

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้คือ

แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และแนวคิดในการดูแลตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ การปฏิบัติ และรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

แนวความคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นคำที่ใช้แทนความหมายแทนคำว่า คนแก่ หรือ คนชรา ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2506 โดยชุมนุมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย สื่อความหมายในเชิงให้เกียรติ ยกย่อง นับถือ (จำเรียง กุระมะสุวรรณ 2528 : 16) การสูงอายุเป็นผลรวมของพัฒนาการ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตมนุษย์ นับแต่ปฏิสนธิจนถึงอายุขัยของบุคคล คำนี้มักจะใช้เรียกบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตาม ความมีอายุนั้นมิได้เริ่มจากจุดใดจุดหนึ่งของชีวิต แต่เป็นการสะสมเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทีละเล็กละน้อย ทุกวัน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นจะต่างกันในแต่ละบุคคลการใช้ข้อบ่งชี้เฉพาะอายุตามปีปฏิทินเพียงประการเดียว จึงน่าจะเป็นข้อจำกัดที่ใช้เพียงเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ และความต้องการการบริการเท่านั้น ยูริค (Urlick 1984 : 35) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การพิจารณาความสูงอายุของบุคคล ควรพิจารณาครอบคลุมทั้งทางด้านสังคม จิตวิทยา การแสดงบทบาท หน้าที่ของบุคคล รวมทั้งจุดวิกฤติในวงจรชีวิตร่วมด้วย

บอร์ดี (Brody 1980 : 63) ได้แยกผู้สูงอายุ เป็น 3 กลุ่มย่อย ดังนี้

60-74 ปี	กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น	(the young old)
75-84 ปี	กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง	(the middle old)
85 ปีขึ้นไป	กลุ่มผู้สูงอายุวัยท้าย	(the old old)

วัยสูงอายุจะมีชีวิตยืนยาวต่อไปได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อความเสื่อมตามสภาพของร่างกายและจิตใจ เช่น เพศ อายุ อาชีพ อาหาร และสภาพแวดล้อมรวมถึงการระวังรักษาสุขภาพของบุคคล กุลยา ตันติผลาชีวะ (2526 : 26) เช่นเดียวกับเมอร์เรย์ และ เซนเนอร์ (Murray & Zenner 1975 : 280) กล่าวถึงความชราว่าเป็นสภาวะของการมีอายุสูงขึ้น ซึ่งอาจมีความอ่อนแอของร่างกาย จิตใจ ตลอดจนมีการเจ็บป่วย หรือความพิการร่วมด้วย และแอนเดอร์สัน (Anderson 1971 : 20) กล่าวว่าความชราเป็นการก้าวเข้าสู่สภาพหรือบทบาทใหม่ในสังคม

จากการที่มีผู้อธิบายความแตกต่างของผู้สูงอายุไว้หลายท่านนั้นเป็นเหตุให้มีการศึกษาผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล เช่น อีเบอร์โซล และเฮส (Ebersole and Hess 1981 : 22-32) อ้างในดวงฤดี ลาคุชะ 2528 : 12-14) ได้สรุปทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (biology theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบใหญ่ ๆ 3 อย่างคือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวเองและองค์ประกอบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เซลล์ ทฤษฎีนี้แบ่งเป็นทฤษฎีย่อย ได้แก่

1.1 ทฤษฎีว่าด้วยอนุมูลอิสระ (free radical theory) กล่าวถึงการใช้ออกซิเจนของเซลล์ และการเผาผลาญพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และอื่น ๆ จะทำให้เกิดพวกอนุมูลอิสระ (free radical) อันเป็นสารที่ทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลง สารที่ช่วยป้องกันอนุมูลอิสระ (free radical) เหล่านี้ได้แก่ วิตามินอี โดยไปลดการเผาผลาญ นอกจากนั้นพวกวิตามินเอ วิตามินซี และไนอาซินยังช่วยจับสารดังกล่าวอีกด้วย

1.2 ทฤษฎีว่าด้วยการสับสนของคอลลาเจน (collagen cross-link age theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจน (collagen) และไฟบรัสโปรตีน (fibrous protein) จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและเกิดการจับตัว

กันมาก ทำให้เส้นใยนั้นหดสั้นเข้า บริเวณที่มีการจับตัวสูงได้แก่ ผิวหนัง กระดูก เอ็น กล้ามเนื้อ หลอดเลือดและหัวใจ

1.3 ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (immunologic theory) กล่าวถึงกระบวนการคุ้มกันโรคจะประกอบด้วยขบวนการของบี-เซลล์ (B-cell) และที-เซลล์ (T-cell) ในร่างกาย บี-เซลล์จะช่วยป้องกันการติดเชื้อพวกแบคทีเรีย ไวรัส ปฏิกริยานี้อยู่ที่พลาสมาเซลล์ ต่อมนอนซิล เยื่อぶลาไส้ และต่อมน้ำเหลือง ส่วนที-เซลล์เป็นพวกที่ทำให้เกิดการแพ้ และต่อต้านเนื้อเยื่อแปลกปลอม อีกทั้งยังช่วยป้องกันการเกิดก้อนเนื้ออีกด้วย

1.4 ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงและความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (somatic mutation and error theories) กล่าวถึงภาวะการแบ่งตัวผิดปกติ (mutation) ทำให้เกิดการสูงอายุได้เร็วขึ้น เช่นการได้รับรังสีเล็กน้อยเป็นประจำ วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของ DNA และถูกส่งต่อไปยัง RNA และเอนไซม์ที่เฟื่องสังเคราะห์ใหม่ เอ็นไซม์ที่ผิดปกตินี้จะผลิตสารชนิดหนึ่งขึ้นภายในเซลล์ มีผลต่อขบวนการเผาผลาญ ซึ่งอาจจะเสื่อมหรือสูญเสียสมรรถภาพ

1.5 ทฤษฎีว่าด้วยยีน (genetic theory) เชื่อว่า การสูงอายุนั้นเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามกรรมพันธุ์ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนของร่างกายคล้ายคลึงกันหลายชั่วคนเมื่ออายุมากขึ้น เช่น ลักษณะผมหงอกเร็ว ศีรษะล้าน เป็นต้น

1.6 ทฤษฎีว่าด้วยความเครียดและการปรับตัว (stress - adaptation theory) เชื่อว่าถ้าหน้าที่ของร่างกาย ทั้งโครงสร้างมีการใช้ก็จะทำให้เกิดการหมดอายุ ถ้ามีการใช้มากมีผลทำให้เกิดการสูงอายุเร็วขึ้น

1.7 ทฤษฎีว่าด้วยความเครียดและการปรับตัว (stress - adaptation theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลทำให้เซลล์ตายได้ บุคคลที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็วขึ้น

จะเห็นได้ว่า ความเปลี่ยนแปลงของกระบวนการชราเป็นสิ่งที่สลับซับซ้อน แม้จะมีทฤษฎีทางชีววิทยามากมาย พยายามที่จะอธิบายถึงสาเหตุและปัจจัยของความชรา แต่ก็ยังไม่มีทฤษฎีที่สรุปและนำไปใช้อย่างแน่ชัด ดังนั้นการนำทฤษฎีเหล่านี้มาใช้ จึงขึ้นกับว่า ผู้ใดมีความเชื่อ

ในแนวคิด ก็จะอ้างทฤษฎีนั้น ๆ มาสนับสนุนเหตุผลที่ตนอ้าง

2. ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (psychological theory) การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นเป็นการพัฒนาและปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัส ตลอดจนสังคมที่คนชราในอาศัยอยู่สำหรับทฤษฎีที่มีแนวคิดทางจิตวิทยา 2 ทฤษฎีคือ (เขาวลัทธิ มหาลัทธินิพนธ์ 2528 : 18-19)

2.1 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (intelligence theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังมีความปราดเปรื่องนั้นก็ด้วยการเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องต่าง ๆ มีการค้นคว้า และพยายามเรียนรู้ตลอดเวลา ผู้ที่จะมีลักษณะเช่นนี้ได้จะต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี มีฐานะทางเศรษฐกิจดีเป็นเครื่องเกื้อหนุน

2.2 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (personality theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุจะสุขหรือทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลัง และการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคง อบอุ่น มีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น มีความรักผู้อื่น สามารถอยู่ร่วมกับลูกหลานได้อย่างมีความสุข แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่มีใครได้ จิตใจคับแคบ มักเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีความสุขในการดำรงชีวิตนัก

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (sociologic theory) กล่าวว่า ถ้าสังคมมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ก็จะทำให้สถานะของผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วย และสถานะของผู้สูงอายุในสังคมใดจะเป็นอย่างไร ขึ้นกับจำนวนของผู้สูงอายุในสังคมนั้น เมื่อถึงวัยสูงอายุ ลูกหลานและชุมชนมักจะให้ความสำคัญและความสนใจน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนี้ก็ควรจะลดความรับผิดชอบ และลดความห่วงใยลูกหลานลงบ้าง ควรเป็นตัวของตัวเอง และพยายามรักษาสุขภาพไว้ให้ดี เพื่อจะได้ใช้ชีวิตในปัจจุบันปลายอย่างมีความสุข

การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคมของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ โดยทั่วไปแยกเป็น 3 ชนิดคือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (biological change) ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่าง ๆ ในร่างกายเกือบทุกระบบ ที่เด่นชัดคือ ผิวหนัง เนื่องจากเส้นใยยึดหยุ่นเสื่อมสลาย ไขมันใต้ผิวหนังน้อยลง ผิวหนังใต้หนังกำพร้าบางลง จึงเกิดริ้วรอยเหี่ยวย่น และเห็นปุ่มกระดูกชัดเจนขึ้น ฉะนั้นบริเวณที่ถูกกด เช่น ก้นกบ ข้อศอก อาจเกิดแผลได้ง่าย นอกจากนี้ ต่อมเหงื่อซับเหงื่อน้อยลง และการขาดไขมันใต้ผิวหนังจะมีผลต่อการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ทำให้ร่างกายทนต่อความหนาวได้น้อย

กล้ามเนื้อ จำนวนกล้ามเนื้อจะน้อยลง และมีพังผืดเข้ามาแทนที่ ทำให้ความทนทานและความว่องไวลดน้อยลง เป็นสาเหตุให้การเคลื่อนไหวลำบาก เนื่องจากกล้ามเนื้อไม่มีแรงจึงหกล้มได้ง่าย ส่วนผนังเซลล์จะเสื่อมลงทำให้สารต่าง ๆ ซึมผ่านได้ไม่ดี บางรายจะมีแคลเซียมเข้าไปเกาะ เพิ่มพูนขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อมีเส้นใย เล็กกลอง กำลังหดตัวเสื่อมถอย เสียความทนทาน มีความแข็งตัวสูงขึ้น การประสานงานระหว่างระบบประสาทกับกล้ามเนื้อ และเซลล์ต่าง ๆ ลดลง

โครงกระดูก พบว่า กระดูกมักเสื่อม มีจำนวนแคลเซียมลดลง ทำให้พรุน และบางกระดูกเปราะ หักง่าย ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางกระดูก ทำให้เกิดหลังโก่ง หรือหลังค่อมได้ นอกจากนี้ข้อต่ออาจเกิดการอักเสบจากกระดูกงอก หรือเกินตามข้อใหญ่ ๆ เป็นเหตุให้เคลื่อนไหวติดขัดไม่คล่องตัว และมีอาการปวดข้อต่าง ๆ โดยเฉพาะข้อเข่า

ระบบไหลเวียนเลือด มักเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่อายุประมาณ 40 ปี เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นจนเกิดอาการ การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทุกระบบไหลเวียนโลหิต ทั้งหลอดเลือด และหัวใจ เกิดภาวะเส้นโลหิตแดงแข็งตัว (atherosclerosis) ผนังหลอดเลือดขรุขระและตีบลง ความยืดหยุ่นเสียไป เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ส่วนเยื่อหัวใจด้านในหนาขึ้น มีไขมันคอเลสเตอรอลเข้าไปแทรกในผนังหลอดเลือด เมื่อเลือดไหลเวียนไม่สะดวกจึงเกิดโรคต่าง ๆ ตามมาเช่น ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เป็นต้น

ระบบการหายใจ สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง เนื้อที่ของถุงลมปอดลดลง ความจุของปอดลดลง เนื่องจากความยืดหยุ่นของทรวงอกลดลง เชื้อหุ้มปอดแห้งและทึบ การขยายของผนังทรวงอกถูกจำกัด คงใช้แต่กระบังลม ทำให้การหายใจลำบาก โดยเฉพาะการหายใจออก เมื่อนอนราบจะรู้สึกหายใจไม่สะดวก ต้องหายใจทางปาก ทำให้ปากแห้ง อาจมีหลอดลมอักเสบเรื้อรัง และมีถุงลมโป่งพองด้วย

ระบบทางเดินอาหาร โดยที่ผู้สูงอายุมักไม่มีฟันหรือใส่ฟันปลอม ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ได้หรือไม่สะดวก ผู้สูงอายุจึงไม่ชอบรับประทานอาหารที่ต้องเคี้ยวมาก ๆ เช่น อาหารจำพวกเนื้อ อาหารที่บริโภคน้ำมันไม่ถูกส่วน ผู้สูงอายุมักขาดโปรตีน และวิตามิน ประกอบกับน้ำย่อยอาหารลดลง หลอดอาหาร เชื่อมทางเดินอาหารเสื่อมสภาพ ทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหารไม่ดี ประกอบกับการที่ระบบไหลเวียนโลหิต มีโลหิตไหลเวียนสู่อวัยวะต่าง ๆ ช้าลง ทำให้อาหารถูกดูดซึมน้อยลง และถูกนำไปสู่เซลล์ต่าง ๆ ช้าลง จึงเป็นเหตุให้เกิดการขาดสารอาหารได้ง่าย นอกจากนี้การเคลื่อนไหวของอวัยวะในทางเดินอาหารช้าลง ทำให้เกิดอาการท้องผูก เวลาถ่ายอุจจาระต้องเบ่งมาก ระยะหลังเกิดเป็นริดสีดวงทวาร ในคนอ้วนเพศหญิงมักเป็นนิ่วในถุงน้ำดี มีการอักเสบของถุงน้ำดี ตับเสื่อมสมรรถภาพ มีผลต่อระบบย่อยอาหารเช่นเดียวกัน

ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ไตขับถ่ายของเสียได้ไม่ดี ความสามารถในการขับถ่ายของไตอาจลดลงถึงร้อยละ 30 หรือมากกว่า แต่ขับน้ำได้มาก ทำให้มีการถ่ายปัสสาวะมาก และบ่อยขึ้น โดยเฉพาะตอนกลางคืน กล้ามเนื้อหูรูดของกระเพาะปัสสาวะมักหย่อนจึงกลั้นปัสสาวะได้ไม่ดี กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะมีความตึงตัวน้อยลง ทำให้ถ่ายปัสสาวะออกไม่หมด ปริมาณปัสสาวะเหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุเพศชายมีต่อมลูกหมากโต จึงกีดขวาง ทำให้ถ่ายปัสสาวะได้ครั้งละน้อย และต้องถ่ายบ่อย ส่วนเพศหญิงการควบคุมการถ่ายปัสสาวะไม่ดี เนื่องจากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนกำลัง ทำให้ปัสสาวะหยุด หรือกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เวลาไอหรือจาม

ระบบประสาท สมอของผู้สูงอายุจะมีขนาดเล็กลง จำนวนเซลล์ประสาทลดลง มีผลทำให้การทำงานของระบบประสาทลดลง เกิดสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตัวยับความรู้สึกต่าง ๆ

ปฏิกิริยาตอบสนองและการเคลื่อนไหวช้าลง จึงมักพบว่าผู้สูงอายุมักจะได้รับอันตรายจากน้ำร้อน และของมีคมอยู่เสมอ และมีการเปลี่ยนแปลงหลอดเลือดสมอง อาจทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด หรือเนื้อสมองตายได้ โดยมากมักเป็นซีกเดียว นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความบกพร่องด้านความจำ ทำให้มีอาการหลงลืมง่าย ย้ำคิดย้ำทำ หรือมีอาการหมกมุ่นอยู่กับอดีต ความคิดช้า พูดช้ากว่าเดิม

แบบสัมผัสเฉพาะ อวัยวะของระบบรับสัมผัส ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และประสาทรับสัมผัสที่ผิวหนังจะเสื่อมลงเมื่อมีอายุมากขึ้น โดยเฉพาะตา กล้ามเนื้อตาเสื่อม การปรับสายตาสายตาสั้น ทำให้เวียนศีรษะได้ง่าย สายตายาวขึ้น เลนส์เกิดต่อกระจก เรตินาเสื่อมและหลุด เยื่อบุแก้วหู และเลนส์ตาทึบขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้มองเห็นไม่ชัดเจน ส่วนหูความสามารถในการได้ยินลดลงจากประสาทรับเสียงเสื่อม รวมทั้งส่วนที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัว และระบบการทรงตัวเสียไปทำให้เดินโซเซ

ระบบต่อมไร้ท่อ มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม ต่อมใต้สมองมีการทำงานลดลง ทำให้เนื้ออาหารอ่อนเหนียว น้ำหนักลด ขนบริเวณรักแร้ และหัวหน่าวร่วง และอวัยวะสืบพันธุ์เสื่อม เล็กเล็กลง ต่อมธัยรอยด์ขนาดค่อม ๆ เล็กเล็กลง การผลิตฮอร์โมนลดลงมาก ทำให้การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุช้าลง ในเพศหญิงรังไข่หยุดทำงานหมดระดู ในเพศชายการหลั่งฮอร์โมนแอนโดรเจนลดลง มีลักษณะทางเพศเสื่อมเช่นกัน

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ (psychological change) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และสังคม มีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุบางคนปรับตัวไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อม มีการพัฒนาจิตใจและอารมณ์ได้ดีขึ้น ขณะเดียวกันผู้สูงอายุบางคนอาจปรับตัวไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดความเครียด เนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดเห็นของตนเอง กับรับรู้กับสิ่งใหม่ ๆ จึงเป็นไปได้ยาก นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับอารมณ์ บางคนมีอาการท้อแท้ รู้สึกไม่มั่นคง หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย บางรายมีอาการว่าเหว่ ซึมเศร้า นอกจากนี้ความเสื่อมของอวัยวะในส่วนที่ให้ความรู้สึกมีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ อันเป็นอุปสรรคในการติดต่อกับญาติเพื่อนฝูง ความเสื่อมของสภาพร่างกายทั่วไป ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ ความสำเร็จการประกอบอาชีพ กิจกรรมทางสังคม

เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจิตใจเช่นกัน ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับทางจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามสภาพของแต่ละบุคคลได้แก่

ความจำ ผู้สูงอายุมีความจำเรื่องในอดีตได้ดีกว่าเรื่องปัจจุบัน สติปัญญาและความสามารถทางสมองลดลง มีความเศร้าโศกจากภาวะสูญเสียและผู้สูงอายุ 1 ใน 3 มีชีวิตอยู่ตามลำพัง

นิสัย มีความเฉื่อยชาต่อเหตุการณ์ ไม่เข้าสังคม เก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน ไม่นึกสนุกสนาน ระแวงสงสัยคิดว่าตนไม่มีประโยชน์ ซึมเศร้า ความคิดเลอะเลือน หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย ความทุกข์ใจ คิดถึงอดีตด้วยความเสียดาย อาลัยอาวรณ์ คิดถึงปัจจุบันด้วยความหวาดกลัว ห่วงใยการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุแต่ละคนจะแตกต่างกันขึ้นกับความเสื่อมของร่างกาย และประสาทรับรู้ ประสบการณ์ของตนเองตลอดจนความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (socioeconomic change) ผู้สูงอายุ มีความต้องการการยอมรับจากสมาชิกในกลุ่ม ในครอบครัว และสังคม แต่เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเกิดขึ้น ความสามารถในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ น้อยลง ขาดความคล่องตัวในการคิด การกระทำ การติดต่อกับผู้อื่น ทำให้ห่างจากสังคม ผู้สูงอายุบางรายมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม

ในสังคมไทยในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบเศรษฐกิจ สังคม ทำให้การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป จากเดิมครอบครัวชายอยู่ร่วมกันหลาย ๆ คน มาเป็นครอบครัวเดี่ยว ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดน้อยลง พ่อแม่อายุมากถูกทอดทิ้ง ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ ทุกคนต้องออกหางานทำเพื่อความอยู่รอด เป็นเหตุให้ห่างเหินผู้สูงอายุ อีกทั้งผู้สูงอายุที่สภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการประกอบอาชีพ ทำงานได้น้อยลง รายได้ลดลง รวมถึงการเกษียณอายุ บบาทาหน้าทำงานประจำลดหรือหมดไป บบาทาจากผู้นำครอบครัวแต่เดิมาก็กลายเป็นผู้อาศัย หรือผู้ให้คำปรึกษาแก่ลูกหลาน

จากแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น พอประมวลได้ดังนี้ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป การสูงอายุขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างโดยอาศัยทฤษฎีชีววิทยา ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา และ ทฤษฎีทางสังคมวิทยา มาอธิบาย การเปลี่ยน

แปลงในวัยสูงอายุนี้ไม่มีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในแต่ละบุคคลก็แตกต่างกันไป

เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ ด้านที่พบในวัยสูงอายุดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุส่วนมากประสบปัญหาหลายประการ ทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม จากการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย ต่างได้ผลที่ตรงกันว่า ปัญหาสุขภาพอนามัยเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งในวัยชรา (สถาบันวิจัยประชากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2531 : 10; นิศา ชูโต 2525 : 24; บรรลุ ศิริพานิช และคณะ 2532 : 69; บุญยีน สุภาพ 2522 : 93-95; นีรลสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ 2523 : 161; เกริกศักดิ์ บุญญาณรงค์ และคณะ 2533:83; กระแส ชนะวงศ์ และคณะ 2534 : 41-43) โรคที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 37.7 (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ 2532 : 69) สอดคล้องกับ จารุวรรณ เหมะธร และ นิมพันธ์ ศิลปสุวรรณ (2527 : 65) ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่พบบ่อยคือ โรคกระดูกและข้อ ปัญหารองลงมาคือ การเคี้ยวอาหาร เช่นเดียวกับการวิจัยของสุลี ทองวิเชียร และคณะ (2533 : 58) พบว่า ปัญหาของเหงือกและฟันของผู้สูงอายุมีถึงร้อยละ 57 ส่วนปัญหาที่พบบ่อยอีกเช่นกันในรายงานนี้คือ ปัญหาสายตาถึงร้อยละ 51 ส่วนปัญหาการรับฟังมีร้อยละ 20 สอดคล้องกับพรทิพย์ ชลิ่งสุกรี (2533 : 9) พบว่าระดับวิทยาของโรคทางหูและตาในผู้สูงอายุมีถึงร้อยละ 20 และจากการศึกษาของวงเดือน ศิริรักษ์และคณะ (2533:23) สสำรวจสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี จำนวน 100 ราย พบว่า ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 13 มีโรคประจำตัวร้อยละ 87 โรคที่พบคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคกระดูกข้อเสื่อมตามลำดับ ดังนั้น จะเห็นได้ว่า สุขภาพทางกายของผู้สูงอายุยิ่งเสื่อมลงไปเรื่อย ๆ เมื่ออายุมากขึ้น เมื่อวิเคราะห์ตามแนวทฤษฎีของโอเรียม พบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลตนเอง อันเนื่องมาจากการเสื่อมถอยของสภาพร่างกายโดยมีความต้องการ การดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นตามพัฒนาการของวัย จึงมีความจำเป็นมีความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีการดูแลตนเอง

แนวคิดในการดูแลตนเอง

ในการประชุม First International Symposium ที่กรุงโคเปนเฮเกน ในปี ค.ศ. 1975 มีผู้ให้ความหมายของ "การดูแลตนเอง" นั้น ควรเกี่ยวข้องกับสิ่งต่อไปนี้

1. การดูแลตนเองจะต้องเกี่ยวข้องกับภาระของผู้รับบริการ หรือผู้ป่วยในการลดความรุนแรงของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่
2. เป็นกระบวนการของบุคคลในการปฏิบัติภารกิจของตนเองเกี่ยวกับ การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคการวินิจฉัย และการรักษาโรคตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติจากแหล่งบริการขั้นพื้นฐานที่ทำได้ในระบบบริการสาธารณสุข
3. เกี่ยวกับบทบาทหลัก 4 ประการ ได้แก่ การดำรงรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยอาการด้วยตนเอง การให้ยารักษาอาการของตนเอง รวมถึง การร่วมมือกับบุคลากรวิชาชีพในการดูแลรักษาสุขภาพ

คินไลน์ (Kinline 1977: 22-24 อ้างใน สุลี ทองวิเชียรและคณะ 2532: 14-16) ได้กล่าวว่าอ้อมโนทัศน์ในการดูแลตนเอง (self-care concept) ตามแนวคิดของโอเร็มว่า การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่ติดตัวมากับมนุษย์ และมีได้หมายถึง การปล่อยให้บุคคลกระทำอะไรได้ด้วยตนเองเสมอไป ขึ้นกับความสามารถของแต่ละคน ผู้ใหญ่สามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี แต่เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ จึงต้องการความช่วยเหลือเป็นบางส่วน หรือทั้งหมด ในผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกายหรือจิตใจเสื่อมลงจนทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือผู้ป่วยทุพพลภาพ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบางส่วน หรือทั้งหมด เช่นกัน

โอเร็มได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองครั้งแรกในปี ค.ศ. 1959 และมีการพัฒนาแนวคิดมาตามลำดับ โอเร็ม เชื่อว่า "การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อดำรงชีวิต ภาวะสุขภาพ และความผาสุกของตนเอง ซึ่ง สมจิต หนูเจริญกุล (2523 : 7, 10-14) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย (deliberate action) มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วย

ให้โครงสร้าง หน้าที และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดแต่ละบุคคล ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ จะต้องทราบถึงความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้สูงอายุ
โอเร็มได้แบ่งการดูแลตนเองของบุคคลออกเป็น 3 ประเภทได้แก่

- (1) การดูแลตนเองโดยทั่วไป (universal self-care requisites)
- (2) การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (developmental self-care requisites)
- (3) การดูแลตนเองเมื่อภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนไปจากปกติ (health deviation self-care requisites)

(1) การดูแลตนเองโดยทั่วไป

เป็นความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อสนองความต้องการพื้นฐานในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง (Orem 1991: 124-134) ความต้องการการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จึงเป็นความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่เพิ่มขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการแห่งวัย ที่จะพอสรุปได้ดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งการได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ และเหมาะสม ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารให้ได้ทั้งปริมาณและคุณภาพที่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย ในวันหนึ่ง ๆ ควรได้รับโปรตีน 60-70 กรัม เหล็ก 10 มิลลิกรัม แคลเซียม 0.8 กรัม วิตามินเอ 5,000 ยูนิต วิตามินบีหนึ่ง 0.8-0.9 มิลลิกรัม วิตามินบีสอง 1.2-1.3 มิลลิกรัม ไนอาซิน 13-15 มิลลิกรัม และวิตามินซี 70 มิลลิกรัม อาหารที่เหมาะสม และเพียงพอจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดี และมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพได้ นอกจากนี้ควรลดอาหารหวาน มัน และเค็มจัด (บริบูรณ์ พรพิบูลย์ 2526: 122-123) นอกจากนี้ผู้สูงอายุควรได้รับน้ำอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 1,500 มิลลิลิตร หรือ 6-8 แก้วต่อวัน และควรเป็นน้ำดื่มสุกอุ่น ๆ เครื่องดื่มบางชนิดควรหลีกเลี่ยง เช่น น้ำชา กาแฟ สุรา น้ำอัดลม เป็นต้น

1.2 คงไว้ซึ่งสุขวิทยาส่วนบุคคล การขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ โดยที่ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีกากพอควร รับประทานผัก ผลไม้ เช่น ถั่วฝักยาว ส้ม มะละกอ และดื่มน้ำมาก ๆ จะช่วยให้มีการขับถ่ายสะดวก และป้องกันท้องผูก ผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาเรื่อง

การซัปดาห์สวาทะปออย ถ่ายไม่หมด กลิ่นสวาทะไม่อยู่ จึงควรรักษากรรมเนื่ออุงเชิงกรานด้วย การซมิบกัน เพื่อเกร็งและคลายกล้ำเนื่อผิเย็บอยู่เสมอ

1.3 คงไว้ซึ่งความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง การเคลื่อนไหวของร่างกาย ตลอดจนยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม การมีกิจกรรมจะทำให้ผู้สูงอายุยังคงบทบาทและสถานภาพทางสังคม ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นผู้มีคุณค่าเป็นที่ยอมรับของสังคม กิจกรรมที่เหมาะสม ควรมีรูปแบบเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ซึ่งจะทำให้ร่างกายมีความเคลื่อนไหวอย่างมีอิสระ เช่น การอ่านหนังสือ ชมรายการโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ปลูกต้นไม้ ทำสวน ดูกีฬา สังสรรค์กับเพื่อนฝูง การมีกิจกรรมทางศาสนา และควรมีการออกกำลังกายโดยไม่หักโหมจนเกินไป ในขณะที่เดียวกันควรพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยทั่วไปผู้สูงอายุใช้เวลาอนเพียง 5 - 6 ชั่วโมงต่อหนึ่งคืน และควรนอนในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ปราศจากเสียงดัง รบกวนและกลิ่นเหม็น

1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยจัดช่วงเวลาสำหรับการอยู่คนเดียว เพื่อจะได้มีเวลาเป็นตัวของตัวเองตามความต้องการในแต่ละวัน และขณะเดียวกัน ควรได้สังสรรค์กับครอบครัว และเพื่อนฝูง ทั้งนี้เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นเสมือนแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยการเพิ่มแรงจูงใจในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการดูแลตนเองที่ได้พัฒนามาแล้ว อีกทั้งช่วยให้ผู้สูงอายุขอความช่วยเหลือ และแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลตนเอง

1.5 ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมของสภาพร่างกาย ผู้สูงอายุมักเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากความเสื่อมของกระดูก การทรงตัวไม่ดี และความบกพร่องของการมองเห็น จึงควรมีวิธีป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านอย่างเหมาะสม เช่น บันไดไม้สูงชัน มีแสงสว่างเพียงพอ

1.6 เรียนรู้การดำรงชีวิตตามข้อจำกัดทางร่างกายได้ตามอัถภาพ รวมทั้งป้องกันไม่ให้มีความเสื่อมถอย หรือความผิดปกติทางร่างกายที่รุนแรงขึ้น โดยการตรวจสุขภาพประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ถึง 2 ครั้ง

1.7 สนับสนุน ส่งเสริมให้กำลังใจบุคคลในครอบครัว ตลอดจนผู้ใกล้ชิดและเพื่อนฝูงที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว

2. ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ

เป็นความต้องการที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในช่วงชีวิตต่าง ๆ เช่น วัยเด็ก วัยสูงอายุ และเหตุการณ์ในชีวิตที่มีผลต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต เป็นต้น ความต้องการการดูแลตนเองในระยะนี้ เพื่อพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต ในแต่ละขั้นของการพัฒนาการ รวมถึงการป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ และเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับและเผชิญกับการสูญเสียต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และเผชิญกับความตายอย่างสงบ

3. ความต้องการตามภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ

เป็นความต้องการที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย ผู้สูงอายุควรแสวงหา หรือ คงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น

ดังนั้น จากความต้องการการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นในขณะที่ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จึงเป็นแรงสนับสนุนและผลักดันให้ผู้สูงอายุต้องแสวงหาความรู้และแนวทางการปฏิบัติเพื่อเพิ่มและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพจากครอบครัว ชุมชน โดยการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

โอเร็ม (Orem 1991 : 148) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถของบุคคลในการกระทำการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองอย่างจงใจและต่อเนื่อง เพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อคงไว้ในการดำรงชีพ รักษาไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของบุคคล ตลอดจนส่งเสริมพัฒนาการและสวัสดิภาพของบุคคล ในภาวะปกติผู้ใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ แต่ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมโทรมลง และยังได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการดูแลตนเอง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลง

บทบาทต่าง ๆ ในสังคมที่เคยกระทำอยู่ เช่น การเกษียณอายุ เกิดปัญหาในการปรับตัว ความยากจน
 นับถือจากสังคมที่เคยมีอยู่ก็ลดลง เกิดผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุเป็น
 ผู้ที่สังคมให้การยกย่องว่าเป็นผู้ทรงเกียรติคุณ มีประสบการณ์และเป็นแหล่งความรู้ อุตุนเป็น
 ประโยชน์ต่อสังคม ความสามารถทางสติปัญญาไม่ได้เสื่อมถอยตามอายุที่เพิ่มขึ้น พยาบาลเป็นผู้
 มีบทบาทในการส่งเสริมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุน
 ส่งเสริม แนะนำ ให้ความรู้ เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพแข็งแรงและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ การปฏิบัติ และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

การศึกษาถึงความรู้ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุในครั้ง
 นี้ เพื่อเป็นแนวทางในการให้สุขศึกษา แก่ผู้สูงอายุได้สามารถปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมในการดูแล
 สุขภาพอนามัยตนเองได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังต้องการหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการปฏิบัติ
 ต่อกันด้วย คาร์ทไรท์ (Cartwright 1949 : 253-267) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับการ
 เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ประกอบด้วยโครงสร้างทางด้านความรู้ ความคิด
 (cognitive structure) โครงสร้างด้านการจูงใจ (motivation structure) และ
 โครงสร้างด้านการปฏิบัติ (action structure) และการปฏิบัติตัวของมนุษย์เป็นผลมาจาก
 ทศนคติ ปทัสถานทางสังคม (norms) นิสัย และผลที่คาดว่าจะได้รับภายหลังจากทำพฤติกรรมนั้น ๆ
 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem 1980 : 70) ที่ว่า การปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองเป็นผล
 มาจากการเรียนรู้ จากความเชื่อ นิสัย และการปฏิบัติตามวัฒนธรรมประเพณีของชุมชน และบุคคล
 นั้นต้องมีความรู้ด้วย

ความรู้มีส่วนสำคัญที่ก่อให้เกิด ความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม และก่อให้เกิด
 ให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เนื่องจากการมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้
 ทราบว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร และจะต้องสามารถปฏิบัติได้จริง (กรรณิการ์ กัณระรักษา 2527: 32)
 ดังนั้นความรู้และการปฏิบัติจึงมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดและต้องพึ่งพาอาศัยกัน การสร้างเสริม
 ความรู้ ก็จะช่วยสร้างเสริมพฤติกรรมปฏิบัติด้วยเสมอ (Fabiyi 1985 : 154) ไม่ว่าจะ

ทางตรงหรือทางอ้อม

และชวาร์ท (Schwartz 1975 : 28-31) ได้เสนอถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคน จะมีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติตัว ดังนี้ ความรู้และทัศนคติ ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน เพราะทัศนคติ มักเกิดจากผลพลอยได้ของประสบการณ์ที่เคยได้รับ อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือใช้เวลานานในการเปลี่ยนแปลง



นอกจากนี้ การที่บุคคลจะปฏิบัติ หรือมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เมื่อเขาได้รับความรู้จากข่าวสารที่ถูกต้อง ตระหนักถึงประโยชน์ที่จะนำมาใช้ว่า ดีกว่าสิ่งที่ตนปฏิบัติอยู่ (มานี ชูไทย 2523 : 16-18) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกัน กู๊ด (Good 1973 : 325 อ้างในจันทนา หล่อตระกูล 2531 : 30-33) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมสะสมไว้ ความรู้ ประกอบด้วย ความรู้ ความสามารถ และทักษะทางสติปัญญา 6 ชั้น คือ

1. ความรู้ ความจำ คือ ความสามารถในการจำสิ่งต่าง ๆ หรือสิ่งที่เคยมีประสบการณ์มาก่อนได้
2. ความเข้าใจ คือ ความสามารถในการแปลความ ตีความ หรือขยายความสิ่งนั้น ๆ ได้
3. การนำไปใช้ คือ ความสามารถในการนำสาระสำคัญต่าง ๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง ๆ ได้
4. การวิเคราะห์ คือ ความสามารถในการแยกเรื่องราวออกเป็นส่วนย่อย ๆ ได้
5. การสังเคราะห์ คือ ความสามารถในการรวมส่วนประกอบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน
6. การประเมินผล คือ ความสามารถในการตัดสินคุณค่า ในสิ่งที่กำหนดความมุ่งหมายให้โดยการใช้เกณฑ์ที่แน่นอน

จากสิ่งดังกล่าวข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ใน เรื่องต่าง ๆ และโครงสร้างที่ได้จากการศึกษาหรือประสบการณ์ที่มนุษย์ได้รับ และสะสมไว้ใน ขอบเขตทางด้านปัญญา ที่เรียงจากพฤติกรรมที่ง่ายไปยาก คือ ความรู้ ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล

การที่บุคคลจะปฏิบัติอะไรก็ตาม บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ เสียก่อน และพึงพอใจที่จะปฏิบัติสิ่งนั้น ในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรมีความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของวัย มีความรู้เกี่ยวกับการ ป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ความจำเป็นของการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อป้องกัน โรค และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งความรู้เหล่านี้จะช่วยให้การตัดสินใจ ที่จะปฏิบัติกรดูแล สุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ จะเลือกศึกษาเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการปฏิบัติตนเท่านั้น

เมอเรย์ และเซนต์เนอร์ (Murray และ Zentner, 1989 อ้างในจินตนา ยูนิพันธ์ 2532, 44-46) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ ว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคล เชื่อว่า การปฏิบัติ ของตนจะสามารถทำให้มีสุขภาพดี ดังนั้น ในความหมายนี้ พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง (self-care behavior) จึงเป็นคำที่ใช้แทนกันได้ ตัวอย่างเช่น บุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดีได้ โดยการปฏิบัติกิจกรรม ในการรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ในปริมาณที่เพียงพอ แก่ความต้องการของร่างกาย การพักผ่อนนอนหลับประมาณวันละ 8 ชั่วโมง การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การที่ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ ถือว่าเป็นพฤติกรรมหรือการปฏิบัติเพื่อ ดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง โดยเป็นสิ่งที่บุคคลริเริ่มและลงมือกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี ดังนั้น คำว่าพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงเป็นคำที่ใช้แทนกันอยู่เสมอ

เพนเดอร์ (Pender 1987 : 87-69) ได้เสนอแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำจนเป็นกิจวัตร หรือเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคล เน้น กระบวนการทางสติปัญญา และการควบคุมพฤติกรรมจากภายใน โดยจัดเป็นปัจจัยด้านความรู้ และการรับรู้ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม และตัวแปรที่ส่งผลต่อการที่บุคคลจะลงมือกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ นับได้ว่าเป็นปัจจัยปฐมภูมิแต่ละปัจจัยจะส่งผลโดยตรงต่อการที่บุคคลจะลงมือกระทำพฤติกรรม ปัจจัยด้านนี้ครอบคลุมองค์ประกอบต่อไปนี้

- 1) ความสำคัญของสุขภาพ (importance of health) การที่บุคคลให้คุณค่าของสุขภาพของตนมากเท่าไร ก็จะมีพฤติกรรมที่จะส่งเสริมให้มีสุขภาพดี เช่น แสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมากเท่านั้น
- 2) การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (perceived control of health) ในรูปแบบนี้เสนอว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณัยการควบคุมสุขภาพอยู่ในตน บุคคลนั้นจะมีความโน้มเอียงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณัยการควบคุมสุขภาพอยู่นอกตน
- 3) การรับรู้ความสามารถในตน (perceived self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะประสบความสำเร็จหรือผลลัพธ์ ที่พึงปรารถนา จะเกิดขึ้นเมื่อตนเองได้ลงมือกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ บุคคลในทุกกลุ่มอายุย่อมมีความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของตนและต้องการควบคุมปัจจัยส่วนตน และด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ดังนั้น เมื่อบุคคลเหล่านี้รับรู้ว่าคุณัยความสามารถ และเชื่อมั่นว่า ถ้าตนทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพแล้ว ภาวะสุขภาพจะดีขึ้น บุคคลนั้นก็ย่อมกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น
- 4) คำจำกัดความของสุขภาพ (definition of health) บุคคลแต่ละคนมีคำจำกัดความของสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีผลต่อการที่บุคคลเหล่านั้นจะลงมือกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หากบุคคลให้คำจำกัดความของคำว่าสุขภาพว่า เกี่ยวกับการปรับตัวหรือความสมดุลก็จะกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมป้องกันไม่ให้ตนเองเจ็บป่วย ในขณะที่บุคคลให้คำจำกัดความของคำว่าสุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลมีความสุข พึงพอใจ เสียสละ ภูมิใจในตนเองและสามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลนั้นจะริเริ่มทำกิจกรรมที่จะทำให้ตนเป็นดีอยู่ดีให้มากที่สุดตามศักยภาพ
- 5) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (perceived health status) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความถี่และความจริงจังของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณัยสุขภาพดีก็จะมีแนวโน้มเอียงที่จะกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่า และจริงจังกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณัยสุขภาพไม่ดี
- 6) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (perceived benefits

of health promoting behaviors) แนวคิดนี้ตรงกับแนวคิดในรูปแบบของความเชื่อทางสุขภาพ การที่บุคคลรู้ว่าพฤติกรรมที่ตนกระทำมีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตนเองส่งผลต่อระดับของการทำพฤติกรรมนั้น ๆ ทั้งยังมีแนวโน้มว่าจะส่งเสริมให้มีการกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

7) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (perceived barriers to health - promoting behavior) การรับรู้อุปสรรคที่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่กับการรับรู้ประโยชน์อุปสรรคดังกล่าว อาจเป็นความจริงหรือไม่เป็นความจริง เป็นเพียงสิ่งที่บุคคลรับรู้เท่านั้น การรับรู้อุปสรรครวมถึงความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบาก และการไม่มีโอกาสกระทำพฤติกรรม ส่งผลทางลบต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวคิดของเพนเดอร์เป็นแนวทางในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ กับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ โดยเลือกทำการศึกษา เน้นถึงความรู้ ดังต่อไปนี้

1) ความสำคัญของการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง การที่ผู้สูงอายุให้คุณค่าและความสำคัญของสุขภาพของตนเองมากเท่าไร ก็จะมีพฤติกรรมที่จะส่งเสริมให้มีสุขภาพดี โดยการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองมากขึ้นเท่านั้น

2) ความสามารถในการดูแลสุขภาพอนามัยด้วยตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะประสบความสำเร็จหรือผลลัพธ์ ที่พึงปรารถนา คือการมีสุขภาพอนามัยที่ดี จะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อตนเองได้ลงมือกระทำ พฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยตนเองดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุเหล่านี้รู้ว่าตนมีความสามารถ และเชื่อมั่นว่า ถ้าตนทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอนามัยด้วยตนเองแล้ว ภาวะสุขภาพจะดีขึ้นได้ บุคคลนั้นก็ย่อมกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น หรือถ้าผู้สูงอายุมีความเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพ อาจมีผู้ช่วยดูแลให้สุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ให้อยู่ในภาวะสุขภาพที่ดีได้ดังเดิม

3) คำจำกัดความหรือความหมายของสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนมีคำจำกัดความของสุขภาพที่ดีของตนเอง ซึ่งมีผลต่อการที่บุคคลเหล่านั้นจะลงมือกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง ทั้งในการดำรงชีวิตประจำวัน มีการกระทำพฤติกรรมป้องกันมิให้

ตนเองเจ็บป่วย ในขณะที่ผู้สูงอายุให้คำจำกัดความของคำว่าสุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลมีร่างกายแข็งแรงสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข บุคคลนั้นจะริเริ่มทำกิจกรรมที่จะทำให้ตน มีความสุข เป็นดีอยู่ดีให้มากที่สุดตามศักยภาพของตน

4) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่รู้ว่าตนเองสุขภาพดีสามารถทำงานได้ตามศักยภาพของตน ก็จะมีแนวโน้มเพียงที่จะกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยการดูแลตนเอง ได้บ่อยและจริงจังกว่าผู้สูงอายุที่รู้ว่า ตนเองสุขภาพไม่ดี

5) ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง การที่ผู้สูงอายุรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง มีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตน จะส่งผลต่อระดับของการทำพฤติกรรมนั้น ๆ ทั้งยังมีแนวโน้มว่าจะส่งเสริมให้มีการกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยการดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่องอีกด้วย

6) ความรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง ว่าการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัยนั้นมีอุปสรรค มีความไม่สะดวกสบาย ทำให้เกิดผลทางลบต่อการกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง

* ปัจจัยส่งเสริมการดูแลสุขภาพอนามัยของ เพนเตอร์ประกอบด้วยองค์ประกอบต่อไปนี้

1) ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา และรายได้ ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทางอ้อม ซึ่งส่งผลผ่านกลไกด้านความรู้ เช่น ส่งผลต่อการให้ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในตน การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

2) ลักษณะทางชีววิทยาปัจจัยบางอย่าง เช่น น้ำหนัก มีผลต่อการออกกำลังกายของบุคคล คนที่มีน้ำหนักมาก มีความตั้งใจต่ำที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

3) อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences) ปัจจัยระหว่างบุคคล เช่น ความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัวและปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบถึงการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล

4) ปัจจัยสถานการณ์ (situational factors) ตัวกำหนดด้านสถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ และมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทางเลือกที่มีอยู่ในการกระทำ

พฤติกรรมนั้น ๆ และความง่ายที่จะใช้ทางเลือกเหล่านั้น ทางเลือกยิ่งมีอยู่มากเท่าไรยิ่งทำให้บุคคลได้มีโอกาสเลือกกระทำพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีคลอเลสเทอรอลต่ำ ไขมันพอติจำนวนแคลอรีที่เหมาะสม มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นได้น้อยในบุคคลที่รับประทานอาหารนอกบ้านเป็นประจำ หรือต้องการงานสังคมเป็นประจำ บุคคลอาจต้องการจะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่สถานการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมบังคับ

5) ปัจจัยพฤติกรรม (behavioral factors) ประสบการณ์ในอดีตของบุคคลที่เคยกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้บุคคลแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ ได้อีก ความรู้และทักษะบางอย่างจะส่งเสริมให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ซับซ้อนได้

นอกจากนี้ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้และปัจจัยส่งเสริมแล้ว เพนเดอร์ (Pender) ยังเสนอว่า ตัวชี้แนะการกระทำ (cue to action) เป็นปัจจัยสำคัญอีกตัวอย่างที่สนับสนุนให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ตัวชี้แนะการกระทำภายใน เช่น การรับรู้ศักยภาพของตนเองที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาการ และความรู้สึกสุขสบายที่เพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลได้เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ดังเช่น ความรู้สึกสบายหลังจากออกกำลังกายเป็นตัวชี้แนะของการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ตัวชี้แนะการกระทำภายนอก ได้แก่ การสนทนากับบุคคลต่าง ๆ เกี่ยวกับแบบแผนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น สื่อมวลชนที่มีโปรแกรมด้านสุขภาพจะเป็นตัวชี้แนะการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ

ในการศึกษาครั้งนี้เลือกศึกษาปัจจัยส่งเสริมและตัวชี้แนะการกระทำดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้ ซึ่งคาดว่าจะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองทางอ้อม ซึ่งส่งผลต่อการให้ความสำคัญของสุขภาพ ความรู้ในความสามารถของตน ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง เป็นต้น

2) ลักษณะทางชีววิทยาปัจจัยบางอย่าง เช่น การมีโรคประจำตัวของบุคคล คนที่มีโรคประจำตัวอาจจะส่งผลต่อ การมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

- 3) อิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล เช่น ลักษณะครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อการศึกษาดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ
- 4) ตัวชี้แนะการกระทำภายนอก ในการศึกษาครั้งนี้ คือ การได้รับฟังข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งอาจมีผลต่อการกระทำดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ

เนื่องจากประชากรวัยสูงอายุมีจำนวนมากขึ้นในปัจจุบันและอนาคต จึงมีผู้ที่ตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญของประชากรกลุ่มนี้ จึงมีการศึกษาวิจัยผู้สูงอายุมากขึ้น งานวิจัยในประเทศไทยที่แสดงถึงสิ่งแวดล้อมทางสังคมของผู้สูงอายุที่น่าสนใจ และเป็นการศึกษาโดยวิธีการสังเกตและสัมภาษณ์ ได้แก่ งานวิจัยของ โดแนลด์ โอ คาวกิลล์ (Donald O. Cowgill 2515 : 91-102) ศึกษาเรื่องบทบาทและสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2515 จากการสัมภาษณ์ชาวบ้านในหมู่บ้านเซิน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุมีบทบาทในทางสังคมในด้านศาสนาโดยเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในวัดมากขึ้น รวมทั้งสรุปว่า ประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังอยู่ในระยะแรกของการเข้าสู่ระบบอุตสาหกรรมและเลียนแบบตะวันตก ทำให้สังคมไทยมีลำดับขั้นชัดเจน มีการเคลื่อนย้ายทางสังคมสูงขึ้น เมื่อใดที่อัตราเกิดลดลง สัดส่วนประชากรสูงอายุต่อประชากรทั้งหมดสูงขึ้น ผู้สูงอายุในสังคมไทย มักจะได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องและเพื่อนฝูง ส่วนการประกอบอาชีพผู้สูงอายุยังมีได้หยุดประกอบอาชีพ และยังมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูครอบครัวด้วย ส่วนการศึกษาลักษณะของสังคมและโครงสร้างทั่วไป ของคนชราในประเทศไทย โดย นีดา ชูโต (2525 : 40) พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่ไม่ได้รับการศึกษา โดยมากเป็นเกษตรกร ฐานะยากจน ตกเป็นภาระแก่บุตรหลาน และรัฐต้องเกื้อหนุน ครอบครัวและลูก ๆ มีบทบาทสำคัญของชีวิตวัยชรา ผู้สูงอายุร้อยละ 90 อยู่กับครอบครัว โดยมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาของครอบครัว และอบรมดูแลเด็ก ผู้สูงอายุร้อยละ 40 ยังทำงานหารายได้ ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ

คือ ปัญหาทางเศรษฐกิจ และปัญหาสุขภาพ มีการเข้าร่วมกิจกรรมสังคมน้อย บริการทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับมีน้อย เช่นการบริการสาธารณสุขและการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้มุ่งหวังในบริการเหล่านี้มาก แต่กลับมุ่งช่วยตนเองหรือจากคนในครอบครัวมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ นีรลิตี คำนานคิลป์ และคณะ (2523 : 23) ได้ทำการวิจัยเรื่องความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบทบาทคนชรา และเชื่อว่าตนเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม ปัญหาที่คนชราพบคือ ปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ คนชรายังมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ รองลงมาคือปัญหาสุขภาพเช่นเดียวกับการศึกษา พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวและแข็งแรง (วันดี โปสกุล 2531 : 3) พบว่า ผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป มีความสมบูรณ์ของร่างกายเพียงร้อยละ 15.50 อีก ร้อยละ 84.50 จัดอยู่ในกลุ่มอ่อนแอ ส่วนพฤติกรรมในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายจะมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ในการตรวจร่างกายประจำปีพบว่า ผู้สูงอายุไม่เคยตรวจร่างกายประจำปีเลย ถึงร้อยละ 8.10 ซึ่งผลการวิจัยมีความคล้ายคลึงกับการศึกษา พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง โดย บรรลุ คิริพานิช (2531 : 70) พบว่า ปัญหาที่พบมากของผู้สูงอายุคือปัญหาสุขภาพ รองลงมาคือปัญหาเศรษฐกิจ ในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีอาหารการกินไม่ขัดสนร้อยละ 89.90 และมีนิสัยกินง่าย อยู่ง่ายไม่เลือกอาหาร พฤติกรรมเกี่ยวกับการดื่มสุราของผู้สูงอายุ ร้อยละ 80.24 ไม่เคยดื่มสุราและ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 62.45 ไม่เคยสูบบุหรี่ ผู้สูงอายุร้อยละ 82.40 ไม่เคยมีอุบัติเหตุเลย และผู้สูงอายุที่สมบูรณ์แข็งแรง จะมีการขับถ่ายปกติสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มไม่สมบูรณ์แข็งแรง นอกจากนี้ยังพบว่าเศรษฐกิจมีผลต่อการมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ผู้สูงอายุอาศัยกับลูกเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 73.20 ส่วนข้อมูลจากการสำรวจผู้สูงอายุทั่วประเทศจำนวน 3,252 ราย ในปี พ.ศ.2531 โดยสถาบันวิจัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในเขตเมืองจะเป็นผู้ที่ปลดเกษียณแล้ว แต่ยังคงการทำงานอยู่ ส่วนในชนบทผู้สูงอายุมักคอยดูแลเด็กเล็กหรือบุตรหลานและได้รับเงินสนับสนุนจากบุตรหลานส่งมาให้ ในด้านบทบาทและศักยภาพ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย บทบาทส่วนใหญ่จะทำงานบ้านและงานอื่น ๆ ที่สมาชิกขอให้ช่วย กิจกรรมที่ผู้สูงอายุชอบทำในยามว่างคือ เดินเล่น เช่นเดินเหยียมนิยมนเพื่อนบ้าน และลูกหลานเป็นต้น ส่วนพฤติกรรม

สุขภาพในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชนบทอีสาน (ครีน้อย มาศเกษม 2531 : 65) พบว่า โดยทั่วไปผู้สูงอายุจะกินอาหารพร้อมกับสมาชิกในครอบครัว และไม่นิยมบริโภคอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เพราะเชื่อว่าเป็นอาหารต้องห้ามสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่จัดว่าพอมมีร้อยละ 71 ส่วนใหญ่ไม่นิยมบริโภคอาหารประเภทไขมัน ได้รับปริมาณพลังงานโปรตีน และธาตุเหล็กเพียงพอ แต่ได้รับวิตามินบี 1 บี 2 ไนอาซีน และวิตามินซีต่ำ ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทั้งชายและหญิง มีถึงร้อยละ 78.6 ระยะเวลาในการสูบบุหรี่เฉลี่ย 43 ปี จำนวนบุหรี่ที่สูบ 8 มวนต่อวัน ผู้สูงอายุร้อยละ 64 ทราบถึงโรคและอันตรายจากบุหรี่ มีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ร้อยละ 83.3 ในจำนวนนี้ ร้อยละ 66.7 ได้พยายามลองเลิกแต่ไม่ประสบผลสำเร็จ ยังมีการวิจัยที่เกี่ยวกับบทบาทและศักยภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนไทยต่องานสาธารณสุขมูลฐาน โดยนายแพทย์กระแส ชนะวงศ์ (2532 : 25- 80) ทำการศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 563 ราย จากพื้นที่ 4 จังหวัดใน 4 ภาคของประเทศ พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 33.1 ซึ่งมากกว่าในเพศหญิงที่สูบเพียงร้อยละ 11.5 ในเรื่องความเจ็บป่วยพบว่า ผู้สูงอายุกว่าหนึ่งในสาม ประมาณร้อยละ 36.9 จะไม่เคยป่วยด้วยโรคร้ายแรงใด ๆ และรองลงมาร้อยละ 35.0 มีอาการเจ็บป่วยนาน ๆ ครั้ง ส่วนโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ที่พบมากคือโรคกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อมีถึงร้อยละ 57.7 รองลงมาคือ อาการเป็นลมวิงเวียน หน้ามืด และโรคเกี่ยวกับหู ตา และฟัน ร้อยละ 30.4 และร้อยละ 29.7 ตามลำดับ ส่วนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเรื่องชี้วัดสถานะทางสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 33.7 ใช้วิธีออกกำลังกาย โดยการเดินหรือวิ่งเป็นส่วนมาก

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุที่ทำในกรุงเทพมหานคร โดย สุลี ทอง-วิเชียร และคณะ (2531 : 57-65) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองในระดับปานกลางค่อนข้างดี แต่พบว่าการทางด้านร่างกายผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกาย ปัญหาสุขภาพที่พบคือ ปัญหาเกี่ยวกับสายตา หู และฟัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กระแส ชนะวงศ์ ผู้สูงอายุ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุทั้งหมดไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี และพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 48 มี

โรคประจำตัว ส่วนบทบาทในสังคมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมน้อย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจและระดับการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534 : 47-49) ที่ทำการศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 106 รายในจังหวัดหนองคาย พบว่า สถานภาพสมรส รายได้ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในโรงเรียน สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเอง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ นิรนาท วิทยาโชคกิตติคุณ (2534 : 24-30) ได้ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับภาวะสุขภาพโดยให้ผู้สูงอายุประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุประเมินความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างสูง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 32.50 โรคที่พบบ่อยก็คือโรคกระดูกและข้อ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ก็คือสถานภาพสมรส นอกจากนี้ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ยังมีการศึกษาการดูแลตนเองในด้านอื่น ๆ อีก เรมวาล นันทกุลวัฒน์ (2524 : 58) ได้ทำการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 คน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 59.90 มีการดูแลตนเองระดับน้อย รองลงมาร้อยละ 37.50 มีการดูแลตนเองระดับปานกลาง ซึ่งคล้ายคลึงกับรัตนาทองสวัสดิ์ และคณะ (2531 : 46) ได้ทำการวิจัยเรื่องการประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การประเมิน การดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านความรู้ ทักษะและการยอมรับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาการเป็นโรค มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 89) พบว่า ความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และความร่วมมือในการรักษาและตรงกับการศึกษาของ จิตรา วสุวานิช และคณะ 2521 (อ้างใน มยุรี วรณโกโรโรจน์ 2533 : 16) พบว่า ความรู้ (knowledge) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองของมนุษย์ เพราะการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือการแสดงออกเป็นผลจากความรู้อันเป็นประสบการณ์เป็นสิ่งจำเป็น สำหรับการปรับตัวและการพัฒนาตนเองของมนุษย์ เช่นเดียวกับนอร์ริส (Norris 1974 : 486) ให้ข้อคิดเห็นว่า

การที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค เช่นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้น ผลของความเจ็บป่วย การรักษา การควบคุมโรค และวิธีการปฏิบัติตัวที่จะช่วยส่งเสริมให้โรคหายเร็วขึ้นบรรเทาความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ความรู้จะช่วยในการคิด การตัดสินใจ การเลือกปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพอนามัยในการดูแลตนเอง

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้

จากการศึกษาทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดแนวทางในการศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์รูปแบบของ เพนเดอร์ (Pender 1987 : 57-69) และทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem 1988 : 79-82) นำเสนอดังนี้

ปัจจัยด้านความรู้

1. ความสำคัญของการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง การที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับสุขภาพของตนมากขึ้นเท่าใด ก็จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นเท่านั้น
2. ความสามารถในการดูแลสุขภาพอนามัยด้วยตนเอง เป็นการศึกษาที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นว่า ตนจะมีสุขภาพที่ดีได้ ก็ต่อเมื่อตนได้ลงมือกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยด้วยตนเอง หรือถ้ามีความเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพอาจมีผู้ที่ช่วยดูแลสุขภาพของตนให้คงอยู่ในภาวะสุขภาพที่ดีได้ดังเดิม
3. คำจำกัดความหรือความหมายของการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อการที่ผู้สูงอายุจะลงมือกระทำการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง ทั้งในการดำรงชีวิตประจำวัน ป้องกันมิให้ตนเจ็บป่วย หรือเมื่อมีอาการเจ็บป่วย โดยการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ มีการพักผ่อนที่เพียงพอ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงตามปกติได้นั้น ผู้สูงอายุจะต้องให้คำจำกัดความหรือความหมายของคำว่าสุขภาพเสียก่อนว่าเป็นภาวะที่บุคคลมีร่างกายแข็งแรงสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข
4. ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ตามพัฒนาการตามวัย และเมื่อมีความเจ็บป่วย ผู้สูงอายุที่รู้ว่าตนมีสุขภาพดีสามารถทำงานได้ตามศักยภาพของตนก็จะมี

โน้มน้าวเพียงที่จะกระทำกิจกรรม ในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง ได้อย่างจริงจังกว่าผู้สูงอายุที่รู้ว่าตนเองสุขภาพไม่ดี

5. ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุรู้ว่าการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองมีผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นได้ ทำให้มีแนวโน้มว่าจะส่งเสริมให้มีการกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยตนเองอย่างต่อเนื่อง

6. อุปสรรคของการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยนั้น มีอุปสรรค มีความไม่สะดวกสบาย ทำให้เกิดผลลบต่อการแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง

ส่วนปัจจัยส่งเสริมและตัวชี้แนะการกระทำในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบไปด้วย

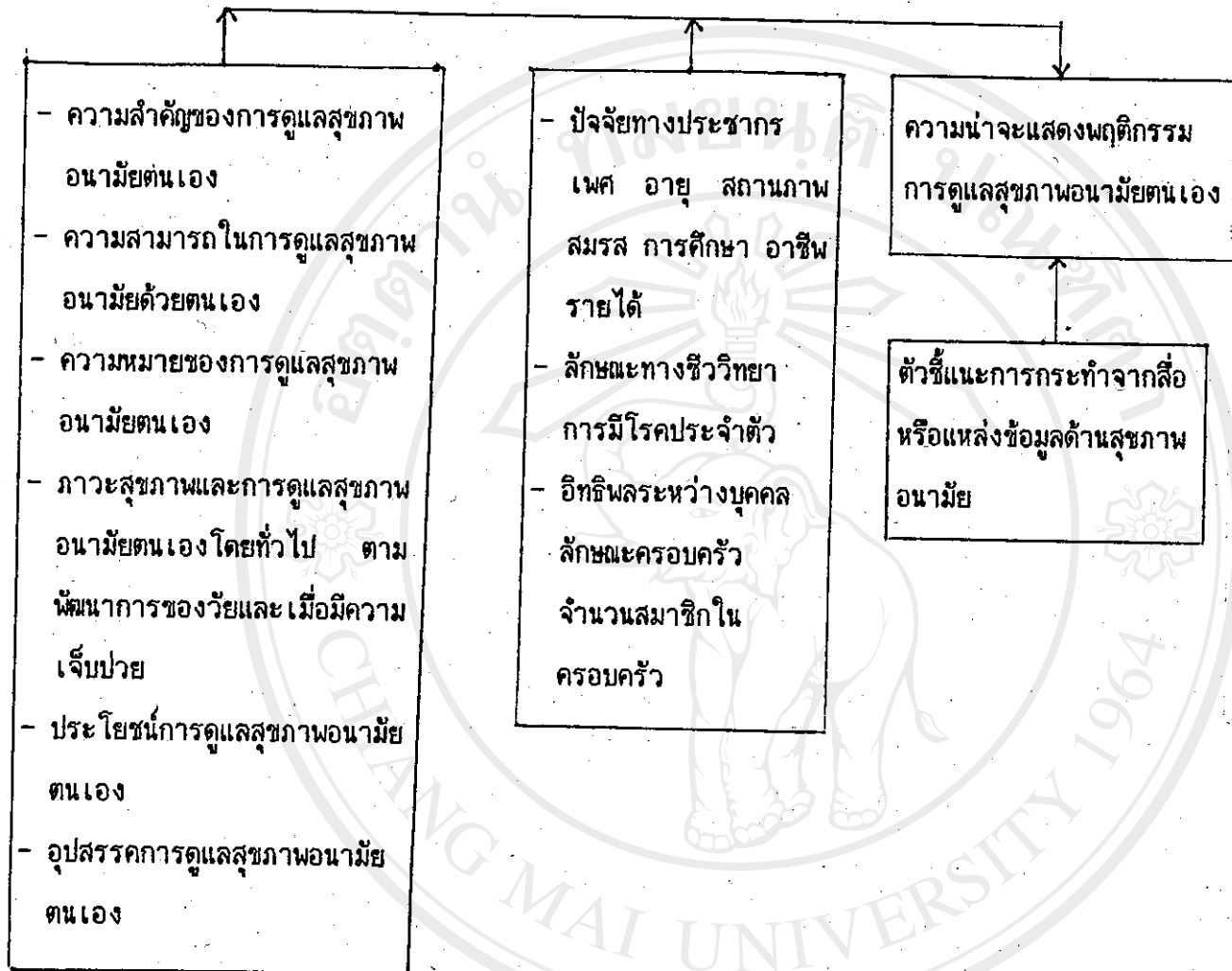
1. ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้
2. ลักษณะทางชีววิทยา คือ การมีโรคประจำของผู้สูงอายุ
3. อิทธิพลระหว่างบุคคล คือ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และลักษณะครอบครัว
4. ตัวชี้แนะการกระทำ คือ การรับข้อมูลข่าวสารสุขภาพอนามัย

เมื่อมีปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบกับปัจจัยส่งเสริม จะทำให้มีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ ดังกรอบแนวคิดดังนี้

ปัจจัยด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพ
อนามัยตนเองของผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่งเสริม

การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ
อนามัยตนเองของผู้สูงอายุ



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved

กรอบแนวคิดในการวิจัย