

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ช้ไทยสูงอายุ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ. ศ. 2550

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ

...ม.ว.ค. ...งามสิงห์.....

นางปวีณา งามสิงห์

ผู้วิจัย

.....

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ

ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรทิพย์ มาลาธรรม
Ph.D.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์ นพ.บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

.....

รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ศักดิ์

พย.ด.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ช้ไทยสูงอายุ
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2550

...ปรีดา...งพ.สิงห์...

นางปวีณา งามสิงห์

ผู้วิจัย

.....
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา
Ph.D.(Gerontological Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มณี อากานันท์กุล
Ph.D.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรทิพย์ มาลาธรรม
Ph.D.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ
ค.ม. (การบริหารการพยาบาล)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
.....

ศาสตราจารย์ น.พ.บรรจง มไหสวริยะ พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
.....

ศาสตราจารย์ น.พ. รัชตะ รัชตะนาวิน
M.D., F.A.C.E.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรทิพย์ มาลาธรรม กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการศึกษา อีกทั้งยังคอยให้กำลังใจตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. มณี อาภานันท์กุล และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา ที่ให้คำแนะนำในการปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณสถาบันแม่ชีไทย และแม่ชีไทยสูงอายุทุกท่านที่สละเวลา และเอื้อเฟื้อในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเพื่อน ๆ ร่วมรุ่นรามาศิบัติทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือ และให้กำลังใจเป็นอย่างดี และขอบคุณเจ้าหน้าที่หลักสูตรปริญญาโททุกท่านที่ช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการเรียนด้วยดีเสมอมา

ผู้วิจัยขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และเพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่ให้โอกาส ให้กำลังใจ ตลอดจนคอยช่วยเหลือผู้วิจัยเป็นอย่างดี ต้องขอบคุณในน้ำใจของทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

สุดท้ายผู้วิจัยขอขอบคุณคุณพ่อ คุณแม่ และสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่ให้ความรัก ความอบอุ่น และให้กำลังใจอย่างดีโดยตลอด คุณความดีที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยขอบแต่ครอบครัว ครู อาจารย์ และแม่ชีไทยสูงอายุทุกคน

ปวีณา งามสิงห์

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ (HEALTH STATUS AND HEALTH-SEEKING BEHAVIOR OF OLDER THAI NUNS)

ปริญญามาส่ง 4536561 RAAN/M

พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ : ประคอง อินทรสมบัติ, ค.ม. (การบริหารการพยาบาล),
พรทิพย์ มาลาธรรม, Ph.D. (Nursing)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ ที่พักอาศัยในวัดเขต กรุงเทพมหานคร โดยใช้กรอบแนวคิดภาวะสุขภาพของสมิธและการอธิบายความเจ็บป่วยของโคลแมนเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นแม่ชีไทยสูงอายุ จำนวน 70 ราย ที่พักอาศัยในวัดเขต กรุงเทพมหานคร เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า แม่ชีไทยสูงอายุมีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ร้อยละ 88.6 และเจ็บป่วยเรื้อรัง ร้อยละ 94.3 สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และขั้นต่อเนื่อง แต่กลั้นปัสสาวะไม่ได้ถึงร้อยละ 54.3 และไม่สามารถเดินทางโดยใช้รถขนส่งสาธารณะ ร้อยละ 34.3 สามารถประกอบพิธีกรรมทางศาสนาได้ ร้อยละ 98.6 และบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคมได้ ร้อยละ 71.8 แต่ไม่สามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในวัดและเรี่ยวแรงที่ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร้อยละ 1.4 สามารถบรรลุถึงความใฝ่ฝันสูงสุดในชีวิตได้ ร้อยละ 52.8 ส่วนพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพจะมีทั้งการคงไว้ซึ่งสุขภาพดีและการดูแลเมื่อเจ็บป่วย โดยเมื่อเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างจะใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนเป็นอันดับแรก แล้วจึงแสวงหาการดูแลสุขภาพจากแหล่งอื่น ๆ ได้แก่ ระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ และระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน อาจใช้ 2-3 ระบบพร้อมกัน หรือเปลี่ยนไปมาระหว่างการใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้งสามระบบ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และ 3) ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ

จากผลการศึกษา ทำให้เข้าใจภาวะสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ แนวทางในการแสวงหาการดูแลสุขภาพ และได้แนวทางในการวางแผนการดูแลให้เหมาะสมกับความต้องการและข้อจำกัดของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

HEALTH STATUS AND HEALTH-SEEKING BEHAVIOR OF OLDER THAI NUNS

PAWEENA NGAMSING 4536561 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORS: PRAKONG INTARASOMBAT, M.Ed., PORNTIP
MALATHUM, Ph.D. (Nursing)**ABSTRACT**

This descriptive study focus on older Thai nuns. It aims to explore their health status, health-seeking behavior and factors related to their utilization of the health care system. Smith's health model and Kleinman's explanatory model of illness were used to guide this study. The sample consisted of 70 older Thai nuns who were selected from six temples in Bangkok by purposive sampling. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while the qualitative data from the interviews were analyzed using content analysis.

The results revealed that older Thai nuns had acute illness at a rate of about 88.6% and chronic illness at a rate of about 94.3%. They were able to perform most of the basic activities of daily living and instrumental activities of daily living but they had urinary incontinence about 54.3% and 34.3% could not use public transport by themselves. Most of them could perform daily morning-evening chanting and practice meditation. 71.8% of them performed good deeds for the benefit of society. They could not adapt to the temple's environment and to the degeneration of their physical health 1.4%. Most of them (52.8%) were able to accomplish goal in their lives. Health-seeking behavior was the maintenance of good health and self-care response to illness. When sick, the older Thai nuns used the popular sectors such as family neighbor, social-nexus, and community first before they decided to seek care service from alternative sectors: professional sectors such as the physician and folk sectors such as herbs, and Thai massage. They might have used two to three sectors at the same time or interchangeably in three sectors. Factors involving utilization of health care system included health care system, health team members, and client factors.

This study increases understanding of health status of older Thai nuns resulting in guiding the health team members to provide health care for older nuns so that they can care themselves and others.

KEY WORDS: HEALTH STATUS/ HEALTH-SEEKING BEHAVIOR/ FACTORS
INVOLVING UTILIZATION OF HEALTH CARE SYSTEM/
OLDER THAI NUNS

145 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบแนวคิดในการวิจัย	3
คำถามการวิจัย	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
คำนิยามที่เกี่ยวข้อง	7
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ	9
ภาวะสุขภาพของสตรีสูงอายุ	11
การประเมินภาวะสุขภาพ	14
พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ	15
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ	19
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	22
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	23
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	29
การเก็บรวบรวมข้อมูล	29
การวิเคราะห์ข้อมูล	30

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของแม่ชีไทยสูงอายุ	32
ภาวะสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ	34
พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ	44
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ	50

บทที่ 5 การอภิปรายผลการวิจัย

บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย	59
ข้อจำกัดในการวิจัย	66
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	66

บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย

บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ

บรรณานุกรม

ภาคผนวก

ประวัติผู้วิจัย

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนและร้อยละของแม่ชีไทยสูงอายุจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	33
2. จำนวนและร้อยละของการเจ็บป่วยเฉียบพลันตามการรับรู้ของแม่ชีไทยสูงอายุ	35
3. จำนวนและร้อยละของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังตามการรับรู้ของแม่ชีไทยสูงอายุ	36
4. จำนวนและร้อยละของภาวะโภชนาการของแม่ชีไทยสูงอายุ จำแนกตามดัชนีมวลกาย	37
5. จำนวนและร้อยละของความดันโลหิตแม่ชีไทยสูงอายุ จำแนกตาม JNC 7	38
6. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นต่อเนื่องของแม่ชีไทยสูงอายุ	39
7. จำนวนและร้อยละของการรับรู้ภาวะสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ ตามการปฏิบัติบทบาทการปรับตัว และการบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต	43
8. จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของแม่ชีไทยสูงอายุ	44

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แม่ชีเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งในสังคมไทยที่เป็นสตรีซึ่งบวชในพระพุทธศาสนา โดยมีวิธีการบวชตามระเบียบปฏิบัติของสถาบันแม่ชีไทย และมีเป้าหมายของการบวช เพื่อศึกษาพระพุทธศาสนา ต้องการแสวงหาความสงบสุขทางจิตใจ และความสำเร็จในชีวิต (ยุพิน ดวงจันทร์, 2542: ง) ภายหลังการบวชจะถือศีล 8 และอาศัยอยู่ในวัด สำนักสงฆ์ หรือสำนักชีต่าง ๆ และมีองค์กร “มูลนิธิสถาบันแม่ชีไทย” เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน การบริหารงาน ส่งเสริมกิจกรรมของสถาบันแม่ชีไทย ให้การสงเคราะห์แม่ชีไทย และผู้ที่ควรสงเคราะห์อื่น ๆ ส่งเสริมด้านการศึกษา และการเผยแผ่พระพุทธศาสนาทั้งใน และต่างประเทศ (ปาริชาติ สุวรรณบุบผา, 2545: 19-20) จำนวนแม่ชีในประเทศไทยจากรายงานสถิติของสถาบันแม่ชีไทย (สถาบันแม่ชีไทย, 2546) มีจำนวนประมาณ 3,500 คน โดยมีอายุในช่วงวัยรุ่นจนถึงวัยสูงอายุ และส่วนใหญ่เป็นแม่ชีสูงอายุถึงร้อยละ 45

การกำหนดสถานภาพของแม่ชีมีความแตกต่างกัน ตามการพิจารณาของหน่วยงานทางราชการ เช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับ พ.ศ. 2540 ให้ “ชี” มีความหมายอยู่ในคำว่า “นักบวช” และกระทรวงมหาดไทยตีความว่าแม่ชีเป็นนักบวช จึงทำให้แม่ชีไม่มีสิทธิในการเลือกตั้ง แต่กรมการศาสนาไม่ให้สถานภาพนักบวชแก่แม่ชี และไม่ได้รับการดูแลจากกรมการศาสนา เนื่องจากไม่มีบทบัญญัติทางศาสนา (แม่ชีไม่ได้ปรากฏชื่ออยู่ในพุทธบริษัท 4) ทำให้ไม่ได้รับการปฏิบัติในฐานะนักบวชหรือบรรพชิต ซึ่งต่างจากพระภิกษุ ดังนั้นสิทธิ และหน้าที่อันสืบเนื่องมาจากสถานภาพจึงไม่ปรากฏชัดเจน แม่ชีจึงไม่สามารถประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ขาดกฎเกณฑ์ในการจัดระบบการศึกษา หากมีโอกาสศึกษาภาษาบาลี และธรรมศึกษา จะไม่สามารถปรับวุฒิทางการศึกษาเป็นเปรียญธรรม ไม่ได้รับความสนใจและการยอมรับจากสังคม การดำรงชีวิตต้องรับผิดชอบตนเอง หรือมีญาติอุปถัมภ์ในด้านปัจจัย 4 แม่ชีส่วนใหญ่จะทำหน้าที่ในการให้บริการต่าง ๆ เช่น การทำความสะอาดภายในวัด การประกอบอาหาร เป็นต้น แต่ถึงอย่างไรก็ตามแม่ชียังมีองค์กร “สถาบันแม่ชีไทย” เพื่อกำหนดระเบียบปฏิบัติและความประพฤติให้ตรงกัน ในการปกครองหมู่คณะของตนเอง ก่อให้เกิดความเจริญก้าวหน้าของแม่ชีไทย เพิ่มความเลื่อมใสแก่ประชาชน และช่วยให้แม่ชีสามารถบำเพ็ญประโยชน์แก่ประชาชนได้มากยิ่งขึ้น (ปาริชาติ สุวรรณบุบผา, 2545: 9, 159-173; ยุพิน ดวงจันทร์, 2542: 70-78)

วิถีชีวิตประจำวันของแม่ชีจะต่างจากฆราวาสชัดเจน ในหมวดของการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติของสถาบันแม่ชีไทย โดยมีข้อปฏิบัติที่ต้องศึกษาในข้อธรรม 9 ข้อให้เข้าใจ ได้แก่ คำขอบวชมรรยา 5 กรรมบถ 10 คำอาราธนาและสมาทานศีล 8 องค์ของศีล 8 (องค์สำหรับตัดสิน) เมณุตังโยค 7 เสด็จวัตร 75 สาราณียกรรม 6 และอุปกิเลส 16 และเมื่อบวชแล้วต้องเอาใจใส่ในการท่องสวดมนต์ เข้าประชุมทำวัตรเช้า-เย็นทุกวัน ต้องเรียนธรรมศึกษาเป็นอันดับแรก เรียนภาษาบาลีหรือวิชาอื่นที่เหมาะสมแก่ภาวะของแม่ชี (ปาริชาติ สุวรรณบุบผา, 2545: 167-168) นอกจากนี้จะมีการสวดมนต์เจริญภาวนา การฟังธรรมบรรยาย การทำความสะอาดบริเวณที่พักอาศัยและบริเวณวัด การประกอบอาหาร การบำเพ็ญประโยชน์อื่น ๆ (ยุพิน ดวงจันทร์, 2542: 85-89, 99-100) การอยู่ร่วมกันเป็นหมู่คณะจะต้องปฏิบัติตามระเบียบของสถานที่นั้น ๆ โดยยึดถือตามระเบียบของสถาบันแม่ชีไทย หากฝ่าฝืนจะถูกลงโทษตั้งแต่การว่ากล่าวตักเตือนจนถึงให้ลาสิกขา

แม่ชีทุกคนจะมีที่อยู่อาศัยเป็นสัดส่วนและ มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน แม่ชีที่มีอาวุโสจะเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำกับแม่ชีบวชใหม่ ดังนั้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้อาวุโสน้อยกว่า และอนุญาตให้ญาติผู้หนึ่งพักอาศัยอยู่ด้วย 1 คนหากมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (การสัมภาษณ์แม่ชี, 8 มกราคม 2547) และความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันลดลง

แม่ชีเป็นผู้หญิงซึ่งมีวิถีชีวิตแตกต่างจากผู้หญิงโดยทั่วไป และเป็นคนกลุ่มน้อยในสังคม อาศัยอยู่เป็นกลุ่ม หรือเป็นหมู่คณะ ที่อยู่อาศัยอาจเป็นวัด สำนักสงฆ์ หรือสำนักชี มีวัตรปฏิบัติต่างจากฆราวาส ซึ่งวิถีการดำเนินชีวิตจะเกี่ยวข้องกับสุขภาพ และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัย และความเจ็บป่วยเรื้อรัง อาจเกิดปัญหาสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ปัญหาสุขภาพในผู้หญิงสูงอายุจะมีความเฉพาะ และแตกต่างจากปัญหาสุขภาพในผู้ชายสูงอายุ ทั้งนี้เกิดจากความแตกต่างทางเพศ ทำให้ปัญหาสุขภาพที่พบมีความรุนแรงต่างกัน ส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (วิไลวรรณ ทองเจริญ, ธนอมขวัญ ทวีบุรณ, นิตยา ภาสุนันท์, วินัส ลิฬหกุล และสมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, 2540: 1; Eliopoulos, 1997: 39) ปัญหาสุขภาพหญิงสูงอายุ ได้แก่ โรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบกล้ามเนื้อ เอ็น และกระดูก เช่น ปวดข้อ และหลัง ภาวะกระดูกพรุน กระดูกหัก กล้ามเนื้ออ่อนเปลี้ย โรคทางตา เช่น ต้อกระจก ภาวะความดันในลูกตาสูง โรคของอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น การหย่อนของมดลูก และช่องคลอด การอักเสบติดเชื้อ เนื่องจากต่างๆ โรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคสมองเสื่อม ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาทางเพศ ภาวะทุพพลภาพ ภาวะพึ่งพา โดยพบว่า ร้อยละ 25 มีภาวะทุพพลภาพ และร้อยละ 6 ต้องพึ่งพาในกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ยังพบปัญหาการเสียชีวิต โดยมีสาเหตุที่

สำคัญคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคติดเชื้อ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2542: 291-297; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542: 21-41)

นอกจากนี้ แม่ชีมีวิถีชีวิตต่างจากผู้ครองเรือน มีการศึกษาปฏิบัติธรรมและเป็นกลุ่มผู้หญิง มีวิถีชีวิตแตกต่างจากประชากรทั่วไป การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ มีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม โอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ อาจมีความแตกต่างจากประชาชนทั่วไป ดังนั้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และมีปัญหาสุขภาพ อาจมีพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพที่เฉพาะ และแตกต่างกับกลุ่มประชากรอื่น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาภาวะสุขภาพของประชากรในกลุ่มต่าง ๆ ยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ มีเพียงการศึกษาภาวะสุขภาพของนักบวช กลุ่มพระภิกษุ/สามเณร (จันทร์เพ็ญ ชูประภารธรรม, 2543: 261-304) ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ จะช่วยทำให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าใจประชากรกลุ่มแม่ชีสูงอายุมากขึ้น นำไปสู่การบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของประชาชนกลุ่มต่าง ๆ ได้มากขึ้น และเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดภาวะสุขภาพของสมิธ (1983) และกรอบแนวคิด Explanatory Model ของไคลแมน (1980) เป็นแนวทางในการวิจัย

แนวคิดภาวะสุขภาพของสมิธ

สมิธ (Smith, 1983 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2544: 85-87) ได้วิเคราะห์แนวคิดของสุขภาพที่มีอยู่ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงปรัชญา พบว่ามี 4 แนวคิด ดังนี้

1. แนวคิดทางด้านคลินิก (Clinical model) แนวคิดนี้ให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นภาวะที่ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรค หรือปราศจากความพิการต่าง ๆ ส่วนความเจ็บป่วยหมายถึงการมีอาการและอาการแสดง หรือมีความพิการเกิดขึ้น
2. แนวคิดการปฏิบัติตามบทบาท (Role performance model) สุขภาพตามแนวคิดนี้หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกระทำตามบทบาท ที่สังคมกำหนดไว้ครบถ้วน ส่วนความเจ็บป่วยหมายถึง ความล้มเหลวในการทำหน้าที่ตามบทบาท เช่น เมื่อเจ็บป่วยบุคคลสามารถหยุดกระทำในบทบาทต่างๆ ได้ เช่น การหยุดงาน หรือนอน

พัก เป็นต้น ความหมายของสุขภาพตามแนวคิดนี้ มีการเพิ่มมาตรฐานทางด้านจิตสังคม คือ ต้องสามารถทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคมด้วย

3. แนวคิดด้านการปรับตัว (Adaptive model) สุขภาพตามแนวคิดนี้ หมายถึง ความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุล เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต ส่วนการเกิดโรค หมายถึง ความล้มเหลวในการปรับตัว เป็นการทำลายความสามารถของบุคคลที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อม
4. แนวคิดด้านยูโดโมนิสติก (Eudaimonistic model) สุขภาพ หมายถึง การพัฒนา และบรรลุถึงความใฝ่ฝันในชีวิต สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ส่วนความเจ็บป่วย เป็นภาวะที่ป้องกัน หรือเหนี่ยวรั้งไม่ให้บุคคลพัฒนาไปถึงจุดสูงสุดในชีวิตตามใฝ่ฝัน

จากกรอบแนวคิดภาวะสุขภาพของสมิธ จะเห็นได้ว่าสามารถอธิบายภาวะสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ จาก 4 แนวคิด ที่ผสมผสานกันดังนี้ ภาวะสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ คือ ภาวะที่ปราศจากอาการ และอาการแสดงของโรค สามารถทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคม สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุล และมีการพัฒนาตนเองให้บรรลุถึงความใฝ่ฝันในชีวิต สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และจากกรอบแนวคิดดังกล่าว ยังสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิด Explanatory Model ของไคลแมน ที่ใช้อธิบายความเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพตามวัฒนธรรม มาใช้ประกอบกัน

แนวคิดการอธิบายความเจ็บป่วยของไคลแมน (Kleinman, 1980) มีดังนี้

ไคลแมน เป็นจิตแพทย์ และได้ศึกษาทางด้านมานุษยวิทยา ได้พัฒนาแนวคิดที่บุคคลใช้อธิบายถึงความเจ็บป่วยของตนเองหรือของบุคคลในกลุ่ม จากการศึกษาโดยใช้วิธีการทางมานุษยวิทยา พบว่าการที่บุคคลรับรู้ และจัดการกับความเจ็บป่วยของเขานั้น ขึ้นอยู่กับคำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคนในกลุ่มนั้น ซึ่งไคลแมน และคณะเรียกว่า Explanatory Model (Kleinman et al., 1978 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544: 8) การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นการอธิบายประสบการณ์ทางจิตสังคม การอธิบายที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมของบุคคลในกลุ่มนั้น การศึกษาพบว่า แนวคิดของโรค (disease) และการเจ็บป่วย (illness) มีความแตกต่างกัน ทิศทางด้านการแพทย์ตะวันตกอธิบาย “โรค” คือ การมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น เป็นความผิดปกติในการทำหน้าที่หรือความผิดปกติในการปรับตัวของชีวภาพ และกาย-จิต

ของบุคคล ส่วน “ความเจ็บป่วย” หมายถึง ปฏิกริยาของบุคคล ระหว่างบุคคล และศักยภาพต่อโรค หรือความไม่สุขสบาย ความเจ็บป่วยจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยทางวัฒนธรรมที่มาเกี่ยวข้อง เกิดการรับรู้ ประทับลงไป มีการอธิบาย และให้คุณค่ากับประสบการณ์ความไม่สุขสบายเหล่านั้น กระบวนการที่ฝังลึกอยู่ คือ ความซับซ้อนของครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม ประสบการณ์ความเจ็บป่วยแนบแน่นเป็นส่วนหนึ่งในระบบสังคมที่ให้ความหมาย และการแสดงพฤติกรรม ซึ่งมีอิทธิพลมาจากวัฒนธรรม การเจ็บป่วยจึงมาจากโครงสร้างวัฒนธรรม นอกจากนี้บุคคล และกลุ่มคนจึงสื่อสารปัญหาสุขภาพ อาการ การแสวงหาการช่วยเหลือ การจัดการ รวมทั้งการประเมินผลการบำบัดรักษา เสียหาย ล้วนขึ้นอยู่กับความเชื่อทางวัฒนธรรม และการให้ความหมายอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติ ชนชั้น และครอบครัวในสถานะทางสังคมที่อาศัยอยู่

การแสวงหาบริการสุขภาพ คือ กลวิธีที่บุคคลใช้ในการประเมินและตัดสินใจที่จะเลือกใช้ บริการสุขภาพ ในแต่ละขั้นตอนของความเจ็บป่วย (Kleinman, 1980 อ้างใน พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และสุพจน์ เด่นดวง , 2538: 28) เป็นการปรับตัวของมนุษย์ และเป็นพฤติกรรมที่มีเหตุผล จากที่บุคคลรับรู้ และอธิบายความเจ็บป่วย ปัจจัยที่บุคคลเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพต่างกันขึ้นอยู่กับ การประเมินสาเหตุ และความรุนแรงของความเจ็บป่วยของบุคคล และเครือข่ายทางสังคม ปัจจัยทางโครงสร้างของสังคม เช่น เพศ การศึกษา ศาสนา เชื้อชาติ อาชีพ แหล่งที่อยู่อาศัย และการเข้าถึง บริการสุขภาพ จากการศึกษาบริบททางสังคมของระบบบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ส่วนใหญ่ ๆ คือ ระบบสามัญชนหรือประชาชน (popular) ระบบวิชาชีพ (professional) และระบบพื้นบ้าน (folk) (Kleinman, Eisenberg & Good, 1978: 254)

ระบบบริการสุขภาพส่วนสามัญชน (Popular sector) เป็นระบบที่ใหญ่ที่สุด ประชาชนใช้ บริการร้อยละ 70-80 คือมาจากครอบครัว เครือข่ายสังคม ชุมชน ความเจ็บป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้เริ่ม จากการใช้บริการสุขภาพส่วนวิชาชีพ หรือพื้นบ้าน เมื่อแสวงหาบริการ ประชาชนจะตัดสินใจว่าจะไปที่ไหน และเมื่อใด จะรักษาอยู่ในระบบนี้นานเพียงใด และมีการประเมินผล การรักษาที่เกิดขึ้น ระบบของสามัญชนจะเกิดขึ้นในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่

ระบบบริการสุขภาพส่วนวิชาชีพ (Professional sector) เป็นระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน ตามหลักวิทยาศาสตร์ และเป็นระบบหลักที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ ผู้ประกอบอาชีพมี ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ และผ่านระบบการศึกษาที่เป็นทางการจากสถาบันด้านวิชาการ และ บริการชัดเจน ได้แก่ โรงพยาบาล คลินิก สถานิอนามัย เป็นต้น

ระบบบริการสุขภาพส่วนพื้นบ้าน (Folk sector) เป็นระบบการแพทย์ของท้องถิ่น มีการปฏิบัติทางการแพทย์ที่ไม่ใช่รูปแบบของวิชาชีพแบบตะวันตก ไม่มีการจัดองค์กร มีการพัฒนาและ ถ่ายทอดกันมาในชุมชน แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่ใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ จะใช้

วิธีการรักษาด้วยหมอผี ใช้เวทย์มนต์คาถา ใช้น้ำมัน และแบบที่ไม่ใช้อำนาจเหนือธรรมชาติ เช่น การรักษาด้วยหมอฟันบ้านซึ่งมีวิธีการรักษาโดยใช้สมุนไพร

เมื่อบุคคลเจ็บป่วยจะเริ่มแสวงหาบริการสุขภาพ ตามการอธิบายการเจ็บป่วย โดยรักษาตนเอง ปรีกษาคในครอบครัว เพื่อนบ้าน เครือข่ายทางสังคม แล้วจึงไปใช้บริการสุขภาพระบบอื่น มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของวิธีการรักษา เฝ้าติดตามประเมินผล แล้วจึงเลือกใช้ระบบอื่น เช่น บริการสุขภาพระบบวิชาชีพ หรือการแพทย์พื้นบ้าน บุคคลอาจใช้ระบบบริการสุขภาพหลายระบบพร้อม ๆ กัน หรือเปลี่ยนไปมาระหว่างบริการสุขภาพ ทั้ง 3 ระบบ โดยความเป็นจริงไม่มีระบบการแพทย์ระบบใดระบบเดียว จะมีความสมบูรณ์ในทุกมิติอย่างเหมาะสมกับความแตกต่างหลากหลายของผู้คนที่อยู่ในสังคมได้ พหุลักษณะการแพทย์จึงเป็นปรากฏการณ์ธรรมดาที่เกิดขึ้นในทุกสังคมทั่วโลก

จากกรอบแนวคิดภาวะสุขภาพของสมิธและแนวคิดการอธิบายความเจ็บป่วยของโคลแมน จะเห็นว่าแม่ชีสูงอายุอาจจะมีกรรับรู้ภาวะสุขภาพ อธิบายสุขภาพ ความเจ็บป่วย และมีแนวทางในการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพได้ทั้ง 3 ส่วน คือระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน ซึ่งเป็นธรรมชาติ และบทบาทของผู้หญิง และผู้อาวุโสที่มีประสบการณ์ ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน ซึ่งเป็นระบบการแพทย์ท้องถิ่นที่มีในชุมชน และระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติทางการแพทย์ที่มีวิทยาการขั้นสูงแบบตะวันตก ทั้งนี้การเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพจะขึ้นอยู่กับแนวความคิดการอธิบายเกี่ยวกับสุขภาพ การให้ความหมายของสุขภาพ และการเจ็บป่วย การอธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วย และกระบวนการรักษาพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพของแม่ชีสูงอายุเป็นอย่างไร
2. แม่ชีสูงอายุมีพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพอย่างไร
3. ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของแม่ชีสูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร

3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านผู้ให้บริการ และด้านผู้ใช้บริการ ที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินภาวะสุขภาพ พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุไทย จำนวน 70 คน ซึ่งพักอาศัยอยู่ในวัด สำนักชี ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2548

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อให้เข้าใจถึงภาวะสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ ทั้งนี้กลุ่มแม่ชีสูงอายุ เป็นกลุ่มประชากรจำนวนน้อยในสังคมที่อยู่ในสถานภาพนักบวช อาจมีข้อจำกัดในด้านโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ดังนั้นการประเมินภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ จะทำให้นักวิชาการเข้าใจวิธีการดูแลสุขภาพ และวางแผนดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ และให้บริการสุขภาพของแม่ชีสูงอายุไทย

คำนิยามที่เกี่ยวข้อง

แม่ชีไทยสูงอายุ หมายถึง สตรีไทยที่บวชในพระพุทธศาสนา ตามวิธีการบวชของสถาบันแม่ชีไทย มีการใช้เครื่องนุ่งห่มสีขาว โกนผม และคิ้ว สมานานศีล 8 มีการศึกษาปฏิบัติธรรม โดยพักอาศัยอยู่ที่วัด สำนักสงฆ์ หรือสำนักชี มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีจำนวนพรรษาของการบวชมากกว่า 1 ปี

ภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ ที่ประเมินด้วยแนวคิดสุขภาพของสมิธ (1983) ประกอบด้วย 4 มิติ คือ 1) แนวคิดทางคลินิก การมีโรค และความเจ็บป่วย 2) ความสามารถในการปฏิบัติบทบาท 3) การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุล และ 4) การบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต การประเมินภาวะสุขภาพทั้ง 4 มิติ เป็นการประเมินตามการรับรู้ของแม่ชีไทยสูงอายุ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดสุขภาพของสมิธ และการตรวจร่างกาย โดยซึ่งนำหนัก วัดส่วนสูง และวัดความดันโลหิต

พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจจัดการเลือกใช้วิธีการในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย โดยเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ 3 ส่วน ที่มีในชุมชน คือ ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน ส่วนพื้นบ้าน และส่วนวิชาชีพ ระบบใดระบบหนึ่ง หรืออาจใช้มากกว่าหนึ่งระบบก็ได้ (Kleinman, 1980) ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์เรื่องพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดจาก Explanatory model ของไคลแมน (1980)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ หมายถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และ 3) ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ผู้สูงอายุ โดยมีขอบเขตการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ
2. ภาวะสุขภาพของสตรีสูงอายุและการประเมินภาวะสุขภาพ
3. พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

สุขภาพเป็นแนวคิดที่กว้าง มีลักษณะเป็นนามธรรม การให้ความหมายมีหลายมิติ ขึ้นอยู่กับมุมมอง ปรัชญา และความเชื่อของนักวิชาการสุขภาพ องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของ “สุขภาพ” คือ ภาวะเป็นสุขที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (WHO อ้างใน Orem, 1995: 98)

โอเร็ม (Orem, 1995: 101) ให้ความหมาย “สุขภาพ” ไว้ว่า เป็นภาวะของบุคคลที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่องทั้งร่างกาย จิต สังคม ส่วน “ความผาสุกหรือ well-being” หมายถึงการรับรู้ถึงความยินดี ความพึงพอใจ ในภาวะของตนเอง

เพ็นเดอร์ (Pender, 1996 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2544: 91) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับ “สุขภาพ” ว่า หมายถึง การบรรลุถึงซึ่งการใช้ศักยภาพของบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิด และที่ได้รับ การพัฒนา บุคคลจะบรรลุภาวะนี้ได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย การใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง มีการปรับตัวตามความจำเป็น เพื่อรักษาความมั่นคงของโครงสร้าง และความสอดคล้องกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญกับตนเอง

คิง (King, 1981 อ้างใน พุทธเมษา หมั่นคำแสน, 2542: 20) ให้คำจำกัดความของสุขภาพว่าเป็นกลไกของชีวิตที่จะจัดการกับสิ่งเร้า ทั้งจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกคน โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

จากความหมายของสุขภาพที่แตกต่างกัน สมิธ (Smith, 1983 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2544: 85-87) ได้วิเคราะห์แนวคิดของสุขภาพที่มีอยู่ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงปรัชญา พบว่ามี 4 แนวคิด ดังนี้

1. แนวคิดทางด้านคลินิก (Clinical model) แนวคิดนี้ให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพว่าเป็นภาวะที่ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรค หรือปราศจากความผิดปกติต่าง ๆ ส่วนความเจ็บป่วยหมายถึงการมีอาการและอาการแสดง หรือมีความผิดปกติเกิดขึ้น
2. แนวคิดการปฏิบัติตามบทบาท (Role performance model) สุขภาพตามแนวคิดนี้หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกระทำตามบทบาท ที่สังคมกำหนดไว้ครบถ้วน ส่วนความเจ็บป่วยหมายถึง ความล้มเหลวในการทำหน้าที่ตามบทบาท เช่น เมื่อเจ็บป่วยบุคคลสามารถหยุดกระทำในบทบาทต่างๆ ได้ เช่น การหยุดงาน หรือนอนพัก เป็นต้น ความหมายของสุขภาพตามแนวคิดนี้ มีการเพิ่มมาตรฐานทางด้านจิตสังคม คือ ต้องสามารถทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคมด้วย
3. แนวคิดด้านการปรับตัว (Adaptive model) สุขภาพตามแนวคิดนี้หมายถึง ความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุล เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต ส่วนการเกิดโรค หมายถึง ความล้มเหลวในการปรับตัว เป็นการทำลายความสามารถของบุคคลที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อม
4. แนวคิดด้านยูโดโมนิสติก (Eudaimonistic model) สุขภาพหมายถึง การพัฒนา และบรรลุถึงความใฝ่ฝันในชีวิต สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ส่วนความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่ป้องกัน หรือเหนี่ยวรั้งไม่ให้นบุคคลพัฒนาไปถึงจุดสูงสุดในชีวิตตามใฝ่ฝัน

จะเห็นว่าภาวะสุขภาพประกอบด้วยแนวคิดหลายมิติ ที่มีมุมมองแตกต่างกัน สำหรับการศึกษารั้วนี้ แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ จะครอบคลุมถึงแนวคิดทางด้านคลินิก แนวคิดการปฏิบัติตามบทบาท แนวคิดด้านการปรับตัว และแนวคิดด้านยูโดโมนิสติก โดยภาวะสุขภาพตามแนวคิดทางด้านคลินิก ได้แก่ การเจ็บป่วยเฉียบพลันและการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะสุขภาพตามแนวคิดการปฏิบัติตามบทบาท ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง ความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาทแม่ชี เช่น ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา และความสามารถบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม ภาวะสุขภาพตามแนวคิดด้านการปรับตัว ได้แก่ ความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในวัด การปรับตัวให้เข้า

กับกฎระเบียบวินัยของแม่ชี การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นนักบวช และการปรับตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุที่มีเรี่ยวแรง/กำลังลดลง ส่วนภาวะสุขภาพตามแนวคิดด้านยูไดโมนิสติก ได้แก่ การรู้สึกมีความสุข การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า การบรรลุความใฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิต และการเข้าใจความหมายของชีวิต เช่น เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีสุข มีทุกข์ ซึ่งสุขภาพของแต่ละบุคคลอาจสะท้อนแนวคิดที่ไม่ใช่มิติใดมิติหนึ่งเท่านั้น แต่อาจสะท้อนแนวคิดที่ผสมผสานกัน

ภาวะสุขภาพของสตรีสูงอายุ

สุขภาพของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับการให้ความหมาย วิธีการและเกณฑ์ที่ใช้ประเมินภาวะสุขภาพว่าหายาหรือละเอียดเพียงใด (พรรณวดี พุทธิวัฒนะ, 2539: 39) จากการให้ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพด้วยตนเอง พบว่าประมาณ 2 ใน 3 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลางถึงแข็งแรง ผู้สูงอายุหญิงประเมินตนเองว่าไม่แข็งแรงหรืออ่อนแอ มากกว่าผู้สูงอายุชายในวัยเดียวกัน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543: 176) การให้ความหมายของสุขภาพในผู้สูงอายุ อัลฟอร์ด (1992: 221) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพไว้ว่า เป็นความสามารถในการมีชีวิตอยู่และทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพในสังคม พึ่งพาตนเองได้ และใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้เต็มที่ แต่ไม่จำเป็นต้องปราศจากโรค นอกจากนี้จากการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีสูงอายุ สตรีได้ให้ความหมายของสุขภาพที่ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข สุขภาพดีเกิดขึ้นได้แม้จะมีโรคเรื้อรัง และมีความพิการ การปราศจากความเจ็บป่วยก็มีได้ประกันว่ามีสุขภาพดี ข้อบ่งชี้การมีสุขภาพดีมี 3 ประการ คือ 1) การมีเรี่ยวแรงที่จะกระทำการสิ่งที่ต้องการ 2) พึ่งพาตนเองได้ เช่น สามารถกระทำกิจวัตรประจำวันได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพา 3) มองโลกในแง่ดีตรงกับความเป็นจริง (Perry & Woods, 1995) จากแนวคิดดังกล่าวจะสอดคล้องกับ การเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่เกิดจากการสูงวัย อวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่ได้ลดลง (Eliopoulos, 1997: 75) เกิดปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายอย่างตามมา ส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (วิไลวรรณ ทองเจริญ, ถนอมขวัญ ทวีบุรณ, นิตยา ภาสุนันท์, วินัส ลิฬหกุล และ สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, 2540: 1; Eliopoulos, 1997: 39) โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในสตรีสูงอายุ จากรายงานการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชาชน พ.ศ. 2539 เรียงตามลำดับคือ โรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ เอ็น และกระดูก (อาการปวดหลัง ปวดเอว) โรคของระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินอาหาร นอกจากโรคที่กล่าวแล้ว ปัญหาสุขภาพที่พบได้ในสตรีสูงอายุอีกคือ โรคต่อกระฉก โรคของอวัยวะสืบพันธุ์ โรคสมองเสื่อม ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาทางเพศ และปัญหาโภชนาการ (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2542: 291-297)

จากการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่าปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคกระดูกและข้อ โดยจะมีอาการปวดข้อเรื้อรัง บริเวณหลัง เอว และเข่า ส่วนปัญหาสุขภาพ

ที่พบรองลงมา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน (นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ, 2534; ประเสริฐ อัสสันตชัย และ สมทรง เลขะกุล, 2543; รัชณี เมธาวิกุลชัย, 2002; สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ, 2540) และจากการศึกษาอุบัติการณ์ของโรคในสตรีไทยอายุตั้งแต่ 14 ปี ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531-2536 จำนวน 58,521 คน พบว่าสตรีส่วนใหญ่จะมีโรคทางอายุรกรรม ร้อยละ 33.55 และเมื่อจำแนกตามอายุ พบว่าสตรีสูงอายุร้อยละ 33.67 จะเป็นโรคทางอายุรกรรม และเมื่อจำแนกตามสถานภาพสมรส พบว่าสตรีที่มีสถานภาพสมรส “บวช” และเป็นผู้สูงอายุ จะมีปัญหาด้วยโรคทางจักษุ (บงกช เก่งเขตกิจ, เถลิงศรี สรทรง, ทศนีย์ ตั้งตรงจิตต์, นภาพร วาณิชกุล, ศิริวรรณ สันทัด และสุวิทย์ ไกรพันธ์, 2542; 58-67)

การศึกษาประสบการณ์และสภาวะของผู้สูงอายุไทยที่ถือศีลแปดที่วัด (สาคร อินทโธโล, 2548) โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ผู้สูงอายุจำนวน 12 ราย (ผู้หญิง 9 ราย ผู้ชาย 3 ราย) ซึ่งได้รับเลือกเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักอย่างเฉพาะเจาะจง ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การถือศีลแปดที่วัดของผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) สาเหตุของการก้าวเข้าสู่การปฏิบัติธรรม 2) การปรับตัวเป็นผู้ปฏิบัติธรรม และ 3) การปฏิบัติธรรมเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ส่วนสภาวะของผู้สูงอายุที่ถือศีลแปด ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การมีความสุขกาย 2) การมีจิตใจที่สงบ 3) การมีกิจกรรมทางสังคม และ 4) การเป็นผู้มีบุญจากการปฏิบัติธรรม

ปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุหญิงไทย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542; 21-35) จำแนกได้เป็น 4 ประเด็น คือ 1) การเสียชีวิต 2) การเจ็บป่วยและพฤติกรรมเสี่ยง 3) ภาวะทุพพลภาพ และภาวะพึ่งพา และ 4) อายุคาดหวังทางสุขภาพ ซึ่งแต่ละประเด็นมีรายละเอียด ดังนี้

1) การเสียชีวิต ผู้สูงอายุหญิงไทย มีสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญจากโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหัวใจ และหลอดเลือด และโรคเบาหวาน โดยมีโรคติดเชื่อเป็นสาเหตุสำคัญรองลงมา

2) การเจ็บป่วยและพฤติกรรมเสี่ยง จากผลการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535 (NHES1) และผลการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2538 (SWET) พบว่าโรคที่เป็นปัญหาในผู้สูงอายุหญิงไทย เมื่อพิจารณาจากความชุกโดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุชาย ได้แก่ โรคข้อเสื่อม (osteoarthritis) ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโคเลสเตอรอลในเลือดสูง และพบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองมีโรคเหล่านี้สูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทชัดเจน ส่วนความชุกของโรคและปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญอื่น ๆ ได้แก่ ปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ การหกล้ม กลุ่มอาการสมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า พบว่ามีอัตราในผู้สูงอายุหญิงสูงกว่าในผู้สูงอายุชายเท่าตัว สำหรับปัญหาขาดโภชนาการพบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มากกว่าหนึ่งในสาม มีระดับดัชนีความหนาของร่างกาย (body mass index; BMI) น้อย

กว่า 20 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และผู้สูงอายุร้อยละ 26-50 มีระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่ามาตรฐาน (โลหิตจาง) ส่วนพฤติกรรมทางสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา เป็นปัญหาในกลุ่มผู้สูงอายุชายโดยเฉพาะในเขตชนบท 3) ภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา เนื่องจากภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการประเมินสถานะทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาระดับชาติ ในปี พ.ศ. 2539-2540 เพื่อสำรวจความชุกของภาวะทุพพลภาพ โดยใช้นิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1980) โดยกำหนดที่จะให้ได้รับความชุกภาวะทุพพลภาพระยะยาว (เป็นมานานไม่น้อยกว่า 6 เดือน) ภาวะทุพพลภาพทั้งหมด ณ เวลานั้น (ความชุกของภาวะทุพพลภาพระยะยาวรวมกับความชุกของผู้ที่ไม่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว แต่มีปัญหาทุพพลภาพระยะสั้น) และภาวะพึ่งพา โดยเฉพาะการพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และประเมินความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพโดยดูจากความสามารถในการเคลื่อนที่ พบว่าผู้สูงอายุหนึ่งในสี่มีปัญหาทุพพลภาพทั้งหมด เกือบหนึ่งในห้ามีปัญหาทุพพลภาพระยะยาว และร้อยละ 6 ต้องพึ่งพาในกิจวัตรประจำวันกลุ่มการดูแลตนเอง (การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดใบหน้า การเคลื่อนย้ายจากที่นอน การใช้ห้องสุขา การสวมใส่เสื้อผ้า และการอาบน้ำ) โดยพบความชุกในกลุ่มผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชายชัดเจนและมีอัตราสูงมากในกลุ่มที่มีอายุสูง สำหรับระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพพบว่า ในผู้สูงอายุหญิงมีระดับความรุนแรงที่มากกว่าผู้สูงอายุชาย และเกือบทั้งหมดของผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพในระดับรุนแรง เกิดจากภาวะทุพพลภาพระยะยาว 4) อายุคาดหวังทางสุขภาพ อายุคาดหวัง (life expectancy) หมายถึง อายุที่มีชีวิตอยู่ต่อไปได้โดยเฉลี่ย แต่ไม่สามารถแสดงถึงคุณภาพชีวิตที่มี จึงได้พัฒนา “อายุคาดหวังทางสุขภาพขึ้น” เพื่อใช้บอกถึงคุณภาพของช่วงชีวิตคาดหวัง อายุคาดหวังทางสุขภาพที่นิยมศึกษา คือ อายุคาดหวังที่ปราศจากภาวะทุพพลภาพ และอายุคาดหวังที่ดูแลตนเองได้ ซึ่งจากการศึกษาระดับชาติในประชากรสูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุหญิงต้องมีชีวิตอยู่ในระยะเวลาที่มีภาวะทุพพลภาพและพึ่งพายาวนานกว่าผู้สูงอายุชายในวัยเดียวกัน

การศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ. ศ. 2547 (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และจรรยาภัทรอาชาชัย, 2550: 615) โดยใช้ประชากรวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จากแผนการสุ่มตัวอย่างเชิงความน่าจะเป็นแบบสามขั้นตอน โดยการตรวจร่างกายระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนสิงหาคม 2547 ตัวอย่างทั้งสิ้น 19, 372 คน มีการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย ตรวจเลือด โดยใช้เครื่องมือ และเกณฑ์วินิจฉัยมาตรฐาน พบว่าในส่วนพฤติกรรมเสี่ยง ความชุกของการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น การออกกำลังกาย การกินผักและผลไม้ อยู่ในเกณฑ์ไม่เพียงพอที่เพิ่มขึ้นตามอายุ ภาวะเสี่ยงทางชีวภาพ โลหิตจาง และภาวะผอมสูงขึ้นตามอายุ ในขณะที่โรคอ้วนลดลงเมื่ออายุมากขึ้น โรคเรื้อรังที่ศึกษา คือความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูงและเบาหวาน นอกจากความเสี่ยงจากตัว

โรคเองแล้ว ยังก่อภาวะโรคเรื้อรังที่สำคัญตามมา ความชุกโดยรวมของความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและเบาหวาน พบร้อยละ 51.6, 25.4 และ 14.8 ตามลำดับ สัดส่วนผู้สูงอายุที่ไม่เคยรู้ว่าเป็นโรค ไม่เคยรักษาความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและเบาหวาน พบร้อยละ 56.8, 81.5 และ 41.2 ตามลำดับ ผู้ที่ได้รับการรักษาที่ควบคุมได้ มีเพียงร้อยละ 12.4, 10.3 และร้อยละ 26.4 ตามลำดับ สำหรับความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและเบาหวาน ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนการรักษาคู่ได้สูงกว่าผู้สูงอายุชายในทุกโรค และกลุ่มอายุ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงเป็นกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้สูงสุด

จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่จากการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุทั่ว ๆ ไป และยังไม่มีการศึกษาภาวะสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ ซึ่งเป็นนักบวช การศึกษาภาวะสุขภาพของนักบวชมีเพียงการศึกษาในกลุ่มพระภิกษุ/สามเณร (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543: 298-301) จำนวน 538 รูป ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-44 ปี (ร้อยละ 63.8) พบว่าปัญหาสุขภาพที่รบกวนการดำเนินชีวิต ในระยะเวลา 1 เดือน ก่อนการสำรวจ มีดังนี้คือ ร้อยละ 5.2 มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมาก ร้อยละ 4.3 มีปัญหาในการงอเข้า/คุกเข้า/โค้งโค้งหรือโน้มตัว ร้อยละ 2.6 มีปัญหาในการยกหรือหิ้วของเต็มสองมือและปัญหาในการเดินร้อยละ 2.0 มีปัญหาในการเดินขึ้นบันได 3-4 ขั้นติดต่อกัน ร้อยละ 1.7 มีปัญหาในการเดินครึ่งกิโลเมตร ร้อยละ 12.2 มีความกังวลใจจนนอนไม่หลับตลอดเวลาหรือบ่อยๆ ร้อยละ 10.1 อ่อนเพลียบ่อยๆหรือตลอดเวลา ร้อยละ 6.9 มีปัญหาทางอารมณ์ที่รบกวนการทำงาน ร้อยละ 2.0 ปฏิบัติกิจไม่ได้ นอกจากนี้พบว่ามีปัญหาสุขภาพในรอบเดือนที่ผ่านมาร้อยละ 49.1 อาการหรือโรคที่พบ ได้แก่ หัวใจ ปวดศีรษะ ปวดหลัง/เอว/ข้อ/เมื่อย ปวดท้อง/กระเพาะ แพ้อากาศ/หอบหืด ไอ นอนไม่หลับ เป็นลม โรคกระดูกสันหลัง และอื่น ๆ ซึ่งการศึกษาในกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มนักบวชเพศชาย มีช่วงอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ อาจจะแตกต่างจากกลุ่มแม่ชีที่เป็นผู้หญิงและสูงอายุ ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จะทำให้ได้ทราบถึงภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันของกลุ่มที่มีอายุและเพศที่ต่างกัน แม้จะมีสถานภาพที่เหมือนกันก็ตาม

การประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพ ขึ้นอยู่กับแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ถ้าใช้แนวคิดทางด้านคลินิกก็จะวัดเฉพาะปัญหาสุขภาพ คือการตายและการป่วย ถ้ามีแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพในลักษณะบูรณาการ เช่น แนวคิดของเฟินเดอร์ ก็จะใช้ดัชนีที่สะท้อนถึงมิติทางด้านอารมณ์ เจตคติ กิจกรรม ความใฝ่ฝันและความสำเร็จในชีวิต เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544: 96) ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะ

สุขภาพได้จากการประเมินตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล บุคลากรทางการแพทย์และจากการตรวจร่างกายร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยทั่วไปการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลสามารถประเมินได้จากภาวะสุขภาพทางด้านกายภาพ เช่น การตรวจร่างกายตามระบบ การตรวจอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของร่างกาย ความดันโลหิต ชีพจร น้ำหนักตัว การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น (พุทธเมษา หมั่นคำแสน, 2542: 26) การประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของบุคคล โดยให้บุคคลประเมินตนเอง และเปรียบเทียบสุขภาพของตนเองกับคนวัยเดียวกัน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540: 32; นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล, 2539: 144) และการประเมินจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541: 77-78) แต่การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุมีความซับซ้อนกว่าผู้ใหญ่หรือวัยหนุ่มสาว เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงจากการสูงวัย อาจมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ผลของพยาธิสภาพและการเกิดโรคในผู้สูงอายุ ไม่ได้แสดงอาการชัดเจนเช่นเดียวกับผู้ใหญ่หรือวัยหนุ่มสาว และจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุจะประเมินภาวะสุขภาพไปในทางที่ดีกว่าครอบครัวหรือบุคลากรที่มสุขภาพ ดังนั้นการตัดสินใจสุขภาพโดยอาศัยรูปแบบทางคลินิก คือการปราศจากโรค ความพิการ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติจะไม่เพียงพอ ประเด็นที่ควรคำนึงถึงในการประเมินผู้สูงอายุ คือ ต้องประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ / ความพร้อมในการทำหน้าที่ ร่วมกับปัญหาความเจ็บป่วย ซึ่งขอบเขตของการประเมินประกอบด้วยประเมินในด้านต่าง ๆ คือ สุขภาพกาย การกระทำกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ทางจิตใจ และการทำหน้าที่ทางสังคม (ประคอง อินทรสมบัติ, 2539: 45-49)

พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ (health-care seeking behaviors) เป็นกิจกรรมการกระทำที่รับรู้ถึงอาการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การแสวงหาความช่วยเหลือจากระบบบริการสุขภาพ และใช้แหล่งบริการทางเลือกอื่น ๆ เพื่อป้องกัน บรรเทา รักษา หรือเผชิญกับอาการที่เป็นนั้น (Pang, Jordan-Marsh, Silverstein, & Cody, 2003: 865) แหล่งบริการอาจเป็นบริการการแพทย์แบบตะวันตก เช่น โรงพยาบาล คลินิก ร้านขายยา และการแพทย์ที่ไม่เป็นทางการ เช่น การฝังเข็ม สมุนไพร การออกกำลังกาย อาหาร การรักษาแบบพื้นบ้าน การหาความรู้เพื่อดูแลตนเองโดยการอ่านหนังสือ และชมรายการสุขภาพ

ไคลแมน (Kleinman, 1980) ให้นิยามของพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพคือ วิธีที่บุคคลใช้ในการประเมิน และตัดสินใจที่จะเลือกใช้การดูแลสุขภาพในแต่ละขั้นตอนของการเจ็บป่วย โดยพบว่าคนที่บุคคลรับรู้และจัดการกับความเจ็บป่วยของตน ขึ้นอยู่กับคำอธิบายเกี่ยวกับ

ความเจ็บป่วยของคนในกลุ่มนั้น ซึ่งไคลแมนเรียกว่า Explanatory model ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533:14-15) กล่าวว่า การแสวงหาบริการสุขภาพให้กับตนเองเมื่อเจ็บป่วย เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการกับอาการนั้นๆด้วยตนเองว่าจะรักษาอย่างไร หรือแสวงหาคำแนะนำจากผู้อื่นอย่างไร รวมถึงการปรึกษาหารือกันในเรื่องค่าใช้จ่ายทางสังคม การใช้บริการสาธารณสุข และบริการรักษาอื่น ๆ และเป็นวิถีทางสังคมและวัฒนธรรมซึ่งปรากฏให้เห็นในทุกสังคม มัลลิกา มัติโก(2533) กล่าวว่า บุคคลแต่ละคนจะมีกระบวนการแสวงหาการรักษาที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการตีความและการให้ความหมายต่อสาเหตุการเกิดโรค และความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อแบบวิทยาศาสตร์แบบโบราณ หรือแบบไสยศาสตร์ก็ตาม ทั้งนี้เพื่อจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลอาจจะกระทำได้หลายวิธี ตั้งแต่อยู่เฉย ๆ เพื่อรอดูอาการ และรอให้อาการต่างๆทุเลาหรือหายไปเอง หรือสอบถามความคิดเห็น และขอคำแนะนำจากบุคคลรอบข้างเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตน ทำการรักษาตนเอง แสวงหาและเลือกแหล่งบริการที่เหมาะสมเพื่อเข้ารับการรักษา เช่น ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน คลินิก หมอพื้นบ้าน หรือบุคคลอื่นๆ ที่ไม่ใช่แพทย์ และอาจมีการเปลี่ยนแปลงแหล่งการรักษาใหม่ เพื่อให้หายจากอาการเจ็บป่วย หรือกลับคืนสู่สภาพปกติ

การแสวงหาการดูแลสุขภาพ เป็นกระบวนการแก้ปัญหาที่กระทำอย่างจริงจัง (Russell, 1996) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญ มีเป้าหมายเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน เป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544: 22-23)

ซัซแมน (Suchman, 1965) ได้เสนอแนวคิดถึงลำดับเหตุการณ์ต่าง ๆ ในการแสวงหาการดูแลสุขภาพ รวมถึงการตัดสินใจในการเข้ารับบริการสุขภาพจากแหล่งบริการ ว่าประกอบด้วย 5 ขั้นตอน เริ่มจากเมื่อเกิดสิ่งผิดปกติขึ้นในร่างกายก็จะอาศัยประสบการณ์ในอดีตตัดสินใจว่าตนเองเป็นอะไร ใช้วิธีการดูแลตนเองหรืออาจมีการประวิงเวลา เพื่อรอดูอาการก่อน ขั้นที่ 2 ถ้าอาการไม่ทุเลาจะเข้าสู่ขั้นตอนการยอมรับการเจ็บป่วย จะมีการแสวงหาเพื่อการตัดสินใจ โดยปรึกษาญาติ เพื่อนบ้าน หรือบุคคลใกล้ชิด แต่ยังไม่ไปรับบริการจากแพทย์ ขั้นที่ 3 จะตัดสินใจไปหาผู้บำบัดรักษา ขั้นที่ 4 บุคคลจะเข้าสู่บทบาทของการเป็นผู้ป่วย และให้ความร่วมมือเพื่อการรักษาให้หาย ขั้นที่ 5 ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากผู้บำบัดรักษาว่าหายเป็นปกติ หรือในบางคนอาจต้องยอมรับสภาพว่าตนเองเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษาพยาบาล ซึ่งขั้นตอนดังกล่าวไม่จำเป็นต้องเกิดกับทุกคน และไม่จำเป็นว่าทุกคนจะต้องมีครบทุกขั้นตอนบางคนอาจเริ่มจากขั้นแรกไปสู่วิธีการยอมรับการเป็นผู้ป่วยเลยก็ได้ และในขั้นการเลือกแหล่งรักษานั้น จะเป็นขั้นตอนที่สะท้อนให้เห็นโลกทัศน์ของผู้ป่วย การเข้าถึงบริการ ตลอดจนอิทธิพลของกลุ่มต่าง ๆ ทางสังคมที่มีผลต่อการเลือกใช้บริการ

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาการรักษาสุขภาพของคริสแมน (Chrisman, 1991; Christman & Kleinman, 1983 อ้างใน รัชณี ฐิริสัจย์, 2545: 24-25) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเริ่มมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาจากจุดหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งอย่างเป็นขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วย ที่เป็นไปตามความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดกันมาตามความหมายทางวัฒนธรรม หรืออาจไปปรึกษาคนใกล้ชิด เพื่อขอคำรับรองว่าตนป่วยจริง และควรจะรักษาด้วยวิธีใด ถ้ามีการรับรองอาการที่เกิดขึ้น บุคคลนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทไปเป็นผู้ป่วย ในขั้นนี้ผู้ป่วยอาจไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทในสังคมได้ตามปกติ ขึ้นอยู่กับลักษณะการเจ็บป่วยว่าเป็นแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง แล้วเข้าสู่ขั้นตอนการรักษา ในขั้นตอนนี้จะเป็นการเลือกแหล่งรักษา และวิธีการรักษาตามการให้ความหมาย ความเชื่อในสาเหตุ ความรุนแรงของอาการ รวมทั้งทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งแหล่งรักษาหรือแหล่งบริการอาจจะเป็น 1) แหล่งบริการทางวิชาชีพหรือเป็นทางการ ได้แก่ แพทย์ โรงพยาบาล 2) แหล่งบริการที่เป็นกึ่งวิชาชีพ ได้แก่ เกษตรกร ผดุงครรภ์ 3) หมอพื้นบ้านต่างๆ ได้แก่ หมอไสยศาสตร์ หมอพระ 4) การปรึกษาร่วมกับบุคคลอื่นๆ และ 5) การรักษาตนเอง ส่วนชนิดหรือวิธีการรักษา ได้แก่ 1) การทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การนอนพักผ่อน 2) การรักษาทางการแพทย์ เช่น การกินยา การฉีดยา 3) กิจกรรมบนพื้นฐานของพิธีกรรมหรือการพุดคุย เช่น ไปหาหมอผีหรือจิตแพทย์ 4) การรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เช่น การผ่าตัด เป็นต้น ผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดจะร่วมกันประเมินและเลือกวิธีการรักษา เมื่อรักษาแล้วจะเข้าสู่ขั้นตอนสุดท้าย คือ การประเมินผล ซึ่งผู้ป่วย และเครือข่ายทางสังคม จะร่วมกันประเมินผลการรักษาตลอดเวลา ว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นดีขึ้นหรือหายไปตามคำอธิบายทางวัฒนธรรมและความเอาใจใส่ ของผู้ให้การรักษาที่มีต่อผู้ป่วย ในขั้นตอนทั้งหมดของความเจ็บป่วยอาจมีการย้อนกลับได้อีก ถ้าผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดได้ข้อมูลใหม่เพิ่มเติม

แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการแสวงหาการดูแลรักษาสุขภาพของไอกัน (Igum, 1979) เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับบุคคลที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อน ซึ่งเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกแหล่งบริการ รวมทั้งมีส่วนในการประเมินอาการและประเมินผลการรักษาจากแหล่งบริการนั้นด้วย ไอกันอธิบายว่าเมื่อบุคคลเริ่มประสบกับอาการที่ผิดปกติ ถ้าทราบว่าอาการที่เกิดขึ้นเป็นอาการอะไร และรับรู้ว่ามีร้ายแรง ก็จะทำการรักษาตนเอง แต่ถ้าไม่ทราบว่าอาการที่ผิดปกติคืออาการเจ็บป่วยอะไร ก็อาจจะสอบถามอาการกับบุคคลสำคัญ เช่น พ่อ แม่ ญาติ เพื่อนสนิท เป็นต้น เพื่อที่จะประเมินอาการว่าเป็นอาการของโรคอะไร และจะไปสู่ขั้นตอนการประเมินหาแหล่งรักษาที่ให้คุณภาพดีที่สุด และเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ป่วยที่สังคมยอมรับว่าป่วยจริง ในระหว่างนี้จะมีญาติพี่น้อง และเพื่อนมาเยี่ยมเยียน และอาจมีบทบาทในการช่วยวินิจฉัยโรค แนะนำแหล่งหรือวิธีการรักษา รวมทั้งอาจช่วยในการตัดสินใจว่า ควรจะไปรักษาที่ใด จึงจะมีประสิทธิภาพมากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยจะทำการเลือกแหล่งรักษา เข้าไปรับการรักษา และมีการประเมินผลการรักษา ถ้าหายจากอาการก็จะไปสู่ขั้นตอนการกลับคืนสู่สภาพปกติ แต่ถ้าไม่หาย

หรือเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแหล่งรักษา และกลับไปสู่ขั้นตอนการประเมินอาการใหม่ได้อีกครั้ง

สุขุมาล ธนาเศรษฐ์อังกุล และคณะ (2537: 30-37) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยของประชาชนในชนบท พบว่าเมื่อเจ็บป่วยจะมีการดูแลตนเองเบื้องต้นก่อน โดยซื้อยารับประทานเอง พักผ่อน งดอาหารบางชนิด และปรึกษาเพื่อนบ้าน แล้วไปใช้บริการที่สถานีนามัย หากไม่หายจะไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น สอดคล้องกับการศึกษาของสมทรง ณ นคร และคณะ (2539 อ้างใน กฤษณา นาดี, 2541: 25) ซึ่งพบว่าชาวชนบทจะมีวิธีการแสวงหาบริการสุขภาพมากกว่าหนึ่งขั้นตอน เช่น ซื้อยารับประทานเองแล้วจึงไปสถานีนามัย รออาการแล้วจึงไปโรงพยาบาลชุมชน และรูปแบบที่ใช้มากที่สุด คือ ซื้อยารับประทานเอง

มาริสสา ไกรฤกษ์ และคณะ (2536) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นและโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จำนวน 200 คน พบว่าส่วนใหญ่ไปปรึกษากับแพทย์แผนปัจจุบัน รองลงมาคือรักษาด้วยตนเองก่อน เช่นเดียวกับการศึกษาของรุ่งโรจน์ พุ่มริ้วและเฉลิมพล ดันสกุล (2540 อ้างใน กฤษณา นาดี, 2541: 25) ได้ข้อสรุปที่สอดคล้องกันคือ เมื่อประชาชนเจ็บป่วยจะดูแลรักษากันเองในครัวเรือนก่อน แล้วจึงแสวงหาบริการสุขภาพจากแหล่งอื่น ๆ อาจจะไปพบแพทย์แผนปัจจุบันของรัฐหรือเอกชน แพทย์พื้นบ้าน หรือใช้ทั้ง 2-3 วิธีพร้อม ๆ กัน

สำหรับการแสวงหาการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของพิทักษ์ศิริวัฒน์เมธานนท์ และคณะ (2540: 115-121) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครนายก โดยการสัมภาษณ์ระดับลึก พบว่า ร้อยละ 26 เจ็บป่วยด้วยโรคปวดข้อและกล้ามเนื้อ เมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่มักจะเลือกใช้บริการของรัฐ รองลงมาคือ ซื้อยารับประทานเอง

ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, วราภรณ์ เลิศพูนวิไลกุล, ดินจง โปธิบาล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และกนกพร สุคำวัง (2545) ศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าพฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุจะเริ่มเมื่อมีการรับรู้ ติความและให้ความหมายว่าตนเองมีความผิดปกติหรือเจ็บป่วย โดยผ่านกระบวนการปรึกษานักคิดในเครือข่ายชุมชน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ และตัดสินใจเลือกใช้วิธีการรักษาโดยผ่านกระบวนการปรึกษาและขึ้นอยู่กับความเชื่อในสาเหตุและความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพมากกว่า 1 ระบบ ประกอบด้วย ระบบการดูแลสุขภาพภาคสามัญชนเป็นระบบแรก หากไม่ได้ผลจะเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพภาควิชาชีพและ/หรือภาคพื้นบ้าน (แผนโบราณ) หรือเปลี่ยนไปมาระหว่าง 2 ระบบ

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2543) ศึกษาภาวะสุขภาพของนักบวชกลุ่มพระภิกษุ/สามเณร ส่วนใหญ่มีอายุ 20-44 ปี พบว่าเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่จะดูแลตนเอง หรือปล่อยให้หายเอง ร้อยละ 47.4 ซึ่ยากินเอง ร้อยละ 41.6 ไปโรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 38.8 ไปคลินิกเอกชน ร้อยละ 18.2 หมอพื้นบ้าน และสมุนไพร ร้อยละ 14.8

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของประชาชน เป็นกิจกรรมที่กระทำเพื่อป้องกัน ลด รักษา และเผชิญกับอาการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีหลายวิธีและมักมีมากกว่า 1 ขั้นตอน ได้แก่ การรักษากันเองในครอบครัว การปรึกษาหารือกับเพื่อนบ้านและเครือข่ายทางสังคม การใช้ระบบบริการของรัฐ เอกชน และมีการใช้ระบบการแพทย์พื้นบ้าน แต่จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ ยังไม่พบการศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพในแม่ผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

ได้มีผู้ศึกษาปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพไว้หลายท่าน ดังนี้ เลาเวอร์ (Lauver, 1992: 281-287) ได้พัฒนาทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาการดูแล (A theory of care-seeking behavior) และอธิบายว่าพฤติกรรมแสวงหาการดูแลของบุคคล เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางด้านจิต สังคม ได้แก่ อารมณ์ ความคาดหวัง ความเชื่อ ค่านิยม เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการดูแลและบรรทัดฐานของคนในสังคม และปัจจัยด้านการอำนวยความสะดวก ซึ่งจะมีผลในการตัดสินใจแสวงหาการดูแล

ยัง (Young, 1981 อ้างใน รัชนิ ฐริศสัย, 2545: 27-28) ได้ทำการศึกษาและสร้างแบบจำลอง พฤติกรรมตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสาธารณสุข และนำเสนอปัจจัยด้านผู้รับบริการ ที่กำหนดทางเลือกในการใช้แหล่งหรือวิธีการรักษาต่างๆไว้ ดังนี้คือ

1. การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย เมื่อบุคคลป่วย บุคคลจะพิจารณาประเภทของอาการเจ็บป่วย และประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย แล้วใช้ระดับความรุนแรงของโรคที่รับรู้เป็นองค์ประกอบในการตัดสินใจเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษา โดยคำนึงถึงความคิดเห็นส่วนใหญ่ในหมู่ญาติพี่น้องและเพื่อนร่วมด้วย
2. ความรู้เกี่ยวกับการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้านหรือการเยียวยาตนเอง ถ้าบุคคลรู้ถึงวิธีการเยียวยาตนเองหรือการเยียวยาแบบพื้นบ้าน และรับรู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นไม่รุนแรง ก็มักจะเลือกรักษาตนเองตามระบบของสามัญชน
3. ความเชื่อถือในผลของการรักษา บุคคลย่อมเลือกแบบแผนหรือวิธีการรักษาตามความเชื่อถือศรัทธาในประสิทธิภาพของวิธีการรักษานั้นๆ

4. การเข้าถึงแหล่งบริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการซื้อบริการ ความสะดวกในการเดินทาง ไปรับบริการจากแหล่งบริการ ความเพียงพอ ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการ สาธารณสุขชนิดต่าง ๆ

แอนเดอร์เซน (Andersen, 1995) กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยชักนำ ได้แก่ ลักษณะทางด้านประชากร และสังคม เช่น อายุ เพศ สถานภาพ สมรส การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา ความคิด ความเชื่อ ลักษณะโครงสร้างของสังคม
2. ปัจจัยสนับสนุน เช่น ครอบครัว ชุมชน รายได้ การประกันสุขภาพ ที่อยู่อาศัย
3. ปัจจัยด้านความต้องการ ซึ่งหมายถึงความต้องการที่เกิดจากการรับรู้ของแต่ละบุคคล เกี่ยวกับลักษณะความเจ็บป่วย ความรุนแรง และวิธีการรักษา โดยบุคคลจะประเมินผลลัพธ์จากการเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพแต่ละขั้นตอน เพื่อปรับให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการรักษา และเกิดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

จากการศึกษาของ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และบุปผา ศิริรัศมี (2531: 32-33) โดยศึกษาในประชาชนชนบท จำนวน 2,571 หลังคาเรือน ใช้การสัมภาษณ์ และสังเกต พบว่าประชาชนนิยมไปรับบริการที่สถานอนามัยเป็นอันดับแรก รองลงมา ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน คลินิกเอกชน โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลเอกชนตามลำดับ เหตุผลที่สำคัญในการไปใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากการเดินทางสะดวก มีความเชื่อถือในตัวบุคคลผู้รักษาและสถานบริการ มีบัตรสุขภาพหรือบัตรสงเคราะห์ ส่วนใหญ่ไม่เคยย้ายสถานที่รักษา ถ้าย้ายสถานที่รักษา จะย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลจังหวัด

จากการศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงในกลุ่มโรคต่างๆ ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้แก่ ผู้หญิงโรคเบาหวาน (นริสา ศรีลาชัย, 2540; สุภรัตน์ ไพศาลตันติวงศ์, 2540) ผู้หญิงโรคคลื่นหัวใจพิการ (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2540) ผู้หญิงโรคความดันโลหิตสูง (ปริญญญา พรหมราช, 2540) ผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจ (เพชรรัตน์ เอี่ยมละออ, 2540) ผู้หญิงโรคมะเร็งปากมดลูก (วไลพรธณ ชลสุข, 2540) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพแหล่งใดนั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้ารับบริการ ปัจจัยเสริมอำนาจการซื้อบริการ เช่น การประกันสุขภาพ ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และความคุ้นเคยกับแหล่งบริการและผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่จะจัดการกับความเจ็บป่วยตามการให้ความหมายของความเจ็บป่วย ถ้ารับรู้ว่ามีรุนแรงจะรักษาตนเองก่อน ถ้า

รุนแรงจะใช้ระบบการแพทย์วิชาชีพเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเป็นสถานบริการของรัฐหรือเอกชน ส่วนระยะเวลาในการมารับบริการจะพบว่า กลุ่มที่สามารถให้ความหมายของอาการได้ชัดเจน จะมารับบริการเร็วกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถให้ความหมายได้ชัดเจน

การศึกษาเรื่องแนวคิดความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษาเย็บแผลแบบพื้นบ้านของเทพินทร์ พัทธนากรักษ์ (2533) พบว่า ความเชื่อในสาเหตุ อาการ และการรักษาไม่มีแบบแผนแน่นอน ความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง ชาวบ้านจะเลือกการรักษาด้วยการแพทย์สมัยใหม่ ความเจ็บป่วยตามความเชื่อแบบท้องถิ่น จะรักษาด้วยวิธีไสยศาสตร์ ในขณะที่ความเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรงจะใช้การรักษาตนเองด้วยยาสมัยใหม่ ทั้งนี้ชาวบ้านมีแนวคิดอธิบายความเจ็บป่วยได้หลายความเชื่อ โดยไม่รู้สึกว่าเป็นแนวคิดที่ขัดแย้งกัน พฤติกรรมการรักษาขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจและความรุนแรงของโรค โดยในรายที่มีอาการเป็นครั้งคราวและฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จะใช้วิธีซื่อๆมารักษาตนเอง แต่ในรายที่มีอาการรุนแรง ไม่ว่าจะมีฐานะทางเศรษฐกิจแบบใดจะไปรับบริการจากสถานบริการทางการแพทย์

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพได้ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากสังคมไทยมีระบบบริการสุขภาพให้เลือกหลายวิธี ทำให้ประชาชนมีทางเลือกในการเข้ารับบริการเมื่อเจ็บป่วย ตามความต้องการหรือความเชื่อของตน การเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพต่าง ๆ อย่างเหมาะสมจะส่งเสริมให้เกิดการฟื้นหายเร็วขึ้น ปัจจัยที่สำคัญในการเลือกใช้บริการแบบใดขึ้นอยู่กับความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการที่มีอยู่ ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่ ความสะดวกในการไปใช้บริการ สิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ ระยะทางระหว่างบ้านถึงสถานบริการสุขภาพ และคุณภาพของระบบบริการ
2. ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการที่มีความเป็นกันเอง มีทัศนคติดีในการให้บริการ และความเพียงพอของผู้ให้บริการ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้ผู้มารับบริการมีโอกาสเลือกแหล่งบริการรักษาที่ตนเองพอใจเพิ่มขึ้น
3. ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา อาชีพ เป็นต้น การรับรู้เกี่ยวกับลักษณะความเจ็บป่วย สาเหตุ อาการ ความรุนแรง ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติเกี่ยวกับการรักษา ความคาดหวังผลการรักษา ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่ออธิบายภาวะสุขภาพ พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย เป็นแม่ชีสูงอายุ ที่พักอยู่ตามวัด สำนักสงฆ์ หรือสำนักชี ในเขต กรุงเทพมหานคร การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เนื่องจากยังไม่มีบัญชีรายชื่อของทุกวัด โดยผู้วิจัยจะเลือกศึกษาจากวัดที่มีจำนวนแม่ชี สูงอายุมาก ตามรายชื่อวัดในเขตกรุงเทพมหานคร จากข้อมูลของสถาบันแม่ชีไทย ปี พ.ศ. 2546 ซึ่ง พบว่าจำนวนวัดในเขตกรุงเทพมหานคร มีทั้งหมด 60 วัด และมีเพียง 22 วัด ที่แจ้งจำนวนและ รายชื่อแม่ชีให้สถาบันแม่ชีไทย โดยจำนวนแม่ชีทั้งหมด คือ 522 คน ในจำนวนนี้เป็นแม่ชีสูงอายุ จำนวน 234 คน สำหรับรายชื่อวัดที่เลือกศึกษา ได้แก่ 1) วัดปากน้ำภาษีเจริญ 2) วัดเนกขัมมาภิรมสถาน 3) วัดเพลงวิปัสสนา 4) วัดอภัยทายาราม (วัดมะกอก) 5) วัดอัมพวัน และ 6) วัดมหาธาตุฯ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากสูตรของ ยามาเน (Yamane, 1973)

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

เมื่อ N คือ ขนาดของประชากร แม่ชีสูงอายุ จำนวน 234 คน
e คือ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง กำหนดที่ 0.1
n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 ราย

คุณสมบัติของแม่ชีสูงอายุที่คัดเลือกไว้ในการศึกษา

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป
2. มีความสามารถในการสื่อสาร เช่น สามารถเข้าใจภาษาไทย และตอบคำถามได้
3. มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาสมองเสื่อม พิจารณาจากคะแนนสมรรถภาพสมองที่ทดสอบโดยใช้วิธีทดสอบหมวดหมู่ (The set test) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองค้นหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุโดยต้องได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน จึงจะเป็นผู้ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม
- 4.พักอาศัยอยู่ในวัดในเขตกรุงเทพมหานคร
5. บวชเป็นแม่ชีมากกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. แบบทดสอบหมวดหมู่
2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
3. แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ
4. การตรวจร่างกาย
5. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

เครื่องมือต่างๆประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

1. แบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) ใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะสมองเสื่อมพัฒนาขึ้นโดยไอแซคส์ และอักฮ์ตาร์ (อ้างถึงใน Isaacs & Kennie 1973: 467-470) เพื่อตรวจค้นหาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุบอกชื่อ สี สัตว์ ผลไม้ จังหวัด (หรืออำเภอ) หมวดละ 10 ชื่อ

เกณฑ์การให้คะแนน ให้ 1 คะแนน สำหรับคำตอบที่ถูกต้องแต่ละคำตอบ คะแนนสูงสุดในแต่ละหมวดเท่ากับ 10 คะแนน คะแนนสูงสุดในการทดสอบเท่ากับ 40 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน เกณฑ์มาตรฐานกำหนดขึ้นโดยไอแซคส์ และอักฮ์ตาร์ (Isaacs & Akhtar 1972 as cited in Isaacs & Kennie 1973: 467) จากการทดสอบกับผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสุขภาพดี พบว่าผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน เป็นผู้ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม

คุณภาพของเครื่องมือ ไอแซคส์ และ เคนนี่ (Isaacs & Kennie, 1973: 467-470) แนะนำว่า การทดสอบหมวดหมู่นี้มีคุณภาพ ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อม โดยพบว่ามี ความสอดคล้องอย่างมากกับการวิจัยทางคลินิก จากการทดสอบผู้สูงอายุ จำนวน 189 ราย มีอายุ 65-74 ปี 35 ราย อายุ 75-84 ปี 89 ราย และอายุตั้งแต่ 85 ปี ขึ้นไป 65 ราย ในจำนวนนี้เป็นชาย 90 ราย หญิง 99 ราย พบว่าผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน ทั้งหมด 146 รายไม่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนผู้สูงอายุที่ได้คะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน จำนวน 22 ราย เป็นผู้ที่มีการสมองเสื่อม 20 ราย คิด สุรา และมีอาการพูดเพ้อเจ้อ 1 ราย มีอาการอัมพาตทางด้านซ้าย 1 ราย ผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง 15-24 คะแนน จำนวน 21 ราย เป็นผู้ที่มีสมองเสื่อม 6 ราย ที่เหลือเป็นผู้ที่มีความหวาดระแวง วิดกกังวล มี ภาวะซึมเศร้า หรือมีพยาธิสภาพทางร่างกาย ได้แก่ หัวใจล้มเหลว เป็นต้น เฮย์ (Hays, 1984: 96-97) ได้นำวิธีการนี้ไปทดสอบในผู้สูงอายุมากกว่า 100 ราย พบว่าผู้ที่ได้คะแนนมาก จะได้คะแนนมาก ในทุกหมวด ผู้ที่ได้คะแนนน้อยก็จะได้คะแนนน้อยในทุกหมวดเช่นเดียวกัน ซึ่งแสดงถึงคุณภาพ ของเครื่องมือที่สามารถประเมินสมรรถภาพสมองได้ตรงตามสภาพ และได้แนะนำให้ใช้เครื่องมือนี้ ในการคัดกรองสมรรถภาพสมองของผู้สูงอายุในชุมชนและในโรงพยาบาล

ในประเทศไทย อรุณี นาคะพงศ์ (2539: 41-42) และ สุมณา แสนมาโนช (2541: 42-43) ได้ ใช้เครื่องมือนี้ในการประเมินภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุใช้เวลาทำไม่เกิน 5 นาที โดยส่วนใหญ่ใช้เวลาทำ 2-3 นาที มีข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคต่อการประเมินน้อย เช่น การศึกษา สังคม วัฒนธรรม และภาวะทุพพลภาพบางอย่างของกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ นิภา นิยมไทย (2542: 44-45) ได้นำแบบทดสอบนี้ไปใช้กับญาติที่ดูแล (family caregivers) ผู้ที่มีปัญหาโรคหลอดเลือด สมอง ซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปี พบว่าส่วนใหญ่ใช้เวลาทำแบบประเมิน 4 นาที การให้บอกชื่อเมือง เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุทำได้ช้ากว่าการบอกสี สัตว์ และผลไม้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบทดสอบนี้มาใช้ในการคัดกรองแม่ชีสูงอายุ เนื่องจากวิธี ทดสอบง่าย ใช้เวลาน้อย มีข้อจำกัดน้อย

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไปของแม่ชีสูงอายุ ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษาที่บวช สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล/ให้การช่วยเหลือขณะ บวช เป็นต้น

3. แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตามแนวคิดของสมิธ ประกอบด้วยเครื่องมือวิจัย ต่อไปนี้

3.1 แบบประเมินภาวะสุขภาพทางคลินิก ประกอบด้วยแบบประเมินดังต่อไปนี้

3.1.1 ประวัติการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก การศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของแบบสอบถามจะเกี่ยวข้องกับอาการ เจ็บป่วยของแม่ชีสูงอายุ ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

3.1.2 ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของแบบสอบถามจะเกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวที่เมชีสูงอายุเป็นอยู่ในระยะเวลานานกว่า 6 เดือน

3.2 แบบประเมินภาวะสุขภาพตามความสามารถในการปฏิบัติบทบาท ประกอบด้วยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทแม่ชี

3.2.1 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัดชนีบาร์เทล (The Modified Barthel Activities of Daily Living Index, MBAI) ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของเมชีสูงอายุ แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล (Barthel Activities of Daily Living Index, BAI) สร้างขึ้นโดยมาร์โฮนี และบาร์เทล (Mahony & Barthel) ในปี ค.ศ. 1955 และพิมพ์เผยแพร่ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1965 (ประภาเพ็ญสุวรรณ, 2537: 26-30) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 3) การเคลื่อนย้าย (ลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลืนอาหาร 10) การกลืนยีสสาวะ ในประเทศไทยมีผู้นำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์เทล (BAI) มาแปล และปรับปรุง เพื่อใช้ในการวิจัยหลายท่าน ได้แก่ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (Jitapunkul, 1994: 67-75) ชวลี เข้มวงษ์ (2538: 29-31) และสุวรรณ มหาภานันท์ (2538: 31-32) ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะใช้แบบประเมินที่สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะแปล และดัดแปลงจากแบบประเมินของ บาร์เทล (modified Barthel Activities of Daily Living Index, MBAI) (Jitapunkul 1994: 67-75) ซึ่งมีการปรับปรุงคะแนนในแต่ละกิจกรรมใหม่ มีคะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 0 สูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน โดยให้คะแนนตามลำดับความสามารถ ในการทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมการเคลื่อนย้าย และกิจกรรมการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน แบ่งเป็น 4 ระดับ (คะแนน 0-3) กิจกรรมการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม และกิจกรรมการอาบน้ำ แบ่งเป็น 2 ระดับ (คะแนน 0-1) กิจกรรมอื่นๆ แบ่งเป็น 3 ระดับ (คะแนน 0-2)

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน

คะแนนรวม 0-8 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ดี

คะแนนรวม 9-11 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนรวม 12-20 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดี

คุณภาพของเครื่องมือ

ความตรง สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2537) ได้ทดสอบความตรงตามสภาพ (concurrent validity) ของ BAI โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุในชุมชนแออัดคลองเตย จำนวน 703 คน มีอายุ 60-90 ปี เป็นหญิง 471 คน ชาย 232 คน และหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่ประเมินโดยใช้ Office of Population Censuses and Surveys' disability measure (OPCS) ซึ่งเป็นแบบวัดความสามารถในการกระทำการกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันมาตรฐาน ที่สร้างขึ้นตามการจำแนกภาวะทุพพลภาพขององค์การอนามัยโลก และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน พบว่าคะแนน BAI และ OPCS มีความสัมพันธ์กันปานกลาง ($r = -.49, p < 0.001$) ซึ่งแสดงว่า BAI เป็นเครื่องมือที่มีความตรงตามสภาพในระดับหนึ่ง (Jitapunkul, et al. 1994: 99 อ้างใน อรุณี นาคะพงศ์, 2539: 45)

ความเที่ยง ชาท் และคณะ (Shah, et al. 1989: 703-707) นำแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบาร์เทิลที่ปรับปรุงแล้ว ไปทดสอบความเที่ยงโดยหาความสอดคล้องภายใน ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบัน ที่พักรักษาในโรงพยาบาล 258 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .90 และเมื่อทดสอบซ้ำก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .93

ในประเทศไทยมีผู้นำแบบวัดของบาร์เทิลมาแปลและใช้ในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่ามีความเหมาะสมที่จะใช้ประเมินผู้สูงอายุทั้งในคลินิก (พุลศรี พันธุ์ศรีมังกร และทิพา ต่อสกุลแก้ว, 2535: 175 อ้างใน อรุณี นาคะพงศ์, 2545: 45) และในชุมชน (Jitapunkul, 1994: 67-75) นอกจากนี้ ชวลี เข้มวงษ์ (2538: 31) และสุวรรณี มหาภายนันท์ (2538: 31) ได้นำมาใช้ประเมินผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 60 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .93 และ .95 ตามลำดับ และมีค่าความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย เท่ากับ .97

3.2.2 แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีจุฬาฯ (Chula Activities of Daily Living Index, CAI) ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง (Extended or Instrumental Activity of Daily Living) ของแม่ชีสูงอายุ แบบประเมินนี้พัฒนาขึ้นโดยสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (Jitapunkul, 1994: 67-75; Jitapunkul, et al. 1994: 97-101) เพื่อให้เหมาะสมในการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในชุมชน ประกอบด้วยการประเมินความสามารถในการกระทำการกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่

การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การทอนเงินหรือแลกเงิน การเดินทางโดยใช้บริการรถขนส่งมวลชน เช่น รถเมล์ รถสองแถว รถไฟฟ้า เป็นต้น

เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดคะแนนที่เป็นไปได้ในแบบประเมินนี้ ตั้งแต่ 0 คะแนน และสูงสุด 9 คะแนน (Jitapunkul, 1994: 73-74)

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง มีการกระทำกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่องมาก (Jitapunkul, 1994: 73-74)

คุณภาพของเครื่องมือ

ความตรง สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล และคณะ (Jitapunkul, et al. 1994: 97-101) ได้ทดสอบค่าความตรงตามสภาพ (concurrent validity) ของ CAI ที่สร้างขึ้น โดยหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนที่ประเมินโดยใช้ CAI กับคะแนนที่ประเมินโดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น BAI และ OPCS คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน พบว่ามีความสัมพันธ์กันปานกลาง ระหว่างคะแนน CAI และ BAI ($r = -.67$) และระหว่าง CAI และ OPCS ($r = -.49, p < 0.001$) (Jitapunkul, 1994: 99) ซึ่งแสดงว่า CAI เป็นเครื่องมือที่มีความตรงตามสภาพในระดับหนึ่ง

3.2.3 แบบประเมินสุขภาพตามความสามารถในการปฏิบัติบทบาทแม่ชี เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับบทบาทแม่ชี การประกอบพิธีกรรม การบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม

3.3 แบบประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิดความสามารถในการปรับตัว เป็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม บทบาทแม่ชี ระเบียบวินัย การปรับตัวกับเรี่ยวแรงที่ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

3.4 แบบประเมินภาวะสุขภาพตามการบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต เป็นคำถามปลายเปิด เรื่องการรู้สึมีความสุข การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า การบรรลุความใฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิต และเข้าใจความหมายของชีวิต เช่น เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีสุข มีทุกข์

แบบประเมินภาวะสุขภาพตามความสามารถในการปฏิบัติบทบาทแม่ชี แบบประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิดความสามารถในการปรับตัว แบบประเมินภาวะสุขภาพตามการบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดด้านสุขภาพของสตรี

คุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เข้าใจแนวคิดของ Smith และแนวคิดด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และนำไปทดลองใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มแม่ชีสูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ประเมินดูความยากง่ายของภาษา นำมาปรับแก้ไข แล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

4. แบบประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของแม่ชีสูงอายุ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของแม่ชี โดยให้แม่ชีสูงอายุประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดีมากน้อยเพียงใด และเปรียบเทียบสุขภาพของตนเองกับคนวัยเดียวกัน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540: 32) ใช้คำถาม “ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของท่านในขณะนี้เป็นอย่างไร แข็งแรงมาก ก่อนข้างแข็งแรง ปานกลาง ก่อนข้างอ่อนแอ อ่อนแอ” และคำถาม “เมื่อเปรียบเทียบกับคนวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร แข็งแรงกว่าคนอื่น เหมือนคนอื่น ทрудโทรมหรือแย่กว่าคนอื่น” (นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเคล, 2539: 144)

5. การตรวจร่างกาย โดยใช้ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูงหรือสายเทปและเครื่องวัดความดันโลหิต

5.1 เครื่องชั่งน้ำหนักและเครื่องวัดส่วนสูง ใช้เครื่องชั่งน้ำหนักมาตรฐานแบบยืน หน่วยเป็นกิโลกรัม สามารถชั่งน้ำหนักได้ละเอียดถึง 0.1 กิโลกรัม และเครื่องวัดส่วนสูงมาตรฐานหน่วยเป็นเซนติเมตร สามารถวัดได้ละเอียดถึง 0.1 เซนติเมตร

คุณภาพของเครื่องชั่งน้ำหนักและเครื่องวัดส่วนสูง ใช้เครื่องที่ได้มาตรฐานรับรองโดยกระทรวงพาณิชย์ มีสเกลชัดเจน และทดสอบความเที่ยงของเครื่องชั่งน้ำหนัก โดยผู้วิจัยทดลองชั่งตุ้มน้ำหนักมาตรฐานติดต่อกัน 3 ครั้ง เครื่องชั่งน้ำหนักสามารถชั่งน้ำหนักได้ถูกต้อง และน้ำหนักที่ชั่งได้แต่ละครั้งต่างกันไม่เกิน 0.1 กิโลกรัม ส่วนเครื่องวัดส่วนสูงผู้วิจัยตรวจสอบสภาพ และเลือกเครื่องที่แกนในแนวตั้งทำมุม 90 องศากับแกนในแนวนอน

5.2 สายเทป ใช้สำหรับวัดความยาวของลำตัว (ในกรณีที่ขึ้นไม่ได้) ใช้สายเทปมาตรฐานสามารถวัดได้ละเอียดถึง 0.1 เซนติเมตร

คุณภาพของสายเทป เป็นสายเทปที่ได้มาตรฐานรับรองโดยกระทรวงพาณิชย์ มีสเกลชัดเจน ไม่ยืด

5.3 เครื่องวัดความดันโลหิต ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบตั้งโต๊ะ หน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท สามารถวัดและแสดงค่าที่วัดได้อัตโนมัติภายหลังการพัน Cuff ที่แขนของผู้ถูกวัด และใช้เครื่องเดียวกันตลอด

คุณภาพของเครื่องวัดความดันโลหิต เป็นเครื่องที่ได้มาตรฐานรับรองโดยกระทรวงพาณิชย์ และผ่านการสอบเทียบเครื่องมือแล้ว

6. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะของแบบสัมภาษณ์จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ ทั้งในภาวะไม่เจ็บป่วยและเจ็บป่วย และปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ

คุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และนำไปทดลองใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มแม่ชีสูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจ/ความหมายของเนื้อหาความยาก-ง่ายของภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับแก้ไข ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตระหนักถึงจริยธรรมในการวิจัย และคำนึงถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นก่อนการเก็บข้อมูล โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดล และเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ระยะเวลา สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยที่สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา หากต้องการยกเลิกก่อนเสร็จสิ้นการวิจัย ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวผู้ให้ข้อมูล และญาติ ข้อมูลทั้งหมดของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมของกลุ่มประชากร นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัย สามารถซักถามปัญหาข้อสงสัย และสามารถแสดงความคิดเห็นกับผู้วิจัยได้ ถ้าผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยติดต่อขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้บริหารสถาบันแม่ชีไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดลก่อน เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงดำเนินการเก็บข้อมูลในเวลาราชการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อเจ้าอาวาสหรือหัวหน้าแม่ชี ณ วัดที่ต้องการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ วันละ 3-5 คน แจ้งการพิทักษ์สิทธิที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย เมื่อแม่ชีสูงอายุตอบตกลงร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยจึงนัดหมาย วัน เวลา ที่สะดวกเพื่อการสัมภาษณ์
3. ผู้วิจัยไปพบแม่ชีสูงอายุตามการนัดหมาย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent)

4. ประเมินสมรรถภาพสมองโดยใช้วิธีทดสอบหมวดหมู่ ถ้าสามารถทำคะแนนได้เท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนนจึงคัดเลือกไว้เป็นกลุ่มตัวอย่าง และให้เซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย
5. ผู้วิจัยสัมภาษณ์แม่ชีสูงอายุ ในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ตามลำดับเครื่องมือ คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามประวัติการเจ็บป่วยเฉียบพลัน แบบสอบถามประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เรล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีซูพาฯ และคำถามปลายเปิดเรื่องความสามารถในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ความสามารถในการบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม ความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในวัด การปรับตัวให้เข้ากับกฎระเบียบวินัยของแม่ชี การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นนักบวช การปรับตัวจากการมีเรี่ยวแรง/กำลังลดลง การรู้สึกมีความสุขเมื่อเป็นแม่ชี การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า การบรรลุความใฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิต และเข้าใจความหมายของชีวิต เช่น เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีสุข มีทุกข์ 3) แบบประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของแม่ชี และ 4) สัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ
6. ทำการตรวจร่างกายตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดความดันโลหิต
7. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสัมภาษณ์
8. ใช้เวลาในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ประมาณ 90-120 นาที
9. หากแม่ชีสูงอายุที่นัดไว้ ไม่พร้อมที่จะให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง และเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่ตามคุณสมบัติที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. กำหนดรหัสข้อมูล และจัดทำคู่มือลงรหัสของแบบสอบถามแต่ละชุด (ที่ทำได้)
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ
 - 2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง

ภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของแม่ชีสูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

2.2 ข้อมูลจากคำถามปลายเปิดของภาวะสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

- อ่านข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ซ้ำๆ หลายครั้ง
- นำมาเขียนและอ่านซ้ำ พร้อมกับทำความเข้าใจ
- จัดกลุ่มข้อมูล หาความถี่ในข้อมูลที่เหมือนกันและคำนวณหาร้อยละ
- ข้อมูลที่ไม่เข้าพวกกัน แยกต่างหาก

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษากว้างๆสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของแม่ชีไทยสูงอายุ

ส่วนที่ 2 กว้างๆสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้บริการดูแลสุขภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของแม่ชีไทยสูงอายุ

การศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแม่ชีไทยสูงอายุจำนวน 76 ราย หลังจากการประเมินสมรรถภาพสมองโดยใช้วิธีทดสอบหมวดหมู่ มีกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการทดสอบสมรรถภาพสมอง จำนวน 70 รายซึ่งนำมาใช้ในการศึกษานี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นแม่ชีไทยสูงอายุ จำนวน 70 ราย ซึ่งอาศัยอยู่ในวัดในเขตกรุงเทพมหานคร มีอายุระหว่าง 60-97 ปี อายุเฉลี่ย 73.39 ปี (SD=7.63) ร้อยละ 55.7 (39 ราย) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-74 ปี) ร้อยละ 37.1 (26 ราย) เป็นผู้สูงอายุระยะกลาง (อายุ 75-84 ปี) และมีเพียงร้อยละ 7.1 (5 ราย) ที่มีอายุ 85 ปีหรือมากกว่า และมีจำนวน 1 รายที่มีอายุสูงถึง 97 ปี สถานภาพสมรสก่อนบวชชีเป็นหม้ายร้อยละ 38.6 (27 ราย) สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 67.1 (47 ราย) และมีถึงร้อยละ 21.4 (15 ราย) ไม่ได้รับการศึกษาเป็นทางการ (ตารางที่ 1)

ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างคือร้อยละ 64.3 (45 ราย) มีจำนวนพรรษาบวชมากกว่า 12 ปี รองลงมา มีจำนวนพรรษาบวช 10-12 ปี ร้อยละ 14.3 (10 ราย) มีเพียงร้อยละ 10 (7 ราย) ที่มีจำนวนพรรษาบวชระหว่าง 1-3 ปี ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างคือ ร้อยละ 61.4 (43 ราย) มีแหล่งรายได้จากบุตรหลาน ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 60 (42 ราย) และรับรู้ว่ามีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 70 (49 ราย) ร้อยละ 62.9 (44 ราย) ของกลุ่มตัวอย่างมีบุคคลที่ติดต่อสม่ำเสมอและพึ่งพาอาศัยได้เป็นบุตรหลาน และร้อยละ 5.7 (4 ราย) ไม่มีบุคคลที่ติดต่อกันสม่ำเสมอหรือพึ่งพาอาศัยได้ สำหรับสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 60

(42 ราย) ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าและมีแหล่งบริการสุขภาพในวัด เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.7 (46 ราย) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของแม่ชีไทยสูงอายุจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 70)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
60-74 ปี	39	55.7
75-84 ปี	26	37.1
≥ 85 ปี	5	7.1
สถานภาพสมรสก่อนบวช		
โสด	20	28.6
คู่	14	20.0
หม้าย	27	38.6
หย่า/แยก	9	12.9
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	15	21.4
ประถมศึกษา	47	67.1
มัธยมศึกษา	7	10.0
ปริญญาตรี	1	1.4
จำนวนพรรษาที่บวช		
1-3 ปี	7	10.0
4-6 ปี	5	7.1
7-9 ปี	3	4.3
10-12 ปี	10	14.3
มากกว่า 12 ปี	45	64.3
รายได้ปัจจุบันต่อเดือน		
ต่ำกว่า 2,000 บาท	42	60.0
2,001-4,000 บาท	19	27.1
4,001-6,000 บาท	7	10.0
มากกว่า 6,000 บาท	2	2.9

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของแม่ชีไทยสูงอายุจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 70) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	49	70.0
ไม่เพียงพอ	21	30.0
แหล่งของรายได้ *		
บุตร หลาน	43	61.4
เงินทำบุญ/เงินวัด	24	34.3
ญาติพี่น้อง	16	22.9
ทำงานด้วยตนเอง	10	14.3
เงินบำนาญ/บำนาญ	3	4.3
บุคคลที่ติดต่อสม่ำเสมอและพึ่งพาอาศัยได้ *		
บุตร หลาน	44	62.9
ญาติพี่น้อง	12	17.1
เพื่อนบ้าน	-	-
แม่ชี	10	14.3
ไม่มี	4	5.7
สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	42	60.0
สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	16	22.9
จ่ายเอง	11	15.7
ประกันสังคม	1	1.4
ประกันบริษัทเอกชน	-	-
แหล่งบริการสุขภาพในวัด		
มี	46	65.7
ไม่มี	24	34.3

หมายเหตุ * = ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ

ภาวะสุขภาพของแม่ชีสูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดสุขภาพของสมิธ (1983) ที่ครอบคลุม 4 มิติ คือรูปแบบสุขภาพทางคลินิก ความสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทความสามารถในการปรับตัว และการบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต

2.1 ภาวะสุขภาพทางคลินิก

ภาวะสุขภาพทางคลินิก แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ การเจ็บป่วยเฉียบพลันและการเจ็บป่วยเรื้อรัง

การเจ็บป่วยเฉียบพลัน

การเจ็บป่วยเฉียบพลันในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนการศึกษา พบว่าแม่ซึ่งส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันถึงร้อยละ 88.6 (62 ราย) ซึ่งการเจ็บป่วยที่พบบ่อยที่สุดคือ ปวดศีรษะ เป็นหวัด เจ็บคอ และเป็นไข้ ร้อยละ 28.6 (20 ราย) ร้อยละ 25.7 (18 ราย) และร้อยละ 21.4 (15 ราย) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของการเจ็บป่วยเฉียบพลันตามการรับรู้ของแม่ซึ่งไทยสูงอายุ (n=70)

การเจ็บป่วยเฉียบพลันของแม่ซึ่งสูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เจ็บป่วย	8	11.4
เจ็บป่วย **	62	88.6
ปวดศีรษะ	20	28.6
เป็นหวัด เจ็บคอ	18	25.7
เป็นไข้	15	21.4
ท้องผูก	8	11.4
ปวดกระดูกและข้อ	8	11.4
วิงเวียน บ้านหมุน	7	10.0
โรคตา (ต้อกระจก)	5	7.1
อ่อนเพลีย ไม่มีแรง	5	7.1
ท้องเสีย	4	5.7
หัวใจเต้นเร็ว	3	4.3
อุบัติเหตุ หกล้ม แขนขาหัก	3	4.3
โรคกระเพาะอาหาร	3	4.3
ไอ	2	2.9
ปวดตามร่างกาย	2	2.9
การได้ยินผิดปกติ เช่น หูหนวก หูตึง	2	2.9
ไขมันในเลือดสูง	1	1.4
ความดันโลหิตต่ำ	1	1.4
โรคหลอดเลือดหัวใจ	1	1.4
แผลฝีตามร่างกาย	1	1.4
อื่นๆ	4	5.6

หมายเหตุ ** = 1 คนอาจมีมากกว่า 1 อาการ

การเจ็บป่วยเรื้อรัง

การเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นมาเท่ากับหรือมากกว่า 6 เดือน พบว่าแม่ชีส่วนใหญ่ร้อยละ 94.3 (66 ราย) มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง การเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาปวดกระดูกและข้อ ร้อยละ 61.4 (43 ราย) รองลงมาได้แก่ การมองเห็นผิดปกติและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.9 (23 ราย) และร้อยละ 30.0 (21 ราย) ตามลำดับ ส่วนโรคหัวใจ เบาหวานและไขมันในเลือดสูง พบ ร้อยละ 18.6 (13 ราย) ร้อยละ 12.9 (9 ราย) และ ร้อยละ 11.4 (8 ราย) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังตามการรับรู้ของแม่ชีไทยสูงอายุ (n = 70)

การเจ็บป่วยเรื้อรัง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีปัญหาเจ็บป่วยเรื้อรัง	4	5.7
มีปัญหาเจ็บป่วยเรื้อรัง **	66	94.3
ปวดกระดูกและข้อ	43	61.4
การมองเห็นผิดปกติ เช่น ต้อกระจก ต้อหิน ตามัว	23	32.9
ความดันโลหิตสูง	21	30.0
โรคหัวใจ	13	18.6
เบาหวาน	9	12.9
ไขมันในเลือดสูง	8	11.4
กระเพาะอาหาร	6	8.6
การได้ยินผิดปกติ เช่น หูหนวก หูตึง	6	8.6
วิงเวียน บ้านหมุน	6	8.6
ภูมิแพ้	5	7.1
ซึม	4	5.7
ความพิการที่เกิดจากอุบัติเหตุ	4	5.7
นอนไม่หลับ	3	4.3
เหน็บชา	3	4.3
โรคหลอดเลือดสมอง	3	4.3
ต่อมธัยรอยด์ผิดปกติ	3	4.3
ท้องผูก	2	2.9
เหนื่อยง่าย	2	2.9
เก๊าท์	2	2.9
อื่นๆ	7	9.8

หมายเหตุ ** 1 คนอาจเป็นมากกว่า 1 โรค

ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำเสนอปัญหาทางคลินิก 2 อย่างซึ่งเป็นปัญหาที่พบมากในผู้สูงอายุ คือภาวะโภชนาการ และความดันโลหิตสูง โดยใช้ดัชนีมวลกายและค่าความดันโลหิต

ภาวะโภชนาการของแม่ชีไทยสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างแม่ชีไทยสูงอายุ มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 14.8 – 34.6 กิโลกรัม/ ตารางเมตร โดย มีค่าเฉลี่ย 22.9 (SD = 4.04) กิโลกรัม/ ตารางเมตร จากเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (2543) สามารถแบ่งภาวะโภชนาการตามดัชนีมวลกายของแม่ชีสูงอายุ คือ ร้อยละ 35.7 (25 ราย) มีภาวะ โภชนาการปกติ (BMI=18.5-22.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตร) รองลงมา ร้อยละ 21.4 (15 ราย) มีภาวะ น้ำหนักเกิน (BMI=23-24.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตร) เป็นโรคอ้วนระดับ 1 (BMI=25-29.9 กิโลกรัม/ ตารางเมตร) ร้อยละ 20.0 (14 ราย) ผอม (BMI น้อยกว่า 18.5 กิโลกรัม/ ตารางเมตร) ร้อยละ 17.1 (12 ราย) และมีร้อยละ 5.7 (4 ราย) (BMI มากกว่า 30 กิโลกรัม/ ตารางเมตร) เป็นโรคอ้วนระดับ 2 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของภาวะโภชนาการของแม่ชีไทยสูงอายุ จำแนกตามดัชนีมวลกาย (n=70)

ดัชนีมวลกาย (กก./ ตร.ม.)	จำนวน	ร้อยละ
ผอม (น้อยกว่า 18.5)	12	17.1
ปกติ (18.5-22.9)	25	35.7
น้ำหนักเกิน (23-24.9)	15	21.4
โรคอ้วนระดับ 1 (25-29.9)	14	20.0
โรคอ้วนระดับ 2 (มากกว่า 30)	4	5.7

ความดันโลหิตของแม่ชีไทยสูงอายุ

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เกณฑ์ตัดสินความดันโลหิตของ JNC 7 พบว่าแม่ชีไทยสูงอายุมีความดันโลหิตส่วนใหญ่อยู่ในช่วง Pre Hypertension (Systolic Blood Pressure; SBP 120-139 มิลลิเมตรปรอทหรือ Diastolic Blood Pressure; DBP 80-89 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 44.3 (31 ราย) รองลงมา จะเป็น Stage 1 Hypertension (SBP 140-159 มิลลิเมตรปรอทหรือ DBP 90-99 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 28.6 (20 ราย) และ มีความดันโลหิตปกติ (SBP <120 มิลลิเมตรปรอท และ DBP <80 มิลลิเมตรปรอท) ร้อยละ 22.9 (16 ราย) และมีเพียงร้อยละ 4.3 (3 ราย) ที่มีความดันโลหิตในช่วง Stage 2 Hypertension (SBP ≥160 มิลลิเมตรปรอทหรือ DBP ≥100 มิลลิเมตรปรอท) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของความดันโลหิตแม่ชีไทยสูงอายุ จำแนกตาม JNC 7* (n=70)

ความดันโลหิต		จำนวน	ร้อยละ
Normal	(SBP <120 และ DBP <80)	16	22.9
Pre Hypertension	(SBP 120-139 หรือ DBP 80-89)	31	44.3
Stage 1 Hypertension	(SBP 140-159 หรือ DBP 90-99)	20	28.6
Stage 2 Hypertension	(SBP $\geq$ 160 หรือ DBP $\geq$ 100)	3	4.3

JNC 7* = The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention of Selection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure

2.2 ภาวะสุขภาพตามความสามารถในการปฏิบัติบทบาท

ความสามารถในการปฏิบัติบทบาท แบ่งเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขึ้นพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่อง และความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาทของแม่ชี

2.2.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน ประเมินโดยใช้ดัชนีบาร์เทล(Modified Barthel Activities of Daily Living Index)และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่อง ประเมินโดยใช้ดัชนีจุฬาฯ(The Chula Activities of Daily Living Index) ซึ่งบอกถึงความสามารถที่จะอาศัยอยู่ได้โดยลำพังในชีวิต จากการศึกษพบว่าเกือบทั้งหมดมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน ยกเว้นการกลั่นปัสสาวะซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างกลั่นปัสสาวะได้เพียงร้อยละ 45.7 (32 ราย) ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เหลือ (ร้อยละ 54.3 หรือ 38 ราย) มีปัญหาการกลั่นปัสสาวะไม่ได้ สำหรับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน พบว่าคะแนนอยู่ในช่วง 14-20 คะแนน ซึ่งหมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับดี ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาหารได้และทำงานบ้านได้ร้อยละ 87.1 (61 ราย) และร้อยละ 85.7 (60 ราย) ตามลำดับ สำหรับความสามารถเดินทางโดยรถขนส่งมวลชนได้เพียงร้อยละ 65.7 (46 ราย) ซึ่งแสดงว่า 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถออกนอกที่พักอาศัยโดยใช้ขนส่งมวลชน สำหรับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่อง พบว่าคะแนนอยู่ในช่วง 2-9 คะแนน โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่องได้ทั้งหมด (ได้คะแนน 9) ร้อยละ 58.5 (41 ราย) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นต่อเนื่องของแม่ชีไทย
สูงอายุ (n=70)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	จำนวน	ร้อยละ
ดื่อกาหารรับประทานเองได้ตามปกติ	69	98.6
ล้างหน้า แปรงฟันได้เอง	70	100
สวมใส่เสื้อผ้าได้ด้วยตนเอง	70	100
ลุกจากที่นอนไปนั่งได้	70	100
การเดินภายในที่พักหรือเคลื่อนที่ได้เอง	69	98.6
ใช้ห้องสุขาได้ด้วยตนเอง	70	100
ขึ้นลงบันไดได้เอง	64	91.4
อาบน้ำเองได้	69	98.6
การกลืนอุจจาระได้เป็นปกติ	64	91.4
การกลืนปัสสาวะได้เป็นปกติ	32	45.7
เดินบริเวณนอกที่พักอาศัยได้เอง	66	94.3
ประกอบอาหาร ได้เอง	61	87.1
ทำงานบ้านได้	60	85.7
ทอนเงิน/ใช้เงินได้	66	94.3
ใช้รถขนส่งสาธารณะมวลชนได้เอง	46	65.7

2.2.2 ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทแม่ชี

การปฏิบัติบทบาทการเป็นแม่ชี ได้แก่ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนาประเภทที่ทำร่วมกันเป็นหมู่คณะและกระทำอย่างอิสระคนเดียว การทำวัตรเช้าและเย็นเป็นกิจกรรมที่แม่ชีกระทำกันเป็นหมู่คณะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือร้อยละ 88.6 (62 ราย) ปฏิบัติเป็นปกติ และมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 รายที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เนื่องจากจำบทสวดไม่ได้ และร้อยละ 10.0 (7 ราย) ไม่สามารถนั่งประกอบพิธีได้เนื่องจากปัญหาสุขภาพปวดเข่า จึงไม่สามารถนั่งพับเพียบและร่วมประกอบพิธีกับแม่ชีเป็นหมู่คณะได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างประกอบพิธีกรรมอื่นตามบทบาท ได้แก่ นั่งสมาธิ นั่งวิปัสสนากรรมฐาน เดินจงกรม เป็นต้น

การบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคมเป็นอีกบทบาทหนึ่งของแม่ชี กิจกรรมการบำเพ็ญประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างกระทำมากที่สุด คือร้อยละ 17.5 (13 ราย) จะดูแลรักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อมในวัด ส่วนกิจกรรมที่กระทำรองลงไป ได้แก่ การสอนธรรมะแก่ประชาชน การช่วยกิจกรรมของวัดตามเทศกาลต่างๆ ร้อยละ 14.8 (11 ราย) และ 10.8 (8 ราย) ตามลำดับ กิจกรรมอื่นๆ

ได้แก่ การอำนวยความสะดวกผู้มาทำบุญที่วัด ร้อยละ 8.1 (6 ราย) เตรียมอาหารถวายพระและช่วยเหลือผู้ไร้ที่พึ่งขัดสน(สิ่งของ เงิน) ร้อยละ 6.7 (5 ราย) ดูแลช่วยเหลือพระ แม่ชี ประชาชนที่ป่วยร้อยละ 5.4 (4 ราย) และชักชวนฆราวาสไปทำบุญที่วัด ร้อยละ 1.3 (1 ราย) แต่มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถบำเพ็ญประโยชน์ได้ ร้อยละ 28.2 (21 ราย) (ตารางที่ 7)

2.3 ภาวะสุขภาพตามความสามารถในการปรับตัว

ความสามารถในการปรับตัว แบ่งเป็น ความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในวัด การปรับตัวให้เข้ากับกฎระเบียบวินัยของแม่ชี การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นนักบวช และการปรับตัวจากการมีเรี่ยวแรง/กำลังลดลง

2.3.1 ความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในวัด

การครองบทบาทแม่ชี กลุ่มตัวอย่างตระหนักว่าการเปลี่ยนผ่านของบทบาท (transition) จากบุคลลธรรมดามาเป็นนักบวช โดยจะต้องมีการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในวัดในด้านการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่น ซึ่งเป็นการปรับตัวด้านการอยู่ร่วมกันเป็นหมู่คณะ ร้อยละ 28.6 (20 ราย) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับจิตใจ การยอมรับซึ่งกันและกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 8.5 (6 ราย) ต้องมีสติ ใจเย็น ไม่ทะเลาะกับผู้อื่น รู้จักให้อภัย ไม่เบียดเบียนกัน ส่วนการปรับตัวด้านอื่น ๆ ได้แก่ การปรับด้านบทบาทและความรับผิดชอบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 12.8 (9 ราย) ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบ วิธีปฏิบัติในบทบาทแม่ชี เช่น การแต่งกาย การสวดมนต์ การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เป็นต้น สำหรับการจัดการกับความเครียด (coping) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างนำมาใช้ในการปรับตัว พบว่าร้อยละ 11.4 (8 ราย) จะใช้การวางเฉย ไม่ปะทะกับใคร ไม่สนใจสิ่งรอบข้าง (ตารางที่ 7)

2.3.2 การปรับตัวให้เข้ากับกฎระเบียบวินัยของแม่ชี

กฎระเบียบวินัยแม่ชีเป็นสิ่งที่กำหนดโดยสถาบันแม่ชีไทยและวัดที่พักอาศัย แม่ชีทุกคนต้องเรียนรู้และยึดถือปฏิบัติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถปรับตัวกับกฎระเบียบวินัยได้ โดยกฎระเบียบวินัยที่กลุ่มตัวอย่างต้องทำมากที่สุด ได้แก่ การสวดมนต์ ทุกเช้าและเย็น ร้อยละ 23.9 (23 ราย) รองลงมา ได้แก่ การถือศีล 8 และการสำรวมกิริยามรรยาท ร้อยละ 19.8 (19 ราย) และ 18.7 (18 ราย) ตามลำดับ ส่วนกฎระเบียบวินัยอื่นๆ เช่น รู้จักกาลเทศะ ร้อยละ 6.2 (6 ราย) การปฏิบัติตามหน้าที่ ร้อยละ 5.2 (5 ราย) การทำในสิ่งที่ดีและถูกต้อง ร้อยละ 5.2 (5 ราย) ทั้งนี้หากป่วยสามารถปรับกฎระเบียบให้เหมาะสมได้ (ตารางที่ 7)

2.3.3 การปรับตัวต่อบทบาทของการเป็นนักบวช

บทบาทการเป็นนักบวช ได้แก่ การสวดมนต์ทุกวันเช้า-เย็น การศึกษาปฏิบัติธรรม (ถือศีล 8 การนั่งสมาธิ นั่งกรรมฐาน) การสำรวมกิริยามรรยาท พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 31.3 (25 ราย) ต้องปรับตัวต่อบทบาทการเป็นนักบวชในเรื่องการสวดมนต์ทุกวันเช้า-เย็น

ร้อยละ 18.7 (15 ราย) ปรับตัวเรื่องการศึกษาปฏิบัติธรรม ร้อยละ 13.7 (11 ราย) ต้องปรับตัวเรื่องระเบียบวินัย การปรับตัวดังกล่าวพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10.0 (8 ราย) จะปรับตัวได้เพราะทำมานานและร้อยละ 10.0 (8 ราย) มีเป้าหมายของการบวชและศรัทธาเลื่อมใส

2.3.4 การปรับตัวจากการมีเรี่ยวแรง/กำลังลดลงตามวัย

การมีเรี่ยวแรง/กำลังลดลงตามวัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.9 (39 ราย) สามารถปรับตัวได้ เพราะคิดว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่เกิดขึ้นตามวัยของผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นกำลังย่อมลดลง ร้อยละ 21.1 (15 ราย) จะทำกิจกรรมตามความสามารถและต้องทำตามหน้าที่ หลีกเลี้ยงการยกของหนัก หยัดพักเมื่อเหนื่อย ร้อยละ 12.6 (9 ราย) ต้องรู้จักปล่อยวาง ปรับจิตใจ ปรับความคิด ไปไหนเองไม่ได้ก็อยู่แต่ในห้องพัก ทำกิจวัตรให้น้อยลง ซ้ำลง ทั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 7.0 (5 ราย) ที่ยังคงแข็งแรงมีแรงดี และมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 2 ราย ที่ไม่สามารถปรับตัวได้ เนื่องจากรู้สึกเบื่อหน่ายและหงุดหงิด (ตารางที่ 7)

2.4 ภาวะสุขภาพตามการบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต

การบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ได้แก่ การรู้สึกมีความสุขเมื่อเป็นแม่ชี การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า การบรรลุความใฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิต และเข้าใจความหมายของชีวิต เช่น เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีสุข มีทุกข์

2.4.1 การเป็นแม่ชีทำให้รู้สึกมีความสุข

ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีความสุขเมื่อเป็นแม่ชีเพราะ ทำให้จิตใจสงบและสบายใจ ร้อยละ 58.5 (41 ราย) ร้อยละ 21.4 (15 ราย) ได้ศึกษาปฏิบัติธรรม ร้อยละ 8.5 (6 ราย) ได้ทำตามความตั้งใจและมีความเลื่อมใสศรัทธา ร้อยละ 4.2 (3 ราย) ทำให้สุขภาพดีขึ้น อาการเจ็บป่วยทุเลาหรือหายป่วย ร้อยละ 2.8 (2 ราย) ทำให้สามารถดูแลตนเองได้ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น แต่มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย ที่ไม่รู้สึกมีความสุขจากการเป็นแม่ชี เนื่องจากรู้สึกธรรมดาไม่มีความสุขหรือความทุกข์ (ตารางที่ 7)

2.4.2 การเป็นแม่ชีทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า

ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างคิดว่าการเป็นแม่ชีทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าเพราะได้ปฏิบัติบทบาทของแม่ชี เช่น ศึกษาและปฏิบัติธรรม ทำวัตรเช้า-เย็น ร้อยละ 54.9 (39 ราย) ร้อยละ 16.9 (12 ราย) ได้ทำบุญ/สร้างบุญบารมี ร้อยละ 15.5 (11 ราย) ได้บำเพ็ญประโยชน์ต่อบุคคลอื่นและต่อสังคม เช่น การช่วยกิจกรรมของสถาบันแม่ชีไทย สอนฝึกทำสมาธิเพื่อรักษาโรค ร้อยละ 5.6 (4 ราย) รู้สึกพึงพอใจเมื่อเป็นแม่ชี ร้อยละ 2.8 ได้รับการเคารพนับถือ ร้อยละ 2.8 คิดว่าการเป็นแม่ชีทำให้ไม่ต้องพึ่งพาสามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย รู้สึกชีวิตมีคุณค่า เนื่องจากได้รู้จักการวางตัว สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าการเป็นแม่ชีไม่ทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า เนื่องจาก

การบวชไม่ใช่สิ่งที่ตั้งใจแต่บวชเพราะไม่มีผู้ดูแล ร้อยละ 2.8 คิดว่ามีชีวิตอยู่ไปวันหนึ่ง ๆ ไม่ได้มุ่งหวังอะไร ร้อยละ 2.8 และ 1 รายรู้สึกเป็นเรื่องธรรมดาที่ได้มาเป็นแม่ชี (ตารางที่ 7)

2.4.3 การเป็นแม่ชีทำให้ได้บรรลุความใฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิต

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.8 (37 ราย) คิดว่าการเป็นแม่ชีทำให้ได้บรรลุความใฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิต เนื่องจากได้ทำตามความตั้งใจ ความต้องการและศรัทธาในศาสนา ร้อยละ 25.7 (18 ราย) ได้ศึกษาและปฏิบัติธรรม ได้มีโอกาสทำบุญทำความดี ทำให้จิตใจสงบ ร้อยละ 18.5 (13 ราย) เป็นหนทางหลุดพ้นของผู้ปฏิบัติธรรม ร้อยละ 5.7 (4 ราย) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างได้ใช้สมาธิรักษาโรค ร้อยละ 1.4 และทำให้ได้ถึงพระอรหันต์ ร้อยละ 1.4

ส่วนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 47.1 (33 ราย) คิดว่าการบวชเป็นแม่ชียังไม่บรรลุความฝันสูงสุดในชีวิต เนื่องจากยังไม่ถึงนิพพาน เพียงแต่ได้มาศึกษาปฏิบัติธรรมและตัดขาดทางโลก ร้อยละ 21.4 (15 ราย) การเป็นแม่ชีไม่ใช่สิ่งที่ต้องการแต่ไม่มีทางเลือกอื่นที่ดีกว่า ร้อยละ 11.4 (8 ราย) นอกจากนี้ ร้อยละ 8.6 (6 ราย) ยังไม่ได้คิดว่าความฝันสูงสุดในชีวิตคืออะไร ร้อยละ 4.3 (2 ราย) บวชเพื่อให้สบายใจ และมีเพียงร้อยละ 1.4 (1 ราย) ยังรู้สึกเฉยๆ มีถึง 3 รายที่บวชเพราะเจ็บป่วย (ตารางที่ 7)

2.4.4 การเป็นแม่ชีทำให้เข้าใจความหมายของชีวิต เช่น เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีสุข มีทุกข์

กลุ่มตัวอย่างทุกคนเห็นว่าการบวชเป็นแม่ชีทำให้เข้าใจความหมายของชีวิต เข้าใจธรรมดาของชีวิต เกิด แก่ เจ็บ ตาย ซึ่งเป็นสัจธรรม เป็นไปตามกฎธรรมชาติไม่มีใครหนีพ้น ร้อยละ 62.8 (44 ราย) รองลงมา ร้อยละ 15.7 (11 ราย) เป็นเพราะได้ศึกษาและปฏิบัติธรรม ร้อยละ 14.3 (10 ราย) ทำให้ปลงได้จากการเห็นชีวิตคนอื่นที่มีความทุกข์และเชื่อเรื่องกรรม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีเหตุผลอย่างอื่นเช่น ทำให้ได้ลคกิเลส ความอวดดี ทำให้คอยเตือนใจอยู่ทุกวัน เป็นต้น (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของการรับรู้ภาวะสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ ตามการปฏิบัติบทบาท การปรับตัว และการบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (n=70)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติบทบาทแม่ชี *		
ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา	69	98.6
บำเพ็ญประโยชน์ ดูแลถึงแวดล้อม	13	17.5
สอนธรรมะแก่ประชาชน	11	14.8
ช่วยกิจกรรมของวัดตามเทศกาลต่างๆ	8	10.8
ความสามารถในการปรับตัว *		
ปรับตัวในการอยู่ร่วมกัน	20	28.6
ปรับจิตใจยอมรับซึ่งกันและกัน	6	8.5
กฎระเบียบวินัยของแม่ชี: สวดมนต์	23	23.9
ถือศีลและสำรวมกิริยา	37	38.5
การปรับตัวกับเรี่ยวแรงลดลง	39	54.9
การบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุด *		
มีความสุข จิตใจสงบ	41	58.5
การปฏิบัติธรรม	15	21.4
ได้ปฏิบัติบทบาทแม่ชี	39	54.9
บรรลุความใฝ่ฝันสูงสุด	37	52.8
เข้าใจความหมายของชีวิต	44	62.8

หมายเหตุ * 1 คนอาจมีการรับรู้ภาวะสุขภาพมากกว่า 1 อย่าง

ภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

จากการให้กลุ่มตัวอย่างประเมินสุขภาพด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ประเมินว่ามีภาวะสุขภาพแข็งแรงและปานกลาง ร้อยละ 38.6 (27 ราย) และ ร้อยละ 30 (21 ราย) ตามลำดับ มีภาวะสุขภาพอ่อนแอ ร้อยละ 31.4 (22 ราย) และเมื่อให้ประเมินภาวะสุขภาพเมื่อเทียบกับคนวัยเดียวกัน ส่วนใหญ่ประเมินว่ามีภาวะสุขภาพเหมือนคนอื่น ร้อยละ 41.4 (29 ราย) รองลงมา มีภาวะสุขภาพแข็งแรงกว่าคนอื่น ร้อยละ 38.6 (27 ราย) และมีภาวะสุขภาพอ่อนแอกว่าคนอื่น ร้อยละ 20.0 (14 ราย) (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของแม่ชีไทยสูงอายุ (n=70)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง		
แข็งแรงมาก	9	12.9
ค่อนข้างแข็งแรง	18	25.7
ปานกลาง	21	30.0
ค่อนข้างอ่อนแอ	12	17.1
อ่อนแอ	10	14.3
ภาวะสุขภาพเมื่อเทียบกับคนวัยเดียวกัน		
แข็งแรงกว่า	27	38.6
เหมือนคนอื่น	29	41.4
อ่อนแอกว่า	14	20.0

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

3.1 พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ

พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพของไคลแมน (Kleinman, 1980) โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น การดูแลสุขภาพตนเอง การศึกษาหาความรู้ในการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1.1 การดูแลสุขภาพตนเอง

- การดื่มน้ำ

กลุ่มตัวอย่างดื่มน้ำโดยคำนึงถึงความสะอาด แหล่งของน้ำที่ใช้ดื่มส่วนใหญ่เป็นน้ำประปา ร้อยละ 32.8 (23 ราย) รองลงมาเป็นน้ำกรองและน้ำบรรจุขวด ร้อยละ 27.1 (19 ราย) และร้อยละ 20 (14 ราย) ตามลำดับ นอกจากนี้มี กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่ดื่มน้ำสมุนไพรและน้ำฝน (ร้อยละ 1.4) ส่วนลักษณะน้ำดื่มจะเป็นน้ำดื่มและน้ำไม่ดื่มอย่างละเท่ากัน ร้อยละ 48.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดื่มน้ำเพียงพอ คือปริมาณของน้ำที่ดื่มต่อวัน 1-2 ลิตร ร้อยละ 65.7 (46 ราย) มีส่วนน้อยที่ดื่มน้ำน้อยกว่า 1 ลิตร คือร้อยละ 24.2 (17 ราย) เนื่องจากไม่กระหายน้ำ และมีบางรายไม่สะดวกหากต้องเข้าห้องน้ำบ่อย

- การรับประทานอาหาร

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 94.3 (66 ราย) รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อคือ มื้อเช้าและมื้อกลางวัน มีเพียงส่วนน้อยร้อยละ 2.8 ที่รับประทานอาหารวันละ 1 มื้อคือ มื้อเช้า แหล่งที่มาของอาหาร ส่วนใหญ่ร้อยละ 58.5 (41 ราย) ปรุงอาหารรับประทานเอง ร้อยละ 25.7 (18 ราย) ได้อาหารจากหลายแหล่ง เช่น ซื้ออาหารปรุงสำเร็จ อาหารจากโรงครัว จากเพื่อนแม่ชี จากการบริจาคของพระสงฆ์ และมีเพียงส่วนน้อย ร้อยละ 2.8 (2 ราย) ที่มีบุตร/หลานนำอาหารมาให้ สำหรับชนิดหรือลักษณะของอาหารที่รับประทาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 50 (35 ราย) จะงดรับประทาน อาหารหวาน มัน เนื้อสัตว์ อาหารหมักดอง อาหารทะเล อาหารรสจัด เป็นต้น ร้อยละ 12.8 (9 ราย) รับประทานอาหารอ่อน กล้วยน้ำว้า มีส่วนน้อยที่รับประทานอาหารเฉพาะโรค และรับประทานอาหารได้ปริมาณลดลงกว่าในระยะเวลา 1 ปีหรือ 2-3 ปีที่ผ่านมา

- การออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมทางกาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 71.4 (50 ราย) มีกิจกรรมทางกายทุกวัน ตามความสามารถของตนเองเท่าที่จะทำได้และตามเวลาที่สะดวกของแต่ละคน ส่วนใหญ่จะเป็นเวลาหลังตื่นนอนเช้า ร้อยละ 37.1 (26 ราย) กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด คือ การยืดกล้ามเนื้อ โดยการนอนยกแขนขาขึ้นลงสลับกันหรือยกแขนขาขึ้นลงพร้อมกัน ร้อยละ 37.1 (26 ราย) รองลงมาเป็นการเดินออกกำลังกายบริเวณวัด และการมีกิจกรรมทางกายโดยการกวาดลานวัด ร้อยละ 20.0 (9 ราย) และร้อยละ 12.0 (6 ราย) ตามลำดับ นอกจากนั้น กิจกรรมอื่นที่ปฏิบัติ ได้แก่ การเดินทำกิจกรรมในวัดหรือออกไปภายนอกวัด

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ออกกำลังกาย ร้อยละ 28.6 (20 ราย) ส่วนใหญ่จะทำกิจวัตรส่วนตัวในห้องพัก เช่น ปรุงอาหาร ซักเสื้อผ้า สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพ จะใช้เวลาว่างในการอ่านหนังสือธรรมะ เดินจงกรม ฟังสมาธิ

- การดูแลความสะอาดร่างกายและการดูแลช่องปาก

กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลความสะอาดร่างกาย ปาก ฟันได้เองทั้งหมด พบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างคือ ร้อยละ 55.7 (39 ราย) อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็นหรือเช้า-ก่อนนอน ส่วนน้อยอาบน้ำ 2 วันต่อครั้ง สำหรับช่วงเวลาอาบน้ำจะปรับตามความเหมาะสม ขึ้นอยู่กับอุณหภูมิสิ่งแวดล้อม ความสะอาดของร่างกายและกิจกรรมที่กระทำ ดังตัวอย่าง เช่น

“ตอนเย็นจะไม่อาบน้ำหลังมีดื่มน้ำ เพราะจะหนาวและไม่สบายตัว”

“ถ้าหนาวจะอาบน้ำ 2 วันครั้ง จะสำรวจตัวเองว่ามีกลิ่นตัวหรือไม่ ก็คิดว่าไม่ได้สกปรกอะไรมากมาย แต่ถ้ามีน้ำอุ่นจะอาบน้ำทุกวัน”

“ไม่ชอบอาบน้ำอุ่น เพราะหนาว แล้วกลัวไม่สบาย เดี๋ยวนี้ไม่สบายบ่อย จะอาบน้ำอุ่นถ้าอากาศเย็น”

“อาบน้ำ 1 ครั้งตอนกลางวันไม่เกิน 16.00 น. ถ้าอากาศเย็นจะดื่มน้ำอาบ”

ส่วนการดูแลความสะอาดช่องปาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะแปรงฟัน ร้อยละ 97.1 (68 ราย) ที่เหลือจะบ้วนปากหลังอาหารเนื่องจากไม่มีฟันและไม่ได้ใช้ฟันปลอม หรือมีฟันแต่เหลือน้อย ส่วนจำนวนครั้งของการแปรงฟันส่วนใหญ่แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 55.8 (38 ราย) รองลงมาจะแปรงฟันทุกครั้งหลังอาหาร ร้อยละ 17.6 (12 ราย) กลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่มีอาการปวดฟัน และ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างใช้ฟันปลอมร้อยละ 31.4 (22 ราย) นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีวิธีการดูแลฟันโดยใช้เกลือป่นผสมการบูรและพริกไทยแทนยาสีฟัน ใช้เกลือป่นแทนยาสีฟันอมเกลือก่อนแปรงฟัน และมีกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 รายเท่านั้นที่ตรวจฟันกับทันตแพทย์ปีละ 1 ครั้ง

- การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือร้อยละ 84.3 (59 ราย) ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมได้เองทั้งหมดและทำเป็นประจำ ทั้งการปิดกวาดเช็ดถูที่פק การซักเสื้อผ้า เครื่องนอน และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 8.6 (6 ราย) สามารถทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในที่פקได้เพียงบางส่วน แต่ต้องจ้างแม่ชีหรือให้บุตรซักผ้าห่มให้ และมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.1 (5 ราย) ที่ไม่สามารถทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมได้เอง ต้องมีญาติหรือแม่ชีช่วยดูแลหรือว่าจ้างแม่ชีในวัด

- การดูแลเรื่องขับถ่าย

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.7 (32 ราย) สามารถขับถ่ายได้ปกติ ไม่มีปัญหาท้องผูก ไม่ต้องใช้ยาระบาย วิธีการดูแลตนเอง คือรับประทานผัก ผลไม้ ดื่มน้ำมากๆ ดื่มน้ำและนมหลังตื่นนอนเข้าทุกวัน รับประทานน้ำผึ้งทุกวัน ซึ่งเป็นการบำบัดด้วยวิธีธรรมชาติ ส่วนกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาท้องผูก ร้อยละ 54.3 (38 ราย) ต้องใช้ยาระบาย ถึง ร้อยละ 76.3 (29 ราย) และรับประทานผักและผลไม้ ร่วมกับการใช้ยาระบาย เครื่องดื่มสมุนไพร ยาหอมและ ดื่มน้ำหลังตื่นนอนเพื่อกระตุ้นการขับถ่าย

- การป้องกันการบาดเจ็บและการพลัดตกหกล้ม

เนื่องจากการพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีวิธีการดูแลตนเองโดยการป้องกัน ก้าวเดินอย่างระมัดระวัง เกาะราวบันได หรือใช้ไม้เท้า เลือกรองเท้าที่เกาะพื้น นอกจากนี้มีการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม แสงสว่างเพียงพอ จัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบ ดูแลบริเวณห้องน้ำให้แห้ง กระจกเสมอมามีสติ รู้ตัวอยู่ตลอด นอกนั้น การหลีกเลี่ยงอุบัติเหตุโดย ไม่เดินทางกลางคืน มีเพื่อนร่วมเดินทาง หรือไม่เข้าไปในที่ไม่วุ่นวาย

- การพักผ่อนนอนหลับ

กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเรื่องการนอนและนอนไม่มีคุณภาพ ร้อยละ 47.1 (33 ราย) ส่วนที่นอนหลับได้ดี ร้อยละ 52.8 (37 ราย) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการนอน ต้องใช้ยานอน

หลังร้อยละ 30.3 (10 ราย) รองลงมาจะใช้บริการบำบัดที่ไม่ใช่ยา คือสวดมนต์ ฟังรายการธรรมะทางวิทยุ ทำสมาธิ หรือปล่อยไปตามธรรมชาติโดยไม่ได้อาวิธีการแก้ไข

- การจัดการกับความเครียด

การดูแลสุขภาพในเรื่องนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียด ร้อยละ 80 (56 ราย) โดยกลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการกับความเครียดที่ต่างกัน ส่วนใหญ่ใช้การทำสมาธิเป็นอันดับแรก ร่วมกับวิธีการอื่น เช่น สวดมนต์ ฟังธรรมะ อ่านหนังสือธรรมะ การปล่อยวาง ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ การออกกำลังกาย และปรึกษาบุคคลที่ไว้ใจได้

- การทำประโยชน์ต่อสังคม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือ ร้อยละ 77.1 (54 ราย) มีความเห็นว่าการเป็นแม่ชีสามารถทำประโยชน์ต่อสังคมได้ กิจกรรมการทำประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างกระทำมากที่สุด ได้แก่ การช่วยกิจกรรมของวัด การดูแลรักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อมในวัด เช่น กวาดลานวัด ทำความสะอาดศาลาวัด สอนธรรมะ ช่วยเหลือผู้ที่เดือดร้อนไม่มีที่พึ่ง นอกจากนั้นจะเป็นการให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาเมื่อประชาชนมีปัญหา การให้การดูแลและช่วยเหลือผู้เจ็บป่วย ดูแลแม่ชีที่เจ็บป่วยและแม่ชีสูงอายุ การช่วยกิจกรรมของสถาบันแม่ชีไทย การบริจาคทรัพย์แก่แม่ชีที่ขาดทุน

มีกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าได้ทำประโยชน์ต่อสังคม และช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ร้อยละ 22.9 (16 ราย) เนื่องจากความสูงอายุ อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง สุขภาพไม่แข็งแรง และกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยคิดว่าไม่มีความรู้ ที่จะทำประโยชน์ต่อสังคม

- การตรวจสุขภาพประจำปี/การรับวัคซีนป้องกันโรค

กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 22.9 (16 ราย) ได้ตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี ที่เหลือร้อยละ 74.3 (52 ราย) ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับการให้ภูมิคุ้มกันโรคนั้นไม่มีกลุ่มตัวอย่างได้รับวัคซีนป้องกันโรค

- ยาที่ใช้เป็นประจำ

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45.7 (32 ราย) จะใช้ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลร่วมกับยาที่หาซื้อเอง รองลงมาใช้ยาที่หาซื้อเอง ร้อยละ 28.6 (20 ราย) ที่เหลือใช้ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 21.4 (15 ราย) และมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีการใช้ยาใดๆเลย เพียงร้อยละ 4.3 (3 ราย)

ยาที่กลุ่มตัวอย่างซื้อใช้เอง ร้อยละ 27.0 เป็นยาระบาย ร้อยละ 23.5 เป็นสมุนไพร ยาหอม และยาบำรุง อย่างละเท่ากัน ร้อยละ 11.8 ยาแก้ปวด ลดไข้ ร้อยละ 7.0 ยาแก้ปวดเมื่อย กระดูกกล้ามเนื้อ ร้อยละ 5.9 ยาโรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 3.5 มีบางส่วนเป็นยาลูกกลอน ยาชุด หรือยาแก้ไอเสบ

3.1.2 การศึกษาหาความรู้ในการดูแลสุขภาพ

ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างจะศึกษาหาความรู้ในการดูแลสุขภาพโดยการปรึกษาผู้อื่น ร้อยละ 36.3 รองลงมาจะใช้แหล่งในการหาความรู้จากรายการข่าวสุขภาพ ทางวิทยุหรือทางโทรทัศน์ ร้อยละ 30.8 การอ่านหนังสือเกี่ยวกับผู้สูงอายุและโรคที่เป็น ร้อยละ 8.8 ฟังธรรมเทศนา ร้อยละ 4.4 ที่เหลือส่วนน้อยจะเป็นการใช้วิธีการทำสมาธิ ขอคำแนะนำจากผู้ที่มาทำบุญ เรียนรู้เอง ร้านขายยา และมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยศึกษาหาความรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 12.1

ผู้ที่กลุ่มตัวอย่างขอคำปรึกษามากที่สุด ได้แก่ บุคลากรทีมสุขภาพ (แพทย์ประจำตำบล แพทย์ที่รักษา พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ร้อยละ 48.6 (18 ราย) รองลงมาเป็นแม่ชีในวัด ร้อยละ 37.8 (14 ราย) นอกนั้นเป็นบุตร หลาน พระภิกษุ และคนในวัด เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างขอคำปรึกษาความรู้ในการดูแลสุขภาพ จากบุคลากรสุขภาพเนื่องจาก เป็นผู้ให้การรักษา มีความรู้ มีความเชื่อถือไว้วางใจ และต้องนำมาใช้ดูแลตนเอง ส่วนการขอคำปรึกษาจากแม่ชี เนื่องจากอยู่ใกล้กัน สนับสนุนกัน สะดวกคุ้นเคย และเป็นโรคคล้ายกัน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แหล่งในการหาความรู้ในการดูแลสุขภาพจากรายการข่าวสุขภาพ และการอ่านหนังสือ เนื่องจากมีความชอบและสนใจในการหาความรู้ มีบริการที่วัด และมีบางรายการตรงกับโรคที่เป็น สามารถนำไปปฏิบัติได้ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สมาธิ เนื่องจากการทำสมาธิช่วยให้หายจากโรคต่างๆที่เคยเป็น นอกจากนั้นเหตุผลของวิธีการอื่น ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างใช้ คือ ต้องนำมาดูแลตนเอง มีความสะดวก และอยู่ใกล้

3.1.3 การปฏิบัติเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน

เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน (Popular sector) เป็นอันดับแรก ซึ่งได้แก่ การสังเกตอาการ การดูแลตนเอง (ซื้อยารับประทานเอง นอนพัก ดื่มน้ำอุ่น รักษาความอบอุ่นให้ตัวเอง) การขอคำปรึกษานูตร หลาน หรือแม่ชี หากอาการยังไม่ดีขึ้นจึงจะแสวงหาการดูแลสุขภาพจากแหล่งอื่น ๆ อาจเป็นระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ (Professional sector) ได้แก่ ศูนย์สาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลของเอกชน คลินิก หรือระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน (Folk sector) ได้แก่ การนวดแผนไทย การใช้ยาสมุนไพรต่างๆ บางรายอาจใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพ 2-3 ประเภทพร้อมกัน เมื่อพิจารณาารูปแบบพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างสามารถจำแนกได้ ดังนี้

1. กลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนอย่างเดียว พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างใช้ 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.0
2. กลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ มีจำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.0

3. กลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน มีจำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.0

4. กลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน และระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ มีจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.9

3.1.4 การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ร้อยละ 88.6 (62 ราย) โดยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็น 3 ระดับ คือ ส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นเจ็บป่วยเล็กน้อย ร้อยละ 61.3 (38 ราย) รองลงมาเป็นการเจ็บป่วยปานกลาง ร้อยละ 30.6 (19 ราย) และมีกลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าเป็นการเจ็บป่วยรุนแรง ร้อยละ 8.0 (5 ราย) เช่น อาการหน้ามืด เวียนศีรษะ ท้องเสีย หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะเหมือนจะหยุดเต้น

3.1.5 การปฏิบัติเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง

เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่เป็นมาเท่ากับหรือมากกว่า 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนเป็นอันดับแรก (เช่นเดียวกับเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน) ซึ่งได้แก่ การสังเกตอาการ การดูแลตนเอง (ซื้อยารับประทานเอง งดอาหารบางอย่าง นอนพัก นึ่งผัก คั้นน้ำอุ่น รักษาความอบอุ่นให้ตัวเอง) การขอคำปรึกษาบุตร หลาน พระภิกษุ หรือแม่ชี หากอาการยังไม่ดีขึ้นจึงจะแสวงหาการดูแลสุขภาพจากแหล่งอื่นๆ อาจเป็นระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ ได้แก่ ศูนย์สาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลของเอกชน คลินิก หรือระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน ได้แก่ การนวดแผนไทย การใช้ยาสมุนไพรต่าง ๆ (น้ำลูกยอ น้ำใบย่านาง น้ำกระชาย ใบพลับพลึงย่าง) การเหยียบกะลา การใช้น้ำมันดี บางรายอาจใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพ 2-3 ประเภทพร้อมกัน เมื่อพิจารณารูปแบบพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง สามารถจำแนกได้ ดังนี้

1. กลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนอย่างเดียว พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างใช้ 28 รายคิดเป็นร้อยละ 27.7

2. กลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ มีจำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.5

3. กลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน มีจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.8

4. กลุ่มที่ใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน และระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ มีจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.9

3.1.6 การรับรู้ความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง

การศึกษาค้นคว้านี้มีกลุ่มตัวอย่างที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง มากถึงร้อยละ 94.3 (66 ราย) โดยกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็น 4 ระดับ คือ ส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นการเจ็บป่วยปานกลาง ร้อยละ 53.0 (35 ราย) เช่น อาการปวดหลัง ปวดเอว ปวดเข่า โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตามัว ต้อกระจก รองลงมาเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย ร้อยละ 25.7 (17 ราย) ส่วนที่เหลือรับรู้ว่าเป็นการเจ็บป่วยรุนแรง ร้อยละ 18.2 (12 ราย) เช่น ปวดเข่า ปวดขา จนเดินไม่ได้ในบางครั้ง หรือเป็นอัมพฤกษ์ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และรับรู้ว่าเป็นการเจ็บป่วยปานกลางหรือรุนแรงขึ้นอยู่กับอาการที่เป็นมากหรือน้อย ร้อยละ 3.0 (2 ราย)

3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน และเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งขึ้นอยู่กับระบบบริการสุขภาพ ผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ ดังนี้

3.2.1 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังนี้

3.2.1.1 ระยะทางจากวัดถึงสถานบริการสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างจะเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ที่อยู่ใกล้ก่อน แม้ว่าบางคนจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง เช่น ศูนย์สาธารณสุข สุข โรงพยาบาลหรือคลินิกที่อยู่ใกล้วัด ดังตัวอย่าง เช่น

“แม่ชีถูกมีดบาดที่นิ้วชี้และเห็นว่ามีบาดแผลลึก เลยตัดสินใจไปโรงพยาบาลเขารักษ์ (โรงพยาบาลเอกชน) ที่อยู่ใกล้ก่อน เพราะโรงพยาบาลที่ให้ใช้ตามสิทธิอยู่ไกล”

3.2.1.2 ความสะดวกในการไปใช้บริการ ถึงแม้ว่าระยะทางระหว่างวัดถึงสถานบริการสุขภาพจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ แต่ความสะดวกในการเดินทางไปใช้บริการก็เป็นส่วนหนึ่งที่ผู้ใช้บริการนำมาตัดสินใจ โดยกลุ่มตัวอย่าง 9 ราย เล่าว่าไม่ไปใช้บริการเนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทาง ดังตัวอย่าง เช่น

“ช่วงแรกแม่ชีก็ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐ แต่อยู่ไกล ไม่สะดวกในการเดินทาง เลยเปลี่ยนไปพบแพทย์ที่คลินิก อยู่ใกล้กว่า สะดวกกว่าด้วย”

3.2.1.3 คุณภาพและความรวดเร็วของบริการ กลุ่มตัวอย่างประเมินคุณภาพและความรวดเร็วของระบบบริการสุขภาพ บางคนไปใช้บริการที่ศูนย์สาธารณสุขเนื่องจากคิดว่าบริการสะดวก รวดเร็วไม่ต้องรอนานคุณภาพดีพอกับโรงพยาบาลของรัฐ และมีกลุ่มตัวอย่างที่ไปใช้บริการที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากคุณภาพการรักษาที่ดี และสะดวกรวดเร็วกว่าโรงพยาบาลของรัฐ ดังตัวอย่าง เช่น

“ช่วงแรกไปโรงพยาบาลรัฐ แต่เสียเวลารอนาน เลยเปลี่ยนไปหาหมอที่คลินิก สะดวกและเร็วกว่า”

3.2.1.4 สวัสดิการและสิทธิในการใช้บริการ มีกลุ่มตัวอย่างเลือกไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล ตามสิทธิในการใช้บริการ เช่น สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลจากสวัสดิการข้าราชการ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท แต่มีกลุ่มตัวอย่างบางรายคิดว่าการใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท ทำให้ได้รับบริการที่ไม่มีคุณภาพ ดังตัวอย่าง เช่น

“ใช้สิทธิ 30 บาทแล้วรู้สึกไม่มีคุณภาพ ให้ยาไม่ดี ต้องรอนาน”

3.2.1.5 ค่ารักษาพยาบาล มีกลุ่มตัวอย่างบางคนที่เคยไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐต้องเปลี่ยนไปใช้การรักษาแบบพื้นบ้าน เพราะไม่มีเงินจ่ายค่ารักษาพยาบาล ดังตัวอย่าง เช่น

“ไปโรงพยาบาลใช้เงินไปมากแล้ว หลายหมื่น ก็ยังไม่หาย เลยหยุด แม่ก็มีเงินไม่พอด้วย ตอนหลังพระที่วัดแนะนำให้กินยาสมุนไพร ทำให้อาการปวดทุเลา ตอนรักษาที่โรงพยาบาลอาการไม่ทุเลา”

3.2.2 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

3.2.2.1 ความเป็นกันเอง อธิบายในการให้บริการ กลุ่มตัวอย่างทุกคนต้องการให้ผู้ให้บริการมีความเป็นกันเอง มีอริยาบถดี พูดจาดี และสนใจเอาใจใส่ดูแลเป็นอย่างดี

3.2.2.2 ความน่าเชื่อถือของผู้รักษา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 รายไปใช้บริการที่โรงพยาบาล หรือสถานบริการสุขภาพอื่นๆ เนื่องจากมีความเชื่อใจไว้วางใจในความสามารถของผู้รักษา ดังตัวอย่าง เช่น

“รักษามานาน แพทย์คนเดิมตลอด รู้สึกมั่นใจ”

“รักษามานาน พอใจในบริการที่ได้รับ”

“รักษามานานแล้ว ตั้งแต่เริ่มเป็นโรคนี้ (เบาหวาน) ประมาณ 40 ปีมาแล้ว”

3.2.3 ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ

3.2.3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น รายได้ มีกลุ่มตัวอย่าง 1-2 ราย ไม่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเนื่องจากไม่มีเงินจ่ายค่ายาและค่ารถรับจ้าง ดังตัวอย่าง เช่น

“ช่วงแรกก็ไปโรงพยาบาล แต่ครั้งก็ต้องจ่ายค่ารถแท็กซี่ด้วย ตอนนี้ไม่ไปโรงพยาบาลแล้ว เพราะไม่มีเงินจะจ่ายทั้งค่ายา และค่ารถ อาศัยซื้อยามาใช้เองพออาการทุเลา ก็อยู่ได้”

3.2.3.2 การรับรู้และประเมินตัดสินใจความเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างจะรับรู้และประเมินตัดสินใจความเจ็บป่วยตามความรุนแรงของโรคหรืออาการที่เป็น แล้วเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ เช่น ถ้ารับรู้ว่าเป็นเล็กน้อยหรือไม่เป็นมากก็จะไม่ไปโรงพยาบาล จะใช้วิธีการรักษาตัวเอง หรือใช้การรักษาแบบพื้นบ้าน หากป่วยมากจัดการเองไม่ได้ก็จะไปใช้สถานบริการสุขภาพของรัฐหรือเอกชน ดังตัวอย่าง เช่น

“คิดว่าไม่ได้เป็นมาก และมีคนบอกว่าเหยียบกะลามาชั่วให้หาย จึงลองทำดู ก็ดีขึ้น ใช้เวลาเหยียบกะลามาชั่ว 1 เดือน”

“คิดว่าเป็นธรรมดาของคนแก่ จึงไม่ได้ไปหาหมอ หาวิธีรักษาตัวเอง กินน้ำ
ลูกยอนำไปย่นาง เป็นยาบำรุง”

“เป็นการเจ็บป่วยรุนแรง ที่ต้องให้แพทย์ดูให้ รักษาตัวเองไม่ได้และอายุมาก
แล้วต้องดูแลรักษาตัวเองให้ดี”

3.2.3.3 ความเชื่อ ประสพการณ์ และทัศนคติในการรักษา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้
วิธีการรักษาแบบพื้นบ้านเนื่องจากมีความเชื่อและมีประสบการณ์ว่าวิธีดังกล่าวสามารถทำให้
บรรเทาอาการหรือหายได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าเคยมีประสบการณ์ว่าได้รับการรักษาแล้วอาการไม่
ดีขึ้น ก็จะไม่ไปใช้ระบบการดูแลสุขภาพนั้นอีก ดังตัวอย่าง เช่น

“แม่ชีเคยมีความรู้ทางด้านการใช้สมุนไพรรักษาโรคจากพ่อ จึงนำมาใช้รักษา
ตัวเอง”

“ใช้ฟ้าทะลายโจรและทองพันชั่งที่ตากแห้งมาผสมกัน แล้วดื่ม ดื่มน้ำ
รักษาโรคเบาหวาน”

3.2.3.4 ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับบริการที่พึง
พอใจจะทำให้มาใช้ระบบการดูแลสุขภาพนั้นๆอีก ดังตัวอย่าง เช่น

“ที่โรงพยาบาลให้การดูแลดี สนใจ เอาใจใส่ รักษามานานรู้สึกพอใจมาก”

กล่าวโดยสรุปภาวะสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ ประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ครอบคลุม 4
มิติของสมิธ (1983) คือ รูปแบบสุขภาพทางคลินิก ความสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท
ความสามารถในการปรับตัว และ การบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ส่วนพฤติกรรมแสวงหา
การดูแลสุขภาพนั้นจะเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพของไคลแมน (1980) ซึ่งจะเป็นการดูแล
สุขภาพตนเองในด้านต่างๆ เช่น การดื่มน้ำ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพ
สะอาดร่างกาย การหาความรู้ในการดูแลสุขภาพ และการดูแลสุขภาพเมื่อป่วย ทั้งในขณะป่วย
เฉียบพลันและป่วยเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างจะใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนก่อน แล้วจึง
แสวงหาการดูแลสุขภาพจากส่วนอื่น ซึ่งจะมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ
ทั้งในด้านระบบบริการสุขภาพ ผู้ให้บริการสุขภาพ และปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ ใช้กรอบแนวคิดภาวะสุขภาพของสมิธ และใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพของไคลแมนเป็นแนวทางในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์แม่ชีสูงอายุ ที่อาศัยในวัดในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 6 วัด คือ วัดปากน้ำภาษีเจริญ วัดเพลงวิปัสสนา วัดอภัยทายาราม (วัดมะกอก) วัดมหาธาตุฯ วัดอัมพวัน และวัดเนกขัมมาภิรมยสถาน ระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม 2548 ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ 4 ส่วน ตามลำดับคือ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ภาวะสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นแม่ชีไทยสูงอายุ จำนวน 70 ราย อายุเฉลี่ย 73.39 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น มีสถานภาพสมรสก่อนบวชเป็นหม้าย ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ซึ่งเป็นการศึกษาภาคบังคับ มีจำนวนพรรษาที่บวชมากกว่า 12 ปี แห่ลงรายได้ส่วนใหญ่จากบุตรหลาน ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน และรับรู้ว่ามีรายได้เพียงพอ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการใช้จ่ายเฉพาะในส่วนที่จำเป็นกับชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีบุคคลที่ติดต่อสม่ำเสมอและพึ่งพาอาศัยได้เป็นบุตรหลาน มีร้อยละ 5.7 (4 ราย) ไม่มีบุคคลที่ติดต่อสม่ำเสมอหรือพึ่งพาอาศัยได้ สำหรับสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเพียงร้อยละ 15.7 (11 ราย) ที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง และส่วนใหญ่จะมีแหล่งบริการสุขภาพในวัด

ภาวะสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ

ในการศึกษานี้ภาวะสุขภาพของแม่ชีสูงอายุประกอบด้วย 4 มิติตามแนวคิดของสมิธ คือ ภาวะสุขภาพทางคลินิก ความสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท ความสามารถในการปรับตัว และการบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต

ภาวะสุขภาพทางคลินิก

ในมิตินี้ภาวะสุขภาพประกอบด้วย การไม่เจ็บป่วย การเจ็บป่วยเฉียบพลัน และการเจ็บป่วยเรื้อรัง การเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนการศึกษา พบว่าการเจ็บป่วยที่พบบ่อยคือ ปวดศีรษะ เป็นหวัด เจ็บคอ และเป็นไข้ ส่วนการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่เป็นมาเท่ากับหรือมากกว่า 6 เดือน พบว่าการเจ็บป่วยที่พบบ่อยคือ ปัญหาปวดกระดูกและข้อ การมองเห็นผิดปกติ และความดันโลหิตสูง โดยการเจ็บป่วยเหล่านี้จะพบว่าแม่ที่สูงอายุส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บป่วยมากกว่า 1 อาการหรือมากกว่า 1 โรค มีเพียงร้อยละ 5.7 ที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

จากภาวะสุขภาพในมิตินี้ จะเห็นได้ว่าแม่ที่สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง และเกิดอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน การเจ็บป่วยเรื้อรังในแม่ที่สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้หญิงสูงอายุจะสอดคล้องกับผลการศึกษาปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุหญิงไทย (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542: 21-35) ซึ่งพบว่าผู้หญิงสูงอายุจะเกิดปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายอย่าง โรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดคือ ปัญหาปวดกระดูกและข้อ รองลงมาจะเป็นความดันโลหิตสูง และเบาหวานตามลำดับ และผลการศึกษาวิจัยสอดคล้องกับ ผลการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย (นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ, 2534; ประเสริฐ อัสสันตชัย และ สมทรง เลขะกุล, 2543; รัชนิ เมธวีกุลชัย, 2002; สุริย กาญจนวงศ์ และคณะ, 2540; สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542: 21-41)

ภาวะสุขภาพตามความสามารถในการปฏิบัติบทบาท

ความสามารถในการปฏิบัติบทบาท แบ่งเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง และความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาทของแม่ ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานประเมินโดยใช้ดัชนีบาร์เทล (Modified Barthel Activities of Daily Living Index) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง ประเมินโดยใช้ดัชนีจุฬาฯ (Instrumental Activities of Daily Living Index) พบว่าเกือบทั้งหมดมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ยกเว้นการกลั่นปัสสาวะซึ่งกลั่นปัสสาวะได้ดีเพียงร้อยละ 45.7 (32 ราย) ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาหารได้และทำงานบ้านได้ร้อยละ 87.1 และร้อยละ 85.7 ตามลำดับ สำหรับความสามารถเดินทางโดยรถยนต์ส่วนบุคคลเพียงร้อยละ 65.7 ส่วนความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาทของแม่ซึ่ง ได้แก่ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา และการบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม พบว่าส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้

จากผลการศึกษาพบว่าแม่ที่สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานขั้นต่อเนื่องและปฏิบัติตามบทบาทแม่ซึ่งได้ สามารถพึ่งพาตนเองได้ สอดคล้องกับการให้ความหมายสุขภาพในผู้สูงอายุโดย อัลฟอร์ด (1992: 221) ซึ่งได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพไว้ว่า เป็นความ

สามารถในการมีชีวิตอยู่และทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพในสังคม พึ่งพาตนเองได้ และใช้ศักยภาพที่มีอยู่ได้เต็มที่แต่ไม่จำเป็นต้องปราศจากโรค ทั้งนี้แนวคิดดังกล่าวยังสอดคล้องกับภาวะสุขภาพในมิติที่อาศัยอาการทางคลินิกด้วย

ภาวะสุขภาพตามความสามารถในการปรับตัว

ความสามารถในการปรับตัว แบ่งเป็น 4 ด้าน คือความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในวัด การปรับตัวให้เข้ากับกฎระเบียบวินัยของแม่ชี การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นนักบวช และการปรับตัวจากการมีเรี่ยวแรง/กำลังลดลง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปรับตัวได้ทั้ง 4 ด้าน มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 2 คนที่ไม่สามารถปรับตัวจากการมีเรี่ยวแรง/กำลังลดลง เนื่องจากรู้สึกเบื่อหน่ายและหงุดหงิด จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าแม่ชีสูงอายุสามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมและสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ ความเครียดได้

ภาวะสุขภาพตามการบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต

การบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ได้แก่ การรู้สึกมีความสุขเมื่อเป็นแม่ชี การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า การบรรลุความใฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิต และเข้าใจความหมายของชีวิต เช่น เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีสุข มีทุกข์ ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีความสุขเมื่อเป็นแม่ชี การเป็นแม่ชีทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า การเป็นแม่ชีทำให้ได้บรรลุความใฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิต และกลุ่มตัวอย่างทุกคนเห็นว่าการบวชเป็นแม่ชีทำให้เข้าใจความหมายของชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาการอธิบายความหมายของสุขภาพในกลุ่มผู้หญิงชนกลุ่มน้อยที่อาศัยในแปซิฟิกตะวันตกเฉียงเหนือ ซึ่งให้ความหมายของภาวะสุขภาพในมิตินี้ 9 รูปแบบและเป็นการสะท้อนสัจธรรมของภาวะสุขภาพ ได้แก่ การบรรลุถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ การส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค ความรู้สึกดีกับคนอื่น มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม รู้สึกแข็งแรงมีพลังในตัว คิดอย่างมีเหตุผล มีอารมณ์ความรู้สึกดี และมีความสุข (Woods, N.F., Laffrey, S., Duffy, M., Lentz, M.J., Mitchell, E.S., Taylor, D., et al, 1988: 41) นอกจากนี้ผลการศึกษา ยังสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์และสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่ถือศีลแปดที่วัด (สาคร อินโทโล่, 2548) ซึ่งพบว่าสุขภาพหรือสุขภาพของผู้สูงอายุที่ถือศีลแปดประกอบด้วย การมีความสุขกาย การมีจิตใจที่สงบ และการเป็นผู้มีบุญจากการปฏิบัติธรรม

ภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

จากการให้กลุ่มตัวอย่างประเมินสุขภาพด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ประเมินว่ามีภาวะสุขภาพแข็งแรงและปานกลาง ร้อยละ 38.6 และ 30 ตามลำดับ และเมื่อให้ประเมินภาวะสุขภาพเมื่อเทียบกับคนวัยเดียวกัน ส่วนใหญ่ประเมินว่ามีภาวะสุขภาพเหมือนคนอื่น ร้อยละ 41.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ (2543: 176) ซึ่งให้ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพด้วยตนเองพบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลางถึงแข็งแรง นอกจากนี้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีสูงอายุ พบว่าสตรีให้ความหมายของสุขภาพที่

ความพึงพอใจในชีวิต สุขภาพดีเกิดขึ้นได้แม้จะมีโรคเรื้อรัง และมีความพิการ ขอบ่งชี้การมีสุขภาพดี คือการมีเรี่ยวแรงที่จะกระทำการที่ต้องการ สามารถพึ่งพาตนเองได้ (Parry & Woods, 1995: 51-61)

พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดูแลสุขภาพตนเองทั้งการคงไว้ซึ่งสุขภาพดีและการดูแลเมื่อเจ็บป่วย โดยเป็นการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ในเรื่องการดื่มน้ำ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมทางกาย การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม การดูแลเรื่องการขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ การจัดการกับความเครียด เป็นต้น สอดคล้องกับการดูแลตนเองของโอเร็ม (1991) ในเรื่องความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการสำหรับการดูแลสุขภาพ ภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างจะใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลเป็นอันดับแรก หากอาการยังไม่ดีขึ้นจึงจะแสวงหาการดูแลสุขภาพจากแหล่งอื่นๆ อาจเป็นระบบการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลวิชาชีพ หรือระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน บางรายอาจใช้ระบบการดูแลสุขภาพ 2-3 ระบบพร้อมกัน หรือเปลี่ยนไปมาระหว่างการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้งสามระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของคนอื่นๆ (กฤษณา นาดี, 2541; ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, วราภรณ์ เลิศพูนวิไลกุล, ลินจง โปธิบาล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และ กนกพร สุคำวัง, 2545; รุ่งโรจน์ พุ่มริ้วและเฉลิมพล ต้นสกุล, 2540; สุขุมล หนาเศรษฐอังกุลและคณะ, 2537; สมทรง วนนครและคณะ, 2539) ซึ่งพบว่าเมื่อเจ็บป่วยจะใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลก่อน เช่น การปรึกษานักคิดในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน การซื้อยารับประทานเอง การพักผ่อน เป็นต้น หลังจากนั้นจึงจะไปแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบอื่นต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

สำหรับปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ นอกจากผู้ใช้บริการจะคำนึงถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ระยะทางจากวัดถึงสถานบริการและความสะดวกในการเดินทางแล้ว ยังคำนึงถึงคุณภาพและความรวดเร็วของบริการ สวัสดิการ สิทธิในการใช้บริการ ระบบการประกันสุขภาพ และอัตราค่ารักษาพยาบาล การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการ ความสะดวกรวดเร็วและลดขั้นตอนในการมารับบริการ จะทำให้ผู้ใช้บริการพึงพอใจและมาใช้บริการเพิ่มขึ้น เช่น กลุ่มตัวอย่างคนหนึ่งไปใช้บริการที่ศูนย์สาธารณสุข เนื่องจากอยู่ใกล้ การเดินทางสะดวก สามารถไปได้ด้วยตนเองไม่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้บริการที่

สถานบริการสุขภาพใกล้เคียงกับวัด ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการ จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการสามารถเลือกใช้บริการได้เพิ่มขึ้น (กฤษณา นาดี, 2541: 78)

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการนับว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านระบบบริการโดยตรง แม้ว่าจะจัดระบบบริการสุขภาพไว้อย่างดี แต่หากผู้ให้บริการแต่ละคน ไม่สนใจยอมทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจลดลง ในทางตรงกันข้ามหากผู้ให้บริการสนใจเอาใจใส่ดูแล มีความเป็นกันเองให้ความช่วยเหลือทันที ตรงกับความต้องการ จะทำให้ผู้ใช้บริการพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ความน่าเชื่อถือของผู้รักษา ก็เป็นส่วนสำคัญของการให้บริการ หากผู้ใช้บริการมีความเชื่อถือไว้วางใจในความสามารถของผู้รักษา ย่อมทำให้เกิดความพึงพอใจและมาใช้บริการอีก ส่งผลให้เกิดการรักษาที่ต่อเนื่องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และบุปผา ศิริธรรม (2531: 32-33) และกฤษณา นาดี (2541: 65) คือเหตุผลที่สำคัญในการไปใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากการเดินทางสะดวก มีความเชื่อถือส่วนบุคคลผู้รักษาและสถานบริการ

ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการเป็นปัจจัยสำคัญประการแรก ในการตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนเป็นอันดับแรก แล้วจึงแสวงหาการดูแลสุขภาพจากแหล่งอื่นๆ การตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพใดนั้น ขึ้นอยู่กับ การรับรู้และประเมินตัดสินใจความเจ็บป่วย ความเชื่อ ประสบการณ์ และทัศนคติในการรักษา รายได้ ตลอดจนความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับและการเข้าถึงแหล่งบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของคนอื่นๆ (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2540; นริศา ศรีลาชัย, 2540; ปญญาพรณราย, 2540; เพชรรัตน์ เอี่ยมละออ, 2540; วไลพรณ ชลสุข, 2540; สุรรัตน์ ไพศาลตันติวงศ์, 2540; Andersen, 1995; Young, 1981 อ้างใน รัชณี ฐิธัตย์, 2545: 27-28) คือปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพแหล่งใด จะขึ้นอยู่กับ การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้ารับบริการ ปัจจัยเสริมอำนาจการซื้อบริการ เช่น การประกันสุขภาพ ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และความคุ้นเคยกับแหล่งบริการและผู้ให้บริการ

ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของสมิธ ในการอธิบายภาวะสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติคือ ภาวะสุขภาพอาศัยอาการทางคลินิก ความสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท ความสามารถในการปรับตัว และการบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต โดยภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลจะสะท้อนแนวคิดที่ไม่ใช่มิติใดมิติหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นแนวคิดที่ผสมผสานกันและสนับสนุน

สนับสนุนแนวคิดของไคลแมนในการอธิบายพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ทำให้เข้าใจกระบวนการตัดสินใจดูแลตนเองของแม่ชีสูงอายุ ที่แม้ว่าจะพักอาศัยในวัด แต่ก็สามารถเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ผ่านกระบวนการคิดพิจารณาไตร่ตรอง และตัดสินใจ และช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่มีส่วนในการตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น



บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่ออธิบายภาวะสุขภาพ พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชี่สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชี่สูงอายุ โดยใช้กรอบแนวคิดสุขภาพของสมิธ (Smith, 1983) และใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพของไคลแมน (Klienman, 1980) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นแม่ชี่สูงอายุจำนวน 70 ราย ที่อาศัยในวัดในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 6 วัดคือ วัดปากน้ำภาษีเจริญ วัดเพลงวิปัสสนา วัดอภัยทายาราม (วัดมะกอก) วัดมหาธาตุฯ วัดอัมพวัน และวัดเนกขัมมาภิรมยสถาน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนธันวาคม 2548 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการรับรู้ดี ต้องผ่านการทดสอบความสามารถในการรับรู้ (cognitive status) ด้วยแบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) ได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน
2. พักอาศัยอาศัยอยู่ในวัดในเขตกรุงเทพมหานคร
3. บวชเป็นแม่ชีมากกว่า 1 ปี
4. มีสติสัมปชัญญะดีและไม่มีปัญหาในการสื่อสาร สามารถเข้าใจและพูดภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง คือ แบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) (Isaacs & Akhtar 1972 cited in Isaacs & Kennie 1973)
2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - 1.2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตามแนวคิดของสมิธ ประกอบด้วยเครื่องมือวิจัยต่อไปนี้

- 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพทางคลินิก ประกอบด้วยแบบสอบถามประวัติการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และแบบสอบถามประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง
- 2) แบบประเมินภาวะสุขภาพตามความสามารถในการปฏิบัติบทบาท ประกอบด้วย แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เชล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีจุฬาฯ และแบบประเมินสุขภาพตามความสามารถในการปฏิบัติบทบาทแม่ชี: การประกอบพิธีกรรม การบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม
- 3) แบบประเมินภาวะสุขภาพตามความสามารถในการปรับตัว เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม บทบาทแม่ชี ระเบียบวินัย และการปรับตัวกับเรี่ยวแรงที่ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
- 4) แบบประเมินภาวะสุขภาพตามการบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต เป็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับการรู้สึกมีความสุข การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า การบรรลุความใฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิต และเข้าใจความหมายของชีวิต เช่น เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีสุข มีทุกข์
- 1.3 แบบประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของแม่ชีสูงอายุ
- 1.4 การตรวจร่างกาย โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูงหรือสายเทปและเครื่องวัดความดันโลหิต
- 1.5 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. กำหนดรหัสข้อมูล และจัดทำคู่มือลงรหัสของแบบสอบถามแต่ละชุด (ที่ทำได้)
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ
 - 2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง ภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของแม่ชีสูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
 - 2.2 ข้อมูลจากคำถามปลายเปิดของภาวะสุขภาพตามแนวคิดของ Smith ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

ภาวะสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ

เป็นภาวะสุขภาพที่ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพทางคลินิก ภาวะสุขภาพตามความสามารถในการปฏิบัติบทบาท ภาวะสุขภาพตามความสามารถในการปรับตัว และภาวะสุขภาพตามการบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต

1. ภาวะสุขภาพทางคลินิก ประกอบด้วย การเจ็บป่วยเฉียบพลันและการเจ็บป่วยเรื้อรัง การเจ็บป่วยเฉียบพลัน ที่พบบ่อยที่สุดคือ ปวดศีรษะ เป็นหวัด เจ็บคอ และเป็นไข้ ส่วนการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่พบบ่อยที่สุดคือ ปัญหาปวดกระดูกและข้อ การมองเห็นผิดปกติ เช่น ต้อกระจก ต้อหิน ตาฝ้า และความดันโลหิตสูง โดยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง Pre Hypertension ร้อยละ 44.3 (จำแนกตาม JNC 7)

2. ภาวะสุขภาพตามความสามารถในการปฏิบัติบทบาท แบ่งเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง และความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาทของแม่ชี

2.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของแม่ชีสูงอายุ พบว่าเกือบทั้งหมดมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ยกเว้นการกลั่นปัสสาวะซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างกลั่นปัสสาวะได้เพียงร้อยละ 45.7 ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่องของแม่ชีสูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่สามารถประกอบอาหารและทำงานบ้านได้ สำหรับความสามารถเดินทางโดยรถขนส่งมวลชน ได้เพียงร้อยละ 65.7

2.2 ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทการเป็นแม่ชี ได้แก่ ความสามารถในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา คือ การทำวัตรเช้าและเย็น ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้เป็นปกติ นอกจากนี้ยังมีการประกอบพิธีกรรมอื่นตามบทบาท ได้แก่ นั่งสมาธิ นั่งวิปัสณากรรมฐาน เดินจงกรม เป็นต้น นอกจากนี้การปฏิบัติบทบาทอื่นของแม่ชีคือ การบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม กิจกรรมที่กระทำมากที่สุด ได้แก่ การดูแลรักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อมในวัด รองลงมาคือการสอนธรรมะแก่ประชาชน การช่วยกิจกรรมของวัดตามเทศกาลตามลำดับ

3. ภาวะสุขภาพตามความสามารถในการปรับตัว แบ่งเป็น ความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในวัด การปรับตัวให้เข้ากับกฎระเบียบวินัยของแม่ชี การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นนักบวช และการปรับตัวจากการมีเรี่ยวแรง/กำลังลดลง

3.1 ความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในวัด เป็นความสามารถในการปรับตัวด้านการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นมากที่สุด รองลงมาเป็นการปรับจิตใจ การยอมรับซึ่งกันและกัน การปรับด้านบทบาท และการจัดการกับความเครียดตามลำดับ

3.2 การปรับตัวให้เข้ากับกฎระเบียบวินัยของแม่ชี แม่ชีทุกคนสามารถปรับตัวได้ กฎระเบียบวินัยที่ต้องทำมากที่สุด ได้แก่ การสวดมนต์ ทุกเช้าและเย็น รองลงมา ได้แก่ การถือศีล 8 และการดำรงกิริยามรรยาท ตามลำดับ

3.3 การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นนักบวช แม่ชีส่วนใหญ่ ต้องปรับตัวในเรื่องการสวดมนต์ทุกวันเช้า-เย็น มากที่สุด รองลงมาจะปรับตัวเรื่องการศึกษาปฏิบัติธรรม

3.4 การปรับตัวจากการมีเรี่ยวแรง/กำลังลดลง ส่วนใหญ่สามารถปรับตัวได้ เพราะคิดว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่เกิดขึ้นตามวัยของผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นกำลังย่อมลดลง และมีเพียง 2 ราย ที่ไม่สามารถปรับตัวได้ เนื่องจากรู้สึกเบื่อหน่ายและหงุดหงิด

4. ภาวะสุขภาพตามการบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ซึ่งได้แก่ การรู้สึกมีความสุข เมื่อเป็นแม่ชี การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า การบรรลุความใฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิต และเข้าใจความหมายของชีวิต เช่น เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีสุข มีทุกข์

4.1 การรู้สึกมีความสุขเมื่อเป็นแม่ชี แม่ชีส่วนใหญ่รู้สึกมีความสุขเพราะ ทำให้จิตใจสงบ และสบายใจ รองลงมาเพราะได้ศึกษาปฏิบัติธรรม ได้ทำตามความตั้งใจและมีความเลื่อมใสศรัทธาตามลำดับ

4.2 การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า แม่ชีส่วนใหญ่คิดว่าการเป็นแม่ชีทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าเพราะได้ปฏิบัติบทบาทของแม่ชี ได้ทำบุญ/สร้างบุญบารมี และได้บำเพ็ญประโยชน์ต่อบุคคลอื่น และต่อสังคม ตามลำดับ

4.3 การบรรลุความใฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิต แม่ชีส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.8) คิดว่าการเป็นแม่ชีทำให้ได้บรรลุความใฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิต เนื่องจากได้ทำตามความตั้งใจ ความต้อง การและศรัทธาในศาสนา ได้ศึกษาและปฏิบัติธรรม ได้มีโอกาสทำบุญทำความดี ทำให้จิตใจสงบ และเป็นหนทางหลุดพ้นของผู้ปฏิบัติธรรม แต่แม่ชีส่วนที่เหลือนึกว่าการบวชเป็นแม่ชียังไม่บรรลุความฝันสูงสุดในชีวิต คือยังไม่ถึงนิพพาน เพียงแต่ได้มาศึกษาปฏิบัติธรรมและดัดขาดทางโลก การเป็นแม่ชีไม่ใช่สิ่งที่ต้องการแต่ไม่มีทางเลือกอื่นที่ดีกว่า

4.4 การเป็นแม่ชีทำให้เข้าใจความหมายของชีวิต เช่น เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีสุข มีทุกข์ แม่ชีทุกคนเห็นว่าการบวชเป็นแม่ชีทำให้เข้าใจความหมายของชีวิต เข้าใจธรรมชาติของชีวิต เกิด แก่ เจ็บตาย ซึ่งเป็นสังขธรรม เป็นไปตามกฎธรรมชาติไม่มีใครหนีพ้น รองลงมา เป็นเพราะได้ศึกษาและปฏิบัติธรรม ทำให้ปลงได้จากการเห็นชีวิตคนอื่นที่มีความทุกข์และเชื่อเรื่องกรรม

ภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของแม่ชีสูงอายุ

จากการให้แม่ชีสูงอายุประเมินสุขภาพด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ประเมินว่ามีภาวะสุขภาพแข็งแรงและปานกลาง ตามลำดับ และเมื่อให้ประเมินภาวะสุขภาพเมื่อเทียบกับคนวัยเดียวกัน กันส่วนใหญ่ประเมินว่ามีภาวะสุขภาพเหมือนคนอื่น

พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ

1. การดูแลสุขภาพตนเองในขณะที่ไม่เจ็บป่วย เป็นการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ได้แก่ การดื่มน้ำ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมทางกาย การดูแลความสะอาดร่างกาย ปาก ฟัน การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม การดูแลการขับถ่าย การป้องกันการบาดเจ็บและพลัดตกหกล้ม การพักผ่อนนอนหลับ การจัดการกับความเครียด เป็นต้น

- การดื่มน้ำ แม่ชีสูงอายุจะดื่มน้ำโดยคำนึงถึงความสะดวก แหล่งของน้ำที่ใช้ดื่มส่วนใหญ่เป็นน้ำประปา รองลงมาเป็นน้ำกรองและน้ำบรรจุขวด ตามลำดับ ส่วนลักษณะน้ำดื่มจะเป็นน้ำดื่มและน้ำไม่ดื่มอย่างละเท่ากัน ส่วนใหญ่ดื่มน้ำเพียงพอ วันละ 1-2 ลิตร มีส่วนน้อยที่ดื่มน้ำน้อยกว่า 1 ลิตร เนื่องจากไม่กระหายน้ำ และมีบางรายไม่สะดวกหากต้องเข้าห้องน้ำบ่อย

- การรับประทานอาหาร แม่ชีสูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ ที่เหลือส่วนน้อยรับประทานอาหารวันละ 1 มื้อ แหล่งที่มาของอาหาร ส่วนใหญ่ปรุงอาหารรับประทานเอง สำหรับชนิดหรือลักษณะของอาหารที่รับประทาน ส่วนใหญ่จะงดรับประทานอาหารหวาน มัน เนื้อสัตว์ อาหารหมักดอง อาหารทะเล อาหารรสจัด เป็นต้น รองลงมาจะรับประทานอาหารอ่อน กล้วยง่าย มีส่วนน้อยที่รับประทานอาหารเฉพาะโรค และรับประทานอาหารได้ปริมาณลดลงกว่าในระยะเวลา 1 ปีหรือ 2-3 ปีที่ผ่านมา

- การออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมทางกาย แม่ชีสูงอายุส่วนใหญ่จะมีกิจกรรมทางกายทุกวัน ตามความสามารถของตนเองเท่าที่จะทำได้และตามเวลาที่สะดวกของแต่ละคน ส่วนใหญ่จะเป็นเวลาหลังตื่นนอนเช้า กิจกรรมการออกกำลังกายที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การยืดกล้ามเนื้อโดยการนอนยกแขนขาขึ้นลง รองลงมาเป็นการเดินออกกำลังกายบริเวณวัด และการมีกิจกรรมทางกายโดยการกวาดลานวัด ตามลำดับ แม่ชีที่ไม่ได้ออกกำลังกาย ส่วนใหญ่จะทำกิจวัตรส่วนตัวภายในห้องพัก เช่น ปรุงอาหาร ซักเสื้อผ้า รองลงมาจะมีปัญหาสุขภาพ

- การดูแลความสะอาดร่างกาย และการดูแลช่องปาก แม่ชีสูงอายุสามารถดูแลความสะอาดได้เองทั้งหมด พบว่าส่วนใหญ่ อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง สำหรับช่วงเวลาอาบน้ำจะปรับตามความเหมาะสม ขึ้นอยู่กับอุณหภูมิสิ่งแวดล้อม ความสะอาดของร่างกายและกิจวัตรที่กระทำ

ส่วนการดูแลความสะอาดช่องปาก ส่วนใหญ่จะใช้วิธีแปรงฟัน ที่เหลือจะบ้วนปากหลังอาหารเนื่องจากไม่มีฟันและไม่ได้ใช้ฟันปลอม หรือมีฟันแต่เหลือน้อย ส่วนจำนวนครั้งของการแปรงฟันส่วนใหญ่แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง รองลงมาจะแปรงฟันทุกครั้งหลังอาหาร แม่ชีทุกคนไม่มีอาการปวดฟัน และ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างใช้ฟันปลอม นอกจากนี้ยังพบว่าแม่ชีสูงอายุมีวิธีการดูแลฟันโดยใช้เกลือป่นผสมการบูรและพริกไทยแทนยาสีฟัน ใช้เกลือป่นแทนยาสีฟัน อมเกลือก่อนแปรงฟัน และมีแม่ชีสูงอายุเพียง 1 รายเท่านั้นที่ตรวจฟันกับทันตแพทย์ปีละ 1 ครั้ง

- การดูแลความสะอาดสิ่งแวดลอม แม่ชีสูงอายุส่วนใหญ่ ทำความสะอาดสิ่งแวดลอมได้เองทั้งหมดและทำเป็นประจำ ทั้งการปิดกวาดเช็ดถูที่พักร การซักเสื้อผ้า เครื่องนอน รองลงมาสามารถทำความสะอาดสิ่งแวดลอมในที่พักรได้เพียงบางส่วน แต่ต้องจ้างแม่ชีหรือให้บุตรซักผ้าห่มให้ และมีแม่ชีสูงอายุส่วนน้อย ที่ไม่สามารถทำความสะอาดสิ่งแวดลอมได้เอง ต้องมีญาติหรือแม่ชีช่วยดูแลหรือว่าจ้างแม่ชีในวัด

- การดูแลเรื่องขับถ่าย แม่ชีสูงอายุ ร้อยละ 45.7 (32 ราย) สามารถขับถ่ายได้ปกติ ไม่มีปัญหาท้องผูก ไม่ต้องใช้ยาระบาย วิธีการดูแลตนเอง คือการบำบัดด้วยวิธีธรรมชาติ ได้แก่ รับประทานผัก ผลไม้ ดื่มน้ำมากๆ ดื่มน้ำและนมหลังตื่นนอนเช้าทุกวัน รับประทานน้ำผึ้งทุกวัน ส่วนแม่ชีสูงอายุมีปัญหาท้องผูก ร้อยละ 54.3 (38 ราย) ต้องใช้ยาระบายถึงร้อยละ 76.3 (29 ราย) และรับประทานผักและผลไม้ ร่วมกับการใช้ยาระบาย เครื่องดื่มสมุนไพร ยาหอม และดื่มน้ำหลังตื่นนอนเพื่อกระตุ้นการขับถ่าย

- การป้องกันการบาดเจ็บและการพลัดตกหกล้ม แม่ชีสูงอายุส่วนใหญ่จะมีวิธีการดูแลตนเองโดยการป้องกัน ก้าวเดินอย่างระมัดระวัง เกาะราวบันไดหรือใช้ไม้เท้า เลือกรองเท้าที่เกาะพื้น การจัดสิ่งแวดลอมให้เหมาะสม แสงสว่างเพียงพอ จัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบ ดูแลบริเวณห้องน้ำให้แห้ง ตระหนักเสมอว่ามีสติ รู้ตัวอยู่ตลอด การหลีกเลี่ยงอุบัติเหตุ โดยไม่เดินทางกลางคืน มีเพื่อนร่วมเดินทาง หรือไม่เข้าไปในที่ไมคุ้นเคย

- การพักผ่อนนอนหลับ กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเรื่องการนอนและนอนไม่มีคุณภาพ ร้อยละ 47.1 (33 ราย) ส่วนที่นอนหลับได้ดี ร้อยละ 52.8 (37 ราย) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการนอน ต้องใช้ยานอนหลับร้อยละ 30.3 (10 ราย) รองลงมาจะใช้บริการบำบัดที่ไม่ใช่ยา คือสวดมนต์ ฟังรายการธรรมะทางวิทยุ ทำสมาธิ หรือปล่อยไปตามธรรมชาติโดยไม่ได้หาวิธีการแก้ไข

- การจัดการกับความเครียด แม่ชีสูงอายุมีวิธีการจัดการกับความเครียดที่ต่างกัน ส่วนใหญ่ใช้การทำสมาธิเป็นอันดับแรกร่วมกับวิธีการอื่น เช่น สวดมนต์ ฟังธรรมะ อ่านหนังสือธรรมะ การปล่อยวาง การเบี่ยงเบนความสนใจ การอธิษฐาน และปรึกษานักสงฆ์ที่ไว้ใจได้

- การทำประโยชน์ต่อสังคม แม่ชีสูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.1 มีความเห็นว่าการเป็นแม่ชีสามารถทำประโยชน์ต่อสังคมได้ กิจกรรมการทำประโยชน์ที่กระทำมากที่สุดได้แก่ การช่วยกิจกรรมของวัด การดูแลรักษาความสะอาดสิ่งแวดลอมในวัด เช่น กวาดลานวัด ทำความสะอาดศาลาวัด และสอนธรรมะ ตามลำดับ มีแม่ชีสูงอายุที่ไม่ได้ทำประโยชน์ต่อสังคม ร้อยละ 22.9 (16 ราย) ส่วนใหญ่เนื่องจากความสูงอายุ อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง สุขภาพไม่แข็งแรง และกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยคิดว่าไม่มีความรู้

- การตรวจสุขภาพประจำปี/การรับวัคซีนป้องกันโรค แม่ชีสูงอายุเพียงร้อยละ 22.9 ได้ตรวจสุขภาพประจำปี ที่เหลืออีกร้อยละ 74.3 (52 ราย) ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับการให้ภูมิคุ้มกันโรคนั้นไม่มีใครได้รับวัคซีนป้องกันโรค

- ยาที่ใช้เป็นประจำ แม่ชีสูงอายุ จะใช้ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลร่วมกับยาที่หาซื้อเอง ร้อยละ 45.7 รองลงมาจะซื้อยาที่หาซื้อเอง ที่เหลือใช้ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว และมีแม่ชีสูงอายุที่ไม่มีการใช้ยาใดๆเลยเพียงร้อยละ 4.3 (3 ราย) ยาในกลุ่มตัวอย่างซื้อใช้เอง ส่วนใหญ่เป็นยาระบาย รองลงมาเป็นสมุนไพร ยาหอมและยาบำรุง ยาแก้ปวด ลดไข้ ยาแก้ปวดเมื่อยกระดูกกล้ามเนื้อ ยาโรคกระเพาะอาหาร มีบางส่วนเป็นยาลูกกลอน ยาชุด หรือยาแก้ไอเสบ

- การศึกษาหาความรู้ในการดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่ของแม่ชีสูงอายุจะศึกษาหาความรู้ในการดูแลสุขภาพโดยการปรึกษาผู้อื่น รองลงมาจะใช้แหล่งในการหาความรู้จากรายการข่าวสุขภาพทางวิทยุหรือทางโทรทัศน์ นอกจากนั้นจะเป็นการอ่านหนังสือเกี่ยวกับผู้สูงอายุและโรคที่เป็น และมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยศึกษาหาความรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 12.1

บุคคลที่แม่ชีสูงอายุขอคำปรึกษามากที่สุด ได้แก่ บุคลากรทีมสุขภาพ รองลงมาเป็นแม่ชีในวัด นอกนั้นเป็นบุตร หลาน พระภิกษุ เหตุผลที่ขอคำปรึกษาความรู้ในการดูแลสุขภาพ จากบุคลากรสุขภาพเนื่องจาก เป็นผู้ให้การรักษา มีความรู้ มีความเชื่อถือไว้วางใจ และต้องนำมาใช้ดูแลตนเอง ส่วนการขอคำปรึกษาจากแม่ชี เนื่องจากอยู่ใกล้กัน สนับสนุนกัน สะดวกคุ้นเคย และเป็นโรคคล้ายกัน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แหล่งในการหาความรู้ในการดูแลสุขภาพจากรายการข่าวสุขภาพและการอ่านหนังสือ เนื่องจากมีความชอบและสนใจในการหาความรู้ มีบริการที่วัด บางรายการตรงกับโรคที่เป็น สามารถนำไปปฏิบัติได้

2. การดูแลสุขภาพเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและเจ็บป่วยเรื้อรัง

เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง แม่ชีสูงอายุทุกคนจะใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนเป็นอันดับแรก ซึ่งได้แก่ การสังเกตอาการ การดูแลตนเอง (ซื้อยารับประทานเอง นอนพัก ดื่มน้ำอุ่น รักษาความอบอุ่นให้ตัวเอง) การขอคำปรึกษาบุตร หลาน หรือแม่ชี หากอาการยังไม่ดีขึ้นจึงจะแสวงหาการดูแลสุขภาพจากแหล่งอื่น ๆ อาจเป็นระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ หรือระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน บางรายอาจใช้ระบบการดูแลสุขภาพ 2-3 ระบบพร้อมกัน หรือเปลี่ยนไปมาระหว่างการใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้งสามระบบ พบว่าในการเจ็บป่วยเฉียบพลันมีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ ร้อยละ 42 และในการเจ็บป่วยเรื้อรังใช้ระบบการดูแลสุขภาพ 2 ระบบดังกล่าว ร้อยละ 51.5

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพโดยพิจารณาจาก 1) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ระยะทางจากวัดถึงสถานบริการสุขภาพ ความสะดวกในการไปใช้บริการ

คุณภาพและความรวดเร็วของบริการ สวัสดิการและสิทธิในการใช้บริการ ค่ารักษาพยาบาล
2) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความเป็นกันเอง อธิบายในการให้บริการ ความน่าเชื่อถือของ
ผู้รักษา และ 3) ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น รายได้ การรับรู้และประเมิน
ตัดสินใจความเจ็บป่วย ความเชื่อ ประสิทธิภาพ และทัศนคติในการรักษา ความพึงพอใจต่อบริการที่
ได้รับ

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นแม่ชีสูงอายุที่อาศัย
อยู่ในวัด ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งอาจมีพฤติกรรมในการแสวงหาการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่มี
ส่วนในการตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ แตกต่างจากแม่ชีที่อาศัยอยู่ในต่างจังหวัดหรือ
ในชนบท

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาที่ได้ ทำให้ได้แนวทางในการเสนอแนะ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพ ควรให้ความสำคัญกับการให้ความหมายภาวะ
สุขภาพของแม่ชีสูงอายุ และประเมินภาวะสุขภาพให้ครอบคลุม เพื่อวางแผนการดูแลให้เหมาะสม
กับความต้องการของแม่ชีสูงอายุ และคำนึงถึงข้อจำกัดของความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตร
ประจำวัน

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

การศึกษาสุขภาพผู้สูงอายุโดยเฉพาะที่เป็นแม่ชีสูงอายุ ควรมีเพิ่มขึ้น จากผลการศึกษาที่ได้
ทำให้ได้เรียนรู้และตระหนักถึงภาวะสุขภาพ วิธีการดูแลตนเอง การแสวงหาสถานบริการทาง
สุขภาพของแม่ชีสูงอายุที่อาศัยอยู่ในวัดในเมืองหลวง

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มแม่ชีสูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ หรือในชนบท
เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ หรือจากผลการวิจัยบาง
ประเด็นอาจศึกษาเชิงลึกได้

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ

ปวีณา งามสิงห์ 4536561 RAAN/M

พย. ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ประคอง อินทรสมบัติ, ค.ม. (การบริหารการพยาบาล),
พรทิพย์ มาลาธรรม Ph.D. (Nursing)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

ในประเทศไทย แม่ชี คือ สตรีที่บวชในพระพุทธศาสนาตามระเบียบปฏิบัติของสถาบันแม่ชีไทย และมีเป้าหมายของการบวช เพื่อศึกษาพระพุทธศาสนา แสวงหาความสงบสุขทางจิตใจและบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต (ยุพิน ดวงจันทร์, 2542: ง) ภายหลังการบวช แม่ชีจะถือศีล 8 และอาศัยอยู่ในวัด สำนักสงฆ์ หรือสำนักชีต่างๆ โดยมีองค์กร “มูลนิธิสถาบันแม่ชีไทย” เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน การบริหารงาน ส่งเสริมกิจกรรมและให้การสงเคราะห์แม่ชีไทย รวมถึงการเผยแผ่พระพุทธศาสนาทั้งในและต่างประเทศ (ปาริชาติ สุวรรณบุบผา, 2545: 19-20) จากรายงานสถิติของสถาบันแม่ชีไทยปี พ.ศ. 2546 (สถาบันแม่ชีไทย, 2546) พบว่า แม่ชีในประเทศไทยมีจำนวนประมาณ 3,500 คนและมีอายุในช่วงวัยรุ่นถึงวัยสูงอายุ ในจำนวนนี้เป็นแม่ชีสูงอายุถึงร้อยละ 45

ในปัจจุบัน การกำหนดสถานภาพทางสังคมของแม่ชีมีความแตกต่างกันตามการพิจารณาของหน่วยงานทางราชการ จึงมีผลกระทบต่อสิทธิและหน้าที่ของแม่ชีในประเทศไทย เช่น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับ พ.ศ. 2540 ให้ “ชี” มีความหมายอยู่ในคำว่า “นักบวช” และกระทรวงมหาดไทยตีความว่าแม่ชีเป็นนักบวช จึงทำให้แม่ชีไม่มีสิทธิในการเลือกตั้ง แต่กรมการศาสนาไม่ให้สถานภาพนักบวชแก่แม่ชี และไม่ได้รับการดูแลจากกรมการศาสนา เนื่องจากไม่มีบทบัญญัติทางศาสนา แม่ชีไม่ได้ปรากฏชื่ออยู่ในพุทธบริษัท 4 ทำให้ไม่ได้รับการปฏิบัติในฐานะนักบวชหรือบรรพชิต ซึ่งต่างจากพระภิกษุ ดังนั้นสิทธิและหน้าที่อันสืบเนื่องมาจากสถานภาพจึงไม่ปรากฏชัดเจน แม่ชีจึงไม่สามารถประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ขาดกฎเกณฑ์ในการจัดระบบการศึกษา หากมีโอกาสศึกษาภาษาบาลีและธรรมศึกษา จะไม่สามารถปรับวุฒิทางการศึกษาเป็นเปรียญธรรม ไม่ได้ได้รับความสนใจและการยอมรับจากสังคม การดำรงชีวิตต้องรับผิดชอบตนเอง

หรือมีญาติอุปถัมภ์ในด้านปัจจัย 4 แม้มีส่วนใหญ่จะทำหน้าที่ในการให้บริการต่างๆ เช่น การทำความสะอาดภายในวัด การประกอบอาหาร เป็นต้น อย่างไรก็ตามแม่ชียังมีองค์กร “สถาบันแม่ชีไทย” ที่กำหนดระเบียบปฏิบัติในการปกครองหมู่คณะของตนเอง ก่อให้เกิดความเจริญก้าวหน้าของแม่ชีไทย เพิ่มความเลื่อมใสแก่ประชาชน และช่วยให้แม่ชีสามารถบำเพ็ญประโยชน์แก่ประชาชนได้มากยิ่งขึ้น (ปาริชาติ สุวรรณบุบผา, 2545: 9, 159-173; ยุพิน ดวงจันทร์, 2542: 70-78)

วิถีชีวิตประจำวันของแม่ชีจะแตกต่างจากฆราวาสมาก ในหมวดของการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติของสถาบันแม่ชีไทย โดยมีข้อปฏิบัติที่ต้องศึกษาในข้อธรรม 9 ข้อให้เข้าใจ ได้แก่ คำขอบวช มรรยาท 5 กรรมบท 10 คำอาราธนาและสมาทานศีล 8 องค์ของศีล 8 (องค์สำหรับตัดสิน) เมณฐสังโยค 7 เสาขียวัตร 75 สารานิชธรรม 6 และอุปกิเลส 16 และเมื่อบวชแล้วต้องเอาใจใส่ในการท่องสวดมนต์ เข้าประชุมทำวัตรเช้า-เย็นทุกวัน ต้องเรียนธรรมศึกษาเป็นอันดับแรก เรียนภาษาบาลีหรือวิชาอื่นที่เหมาะสมแก่ภาวะของแม่ชี (ปาริชาติ สุวรรณบุบผา, 2545: 167-168) นอกจากนี้จะมีการสวดมนต์เจริญภาวนา การฟังธรรมบรรยาย การทำความสะอาดบริเวณที่พักอาศัย และบริเวณวัด การประกอบอาหาร การบำเพ็ญประโยชน์อื่นๆ (ยุพิน ดวงจันทร์, 2542: 85-89, 99-100) การอยู่ร่วมกันเป็นหมู่คณะจะต้องปฏิบัติตามระเบียบของสถานที่นั้น ๆ โดยยึดถือตามระเบียบของสถาบันแม่ชีไทย หากฝ่าฝืนจะถูกลงโทษตั้งแต่การว่ากล่าวตักเตือนจนถึงให้ลาสิกขา

แม่ชีทุกคนจะมีที่อยู่อาศัยเป็นสัดส่วนและ มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน แม่ชีที่มีอาวุโสจะเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำกับแม่ชีบวชใหม่ ดังนั้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้อาวุโสน้อยกว่า และอนุญาตให้ญาติผู้หนึ่งพักอาศัยอยู่ด้วย 1 คนหากมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (การสัมภาษณ์แม่ชี, 8 มกราคม 2547) และความสามารถในการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันลดลง

แม่ชีเป็นผู้หญิงซึ่งมีวิถีชีวิตแตกต่างจากผู้หญิงที่เป็นฆราวาส และเป็นคนกลุ่มน้อยในสังคม อาศัยอยู่เป็นกลุ่ม หรือเป็นหมู่คณะ ที่อยู่อาศัยอาจเป็นวัด สำนักสงฆ์ หรือสำนักชี ซึ่งวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยและความเจ็บป่วยเรื้อรังอาจเกิดปัญหาสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ปัญหาสุขภาพของผู้หญิงและผู้ชายวัยสูงอายุมีลักษณะและความรุนแรงแตกต่างกัน (วิไลวรรณ ทองเจริญ, ถนอมขวัญ ทวีบุรณ์, นิตยา ภาสุนันท์, วินัส ลิฬหกุล และ สมจินต์ เพชรพันธุ์ศรี, 2540: 1; Eliopoulos, 1997: 39) ผู้หญิงวัยสูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของผู้หญิงวัยสูงอายุ ได้แก่ โรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบกล้ามเนื้อ เอ็น และกระดูก เช่น ปวดข้อและหลัง ภาวะกระดูกพรุน กระดูกหัก กล้ามเนื้ออ่อนเปลี้ย โรคทางตา เช่น ต้อกระจก ภาวะความดันในลูกตาสูง โรคของอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น การหย่อนของมดลูกและช่องคลอด การอักเสบติดเชื้อ เนื่องจากต่างๆ โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดัน

โลหิตสูง โรคสมองเสื่อม ปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพา จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้หญิงวัยสูงอายุร้อยละ 25 มีภาวะทุพพลภาพ และร้อยละ 6 ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ ปัญหาการเสียชีวิตของผู้หญิงวัยสูงอายุมีสาเหตุที่สำคัญคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคติดเชื้อ (ศิริพร จิรวรรณกุล, 2542: 291-297; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542: 21-41)

เนื่องจากแม่ชีมีวิถีชีวิตแตกต่างจากผู้หญิงทั่วไป การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของบุคคล ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม โอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและแหล่งประโยชน์ต่างๆ จึงอาจมีความแตกต่างจากประชาชนทั่วไป ดังนั้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุและมีปัญหาสุขภาพ แม่ชีอาจมีพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพที่มีลักษณะเฉพาะและแตกต่างจากกลุ่มประชากรอื่น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาภาวะสุขภาพของประชากรในกลุ่มต่าง ๆ ผู้วิจัยยังไม่พบรายงานการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของแม่ชีวัยสูงอายุ แต่พบรายงานการศึกษาภาวะสุขภาพของนักบวช กลุ่มพระภิกษุ/สามเณร (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543: 261-304) ดังนั้น การศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพเข้าใจประชากรกลุ่มแม่ชีวัยสูงอายุมากขึ้น นำไปสู่การบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการของประชาชนกลุ่มนี้ได้มากขึ้น ช่วยให้แม่ชีวัยสูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดภาวะสุขภาพของสมิธ (1983) และกรอบแนวคิด Explanatory Model ของไคลแมน (1980) เป็นแนวทางในการวิจัย

แนวคิดภาวะสุขภาพของสมิธ

สมิธ (Smith, 1983 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2544: 85-87) ได้วิเคราะห์แนวคิดของสุขภาพที่มีอยู่ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงปรัชญา พบว่ามี 4 แนวคิด ดังนี้

1. แนวคิดทางด้านคลินิก (Clinical model) แนวคิดนี้ให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพ ว่าเป็นภาวะที่ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรค หรือปราศจากความผิดปกติต่างๆ ส่วนความเจ็บป่วยหมายถึงการมีอาการและอาการแสดง หรือมีความผิดปกติเกิดขึ้น

2. แนวคิดการปฏิบัติตามบทบาท (Role performance model) สุขภาพตามแนวคิดนี้หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกระทำตามบทบาท ที่สังคมกำหนดไว้ครบถ้วน ส่วนความเจ็บป่วยหมายถึง ความล้มเหลวในการทำหน้าที่ตามบทบาท เช่น เมื่อเจ็บป่วยบุคคลสามารถหยุด

กระทำในบทบาทต่าง ๆ ได้ เช่น การหยุดงาน หรือ นอนพัก เป็นต้น ความหมายของสุขภาพตามแนวคิดนี้ มีการเพิ่มมาตรฐานทางด้านจิต สังคม ก็ต้องสามารถทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคมด้วย

3. แนวคิดด้านการปรับตัว (Adaptive model) สุขภาพตามแนวคิดนี้หมายถึง ความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุล เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต ส่วนการเกิดโรค หมายถึง ความล้มเหลวในการปรับตัว เป็นการทาลายความสามารถของบุคคลที่จะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อม

4. แนวคิดด้านยูไดโมนิสติก (Eudaimonistic model) สุขภาพหมายถึง การพัฒนา และบรรลุถึงความใฝ่ฝันในชีวิต สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข ส่วนความเจ็บป่วยเป็นภาวะที่ป้องกัน หรือเห็นยั้งไม่ให้บุคคลพัฒนาไปถึงจุดสูงสุดในชีวิตตามที่ใฝ่ฝัน

จากกรอบแนวคิดภาวะสุขภาพของสมิธ จะเห็นได้ว่าสามารถอธิบายภาวะสุขภาพของแม่ชีสูงอายุจาก 4 แนวคิด ที่ผสมผสานกันดังนี้ ภาวะสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ คือ ภาวะที่ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรค สามารถทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคม สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุล และมีการพัฒนาตนเองให้บรรลุถึงความใฝ่ฝันในชีวิต สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และจากกรอบแนวคิดดังกล่าว ยังสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้กรอบแนวคิด Explanatory Model ของไคลแมน ที่ใช้อธิบายความเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพตามวัฒนธรรม มาใช้ประกอบกัน

แนวคิดการอธิบายความเจ็บป่วยของไคลแมน (Kleinman, 1980) มีดังนี้

ไคลแมน เป็นจิตแพทย์และได้ศึกษาทางด้านมานุษยวิทยา ได้พัฒนาแนวคิดที่บุคคลใช้อธิบายถึงความเจ็บป่วยของตนเองหรือของบุคคลในกลุ่ม จากการศึกษาโดยใช้วิธีการทางมานุษยวิทยา พบว่าการที่บุคคลรับรู้และจัดการกับความเจ็บป่วยของเขานั้น ขึ้นอยู่กับคำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของคนในกลุ่มนั้น ซึ่งไคลแมนและคณะเรียกว่า Explanatory Model (Kleinman et al., 1978 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2544: 8) การอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเป็นการอธิบายประสบการณ์ทางจิตสังคม การอธิบายที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมของบุคคลในกลุ่มนั้น การศึกษาพบว่าแนวคิดของโรค (disease) และการเจ็บป่วย (illness) มีความแตกต่างกัน ทิศนทางการการแพทย์ตะวันตกอธิบาย “โรค” คือการมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น เป็นความผิดปกติในการทำหน้าที่หรือความผิดปกติในการปรับตัวของชีวภาพและกาย-จิตของบุคคล ส่วน “ความเจ็บป่วย” หมายถึง ปฏิกริยาของบุคคล ระหว่างบุคคล และศักยภาพ ต่อโรคหรือความไม่สุขสบาย ความเจ็บป่วยจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยทางวัฒนธรรมที่มาเกี่ยวข้อง เกิดการรับรู้ประทับลงไป มีการอธิบายและให้คุณค่ากับประสบการณ์ความไม่สุขสบายเหล่านั้น กระบวนการที่

ฝังลึกอยู่คือ ความซับซ้อนของครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม ประสบการณ์ความเจ็บป่วยแบบเน้นเป็นส่วนหนึ่งในระบบสังคมที่ให้ความหมายและการแสดงพฤติกรรม ซึ่งมีอิทธิพลมาจากวัฒนธรรม การเจ็บป่วยจึงมาจากโครงสร้างวัฒนธรรม การสื่อสารปัญหาสุขภาพ อาการ การแสวงหาการช่วยเหลือ การจัดการ รวมทั้งการประเมินผลการบำบัดรักษาเยียวยา ของบุคคลขึ้นอยู่กับความเชื่อทางวัฒนธรรม และการให้ความหมายอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติและสถานะทางสังคมของบุคคล

การแสวงหาบริการสุขภาพ คือกลวิธีที่บุคคลใช้ในการประเมินและตัดสินใจที่จะเลือกใช้บริการสุขภาพ ในแต่ละขั้นตอนของความเจ็บป่วย (Kleinman, 1980 อ้างใน พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และสุพจน์ เค่นดวง , 2538: 28) การแสวงหาบริการสุขภาพ เป็นการปรับตัวของมนุษย์และเป็นพฤติกรรมที่มีเหตุผล จากที่บุคคลรับรู้และอธิบายความเจ็บป่วย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพ ได้แก่ การประเมินสาเหตุ และความรุนแรงของความเจ็บป่วยของบุคคลและเครือข่ายทางสังคม ปัจจัยทางโครงสร้างของสังคม เช่น เพศ การศึกษา ศาสนา เชื้อชาติ อาชีพ แหล่งที่อยู่อาศัย และการเข้าถึงบริการสุขภาพ จากการศึกษาบริบททางสังคม ระบบบริการสุขภาพแบ่งเป็น 3 ส่วนใหญ่ๆ คือระบบสามัญชนหรือประชาชน (popular) ระบบวิชาชีพ (professional) และระบบพื้นบ้าน (folk) (Kleinman, Eisenberg & Good, 1978: 254)

ระบบบริการสุขภาพส่วนสามัญชน (Popular sector) เป็นระบบที่ใหญ่ที่สุด ประชาชนใช้บริการร้อยละ 70-80 คือมาจากครอบครัว เครือข่ายสังคม ชุมชน ความเจ็บป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้เริ่มจากการใช้บริการสุขภาพส่วนวิชาชีพ หรือพื้นบ้าน เมื่อแสวงหาบริการ ประชาชนจะตัดสินใจว่าจะไปที่ไหน และเมื่อใด จะรักษาอยู่ในระบบนี้นานเพียงใด และมีการประเมินผล การรักษาที่เกิดขึ้นระบบของสามัญชนจะเกิดขึ้นในครอบครัวเป็นส่วนใหญ่

ระบบบริการสุขภาพส่วนวิชาชีพ (Professional sector) เป็นระบบการแพทย์แผนปัจจุบันตามหลักวิทยาศาสตร์ และเป็นระบบหลักที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ ผู้ประกอบอาชีพมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ และผ่านระบบการศึกษาที่เป็นทางการจากสถาบันด้านวิชาการ และบริการชัดเจน ได้แก่ โรงพยาบาล คลินิก สถานือนามัย เป็นต้น

ระบบบริการสุขภาพส่วนพื้นบ้าน (Folk sector) เป็นระบบการแพทย์ของท้องถิ่น มีการปฏิบัติทางการแพทย์ที่ไม่ใช่รูปแบบของวิชาชีพแบบตะวันตก ไม่มีการจัดองค์กร มีการพัฒนาและถ่ายทอดกันมาในชุมชน แบ่งเป็น 2 ประเภทคือ ประเภทที่ใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ จะใช้วิธีการรักษาด้วยหมอผี ใช้เวทย์มนต์คาถา ใช้น้ำมันต์ และแบบที่ไม่ใช้อำนาจนอกเหนือธรรมชาติ เช่น การรักษาด้วยหมอพื้นบ้านซึ่งมีวิธีการรักษาโดยใช้สมุนไพร

เมื่อบุคคลเจ็บป่วยจะเริ่มแสวงหาบริการสุขภาพ ตามการอธิบายการเจ็บป่วย โดยรักษาตนเอง ปรึกษาคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน เครือข่ายทางสังคม แล้วจึงไปใช้บริการสุขภาพระบบอื่น

มีการประเมินผลสัมฤทธิ์ของวิธีการรักษา เฝ้าติดตามประเมินผล แล้วจึงเลือกใช้ระบบอื่น เช่น บริการสุขภาพระบบวิชาชีพ หรือการแพทย์พื้นบ้าน บุคคลอาจใช้ระบบบริการสุขภาพหลายระบบพร้อมๆกัน หรือเปลี่ยนไปมาระหว่างบริการสุขภาพ ทั้ง 3 ระบบ โดยความเป็นจริงไม่มีระบบการแพทย์ระบบใดระบบเดียว จะมีความสมบูรณ์ในทุกมิติอย่างเหมาะสมกับความแตกต่างหลากหลายของผู้คนที่อยู่ในสังคมได้ พฤติการณ์การแพทย์จึงเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่เกิดขึ้นในทุกสังคมทั่วโลก

จากกรอบแนวคิดภาวะสุขภาพของสมิธและแนวคิดการอธิบายความเจ็บป่วยของโคลแมน จะเห็นว่าแม้ผู้สูงอายุอาจจะมีรับรู้ภาวะสุขภาพ อธิบายสุขภาพ ความเจ็บป่วย และมีแนวทางในการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพได้ทั้ง 3 ส่วน คือระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน ซึ่งเป็นธรรมชาติและบทบาทของผู้หญิงและผู้อาวุโสที่มีประสบการณ์ ระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน ซึ่งเป็นระบบการแพทย์ท้องถิ่นที่มีในชุมชน และระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติทางการแพทย์ที่มีวิทยาการขั้นสูงแบบตะวันตก ทั้งนี้การเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพจะขึ้นอยู่กับแนวความคิดการอธิบายเกี่ยวกับสุขภาพ การให้ความหมายของสุขภาพและการเจ็บป่วย การอธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วย และกระบวนการรักษาพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
2. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพอย่างไร
3. ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ด้านผู้ให้บริการ และด้านผู้ใช้บริการ ที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการประเมินภาวะสุขภาพ พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุไทย ซึ่งพักอาศัยอยู่ในวัด สำนักชี ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2548

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อให้เข้าใจถึงภาวะสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ ทั้งนี้กลุ่มแม่ชีสูงอายุ เป็นกลุ่มประชากรจำนวนน้อยในสังคมที่อยู่ในสถานภาพนักบวช อาจมีข้อจำกัดในด้านโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและแหล่งประโยชน์ต่างๆ ดังนั้นการประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ จะทำให้นักวิชาการเข้าใจวิธีการดูแลสุขภาพและวางแผนดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและให้บริการสุขภาพของแม่ชีสูงอายุไทย

คำนิยามที่เกี่ยวข้อง

แม่ชีไทยสูงอายุ หมายถึง สตรีไทยที่บวชในพระพุทธศาสนา ตามวิธีการบวชของสถาบันแม่ชีไทย มีการใช้เครื่องนุ่งห่มสีขาว โกนผมและเกล้า สมาทานศีล 8 มีการศึกษาปฏิบัติธรรม โดยพักอาศัยอยู่ที่วัด สำนักสงฆ์ หรือสำนักชี มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีจำนวนพรรษาของการบวชมากกว่า 1 ปี

ภาวะสุขภาพ หมายถึง ภาวะสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ ที่ประเมินด้วยแนวคิดสุขภาพของสมิธ (1983) ประกอบด้วย 4 มิติ คือ 1) แนวคิดทางคลินิก การมีโรคและความเจ็บป่วย 2) ความสามารถในการปฏิบัติบทบาท 3) การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุล และ 4) การบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต การประเมินภาวะสุขภาพทั้ง 4 มิติ เป็นการประเมินตามการรับรู้ของแม่ชีไทยสูงอายุ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดสุขภาพของสมิธ และการตรวจร่างกายโดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดความดันโลหิต

พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจจัดการเลือกใช้วิธีการในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย โดยเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ 3 ส่วน ที่มีในชุมชน คือ ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชน ส่วนพื้นบ้าน และส่วนวิชาชีพ ระบบใดระบบหนึ่ง หรืออาจใช้มากกว่าหนึ่งระบบก็ได้ (Kleinman, 1980) ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์เรื่องพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดจาก Explanatory model ของไคลแมน (1980)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ หมายถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้ระบบบริการสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และ 3) ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ ประเมินโดยใช้แบบสัมภาษณ์เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย เป็นแม่ชีสูงอายุที่พักอยู่ตามวัด สำนักสงฆ์ หรือสำนักชี ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง เป็นแม่ชีสูงอายุที่พักอยู่ตามวัด สำนักสงฆ์ หรือสำนักชี ในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2548 จำนวน 70 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์ในการคัดเลือก มีดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีการรับรู้ดี ซึ่งประเมินได้จากคะแนนการทดสอบความสามารถในการรับรู้ (cognitive status) ด้วยแบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) มากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนน
2. พักอาศัยอยู่ในวัดในเขตกรุงเทพมหานคร
3. บวชเป็นแม่ชีมากกว่า 1 ปี
4. พูดและฟังภาษาไทยได้

สถานที่วิจัย

วัด 6 แห่งในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ 1) วัดปากน้ำภาษีเจริญ 2) วัดเนกขัมมาภิรมยสถาน 3) วัดเพลงวิปัสสนา 4) วัดอภัยทายาราม (วัดมะกอก) 5) วัดอัมพวัน และ 6) วัดมหาธาตุฯ ซึ่งผู้วิจัยเลือกศึกษาจากวัดที่มีจำนวนแม่ชีสูงอายุมาก ตามรายชื่อจากข้อมูลของสถาบันแม่ชีไทย ปี พ.ศ. 2546

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

แบบทดสอบหมวดหมู่ (The set test) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกแม่ชีสูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี มีความสามารถในการรับรู้ปกติ (normal cognitive status) เพื่อเข้าร่วมการวิจัย ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดย ไอแซคส์และอักฮ์ตาร์ (Isaacs & Akhtar 1972 cited in Isaacs & Kennie 1973: 467-470) เพื่อตรวจค้นภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ คะแนนสูงสุดในการทดสอบเท่ากับ 40 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน กำหนดให้ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนน เป็นผู้ที่มีสมรรถภาพสมองดี

2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อบันทึกข้อมูลทั่วไปของแม่ชีสูงอายุ ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษาที่บวช สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ผู้ดูแล/ให้การช่วยเหลือขณะบวช เป็นต้น

2.2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตามแนวคิดของสมิธ ประกอบด้วยเครื่องมือวิจัยต่อไปนี้

2.2.1 แบบประเมินภาวะสุขภาพทางคลินิก ประกอบด้วยแบบประเมินดังต่อไปนี้

- 1) ประวัติการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะของแบบสอบถามจะเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยของแม่ชีสูงอายุ ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- 2) ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะของแบบสอบถามจะเกี่ยวข้องกับโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวที่แม่ชีสูงอายุเป็นอยู่ในระยะเวลานานกว่า 6 เดือน

2.2.2 แบบประเมินภาวะสุขภาพตามความสามารถในการปฏิบัติบทบาท ประกอบด้วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทแม่ชี

- 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์ธेल (The Modified Barthel Activities of Daily Living Index, MBI) ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของแม่ชีสูงอายุ ใช้แบบประเมินที่ สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุลและคณะ แปล และดัดแปลงจากแบบประเมินของบาร์ธेल (modified Barthel Activities of Daily Living Index, BAI) (Jitapunkul, 1994) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งเป็นกิจกรรมพื้นฐานที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การรับประทานอาหาร 2) การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม 3) การเคลื่อนย้าย (ลุกจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) 4) การใช้ห้องสุขา 5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน 6) การสวมใส่เสื้อผ้า 7) การขึ้นลงบันได 1 ชั้น 8) การอาบน้ำ 9) การกลืนอุจจาระ และ 10) การกลืนปัสสาวะ โดยให้คะแนนตามลำดับความสามารถ ในการทำกิจกรรมแต่ละกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมการเคลื่อนย้ายและกิจกรรมการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน แบ่งเป็น 4 ระดับ (คะแนน 0-3) กิจกรรมการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม และกิจกรรมการอาบน้ำ แบ่งเป็น 2 ระดับ (คะแนน 0-1) กิจกรรมอื่นๆ แบ่งเป็น 3 ระดับ (คะแนน 0-2) เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน คะแนนรวม 0-8 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ดี คะแนนรวม 9-11 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนรวม 12-20 คะแนน หมายถึง มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับดี

2) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีจุฬาฯ (Chula Activities of Daily Living Index, CAD) ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่อง (Extended or Instrumental Activity of Daily Living) ของแม่ชีสูงอายุ ประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน การทอนเงินหรือแลกเงิน การเดินทางโดยใช้บริการรถขนส่งมวลชน เช่น รถเมล์ รถสองแถว รถไฟฟ้า เป็นต้น เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดคะแนนที่เป็นไปได้ในแบบประเมินนี้ ตั้งแต่ 0 คะแนน และสูงสุด 9 คะแนน (Jitapunkul, 1994: 73-74) เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน คะแนนยิ่งสูง หมายถึง มีการกระทำกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่องมาก (Jitapunkul, 1994: 73-74)

3) แบบประเมินสุขภาพตามความสามารถในการปฏิบัติบทบาทแม่ชี เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับบทบาทแม่ชี การประกอบพิธีกรรม การบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม

2.2.3 แบบประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิดความสามารถในการปรับตัว เป็นคำถามปลายเปิด เกี่ยวกับการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม บทบาทแม่ชี ระเบียบวินัย การปรับตัวกับเรี่ยวแรงที่ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

2.2.4 แบบประเมินภาวะสุขภาพตามการบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต เป็นคำถามปลายเปิด เรื่องการรู้สึกมีความสุข การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า การบรรลุความใฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิต และเข้าใจความหมายของชีวิต เช่น เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีสุข มีทุกข์

แบบประเมินภาวะสุขภาพตามความสามารถในการปฏิบัติบทบาทแม่ชี แบบประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิดความสามารถในการปรับตัว แบบประเมินภาวะสุขภาพตามการบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดด้านสุขภาพของสมิธ ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เข้าใจแนวคิดของสมิธ และแนวคิดด้านผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และนำไปทดลองใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มแม่ชีสูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ประเมินดูความยากง่ายของภาษา นำมาปรับแก้ไข แล้วนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

2.3 แบบประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของแม่ชีสูงอายุ เป็นการประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของแม่ชี โดยให้แม่ชีสูงอายุประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดีมากน้อยเพียงใด และเปรียบเทียบสุขภาพของตนเองกับคนวัยเดียวกัน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540: 32) ใช้คำถาม “ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของท่านในขณะนี้เป็นอย่างไร แข็งแรงมาก ก่อนข้างแข็งแรงปานกลาง ก่อนข้างอ่อนแอ อ่อนแอ” และคำถาม “เมื่อเปรียบเทียบกับคนวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร แข็งแรงกว่าคนอื่น เหมือนคนอื่น ทрудโทรมหรือแย่กว่าคนอื่น” (นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล, 2539: 144)

2.4 การตรวจร่างกาย โดยใช้เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต และสายเทป ซึ่งผ่านการสอบเทียบเครื่องมือจากกระทรวงพาณิชย์ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือชุดเดียวกันตลอดการศึกษา

2.5 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะของแบบสอบถามจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุทั้งในภาวะไม่เจ็บป่วยและเจ็บป่วย และปัจจัยที่มีส่วนในการตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ โดยได้รับการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มแม่ชีสูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจ/ความหมายของเนื้อหาความยาก-ง่ายของภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับแก้ไข ก่อนนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยติดต่อขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้บริหารสถาบันแม่ชีไทย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดลก่อน เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงดำเนินการเก็บข้อมูลในเวลาราชการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวต่อเจ้าอาวาสหรือหัวหน้าแม่ชี ณ วัดที่ต้องการศึกษา ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ วันละ 3-5 คน แจ้งการพิทักษ์สิทธิที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย เมื่อแม่ชีสูงอายุตอบตกลงร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยจึงนัดหมาย วัน เวลา ที่สะดวกเพื่อการสัมภาษณ์
3. ผู้วิจัยไปพบแม่ชีสูงอายุตามการนัดหมาย อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย (Informed consent)

4. ประเมินสมรรถภาพสมองโดยใช้วิธีทดสอบหมวดหมู่ ถ้าสามารถทำคะแนนได้เท่ากับหรือมากกว่า 25 คะแนนจึงคัดเลือกไว้เป็นกลุ่มตัวอย่าง และให้เซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย
5. ผู้วิจัยสัมภาษณ์แม่ชีสูงอายุ ในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว ตามลำดับเครื่องมือ คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามประวัติการเจ็บป่วยเฉียบพลัน แบบสอบถามประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เชล แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีจูฟาฯ และคำถามปลายเปิดเรื่องความสามารถในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ความสามารถในการบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม ความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในวัด การปรับตัวให้เข้ากับกฎระเบียบวินัยของแม่ชี การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นนักรบ การปรับตัวจากการมีเรี่ยวแรง/กำลังลดลง การรู้สึกมีความสุขเมื่อเป็นแม่ชี การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า การบรรลุความใฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิต และเข้าใจความหมายของชีวิต เช่น เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีสุข มีทุกข์ 3) แบบประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของแม่ชี และ 4) สัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ
6. ทำการตรวจร่างกายตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (ซึ่งนำหนัก วัดส่วนสูงและวัดความดันโลหิต)
7. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสัมภาษณ์
8. ใช้เวลาในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ประมาณ 90-120 นาที
9. หากแม่ชีสูงอายุที่นัดไว้ ไม่พร้อมที่จะให้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง และเลือกกลุ่มตัวอย่างใหม่ตามคุณสมบัติที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. กำหนดรหัสข้อมูล และจัดทำคู่มือลงรหัสของแบบสอบถามแต่ละชุด (ที่ทำได้)
2. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ทางสถิติ
 - 2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง ภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของแม่ชีสูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

- 2.2 ข้อมูลจากคำถามปลายเปิดของภาวะสุขภาพตามแนวคิดของ Smith ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแม่ชีไทยสูงอายุจำนวน 70 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในวัดในเขตกรุงเทพมหานคร มีอายุระหว่าง 60-97 ปี อายุเฉลี่ย 73.39 ปี ($SD = 7.63$) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุวัยต้นร้อยละ 55.7 สถานภาพสมรสก่อนบวชเป็นหม้ายร้อยละ 38.6 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 67.1 กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนพรรษาบวชมากกว่า 12 ปี ร้อยละ 64.3 มีแหล่งรายได้จากบุตรหลานร้อยละ 61.4 มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 60 และรับรู้ว่ามีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 70 กลุ่มตัวอย่างมีบุคคลที่ติดต่อสม่ำเสมอและพึงพาอาศัยได้เป็นบุตรหลาน ร้อยละ 62.9 กลุ่มตัวอย่างใช้สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล คือ สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 60 และมีแหล่งบริการสุขภาพในวัด ร้อยละ 65.7

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ

เป็นภาวะสุขภาพตามกรอบแนวคิดสุขภาพของสมิธ ที่ประกอบด้วย 4 มิติ คือภาวะสุขภาพทางคลินิก ภาวะสุขภาพตามความสามารถในการปฏิบัติบทบาท ภาวะสุขภาพตามความสามารถในการปรับตัว และภาวะสุขภาพตามการบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต

2.1 ภาวะสุขภาพทางคลินิก ประกอบด้วย การเจ็บป่วยเฉียบพลันและการเจ็บป่วยเรื้อรัง การเจ็บป่วยเฉียบพลัน ที่พบมากที่สุดคือ ปวดศีรษะ เป็นหวัด เจ็บคอ และเป็นไข้ ร้อยละ 28.6, 25.7 และ 21.4 ตามลำดับ ส่วนการเจ็บป่วยเรื้อรัง ที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาปวดกระดูกและข้อ การมองเห็นผิดปกติ เช่น ต้อกระจก ต้อหิน ตามัว และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61.4 ร้อยละ 32.9 และ 30.0 ตามลำดับ โดยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง Pre Hypertension ร้อยละ 44.3 (จำแนกตาม JNC 7)

2.2 ภาวะสุขภาพตามความสามารถในการปฏิบัติบทบาท แบ่งเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง และความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาทของแม่ชี

2.2.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานของแม่ชีสูงอายุ พบว่าเกือบทั้งหมดมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ยกเว้นการกลั่นปัสสาวะซึ่ง

ทำได้เพียงร้อยละ 45.7 ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่องของแม่ชีสูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่สามารถประกอบอาหารและทำงานบ้านได้ สำหรับความสามารถเดินทางโดยรถยนต์ส่วนบุคคล เพียงร้อยละ 65.7

2.2.2 ความสามารถในการปฏิบัติบทบาทการเป็นแม่ชี ได้แก่ ความสามารถในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา คือ การทำวัตรเช้าและเย็น ส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้เป็นปกติ นอกจากนี้ยังมีการประกอบพิธีกรรมอื่นตามบทบาท ได้แก่ นั่งสมาธิ นั่งวิปัสณากรรมฐาน เดินจงกรม นอกจากนี้การปฏิบัติบทบาทอื่นของแม่ชีคือ การบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม กิจกรรมที่กระทำมากที่สุด ได้แก่ การดูแลรักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อมในวัด รองลงมาคือการสอนธรรมะแก่ประชาชน การช่วยกิจกรรมของวัดตามเทศกาลตามลำดับ

2.3 ภาวะสุขภาพตามความสามารถในการปรับตัว แบ่งเป็น ความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในวัด การปรับตัวให้เข้ากับกฎระเบียบวินัยของแม่ชี การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นนักบวช และการปรับตัวจากการมีเรี่ยวแรง/กำลังลดลง

2.3.1 ความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในวัด เป็นความสามารถในการปรับตัวด้านการอยู่ร่วมกันกับบุคคลอื่นมากที่สุด รองลงมาเป็นการปรับตัวด้านจิตใจ การปรับด้านบทบาท และการจัดการกับความเครียดตามลำดับ

2.3.2 การปรับตัวให้เข้ากับกฎระเบียบวินัยของแม่ชี แม่ชีทุกคนสามารถปรับตัวได้ กฎระเบียบวินัยที่ต้องทำมากที่สุด ได้แก่ การสวดมนต์ ทุกเช้าและเย็น รองลงมา ได้แก่ การถือศีล 8 และการสำรวมกิริยามรรยาท ตามลำดับ

2.3.3 การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นนักบวช ได้แก่ การสวดมนต์ทุกวันเช้า-เย็น การศึกษาปฏิบัติธรรม (ถือศีล 8 การนั่งสมาธิ นั่งกรรมฐาน) การสำรวมกิริยามรรยาท แม่ชีส่วนใหญ่ต้องปรับตัวในเรื่องการสวดมนต์ทุกวันเช้า-เย็น มากที่สุด รองลงมาจะปรับตัวเรื่องการศึกษาปฏิบัติธรรม และการสำรวมกิริยามรรยาท ตามลำดับ

2.3.4 การปรับตัวจากการมีเรี่ยวแรง/กำลังลดลง ส่วนใหญ่สามารถปรับตัวได้ เพราะคิดว่าเป็นเรื่องธรรมชาติที่เกิดขึ้นตามวัยของผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นกำลังย่อมลดลง และมีเพียง 2 ราย ที่ไม่สามารถปรับตัวได้ เนื่องจากรู้สึกเบื่อหน่ายและหงุดหงิด

2.4 ภาวะสุขภาพตามการบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ซึ่งได้แก่ การรู้สึกมีความสุขเมื่อเป็นแม่ชี การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า การบรรลุความใฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิต และเข้าใจความหมายของชีวิต เช่น เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีสุข มีทุกข์

2.4.1 การรู้สึกมีความสุขเมื่อเป็นแม่ชี แม่ชีส่วนใหญ่รู้สึกมีความสุขเพราะทำให้จิตใจสงบ และสบายใจ มากที่สุด รองลงมาเพราะได้ศึกษาปฏิบัติธรรม ได้ทำตามความตั้งใจและมีความเลื่อมใสศรัทธา ตามลำดับ

2.4.2 การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า แม่ชีส่วนใหญ่คิดว่าการเป็นแม่ชีทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าเพราะได้ปฏิบัติบทบาทของแม่ชี ได้ทำบุญ/สร้างบุญบารมี และได้บำเพ็ญประโยชน์ต่อบุคคลอื่นและต่อสังคม ตามลำดับ

2.4.3 การบรรลุความใฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิต แม่ชีส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.8) คิดว่าการเป็นแม่ชีทำให้ได้บรรลุความใฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิต เนื่องจากได้ทำตามความตั้งใจ ความต้องการ และศรัทธาในศาสนา ได้ศึกษาและปฏิบัติธรรม ได้มีโอกาสทำบุญทำความดี ทำให้จิตใจสงบ และเป็นหนทางหลุดพ้นของผู้ปฏิบัติธรรม แต่แม่ชีส่วนที่เหลือนึกว่าการบวชเป็นแม่ชียังไม่บรรลุความใฝ่ฝันสูงสุดในชีวิต คือยังไม่ถึงนิพพาน เพียงแต่ได้มาศึกษาปฏิบัติธรรมและตัดขาดทางโลก การเป็นแม่ชีไม่ใช่สิ่งที่ต้องการแต่ไม่มีทางเลือกอื่นที่ดีกว่า

2.4.4 การเป็นแม่ชีทำให้เข้าใจความหมายของชีวิต เช่น เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีสุข มีทุกข์ แม่ชีทุกคนเห็นว่าการบวชเป็นแม่ชีทำให้เข้าใจความหมายของชีวิต เข้าใจธรรมชาติของชีวิต เกิด แก่ เจ็บตาย ซึ่งเป็นสัจธรรม เป็นไปตามกฎธรรมชาติไม่มีใครหนีพ้น รองลงมา เป็นเพราะได้ศึกษาและปฏิบัติธรรม ทำให้ปลงได้จากการเห็นชีวิตคนอื่นที่มีความทุกข์และเชื่อเรื่องกรรม

ภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของแม่ชี

กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพแข็งแรง ร้อยละ 38.6 และรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพเหมือนคนอื่นเมื่อเปรียบเทียบกับคนวัยเดียวกัน ร้อยละ 41.4

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

3.1 พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ

พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพของไคลแมน (Kleinman, 1980) โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น การดูแลสุขภาพตนเอง การศึกษาหาความรู้ในการดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1.1 การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ได้แก่ การดื่มน้ำ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมทางกาย การดูแลความสะอาดร่างกาย ปาก ฟัน การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม การดูแลการขับถ่าย การป้องกันการบาดเจ็บและพลัดตกหกล้ม การพักผ่อนนอนหลับ การจัดการกับความเครียด เป็นต้น

- การดื่มน้ำ แม่ชีสูงอายุจะดื่มน้ำโดยคำนึงถึงความสะอาด แหล่งของน้ำที่ใช้ดื่มส่วนใหญ่เป็นน้ำประปา รองลงมาเป็นน้ำกรองและน้ำบรรจุขวด ตามลำดับ ส่วนลักษณะน้ำดื่มจะ

เป็นน้ำดื่มและน้ำไม่ดื่มอย่างละเท่ากัน ส่วนใหญ่ดื่มน้ำเพียงพอ วันละ 1-2 ลิตร มีส่วนน้อยที่ดื่มน้ำน้อยกว่า 1 ลิตร เนื่องจากไม่กระหายน้ำ และมีบางรายไม่สะดวกหากต้องเข้าห้องน้ำบ่อย

- **การรับประทานอาหาร** แม้ชีสูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารวันละ 2 มื้อ ที่เหลือส่วนน้อยรับประทานอาหารวันละ 1 มื้อ แหล่งที่มาของอาหาร ส่วนใหญ่ปรุงอาหารรับประทานเอง สำหรับชนิดหรือลักษณะของอาหารที่รับประทาน ส่วนใหญ่จะงดรับประทานอาหารหวาน มัน เนื้อสัตว์ อาหารหมักดอง อาหารทะเล อาหารรสจัด เป็นต้น รองลงมาจะรับประทานอาหารอ่อน กล้วยง่าย มีส่วนน้อยที่รับประทานอาหารเฉพาะโรค และรับประทานอาหารได้ปริมาณลดลงกว่าในระยะเวลา 1 ปีหรือ 2-3 ปีที่ผ่านมา

- **การออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมทางกาย** แม้ชีสูงอายุส่วนใหญ่จะมีกิจกรรมทางกายทุกวัน ตามความสามารถของตนเองเท่าที่จะทำได้และตามเวลาที่สะดวกของแต่ละคนส่วนใหญ่จะเป็นเวลาหลังตื่นนอนเข้ากิจกรรมการออกกำลังกายที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การยืดกล้ามเนื้อโดยการนอนยกแขนขาขึ้นลง รองลงมาเป็นการเดินออกกำลังกายบริเวณวัด และการมีกิจกรรมทางกายโดยการกวาดลานวัด ตามลำดับ แม้ชีที่ไม่ได้ออกกำลังกาย ส่วนใหญ่จะทำกิจวัตรส่วนตัวภายในห้องพัก เช่น ปรุงอาหาร ซักเสื้อผ้า รองลงมาจะมีปัญหาสุขภาพ

- **การดูแลความสะอาดร่างกาย และการดูแลช่องปาก** แม้ชีสูงอายุสามารถดูแลความสะอาดได้เองทั้งหมด พบว่าส่วนใหญ่ อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง สำหรับช่วงเวลาอาบน้ำจะปรับตามความเหมาะสม ขึ้นอยู่กับอุณหภูมิสิ่งแวดล้อม ความสะอาดของร่างกายและกิจกรรมที่กระทำ

ส่วนการดูแลความสะอาดช่องปาก ส่วนใหญ่จะใช้วิธีแปรงฟัน ที่เหลือจะบ้วนปากหลังอาหารเนื่องจากไม่มีฟันและไม่ได้ใช้ฟันปลอม หรือมีฟันแท้เหลือน้อย ส่วนจำนวนครั้งของการแปรงฟันส่วนใหญ่แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง รองลงมาจะแปรงฟันทุกครั้งหลังอาหาร แม้ชีทุกคนไม่มีอาการปวดฟัน และ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างใช้ฟันปลอม นอกจากนี้ยังพบว่าแม้ชีสูงอายุมีวิธีการดูแลฟันโดยใช้เกลือป่นผสมการบูรและพริกไทยแทนยาสีฟัน ใช้เกลือป่นแทนยาสีฟันอมเกลือก่อนแปรงฟัน และมีแม้ชีสูงอายุเพียง 1 รายเท่านั้นที่ตรวจฟันกับทันตแพทย์ปีละ 1 ครั้ง

- **การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม** แม้ชีสูงอายุส่วนใหญ่ ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมได้เองทั้งหมดและทำเป็นประจำ ทั้งการปิดกวาดเช็ดถูที่สกปรก การซักเสื้อผ้า เครื่องนอน รองลงมาสามารถทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในที่พักได้เพียงบางส่วน แต่ต้องจ้างแม่ชีหรือให้บุตรซักผ้าห่มให้ และมีแม้ชีสูงอายุส่วนน้อย ที่ไม่สามารถทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมได้เอง ต้องมีญาติหรือแม่ชีช่วยดูแลหรือจ้างแม่ชีในวัด

- **การดูแลเรื่องขับถ่าย** แม้ชีสูงอายุ ร้อยละ 45.7 (32 ราย) สามารถขับถ่ายได้ปกติ ไม่มีปัญหาท้องผูก ไม่ต้องใช้ยาระบาย วิธีการดูแลตนเอง คือการบำบัดด้วยวิธีธรรมชาติ ได้แก่ รับประทานผัก ผลไม้ ดื่มน้ำมากๆ ดื่มน้ำและนมหลังตื่นนอนเข้าทุกวัน รับประทานน้ำผึ้งทุกวัน

ส่วนแม่ชีสูงอายุมีปัญหาท้องผูก ร้อยละ 54.3 (38 ราย) ต้องใช้ยาระบายถึงร้อยละ 76.3 (29 ราย) และรับประทานผักและผลไม้ ร่วมกับการใช้ยาระบาย เครื่องดื่มสมุนไพร ยาหอมและดื่มน้ำหลังตื่นนอนเพื่อกระตุ้นการขับถ่าย

- **การป้องกันการบาดเจ็บและการพลัดตกหกล้ม** แม่ชีสูงอายุส่วนใหญ่จะมีวิธีการดูแลตนเองโดยการป้องกัน ก้าวเดินอย่างระมัดระวัง เกาะราวบันไดหรือใช้ไม้เท้า เลือกรองเท้าที่เกาะพื้นการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม แสงสว่างเพียงพอ จัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบ ดูแลบริเวณห้องน้ำให้แห้ง ตระหนักเสมอว่ามีสติ รู้ตัวอยู่ตลอด การหลีกเลี่ยงอุบัติเหตุ โดยไม่เดินทางกลางคืน มีเพื่อนร่วมเดินทาง หรือไม่เข้าไปในที่ไม่วุ่นวาย

- **การพักผ่อนนอนหลับ** กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเรื่องการนอนและนอนไม่มีคุณภาพ ร้อยละ 47.1 (33 ราย) ส่วนที่นอนหลับได้ดี ร้อยละ 52.8 (37 ราย) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาการนอน ต้องใช้ยานอนหลับร้อยละ 30.3 (10 ราย) รองลงมาจะใช้น้ำมันที่ไม้อ่อนนุ่ม คือ สวดมนต์ ฟังรายการธรรมะทางวิทยุ ทำสมาธิ หรือปล่อยไปตามธรรมชาติโดยไม่ได้อะไรวิธีการแก้ไข

- **การจัดการกับความเครียด** แม่ชีสูงอายุมีวิธีการจัดการกับความเครียดที่ต่างกัน ส่วนใหญ่ใช้การทำสมาธิเป็นอันดับแรกร่วมกับวิธีการอื่น เช่น สวดมนต์ ฟังธรรมะ อ่านหนังสือธรรมะ การปล่อยวาง การเบี่ยงเบนความสนใจ การออกกำลังกาย และปรึกษานุคคลที่ไว้ใจได้

- **การทำประโยชน์ต่อสังคม** แม่ชีสูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.1 มีความเห็นว่าการเป็นแม่ชีสามารถทำประโยชน์ต่อสังคมได้ กิจกรรมการทำประโยชน์ที่กระทำมากที่สุดได้แก่ การช่วยกิจกรรมของวัด การดูแลรักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อมในวัด เช่น กวาดลานวัด ทำความสะอาดศาลาวัด และสอนธรรมะ ตามลำดับ มีแม่ชีสูงอายุที่ไม่ได้ทำประโยชน์ต่อสังคม ร้อยละ 22.9 (16 ราย) ส่วนใหญ่เนื่องจากความสูงอายุ อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง สุขภาพไม่แข็งแรง และกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยคิดว่าไม่มีความรู้

- **การตรวจสุขภาพประจำปี/การรับวัคซีนป้องกันโรค** แม่ชีสูงอายุเพียง ร้อยละ 22.9 ได้ตรวจสุขภาพประจำปี ที่เหลืออีกร้อยละ 74.3 (52 ราย) ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับการให้ภูมิคุ้มกันโรคนั้น ไม่มีใครได้รับวัคซีนป้องกันโรค

- **ยาที่ใช้เป็นประจำ** แม่ชีสูงอายุ จะใช้ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลร่วมกับยาที่หาซื้อเอง ร้อยละ 45.7 รองลงมาจะซื้อยาที่หาซื้อเอง ที่เหลือใช้ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว และมีแม่ชีสูงอายุที่ไม่มีการใช้ยาใดๆเลยเพียงร้อยละ 4.3 (3 ราย) ยาที่กลุ่มตัวอย่างซื้อใช้เอง ส่วนใหญ่เป็นยาระบาย รองลงมาเป็นสมุนไพร ยาหอมและยาบำรุง ยาแก้ปวด ลดไข้ ยาแก้ปวดเมื่อย กระดูกกล้ามเนื้อ ยาโรคกระเพาะอาหาร มีบางส่วนเป็นยาลูกกลอน ยาชุด หรือยาแก้ไอเสบ

3.1.2 การศึกษาหาความรู้ในการดูแลสุขภาพ สุขภาพ

ส่วนใหญ่ของแม่ชีสูงอายุจะศึกษาหาความรู้ในการดูแลสุขภาพโดยการปรึกษาผู้อื่น รองลงมาจะใช้แหล่งในการหาความรู้จากรายการข่าวสุขภาพ ทางวิทยุหรือทางโทรทัศน์ การอ่าน

หนังสือเกี่ยวกับผู้สูงอายุและโรคที่เป็น และมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยศึกษาหาความรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 12.1

บุคคลที่กลุ่มตัวอย่างขอคำปรึกษามากที่สุด ได้แก่ บุคลากรทีมสุขภาพ รองลงมาเป็น แม่ชีในวัด นอกนั้นเป็นบุตร หลาน พระภิกษุ เหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างขอคำปรึกษาความรู้ในการดูแลสุขภาพ จากบุคลากรสุขภาพเนื่องจาก เป็นผู้ให้การรักษา มีความรู้ มีความเชื่อถือไว้วางใจ และต้องนำมาใช้ดูแลตนเอง ส่วนการขอคำปรึกษาจากแม่ชี เนื่องจากอยู่ใกล้กัน สนับสนุนกัน สะดวกคุ้นเคย และเป็นโรคคล้ายกัน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แหล่งในการหาความรู้ในการดูแลสุขภาพจากรายการข่าว สุขภาพและการอ่านหนังสือ เนื่องจากมีความชอบและสนใจในการหาความรู้ มีบริการที่วัด บางรายการตรงกับโรคที่เป็น สามารถนำไปปฏิบัติได้

3.1.3 การดูแลสุขภาพเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันและเจ็บป่วยเรื้อรัง

เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง แม่ชีสูงอายุทุกคนจะใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนเป็นอันดับแรก ซึ่งได้แก่ การสังเกตอาการ การดูแลตนเอง (ซื้อยารับประทานเอง นอนพัก ดื่มน้ำอุ่น รักษาความอบอุ่นให้ตัวเอง) การขอคำปรึกษาบุตร หลาน หรือแม่ชี หากอาการยังไม่ดีขึ้นจึงจะแสวงหาการดูแลสุขภาพจากแหล่งอื่นๆ อาจเป็นระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ หรือระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน บางรายอาจใช้ระบบการดูแลสุขภาพ 2-3 ระบบพร้อมกัน หรือเปลี่ยนไปมาระหว่างการใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้งสามระบบ พบว่าในการเจ็บป่วยเฉียบพลันมีการใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนร่วมกับระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ ร้อยละ 42 และในการเจ็บป่วยเรื้อรังใช้ระบบการดูแลสุขภาพ 2 ระบบดังกล่าว ร้อยละ 51.5

3.2 ปัจจัยที่มีส่วนในการตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพโดยพิจารณาจาก 1) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ระยะทางจากวัดถึงสถานบริการสุขภาพ ความสะดวกในการไปใช้บริการ คุณภาพและความรวดเร็วของบริการ สวัสดิการและสิทธิในการใช้บริการ ค่ารักษาพยาบาล 2) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ได้แก่ ความเป็นกันเอง อหยาศัยในการให้บริการ ความน่าเชื่อถือของผู้รักษา และ 3) ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น รายได้ การรับรู้และประเมินตัดสินใจความเจ็บป่วย ความเชื่อ ประสพการณ์ และทัศนคติในการรักษา ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

การอภิปรายผล

ภาวะสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ภาวะสุขภาพของแม่ชีสูงอายุประกอบด้วย 4 มิติตามแนวคิดของสมิธ คือ ภาวะสุขภาพทางคลินิก ความสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท ความสามารถในการปรับตัว และการบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต

ภาวะสุขภาพทางคลินิก

ในมิตินี้ภาวะสุขภาพประกอบด้วย การไม่เจ็บป่วย การเจ็บป่วยเฉียบพลัน และการเจ็บป่วยเรื้อรัง การเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นการเจ็บป่วยในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนการศึกษา พบว่าการเจ็บป่วยที่พบบ่อยคือ ปวดศีรษะ เป็นหวัด เจ็บคอ และเป็นไข้ ส่วนการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเจ็บป่วยที่เป็นมาเท่ากับหรือมากกว่า 6 เดือน พบว่าการเจ็บป่วยที่พบบ่อยคือ ปัญหาปวดกระดูกและข้อ การมองเห็นผิดปกติ และความดันโลหิตสูง โดยการเจ็บป่วยเหล่านี้จะพบว่าแม่ที่สูงอายุส่วนใหญ่จะมีอาการเจ็บป่วยมากกว่า 1 อาการหรือมากกว่า 1 โรค มีเพียงร้อยละ 5.7 ที่ไม่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

จากภาวะสุขภาพในมิตินี้ จะเห็นได้ว่าแม่ที่สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรังและเกิดอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน การเจ็บป่วยเรื้อรังในแม่ที่สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุจะสอดคล้องกับผลการศึกษาปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุหญิงไทย (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542; 21-35) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุจะเกิดปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายอย่าง โรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดคือ ปัญหาปวดกระดูกและข้อ รองลงมาจะเป็นความดันโลหิตสูง และเบาหวานตามลำดับ และผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับ ผลการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย (นิรนาท วิทโยชกิติคุณ, 2534; ประเสริฐ อัสสันตชัยและสมทรง เลชะกุล, 2543; รัชนี เมธาวีกุลชัย, 2002; สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ, 2540; สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542: 21-41)

ภาวะสุขภาพตามความสามารถในการปฏิบัติบทบาท

ความสามารถในการปฏิบัติบทบาท แบ่งเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง และความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาทของแม่ชี โดยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ประเมินโดยใช้ดัชนีบาร์ทิล (Modified Barthel Activities of Daily Living Index) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง ประเมินโดยใช้ดัชนีจุฬาฯ (Instrumental Activity of Daily Living Index) พบว่าเกือบทั้งหมดมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน ยกเว้นการกลั่นปัสสาวะซึ่งกลั่นปัสสาวะได้ดีเพียงร้อยละ 45.7 (32 ราย) ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาหารได้และทำงานบ้านได้ร้อยละ 87.1 และร้อยละ 85.7 ตามลำดับ สำหรับความสามารถเดินทางโดยรถขนส่งมวลชนเพียงร้อยละ 65.7 ส่วนความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาทของแม่ชี ได้แก่ การประกอบพิธีกรรมทางศาสนา และการบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม พบว่าส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้

จากผลการศึกษาพบว่าแม่ที่สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานขั้นต่อเนื่องและปฏิบัติบทบาทแม่ชีได้ สามารถพึ่งพาตนเองได้ สอดคล้องกับการให้ความหมายสุขภาพในผู้สูงอายุโดย อัลฟอร์ด (1992: 221) ซึ่งได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพไว้ว่า เป็นความสามารถในการมีชีวิตอยู่และทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพในสังคม พึ่งพาตนเองได้ และใช้

ศักยภาพที่มีอยู่ได้เต็มที่แต่ไม่จำเป็นต้องปราศจากโรค ทั้งนี้แนวคิดดังกล่าวยังสอดคล้องกับภาวะสุขภาพในมิติที่อาศัยอาการทางคลินิกด้วย

ภาวะสุขภาพตามความสามารถในการปรับตัว

ความสามารถในการปรับตัว แบ่งเป็น 4 ด้าน คือความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในวัด การปรับตัวให้เข้ากับกฎระเบียบวินัยของแม่ชี การปรับตัวต่อบทบาทการเป็นนักบวช และการปรับตัวจากการมีเรี่ยวแรง/กำลังลดลง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปรับตัวได้ทั้ง 4 ด้าน มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 2 คนที่ไม่สามารถปรับตัวจากการมีเรี่ยวแรง/กำลังลดลง เนื่องจากรู้สึกเบื่อหน่ายและหงุดหงิด จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าแม่ชีสูงอายุสามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมและสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ ความเครียดได้

ภาวะสุขภาพตามการบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต

การบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ได้แก่ การรู้สึกมีความสุขเมื่อเป็นแม่ชี การมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า การบรรลุความใฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิต และเข้าใจความหมายของชีวิต เช่น เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีสุข มีทุกข์ ผลการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีความสุขเมื่อเป็นแม่ชี การเป็นแม่ชีทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า การเป็นแม่ชีทำให้ได้บรรลุความใฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิต และกลุ่มตัวอย่างทุกคนเห็นว่าการบวชเป็นแม่ชีทำให้เข้าใจความหมายของชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาการอธิบายความหมายของสุขภาพในกลุ่มผู้หญิงชนกลุ่มน้อยที่อาศัยในแปซิฟิกตะวันตกเฉียงเหนือ ซึ่งให้ความหมายของภาวะสุขภาพในมิตินี้ 9 รูปแบบและเป็นการสะท้อนสู่มิติของภาวะสุขภาพ ได้แก่ การบรรลุถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ การส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค ความรู้สึกดีกับคนอื่น มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม รู้สึกแข็งแรงมีพลังในตัว คิดอย่างมีเหตุผล มีอารมณ์ความรู้สึกดี และมีความสุข (Woods, N.F., Laffrey, S., Duffy, M., Lentz, M.J., Mitchell, E.S., Taylor, D., et al, 1988: 41) นอกจากนี้ผลการศึกษา ยังสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์และสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่ถือศีลแปดที่วัด (สาคร อินโทโล่, 2548) ซึ่งพบว่าสุขภาพหรือสุขภาพของผู้สูงอายุที่ถือศีลแปดประกอบด้วย การมีความสุขกาย การมีจิตใจที่สงบ และการเป็นผู้มีบุญจากการปฏิบัติธรรม

ภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

จากการให้กลุ่มตัวอย่างประเมินสุขภาพด้วยตนเอง ส่วนใหญ่ประเมินว่ามีภาวะสุขภาพแข็งแรงและปานกลาง ร้อยละ 38.6 และ 30 ตามลำดับ และเมื่อให้ประเมินภาวะสุขภาพเมื่อเทียบกับคนวัยเดียวกัน ส่วนใหญ่ประเมินว่ามีภาวะสุขภาพเหมือนคนอื่น ร้อยละ 41.4 สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ (2543: 176) ซึ่งให้ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพด้วยตนเองพบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลางถึงแข็งแรง นอกจากนี้การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของสตรีสูงอายุ พบว่าสตรีให้ความหมายของสุขภาพที่

ความพึงพอใจในชีวิต สุขภาพดีเกิดขึ้นได้แม้จะมีโรคเรื้อรัง และมีความพิการ ขอบ่งชี้การมีสุขภาพดีคือการมีเรี่ยวแรงที่จะกระทำสิ่งที่ต้องการ สามารถพึ่งพาตนเองได้ (Parry & Woods, 1995: 51-61)

พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการดูแลสุขภาพตนเองทั้งการคงไว้ซึ่งสุขภาพดี และการดูแลเมื่อเจ็บป่วย โดยเป็นการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ในเรื่องการดื่มน้ำ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย/การมีกิจกรรมทางกาย การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม การดูแลเรื่องการขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ การจัดการกับความเครียด เป็นต้น สอดคล้องกับการดูแลตนเองของโอเร็ม (1991) ในเรื่องความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ในด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ สำหรับการดูแลสุขภาพตนเองในภาวะเจ็บป่วย กลุ่มตัวอย่างจะใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนเป็นอันดับแรก หากอาการยังไม่ดีขึ้นจึงจะแสวงหาการดูแลสุขภาพจากแหล่งอื่น ๆ อาจเป็นระบบการดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ หรือระบบการดูแลสุขภาพส่วนพื้นบ้าน บางรายอาจใช้ระบบการดูแลสุขภาพ 2-3 ระบบพร้อมกัน หรือเปลี่ยนไปมาระหว่างการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพทั้งสามระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของคนอื่นๆ (กฤษณา นาดี, 2541; ขวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, วราภรณ์ เลิศพูนวิไลกุล, ลินจง โปธิบาล, ศิริรัตน์ ปานอุทัยและกนกพร สุคำวัง, 2545; รุ่งโรจน์ พุ่มริ้วและเฉลิมพล ต้นสกุล, 2540; สุขุมล หนาเศรษฐอังกุลและคณะ, 2537; สมทรง ณ นคร และคณะ, 2539) ซึ่งพบว่าเมื่อเจ็บป่วยจะใช้ระบบการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนก่อน เช่น การปรึกษานุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน การซื้อยารับประทานเอง การพักผ่อน เป็นต้น หลังจากนั้นจึงจะไปแสวงหาการดูแลสุขภาพจากระบบอื่นต่อไป

ปัจจัยที่มีส่วนในการตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

สำหรับปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ นอกจากผู้ใช้บริการจะคำนึงถึงความสามารถในการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ระยะทางจากวัดถึงสถานบริการและความสะดวกในการเดินทางแล้ว ยังคำนึงถึงคุณภาพและความรวดเร็วของบริการ สวัสดิการ สิทธิในการใช้บริการ ระบบการประกันสุขภาพ และอัตราค่ารักษาพยาบาล การพัฒนาคุณภาพของระบบบริการ ความสะดวกรวดเร็วและลดขั้นตอนในการมารับบริการ จะทำให้ผู้ใช้บริการพึงพอใจและมาใช้บริการเพิ่มขึ้น เช่น กลุ่มตัวอย่างคนหนึ่งไปใช้บริการที่ศูนย์สาธารณสุข เนื่องจากอยู่ใกล้ การเดินทางสะดวก สามารถไปได้ด้วยตนเองไม่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้บริการที่

สถานบริการสุขภาพใกล้เคียงกับวัด ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพของสถานบริการ จะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการสามารถเลือกใช้บริการได้เพิ่มขึ้น (กฤษณา นาดี, 2541: 78)

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการนับว่ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านระบบบริการโดยตรง แม้ว่าจะจัดระบบบริการสุขภาพไว้อย่างดี แต่หากผู้ให้บริการละเลย ไม่สนใจยอมทำให้ผู้ใช้บริการเกิดความพึงพอใจลดลง ในทางตรงกันข้ามหากผู้ให้บริการสนใจเอาใจใส่ดูแล มีความเป็นกันเองให้ความช่วยเหลือทันที ตรงกับความต้องการ จะทำให้ผู้ใช้บริการพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ความน่าเชื่อถือของผู้รักษา ก็เป็นส่วนสำคัญของการให้บริการ หากผู้ใช้บริการมีความเชื่อถือไว้วางใจในความสามารถของผู้รักษา ย่อมทำให้เกิดความพึงพอใจและมาใช้บริการอีก ส่งผลให้เกิดการรักษาที่ต่อเนื่องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเลิศ เลี้ยวประไพ และบุปผา ศิริวิศมี (2531: 32-33) และ กฤษณา นาดี (2541: 65) คือเหตุผลที่สำคัญในการไปใช้บริการจากสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากการเดินทางสะดวก มีความเชื่อถือส่วนบุคคลผู้รักษาและสถานบริการ

ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการเป็นปัจจัยสำคัญประการแรก ในการตัดสินใจเลือกใช้บริการดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะเลือกใช้บริการดูแลสุขภาพส่วนประชาชนเป็นอันดับแรก แล้วจึงแสวงหาการดูแลสุขภาพจากแหล่งอื่นๆ การตัดสินใจเลือกใช้บริการดูแลสุขภาพใดนั้น ขึ้นอยู่กับ การรับรู้และประเมินตัดสินใจความเจ็บป่วย ความเชื่อ ประสบการณ์ และทัศนคติในการรักษา รายได้ ตลอดจนความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับและการเข้าถึงแหล่งบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของคนอื่นๆ (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, 2540; นริสา ศรีลาชัย, 2540; ปฎิญา พรณราย, 2540; เพชรรัตน์ เอี่ยมละออ, 2540; วไลพรณ ชลสุข, 2540; สุภรัตน์ ไพศาลตันติวงศ์, 2540; Andersen, 1995; Young, 1981 อ้างใน รัชนิ ฐิรสิทธิ์, 2545: 27-28) คือปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพแหล่งใด จะขึ้นอยู่กับการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสามารถในการเข้าถึงบริการ ระยะเวลาที่ใช้ในการเข้ารับบริการ ปัจจัยเสริมอำนาจการซื้อบริการ เช่น การประกันสุขภาพ ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และความคุ้นเคยกับแหล่งบริการและผู้ให้บริการ

ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนแนวคิดของสมิธ ในการอธิบายภาวะสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติคือ ภาวะสุขภาพอาศัยอาการทางคลินิก ความสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท ความสามารถในการปรับตัว และการบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต โดยภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลจะสะท้อนแนวคิดที่ไม่ใช่มิติใดมิติหนึ่งเท่านั้น แต่เป็นแนวคิดที่ผสมผสานกัน และ

สนับสนุนแนวคิดของไคลแมนในการอธิบายพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ทำให้เข้าใจกระบวนการตัดสินใจดูแลตนเองของแม่ชีสูงอายุ ที่แม้ว่าจะพักอาศัยในวัด แต่ก็สามารถเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ผ่านกระบวนการคิดพิจารณาไตร่ตรอง และตัดสินใจ และช่วยให้เข้าใจปัจจัยที่มีส่วนในการตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น

สรุป

ภาวะสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ครอบคลุม 4 มิติของสมิธ (1983) คือ รูปแบบสุขภาพอาศัยอาการทางคลินิก ความสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทความสามารถในการปรับตัว และการบรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต ส่วนพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพนั้นจะเกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพของไคลแมน (1980) ซึ่งจะเป็นการดูแลสุขภาพตนเองในด้านต่างๆ ทั้งในภาวะสุขภาพดี เจ็บป่วยเฉียบพลันและเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยกลุ่มตัวอย่างจะใช้ระบบบริการสุขภาพทั้ง 3 ระบบ เริ่มจากการใช้การดูแลสุขภาพส่วนประชาชนก่อน แล้วจึงแสวงหาการดูแลสุขภาพจากส่วนวิชาชีพและพื้นบ้าน ซึ่งจะมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ทั้งในด้านระบบบริการสุขภาพ ผู้ให้บริการสุขภาพ และปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ

HEALTH STATUS AND HEALTH SEEKING BEHAVIOR OF OLDER THAI NUNS

PAWEENA NGAMSING 4536561 RAAN/M

M.N.S. (ADULT NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: PRAKONG INTARASOMBAT, M.Ed.,
PORNTIP MALATHUM, Ph.D. (NURSING)**EXTENDED SUMMARY****INTRODUCTION**

In Thailand, nuns refer to a group of females who become ordained in Buddhism. They have to obey the rules and regulations set forth by the Institute of Thai Nuns. The objectives of becoming a nun are to study Buddhism, to seek spiritual peacefulness, and to accomplish self-actualization, which is regarded as the highest gold in life (Yupin Duangchan, B.E.2542: d). After the ordination, nuns have to adhere to the Eight Precepts and reside in temples, Buddhist monasteries, or Buddhist nunneries. The “Foundation of the Institute of Thai Nuns” is the center of coordination, management, and promotion of nuns’ activities, with provision of assistance to nuns as well as promotion of Buddhism both in and outside the country (Parichad Suwanbuppha, B.E. 2545: 19-20). The number of nuns in Thailand was approximately 3,500 in 2003 (Institute of Thai Nuns, B.E. 2546), ranging in age from teenagers to the older, with close to half, or 45%, being older nuns.

At the present time, the specifications of the social status of Thai nuns vary depending on the consideration of the agencies. For example, the Thai Constitution B.E. 2540 defines nuns as ‘a religion,’ as well as the Ministry of Interiors, so they do not have the right to vote in any democracy election. However, the Department of Religion does not treat nuns as ‘a religion,’ as nuns are not included in the Four Members of Buddhism, and this deprives them of the care and other aids provided by the Department. Thus, due to their ambiguous status, they, unlike monks, are not allowed to carry out religious ceremonies. In addition, they are not eligible to increase their religious educational status even if they have the chance to study the Pali

language and *Dhamma*. As a result, nuns do not generally receive attention and recognition from society. They have to be responsible for their own living or depend on their relatives who provide them with basic necessities for living. Furthermore, most of the nuns that live in the temples have the responsibility to provide different services such as cleaning or cooking. However, there is the Institute of Thai Nuns that has imposed rules and regulations to ensure uniformed practices, hence an increase in respect from the people and more opportunities for nuns to benefit the society (Parichad Suwanbuppha, B.E. 2545: 9, 159-173; Yupin Duangchan, B.E. 2542: 70-78).

Generally, nuns' daily life is distinctly different from that of ordinary people. According to the regulations of the Institute of Thai Nuns, there are altogether nine *Dhamma* rules that nuns are required to master, and they have to be strictly devout once they have become ordained. This includes performing daily morning-evening chanting and studying the Buddhist principles as well as the Pali language or other appropriate subjects (Parichad Suwanbuppha, B.E. 2545: 167-168). In addition, they have to regularly pray, practice meditation, listen to Buddhist sermons, clean their residence and the temple, cook, and do other good deeds for the benefits of society (Yupin Duangchan, B.E. 2542: 99-100). When they live together in groups, nuns are required to obey the rules and regulations of the institute, which are consistent with the regulations of the Institute of Thai Nuns. In the case of violation of these rules and regulations, nuns can be punished, which ranges from warning to disqualification.

All nuns have their private living quarter, and they mutually depend on one another. Expert nuns will act as mentors of novice nuns, who, when becoming older, will receive assistance from those who are younger. Older nuns are allowed to have one female companion to live with them if they are in need of help and are dependent in day-to-day living (Interviews of nuns, 8 January 2004) due to the deterioration of their physical condition.

Nuns are females whose ways of living or lifestyle patterns are different from those of ordinary women. They are considered a minority in the society, and they live in groups in a temple, Buddhist monastery, or Buddhist nunnery. Their daily living activities are not similar to those of ordinary people, and this affects their health status. When nuns become older, they may experience some health problems due to old age and deterioration of bodily functions. Generally, health problems in older

females are different from those in older males in terms of characteristics and severity owing to gender differences, and most older females have at least one health problem (Wilaiwan Tongcharoen et al., B.E. 2540: 1; Eliopoulos, 1997: 39). The most common health problems of older Thai females are those caused by deterioration of muscles, tendons, and bones such as joint pain and back pain, osteoporosis, and bone fracture. Others are eye diseases such as cataracts and high pressure in the eyes, as well as diseases of the reproductive system such as infections and tumors in the vagina and uterus. Common chronic illnesses are cardiovascular disease, diabetes mellitus, hypertension, dementia, and mental health problems, including disabilities and dependency. Previous studies have reported that 25% of the older females have disabilities and 6% of them have self-care deficit and have to be dependent on others to perform activities of daily living. The leading causes of death of this group of population are chronic illnesses, including cardiovascular disease, diabetes mellitus, and infectious diseases (Siriporn Jirawatkul, B.E. 2542: 291-297; Suthichai Jitapunkul, B.E. 2542: 21-42).

As nuns live their life differently from other groups of female population, living in groups in a temple, Buddhist monastery, or Buddhist nunnery, they are different when it comes to perceived health status, culture, and access to healthcare services and resources. As a result, they may experience certain restrictions and limitations when they reach old age and develop health problems. As such, they may have different health-seeking behaviors.

A review of literature on health status of different groups of population has revealed that there is no study conducted on health status of older nuns. The researcher found only studies that investigated health status of monks and novice monks (Chanpen Chuprapawan, B.E. 2543: 261-304). Consequently, it was anticipated that a study examining health status and health-seeking behaviors of older nuns would shed light on the healthcare behaviors of this particular group of population. Also, the findings of the present study could be used as guidelines for healthcare team members to better promote health of older nuns to ensure more comprehensive and appropriate health services to more effectively serve the needs of this group of population as specified in the Ninth National Health Development Plan B.E. 2545-2549 of the Ministry of Public Health.

Conceptual framework

In this study, the Model of Health developed by Smith (1983) and the Explanatory Model of Healthcare System proposed by Kleinman (1980) were used as a conceptual framework of the study to investigate health status and health-seeking behavior of Thai older nuns.

Smith's model of health

Smith (1983 cited in Somjit Hanucharunkul, B.E. 2544: 85-87) has analyzed the existing health models using philosophical analysis and found that there are four concepts as follows:

1. Clinical model

This model defines health as a condition which is free from manifestation of symptoms of diseases or disability, while illness refers to the condition in which symptoms or disability has taken place.

2. Role-performance model

According to the role-performance model, health refers to individuals' ability to completely fulfill their role as specified by society, whereas illness refers to individuals' failure to perform their role. For instance, when sick, individuals can stop playing their roles such as stopping going to work or taking a rest. The definition of health according to this model has raised the psychosocial standard; that is, individuals have to perform their duties according to their roles in society.

3. Adaptive model

The adaptive model defines health as flexibility of individuals to adjust themselves to achieve balance in their environment. In other words, health is having an interaction with the environment to accomplish the highest benefits in life. On the other hand, illness refer to individuals' failure to adjust themselves, and it is also seen as destruction of individuals' ability to face changes in the environment.

4. Eudaimonistic model

The eudaimonistic model defines health as development and accomplishment of life goals and ability to happily live life, while illness is a condition that prevents or hinders individuals from developing to the highest level as desired.

It could be seen that the model of health status proposed by Smith explains health status of older nuns. According to these four models, health status of older nuns

refers to conditions that are free from diseases or symptoms, hence ability of individuals to fulfill social roles, adjust themselves to find harmony with the environment, and develop themselves to achieve life goals to live happily. Besides, this conceptual model can be used to explain health-seeking behaviors of older nuns. For this reason, the Explanatory Model of Kleinman (1980) was also used with Smith's model of health status.

Kleinman's Explanatory Model of Healthcare System (1980)

Kleinman, a psychiatrist whose academic and research interests extended to anthropology, developed a model which can be used by individuals to explain their own illness or other group members'. Based on his anthropology studies, Kleinman proposes that the perception and the illness management of individuals depend on the explanation about their illness, which is called the Explanatory Model (Kleinman et al., 1978 cited in Somjit Hanucharunkul, B.E. 2544: 8). According to the model, the explanation of illness is an explanation about psychosocial experience. The differences in the explanations of the illness depend on the social and cultural structure of each individual in the group. Previous studies have reported that there are different perspectives between disease and illness. According to the Western medicine, disease is explained with the occurrence of pathology. This biomedical model views the pathology as a dysfunction or a maladaptation of individuals' bio-physical and psychological conditions. On the other hand, illness refers to intrapersonal and interpersonal interactions and the potential of individuals to deal with disease or illness. Thus, illness depends on cultural factors which are related to, are embedded in, explain, and value such illness experiences. A deeply implanted process of illness experience is the complexity of family, society, and culture. The illness experience is a part of social system which gives culture-bound meaning and performances. Thus, illness comes from the cultural structure. Communication about health problems and symptoms, help seeking, management, and evaluation of treatment of individuals depend on the cultural belief system. Individuals' explanation of illness may vary depending on their race and social status.

Health service seeking is a strategy which individuals use to assess and make decision about health service in each step of the illness (Kleinman, 1980 cited in Pimpawan Boonmongkong and Supoj Danduang, 1995: 28). Health service seeking is

an adaptation of human beings and is a reasonable behavior which is derived from the individuals' perception and explanation of illness. The factors which influence health service seeking are assessment of cause and severity of illness of individuals and their social network. The factors of social construction include gender, education, religion, race, occupation, residence, and access to health services. According to studies of social context, health service system is divided into three components of popular, professional, and folk sector (Kleinman, Eisenberg, & Good, 1978: 254).

According to Kleinman (1980: 49-60), these three sectors function differently in explaining and managing the illness. Each sector has its own characteristics while co-existing and interrelating with one another.

The popular sector is the largest system that provides care and maintains health, without any specific profession or expertise, as it is used by 70-80% of the population. The foundations of this sector vary including families, social networks, and activities and beliefs in the community. Most of the illness does not begin with the professional or folk components. When seeking for services, individuals will make decision where and when to seek healthcare and how long they are going to be in the system. The treatment outcomes are evaluated. Most of the popular sector occur in the families. In other words, most people use this sector as the first health service system when they face an illness. If sickness occurs, an important activity that will follow is self-care which precedes utilization of other healthcare services. This sector results from personal beliefs and local practices, especially those of highly experienced women and the elderly.

Next, the professional sector is a professional medicinal practice with formal organizations and with the utilization of modern western medicines. It is a main system which receives support from the government, and the operator has a license to perform their profession. It is academically acknowledged and has clear-cut services. The operators in this sector include hospitals, private clinics, and health stations, etc.

Finally, the folk sector is the local medicinal system which involves practices different from those of the western profession. Moreover, there is no establishment of organizations, but instead it depends on development and transfer within the community. The folk sector can be divided into two categories: using supernatural

power including community healers, magic, and holy water, and not using supernatural power including use of herbal traditional medicines.

When becoming sick, individuals seek health services according to illness explanation, by self-treatment, consultation with family members, neighbors, and social network, before using other systems of health services. Treatment outcomes are evaluated and followed up, before selecting other systems such as the professional or folk sector. Individuals may use a combination of three sectors at the same time as each of them has its own concepts, beliefs, and criteria of health-seeking behaviors different from those of the others. Because in reality there is no such thing as a perfect health service system to suit differences and variation among individuals, using a variety of health service system is a common phenomenon of the illness explanation that can be seen in all societies around the world.

According to the concepts of Smith and Klienman, elderly nuns can have perceived health status, health explanation, and use any of the three health service sectors. To be more specific, they can use the popular sector which is natural and appropriate for the roles of females and experienced elderly. They can use the folk sector which means utilizing local medicines available in the community. In addition, they can use the professional sector or western medicinal sciences also available in the community. The selection of any of the sectors of the health service system depends on their explanation of health status, illness, cause of illness, and the treatment process.

Research questions

1. What is the health status of older Thai nuns in Bangkok?
2. What is the health-seeking behavior of older Thai nuns in Bangkok?
3. How do the factors of health service system, service provider, and service receiver involve health service seeking behavior of older Thai nun in Bangkok?

Research objectives

1. To study the health status of older Thai nuns in Bangkok

2. To investigate the health-seeking behaviors of older Thai nuns in Bangkok
3. To explore the factors involve the health service system, service provider, and service receiver on health service seeking behavior of older Thai nuns in Bangkok

Scope of the study

The present study aimed at investigating the assessment of health status, health seeking behaviors, and factors influencing health service seeking behaviors of older nuns residing in temples or Buddhist nunneries in Bangkok. Data were collected from August to December, 2005.

Expected outcomes and benefits

The findings of the present study would shed light on the health status of elderly nuns and their use of the health service system as well as factors influencing health service seeking behaviors of these nuns. The findings of this study could be used in devising plans to promote health of older nuns in Thailand.

Definition of terms

Older Thai nuns refer to Thai females who have become ordained in Buddhism according to the ordination regulations of the Institute of Thai Nuns. They wear white robes, shave their hair and eyebrows, strictly adhere to the Eight Precepts, and study *Dhamma* of Buddhism. They reside in a temple, a Buddhist monastery, or a Buddhist nunnery. They are 60 years old or older and have become nuns for more than one year.

Health status refers to the health condition of elderly Thai nuns which is assessed with Smith's health model (1983) which is composed of four dimensions of health as follows: (1) a clinical model of disease and illness; (2) a role performance model of ability to fulfill one's roles; (3) an adaptation model of adjusting to the environment to maintain balance; and (4) a eudaemonistic model of accomplishing self-actualization. In this study, all four dimensions of the health status of the nuns

were assessed using Smith's health status form and using data from physical examinations including body weight, height, and blood pressure were also collected.

Health-seeking behavior refers to older Thai nuns' activities related to knowing, decision-making, and practice selected to maintain their health when they are sick and when they are not sick. These activities are related to the three sectors in the health service system: the popular sector, the folk sector, and the professional sector. Elderly Thai nuns can use any one of these three sectors or all of them (Kleinmann, 1980). In this study, the health-seeking behavior was assessed by using the Health-Seeking Behaviors Questionnaire developed by the researcher based on the Explanatory Model of Kleinman (1980).

Factors involving health service seeking behaviors refer to the factors that influenced decision to select the health service system of older Thai nuns which were divided into three categories as follows: (1) health system factors, (2) healthcare provider factors, and (3) personal factors. In the present study, these factors were assessed using the interview protocol on factors influencing selection of health service system of elderly Thai nuns developed by the researcher.

Research methodology

The present study was descriptive research which aimed at investigating health status, health-seeking behaviors, and factors involving health service seeking behaviors of older Thai nuns in Bangkok, Thailand.

Population and sample

The eligible population of this study was older Thai nuns who resided in temples, Buddhist monasteries, or Buddhist nunneries in Bangkok, Thailand. The sample of this study consisted of 70 Thai elderly nuns who resided in the temples, Buddhist monasteries, or Buddhist nunneries between August and December, 2005 in Bangkok, Thailand.

The sample of this study was selected by means of purposive sampling. The inclusion criteria were as follows:

1. They were 60 years old or older and had a good perception or cognitive status as assessed by having at least 25 points of the Set Test.
2. They resided in a temple in Bangkok, Thailand.

3. They had become nuns for more than one year.
4. They were able to communicate in the Thai language.

Research settings

The research settings of this study were six temples located in Bangkok, Thailand. They were Wat Paknamphasicharoen, Wat Nekakhammaphiromyasatahan, Wat Plangvipatsana, Wat Apaitayaram, Wat Ampawan, and Wat Mahathat. These temples were selected as research settings as there were a large number of older nuns who resided at these temples according to the data of the Institute of Thai Nuns in 2003.

Research instruments

The research instruments of this study consisted of two parts: the screening instrument and data collection instruments.

1. The screening instrument

The screening instrument was used to recruit the sample of older nuns aged 60 years old or older who had a normal cognitive status. It was the Set Test developed by Isaacs and Akhtar (1972 cited in Isaacs & Kennie, 1973: 467-470). The Set Test was used to assess cognitive status of older Thai nuns to detect dementia. The highest possible score was 40 points, and those who obtained the score of 25 points or higher were considered having a normal cognitive status.

2. Data collection instruments

2.1 Demographic characteristic questionnaire was developed by the researcher to elicit data regarding age, duration of ordination, marital status, educational background, occupation, income, and caregivers or assistants during ordination.

2.2 The questionnaires to assess health status according to Smith's health model

2.2.1 The total health status form consisted of the following:

- 1) History of acute illness which was developed by the researcher to elicit data regarding the illness experienced by the elderly nuns in the past two weeks.
- 2) History of chronic illness which was developed by the researcher to elicit data regarding the illness experienced by the elderly nuns for more than six months.

2.2.2 The health status assessment forms according to role performance consisted of the following:

1) The Modified Barthel Activities of Daily Living Index (MBAI) was used to assess the older nuns' ability to perform activities of daily living. In this study, the MBAI developed by Barthel, modified and translated into Thai language by Suthichai Jitapunkul et al. (1994) was used. It consisted of ten items regarding basic activities of daily living including 1) eating, 2) washing face, brushing teeth, and brushing hair, 3) moving (from the mattress or bed to a chair), 4) using the toilet, 5) moving in a room or a house, 6) getting dressed, 7) going up and down the stairs, 8) taking a shower, 9) holding a bowel movement, and 10) incontinence. The scores were given according to the level of the ability to do each of the activities as follows: moving and moving within a room or a house activities were divided into four levels (0-3 points), washing face, brushing teeth, and brushing hair activity and taking a shower activity were divided into two levels (0-1 point), and other activities were divided into three levels (0-2 points). As for interpretation of scoring, the total scores of 0 to 8 indicated a poor level of ability to perform activities of daily living, the total scores of 9 to 11 indicated a moderate level of ability to perform activities of daily living, and the total scores of 12 to 20 indicated a good level of ability to perform activities of daily living.

2) The Chula Activities of Daily Living Index (CAI) was used to assess extended or instrumental activities of daily living of Thai older nuns. It assessed the ability to perform five activities including walking or moving outside the house, preparing or cooking food, cleaning the house, giving change or exchanging money, and using public transportation such as bus, sky train, etc. As regards the scoring, the lowest score was 0 point, and the highest score was 9 points (Jitapunkul, 1994: 73-74). As for interpretation of scoring, higher scores meant more extended activities of daily living.

3) The ability to fulfill the roles of a nun assessment form consisted of open-ended questions to elicit data regarding older Thai nuns' religious roles, performing ceremonies, and doing good deeds for the benefit of the society.

2.2.3 The health status assessment according to the ability to adjust consisted of open-ended questions to elicit data regarding older Thai nuns'

ability to adjust themselves to the environment, the roles of nuns, rules and regulations, and deteriorating physical condition as they were getting older.

2.2.4 The health status assessment according to the ability to achieve self-actualization consisted of open-ended questions to elicit data regarding older Thai nuns' perception of happiness, valuable living, achievement of life's highest goals, and understanding the meaning of life such as birth, old age, sickness, death, happiness, and suffering.

These instruments were developed by the researcher based on an extensive review of literature and related research. The instruments were examined to ensure its content validity. A panel of three experts who were specialists with understanding of Smith's Model of Health and the concept of the older were asked to validate the instruments for content validity. After that, the instruments were revised and improved according to the experts' comments and suggestions before being tried out with ten older nuns whose characteristics were similar to those of the nuns in the main study to determine their language appropriateness and complexity before using them with the main subjects.

2.3 The assessment of health status as perceived by the nuns assessed the nuns' health status as perceived by the nuns themselves. In this study, the older Thai nuns were asked to assess their own health and compare their health with that of people of the same age (Chanpen Chuprapawan, 1997: 32), using questions such as "What do you think your current health status is like, very healthy, rather healthy, moderately healthy, rather weak, or weak?" and "When comparing yourself to people of the same age, what do you think your health is like, healthier than others, similar to others, or weaker than others?" (Napaporn Chayowan and John Nodel, 1996: 144).

2.4 Physical examination was conducted with a scale, blood pressure monitor, and measuring tape which were assessed by the Ministry of Commerce. The same set of instruments was used all through the study by the researcher.

2.5 Interview protocol to elicit data regarding health-seeking behavior of older Thai nuns and the factors involving health service seeking behaviors of older Thai nuns was developed by the researcher to elicit data regarding health behavior of older Thai nuns both in sickness and in health as well as

factors involving health service seeking behaviors of older Thai nuns. The instruments were examined by a panel of three experts to ensure content validity and were tried out with ten elderly nuns whose characteristics were similar to those of the nuns in the main study to determine their language appropriateness and complexity before using them with the main subjects.

Data collection

Data collection was carried out by the researcher. Data collection of this study began after the research proposal was approved by the Ethical Committee of Human Research of Mahidol University and after the permission was granted by the administrator of the Institute of Thai Nuns. The data were collected in the following procedure:

1. The researcher introduced herself to the abbot or head of nuns at the temples selected as the research sites. The objectives of the study as well as the data collection procedure were explained before the researcher asked for cooperation in data collection.
2. The researcher approached three to five older Thai nuns who met the inclusion criteria at the research settings every day to explain the protection of the rights of human subjects and invite them to participate in the study. If they agreed to take part in the study, the researcher made an appointment with them for interviews.
3. The researcher met the nuns as previously appointed and explained the study objectives and data collection procedure.
4. The Set Test was administered to screen the nuns. If the nuns received the scores of 25 points or higher, they would be included in the study. They were then asked to sign the informed consent form before further data collection took place.
5. The researcher interviewed the nuns at a private room using a series of questionnaires as follows: 1) the demographic data form, 2) the health status forms, 3) the perceived health status form, and 4) the health-seeking behavior and factors involving health service seeking behavior form.
6. The researcher performed physical examination including measuring body weight, height, and blood pressure levels.
7. The researcher examined the questionnaires to ensure completeness.

8. The interview of each of the subjects lasted approximately 90 to 120 minutes.

9. If the nuns who had made an appointment with the researcher were not available on the date of the appointment, they would be excluded from the study. New subjects would then be recruited according to the inclusion criteria of the study.

Data analysis

Data analysis was conducted by the researcher in the following steps:

1. Data were coded, and a coding manual of each questionnaire was made (as applicable).

2. Data were analyzed by using the Statistical Package for Social Science for Windows version 11.5 as follows:

2.1 Descriptive statistics of frequency, percentage, mean, and standard deviation were used to analyze data regarding demographic characteristics, total health status, acute and chronic illness, and basic and instrumental activity of daily living.

2.2 Content analysis and descriptive statistics of frequency, percentage, mean, and standard deviation were used to analyze data regarding Smith's health status, health-seeking behaviors, and the factors involving the decision to select the health service system of older Thai nuns.

Results

Part I: Demographic data

The sample of this study was 70 older Thai nuns who resided in temples in Bangkok, Thailand between August and December, 2005. The sample's age ranged from 60 to 97 years, with the mean of 73.39 years ($SD = 7.63$). More than half of the subjects, or 55.7%, were in the early old age group. With regard to marital status before ordination, 38.6% were widowed. Moreover, 67.1% completed elementary education, 64.3% had been ordained for more than 12 years, and 64.3% received social support from their relatives. In terms of income, 61.4% had an income lower than 2000 Baht per month, and 60% perceived that their income was adequate. Besides, 70% of the subjects had individuals who maintained regular contacts with

them and on whom they could rely. Of these, 62.9% were relatives including children and grandchildren. Finally, in terms of healthcare, 60% used the universal coverage rights and 65.7% made use of health services provided at the temples.

Part II: Health status of older Thai nuns

The findings regarding health status were categorized based on Smith's Model of Health (1983) including the following four dimensions:

2.1 A clinical model of health included having both acute and chronic illnesses. The most common acute illnesses found in this study were headache (28.6%), cold and pharyngitis (25.7%), and fever (21.4%), respectively. On the other hand, the most commonly found chronic illness was musculo-skeletal and bone problems (61.4%), followed by eye diseases (32.9%) and hypertension (30.0%), respectively. In addition, about 44.3% of the elderly nuns had pre-hypertension or systolic blood pressure level between 121 and 139 mmHg and diastolic blood pressure level between 81 and 89 mmHg according to the classification of JNC VII (Chobanian et al., 2003).

2.2 A role performance model of health consisted of three components as follows: the ability to perform basic activities of daily living, ability to perform instrumental activities of daily living, and ability to fulfill nuns' roles.

2.2.1 As regards the ability to perform basic activities of daily living, the findings indicated that almost all elderly Thai nuns were able to perform all dimensions of basic activities of daily living, except for urinary incontinence which could be done by 45.7% of them.

2.2.2 As for the ability to perform instrumental activities of daily living, it was found that almost all of them were able to carry out instrumental activities of daily living including cooking and doing household chores. However, only 65.7% of the older nuns were able to travel by public transportation by themselves.

2.2.3 With regard to the ability to fulfill nuns' roles, the findings revealed that most of the older nuns were able to carry out religious practices such as performing daily morning and evening chanting and practicing meditation. In addition, they were able to perform other good deeds for the benefits of society. The

activities most of the elderly nuns performed were taking care of the environment in the temple and keeping the temple tidy and clean, teaching *Dhamma* to the general public, and helping with the temples' organization of activities during each religious festival.

2.3 An adaptation model of health status consisted of three components as follows: the ability to adapt to the temple's environment, the ability to adjust to the nuns' rules and regulations, the ability to adjust to the nuns' roles, and the ability to cope with deterioration of physical functions.

2.3.1 As regards the ability to adjust to the temple's environment, the findings indicated that the older nuns were able to adjust themselves to live with other people, or interpersonal relationship. This was followed by psychological adaptation, adaptation to role function, and stress management, respectively.

2.3.2 Regarding the ability to adjust to the nuns' rules and regulations, it was found that all older nuns were able to adjust themselves to the rules and regulations of the nuns including performing daily morning and evening chanting, strictly adhering to the Eight Precepts, and refining and controlling their behaviors, respectively.

2.3.3 With regard to the ability to adjust to the nuns' roles, most of the older nuns had to adjust themselves to performing daily morning and evening chanting most. This was followed by studying *Dhamma* and refining and controlling their behaviors, respectively.

2.3.4 In terms of the ability to adjust to deterioration of physical functions, the findings suggested that most of the older nuns were able to adapt themselves as they felt that deterioration of physical functions was a natural process that occurred with age. There were only two elderly nuns in the study who were not able to adapt themselves and suffered from frustration and boredom.

2.4 A eudaimonistic model of health status consisted of the following components: being happy with nuns' life, living a valuable life, having self-actualization, and understanding the meaning of life.

2.4.1 As for being happy with nuns' life, most older nuns felt happy because they had peace of mind. The next reasons were having a chance to practice

Dhamma, having a chance to do what they wanted to do in life, and having faith in Buddhism, respectively.

2.4.2 With regard to living a valuable life, most older nuns felt that becoming nuns made their life valuable because they were able to fulfill the roles of nuns, they had a chance to do good deeds and make merits, and they were able to benefit other individuals and society, respectively.

2.4.3 Accomplishing self-actualization was the highest goal in life of these older nuns. More than half of them, or 52.8%, felt that becoming nuns meant they had reached the highest life goal as they had a chance to do what they intended to do according to their needs and faith in the religion. In addition, they had a chance to study and practice *Dhamma* and to make merits, which gave them peace of mind and which was a way to finally become enlightened. However, the rest of the older nuns felt that becoming ordained did not mean they had achieved the highest life goal, as they had not yet become enlightened. Instead, ordination was a way to practice *Dhamma* and leave worldly living behind. It was not what they wanted, but it was because they did not have a better choice.

2.4.4 Regarding understanding the meaning of life, all older nuns felt that becoming nuns enabled them to understand the meaning of life including birth, old age, sickness, death, happiness, and suffering. They also understood the nature of life, which was unavoidable for everyone. The second reason was that they had a chance to study and practice *Dhamma*, which enabled them to let go after witnessing others' life which was filled with sufferings and after developing a faith in the law of consequences or '*karma*.'

Health status as perceived by the nuns

According to the study findings, 38.6% of the subjects perceived that they had very good health status and they were healthy. In addition, 41.4% of them perceived that they had the same health status as others who were of the same age.

Part III: Health-seeking behaviors of older Thai nuns and factors involving older Thai nuns' health-seeking behaviors

3.1 Health-seeking behaviors of older Thai nuns

Health seeking behaviors of older Thai nuns were based on the Explanatory Model of Healthcare System proposed by Kleinman (1980) which consisted of self-care practice, seeking knowledge about self-care, self-care for acute illness, and self-care for chronic illness.

3.1.1 Self-care practice was taking care of one's health to maintain health including drinking clean water, exercising/having physical activities, taking care of oral hygiene, keeping clean environment, having regular bowel movement, preventing injuries and falls, sleeping, and managing stress.

- **Drinking clean water**—Older Thai nuns drank the water with its cleanliness taken into consideration. Most of the nuns drank tap water, filtered water, and bottled water, respectively. Equal numbers of older nuns drank boiled and unboiled water. In addition, most drank adequately, about one to two liters per day. Only a small number drank less than one liter per day because they did not feel thirsty or because they felt that it was not convenient to go to the toilet often.

- **Eating food**—Most of the older nuns had two meals a day, and only a small number ate only one meal a day. As regards sources of food, most of them cooked for themselves. When considering the types and characteristics of the food, it was found that most tried to avoid sweet food, greasy and oily food, meat, fermented food, seafood, and spicy food, etc. They also ate soft food that was easy to chew and swallow. Only a small number of the older nuns ate food specific for their disease condition, and they were able to eat less than during the past year or the past few years.

- **Exercising/having physical activities**—Most of the older nuns exercised or had physical activities on a daily basis as their physical condition allowed and as they found convenient. Most exercised after they got up in the morning. The most frequently used form of exercise was stretching muscles by lying down and moving arms and legs upward and downward. This was followed by walking around the temple and having physical exertion like sweeping leaves on the ground of the temple, respectively. As for the older nuns who did not exercise, they had to perform personal activities in their own room such as cooking, washing clothes, etc. The others were those who had health problems that prevented them from exercising.

- **Caring for personal and oral hygiene**—All of the older nuns were able to take care of and clean themselves. Most took a shower twice a day, but the times varied depending on the temperature of the environment, the cleanliness of the body, and the activities they were going to do.

With regard to caring for oral hygiene, most of the older nuns brushed their teeth, while the others used mouthwash because they had very few teeth left, or did not have any teeth or denture. Most brushed their teeth twice a day, and some brushed their teeth after each meal. None of the older nuns had toothache, and one-third of them used denture. In addition, it was that some of them took care of their oral hygiene by using salt mixed with camphor and pepper instead of toothpaste, some used salt instead of toothpaste, and others washed their mouth with saline before brushing their teeth. There was only one nun who had a dental examination once every year.

- **Taking care of the environment**—Most of the older nuns were able to take care of and cleaning the environment by themselves on a regular basis including cleaning the living quarter, as well as washing clothes and bedding. A second group of nuns were able to clean part of their living quarter, and had to hire other nuns or children to wash their blanket. A very small number of older nuns in this study were unable to take care of their living environment and had to hire a relative or other nuns to do it for them.

- **Having a regular bowel movement**—Close to half, or 45.7% (32 subjects), had a regular bowel movement and had no problem with constipation. They did not need to use any laxative. Their self-care practices included using natural therapy by eating a lot of vegetables and fruits, drinking a lot of water, drinking water and milk after getting up in the morning, and eating honey everyday. For the other half, or 54.3% (38 subjects), as many as 76.3% (29 subjects) depended on laxative, or eating vegetables and fruits and used laxative, herbal drinks, traditional medicines, or drinking water after getting up in the morning to stimulate bowel movement.

- **Preventing injuries and falls**—Most of the older nuns were able to take care of themselves by walking slowly and carefully, holding on to a rail, using a cane, wearing shoes easy to maintain balance, and managing the environment including having enough lighting, keeping things in place, keeping the toilet and

bathroom dry, and, perhaps most importantly, maintaining self-awareness. To avoid accidents, they did not travel at night, had a company, or did not go to unfamiliar places, especially with unfamiliar faces.

- **Taking a rest**—Close to half, or 47.1% (33 subjects) had problems with sleeping pattern and lacked quality sleep. On the other hand, 52.8% (37 subjects) had problems with sleeping. Of these 30.3% (ten subjects) needed to use sleeping pills, while the others used non-pharmacological treatment methods such as praying, listening to sermons on radio, meditating, or doing nothing.

- **Managing stress**—Different older nuns had different methods to deal with stress. Most chose meditation as their first choice, generally together with other techniques such as praying, listening to sermons, reading *Dhamma* books, letting go, using diversion, being forgiving, and consulting with trusted persons.

- **Doing good deeds for society**—More than three quarters, or 77.1%, believed that becoming ordained could benefit society. The most frequently done activities were helping with activities of the temple, keeping the temple clean by sweeping the ground or cleaning the buildings, and teaching *Dhamma*, respectively. However, 22.9% (16 subjects) did not do anything because they were old, weak, and unhealthy. A small number of nuns felt that they did not have knowledge to do anything.

- **Having annual examination/vaccination**—Only 22.9% of the older nuns had physical examination every year. On the other hand, 74.3% (52 nuns) never had an annual physical examination. None of them received vaccination.

- **Taking regular medications**—About half, or 45.7%, took the medications prescribed by the hospital together with over-the-counter medications. The second largest group used over-the-counter medications, while the rest used medications prescribed by the hospital. Only three nuns, or 4.3%, did not take any medications. Most of the over-the-counter medications were laxatives, herbal medicines, nutritional supplements, painkillers, cold medicines, medicines for stomach ulcer, as well as traditional herbal medicines and antibiotics.

3.1.2 Seeking self-care knowledge

Most of the older nuns sought for knowledge on self-care from other persons. This was followed by obtaining information from media such as health

programs on television or radio and reading books about the elderly and commonly found diseases among the older. Approximately 12.1% of the nuns never sought health information from any sources.

The persons most older nuns relied on for health and self-care information were healthcare team members, followed by other nuns in the temple, children or grandchildren, and monks. They explained that they mostly sought healthcare information from healthcare team members because they had trust in their knowledge and ability. Furthermore, they asked for information from other nuns because they were close persons who tended to have similar diseases. Finally, health problems on television or radio and books were valuable resources for them because they were interested in the programs and they were available at the temple. Also, the information was sometimes directly applicable in their situations.

3.1.3 Healthcare during acute and chronic illnesses

When having either acute or chronic illnesses, all older Thai nuns selected the popular sector as the first choice. The self-care behaviors they mostly performed included observing their symptoms, performing self-care (buying over-the-counter medicines, taking rest, drinking warm water, and keeping warm). They also asked for advice from children, grandchildren, or other nuns. If the symptoms persisted, they then searched for healthcare from other sources such as the professional sector and the folk sector. Some nuns used a combination of sectors at the same time, while others kept changing among the three sectors. In particular, 42% used the popular sector in combination with the professional sectors when having an acute illness, and 51.5% used the popular sector in combination with the professional sectors when having a chronic illness.

3.2 Factors involving selection of health service system of older Thai nuns

According to the study findings, the subjects selected the health service system based on the following factors: 1) the health system factors involving the distance from the temple to the healthcare center, convenience, quality of health services, their rights to health services, and healthcare cost; 2) healthcare provider factors including personality, pleasantness, and trustworthiness of the service providers; and 3) personal factors involving income, perceived illness, personal

beliefs, experiences, attitudes toward treatment, and satisfaction with the services received.

Discussion of findings

Health status of older Thai nuns

In the present study, health status of older Thai nuns was categorized according to Smith's Health Model including the clinical model, role performance model, adaptive model, and eudaimonistic model.

Clinical model of health status

In this dimension, health status consisted of having no illness, having an acute illness, and having a chronic illness. Acute illnesses referred to illnesses within the previous two weeks. The most commonly found acute illnesses included headache, common cold, sore throat, and fever. On the other hand, chronic illnesses were what the elderly nuns had been experiencing for more than six months. The most commonly found chronic illnesses were bone and joint problems, visual impairment, and high blood pressure. In particular, most of the elderly nuns had more than one chronic illness. Only 5.7% of them had no chronic illness.

When considering health status in this dimension, it could be seen that the elderly nuns had both chronic and acute illnesses. Chronic illnesses are generally common in elderly population. The findings were in congruence with the findings of the study conducted by Suthichai Jitapunkul (1999: 21-35) that older women tend to suffer from various chronic illnesses including bone and joint problems, hypertension, and diabetes mellitus, respectively. Similar findings were also reported by a number of studies investigating health status of the older population in Thailand (Niranart Wittayachokkittikun, 1991; Prasert Assantachai and Somsong Lekakul, 2000; Ratchanee Methaweekulchai, 2002; Suree Kanchanawong et al., 1997; Suthichai Jitapunkul 1999: 21-41).

Role performance model of health status consisted of three components as follows: ability to perform basic activities of daily living, ability to perform extended or instrumental activities of daily living, and ability to fulfill the roles of a nun. The ability to perform basic activities of daily living was assessed with the Modified Barthel Activities of Daily Living Index (MBAI) and the ability to perform extended

or instrumental activities of daily living was assessed with the Chula Activities of Daily Living Index (CAI). It was found that almost all nuns had the ability to perform basic activities of daily living. However, only 45.7% (32 nuns) were able to control urinary incontinence. On the other hand, when it came to ability to perform extended or instrumental activities of daily living, it was found that 87.1% and 85.7% were able to cook food and do household chores, respectively. Also, only 65.7% were able to use public transportation. As regards ability to fulfill the roles of a nun, the findings revealed that most of the older nuns were able to participate in religious ceremonies and doing good deeds to benefit society.

In brief, the findings indicated that most of the older nuns were able to perform basic activities of daily living, perform extended or instrumental activities of daily living, and fulfill the roles of a nun. According to the health concept proposed by Alford (1992: 22), health refers to the ability to live and function effectively in society, to be self-reliant, and to make the most use of available potential, without having to be free from diseases. This concept is also congruent with the clinical model of health status previously mentioned.

Adaptation model of health status

In this study, the ability to adapt was divided into four categories: ability to adapt to the temple's environment, the ability to adjust to the nuns' rules and regulations, the ability to adjust to the nuns' roles, and the ability to cope with deterioration of physical functions. The findings revealed that almost all of the subjects were able to have adaptation in all four aspects, except for two nuns who were unable to adapt to the deterioration of physical functions due to old age and were always frustrated and bored. These findings led to a conclusion that elderly nuns were able to adjust themselves to the environment and cope with stress situations.

Eudaimonistic model of health status

In this study, eudaimonistic model of health status consisted of the following components: being happy with nuns' life, living a valuable life, having self-actualization, and understanding the meaning of life such as birth, old age, sickness, death, happiness, and suffering. The findings showed that most of the subjects were happy after becoming nuns. In other words, they felt that becoming nuns enabled them to live their life worthily and enabled them to accomplish self-actualization, the

highest goal in life. In addition, all older nuns stated that ordination enabled them to understand the meaning of life. Such findings yielded support to the findings of a previous study which explained the meaning of health in a minority group of female living in the Pacific Northwest that gave nine definitions of health status in this model. It also reflected the health status dimension including accomplishment of the set goals, health promotion or disease prevention, positive feelings about others, social interaction, internal strength, logical thinking, positive emotions, and balance (Woods et al., 1988: 41). Moreover, the findings of this study were consistent with the findings of a study conducted by Sakhon Intolo (1995) to investigate health status and health experience of the older Thai people who practiced the Eight Precepts at a temple and found that health of the study sample included physical happiness, peaceful mind, and having merits from practicing *Dhamma*.

Health status as perceived by the older nuns

When asked to assess their own health status, most of the subjects indicated that they had good health or moderately good health, accounting for 38.6% and 30%, respectively. Furthermore, when asked to compare their health status to that of people of the same age, 41.4% felt that their health was similar to that of other people. Likewise, Chanpen Chuprapawan (2000: 176) asked a group of older subjects to assess their own health and found that about two-thirds of them rated their health as moderate to strong. Finally, a qualitative study on perceived health status of older women showed that women define health based on satisfaction in life. Thus, good health is possible even when individuals have a chronic illness or morbidity, and an indicator of good health is having the ability to do what one wants and to be self-reliant (Parry & Woods, 1995: 51-61).

Health-seeking behaviors of older Thai nuns

It was found that the older nuns performed self-care practices to maintain health and to treat their illness. Self-care practices of the older nuns included drinking clean water, exercising/having physical activities, taking care of oral hygiene, keeping clean environment, having regular bowel movement, preventing injuries and falls, sleeping, and managing stress. These findings were consistent with Orem's (1991) theory of therapeutic self-care demand that individuals perform self-care as generally

necessary and as developmentally necessary. As for self-care during illness, the older nuns selected the popular sector as their first choice. If the symptoms persisted, they then searched for healthcare from other sources such as the professional sector and the folk sector. Some nuns used a combination of sectors at the same time, while others kept changing among the three sectors. Such findings yielded support to the findings of previous studies (Krishna Nadee, 1998; Chavapornpan Chanprasit et al., 2002; Roongroj Poomrieu and Chalernpol Tansakul, 1997; Sukhumal Thanasetankul et al., 1994; Somsong Na Nakhon et al., 1996) which reported that when sick, individuals are likely to use the popular sector such as consulting family members or neighbors, taking over-the-counter medicines, and taking a rest, before seeking assistance from other sectors.

Factors involving health service system of older nuns

Health service factors

The health system factors mainly involve accessibility to the health services including the distance from the temple to the healthcare center, convenience, quality of health services, their rights to health services, facilities, and healthcare cost. In addition, development of quality of health services, convenience, and reduction of steps involved in service seeking are likely to increase satisfaction of service receivers who tend to use services more. For instance, one subject received health services at a public health center because it was close and allowed for easy transportation, so she was able to obtain services without having to rely on others. In this study, the findings revealed that most of the subjects selected the service providers that were close to the temple. Thus, development of the potential of service centers will enable service receivers to make more use of available resources (Krishna Nadee, 1998: 78).

Healthcare provider factors

Healthcare provider factors are directly related to service provision. If the health service system is carefully organized, but service providers are ignorant, the satisfaction of service receivers will be decreased. On the contrary, if service providers are friendliness and helpful, service receivers' satisfaction will be increased. Besides, trustworthiness of the service providers is also deemed important. When

service receivers have faith in service providers, they will be satisfied and will return to seek further health services. This results in continuous treatment which is more effective and which has a lower risk for complications. These findings agreed with the findings of previous studies conducted by Boonlert Liewprapai and Buppha Sirirasami (1989: 32-33) and Krishna Nadee (1998: 65) that service providers are a major reason why individuals seek healthcare from a particular healthcare provider due to easy transportation, faith in service providers, and faith in the healthcare setting.

Personal factors

The findings suggested that personal factors were the most important factors when making a decision to select health service systems. In the study, all older nuns had the popular sector as their first choice before searching for healthcare services from other sectors. Put another way, the decision to use a particular health service system depends on individuals' income, perceived illness, personal beliefs, experiences, attitudes toward treatment, satisfaction with the services received, and accessibility of the services. Similarly, previous studies (Chantima Reurkleunrit, 1997; Narisa Srilachai, 1997; Pathinya Pannarai, 1997; Petcharat Iamlaor, 1997; Walaipan Cholsuk, 1997; Supparat Paisantantiwong, 1997; Andersen, 1995; Young, 1981, cited in Ratchanee Purisat, 2002: 27-28) have pointed out that the factors that affect individuals' decision to use certain health service providers are perceived illness, perceived severity of illness, accessibility of services, duration of services received, as well as enabling factors of purchase of services such as health insurance, ability to pay for medical expenses, satisfaction with the received services, and familiarity with services and service providers.

In summary, the findings of the present study supported Smith's Model of Health that is used to explain health status of individuals in four dimensions of clinical model, role performance model, adaptation model, and eudaemonistic model. Individuals' health status generally reflects not only one dimension in particular, but a combination of concepts. The findings of the study also yielded support to the concept proposed by Kleinman that is used to explain health seeking behaviors both in sickness and in health. These findings shed light on self-care decision of older nuns who were able to select the most appropriate health service systems, despite their stay

at a temple, through careful and thorough consideration, and through the consideration and decision making processes, hence a better understanding and use of appropriate healthcare systems.

Conclusion

The health status of older Thai nuns could be explained by Smith's Model of Health (1983). Four dimensions of the older Thai nuns' health status were the following: (1) the clinical model; (2) the role performance model; (3) the adaptation model; and (4) the eudaemonistic model. In addition, health seeking-behavior of older Thai nuns could be explained by Klienman's (1980) Explanatory Model of Healthcare System which covers self-care in different aspects—being normal and healthy, having an acute illness, and having a chronic illness. In this study, the older nuns made use of these sectors when they performed self-care with normal health, and acute or chronic illnesses, starting with the popular sector and ended with the folk and the professional sectors, which have constantly been adjusted depending on other factors related to the healthcare system, health service provider system, and health service receiver system.

บรรณานุกรม

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2546). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: ธารสาร.
- กฤษณา นาดี. (2541). พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มารับบริการจากโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เป็นครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์. (2540). การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคลิ้นหัวใจพิการในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. (2543). สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543 : สถานะสุขภาพคนไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ขวลิ แยมวงษ์. (2538). ผลของการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลตามทฤษฎีของโอเร็ม ต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการพยาบาลที่ได้รับ และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์, วราภรณ์ เลิศพูนวิไลกุล, ลินจง โปธิบาล, ศิริรัตน์ ปานอุทัย และ กนกพร สุคำวัง. (2545). พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่. งานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชื่นจิตต์ เพชรชาติ. (2545) การศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์ฝึกอบรมปฐมพยาบาลและสุขภาพอนามัย สภาวิชาชีพพยาบาลไทย.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (2533). การดูแลสุขภาพตนเอง พรหมแดนความรู้ ใน ลือชัย ศรีเงินขวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (บรรณาธิการ). ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เทพินทร์ พัชรวนาญ. (2533). แนวคิดความเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษาเยี่ยงยาแบบพื้นบ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล. (2539). รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538. A Report on the survey of the Welfare of Elderly in Thailand. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นรินาถ วิทย์โชคกิตติคุณ. (2534). ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นริศา ศรีลาชัย.(2540). การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บงกช เก่งเขตกิจ, เถลิงศรี สรทรง, ทศนีย์ ตั้งตรงจิตต์, นภาพร วาณิชกุล, ศิริวรรณ สันทัด และ สุวดี ไกรพันธ์. (2542) อุบัติการณ์ของโรคในสตรีไทยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช. รายงานการวิจัย. วารสารพยาบาลศาสตร์. 17 (1), 58-67.
- บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และ บุญผา ศิริศรี. (2531). สถานภาพทางด้านสุขภาพอนามัยและการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนในท้องถิ่นชนบท. รายงานการวิจัย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- ปริญญญา พรรณราย.(2540). การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงความดันโรคโลหิตสูงในภาคใต้. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2539). การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. รมานธิบัติพยาบาลสาร, 2 (3), 44-57.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). การวัดสถานะทางสุขภาพ: การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย และ สมทรง เลขะกุล. (2543). การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนชนบทภาคใต้. (โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย). กรุงเทพฯ: สุภาวิชัยการพิมพ์.
- ปาริชาติ สุวรรณบุญผา. (2545). แม่ชีกับการศึกษาในประเทศไทย. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ. (2542). โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณวดี พุฒินัน. (2539). ภาวะสุขภาพและแบบแผนชีวิตผู้สูงอายุ. รมานธิบัติพยาบาลสาร, 2 (3), 33-43.

- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และ สุพจน์ เด่นดวง. (2538). ชาติพันธุ์กับแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพ. *วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์*, 8(1), 27-37.
- พิทักษ์ ศิริวัฒนเมธานนท์. (2540). การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครนายก. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 6(1), 115-121.
- เพชรรัตน์ เอี่ยมละออ.(2540). *การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคหลอดเลือดหัวใจในกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พุ่มเมษา หมั่นคำแสน.(2542). *ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกระเหรี่ยง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มัลลิกา มดีโก. (2533). ครอบครัวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ (บรรณาธิการ). *การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคม วัฒนธรรม*. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาริสา ไกรฤกษ์ และคณะ. (2536). *พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นและโรงพยาบาลศรีนครินทร์*. รายงานวิจัย.
- มูลนิธิสถาบันแม่ชีไทย. *สถิติแม่ชีไทย พ.ศ. 2546*. กรุงเทพมหานคร :แผนกธุรการ.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม.(2539). การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในงานวิจัย. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 2 (3), 58-64.
- ยุพิน ดวงจันทร์.(2542). *สตรีกับการบวชในพระพุทธศาสนา ศึกษาเปรียบเทียบ สถานภาพและ ธรรมชาติของแม่ชีสำนักวัดปากน้ำ ภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร และสำนักปฏิบัติธรรม แดนมหามงคล กาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาอักษรศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาศาสนาเปรียบเทียบ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี ภาษา และคณะ. (2543). *คู่มือวิจัยทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : สยาม ศิลปการพิมพ์ จำกัด.
- เยาวลักษณ์ ปรีกษ์ขาม และ จรรยา ภัทรอาชาชัย. (2550). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการได้รับพระบารมีรามาริบัติ เพื่อสุขภาพของปวงประชา เล่ม 2 , 615.
- รัชณี ฐิธิตย์. (2545). *พฤติกรรมแสวงหาการรักษาของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วไลยพรณ ชลสุข.(2540). การศึกษาการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคมะเร็งปากมดลูกใน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ. (2540). ภาวะสุขภาพและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ในโครงการ ส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. _รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2542). สุขภาพสตรีสูงอายุ ในพิมพ์วิทย์ บุญมงคล, นิกรณัฏ์ สันตจริยา และ ศันสนีย์ เรืองสอน (บรรณาธิการ). รื้อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : เจเนเดอร์เพรส.
- ศุภรัตน์ ไพศาลตันติวงศ์.(2540). การศึกษากระบวนการแสวงหาสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานใน ภาคตะวันตก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาคร อินทไธโล. (2548). ประสบการณ์และสุขภาพของผู้สูงอายุไทยที่ถือศีลแปดที่วัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกุมล ธนาเศรษฐ์อังกูล และคณะ. (2537). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน ชนบท เขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 16(2), 30-37.
- สุรางค์ จันทวานิช. (2542). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สุมนา แสนมาโนช. (2541). ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ กระดูก สะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวล ของญาติ และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวรรณี มหาภานันท์. (2538). ผลการประยุกต์ใช้ระบบการพยาบาลของโอเร็มต่อความผาสุก ภาวะแทรกซ้อน และจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหิดล.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล.(2541). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- _____. (2542). ผู้สูงอายุหญิงในประเทศไทย: สถานะในปัจจุบัน. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สุริย์ กาญจนวงศ์ และคณะ.(2540). *ภาวะสุขภาพอนามัย และการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ (พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง)*. รายงานวิจัย. กรุงเทพมหานคร: คณะศึกษาศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล.(2544). ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร : วิ. เจ. พรินติ้ง.
- _____. (2544). แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ). *การพยาบาล : ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร : วิ. เจ. พรินติ้ง.
- อุดม จันทร์เจริญ. (2546). JNC 7 report : Clinical guideline สำหรับโรคความดันโลหิตสูง. *สารคลังข้อมูลยา*. 5(3), 18-22.
- องค์การอนามัยโลก. (2543). *การแปลผลค่า BMI*. เอกสารอัดสำเนา.
- อรุณี นาคะพงศ์. (2539). *ภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองด้านโภชนาการและภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Alford, D. M. & Futrell, M. (1992). Wellness and Health Promotion of the Elderly. *Nursing Outlook*, 40(5), 221-226.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to MedicalCare: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behavior*. 36(March): 1-10.
- Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R., Cushman, W.C., Green, L.A., Izzo, J.L., et al. and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. (2003). Seven Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. 42(3): 1206-1252.
- Ebersole, P. & Hess, P. (1998). *Toward Healthy Aging: Human Needs and Nursing Response*. (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Eliopoulos, C. (1997). *Gerontological Nursing*. (4th ed.). Lippincott.
- Hays, A. (1984). The set test to screen mental status quickly. *Geriatric Nursing*, March/April, 96-97.
- Igun, U. A. (1979). Stages in Health-Seeking: A Descriptive Model. *Social Science and Medicine*. 13, 445-457.
- Isaacs, B. and Kennie, T. (1973). The set test as an aid to the detection of dementia in old people. *British Journal Psychit*. 123, 467-470.

- Jitapunkul, S. (1994). "Disability: A problem of the elderly". *Chula Medical Journal*. 38(2),67-75.
- Kleinman, A. (1980). *Patient and healer in the context of culture*. Berkeley: University of California.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, illness and care. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251-258.
- Lauver, D. (1992). A theory of care-seeking behavior. *Image: Journal of Nursing Scholarship*,24(4), 281-287.
- Nipa Niyomthai. (2002). *Caregiving duration, family life events, family hardiness, and well-being of family caregivers of stroke survivors*.__Master's thesis, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Orem, D.E. (1995). *Nursing: Concepts of Practice*(5 th ed.). St. louis: Mosby .
- Pang, E. C. , Jordan-Marsh, M. , Silverstein, M. & Cody, M. (2003). Health-Seeking Behaviors of Elderly Chinese Americans: Shifts in Expectations. *The Gerontologist*.43(6), 864-874.
- Perry, J. & Woods, N. F. (1995). Older women and their images of health: A replication Study. *Advances in Nursing Science*. 18(1), 51-61.
- Ratchanee Metawekulchai. (2002). *Health situation and Health seeking behavior of the elderly in rural area of Kamphaengphet Province*. Master's thesis, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Russell, C. K. (1996). Elder Care Recipients' Care-Seeking Process. *Western Journal of Nursing Research*, 18(1), 43-62.
- Smith, J. A. (1983). *The idea of health: Implication for the nursing professional*. New York: Teacher College.
- Suchman, E. A. (1965). Stages of Illness and Medical care. *Journal of Health and Human Behavior*. 6: 114-128.
- Yamane, T. (1973). *Statistics, An Introductory Analysis*. (3 rd ed.). Singapore: Times Printers Sdn. Bhd.



ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง
 - 1.1 แบบทดสอบหมวดหมู่ (The Set Test)
2. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
 - 2.2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย
 - 2.2.1 แบบประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิดของสมิธ
 - แบบสอบถามประวัติการเจ็บป่วยเฉียบพลัน
 - แบบสอบถามประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง
 - แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เซล
 - แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีจุฬาฯ
 - แบบสอบถามส่วนที่เป็นคำถามปลายเปิด ตามแนวคิดการปฏิบัติตามบทบาท แนวคิดด้านการปรับตัว และแนวคิดด้านยูไดโนนิสติก
 - 2.2.2 แบบประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของแม่ชีสูงอายุ
 - 2.3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ
 - 2.4 การตรวจร่างกาย โดยใช้ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต และสายเทป

แบบทดสอบหมวดหมู่

คำชี้แจง ให้ผู้สูงอายุบอกชื่อ สี สัตว์ ผลไม้ จังหวัด (หรืออำเภอ) ให้ได้มากที่สุดหมวดละ10ชื่อ

สี 1..... สัตว์ 1.....

2..... 2.....

3..... 3.....

4..... 4.....

5..... 5.....

6..... 6.....

7..... 7.....

8..... 8.....

9..... 9.....

10..... 10.....

คะแนน คะแนน

ผลไม้ 1..... จังหวัด 1.....

2..... 2.....

3..... 3.....

4..... 4.....

5..... 5.....

6..... 6.....

7..... 7.....

8..... 8.....

9..... 9.....

10..... 10.....

คะแนน คะแนน

คะแนนรวม คะแนน

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของแม่ชีผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนดให้ หรือทำเครื่องหมาย / ลงใน () ให้ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. ชื่อวัด/ สถานปฏิบัติธรรม ที่พักอาศัย.....
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรสก่อนบวชชี

() 1 โสด	() 3 หม้าย
() 2 คู่	() 4 หย่า แยก
4. ระดับการศึกษา

() 1 ไม่ได้รับการศึกษา	() 4 ปวช / ปวส
() 2 ประถมศึกษา	() 5 ปริญญาตรี
() 3 มัธยมศึกษา	() 6 สูงกว่าปริญญาตรี
5. จำนวนพรรษาที่บวช

() 1-3 ปี	() 10-12 ปี
() 4-6 ปี	() มากกว่า 12 ปี
() 7-9 ปี	
6. ท่านมีรายได้จากแหล่งใด

() 1 บุตร หลาน	() 3 เงินบำนาญ
() 2 ญาติพี่น้อง	() 4 อื่นๆ ระบุ.....
7. รายได้ปัจจุบันต่อเดือน

() ต่ำกว่า 2,000 บาท	() 4,001-6,000 บาท
() 2,001-4,000 บาท	() มากกว่า 6,000 บาท
8. รายได้ของท่านเพียงพอหรือไม่

() เพียงพอ	() ไม่เพียงพอ
-------------	----------------
9. ผู้ให้การดูแล/ช่วยเหลือขณะบวช

() 1 บุตร หลาน	() 3 เพื่อนบ้าน
() 2 ญาติพี่น้อง	() 4 อื่นๆ ระบุ.....

10. บุคคลที่ท่านติดต่อด้วยเป็นประจำสม่ำเสมอและพึงพาอาศัยได้/ ความสัมพันธ์

.....

11. สิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาล

() 1 เบิกค่ารักษาพยาบาลจากสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

() 2 สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)

หน่วยบริการหลัก คือ

() สิทธิบัตรประกันสังคม

() สิทธิประกันบริษัทเอกชน

() อื่นๆ ระบุ.....

12. การมีแหล่งบริการสุขภาพในวัด เช่น ห้องพยาบาล ตู้ยา ผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ

() มี ระบุ.....

() ไม่มี

13. การตรวจร่างกาย (สำหรับผู้วิจัย)

น้ำหนัก กิโลกรัม

ส่วนสูง เซนติเมตร

ความดันโลหิต มม.ปรอท

แบบประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิดของสมิธ

1. แบบสอบถามประวัติการเจ็บป่วยเฉียบพลัน

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / หน้าช่อง () ปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นใหม่ในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- () ไม่มีปัญหาสุขภาพ
- () มีปัญหาสุขภาพ ระบุรายละเอียด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () เป็นหวัด เจ็บคอ
 - () ปวดศีรษะ
 - () เป็นไข้
 - () โรคปอดบวม
 - () ท้องเสีย
 - () ท้องผูก
 - () โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ
 - () อุบัติเหตุ หกล้ม แขนขาหัก
 - () แผล ฟิตามร่างกาย
 - () โรคกระเพาะอาหาร
 - () ปวดกระดูก และข้อ
 - () โรคตา
 - () การได้ยินผิดปกติ เช่น หูหนวก หูตึง
 - () โรคเบาหวาน
 - () โรคความดันโลหิตสูง
 - () โรคหลอดเลือดหัวใจ
 - () หลอดลมอักเสบ
 - () หอบหืด
 - () โรคไต
 - () โรคอื่นๆ ระบุ

2. แบบสอบถามประวัติการเจ็บป่วยเรื้อรัง

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / หน้าช่อง () โรคหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นเรื้อรังมานานเกินกว่า 6 เดือน

- () ไม่มีปัญหาสุขภาพ
- () มีปัญหาสุขภาพ ระบุรายละเอียด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - () ปวดกระดูก และข้อ
 - () การมองเห็นผิดปกติ เช่น ต้อกระจก ต้อหิน ตามัว
 - () การได้ยินผิดปกติ เช่น หูหนวก หูตึง
 - () ได้รับอุบัติเหตุ บาดเจ็บสาหัส และมีความพิการหลงเหลือ ระบุ.....
 - () โรคหลอดเลือดสมอง อัมพาต อัมพฤกษ์
 - () โรคเบาหวาน
 - () โรคความดันโลหิตสูง
 - () โรคหลอดเลือดหัวใจ
 - () กระดูกหัก
 - () โรคไต
 - () โรคกระเพาะ
 - () โรคปอดเรื้อรัง เช่น ถุงลมโป่งพอง วัณโรค
 - () หลอดลมอักเสบเรื้อรัง
 - () หอบหืด
 - () โรคตับ เช่น ตับอักเสบเรื้อรัง
 - () ต่อมธัยรอยด์ผิดปกติ
 - () มะเร็ง
 - () ซีด
 - () โรคอื่นๆ ระบุ

3. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เชล

คำชี้แจง กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับสิ่งที่ท่านทำได้จริงในขณะนี้

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

- 0 ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- 1 ดักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนดักเตรียมไว้ให้ หรือดักเป็นชิ้นเล็กๆ ว่างหน้า
- 2 ดักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า แปรงฟัน ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

- 0 ต้องการความช่วยเหลือ
- 1 ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำเองได้ถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

- 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
- 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุง หรือดันขึ้นมาก็จะนั่งอยู่ได้
- 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 ทำได้เอง

4. Toilet use (ใช้ห้องสุขา)

- 0 ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1 ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- 2 ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

- 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

- 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
- 1 ช่วยตัวเองได้ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

- 0 ไม่สามารถทำได้
- 1 ต้องการคนช่วย
- 2 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

- 0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- 1 อาบน้ำเองได้

9. Bowel (การกลั่นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0 กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1 กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2 กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

- 0 กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ แต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1 กลั่นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2 กลั่นได้เป็นปกติ

4. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีจุฬาฯ

คำชี้แจง กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับกิจกรรมที่ท่านทำได้จริงในขณะนี้

1. Walking out door (เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน)

- 0 เดินไม่ได้
- 1 ใช้รถเข็นและช่วยตัวเองได้ หรือต้องการคนประคอง 2 ข้าง
- 2 ต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตลอด
- 3 เดินได้เอง (รวมทั้งที่ใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker)

2. Cooking (ทำหรือเตรียมอาหาร หุงข้าว)

- 0 ทำไม่ได้
- 1 ต้องการคนช่วยในการทำ หรือจัดเตรียมการบางอย่างไว้ล่วงหน้า จึงจะทำได้
- 2 ทำได้เอง

3. Heavy house work (เช่น ทำความสะอาดดูบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า)

- 0 ทำไม่ได้/ต้องมีคนช่วย
- 1 ทำได้เอง

4. Money exchange (ทอนเงิน/แลกเงิน)

- 0 ทำไม่ได้/ต้องมีคนช่วย
- 1 ทำได้เอง

5. Transportation (เช่น ใช้บริการรถเมล์ รถสองแถว รถไฟฟ้า)

- 0 ไม่สามารถทำได้
- 1 ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย
- 2 ไปมาได้เอง

5. แบบประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิดของสมิธ

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนดให้ หรือทำเครื่องหมาย / ลงใน () ให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านในขณะนี้

1. ท่านมีอาการไม่สบายบ้างหรือไม่

() มี ระบุ.....

() ไม่มี

2. ท่านสามารถประกอบพิธีกรรมทางศาสนา เช่น สวดมนต์ ทำวัตรเช้า-เย็น ได้หรือไม่

() ได้ ระบุ.....

() ไม่ได้ เพราะ

3. ท่านสามารถบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม เช่น สอนศีลธรรมแก่นักเรียนหรือผู้อื่น การสังคมสงเคราะห์ หรือให้คำปรึกษาปัญหาในการดำเนินชีวิตแก่ประชาชน ได้หรือไม่

() ได้ ระบุ.....

() ไม่ได้ เพราะ

4. ท่านสามารถปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในวัดได้หรือไม่ (เช่น ด้านความเป็นอยู่ การอยู่ร่วมกันเป็นหมู่คณะ)

() ได้ ระบุ

() ไม่ได้ เพราะ

5. ท่านสามารถปรับตัวให้เข้ากับกฎระเบียบวินัยของแม่ชีได้หรือไม่

() ได้ ระบุ

() ไม่ได้ เพราะ

6. ท่านสามารถปรับตัวต่อบทบาทของการเป็นนักบวชได้หรือไม่

() ได้ ระบุ

() ไม่ได้ เพราะ

7. ท่านสามารถปรับตัวจากการมีเรี่ยวแรง/กำลังลดลงตามวัยได้หรือไม่

() ได้ เพราะ

() ไม่ได้ เพราะ

8. การเป็นแม่ชีทำให้ท่านรู้สึกมีความสุข

() ใช่ เพราะ

() ไม่ใช่ เพราะ

9. การเป็นแม่ชีทำให้ท่านมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า

() ใช่ เพราะ

() ไม่ใช่ เพราะ

10. การเป็นแม่ชีทำให้ท่านได้บรรลุความไฝ่ฝันอันสูงสุดในชีวิต

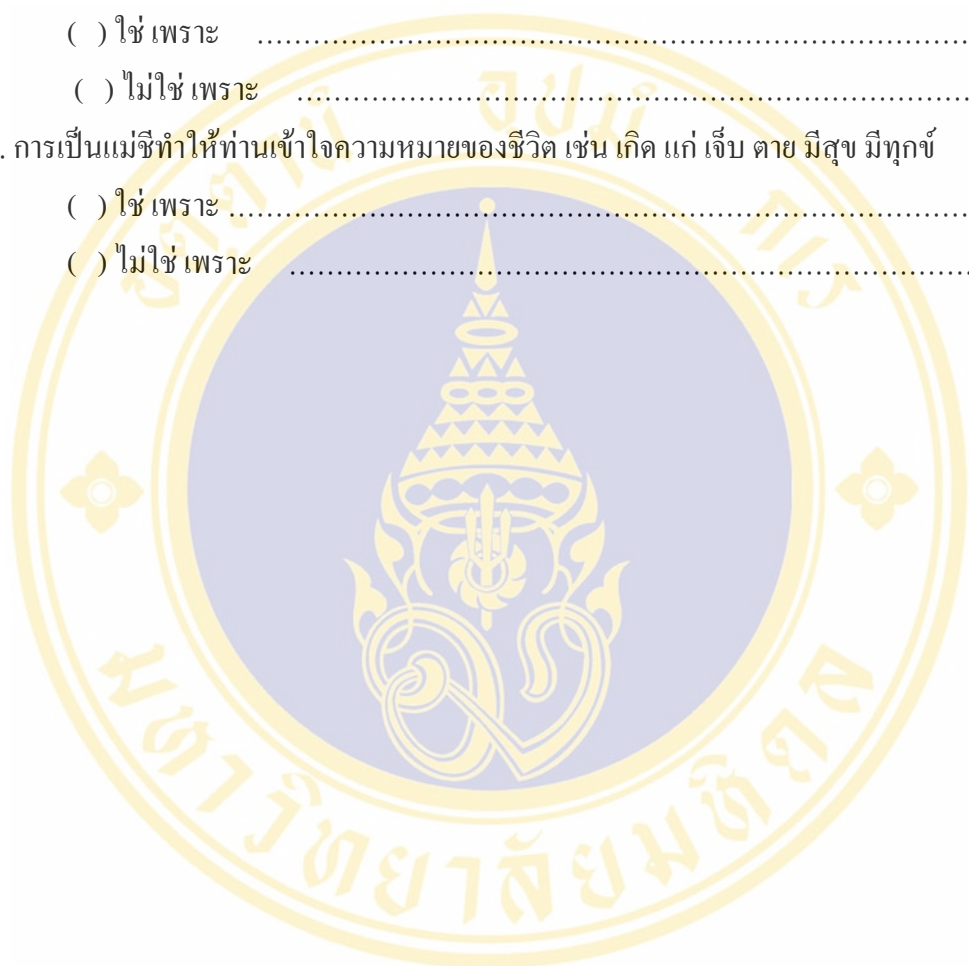
() ใช่ เพราะ

() ไม่ใช่ เพราะ

11. การเป็นแม่ชีทำให้ท่านเข้าใจความหมายของชีวิต เช่น เกิด แก่ เจ็บ ตาย มีสุข มีทุกข์

() ใช่ เพราะ

() ไม่ใช่ เพราะ



แบบประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของแม่ที่สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () ให้ตรงกับความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน

ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของท่านในขณะนี้เป็นอย่างไร

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| () 5 แข็งแรงมาก | () 2 ค่อนข้างอ่อนแอ |
| () 4 ค่อนข้างแข็งแรง | () 1 อ่อนแอ |
| () 3 ปานกลาง | |

เมื่อเปรียบเทียบกับคนวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| () 3 แข็งแรงกว่าคนอื่น | () 1 อ่อนแอกว่าคนอื่น |
| () 2 เหมือนคนอื่น | |

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีสูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความในช่องว่างที่กำหนดให้ หรือทำเครื่องหมาย / หน้าช่อง () ที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน

1. ตามปกติท่านดูแลสุขภาพของท่านอย่างไรบ้าง

- ☐ การดื่มน้ำ
- ☐ การรับประทานอาหาร
- ☐ การออกกำลังกาย/ การมีกิจกรรม
- ☐ การดูแลความสะอาดร่างกายและช่องปาก
- ☐ การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม
- ☐ การดูแลให้ได้จับถ่ายเป็นเวลา
- ☐ การป้องกันการบาดเจ็บ พลัดตกหกล้ม เจ็บป่วย
- ☐ การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ
- ☐ การจัดการกับความเครียด
- ☐ การทำประโยชน์ต่อสังคม
- ☐ การตรวจสุขภาพประจำปี/ การรับวัคซีนป้องกันโรค
- ☐ ยาที่ใช้เป็นประจำ (เช่น ยาตามแผนการรักษา ซื้อมาเอง ยาสมุนไพร ยาบำรุง หรืออื่นๆ).....

2. ท่านศึกษาหาความรู้ในการดูแลสุขภาพจากแหล่งใดเป็นประจำ

- () ปรึกษาบุคคลอื่น (ระบุ).....
 - () อ่านหนังสือ
 - () รายการข่าวสุขภาพ (จากวิทยุ โทรทัศน์)
 - () อื่นๆ (ระบุ)
- เพราะเหตุใดท่านจึงเลือกใช้แหล่งเหล่านี้เป็นประจำ

3. เมื่อท่านมีอาการเจ็บป่วย/บาดเจ็บหรือไม่สบายเฉียบพลัน เช่น (ระบุตามการรับรู้และการให้ความหมายของแม่ชีสูงอายุ)

หมายเหตุ หากไม่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันให้คำตอบข้อ 3 และข้อ 4

ท่านทำอย่างไร

- () สังเกตอาการ
- () ขอคำแนะนำหรือปรึกษาบุคคลอื่น เช่น แม่ชี ญาติ หรืออื่นๆ
- () ซื้อยากินเอง (ระบุชื่อยา)
- () รักษาแบบพื้นบ้าน เช่น ใช้น้ำสมุนไพร การนวดแผนไทย การใช้โหราศาสตร์
- () ใช้สถานบริการของรัฐ (ระบุ)
- () ใช้สถานบริการของเอกชน (ระบุ).....
- () อื่นๆ (ระบุ)

เพราะเหตุใดท่านจึงทำเช่นนั้น

- (ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ).....
- (ปัจจัยด้านผู้ให้บริการสุขภาพ).....
- (ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการสุขภาพ)

4. ท่านรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยเฉียบพลัน/การบาดเจ็บดังกล่าวรุนแรงมากน้อยแค่ไหน

- () เป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย
- () เป็นการเจ็บป่วยปานกลาง
- () เป็นการเจ็บป่วยรุนแรง

5. การเจ็บป่วยหรือไม่สบายเรื้อรัง/โรคประจำตัว เช่น (ระบุตามการรับรู้และการให้ความหมายของแม่ชีสูงอายุ).....

หมายเหตุ หากไม่มีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังให้งดตอบข้อ 5 และข้อ 6

ท่านทำอย่างไร

- () สังเกตอาการ
- () ขอคำแนะนำหรือปรึกษาบุคคลอื่น เช่น แม่ชี ญาติ หรืออื่นๆ
- () ซื้อยากินเอง (ระบุชื่อยา)
- () รักษาแบบพื้นบ้าน เช่น ใช้น้ำสมุนไพร การนวดแผนไทย การใช้โหราศาสตร์
- () ใช้สถานบริการของรัฐ (ระบุ)
- () ใช้สถานบริการของเอกชน (ระบุ).....
- () อื่นๆ (ระบุ)

เพราะเหตุใดท่านจึงทำเช่นนั้น

(ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ).....

(ปัจจัยด้านผู้ให้บริการสุขภาพ).....

(ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการสุขภาพ)

6. ท่านรู้สึกว่าการเจ็บป่วย ไม่สบายเรื้อรังหรือโรคประจำตัวดังกล่าวรุนแรงมากน้อยแค่ไหน
- () เป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย
- () เป็นการเจ็บป่วยปานกลาง
- () เป็นการเจ็บป่วยรุนแรง



ภาคผนวก ข

หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
(Informed Consent Form)

การวิจัยเรื่อง ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ
วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้น
จนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และเข้าร่วม
โครงการวิจัยนี้โดยสมัครใจ ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยจะไม่มีผลใดๆ ต่อ
ตัวข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้
เฉพาะในรูปที่เป็นผลสรุปการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่
เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้ง
ให้ทราบโดยไม่ปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ
ยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

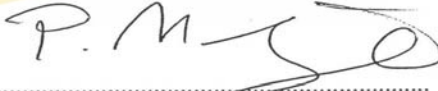
ลงนาม.....พยาน

ลงนาม.....พยาน

ในกรณีที่ผู้ยินยอมให้ทำการวิจัยไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ จะต้องได้รับการยินยอมในขณะที่ยังมีสติสัมปชัญญะ และระบุข้อความไว้ดังนี้ ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนาม หรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม
(หรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือ)



	
No. <u>96/2005</u>	
Documentary Proof of Ethical Clearance The Committee on Human Rights Related to Human Experimentation Mahidol University, Bangkok	
Title of Project.	Health Status and Health Seeking Behavior of Thai Older Nuns (Thesis for Master Degree)
Principle Investigator.	Mrs. Paweena Ngarmasing
Name of Institution.	Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital
Approved by the Committee on Human Rights Related to Human Experimentation	
Signature of Chairman.	 (Professor Dr.Srisin Khusmith)
Signature of Head of the Institute.	 (Professor Dr.Pornchai Matangkasombut)
Date of Approval.	<u>27 JUL 2005</u>

ภาคผนวก ค

เอกสารคำอธิบาย/คำชี้แจงแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อเรื่อง

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ

วัตถุประสงค์และวิธีวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ต้องการทราบภาวะสุขภาพ พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ โดยผู้วิจัยจะสัมภาษณ์แม่ชีสูงอายุเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพ ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 90-120 นาที

เหตุผลที่เชิญชวนให้ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

เนื่องจากแม่ชีเป็นกลุ่มประชากรสตรีที่บวชในพระพุทธศาสนา มีวัตรปฏิบัติและวิถีชีวิตประจำวันแตกต่างจากฆราวาส อีกทั้งเป็นคนกลุ่มน้อยในสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุย่อมมีปัญหาสุขภาพตามมา ปัญหาสุขภาพในผู้หญิงสูงอายุจะมีความเฉพาะและแตกต่างจากปัญหาสุขภาพในผู้ชายสูงอายุ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพ พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพ และปัจจัยที่มีส่วนในการตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ ความเข้าใจภาวะสุขภาพ การใช้ระบบการดูแลสุขภาพและปัจจัยที่มีส่วนในการตัดสินใจเลือกใช้ระบบการดูแลสุขภาพของแม่ชีไทยสูงอายุ สามารถนำไปวางแผนปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพของแม่ชีไทยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์เป็นเวลาประมาณ 90-120 นาที

ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

ข้อมูลที่ได้รับจะใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะสุขภาพของแม่ชีไทย

ความเสี่ยงหรือความไม่สบายใจที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมในการวิจัย

ไม่มีความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆในการเข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำการทดลองหรือปฏิบัติหัตถการใดๆที่มีการดูลำร่างกาย แต่ในการสัมภาษณ์อาจทำให้สูญเสียความเป็นส่วนตัวบ้าง รวมทั้งต้องใช้เวลาในการสนทนาและตอบคำถาม

ขอบเขตการดูแลรักษาความลับของข้อมูลต่างๆ

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมมาได้ทั้งหมดจะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยทั้งนี้ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น และผู้ที่จะสามารถรับรู้ข้อมูลเหล่านี้ นอกจากผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วต้องได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัยก่อน

สิทธิในการถอนตัวออกจากโครงการวิจัย

ในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน (แม้จะไทยสูงอายุ) ท่านสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อตัวท่าน

กรณีมีเหตุจำเป็นหรือมีปัญหา ข้อเสนอแนะติดต่อผู้วิจัย

นางปวีณา งามสิงห์

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ต. คลองหนึ่ง อ. คลองหลวง จ. ปทุมธานี 12120

โทรศัพท์ 0-2926-9175, 0-1489-1884

E-mail address: aoypaweena@yahoo.com

ภาคผนวก ง

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความครอบคลุมของแนวคำถามในการสัมภาษณ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ขวดี เข้มวงษ์ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.ดร. นพวรรณ เปียชื่อ Ph.D. (Nursing)

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ. ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา พย.ค.

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางปวีณา งามสิงห์
วัน เดือน ปีเกิด	9 สิงหาคม 2509
สถานที่เกิด	นครศรีธรรมราช
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, พ.ศ. 2527-2530 วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2545-2550 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พยาบาล ระดับ 6 โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ถนนพหลโยธิน ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120 โทรศัพท์ 0-2926-9334-5
ที่อยู่	35/41 หมู่บ้านภัสสร 3 ตำบลคลองสาม อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120 โทรศัพท์ 081-4891884