

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา และภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหา
2. ภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม
3. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา และภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหา

ความหมายของพฤติกรรมการเผชิญปัญหา

มีผู้สนใจทำการศึกษา และให้ความหมายของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาไว้หลายท่านดังนี้

การ์แลนด์และบุช (Garland & Bush, 1982, p.6) กล่าวว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาคือ กระบวนการที่บุคคลพยายามที่จะบรรเทาหรือจัดการความเครียดหรือสิ่งคุกคาม อาจประกอบด้วยพฤติกรรมทั้งที่เปิดเผย และไม่เปิดเผยหลายลักษณะ โดยเป็นการแสดงออกอย่างต่อเนื่อง

อิกนาตาวิเชียส (Ignatavicius, 1991, p.92) กล่าวถึงพฤติกรรมการเผชิญปัญหาว่า เป็นกิจกรรมต่าง ๆ ทางความนึกคิดหรือการกระทำซึ่งบุคคลใช้จัดการกับความเครียด

ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984, p.141) กล่าวว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหา เป็นความพยายามของบุคคลที่จะเปลี่ยนความนึกคิดหรือพฤติกรรมอยู่ตลอดเวลา เพื่อจัดการกับความต้องการภายใน และ/หรือภายนอกร่างกาย หลังจากประเมินแล้วว่าต้องใช้

กำลังความสามารถหรือแหล่งทรัพยากรมากกว่าที่มีอยู่ตามปกติ

มิลเลอร์ (Miller, 1992, p.20) กล่าวว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาคือ การจัดการกับสถานการณ์ที่มีลักษณะคุกคามของบุคคล เพื่อจัดหรือแก้ไขความรู้สึกไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความโศกเศร้า หรือความรู้สึกผิด

เบอร์คฮาร์ดท์ (Burckhardt, 1987, p.543) กล่าวว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาเป็นความพยายามที่จะควบคุมความเครียดของบุคคล เมื่อพฤติกรรมหรือการตอบสนองแบบอัตโนมัติหรือที่กระทำเป็นประจำไม่สามารถควบคุมได้

ลักแมนน์ และซอร์เรนเซ่น (Luckmann & Sorensen, 1987, p.42) กล่าวว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหา คือวิธีการที่บุคคลใช้จัดการกับความเครียด โดยการผสมผสานประสบการณ์ที่ผ่านมา มีลักษณะเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่ค่อยเป็นค่อยไป และมีการปรับเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหา หมายถึง กระบวนการทางความคิด หรือการกระทำของบุคคล ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุม บรรเทา หรือกำจัดภาวะคุกคามหรือความเครียด

กระบวนการเผชิญปัญหา

กระบวนการเผชิญปัญหา เป็นขั้นตอนของการตอบสนองต่อความเครียดหรือสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหา กระบวนการดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาต่อเนื่องกันไป (Scott, Oberst, & Bookbinder, 1984, p.326) ตัวอย่างที่แสดงถึงลักษณะของการเผชิญปัญหาในรูปของกระบวนการคือ ปฏิกริยาความโศกเศร้าจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Lazarus & Folkman, 1984, p.143) ซึ่งในระยะแรกจะเริ่มด้วยภาวะช็อกและไม่เชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นความจริง หรือพยายามปฏิเสธ ต่อจากนั้นอาจเริ่มมีการคลุ้มคลั่ง ขาดสติ หรือร้องไห้คร่ำครวญ ต่อมาจะปรากฏพฤติกรรมในรูปแบบแยกตัวจากสังคม มีภาวะซึมเศร้า ก่อนที่จะเข้าสู่ขั้นตอนสุดท้ายคือการยอมรับการสูญเสีย และเริ่มกลับมีสัมพันธภาพกับสังคมและบุคคลอื่น กระบวนการนี้อาจใช้เวลานาน

เป็นเดือนหรือเป็นปีโดยมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาหลายรูปแบบสลับกันไป กระบวนการเผชิญปัญหาตามแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมนแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน (Lazarus & Folkman, 1984, pp.19-54 ; 150-155) ดังนี้

1. การประเมินสถานการณ์ (appraisal) ซึ่งเป็นกระบวนการทางความคิดที่เกิดขึ้นระหว่างปัญหากับการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรม การประเมินสถานการณ์ มี 3 ระยะ คือ

1.1 การประเมินปฐมภูมิ (primary appraisal) คือการที่บุคคลใช้สติปัญญาความรู้ ประเมินตัดสินถึงความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ สามารถประเมินได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1.1.1 ไม่เกิดประโยชน์หรือไม่มีความสำคัญกับตนเอง บุคคลไม่รู้สึกละไรต่อสถานการณ์นั้นเนื่องจากไม่มีลักษณะใดแสดงว่าจะกระทบต่อความผาสุก หรือตนไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับเหตุการณ์นั้น

1.1.2 เกิดผลที่ดีหรือได้ประโยชน์ คือการที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นมีผลในทางที่ดีกับสวัสดิภาพของตนเอง ทำให้บุคคลนั้นเกิดความผ่อนคลาย ไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น และสามารถหันเหความสนใจไปในเรื่องอื่น

1.1.3 เกิดความเครียดหรือผลไม่ดีกับตนเอง เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์นั้นเห็นว่ามีความเกี่ยวข้องกับตนในลักษณะใดลักษณะหนึ่งต่อไปนี้

1.1.3.1 การเกิดอันตรายหรือการสูญเสีย เนื่องจากมีบางสิ่งบางอย่างเป็นผลกระทบจากสถานการณ์ และปรากฏผลให้เห็นแล้ว เช่น บุคคลซึ่งได้รับอุบัติเหตุเกิดการบาดเจ็บ จะประเมินว่าเกิดความเสียหายกับชีวิตและทรัพย์สินของตนเอง

1.1.3.2 ภาวะคุกคาม เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะเกิดอันตรายหรือมีการสูญเสียเกิดขึ้น ลักษณะที่พบคือ การแสดงออกของอารมณ์ในทางลบ เช่น กลัววิตกกังวล หรือโกรธ ในบางกรณีบุคคลอาจประเมินว่าเป็นอันตรายหรือการสูญเสีย และภาวะคุกคามร่วมกัน เช่น ผู้ป่วยซึ่งถูกตัดขา นอกจากประเมินว่าเกิดอันตรายขึ้นกับตนเอง และทำให้สูญเสียขาไปแล้วยังประเมินว่าเหตุการณ์นี้คุกคามต่อหน้าที่การงานและศักยภาพของชีวิตในอนาคตด้วย

1.1.3.3 การท้าทาย เป็นการพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นอาจเป็นอันตรายแต่คาดการณ์ว่าสามารถจัดการกับปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ได้ หรืออาจมีผลประโยชน์กับตนเอง ทำให้มีความกระตือรือร้น ต้านเด่น ตลอดจนมีขวัญและกำลังใจดีขึ้น

1.2 การประเมินทุติยภูมิ (secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือก โดยประเมินทางเลือกที่สามารถกระทำได้ และเลือกวิธีเผชิญปัญหา ซึ่งจะก่อให้เกิดความสำเร็จ หรือผลลัพธ์ตามต้องการ รวมทั้งประเมินผลจากการใช้วิธีเผชิญปัญหาเดิมที่ผ่านมา การประเมินทุติยภูมิไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินปฐมภูมิ แต่อาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันได้

1.3 การประเมินซ้ำ(reappraisal) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงการประเมินสถานการณ์จากครั้งแรก ๆ โดยใช้ความรู้ข่าวสารใหม่ที่ได้มาจากสิ่งแวดล้อม และ/หรือจากบุคคล โดยใช้กระบวนการทางความคิด เพื่อป้องกันภาวะเครียดหรือการเกิดปัญหาซ้ำ

การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดรุนแรงมากน้อยแค่ไหน ขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้าและปัจจัยด้านตัวบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534, หน้า 109; Ignatavicius, 1991, pp.90-92) ดังนี้

ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า

1. ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต เช่น การเป็นโรคมะเร็ง หรือโรคเอดส์ บุคคลย่อมประเมินว่าเป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมากทั้งในปัจจุบันและในอนาคต

2. ลักษณะของเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด บุคคลโดยทั่วไปจะรู้สึกว่าการณ์ซึ่งสามารถทำนายได้นั้นทำให้เกิดความเครียดน้อยกว่าเหตุการณ์ที่ไม่สามารถทำนายได้

3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในเหตุการณ์ ถ้าเหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือไม่แน่นอน จะทำให้บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียดเพิ่มขึ้น

4. ระยะเวลาของเหตุการณ์ ซึ่งมีผลกระทบต่อระดับของความเครียด เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน มักทำให้เครียดกว่าเหตุการณ์ที่ยังมาไม่ถึง นอกจากนี้เหตุการณ์ที่มีช่วงเวลาอันยาวนาน เช่น โรคเรื้อรัง ก็มีผลทำให้ความเครียดรุนแรงขึ้น และคงอยู่เป็นระยะเวลาต่อเนื่องกัน

ปัจจัยด้านตัวบุคคล

1. ข้อผูกพัน (commitment) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสำคัญและมีความหมายต่อคุณค่านั้นมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากอาจประเมินว่าเป็นความเครียดที่คุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเองเป็นอย่างมากได้

2. ความเชื่อ (belief) ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ ความเครียดจะปรากฏในลักษณะเป็นเหตุการณ์ที่ท้าทายความสามารถของตน

2. การเผชิญปัญหา (coping) หลังจากบุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นปัญหาหรือความเครียด ไม่ว่าจะอยู่ในลักษณะการเกิดอันตรายหรือสูญเสีย ภาวะคุกคาม หรือการทำลาย บุคคลจะเลือกวิธีการหรือกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อจัดการกับปัญหา และแสดงออกทางความรู้สึกนึกคิด หรือการกระทำในลักษณะต่าง ๆ ซึ่งเรียกว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ซึ่งสามารถแบ่งตามลักษณะหน้าที่กว้าง ๆ เป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

2.1 พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping)

มีลักษณะคล้ายคลึงกับการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์ คือ มีการกำหนดปัญหา หาวิธีหรือทางเลือกในการแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธี ซึ่งนำหนักทางเลือกโดยพิจารณาผลดีผลเสีย แล้วจึงเลือกวิธีที่เหมาะสม และดำเนินการแก้ไขปัญหา อย่างไรก็ตามพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหานั้น ต่างจากการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์ในประเด็นที่มีการรวบรวมกลวิธีต่าง ๆ มากกว่า และมีความต่อเนื่องกัน พฤติกรรมที่แสดงออกในรูปแบบนี้ ได้แก่ การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา การตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา การนำประสบการณ์เก่าที่เคยใช้มาประกอบการพิจารณาแก้ปัญหา และการจัดการกับปัญหาโดยตรง เป็นต้น (Lazarus & Folkman, 1984, p.152) บุคคลจะใช้พฤติกรรมรูปแบบนี้ เมื่อรู้สึกว่ามีความสามารถพอที่จะจัดการกับปัญหาหรือความเครียด และ

สถานการณ์นั้น ไม่อยู่ในลักษณะคุกคามจนเกินไป (Kneil, 1988, p.136) การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาจำเป็นต้องมีข้อมูลข่าวสารและการประเมินสถานการณ์ที่ถูกต้อง เพื่อวางแผนจัดการกับปัญหาตามความเป็นจริง ซึ่งถ้าหากเวลาและข่าวสารมีไม่เพียงพอ หรือทางเลือกมีข้อจำกัด ก็อาจจะมีผลทำให้การเผชิญปัญหานั้น ๆ ไม่มีประสิทธิภาพ (Ignatavicius, 1991, p.93)

2.2 พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) บุคคลจะใช้พฤติกรรมแบบนี้มากเมื่อประเมินว่าไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขภาวะคุกคามหรือสิ่งแวดล้อมได้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

2.2.1 รูปแบบซึ่งใช้กระบวนการทางความคิด ทำให้อารมณ์ตึงเครียดลดลง ซึ่งเป็นรูปแบบส่วนใหญ่ของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ วิธีเผชิญปัญหาเหล่านี้ได้แก่ การหลีกเลี่ยง การทำให้เห็นเป็นเรื่องเล็ก การพยายามอยู่ห่างจากเหตุการณ์นั้น การเปรียบเทียบในแง่ดี และการมองหาคุณค่าในสิ่งนั้น

2.2.2 รูปแบบซึ่งใช้กระบวนการทางความคิดทำให้อารมณ์เครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งมีจำนวนไม่มาก โดยอาจต้องการให้ความเครียดก่อนในระยะแรก เพื่อทำให้อารมณ์เครียดลดลงหรือพบสถานการณ์ที่ดีกว่าในภายหลัง วิธีดังกล่าวคือ การตำหนิหรือกระทำบางสิ่งในลักษณะลงโทษตนเอง ตัวอย่างที่แสดงให้เห็นได้แก่ นักกีฬาซึ่งจงใจเพิ่มความเครียดให้กับตนเองเพื่อที่จะได้มีแรงผลักดันในการต่อสู้แข่งขันเพื่อชัยชนะ เป็นต้น

2.2.3 รูปแบบอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้ใช้กระบวนการทางความคิด แต่เป็นการกระทำเพื่อให้ลืมปัญหา ได้แก่ การทำสมาธิ การดื่มเหล้า การระบายความโกรธ เป็นต้น

การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยการผสมผสานระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งทั้งสองรูปแบบนี้อาจให้ทั้งผลดีและผลเสีย ทั้งขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลและในแต่ละสถานการณ์ เช่น ผู้ที่เจ็บป่วยและบาดเจ็บอย่างรุนแรงต้องสูญเสียอวัยวะหรือมีความพิการ หรืออาจต้องสูญเสียชีวิตนั้น การปฏิเสธในระยะแรกเป็นการตอบสนองที่ปกติ และถือเป็นพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เพราะในระยะนี้ผู้ที่เจ็บป่วยมักสับสนและอ่อนแอเกินกว่าที่จะเผชิญกับความจริงได้

การปฏิเสธอาจช่วยให้มีความหวัง แต่เมื่อเวลาผ่านไปหากยังคงใช้การปฏิเสธอยู่ตลอดเวลา ก็เกิดผลเสียและทำให้ไม่สามารถมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอื่น ๆ ที่เหมาะสมหรือเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพได้ ในทางตรงข้ามผู้ป่วยมะเร็งที่ยอมรับความจริงจนกระทั่งหมดสิ้นความหวังทั้งหมดนั้น ถือว่าเป็นพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม (Beare & Myers, 1994, p.44; สมจิต หนูเจริญกุล, 2534, หน้า 111) อย่างไรก็ตามรายงานการศึกษาวิจัยในกลุ่มบุคคลและกลุ่มผู้ป่วยพบว่า ส่วนใหญ่มักใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา มากกว่าแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Ignatavicius, 1991, p.93; สมจิต หนูเจริญกุล, 2534, หน้า 110)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหา

การประเมินสถานการณ์โดยใช้กระบวนการทางความคิด เป็นสิ่งสำคัญในการกำหนดรูปแบบพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ซึ่งก็จะมีผลแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และจะประสบผลสำเร็จหรือไม่ เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยที่อาจเป็นทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในตัวบุคคลนั้น ๆ ซึ่งสามารถสรุปเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ได้ดังนี้ (Burke & Flaherty, 1993, p.7; Garland & Bush, 1982, p.11; Lazarus & Folkman, 1984, pp.157-164)

1. ลักษณะของความเครียดหรือสถานการณ์นั้น เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่ได้คาดคิดหรือค่อยเป็นค่อยไป ระดับความรุนแรงของสถานการณ์ ระยะเวลาที่เกิดสถานการณ์ และเป็นความเครียดเพียงเรื่องเดียวหรือหลายเรื่องพร้อมกัน ซึ่งทั้งหมดจะมีผลต่อการรับรู้ของแต่ละบุคคลและมีผลต่อพฤติกรรมการเผชิญปัญหาต่างกัน เช่น บุคคลหนึ่งอาจสามารถเผชิญกับปัญหาหรือความเครียดที่รุนแรงเรื่องหนึ่งได้ แต่ประสบความล้มเหลวเมื่อเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกันหลาย ๆ เรื่อง แม้ว่าจะมีความรุนแรงน้อยกว่า หรือบุคคลหนึ่งอาจสามารถทนหรือต้านทานต่อความเครียดที่รุนแรงแต่มีระยะเวลานาน มากกว่าความเครียดที่รุนแรงน้อยกว่าแต่มีระยะเวลายาวนานเร็ววัง ทั้งนี้เนื่องจากในภาวะเร็ววังบุคคลจะต้องใช้พลังงานในการปรับตัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และทำให้เกิด

ความเครียดเพิ่มขึ้นอีกได้ง่ายจากสิ่งกระตุ้นอื่น ๆ ซึ่งถ้าความเครียดหรือปัญหามีทั้งความรุนแรงและเรื้อรัง บุคคลมักจะมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมอย่างถาวร (Luckmann & Sorensen, 1987, p.31) ในภาวะโรคเรื้อรังมักทำให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลง (Potter & Perry, 1987, p.59)

2. ประสบการณ์ในอดีต เป็นศักยภาพของแต่ละบุคคลซึ่งช่วยในการตัดสินใจหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น (Luckmann & Sorensen, 1989, p.31 ; Potter & Perry, 1987, p.60) บุคคลมักจะนำรูปแบบพฤติกรรมในการเผชิญปัญหาเดิมที่เคยใช้ได้ผลมาใช้จัดการกับปัญหา ซึ่งถ้าไม่ประสบผลสำเร็จก็จะหาวิธีใหม่ (Ignatavicius, 1991, p.92) นอกจากประสบการณ์ในอดีตมักทำให้เพิ่มความทนต่อความเครียดอีกด้วย (Roberts, 1987, p.103)

3. อายุ จะมีผลต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา โดยอายุที่เพิ่มขึ้นจะช่วยให้มีความรอบคอบในการพิจารณาทางเลือก เช่น ในวัยสูงอายุจะผ่านการดำเนินชีวิตมาหลายรูปแบบ และมีประสบการณ์ในการจัดการกับความเครียด (Burke & Flaherty, 1993, p.11)

4. ระดับการศึกษา ถือ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลอย่างหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา ระดับการศึกษาที่ดีกว่าจะทำให้บุคคลสามารถเลือกปัจจัยเกี่ยวข้องได้เหมาะสม ตลอดจนใช้ประโยชน์จากความรู้ หรือผลสะท้อนจากพฤติกรรมเดิมที่เคยปฏิบัติมาพิจารณาใช้เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำอีก (Jalowiec, 1981, p.14)

5. ทักษะในการแก้ปัญหา เป็นความสามารถเฉพาะของแต่ละบุคคล ที่จะนำเอาประสบการณ์ สติปัญญา และความรู้มาใช้ในการแก้ปัญหา เช่น ความสามารถในการค้นหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การจำแนกวิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนหาทางเลือกที่เหมาะสม

6. ทักษะทางสังคม เนื่องจากมนุษย์ทุกคนมีหน้าที่หรือบทบาทในสังคม ทักษะทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเผชิญปัญหา ซึ่งจะขึ้นถึงความสามารถในการติดต่อขอความเห็น ขอความช่วยเหลือและความร่วมมือจากบุคคลอื่น ทำให้มีความสะดวกหรือความง่ายในการจัดการกับปัญหา

7. ภาวะสุขภาพและพลังงาน ถือเป็นแหล่งประโยชน์ทางด้านร่างกายที่มีผลต่อพฤติกรรมในการเผชิญปัญหา บุคคลซึ่งเจ็บป่วยอ่อนแอย่อมมีพลังงานซึ่งจะนำมาใช้ประโยชน์ในการเผชิญปัญหา

น้อยกว่าบุคคลที่สุขภาพดี แข็งแรง

8. **ค่านิยมและความเชื่อ** บุคคลจะมีความเชื่อแตกต่างกันออกไป และจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการเผชิญปัญหา ความเชื่อในทางที่ดี เช่น เชื่อว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์ได้ เชื่อและศรัทธาต่อแพทย์ ตลอดจนแผนการรักษาว่ามีประสิทธิภาพ เชื่อในความยุติธรรม หรือพระเจ้า จะทำให้บุคคลเกิดความหวังและมีความพยายามที่จะต่อสู้หรือเผชิญปัญหาได้ แต่ความเชื่อบางอย่าง เช่น เชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นการลงโทษของพระเจ้า จะทำให้บุคคลนิ่งเฉย ไม่ยอมคิดหรือปฏิบัติการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อควบคุมหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น หรือความเชื่อซึ่งมาจากการอบรมเลี้ยงดูปลูกฝังค่านิยมบางอย่าง อาจส่งผลให้บุคคลไม่กล้าที่จะกระทำหรือแสดงความรู้สึกลอกมาตามความต้องการ เนื่องจากเกรงว่าอาจถูกประณามหรือว่ากล่าว เช่น ไม่กล้าขอรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นซึ่งมีความเต็มใจ เพราะกลัวถูกกล่าวหาว่าไร้ความคิดหรือหมดหนทางช่วยเหลือตนเอง เป็นต้น

9. **การสนับสนุนทางสังคม** ซึ่งอาจจะได้รับในรูปของความรู้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ การสนับสนุนและให้กำลังใจหรือสิ่งของ ความช่วยเหลือและความร่วมมือต่าง ๆ จากการศึกษาของแม็คเนต (McNett, 1986, pp.98-103) พบว่าการรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีอย่างเพียงพอ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพของการเผชิญปัญหา

10. **แหล่งประโยชน์ทางวัตถุ** ได้แก่ เงิน สิ่งของ และสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต บุคคลซึ่งมีแหล่งอำนวยความสะดวกสบาย โดยเฉพาะถ้าใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมมีทางเลือก และมีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหามากกว่าบุคคลซึ่งขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวก (Lazarus & Folkman, 1984, p.164) ดังจะเห็นได้จากอุบัติการณ์ของความผิดปกติทางจิต ซึ่งพบมากในกลุ่มบุคคลซึ่งมีเศรษฐกิจต่ำนั้น เชื่อว่ามีสาเหตุสำคัญประการหนึ่งมาจากการต้องประสบกับปัญหาและความเครียดในการดำเนินชีวิตมากขึ้น (Beare & Myers, 1994, p.42)

ผลของการเผชิญปัญหา

เมื่อบุคคลผ่านการประเมินสถานการณ์และกระบวนการเผชิญปัญหาแล้ว สิ่งสำคัญที่จะแสดงให้เห็นประสิทธิภาพหรือความสำเร็จของการใช้กระบวนการเผชิญปัญหาคือการปรับตัว ซึ่งจะแสดงผลเป็นพฤติกรรม 3 ประการ (Ignatavicius, 1991, p.95; Lazarus & Folkman, 1984, pp.181-225; Lewis & Collier, 1992, p.77) ดังนี้

1. การทำหน้าที่ในสังคม หมายถึง แนวทางในการปฏิบัติตามบทบาทของแต่ละบุคคล และความพึงพอใจในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล รวมไปถึงทักษะที่จำเป็นในการดำรงบทบาทและสัมพันธภาพในสังคม โดยส่วนใหญ่ผู้มักจะใช้การประเมินสถานการณ์ และการจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล เป็นตัวกำหนดว่าเขาเหล่านั้นสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ซึ่งความลังเลไม่แน่ใจและภาวะอารมณ์ทุกข์โศกเป็นสิ่งที่ขัดขวางทำให้บุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ในสังคมได้สำเร็จ

2. ชั่วร้ายหรือความพึงพอใจในชีวิต เป็นผลของการปรับตัวที่เกิดขึ้นในระยะยาวควบคู่ไปกับผลในระยะสั้น คือ อารมณ์ที่แสดงออกแตกต่างกันไปแล้วแต่สิ่งที่มากระทบ รวมทั้งสะท้อนให้เห็นถึงการประเมินสถานการณ์ว่าบรรลุเป้าหมายเพียงใด และบุคคลเหล่านั้นมีความพึงพอใจต่อผลของการเผชิญปัญหาหรือไม่ การประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นการทำลายอาจทำให้มีชั่วร้ายหรือความพึงพอใจในชีวิตดีขึ้น

3. ภาวะสุขภาพ ความเครียดและอารมณ์ โดยเฉพาะอารมณ์โกรธหรือกลัวจะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับผลของการปรับตัวในด้านภาวะสุขภาพแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น บุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมอย่างหนึ่งคือควรมีการควบคุมอารมณ์ที่ดี ไม่โกรธหรือโมโหง่าย

ในทัศนะของแบร์และไมเออร์ส (Beare & Myers, 1994, p.43) การเผชิญปัญหาที่เหมาะสมหรือมีประสิทธิภาพคือ การกระทำในลักษณะส่งเสริมภาวะสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ทำให้

บุคคลสามารถจัดหรือบรรเทาความเครียดได้สำเร็จ ส่วนการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมหรือไม่มีประสิทธิภาพคือ การกระทำในสิ่งที่เป็นอันตรายต่อภาวะสุขภาพ แม้จะสามารถทำให้ความเครียดลดลงได้เป็นครั้งคราว เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงปัญหา การรับประทานมากเกินไปปกติ และการต่อต้านหรือโกรธผู้อื่น เป็นต้น บุคคลซึ่งมีสุขภาพดีเป็นสิ่งบ่งชี้ให้เห็นได้อย่างหนึ่งว่ามีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

การประเมินพฤติกรรมการเผชิญปัญหา

เนื่องจากพฤติกรรมการเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการทางความคิด หรือการกระทำของบุคคล ทั้งที่เปิดเผยและไม่เปิดเผย จึงมีผู้สนใจสร้างเครื่องมือวัดความคิดและการกระทำเหล่านั้น ซึ่งจาโลวีก (Jalowiec, 1984, pp.157-161) เป็นผู้หนึ่งที่สร้างเครื่องมือวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาโดยรวบรวมจากแนวคิดของลาซาร์สและโฟล์คแมน และเรียกเครื่องมือนี้ว่าแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของจาโลวีก (Jalowiec coping scales) ประกอบด้วยคำถามซึ่งสามารถวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาทั้ง 2 รูปแบบ คือ พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ โดยครั้งแรกนำแบบวัดนี้ไปศึกษาพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 25 คน (Jalowiec & Powers, 1980, pp. 10-14) ซึ่งแบบวัดนี้มีผู้นำไปใช้กันอย่างกว้างขวางโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Downe-Wamboldt, 1991, p.1330) ต่อมาในปี ค.ศ. 1988 จาโลวีกได้พัฒนาเครื่องมือวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหารวม 36 พฤติกรรม โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มพฤติกรรมดังนี้

1. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping behavior) เป็นวิธีการที่มุ่งแก้ไขปัญห โดยพยายามจัดสาเหตุของปัญหา เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ มีจำนวน 13 พฤติกรรม เช่น การพยายามแก้ไขปัญห การค้นหาข้อมูล การตั้งเป้าหมาย และการนำประสบการณ์เก่าที่เคยใช้มาแก้ปัญหา เป็นต้น

2. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบลดอารมณ์ตึงเครียด (emotive coping behavior)

เป็นการกระทำเพื่อบรรเทาความรู้สึกเป็นทุกข์หรือความไม่สบายใจต่าง ๆ โดยการแสดงออกถึงความรู้สึกหรือการระบายอารมณ์ มีจำนวน 9 พฤติกรรม เช่น การรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่ วิตกกังวล การตำหนิผู้อื่น เป็นต้น

3. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด (palliative coping behavior)

มีจำนวน 14 พฤติกรรม เป็นวิธีที่ใช้ในการควบคุมเหตุการณ์หรือแก้ปัญหาทางอ้อม หรือใช้เป็นแนวทางที่จะเปลี่ยนการรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง เช่น การนอนหลับ การสวดมนต์ เป็นต้น

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสรุปได้ว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการทางความคิด หรือการกระทำของบุคคล ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุม บรรเทา หรือจัดภาวะ ความทุกข์หรือความเครียด ซึ่งจะกระทำหลังจากผ่านการประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นความเครียด หรือปัญหา โดยอาจเกิดในลักษณะอันตรายหรือการสูญเสีย ภาวะความทุกข์ หรือ การทำลาย การ ประเมินสถานการณ์เป็นกระบวนการทางความคิด และมีความสำคัญในการกำหนดรูปแบบพฤติกรรมการ เผชิญปัญหาซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และจะประสบผลสำเร็จหรือไม่เพียงใดขึ้นอยู่กับ สถานการณ์ที่เกิดขึ้น และปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพจะเป็นการ ผสมผสานหรือความสมดุลระหว่างพฤติกรรมการ เผชิญปัญหาทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งจัดการกับ อารมณ์ ผลสำเร็จของการเผชิญปัญหาจะทำให้บุคคลดำรงความมีคุณค่าในตนเอง เกิดความหวัง มีชีวิตหรือกำลังใจ จัดความรู้สึกไม่สบายใจต่าง ๆ และดำรงภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม

ความหมายของภาวะสุขภาพ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525, หน้า 616) ให้ความหมายของคำว่า

"ภาวะ" หมายถึง ความมี ความเป็น หรือความปรากฏ

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของ "สุขภาพ" ว่าไม่ได้เป็นเพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น แต่เป็นภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ ตลอดจนมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข (WHO cited in Lewis & Timby, 1988, p.28)

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528, หน้า 21) กล่าวว่า "สุขภาพ" เป็นภาวะหนึ่งของมนุษย์ที่เกิดจากสมดุลของร่างกาย จิตใจและสังคม การรักษาสสมดุลจะเกิดขึ้นได้จากการดูแลร่างกาย จิตใจ และสังคมให้เกิดความสมบูรณ์

อินเซลและรอธ (Insel & Roth, 1985, p.3) กล่าวว่า สุขภาพเป็นผลโดยตรงจากการดำรงชีวิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม หรือเป็นผลลัพธ์หรือสิ่งสะท้อนให้เห็นพฤติกรรมของบุคคลในชีวิตประจำวัน

โอเร็ม (Orem, 1985, p.174) กล่าวถึงสุขภาพว่าเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดีคือคนที่มีความแข็งแรงสมบูรณ์ และสามารถทำหน้าที่ของตนได้ ไม่ใช่เพียงแค่ปราศจากโรคเท่านั้น

คูเปอร์ (Cooper, 1993, p.636) กล่าวไว้ว่า สุขภาพเป็นความสุขของบุคคลอันเกิดจากการที่บุคคลสามารถตอบสนองต่อความเครียดหรือสิ่งเร้าที่มากระทบได้อย่างเหมาะสมและมีจุดหมาย มีการปรับตัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เพื่อให้เกิดความมั่นคงและความสุขสบาย บรรลุตามวัตถุประสงค์ของตน

บอดดี้ (Boddy, 1985, p.15) กล่าวถึงสุขภาพว่า เป็นความสมบูรณ์ของร่างกายและการอยู่ร่วมกับสังคม รวมทั้งปราศจากอาการแสดงของโรค และมีความสุข

อิกนาตาวิเชียส (Ignatavicius, 1991, p.6) ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นระดับความสุขของแต่ละบุคคล ซึ่งระดับความสุขนี้เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง โดยบุคคลจะทำหน้าที่เพื่อให้ตนมีศักยภาพสูงสุด

เพนเดอร์ (Pender, 1980 cited in Cooper, 1993, p.638) กล่าวว่า สุขภาพเป็นศักยภาพของบุคคลที่มีอยู่ตามธรรมชาติ และที่ได้มาจากการมีพฤติกรรมอันมีจุดหมาย การใช้ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง จัดอุปสรรคในการดำรงชีวิต รวมทั้งมีสัมพันธภาพที่ดี

ต่อบุคคลอื่น ซึ่งการกระทำเหล่านี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อคงสภาพความสมบูรณ์ของโครงสร้างของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และสามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมอย่างสงบสุข

ในผู้สูงอายุนั้น เอลส์แลนเดอร์และเบค (Ouslander & Beck, 1982, p.58) ได้ให้แนวคิดที่ว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีโอกาสเกิดโรคเรื้อรัง ความพิการ ตลอดจนเผชิญวิกฤตการณ์ทางจิต-สังคม ดังนั้นการให้ความหมายของภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุจึงควรคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ด้วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของคาร์เนวาลิ (Carnevali, 1993, p.6) ผู้ให้ความหมายของ "สุขภาพผู้สูงอายุ" ว่า เป็นความสำเร็จของบุคคลวัยปลายในการรักษาสมดุลระหว่างความต้องการพื้นฐานในชีวิตประจำวัน และแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งจะนำไปสู่ความผาสุก มีความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตในระดับหนึ่ง

จากแนวคิดทั้งหมดอาจสรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม หมายถึง ภาวะที่มีความสมดุลหรือปรับตัวได้ของบุคคลทั้งด้านร่างกาย และจิต-สังคม ทำให้สามารถปฏิบัติหน้าที่หรือดำเนินชีวิตได้ตามวัตถุประสงค์ มีความพึงพอใจ และความผาสุกในชีวิต

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม

โรคข้อเสื่อมเป็นโรคซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคข้ออักเสบ และพบได้บ่อยที่สุดในบรรดาโรคข้อ (วรวิทย์ เล่าห์เรณู, 2533, หน้า 149 ; Kart, Metress & Metress, 1988, p.104 ; Wolfe, 1984, p.570) และเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดความพิการ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมของประชากรผู้สูงอายุ (Hochberg cited in Burke & Flaherty, 1993, p.7) ด้วยเหตุที่โรคข้อเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Dickinson & Gorman, 1983, p.256; Kart, Metress & Metress, 1988, p.107) จึงทำให้มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุซึ่งมีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ตามกระบวนการสูงอายุอยู่แล้วหลายประการ ไวท์ ริชเตอร์ และฟราย (White, Richter & Fry, 1992, p.211) กล่าวว่า บุคคลซึ่งป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องเผชิญกับอุปสรรคมากมาย ซึ่งรบกวนต่อ

ศักยภาพของชีวิต และมีผลกระทบทำให้มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทางจิตใจอย่างไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ทำให้มีการสูญเสียทางสังคม หน้าที่การงาน ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิต คุณค่าต่อภาพลักษณ์และความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง อาการปวดข้อเป็นลักษณะเด่นและอาการสำคัญของโรคข้อเสื่อม มีผลทำให้เกิดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดบริเวณข้อ มีอาการข้อติดแข็ง การเคลื่อนไหวลดลง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (Ham & Sloane, 1992, p.318) ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายดังกล่าว และระยะเวลาของโรคซึ่งยาวนาน ย่อมส่งผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคมร่วมด้วย (Meenan, Yelin, Nevitt, & Epstein, 1981, p.544)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

ผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมจะมีความทุกข์ทรมานจากอาการเจ็บปวดบริเวณข้อซึ่งมีพยาธิสภาพอย่างมาก โดยเฉพาะความเจ็บปวดจากข้อเข่าเสื่อมซึ่งพบบ่อย เนื่องจากเป็นข้อที่รองรับน้ำหนักของร่างกาย (ยงยุทธ วัชรตูลย์, 2526, หน้า 110; Kart, Metress, & Metress, 1988, p.105) รวมทั้งวัฒนธรรมประเพณีของคนไทยที่ยังนิยมนั่งกับพื้น เช่น นั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ หรือนั่งคุกเข่า เป็นต้น ลักษณะการนั่งดังกล่าวทำให้เอ็นข้อเข่าถูกยืดเต็มที่ ข้อเข่าถูกกดทับเป็นเวลานานอาจมีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงข้อไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อขาดอาหาร เป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดข้อเข่าเสื่อมได้ง่าย (นิตยา สุภานันท์, 2533, หน้า 244; วรวิทย์ เล่าห์เรณู, 2533, หน้า 149) โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิงซึ่งมีความรุนแรงของโรคได้มากกว่าผู้สูงอายุเพศชายถึง 2 เท่า (Forman, 1989, p.284) ทั้งนี้เนื่องจากมีเหตุส่งเสริมคือ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสน้อยกว่าเพศชาย ทำให้เกิดแรงกดลงบนกระดูกอ่อนผิวข้อมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และยีนโนโครโมโซมเพศหญิงมีอิทธิพลต่อการเสื่อมของกระดูกผิวข้อ ทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคข้อเสื่อมเป็นจำนวนมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (Moskowitz & Goldberg, 1988, p.272) นอกจากนี้การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งเป็นตัวป้องกันความ

เสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อ ส่งผลทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อมีการเสื่อมและมีอาการรุนแรงมากขึ้นอีกด้วย (Neuberger & Neuberger, 1984, p.720 ; Peyron, 1984, p.14)

ความรุนแรงของอาการปวดข้อและการเสื่อมสภาพของข้อมักไม่สัมพันธ์กัน กล่าวคือ ภาพรังสีอาจพบข้อเสื่อมรุนแรง แต่ปรากฏว่ามีอาการปวดข้อไม่มากนัก ในขณะที่ภาพรังสีของบางรายพบข้อเสื่อมไม่มาก แต่หญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมอาจมีอาการปวดข้อ และไม่สบายอย่างมาก (ยงยุทธ วัชรตุลย์, 2526, หน้า 114; Luckmann & Sorensen, 1987, p.1544; Moskowitz & Goldberg, 1988, p.173)

อาการปวดข้อเกิดจากเศษกระดูกอ่อนผิวข้อซึ่งแตกหลุดออกทำให้มีการระคายเคืองโดยตรงหรือมีแรงกดต่อเส้นประสาทของกระดูก ส่วนความเจ็บปวดของเนื้อเยื่อโดยรอบ ๆ ข้อเกิดจากความเครียดและอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ (Casterline, 1987, p.1698) ส่วนใหญ่อาการปวดจะปรากฏหลังจากใช้ข้อนั้นมากและนานเกินไป แต่เวลาหยุดพักอาการปวดจะทุเลาลง อาการปวดจะรุนแรงมากขึ้นถ้ามีการอักเสบของเยื่อข้อ ที่เกิดเนื่องจากเศษกระดูกอ่อนผิวข้อซึ่งแตกหลุดเข้าไปอยู่ในช่องน้ำหล่อเลี้ยงข้อ และมีผลทำให้ข้อบวมร่วมด้วย (Olivo, 1987, p.23) เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นอาจมีอาการปวดข้อแม้ในขณะพักหรือขณะนอนหลับ (Kart, Metress & Metress, 1988, p.107; Wolfe, 1984, p.570) ซึ่งจะทำให้ไม่สามารถนอนหลับได้เต็มที่ ต้องตื่นเพราะความเจ็บปวด (Casterline, 1987, p.1698) นอกจากนี้หญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมอาจเกิดอาการข้อติดแข็งร่วมด้วย ซึ่งอาการข้อติดแข็งนี้เกิดขึ้นเนื่องจากการลดหรือหยุดการใช้งานข้อนั้น ๆ เพราะความเจ็บปวด ร่วมกับการสูญเสียผิวหน้าของข้อและมีการหนาตัวของกระดูกที่งอกใหม่ ส่งผลทำให้เกิดอาการข้อติดแข็ง ซึ่งมักจะปรากฏหลังจากอยู่ในอิริยาบถเดิมเป็นเวลานาน และในเวลาเช้าหลังตื่นนอน โดยเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาต่าง ๆ กันนับตั้งแต่ 2 - 3 นาทีไปจนถึง 30 นาที (Ham & Sloane, 1992, p.319; Patrick, Wood & Craven, 1991, p.1755)

ผลจากความเจ็บปวด และอาการข้อติดแข็งทำให้หญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมมีการเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก ขาดความคล่องแคล่ว ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ (Patrick, Wood & Craven, 1991, p.1756) จากรายงานผลการศึกษาของเบอร์คและฟลาเฮอร์ตี้ (Burke & Flaherty, 1993, p.8) พบว่าความเสื่อมของร่างกายและความเจ็บปวดจากโรคข้อเสื่อม ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการกิจและการทำงานบ้านของหญิงสูงอายุจำนวนมาก วรณี ลัตยวิวัฒน์ (2529, หน้า 363) กล่าวว่า ภาวะข้อเข่าเสื่อมและข้อตะโพกเสื่อมอาจทำให้เกิดความเจ็บปวดอย่างมากจนเดินไม่ได้ บางรายอาจต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดินต่าง ๆ เช่น ไม้ยันรักแร้ หรือไม้เท้า เพื่อลดแรงกดลงบนตะโพกและหัวเข่า สำหรับหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมนั้น การออกกำลังกายกล้ามเนื้อที่พุงข้อที่เสื่อมให้แข็งแรง ด้วยการออกกำลังกายกล้ามเนื้อหน้าขาเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น เพราะกล้ามเนื้อส่วนนี้มีความสำคัญมากในการทรงตัว ถ้ากล้ามเนื้อหน้าขาอ่อนแรงก็จะทำให้ไม่มีเครื่องผ่อนหรือกระชั้นข้อเข่าเวลาใช้งาน ทำให้กระดูกกระดูกแตกหรือกดกันจึงมีความเสื่อมเกิดมากขึ้น (วรณี ลัตยวิวัฒน์, 2529, หน้า 367) โดยการออกกำลังกายดังกล่าวนั้น จะต้องสอดคล้องกับการพักผ่อน การออกกำลังกายมากเกินไปจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าตลอดจนทำให้มีการอักเสบเพิ่มขึ้นได้ (Luckmann & Sorensen, 1987, p.1546)

สำหรับการเปลี่ยนแปลงในด้านการรับประทานอาหารนั้น ถึงแม้จะไม่มีข้อห้ามใดเกี่ยวกับชนิดของอาหารสำหรับหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม คงมีแต่เพียงการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เพื่อการดำรงภาวะสุขภาพทั่วไป แต่อย่างไรก็ตามในหญิงสูงอายุซึ่งมีน้ำหนักตัวมากอาจจำเป็นต้องควบคุมอาหารเพื่อลดน้ำหนัก เพราะน้ำหนักร่างกายที่มากกว่าปกติจะทำให้เกิดแรงกดลงบนกระดูกผิวข้อมากขึ้น ยิ่งเพิ่มความเจ็บปวดและความรุนแรงของการเสื่อมหน้าที่ (Casterline, 1987, p.1700; Moskowitz & Goldberg, 1988, p.172) การที่จะลดน้ำหนักได้ต้องอาศัยความตั้งใจจริง การควบคุมอาหารเป็นการปฏิบัติตนที่สำคัญโดยจะต้องลดอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล ไขมัน งดขนมทุกชนิด ตลอดจนเครื่องดื่มที่มีรสหวานและน้ำอัดลม ซึ่งแบบแผนที่ผิดไปจากเดิม และข้อจำกัดเหล่านี้มีผลกระทบต่อหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารตามใจชอบ นอกจากนั้นฤทธิ์ข้างเคียงของยาแอสไพรินซึ่งใช้บ่อยสำหรับบรรเทาอาการปวดข้อ ยังมีผล

ต่อระบบทางเดินอาหาร โดยทำให้ระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารและลำไส้ (Casterline, 1987, p.1700; Kart, Metress & Metress, 1988; p.107) ส่วนยาต้านการอักเสบที่ไม่มีสเตียรอยด์จะออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างพรอสตาแกลนดิน ทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อกระเพาะอาหาร มีผลทำให้การดูดซึมอาหารลดลง (Wardell, 1991, p.35)

นอกจากนี้แล้ว หญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมยังต้องปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตอีกหลายประการตามแผนการรักษา เพื่อลดความเสี่ยงของข้อและบรรเทาอาการปวด ได้แก่ การบำบัดด้วยความร้อน การหลีกเลี่ยงการใช้ข้อเข้าในท่าที่มีการกดของกระดูกภายในข้อ เช่น การงอเข่ามาก ๆ การนั่งพับเพียบ การขึ้นลงบันได หรือการยืนนาน ๆ รวมทั้งหลีกเลี่ยงท่าที่ร่วมทั้งข้อข้อเต็มที่ เช่น ท่าแอ่นยอง ๆ ซึ่งเป็นท่าที่ทำให้เกิดการเสียดสีและเจ็บปวดข้อเข่า โดยเปลี่ยนมาใช้ส้วมชักโครกแบบโถนั่ง เป็นต้น จะเห็นได้ว่าหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหลายประการ ความเจ็บปวดและพยาธิสภาพของโรคส่งผลกระทบทั้งในด้านการนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร และการทำกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ ตลอดจนเพิ่มความลำบากและการะในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องกับแผนการรักษา เพื่อมิให้เกิดความเสี่ยงหรือความเจ็บปวดข้อเพิ่มขึ้น ทั้งหมดนี้ย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจตามมา

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม ในหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม ลักษณะของโรคซึ่งเรื้อรังจะทำให้มีผลในทางลบต่อความมั่นคง ความพอใจและความสุขในชีวิต (Burckhardt, 1988, p.230) โดยเฉพาะพยาธิสภาพของโรคซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดข้อ ความรู้สึกทุกข์ทรมานเกิดขึ้นเพราะต้องพยายามตลอดเวลาที่จะควบคุมความเจ็บปวดนั้น เมื่อไม่สามารถควบคุมได้ก็มักจะเกิดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือตนเอง (helplessness) และยิ่งดูเหมือนว่าทำให้ความอดทนต่อความเจ็บปวด (pain tolerance) ลดลง (Johnson & Repp, 1984, p.584) โดย

เฉพาะผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมมักมีอาการของโรคที่เลวลงและไม่มีโอกาสหายขาด (Wolfe, 1984, p.571) โรบินสัน (Robinson cited in Muhlenkamp & Joyner, 1986, p.24) กล่าวว่า การแสดงออกของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบในระยะแรกของการดำเนินโรค มักจะเป็นความวิตกกังวล ซึมเศร้า หากรุนแรงขึ้นอาจเริ่มคลุ้มคลั่ง ในระยะต่อมาอาจปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง มีความรู้สึกเป็นศัตรู ถอยหนีจากสังคม หรือบางรายอาจปรับตัวได้ และยอมรับความจริง ผลการศึกษาของ สายพิน เกษมวัฒนา (2532, หน้า 221, 223) รายงานไว้ว่า บุคคลที่มีภาวะโรคเรื้อรัง จะเกิดความรู้สึกสูญเสียอำนาจการควบคุมแห่งตน (loss of control) จากการที่ไม่สามารถใช้พลังจิตให้มีอำนาจเหนือการทำหน้าที่อวัยวะของร่างกาย เช่น ไม่สามารถเดินหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามต้องการ ซึ่งจะนำไปสู่การรับรู้คุณค่าในตนเองต่ำ เป็นผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกสิ้นหวังตามมาได้ในที่สุด ไรอัน และ แพทเทอร์สัน (Ryan & Patterson อ้างถึงใน สุพรรณิ นันทชัย, 2535, หน้า 3-4) ชี้ให้เห็นว่า บุคคลที่เจ็บป่วยทางร่างกายมีแนวโน้มที่จะเกิดความรู้สึกว่าเหว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุปัญหาความว่าเหวจะมีความรุนแรงกว่าวัยอื่น ๆ เนื่องจากวัยนี้มักจะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ร่วมด้วย ขณะเดียวกันความว่าเหวก็ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นได้เช่นกัน

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

ผลกระทบจากโรคข้อเสื่อม นอกจากจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกายและจิตใจแล้ว ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือภารกิจต่าง ๆ ซึ่งลดลง อาจคุกคามต่อความเข้มแข็งของบุคคล ต่อการดำเนินชีวิตและมีสัมพันธภาพกับสังคมสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีผลกระทบต่อครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดด้วย นอกจากนี้การต้องเกษียณอายุจากงานดังกล่าวกว้แล้ว ทำให้ผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อมขาดรายได้และเกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาแก่คนในครอบครัว สอดคล้องกับเบอร์คฮาร์ดท์ (Burckhardt, 1988, p.229) ซึ่งกล่าวว่าโรคข้อเสื่อมมักทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างมาก ทำให้กระทบต่อการประกอบอาชีพ และอาจไม่สามารถ

ทำงานได้ ไวท์ ริชเตอร์ และฟราย (White, Richter & Fry, 1992, p.220) ได้กล่าวไว้ว่า ภาวะสุขภาพไม่ดีในบุคคลซึ่งเจ็บป่วยเรื้อรัง จะเป็นข้อจำกัดทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมได้ตามปกติ

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า หญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมโดยเฉพาะข้อเข่าเสื่อมนั้นจะต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ มากมาย ทั้งจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งมักจะเกิดขึ้นอยู่แล้วตามวัยที่เพิ่มสูงขึ้น บวกกับความสูญเสียต่าง ๆ เช่น การเกษียณอายุจากงาน การสูญเสียคู่ชีวิต เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนของสุขภาพจากโรคข้อเสื่อม ซึ่งมีลักษณะเรื้อรังก่อให้เกิดความเจ็บปวด ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติด้วยแล้ว ยิ่งเพิ่มความรุนแรงเป็นปัญหาและความเครียดของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมอย่างมาก และอาจมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแตกต่างกันออกไป ซึ่งถ้าหากพฤติกรรมเหล่านั้นไม่เหมาะสมก็อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อภาวะสุขภาพเพิ่มมากยิ่งขึ้นอีกได้

การประเมินภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม โดยใช้แบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดผลกระทบโรคข้ออักเสบต่อภาวะสุขภาพ (arthritis impact measurement scale) ของมีนาน และแบบวัดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุของนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณซึ่งประยุกต์จากของเดนิส (Denyes health status instrument)

แบบวัดภาวะสุขภาพของเดนิสสร้างขึ้น โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล และรวมไปถึงความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของบุคคล (Denyes, 1988, p.15) เดนิสได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มวัยรุ่นจำนวน 369 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบวัดอยู่ระหว่าง 0.83-0.88 ซึ่ง นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) ได้นำแบบวัดนี้แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทย แล้วนำไปศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของเครื่อง

มือเท่ากับ 0.88 นอกจากนั้นวิชารินทร์ สมนวงศ์ (2536) ได้นำแบบวัดนี้ไปใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

สำหรับแบบวัดผลกระทบโรคข้ออักเสบต่อภาวะสุขภาพนั้น มีน่าน (Meenan) สร้างขึ้นเมื่อปี 1980 โดยการรวมเอาดัชนีความผาสุกของบุช (Bush's index of well-being) และการศึกษาการประกันสุขภาพของแรนด์ (Rand health insurance study batteries) โดยรวมเอามาตรวัดที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ป่วยข้ออักเสบเข้าไปด้วย เนื่องจากมีแนวความคิดว่าแบบวัดภาวะสุขภาพโดยทั่วไปไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพราะเป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดความพิการและจำกัดการทำหน้าที่ของร่างกาย (Meenan, Gertman & Mason, 1980, p. 147) ลักษณะคำถามประเมินผลกระทบของโรคข้ออักเสบที่มีต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยแบ่งเป็น 9 หัวข้อ จำนวน 46 คำถาม คะแนนที่สูงแสดงให้เห็นว่ามีข้อจำกัดมากกว่า ซึ่งหมายถึงภาวะสุขภาพไม่ดี

ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามเพื่อรวบรวมข้อมูลของหญิงสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยแบบสอบถามดังกล่าววัดภาวะสุขภาพครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย และจิต-สังคม มีจำนวนคำถามรวม 30 ข้อ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม

ตามแนวคิดของลาซาร์สและ โฟล์คแมน พฤติกรรมการเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน บุคคลซึ่งเจ็บป่วยอ่อนแอและหมดหวังยอมเผชิญปัญหาได้ยากกว่าบุคคลซึ่งมีภาวะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ (Garland & Bush, 1982, p.11; Lazarus & Folkman, 1984, p.159) ภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสำเร็จของการเผชิญปัญหาอย่างหนึ่ง ในขณะที่เกี่ยวกับการเผชิญปัญหามีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพด้วย ลาซาร์สและคณะ (Lazarus et al., cited in Jalowiec & Powers, 1981, p.10) กล่าวว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนเหล่านั้นทั้งทางตรงและทางอ้อม

ซึ่งเซลเย (Selye cited in Lazarus & Folkman, 1984, p.205) ให้เหตุผลว่าการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและฮอร์โมนต่าง ๆ ในภาวะเครียด เป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดเจ็บป่วยได้ สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของกลาส (Glas cited in Jalowiec & Powers, 1981, p.10) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของบุคคลที่มีบุคลิกภาพเอาจริงเอาจังเกินไป (ชนิด A) นั้น มักจะมีอัตราเสี่ยงของโรคหัวใจโคโรนารีสูง ซึ่งเป็นตัวอย่างของผลกระทบในทางเสื่อมของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาเฉพาะแบบต่อภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ กนกพร หมุ่มพัยค์ (2533, หน้า 15) ทำการศึกษาและรายงานว่าปัจจัยจากแบบแผนพฤติกรรม (ชนิด A) ของบุคคลมีผลต่อการเกิดโรคหัวใจโคโรนารีได้ เนื่องจากพฤติกรรมชนิดนี้ประกอบด้วยความก้าวร้าว การต่อสู้ ซึ่งดีชิงเด่น อัจฉริยะ ตลอดจนมีความแข็งแกร่ง รุนแรง ไม่มีการยืดหยุ่น หากบุคคลมีพฤติกรรมเช่นนี้จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจโคโรนารีมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของลาซารัสและโฟล์คแมนว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์บางอย่าง เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ จะทำให้เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย และเป็นผลเสียต่อภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984, p.216) นอกจากนี้การปฏิเสธหรือการหลีกเลี่ยงอันเป็นรูปแบบหนึ่งของพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ อาจทำให้เกิดความเสื่อมโทรมของสุขภาพได้ซึ่งแคทซ์และคณะ (Katz et al., cited in Lazarus & Folkman, 1984, p.217) ยกตัวอย่างให้เห็นในสตรีที่มีก้อนบริเวณเต้านม และใช้รูปแบบของการปฏิเสธว่าไม่เป็นอะไรมาก เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น ทำให้ไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์ช้าเกินไป จนอาการของโรคลุกลามรุนแรงมากขึ้น

สำหรับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่หญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมใช้เพื่อควบคุม บรรเทา หรือจัดภาวะเครียดที่เกิดขึ้นนั้น จากการศึกษาของดาวน์-แวมโบลต์ (Downe-Womboldt, 1991, pp.1328-1335) ซึ่งใช้เครื่องมือวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของจาโลวีก และใช้ความพึงพอใจในชีวิตประเมินผลสำเร็จของการเผชิญปัญหา พบว่าหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาทั้งแบบเผชิญหน้ากับปัญหา แบบลดอารมณ์ตึงเครียด และแบบบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด ซึ่งสนับสนุนแนวความคิดของลาซารัสและโฟล์คแมนที่ว่า บุคคลจะใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาทั้งแบบ

มุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ความโน้มเอียงในการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบใดมากกว่ากันนั้น ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและสังคม การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ จะเป็นการผสมผสานหรือความสมดุลระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาทั้งสองรูปแบบ (Lazarus & Folkman, 1984, p.223) ซึ่งประสิทธิภาพหรือผลของการเผชิญปัญหาทั้งสองรูปแบบนี้ผู้สนใจศึกษากันเป็นจำนวนมาก เฟลตัน (Felton, 1984, pp.889 - 896) พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยกลางคนและวัยสูงอายุได้รับผลในทางบวกเมื่อใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา แต่ให้ผลในทางลบเมื่อใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์เนื่องจากมักทำให้การตัดสินใจผิดพลาด จากการศึกษาของปาร์คเกอร์และคณะ (Parker et al., 1988, pp.1376-1383) ซึ่งทำการศึกษากิจกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ จำนวน 84 คน พบว่า พฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยซึ่งใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาโดยวิธีปรับเปลี่ยนเป้าหมาย มีการปรับตัวทางจิตใจ (psychological adjustment) และสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดีกว่าผู้ป่วยซึ่งมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์โดยการคิดฝันถึงสิ่งที่ดี และตำหนิกล่าวโทษตนเอง

แม้ว่าพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ จะช่วยบรรเทาหรือทำให้ความเครียดลดลง แต่ลาซารัสและฟอล์คแมนก็สรุปว่าพฤติกรรมแบบนี้เป็นการหลอกตนเอง และบิดเบือนความจริง (Lazarus & Folkman, 1984, p.151) ไม่ได้จัดการสาเหตุหรือแก้ไขปัญหาก็เป็นพฤติกรรมที่ไม่ควรใช้บ่อยจนเกินไป สำหรับหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมนั้น หากมีพฤติกรรมแบบนี้มาก อาจทำให้หลีกเลี่ยงปฏิเสธการรักษา ไม่รับประทานยา หรือไม่ออกกำลังบริหารข้อ แม้จะเป็นช่วงเวลาซึ่งไม่เจ็บปวดแล้ว (Lambert & Lambert, 1987, p.556) ทำให้อาการของโรคเลวลง รูปแบบพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่หญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมใช้นั้นจะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ดังเช่นการศึกษาของเบิร์คและฟลาเฮอร์ตี้ (Burke & Flaherty, 1993, pp.7-13) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม จำนวน 130 คน พบว่าวิธีเผชิญปัญหาที่หญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมใช้มากที่สุดคือการควบคุมตนเอง ส่วนวิธี

เผชิญปัญหาที่ใช้น้อยที่สุดคือการหลีกเลี่ยง และพบว่าบุคคลที่ใช้วิธีหลีกเลี่ยงบ่อยมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหา และ ภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมยังไม่มีแพร่หลาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกนำเสนอผลงานวิจัยต่าง ๆ ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวข้อง ทำให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาและ ภาวะสุขภาพในหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม ดังต่อไปนี้

แม็คเน็ต (McNett, 1987, pp.98-103) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีเผชิญปัญหา และผลสำเร็จในการเผชิญปัญหาในบุคคลพิการจำนวน 50 คน ผลการศึกษาพบว่า วิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา และวิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับผลสำเร็จในการเผชิญปัญหา

เบิร์คและฟลาเออร์ตี้ (Burke & Flaherty, 1993, pp.7-13) ศึกษาวิธีเผชิญ ปัญหาและภาวะสุขภาพของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมจำนวน 130 คน กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ใน สถานสงเคราะห์คนชราเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน รวม 5 แห่ง อายุระหว่าง 75 - 96 ปี ร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ผลการศึกษาพบว่าวิธีเผชิญ ปัญหาที่ใช้มากที่สุดคือการควบคุมตนเอง ส่วนวิธีเผชิญปัญหาที่ใช้น้อยที่สุดคือการหลีกเลี่ยง และ พบว่าตัวอย่างที่ใช้วิธีหลีกเลี่ยงบ่อยมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 49 ของกลุ่มตัว อย่างมีความแปรปรวนของสุขภาพทางกาย และร้อยละ 20 มีความแปรปรวนของสุขภาพจิต

ดาวน์-แวมโบลด์ (Downe-Wamboldt, 1991, pp.1328-1335) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างวิธีเผชิญปัญหากับความพึงพอใจในชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมจำนวน 90 ราย อายุ ระหว่าง 65-95 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้อเสื่อมมาเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาพบว่า หญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมใช้วิธีเผชิญปัญหาทั้งแบบเผชิญหน้ากับปัญหา แบบ ลดอารมณ์ตึงเครียด และแบบบรรเทาอารมณ์ตึงเครียด วิธีเผชิญปัญหามีอิทธิพลโดยตรงต่อ

ความพึงพอใจในชีวิตของหญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อม นอกจากนั้นผลการศึกษายังสนับสนุนแนวคิดของ
ลาซารัสที่ว่า การประเมินสถานการณ์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในกระบวนการเผชิญปัญหา

โฟล์คแมนและลาซารัส (Folkman & Lazarus, 1980, pp.219-239) ศึกษาพฤติกรรม
การเผชิญปัญหาในคนปกติอายุระหว่าง 45-64 ปี จำนวน 100 ราย เพื่อสำรวจพฤติกรรม
การเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวัน โดยทำการศึกษาเป็นระยะเวลา 1 ปี และสัมภาษณ์ถึงภาวะ
เครียดและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาทั้งหมด 7 ครั้ง โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของ
โฟล์คแมนและลาซารัส ซึ่งมีจำนวนคำถาม 65 ข้อ ผลการศึกษพบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้พฤติกรรม
การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา และพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ โดยใช้
พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา เมื่อประเมินว่าสามารถจัดการกับปัญหานั้น ๆ ได้ และ
จะนิยมใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ เมื่อประเมินว่าไม่สามารถแก้ไขปัญห
และมีความท้อถอยเกิดขึ้น

จาโลวีกและพาวเวอร์ส (Jalowiec & Powers, 1991, pp.10-14) ศึกษาพฤติกรรม
การเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และผู้ป่วยเรื้อรังด้วยความดันโลหิต
สูง กลุ่มละ 25 คน อายุระหว่าง 20-60 ปี ผลการศึกษพบว่าเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต
ของผู้ป่วยซึ่งเจ็บป่วยเฉียบพลันและผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทั้ง
ในแง่จำนวนและชนิดของความเครียด ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้
ปัญหามากกว่าแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์

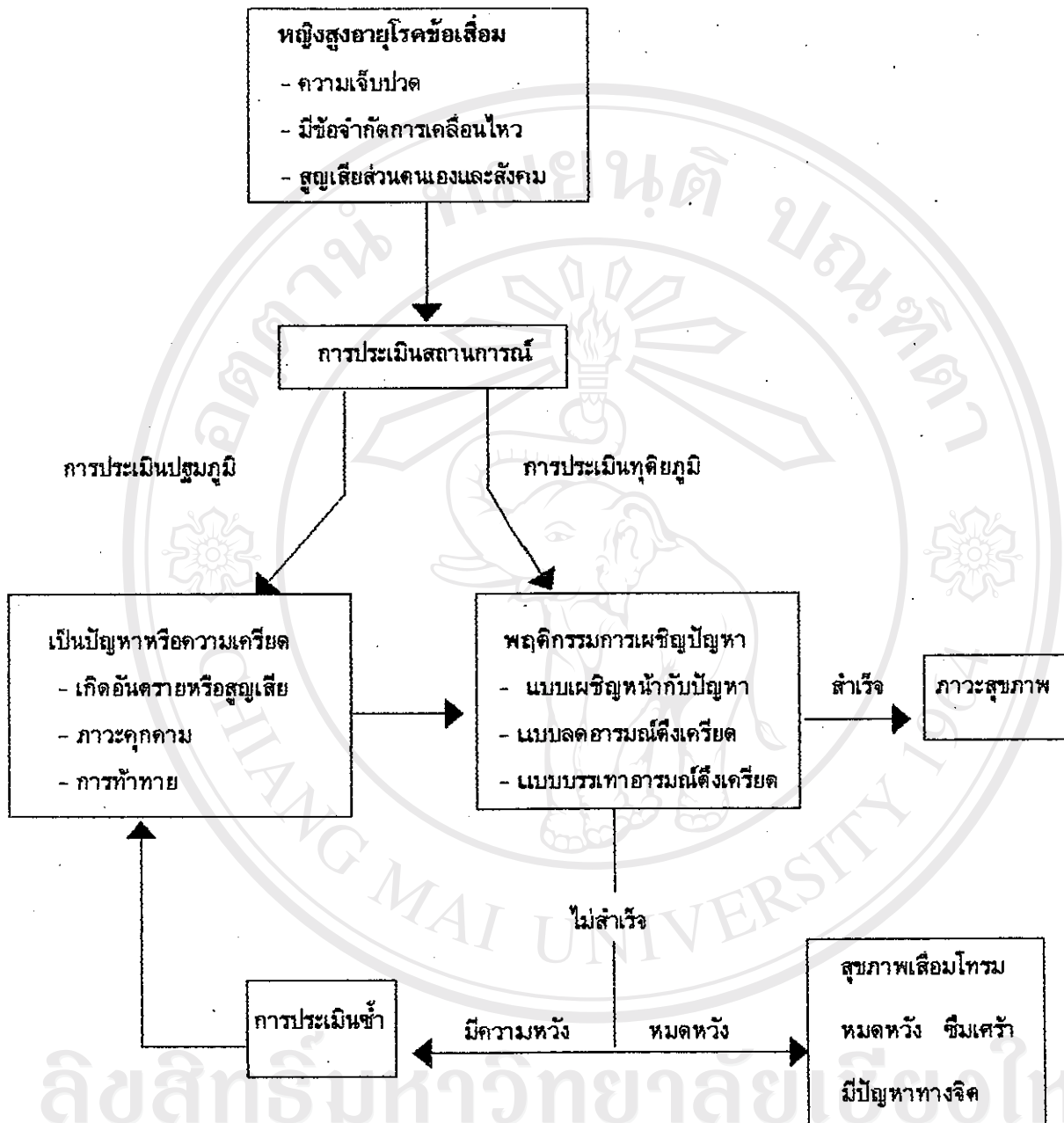
จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นว่ารูปแบบพฤติกรรมการเผชิญ
ปัญหาซึ่งแตกต่างกันมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการเผชิญปัญหาในหญิงสูงอายุโรคข้อ
เสื่อมซึ่งแสดงออกเพื่อควบคุม บรรเทา หรือขจัดปัญหาและความเครียดที่เกิดขึ้นจากความเสื่อม
ของร่างกาย ความเจ็บปวดและความสูญเสียต่าง ๆ นั้น อาจมีทั้งลักษณะพฤติกรรมการเผชิญปัญหา
แบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ซึ่งจะถือว่าประสบความสำเร็จหรือมีประสิทธิภาพ ก็
ต่อเมื่อใช้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ ช่วยแก้ปัญหาหรือบรรเทาความเครียดโดยไม่เกิดผลเสีย
ต่อภาวะสุขภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ สิ่งแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคล และด้านสังคม การวิจัย

ส่วนใหญ่พบว่า บุคคลที่มีความโน้มเอียงในการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหามากกว่า มักจะทำให้เกิดผลในทางบวกต่อบุคคลนั้น ๆ ในขณะที่บุคคลซึ่งมีความโน้มเอียงในการใช้พฤติกรรม การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์มากจะทำให้เกิดผลในทางลบ เนื่องจากเป็นเพียงการ บรรเทาความเครียดโดยไม่ได้ขจัดสาเหตุหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่นเดียวกับหญิงสูงอายุโรค ข้อเสื่อม หากมีความโน้มเอียงในการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์มาก อาจทำให้หญิงสูงอายุโรคข้อเสื่อมปฏิเสธการรักษาไม่ให้ความร่วมมือในการบริหารข้อ หรือรับ ประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งนอกจากจะก่อให้เกิดผลเสียต่อร่างกายมากยิ่งขึ้นทำ ให้อาการของ โรครุนแรงจนอาจเกิดความพิการแล้ว ความล้มเหลวในการเผชิญปัญหายังก่อให้เกิด ความคับข้องใจตามมา อาจเกิดความหมดหวัง ท้อแท้ ซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ต่ำ หากภาวะต่าง ๆ เหล่านี้ดำเนินอยู่เป็นเวลานาน จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อย่างถาวร และมีผลย้อนกลับในทางลบต่อภาวะสุขภาพอีกด้วย ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved



แผนภูมิที่ 1

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหาและภาวะสุขภาพของหญิง

สูงอายุโรคข้อเสื่อม