

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัย ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสาร และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอตามลำดับดังนี้

- 2.1 ความสามารถในการดูแลตนเอง
- 2.2 ภาวะสุขภาพ
- 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพ
- 2.4 ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ

2.1 ความสามารถในการดูแลตนเอง

2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง

Joseph (1980) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองนั้นเปรียบเสมือนระบบเปิด (Open system) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทั้งสองอย่าง ย่อมมีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ Joseph ยังได้กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) คล้ายกับ ความสามารถของมนุษย์ (human agency) ซึ่งประกอบด้วยส่วนประกอบ 3 ส่วน คือ ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ คุณสมบัติของความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) มีพื้นฐานมาจากคุณสมบัติของความสามารถของมนุษย์ (human agency) เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อการริเริ่มและกระทำการดูแลตนเองมีพื้นฐานมาจาก ความรู้ เกี่ยวกับความต้องการดูแลตนเอง ทัศนคติ เกี่ยวกับสุขภาพ และทักษะในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง

Hill และ Smith (1985) ให้ความหมายความสามารถในการดูแลตนเองว่าเป็นพฤติกรรมที่บุคคลเต็มใจที่จะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม

หรือรักษาโรค โดยที่มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองซึ่งอาจจะเกิดแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเอง หรืออาจเป็นแรงจูงใจภายนอกบุคคลก็ได้

Orem ได้ให้ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเองว่าเป็นความสามารถที่ซับซ้อนเพื่อนำไปสู่การกระทำการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในกระบวนการของชีวิตเพื่อดำรงไว้ หรือส่งเสริมความสมบูรณ์ในเชิงโครงสร้าง (Structure) และการทำหน้าที่ของบุคคล (Function) เพื่อพัฒนาการและส่งเสริมความผาสุกของบุคคล (Orem, 1995)

แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองได้มีการพัฒนาตั้งแต่ ค.ศ. 1958-1970) โดยในระยะแรกนั้นได้มีการตระหนักว่ามนุษย์มีคุณสมบัติประการหนึ่ง เรียกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งแสดงออกในลักษณะของความสามารถ หรือข้อจำกัดในการดูแลตนเอง

ได้มีการศึกษาและรวบรวมเป็นข้อสันนิษฐาน (Propositions) ไว้ 8 ประการดังนี้ (Orem, 1995)

- 1) ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นสิ่งซับซ้อน ซึ่งมนุษย์จะมีได้ต้องมีคุณสมบัติที่เฉพาะและมีคุณภาพ
- 2) ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นพลังของแต่ละบุคคลในการนำไปสู่การปฏิบัติการดูแลตนเองที่จำเป็น
- 3) ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นผลมาจากการกระทำ (Action) อย่างเป็นระบบในการที่จะควบคุมตนเองหรือสิ่งแวดล้อม
- 4) ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำที่มีไว้เพื่อแสดงความสามารถของแต่ละบุคคล
- 5) ความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถแสดงลักษณะที่เป็นทั้งความสามารถ และข้อจำกัดของแต่ละบุคคล เพื่อการดูแลตนเอง
- 6) เจื่อนไขและปัจจัยต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมของบุคคลมีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง
- 7) การที่บุคคลจะใช้ความสามารถในการดูแลตนเองได้จะต้องใช้เวลา
- 8) ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถในการคาดการณ์และการลงมือปฏิบัติการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง เริ่มมีการพัฒนาตั้งแต่วัยเด็ก ขณะที่เด็กเจริญเติบโต ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เพื่อการกระทำที่สนใจในตัวเอง จะมีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา โดยการเรียนรู้ด้วยตนเอง จากคำแนะนำ และจากประสบการณ์ที่เด็กประสบด้วยตนเอง เด็กเรียนรู้ที่จะกระทำหรือไม่กระทำสิ่งใด เขาพัฒนาพฤติกรรมและตัดสินใจที่จะมีส่วนร่วมในการกระทำการดูแลตนเองในเงื่อนไข และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เช่น เด็กเรียนรู้ที่จะป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุ และการบาดเจ็บ โดยจะเรียนรู้ จากการกระทำด้วยตนเอง หรือจากประสบการณ์ในอดีต จากการสั่งสอน คำแนะนำของบิดามารดา โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อนหลับนอน การอยู่อย่างสันโดษ หรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การเข้าสังคม เป็นต้น ซึ่งผลจากการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ จะนำไปสู่การพัฒนาไปเป็นพลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Power Components of self-care agency) ซึ่งในที่สุดความสามารถในการดูแลตนเองนี้จะมีการพัฒนาต่อไปอีกให้มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Self-care operations) (Orem, 1995)

Smith (1987) ได้วิจารณ์แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองว่ามีลักษณะไม่แตกต่างจากการดูแลตนเอง เนื่องจาก Orem ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นผลของการกระทำที่บุคคลมีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมโดยตรง เพื่อควบคุมการทำหน้าที่และสวัสดิภาพของตนเอง ในขณะที่ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลในการที่จะปฏิบัติหรือกระทำการดูแลตนเอง หรือบุคคลอื่น และบุคคลจะกระทำการดูแลตนเองได้ ย่อมแสดงว่าบุคคลนั้นมีความสามารถในการดูแลตนเอง

2.1.2 โครงสร้างและส่วนประกอบของความสามารถในการดูแลตนเอง

Rauckhorst (1968 อ้างถึงใน Orem, 1979) ได้มีการพัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของมนุษย์ที่แสดงถึงการจงใจกระทำ ซึ่งเชื่อว่าการกระทำของมนุษย์เป็นการสะท้อนถึงองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ด้าน คือ 1) องค์ประกอบด้านจิตใจ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพของคน ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม (บทบาทตามที่สังคมคาดหวัง) และปัจจัยด้านบุคคล (ค่านิยมของบุคคล) 2) องค์ประกอบด้านร่างกาย ประกอบด้วย การทำหน้าที่ของระบบประสาทส่วนที่รับรู้รู้สึก และส่งกระแสประสาท (Sensory and motor neurologic functioning) ต่อมาในปี 1979 Backscheider (อ้างถึงใน Orem, 1979) ได้ออกแบบสำรวจความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคลที่ไม่เฉพาะแต่เป็น

ความสามารถในการดูแลตนเอง แต่รวมถึงการกระทำกิจกรรมอื่น ๆ ด้วย ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ส่วน ได้แก่ 1) ความสามารถในการรู้และการกระทำ เป็นการรู้ถึงผลกระทบ และการใช้เหตุผลในการพิจารณาตัดสินใจที่ถูกต้องในสถานการณ์ต่าง ๆ ของชีวิต 2) คุณสมบัติของการแสวงหาเป้าหมาย ซึ่งแสดงออกโดยการเจตนาของบุคคล การยอมรับว่าตัวเองคือผู้ที่สามารถดูแลตนเอง และ 3) ความสามารถและคุณสมบัติในการเข้าใจสิ่งต่าง ๆ คือ การพิจารณาถึงนิสัย ความสนใจ และการมีเจตนาในการกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งแนวคิดของ Rauckhorst และแนวคิดของ Backscheider เป็นแนวคิดพื้นฐานของโครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง ในเวลาต่อมา

ตามทัศนะของ Orem ความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง พลังความสามารถ 10 ประการ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

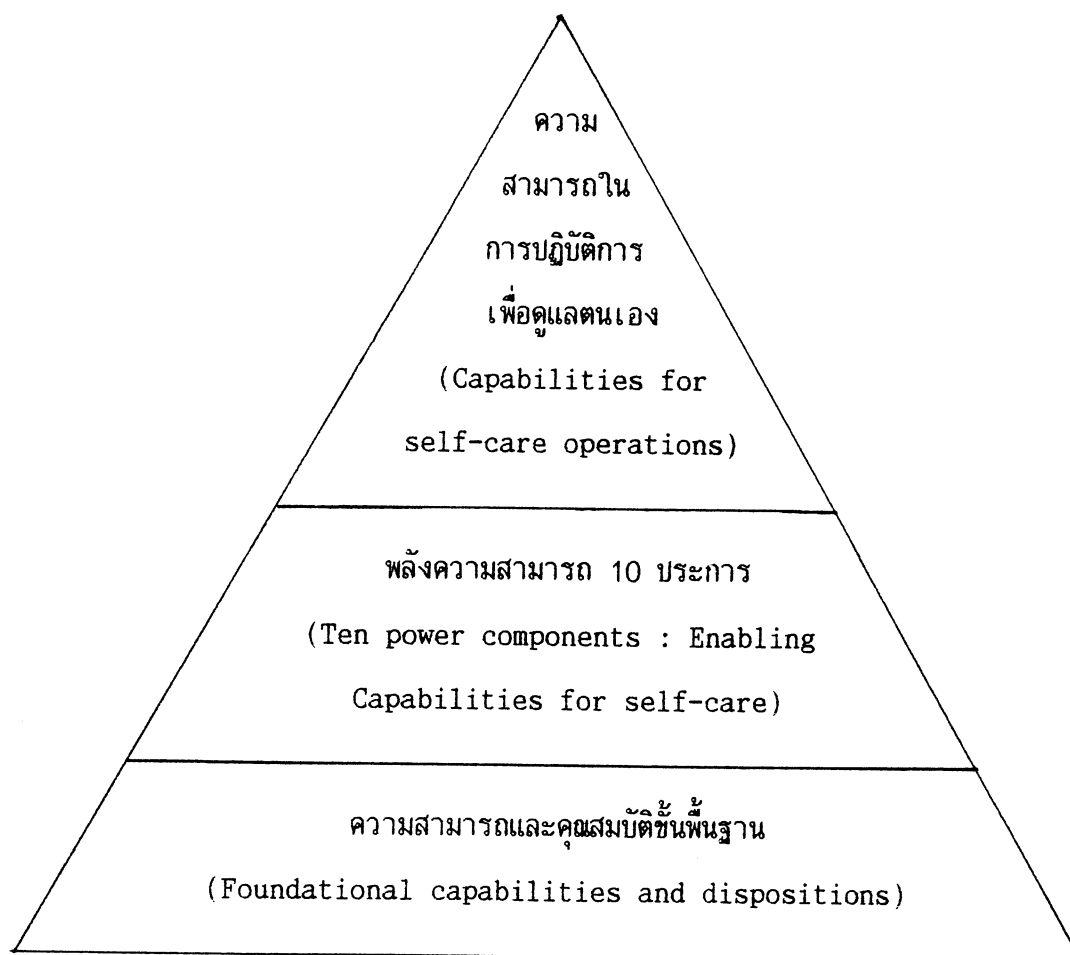
2.1.2.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของบุคคลที่ประกอบด้วย ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) และจะกระทำ (Doing) รวมทั้งคุณสมบัติหรือปัจจัยในตัวบุคคล ที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจ และเห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง เช่น การเห็นคุณค่าในตนเอง ความตั้งใจ การยอมรับตนเอง เป็นต้น

2.1.2.2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components : enabling capabilities for self-care) เป็นพลังหรือความสามารถที่จะช่วยให้มีการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 1) ความสนใจและเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานในร่างกาย 3) ความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย 4) ความสามารถในการใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง 5) แรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง 6) มีทักษะในการตัดสินใจ 7) มีการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและนำความรู้ไปใช้ 8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และ 10) มีความสามารถในการสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

2.1.2.3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง

(Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการคือ 1) การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง 2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควรและจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น 3) การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

Gast และคณะ ได้วิเคราะห์มิติของความสามารถในการดูแลตนเองในลักษณะที่ว่า ความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป ดังแสดงในแผนภาพที่ 2 ซึ่งจะเห็นว่า ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน จะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการ จะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Gast et al., 1989 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)



แผนภาพที่ 2 โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง

2.1.3 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ตามแนวคิดของ Orem นั้นประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ คือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตั้งใจโดยทั่วไป 2) พลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้บุคคลกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองโดยเฉพาะ และ 3) ความสามารถในการรู้คิด ตัดสินใจและลงมือปฏิบัติเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจึงวัดความสามารถในการดูแลตนเองในระดับต่าง ๆ กัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) สามารถจัดกลุ่มได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่วัดความสามารถในเชิงปฏิบัติการ นักวิจัยกลุ่มนี้มีความเชื่อว่า การวัดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง เป็นการทำนายการกระทำ การดูแลตนเองที่ใกล้เคียงที่สุด และยังสะท้อนให้เห็นถึงพลังความสามารถ รวมทั้งความสามารถ และคุณสมบัติพื้นฐาน ได้แก่ แบบวัดของ Kearney และ Fleischer (1979) Riesck และ Hauch (1988) ได้นำเครื่องมือวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The exercise of self-care agency) ของ Kearney และ Fleischer มาใช้แล้วพบว่า เมื่อวิเคราะห์เครื่องมือในด้านต่าง ๆ แล้ว ไม่ตรงกับที่ Kearney และ Fleischer สรุปไว้ และมี 7 ข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง จึงได้รับการวิจารณ์ว่า เป็นเครื่องมือที่ไม่ชัดเจน และครอบคลุมที่จะนำมาทดสอบทฤษฎี (Hanson and Bickel, 1985 ; Riesck and Hauch, 1988 ; Isenberg, 1987 อ้างถึงใน Gast et al., 1989) ส่วน Neves (1980) ได้พัฒนาเครื่องมือ 2 ชุด เพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเอง คือ The Health related Cognitive Structure (HrCS) และ The Health Self-care (HSC) แต่ยังไม่มียางานเกี่ยวกับการวิเคราะห์องค์ประกอบ ต่อมา Evers และ คณะ (1985) ได้สร้างเครื่องมือ ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-care Agency Scale : Form A) เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลทั่วไป ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย

การวัดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง และการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองนี้ ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์โดยนักวิจัยต่าง ๆ ว่า มิได้แตกต่างไปจากการวัดพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เพียงแต่ข้อคำถามมีลักษณะเป็นนามธรรมที่รวมกิจกรรมย่อยหลายอย่างเข้าด้วยกัน จึงน่าจะเรียกว่าเป็นการวัดการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Self-care behaviors) มากกว่า เพื่อแยกระหว่างความสามารถกับการปฏิบัติออกจากกัน ให้ชัดเจน อย่างไรก็ตามบุคคลที่ปฏิบัติการดูแลตนเองได้ดี ย่อมมีความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถย่อมเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่วัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ Denyes (1980) Hanson และ Bickel (1985) (Gast et al., 1989) โดย Denyes (1980) ได้สร้างเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่น จากการสังเคราะห์เอาความรู้ในเรื่องพัฒนาการของเด็กวัยรุ่น จำนวน 161 คน เครื่องมือของ Denyes เป็นที่ยอมรับ และใช้กันแพร่หลายในการวัดความสามารถในการดูแลตนเองโดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นที่มี

ภาวะสุขภาพปกติ ต่อมา Filday (1986 อ้างถึงใน Hass, 1990) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองของ Denyes (Denes Self-care Agency Instrument) โดยเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายของการดูแลตนเองเป็นการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (The Denyes/Filday Dependent-care Agency Instrument) ใช้วัดพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่ง Filday ได้ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) ของเครื่องมือนี้ โดยหาความสัมพันธ์ของความสามารถในการดูแลเด็กกับทักษะการแก้ปัญหาในผู้ปกครองของเด็กทารกที่จำหน่ายจากหน่วยบำบัดพิเศษ ซึ่งไม่เป็นไปตามทฤษฎีที่คาดไว้ ส่วนเครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The perception of self-care agency questionnaire) ของ Hanson และ Bickel (1985) ใช้วัดพลังความสามารถ 10 ประการ ตามทฤษฎีการพยาบาลของ Orem ทำการศึกษาในกลุ่มคนที่มีอายุ 21 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะสุขภาพปกติ จากการหาความตรงเชิงโครงสร้าง พบว่า เครื่องมือชุดนี้ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ 1) องค์ประกอบด้านสติปัญญา (Cognitive) ได้แก่ การตัดสินใจ ความมีเหตุผล การแสวงหาความรู้ 2) ความสามารถในการเคลื่อนไหว 3) แรงจูงใจ 4) การมีทักษะต่าง ๆ 5) การมีข้อจำกัดด้านสติปัญญา

Geden และ Taylor (1989) ได้พิจารณาว่าองค์ประกอบที่ 5 เป็นองค์ประกอบที่มีความหมายตรงข้ามกับองค์ประกอบที่ 1 เนื่องจากข้อคำถาม ความสามารถในการดูแลตนเองมีความหมายไปในทางลบ วิจารณ์ว่าเป็นการวัดที่ไม่ตรงกับแนวคิดของการวัดความสามารถของบุคคล จึงได้ปรับปรุงเครื่องมือโดยให้ผู้ตอบแสดงถึงการรับรู้ความสามารถที่จะดูแลตนเองในแบบสำรวจตนเอง ในฐานะผู้ดูแลตนเองและให้ชื่อว่า "Self-As-Carer Inventory" (SCI) ซึ่ง Geden และ Taylor ได้ปรับปรุงมาจากเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (The exercise of self-care agency) ของ Kearney และ Fleischer (1979) และเครื่องมือวัดการรับรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง (The perception of self-care agency questionnaire) ของ Hanson และ Bickel (1985) โดยปรับเปลี่ยนข้อความที่อยู่ในรูปของผู้ถูกกระทำเป็นผู้กระทำเอง เพื่อให้ตรงกับกรอบทฤษฎีที่ว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างมีจุดมุ่งหมาย หรือเป็นผลจากการแสวงหากิจกรรมเพื่อดูแลตนเอง (Orem, 1985)

ปัจจุบันแนวทางในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองตามกรอบทฤษฎีของ Orem ยังไม่สามารถสะท้อนให้เห็นความสามารถในการดูแลตนเองได้ชัดเจน แต่อย่างไร

ก็ตาม Geden และ Taylor (1989) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองคือ ผู้ตอบแสดงการรับรู้ความสามารถที่จะดูแลตนเองออกมาในรูปของความสามารถปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ถึงแม้ว่าจากการวิเคราะห์ห่อองค์ประกอบจะครอบคลุมพลังความสามารถในการดูแลตนเองเพียง 4 องค์ประกอบ แต่เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญมากตามแนวคิดของ Orem และอาจเป็นแนวทางในการปรับปรุงพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ ที่ Orem เสนอไว้ให้เป็นหมวดหมู่ได้ดียิ่งขึ้น(สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ผู้ศึกษาจึงเลือกเครื่องมือ Self-As-Carer Inventory (SCI) ของ Geden และ Taylor ซึ่งน่าจะเป็นเครื่องมือที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีที่สุดในขณะนี้ และสมควรได้รับการพัฒนาต่อไป

2.2 ภาวะสุขภาพ

2.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

สุขภาพ (Health) เพิ่งปรากฏในวรรณกรรมต่าง ๆ ในปี ค.ศ. 1000 มาจากคำภาษาอังกฤษว่า Health หมายถึง ความปลอดภัยหรือความสมบูรณ์ของร่างกาย (Pender, 1982) องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของสุขภาพว่า หมายถึง "ภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่เพียงแต่ไม่ปรากฏอาการของโรคหรือความพิการเท่านั้น" ใน ปี ค.ศ. 1953 คณะกรรมการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของประธานาธิบดีแห่งสหรัฐอเมริกา ได้ศึกษาเกี่ยวกับคำว่า สุขภาพ และได้ให้คำจำกัดความซึ่งแตกต่างไปจากคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกว่า สุขภาพมิได้เป็นสภาวะแต่เป็นการปรับตัว และมีได้เป็นภาวะการที่หยุดนิ่ง แต่เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ กระบวนการนี้ช่วยให้บุคคลปรับตัวได้ทั้งทางด้านชีวภาพ ด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม (ทัศน บัญทอง, 2533) จะเห็นได้ว่า แนวคิดของสุขภาพนั้นยังไม่ชัดเจน เนื่องจากการนิยามสุขภาพตามแนวคิดเชิงวัฒนธรรมและแนวความคิดของแต่ละบุคคล บางสังคมได้ให้คำจำกัดความของคำว่า "สุขภาพ" คือ การไม่มีโรค ในขณะที่บางสังคมให้คำจำกัดความของสุขภาพ รวมไปถึงการวัดปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจด้วย (Keller, 1981)

Smith ได้จำลองแนวคิดของสุขภาพไว้ 4 แนวคิดและต่อมา Wood ได้อธิบายเพิ่มเติมโดยพิจารณาถึงผลลัพธ์ (Outcome) ที่จะเป็นตัวชี้ภาวะสุขภาพในแต่ละแบบจำลอง ตามแนวคิดของ Smith ดังมีรายละเอียดดังนี้ (Smith, 1981 ; Wood, 1989 อ้างถึงใน อัมพร เจริญชัย, 2534)

1) แนวคิดที่มองสุขภาพเป็นภาวะที่ไม่มีพยาธิสภาพของโรคปรากฏ

(Clinical model) แนวคิดนี้ให้ความหมายของสุขภาพ (Health extreme) ว่าเป็นภาวะที่บุคคลปราศจากความผิดปกติ หรือไม่มีอาการและอาการแสดงของโรค หรือไม่มีพยาธิสภาพใด ๆ ของโรคปรากฏอยู่ โดยอาศัยหลักการการวินิจฉัยทางการแพทย์ และให้ความหมายของความเจ็บป่วย (Illness extreme) ว่าเป็นภาวะที่บุคคลมีอาการและอาการแสดงของโรค หรือมีพยาธิสภาพของโรคเกิดขึ้น

แนวคิดนี้เป็นการมองสุขภาพที่ค่อนข้างแคบ จำกัดอยู่เฉพาะการไม่มีโรคเท่านั้น ดังนั้นจึงมองถึงผลที่จะเกิดขึ้น (Outcomes) โดยการพิจารณาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ (Morbidity) การตายจากโรคต่าง ๆ (Mortality) การใช้บริการทางการแพทย์ (Use of health services) ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล (Cost of health care)

2) แนวคิดที่มองสุขภาพในเชิงของการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง

(Role performance model) เป็นการมองสุขภาพที่กว้างกว่าแนวคิดแรก โดยแนวคิดนี้มองว่าสุขภาพ (Health extreme) หมายถึงภาวะที่บุคคลสามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองได้ตามปกติ หรือตามที่สังคมคาดหวังหรือกำหนด เช่น สามารถจะทำกิจกรรมประจำวันของตนเองได้ แนวคิดนี้ให้ความหมายของความเจ็บป่วย (Illness extreme) ว่าเป็นภาวะที่บุคคลไม่สามารถจะปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเองหรือตามที่สังคมกำหนดได้ เช่น ไม่สามารถจะทำกิจกรรมประจำวันได้ ไม่สามารถไปทำงานได้ตามปกติ

แนวคิดนี้จึงมองถึงผลที่จะเกิดขึ้นโดยการพิจารณาจากความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ในกิจวัตรประจำวัน จากการที่บุคคลไม่ต้องพึ่งพาหรือไม่ต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

3. แนวคิดที่มองสุขภาพในเชิงของการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม

(Adaptation model) แนวคิดนี้ให้ความหมายของสุขภาพ (Health extreme) ว่าเป็นภาวะที่บุคคลสามารถปรับตัว หรือสามารถเผชิญกับภาวะเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมหรือมีปฏิสัมพันธ์ กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้สำเร็จ จนอยู่ในภาวะสมดุลได้ และให้ความหมายของความเจ็บป่วย (Illness extreme) ว่าเป็นภาวะที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และไม่สามารถต่อสู้กับความเครียดที่เกิดขึ้น เกิดความล้มเหลวในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม

แนวคิดนี้จึงมองถึงผลที่จะเกิดขึ้น โดยการพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล (Behavioral change) ความสามารถในการตนเอง (Self efficacy) ภาวะเครียดที่เกิดขึ้น (Stress related symptoms)

4. แนวคิดที่มองสุขภาพในเชิงของศักยภาพสูงสุดของบุคคลในความสำเร็จในการดำรงชีวิต (Eudaimonistic model) แนวคิดนี้มองว่าสุขภาพ (Health extreme) เป็นภาวะที่บุคคลมีความประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง ความตระหนักในศักยภาพสูงสุดของตนเองและความสำเร็จสูงสุดในการดำรงชีวิต เข้าใจตนเองอย่างแท้จริง มีการพัฒนาตนเองตามศักยภาพ หรือขีดความสามารถของบุคคล มีความสุขและความเป็นอยู่ดี มีความพอใจขั้นสูงสุดของชีวิต แนวคิดนี้มองความเจ็บป่วย (Illness extreme) ว่าเป็นภาวะที่บุคคลมีอุปสรรคขัดขวางต่อการที่จะเกิดศักยภาพสูงสุดในการดำเนินชีวิต

แนวคิดนี้จึงมองถึงผลที่จะเกิดขึ้น โดยพิจารณาจากความเป็นปกติสุข เป็นอยู่ดี (Well-being) ความผสมกลมกลืนเป็นอันหนึ่งอันเดียวเกิดดุลยภาพ (Harmony) ความสมบูรณ์แข็งแรง (Fitness) ความสงบสุข (Peace)

Orem (1991) ให้ความหมาย สุขภาพว่าเป็นภาวะที่มีลักษณะเป็นหนึ่งเดียว หรือความสมบูรณ์ทั้งโครงสร้างและหน้าที่ คนที่มีสุขภาพดี คือคนที่มีทั้งโครงสร้างที่สมบูรณ์ ไม่มีอาการของการเป็นโรค สามารถทำหน้าที่ของตนได้และดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมได้ตามศักยภาพของตน สุขภาพตามทัศนะของ Orem ประกอบด้วย สุขภาพด้านกายภาพ จิตใจ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านสังคม แต่ละด้านรวมเป็นหนึ่งเดียว แยกจากกันไม่ได้ นอกจากนี้ Orem ยังกล่าวว่าโดยปกติแต่ละบุคคลจะประเมินความเป็นหนึ่งเดียวและความสมบูรณ์ (Integrity and whole) ของโครงสร้างและหน้าที่อย่างน้อยวันละครั้ง เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพในส่วนของความสมบูรณ์เชิงโครงสร้างด้านร่างกาย พบว่า มีมิติการวัดต่าง ๆ กันมากมาย ผู้วิจัยขอสรุปออกเป็น 2 แบบใหญ่ๆ คือ การวัดแบบวัตถุวิสัย (Objective) และการวัดแบบอัตวิสัย (Subjective) การวัดแบบวัตถุวิสัยเป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง และป่วยร้ายแรง ความไม่สามารถช่วยตนเองได้ หรือไร้สมรรถภาพ (Impairment) และการมีข้อจำกัดในการปฏิบัติงาน (Functional limitation) เช่น ใช้รายการ (Listing) ที่แสดงอาการหรือการเจ็บป่วย จำนวนวันที่ไม่สามารถปฏิบัติงาน จำนวนครั้งที่พบแพทย์ และวัดจากความสามารถใน

การจัดการกับตัวเอง (Self-maintenance) การวัดแบบอัตวิสัยเป็นการวัดโดยใช้ความรู้สึก
ทัศนคติ และความพึงพอใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้ตอบ ซึ่งเป็นการประเมินโดยตนเอง
(Self-rating) (Liang, 1986; Whitelaw and Liang, 1991; Fillenbaum,
1984; Grandall, 1991; Belloc et al., 1971 อ้างถึงใน Berkman, 1971;
Linn and Linn, 1980; บรรลุ ศรีพานิช, 2531; พนิษฐา พานิชชีวะกุล, 2537)

สำหรับความสมบูรณ์เชิงโครงสร้างด้านจิตใจ และอารมณ์ จากการทบทวน
วรรณกรรม สรุปได้ว่าการวัดแบ่งออกเป็น 3 มิติ คือ วัดความรู้สึกเชิงบวก (positive
well-being) ได้แก่ การมีความสุข ความพึงพอใจ วัดความรู้สึกเชิงลบ (negative well-
being) ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเหงา ความซึมเศร้า และวัดจากอาการสมองเสื่อม
(Dementia) (Brook et al., 1979 อ้างถึงใน Liang, 1986 ; Whitelaw and
Liang, 1991 ; Berkman, 1971 ; บรรลุ ศรีพานิช และคณะ, 2531 ; บุญมี วัฒนานนท์
และคณะ, 2532 ; พนิษฐา พานิชชีวะกุล, 2537)

Orem กล่าวว่าสุขภาพด้านจิตใจไม่มีโครงสร้างที่แน่นอนเหมือนกับด้านร่างกาย
และทั้งนี้ความผิดปกติทางร่างกายที่เกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจอย่างแยกกันไม่ได้
(Orem, 1991) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงรวมการประเมินความสมบูรณ์เชิงโครงสร้างทั้งด้าน
ร่างกายและจิตใจเข้าด้วยกัน โดยประเมินจากภาวะสุขภาพในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาพิจารณา
จากการปราศจากความพิการ และการรบกวนจากอาการแสดงต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและ
จิตใจ ดังรายละเอียดในหัวข้อ 2.2.2.1

ความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ออก
เป็น 2 ด้าน คือ ความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย และความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ด้าน
สังคม

ความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย (Physical health) มีการใช้คำ
ต่างๆ กัน เช่น การเคลื่อนไหว (mobility) การจัดการกับตัวเอง (self-maintenance)
การปฏิบัติตามบทบาท (role performance) การเสื่อมสมรรถภาพ (disability)
(Liang, 1986) Brook et al., (1979) ได้ให้คำจำกัดความเชิงปฏิบัติการของการทำ
หน้าที่ด้านร่างกายว่า หมายถึงการกระทำหรือความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคล
กระทำตามปกติในขณะสุขภาพดี นักวิจัยหลายท่านได้ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่จาก
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) การจัดการเกี่ยวกับ

ตัวเอง (self-maintenance) อีกนัยหนึ่งมีการประเมินการรับรู้ความสามารถด้านร่างกาย (percieved physical capability) ในการทำกิจกรรมตามบทบาทที่สังคมคาดหวัง (Katz, 1963 ; Reynolds et al., 1974 ; Lawton & Brody, 1969) ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยประเมินความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ด้านร่างกายจากความสามารถทางกายภาพ (Physical Activities of Daily Living, PADL) และความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) ดังรายละเอียดในหัวข้อ 2.2.2.2

ความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ด้านสังคม หมายถึง บทบาทของบุคคลในสังคม (Parson, 1951 อ้างถึงใน Liang, 1986) เป็นภาวะที่บุคคลมีความสามารถสูงสุดในการทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่สังคมคาดหวัง ดังนั้นสุขภาพด้านสังคม คือ ความสามารถตามบรรทัดฐานของสังคม และความเหมาะสมในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม Brook และคณะ (1979) ได้สรุปว่า จากวรรณกรรมต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพทางด้านสังคม ตามคำจำกัดความเชิงปฏิบัติการ คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Personal Interaction) และการมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม (Social participation) รวมความหมายทั้งในด้านวัตถุวิสัย (จำนวนเพื่อน และสมาชิก) และด้านจิตวิสัย (เช่น ความถี่ในการไปมาหาสู่กัน) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประเมินความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้สูงอายุ 2 ด้าน คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

2.2.2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.2.2.1 ความสมบูรณ์เชิงโครงสร้างของผู้สูงอายุ

Liang (1986) ได้เสนอการประเมินสุขภาพกายว่า สามารถประเมินได้จากการเจ็บป่วยเรื้อรัง จำนวนวันที่ต้องนอนพักบนเตียงในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ความสามารถในการจัดการกับตัวเอง (Self-maintenance) ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน (IADL) และการประเมินสุขภาพด้วยตัวเอง ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วจะพบว่า Liang ได้ประเมินทั้งความสมบูรณ์เชิงโครงสร้างของร่างกาย และการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

Whitelaw และ Liang (1991) ได้เสนอการประเมินภาวะสุขภาพกาย 3 มิติ คือ การเจ็บป่วยเรื้อรัง ข้อจำกัดในการทำหน้าที่และการประเมินสุขภาพด้วยตัวเอง Fillenbaum (1984) ได้เสนอการประเมินสุขภาพกาย จากสภาวะทางกายภาพ (physical



condition) อาการความเจ็บป่วย การออกกำลังกาย รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเอง

Crandall (1991) ได้สรุปการวัดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ในช่วงปี ค.ศ. 1961-1981 ประกอบด้วย 7 รายการ ดังนี้ 1) จำนวนวันที่จำกัดการทำกิจกรรม 2) จำนวนวันที่ต้องการนอนพักบนเตียง 3) การบาดเจ็บ 4) อาการเจ็บป่วยในช่วง 6 เดือน 5) ความเสื่อมของสายตา 6) สายตาผิดปกติอย่างรุนแรง 7) หูตึง ส่วน Belloc และคณะ (1971 อ้างถึงใน Berkman, 1971) ได้พิจารณาแบ่งสภาพสุขภาพกายของผู้ตอบออกเป็น 7 ระดับ ตามความรุนแรง คือ ระดับที่ 7 เป็นผู้ที่ไร้สมรรถภาพอย่างรุนแรง (Severe disability) คือผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในเรื่องเกี่ยวกับชีวิตประจำวัน เนื่องจากความเจ็บป่วย หรือมีบาดเจ็บบางอย่างเกิดขึ้น เป็นระยะเวลาสั้น อย่างน้อย 6 เดือน ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ระดับที่ 1 เป็นผู้ที่สุขภาพกายไม่มีปัญหาเลย และมีพลังงานจัดอยู่ในระดับสูง (Without compliant : high energy level) Linn และ Linn (1980) ประเมินภาวะสุขภาพ ด้านจิตวิสัย ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบ 7 อย่างคือ 1) การเสื่อมสมรรถภาพ (impairment and disability) 2) จำนวนครั้งที่พบแพทย์ 3) จำนวนวันที่นอนบนเตียง 4) จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล ใน 6 เดือนที่ผ่านมา 5) การวินิจฉัยโรค 6) การใช้ยา และ 7) การผ่าตัด

จากแนวคิดของ Crandall (1991) ; Belloc และคณะ (1971 อ้างถึงใน Berkman, 1971) และของ Linn และ Linn (1980) ดังที่กล่าวแล้วข้างต้น จะพบว่า เป็นการประเมินภาวะสุขภาพด้านจิตวิสัยแต่เพียงอย่างเดียว ซึ่ง Ware และคณะ (1981) ได้เสนอแนวคิดว่าการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุ ควรประเมินทั้งด้านจิตวิสัยและจิตวิสัย

บรรลุ ศรีพานิช (2531) ได้แบ่งการวัดความสมบูรณ์ทางกายออกเป็น 2 ส่วน คือวัดเชิงจิตวิสัยและวัดเชิงจิตวิสัย ใช้วิธีวัดตามที่นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ได้เสนอไว้ มีวิธีวัด 9 วิธี ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที ได้แก่ 1) การบันทึกประวัติส่วนตัวเกี่ยวกับการออกกำลังกาย 2) การทดสอบเกี่ยวกับความอ่อน 3) การวัดความดันเลือด 4) การวัดกำลัง 5) การวัดความอดทน 6) การวัดความไว 7) การวัดความอ่อนของกระดูกสันหลัง 8) การวัดสภาพข้อเข่า 9) วัดด้านจิตวิสัย โดยวัดความรู้สึก และทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย โดยผู้ตอบประเมินเอง (Self-rating) ส่วนความสมบูรณ์ทางจิตใจ วัดอาการสมองเสื่อม (Dementia) และภาวะซึมเศร้า (Depression) ผู้วิจัยมีความเห็นว่า เป็นการวัดที่ครอบคลุมแต่ทำได้ยากต้องใช้เครื่องมือหลายชนิด ซึ่งอาจเหมาะสำหรับการศึกษาในคลินิกมากกว่า

พนัษฐา พานิชชีวะกุล (2537) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วัดสุขภาพกายของผู้สูงอายุ ในชนบทด้วยอาการที่เกิดขึ้นในรอบ 1 เดือน โรคเรื้อรัง และอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และความพึงพอใจในสุขภาพกาย

สำหรับด้านจิตใจและอารมณ์ Brook และคณะ (1979 อ้างถึงใน Liang, 1986) ให้คำจำกัดความสุขภาพด้านจิตใจ คือ การมีความสุข หรือความพึงพอใจ และการปราศจากอาการผิดปกติด้านอารมณ์ (affective disorder) และความวิตกกังวล Whitelaw และ Liang (1991) กล่าวถึงสุขภาพด้านจิตใจว่าประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การประเมินด้วยตนเอง 2) ความซึมเศร้า 3) ความวิตกกังวล 4) ความรู้สึกทางบวก (positive well-being) ส่วน Berkman (1971) วัดสุขภาพด้านจิตใจ ด้วย 8 ข้อคำถาม คือความรู้สึกด้านลบ 5 ข้อ และความรู้สึกด้านบวก 3 ข้อ

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531) ศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทย ที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง ได้วัดความสมบูรณ์ทางจิตใจ ด้วยภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม และจากการศึกษาของบุญมี วัฒนานนท์ และคณะ (2532) ได้แบ่งองค์ประกอบของสุขภาพจิตคนชราใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเหงา ความวิตกกังวล และความพึงพอใจในการมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน

ผู้วิจัยได้ประเมินความสมบูรณ์เชิงโครงสร้าง โดยประเมินภาวะสุขภาพในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยพิจารณาจากการปราศจากความพิการ และการรบกวนจากอาการแสดงต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ อาการทั่ว ๆ ไป อาการทางระบบหายใจ อาการทางผิวหนัง อาการทางระบบทางเดินอาหาร อาการทางระบบอวัยวะสืบพันธุ์ อาการทางระบบทางเดินปัสสาวะ อาการทางระบบกล้ามเนื้อ ข้อ กระดูก และอาการทางอารมณ์ และจิตใจที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ อารมณ์โกรธ ความวิตกกังวล และความซึมเศร้า ซึ่งคาดว่าจะสอดคล้องกับคำจำกัดความของสุขภาพ ในส่วนของความสมบูรณ์เชิงโครงสร้างของ Orem (1991)

2.2.2.2 ความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่

1. ความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย

การประเมินความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย ที่นิยม

ใช้กันมากวิธีหนึ่ง คือ การประเมินจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีจะเป็นเครื่องชี้วัดเบื้องต้นของภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจในชีวิต และโครงสร้างที่สมบูรณ์ของร่างกาย เพราะตราบไคที่ผู้สูงอายุยังคงสามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เขารู้สึกว่าเขาดีมีความสุขดี แม้ว่าจะกำลังเจ็บป่วยอยู่ก็ตาม (Travelbee, 1971) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) จึงถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย ทั้งผู้ปฏิบัติและผู้รับบริการ เพราะเป็นสิ่งที่เกี่ยวกับ ปัญหาของผู้ป่วย การตระหนักถึงปัญหา (concern) ของผู้รับบริการเกี่ยวกับปัญหาของเขา ที่แสดงออกในส่วนของความยากลำบากในการทำหน้าที่ที่เขาไม่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ที่เขาเคยทำได้ (liang, 1986)

Katz และคณะ (1963) ได้พัฒนาแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Index of Activities of Daily Living) เพื่อใช้ในการศึกษา ผลการรักษา และการประเมินความก้าวหน้า (prognosis) ของผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การอาบน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้า การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนย้าย จากเตียงไปยังเก้าอี้ การขับถ่าย และการรับประทานอาหาร

Lawton และ Brody (1969) แบ่งการประเมินกิจกรรมเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ การจัดการกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับตัวเอง (Physical self-maintenance) ได้แก่ การเข้าห้องน้ำ การรับประทานอาหาร การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing) การแต่งตัว (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด/Grooming) การเคลื่อนย้าย การอาบน้ำ และประเมินจากความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน (Instrumental self-maintenance) ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ การไปจ่ายตลาด การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การซักผ้า และ การเดินทาง

Caffrey (1991) ได้สำรวจกิจกรรมประจำวันในผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า กิจกรรมการเคลื่อนย้าย ได้แก่ การเดินไปถวายอาหารพระที่วัด หรือไปปฏิบัติธรรมในวันพระ และช่วงเข้าพรรษา การเดินไปซื้อของ การจัดการงานบ้าน ได้แก่ การเลี้ยงหลาน การเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การซักเสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การกางมุ้ง และเก็บมุ้งนอน การขึ้นบันได การเข้าห้องส้วม การอาบน้ำ การแต่งกาย

พนิชฐา พานิชชาวีระกุล (2537) ได้พัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แบ่งการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายออกเป็น 2 ด้านคือ 1) ความสามารถทางกายภาพ (Physical Activities

of Daily Living, PADL) ประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ การอาบน้ำ การขับถ่ายอุจจาระ บั้วส้ววะ การแต่งกาย การเปลี่ยนอิริยาบถ การรับประทานอาหาร การขึ้นลงบันไดบ้าน การก้ม ย่อตัวลงเก็บของ 2) ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน(Instrumental Activities of Daily Living, IADL) ประกอบด้วย 7 กิจกรรมคือ การไปซื้อของที่ร้านค้าในหมู่บ้าน การทำอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การกางมุ้ง-เก็บมุ้งนอน การเก็บเงิน การจ่ายเงิน ด้วยตนเอง การปลูกผักสวนครัว หรือการไปเก็บผักตามป่าละเมาะใกล้หมู่บ้าน การเดินระยะ ใกล้บ้าน เช่น การเดินไปใส่บาตร เดินไปเยี่ยมเพื่อนบ้าน

ผู้วิจัยพิจารณาแล้วเห็นว่า แบบประเมินความสามารถในการทำ หน้าที่ด้านร่างกายของ พนิษฐา พานิชชีวะกุล (2537) เป็นแบบประเมินที่ไม่ซับซ้อน ง่ายต่อ การสัมภาษณ์ สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยจึงเลือกมา ใช้ในการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างใน การศึกษาครั้งนี้

2. ความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ด้านสังคม

Renne (1974) ศึกษาการวัดสุขภาพทางด้านสังคมในกลุ่ม ประชาชนทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6,928 คน โดยมีแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพทางสังคม ว่า คือ การทำหน้าที่ของสมาชิกในชุมชนตามความคาดหวังทางวัฒนธรรม หรือบรรทัดฐานของ สังคมนั้น ๆ โดยมีองค์ประกอบ 4 อย่างคือ 1) สถานภาพการทำงาน 2) ความพึงพอใจใน สถานภาพสมรส 3) จำนวนเพื่อน,ญาติ ที่สนิทสนม 4) การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ได้แก่ การเข้าร่วมพิธีทางศาสนา กิจกรรมทางการเมือง และการเป็นสมาชิกองค์การต่าง ๆ ในชุมชน โดย Renne เชื่อว่าผู้ที่มีการทำงานที่มั่นคง พึงพอใจในสถานภาพสมรส และเข้าร่วมกิจกรรมกับ ผู้อื่นในสังคม จะมีสุขภาพทางสังคมดี และน่าจะมีความสุขทางร่างกายและจิตใจ มากกว่าคน ที่ไม่พึงพอใจเกี่ยวกับสถานภาพสมรส แยกตัวออกจากสังคม และ/หรือคนว่างงาน จากการศึกษา พบว่า เป็นไปตามสมมติฐาน

Reuben และคณะ (1990) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการ ปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันขั้นสูง (Advanced Activity of Daily Living, AADL) ที่ใช้แทนการทำหน้าที่ด้านร่างกาย และด้านสังคม เขาเชื่อว่าจะเป็นการวัดสุขภาพที่ตอบสนองต่อ การเสื่อมในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุได้ดีกว่าการวัดด้วยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) และการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน (IADL) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 อย่างคือ 1) การ ทำงานบ้าน 2) การเดินทาง 3) งานอดิเรก 4) การมีส่วนร่วมในสังคม และ 5) การเข้า

ร่วมกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งทั้งนี้กิจกรรมต่างๆ ที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันขั้นสูง (AADL) แตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า การประเมินการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันขั้นสูง (AADL) ตามแนวคิดของ Reuben มีความซ้ำซ้อนกับการทำหน้าที่ด้านร่างกาย เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งการทำหน้าที่ด้านร่างกาย และการทำหน้าที่ด้านสังคมออกจากกันอย่างชัดเจน

Whitelaw และ Liang (1991) ให้ข้อเสนอเกี่ยวกับสุขภาพด้านสังคมว่า ประกอบด้วย 1) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ และ 3) การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ

Conner และคณะ (1979) ได้สรุปเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social Interaction) จากการศึกษาต่าง ๆ ว่าแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นใหญ่ๆ คือ 1) ความถี่ในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ 2) ขอบเขตของสมาชิกในเครือข่ายสังคม ประกอบด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คู่สามี-ภรรยา ลูก-หลาน)ญาติ เพื่อนและเพื่อนบ้าน และคนที่ไว้ใจหรือเพื่อนที่ใกล้ชิดสนิทสนม ซึ่ง Blowling และ Browne (1991) ประเมินเครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุจาก 1) ขนาดของเครือข่าย ดูจากจำนวนคนที่มาติดต่อกัน 1 เดือนที่ผ่านมา 2) จำนวนผู้ที่สนิทสนม ดูจากจำนวนคนที่ผู้สูงอายุให้ความไว้วางใจ รู้สึกว่าจะช่วยเหลือได้เมื่อผู้สูงอายุต้องการ 3) จำนวนญาติที่อยู่ในเครือข่าย 4) ความหนาแน่นของเครือข่าย และ 5) จำนวนและชนิดของผู้ให้ความช่วยเหลือ ประเมินจากทุกคนในเครือข่าย ที่ให้ความช่วยเหลือ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า ทั้งข้อสรุปของ Conner และ Blowling และ Browne ประเมินการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่เน้นด้านปริมาณมากเกินไป ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพราะการประเมินความผูกพันทางสังคมของผู้สูงอายุนั้น ไม่ควรดูจาก "จำนวนเท่าไร" และ "บ่อยครั้งแค่ไหน" เท่านั้น แต่น่าจะได้ประเมินความสัมพันธ์กับสังคมและกระบวนการปฏิสัมพันธ์กันอย่างไรด้วย (Conner et al., 1979) เช่นเดียวกับ Larson (1978) ที่กล่าวว่า ความสัมพันธ์ที่มีค่าต่อผู้สูงอายุ คือ ความสัมพันธ์ที่ตั้งอยู่บนรากฐานของมิตรจิตมิตรภาพ ความจริงใจ ความเกื้อกูล (Qualitative Social Relationships) นอกจากนี้ Bengston (1971) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ที่มีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ คือความสัมพันธ์ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของ 1) ความรู้สึกรักใคร่ผูกพัน 2) การไปมาหาสู่กัน 3) ความพออกพอใจต่อกันและกัน 4) ความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม 5) การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 6) การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน 7) ความรับผิดชอบต่อกันและกัน 8) การสื่อสารกันได้เข้าใจ 9) ความรู้สึกร่วมสุขร่วมทุกข์ 10) การมีอะไรคล้ายคลึงกัน Bienstock ทำการวิจัยเกี่ยวกับชีวิตทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า ลักษณะความสัมพันธ์

ทางสังคมที่มีค่าต่อผู้สูงอายุ คือ 1) ความรู้สึกสนิทสนม 2) ถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน 3) การเปิดเผยต่อกันและกัน และ 4) การยกย่องซึ่งกันและกัน (Bienstock, 1979 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, ม.ป.ป.)

ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ด้านสังคมของผู้สูงอายุ ตามความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม 2 ด้าน คือ 1) การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interaction) โดยพิจารณาจากความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลของผู้สูงอายุ 3 ด้าน คือ ก) สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว จากการร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว การปรึกษาหารือซึ่งกันและกัน และการมีส่วนร่วมในการอบรมเลี้ยงดูบุตรหลาน ข) สัมพันธภาพกับญาติพี่น้อง และ ค) สัมพันธภาพกับเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน จากการไปมาหาสู่กัน และการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน 2) ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (Activities indicative of social participation) พิจารณาจากการเป็นสมาชิก หรือเข้าร่วมในชุมชน ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา

2.2.2.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

จากวรรณกรรมต่าง ๆ พบว่า การรายงานสุขภาพด้วยตัวเองเป็นตัวชี้วัดภาวะสุขภาพที่มีความตรงและความเที่ยง ในผู้สูงอายุการรายงานสุขภาพด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับการตรวจทางคลินิก อาการผิดปกติ และจำนวนครั้งของการเจ็บป่วย และการวัดสุขภาพด้านวัตถุวิสัย (Ferraro, 1980 ; Kaplan and Camacho, 1983 ; Linn and Linn, 1980 ; Mossey and Shapiro, 1982)

แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพมีหลายแนวคิด ซึ่งส่วนใหญ่แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลจะเป็นการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพโดยทั่ว ๆ ไป ที่เกี่ยวกับด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การจะเลือกใช้แนวคิดใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้แก่

1) การรับรู้ภาวะสุขภาพที่เป็นข้อคำถามเดียว (Single item) คือ ถามความคิดเห็นที่มีต่อสุขภาพตนเองในภาพรวมว่า คิดว่าสุขภาพของตนเองโดยทั่ว ๆ ไปเป็นอย่างไร คำตอบมี 4 สเกล ตั้งแต่ดีมาก จนถึง แย่มาก มักใช้แทนการวัดด้านวัตถุวิสัยเนื่องจากมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการวัดโดยแพทย์ จำนวนวันที่ไม่สามารถทำงานได้ (disability days) และการรายงานเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Liang, 1986) ผู้วิจัยมีความเห็นว่า การวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เป็นข้อคำถามเดียว (Single item) นี้เป็นคำถาม

ที่ง่าย สั้น สะดวกในการใช้ แต่ยังไม่ครอบคลุมในมิติของเวลา เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มอายุเดียวกัน ระดับการวัดของแต่ละคนได้รับอิทธิพลจากภาวะสุขภาพในขณะนั้น และภาวะอารมณ์ คณะกรรมการรับรู้จะเปลี่ยนแปลงไปในเวลาสั้น ๆ (Lichtenstein and Thomas, 1987)

2) การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปใน 3 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้ (Speake et al., 1989)

ก) สุขภาพตัวเองในขณะนั้นเป็นอย่างไร ดีมาก ดี พอใช้ แย่

ข) เปรียบเทียบสุขภาพของตนเองกับสุขภาพของผู้อื่นที่มีอายุเท่ากัน คำตอบคือ ดีกว่ามาก ดีกว่าบางอย่าง เท่ากัน บางอย่างเลวกว่า และเลวกว่ามาก

ค) สุขภาพเมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร คำตอบคือ เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น เหมือนเดิม และแย่กว่าเดิม

3) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดของ Brook และคณะ (1979) ได้เน้นเรื่องของเวลาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ ก) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ข) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ค) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต ง) การรับรู้ความต้านทานโรค/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย จากความวิตกกังวล/ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ฉ) ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย จากการศึกษาของ Brook และคณะ พบว่า ทั้ง 6 องค์ประกอบสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน สัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ในอนาคต และความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความต้านทานของความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ความวิตกกังวล/ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความเจ็บป่วยว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ได้มีผู้วิจัยจำนวนมากนำแนวคิดการวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Brook, และคณะ ไปใช้ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ผู้วิจัยมีความเห็นว่า เป็นแบบประเมินที่เหมาะสมสำหรับใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสุขภาพดีในชุมชน

ผู้วิจัยได้พิจารณาแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้ง 3 แบบแล้ว มีความเห็นว่า แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ตามแนวคิดของ Speake และคณะ (1989) ครอบคลุมการวัดภาวะสุขภาพทั้งใน อดีต ปัจจุบัน และเมื่อเทียบกับผู้อื่นที่มีอายุเท่า ๆ กัน น่าจะเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพปกติ จึงนำแบบประเมิน

ดังกล่าวมาประยุกต์ให้สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง ปรับข้อคำถามทั้ง 3 ข้อให้มีคำตอบ 4 สเกลเหมือนกัน เพื่อสะดวกในการใช้

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพ

Denyes (1988) ได้ศึกษาเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ของแนวคิดต่าง ๆ ในทฤษฎีการดูแลตนเอง และความพร้อมในการดูแลตนเอง ของ Orem (1985) โดยศึกษาในวัยรุ่น จำนวน 369 คน ที่มีความแตกต่างกันในด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และภาวะสุขภาพ (กลุ่มที่มีการเจ็บป่วย กับกลุ่มที่มีสุขภาพดี) อายุระหว่าง 12-20 ปี มาจากชุมชนเมือง ชานเมือง และเขตชนบท เก็บข้อมูลทั้งในโรงเรียน คลินิกสุขภาพและในชุมชน จากการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และทั้งความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลตนเอง สามารถทำนายภาวะสุขภาพดีได้ (A state of integrity and soundness) แต่ไม่สามารถทำนายสุขภาพที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย (Illness)

นิรนาท วิทย์ไชยคติคุณ (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ และมารับบริการการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 120 คน มณฑนา เจริญกุล (2534) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 100 คน ผลการศึกษาทั้ง 2 เรื่อง พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ

Geden และ Taylor (1991) ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 18-94 ปี ชาติพันธุ์ต่าง ๆ กัน จำนวน 589 คน พบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง ทั้งสุขภาพทั่วไป สุขภาพในขณะนั้น และการจัดเตรียมในการดูแลตนเอง โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (Self As-carer Inventory) ที่สร้างโดย Geden และ Taylor (1989) ใช้การประเมินโดยให้ผู้ตอบแสดงการรับรู้ความสามารถที่จะดูแลตนเองออกมาในรูปของความสามารถปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ผู้วิจัยมีความเห็นว่า น่าจะเป็นแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองได้ชัดเจน แต่แบบประเมินภาวะสุขภาพที่ Geden และ Taylor นำมาประเมินในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพในภาพรวม ซึ่งไม่ครอบคลุม

คลุมถึงภาวะสุขภาพตามค่านิยมของ Orem

2.4 ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ

2.4.1 ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเอง

ปัจจัยพื้นฐาน เป็นปัจจัยเฉพาะที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (Orem, 1995) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน กับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเอง ไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล (Causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน ดังต่อไปนี้ร่วมด้วย ได้แก่ 1) อายุ 2) เพศ 3) ระยะพัฒนาการ 4) สังคมวัฒนธรรมประเพณี 5) สภาพที่อยู่อาศัย 6) ระบบครอบครัว 7) แบบแผนการดำเนินชีวิต 8) ภาวะสุขภาพ 9) ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ 10) แหล่งประโยชน์ 11) ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต (Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาเฉพาะปัจจัยด้าน รายได้ ระดับการศึกษา และระบบครอบครัว (สถานภาพสมรส ลักษณะการพักอาศัย การเป็นเจ้าของบ้าน บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว)

รายได้ของครอบครัว รายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล และสำคัญต่อการมีศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง (Pender, 1982) กล่าวคือบุคคลที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ ไม่ว่าจะเป็นการจัดหาอาหารที่มีคุณค่า การหาแหล่งบริการสุขภาพ ล้วนทำได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำทั้งสิ้น (รจนารถ ร่วงลือ, 2536) รายได้จึงเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งที่จะมีผลทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของบุคคลดีขึ้น (Orem, 1995) ทั้งในด้านการศึกษาหาความรู้ การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน จึงน่าจะมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกันด้วย มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534) ศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของจิรา หงษ์ตระกูล (2532) ศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุ การศึกษาของมณฑา เจริญกุล (2534) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ และการศึกษาของรัตนา มาศเกษม (2527) ศึกษา

ในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู แต่การศึกษาของนิรนาท วิทย์โชติคุณ (2534) และภักสุภพิชญ์ ศรีกลีพันธ์ และมาลี วรลัคนากุล (2535) พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

ระดับการศึกษา ตามแนวคิดของ Orem เชื่อว่าการศึกษาคือเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง นอกจากนี้การศึกษายังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองพัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต การใช้สติปัญญา การได้รับการสั่งสอน และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Orem, 1995) ดังนั้นระดับการศึกษาจึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จากการศึกษความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) ศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ จอนณะจง เพ็ญจาด (2532) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ สำหรับการศึกษาของมัลลิกา ตั้งเจริญ (2534) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ แต่จากการศึกษาของสมจิต หนูเจริญกุล และประดอง อินทรมบัติ (2531; วิภารัตน์ ยมดิษฐ์ (2533); สนธยา พิชัยกุล (2533); มณฑนา เจริญกุล (2534) นิรนาท วิทย์โชติคุณ (2534) และภักสุภพิชญ์ ศรีกลีพันธ์ และมาลี วรลัคนากุล (2538) พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

ระบบครอบครัว เป็นปัจจัยที่จะช่วยในการประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย หรือผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้อาจใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจแหล่งประโยชน์ ทั้งเงินทอง และเวลา ในการจัดระบบการดูแลตนเอง (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ตามแนวคิดของ Orem ครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคล เมื่อบุคคลคือสมาชิกหนึ่งของครอบครัว ในขณะที่เดียวกันครอบครัวคือหน่วยของสังคมวัฒนธรรมที่มีขนาดใหญ่กว่าบุคคล ครอบครัวจึงเปรียบเสมือนเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคม และวัฒนธรรมของบุคคล (Orem, 1991 อ้างถึงใน จริยา วิทยะศุภกร และจรงค์ อุตราชต์กิจ, 2536) ปัจจัยต่าง ๆ ในระบบครอบครัวจึงมีอิทธิพลหรือมีผลกระทบต่อความต้องการในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ได้แก่ ขนาดของครอบครัว ความคาดหวังของครอบครัวที่มีต่อสมาชิก และแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้เพื่อตอบสนอง

ความต้องการในการดูแลตนเอง (Taylor and Renpenning, 1995) เหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในครอบครัว สถานภาพสมรส และจำนวนสมาชิกในครอบครัว (Hass, 1990 อ้างถึงใน จริยา วิริยะศุภร และจรงค์ อุตราชต์กิจ, 2536) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเหล่านี้ กับความต้องการและการความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลมีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละบริบท ครอบครัวอาจเป็นแหล่งประโยชน์ในการช่วยให้บุคคลจัดการเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองในทางตรงข้าม บางครั้งครอบครัวอาจจะขัดขวางการพัฒนาความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเอง (Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต พนุเจริญกุล, 2536) ครอบครัวเป็นแหล่งสำคัญที่จะให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ และการดูแลเอาใจใส่ในด้านต่างๆ หรืออาจกล่าวได้ว่า ครอบครัวจัดเป็นศูนย์กลางที่จะให้การดูแลทุกอย่างแก่สมาชิก โดยเฉพาะผู้สูงอายุ (ฉวีวรรณ แก้วพรหม, 2530)

ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาระบบครอบครัวของผู้สูงอายุ เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีระบบครอบครัวแตกต่างกันว่าจะมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกันหรือไม่ ส่วนประกอบของระบบครอบครัว ที่ผู้วิจัยเลือกมาศึกษาได้แก่ สถานภาพสมรส ลักษณะการพักอาศัย การเป็นเจ้าของบ้าน บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไปนี้

สถานภาพสมรส Orem (1991) ได้เน้นว่าการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ มีความรักใคร่ผูกพัน เป็นเพื่อน และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ โดยเฉพาะสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว จะส่งเสริมการใช้ความสามารถหรือเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง จากการศึกษาของนิรนาท วิทย์ไชยคติคุณ (2534) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และจากการศึกษาของสุภาภรณ์ ดั่งแพง (2530) พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่ได้รับการจัดของเสียทางเยื่อหุ้มไตอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แต่จากการศึกษาของภัคสุภพิชญ์ ศรีกลีพันธ์ และมาลี วรลัดนากุล (2538) สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ลักษณะการพักอาศัย การอยู่ร่วมกับผู้อื่นทำให้ผู้สูงอายุได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลมีความภาคภูมิใจ และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลนั้นสามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น (Muhlenkamp and Sayles, 1986) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร สามี หรือภรรยา จะมีการปฏิบัติกิจกรรมแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง

และหลาน และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร สามีและภรรยา จะมีการปฏิบัติกิจกรรมดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุคคลอื่น ๆ หรืออาศัยอยู่คนเดียว เนื่องจากผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวที่มีบุตร สามี หรือภรรยาอยู่ด้วย จะมีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ส่งเสริมให้กำลังใจ คอยเป็นห่วงเป็นใยซึ่งกันและกัน (รจนารถ รุ่งลือ, 2536) ดังที่ จวีวรรณ แก้วพรหม (2530) ได้เปรียบเทียบความสัมพันธ์ของคนใกล้ชิดกับผู้สูงอายุเป็นเสมือนการวางวงกลมซ้อนกัน 3 วง วงเล็กที่สุด เปรียบเสมือนคู่สมรสและบุตร ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด วงกลมวงกลาง คือเครือญาติและวงกลมนอกสุด ก็คือกลุ่มเพื่อนบ้าน ซึ่งความสัมพันธ์จะห่างออกไปเป็นลำดับ จึงเห็นว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ใกล้ชิดจะเป็นผู้ที่มีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ดี ซึ่งตรงข้ามกับผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยอยู่กับญาติ พี่น้อง หรือหลาน ๆ ที่คอยเอาใจใส่ช่วยเหลืออาจจะห่างออกไป ทำให้การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือน้อยลงไป หรือแม้แต่การต้องอยู่คนเดียวตามลำพัง ก็ย่อมต้องขาดคนที่คอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่จำเป็นบางอย่าง (รจนารถ รุ่งลือ, 2536) นอกจากนี้กรณีที่ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว และต้องเลี้ยงดูหลาน ๆ ซึ่งเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพา ผู้สูงอายุนอกจากต้องช่วยเหลือตัวเองในการกระทำการกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองแล้ว ยังต้องเป็นผู้ดูแล (Dependent care agent) ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง ของหลาน ๆ เนื่องจากได้มีขีดจำกัดของความพร้อมทางด้านร่างกายและสติปัญญา ขีดจำกัดของความสามารถในการเรียนรู้ และตัดสินใจ (วิภา จีระแพทย์, 2536) ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีลักษณะการพักอาศัยที่แตกต่างกันน่าจะมีความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุแตกต่างกันด้วย

การเป็นเจ้าของบ้าน การที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้านของตนเอง จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะได้รับการช่วยเหลือเพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้มากขึ้นจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเองและเห็นคุณค่าในการที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าต่อไป (อุษาพร ขวลิตนธิกุล, 2532) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น จากการศึกษาของบริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2526 ; Schwartz and Peterson, 1979; Butler, 1975 อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2532) ซึ่งอธิบายว่าผู้สูงอายุที่อยู่บ้านของตนเอง รู้สึกเป็นอิสระมากกว่า มีความพอใจในชีวิตมากกว่าอาศัยบ้านผู้อื่นและจากการศึกษาของ Jirovee และ Kasno (1990) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู๋ในบ้านพัก พบว่า ผู้สูงอายุที่ประเมินว่าในบ้านพักมีภาระเบียบเคร่งครัด ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในระดับต่ำ นอกจากนี้ Jirovee และ Kasno ให้ข้อเสนอแนะว่า ความสามารถในการดูแล

ตนเองของผู้สูงอายุสามารถส่งเสริมได้ โดยการปรับปรุงการดูแลไม่ให้เป็นลักษณะของการพึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป แต่ให้เป็นการดูแลที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองจะให้การช่วยเหลือเฉพาะในกรณีที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองเท่านั้น

บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว สมาชิกทุกคนของครอบครัว ควรได้รับการส่งเสริมให้เป็นผู้ที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ จะช่วยลดภาระของครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งประสบกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและจิตใจ ในทางเสื่อมถอยลง จึงเกิดความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ น้อยใจได้ง่าย และความรู้สึกยิ่งรุนแรงมากขึ้น ในผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในการหาเลี้ยงครอบครัว เป็นผู้นำครอบครัวสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง แต่ถ้าผู้สูงอายุสามารถดำรงบทบาทในครอบครัว โดยเป็นที่ปรึกษาหรือร่วมตัดสินใจ และแก้ปัญหาของบุตรหลานในครอบครัวแล้ว จะเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจ ตลอดจนความรู้สึกมีศักดิ์ศรีและมีคุณค่าในตนเอง (Hess and Markson, 1980; Manicini and Quinn, 1981 อ้างใน นพวรรณ หาญพล, 2535) ซึ่งจะนำไปสู่การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัวได้กล่าวสรุปไว้ว่า ผู้สูงอายุไทยมีความพอใจกับการได้อยู่ร่วมในครอบครัวที่มีบุตรหลาน หรือญาติพี่น้องอาศัยอยู่ร่วมกัน โดยผู้สูงอายุจะมีบทบาทในการให้คำปรึกษาหารือ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว (นิศา ชูโต, 2525)

จำนวนสมาชิกในครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งของระบบครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อความต้องการ และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (จริยา วิริยะศุภร และจรงค์ อุตราชต์กิจ, 2536) บุคคลที่อยู่ในครอบครัวขนาดใหญ่ อาจจะมีความต้องการในการเป็นสัดส่วน และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นแตกต่างจากบุคคลที่อยู่ในครอบครัวขนาดเล็ก และอาจจะมีวิธีการที่จะสนองตอบความต้องการในเรื่องนี้แตกต่างกัน (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวตามลำพัง หรืออยู่ในครอบครัวขนาดเล็กอาจมีความเป็นสัดส่วน แต่อาจจะขาดคนที่คอยช่วยเหลือในการทำกิจกรรมที่จำเป็นบางอย่างไป (รจนารถ ร่วงลือ, 2536) ผู้สูงอายุในช่วง 60-69 ปี (Young-old) เป็นช่วงที่ต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของมิตรสนิท คู่ครอง ผู้สูงอายุ ช่วงวัยนี้ถึงแม้จะยังเป็นคนที่ยังแข็งแรง แต่อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุช่วงประมาณ 80-89 ปี (Old-old) วัยนี้ต้องการความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ไม่วุ่นวาย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2536) อาจจะไม่เหมาะสมกับการอยู่อาศัยในครอบครัวที่มีสมาชิกมากเกินไป

2.3.2 ปัจจัยพื้นฐานบางประการกับภาวะสุขภาพ

ปัจจัยพื้นฐาน นับเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต และภาวะสุขภาพของมนุษย์ ได้แก่ รายได้ ซึ่งช่วยให้มนุษย์มีโอกาสในการแสวงหาแหล่งประโยชน์เพิ่มมากขึ้น ระดับการศึกษาทำให้มนุษย์เจริญงอกงาม ทางสติปัญญา มีความรู้ มีเหตุผล สามารถตัดสินใจหรือสามารถที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยได้ดี สำหรับระบบครอบครัว เป็นระบบธรรมชาติที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพอนามัยแก่สมาชิกทุกคนในครอบครัว ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยรายได้ ระดับการศึกษา และระบบครอบครัว มาเป็นปัจจัยพื้นฐานบางประการ

รายได้ เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการแสวงหาแหล่งประโยชน์เพิ่มมากขึ้น โดยที่รายได้ช่วยให้บุคคลมีโอกาสในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความรู้ และประสบการณ์ของตนเอง รวมทั้งสามารถจัดหาอาหาร และของใช้ที่จำเป็นเพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี (สุดาจันทร์ วัชรกิตติ, 2535) แต่ผู้สูงอายุที่เกษียณอายุแล้ว สถานภาพทางการเงินซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว จะลดลงในขณะที่ความต้องการทางด้านการเงินของผู้สูงอายุ เพื่อนำมาใช้จ่ายในการครองชีพ การพักผ่อนหย่อนใจและค่าทำนุบำรุงที่อยู่อาศัย ซึ่งอัตราค่าใช้จ่ายเหล่านี้สูงขึ้นอย่างไม่หยุดยั้ง ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบกับความยากจนลง ผลที่ตามมาจากปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ทำให้มองตนเองด้อยคุณค่า (อาภา ใจงาม, 2533) ดังนั้นผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีรายได้แตกต่างกันน่าจะมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันด้วย

ระดับการศึกษา Pender (1982) กล่าวว่าการศึกษาทำให้มนุษย์เจริญงอกงามทางสติปัญญา มีความรู้ มีเหตุผล และใฝ่รู้มากขึ้น สามารถตัดสินใจหรือสามารถที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยได้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย Ruth (1973 อ้างถึงใน จิราพร อมราภิบาล, 2536) กล่าวว่า ผู้มีการศึกษาน้อย มักพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค และแผนการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตน ทั้งนี้เพราะความรู้ดังกล่าวเป็นเรื่องเชิงวิทยาศาสตร์ ซึ่งผู้มีการศึกษาสูงสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ได้เรียนรู้มากกว่า ตลอดจนสามารถเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนอย่างถูกต้อง มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย อาภา ใจงาม (2533) กล่าวว่า การเตรียมผู้สูงอายุให้พร้อมที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ สามารถช่วยเหลือตนเองได้นานที่สุด สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม และมีศักดิ์ศรี โดยการส่งเสริมและให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ และครอบครัวหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพ การช่วยให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สามารถปรับตัวได้ รู้จักดูแลสุขภาพของตนเป็นสิ่งสำคัญ ผู้สูงอายุต้องเรียนรู้ที่จะต้องดูแลสุขภาพ

อนามัยของตนเอง รู้จักป้องกันโรค รู้จักการกินเพื่ออยู่ รู้จักการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อที่จะมีชีวิตต่อไป และต้องเรียนรู้ที่จะมีสุขภาพจิตที่ดี เพื่อใช้ชีวิตในท่ามกลางสังคมที่เปลี่ยนไป (ชัยยศ อิ่มสุวรรณ์, 2538) จากการศึกษาของ Ferraro (1980); Speak และคณะ (1989) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูง รับรู้สุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับ สุพรรณี นันทชัย (2534) พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีภาวะสุขภาพด้อยกว่ากลุ่มที่มีโอกาสได้เรียนหนังสือ

ระบบครอบครัว เป็นระบบสังคมย่อยอย่างหนึ่งที่มีศักยภาพสูงในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว โดยนิติยและพุดินัยแล้วครอบครัวย่อมต้องรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพอนามัยแก่สมาชิกทุกคน ซึ่งนับว่าเป็นระบบธรรมชาติที่มีความสมบูรณ์ในตัวเอง อีกทั้งเป็นแหล่งของการอบรมขัดเกลา ให้สมาชิกในครอบครัวทราบถึงแนวความคิดเรื่องสุขภาพ โรค ความเจ็บป่วย และความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย (มัลลิกา มัติโก, 2534) จากการศึกษาของ Anderson (1968); Litman (1974) อ้างถึงใน มัลลิกา มัติโก (2534) พบว่าครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานในการดูแลสุขภาพอนามัย และความเจ็บป่วยของสมาชิก ดังนั้นเมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่ง มักจะมีผลกระทบไปยังคนอื่น ๆ ในครอบครัว และครอบครัวทั้งระบบจะถูกกระทบไปด้วย ความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว เช่น การเจ็บป่วย การบาดเจ็บ การเกิด การตาย ย่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกคนใดคนหนึ่ง หรือหลายคนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงอาจกล่าวได้ว่าระบบครอบครัวมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ทั้งในด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ ครอบครัวอาจเป็นสาเหตุโดยตรง หรือโดยอ้อมของความเจ็บป่วยของสมาชิกได้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2534)

ส่วนประกอบของระบบครอบครัวที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาครั้งนี้ได้แก่ สถานภาพสมรส ลักษณะการพักอาศัย การเป็นเจ้าของบ้าน บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุ และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไปนี้

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของคน โดยเฉพาะในด้านความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ รวมถึงการปฏิบัติตามพัฒนาการของชีวิต ซึ่งจะพบว่า วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกายดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย หย่า แยก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ชีวิต หรือไม่มีคู่ชีวิตจะมีผลอย่างมากต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ เพราะขาดผู้ใกล้ชิด ขาดเพื่อน ซึ่งเข้าใจกันดีมาเป็นเวลานาน การสูญเสียเป็นสาเหตุให้การทำงานของระบบต่าง ๆ อ่อนล้าลง (จารุวรรณ เหมธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2527 ; อารมณ์ วุฒิพฤกษ์

และคณะ (2532) ศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพที่มีการเจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย การสูญเสียคู่ชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งครองชีวิตคู่มาด้วยกันอย่างมีความสุข ความรัก ความผูกพัน และทนุถนอม จะแน่นแฟ้นยิ่งขึ้นในบั้นปลายชีวิต เมื่อคนใดคนหนึ่งตายจากไปคนที่เหลือชีวิตอยู่จะมีความรู้สึกไร้ที่พึ่ง อ้างว้าง ว่าเหว เศร้าซึม และอาจตายตามกันในเวลาอันรวดเร็ว (อาภา ใจงาม, 2533) จากการศึกษาของ Renne (1974) พบว่า ผู้ที่มีความพึงพอใจในสถานภาพสมรส มีการทำงานที่มั่นคง และเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นในสังคม จะมีสุขภาพทางสังคมดี และมีความผาสุกทางร่างกายและจิตใจ มากกว่าคนที่ไม่พึงพอใจเกี่ยวกับสถานภาพสมรส แยกตัวออกจากสังคม และว่างงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Speake และคณะ (1989) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสดี รับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น แต่การศึกษาของ นรินาถ วิทย์ชคิตติคุณ (2534) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ลักษณะการพักอาศัย รายงานวิจัยของคณะอนุกรรมการการศึกษา วัฒนธรรม และกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2528) พบว่า สิ่งที่มีผู้สูงอายุมีความคาดหวังมากที่สุดคือ การได้อยู่ในครอบครัวร่วมกับบุตรหลาน การได้อยู่ร่วมกับครอบครัวจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะได้รับการช่วยเหลือเพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองได้มากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง และเห็นคุณค่าในการที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าต่อไป (อุษาพร ชวลิตนิธิกุล, 2532) สุพรรณิ นันทชัย (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความว่าเหวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสมีภาวะสุขภาพด้อยกว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสและกลุ่มที่เป็นโสด นภาพร ชโยวธรรม และคณะ (2532) รายงานว่า การไม่ได้อาศัยอยู่กับบุตร หรือไม่มีบุตรคอยดูแล มีผลต่อสุขภาพด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และได้กล่าวอีกว่า บุตรคือบุคคลที่สำคัญที่สุดในการเป็นที่พึ่งยามเจ็บป่วย

การเป็นเจ้าของบ้าน เป็นการยากที่จะกล่าวว่าลักษณะที่พักอาศัยแบบใดเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่สุด เพราะเรื่องนี้เกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ หลายประการ เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจ บุคคลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย ลักษณะภาวะสุขภาพ แต่รายงานส่วนใหญ่เห็นพ้องต้องกันว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้านของตนเอง ส่วนใหญ่มีสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจดี มีชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยบ้านผู้อื่น (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2536) Flanagan (1978) กล่าวว่า บุคคลจะเกิดความพึงพอใจในชีวิต เมื่อได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานในเรื่องที่สำคัญที่สุดต่อชีวิต ได้แก่ ความสุขสบายทางร่างกายโดยปราศจากโรคภัย ความสุขสบายทางวัตถุโดยมีบ้านอยู่อาศัย มีอาหาร มีเครื่องอำนวยความสะดวก การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การมีกิจกรรม

สันตนาการ เป็นต้น แต่ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในสังคม และบทบาทหน้าที่ในครอบครัวที่ลดน้อยลง การไม่มีบ้านเรือนของตนเอง สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเอง ไร้ค่า ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านจิตใจมากขึ้น (จำเรียง ฤทธิ์สุวรรณ์, 2532) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าผู้สูงอายุที่เป็นเจ้าของบ้าน (อาศัยบ้านของตัวเอง) กับผู้สูงอายุที่อาศัยบ้านของผู้อื่นจะมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่

บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว จากการศึกษาถึงบทบาทของคนชราไทย นิศา ชูโต (2525) พบว่าผู้สูงอายุคิดว่าบทบาทที่ำประโยชน์แก่ครอบครัวมากที่สุด คือ การเป็นที่ปรึกษาของคนในครอบครัว ช่วยดูแลเด็กเล็ก และช่วยทำงานบ้าน และสิ่งสำคัญที่สุดในชีวิตเป็นอันดับแรก คือ ครอบครัวและบุตร สำหรับการศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญญาพงศ์, สุรี บุญญาพงศ์ และ สมศักดิ์ จันทะ (2533) พบว่า หน้าที่หลักของผู้สูงอายุ คือ การช่วยดูแลบ้าน หรือเด็ก ๆ ให้กับครอบครัวของบุตรหลาน อาภา ใจงาม (2533) กล่าวว่า การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว เช่น การเลี้ยงดูหลาน ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากกว่าการทำหน้าที่ หรืออาสาสมัครช่วยงานที่เขาเคยมีประสบการณ์ จากอาชีพเดิมก่อนเกษียณอายุ จากการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ, มลีนี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532) พบว่า ผู้สูงอายุในปัจจุบันคิดว่าควรทำงานต่อไปเรื่อย ๆ โดยไม่มีการกำหนดอายุเกษียณถึงร้อยละ 66 ฉะนั้นการจัดหางานให้ทำตามความเหมาะสม กับสภาพร่างกาย จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขจากการที่ได้สร้างความรู้สึกว่า ชีวิตนี้มีคุณค่า ได้ทำประโยชน์ให้แก่สังคม และยังทำให้มีสุขภาพดีอีกด้วย

จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกจำนวนมาก ทำให้ได้รับความรัก ความห่วงใย ความเอื้ออาทร และการได้รับการช่วยเหลือด้านแรงงาน ตลอดจนข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ (เพชร อินทรพานิช, 2536) ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิกจำนวนมาก ซึ่งมีบุตรหลาน หรือญาติพี่น้องอยู่รวมกัน โดยผู้สูงอายุมีบทบาทในการให้คำปรึกษา แนะนำ และช่วยดูแลเด็ก ๆ ในบ้าน หรือบางครั้งบุตรหลานในครอบครัวสามารถเป็นที่พึ่งทางด้านเศรษฐกิจ และกำลังใจให้ผู้สูงอายุอีกด้วย (สุรกุล เจนอบรม, 2534) การที่มีสมาชิกในครอบครัวหลายคน หลายวัย ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทุกซอกทุกซอญ ช่วยเหลือหรือให้ความเคารพนับถือ ให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีความหมายแก่ครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดี แตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกน้อยคน โอกาสที่ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง หรือได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทองก็มีน้อยลง อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเจ็บเหงา ความรู้สึก

มีคุณค่าในตนเองลดลง (สุดาวัลย์ สายสืบ, 2536) นอกจากนี้การศึกษาของสุดาวัลย์ สายสืบ ยังพบว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัว เป็นตัวแปรที่สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ดีตัวหนึ่ง กล่าวคือ จำนวนสมาชิกในครอบครัวอาจจะมีผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก จะมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สำหรับความแตกต่างของความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา และระบบครอบครัว (สถานภาพสมรส ลักษณะการพักอาศัย การเป็นเจ้าของบ้าน บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว) พบว่ามีทั้งแตกต่างกันและไม่แตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ดังที่ผู้วิจัยได้เสนอไว้ข้างต้น