

บทที่ 2

ผลงานวิจัยและงานเขียนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายระหว่างความเข้มแข็ง
อดทน และการสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัย
ศึกษาตำรา เอกสารและบททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในหัวข้อดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

ผลกระทบจากกระบวนการสูงอายุ

2. แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

3. แนวคิดความเข้มแข็งอดทน

ลักษณะของความเข้มแข็งอดทน

ความเข้มแข็งอดทนในผู้สูงอายุ

การประเมินความเข้มแข็งอดทน

ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน กับความสามารถ
ในการดูแลตนเอง

4. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถ
ในการดูแลตนเอง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

แนวคิดทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การสูงอายุ เป็นขั้นตอนหนึ่งของพัฒนาการของมนุษย์ที่ซับซ้อน แม้ว่าการมีอายุสูงขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน เช่นผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวแห้ง ฟันหลุดหมดแล้วต้องใส่ฟันปลอม หรือเริ่มมีความจำเสื่อม อย่างไรก็ตาม การเข้าสู่วัยสูงอายุจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย เซาว์บัญญัติ ระดับสุขภาพจิต กรรรมพันธุ์หรือ ยีน ทักษะสติของแต่ละบุคคล ความสามารถในการจัดการกับความเครียดและความสามารถในการปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ (Needham, 1993 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549)

ความหมายผู้สูงอายุ

การประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลกขององค์การสหประชาชาติ ที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย เมื่อ พ.ศ. 2525 ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า “ผู้สูงอายุ คือบุคคลที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปโดยนับตามปฏิทิน ทั้งเพศชาย และเพศหญิง” (การประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุ, 2525 อ้างถึงใน ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2549) เช่นเดียวกันพระราชบัญญัติผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2546 กำหนดว่า ผู้สูงอายุหมายถึง “ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี และมีสัญชาติไทย” (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ: กรมการแพทย์, 2548) อย่างไรก็ตาม ในประเทศที่พัฒนาแล้วจะใช้เกณฑ์อายุที่ 65 ปี ขึ้นไป จึงถือว่าเป็นผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยได้ยึดการสูงอายุตามเกณฑ์ขององค์การระหว่างประเทศ ที่ได้ประชุมตกลงโดยนับอายุตามปฏิทินเป็นมาตรฐานสากลในการเป็นผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดไว้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุ เป็นปีเต็มในวันที่เก็บข้อมูลทั้งเพศชายและเพศหญิง

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุ เป็นวัยที่บุคคลต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์อย่างมากมาย ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เป็นวัยที่ต้องให้ความสำคัญต่อภาวะจิตใจ ความรู้สึกนึกคิดเป็นอย่างยิ่ง เพราะการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุโดยมากมักเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุมีวิถีชีวิตเปลี่ยนไป เปลี่ยนจากผู้ให้เป็นผู้รับ จากผู้นำเป็นผู้ตาม ต้องพึ่งพาและต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาวะที่เปลี่ยนแปลงไป ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้อาจก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีดังนี้

1. **การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย** เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับทุกระบบของร่างกายซึ่งปัญหาที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ ระบบผิวหนัง เมื่ออายุมากขึ้นผิวหนังจะบางลง แดกแห้ง เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง ความชื้นของผิวหนังลดลง ขาดความตึงตัว ผิวหนังเหี่ยวย่นและหยาบ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้มีไขมันเพิ่มขึ้น นอกจากนี้เซลล์กระดูกและแคลเซียมจะสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้เกิดกระดูกพรุนในผู้สูงอายุ กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลง มีเนื้อเยื่อพังผืดและไขมันภายในเซลล์มากขึ้น เกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย ลิ้นหัวใจแข็ง หนาและมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ผังหลอดเลือดหนาและมีความยืดหยุ่นน้อยลงเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวได้ง่าย ระบบทางเดินหายใจ จะมีความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงและกำลังหดขยายของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้า และหายใจออกลดลง การแลกเปลี่ยนอากาศลดลง ทำให้ได้รับออกซิเจนต่ำ จึงมักเหนื่อยและหอบง่าย ระบบทางเดินอาหาร การผลิต เอนไซม์ และน้ำลายลดลง 1 ใน 3 ทำให้การย่อยแบ่งและน้ำตาลในปากลดลง ความรู้สึกหิวอาหารน้อยลง เนื่องจาก การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง นอกจากนี้ระบบประสาทและประสาทสัมผัส มีการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติทำงานมีประสิทธิภาพลดลง ความเร็วในการรับและส่งสัญญาณประสาทลดลง ทำให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลงเช่นกัน (นิตยา บุญมาเลิศ, 2542)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายต่างๆ ดังกล่าว อาจส่งผลต่อการเกิดปัญหาจิตใจ เช่น การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่เหี่ยวย่น อาจทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียภาพลักษณ์ เกิดความเครียด เกิดวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง การเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อและระบบกระดูกทำให้ผู้สูงอายุมีอาการปวดกระดูก ปวดกล้ามเนื้อ ถ้ามีอาการปวดเรื้อรังจะเกิดความไม่สุขสบายเป็นต้น (บรรลุ ศิริพานิช, 2542)

2. **การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ** เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ได้แก่ การสูญเสียคู่สมรส บุตร หรือบุตรแยกไปอยู่ต่างหาก ทำให้เกิดความว่าเหว รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไร้ความหมาย ไม่รู้จะหันหน้าไปพึ่งใคร ทำให้เกิดความวิตกกังวลซึมเศร้า การสูญเสียบทบาท การปลดเกษียณจากการทำงาน ทั้งๆ ที่ผู้สูงอายุบางคนยังมีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงพอจะทำงานได้ ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียรายได้ เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการเหลียวแลจากเพื่อน ญาติมิตรอย่างใกล้ชิดเหมือนแต่ก่อน การเปลี่ยนแปลงทางด้าน

การรับรู้ เมื่ออายุมากขึ้นเกิดภาวะความจำเสื่อม ทำให้การรับรู้ต่อสังคมลดลง มีความยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง ต่อด้านการเปลี่ยนแปลงของสังคม ทำให้บางครั้งผู้สูงอายุรู้สึกว้าเหว่ โดดเดี่ยว ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และบางครั้งผู้สูงอายุอาจเกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ เนื่องจากต้องพึ่งพาบุคคลอื่น เกิดความรู้สึกหม่นหวัง สิ้นหวัง เนื่องจากความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544) จากการศึกษาความชุกของภาวะวิกฤลจิตทางจิตใจในต่างประเทศพบว่า ผู้สูงอายุมีอาการเฉยชา (apathy) ก้าวร้าว (aggressive) วิตกกังวล (anxiety) ประสาทหลอน (hallucination) คิดเป็นร้อยละ 72, 60, 48 และ 22 ตามลำดับ (Howell, 1993 อ้างถึงใน บุญพา ณ นคร, 2545) สำหรับในประเทศไทยจากสถิติโรงพยาบาลจิตเวช พบว่าผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคจิตที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2541-2543 คิดเป็นร้อยละ 3.82, 3.95 และ 4.05 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ สรินดา น้อยสุข (2545) พบว่า ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และโรคจิตตามลำดับ และจากการศึกษาของศรีวรรณ ตันศิริ (2535) พบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุไทยคิดเป็นร้อยละ 12-20 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เช่นเดียวกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550) พบว่า ผู้สูงอายุจะคิดมาก วิตกกังวลใจ (ร้อยละ 3.4) รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ (ร้อยละ 2.9) เหนงา (ร้อยละ 2.6) รู้สึกไม่มีความสุข/เศร้าหมองและหม่นหวังในชีวิตเท่าๆ กัน (ร้อยละ 1.8) และรู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า (ร้อยละ 1.6) ความรู้สึกต่างๆ ดังกล่าวจะเพิ่มมากขึ้นตามวัยที่สูงขึ้น ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนของความรู้สึกต่างๆ ที่กล่าวมาสูงกว่าผู้สูงอายุชาย เพราะเพศหญิงมีความอ่อนไหวทางอารมณ์มากกว่าเพศชาย

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เช่น ความคล่องตัวในการเคลื่อนไหว แยกตัวจากสังคม ความคล่องตัวในการคิดและการติดต่อสื่อสารจะลดลง เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในปัจจุบันที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ สามารถสรุปได้ดังนี้ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคม จากในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวขยาย มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำครอบครัว และให้ความรู้ถ่ายทอดวิชาการให้บุตรหลานและคนในชุมชน นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังอยู่ในฐานะที่ได้รับการเคารพนับถือจากบุตรหลาน แต่ปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไปจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว การพึ่งพาอาศัยน้อยลง การรับรู้ของคนรุ่นใหม่ส่วนใหญ่ได้จากภายนอก ทำให้มีความผูกพันในระบบเครือญาติน้อยลง ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับ และขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ผู้สูงอายุมี

โอกาสถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมีมากขึ้น (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) จากการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เนื่องจากบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงานตลอดจนบทบาทในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแล และหาเลี้ยงครอบครัว ต้องกลับกลายมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคม มีความรู้สึกที่ตนเองหมดความสำคัญ เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม ความคับข้องทางสังคม จากการเปลี่ยนบทบาทหลังเกษียณอายุ การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน การสูญเสียเพื่อนร่วมงาน การมีรายได้ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไร้คุณค่า (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไป หน้าที่รับผิดชอบและงานที่ต้องใช้ความฉับไวจะลดลง การยอมรับพิจารณาอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้าปฏิสัมพันธ์กับกลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก ทำให้ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง และทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาททางสังคม เกิดความเครียดสูง (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) นอกจากนี้การสูญเสียคู่ชีวิตหรือบุคคลอันเป็นที่รัก และหากการสูญเสียนั้นเป็นไปอย่างกะทันหัน จะทำให้มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุอย่างรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของสรินดา น้อยสุข (2545) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกจิตเวช พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากวัยและภาวะเจ็บป่วยได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุภาลักษณ์ เขียวขำ (2543) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จึงทำให้มีระดับคุณภาพชีวิตสูง และจากการศึกษาของน้ำเพชร หล่อตระกูล (2543) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยของเยาวพา บุญเที่ยง (2545) ที่ศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และทำให้ผู้สูงอายุมีอัตราการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลลดลง

4. **การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณ** เป็นการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม หากผู้สูงอายุพบกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ข้างต้น ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงของจิตวิญญาณเช่นเดียวกัน เนื่องจากจิตวิญญาณเป็นภาวะที่บุคคลนั้นมีความรู้สึกผ่องคลาย สุขสงบ (ประเวศ วรรสี, 2543) การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ หมายถึง การค้นพบจุดมุ่งหมายในชีวิตและความสมบูรณ์สูงสุดของตนเอง (self actualization) ถ้าหากผู้สูงอายุที่พบกับความเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาท

การทำงาน บทบาทในครอบครัว ร่างกาย เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง และต้องพึ่งพาคนอื่น ทำให้เกิดความขัดแย้งในใจ รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง เกิดความเครียด เศร้าหมอง อันเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมาได้ (อาภา ใจงาม, 2533) หากผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายของตนเอง จะทำให้เกิดความรู้สึกหดหู่ ขาดความกระตือรือร้นและขาดแรงจูงใจต่อการดำเนินชีวิตรู้สึกหมดหวังในชีวิต อาจเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุกระทำอัตวินิบาตกรรมได้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า กระบวนการสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดกับทุกระบบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับอายุที่มากขึ้น คืออายุเพิ่มขึ้นยังมีแนวโน้มที่จะพัฒนาไปในทางเสื่อมลงควบคู่กันไป

ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุนี้มีผลทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาวะและความรู้สึกต่างๆ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ดังนี้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

1. ความรู้สึกเหงา (loneliness) ผู้สูงอายุจะรู้สึกเหงา อ้างว้าง รู้สึกไม่มีใครเข้าใจและเห็นใจ รู้สึกถูกทอดทิ้งให้เผชิญภาวะทุกข์ทรมานโดยลำพัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวเนื่องจากคู่ชีวิตตายจากไป หรือลูกหลานแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น

2. ความรู้สึกไม่มั่นใจ ขาดเสถียรภาพความมั่นคงทางจิตใจ (insecure) ซึ่งภาวะนี้เกิดจากการที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านเศรษฐกิจ ด้านความคุ้มครองให้ความปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุหงุดหงิด โมโหและสะเทือนใจง่าย ด้วยเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ทำให้กลายเป็นคนใจน้อย ขุนเฉียวและวุ่นวายในกิจกรรมของผู้อื่น เป็นสาเหตุนำไปสู่การขัดแย้งกับลูกหลานหรือผู้ดูแลได้

3. ความรู้สึกกลัวตาย ตายแล้วจะไปไหน ก่อนตายจะเจ็บปวดเพียงใด ตายแล้วลูกหลานจะปฏิบัติกับร่างกายอย่างไร และลูกหลานจะดูแลทรัพย์สินที่หามาได้อย่างไร ความกลัวเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลกับความเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดขึ้น จึงมักไปพบแพทย์บ่อยๆ ทำให้บางครั้งลูกหลานอาจเกิดความรำคาญได้

4. ความรู้สึกไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และสิ้นหวัง (helplessness and hopelessness) เนื่องจากความเสื่อมสภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุอาจมีความคิดสร้างสรรค์ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อลูกหลานและต่อสังคม อยากจะกระทำตนให้เป็นประโยชน์แต่ถูก

จำกัดด้วยความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจที่ผู้สูงอายุไม่อาจยับยั้งได้ ความรู้สึกหมดหวัง ทำให้เกิดความรู้สึกโกรธตนเองกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ในที่สุด

5. ความรู้สึกหดหู่และเศร้าใจ ความรู้สึกนี้มีหลายระดับ คือ ระดับหดหู่ใจเล็กน้อย เศร้าใจเล็กน้อย จนถึงขั้นภาวะเศร้าอย่างรุนแรงถึงกับมีอาการมองโลกในแง่ร้าย ภาวะเศร้าในผู้สูงอายุมักเกิดจากการสูญเสีย ทั้งที่เป็นการสูญเสียจริงและการสูญเสียที่จินตนาการขึ้นเอง ความสูญเสียจริงได้แก่ การสูญเสียความสมบูรณ์และความแข็งแรงของร่างกาย สูญเสียเพื่อนฝูง คู่สมรส สูญเสียลูกหลานที่เคยอยู่ด้วยกัน สูญเสียความไม่มั่นคงทางด้านจิตใจ และการสูญเสียในจินตนาการ เช่น การสูญเสียความนับหน้าถือตาที่ตนเคยได้รับ สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (self-esteem) เป็นต้น

จากข้อมูลสนับสนุนข้างต้นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุพอสรุปได้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทำให้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง ประกอบกับวัยสูงอายุเองเป็นช่วงวัยที่มักจะมีความรู้สึกที่อ่อนไหวกว่าคนช่วงวัยอื่นๆ ถึงแม้การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปก็ตาม ก็ยังส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุไม่มากก็น้อย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้นนี้ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จนไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ถ้าผู้สูงอายุมีจิตใจหดหู่ เศร้าหมอง คิดมากวิตกกังวลใจ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า แยกตัวออกจากสังคม ก็จะก่อให้เกิดภาวะเครียดทางอารมณ์ส่งผลให้เจ็บป่วยทางกายได้ เช่นเดียวกันถ้าร่างกายไม่สมบูรณ์แข็งแรงเจ็บป่วยอยู่เสมอก็จะส่งผลให้จิตใจหดหู่ เศร้าหมองเกิดความท้อแท้ ทำให้ไม่อยากจะมีชีวิตอยู่ต่อไป แต่อย่างไรก็ตามผู้ที่อยู่รอบข้างสามารถที่จะช่วยหรือจัดหาแหล่งช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้จนเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

2. แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ซึ่งโอเรมสร้างขึ้นมาจากพื้นฐานของทฤษฎี 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory self-care deficit) และทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care)

การดูแลตนเอง (Self-care)

โอเรม (Orem, 1995) ให้คำจำกัดความของการดูแลตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เป็นการกระทำที่จงใจ (Deliberate Action) มีเป้าหมาย มีรูปแบบเป็นระบบ ระเบียบและเป็นขั้นตอน เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้

บุคคลมีโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ซึ่งการดูแลตนเองมีจุดประสงค์ที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของบุคคล นอกจากนี้การดูแลตนเองยังเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม

ในแนวคิดของโอเรม (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) การดูแลตนเองประกอบด้วย 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติ กล่าวคือ บุคคลที่สามารถจะปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นว่าสิ่งที่จะปฏิบัตินั้นเหมาะสมในสภาวะการณ์นั้นๆ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจปฏิบัติได้ ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการปฏิบัติ ซึ่งต้องมีเป้าหมาย โดยบุคคลจะตั้งคำถามว่าตนเองจะดำเนินการอย่างไร เพื่อจะได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ได้เลือก จะปฏิบัติอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะปฏิบัติได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องปฏิบัตินานเท่าใด การที่ต้องปฏิบัติดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่นๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่าปฏิบัติได้ถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง ซึ่งในผู้สูงอายุนั้นส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ตัดสินใจในการดูแลตนเองได้ แต่อาจจะไม่สามารถปฏิบัติได้ตามที่ตนต้องการได้อย่างครบถ้วน อาจจะเนื่องจากความสามารถในด้านร่างกาย และสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัย ดังนั้นจึงต้องการแหล่งประโยชน์มาช่วยเหลือ ซึ่งแหล่งประโยชน์เหล่านั้นก็อาจจะได้มาจากลูก หลาน หรือเพื่อนฝูง ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของระบบระดับประคองทางด้านร่างกาย และจิตใจที่อาจจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น ในภาวะที่ความสามารถในด้านร่างกาย และสติปัญญาที่เสื่อมถอยลงนั้น ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองหรือเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง โอเรม (Orem, 1995) ได้เสนอวิธีการศึกษาความบกพร่อง โดยดูจากความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ถ้าความสามารถในการดูแลของบุคคลไม่เพียงพอที่จะสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดก็จะทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองได้

โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

ในภาวะปกติมนุษย์แต่ละบุคคลจะมีการดำเนินชีวิตอยู่เพื่อตนเอง มีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเอง และรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง การดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน เป็นความสามารถที่เป็นผลมาจากประสบการณ์เกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมและการถ่ายทอดความคิดของตน (Orem, 1995)

ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

โอเรม (Orem, 1995) ได้ให้ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ไว้ว่า เป็นความสามารถอันซับซ้อนของบุคคลในการนำศักยภาพของตนมาตอบสนองต่อความต้องการการดูแลอย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง ตามกระบวนการของชีวิต เพื่อคงไว้และส่งเสริมให้โครงสร้างของร่างกายสามารถทำหน้าที่ มีพัฒนาการ และก่อให้เกิดความผาสุกของบุคคล โดยเป็นความสามารถที่จะกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ ประกอบด้วย ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundation capabilities and dispositions) พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)

แกสท์ และคณะ (Gast et al., 1989 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2537) ได้วิเคราะห์มโนคติของความสามารถในการดูแลตนเองในลักษณะที่ว่า ความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 ซึ่งจะเห็นว่าความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน จะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการ จะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง สำหรับรายละเอียดของความสามารถในการดูแลตนเองมีดังนี้



ที่มา: สมจิต หนูเจริญกุล, 2537 น. 33.

แผนภาพที่ 1.2 แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง

1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำกิจกรรมต่างๆ อย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 1) ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) และ 2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) คือ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส

และการสัมผัส การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจในตนเอง ความหวังใจในตนเอง การยอมรับตนเอง ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น หากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมาย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components: enabling capabilities for self-care)

โอเรมและเทเลอร์ (Orem and Taylor, 1986 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้ และการกระทำของมนุษย์ที่เฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป ได้แก่

1. ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน-ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง
2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง
4. ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง
5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ
6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจไปแล้ว
7. มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้
8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง
9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็น และต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

1. การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบและประเมินสถานการณ์ รวมถึงองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับนำไปใช้ในการดูแลตนเองตลอดจนประเมินถึงผลที่จะได้รับ

2. การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจ เกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควรและจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3. การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

จะเห็นว่าความสามารถทั้ง 3 ประการนี้ เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่างๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่จริงจังและมีเป้าหมาย ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้สูงอายุมีความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เมื่อความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ส่งผลให้มีความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self care demand) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่งเพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care requisites)

ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

ปัจจัยพื้นฐานเป็นปัจจัยเฉพาะของแต่ละบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล (Causal relationship) แต่ทั้งนี้การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังกล่าว (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) ซึ่งประกอบด้วย

1. **อายุ** เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ถึงควมมีวุฒิภาวะ การจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจและการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุแต่ละคนจะลดลงตามความเสื่อมของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย (Orem, 1991)

2. **เพศ** จะเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิง อีกทั้งยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งลักษณะของสังคมไทยในอดีตกำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงเป็นผู้ดูแลครอบครัว (Orem, 1995)

3. **ระยะพัฒนาการ** การคำนึงถึงปัจจัยด้านระยะพัฒนาการของบุคคล จะช่วยให้ทราบถึงความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการ หรือทราบถึงระยะของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 1991)

4. **สังคมวัฒนธรรม** เป็นปัจจัยซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีพของมนุษย์ การดูแลตนเองรวมทั้งสุขภาพของบุคคล ซึ่งองค์ประกอบในระบบสังคมวัฒนธรรมจะรวมถึง ศาสนา ความเชื่อ การศึกษาและเศรษฐกิจ ศาสนาแต่ละศาสนาสอนให้คนมีความเชื่อและการปฏิบัติที่ต่างกัันนอกจากนั้นยังเป็นตัวกำหนดขนบธรรมเนียมประเพณี และกำหนดพฤติกรรมของสมาชิกในสังคมโดยเฉพาะความเชื่อในเรื่องการเจ็บป่วย และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามความเชื่อ นอกจากนั้นระดับการศึกษาเป็นส่วนสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของบุคคลในสังคม ที่จะส่งผลให้เกิดการคิดอย่างมีเหตุผล การแสวงหาข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งองค์ประกอบของวัฒนธรรมจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพลังความสามารถ 10 ประการ อันเป็นตัวกลางที่จะเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องเฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลตนเอง (Orem & Taylor, 1986 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2537) ส่วนในเรื่องของรายได้ จะเป็นตัวบ่งชี้สภาพทางเศรษฐกิจ ซึ่งจะมีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพและการดูแลตนเอง เพราะสภาพทางเศรษฐกิจของบุคคลจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานและการแสวงหาแหล่งประโยชน์ ที่เป็นปัจจัยเอื้อให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ตามต้องการ

5. **สภาพที่อยู่อาศัย** แหล่งที่อยู่อาศัยของบุคคล เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสได้รับความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อม หรือได้รับบริการด้านสุขภาพแตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดารห่างไกลจากสถานบริการสุขภาพ ทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขได้น้อยลง นอกจากนั้นยังมีความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการ ต้องพึ่งพาตนเองโดยการแสวงหาการรักษาตามความเชื่อ หรือภูมิปัญญาของท้องถิ่น เป็นต้น

6. **ภาวะสุขภาพ** หมายถึง โครงสร้าง การทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์ ตลอดจนความเครียด และภาวะทางด้านอารมณ์ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น (Orem, 1995)

7. **ระบบบริการสุขภาพ** เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) นอกจากนี้ระบบการส่งต่อที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลและขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็นสามารถมารับบริการในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงยิ่งกว่าได้สะดวก และรวดเร็วยิ่งขึ้น

8. **ระบบครอบครัว** ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมาย และสามารถนำมาช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว และจะช่วยส่งเสริมศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) นอกจากนี้ครอบครัวยังมีบทบาทในการทำหน้าที่ดูแล และตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล

9. **แบบแผนการดำเนินชีวิต** ปัจจัยด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันในด้านปริมาณความต้องการการดูแลตนเอง และกลวิธีที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Orem, 1991)

10. **แหล่งประโยชน์** เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้แตกต่างกัน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับวัตถุ สิ่งของ แหล่งข้อมูล และหากบุคคลมีศักยภาพในการเลือกบริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ และเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ จะทำให้บุคคลได้รับการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปในการดำรงชีวิตตามความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของตนเอง (Orem, 1991)

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

จากที่ได้กล่าวมาแล้วว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยตามกระบวนการสูงอายุ อวัยวะต่างๆ ของร่างกายทำหน้าที่ลดลง มีปัญหาในระบบต่างๆ ของร่างกาย ทั้งจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ เอง เช่น การเสื่อมของข้อและกระดูกทำให้เกิดอาการปวดข้อต่างๆ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การเสื่อมของหูและตา เป็นต้น จากการศึกษาผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาสุขภาพดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุลดลงไป นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพแล้วผู้สูงอายุยังมีการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมอีกด้วย เช่น การเกษียณอายุจากการทำงาน ถ้าไม่ได้เตรียมตัวล่วงหน้าจะทำให้

ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียอำนาจ มีความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ซึ่งส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำลง (Low self-esteem) ความพึงพอใจในชีวิตลดลง การประกอบกิจกรรมการดูแลตนเองก็น้อยลงไปด้วย แต่ถ้าหากผู้สูงอายุได้เตรียมตัวและปฏิบัติตนให้มีการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีการเจริญตามพัฒนาการตามวัย รักษาภาวะสุขภาพได้เหมาะสมตลอดมาก็อาจจะทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองนั้นสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เตรียมตัวมาก่อน

การเตรียมตัวด้านความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุต้องปฏิบัติด้วยตนเอง และปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอหรือปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวันจึงจะช่วยให้คงความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเต็มความสามารถ จึงเกิดเป็นความรู้สึกมีคุณค่าและภาคภูมิใจในศักยภาพของตน มีนักวิจัยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองในประชากรผู้สูงอายุไว้ผู้วิจัยได้รวบรวมมา ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของนิรนาท วิทย์โชคกิติคุณ (2534) ได้ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ และมารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 120 ราย จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองดีจะมีภาวะสุขภาพดีสอดคล้องกับการศึกษาการดูแลตนเองในผู้สูงอายุของคอลลาฮาน (Callaghan, 2005) พบว่าผู้สูงอายุที่มีปัจจัยพื้นฐานดีได้แก่ การศึกษา รายได้ ระบบประกันสุขภาพ ระบบระดับประคอง การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา สถานภาพสมรส เพศ อายุ และจำนวนบุตรหลาน จะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นควบคู่กันไป กุศล กีบง (2546) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่เป็นตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไว้ที่พึ่ง ในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งธัญญบุรี จังหวัดปทุมธานี การศึกษาพบว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขภาพจิต และความสามารถทางสติปัญญาที่ดีจะเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้นควบคู่กันไป จินตนา ยมกรัตนาภรณ์ (ตุลาคม 2549-มีนาคม 2550) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และอัตมโนทัศน์ที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค การศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า ด้านการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน และการได้รับการ

สนับสนุนทางสังคมสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุยังคงมีภาวะสุขภาพดีได้นั้น ขึ้นอยู่กับตัวผู้สูงอายุเป็นสำคัญ โดยใช้ความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเต็มศักยภาพ นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมนับว่าเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถเพิ่มระดับความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นได้

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบถึงศักยภาพของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสามารถในการดูแลตนเองนั้นประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ ได้แก่ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระดับ มีความสัมพันธ์ต่อกัน คือความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเป็นรากฐานให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง หากขาดความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานย่อมส่งผลให้ขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมอย่างจริงจัง และมีเป้าหมาย และไม่มีความสามารถจะลงมือปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองได้ (Gast, et al., 1989)

นักวิจัยที่สร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง มีความเชื่อว่าการดูแลตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน แต่การดูแลตนเองกับการปฏิบัติการดูแลตนเองมีลักษณะเหมือนกัน การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองให้ใกล้เคียงกับความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง จึงน่าจะเป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในระดับของความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) เครื่องมือที่นักวิจัยสร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองมี 2 เครื่องมือดังต่อไปนี้

1. The Exercise of Self-Care Agency (ESCA) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย เคอร์นีย์ และเฟลสเชอร์ (Kearney and Fleischer, 1979 cited in Cutler, 2003) สร้างจากพื้นฐานความเชื่อว่าการวัดความสามารถในการดูแลตนเองน่าจะใกล้เคียงกับการลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด เครื่องมือประกอบไปด้วยคำถามจำนวน 43 ข้อ แต่จากการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างตามทฤษฎีของไอเซนเบิร์ก โดยไอเซนเบิร์ก (Isenberg cited in Gast et al., 1989)

กลับพบว่า มีข้อคำถามเพียง 10 ข้อ จาก 43 ข้อ ที่เป็นการวัดความสามารถในการคาดการณ์หรือวัดความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง และมีคำถามถึง 7 ข้อที่ไม่มีความชัดเจนว่าเป็นการวัดความสามารถในการดูแลตนเองในระดับใด

2. The Appraisal of Self-Care Agency scale (ASA scale) เป็นเครื่องมือที่เอเวอร์ส (Evers, et al., 1985) และกลุ่มนักวิจัยชาวเนเธอร์แลนด์สร้างขึ้น เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยมองถึงความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง การวัดพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง เครื่องมือนี้เป็นแบบสอบถามจำนวน 24 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยโอเรม และผู้เชี่ยวชาญทฤษฎีนี้ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) จากค่าสัมประสิทธิ์ของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal Self-Care Agency Scale [ASA scale]) ที่สร้างโดยเอเวอร์ส และคณะ (Evers, et al. 1985) มาเป็นแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบวัดนี้แปลเป็นภาษาไทยโดยสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharumkul, 1988) และนิรนาท วิทโยชกิติคุณ (2534) ได้นำมาปรับใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ

3. แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งอดทน

โคบาสา (1979) เป็นนักจิตวิทยาที่ได้ตั้งข้อสังเกตว่าบุคคลที่พบเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูงพอๆ กัน บางคนสามารถเอาชนะความเครียดได้โดยไม่เกิดการเจ็บป่วย แต่บางคนกลับปรากฏมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น จึงทำให้โคบาสาเริ่มสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความต้านทานต่อความเครียดสูงได้โดยไม่เกิดการเจ็บป่วย หลังทำการศึกษาก็ได้พบว่ากลุ่มบุคคลที่สามารถเอาชนะความเครียดในระดับสูงได้โดยไม่เกิดความเจ็บป่วยนั้น มีลักษณะทางบุคลิกภาพบางอย่างคล้ายกัน ซึ่งโคบาสา เรียกลักษณะเฉพาะของบุคคลที่ทำให้บุคคลมีความต้านทานเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง สามารถปรับตัวปรับใจได้โดยไม่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยว่า “ความเข้มแข็งอดทน” หรือใช้ภาษาอังกฤษว่า Hardiness (Kobasa, 1979)

แนวคิดความเข้มแข็งอดทนนี้ถูกพัฒนาขึ้นครั้งแรกโดยโคบาสซา (Kobasa, 1979) โดยใช้แนวคิด อัจฉิภาวะนิยม (Existentialism) ซึ่งรายละเอียดของกรอบแนวคิดอัจฉิภาวะนิยมที่นำมาเป็นฐานการสร้างเครื่องมือนี้ได้แก่

1. บุคลิกภาพของบุคคลจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ ตามวิถีการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล
2. ชีวิตต้องมีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นความเครียดจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ มนุษย์จึงควรวางวิธีที่ดีที่สุดในการเอาชนะ และรู้จักใช้ความเครียดให้เป็นประโยชน์
3. ความเครียดและเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต เป็นสิ่งที่ทำทนายทำให้มนุษย์รู้จักคิดตัดสินใจ อันก่อให้เกิดศักยภาพแห่งความเติบโตและมีความเป็นตัวของตัวเองสูงขึ้น ส่วนการหลีกเลี่ยงความเครียดถือว่าการลดความเป็นตัวของตัวเอง และทำให้เกิดความเฉื่อยชา (Kobasa, et al., 1982)

ลักษณะของความเข้มแข็งอดทน

โคบาสซา (Kobasa, Maddi, & Kahn, 1982) ได้กำหนดคุณลักษณะทางจิตวิทยาที่เรียกว่า ความเข้มแข็งอดทน ประกอบด้วยการแสดงออกใน 3 ลักษณะ ได้แก่ความมุ่งมั่น การควบคุม และการทำทนาย โดยอธิบายไว้ดังนี้

ความมุ่งมั่น (Commitment) หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่แสดงออกถึงความเชื่อในความจริงของชีวิต เห็นความสำคัญและคุณค่าของสิ่งที่ตนกำลังกระทำอยู่ และมีความตั้งใจจริงในการกระทำ มีความอดทนไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่างๆ สามารถควบคุมทั้งบุคคลและสถานการณ์ให้เป็นไปตามเป้าหมายในชีวิตได้สำเร็จด้วยความรับผิดชอบ และมีความมุ่งมั่นในบทบาทของตนต่อสังคม ต่อสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น พยายามเรียนรู้ตนเองอยู่เสมอสามารถเข้าใจตนเองได้ดี มีความกระตือรือร้น พยายามเรียนรู้อย่างมีความสุข และสามารถนำแหล่งช่วยเหลือที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการแก้ปัญหาได้ ดังนั้นบุคคลที่มีลักษณะความมุ่งมั่นจึงมีทักษะความสามารถในการปรับแก้ปัญหามากๆ ได้ดี และมีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้ดี สามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี เมื่อบุคคลประสบกับสถานการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจจะไม่มีความรู้สึกว่าถูกคุกคาม

ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่ไม่มี ความมุ่งมั่นจะไม่มีเป้าหมายในชีวิต เมื่อประสบกับสถานการณ์รุนแรงที่ก่อให้เกิดความกดดันด้านจิตใจจะรู้สึกท้อแท้หมดหนทางช่วยเหลือ จะไม่สามารถมองเห็นคุณค่าความสำคัญของสิ่งที่ตนเองต้องรับผิดชอบในการทำกิจกรรม ทำให้ไม่สนใจ หลีกเลียงในการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ทำให้ขาดทักษะในการปรับแก้ปัญห ไม่สามารถนำ

แหล่งช่วยเหลือที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อย่างเต็มที่ ส่งผลทำให้ประสบการณ์ล้มเหลวอยู่เสมอ เมื่อต้องเผชิญเหตุการณ์เหล่านั้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงเกิดความรู้สึกอึดอัดคับข้องใจ กลายเป็นความเครียดได้ง่าย และอาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยได้ในที่สุด

การควบคุม (Control) หมายถึงลักษณะของบุคคลที่แสดงออกถึงความเชื่อของแต่ละบุคคลว่าตนมีความสามารถในการควบคุม หรือมีอิทธิพลเหนือสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต โดยจะมองว่าสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เกิดจากการกระทำของตนเองไม่ได้เกิดจากโชคชะตาหรืออำนาจของผู้อื่น ซึ่งตนเองต้องรับผิดชอบ แม้สถานการณ์นั้นอาจจะนำความยุ่งยากหรือนำความเสียหายมาสู่ตน ตนจะรับรู้ว่ามันเป็นผลมาจากการกระทำที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ จึงมีการวางแผนในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่มากระทบได้อย่างเหมาะสม ด้วยความเชื่อมั่นว่าตนเองกล้าที่จะลงมือทำกิจกรรมต่างๆ สามารถควบคุมตนเองให้อยู่ในบรรทัดฐานของสังคม บริหารจัดการสิ่งต่างๆ ได้ดี ทั้งด้านการทำงาน ครอบครัว เพื่อนฝูง และการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อให้เกิดการเติบโตทางด้านความคิด และมีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง

ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นขาดลักษณะความมีอำนาจควบคุม จะมีความไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง บุคคลนั้นจะเชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นในชีวิตต้องอาศัยคนอื่นเป็นผู้ตัดสินใจ มองว่าตนเองไร้อำนาจ (Powerlessness) ไม่สามารถเปลี่ยนเหตุการณ์ที่ประสบได้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง จะรับรู้ว่ามันถูกคุกคาม หรือกำลังอยู่ในอันตรายไม่ปลอดภัย เมื่อเขาได้เผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต จึงทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกกดดันทางด้านจิตใจกลายเป็นความเครียด หรือกังวลได้ง่าย

การทำทาย (Challenge) หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่แสดงออกถึงความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงในชีวิตเป็นสิ่งที่น่าตื่นเต้น ก่อให้เกิดการพัฒนาในชีวิตต่อไป เป็นเครื่องกระตุ้นให้เกิดความมีวุฒิภาวะ ดังนั้นเมื่อบุคคลมีการท้าทายจะสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรุนแรงในชีวิตได้ดีโดยไม่เกิดความเครียด และบุคคลจะเชื่อว่าชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ หรือการเปลี่ยนแปลงเป็นเรื่องปกติของชีวิต มองสิ่งต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงเป็นโอกาสที่จะทำ ให้บุคคลเกิดการพัฒนา เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ เป็นสิ่งที่น่าสนใจสามารถเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีเหตุผล ประเมินสิ่งที่เกิดขึ้นว่าเป็นโอกาสมากกว่าวิกฤต ยอมรับและเรียนรู้สิ่งต่างๆ อยู่เสมอ แม้จะเกิดความยุ่งยากในการเรียนรู้ก็มีความยืดหยุ่น ทำให้สามารถประสบความสำเร็จในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบโดยไม่เกิดความเครียดหรือเครียดไม่มากจนก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ

พัฒนาการของความเข้มแข็งอดทน

ความเข้มแข็งอดทนเป็นปัจจัยภายในหรือแหล่งประโยชน์ภายในที่บุคคลใช้ในการปรับตัวท่ามกลางเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความกดดันทางจิตใจ หรือความเครียด ที่ใช้ทฤษฎีอัตถิภาวนิยม (Existential theory) มาเป็นกรอบแนวคิด โดยเชื่อว่าการพัฒนาลักษณะต่างๆของบุคคลมาจากความสามารถ ความเชื่อ ค่านิยม ตั้งแต่ระยะต้นของชีวิตและพัฒนาอย่างต่อเนื่องท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทำให้บุคคลต้องปรับตัวเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข จนหล่อหลอมเป็นบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ถึงแม้ความเข้มแข็งอดทนจะมีการพัฒนามาตั้งแต่ระยะต้นของชีวิต แต่ก็สามารถเสริมสร้าง และดำรงไว้ได้ตลอดชีวิต (Lambert and Lambert, 2003) ดังการศึกษาของ จัดคินส์ (Judkins, 2007) พบว่าความเข้มแข็งอดทนสามารถฝึกให้เพิ่มขึ้นได้โดยใช้โปรแกรม HTP (Hardiness training program) ซึ่งต้องได้รับการฝึกฝนในช่วงระยะเวลาหนึ่ง

ความเข้มแข็งอดทนของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ผ่านประสบการณ์ชีวิตที่สร้างความเครียดมามาก ผู้สูงอายุจึงน่าจะเป็นบุคคลที่มีความเข้มแข็งอดทนสูง แต่เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อเข้าสู่ช่วงปลายของชีวิตมักมีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ความเข้มแข็งอดทนลดลง ประกอบกับประสบการณ์ชีวิตบางอย่างทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายในชีวิต หมกมุ่นอะไรตายอยาก บางรายมีความคิดทำร้ายตนเอง การดูแลตนเองก็ถดถอยลงเรื่อยๆ จนไม่สามารถดูแลตนเองได้ แต่ผู้สูงอายุบางคนถึงแม้จะมีโรคประจำตัวยังสามารถดำเนินชีวิตอยู่อย่างปกติโดยมิได้คำนึงว่าตนจะมีโรคประจำตัว ไม่นำปัญหาทางร่างกายมาบั่นทอนให้เกิดภาวะผิดปกติทางสุขภาพจิต สอดคล้องกับสมิท ยัง และลี (Smith, Young, & Lee, 2004) ศึกษาความเข้มแข็งอดทนในผู้สูงอายุชาวออสเตรเลีย การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุชาวออสเตรเลียมีความเข้มแข็งอดทนระดับสูง และผู้ที่มีความเข้มแข็งอดทนสูงนั้นมีความผาสุกมากขึ้นควบคู่กันไป

การประเมินความเข้มแข็งอดทน

ในปี ค.ศ. 1979 โคบาซา (Kobasa, 1979) ได้สร้างเครื่องมือวัดความเข้มแข็งอดทน (Hardiness scale) ขึ้นเป็นครั้งแรก เพื่อศึกษาลักษณะทางบุคลิกภาพของกลุ่มผู้บริหารระดับสูงในบริษัทธุรกิจ ของอเมริกา จำนวน 161 คน โดยแยกศึกษาในกลุ่มผู้บริหารที่มีความเครียดแต่ไม่เกิดการเจ็บป่วย จำนวน 80 คน และกลุ่มผู้บริหารที่มีความเครียดจนเกิดการเจ็บป่วย จำนวน 81 คน โดยในการวัดลักษณะบุคลิกภาพดังกล่าวใช้แบบวัด 5 ชุดใหญ่ๆ คือ แบบวัดความห่างเหิน (Alienation Test) ของแมดดี โคบาซา และฮูเวอร์ (Maddi, Kobasa, & Hoover, 1979) แบบ

ประเมินเป้าหมายในชีวิต (The California Life Goals Evaluation Schedules) ของฮาน (Hahn, 1966 cited in Kobasa, et al., 1983) มาตรการวัดการควบคุมอำนาจภายในตนเอง และภายนอกตนเอง (The Internal-External Locus of Control Scale) ของรอตเตอร์ ซีแมน และลิฟเวอร์เรนท์ (Rotter, Seeman, & Liverant, 1962 cited in Kobasa, et al., 1983) และแบบวัดความไร้พลังอำนาจภายในตนเอง (Powerlessness scale) (Maddi et al., 1979) จากการศึกษพบว่ากลุ่มที่ไม่มีอาการแสดงของอาการเครียดจนเกิดความเจ็บป่วย มีลักษณะบุคลิกภาพคล้ายกัน เรียกว่า ความเข้มแข็งอดทน (hardiness) หลังจากทำการวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว โคบาซาได้เลือกแบบวัดย่อยมาหาค่าอำนาจจำแนกดังนี้

แบบวัดความห่างเหินจากตนเอง และแบบวัดความห่างเหินจากงาน (The alienation from self and alienation from work scales of the alienation test) จากแบบวัดของแมดดี โคบาซา และฮูเวอร์ สามารถสะท้อนถึงการมุ่งมั่นผูกพันต่อตนเองและงาน

มาตรการวัดการควบคุมอำนาจภายนอกตน (External Locus of Control Scale) จากแบบวัดของรอตเตอร์ ซีแมน และลิฟเวอร์เรนท์ และมาตรการวัดความไร้พลังอำนาจภายในตนเอง (Powerlessness scale) จากแบบวัดของแมดดี โคบาซา และฮูเวอร์ ซึ่งจะสะท้อนถึงการควบคุมตนเอง

มาตรการวัดความปลอดภัยในแผนการประเมินเป้าหมายชีวิตของบุคคล (The Security Scale of California Life Goals Evaluation Schedules) ของฮาน ซึ่งจะสะท้อนถึงลักษณะความรู้สึกรู้สึกทำทนายของบุคคล

โคบาซากล่าวว่าลักษณะต่างๆที่วัดได้จากแบบวัดข้างต้น เป็นองค์ประกอบของลักษณะบุคลิกภาพเข้มแข็งอดทน จึงนำข้อคำถามมารวมสร้างเป็นแบบวัดความเข้มแข็งอดทนฉบับแรก มีข้อคำถามทั้งหมด 71 ข้อ และนำไปใช้ศึกษาลักษณะความเข้มแข็งอดทนในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้น และศึกษาในระยะยาว โดยโคบาซา แมดดี และคาน (Kobasa, Maddi, & Kahn, 1982) ใช้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะความเข้มแข็งอดทนและภาวะสุขภาพของผู้บริหารระดับกลางและสูงของบริษัทธุรกิจในประเทศอเมริกา จำนวน 670 คน ใช้ระยะเวลาศึกษา 5 ปี พบว่า ความเข้มแข็งอดทนเป็นปัจจัยส่วนบุคคลหลักที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความเจ็บป่วยที่เกิดจากสถานการณ์เครียดในชีวิต

จากการวิจัยดังกล่าวข้างต้นโคบาซาและคณะพบว่าแบบวัดฉบับแรกมีจุดอ่อนหลายประเด็นที่ต้องพัฒนา เช่น ข้อคำถามเป็นทางลบทั้งหมด ใช้วิธีการประเมินตนเองในการอธิบายความเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ ขาดอำนาจในการทำนายในองค์ประกอบด้านการทำทนาย จึงได้

พัฒนาแบบวัดความเข้มแข็งอดทนฉบับที่ 2 โดยทำการวิเคราะห์หองค์ประกอบ (factor analysis) แล้วปรับข้อคำถามเหลือเพียง 36 ข้อ ใช้วัดความเข้มแข็งอดทนในการทำงาน แต่ยังคงมีข้อจำกัด ด้านลักษณะข้อคำถามซึ่งเป็นคำถามด้านลบ และจำนวนข้อในแต่ละองค์ประกอบไม่เท่ากัน ได้แก่ ด้านความมุ่งมั่นมีจำนวน 12 ข้อ การควบคุม 16 ข้อ และการทำทนายมีเพียง 8 ข้อ จึงได้พัฒนา แบบวัดความเข้มแข็งอดทนฉบับที่ 3 ขึ้นมา เรียกว่า แบบวัดความเข้มแข็งอดทน (Hardiness Personality Inventory) (Kobasa, Maddi, & Puccetti, 1982)

แบบวัดความเข้มแข็งอดทน (Hardiness Personality Inventory) โคบาซาและคณะ ทำการวิจัยในมหาวิทยาลัยชิคาโก สร้างขึ้นเพราะต้องการปรับลดข้อบกพร่องของเครื่องมือ เดิม และนำไปใช้วัดความเข้มแข็งอดทนในกลุ่มบุคคลทั่วไปในหลากหลายอาชีพ ซึ่งต่างจาก กลุ่มประชากรเดิมที่วัดความเข้มแข็งอดทนในกลุ่มผู้บริหาร มีการปรับใช้ในส่วนของการควบคุม และการทำทนาย โดยเพิ่มให้มีข้อคำถามทั้งทางบวกและทางลบ และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เครื่องมือ ชุดล่าสุดประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ มีจำนวนข้อคำถามในองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบ ใกล้เคียงกัน คือ ข้อคำถามด้านความมุ่งมั่น 16 ข้อ การควบคุม 17 ข้อ และการทำทนาย 17 ข้อ ซึ่ง สามารถแปลผลได้ว่าถ้าระดับค่าคะแนนมาก แสดงว่ามีลักษณะความเข้มแข็งอดทนสูง ถ้าระดับ ค่าคะแนนน้อย แสดงว่ามีลักษณะความเข้มแข็งอดทนต่ำ โคบาซายังได้ให้ความเห็นว่าแบบ ประเมินชุดนี้ เป็นแบบประเมินความเข้มแข็งอดทนที่ใกล้เคียงที่สุด เป็นเครื่องมือที่คิดค่าคะแนนได้ ง่ายกว่าฉบับอื่นๆ สามารถทำนายภาวะเครียด และสุขภาพของบุคคลได้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเข้มแข็งอดทน (Hardiness inventory) พัฒนาโดยโคบาซา (Kobasa, Maddi, & Kahn, 1982) แปลเป็นภาษาไทยโดย ผกาพันธุ์ วุฒิ ลักษณะณ์ และอุบล นิวัติชัย (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณะณ์, 2541) ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม เพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษาผู้สูงอายุในชุมชน

ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทนกับความสามารถในการดูแลตนเอง

การศึกษาความเข้มแข็งอดทนส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มอาจารย์พยาบาล พยาบาล ประจำการ นักศึกษาพยาบาล ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณะณ์ (2541) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความยุ่งยากประจำวันกับความเข้มแข็งอดทนของอาจารย์มหาวิทยาลัย โดย นำแบบสำรวจความเข้มแข็งอดทน ของโคบาซามาแปลเป็นภาษาไทย หลังจากนั้นนำไปหาค่า ความเชื่อมั่นกับอาจารย์มหาวิทยาลัย จำนวน 30 รายได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89 และนำมาใช้ กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาจารย์มหาวิทยาลัย จำนวน 251 คน ผลการวิจัยช่วยสนับสนุนความ เข้มแข็งอดทนว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการลดความเครียด นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะใน

การทำวิจัยครั้งต่อไปว่าควรนำไปใช้กับกลุ่มประชากรอื่นๆ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือให้เหมาะสมกับคนไทย

รัชนิย์ ไกรยศรี (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ บุคลิกภาพที่เข้มแข็ง (Hardiness) และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า บุคลิกภาพที่เข้มแข็งโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมตตา จันทน์ไทยศรี (2545) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในงาน ความเข้มแข็งอดทนกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา พบว่า พยาบาลประจำการส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในงานและความเข้มแข็งอดทนอยู่ในระดับมาก และมีความสามารถในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ความพึงพอใจในงาน ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครราชสีมา

กฤษณี จริยาปยุตต์เลิศ (2550) ศึกษาความเข้มแข็งอดทน การดูแลสุขภาพจิตตนเอง และความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งอดทนอยู่ในระดับสูง

นาวุฐรี (Navuluri, 2001) ได้ศึกษาความเข้มแข็งอดทน และการดูแลตนเองของบุคคลวัยผู้ใหญ่ที่เป็นเบาหวาน การศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นล้วนเป็นการศึกษาความเข้มแข็งอดทนในบุคคลวัยผู้ใหญ่ ส่วนการศึกษาความเข้มแข็งอดทนกับความสามารถในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุยังมีการศึกษาอย่างจำกัด ที่พบได้แก่การศึกษาของ นิโคลัส (Nicholas, 1993) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งอดทน ทักษะการดูแลตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุ การศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความเข้มแข็งอดทน ทักษะการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูงมาก ความเข้มแข็งอดทนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

4. แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

การได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับ

สุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะใน ภาวะที่บุคคลเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุ มีการเจ็บป่วย หรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด ซึ่งความหมายของ การสนับสนุนทางสังคมได้มีศึกษาและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย ดังนี้

คอบบี้ (Cobb, 1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้างโดย กล่าวว่า การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรักความเอาใจใส่ เห็นคุณค่ายกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมที่เขาผูกพันอยู่

เฮาส์ (House, 1981 อ้างถึงใน สิริสุตา ชาวคำเขต, 2541) ให้ความหมายว่า เป็น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้ความดูแลและการให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิด การตัดสินใจซึ่งเกิดจาก การยอมรับนับถือ และเห็นถึงความมีคุณค่าและให้การช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัสดุสิ่งของ หรือบริการต่างๆ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการ ประเมินตนเอง

คานห์ (Kahn, 1979 cited in Hurst, et al., 2005) ให้ความหมายไว้ว่า เป็น ปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมาย ระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือและการช่วยเหลือด้านวัตถุและยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน โดยอาจเกิดขึ้นทั้งหมด หรือเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง

แบรนด์ท์ และไวเนอร์ท (Brandt and Weinert, 1981) ให้ความหมายว่าเป็น ความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลและสังคม โดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่างๆ คือ ความรักใคร่ผูกพันทำให้รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัยและเป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการ ได้รับคำแนะนำ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีคุณค่าในตนเอง รวมถึงการเอื้อประโยชน์ต่อ ผู้อื่น

การสนับสนุนทางสังคมมีผู้ศึกษาไว้หลายท่าน และให้ความหมายไว้คล้ายคลึงกัน กล่าวโดยสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่ง ของสังคม ได้รับความรัก การยกย่องนับถือ ได้รับการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ จากแหล่ง สนับสนุน ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และมีแหล่งประโยชน์ในการนำมาใช้แก้ไข ปัญหาด้านการดูแลตนเอง และรวมถึงการเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นต่อไป

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

ได้มีผู้ศึกษาและแบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

คอบบี (Cobb, 1976) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภทคือ

1. ด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ที่ดีจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดผูกพัน ลึกซึ้งต่อกัน
2. ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (esteem support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วย
3. ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (network support) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เฮาส์ (House, 1981 อ้างถึงใน สิริสุดา ชาวคำเขต, 2541) แบ่งเป็น 4 ประเภทคือ

1. การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึง การให้ความใกล้ชิดสนิทสนม และรับฟัง แสดงความยกย่อง แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจ
2. การช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน หมายถึง พฤติกรรมการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล เช่น เงินทอง แรงงาน การเสียสละเวลาช่วยเหลือสังคม
3. การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูล และคำแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่
4. การช่วยเหลือด้านการประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเอง ซึ่งทำให้มีความมั่นใจในตนเอง

เชฟเฟอร์ คอยเน และลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ประเภทคือ

1. ด้านสิ่งของ (tangible support) เป็นการช่วยเหลือโดยให้สิ่งของเงินทอง หรือการช่วยเหลือบริการ
2. ด้านอารมณ์ (emotion support) เป็นการช่วยให้บุคคลรู้สึกกว่าตนเองได้รับความรัก ความผูกพัน ความใกล้ชิด และความไว้วางใจ
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้ข้อมูล รวมถึงคำแนะนำในการแก้ไขปัญหา และการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคล

แบรนด์ และไวเนอร์ท (Brandt and Weinert, 1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย

1. การได้รับความรักใคร่ผูกพัน (attachment / intimacy) หมายถึง การได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์ การได้รับความรักความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนม และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ทำให้บุคคลรู้สึกว่าเป็นที่รัก แต่ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกเดียวดาย มองโลกในแง่ร้าย ลักษณะเช่นนี้จะพบในคู่สมรส บิดามารดาญาติพี่น้อง

2. การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (social integration) หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดความรู้สึก ข้อมูลข่าวสาร ความห่วงใย ความเอื้ออาทรต่อกัน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้ จะทำให้ชีวิตน่าเบื่อหน่าย รู้สึกถูกตัดขาดออกจากสังคม

3. การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น (opportunity for nurturance) หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ต้องการและเป็นที่พึ่งของผู้อื่นได้ มีการแลกเปลี่ยนประโยชน์ซึ่งกันและกัน บุคคลที่ขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกว่าชีวิตของตนเองไร้ค่า

4. ความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน (reassurance of worth) หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพนับถือ เห็นคุณค่า ยกย่องและชื่นชมความสามารถตามบทบาททางสังคม รวมถึงการให้อภัย ให้ออกสในการปรับปรุงตนเอง ถ้าบุคคลไม่ได้รับการสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกว่าขาดความเชื่อมั่นและรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์

5. การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่างๆ (the availability of information, emotional and material help) คือการได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านอารมณ์ การเงิน วัตถุและสิ่งของ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมพบว่า ในการดำเนินชีวิตทุกช่วงวัย มีลักษณะเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม ความคิด ความรู้สึก เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเป็นที่รักและต้องการของครอบครัวและสังคม ในวัยสูงอายุก็เช่นเดียวกัน ควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต พัฒนาการของการสูงอายุทำให้ระบบร่างกาย ระบบสังคมบกพร่องไป การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุลดสิ่งบกพร่อง ช่วยให้ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมได้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้แบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ คือ

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural Support System) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีค่ามาก เพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญ เป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตอันจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้สูงอายุได้

2. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer Support System) เป็นการสนับสนุนที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการ และสามารถติดต่อชักจูงผู้สูงอายุได้ง่าย เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุซึ่งประสบความสำเร็จ และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆ ในชีวิตอันจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ

3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religious Organizations or Denomination) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอดสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม ฯลฯ

4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health Professional Support System) เป็นแหล่งการสนับสนุนเป็นแห่งแรกที่ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีความสำคัญต่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อน

5. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพ อื่นๆ (Organized Support System not by Health Professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการ อาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self-Help Groups) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิต

จิริยวัตร คมพยัคฆ์ (2531) แบ่งระบบการสนับสนุนทางสังคมเป็น 5 ระบบดังนี้

1) ระบบสนับสนุนทางธรรมชาติ ได้แก่แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว และญาติพี่น้อง 2) ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน เช่น เพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงาน 3) ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ 4) ระบบให้การดูแลจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล 5) ระบบกลุ่มวิชาชีพอื่น เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

แคปแลน และคณะ (Kaplan, et al., 1977) จัดกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (spontaneous or natural

supportive system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ ประเภทบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน และประเภทบุคคลของครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย คนที่ทำงานเดียวกัน 2) องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (supportive organization) หมายถึงกลุ่มบุคคลที่มารวมกันเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม ซึ่งไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ องค์กรทางศาสนา ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยเหลือ การประคับประคองด้านจิตใจ และอารมณ์ 3) กลุ่มช่วยเหลือทางวิชาชีพ (professional health care workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ

เฮาส์ (House, 1981 cited in Tilden, et al., 1987) จัดกลุ่มบุคคลที่เป็นแหล่งสนับสนุนไว้เป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์ คือ 1) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ได้แก่ คู่สมรส เครือญาติ หรือเพื่อนฝูง 2) กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ หมายถึง บุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนมาก เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทีมสุขภาพ เป็นต้น ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุจำเป็นจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมให้ครบทุกด้านนั้น เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็น เพราะการสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากสัมพันธ์ภาพและบทบาทของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง (จรรยาวัตร คมพยัคฆ์, 2531)

การสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ

จากแนวความคิดของ โอเรม (Orem, 1995) ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เนื่องจากสภาพร่างกายเสื่อมลง การสูญเสียคู่สมรส คนใกล้ชิด อำนาจและบทบาทหน้าที่ นอร์เบค และคณะ (Norbeck, et al., 1982) พบว่ากลุ่มสังคมในวัยสูงอายุมีขนาดเล็กกลง จากงานวิจัยของฮับบาร์ด มุชแลงแคมป์ และบราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp, & Brown, 1984) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองจึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อช่วยให้สามารถบรรลุความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นได้นั้นคือ ผู้สูงอายุต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคม จึงกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีส่วนสนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ มักจะมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ และจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพน้อยลง (สรินดา น้อยสุข, 2545)

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายแนวคิด แบบประเมินที่ใช้จึงมีความหลากหลาย ได้แก่

1. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม NSSQ (The norbeck social support questionnaire) ที่สร้างโดยนอร์เบค ลินเซย์ และคาร์เรียรี (Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1981) ซึ่งพัฒนามาจากแนวความคิดของคานท์ (Kahn, 1979) โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับ และเห็นคุณค่า และด้านการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งกันและกัน คำถามทั้งหมดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวน 20 ข้อ

2. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม PRQ85-Part 2 (The Personal Resource Questionnaire part two) ที่สร้างโดยแบรนด์ท์ และไวเนอร์ท (Brandt and Weinert, 1985 cited in Nicholas, et al., 1999) ซึ่งพัฒนามาจากแนวความคิดของไวส์ (Weiss, 1974 cited in Nicholas, et al., 1999) โดยวัดชนิดของการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้านคือ ความใกล้ชิด การมีส่วนร่วมในสังคม พฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบ การได้รับการยอมรับ และการได้รับความช่วยเหลือ คำถามในส่วนนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนให้ค่า 7 ระดับ

3. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ คอบบ์ (Cobb, 1976) ซึ่งสร้างโดยแคปเปลน (Kaplan, 1980) เครื่องมือชุดนี้ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใด และวัดเฉพาะปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้นไม่สามารถวัดเครือข่ายทางสังคมได้ คำถามในส่วนนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนให้เลือก 5 ระดับ (Turner, 1981)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ ของ Kaplan (อ้างถึงใน Turner, 1981) แปลเป็นไทยและปรับเนื้อหาสาระให้เหมาะสมกับประชากรไทย โดยฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) เครื่องมือของ Brandt and Weinert (1981) Norbeck, Linsey, & Carrieri (1981) และของ Cronenwett (1984) (อ้างถึงใน ฉวีวรรณ แก้วพรหม, 2530) สร้างเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเอง

การศึกษากการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุ มีการศึกษาไว้อย่างจำกัด ดังนั้นจึงนำการศึกษาที่ใกล้เคียงมาร่วมพิจารณาด้วย ดังการศึกษาของ

ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร จากการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ พบว่ามีความเชื่อมั่น .92 จากนั้นนำมาใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจะทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น นั่นก็คือการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณรัตน์ กาญจนะ (2545) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R=.56$) เช่นเดียวกับจินตนา ยมกัรตนาภรณ์ (ตุลาคม 2549 - มีนาคม 2550) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม และอัตมโนทัศน์ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค การศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ฮับบาร์ด มุขแลงแคมป์ และบราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp, & Brown, 1984) ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง โดยผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอและเหมาะสมจะมีการดูแลตนเองดีตามไปด้วย สมบัติ ไชยวัฒน์ และคณะ (2542) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่ายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($R = .42$)

จากการทบทวนวรรณกรรมพอสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่กระบวนการสูงอายุ ประกอบกับการมีโรคประจำตัว ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองที่ลดน้อยลงไป ทำให้การสนับสนุนทางสังคมเข้ามามีบทบาทสำคัญต่อผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น