

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในครั้งนี ผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาสาระสำคัญในเรื่องต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

- 1.1 นิยามผู้สูงอายุ
- 1.2 หลักเกณฑ์พิจารณาความสูงอายุ
- 1.3 ทฤษฎีการสูงอายุ

2. ปัญหา ภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ

3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย

- 3.1 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม
- 3.2 การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

~~3.3~~ 3.4 พฤติกรรมความเจ็บป่วย

- 3.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

1. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

1.1 นิยามของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในภาวะความสูงอายุ หรือชราภาพ (aging) เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของชีวิตโดยอายุหรือวัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและแรงจูงใจของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา จิตใจ และสังคม องค์การอนามัยโลกได้ยึดเอาความยาวของชีวิตตามปีปฏิทินเป็นเกณฑ์เบื้องต้น โดยที่ประชุมขององค์การอนามัยโลกที่เมืองเครฟ ประเทศสวีเดน ปี ค.ศ. 1963 ได้กำหนดวัยสูงอายุมีอายุอยู่ในช่วง 60-74 ปี วัยชราจะเป็นกลุ่มที่มีอายุ 75 ปี ขึ้นไป (จันทร์ฉาย ฉายากุล, 2538) อย่างไรก็ตามจากการประชุมสมัชชาโลกได้กำหนดให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และกำหนดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก (บุษยมาศ สินธุประมา, 2539)

สมาคมสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกาได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็นช่วง โดยกำหนดวัยสูงอายุตอนต้นอายุ 65-74 ปี วัยสูงอายุตอนปลายอายุ 75 ปี ขึ้นไป (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, 2536) สถาบันแห่งชาติอเมริกา (Nation Institution on Aging) ได้กำหนดผู้สูงอายุวัยต้น (Young-old) คือผู้ที่มีอายุ 60-74 ปี ซึ่งยังไม่ชรามากเป็นวัยที่ยังทำงานได้ถ้า

สุขภาพกายและสุขภาพจิตดี และอายุ 75 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นวัยชราอย่างแท้จริง (Yurick et al, 1988 อ้างในจรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, 2536)

ส่วนในประเทศรัสเซีย ได้กำหนดไว้ว่าวัยสูงอายุคือผู้มีอายุ 60-74 ปี และวัยชราคือผู้มีอายุ 75 ปี ขึ้นไป (อ้างใน จันทรฉาย ฉายากุล, 2538) ในสังคมอัฟริกา และ มาเลเซียกำหนดการเกษียณอายุการทำงานเมื่ออายุ 55 ปี ในประเทศยุโรป และอเมริกาซึ่งเป็นเมืองหนาวจะเกษียณอายุเมื่ออายุ 65 ปี (จรัสพรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, 2536) สำหรับในสังคมไทยข้าราชการไทยจะกำหนดการเกษียณอายุราชการไว้เมื่ออายุครบ 60 ปี และถือว่าวัยนี้เป็นวัยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยเสื่อม จึงสมควรเปลี่ยนการทำงานเป็นงานลักษณะที่ไม่ต้องรับผิดชอบมาก ไม่ต้องเผชิญกับความเครียดมาก และถือว่าวัยเกษียณอายุตรงกับอายุ 60 ปี เป็นวัยชราหรือวัยสูงอายุ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการให้ความหมายของผู้สูงอายุ และเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาการเกษียณอายุการทำงาน จะแตกต่างกันในแต่ละสังคม

1.2 หลักเกณฑ์ในการพิจารณาความสูงอายุ

Hall (อ้างใน ดวงฤดี ลาตุษะ, 2528) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ประเภท คือ

1.2.1 การสูงอายุตามวัย (chronological aging) ความสูงอายุนี้เป็นไปตามอายุของมนุษย์ โดยนับตั้งแต่ปีที่เกิดเป็นต้นไป คือดูที่จำนวนอายุจริง และจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุได้กำหนดเกณฑ์ความเป็นผู้สูงอายุว่าเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก (บุษยมาส สินธุประมา, 2539) และจากการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช (2540) ได้แยกผู้สูงอายุตามอายุและภาวะสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1.2.1.1 กลุ่มผู้สูงอายุระดับต้น (The young old) เป็นผู้มีอายุ 60-70 ปี มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพ และสรีระวิทยาเปลี่ยนแปลงไปไม่มาก สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

1.2.1.2 กลุ่มผู้สูงอายุระดับกลาง (The middle old) เป็นผู้มีอายุ 71-80 ปี มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพและสรีระวิทยาไปแล้วเป็นส่วนใหญ่ มีความพร้อมในการดูแลตนเอง เริ่มมีความจำเป็นหรือความต้องการการดูแลจากบุคคลอื่นทดแทนในส่วนที่พร้อมไป

1.2.1.3 กลุ่มผู้สูงอายุระดับปลาย (The old old) เป็นผู้มีอายุ 81 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพและสรีระวิทยาไปอย่างเห็นได้ชัดเจน มีความพร้อมในการดูแลตนเอง จำเป็นและต้องการการดูแลจากบุคคลอื่นทดแทนในส่วนที่พร้อมไป

1.2.2 การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (biological aging) ความสูงอายุนี้เป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นซึ่งจะเพิ่มขึ้นในแต่ละปีตามอายุ เช่น ผมเริ่มบาง ศีรษะล้าน สายตายาว ผิวหนังเหี่ยวย่น เป็นต้น

1.2.3 การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (psychological aging) ความสูงอายุนี้เป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ทางการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ สติปัญญา และบุคลิกต่าง ๆ ที่แสดงออกตามอายุที่เพิ่มขึ้น

1.2.4 การสูงอายุตามสภาพสังคม (sociological aging) ความสูงอายุนี้เป็นไปตามบทบาท หน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนฝูง ความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน และบทบาททางสังคมอื่น ๆ

1.3 ทฤษฎีการสูงอายุ

ทฤษฎีการสูงอายุ เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงกระบวนการที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงภายในอวัยวะของบุคคล เป็นกระบวนการที่ค่อยๆ เปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ ตามระยะเวลา มีผลทางลบต่อบุคคลทำให้เกิดผลในการทำลายอวัยวะ และความสามารถของอวัยวะ ทำให้อวัยวะทำหน้าที่ลดลงจนถึงการตายของอวัยวะ ซึ่งมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 3 ด้าน คือ (อุษาพร ชาวลิตนิธิกุล, 2532)

1.3.1 ทฤษฎีทางด้านชีววิทยา (biological theories) แบ่งเป็นทฤษฎีย่อย ๆ ที่สำคัญคือ

1.3.1.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับยีน (genetic theory) เชื่อว่าความชราของบุคคลจะถูกกำหนดโดยยีน ทำให้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเซลล์มีลักษณะคล้ายคลึงกันหลายชั่วคน คนบางคนจะมีลักษณะที่ทำให้ดูแก่เกินวัย เช่น ศีรษะล้าน ผมหงอก ฯลฯ ก่อนเวลาอันสมควร เป็นต้น

1.3.1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน (immunological theory) เชื่อว่าการที่คนมีสภาพของความชราเกิดจากการที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองเพิ่มขึ้นโดยจะทำลายเซลล์และเนื้อเยื่อของร่างกาย ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตของบุคคล เช่นหากทำลายเซลล์สมองและประสาท บุคคลนั้นก็จะมีอาการหลงลืมง่าย หากทำลายเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจก็จะทำให้เกิดหัวใจวายได้ง่าย เป็นต้น

1.3.1.3 ทฤษฎีความผิดพลาด (error theory) เชื่อว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้น โมเลกุลของ DNA จะมีการเปลี่ยนแปลงทำให้มีความผิดปกติเกิดขึ้น ความผิดปกตินี้จะค่อย ๆ มากขึ้นจนถึงจุดที่ทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมและหมดอายุลง เป็นผลทำให้เกิดลักษณะสูงอายุขึ้นทั้ง ๆ ที่อายุยังน้อย

1.3.1.4 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (free radical theory) เชื่อว่าการเผาผลาญสารอาหารประเภทโปรตีนและคาร์โบไฮเดรตจะทำให้เกิดอนุมูลอิสระ ซึ่งเป็นสารที่ร่างกายใช้ประโยชน์ไม่ได้ และเชื่อว่าสารนี้จะเป็นตัวทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลง

1.3.2 ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (psychological theories) มุ่งที่จะอธิบายบุคลิกภาพของคนในวัยชรา นักจิตวิทยา Freud เชื่อว่า บุคลิกภาพของบุคคลย่อมขึ้นอยู่กับพัฒนาการในวัยเด็กเป็นสำคัญ ส่วน Erikson (อ้างใน อุษาพร ชวลิตนธิกุล, 2532) เชื่อว่าบุคลิกภาพของมนุษย์จะมีการพัฒนาตลอดเวลา นับตั้งแต่เกิดจนถึงบั้นปลายของชีวิต และเชื่อว่าพัฒนาการในช่วงอายุ 25 ปีขึ้นไป มีผลต่อบุคลิกภาพของผู้สูงอายุมากที่สุด กล่าวคือพัฒนาการในช่วงอายุ 25-65 ปี เป็นพัฒนาการขั้นที่เรียกว่าการสร้างและการผลิต และเจือยชา (generativity vs stagnative) หากบุคคลในวัยนี้ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานชีวิตครอบครัว ฯลฯ ก็จัดว่าบุคคลนั้นบรรลุขั้นการสร้างและการผลิต (generativity) แต่หากไม่ประสบความสำเร็จจะตกอยู่ในภาวะเจือยชา (stagnation) คือจะเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายหมดอาลัยในชีวิตขาดความสนใจกับผู้อื่น มักมีจิตใจคับแคบ รู้สึกว่าตนเองทำคุณกับคนอื่นไม่ขึ้น บุคคลประเภทนี้จะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีความสุขในชีวิต

พัฒนาการในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นพัฒนาการขั้นสุดท้ายของมนุษย์ ที่เรียกว่าความสำเร็จและความผิดหวัง (Integrity vs despair) บุคคลในวัยนี้เป็นคนซึ่งผ่านเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตอย่างมาก มีทั้งความสำเร็จและความผิดหวัง ความเสื่อม และความสูญเสีย เช่นร่างกายเสื่อมโทรมลง สูญเสียตำแหน่งหน้าที่และความมั่นคงทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังอาจสูญเสียผู้ใกล้ชิดและเพื่อนสนิท หากผู้สูงอายุสามารถสร้างสมดุลระหว่างความรู้สึกของตนกับความจริงของสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ แสดงว่าเขามีความสำเร็จ ผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพเช่นนี้จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ตามปกติ ไม่หวั่นไหว ยอมรับความจริง แต่หากผู้สูงอายุไม่สามารถรักษาสอดคล้องไว้ได้ก็จะเข้าสู่ภาวะที่มีความหวั่นไหวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง ผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพหลังนี้จะเป็นบุคคลที่ปราศจากความสุข

1.3.3 ทฤษฎีทางด้านสังคมวิทยา (sociological theories) มุ่งที่จะวิเคราะห์สาเหตุ ที่ทำให้คนในวัยชรามีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาททางสังคม ทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่สำคัญมี 2 ทฤษฎี คือ

1.3.3.1 ทฤษฎีการให้แยกตัวออกจากสังคม ให้แนวคิดว่างบทบาททางสังคมของบุคคลควรจะค่อย ๆ ลดลงในขณะที่มีอายุเข้าสู่วัยชรา การแยกตัวควรเกิดขึ้นโดยความพึงพอใจของทั้งสองฝ่าย เช่น ผู้สูงอายุพอใจที่จะเป็นอิสระจากภาระหน้าที่ต่าง ๆ พอใจที่จะได้พักผ่อน ส่วนคนรุ่นหลังก็พอใจที่จะก้าวขึ้นมารับภาระหน้าที่ หากผู้สูงอายุยอมรับแนวคิดของทฤษฎีนี้ได้จะสามารถดำรงชีวิตในบั้นปลายอย่างเป็นสุข หากยอมรับไม่ได้ก็จะรู้สึกสูญเสียและอาจแสดงออกทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ใจน้อย โกรธง่าย หม่นหมอง ไม่มีความสุขและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ยาก

1.3.3.2 ทฤษฎีการให้ทำกิจกรรม มีแนวคิดว่าคุณคนปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ไปตามปกติให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ อายุไม่ควรเป็นอุปสรรคในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อบทบาทหนึ่งเริ่มลดลงผู้สูงอายุควรทำกิจกรรมอื่น ๆ เพื่อทดแทนบทบาทเดิม เช่น งานอดิเรก เข้ากลุ่มสมาคมต่าง ๆ เพื่อบำเพ็ญประโยชน์แก่สังคม เป็นต้น เป็นการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุให้เพลิดเพลินตามกำลังและความสามารถ

2. ปัญหา กวาระสุขภาพ ของผู้สูงอายุ

ความเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ โดยปกติทั่วไปมนุษย์จะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาที่อายุเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงจะปรากฏเป็น 2 รูปแบบคือ การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย อัตราการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุจะเริ่มช้าลงและค่อย ๆ ลดลงจนกระทั่งดับไป ลักษณะการเปลี่ยนแปลงจำแนกเป็น 3 ทางด้วยกันคือ (วรรณวิไล จันทราภา, 2535; และ กองงานวิทยาลัยพยาบาล, 2525)

2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (physiological change) โดยปกติคนเรามีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระดับของเซลล์ซึ่งเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดของร่างกายจะมีการเกิดการเจริญเติบโตและตายลง โดยจะมีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาแทนที่อยู่เรื่อย ๆ แต่เมื่อมีอายุมากขึ้นโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ จำนวนเซลล์ที่ตายจะมีเพิ่มมากขึ้น ความสามารถในการทำงานระบบต่าง ๆ จะลดลง ก่อให้เกิดภาวะเจ็บป่วยหรือโรคในระบบต่าง ๆ เช่น โรคระบบโครงกระดูก กล้ามเนื้อ ผิวหนัง ระบบการย่อยอาหาร ระบบขับถ่าย ระบบการรับรู้ ระบบหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบต่อมไร้ท่อ และฮอร์โมน ระบบประสาทสมอง เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาในอดีตที่ผ่านมามีปัญหาทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ดังเช่นการมองเห็นไม่ชัดร้อยละ 51.14 ปวดศีรษะร้อยละ 46.91 ปวดเมื่อยตามร่างกายร้อยละ 43.32 ตลอดจนพบโรคประจำตัวถึงร้อยละ 63.19 ในจำนวนนี้เป็นโรคปวดข้อร้อยละ 64.5 นอกจากนี้จากผลการศึกษาอื่น ๆ ให้ผลการศึกษาที่คล้ายกัน คือ จันทรพลอย สิ้นสุขเศรษฐ์ (2542) พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคปวดเข่า-ข้อเข่าอักเสบร้อยละ 31.4 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 19.5 มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาของราตรี โอภาส และคณะ (2535) พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดมากที่สุดคือ โรคหัวใจร้อยละ 26.3 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 21.1 นอกจากนี้ ทศนีย์ ระย้า (2537) พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็นโรคปวดข้อร้อยละ 66.3 โรคกระเพาะอาหารร้อยละ 20.1 และจากการศึกษาของ มณฑนา เจริญกุล (2534) พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว 1 โรคร้อยละ 47.0 มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคร้อยละ 28.0 โรคประจำตัวที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคกระดูกและข้อร้อยละ 26.6 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 25.0 โรคระบบทางเดินอาหารร้อยละ 29.9

2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological change) ผู้สูงอายุ นอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทางด้านจิตใจและอารมณ์ก็เกิดการเปลี่ยนแปลง มากเช่นกัน คือต้องหยุดการประกอบอาชีพและความรับผิดชอบเนื่องจากมีอายุสูงขึ้นมีความ เสื่อมของร่างกายจำเป็นต้องหยุดหรือลดการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลง ต้องหยุดงานประจำหรือ เกษียณอายุราชการ มีการสูญเสียหรือหมดอำนาจหน้าที่และบทบาททางสังคมซึ่งมีความสำคัญ อย่างยิ่งต่อชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้ความมั่นใจในตนเองในความสามารถและคุณค่าของตนเอง ลดลง นอกจากนี้มีการสูญเสียคนใกล้ชิดและเพื่อนฝูง ทำให้เกิดการกระทบกระเทือนจิตใจมาก ขึ้น มองดูชีวิตของตนว่างเปล่าไม่มีความหมายอะไร หากผู้สูงอายุมีการปรับตัวทางด้านจิตใจ และอารมณ์ รวมทั้งเตรียมตัวรับสภาพการเข้าสู่วัยชราและสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมของสังคม ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น จากการศึกษาแบบแผนสุขภาพ ปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ ของ ราตรี โอภาส และคณะ (2535) พบว่า ผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีปัญหาทางด้านจิตใจ คือ มีความรู้สึกว่า ตนเองไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนเดิมร้อยละ 79.3 และมีความกังวล เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง มีอารมณ์หงุดหงิด เหนงา ว้าเหว่ เศร้า หดหู่ ร้อยละ 66.7 ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ อำไพ ชนะกอก และคณะ (2535) คือผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเขต ชนบทในจังหวัดเชียงใหม่มีความรู้สึกที่ตนเองไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือน อย่างเดิมร้อยละ 65.47 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง ร้อยละ 45.6 โดยต้องการ การเคารพจากบุตรหลาน ร้อยละ 96.09 ต้องการได้รับความสงสารเห็นใจจากบุตรหลานร้อยละ 95.44 ต้องการอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 86.67 ไม่อยากทำอะไรเป็นที่ขัดใจบุตรหลาน ร้อยละ 85.34 ต้องการเลี้ยงดูบุตรหลานเล็ก ๆ เหมือนเคยเลี้ยงดูบุตร ร้อยละ 38.11 ซึ่งการศึกษา ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลและประคับประคองด้านจิตใจ

2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม (socio-economic change) นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์แล้ว ผู้สูงอายุยังมีปัญหาทาง เศรษฐกิจ กล่าวคือผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหารายได้เนื่องจากวัยที่สูงขึ้นร่วมกับ ความเสื่อมของร่างกายดังกล่าวมาแล้ว อย่างไรก็ตามก็มีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยยังประกอบอาชีพ เพื่อหารายได้ มีงานวิจัยระบุว่า ร้อยละ 20-30 ผู้สูงอายุชายอายุ 64 ปีขึ้นไปยังมีบทบาทใน ทางเศรษฐกิจร้อยละ 31.3 (มาลี ธรรมลิขิตกุล, 2526; เขมิกา ยามะรัต, 2527 อ้างใน สถาบัน ประชากรศาสตร์; กองวางแผนประชากรและกำลังคน, 2528) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของสถาบัน แห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุแห่งอเมริกาที่ระบุว่าผู้สูงอายุวัยต้นอายุ 60-74 ปียังเป็นวัยที่ยังทำงาน ได้ หากสุขภาพกายสุขภาพจิตยังดี (ละเอียด ปัญญาใหญ่, 2539) อย่างไรก็ตามพบว่าผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจคือ มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ กว่าครึ่งหนึ่ง ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน อีกร้อยละ 20.0 มีรายได้ ไม่เกิน 1,000 บาทต่อเดือน (เสาวนีย์ กานต์เดชารักษ์, 2524 อ้างใน สถาบัน

ประชากรศาสตร์; กองวางแผนประชากรและกำลังคน, 2528) ส่วน พิษณุ ประเสริฐสินธุ์ (2523) (อ้างใน สถาบันประชากรศาสตร์; กองวางแผนประชากรและกำลังคน, 2528) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่ำกว่าเดือนละ 1,000 บาท และมีจำนวนมากที่ไม่มีความมั่นคง และความสม่ำเสมอของรายได้ทำให้เกิดความวิตกกังวลในเรื่องการเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามรัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยออกบัตรสวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุทุกคน เพื่อรับบริการด้านการรักษาพยาบาลจากสถาน บริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขได้โดยไม่คิดมูลค่า เพื่อลดปัญหาค่ารักษาพยาบาล ในยามเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (สำนักงานประกันสุขภาพ, 2540)

นอกจากนี้แล้วผู้สูงอายุยังมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมร่วมด้วยอย่างมาก คือมีการ สังคมน้อยลงมีคนมาปรึกษาขอความช่วยเหลือน้อยลง ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดลง เนื่องจากมีข้อจำกัดของร่างกาย ขาดความคล่องตัวในเรื่องของความคิด การกระทำ การ สื่อสาร ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ เป็นภาระของสังคม

จะเห็นได้ว่าการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม ไม่สามารถสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ของตนเองได้ ทำให้เกิด ภาวะเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้ง่าย ซึ่งเป็นผลจากการขาดความเข้าใจตลอดจนการปฏิบัติตนที่ไม่ ถูกต้อง ขาดการดูแลสุขภาพของตนเองและคนรอบข้าง

3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วย

3.1 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมดำรง รักษาภาวะปกติของสุขภาพและชีวิต โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ แรงจูงใจ การตัดสินใจ วุฒิภาวะทางอารมณ์ที่มั่นคง ซึ่งเป็นพลังหรือความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1980 อ้างใน สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ และเอื้อมพร ทองกระจาย, 2533) ในภาวะปกติบุคคล โดยทั่วไปก็สามารถดูแลตนเองได้ แต่สำหรับผู้สูงอายุซึ่งมีความเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคมอยู่แล้ว หากผู้สูงอายุอยู่ในภาวะเจ็บป่วยก็ย่อมต้องการการดูแล จากครอบครัว และสังคม เพื่อให้ดำรงรักษาภาวะสุขภาพและชีวิตของตนเองซึ่งโอเร็มเรียกว่า บุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) หรือมีความพร่องในการดูแลบุคคล ที่ต้องการพึ่งพา (Dependent care deficit) การดูแลตนเองเป็นระบบระเบียบเป็นขั้นตอน ซึ่ง เมื่อบุคคลกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้ดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ การดูแลตนเองที่ จำเป็น (Self-care requisites) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ (สมจิต หนูเจริญ, 2536)

3.1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่ทุกคนต้องการคือ การสนองความต้องการพื้นฐาน หรือกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลตนเองในลักษณะนี้ มุ่งที่การทำงานผสมผสานกันในร่างกายมนุษย์หรืออาจเป็นลักษณะพัฒนาการ อาทิเช่น อากาศ น้ำ อาหาร การขยับถ่าย กิจกรรมการพักผ่อน การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

