวิจัยยิ่งขึ้น ดังนั้นช่วงของการเก็บรวบรวมข้อมูลกับการวิเคราะห์ไม่สามารถแยกจากกันได้อย่างเด็ดขาด แต่เป็นกระบวนการที่ทำความเข้าใจกันไป เพียงแต่ความเข้มข้นของแต่ละช่วงแตกต่างกัน (นิตา, 2540)

การเลือกแนวคิด หรือวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลสนามในการวิจัยเชิงคุณภาพนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนวคิดทฤษฎีทางปรากฏการณ์วิทยา เพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ใหม่ และ

ความลึกซึ้งในการศึกษา จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของเฮร์แมนนิวิติกซ์ได้ถูกนำไปประยุกต์ใช้ด้วยวิธีการต่างๆ ที่มีความแตกต่างกันออกไป ดังคำกล่าวของกาดาเมอร์ที่ว่า ไม่มีวิธีใดที่จะยึดเป็นมาตรฐานในการวิเคราะห์ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ในชีวิตได้ แต่สามารถประยุกต์ใช้ได้หลายวิธี เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจการให้ความหมายของประสบการณ์ที่ศึกษา (Robertson-Malt, 1999)

จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกวิธีวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ แวนแมนเนน มาใช้กับงานวิจัยในครั้งนี้ เป็นวิธีที่ให้ความสำคัญกับความรู้ ความเข้าใจของนักวิจัยที่มีอยู่เดิม จะเป็นการช่วยในการหล่อหลอมความเข้าใจเชื่อมโยงของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น และวิธีวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ แวนแมนเนน มีการนำไปใช้ในงานวิจัยอย่างแพร่หลายดังเช่น มีการนำไปใช้ในการวิจัยในเด็ก นอกจากนี้ แวนแมนเนนได้เสนอวิธีการในการวิเคราะห์คำหลักสำคัญไว้ (thematic analysis) อย่างชัดเจนและเข้าใจง่าย เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจปรากฏการณ์ได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น และยังเป็นวิธีที่มีความละเอียดในการวิเคราะห์ของแต่ละขั้นตอนมากกว่าวิธีอื่นๆ ทำให้ต้องวิเคราะห์ข้อมูลด้วยความระมัดระวังมากขึ้น มีกระบวนการศึกษา 6 ขั้นตอน ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเริ่มในขั้นตอนที่ 3 ดังจะได้กล่าวรายละเอียดต่อไป

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของแวนแมนเนน (Van Manen, 1990) ซึ่งเป็นการศึกษาข้อมูลตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิวิติกซ์ (hermeneutic phenomenology) ซึ่งจะต้องอาศัยการทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์อย่างละเอียดลึกซึ้ง พร้อมทั้งมีการเชื่อมโยงประสบการณ์ หล่อหลอมความเข้าใจระหว่างข้อมูล และพื้นฐานความรู้ความเข้าใจของนักวิจัยที่มีส่วนสำคัญต่อการวิเคราะห์ข้อมูล มีการเชื่อมโยงตั้งแต่เริ่มศึกษาผู้ให้ข้อมูลและขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามบริบทที่ศึกษาอย่างละเอียด ซึ่งมีการขั้นตอนดังนี้

1. การกลับไปทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตที่เป็นอยู่ตามธรรมชาติ (turn to the nature of lived experience) โดยการให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาในเรื่องที่ศึกษา

2. การค้นหาประสบการณ์ที่เป็นอยู่ เหมือนกับอยู่ในสถานการณ์นั้น (investigating experience as we live it) โดยการถาม หรือสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตามแนวคำถามที่ได้เตรียมไว้ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ใช้เทคนิคการฟัง การถามย้อนกลับ หรือการยกตัวอย่างประกอบ การสังเกต พร้อมทั้งบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์ และบันทึกภาคสนามเพื่อให้ได้ข้อมูลมากยิ่งขึ้น เมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้งของแต่ละราย ผู้วิจัยนำเทปที่อัดมาถอดเทป และจดบันทึกข้อมูลที่สำคัญต่างๆ ทั้งหมดไว้ พร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล และกลับไปสัมภาษณ์ใหม่ในส่วนที่ข้อมูลยังไม่ชัดเจนอยู่ จนได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และอิมมิตัวมากที่สุด

3. การสะท้อนคิดคำหลักสำคัญ (Reflecting on essential themes) เป็นการสะท้อนคิดคำหลักซึ่งจุดประสงค์ของการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา คือ การสะท้อนความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ที่ศึกษา นักวิจัยจะต้องแยก ความจริงที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (presence) กับการให้ความหมาย (meaning) การมองเห็นถึงแก่นแท้ของประสบการณ์ชีวิตรวมทั้งกระบวนการของการสะท้อนที่เหมาะสมชัดเจน และการแสดงโครงสร้างความหมายของประสบการณ์ชีวิตเป็นขบวนการที่มีความซับซ้อน อย่างไรก็ตามประสบการณ์ดังกล่าวจำเป็นต้องสื่อให้ผู้อื่นรับรู้ในรูปของเรื่องเล่า ดังนั้นการพยายามทำความเข้าใจความหมายของหน่วยย่อย ๆ ของประสบการณ์ โครงสร้างของความหมาย ตลอดจนความหมายของคำหลักจึงมีความจำเป็น การให้ความหมายของมนุษย์สามารถสื่อตามบริบทด้วยการบรรยาย ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจความหมายของปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างชัดเจนด้วยวิธีการวิเคราะห์โครงสร้างหรือคำหลักสำคัญ เรียกว่า การวิเคราะห์คำหลักสำคัญ (thematic analysis) ซึ่งเป็นขั้นวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากได้ข้อมูลมาแล้วโดยมีเทคนิคดังนี้

3.1 วิธีการอ่านรายละเอียด (detail approach or line-by-line approach) อ่านบทสัมภาษณ์ทั้งหมดหลายๆ รอบ เลือกขีดเส้นใต้ หรือวงกลมประโยคที่สำคัญตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา

3.2 วิธีการอ่านโดยการเลือก (selective approach or highlighting approach) โดยเลือกเฉพาะประเด็นที่ศึกษามาวิเคราะห์ ดีความ ทำความเข้าใจ และเขียนบรรยายการรับรู้ การให้ความหมายของผู้ให้ข้อมูลตามปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างละเอียด พร้อมใส่รหัสข้อมูล (coding) เพื่อความสะดวกในการค้นหาข้อมูล และกลับมาอ่านบททวนอีกครั้ง หากมีประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนทำการจดบันทึก เพื่อนำไปสัมภาษณ์ในครั้งต่อไป

3.3 วิธีการอ่านทำความเข้าใจภาพรวมของการศึกษาทั้งหมด (wholistic approach or sententious approach) เป็นการอ่านรายละเอียด พิจารณาคำหลักสำคัญโดยภาพรวมที่ได้จากการศึกษาทั้งหมด รวมทั้งพิจารณาความสัมพันธ์ของประสบการณ์ย่อย และประสบการณ์ในภาพรวมภายใต้บริบทที่ต้องการศึกษาอย่างละเอียด

4. การเขียนบรรยายปรากฏการณ์วิทยาจากการศึกษา (the art of writing and rewriting) ซึ่งจะเน้นการวิจัยเชิงประสบการณ์ และทฤษฎีที่ไม่สามารถแยกจากบริบทได้ โดยเขียนสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์คำหลักต่างๆ

5. การคงไว้ซึ่งปรากฏการณ์ที่ศึกษาและบริบทที่เกี่ยวข้อง (maintaining a strong and oriented relation) เป็นการพิจารณาการเขียนบรรยายประสบการณ์ที่ศึกษา ซึ่งต้องคำนึงถึงบริบทที่เกี่ยวข้อง ลักษณะภาษาที่ใช้ซึ่งต้องมีความชัดเจน มีข้อมูลที่สนับสนุนอย่างเพียงพอ และมีความละเอียดลึกซึ้งของเนื้อหา

6. การทำให้เกิดความสมดุลของบริบทที่ศึกษาโดยพิจารณาทั้งส่วนย่อย ๆ และโดยภาพรวม (balancing the research context by considering parts and wholes) โดยการพิจารณาความสัมพันธ์ของประสบการณ์ย่อยกับประสบการณ์ในภาพรวมตามบริบทที่ศึกษาหรือการบรรยายแวดล้อมทั้งส่วนย่อยและส่วนรวมทั้งหมด และทบทวนขอบเขตการต่างๆ อย่างละเอียดอีกครั้ง เพื่อให้แน่ใจว่าไม่เกิดคำหลักสำคัญหรือแก่นสาระอื่น ๆ ตามมาเพิ่มเติม

จากวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้นำเสนอเป็นวิธีการศึกษาที่เน้นหลักสำคัญของการศึกษาตามแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยาแบบเฮร์แมนนิวิตซ์ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจกระบวนการในการศึกษามากขึ้น นอกจากนี้ยังจะต้องคำนึงถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูลในการศึกษา ซึ่งจะทำให้การศึกษาดังกล่าวมีคุณค่ามากยิ่งขึ้น

#### 6.4 ความน่าเชื่อถือของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การศึกษาวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาที่ให้ความสำคัญกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ ไม่มีการใช้วิธีการทางสถิติหรือตัวเลขมายืนยันผลการศึกษาเหมือนการศึกษาเชิงปริมาณ จึงทำให้มีข้อสงสัยในความน่าเชื่อถือได้ของการศึกษา ดังนั้นจึงต้องมีวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของการวิจัย (trustworthiness) โดยลินคอนและกูบา (Lincoln & Guba, 1985) ได้เสนอหลักเกณฑ์ไว้ 4 ประการ คือ 1) ข้อมูลที่เป็นจริง (truth value) เปรียบเทียบได้กับความตรงภายในของการศึกษาเชิงปริมาณ (internal valid) ในเชิงคุณภาพคือความเป็นจริงและความถูกต้อง (credibility) 2) ผลการวิจัยประยุกต์ไปใช้ได้ (applicability) เปรียบเทียบได้กับความตรงภายนอกของการศึกษาเชิงปริมาณ (external valid) ในเชิงคุณภาพคือ ประยุกต์ไปใช้ได้ (transferability) 3) มีความคงที่ (consistency) เปรียบเทียบได้กับความเที่ยงของการศึกษาเชิงปริมาณ (reliability) ในเชิงคุณภาพคือ ความไว้วางใจได้ (dependability) 4) ความเป็นกลาง (neutrality) เปรียบเทียบได้กับการวัดได้ ตรวจสอบได้ของการศึกษาเชิงปริมาณ (objectivity) ในเชิงคุณภาพคือ สามารถยืนยันได้ (confirmability)

จะเห็นได้ว่า ความน่าเชื่อถือในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเป็นสิ่งสำคัญที่นักวิจัยจะต้องให้ความสำคัญตระหนักถึงความสำคัญตลอดทั้งกระบวนการวิจัย ซึ่งจะช่วยให้องค์ความรู้ที่ปรากฏในการศึกษามีความชัดเจน มีความน่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับมากขึ้น