

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพ และ ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง ในอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก จำนวน 150 ราย ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม พ. ศ. 2542 ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของกลุ่ม ตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับ ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง จำนวน 150 ราย จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในอำเภออุ้มผาง อาชีพ รายได้ต่อเดือน แหล่งของ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการใช้และเข้าใจภาษาไทย แหล่งข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ลักษณะครอบครัว โรคประจำตัว อาการผิดปกติสำคัญของร่างกายที่พบ ผู้ดูแลหลักเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย สถานบริการที่ผู้สูงอายุไปรับบริการเมื่อเจ็บป่วย ระยะทางจากบ้าน ของผู้สูงอายุถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ไปรับบริการ ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางไปรับบริการ เมื่อเจ็บป่วย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และดัชนีมวลกาย มีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1-6 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในอำเภออุ้มผาง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 150)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	67	44.7
หญิง	83	55.3
อายุ ($\bar{x} = 69.12$ ปี, S.D = 7.53)		
60 - 74 ปี	115	76.7
75 - 84 ปี	28	18.7
85 ปีขึ้นไป	7	4.6
สถานภาพสมรส		
โสด	4	2.7
คู่	84	56.0
หม้าย	60	40.0
หย่า / แยกกันอยู่	2	1.3
ศาสนา		
พุทธ	144	96.0
คริสต์	1	0.7
ลัทธิฤๅษี	5	3.3
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในอำเภออุ้มผาง		
1 - 5 ปี	1	0.7
มากกว่า 5 ปี	149	99.3

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ 55.3 เพศหญิง ร้อยละ 76.7 มีอายุอยู่ในช่วง 60-74 ปี มีอายุเฉลี่ย 69.12 ปี (S.D=7.53) ร้อยละ 56 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ร้อยละ 96 นับถือศาสนาพุทธ และเกือบทั้งหมดอาศัยอยู่ในอำเภออุ้มผางนานมากกว่า 5 ปี

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งของรายได้ และ ความเพียงพอของรายได้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 150)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	90	60.0
เกษตรกร	60	40.0
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($\bar{X} = 236.93$ บาท, S.D = 304.22)		
น้อยกว่า 100 บาท	30	20.0
100 - 500 บาท	83	55.3
มากกว่า 500 - 1000 บาท	34	22.7
มากกว่า 1000 บาท	3	2.0
แหล่งของรายได้		
จากการประกอบอาชีพ	59	39.3
จากบุตรหลาน	91	60.7
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอและเหลือเก็บ	15	10.0
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	120	80.0
ไม่เพียงพอ	15	10.0

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60 ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้เฉลี่ย 236.93 บาท ต่อเดือน (S.D=304.22) ร้อยละ 55.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 100-500 บาท แหล่งรายได้ของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.3 มาจากบุตรหลาน และส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีรายได้เพียงพอสำหรับใช้จ่ายในชีวิตประจำวันแต่ไม่เหลือเก็บ

ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสามารถในการใช้และเข้าใจภาษาไทย แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ลักษณะของครอบครัว และผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 150)	ร้อยละ
ความสามารถในการใช้และเข้าใจภาษาไทย		
ฟังไม่เข้าใจและพูดไม่ได้	80	53.3
ฟังเข้าใจแต่พูดไม่ได้	13	8.7
ฟังเข้าใจและพูดได้	57	38.0
แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย		
กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน	23	15.3
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	36	24.0
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	10	6.7
บุคคลในครอบครัวหรือบุคคลรอบข้าง	80	53.3
ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร	1	0.7
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	52	34.7
ครอบครัวขยาย	95	63.3
อยู่เพียงลำพัง	3	2.0
ผู้ดูแลหลักเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย		
คู่สมรส	27	18.0
บุตร	112	74.7
หลาน	11	7.3

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.3 ฟังภาษาไทยไม่เข้าใจและพูดไม่ได้ และร้อยละ 53.3 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยจากบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลรอบข้าง ร้อยละ 63.3 มีลักษณะของครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย และส่วนใหญ่ร้อยละ 74.7 มีบุตร เป็นผู้ดูแลหลักเมื่อเจ็บป่วย

ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัว และอาการผิดปกติที่สำคัญของร่างกายที่พบ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 150)	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	135	90.0
มีโรคประจำตัว	15	10.0
โรคความดันโลหิตสูง	(3)	(2.0)
โรคเบาหวาน	(3)	(2.0)
โรคกระเพาะอาหาร	(3)	(2.0)
โรคกระดูกและข้อ	(3)	(2.0)
โรคต่อกระจก	(2)	(1.3)
โรคเท้าช้าง	(1)	(0.7)
อาการผิดปกติที่สำคัญของร่างกายที่พบ		
ไม่มีอาการผิดปกติของร่างกาย	98	65.3
มีอาการผิดปกติของร่างกาย	52	34.7
ปวดข้อ	(21)	(14.0)
ปวดกล้ามเนื้อ	(13)	(8.7)
ปวดท้อง	(6)	(4.0)
ปวดศีรษะ	(4)	(2.6)
เวียนศีรษะ	(3)	(2.0)
อ่อนเพลีย	(3)	(2.0)
ชาตามปลายมือปลายเท้า	(1)	(0.7)
ตาอักเสบ	(1)	(0.7)

จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 ไม่มีโรคประจำตัว มีเพียงร้อยละ 10 ที่มีโรคประจำตัว ซึ่งโรคประจำตัวที่พบมากและพบในจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 2 ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคแผลในกระเพาะอาหาร และโรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 65.3 ไม่มีอาการผิดปกติของร่างกาย และร้อยละ 34.7 ที่มีอาการผิดปกติของร่างกาย พบว่าร้อยละ 14 มีอาการปวดข้อ รองลงมาร้อยละ 8.7 มีอาการปวดกล้ามเนื้อ

ตารางที่ 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานบริการที่ไปรับบริการเมื่อเจ็บป่วย ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ไปรับบริการ และระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางไปรับบริการเมื่อเจ็บป่วย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 150)	ร้อยละ
สถานบริการที่ไปรับบริการเมื่อเจ็บป่วย		
สถานบริการสาธารณสุขชุมชน /		
สถานีอนามัย	112	74.7
โรงพยาบาลประจำอำเภอ	8	5.3
หมอน้านนคหรือหมอประจำหมู่บ้าน	5	3.3
สำนักบริการด้วยสมุนไพร	18	12.0
ร้านขายของชำที่มียาจำหน่าย	7	4.7
ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ไป		
รับบริการ ($\bar{x}$ = 2.73 กิโลเมตร, S.D = 4.26)		
น้อยกว่า 5 กิโลเมตร	139	92.7
5 - 10 กิโลเมตร	5	3.3
มากกว่า 10 กิโลเมตร	6	4.0

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 150)	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางไปรับบริการเมื่อเจ็บป่วย ($\bar{X}$ = 33.33 นาที, S.D = 43.42)		
น้อยกว่า 30 นาที	117	78.0
30 - 60 นาที	17	11.3
มากกว่า 60 นาที	16	10.7

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74.7 ไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขชุมชนหรือสถานอนามัยเมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ร้อยละ 92.7 มีระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ไปรับบริการน้อยกว่า 5 กิโลเมตร ระยะทางโดยเฉลี่ย 2.73 กิโลเมตร (S.D=4.26) และร้อยละ 78 ใช้เวลาในการเดินทางน้อยกว่า 30 นาที ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางไปรับบริการเมื่อเจ็บป่วยโดยเฉลี่ย 33.33 นาที (S.D=43.42)

ตารางที่ 6

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และดัชนีมวลกาย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 150)	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	26	17.3
สูบบุหรี่	124	82.7
น้อยกว่า 5 มวน / วัน	(39)	(26.0)
5 - 10 มวน / วัน	(66)	(44.0)
มากกว่า 10 มวน / วัน	(19)	(12.7)
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่มสุรา	75	50.0
ดื่มสุรานาน ๆ ครั้ง	75	50.0
ดัชนีมวลกาย		
ปกติ	54	36.0
ต่ำกว่าเกณฑ์	93	62.0
สูงกว่าเกณฑ์	3	2.0

จากตารางที่ 6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 82.7 ยังคงสูบบุหรี่ โดยร้อยละ 44 สูบบุหรี่ถึงวันละ 5-10 มวน นอกจากนั้นยังพบว่าร้อยละ 50 ดื่มสุรานาน ๆ ครั้ง ซึ่งมีจำนวนเท่ากับผู้ที่ไม่ดื่มสุรา และร้อยละ 62 มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ มีเพียงร้อยละ 2 ที่มีดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7-8 ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 7

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความสามารถในการดูแลตนเอง

ระดับ	จำนวน (n = 150)	ร้อยละ
ความสามารถในการดูแลตนเอง ($\bar{X} = 57.83$, S.D = 5.38)		
ปานกลาง	8	5.3
สูง	142	94.7

จากตารางที่ 7 กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 57.83 (S.D= 5.38) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 94.7 มีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 8

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับของภาวะสุขภาพ

ระดับ	จำนวน (n = 150)	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพ ($\bar{X} = 703.21$, S.D = 114.42)		
ปานกลาง	84	56.0
สูง	66	44.0

จากตารางที่ 8 กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 703.21 (S.D=114.42) ส่วนใหญ่ ร้อยละ 56 มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง

**ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับภาวะสุขภาพ
ของกลุ่มตัวอย่าง**

ในการศึกษาครั้งนี้ได้หาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับภาวะสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียดแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9

**ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับภาวะสุขภาพ
ของกลุ่มตัวอย่าง**

	ความสามารถในการดูแลตนเอง (r)	ระดับความสัมพันธ์
ภาวะสุขภาพ	0.29 **	ต่ำ

** $p < .01$

จากตารางที่ 9 ความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาวะสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง จำนวน 150 ราย ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้พบว่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 57.83 (S.D=5.38) (ตารางที่ 7) ซึ่งเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้แล้วแสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการดูแลตนเองระดับสูง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง เป็นต้นว่า ผลการศึกษาของ มณฑนา เจริญกุล (2534) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาของนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) ศึกษาในผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ การศึกษาของสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) ซึ่งศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดหนองคาย รวมถึงผลการศึกษาของ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลแสนสุข อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี และผลการศึกษาของรัชณี สุนทรปกรณกิจ (2537) ที่ศึกษากลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่

การที่ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงประเมินความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงส่วนใหญ่ร้อยละ 76.7 มีอายุอยู่ในช่วง 60-74 ปี และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 69.12 ปี (S.D=7.53) (ตารางที่ 1) ซึ่งจัดได้ว่าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (Caranosos, 1993 cited in Matteson, McConnell, & Linton, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 69 ปี (S.D=6.5) จากแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองของโอเรม อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ในวัยสูงอายุแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน รวมถึงพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ แต่ทั้งนี้การ

เปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุดังกล่าว ขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างบุคคล และช่วงอายุของวัยผู้สูงอายุ ในวัยสูงอายุตอนต้นความเสื่อมของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายยังเกิดขึ้นไม่มากนักเมื่อเทียบกับวัยสูงอายุตอนปลาย จึงเป็นกลุ่มที่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (Miller, 1999) ในวัยสูงอายุแม้ว่าโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายจะเปลี่ยนไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2536) แต่ร่างกายได้มีการปรับตัวแบบค่อยเป็นค่อยไป (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538) จากรายงานการศึกษาของวรรณิ จันทรสว่าง (2534) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีความจำปกติ การรับรู้ความรู้สึกจากประสาทสัมผัสในด้าน การได้ยิน การได้กลิ่น และการสัมผัสยังคงปกติ ซึ่งการรับรู้ ความจำ ความสามารถของประสาทรับสัมผัส เป็นองค์ประกอบหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ที่เป็นรากฐานให้บุคคลมีพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ ซึ่งจะก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (Gast et al., 1989) ประกอบกับการศึกษาค้นคว้าอย่างมีการรับรู้ปกติ โดยผ่านการทดสอบตามแบบประเมินการรับรู้ ซึ่งการรับรู้เป็นคุณสมบัติที่สำคัญของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ของบุคคลที่จะมีความสามารถในการดูแลตนเอง

ปัจจัยพื้นฐานอีกประการหนึ่งที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองระดับสูง คือแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง ซึ่งลักษณะทั่วไปของสังคมชาวกะเหรี่ยงเป็นสังคมชนบท ที่มีวิถีชีวิตสัมพันธ์อยู่กับป่าและธรรมชาติอย่างลึกซึ้ง (จันทบูรณ์ สุทธิ, 2538) ประกอบอาชีพหลักคืออาชีพเกษตรกรรม ซึ่งทุกคนในครอบครัวจะช่วยกันเพาะปลูกพืชพันธุ์ต่าง ๆ ในช่วงฤดูฝนเท่านั้น และเป็นการผลิตแบบเลี้ยงตัวเองภายในครอบครัว ดังนั้นเมื่อถึงฤดูฝน ผู้สูงอายุที่ยังมีเรี่ยวแรงในการทำงานก็จะยังคงช่วยเหลือครอบครัวในการทำเกษตรกรรม ซึ่งในการศึกษาค้นคว้านี้มีผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงร้อยละ 40 ที่ยังคงประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ตารางที่ 2) ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพจะอยู่บ้านเพื่อเลี้ยงหลาน เพราะในหมู่บ้านของชาวกะเหรี่ยงไม่มีสถานรับเลี้ยงเด็กในระดับอนุบาล จากการที่ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทในการช่วยเหลือครอบครัว ประกอบกับในวัฒนธรรมของชาวกะเหรี่ยง มีธรรมเนียมที่ถือปฏิบัติกันอย่างเคร่งครัดคือการให้ความเคารพยกย่องผู้สูงอายุให้อำนาจในการตัดสินใจ รวมถึงเป็นผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนดำเนินชีวิตต่าง ๆ ภายในครอบครัวและชุมชน (สมภพ ลาซโรจน์, 2538) ซึ่งลักษณะสังคม และแบบแผนการดำเนินชีวิตดังกล่าว เป็นลักษณะเด่นของสังคมชนบทที่มีความเป็นอยู่เรียบง่าย สันโดษ มีความรักใคร่สามัคคี ช่วยเหลือพึ่งพากัน และลักษณะการปกครองท้องถิ่นเป็นแบบการปกครองที่ให้ความเคารพผู้อาวุโส เชื่อถือในตัวบุคคลมากกว่าในระบบกฎหมาย (ศูนย์สารสนเทศการเกษตรและสหกรณ์, 2526) จึงทำให้ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงเป็นบุคคลที่มีคุณค่าและมีความสำคัญต่อครอบครัว การปฏิบัติต่อผู้สูงอายุโดยให้ความเคารพเชื่อฟัง

จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจัดเป็นความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นองค์ประกอบของโครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) จากรายงานการศึกษาของวาริ กังใจ (2541) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

นอกจากนั้นจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 56 มีสถานภาพสมรสคู่ (ตารางที่ 1) และร้อยละ 63.2 อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีลักษณะแบบครอบครัวขยาย (ตารางที่ 3) การที่ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงได้อาศัยอยู่กับคู่สมรส จะคอยดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จากแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองของโอเรม ระบบครอบครัวจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และช่วยในการประเมินคุณภาพของการดูแลตนเอง หรือความช่วยเหลือกันภายในครอบครัว (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) และเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง จากรายงานผลการศึกษาของจิรา หงษ์ตระกูล (2532) และนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง คือผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่ ประกอบกับการอาศัยอยู่ในลักษณะครอบครัวแบบขยาย มีบุตรหลานอาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงมีผู้คอยดูแลให้ความช่วยเหลือ บุตรหลานให้ความดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด รวมถึงการให้ความช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย และปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอีกด้วย ซึ่งในการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 74.7 เมื่อผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงเจ็บป่วยผู้ดูแลหลักคือบุตร (ตารางที่ 3) และแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 60.7 มาจากบุตรหลาน (ตารางที่ 2) จะเห็นได้ว่าระบบครอบครัวของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง มีลักษณะที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงมีความสามารถในการดูแลตนเอง อีกทั้งยังมีแหล่งประโยชน์ที่เอื้ออำนวยให้มีโอกาสได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 74.7 ไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพชุมชน หรือสถานอนามัยเมื่อเจ็บป่วย ประกอบกับส่วนใหญ่ร้อยละ 92.7 มีระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการสาธารณสุขที่ไปรับบริการน้อยกว่า 5 กิโลเมตร และร้อยละ 78.0 ใช้เวลาในการเดินทางไปรับบริการน้อยกว่า 30 นาที (ตารางที่ 5) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงสามารถเข้าถึงสถานบริการสุขภาพของรัฐ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพอนามัยจากบุคลากรทางสาธารณสุข และสามารถนำมาประกอบการคิดอย่างมีเหตุผลในการตัดสินใจปฏิบัติการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

จากปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงมีปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่ส่งเสริมให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงจึงประเมินความสามารถของตนเองในระดับสูง

2. ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ 703.21 (S.D.=114.42) (ตารางที่ 8) ซึ่งเมื่อเทียบกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้แล้ว แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษครั้งนี้ต่างจากผลการศึกษาของนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ซึ่งประเมินภาวะสุขภาพด้วยเครื่องมือเดียวกัน และพบว่าผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเองค่อนข้างดี รวมถึงการศึกษภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผ่านมาส่วนใหญ่ ที่ใช้เครื่องมือประเมินต่างกัน แต่เป็นการประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของผู้สูงอายุเหมือนกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่า ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเองค่อนข้างดี และดีมาก (ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535; นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ, 2534; วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538; สุดา วิไลเลิศ, 2536; สุพรรณิ เจริญวิศิษฐ์ และนาฎยา เอื้องไพโรจน์, 2540; Speak, Cowart & Pellet, 1989; Jin-Sun Kim, Bramlett, Wright & Poon, 1998)

จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงประเมินภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการประเมินภาวะสุขภาพในการศึกษครั้งนี้ ประเมินตามการรับรู้ และตามแนวคิดของโอเรม (Orem, 1991) ซึ่งกล่าวถึงสุขภาพไว้ว่าเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดีคือคนที่มีโครงสร้างร่างกายที่สมบูรณ์ และสามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม อันเป็นผลมาจากการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป หากบุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดีย่อมแสดงถึงการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เพียงพอที่จะทำให้มีความสมบูรณ์ของโครงสร้างร่างกาย การทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และการดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม การมีสุขภาพดีมีส่วนเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมที่ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ ระบบบริการทางสาธารณสุขที่เอื้ออำนวยต่อการไปรับบริการ และสิ่งสำคัญคือการประพฤติปฏิบัติตนในการดำรงชีวิต หรือที่รวมแล้วเรียกว่าแบบแผนชีวิต (พรรณวดี พุรวินนะ, 2539) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวต้องเอื้ออำนวยและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ในการทำให้ผู้สูงอายุสามารถคงไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายเอาไว้ได้ ซึ่งในวัยผู้สูงอายุนอกจากจะมี

การเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาในทางเสื่อมถอยลง (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2532) และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ทางด้านร่างกายแล้ว ยิ่งก่อให้เกิดปัญหาทางด้านการเคลื่อนไหว ความเจ็บปวด และความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2539) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติของร่างกายที่พบบ่อย คืออาการปวดกล้ามเนื้อ และปวดข้อ (ตารางที่ 4) ซึ่งอาการผิดปกติของร่างกายดังกล่าว อาจเป็นผลมาจากแบบแผนการดำเนินชีวิต หรือจากการประกอบอาชีพเกษตรกรรมของชาวกะเหรี่ยงในอดีต ทั้งนี้เนื่องจากอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพที่ต้องมีการเคลื่อนไหวของข้อต่อ ใช้กล้ามเนื้อและแรงงานมาก เมื่อถึงวัยสูงอายุความเสื่อมสภาพของร่างกายจึงปรากฏให้เห็นชัดเจนขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุ เคลื่อนไหว และทำงานในอาชีพได้ไม่เหมือนเดิม นอกจากนั้นยังก่อให้เกิดความรำคาญ เจ็บปวด และรบกวนต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

นอกจากนั้นในปัจจุบันระบบเศรษฐกิจแบบยังชีพของชาวกะเหรี่ยง ให้ผลผลิตทางการเกษตรไม่เพียงพอต่อความต้องการบริโภคภายในครอบครัว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตร, 2528) นอกจากนั้นผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงยังมิฐานะยากจน จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 236.93 บาทต่อเดือน (S.D=304.22) (ตารางที่ 2) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ จปฐ. ปี พ. ศ. 2539 ที่กำหนดรายได้ของชาวเขาตามเกณฑ์มาตรฐานไว้ 15,000 บาทต่อคนต่อปี (กรมประชาสัมพันธ์, 2539 อ้างในพิรณัฐ จันทร์อุปต์, 2540) การที่ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงมีรายได้ต่ำ ทำให้ไม่มีกำลังซื้ออาหารมาบริโภคตามความต้องการ ประกอบกับพฤติกรรมการบริโภคของชาวกะเหรี่ยงที่บริโภคผัก หรือน้ำพริกเป็นประจำ มีการบริโภคอาหารประเภทโปรตีนและไขมันน้อยมาก จึงทำให้ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงได้รับการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองด้านอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการที่ควรได้รับ จึงกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62 มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ตารางที่ 6) ประกอบกับผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 82.7 ยังคงสูบบุหรี่ โดยร้อยละ 44 สูบบุหรี่วันละ 6-10 มวน (ตารางที่ 6) นอกจากนั้นจากการสังเกตขณะที่ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล พบว่าผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงส่วนใหญ่โอบอเอี้ยว และสูบบุหรี่ตลอดเวลา ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว จะส่งผลให้ผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงมีโอกาสได้รับการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองด้านอากาศไม่เพียงพอ และก่อให้เกิดปัญหาในระบบหายใจ (วารินทร์ บินโฮเซ็น, 2540) เพราะการสูบบุหรี่เป็นเวลานาน ๆ จะทำให้การไอเรื้อรัง และหลอดลมอักเสบเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง และภาวะดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องทนทุกข์ทรมาน มีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีความแข็งแรงลดลง เมื่อเทียบกับในอดีต จึงทำให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพ ของตนในระดับปานกลาง สอดคล้อง

กับผลการศึกษาของบราวน์ และแมคครีดี (Brown & McCreede, 1986) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่สุขภาพแข็งแรง และเป็นการประเมินสุขภาพตามการรับรู้ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะประเมินว่าสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้หาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับภาวะสุขภาพ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .29, p < .01$) (ตารางที่ 9) ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ ที่ผ่านมา ซึ่งพบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับภาวะสุขภาพ (ขวดี โหมยิตทาภิวัฒน์, 2534; มณฑนา เจริญกุล, 2534 ; นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ, 2534; Denyes, 1988; Isenberg cited in Gast et al. , 1989.) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสนับสนุนทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1991) ที่กล่าวไว้ว่าความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นศักยภาพในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองตามกระบวนการของชีวิต เพื่อคงไว้และส่งเสริมให้โครงสร้างร่างกายสามารถทำหน้าที่ มีพัฒนาการ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีนั่นเอง

การที่ผลการศึกษาค้นคว้านี้พบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับภาวะสุขภาพในระดับต่ำ ($r = .29$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากยังมีปัจจัยที่อาจมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งจากความเชื่อของชาวกะเหรี่ยง รวมถึงพื้นฐานทางวัฒนธรรม ที่มีความเชื่อในอำนาจเหนือธรรมชาติ โดยเฉพาะในเรื่องของความเจ็บป่วย ที่เชื่อว่าการเกิดจากการกระทำผิดผี (จันทบูรณ์ สุทธิ, 2538) การทำให้หายจากการเจ็บป่วย ต้องขอขมาต่อผี หรือประกอบพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ จากผลการศึกษาค้นคว้านี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.0 นับถือศาสนาพุทธ (ตารางที่ 1) แต่ยังคงนับถือผี รวมถึงมีการประกอบพิธีกรรมทางไสยศาสตร์ในการดำเนินชีวิต นอกจากนั้นจากการซักถามผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงเกี่ยวกับการปฏิบัติเมื่อมีความเจ็บป่วย พบว่าส่วนใหญ่จะมีการประกอบพิธีทางไสยศาสตร์ก่อน ซึ่งอาจทำให้การเจ็บป่วยไม่ได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะแรก จึงทำให้มีอาการรุนแรง จนอาจรักษาให้หายขาดไม่ได้ และยังมีอาการของโรคเหลืออยู่ จากปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยงดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมที่ไม่ส่งเสริมให้เกิดความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย แม้จะพบว่าผู้สูงอายุประเมินความสามารถในการดูแลตนเองระดับสูง

นอกจากนั้นอาจมีปัจจัยอื่นซึ่งไม่ได้ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ที่อาจมีผลให้บุคคลซึ่งประเมินความสามารถในการดูแลตนเองสูง แต่ไม่ได้มีการลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อให้ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นอย่างเพียงพอ จึงอาจทำให้การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพไม่ดี ทั้งนี้การที่บุคคลซึ่งมีความสามารถในการดูแลตนเอง จะมีภาวะสุขภาพดีได้ ต้องผ่านการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง