

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดปัตตานี : ศึกษาเฉพาะกรณีตำบล ปิยามูมั่ง อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอข้อมูลจากการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 ปัจจัยด้านลักษณะประชากรของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ
2. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมายของภาวะสุขภาพ
 - 2.2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ
 - 3.1 ความหมายของวิถีชีวิต
 - 3.2 แนวคิดและทฤษฎีวิถีชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ
 - 3.3 ปัจจัยด้านวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 4.1 งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 4.2 งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ
 - 4.3 งานวิจัยเกี่ยวกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

สุเทพ เชาวลิต (2527: 134) กล่าวว่า ผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งตั้งต้นตั้งแต่วัยทารกไปสู่วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ

บุช และเบลเซอร์ (Busse and Blazer, 1980: 3 อ้างถึงใน สุกัญญา รำพึงกิจ, 2537: 11) กล่าวไว้สอดคล้องกันกับ ฟอนตานา (Fontana อ้างถึงใน Berghom et. al, 1981: 1) ว่า ผู้สูงอายุคือผู้ที่อยู่ในวัยซึ่งสภาพร่างกายจะไม่มีอาการเจริญเติบโตหรือพัฒนาอีก เมื่อร่างกายเจริญเติบโตเต็มที่แล้วก็จะเสื่อมในลักษณะเส้นโค้งรูปประฆังคว่ำ ส่วนที่โค้งลงมาคือความเสื่อมของร่างกายทั้งทางร่างกายและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ อันเป็นผลเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มขึ้นนั่นเอง ซึ่งมี 2 ระยะคือระยะวัยสูงอายุตอนต้น และระยะวัยสูงอายุตอนปลาย

คำว่า ผู้สูงอายุ ในแต่ละประเทศ หรือแต่ละสังคม ได้ให้ความหมายที่แตกต่างกัน ซึ่งมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาได้ 4 ประเภท (Ebersole and Hess, 1998)

1) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุที่ปรากฏ (Chronological aging) หมายถึง การสูงอายุตามวันเวลา โดยนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป และบอกได้ทันทีว่าใครมีอายุน้อยเพียงใด

2) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากสภาพร่างกาย (Biological aging) หมายถึง การสูงอายุจากการที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสุขภาพร่างกาย และกระบวนการทำหน้าที่ที่ปรากฏขณะมีอายุเพิ่มขึ้น เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ มี ความเสื่อมของกระดูกและข้อ สูญเสียการได้ยิน การมองเห็นและเซลล์ประสาท เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงแบบเสื่อมถอยทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุเหล่านี้จะเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้องพึ่งพานุเคราะห์คนอื่น

3) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากสภาพจิตใจ (Psychological aging) หมายถึง การสูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ซึ่งรวมไปถึงสติปัญญา เช่น การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ แนวคิด ความจำ การเรียนรู้ เชาวน์ปัญญา และลักษณะของบุคลิกภาพ

4) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากสภาพสังคม (Sociological aging) หมายถึง การสูงอายุที่พิจารณาจากบทบาททางสังคม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม เช่น ครอบครัว หน่วยงานของราชการและอื่นๆ

ในการศึกษาเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มักมีการให้คำจำกัดความของคำว่า ผู้สูงอายุ ที่แตกต่างกัน บางคนให้ผู้สูงอายุอยู่ในช่วงอายุ 50-80 ปี (Week, 2002) ในขณะที่สังคมไทยผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุเริ่มที่ 60 ปี และพิจารณาจากอายุที่เกษียณอายุ หรือออกจากงานของภาครัฐ หรือเอกชน (Cowgill, 1972) แต่จากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย เมื่อปี พ.ศ.2525 ได้กำหนดคำภาษาอังกฤษเรียกผู้สูงอายุว่า The Aging หรือ The Elderly แทนคำว่า Aged และตกลงให้ใช้อายุ 60 ปีเป็นเกณฑ์มาตรฐานโลกในการที่จะกำหนดผู้ที่จะถูกเรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ (เสาวภา พรสิริพงษ์ และคณะ, 2534) สำหรับสังคมไทยถือว่า ผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์การเกษียณอายุข้าราชการ (นภาพร ชโยวรรณ, 2535)

นอกจากการกำหนดให้บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุแล้ว ในการศึกษาด้านผู้สูงอายุ ได้แบ่งวัยสูงอายุตามสภาพร่างกาย และจิตใจออกเป็น 4 ช่วง (Craig, 1976) คือ

- 1) วัยสูงอายุตอนต้น (The Young Old) คือ ช่วงอายุ 60-69 ปี เป็นช่วงที่ต้องพบกับ การเปลี่ยนแปลงของชีวิตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียรายได้ การเสียชีวิตของญาติหรือ คู่ครอง การลดบทบาททางสังคม โดยทั่วไปคนสูงอายุนี้อย่างแข็งแรงแต่อาจต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง
- 2) วัยสูงอายุตอนกลาง (The Middle Age Old) คือ ช่วงอายุ 70-79 ปี เป็นช่วงที่เริ่มเจ็บป่วย การสูญเสียบุคคลใกล้ชิด มีการเข้าร่วมกิจกรรมน้อยลง
- 3) วัยสูงอายุที่อายุมาก (The Old Old) คือ ช่วงอายุ 80-89 ปี ผู้สูงอายุวัยนี้ปรับตัวเข้ากับ สิ่งแวดล้อมยากขึ้น และต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าผู้สูงอายุตอนต้น และตอนกลาง
- 4) วัยสูงอายุมากๆ (The Very Old Old) คือ อายุ 90 ปีขึ้นไป เป็นช่วงที่มีปัญหาสุขภาพมาก

ดังนั้นในการศึกษารังนี้จึงกำหนดให้ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ตามเกณฑ์ของกฎหมายปลดเกษียณอายุราชการ ร่วมกับความแตกต่างด้านสุขภาพ ตามช่วงอายุที่ได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มอายุเท่านั้น คือวัยสูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) วัยสูงอายุ ตอนกลาง (70-79 ปี) และสูงอายุที่อายุมาก (80 ปีขึ้นไป) เนื่องจากผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีอายุ 60-80 ปี และผู้ที่อายุ 90 ปีขึ้นไปมีไม่มากนัก

1.2 ปัจจัยด้านลักษณะประชากรของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

1.2.1 เพศ

เพศนับว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะสังคมไทยที่ผู้ชายมีบทบาทมากกว่า ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างอายุที่เท่ากัน เพศชายจะมีสุขภาพดีกว่าเพศหญิง เมื่อพิจารณาจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพศหญิงจะมีข้อจำกัดของกิจกรรมมากกว่า (มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541) สำหรับการพิจารณาสุขภาพด้วยความสมบูรณ์ของร่างกายจากค่าดัชนีมวลกาย พบว่า เพศชายมีสุขภาพกายดีกว่าเพศหญิง โดยผู้สูงอายุเพศชายมีส่วนสูง และน้ำหนักมากกว่าเพศหญิง แต่ขณะเดียวกันเพศหญิงมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าเพศชาย และพบภาวะโภชนาการเกินในกลุ่มอายุเดียวกัน (อรุณี นาคะพงศ์, 2539 ; Chiu, et al, 2002) รวมไปถึงการประเมินตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีการประเมินว่าสุขภาพแข็งแรงกว่าคนในวัยเดียวกัน ในสัดส่วนที่สูงกว่าเพศหญิง ขณะที่เพศหญิงมีร้อยละที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพทรุดโทรมหรือแย่กว่าคนวัยเดียวกันสูงกว่า (นภาพร

ชโยวรรณและ จอห์น โนเดล, 2539) และยิ่งไปกว่านั้นผลการวิจัยยังพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางจิตอีกด้วย (สุกัญญา รำพึงกิจ, 2537) ดังนั้นเพศจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.2.2 อายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะสุขภาพ พบว่าเมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น (วิชชุดา อินทรมานวงศ์, 2546) และความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุลดน้อยลง (บรรลุ ศิริพานิช, 2525) เมื่อพิจารณาสุขภาพด้านความสมบูรณ์ของร่างกายจากค่าดัชนีมวลกายก็พบว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้นร่างกายจะมีภาวะขาดสารอาหารมากขึ้นเช่นกัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2538) ดังนั้นอายุจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.2.3 ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งนี้เพราะการศึกษาส่งผลถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องด้านสุขภาพ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้ ทักษะและการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพดีกว่า (วิชชุดา อินทรมานวงศ์, 2546; สุกัญญา รำพึงกิจ, 2537) และมีวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาที่ต่ำกว่า การขาดการศึกษาทำให้มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งที่ทำให้เกิดโรค เนื่องจากความไม่รู้และทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยในที่สุด (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2539) ในแง่สุขภาพอนามัยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะรักษาและดูแลตนเองได้ดี ไม่ค่อยเจ็บป่วยหรือเป็นโรค (มนตรี ดันประยูร, 2532) มีความสามารถเลือกซื้ออาหารบริโภคที่มีประโยชน์ต่อร่างกายได้ดีกว่า (วรรณ รุ่งวงษ์ชา, 2539) ดังนั้นระดับการศึกษาจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.2.4 สถานภาพสมรส

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพการสมรสกับภาวะสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะสุขภาพโดยรวมทั้งทางกายและทางจิตดีกว่าผู้ที่หย่าและแยก (สุกัญญา รำพึงกิจ, 2537) มีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีกว่าผู้ที่เป็น โสด ม่าย หย่า (จารุวรรณ เหมะธรและ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2527) อีกทั้งการอยู่โดดเดี่ยวมีผลต่อการรับประทานอาหาร ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายโดยตรง (อรุณี นาคะพงศ์, 2539) ดังนั้นสถานภาพสมรสจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านจิตใจ ความรู้สึก การดูแลสุขภาพอนามัย และการห่วงใยทางสุขภาพ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่ยังอยู่กับคู่สมรสจะมีอัตราการเจ็บป่วยและตายต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อยู่เป็น โสด ม่าย และแยก (นภาพร ชโยวรรณ และคณะ, 2542) ดังนั้นสถานภาพสมรสจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.2.5 รายได้ของผู้สูงอายุ

รายได้ของผู้สูงอายุเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมปัจจุบันระบบเงินตราเข้ามามีบทบาทในการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีจะส่งผลมากมาต่อการดำรงชีวิต ซึ่งรวมทั้งผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน โดยพบว่ารายได้ และสถานภาพทางเศรษฐกิจมีผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพ และวิถีการดำเนินชีวิต (มลณี ชูเนตร, 2539 ; วรรณ รุ่งวณิชชา, 2539) ผู้ที่มีรายได้สูงมีการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ (พวงเพ็ญ เฟือกสวัสดิ์, 2538) ทั้งนี้เพราะเมื่อฐานะเศรษฐกิจไม่ดีจะทำให้ไม่มีเงินซื้ออาหาร หรือสิ่งที่ต้องการในการดำรงชีวิตประจำวันซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพหรือภาวะสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520 ; สุกัญญา ราพิงกิจ, 2537) ดังนั้นรายได้ของผู้สูงอายุจึงนับเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

1.2.6 ลักษณะครอบครัวที่อาศัย

จากสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้โครงสร้างของครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ ขนาดของครอบครัวเล็กลง โดยเฉพาะในเขตชนบท เนื่องจากเหตุผลด้านต่างๆ เช่น ทางด้านเศรษฐกิจ บุตรหลานต้องอพยพย้ายถิ่นไปทำงานตามเมืองใหญ่ๆ ปล่อยให้ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวหรืออยู่กับหลานเล็กๆตามลำพัง บางคนต้องทำงานเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและใจเสื่อมถอยเร็วขึ้น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับลูกหลานของตนจะมีการดูแลตนเองโดยทั่วไปดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพัง รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า เห็นความสำคัญของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจมองเห็นคุณค่าของตนเองต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังจะมีการดูแลตนเองโดยทั่วไปต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีลูกหลานอาศัยอยู่ด้วย (สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2532) และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย จะได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งถือว่าเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว ดังนั้น โอกาสที่จะเกิดการเจ็บป่วยจึงมีน้อยกว่า (มนตรี ดันประยูร, 2532) ดังนั้นลักษณะครอบครัวที่อาศัยจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องด้านปัจจัยด้านลักษณะประชากรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้เลือกปัจจัยด้านลักษณะประชากร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของผู้สูงอายุ ลักษณะครอบครัวที่อาศัย มาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

2. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.1 ความหมายของภาวะสุขภาพ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525: 616) ให้ความหมายของคำว่า ภาวะ หมายถึง ความมี ความเป็น หรือความปรากฏ

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528: 21) ได้อธิบายคำว่า สุขภาพ ไว้ว่าเป็น ภาวะหนึ่งของมนุษย์ที่เกิดจากความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคม การรักษาสมดุลจะเกิดขึ้น ได้จากการดูแลรักษาร่างกาย จิตใจ และสังคมให้เกิดความสมบูรณ์

จอพพ์ (Jopp, 1985: 45) กล่าวว่า สุขภาพ เป็นความผาสุกและความสามารถในการทำ หน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดของบุคคล

บอดดี (Boddy, 1985: 15) กล่าวถึงสุขภาพว่า หมายถึงความสมบูรณ์ของร่างกายและการอยู่ ร่วมกับสังคม การที่ปราศจากอาการแสดงของโรคและผาสุกในชีวิต

องค์การอนามัยโลก (WHO quoted in Boddy, 1985: 16-17) ให้คำจำกัดความของสุขภาพ ว่าเป็นสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

โอเร็ม (Orem, 1991: 184 อ้างถึงใน สุคา วิไลเลิศ, 2536) ได้ให้ความหมายไว้ว่า สุขภาพ เป็นความสมบูรณ์ของบุคคลที่ปราศจากอาการและอาการแสดงของโรค เป็นลักษณะของบุคคลที่มี โครงสร้างที่สมบูรณ์และสามารถทำหน้าที่ของตนได้

จากคำจำกัดความดังกล่าว สรุปความหมายของภาวะสุขภาพ ได้ดังนี้ ภาวะสุขภาพ หมายถึง สภาพร่างกายในช่วงเวลาหนึ่งของบุคคลที่แสดงถึงความสามารถหรือความเป็นอิสระ ความเป็น ปกติซึ่งเป็นความสมดุลหรือความสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนความผาสุกของ ชีวิตในการอยู่ร่วมกับสังคมในการทำหน้าที่ ที่จะปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการขั้นพื้นฐาน โดย ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

2.2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

การวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยที่ผ่านมา ให้ผลการวิจัยที่สอดคล้องกันว่าสุขภาพ อนามัยเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ (นภาพร ชโยวรรณ และคณะ, 2542) โดยผู้สูงอายุ จะมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ดังการศึกษาของนิรนาท วิทย์ โชคกิติคุณ (2534) พบว่า เกินกว่าครึ่งหนึ่ง

ของผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว และส่วนใหญ่มักจะมีปัญหาหรือมีโรคหลายๆ โรคในขณะเดียวกัน และการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนในปี พ.ศ.2535 ของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ม.ป.ป) พบว่าปัญหาสุขภาพที่พบมากในผู้สูงอายุคือโรคนอนไม่หลับ โรคปวดหลัง รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง และกระเพาะอาหาร ตามลำดับ ถ้าสรุปจากรายงานการสำรวจภาวะสุขภาพประชาชน โดยการตรวจร่างกายของผู้สูงอายุไทยโดยกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2543-2545 พบว่า โรคที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุคือ กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด และจากการสำรวจภาวะสุขภาพโดยที่ให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในปี พ.ศ.2525-2538 มีผู้สูงอายุร้อยละ 35 ของผู้สูงอายุผู้ประเมินสุขภาพตนเองว่าดีหรือดีมาก โดยผู้สูงอายุที่เกิดทุพพลภาพระยะยาว หรือเจ็บป่วยนานกว่า 6 เดือน ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรตามปกติ มีถึงร้อยละ 18.9 ของผู้สูงอายุทั้งหมด (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2545)

ผลจากการศึกษาของ กองโภชนาการ, (2538) และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, (2545) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์เชิงผกผันกับระดับสุขภาพของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่อายุมาก จะมีสุขภาพไม่ดีในสัดส่วนที่มากกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า ดังนั้นการมีชีวิตรื่นยาวขึ้นของผู้สูงอายุ จึงมีได้หมายความว่า ผู้สูงอายุจะมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ แต่การศึกษาที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่ามีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือการเจ็บป่วยจากความเสื่อมสมรรถภาพของร่างกายตามวัย

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่พิจารณาจากภาวะโภชนาการมีความสำคัญ เนื่องมาจากภาวะโภชนาการเป็นภาวะสุขภาพที่เกิดจากการบริโภคทำให้ร่างกายได้รับสารอาหาร และใช้พลังงานจากสารนั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของบุคคลนั้น (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2532) ซึ่งในทัศนะของ Orem กล่าวว่า คนที่มีสุขภาพดี หมายถึงคนที่มีโครงสร้างของร่างกายที่สมบูรณ์ และมีความสามารถในการทำหน้าที่ของตนทั้งร่างกายและจิตใจ อาหารและภาวะโภชนาการที่ดีจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้สุขภาพดี (Orem, 2001)

3. แนวคิดเกี่ยวกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ

3.1 ความหมายของวิถีชีวิต

องค์การอนามัยโลก (1986) ให้ความหมายของคำว่า วิถีชีวิต หมายถึง แบบแผนของการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นไปตามสภาพสังคม เศรษฐกิจ และความสามารถในการเลือกแสดงพฤติกรรมนั้น

Flynn&Giffin (1984: 239) ได้ให้ความหมายที่สอดคล้องกันว่าเป็นแบบแผนของชีวิตประจำวันที่จะปฏิบัติทั้งในด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย ในเรื่องอาหารและโภชนาการ ที่รวมทั้งยา บุหรี่ เหล้า การออกกำลังกาย การลดภาวะเครียด หรือการกระทำที่เป็นภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ

Walker, et al (1987: 76) ได้ให้ความหมายคำว่า วิถีชีวิตที่เหมือนกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สุขนิสัยประจำวันที่ทำให้เกิดความผาสุกบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และ โยธิน แสวงดี (2528 อ้างถึงใน วิชชดา อินทรมานวงศ์, 2546: 13-14) กล่าวถึง วิถีชีวิต หมายถึงชีวิตความอยู่รอด การได้รับการเอาใจใส่ดูแลความสะดวกสบายในการอยู่อาศัย การรักษาพยาบาล การดำรงอยู่ด้วยสถานะทางการเงิน การดำรงอยู่ด้วยการประกอบอาชีพ และการปรับตัวต่อสภาพชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไป

จากคำจำกัดความดังกล่าว สรุปความหมายของวิถีชีวิต ได้ว่า วิถีชีวิต หมายถึง แบบแผนการดำเนินชีวิต ความเป็นอยู่ การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุหรือการแสดงพฤติกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันที่ทำให้เกิดความผาสุกบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ทั้งด้านครอบครัว ชุมชน และสังคม

สำหรับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) มีการสร้างเครื่องมือที่ใช้การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ได้แก่

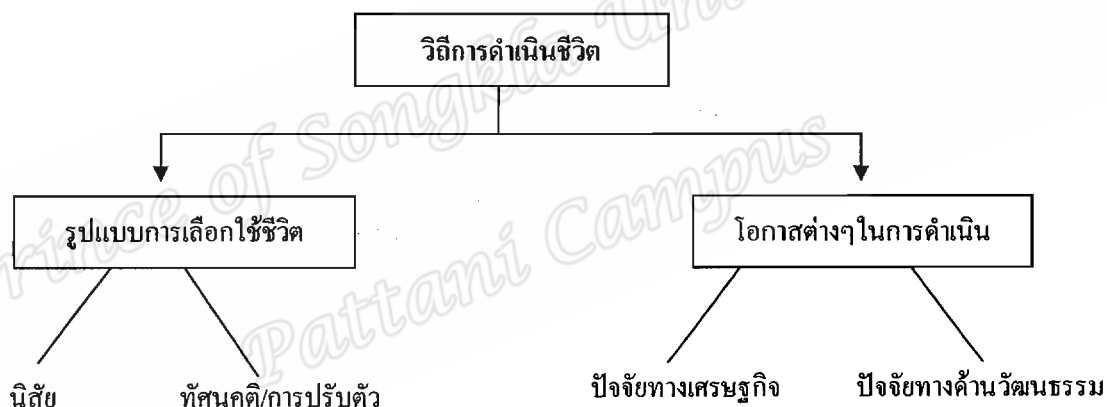
1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในอันที่จะดูแลตนเอง (The Activities of Daily Living: ADLs) มีกิจกรรม 6 ชนิด ได้แก่ การอาบน้ำ การสวมเสื้อผ้า การเข้าใช้ห้องสุขา การเดิน หรือเคลื่อนที่ภายในห้อง/บ้าน การรับประทานอาหาร และการกลืนอุจจาระ ปัสสาวะ (Katz et al, 1963)

2) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ต้องปฏิบัติได้เพื่อการดำรงชีวิตในชุมชน (The Instrument Activities of Daily Living: IADs) มีกิจกรรมอยู่ 8 ชนิด ได้แก่ การซื้อของ การเตรียมอาหาร การทำความสะอาดบ้าน ซักผ้า การเดินทาง การใช้จ่าย การใช้จ่ายเงิน และการใช้โทรศัพท์ (Lawton& Brody, 1969)

3.2 แนวคิดและทฤษฎีวิถีชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

3.2.1 แนวคิดวิถีชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

แนวความคิดใหม่เกี่ยวกับวิถีชีวิตและภาวะสุขภาพกล่าวว่า โอกาสต่างๆในการดำเนินชีวิต และรูปแบบการเลือกใช้ชีวิตมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยได้เสนอนิยามสำหรับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพและวิถีการดำเนินชีวิต หมายถึง สุขภาพและวิถีชีวิต ประกอบด้วยรูปแบบที่มีปฏิสัมพันธ์กันทางสุขภาพ ลักษณะนิสัย และสภาพทางเศรษฐกิจ กล่าวคือ การดำรงชีวิต และปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ นิสัยการเลือก การปรับตัว และการรู้จักใช้ทรัพยากรมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ สภาพทางสังคม สภาพทางวัฒนธรรมและสภาพทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวคิดวิถีชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

นอกจากนี้ยังกล่าวว่า การมีวิถีชีวิตด้านรูปแบบการเลือกใช้ชีวิต และโอกาสในการดำเนินชีวิตแตกต่างกันทำให้แต่ละคนมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพแตกต่างกัน ดังนั้นการศึกษาปัจจัยวิถีชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจ (Watson, Jonathan and Platt, Stephen, 2000)

3.2.1 ทฤษฎีวิถีชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

ทฤษฎี Bem-Munich Lifestyle Panel (BMLP) ศึกษาโครงสร้างและพลวัตของสุขภาพที่สัมพันธ์กับวิถีชีวิต เพื่อค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างโอกาสต่างๆในการดำรงชีวิตเกี่ยวกับสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิต โดยใช้มาตรวัดของBMLP เกี่ยวกับวิถีชีวิตที่สัมพันธ์กับ

สุขภาวะที่พัฒนามาเพื่อรองรับความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพของบุคคลทั่วไป จากทฤษฎีดังกล่าว บ่งชี้ว่า วิธีชีวิตและลักษณะนิสัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ยังชี้ให้เห็นว่าความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพ และลักษณะนิสัยเกี่ยวกับสุขภาพสามารถบอกถึงภาวะสุขภาพของแต่ละคนได้

ทฤษฎีแนวคิดของ Weber แสดงให้เห็นความแตกต่างระหว่างแนวความคิดหลักๆ เกี่ยวกับวิถีชีวิตที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ 2 แนวความคิด คือ แนวความคิดแบบปกติ และแนวความคิดตามหลักความเป็นจริง แนวความคิดแบบปกติเป็นวิธีการคำนวณที่มีประสิทธิภาพสูงสุด แนวความคิดตามหลักความเป็นจริง เป็นอุดมคติและค่านิยมที่ขึ้นอยู่กับขนบธรรมเนียมประเพณี แนวความคิดของ Weber ถูกนำมาใช้กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะ

จากทั้งสองทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นล้วนชี้ให้เห็นว่า วิธีการดำเนินชีวิต และลักษณะนิสัยมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยกล่าวว่าคนที่มีวิธีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกันจะมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังนั้น ในการศึกษาภาวะสุขภาพจากปัจจัยวิถีชีวิตจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจและควรมีการศึกษาเพิ่มเติมอย่างยิ่ง ซึ่งผู้วิจัยจึงได้เลือกปัจจัยวิถีชีวิตมาใช้เป็นตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

3.3 ปัจจัยด้านวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

3.3.1 การรับประทานอาหารและบริโภคนิสัย

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับร่างกายของคนทุกวัย โดยเฉพาะวัยสูงอายุซึ่งร่างกายอยู่ในช่วงที่มีการเสื่อมถอยของอวัยวะทุกส่วน การมีบริโภคนิสัยที่ดีและรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับร่างกายทั้งปริมาณและคุณภาพจะทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวและมีภาวะสุขภาพที่ดี มีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวมาถึง 70-74 ปี และมีภาวะสุขภาพที่ดี มีการรับประทานอาหารไม่ขัดสนร้อยละ 89.9 และมีนิสัยการกินอยู่อย่างไม่เลือกอาหาร รสชาติอาหารเป็นแบบธรรมดาและรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ (บรรลุ ศิริพานิช, 2532) อาหารสำหรับผู้สูงอายุควรประกอบด้วย

โปรตีน ผู้สูงอายุจะมีการสูญเสียโปรตีน เนื่องจากการสลายตัวของกล้ามเนื้อของร่างกาย ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนวันละประมาณ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เช่น โปรตีนจากเนื้อสัตว์ ถั่วเมล็ดต่างๆ นมวันละ 1 แก้วซึ่งจะให้โปรตีนและแคลเซียมสูง รวมทั้งไขวันละ ½-1 ฟอง

ไขมัน เป็นอาหารที่ควรระมัดระวังอย่างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะน้ำหนักเกินควร เป็นเพียงอาหารเสริมรสเท่านั้น เพราะไขมันให้พลังงานสูงและสะสมในร่างกายได้นาน ดังนั้น ผู้สูงอายุควรได้รับไขมันไม่เกินร้อยละ 35 ของจำนวนพลังงานทั้งหมดที่ได้ต่อวัน (Doyle, 1990 อ้างถึงใน พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์, 2538) ควรปรุงด้วยน้ำมันพืชที่มีกรดไลโนเลอิก ประโยชน์ของ กรดไลโนเลอิกจะช่วยเพิ่มการขับถ่ายโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ออกจากร่างกาย นอกจากนี้การรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำจะช่วยลดภาวะการฉ่ำแน่นท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ หลังอาหาร

คาร์โบไฮเดรต สำหรับความต้องการสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ในผู้สูงอายุจะ ลดลง เนื่องจากความต้องการพลังงานลดลงปริมาณคาร์โบไฮเดรตลดลงร้อยละ 30 จากที่เคยได้รับ ในวัยหนุ่มสาว (ปานัน บุญหลง, 2530 : 18 อ้างถึงใน พวงเพ็ญ เผือกสวัสดิ์, 2538) จากผู้สูงอายุมัก มีการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายน้อยกว่าเดิม จึงควรหลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่ทำด้วยน้ำตาล เพราะทำให้อ้วนได้ง่ายและยังไปเพิ่มการสร้างไตรกลีเซอไรด์ด้วย

สารเกลือแร่ ผู้สูงอายุควรได้รับแคลเซียมทุกวันเพื่อชดเชยส่วนที่ถูกทำลายหรือใช้ไป ปริมาณที่เหมาะสมในการได้สารเกลือแร่ไม่น้อยกว่า 800 มิลลิกรัม/วัน โดยได้รับจากนมผักใบเขียว เนื้อสัตว์ต่างๆ หรือผลไม้

วิตามิน ที่จำเป็นมากสำหรับผู้สูงอายุ คือ วิตามินบี เพราะมีส่วนช่วยการทำงานของหัวใจ และระบบประสาท ช่วยเพิ่มความอยากอาหาร อวัยวะการย่อยอาหารทำงานดีขึ้น

น้ำ เป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับร่างกายของคนทุกวัย ความต้องการน้ำในผู้สูงอายุประมาณ 30 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัวหรือประมาณ 6-8 แก้ว (1500-2800 ซีซี) ต่อวันเพื่อช่วยการทำงานของไต ผิวหนัง ระบบการย่อยอาหาร ช่วยป้องกันอาการท้องผูกได้

ดังนั้นการรับประทานอาหารและบริโภคนิสัยจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.3.2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

กิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living) เป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นสำหรับ มนุษย์ที่ทุกคนจะต้องปฏิบัติให้แก่ตนเอง เพื่อจะมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข โดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคล อื่น บุคคลที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองจะรู้สึกว่าคุณค่าและชีวิตนี้ยังมี ความหมาย ในการประเมินภาวะสุขภาพทางด้านการพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุวิธีการหนึ่ง โดยใช้การวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเป็น เกณฑ์ (Camevali, 1986 อ้างถึงใน มลลธิ ชูเนตร, 2538) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของผู้สูงอายุ ยังบ่งบอกถึงสมรรถภาพทางกายที่สะท้อนให้เห็นถึงภาวะสุขภาพและ

ความสมบูรณ์ของผู้สูงอายุได้ (จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์, 2535) ดังนั้นปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.3.3 สุขนิสัย

สุขนิสัยเป็นการดูแลสุขภาพของตนเองขึ้นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การดูแลผิวหนัง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุทั้งนี้เพราะผิวหนังของผู้สูงอายุจะบาง ไวต่อการกดทับและบาดเจ็บต่างๆ ไขมันใต้ผิวหนังน้อย รวมทั้งความแข็งแรงของผิวหนังลดลง ต่อมาเหงื่อมีการผลิตเหนือน้อยลงทำให้ผิวหนังแห้งกระด้าง การอาบน้ำจะช่วยทำให้ผิวหนังสะอาด ชุ่มชื้น และกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตใต้ผิวหนังแต่การอาบน้ำบ่อยๆ จะไม่ช่วยให้สภาพของผิวหนังดีขึ้น ผู้สูงอายุควรอาบน้ำวันละครั้งในวันที่อากาศร้อน และลดเป็น 2 วันต่อครั้งได้ในวันที่อากาศหนาว

ผม ในผู้สูงอายุไม่ควรสระผมบ่อย เพราะเป็นวัยที่หนังศีรษะแห้ง ควรสระผมสัปดาห์ละ 1 ครั้งเป็นอย่างมาก

มือเท้า และเล็บ ควรได้รับการดูแลให้สะอาด เล็บตัดสั้นเพื่อให้ง่ายต่อการรักษาความสะอาด เท้าจะต้องดูแลเป็นพิเศษ เพื่อป้องกันอันตรายและการบาดเจ็บต่างๆ ช่วยให้เคลื่อนไหวได้ดี

การรักษาสุขภาพปากและฟัน ผู้สูงอายุควรทำความสะอาดเหงือกและฟันทันทีหลังรับประทานอาหารด้วยแปรงนุ่มๆ หรืออมน้ำอุ่นหรือน้ำเกลืออุ่นๆ บ้วนปาก

การแต่งกาย ผู้สูงอายุควรสวมใส่เสื้อผ้าที่มีขนาดพอดี สวมใส่ได้ง่าย สบาย เนื้อผ้าควรเป็นผ้าเนื้อนุ่ม แห้งสะอาด และเหมาะสมกับสภาพอากาศ (พวงเพ็ญ เสือทองสวัสดิ์, 2538)

ผู้สูงอายุที่มีสุขนิสัยที่ดีย่อมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นสุขนิสัยจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

3.3.4 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อสุขภาพในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้น การมีกิจกรรมทางกายลดลงเนื่องจากปัญหาโรคเรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคกระดูกพรุน เป็นต้น ทั้งนี้การออกกำลังกายจะช่วยฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้มีความแข็งแรงอยู่เสมอ การออกกำลังกายจึงเป็นวิธีการหนึ่ง ที่จะช่วยส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย และช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย ลดอัตราเสี่ยงของโรคที่สำคัญ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคกระดูกพรุน (ไพจิตร ลือสกุลทอง, 2545; Morgan, K. at al., 2000) การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุควรเป็นการออกกำลังกายชนิดเบาๆ เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ การรำมวยจีน

การออกกำลังกายแบบที่ขยับตัว ทั้งนี้ประโยชน์ของการออกกำลังกายที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ โดยมีชนิด ความถี่ ความหนักเบา ช่วงเวลาที่เหมาะสมและปฏิบัติจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน จะก่อให้เกิดผลต่อด้านร่างกายและจิตใจดังนี้

ด้านร่างกาย ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ พบว่าการออกกำลังกายจะช่วยลดการเสื่อมของกระดูกได้ โดยเฉพาะในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีกพบปัญหาเกี่ยวกับโรคกระดูกผุและโรคข้ออักเสบอย่างเรื้อรัง

ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือด พบว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยทำให้ขนาดของกล้ามเนื้อหัวใจโตขึ้น ผนังหัวใจห้องล่างหนาและหดตัวแรงขึ้น จึงทำให้หัวใจมีการบีบตัวดีขึ้นช่วยให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจแต่ละครั้งเพิ่มมากขึ้น สำหรับผู้สูงอายุควรมีความหนักเบาของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพโดยทั่วไปของร่างกาย คือในระยะเวลา 30 นาทีของการออกกำลังกายควรมีอัตราการเต้นของหัวใจร้อยละ 70 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดก็จะเพียงพอที่จะเพิ่มความทนทานของปอดและหัวใจ

ระบบหายใจ การออกกำลังกายทำให้ทรวงอกขยายใหญ่ขึ้น กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ในการหายใจมีความแข็งแรง โดยเฉพาะกระบังลมและกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้า หรือออกแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้ปริมาณการไหลเวียนเลือดเข้าสู่ปอดได้ดีขึ้น มีการใช้ออกซิเจนอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การเผาผลาญสารอาหารและการควบคุมอุณหภูมิ โดยทั่วไปพบว่าการผลิตความร้อนในร่างกายของผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ เป็นผลจากมวลของกล้ามเนื้อลดลง การเผาผลาญสารอาหารที่ลดลงนี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีอาการหนาวสั่นเกิดขึ้นได้ง่าย การออกกำลังกายจะช่วยให้การเผาผลาญสารอาหารเพิ่มมากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อและการไหลเวียนเลือด นอกจากนั้นการออกกำลังกายจะช่วยให้ระบบการเผาผลาญสารอาหาร การย่อย การดูดซึมสารอาหารและน้ำดีขึ้น

ระบบประสาท พบว่า การออกกำลังกายจะทำให้การประสานงานของกล้ามเนื้อดีขึ้น ความคิด ความจำและสภาพจิตใจดีขึ้น ลดภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลแบบแผนการนอนหลับดีขึ้น

ระบบต่อมไร้ท่อ การออกกำลังกายเป็นการกระตุ้นการทำงานของต่อมไร้ท่อตามธรรมชาติอย่างหนึ่ง สำหรับต่อมไร้ท่อที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายมากที่สุด คือ ต่อมหมวกไตช่วยลดระดับอินซูลินในกระแสเลือด นอกจากนั้นการออกกำลังกายจะช่วยกระตุ้นให้ร่างกายหลั่งสารอะดรีนาลีน ซึ่งจากผลการวิจัยเกี่ยวกับผลการออกกำลังกายแบบแอโรบิคพบว่าจะทำให้สมรรถภาพ

ทางกายเพิ่มขึ้น โดยไขมันในเลือดลดลง และฮอร์โมนเพศในเลือดเพิ่มขึ้นทั้งในผู้สูงอายุเพศชาย และหญิง

ด้านจิตใจ การออกกำลังกายทำให้รู้สึกสดชื่นเบิกบาน เกิดความรู้สึกผ่อนคลายและสามารถเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น บุคคลที่ออกกำลังกายเป็นประจำและสม่ำเสมอจะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง เกิดความผ่อนคลาย ความวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้ยังช่วยเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ และทัศนคติต่อชีวิตในทางที่ดี และถ้าออกกำลังกายเป็นกลุ่มจะช่วยลดความรู้สึกอยู่ตามลำพัง ลดภาวะซึมเศร้า เกิดความภาคภูมิใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (ดวงเดือน พันธุโยธี, 2539)

สำหรับการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ส่วนใหญ่มีก้อออกกำลังกาย โดยการเดิน (จตุมา ชูเผือก, 2549 ; อติศักดิ์ มาหินกอง, 2540) ทั้งนี้การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวัน จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ดังนั้นการออกกำลังกายจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.3.5 การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่มีผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ควันบุหรี่ประกอบด้วยสารเคมีต่างๆมากกว่า 4,000 ชนิดและจำนวนนี้มีมากกว่า 50 ชนิดที่ถูกจัดเป็นสารก่อมะเร็ง หรือสารที่อาจก่อมะเร็ง ได้แก่ ทาร์ พีเอเอช (PAHs) นิโคติน คาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นต้น นอกจากนี้สารเหล่านี้แล้ว ยังมีการเติมสารต่างๆ มากกว่า 600 ชนิด ลงในใบยาสูบเพื่อเพิ่มสีและกลิ่น ได้แก่ กาแฟ น้ำตาลวานิลลา โกโก้ เมนทอล น้ำมันจากกานพลู คาราเมล และคลอโรฟิลล์ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม นักวิจัยพบว่าสารที่เติมในใบยาสูบบางชนิดอาจช่วยให้เกิดอันตรายต่อผู้สูบบุหรี่เพิ่มขึ้นจากผลการวิจัยพบว่า การสูบบุหรี่เป็นอันตรายต่อร่างกาย พอสรุปได้ดังนี้

โรคมะเร็งที่ริมฝีปาก ช่องปาก และคอ พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสตายด้วยโรคมะเร็งในช่องปากสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า

โรคหัวใจ (cardiovascular disease) คาร์บอนมอนอกไซด์ในควันบุหรี่ ทำให้ปริมาณออกซิเจนในเลือดลดลง ส่วนนิโคตินจะเพิ่มการสะสมของไขมันทำให้ขนาดของหลอดเลือดลดลง ส่งผลให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสตายด้วยโรคหัวใจ มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 70%

โรคลม (stroke) เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ซึ่งจะส่งผลให้เป็นโรคอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคลมสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 50%

โรคหลอดลมอักเสบและถุงลมโป่งพอง ในควันบุหรี่ประกอบด้วยสารพิษต่างๆมากมาย ร่างกายพยายามขจัดสารเหล่านี้โดยการสร้างน้ำเมือก และการไอ ถ้ามีน้ำเมือกมากเกินไปจะขัดขวางการดูดซึมออกซิเจนเมื่อสูบบุหรี่เป็นเวลานาน เนื้อเยื่อปอดจะถูกทำลายทำให้หายใจลำบาก และร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง

โรคกระเพาะอาหาร เนื่องจากการระคายเคืองของควันบูหรี่ที่ถูกกลืนลงสู่กระเพาะอาหาร (สุวรรณณี จรรยาพูน, 2546 : 64)

ผู้สูงอายุที่งดสารเสพติดจะมีสุขภาพที่ดี คือ งดบุหรี่ สุรา กาแฟ และสารเสพติดอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากสิ่งเหล่านี้โดยเฉพาะบุหรี่ และสุราเป็นสิ่งที่ทำลายสุขภาพ ในผู้สูงอายุที่มีวิถีชีวิตเสี่ยงสูง เช่น มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ออกกำลังกายน้อย เมื่ออายุ 60 ปีจะมีภาวะทุพพลภาพ หรือมีโอกาที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพในช่วงปีสุดท้ายของชีวิต ขณะที่คนที่มีวิถีชีวิตเสี่ยงน้อยจะเลื่อนการมีภาวะทุพพลภาพไปได้อีกมากกว่า 5 ปี หรือไม่มีภาวะทุพพลภาพเกิดขึ้นเลย (McMordo, 2000) จากการศึกษาลักษณะผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนเกิน 100 ปี พบว่าผู้มีอายุยืนร้อยละ 56.41 ไม่เป็นผู้ที่ติดสิ่งเสพติดที่มีผลเสียอย่างรุนแรงต่อสุขภาพ (วันดี โภคะกุล และคนอื่นๆ, 2541 อ้างถึงใน ชีราพร โสดาบรรลุ, 2546) ดังนั้นการสูบบุหรี่จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

3.3.6 การประเมินสุขภาพตนเอง

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ประเมินสุขภาพของตนว่าอยู่ในระดับดี และมีแบบแผนการดำเนินชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงดี มักมีการรับรู้ด้านสุขภาพที่ดีและมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีด้วยเช่นกัน การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพว่าอยู่ในระดับดี จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้สุขภาพว่าอยู่ในระดับไม่ดี จึงทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีการเข้าร่วมกิจกรรม และพบปะผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกันอย่างสม่ำเสมอส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกัน มีโอกาสพบปะสังสรรค์ และทำกิจกรรมยามว่างร่วมกัน ทำให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ (ปิยะพันธ์ นันตา, 2541) ดังนั้นการประเมินภาวะสุขภาพจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.3.7 การมีโรคหรือการเจ็บป่วย

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีลักษณะการเสื่อมถอยของอวัยวะทุกระบบ มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่าย การเกิดโรคประจำตัวในผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดจากการที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมัน การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ (วรรณวิมล เบญจกุล, 2535 อ้างถึงใน ชีราพร โสดาบรรลุ, 2546) โรคประจำตัวที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุเหล่านี้ เป็นปัญหาสังคมเพราะทำให้เกิดความพร่องในหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ดีเพียงพอ (Hass el at., 1992 อ้างถึงใน ชีราพร โสดาบรรลุ, 2546) การมีโรคจึงบ่งบอกได้ถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้นภาวะสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.2.8 ความวิตกกังวล มนุษย์ทุกคนย่อมจะเกิดความวิตกกังวล หรือความเครียดขึ้นได้ แต่บุคคลจะมีการรับรู้และการคิดเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน ซึ่งทำให้แต่ละชีวิตจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อดำรงชีวิตให้สมดุลได้ การเกิดความวิตกกังวล หรือความเครียดเป็นปฏิกิริยาที่ร่างกายตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความไม่สมดุลของร่างกายและจิตใจ เป็นการทำหน้าที่ป้องกันตัวตามธรรมชาติและเกิดขึ้นอยู่เสมอเพื่อต่อสู้และต้านทานปัญหาอุปสรรคต่างๆ เพื่อสามารถขจัดมูลเหตุที่รบกวน และปรับแก้การเสียสมดุลของระบบให้คืนสู่สภาพสมดุล ซึ่งวอล์คเกอร์ (Walker, 1997 อ้างถึงใน ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) ได้กล่าวถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือความกังวลใจ ไว้ 3 ชนิดคือ

สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรัง (chronic stressors) เป็นปรากฏการณ์ต่างๆ ไปที่เกิดขึ้นยาวนานและเรื้อรังในชีวิตของบุคคล เช่น ความเจ็บป่วย ความเจ็บปวด

เหตุการณ์ในชีวิต (major life events) ที่อาจเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นตามความคาดหวัง และผลที่ตามมาอาจจะดีหรือไม่ดี เช่น การตายของคู่สมรส การเกษียณอายุ การเกิดของบุคคลในครอบครัว หรือการผ่าตัด

สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน (acute daily hassles) เช่น อุบัติเหตุต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เหตุการณ์ความไม่สงบ การผัดผ่อน

ซึ่งความเครียดหรือความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะมีผลทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลง เกิดความผิดปกติทางจิตใจ และมีความเกี่ยวเนื่องกับความเจ็บป่วย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร การทำหน้าที่ของภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง (Pender, 1996 อ้างถึงในศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ง่ายต่อการกระทบกระเทือนจากเหตุการณ์ในชีวิตที่เป็นทางลบ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก หรือความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว ส่งผลให้เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลได้

ดังนั้นความวิตกกังวลจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นประจำวัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องด้านปัจจัยด้านวิถีชีวิต ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงได้เลือกปัจจัยด้านวิถีชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหารหรือบริโภค นิสัย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขนิสัย การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การประเมินสุขภาพตนเอง การมีโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วย และความวิตกกังวล มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4.1 งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาวิจัยในต่างประเทศพบว่า การมีอายุยืนยาวขึ้นจะมีความสัมพันธ์ระหว่าง อาหาร โภชนาการ และความเสื่อมถอยของร่างกายจากอายุที่เพิ่มขึ้น ดังการศึกษาของ Andres et al (1995) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักมากจนเป็นโรคอ้วนจะมีภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพร่างกาย ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักน้อยกว่าปกติจะเป็นการเพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการตาย

การศึกษาผู้สูงอายุในประเทศไทยของ นิรนาท วิทโยชกิติคุณ (2534) เรื่องความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียน และรายได้ กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาทางสุขภาพ และ โภชนาการ แต่กลับประเมินภาวะสุขภาพของตนเองค่อนข้างดีและดีมากเป็นส่วนใหญ่

การศึกษาของ มณฑนา เจริญกุล (2534) เรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัว กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพค่อนข้างดี แต่เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพ จากการคำนวณค่าดัชนีความหนาของร่างกาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะ โภชนาการอยู่ในระดับมาตรฐานเพียงร้อยละ 56 และเป็นบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรงดีเพียงร้อยละ 25 จากการศึกษาดังกล่าว จึงอาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุมีเกณฑ์มาตรฐานประเมินสุขภาพของตนที่แตกต่างจากเกณฑ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่พิจารณาจากภาวะ โภชนาการพบได้ในการศึกษาของต่างประเทศโดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) เป็นเครื่องชี้วัด โดยการวัดสัดส่วนของร่างกาย และคำนวณจากค่าน้ำหนัก (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (ตารางเมตร) ค่าปกติจะอยู่ที่ 20-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

จากการศึกษาของ Mehta, F.R (1995) เรื่อง Assessment of Some Cardiovascular Risk Factors during the Pre-Haj Medical Examination in Oman เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของโรคอ้วนที่มีค่าดัชนีมวลกาย พบความสัมพันธ์ของโรคอ้วนที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 29 กิโลกรัมต่อตารางเมตรกับการลดลงของอายุขัยเฉลี่ยของประชากรประเทศโอมาน อัตราตายจะเพิ่มเมื่อค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และพบโรคอ้วนร้อยละ 15.7 ของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป เปรียบเทียบกับการศึกษาของประเทศอเมริกาที่พบร้อยละ 26.7 ในเพศหญิง และร้อยละ 24.4 ใน

เพศชาย แต่ใช้ค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ในการเป็นโรคอ้วน และ การศึกษาเรื่อง การศึกษาส่วนสูง น้ำหนัก และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุในประเทศไต้หวัน ของ Chiu HC, et al. (2000) พบว่า ในกลุ่มอายุเดียวกันผู้สูงอายุเพศหญิงมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าผู้สูงอายุ เพศชาย

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bedogni (2001) เรื่อง Is Body Mass Index a Measure of Adiposity in Elderly Woman? มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของค่าดัชนีมวลกายกับเซลล์ไขมันในร่างกายของผู้สูงอายุหญิงในประเทศสหรัฐ ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ของค่าดัชนีมวลกายกับเซลล์ไขมันในร่างกายของผู้สูงอายุเพศหญิงที่อายุ 60 ปี ถึง 88 ปีมีความสัมพันธ์ทางบวก ค่าดัชนีมวลกายสามารถอธิบายการมีไขมันในร่างกายได้ร้อยละ 72.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001

สำหรับการศึกษาวิจัยในประเทศไทยในกลุ่มประชากรสูงอายุได้ใช้การวัดสัดส่วนของร่างกายเพื่อหาค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) เนื่องจากเป็นมาตรการที่นำมาปฏิบัติได้ง่ายและเหมาะสมในการศึกษาภาคสนาม และเชื่อถือได้ในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ อาทิในการศึกษาภาวะโภชนาการของนครกรุงเทพฯ : ผู้รับบริการตรวจสุขภาพปี 2531-2536 ของ จุรีพร จิตจำรูญ โชคไชย และคณะ (2537) เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของประชาชนในเขตกรุงเทพฯจากการวัดค่าดัชนีมวลกาย ได้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของมาตรการส่งเสริมสุขภาพ โดยการตรวจคัดกรองและการป้องกันโรคในผู้สูงอายุที่ได้มีการศึกษาข้อมูลทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เน้นโรคหรือปัญหาที่สมควรคัดกรองและวิธีการที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ภาวะทุพโภชนาการหรือภาวะโภชนาการต่ำกว่าปรกติเป็นปัญหาสุขภาพในประชากรสูงอายุ ควรมีการใช้ค่าดัชนีมวลกายมาใช้ในการป้องกันภาวะดังกล่าว ที่อาจเป็นภาวะเสี่ยงส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกำหนดให้มีการคัดกรองปีละ 1 ครั้ง สำหรับค่าดัชนีมวลกายได้มีการศึกษาวิจัยโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2545) เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยที่พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย มีค่าปกติเท่ากับ 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

4.2 งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมพบว่า เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะสังคมไทยที่ผู้ชายมีบทบาทมากกว่า

จากงานวิจัยเรื่อง ครอบครัวและผู้สูงอายุ: กรณีศึกษากรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ ของ มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ (2541) ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างอายุที่เท่ากัน เพศชายจะมีสุขภาพดีกว่าเพศหญิง เมื่อพิจารณาจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพศหญิงจะมีข้อจำกัดของกิจกรรมมากกว่า และจากการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การทำกิจกรรมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ของ สุกัญญา ราฟังกิจ (2537) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การทำกิจกรรม กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ยังพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางจิตอีกด้วย

สำหรับการพิจารณาสุขภาพด้วยความสมบูรณ์ของร่างกายจากค่าดัชนีมวลกาย ในการวิจัยเรื่องการศึกษาบริโภคนิสัย และภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่มีต่อภาวะสุขภาพ ของ วรรณารุ่งวณิชชา (2539) และการศึกษาภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองด้านโภชนาการ ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ของอรุณี นาคะพงศ์ (2539) และการศึกษาส่วนสูง น้ำหนัก และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุในประเทศไต้หวัน ของ Chiu, et al (2002) ให้ผลที่สอดคล้องกันว่า เพศชายมีสุขภาพกายดีกว่าเพศหญิง โดยผู้สูงอายุเพศชายมีส่วนสูงและน้ำหนักมากกว่าเพศหญิง แต่ขณะเดียวกันเพศหญิงมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าเพศชาย และพบภาวะโภชนาการเกินในกลุ่มอายุเดียวกัน

เมื่อใช้การประเมินตนเองของผู้สูงอายุ ในรายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538 ของนภาพร ชโยวรรณและ จอห์น โนเดล (2539) ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีการประเมินว่าสุขภาพแข็งแรงกว่าคนในวัยเดียวกัน ในสัดส่วนที่สูงกว่าเพศหญิง ขณะที่เพศหญิงมีร้อยละที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพทรุดโทรมหรือแย่กว่าคนวัยเดียวกันสูงกว่า

สำหรับปัจจัยด้านอายุ ในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ของวิษชุดา อินทรมานวงศ์ (2546) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า เมื่ออายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น และการศึกษาระบาดวิทยาของคนพิการและผู้สูงอายุในประเทศไทยของบรรลุ ศิริพานิช (2525) พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้น้อยลง

เมื่อพิจารณาสุขภาพด้านความสมบูรณ์ของร่างกายจากค่าดัชนีมวลกายจากรายงานการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2538 โดยกองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข (2538) พบว่า เมื่ออายุเพิ่มขึ้นร่างกายจะมีภาวะขาดสารอาหารมากขึ้น ซึ่งตรงข้ามกับการศึกษาเรื่อง การศึกษาบริโภคนิสัย และภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่มีต่อภาวะสุขภาพ ของวรรณารุ่งวณิชชา (2539) และการศึกษาภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้า

การดูแลตนเองด้าน โภชนาการ ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ของอรุณี นาคะพงค์ (2539) ที่ผลการศึกษาพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย

ขณะที่ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันย่อมมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ของวิษุตา อินทรมานวงศ์ (2546) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา รำพึงกิจ (2537) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การทำกิจกรรม กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพดีกว่า เช่นเดียวกัน

การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี ของเขาวัดถักมณี มหาสิทธิวัฒน์ (2539) พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาที่ต่ำกว่า การขาดการศึกษาทำให้มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งทำให้เกิดโรค เนื่องจากความไม่รู้และทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วยในที่สุด

นอกจากนี้การศึกษาของ มนตรี ดันประยูร (2532) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ : ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทย ที่ผลการศึกษากล่าวว่า ในแง่สุขภาพอนามัยผู้ที่มีการศึกษาสูงจะรักษาและดูแลตนเองได้ดี ไม่ค่อยเจ็บป่วยหรือเป็นโรค ส่วนผู้ที่มีการศึกษาน้อยมักจะไม่ว่าเข้าใจถึงวิธีการที่จะดูแลตนเองให้ถูกต้องและได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรณา รุ่งวนิชชา (2539) เรื่องการศึกษาบริโภคนิสัย และภาวะโภชนาการ ในผู้สูงอายุที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่มีต่อภาวะสุขภาพ ที่พบว่าผู้ที่มีการศึกษาที่ดีจะสามารถเลือกซื้ออาหารบริโภคที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าแม้มีการศึกษาคิดจะมีความรู้สึกรู้เข้าใจอาหารทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ซึ่งตรงกันข้ามกับผลการศึกษาของ อรุณี นาคะพงค์ (2539) เรื่องการศึกษาภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองด้าน โภชนาการ ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ การศึกษาของ มลลิต ชูเนตร (2538) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต และภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี และผลการศึกษาเรื่องการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ของจิตต์ จรุงรักษ์ (2540) ที่พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพทางกายของผู้สูงอายุ

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาของ มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ (2541) ที่ศึกษาเรื่องครอบครัวและผู้สูงอายุ : ศึกษากรณี

กรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุชาย มีสถานภาพสมรสคู่ มากกว่าหญิง และหนึ่งในสามของผู้หญิงเป็นหม้าย

การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การทำกิจกรรม กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ของ สุกัญญา ราพีงกิจ (2537) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การทำกิจกรรม กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีภาวะสุขภาพโดยรวมทั้งทางกายและทางจิตดีกว่าผู้ที่หย่าและแยก

ผลการศึกษาจากงานวิจัยเรื่องความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ของจารุวรรณ เหมะธรและพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2527) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีกว่าผู้ที่เป็น โสด ม่าย หย่า และงานวิจัยของ นภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2542) เรื่องผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรสูงอายุในประเทศไทย ผลการวิจัยชี้ว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะด้านจิตใจ ความรู้สึก การดูแลสุขภาพอนามัย และการห่วยเหวทางสุขภาพ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่ยังอยู่กับคู่สมรสจะมีอัตราการเจ็บป่วยและตายต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อยู่เป็น โสด ม่าย และแยก

ผลการศึกษาของ วรรณารุ่งฉวี (2539) เรื่องการศึกษาบริโภคนิสัย และภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่มีต่อภาวะสุขภาพ และผลการศึกษาของ อรุณี นาคะพงศ์ (2539) เรื่องการศึกษาภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเอง ด้านโภชนาการ ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ พบว่าการอยู่อย่างโดดเดี่ยวจะมีผลต่อการรับประทานอาหาร มีผลกระทบต่อสุขภาพทางกาย ซึ่งตรงกันข้ามกับการศึกษาของ มลลิต ชูเนตร (2539) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต และภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้สูงอายุ

สังคมปัจจุบัน ระบบเงินตราเข้ามามีบทบาทในการดำรงชีวิตเป็นอย่างมาก ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีจะส่งผลมากมายต่อการดำรงชีวิต ซึ่งรวมทั้งผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน ดังผลจากงานวิจัยของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2520) เรื่องทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย และผลการศึกษาของสุกัญญา ราพีงกิจ (2537) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การทำกิจกรรม กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่พบว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจมีผลทางบวกต่อภาวะสุขภาพ ทั้งนี้เพราะเมื่อฐานะเศรษฐกิจไม่ดีจะทำให้ไม่มีเงินซื้ออาหาร หรือสิ่งที่ต้องการในการดำรงชีวิตประจำวันซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

นอกจากนี้ในการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต และภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ของ มลลิต ชูเนตร (2539) และการศึกษาเรื่องการศึกษานิสัย และภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่มีและไม่มีภาวะซึมเศร้าของ

วรรณ รุ่งวณิชชา (2539) และการศึกษาเรื่อง The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics ของ Walker, Susan Noble (1987) ยังพบว่ารายได้ มีผลทางบวกกับวิถีการดำเนินชีวิต และสุขภาพทางกายในผู้สูงอายุ

จากงานวิจัยที่ผ่านมาจะพบความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านประชากร กับภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุ โดยภาวะสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ประเมินจากค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) เป็น เครื่องชี้วัด มีค่าปกติเท่ากับ 18.5-24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการ วิจัยเชิงสำรวจค่าดัชนีมวลกายจึงเป็นค่ามาตรฐานที่ใช้ศึกษาผู้สูงอายุทั้งในประเทศไทยและ ต่างประเทศ ที่เหมาะสมในการวิจัยเชิงสำรวจและสามารถปฏิบัติได้กับกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมาก ตลอดจนจากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า เป็นดัชนีที่มีความเชื่อถือได้

4.3 งานวิจัยเกี่ยวกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ

ได้มีการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ที่หมายถึง ชีวิต ความเป็นอยู่ การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุหรือแสดงพฤติกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ที่จะเป็นการ ส่งเสริมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกาย ในประเทศไทยการศึกษาวิจัยของ บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่นๆ (2532) พบว่าผู้สูงอายุไทย ที่มีอายุ 70-74 ปี มีความสมบูรณ์ทางกายเพียงร้อยละ 15.0 นิสัยกินง่ายไม่เลือกอาหารและมี พฤติกรรมการกินวันละ 3 มื้อ ผู้แข็งแรงกว่ามีการออกกำลังกายมากกว่าซึ่งเป็นการเดินเป็นส่วนใหญ่ ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มชา กาแฟ ผู้สูงอายุมีการกิจประจำวันส่วนใหญ่มีกิจกรรมมากกว่า 4 อย่างขึ้นไป การทำจิตใจให้สงบโดยใช้ศาสนาเป็นหลัก ระมัดระวังสุขภาพและการทำงานอยู่เสมอ เป็นสาเหตุที่ทำให้มีอายุยืนยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมุลลี ชูเนตร (2538) เรื่องปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต และภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการดำเนินชีวิตที่ดีมีการรับประทานอาหารและมีความรู้ ด้านโภชนาการที่ดี จะมีสุขภาพทางกายที่ดีมีภาวะ โภชนาการปกติ

การศึกษาของ สุคา วิไลเลิศ (2536) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะ สุขภาพในผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ทั้งชายและหญิงของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระศรีราชินี จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพทางด้านนอนหลับ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ

สำหรับในประเทศไทย งานวิจัยที่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของร่างกายที่เป็นส่วนหนึ่งของ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากภาวะโภชนาการ เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบ แผนการดำเนินชีวิต และภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ของมลฤดี ชูเนตร (2538) และเรื่องการศึกษาภาวะทางร่างกาย ภาวะซึมเศร้า การดูแลตนเองด้าน โภชนาการ ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ของอรุณี นาคะพงศ์ (2539) พบว่า มีความสัมพันธ์กัน โดย การมีภาวะโภชนาการปกติและเกิน ทั้งนี้ผลการศึกษาเรื่องการประเมินภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค ของจิตต์ จรุงฤกษ์ (2540) กล่าวว่า การที่ผู้สูงอายุ สามารถที่จะเลือกซื้ออาหารได้เอง ตลอดจนทำการประกอบอาหารให้ตนเองทำให้กินอาหารได้มาก ขึ้นและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

วิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพดีและมีชีวิตที่ยืนยาวนั้น ได้มีการศึกษาของ Breslow (1993) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพ โดยมีวิถีชีวิตที่เสี่ยง 7 อย่าง คือ การ ดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ความอ้วน การออกกำลังกายน้อย นอนหลับน้อยกว่าวันละ 7-8 ชั่วโมง การ รับประทานอาหารระหว่างมื้อ และการไม่รับประทานอาหารเช้า ร่วมกับปัจจัยในด้านการพบปะกัน ในสังคม พบว่า เมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไป มีการปฏิบัติตัวที่ไม่มีวิถีชีวิตเสี่ยงเหล่านี้ จะทำให้มีชีวิตยืนยาว โดยประมาณถึง 85 ปี (Roger, 1995)

ตลอดจนรายงานการศึกษาของ Haber (2000) ในด้านการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุของ ประเทศอเมริกา (U.S Department of Health and Human Service, 2000) ที่กล่าวว่าปัจจุบัน การแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศได้ศึกษาปัจจัยทางด้านสังคมร่วมด้วย เพื่อที่จะมุ่งเน้น การป้องกัน โรคและส่งเสริมสุขภาพ จากแบบแผนของโรคและสาเหตุการตายที่ได้เปลี่ยนไปจาก โรคติดเชื้อมาเป็น โรคและสาเหตุการตายจากกลุ่มโรคเรื้อรังที่ประกอบด้วย โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และหลอดเลือดสมอง ทำให้มีการศึกษาหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรสดังกล่าว และพบว่าปัจจัยเสี่ยง เหล่านี้ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยงที่ได้แก่ อาหารและโภชนาการที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ และระดับของการออกกำลังกายมีผลต่อการเกิดโรสดังกล่าว ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ Dychtwald (2000) ที่ศึกษาถึงการที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีโดยกล่าวว่าสุขภาพที่ดีของ ผู้สูงอายุควรเน้นที่การป้องกันการเกิด โรคในกลุ่มเรื้อรัง หรือการทำให้มีโอกาสร้อยต่อการเกิด โรค ดังกล่าวน้อยที่สุด หรือถ้าเกิดโรคต้อง ไม่มีความเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพเพื่อให้ ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างพึ่งพาตนเองได้ การศึกษานี้ยังพบว่าพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคลที่ควร ได้รับการส่งเสริมในผู้สูงอายุ ได้แก่ การออกกำลังกาย อาหาร การควบคุมน้ำหนัก และการดูแลด้าน สังคม รวมทั้งพฤติกรรมเสี่ยงที่ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า อุบัติเหตุและการใช้ยาที่มากในผู้สูงอายุ

เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่อง A Health Old Age: Realistic or Futile Goal? ของสมาคมแพทย์ ประเทศอังกฤษ โดย McMordo (2000) ที่ศึกษาการมีภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุโดยการเก็บข้อมูล ระยะยาว 30 ปี ในบุคคลวัย 40ปีขึ้นไปจนกระทั่งมีอายุ 70 ปีขึ้นไป ร่วมกับการศึกษาวิถีชีวิตที่มี ปัจจัยเสี่ยงที่ได้แก่ การสูบบุหรี่ ค่าดัชนีมวลกายและรูปแบบการออกกำลังกาย พบว่า การออกกำลังกายจะช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน มะเร็งในลำไส้ และ กลุ่มโรคเรื้อรังได้ การออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่ดีที่สุดคือ การบริหารร่างกาย (Vigorous Exercise) ได้แก่ การเล่นกีฬาที่เหมาะสม การวิ่งเหยาะ ใช้เวลาในการบริหารร่างกายครั้งละ 20-60 นาที หรือ การทำให้หัวใจมีอัตราการเต้นเพิ่มขึ้นร้อยละ 60.0-90.90 และควรปฏิบัติอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ในคนที่มีวิถีชีวิตเสี่ยงสูงเมื่ออายุ 60 ปีจะมีภาวะทุพพลภาพ หรือมีโอกาที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพ ในช่วงปีสุดท้ายของชีวิต ขณะที่คนที่มีวิถีชีวิตเสี่ยงน้อยจะเลื่อนการมีภาวะทุพพลภาพไปได้อีก มากกว่า 5 ปี หรือไม่มีภาวะทุพพลภาพเกิดขึ้นเลย และจะทำให้ชีวิตที่ยืนยาวนั้นเป็นช่วงชีวิตที่มี สุขภาพดี

การศึกษาวิถีชีวิตของผู้สูงอายุด้านการประเมินสุขภาพตนเอง จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มี ผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ของวิชชดา อินทรมานวงศ์ (2546) เพื่อ ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า มีผู้สูงอายุ 2 ใน 3 ประเมินสุขภาพ ตนเองว่าแข็งแรงถึงปานกลาง โดยเพศชายประเมินสุขภาพตนเองว่าแข็งแรงกว่าคนวัยเดียวกัน ใน สัดส่วนที่สูงกว่าเพศหญิง ขณะที่เพศหญิงประเมินว่าตนเองมีสุขภาพแยกว่าเพศชาย และการศึกษา ของนภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล (2539) เรื่องรายงานโครงการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุใน ประเทศไทย พ.ศ.2538 พบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุ การประเมินสุขภาพตนเองพบว่า ยิ่งอายุมากขึ้น สุขภาพจะลดถอยลงเพศหญิงมีภาวะสุขภาพแยกว่าเพศชาย และผู้สูงอายุในเมืองรวมกรุงเทพฯ ประเมินสุขภาพของตนเองว่าแข็งแรงมากหรือแข็งแรงในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุในชนบท ผู้สูงอายุและผู้จะเข้าสู่วัยสูงอายุในเมืองรวมกรุงเทพฯ มีร้อยละที่ประเมินสุขภาพตนเองว่าแข็งแรง กว่าคนวัยเดียวกันสูงกว่า และมีร้อยละที่ประเมินสุขภาพตนเองว่าแยกว่าคนวัยเดียวกันต่ำกว่าคน ในเขตชนบท

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า วิถีชีวิตมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้สูงอายุที่ หมายถึง ชีวิตความเป็นอยู่ การปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ หรือพฤติกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันที่จะ เป็นการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการมีวิถีชีวิตที่เสี่ยงจะส่งผลต่อโอกาสการมีปัญาสุขภาพของ ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดโรคในกลุ่ม โรคเรื้อรังดังกล่าว การมีวิถีชีวิตที่ดีจะช่วยลดความเสี่ยงจากโรค และความเจ็บป่วยรวมทั้งการนำไปสู่การมีสุขภาพดี และการมีอายุยืนของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ โดยศึกษาสุขภาพ ความสมบูรณ์แข็งแรงทางกายที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index) เป็นเครื่องชี้วัดนั้น มีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่นำมาศึกษา ได้แก่

1. ปัจจัยด้านประชากรของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของผู้สูงอายุ สภาพครอบครัวที่อาศัย

2. ปัจจัยด้านวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหารหรือบริโภคนิสัย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขนิสัย การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การประเมินสุขภาพตนเอง การมีโรคประจำตัวหรือเจ็บป่วย และความวิตกกังวล

การศึกษานี้จึงมุ่งทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรของผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านวิถีชีวิตของผู้สูงอายุกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดปัตตานี โดยนำเสนอเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย แสดงดังภาพที่ 2

Prince of Songkhla University
Pattani Campus

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย