

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ในปัจจุบันมีแนวโน้มที่ชัดเจนว่าประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทั้งปริมาณและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด เมื่อพัฒนาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขสามารถลดอัตราการตายลง ทำให้มนุษย์มีอายุขัยที่ยืนยาวมีผลทำให้มีประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ สำหรับในประเทศไทย ขนาดและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นไปอย่างช้า ๆ และต่อเนื่องคือ 2.8 ล้านคน หรือร้อยละ 5.6 ในปี พ.ศ. 2528 เป็นประมาณ 3.4 ล้านคนหรือร้อยละ 6.1 ในปี พ.ศ. 2533 และคาดว่าอีก 25 ปีข้างหน้า คือ พ.ศ. 2558 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่า จาก พ.ศ. 2533 คือประมาณ 8 ล้านคน หรือร้อยละ 10.9 ของประชากรทั้งหมดในเวลานั้น ซึ่งคาดว่าประมาณ 73 ล้านคน (จินตนา สงค์ประเสริฐ, 2538, หน้า 2)

ความสำคัญของปัญหาของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย ทั้งนี้เมื่อมีวัยสูงขึ้น ย่อมมีปัญหาเกี่ยวกับ สุขภาพอนามัย โรคภัยไข้เจ็บ และปัญหาทางด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้นด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเกิดขึ้นในแต่ละคนแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ กรรมพันธุ์ วิธีการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเจ็บป่วยหรือเป็นโรคต่าง ๆ ได้ง่าย

จากการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ (2540, หน้า 119) พบว่าอัตราของโรคและอาการที่สำรวจพบของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปของประเทศไทย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 18.1% ไขข้ออักเสบ ข้อเสื่อม 16.9% โรคกระเพาะ 13.1 % โรคหัวใจ 8.1% โรคเบาหวาน 5.8 % ต้อกระจกตา 7.3 % ต้อเนื้อตา 3.8% อัมพาต อัมพฤกษ์ 2.2 % มะเร็ง 0.4 % ซึ่งโรคเหล่านี้มีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาเมื่ออายุมากขึ้น รวมไปถึงการประพฤติดีปฏิบัติตัวที่มีผลต่อสุขภาพ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว

ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณค่า เนื่องจากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตควรค่าแก่ การเคารพนับถือของครอบครัวและสังคม ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม การพัฒนาคุณภาพชีวิตถือเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุ มีความเป็นอิสระในการดำรงชีวิตและมีความสุขตามอัธยาศัย โดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่ไม่ว่า ผู้สูงอายุนั้นจะมีสุขภาพดีหรือมีภาวะความเจ็บป่วยก็ตาม ซึ่งตรงกับสภาวะการณ์ของสังคมไทยใน ปัจจุบัน ที่ผู้สูงอายุจะต้องพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด หรือเป็นภาระกับผู้อื่นให้น้อยที่สุด ดังนั้นการ ดูแลผู้สูงอายุ ควรมีเป้าหมายที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองให้มากที่สุด ซึ่งการดูแลตนเองเป็นแนวคิดที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคคล เพื่อการพึ่งพาตนเอง ควบคุม ตนเองและรับผิดชอบตนเอง

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 และ 7 ได้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการ ให้บริการผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจน โดยกระทรวงสาธารณสุขให้มีการจัดตั้งและดำเนินการคลินิก ผู้สูงอายุขึ้นในโรงพยาบาลทุกระดับ ตลอดจนการสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นจุดรวมในการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ในการดำเนินกิจกรรมที่เป็น ประโยชน์ต่าง ๆ เช่น แลกเปลี่ยนความรู้ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านสุขภาพอนามัย ถ่ายทอด ความรู้ด้านวัฒนธรรมแก่คนรุ่นหลัง รวมถึงการให้ความรู้ส่งเสริมสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุ โดยมี ภาครัฐเป็นผู้สนับสนุน (คณะกรรมการการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา, 2534, หน้า 39-43) สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุขที่จะตอบสนองต่อการมีสุขภาพดี ของประชาชนนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องให้บริการโดยมุ่งหวังให้ประชาชน ครอบครัว ชุมชน สามารถพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง ด้วยกลวิธีการพยาบาลครอบครัว ที่บ้าน การดูแลตนเองภายใต้การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ ซึ่งจะปรับเปลี่ยนไปตามสภาพปัญหา และความต้องการของสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป กลวิธีนี้เป็นการสานประโยชน์ต่อกันอย่างมี มนุษยสัมพันธ์ซึ่งเหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนด้วย (นวลขนิษฐา ลิขิตลีธชา, 2537, หน้า 20)

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้มีนโยบายใน การพัฒนาการให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ โดยเน้นในเรื่องการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมี ส่วนร่วมในกระบวนการสาธารณสุข โดยเฉพาะในเรื่อง “การดูแลตนเอง” ซึ่งสามารถแยกได้เป็น 2 ลักษณะ ใหญ่ ๆ ได้แก่ (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2539, หน้า 7-13)

1. การดูแลตนเองในสภาวะปกติ (self care in health) แยกเป็น 2 ลักษณะ คือ
 - 1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (health maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพ

ให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ โดยหลีกเลี่ยงอันตรายที่ส่งผลต่อสุขภาพ

1.2 การป้องกันโรค (disease prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ

2. การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (self care in illness)

พฤติกรรมในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการตั้งแต่ในวัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ และจะเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพของแต่ละคน ดังนั้น การให้ความสนใจในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จึงเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง เพราะจะเป็นการช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายและจิตใจให้ช้าลง ลดภาวะการเจ็บป่วยได้ ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี ทำให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

จากการศึกษาของ กันยารัตน์ อุบลวรรณ (2540, หน้า 125-126) เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตภาคกลางพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีการไปตรวจสุขภาพประจำปีถึงร้อยละ 88.3 มีพฤติกรรมในการดื่มเครื่องดื่มกระตุ้นประสาท เช่น ชา กาแฟ สุรา เบียร์ ร้อยละ 56.3 ผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 52.5 เนื่องจากขาดความเข้าใจในประโยชน์ของการออกกำลังกายและไม่ทราบวิธีการออกกำลังกาย

จังหวัดลพบุรี มีโครงสร้างทางอายุของประชากรเช่นเดียวกับโครงสร้างรวมของประเทศ คือมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จึงต้องมีการเตรียมการเพื่อรองรับปัญหาประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น อำเภอสระโบสถ์มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุจากข้อมูลบัญชี 1 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสระโบสถ์ เมื่อวันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2542 มีประชากรผู้สูงอายุ 1,837 คน ชาย 880 คน หญิง 957 คน เมื่อได้สุ่มสำรวจสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสระโบสถ์ เมื่อวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2542 เกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุจำนวน 37 คน เป็นชาย 16 คน หญิง 21 คน อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-69 ปี พบว่าโรคที่เป็นปัญหาต่อผู้สูงอายุมีดังนี้ โรคกระดูกและข้อร้อยละ 85.2 โรคทางพันธุกรรมร้อยละ 37.0 โรคระบบไหลเวียนเลือดร้อยละ 14.8 โรคระบบทางเดินอาหารร้อยละ 11.1 เมื่อมีการเจ็บป่วยผู้สูงอายุจะซื้อยารับประทานเองร้อยละ 92.5 รักษาแพทย์แผนโบราณร้อยละ 18.5 รักษาทางไสยศาสตร์ร้อยละ 7.4 ด้านการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพพบว่า ชอบรับประทานอาหารประเภทแป้ง ขนมหวาน ของทอดต่าง ๆ ร้อยละ 70.4 ชอบรับประทานอาหารประเภทไขมันร้อยละ 40.7 รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เป็นประจำร้อยละ 37 ดื่มกาแฟเป็นประจำร้อยละ 25.9 ดื่มสุรา ยาของเหล้าร้อยละ 22.2 สูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 22.2 ซื้อยาแก้ปวดรับประทานเองเป็นประจำร้อยละ 40.7 ทางด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 48.1 เชื่อว่าไข่ คืออาหารบำรุงร่างกายที่ดีที่สุดของผู้สูงอายุ

ไม่ทราบว่ามีอาหารหลัก 5 หมู่ มีอะไรบ้างร้อยละ 81.5 เชื่อว่าผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องตรวจสุขภาพ ทุกปีร้อยละ 37 และผู้สูงอายุ ร้อยละ 55.5 เชื่อว่า ควรดื่มน้ำสะอาดวันละ 3 แก้ว

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุขาดความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ถูกต้องซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ควรให้ความสนใจ และศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลด้านสุขภาพอนามัยและจิตใจของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาวิธีการที่เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น สภาพร่างกายและจิตใจเพื่อพัฒนา ผู้สูงอายุ ให้มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง โดยการประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ซึ่งประกอบไปด้วย ทฤษฎีการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ ตนเองของเบนคูรา การใช้กระบวนการกลุ่ม จัดเป็นโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนการสอนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ และสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุก่อนเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมพฤติ กรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ และ 2 สัปดาห์หลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแล ตนเองในผู้สูงอายุ
3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยของความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง
2. คะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วม โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นประชากรผู้สูงอายุที่สามารถเข้าถึงได้ (accessible population) ได้แก่ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี จำนวน 140 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระโบสถ์ที่มีสถิติัมปชัญญะดี ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยแบ่งกลุ่มในการศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 15 คน ซึ่งผู้วิจัยอาศัยแนวคิดในการกำหนดขนาดกลุ่มที่เหมาะสมสำหรับการจัดกิจกรรมกลุ่มของ วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุภากุล (2522, หน้า 92)

2. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ สร้างโดยใช้แนวคิดตาม ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539, หน้า 27-30) ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536, หน้า 47-58) และการใช้กระบวนการกลุ่ม

3. ตัวแปรต้น ได้แก่

3.1 โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ

3.2 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ได้แก่

3.2.1 ก่อนทดลอง

3.2.2 หลังทดลอง

3.2.3 สัปดาห์หลังทดลอง

4. ตัวแปรตาม ได้แก่

4.1 ผลสัมฤทธิ์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ

4.2 พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีความรู้ในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อดำรงรักษาความมีสุขภาพดีของตนเอง โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรม 6 ครั้ง ประกอบไปด้วย การให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่มและการฝึกปฏิบัติ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา การใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นกรอบแนวคิด

2. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอายุ 60 – 74 ปี ที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี

3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติอย่างจริงจัง และมีเป้าหมายตามความต้องการดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดี ประกอบด้วย

3.1 การดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุซึ่งครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่

3.1.1 การปฏิบัติตนเพื่อให้ได้อาหาร น้ำ อากาศ ที่เพียงพอ

3.1.2 การปฏิบัติตนเพื่อให้มีการจับถ่ายเป็นไปตามปกติ

3.1.3 การปฏิบัติตนเพื่อให้มีกิจกรรมที่เหมาะสมและพักผ่อนที่เพียงพอ

3.1.4 การปฏิบัติตนเพื่อใช้เวลาเป็นส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

3.1.5 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอันตรายต่อชีวิต

3.1.6 การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการ

3.2 การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ

3.3 การดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพซึ่งวัดได้โดยการใช้แบบสัมภาษณ์

พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ

4. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ หมายถึง ความสามารถในการอธิบายถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติตามความต้องการดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดี ประกอบด้วย

4.1 ความรู้การดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นความรู้ในกิจกรรมที่ปฏิบัติตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุซึ่งครอบคลุมกิจกรรมทั้ง 6 ด้าน ได้แก่

4.1.1 การปฏิบัติตนเพื่อให้ได้อาหาร น้ำ อากาศ ที่เพียงพอ

4.1.2 การปฏิบัติตนเพื่อให้มีการจับถ่ายเป็นไปตามปกติ

4.1.3 การปฏิบัติตนเพื่อให้มีกิจกรรมที่เหมาะสมและพักผ่อนที่เพียงพอ

4.1.4 การปฏิบัติตนเพื่อใช้เวลาเป็นส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

4.1.5 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอันตรายต่อชีวิต

4.1.6 การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการ

4.2. ความรู้ด้านการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ

4.3. ความรู้ด้านการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งวัดได้โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้การดูแลตนเองในผู้สูงอายุ

5. มีสติสัมปชัญญะ หมายถึง มีความสามารถในการตอบคำถามที่เป็นปัจจุบันได้ ถูกต้องซึ่งวัดได้โดยการใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mental State Examination หรือ TMSE)