



การประชุมวิชาการระดับชาติ “การเรียนรู้ด้านมนุษยศาสตร์และด้านสังคมศาสตร์” ครั้งที่ 3

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วันที่ 23 พฤศจิกายน 2562

**ประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
ในพื้นที่บริบทชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จังหวัดมหาสารคาม**
พนิดา โยวะมุข¹, สาคกร อินโทโล², ผดุงศิษฐ์ ขำนาญบริรักษ์³, อักษรศรา กะการดี⁴

¹สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ สังกัดวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม,

²⁻⁴สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ สังกัดวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม,

Email :panida1@smnc.ac.th¹

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่บริบทชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทจังหวัดมหาสารคาม ผู้ให้ข้อมูลคือผู้สูงอายุจำนวน 30 คน คัดเลือกโดยวิธีเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ เก็บข้อมูลโดยวิธีเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และบันทึกภาคสนาม ในระหว่างเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์วิธีของเลียวนาร์ด

ผลการศึกษาพบว่าประสบการณ์ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่บริบทชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ประกอบด้วย องค์ประกอบ 2 ประเด็นหลัก คือ 1) การรับรู้สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และ 2) วิธีดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยการรับรู้สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ประเด็นย่อย ได้แก่ สุขภาพตามวัย ป่วยง่ายเพราะแก่ สุขภาพแย่ด้วยโรคเรื้อรัง ต้องพึ่งพาผู้อื่น และวิธีการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ เบื้องเจ้าของ ฟัน้องเบื่อกัน ไทบ้านช่วยเหลือ

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนถึงมุมมองการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ข้อค้นพบเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพและบุคลากรด้านสังคมในการจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพตนเอง ประสบการณ์ ผู้สูงอายุ บริบทชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท



การประชุมวิชาการระดับชาติ “การเรียนรู้ด้านมนุษยศาสตร์และด้านสังคมศาสตร์” ครั้งที่ 3

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วันที่ 23 พฤศจิกายน 2562

Experience in Self-health Care of Older Persons

in Suburban Area of Mahasarakham Province

PanidaYowaphui¹, sakornIntolo², PhadoongsitChumnanborirak³, AksaraKakarndee⁴

¹Branch Gerontological Nursing Department Srimahasarakham Nursing College,

²⁻⁴Gerontological Nursing Department Srimahasarakham Nursing College,

Email :panida1@smnc.ac.th¹

Abstract

The phenomenological research aimed to describe experience in self-health care of older persons in suburban area of Mahasarakham province. Thirty older persons as the key informants were recruited into the study through purposive sampling. Data were collected by in-depth interviews and field notes recording during May - June 2019. Data were analyzed using Leonard's method.

Research findings on experience of self-health care of older persons in suburban area could be divided into two major themes as follows: 1) elder's perception of their health and 2) ways of self-health care of the elders. Elder's perception of their health consisting of four subthemes of 1) healthy according to aged, 2) easy to get sick because of old age, 3) functional decline with chronic disease and 4) dependence. Ways of self-health care of the elders consisting of three subthemes of 1) self caring 2) family care giving for elders and 3) assistance by neighbors.

The research finding reflected the perceptions of self-health and health care of the elders in suburban area that associated with social context changed. Research result benefited for health providers and social providers in providing the health care and social care services for the older people in aging society appropriately.

Keywords : health care, experience, older person, suburban area



การประชุมวิชาการระดับชาติ “การเรียนรู้ด้านมนุษยศาสตร์และด้านสังคมศาสตร์” ครั้งที่ 3

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วันที่ 23 พฤศจิกายน 2562

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ (ageing society) ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก ทั้งนี้เป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขรวมทั้งการกระจายบริการด้านสาธารณสุขและจากนโยบายการวางแผนครอบครัว ที่ส่งผลให้อัตราการเจริญพันธุ์ของประชากรลดลง จึงทำให้ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553) จากการคาดการณ์เป็นไปได้ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรสูงอายุไทยจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20 หรือเรียกได้ว่าเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (complete-aged society) (ปราโมทย์ประสาทกุล, 2560) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่ทุกภาคส่วนให้ความสนใจและวางแผนในการดูแลเพื่อลดปัญหาและผลกระทบจากแนวโน้มจากการเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องมีการดูแลสุขภาพเฉพาะแตกต่างจากวัยอื่นๆ เนื่องจากต้องเผชิญกับกระบวนการสูงอายุซึ่งเป็นการเสื่อมถอยของร่างกายตามธรรมชาติ และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและความไม่สุขสบายต่างๆ ได้ง่าย (ประภาพร มโนรัตน์ และคณะ, 2558) ทั้งนี้มักพบปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการทำความเข้าใจมุมมองการรับรู้ภาวะสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเป็นประเด็นที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรให้ความสนใจเพราะคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนคือเป้าหมายที่สำคัญของการให้บริการทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม (วิโรดา อรรถเมธากุล, วรณีย์ ศรีวิไลย์, 2556)

นอกจากโครงสร้างประชากรมีการเปลี่ยนแปลงไป ยังพบว่าการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจและสังคมของไทยก็มีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นเดียวกัน หลายพื้นที่ของประเทศไทยรวมถึงจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้มีการพัฒนาด้านระบบสาธารณสุขโปะและ ความเจริญเติบโตทางสังคม เศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2561) ส่งผลให้พื้นที่ชุมชนที่อยู่ใกล้เขตเมืองได้กลายเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวิถีการดำเนินชีวิตผู้คนในชุมชน โดยพบว่าลักษณะความสัมพันธ์ของคนในชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงไปค่านิยมวัตถุและความเจริญด้านเทคโนโลยีการสื่อสารที่รวดเร็วส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้คนที่เร่งรีบแข่งกับเวลา การเดินทางไปทำงานในตัวเมืองของคนวัยทำงาน สิ่งเหล่านี้กระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรง (ประภาพร มโนรัตน์ และคณะ, 2559) ซึ่งทำให้เกิดช่องว่างของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวในบางช่วงเวลาอย่างชัดเจน ความผูกพันในครอบครัวมีแนวโน้มลดลง (อาริยา สอนบุญ และคณะ, 2562) ผู้สูงอายุอยู่ลำพังในช่วงเวลากลางวันมากขึ้น ซึ่งการดำเนินชีวิตมีผลต่อการดูแลสุขภาพ จะเห็นได้ว่าการพึ่งพาตนเองทางสุขภาพของผู้สูงอายุนับเป็นสิ่งสำคัญ ในสถานการณ์ของบริบทพื้นที่ที่ศึกษาเป็นชุมชนที่กำลังมีการขยายจากชุมชนชนบทเป็นกึ่งชุมชนเมือง รูปแบบวิถีชีวิตของผู้สูงอายุเริ่มมีการอยู่เพียงลำพังในบ้านของตนเองเพิ่มมากขึ้น การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรม หรือการให้บริการเชิงรับในสถานบริการ และติดตามเยี่ยมบ้านเฉพาะรายที่ต้องการการดูแลรักษาต่อเนื่องและเร่งด่วน ทำให้การดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มที่ไม่มีผู้ดูแลอาจทำได้ไม่ทั่วถึง แม้ว่าจะมีการดำเนินงานในส่วนของการทำงานผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน และมีการพัฒนาศักยภาพของแกนนำ อาสาสมัครในชุมชน แต่ด้วยจำนวนบุคลากรที่ขาดแคลน จึงทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการผู้สูงอายุที่จำเป็นได้ไม่ทั่วถึง เพราะรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในปัจจุบันโดยทั่วไปเน้นที่มิติของการดูแลสุขภาพด้านชีวการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ หากแต่ในด้วยบริบทของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน



การประชุมวิชาการระดับชาติ “การเรียนรู้ด้านมนุษยศาสตร์และด้านสังคมศาสตร์” ครั้งที่ 3

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วันที่ 23 พฤศจิกายน 2562

มักจะมี ความเกี่ยวข้อง กับมิติของสังคมและวัฒนธรรมด้วย ดังนั้นการทำความเข้าใจกับวิถีชีวิตในการดูแลสุขภาพของตนเองตามมุมมองของผู้สูงอายุเอง จะทำให้ผู้ให้บริการสุขภาพเข้าใจและจัดการกับปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลกระทบต่อ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่าง ครอบคลุมและยั่งยืน (กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ, 2556)

การศึกษาเกี่ยวกับมุมมองการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่บริบทชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท จะช่วยให้ได้ข้อมูลอันเป็นบริบทเฉพาะของผู้สูงอายุเป็นพื้นฐานสู่การวางแผนให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่บริบทชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท โดยเลือกศึกษาในพื้นที่บ้านท่าสองคอน ต.ท่าสองคอน อ.เมือง จ.มหาสารคาม เพื่อทำความเข้าใจมุมมองของผู้สูงอายุจากประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง อันจะเป็นแนวทางในการพัฒนาการบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมในปัจจุบัน

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุในชุมชน หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง ความคิดความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับ ภาวะสุขภาพของตนเองการดำเนินการในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยขอบเขตการดูแลสุขภาพนี้ ครอบคลุมถึง ความรู้ในการดูแลสุขภาพ กิจกรรมการป้องกันโรคและความเจ็บป่วย กิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมที่ เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ทั้งในภาวะที่สุขภาพดี และในภาวะเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วย ปัจจัย และอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ

ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท หมายถึง ชุมชนแบบที่เป็นชนบทผสมกับหมู่บ้านหรือเมืองเล็ก เป็นพื้นที่ ชุมชนชนบทที่อยู่ติดกับเมือง ในการศึกษานี้ ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท คือ พื้นที่ตำบลท่าสองคอน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่บริบทชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทเป็นอย่างไร

การทบทวนวรรณกรรม

1. การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาแนวอรรถปริวรรต (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger เป็นปรากฏการณ์วิทยา แบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology or Interpretive Phenomenology) ที่เน้นการตีความหมายของประสบการณ์ของบุคคลเป็นหลัก โดยเชื่อว่า บุคคลมีความสำคัญมากต่อการศึกษามาก โดยแต่ละคนจะมีความรู้สึกนึกคิดต่อประสบการณ์ต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะของบุคคล และเป็นการให้ความหมายตามความคิดของแต่ละคนที่อาจแตกต่างจากคนอื่น ลักษณะที่สำคัญคือ 1) บุคคลเป็นผู้อยู่ในสิ่งแวดล้อม หมายถึง บุคคลมีความ สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ตั้งแต่เกิดไม่สามารถ แยกจากกันได้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้ ได้แก่ ภาษา วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ในบริบทของบุคคลนั้นๆ ซึ่ง ผู้วิจัยควรมีเข้าใจในสิ่งแวดล้อมที่ศึกษา 2) บุคคลเป็นผู้ทรงคุณค่า (The person as being for whom things significance and value) หมายถึง บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายในเรื่องสิ่งต่างๆ ตามสิ่งแวดล้อม ภาษาและวัฒนธรรม คุณลักษณะพื้นฐานของแต่ละคนจะแสดงออกมาจากการรับรู้ และ



การประชุมวิชาการระดับชาติ “การเรียนรู้ด้านมนุษยศาสตร์และด้านสังคมศาสตร์” ครั้งที่ 3

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วันที่ 23 พฤศจิกายน 2562

ประสบการณ์ ซึ่งผู้วิจัยควรให้ความสำคัญต่อมุมมอง ความคิดและมีความเข้าใจต่อบุคคลในบริบทนั้นๆ 3) บุคคลเป็นผู้แปลความหมาย (The person as self interpreting) หมายถึง บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายตามความคิดและประสบการณ์ของตนเอง โดยปราศจากทฤษฎีต่างๆ เป็นการรับรู้เฉพาะของบุคคลตามการให้ความสำคัญที่เป็นพื้นฐานหลังของบุคคล 4) บุคคลเป็นการรวมเข้าไว้ด้วยกัน (The person as embodied) หมายถึง บุคคลมีลักษณะของการรวมเข้าไว้ด้วยกันของความรู้สึกร่างกาย การให้ความหมายแบบแผนการดำรงชีวิต ประกอบด้วย กาย จิตสังคม ภายใต้สภาพแวดล้อมที่สัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกเป็นส่วนๆ ได้ และ 5) บุคคลมีมิติของเวลา (The person in time) หมายถึง บุคคลมีความเป็นอยู่ตามมิติของ เวลา และตามประสบการณ์ชีวิตที่ได้รับจากอดีต ซึ่งส่งผลเกี่ยวเนื่องถึงอนาคตได้ (Heidegger M., 1962)

2. การจำแนกประเภทหรือกลุ่มผู้สูงอายุสามารถจำแนกได้หลายประเภทตามเกณฑ์ที่ใช้ เช่น การจำแนกประเภทโดยยึดตามระดับการพึ่งพาหรือจำแนกตามช่วงอายุ ออกเป็นกลุ่มต่างๆ ได้ดังนี้

2.1 การจำแนกผู้สูงอายุตามวัย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557 อ่างโน ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) แบ่งผู้สูงอายุตามวัยเป็น 3 กลุ่ม คือ ช่วงอายุ 60-69 ปี คือผู้สูงอายุวัยต้น (early old age) ช่วงอายุ 70-79 ปี คือผู้สูงอายุวัยกลาง (middle old age) และช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป คือผู้สูงอายุวัยปลาย (late old age)

2.2 การจำแนกผู้สูงอายุตามภาวะพึ่งพา มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดบริการให้สอดคล้อง และการวางแผนการป้องกันภาวะพึ่งพา ซึ่งเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยการพึ่งพาในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activity daily living) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การอาบน้ำชำระร่างกาย การแต่งตัว และการเคลื่อนไหวไปมาภายในบ้าน โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยปัจจัยที่สำคัญของภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุคือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกายตามอายุที่มากขึ้น ร่วมกับการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะพึ่งพานำมาซึ่งความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลในครอบครัว การจำแนกผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพา สามารถแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มดังนี้

2.2.1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้หรือติดสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ สามารถทำกิจวัตรประจำวันในบ้านและกิจวัตรประจำวันนอกบ้านได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงผู้สูงอายุที่มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1-2 โรค ที่ยังคงควบคุมโรคได้

2.2.2 ผู้สูงอายุพึ่งพิงปานกลางหรือกลุ่มติดบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพียงบางส่วน มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม และไม่สามารถออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังรวมถึงผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายหรือทางจิตใจจนส่งผลการรู้คิด การตัดสินใจ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในบ้าน

2.2.3 ผู้สูงอายุพึ่งพิงมากหรือกลุ่มติดเตียง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการกิจวัตรประจำวันได้ นั่ง/นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทั้งในเรื่องการเคลื่อนย้ายและการปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่นๆ มีโรคประจำตัวหลายโรคทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนาน และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่



การประชุมวิชาการระดับชาติ “การเรียนรู้ด้านมนุษยศาสตร์และด้านสังคมศาสตร์” ครั้งที่ 3

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วันที่ 23 พฤศจิกายน 2562

3. การดูแลสุขภาพ คือ การกระทำของบุคคลที่ ทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อประโยชน์แก่สุขภาพของตน (WHO, 1993) โดยตัวชี้วัดการดูแลสุขภาพนั้นได้แก่ การมีวินัยในการเข้า รับการตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์โดยคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและสูบบุหรี่ (Webber, 2013) ในผู้สูงอายุการดูแลสุขภาพร่างกาย ได้แก่ การรับ ประทานอาหารที่มีประโยชน์ ควบห้าหมู เคี้ยวง่าย จำพวกต้ม นึ่งและมีกากใย การออกกำลังกายเป็นการเน้นเรื่องของ การเผาผลาญพลังงานส่วนเกิน โดยอาจแฝงอยู่ในกิจวัตร ประจำวันการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา (บรรลุ ศิริพานิช, 2544) และการดูแลสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุ เช่น การให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในครอบครัวเพื่อ ป้องกันความรู้สึกในการถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยวหรือถูกละความสำคัญการออกไปพบปะและสร้าง ความสัมพันธ์ อันดีกับคนในวัยเดียวกันจะช่วยให้จิตใจของ ผู้สูงอายุเบิกบานและสร้างกำลังใจในการดำรงชีวิต (กรม สันับสนุนบริการสุขภาพ, 2554)

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเหมาะสมกับงานวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากการเข้าใจมุมมอง การรับรู้สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุและวิธีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลที่ส่งสมมา สามารถสื่อผ่านทางกรบอกเล่า ดังนั้นผู้วิจัย จึงเลือกใช้วิธีการวิจัยแบบปรากฏการณ์ วิทยานี้ช่วยอธิบายมุมมองประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุทั้งในประเด็นการรับรู้สุขภาพ ตนเองและวิธีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งเป็นแก่นแท้ของประสบการณ์การดูแลสุขภาพได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological Research) โดยการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนวิทยาลัยพยาบาลศรี มหาสารคาม ตลอดจนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ยึดหลักพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล การขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสนทนาและ บันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกของผู้วิจัย มีการลงนามยินยอมให้สนทนาและบันทึกข้อมูลด้วยแบบบันทึกและ เครื่องบันทึกเสียง ความสามารถในการบอกเหตุการณ์ให้ข้อมูล และมีการแจ้งให้ทราบเกี่ยวกับการรักษาความลับ การเผยแพร่ผลงานวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย ทั้งเพศชายและหญิง โดยเป็นผู้ที่มี รายชื่อในทะเบียนผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท บ้านท่าสองคอน ตำบลท่าสองคอน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามโดยเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ชุมชนที่ทำการ วิจัย เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) ผลการประเมินสุขภาพเบื้องต้น ไม่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะสมอง เสื่อม 3) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้อย่างชัดเจน และ 4) มีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยความ สมัยครใจ ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวน 30 คน พิจารณาจากการอิมตัวของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ ตัวผู้วิจัยซึ่งเป็นเครื่องมือหลักในการวิจัย ใช้แนวคำถามหลักในการ สัมภาษณ์แบบเจาะลึกซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาคสนาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อผ่านบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ที่ศึกษา โดยขอความร่วมมือ ในการ ค้นหาผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอนการวิจัย



การประชุมวิชาการระดับชาติ “การเรียนรู้ด้านมนุษยศาสตร์และด้านสังคมศาสตร์” ครั้งที่ 3

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วันที่ 23 พฤศจิกายน 2562

ประโยชน์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยและมีสิทธิยกเลิก การเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ขอคำยินยอมและความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูล ณ บ้านของผู้สูงอายุ และเวลาที่ ผู้ให้ข้อมูลสะดวก โดยผู้วิจัยเลือกชุมชนหนึ่งที่บ้าน ที่มีความเงียบสงบ ไม่มีบุคคลใดมารบกวน จากนั้นผู้วิจัย ได้ ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับผู้สูงอายุที่เป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง รวมทั้งใช้การสังเกต และการบันทึก ภาคนามร่วมด้วย ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที จนกระทั่งได้ข้อมูลที่อ้อมตัวในผู้ให้ข้อมูลรายที่ 30 จึงยุติการ เก็บข้อมูล และนำเสนอข้อมูลที่ได้โดยภาพรวม และมีการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ที่มิวิจัย จะใช้การสนทนากลุ่ม ในแต่ละกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การดูแลโดยผู้ดูแล โดยเชิญแต่ละกลุ่มมาประชุมร่วมกัน เพื่อให้ร่วมกันหาข้อสรุปให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในแต่ละประเด็นที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการ สัมภาษณ์มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์ ข้อมูล ตามแนวคิดเลียวนาร์ด (Leonard V. W, 1989) ตามขั้นตอน ดังนี้ 1) ถอดเทปที่ได้จากการสัมภาษณ์ แบบ คำต่อคำ (Verbatim) ออกเป็นบทสนทนาตามตัวอักษร ตรวจสอบข้อมูลโดยการเปรียบเทียบข้อมูลจาก การฟังเทปหลายๆ ครั้ง 2) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป การบันทึกภาคนาม และจากการสังเกตในพื้นที่ มา อ่านทวนซ้ำหลายๆรอบ พยายามสังเกตความหมายของคำบรรยายทุกขั้นตอน ตัดสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องออก ให้ เหลือเฉพาะแก่น (Core) จากนั้นถอดรหัสข้อความ (Coding) ออกจากบทสนทนาแล้วพิจารณาคำต่างๆ นั้นว่า แสดงถึงอะไร เราเรียกว่า ประเด็นย่อย (Categories or Sub themes) 3) สรุปรวมประเภทของเรื่องหรือ ประเด็น ย่อยที่ได้ที่มีเนื้อหาเข้ากลุ่มกัน รวบรวมเข้าเป็นเรื่องเดียวกัน ในขั้นตอนนี้เรียกว่า การสรุปประเด็น หลัก (Themes) 4) พิจารณาแต่ละประเด็นและความหมายของคำ การตอบสนองของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้มีส่วน ร่วมในแต่ละเหตุการณ์ จนเรื่องที่ตอบสนองเป็นเรื่องที่สามารถ อธิบายความหมายของสถานการณ์นั้นๆ ได้ และ 5) การจำแนกข้อมูลที่ได้ตามความหมาย ที่สามารถอธิบายการกระทำต่างๆ ที่เป็นลักษณะเฉพาะได้อย่าง สมบูรณ์ ซึ่งจะทำให้เกิดความเข้าใจภายใต้บริบทนั้นๆ

ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเป็นผลจากผู้วิจัยสร้างความไว้วางใจในชุมชนด้วยการเข้าไปในพื้นที่อย่าง ต่อเนื่องและสร้างสัมพันธ์ภาพและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูลในพื้นที่จนเป็นที่ยอมรับจากนั้นจึงเริ่มต้นทำความเข้าใจพื้นที่ที่ศึกษาและขอความร่วมมือกับบุคคลที่สำคัญในการช่วยค้นหาเป้าหมายในชุมชนที่จะเป็นผู้ให้ ข้อมูล ในการตรวจสอบความถูกต้องและเชื่อถือได้ของข้อมูลผู้วิจัยใช้การตรวจสอบแบบ 3 เส้า ได้แก่ การ ตรวจสอบข้อมูลการตรวจสอบวิธีการรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบย้อนกลับกับผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลผู้สูงอายุ 30 คนเป็นผู้สูงอายุชายจำนวน 9 คนและหญิงจำนวน 21 คนมีอายุระหว่าง 68 - 92 ปีอายุเฉลี่ย 78.27 ปีผู้สูงอายุทุกคนการศึกษาระดับประถมศึกษาสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 16 คน สถานภาพหม้าย จำนวน 14 คน ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลเป็นสมาชิกในครอบครัว โดยมีผู้ดูแลที่เป็นบุตรสาว จำนวน 29 คน และอยู่ลำพัง จำนวน 1 คน ภาวะสุขภาพแยกเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดีจำนวน 27 คนมีภาวะ ฟังฟัง ติดบ้านจำนวน 3 คนผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเรื้อรัง จำนวน 6 คน มีโรคเรื้อรัง 1 โรคจำนวน 8 คน มีโรค เรื้อรัง 2 โรคจำนวน 11 คน มีโรคเรื้อรัง 3 โรคจำนวน 5 คน



การประชุมวิชาการระดับชาติ “การเรียนรู้ด้านมนุษยศาสตร์และด้านสังคมศาสตร์” ครั้งที่ 3

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วันที่ 23 พฤศจิกายน 2562

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่บริบทชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ตามมุมมองของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ

ประสบการณ์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในพื้นที่บริบทกึ่งเมืองกึ่งชนบท สามารถอธิบายความหมายได้ใน 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ คือ มุมมองที่แสดงถึงการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจากการรับรู้เหตุการณ์ในช่วงชีวิตที่ผ่านมาโดยเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุอันเป็นผลจากความชรา และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากสาเหตุอื่น ซึ่งมุมมองการรับรู้สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

“สุขภาพตามวัย” เป็นมุมมองที่สะท้อนถึงการยอมรับความชราภาพที่เกิดขึ้นตามวัย หรือกระบวนการชราภาพ มุมมองนี้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจกับสุขภาพของตนเอง การมีสุขภาพดีไม่ได้หมายถึงการไม่มีภาวะเจ็บป่วย แต่หมายถึงการที่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดี โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และดูแลตนเองให้ได้รับผลกระทบจากความชราภาพน้อยที่สุด มุมมองที่กล่าวถึงประเด็นนี้ เช่น “คิดว่าเจ้าของยังแข็งแรงที่อยู่ บ่ได้พึ่งพาใคร เป็นใช้กะไปหาหมอ บ่ต้องล้มหมอนนอนเสื่อ”

“ป่วยง่ายเพราะแก่” สะท้อนถึงการรับรู้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น เนื่องจากร่างกายเสื่อมถอยลง ดังนั้นจึงต้องรู้จักสังเกตความผิดปกติของตนเอง และปรับตัว โดยเฉพาะพฤติกรรมที่เป็นภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ มุมมองที่สะท้อนถึงประเด็นนี้คือ “อายุหลายขึ้น จะป่วยได้ง่าย อากาศเปลี่ยนก็ฮ้อนก็หนาวคือจะเป็นไข้ โดนอากาศเย็นก็จะไอ ตอนนี้อายุหลายเลย เพราะไอเรื้อรัง เลิกสูบบุหรี่ได้ 10 ปีแล้วละ”

“สุขภาพแย่ด้วยโรคเรื้อรัง” เป็นมุมมองที่แสดงถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุรับรู้ไว้ว่า โรคบางโรคเกิดขึ้นได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหากเป็นโรคเรื้อรังแล้วโอกาสที่สุขภาพจะแยลงมีค่อนข้างสูง หากผู้สูงอายุไม่ดูแลตนเองหรือไม่รักษาต่อเนื่อง คำพูดของผู้สูงอายุที่สะท้อนถึงประเด็นนี้ เช่น “มีโรคประจำตัวหลายโรค ทั้งเบาหวาน ความดัน ต้องเข้าๆ ออกๆ โรงพยาบาล ก็ทำใจแล้วละ แก่มาส่วนใหญ่ก็เป็นกันทั้งนั้น ก็ต้องสู้กับโรคไปจนตายนั่นแหละ”

“ต้องพึ่งพาผู้อื่น” แสดงถึงมุมมองการยอมรับความเสื่อมถอย ความเปราะบางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นทั้งจากความชราภาพ และจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงได้ จึงเป็นธรรมดาที่ผู้สูงอายุอาจจะต้องพึ่งพาผู้อื่นในบั้นปลาย คำพูดของผู้สูงอายุที่สะท้อนถึงประเด็นนี้ “จะไปไสมาไสก็ยาก ย่างบ่ได้ค่อยๆ คลานเอา ลูกหลานเขาก็ช่วยดูแลอยู่ บางทีกะรู้สึกเกรงใจเขาอยู่ดอก เหมือนเป็นภาระให้เขาลำบากนำ”

2. วิธีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ มุมมองที่สะท้อนถึงความเข้าใจ การยอมรับ และความสามารถในการปรับตัวเพื่อดูแลตนเองให้ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพน้อยลง โดยมุมมองวิธีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

“ดูแลเจ้าของ” สะท้อนถึงความตั้งใจจริงของผู้สูงอายุที่จะพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย หรือการแสวงหาแนวทางในการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นการทำงานหาเลี้ยงชีพตามปกติ เพื่อให้สุขภาพดีมีแรงในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง การติดตามการ



การประชุมวิชาการระดับชาติ “การเรียนรู้ด้านมนุษยศาสตร์และด้านสังคมศาสตร์” ครั้งที่ 3

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วันที่ 23 พฤศจิกายน 2562

รักษาต่อเนื่องเมื่อเจ็บป่วย การแสวงหาคำแนะนำด้านการรักษาจากบุคคลอื่นที่มีปัญหาสุขภาพที่ใกล้เคียงกัน หรือแม้แต่การติดตามสื่อโฆษณาในช่องทางต่างๆ และซื้อยามารับประทานเอง ตัวอย่างมุมมองที่สะท้อนถึงประเด็นนี้ที่เกี่ยวข้องกับการแสวงหาคำแนะนำจากบุคคลอื่น เช่น “คนในหมู่บ้านเพื่อนบอก ไปหาหมอนี่ดีรักษาได้ผล แม่ก็ไปตามที่เขาบอก แพงก็ช่างก็มันอยากหายจากโรคนี้นะเน”

“พี่น้องเบ๊งกัน” เป็นมุมมองที่สะท้อนถึงระบบการดูแลกันของสมาชิกในครอบครัวที่ยังมีความชัดเจนอยู่ แม้ว่าโครงสร้างครอบครัวไทยจะเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น แต่ค่านิยมการให้ความเคารพผู้สูงอายุยังไม่เลือนหายไปกับสังคมเมืองยุคไอที ซึ่งมีลักษณะของการช่วยเหลือของผู้ดูแลในครอบครัวมีความหลากหลาย เช่น การให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วยหรือกรณีมีภาวะพึ่งพา การช่วยเหลือด้านการเงิน การพาไปรักษา การเอื้ออำนวยความสะดวกอื่น ๆ เช่น สั่งซื้อยาสมุนไพรทางไลน์ คำพูดที่สะท้อนถึงประเด็นนี้คือ “ลูกหลานกะตืออยู่ต่อเวลาเจ็บไข้ได้ป่วยเขาก็ผลัดกันมาดูแล บางทีมาไม่ได้ก็โทรศัพท์มาถาม ไลน์มา ถ่ายรูปมาให้เบ๊งกะตืออยู่”

“ไต่บ้านช่วยเหลือ” เป็นการช่วยเหลือโดยผู้คนในชุมชน ซึ่งสะท้อนถึงวัฒนธรรมของคนในชุมชนที่ยังมีความเกื้อกูลกันและกัน ซึ่งถือเป็นการให้คุณค่าผู้สูงอายุและการเคารพในวัยวุฒิของผู้สูงอายุในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการติดตามเยี่ยมเมื่อเจ็บป่วยโดยกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่ม อสม. บุคลากรทางสุขภาพ หรือในกรณีผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลได้รับการดูแลระยะยาวจาก Care giver อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีระบบการดูแลด้านสังคม เช่น สวัสดิการกองทุนวันละบาทที่จะมอบให้กรณีที่มีการเจ็บป่วยและได้อนรับการรักษาในโรงพยาบาล กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์กรณีมีการเสียชีวิต ซึ่งนับเป็นการช่วยเหลือของคนในชุมชนที่มีความชัดเจน ผู้สูงอายุได้กล่าวถึงประเด็นนี้ว่า “ยายคือป่วยแล้วได้อนรับโรงพยาบาล 2 วัน ก็จะได้รับเงินสงเคราะห์วันละบาท เป็นเงิน 1,000 บาท เพื่อนให้เป็นค่าใช้จ่ายในระหว่างนอนโรงพยาบาล”

อภิปรายผล

การเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนชนบทที่กลายเป็นกิ่งเมืองกิ่งชนบท ส่งผลต่อวิถีชีวิตและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ มุมมองการรับรู้สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเกิดจากการรับรู้ กระบวนการคิดและความเข้าใจจากการเผชิญเหตุการณ์ กระบวนการชราภาพ ตลอดจนสถานการณ์ต่างๆ ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งมุมมองการรับรู้สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในการศึกษาครั้งนี้สะท้อนถึงความสามารถในการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุในแต่ละภาวะสุขภาพ ทั้ง “สุขภาพตามวัย” แสดงถึงกระบวนการชราภาพส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในทางเสื่อมถอยที่มองเห็นได้อย่างชัดเจน แต่ไม่มีผลในการลดทอนความต้องการที่จะมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ได้ว่าตนเองว่ามีสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาสุขภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชนที่พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพดี (ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ, 2555) และผู้สูงอายุต้องการที่จะพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด “ป่วยง่ายเพราะแก่” สะท้อนถึงการยอมรับความเสื่อมถอยด้านร่างกายจากกระบวนการชราภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งการรับรู้ในประเด็นนี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุเฝ้าระวังด้านสุขภาพ ลด ละ เลิกห่างไกลจากปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพต่างๆ (อาริยา สอนบุญ และคณะ, 2562) “สุขภาพแยะด้วยโรคเรื้อรัง”

บ่งบอกถึงการรับรู้แนวโน้มปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเผชิญกับปัญหาโรคเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคเหล่านี้หากไม่รักษาต่อเนื่องหรือไม่ใส่ใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ย่อมส่งผลกระทบต่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมาได้ (ทัศนาศูววรรณ



การประชุมวิชาการระดับชาติ “การเรียนรู้ด้านมนุษยศาสตร์และด้านสังคมศาสตร์” ครั้งที่ 3

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วันที่ 23 พฤศจิกายน 2562

ปกรณ และสายพิน สุริยวงศ์, 2554) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยอมรับถึงการเปลี่ยนแปลงที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นช่วงบั้นปลายของชีวิต นั่นคือ “ต้องพึ่งพาผู้อื่น” ทั้งนี้เนื่องจากเป็นช่วงที่ร่างกายเริ่มมี ปัญหา จึงต้องการความช่วยเหลือดูแลเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้น (ศรีเมือง พลังฤทธิ์, 2561; สุริยา พองเกิด, 2562) ซึ่งภาวะพึ่งพิงจะเกิดขึ้นเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับการให้ความสำคัญในดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ (ประภาพร มโนรัตน์ และคณะ, 2558)

วิธีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทที่กลายเป็นกึ่งเมืองกึ่งชนบท สะท้อนมุมมองผู้สูงอายุใน 3 ประเด็น คือ “ดูแลเจ้าของ” “พี่น้องเบ้กัน” และ “ไต่บ้านช่วยเหลือ” ทั้งนี้ ใน 3 ประเด็นบ่งบอกถึงความต้องการในการใช้ศักยภาพของตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและการป้องกันภาวะเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยหรือปัญหาด้านสุขภาพ ในภาวะที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ผู้สูงอายุจะพยายามแสวงหาแนวทางที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (กลุ่มอนามัย ผู้สูงอายุ, 2555) ในภาวะเจ็บป่วย เมื่อผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการพึ่งพาตนเอง จะแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ รอบข้าง ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวยังคงเป็นแหล่งสนับสนุนด้านจิตสังคมและด้านเศรษฐกิจที่สำคัญ โดยมีบทบาทให้การดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย การส่งเสริมให้กำลังใจ การสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ และส่งเสริมด้านจิตวิญญาณ เป็นต้น (ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ, 2555) และนอกจากการดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัวแล้วพบว่า ในบริบทชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท การสนับสนุนทางสังคมวัฒนธรรมที่ยังไม่เลือนหายไปจากชุมชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางที่อยู่ลำพังหรือไม่มีผู้ดูแล การติดตามเยี่ยมตามระบบการดูแลระยะยาวของคนในชุมชน ทีมบุคลากรด้านสุขภาพ ทีมบุคลากรด้านสังคม ถือเป็นช่องทางในการช่วยเหลือเกื้อกูลของคนในชุมชนที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ศรีเมือง พลังฤทธิ์, 2561)

ผลการวิจัยสะท้อนถึงมุมมองการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ปัจจัยภายนอกที่เกี่ยวข้องเนื่องจากความเจริญของเทคโนโลยีสารสนเทศในปัจจุบันมีผลต่อการวิธีการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในด้านอุปสรรคและในด้านของโอกาสในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งการทำความเข้าใจมุมมองของผู้สูงอายุช่วยให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องสัมผัสได้ถึงความต้องการด้านสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย มีดังนี้

1. ข้อเสนอแนะการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพและบริการด้านสังคม โดย หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพในพื้นที่ เช่น รพ.สต. และหน่วยงานบริการด้านสังคม เช่น อปท. ควรปรับรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่บูรณาการกับการบริการด้านสังคมที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพตามมุมมองการรับรู้สุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ดังนี้

1.1 สำหรับกลุ่มที่มีมุมมองการรับรู้ “สุขภาพตามวัย” เป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้และมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง ควรเน้นการให้ข้อมูลเชิงรุกในด้านการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพตนเองและสุขภาพของคนในชุมชน และจัดบริการสุขภาพเชิงตั้งรับแบบ one stop services



การประชุมวิชาการระดับชาติ “การเรียนรู้ด้านมนุษยศาสตร์และด้านสังคมศาสตร์” ครั้งที่ 3

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วันที่ 23 พฤศจิกายน 2562

1.2 สำหรับกลุ่มที่มีมุมมองการรับรู้สุขภาพ “ป่วยง่ายเพราะแก่” เป็นกลุ่มที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามกระบวนการชราภาพ ควรเน้นการให้ข้อมูลเชิงรุกในด้านการดูแลสุขภาพตนเองและการจัดการปัญหาอาการและอาการแสดงที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ตลอดจนและข้อมูลแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านสุขภาพและด้านสังคม เพื่ออำนวยความสะดวกเมื่อผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือ

1.3 สำหรับกลุ่มที่มีมุมมองการรับรู้สุขภาพ “สุขภาพแย่ด้วยโรคเรื้อรัง” เป็นกลุ่มที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหลายโรค ควรเน้นการบริการเชิงรุกโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน และส่งเสริมครอบครัวและชุมชนในการดูแลต่อเนื่อง และข้อมูลแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านสุขภาพและด้านสังคม ที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

1.4 สำหรับกลุ่มที่มีมุมมองการรับรู้สุขภาพ “ต้องพึ่งพาผู้อื่น” เป็นกลุ่มที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง ควรเชื่อมโยงการบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคมในเชิงรุกร่วมกับการดูแลระยะยาวหรือการดูแลแบบประคับประคอง และส่งเสริมศักยภาพครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่บริบทชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ควรศึกษาในประเด็นดังต่อไปนี้

2.1 ควรมีการศึกษาถึงความรู้และความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล เพื่อที่จะได้มีแนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป

2.2 ควรนำมุมมองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมาใช้ในการจัดแนวทางในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามวิถีชีวิตที่เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทั้ง 30 ท่านที่เสียสละเวลามาให้ข้อมูลทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง อันจะเป็นประโยชน์ต่อการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2561). รายงานประจำปี 2561. สืบค้นจาก <http://www.dop.go.th>

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ. (2555). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น.

กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ. กรุงเทพฯ: วชิรรินทร์ พี.พี.

ทัศนาศูววรรณะปรกรณ์, สายพิน สุริยวงศ์. (2554). มุมมองการป่วยของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน. วารสารสภาการพยาบาล, 26(4), 96-107.

บรรลุ ศิริพานิช. (2544). คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.



การประชุมวิชาการระดับชาติ “การเรียนรู้ด้านมนุษยศาสตร์และด้านสังคมศาสตร์” ครั้งที่ 3

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

วันที่ 23 พฤศจิกายน 2562

- ประภาพร มโนรัตน์ และคณะ. (2558). การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธในเขต ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท:กรณีศึกษาบ้านนาโประ้ง ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 7(2), 46-60.
- ประภาพร มโนรัตน์, กฤษณะ คำฟอง, วรพล แวงนอกและพรฤดี นิธิรัตน์. (2559). การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุไทยพุทธในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท :กรณีศึกษาบ้านนาโประ้ง ตำบลท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 8(2), 96-111.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (บรรณาธิการ). (2560). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยพ.ศ 2559*. นครปฐม: พรินเทอริ จำกัด.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ. (2555). ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(2), 15-24.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552*. นนทบุรี: เอสเอสพลัส มีเดีย.
- วิรดา อรรถเมธากุล, วรณิศรีวิสัย. (2556). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 7(2): 18-28.
- ศรีเมือง พลังฤทธิ์, เกษร สำเภาทอง, อารีย์ สงวนชื่อ, ลำตวน โรจรัตน์. (2561). สถานะสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(3), 69-78.
- สุริยา ฟองเกิด, กมลทิพย์ ชลัษธรรมเนียม,กนกพร นทีธนสมบัติ. (2562). ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุติดเตียง. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 9(1), 69-89.
- อาริยา สอนบุญ, อุไร จำปาวัต, บุญมี ผลาผล. (2562). วิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: ความหมายและการจัดการ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(1), 241-248.
- Heidegger M. (1962). *Being and Time* (MacQuaeie J. & Robinson E. trans). Harper & Row, New York.
- Leonard V. W. (1989). A Heideggerian Phenomeno-logic perspective on the concept of the person. *Advances in Nursing Science*, 9: 40-55.
- Webber. D, Guo. Z and Mann. S. (2013). Self care in health: We can define it, but should we also measure it. *Self care advancing the study understanding of self care*, 4, 101-106.
- World Health Organization (WHO). (1993). *Training on management of human resource for health*. Geneva: Publication Part A.