

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาว
กะเหรี่ยง ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง
2. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง
3. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
4. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
5. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับภาวะสุขภาพของผู้สูง

อายุ

แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง

ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง ศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย ซึ่งเป้าหมายของการกระทำคือการดูแลตนเองที่จำเป็น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) กล่าวโดยรวมแล้วความสามารถในการดูแลตนเองจึงหมายถึง ศักยภาพในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองให้บรรลุเป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณสมบัติอันซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตามกระบวนการของชีวิต เพื่อคงไว้และส่งเสริมให้โครงสร้างร่างกายสามารถทำหน้าที่ มีพัฒนาการและก่อให้เกิดความผาสุก เป็นความ

สามารถที่จะกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย (Orem, 1991) โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ ประกอบด้วย

1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundation capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างจงใจ (deliberate action) (Orem, 1991) ซึ่งไม่ได้เฉพาะเจาะจงเพียงการกระทำเพื่อดูแลตนเองเท่านั้น การที่บุคคลมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ต่างกันเนื่องจากบุคคลมีความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานเหล่านี้แตกต่างกัน ปัจจัยที่ทำให้ความสามารถและคุณสมบัติของแต่ละบุคคลแตกต่างกันประกอบด้วย กรรมพันธุ์และสภาพร่างกาย สถานะการณ สังคมและองค์กร วัฒนธรรม และประสบการณ์ในชีวิต ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลตนเอง จะต้องประกอบไปด้วย ความสามารถและคุณสมบัติของประสาทสัมผัสคือ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรสและการสัมผัส ร่วมกับความสามารถที่จะเรียนรู้ รับรู้ จดจำ และนำความรู้ไปลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถที่ทำให้เกิดทักษะการเรียนรู้ การอ่าน การคิด การเขียน การใช้เหตุผล ความสามารถและทักษะในการควบคุมภาวะอารมณ์ มีความตั้งใจและมีแรงจูงใจในการกำหนดเป้าหมายสำหรับตนเองก่อให้เกิดความสนใจท่วงท่าของตนเอง เกิดความเข้าใจและตระหนักในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ยอมรับความสามารถการทำหน้าที่ของร่างกายตนเอง และรับรู้ความต้องการของตนเอง นอกจากนั้นจะต้องมีความสามารถในการรับรู้ต่อเวลา สุขภาพ บุคคล รวมถึงเหตุการณ์ต่าง ๆ เป็นต้น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) เป็นคุณสมบัติของบุคคลที่จะเชื่อมการรับรู้ และการกระทำของมนุษย์ แต่เป็นการกระทำที่เฉพาะเจาะจง เพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป (Orem, 1991) ประกอบด้วย

- 2.1 ความสามารถในการดำรงและปฏิบัติดูแลตนเอง รับผิดชอบต่อตนเอง และ เอาใจใส่ต่อภาวะแวดล้อมภายในและภายนอก รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง

- 2.2 ความสามารถในการควบคุมพลังงานของร่างกาย ให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

- 2.3 ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายที่จำเป็น สำหรับริเริ่ม และลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสมบูรณ์

- 2.4 ความสามารถในการใช้เหตุและผลเพื่อการดูแลตนเอง

- 2.5 มีแรงจูงใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง คือมีเป้าหมายเพื่อดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจไปแล้ว

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้นั้นมาลงมือปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองได้

2.8 มีความสามารถและทักษะในการคิด สติปัญญา การรับรู้และมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคล เพื่อนำมาปรับใช้ในการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันได้

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการใช้ในการกระทำการดูแลตนเองทั้งหมด ในสภาพการณ์ขณะนั้นทันที (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ ดังนี้

3.1 การคาดการณ์ (estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบและประเมินสถานการณ์ รวมถึงองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับนำไปใช้ในการดูแลตนเองตลอดจนประเมินถึงผลที่จะได้รับ

3.2 การปรับเปลี่ยน (transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจ เกี่ยวกับสิ่งที่สามารถกระทำหรือไม่ควรกระทำ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3.3 การลงมือปฏิบัติ (productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

ปริมาณและคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองนั้น มีความสัมพันธ์กับจำนวนและชนิดของความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเอง 3 ด้าน (Orem, 1991) ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) คือความต้องการในการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และรักษาชีวิต สุขภาพ รวมถึงสวัสดิภาพของบุคคล เป็นความจำเป็นสำหรับทุกคนตลอดช่วงชีวิต โดยจะมีการปรับเปลี่ยนไปตามช่วงอายุ พัฒนาการ และสิ่งแวดล้อม เพื่อรักษาสถิตของโครงสร้างร่างกาย การทำหน้าที่และสุขภาพของบุคคล ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ได้แก่ การคงความสมดุลของการได้รับ อากาศ น้ำและอาหารให้เพียงพอ และไม่ก่อให้เกิดโทษ การคงไว้ซึ่งสุขวิทยาส่วนบุคคลด้านการขับถ่าย และการระบายให้เป็นปกติ ดูแลความสะอาดส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม คงความสมดุลระหว่างการมี

กิจกรรมและการพักผ่อน ได้ทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย ให้ความสนใจถึงความ ต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกายของตนเอง รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็น ส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น รักษาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของ ตนเอง และยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น เป็นสมาชิกเครือข่ายของสังคม มีการป้องกันอันตราย ต่าง ๆ ที่จะเกิดกับชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ มีการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการ รวมถึง คงไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง สนใจค้นหาความผิดปกติของโครงสร้างและการทำ หน้าที่ ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (development self-care requisites) เป็น การดูแลตนเอง ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ระยะต่าง ๆ การดูแลตนเองที่ จำเป็นสำหรับกระบวนการของการพัฒนาเข้าสู่ภาวะตามวัย การดูแลป้องกันสิ่งที่จะก่อให้เกิด ผลเสียต่อพัฒนาการ รวมถึงการจัดการกับภาวะเหล่านั้น เพื่อบรรเทาอารมณ์เครียด เช่น การเจริญ เติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต การตั้งครรภ์ การคลอด หรือการสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิด เป็นต้น

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (health deviation self-care requisites) คือความต้องการการดูแลตนเองทั่วไป และความต้องการการดูแลตนเองตามระยะ พัฒนาการ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคล เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจาก ความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองที่ จำเป็นในภาวะนี้ เป็นกิจกรรมที่บุคคลพึงกระทำเพื่อเอาชนะปัญหาสุขภาพอนามัย ได้แก่ การแสวง หาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ สามารถรับรู้และสนใจดูแลสุขภาพของพยาธิสภาพ รวมถึงผลที่ กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง ปฏิบัติตามแผนการรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รับรู้และสนใจดูแลป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของโรคหรือ การรักษา สามารถปรับบทบาทให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผล ของพยาธิสภาพที่เป็นอยู่ มีการพัฒนาความสามารถของตนเองที่เหลืออยู่

ความสามารถในการดูแลตนเองจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล

ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

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

1. อายุ อายุจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการรับรู้ แปลความหมาย การตัดสินใจ ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง (Orem, 1991) เช่น ในเด็กเล็กจะยังไม่สามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ในขณะที่วัยเดียวกันความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุแต่ละคนจะลดลงตามความเสื่อมของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นต้น

2. เพศ จะเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีรภาพระหว่างเพศชาย และเพศหญิง อีกทั้งเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคม ซึ่งลักษณะวัฒนธรรมของสังคมไทยในอดีตกำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำในครอบครัว ส่วนเพศหญิงจะมีบทบาทเป็นผู้ดูแลครอบครัว แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาไม่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง (นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ, 2534) และรายงานการศึกษาของพินุช จันทรคุปต์ (2540) พบว่าผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงทั้งเพศชายและหญิง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกัน ยกเว้นพฤติกรรมการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ที่พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารไม่ถูกต้องมากกว่าเพศหญิง

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

4. สังคมวัฒนธรรม เป็นปัจจัยซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีพของมนุษย์ การดูแลตนเองรวมทั้งสุขภาพของบุคคล ซึ่งองค์ประกอบในระบบสังคมวัฒนธรรมจะรวมถึง ศาสนา ความเชื่อ การศึกษาและเศรษฐกิจ ศาสนาแต่ละศาสนาสอนให้คนมีความเชื่อและการปฏิบัติที่แตกต่างกัน นอกจากนั้นยังเป็นตัวกำหนดขนบธรรมเนียมประเพณี และกำหนดพฤติกรรมของสมาชิกในสังคม โดยเฉพาะความเชื่อในเรื่องการเจ็บป่วย และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามความเชื่อ นอกจากนั้นระดับการศึกษาเป็นส่วนสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของบุคคลในสังคม ที่จะส่งผลให้เกิดการคิดอย่างมีเหตุผล การแสวงหาข้อมูลเพื่อประกอบการ

พิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งองค์ประกอบของสังคมวัฒนธรรมจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพลังความสามารถ 10 ประการ อันเป็นตัวกลางที่จะเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ในเรื่องที่เกี่ยวข้องเฉพาะเจาะจงสำหรับการดูแลตนเอง (Orem & Taylor, 1986 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2537) ส่วนในเรื่องของรายได้ จะเป็นตัวบ่งชี้สภาพทางเศรษฐกิจ ซึ่งจะมีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพและการดูแลตนเอง เพราะสภาพทางเศรษฐกิจของบุคคลจะมีอิทธิพลโดยตรงต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐานและการแสวงหาแหล่งประโยชน์ ที่เป็นปัจจัยเอื้อให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ตามความต้องการ

5. สภาพที่อยู่อาศัย แหล่งที่อยู่อาศัยของบุคคล เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสดูแลสุขภาพพลกษยจากสิ่งแวดลอม หรือได้รับบริการด้านสุขภาพแตกต่างกัน เช่นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดารห่างไกลจากสถานบริการสุขภาพ ทำให้มีโอกาสดูแลสุขภาพด้านสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขได้น้อยลง นอกจากนั้นยังมีความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการ ต้องพึ่งพาตนเองโดยการแสวงหาการรักษาตามความเชื่อ หรือภูมิปัญญาของท้องถิ่น เป็นต้น

6. ภาวะสุขภาพ ภาวะสุขภาพของบุคคลหมายถึงโครงสร้าง การทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ ตลอดจนความเครียด และภาวะทางด้านอารมณ์ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) ซึ่งข้อมูลของภาวะสุขภาพจะเกี่ยวข้องกับความต้องการการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจง เมื่อมีการเจ็บป่วย (Orem, 1991) เช่นในผู้ป่วยที่ไม่สามารถกลืนอาหารได้เอง มีความจำเป็นต้องใส่สายยางให้อาหาร เป็นต้น

7. ระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) หากระบบบริการสุขภาพมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองตามความสามารถที่มีอย่างเต็มที่ จะเป็นพื้นฐานให้มีการพึ่งพาตนเองในสังคม นอกจากนั้น ระบบส่งต่อที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลและขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็น สามารถมารับบริการในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้สะดวก และรวดเร็วยิ่งขึ้น ทำให้บุคลากรในทีมสุขภาพทุกระดับมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

8. ระบบครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมาย และสามารถนำมาช่วยประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว และจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) นอกจากนั้นครอบครัวมีบทบาทในการทำหน้าที่ดูแล และตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคล

9. แบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันในด้านปริมาณความต้องการการดูแลตนเอง และกลวิธีที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Orem, 1991) เช่น คนที่สูบบุหรี่จะต้องรู้จักวิธีดูแลตนเองเพื่อป้องกันการได้รับสารที่เป็นอันตรายจากการสูบบุหรี่ หรือการแสวงหากลวิธีเพื่อเลิกสูบบุหรี่ เป็นต้น

10. แหล่งประโยชน์ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้แตกต่างกัน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับวัตถุ สิ่งของ แหล่งข้อมูล และหากบุคคลมีศักยภาพในการเลือกบริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ และเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ จะทำให้บุคคลได้รับการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปในการดำรงชีวิต ตามความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของตนเอง (Orem, 1991)

ในภาวะปกติบุคคลทั่วไปจะถูกคาดหวังว่าจะต้องพึ่งพาตนเองและดูแลตนเองได้ แต่ในวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกาย (Heckheimer, 1989) กล่าวคืออวัยวะและเซลล์ต่างๆของร่างกายทุกระบบจะเสื่อมถอย และทำหน้าที่ได้ลดลง (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538) ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงไปด้วย

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระดับ มีความสัมพันธ์ต่อกันคือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเป็นรากฐานให้บุคคลมีพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการเป็นพื้นฐานให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (Gast et al. , 1989) ดังนั้นจึงไม่สามารถแยกอธิบายความสามารถในการดูแลตนเองเพียงระดับใดระดับหนึ่งได้อย่างชัดเจน

โดยทั่วไปแล้วความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล จะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการของชีวิต แต่หากได้รับการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอตลอดช่วงระยะพัฒนาการ จะส่งเสริมให้ความสามารถในการดูแลตนเองคงอยู่ต่อไปจนถึงวัยสูงอายุ จากโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองที่ต้องประกอบด้วยความสามารถที่จะกระทำอย่างจงใจ มีคุณสมบัติในการเชื่อมโยงการรับรู้ และการกระทำเพื่อการดูแลตนเองแล้ว ยังต้องมีความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ทั้งนี้การที่บุคคลจะเกิดการปฏิบัติการดูแลตนเองได้บุคคลจะต้องมีการคิด การตัดสินใจได้

ด้วยตนเอง (Orem, 1991) ดังนั้นผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีการรับรู้ดี มีสติปัญญาในระดับที่สามารถคิด โดยใช้เหตุผล และตัดสินใจได้

ในภาพรวมแล้วเมื่ออายุมากขึ้นระดับสติปัญญาจะเปลี่ยนแปลงไป สติปัญญาในที่นี้ประกอบไปด้วย ความสามารถด้านการคิด การคำนวณ การรับรู้ การใช้เหตุผล ความจำ ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการเรียนรู้และการจำของผู้สูงอายุ ความสามารถในการเรียนรู้จะเริ่มลดลงเมื่ออายุประมาณ 40-50 ปี และเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไปจะเริ่มเรียนรู้ได้ยากขึ้น (พัชรี ดันศิริ, 2536) ส่วนด้านความคิดริเริ่มสร้างสรรค์โดยทั่วไปแล้วจะไม่ถูกจำกัดโดยอายุ มนุษย์สามารถพัฒนาให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ขึ้นได้ทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะสามารถนำประสบการณ์ที่ผ่านมาในชีวิตเรียบเรียงเข้าด้วยกัน เกิดเป็นความคิดสร้างสรรค์ขึ้นมาได้ (พัชรี ดันศิริ, 2536) อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน รวมถึงพลังความสามารถ 10 ประการ ขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างบุคคล และช่วงอายุของวัยผู้สูงอายุ เป็นต้นว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่จัดอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ความเสื่อมของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายยังเกิดไม่มากเมื่อเทียบกับวัยสูงอายุตอนปลาย วัยสูงอายุตอนต้นจึงมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (Miller, 1999) จากการศึกษาวรรณิ จันทรสว่าง (2534) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีความจำปกติ การรับรู้ความรู้สึกจากประสาทสัมผัสในด้านการได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัสยังคงปกติ ส่วนการมองเห็นนั้นมักมีความบกพร่องคือมองเห็นภาพไม่ชัด ซึ่งความพร่องของการมองเห็นส่งผลให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการอ่านเพื่อนำความรู้มาประกอบการคิด และการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล นอกจากนั้นยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยอมรับว่าตนเองทำงานได้น้อยลง แต่รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความคิดว่าตนเองเป็นคนดี มีความภาคภูมิใจในตนเองและเห็นว่าตนยังมีประโยชน์ต่อผู้อื่น ซึ่งการที่ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ยอมรับในความสามารถของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป และทราบความต้องการของตนเองจะเกิดผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของวาริ กังใจ (2541) ที่พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับรายงานการศึกษาของสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) ที่ศึกษาพบว่าอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

กล่าวโดยสรุปแล้ว ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจะลดน้อยลง ตามความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญาที่เสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้พลังความสามารถในการควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่จะเคลื่อนไหวเพื่อดูแลตนเองลดลง รวมถึงทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา เพื่อประมวลผลความคิดอย่างมีเหตุมีผลในการตัดสินใจ ปฏิบัติการดูแลตนเองลดลงตามไปด้วย ทำให้ผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง

ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยเช่นเดียวกับผู้สูงอายุทั่วไป นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดด้านปัจจัยพื้นฐาน ที่มีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ กล่าวคือผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ และไม่สามารถเข้าใจภาษาไทย จึงขาดทักษะในการอ่าน และการติดต่อกับบุคคลที่สื่อสารด้วยภาษาไทยรวมทั้งบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงเสียโอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ สำหรับนำไปคิดประกอบการใช้เหตุผล เพื่อตัดสินใจปฏิบัติการดูแลตนเอง นอกจากนี้โดยทั่วไปชาวกะเหรี่ยงมีประเพณีและวัฒนธรรมของการดูแลตนเองที่สืบทอดต่อเนื่องกันมา แต่ไม่ได้แยกเฉพาะเจาะจงว่าเรื่องใดเป็นการปฏิบัติการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยโดยตรง ทั้งนี้เนื่องจากชาวกะเหรี่ยงมีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย มีความต้องการเพียงปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต เช่นการผลิตอาหารให้เพียงพอต่อการบริโภคในครัวเรือน โดยไม่ได้คำนึงถึงว่าอาหารที่ได้รับมีคุณค่าสารอาหารครบถ้วน เมื่อเจ็บป่วยก็จะดูแลรักษาตามความเชื่อคือการบูชาผี หรือใช้สมุนไพรพื้นบ้าน (ประวิตร โพธิาสัน, 2521) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่เรียกว่าภูมิปัญญา (wisdom) อันเป็นความรู้ที่ได้สั่งสมมาจากประสบการณ์ของชีวิต ซึ่งสิ่งเหล่านี้ย่อมมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงตามไปด้วย

จากการศึกษาที่ผ่านมาไม่พบว่ามีการศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง แต่จากรายงานผลการศึกษเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง (มณฑนา เจริญกุล, 2534; นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ, 2534; สุวิมล พนาวัฒน์กุล, 2534; สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค, 2535; รัชนิ สุนทรปกรณกิจ, 2537) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุชาวไทยพื้นราบ ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนเมือง และเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ ที่มีโอกาสในการแสวงหาความรู้ และแหล่งประโยชน์ที่จะนำมาพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้มากกว่าผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบถึงศักยภาพของบุคคลที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสามารถในการดูแลตนเองนั้นประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ ได้แก่ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระดับมีความสัมพันธ์ต่อกัน คือความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเป็นรากฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการเป็นพื้นฐานให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง หากขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ย่อมส่งผลให้ขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย และไม่สามารถจะลงมือปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองได้ (Gast et al. , 1989)

ดังนั้นในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง จึงมีผู้สร้างเครื่องมือสำหรับประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ที่ระดับของคุณสมบัติขั้นพื้นฐานและพลังความสามารถ 10 ประการ และที่ระดับของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Gast et al. , 1989) นักวิจัยที่สร้างเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ที่ระดับพลังความสามารถ 10 ประการ มีความเชื่อว่าการดูแลตนเอง กับความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน แต่การดูแลตนเองกับการปฏิบัติการดูแลตนเองมีลักษณะเหมือนกัน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) เครื่องมือที่วัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ ได้แก่ เครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่น ของเดนีส (Denyes Self-Care Agency Instrument : DSCAI) (Denyes, 1981 cited in Gast et al. , 1989) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรมในระยะแรก ที่ยังไม่ได้แจกแจงพลังความสามารถ 10 ประการในการดูแลตนเองไว้ เมื่อแยกองค์ประกอบของพลังความสามารถ พบว่ามีองค์ประกอบเพียง 6 ด้านที่ใกล้เคียงกับพลังความสามารถ 10 ประการของโอเรม และเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการวัดความสามารถในการดูแลตนเองเฉพาะของเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสุขภาพปกติ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) นอกจากนั้นยังมีเครื่องมือ Perception of Self-Care Agency Questionnaire ที่สร้างโดย แฮนสันและบิคเคิล (Hanson & Bickel, 1985 cited in Gast et al. , 1989) เป็นเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบว่ามีความตรงเชิงโครงสร้าง แต่มีความครอบคลุมพลังความสามารถในการดูแลตนเองเพียง 4 ด้าน ซึ่งก็เป็นด้านที่มีความสำคัญตามแนวคิดของโอเรม เครื่องมือนี้มีศักยภาพในการนำมาทดสอบทฤษฎีของโอเรมได้เป็นอย่างดี (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) อย่างไรก็ตามการที่บุคคลมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

รวมถึงมีพลังความสามารถ 10 ประการ แต่หากขาดการนำมาใช้ในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองแล้ว จะไม่เกิดการลงมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง ในขณะที่บุคคลที่ปฏิบัติการดูแลตนเองได้ดี ย่อมมีความสามารถในการดูแลตนเอง เพราะความสามารถย่อมเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองให้ใกล้เคียงกับความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จึงน่าจะเป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในระดับของความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง เครื่องมือที่มีนักวิจัยสร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองมีดังต่อไปนี้

1. The Exercise of Self-Care Agency (ESCA) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย เคอร์นีย์ และเฟลสเชอร์ (Kearney & Fleischer cited in Gast et al. , 1989) สร้างจากพื้นฐานความเชื่อว่าการวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองน่าจะใกล้เคียงกับการลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด เครื่องมือประกอบด้วยคำถามจำนวน 43 ข้อ แต่จากการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างตามทฤษฎีของไอเรมโดยไอเซนเบิร์ก (Isenberg cited in Gast et al. , 1989) กลับพบว่ามีย่อยคำถามเพียง 10 ข้อจาก 43 ข้อ ที่เป็นการวัดความสามารถในการคาดการณ์หรือวัดความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง และมีคำถามถึง 7 ข้อที่ไม่มีความชัดเจนว่าเป็นการวัดความสามารถในการดูแลตนเองระดับใด (Gast et al. , 1989)

