

การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพัฒนาสังคม)
คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

2559

การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

พิมพ์สิทธิ์ บัวแก้ว

คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม

อาจารย์..........อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ดร.รติพร ถึงฝั่ง)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพัฒนาสังคม)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์..........ประธานกรรมการ
(ดร.อาแว มะแสด)

รองศาสตราจารย์..........กรรมการ
(ดร.ดารณี คำแหง)

อาจารย์..........กรรมการ
(ดร.รติพร ถึงฝั่ง)

รองศาสตราจารย์..........คณบดี
(ดร.พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต)

สิงหาคม 2559

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณ ดร.รติพร ถึงฝั่ง อาจารย์ที่
ปรึกษาวิทยานิพนธ์เป็นอย่างยิ่งที่เสียสละเวลาให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำและตรวจสอบ
ข้อบกพร่องต่างๆ

ขอขอบพระคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่เอื้อเฟื้อข้อมูลในการวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้และ
ท้ายที่สุดขอขอบพระคุณ คุณแม่ นางทรัพย์ศิริ บัวแก้ว ที่คอยเป็นกำลังใจและสนับสนุนในทุก ๆ เรื่อง

พิมพ์สุทธิ บัวแก้ว

สิงหาคม 2559

บทคัดย่อ

ชื่อวิทยานิพนธ์	การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย
ชื่อผู้เขียน	นางสาวพิมพ์พิสุทธิ บัวแก้ว
ชื่อปริญญา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพัฒนาสังคม)
ปีการศึกษา	2559

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและความสามารถในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ด้วยตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ประจำปี พ.ศ. 2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 16,058 คน ผลการศึกษพบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทยร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้ดีกว่าตัวแปรอิสระเพียงด้านใดด้านหนึ่ง ตัวแปรที่สำคัญที่สุด คือ รายได้ โดยพบว่ารายได้ของผู้สูงอายุไทยมีรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป สามารถทำนายภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทยได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .172 รองลงมาคือการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .156 การศึกษานี้เสนอแนะว่าภาครัฐควรที่จะคงไว้ซึ่งนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและปรับปรุงช่องทางการเข้าถึงสิทธิดังกล่าวให้ครอบคลุมและทั่วถึง รวมทั้งส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ครอบครัวเข้ามีส่วนร่วม

ABSTRACT

Title of Thesis	Health Care and Health Status of Thai Aging
Author	Miss Phimphisut Boukeaw
Degree	Master of Arts (Social Development Administration)
Year	2016

This research aims to study health status of Thai aging and to investigate the predictive ability of demographic characteristics, social support and health care for their health by using a secondary data of Thai aging Survey in 2011 from the National Statistics Office with 16,058 samples. The study found that health status of Thai aging was moderate. The combination of demographic characteristics, social support and health care could better predict their health status rather than only a single independent variable. It was also found that the important variable was income. Thai aging who have earned an average annual income of 50,000 baht were the group that can forecast the health status the most ($\beta = 0.172$), followed by the health care ($\beta = 0.156$). This study suggests that the government should maintain the welfare policy for Thai aging especially subsistence allowance and improve channels to access the rights thoroughly, as well as to promote health care behavior of the Thai aging with an emphasis on family participation.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
ABSTRACT	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(5)
สารบัญ	(6)
สารบัญตาราง	(8)
สารบัญภาพ	(9)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ	1
1.2 วัตถุประสงค์	2
1.3 ขอบเขตของการวิจัย	3
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง	4
2.1 ภาวะสุขภาพ	5
2.2 การดูแลสุขภาพ	23
2.3 การสนับสนุนทางสังคม	32
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	40
2.5 กรอบแนวคิดการศึกษา	46
บทที่ 3 วิธีดำเนินงานวิจัย	48
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	48
3.2 สมมติฐานการวิจัย	48
3.3 การวัดผลตัวแปรที่ศึกษา	49
3.4 การแปลผลตัวแปรที่ศึกษา	50
3.5 การประมวลผลข้อมูล	51

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	51
บทที่ 4 ผลการศึกษา	52
4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล	53
4.2 ระดับการสนับสนุนทางสังคมการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	54
4.3 การสนับสนุนทางสังคม	56
4.4 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	58
4.5 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	61
4.6 ผลการทดสอบสมมติฐาน	65
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	67
5.1 สรุปผลการศึกษา	68
5.2 การอภิปรายผล	71
5.3 ข้อเสนอแนะ	75
บรรณานุกรม	77
ภาคผนวก	86
ภาคผนวก ก ผลการตรวจสอบความเป็น Normality ของตัวแปร	87
ภาคผนวก ข การตรวจสอบ Multicollinearity	88
ภาคผนวก ค ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้านความคลาดเคลื่อนของข้อมูล	89
ประวัติผู้เขียน	90

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
4.1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล	53
4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับการสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	55
4.3 ร้อยละของแหล่งที่ให้การสนับสนุนด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุไทย	56
4.4 ร้อยละของการสนับสนุนทางสังคมด้านอาหารและด้านเสื้อผ้าสิ่งของที่ได้รับจากบุตรนอกครัวเรือน	57
4.5 ร้อยละของการสนับสนุนทางสังคมด้านการติดต่อสื่อสารทั้งที่ผู้สูงอายุติดต่อไปและบุตรติดต่อมา	57
4.6 ร้อยละการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวของผู้สูงอายุไทย	58
4.7 ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	59
4.8 ร้อยละการเข้าร่วมทำกิจกรรมภายนอกครอบครัวของผู้สูงอายุไทย	60
4.9 ร้อยละการเป็นสมาชิกและร่วมทำกิจกรรมของผู้สูงอายุไทย	60
4.10 ร้อยละสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	61
4.11 ร้อยละความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองของผู้สูงอายุไทย	63
4.12 ระดับความสุขของผู้สูงอายุไทย	64
4.13 ร้อยละของความรู้สึของผู้สูงอายุไทย	64
4.14 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ	65

สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

2.1 กรอบแนวคิดการศึกษา

47

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

ในช่วงเวลาที่ผ่านมาจำนวนประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข (United Nations Population Funds, 2012: 3-4) สำหรับข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ.2553 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 8.4 ล้านคน และคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ.2563 และ พ.ศ.2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 12.2 ล้านคนและ 17.7 ล้านคนตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555: 12-14) และเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรวัยเด็ก (อายุ 0-14ปี) และวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) พบว่าประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อันเนื่องมาจากอัตราการเกิดของทารกและการเสียชีวิตของผู้สูงอายุลดลงอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554: 7) และเมื่อจำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยพบว่าประชากรผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีจำนวน 3.3 ล้านคน และจะเพิ่มจำนวนเป็น 11.6 ล้านคน ภายในปี พ.ศ. 2583 ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่เขตเมือง มีความสะดวกสบายทั้งในด้านการแพทย์และการสาธารณสุข หรือการขอรับสวัสดิการต่างๆ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553: 18-19) และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2556: 3) ในปี พ.ศ.2555 ที่ผ่านมามีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 12.7 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ จึงทำให้ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุพบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มมากขึ้น ร่างกายจะเสื่อมถอยและอ่อนแอลง จิตใจมีการแปรปรวน (นภาพรณ หะวานนท์ และธีรวัลย์ วรรณโนทัย, 2552: 10-11; ประนอม โอทกานนท์, 2554: 11-24) ในด้านสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุไทยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น เช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิต ไตวาย โรคดังกล่าวสามารถนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นภาวะที่บั่นทอนสุขภาพ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2554: 25) สิ่งที่คุณสูงอายุต้องการมากที่สุด

ในช่วงบั้นปลายชีวิต คือ ความสุข อันเกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดี 3 องค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่ การมีสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (ลัดดา ดำริการเลิศ, 2555: 14-15) โดยการมีสุขภาพที่ดีย่อมเกิดจากการที่บุคคลทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ในทางกลับกันการที่บุคคลมีสุขภาพไม่ดีย่อมเกิดจากการมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ไม่ดี หรือไม่เหมาะสม (Pender, 1996: 98) และนอกจากการที่ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพของตนเองแล้วยังสามารถรับการดูแลจากบุคคลอื่นได้ด้วย หรือที่เรียกว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการกระทำที่ส่งผลในทางบวกมากกว่าทางลบ ซึ่งมีผลให้สุขภาพและความเป็นอยู่ของบุคคลดีขึ้น (Cohen and Syme, 1985: 3-4) ดังนั้นสถาบันครอบครัวจึงเป็นสถาบันหลักในการทำหน้าที่สนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และสังคมแก่ผู้สูงอายุ (เล็ก สมบัติ, 2549: 12-15)

ด้วยสถานการณ์ดังกล่าว ภาครัฐจึงนำข้อมูลการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ มากำหนดแผนและนโยบาย เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ที่มีวิสัยทัศน์ว่า “ประชากรไทยทุกคนเกิดมามีคุณภาพ ได้รับการพัฒนาทุกช่วงวัย ให้สามารถเป็นพลังในการขับเคลื่อนการเจริญเติบโตของประเทศ มีหลักประกันที่มั่นคง มีการจัดสวัสดิการอย่างยั่งยืน โดยครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม” (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2556: บทสรุปผู้บริหาร) เช่นนี้สุขภาพจึงเป็นสิ่งบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่ดีนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยและหลายเงื่อนไข ดังนั้นในงานวิจัยนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาภาวะสุขภาพและปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย
- 2) เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ด้วยตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

- 1) ด้านเนื้อหา ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยและผลของคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย
- 2) ด้านประชากร ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเสนอตามหัวข้อดังนี้

2.1 ภาวะสุขภาพ

2.1.1 ความหมายของสุขภาพ

2.1.2 กระบวนการค้นหาสุขภาพ

2.1.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพ

2.1.4 มิติสุขภาพ

2.1.5 การรับรู้สุขภาพ

2.1.6 สุขภาพของผู้สูงอายุ

2.2 การดูแลสุขภาพ

2.2.1 ความหมายของการดูแลสุขภาพ

2.2.2 แนวคิดการดูแลสุขภาพ

2.2.3 ทฤษฎีการดูแลสุขภาพของโอเร็ม

2.2.4 ตัวชี้วัดการดูแลสุขภาพ

2.2.5 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.3 การสนับสนุนทางสังคม

2.3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

2.3.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

2.3.3 การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.5 กรอบแนวคิดการศึกษา

2.1 ภาวะสุขภาพ

2.1.1 ความหมายของสุขภาพ

World Health Organization (WHO, 2014b) ได้ให้คำนิยามคำว่าสุขภาพไว้ดังนี้

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”

ประเวศ วะสี (2543: 3) กล่าวว่าคำนิยามดังกล่าวนี้ คือ “สุขภาพ เป็น สุขภาวะที่สมบูรณ์ของร่างกาย ทางจิต ทางสังคมและจิตวิญญาณ”

Orem (1991: 51-52) สุขภาพ หมายถึง สภาพร่างกายที่สมบูรณ์และทำงานสอดคล้องกัน อีกทั้งความสมบูรณ์นั้นรวมถึง จิตใจและจิตวิญญาณ นอกเหนือจากการปราศจากโรคภัยและความเจ็บป่วย ต่อมา Orem (2001: 74) ได้เพิ่มความหมายของคำว่าสุขภาพนั้นยังรวมถึง ความสมบูรณ์ทางด้านสังคมและการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง

Pender (2011: 22) สุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกถึงการตระหนักในศักยภาพที่จะบรรลุเป้าหมายในเรื่องความสามารถในการดูแลตนเอง และการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ในขณะเดียวกันสามารถปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของร่างกายให้สอดคล้องกับสังคมและสิ่งแวดล้อม

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2545: 75) สุขภาพ คือ ภาวะแห่งความสุขในความปกติของร่างกาย จิตใจ ตั้งแต่เกิด ในขณะใช้ชีวิตและสิ้นชีวิต ทั้งในฐานะของปัจเจกบุคคลและในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

เทพิน พัทธานรักษ์ (2546: 37-41) ได้แบ่งความหมายของสุขภาพ ออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 สุขภาพดีคือการไม่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นความเข้าใจตามจิตสำนึกของบุคคลทั่วไปตามคำกล่าวที่ว่า “อโรคยา ปรมา ลาภา ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่อยู่ภายใต้ทฤษฎีการแพทย์แบบชีวภาพ (Bio - Medicine) ที่เกี่ยวข้องกับการเยียวยารักษา โดยพึ่งพาการแพทย์แผนใหม่ที่ศึกษาอบรมมาจากระบบการแพทย์ที่เป็นวิทยาศาสตร์

กลุ่มที่ 2 สุขภาพดีคือความแข็งแรง ที่ตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Health” หรือ “Healthy” โดยแบ่งความแข็งแรงออกเป็น 2 ลักษณะ ตามแนวคิดการส่งเสริมสมรรถภาพของร่างกายและจิตใจให้เข้มแข็ง

ลักษณะที่ 1 คือความแข็งแรงในเชิงโครงสร้างร่างกาย (Physical Strength) เช่นการวัดสุขภาพของนักกีฬาที่เข้าแข่งขันว่ามีสภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงหรือไม่

ลักษณะที่ 2 คือความแข็งแรงในการต่อสู้อาการเจ็บป่วย เช่น ในกรณีที่เกิดโรคระบาด บางคนอาจเกิดโรคแต่บางคนไม่เกิด โดยขึ้นอยู่กับ “ทุนสำรอง” (Capital) ที่แต่ละคนเก็บสะสม เพิ่มพูนและนำมาใช้ต่อสู้กับโรคภัยไข้เจ็บ

กลุ่มที่ 3 สุขภาพดีคือความสามารถของบุคคลในการกระทำตามบทบาทหน้าที่เป็นนิยามตามทฤษฎีหน้าที่นิยม (Functionalism) คือ บุคคลเป็นส่วนย่อยของระบบสังคมทั้งหมด โดยแต่ละบุคคลมีหน้าที่ที่ถูกกำหนดแตกต่างกัน เช่นนี้ผู้ที่มีสุขภาพดีในสังคมคือ ผู้ที่สามารถจะทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ไม่ว่าจะเป็นบทบาทครอบครัวและบทบาททางวิชาชีพ

กลุ่มที่ 4 สุขภาพดีคือการมีดุลยภาพระหว่างองค์ประกอบและปัจจัยต่างๆ โดยนิยามนี้จะแตกต่างจากกลุ่มที่ 1 ที่กำหนดว่าสุขภาพที่ดีคือการปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วย แต่ดุลยภาพนั้น มีทั้งสภาวะที่สมดุลของๆ เหลวทั้ง 4 ภายในร่างกาย คือ เลือด น้ำเหลือง น้ำดีและเสมหะ การมีสมดุลตามทฤษฎีสมดุลธาตุ คือ ธาตุดิน ธาตุน้ำ ธาตุลมและธาตุไฟ และการมีสมดุลตามทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพที่มีพื้นฐานตามคำนิยามของ องค์การสหประชาชาติ ที่กล่าวว่าสุขภาพที่ดีหมายถึง การมีดุลยภาพระหว่างองค์ประกอบทั้ง 4 ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

กลุ่มที่ 5 สุขภาพดีคือการมีสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี โดยมีแนวคิดที่ว่ามนุษย์เราเป็นสัตว์สังคม การกระทำของบุคคลย่อมมีผลกระทบต่อสังคม และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมย่อมมีผลกระทบต่อปัจเจกชน ดังนั้นสุขภาพของปัจเจกชนและสังคมย่อมส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกันอย่างแยกไม่ออก

2.1.2 กระบวนทัศน์สุขภาพ

กระบวนทัศน์สุขภาพ พรทิพย์ สุขประดิษฐ์ และรุจินา อรรถสิทธิ์ (2548: 4-8) ได้กล่าวว่า กระบวนทัศน์สุขภาพในปัจจุบันมี 3 กระบวนทัศน์ ได้แก่

2.1.2.1 กระบวนทัศน์ของการแพทย์แบบชีวภาพ (Biomedical Paradigm) หรือที่ ประเวศ วะสี ขนานนามว่า “ทฤษฎีโรค” (กาญจนา แก้วเทพ, 2556: 188) โดยการแพทย์แบบชีวภาพเป็นกระบวนกรแบบวิทยาศาสตร์ โดยมองความเจ็บป่วยและโรคไม่ต่างจากความขัดข้องของเครื่องจักร โดยสนใจแต่เฉพาะสิ่งที่ผิดปกติหรือโรคเท่านั้นและแพทย์ทำหน้าที่เสมือนผู้ซ่อมแซมเครื่องจักร จนเกิดเป็นมุมมองของการรักษาโรคแบบแยกส่วนที่กลายมาเป็นสาขาการแพทย์เฉพาะทางอย่างในปัจจุบัน การผ่าตัดและการใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อนส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้นและยังส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่เหินห่างจากกัน

2.1.2.2 กระบวนทัศน์การแพทย์แบบสังคม (Socio-Medical Paradigm) เป็นกระบวนทัศน์ที่เน้นปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งกาญจนา แก้วเทพ (2556: 193-194) ได้อธิบายว่ากระบวนทัศน์ดังกล่าวเป็นที่รู้จักในชื่อ Social Determinants of Health เป็นกระบวนทัศน์ที่เน้นปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ทั้งในแง่บวกและในแง่ลบต่อสุขภาพของคน ปัจจัยดังกล่าวเป็นทั้งสาเหตุของการเจ็บป่วยและการมีสุขภาพดี นอกจากนี้ปัจจัยดังกล่าวยังเกี่ยวข้องกับลักษณะของการเจ็บป่วยรวมทั้งวิธีการเยียวยารักษาอีกด้วย เช่น กลยุทธ์การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ที่มาจากคนในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนฝูง บุคคลอื่นเป็นที่รัก ในการรักษาเยียวยาหรือฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้กำหนดปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการมีสุขภาพดีหรือไม่ดี ได้แก่ ความแตกต่างหรือความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจสังคม ความเครียด ประสบการณ์ชีวิต การกีดกันทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม ชีวิตการทำงาน การตกงานและสารเสพติด

2.1.2.3 กระบวนทัศน์ของสุขภาพแบบนิเวศน์สังคม (Socio-Ecological Paradigm of Health) สุขภาพในกระบวนทัศน์นี้ได้เปลี่ยนจากกระบวนทัศน์สุขภาพแบบแยกส่วนสู่กระบวนทัศน์สุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งอธิบายถึงการมองสุขภาพเป็นการผสมผสานระหว่าง การแพทย์แบบชีวภาพ ด้านสังคม ด้านจิตวิทยา และด้านสุขภาพเชิงนิเวศน์ประกอบกัน โดยพิจารณาข้อสำคัญต่างๆได้แก่

- 1) สุขภาพและความเจ็บป่วยไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมเท่านั้นแต่ยังขึ้นอยู่กับศักยภาพทางใจและทางกายของบุคคลที่เผชิญหน้ากับภัยคุกคามจากภายในและภายนอกด้วย

- 2) โรคและความเจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นผลผลิตของหลายปัจจัยและหลายเงื่อนไขที่สัมพันธ์กันหลายด้าน เช่น ปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ คือความดันโลหิต น้ำหนักร่างกาย ระดับคอเลสเตอรอล การสูบบุหรี่ และการขาดการออกกำลังกาย

ซึ่งกระบวนทัศน์ของสุขภาพแบบนิเวศน์สังคมในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 ได้ทำการวิเคราะห์สุขภาพและความเจ็บป่วยว่ามีความเชื่อมโยงกับบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างไม่ขาดสาย ตามแบบจำลองของ Handcock and Perkins (1985 อ้างถึงใน พรทิพย์ สุขประดิษฐ์ และรุจิราภรณ์ อรรถสิทธิ์, 2548: 7-9) ที่ชื่อว่า The Mandala of Health โดยแบบจำลองดังกล่าวให้ความสำคัญกับสุขภาพแบบองค์รวมและการป่วยของบุคคลเป็นศูนย์กลาง สุขภาพจะดำรงอยู่ภายใต้ปัจจัย 4 ด้านด้วยกัน คือ ด้านชีวบุคคล (Human Biology) ด้านพฤติกรรมบุคคล (Personal Behavior) ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) และสภาพจิตใจ

สังคมและเศรษฐกิจ (Psycho-Socio-Economic Environment) แบบจำลองนี้ยังให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น ที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ

2.1.3 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพ

แนวคิดที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้นมีทั้งมองสุขภาพเป็นเพียงเรื่องราวร่างกายของปัจเจกบุคคล (สุรสม กฤษณะจุฑะ, 2550: 7-14) สุขภาพเป็นเรื่องของทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (ประเวศ วะสี, 2543: 3-5; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 85-87) และสุขภาพเป็นเรื่องของพฤติกรรมความสมบูรณ์หรือปกติการมีพลวัตรและการปรับตัว (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, 2550: 2-3) โดยอธิบายดังนี้

สุรสม กฤษณะจุฑะ (2550: 7-14) กล่าวถึงแนวคิดสุขภาพของปัจเจกบุคคล ที่อาศัยการเข้ามามีบทบาทของวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างสำคัญ โดยมีฐานคติอยู่ด้วยกัน 7 ประการ คือ

- 1) มองกายและจิตเป็นสิ่งที่แยกออกจากกัน ทำให้สุขภาพแยกออกจากจิตใจ หรือทำให้สุขภาพเป็นเรื่องของทางโลกอย่างเต็มตัว
- 2) แยกปัจเจกบุคคลออกจากโครงสร้างทางสังคม
- 3) ที่มาของปัญหาหรือแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอยู่ในระดับปัจเจกชน ไม่ได้อยู่ในระดับสังคม
- 4) ลดทอนนิยามสุขภาพให้กลายเป็นความสัมพันธ์ในเชิงกลไกส่วนบุคคล ระหว่างหมอกับคนไข้ และมองว่าสุขภาพมีความสัมพันธ์กับเชื้อโรคที่เป็นปัจจัยภายในมากกว่าที่จะสัมพันธ์กับปัจจัยภายนอก เช่น ปัจจัยทางสังคม และสิ่งแวดล้อม
- 5) เป้าหมายของสุขภาพอยู่ที่ร่างกายของมนุษย์เป็นสำคัญ
- 6) กติกา กฎเกณฑ์จะเป็นไปตามจริยธรรมส่วนบุคคล
- 7) เชื้อมั่นในศักยภาพของปัจเจกชนในการที่จะดูแลสุขภาพของตนเองได้ ถ้าได้รับข้อมูลในการตัดสินใจที่เพียงพอและเหมาะสม

จากฐานคิดดังกล่าวจะเห็นว่า สุขภาพเป็นเรื่องทางกายของปัจเจกบุคคลที่ถูกมองอย่างแยกส่วนเปรียบเสมือนเครื่องจักรหรือวัตถุที่สามารถซ่อมแซมรักษาได้อย่างเป็นส่วนๆ อีกทั้งยังมองว่าสุขภาพที่ดีคือการปราศจากความเจ็บป่วยโดยมองว่าการปราศจากโรคนั้นคือบรรทัดฐานของสังคม มองว่าระบบร่างกายสามารถที่จะให้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นเหตุเป็นผลมากกว่าข้อมูลด้านจิตใจ

ต่อมาได้มีแนวคิดที่ว่า การมองสุขภาพจะมองเพียงแต่ด้านร่างกายไม่ได้เพราะจะทำให้มนุษย์ถูกมองว่าเป็นเพียงเครื่องจักรดังแนวคิดต่อไปนี้

แนวคิดของ ประเวศ วะสี (2543: 3-5) กล่าวว่า สุขภาพนั้นครอบคลุมถึงคำ 4 คำ คือ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

1) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่วมีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่เพียงพอ มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่า กายในที่นี้ หมายถึงทางกายภาพด้วย

2) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต การมีจิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัว เพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นแก่ตัว ก็จะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

3) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกัน การมีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการทางสังคม

4) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เช่นการเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัยหรือการเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า ความสุขทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ไม่ระคนกับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตน จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง เบาสบาย มีความปิติแผ่ซ่านทั่วไป

แนวคิดของ Judith Smith (1983 อ้างถึงใน Pender, 2011: 22) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพไว้ด้วยกัน 4 แนวคิด โดย สมจิต หนูเจริญกุล (2543: 85-87) ได้ทำการอธิบายความหมายและขยายความเอาไว้ดังนี้

1) แนวคิดทางด้านคลินิก (Clinical Model) ในแนวคิดนี้ให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพว่า เป็นภาวะที่ปราศจากอาการ และการแสดงออกของโรคหรือปราศจากความพิการต่างๆ

2) แนวคิดการปฏิบัติตามบทบาท (Role Performance Model) ความหมายของคำว่าสุขภาพในแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจากนักสังคมวิทยา ซึ่งมีความสนใจเกี่ยวกับบทบาทของบุคคลเป็นหลัก สุขภาพจึงหมายถึงความสามารถของบุคคลในการกระทำบทบาทที่สังคมกำหนดไว้อย่างครบถ้วน เช่น ความสามารถในการทำงาน

3) แนวคิดทางด้านการปรับตัว (Adaptation Model) ความหมายของคำว่าสุขภาพในแนวคิดนี้ได้รับอิทธิพลมาจาก Dubos (1965 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 85-

87) ซึ่งเชื่อว่าบุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมอย่างจริงจัง และต่อเนื่องตลอดเวลา เพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม สุขภาพที่ดีจึงหมายถึงความยืดหยุ่น ในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุล เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต อีกทั้ง Roy (1993 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 85-87) กล่าวว่า สุขภาพ คือ การที่บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ซึ่งเป็นการปรับตัวทั้งทางสรีระและจิตสังคม

4) แนวคิดทางด้านยูไดโมนิสติก (Eudaimonistic Model) คำว่า Eudaimonistic หมายถึง Spiritual Well Being หรือ Happiness เป็นภาวะที่บรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดในชีวิต (Self Actualization) และเป็นยอดสูงสุดของการพัฒนาบุคลิกภาพของคน สุขภาพจึงหมายถึง การพัฒนา และบรรลุถึงความไฝ่ฝันในชีวิต สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

ต่อมาก็มีแนวคิดที่เพิ่มเติมจากการที่มองว่าสุขภาพเป็นเรื่องของ ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ แต่ยังเป็นเรื่องของพฤติกรรม ความสมบูรณ์หรือปกติ การมีพลวัตรและการปรับตัวคือแนวคิดของ จันทรเพ็ญ สันตวาจา (2550: 2-3) กล่าวว่า สุขภาพเป็นเรื่องของพฤติกรรม ความสมบูรณ์หรือปกติ การมีพลวัตรและการปรับตัว อันได้แก่

1) สุขภาพเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของบุคคลและสิ่งแวดล้อม โดยขึ้นกับปัจจัยและสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ได้แก่ พันธุกรรม โครงสร้างหน้าที่ของร่างกาย คุณลักษณะทางด้านจิตใจของบุคคล การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของบุคคลเป็นสำคัญ เช่น คนที่มีพฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมอนามัยที่ดีก็จะปลอดภัยจากความเจ็บป่วย

2) สุขภาพสมบูรณ์หรือสุขภาพดี หมายถึง ภาวะที่บุคคลอยู่ในภาวะสมดุลหรือปกติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม โดยที่แต่ละส่วนสามารถทำงานได้ตามปกติ รู้สึกสุขสบาย และสามารถดำเนินชีวิตให้บรรลุวัตถุประสงค์ของสังคมและตนเองได้ ภาวะสุขภาพสมบูรณ์ หรือสุขภาพดี สามารถแบ่งเป็นระดับ ดังนี้

(1) สุขภาพสมบูรณ์สูงสุดหรือดีเยี่ยม เป็นภาวะสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมสมบูรณ์เต็มที่ บุคคลสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพ

(2) สุขภาพสมบูรณ์ หรือ สุขภาพดี เป็นภาวะที่บุคคลอยู่ในภาวะสมดุลแต่อาจมีความผิดปกติเล็กน้อย แต่ไม่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคล

3) สุขภาพมีลักษณะเป็นพลวัตร และต่อเนื่อง ถึงแม้จะมีการแบ่งระดับของสุขภาพเป็นระดับต่างกัน ภาวะสุขภาพของคนก็มีความต่อเนื่องกัน และแยกแต่ละระดับออกจากกันค่อนข้างยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสุขภาพดี และเจ็บป่วยเล็กน้อย และภาวะสุขภาพของคนจะเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา หรือมีความเป็นพลวัตร เนื่องจากสภาพร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อมที่

เปลี่ยนแปลง ส่งผลให้สุขภาพเปลี่ยนแปลง ในขณะหนึ่งบุคคลอาจมีสุขภาพที่แข็งแรง แต่ในเวลาต่อมาอาจเกิดภาวะความเจ็บป่วย นั่นคือ ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ บุคคลจะอยู่ในภาวะสุขภาพระดับใดระดับหนึ่งเสมอ ตั้งแต่ภาวะที่สุขภาพดีเยี่ยม แข็งแรง สมบูรณ์ จนถึงภาวะวิกฤตถึงป่วยหนัก โดยบางคนอาจป่วยหนักตั้งแต่แรกเกิด และเสียชีวิต ในขณะที่บางคนตั้งแต่แรกเกิดจนวัยสูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงโดยตลอด จนถึงระยะเวลาที่ร่างกายเสื่อมสภาพตามวัย ถึงเจ็บป่วยและเสียชีวิต

4) บุคคลมีความสามารถที่จะรักษาภาวะสุขภาพดี และปรับสู่ภาวะสุขภาพดี โดยในการรักษาสุขภาพให้ดี อาจต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการปฏิบัติตน ซึ่งจะมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับ ความสามารถขั้นพื้นฐานของบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

นอกจากแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพยังมีทฤษฎีที่อาศัยแนวคิดที่กล่าวมา คือ ทฤษฎีโรค และทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ (ประเวศ วะสี, 2547: 1-18; กาญจนา แก้วเทพ, 2556: 201-206)

1) ทฤษฎีโรค เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะผู้เจ็บป่วยและเป็นโรคที่สามารถตรวจพบร่องรอยในทางกายภาพหรือในทางวัตถุโดยใช้เทคโนโลยี เน้นเรื่องของกายภาพเพียงอย่างเดียวไม่ครอบคลุมด้านสังคมและจิตใจของบุคคล หรือที่เรียกว่า มุมมองชี้ะการแพทย์ เพราะฉะนั้นหากบุคคลเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากปัจจัยทางสังคมและปัจจัยทางจิตที่ไม่สามารถวัดโดยใช้เครื่องมือจึงทำให้โรคที่เป็นอยู่ถูกมองข้ามไม่ได้รับการรักษา อีกทั้งการใช้เทคโนโลยีทางวิทยาศาสตร์เพียงอย่างเดียวก่อให้เกิดต้นทุนทางการแพทย์ที่เพิ่มสูงขึ้นและกระจายไม่ทั่วถึงอันส่งผลต่อการเข้ารับบริการของประชาชน

ต่อมาได้เกิดทฤษฎีใหม่ที่ไม่ได้มองเพียงเรื่องของโรคทางกายเพียงอย่างเดียวแต่ยังมองในเรื่องอื่นๆด้วยนั่นก็คือ

2) ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพ เป็นทฤษฎีที่อธิบายเรื่องดุลยภาพของสุขภาพ ซึ่งแตกต่างกับสุขภาพคือ การไม่มีโรค โดยดุลยภาพนั้นจะเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่าง กาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และหากบุคคลเสียดุลยภาพก็จะเกิดโรค แต่จะมากจะน้อยก็ขึ้นอยู่กับว่าการขาดดุลยภาพนั้นมากหรือน้อยเช่นเดียวกัน

โดยทั้งสองทฤษฎีมีความแตกต่าง ในหลายๆมุมมองอันได้แก่

1) ทรรศนะ ทฤษฎีโรคมองว่าสุขภาพเป็นเรื่องของร่างกายเท่านั้น แต่ ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพจะมองทั้ง กาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

2) แนวทาง ทฤษฎีโรคจะเน้นการรักษาโรคที่ปรากฏให้เห็นหรือสามารถตรวจพบได้เท่านั้น แต่ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพเน้นการให้บุคคลมีความรู้ที่จะป้องกัน ดูแลตนเองในเรื่องของสุขภาพ

3) เครื่องมือ ทฤษฎีโรคจะใช้เทคโนโลยีเพียงอย่างเดียวในการตรวจและรักษาโรคที่เกิดขึ้น แต่ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพจะใช้วิธีการที่หลากหลายทั้งเทคโนโลยี การแพทย์ทางเลือก การแพทย์พื้นบ้าน รวมทั้งสัมพันธภาพและความใกล้ชิดของบุคคลและสังคม

4) ประเภทของการแพทย์ ทฤษฎีโรคจะมองร่างกายของคนเราอย่างแยกส่วน และรักษาเพียงส่วนที่เสียหายหรือเป็นโรค แต่ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพมองว่า คนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มองอย่างเป็นองค์รวม โดยหากมีคนป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อสังคมนั้นๆ

5) ระบบสุขภาพ ทฤษฎีโรคเน้นการตั้งรับและรักษาโรค นั่นคือต้องมีโรคเกิดขึ้นก่อน แต่ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพเน้นการให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพของตนเองไม่ให้เกิดโรค แต่ถ้าเกิดก็ให้รุนแรงน้อยที่สุด

6) ค่าใช้จ่ายและผลตอบแทน ทฤษฎีโรคเมื่อใช้แต่เทคโนโลยีในการรักษาย่อมมีค่าใช้จ่ายที่สูง แต่ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพจะมีแนวทางการรักษาที่หลากหลายนอกเหนือจากการใช้เทคโนโลยีจึงสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้มาก

7) ผลลัพธ์ ทฤษฎีโรคจะเน้นการตั้งรับ มองสุขภาพของบุคคลแบบแยกส่วน แต่ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพไม่ได้มองเฉพาะบุคคลแต่มองทั้งสังคมและสิ่งแวดล้อม

8) ศักยภาพของแพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุข ทฤษฎีโรคเน้นการทำให้บุคลากรทำตามข้อบังคับและเทคนิคจากผู้หรือผู้ที่สอนตนมา แต่ทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพเน้นให้บุคลากรทำงานโดยร่วมมือกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการเข้าไปช่วยเหลือด้านสาธารณสุข

2.1.4 มิติสุขภาพ

Pender (1996 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 91-92) การแสดงออกทางด้านสุขภาพมีทั้งทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งมีอยู่ด้วยกัน 5 มิติหลัก คือ อารมณ์ เจตคติ กิจกรรม ความใฝ่ฝัน และความสำเร็จในชีวิต ดังนี้

1) มิติทางด้านอารมณ์ เป็นประสบการณ์เชิงจิตวิสัยของบุคคล คือ รู้สึกสงบ กลมกลืนกับสิ่งแวดล้อม มีชีวิตชีวา และไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น

2) มิติทางด้านเจตคติ ซึ่งพัฒนาจากประสบการณ์และการคิดอย่างมีเหตุผล ได้แก่ การมองโลกในแง่ดีไม่ว่าจะมีปัญหาอะไรเกิดขึ้นทุกอย่างก็จะคลี่คลายลงไปได้ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีพัฒนาการแม้ในภาวะยากลำบาก

3) ด้านกิจกรรม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแบบแผนการใช้พลังงานอย่างเหมาะสมในสภาวะแวดล้อมและสถานการณ์ต่างๆ ได้แก่

(1) การมีวิถีชีวิตที่ดี คือ รับประทานอาหารที่ดี ๆ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รู้จักจัดการความเครียด พักผ่อนอย่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด รู้จักแสวงหาและใช้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพให้เป็นประโยชน์ ใฝ่ระวังสุขภาพ มีทักษะชีวิตที่ดี รักษาสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ

(2) ทำงานอย่างมีเป้าหมาย โดยรู้จักวางเป้าหมายที่เป็นจริง มีความคิดริเริ่มปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนางาน พัฒนาตนเอง รู้จักท้าทายกับงานใหม่ๆ รับผิดชอบตนเอง รู้จักประสานความร่วมมือกับผู้ร่วมงาน และมีความพึงพอใจในผลงานที่ได้ทำ

(3) เล่นอย่างสนุก คือ การมีงานอดิเรกที่มีความหมาย หาสิ่งอื่นที่แปลกใหม่ทำ เพื่อช่วยให้เกิดความกระปรี้กระเปร่า และใช้เวลาว่างอย่างเพลิดเพลิน

4) มีความใฝ่ฝันในชีวิต และใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ เพื่อให้เป็นไปตามที่ใฝ่ฝันไว้ รวมทั้งมีส่วนร่วมทำประโยชน์ให้แก่สังคม สร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อชนรุ่นหลัง

5) ประสบความสำเร็จ คือ สิ่งที่ได้จากการดำรงชีวิตที่ดี คือมีความสุขอย่างแท้จริง มีความคิดสร้างสรรค์ มีความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิตและการละความเห็นแก่ตัว

อีกทั้ง กรรณิกา ปัญญาวงศ์ และมนัส พุกษ์สุนันท์ (2555: 10) กล่าวว่าในวารสารการส่งเสริมสุขภาพของอเมริกา ได้ระบุมิติสุขภาพว่ามีอยู่ด้วยกัน 5 มิติ ได้แก่

มิติทางกาย (Physical Dimension) เป็นมิติทางร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วย ปัจจัยที่สำคัญในมิตินี้ คือ อาหารและโภชนาการ สมรรถนะทางกาย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพต่างๆ ที่อยู่อาศัย และสภาวะทางเศรษฐกิจที่เพียงพอ

มิติทางจิตใจ (Psychological Dimension) เป็นมิติของสภาวะทางจิตหรืออารมณ์ (Emotion) เช่นอารมณ์แจ่มใส ปลอดโปร่ง ไม่มีความกังวล มีความสุข ปัจจัยในมิตินี้คือการจัดการกับความเครียด การดูแลไม่ให้เกิดวิกฤติทางอารมณ์

มิติทางสังคม (Social Dimension) เป็นความผาสุกของครอบครัว สังคม ชุมชน โดยมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สามารถดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความเชื่ออาทร เสมอภาค มีความยุติธรรม สันติสุข

มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual Dimension) เป็นความผาสุกที่เกิดจากการมีความหวังในชีวิต มีความรัก ความอบอุ่น มีความเชื่อมั่นและศรัทธา มีการปฏิบัติในสิ่งที่ดีงาม ด้วยความเมตตากรุณา ไม่เห็นแก่ตัว มีความเสียสละ และยินดีในการมองเห็นความสุข หรือช่วยเหลือผู้อื่นให้ประสบความสำเร็จ (Transcendence) มิติดังนี้เป็นเรื่องของคุณธรรม จริยธรรม สามารถสร้างได้ในครอบครัวและชุมชน สร้างความรักความอบอุ่น ความเข้าใจกัน เห็นใจกัน ยอมรับกัน เคารพในศักดิ์ศรีของกันและกัน ในฐานะที่เป็นมนุษย์เช่นเดียวกัน ไม่รังเกียจเด็ดขันธ์ ไม่แบ่งพวก และเช่นฆราวาส การที่ครอบครัว ชุมชน และสังคมมีสุขภาวะทางจิตที่ดีไม่ได้แปลว่าไม่มีปัญหา แต่สามารถจัดการปัญหานั้นได้ ถ้าแก้ไขไม่ได้ก็สามารถสร้างสมดุล จัดการให้คนอยู่กับปัญหาที่แก้ไขไม่ได้โดยไม่ทุกข์และเดือดร้อนจนเกินไป

มิติทางปัญญา (Intellectual) เป็นสภาพของผู้ที่มีการศึกษา มีความรู้ เฉลียวฉลาด รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นภูมิคุ้มกันทางสังคม สามารถประกอบอาชีพและประสบความสำเร็จในชีวิต

นอกจากมุมมองสุขภาพทั้ง 5 มิติแล้ว สุขภาพยังมองทั้งในเรื่องของความสมดุลและศักยภาพของสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและชุมชน จากงานวิจัยของ H. Noach (1987 อ้างถึงใน พรทิพย์ สุขประดิษฐ์ และจุจินาถ อรรถดิษฐ์, 2548: 9-11) ได้แบ่งสุขภาพออกเป็น 2 มิติที่สำคัญ

มิติที่ 1 ความสมดุลของสุขภาพ (Health Balance) เป็นเรื่องของความคงไว้ซึ่งความปกติของสถานะทางสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน

ระดับบุคคล คือ กระบวนการหรือภาวะชีวิตภายในบุคคลที่มีความสมดุลแบบพลวัต ในมุมมองของสามัญชน ความสมดุลของสุขภาพเป็นความปกติ ความสามารถที่จะใช้ชีวิตประจำวันได้ การปราศจากความทุกข์ทั้งกายและใจ การไม่เจ็บป่วยและไม่พิการ ทั้งนี้ความสมดุลจะเกิดขึ้นก็ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และพื้นฐานทางสังคม วัฒนธรรมของบุคคล ส่วนในมุมมองของนักวิชาชีพ มองว่าความสมดุลของสุขภาพเป็นตัวชี้วัดว่าบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางกาย ทางใจ รวมทั้งการไม่มีโรคและไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรค

ระดับชุมชน คือ การสะท้อนถึงภาวะสุขภาพหรือสถานะสุขภาพของกลุ่มประชากรเฉพาะ โดยประเมินจากการสำรวจครัวเรือนที่เกี่ยวข้องกับระดับสุขภาพ ระดับคุณภาพชีวิต การเคลื่อนไหว กิจกรรมสุขภาพ ข้อมูลด้านระบาดวิทยา อัตราและลักษณะการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชน

มิติที่ 2 ศักยภาพของสุขภาพ (Health Potential) มีความสำคัญและเป็นเงื่อนไขเบื้องต้นของความสมดุลในเรื่องสุขภาพ นั่นคือ ความสามารถ สมรรถนะ หรือรูปแบบเฉพาะของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เพื่อดำรงหรือสร้างให้เกิดภาวะสมดุลใหม่

ระดับบุคคล คือ ระบบภูมิคุ้มกัน นิสัยการบริโภคที่ดี มีสมรรถภาพทางกายที่แข็งแรง มีความมั่นคงทางจิตใจ มีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ

ระดับชุมชน คือ สมรรถนะหรือกิจกรรมของชุมชนที่ป้องกันหรือก่อให้เกิดความสมดุลของสุขภาพสำหรับสมาชิกในชุมชน เช่น การมีนโยบายและบริการสาธารณสุขที่ดี มีการส่งเสริมทักษะด้านสุขภาพ

2.1.5 การรับรู้สุขภาพ

สิทธิโชค วรานุสันติกุล (2546: 84) การรับรู้ คือ กระบวนการที่สิ่งมีชีวิต พยายามทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อม โดยผ่านทางประสาทสัมผัส เป็นกระบวนการที่เริ่มต้นจากการใช้อวัยวะสัมผัสกับสิ่งเร้า และจัดระบบสิ่งเร้าใหม่ ภายใต้ความคิด แล้วแปลความหมายว่าสิ่งเร้านั้นคืออะไร

Orem (2001: 185) บุคคลเป็นผู้ตัดสินใจในการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งการรับรู้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ความตั้งใจ และการนำตนเองไปเปรียบเทียบกับบุคคลหรือสภาพแวดล้อมที่มีความใกล้เคียงกับตัวเอง

Wang and Laffrey (2001: 126) การประเมินภาวะสุขภาพสามารถวัดได้จากการประเมินด้วยตนเอง ซึ่งมีอยู่ด้วยกัน 3 ลักษณะ

- 1) สุขภาพทั่วไปของตนเองในช่วงเวลาที่ผ่านมา (General Health Compared with One Year)
- 2) สุขภาพทั่วไปของตนเองในปัจจุบัน (Present General Health)
- 3) สุขภาพทั่วไปโดยทำการเปรียบเทียบกับคนในวัยเดียวกัน (General Health Compared to Others of Same Age)

Stewart and Ware (1998: 143-146) ได้อธิบายถึงการรับรู้สุขภาพ ว่า เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสถานะสุขภาพของตนเอง โดยแบ่งเป็นการรับรู้สุขภาพทางกายภาพของตนเองและการนำเอาการรับรู้สุขภาพของตนเองไปเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีปัจจัยภายนอกคล้ายคลึงกับตนเองเพื่อมองหาความแตกต่าง ซึ่งการรับรู้สุขภาพนั้นมีการรับรู้อยู่ด้วยกัน 6 ลักษณะ ได้แก่

1) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current Health) การประเมินความรู้สึกหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน ว่าแตกต่างจากในอดีตที่ผ่านมาอย่างไร ประกอบกับการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง

2) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต (Prior Health) เป็นการรับรู้ที่ไม่ได้เฉพาะเจาะจงเพียงช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น เพราะในอดีตสุขภาพอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย หรือไม่เปลี่ยนแปลงเลยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา แต่การรับรู้นี้สามารถนำมาใช้ในการคาดการณ์ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อสุขภาพได้

3) การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในอนาคต (Health Outlook) การประเมินจากการคาดการณ์โดยใช้ประสบการณ์ในอดีตและการรับรู้สุขภาพของตนเองในปัจจุบัน ประกอบกับการได้รับข้อมูลข่าวสาร จะส่งผลต่อความคาดหวังหรือหมัดหวังของบุคคลนั้นๆ

4) การรับรู้ความต้านทานของโรคและความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (Susceptibility or Resistance to Illness) เป็นการคาดการณ์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล ว่าร่างกายสามารถต้านทานหรือมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการเกิดโรคน้อยเพียงใด ซึ่งการคาดการณ์นั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ ซึ่งหากบุคคลเคยเจ็บป่วยมาแล้วในอดีต การคาดคะเนจะมีความถูกต้องสูง โดยหากการรับรู้ถูกต้อง บุคคลจะเกิดความสนใจและเอาใจใส่สุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น

5) การปรับตัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (Sickness Orientation) การที่บุคคลมีแนวโน้มที่จะยอมรับการเจ็บป่วยในชีวิตที่ผ่านมาและมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานะทางสุขภาพของตนเอง ซึ่งการปรับตัวนี้จะเป็นตัวชี้วัดว่าบุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพมากน้อยเพียงใด

6) ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Health Worry/Concern) การที่บุคคลรับรู้สุขภาพของตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ที่อาจส่งผลต่อฐานะและบทบาททางสังคมของตน บุคคลอาจเกิดความกลัวและวิตกกังวล ซึ่งหากเกิดความกังวลมากจะส่งผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

2.1.6 สุขภาพของผู้สูงอายุ

ร่างกายของมนุษย์จะมีกระบวนการทำงาน อยู่ด้วยกัน 2 กระบวนการ คือ กระบวนการเจริญเติบโตและกระบวนการเสื่อมถอยหรือเสื่อมโทรมของร่างกาย โดยทั้งสองกระบวนการนี้เกิดขึ้นพร้อมๆกัน นั่นคือ เมื่อร่างกายอยู่ในช่วงวัยรุ่น กระบวนการเจริญเติบโตจะมีมากกว่ากระบวนการเสื่อมถอยหรือเสื่อมโทรมของร่างกาย แต่เมื่อร่างกายอยู่ในช่วงของผู้สูงอายุ

กระบวนการเสื่อมถอยหรือเสื่อมโทรมจะค่อยๆเพิ่มขึ้นจนมากกว่ากระบวนการการเจริญเติบโต (สุรกุล เชนอบรม, 2534: 1)

เมื่อร่างกายของผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงจึงก่อให้เกิดผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (สุจิตรา ผลประไพ, 2544: 7-10)

2.1.6.1 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านระบบการทำงานต่างๆของร่างกาย เช่น ระบบกล้ามเนื้อ ที่จะเหี่ยว การแบ่งเซลล์ช้าลง ความต้านทานโรคทางผิวหนังก็จะน้อยลง ติดโรคได้ง่าย และการระคายเคือง รอยฟกช้ำบนผิวหนังจะหายช้า ระบบกระดูกจะผุร่อน ไม่แข็งแรง กระดูกหยุดการเจริญเติบโต ระบบประสาทและสมอง ตาจะพร่าเลือนหรือมองไม่ชัด ความจำเสื่อม การหลงลืม การตอบสนองช้าลง ระบบการไหลเวียน ความดันโลหิตไม่คงที่ อาจจะต่ำหรือสูงกว่าปกติ ระบบสืบพันธุ์ ไม่มีสมรรถภาพ สตรีหมดประจำเดือน ระบบย่อยอาหาร เบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่รู้รสชาติ ประสาทการเคี้ยวและการกลืนเริ่มเสื่อมถอย ทำให้ลำบากในการรับประทานอาหาร ระบบขับถ่าย ปัสสาวะลำบาก เนื่องจากกล้ามเนื้อหูรูดเสื่อม

2) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่นความเจ็บป่วย การเสื่อมของระบบต่างๆในร่างกาย สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทสังคม เช่นการเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิดหรือเพื่อน อันส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ คือ อารมณ์ เปลี่ยนแปลงง่าย กลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง สูญเสียความคุ้นเคย ไม่สามารถปรับตัวได้เพราะมีปมด้อย นิสัยเปลี่ยนไป เจื้อยขาต่อเหตุการณ์ ไม่เข้าสังคม เก็บตัวอยู่บ้าน ไม่นึกสนุกรสนาน คิดระแวงสงสัย คิดว่าตนไม่มีประโยชน์ เป็นภาระต่อผู้อื่น ซึมเศร้า หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย ความทุกข์ใจ คิดถึงอดีตด้วยความเสียดาย คิดถึงปัจจุบันด้วยความวิตก เศร้าสลด หวาดระแวง

3) การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพและบทบาททางสังคม เช่น ผู้ที่เกษียณอายุ สูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว หาเลี้ยงครอบครัว กลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี การถูกทอดทิ้งจากสภาพปัจจุบันในสังคมชนบท ที่วัยแรงงาน

ย้ายเข้าสู่เมืองเข้ามาหางานทำ ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง โดยมีทัศนคติมองว่ามีความสามารถน้อย ไม่ทันต่อเหตุการณ์ ทำให้เสื่อมความเคารพในสายตาของผู้ที่อายุน้อยกว่า

2.1.6.2 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุแบ่งการศึกษาในเรื่องของผู้สูงอายุออกเป็น 3 ศาสตร์ด้วยกัน ซึ่งได้แก่ ศาสตร์ด้านชีวภาพ (Biological View) ศาสตร์ด้านจิตวิทยา (Psychological View) ศาสตร์ด้านสังคมวิทยา (Sociological View) โดยในแต่ละศาสตร์ก็จะประกอบไปด้วยหลายทฤษฎีที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (บุษยมาส สินธุประมา, 2539: 21-30; นภาพร หะวานนท์ และธีรวัลย์ วรธนัทย์, 2552: 10-11; ประนอม โอทกานนท์, 2554: 11-24) คือ

ศาสตร์ด้านชีวภาพ (Biological View) แบ่งเป็น 3 ทฤษฎีใหญ่ ๆ ได้แก่

1) ทฤษฎีพันธุกรรม (Gene Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึง การถ่ายทอดย้อมเกิดความผิดปกติขึ้นได้ โดยความผิดปกตินั้น เกิดผ่านสารพันธุกรรม (DNA) ที่คอยเก็บรักษารหัสหรือข้อความของเซลล์ แต่เมื่อร่างกายเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ การถ่ายทอดที่ผิดปกติย่อมมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดพลาดมากขึ้น

โดยกลุ่มทฤษฎีพันธุกรรม (Gene Theory) ยังมีทฤษฎีย่อยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Biological Theory) ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic Mutation Theory) และทฤษฎีการสะสมความผิดพลาดของเซลล์ (Molecular aging theory) ซึ่งทฤษฎีเหล่านี้มุ่งอธิบายว่า เมื่อสิ่งมีชีวิตอายุมากขึ้น เซลล์ภายในร่างกายจะเสื่อมถอย หรือทำงานผิดปกติ อันก่อให้เกิดการผาเหลา หรือการเกิดภูมิคุ้มกันบกพร่อง

2) ทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึง เมื่อสิ่งมีชีวิตมีอายุมากขึ้น อวัยวะต่างๆภายในร่างกายมีการใช้งานที่มากขึ้น เกิดการเสื่อมถอย เกิดการเปลี่ยนแปลง ทำให้อวัยวะทำหน้าที่บกพร่อง

โดยกลุ่มทฤษฎีอวัยวะ (Organ theory) ยังมีทฤษฎีย่อยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีการเสื่อมและการถดถอย (Wear and Tear Theory) อธิบายว่าเมื่อสิ่งมีชีวิตอายุมากขึ้นจะเกิดการสะสมของสารเหลือใช้ ที่เหลือจากการเผาผลาญอาหาร เมื่อมีการสะสมถึงระดับหนึ่ง เซลล์จะทำงานไม่ได้หรือทำงานลดลง ทำให้อวัยวะต่างๆทำงานลดลง ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory) อธิบายว่า ปฏิกริยาการสะท้อนกลับและความสามารถในการจดจำของมนุษย์จะลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้นและทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) อธิบายว่าระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะทำงานเสื่อมถอยลงเมื่อมนุษย์มีอายุมากขึ้น เมื่อร่างกายได้รับสิ่ง

แปลกปลอม ร่างกายก็จะไม่สามารถที่จะสร้างภูมิคุ้มกันตัวเองได้ หรือสร้างได้แต่ภูมิคุ้มกันนั้นจะกลายเป็นภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง

3) ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological Theory) เป็นทฤษฎีที่ประกอบไปด้วย ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) อธิบายว่าเมื่อสิ่งมีชีวิตอายุมากขึ้นและการมีความเครียดที่มากขึ้น จะส่งผลให้ระบบร่างกายผลิตเซลล์เพื่อรองรับความเครียด และเมื่อเกิดความเครียดที่มากขึ้น เซลล์ภายในร่างกายจะเสื่อมสภาพเร็วขึ้น ทฤษฎีสะสมของเสีย (Waste Product Theory) อธิบายว่า สิ่งมีชีวิตที่อยู่มานานจะใช้ร่างกายมากและสะสมของเสียเอาไว้มาก เซลล์จะเสื่อม มีการเปลี่ยนแปลงของรูปร่าง ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) อธิบายว่า ในร่างกายมีอนุมูลอิสระที่ไม่ได้ทำปฏิกิริยา แต่จะทำปฏิกิริยาเมื่อสิ่งมีชีวิตอายุมากขึ้น อันก่อให้เกิดการทำงานผิดปกติของเซลล์ ทำให้โครงสร้างหน้าที่ของเซลล์เปลี่ยนแปลงไป ทฤษฎีการเชื่อมโยง (Cross Linkage Theory) อธิบายว่าเมื่อสิ่งมีชีวิตมีอายุมากขึ้น จะเกิดปฏิกิริยาเคมี ทำให้ DNA เกิดความเสื่อมเป็นผลทำให้เซลล์ตาย

ศาสตร์ด้านจิตวิทยา (Psychological View) อธิบายถึงพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลง โดยศาสตร์ด้านจิตวิทยาสนใจในเรื่องของพัฒนาการด้านบุคลิกภาพ ซึ่งบุคลิกภาพจะมีความแตกต่างกันไปตามช่วงวัย มีปัจจัยหลายอย่างที่มีความเกี่ยวข้องทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก การศึกษาปัจจัยภายในจะเป็นเรื่องของ การรับรู้ การเรียนรู้และบุคลิกภาพของบุคคล โดยปัจจัยภายในนี้จะผันแปรตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ส่วนการศึกษาปัจจัยภายนอกคือการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของร่างกายกับการที่ร่างกายมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ซึ่งทฤษฎีทางศาสตร์ด้านจิตวิทยาที่ใช้อธิบายถึงผู้สูงอายุนั้นได้แก่ ทฤษฎีของจุง (Jung Theories of Personality) เน้นการพัฒนาบุคลิกภาพกับการบรรลุถึงความต้องการพื้นฐานของบุคคลในทุกช่วงชีวิต โดยเสนอว่าเมื่อบุคคลมีวัยสูงขึ้นบุคลิกภาพของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไป คือ จากบุคลิกภาพการเป็นมิตร ชอบสมาคม เป็นบุคลิกภาพที่ใช้เวลากับตนเอง ค้นหาความจริงเกี่ยวกับตนเองและตระหนักถึงความสำเร็จและความท้าทายของชีวิต ทฤษฎีของอีริกสัน (Developmental Theories of Erickson and Peck) อธิบายถึงพันธะกิจของบุคคลตามพัฒนาการของชีวิตตั้งแต่วัยแรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ ผลลัพธ์ของพันธะกิจแต่ละระยะอาจมีทั้งสำเร็จและก่อให้เกิดความพึงพอใจ และก่อให้เกิดความไม่สำเร็จและก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจ ในช่วงวัยกลางคน หากมีพันธะกิจทางบวก คือ มีความใจกว้าง เพื่อแผ่คนอื่น ไม่เห็นแก่ตัว บุคคลจะเข้าสู่ระยะสุดท้าย คือวัยสูงอายุที่มีความมั่นคงทางจิตใจ เห็นคุณค่าตนเองและไม่สิ้นหวังในชีวิต ทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Human Needs) คือ ลำดับความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ 5 ขั้น ได้แก่ ความ

ต้องการด้านร่างกาย ด้านความปลอดภัย ด้านความรัก ด้านการมีศักดิ์ศรี และด้านการบรรลุความเป็นตัวตนของตนเอง ความต้องการเหล่านี้จะเป็นแรงขับเคลื่อนของการแสดงพฤติกรรมของบุคคล

ศาสตร์ด้านสังคมวิทยา (Sociological View) อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของบทบาทและความสัมพันธ์ของบุคคล โดยเน้นในเรื่องของการปรับตัว ซึ่งทฤษฎีที่นำมาใช้ในการอธิบายผู้สูงอายุ ได้แก่ ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) อธิบายถึงบทบาทในสังคมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่สูงขึ้น และความสามารถในการปรับตัวของบุคคลที่มีต่อบทบาทก็จะสูงขึ้น ทฤษฎีการถอยห่าง (Disengagement Theory) อธิบายถึงบุคคลจะผสมผสานอยู่กับสังคมเพื่อรักษาความสมดุลของร่างกาย จิตใจและอารมณ์ แต่บทบาทและการมีปฏิสัมพันธ์จะลดลงเมื่อเข้าวัยสูงอายุ คือการถอยหนีจากสังคมและหันมาสนใจตัวเองมากขึ้น ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) อธิบายถึงกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อผู้อื่น เพื่อน ครอบครัว สังคม ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์และมีบทบาทถึงแม้ว่าร่างกายจะเกิดความเสื่อมถอย ทฤษฎีการต่อเนื่อง (Continuity Theory) อธิบายถึงผู้สูงอายุยังคงต้องมีบทบาทในสังคมแม้ว่าร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญต่อความล้มเหลวหรือความสำเร็จในบั้นปลายชีวิตของผู้สูงอายุ ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social Exchange Theory) อธิบายถึงผู้สูงอายุเป็นวัยที่ให้ผลตอบแทนน้อย เช่นนี้คุณค่าของการแลกเปลี่ยนจะบอกถึงสถานภาพทางสังคมของผู้แลกเปลี่ยน บทบาทหรือทักษะของบุคคลอาจใช้เป็นตัวแลกเปลี่ยนในสถานการณ์ที่สังคมนั้นมีความต้องการ เช่น ผู้สูงอายุอาจได้รับหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรหลานแทนพ่อแม่ที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ทฤษฎีความทันสมัย (Modernization Theory) อธิบายถึงผู้สูงอายุนั้นเป็นวัยที่ก้าวไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จึงทำให้สังคมมองไม่เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ แต่ก็มีสังคมบางสังคมเช่น ประเทศญี่ปุ่น ที่ยังคงเคารพนับถือผู้สูงอายุอย่างเช่นในอดีต

2.1.6.3 สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ร่างกายของคนเรานั้นย่อมเกิดการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เป็นเส้นกราฟขึ้นในตอนแรก และโน้มเอนลงมาในตอนท้าย วัยผู้สูงอายุเป็นวัยของบั้นปลายชีวิต ร่างกายจึงมีการเสื่อมสภาพตามกาลเวลา ซึ่งสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ มีทั้งทางกายภาพและทางสรีระ (จินตนา สงค์ประเสริฐ, 2538: 5-9; บรรลุ ศิริพานิช, 2543: 55-85; รมย์รวิน กมลเนตรวิจิ, 2553: 12-16; กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554: 10-14) โดยสุขภาพทางกายและสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เพราะเมื่อเกิดภาวะเครียดทางอารมณ์ส่งผลให้เจ็บป่วยทางกายได้ เช่นเดียวกันหากร่างกายไม่แข็งแรงเจ็บป่วยก็ส่งผลให้จิตใจหดหู่เศร้าหมอง เกิดความ

ท้อแท้ ทำให้ไม่อยากมีชีวิตต่อไป (มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2544: 25; อรรวรรณ คุณา และนันทศักดิ์ ธรรมวนวัฒน์, 2552: 92)

สุขภาพกายของผู้สูงอายุ

ทางกายภาพ เมื่อคนเราอายุมากขึ้น ผิวหนังเป็นส่วนที่เห็นการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน คือ แห้ง เหี่ยวย่นและตกรกระ ซึ่งมาจากการเสื่อมของต่อมไขมัน และจำนวนคอลลาเจนที่ลดลง ชั้นผิวหนังบางลง ทำให้เกิดบาดแผลง่ายแม้จะเป็นเพียงรอยขีดข่วน หรือการนั่งกดทับเป็นเวลานาน ผมหงอกและเส้นขนเปลี่ยนจากสีดำเป็นสีขาว หลุดร่วงและบางลง กระดูกของผู้สูงอายุ จะเสื่อมและเปราะบาง พันธุกรรมและหลุดเร็วกว่าปกติ และแม้เกิดอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย เช่น หกล้ม กระดูกก็อาจหักหรือแตกได้

ทางสรีรวิทยา อวัยวะรับความรู้สึกต่างๆ จะเริ่มมีสมรรถภาพต่ำลง อวัยวะที่เคยรับรสและกลิ่นเริ่มรับรู้ได้น้อยลง สายตาที่เคยชัดเจนจะค่อยๆ เปลี่ยนแปลง สายตาจะยาวออกไปเรื่อยๆ การได้ยินจะชัดน้อยลง สมอมีการเสื่อมสภาพ ทำให้เกิดความจำเสื่อมขึ้น หูตึง ความนึกคิดเสียไป อารมณ์แปรปรวนง่าย ความรู้สึกชาลง สับสนและซึมเศร้า ระบบการไหลเวียนของหัวใจทำงานแย่ลง ส่งผลให้เกิดโรคหัวใจและความดัน ระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะกล้ามเนื้อที่ใช้หายใจหยาบอ่อนสมรรถภาพลง ส่งผลให้การหายใจติดขัด เหนื่อยง่ายเป็นหอบหืดและถุงลมโป่งพองได้ง่าย ระบบทางเดินอาหาร ดูดซึมอาหารได้ไม่ดี ทำให้ร่างกายขาดสารอาหารได้ง่าย ระบบกรองของเสียผ่านตับทำงานลดลงส่งผลให้พิษต่างๆ ตกค้างอยู่ในร่างกาย อีกทั้งเมื่อร่างกายเกิดความเสื่อมถอยย่อมส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลง จากสามารถทำได้ด้วยตนเอง มาเป็นทำได้แต่ต้องใช้คนหรืออุปกรณ์ช่วยหรือไม่สามารถทำเลย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานยา รับประทานอาหาร การเดินทางคนเดียว การนั่งยองๆ เป็นต้น (กรมการแพทย์, 2557: 58-59)

สุขภาพกายของผู้สูงอายุนั้น เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ง่าย ไม่ว่าจะเป็น ตา ที่เมื่ออายุมากขึ้น กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ยึดและหดเลนส์ลูกตาจะอ่อนกำลังลง ทำให้เกิดความลำบากในการเพ่งดูสิ่งของ โดยเฉพาะวัตถุเล็กๆ สายตาของผู้สูงอายุจะยาวออก หู มักจะหูหนวกหูตึง ซึ่งสังเกตจากการได้ยินไม่ชัด จนต้องมีการพูดซ้ำ ฟัน ยิ่งอายุมากขึ้น โอกาสเกิดฟันผุหรือหลุดนั้นย่อมมีการสูญเสียฟันอาจทำให้ต้องใส่ฟันปลอม กลั่นการขบถายไม่อยู่ ไม่ว่าจะเป็นปัสสาวะหรืออุจจาระ อันเกิดจากความเสื่อมของกล้ามเนื้อหูรูดที่เสื่อมถอยไปตามอายุที่มากขึ้น แต่ในเรื่องหูรูดเสื่อมด้านการกลั้นอุจจาระนั้นพบได้น้อยกว่าการที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (บรรลุศิริ พานิช, 2543: 85-92, 118-121)

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

จิตใจของผู้สูงอายุนั้นได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยหลายอย่างด้วยกัน เช่นร่างกาย อารมณ์ บทบาททางสังคมและสิ่งแวดล้อมจึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความแปรปรวนของอารมณ์และความรู้สึก (บรรลุ ศิริพานิช, 2543: 85; รมย์รวิน กมลเนตรวิจิ, 2553: 16-17) โดยสุขภาพทางกายและสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เพราะเมื่อเกิดภาวะเครียดทางอารมณ์ส่งผลให้เจ็บป่วยทางกายได้ เช่นเดียวกันหากร่างกายไม่แข็งแรงเจ็บป่วยก็ส่งผลให้จิตใจหดหู่เศร้าหมอง เกิดความท้อแท้ ทำให้ไม่ยอมมีชีวิตต่อไป (อรรณพ คุหา และนันทศักดิ์ ธรรมาวนวัฒน์, 2552: 92)

ปัจจัยทางด้านร่างกาย จากการที่สมองของผู้สูงอายุเสื่อมไปตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการเรียนรู้และเข้าใจ ซึ่งรุนแรงตามเซลล์ที่เสื่อมสภาพ

ปัจจัยทางด้านอารมณ์ เป็นผลมาจากความเครียดทางจิตใจและสังคมมากระทบ เมื่อผู้สูงอายุปรับตัวได้ก็จะมีสุขภาพจิตที่ปกติ แต่ถ้าปรับตัวไม่ได้จะทำให้จิตใจและอารมณ์ เหนียวิตกกังวล หวาดระแวง ซึมเศร้า

ปัจจัยทางด้านบทบาททางสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักคิดว่าตนเองไร้ประโยชน์ ทั้งต่อสังคมและครอบครัว เนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมสภาพ ผู้สูงอายุจึงมองภาพตนเองในด้านลบ เมื่ออายุเริ่มมากขึ้น เพื่อนฝูง คู่ชีวิต บุคคลใกล้ชิด เริ่มที่จะเสียชีวิต ทำให้รู้สึกเหงา กังวล และหงุดหงิด

การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี เป็นเรื่องสำคัญที่จะนำไปสู่ความสุขในบั้นปลายชีวิตอีกทั้ง การมีสุขภาพจิตที่ดีย่อมส่งผลดีต่อร่างกาย เห็นได้จากการที่บุคคลหากมีสุขภาพจิตไม่ดี มักจะมีอารมณ์เศร้าหมอง กังวล เบื่อหน่ายท้อแท้ หดก้ำกั๋ง ส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรม เบื่ออาหาร (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554: 30)

ดังนั้นภาวะสุขภาพ คือ การมีสุขภาพที่ดีไม่ใช่แต่ร่างกายเท่านั้นที่แข็งแรง แต่รวมทั้งจิตใจและสังคม นั่นคือการมีร่างกายที่สมบูรณ์ มีจิตใจที่แจ่มใส ทำตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตนเองและการมีความสัมพันธ์ที่ดีทั้งกับครอบครัวและผู้อื่น (Orem, 1991: 51-52, 2001: 74; Pender, 2011: 22) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีใหม่ด้านสุขภาพที่กล่าวว่า คำว่าสุขภาพที่ดีคือการมีคุณภาพทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยรู้จักที่จะเรียนรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพทางเลือกอื่นในการรักษาไม่ใช่พึ่งพาแต่เทคโนโลยี (ประเวศ วะสี, 2547: 1-18) สุขภาพกายของผู้สูงอายุนั้นเป็นเรื่องที่สังเกตง่ายไม่ว่าจะเป็น สายตา ที่เมื่ออายุมากขึ้น สายตาจะยาวออก มองเห็นไม่ชัดเจน หู มักจะหูหนวกหูตึง การได้ยินจึงไม่ชัดเจน ฟัน ยิ่งมีอายุมากขึ้นโอกาสเกิดฟันผุ

หรือหลุนั้นย่อมมีมาก ซึ่งการสูญเสียฟันอาจทำให้ต้องใส่ฟันปลอม ระบบขับถ่ายเสื่อมถอยซึ่งเกิดจากการเสื่อมสภาพของกล้ามเนื้อหูรูด (บรรลุ ศิริพานิช, 2543: 85-92, 118-121) เมื่อร่างกายเกิดความเสื่อมถอยย่อมส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลง จากสามารถทำได้ด้วยตนเอง มาเป็นทำได้แต่ต้องใช้คนหรืออุปกรณ์ช่วยหรือไม่สามารถทำเลย เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานยา รับประทานอาหาร การเดินทางคนเดียว การนั่งยองๆ เป็นต้น (กรมการแพทย์, 2557: 58-59) สำหรับสุขภาพทางจิตนั้นเป็นสิ่งที่สังเกตได้ยากกว่า และมีความสำคัญต่อสุขภาพกาย การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีย่อมส่งผลดีต่อร่างกาย เห็นได้จากเมื่อบุคคลมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี มักจะมีอารมณ์เศร้าหมอง กังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ ย่อมส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรม เบื่ออาหาร (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554: 30)

2.2 การดูแลสุขภาพ

2.2.1 ความหมายของการดูแลสุขภาพ

จากคำกล่าวของสุภาวดีที่ว่า “อโรคยา ปรมาลาภา” ที่แปลว่า “ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” เพราะการที่บุคคลจะอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขได้นั้น ต้องมีสุขภาพกายและใจที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเป็นพื้นฐานก่อน ซึ่งทุกคนสามารถกระทำได้โดยการดูแลสุขภาพของตนเอง คนในครอบครัว รวมไปถึงเพื่อนบ้านในชุมชน ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การกินอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสมตามวัย ทำจิตใจให้แจ่มใสและไม่เครียด ดูแลสุขภาพเหงือกและฟันให้แข็งแรง รู้จักวิธีในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย เลือกรับบริการทางการแพทย์ที่ถูกต้องและเหมาะสม (กองส่งเสริมสาธารณสุข, 2542: 9)

Norris (1974: 487) การดูแลสุขภาพ คือ กระบวนการที่เริ่มจากการกระทำ ความตระหนัก และความรับผิดชอบของตนเองและครอบครัวเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

Orem (1985: 140) การดูแลสุขภาพ คือ กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มด้วยตนเองเพื่อประโยชน์ในการดำรงชีวิตและความเป็นอยู่ เป็นการตั้งใจที่จะกระทำ มีลำดับและขั้นตอนที่ชัดเจน เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

Hill and Smith (1990: 9) การดูแลสุขภาพ คือ ความเต็มใจที่จะรับผิดชอบต่อสุขภาพ เพื่อป้องกัน ควบคุมและรักษาโรค

World Health Organization (WHO, 1993: 19) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพ คือ การดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้วยตนเอง การรักษาสุขภาพ การป้องกันและรักษาโรค

Pender (1996: 98) การดูแลสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลเริ่มและปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง เกี่ยวกับ ชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่

Department of Health (2005: 1) การดูแลสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตน และการดูแลนี้ยังขยายถึงการดูแล ลูกหลาน ครอบครัว และชุมชน เป็นการดูแลทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม

2.2.2 แนวคิดในการดูแลสุขภาพ

มัลลิกา มัติโก (2534: 20) ได้สรุปสาระสำคัญของแนวคิดการดูแลสุขภาพในระดับบุคคล โดยแบ่งขอบเขตของการดูแลสุขภาพ ดังนี้

การดูแลสุขภาพของตนเองในภาวะปกติ (Self-Care in Health) ได้แก่

1) การส่งเสริมพฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข พยายามหลีกเลี่ยงอันตรายต่างๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพและพยายามสร้างเสริมสุขภาพ โดยการออกกำลังกาย การควบคุมอาหาร การไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ การกินวิตามินต่างๆ การตรวจสุขภาพพันทุก 6 เดือน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่จะต้องกระทำอย่างสม่ำเสมอ

2) การป้องกันโรค เป็นพฤติกรรมในการป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย หรือโรคต่างๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกัน ไว้ด้วยกัน 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ระดับป้องกันความรุนแรงของโรค คือการป้องกันที่มุ่งขจัดโรคให้หมด ก่อนที่โรคนั้นจะรุนแรงมากขึ้น เช่นโรคทางเดินหายใจที่อาจนำไปสู่โรคมะเร็งในภายหลังได้

ระดับที่ 2 ระดับการป้องกันโรคเบื้องต้น คือการมีภูมิคุ้มกันโรคทั่วไป

ระดับที่ 3 ระดับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค คือการป้องกัน ยับยั้งการแพร่กระจายไปสู่บุคคลอื่น

การดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self-Care in Illness) ความเจ็บป่วย คือ การรับรู้ของบุคคลที่มีต่อความผิดปกติของร่างกายว่าแตกต่างไปจากเดิม โดยแต่ละคนจะตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ซึ่งมีพฤติกรรมที่แสดงออก 3 แบบ

1) การตัดสินใจไม่ทำอะไรกับอาการผิดปกติ

2) การใช้ยารักษาด้วยตนเอง

3) การรักษาด้วยตนเองโดยไม่ใช้ยา เช่นการนอนพักผ่อน

อีกทั้งแนวคิดในการดูแลตนเองยังมีความแตกต่างไปตามเป้าหมายของแต่ละสาขา ซึ่งได้แก่ องค์การอนามัยโลก องค์การสาธารณสุข นักสังคมวิทยา นักมนุษยวิทยา นักจิตวิทยา และในทางการแพทย์ การพยาบาล และประชาชน สรุปได้ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 116-119)

องค์การอนามัยโลก มองว่าการดูแลตนเองเป็นเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิต ส่วนองค์การสาธารณสุขมองว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมทางสังคมหรือชุมชนมากกว่าปัจเจกบุคคล เพราะกิจกรรมจะเป็นเรื่องของการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการดำรงชีวิตอย่างปลอดภัยและป้องกัน ส่งเสริม ด้านสุขภาพ ด้านการแพทย์ให้เป็นไปตามความต้องการของสังคม

นักสังคมวิทยา และนักมนุษยวิทยา มองว่าการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญเท่าเทียมกับการรักษาโรค เพราะสุขภาพและการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่มาควบคู่กัน และยังเป็นหน้าที่ของประชาชน ครอบครัว ชุมชนและสังคม เนื่องจากบริการทางการแพทย์นั้นยังไม่ทั่วถึงและมีค่าบริการสูง ประชาชนที่อยู่ห่างไกลยังเข้าไม่ถึง จึงต้องมีการส่งเสริมให้ประชาชนหันมาดูแลสุขภาพของตนเอง ตามศักยภาพของบุคคลและพึ่งพาบริการทางการแพทย์ให้น้อยลง ส่วนทางนักจิตวิทยา การดูแลตนเองเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิดและการปฏิบัติของบุคคล ที่กระทำอย่างจริงจัง ด้วยเหตุผลที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วย หรือการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

ทางการแพทย์ เชื่อว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีความรู้ความชำนาญ มีอำนาจเหนือกว่าผู้ป่วยหรือผู้ที่เข้ารับบริการ จึงเน้นที่จะมอบแนวทางการรักษาให้ไปปฏิบัติ ตั้งแต่การประเมินและเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ส่วนทางการพยาบาล มองว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่มีเป้าหมายอย่างตั้งใจ ของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ที่จะส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี เป็นการดูแลตนเองทั้งในภาวะที่สุขภาพปกติและผิดปกติ และประชาชน มีเป้าหมายในการดูแลตนเอง เพื่อการมีสุขภาพที่ดี การมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ

2.2.3 ทฤษฎีการดูแลสุขภาพของโอเร็ม

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นกรอบแนวคิดที่อธิบายถึง การดูแลตนเองของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่หรือกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เรียนรู้ที่จะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการดูแลตนเองตามความจำเป็น โดยควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ (Orem, 1991: 69)

โดยแนวคิดที่สำคัญในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มีอยู่ด้วยกัน 6 แนวคิด ได้แก่ การดูแลตนเอง ความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ความสามารถในการ

การดูแลตนเอง ความบกพร่องในการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการดูแลตนเอง (พร้อมจิต ห่อนบุญเหิม, 2553: 3-20)

2.2.3.1 การดูแลตนเอง เป็นการกระทำที่ตั้งใจของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ และเข้าสู่วัยผู้ใหญ่โดยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม เพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดูแลตนเอง ซึ่งมีอยู่ 2 ระยะด้วยกัน

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและการตัดสินใจ คือ ระยะของการแสวงหาข้อมูลเพื่อพิจารณาและตัดสินใจในการดูแลตนเอง โดยสังเคราะห์ วิเคราะห์ ปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมต่อความต้องการของตนเอง

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการกระทำและผลของการกระทำ เป็นการดำเนินการของบุคคลอย่างมีเป้าหมาย และมีการประเมินผลของการดูแลตนเอง

2.2.3.2 ความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นการกระทำของบุคคลที่สนองตอบความต้องการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยความต้องการดูแลตนเองมีอยู่ 3 อย่างด้วยกัน

1) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นความต้องการตาม อายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ เป็นการดำรงไว้ซึ่งร่างกาย โครงสร้างหน้าที่ของบุคคล และความสุขในการดำรงชีวิต ที่มีความแตกต่างกันไปตาม คุณภาพและปริมาณ ของอาายุเพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม โดยการดำรงไว้นั้นได้แก่ อากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ การขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ การรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่ สวัสดิภาพ การส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

2) ความต้องการการดูแลตนเองตามความจำเป็นตามพัฒนาการ มีความสัมพันธ์กับระยะการพัฒนาของบุคคล สถานการณ์ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ซึ่งระยะพัฒนาการนั้น เริ่มตั้งแต่คลอดออกมาเป็นทารก และใช้ชีวิตวัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ ซึ่งความต้องการที่จะดูแลตนเองก็จะแตกต่างกันไปตามพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงไป ส่วนสถานการณ์และเหตุการณ์ จะส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความเครียด ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในชีวิต เกิดความพิการ ความเจ็บป่วย ซึ่งความต้องการการดูแลตนเองก็จะแตกต่างกันไปตามปัจจัยของสถานการณ์ และเหตุการณ์ที่บุคคลเผชิญ

3) ความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมและความเปี่ยงเบนของร่างกาย และผลกระทบจาก

ความผิดปกติ จะทราบจากการวินิจฉัยและการรักษาทางการแพทย์ที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงจนอาจต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด หรือเกือบทั้งหมด บุคคลจะเปลี่ยนจากการเป็นผู้ดูแลตนเองเป็นผู้รับการดูแล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับ การแสวงหาข้อมูลการช่วยเหลือที่เหมาะสม มีการตรวจร่างกายเพื่อทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ ความยากง่ายของการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา และที่สำคัญบุคคลต้องยอมรับและเรียนรู้ที่จะอยู่กับสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง

2.2.3.3 ความต้องการดูแลตัวเองทั้งหมด เป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการเฉพาะ เพื่อการดำรงชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ มีการกำหนดความต้องการโดยคำนึงถึงปัญหาสุขภาพ วิธีการที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ เพื่อนำไปสู่กิจกรรมที่ต้องทำเพื่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด

2.2.3.4 ความสามารถในการดูแลตนเอง แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง คือ ความสามารถในการคาดคะเนเงื่อนไขและปัจจัยที่จะส่งผลต่อสุขภาพ ความสามารถในการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลตนเองตามความต้องการและความสามารถของตน ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ คือการเตรียมตัวเพื่อลงมือปฏิบัติตามความต้องการ

2) พลังความสามารถ ได้แก่ ความสนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ความสามารถในการควบคุมร่างกายของตนเอง ให้ปฏิบัติตามความต้องการในการดูแลตนเอง มีการใช้เหตุผลในการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจและเป้าหมายที่สอดคล้องกับสุขภาพของตนเอง มีข้อมูลและความรู้ที่ช่วยในการตัดสินใจด้านสุขภาพ

3) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นสิ่งที่บุคคลพึงมีเพื่อการดูแลตนเอง คือ การรู้และหาเหตุผลในการดูแลสุขภาพ การเห็นคุณค่าในตนเอง การฝึกดูแลตนเองจนเป็นนิสัย รักตัวเอง

2.2.3.5 ความบกพร่องในการดูแลตนเอง เกิดขึ้นเมื่อความต้องการมีมากกว่าความสามารถในการดูแลตนเอง แบ่งออกเป็น

1) ความสามารถของตนเอง น้อยกว่า ความต้องการดูแลตนเอง จะเป็นความบกพร่องในการดูแลตนเอง

2) ความสามารถของตนเอง เท่ากับ ความต้องการดูแลตนเอง จะยังไม่เกิดความบกพร่องในการดูแลตัวเอง แต่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

3) ความสามารถของตนเอง มากกว่า ความต้องการดูแลตัวเอง นั่นคือบุคคลไม่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง

การประเมินการบกพร่องนั้น จะประเมินจากการกระทำของบุคคลว่า ไม่สามารถ
กระทำได้ ไม่ได้กระทำ กระทำไม่ถูกต้องหรือไม่เพียงพอ

2.2.3.6 ปัจจัยพื้นฐานที่มีผลต่อการดูแลตนเอง มีอยู่ด้วยกัน 10 ปัจจัย ได้แก่
เพศ อายุ ระยะพัฒนาการ สังคมชนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบ
แผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์และ
ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต อันเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการการดูแลสุขภาพทั้งแบบจำเป็น
และแบบทั่วไป

2.2.4 ตัวชี้วัดการดูแลตนเอง

ตัวชี้วัดในการดูแลตัวเอง เป็นตัวชี้วัดว่าบุคคลมีการดูแลตัวเองหรือไม่ ซึ่งอาจจะแตกต่าง
ไปตามปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรม และความต้องการ แต่มีตัวชี้วัดที่เป็นพื้นฐานของการดูแล
ตัวเอง (Webber, Guo and Mann, 2013: 104-105) ได้แก่

- 1) ความรู้ด้านสุขภาพของบุคคล เป็นการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับด้านสุขภาพ
ขั้นพื้นฐานและการให้บริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน รวมทั้งการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อใช้
ในการตัดสินใจที่จะลงมือปฏิบัติ
- 2) ความตระหนักต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของตนเอง โดยการเข้ารับการ
ตรวจร่างกาย ไม่ว่าจะเป็น การวัดดัชนีมวลกาย (BMI) การวัดระดับคอเรสเตอรอล และการวัด
ความดัน
- 3) การออกกำลังกาย คือการทำกิจกรรมเพื่อฝึกความแข็งแรง เช่นการเล่นกีฬา
ตามความสามารถและความต้องการของตนเอง
- 4) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ เป็นการรับประทานอาหารที่คำนึงถึงความสมดุล
ระหว่างคุณค่าทางโภชนาการ กับระดับแคลอรีที่เหมาะสม
- 5) การลดหรือเลี่ยงความเสี่ยง หรือเลี่ยงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น
การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์
- 6) การมีสุขภาพอนามัยที่ดี การรักษาความสะอาดของร่างกาย เครื่องอุปโภค
บริโภค เช่นการล้างมือก่อนรับประทานอาหาร การตัดเล็บมือเล็บเท้า
- 7) การมีวินัยในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ คือการมีความรับผิดชอบต่อ
ตนเองเมื่อเกิดความเจ็บป่วยและทำการรักษา

2.2.5 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในช่วงบั้นปลายชีวิตของผู้สูงอายุไทย สิ่งที่ต้องการมากที่สุดคือ ความสุข ซึ่งเกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดี 3 องค์ประกอบด้วยกัน คือ การมีสุขภาพดี ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม การที่ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การมีปฏิสัมพันธ์จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตชีวา รู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง และยังมีประโยชน์กับสังคม ผู้สูงอายุต้องการความมั่นคงทั้งสภาวะเศรษฐกิจที่เพียงพอที่จะนำมาดูแลตนเองจนถึงบั้นปลายชีวิต มีความปลอดภัย ได้รับการดูแลและเอาใจใส่จากครอบครัว (ลัดดา ดำริการเลิศ, 2555: 14-15)

2.2.5.1 การดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุ

การดูแลสุขภาพกายของผู้สูงอายุนั้น มีทั้งเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ (บรรลุ ศิริพานิช, 2544: 9-19) และการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุเล็กน้อยๆ (บรรลุ ศิริพานิช, 2544: 66-70; อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2552: 20)

การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุมักจะน้อยไป มากไป หรือมีสัดส่วนที่ไม่พอดีกับร่างกาย ผู้สูงอายุจึงต้องพยายามที่จะทานให้ครบทั้ง ห้าหมู่ โดยต้องเป็นของที่เคี้ยวง่ายย่อยง่าย เน้นของต้ม นึ่ง ทุกอย่าง โดยเฉพาะอาหารที่มีกากใย

การออกกำลังกายนอกจากจะช่วยเรื่องการเผาผลาญพลังงานส่วนเกินแล้วยังช่วยเสริมความแข็งแรงให้กับร่างกาย การออกกำลังกายในวัยผู้สูงอายุนั้นเป็นการออกกำลังกายเพื่อสร้างความแข็งแรงไม่ใช่เพื่อความสวยงาม การออกกำลังกายนั้นยังแฝงอยู่ในกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดินไปซื้อของ การเพิ่มอัตราการเดินเป็นการเดินเร็ว การเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ การทำสวน การปั่นจักรยาน หรือการเล่นกีฬา แต่ทั้งนี้ การออกกำลังกายจะต้องคำนึงถึงสุขภาพร่างกายของตนเองอยู่เสมอ อย่าหักโหม ไม่เช่นนั้นจะกลายเป็นได้ความเจ็บป่วยมาแทนความแข็งแรง

การสูบบุหรี่ เป็นสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพ การเลิกสูบบุหรี่จะช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดอักเสบและมะเร็งปอด

การป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุเล็กน้อยๆ อุบัติเหตุนี้สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งในบ้าน และนอกบ้าน เพราะเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ความว่องไวย่อมลดลง ประสาทสัมผัสและการได้ตอบของสิ่งเร้าลดลง การทรงตัว การได้ยิน การมองเห็น มีประสิทธิภาพน้อยลง โดยอุบัติเหตุที่มักเกิดกับผู้สูงอายุ คือการสะดุดหกล้ม ผู้สูงอายุจึงควรที่จะตั้งสติ และระมัดระวังตนเองอย่างสม่ำเสมอ

2.2.5.2 การดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2554: 32-36) ได้กล่าวว่าเรื่องอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ ตัวผู้สูงอายุเองมักไม่สังเกตเห็นถึงความเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของตนเอง เมื่อเป็นเช่นนี้บุคคลที่อยู่ใกล้ชิดจึงเป็นผู้ที่รับรู้ได้ถึงการเปลี่ยนแปลง

ครอบครัว ย่อมเป็นสิ่งที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด การดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้นสามารถทำได้โดยง่าย คือการให้ผู้สูงอายุเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลบ้าน ดูแลลูกหลาน หากิจกรรมทำระหว่างครอบครัว เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดความโดดเดี่ยวและถูกละเลยความสำคัญไป แต่การที่ครอบครัวให้ผู้สูงอายุเข้ามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบประกอบกับการเสื่อมของสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุอาจทำสิ่งผิดพลาดได้ ครอบครัวจึงต้องไม่ตำหนิและติเตียน แต่ต้องพูดคุยและทำความเข้าใจ ไม่เช่นนั้นผลที่ได้ออกมาจะกลายเป็นความน้อยเนื้อต่ำใจ รู้สึกว่าลูกหลานดูถูกตน

เพื่อนฝูง เป็นเสมือนครอบครัว ดังนั้นการรักษาความสัมพันธ์อันดีต่อกันจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ การไปพบปะสังสรรค์กันจะช่วยให้จิตใจของผู้สูงอายุเบิกบาน และมีความสุข อีกทั้งยังเป็นการสร้างความฮึกเหิมและกำลังใจ

การดูแลจิตใจของผู้สูงอายุ ถ้าจะให้ผลดีผู้สูงอายุต้องยอมรับตนเองว่าในตอนนี้อารมณ์ของตนเองเป็นอย่างไร มีสุขภาพร่างกาย บทบาททางสังคมและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างไร ทำตนเป็นแบบอย่างที่ดีของลูกหลาน เพื่อที่จะรักษาความเคารพ นบนอบ พยายามที่จะหาสิ่งที่ทำทนายแต่เหมาะสมกับสุขภาพของตนเองเพื่อสร้างประสบการณ์ใหม่ๆ ความสำเร็จใหม่ๆ

2.2.5.3 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุนั้นมีอยู่ด้วยกันหลายโรคทั้ง โรคทางร่างกาย และโรคทางจิตใจ แต่โรคที่พบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยกำลังประสบอยู่ โดยการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550: 23-26) อันเป็นรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 พบว่าโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ มี 6 โรคด้วยกัน ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และอาการหลอดเลือดในสมองตีบ ส่วนโรคทางจิตใจ หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเป็นประจำนั้นได้แก่ รู้สึกเบื่ออาหารหรือความอยากอาหารลดลง คิดมาก วิตกกังวล หงุดหงิดรำคาญใจ เหนง รู้สึกไม่มีความสุขเศร้าหมอง และความรู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า ซึ่งความรู้สึกต่างๆจะมีเพิ่มมากขึ้นตามวัยที่มากขึ้นด้วย ทั้งโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ และโรคทางจิตใจหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร อัมพรพรพรณ ธีรานุกร (2552: 12-17) ได้อธิบายโรคของผู้สูงอายุว่า เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมกับการเสื่อมถอยของร่างกายประกอบกับการดูแลเอาใจใส่

ตนเองนั้นมีมากน้อยเพียงใด เช่น โรคความดันโลหิต เป็นโรคที่เกิดจากการที่หลอดเลือดแดง แข็งตัวผิดปกติ โรคเบาหวาน เป็นโรคที่เกิดจากการที่ร่างกายทำงานผิดปกติ โดยหลังสารอินซูลิน มาใช้ในร่างกายไม่เพียงพอ ซึ่งโรคดังกล่าวนี้ อาจมีสาเหตุจากพันธุกรรม ระบบการทำงานของ ร่างกายผิดปกติหรือเสื่อม ความเครียด และการดูแลตนเอง

1) โรคทางกายของผู้สูงอายุ

โรคส่วนใหญ่ที่มักพบในผู้สูงอายุนั้นได้แก่ โรคอ้วน อันเกิดจากการสะสม ของพลังงานที่ได้จากการรับประทานอาหาร และการเก็บสะสมพลังงานที่อยู่ในรูปของไขมัน ยิ่ง อายุมากขึ้นน้ำหนักตัวยิ่งมากขึ้น เพราะมีการใช้กำลังร่างกายน้อย โรคโลหิตจาง เกิดจากการ รับประทานอาหารที่ขาดธาตุเหล็ก จึงทำให้เลือดหยุดไหลยากกว่าปกติ โรคหลอดเลือดหัวใจ เกิด จากการกินอาหารที่มีพลังงานและไขมันที่มากกว่าการเผาผลาญของร่างกาย โรคเกี่ยวกับกระดูก และข้อ เกิดจากความผิดปกติของการดูดซึมของร่างกาย ทำให้เกิดกระดูกพรุน (รมย์วิน กมลเนตรวินิจ, 2553: 124-129)

2) โรคทางจิตของผู้สูงอายุ

โรคทางจิตหรือความรู้สึกของผู้สูงอายุนั้น บรรลุ ศิริพานิช (2544: 111-117) กล่าวว่าผู้สูงอายุมักมีปัญหาเรื่องสุขภาพจิต ได้แก่ ความวิตกกังวล เป็นโรคที่เกิดจาก ภาวะซึมเศร้า ที่แสดงออกถึงความสิ้นหวังในชีวิต ความเหนื่อย ไม่มีเรี่ยวแรงที่จะทำกิจวัตร ประจำวัน การนอนไม่หลับ เมื่อผู้สูงอายุพักผ่อนไม่เพียงพอก็จะเกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า อาการหวาดระแวง อาการสับสน ผู้สูงอายุมักมีความสับสนในเรื่องของเวลาและสถานที่ ไม่ สามารถที่จะใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลได้อย่างสมบูรณ์ ไม่สนใจตนเอง การเลิกที่จะใส่ใจตนเอง อันเกิดจากหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะเป็นร่างกายที่เสื่อมโทรม หรือการถูกลดบทบาททางสังคม

ดังนั้นการดูแลสุขภาพ คือ การกระทำของบุคคลที่ทำกิจกรรมต่างๆเพื่อประโยชน์แก่ สุขภาพของตน (Norris, 1974: 48; Orem, 1985: 140; WHO, 1993: 19; Pender, 1996: 98; Department of Health, 2005: 1) โดยตัวชี้วัดการดูแลสุขภาพนั้นได้แก่ การมีวินัยในการเข้ารับ การตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์โดยคำนึงถึงคุณค่าทาง โภชนาการ หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและสูบบุหรี่ (Webber and others, 2013: 104-105) ในผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพร่างกาย ได้แก่ การรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ ครบห้าหมู่ เคี้ยวง่าย จำพวก ต้ม นึ่งและมีกากใย การออกกำลังกายเป็นการเน้นเรื่องของการเผาผลาญพลังงานส่วนเกินโดย อาจแบ่งอยู่ในกิจวัตรประจำวัน การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา (บรรลุ ศิริพานิช, 2544: 9-19) และการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเช่น การให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการทำ

กิจกรรมในครอบครัวเพื่อป้องกันความรู้สึกในการถูกทอดทิ้ง โดดเดี่ยวหรือถูกละความสำคัญ การออกไปพบปะและสร้างความสัมพันธ์อันดีกับคนในวัยเดียวกันจะช่วยให้จิตใจของผู้สูงอายุเบิกบานและสร้างกำลังใจในการดำรงชีวิต (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554: 32-36)

2.3 การสนับสนุนทางสังคม

2.3.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976: 300) การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองมีคนดูแลและเอาใจใส่ มองเห็นคุณค่าในตนเอง และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

House (1981 quoted in Thoits, 1982: 147) การสนับสนุนทางสังคม คือ การดำเนินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือมากกว่า ในด้านของอารมณ์ เช่น การให้ความรัก การเอาใจใส่ การให้ความช่วยเหลือในด้านการบริการ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม หรือข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การให้คุณค่ากับตนเอง

Thoits (1982: 148) การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม เพื่อช่วยให้บุคคลก้าวผ่านปัญหาหรือวิกฤตที่กำลังเผชิญได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น

Hubbard, Muhlenkamp and Brown (1984: 267) การสนับสนุนทางสังคม คือ โครงสร้างที่บุคคลเข้าไปมีความสัมพันธ์ในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่บุคคลอื่น

Shumaker and Brownell (1984: 13) การสนับสนุนทางสังคม คือ การแลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างบุคคลอย่างน้อยสองคน โดยสิ่งที่ผู้ให้ได้ให้และสิ่งที่ผู้รับได้รับ จะเกิดจากความตั้งใจที่จะเสริมสร้างให้บุคคลมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

Cohen and Syme (1985: 3-4, 10) การสนับสนุนทางสังคมเป็นการกระทำที่ส่งผลในทางบวกมากกว่าทางลบ ที่มีผลให้สุขภาพและความเป็นอยู่บุคคลดีขึ้น โดยขึ้นอยู่กับว่า ใครเป็นผู้ให้การสนับสนุน ชนิดของการให้การสนับสนุน ลักษณะของผู้รับการสนับสนุน ปัญหาที่ต้องได้รับการสนับสนุน สถานการณ์หรือจังหวะที่ให้การสนับสนุน ระยะเวลาหรือความต่อเนื่องในการให้การสนับสนุน และลักษณะของสิ่งที่ให้การสนับสนุน

Baker (2007: 3) การสนับสนุนทางสังคม คือ การมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดหรือการติดต่อสื่อสารที่ส่งผลในลักษณะที่แตกต่างไปตามลักษณะของบุคคล และเหตุการณ์ที่เข้าไปให้การสนับสนุนด้วย

Kim, Sherman and Taylor (2008: 518) การสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวทางและวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงที่จะช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับวิกฤตในชีวิต รวมทั้งความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นยังเป็นเรื่องระหว่างปัจเจกบุคคลด้วยกัน

Nation Cancer (NCI: 2014) การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้านและสมาชิกในชุมชน ให้ความช่วยเหลือในด้านความต้องการทางกายภาพ อารมณ์ และการเงิน

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2544ก: 4, 56) การเกื้อหนุนทางสังคม คือ ระบบที่ประกอบไปด้วยบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยแต่ละคนมีเอกลักษณ์ทางสังคมที่แตกต่างกัน โดยผ่านเครือข่ายที่ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยการเกื้อหนุนนี้มีทั้ง ด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร ด้านวัตถุสิ่งของและด้านอื่นๆที่จำเป็น

โดยกลุ่มหรือบุคคลที่จะเข้ามาให้การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ศาสนา องค์กร ผู้เชี่ยวชาญ และอาสาสมัคร ซึ่ง Pender (1996: 257-259) ได้อธิบายไว้ว่า

1) ครอบครัว หรือกลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ (Natural Support Systems) เป็นกลุ่มที่ให้การสนับสนุนในสิ่งจำเป็นขั้นพื้นฐาน ความต้องการและความรู้สึก ให้การยอมรับและนับถือ ให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2) เพื่อน (Peer Support Systems) เป็นกลุ่มของผู้ที่เคยประสบเหตุการณ์หรือปัญหาที่ได้รับการสนับสนุน จึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

3) ศาสนา (Organized Religious Support Systems) เป็นกลุ่มที่เข้ามามีค่านิยมจิตใจของบุคคล โดยกลุ่มศาสนาจะเข้ามาในรูปแบบของการทำกิจกรรม เพื่อให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า มีจุดหมายในชีวิตตามธรรมเนียมปฏิบัติทางศาสนา

4) กลุ่มขององค์กร ผู้เชี่ยวชาญ (Organized Support Systems of Care Giving or Helping Professional) เป็นกลุ่มของผู้ให้บริการในการให้การดูแล โดยบุคคลจะแสวงหา กลุ่มดังกล่าวก็ต่อเมื่อได้รับการดูแลที่ไม่เพียงพอจากครอบครัวหรือเพื่อน หรือได้รับแต่ไม่ได้ผล

5) กลุ่มอาสาสมัคร (Organized Support Groups Not Directed by Health Professional) เป็นกลุ่มที่อาสาเข้ามาช่วยเหลือบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือแต่ไม่สามารถ

แสวงหาการช่วยเหลือได้ ทางกลุ่มจะเข้ามาช่วยในการเปลี่ยนแปลงชีวิตรวมถึงการปรับตัว เช่น กลุ่มบุคคลให้กำลังใจในการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มสมาชิกช่วยเหลือผู้พิการและครอบครัว

2.3.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

Schafer, Coyne and Lazarus (1981: 385-386) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท

1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การให้ความใกล้ชิดสนิทสนม ความรัก ความอบอุ่น ความมั่นคง ปลอบภัย ให้การยอมรับและไว้วางใจ เพื่อให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่ามีบุคคลอื่นรักและห่วงใย หรือเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้งและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2) การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) คือ การให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน ด้านสิ่งของที่จำเป็น เมื่อบุคคลมีความต้องการ

3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) คือ การให้ข้อมูล การให้คำแนะนำที่บุคคลต้องการ พร้อมทั้งข้อมูลย้อนกลับในสิ่งที่บุคคลกำลังปฏิบัติอยู่

Cohen and McKay (1984: 255-264) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ประเภท

1) การสนับสนุนด้านวัตถุ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือเมื่อบุคคลเจ็บป่วย สูงอายุ พิกการ หรือเมื่อบุคคลไม่มีปัจจัยที่เพียงพอในการดำรงชีวิต ซึ่งการให้ความช่วยเหลือจะขึ้นอยู่กับลักษณะหรือคุณสมบัติของผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือเป็นหลัก

2) การให้คำแนะนำในการประเมินสถานการณ์ (Appraisal Support) เป็นการช่วยเหลือที่คำนึงถึงสถานการณ์และความตึงเครียดที่มีความเกี่ยวข้องกับตนเองอย่างเฉพาะเจาะจงมากกว่าสถานการณ์หรือความตึงเครียดที่เกี่ยวข้องกับตนเองโดยอ้อม ซึ่งผู้ที่เข้ามาช่วยเหลือมักจะเป็นบุคคลที่ได้รับผลกระทบโดยตรง เคยมีประสบการณ์หรือตกอยู่ในสถานการณ์เช่นเดียวกัน

3) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) แบ่งเป็น 2 ประเภท

(1) การสนับสนุนให้นับถือตนเอง (Self-Esteem Support) เป็นการช่วยให้บุคคลยอมรับความเครียดและหาทางรับมือกับความล้มเหลวที่เกิดขึ้น โดยให้บุคคลพยายามคิดเปรียบเทียบสิ่งที่ตนเองประสบอยู่ไปในทางบวก

(2) การสนับสนุนให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดี (Belonging Support) เป็นการช่วยเหลือเมื่อบุคคลแยกตัวออกจากความสัมพันธ์ที่ตนเองมี หรือปิดกั้นตนเองจากบุคคลที่ใกล้ชิด

กับตนเอง เช่น คู่สมรส บุตร ญาติ เพื่อน การช่วยเหลือนี้จะให้ผลที่ดีหรือประสิทธิภาพสูงสุดก็ต่อเมื่อบุคคลที่ใกล้ชิดเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ

Cohen and Wills (1985: 313-314) แบ่งการสนับสนุนออกเป็น 4 ประเภท คือ

1) การสนับสนุนให้เขาเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem Support) คือ การเพิ่มการติดต่อสื่อสารที่ส่งเสริมให้บุคคลเห็นคุณค่าในประสบการณ์และชีวิตของตนเองที่ผ่านมา รวมทั้งการให้การยอมรับในความผิดพลาดและปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งการสนับสนุนให้เห็นคุณค่าในตนเองยังสามารถเรียกได้ว่าเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) การสนับสนุนการแสดงออก (Expressive Support) และการสนับสนุนให้ปล่อยวางไม่อัดอั้นหรือเก็บไว้กับตนเอง (Ventilation and Close Support)

2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) คือ การช่วยให้เกิดความเข้าใจและสามารถรับมือกับปัญหาที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ได้ เป็นการให้คำแนะนำและช่วยประเมินปัญหา

3) มิตรภาพทางสังคม (Social Companionship) คือ การใช้เวลาร่วมกับผู้อื่นในการทำกิจกรรมหรือสนทนาการ ซึ่งช่วยลดความตึงเครียดของบุคคลในเรื่องความต้องการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น และช่วยให้บุคคลหันเหความกังวลที่มีต่อปัญหาอันส่งผลให้เกิดอารมณ์ไปในทางบวกได้

4) การสนับสนุนในสิ่งจำเป็น (Instrumental Support) คือ การช่วยเหลือด้านการเงิน ทรัพยากร และความต้องการขั้นพื้นฐาน การสนับสนุนประเภทนี้สามารถลดความตึงเครียดได้โดยตรง และสามารถเรียกได้ว่าเป็น การสนับสนุนทางวัตถุและการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม

โดยการทำงานของ การสนับสนุนทั้ง 4 ประเภทที่กล่าวมา ภายใต้สถานการณ์ของเหตุการณ์ที่มีความตึงเครียดบ่อยครั้งจะแสดงออกมาในรูปของความรู้สึกหมดหนทาง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อความรู้สึกในการนับถือตนเอง เช่นนี้การให้ความนับถืออาจช่วยให้บุคคลรักษาภาพของการนับถือตนเองภายใต้สถานการณ์ที่ตึงเครียดได้ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลสามารถช่วยให้บุคคลมีความรู้ความสามารถในการประเมินปัญหาที่ต้องเผชิญและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ด้วยเหตุนี้การให้การสนับสนุนในการนับถือตนเอง และการให้ข้อมูลข่าวสาร มีแนวโน้มที่จะสามารถตอบสนองต่อความหลากหลายของเหตุการณ์ที่ตึงเครียด ในทางตรงกันข้าม การสนับสนุนในสิ่งจำเป็นและมิตรภาพทางสังคมจะถือว่าการสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อสิ่งที่จำเป็นหรือที่บุคคลมีความสัมพันธ์หรือมีความต้องการเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด เช่น

ถ้าบุคคลสูญเสียมิตรภาพส่วนบุคคล บุคคลจะหันไปหามิตรภาพทางสังคมแทน และหากบุคคลมีปัญหาด้านเศรษฐกิจก็จะหาทางออกด้วยการเสาะหาสิ่งที่เป็นต่อตนเองเพื่อลดความตึงเครียดของสถานการณ์

Pender (1996: 257) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการช่วยเหลือ สนับสนุน การมีส่วนร่วมให้บุคคลสามารถจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึก ความเครียด และภาวะซึมเศร้าได้
- 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นการช่วยให้บุคคลเข้าใจว่าต้องปฏิบัติอย่างไร เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อตนเอง
- 3) การช่วยเหลือในสิ่งจำเป็น (Instrumental Aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือ ตามสถานการณ์ของบุคคล เช่น แม่มีความเครียดจากการเลี้ยงดูทารกขาดการพักผ่อนที่เพียงพอ พ่อหรือบุคคลใกล้ชิดก็จะเข้ามาแบ่งเบาภาระและความเครียดจากผู้เป็นแม่
- 4) การยอมรับ (Acceptance) เป็นการช่วยให้บุคคลเข้าใจสถานการณ์ของตนเองและยอมรับในสถานะ ความเป็นอยู่และปัญหาของตนเองได้

Baker (2007: 3) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท

- 1) การสนับสนุนในสิ่งจำเป็น (Instrumental Support) เช่น การให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน การช่วยพัฒนาศักยภาพและทักษะต่างๆ การให้บริการด้านสุขภาพ การจัดให้มีระบบขนส่งที่ทั่วถึง
- 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เช่น การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับช่องทางการขอความช่วยเหลือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
- 3) การสนับสนุนการเป็นสมาชิก (Affinitive Support) เช่น การส่งเสริมให้บุคคลออกไปทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลภายนอก ตามที่บุคคลนั้นๆสนใจ
- 4) การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เช่น การที่บุคคลใกล้ชิดไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือแม้กระทั่งผู้เชี่ยวชาญ เข้ามาช่วยในความต้องการด้านอารมณ์ รวมทั้งการแก้ไขวิกฤตทางอารมณ์

2.3.3 การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

ในช่วงบั้นปลายชีวิตของผู้สูงอายุ สิ่งที่ต้องการมากที่สุด คือ ความสุข ซึ่งเกิดจากการมีคุณภาพชีวิตที่ดี 3 องค์ประกอบด้วยกัน ได้แก่ การมีสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (ลัดดา ดำริการเลิศ, 2555: 14-15) โดยการมีสุขภาพที่ดีย่อมเกิดจากการที่บุคคลเริ่มที่จะปฏิบัติ

ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และส่งเสริมสุขภาพของตนเอง (Pender, 1996: 98) และนอกจากการที่ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพของตนเองแล้วยังสามารถรับการดูแลจากบุคคลอื่นได้ด้วย หรือที่เรียกว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการกระทำที่ส่งผลในทางบวกมากกว่าทางลบ ที่มีผลให้สุขภาพและความเป็นอยู่ของบุคคลดีขึ้น โดยขึ้นอยู่กับว่าใครเป็นผู้ให้การสนับสนุน (Cohen and Syme, 1985: 3-4, 10) ซึ่ง เล็ก สมบัติ (2549: 4, 12-15) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นกลุ่มที่ให้การสนับสนุนขั้นพื้นฐาน ในเรื่องของความต้องการและความรู้สึกของบุคคล อีกทั้งครอบครัวยังเป็นสถาบันที่สำคัญในการดูแลสุขภาพ เป็นแหล่งที่ให้ความรัก ความอบอุ่น และให้ความมั่นคงทางจิตใจ สำหรับตัวผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแล การเอาใจใส่และความรักจากครอบครัวมากกว่ากลุ่มวัยอื่น โดยผู้สูงอายุยังคาดหวังว่า ครอบครัวจะเป็นแหล่งที่พักพิงที่สุดท้ายในช่วงบั้นปลายชีวิต ครอบครัวถือได้ว่าเป็นเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ (Informal Network) ที่มีความใกล้ชิดและเป็นที่ยอมรับไว้วางใจของผู้สูงอายุ มากกว่าเครือข่ายที่เป็นทางการ (Formal Network) ที่เป็นบุคลากรของทั้งภาครัฐและภาคเอกชนด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ครอบครัวจึงมีความสำคัญในการที่จะตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้สูงอายุในครอบครัว ถือว่าเป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะต้องดูแล ไม่ว่าจะเป็นการให้ความรัก ความอบอุ่น ความเข้าใจ ให้การยอมรับ ให้ความเคารพ รวมทั้งการจัดหาปัจจัย 4 และสิ่งจำเป็นอื่นๆในชีวิตประจำวัน

ซึ่งบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนผู้สูงอายุในเรื่องของสุขภาพมีอยู่ด้วยกัน 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม สามารถสรุปได้ดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2545: 8-11)

การดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ครอบครัวจะทำการตอบสนองเป็นการดูแลโดยทั่วไปในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การให้การช่วยเหลือเมื่อยามเจ็บป่วย การดูแลเรื่องอาหารซึ่งไม่ใช่ว่าผู้สูงอายุจะเป็นผู้ที่ถูกดูแลเท่านั้น แต่หากครอบครัวใดยังมีผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง มักจะเข้ามามีส่วนร่วมในการทำอาหาร แต่ถ้าหากผู้สูงอายุอยู่ในสภาวะพึ่งพาหรือเป็นโรคเฉพาะก็ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ การให้ความช่วยเหลือทางการเงิน ผู้สูงอายุมักจะได้รับการช่วยเหลือจากบุตรของตนที่ให้แก่เพื่อแสดงความกตัญญู และที่สำคัญสมาชิกที่เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมักเป็นบุตรและคู่สมรสของบุตร โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงมักจะได้รับการดูแลจากครอบครัวมากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพศชาย

การดูแลสุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นการปฏิบัติของครอบครัวที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุในลักษณะที่ว่า ให้ความเคารพ ให้เกียรติ ยกย่อง ปกป้องและให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดความมั่นคงและความภาคภูมิใจ บุคคลทุกคนในครอบครัวเป็นผู้สร้างความมั่นคงทางจิตใจ เมื่อบุคคลใด

บุคคลหนึ่งไม่สามารถดูแลได้ ก็จะมีสมาชิกคนอื่นเข้ามาดูแลแทน ซึ่งการตอบสนองด้านอารมณ์แก่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการแสดงความคิดเห็น ความเอื้ออาทร พุดคุย ให้ความสำคัญในการตัดสินใจ ตลอดจนการเยี่ยมเยียนจากบุตรที่อยู่ใกล้และอยู่ห่างไกล สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก มีความรู้สึกที่ตนเองไม่ได้ถูกทอดทิ้งและมีคุณค่า

การดูแลทางสังคม เป็นการให้ผู้สูงอายุได้พบปะกับญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมทำกิจกรรมเพื่อสังคม รวมทั้งการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารและความเป็นไปในสังคม เพื่อพัฒนาตนเองให้เป็นคนทันสมัยอยู่เสมอ โดยส่วนใหญ่แล้วในพื้นที่ชนบทมักจะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมทางด้านศาสนา แต่ในพื้นที่เมือง ครอบครัวมักจะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือพิมพ์

โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของครอบครัวในการให้การสนับสนุนผู้สูงอายุนั้นมีอยู่ด้วยกัน 5 ปัจจัยด้วยกัน (ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ, 2544: 91-92) ได้แก่

1) โครงสร้างครอบครัว ครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยย่อมมีผู้ดูแลที่น้อยตามไปด้วย ครอบครัวที่เป็นโสด หม้าย หรือหย่าร้าง มักเกิดปัญหาในการขาดผู้ดูแล เช่นเดียวกับครอบครัวหรือบุคคลที่อยู่ตามลำพังอยู่ห่างไกลจากเพื่อนบ้านย่อมประสบปัญหาเช่นเดียวกัน

2) ผู้ดูแลหลักของครอบครัว การเปลี่ยนแปลงในเรื่องของสุขภาพของผู้สูงอายื่อย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต การทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น การเกิดปัญหาสุขภาพทำให้เกิดการพึ่งพา จึงเกิดความเปลี่ยนแปลงในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว จากการเป็นผู้ดูแลครอบครัวกลายเป็นผู้ที่ถูกดูแล ซึ่งผู้ดูแลหลักมักจะเป็นบุตรของผู้สูงอายุ

3) สถานภาพสมรสกับอัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดน้อยลง จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะอาศัยอยู่กับคู่สมรสของตน ซึ่งการดูแลนี้มักเกิดจากความรัก ความต้องการที่จะดูแลเอาใจใส่และให้ความช่วยเหลือเป็นระยะยาวและต่อเนื่องตลอดเวลาที่สมรส แต่หากแยกกันอยู่ หย่าร้างและเป็นหม้าย รวมทั้งอัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดน้อยลง ผู้สูงอายุจะขาดคนดูแลเอาใจใส่ จึงไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องได้รับความช่วยเหลือจากสถาบัน

4) การเข้ามาของบทบาทสตรี เป็นที่ยอมรับกันว่า บุตรมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบุตรสาวที่อยู่ในช่วงวัยทำงาน ที่ต้องหารายได้พร้อมกับการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอาจส่งผลต่อการทำงาน เช่น การลดชั่วโมงการทำงาน การหยุดงาน เช่นนี้อาจส่งผลเสียต่อทั้งตัวผู้สูงอายุเองและผู้ดูแล

5) ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุย่อมส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแล อีกทั้งหากกลายเป็นว่าผู้ที่ควรได้รับการดูแลอย่างผู้สูงอายุต้องมาดูแลผู้ที่ดูแลตนเอง ยิ่งอาจส่งผลเสียต่อสภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆที่มีความจำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคมที่จะก่อให้เกิดผลดีขึ้นอยู่กับบุคคลผู้ให้การสนับสนุน ความต่อเนื่อง ประเภทและความจำเป็น รวมทั้งสถานการณ์ของผู้ที่ต้องการการสนับสนุนเป็นสำคัญ (Cobb, 1976: 300; Thoits, 1982: 148; Hubbard and others, 1984: 267; Shumaker and Brownell, 1984: 13; Cohen and Syme, 1985: 3-4, 10 และ Baker, 2007: 3) ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านการให้สิ่งของ เป็นการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม ที่ช่วยให้บุคคลก้าวผ่านสถานการณ์ของความขาดแคลนไม่ว่าจะเป็นเงิน ทรัพย์สิน เครื่องใช้อุปโภคบริโภค การสนับสนุนด้านอารมณ์ซึ่งคือการให้การยอมรับ ไว้วางใจ การเอาใจใส่ การสนองความต้องการในการติดต่อสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Schafer and others, 1981: 385-386; Cohen and Wills, 1985: 313-314; Pender, 1996: 257 และ Baker, 2007: 3) นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะเป็นผู้รับการสนับสนุนแล้ว ผู้สูงอายุยังมีบทบาทในการให้การสนับสนุนในครอบครัวเพื่อนบ้านและชุมชน โดยเฉพาะในครอบครัว ได้แก่การให้คำปรึกษารับภาระงานในบ้าน การให้เงินทองและทรัพย์สินแก่บุตร (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2544: 70-73)

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ดังนี้

2.4.1 เพศ

เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ โดยการศึกษาของ เรวดี สุวรรณนพเก้า และศรีรินทร์ เกรย์ (2554: 48) ในเรื่องของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงจะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย เพราะผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่มีประสบการณ์ของการดูแลครอบครัวและการดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มาลินี วงษ์สิทธิ และศิริวรรณ ศิริบุญ (2541: 34) ที่พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเพศหญิงด้อยกว่าผู้สูงอายุเพศชาย และยังมีงานวิจัยของ นภาพร ชโยวรรณ และโนเดล จอห์น (2539: 145) สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2541: 24, 2550: 21) อรวรรณ คูหา และนันทศักดิ์ ธรรมวนวัฒน์ (2552: 14) และงานวิจัยของ ดารารัตน์ อานันทะสูงส์ และคณะ (2554: 5-11) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง และงานวิจัยของ เสาวนิช นิจนันต์ชัย (2553: 71) พบว่าความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุเพศชายกับเพศหญิงมีผลต่อการดูแลตนเองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2555: 89) ที่พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีเพศที่แตกต่างกันจะมีภาวะสุขภาพทั้งในภาพรวมและรายด้านที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และในเรื่องของการดูแลสุขภาพของตนเองพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามเกณฑ์เมืองไทยแข็งแรงของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยเพศชายจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าเพศหญิง(ชุดิมา วัฒนศักดิ์ภูบาล, 2551: 60) และการศึกษาของ วิศา จันทวังสิวรกุล (2553: 16) พบว่าเพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระของบุคคล และผู้สูงอายุเพศชายสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้มากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งสวนทางกับ การศึกษาของ เตือนใจ ทองคำ (2549: 102) ที่พบว่าความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันไม่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ในเรื่องของสุขภาพจิตพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพศชาย (วิชาญ ชูรัตน์, โยธิน แสงวงดี และสุพาพร อรุณรักษ์สมบัติ, 2555: 95) ในเรื่องความสุขและความรู้สึกพบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มจะรู้สึกเหงามากกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศชายมีกิจกรรมนอกบ้านทำมากกว่า ขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงมักอยู่

บ้าน (นภาพร ชโยวรรณ และโนเดล, จอห์น, 2539: 151) และนพรัตน์ กิ่งแก้ว (2550: 84) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยในการทำงานกับภาวะสุขภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบันเพศหญิงจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดีกว่าเพศชาย (ร้อยละ 19.84) และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในอนาคต พบว่าเพศชายมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 19.61)

2.4.2 อายุ

อายุ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ และยังมีอิทธิพลต่อสุขภาพเมื่อมีอายุมากขึ้น โดยมีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อายุมากจะประเมินสุขภาพของตนเองว่าแย่มากกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่า (มาลินี วงษ์สิทธิ์และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541: 30) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นภาพร ชโยวรรณ และโนเดล, จอห์น (2539: 145) พบว่า ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพของตนเองลดลงตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกลับดีขึ้น โดยผู้สูงอายุ 60-69 ปี จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพต่ำที่สุด (ร้อยละ 17.8) รองลงมาคือ 70-79 ปี (ร้อยละ 12.5) และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 6.1) เนื่องจาก เมื่ออายุมากขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงในการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ลดน้อยลง (เรวดี สุวรรณนพเก้า และรศรินทร์ เกรย์, 2554: 45) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญพงศ์ (2555: 53) ที่ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น นั่นคือผู้สูงอายุในกลุ่ม 70-79 ปี จะมีสุขภาพจิตดีกว่า ผู้สูงอายุ 60-69 ปี ซึ่งสวนทางกับการศึกษาของ วิชาญ ชูรัตน์ และคณะ (2555: 96) ที่พิจารณาตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะเกิดภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้น คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปจะมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า ผู้สูงอายุกลุ่ม 70-79 ปี และ 60-69 ปี และยังมีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป จะมีภาวะสุขภาพต่ำที่สุด ซึ่งเป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและจิตใจที่เสื่อมถอยลง (นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ, 2555: 123) และในเรื่องของการดูแลตนเองพบว่าผู้สูงอายุ 60-69 ปี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่แตกต่างกับกลุ่ม 70-79 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยผู้สูงอายุ 60-69 ปี จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่า กลุ่ม 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป (เตือนใจ ทองคำ, 2549: 105) และผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปจะเรียนรู้เรื่องการดูแลตนเองได้มากขึ้น เนื่องจากร่างกายเสื่อมถอยลง โดยเฉพาะเรื่องของความจำ การใช้

เหตุผลในการตัดสินใจ ที่จะเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ (วริศา จันทวังสวรกุล, 2553: 17; สุกิจ ทองพิลา, นิตยา น้อยสีภูมิ และสุกัญญา เลหารัตนหิรัญ, 2555: 82) และยังพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ในเชิงลบต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ .001 (เสาวนิช นิจนันต์ชัย, 2553: 71) และในเรื่องของความสุขและความรู้สึกพบว่า ระดับของความรู้สึกเหงามจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น (นภาพร ชโยวรรณ และโนเดล, จอห์น, 2539: 223) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ จินตนา ฉิมจินดา (2555: 72) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อยจะมีความสุขในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่อายุมาก

2.4.3 ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ และยังมีอิทธิพลต่อสุขภาพเมื่อมีระดับการศึกษาสูงขึ้น โดยการศึกษาของ มาลินี วงษ์สิทธิ และศิริวรรณ ศิริบุญ (2544: 22) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่ามีภาวะสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่าและไม่มีการศึกษาและผู้สูงอายุที่ไม่มีศึกษามีสัดส่วนที่รายงานว่าภาวะสุขภาพของตนเองแย่และแย่มากสูงกว่ากลุ่มอื่น การที่ผู้สูงอายุที่มีการศึกษามีภาวะสุขภาพดีกว่า อาจเป็นไปได้ว่ามีโอกาสที่จะเรียนรู้วิธีการป้องกันและรักษาตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บ ตลอดจนรู้วิธีการเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เหวดี สุวรรณนพเก้า และวศรินทร์ เกรย์ (2554: 48) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมหรือสูงกว่า จะมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่ประถมศึกษา เนื่องจากการศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโลกและชีวิตในทุกด้านให้กับบุคคล ทำให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ ส่วนในเรื่องสุขภาพจิตพบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (วศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญชุมพวง, 2555: 56) และในเรื่องของพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า การที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองตามเกณฑ์เมืองไทยแข็งแรงของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน โดยค่าเฉลี่ยของมัธยมศึกษาตอนปลายสูงกว่า ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นประถมศึกษา และไม่ได้รับการศึกษา (ชุติมา วัฒนศักดิ์ภูบาล, 2551: 62) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญดาว ถลารัตน์ (2556: 98) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน เนื่องจากการศึกษาของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร มีการพัฒนาการเรียนรู้และสามารถตัดสินใจพิจารณาในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง อีกทั้งในปัจจุบันระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีมีความเจริญก้าวหน้า ยิ่งผู้สูงอายุ

มีการศึกษาสูงขึ้นย่อมถึงแหล่งความรู้ได้ง่ายขึ้น และในเรื่องการรับรู้ภาวะสุขภาพ พบว่า พยาบาลที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี จะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคตดีกว่า พยาบาลที่จบปริญญาตรี (ร้อยละ 19.61 และ 18.63) และยังพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตอย่างมีนัยสำคัญที่ .05 (นพรัตน์ กิ่งแก้ว, 2550: 85-88)

2.4.4 สถานภาพการสมรส

สถานภาพการสมรสพบว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันย่อมมีภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน (สุนันทา คุ่มเพชร, 2545: 96-97) ผู้ที่มีสถานภาพเป็นหม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่ มีการรับรู้สุขภาพในปัจจุบันดีกว่าผู้ที่สมรสแล้วหรือเป็นโสด (นพรัตน์ กิ่งแก้ว, 2550: 84) และเลয়ারด์ (2550: 79-80) พบว่า ผู้สูงอายุที่สมรสแล้วจะมีระดับความสุขมากกว่ากลุ่มที่เป็นหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ โดยกลุ่มเหล่านี้จะมีความสุขที่ลดน้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุสมรสและอยู่กับคู่สมรสจะมีผู้ที่คอยดูแลเอาใจใส่ในด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รศ.วินทร์ เกียรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญชูพงศ์ (2555: 56) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีสุขภาพจิตดีกว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่ เนื่องจากคู่สมรสเป็นแรงสนับสนุนทางครอบครัวที่สำคัญ ที่ให้ความรัก ความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่ทำให้รู้สึกไม่เหงาและว้าเหว่ และการศึกษาของ วิชาญ ชูรัตน์ และคณะ (2555: 96) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย หย่าหรือแยกกันอยู่จะมีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุที่สมรสหรือเป็นโสด และผู้สูงอายุที่สมรสแล้วจะมีภาวะเสี่ยงน้อยกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด เนื่องจากคู่สมรสก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัยมีกำลังใจ และมีความมั่นคงทางอารมณ์ และการศึกษาของ วริศา จันทังสิวรกุล (2553: 17) และขวัญดาว ถลารัตน์ (2556: 97) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากสถานภาพสมรสจะแสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ทั้งทางด้านสังคมและจิตใจระหว่างบุคคลและการมีชีวิตคู่ เมื่อคู่สมรสเจ็บป่วยจะมีคนดูแลเอาใจใส่ ต่างจากสถานภาพสมรสอื่น ที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวต้องช่วยเหลือตนเองทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย จึงทำให้ผู้ที่มีสถานภาพ โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ ต้องใส่ใจเฝ้าหาความรู้ที่ถูกต้องด้วยตนเอง

2.4.5 รายได้เฉลี่ยต่อปี

รายได้ มีการศึกษาพบว่าในความเป็นจริงปัญหาสุขภาพและรายได้มีความสัมพันธ์กัน เมื่อสุขภาพไม่ดี การประกอบอาชีพย่อมทำไม่ได้ รายได้จึงตกต่ำลง ในทางกลับกันเมื่อรายได้ไม่ดี โอกาสที่จะมีเครื่องอุปโภคบริโภคสมบูรณ์เพียงพอย่อมเป็นไปได้ สุขภาพไม่ดีจึงเป็นผลติดตาม

มา (บรรลุ ศิริพานิช, 2543: 104) และยังพบว่าผู้สูงอายุที่อายุ 60-69 ปีมีสัดส่วนของรายได้ที่ค่อนข้างสูงกว่า ผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป นั่นคือเมื่อผู้สูงอายุอายุมากขึ้นรายได้ก็น้อยลง เพราะอายุยิ่งมาก สภาพร่างกายเสื่อมถอย ความสามารถในการทำงานลดลง รายได้น้อยลง (มาลินี วงษ์สิทธิ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2541: 29) ผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายเพียงพอและยังเหลือเก็บ (เตือนใจ ทองคำ, 2549: 107) และยังพบว่าการที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองตามเกณฑ์เมืองไทยแข็งแรงที่แตกต่างกัน คือ รายได้ 2,001-3,000 บาท จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่า กลุ่ม 1,001-2,000 บาท และ กลุ่มที่ต่ำกว่า 1,000 บาท (ชุติมา วัฒนศักดิ์ภูบาล, 2551: 65)

2.4.6 เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัย พบว่า ผู้สูงอายุเริ่มที่จะเพิ่มขึ้นในเขตเมือง อาจเนื่องมาจากความสะดวกสบายในการรับบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุขและการขอรับสวัสดิการต่างๆ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553: 18-19) แต่ในเรื่องของสุขภาพ ผู้สูงอายุในชนบทจะแข็งแรงมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเมือง เนื่องจากมีการออกกำลังกายที่มากกว่าโดยแฝงอยู่ในกิจกรรมประจำวันหรือการทำงาน อาหารมีสารพิษน้อยกว่า รวมถึงมีโอกาสเข้าวัดทำบุญมากกว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในเมือง การเข้าวัดทำบุญส่งผลให้ผู้สูงอายุในชนบทมีสุขภาพจิตที่ดี เมื่อสุขภาพใจดี ก็ทำให้สุขภาพกายดีไปด้วย (รศรินทร์ เกรย์ และคณะ, 2556: 27)

2.4.7 จำนวนบุตร

จำนวนบุตร ในสังคมไทย ครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักให้กับผู้สูงอายุ แต่เนื่องจากโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลง คือผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ขณะที่วัยแรงงานและวัยเด็กลดลงอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวมีขนาดเล็กลง บุตรหลานย้ายไปทำงานต่างถิ่น ประกอบกับความต้องการผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่บ้าน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น สภาวะการเจ็บป่วยและทุพพลภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ผู้ดูแลที่เป็นบุตร หรือสมาชิกในครอบครัวอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2554: 63) ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

2.4.8 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม มีการศึกษา จากรายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทยของ นภาพร ชัยวรรณ และโนเดล, จอห์น (2539: 125-130) พบว่า ผู้สูงอายุอาศัยในชนบทจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมือง และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครจะได้รับสิ่งของและอาหารน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในจังหวัดอื่น โดยเฉพาะเรื่องของการให้เงิน พบว่าบุตรเป็นผู้ให้การสนับสนุนที่สำคัญในด้านนี้แก่ผู้สูงอายุในชนบท และในเรื่องของการเยี่ยมพบผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงจะได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรมากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา เอ็นซ์ และปริยา รุ่งโสภาคกุล (2541: 14) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลจากบุตรและมักเป็นบุตรที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน รองลงมาคือ คู่สมรส และหากคู่สมรสยังมีชีวิตอยู่ มีแนวโน้มว่าจะช่วยเหลือกันเมื่อยามเจ็บป่วย และผู้สูงอายุเพียงส่วนน้อยที่ได้รับการดูแลจากญาติหรือบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2540: 38) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง พบว่าบุตรเป็นผู้อุปการะด้านการเงินที่สำคัญต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะบุตรหญิงจะให้เงินผู้สูงอายุมากกว่าบุตรชาย มาลินี วงษ์สิทธิ และศิริวรรณ ศิริบุญ (2541: 32) พบว่า ผู้สูงอายุชายมีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลในสัดส่วนที่มากที่สุด ส่วนผู้สูงอายุหญิงมีลูกสาวเป็นผู้ดูแลมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุชายมีโอกาสที่จะสมรสใหม่ จึงมีคู่สมรสเป็นผู้ดูแล ส่วนผู้สูงอายุหญิงมักเป็นหม้ายจึงมีลูกสาวเป็นผู้ดูแล รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญพงศ์ (2555: 80) พบว่าคู่สมรสที่อยู่ด้วยกันนั้นมีการดูแลในเรื่องสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงจะได้รับการดูแลสุขภาพจากคู่สมรสที่เป็นเพศชาย น้อยกว่า การที่ผู้สูงอายุเป็นเพศชายได้รับการดูแลการดูแลสุขภาพจากคู่สมรสที่เป็นเพศหญิง อีกทั้งหากมีบุตรอาศัยอยู่ด้วยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงจะได้รับการดูแลจากบุตรในเรื่องสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพศชาย และยังมีการศึกษาพบว่า การที่ผู้สูงอายุอยู่กับคู่สมรส บุตรหรือญาติ จะมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง หรืออยู่กับบุคคลที่ไม่ใช่คู่สมรส บุตรหรือญาติ (เดือนใจ ทองคำ, 2549: 103) แต่มีการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังนั้นมีสภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 56.6) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรสูงอายุตอนต้นและตอนกลาง และมีการดูแลตนเองและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (เสนห์ แสงเงิน, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, ถาวร มาตัน และศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร, 2555: 77) และยังพบว่าความแตกต่างของการที่ผู้สูงอายุอยู่ลำพัง อยู่กับคู่สมรส กับบุตรหรือญาตินั้น ไม่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมดูแลตนเองตาม

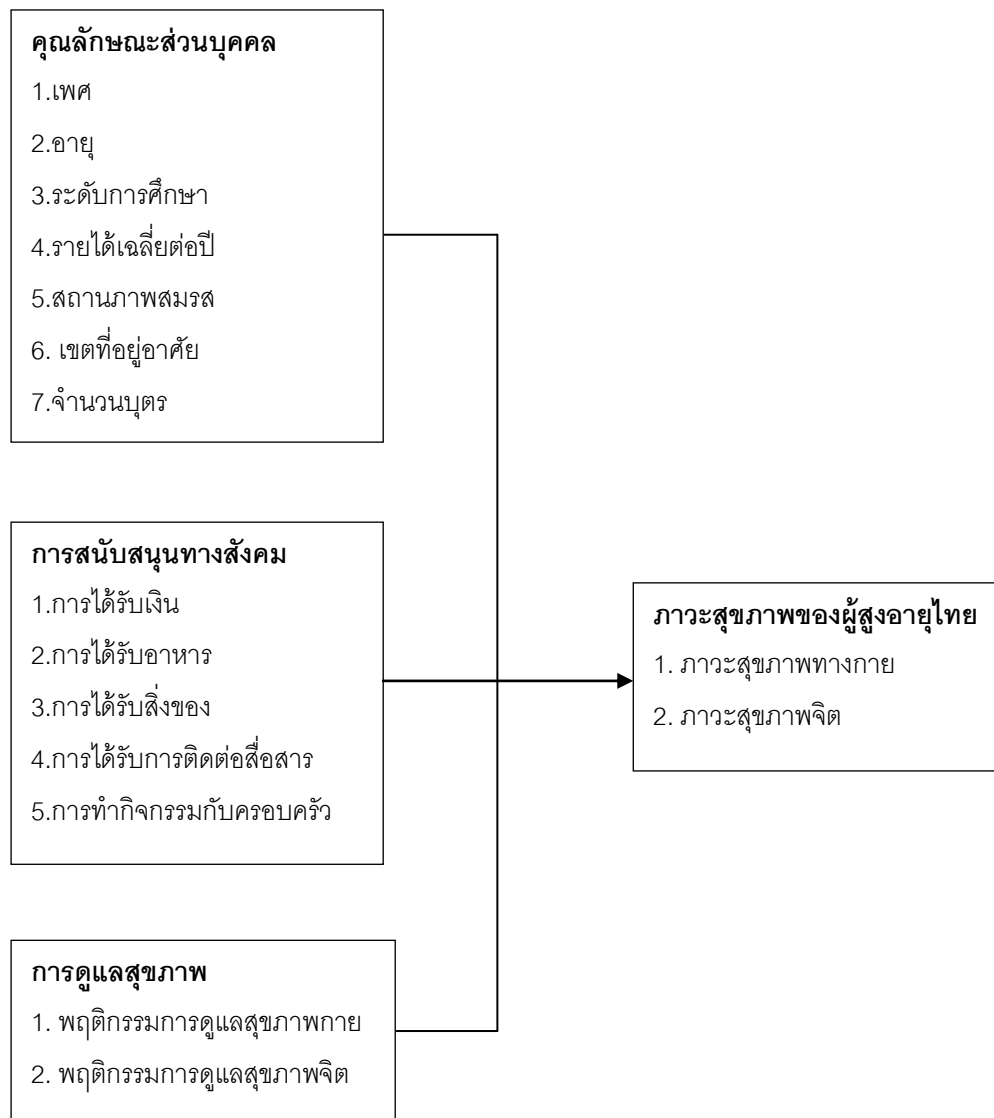
เกณฑ์เมืองไทยเข้มแข็งของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 (ชุดิมา วัฒนศักดิ์ภูบาล, 2551: 62)

2.5 กรอบแนวคิดการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า การดูแลสุขภาพ เป็นการตระหนัก เป็นความรับผิดชอบของบุคคลที่จะรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีตามความสามารถของตนเอง เช่นการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การหลีกเลี่ยงสิ่งที่ก่อให้เกิดโทษ การออกไปพบปะหรือทำกิจกรรมภายนอกเช่น การเข้าร่วมกลุ่มหรือชมรม การเข้าวัด ในเรื่องของภาวะสุขภาพ พบว่า การมีสุขภาพดีไม่ใช่เรื่องของ การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น แต่การมีสุขภาพดีจะต้องมีทั้ง ร่างกายที่แข็งแรงปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือหากเจ็บป่วยก็ทำการรักษา มีอารมณ์และจิตใจที่แข็งแรง แจ่มใส ไม่หดหู่และท้อถอย ในด้านสังคม มีการพบปะ ร่วมกิจกรรม และสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง ในเรื่องของผู้สูงอายุพบว่า บุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้นระบบการทำงานภายในร่างกายเริ่มถดถอยและเสื่อมสภาพลง เช่น การมองเห็น การได้ยิน การขับถ่าย ในเรื่องของ อารมณ์มักจะแปรปรวนง่าย หงุดหงิด น้อยใจ วิตกกังวล หดหู่และซึมเศร้า ส่วนในเรื่องสังคม เริ่มที่จะเก็บตัว ไม่พบปะหรือทำกิจกรรมนอกบ้าน เช่นนี้ความถดถอยหรือการเสื่อมสภาพของร่างกายของผู้สูงอายุย่อมอาจก่อให้เกิดความทุกข์ได้ แต่สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดคือความสุข ที่จะมีสุขภาพดี ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ผู้สูงอายุจึงต้องหันมาดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้ง ดูแลเรื่องอาหาร หมั่นออกกำลังกาย ทำอารมณ์และจิตใจให้แจ่มใส และร่วมทำกิจกรรมกับบุคคลรอบข้าง และในเรื่องของการสนับสนุนทางสังคมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจะส่งผลในทางบวกมากกว่าทางลบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของบุคคล อีกทั้ง พบว่าผู้สูงอายุต้องการ ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากกว่าเครือข่ายอื่น ทั้งในด้านของอารมณ์ สิ่งของ เงินทอง ข้อมูลข่าวสารและการเยี่ยมเยียน และผู้สูงอายุยังเป็นผู้ให้การสนับสนุนแก่ครอบครัว เช่น การ ทำอาหาร ดูแลบ้าน เลี้ยงดูบุตรหลาน หรือแม้กระทั่งช่วยให้คำแนะนำและช่วยแก้ไข้ปัญหา

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดกรอบแนวคิดไว้ดังนี้

กรอบแนวคิดการศึกษา



ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดการศึกษา

บทที่ 3

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ประจำปี พ.ศ.2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยสำนักงานสถิติได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Two Stage Sampling โดยมีจังหวัดเป็นสตราตัม ทั้งหมด 76 สตราตัม และแบ่งเป็น 2 สตราตัมย่อยตามลักษณะการปกครอง คือในเขตเทศบาล (เมือง) และนอกเขตเทศบาล (ชนบท)

- 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.2 สมมติฐานการวิจัย
- 3.3 การวัดผลตัวแปรที่ศึกษา
- 3.4 การแปลผลตัวแปรที่ศึกษา
- 3.5 การประมวลผลข้อมูล
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้คือผู้สูงอายุ 16,058 คน จากทั้งหมด 204,905 คนโดยในจำนวนนี้ได้เลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามครบถ้วน

3.2 สมมติฐานการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

3.3 การวัดผลตัวแปรที่ศึกษา

3.3.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

คำถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัยและจำนวนบุตร

3.3.2 การวัดตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางการเงิน จะใช้แหล่งรายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับ เช่น จากคู่สมรส บุตรชาย บุตรสาว เบี้ยยังชีพ โดยหากได้รับเท่ากับ 1 คะแนน ไม่ได้รับเท่ากับ 0 คะแนน

โดยการสนับสนุนด้านอาหารที่ได้รับจากบุตรที่อยู่นอกครัวเรือน จะวัดจากความบ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุได้รับ ได้รับทุกวัน/เกือบทุกวัน 4 คะแนน ได้รับทุกสัปดาห์ 3 คะแนน ได้รับทุกเดือน 2 คะแนน ได้รับอย่างน้อยปีละครั้ง 1 คะแนนและไม่ได้รับ 0 คะแนน

การสนับสนุนด้านเสื้อผ้าและสิ่งของที่ได้รับจากบุตรที่อยู่นอกครัวเรือน จะวัดจากความบ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุได้รับ โดยได้รับทุกวัน/เกือบทุกวัน 4 คะแนน ได้รับทุกสัปดาห์ 3 คะแนน ได้รับทุกเดือน 2 คะแนน ได้รับอย่างน้อยปีละครั้ง 1 คะแนนและไม่ได้รับ 0 คะแนน

การสนับสนุนด้านการติดต่อสื่อสารแบ่งหัวข้อ เป็น 3 หัวข้อ ได้แก่ การเยี่ยมเยียน การโทรศัพท์และการส่งอีเมลโดยในแต่ละข้อวัดจากความบ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุติดต่อไปและบุตรติดต่อมา หากตอบว่าได้รับทุกวัน/เกือบทุกวัน 4 คะแนน ได้รับทุกสัปดาห์ 3 คะแนน ได้รับทุกเดือน 2 คะแนน ได้รับอย่างน้อยปีละครั้ง 1 คะแนนและไม่ได้รับ 0 คะแนน

การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับครอบครัวของผู้สูงอายุวัดจากการเข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัว เช่น การทำงานบ้าน ดูแลบ้าน ช่วยดูแลบุตรหลาน โดยผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทำกิจกรรมเป็นประจำ 2 คะแนน บางครั้ง 1 คะแนนและไม่เคย 0 คะแนน

3.3.3 การวัดตัวแปรการดูแลสุขภาพ

การวัดตัวแปรการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทยทำการวัดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เช่นการเข้ารับการตรวจสุขภาพ โดยเข้ารับการตรวจ 1 คะแนน ไม่เข้ารับการตรวจ 0 คะแนน มีการออกกำลังกาย การกินผักผลไม้ การดื่มน้ำสะอาด เป็นประจำ 2 คะแนน บางครั้ง 1 คะแนน ไม่ใช่ 0 คะแนนและการไม่ดื่มสุราและสูบบุหรี่ เป็นประจำ 0 คะแนน บางครั้ง 1 คะแนน ไม่ใช่ 2 คะแนน การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมภายนอกครอบครัว เช่น เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน ไม่เข้าร่วม 0 คะแนน เข้าร่วม 1 คะแนน การเข้าวัด เข้าโบสถ์หรือมัสยิดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยไม่ไป

เลย 0 คะแนน ไป 1 – 3 ครั้ง 1 คะแนน ไป 4 – 6 ครั้ง 2 คะแนน ไป 7 – 11 ครั้ง 3 คะแนน ไป 12 ครั้งขึ้นไป 4 คะแนน และผู้สูงอายุเป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่ม เช่น กลุ่มหรือชมรม ผู้สูงอายุ กลุ่มอาชีพ กลุ่มแม่บ้าน โดยไม่เป็นสมาชิก 0 คะแนน เป็นสมาชิก 1 คะแนน ไม่เข้าร่วมกิจกรรม 0 คะแนน เข้าร่วมกิจกรรม 1 คะแนน

3.3.4 การวัดตัวแปรภาวะสุขภาพ

การวัดตัวแปรภาวะสุขภาพทำการวัดจากระดับสุขภาพร่างกายตามการประเมินของผู้สูงอายุ โดยประเมินดีมาก 4 คะแนน ดี 3 คะแนน ปานกลาง 2 คะแนน ไม่ดี 1 คะแนน ไม่ดีมาก 0 คะแนน ความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน โดยมองเห็นและได้ยินโดยไม่ใช้อุปกรณ์ 3 คะแนน ใส่อุปกรณ์ 2 คะแนน เห็นไม่ชัด/ได้ยินไม่ชัดเจน 1 คะแนนและไม่เห็น/ไม่ได้ยิน 0 คะแนน การใส่ฟันปลอม โดยไม่ใส่ฟันปลอม 1 คะแนน ใส่ฟันปลอม 0 คะแนน การกลืนปัสสาวะและอุจจาระ กลืนได้ 2 คะแนน กลืนได้บางครั้ง 1 คะแนน กลืนไม่ได้เลย 0 คะแนน ระดับความสุขของผู้สูงอายุ มีระดับการวัดตั้งแต่ 0 ไม่มีความสุขจนถึง 10 มีความสุขมากที่สุด ระดับความรู้สึกรู้สึกของผู้สูงอายุ เช่น มีความพึงพอใจในชีวิต มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว โดยไม่เลย 0 คะแนน เล็กน้อย 1 คะแนน มาก 2 คะแนน มากที่สุด 3 คะแนน และวัดจากความบ่อยครั้งของการเกิดอารมณ์ เช่น รู้สึกหงุดหงิดรำคาญใจ รู้สึกเหงา หมดหวังในชีวิต โดยเกิดเป็นประจำ 0 คะแนน เป็นบางครั้ง 1 คะแนน ไม่เคย 2 คะแนน

3.4 การแปลผลตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีวิธีการแปลผลดังต่อไปนี้

การแปลผลคะแนนได้อ้างอิงระดับคะแนนและการแปลผลคะแนนจากระดับร้อยละของมาตรฐานค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (บุญชม ศรีสะอาด, 2553: 102) ดังนี้

4.51 – 5.00	คะแนน	คิดเป็นร้อยละ	90.20 – 100.0	ดีมาก
3.51 – 4.50	คะแนน	คิดเป็นร้อยละ	70.20 – 90.19	ดี
2.51 – 3.50	คะแนน	คิดเป็นร้อยละ	50.20 – 70.19	ปานกลาง
1.51 – 2.50	คะแนน	คิดเป็นร้อยละ	30.20 – 50.19	น้อย
1.00 – 1.50	คะแนน	คิดเป็นร้อยละ	20.00 – 30.19	น้อยที่สุด

ยกตัวอย่างเช่น การดูแลสุขภาพ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 4 - 26 คะแนน ดังนั้น สามารถจัดระดับของคะแนนและการแปลผลได้ดังนี้

23.45 – 26.00	คะแนน คิดเป็นร้อยละ	90.20 – 100.0	ดีมาก
18.25 – 23.44	คะแนน คิดเป็นร้อยละ	70.20 – 90.19	ดี
13.05 – 18.24	คะแนน คิดเป็นร้อยละ	50.20 – 70.19	ปานกลาง
7.85 – 13.04	คะแนน คิดเป็นร้อยละ	30.20 – 50.19	น้อย
5.20 – 7.84	คะแนน คิดเป็นร้อยละ	20.00 – 30.19	น้อยที่สุด

3.5 การประมวลผลข้อมูล

นำข้อมูลทฤษฎีภูมิด้านประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2554 ที่สำรวจจากสำนักงานสถิติแห่งชาติมาลงรหัส (Coding) และประมวลผลการวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science)

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) เพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและระดับการสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

2) การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ก่อนทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Hierarchy Regression Analysis) ได้ผลคือ ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นไปตามและตรงตามเงื่อนไขทางสถิติทุกประการ

3) สถิติอนุมาน (Inferential Statistic) การทดสอบสมมุติฐานได้ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 16,058 คน ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งผลการศึกษาออกเป็น 6 ส่วนดังต่อไปนี้

4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อปี สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัยและจำนวนบุตร

4.2 ระดับการสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

4.3 การสนับสนุนทางสังคม

4.3.1 การสนับสนุนด้านการเงิน

4.3.2 การสนับสนุนด้านอาหาร และการสนับสนุนด้านเสื้อผ้าและสิ่งของ

4.3.3 การสนับสนุนด้านการติดต่อสื่อสาร

4.3.4 การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัว

4.4 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

4.5 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

4.6 การทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานในการวิจัยในครั้งนี้คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

4.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16,058 คน ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อปี สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัยและจำนวนบุตร ซึ่งได้ผลการศึกษาดังนี้

ผู้สูงอายุในการศึกษาคั้งนี้เกินครึ่ง เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.9 และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 41.1 ส่วนมากมีช่วงอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 54.1 รองลงมาคือ ช่วงอายุ ระหว่าง 70 - 79 ปี ร้อยละ 34.7 และ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11.2 โดยส่วนใหญ่จะจบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 62.9 มีรายได้เฉลี่ยต่อปี ตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 35.9 และยังพบว่าผู้สูงอายุเกินครึ่งสมรสและอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 58.9 และไม่ได้สมรส หรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 41.1 ผู้สูงอายุอาศัยในเขตเทศบาล (เมือง) ร้อยละ 56.2 อาศัย นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 43.8 และมีบุตรตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 47.8 รองลงมา คือ มี บุตร 3 คน ร้อยละ 24.9 มีบุตร 2 คน ร้อยละ 21.2 ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล	ร้อยละ
เพศ	
ชาย	41.1
หญิง	58.9
อายุ	
60 – 69 ปี	54.1
70 – 79 ปี	34.7
80 ปีขึ้นไป	11.2
การศึกษาสูงสุด	
ไม่ได้เรียน	25.9
ระดับประถมศึกษา	62.9
ระดับมัธยมศึกษา	6.9
จบ ระดับอนุปริญา ขึ้นไป	4.3

n = 16,058

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	ร้อยละ
รายได้	
ต่ำกว่า 10,000 บาท	15.8
10,000 – 19,999 บาท	13.8
20,000 – 29,999 บาท	12.6
30,000 – 49,999 บาท	21.9
ตั้งแต่ 50,000 บาท	35.9
สถานภาพการสมรส	
สมรสและอยู่กับคู่สมรส	58.9
ไม่ได้สมรสหรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรส	41.1
เขตที่อยู่อาศัย	
เขตเทศบาล	56.2
นอกเขตเทศบาล	43.8
จำนวนบุตร	
ไม่มีบุตร	0.6
มีบุตร 1 คน	5.5
มีบุตร 2 คน	21.2
มีบุตร 3 คน	24.9
มีบุตร 4 คน ขึ้นไป	47.8

n = 16,058

4.2 ระดับการสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

การสนับสนุนทางสังคม ในด้านสิ่งของเครื่องใช้ที่ได้รับจากบุตรนอกครัวเรือนอยู่ในระดับน้อยที่สุด การสนับสนุนด้านอาหารที่ได้จากบุตรนอกครัวเรือนอยู่ในระดับน้อย การติดต่อสื่อสาร เช่นการเยี่ยมเยียน การโทรศัพท์และการส่งอีเมลระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรที่อยู่นอกครัวเรือนอยู่ในระดับน้อย การสนับสนุนทางการเงินที่ได้จากแหล่งรายได้ เช่น การทำงาน เบี้ยยังชีพจากทางราชการ คู่สมรส บุตรชาย บุตรสาว อยู่ในระดับน้อย การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัว เช่น การดูแลบ้าน การดูแลบุตรหลานอยู่ในระดับน้อย การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับดี ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผลระดับการสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ผู้สูงอายุไทย	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	สรุปผล
การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ			
การสนับสนุน ด้านการเงิน	3.39	1.23	น้อย
การสนับสนุน ด้านอาหาร	1.95	1.33	น้อย
การสนับสนุน ด้านเสื้อผ้า สิ่งของ	1.10	0.69	น้อยที่สุด
การสนับสนุน ด้านการติดต่อสื่อสาร	4.59	1.76	น้อย
การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัว	6.70	3.54	น้อย
การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	14.11	3.67	ปานกลาง
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	63.28	6.88	ดี

หมายเหตุ:

เกณฑ์การสรุปผลค่าเฉลี่ย

การสนับสนุนด้านการเงิน 1.80 – 2.71 คะแนน = น้อยที่สุด , 2.72 – 4.51 คะแนน = น้อย , 4.52 – 6.31 คะแนน = ปานกลาง
6.32 – 8.11 คะแนน = ดี , 8.12 – 9.00 คะแนน = ดีมาก

การสนับสนุนด้านอาหาร 0.80 – 1.20 คะแนน = น้อยที่สุด , 1.21 – 2.00 คะแนน = น้อย , 2.01 – 2.80 คะแนน = ปานกลาง
2.81 – 3.60 คะแนน = ดี , 3.61 – 4.00 คะแนน = ดีมาก

การสนับสนุนด้านเสื้อผ้าสิ่งของ 0.80 – 1.20 คะแนน = น้อยที่สุด , 1.21 – 2.00 คะแนน = น้อย , 2.01 – 2.80 คะแนน
= ปานกลาง , 2.81 – 3.60 คะแนน = ดี , 3.61 – 4.00 คะแนน = ดีมาก

การสนับสนุนด้านการติดต่อสื่อสาร 1.60 – 2.41 คะแนน = น้อยที่สุด , 2.42 – 4.01 คะแนน = น้อย , 4.02 – 5.61 คะแนน
= ปานกลาง , 5.62 – 7.21 คะแนน = ดี , 7.22 – 8.00 คะแนน = ดีมาก

การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัว 3.20 – 4.83 คะแนน = น้อยที่สุด , 4.84 – 8.03 คะแนน = น้อย , 8.04 – 11.23
คะแนน = ปานกลาง , 11.21 – 14.43 คะแนน = ดี , 14.44 – 16.00 คะแนน = ดีมาก

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 5.20 – 7.84 คะแนน = น้อยที่สุด , 7.85 – 13.04 คะแนน = น้อย , 13.05 – 18.24 คะแนน
= ปานกลาง , 18.25 – 23.44 คะแนน = ดี , 23.45 – 26.00 คะแนน = ดีมาก

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 15.60 – 23.55 คะแนน = น้อยที่สุด , 23.56 – 39.15 คะแนน = น้อย , 39.16 – 54.75 คะแนน
= ปานกลาง , 54.76 – 70.35 คะแนน = ดี , 70.36 – 78.00 คะแนน = ดีมาก

4.3 การสนับสนุนทางสังคม

4.3.1 การสนับสนุนทางสังคมด้านการเงิน

การสนับสนุนทางสังคมด้านการเงินที่ผู้สูงอายุได้รับ เป็นคำถามที่ผู้สูงอายุสามารถตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ (Multiple Responses) พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีเบี้ยยังชีพจากราชการเป็นแหล่งรายได้หลักมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 82.4 รองลงมาคือบุตรสาวและบุตรชาย ร้อยละ 71 และร้อยละ 67.8 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ร้อยละของแหล่งที่ให้การสนับสนุนด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุไทย

แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุไทย	จำนวนการตอบ	ร้อยละ (339.2)
การทำงาน	6,524	40.6
บำนาญบำนาญ	1,276	7.9
เบี้ยยังชีพราชการ	13,233	82.4
ดอกเบี้ย เงินออม	6,189	38.5
คู่สมรส	3,395	21.1
บุตรชาย	10,880	67.8
บุตรสาว	11,407	71.0
พ่อ แม่	102	0.6
พี่น้อง	362	2.3
ญาติ	755	4.7
ได้รับบริจาค	185	1.2
อื่นๆ	167	1.0
รวม	54,475	339.2

n = 16,058

4.3.2 การสนับสนุนทางสังคมด้านอาหารและการสนับสนุนทางสังคมด้านเสื้อผ้าและสิ่งของ

การสนับสนุนทางสังคมในด้านอาหาร และด้านเสื้อผ้าและสิ่งของจากบุตรนอกครัวเรือน พบว่า ผู้สูงอายุได้รับทุกวันหรือเกือบทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 18.0 และร้อยละ 1.1 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ร้อยละของการสนับสนุนทางสังคมด้านอาหารและด้านเสื้อผ้าสิ่งของที่ได้รับจาก
บุตรนอกครัวเรือน

การสนับสนุนทางสังคม	ได้รับทุกวัน หรือเกือบทุก วัน	ได้รับทุก สัปดาห์	ได้รับ ทุก เดือน	ได้รับ อย่าง น้อยปีละครั้ง	ไม่ได้รับ
การสนับสนุนทางสังคมด้านอาหาร	18.00	15.90	25.00	25.00	26.00
การสนับสนุนทางสังคมด้านเสื้อผ้า ของใช้	1.1	1.8	15.5	68.7	12.9
n = 16,058					

4.3.3 การสนับสนุนทางสังคมด้านการติดต่อสื่อสารทั้งที่ผู้สูงอายุติดต่อไปและ บุตรติดต่อมา

การสนับสนุนทางสังคมด้านการติดต่อสื่อสารที่ผู้สูงอายุติดต่อไปและบุตรติดต่อมา พบว่า
ในด้านการเยี่ยมเยียน และการโทรศัพท์ ผู้สูงอายุติดต่อไปและบุตรติดต่อมาในทุกวันหรือเกือบทุก
วัน คิดเป็นร้อยละ 25.5 และร้อยละ 20.1 และด้านการติดต่อสื่อสารด้วยอีเมล พบว่าผู้สูงอายุและ
บุตรจะเกือบทั้งหมดไม่ใช้อีเมลในการติดต่อสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 99.0 ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ร้อยละของการสนับสนุนทางสังคมด้านการติดต่อสื่อสารทั้งที่ผู้สูงอายุติดต่อไป
และบุตรติดต่อมา

การสนับสนุนทางสังคมด้านการ ติดต่อสื่อสาร	ได้รับทุกวัน หรือเกือบทุกวัน	ได้รับทุก สัปดาห์	ได้รับ ทุก เดือน	ได้รับ อย่าง น้อยปีละครั้ง	ไม่ได้รับ
การเยี่ยมเยียน	25.50	14.70	25.50	29.90	4.40
การโทรศัพท์	20.10	28.80	29.00	1.90	17.20
การส่งอีเมลล์	0.10	0.30	0.30	0.30	99.00
n = 16,058					

4.3.4 การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว

การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว พบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุร่วมกับ
ครอบครัวทำเป็นประจำได้ ได้แก่ ใ้ข้าว ใ้บ้าน คิดเป็นร้อยละ 65.5 และการช่วยปัดกวาดเช็ด
ถูบ้าน ร้อยละ 42.6 ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ร้อยละการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวของผู้สูงอายุไทย

การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม ร่วมกับครอบครัว	ไม่เคยทำ (ร้อยละ)	เคยทำบางครั้ง (ร้อยละ)	เคยทำประจำ (ร้อยละ)
ซื้ออาหาร	24.2	34.8	41.0
ทำอาหาร	24.0	34.1	41.9
ซักรีดเสื้อผ้า	38.2	24.6	37.2
ปิดกวาด เช็ดถูบ้าน	24.4	33.1	42.6
เฝ้าร้าน เฝ้าบ้าน	10.1	24.4	65.5
ดูแลบุตรของบุตรที่อายุต่ำกว่า 10 ปี	72.4	12.4	15.2
ดูแลผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี ที่ป่วยและพิการ	95.4	2.1	2.5
ดูแลผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ที่ป่วยและพิการ	91.7	3.3	5.0
n = 16,058			

4.4 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

4.4.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า

พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจสุขภาพ ผู้สูงอายุเกินครึ่งจะเข้ารับการตรวจสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 58.3 และไม่เข้ารับการตรวจสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 41.7

พฤติกรรมการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุออกกำลังกายเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 38.9 รองลงมาออกกำลังกายเป็นบางครั้ง ร้อยละ 38.5 และ ไม่ใช้ ร้อยละ 22.6

พฤติกรรมการรับประทานผักสดและผลไม้สด ผู้สูงอายุเกินครึ่งรับประทานผักสดและผลไม้สดเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 59.6 รองลงมารับประทานเป็นบางครั้ง ร้อยละ 38.4 และ ไม่ใช้ ร้อยละ 2.0

พฤติกรรมการดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า ผู้สูงอายุจะดื่มเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 52.0 รองลงมาดื่มเป็นบางครั้ง ร้อยละ 40.0 และ ไม่ใช้ ร้อยละ 8.0

พฤติกรรมการดื่มสุรา ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่ดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 87.1 รองลงมาดื่มเป็นบางครั้ง ร้อยละ 10.4 และ ดื่มเป็นประจำเป็นประจำ ร้อยละ 2.5

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 88.7 รองลงมาสูบเป็นประจำ ร้อยละ 7.1 และ สูบเป็นบางครั้ง ร้อยละ 4.2 ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ร้อยละของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	ร้อยละ
การเข้ารับการตรวจสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	
ไม่เข้ารับการตรวจ	41.7
เข้ารับการตรวจ	58.3
ออกกำลังกาย	
ไม่ใช่	22.6
ใช่บางครั้ง	38.5
ใช่เป็นประจำ	38.9
กินผัก ผลไม้สด	
ไม่ใช่	2.0
ใช่บางครั้ง	38.4
ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้วหรือมากกว่า	
ไม่ใช่	8.0
ใช่บางครั้ง	40.0
ใช่เป็นประจำ	52.0
ดื่มสุรา	
ไม่ใช่	87.1
ใช่บางครั้ง	10.4
ใช่เป็นประจำ	2.5
สูบบุหรี่	
ไม่ใช่	88.7
ใช่บางครั้ง	4.2
ใช่เป็นประจำ	7.1

n = 16,058

4.4.2 การเข้าร่วมทำกิจกรรมภายนอกครอบครัวของผู้สูงอายุไทย

การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน เช่น วันสงกรานต์ วันผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 72.4 และไม่เข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 27.6 ความบ่อยครั้งของการที่ผู้สูงอายุเข้า วัด โบสถ์ หรือมัสยิด พบว่า ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุจะไปวัด โบสถ์ หรือมัสยิดมากกว่า 12 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 48.3 รองลงมา คือ ไป 4 – 6 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 16.7 ไป 7-11 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 14.9 ไป 1-3 ครั้งต่อปี คิดเป็นร้อยละ 11.8 และไม่ไปเลย คิดเป็นร้อยละ 8.2 ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ร้อยละการเข้าร่วมทำกิจกรรมภายนอกครอบครัวของผู้สูงอายุไทย

การเข้าร่วมทำกิจกรรมภายนอกครอบครัวของผู้สูงอายุไทย	ร้อยละ
การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน เช่น วันสงกรานต์ วันผู้สูงอายุ	
ไม่เข้าร่วม	27.6
เข้าร่วม	72.4
ความบ่อยครั้งของการที่ผู้สูงอายุเข้า วัด โบสถ์ มัสยิด	
ไม่ไปเลย	8.2
1-3 ครั้ง	11.8
4-6 ครั้ง	16.77
7-11 ครั้ง	14.9
12 ครั้งขึ้นไป	48.3

n = 16,058

4.4.3 การเป็นสมาชิกและร่วมทำกิจกรรมกลุ่มหรือชมรมของผู้สูงอายุไทย

การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมของผู้สูงอายุไทยเกินครึ่ง จะเป็นสมาชิก กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 54.0 รองลงมา คือ กลุ่มผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 36.4 กลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ คิดเป็นร้อยละ 18.0 กลุ่มแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 6.8 กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน คิดเป็นร้อยละ 5.4 การทำกิจกรรมของกลุ่มหรือชมรมของผู้สูงอายุที่ตนเองเป็นสมาชิกจะทำกิจกรรมกับกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 33.5 รองลงมา คือ กลุ่มผู้สูงอายุ คิดเป็น ร้อยละ 30.2 กลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ คิดเป็นร้อยละ 11.9 กลุ่มแม่บ้าน คิดเป็น ร้อยละ 5.2 กลุ่มอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 3.5 ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ร้อยละการเป็นสมาชิกและร่วมทำกิจกรรมของผู้สูงอายุไทย

การเป็นสมาชิกและร่วมทำกิจกรรมของผู้สูงอายุไทย	ไม่เป็นสมาชิก (ร้อยละ)	เป็นสมาชิก (ร้อยละ)	ไม่เข้าร่วมกิจกรรม (ร้อยละ)	เข้าร่วมกิจกรรม (ร้อยละ)
กลุ่ม ชมรม ผู้สูงอายุ	63.6	36.4	69.8	30.2
กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์	46.0	54.0	66.5	33.5
กลุ่มอาชีพ	95.4	4.6	96.5	3.5
กลุ่มแม่บ้าน	93.2	6.8	94.8	5.2
กลุ่มสหกรณ์ กลุ่มออมทรัพย์	82.0	18.0	88.1	11.9
กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน	94.6	5.4	96.6	3.4

n = 16,058

4.5 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

4.5.1 สุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ระดับสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.5 รองลงมา คือ อยู่ในระดับดี ร้อยละ 38.4 อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 13.7 อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 3.8 และอยู่ในระดับไม่ดีมาก ร้อยละ 0.6 การมองเห็นของผู้สูงอายุ พบว่ายังคงมองเห็นได้อย่างชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่นตาหรือเลนส์สายตา คิดเป็นร้อยละ 53.5 รองลงมาคือ สามารถมองเห็นได้ชัดเจน โดยใส่แว่นตาหรือเลนส์สายตา คิดเป็นร้อยละ 31.1 มองเห็นไม่ชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 15.3 และมองไม่เห็น คิดเป็นร้อยละ 0.1 การได้ยินของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังคงได้ยินอย่างชัดเจน โดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง คิดเป็นร้อยละ 87.7 รองลงมาคือ ได้ยินไม่ชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 9.4 ได้ยินอย่างชัดเจน โดยใส่เครื่องช่วยฟัง คิดเป็นร้อยละ 2.4 และไม่ได้ยิน คิดเป็นร้อยละ 0.1 การใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ไม่ได้ใส่ฟันปลอม คิดเป็นร้อยละ 73.5 และใส่ฟันปลอม คิดเป็นร้อยละ 26.5 การกลืนปัสสาวะและอุจจาระของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงกลืนได้ คิดเป็นร้อยละ 73.5 และ 76.4 รองลงมาคือ กลืนได้บางครั้ง คิดเป็นร้อยละ 18.5 และ 15.2 และกลืนไม่ได้ คิดเป็นร้อยละ 8.1 และ 8.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ร้อยละสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

สุขภาพของผู้สูงอายุไทย	ร้อยละ
ระดับสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	
ดีมาก	3.8
ดี	38.4
ปานกลาง	43.5
ไม่ดี	13.7
ไม่ดีมาก	0.6
การมองเห็นของผู้สูงอายุไทย	
ชัดเจน โดยไม่ต้องใส่แว่น เลนส์สายตา	53.5
ชัดเจน โดยต้องใส่แว่น เลนส์สายตา	31.1
ไม่ชัดเจน	15.3
ไม่เห็นเลย	0.1

n = 16,058

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

สุขภาพของผู้สูงอายุไทย	ร้อยละ
การได้ยินของผู้สูงอายุไทย	
ชัดเจน โดยไม่ใส่เครื่องช่วยฟัง	87.7
ชัดเจน โดยต้องใส่เครื่องช่วยฟัง	2.4
ไม่ชัดเจน	9.8
ไม่ได้ยินเลย	0.1
การใส่ฟันปลอมของผู้สูงอายุไทย	
ใส่	26.5
ไม่ใส่	73.5
การกลืนปัสสาวะของผู้สูงอายุไทย	
กลืนได้	73.5
กลืนได้บางครั้ง	18.5
กลืนไม่ได้เลย	8.1
การกลืนอุจจาระของผู้สูงอายุไทย	
กลืนได้	76.4
กลืนได้บางครั้ง	15.2
กลืนไม่ได้เลย	8.5

n = 16,058

4.5.2 ความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองของผู้สูงอายุไทย

ผู้สูงอายุไทยเกือบทั้งหมดสามารถทำกิจกรรมดังต่อไปนี้ได้มากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป ได้แก่ การกินอาหาร ล้างหน้าแปรงฟัน ใช้ห้องน้ำและทำความสะอาดหลังการขับถ่าย โกงหนวด หวีผม รวบผม ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ ใส่และสวมรองเท้า หยิบยาประจำกินได้ถูกต้อง นับเงินทองได้ถูกต้อง และขึ้นลงบันได 2-3 ชั้นได้ รองลงมาคือ สามารถทำได้มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป ได้แก่ การนั่งยองๆและเดินระยะทาง 200 – 300 เมตร และสามารถทำได้มากกว่าร้อยละ 70 ขึ้นไป ได้แก่ สามารถเดินทางโดยขึ้นรถลงเรือคนเดียวและยกของหนักประมาณ 5 กิโลกรัม ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ร้อยละความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองของผู้สูงอายุไทย

ความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองของ ผู้สูงอายุไทย	ทำไม่ได้ (ร้อยละ)	ทำได้โดยใช้คน หรือ อุปกรณ์ (ร้อยละ)	ทำได้ด้วย ตนเอง (ร้อยละ)
กินอาหาร	0.3	0.5	99.3
ใส่เสื้อผ้า	0.3	0.8	98.9
อาบน้ำ	0.3	0.8	98.9
ล้างหน้า แปรงฟัน	0.3	0.6	99.1
ใช้ห้องน้ำและทำความสะอาดร่างกายหลังขับถ่าย	0.3	0.9	98.8
โกนหนวด หวีผม รวมผม	0.3	0.6	99.1
ใส่สวมรองเท้า	0.5	0.6	98.9
นั่งยองๆ	4.7	7.1	88.2
ยกของหนักประมาณ 5 กก	12.9	15.1	72.0
เดินระยะทาง 200-300 เมตร	5.0	9.2	85.8
ขึ้นบันได 2-3 ชั้น	3.0	6.8	90.2
เดินทางโดยขึ้นรถลงเรือคนเดียว	8.3	14.4	77.3
นับเงินทองได้ถูกต้อง	2.5	5.1	92.3
หยิบยาประจำตัวกินได้ถูกต้อง	1.8	4.7	93.5

n = 16,058

4.5.3 ระดับความสุขของผู้สูงอายุไทย

ระดับความสุขของผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุมีความสุขอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี จะมีค่าเฉลี่ยของระดับความสุขอยู่ที่ 39.93 คะแนน ผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 70 - 79 ปี มีค่าเฉลี่ยของระดับความสุขอยู่ที่ 39.73 คะแนน และผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยของระดับความสุขอยู่ที่ 39.62 คะแนนและยังพบว่าผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่กับคู่สมรสมีค่าเฉลี่ยของระดับความสุข อยู่ที่ 40.19 คะแนนและผู้สูงอายุที่ไม่ได้สมรสหรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรสจะมีค่าเฉลี่ยของระดับความสุขอยู่ที่ 39.25 คะแนน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าระดับความสุขของผู้สูงอายุไทยในกลุ่มช่วงอายุ 60 – 69 ปีมีค่าเฉลี่ยดีกว่า กลุ่มช่วงอายุ 70 – 79 ปีและ 80 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่กับคู่สมรสมีค่าเฉลี่ยของระดับความสุขดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้สมรสหรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรส ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ระดับความสุขของผู้สูงอายุไทย

ตัวแปรอิสระ	ระดับความสุข		แปลผล
	X	S.D	
กลุ่มอายุของผู้สูงอายุไทย			
1. อายุ 60 – 69 ปี	39.93	5.054	ดี
2. อายุ 70 – 79 ปี	39.73	5.322	ดี
3. อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป	39.62	5.272	ดี
สถานภาพการสมรสของผู้สูงอายุไทย			
1. สมรสและอยู่กับคู่สมรส	40.19	5.085	ดี
2. ไม่ได้สมรสหรือไม่อยู่กับคู่สมรส	39.25	5.252	ดี

เกณฑ์การสรุปผลคะแนนเฉลี่ย 11.00-16.60 คะแนน = น้อยที่สุด, 16.61-27.60 คะแนน = น้อย, 27.61-38.60 คะแนน = ปานกลาง, 38.61-49.60 คะแนน = ดี, 49.61-55.00 คะแนน = ดีมาก

4.5.4 ความรู้สึกของผู้สูงอายุไทย

ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ไม่เคยมีความรู้สึกที่ชีวิตไม่มีคุณค่า หมดหวัง และไม่มีความสุข คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป รองลงมาผู้สูงอายุไม่เคยรู้สึกเหงา หงุดหงิด และวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 60 ขึ้นไปและผู้สูงอายุไม่เคยรู้สึกว่าตนเองมีความอยากอาหารที่ลดลง คิดเป็นร้อยละ 48.1 ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ร้อยละของความรู้สึกของผู้สูงอายุไทย

ความรู้สึกของผู้สูงอายุไทย	ไม่เคย (ร้อยละ)	เป็นบางครั้ง (ร้อยละ)	เป็นประจำ (ร้อยละ)
ความอยากอาหารลดลง	48.1	49.0	2.9
คิดมาก มีความวิตกกังวลใจ	62.6	35.8	1.6
รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ	64.0	34.7	1.3
รู้สึกหมดหวังในชีวิต	86.4	13.0	0.6
รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า	89.8	9.7	0.5
รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	82.8	16.7	0.5
รู้สึกเหงา	68.5	30.4	1.1

n = 16,058

4.6 ผลการทดสอบสมมติฐาน

คุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย คิดเป็นร้อยละ 11.2 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าผู้ที่ผู้สูงอายุไทยมีรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป สามารถทำนายภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทยได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .174 รองลงมาคือการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .164 ดังตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ

ตัวแปรอิสระ	ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	
	b	β
(Constant)	58.642	
คุณลักษณะส่วนบุคคล		
เพศ		
เพศผู้สูงอายุชาย	.988*	.071
@ เพศผู้สูงอายุเพศหญิง		
อายุ		
ระดับการศึกษา	-.059*	-.063
จบ ประถมศึกษา	.518*	.036
จบ มัธยมศึกษา	2.014*	.074
จบ ตั้งแต่ อนุปริญญา	3.084*	.091
@ ไม่ได้เรียน		
รายได้ (เฉลี่ยต่อปี)		
10,000-19,999 บาท	.607*	.030
20,000-29,999 บาท	.971*	.047
30,000-49,999 บาท	1.310*	.079
ตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป	2.502*	.174
@ ต่ำกว่า 10,000 บาท		
สถานภาพการสมรส		
สมรสและอยู่กับคู่สมรส	.658*	.047
@ ไม่ได้สมรสหรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรส		

(@) กลุ่มอ้างอิง

(*) t-test p-value < 0.05

ตารางที่ 4.14 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	
	b	β
คุณลักษณะส่วนบุคคล		
เขตที่อยู่อาศัย	.	
เขตชนบท	370*	.027
@ เขตเมือง		
รวมบุตรที่ให้งานที่มีชีวิตอยู่	-.042	-.012
การสนับสนุนทางสังคม		
การสนับสนุนทางสังคม ด้านอาหาร	.016	.003
การสนับสนุนทางสังคม ด้านเสื้อผ้า ของใช้	.201	.020
การสนับสนุนทางสังคม ด้านการเงิน	.004	.001
การสนับสนุนทางสังคม ด้านการติดต่อสื่อสาร	.286*	.073
การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับครอบครัว	.046*	.024
การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	.308*	.164
R²		.113
Adjusted R²		.112
F-test (p-value)		.000*
(@) กลุ่มอ้างอิง (*) t-test p-value < 0.05		

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ คุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย
- 2) ศึกษาอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ด้วยตัวแปรคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุ ประจำปี พ.ศ.2554 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยสำนักงานสถิติได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified Two Stage Sampling โดยมีจังหวัดเป็นสตราตัม ทั้งหมด 76 สตราตัม และแบ่งเป็น 2 สตราตัมย่อยตามลักษณะการปกครอง คือในเขตเทศบาล (เมือง) และนอกเขตเทศบาล (ชนบท) และกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้คือผู้สูงอายุ 16,058 คน จากทั้งหมด 204,905 คนโดยในจำนวนนี้ได้เลือกเฉพาะผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามครบถ้วน การทดสอบสมมติฐานได้ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม โดยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ข้อมูลตรงตามเงื่อนไขทุกประการ

โดยตัวแปรตามในการศึกษานี้คือ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย และมีตัวแปรอิสระที่ศึกษาทั้งหมด 13 ตัวแปรแบ่งออกเป็น

- 1) คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย 7 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อปี สถานภาพการสมรส เขตที่อยู่อาศัยและจำนวนบุตร
- 2) การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 5 ตัวแปร ได้แก่ การสนับสนุนด้านการเงิน การสนับสนุนด้านอาหาร การสนับสนุนด้านเสื้อผ้าและสิ่งของ การสนับสนุนด้านการติดต่อสื่อสาร และการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว

3) การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วย 2 ตัวแปรได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกายและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิต

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.1.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

ผู้สูงอายุในการศึกษานี้ครั้งนี้เกินครึ่ง เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 58.9 และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 41.1 ส่วนมากมีช่วงอายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 54.1 รองลงมาคือ ช่วงอายุระหว่าง 70 - 79 ปี ร้อยละ 34.7 และ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 11.2 โดยส่วนใหญ่จะจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 62.9 มีรายได้เฉลี่ยต่อปี ตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 35.9 และยังพบว่าผู้สูงอายุเกินครึ่งสมรสและอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 58.9 และไม่ได้สมรสหรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 41.1 ผู้สูงอายุอาศัยในเขตเทศบาล (เมือง) ร้อยละ 56.2 อาศัยนอกเขตเทศบาล (ชนบท) ร้อยละ 43.8 และมีบุตรตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 47.8 รองลงมา คือ มีบุตร 3 คน ร้อยละ 24.9 มีบุตร 2 คน ร้อยละ 21.2

5.1.2 ระดับการสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

การสนับสนุนทางสังคม ในด้านสิ่งของเครื่องใช้ที่ได้รับจากบุตรนอกครัวเรือนอยู่ในระดับน้อยที่สุด การสนับสนุนด้านอาหารที่ได้จากบุตรนอกครัวเรือนอยู่ในระดับน้อย การติดต่อสื่อสาร เช่นการเยี่ยมเยียน การโทรศัพท์และการส่งอีเมลระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรที่อยู่นอกครัวเรือนอยู่ในระดับน้อย การสนับสนุนทางการเงินที่ได้จากแหล่งรายได้ เช่น การทำงาน เบี้ยยังชีพจากทางราชการ คู่สมรส บุตรชาย บุตรสาว อยู่ในระดับน้อย การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับครอบครัว เช่น การดูแลบ้าน การดูแลบุตรหลานอยู่ในระดับน้อย การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับปานกลาง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับดี

5.1.3 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมด้านการเงินที่ผู้สูงอายุได้รับ เป็นคำถามที่ผู้สูงอายุสามารถตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ (Multiple Responses) พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีเบี้ยยังชีพจากทางราชการเป็นแหล่งรายได้หลักมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 82.4 รองลงมาคือบุตรสาวและบุตรชาย ร้อยละ 71 และร้อยละ 67.8 ตามลำดับ

การสนับสนุนทางสังคมในด้านอาหาร และด้านเสื้อผ้าและสิ่งของจากบุตรนอกครัวเรือน พบว่า ผู้สูงอายุได้รับทุกวันหรือเกือบทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 18.0 และร้อยละ 1.1 ตามลำดับ

การสนับสนุนทางสังคมด้านการติดต่อสื่อสารที่ผู้สูงอายุติดต่อไปและบุตรติดต่อมา พบว่า ในด้านการเยี่ยมเยียน และการโทรศัพท์ ผู้สูงอายุติดต่อไปและบุตรติดต่อมาในทุกวันหรือเกือบทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 25.5 และร้อยละ 20.1 และด้านการติดต่อสื่อสารด้วยอีเมล พบว่าผู้สูงอายุและบุตรจะเกือบทั้งหมดไม่ใช้อีเมลในการติดต่อสื่อสาร คิดเป็นร้อยละ 99.0

การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว พบว่า กิจกรรมที่ผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัวทำเป็นประจำได้ ได้แก่ ใฝ่ร้าน ใฝ่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 65.5 และการช่วยปัดกวาดเช็ดถูบ้าน ร้อยละ 42.6

5.1.4 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ระดับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อยู่ในระดับ ปานกลาง ผู้สูงอายุเกินครึ่งจะเข้ารับการตรวจสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 58.3 ผู้สูงอายุรับประทานผักสดและผลไม้สด ต้มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้วหรือมากกว่าและออกกำลังกายเป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 59.6 ร้อยละ 52.0 และร้อยละ 38.9 ตามลำดับ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 87.1 และร้อยละ 88.7 ตามลำดับ การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน เช่น วันสงกรานต์ วันผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 72.4 ความถี่ของการที่ผู้สูงอายุเข้า วัด โบสถ์ หรือมัสยิด พบว่า ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้สูงอายุจะไปวัด โบสถ์ หรือมัสยิดมากกว่า 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 การเป็นสมาชิกกลุ่มหรือชมรมของผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุเกินครึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 54.0 รองลงมา คือ เป็นสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 36.4 กลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ คิดเป็นร้อยละ 18.0 กลุ่มแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 6.8 กลุ่มลูกเสือชาวบ้าน คิดเป็นร้อยละ 5.4 และกลุ่มอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 4.6 การทำกิจกรรมของกลุ่มหรือชมรมของผู้สูงอายุ จะทำกิจกรรมกับกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ 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

5.1.5 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า การมองเห็นและการได้ยินพบว่าผู้สูงอายุยังคงมองเห็นได้อย่างชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่นตาหรือเลนส์สายตา คิดเป็นร้อยละ 53.5 และสามารถได้ยินโดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง คิดเป็นร้อยละ 87.7 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ใส่ฟันปลอม คิดเป็นร้อยละ 73.5 และยังคงกลืนปัสสาวะและอุจจาระได้ คิดเป็นร้อยละ 73.5 และ 76.4 ตามลำดับความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองของผู้สูงอายุไทย พบว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำได้มากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป ได้แก่ การกินอาหาร ล้างหน้าแปรงฟัน ใช้ห้องน้ำและทำความสะอาดหลังการขับถ่าย โยนขวด หวีผม รวบผม ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ ใส่และสวมรองเท้า หยิบยาประจำกินได้ถูกต้อง นับเงินทองได้ถูกต้อง และขึ้นลงบันได 2-3 ชั้นได้ รองลงมาคือ การนั่งยองๆและเดินระยะทาง 200 – 300 เมตร สามารถเดินทางโดยขึ้นรถลงเรือคนเดียวและยกของหนักประมาณ 5 กิโลกรัม

ระดับความสุขของผู้สูงอายุไทยพบว่า ผู้สูงอายุมีความสุขอยู่ในระดับปานกลาง โดยผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี จะมีค่าเฉลี่ยของระดับความสุขอยู่ที่ 39.93 ผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 70 -79 ปี มีค่าเฉลี่ยของระดับความสุขอยู่ที่ 39.73 และผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยของระดับความสุขอยู่ที่ 39.62 และยังพบว่าผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่กับคู่สมรสมีค่าเฉลี่ยของระดับความสุข อยู่ที่ 40.19 และผู้สูงอายุที่ไม่ได้สมรสหรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรสจะมีค่าเฉลี่ยของระดับความสุขอยู่ที่ 39.25 และเมื่อนำค่าเฉลี่ยของกลุ่มอายุและสถานภาพการสมรสของผู้สูงอายุไทยมาเปรียบเทียบในเรื่องของระดับความสุขพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่า ระดับความสุขของผู้สูงอายุไทยในกลุ่มช่วงอายุ 60 – 69 ปีมีค่าเฉลี่ยดีกว่า กลุ่มช่วงอายุ 70 – 79 ปีและ 80 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่กับคู่สมรสมีค่าเฉลี่ยของระดับความสุขดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้สมรสหรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรสและยังพบว่าความรู้สึกของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ไม่เคยมีความรู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า หมดหวัง และไม่มีความสุข คิดเป็นร้อยละ 80 ขึ้นไป รองลงมาผู้สูงอายุไม่เคยรู้สึกเหงา หงุดหงิด และวิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 60 ขึ้นไป และผู้สูงอายุไม่เคยรู้สึกว่าตนเองมีความอยากอาหารที่ลดลง คิดเป็นร้อยละ 48.1

5.1.6 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานในการวิจัยในครั้งนี้คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ผลการศึกษาพบว่าคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย คิดเป็นร้อยละ 11.2 อย่างมีนัยสำคัญ

ที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าคนที่ผู้สูงอายุไทยมีรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป สามารถทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้มากที่สุด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .174 รองลงมาคือการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .164 ดังนั้นผลการศึกษาก็จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนดไว้

5.2 การอภิปรายผล

5.2.1 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

ในการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยพบว่าการมองเห็นของผู้สูงอายุ พบว่ายังคงมองเห็นได้อย่างชัดเจนโดยไม่ต้องใส่แว่นตาหรือเลนส์สายตา คิดเป็นร้อยละ 53.5 การได้ยินของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ยังคงได้ยินอย่างชัดเจน โดยไม่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง คิดเป็นร้อยละ 87.7 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2549: 65, 134) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในเรื่องของการได้ยินร้อยละ 85.1 และผู้สูงอายุส่วนมากไม่มีปัญหาในเรื่องของการมองเห็นและโรคที่เกี่ยวกับตา การใส่ฟันปลอมพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใส่ฟันปลอม การกลืนปัสสาวะและอุจจาระของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงกลืนได้ คิดเป็นร้อยละ 73.5 และ 76.4 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ บุญเรือง ขาวนวล และพลภัทร ทรงศิริ (2555: 59) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถกลืนปัสสาวะและอุจจาระได้ร้อยละ 88.0 และ ร้อยละ 90.2 และจากการศึกษาความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุไทยเกือบทั้งหมดสามารถทำกิจกรรมดังต่อไปนี้ได้มากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป ได้แก่ การกินอาหาร ล้างหน้าแปรงฟัน ใช้ห้องน้ำและทำความสะอาดหลังการขับถ่าย โกงหนวด หวีผม รวบผม ใส่เสื้อผ้า อาบน้ำ ใส่และสวมรองเท้า หยิบยาประจำกินได้ถูกต้อง นับเงินทองได้ถูกต้อง และขึ้นลงบันได 2-3 ขั้นได้ รองลงมาคือ สามารถทำได้มากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป ได้แก่ การนั่งยองๆและเดินระยะทาง 200 – 300 เมตร และสามารถทำได้มากกว่าร้อยละ 70 ขึ้นไป ได้แก่ สามารถเดินทางโดยขึ้นรถลงเรือคนเดียวและยกของหนักประมาณ 5 กิโลกรัม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และคณะ (2555: 59) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดสามารถทำกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือตนเองได้ดีถึงร้อยละ 99.5

ระดับความสุขของผู้สูงอายุไทยเมื่อนำค่าเฉลี่ยของกลุ่มอายุและสถานภาพการสมรสของผู้สูงอายุไทยมาเปรียบเทียบในเรื่องของระดับความสุขพบว่า ระดับความสุขของผู้สูงอายุไทยในกลุ่มช่วงอายุ 60 – 69 ปีมีค่าเฉลี่ยดีกว่า กลุ่มช่วงอายุ 70 – 79 ปีและ 80 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุที่สมรสและอยู่กับคู่สมรสมีค่าเฉลี่ยของระดับความสุขดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้สมรสหรือไม่ได้อยู่กับคู่

สมรส ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นภาพร ชัยวรรณ และโนเดล, จอห์น (2539: 223) ที่พบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นความรู้สึกเหงายิ่งสูงขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดารารัตน์ อานันทนระสูงศ์ และคณะ (2554: 5-13) ที่พบว่าระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุที่อายุน้อยจะมีความสุขในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่อายุมาก (จินตนา จิมจินดา, 2555: 72) ในเรื่องของสถานภาพการสมรสมีงานวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพการสมรสที่แตกต่างกันย่อมมีภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน (สุนันทา คุ่มเพชร, 2545: 96-97) และ เลยาร์ด (2550: 79-80) พบว่า ผู้สูงอายุที่สมรสแล้วจะมีระดับความสุขมากกว่ากลุ่มที่เป็นหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ โดยกลุ่มเหล่านี้จะมีความสุขที่ลดน้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุสมรส และอยู่กับคู่สมรสจะมีผู้ที่คอยดูแลเอาใจใส่ในด้านสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ และยังพบว่าความรู้สึกของผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ไม่เคยมีความรู้สึกในชีวิตไม่มีคุณค่า หมดหวัง และไม่มีความสุข ไม่เคยรู้สึกเหงา หงุดหงิด และวิตกกังวล ไม่เคยรู้สึกว่าตนเองมีความอยากอาหารที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ มณฑาญจน์ ทองจินดา (2552: 62) ที่พบว่าความรู้สึกของผู้สูงอายุในด้านความไร้ค่า ความหมดหวังในชีวิต อยู่ในระดับที่น้อยกว่าร้อยละ 10 กล่าวคือผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีระดับความสุขอยู่ในระดับดีกว่าปกติ และมีการวิจัยที่ศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 308 คน ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าในระดับปานกลางร้อยละ 40.9 รองลงคือระดับสูงร้อยละ 31.5 (ปริญญา โตมานะ และ ธีรวิวรรณ ศรีสุชาติ, 2548: 33) ซึ่งสวนทางกับงานวิจัยของ วลัยพร นันทศิริวัฒน์และคณะ (2552: 29) ที่ศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 394 คน ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ดส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพจิตไม่ดี

5.2.2 ตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

จากการทดสอบสมมติฐานการวิจัยพบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 3 ด้าน ทั้งคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพพร้อมกันสามารถอธิบายและทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยได้ ซึ่งได้แก่ การที่ผู้สูงอายุมีรายได้เฉลี่ยต่อปีตั้งแต่ 50,000 บาทขึ้นไป มีการดูแลสุขภาพ มีการศึกษาตั้งแต่อนุปริญญา เป็นเพศชายและได้รับการสนับสนุนด้านการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุและบุตร ซึ่งตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยมาตรฐาน (β) มากไปน้อยตามลำดับ

รายได้ของผู้สูงอายุไทย พบว่ายิ่งผู้สูงอายุมีรายได้มากขึ้นย่อมมีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่ง World Health Organization (WHO, 2014a) ได้กล่าวว่า รายได้ของบุคคลเป็นตัวกำหนดการที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ดี นั่นคือยิ่งมีรายได้มากย่อมส่งผลให้มีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ในทางกลับกันหาก

บุคคลมีรายได้ต่ำก็ย่อมส่งผลให้มีสุขภาพไม่ดีและยิ่งเห็นได้อย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบสุขภาพระหว่างคนรวยกับคนจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Central Texas Sustainability Indicators Project (CTSIP, 2012: 98) ที่กล่าวว่ารายได้ของบุคคลเป็นตัวสะท้อนที่สำคัญต่อสุขภาพของบุคคล และพบว่าผู้ที่รายได้สูงจะรายงานความรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพในระดับดี หรือดีเยี่ยมโดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มผู้ที่รายได้ต่ำ และบรรลุ ศิริพานิช (2543: 104) กล่าวว่าในความเป็นจริงปัญหาสุขภาพและรายได้มีความสัมพันธ์กัน เมื่อสุขภาพไม่ดี การประกอบอาชีพย่อมทำไม่ได้ รายได้จึงตกต่ำลง ในทางกลับกันเมื่อรายได้ไม่ดี โอกาสที่จะมีเครื่องอุปโภคบริโภคสมบูรณ์เพียงพอเป็นไปไม่ได้ สุขภาพไม่ดีจึงเป็นผลที่ติดตามมา

การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่มากขึ้น ย่อมส่งผลให้สุขภาพดีขึ้น เพราะเนื่องจากอายุเพิ่มขึ้นย่อมส่งผลให้ร่างกายเสื่อมถอยและอ่อนแอลง จิตใจมีการแปรปรวน ไม่มั่นคง เริ่มหาที่พึ่งทางใจ ในด้านสังคมถูกลดบทบาททั้งในทางวิชาชีพและในทางครอบครัว (บุษยมาส สีนุประมา, 2539: 21-30; สุจิตรา ผลประไพ, 2544: 7-10; นภาพรณ ะหวานนท์ และธีรวัลย์ วรรณโนทัย, 2552: 10-11; ประนอม โททกานนท์, 2554: 11-24) และ Department of Health (2005: 1) ได้กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ Webber and others (2013: 104-105) ที่กล่าวว่าบุคคลจะมีสุขภาพดีหากมีการดูแลสุขภาพของตนเอง ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะก่อให้เกิดโทษ และยังสอดคล้องกับ บรรลุ ศิริพานิช (2544: 9-19) ที่กล่าวว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพร่างกายที่ดีย่อมเกิดจากการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ออกกำลังกาย และหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะก่อให้เกิดโทษ เช่น สุรา และบุหรี่ และเมื่อผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีย่อมส่งผลต่อสุขภาพทางด้านร่างกาย นั่นคือหากมีอาการเศร้าหมอง กังวล หดหู่ กาลังใจ ย่อมส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรมและเบื่ออาหาร (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554: 30)

ระดับการศึกษา พบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีการศึกษาสูงขึ้นย่อมมีสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ World Health Organization (WHO, 2014a) ที่กล่าวว่า การศึกษาเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ และหากบุคคลมีการศึกษาต่ำก็ย่อมส่งผลให้สุขภาพของบุคคลอยู่ในระดับต่ำด้วย และการที่บุคคลมีการศึกษาที่สูงขึ้นเท่ากับบุคคลได้มีการเรียนรู้ และเข้าใจในสิ่งรอบตัวที่มากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ของ Benjamin Bloom (1965 อ้างถึงใน ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์, 2535: 115-117) ในด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domains) ซึ่งเป็นพฤติกรรมทางด้านสมองที่เกี่ยวข้องกับการใช้สติปัญญา ความรู้ ความเฉลียวฉลาด และความสามารถในการคิด

เรื่องราวและแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแบ่งเป็น 6 ระดับ ได้แก่ ความรู้และความจำ ความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์และการประเมินค่า และยังพบว่า การศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโลกและชีวิต ในทุกด้านให้กับบุคคล ทำให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ และยังพบอีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าหรือไม่มีการศึกษาจะมีระดับสุขภาพที่ไม่ดีมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่า (ปัญญา ชูเลิศ, 2551: 43; เรวดี สุวรรณพเก้า และรศรินทร์ เกรย์, 2554: 48)

ผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงเนื่องจาก เพศหญิงมักจะมี อารมณ์และความรู้สึกในด้านลบมากกว่าเพศชาย เช่น ความเครียด ความรู้สึกผิด ความขัดแย้ง ทางใจ และยังพบว่ากิจกรรมของเพศหญิงส่วนใหญ่จะทำงานหรือเป็นแม่บ้านมากกว่าที่จะทำ กิจกรรมนอกร้านเช่นการเล่นกีฬาและการหากิจกรรมสันทนาการ ซึ่งเพศชายส่วนใหญ่จะทำ กิจกรรมเหล่านี้ (Verbrugge, 1985: 164-165) และยังพบว่าสุขภาพที่แตกต่างกันระหว่างเพศ ชายและเพศหญิงเกิดจากความแตกต่างทางโครงสร้างส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ อายุ การสนับสนุนทาง สังคม แบบแผนของครอบครัว และสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ แนวทางการดำเนินชีวิต ได้แก่ การออกกำลังกาย การดื่มสุราการสูบบุหรี่ ส่วนด้านสุขภาพจิตได้แก่ ประสบการณ์ในช่วง ชีวิตที่ผ่านมาและความเครียด (Denton, Prus and Walters, 2004: 2585) และนอกจากการที่ ผู้สูงอายุเพศชายจะมีสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงแล้ว ยังพบว่าในด้านของสถานภาพการ สมรส ผู้สูงอายุเพศชายที่สมรสและอยู่กับคู่สมรสมีค่าเฉลี่ยที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพไม่สมรส หรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรส (Markey, Markey, Schneider and Brownlee, 2005: 447) ซึ่งสอดคล้อง การศึกษาของ Pandey (2008: 8-10) ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของผู้สูงอายุเพศชายส่วนใหญ่ประเมินว่า ตนเองมีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงดีมาก ในทางกลับกันผู้สูงอายุเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยของ สุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ และมีระดับสุขภาพในระดับปานกลางถึงดีมาน้อยกว่าผู้สูงอายุ เพศชาย และยังพบอีกว่า ค่าเฉลี่ยของผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่สมรสและอยู่กับคู่สมรส จะมีระดับสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพไม่สมรสหรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรส ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุเพศชายส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลจากคู่สมรสมากที่สุด ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงจะได้รับการ ดูแลจากบุตรสาวมากกว่าที่จะได้รับจากคู่สมรสของตนเอง (มาลินี วงษ์สิทธิ และศิริวรรณ ศิริ บุญ, 2544: 32) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญพงศ์ (2555: 80) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงจะได้รับการดูแลสุขภาพจากคู่สมรสที่เป็นเพศชาย น้อยกว่า การที่ผู้สูงอายุเป็นเพศชายได้รับการดูแลสุขภาพจากคู่สมรสที่เป็นเพศหญิง อีกทั้งหากมีบุตรอาศัย

อยู่ด้วยพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงจะได้รับการดูแลจากบุตรในเรื่องสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพศชาย

การสนับสนุนทางสังคมด้านการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุและบุตรที่อยู่นอกครัวเรือนพบว่าเมื่อผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนในด้านนี้เพิ่มขึ้นภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นด้วย เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นการกระทำที่ส่งผลในทางบวกมากกว่าทางลบ ที่มีผลให้สุขภาพของบุคคลดีขึ้นและยังขึ้นอยู่กับว่าใครเป็นผู้ให้การสนับสนุน (Cohen and Syme, 1985: 3-4) การสนับสนุนทางสังคมนั้นได้แก่ การสนับสนุนด้านการเงิน อาหาร สิ่งของ การเยี่ยมเยียน และการให้ข้อมูลข่าวสาร (ศิริพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2544: 56) โดยครอบครัวถือเป็นแหล่งสำคัญในการให้การสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุ (เล็ก สมบัติ, 2549: 12-15) โดยเฉพาะบุตรซึ่งเป็นแหล่งการสนับสนุนที่สำคัญแก่ผู้สูงอายุที่เป็นบิดามารดา (นภาพร ชโยวรรณ และโนเดล, จอห์น, 2539: 25) และถึงแม้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะได้รับเงิน อาหาร สิ่งของ แต่ก็ยังคงมีความรู้สึกที่ตนเองไม่ได้รับการเอาใจใส่ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมยังไม่สามารถที่จะทดแทนความต้องการทางด้านอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุได้ (อุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ, 2549: 256) และยังพบว่าเมื่อบุตรที่ไปอยู่ไกลกลับมาเยี่ยมเยียนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่า ไม่ถูกทอดทิ้ง เกิดความมั่นคงทางจิตใจ (ศิริพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2540: 30) เพราะสุขภาพกายและสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เมื่อเกิดภาวะเครียดทางอารมณ์ย่อมส่งผลให้ร่างกายเจ็บป่วยได้ เช่นเดียวกันหากร่างกายไม่แข็งแรงก็ย่อมส่งผลต่อสภาพจิตใจที่อาจเกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง (อรรวรรณ คูหา และนันทศักดิ์ ธรรมนวนรัตน์, 2552: 92)

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการนำผลการวิจัยไปใช้

5.3.1.1 รายได้ของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่ดี และยังพบว่า ยิ่งผู้สูงอายุมียาได้เพิ่มมากขึ้นย่อมส่งผลให้มีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น และจากการสำรวจการสนับสนุนทางการเงินพบว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนอยู่ในระดับน้อย โดยแหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุคือ เบี้ยยังชีพจากทางราชการ คิดเป็นร้อยละ 82.4 นโยบายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ถือได้ว่าเป็นสวัสดิการอย่างหนึ่งที่รัฐบาลจัดสรรให้ผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายให้กับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนหรือในหมู่บ้านต่างๆทั่วประเทศให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ปกติ โดยให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุเป็นจำนวนเงินตามขั้นบันไดของอายุ ดังนั้น

นโยบายดังกล่าวยังคงต้องดำเนินการต่อไป และควรเพิ่มช่องทางการเข้าถึงสวัสดิการให้ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้เข้าถึงสวัสดิการได้อย่างทั่วถึง

5.3.1.2 การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุไทยนอกจากที่ผู้สูงอายุจะพึ่งพาเบี้ยยังชีพจากทางราชในเรื่องของการดูแลสุขภาพแล้วยังสามารถที่จะหันมาดูแลตนเองเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลง ซึ่งจากการศึกษาพบว่ายิ่งผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพที่มากขึ้นย่อมส่งผลให้มีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น โดยทำได้ทั้งการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การใส่ใจและหมั่นตรวจสุขภาพของตนเอง การทำกิจกรรมนอกบ้านเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงทางจิตใจและเป็นการใช้เวลาร่วมกับผู้อื่น และรัฐบาลควรจัดการประชาสัมพันธ์และจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

5.3.1.3 ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุไทยส่วนมากจบระดับชั้นประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 62.9 นโยบายที่รัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะออกมาช่วยเหลือหรืออำนวยความสะดวกเกี่ยวกับสุขภาพควรทำให้เข้าใจง่ายเข้าถึงง่ายเพื่อสอดคล้องกับระดับการศึกษาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยในครั้งต่อไปควรมุ่งเน้นประเด็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพราะจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญเป็นอันดับ 2 รองจากรายได้และเป็นตัวแปรที่สามารถพัฒนาหรือบริหารจัดการให้ดีขึ้นได้ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งร่างกายและจิตใจ

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. 2557. **คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน
กิจการโรงพยาบาลสงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2554. **การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ**. นนทบุรี: โรง
พิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรรณิกา ปัญญาวงศ์ และพนัส พงษ์สุนันท์. 2555. **การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม**.
สมุทรสงคราม: สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน.
- กองส่งเสริมสาธารณสุข. 2542. **อยู่อย่างมีชีวิตชีวาด้วยการช่วยกันดูแลรักษาตนเอง**.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กาญจนา แก้วเทพ. 2556. **สื่อสาร อาหาร สุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2545. **คืนสุนทรียภาพให้สุขภาพกระบวนทัศน์สุขภาพใหม่: จิต
วิญญาณ สุนทรียภาพและความเป็นมนุษย์**. กรุงเทพมหานคร: สวนเงินมีมา.
- ขวัญดาว ถล่ำรัตน์. 2556. **ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาค
ตะวันตกของประเทศไทย. มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์: มหาลัทธิราชภัฏ
มหาสารคาม**. 7 (กันยายน-ธันวาคม): 93-104.
- จันทร์เพ็ญ สันตวาจา. 2550. **แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎีการพยาบาลและกระบวนการ
พยาบาล**. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก.
- จินตนา ฉิมจินดา. 2555. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน
จังหวัดนครปฐม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- จินตนา สงค์ประเสริฐ. 2538. **ผู้สูงอายุ**. พระยา: มูลนิธิฝึกอบรมเกษตรกรรมและอาชีพ.
- ชุติมา วัฒนศักดิ์ภูบาล. 2551. **พฤติกรรมสุขภาพตนเองตามเกณฑ์เมืองไทย
แข็งแรงของ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลกำแพงเพชร อำเภอรัตภูมิ จังหวัด
สงขลา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.
- ดาร์วิน อานันท์ทวงศ์ และคณะ. 2554. **การสำรวจและรักษาคุณภาพของการสูงอายุและ
การเกษียณในประเทศไทยโดยใช้ตัวอย่างซ้ำ**. รายงานการวิจัยเสนอต่อ
สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

- เตือนใจ ทองคำ. 2549. **พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอตากฟ้า จังหวัด นครสวรรค์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- เทพิน พัทธนาภิรักษ์. 2546. การดูแลสุขภาพคือการดูแลสุขภาพชีวิต: นิยามสุขภาพในทัศนะของ บุคคล. **สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่**. 16: 30-39.
- นพรัตน์ กิ่งแก้ว. 2550. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อ ความปลอดภัยในการทำงานกับภาวะสุขภาพของพยาบาลห้องผ่าตัด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชัยวรรณ และโนเดล, จอห์น. 2539. **รายงานการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศ ไทย**. รายงานการวิจัยเสนอต่อสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพรณี หะวานนท์ และธีรวัลย์ วรรณโนทัย. 2552. **ทิศทางใหม่ในการพัฒนาการอยู่อาศัย สำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทย**. รายงานการวิจัยเสนอต่อคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาดู.
- นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. 2555. **รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุ ตำบลโคกโคเตา อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี**. รายงานการวิจัย เสนอต่อคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต.
- บรรลุ ศิริพานิช. 2543. **ผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- บรรลุ ศิริพานิช. 2544. **คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์**. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน.
- บุญชม ศรีสะอาด. 2553. **วิจัยเบื้องต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สุริยาสาน.
- บุษยมาส สิริประมา. 2539. **สังคมวิทยาผู้สูงอายุ**. เชียงใหม่: สมพรการพิมพ์.
- ประนอม โอทกานนท์. 2554. **ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทย: หลักการ งานวิจัยและ บทเรียนจากประสบการณ์**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ประเวศ วะสี. 2543. **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์**. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบ สุขภาพ.
- ประเวศ วะสี. 2547. **ทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปฏิรูประบบ สุขภาพแห่งชาติ.
- ปริญญา โตมานะ และระวีวรรณ ศรีสุชาติ. 2548. **ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและ ปัจจัยเกื้อหนุนอื่น**. **สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**. 13 (มกราคม): 29-37.

- ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. 2535. **จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล**. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อสารกรุงเทพ.
- ปัญญา ชูเลิศ. 2551. **การเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของเกษตรกรในพื้นที่เฝ้าระวังทางประชากร จังหวัดกาญจนบุรี**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญญพัฒน์ ไชยมะลิ, บุญเรือง ขาวนวล และพลภัทร ทองศิริ. 2555. คุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ตำบลแหลมไทร อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**. 42 (มกราคม-เมษายน): 55-65.
- พรทิพย์ สุขประดิษฐ์ และรุจิราภ อรรถดิษฐ์. 2548. **เส้นทางสร้างสุขภาพชุมชน**. กรุงเทพมหานคร: อุษากการพิมพ์.
- พร้อมจิตร ห่อนบุญheim. 2553. **ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม: แนวคิดและการประยุกต์ในการพยาบาลสูติศาสตร์**. มหาสารคาม: อภิชาติการพิมพ์.
- มนทกาญจน์ ทองจินดา. 2552. **ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.
- มัลลิกา มัติโก. 2534. **คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ชุดที่1: แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ. 2541. **ครอบครัวและผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีกรุงเทพมหานครและจังหวัดพระนครศรีอยุธยา**. รายงานการวิจัยเสนอต่อวิทยาลัยประชากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์ และศิริวรรณ ศิริบุญ. 2544. **ประชาสัมพันธ์กับการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ**. รายงานการวิจัยเสนอต่อวิทยาลัยประชากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2553. **รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552**. นนทบุรี: เอสเอส พลัส มีเดีย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2554. **รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2553**. นนทบุรี: เอสเอส พลัส มีเดีย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2555. **รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2554**. นนทบุรี: เอสเอส พลัส มีเดีย.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2556. **รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2555**. นนทบุรี: เอสเอส พลัส มีเดีย.

รมย์รวิน กมลเนตรวินิจ. 2553. **ถึงแก่แต่ไม่เสื่อม**. กรุงเทพมหานคร: ไทยควอลิตี้บุ๊ค.

รศรินทร์ เกรย์ และคณะ. 2556. **มนทัศน์ใหม่ของนิยามผู้สูงอายุ: มุมมองเชิงจิตวิทยา**

สังคมและสุขภาพ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

รศรินทร์ เกรย์ และณัฐจิรา ทองเจริญพงศ์. 2555. ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.

วารสารประชากร. 3 (มีนาคม): 45-63.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2542. **คำคำไทยในพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542**.

ค้นวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2557 จาก <http://rirs3.royin.go.th>

เวดี สุวรรณนพเก้า และรศรินทร์ เกรย์. 2554. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่เฝ้าระวัง

ประชากร จังหวัดกาญจนบุรี. **วารสารประชากร**. 2 (มีนาคม): 33-54.

ลัดดา ดำริการเลิศ. 2555. **การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน: ช่วงที่1 สถานการณ์**

และความต้องการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. นครปฐม: สำนักวิจัยและพัฒนาระบบ

สุขภาพชุมชน สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

เล็ก สมบัติ. 2549. **โครงการภาวะการณ์ดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน**.

กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก๊อบปี้.

เลয়ারด์, ริชาร์ด. 2550. **ความสุข: หลากหลายข้อค้นพบของศาสตร์ใหม่แห่งความสุข**.

แปลจาก Happiness: Lessons from a New Science โดย รักดี โชติจินดา และ

เจริญเกียรติ ธนสุขถาวร. กรุงเทพมหานคร: สวณเงินมีนา.

วิศา จันทรังสีวรกุล. 2553. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สถาน

สงเคราะห์คนชรา จังหวัดนครสวรรค์. **วิทยาศาสตร์สุขภาพ**. 4 (กรกฎาคม-

ธันวาคม): 12-20.

วลัยพร นันทสุภาวัฒน์ และคณะ. 2552. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ. **พยาบาลศาสตร์ภาค**

ตะวันออกเฉียงเหนือ. 27 (มกราคม-มีนาคม): 27-32.

วิชาญ ชูรัตน์, โยธิน แสงดี และสุพาพร อรุณรักษ์สมบัติ. 2555. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเสี่ยง

การมีปัญหสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. **ประชากร**. 3 (มีนาคม): 87-109.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. 2540. **รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน**

ประเทศไทยในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ พื้นที่การศึกษา

ภาคกลาง. รายงานการวิจัยเสนอต่อกองบริหารงานวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. 2544ก. การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ: พื้นที่ใน

การศึกษาเขตภาคใต้. รายงานการวิจัยเสนอต่อคณะสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และมหาวิทยาลัยมหิดล.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. 2544ข. โครงการศึกษาวิจัยครอบครัวเรื่อง ผู้สูงอายุใน

ประเทศไทย: รายงานเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ใน

ประเด็น การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัยเสนอต่อ

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. 2545. โครงการผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการ

ทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทาง

นโยบายและการวิจัย: ครอบครัวและผู้สูงอายุ. รายงานการวิจัยเสนอต่อ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2549. โครงการวิจัยและสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของ

ผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย. รายงานการวิจัยเสนอต่อกรมการแพทย์ กระทรวง

สาธารณสุข.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร:

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2541. **สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย.** กรุงเทพมหานคร: กอง

คลังข้อมูล สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2550. รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.

2550: บทที่2 สรุปผลการสำรวจ. รายงานการวิจัยเสนอต่อสำนักงานสถิติ

แห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2554. **สำมะโนประชากร พ.ศ.2553.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน

สถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2556. **การทำงานของผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2555.** กรุงเทพมหานคร:

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สิทธิโชค วรานุสันติกุล. 2546. **จิตวิทยาสังคม: ทฤษฎีและการประยุกต์.** กรุงเทพมหานคร:

ซีเอ็ดยูเคชั่น.

- สุกิจ ทองพิลา, นิตยา น้อยสีภูมิ และสุกัญญา เลหารัตนศิริ. 2555. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 43 เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร. **พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. 22: 75-84.
- สุจิตรา ผลประไพ. 2544. การดูแลตนเองด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สุนันทา คุ่มเพชร. 2545. อิทธิพลของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชนและความต้องการบริการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตในอำเภอเมืองระยอง จังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สุรกุล เจนอบรม. 2534. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรสม กฤษณะจุฑะ. 2550. สิทธิสุขภาพ สิทธิมนุษยชน. นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.
- เสน่ห์ แสงเงิน, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, ถาวร มาตั้น และศิริไฉน์ วรรณวิจิตร. 2555. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง. **สาธารณสุขศาสตร์**. 42 (พฤษภาคม-สิงหาคม): 68-81.
- เสาวนิจ นิจนันต์ชัย. 2553. การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ. **กองการพยาบาล**. 37 (พฤษภาคม-สิงหาคม): 64-76.
- อรรณพ คุณา และนันท์ศักดิ์ ธรรมวนวัฒน์. 2552. โครงการวิจัย เรื่องการศึกษาระบบการดูแลสุขภาพที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน. รายงานการวิจัยเสนอต่อสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- อัจฉรา เอ็นท์ และปรียา รุ่งโสภาคกุล. 2541. การศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. รายงานการวิจัยเสนอต่อสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมพรพรรณ ธีรานุตร. 2552. คู่มือส่งเสริมและดูแลผู้สูงอายุ. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- อุทัยทิพย์ รักจรรยาบรรณ. 2549. การเกื้อหนุนของครอบครัวต่อผู้สูงอายุไทย: เอกสาร
การวิจัยในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ ปี 2549. ค้นวันที่ 1
ธันวาคม 2557 จาก <http://www.thaipopulation.org>
- Baker, Gary. 2007. **Adolescents Social Support and Help-Seeking Behavior: An
International Literature Review and Progame Conclution for Action.**
Switzerland: World Health Organization (WHO).
- Central Texas Sustainability Indicators Project (CTSIP). 2012. **2012 Data Report.**
Retrieved December 6, 2014 from <http://www.centex-indicators.org>
- Cobb, Sidney. 1976. Social Support as a Moderator of Life Stress. **Psychosomic
Medicine.** 38 (September-October): 300-324.
- Cohen, Sheldon and Mckay, Garth. 1984. **Social Support Stress and Thebuffering
Hypothesis: A Theoretical Analysis.** In *Handbook of Psychology and Health.*
I. A. Baum, S. E. Taylor and J. E. Singer, eds. Hillsdale, NJ: Lawrence
Erlbaum. Pp. 253-267.
- Cohen, Sheldon and Syme, Leonard. 1985. **Social Support and Health.** San Francisco:
Academic Press.
- Cohen, Sheldon and Wills, Thomas. 1985. Stress Social Support and Buffering
Hypothesis. **Psychological Bullitin.** 98: 310-353.
- Denton, Magaret; Prus, Steven and Walters, Vivienne. 2004. Gender Differences in
Health: A Canadian Study of the Psychosocial, Structural and Behavioural
Determinants of Health. **Social Science & Medicine.** 58: 2585–2600.
- Department of Health. 2005. **Self Care-a Real Choice: Self Care Support-a Practical
Option.** Retrieved September 7, 2014 from <http://www.dh.gov.uk/SelfCare>
- Hill, Lyda and Smith, Nancy. 1990. **Self-Care Nursing Promotion of Health.**
New Jersey: Prenticehall.
- Hubbard, Patricia; Muhlenkamp, Ann and Brown, Nancy. 1984. The Relationship
between Social Support and Self-Care Practice. **Nursing Research.** 33
(September-October): 266-270.

- Kim, Heejung; Sherman, David and Taylor, Shelley. 2008. Culture and Social Support. **American Psychologist**. 68: 518-526.
- Markey, Charlotte; Markey, Patrick; Schneider, Carl and Brownlee, Susan. 2005. Marital Status and Health Beliefs: Different Relations for Men and Women. **Sex Roles**. 53 (September): 443-451.
- Nation Cancer Institute (NCI). 2014. **Social Support**. Retrieved November 1, 2014 from <http://www.cancer.gov/dictionary>
- Norris, Marina. 1974. Self-Care. **American Journal of Nursing**. 74 (March): 486-489.
- Orem, Dorothy. 1985. **Nursing: Concept of Practice**. 2nd ed. NY: McGraw Hill.
- Orem, Dorothy. 1991. **Nursing: Concept of Practice**. 4th ed. St Louis: Mosby-Year Book.
- Orem, Dorothy. 2001. **Nursing: Concept of Practice**. 5th ed. St Louis: Mosby-Year Book.
- Pandey, Krishna. 2008. **Association between Marital Status and Health: Examining the Role of Age and Gender**. Retrieved December 16, 2014 from <https://crawford.anu.edu.au>
- Pender, Nola. 1996. **Health Promotion in Nursing Practice**. 3th ed. USA: Appleton and Lange.
- Pender, Nola. 2011. **Health Promotion in Nursing Practice**. 6th ed. New Jersey: Pearson Education.
- Schafer, Catherine; Coyne, James and Lazarus, Richard. 1981. The Health-Related Function of Social Support. **Behavior Medicine**. 4: 381-406.
- Shumaker, Sally and Brownell, Arlene. 1984. Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. **Social Issues**. 40: 11-36.
- Stewart, Anita and Ware, John. 1998. **Measuring Functioning and Well-Being**. 4th ed. United State of America: Duke University.
- Thoits, Peggy. 1982. Concept Methodological and Theoretical Problem in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. **Health and Social Behavior**. 23 (June): 145-159.

- United Nations Population Fund. 2012. **Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and a Challenge**. New York: UNFEA.
- Verbrugge, Lois. 1985. Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence. **Health and Social Behavior**. 26 (September): 156-182.
- Wang, Hung and Laffrey, Shirley. 2001. A Predictive Model of Well Being and Self Care for Rural Elderly Women in Taiwan. **Nursing and Health**. 24: 122-132.
- Webber, David; Guo, Zhenyu and Mann, Stephen. 2013. Self Care in Health: We can Define It, but should We also Measure It. **Self Care Advancing the Study Understanding of Self Care**. 4 (May): 101-106.
- World Health Organization (WHO). 1993. **Training on Management of Human Resource for Health**. Geneva: Publication Part A.
- World Health Organization (WHO). 2014a. **Health Impact Assessment: The Determinants of Health**. Retrieved December 6, 2014 from <http://www.who.int>
- World Health Organization (WHO). 2014b. **WHO Define of Health**. Retrieved February 3, 2014 from <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ผลการตรวจสอบความเป็น Normality ของตัวแปรก่อนเข้าทำการวิเคราะห์
Multiple Hierarchy Regression Analysis

ตัวแปร	Max	Min	Mean	Std.	Skewness	Kurtosis
เพศ	2	1	1.59	.492	-.363	-1.869
อายุ	102	60	69.30	7.342	.678	-.172
รายได้	5	1	3.48	1.481	-.491	-1.211
การศึกษา	4	1	1.90	.701	.903	1.645
สถานภาพ	2	1	1.41	.492	.363	-1.868
เขตที่อยู่อาศัย	1	0	0.56	0.496	-.251	-1.937
จำนวนบุตร	14	0	3.78	1.906	.988	1.221
การสนับสนุนด้านการเงิน	9	1	3.39	1.227	.556	.737
การสนับสนุนด้านอาหาร	4	0	1.95	1.330	.145	-1.113
การสนับสนุนด้านเสื้อผ้าและสิ่งของ	4	0	1.10	.668	1.135	3.556
การสนับสนุนด้านการติดต่อสื่อสาร	8	0	4.59	1.757	.018	-.313
การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว	16	0	6.70	3.538	-.017	-.698
การดูแลสุขภาพ	26	4	14.11	3.668	.126	-.024
ภาวะสุขภาพ	78	46	63.28	6.883	-.240	-.406

ภาคผนวก ข

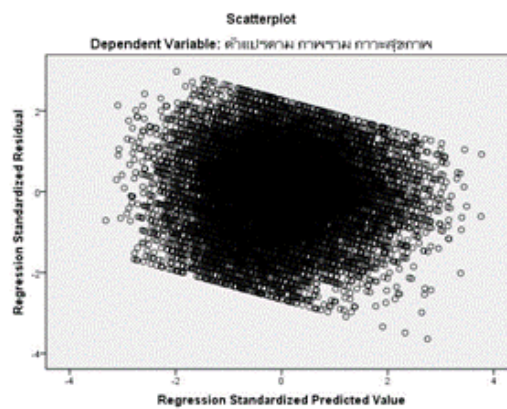
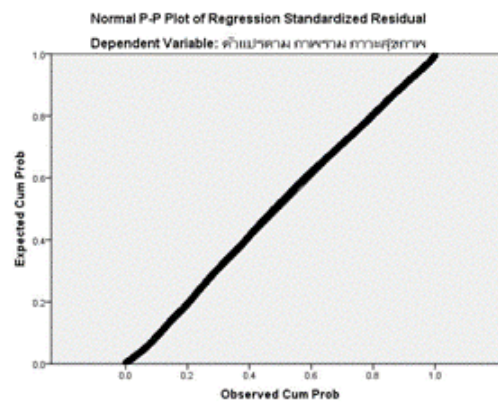
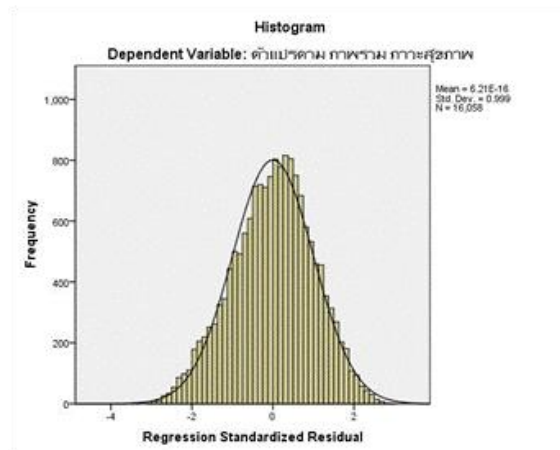
การตรวจสอบ Multicollinearity จะใช้ค่า Tolerance และค่า Variance Inflation Factor (VIF)

Coefficients ^a											
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	58.642	.628		93.415	.000					
	เพศผู้สูงอายุนาย	.988	.113	.071	8.746	.000	.102	.069	.065	.849	1.178
	อายุ	-.059	.008	-.063	-7.372	.000	-.127	-.058	-.055	.755	1.324
	จบ ประถมศึกษา	.518	.122	.036	4.231	.000	-.029	.033	.031	.749	1.335
	จบ มัธยมศึกษา	2.014	.229	.074	8.805	.000	.099	.069	.065	.781	1.280
	จบ ตั้งแต่ อนุปริญญา	3.084	.278	.091	11.078	.000	.129	.087	.082	.813	1.230
	10,000-19,999	.607	.189	.030	3.206	.001	-.067	.025	.024	.616	1.623
	20,000-29,999	.971	.194	.047	4.997	.000	-.037	.039	.037	.629	1.591
	30,000-49,999	1.310	.172	.079	7.628	.000	-.013	.060	.057	.519	1.927
	ตั้งแต่ 50,000	2.502	.164	.174	15.282	.000	.192	.120	.114	.425	2.351
	สมรสและอยู่กับคู่สมรส	.658	.117	.047	5.641	.000	.128	.044	.042	.796	1.257
	รวมบุตรที่ให้กำเนิดที่มีชีวิตอยู่	-.042	.030	-.012	-1.416	.157	-.080	-.011	-.011	.824	1.214
	เขตเมือง,ชนบท	.370	.107	.027	3.445	.001	.050	.027	.026	.923	1.083
	การสนับสนุนทางสังคม ด้านอาหาร	.016	.047	.003	.333	.739	.009	.003	.002	.684	1.463
	การสนับสนุนทางสังคม ด้านเสื้อผ้า ของใช้	.201	.084	.020	2.391	.017	.042	.019	.018	.831	1.203
	การสนับสนุนทางสังคม ด้านการเงิน	.004	.044	.001	.085	.933	.064	.001	.001	.890	1.123
	การสนับสนุนทางสังคม ด้านการติดต่อสื่อสาร	.286	.033	.073	8.553	.000	.133	.067	.064	.759	1.318
	ภาพรวม การดูแลสุขภาพ	.308	.015	.164	21.263	.000	.195	.166	.158	.926	1.080

a. Dependent Variable: ตัวแปรตาม ภาพรวม ภาวะสุขภาพ

ภาคผนวก ค

ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้านความคลาดเคลื่อนของข้อมูล



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ ชื่อสกุล

นางสาวพิมพ์พิสุทธิ์ บัวแก้ว

ประวัติการศึกษา

นิติศาสตรบัณฑิต

มหาวิทยาลัยกรุงเทพ

ปีที่สำเร็จการศึกษา พ.ศ.2554