

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องปัจจัยคัดสรรที่เป็นตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ไร้ที่พึ่ง ในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งธัญบุรี อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ผู้วิจัยกำหนดแนวคิดในการศึกษาโดยรวบรวมจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุไร้ที่พึ่ง

1. ความหมายของผู้สูงอายุไร้ที่พึ่ง
2. อุดมการณ์ของผู้สูงอายุไร้ที่พึ่ง
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นบุคคลไร้ที่พึ่ง

แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง

1. การดูแลตนเอง (Self-care)
2. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)
 - 2.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน
 - 2.2 พลังความสามารถ 10 ประการ
 - 2.3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง
3. ปัจจัยพื้นฐาน (Basic condition factor)

ปัจจัยคัดสรรที่เป็นตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไร้ที่พึ่ง

1. เพศ
2. อายุ
3. การเจ็บป่วย
4. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
5. สุขภาพจิต
6. ความสามารถทางสติปัญญา

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุไร้ที่พึ่ง

1. ความหมายของผู้สูงอายุไร้ที่พึ่ง

ผู้สูงอายุไร้ที่พึ่ง หมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ขาดที่พึ่งพาอาศัย ไร้อาชีพ หรือไร้ความสามารถในการประกอบอาชีพ และต้องการความช่วยเหลือจากสังคม สามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1.1 ผู้สูงอายุไร้ที่พึ่งประเภทเร่ร่อน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ไม่มีอาชีพที่แน่นอน บางขณะอาจอยู่ในสภาพว่างงาน (Unemployed) ผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่มักไม่มีญาติพี่น้องหรือครอบครัวที่ตนจะต้องรับผิดชอบ บางรายขาดการติดต่อกับญาติพี่น้องของตน เนื่องจากญาติพี่น้องไม่อาจทนต่อความประพฤติดของผู้สูงอายุเหล่านี้ได้ เช่น มีพฤติกรรมชอบดื่มสุรา ดินยาเสพติด เกียจคร้านไม่ทำงาน หรืออื่น ๆ คนเร่ร่อนจึงมักชอบแอบหลบนอนตามที่สาธารณะ หรือเมาสุราขาดสติกลับไปตามถนนหนทาง และถูกเจ้าหน้าที่จับกุมในที่สุด (จุฬามาศ ศรีจามร, 2518, หน้า 1)

1.2 ผู้สูงอายุไร้ที่พึ่งประเภทขอทาน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่หาเลี้ยงชีพโดยการขอ สิ่งทีขอนั้นอาจจะเป็นเงิน อาหาร หรือสิ่งของเครื่องใช้ก็ได้ สุดแล้วแต่ผู้ให้จะมีความเมตตา คำว่า คนขอทานนั้นจึงเป็นที่รู้จักของคนทั่วไปด้วย มักจะพบเห็นคนขอทานอยู่ตามที่ต่าง ๆ เสมอ ทั้งตามย่านการค้า ชุมชน ที่มีคนสัญจรกันอย่างหนาแน่น และตามตรอกซอยที่เร้นลับ รวมถึงการขอทรัพย์สินของผู้อื่น โดยไม่ได้ทำงานหรือให้ทรัพย์สินเป็นการตอบแทน และไม่ได้เป็นการขอกันในฐานะญาติมิตร และรวมถึงการขบร้อง การตี ตี เป่า การแสดงการเล่นต่าง ๆ หรือการกระทำอย่างอื่นใดทำนองเดียวกันเมื่อมิได้มีข้อตกลงโดยตรงหรือโดยปริยายที่จะเก็บค่าดู ค่าฟัง แต่ขอทรัพย์สินตามแต่ผู้ดู ผู้ฟังจะให้ ถือเป็นการขอทานทั้งสิ้น (จุฬามาศ ศรีจามร, 2518, หน้า 1)

1.3 ผู้สูงอายุไร้ที่พึ่งประเภทสมัคร ได้แก่ผู้สูงอายุที่ไร้ญาติขาดที่พึ่ง ดูแลตนเองไม่ได้ ไม่มีญาติมิตรให้การอุปการะ สติปัญญาต่ำ ประกอบอาชีพหาเลี้ยงตัวเองไม่ได้ สมัครเข้าอยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์

2. อุบัติการณ์ของผู้สูงอายุไร้ที่พึ่ง

จากสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีที่อยู่อาศัย ร้อยละ 11.4 หรือจำนวน 2,876 คน ซึ่งผู้สูงอายุลักษณะดังกล่าว ได้เข้าอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ไร้ญาติขาดที่พึ่งจำนวน 20 แห่งทั่วประเทศ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544, หน้า 2) จุฬามาศ ศรีจามร (2518) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัญหาและความต้องการของคนไร้ที่พึ่ง ในสถานสงเคราะห์ชัญญบุรี

ปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า คนไร้ที่พึ่งมีอายุเฉลี่ย 52.25 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีเชื้อชาติไทย มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การศึกษาอยู่ในระดับต่ำ และเคยมีอาชีพรับจ้าง เกษตรกรรม และค้าขาย จำนวนหนึ่งในสาม ยังเป็นโสดและไม่มีบุตร

ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีผู้สูงอายุที่ไร้ที่อยู่อาศัยเพิ่มมากขึ้น นักวิชาการได้ทำการสำรวจในสถานสงเคราะห์ผู้ไร้ที่อยู่อาศัยใน 8 เมืองใหญ่ของสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ถึงร้อยละ 27 แสดงให้เห็นว่า ปัจจุบันปัญหาการไร้ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุยังคงเป็นปัญหาเรื้อรัง เพราะมีผู้ที่นอนอยู่ข้างถนน และขาดการติดต่อกับครอบครัวเป็นจำนวนมาก เนื่องจากการลดของจำนวนห้องพักอาศัยแบบเดียวลง เพื่อใช้พื้นที่ในการสร้างสำนักงาน หรือบ้านพักราคาแพง นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะประสบปัญหาการขาดที่อยู่อาศัยแล้วยังขาดแคลนด้านอาหาร เสื้อผ้า และการดูแลสุขภาพจากแพทย์ ทั้ง ๆ ที่ชีวิตในช่วงท้ายของผู้สูงอายุควรจะได้การสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์อย่างสมบูรณ์ ทั้งในด้านอาหาร ที่อยู่อาศัย และความมั่นคงปลอดภัย แต่ผู้สูงอายุเหล่านี้นอกจากจะไม่ได้รับคำตอบสนองด้านสุขภาพอนามัยและความ เป็นอยู่ที่ดีแล้ว ยังประสบปัญหาทางจิตประสาท ปัญหาสุราเรื้อรัง ปัญหายาเสพติด และไม่ได้รับโอกาสในการดูแลรักษาจากแพทย์เป็นประจำ แม้ว่าผู้สูงอายุเหล่านี้อาจเคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลกรณีฉุกเฉิน แต่ไม่ได้ได้รับการรักษาทางคลินิกอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นจึงมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่เสียชีวิตจากโรคที่ถูกละเลย อุบัติเหตุ และถูกทำร้ายจากท้องถนน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544)

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นบุคคลไร้ที่พึ่ง

การศึกษาของ กรมประชาสงเคราะห์ (2538) เรื่องสาเหตุ ปัญหา และความต้องการของ คนเร่ร่อนขอทาน จำนวน 116 คน พบว่าคนเร่ร่อน ขอทานส่วนใหญ่ พบว่า สาเหตุที่ต้องออกมาเร่ร่อน ขอทาน คือมีภาวะเจ็บป่วยทางด้านสุขภาพ ครอบครัวมีฐานะยากจน ต้องอพยพย้ายถิ่นฐานเพื่อหารายได้รักษาตัว แบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

3.1 ปัญหาด้านสุขภาพ จากการศึกษา พบว่าปัญหาขณะเร่ร่อนขอทานคือ สุขภาพไม่แข็งแรง ส่วนสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนไร้ที่พึ่งต้องเข้ารับการสงเคราะห์ คือการขอทาน เนื่องจากมีความผิดปกติของสภาพสมองหรือจิตประสาท มีอายุในวัยชรา สำหรับผู้ที่มิได้ถูกจับเพราะขอทานนั้น ส่วนใหญ่มีสาเหตุเพราะชอบดื่มสุรา ดื่มยาเสพติด ชอบเที่ยวเตร่ เร่ร่อนในยามค่ำคืน ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง และการศึกษาผู้สูงอายุชายในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูงอายุชายที่ไร้ที่อยู่อาศัยซึ่งอยู่ตามท้องถนน ร้อยละ 45 ผู้ที่อยู่ตามอพาร์ทเมนต์ซึ่งได้รับบริการทางสังคมร้อยละ 33 และพบอีกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ตามท้องถนนจะมีความเจ็บป่วยมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีปัญหาโรคทางเดินหายใจ ความดันโลหิตสูง ไม่แข็งแรง โดยส่วนใหญ่จะรับการรักษาที่โรงพยาบาลในท้องถิ่น

ร้อยละ 73 ไปคลินิก ร้อยละ 26 จากการศึกษาี้แสดงให้เห็นถึงวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่ไร้ที่อยู่อาศัย ซึ่งจะเป็นกลุ่มที่มีความเจ็บป่วย มีโรคเรื้อรังมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ซึ่งมีความต้องการการรักษา และการบริการทางสุขภาพ ส่งผลต่อการออกมาเร่ร่อนเพื่อหาการบริการทางการแพทย์

3.2 ความยากจน เป็นปัจจัยสำคัญมากที่ทำให้บุคคลต้องเข้าสู่ที่พักพิง ซึ่งความยากจนไม่ใช่ปัญหาใหม่สำหรับสังคมไทย แต่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นมานาน และแก้ไขค่อนข้างยากลำบาก เพราะสภาพปัญหาเป็นลักษณะแบบห่วงโซ่ ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรม เศรษฐกิจมีลักษณะพึ่งพาตนเอง ปัญหาความไม่เท่าเทียมกันในสังคมเป็นส่วนหนึ่งที่ก่อให้เกิดความยากจนเพราะสังคมเปิดโอกาสสำหรับคนรวยมากกว่าคนจน ไม่ว่าจะเป็นด้านการเมือง การศึกษา เศรษฐกิจหรือสังคม เมื่อคนจนไม่มีโอกาส ก็ไม่สามารถจะพัฒนาตนเองให้ดีกว่าที่เป็นอยู่ได้ ประกอบกับปัญหาเรื่องภัยธรรมชาติ ทำให้ผลผลิตที่ได้ขาดคุณภาพ ผลผลิตตกต่ำ รายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย ฐานะทางเศรษฐกิจตกต่ำ ทำให้คนจำนวนมากต้องแสวงหารายได้ในลักษณะที่แตกต่างกันไป บางรายต้องอพยพเข้าสู่เมืองอาศัยอยู่ในชุมชนแออัด ขาดแคลนเครื่องอุปโภคบริโภค เช่น น้ำดื่ม น้ำใช้ อาหาร ที่อยู่อาศัย เป็นต้น ส่งผลให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยในขณะที่ใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพและชีวิตประจำวันก็ยิ่งสูงขึ้น ทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงการบริการที่ทางรัฐบาลจัดให้อาจเนื่องจากบางพื้นที่อยู่ในเขตทุรกันดาร ไม่มีโรงพยาบาล สถานือนามัย จึงขาดการดูแลรักษาสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนทำให้โรคทวีความรุนแรงมากขึ้น ประชาชนมีสุขภาพที่อ่อนแอ เป็นโรคเรื้อรัง จนไม่สามารถประกอบอาชีพ ขาดโอกาสในการทำงานที่ดี สิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดปัญหาความด้อยโอกาส ไม่สามารถแสวงหาทรัพยากรอื่นมาทดแทน หรือพัฒนาตนเองให้หลุดพ้นจากความยากจนได้ ดังแผนภาพที่ 2

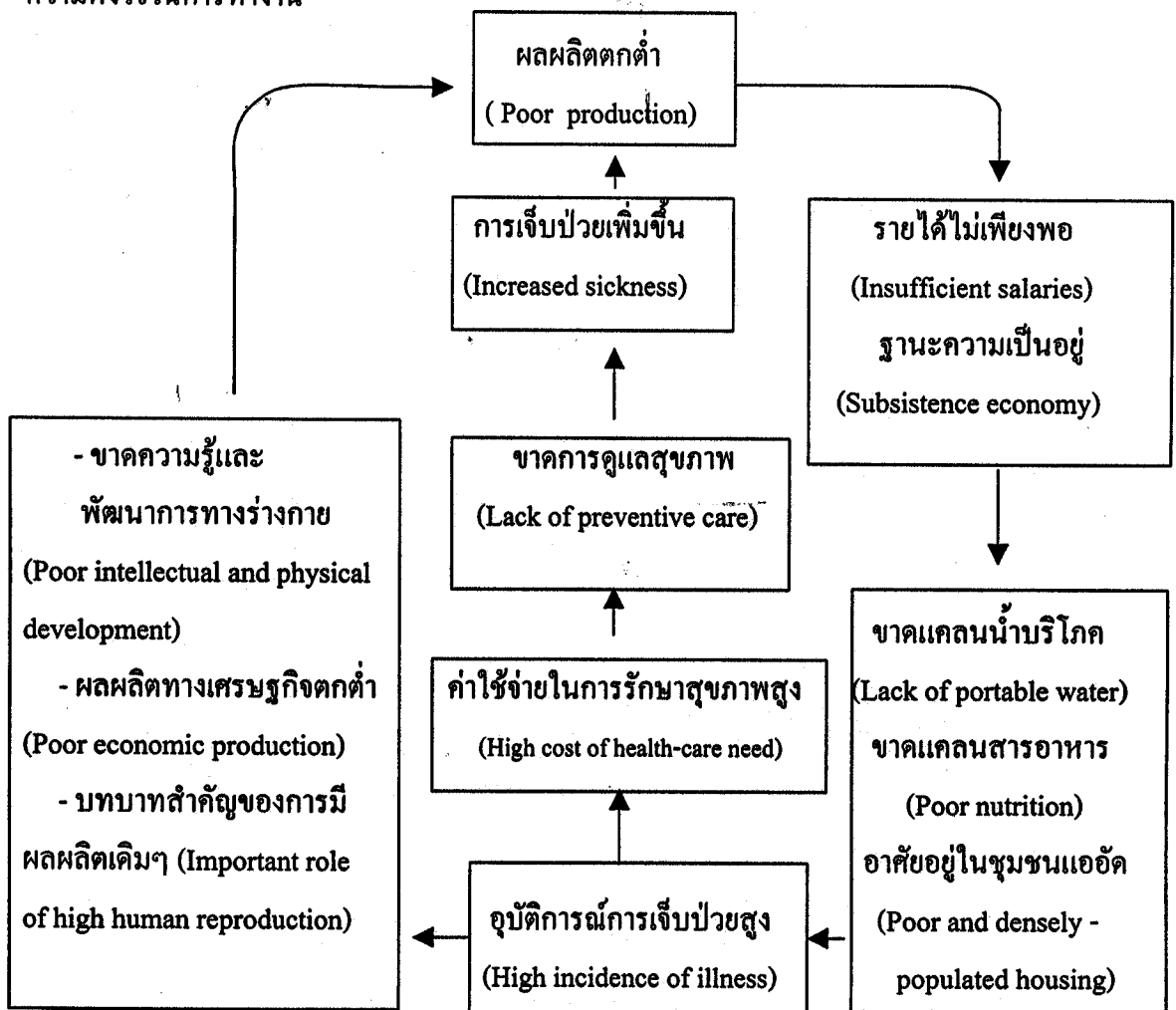
แนวคิดเรื่องความยากจนของผู้สูงอายุ ซึ่งเกี่ยวข้องกับวิวัฒนาการของระบบความมั่นคงทางสังคมเป็นผลมาจากการศึกษาของบูท (Booth, 1880) และรันทรี (Rountree, 1889) (กรมประชาสงเคราะห์, 2538, หน้า 13) โดยความยากจนได้รับการพิจารณาอย่างกว้างขวางว่าเป็นสภาพที่สามารถวัดประเมินได้ และมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก ความยากจนจึงหมายถึงการที่บุคคลมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการจัดหาปัจจัยทางวัตถุ เป็นความจำเป็นพื้นฐานเพื่อประสิทธิภาพ การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมซึ่งความยากจนมักจะเกิดจากสาเหตุหลัก 4 ประการ

