

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลกมีผลทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากรายงานประชากรผู้สูงอายุโลก ปี พ.ศ. 2536 มีผู้สูงอายุ 365 ล้าน คน หรือร้อยละ 6.4 ของประชากรโลก (World Health Organization, 1994) และในปี พ.ศ. 2537 องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2537 เพิ่มขึ้นประมาณ 800,000 คน ต่อเดือน (Nakajima, H., 1994) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีจำนวนที่เพิ่มขึ้นมากกว่าประเทศอุตสาหกรรม ดังเช่นประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ใช้เวลาน้อยกว่า 30 ปี ในขณะที่ประเทศฝรั่งเศสต้องใช้เวลานานถึง 115 ปี จึงจะมีอัตราเพิ่มเท่ากัน (Kinsella, K.G., 1994) สำหรับในภูมิภาคเอเชียคาดว่าประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มจากร้อยละ 4.4 ในปี พ.ศ. 2526 เป็นร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2568 (จันทร์ธน์ ระเบียบโลก, 2536) ฉะนั้นจึงคาดการณ์ได้ว่าภายใน 30 ปีข้างหน้าทั่วโลกจะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 850 ล้านคน (Kinsella, K.G., 1994) ซึ่งแสดงอย่างเด่นชัดว่าจำนวนผู้สูงอายุในสังคมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และกำลังจะกลายเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ในอนาคตอันใกล้ สาเหตุสำคัญของการเพิ่มประชากรผู้สูงอายุสืบเนื่องมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละประเทศร่วมกับความเจริญก้าวหน้าทั้งภาคเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุข จึงมีผลให้อัตราการป่วยและอัตราการตายของประชากรลดลงทำให้อายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น (อรทัย รวยอาจิม, 2536) และจากสมมติฐานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงระดับการตายกำหนดให้อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดระหว่าง ปี พ.ศ. 2513-2518 ถึง ปี พ.ศ. 2543-2548 เพิ่มจาก 57.73 ปี เป็น 65.99 ปี สำหรับเพศชาย และเพิ่มจาก 61.57 ปี เป็น 70.04 ปี สำหรับเพศหญิง (สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528) อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่าจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นจำนวนหนึ่ง จะเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพเป็ยงเบนไป มีภาวะโรคเรื้อรังหรือโรครวมรณภาพอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ ทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่าย และเมื่อเจ็บป่วยมักจะมีความรุนแรง ใช้เวลานานในการฟื้นฟูกลับสู่สภาพปกติ (Crimmins, Saito and Ingegneri, 1989 อ้างใน นภาพร ไขววรรณ และคณะ, 2533) จากการเปลี่ยนแปลงที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมด้วย ทำให้ประชากรผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ควรให้การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็นพิเศษ เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่ง

ภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ อีกทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (Stollerman, G.H., 1994)

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่กำลังประสบปัญหาอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุ จากสถิติผู้สูงอายุในประเทศไทยอัตราส่วนร้อยละของประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.9 ในปี พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 7.3 ในปี พ.ศ. 2533 (บุญเลิศ เลี้ยวประไพ, 2535) จากการสำรวจประชากรกลางปี พ.ศ. 2538 พบว่ามีประชากร 59.38 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 4.82 ล้านคน (กองสาธารณสุขภูมิภาค, มปป.) หรือคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (นภาพร ชโยวรรณ และคณะ, 2533) โดยภาคเหนือตอนบนจะมีสัดส่วนประชากรสูงอายุสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 12.5 (Pejaramoda, 1996) ดังได้กล่าวมาแล้วว่ากลุ่มผู้สูงอายุมักจะมีภาวะเจ็บป่วยร่วมด้วย ทั้งที่เป็นโรคเรื้อรังและไม่เรื้อรังอันเนื่องมาจากความเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงของร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาท หัวใจ หลอดเลือด ต่อมไร้ท่อต่าง ๆ และกล้ามเนื้อ การเปลี่ยนแปลงนี้มักจะทำให้เกิดซ้ำ ๆ ในภาวะปกติด้วยระยะต่าง ๆ ก็จะทำให้หน้าที่ได้ตามปกติ แต่ในภาวะวิกฤต เช่น เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรักษาสภาวะสมดุลของร่างกายไว้ได้ ทำให้เกิดอาการผิดปกติและทำให้เป็นอันตรายแก่ชีวิตได้ง่าย (ไพโรจน์ อุณสมบัติ, 2533) อ้างใน คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา, 2534) จากสถิติสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2534 รายงานว่ากลุ่มผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราตายจากโรคหัวใจวายมากที่สุดถึงร้อยละ 45.9 รองลงมาได้แก่ วัณโรคปอดร้อยละ 45.3 เลือดออกในสมองและกระโหลกศีรษะร้อยละ 40.8 เนื้องอกร้ายร้อยละ 38.3 โรคตับและตับแข็งเรื้อรังร้อยละ 29.4 และโรคติดเชื้อของลำไส้ร้อยละ 23.0 (กองสถิติสาธารณสุข, 2534)

เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วร่วมกับภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่จะส่งผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของประชาชน ทำให้รัฐบาลให้ความสนใจในกิจกรรมผู้สูงอายุ ตลอดจนมา จึงจัดทำแผนปฏิบัติการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2525-2544) โดยได้ดำเนินกิจกรรมเป็นระยะ และในปี พ.ศ. 2535 ได้ปรับปรุงแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเพิ่มเติม (พ.ศ. 2535-2554) รวมทั้งได้มีการวางแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตประชากรในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) และฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ให้มีความสอดคล้องกับโครงสร้างของประชากรที่เปลี่ยนแปลง โดยเน้นการวิจัยบริการสาธารณสุข ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะ ผู้สูงอายุ ให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่ดี ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีบริการสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่า จัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลต่าง ๆ อีกทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุตระหนักและสนใจในการดูแลสุขภาพเพื่อเป็นการสร้างแบบแผนสุขภาพที่ดีสามารถดูแลสุขภาพช่วยเหลือตนเองได้อย่างดี ตลอดจนชมรมผู้สูงอายุและฝึกรอบรมอาสาสมัครสำหรับดูแลสุขภาพ

อนามัยผู้สูงอายุ (กรมการแพทย์, 2536; ชูศรี วงษ์เครือวัลย์, 2536; กองสาธารณสุขภูมิภาค, มปป.)

นอกจากนโยบายของรัฐบาล และความรับผิดชอบในการจัดบริการด้านสาธารณสุขให้กับผู้สูงอายุแล้ว ครอบครัวและผู้สูงอายุต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย แต่จากสภาพปัญหาทางเศรษฐกิจและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม จากสังคมเกษตรกรรมเข้าสู่ยุคอุตสาหกรรม และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวจากแบบครอบครัวขยายไปเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยบุตรหลาน ต้องประสบกับความยากลำบากโดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบทที่ถูกหลานในวัยทำงานต้องย้ายจากชนบทเข้าสู่ในเมืองเพื่อหางานทำ (เจริญ ปฏิภาณเทวา, 2536) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าไร้ค่า ขาดความอบอุ่นทางด้านจิตใจ จึงทำให้เกิดปัญหาแก่ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง และไม่อาจพึ่งตนเองได้ การที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองได้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะศึกษาสถานการณ์ที่เป็นจริง โดยเฉพาะความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยโดยทั่วไปของผู้สูงอายุที่สะท้อนถึงความสามารถของบุคคลในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนด้านสุขภาพ

สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ประสบปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุเช่นกัน จากการสำรวจในช่วงปี พ.ศ. 2538-2541 ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือร้อยละ 7.4, 7.8, 8.4 และ 9.01 ของประชากรทุกกลุ่มอายุตามลำดับ และจากสถิติในปี พ.ศ. 2538-2540 จังหวัดเชียงใหม่พบว่าผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคปวดข้อปวดกล้ามเนื้อ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคจิตประสาท โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคไต (สำนักสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2540 และ 2541) จะเห็นได้ว่าปัญหาภาวะโรคเรื้อรังที่พบคล้ายคลึงกับประเทศไทย และประเทศอื่นสำหรับอำเภอแมริมซึ่งเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ มีประชากรผู้สูงอายุช่วงปี 2538-2540 มีร้อยละ 0.39, 0.44, 0.40 ของประชากรกลุ่มอายุตามลำดับ และพบประชากรผู้สูงอายุเป็นโรคดังกล่าวในปี พ.ศ. 2540 คือโรคปวดเมื่อย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคจิตประสาท และโรคมะเร็ง ร้อยละ 24.64, 7.11, 2.18, 0.90, 0.22 และ 0.16 ของจำนวนผู้สูงอายุตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2540 และ 2541) สำหรับในหมู่ 4 บ้านช่าง ตำบลชี้เหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่พบผู้ป่วยเรื้อรังร้อยละ 32.84 ของจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในเขตชนบทของจังหวัดเชียงใหม่ประสบปัญหาที่เกิดเพราะการเสื่อมของร่างกายสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง (เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์ และคณะ, 2533) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรให้ความสนใจในการดูแลตนเองและได้มีการดูแลตนเองตามความเหมาะสมกับสภาพทั้งในยามปกติเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย เพื่อสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

ฉะนั้นเพื่อตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลในการส่งเสริมภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และให้ได้มีซึ่งข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญและจำเป็นต่อการวางแผนให้บริการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละชุมชน จากระเบียบรายงานบัญชี 1-11 หมู่บ้านชาย ปี พ.ศ. 2541 มีผู้สูงอายุร้อยละ 15.86 (สถานีอนามัยบ้านชาย, 2542) ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในบ้านชาย ตำบลชีเหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ โดยมุ่งหวังที่จะได้แนวคิด ในการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นพื้นฐานในการปรับปรุงส่งเสริมคุณภาพการให้บริการผู้สูงอายุให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุ วัฒนธรรม และสถานการณ์ที่แท้จริงในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายจำนวน 44 คน ที่อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 4 บ้านชาย ตำบลชีเหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และไปรับการรักษาที่สถานีอนามัยบ้านชาย ตำบลชีเหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ ในระหว่างวันที่ 1 - 28 กุมภาพันธ์ 2542

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะการเจ็บป่วยในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาดังแต่วันที่ 1-28 กุมภาพันธ์ 2542 คือการขอความช่วยเหลือจากคนอื่น การปฏิบัติตัวเมื่อเริ่มเจ็บป่วย การดูแลเมื่อเจ็บป่วย การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา การรับประทานยา การงดอาหาร การไปตรวจสุขภาพเพื่อ การรักษาตามนัด สุขวิทยาส่วนบุคคล การทำความสะอาดที่อยู่อาศัย การทำความสะอาดที่นอนและเครื่องนอน การออกกำลังกาย การพักผ่อน การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน การปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

ภาวะเจ็บป่วย หมายถึง ความเจ็บปวด ความไม่สบายกายหรือใจของบุคคลซึ่งกำลัง
ประสบอยู่ หรือเป็นโรคเรื้อรังและได้รับการวินิจฉัยโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแพทย์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 4 บ้านช่าง
ดำบลชี้เหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีอาการเจ็บป่วยหรือโรคเรื้อรัง และไปรับ
การรักษาที่สถานเอนามัยบ้านช่าง



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved