

บทที่ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีประชากรที่เป็นชาวเขา หรือชนกลุ่มน้อยหลายเผ่าพันธุ์อาศัยอยู่ในจังหวัดต่างๆ โดยกระจายอยู่ในพื้นที่ 20 จังหวัดของประเทศจำนวนทั้งสิ้น 790,369 คน คิดเป็นร้อยละ 1.3 ของประชากรทั้งประเทศ และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้น โดยในรอบ 11 ปีที่ผ่านมา จำนวนชนกลุ่มน้อยเพิ่มขึ้นจากเดิมถึงร้อยละ 43 (ประจวบ คำบุญรัตน์, อนุรักษ์ ปัญญาวัฒน์, และเคน แคมป์, 2539) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากชาวเขาส่วนใหญ่ไม่นิยมการคุมกำเนิด ดังปรากฏในรายงานของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2542) ที่ศึกษาชาวไทยบนพื้นที่สูง 7 จังหวัดในปี พ.ศ. 2540 พบว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์ชาวเขามีการคุมกำเนิดเพียงร้อยละ 66.5 และมีอัตราเพิ่มของประชากรสูงถึง 20.6 ต่อพันคนของประชากร ในขณะที่อัตราเพิ่มของประชากรประเทศไทยในปี พ.ศ. 2540 มีเพียง 10.6 ต่อพันคนของประชากร (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540) ในจำนวนประชากรชาวเขาเหล่านี้ มีชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50.7 ของประชากรชาวเขาในประเทศไทย (ประจวบ คำบุญรัตน์ และคณะ, 2539) และคาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าทุกระยะ 24 ปี (พอล ลูวิส, 2529)

จังหวัดตากเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีชาวเขาอาศัยอยู่จำนวนมากคิดเป็นร้อยละ 11.55 ของประชากรชาวเขาในประเทศไทย หรือร้อยละ 12.42 ของประชากรชาวเขาในภาคเหนือ (ประจวบ คำบุญรัตน์ และคณะ, 2539) โดยเฉพาะอำเภออุ้มผางของจังหวัดตาก เป็นอำเภอที่มีชาวกะเหรี่ยงอาศัยอยู่ถึงร้อยละ 62.82 ของประชากรทั้งหมดในอำเภอ ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุรวมอยู่ด้วย (คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง, 2540) และมีแนวโน้มว่าจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2540 มีอัตราเพิ่มของประชากรชาวเขาทั้งหมดสูงถึง 28.7 ต่อพันคนของประชากร (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2542) จากสถิติสาธารณสุขของอำเภออุ้มผาง พบว่าผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงมีจำนวนเพิ่มขึ้น จากจำนวน 500 คนในปี พ.ศ. 2538 เพิ่มขึ้นเป็น 568 คน ในปี พ.ศ. 2539 และ ในปี พ.ศ. 2540 มีจำนวน 593 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 52.99 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในอำเภออุ้มผาง (คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภออุ้มผาง, 2540) จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีผลกระทบต่อการให้บริการด้านสาธารณสุข เนื่องจากในวัย

สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างร่างกายไปในทางเสื่อมถอย และอวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่ได้ลดลง (Eliopoulos, 1997) จึงพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (วรรณิ จันทรสวรรค์, 2534; ลิริสุตา ชาวคำเขต, 2541) และจากการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538 ของจันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ (2540) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 18.1 ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาร้อยละ 16.9 เป็นไขข้ออักเสบหรือข้อเสื่อม และร้อยละ 13.1 เป็นโรคกระเพาะอาหาร ซึ่งโรคหรืออาการเรื้อรังดังกล่าวทำให้เสี่ยงต่อการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย ประกอบกับเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นความสามารถในการเคลื่อนไหวจะลดลง (Miller, 1999) ทำให้ดูแลตัวเองได้น้อยต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น และเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนที่ต้องเข้ารับการดูแลรักษาในระบบบริการสุขภาพ ซึ่งผลที่ตามมาทำให้รัฐบาลต้องรับผิดชอบงบประมาณรายจ่ายสำหรับการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้น เพราะในปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะใช้สิทธิและสวัสดิการเพื่อรักษาพยาบาลฟรีสำหรับผู้สูงอายุ (จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540) เช่นเดียวกับผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงในอำเภออุ้มผางที่ส่วนใหญ่ทางโรงพยาบาลจะไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงเพียงส่วนน้อยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ซึ่งพบว่าในระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2540 มีผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงมารับการรักษาในโรงพยาบาลอุ้มผางจำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 11.47 ของผู้สูงอายุชาวเขาทั้งหมด โดยเป็นผู้ป่วยที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลถึง 41 คน และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มาเสียชีวิตในโรงพยาบาลจำนวน 8 คน (สมุทธะเบียนผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลอุ้มผาง, 2540)

การที่มีผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงเพียงส่วนน้อยที่มารับบริการในโรงพยาบาล อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบทที่ห่างไกลจากโรงพยาบาล การคมนาคมไม่สะดวก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในฤดูฝนเส้นทางคมนาคมทางรถยนต์ไม่สามารถใช้การได้ ต้องเดินทางด้วยเท้าจากหมู่บ้านมายังจุดที่รถยนต์สามารถไปถึง ซึ่งต้องใช้เวลอย่างน้อย 1 วัน ประกอบกับวัฒนธรรมในสังคมของชาวกะเหรี่ยงยังมีความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติ เมื่อมีการเจ็บป่วยจะเชื่อว่าเป็นผลที่เกิดจากการกระทำผิดต่อผี ต้องบูชาผีหรือขอขมาต่อผีจึงจะหายจากการเจ็บป่วย (จันทบูรณ์ สุทธิ, 2538) และยังนิยมรับการรักษากับผู้อาวุโสในหมู่บ้าน ซึ่งหากรักษาด้วยวิธีดังกล่าวแล้วยังไม่หายจึงตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาล นอกจากนี้สาเหตุอีกประการหนึ่งคือผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงไม่ทราบว่ารัฐบาลจัดบริการรักษาฟรีให้ ประกอบกับการไม่มีทะเบียนบ้านหรือบัตรประจำตัวประชาชนจึงไม่กล้าไปขอใช้สิทธิดังกล่าว และจากการศึกษาสภาพชาวเขาและชนกลุ่มน้อยของประจวบ คำบุญรัตน์ และคณะ (2539) พบว่าแม้แต่หัวหน้าครอบครัวชาวเขาส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับบริการของรัฐด้านสวัสดิการการรักษาพยาบาลที่จัดให้แก่ผู้ยากไร้ และแม้ว่าผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงจะทราบว่าตนเองมีสิทธิรับบริการรักษาฟรี แต่ก็ไม่สามารถเดินทางมา

โรงพยาบาลได้ เนื่องจากไม่มีเงินค่าเดินทาง ค่าใช้จ่าย และที่พักสำหรับญาติ ดังนั้นกว่าจะตัดสินใจมารับบริการที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยจึงมีอาการรุนแรง และเสียชีวิตดังกล่าว

โดยทั่วไปชาวกะเหรี่ยงจะมีวิถีการดำเนินชีวิตเป็นระบบสังคมแบบพหุนิยม (pluralistic social system) คือไม่แบ่งแยกว่าเรื่องใดเป็นเรื่องของสุขภาพ หรือเรื่องใดเป็นเรื่องของการเกษตร และเศรษฐกิจ แต่มีจุดมุ่งหมายโดยรวมอยู่ที่ความอยู่รอดของชีวิต ครอบครัวและสังคม (ธงชัย สารภู, 2540) ซึ่งในอดีต การดำเนินชีวิตลักษณะเช่นนี้เป็นวิถีชีวิตที่สงบ เรียบง่าย เลี้ยงชีพโดยอาศัยผลผลิตทางการเกษตรในครัวเรือน หรือที่เรียกว่าระบบเศรษฐกิจแบบเลี้ยงตัวเอง (subsistence economic) วิถีแรงงานประกอบอาชีพภายในหมู่บ้าน ครอบครัวอยู่รวมกันอย่างอบอุ่น ผู้สูงอายุได้รับการเลี้ยงดูเอาใจใส่เป็นอย่างดี เพราะมีการปลูกฝังให้ยึดถือปฏิบัติกันมาว่า บุตรต้องเลี้ยงดูบุพการี และผู้น้อยต้องเคารพผู้ใหญ่ แต่ในปัจจุบันมีแนวโน้มว่าวิถีแรงงานของชาวกะเหรี่ยงจะอพยพออกมาทำงานในเมืองมากขึ้น จากการที่จำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้น แต่ทรัพยากรทางธรรมชาติมีจำนวนจำกัด อีกทั้งรัฐบาลได้กำหนดให้ชาวกะเหรี่ยงตั้งบ้านเรือนและที่ทำกินเป็นหลักแหล่ง ห้ามรุกป่าพื้นที่ป่าสงวน ซึ่งเมื่อทำการเพาะปลูกพืชชนิดเดิมติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้ที่ดินทำกินขาดความอุดมสมบูรณ์ ผลผลิตทางการเกษตรลดลง ไม่เพียงพอสำหรับการบริโภค และขาดแคลนปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ซึ่งปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงคือ ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยวและไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เช่นในอดีต นอกจากนี้ยังต้องรับภาระเลี้ยงดูหลานซึ่งเป็นบุตรของวัยแรงงานที่อพยพไปประกอบอาชีพที่อื่นอีกด้วย ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงจะดำรงชีวิตอยู่ในสภาพการณ์เช่นนี้ได้ รวมถึงสามารถดูแลตนเอง และผู้ที่อยู่ในความดูแลให้มีภาวะสุขภาพดีได้นั้น ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงจำเป็นต้องแสวงหาปัจจัยเพื่อบริโภคและดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปได้

จากปัจจัยพื้นฐาน สภาพทางภูมิประเทศ และวัฒนธรรมสังคมของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงดังกล่าว การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงดูแลตนเอง และสามารถพึ่งพาตนเองได้ จึงเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง เพราะหากผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง เพียงพอ กับความต้องการการดูแลตนเองและมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุด ซึ่งหมายถึงการมีภาวะสุขภาพดีนั่นเอง (Orem, 1991) การที่บุคคลจะดูแลตนเองและพึ่งตนเองได้นั้น บุคคลจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับหนึ่ง (เมธี จันทจักรภรณ์, 2541) ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองนั้นเป็นคุณสมบัติเฉพาะของแต่ละบุคคลที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ และทำให้บุคคลมีสุขภาพดี (Orem, 1991) โดยในภาวะปกติบุคคลจะมีความสามารถในการ

การดูแลตนเองและผู้ที่อยู่ในความดูแลได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) แต่ในวัยสูงอายุซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม กล่าวคืออวัยวะและเซลล์ต่าง ๆ ทุกระบบจะเสื่อมถอยและทำหน้าที่ลดลง (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538) การเรียนรู้ช้าลง ความจำมีการเสื่อมถอยลง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) การเปลี่ยนแปลงในสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ย่อมมีผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง ซึ่งแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยเช่นเดียวกับผู้สูงอายุทั่วไป แต่เนื่องจากผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงมีข้อจำกัดด้านปัจจัยพื้นฐานของบุคคล (basic conditioning factors) ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อความสามารถในการ ดูแลตนเอง เป็นต้นว่า ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา และไม่เข้าใจภาษาไทยอย่างถูกต้องชัดเจน ทำให้ขาดทักษะในการอ่าน และนอกจากนี้การสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุข ยังขาดความเข้าใจในสื่อต่าง ๆ จากบุคคลภายนอกชุมชนของตน ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงไม่สามารถนำข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ไปคิดประกอบการใช้เหตุผล และตัดสินใจปฏิบัติการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังมีข้อปฏิบัติต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงได้รับการถ่ายทอดและถือปฏิบัติกันมาหลายชั่วอายุคน หรือที่เรียกว่าเป็นระบบการศึกษาแบบอรูปนัย (informal education) (ประวิตร โพธิ์อาสน์, 2521) ทำให้ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงมีการดูแลตนเอง และการดำเนินชีวิตเป็นลักษณะเฉพาะกลุ่ม

จากรายงานการศึกษาของพินุช จันทรอุปต์ (2540) พบว่าผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงในจังหวัดเชียงใหม่ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม คือได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีนและไขมัน มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ และได้รับน้ำในปริมาณน้อยกว่าความต้องการตามปกติของร่างกาย คั้นน้ำจากลำธารโดยไม่ได้ผ่านกระบวนการทำน้ำให้สะอาด รวมถึงยังดื่มสุราหรือยาสูบ และส่วนใหญ่สูบบุหรี่เป็นประจำอีกด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงดังกล่าว แสดงถึงธรรมเนียมการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมซึ่งยังปรากฏให้เห็นในสังคมของชาวกะเหรี่ยง เช่นเดียวกับการศึกษาความเชื่อแผนโบราณ และพฤติกรรมการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้านของชาวกะเหรี่ยง บ้านห้วยสะแพท อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ของประยงค์ ลิ้มตระกูล และคณะ (2536) ที่พบว่าชาวกะเหรี่ยงมีการดูแลสุขภาพบิดาลดลงแล้วแต่กลับภายในบ้านไม่ดี และมีข้อห้ามในการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม คือห้ามมารดาหลังคลอดบริโภคอาหารประเภทไข่และเนื้อสัตว์ ซึ่งการปฏิบัติเช่นนี้อาจทำให้มารดาหลังคลอดและทารกได้รับอาหารประเภทโปรตีนไม่เพียงพอ นอกจากนี้ในการศึกษาเฉพาะกรณีชาวกะเหรี่ยงตำบลห้วยปูลิง อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน (โครงการพัฒนาพื้นที่สูงไทย-เยอรมัน, 2533) ยังพบว่าชาวกะเหรี่ยงที่อาศัยอยู่ห่างไกลจากสถานบริการสุขภาพของรัฐ มีแนวโน้มในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยโดยประกอบพิธีทาง

ไสยศาสตร์ จากผลการศึกษาดังกล่าว แม้จะไม่ใช่ผลการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุโดยตรง แต่การจะมีภาวะสุขภาพที่ดีในวัยสูงอายุนั้น ย่อมเป็นผลจากการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมมาตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมหรือการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ย่อมสะท้อนให้เห็นได้ว่าผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงพร้อมความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งนี้เพราะบุคคลที่ปฏิบัติการดูแลตนเองได้ดี ย่อมมีความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

โอเรม นักทฤษฎีการพยาบาลกล่าวว่า การที่บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง และดูแลตนเองได้เพียงพอกับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพดี (Orem, 1991) ซึ่งเดนนิส (Denyes, 1988) พบว่าความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถทำนายภาวะสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่นที่มีสุขภาพสมบูรณ์ และกลุ่มวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ไอเซนเบิร์ก (Isenberg cited in Gast, Denyes, Campbell, Hartweg, Schott-Baer, & Isenberg, 1989) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินหลอดเลือดหัวใจ พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) ซึ่งศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นตัวแปรสำคัญที่จะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพดีของแต่ละบุคคล

จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงโดยตรง แต่จากการศึกษาของพิรณัฐ จันทร์อุปต์ (2540) พบว่า ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงในจังหวัดเชียงใหม่ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรง และปัญหาส่วนมากที่พบเป็นการปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ และโรคผิวหนัง อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจะรับรู้ว่าคุณภาพดีและมีความสุขตามเท่าที่ยังสามารถเคลื่อนไหว และช่วยเหลือตัวเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แม้ว่าจะมีปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยก็ตาม (ประคอง อินทรสมบัติ, 2539) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่กลัวการพึ่งพิงผู้อื่น กลัวว่าจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ เชื่องช้า และไม่สามารถดูแลตนเองได้ (Doheny, 1993; Boys, 1994 cited in Ebersole & Hess, 1998)

การศึกษาศาสนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อปฏิบัติการดูแลตนเองให้บรรลุตามเป้าหมายของความต้องการการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคลากรทางการสาธารณสุข โดยเฉพาะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแล

ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงกลุ่มนี้โดยตรง เพื่อจะช่วยให้การนำมาวางแผนช่วยเหลือบุคคลกลุ่มนี้ได้ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง โดยนำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาประกอบการพิจารณาวางแผนพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของบุคคลเพื่อจะนำไปสู่การมีสุขภาพดี อีกทั้งยังเป็นการปฏิบัติตามแผนงานสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 ที่เน้นให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ระดับหนึ่ง และสามารถพึ่งตนเองได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง

สมมติฐานการวิจัย

ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของชาวกะเหรี่ยงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก โดยทำการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2542

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีเชื้อชาติกะเหรี่ยง สัญชาติไทย และอาศัยอยู่ในเขตอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง สักยภาพในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองให้ บรรลุเป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ประเมินโดยใช้แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองของนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534)

ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง ประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะสุขภาพของนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534)