1. ระบบทางสังคมไม่เอื้ออำนวยต่อการสร้าง และการกระจายรายได้ โดยเท่าเทียมกันแก่ประชาชนในแต่ละพื้นที่

2. การมีเหตุการณ์เกิดขึ้นอย่างไม่คาดฝันในทุกกรณี ไม่ว่าจะเป็นเหตุการณ์ในระดับสังคมหรือระดับบุคคล เช่น สาธารณภัยทั้งทางธรรมชาติ ทางเศรษฐกิจและการเมือง การตาย หรือ การเจ็บป่วยของบุคคลโดยเฉพาะหัวหน้าครอบครัว

3. ปัญหาเฉพาะบุคคลซึ่งเกิดจาก ความล้มเหลว ความผิดพลาดเฉพาะบุคคลทำให้ไม่สามารถจัดหาสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตเพื่อตนเองและครอบครัว ความบกพร่องของบุคคล เช่น ความบกพร่องทางกายภาพ บกพร่องจากการขาดศักยภาพที่เหมาะสม เช่น การศึกษา ทักษะ การฝึกอบรม และความพอใจ

4. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ซึ่งเป็นข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ที่ทำให้บุคคลไม่สามารถหารายได้ให้เพียงพอในการจัดหาปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิต แม้ว่าบุคคลจะมีความสามารถ และความตั้งใจในการทำงาน



ภาพที่ 2 แสดงวงจรของภาวะยากจน (Rachel, 2000)

3.3 การอพยพย้ายถิ่น เกิดจากความคาดหวังที่จะได้รับโอกาสทางเศรษฐกิจที่ดีกว่าในท้องที่ใหม่ ทั้งนี้เนื่องมาจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ไม่ได้มีการสร้างปัจจัยที่เกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐานไว้เพียงพอที่จะทำให้มีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ และมีการกระจายรายได้อย่างทั่วถึง ประชากรกลุ่มที่เสียเปรียบทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศ ไม่มีโอกาสได้รับผลประโยชน์จากความเจริญรุ่งเรืองทางเศรษฐกิจและอุตสาหกรรม เป็นผลสืบเนื่องให้เกิดช่องว่างของการพัฒนาระหว่างเขตเมือง และเขตชนบท ประชาชนในชนบทจึงพากันอพยพเข้าสู่เมืองหลวง และเมืองใหญ่อีกอย่างต่อเนื่อง จนทำให้เมืองเหล่านั้นเป็นแหล่งสะสมปัญหาต่าง ๆ มาก ไม่ว่าจะเป็นปัญหาสภาพแวดล้อมเพราะการขาดแคลนที่อยู่อาศัยจากการที่อพยพเข้าไปอยู่กันแออัดจนเป็นแหล่งเสื่อมโทรม ปัญหาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านสาธารณสุข ปัญหาการศึกษา ปัญหาครอบครัว ปัญหาการว่างงาน ที่โยกโยไปถึงปัญหาจริยธรรม และอื่น ๆ ดังนั้นผู้อพยพจึงต้องต่อสู้ดิ้นรน เพื่อความอยู่รอดในสังคมเมือง จนอาจมีพฤติกรรมการหาเลี้ยงชีพที่มีวิธีการที่ผิดแปลกไปจากบรรทัดฐานของสังคม เช่น การเร่ร่อน ออกขอทาน ตามสถานที่ต่าง ๆ โดยใช้ลักษณะเด่นของตนเองเป็นข้อต่อรอง ได้แก่ ความสูงอายุ ความพิการ เป็นต้น ปัญหาดังกล่าวยังคงเป็นปัญหาหลักของรัฐบาลซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดจากการเชื่อมโยงนโยบายของรัฐบาล (กรมประชาสัมพันธ์, 2538, หน้า14)

จะเห็นว่าปัจจัยที่ทำให้บุคคลประกอบอาชีพขอทาน มีทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายใน ปัจจัยภายนอกได้แก่ สภาวะทางเศรษฐกิจในปัจจุบันที่ตกต่ำลงมากจนทำให้เกิดปัญหาการว่างงานตามมา ปัญหาความยากจน ปัญหาเรื่องความไม่เพียงพอของผลผลิต การขาดความช่วยเหลือทางด้านอาชีพจากหน่วยงานภาครัฐ การเข้าไม่ถึงบริการของรัฐ ความไม่เป็นธรรม ความไม่เท่าเทียมกันในสังคม เป็นต้น ปัจจัยภายในซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวของบุคคลนั้น ได้แก่ การรับข้อมูลข่าวสาร การตัดสินใจประกอบกับการอบรมเลี้ยงดู การขัดเกลาจากสถาบันต่าง ๆ ส่งผลให้บุคคลมีความเชื่อ ค่านิยม แนวคิด ที่แตกต่างกันไปเมื่อตัดสินใจประกอบอาชีพขอทาน จึงเกิดผลกระทบทั้งในตัวบุคคลและสังคม ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพอยู่แล้วก็อาจจะละเลย หรือขาดการเอาใจใส่ ดูแลสุขภาพของตนเอง (ปฐมาวดี ปัทมโรจน์, 2542, หน้า 21)

แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 1985) เป็นแนวทางของการศึกษา ซึ่งทฤษฎีทางการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเรม (Orem) ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่มีความสัมพันธ์กัน คือทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแล

ตนเอง (Theory of self-care deficit) และทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) จุดเด่นของทฤษฎีคือการให้ขอบเขตและเป้าหมายของวิชาชีพพยาบาลที่ชัดเจน คือการพยาบาลช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง โดยการพัฒนาความสามารถของบุคคลหรือครอบครัวในการดูแลและพึ่งพาตนเอง ตามศักยภาพที่ผู้ป่วยและญาติจะกระทำได้ และกระทำการดูแลทดแทนในขณะที่ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถกระทำได้

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self-care) อธิบายการดูแลตนเองในลักษณะของการปรับหน้าที่ ซึ่งเปรียบได้กับกระบวนการของระบบประสาท และต่อมาไร้ท้อ แต่ต่างกันตรงที่การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ในสิ่งแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณีที่บุคคลนั้นได้มีส่วนในการติดต่อ และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อที่จะรู้จักจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ นอกจากนั้นโอเร็มยังได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการพึ่งพาและดูแลซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลในครอบครัวและในเครือข่ายทางสังคม จึงได้รวมมโนคติเกี่ยวกับบุคคลผู้ให้การดูแลบุคคลอื่นที่ต้องการการพึ่งพา โดยโอเร็ม (Orem, 1991) ใช้คำว่า “agent” กับ “agency” กล่าวคือ “agent” ในความหมายของโอเร็มคือ คน ที่มีความสามารถในการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย ส่วน “agency” หมายถึง ความสามารถในการกระทำ ดังนั้น Dependent care agent จึงหมายถึง บุคคล ผู้ให้การดูแลบุคคลอื่นที่ต้องการการพึ่งพา ส่วน Dependent care agency หมายถึง ความสามารถของผู้ที่ให้การดูแลบุคคลอื่น Dependent care หมายถึง การดูแลที่ได้รับจากบุคคลผู้เป็นที่พึ่งพา และ Dependent care deficit หมายถึง ความพร่องหรือข้อจำกัดของผู้ให้การดูแล

1. การดูแลตนเอง (Self - care)

เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ (Deliberate Action) มีเป้าหมาย มีแบบแผน มีลำดับขั้นตอน และการกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์ในการดูแลตนเองเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-Care Requisites) และการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม (Orem, 1985 p. 108)

ในแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) การดูแลตนเองประกอบด้วย 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ กล่าวคือ บุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยว

กับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นว่าสิ่งที่จะกระทำนั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้ ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำซึ่งต้องมีเป้าหมาย โดยบุคคลจะตั้งคำถามว่า ตนเองจะดำเนินการอย่างไรเพื่อจะได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามที่ได้เลือกจะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้ถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมีใครจะช่วยได้บ้าง ซึ่งในผู้สูงอายุนี้ส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ตัดสินใจในการดูแลตนเองได้ แต่อาจจะไม่สามารถกระทำได้ตามที่ต้องการได้อย่างครบถ้วน อาจจะเนื่องจากความสามารถในด้านร่างกาย และสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัย ดังนั้นจึงต้องการแหล่งประโยชน์มาช่วยเหลือซึ่งแหล่งประโยชน์เหล่านั้นก็อาจจะได้มาจากลูก หลาน หรือเพื่อนฝูง ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของแรงสนับสนุนทางด้านสังคมที่อาจจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองได้มากขึ้น ในภาวะที่ความสามารถในด้านร่างกาย และสติปัญญาที่เสื่อมถอยลงนั้น ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองหรือเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง โอเรม (Orem, 1985) ได้เสนอวิธีการศึกษาความบกพร่อง โดยดูจากความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ถ้าความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลไม่เพียงพอที่จะสนองต่อความต้องการในการดูแลบางส่วนหรือทั้งหมดก็จะทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองได้

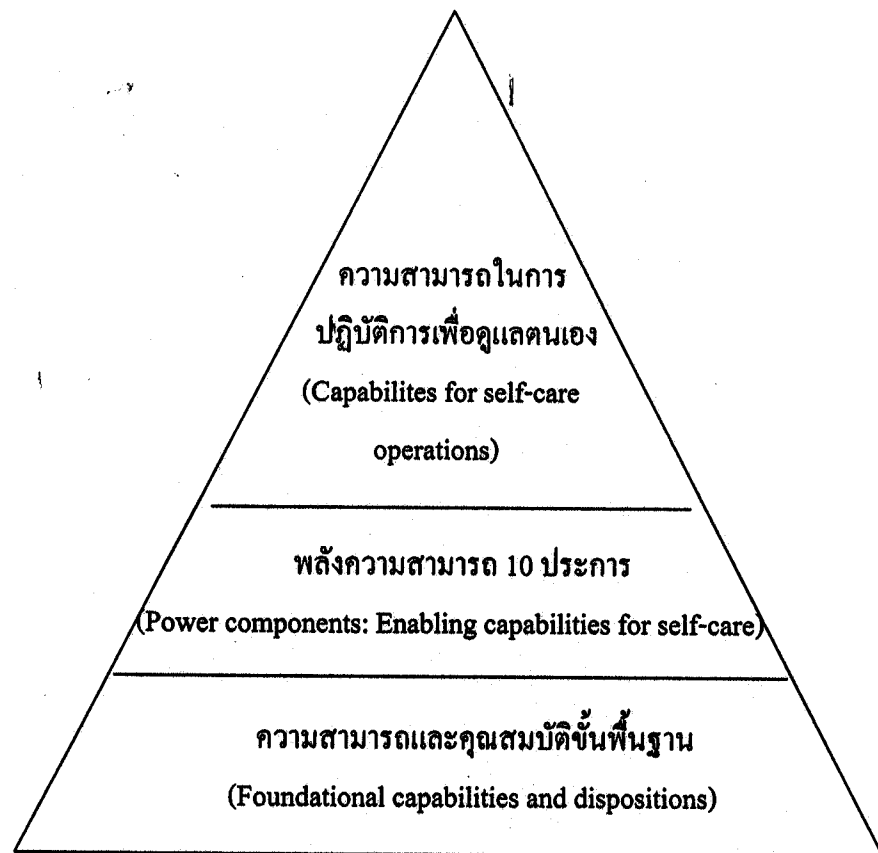
2. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency)

ในภาวะปกติมนุษย์แต่ละบุคคลจะมีการดำเนินชีวิตอยู่เพื่อตนเอง มีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเอง และรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง การดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน เป็นความสามารถที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมและการถ่ายทอดความคิดของตน โอเรม และคณะ (Orem et al., 1995) ให้คำจำกัดความของการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง โดยเป็นการกระทำที่มีรูปแบบเป็นระบบ ระเบียบและเป็นขั้นตอน เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำ เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิการของตนเองการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมายและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด โครงสร้างของความ

สามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ ประกอบด้วย ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) พลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นความสามารถที่เกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเอง (Power components : enabling capabilities for self-care) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations)

แกส และคณะ (Gast et al., 1989) ได้วิเคราะห์ห้โมติของความสามารถในการดูแลตนเอง ในลักษณะที่ว่าความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป ดังแสดงในภาพที่ 3 ซึ่งเห็นว่าความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน จะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง สำหรับรายละเอียดของความสามารถในการดูแลตนเองมีดังนี้



ภาพที่ 3 แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง

2.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน

เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่วไป แบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing)

คุณสมบัติ หรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วยความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจในตนเอง ความห่วงใยในตนเอง การยอมรับตนเอง ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น หากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ ย่อมขาดความสามารถในการกระทำกิจกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมาย นอกจากนี้ยังไม่สามารถพัฒนาความสามารถเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ นั่นคือขาดทั้งพลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง

2.2 พลังความสามารถ 10 ประการ

โอเรม และเทเลอร์ (Orem & Taylor, 1986) ได้กล่าวถึงพลังความสามารถทั้ง 10 ประการ ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่ว ๆ ไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

1. ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ฐานที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้ง สนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง
2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง
4. ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง
5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ

6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
7. มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้
8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติดูแลตนเอง
9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

พลังความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรม (Orem, 1985) ประกอบด้วย ปัจจัยต่าง ๆ ที่นอกเหนือจากความรู้ (Knowledge) เจตคติ (Attitude) และทักษะในการปฏิบัติ (Psychomotor) ตามแนวคิดที่เชื่อกันมาดั้งเดิมเพราะปัจจัย 3 ประการนี้ไม่เพียงพอที่จะทำให้บุคคล ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ งานวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และทักษะกับ พฤติกรรมด้านสุขภาพ พบว่าสัมพันธ์กันในระดับต่ำหรือปานกลาง หรือบางงานวิจัยพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันเลย ดังนั้นแนวคิดในเรื่องพลังความสามารถ 10 ประการของโอเรม จึงนับได้ว่าเป็นแนวคิดใหม่ ซึ่งมีความสำคัญมากโดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย จะเห็นได้ชัดและแนวคิดนี้อาจมีความเหมาะสม สำหรับพยาบาลในการวิเคราะห์หาสาเหตุของความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เพื่อพยาบาล จะได้ช่วยแก้ไขได้ภายในขอบเขตความรับผิดชอบของวิชาชีพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถและคุณสมบัติ ขั้นพื้นฐาน รวมถึงพลังความสามารถ 10 ประการ สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกความสามารถทางสติปัญญา เป็นการมีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ลักษณะของแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง เป็นการทดสอบเกี่ยวกับ การรับรู้เวลาและสถานที่ (Orientation for time and place) การบันทึกจำ (Registration) ความตั้งใจและการคำนวณ (Attention / Calculation) การรำลึก (Recall) ภาษา (Language) เพื่อปรับการปฏิบัติดูแลตนเองของผู้สูงอายุไว้ที่พึง

2.3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง

เป็นความสามารถที่จำเป็น และต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1. การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง
2. การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถควรและจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น
3. การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

จะเห็นว่าความสามารถทั้ง 3 ประการนี้ เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย ดังกล่าวมาแล้วในเรื่องการดูแลตนเอง การดูแลตนเอง เป็นการมุ่งจัดการหรือแก้ไขปัญหา ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกซึ่งเป็นการกระทำที่ผู้อื่นสังเกตเห็นได้ ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากทารกและเด็ก เพิ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนผู้สูงอายุมีความต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เมื่อความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองส่งผลให้มีความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self care demand) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่งเพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care requisites) ใน 3 ประการ (Orem, 1991) ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล ซึ่งเป็นส่วนที่จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ที่จะต้องปรับเปลี่ยนไปตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยต่าง ๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ สุขภาพและความผาสุกของบุคคล ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ในทางเสื่อมถอยลงทำให้มีโอกาสเกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่ายจึงมีความต้องการ การดูแลตนเองโดยทั่วไปเพิ่มขึ้น ได้แก่ การคงไว้ซึ่งความต้องการด้านอากาศ น้ำ อาหารอย่างเพียงพอ คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับผู้อื่น รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น หลีกเลี่ยงและป้องกันอันตรายต่าง ๆ ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตและความผาสุกและปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาการของตนเอง และรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่

ของบุคคล ตลอดจนรักษาสัตมโนทัศน์ตามวัยของตน ผู้สูงอายุมักจะมีความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปนี้มาก

2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตหรือบิดา มารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ ซึ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุ คือการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเจ็บป่วย หรือตามภาวะการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของร่างกาย ตั้งแต่กำเนิด ความผิดปกติทางโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมทั้งการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ มีดังนี้คือ เฝ้าแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพอนามัย เมื่อบุคคลอยู่ในเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญกับตัวกระทบทางด้านร่างกาย ชีววิทยา หรือสภาพแวดล้อมที่ทำให้บุคคลเกิดอาการที่เป็นพยาธิสภาพ หรือเมื่อมีหลักฐานว่าสภาพทางพันธุกรรม จิตใจ และร่างกาย จะก่อให้เกิดพยาธิสภาพ รวมทั้งผลกระทบที่มีต่อพัฒนาการปฏิบัติตนอย่างมีประสิทธิภาพตามการวินิจฉัยโรค แผนการรักษา และการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพยาธิสภาพรุนแรง ควบคุมให้สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้ แก้ไขความพิการหรือความผิดปกติหรือลดเซบความพิการที่เกิดขึ้น รู้และใส่ใจหรือควบคุมสิ่งทำให้เกิดความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค ปรับอัตมโนทัศน์ (Self-concept) ให้เหมาะสม โดยยอมรับสภาพการเจ็บป่วยและการรักษาเฉพาะอย่าง เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะ ที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษา โดยการมีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาความสามารถของตนเอง ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองมีความแตกต่างกันไปในแต่ละคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

3. ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factor)

ความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factor) เพราะเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองไม่ได้เป็นเชิงเหตุ เชิงผล (Causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่าการ

พิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังต่อไปนี้ร่วมด้วยคือ

3.1 อายุ อายุจะเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะมีสุขภาพหรือความสามารถในการรับรู้แปล ความหมาย การตัดสินใจ ซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลตนเอง เช่นในวัยเด็กยังไม่สามารถพัฒนาการดูแลตนเอง ในขณะที่เดียวกันความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุแต่ละท่านจะลดลงตามความเสื่อมของ โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย

3.2 เพศ จะเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระภาพระหว่างเพศชายและเพศ หญิง อีกทั้งยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชนและสังคม ซึ่งลักษณะของ สังคมไทยในอดีตกำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงเป็นผู้ดูแลครอบครัว

3.3 ระยะพัฒนาการ จะช่วยให้เราทราบถึงความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไปและ ตามระยะพัฒนาการหรือทราบถึงระยะของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล

3.4 สังคมวัฒนธรรม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีพของมนุษย์ การดูแลตนเอง รวมทั้งสุขภาพของบุคคล ซึ่งองค์ประกอบในระบบสังคมวัฒนธรรมจะรวมถึง ศาสนา ความเชื่อ การ ศึกษา และเศรษฐกิจ

3.5 สภาพที่อยู่อาศัย แหล่งที่อยู่อาศัยของบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลมี โอกาสได้รับความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อม หรือได้รับบริการทางสุขภาพที่แตกต่างกัน

3.6 ระบบครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมาย และสามารถนำมาประเมิน คุณภาพของการดูแลตนเอง หรือความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวจะช่วย บ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

3.7 แบบแผนการดำเนินชีวิต รวมถึงกิจกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิ พลต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันในด้านปริมาณความต้องการการ ดูแลตนเอง และกลวิธีที่ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3.8 ภาวะสุขภาพ หมายถึง โครงสร้าง การทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การ วินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์ ตลอดจนความเครียด และภาวะทางด้านอารมณ์ ที่บ่งบอกถึง ความสามารถในการเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

3.9 ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่เอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วย และครอบครัวให้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองได้ นอกจากนั้นระบบการ ส่งต่อที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลและขาดอุปกรณ์ที่จำเป็น สามารถมารับบริการในโรงพยาบาล ที่มีศักยภาพที่สูงยิ่งกว่าได้สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น

3.10 แหล่งประโยชน์ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่แตกต่างกันซึ่งจะเกี่ยวข้องกับวัตถุ สิ่งของ แหล่งข้อมูล และหากบุคคลมีศักยภาพในการเลือกบริโภคนอย่างมีประสิทธิภาพ และเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ จะทำให้บุคคลได้รับการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปในการดำรงชีวิต ตามความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของตนเอง

3.11 ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ได้แก่เหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุประสบมาในอดีตซึ่งอาจจะมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองหรือความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด เช่น การสูญเสีย คู่ชีวิต การหย่าร้าง การเปลี่ยนงานอาจจะมีผลต่อระบบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระดับ มีความสัมพันธ์ต่อกันคือ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเป็นรากฐานให้บุคคลมีพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการ เป็นพื้นฐานให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง ดังนั้นจึงไม่สามารถแยกอธิบายความสามารถในการดูแลตนเองเพียงระดับใดระดับหนึ่งได้อย่างชัดเจน โดยทั่วไปแล้วความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการของชีวิต แต่หากได้รับการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอตลอดช่วงระยะเวลาพัฒนาการ จะส่งเสริมให้ความสามารถในการดูแลคงอยู่ต่อจนถึงวัยสูงอายุ จากโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองที่ต้องประกอบด้วยความสามารถที่จะกระทำอย่างจงใจ มีคุณสมบัติในการเชื่อมโยงการรับรู้ และการกระทำเพื่อการดูแลตนเอง ทั้งนี้การที่บุคคลจะเกิดการปฏิบัติดูแลตนเองได้ผู้นั้นจะต้องมีการคิด การตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Orem, 1991) ดังนั้นผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีการรับรู้ดี มีสติปัญญาในระดับที่สามารถคิด โดยใช้เหตุผล และตัดสินใจได้

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาเรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่เป็นตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไร้ที่พึ่ง ในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานที่เดียวกัน ได้รับการส่งเสริมให้ความสามารถในการดูแลคงอยู่ต่อเนื่อง จึงไม่มีความแตกต่างกันในระยะพัฒนาการ สภาพที่อยู่อาศัย ระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นสถานพยาบาลภายในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งที่ใช้บริการร่วมกัน แหล่งประโยชน์ แบบแผนการดำเนินชีวิตใกล้เคียงกันและผู้สูงอายุไร้ที่พึ่งจะตัดขาดจากระบบครอบครัว แต่จากการศึกษา พบว่าปัจจัยพื้นฐานที่มีความแตกต่างกัน คืออายุ พบว่าผู้สูงอายุไร้ที่พึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปี ถึง 80 ปี ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ และสามารถเป็นตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไร้ที่พึ่ง ได้อาชีพ เพศ อายุ ภาวะสุขภาพ โดยแบ่งสุขภาพออกเป็น 2 ส่วน คือสุขภาพกาย

และสุขภาพจิต สำหรับภาวะสุขภาพกายแบ่งออกได้ตามความหมายของโอเรม (Orem, 1995) ว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถที่ซับซ้อนเพื่อนำไปสู่การกระทำการดูแลตนเอง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ในกระบวนการใช้ชีวิตเพื่อดำรงชีวิตไว้หรือส่งเสริมความสมบูรณ์เชิง โครงสร้าง (Structure) และการทำหน้าที่ของบุคคล (Function) เพื่อพัฒนาการและส่งเสริมความผาสุก ของบุคคล ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาความสมบูรณ์เชิงโครงสร้างของผู้สูงอายุ ในเรื่องสภาวะทางกายภาพ (Physical condition) การเจ็บป่วย โดยประเมินภาวะสุขภาพเรื้อรัง โรค และอาการแสดงต่าง ๆ ทางด้าน ร่างกาย ส่วนความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่เป็นการประเมินความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ทางด้าน ร่างกาย ที่นิยมใช้กันมากวิธีหนึ่งคือ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของ ผู้สูงอายุ ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีจะเป็นเครื่องชี้วัดเบื้องต้นของภาวะ สุขภาพและ โครงสร้างที่สมบูรณ์ของร่างกาย ส่วนสุขภาพจิตโดยเน้นถึงปัญหาสุขภาพจิตที่ผิดไปจาก สภาวะปกติของบุคคลที่สำคัญ 2 ประการคือ การไม่สามารถดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้อย่างปกติ สุข และการมีปัญหาที่ทำให้เกิดความทุกข์ใจ กล่าวโดยสรุปปัจจัยคัดสรรที่เป็นตัวทำนายความ สามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไว้ที่พึงได้แก่ เพศ อายุ การเจ็บป่วย ความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขภาพจิต และความสามารถทางสติปัญญา

ปัจจัยคัดสรรที่เป็นตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไว้ที่พึง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุไว้ที่พึง พบว่ามีผู้ศึกษาถึงปัจจัยคัดสรรที่เป็นตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุในแง่มุมต่าง ๆ กันอย่างหลากหลาย สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์และเป็นตัวทำนายความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไว้ที่พึง ตามแนวคิด ของโอเรม (Orem, 1991) ได้ปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ อายุ การเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน สุขภาพจิต และความสามารถทางสติปัญญา มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ไว้ที่พึง เพราะความแตกต่างทางสรีระของบุคคล ความแตกต่างด้านบทบาทหน้าที่ และบุคลิกภาพ ในครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยเพศชายถูกกำหนดบทบาทให้เป็นผู้เข้มแข็งเป็นผู้นำ ส่วนเพศ หญิงจะถูกกำหนดบทบาทให้เป็นผู้ที่อ่อนแอเป็นผู้ตาม และมักจะมียางานว่าเพศหญิงมักจะมีภาวะ การเจ็บป่วยสูงกว่าเพศชาย ถึงแม้ว่าเพศหญิงจะมีอายุขัยเฉลี่ยที่ยืนยาวกว่าเพศชายก็ตาม ส่งผลให้มี ความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเรื่องของการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย (ภัทรพร ไพเราะ, 2539) ส่วนการศึกษาของ นริศรา ลีลามานิตย์ (2534) เกี่ยวกับระดับความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในบ้าน ไป่ ตำบลบ้านกาด กิ่งอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 980 คน พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองที่ต่างกัน พบว่าส่วนใหญ่เพศชายจะมีการดูแลสุขภาพตนเองและแบบแผนชีวิตดีกว่าเพศหญิง (ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535) และสมนัส วงศ์บุญชร (2537) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ ส่วนการศึกษาของ เขียวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) พบว่าผู้สูงอายุเพศชายจะมีพฤติกรรมทางสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง สอดคล้องกับรจนารถ รุ่งสือ (2536) ที่พบว่าเพศชายมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองแตกต่างจากเพศหญิง โดยเพศชายมีการปฏิบัติกิจกรรมดีกว่าเพศหญิงในเกือบทุกด้าน สอดคล้องกับเสาวนีย์ กานต์เศวรัตน์ (2523) ที่พบว่า ความแตกต่างด้านเพศมีผลต่อความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุ และการศึกษาของสุลิต ทองวิเชียร และพิมพ์วรรณ ศิลปสุวรรณ (2532) เรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร และพบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

2. อายุเป็นตัวบ่งชี้ถึงควมมีวุฒิภาวะหรือความสามารถในการเรียนรู้ การแปลความหมาย การตัดสินใจ ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง เช่นในเด็กเล็กยังไม่มีพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ ขณะเดียวกันความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุแต่ละคนจะลดลงตามความเสื่อมของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาสูงและผู้สูงอายุที่มีอุบัติการณ์ของการเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายมากขึ้นตามอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุในช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี มีโรคเรื้อรังหรือความบกพร่องของร่างกายประมาณ 4 อย่าง ส่วนผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป จะพบประมาณ 5 อย่าง และจากการศึกษาของ รจนารถ รุ่งสือ (2536) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-64 ปี จะมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า และจากการศึกษาของวรพินดา สุกระแพทย์ (2539) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยทางด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลตนเองของ

ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับนิมมวล ศรีจาด (2533) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีสุขภาพดีน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นยิ่งส่งผลต่อการจำกัดความสามารถด้านร่างกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ เจอราลด์ (Gerald, 1996) ที่พบว่าผู้สูงอายุไร้ที่พึ่งส่วนใหญ่มีอายุ 65 ปี และผู้สูงอายุไร้ที่พึ่งที่มีอายุมากขึ้นจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตมากขึ้นซึ่งมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไร้ที่พึ่งเหล่านี้ด้วย

3. การเจ็บป่วย หมายถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถประเมินได้จากระดับความเสื่อมสมรรถภาพของอวัยวะในร่างกาย ร่วมกับการมีโรคหรือปราศจากโรคของผู้สูงอายุเป็นเกณฑ์ จากการศึกษาของจุฑามาศ ศรีจามร (2518) พบว่าผู้สูงอายุไร้ที่พึ่งมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี เจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไร้ที่พึ่ง จากการศึกษาของ นิรนาท วิทโยชกิติคุณ (2534) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ และมารับบริการ การตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 120 คน พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของมณฑนา เจริญกุลศล (2534) ทำการศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 100 คน ผลการศึกษา พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกัน

การศึกษาภาวะสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุไร้ที่พึ่งในต่างประเทศ โดยโรเปอร์ และคณะ (Roper et al, 1993) ทำการสำรวจภาวะสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุไร้ที่พึ่ง พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาภาวะสุขภาพทางกาย สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการเร่ร่อนและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไร้ที่พึ่งในเมืองซาน ฟรานซิสโก (San Fransico) พบว่าผู้สูงอายุขณะไร้ที่พึ่งมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับอัตราการตาย และการเจ็บป่วย จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,780 คน พบว่า 37% เป็นผู้ที่มีภาวะสุขภาพต่ำ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยมีการเจ็บป่วยทางสุขภาพกาย ประมาณ 30% ส่วนใหญ่เป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง หากเปรียบเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไปในประเทศสหรัฐอเมริกาแล้ว พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุไร้ที่พึ่งมีสุขภาพทางกายต่ำกว่ามาก โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป และมีฐานะยากจน ซึ่งอัตราการเสียชีวิตส่วนใหญ่มาจากโรคหอบหืด (Asthma) และโรคที่พบมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุไร้ที่พึ่งเป็นระบบทางเดินหายใจ คือ โรคหลอดลมอักเสบ (Bronchitis) ซึ่งอาจเป็นผลมาจากพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของ

ผู้สูงอายุตนเอง (Gerald, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ เอร์โมด และคณะ (Kermode et.al., 1999) ได้ทำการศึกษาภาวะสุขภาพและความเสี่ยงของผู้สูงอายุไร้ที่พึ่ง โดยใช้แบบสอบถาม การตรวจร่างกายและการตรวจเลือด พบว่ามีปัญหาทางสุขภาพร่างกาย โดยพบว่าเป็นโรคหลอด ลมอักเสบ (Bronchitis) โรคหอบหืด (Asthma) และโรคลำไส้อักเสบ (Gastroenteritis) สอดคล้อง กับการศึกษาของวอลล์สเทน (Wallsten, 1995) ได้ทำการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไร้ที่พึ่ง ในเมืองเมลเบิร์น (Melbourne) พบว่าผู้สูงอายุไร้ที่พึ่งมีปัญหาทางสุขภาพกาย และมีพฤติกรรมทาง สุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยส่วนใหญ่เป็นโรกระบบทางเดินหายใจ และระบบระบบทางเดินอาหาร และลำไส้ ส่วนการศึกษาของจันทรพลอย ลินสุขเศรษฐ์ (2541) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพ และการ ดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่ดีร้อยละ 15.9 และภาวะ สุขภาพที่ไม่ดีร้อยละ 84.1 ปัญหาโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือ ปวดข้อเข่าข้ออักเสบร้อยละ 31.4 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 19.5 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังมานานกว่า 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 8.2 ความพิการที่พบมากที่สุดคือหูหนวก หูตึง ร้อยละ 3.6 โรคหรือความพิการที่ เกิดจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 5.9 และพบว่าร้อยละ 45 ของผู้สูงอายุต้องใช้กายอุปกรณ์ช่วยซึ่งโรคหรือ ปัญหาสุขภาพเหล่านี้ มีผลทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงาน หรือกิจกรรมได้ตามปกติ ร้อยละ 10 สอดคล้องกับอมวาสี อัมพันศิริรัตน์ (2539) ได้ทำการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองกับ ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะ สุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อม ไตรมลง การเปลี่ยนแปลงสภาพภพทางสังคม และครอบครัว เมื่อรวมกับความขัดสนทาง เศรษฐกิจ การขาดแคลนผู้ดูแลและปัญหาอื่น ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม การ ดำเนินชีวิตของตน เช่น การละเลยต่อการดูแลสุขภาพความสะอาดของร่างกาย ความสะอาดของที่อยู่ อาศัย การจัดระเบียบข้าวของเครื่องใช้ การแต่งกาย การบริโภคอาหาร และพฤติกรรม การติดต่อ สัมพันธ์กับผู้อื่นที่มีทั้งความขัดแย้งและการปฏิเสธการติดต่อสื่อสาร ซึ่งล้วนแต่ นำไปสู่ความยุ่งยาก ทั้งสิ้น การพิจารณาถึงระดับความต้องการของบุคคลต่อการดูแลทางสังคมจะมีมากน้อยเพียงใด ถูกกำหนดโดยความสามารถของผู้ที่ต้องการเป็นหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความสามารถในการช่วย เหลือตนเองในกิจกรรมที่จำเป็น สำหรับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living) ซึ่ง ได้แก่ การทำหน้าที่ของบุคคล ในกระบวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การทำอาหาร การทำ ความสะอาดบ้านเรือน การซื้อสิ่งของ การจัดการด้านการเงิน เป็นต้น กิจกรรมพื้นฐานในชีวิต

ประจำวัน เป็นภาระงานที่จำเป็นต้องมีผู้ช่วยและผู้ดูแลเพื่ออย่างน้อยให้ได้มาตรฐานที่บุคคลพึงมี และเป็นไปตามความพึงพอใจของทั้งสองฝ่าย

การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการประเมินความสมบูรณ์ตามหน้าที่ของร่างกาย จากการศึกษาของเคนนีส (Denyes, 1988) ได้ทดสอบความสัมพันธ์ของแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับทฤษฎีการดูแลตนเอง และความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเรม โดยศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความแตกต่างกันในด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและภาวะสุขภาพ จากการศึกษาพบว่าความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ส่วนเจเดน และเทเลอร์ (Geden & Taylor, 1991) ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 18-94 ปี จำนวน 598 คน พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองทั้งสุขภาพทั่ว ๆ ไปและการจัดเตรียมในการดูแลตนเอง

5. สุขภาพจิต (Mental health) สถานภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดจากความเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ เกิดความผิดปกติของระบบประสาท และสมอง ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของสมอง และประสาทลดลง ส่งผลกระทบต่อความทรงจำ เกิดอาการหลงลืม และความทรงจำย้อนกลับ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ตลอดจนการสูญเสียในด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการซึมเศร้า หือแท้ ผิดหวัง มีเรื่องครุ่นคิดวิตกกังวลตลอดเวลา มีความหวาดระแวงว่าจะถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล มองตนเองว่าไม่มีความสำคัญ ไร้ความสามารถ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งโคเฮน และโซโกลอฟสกี (Cohen & Sokolovsky, 1989) ได้อธิบายว่าเป็นอาการไร้ที่พึ่ง (Homeless syndrome) และมีลักษณะเป็นผู้ที่มีอาการทางจิต คือ โรคซึมเศร้า (Depression) สิ้นหวัง (Hopelessness) หมดกำลังใจ (Demoralization) และวิตกกังวล (Anxiety) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมนี้ทำให้ผู้สูงอายุตกอยู่ในสถานะที่ไร้คุณค่า สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อตนเอง การศึกษาของกรีนแบลท และโรเบิร์ตสัน (Greenblatt & Robertson, 1993) พบว่าผู้ที่เร่ร่อนไร้ที่พึ่งจะมีปัญหาทางสุขภาพจิตสูง มีพฤติกรรมถดถอย เป็นโรคซึมเศร้า ดิคาและสุรา การศึกษาของวรณี จันทร์สว่าง (2533) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการป้องกันโรคที่ดีจะมีโอกาสรักษาภาวะสุขภาพจิตที่ดีมากกว่าผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการป้องกันโรคที่ไม่ดี สอดคล้องการศึกษานี้มนนวล ศรีจาด (2533) ทำการศึกษาระยะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีจะมีการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดี เช่น การออกกำลังกาย การลดสารเสพติด และการพักผ่อน เป็นต้น

6. ความสามารถทางสติปัญญา เป็นความสามารถในการใช้กระบวนการทางความคิด และสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับ การปฏิบัติ การดูแลตนเอง เป็นกลุ่มอาการที่เป็นผลมาจากความผิดปกติในการทำงานของสมอง ใหญ่ที่เกิดขึ้นทั่วไป การดำเนินของโรคจะเป็นอย่างช้า ๆ และต่อเนื่องจะพบว่ามี การสูญเสียความ ทรงจำทั้งระยะสั้นและระยะยาว มีการตัดสินใจบกพร่อง มีการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ มีความผิดปกติของความคิดนามธรรม หรือมีอาการแสดง ความผิดปกติในการทำงานของสมองใหญ่ส่วนอื่น ๆ เช่น การไม่สามารถพูดหรือเข้าใจภาษา ทักษะการเคลื่อนไหวผิดปกติ การแปลความรู้สึก ผิดพลาด เป็นต้น โดยมีระดับความรู้สึกรู้ตัวที่ปกติและอาการที่เกิดขึ้นจะต้องมีความรุนแรงจนเป็น อุปสรรคในการใช้ชีวิตในสังคม

เมื่อผู้สูงอายุมีความสามารถทางสติปัญญาอยู่ในระดับต่ำจะส่งผลกระทบต่อบุคลิกภาพ ละเลย การทำหน้าที่ในการดูแลตนเอง เช่น มีบุคลิกเป็นอันธพาล ชอบทำร้ายผู้อื่น สูญเสียความอยากอาหาร ไม่สามารถดูแลสุขลักษณะส่วนบุคคลได้ เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นระดับของสติปัญญาจะเปลี่ยนแปลงไป สติปัญญาประกอบด้วย ความสามารถด้านการคิด การคำนวณ การรับรู้ การใช้เหตุผล ความจำ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อการเรียนรู้และความทรงจำของผู้สูงอายุ ความสามารถในการเรียนรู้จะเริ่ม ลดลงเมื่ออายุประมาณ 40-50 ปี และเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป จะเริ่มเรียนรู้ได้ยากขึ้น (พัชรีย์ ต้นศิริ, 2536) กล่าวโดยสรุปคือ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจะลดน้อยลงตามสติปัญญาที่เสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้พลังความสามารถในการควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่จะเคลื่อนไหว เพื่อดูแลตนเองลดลง รวมถึงทักษะการใช้กระบวนการคิด และสติปัญญาเพื่อประมวลความคิดอย่าง มีเหตุผลในการตัดสินใจปฏิบัติการดูแลตนเองลดลงตามวัยไปด้วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดใน การดูแลตนเอง

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องความสามารถในการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุไว้ที่พึ่งจะลดน้อยลงตามความสามารถทางด้านร่างกาย และความสามารถทางสติปัญญาที่ เสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้พลังความสามารถในการควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่จะเคลื่อนไหว เพื่อการดูแลตนเองลดลง รวมถึงกระบวนการทางความคิดและสติปัญญา เพื่อประมวลความคิด อย่างมีเหตุผลในการตัดสินใจปฏิบัติการดูแลตนเองลดลงตามไปด้วย ซึ่งปัจจัยคัดสรรที่คาดว่าจะ มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลในการทำนาย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุไว้ที่พึ่งได้ ประกอบด้วย เพศ อายุ การเจ็บป่วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขภาพจิต และ ความสามารถทางสติปัญญา