2. The Appraisal of Self-Care Agency scale (ASA scale) เป็นเครื่องมือที่เอเวอร์ส (Evers, 1989) และกลุ่มนักวิจัยชาวเนเธอร์แลนด์สร้างขึ้น เพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยมองว่าความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองเกิดจากการที่บุคคลมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ข้อคำถามจึงผสมผสานกันทั้งการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Gast et al. , 1989) เครื่องมือนี้เป็นแบบสอบถามจำนวน 24 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเกิร์ต (Likert Type Scale) ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยไอเรมและผู้ที่เกี่ยวข้องในทฤษฎีนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) จากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76 (Evers, 1989) เครื่องมือนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย สมจิต หนูเจริญกุล และนำมาใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา จำนวน 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .78 ต่อมานิพนธ์ วิทยโชคกิตติคุณ (2534) ได้นำแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งแปลโดยสมจิต หนูเจริญกุลไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ

ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 14 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .49 ซึ่งค่อนข้างต่ำ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในข้อคำถามด้านลบ จึงได้ปรับปรุงเครื่องมือจากข้อคำถามที่เป็นด้านลบ จำนวน 8 ข้อ ให้เป็นข้อคำถามด้านบวก ภายหลังการปรับปรุงเครื่องมือ ซึ่งมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 24 ข้อ จึงประกอบด้วยคำถามด้านบวกจำนวน 23 ข้อ ด้านลบจำนวน 1 ข้อ และได้นำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในสถานที่ต่างกัน ได้แก่ นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) นำแบบวัดไปใช้ในงานวิจัยกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 120 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93 สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) นำแบบวัดนี้ไปใช้ในงานวิจัยกับผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดหนองคาย จำนวน 106 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535) ได้นำแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองไปใช้ในงานวิจัยกับผู้สูงอายุที่ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุคนแดง กรุงเทพมหานคร จำนวน 149 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค .90 ซึ่งจากผลการนำไปใช้ในงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคอยู่ในเกณฑ์ดี ประกอบกับแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เหมาะสมสำหรับใช้กับผู้ที่มิมีภาวะสุขภาพดี โดยเฉพาะข้อคำถามหลายข้อมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงโดยใช้เครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ที่ดัดแปลงโดยนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) เพราะเป็นเครื่องมือที่ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองที่ระดับของความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง ซึ่งใกล้เคียงกับความสามารถที่ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด รวมถึงมีความเชื่อมั่นสูง และมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความหมายของภาวะสุขภาพ

การให้คำจำกัดความของคำว่าสุขภาพ (health) มีการนำคำว่าภาวะ (state) มาใช้อธิบายร่วมด้วยเสมอ คำว่า “ภาวะ” ความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ. ศ. 2525 (2530) คือ ความมี ความเป็น หรือความปรากฏ องค์การสหประชาชาติ (United Nations) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) อธิบายถึงภาวะสุขภาพของบุคคลไว้ว่าเป็นภาวะที่มีความ

สมบูรณ์ หรือไม่มีความบกพร่อง ซึ่งไม่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงความสมบูรณ์ของจิตใจและจิตวิญญาณด้วย (WHO cited in Orem, 1991) ส่วนเฮนเดอร์สัน (Henderson cited in Chinn & Jacobs, 1983) ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นภาวะที่มีการทำหน้าที่อย่างอิสระของร่างกาย ในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการพื้นฐานโดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ส่วนคิง (King, 1981) ให้คำจำกัดความของสุขภาพว่า เป็นกลไกของชีวิตที่จะจัดการกับสิ่งเร้าทั้งจากสิ่งแวดล้อมภายในภายนอก โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนั้นเลวิน (Levine cited in Pender, 1996) ให้คำจำกัดความสุขภาพว่าเป็นภาวะที่มีความสมดุลของพลังงานในร่างกาย การรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสังคม ในการดำรงชีวิตอยู่ ส่วนโอเรม (Orem, 1991) ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นภาวะของความสัมพันธ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และการควบคุมอารมณ์ ภาวะสุขภาพของบุคคลเป็นองค์รวมที่ผสมผสานกันของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง นอกจากนั้นเดนนิส (Denyes, 1988) ซึ่งนำแนวคิดภาวะสุขภาพของโอเรม มาสร้างเครื่องมือเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ อธิบายว่าการที่บุคคลมีการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปได้อย่างเพียงพอ จะส่งเสริมให้บุคคลมีความสมบูรณ์ของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกาย หรือก่อให้เกิดภาวะสุขภาพแก่บุคคลนั่นเอง

ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษาภาวะสุขภาพตามแนวคิดของโอเรม และประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้เครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพที่ดัดแปลงมาจากของเดนนิส ความหมายของภาวะสุขภาพที่ใช้ในการศึกษานี้จึงหมายถึง ความสมบูรณ์ของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป

การสูงอายุนับเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องของชีวิตตั้งแต่เกิดจนหมดอายุขัย (Staab & Hodges, 1996) ซึ่งไม่สามารถอธิบายกลไกของการเกิดขึ้นได้ชัดเจนเพียงทฤษฎีเดียว (Eliopoulos, 1993) การให้คำจำกัดความเป็นเพียงการอธิบายถึงพลังงานที่ลดลงไปอย่างไม่มีทางฟื้นกลับได้ ซึ่งเป็นผลจากเวลาที่ล่วงเลยไป จนในที่สุดก็เข้าสู่ความตาย (Ebersole & Hess, 1994) กระบวนการเปลี่ยนแปลงในช่วงชีวิตของมนุษย์มีอยู่ 2 ระยะคือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรกเกิดจนถึงช่วงอายุ 40 ปี ในระยะนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเจริญงอกงามและเสริมสร้าง ช่วงอายุที่อวัยวะต่างๆ ทำหน้าที่ได้สูงสุดนั้นจะอยู่ระหว่างช่วงอายุ 20-30 ปี แต่การเปลี่ยนแปลงในระยะที่ 2 เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังอายุ 40 ปี ซึ่งในระยะนี้หน้าที่ต่างๆ ทางสรีรวิทยาเริ่มลดน้อยลงเป็นการเปลี่ยนไปสู่ความเสื่อม ซึ่งเกิดขึ้นทั้งทางด้าน

ร่างกาย จิตใจและสังคม (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528; ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538; บุญมาศ สีนุประภา, 2538; Wold, 1993) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงมีผลโดยตรงต่อความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อรักษาสมดุลของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ ของผู้สูงอายุ และจากแนวคิดภาวะสุขภาพของโอเรมที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปอย่างเพียงพอ จะทำให้มีความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ อันหมายถึงความมีสุขภาพดี ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีตามแนวคิดของโอเรม ผู้สูงอายุจึงควรดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปดังนี้

1. การคงไว้ซึ่งความสมดุลของการได้รับอากาศ เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบการหายใจ ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง แรงดันออกซิเจนในเลือด (PaO_2) มีค่าสูงสุดอยู่ในระดับ 75 มิลลิเมตรปรอท ในขณะที่ในวัยหนุ่มสาวระดับของแรงดันออกซิเจนในเลือดมีค่าอยู่ในระหว่าง 90-95 มิลลิเมตรปรอท (Himaris, 1988 cited in Ebersole & Hess, 1994) ประกอบกับการที่ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเกี่ยวกับโรกระบบทางเดินหายใจ (Bowers, Thompson, & Miller, 1992) ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับอากาศที่บริสุทธิ์เพียงพอ โดยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ควรอยู่ในสถานที่แออัดมากเกินไป นอกจากนั้นควรงดสูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้กับผู้ที่กำลังสูบบุหรี่ ซึ่งควันบุหรี่จะทำให้ร่างกายได้รับอากาศที่มีออกซิเจนน้อยลง การที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องดูแลตนเองเพื่อให้ได้รับอากาศเพียงพอก็เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และมีอัตราการหายใจปกติ ซึ่งอัตราการหายใจปกติของผู้สูงอายุจะอยู่ระหว่าง 12-20 ครั้งต่อนาที (Bowers et al., 1992) ส่วนผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไปอัตราการหายใจจะเพิ่มขึ้นคือ จะอยู่ในช่วงระหว่าง 20-22 ครั้งต่อนาทีและหากมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยต้องสังเกตอย่างใกล้ชิด (Hogstel, 1994) หากผู้สูงอายุได้รับอากาศไม่เพียงพอ จะส่งผลต่อโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายโดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ ซึ่งในปัจจุบันจะเห็นว่าสาเหตุการตายของผู้สูงอายุในระดับต้น ๆ ช่วงปี พ.ศ. 2530-2535 มีโรกระบบทางเดินหายใจรวมอยู่ด้วย (สถิติสาธารณสุข, 2535 อ้างในจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540) เช่นเดียวกับสาเหตุการตายของผู้สูงอายุชาวเกาะเกรียงในเขตอำเภอสะเมิง และอำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ที่พบว่าการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเป็นสาเหตุการตายอันดับแรก (สมพงษ์ ชิวสันต์, 2530)

2. การคงไว้ซึ่งความสมดุลของการได้รับน้ำ น้ำเป็นส่วนประกอบสำคัญของร่างกาย มีหน้าที่ควบคุมปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกาย และการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายทางปัสสาวะและเหงื่อ ผู้สูงอายุควรได้รับน้ำสะอาดอย่างน้อย 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน (Heckheimer, 1989) หรือประมาณ 6-8 แก้ว ควรงดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ เพราะจะทำให้นอนหลับยาก นอกจากนั้นกาแฟยังทำให้ระดับโมเลกุลเดอรอลในเลือดเพิ่มขึ้นถ้าดื่มในปริมาณมาก ส่วน

ในชาวมิสาธแทนนิน (tannin) ซึ่งเป็นสารต้านไทอะมิน ทำให้มีโอกาสด้านไทอะมินได้ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, 2536) จากการศึกษาของฟิรนูช จันทรคุปต์ (2540) พบว่าผู้สูงอายุ ชาวกะเหรี่ยงส่วนใหญ่ดื่มน้ำเพียงวันละ 6 แก้ว ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย นอกจากนี้ ชาวกะเหรี่ยงดื่มน้ำจากแหล่งน้ำธรรมชาติ เป็นน้ำจากลำห้วย ซึ่งมีลักษณะใสจึงไม่มีการนำมาต้ม ก่อนบริโภค แต่ในฤดูฝนซึ่งน้ำในลำห้วยจะขุ่นก็จะเพียงต้มมาทิ้งไว้ให้ตกตะกอนแล้วจึงใช้บริโภค (ธมนวรรณ อ้ากถัด, อัจฉรา อ่วมเครือ, และปิยรัตน์ บุตรภรณ์, 2541) ซึ่งอาจทำให้เสี่ยงต่อการ ติดเชื้อได้

3. การคงไว้ซึ่งความสมดุลของการได้รับอาหาร การดูแลตนเองด้านโภชนาการเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ การรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายทั้งปริมาณ และคุณภาพ จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงลดความเสี่ยงของอวัยวะต่าง ๆ และป้องกันการทรุดโทรม เร็วเกินไปของร่างกาย (กุลยา ดันติผลาชีวะ, 2524) ผู้สูงอายุไทยควรได้รับพลังงานวันละ 1,850 แคลอรีต่อวันในเพศหญิง และ 2,250 แคลอรีต่อวันในเพศชาย (กรมอนามัย, 2532) และควรได้รับโปรตีน 50-70 กรัมต่อวัน (Heckheimer, 1989) ผู้สูงอายุควรมีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ที่เหมาะสมโดยคำนวณจากสัดส่วนของน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูง เป็นตารางเมตร (kg/m^2) ค่าปกติสำหรับผู้ใหญ่เพศชายเท่ากับ 20-25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนในผู้ใหญ่เพศหญิงเท่ากับ 19-24 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (ประสงค์ เทียนบุญ, 2540) ผู้สูงอายุ ชาวกะเหรี่ยงมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารโดยเน้นข้าวเป็นหลัก และจะรับประทานร่วมกับอาหาร ประเภทพืชผักที่หาได้ในท้องถิ่น โดยบริโภคอาหารประเภทโปรตีนน้อยมาก ทั้งนี้เพราะ ชาวกะเหรี่ยงมีฐานะยากจนจึงไม่สามารถซื้ออาหารที่มีคุณค่ามาบริโภค ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มี โอกาสที่จะได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ การที่ผู้สูงอายุดูแลตนเองด้านการคงความสมดุลของการ ได้รับอาหารไม่เหมาะสมอาจทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดปัญหาทางโภชนาการตามมา ดังจะเห็นได้ จากการศึกษาของสุจิตรา ผลประไพ, มาลี เขียวทอง, และศิริบงกช ดวงดาว (2533) เกี่ยวกับภาวะ โภชนาการของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา และศูนย์บริการคนชราในกรุงเทพมหานคร และภาคต่าง ๆ จำนวน 380 คน โดยการซักประวัติการบริโภคย้อนหลัง 24 ชั่วโมง และตรวจค่าของ สารชีวเคมีในเลือด ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 33.2 และเกินมาตรฐานร้อยละ 19.6 เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index) นอกจากนั้นจากรายงานการศึกษาของ วินัส ลิพทกุล, พัฒนพงศ์ คุ่มทวีพร, และไพโรจน์ ลิพทกุล (2539) ซึ่งศึกษาภาวะโภชนาการและความเสี่ยงทางสุขภาพของผู้ใหญ่วัยก่อนเกษียณอายุการทำงาน โดยใช้การสัมภาษณ์ และประเมินภาวะโภชนาการโดยการตรวจร่างกายและตรวจเลือดวัดปริมาณ สารชีวเคมีในซีรัม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพในระดับปานกลาง และ

ปัญหาทางโภชนาการที่พบคือ ภาวะขาดสารอาหาร พบว่ามีภาวะซีดร้อยละ 14.1 ภาวะขาดโปรตีน และพลังงานร้อยละ 4.2 นอกจากนั้นพบภาวะโภชนาการเกินที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเรื้อรัง คือโรคอ้วนร้อยละ 23.9 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 50.7 และโคเลสเตอรอลในเลือดสูงร้อยละ 93

4. การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการกำจัดของเสียออกจากร่างกายให้เป็นปกติ รวมถึงการจัดการเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม ในวัยสูงอายุมักพบปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่าย และปัญหาที่พบบ่อยในวัยสูงอายุคือการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จากการศึกษาของ ถนนอมขวัญ ทวีบุรณ, สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, และ กรองกาญจน์ สิริภักดี (2540) พบว่าร้อยละ 48.5 ของผู้สูงอายุ จำนวน 200 คนมีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ซึ่งภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นี้คนทั่วไปรวมถึงบุคคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้อง โดยคิดว่าเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุ (Penn, Lekan-Rutledge, Joers, Stolley & Amhof, 1996) การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เกิดจากสภาพกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานเสื่อมหน้าที่ลง หรือมีปัญหาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ รวมถึงมีปัสสาวะคั่งนาน ๆ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงไม่ควรกลั้นปัสสาวะนาน ๆ ส่วนการขับถ่ายอุจจาระมักพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาท้องผูก ซึ่งในความเป็นจริงคนเราไม่จำเป็นต้องถ่ายอุจจาระทุกวันก็ได้ ขึ้นอยู่กับอุปนิสัยและสิ่งแวดล้อม (อนันต์ ตูรบพ, 2539) อาการท้องผูกเกิดได้เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวลดลงและขาดการออกกำลังกาย ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวลดลง ร่วมกับการรับประทานอาหารที่มีกากน้อย และดื่มน้ำน้อย จากรายงานการศึกษาแบบแผนสุขภาพ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุของราตรี โอภาส, กรรณิการ์ พงษ์สนธิ, ชมนาด พงนามาตร์, และ ชูศรี วงษ์เครือวัลย์ (2538) พบว่าผู้สูงอายุเคยมีอาการท้องผูกร้อยละ 47.3 นอกจากนั้นผู้สูงอายุร้อยละ 12.6 ที่เป็นโรคสีดวงทวาร และมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 83.8 ที่เคยใช้ยาระบาย เช่นเดียวกับการศึกษาของวรรณิ จันทรสว่าง (2534) ที่พบว่าปัญหาการขับถ่ายที่พบบ่อยที่สุดของผู้สูงอายุคือท้องผูก

5. การคงความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ในวัยสูงอายุเป็นวัยที่หาเวลาว่างได้ง่ายขึ้น จึงควรมีเวลาให้กับการออกกำลังกาย การเข้าร่วมกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความเพลิดเพลินในสังคม หรือมีงานอดิเรกทำ ทั้งนี้เพราะงานอดิเรกหลายอย่างนอกจากจะให้ประโยชน์ต่อร่างกายแล้ว ยังให้ความสุขทางใจอีกด้วย (วิจิตร บุญยะไพฑร, 2537) การมีกิจกรรมของร่างกายหรือการออกกำลังกาย (physical activity or exercise) เป็นการช่วยชลอความเสื่อมของร่างกาย นอกจากนั้นหากมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ร่างกายฟื้นคืนให้กลับมีสภาพดีขึ้น และลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคของหัวใจและหลอดเลือด (Jones, J. , & Jones, K. D. , 1997)

ในขณะเดียวกันในวัยสูงอายุยังต้องการการพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง การนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ เพราะในขณะที่หลับอวัยวะต่าง ๆ จะได้รับ

การพักผ่อนตามไปด้วย เช่น พบว่าหัวใจเต้นช้าลงประมาณ 10 เปอร์เซ็นต์ เป็นต้น (บริบูรณ์ พรพิบูลย์, 2539)

6. การรักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้สูงอายุควรมีเวลาสำหรับการใช้เวลาอยู่เพียงลำพังในแต่ละวัน เพื่อจะได้มีเวลาเป็นของตัวเอง สามารถทำตามความต้องการของตนเองได้ เป็นการทบทวนถึงความต้องการของตนเอง และความ สำเร็จที่ผ่านมาในชีวิต ในขณะที่เดียวกันควรมีเวลาสำหรับการสังสรรค์กับครอบครัวและเพื่อนฝูง การเข้าร่วมกลุ่มในสังคมวัยเดียวกันของผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า (กชกร สังขชาติ, 2536) และช่วยสร้างเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ในการแสวงหาแหล่งประโยชน์เพื่อใช้ในการ ดูแลตนเอง

7. การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดกับชีวิต การทำหน้าที่ของร่างกายและความ ผาสุก การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรมีการดูแลตนเอง เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่าง ๆ โดยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย พื้นห้อง สะอาด ไม่ลื่นเกินไป ไม่มีสิ่งของวางกีดขวางทางเดิน มีแสงสว่างเพียงพอ และห้องน้ำควรมี ราวจับยึด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อวัยวะส่วนปลายอ่อนแรง ควรได้รับการประเมินและตรวจรักษา เพื่อหาแนวทางป้องกันอุบัติเหตุโดยอาจใช้วิธีการฝึกการทรงตัวและปรับท่าทางการเดินให้ เหมาะสม (Ginter & Mion, 1992) นอกจากนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการระมัดระวังอันตรายเมื่อออก นอกบ้าน เช่นการเดินข้ามถนน ควรข้ามโดยมีคนคอยช่วยเหลือหรือมีเพื่อนร่วมเดินทาง เป็นต้น จากรายงานผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกัน อุบัติเหตุอยู่ในระดับดี (กันยารัตน์ อุบลวรรณ, 2540; พิรณัฐ จันทรรูปต์, 2540; ศิริพร ลิ้มพัฒนานนท์, 2540; เอกรัตน์ เชื้ออินตา, 2540; อรพรรณ อิศราภรณ์, 2540) แต่ในผู้สูงอายุ ชาวกะเหรี่ยงที่อาศัยอยู่ในชนบท สภาพบ้านเรือนของชาวกะเหรี่ยงเป็นบ้านยกพื้นสร้างจาก ไม้ไผ่ สภาพบ้านเป็นลักษณะบ้านไม้ถาวร (ประวิตร โพธิาสัน, 2521) การเดินขึ้นลงบันไดจะไม่มี ราวจับยึด ประกอบกับสภาพการจัดบ้านเรือนที่ไม่ถูกสุขลักษณะ (ประยงค์ ลิ้มตระกูล และคณะ, 2536) ทำให้ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงอาจได้รับอันตรายจากการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

8. ส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการของตนเองให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และศักยภาพของตนเอง ผู้สูงอายุควรมีการเสริมสร้างให้ตนเองมีศักยภาพในการทำหน้าที่ภายใต้ ข้อจำกัดของร่างกาย โดยสนใจค้นหาความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่การทำงานของร่างกาย การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติดูแลตนเองได้ดี นอกจากนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อตรวจหาความ ผิดปกติของร่างกาย เป็นการวินิจฉัยได้แต่เนิ่น ๆ และสามารถแก้ไขได้ทันเวลา แต่จากรายงานการ

วิจัยผู้สูงอายุในประเทศไทย (กันยารัตน์ อุบลวรรณ, 2540; ศิริพร ลิ้มพัฒนานนท์, 2540; เอกรัตน์ เชื้ออินตา, 2540; อรพรรณ อิศราภรณ์, 2540) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการตรวจร่างกายประจำปี

นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและมีความพึงพอใจกับชีวิตที่ผ่านมา รวมถึงการสามารถเป็นที่พึ่งทางใจสำหรับบุคคลในครอบครัว มองเห็นชีวิตของตนเองมีความหมาย และเมื่อเวลาผ่านไปจะสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ เช่นการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก รวมถึงการยอมรับกับวาระสุดท้ายได้อย่างสงบ เป็นต้น (Bohannon, 1994) จากการศึกษาของสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) พบว่าทัศนคติที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงได้รับความรักและเอาใจใส่จากบุตรหลาน เพราะมีประเพณีที่สืบทอดกันมาแต่โบราณว่าคนดีต้องเอาใจใส่ผู้สูงอายุ นอกจากนั้นผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงยังได้รับการยกย่องให้เป็นที่ยกย่องในพิธีกรรมต่าง ๆ จึงทำให้ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงรู้สึกตนเองมีคุณค่า (ธงชัย สาระกุล, 2540)

การที่ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดของความสามารถในดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ดังที่กล่าวมาข้างต้นประกอบกับการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างของร่างกายไปในทางเสื่อมถอย การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง จึงพบว่าปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุคือ โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ (บรรลุ ศิริพานิช, ธงชัย ทวีชาชาติ, วันดี โภคกุล, นันทิกา ทวีชาชาติ, สุภชัย ฤกษ์งาม, และปริญญา ไชมานะ, 2531; วรณิ จันทรสว่าง, 2535) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่อความสามารถในการเคลื่อนไหว และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อย่างไรก็ตามเมื่อให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี ถึงดีมาก (เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์, สุรีย์ บุญญานพวงศ์, และสมศักดิ์ ฉันทะ, 2533; สุพรรณิ นันทชัย, 2534) อีกทั้งรู้ดีกว่าตนเองแข็งแรง และแข็งแรงกว่าคนอื่นเมื่อเทียบกับผู้อยู่ในวัยเดียวกัน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540) มีผู้สูงอายุเพียงประมาณร้อยละ 10 เท่านั้นที่ประเมินว่าสุขภาพของตนเองไม่ดี (Speake, Cowart, & Pellet, 1989)

การประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อตัดสินว่าบุคคลมีสุขภาพดีหรือไม่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับการให้ความหมายภาวะสุขภาพของบุคคล และผู้ประเมิน ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพได้มาจากการประเมินตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล บุคลากรทางการแพทย์ และจากการตรวจร่างกาย ร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ มีความซับซ้อนกว่าการประเมินภาวะสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ หรือวัยรุ่นหนุ่มสาว ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม (ประคอง อินทรสมบัติ, 2539) โดยทั่วไปการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลสามารถประเมินได้จากภาวะสุขภาพทางด้านกายภาพ และการประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของบุคคล

1. การประเมินภาวะสุขภาพทางด้านกายภาพ ได้แก่ การตรวจร่างกายตามระบบ การตรวจอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของร่างกาย ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ น้ำหนักตัว และการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ อุจจาระ การตรวจทางรังสี เป็นต้น

2. การประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ โดยใช้แบบวัดภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นความคิดของบุคคลที่รวบรวมขึ้น และสะท้อนถึงการประเมินภาวะสุขภาพทั่ว ๆ ไปของตนเอง การให้บุคคลประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของตนเองมีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง เพราะการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองตามความเป็นจริง บ่งบอกถึงความสนใจต่อตนเอง และทำให้บุคคลมีความเอาใจใส่ต่อการดูแลตนเองตามไปด้วย การประเมินภาวะสุขภาพขึ้นอยู่กับการให้ความหมายของบุคคล จากผลการศึกษาการรับรู้สุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งศึกษาโดยเพอร์รี่ และวูดส์ (Perry & Woods, 1995) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงให้ความหมายของสุขภาพของตนเองอยู่ที่ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข และแม้ว่าจะมีโรคเรื้อรัง หรือมีความพิการแต่ก็สามารถมีสุขภาพดีได้ นอกจากนี้ยังมีข้อบ่งชี้ของการมีสุขภาพดี ว่าเป็นการมีกำลังที่สามารถกระทำสิ่งที่ต้องการได้ สามารถพึ่งพาตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และมีความพอใจในชีวิต มองโลกในแง่ดีเผชิญความจริงที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ซึ่งการให้ความหมายสุขภาพของผู้สูงอายุดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุของอัลฟอร์ด (Alford, 1992 อ้างในประคอง อินทรสมบัติ, 2539) ที่เสนอให้มีการปรับแนวคิดสุขภาพผู้สูงอายุว่า คือความสามารถในการมีชีวิตอยู่ และทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพในสังคม สามารถพึ่งตนเองได้ ให้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่ และไม่จำเป็นต้องปราศจากโรค ซึ่งการมองภาวะสุขภาพเป็นองค์รวมดังกล่าว ตรงกับแนวคิดของโอเรม ที่มองว่าภาวะสุขภาพของบุคคลเป็นองค์รวมในความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย

จิตใจ อารมณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่บุคคลนั้นได้รับการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง โดยทั่วไปอย่างเพียงพอ (Orem cited in Denyes, 1988) ดังนั้นการประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของบุคคลน่าจะมีความเหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ

ในอดีตเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพที่นักวิจัยนำมาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพเป็นการวัดการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งสามารถประเมินได้ด้วยคำถามเพียงประโยคเดียว เป็นการถามถึงการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน มีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ดีมาก, ดี, พอใจ หรือแย่มาก ต่อมาได้มีการขยายขอบเขตของโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาการประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก The National Center for Health Services Research ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health perception battery) ขึ้นมา ดำเนินการโดยบรูคและคณะ (Brook, et al. , 1979 อ้างในจิรประภา ภาวิไล, 2535) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ถามถึงการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต การรับรู้ความต้านทาน/การเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ความวิตกกังวล/ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (จิรประภา ภาวิไล, 2535) นอกจากนั้นยังมีการพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยเฉพาะโรค เพื่อใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคนั้น ๆ เช่นแบบประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยโรคเบาหวานของพรทิศา อินทรพรหม (2539) ซึ่งเป็นแบบวัดที่ให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง โดยมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง เป็นต้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาภาวะสุขภาพตามแนวคิดของ โอเรม ที่มองสุขภาพของบุคคลเป็นองค์รวมในความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และอธิบายว่าการที่บุคคลจะมีภาวะสุขภาพดีได้นั้น ต้องได้รับการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปอย่างเพียงพอ (Orem cited in Denyes, 1988) เดนนิส ได้สร้างเครื่องมือเพื่อประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลตามแนวคิดของโอเรม จากแนวคิดที่ว่า การได้รับการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปอย่างเพียงพอจะนำไปสู่การมีสุขภาพดี และมีความสุข (Frey, & Denyes, 1989) เป็นเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพในเชิงบวก และครอบคลุมถึงการได้รับการตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป 8 ประการ (Orem, 1991) ประกอบด้วย

1. การคงไว้ซึ่งความสมดุลของการได้รับอากาศอย่างเพียงพอ
2. การคงไว้ซึ่งความสมดุลของการได้รับน้ำอย่างเพียงพอ
3. การคงไว้ซึ่งความสมดุลของการได้รับอาหารอย่างเพียงพอ
4. การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายสิ่งปฏิกูลให้เป็นปกติ รวมถึงการจัดการเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม

5. การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
6. การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียว กับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น
7. การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดกับชีวิต การทำหน้าที่ และความผาสุก
8. ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการของตนเองให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคม และศักยภาพของตนเอง

การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้เครื่องมือของเดนนิส เป็นการประเมินว่าบุคคลรับรู้ต่อสุขภาพของตนเป็นอย่างไร และได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปเพียงพอหรือไม่ ซึ่งหากได้รับเพียงพอกับความต้องการ สามารถนำไปสู่การมีความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้างและความตรงตามเนื้อหาโดยนัมนาถลี (Nunnally cited in Denyes, 1988) ทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำไปใช้ในกลุ่มวัยรุ่น ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาคอยู่ระหว่าง .83 - .88 (Denyes, 1988)

นิรนาถ วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) ได้นำแบบวัดภาวะสุขภาพของเดนนิส มาแปลเป็นภาษาไทย และปรับให้มีความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้กับผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญทางทฤษฎีการพยาบาล และทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 14 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80

ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง เนื่องจากการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จะสื่อถึงภาวะสุขภาพในภาพรวมตรงตามทฤษฎีของไอเรม โดยใช้แบบวัดภาวะสุขภาพของเดนนิส ที่แปลโดยนิรนาถ วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) เพราะเป็นการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วย และแบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมืออยู่ในระดับดี

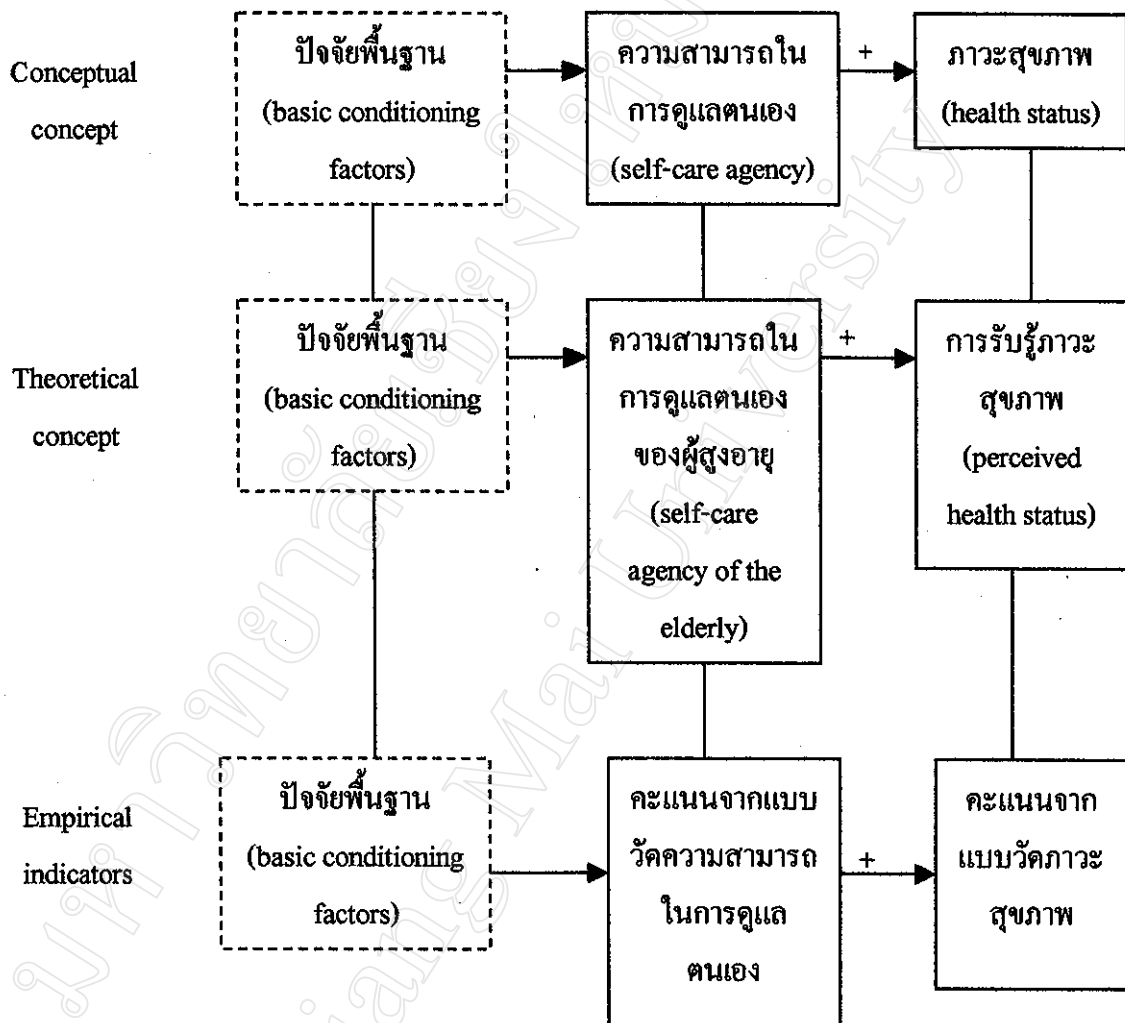
ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพ

จากแนวคิดของโอเรมที่กล่าวถึงความสามารถในการดูแลตนเองว่าเป็นคุณสมบัติที่ซับซ้อนของบุคคล เพื่อกระทำการดูแลตนเองตลอดชีวิต ตามวัยและระยะพัฒนาการ ซึ่งหากบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีการดูแลตนเองได้เพียงพออย่างมีประสิทธิภาพ จะสามารถคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ ที่โอเรมเรียกว่าการมีภาวะสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดความผาสุกในชีวิต (Orem, 1991) ผลงานวิจัยที่สนับสนุนแนวคิดนี้จะเห็นได้จากการศึกษาของนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองสูงจะมีภาวะสุขภาพดี นอกจากนั้นความสามารถในการดูแลตนเองสามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ผลการศึกษาของไอเซนเบิร์ก (Isenberg cited in Gast et al., 1989) พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่รอรับการผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินหลอดเลือดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของมณฑนา เจริญกุล (2534) ที่พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ และสามารถนำมาทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของชวลี โนษิตทากิวัฒน์ (2534) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรร ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพในผู้ป่วยโรคต่อหีนชนิดเรื้อรังจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ

อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับภาวะสุขภาพที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีวิถีชีวิต และพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมใกล้เคียงกัน คือเป็นชาวไทยพื้นราบ แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาไม่พบว่ามีการศึกษาตัวแปรความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง ซึ่งจากแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรมกล่าวว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลคือปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล อันเป็นปัจจัยที่ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงความแตกต่างกับกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป ในด้านสังคมวัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัวและแหล่งทรัพยากรที่จะนำมาใช้ประโยชน์ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การที่บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความต้องการการดูแลตนเองที่แตกต่างกันนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของบุคคล อันประกอบไปด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรที่สามารถนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมหรือเป็นการกระทำที่จงใจ และกระทำอย่างมีเป้าหมาย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งหากบุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองตามความต้องการ บุคคลจะมีการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะนำไปสู่การมีสุขภาพดี และเกิดความผาสุก (Orem, 1991) ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงเป็นชนกลุ่มน้อยที่มีองค์ประกอบของปัจจัยพื้นฐานแตกต่างไปจากผู้สูงอายุชาวไทยพื้นราบดังกล่าวมาแล้วข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยพื้นฐานด้านสังคมวัฒนธรรม ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อม และทรัพยากรต่าง ๆ ปัจจัยดังกล่าวเหล่านี้ มีผลโดยตรงต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง หากผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงมีความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองดี จะทำให้ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงมีการดูแลตนเอง เพื่อให้ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปอย่างเพียงพอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองดีตามไปด้วย โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง ตามกรอบแนวคิดที่แสดงในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษา