

บทที่ 1

บทนำ

ปัญหาและความเป็นมาของปัญหา

สืบเนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ และการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขส่งผลให้อัตราการตายจากโรคลดลง และอายุขัยเฉลี่ยของประชากรยืนยาวขึ้น จึงทำให้ประชากรผู้สูงอายุ มีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับ (รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, 2538 : 6) และปัจจุบันยังพบว่าผู้สูงอายุ รู้จักวิถี การส่งเสริมสุขภาพของตนเองมากขึ้น โดยการรวมกลุ่มเป็นชมรมผู้สูงอายุ แต่ผู้สูงอายุส่วนหนึ่ง ไม่มีการรวมกลุ่มเป็นชมรมผู้สูงอายุยังคงดำเนินชีวิตเช่นเดิมที่เคยปฏิบัติมาหรือยังไม่รู้จักวิถีการ ส่งเสริมสุขภาพของตนเอง จึงกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มต่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นของตนเอง ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่เป็น สมาชิกชมรมผู้สูงอายุกับผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างไรและมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอะไรบ้าง

จากการศึกษาโครงสร้างของประชากรพบว่า ในอนาคตแนวโน้มสัดส่วนของผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้น จากรายงานสถิติประชากรผู้สูงอายุของโลก ปี พ.ศ. 2523 และการคาดประมาณ ปี พ.ศ. 2568 มีสัดส่วนของผู้สูงอายุคือร้อยละ 5.90 และร้อยละ 9.70 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ (จันทร์รัตน์ ระเบียบโลก, 2535 : 197) หรืออาจมองไกลไปอีก 30 ปีข้างหน้า ประชากรของโลก มีประมาณ 8,200 ล้านคน ขณะที่ประชากรผู้สูงอายุประมาณ 1,100 ล้านคน นั้นหมายความว่า ประชากรโลกทุก 8 คน จะมีผู้สูงอายุ 1 คน (ชูชัย ศุภวงศ์, 2540 : 120)

สำหรับประเทศไทย ปี พ.ศ. 2536, 2538, 2540 พบว่ามีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกัน ร้อยละ 6.70, ร้อยละ 7.30 และร้อยละ 8.40 ของประชากรทั้งหมดตามลำดับ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2536, 2538, 2540 : 1) และจากการ คาดประมาณ ปี พ.ศ. 2548, 2553, 2558 พบว่าแนวโน้มสัดส่วนของผู้สูงอายุยังเพิ่มขึ้น อย่างต่อเนื่องเช่นเดิม คือ ร้อยละ 10.17, ร้อยละ 11.36 และร้อยละ 13.18 ของประชากรทั้งหมด ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538 : 18) หรือ

อาจมองว่าสังคมไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุ เนื่องจาก ปี พ.ศ. 2540 ประชากรไทยเพิ่มขึ้นเป็น 60 ล้านคนในขณะที่มีประชากรผู้สูงอายุ 5 ล้านคน นั้นหมายความว่าประชากรไทยทุก 12 คน มีผู้สูงอายุ 1 คน (ปรากฏรณ วุฒิพงศ์, 2540 : 5) อีกทั้งยังพบว่าอายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มขึ้น ได้แก่ ปี พ.ศ. 2536 ชาย 61.75 ปี หญิง 67.50 ปี และ ปี พ.ศ. 2540 ชาย 66.60 ปี หญิง 71.70 ปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536, 2540 : 1)

นอกจากนี้เมื่อศึกษาโครงสร้างของประชากร ยังพบว่าเกิดการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างของประชากรซึ่งเกิดจากความสำเร็จทางด้านวางแผนครอบครัว สามารถลดอัตราการเพิ่มของประชากรเป็นผลให้ประชากรวัยเด็กกลับลดลง ขณะที่ประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นด้วย กล่าวคือ ปี พ.ศ. 2523, 2533, 2538, 2543 คือ ร้อยละ 9.70 ร้อยละ 11.60 ร้อยละ 12.80 และร้อยละ 14.30 ตามลำดับ (นิตยา พิริยธรรมวงศ์, 2537 : 1) จึงจะเห็นว่าปรากฏการณ์ทางด้านประชากรดังกล่าวจะเป็นข้อบ่งชี้ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างแน่นอน

ขณะเดียวกันจากการพัฒนาประเทศภายใต้ระบบทุนนิยม และกระแสสังคมบริโภคนิยมที่แผ่ขยายในยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เพื่อมุ่งสู่การเป็นสังคมอุตสาหกรรมแนวใหม่ ก่อให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรม จากระบบครอบครัวเดี่ยวไปสู่ระบบครอบครัวขยาย และจากสังคมชนบทไปสู่สังคมเมือง ทำให้เกิดการพัฒนาความเป็นเมือง และการแพร่กระจายของวัฒนธรรมตะวันตก การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุและมีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสิ้น (จำเรียง ภูมระสุวรรณ, 2536 : 6-10)

รัฐบาลจึงเห็นความสำคัญของปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีสวัสดิการและบริการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์คนชรา คลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ บริการคำปรึกษาพยาบาลฟรี และเบี้ยยังชีพ ส่วนเอกชนมีเพียงชมรมผู้สูงอายุ มูลนิธิเพื่อผู้สูงอายุ และโรงพยาบาลเอกชนเท่านั้น

สำหรับชมรมผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้น จากการสำรวจของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2537 พบว่ามีจำนวน 3,484 ชมรม แต่ที่กำลังดำเนินกิจกรรมมีเพียง 1,042 ชมรม คิดเป็นร้อยละ 29.88 หรือเฉลี่ยจังหวัดละประมาณ 13.71 ชมรม จะกระจายอยู่ตามภาคต่าง ๆ ดังนี้ ภาคเหนือ ร้อยละ 42.8 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 22.26 ภาคกลาง ร้อยละ 8.73 ภาคใต้ ร้อยละ 7.50 ภาคตะวันออก ร้อยละ 6.43 กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 2.78 และ

ไม่ระบุ ร้อยละ 9.40 ส่วนสถานที่ตั้งชมรมผู้สูงอายุ ตั้งอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 59.70 และในเขตเทศบาล กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 40.30 นอกจากนี้ชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่สังกัด กระทรวงสาธารณสุขและกรมประชาสัมพันธ์ ประมาณร้อยละ 70.00 (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2540 : 77-78)

การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุจึงมีวัตถุประสงค์เป็นศูนย์กลางให้ผู้สูงอายุพบปะสังสรรค์ เป็นศูนย์กลางให้บริการส่งเสริมสุขภาพ เป็นศูนย์กลางด้านข่าวสารที่มีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ และเป็นศูนย์กลางที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุทำงานเพื่อสังคม (สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข, 2536 : 51, สมานัส วงศ์กฤษกร, 2537 : 28) ซึ่งมีกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้ กิจกรรมทางศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กิจกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กิจกรรมเสริมรายได้ กิจกรรมการท่องเที่ยว กิจกรรมการกุศล กิจกรรมอาปนกิจสงเคราะห์ ฯลฯ (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2540 : 84)

จึงเห็นได้ว่าการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เสริมสร้างสมรรถภาพของร่างกาย ส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีคุณค่าทางสังคม ได้แก่ การนิยมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในตอนเช้าโดยการวิ่ง เดิน เต้นแอโรบิค ฝึกโยคะ ส่วนการรับประทานอาหารจะรับประทานอาหารที่มีคุณค่า แต่ยังมีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเท่านั้นที่นิยมรับประทานอาหารรสจัด ต้มเหล่า และสุบุนหรี และเมื่อมีการเจ็บป่วยจะไปรับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการของรัฐ รวมทั้งยังพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้นิยมพบปะสังสรรค์ เพื่อนฝูงทั้งเก่าและใหม่ จึงนิยมรับประทานอาหารนอกบ้าน ไปเยี่ยมบุตรหลานหรือเพื่อน ไปทำบุญ ไปงานศพ และไปงานแต่งงาน ทำให้ผู้สูงอายุสนใจการแต่งกายเป็นพิเศษ หรือดูแลความสะอาดของร่างกาย แต่เมื่อผู้สูงอายุพักผ่อนที่บ้านมักชอบดูทีวี ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ ทำงานบ้าน ทำสวน และทำอาหาร นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งจะให้ความสนใจที่จะอาสาสมัครทำงานเพื่อสังคม จึงเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมต่าง ๆ หรือกลุ่มทางการเมือง

ส่วนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่ให้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเองมากนัก จึงไม่นิยมออกกำลังกายด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น ต้องทำงานเลี้ยงตนเอง ต้องช่วยบุตรหลานทำงาน สุขภาพร่างกายไม่สมบูรณ์แข็งแรง และมีความเข้าใจที่ผิดว่าการทำงานในชีวิตประจำวันเป็นการออกกำลังกาย เป็นต้น ส่วนเรื่องรับประทานอาหารจะไม่ให้ความสำคัญของคุณค่าทางอาหารยังนิยมรับประทานอาหารรสจัด ต้มเหล่า สุบุนหรี และเคี้ยวหมาก ซึ่งเมื่อมีการเจ็บป่วยจะนิยมซื้อยารับประทานเองมากกว่าไปสถานบริการของรัฐ นอกจากนี้ผู้สูงอายุไม่นิยมการเดินทางเพราะมี

ความกังวลว่าจะเป็นภาระบุตรหลาน ยกเว้นผู้สูงอายุจะไปทำบุญ ไปงานศพในหมู่เครือญาติ เท่านั้น ทำให้ผู้สูงอายุนิยมการอยู่บ้าน และไม่ให้ความสำคัญในการแต่งกาย รวมทั้งไม่ดูแลความสะอาดของร่างกายเท่าที่ควร จึงดูเหมือนว่าผู้สูงอายุเหล่านั้นแก่เกินวัย

จากปัญหาและความเป็นมาของปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ปัตตานี นราธิวาส และยะลา ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีลักษณะทางด้านภูมิศาสตร์ ประชากร และวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกัน โดยมีประชากรผู้สูงอายุในเขตเทศบาลปัตตานี เทศบาลนราธิวาส และเขตเทศบาลนครยะลา ปี พ.ศ. 2540 คือ 7,106, 5,618, และ 4,243 คน ตามลำดับ (ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12, 2540 : 1)

นับว่าการวิจัยนี้เป็นศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน เพราะเป็นการศึกษาถึงระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ แล้วยังนำผลการศึกษามาพัฒนาผู้สูงอายุ และพัฒนาสังคม โดยจัดรูปแบบกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุให้เหมาะสม และวางแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีอันนำไปสู่การมีความสุขอย่างมีคุณค่าในชีวิต

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

ความต้องการของผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุ

แนวคิดการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของชมรมผู้สูงอายุ

การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ
 ประโยชน์ของชมรมผู้สูงอายุ
 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับชมรมผู้สูงอายุ

ทฤษฎีกิจกรรม

แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีกิจกรรม
 ประเภทของกิจกรรม

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
 การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
 การสร้างเครื่องมือประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
 ปัจจัยทางสังคม
 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ
 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” มีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ ดังนี้

พล.ต.ต. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ผู้ก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2506 กล่าวว่าจะไม่สมควรใช้คำว่า “ผู้ชรา” เพราะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหดหู่ใจ จึงใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” มาแทน ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่มีความเสื่อมของร่างกายสมควรได้รับการดูแล (อ้างถึงใน สุพัตรา สุภาพ, 2531 : 32)

ส่วนองค์การสหประชาชาติได้ตกลงให้ความหมายคำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยเอาอายุเป็นหลักในการเรียก ส่วนคำว่า “คนชรา” หมายถึง เอาลักษณะทางกายภาพเป็นหลักในการเรียก และคำว่า “อาวูโส” หมายถึง เอาสถานภาพทางชราที่แก่กว่าเป็นหลักในการเรียก นอกจากนี้คำภาษาอังกฤษเรียกผู้สูงอายุ Aging, Elderly,

Older Person, Senior Citizen แต่องค์การสหประชาชาติใช้คำว่า Older Persons เรียกผู้สูงอายุ (บรรลุ ศิริพานิช, 2540 : 107)

สำหรับ ชี้น เตชามหาชัย (2540 : 92) กล่าวว่าผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิงเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าของชาติ เพราะเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์แก่บุตรหลาน อีกทั้งยังเป็นผู้นำและผู้ทำประโยชน์แก่สังคม ตลอดจนเป็นผู้ถ่ายทอดมรดกทางวัฒนธรรมอันดีงามแก่บุตรหลาน

นอกจากนี้ จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ (2536 : 2) อธิบายว่าผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์กฎหมายการปลดเกษียณอายุของข้าราชการไทยเป็นวัยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยเสื่อม จึงควรเปลี่ยนการทำงานที่ไม่ต้องรับผิดชอบมาก หรือสมควรที่จะพักผ่อน เพื่อไม่ต้องเผชิญภาวะเครียดในชีวิต

จึงสรุปความหมายของผู้สูงอายุ โดยยึดหลักเกณฑ์ขององค์การสหประชาชาติ และตามเกณฑ์กฎหมายการปลดเกษียณของข้าราชการไทย หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในการวิจัยนี้ได้นำความหมายของผู้สูงอายุไปใช้ในการกำหนดนิยามศัพท์เฉพาะ

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ หรือชราวิทยาอย่างกว้างขวาง เป็นการรวมสหวิทยาที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุหลายสาขา จึงพยายามนำทฤษฎีต่าง ๆ มาอธิบายความเป็นผู้สูงอายุในหลายทัศนะ ไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งอธิบายความเป็นผู้สูงอายุได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากความเป็นผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงและสัมพันธ์กันตั้งแต่โมเลกุล เซลล์ อวัยวะ บุคคล กลุ่มบุคคล และสังคม จึงต้องอาศัยหลาย ๆ ทฤษฎีร่วมกันอธิบายความเป็นผู้สูงอายุให้สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (ประนอม โอทกานนท์, 2538 : 5-6) จึงแบ่งทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1) ทฤษฎีเชิงชีวภาพ (Biological Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และทางสรีระวิทยาของผู้สูงอายุ ที่อยู่บนพื้นฐานของยีน (Gene) และการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์ (Cell) ระดับเนื้อเยื่อ (Tissue) ในที่นี้ขอกล่าวถึง 5 ทฤษฎี ดังนี้ (Mepheson : 1983 อ้างถึงใน สมศักดิ์ ศรีสันต์สุข, 2539 : 11-12)

1.1) ทฤษฎีพันธุศาสตร์ (Genetic Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอวัยวะบางส่วนของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้นเกิดจากพันธุกรรมซึ่งพบในอวัยวะของ

ร่างกายที่คล้ายคลึงกันที่เคยเกิดขึ้นในบรรพบุรุษ เช่น ผมหงอก ศีรษะล้าน และเดินหลังค่อม เป็นต้น

1.2) ทฤษฎีเนื้อเยื่อ (Collagen Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าสารที่เป็นส่วนประกอบของเนื้อเยื่อกระดูก (Collagen) จะเพิ่มมากขึ้นและมีการจับตัวกันมากขึ้น จนหดสั้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทำให้บริเวณผิวหนังเกิดรอยย่น และบริเวณข้อต่อกระดูกมีลักษณะเป็นปุ่มกระดูก ซึ่งจะมองเห็นได้อย่างชัดเจน

1.3) ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Auto Immune Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าเมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง และสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตนเองมากขึ้น ดังนั้นทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี จึงมีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย

1.4) ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Catastrophe Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นจะค่อย ๆ เกิดความผิดพลาด และความผิดพลาดนี้จะเพิ่มมากขึ้นจนถึงทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมและหมดอายุลง

1.5) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าภายในร่างกายของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมทั้งหลาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมที่มีอนุมูลอิสระอยู่มากมายตลอดเวลา อนุมูลอิสระเหล่านี้จะทำให้ยีนเกิดความผิดปกติ และทำให้สารที่เป็นส่วนประกอบของเนื้อเยื่อกระดูก (Collagen) จับตัวกันมากขึ้นจนเสียความยืดหยุ่นของร่างกายไป

2) ทฤษฎีเชิงจิตสังคม (Psychosocial Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุกับบุคลิกภาพ สถานภาพ วัฒนธรรม เจตคติ โครงสร้างของครอบครัว และการมีกิจกรรมในสังคม มีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องได้แก่ (จันทนา รัตนฤทธิชัย, 2536 : 56-58, ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540 : 603)

2.1) ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายว่า ผู้สูงอายุจะถดถอยออกจากสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการปรับตัวให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยนี้ จึงลดบทบาททางสังคมหรือทิ้งบทบาทเดิม ทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่เรียบง่าย ไม่ยุ่งยากกับครอบครัวและสังคมมากนัก จึงเป็นการรักษาสมดุลของชีวิต

2.2) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้มีแนวความคิดว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุต้องทำกิจกรรมอยู่ตลอดเวลาเมื่อว่างมือจากงานอย่างอื่นก็ควรหางานอย่างหนึ่งทดแทน เพื่อรักษาระดับกิจกรรมให้คงไว้ เช่น ถ้าคู่สมรสหรือเพื่อนตายจากไปก็ควรหาเพื่อนใหม่ให้ ถ้าปลดเกษียณอายุก็ควรหางานใหม่ เป็นต้น จึงจะเห็น

ว่าทฤษฎีนี้ขัดแย้งกับทฤษฎีถดถอย และทฤษฎีนี้เป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่อไป ถ้ากิจกรรมเหล่านั้นเหมาะสมกับผู้สูงอายุยิ่งทำให้สูงอายุมีความสุขอย่างมีคุณค่า

2.3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้เป็นผลจากการศึกษา เพื่อลดความขัดแย้งระหว่างทฤษฎีถดถอยกับทฤษฎีกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขได้ ผู้สูงอายุต้องทำกิจกรรมและกิจกรรมนั้นต้องขึ้นอยู่กับความพอใจ อารมณ์ การตัดสินใจ อุปนิสัย และสภาพสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบทำกิจกรรมทางสังคมก็จะมี กิจกรรมเช่นนี้เมื่ออายุมากขึ้น ส่วนผู้สูงอายุที่ชอบสันโดษ หรือไม่ชอบทำกิจกรรมทางสังคม ก็ย่อมแยกตัวออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น เป็นต้น กิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำจึงแสดงออก หลายรูปแบบ บางครั้งอาจเรียกทฤษฎีนี้ว่าทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory)

จึงพอสรุปได้ว่าทั้งทฤษฎีเชิงชีววิทยา และทฤษฎีเชิงจิตสังคม สามารถอธิบาย ความเป็นผู้สูงอายุแตกต่างกันไปตามเนื้อหาสาระ แต่ละทฤษฎีก็มีจุดเด่นและจุดด้อยในตัวเอง บางทฤษฎีอาจเหมาะสมกับผู้สูงอายุบางกลุ่มหรือบางช่วงเวลา แต่การวิจัยนี้ทฤษฎีที่จะนำมา อธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้เหมาะสมและดีที่สุด คือ ทฤษฎีกิจกรรมที่จะ นำไปตั้งสมมติฐานในการวิจัย และแนวทางการสร้างเครื่องมือ ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดสำคัญ ๗ ลำดับต่อไป

1.3 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ เกิดจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคล สภาพสังคม และสภาวะทางเศรษฐกิจ ซึ่งจะเกี่ยวข้องตั้งแต่วัยก่อนคลอดไปถึงวัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ ไปจนถึงวัยสูงอายุ จึงสามารถแบ่งการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เรื่อย อย่างเป็นค่อย ๆ เป็น ค่อย ๆ ไป ตลอดเวลานับตั้งแต่เกิดจนตาย และการเปลี่ยนแปลงนี้แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล บางคนจะเกิดขึ้นเร็ว บางคนเกิดขึ้นช้า โดยแบ่งการเปลี่ยนแปลงของ ร่างกายออกเป็นระบบ ๆ ดังนี้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2539 : 31-33, นงลักษณ์ บุญไทย, 2539 : 21-24, ศรีเวื่อน แก้วกิ่งवाल, 2540 : 593-594)

1) ระบบผิวหนัง

ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี ผิวหนังจะเหี่ยวมีรอยย่น ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ต่อมเหงื่อเสียหน้าที่ไม่สามารถขับเหงื่อได้ ต่อมไขมันทำงานน้อยลง ผิวหนังจึงแห้งและแตกง่าย การควบคุมความร้อนไม่ดี ทำให้ทนความหนาวไม่ดี เซลล์สร้างสีทำงานลดลง บริเวณผิวหนังจึงมีจุดสีน้ำตาลขึ้นทั่วไป ผมและขนสีจางลง ปลายประสาทบริเวณผิวหนังเสื่อม ทำให้การรับรู้ความรู้สึกลดลง ฉะนั้นเมื่อผิวหนังถูกกดทับนาน ๆ จึงเป็นแผลได้ง่าย

2) ระบบโครงกระดูกและฟัน

เซลล์กระดูกจะลดลงเนื่องจากการสลายแคลเซียมออกจากกระดูก การดูดซึมของแคลเซียมในลำไส้ลดลง และการสูญเสียแคลเซียมทางไตมากขึ้นจึงทำให้กระดูกนุ่มร้อน เปราะบาง หักง่าย และรอยต่อของกระดูกสืบหลังจะลดลง เป็นผลให้กระดูกสันหลังโก่งได้ จะพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

กระดูกอ่อนที่โครงจะมีแคลเซียมมาจับทำให้หายใจไม่สะดวก

เอ็นบริเวณข้อต่อเสื่อมลง เกิดจากเส้นใยคอลลาเจน (Collagen fiber) หดสั้นลง การยืดหยุ่นของร่างกายน้อยลง ทำให้การเคลื่อนไหวไม่สะดวกเหมือนเดิม

ฟันมีสีเหลือง จะหักง่ายหรือหลุดง่าย เหงือกอักเสบ อาจเกิดปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การพูด และการย่อยอาหาร

3) ระบบกล้ามเนื้อ

เซลล์ของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้กำลังและความเร็วของกล้ามเนื้อจึงลดลงด้วย จึงทำให้มีลักษณะผอมแห้งเหี่ยว ไม่มีแรง ไม่มีกำลัง และปวดเมื่อยตัว ถ้ามีเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ อาจทำให้มือและขาอ่อนได้ กล้ามเนื้อหน้าท้องจะหย่อน ไม่สามารถเกร็งกล้ามเนื้อได้ เป็นสาเหตุทำให้ท้องผูก และปัสสาวะลำบาก

กล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง และกล้ามเนื้อกระบังลม หย่อนกำลังลง ทำให้หายใจลำบาก และในผู้หญิงกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอ่อนกำลัง อาจทำให้ปากมดลูกไหลได้

4) ระบบการไหลเวียน

กล้ามเนื้อหัวใจจะห่อหุ้มเป็นผังผืด มีการสะสมไขมันและแคลเซียมมากขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนา มีโอกาสเกิดโรคลิ้นหัวใจรั่วและตีบตันได้

ผนังหลอดเลือดมีแคลเซียมมาจับ รูของหลอดเลือดจะแคบลงและการยืดหยุ่นขยายตัวน้อย ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัวและตีบตัน เลือดจึงมาเลี้ยงร่างกาย

ไม่เพียงพอ หัวใจจึงทำงานหนัก อาจทำให้เกิดโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และโรคอัมพาต อัมพฤกษ์ได้

5) ระบบประสาท

สมองจะฝ่อเป็นหย่อมและเหี่ยวเล็กลง โพร่งภายในสมองจะกว้างขึ้น เซลล์ประสาทและไซแนปส์เสื่อมลง ทำให้การเคลื่อนไหวและการคิดช้าลง จะทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ส่วนความจำลดลงจะจำเรื่องเก่าได้แม่นยำ และเรื่องใหม่จะจำไม่ค่อยได้

6) ระบบหายใจ

หลอดลมและปอดใหญ่ขึ้น ทำให้การหดขยายตัวของปอดไม่ดี และในขณะเดียวกันกระดูกทรวงอกแข็งขึ้น ยิ่งทำให้การหายใจไม่สะดวกและเหนื่อยง่าย จำนวนถุงลมลดลง ถุงลมที่เหลือมีขนาดใหญ่และโป่งพองง่ายจนผนังถุงลมแตกง่าย

ทางเดินหายใจ การกำจัดสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจไม่ดีโอกาสจะติดเชื้อและสำลักง่าย

7) ระบบการทรงตัว

ประสาทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวของร่างกายเสื่อมลง ทำให้มีอาการวิงเวียนได้ง่าย ประกอบกับกล้ามเนื้อไม่มีกำลังและข้อต่อมีการยืดหยุ่นน้อย ทำให้เสียการทรงตัวและเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

8) ระบบทางเดินอาหาร

ต่อมน้ำลายทำหน้าที่เสื่อมลง เกิดจากการมีผังผืดและไขมันสะสมมากขึ้น ทำให้การย่อยแป้งและน้ำตาลในปากลดลง ปากและลิ้นจึงมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย

กระเพาะอาหารมีการผลิตน้ำย่อยลดลง ทำให้การดูดซึมเหล็กและแคลเซียมได้น้อยลง เป็นผลให้กระดูกพรุน เปราะง่าย และเป็นโรคโลหิตจางได้ง่าย

ถ้าได้มีการเคลื่อนไหวลดลงเนื่องจากการไหลเวียนของเลือดลดลง จึงเป็นสาเหตุทำให้ท้องผูก

9) ระบบเมตาบอลิซึม

เมตาบอลิซึมของร่างกายลดลงเป็นผลจากการย่อยสลายการใช้สารอาหาร และการสร้างเซลล์ต่าง ๆ จะลดลงร้อยละ 2.00 หลังจากร่างกายหยุดการเจริญเติบโต ถ้าไม่มีการควบคุมการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายชั้วนง่ายขึ้น

10) ระบบการขับถ่าย

ไตทำหน้าที่เสื่อมลง เนื่องจากเลือดมาหล่อเลี้ยงไตลดลง ไตจึงขับถ่ายของเสียไม่เต็มที่ จะขับถ่ายน้ำออกมาก ทำให้ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางวัน

ต่อมลูกหมากโต จะพบในเพศชาย จึงทำให้ปัสสาวะขัด

ผู้สูงอายุชราอ่อน พบมากในเพศหญิงที่ผ่านการตั้งครรภ์และคลอดหลายครั้ง ทำให้กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง ภายหลังถ่ายปัสสาวะจะมีปัสสาวะเหลือค้างอยู่มากจึงทำให้ถ่ายปัสสาวะบ่อย

11) ระบบต่อมไร้ท่อ

ฮอร์โมนต่าง ๆ ลดลง ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ซึ่พจรัช่า กล้ามเนื้อลีบ กระดูกผุกร่อน จิตใจซึมเศร้า และในบางคนอาจทำให้เกิดโรคเบาหวาน

12) ระบบอวัยวะสัมผัส

ตา สายตาทำหน้าที่เสื่อมลง ทั้งด้านการมองเห็น การเปรียบเทียบสี การชินต่อความมืด และการเกิดโรคตาได้ง่าย เกิดจากกล้ามเนื้อควบคุมรูปร่างแก้วตาและประสาทตาเสื่อม เบ้าตาลึก หนังตาห้อยปิดลูกตา การพรึบตาช้าและน้อยลง

หู ประสาทหูค่อย ๆ ทำหน้าที่เสื่อมลง การได้ยินเสียงต่ำตึกว่าเสียงสูง และถี่สูงมาก ๆ จะไม่ได้ยินเลย พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง

ลิ้น ปลายประสาทที่ลิ้นลดจำนวนลง ทำให้การรับรู้รสเค็ม หวาน เฝ็ดน้อยลง และทำให้รู้สึกเบื่ออาหารง่ายขึ้น

จมูก ประสาทการรับกลิ่นมีความไวน้อยลง การรับกลิ่นจึงช้าลง

13) ระบบภูมิคุ้มกัน

ภูมิคุ้มกันด้านในร่างกายน้อยลง เนื่องจากเม็ดเลือดแดงลดลงจึงมีโอกาสติดเชื้อโรคจะมีอาการรุนแรงและหายช้า

1.3.2 การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เป็นผลจากการพัฒนาประเทศที่ผ่านมา ซึ่งเน้นการขยายตัวทางเศรษฐกิจเพื่อแสวงหารายได้ที่เป็นตัวเงินเป็นหลัก และมองข้ามวิถีชีวิตความเป็นไทยดั้งเดิมจนทำให้สังคมวิฤต ซึ่งมีความเป็นวัตถุนิยมมากขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2538 : 1-2) การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมดังกล่าวจึงมีผลต่อผู้สูงอายุ ได้แก่

1) การถูกทอดทิ้ง เกิดจากการย้ายถิ่นของวัยแรงงานจากชนบทไปสู่เมือง ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจภายในครอบครัว ทำให้ผู้หญิงและผู้ชายต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้น การหย่าร้างที่มีแนวโน้มสูงขึ้น การที่แต่ละครอบครัวต่างมีจำนวนบุตรน้อยลง การเปลี่ยนจากระบบครอบครัวขยายไปสู่ระบบครอบครัวเดี่ยว และการสร้างบ้านเรือนแบบสมัยใหม่ที่ไม่เอื้ออำนวยสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบกับการแพร่กระจายของวัฒนธรรมตะวันตกอย่างรวดเร็วที่เน้นการพึ่งพาตนเองภายใต้การสื่อสารยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้ความเชื่อในค่านิยมความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณน้อยลง สิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการดูแลลดน้อยลงและถูกทอดทิ้งได้ (เศศิธร อรัญชัยยะ, 2534 : 3, นภาพรรณ ชโยวรรณ, 2538 : 49)

2) การสูญเสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคลภายในและภายนอกครอบครัว จากการที่ผู้สูงอายุหยุดการประกอบอาชีพหรือประกอบอาชีพลดลง ทำให้ไม่มีความจำเป็นต้องออกนอกบ้านบ่อยมากนัก การพบปะระหว่างบุคคลจึงลดน้อยลง และบุตรหลานแยกไปมีครอบครัวใหม่ไปสู่ระบบครอบครัวเดี่ยว จึงทำให้การไปมาหาสู่ระหว่างกันลดน้อยลง ประกอบกับสมรรถภาพทางร่างกายเสื่อมถอยลง ผู้สูงอายุจึงชอบเก็บตัวอยู่กับบ้าน ชีวิตมีความโดดเดี่ยวและเจียบเหงามากขึ้น ทำให้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลภายในและภายนอกครอบครัวก็ลดลง

3) การสูญเสียบทบาท บทบาทของผู้สูงอายุจะถูกเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต เช่น จากหัวหน้าครอบครัวเป็นสมาชิกครอบครัว จากผู้หาเลี้ยงครอบครัวเป็นผู้พึ่งพาครอบครัวจากผู้ให้เป็นผู้รับ เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียบทบาทที่เคยเป็นอยู่ และไม่ยอมรับบทบาทที่กำลังเป็นอยู่จนบางครั้งผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีความสำคัญหรือไม่มีความหมาย จึงมีความรู้สึกคับข้องใจ และรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระแก่บุตรหลาน

4) การสูญเสียความเคารพนับถือ เกิดจากการแพร่กระจายของวัฒนธรรมตะวันตกทำให้ผู้สูงอายุและวัยรุ่นมีความขัดแย้งในค่านิยมพฤติกรรม จนเกิดช่องว่างระหว่างวัย ผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าเป็นคนล้าสมัย พูดคุยไม่รู้เรื่อง จู้จู้ขี้บ่น การให้ความเคารพนับถือน้อยลง (จำเรียง ภูระมะสุวรรณ, 2536 : 10) นอกจากนี้ยังเกิดจากการพัฒนาความเป็นเมือง ทำให้สังคมเมืองมีความแข่งขันระหว่างบุคคลสูง และวัดความสำเร็จของชีวิตจากรายได้ ทรัพย์สิน ตำแหน่งหน้าที่ ที่เน้นการพัฒนาทางด้านวัตถุนิยม มีความเห็นแก่ตัวมากขึ้น จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุที่ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตถูกบุตรหลานมองข้ามความสำคัญ จนในที่สุดให้ความเคารพนับถือน้อยลง (นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์, 2539 : 9-10)

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ (พัชรี ต้นศิริ, 2536 : 36)

รายได้นับว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปใช้ตามความจำเป็นในการดำเนินชีวิตด้านที่อยู่อาศัย อาหาร การรักษาพยาบาล อุปกรณ์อำนวยความสะดวกความสะดวกสบายในชีวิตประจำวัน และการพักผ่อนหย่อนใจ ผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นต้องมีรายได้ที่มั่นคงและเพียงพอที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีความภูมิใจและมีศักดิ์ศรีในตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่รายได้ของผู้สูงอายุ ได้จาก เงินบำนาญ เงินฝากธนาคาร ค่าเช่าที่ดิน ค่าเช่าบ้าน ค่ารับจ้างทั่วไป ค่าขาย ผลผลิตจากการเกษตร การเลี้ยงสัตว์ และได้รับจากบุตรหลาน แต่ยังคงพบว่ารายได้แต่ยังพบว่ารายได้เหล่านี้จำนวนน้อยไม่เพียงพอกับรายจ่ายในปัจจุบัน สาเหตุจาก

- 1) การมีรายได้ที่ลดลงหรือฐานะยากจน เพราะเกิดจากการหยุดงานหรือครบเกษียณอายุราชการ การทำงานน้อยลง และการได้รับค่าจ้างแรงงานถูก
- 2) แหล่งสนับสนุนรายได้ไม่มั่นคง กล่าวคือผู้สูงอายุต้องอาศัยรายได้จากบุตรหลาน เมื่อบุตรหลานมีรายได้ไม่เพียงพอหรือทำงานไม่มั่นคงย่อมมีผลกระทบทำให้รายได้ของผู้สูงอายุไม่เพียงพอเช่นกัน
- 3) รายได้ที่ผู้สูงอายุเก็บไว้ใช้ในอนาคตนลดลง เนื่องจากนำมาใช้เป็นค่ารักษาพยาบาลของตนเองและคู่ครอง ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันแตกต่างไปจากอดีต ซึ่งมีค่าครองชีพสูงขึ้นทำให้ค่าของเงินลดลง รายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับในอดีตจึงไม่เพียงพอที่นำมาใช้ในภาวะเศรษฐกิจปัจจุบัน จึงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุระมัดระวังการใช้จ่ายเป็นพิเศษ อาจมีผลกระทบต่อสภาวะโภชนาการ สมรรถภาพทางร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุด้วย

1.3.4 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ (ชลธิชา วังวิเวก, 2537 : 13-15)

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ ได้แก่

- 1) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากเป็นวัยสุดท้ายของชีวิต จึงเป็นช่วงที่มีการตายของคู่ครอง ญาติ และเพื่อน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกที่ตนเองถูกแยกหรือพราดจากบุคคลอันเป็นที่รัก จนคิดว่าชีวิตที่เหลืออยู่จะอยู่อย่างไร จะเกิดความหดหู่ใจ และเศร้าใจ นำไปสู่การไม่ยอมรับว่าความตายเป็นสิ่งใกล้ตัว และรู้สึกกลัวความตายขึ้น ยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า โดดเดี่ยว หวาดระแวง และถ้าไม่ได้รับการดูแลเป็นพิเศษจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจตามมา
- 2) การสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ เกิดจากฮอร์โมนในร่างกายลดลง และอวัยวะของร่างกายทำหน้าที่เสื่อมลง ทำให้ความสวยงามของรูปร่าง หน้าตา และบุคลิกภาพ

เปลี่ยนไป ประกอบกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้รู้สึกว่าคุณเองขาดการตั้งดูจากเพศตรงข้าม หรือคู่ครอง และรู้สึกวิตกกังวลนับเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่มีผลต่อความมั่นใจในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย

จึงสรุปการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 ด้านของผู้สูงอายุได้ว่า การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเป็นจุดเด่นที่สามารถสังเกตได้ และมักเป็นจุดนำที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจและจิตใจ ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างแยกไม่ได้ และช่วยให้เข้าใจในตัวของผู้สูงอายุมากขึ้น จึงมีประโยชน์ต่อการวิจัยนี้และเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

หากพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ยังพบว่ามีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการพัฒนาความเป็นเมืองและการแพร่กระจายของวัฒนธรรมตะวันตกอย่างรวดเร็วเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดปัญหาสำคัญ ๆ ในผู้สูงอายุ เช่น การถูกทอดทิ้ง รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย การเสื่อมศรัทธาในค่านิยมความกตัญญูต่อผู้มีพระคุณ เป็นต้น จึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะประชากรผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเทศบาลซึ่งเป็นสังคมเมืองเท่านั้น

1.4 ความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุย่อมมีความต้องการเช่นเดียวกับบุคคลกลุ่มอื่น ๆ ในสังคม การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อสนองตอบความต้องการเหล่านั้น ย่อมทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งพอสรุปความต้องการของผู้สูงอายุที่อาจจะมีความแตกต่างกันในด้านต่าง ๆ ดังนี้

ศรีทับทิม (รัตนโกศล) พาณิชยพันธ์ (2534 : 59-61) สรุปความต้องการของผู้สูงอายุ ด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้สูงอายุเมื่อถูกปล่อยให้อยู่โดดเดี่ยว หรือแยกตัวอยู่คนเดียว ขาดความมั่นคงทางอารมณ์ และทางจิตใจ รวมทั้งทางเศรษฐกิจ จึงต้องหันไปพึ่งพาการช่วยเหลือจากบุคคลหรือองค์การสังคมสงเคราะห์จากภายนอกครอบครัว ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัวดั้งเดิมของตนควบคู่ไปกับการช่วยเหลือจากภายนอกครอบครัวด้วย

2) ความต้องการด้านการประกันรายได้ ผู้สูงอายุต้องการประกันสังคมประเภทประกันสุขภาพ เพื่อจะได้รับบำนาญสุขภาพที่จะใช้ชีวิตบั้นปลายอย่างมีความสุข ความมั่นคงปลอดภัยและไม่เป็นภาระแก่บุตรหลาน

3) ความต้องการมีชีวิตในชุมชน สังคมควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาแล้วนำมาพัฒนาตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

4) ความต้องการที่จะลดความพึ่งพาศบุคคลอื่นให้น้อย ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโอกาสร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในครอบครัวและสังคม จะเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองและไม่เป็นภาระต่อสังคม

5) ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ (The Elderly's Social Needs)

5.1) ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ของชุมชน และของสังคม (Sense of Belonging)

5.2) ความต้องการการยอมรับ และความเคารพยกย่องนับถือจากบุคคลในครอบครัว และสังคม (Sense of Recognition)

5.3) ความต้องการเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในสายตาของสมาชิกในครอบครัว ชุมชน สังคม (Sense of Importance)

5.4) ความต้องการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว ชุมชนและสังคม พร้อมทั้งสามารถปรับตัวให้เข้ากับลูกหลานและสังคมได้ (Better Relationships and Adaption and Adjustment)

5.5) ความต้องการมีโอกาสในการทำสิ่งที่ตนปรารถนา (Sense of Opportunity)

6) ความต้องการทางร่างกายและจิตใจ (Physical and Psychological Needs)

เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จะเสริมสร้างร่างกายให้ดำรงอยู่ได้ คือ ความต้องการด้านปัจจัย 4 ได้แก่ อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย และการรักษาพยาบาล ส่วนความต้องการด้านจิตใจ เป็นสิ่งที่มองไม่เห็น สัมผัสไม่ได้ แต่รู้สึกได้ เช่น ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Security Needs) ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ความต้องการได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition Needs) ว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ชุมชน และสังคม และความต้องการมีโอกาสก้าวหน้า (Opportunity Needs) โดยเฉพาะความสำเร็จในหน้าที่การงานของบั้นปลายชีวิต

7) ความต้องการทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุต้องการได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากบุตรหลาน เพื่อสะสมไว้ใช้ในยามเจ็บป่วย และผู้สูงอายุต้องการให้ภาครัฐ จัดหาอาชีพให้เพื่อเป็นการเพิ่มพูนรายได้ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ตนเองมีบทบาททางเศรษฐกิจและพ้นจากสภาวะความบีบคั้นทางเศรษฐกิจในสถานการณ์ปัจจุบัน

นอกจากนี้ ปราณิ จาติเกตุ (2536 : 520-521) ได้กล่าวถึงการดูแลผู้สูงอายุ ต้องเข้าใจถึงความต้องการของผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการเหล่านั้น ได้อย่างเหมาะสม ได้แก่

1) ความต้องการด้านร่างกาย ควรให้ผู้สูงอายุได้รับอาหาร น้ำ การออกกำลังกาย การขับถ่าย การพักผ่อน การนอนหลับ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรคที่เหมาะสม กับสภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว

2) ความต้องการด้านจิตใจ เพื่อให้เกิดความสุขสงบ ควรให้ผู้สูงอายุได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ความอบอุ่น ความเคารพนับถือ และไม่ถูกทอดทิ้ง ตลอดจนไม่นำสิ่งที่ยับยั้งจิตใจมาเส้าให้ฟัง จะทำให้เกิดอารมณ์เป็นทุกข์

3) ความต้องการด้านสังคม ไม่ควรปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างไร้ญาติขาดมิตร เมื่อมีโอกาสควรให้บุตรหลานพาลัดกันมาเยี่ยม มีของฝากตามอัธยาศัยของตนเอง และถ้ามีความพร้อมควรพาผู้สูงอายุออกนอกบ้านไปเยี่ยมเพื่อน บุตรหลาน ญาติสนิท ไปวัด ไปศูนย์การค้า ไปชมรมผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนบรรยากาศ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความเพลิดเพลินใจขึ้น นอกจากนี้ในบางครั้งอาจมีการจัดงานเลี้ยงในบ้าน เช่น ทำบุญเลี้ยงพระ เลี้ยงสังสรรค์ระหว่างเพื่อน บุตรหลาน ญาติ เป็นต้น

4) ความต้องการด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจไม่เหมือนกัน บางคนมีรายได้ที่แน่นอนจากบำนาญ ค่าเช่า ดอกเบี้ยเงินฝาก ย่อมมีอิสระในการใช้จ่ายเงินตามความต้องการและความสะดวก แต่บางคนมีรายได้ไม่แน่นอน และไม่เพียงพอ จำเป็นต้องเป็นหน้าที่ของบุตรหลานให้ความช่วยเหลือ และกรณีบางคน บุตรหลานไม่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ จำเป็นต้องไปอยู่ในความดูแลของรัฐ โดยจัดให้มีสถานสงเคราะห์คนชราต่าง ๆ ไว้รองรับ

จะเห็นได้ว่าความต้องการของผู้สูงอายุเป็นความต้องการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ผู้สูงอายุต้องได้รับการตอบสนองความต้องการเหล่านั้น ในการวิจัยนี้จึงนำความต้องการของผู้สูงอายุ มาเป็นแนวทางสร้างเครื่องมือวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. ชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุ จัดตั้งขึ้นครั้งแรกในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2506 เป็นการริเริ่มของมูลนิธิวิจัยประสาทในพระบรมราชูปถัมภ์ โดยมีพระวรวงศ์เธอกรมหมื่นพิทยาลภติกยากร ทรงเป็นองค์ประธานโดยใช้ชื่อ “ชมรมผู้สูงอายุ” ซึ่งมีวัตถุประสงค์คือ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะกัน ส่งเสริมสุขภาพ และบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม (คณะกรรมการวิชาการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา, 2534 : 11-12 อ้างถึงใน สุมนัส วงศ์บุญชร, 2537 : 27)

ต่อมากรมประชาสงเคราะห์ให้ความสำคัญของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ จึงให้การสนับสนุนจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นทั่วประเทศไทย ปี พ.ศ. 2531 อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง โดยมีสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยทำหน้าที่เป็นแหล่งประสานงานชมรมผู้สูงอายุต่าง ๆ ทั่วประเทศไทย (United Nation, 1989 : 83 อ้างถึงใน รสสุคนธ์ แสงมณี, 2537 : 37) ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1 แนวคิดการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ควรจัดตั้งโดยสมาชิกชมรม และดำเนินงานโดยคณะกรรมการชมรมที่ได้รับการคัดเลือกจากสมาชิกชมรม เจ้าหน้าที่ของรัฐบาลและเอกชนเป็นที่ปรึกษาและเป็นผู้อำนวยความสะดวกเท่านั้น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุควรยึดหลัก “การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และการพึ่งพาตนเอง” เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและสังคม ตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ (สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข, 2536 : 54)

2.2 วัตถุประสงค์ของชมรมผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของชมรมผู้สูงอายุในแต่ละแห่งมีลักษณะคล้ายคลึงกัน จะแตกต่างกันบ้างก็ขึ้นอยู่กับความต้องการของสมาชิกชมรมซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ (สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข, 2536 : 51, สุมนัส วงศ์บุญชร, 2537 : 28)

- 1) เป็นศูนย์กลางให้ผู้สูงอายุพบปะสังสรรค์ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
- 2) เป็นศูนย์กลางการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ
- 3) เป็นศูนย์กลางให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม
- 4) เป็นศูนย์กลางที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคม

2.3 การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ มีดังนี้ (สมาคมแม่บ้านสาธารณสุข, 2536 : 51)

1) การจัดตั้งคณะกรรมการชมรม เพื่อบริหารจัดการชมรมให้มีประสิทธิภาพ โดยทำการคัดเลือกคณะกรรมการชมรมจากสมาชิกชมรม พร้อมทั้งกำหนดหน้าที่คณะกรรมการชมรม

2) การจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นหัวใจของการดำเนินงานและเป็นข้อบ่งชี้ถึงความสำเร็จของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพราะกิจกรรมที่จัดขึ้นสามารถดึงดูดผู้สูงอายุให้เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งกิจกรรมที่จัดขึ้นควรเป็นความต้องการของสมาชิกชมรม และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุมีมากมาย สามารถสรุปกิจกรรมสำคัญ ๆ ได้ดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2540 : 84)

2.1) กิจกรรมทางศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม เป็นกิจกรรมที่ทำกันมาก ได้แก่ การจัดกิจกรรมตามวันสำคัญทางศาสนา และตามวัฒนธรรมประเพณีนิยมของแต่ละท้องถิ่น

2.2) กิจกรรมนันทนาการ เป็นกิจกรรมเพื่อความสนุกสนานรื่นเริงตามโอกาสและความพอใจของสมาชิกชมรม มักจะร่วมรับประทานอาหาร และหลังจากนั้นจึงมีการแสดงเล็ก ๆ น้อย ๆ ร่วมกับร้องเพลงตามอัธยาศัย

2.3) กิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การตรวจสุขภาพร่างกาย การตรวจสมรรถภาพทางร่างกาย การประเมินสุขภาพจิต ฯลฯ

2.4) กิจกรรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและกีฬา เป็นกิจกรรมที่ทำต่อเนื่องทุกวัน หรือทุกวันเว้นวัน ใช้เวลาประมาณครึ่งชั่วโมงต่อครั้ง และจะต้องจัดสถานที่ออกกำลังกายให้เหมาะสม

2.5) กิจกรรมเสริมรายได้ เป็นกิจกรรมที่สมาชิกชมรมร่วมกันทำหรือผลิตสิ่งของแล้วนำไปจำหน่ายเป็นการเสริมรายได้ให้แก่ชมรมผู้สูงอายุหรือตนเอง

2.6) กิจกรรมท่องเที่ยว เนื่องจากผู้สูงอายุมีเวลาว่างมาก จึงนิยมจัดการท่องเที่ยวนอกสถานที่เป็นหมู่คณะ นอกจากได้รับความสนุกสนานและเสริมสร้างความสามัคคีในหมู่คณะแล้ว ยังทำให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้ที่ทันสมัยอีกด้วย

2.7) กิจกรรมการกุศล มีทั้งการกุศลเพื่อสาธารณสุขและเพื่อสมาชิกชมรมที่ถึงแก่กรรม เจ็บป่วย หรือเคราะห์ร้าย จะเป็นการแสดงความเอื้ออาทรต่อกัน ทำให้เกิดความสามัคคีในหมู่คณะและมีความรู้สึกไม่โดดเดี่ยว

2.8) กิจกรรมฉาปนกิจสงเคราะห์ เป็นกิจกรรมที่ให้การสงเคราะห์แก่สมาชิก สมาชิกที่ถึงแก่กรรม กิจกรรมประเภทนี้เกี่ยวกับการเงิน และระเบียบทางราชการ จึงต้องอาศัย บุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความซื่อสัตย์ที่จะดำเนินกิจกรรมนี้

2.4 ประโยชน์ของชมรมผู้สูงอายุ แบ่งได้ดังนี้

2.4.1 ด้านผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุได้รับความรู้ และแนวคิดจากการพบปะสังสรรค์กับ สมาชิกชมรม และจากกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย รวมทั้งกิจกรรมต่าง ๆ ในชมรมผู้สูงอายุ จึงนำมาปรับปรุงการดำเนินชีวิตที่จะนำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.4.2 ด้านครอบครัว คือ เป็นการกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัวให้ความสนใจในการ ดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ จึงเป็นการส่งเสริมค่านิยม ความเคารพ นับถือและความกตัญญูต่อผู้สูงอายุ อันเป็นวัฒนธรรมไทยดั้งเดิม

2.4.3 ด้านสังคม คือ เป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุยังคงบทบาททางสังคมที่จะบำเพ็ญ ประโยชน์ต่อสังคม จึงเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุตรหลาน จนทำให้ผู้สูงอายุได้รับการยกย่องเป็น ปู่ชานี้บุคคลของสังคม

2.5 งานวิจัยเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุ

การเข้ากลุ่มหรือการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม จะมีอิทธิพลต่อการ เปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรมการปฏิบัติของสมาชิกในกลุ่ม เนื่องจากการเข้ากลุ่มทำให้เกิดบรรทัดฐานของกลุ่ม (Norms) ซึ่งสมาชิกในกลุ่มจะเกิดการยอมรับ จนใช้กลุ่มเป็นเครื่อง ตัดสินใจ ว่าควรมีพฤติกรรมอย่างไร หลังจากนั้นก็จะปฏิบัติตามกลุ่ม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวใจ สุวรรณ, 2536 : 64-65)

ดังเช่น รสสุคนธ์ แสงมณี (2537 : 62) ศึกษาการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุและ แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนชีวิต ที่ส่งเสริมสุขภาพ เพราะทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การตรวจร่างกาย และการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมทั้งได้ทราบและเห็นแบบแผนชีวิต หลายลักษณะของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถนำมาปรับปรุงแบบแผนชีวิตของ ตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

คล้ายคลึงกับมัลลี อุตตมางกูร (2539 : บทคัดย่อ) ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์และนอกสถานสงเคราะห์ พบว่าภาวะสุขภาพกายและภาวะสุขภาพจิตของ

ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมทกสิบ ไทเก๊ก โยคะ ดีกว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านพักชรา และผู้สูงอายุทั่วไป

จึงพอกกล่าวได้ว่าชมรมผู้สูงอายุ จัดเป็นบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรวมตัวกันที่จะพัฒนาตนเองและพัฒนาสังคม โดยมีสถาบันครอบครัวและสถาบันสังคมเป็นพื้นฐานในการดำเนินการที่จะนำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มการปรับพฤติกรรมไปตามสมาชิกกลุ่มและในที่สุดมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรม ซึ่งเรื่องนี้จะได้นำไปสร้างสมมติฐานในการวิจัยนี้

3. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)

ทฤษฎีกิจกรรม เป็นทฤษฎีเชิงจิตสังคมที่พยายามอธิบายกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับความเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีกิจกรรมและประเภทของกิจกรรม ดังนี้

เบอร์เกส (Burgess) เป็นนักทฤษฎีกิจกรรมระยะแรก เชื่อว่าการที่ผู้สูงอายุลดบทบาททางสังคมของตนเอง ทำให้ไม่เกิดประโยชน์และไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นผลให้ผู้สูงอายุไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม (Barrow and Smith, 1979 : 53 อ้างถึงใน จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์, 2535 : 26)

ต่อมา ปี ค.ศ. 1963 เฮวิกเฮอร์ท (Havighurst) เป็นผู้นำทฤษฎีกิจกรรมมาใช้จนได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีบุคลิกภาพระดับกระแจะ จะมีการทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ช่วยรักษาสุขภาพและบุคลิกภาพ ตลอดจนทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขในการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งจะปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมใด ๆ (อ้างถึงใน สุรกุล เจนอบรม, 2534 : 34)

จนถึง ปี ค.ศ. 1972 เลมอน เบนสทอน และพีแตอร์สัน (Lemon Bengston and Peterson อ้างถึงใน Yorick, et al. 1984 : 76-78) เป็นผู้นำทฤษฎีกิจกรรมมาปรับปรุง ได้ให้ความหมายกิจกรรมว่าเป็นรูปแบบของการกระทำใด ๆ หรืองานต่าง ๆ ที่สนใจนอกเหนือจากการทำงานเพื่อชีวิตและเชื่อว่ากิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพแข็งแรง และยังคงบทบาทที่รู้สึกว่าเป็นคุณค่า จนในที่สุดจะมีความสุข

ในการดำเนินชีวิต และมีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในด้านบวก นอกจากนี้ยังกล่าวว่าการมีกิจกรรมในวัยสูงอายุ เป็นการคงไว้ในกิจกรรมวัยกลางคนให้มากและนานที่สุด อีกทั้งยังเป็นการทดแทนบทบาทที่สูญเสียไปในวัยสูงอายุ ทฤษฎีกิจกรรมจึงให้ความสำคัญของบทบาทใหม่ ความสัมพันธ์ใหม่ งานอดิเรกใหม่และความสนใจใหม่ จึงแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) กิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติร่วมกันกับสมาชิกที่มีความใกล้ชิดกัน อาจเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือในสังคม จะไม่มีการกำหนดรูปแบบของเวลาในการปฏิบัติที่แน่นอน กิจกรรมประเภทนี้จะเกิดขึ้นได้มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ และความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ตลอดจนพฤติกรรมที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นกิจกรรมที่ได้ให้ประโยชน์แก่ผู้สูงอายุกับอีกฝ่ายหนึ่ง เช่น การพบปะสังสรรค์กับญาติหรือเพื่อน การเป็นที่ปรึกษาแก่บุตรหลาน การช่วยเหลือทำงานบ้าน การอบรมเลี้ยงดูหลาน เป็นต้น

2) กิจกรรมที่เป็นทางการ เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมในองค์กรต่าง ๆ ของภาครัฐ และภาคเอกชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์บริการทางสังคม เป็นต้น ซึ่งเป็นกิจกรรมภายนอกครอบครัวที่ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบและข้อบังคับ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่องค์กรร่วมกันกำหนดไว้ กิจกรรมเหล่านี้จึงให้ประโยชน์โดยตรงกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคม เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมท่องเที่ยว กิจกรรมการกุศล เป็นต้น

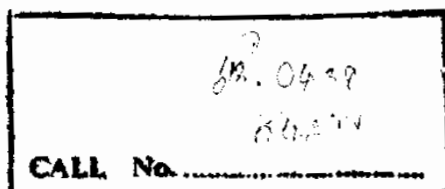
3) กิจกรรมที่กระทำตามลำพัง เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจหรือมีความพึงพอใจ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข และความเพลิดเพลินใจ เช่น การเดินเล่น การทำสวน นั่งสมาธิ เป็นต้น

เช่นเดียวกับ เอลลิปโพลิส (Eliopoulos, 1979 : 23) ได้ให้ข้อเสนอแนะการคงไว้ในกิจกรรมเป็นสิ่งที่ควรทำ เพื่อชดเชยการสูญเสียต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเป็นผู้สูงอายุ เช่น การใช้สติปัญญาแทนการออกกำลังกาย เมื่อความสามารถทางกายลดลง การหางานใหม่แทนงานเก่าหลังเกษียณอายุ การหาเพื่อนใหม่แทนเพื่อนเก่าที่เสียชีวิต เป็นต้น

สำหรับบาร์โร และสมิท (Barrow and Smith, 1979 : 53 อ้างถึงใน จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์, 2535 : 27) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมมากจะมีการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

ส่วนเบอร์ไซด์ (Burnside, 1988 : 94) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีกิจกรรม ดังนี้

1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพปกติ ส่วนมากจะพยายามคงไว้ซึ่งกิจกรรมในระดับสูง



2) การที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมมือหรือถอยห่างออกจากกิจกรรม ได้รับอิทธิพลมาจากสถานะเศรษฐกิจและสังคมในอดีต

3) การคงไว้ซึ่งกิจกรรมทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต

นอกจากนี้ ประภาพร จิพันธุ์ยา (2538 : 365) กล่าวถึงกิจกรรมว่าเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ในการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งทำให้บุคคลได้ระบายความรู้สึก คลายความเครียด และเป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม จึงแบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) กิจกรรมไม่มีรูปแบบ (Informal Activities) เป็นกิจกรรมที่กระทำในครอบครัว เพื่อนหรือญาติ เช่น การพบปะสังสรรค์กับเพื่อน หรือญาติ การมีส่วนร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

2) กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal Activities) เป็นกิจกรรมที่กระทำภายนอกครอบครัว เช่น การเข้าร่วมเป็นสมาชิกในสมาคมต่าง ๆ การเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคม การเข้ากลุ่มทางศาสนาและการเมือง เป็นต้น

3) กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนและงานอดิเรก (Leisure Activities and Hobbies) เป็นกิจกรรมที่กระทำในยามว่าง ซึ่งบางครั้งอาจก่อให้เกิดรายได้ เช่น นันทนาการ ทัศนศึกษา อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ทำสวน เป็นต้น

จากแนวคิดทฤษฎีกิจกรรมและการแบ่งประเภทกิจกรรมดังกล่าวมาข้างต้น ได้นำมาอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในการวิจัยนี้ได้ว่า การคงไว้ซึ่งกิจกรรมในวัยผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นและควรกระทำอย่างยิ่ง หรือผู้สูงอายุควรทำกิจกรรมใหม่ ๆ มาทดแทนกิจกรรมเก่า ๆ ที่สูญเสียไป เพื่อช่วยให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีและพร้อมจะปรับตัวในการดำเนินชีวิต อันส่งผลต่อความสุขอย่างมีคุณค่าในชีวิต การวิจัยนี้จึงศึกษากิจกรรมทั้ง 3 รูปแบบ ได้แก่ กิจกรรมที่ไม่เป็นทางการ กิจกรรมที่เป็นทางการ และกิจกรรมที่กระทำตามลำพัง แล้วนำกิจกรรมเหล่านี้มาประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ดังนั้นทฤษฎีกิจกรรม สามารถนำมาใช้ตั้งสมมติฐานการวิจัยและแนวทางในการสร้างเครื่องมือวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในการวิจัยนี้

4. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behaviors)

4.1 ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เวบสเตอร์ (Webster) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ร้อยละ 53.00 สิ่งแวดล้อม ร้อยละ 31.00 และกรรมพันธุ์ ร้อยละ 16.00 (Webster, 1985 : 714 อ้างถึงใน วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538 : 13) จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันมีอิทธิพลต่อสุขภาพสูงสุด ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมาเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและน่าศึกษาอย่างยิ่ง ได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

วอล์คเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker Seohrist and Pender, 1987 : 77) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นรูปแบบหลายมิติของการกระทำและการรับรู้ของบุคคลเพื่อที่จะคงไว้หรือส่งเสริมให้เกิดความสุขและความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิตของแต่ละคน

ขณะเดียวกัน เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 57) ได้กล่าวว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำโดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี โดยส่งเสริมหรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพที่ดี

สอดคล้องกับ พรทิพา ศุภราศรี (2538 : 14) สุคนธ์ ภูรัตน์ (2539 : 18) ได้สรุปพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ อันนำไปสู่ความปกติสุข ความมีศักยภาพสูงสุดในบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

สวน สุตา วิไลเลิศ (2536 : 14) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ และการแสดงออกหรือการกระทำ หรือกิจกรรมของบุคคลที่แสดงถึงการป้องกันโรค การรักษาสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ที่สามารถวัดได้ และทดสอบได้

จึงสรุปว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติในชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอ ที่นำไปสู่การผสมผสานอย่างสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อย่างมีความสุข และมีคุณค่าในชีวิตซึ่งนำไปให้นิยามศัพท์เฉพาะในการวิจัยนี้

จากความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ที่ได้กล่าวมาข้างต้น ยังมีการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Model) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการอธิบาย หรือคาดการณ์ถึงส่วนประกอบของพฤติกรรมแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งรูปแบบ

การส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากจากบุคลากรทางการแพทย์และ
สาธารณชน คือ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)

4.2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)

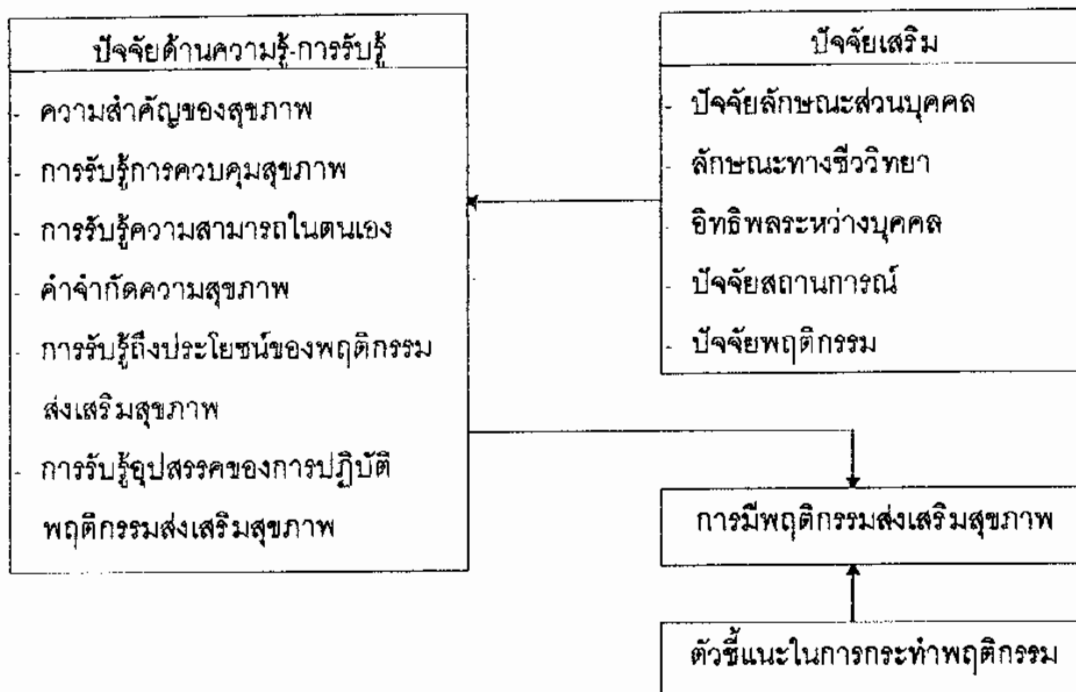
เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 51) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีการ
เรียนรู้ทางสังคม ภายใต้พื้นฐานของงานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญ 3 ประการ คือ

- 1) เพื่อนำเสนอแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล
- 2) เพื่อทดสอบสมมติฐานอันเกิดจากการสังเกต
- 3) เพื่อการผสมผสานงานวิจัยอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบการส่งเสริม

สุขภาพ

นอกจากนี้เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 57-60) ยังกล่าวว่าการที่บุคคลจะลงมือกระทำ
กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนใน
การดำเนินชีวิต เป็นผลมาจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้-
การรับรู้ ปัจจัยเสริม และตัวชี้แนะกระทำ ดังภาพประกอบ 1

ภาพประกอบ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์



ที่มา : Pender, 1987 : 58

จากภาพประกอบ 1 อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย 3 ด้าน กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น กล่าวคือ ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ ซึ่งประกอบด้วย 7 ปัจจัยย่อย ได้แก่ ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในตนเอง คำจำกัดความสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะมีอิทธิพลหรือมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่ปัจจัยเสริม ซึ่งประกอบด้วย 7 ปัจจัยย่อย ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร ลักษณะทางชีววิทยา อิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยสถานการณ์ และปัจจัยพฤติกรรม จะมีอิทธิพลหรือมีความสัมพันธ์ทางอ้อมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ โดยมีตัวชี้แนะการกระทำ ช่วยผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

การวิจัยนี้ได้นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์บางส่วนมาใช้ กล่าวคือ นำปัจจัยเสริม และปัจจัยด้านการรับรู้-ความรู้ มาหาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดต่อไป

4.3 การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 138) ได้ประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยสร้างแบบวัดแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The Lifestyle and Health Habits Assessment LHHA ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวก 10 ด้าน ซึ่งผู้วิจัยได้นำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวกนี้มาเป็นแนวทางการสร้างเครื่องมือในการวิจัยนี้ และศึกษาจากเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติมเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย มีรายละเอียดดังนี้

- 1) ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป (General Competence) หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติสุขภาพส่วนบุคคลในการดูแลความสะอาดของร่างกาย
- 2) การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutritional Practices) หมายถึง พฤติกรรมการรับประทานอาหารตามหลักการจัดอาหารด้านคุณค่าทางโภชนาการ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ
- 3) การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or Recreational) หมายถึง การใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ทำซ้ำ ๆ กันในท่าเดิมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 20 นาที และการหยุดพักในระหว่างการทำงาน
- 4) รูปแบบการนอนหลับ (Sleep Patterns) หมายถึง ระยะเวลาการนอนหลับปัญหาการนอนหลับ และการส่งเสริมการนอนหลับที่มีประสิทธิภาพในแต่ละคืน
- 5) การจัดการความเครียด (Stress Management) หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อผ่อนคลายความเครียดอย่างเหมาะสม
- 6) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Actualization) หมายถึง พฤติกรรมที่ได้รับการยกย่องนับถือจากบุคคลอื่น และการมองตนเองในทางบวก
- 7) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of Purpose) หมายถึง การตั้งเป้าหมายในชีวิต และประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

8) การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with Others) หมายถึง การตระหนักถึงความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม การคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว และเพื่อน รวมถึงการได้รับความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น

9) การควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environment Control) หมายถึง พฤติกรรมการจัดสภาพที่อยู่ให้เหมาะสม และการหลีกเลี่ยงจากมลภาวะเป็นพิษต่าง ๆ

10) การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of Health Care System) หมายถึง พฤติกรรมการเลือกใช้สถานบริการทางสาธารณสุขเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และการตรวจสุขภาพ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ดังนั้น ในการวิจัยนี้จึงนำแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987 : 138) มาประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ กับผู้สูงอายุที่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำแนกตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 10 ด้าน

4.4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพแข็งแรง อย่างมีความสุขและมีคุณค่าในชีวิต ได้มีการศึกษาไว้มากมาย ในที่นี้ขอกล่าวถึงแบบวัดแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1987 : 138) ซึ่งเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในทางบวก 10 ด้าน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร และตำราเพิ่มเติมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ พอสรุปสาระสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน ดังนี้

1) ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป (General Competence)

ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป ซึ่งหมายถึงพฤติกรรมการปฏิบัติ สุขวิทยาส่วนบุคคลในการดูแลความสะอาดของร่างกาย จะเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงสภาวะของสุขภาพร่างกาย จึงกล่าวได้ว่าสุขวิทยาส่วนบุคคลเป็นลักษณะนิสัยที่ผู้สูงอายุปฏิบัติเป็นประจำจนเป็นส่วนหนึ่งในชีวิต ได้แก่ (กุลยา ตันติผลลาชีวะ, ม.ป.ป. : 59-62, 78-80)

1.1) การดูแลความสะอาดของผิวหนัง ผิวหนังของผู้สูงอายุโดยปกติจะบาง ไขมันใต้ผิวหนังน้อย เส้นเลือดฝอยใต้ผิวหนังหนา การซึมผ่านของออกซิเจนและอาหารไปสู่เซลล์เนื้อเยื่อต่ำ จึงทำให้ผิวหนังแตกง่าย และต่อมเหงื่อผลิตเหงื่อได้น้อยทำให้ผิวหนังแห้ง เป็นสาเหตุเกิดตุ่มคันได้ การอาบน้ำที่ถูวิธีจะช่วยทำให้ผิวหนังสะอาดชุ่มชื้น และกระตุ้นการ

ไหลเวียนของโลหิตได้ดี จึงควรอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เมื่ออากาศปกติ แต่ถ้าอากาศแห้งและเย็นควรอาบน้ำสัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง และควรเลือกสบู่ที่มีไขมันมากหรือมีฤทธิ์เป็นด่าง แล้วทาด้วยครีมทาผิวหลังอาบน้ำทุกครั้ง

1.2) การสระผม ผู้สูงอายุไม่ควรสระผมบ่อย เพราะเป็นวัยที่หนังศีรษะแห้ง และผมเปลี่ยนสี ควรสระผมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือกรณีผมสกปรกมากควรสระผมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เลือกใช้แชมพูชนิดที่ไม่มีสิ่งเจือปนของแอลกอฮอล์ เพราะทำให้ผมและหนังศีรษะแห้ง หรือเกิดตุ่มคันขึ้นได้ นอกจากนี้ควรหวีผมทุกวันเพื่อกระตุ้นให้เลือดไปเลี้ยงทั่วศีรษะ

1.3) การรักษาสุขภาพปากและฟัน ฟันของคนเราจะหลุดเมื่ออายุ 70 ปี และเริ่มเป็นโรคเหงือกเมื่อชายอายุ 35 ปี หญิงอายุ 39 ปี ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้ฟันหลุด การแปรงฟันที่ถูกวิธี และการใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม จะช่วยแก้ปัญหานี้ได้ สำหรับผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอม ควรล้างเหงือกและแปรงฟันหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง และควรถอดฟันปลอมออกในเวลากลางคืนเพื่อช่วยให้เนื้อเยื่อของปากได้พัก อีกทั้งควรบ้วนปากด้วยน้ำอุ่น หรือน้ำเกลืออุ่น จะช่วยให้รักษาเหงือกและความสะอาดของช่องปากเป็นการป้องกันการติดเชื้อในช่องปากและทางเดินหายใจได้

1.4) การรักษามือ เท้าและเล็บ โดยดูแลมือให้สะอาด และเล็บมือต้องตัดให้สั้นเพื่อให้ง่ายต่อการรักษาความสะอาด กรณีมือแห้งควรทาครีมทาผิวพร้อมทั้งนวดมือ ขอกนิ้วมือ และเล็บ ตามด้วยแช่น้ำอุ่น หลังจากนั้นเช็ดให้แห้ง ควรทำวันละ 1 ครั้ง จะช่วยให้การไหลเวียนของเลือดส่วนปลายนิ้วดีขึ้น และเป็นการผ่อนคลายความเครียดของมือ

เท้าเป็นอวัยวะส่วนแรกที่แสดงให้เห็นถึงความผิดปกติของการไหลเวียนของโลหิตในเส้นเลือดฝอยส่วนปลาย การนวดนิ้วเท้า ฝ่าเท้า และส้นเท้า เป็นการกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต และควรทาด้วยครีมทาผิวจะช่วยให้ผิวและเล็บนุ่ม หลังจากนั้นควรแช่น้ำอุ่น พร้อมทั้งให้กระดิกนิ้วเท้าไปมาแล้วจึงซับให้แห้ง

เล็บโดยเฉพาะเล็บเท้าควรตัดให้สั้น และขลิบมุมเล็บให้เรียบร้อย เพื่อป้องกันเล็บขบ ตลอดจนเลือกสวมรองเท้าที่สวมใส่สบาย และส้นเตี้ยเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

1.5) การดูแลความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ ในเพศชายมักไม่พบปัญหา แต่เพศหญิงควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ เพราะในวัยสูงอายุมักมีหรือช่องคลอดรับออกทาง

ช่องคลอดมากเป็นสาเหตุทำให้เกิดผื่นคันบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ จึงควรทำความสะอาดด้วยสบู่ แล้วซับให้แห้งเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้

ดังนั้นการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไปจะประเมินถึงพฤติกรรมการปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล เพื่อรักษาความสะอาดของร่างกายในการดูแลความสะอาดของผิวหนัง การสระผม การรักษาสุขภาพปากและฟัน การรักษามือ เท้า เล็บ และการดูแลความสะอาดของอวัยวะสืบพันธุ์ซึ่งจะนำไปสร้างเครื่องมือในการวิจัยนี้

2) การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutritional Practices)

ผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งมีผลต่อการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุมาก การจัดหาอาหารจึงต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว และคำนึงถึงด้านคุณค่าทางโภชนาการควรได้รับอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมัน เกลือแร่ และวิตามินต่าง ๆ รวมทั้งใยอาหารและน้ำ จึงจำเป็นมีหลักการจัดหาอาหารสำหรับผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (วินัส ตันติบูล, 2536 : 441-443, บรรลุ ศิริพานิช, 2534 : 37 - 38, กรมอนามัย, 2540 : 12-14)

2.1) ด้านคุณค่าทางโภชนาการ ควรพิจารณาคุณค่าของอาหาร ดังนี้

2.1.1) คาร์โบไฮเดรตได้แก่ ข้าว แป้ง น้ำตาล เผือก มัน ควรรับประทานปริมาณให้ลดลงจากวัยหนุ่มสาว และไม่ควรรับประทานน้ำตาลมากเกินไป เพราะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานได้

2.1.2) โปรตีน ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ซึ่งควรเป็นเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น ปลา ไข่ ไข่ (ไข่ควรรับประทานสัปดาห์ละ 3-4 ฟอง ถ้าหากมีปัญหาไขมันในเลือดสูงควรรับประทานเฉพาะไข่ขาวเท่านั้น) นอกจากนี้ควรดื่มนมพร่องมันเนย หรือนมถั่วเหลือง วันละ 1 แก้ว

2.1.3) ไขมัน ควรลดปริมาณลง และควรเป็นไขมันจากพืชเท่านั้น เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ น้ำมันข้าวโพด ส่วนไขมันจากสัตว์ทุกชนิดควรลดเช่นกัน น้ำมันหมู น้ำมันไก่ และไขมันจากพืชบางชนิดควรลด คือ น้ำมันปาล์ม และน้ำมันมะพร้าว

2.1.4) เกลือแร่ ควรรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง ได้แก่ นม ผลไม้ ผัก เมล็ดพืชทั้งเมล็ด ถั่ว และกระดูกป่น เพื่อป้องกันโรคกระดูกเปราะ และหักง่าย นอกจากนี้ควรรับประทานอาหารที่มีเหล็กสูง ได้แก่ ไข่ ตับ ไต เนื้อสัตว์ ผักใบเขียว และเมล็ดพืชทั้งเมล็ด

เพื่อป้องกันโรคโลหิตจาง ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ แต่ควรรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ซึ่งเป็นอาหารรสเค็มจัด เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

- 2.1.5) วิตามิน ควรได้รับวิตามินที่มีความจำเป็นในการป้องกันโรคดังนี้
 วิตามิน เอ ได้แก่ นม ปลา น้ำมันตับปลา และผักใบเขียว
 วิตามิน บี ได้แก่ ตับ ไข่ ถั่ว ข้าวกล้อง ถั่วเหลือง และนม
 วิตามิน ซี ได้แก่ น้ำมะเขือเทศ น้ำส้มคั้น น้ำมะนาว และ

ผักใบสีเขียว

- วิตามิน ดี ได้แก่ นม ตับ และน้ำมันตับปลา
 วิตามิน อี ได้แก่ ไขมันจากปลาทะเล ถูกันท์

2.1.6) โยอาหาร ได้แก่ ผักและผลไม้ เช่น ตำลึง ผักบุ้ง ผักกาด มะเขือเทศ ส้มเขียวหวาน กล้วยสุก มะละกอ สับปะรด เป็นต้น ซึ่งโยอาหารช่วยทำให้ระบบขับถ่ายทำงานดีขึ้น

2.1.7) น้ำ ควรดื่มน้ำสะอาดวันละ 8-10 แก้ว เพื่อช่วยให้ระบบย่อยอาหาร และระบบขับถ่ายทำงานดีขึ้น แต่ไม่ควรดื่มน้ำอัดลม เพราะมีน้ำตาลและแก๊ส ทำให้อ้วนและท้องอืดได้ รวมทั้งควรดื่มน้ำชาหรือกาแฟ เพราะมีสารคาเฟอีนเป็นสาเหตุเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนี้ควรดื่มน้ำสุรา เนื่องจากมีส่วนผสมแอลกอฮอล์จะมีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง และผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน ควรดื่มน้ำสุราเช่นกันจะทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูง

2.2) ด้านร่างกาย การจัดการอาหารควรคำนึงถึงสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

2.2.1) ปริมาณและคุณค่าทางอาหารให้เพียงพอกับร่างกาย เนื่องจากผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้ครั้งละเล็กน้อยจึงควรจัดการอาหารวันละ 5-6 มื้อ และควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด เพื่อป้องกันการแน่นท้องหลังรับประทานอาหาร และยิ่งช่วยให้รับประทานอาหารได้ปริมาณเพียงพอกับร่างกาย

2.2.2) อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ควรสับหรือตำให้เปื่อย ส่วนอาหารจำพวกผักควรหั่นเป็นชิ้นเล็กแล้วตำให้นิ่ม เพื่อไม่ให้ระบบย่อยอาหารทำงานหนัก

2.3) ด้านจิตใจ ควรจะพิจารณาสิ่งเหล่านี้ประกอบด้วย ได้แก่

2.3.1) ควรจัดการอาหารตามความต้องการ และความเคยชินของผู้สูงอายุเป็นหลัก แต่ถ้าต้องการเปลี่ยนแปลงนิสัยการรับประทานอาหารควรค่อย ๆ เปลี่ยน และไม่ควรบังคับเพราะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกคับข้องใจ อาจรับประทานอาหารได้น้อยลง

2.3.2) ควรจัดอาหารที่ปรุงเสร็จใหม่ ๆ มีรสชาติ มีกลิ่นที่น่าเชิญชวนให้รับประทานอาหาร เพื่อกระตุ้นให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น

2.3.3) ควรจัดบรรยากาศการรับประทานอาหารเช้าและอบอุ่น เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารเช้าได้มากขึ้น ได้แก่ สถานที่สะอาด สะดวกสบาย อากาศถ่ายเทสะดวก และรับประทานอาหารเช้าพร้อมกับสมาชิกในครอบครัว

จึงพอสรุปได้ว่าการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติด้านโภชนาการ จะประเมินถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารตามหลักการจัดอาหารด้านคุณค่าทางโภชนาการ ด้านร่างกายและด้านจิตใจซึ่งจะนำไปให้สร้างเครื่องมือในการวิจัยนี้

3) การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or Recreational)

การออกกำลังกายที่ส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ควรเป็นการออกกำลังกายชนิดที่เสริมสร้างความอดทนของปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนของเลือด รวมทั้งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความอ่อนตัวของข้อต่อ จึงเป็นการออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ทำซ้ำ ๆ กันในท่าเดิมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 20 นาที และออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน หรือวันเว้นวัน (กรมอนามัย 2540 : 25) มีรายละเอียดเกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุดังนี้

3.1) วิธีการออกกำลังกายที่ส่งเสริมสุขภาพมี 3 ระยะ คือ (กรมอนามัย 2540 : 25)

3.1.1) ระยะอบอุ่น ประมาณ 5 นาที เพื่อยืดกล้ามเนื้อและเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความอ่อนตัวของข้อต่อ

3.1.2) ระยะฝึกฝนร่างกาย ประมาณ 10 - 30 นาที เพื่อบริหารความอดทนของปอด หัวใจ และระบบไหลเวียนของเลือด

3.1.3) ระยะผ่อนคลายร่างกาย ประมาณ 5 นาที เพื่อยืดกล้ามเนื้อและความอ่อนตัวของข้อต่อ

3.2) รูปแบบของการออกกำลังกายที่ส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุจะต้องเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง โดยคำนึงถึงอายุ เพศ สภาพร่างกาย ความสามารถ ความเพลิดเพลิน และความพึงพอใจ ตลอดจนอัตราการเต้นของหัวใจควรอยู่ระหว่าง 55 - 85% ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด ฉะนั้นก่อนเริ่มและระหว่างออกกำลังกายควรได้รับ

การตรวจสุขภาพร่างกายและตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเป็นระยะ ๆ ซึ่งมีกิจกรรมการออกกำลังกายต่าง ๆ ดังนี้ (กรมอนามัย 2540 : 3, 25)

3.2.1) เดินเร็ว อย่างน้อยวันละ 30 นาที

3.2.2) วิ่งเหยาะ อย่างน้อยวันละ 20 นาที

3.2.3) ว่ายน้ำอย่างช้า ๆ อย่างน้อยวันละ 20 นาที

3.2.4) กายบริหาร โยคะ และรำมวยจีน อย่างน้อยวันละ 30 นาที

3.2.5) ว่ายน้ำ อย่างน้อยวันละ 20 นาที

3.2.6) เดินแอโรบิค อย่างน้อยวันละ 15 นาที

3.3) ข้อพึงปฏิบัติขณะออกกำลังกายดังนี้ (กรมอนามัย 2540 : 16-17)

3.3.1) เริ่มต้นอย่างช้า ๆ และให้หยุดทำทันที ถ้ารู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ เจ็บบริเวณหัวใจ ปวดแน่นบริเวณลิ้นปี่ หายใจไม่เต็มอิ่ม รู้สึกเหนื่อย วิงเวียนศีรษะ ตามัว ควบคุมลำตัวหรือแขนขาไม่ได้ เหงื่อออกมาก ตัวเย็น พูดไม่ชัด หรือพูดตะกุกตะกัก เป็นต้น

3.3.2) หลังจากออกกำลังกายอย่างเต็มที่แล้วไม่ควรหยุดแบบทันที ควรจะมีกอย่างช้า ๆ แล้วค่อยหยุด

3.3.3) ออกกำลังกายในที่ ๆ มีอากาศถ่ายเทสะดวก

3.3.4) ควรสวมชุดที่รัดกุมไม่รุ่มร่าม เพื่อสามารถระบายความร้อนได้ดี และไม่ควรทิ้งชายผ้าที่จะก่อให้เกิดอันตรายได้

3.4) ประโยชน์การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ มีดังนี้ (กรมอนามัย 2540 : 15)

3.4.1) ผลต่อระบบไหลเวียนของเลือด ปอด หัวใจ ทำงานดีขึ้น และสามารถป้องกันโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูงได้

3.4.2) ผลต่อระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง ทำให้กล้ามเนื้อและข้อต่อมีความแข็งแรง ทนทาน ยืดหยุ่น ตลอดจนกระดูกหนาและแข็งแรง มีผลให้การทรงตัวดีขึ้น ลดความเสี่ยงของข้อต่อและป้องกันโรคกระดูกพรุน

3.4.3) ผลต่อระบบขับถ่าย ทำให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น

3.4.4) ผลต่อด้านจิตใจ ทำให้เกิดความกระปรี้กระเปร่า และผ่อนคลาย ความเครียดจึงช่วยกระตุ้นให้อยากรับประทานอาหาร และนอนหลับสบาย

ส่วนกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน เป็นการหยุดพักในระหว่างการทำงาน หรือ การประกอบภารกิจประจำวัน เพื่อให้ร่างกายผ่อนคลายความเครียด และลดความเมื่อยล้า ทำให้ร่างกายและจิตใจสดชื่นแจ่มใส มีสมรรถภาพและกำลังที่จะทำงานต่อไป ได้แก่ การนอนหลับ การนันทนาการ และการเปลี่ยนท่าทาง (สมทรง อินสว่าง, 2537 : 145)

จึงกล่าวได้ว่าการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการ ออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนจะประเมินถึงวิธีการรูปแบบข้อพึงปฏิบัติ และความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย รวมถึงการหยุดพักในระหว่างการทำงาน ซึ่งจะนำไป สร้างเครื่องมือในการวิจัยนี้

4) รูปแบบการนอนหลับ (Sleep Patterns) (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528 : 43-47)

การนอนหลับเป็นการพักผ่อนของร่างกายที่ดีที่สุด โดยปกติคนเราใช้เวลา นอนหลับประมาณ 1 ใน 3 ของชีวิต หรือปกติควรนอนหลับวันละ 6 - 7 ชั่วโมง และนอนหลับ กลางวันครั้งละ 15 - 60 นาที การนอนหลับจึงเป็นการพักและเตรียมความพร้อมของร่างกาย ซึ่งมีผลต่อสุขภาพทั้งทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม และความสามารถในการแสดงออก ฉะนั้น การนอนหลับอย่างเต็มที่และเพียงพอ จะทำให้ตื่นขึ้นมากู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า และ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการนอนหลับ ดังนี้

4.1) ระยะเวลาการนอนหลับ ซึ่งจะเปลี่ยนไปตามอายุ อายุน้อยใช้ระยะเวลา การนอนหลับมาก อายุมากจะใช้ระยะเวลาการนอนหลับน้อย ผู้สูงอายุจึงมีระยะเวลา การนอนหลับน้อย ตื่นง่ายและหลับยาก จึงชอบงีบหลับตอนกลางวัน ผู้สูงอายุจึงรู้สึกนอนหลับ ไม่เต็มที่ และรู้สึกนอนหลับไม่สบายโดยเฉพาะผู้ชายมักพบว่าขาจะเป็นเหน็บ และผู้หญิงรู้สึก แน่นหน้าอก

4.2) ปัญหาการนอนหลับ มี 3 ลักษณะ คือ

4.2.1) นอนไม่หลับ (Insomnia) มีลักษณะการนอนดิ๊ก ตื่นเช้า หรือนอน หลับยาก นอนไม่เต็มอิ่ม และตื่นบ่อย จะมีสาเหตุเกิดจาก

- ปัญหาทางร่างกาย จะพบในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคปอดเรื้อรัง และโรคหัวใจ ทั้งนี้เพราะการนอนทำให้หายใจไม่สะดวก จึงเป็นเหตุนอนหลับยาก

- ปัญหาทางด้านจิตใจ มีอาการวิตกกังวล ซึมเศร้า และไม่กล้า นอนหลับ จนทำให้กลไกการนอนหลับเสีย มักจะตกใจง่าย ผื่นร้าย และนอนหลับไม่สนิท

4.2.2) หลับมากเกินไป (Hypersomnia) เกิดจากการใช้ยาระงับประสาทหรือยานอนหลับ แต่บางรายเกิดจากปัญหาทางด้านจิตใจ จนแสดงออกโดยการนอนหลับมากเกินไป

4.2.3) ผื่นร้าย (Dyssomnia) เกิดจากความวิตกกังวล และอารมณ์ไม่ดีก่อนนอน

4.3) การส่งเสริมการนอนหลับ มีหลายวิธีที่ช่วยให้ผู้สูงอายุนอนหลับสบายและหลับได้ดีดังนี้

4.3.1) อาบน้ำอุ่นก่อนเข้านอน

4.3.2) ตีเครื่องตีมุ้ง ๆ ก่อนเข้านอน

4.3.3) รับประทานอาหารที่มีแคลอรี ที่เพียงพอกับร่างกาย ช่วยให้หลับได้นาน

4.3.4) สวมเสื้อผ้าที่หนา อบอุ่นและเหมาะสมตามฤดูกาล ตลอดจนปลายมือปลายเท้าควรให้อบอุ่นเสมอ อาจสวมถุงเท้าในระยะอากาศเย็น

4.3.5) ฝึกการออกกำลังกายที่ผ่อนคลายความเครียด

4.3.6) จัดสภาพแวดล้อมห้องนอนที่สงบเงียบ อากาศอบอุ่น และถ่ายเทสะดวก

4.3.7) จัดทำนอนที่ทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายเต็มที่ ที่นอนและหมอนสามารถรองรับส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเหมาะสม

4.3.8) ไม่ควรรับประทานยานอนหลับหรือยาระงับประสาทโดยไม่จำเป็น เพราะฤทธิ์ของยาจะไปขัดระยะของการนอนหลับ ทำให้หลับได้ไม่เต็มที่

4.3.9) ทำจิตใจให้สงบและสบายก่อนเข้านอน ด้วยการทำสมาธิ หรือการสวดมนต์

4.3.10) งดดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน (Caffeine) ผสมก่อนนอน เช่น กาแฟ ชา โกลี เป็นต้น เพราะคาเฟอีนมีฤทธิ์กระตุ้นทำให้นอนไม่หลับได้

จึงพอสรุปได้ว่าการพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านรูปแบบการนอนหลับจะประเมินถึงระยะเวลาการนอนหลับ ปัญหาการนอนหลับ และการส่งเสริมการนอนหลับที่มีประสิทธิภาพในแต่ละคืนซึ่งจะนำไปสร้างเครื่องมือในการวิจัยนี้

5.) การบริหารจัดการความเครียด (Stress Management)

ความเครียดเป็นความรู้สึกที่บุคคลต้องประสบในชีวิตประจำวัน เพราะในการดำเนินชีวิตบุคคลจะต้องมีปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมเสมอ ซึ่งถ้าบุคคลสามารถเผชิญความเครียดและแก้ไขได้อย่างเหมาะสมจะทำให้ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข แต่ถ้าบุคคลไม่สามารถเผชิญความเครียด และสะสมความเครียดก็จะนำไปสู่ปัญหาด้านจิตใจ และอาจมีผลต่อสุขภาพร่างกายได้ ซึ่งมีสาระสำคัญเกี่ยวกับความเครียดในผู้สูงอายุ ดังนี้

5.1) ความหมายของความเครียด มีผู้ให้ความหมายดังนี้

วีระ ไชยศรีสุข (2539 : 177-178) กล่าวว่าความเครียด คือสถานการณ์ที่คับแค้นที่มีผลให้เกิดความกดดันทางอารมณ์ และร่างกาย

คล้ายคลึงกับ ปานัน บุญหลง (2528 : 82) กล่าวว่าความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาที่ร่างกายตอบสนองต่อตัวตัวกระตุ้น (Stressor) ก่อให้เกิดความไม่สมดุลย์ของร่างกายและจิตใจจึงตอบสนองโดยแสดงออกทางร่างกาย และจิตใจ

จึงพอสรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึงปฏิกริยาที่ร่างกายตอบสนองต่อสิ่งที่มีมากระตุ้นซึ่งจะแสดงออกมา ก่อให้เกิดความไม่สมดุลย์ของร่างกายและจิตใจ

5.2) ปฏิกริยาที่แสดงออกเมื่อมีความเครียด เช่น (ปานัน บุญหลง, 2528 : 94)

5.2.1) ด้านอารมณ์ จะแสดงออกถึงความวิตกกังวล เศร้า และโกรธ

5.2.2) ด้านการเคลื่อนไหว จะมีความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ หรือ บางรายพูดจาผิดปกติไป

5.2.3) ด้านสรีระ มีการหลั่งฮอริโมนอิพิเนฟริน (Epinephrine) และ นอนอิพิเนฟริน (Non-Epinephrine) จากต่อมหมวกไต ทำให้ความดันโลหิตสูงได้

5.2.4) ด้านการรับรู้ ขึ้นอยู่กับระดับของความเครียด ถ้าอยู่ในระดับสูง จะทำให้การรับรู้และการตัดสินใจเสีย แต่ถ้าอยู่ในระดับต่ำจะเป็นการส่งเสริมการรับรู้และการตัดสินใจ

5.3) วิธีการจัดการความเครียด (สุชา จันท์ธอม, 2525 : 12-13, วีระ ไชยศรีสุข, 2539 : 186-187)

5.3.1) การนอนหลับเป็นวิธีธรรมชาติที่ดีที่สุดจะช่วยลดความเครียด เพราะอวัยวะของร่างกายทุกส่วนพักและทำงานน้อยลง

5.3.2) การออกกำลังกาย โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิค อย่างน้อย 20 นาที เป็นการแสดงออกเมื่อมีความเครียดโดยการเคลื่อนไหว จะช่วยลด ความเครียดให้น้อยลง และส่งเสริมการมีสุขภาพจิตที่ดี

5.3.3) การพักผ่อนหย่อนใจ เช่น การฟังเพลง อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้ การเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น ช่วยให้จัดความเครียดในชีวิตประจำวันได้

5.3.4) การฝึกโยคะ หรือการทำสมาธิช่วยทำให้จิตใจได้พักผ่อน ช่วยลด ความเครียดได้

5.3.5) การรู้จักใช้เวลาว่างอย่างฉลาด โดยแบ่งเวลา 24 ชั่วโมงออกเป็น 3 ส่วน ซึ่งส่วนแรกหมายถึงการทำงาน ส่วนที่ 2 หมายถึงการนอนหลับ ส่วนที่ 3 หมายถึง การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน ซึ่งแต่ละส่วนต้องทำไปอย่างไม่ว่างรีบ

5.3.6) พยายามเตือนตนเอง และพิจารณาสาเหตุที่ทำให้ตนไม่สบายใจ แล้วเลิกคิดเสีย เพื่อขจัดอารมณ์ที่ก่อให้เกิดความไม่สบายใจไปเสียระยะหนึ่ง

5.3.7) การดำรงชีวิตด้วยความยืดหยุ่นที่จะปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ เพราะการเดินทางไปสู่จุดหมายปลายทางนั้นมีหลายทาง จะไม่ทำให้ชีวิตเคร่งเครียดเกินไป

5.3.8) การมองโลกในแง่ดีเสมอ โดยไม่เอาความชั่วมาลบล้างความดี ที่เรามีอยู่ ซึ่งถ้ามีความรู้สึกเช่นนี้ทำให้ชนะอารมณ์ได้ง่าย

5.3.9) การดำเนินชีวิตด้วยความดีตามหลักพุทธศาสนา 3 ประการ คือ ทำความดี ละความชั่ว และทำใจให้บริสุทธิ์ ที่จะทำให้จิตใจสบายทุกโอกาส

จึงอาจกล่าวได้ว่าการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการจัด ความเครียดจะประเมินถึงวิธีการจัดความเครียด ซึ่งนำไปสร้างเครื่องมือในการวิจัยนี้

6) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-Actualization)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นองค์ประกอบของความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-Concept) จะเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่วัยแรกเกิด จนกระทั่งวัยสูงอายุ เป็นสิ่งที่ไม่คงที่เปลี่ยนแปลง ได้ตามวันเวลา อาจเปลี่ยนวันต่อวัน หรือจากช่วงเวลาหนึ่งไปสู่เวลาหนึ่งขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะ บทบาททางสังคม สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต บัณฑิตทางสังคม และบัณฑิตทางเศรษฐกิจ กล่าวคือถ้าสิ่งที่ผ่านมาในชีวิตไร้ประโยชน์และสูญเสียอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าก็จะลดลง เช่นกัน จึงเห็นได้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นรากฐานของภาวะสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ที่จะบอกถึงความสุขมีคุณค่าในตนเอง ดังนี้

6.1) ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีผู้ให้ความหมายแตกต่างกัน คือ

ทัศนาศา นุญทอง (2527 : 286) กล่าวว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คือ ความต้องการมีเกียรติยศชื่อเสียง และได้รับการยกย่องนับถือจากบุคคลอื่นทั้งที่อยู่ในวงแคบ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนฝูง จนกระทั่งในสังคมวงกว้าง

ใกล้เคียงกับ นงลักษณ์ นุญไทย (2540 : 53) ได้ให้ความหมายความรู้สึกมีคุณค่าเป็นความรู้สึกยอมรับ เคารพนับถือที่บุคคลมีต่อตนเอง ความเชื่อและมั่นใจว่าตนมีความสำคัญมองเห็นว่าตนเองมีคุณค่า และตัดสินใจความมีคุณค่าในตนเอง จากการประเมินตนเองในเรื่องความสามารถและการยอมรับของสังคม

จึงพอสรุปความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่ตนเองได้รับการยกย่องนับถือจากบุคคลอื่น และการมองเห็นตนเองในทางบวก

6.2) ลักษณะบุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

บุคคลจะมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแตกต่างกันไป แสดงออกอย่างรู้ตัวและไม่รู้ตัว โดยลักษณะท่าทาง น้ำเสียง คำพูด และพฤติกรรม ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกันจะมีผลต่อบุคคล ดังนี้ (นงลักษณ์ นุญไทย, 2540 : 53-54)

6.2.1) บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูงจะเป็นบุคคลที่มีจิตใจเปิดกว้าง ภูมิทางอารมณ์สูง มองโลกในแง่ดี มีสัมพันธภาพที่ดี มีความวิตกกังวลน้อย ยอมรับความจริงที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขอย่างมั่นใจ จะมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อย เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพที่ดี และการออกกำลังกาย

6.2.2) บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ บุคคลเหล่านี้มักคิดว่าตนเองมีปมด้อย มีความวิตกกังวลสูง ชอบเก็บตัว ซาดความเชื่อมั่นในตนเอง จะตกอยู่ในอิทธิพลของบุคคลอื่นหันเหต่อคำวิพากวิจารณ์ สูญเสียบทบาททางสังคม สูญเสียความเป็นตัวเอง มีความรู้สึกโดดเดี่ยว คำพูดที่ไข่มักแสดงถึงความผิดหวัง ไร้ค่า ห้อแท้ เบื่อหน่ายต่อชีวิต จะมีความรู้สึกโกรธตนเอง ในที่สุดสุขภาพเสื่อมลงและเกิดภาวะซึมเศร้า

6.3) การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นสิ่งที่ทุกคนแสวงหา และเป็นความต้องการด้านจิตใจผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจอย่างแยกกันไม่ได้ การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงเป็นสิ่งที่ต้องทำความเข้าใจ และมีปัจจัยที่ส่งเสริม

ซึ่งเป็นความหวังที่ไม่แน่นอนสำหรับอนาคตยิ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล และขาดความมั่นคงในการดำเนินชีวิต ดังนั้นผู้สูงอายุควรระมัดระวังการใช้จ่ายเงินให้รายรับ รายจ่ายสมดุลกัน และให้สอดคล้องกับภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน

7.2) ด้านที่อยู่อาศัย ปัญหานี้จะพบมากในผู้สูงอายุที่มีฐานะปานกลาง ถึงฐานะต่ำเนื่องจากไม่มีที่อยู่อาศัยจำเป็นต้องไปพึ่งพามุตรหลาน และถ้าหากผู้สูงอายุมีนิสัยชอบเอาแต่ใจตนเอง ไม่มีเหตุผล ชี้นำ จู้จี้ ก็จะทำให้สร้างความรำคาญให้บุตรหลาน ผู้สูงอายุ จึงควรวางแผนจะอยู่ที่ไหน กับใคร กรณีผู้สูงอายุที่อยากอยู่คนเดียวควรเลือกสถานที่ที่เหมาะสม และง่ายต่อการติดต่อกับญาติและเพื่อน เพื่อสะดวกในการขอความช่วยเหลือ ยามฉุกเฉิน ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลานต้องมั่นใจว่าไม่รบกวนบุตรหลาน และบุตรหลานเต็มใจให้อาศัยอยู่ด้วย หรือผู้สูงอายุที่ต้องการไปอยู่วัด สถานสงเคราะห์คนชรา และบ้านเช่า ต้องพิจารณาถึงรายจ่าย ความสะดวก และความพึงพอใจของตนเองเป็นหลัก

7.3) ด้านการพักผ่อนและงานอดิเรก เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนหนึ่ง ปลดเกษียณ หรือทำงานลดน้อยลงจะมีสภาพสังคมที่แคบลงทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาว่าง เหลืออยู่มากจนเกิดความเบื่อหน่ายตนเอง คับข้องจิตใจ ดูเหมือนชีวิตไร้คุณค่า การหางาน อดิเรกทำยิ่งเป็นงานที่มีประโยชน์จะช่วยให้ผู้สูงอายุหายเหงา เพิ่มความสุขในชีวิตอย่างมีคุณค่า ดังนั้นผู้สูงอายุควรวางแผนชีวิตให้กับตนเอง เมื่อมีเวลาว่างมากนักก็ควรหางานอดิเรก ที่เหมาะสมทำ พร้อมกับเลือกการพักผ่อนตามที่ตนเองต้องการก็จะทำให้มีสภาพจิตใจที่ดี ผลตามมาก็คือสภาพร่างกายแข็งแรง

จึงกล่าวได้ว่าการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการ มีจุดมุ่งหมายในชีวิตจะประเมินถึงการวางแผนชีวิตที่ผู้สูงอายุเตรียมไว้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ด้านเศรษฐกิจ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านการพักผ่อนและงานอดิเรก ซึ่งจะนำไปสร้างเครื่องมือ ในการวิจัยนี้

8) สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with Others)

มนุษย์ทุกคนไม่สามารถอยู่ตามลำพังได้ต้องการการอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม เป็นสังคมที่พึ่งพาอาศัยกัน การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นจึงเป็นสิ่งจำเป็นโดยเฉพาะกับ ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมถอยยิ่งมีความสำคัญมาก เนื่องจากสัมพันธภาพ กับบุคคลอื่น เป็นการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นกาย อบอุ่นใจ ช่วยส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจ

สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

8.1) สัมพันธ์ภาพกับบุคคลในครอบครัว เป็นสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุ กับสามีหรือภรรยา บุตร บุตรเขย บุตรสะใภ้ หลาน และญาติพี่น้อง จะเห็นได้ว่าครอบครัว ที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต้องเป็นครอบครัวที่มีบรรยากาศแห่งความรัก ความห่วงใย ความเอาใจใส่ที่ดีต่อกัน ความสามัคคี ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และการให้อภัยกัน ซึ่งสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในครอบครัวจะราบรื่นเพียงใด ขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพในอดีตเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นสัมพันธ์ภาพที่ผู้สูงอายุต้องการ เพราะผู้สูงอายวยังต้องอาศัยอยู่กับบุตรหลาน

8.2) สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ในผู้สูงอายุจะมีเพื่อนอยู่ 3 ประเภท ได้แก่ เพื่อนบ้าน เพื่อนที่รู้จักสมัยหนุ่มสาว และเพื่อนร่วมงาน ซึ่งถ้าหากเป็นเพื่อนที่อยู่ในวัยเดียวกัน จะทำให้มีเพื่อนคุยที่ถูกใจ เข้าใจปัญหา มีความเห็นอกเห็นใจ รู้สึกเป็นกันเอง เป็นกำลังใจ และสามารถระบายความรู้สึกต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่คล้าย ๆ กันที่จะสามารถไปไหนด้วยกันได้จนมีคำกล่าวที่ว่า “เพื่อนคือของหวานแห่งชีวิต” บรรลุ ศิริพานิช (2534 : 51) ดังนั้น สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและส่วนหนึ่งในชีวิตของผู้สูงอายุ

จึงพอสรุปได้ว่า การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้าน สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ๆ จะประเมินถึงสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในครอบครัว และสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนของผู้สูงอายุ ที่นำไปใช้สร้างเครื่องมือในการวิจัยนี้

9) การควบคุมสิ่งแวดล้อม (Environment Control)

เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ ความว่องไวของประสาทสัมผัส และการตอบโต้ต่อสิ่งเร้า จะช้าลง การทรงตัว การได้ยิน การมองเห็น จะมีประสิทธิภาพลดลง ทำให้อุบัติเหตุอาจเกิดขึ้นได้ง่าย การจัดสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม สามารถป้องกันอุบัติเหตุได้ จึงเป็นการควบคุมสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้การหลีกเลี่ยงมลภาวะเป็นพิษต่าง ๆ ก็จัดเป็นการควบคุมสิ่งแวดล้อมอีกด้วย ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

9.1) การจัดสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม ได้แก่ (บรรลุ ศิริพานิช, 2534 : 67-69)

9.1.1) พื้นบ้าน ควรหลีกเลี่ยงการใช้วัสดุที่ลื่น และไม่ควรขัดเงาให้ลื่นมากเกินไป เพราะจะทำให้พลัดหกล้มได้

9.1.2) ภายในบ้านควรมีแสงสว่างเพียงพอ เพื่อให้การมองเห็นชัดเจน

- 9.1.3) เฟอร์นิเจอร์ ไม่ควรวางกีดขวางทางเดิน และควรมีความมั่นคง เวลาจับเพื่อพยุงตัวจะไม่ทำให้หกล้มได้
- 9.1.4) ภายในบ้าน ควรจัดของให้เป็นระเบียบ และดูแลความสะอาด
- 9.1.5) สายไฟควรตรวจสอบถ้าพบว่าเก่าชำรุดควรซ่อมแซมหรือเปลี่ยนให้เรียบร้อย
- 9.1.6) ห้องนอน ควรจัดให้อยู่ชั้นล่าง และเป็นเตียงนอนที่ไม่มีขอบเตียงสูงมากนัก เพื่อสะดวกในการขึ้นลงเวลานอน
- 9.1.7) ธรณีประตู ไม่ควรมี แต่ถ้าจำเป็นควรทำสีให้เห็นชัดเจนป้องกันการเดินสะดุดหกล้มได้
- 9.1.8) ห้องน้ำ ควรใช้โถส้วมแบบนั่ง และควรมีราวยึดเกาะในห้องน้ำ เพื่อสะดวกเวลาลุกนั่ง
- 9.1.9) อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้แก๊ส ควรตรวจสอบการรั่วไหลของแก๊ส เพื่อป้องกันพิษ และการระเบิด

9.2) การหลีกเลี่ยงมลภาวะเป็นพิษต่าง ๆ เช่น อากาศเป็นพิษ กลิ่นเหม็นเสียดัง เป็นต้น

ดังนั้นการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมจะประเมินถึงพฤติกรรมการจัดสภาพที่อยู่อาศัยให้เหมาะสม และการหลีกเลี่ยงมลภาวะเป็นพิษต่าง ๆ ซึ่งจะนำไปสร้างเครื่องมือในการวิจัยนี้

10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Uses of Health Care System)

เนื่องจากความเป็นผู้สูงอายุเป็นสาเหตุหนึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งพบว่าเมื่อมีการเจ็บป่วยผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมักซื้อยามารับประทานเอง รองลงมาใช้บริการสถานอนามัย และคลินิกเอกชน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540 : 31) จะเห็นได้ว่าการใช้บริการสุขภาพยังไม่ถูกต้อง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ ควรตรวจสุขภาพโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอปีละ 1 ครั้ง จะเป็นวิธีการเฝ้าระวังสุขภาพส่วนบุคคลที่ดีที่สุด และเป็นหลักประกันสุขภาพที่เหมาะสมที่สุด ซึ่งมีสิ่งที่จะต้องตรวจได้แก่ การตรวจความดันโลหิต บัสสภาวะ เลือด หัวใจ การตรวจสอบความผิดปกติของ ตา หู ฟัน การเอกซเรย์ปอด และการตรวจเฉพาะทางในผู้ชายเพื่อหา

ความผิดปกติของต่อมลูกหมาก ในผู้หญิงเพื่อหาความผิดปกติทางนรีเวช นอกจากนี้ควรมีการตรวจเพื่อประเมินสุขภาพจิต (เกษม ตันติพิลาชีวะ และกุลยา ตันติพิลาชีวะ, 2528 : 70-73)

ดังนั้นในการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการใช้ระบบบริการทางสุขภาพจะประเมินถึงพฤติกรรมกรเลือกใช้สถานบริการทางสาธารณสุขเมื่อเกิดการเจ็บป่วยและการตรวจสุขภาพโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งนำไปสร้างเครื่องมือในการวิจัยนี้

4.5 การสร้างเครื่องมือประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการวิจัยนี้ จะประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านเจตพิสัย และด้านทักษะพิสัย ซึ่งมีวิธีการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

4.5.1 วิธีการสร้างเครื่องมือประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านเจตพิสัย

4.5.1.1 ความหมายของเจตพิสัย

เจตพิสัย หมายถึง คุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์หรือความรู้สึกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจเป็นความคิด ความเชื่อ การกระทำ รูปร่างลักษณะของบุคคล วัตถุสิ่งของ และสถาบัน (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน, 2536 : 121)

4.5.1.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านเจตพิสัย ได้แก่ (สมบูรณ์ ชิตพงศ์, 2535 : 441)

- 1) กำหนดลักษณะของสิ่งที่จะวัด
- 2) สร้างเครื่องมือวัดตามชนิดของเครื่องมือที่กำหนดและตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ
- 3) ทดลองใช้และตรวจสอบคุณภาพ
- 4) สร้างเกณฑ์ในการแปลความหมาย

4.5.2 วิธีการสร้างเครื่องมือประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านทักษะพิสัย

4.5.2.1 ความหมายของทักษะพิสัย

ทักษะพิสัย หมายถึง พฤติกรรมที่ปรากฏออกมาให้เห็นจากการลงมือกระทำ หรือลงมือปฏิบัติดังกล่าวอาศัยกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่งหรือหลายส่วนของร่างกาย (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน, 2536 : 178 : 179)

4.5.2.2 ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ด้านทักษะพิสัย ได้แก่ (สุวิมล ว่องวานิช, 2535 : 500)

- 1) กำหนดวิธีการวัดคุณลักษณะด้านทักษะ
- 2) กำหนดเครื่องมือวัดคุณลักษณะด้านทักษะ
- 3) กำหนดเนื้อหาที่ปรากฏในเครื่องมือ
- 4) กำหนดวิธีการตรวจให้คะแนน

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาวิเคราะห์พฤติกรรมออกเป็น 3 ขั้นตอน (ดังภาคผนวก 1) เพื่อสามารถวัดพฤติกรรมได้ครอบคลุมเนื้อหาในสิ่งที่ต้องการวัด และสามารถวัดได้ชัดเจน รวมทั้งสามารถวัดได้ง่ายขึ้น ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน, 2536 : 124-126)

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดสมรรถภาพหรือพฤติกรรมหลักจะเป็นการกำหนดพฤติกรรมที่ต้องการวัด เช่น ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดพฤติกรรมย่อย เป็นขั้นที่นำเอาพฤติกรรมหลักขั้นตอนที่ 1 มาจัดกระทำให้เป็นพฤติกรรมย่อยที่มีความชัดเจน และสามารถสังเกตได้ง่าย

ขั้นที่ 3 กำหนดพฤติกรรมบ่งชี้ เป็นขั้นที่นำพฤติกรรมย่อยที่ได้จากขั้นที่ 2 มาจำแนกหาตัวพฤติกรรมที่เป็นตัวบ่งชี้

5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

เนื่องจากพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญ และเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการคงไว้ซึ่งสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี ผู้สูงอายุจึงต้องพยายามปรับพฤติกรรมและการปรับพฤติกรรมนั้นมีความสำเร็จมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับครอบครัว บุคลิกภาพ พื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ (สุกัญญา เจริญศิริ, 2535 : 46) จึงทำให้ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางเศรษฐกิจ ซึ่งมีงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ามีรายละเอียดเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้ทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

5.1 ปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วยอายุ โรคประจำตัว การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งมีแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

5.1.1 อายุ

อายุเป็นข้อบ่งชี้ถึงควมมีคุณวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง นิสัย การรับรู้ การแปลความหมาย ความเข้าใจ และการตัดสินใจ ซึ่งมีความแตกต่างกันตามระดับพัฒนาการ (Orem 1985 : 255-256) โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีววิทยา และจิตสังคม ตามช่วงอายุต่าง ๆ ดังนี้ (Craig 1991, Hoffman et. Al. 1988 อ้างถึงใน ศรี เรือน แก้วกิ่งवाल, 2540 : 593-594)

1) ช่วงที่ไม่ค่อยแก่ (The Young-Old) มีอายุประมาณ 60-69 ปี เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ ด้าน เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียตำแหน่ง การสูญเสียคู่ครอง หรือเพื่อน และการสูญเสียรายได้ เป็นต้น และถ้าผู้สูงอายุรู้จักปรับตัวก็สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมทั้งในและนอกครอบครัวได้

2) ช่วงแก่ปานกลาง (The Middle-Age Old) มีอายุประมาณ 70-79 ปี ช่วงนี้เริ่มมีการเจ็บป่วย และการสูญเสียคู่ครองหรือเพื่อนมากขึ้น จึงอาจต้องพึ่งพิงบุคคลอื่นบ้าง เป็นเหตุให้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดน้อยหรือไม่ค่อยยุ่งเกี่ยว

3) ช่วงแก่จริง (The Old-Old) มีอายุประมาณ 80-89 ปี ผู้สูงอายุเริ่มปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ยาก จึงต้องการความเป็นส่วนตัวไม่รบกวน และต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าช่วงที่ผ่านมามากยิ่งขึ้น

4) ช่วงแก่จริง ๆ (The Very Old) มีอายุประมาณ 90-99 ปี จะมีผู้สูงอายุเหลืออยู่ในช่วงนี้จำนวนค่อนข้างน้อย และเป็นระยะที่มีปัญหาทางสุขภาพ ควรให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมอะไรก็ได้ตามที่รู้สึกพอใจ นอกจากนี้ถ้าผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา ก็จะเป็นช่วงแห่งความสุขสงบของชีวิตบั้นปลาย

จึงเห็นได้ว่าอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งส่งต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ดังเช่นสื่อ ชวรางกูร (2538 : 11) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางด้านวัตถุ นิสัย และด้านจิตพิสัยของผู้สูงอายุ

สวนดวงพร รัตนอมรชัย (2535 : 114) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพ กับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ในจังหวัดอ่างทอง พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ในทางลบกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป มีค่าคะแนนเฉลี่ยวิถีชีวิตที่น้อยที่สุด และมีความแตกต่างกันทุกกลุ่มอายุ

เช่นเดียวกับจารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535 : 95) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ในทางลบกับกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับสูง

แตกต่างกับรตสุคนธ์ แสงมณี (2537 : 64) ศึกษาการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ และแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า อายุของผู้สูงอายุไม่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนชีวิตโดยรวม อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุแตกต่างกันไม่มาก เพราะผู้สูงอายุอยู่ในวัยเดียวกัน และมีความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิต วัฒนธรรมประเพณีที่คล้ายคลึง จึงทำให้มีแบบแผนชีวิตที่ไม่แตกต่าง

จึงกล่าวได้ว่า อายุเป็นตัวแปรอิสระที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้ คาดว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

5.1.2 โรคประจำตัว

นโยบายงานส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มวัยสูงอายุ กล่าวไว้ว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยเสื่อมและเป็นที่ถูกโรคร้ายคุกคามได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจจะขาดข้อมูล และความรู้พื้นฐานในด้านการป้องกันโรค และรักษาสุขภาพเบื้องต้นของตนเองมาตั้งแต่วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความสัมพันธ์และต่อเนื่องกันตลอดชีวิต จึงทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพ และโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ (ลีอชา วนรัตน์, 2539 : 3-4)

1) โรคที่ป้องกันได้ เช่น โรคติดเชื้อ ท้องร่วง วัณโรคปอด โรคขาดสารอาหาร เป็นต้น

2) โรคที่ป้องกันไม่ได้แต่สามารถลดความรุนแรงหรือชลอการเกิดโรคได้ เช่น มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคจากการเสื่อม เป็นต้น

นอกจากนี้จากตรวจสอบสุขภาพประชากรอายุ ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปในประเทศไทย ศึกษาการเจ็บป่วยที่ผ่านการวินิจฉัยการแพทย์ ในรอบ 6 เดือนก่อนสำรวจ พบว่า มีการ

เจ็บป่วยเรื้อรัง 4 อันดับ คือ ปวดเมื่อยหลัง / บั้นเอวร้อยละ 16.00 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 13.20 โรคกระเพาะอาหารร้อยละ 13.00 ไช้ออกกำลังกาย / ซ้อมซ้อมร้อยละ 12.10 และโรคหัวใจร้อยละ 5.60 สุขภาพจิต มีความรู้สึกเหงาร้อยละ 10.00 (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ, 2540 : 21)

จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุมักประสบปัญหาสุขภาพที่ทรุดโทรมเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เสื่อมเป็นผลให้ความสามารถทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุลดน้อยลง และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังเช่น

จากการศึกษาของประภาพร จิพันธุ์ยา และคณะ (2536 : 28) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง พบว่าโรคประจำตัวมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค และการรักษาโรคซึ่งอาจจะเป็นภาระแก่บุตรหลาน รวมทั้งเกิดความเบื่อหน่าย ท้อถอยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ตรงกันข้ามกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค จะมีกำลังที่สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น เป็นโลกกว้างพร้อมเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและพบปะเพื่อนฝูง ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่สูงกว่า

ใกล้เคียงกับจากรุณันท์ สมบูรณ์สิทธิ (2535 : 104) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร กิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญสูงสุดที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ อธิบายว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมและมีสุขภาพที่ดีจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง และเช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตและมีสุขภาพที่ดีจะปฏิบัติกิจกรรมในระดับสูง

แตกต่างจากจำเรียง กุระมะสุวรรณ นิตยา ภาสุนันท์ และวินัส ดันติบูล (2533 : 78) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะสุขภาพไม่ใช่ตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสุขภาพดี ได้แก่ ผู้สูงอายุร้อยละ 76.00 ไม่มีโรคประจำตัว และร้อยละ 24.00 มีโรคประจำตัวแต่มีอาการไม่รุนแรง สามารถช่วยเหลือตนเอง และเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้