

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ค้นคว้า แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวิจัยดังต่อไปนี้

- ส่วนที่ 1 : จังหวัดสมุทรสงคราม
- ส่วนที่ 2 : แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- ส่วนที่ 3 : พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
- ส่วนที่ 4 : ทฤษฎีการดูแลสุขภาพ
- ส่วนที่ 5 : ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- ส่วนที่ 6 : งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 : จังหวัดสมุทรสงคราม

จังหวัดสมุทรสงคราม มีพื้นที่ติดกับจังหวัด คือ ทิศตะวันออกจรดอ่าวแม่กลอง (อ่าวไทย) ทิศใต้จรดจังหวัดเพชรบุรี ทิศตะวันตกจรดจังหวัดราชบุรี ทิศเหนือจรดจังหวัดราชบุรีและสมุทรสาคร มีประชากร 206,452 คน รายได้เฉลี่ยประชากร 57,817 บาท เป็นจังหวัดที่มีศักยภาพในการผลิตสินค้าการเกษตรที่สำคัญหลายชนิด การประมงและการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและการประมง อุตสาหกรรมส่วนใหญ่เป็นอุตสาหกรรมขนาดเล็ก ที่สำคัญ ได้แก่ อุตสาหกรรมผลิตน้ำปลา อุตสาหกรรมอาหาร อุตสาหกรรมแปรรูปสัตว์น้ำ อุตสาหกรรมแปรรูปผลผลิตทางการเกษตร มี โรงงานทั้งสิ้น 270 โรงงาน ส่วนใหญ่เป็นอุตสาหกรรมน้ำปลา อาหารทะเลแปรรูป ห้องเย็นเก็บสัตว์น้ำ โรงงานผลิตน้ำกะทิสด โรงงานผลิตน้ำตาลมะพร้าว เป็นต้น

1.1 วิสัยทัศน์ของจังหวัดสมุทรสงคราม คือ "เป็นเมืองแห่งอาหารทะเลและผลไม้ปลอดภัยจากสารพิษ ศูนย์กลางการพักผ่อน การท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ทางลึกลงระดับชาติ ดินแดนแห่งประชาชนรักถิ่นกำเนิด อนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมอันดีงาม"

1.2 ยุทธศาสตร์ของจังหวัดสมุทรสงคราม กำหนดไว้ 4 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

- (1) การพัฒนาและส่งเสริมจังหวัดให้เป็นเมืองอาหารทะเล และผลไม้ปลอดภัย

(2) การพัฒนาให้จังหวัดเป็นศูนย์กลางการพักผ่อนและการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ทางลำคลอง จากสภาพที่ตั้งของจังหวัดสมุทรสงครามซึ่งห่างจากกรุงเทพฯ ไปทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ 65 กิโลเมตร ถือว่าเป็นข้อได้เปรียบของจังหวัดที่จะพัฒนาให้เป็นศูนย์กลางของการพักผ่อนและท่องเที่ยว เนื่องจากปัจจุบันมีการคมนาคมที่สะดวก โดยเฉพาะการเดินทางโดยรถยนต์ จะใช้เวลาเดินทางจากกรุงเทพฯ ไม่เกิน 1 ชั่วโมง ก็จะได้พบกับสภาพของธรรมชาติ และอากาศที่สดชื่น ประกอบกับสภาพพื้นที่หลายแห่ง ประชาชนจะสร้างที่อยู่อาศัยตามริมฝั่งคลองที่มีมากกว่า 300 คลอง อาทิ อำเภออัมพวา จะมี คลอง เช่น คลองอัมพวา คลองผีหลอก คลองประชามชื่น ฯลฯ อำเภอบางคนที จะมีคลองบางคนที คลองบางน้อย เป็นต้นดังนั้นจังหวัดสมุทรสงครามจึงมีศักยภาพเพียงพอที่จะพัฒนาให้จังหวัดที่เป็นศูนย์กลางการพักผ่อน และการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ทางลำคลองเป็นอย่างยิ่ง

(3) การปลูกจิตสำนึกให้ชาวจังหวัดสมุทรสงครามรักถิ่นกำเนิด อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรมอันดีงาม

(4) ดำรงรักษาความเป็นเมืองที่มีระบบนิเวศ 3 น้ำ จังหวัดสมุทรสงครามมีพื้นที่ติดกับชายฝั่งทะเลด้านอ่าวไทย และมีแม่น้ำแม่กลองให้ผ่าน จึงส่งผลให้พื้นที่ของจังหวัดสมุทรสงคราม มีระบบนิเวศ 3 น้ำคือ น้ำจืด น้ำกร่อย และน้ำเค็ม โดยอำเภอบางคนทีเป็นเขตน้ำจืด อำเภออัมพวาเป็นเขตน้ำกร่อย และอำเภอเมืองเป็นเขตน้ำเค็ม แต่ปัจจุบันมีการบริหารจัดการน้ำ โดยปล่อยน้ำจากเขื่อนแม่กลองและเขื่อนใหญ่ตอนบนส่งผลให้ระบบนิเวศ 3 น้ำ ของ จังหวัดสมุทรสงคราม เกิดการเปลี่ยนแปลง จึงจำเป็นต้องพยายามดำรงรักษาความเป็นเมืองที่มีระบบนิเวศ 3 น้ำ ไว้ให้คงอยู่ตลอดไป

1.3 การวิเคราะห์ด้านศักยภาพ ด้านเศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของจังหวัด สมุทรสงคราม

จังหวัดสมุทรสงครามได้ดำเนินการวิเคราะห์ด้านศักยภาพของจังหวัดสมุทรสงครามในปี 2552 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ด้านศักยภาพของจังหวัดสมุทรสงคราม

จุดแข็ง (STRENGTHS)	จุดอ่อน (WEAKNESSES)
<ol style="list-style-type: none"> 1. เป็นเมืองที่อยู่ใกล้กรุงเทพฯ ที่มีสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติที่ดีและมีวิถีชีวิตสงบเรียบง่าย 2. เป็นเมืองสุขยออาหารทะเลสด 3. เป็นเมืองผลไม้ปลอดสารพิษ 4. ล่าคลองเป็นเวนิชตะวันออกแห่งสุดท้ายของประเทศ 5. ดอนหอยหลอดแห่งเดียวที่มีชื่อเสียงของประเทศ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปัญหาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม 2. การคมนาคม(ถนน)ทั้งภายในและภายนอกไม่สะดวก 3. ขาดแคลนแรงงานในภาคประมง 4. ขาดแคลนน้ำอุปโภคบริโภคที่มีคุณภาพ
โอกาส (OPPORTUNITIES)	ข้อจำกัด/ภัยคุกคาม (THREATS)
<ol style="list-style-type: none"> 1. มีทรัพยากรธรรมชาติที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของประเทศ ครวั โลกและการท่องเที่ยว 2. โลกอนาคตมีความสนใจในสุขภาพและการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ 3. เป็นจังหวัดที่มีการพัฒนาและความเจริญสามารถกระจายอย่างทั่วถึงครอบคลุมทั้งจังหวัดเนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีขนาดเล็ก 	<ol style="list-style-type: none"> 1. แรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้จดทะเบียนควบคุมในภาคประมงและอุตสาหกรรมแปรรูปก่อปัญหาด้านความมั่นคงปลอดภัยและโรคติดต่อ 2. มีมลภาวะทางน้ำจากจังหวัดใกล้เคียง 3. การบริหารจัดการทรัพยากรน้ำของกลุ่มแม่น้ำไม่สอดคล้องกับระบบนิเวศ 3 น้ำ

ที่มา : เว็บไซต์จังหวัดสมุทรสงคราม <http://www.samutsongkhram.go.th/index1.htm>

ผลจากการวิเคราะห์ จุดอ่อน จุดแข็ง ปัญหา อุปสรรคของจังหวัดสมุทรสงครามสรุปได้ว่าเป็นจังหวัดที่มีศักยภาพสูงด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ตั้งอยู่ใกล้กรุงเทพฯ ทำให้การเดินทางไปมาที่สะดวก มีความหลากหลายด้านอาชีพ เป็นแหล่งผลิตอาหารด้านเกษตรและอาหารทะเลที่มีความอุดมสมบูรณ์และปลอดภัย ประชากรมีคุณภาพ มีวิถีชีวิตแบบดั้งเดิม สงบร่มเย็นตามสภาพธรรมชาติ “บ้านริมน้ำ” ที่ยังคงดำรงไว้ซึ่งวิถีชีวิต ขนบธรรมเนียม ประเพณีไทยอย่างสวยงาม มีแหล่งโบราณสถานทางประวัติศาสตร์ และภูมิปัญญาท้องถิ่นอันมีค่ามากมาย จากศักยภาพดังกล่าว จังหวัดสมุทรสงครามจึงได้กำหนดทิศทางการพัฒนาจังหวัด ตามลำดับดังนี้

(1) ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงอนุรักษ์ โดยเน้นสายน้ำ 366 ลำคลอง อนุรักษ์ส่งเสริม รมายาท วัฒนธรรม ประเพณี และเจ้าบ้านที่ดี

(2) ส่งเสริมอาหารทะเลและผลไม้ปลอดภัยจากสารพิษ

(2.1) ภาคเกษตร จังหวัดมีผลไม้ขึ้นชื่อ คือ ส้มโอพันธุ์ขาวปลืสุทรี หรือ ขาวใหญ่ ลิ่นจี่พันธุ์ค่อม มะพร้าว เน้นการเพาะปลูกด้วยเกษตรอินทรีย์และภูมิปัญญา ปราชญ์ชาวบ้าน

(2.2) ภาคประมง (การพัฒนาเชิงอนุรักษ์) เน้นขยายพันธุ์กุ้งก้ามกรามปล่อยใน แหล่งน้ำตามธรรมชาติ (แม่น้ำแม่กลอง)

ผลที่คาดว่าจะได้รับในปีงบประมาณ พ.ศ.2553 ของจังหวัดสมุทรสงคราม

(1) สถานที่ท่องเที่ยว วัฒนธรรม ประเพณี ได้รับการพัฒนาอนุรักษ์ฟื้นฟูเพื่อ ดึงดูดให้นักท่องเที่ยวเดินทางมาท่องเที่ยวในจังหวัด

(2) เพิ่มศักยภาพการเกษตร ด้านกระบวนการผลิต มาตรฐานการผลิต เพาะปลูก ด้วยเกษตรอินทรีย์ ภูมิปัญญาชาวบ้าน ยกย่องสินค้าเกษตรปลอดสารพิษ

(3) ปริมาณสัตว์น้ำ (กุ้งก้ามกราม) มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น ประชาชนมีรายได้ เพิ่มขึ้น จากการประกอบอาชีพด้านประมง เช่น ตกกุ้ง

1.4 การใช้ประโยชน์ที่ดิน

การใช้ประโยชน์ที่ดินในอำเภออัมพวาร้อยละ 80 เป็นพื้นที่เกษตรกรรม ที่สำคัญคือ การทำสวนมะพร้าว สวนส้มโอ และสวนลื่นจี่ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2. จำนวนครัวเรือน ที่ปลูกผลไม้ในพื้นที่ตำบลอัมพวา จ.สมุทรสงคราม

ตำบล	จำนวนครัวเรือน (ราย)			
	ปลูกส้มโอ	ปลูกลื่นจี่	ปลูกมะพร้าว	รวม
ท่าคา	8	-	665	673
แควอ้อม	262	268	63	593
บางนางลี่	183	46	343	572
รวม	453	314	1,071	1,838

ที่มา : วิสูตร สุกร และไพรัตน์ สีหัวโทน. (2553).

ส่วนที่ 2 : แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

2.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

บาร์โร และสมิธ (Barrow and Smith, 1979) ได้เสนอข้อคิดและแนวทางในการพิจารณาผู้สูงอายุจากองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้คือ

1) ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุโดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากราชการ ซึ่งในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันเช่นประเทศไทยกำหนดอายุ 60 ปีเป็นวัยเกษียณอายุ ในขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดอายุ 65 ปี เป็นต้น

2) การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดเกณฑ์สรีรวิทยาหรือทางกายภาพบุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกันอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของผู้สูงอายุจะทำงานน้อยลง ซึ่งสังเกตได้บางคนอายุ 50 ปีผิวหนังจะมีร่องรอยความเหี่ยวย่นฟันอาจจะหลุดทั้งปากผมจะหงอกขาว ในขณะที่บางคนอายุถึง 80 ปีแล้วฟันจึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น

3) การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Function) เป็นการกำหนดโดยยึดถือตามเกณฑ์ของความสามารถในการคิดสร้างสรรค์การจำการเรียนรู้และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุดกับผู้สูงอายุคือความจำเริ่มเสื่อมขาดแรงจูงใจแต่มีได้เป็นกับผู้สูงอายุทุกคน

4) ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-Concept) เป็นการกำหนดโดยยึดตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุได้มองตนเองผู้สูงอายุมักจะเกิดความรู้สึกทางด้านจิตใจและการดำเนินชีวิต ดังนั้น ในแต่ละวันจึงเปลี่ยนแปลงไปตามแนวความคิดของผู้สูงอายุนั้นๆ

5) ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึดตามความสามารถในการประกอบอาชีพจากแนวความคิดในเรื่องการเสื่อมถอยของสภาพทางร่างกายและจิตใจคนทั่วไปจึงกำหนดว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อนหยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุจึงมีความหมายถึงบุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6) ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with Stress and Illness) เป็นการกำหนดโดยยึดสภาพทางร่างกายและอวัยวะต่างๆ และยังอาจเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่นๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีกส่วนมากมักจะพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60-65 ปี

สุรกุล เจนอบรม (2541: 6-7) ได้กำหนดการเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ 4 ลักษณะดังนี้

1) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological Aging) จากจำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทิน โดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาร่วมพิจารณาด้วย

2) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological Aging หรือ Biological Aging) กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี

3) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Aging) จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง

4) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological Aging) จากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานลดลง

จากความหมายข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการให้คำจำกัดความของคำว่า วัยสูงอายุ มีแตกต่างกันไปขึ้นกับขอบเขตและความหมายที่ถูกนำมาใช้ ซึ่งมีการอธิบายตามมุมมองต่างๆ แต่มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของการกล่าวถึงลักษณะทางกายภาพของผู้ที่เข้าสู่สู่วัย ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมสภาพลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะดำเนินไปอย่างช้าๆ รวมถึงการหมดภาระจากหน้าที่การปฏิบัติงานตลอดถึงบทบาทหน้าที่ทางสังคม ซึ่งในการศึกษาค้นคว้านี้จะกำหนดความหมายของผู้สูงอายุ คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย และจิตใจไปในทางที่เสื่อมและถดถอยลง

2.2 ประเภทของผู้สูงอายุ

เนื่องจากผู้สูงอายุไม่ได้มีลักษณะเหมือนกันหมด แต่จะมีความแตกต่างกันไปตามช่วงอายุได้เสนอข้อมูลขององค์การอนามัยโลก

ยูริค และคณะ (Yuriek and others, 1980, หน้า 31) เสนอการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุ ตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็น 2 กลุ่ม คือ

- 1) กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young - Old) มีอายุ 60-74 ปี
- 2) กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (Old -Old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

2.3 การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุมีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยมีต่อการเสื่อมโทรมของร่างกายซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงอาจได้รับอิทธิพลจากด้านพันธุกรรมสิ่งแวดล้อมอาหารสุขภาพความเครียดแบบแผนการดำเนินชีวิตและปัจจัยอื่นๆ อีกมากมาย

กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2541: 37-38) ได้นำเสนอข้อมูลการเปลี่ยนแปลงวัยของผู้สูงอายุ ดังนี้

- 1) เซลล์ในร่างกายของผู้สูงอายุมีอัตราการเสื่อมโทรมมากกว่าการเจริญ และเกิดการเสื่อมโทรมทางจิตทำให้มีความรู้สึกลัวโดดเดี่ยว อ้างว้าง
- 2) ระบบหายใจเสื่อมสภาพลงเพราะอวัยวะในการหายใจเข้า-ออกลดความสามารถในการขยายตัว ปอดเสียความยืดหยุ่น ถุงลมแตกเปลี่ยนแก้สลดน้อยลง ปอดรับออกซิเจนได้น้อยลง
- 3) ระบบการไหลเวียนเลือดหัวใจ หลอดเลือด มีเนื้อเยื่ออื่นมาแทรกมากขึ้น ทำให้การสูบฉีดเลือดของหัวใจไม่แข็งแรงเหมือนเดิม มีปริมาณสูบฉีดลดลง หลอดเลือดแข็งตัว และ แรงดันเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะลดปริมาณ
- 4) สถิติปัญญาของผู้สูงอายุสติปัญญาเริ่มเสื่อมถอย เชื่องช้า ต้องใช้เวลาในการคิด วิเคราะห์ ทบทวนนานกว่าจะตัดสินใจได้ การตอบโต้ทางความคิดไม่ฉับพลันทันที แต่มีเหตุผลและประสบการณ์เป็นข้อมูลพื้นฐานในการคิดและตัดสินใจ แต่บางครั้งไม่กล้าตัดสินใจอะไร
- 5) การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ การเรียนรู้เรื่องใหม่ๆหรือเทคโนโลยีใหม่ของผู้สูงอายุเป็นไปได้ช้า ต้องใช้เวลาเรียนรู้นานกว่าที่จะรู้ ปรับเปลี่ยนความคิด และการกระทำได้ แต่การเรียนรู้ที่มีความสอดคล้องกับประสบการณ์เดิม และความรู้เดิมที่มีอยู่จะสามารถเรียนรู้ได้รวดเร็วซึ่งพฤติกรรมและธรรมชาติของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ มีดังนี้
 - (1) ถ้าไม่มีกิจกรรมอะไรทำ อยู่ว่างๆ จะรำคาญ และคิดฟุ้งซ่านหรืออาจจะบ่นพึมพำ
 - (2) บางช่วงจะหลง ๆ ลืม ๆ สายตาไม่ดี
 - (3) อ่านหนังสือที่มีขนาดอักษรตัวเล็กเกินไปไม่ได้และอ่านได้ไม่นาน
 - (4) ชอบอ่าน ฟัง ดูข่าว ความก้าวหน้าและความเป็นไปของบ้านเมืองมากกว่าบันเทิงหรือตำราวิชาการ
 - (5) มีช่วงเวลาของความสนใจยาวนาน และมีสมาธิดี ถ้ามีความตั้งใจจะทำสิ่งใด

กล่าวโดยสรุป การเปลี่ยนแปลงวัยสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมในลักษณะเสื่อมลงและหากไม่มีวิธีป้องกัน และการจัดการภาวะสุขภาพที่เหมาะสมจะส่งผลต่อการเกิดภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยของผู้สูงอายุได้การจัดการด้านสุขภาพช่วยการปรับประคับประคองกลุ่มบุคคลในวัยนี้ไว้ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี เช่น การสนับสนุนส่งเสริมกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมโดยมีกิจกรรมทำในยามว่างและก่อให้เกิดประโยชน์ต่อครอบครัวสังคมและชุมชน ซึ่งจะเป็นการนำทรัพยากรมนุษย์มาใช้ประโยชน์ได้อย่างมีคุณค่ายิ่งและทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงทาง

จิตใจเกิดความเปี่ยมสุขทางใจแต่ทั้งนี้จะต้องขึ้นอยู่กับสถานะทางเศรษฐกิจและสุขภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุนั้นๆด้วย

2.4 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ไมตรี ดิยะรัตนกุล (2536: 6 - 19) กล่าวว่าปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ขยายตัวไปอย่างกว้างขวางวงการว่าด้วยความชราภาพของมนุษย์ประกอบด้วยศาสตร์หลายสาขา จึงเกิดมีทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากมายได้ อย่างไรก็ตามสามารถสรุปทฤษฎีการสูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆดังนี้

1) ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)

มีนักวิชาชีพลายท่าน (Biogerontologists) ได้อธิบายถึงกระบวนการทางชีววิทยา สรีรวิทยา และการเปลี่ยนแปลงอย่างไร และทำไมจึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ และกล่าวไว้ว่าไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งที่สามารถอธิบายได้ชัดเจน ในแต่ละทฤษฎีแต่ละจะต้องอาศัยกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติเข้ามาศึกษาด้วยจึงสามารถจะทำให้มีความเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลงได้มากขึ้น ซึ่งมีทฤษฎีย่อยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีฮอร์โมน (Hormone Theory) ทฤษฎีคอลลาเจน (Collagen Theory) ทฤษฎีเซลล์ (Cell Theory) ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) ทฤษฎีว่าด้วยพันธุกรรม (Genetic Theory) ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมและถดถอย (Wear and Tear Theory) และทฤษฎีว่าด้วยความเครียดและการปรับตัว (Stress-Adaptation Theory)

2) ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory)

ตามทฤษฎีทางจิตวิทยาเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุเป็นการปรับเกี่ยวกับความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัสทั้งหลาย ตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุนั้นๆ อาศัยอยู่ ทฤษฎีที่สำคัญๆ ในกลุ่มนี้ ได้แก่ ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Epigenetic Theory) หรือทฤษฎี Psychosocial Development Stage ของอีริกสัน ทฤษฎีของแพค (Pack's Theory) และทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory)

ทฤษฎีทางจิตวิทยาได้เชื่อมโยงทฤษฎีทางชีววิทยาและสังคมวิทยาเข้าด้วยกัน โดยอธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นเป็นการปรับตัวและพัฒนาการของบุคลิกภาพ ซึ่งมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมนั้นไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีเดียว อย่างไรก็ตาม นักจิตวิทยายอมรับว่ากระบวนการชราสามารถอธิบายได้จากลักษณะทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละวัย ซึ่งพิจารณาได้จากปัจจัยภายในและภายนอก ดังนี้ ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ แรงจูงใจ สติปัญญา ความจำ การรับรู้ การเรียนรู้ และบุคลิกภาพ ซึ่งมีรายงานยืนยันว่าผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ได้เกือบเท่ากับคนอ่อนวัย แต่ต้องอาศัยเวลานานกว่า ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้คือความเครียด ผลจากประสาทและสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงไป ส่วนแรงจูงใจนั้นไม่จำเป็นต้องใช้มากกว่าบุคคลอื่นๆ ปัจจัยภายนอกคือการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพ ได้แก่ พันธุกรรม กับปฏิสัมพันธ์ที่ร่างกายมีต่อสังคม ได้แก่ ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และโครงสร้างสังคม

3) ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory)

เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแนวโน้มบทบาทสัมพันธภาพและการปรับตัวในสังคมของผู้สูงอายุซึ่งพยายามวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมไป และพยายามที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีแนวคิดที่น่าสนใจ ได้แก่ ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีแยกตนเองหรือทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) และทฤษฎีบทบาท (Role Theory) ทฤษฎีทางสังคมวิทยาอธิบายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ว่าผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมหรือสามารถดำรงบทบาทด้านต่างๆ ของตนเองในอดีตไว้ได้จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูงหรือเป็นผู้ที่สุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมหรือบทบาทต่างๆ ของตนในอดีตไว้ได้ ซึ่งการทำงานหลังเกษียณอายุเป็นส่วนหนึ่งของการดำรงกิจกรรมทางสังคมหรือบทบาทต่างๆ ของตนในอดีตไว้ได้ จากทฤษฎีดังกล่าวหากผู้สูงอายุได้รับรู้ถึงคุณค่าของการทำงานหลังเกษียณอายุอันเป็นการดำรงกิจกรรมทางสังคมว่ามีผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตก็จะทำให้เกิดความตั้งใจที่จะทำงานหลังเกษียณอายุต่อไปได้

โดยสรุปทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุมีมากมาย การใช้ทฤษฎีเดียวไม่สามารถนำมาอธิบายถึงพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุได้ แต่ละทฤษฎีจะกล่าวถึงความสูงอายุแตกต่างกันไป ทฤษฎีทางชีววิทยาจะอธิบายความชราโดยพิจารณาจากประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายที่ลดลง ในขณะที่ทฤษฎีทางจิตวิทยาจะมองความสูงอายุโดยพิจารณาจากความจากการเรียนรู้สติปัญญา อารมณ์ ส่วนทฤษฎีทางสังคมวิทยาพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากความสามารถในการคงบทบาทและสถานภาพทางสังคมไว้ ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่าจำเป็นต้องใช้หลายทฤษฎีมาใช้อธิบายความเสื่อมถอยของสังขารการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์จิตใจและสภาพทางสังคมของผู้สูงวัย

ส่วนที่ 3 : พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นไปในลักษณะการถดถอย และนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพได้ ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม การคงไว้ซึ่งการทำงานของร่างกายและมีภาวะสุขภาพที่ดีในบุคคลจึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตนที่เหมาะสม พฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมหนึ่งของบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อไว้คงซึ่งสุขภาพที่ดี ความสำเร็จแห่งตน และความสมบูรณ์ในชีวิตของบุคคล โดยเสนอพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ 6 ด้าน ดังนี้ (Walker, Sechrist and Pender, 1987)

1) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจต่อสุขภาพของตนเอง โดยหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง การเข้าพบผู้เชี่ยวชาญเพื่อขอรับคำแนะนำด้านสุขภาพ การสนใจค้นหาความรู้ ตลอดจนตั้งฝึกปฏิบัติในร่างกายผู้สูงอายุสามารถค้นหาความรู้ด้านสุขภาพได้หลายทาง เช่น การอ่านหนังสือต่างๆ การสังเกตการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติของร่างกาย การตรวจสุขภาพประจำปี การพูดคุยกับผู้ที่มีความรู้และมีหน้าที่เกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมของสมาคมต่างๆ การเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์นำไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

2) กิจกรรมทางกาย

เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยอาศัยการทำหน้าที่ของกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการเผาผลาญพลังงานและใช้ออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้น และเป็นการเคลื่อนไหวที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย โดยปกติแล้วเมื่ออายุมากขึ้น ความสนใจในการทำกิจกรรมทางกายจะลดลง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบไหลเวียนเลือดลดลง ทำให้มีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อทำกิจกรรมหรือความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ดังนั้นการกำหนดกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับวัยจะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมมีการกำหนดกิจกรรมทางกายไว้ ดังนี้ (Jones and Jones, 1997)

2.1 ความถี่ (Frequency) บุคคลสามารถทำกิจกรรมได้ทุกวันในแต่ละสัปดาห์ โดยแบ่งเป็นกิจกรรมที่ทำได้ทุกวัน ได้แก่ การเดิน การทำงานในสวน การเดินขึ้นบันได หรือ กิจกรรมที่ควรทำ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ การเดินเร็ว การขี่จักรยาน การว่ายน้ำ การเดินรำ การวาดรูป การเล่นกีฬา และ กิจกรรมที่ควรทำ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ การปลูกต้นไม้ การเล่นกอล์ฟ การทำกายบริหาร โยคะ ไทชิ เป็นต้น

2.2 ความหนักเบา (intensity) กิจกรรมที่ปฏิบัติควรมีความหนักอยู่ในระดับเบาหรือปานกลาง โดยพิจารณาจากการใช้พลังงานของร่างกาย หรืออัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด สำหรับผู้สูงอายุได้กำหนดความหนักเบาไว้ที่ร้อยละ 50-60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (Abrams, Beers and Berkow, 1995) ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดคำนวณได้จากเอาอายุของบุคคลนั้นๆ ลบออกจาก 220 (บรรลุ ศิริพานิช, 2540) โดยประเมินได้จากการจับชีพจรภายหลังการออกกำลังกายแล้ว 3-5 นาที หรือใช้ความรู้สึกของแต่ละบุคคลในขณะที่ออกกำลังกายว่าเป็นอย่างไร ถ้าเหนื่อยมากแสดงว่าหนักไป หรือถ้าไม่รู้สึกเหนื่อยแสดงว่าเบาไป การทำกิจกรรมต้องให้มีความเหนื่อยหรือมีความหนักเบาที่เหมาะสมจึงจะก่อประโยชน์ต่อร่างกาย

2.3 ระยะเวลา (timing) เป็นช่วงระยะเวลาของการทำกิจกรรม ระยะเวลาที่ก่อประโยชน์กับร่างกายคือประมาณ 20 นาทีเป็นอย่างน้อย

เป้าหมายของการทำกิจกรรมเพื่อรักษาสุขภาพ ป้องกันความเสี่ยงของอวัยวะในร่างกาย ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก เพิ่มความอ่อนตัวของข้อต่อ ทำให้การไหลเวียนโลหิตในร่างกายดีขึ้นในด้านจิตใจการมีกิจกรรมทางกายจะช่วยส่งเสริมความมั่นใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกซึมเศร้าและวิตกกังวลได้

3) โภชนาการ

จะเกี่ยวข้องกับความรู้ในการเลือกและการบริโภคอาหารที่จำเป็นต่อการยังชีพและสุขภาพ ภาวะโภชนาการเป็นเครื่องบ่งชี้สภาพความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของบุคคล การมีภาวะโภชนาการที่ดีมีผลทำให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง มีความต้านทานโรค ช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่เกิดจากแบบแผนชีวิตไม่ถูกต้อง เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจและโรคมะเร็ง ในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยเฉพาะระบบทางเดินอาหารทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารตามมา เช่น การเคี้ยว การกลืน การย่อย การขับถ่าย เป็นต้น ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุมักเกิดปัญหาทางโภชนาการได้ง่าย เช่น อาหารไม่ย่อย ท้องอืด การขาดสารอาหาร เป็นต้น

4) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นความรู้สึกนึกคิดที่ดิระหว่างบุคคล มีการยอมรับพฤติกรรมของบุคคลอื่น และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล และมีผลทำให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ต้องการ (ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542)

5) ความเจริญทางจิตวิญญาณ

เป็นการกระทำที่มุ่งไปที่การพัฒนาจิตโดยผ่านมาทางสิ่งที่อยู่นอกเหนือธรรมชาติ การติดต่อ และการพัฒนาสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติจะทำให้บุคคลรู้สึกถึงความสมดุลของตนเอง ในอันที่จะนำมาซึ่งความรู้สึกสงบสุขและเปิดกว้างในการคิดสร้างสรรค์ในสิ่งใหม่ๆ การติดต่อเป็น

ความรู้สึกกลมกลืนไปกับทุกสิ่งในโลก ส่วนการพัฒนาเกี่ยวข้องกับการค้นหาความหมาย เป้าหมายของชีวิต และทำงานไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณ ประเมินได้จากความเชื่อความรู้สึกเกี่ยวกับความหมายของชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัยและชีวิตหลังการตาย (Pender, 1996) จากการศึกษาที่บุคคลต้องเผชิญกับประสบการณ์สูญเสียในด้านต่างๆ มากมาย ทำให้ขาดความมั่นคงในจิตใจ บุคคลจำเป็นต้องหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเพื่อช่วยให้การเผชิญต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ การเจริญทางจิตวิญญาณนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ บุคคลที่มีการเจริญทางจิตวิญญาณจะไม่ยึดติดกับตนเอง สามารถยอมรับความเป็นตัวตนในปัจจุบันและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างกระฉับกระเฉง มีความคิดสร้างสรรค์ในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น เปิดโอกาสให้ตนได้พบกับสิ่งที่แปลกใหม่ท้าทายในชีวิต ที่จะก่อให้เกิดความสุขทางจิตใจ (จิตรา จันชนะกิจ, 2541; จีรวรรณ อินคัม, 2541)

6) การจัดการกับความเครียด

เป็นการแสดงถึงการจัดการความเครียดของบุคคล เช่น การแสดงออกที่เหมาะสม การพักผ่อน การหลับนอน การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่คลายเครียด หรือทำกิจกรรมที่ป้องกันการอ่อนล้าของร่างกาย

สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดไว้ 3 ชนิด คือ (Walker, 1997)

1. สิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังเป็นปรากฏการณ์ทั่วไปที่เกิดขึ้นยาวนานและเรื้อรังในชีวิตของบุคคล เช่น ความเจ็บป่วย ความเจ็บปวด
2. เหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่อาจเกิดขึ้นหรือไม่อาจเกิดขึ้นตามความคาดหวัง และผลที่อาจเกิดขึ้นตามมาอาจดีหรือไม่ดี เช่น การตายของกลุ่มสมรส การเกษียณอายุ การเกิดของบุคคลในครอบครัวการเข้าโรงพยาบาล เป็นต้น
3. สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวันเช่น อุบัติเหตุต่างๆ ในชีวิตประจำวัน การผัดนัด การทำเงินหาย

เมื่อความเครียดเกิดขึ้น ความพึงพอใจในชีวิตจะลดลง ก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิต และเกิดความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องได้ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร เป็นต้น ซึ่งความเครียดในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักเกิดจากปัญหาความเสื่อมของร่างกาย มีผลการวิจัยที่พบว่าสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุชาวอเมริกันมีความเครียดมากที่สุดคือ ปัญหาการนอนหลับ รองลงมาคือจำนวนเพื่อนลดลง การไม่ได้รับอนุญาตให้ต่อไปขับขีรถยนต์ ความว่าเหว เวลาในครอบครัวน้อยลง ความสามารถช่วยตนเองลดลง การพึ่งพาคนอื่น ๆ การตายของคนในครอบครัว และความเจ็บป่วยที่ต้องเข้าโรงพยาบาล (Johnson et al., 1993)

จากข้อมูลที่กล่าวมาแล้วนั้นผู้วิจัยสามารถสรุปได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้าน เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ให้บริการควรส่งเสริมให้ครบทั้ง 6 ด้าน โดยพิจารณาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กันกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ

นอกจากนี้ กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการส่งเสริมพฤติกรรมการสร้างสุขภาพดีปราศจากโรคโดยให้ทุกคนใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัวและชุมชนอย่างถูกต้องเหมาะสมจึงรณรงค์ให้ประชาชนปฏิบัติตามแนวทาง 6 อ. ได้แก่ ออกกำลังกายอาหารปลอดภัย อารมณ์แจ่มใสอนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคยาและลดละเลิกอบายมุขซึ่งมีแนวทางปฏิบัติคือ

1) ออกกำลังกายการออกกำลังกายในหนึ่งสัปดาห์ไม่น้อยกว่า 3 วันและอย่างน้อยใช้เวลา 20-30 นาที

2) อาหารปลอดภัยการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหารให้ได้สารอาหารที่มีคุณค่าเป็นประโยชน์ต่อร่างกายในแต่ละวันให้ครบ 5 หมู่รับประทานอาหารที่ปรุงสุกสะอาดปลอดภัยจากสารปนเปื้อนและการบริโภคอาหารให้ได้สัดส่วนที่เหมาะสมเพียงพอกับความต้องการในแต่ละวัยเพื่อพัฒนาการที่สมบูรณ์

3) อารมณ์แจ่มใสการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการกับอารมณ์การผ่อนคลายความเครียด

4) อนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมทั้งด้านกายภาพเศรษฐกิจสังคม ให้เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพการหลีกเลี่ยงการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงที่เป็นพาหะนำโรคการใช้วัสดุที่ย่อยสลายง่าย

5) อโรคยา หมายถึงการไม่มีโรคการปฏิบัติตนเพื่อไม่ให้ป่วยเป็นโรคต่างๆทั้งโรคติดเชื้อและโรคไร้เชื้อสามารถทำได้จากการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคเช่นเชื้อโรคต่างๆ โดยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อบางชนิดการตรวจสุขภาพประจำปีการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเป็นต้น

6) อบายมุข หมายถึงหนทางที่นำไปสู่ความเสื่อมเสียเป็นเหตุให้เกิดการสูญเสียทรัพย์สินตามหลักพระพุทธศาสนาอบายมุข 6 ประกอบด้วยการดื่มน้ำเมาการเที่ยวกลางคืนเป็นต้นรวมถึงปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและปัญหาสังคมด้วย

ส่วนที่ 4 : ทฤษฎีของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่ทุกคนริเริ่มและกระทำกิจกรรมที่จะรักษาชีวิตสุขภาพของตนเองการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จริงจัง และมีเป้าหมายและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด

กิจกรรมการดูแลตนเองรวมทั้งการจัดการหรือแก้ปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกซึ่งสังเกตเห็นได้และการปรับความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเอง การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่ม การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่ได้มีส่วนในการส่งเสริมให้ตนเองมีชีวิตรอด การดูแลตัวเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การรับประทานยา การคลายเครียดและปฏิบัติกิจกรรมประจำวันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีภาวะแทรกซ้อนของโรคต่างๆ ตามมา (วิไลลักษณ์ เตชะสุข, 2553: 36-37)

การดูแลตนเองของมนุษย์สามารถแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน โดยเริ่มจากขั้นตอนการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-Care) เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยมุ่งเน้นเกี่ยวกับการทำงานที่ผสมผสานกันในร่างกายเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีและเกิดความผาสุกขึ้นกับชีวิต จากนั้นคือขั้นตอนการดูแลตนเองเกี่ยวกับพัฒนาการต่างๆ (Development Self-Care) เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นเกี่ยวกับพัฒนาการของมนุษย์ เพื่อสร้างและรักษาสภาพการณ์ของชีวิตให้มีการเติบโตของวุฒิภาวะทั้งทางร่างกายและจิตใจให้สมบูรณ์ และขั้นตอนสุดท้ายคือการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation Self-Care) ซึ่งในขั้นตอนนี้เป็นการดูแลตัวเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยที่ทำให้ร่างกายไม่ปกติ และการเจ็บป่วยนั้นอาจเกิดผลกระทบต่ออารมณ์ จิตใจ อันเป็นสาเหตุที่ทำให้ความสามารถในการดูแลตัวเองนั้นลดลงซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาตามมา

ในการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเบี่ยงเบนทางสุขภาพไปนั้นจะช่วยให้เราควบคุมการลุกลามของโรคและความพิการต่างๆที่จะเกิดขึ้น บุคคลนั้นจึงมีการปรับพฤติกรรมให้สามารถปรับเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงและให้ดำรงอยู่ได้อย่างปกติ มีกระบวนการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเบี่ยงเบนด้านสุขภาพเป็น 6 กิจกรรม คือ การเสาะแสวงหาความช่วยเหลือและให้ความไว้วางใจต่อผู้ให้ความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งหมายถึง แพทย์ พยาบาล ผู้ให้บริการสุขภาพ เมื่อมีพยาธิสภาพเกิดขึ้น และรับรู้ถึงเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับพันธุกรรม ผลของพยาธิสภาพนั้นต่อร่างกายและจิตใจ หรือเกิดการตื่นตัวและมีความสนใจที่จะติดตามผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นหรืออาจจะเกิดขึ้น หรือ ให้ความเอาใจใส่ในด้านการวินิจฉัยโรค การรักษาและการฟื้นฟู เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความบกพร่องหรือความพิการของการทำงานของร่างกาย หรือ เกิดความมุ่งมั่นหรือตั้งใจเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรืออันตรายที่จะเกิดขึ้น หรือทำการเปลี่ยนแปลงแนวความคิดของตนเองด้านสุขภาพอนามัยและการยอมรับแบบแผนเพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไป และมีการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตควบคู่กับภาวะของโรคที่เกิดขึ้น ในด้านของการวินิจฉัยและการรักษา การ

จัดทำแบบแผนการดำเนินไปของชีวิตเสียใหม่เพื่อส่งเสริมให้มีพัฒนาการของตนเองที่ดีขึ้น (Orem: 1980, 42-46)

การดูแลตนเองในสภาวะร่างกายและจิตใจที่เป็นปกติเป็นการดูแลเพื่อสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล จัดว่าเป็นพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่มีความแข็งแรงเสมอสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะย่อยคือ (กอบกุล พันธุ์รัตนอิสระ, 2551: 17)

1 การดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมเพื่อรักษาสุขภาพให้แข็งแรงไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย ทำให้มีการดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ

2 การดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เมื่อบุคคลรู้ว่าตนเองเกิดการเจ็บป่วยจะมีองค์ประกอบอย่างน้อย 4 องค์ประกอบ ได้แก่การดูแลสุขภาพของตนเองของแต่ละบุคคล การดูแลตนเองของครอบครัว การดูแลตนเองโดยเครือข่ายทางสังคม และการดูแลตนเองสุขภาพตนเองโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน

ส่วนที่ 5 : ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ

ส่วนประกอบเพื่อใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลถูกแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังต่อไปนี้ (Rosenstock, 1974: 37)

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติตน (Readiness to Take Action) เป็นความพร้อมที่จะปฏิบัติทางด้านจิตใจของบุคคลที่จะปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ด้วยการพิจารณาและตัดสินใจได้จากการรับรู้สิ่งต่างๆของบุคคลนั้นถึงโอกาสที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคใดโรคหนึ่งขึ้น และสามารถรับรู้ได้ถึงอาการของโรคที่รุนแรงนั้นได้

2. ประเมินถึงผลประโยชน์ในการปฏิบัติให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Evaluation of the Advocated Health Behavior) เป็นขั้นตอนที่บุคคลนั้นจะทำการประเมินประโยชน์ด้วยการคำนึงถึงความสะดวก ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตน และผลของการปฏิบัติตนที่จะได้รับ ว่าการปฏิบัติที่เกิดขึ้นนั้นมีประโยชน์หรือก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคขึ้น หรือจะลดความเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นมากหรือน้อยเพียงใด ด้วยการเปรียบเทียบกับอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นต่อการที่จะปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดี เช่น อุปสรรคที่เป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น อุปสรรคทางด้านเวลาที่จะต้องเสียไปในการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดี หรืออุปสรรคทางด้านงบประมาณค่าใช้จ่ายต่างๆที่ต้องสูญเสียไปเพื่อการได้มาซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

3. สิ่งที่จะชี้้นำให้เกิดการปฏิบัติตน (Cue to Action) สิ่งที่จะชี้ให้นำให้เกิดการปฏิบัติตนเองให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่คตินั้น อาจเกิดจากการชักนำขึ้นภายในตัวของบุคคลเอง เช่น ความ

เจ็บป่วยที่เกิดขึ้น อาการของโรคที่เกิดขึ้น หรืออาจเป็นสิ่งชักนำที่เกิดขึ้นภายนอกของตัวบุคคล เช่น สื่อต่างๆรอบๆตัวบุคคลนั้น การรับรู้ข่าวสาร สิ่งแวดล้อมต่างๆที่ชักนำให้เกิดการป้องกันการเกิดโรคขึ้นกับตนเอง

ส่วนที่ 6 : งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ (1996) ที่ได้อธิบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และปัจจัยในด้านที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอันประกอบไปด้วย 1) ลักษณะของบุคลิกส่วนบุคคลและประสบการณ์ พฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาของบุคคลในอดีตจะมีผลต่อปัจจุบัน โดยประกอบไปด้วยปัจจัยด้านชีวภาพ คือ ดัชนีมวลกาย เพศ อายุ ปัจจัยด้านจิตวิทยา คือ คุณค่าของตนเอง (self esteem) แรงจูงใจของตนเอง (self motivation) การรับรู้ถึงสถานะด้านสุขภาพ (perceived health status) และปัจจัยในด้านสังคมและวัฒนธรรม คือ สถานะเศรษฐกิจและสังคม การศึกษา เชื้อชาติ และวัฒนธรรม 2) การรับรู้ถึงพฤติกรรมที่มีความจำเพาะเจาะจงและผลกระทบที่เกิดขึ้น (behavior specific cognitions and affect) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และผลกระทบของการกระทำกิจกรรม การรับรู้ถึงความสามารถของตน การสนับสนุนทางด้านสังคม ครอบครัว และการมีต้นแบบของพฤติกรรม 3) ผลของพฤติกรรม (behavior outcome) การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะทำให้บุคคลมีภาวะสุขภาพในทางที่ดี พฤติกรรมที่มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติตามแผนที่ได้วางเอาไว้ (commitment to plan of action) การปฏิบัติตนอย่างทันที่ตามความต้องการ และความพึงพอใจของบุคคล (immediate competing demands and preferences) เมื่อมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นกับบุคคล (Pender, 1996) แนวคิดนี้สามารถเป็นแนวทางที่นำไปสู่การสืบค้นอุบัติการณ์ในการเกิดโรคและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม และภาวะสุขภาพในครั้งนี้ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชน ในนักวิชาการหลายท่าน ดังเช่นผลงานวิจัยของ ศิริพงษ์ มณีสว่างและคณะ ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม ในปี 2550 โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม คณะศึกษาศาสตร์ ชั้นปีที่ 1-5 โดยใช้การสุ่มแบบโควตา จำนวน 243 คน พบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษมสูงสุดคือการพักผ่อน 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 29.2 รองลงมาคือ การสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี การบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ และการออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร้อยละ 28.0, 25.9 และ 1.69 ตามลำดับ (ศิริพงษ์ มณีสว่างและคณะ, 2550 : 5) งานวิจัยของ เบญจมาศ นาควิจิตร ในปี 2551 ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและ

ความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานครจำนวน 362 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางชีวสังคมบางตัวแปร ได้แก่ ระดับการศึกษาและรายได้ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามัธยมศึกษา ประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดำกว่าระดับประถมศึกษา และยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันซึ่งรายได้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม รายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพเอง เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพเอง ทำให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง แม้ว่ารายได้ของบุคคลไม่ใช่สิ่งเดียวที่จำเป็นที่สุดในชีวิต แต่ทุกคนยอมรับว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล (เบญจมาศ นาควิจิตร, 2551: 82)

งานวิจัยของ โดยชนเศรษฐ์ จันทรรักษ์ และคณะ ในสังกัดวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง ในปี 2553 โดยใช้กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง จำนวน 280 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 45.0 เป็นโรคความดันโลหิตสูง มากที่สุด ร้อยละ 31.8 ในด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านการดูแลสุขภาพตนเองทั่วไป มีการดูแลผิวหนังให้มีความชุ่มชื้น โดยการอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ร้อยละ 97.5 การสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ร้อยละ 91.4 การแปรงฟันหรือทำความสะอาดเหงือก วันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 82.1 การตัดเล็บมือและเท้าให้สั้นอยู่เสมอ ร้อยละ 80.4 การล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร ร้อยละ 80.4 การสวมใส่เสื้อผ้าที่แห้ง สะอาด สวมใส่สบายและเนื้อผ้านุ่ม ร้อยละ 91.1 ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการปฏิบัติทางโภชนาการ มีการปฏิบัติตนดีเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ ร้อยละ 92.5 การรับประทานอาหารที่หลากหลายและครบ 5 หมู่ ร้อยละ 75.1 การรับประทานผักและผลไม้ ร้อยละ 75.4 การใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 91.8 การดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ร้อยละ 76.8 การดื่มเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ เช่น นม ร้อยละ 48.2 การชั่งน้ำหนักตัวเดือนละ 1 ครั้ง ร้อยละ 27.9 และมีการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทาน

อาหาร เช่น การรับประทานเนื้อสัตว์ที่ติดมัน ร้อยละ 10.0 การรับประทานอาหารรสจัด เช่น เค็มจัด เปรี้ยวจัด ร้อยละ 9.3 การรับประทานอาหารที่ปรุงจากน้ำมันที่ได้จากพืช เช่น น้ำมันมะพร้าว ร้อยละ 11.4 การรับประทานผักและผลไม้ดอง ร้อยละ 6.8 การดื่มชา กาแฟ ก่อนนอน ร้อยละ 4.3 ด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติในการขับถ่าย มีการถ่ายอุจจาระทุกวัน ร้อยละ 86.8 การถ่ายอุจจาระเป็นเวลา ร้อยละ 67.5 การถ่ายอุจจาระในส้วมที่สะอาด ถูกสุขลักษณะ พื้นไม่ลื่น และมีน้ำขัง ร้อยละ 96.1 การรับประทาน ผักผลไม้และดื่มน้ำให้มากขึ้นกว่าเดิมเมื่อท้องผูก ร้อยละ 50.7 การต้องกลั้นปัสสาวะเป็นเวลาสั้น ๆ เช่น ต้องรอเข้าห้องน้ำ ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ ร้อยละ 10.4 และมีการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการขับถ่ายเมื่อท้องผูก คือการรับประทานยาถ่ายหรือยาระบาย ร้อยละ 10.7 มีการกลั้นปัสสาวะ ร้อยละ 3.2 ด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการออกกำลังกาย มีการออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ครั้งละอย่างน้อย 20 นาที ร้อยละ 50.7 ออกกำลังกายในที่ๆ มีอากาศถ่ายเทสะดวก ร้อยละ 64.6 การเลือกออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ร้อยละ 69.3 การนั่งพักหลังออกกำลังกายเสร็จใหม่ๆ เพื่อให้ร่างกายได้ปรับตัวเป็นปกติก่อนทำกิจกรรมอื่น ร้อยละ 71.4 ด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการนอนหลับพักผ่อน มีการนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ร้อยละ 76.1 การนอนในห้องที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ร้อยละ 91.4 การสวมหมอนหนุนสมาธิ ทำจิตใจให้สงบก่อนเข้านอน ร้อยละ 33.9 การดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ ก่อนนอน เช่นนมอุ่นๆ น้ำขิง น้ำอุ่น ร้อยละ 18.2 มีความรู้สึกสดชื่นและผ่อนคลายเมื่อดำเนินนอน ร้อยละ 71.8 และมีการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการนอนหลับพักผ่อน คือ มีอาการนอนไม่หลับ ผื่นรำย ร้อยละ 2.9 มีการรับประทานยานอนหลับก่อนนอน ร้อยละ 3.2 ด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการจัดความเครียด มีการปฏิบัติตนดี เกี่ยวกับการพยายามค้นหาสาเหตุของปัญหา หรือความไม่สบายใจเมื่อเกิดความเครียด ร้อยละ 21.4 การพูดคุยระบายกับบุคคลใกล้ชิดเมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ร้อยละ 42.9 การนั่งสมาธิ ละหมาด ทำจิตใจให้สงบเมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจ ร้อยละ 37.5 การพยายามอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สงบเพื่อผ่อนคลายความเครียด ร้อยละ 38.2 และมีการปฏิบัติตนที่ไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการเก็บตัวไม่พูดคุยกับใคร เมื่อเกิดความรู้สึกเครียด ร้อยละ 3.9 ด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อม มีการปฏิบัติตนดี เกี่ยวกับการจัดสิ่งของเครื่องใช้เป็นระเบียบ ร้อยละ 76.1 การทำความสะอาดที่พักอาศัยอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 85.0 และมีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม คือ มีฝุ่นควัน และเสียงดัง ร้อยละ 18.9 ด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการใช้ระบบบริการสาธารณสุข มีการปฏิบัติตนดีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม คำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 82.1 การไปพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ร้อยละ 50.7 และมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการซื้อยามารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 9.6 (ชนสวรรค์ จันทรรักษ์และคณะ, 2553: 86-88)

งานวิจัยของ สุขเกษม ร่วมสุข ในปี 2553 ทำการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจังหวัดอำนาจเจริญ โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 400 คนได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย แบบจับฉลาก ผลการศึกษาพบว่า ได้รับการดูแลจากครอบครัว เมื่อเจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมา คือ บุคคลในครอบครัวและญาติ พี่น้องคอยช่วยเหลือเมื่อท่านเจ็บป่วย และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เพื่อนช่วยเหลือท่านได้เมื่อท่านมีปัญหาด้านการเงิน ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การพัฒนาการการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีผลการวิเคราะห์ คือมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร ภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก 2 ข้อ อยู่ในระดับดี 6 ข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ ใน 1 วัน รองลงมาคือ ท่านรับประทานอาหารตรงเวลา และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน เช่นเนื้อสัตว์ที่ติดมัน หรือ เนย กะทิ ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุด้านการพักผ่อน มีการพักผ่อนภาพรวมอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ด้านการพักผ่อนของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 1 ข้อ อยู่ในระดับดี 4 ข้อ ที่เหลืออีก 3 ข้อ มีการพักผ่อนของ

ผู้สูงอายุอยู่ในระดับไม่ดี ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ท่านนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง รองลงมาเมื่อมีเวลาว่าง ท่านเข้าวัด ฟังธรรม และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือใช้เวลาในการพักผ่อนด้วยการร้องเพลงหรือเล่นดนตรี (สุขเกษม ร่วมสุข, 2553: 109-114)

งานวิจัยของ จิราภรณ์ ใจสบาย ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร จำนวน 242 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยด้วยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองตนเองโดยรวมและพฤติกรรมดูแลตนเองรายด้าน อยู่ในระดับดี มีคุณภาพชีวิตโดยรวม และคุณภาพชีวิตรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยที่เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยเช่นกัน ส่วนเพศชายและเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน

และพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางกอกน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (จิราภรณ์ ใจสบาย, 2553: บทคัดย่อ)

งานวิจัยของ เบญจพร สว่างศรี ที่ทำการศึกษาระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี และเปรียบเทียบระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามสถานภาพส่วนบุคคล กับผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 382 คน โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ อาชีพ การศึกษา และตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ คือค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ 60-65 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว มีระดับการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูงสุด ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสดมีระดับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าสถานภาพสมรสระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยภาพรวม ทั้งด้านการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (เบญจพร สว่างศรี, 2556: บทคัดย่อ)

งานวิจัยของ วัชพลประสิทธิ์ก้อนแก้ว ในปี 2557 เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลต.บลคลองตำหรุ อำเภอเมืองชลบุรี ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลตำบล คลองตำหรุอำเภอเมืองชลบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดแต่ละด้าน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการรับประทานอาหาร การปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพเป็นรายข้อ มีการ ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการออกกำลังกายการปฏิบัติ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพเป็นรายข้อ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ ในระดับปานกลางทุกข้อ ยกเว้นการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งครั้งละ 20-30 นาที หรือมากกว่านั้น ยังมีระดับการปฏิบัติที่ต่ำ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุด้านการปฏิบัติตนใน ภาวะเจ็บป่วย มีการปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพเป็นรายข้อ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ทุกข้อยกเว้นการรับประทานยาสมุนไพรแทนยาแผน ปัจจุบัน ยังมีระดับการปฏิบัติที่ต่ำ พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุด้านการจัดการความเครียด มีการ ปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์เป็นรายข้อ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับ ปานกลางทุกข้อยกเว้นเมื่อมีความเครียดยังคงหงุดหงิด หรือหมกมุ่นกับปัญหา หมกมุ่นกับปัญหาที่เกิดขึ้นยังมีระดับการปฏิบัติที่ต่ำ (วัชพล ประสิทธิ์ก้อนแก้ว, 2557: 97)

การศึกษาของภรณ์ ดั่งสุรัตน์ และ วิมลฤดี พงษ์หิรัญญ์ ในปี 2558 เรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมืองจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการวิจัย พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อ พิจารณารายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 4 ข้อ ได้แก่ ท่านหลีกเลี่ยงการใส่ยาเสพติดเช่น ยาบ้า กัญชา ท่านดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 6 แก้วต่อวัน ท่านขับถ่ายอุจจาระเป็นประจำและหลีกเลี่ยงการ กลั้นปัสสาวะและอยู่ในระดับมาก 7 ข้อ ได้แก่ ท่านหลีกเลี่ยงการใช้นานอนหลับ ท่านหลีกเลี่ยง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด ท่านนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมงต่อวัน ท่านเข้า ร่วมกิจกรรมของชุมชนเป็นประจำ ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ขาหมูแกงกะทิของทอด ท่านหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และท่านคลายความเครียดด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ ส่วนด้านการ ป้องกันโรค ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด 2 ข้อ ได้แก่ ท่านอาบน้ำและแปรงฟันทุกวัน ท่านใส่เสื้อผ้าที่ทำความสะอาดแล้วทุกครั้ง และอยู่ในระดับมาก 3 ข้อ ได้แก่ ท่านทำความสะอาดห้องน้ำเสมอท่านไปพบ แพทย์เพื่อตรวจร่างกายตามนัดทุกครั้งท่านรับประทานอาหารที่ปรุงสุกทุกครั้ง (ภรณ์ดั่งสุรัตน์ และ วิมลฤดีพงษ์หิรัญญ์ , 2558: 65)

งานวิจัยของ ธนายศ ธนชิตี และ กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ ในปี 2558 ทำการศึกษาเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้กับชมรมผู้สูงอายุ ณ ห้องประชุมเอนกประสงค์ เทศบาลตำบลบางเตย อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 ถึงมกราคม 2556 จำนวน 4 ครั้ง มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1 เดือนตุลาคม 2555 ได้เชิญผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขชุมชน มาให้ความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาพตามกรอบ 6 อ. ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคยา และ อบายมุข ในเดือนนี้คณะผู้วิจัยได้มอบเครื่องตรวจความดัน จำนวน 2 เครื่อง และเครื่องตรวจน้ำตาล จำนวน 2 เครื่อง ให้กับชมรมผู้สูงอายุ สำหรับใช้ในการตรวจ สุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 2 เดือนพฤศจิกายน 2555 ได้เชิญผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์ การกีฬาจากคณะวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล มาให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ด้วย ยางยืดพิชิตโรค ในเดือนนี้ คณะผู้วิจัยได้มอบยางยืดพิชิตโรคพร้อมคู่มือการออกกำลังกายด้วยยางยืดพิชิตโรค จำนวน 150 ชุด แก่ชมรมผู้สูงอายุ สำหรับให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเืมไปใช้ในการออกกำลังกายที่บ้าน ของตนเอง กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 3 เดือนธันวาคม 2555 ได้เชิญผู้เชี่ยวชาญด้าน

การดูแลสุขภาพตนเองโดยการใช้บัญชีสุขภาพและการดูแลสุขภาพโดยชุมชน มาให้ความรู้เกี่ยวกับการทำบันทึกสุขภาพ การจัดการอารมณ์ และการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ในเดือนนี้ คณะผู้วิจัยได้แจกแบบบันทึกสุขภาพ และคู่มือป้องกันโรคต่างๆ ในผู้สูงอายุ พร้อมปฏิทินปี 2556 จำนวน 150 ชุด แก่ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ไปใช้ในการบันทึกสุขภาพของตนเองและใช้เป็นคู่มือในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคในผู้สูงอายุ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 4 เดือนมกราคม 2556 คณะผู้วิจัยเป็นวิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับ การจัดการอารมณ์ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือเกี่ยวกับธรรมะและสมุนไพรเพื่อการป้องกันและรักษา โรค แจกให้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 150 เล่ม เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาอารมณ์ และเสริมสร้าง สุขภาพจากการบริโภคสมุนไพรพื้นบ้าน ผลการวิจัยพบว่า การวิเคราะห์แนวโน้มภาวะเจ็บป่วยเมื่อครบรอบหนึ่งปีหลังการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ระดับภาวะเจ็บป่วยในช่วงเดือนดังกล่าว พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนมากมี ระดับภาวะเจ็บป่วยทุกเดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม 2556 ถึง กรกฎาคม 2556 อยู่ในระดับเจ็บป่วยบ้าง และหายเอง เรียงลำดับจากมากถึงน้อย คือ เดือนเมษายน 2556 ($M = 2.28, SD = 0.79$) รองมาคือ เดือนมีนาคม ($M = 2.27, SD = 0.78$) เดือนมกราคม ($M = 2.27, SD = 0.73$) และลำดับสุดท้าย คือ เดือนกรกฎาคม 2556 ($M = 2.14, SD = 0.89$) ผลการวิเคราะห์แนวโน้มภาวะเจ็บป่วยเมื่อครบรอบหนึ่งปี (เดือนมกราคม 2557) หลังการจัด กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์แนวโน้มของอนุกรมเวลาด้วยวิธีวิเคราะห์แบบกำลังสองน้อยที่สุด (Least square method) เพื่อหาค่าแนวโน้มภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ณ เดือนมกราคม 2557 หลังการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นเวลา 1 ปี โดยใช้สถิติภาวะความเจ็บป่วย เดือนมกราคม 2556 ถึงเดือนกรกฎาคม 2556 เป็นฐานการวิเคราะห์ พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มภาวะเจ็บป่วยลดลง อย่างต่อเนื่อง โดยในเดือนมกราคม 2557 มีค่าเฉลี่ยภาวะความเจ็บป่วยประมาณการ อยู่ที่ 2.07 ซึ่งมีภาวะ เจ็บป่วยบ้างและหายเอง (ชานยุส ธนธิตี และ กนิษฐา จำรัฐสวัสดิ์, 2558: 66)

งานวิจัยของ เสาวนีย์ สิงหา และคณะ ในปี 2558 ศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในเขตเทศบาล ตำบลแพรงษา อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างด้วยการคัดเลือกแบบเฉพาะ เจาะจง (purposive sampling) ที่เป็นผู้สูงอายุ ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมที่รับการรักษาที่โรงพยาบาล สมุทรปราการ เป็นผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมจำนวน 126 ราย พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยในครอบครัวขยาย และดูแลตนเองมากที่สุด รองลงมา ดูแลโดยลูก ญาติ และหลาน ตามลำดับ ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวให้พึ่งตนเองในระดับปานกลาง ส่วนใหญ่มีบุตร 3-4 คน โดยเฉลี่ยมีบุตรจำนวน 3.05 คน ส่วนใหญ่ยอมรับการช่วยเหลือจาก บุคคลอื่นในการทำกิจกรรมประจำวันเกี่ยวกับการ พยายามนั่ง เดิน ไปตลาด อาบน้ำ/ใช้ห้องสุขา การขึ้น/ลงบันได ลุกขึ้นจากที่นั่ง และการสวมใส่ เสื้อผ้า

มีการปรับสภาพที่อยู่อาศัย ไม่ว่าจะภายใน บ้านหรือภายนอกบ้าน รวมถึงอุปกรณ์ของ เครื่องใช้ให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุ มีสถานะเป็นสมาชิกในครอบครัว (เสาวนีย์ สิงหา และคณะ, 2558: 123)

งานวิจัยของ มนทิญา กงลา ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขต รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าไฮและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าไฮ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปอาศัย อยู่ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าไฮ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 649 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 116 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเขต รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าไฮมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปาน กลาง และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงสถานบริการในการส่งเสริม สุขภาพและด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับคำแนะนำ สนับสนุนจากบุคคลและด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนปัจจัยนำด้านอายุและด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพนั้นไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ (มนทิญา กงลา, 2558: บทคัดย่อ)

งานวิจัยของ พิมพิสุทธิ์ บัวแก้วและ รติพร ถึงฝั่ง ในปี 2559 ทำการศึกษาเรื่องการดูแล สุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า ระดับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า การ ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อยู่ในระดับ ปานกลาง ผู้สูงอายุเกินครึ่งจะเข้ารับการตรวจสุขภาพ คิด เป็นร้อยละ 58.3 ผู้สูงอายุรับประทานผักสดและผลไม้สด ดื่มน้ำอย่าง น้อยวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า และออกกำลังกายเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 59.6 ร้อยละ 52.0 และร้อยละ 38.9 ตามลำดับ และ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่คิด เป็นร้อยละ 87.1 และร้อยละ 88.7 ตามลำดับ การเข้า ร่วม กิจกรรมของหมู่บ้าน เช่น วันสงกรานต์ วันผู้สูงอายุ ส่วน ใหญ่ผู้สูงอายุจะเข้าร่วมกิจกรรมของ หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 72.4 ความถี่ของการที่ผู้สูงอายุเข้า วัด โบสถ์ หรือมัสยิด พบว่า ในช่วง 1 ปีที่ ผ่านมา ผู้สูงอายุจะไปวัด โบสถ์ หรือ มัสยิดมากกว่า 12 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 48.3 รองลงมา คือ จำนวน 4 – 6 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 16.7 จำนวน 7-11 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 14.9 จำนวน 1-3 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 11.8 และไม่ไปเลย คิดเป็นร้อยละ 8.2 การ เป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมของ ผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุเกิน ครึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 54.0 รองลงมา คือ เป็นสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 36.4 กลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ คิดเป็นร้อยละ 18.0 กลุ่ม

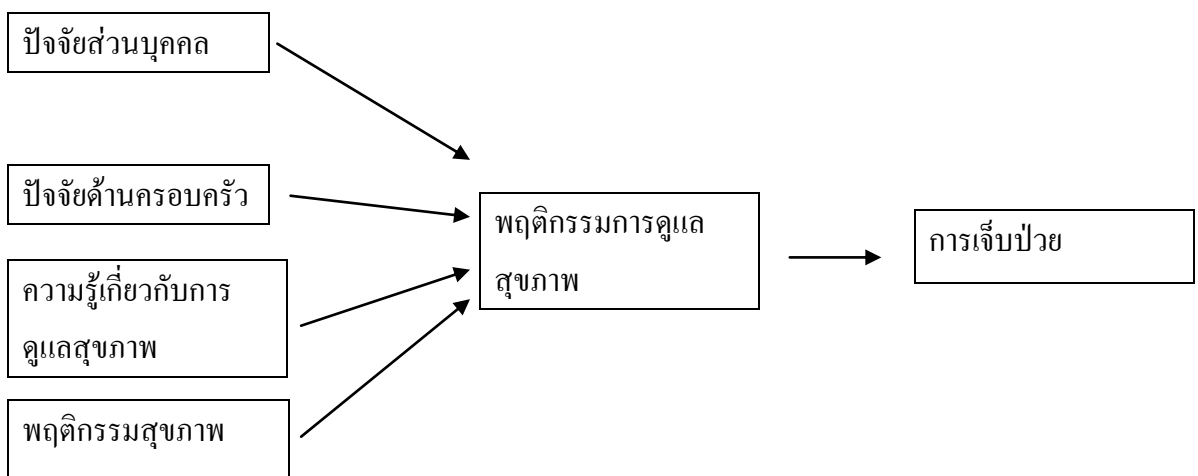
แม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 6.8 กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน คิดเป็น ร้อยละ 5.4 และกลุ่มอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 4.6 การทำ กิจกรรมของกลุ่มหรือชมรมของผู้สูงอายุ จะทำกิจกรรมกับ กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 33.5 รองลงมา คือ กลุ่มผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 30.2 กลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ คิดเป็นร้อยละ 11.9 กลุ่มแม่บ้าน คิดเป็น ร้อยละ 5.2 กลุ่มอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 3.5 และกลุ่มลูกเสือชาวบ้าน คิดเป็นร้อยละ 3.4 (พิมพิสุทธิ์ บัวแก้วและ รติพร ถึงฝั่ง, 2559: 101)

งานวิจัยของ เบญจพร สว่างศรี และ เสริมศิริ แต่งงาม ในปี 2556 ทำการวิจัยเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผู้สูงอายุ รับประทานอาหารเช้าครบทั้ง 3 มื้อ มีการพักผ่อน 6-8 ชั่วโมงหลีกเลี่ยงภาวะการกลืนปีศาจ อยู่ในระดับมาก พบว่า ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้เป็นอย่างดี มีการพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว ด้านการหลีกเลี่ยงสารเสพติด ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอขณะเจ็บป่วยและไม่นิยมซื้อยามารับประทานเองยามเจ็บป่วย (เบญจพร สว่างศรี และ เสริมศิริ แต่งงาม, 2559: 134)

จากการสำรวจข้างต้นพบ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม ของประชาชน ในหลายจังหวัด มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จากบทบรรยายในหัวข้อทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องข้างต้น สามารถชี้ให้เห็นความสำคัญของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่เป็น “พฤติกรรม” การมุ่งเน้นสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมและเป็นการกำหนดแนวทางในการ ให้ความรู้เรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างถูกต้องแก่เกษตรกร สูงอายุให้แก้ไขปัญหา พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม เป็นการเสริมสร้างการมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งเป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพที่ดี อันจะก่อให้เกิดประโยชน์โดยตรงต่อประชาชน อีกทั้งยังสามารถนำความรู้ที่ได้ไปเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพให้แก่ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติสืบไป

กรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารแนวคิด ทฤษฎี หลักการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลพฤติกรรมความสุขของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



แผนภาพที่ 3.1
กรอบแนวความคิดของโครงการวิจัย