

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของระดับการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

#### แนวคิดผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุกับการเลี้ยงดูหลาน

#### แนวคิดการดูแลตนเอง

ความหมายของการดูแลตนเอง

ทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม

การประเมินการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

#### แนวคิดคุณภาพชีวิต

ความหมายของคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

#### แนวคิดผู้สูงอายุ

#### ความหมายของผู้สูงอายุ

ความสูงอายุเป็นกระบวนการธรรมชาติ (Anderson, 2003; Eliopoulos, 2001) และมีการเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างต่อเนื่อง การให้ความหมาย หรือการกำหนดว่าบุคคลจะเข้าสู่วัยสูงอายุเมื่อใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายด้าน เช่น สภาพสังคม กฎหมาย และประเพณีปฏิบัติของแต่ละประเทศที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ มีผู้ให้ความหมายของผู้สูงอายุและการจัดว่าบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุหรือไม่ไว้ดังนี้

เกษม และกุลยา (2528) ได้กล่าวถึงแนวคิดในการพิจารณาความมีอายุในแง่ต่าง ๆ ตามระยะเวลาที่เกิดขึ้นดังนี้

1. การพิจารณาความมีอายุในแง่การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เป็นความมีอายุขั้นต้นที่บ่งชี้ว่าผู้นั้นกำลังจะเป็นผู้สูงอายุแล้ว การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้แก่ สายตายาว ผมหงอก หูตึง เหนื่อยง่าย ถ้าเจ็บป่วยต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้นกว่าเดิม อย่างไรก็ตามในการพิจารณาความมีอายุจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายยังไม่เป็นข้อบ่งชี้ชัดเจน เพราะบางคนมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายเร็วกว่าอายุมาก

2. การพิจารณาความมีอายุในแง่สังคม ความมีอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสังคมกว้างขึ้น รู้จักกลุ่มต่าง ๆ ในสังคมนั้นเป็นจำนวนมาก และมีความสำคัญในฐานะของผู้มีประสบการณ์แต่ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับภูมิสัมพันธกับสังคมของผู้นั้น ๆ ด้วย แม้สังคมจะกว้างขึ้น มีคนรู้จักมากขึ้น เห็นโลกกว้างแต่บทบาทและความรับผิดชอบก็อาจจะลดลงได้เนื่องจากถูกจำกัดด้วยอายุและความสามารถ

3. การพิจารณาความมีอายุในแง่จิตใจ ผู้ที่ได้ชื่อว่าเป็นคนมีอายุจะมีลักษณะใจน้อย ไม่ยอมรับรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ยึดมั่นกับความคิดของตนเองเป็นหลัก อารมณ์ไม่มั่นคง จู้จี้ ขี้บ่น

4. การพิจารณาความมีอายุตามกฎหมาย กฎหมายได้กำหนดความมีอายุตามปีปฏิทิน ซึ่งแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศโดยทั่วไปจะอยู่ระหว่างช่วง 55 - 65 ปี การกำหนดความมีอายุตามกฎหมายนี้มีจุดมุ่งหมายใช้เป็นเกณฑ์ปลดเกษียณจากงานที่ปฏิบัติ

สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institution on Aging) ได้กำหนดไว้ว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (young - old) คือผู้ที่มีอายุระหว่าง 60 - 70 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ไม่ชรามาก และยังทำงานได้ถ้าสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี สำหรับวัยสูงอายุที่แท้จริงคือผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป (Yurich, 1984 อ้างตาม อาร์วีวรรณ, 2541)

มิลเลอร์ (Miller, 1995) กล่าวว่า ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไป แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (Young - old) อายุ 65 - 74 ปี ผู้สูงอายุระยะกลาง (middle - old) อายุ 75 - 84 ปี และผู้สูงอายุระยะสุดท้าย (old - old) อายุ 85 ปีขึ้นไป

มติจากการประชุมสมัชชาว่าด้วยผู้สูงอายุโลกขององค์การสหประชาชาติเมื่อ พ.ศ. 2525 กล่าวว่าผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป และใช้เป็นเกณฑ์เกษียณอายุการทำงาน (นิศยา, 2545; บรรลุ, 2542)

จากแนวคิดที่ผ่านมาพอจะสรุปได้ว่า การให้คำจำกัดความของผู้สูงอายุจะใช้เกณฑ์ด้านอายุเป็นตัวกำหนดความสูงอายุ และการพิจารณาองค์ประกอบอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นการ

เปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม หรือการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม แต่โดยทั่วไปแล้วในสังคมไทยพิจารณาจากอายุเป็นเกณฑ์คือผู้ที่มิอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐานขององค์การสหประชาชาติ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

### การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุสภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมย่อมมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เสื่อมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุด้านต่าง ๆ สรุปได้ดังนี้ (เกษม และกุลยา, 2528; บรรลุ, 2542; วิไลวรรณ, 2545; Anderson, 2003; Ebersole & Hess, 1998; Eliopoulos, 2001)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (biological change) การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในทุกระบบของร่างกาย และเป็นกระบวนการเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล (บรรลุ, 2542; Anderson, 2003) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ที่พบโดยทั่วไปได้แก่ ผิวหนังแห้งลอกหลุดง่าย ผมและขนทั่วไปสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ การมองเห็นและการได้ยินลดลง การรับกลิ่นไม่ดี การรับรสของลิ้นเสียไป กระดูกเปราะและหักง่าย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำงานลดลงทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงทำให้มีอาการท้องผูกได้บ่อย พบอาการคลื่นไส้สภาวะไม่อยู่ในเพศหญิง และปีศาจวาลาปากในผู้สูงอายุผู้ชายจากต่อมลูกหมากโตขึ้น นอกจากนี้การผลิตฮอร์โมนต่าง ๆ ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุอาจเป็นโรคเบาหวานอย่างอ่อน และมีการสูญเสียโซเดียมออกไปกับปีศาจวาลาได้

การเปลี่ยนแปลงของสรีระทางร่างกายของผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.7) ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรง (นภาพร และจอห์น, 2539) ปัญหาความเจ็บป่วยทางร่างกายที่พบมากที่สุด คือ โรคของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกอันได้แก่ การปวดหลัง ปวดเข่า ปวดเอว (จันทร์เพ็ญ และคณะ, 2540; ดนัย และมลลิต, 2545; ศิริวรรณ, 2543; อารมณ์ และคณะ, 2532; อารีวรรณ, 2541)

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological change) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและสังคม จากความเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้การรับรู้ทางประสาทสัมผัส การเคลื่อนไหว ความคิดความจำ หรือประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ทำให้เกิดอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงและปัญหาต่าง ๆ ดังกล่าวล้วนมีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องประสบ

กับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เกิดความรู้สึกถูกพลัดพราก การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจเนื่องจากต้องออกจากงาน ทำให้รู้สึกสูญเสียตำแหน่ง ไร้คุณค่า การขาดเพื่อน ประกอบกับลักษณะสังคมในปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดลง ปัญหาต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ วิไล, รุ่งนิรันดร์ และเจนจิตร (2545) พบว่า ปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุดและเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (social change) นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ที่ผู้สูงอายุจะต้องประสบแล้ว การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญกับผู้สูงอายุ เนื่องจากในวัยสูงอายุการปฏิสัมพันธ์กับสังคมเริ่มลดลงทั้งนี้จากภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวจนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจตามมา การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลต่อผู้สูงอายุ เช่น 1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้นมีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานจากชนบทเข้าเมือง ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญปัญหาการอยู่ตามลำพัง ไม่มีที่พักพิง (สุทธิชัย, 2545) ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีชีวิตครอบครัวที่อบอุ่นในอดีตกับบุตรหลาน ต้องปรับตัวเข้ากับสังคมสมัยใหม่ ซึ่งในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุทุกคนอยากให้มีผู้ดูแลตลอดไป และต้องการให้บุตรเป็นผู้ดูแล (दनัย และมลลิต, 2545) 2) การเปลี่ยนแปลงทางขนบธรรมเนียม ประเพณี การได้รับวัฒนธรรมตะวันตกทำให้สังคมไทยมีลักษณะคล้ายสังคมตะวันตกมากขึ้น ค่านิยมหรือความเชื่อเดิมที่เคยปฏิบัติสืบต่อกันมา เช่น การเคารพพระบอวาทุโส หรือค่านิยมในเรื่องของความกตัญญูต่อบิดามารดาและผู้มีพระคุณบุตรจะต้องทดแทนพระคุณของบิดามารดาเมื่อแก่ชรา ค่อยหมดไป และ 3) การปลดเกษียณหรือออกจากงานและการลดบทบาททางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคมรู้สึกว่าตัวเองหมดความสำคัญ นอกจากนี้การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดเช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท ซึ่งการสูญเสียคู่ชีวิตนับเป็นการสูญเสียที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุมากที่สุด ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าเหว่ โดดเดี่ยว

จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงหลายด้านทั้งในด้านร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะในรูปของลักษณะและหน้าที่ ที่ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะและโครงสร้างทางสังคม การสูญเสียบทบาทหน้าที่ในสังคม การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้านนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และส่งผลถึงสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุจะต้องดูแลตัวเองเพื่อรักษาสุขภาพกาย และจิตใจ แต่ดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้วว่าในปัจจุบันโครงสร้างของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต ผู้สูงอายุจึงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ดังกล่าว

### ผู้สูงอายุกับการเลี้ยงดูหลาน

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว อันเนื่องจากผลสำเร็จในการวางแผนครอบครัวทำให้แนวโน้มอัตราการเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันพบว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ยลดลงเหลือต่ำกว่า 4 คน (สุทธิชัย, 2545) แนวโน้มการลดลงนี้ยังมีผลต่อไปอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ลักษณะครอบครัวขยายลดลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้องทำงานนอกบ้าน (มาลินี, และคณะ, 2541; เสริมพันธ์, 2538) ในกรณีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน กิจกรรมการเลี้ยงดูหลานที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในฐานะที่อยู่ในบ้านเดียวกับบุตรหลานจึงถือเป็นบทบาทหนึ่งในการช่วยเหลือเกื้อหนุนกันในครอบครัว (จันทร์เพ็ญ และคณะ, 2544) แต่บทบาทการเลี้ยงดูหลานของผู้สูงอายุในปัจจุบันจะแตกต่างจากอดีตที่เคยเป็นเพียงผู้ให้การปรึกษาและคอยช่วยเหลือมาเป็นผู้รับผิดชอบดูแลหลานแทนบิดามารดา (สุเมณี, 2540) ทั้งนี้เพราะครอบครัวปัจจุบันบิดามารดาที่อยู่ในวัยแรงงานต้องรับภาระในการหาเงินเลี้ยงครอบครัวทั้งหมด ผู้สูงอายุจึงต้องรับภาระเลี้ยงดูหลานแทน (เสริมพันธ์, 2534 อ้างตาม ศศิพัฒน์, 2540) ในบทบาทการดูแลหลานของผู้สูงอายุนั้น เจนเดร์ค (Jendrek, 1993) ได้กล่าวไว้ว่ามี 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มที่ดูแลปกป้องทุกด้าน (custodial grandparent) โดยหลานจะอยู่กับผู้สูงอายุตลอดเวลา ทั้งนี้เพราะครอบครัวหลานมีปัญหารุนแรง จนกระทั่งผู้สูงอายุต้องรับมาดูแล จะพบได้ใน 2 ลักษณะคือ หลานอยู่กับผู้สูงอายุตามลำพัง หรือผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวของหลาน ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จะดูแลหลานทุกเรื่องเสมือนบิดามารดา 2) กลุ่มที่อยู่กับหลาน (living with grandparent) หมายถึง ผู้สูงอายุอยู่กับหลาน และบิดามารดาของหลาน 3) กลุ่มที่ดูแลเด็กเฉพาะกลางวัน (day - care grandparent) โดยบิดามารดานำหลานมาฝากเมื่อต้องออกไปทำงาน และเมื่อกลับจากทำงานก็รับเด็กไป นอกจากนี้ เอเบอโซล และแฮส (Ebersole & Hess, 1998) กล่าวถึงบทบาทในการดูแลเด็กของผู้สูงอายุ ซึ่งครอบคลุมในหน้าที่ต่าง ๆ คือ หน้าที่การจัดการและดูแล โดยเป็นการจัดเตรียมทุกอย่างที่ครอบครัวต้องการ และดูแลกิจกรรมต่าง ๆ ของหลาน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การนอน การเล่น รวมถึงการอบรมสั่งสอน หน้าที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ปลอดภัยเวลามีปัญหา และหน้าที่ในการให้คำปรึกษาครอบครัวในการเลี้ยงดูบุตร สำหรับสังคมไทยไม่มีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนในการเลี้ยงดูหลานของผู้สูงอายุ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุจะดูแลหลานในเรื่อง การเตรียมของใช้และอาหาร เช่น การเตรียมขวดนม เตรียมเสื้อผ้า เตรียมอาหารและนมในแต่ละมื้อ พาหลานเดินเล่นออกกำลังกาย ดูแลเรื่องความปลอดภัยต่อสุขภาพ แม้กระทั่งต้องนอนกับหลานในกรณีที่บิดามารดาหลานไปทำงานต่างจังหวัด เป็นต้น (ชนินทร, 2541; สุกรี, 2542; สุเมณี, 2540) จึงพอสรุปได้ว่า กิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลหลานของผู้สูงอายุจะครอบคลุมกิจกรรม 2 ด้าน คือ 1) การดูแลด้านร่างกาย ประกอบด้วย การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การหลับนอน การเล่น การดูแลเรื่องเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ดูแลความปลอดภัย และการดูแลเมื่อมีความเจ็บป่วย 2) การดูแลด้านจิตใจ ประกอบด้วย การอบรมสั่งสอน และการให้ความรัก

ความอบอุ่น ซึ่งกิจกรรมการดูแลหลานเหล่านี้สอดคล้องกับความต้องการของเด็กโดยเฉพาะวัยแรกเกิด - 5 ปี ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญของชีวิตที่ต้องการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด เพราะเด็กวัยนี้ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองมีน้อย ยังมีพัฒนาการของร่างกาย จิตใจที่ต้องได้รับการดูแล (พรทิพย์, 2544; Potts & Mandleco, 2001)

การดูแลหลานของผู้สูงอายุเป็นบทบาทที่ต้องรับภาระและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ เช่น การศึกษาของจันทรเพ็ญ และคณะ (2544) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการช่วยเหลือเกื้อหนุนในครอบครัวกับความสุขทางใจของผู้สูงอายุ โดยกล่าวถึงการเลี้ยงหลานว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการเกื้อหนุนที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับความสุขทางใจของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ด้วยกันกับบุตร ซึ่งหลานที่ได้เลี้ยงดูมักจะอยู่ในวัยเด็กเล็กและวัยเรียน กิจกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องทำ คือการดูแลกิจวัตรประจำวัน และการไปรับไปส่งหลานที่โรงเรียน การเลี้ยงหลานในลักษณะดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขทางใจ ทำให้เกิดความสนุกสนาน สดชื่น ไม่เหงา และหวังว่าหลานจะดูแลตนเองยามแก่ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีผู้สูงอายุอีกประมาณครึ่งหนึ่งที่มีความเห็นเกี่ยวกับการเลี้ยงหลานไปในทางลบว่า ทำให้เกิดความหงุดหงิด รำคาญใจ ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว นอกจากนี้อัจฉราพร และคณะ (2544) ยังได้ศึกษาถึงการทารุณกรรมผู้สูงอายุสตรีในสังคมไทย ซึ่งพบว่า การทารุณกรรมผู้สูงอายุมีหลายด้านและการที่ผู้สูงอายุจำต้องเลี้ยงหลานก็ถูกจัดเป็นการทารุณกรรมทางด้านร่างกายอย่างหนึ่ง จากผลการวิจัยดังกล่าวยังพบว่า การรับภาระเลี้ยงหลานทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหนื่อยล้า และไม่มีเวลาพักผ่อนทำให้มีผลต่อสุขภาพ อย่างไรก็ตามแม้ว่าผลการวิจัยดังกล่าวจะพบว่า การเลี้ยงหลานทำให้มีผลลบทางด้านร่างกายแต่ก็ไม่พบว่าส่งผลกระทบต่อจิตใจ เช่น ทำให้เกิดความเครียดหรือความผิดปกติทางจิตแต่อย่างใด สอดคล้องกับการศึกษาของศุภกริ (2542) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของปู่/ย่า/ตา/ยาย ที่เป็นผู้ดูแลหลักในการเลี้ยงหลานอายุ 0 - 5 ปี ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่ดูแลหลานมักรู้สึก เป็นภาระ แต่การเลี้ยงดูหลานก็ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเช่นกัน นอกจากนี้ ซิโนแวกซ์ และคณะ (Szinovacz et al., 1999) ซึ่งได้ศึกษาผลกระทบในการดูแลเด็กกับความผาสุก ของปู่/ย่า/ตา/ยาย และพบว่า การดูแลหลานส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ และทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ เวลาในการทำงาน รายได้ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทั้งทางตรง และทางอ้อม และยังพบว่า ย่า/ยายจะมีภาวะซึมเศร้ามากขึ้นเมื่อต้องดูแลหลาน สอดคล้องกับการศึกษาของเจนเดร์ค (Jendrek, 1993) ที่ศึกษาผลกระทบต่อวิถีชีวิตของปู่/ย่า/ตา/ยาย ที่ดูแลหลานและพบว่า ผู้สูงอายุมักเกิดความเครียด เพราะมีเวลาในการทำกิจกรรมของตนเองได้น้อยลง ขาดการติดต่อกับเพื่อนบ้าน และครอบครัว ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ ชนินทร (2541) ที่ศึกษาแบบแผนและการปรับตัวของผู้เป็นยายที่เลี้ยงหลานพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวมักมีความเต็มใจ และมีความสุข ที่ได้ดูแลหลาน นอกจากนี้ยังรู้สึกว่าตัวเองมีประโยชน์ต่อบุตรหลาน และสามารถปรับตัวจนมอง

ว่าการเลี้ยวหลานเป็นเรื่องธรรมชาติในชีวิตประจำวัน

จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุจะต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคมไทยในปัจจุบันที่ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้เฝ้าบ้านและต้องทำหน้าที่เลี้ยงดูหลาน ถึงแม้ว่าการเลี้ยวหลานอาจส่งผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุทั้งทางด้านบวกและด้านลบ แต่ก็ยังไม่ปรากฏผลการวิจัยที่แน่ชัดว่าการเลี้ยวหลานจะส่งผลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในประชากรกลุ่มนี้อย่างไร

### *แนวคิด การดูแลตนเอง*

การดูแลตนเองเป็นแนวคิดที่สำคัญในการแก้ปัญหาสุขภาพในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 ถึงฉบับที่ 9 โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการมุ่งให้ประชาชนสามารถดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพราะจากการที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และต้องประสบกับปัญหาการเป็นโรคเรื้อรังจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (จันทร์เพ็ญ และคณะ, 2540; นภาพร และจอห์น, 2539) จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ และต่อเนื่อง ซึ่งคาดว่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

#### *ความหมายของการดูแลตนเอง*

การดูแลตนเองมีความหมายแตกต่างกันไปตามความเห็นและทัศนะของนักวิชาการ แต่ละสาขารวมถึงในทัศนะของประชาชนเอง ในที่นี้ขอสรุปตามทัศนะทางการแพทย์ และในทัศนะของประชาชน ซึ่งความหมายจะครอบคลุมการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ กิจกรรมในการดูแลตนเอง ความสามารถและการปฏิบัติตน การรับรู้ การตัดสินใจ รวมถึงทักษะ ค่านิยม แรงจูงใจในการดูแลตนเอง

นอร์ริส (Norris, 1979) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนและครอบครัวริเริ่ม รับผิดชอบ และพัฒนาขีดความสามารถทางภาวะสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมต่าง ๆ คือ 1) การดูแลตนเองในลักษณะการสังเกต ประเมิน วินิจฉัยตนเอง และปรากฏการณ์ อื่น ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพขณะสุขภาพดีและเมื่อมีอาการเจ็บป่วย เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านม ซึ่งจะต้องอาศัยการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เพื่อนำไปประกอบ การตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติหรือเลือกที่จะไม่ปฏิบัติ 2) การดูแลตนเองเพื่อสนับสนุนกระบวนการ

ดำรงชีวิตในสังคมและวัฒนธรรม เช่นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 3) การดูแลตนเองตาม การบำบัดรักษา และการปรับปรุงแก้ไขให้เป็นอย่างดีถูกต้องเหมาะสม เมื่อเกิดการเจ็บป่วย กิจกรรมด้านนี้จะต้องอาศัยข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำเพื่อประกอบการตัดสินใจและเลือกวิธีปฏิบัติหรือรักษาให้เหมาะสมกับความสามารถและสอดคล้องกับค่านิยม ความเชื่อของตนเอง 4) การดูแลตนเองเพื่อการป้องกันโรคหรือความไม่สมดุลทางสุขภาพ ซึ่งปกติทุกคนต้องการมีอายุยืนยาว และปราศจากโรคต่าง ๆ 5) การดูแลตนเองตามความต้องการที่เฉพาะเจาะจงด้านสุขภาพของตนเอง โดยจะต้องรับรู้ถึงแหล่งบริการในชุมชนที่เหมาะสมกับความต้องการ เปิดโอกาสให้บุคคลหรือองค์กรในชุมชนมีโอกาเข้ามามีบทบาทในการดูแลตนเอง 6) การดูแลตนเองในแง่ของการตรวจสอบและควบคุมแผนการรักษา เพื่อเรียนรู้ขั้นตอนการรักษาและสามารถตรวจสอบการรักษาว่าถูกต้องหรือไม่ 7) การดูแลตนเองโดยการแลกเปลี่ยนความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน

ฮิล และสมิท (Hill & Smith, 1990) ให้ความเห็นว่า การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ประชาชนริเริ่มอย่างมีจุดหมาย และจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพหรือการป้องกัน และการรักษาโรค มนุษย์ทุกคนมีทักษะที่จะเรียนรู้และพัฒนาการดูแลตนเอง การดูแลตนเองประกอบด้วย การดูแลตนเองทางด้านร่างกาย และด้านจิตใจ

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ให้นิยามการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำในการดูแลตนเองเพื่อการดำรงชีวิตส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนไว้ การดูแลตนเองต้องมีแบบแผนและเป้าหมาย มีขั้นตอนต่อเนื่อง และเมื่อกระทำได้ถูกต้องครบถ้วน จะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลตนเองดีขึ้น

ขนิษฐา (2542) ได้ศึกษาในผู้สูงอายุในชนบทภาคใต้แห่งหนึ่งพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้ความสำคัญของการดูแลตนเองว่าเกี่ยวข้องกับร่างกายและสุขภาพ เป้าหมายของการดูแลตนเองก็เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาสุขภาพด้วยตนเอง โดยที่บุคคล ครอบครัว และชุมชนควรมีความสามารถในการรักษาเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยก่อน ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นจึงจะไปพบแพทย์

จะเห็นได้ว่าการให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลตนเองข้างต้นมีความคล้ายคลึงในส่วนที่ว่า การดูแลตนเองเป็นความรับผิดชอบของบุคคลที่จะริเริ่มดูแลสุขภาพตนเอง สามารถช่วยเหลือตนเองในการรักษาและป้องกันโรคได้ ซึ่งสอดคล้องคลึงกับแนวความคิดของโอเรียม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย ซึ่งบุคคลกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก โดยใช้ความสามารถหรือศักยภาพที่มีอยู่

ในการศึกษาเรื่องการดูแลตนเองส่วนใหญ่จะศึกษาตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรียม (กันยารัตน์, 2540; ฉัตรทอง, 2540; ดวงใจ, 2540; พิรณูช, 2540; รจนารถ, 2536;



วาสนา, 2540; ศิริพร, 2540; สมบัติ, ยุพิน, ดวงฤดี และทิพาพร, 2543; สัจญา, 2544; อัมพรพรรณ และคณะ, 2539; เอกรัตน์, 2540; Fox & Wong, 2003; Hartwey, 1993; Jirovec & Kasno, 1990; Kirkpatrick, Brewer & Stocks, 1990; Loeb, 2004; Wang & Laffrey, 2001; Wang, Shieh & Wang, 2004) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มนั้นให้บุคคลและครอบครัวพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตามศักยภาพที่สามารถปฏิบัติได้ (สมจิต, 2544) และแนวคิดของโอเร็มดังกล่าวสามารถอธิบายกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างชัดเจน ครอบคลุมกิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้สูงอายุพึงกระทำ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มมาศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานในครั้งนี้

### ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็มประกอบด้วย 3 ทฤษฎีหลักที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ซึ่งอธิบายถึงความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง ซึ่งกล่าวถึงความไม่สมดุลของความสามารถของบุคคลและความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด เมื่อบุคคลมีความต้องการมากกว่าความสามารถที่จะกระทำได้อยู่ในภาวะที่ต้องการการพยาบาล และทฤษฎีระบบการพยาบาล ซึ่งเป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงการช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมแทนบุคคลและช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเพียงพอ (Orem, 2001) ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งก็หมายถึงศึกษาถึงการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้สูงอายุกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน จึงขอกล่าวถึงรายละเอียดเฉพาะทฤษฎีการดูแลตนเอง ซึ่งผู้วิจัยใช้เป็นกรอบทฤษฎีในการวิจัยและเป็นกรอบในการประเมินการดูแลตนเองในการศึกษาครั้งนี้

ทฤษฎีการดูแลตนเองเป็นทฤษฎีของการกระทำ ส่วนประกอบของการดูแลตนเองคือ ความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด การดูแลตนเองเป็นการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมายของบุคคลและขึ้นอยู่กับการตัดสินใจว่าอะไรคือสิ่งที่เหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ มนุษย์สามารถจะกระทำตามที่ได้ตัดสินใจว่าสิ่งนั้นเหมาะสมกับตนเอง ซึ่งการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมาย เกิดขึ้นเป็นกระบวนการประกอบด้วย 2 ระยะที่มีความสัมพันธ์กัน (สมจิต, 2544; Orem, 2001) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. ระยะของการประเมินและตัดสินใจ ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะย่อยคือ

1.1 ระยะของการประเมิน (estimative) ระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์และพิจารณาว่าสถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร ผลที่ได้จากการเลือกเป็นอย่างไร ในระยะนี้การที่บุคคลจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม และจะต้องเห็นด้วย

กับสิ่งที่กระทำว่าเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ ดังนั้นก่อนที่จะกระทำบุคคลจะต้องเห็นด้วยกับการกระทำว่าเหมาะสม จะต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่กระทำจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ความรู้มีส่วนช่วยในการสังเกต และให้ความหมาย ทำให้มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมายของเหตุการณ์กับสิ่งที่ต้องกระทำ

1.2 ระยะเวลาของการตัดสินใจ (transitive) เป็นระยะที่ต่อเนื่องจากระยะของการประเมินระยะนี้เมื่อบุคคลมีความรู้ ผ่านการคิด พิจารณา และวิเคราะห์แล้วว่าสถานการณ์นั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร จึงตัดสินใจกระทำเพื่อปรับเปลี่ยนชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติ ที่เคยทำอยู่ประจำ

2. ระยะเวลาของการดำเนินการกระทำ (operative) ระยะนี้จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ เป้าหมายจะมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ติดตามผลของการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในระยะนี้บุคคลจะต้องตั้งคำถามว่าจะดำเนินการอย่างไรเพื่อกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองตามทีเลือก จะทำอะไรบ้าง ต้องใช้แหล่งประโยชน์จากไหน จะกระทำได้อีกต้อง และมีประสิทธิภาพหรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใด การกระทำ การดูแลตนเองจะขัดขวางต่อกิจกรรมอื่น ๆ ในชีวิตหรือไม่ จะทราบอย่างไรว่ากระทำถูกต้อง หลังจากนั้นกำหนดการกระทำเป็นลำดับขั้นตอน และลงมือกระทำ

การดูแลตนเองจะกลายเป็นสุขนิสัยติดตัวได้ ถ้าได้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลอาจจะกระทำโดยไม่ได้ระลึกถึงเป้าประสงค์ของการกระทำ ดังนั้นการปฏิบัติดูแลตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและเกิดอุปนิสัยในการปฏิบัติ

#### *การประเมินการดูแลตนเอง*

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การประเมินการดูแลตนเองของผู้ที่มีสุขภาพดีจะเป็นการประเมินกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ทั้งนี้ได้มีผู้สร้างแบบประเมินการดูแลตนเองไว้หลายแบบ ดังนี้

รจนารถ (2536) ได้สร้างแบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มโดยการศึกษาสำรวจ (pilot study) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ โดยการสุ่มตัวอย่างในช่วงเวลาที่ต่าง ๆ กัน หลังจากนั้นนำมาสร้างข้อคำถามตามกรอบทฤษฎีของโอเร็ม จำนวน 93 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามกิจกรรมการดูแลตนเอง 12 ด้าน คือ ด้านการได้รับอากาศที่เพียงพอ ด้านการได้รับน้ำที่เพียงพอ ด้านการได้รับอาหารที่เพียงพอ ด้านการขับถ่ายและการระบายของเสียออกจากร่างกาย ด้านการคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ด้านการคงไว้ซึ่งการอยู่ลำพังและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

และสังคม ด้านการป้องกันอันตรายต่อชีวิตหน้าที่และสวัสดิภาพ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและ พัฒนาการให้ถึงขีดสุด ด้านการคงไว้ซึ่งความตระหนักในตนเอง ด้านการคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าใน ตนเอง ด้านการคงไว้ซึ่งภาพลักษณ์ของตนเอง และด้านการคงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอในตนเอง (การจัดการกับความเครียดให้เกิดความสมดุลด้านจิตใจตลอดเวลา) แบบประเมินชุดนี้ผู้วิจัยได้หา ความเชื่อมั่นจากผู้สูงอายุที่ได้ศึกษานำร่องโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.92 และเมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 352 รายได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.96

อัมพรพรรณ และคณะ (2539) ได้นำแบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุของรจนารถ (2536) มาดัดแปลงโดยให้มีข้อความครอบคลุมการดูแลตนเองของผู้สูง อายุ 9 ด้าน คือ การดูแลตนเองด้านการได้รับอากาศเพียงพอ ด้านการได้รับน้ำที่เพียงพอ ด้านการได้ รับอาหารที่เพียงพอ ด้านการขับถ่ายและระบายของเสียออกจากร่างกาย ด้านการคงไว้ซึ่งความสม ดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ด้านการคงไว้ซึ่งการอยู่ลำพังและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ อื่นและสังคม ด้านการป้องกันอันตรายต่อชีวิตและหน้าที่และสวัสดิภาพ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ประกอบ ด้วยข้อคำถาม 71 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.94

นอกจากนี้ กันยารัตน์ (2540) ฉัตรทอง (2540) ดวงใจ (2540) พิรณัฐ (2540) วาสนา (2540) ศิริพร (2540) เอกรัตน์ (2540) ได้ร่วมกันสร้างแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ สูงอายุตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเร็มเพื่อประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุในภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย ซึ่งได้สร้างเป็นข้อคำถามปลายเปิด จำนวน 34 ข้อ ประกอบ ด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ทั้ง 3 ด้าน ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติ กิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในกิจกรรม 6 ด้านรวมทั้งสิ้น 22 ข้อ ได้แก่ด้านการปฏิบัติ ตนเพื่อให้ได้รับอาหาร น้ำ อากาศที่เพียงพอ ด้านการปฏิบัติตนเพื่อให้การขับถ่ายและการระบายของ เสียเป็นปกติ ด้านการปฏิบัติตนเพื่อให้มีกิจกรรมและการพักผ่อน ด้านการปฏิบัติตนเพื่อการใช้เวลา เป็นส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันอันตรายต่อชีวิต ด้านการปฏิบัติตนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการ

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการ ปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกัน ส่งเสริม แก้ไขการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการด้านอารมณ์ และจิตใจของผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุเพื่อดูแลตนเอง ตามโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย ที่ผิดปกติ จำนวน 6 ข้อ

แบบประเมินดังกล่าวใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งเครื่องมือชุดนี้มีการหาความเชื่อมั่นจากการนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง กับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย และตรวจสอบคำตอบที่ได้ในแต่ละข้อว่าได้คำตอบตรงวัตถุประสงค์ หรือไม่

ในการสร้างแบบประเมินการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่ จะสร้างตามกรอบแนวคิดของโอเร็ม ลักษณะข้อคำถามทั้งหมดเป็นการประเมินการดูแลตนเอง ในระยะของการดำเนินการกระทำ (operative) เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง 3 ด้าน คือ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ขึ้นเองตามกรอบทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเช่นกัน แต่ได้นำกระบวนการดูแลตนเองทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะของการประเมิน ระยะของการตัดสินใจ และระยะของการดำเนินการกระทำ มาเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถาม โดยให้ครอบคลุมการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้สูงอายุซึ่งผู้วิจัยได้จากการ ทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาโดยแบ่งเป็น 7 ด้าน คือ การดูแลตนเองด้านโภชนาการ ด้าน การขับถ่าย ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทาง สังคม และการมีเวลาเป็นส่วนตัว ด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล และด้านการจัดการกับความเครียด

#### *การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*

การดูแลตนเองของบุคคลขึ้นอยู่กับความสามารถและรูปแบบของการดูแลตนเอง (Eliopoulos, 2001) และการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันออกไปตามระยะพัฒนาการ ตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยสูงอายุ และจะเปลี่ยนแปลงไปตามภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เนื่องจาก วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมดังกล่าวมาแล้วข้างต้น จึงทำให้ พลังความสามารถในการควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดน้อยลงตามวัย รวมถึงทักษะในการใช้ กระบวนการทางความคิดและสติปัญญาเพื่อดูแลตนเองก็ลดลงตามไปด้วย เพราะการเรียนรู้ของมนุษย์ จะลดลงเมื่ออายุ 40 - 50 ปี และเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไปจะเรียนรู้ได้ยากขึ้น (พัชรวิ, 2536) เพราะฉะนั้น การให้ความสนใจในการดูแลตนเองจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การดูแลตนเองด้านโภชนาการ การที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงของระบบอวัยวะต่าง ๆ อาหารและโภชนาการมีความสำคัญต่อการชะลอความเสื่อมนั้น เพราะอาหารและโภชนาการจะคงไว้ซึ่งสมดุลของเมตาบอลิซึมของร่างกาย (ไกรสิทธิ์ และอุไรวรรณ, 2540) เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุควรได้รับอาหารที่เพียงพอทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ และนอกจากนี้จะต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบย่อยอาหารตั้งแต่ช่องปากจนถึงกระเพาะอาหารด้วย จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมและสอดคล้องกับภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนไปได้ อาหารที่รับประทานในแต่ละวันจะต้องมีคุณค่าครบถ้วนทุกประเภท ดังนี้

**โปรตีน** อาหารโปรตีนจะช่วยสร้างและซ่อมแซมเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรได้โปรตีน 0.8 กรัม/กิโลกรัม/วัน (Food and Nutrition Board, 1985 อ้างตามไกรสิทธิ์ และอุไรวรรณ, 2540; Miller, 1995) อาหารโปรตีนที่มีคุณภาพดีควรได้จาก ไข่ นม เนื้อสัตว์ต่าง ๆ และปลา ผู้สูงอายุไม่ควรได้รับอาหารโปรตีนสูงเกินไปเนื่องจากทำให้เกิดการย่อยและการดูดซึมอาหารไม่ดี นอกจากนี้การได้รับโปรตีนมากกว่า 150 กรัม/วัน จะทำให้ไตต้องทำงานหนัก ในการขับถ่ายไนโตรเจน เกิดนิ่วในไต และเกิดภาวะขาดน้ำได้ (Rubin, 2004)

**คาร์โบไฮเดรต** อาหารพวกคาร์โบไฮเดรต จะช่วยให้พลังงาน ทำให้สามารถเดิน วิ่ง ทำงานต่าง ๆ ได้ ผู้สูงอายุควรได้รับปริมาณคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55 ถึง 60 ของพลังงานทั้งหมดจากอาหาร และควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าว ธัญพืช ขนบปัง เป็นต้น ควรหลีกเลี่ยงคาร์โบไฮเดรตเชิงเดี่ยว เช่น น้ำตาลซึ่งก่อให้เกิดปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและเป็นโรคอ้วนได้

**ไขมัน** เป็นอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย ช่วยให้ร่างกายเกิดความอบอุ่น และให้พลังงานแก่ร่างกายเช่นเดียวกับคาร์โบไฮเดรต แต่เป็นพลังงานที่ร่างกายสะสมไว้ สามารถนำมาใช้เวลาที่จำเป็น ผู้สูงอายุควรบริโภคไขมันน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมดจากอาหาร (Johnson & Kligman, 1992 cited by Eliopoulos, 2001) และควรเป็นไขมันจากพืชมากกว่าไขมันจากสัตว์ เพราะไขมันจากสัตว์เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะไขมันในเลือดสูง และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

**วิตามิน** ทุกตัวมีบทบาทสำคัญ โดยทำหน้าที่เป็นโคเอ็นไซม์ในเมตาบอลิซึมต่าง ๆ ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารเพียงพอก็ไม่จำเป็นต้องเสริมวิตามิน วิตามินจะแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ วิตามินที่ละลายในไขมัน ได้แก่ วิตามินเอ วิตามินดี วิตามินอี และวิตามินเค วิตามินอีกประเภทหนึ่งคือ วิตามินที่ละลายน้ำได้ ได้แก่ ไทอามิน ไรโบฟลาวิน วิตามินบี 6 วิตามินซี กรดโฟลิก วิตามินซี แหล่งของวิตามินส่วนใหญ่อยู่ในผัก ผลไม้สด ดับ ไข่ นม เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุต้องได้รับการบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณที่เพียงพอและเหมาะสม การขาดวิตามินทำให้เกิดผลเสียต่อร่างกาย เช่น เยื่อบุตาแห้ง ผิวหนังแห้งแตก ผิวหนังอักเสบ ซากตามปลายมือปลายเท้า

แร่ธาตุ ทำหน้าที่เป็นส่วนประกอบของเซลล์ เนื้อเยื่อ กระดูก และทำหน้าที่เป็น โคแฟกเตอร์ในปฏิกิริยาต่าง ๆ ในร่างกาย แร่ธาตุที่สำคัญต่อร่างกายได้แก่ แคลเซียม เหล็ก และสังกะสี แคลเซียมเป็นแร่ธาตุที่สำคัญที่สุดของร่างกาย ซึ่งอยู่ในกระดูก ฟัน และอยู่ในรูปของเกลือแคลเซียม ร่างกายควรได้รับแคลเซียม 800 มิลลิกรัมต่อวัน แต่ในผู้สูงอายุและหญิงวัยเจริญพันธุ์ควรจะได้รับ 1,000 – 1,600 มิลลิกรัมต่อวัน (Exton – Smith, 1985 cited by Miller, 1995)

น้ำ จัดเป็นส่วนประกอบสำคัญของร่างกายมีหน้าที่ในการควบคุมปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกาย และการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายทางปัสสาวะและเหงื่อ ผู้สูงอายุควรได้รับน้ำที่เพียงพออย่างน้อยวันละประมาณ 1,500 – 2,000 ซีซี (Miller, 1995) จึงจะได้ปริมาณน้ำเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อาจเป็นน้ำในรูปของแกงจืด น้ำผลไม้ ผลิตภัณฑ์จากนม และน้ำดื่มธรรมดา ในผู้สูงอายุน้ำระหว่างเซลล์จะสูญเสียไปเป็นผลให้น้ำในร่างกายทั้งหมดลดลง ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุมีการสูญเสียน้ำเพิ่มขึ้นจะมีความรุนแรงมากและเสี่ยงต่อการสูญเสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่ได้

ในการดูแลและการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุเพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ดี ลดภาวะทุพโภชนาการ ควรมีหลักในการจัดอาหารดังนี้ (ไกรสิทธิ์ และอุไรวรรณ, 2540; นียา, 2535)

1. อาหารที่รับประทานในแต่ละวันควรมีครบทั้ง 5 หมู่ มีปริมาณและคุณภาพเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
2. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารได้ไม่มาก อาจจะแบ่งมื้ออาหารเป็น 4 – 5 มื้อ โดยมื้อหลักเป็นมื้อกลางวัน เพิ่มมื้อสายและบ่าย
3. อาหารควรมีลักษณะอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย รสไม่จัดมาก
4. ควรบริโภคผักและผลไม้ทุกวัน เพื่อให้ร่างกายได้รับวิตามิน แร่ธาตุต่าง ๆ รวมถึงใยอาหารจะช่วยให้ระบบขับถ่ายทำงานได้สะดวก
5. ควรดื่มน้ำให้เพียงพอ เพื่อช่วยให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายอยู่ในสมดุลและทำงานได้ตามปกติ นอกจากนี้การรับประทานอาหารประเภทแกงจืดอุ่น ๆ หรือดื่มน้ำผลไม้ก็เป็นวิธีการที่ช่วยให้ร่างกายได้รับน้ำอีกวิธีหนึ่ง

ภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุยังขึ้นอยู่กับหลาย ๆ ปัจจัย เช่น กิจกรรมทางกาย วิถีชีวิต ลักษณะของครอบครัว รายได้ เครือข่ายทางสังคม ภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงภาวะเศรษฐกิจของท้องถิ่นนั้น ๆ (ชลธิชา, 2539; Carter, 1997; Dirren, 1994) ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบถึงสุขภาพของผู้สูงอายุได้ เช่น จากการศึกษาวิถีชีวิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่หมู่บ้านแห่งหนึ่งในภาคใต้ของชนิษฐา (2542) พบว่า ผู้สูงอายุในหมู่บ้านชอบรับประทานอาหารที่มีกะทิ และปลาทอดเป็นประจำทำให้ผู้สูงอายุเกิดเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากเป็นอันดับหนึ่ง ส่วนผู้สูงอายุในภาคกลางที่นิยมบริโภคน้ำพริกกับผักจิ้มต่าง ๆ ซึ่งเป็นวิถีชีวิตของคนในชุมชน

ที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา ทำให้ผู้สูงอายุเลือกที่จะรับประทานผักดองต่าง ๆ กับน้ำพริกเป็นอาหารหลัก (รจนารถ, 2536) จากรายงานโครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุทุกภาคในประเทศไทย ซึ่งเป็นโครงการวิจัยร่วมระหว่างมหาวิทยาลัยมหิดลและมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ในปี พ.ศ. 2541 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดูแลตนเองเรื่องการรับประทานอาหารได้ดี (นพวรรณ และคณะ, 2542) ส่วนในเรื่องของการได้รับคุณค่าของอาหารครบตามหลักโภชนาการพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าครบทั้ง 5 หมู่ ปัญหาในการรับประทานอาหารที่พบบ่อยคือ การเคี้ยว ผู้สูงอายุไม่สามารถรับประทานอาหารแข็ง ๆ เช่น เนื้อสัตว์ ผักสดได้ (กันยรัตน์, 2540; ดวงใจ, 2540; รจนารถ, 2536; วรรณิ, 2534; วาสนา, 2540; ศิริพร, 2540; เอกรัตน์, 2540; อำไพ และคณะ, 2535)

2. การดูแลตนเองด้านการขยับถ่าย การขยับถ่ายของเสียออกจากร่างกายเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุที่จะต้องทำความเข้าใจ เพื่อที่จะสามารถดูแลตนเอง และแก้ปัญหาได้

การขยับถ่ายปัสสาวะ ผู้สูงอายุจะถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้นในเวลากลางวัน บางคนต้องตื่นมาถ่าย 2 – 3 ครั้ง การถ่ายปัสสาวะบ่อยพบได้มากในผู้หญิงถึงร้อยละ 70 ส่วนผู้ชายพบร้อยละ 50 (เกษม และกุลยา, 2528; อนุพันธ์, 2538) สาเหตุของการถ่ายปัสสาวะบ่อย เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะที่เกิดขึ้นตามปกติของวัย ผู้สูงอายุไทยมักพบปัญหาเกี่ยวกับการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ จากการศึกษาของสุทธิชัย (2544) พบว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีถึงร้อยละ 22 ที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้เกิดขึ้นเป็นประจำ และการศึกษาแบบแผนสุขภาพ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ของ อำไพ และคณะ (2535) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ทั้งนี้เนื่องจากกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานเสื่อมหน้าที่ลง หรือมีปัญหาการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ รวมถึงการกลั้นปัสสาวะนาน ๆ นอกจากนี้ยังมีสาเหตุจากโรกระบบประสาทและจิตเวชร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญศิริ, วิจิตร, จริยาวัตร และสุทธิชัย (2544) ที่ศึกษาอัตราสูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ของผู้สูงอายุในชุมชนพบว่า อาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว หรือมีความผิดปกติของภาวะสุขภาพด้วยโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคปวดข้อ โรคเบาหวาน เป็นต้น ดังนั้นผู้สูงอายุควรปัสสาวะเมื่อรู้สึกปวด และไม่ควรรกลั้นปัสสาวะนาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะต้องสังเกตอาการผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น อาการแสบขัดปัสสาวะมีตะกอนขุ่น หรือสีของปัสสาวะเปลี่ยนไป จากการศึกษาของรจนารถ (2536) พบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญในเรื่องนี้บ่อย ทั้ง ๆ ที่เป็นเรื่องสำคัญ

การขยับถ่ายอุจจาระ ในวัยสูงอายุจะพบปัญหาท้องผูก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เชื่อว่าต้องถ่ายอุจจาระทุกวัน แต่ในความเป็นจริงแล้วพบว่าร้อยละ 98 ของประชากรผู้สูงอายุจะมีนิสัยการขยับถ่ายอุจจาระวันละ 3 ครั้ง จนกระทั่งถึงสัปดาห์ละ 3 ครั้ง (Harari et al., 1993 cited by Ebersole & Hess, 1998) ดังนั้นในการประเมินภาวะท้องผูกหรือไม่ต้องประเมินจากนิสัยการขยับถ่ายเป็นประจำ

ของผู้สูงอายุเองเป็นหลักด้วย สาเหตุของอาการท้องผูกอาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ (เกษม และกุลยา, 2528; Elbersole & Hess, 1998) เช่น การรับประทานอาหารที่มีกากน้อย ดื่มน้ำไม่เพียงพอมีความเครียดทางด้านจิตใจจะส่งผลให้เบื่อบริโภคอาหารรับประทานไม่ได้ หรือเกิดจากผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวต่าง ๆ จากการศึกษาแบบแผนสุขภาพผู้สูงอายุของวรรณิ (2534) พบว่าปัญหาเกี่ยวกับแบบแผนการขับถ่ายของผู้สูงอายุที่พบบ่อย คือ ปัญหาท้องผูกซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายโครงการที่พบว่าผู้สูงอายุมีความผิดปกติในการขับถ่าย คือ ปัญหาท้องผูก (กันยารัตน์, 2540; ปรานี, 2533; สุทธิชัย, วังศ์วัฒน์, รานี และลักษณา, 2544) ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุทำให้เกิดอาการไม่สุขสบาย แน่นอึดอัดท้อง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ จิตใจไม่เบิกบาน ปวดท้องเวลาถ่ายจะมีอาการปวดทวารหนักหรือเลือดออก ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดริดสีดวงทวารได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแลเพื่อให้ระบบขับถ่ายอุจจาระเป็นไปตามปกติ ไม่ควรใช้ยาระบาย เพราะการใช้ยาระบายเป็นประจำจะทำให้ผนังลำไส้เกิดการระคายเคืองและเสื่อมประสิทธิภาพในที่สุด

3. การดูแลตนเองด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย การประกอบกิจกรรมในผู้สูงอายุนอกจากการออกกำลังกายแล้วยังรวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำกิจกรรมเป็นการใช้พลังงานทั้งทางร่างกายและจิตใจ และเพิ่มความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุเพื่อดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คลายความตึงเครียด กระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อ ปอดและระบบไหลเวียนของโลหิตให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การทำกิจกรรม การทำกิจกรรมในผู้สูงอายุมีความจำเป็น เพราะจะช่วยลดปัญหาความพิการหรือปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น (สมจินต์ และคณะ, 2545) แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายที่เฉื่อยชาหรือมีกิจกรรมทางกายในระดับต่ำ (Eliopoulos, 2001) กิจกรรมที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติคือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเตรียมอาหาร การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมใหม่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเหมาะสม จากการศึกษาแบบแผนสุขภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ของ อำไพ และคณะ (2535) พบว่าผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง กิจกรรมที่ปฏิบัติ คือ การทำงานบ้าน ทำอาหาร กวาดขยะลานบ้าน

การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่ดีที่สุดของผู้สูงอายุ คือ การออกกำลังกายแบบกระตุ้นการใช้ออกซิเจน (Aerobic exercises) (Forber, 1992) เช่น การว่ายน้ำ การเดิน การวิ่งช้า ๆ ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ใช้ออกซิเจนสม่ำเสมอจากการหายใจ ทำให้มีผลดีต่อหัวใจ หลอดเลือดและปอด โดยปกติความสนใจในการออกกำลังกายจะลดลงอย่างมากเมื่ออายุมากขึ้น (เกษม และกุลยา, 2528) เนื่องจากมีข้อจำกัดของร่างกาย กล้ามเนื้อ และหัวใจ การออกกำลังกายต้องเลือกให้เหมาะสมกับความสามารถของร่างกายของแต่ละบุคคล และไม่จำเป็นต้องใช้วิธีการอย่างใดอย่างหนึ่งโดยตลอด ความสำคัญอยู่ที่ระยะเวลาของการออกกำลังกายที่ควรจะนานครั้งละ 15 – 60 นาที และไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายทุกวัน ควรออกกำลังกายวันเว้นวัน หรือสัปดาห์ละ 3 – 4 ครั้งก็ได้ และจะต้องมีการระวัง



ในเรื่องของสมรรถภาพของโรคและหัวใจ ขนาดและลักษณะของการออกกำลังกายต้องเหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคล และเป็นนิมิตหมายอันดีว่า กิจกรรมการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในภาคใต้ปฏิบัติและปฏิบัติทุกวัน (ดวงใจ, 2540; เพลินพิศ, 2542; วรณี, 2534) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ วาสนา (2540) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย นอกจากนี้เพศก็มีอิทธิพลต่อการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย โดยพบว่า เพศชายมีกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายสูงกว่าเพศหญิง (พนิตนันท์, 2545) และเพศชายมีความรู้ความเข้าใจการออกกำลังกายดีกว่าเพศหญิง (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2547)

4. การดูแลตนเองด้านการพักผ่อน กิจกรรมการพักผ่อนเป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญ

ต่อผู้สูงอายุ การพักผ่อนอาจจะเป็นการนั่งเฉย ๆ หรือการนอนพักโดยไม่ได้หลับ นอกจากนี้กิจกรรมนันทนาการก็ถือเป็น การพักผ่อน เช่นการปลูกต้นไม้ การอ่านหนังสือ การดูหนังฟังเพลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการพักผ่อนสลับกับการทำกิจกรรมในแต่ละวัน การพักผ่อนจะทำให้ร่างกายสดชื่นขึ้น การพักผ่อนที่ดีที่สุด คือ การนอนหลับ (เกษม และกุลยา, 2528) แต่ช่วงเวลาและระยะการนอนหลับจะเปลี่ยนไปตามอายุ เมื่อสูงอายุความต้องการการนอนหลับจะลดลงและนิสัยการนอนก็จะเปลี่ยนไป การนอนหลับของผู้สูงอายุที่เพียงพอจะต้องพิจารณาถึงคุณภาพและวงจรของการนอนหลับด้วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีช่วงการนอนหลับที่ลูกตาเคลื่อนไหวมากขึ้น ทำให้ตื่นง่ายเพราะช่วงที่ลูกตาเคลื่อนไหวรวดเร็วพร้อมที่จะตื่นได้ทุกเวลา นอกจากนี้แบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนไป คือ ระยะเวลาการนอนสั้น ตื่นง่าย หลับยาก และชอบงีบตอนกลางวัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มบุคคลที่มักมีปัญหาการนอนหลับ ซึ่งจากการศึกษาการนอนหลับของผู้สูงอายุในโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยมหิดล ของ พัสมณต์, กัญญา และพัชรี (2538) พบว่าผู้สูงอายุนอนหลับปกติเพียงร้อยละ 18.2 และมีปัญหาการนอนหลับร้อยละ 81.8 ซึ่งได้แก่ การนอนหลับยาก (ร้อยละ 31.7) นอนหลับไม่สนิทตื่นขึ้นบ่อย ๆ กลางดึก (ร้อยละ 13) นอนหลับได้น้อยเพราะตื่นนอนเร็วกว่าปกติ (ร้อยละ 12.7) และมีอาการง่วงนอนมากตลอดวัน (ร้อยละ 14.4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยหลายโครงการที่พบปัญหาในการนอน คือ นอนไม่หลับ นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ การตื่นเร็วกว่าปกติ และตื่นเวลาหลับ (กันยารัตน์, 2540; ดวงใจ, 2540; วรณี, 2534; อำไพ และคณะ, 2535; Ferry, 1996; Foley, Monjan, Simonsick, Wallace & Blazer, 1999) ถึงแม้จะใช้เวลาในการนอนคืนละ 6 ชั่วโมงขึ้นไปก็ตาม แต่ก็มีการวิจัยที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่นอนหลับสนิทและเพียงพอในเวลากลางคืน โดยที่ไม่มีปัญหาการนอน (ขนิษฐา, 2542; รจนารถ, 2536) โดยเฉพาะผู้สูงอายุตอนต้น (65 - 74 ปี) เป็นกลุ่มที่นอนหลับได้เร็วกว่าผู้สูงอายุตอนกลาง (75 - 84 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย (85 ปีขึ้นไป) (Frain, 1998) สาเหตุของปัญหาการนอนทั้งคุณภาพ และปริมาณเกิด

จากปัจจัยทางด้านร่างกายและจิตใจ และปัจจัยรบกวนจากสิ่งแวดล้อม (พัสมณท์ และคณะ, 2538; Chiu et al., 1999; Eliopoulos, 2001) ซึ่งได้แก่ ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง การสูบบุหรี่ เป็นระยะเวลานาน ปัญหาโรคทางจิตใจ การมีเสียงดัง ห้องนอนมีแสงสว่างมากเกินไป เป็นต้น

เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุควรดูแลตนเองให้ได้รับการพักผ่อน และการนอนหลับที่เพียงพอ เลือกวิธีปฏิบัติเพื่อให้หลับได้ดี เช่น การอาบน้ำอุ่นก่อนนอน งดเว้นเครื่องดื่มที่มีส่วนประกอบของคาเฟอีนเพราะจะทำให้หลับยาก ไม่ควรดื่มน้ำมากเกินไปในช่วงเย็นหรือก่อนนอนเพราะจะทำให้ต้องตื่นขึ้นมาถ่ายปัสสาวะบ่อยทำให้ขัดขวางการนอนหลับ ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวัน และการทำจิตใจให้สบายก่อนเข้านอน เป็นต้น

5. การดูแลตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการมีเวลาเป็นส่วนตัว โดยปกติมนุษย์อยู่ร่วมกันในสังคมย่อมจะก่อให้เกิดการพบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและร่วมปฏิบัติกิจกรรมด้วยกัน แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม รวมถึงการลดบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุขาดการติดต่อสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมไปบ้าง ถึงแม้มนุษย์มีความพอใจ ที่จะอยู่คนเดียวตามลำพังและมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในบางโอกาสก็ตาม (Eliopoulos, 2001) แต่การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้สัมผัสกับการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม ทำให้ผู้สูงอายุมีพัฒนาการทางด้านอารมณ์ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ถูกทอดทิ้ง และการที่ผู้สูงอายุได้เข้าไปมีบทบาทในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับชุมชนของตนเอง เช่น กิจกรรมด้านศาสนา กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมพัฒนาชุมชน ตลอดจนงานประเพณีต่าง ๆ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และมีความพึงพอใจมาก (ศศิพัฒน์, 2540) จากการศึกษาวรรณิ (2534) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัวและเพื่อนบ้าน มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อำไพ และคณะ (2535) พบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัว และยังร่วมกิจกรรมภายในหมู่บ้าน การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมักจะออกมาในรูปของการพูดคุยกับเพื่อนบ้าน การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนหรือสังคมเมื่อมีโอกาสและไปวัดเมื่อมีกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น

6. การดูแลตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทุกระบบ การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลมีความจำเป็นเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และส่งผลให้ปราศจากความเจ็บป่วยได้ เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุจึงควรดูแลสุขภาพตนเองในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งได้แก่ การอาบน้ำ ผู้สูงอายุต้องระมัดระวังในการอาบน้ำเพราะจะเกิดแผลได้ง่าย จากการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทยโดย ดวงใจ (2540)

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้องในการทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลจะต้องดูแลความสะอาดของร่างกายส่วนต่าง ๆ ดังนี้ 1) การสระผม ควรสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง เพราะการสระผมบ่อย ๆ จะทำให้ผมแห้งมาก 2) การรักษาความสะอาดของปากและฟัน ควรทำความสะอาดปากและฟันหลังอาหารและก่อนนอน ผู้สูงอายุที่ยังมีฟันแท้ควรแปรงฟันโดยใช้แปรงที่มีขนแปรงนุ่ม ส่วนผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอม ควรถอดออกล้างทุกครั้งหลังอาหารและแช่ด้วยน้ำสะอาดไว้ในเวลากลางคืน 3) การดูแลมือ เท้า และเล็บ ควรดูแลเล็บมือเล็บเท้าให้สั้นและสะอาดอยู่เสมอ นวดนวดเท้า ฝ่าเท้าและสันเท้าเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต นอกจากนี้ควรใช้รองเท้าที่พอเหมาะและสวมใส่สบาย

ส่วนการตรวจสุขภาพประจำปี ก็เป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งผู้สูงอายุควรสังเกตความผิดปกติของร่างกาย และไปตรวจสุขภาพปีละ 1 ครั้ง เพื่อตรวจสอบความผิดปกติของร่างกาย และสามารถแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ทันที่ จากการศึกษาแบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสงขลา ของวรรณิ (2534) พบว่า ผู้สูงอายุไม่มีการตรวจร่างกายประจำปีเลย และซื้อยามารับประทานเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงใจ (2540) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี

7. การดูแลตนเองด้านการจัดการกับความเครียด ความเครียดเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่เกิดได้กับทุกคน (จำลอง และพริ้มเพรา, 2545) โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้อาจเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียด และปัญหาสุขภาพจิตกับผู้สูงอายุได้ จากการศึกษาของ ศิริวรรณ (2543) พบว่าปัญหาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ 4 ด้าน คือ ปัญหาในเรื่องความรู้สึกเหงาหรือว่าเหว่ ปัญหาในการเข้ากับคนในบ้านไม่ได้ ปัญหาความทุกข์ใจหรือเดือดร้อนรำคาญใจอันเนื่องมาจากคนในบ้านทะเลาะกัน และปัญหาเรื่องขาดคนดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะเครียด เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุจะต้องดูแลตนเองในด้านสุขภาพจิต สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และสามารถจัดการกับความเครียดได้ (Hill & Smith, 1990) ผู้สูงอายุจะต้องพยายามปรับตัวเพื่อป้องกันผลเสียที่เกิดจากภาวะเครียดให้ได้ ในการจัดการกับความเครียดบุคคลมักจะใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ (Lazarus & Folkman, 1984) การมุ่งแก้ปัญหาเป็นการเผชิญกับความเครียดโดยการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น จัดการกับแหล่งของความเครียดหรือจัดการกับตนเองโดยพยายามมุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และการจัดการกับอารมณ์เป็นการปรับอารมณ์ความรู้สึก เพื่อไม่ให้เกิดความเครียด นอกจากนี้ปราณี (2536) ได้เสนอวิธีในการบรรเทาภาวะเครียดในผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. เข้าใจและยอมรับความจริงของการเปลี่ยนแปลง และความไม่แน่นอนต่าง ๆ เกี่ยวกับสภาพของตนเอง ครอบครัว และสังคม

2. ฝึกตนฝึกจิตใจอยู่ในหลักธรรม ไม่หลงอยู่ในลาภยศสรรเสริญ มุ่งสร้างคุณภาพภูมิใจจากการทำความดี
3. ทำตนให้เป็นที่เคารพรักของคนทั่วไป ซึ่งสามารถแสดงออกได้ทางกาย วาจา ใจ โดยไม่หวังผลตอบแทน และเคารพในความเห็นของบุคคลทั่วไป
4. ทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ หรือหาความบันเทิงจากสิ่งที่ตนพอใจ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ดูแลต้นไม้ เป็นต้น
5. ช่วยเหลือครอบครัว สังคม เท่าที่กำลังกายและสติปัญญาของตนเองจะอำนวย

จากการศึกษาของชนิษฐา (2542) พบว่าผู้สูงอายุมีวิธีการจัดการกับความเครียดคือ การทำจิตใจให้ร่าเริง ไม่เอาเรื่องทุกข์มาเป็นกังวล ทำตัวให้สนุกสนาน รู้จักการอภัย เลือกรับในสิ่งที่ตนชอบ และพูดระบายความทุกข์กับเพื่อนบ้าน และการรู้จักพอ คือ พอใจในสิ่งที่มียู่ พอใจในรูปลักษณะของตนเอง และการแก้ปัญหาที่ตรงจุดจะทำให้ปัญหาไม่ค้างค้ำจนก่อให้เกิดความเครียดหรือความกังวลเป็นเวลานานเกินไป ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยหลายโครงการที่พบว่า ผู้สูงอายุสามารถปรับตัว และจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการแก้ปัญหาด้วยวิธีต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น (กันยารัตน์, 2540; ดวงใจ, 2540; เพลินพิศ, 2542; รจนารถ, 2536) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาแบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุของวรรณิ (2534) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะโกรธง่าย จี้น น้อยใจ เอาแต่ใจตนเอง และเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจผู้สูงอายุมักปล่อยเลยตามเลยโดยไม่ได้แก้ไข

โดยสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุดังกล่าว พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่ไม่มีความรู้ในการดูแลตนเอง ซึ่งถ้าหากผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองที่ถูกต้องจะส่งผลถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้

#### แนวคิดคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดสำคัญที่ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวาง เพราะเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประเทศ เนื่องจากคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรจะทำให้การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ได้ดี และประสบผลสำเร็จตามมา ในปี พ.ศ. 2536 องค์การอนามัยโลกได้เล็งเห็นว่าคุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่เหมาะสมที่จะใช้ในการประเมินสุขภาพ (เสาวนีย์ และกรรณิการ์, 2546) และได้มีนักวิจัยหลายคนได้ใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตในการประเมินสุขภาพทั้งในบุคคลทั่วไปและในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ (Ferrans & Powers, 1992; Flanagan, 1978; Padilla & Grant, 1985; Yong & Longman, 1983) แต่อย่างไรก็ตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตและวิธีการประเมินก็ยังคงมีความหลากหลาย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความหมายของ

คุณภาพชีวิตที่มีความแตกต่างกัน เช่น ความพึงพอใจ ความผาสุก การรับรู้ประสิทธิภาพหรือความสามารถในการดำรงชีวิตของบุคคล

มีเบิร์ก (Meeberg, 1993) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกถึงความพึงพอใจทั้งหมดของชีวิตภายใต้การตัดสินใจของแต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับแคมป์เบล (Campbell, 1976 cited by Ferrans & Powers, 1992) ชาน (Zhan, 1992) ย้ง และลองแมน (Yong & Longman, 1983) และเฟอร์รานส์ และ เพาเวอร์ (Ferrans & Powers, 1992) ที่ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ในมิติของความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้คุณภาพชีวิตยังมีความหมายในมิติที่แตกต่างออกไป เช่น ลูอิส (Lewis, 1982) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับของการมีคุณค่าในตัวเอง การมีจุดประสงค์ในชีวิต และปราศจากความวิตกกังวล และเบอร์คฮาร์ดท์ (Burckhardt, 1985) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่าเป็นผลรวมของการรับรู้ถึงความพึงพอใจ ความผาสุกทั้งทางร่างกาย จิตใจ การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับสังคม การที่บุคคลมีพัฒนาการที่ดี และการที่บุคคลประสบความสำเร็จในชีวิต สำหรับองค์การอนามัยโลก (The WHOQOL Group, 1996) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้เกี่ยวกับบทบาทและสถานะในการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคลภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

ในประเทศไทยมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและได้ให้ความหมายของแนวคิดดังกล่าวไว้มากมาย อาทิ สุวัฒน์ และคณะ (2540) ซึ่งได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าเป็นระดับของการมีชีวิตที่ดี การมีความสุข และความพึงพอใจในชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และการดำเนินชีวิตของปัจเจกบุคคลในสังคมภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน ส่วนอารีวรรณ (2541) ได้ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตว่าเป็นความสามารถในการดำรงชีวิตของบุคคลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อม การมีรายได้และความพึงพอใจในการดำรงชีวิต วรรณ (2543) สรุปว่าคุณภาพชีวิตหมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจและการรับรู้สถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม และสาวิตรี (2536) ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตว่าเป็นความรู้สึกพึงพอใจและความสุขที่แต่ละบุคคลรับรู้และตัดสินใจด้วยตนเอง

จากแนวคิดการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้นค่อนข้างใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นคุณภาพด้านจิตวิสัย (subjective) เป็นการวัดที่ครอบคลุมภาวะสุขภาพกาย จิต สังคม ตามที่บุคคลรับรู้และเป็นเรื่องของแต่ละบุคคล จึงสามารถสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง ระดับของความพึงพอใจในชีวิตที่บุคคลประเมินตนเอง โดยมีองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตซึ่งครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

### องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับแนวคิดของนักวิชาการแต่ละคน ฟลานาแกน (Flanagan, 1987) ได้จำแนกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์ และเปลี่ยนแปลงไปตามกลุ่มของบุคคลที่จะประเมินคือ

1. ความผาสุกทางด้านร่างกายและวัตถุ ความผาสุกทางด้านวัตถุรวมถึงการเงิน และความปลอดภัย เช่นการมีอาหารดี มีบ้านอาศัย มีความปลอดภัยในชีวิตทั้งในปัจจุบันและอนาคต ความผาสุกทางด้านร่างกาย เช่น การมีสุขภาพแข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ
2. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่นความสัมพันธ์ของกลุ่มสมรส บิดามารดา บุตร เพื่อน และบุคคลอื่น ๆ
3. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ชุมชน องค์กร และประชาชน เป็นการช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลอื่น รวมถึงองค์กรต่าง ๆ ชมรม และกลุ่มที่ให้ประโยชน์แก่สังคม
4. พัฒนาการและการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ เช่น มีพัฒนาการทางสติปัญญา เรียนรู้และเข้าใจตนเองมีการวางแผนในการพัฒนาตนเอง รับผิดชอบในการประกอบอาชีพ มีความคิดสร้างสรรค์และการแสดงออก
5. ได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่คิดสร้างสรรค์ขึ้นมา เช่นมีการพบปะสังสรรค์ในบ้าน และในสังคม ทำให้มีเพื่อนใหม่ และมีกิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ

ส่วนชาน (Zhan, 1992) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจในชีวิต เป็นการรับรู้ในสิ่งที่ตนเป็นอยู่ ได้แก่ความพึงพอใจในสภาพความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อม และการดำเนินชีวิต
2. ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกรู้สึกหรือความคิดเห็นที่มีต่อตนเอง การยอมรับ และการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง
3. ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถทาง ด้านร่างกาย สุขภาพ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
4. ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการรับรู้ถึงความพอใจในด้านสังคมทั่วไป รายได้ อาชีพ รวมถึงการศึกษา

สำหรับองค์การอนามัยโลกได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขึ้นมาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีความเหมาะสมที่จะใช้ประเมินคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นสากล เรียกว่า WHOQOL – 100 ประกอบด้วยองค์ประกอบ 6 ด้านคือ (สุวัฒน์ และคณะ, 2540; The WHOQOL Group, 1996)

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกาย ของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึก

สุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องกรนอนหลับ และการพักผ่อน รวมทั้งการรับรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง รวมถึงการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล เป็นต้น

3. ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (level of independence) คือ การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหว การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน และการรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งพาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

5. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ และการรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ และการรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

6. ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (spirituality/religion/personal beliefs) คือ การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อมั่นต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต และการเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ในชีวิต เป็นต้น

ต่อมาทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (The WHOQOL group) ได้จัดองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตขึ้นใหม่โดยรวบรวมองค์ประกอบเดิมในบางด้านเข้าด้วยกันคือด้านร่างกายกับด้านความเป็นอิสระของบุคคล และด้านจิตใจกับด้านความเชื่อส่วนบุคคลจึงทำให้เหลือเพียง 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม

### การประเมินคุณภาพชีวิต

ในการประเมินคุณภาพชีวิต บุคคลอาจสามารถประเมินด้วยตนเอง หรือถูกประเมินโดยบุคคลอื่น ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นบุคลากรด้านสุขภาพ ในการประเมินคุณภาพชีวิตมีความหลากหลายและแตกต่างกัน ในอดีตมักมีการประเมินโดยใช้โครงสร้างมิติเดียว คือใช้คำถามเดียวเพื่อวัดคุณภาพชีวิต (Stromborg, 1992) ต่อมาได้มีการศึกษาวิจัย พบว่าการประเมินคุณภาพชีวิตด้านเดียวไม่สามารถครอบคลุมคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างแท้จริง (Padilla & Grant, 1985) จึงได้มีการประเมินโดยใช้โครงสร้างหลายมิติด้วยคำถามตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ซึ่งโครงสร้างหลายมิติจะช่วยให้มองเห็นภาพรวมคุณภาพชีวิตของบุคคลได้ นอกจากนี้ Zhan (1992) และ Meeberg (1993) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรประเมินให้ครอบคลุมทั้งด้านวัตถุวิสัย (objective) ซึ่งเป็นการประเมินโดยอาศัยข้อมูลที่เป็นรูปธรรมสามารถมองเห็นได้ เช่น อาชีพ การศึกษา รายได้ เป็นต้น และด้านจิตวิสัย (subjective) ซึ่งเป็นการประเมินจากการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุก และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น

ดังนั้นจึงได้มีผู้สร้างแบบวัดคุณภาพชีวิตขึ้นมากมาย ไม่ว่าจะเป็นวัดคุณภาพชีวิตของบุคคลทั่วไป หรือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคต่าง ๆ เช่น ย้ง และลองแมน (Yong & Longman, 1983) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเมลาโนมา (Melanoma) และได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิต (QLQ: Quality of Life Questionnaire) ซึ่งแบบวัดคุณภาพชีวิตนี้มีโครงสร้างในการประเมิน 3 ด้าน คือ 1) ด้านการพึ่งพาผู้อื่น 2) ด้านอาการแสดงที่ก่อให้เกิดความรุนแรงของโรค และ 3) ด้านพฤติกรรมแสดงออกทางด้านร่างกาย และทัศนคติโดยทั่วไป เฟอร์รานส์ และเพาเวอร์ (Ferrans & Powers, 1992) ได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตจากผู้มีสุขภาพดีกับผู้มีประสบการณ์การเจ็บป่วย โดยวัดในมิติความพึงพอใจด้านจิตวิสัย ซึ่งเรียกว่าดัชนีคุณภาพชีวิต (QLI: Quality of Life Index) ซึ่งแบบวัดคุณภาพชีวิตนี้ประเมินตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ 1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ของร่างกาย 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และ 4) ด้านครอบครัว นอกจากนี้ฟลานาแกน (Flanagan, 1978) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของชาวอเมริกาจากการรวบรวมความคิดเห็นของประชากรทั่วประเทศ แล้วนำข้อคิดเห็นมาจัดกลุ่มได้ 5 องค์ประกอบหลักตามองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต คือ 1) ความผาสุกทางด้านร่างกายและวัตถุ 2) สัมพันธภาพระหว่างบุคคล 3) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม 4) พัฒนาการและการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ และ 5) การได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่คิดสร้างสรรค์ขึ้นมา

นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตโดยทีมงาน WHOQOL group ซึ่งประกอบด้วยสมาชิก 15 ประเทศขึ้นเพื่อให้เกิดความเป็นสากลและใช้ได้หลากหลายวัฒนธรรม โดยครั้งแรกจะมีข้อคำถาม 277 ข้อ และได้ถูกนำไปใช้ศึกษานำร่องในประเทศต่าง ๆ



หลายครั้ง และนำผลที่ได้มาปรับปรุงให้เครื่องมือมีประสิทธิภาพมากขึ้นในปี ค.ศ. 1996 แบบวัดคุณภาพชีวิตได้รับการปรับปรุงจนเหลือข้อคำถามเพียง 100 ข้อ และเรียกเครื่องมือนี้ว่าแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก WHOQOL – 100 (World Health Organization Quality of Life – 100) ซึ่งถือว่าเป็นแบบวัดที่เป็นสากล สามารถนำไปใช้ในประเทศต่าง ๆ ได้ ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล

ในประเทศไทยกรมสุขภาพจิตได้นำแบบประเมินดังกล่าวมาแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบความถูกต้องทางด้านเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นผู้ตรวจสอบความตรงทางภาษา และในปี พ.ศ. 2540 เขวลักษณ์ (2540) ได้นำเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 100 ฉบับภาษาไทยที่แปลไว้นั้นมาใช้วัดคุณภาพชีวิตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 และในปีเดียวกันนี้องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาเครื่องมือคุณภาพชีวิตขึ้นมาใหม่โดยใช้วิธีการทางสถิติวิเคราะห์องค์ประกอบภายในของเครื่องมือ (factor analysis) และได้มีการรวมข้อคำถามบางข้อเข้าด้วยกันจนเหลือคำถามเพียง 4 ด้าน จำนวน 26 ข้อ ซึ่งวัดโดยตัวชี้วัดเหล่านี้ได้มาจากข้อคำถามที่มีอยู่ในฉบับเดิม หลังจากนั้น สุวัฒน์และคณะ (2540) ได้พัฒนาเครื่องมือชุดนี้เพื่อให้ได้รูปแบบของคำถามที่เหมาะสมกับการนำมาใช้กับคนไทยในภาพรวมมากยิ่งขึ้น โดยศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของประชากรไทยทั้งชายและหญิงอายุ 17 – 60 ปี โดยได้เปรียบเทียบค่าคะแนนคุณภาพชีวิตที่วัดได้จากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัดกับเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ (WHOQOL – BREF – THAI) และได้ค่าความสัมพันธ์ระหว่างเครื่องมือทั้งสองมีค่าเท่ากับ 0.65 และค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือชุดฉบับย่อได้เท่ากับ 0.84 จากการศึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่าเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อนั้นนอกจากใช้ง่าย สะดวก และรวดเร็วแล้วยังมีความสอดคล้องกับเครื่องมือชุดเดิม และมีความเชื่อมั่นสูงด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมามีนักวิจัยหลายท่านได้นำเครื่องมือชุดนี้ไปใช้ศึกษาคุณภาพชีวิตของบุคคลหลายกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยจิตเวช (เสาวลักษณ์, 2545) ผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ (Yoshida, 2001) และผู้สูงอายุ (วรรณ, 2543) สำหรับการศึกษาค้นคว้าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ วรรณ (2543) ได้ศึกษาในผู้สูงอายุเขตภาคใต้ตอนบน และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85

ต่อมาในปี พ.ศ. 2544 สุนุดตรา และคณะ (2544) ได้นำเครื่องมือชุดนี้มาศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ทั้งเขตเมืองและเขตชนบท โดยได้ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความตรงและมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น จากการหา

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคได้เท่ากับ 0.89 และสรุปว่าเครื่องมือชุดนี้มีความเหมาะสมที่จะใช้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อดังกล่าวมาเป็นเครื่องมือในการศึกษา เพราะเครื่องมือดังกล่าวมีความเชื่อมั่นสูง มีเนื้อหาครอบคลุมตามองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านคือองค์ประกอบ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสภาพแวดล้อม และผ่านการใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ซึ่งจะทำการศึกษารุ่นนี้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ และผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

### ค ว ณ ภา พ ชี วิ ต ข อ ง ผู้ ส ูง อ า ย ุ

การศึกษารุ่นนี้เป็นการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน โดยศึกษาอำนาจในการทำนายของการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลานจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั่วไป ทั้งที่เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในสถานพยาบาล (Tseng & Wang, 2001) ผู้สูงอายุในชุมชนแออัด (สมพร, 2542) ผู้สูงอายุในชนบท (จินตนา, 2539; ศิราณี, 2542; สุวัฒน์ และคณะ, 2543; Matsubayashi, Okumiya, Osaki, Fujisawa & Dio, 1997; Rickelman, et al., 1994) ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ (สมคิด และคณะ, 2538) และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย (กอบกุล, 2541; กันยารัตน์, 2540; ฉัตรทอง, 2540; ดวงใจ, 2540; นิทรา, 2542; พิรนุช, 2540; วรรณ, 2543; วาสนา, 2540; ศิริพร, 2540; สะอึ้ง, 2538; อารีวรรณ, 2541; เอกรัตน์, 2540) การศึกษาในอดีตดังกล่าวเป็นการศึกษาคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบต่าง ๆ ที่นักวิชาการแต่ละคนได้กำหนดขึ้น จึงทำให้ผลของการศึกษาคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกัน ตามองค์ประกอบเฉพาะของแต่ละงานวิจัย ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้องค์ประกอบคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งเป็นสากลและสามารถวัดได้ครอบคลุม หรือเป็นองค์รวมโดยประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย คือ การรับรู้ความสามารถของร่างกายของบุคคลที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การที่ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง รับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่เจ็บปวด และสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และพอใจในเรื่องการพักผ่อน นอนหลับ ย่อมส่งผลให้มีความพึงพอใจในชีวิต การรับรู้ความสามารถด้านร่างกาย มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ เนื่องจาก 1) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง (Eliopoulos, 2001; Miller, 1995 cited by Allender & Spradley, 2001) และส่วนใหญ่เป็นโรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งมักส่งผลให้มีอาการปวดเมื่อยตามตัว ปวดหลัง ปวดข้อต่าง ๆ (จันทร์เพ็ญ และคณะ, 2540; ดนัย และมลลิตี, 2545; ศิริวรรณ, 2543; อารมณ และคณะ, 2532; อารีวรรณ, 2541) อาการเหล่านี้ส่งผลกระทบ

ต่อการเคลื่อนไหวของร่างกายในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือการเดินทางไปไหนมาไหน และบางครั้งต้องพึ่งพาการรักษา จึงจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ 2) แบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปทำให้ประสบปัญหาในการนอน เช่น การนอนไม่หลับ นอนหลับ ๆ ตื่น ๆ การตื่นเช้ากว่าปกติ และตื่นเวลาหลับ (กันยารัตน์, 2540; ดวงใจ, 2540; วรรณิ, 2534; อัมไพ และคณะ 2535; Foley et al., 1999) และ 3) ผู้สูงอายุมีภาระในการเลี้ยงดูหลานที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุรู้สึกว่าการเลี้ยงหลานทำให้เหนื่อยล้า ไม่มีเวลาพักผ่อน (อัจฉราพร และคณะ, 2544) และจากการศึกษาของ ซิโนแวกซ์ และคณะ (Szinovacz et al., 1999) พบว่า ผู้สูงอายุผู้เป็นย่า/ยาย จะมีอาการซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเมื่อต้องเลี้ยงดูหลาน

องค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อผู้สูงอายุ และจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับดีส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ไม่มีปัญหาสุขภาพ และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี (กันยารัตน์, 2540; ศิราณี, 2542; ศิริพร, 2540; เอกรัตน์, 2540; Rickelman et al., 1994; Tseng & Wang, 2001) ส่วนผู้สูงอายุ ที่มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลาง ส่วนมากมักเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจากการมีโรคประจำตัว ปัญหาการนอนหลับ และปัญหาการรับประทานอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (ฉัตรทอง, 2540; นิพรา, 2542; วรรณิ, 2543; วาสนา, 2540; สมพร 2542; อารีวรรณ, 2541; Young & Longman, 1983)

2. ด้านจิตใจ คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเองในเรื่องต่าง ๆ เช่น การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมถึงการรับรู้ถึงความเชื่อต่าง ๆ ของตนเองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เป็นองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่มีความสำคัญในผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยลง จึงส่งผลกระทบต่อรับรู้ภาพลักษณ์ หรือการลดบทบาทในครอบครัว หรือในหน้าที่การงาน ทำให้ความภาคภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (อัญชติ, 2545) สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุโดยอาจก่อให้เกิดความเหงา และมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น (สมพร, 2542; อารีวรรณ, 2541) จากการศึกษาของ วารี (2541) ที่ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะฉะนั้นถ้าผู้สูงอายุสามารถรับรู้การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นด้วยความรู้สึกที่เข้าใจจะสามารถแก้ปัญหาและปรับสภาพจิตใจให้มีความสุข รวมทั้งสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม คือ การรับรู้ความสัมพันธ์ของตนกับผู้อื่น การได้รับความช่วยเหลือหรือการให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น รวมถึงการรับรู้เรื่องอารมณ์ทางเพศเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะมนุษย์ทุกคนต้องอยู่ร่วมกันในสังคมไม่ว่าในระดับครอบครัว ชุมชน ถึงแม้ว่าวัยสูงอายุจะมีสัมพันธ์ภาพทางสังคมลดลงจากการเปลี่ยนแปลงหน้าที่

และบทบาททางสังคม แต่ผู้สูงอายุก็สามารถแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่น ๆ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และกลุ่มทางสังคมได้ จากผลของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จะก่อให้เกิดความรู้สึกรักใคร่ ผูกพัน การไปมาหาสู่ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นอกจากนี้การมีความสัมพันธ์ทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุมีพัฒนาการด้านอารมณ์ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ส่งผลให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี (ศรีเรือน, 2545; Eliopoulos, 2001) จึงพบว่าผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มทางสังคมจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข และมีความพึงพอใจในชีวิต (Creezy, Berg & Wright, 1985) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับดี (กันยารัตน์, 2540; จัทรทอง, 2540; ดวงใจ, 2540; นิทรา, 2542; สมพร, 2542; ศิราณี, 2542; ศิริพร, 2540; อารีวรรณ, 2541; เอกรัตน์, 2540)

นอกจากนี้ความสัมพันธ์ทางสังคมยังรวมถึงการรับรู้เรื่องอารมณ์ทางเพศอีกด้วย แต่งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ หรืออารมณ์ทางเพศกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุยังไม่ปรากฏชัดเจน เนื่องจากโดยพื้นฐานวัฒนธรรมไทยไม่ชอบเปิดเผยเรื่องเพศไม่ว่าจะเป็นคนทั่วไป หรือผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี มีคู่สมรสที่พึงพอใจก็ยังคงต้องการความสุขในเพศสัมพันธ์ แต่อาจจะลดความถี่ลง (ศรีเรือน, 2545) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายยังคงแสวงหาความสุขในเพศสัมพันธ์ (Lefrancois, 1993; Papalia & Olds, 1995 อ้างตาม ศรีเรือน, 2545) แต่เพราะความเสื่อมของร่างกายทำให้ความต้องการทางเพศของผู้สูงอายุลดลงกว่าวัยกลางคน และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (วิไลวรรณ, 2545; Papalia & Olds, 1995 อ้างตาม ศรีเรือน, 2545) จะเห็นได้ว่าการรับรู้เรื่องอารมณ์ทางเพศก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

4. ด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต การที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีความมั่นคง ปลอดภัย ไม่แออัด ได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น รวมถึงการมีรายได้ที่เพียงพอและสามารถเข้าถึงแหล่งบริการต่าง ๆ ได้สะดวก ย่อมส่งผลให้มีความพึงพอใจในชีวิต คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมจะเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอยู่ 3 ประเด็น คือ 1) สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ 2) รายได้และค่าใช้จ่ายประจำ และ 3) การได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทจะมีความแตกต่างกันทั้งสภาพแวดล้อม ชีวิตความเป็นอยู่ และสภาพเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน สำหรับจังหวัดสุราษฎร์ธานี ในปัจจุบันมีสภาพเป็นทั้งสังคมเมือง กึ่งเมือง และชนบท สำหรับในเขตเมืองจะมีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจทั้งภาคอุตสาหกรรม และงานบริการต่าง ๆ ในขณะที่เขตชนบทประชากรส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งจะมีรายได้ไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับฤดูกาล และราคาสินค้าเกษตรที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (ศูนย์ข้อมูลจังหวัดสุราษฎร์ธานี, 2546) นอกจากนี้ความแออัดของที่อยู่อาศัย หรือมลพิษต่าง ๆ ของเขตเมืองก็เป็นสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ดังกล่าวได้เช่นกัน สำหรับในส่วนของการได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นนั้น เนื่องจาก

ปัจจุบันเทคโนโลยีในการสื่อสารมีความเจริญก้าวหน้าและครอบคลุมในทุกพื้นที่ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการดำรงชีวิตได้อย่างทั่วถึง

จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้จึงพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด หรือสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยไม่สะอาด ประเมินคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมไม่ดี (สมพร, 2542) อย่างไรก็ตามงานวิจัยส่วนใหญ่ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีความพอใจกับสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัย (กันยารัตน์, 2540; ฉัตรทอง, 2540; ดวงใจ, 2540; นิทรา, 2542; วาสนา, 2540; ศิริพร, 2540; เอกรัตน์, 2540) เนื่องจากอาศัยอยู่ในที่ไม่มีมลภาวะ เป็นพิษ ไม่มีความแออัดของบ้านเรือน มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เพียงพอ จึงประเมินคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี

นอกจากนี้องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อมยังรวมถึงการมีรายได้ที่เพียงพอ ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุประเมินว่ามีรายได้อยู่ในระดับต่ำเนื่องจาก มีฐานะยากจน มีหนี้สิน (สมพร, 2542) ไม่ได้ประกอบอาชีพ อาศัยอยู่กับบุตรหลานและไม่มีรายได้เป็นของตนเอง (ฉัตรทอง, 2540; วาสนา, 2540; ศิราณี, 2542; ศิริพร, 2540; สะอึ้ง, 2538)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามองค์ประกอบด้านต่าง ๆ ทั้ง 4 ด้านมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น คุณลักษณะของผู้สูงอายุ ลักษณะครอบครัว และสิ่งแวดล้อมทั้งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต สิ่งเหล่านี้จึงทำให้ผู้สูงอายุประเมินคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

### *ปัจจัย ที่มีอิทธิพล ต่อการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ*

จากแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองประกอบด้วยความต้องการในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยปัจจัยพื้นฐานมีส่วนเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบดังกล่าว ซึ่งปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดของโอเร็มได้แก่ ปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา พัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สภาพที่อยู่อาศัย ปัจจัยทางระบบบริการ แหล่งประโยชน์ ดังนั้นการที่จะส่งเสริมให้บุคคลสามารถประกอบกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นในแต่ละสถานการณ์ได้นั้น จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องด้วย นอกจากนี้โอเร็มยังกล่าวว่าการดูแลตนเองมีผลต่อสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล ซึ่งในที่นี้คือคุณภาพชีวิตนั่นเอง ด้วยเหตุนี้ปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวนอกจากจะมีผลต่อการดูแลตนเองแล้วยังอาจมีผลต่อคุณภาพชีวิตอีกด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มี

ผู้วิจัยนำปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวมาศึกษาความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากมาย เช่น ปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ลักษณะครอบครัว ภาวะสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. อายุ เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงวัยของแต่ละบุคคล สำหรับผู้สูงอายุความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงตามลำดับ อย่างไรก็ตามผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นจะมีความเสื่อมของร่างกายและจิตใจเกิดขึ้นไม่มากนัก (Ebersole & Hess, 1988 ; Elopoulus, 2001) ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้เหมือนกับวัยผู้ใหญ่ จึงมักพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นมีการดูแลตนเองได้ดีกว่าทุกกลุ่มอายุ (รจนารถ, 2536) แต่เมื่อมีอายุมากขึ้นจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลงต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นจึงมักรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระ ไม่มีคุณค่า ส่งผลให้ประเมินคุณภาพชีวิตไม่ดี (ประภาพร, 2536) สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (วรรณนา, 2543; ศิราณี, 2542; สมพร, 2542; สุวัฒน์ และคณะ, 2543) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สมคิด และคณะ (2538) ที่พบว่าผู้สูงอายุสตรีที่มีอายุต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่เหมือน ๆ ในกันทุกกลุ่มอายุ จึงส่งผลให้การประเมินคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

2. การศึกษา เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการพัฒนาคความรู้ สติปัญญาและทักษะชีวิต ทำให้มีโอกาสแสวงหาคำความรู้ รับรู้ข่าวสารต่าง ๆ ที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพดีได้ (เกษม และกุลยา, 2528) สอดคล้องกับ เพ็นเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวว่า การศึกษาทำให้มนุษย์มีการพัฒนาทางปัญญา มีความรู้ และความสามารถที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ดี และผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลตลอดจนรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของรจนารถ (2536) และอัมพรพรรณ และคณะ (2539) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อยกว่า

ดังที่กล่าวข้างต้นว่าการศึกษาทำให้มีการพัฒนาทางด้านสติปัญญา จึงช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาดังต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต จึงมักพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีการศึกษาสูงมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย (กันยรัตน์, 2540; ฉัตรทอง, 2540; มาลี และสุทธิศรี, 2538; วาสนา, 2540; ศิริพร, 2540; สัจญา, 2544; เอกรัตน์, 2540; Tseng & Wang, 2001)

3. รายได้ เป็นตัวบ่งบอกถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต และยังเป็นแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนการดูแลตนเอง (Orem, 2001) จากการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมสูงกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยและไม่มีการศึกษา (รจนารถ, 2536; อัมพรพรรณ และคณะ, 2539) รายได้ยังทำให้

ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ กลุ่มทางสังคมต่าง ๆ รายได้จึงมีความสัมพันธ์กับการตรวจร่างกายประจำปี การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (กันยารัตน์, 2540; ฉัตรทอง, 2540; ดวงใจ, 2540; วาสนา, 2540; ศิริพร, 2540; เอกรัตน์, 2540)

นอกจากนี้รายได้ยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ (ศรีเรือน, 2545) เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ และเหลือเก็บจะไม่มีควมวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายเมื่อยุติการประกอบอาชีพ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี รายได้จึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีงานวิจัยมากมายพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ (กอบกุล, 2541; กันยารัตน์, 2540; ฉัตรทอง, 2540; ดวงใจ, 2540; มาลี และคณะ, 2535; มาลี และสุทธิศรี, 2538; วรรณ, 2543; วาสนา, 2540; ศิริพร, 2540; สัญญา, 2544; สมคิด และคณะ, 2538; สุวัฒน์ และคณะ, 2543; เอกรัตน์, 2540; Tseng & Wang, 2001; Zhan, 1992)

4. ลักษณะครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมายสำหรับผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นแหล่งให้การสนับสนุน เช่น การให้กำลังใจ ให้ความรักความเอาใจใส่ ให้ความเคารพนับถือ ให้ข้อมูลและแลกเปลี่ยนข่าวสาร รวมถึงให้การสนับสนุนด้านความคิดและการตัดสินใจ นอกจากนี้ลักษณะครอบครัวยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเอง (Orem, 2001) และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะฉะนั้นแรงสนับสนุนจากครอบครัว จึงมีผลต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า ไม่เหงา ไม่ว่าห่วย สามารถปรับตัวรับสภาพการเปลี่ยนแปลงในทุกสถานการณ์ได้ดี (ศรีเรือน, 2545) ความรู้สึกดังกล่าวย่อมนำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต ดังเช่นการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวขยาย ที่ประกอบด้วยบุตรหลายคนมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว หรืออาศัยอยู่กับญาติที่ไม่มีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิด (รจนารถ, 2536) และนอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวขยายจะมีคุณภาพชีวิตในระดับสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวเดี่ยว และลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต (กันยารัตน์, 2540; วาสนา, 2540; สมพร, 2542; อารีวรรณ, 2541; Tseng & Wang, 2001) แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวก็แตกต่างจากการศึกษาของ อัมพรพรรณ และคณะ (2539) ที่พบว่าลักษณะครอบครัวของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันไม่ทำให้การดูแลตนเองมีความแตกต่างกัน

5. สถานภาพสมรส คู่สมรสถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของบุคคล โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เนื่องจาก คู่สมรสจะเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด และยาวนานกับผู้สูงอายุมากที่สุด (Rickelman et al., 1994) คู่สมรสนอกจากจะช่วยเหลือแบ่งเบาภาระแล้ว ยังเป็นผู้ให้ความรักความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ จากการศึกษาของ ฮับบาร์ค, มูทเลนแคมป์ และบราวน์ (Hubbard,

Muhlenkamp & Brown, 1984) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติ การดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มที่มีคู่สมรสมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะดูแลตนเอง ได้ดีกว่าคนโสด สอดคล้องกับการศึกษาของรจนารด (2536) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ โสด หม้าย หย่า แยก นอกจากนี้สถาน ภาพสมรสยังมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเนื่องจากแรงสนับสนุนจากคู่สมรสทำให้ผู้ สูงอายุมีความเชื่อมั่นและรู้สึกมีคุณค่า ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีการศึกษามากมายที่พบว่า ผู้สูง อายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก (ฉัตรทอง, 2540; ดวงใจ, 2540; มาลี และคณะ, 2535; วาสนา, 2540; ศิริพร, 2540; สมคิด และคณะ, 2538; สะอึ้ง, 2538; อารีวรรณ, 2541; เอกรัตน์, 2540)

จะเห็นว่าการศึกษาที่ผ่านมามีส่วนใหญจะเป็นการศึกษาเฉพาะปัจจัยส่วนบุคคล และ ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับคุณภาพชีวิต สำหรับการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษายปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่เลี้ยงดูหลาน ผู้วิจัยจึงได้เลือกที่จะศึกษา เฉพาะปัจจัยด้านภาวะสุขภาพ และประสบการณ์ในการเลี้ยงดูหลาน เพื่อศึกษาว่าปัจจัยดังกล่าว จะสามารถทำนายคุณภาพชีวิต ของประชากรกลุ่มนี้ได้มากน้อยเพียงใด ทั้งนี้การเลือกปัจจัยดังกล่าว ได้มีข้อเสนอแนะดังรายละเอียดต่อไปนี้

*ภาวะสุขภาพ* ภาวะสุขภาพเป็นตัวบ่งบอกถึงความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย และจิตใจทำให้มีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมและเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ ภาวะสุขภาพไม่ใช่ เป็นเพียงการปราศจากโรคและความพิการเท่านั้นยังรวมถึงภาวะความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมด้วย (Pender, 1996) ถึงแม้งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีสุขภาพ ที่เสื่อมถอยลงและมักจะประสบปัญหาจากการเป็นโรคเรื้อรัง (จันทร์เพ็ญ, 2543; จันทร์เพ็ญ และ คณะ, 2540; นภาพร และจอสัน, 2539; มาลีณี และศิริวรรณ, 2544; ศิริวรรณ, 2543) แต่ก็มงานวิจัยพบว่า ถ้าผู้สูงอายุมีร่างกายที่แข็งแรงก็สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้และส่งผลให้มี คุณภาพชีวิต ที่ดี (Tseng & Wang, 2001) ในขณะเดียวกันถ้าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวและจะต้องรับผิดชอบในการ ดูแล หลานอาจทำให้เกิดความเครียดส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้ดังนี้ รุจา (2535) ได้กล่าวว่าผู้ดูแลผู้อื่น ควร เป็นผู้ที่มีความสุขดีในกรณีที่ผู้ดูแลมีความสุขไม่คิดแต่ต้องรับภาระในการดูแลบุคคลในครอบครัว จะ ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดได้ จากการศึกษาของ สมคิด และคณะ (2538) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิต ของสตรีสูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ทั้งนี้เพราะโรคบางอย่างที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุก่อให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานไม่สามารถทำกิจ กรรมต่าง ๆ ได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อถอย ทำให้มีความพอใจในชีวิตน้อยลง และส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของกอบกุล (2541) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูง



อายุที่มีโรคประจำตัว และสมพร (2542) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเทศบาลนครขอนแก่นที่พบว่าปัญหาสุขภาพร่างกายและจิตใจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุ ดังนั้นภาวะสุขภาพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สันนิษฐานว่าอาจมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของประชากรผู้สูงอายุที่เลี้ยงคูหลาน

*ประสบการณ์ในการเลี้ยงคูหลาน* การที่บุคคลมีประสบการณ์ในกิจกรรมใด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมนั้นบ่อย ๆ หรือปฏิบัติคล้ายคลึงกับในอดีตที่ผ่านมา จนทำให้เกิดการรับรู้ถึงความสำเร็จและความชำนาญในกิจกรรมนั้น ๆ ได้ เพราะอดีตของบุคคลจะมีบทบาทสำคัญ ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลนั้นในปัจจุบัน (Maimann et al., 1982 อ้างตาม สฤษฎ์, 2536) ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์จากการเลี้ยงคูบุตรของตนเอง หรือมีประสบการณ์การเลี้ยงคูหลานมาก่อนจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องจนเกิดความมั่นใจและลดความเครียดหรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงหลานได้ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาไม่พบว่ามีการศึกษาถึงประสบการณ์ในการเลี้ยงคูหลานของผู้สูงอายุว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตอย่างไร แต่จากการศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาในการดูแลเด็กของผู้สูงอายุพบว่า ระยะเวลาในการดูแลที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและสามารถที่จะเผชิญปัญหาหรือความยากลำบากในการดูแลได้ดีขึ้น (Bull, 1990 อ้างตามไพรินทร์, 2543)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า การศึกษาเรื่องการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยส่วนใหญ่มุ่งที่จะศึกษาเฉพาะความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับการดูแลตนเอง หรือปัจจัยพื้นฐานกับคุณภาพชีวิตอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น และเนื่องจากยังไม่พบการศึกษาถึงความสัมพันธ์ หรืออำนาจในการทำนายของการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ มีความสัมพันธ์และมีอำนาจในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้หรือไม่ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่เลี้ยงคูหลานซึ่งจะมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุทั่ว ๆ ไป ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาอำนาจในการทำนายของตัวแปรต่าง ๆ ดังกล่าวคือ การดูแลตนเองด้านโภชนาการ ด้านการขับถ่าย ด้านการทำกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการมีเวลาเป็นส่วนตัว ด้านการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด ภาวะสุขภาพ และประสบการณ์ในการเลี้ยงคูหลาน และคิดว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการกำหนดแผนในการส่งเสริมการดูแลตนเองของประชากรกลุ่มนี้ต่อไป