3.1.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะ เจริญเติบโตเข้าสู่วัยชรา และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการ การดูแลตนเองในลักษณะนี้มุ่งปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาร่างกายมนุษย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

3.1.2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่าง ๆ ตามพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนถึงวัยสูงอายุและวัยชรา ตามลำดับ

3.1.2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อ บรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย จากการศึกษาของ กรรณิการ์ พงษ์สนิท และคณะ (2535) พบว่า ในการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติตนถูกต้องในระดับปานกลางร้อยละ 73.0 มีการปฏิบัติตนโดยทั่วไปถูกต้องมากที่สุดในการมาตรวจตามนัดในรอบปีที่ผ่านมาร้อยละ 99.0 งดดื่มสุราหรือเบียร์และงดสูบบุหรี่ร้อยละ 91.0 และ 90.0 ตามลำดับ มีการออกกำลังกายตอนเช้า ยกขา แกว่งแขนร้อยละ 69.0 การใช้ยาปฏิบัติตนได้ถูกต้องมากที่สุดในการรับประทานยาตามแพทย์สั่งร้อยละ 96.0 ไม่รับประทานยาเป็น 2 เท่าเมื่อลิ้มรับประทานยาเมื่อใดมือหนึ่งร้อยละ 95.0 ไม่เคยซื้อยาลดความดันโลหิตมา รับประทานเองร้อยละ 93.0 และไม่เคยหยุดรับประทานยาที่แพทย์สั่งด้วยตนเองเมื่อมีอาการดีขึ้นแล้วร้อยละ 87.0 นอกจากนี้ อำไพ ชนะกอก และคณะ (2535) ได้ศึกษาว่าพบผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่รักษาความสะอาดของฟันโดยการแปรงฟันร้อยละ 81.13 เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุ งดรับประทานเนื้อวัว-ควายร้อยละ 33.55 และจากการศึกษาของ ศรีน้อย มาศเกษม และคณะ (2535) พบว่าเมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุจะงดรับประทานเนื้อไม้เมื่อเป็นโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร อาการปวดตามกล้ามเนื้อ โรคนิ้ว โรคตา ปวดศีรษะ และงดอาหารทะเล เมื่อมีอาการคันตามตัว โรคผิวหนัง โรคที่เกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ริดสีดวงทวาร

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการเป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

3.1.3 การดูแลตนเองตามความเบี่ยงเบนของสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) การดูแลตนเองลักษณะนี้ สัมพันธ์หรือเกิดขึ้นเนื่องจากความเจ็บป่วย บาดเจ็บ ความพิการ หรือไร้ความสามารถ ประสบการณ์ชีวิต เช่น ตั้งครรภ์ รวมทั้งผลที่เนื่องมาจากความเจ็บป่วย ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติ ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บป่วยไม่สบายในลักษณะที่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ โรคหรืออันตรายจากการบาดเจ็บไม่มีผลเพียงแต่รูปร่างและกลไกสรีรวิทยาหรือกลไกจิตวิทยาเท่านั้น แต่จะต้องรบกวนต่อการทำงานของร่างกายทั้งหมดซึ่งต้องผสมผสานกัน การเบี่ยงเบนของร่างกายจะนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ หากไม่ได้รับการแก้ไขก็จะมีผลต่อการทำงานของร่างกายต่อไปอีก เมื่อใดก็ตามที่สุขภาพเบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติย่อมต้องการการดูแลรักษาช่วยเหลือป้องกัน การเบี่ยงเบนที่เกิดขึ้นต่อร่างกายมากขึ้น การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ ได้แก่

3.1.3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ จากการศึกษาของสมาคมแม่บ้านสาธารณสุข พ.ศ. 2539-2540 พบว่า ผู้สูงอายุเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะไปรับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาล หรือคลินิกร้อยละ 64.7 ไปรับการรักษาที่สถานอนามัยหรือสถานบริการของเทศบาลร้อยละ 20.0 และโรงพยาบาลหรือสถานอนามัยร้อยละ 10.5 โดยต้องการให้มีแพทย์มาคอยให้บริการ

3.1.3.2 การรับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมไปถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.1.3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค จากการศึกษาของ ราตรี โอภาส และคณะ (2535) พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้และเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองได้ดี ต้องการคำแนะนำในเรื่องการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยร้อยละ 85.6 และต้องการตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 82.9

3.1.3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น จากการศึกษาของ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535) พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีการรับรู้ถึงความห่วงใยช่วยเหลือผูกพันจากบุตร หลาน คู่สมรส และพี่น้อง เชื่อฟังคู่สมรส ญาติ และนายจ้างเดิม

3.1.3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในภาวะนี้ ผู้สูงอายุต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในภาวะอื่น ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรค หรือบรรเทาผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของผู้สูงอายุเอง

จึงเห็นได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุเกิดภาวะเจ็บป่วยจึงจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ปกติ อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยผู้สูงอายุจะมีการปรับพฤติกรรมจากภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไป ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจพฤติกรรมความเจ็บป่วยในภาพรวมซึ่งจะได้อธิบายไว้ในรายละเอียดต่อไป

3.2 การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (The theory of self-care) การดูแลตนเอง (Self care) เป็นการดูแลและสุขภาพพื้นฐานในทุกๆ สังคม ซึ่งมีการให้ความหมาย ดังนี้ มัลลิกา มัตติโก (2533) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นแบบแผนทางวัฒนธรรมและการดำเนินชีวิตของแต่ละคน ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำนายว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมต่อสุขภาพ และความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไร และสามารถให้ความหมายต่อเหตุการณ์นั้นไปตามประสบการณ์ และการขัดเกลาทางสังคม จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลสมัครใจทำตามระดับความสามารถที่มีอยู่ และการกระทำนั้นเกิดจากความตั้งใจของตนเองโดยการแสวงหาการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข หรือเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพความเป็นอยู่ที่ดี รวมทั้งให้การดูแลบุคคลอื่นได้ การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานระหว่างประสบการณ์ การปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การติดต่อสื่อสาร และวัฒนธรรมในสังคม (สุดาจันทร์ วัชรกิติ, 2535) และในทฤษฎีของโอเรม (Orem theory) ซึ่งโอเรม มีความเชื่อว่า บุคคลเป็นผู้มีศักยภาพที่มีความสามารถในการกระทำการอย่างจงใจ (capacity for deliberate action) มีความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองและสามารถวางแผนจัดระเบียบปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองได้ คนมีลักษณะเป็นองค์กรรวมและทำหน้าที่ได้ทั้งด้านชีวภาพ ด้านสังคม ด้านการแปลและให้ความหมายต่อสัญลักษณ์ต่าง ๆ และคนยังเป็นระบบเปิดและเป็นพลวัต บุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโตจะปรับหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง ตลอดจนป้องกัน ควบคุม กำจัดโรคและการบาดเจ็บต่าง ๆ โดยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธีการที่จะดูแลตนเองและสิ่งแวดล้อม ที่คิดว่าจะมีผลต่อหน้าที่ และพัฒนาการของตนเอง ซึ่งการดูแลตนเองในลักษณะของการปรับหน้าที่เป็นกระบวนการเรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณีที่บุคคลนั้นได้มีส่วนในการติดต่อ และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อที่จะ

รู้จักจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ นอกจากนั้นทฤษฎีนี้ยังให้ความสำคัญของการพึ่งพาและการดูแลซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลในครอบครัวและในเครือข่ายทางสังคมด้วย เกี่ยวกับทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองนั้นโอเร็มได้อธิบายว่า ความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่อยู่ในวัยเจริญเติบโตหรือเติบโตอย่างเต็มที่ สามารถถูกกระทบได้เนื่องจากภาวะสุขภาพ หรือองค์ประกอบทั้งภายในและภายนอก ซึ่งทำให้บุคคลนั้นใช้ความสามารถของตนเองได้เพียงบางส่วน หรือไม่สามรถจะใช้ได้เลยหรือปริมาณ คุณภาพ ของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ภายใต้ชนบททำเนียบประเพณี วัฒนธรรมของคนแต่ละกลุ่มในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ส่วน ทารก เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยหรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเองในส่วนของผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัยทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ในภาวะปกติ ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถในด้านร่างกายและสติปัญญาเสื่อมถอยตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ในแนวคิดของโอเร็มในการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action และ goal oriented) (Orem, 1985) ทฤษฎีของโอเร็มจึงสามารถนำมาใช้อธิบายการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งในภาวะปกติและเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วยได้

3.3 พฤติกรรมความเจ็บป่วย (illness behavior)

พฤติกรรมความเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมซึ่งเกิดจากปัจจัยบางสิ่งบางอย่าง เช่น ความเจ็บปวด ความไม่สบายกายหรือใจ สัญลักษณ์ของการผิดปกติ และหรือโดยคำรับรองจากผู้อื่นว่าบุคคลนั้นกำลังประสบความเจ็บป่วย แม้ว่าขณะนั้นบุคคลนั้นไม่ได้เป็นอะไรเลยเป็นการตอบสนองต่อความหมายของการเบี่ยงเบนทางร่างกายและจิตใจที่บุคคลอื่นมีให้บุคคลนั้น ซึ่งเข้าใจว่าเป็นสภาพของการไร้ความสามารถ (Wu Ruth, 1973 อ้างใน บุษยมาสสินธุประมา, 2537) หรือขั้นตอนใด ๆ ซึ่งนำไปสู่การบรรเทาอาการซึ่งบุคคลคิดว่าเป็นการเจ็บป่วย ดังนั้นพฤติกรรมความเจ็บป่วยจึงได้แก่การตอบสนองต่ออาการทางร่างกาย การแสวงหาคำคิดเห็นและคำแนะนำจากบุคคลอื่นโดยไม่คำนึงถึงว่าบุคคลเหล่านั้นจะเป็นที่ยอมรับจากสังคมหรือไม่ รวมถึงพฤติกรรมที่บุคคลนั้นไม่ทำอะไรเลยนอกจากคอยสังเกตอาการผิดปกติว่าหายไปเอง นอกจากนี้พฤติกรรมความเจ็บป่วยอาจจะเป็นพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือซึ่งมีปัจจัยพื้นฐาน 2 ประการ ที่มีผลต่อการแสวงหาการรักษา คือการรับรู้หรือการให้ความหมายโดยแต่ละบุคคล และความสามารถที่จะแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น พฤติกรรมความเจ็บป่วยจึงเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการให้ความหมายจากตนเองและผู้อื่นว่า “เจ็บป่วย” ดังนั้น พฤติกรรมความเจ็บป่วยจึงเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ทางสังคมวัฒนธรรม

(Winlinksky, 1980 อ้างใน พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530) นอกจากนี้ยังหมายถึง การกระทำอะไรลงไปเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่บุคคลได้ตระหนักหรือรับรู้ (Kasl, A.A. and Cobb S, 1966 อ้างใน บุญยมาศ สินธุประมา, 2537) และยังรวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การรักษาตนเอง การแสวงหาคำรับรองอันถูกต้อง (provisional validation) การแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์ หมอเถื่อน หรือบุคคลอื่น หรือขั้นตอนใด ๆ ซึ่งนำไปสู่การบรรเทาอาการซึ่งบุคคลคิดว่าเป็นการเจ็บป่วย (Ruth, 1973 อ้างแล้ว)

3.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

การเจ็บป่วยไม่ใช่เป็นเรื่องของกระบวนการทางชีววิทยาและสรีรวิทยาเท่านั้น หากยังเป็นปรากฏการณ์ ทางสังคมด้วย เมื่อมีการเจ็บป่วย บุคคลจะพัฒนาบทบาททางสังคมซึ่งประกอบด้วยบทบาทที่คาดหวังได้ทั่ว ๆ ไป 4 ลักษณะ โดยแบ่งเป็นสิทธิและหน้าที่อย่างละ 2 ประการ ดังนี้ (Persons, 1951 อ้างใน พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530)

3.4.1 ผู้ป่วยไม่ต้องรับผิดชอบในการเจ็บป่วย และไร้ความสามารถในการทำหน้าที่ตามปกติของเขา

3.4.2 ผู้ป่วยได้รับการยกเว้นจากหน้าที่ที่ทำอยู่เป็นการชั่วคราว จากการศึกษาของ นริศรา สีสามานิตย์ (2534) พบว่าเมื่อมีความเจ็บป่วยลักษณะงานที่ผู้สูงอายุทำเป็นงานเบา ๆ ใช้แรงน้อย นอกจากนี้การเจ็บป่วยมีผลทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานหรือกิจกรรมได้ตามปกติร้อยละ 10.0 (จันทร์พลอย สินสุขเศรษฐ์, 2541)

3.4.3 ผู้ป่วยต้องมีความต้องการที่จะหายเป็นปกติ เพราะการเจ็บป่วยเป็นสภาวะที่ไม่พึงปรารถนา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ พงษ์สนิท และคณะ (2535) พบว่าการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีการปฏิบัติตัวทั่วไปถูกต้องมากที่สุดในการมาตรวจตามนัดในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 99.0 หลีกเสี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของโรคเช่นงดดื่มสุรา เบียร์ งดสูบบุหรี่ และงดดื่มน้ำชากาแฟ ร้อยละ 91.0 , 90.0 และ 65.0 ตามลำดับ พบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติร้อยละ 75.0 มีการใช้ยาตามแพทย์สั่งร้อยละ 96.0

3.4.4 ผู้ป่วยมีหน้าที่ต้องแสวงหาการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข และร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเพื่อให้หายป่วยเร็วที่สุด จากการศึกษาของ ราตรี โอภาส และคณะ (2535) และจินตนา รอดนำพา (2535) เมื่อเจ็บป่วยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะนิยมไปรับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ผู้สูงอายุไปรับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขร้อยละ 90.55 และมีการซื้อยาจากร้านขายยาทั่วไปมารับประทานเองร้อยละ 21.82 (อำไพ ชนะกอก และคณะ, 2535) และผู้

สูงอายุมีการใช้ยาแผนปัจจุบันร่วมกับยาแผนโบราณ (Riley and Sermsri, 1974; Bloom, 1987 อ้างในภาพร ชโยวรรณ, 2533)

การดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเป็นการดูแลเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายจากภาวะปกติ ทำให้ผู้สูงอายุต้องดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี กิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเมื่อมีความเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ ได้แก่ การขอความช่วยเหลือจากคู่สมรส ญาติมิตรหรือเพื่อนบ้าน การใช้ระบบบริการสุขภาพ การไปรับการรักษาที่แพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งการตัดสินใจที่จะเลือกใช้วิธีการรักษาแบบใด ที่ไหนนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานสำคัญ 4 ประการคือ (Jame C. Young อ้างใน พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530)

1. การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย (gravity or perceived seriousness of illness) เมื่อเจ็บป่วยบุคคลจะพิจารณาประเภทของการเจ็บป่วยและประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยครั้งนั้น แล้วใช้ระดับความรุนแรงของโรคที่รับรู้ นั้น เป็นองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการตัดสินใจเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษาใด ๆ จะคำนึงถึงความคิดเห็นส่วนใหญ่ของญาติพี่น้องเพื่อนฝูงของตนด้วย

2. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้าน หรือการเยียวยาตนเอง (knowledge of home remedy) ได้แก่ความรู้ของบุคคลในการรักษาตนเองสำหรับการเจ็บป่วยนั้น ๆ หากรู้ถึงวิธีการรักษาตนเองหรือการเยียวยาแบบพื้นบ้าน(ระบบสามัญ) ประกอบกับรับรู้ว่าอาการนั้นไม่มีระดับรุนแรง ก็มักจะเลือกรักษาตนเองตามระบบสามัญ หากไม่รู้จักวิธีการรักษาตามแบบแผนนี้ ก็มักจะเลือกใช้วิธีการรักษาตามระบบแพทย์ตะวันตก หรือถ้าวิธีการรักษาแบบพื้นบ้านหรือการรักษาตนเองไม่สามารถแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วย ญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านจะให้คำปรึกษาได้ ก็จะมีแนวโน้มเลือกใช้แหล่งการรักษาแบบตะวันตก

3. ความเชื่อถือในผลของวิธีการรักษา (faith or perceived benefit of taking action) ได้แก่ ความเชื่อของบุคคลในผลของวิธีการรักษานั้น ๆ ว่าสามารถทำให้หายขาดได้จริง ซึ่งความเชื่อถือนี้จะสัมพันธ์กับทางเลือกต่าง ๆ ของการรักษาพยาบาล โดยส่วนใหญ่แล้วการรักษาตามแบบแผนตะวันตกไม่ได้รับการยกย่องว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด ในขณะที่ถือว่าการรักษาตนเองมีประสิทธิภาพต่ำสุด

4. การเข้าถึงแหล่งบริการ (accessibility) การกำหนดทางเลือกของแหล่งบริการ ได้แก่ การเข้าถึงบริการในด้านต่าง ๆ อันได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการนั้น ๆ ความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการจากแหล่งบริการนั้น ๆ ความเพียงพอ ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขชนิดต่าง ๆ ย่อมมีแนวโน้มที่จะเลือกใช้บริการมากกว่า นอกจากนั้นจะประเมินถึงค่าใช้จ่ายที่จะมีเพียงพอที่จะจ่ายให้กับบริการนั้น ๆ ด้วย ซึ่งล้วนสัมพันธ์กับทางเลือกของแหล่งหรือชนิดการรักษาทั้งสิ้น

ปัจจัยพื้นฐานเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการ การดูแลตนเองทั้งหมดของผู้สูงอายุเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัย ดังต่อไปนี้ ร่วมด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ซึ่งปัจจัยพื้นฐานที่เลือกเข้ามาศึกษาคือ

1. เพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา และการปรับตัวทางด้านจิตใจ เพราะความทุกข์ที่สังคมยอมรับ รวมทั้งทัศนคติต่อความเจ็บป่วยแตกต่างกัน (Andreason & Norris, 1992) จากการศึกษาของ ฮาลอน และพิกเกต (Hanlon & Picket, 1981) พบว่า เพศหญิงมีการปรับตัวได้ยากกว่า มีระดับการพึ่งพาผู้อื่น และมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตร ประจำวันมากกว่าเพศชาย เนื่องจากมีความรู้สึกว่ามีความสามารถด้านร่างกายที่ต่ำกว่า เพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร จินันทุยา (2536) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ดินแดง พบว่า เพศชายดูแลตนเองดีและมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ สูงอายุเพศหญิง

2. อายุ วัยสูงอายุเป็นช่วงที่คนต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็น ภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ รายได้ลดลง การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม ประกอบกับความเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้เริ่มเจ็บป่วย เป็นเหตุให้มีการพึ่งพาบุคคล อื่นมากขึ้น จากการศึกษาของ พรนิภา ไครบุตร (2540) พบว่าผู้สูงอายุยิ่งมีอายุมากขึ้นจะมี ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และจากการศึกษาของ ประภาพร จินันทุยา (2536, อ้างแล้ว) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70- 89 ปี เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาสูงขึ้น การพึ่งพาผู้อื่นทำให้มีความ รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความพึงพอใจในชีวิตด้วย

3. ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาความรู้ การรับรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดเจ็บป่วย และใช้ในการตัดสินใจพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ สูงอายุ จากการศึกษาของ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิ์วัฒนา (2529) พบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาสูงจะมี พฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการ ศึกษาของ สุพรรณี นันทชัย (2534) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อยและด้อยโอกาสใน การแสวงหาข้อมูล มีภาวะสุขภาพที่ต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง

4. สถานภาพการสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลด้านสุขภาพ เพราะชีวิตคู่ ทำให้มีความผูกพันระหว่างผู้สูงอายุกับคู่สมรส เมื่อคู่ชีวิตมีการเจ็บป่วย จำเป็นต้องมีคนให้ ความช่วยเหลือดูแล การขาดคู่สมรสไป ทำให้ความรู้สึกขาดคนให้ความช่วยเหลือ โดดเดี่ยว ไม่สนใจสุขภาพร่างกายเท่าที่ควร จากการศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับการ ศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) พบว่าผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสคู่ มีค่าเฉลี่ยคะแนน วิถีชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก

5. รายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพเศรษฐกิจและสังคม รายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพและสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง แม้ว่ารายได้ของบุคคลจะไม่ใช้สิ่งเดียวที่จำเป็นที่สุดในชีวิต แต่ทุกคนยอมรับว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยให้การดูแลตนเองเป็นผลสำเร็จตามความต้องการในที่สุด ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือมีรายได้ปานกลางมักจะมีปัญหาการเงินและทำให้เกิดความรู้สึกกังวลเป็นทุกข์ (Orem, 1991) และรจนา รวงลือ (2536) พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีการปฏิบัติกิจกรรมดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ระดับอื่น ๆ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ สูดา วิไลเลิศ (2536) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 3,000 บาท ต่อเดือน จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถเลือกสรรประเภทของอาหารที่มีคุณค่าหรือมีประโยชน์ต่อร่างกายได้เพียงพอต่อความต้องการ

6. ลักษณะครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ (2533) พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว ในครอบครัวขยายจะมีบุคคลซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่จะให้การดูแลเอาใจใส่ ทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุได้ ทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุในครอบครัวเดี่ยว และจากการศึกษาของ ทศนีย์ เกริกกุลธร (2536) พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีโอกาสได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจจะเป็นคู่สมรส บุตรหลาน และญาติพี่น้องมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว

แนวคิดการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ในการศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มโดยโอเร็ม (Orem, 1991) ได้ให้ความหมายว่าการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย (Deliberate action) มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ด้านคือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites)
2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites)
3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites)

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีทั้งหมดที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาในการดูแลตนเองอันเนื่องมาจากเป็นวัยที่มีการเสื่อมสลายของโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะเวลาที่เจ็บป่วย การศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มในส่วนของการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปในด้าน การขอความช่วยเหลือจากคนอื่น การปฏิบัติตัวเมื่อเริ่มเจ็บป่วย การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา การรับประทานยา การงดอาหาร การไปตรวจสุขภาพเพื่อการรักษาตามนัด สุขวิทยาสส่วนบุคคล การทำความสะอาดที่อยู่อาศัย การทำความสะอาดที่นอนและเครื่องนอน การออกกำลังกาย การพักผ่อน การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน การปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในครั้งนี้

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved