

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว ในจังหวัดจันทบุรีนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษา ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญครอบคลุมในประเด็น ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
3. พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ได้มีผู้ให้คํานิยามของความสูงอายุ (ความชรา) ที่แตกต่างกัน โดยมีสองสิ่งเหมือนกันคือ “ความชรสัมพันธ์กับอายุ” และถัดจากความชรา ก็คือความตายองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายผู้สูงอายุ ว่าหมายถึงประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (คณะกรรมการวิสามัญสํวสติการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม วุฒิสภา 2534: 5) ประเทศในแถบอเมริกา และยุโรป กำหนดว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ประเทศไทยได้ให้ความหมายผู้สูงอายุ โดยให้เกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไป และถือป็นเกณฑ์การปลดเกษียณอายุราชการ เนื่องจากเป็นวัยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยเสื่อม ควรได้รับการพักผ่อนและเปลี่ยนแปลงการทำงาน ซึ่งเป็นงานที่ไม่ต้องรับผิดชอบมาก ไม่ต้องเผชิญภาวะเครียด

จากความหมายของผู้สูงอายุดังกล่าว สรุปได้ว่าส่วนใหญ่ใช้อายุเป็นเกณฑ์กำหนด โดยถือว่าบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ กำหนดไว้ว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง โดยการกำหนดใช้ความหมายตามปฏิทิน

1.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ หรือทฤษฎีเกี่ยวกับความชรา ที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการอธิบายเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจกับผู้สูงอายุได้อย่างมีหลักเกณฑ์ มีเหตุผล และเป็นที่ยอมรับได้ สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ และคนอื่นๆ 2546: 6-7)

1.2.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านชีววิทยา เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุของความชราของร่างกาย ทฤษฎีกลุ่มนี้มี 3 ทฤษฎีย่อย ดังนี้

1) **ทฤษฎีทำลายตนเอง (Autoimmunity Theory)** ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความชราเกิดจากร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันปกติน้อยลง พร้อมกับมีการสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น ร่างกายจึงต่อสู้กับเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี ทำให้เกิดความเจ็บป่วยง่าย และเมื่อเกิดแล้วก็มักจะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต

2) **ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory)** ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้นๆ ยีนส์จะค่อยๆ เกิดความผิดพลาดและความผิดพลาดจะมากขึ้นๆ จนถึงจุดที่ทำให้เซลล์ต่างๆ ของร่างกายเสื่อมและหมดอายุลง

3) **ทฤษฎีเรดิคัลอิสระ (Free Radicals Theory)** ทฤษฎีนี้เชื่อว่าภายในร่างกายของมนุษย์มีเรดิคัลอิสระ หรืออนุมูลอิสระเกิดขึ้นอย่างมากและตลอดเวลา ซึ่งจะทำให้ยีนส์เกิดความผิดปกติ

1.2.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านจิตวิทยา เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงสาเหตุของความชราของร่างกาย ทฤษฎีกลุ่มนี้มี 2 ทฤษฎีย่อย ดังนี้

1) **ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory)** ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์ ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและพัฒนาการด้านจิตของตนเอง เช่น บุคคลที่เติบโตมาจากครอบครัวที่มีความรัก ความอบอุ่น ความมั่นคงเห็นความสำคัญและรักผู้อื่น เมื่อเป็นผู้สูงอายุก็จะสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลเติบโตมาในลักษณะร่วมมือกับใครไม่เป็นที่ถือว่าตัวใครตัวมัน จิตใจคับแคบ ก็จะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุข

2) **ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory)** ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่องก็เนื่องมาจากยังสนใจในเรื่องต่าง ๆ มีการค้นคว้าและเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้สูงอายุที่จะมีลักษณะนี้ได้ต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีและมีเงินใช้โดยไม่เดือดร้อน

1.2.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับความชราด้านสังคมวิทยา เป็นทฤษฎีที่วิเคราะห์หาสาเหตุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป กลุ่มทฤษฎีนี้มี 4 ทฤษฎีย่อย ดังนี้

1) **ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)** ทฤษฎีนี้มีแนวคิดว่าการกิจกรรมของสังคมจำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัย ผู้สูงอายุที่จะมีความสุข ควรมีกิจกรรมทางสังคมพอสมควร ผู้สูงอายุที่

ปฏิบัติกิจกรรมของสังคมอยู่เสมอ จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในทางบวก และปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมทางสังคม

2) ทฤษฎีการแยกตนเอง (*Disengagements Theory*) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกัน เนื่องจากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนมีความสามารถลดลง และมีสุขภาพเสื่อมถอย จึงถอยถอนหรือหลีกเลี่ยงบทบาทและกิจกรรมทางสังคม เพื่อลดความตึงเครียด หรือบีบคั้น

3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (*Continuity Theory*) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุจะเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมอย่างมีความสุขนั้น ขึ้นกับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละคน เช่น บุคคลที่ชอบเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิมเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนผู้ที่ชอบสันโดษ ก็จะแยกตัวออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น

4) ทฤษฎีบทบาท (*Role Theory*) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดที่ว่าอายุเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งในการกำหนดบทบาทของบุคคลในแต่ละช่วงชีวิต ผู้สูงอายุจะปรับตัวได้ดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับการยอมรับบทบาททางสังคมในแต่ละช่วงชีวิตที่ผ่านมา และยังมีผลสืบเนื่องไปถึงการยอมรับบทบาททางสังคมในอนาคตซึ่งเปลี่ยนแปลงไปด้วย

การศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ใน 3 กลุ่มที่สำคัญ ได้แก่ ทฤษฎีด้านชีววิทยา ทฤษฎีด้านจิตวิทยา และทฤษฎีด้านสังคมวิทยา พบว่าแต่ละกลุ่มทฤษฎีจะมีความสำคัญแตกต่างกันไป แต่ทั้งหมดช่วยให้เกิดความเข้าใจผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมมากขึ้น โดยทฤษฎีด้านชีววิทยาจะกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ทฤษฎีทางจิตวิทยาจะกล่าวถึงจิตใจของผู้สูงอายุ ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นลักษณะของการพัฒนาและปรับความนึกคิด ความรู้สึก ความเข้าใจ แรงจูงใจ เป็นต้น ขณะที่ทฤษฎีทางสังคมวิทยาจะเกี่ยวข้องกับบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ เช่น การเกษียณอายุราชการ การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม และชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่

1.3 การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

ผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่ดำเนินชีวิตผ่านประสบการณ์ต่างๆ มากมาย ทั้งในส่วนที่ส่งผลต่อชีวิต ด้านบวกและด้านลบ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ล้วนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุทั้งสิ้น สามารถแบ่งได้เป็น 5 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ คือ(ทัศนาศา บัญทอง 2544: 392-395)

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

ผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมของร่างกายไม่เท่ากัน เนื่องจากอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย จะเปลี่ยนแปลงไปตามความสูงอายุในอัตราไม่เท่ากัน ในแต่ละคนก็มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเดียวกันไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพ ความเสถียร และการดูแลตนเอง ซึ่งโดยธรรมชาติแล้วร่างกายของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ทั้งนี้ เพราะการ

ทำงานของเซลล์ในร่างกายจะค่อยๆ ลดลง จนเกิดความล้มเหลวทางชีวภาพ และตายในที่สุด การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่สำคัญที่พบในวัยชรามีดังนี้

1) *ผิวหนัง* จะบางลง มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ของผิวหนัง และชั้นของผิวหนัง มักมีจุดสีน้ำตาลเกิดขึ้นที่หลังมือ แขน ใบหน้า ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง มีการเสื่อมของสารพื้น ทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่น

2) *ดวงตา* จะฝ้าฟาง มีลักษณะเป็นตาฝ้าขาว ประสิทธิภาพของตม่าน้ำตาเสื่อม

3) *กระดูก* การทรงตัวของข้อ กล้ามเนื้อ และเอ็นลดลง ทำให้การทรงตัวไม่ดี ดังเดิม ผู้มีรูปร่างผอมสูง จะหลังโก่งค่อมลง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในข้อต่อกระดูกสันหลัง กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ยึดเหยียดหลังอ่อนกำลังลง ข้อต่อต่างๆ ของร่างกายเสื่อม การเคลื่อนไหวไม่คล่องตัว เกิดการเจ็บปวดบริเวณข้อต่อต่างๆ โดยเฉพาะข้อเข่า กระดูกจะเสื่อมลง มีการสลายตัวของแคลเซียมออกจากกระดูก ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย

4) *ฟัน* จะค่อยๆ หลุดร่วง จนกระทั่งหมดไปในที่สุด

5) *ผม* จะมีการเปลี่ยนสีผมจากสีเดิมเป็นสีขาว ลักษณะผมแห้ง และร่วงง่าย เนื่องจากเนื้อเยื่อหนังศีรษะเหี่ยวย่น การไหลเวียนของโลหิตลดลง เส้นผมได้อาหารไม่เพียงพอ

6) *เล็บ* จะหนา แข็ง และเปราะ เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดส่วนปลายน้อยลง ทำให้การจัดตัวของแคลเซียมบริเวณเล็บลดลงไปด้วย

7) *การเปลี่ยนแปลงด้านประสาทสัมผัส* จะมีการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

(1) *ประสาทตา* มีการเสื่อมลง รูม่านตาแคบลง ขอบเขตการเห็นแคบและกำลังการปรับแสงในที่มีดต่ำลง มีความไวต่อแสงน้อยลง ทำให้การมองภาพไกลไม่ชัด การยืดหยุ่นของเลนส์เสียไป ทำให้มีการปรับระดับสายตาในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจึงมีสายตายาว

(2) *ประสาทหู* ความสามารถในการได้ยินจะเสื่อมไปตามวัย โดยปกติการได้ยินจะเริ่มเสียเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป เชื่อว่าผู้หูฉ聰จะรับรู้การได้ยินเสียงต่ำ อย่างไม่รู้ตัว ทั้งสองเพศจะไม่ได้ยินเสียงสูง ทั้งนี้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของประสาทรับเสียงในหูชั้นใน และหลังจากอายุ 50 ปีไปแล้ว จะรักษาไม่ได้

(3) *ประสาทอื่น ๆ* เช่น การรับรู้รสก็เสื่อมลงตามวัยเช่นเดียวกัน การรับรู้อุณหภูมิร้อนหนาวเปลี่ยนไป ทนต่อการเปลี่ยนแปลงอากาศ โดยเฉพาะความหนาวไม่ใคร่ได้ เพราะรูขุมขนและต่อมเหงื่อเสื่อมลง อัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง พลังกล้ามเนื้อลดลง

1.3.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของเซลล์สมองในวัยชรา คือส่วนประกอบของเซลล์สมองลดลง เมตาบอลิซึมของสมองต่ำลง ทำให้ความรู้สึก ความคิดช้าลง ประสิทธิภาพการสั่งงาน

ของสมองต่ำลง ความคิดและสติปัญญาเสื่อมถอยลงไปด้วย ความคิดมักจะคงที่ การมีเหตุผลน้อย ความจำเสื่อมลง สิ่งเหล่านี้มีผลต่อบุคลิกภาพและอารมณ์ของผู้สูงอายุ บ่อยครั้งที่เราจะพบว่าผู้สูงอายุ ลึบสนง่าย ความจำและเลื่อน หลงลืม ยึดมั่นในสิ่งที่ตนเชื่อถือ ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกจะแตกต่างกันในแต่ละคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพความเสื่อมของร่างกาย ประสบการณ์ ทัศนคติ และลักษณะสังคมของผู้สูงอายุเองเป็นสำคัญ ลักษณะอารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออก มีดังนี้

1) *ความคิดเห็น* ความคิดอ่านของผู้สูงอายุจะคงที่ และยึดมั่นต่อสิ่งดั้งเดิม เพราะความจำเสื่อม เนื่องมาจากความอ่อนแอทางกาย และการแยกตัวจากสังคม การรับรู้ต่างๆ ลดลง

2) *ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมลดลง* เนื่องจากเวลามากขึ้น ประสบการณ์ต่อสิ่งแวดล้อมลดลง ความสนใจของคนชราจึงหมกมุ่นอยู่แต่เรื่องของตนเอง และยึดตนเองเป็นศูนย์กลางแห่งความคิด ลักษณะที่เด่นชัดคือ ผู้สูงอายุมักชอบเล่าเรื่องของตนเองในอดีต ความสนใจตนเองเรื่องการแต่งกายจะลดลง แต่จะเพิ่มความสนใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่พอใจมากขึ้น เช่น คนที่เคยดื่ม อาจจะมีใจดีขึ้น มีเวลาไปเล่นไพ่มากขึ้น ทำงานอดิเรกที่ชอบ

3) *การแสดงออกทางอารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ* เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทางสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุจิตใจไม่มั่นคง อารมณ์ไม่คงที่ มีความเปล่าเปลี่ยว มีสิ่งกระทบกระเทือนเพียงเล็กน้อยจะโมโห หงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย ลักษณะอารมณ์และความรู้สึกที่พบได้บ่อย คือ ความวิตกกังวลสูง ความรู้สึกสูญเสีย บางรายมีอาการระแวงหลงผิด หรือแสดงความรู้สึกโกรธ เคียดแค้นบุคคลใกล้ชิด

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญา

ประสิทธิภาพทางสมองในวัยชรา ขึ้นอยู่กับระดับสติปัญญา พยาธิสภาพของเซลล์สมอง สภาพการเสื่อมของเส้นเลือด และการเสื่อมของชีวเคมีภายในร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้สารอาหารและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองได้น้อยลง รวมทั้งปัจจัยสิ่งแวดล้อม มีการศึกษาพบว่าผู้ที่มีสติปัญญาสูงจะมีระดับความเสื่อมของสมรรถภาพทางสมองในวัยชราน้อยกว่าผู้ที่มีสติปัญญาต่ำ ผลการวิจัยยังพบว่าอัตราความเสื่อมของความสามารถของสมองในผู้สูงอายุ ยังขึ้นอยู่กับการขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมด้วย เช่น ผู้สูงอายุที่ยังมีงานบางอย่างต่อเนื่องหลังเกษียณอายุ จะมีอัตราความเสื่อมของสมองน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงานอะไรเลยในกลุ่มผู้ที่มีความสามารถของสมองในระดับเดียวกัน นอกจากนี้ นักจิตวิทยายังเชื่ออีกว่าทัศนคติของผู้สูงอายุที่มีต่อตนเองยังมีส่วนต่อความเสื่อมของสมองอีกด้วย คือทัศนคติโดยทั่วไปที่ว่าอายุมากทำให้แก่เกินกว่าจะเรียนอะไรใหม่ๆ ผลลัพธ์จากความเชื่อนี้ ทำให้ผู้สูงอายุบางคนขาดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้หรือทำสิ่งใหม่ๆ ขาดความกระตือรือร้น ความคิดริเริ่ม เลยยิ่งเฉื่อยชา การไม่ค่อยได้ใช้ความคิด มีผลให้ความจำยิ่งเลวลงและความสามารถทางสมองก็เสื่อมลงมากกว่าที่ควร ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของสติปัญญาในผู้สูงอายุมีดังนี้

1) ความสามารถในการใช้ความคิดเชิงสร้างสรรค์ ความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ลดลง ทำให้ความสามารถในการคิดพิจารณาเชิงเหตุผล ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกทดลอง หรือตัดสินใจผิดพลาดได้

2) ความสามารถในเรื่องความคิดที่เป็นนามธรรมลดลง

3) ความจำเสื่อมลง เช่น วางของแล้วลืม แต่จะจำเรื่องราวแต่หลังหลังได้ดี

4) ความสามารถที่จะระลึกได้ (Recall) มีน้อยกว่าความสามารถในการจำ

5) สภาพความคิดมักไม่เปลี่ยนแปลง หรือขาดความยืดหยุ่นในการคิด ยิ่งอายุมากขึ้น ลักษณะความคิดจะยังติดแน่นอยู่ในแนวเดิม ผู้สูงอายุจึงมักไม่ยอมเปลี่ยนแปลงอะไรง่ายๆ

1.3.4 การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจสังคม

การเกษียณอายุ หรือความชราภาพ ทำให้ต้องเปลี่ยนบทบาททั้งที่ทำงานและที่บ้าน จากที่เคยเป็นหัวหน้างานกลับต้องมานั่งเฉย อยู่กับบ้าน และจากบทบาทในบ้านซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องให้การดูแลปกครองผู้อื่น กลับกลายเป็นต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ฐานะการเงินซึ่งเคยประกอบอาชีพได้เองเต็มเม็ดเต็มหน่วย ก็ลดลงเหลือแต่เงินบางส่วน ถ้าตนเองเคยทำงานอาจมีเงินบำนาญ แต่ถ้าประกอบอาชีพส่วนตัวก็จะต้องยังชีพด้วยเงินสะสมไว้ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นปมด้อย อึดอัด ท้อแท้ และผิดหวังได้ง่าย

มีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพภายในครอบครัว โดยการถูกแยกเป็นเอกเทศ มีความสัมพันธ์กับครอบครัวน้อยลง เนื่องจากบุตรธิดาแต่งงานแยกครอบครัวไปตั้งครอบครัวของตนเอง มีเวลาให้บิดามารดาผู้สูงอายุน้อยลง ประกอบกับเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกันอาจร่อยหรอ ล้มหายตายจากไปเรื่อยๆ คู่ครองสิ้นชีวิต ประกอบกับผู้สูงอายุไม่ชอบสิ่งเปลี่ยนแปลงใหม่ การแสวงหาเพื่อนใหม่ สังคมใหม่ หรือกิจกรรมใหม่ทำได้ยาก เป็นเหตุให้เกิดความรู้สึกว่าเหวได้ง่าย นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมักมีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพใหม่ ซึ่งพบได้แม้กระทั่งกับสมาชิกใหม่ในครอบครัว เช่น บุตรเขย บุตรสะใภ้ ก็เป็นปัญหาที่ผู้สูงอายุจะต้องปรับตัวอย่างมาก เพราะการมีสมาชิกใหม่เข้ามาในบ้าน การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุกระทบกระเทือน ในแง่ของความเคยชิน ยิ่งถ้าสมาชิกใหม่ไม่เข้าใจ และไม่ปรับตัวเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีความสำคัญด้วยแล้ว จะยิ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความทุกข์มากขึ้น จากสภาพการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเห็นได้ว่ามีองค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมาก ทั้งนี้ บุตรหลานจะช่วยได้มาก โดยการให้ความเข้าใจ เห็นใจ ให้ความเคารพ และให้ความสำคัญเยี่ยงบุคคลที่มีคุณค่าต่อครอบครัว จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างสุขสงบได้มากขึ้น

1.3.5 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ

เมื่อวัยกลางคนผ่านไป บุคคลจะเริ่มเพิ่มความตระหนักถึงสภาพร่างกายที่เสื่อมถอย การเผชิญกับความสูญเสียที่ค่อยๆ เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ บุคคลต้องพัฒนาสู่ภาวะจิตสังคัมขั้นสุดท้ายของชีวิต คือความสมดุลระหว่างความมั่นคงทางด้านจิตใจและการสิ้นหวัง คุณค่าที่สามารถบรรลุได้ในขบวนการนี้ คือคำถามที่ยิ่งใหญ่ของชีวิตเกิดขึ้นว่า “ฉันสามารถยอมรับสิ่งที่ฉันเป็นได้ไหม” การจะตอบคำถามนี้ด้วยความมั่นใจ บุคคลต้องทบทวนความสำเร็จ และความล้มเหลวที่เคยเกิดมาในชีวิตของตน และสรุปว่า “ชีวิตของฉันมีความหมาย ฉันได้ทำในสิ่งที่ดีที่สุดที่ฉันทำได้ในเวลานั้น และฉันสร้างชีวิตที่ไม่เหมือนใคร” สิ่งนี้ไม่ได้หมายความว่าจะไม่เคยมีเรื่องเศร้าหรือเสียใจ แต่ในการมองภาพรวมความผิดหวังเป็นสิ่งที่เติมให้ชีวิตมีความสมบูรณ์

ชีวิตของทุกคนอาจไปไม่ถึงขั้นนี้ บางคนอาจติดอยู่กับความปรารถนาที่ไม่สมหวังจากภาพในวัยหนุ่มสาว รู้สึกว่าชีวิตมีความล้มเหลวมากกว่าความสำเร็จ ผิดหวังมากกว่าสมหวัง บางคนอาจเผชิญกับช่วงสุดท้ายของชีวิตด้วยความชื่นชม ความรู้สึกสงบ และต้องการพักผ่อนอย่างมาก แต่ด้วยเวลาที่มีมากมายในช่วงนี้ สามารถนำผู้สูงอายุมาทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ และมีคุณค่ามากขึ้น เช่น ชาวสวนอาจเปลี่ยนไปปลูกไม้ดอกไม้ประดับ และตกแต่งบริเวณบ้านอย่างประณีต สวยงาม หรือผู้สูงอายุบางคนอาจทำงานศิลปะที่เคยชอบทำ แต่ไม่ค่อยได้มีเวลาทำในวัยหนุ่มสาว คุณยาคูณยายที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี อารมณ์แจ่มใส อาจสนุกกับการได้มีส่วนร่วมในการดูแลหลานตัวเล็กๆ กิจกรรมเหล่านี้ จะช่วยบรรเทาความรู้สึกเหงา เมื่อกิจกรรมต่าง ๆ และระบบการสนับสนุนต่างๆ ค่อยๆ ลดลง ศาสนาอาจมีส่วนในการให้ความหมายใหม่ๆ แก่ผู้สูงอายุ ผู้ที่ค้นพบความสบายใจ ความมั่นใจในกิจกรรมของศาสนา การสวดมนต์ และกิจกรรมทางศาสนา การทำสมาธิ และทบทวนชีวิตของตน กิจกรรมเหล่านี้ สามารถเอื้อให้เกิดการยอมรับว่า “ฉันมีชีวิตอยู่อย่างมีค่า ฉันได้ในบางสิ่ง และสูญเสียในบางสิ่ง แต่เมื่อรวมทั้งหมดแล้ว ฉันได้ทำดีที่สุดแล้ว” ศาสนาจึงเป็นความหวังและความศรัทธาของผู้สูงอายุ ที่จะแสวงหาความมั่นคงในจิตใจ ด้วยการปฏิบัติกิจที่มีคุณค่าทางจิตใจ และระลึกถึงคุณค่าของชีวิตของตน ต่อการให้ความรัก และการทำในสิ่งที่มีประโยชน์กับบุคคลต่างๆ รวมทั้งความรัก และความศรัทธาที่มีต่อศาสนา หรือสิ่งที่เขาที่เคารพนับถือ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ก่อให้เกิดความสุขสงบในบั้นปลายของชีวิต

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุที่กล่าวมาข้างต้น เป็นไปในลักษณะของความเสื่อมลงทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา ตลอดจนเศรษฐกิจสังคม แต่ทางด้านจิตวิญญาณผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้ จะแสวงหาความมั่นคงในจิตใจด้วยการปฏิบัติตัวที่มีคุณค่าทางจิตใจและระลึกถึงคุณค่าของชีวิตที่ผ่านมา

1.4 ความต้องการในวัยสูงอายุ

ผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่มีความต้องการพื้นฐานโดยทั่วไปไม่ยิ่งหย่อนกว่าวัยอื่น ๆ ยิ่งไปกว่านั้น ผู้สูงอายุยังมีความต้องการที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็นด้าน ดังนี้ คือ(สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2547: 19-21)

1.4.1 ความต้องการทางด้านร่างกาย

เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่สุดในชีวิตมนุษย์ โดยเฉพาะวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมถอย มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอุบัติเหตุต่างๆ ได้ ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการทางร่างกายเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ซึ่งแบ่งออกได้ดังนี้

- 1) ต้องการมีสุขภาพร่างกาย ที่แข็งแรง สมบูรณ์
- 2) ต้องการมีผู้ช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิด
- 3) ต้องการที่อยู่อาศัยที่สะอาดอากาศดี สิ่งแวดล้อมดี
- 4) ต้องการอาหารการกินที่ถูกสุขลักษณะตามวัย
- 5) ต้องการมีผู้ดูแลช่วยเหลือให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วย
- 6) ต้องการได้รับการตรวจสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่สะดวก รวดเร็ว

และทันทั่วทั้ง

- 7) ต้องการได้รับการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าจากรัฐ
- 8) ความต้องการได้พักผ่อน นอนหลับอย่างเพียงพอ
- 9) ความต้องการบำรุงรักษาร่างกาย และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- 10) ความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

1.4.2 ความต้องการทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม จะทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปด้วย ผู้สูงอายุจะปรับจิตใจและอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการปรับปรุงและพัฒนาจิตใจของตัวเองให้เป็นไปในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมใจได้ดีกว่าหนุ่มสาว ดังนั้น เมื่อคนเราอายุมากขึ้น ความสุขุมเยือกเย็นจะมีมากขึ้น แต่การแสดงออกจะขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะของแต่ละบุคคลการศึกษา ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมในชีวิตของคนคนนั้น ลักษณะความต้องการทางด้านจิตใจที่พบคือ

- 1) ต้องการยอมรับและเคารพยกย่องนับถือ และการแสดงออกถึงความมีคุณค่าของผู้สูงอายุ โดยสมาชิกในครอบครัว สังคมของผู้สูงอายุ
- 2) ต้องการความรัก ความห่วงใยจากญาติพี่น้องและครอบครัว ตามความเหมาะสม

3) ต้องการความมั่นคงและปลอดภัยในชีวิต โดยเฉพาะด้านที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย

4) ต้องการความเป็นอิสระ และการช่วยตัวเอง แม้จะช่วยตัวเองไม่ได้ทุกเรื่อง ผู้สูงอายุก็ยังมีความพอใจที่จะเป็นอิสระ ทำอะไรได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอยู่ในกฎเกณฑ์ของผู้อื่นมากนัก

1.4.3 ความต้องการทางด้านสังคม – เศรษฐกิจผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความต้องการทางด้านสังคมเศรษฐกิจ เช่นเดียวกับบุคคลในวัยอื่นๆ ความต้องการที่ปรากฏให้เห็นได้ค่อนข้างชัดเจน คือ

- 1) ต้องการได้รับความสนใจจากผู้อื่น
 - 2) ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว สังคมและหมู่คณะ
 - 3) ต้องการช่วยเหลือสังคมและมีบทบาทในสังคมตามความถนัด
 - 4) ต้องการการสนับสนุน ช่วยเหลือจากครอบครัว และสังคมทั้งทางด้านความเป็นอยู่ รายได้ บริการจากรัฐ
 - 5) ต้องการมีชีวิตร่วมในชุมชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน และสังคม
 - 6) ต้องการลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลง ไม่ต้องการความเมตตา สงสาร (ที่แสดงออกโดยตรง)
 - 7) ต้องการการประกันรายได้ และประกันความชราภาพ
 - 8) ต้องการมีอาชีพเสริม เพื่อให้มีรายได้เลี้ยงชีพ รักษาตัว และทำบุญตามสมควร
- จะเห็นว่าผู้สูงอายุมีความต้องการที่เฉพาะเจาะจงมากกว่าวัยอื่นเนื่องจากเป็นวัยที่มีความเสื่อมสลายในทุกๆ ด้าน โดยมีความต้องการทั้งด้านร่างกาย ความต้องการด้านจิตใจ และความต้องการเศรษฐกิจสังคม เพื่อตอบสนองตามสภาพปัญหาในวัยสูงอายุ

1.5 ปัญหาสุขภาพในวัยสูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ตลอดจนสภาพแวดล้อมต่างๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวันมาตลอดช่วงวัยของชีวิต อาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุได้ โดยอาจแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้ (ทัศนาศา บัญญัติ 2544: 399-401)

1.5.1 ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย

ความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ของร่างกายเกือบทุกระบบจากความชราภาพ ทำให้สุขภาพโดยทั่วไปของผู้สูงอายุไม่แข็งแรงเท่ากับคนในวัยหนุ่มสาว ประกอบกับภูมิคุ้มกันโรคก็ลดลง เหลือเพียงร้อยละ 75 ของความต้านทานในวัยหนุ่มสาวเท่านั้น โอกาสติดโรคต่างๆ จึงเป็นไปได้โดยง่าย และเมื่อมีอาการเจ็บป่วยขึ้นแล้ว การรักษาต้องใช้เวลายาวนาน อาการของโรคอาจเรื้อรังได้ง่าย จึงต้องระมัดระวังที่จะไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดการติดเชื้อขึ้น สำหรับปัญหาอื่นๆ ที่พบได้มากในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องป้องกันเสียตั้งแต่เนิ่น ๆ มีดังนี้

1) **อุบัติเหตุ** อุบัติเหตุเกิดขึ้นได้บ่อยและเป็นสาเหตุนำไปสู่การเจ็บป่วยเรื้อรังอื่นๆ ได้อีกมาก อุบัติเหตุที่เกิดในผู้สูงอายุมีสาเหตุจากกรเปลี่ยนแปลงด้านสมรรถภาพทางด้านร่างกาย ดังกล่าวแล้วในตอนต้น เช่น การมีสายตาไม่ดี การทรงตัวไม่ดี ความจำไม่ดี ความคิดช้า และหูได้ยินไม่ชัดเจน เหล่านี้เป็นสาเหตุสนับสนุนให้เกิดอุบัติเหตุได้ทั้งสิ้น อุบัติเหตุที่พบบ่อยมีดังนี้

(1) **หกล้มและกระดูกหัก** พบได้มากที่สุดในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น ตกบันได ตกเก้าอี้หรือตกเตียง ตลอดจนหกล้มจากการเดินตามปกติ เนื่องจากการทรงตัวไม่ดี ผลตามมาของการหกล้ม คือ กระดูกหัก เพราะกระดูกเปราะกว่าในคนหนุ่มสาว กระดูกหักเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความทุกข์ทรมานมาก เพราะการรักษาโดยการเข้าเฝือก ต้องใช้ระยะเวลาานกว่าในวัยอื่น ๆ เนื่องจากกระดูกติดช้ากว่าธรรมดา จึงพบว่ากระดูกหักมักจะเป็นสาเหตุไปสู่โรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้อีกมาก

(2) **ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก** ในหลายกรณีผู้สูงอายุต้องช่วยตนเอง หรือต้องการจะช่วยตนเอง ทำให้เกิดอุบัติเหตุเรื่องไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ซึ่งส่วนใหญ่สืบเนื่องมาจากการหกล้ม ตาไม่ค่อยเห็น หรือการที่กล้ามเนื้อไม่แข็งแรงพอ ประกอบกับความผิดของข้อต่าง ๆ ทำให้การเคลื่อนไหวหยิบจับไม่คล่องตัว จึงพบว่าไฟไหม้ น้ำร้อนลวกนี้เกิดขึ้นจากการหุงต้มเวลาอยู่ใกล้เตาไฟ การยกหม้อข้าว หม้อแกงหรือกาน้ำ เป็นต้น

(3) **การหยาบผิหรือใช้ยาผิด** เพราะสายตาไม่ดี หรือแสงสว่างไม่พอ ประกอบกับการหลงลืม ผู้สูงอายุที่มีโรคต้องรับประทานยาเป็นประจำและต้องช่วยตัวเอง มีการรับประทานยาผิดขนาด หรือลืมรับประทาน ทำให้มีผลเสียแก่การรักษา และเกิดอันตรายจากการรับประทานยาผิดได้บ่อย

(4) **อุบัติเหตุบนท้องถนน** พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ จากการหกล้มบนพื้นถนน หรือจากการถูกขวิดยานพาหนะขณะเดินข้ามถนน เนื่องจากสายตาไม่ดี หูได้ยินไม่ชัดเจน การตัดสินใจไม่ดี และความเชื่องช้าในการเดินและการหลบหลีก

2) การขาดสารอาหาร อาหารเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดสำหรับผู้ที่อยู่ในวัยเสื่อม เพื่อป้องกันไม่ให้ร่างกายทรุดโทรมเร็วเกินไป ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร เพราะความอยากอาหารลดลง เนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น ความสามารถในการรับรสอาหารน้อยลง การใช้พลังงานของร่างกายน้อยลง การมีฟันปลอม หรือสุขภาพทั่วไปไม่แข็งแรงอยู่แล้ว ทำให้เบื่ออาหาร จากสาเหตุหลาย ๆ ประการดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่เพียงพอ และตกอยู่ในภาวะทุพโภชนาการได้มาก

3) การเจ็บป่วยทางกายอื่น ๆ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

(1) การติดเชื้อ เนื่องจากสุขภาพไม่แข็งแรง และภูมิคุ้มกันต่ำลง ผู้สูงอายุติดเชื้อได้ง่าย เช่น ท้องร่วง ไข้หวัด ปอดบวม ซึ่งจะก่อให้เกิดอันตรายจากโรคแทรกซ้อนที่ตามมาได้มาก และเป็นสาเหตุการตายได้สูง

(2) โรคระบบไหลเวียนโลหิตและหลอดเลือด พบได้มากในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเส้นเลือดในสมองตีบตัน เนื่องจากโคเลสเตอรอลไปเกาะ ทำให้เส้นเลือดแข็งตัว การไหลเวียนโลหิตเป็นไปไม่สะดวก ทำให้เกิดการตายของเซลล์ส่วนที่ขาดเลือดมาเลี้ยงผลที่ตามมาคือ การมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรืออาการอัมพาตของร่างกายบางส่วน ปัญหาการตีบตันของเส้นเลือดนี้ แม้จะไม่ใช่วิธีปัญหาที่มาจากสาเหตุกะทันหันในวัยชราก็ตาม แต่การปรากฏอาการของโรคดังกล่าวมักจะปรากฏในวัยสูงอายุ กล่าวคือ สาเหตุการเกิดโรคนี้นี้เป็นสาเหตุที่สะสมมาในระยะยาว อันได้แก่ ธรรมชาติของการรับประทานอาหาร ซึ่งมีโคเลสเตอรอลสูง การไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย การตกอยู่ในภาวะอารมณ์ตึงเครียดอยู่เสมอ เป็นต้น

นอกจากนี้ โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบไหลเวียนโลหิตและหลอดเลือดที่พบได้บ่อยอีกกลุ่มหนึ่งคือ ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ซึ่งอาการดังกล่าวนี้เป็นโรคที่สัมพันธ์กับสุขภาพนิสัยของบุคคลตั้งแต่วัยต้นเช่นเดียวกัน คือ การปล่อยตัวให้อ้วน การออกกำลังกายน้อย และการมีภาวะอารมณ์ตึงเครียดจนเกินไปนั่นเอง

1.5.2 ปัญหาสุขภาพด้านจิตสังคม

ปัญหาสุขภาพด้านจิตอารมณ์ในผู้สูงอายุนั้น เป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สังคม เศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลมาถึงจิตใจ และการปรับตัวของผู้สูงอายุเองอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ที่มีการเตรียมตัวเตรียมใจไว้อย่างดี จะสามารถปรับตัวได้ดีกว่าไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจไว้ ลักษณะของอารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นความทุกข์ในผู้สูงอายุ อาจพบได้ในลักษณะดังต่อไปนี้คือ

1) พฤติกรรมซึมเศร้า เกิดจากความรู้สึกสูญเสีย ตั้งแต่การต้องออกจากงาน การขาดรายได้ สุขภาพเสื่อมโทรม ไม่กระฉับกระเฉง ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุขาดการติดต่อสังสรรค์กับเพื่อน

เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อนในสังคม จะทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย ไร้ค่า เกิดความรู้สึกน้อยใจ บางรายออกมาในรูปแบบตนเอง ปฏิเสธ โทษคนอื่น ถ้อยถนเห็นแก่ตัว ทำอะไรซ้ำๆ เปลี่ยนแปลงความคิดยาก กลัวการถูกทอดทิ้ง ชอบเล่าเรื่องซ้ำ ๆ เป็นต้น

2) *พฤติกรรมขาดความสุขสงบ* เกิดจากความรู้สึกวิตกกังวล พบในรายที่บุตรหลานไม่พร้อมจะรับไว้ในครอบครัว หรือไม่พร้อมจะให้การดูแลช่วยเหลือ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล และกลัวซ้ำร้ายญาติขาดมิตร กลัวว่าจะขาดที่พึ่ง เกิดความว้าเหว และวิตกกังวลจากการต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น

3) *พฤติกรรมระแวงหลงผิด* เช่น คิดว่ามีคนประสงค์ร้ายต่อตน ลูกหลานญาติมิตรพยายามแบ่งทรัพย์สินมรดก พยายามหลอกลวงตนเพื่อหวังผลประโยชน์ บางรายรณรงค์ว่าภรรยาหรือสามีของตนพยายามจะนอกใจ หรือบางรายหันมาสนใจตนเองมากกว่าปกติ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ เช่น คิดว่าตนเป็นโรคร้ายแรงอะไรสักอย่าง และวุ่นวายอยู่กับความคิดนั้น

4) *พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง* เกิดจากความรู้สึกโกรธ เคียดแค้น พบในรายที่ถูกครอบครัวทอดทิ้งให้อยู่ลำพัง ไม่เอาใจใส่ดูแล ทั้งที่ตนเองเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวมาโดยตลอด แต่เมื่อเข้าวัยชรากล้าถูกทอดทิ้ง ไม่ได้ได้รับการดูแลเท่าที่ควร ทำให้เกิดความรู้สึกโกรธแค้น เจ็บใจ หงุดหงิด บางรายแสดงออกทางพฤติกรรมรุนแรง โดยดุด่า บ่นว่า หรือแสดงอาการวุ่นวายใจต่าง ๆ

5) *พฤติกรรมทุกข์โศกเสียใจ* ความรู้สึกทุกข์โศกเสียใจนี้ เกิดได้จากการพลัดพราก เนื่องจากการตายจากไปของคู่ครอง พบได้มากที่สุด โดยเฉพาะคู่ที่มีความใกล้ชิดกันมาก และไม่มีญาติพี่น้องคนอื่น ๆ ใกล้ชิดมากนัก ความรู้สึกจึงผูกพันยึดมั่นในกันและกัน การตายจากไปของฝ่ายหนึ่ง ทำให้ฝ่ายที่ยังมีชีวิตอยู่เกิดอาการทุกข์โศกเสียใจมาก

6) *พฤติกรรมคับข้องใจทางกามารมณ์* ในคนชรา นั้นความต้องการและความสนใจทางเพศจะยังมีอยู่ แต่การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทั้งในหญิงและชาย ทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง จึงก่อให้เกิดความคับข้องใจได้

จากสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่าปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุคือ ปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ การเกิดอุบัติเหตุ การขาดสารอาหาร การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ และโรคในระบบไหลเวียนโลหิตและหลอดเลือดรวมทั้งปัญหาด้านจิตสังคมซึ่งผู้สูงอายุจะมีปัญหา ทางพฤติกรรม เนื่องจากต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในเกือบทุก ๆ ด้าน เช่น จะพบพฤติกรรมซึมเศร้า ขาดความสุข มีภาวะเครียด ก้าวร้าว ทุกข์โศก และคับข้องใจทางเพศ

2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.1 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

มีผู้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพไว้หลากหลาย ดังนี้ คือ องค์การอนามัยโลก (WHO, 1986 อ้างถึงใน ภราดา บุราณสาร 2546: 11) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) ไว้ว่า หมายถึงกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเอง ให้บรรลุซึ่งสภาวะอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งบุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถป้องกันและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

กรีน และครูเตอร์ (Green and Kreuter, 1991: 4) ให้คำจำกัดความของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึงผลรวมของการสนับสนุนทางด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดผลต่อการปฏิบัติในสภาวะการดำรงชีวิต ซึ่งจะนำไปสู่สภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ การกระทำหรือการปฏิบัติเหล่านั้น อาจเป็นในระดับบุคคล ชุมชน หรือกลุ่มบุคคลก็ตาม การปฏิบัติหรือการกระทำเหล่านั้น ย่อมมีผลต่อสภาวะสุขภาพของบุคคลชุมชนโดยรวม

โดนาเทล และเดวิส (Donatelle and Davis, 1994) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง ผลรวมทางด้านการศึกษา ด้านเศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่ช่วยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคลที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี รวมถึงศาสตร์และศิลป์ของการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำรงชีวิต สิ่งแวดล้อม รวมทั้งเศรษฐกิจและสังคมให้เอื้อต่อการเกิดสภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์

เพนเดอร์ (Pender, 1996: 34) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงกิจกรรมต่างๆ ที่ยกระดับ และเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคลให้มีสุขภาพดี (well-being) และมีผลกระทบโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความผาสุก เพื่อนำไปสู่สุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เน้นพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี

ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย (2544: 1) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง กระบวนการเพื่อให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและสร้างสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้มีสุขภาพดี ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

ประเวศ วะสี (2541: 15) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุด ในการปฏิรูประบบสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย การที่สังคมมีจิตสำนึกหรือจินตนาการใหม่ ในเรื่องสุขภาพ และเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน

สถานที่ทำงาน ระบบบริการสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนนำไปสู่การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ

จากความหมายข้างต้น สรุปได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการบูรณาการศาสตร์และศิลป์ของการพัฒนาสุขภาพทั้งทางด้านสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม เพื่อเพิ่มความสามารถของคนให้สามารถควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพตนเอง อันจะนำไปสู่สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

2.2 ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรม ตามความหมายพจนานุกรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิด ความรู้สึก เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า(ราชบัณฑิตยสถาน, 2525)

วอล์กเกอร์, เพนเดอร์ และ ซีคริสต์ (Walker, Pender & Sechrist, 1987: 76-81) ได้กล่าวว่าวิถีชีวิต และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความหมายเหมือนกัน โดยกล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำทางบวกของชีวิต มีผลโดยตรงต่อการคงไว้ หรือเพิ่มระดับความผาสุกของบุคคล

พาแลงค์ (Palank, 1991: 815-832) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพนั้น เป็นพฤติกรรมต่างๆ ที่ริเริ่มโดยบุคคลทุกกลุ่มอายุ เพื่อคงไว้ หรือเพิ่มระดับความผาสุก(well-being) พฤติกรรมดังกล่าวได้แก่ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อน การโภชนาการที่เพียงพอ การมีกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดความเครียด

สมจิต แคนสีแก้ว (2540 อ้างถึงใน ประอรนุช เชื้อถื่อ, 2548: 24) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำของบุคคลเพื่อส่งเสริมให้เกิดสภาวะความสมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความสามารถของบุคคล ในการคงไว้ หรือยกระดับภาวะสุขภาพ เพื่อความผาสุก ความมีคุณค่าในตนเอง รวมไปถึงความรู้สึกอึดใจ มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจถือว่าการพัฒนาไปถึงศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

เพนเดอร์ (Pender, 1996 อ้างถึงใน ไพจิตร ลือสกุลทอง, 2545: 22) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงการที่บุคคล หรือกลุ่มบุคคลมีการปฏิบัติตน เพื่อให้ถึงระดับความเป็นอยู่ที่ดี เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งเป็นการปฏิบัติตนในทางบวก หรือส่งเสริม เพื่อให้ตนเอง มีสุขภาพที่ดี และมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

สรุปพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันจะนำไปสู่

ความผาสุกของชีวิต เกิดศักยภาพสูงสุด และบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพดีของตนเอง ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชน และสังคม

2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ได้มีผู้กล่าวถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้อย่างหลากหลาย ดังเช่น ในปี ค.ศ. 1987 เพนเดอร์ (Pender 1996 อ้างถึงใน ไพจิตร ลือสกุลทอง 2545: 22) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน 10 องค์ประกอบ คือ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน แบบแผนการนอนหลับ การจัดการกับความเครียด การตระหนักในคุณค่าของตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ควบคุม สิ่งแวดล้อม และการใช้ระบบบริการสุขภาพ แต่เพนเดอร์พบว่าแนวคิดดังกล่าว ยังขาดแรงจูงใจในการที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และยังไม่สามารถใช้ได้กับภาวะสุขภาพของบุคคลในทุกช่วง อายุทุกวัย ทั้งนี้ ในบุคคลที่ถูกคุกคามจากการเจ็บป่วย ปัจจัยบางอย่างเมื่อนำวิเคราะห์แล้ว ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ดังนั้น เพนเดอร์ จึงได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นและเสนอองค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ 6 ด้าน ดังนี้ คือ

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเองของบุคคล ในการดูแล และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์มีการใช้ระบบบริการสุขภาพและหลีกเลี่ยงสิ่งเสียดสีและของมีนเมา เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่างๆที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
2. กิจกรรมด้านร่างกาย (Physical activity) เป็นการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่างๆ ของร่างกายที่ต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยคำนึงถึงสุขภาพของตนเองเป็นสำคัญ
3. โภชนาการ (Nutrition) เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทาน และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้อาหารครบทั้ง ๕ หมู่ และมีคุณค่าด้านโภชนาการ
4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relation) เป็นการแสดงออกถึงความสามารถ และวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะช่วยให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ
5. การพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ต้องการ

และเกิดความสงบสุขในชีวิต

6. การจัดการกับความเครียด(Stress management) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองได้ผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2549: 20) ได้กำหนดนโยบาย “การสร้างสุขภาพ 6 อ.” เป็นนโยบายของรัฐที่จะส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพดี โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคี ภาคเครือข่าย ในการผลักดัน และสนับสนุน ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างวัฒนธรรมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ใน 6 องค์ประกอบ ดังนี้ คือ

อ. ที่ 1 อาหาร คือ ประชาชนรู้จักบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และมีคุณค่าทางโภชนาการเพียงพอ และกินอาหารที่ปรุงสุก สะอาด ปลอดภัย

อ. ที่ 2 ออกกำลังกาย คือ ประชาชนมีพฤติกรรมในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ร่างกาย ได้ใช้แรงงาน หรือกำลังงานที่มีอยู่ในตัว เพื่อให้ร่างกาย หรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย เกิดการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การทำงาน หรือ การเล่นกีฬา เป็นต้น

อ. ที่ 3 อารมณ์ คือ ประชาชนรู้จักวิธีควบคุมอารมณ์ การมีชีวิตที่เป็นสุข ลดความเครียด สร้างสายสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว และมีครอบครัวที่อบอุ่น

อ. ที่ 4 อนามัยสิ่งแวดล้อม คือการสร้าง ปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อ หรือเหมาะสมต่อการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนมีจิตสำนึก ที่จะช่วยดูแลสภาพแวดล้อมที่อยู่รอบๆ ตัวเรา ตั้งแต่ในบ้าน และบริเวณบ้าน ให้มีการเก็บกวาดเช็ดถู มีน้ำ สะอาดดื่มและใช้อย่างเพียงพอ มีส่วนถูกสุขลักษณะ ไม่ทิ้งขยะมูลฝอยในแหล่งน้ำ ถ้าคลองพัฒนาตลาดสดน้ำซึ้อ ที่มีการกำจัดแมลงและพาหะนำโรค

อ. ที่ 5 อโรคยา คือ โรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต เช่น โรคไข้หวัดนก โรคไข้หวัดใหญ่ โรคมาเร็ง อุบัติเหตุ โรคเอดส์ โรคเลปโตสไปโรซิส โรคพยาธิใบไม้ในตับ โรคไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น

อ. ที่ 6 อนามัย คือพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาสังคมและสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เสพยาเสพติด

จะเห็นได้ว่าแนวคิดของเพนเดอร์ และกองสุศึกษาจะมีเนื้อหาสาระที่คล้ายคลึงกัน แต่ใช้คำที่แตกต่างกัน สามารถสรุปองค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ว่า ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจ และ 3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสังคม ซึ่งมีความเป็นองค์รวมตามความหมายสุขภาพขององค์การอนามัยโลก โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย ประกอบด้วยพฤติกรรมด้านอาหารหรือโภชนาการ การออกกำลังกาย หรือกิจกรรมด้านร่างกาย การดูแลร่างกายให้ปราศจากโรค

(อโรคยา) การหลีกเลี่ยงอบายมุขและมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจ ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลจิตใจและอารมณ์ให้มีความสุข การพัฒนาจิตวิญญาณและการจัดการกับความเครียด และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านสังคม คือสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและอนามัยสิ่งแวดล้อม

3. พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว

ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุด เป็นระบบย่อย และเป็นสถาบันปฐมภูมิของสังคมที่เป็นรากฐานเบื้องต้นของสถาบันอื่นในสังคมมนุษย์ ครอบครัวเป็นแหล่งกำเนิดสิทธิและหน้าที่ของสมาชิกที่พึงมีต่อสังคม สมาชิกของครอบครัวจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ทั้งภายในครอบครัว และสมาชิกของสังคมรอบๆ ครอบครัว มีการพึ่งพกันในการทำกิจกรรมของครอบครัว ตามหน้าที่และบทบาทของสมาชิกแต่ละคน (จริยวัตร คมพยัคม์และคนอื่น ๆ 2544: 26-27) ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมสำคัญของบุคคล ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา โดยการเปลี่ยนแปลงเป็นลำดับขั้น ตอนอย่างต่อเนื่อง ดูวัล (Duvall 1977 อ้างถึงในจิตตินันท์ เทชะคุปต์ 2547: 32-33) ได้แบ่งวงจรชีวิตครอบครัวเป็น 8 ขั้น เริ่มตั้งแต่ขั้นที่ 1 เริ่มต้นครอบครัวตั้งแต่แต่งงานและยังไม่มีบุตร ขั้นที่ 2 ครอบครัวมีบุตรคนแรก ขั้นที่ 3 ครอบครัวมีบุตรคนแรกอายุได้ 5-6 ปี ขั้นที่ 4 ครอบครัวมีบุตรก่อนวัยเรียน ขั้นที่ 5 ครอบครัวมีบุตรวัยรุ่น ขั้นที่ 6 ครอบครัวมีบุตรเข้าวัยผู้ใหญ่หรือแยกครอบครัวใหม่ และขั้นที่ 8 ครอบครัวผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นช่วงที่ทวีความสำคัญมากยิ่งขึ้น เนื่องทวิทยาการสมัยใหม่ จะทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาว ดังนั้นครอบครัวก็จะมีสมาชิกที่อยู่ในวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น และผู้สูงอายุก็เป็นบุคคลที่สำคัญบุคคลหนึ่งที่สมาชิกในครอบครัวต้องให้การดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม

ผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุจะมีประสิทธิภาพในการทำงานเสื่อมลง สามารถทำกิจกรรมได้น้อยลง มีความต้านทานโรคต่ำ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ตาม มา เช่น มีความเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุ ภาวะการขาดสารอาหาร ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัวเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคหรือมากกว่า (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ 2540: 27; ศรีจิตรา บุนนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล 2542: 23) การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายประกอบกับในวัยสูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงาน ทำให้รายได้และความภาคภูมิใจตนเองลดลง ประกอบกับอยู่ในวัยที่จะมีการสูญเสียบุคคลที่ใกล้ชิด ทำให้ผู้สูงอายู้สึกท้อแท้ และต้องการการพึ่งพามากขึ้น ทำให้รู้สึกขาดความอบอุ่น อาจก่อให้เกิดความเครียดได้ สำหรับในด้านสังคม ผู้สูงอายุอาจต้องลดบทบาทลง เช่น จากที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว กลายเป็นผู้ที่ต้องมาเป็นภาระของบุตรหลาน บางคนอาจถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง การเกษียณอายุ มีผลให้การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมลดลง

ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้น ทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุลดลง (บรรลุ ศิริพานิช 2542 อ้างถึงใน รวีกา บุราณเศรษฐ์ 2548: 3)

การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ในการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม โดยสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัว ซึ่งเป็นแนวคิดหนึ่งที่นักวิชาการ ได้เสนอไว้เพื่อเตรียมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ดังนั้น ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม เนื่องจากครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมสำคัญของบุคคลเป็นสถาบันที่อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุด มีอิทธิพลต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุมาก เป็นสถาบันที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัย ความไว้วางใจแก่ผู้สูงอายุ และยังเป็นแหล่งที่พึ่งที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ทางสังคมวิทยาถือว่าครอบครัวเป็นพื้นฐานทางสังคมที่สำคัญ เพราะเป็นสังคมระดับแรกของมนุษย์ และเป็นสถาบันสำคัญ ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ (สุทธินันท์ นันทิโร 2543 อ้างถึงใน ประอรนุช เชื้อถื่อ 2548 : 2)

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบข้อเสนอแนะของพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว แต่มีข้อเสนอเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในเรื่องต่างๆ ไปมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2545: 8-11) เสนอว่าบทบาทของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุนั้นจะมีการเปลี่ยนแปลงที่สัมพันธ์กับวัฏจักรชีวิตของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว พร้อมๆ กับกระบวนการเปลี่ยนถ่ายอำนาจ และความรับผิดชอบจากสมาชิกรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่งโดยมีปัจจัยทางเศรษฐกิจและสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญของการกระบวนการดังกล่าว หากผู้สูงอายุมีสุขภาพดีพอ พึ่งพาตนเองได้ และมีความสามารถในการเชิงเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้สูงอายุก็จะเป็นผู้ให้และเกื้อกูลสมาชิกในครอบครัว ในทางกลับกัน หากผู้สูงอายุเริ่มมีความสามารถทางเศรษฐกิจถดถอย เริ่มมีปัญหาทางสุขภาพ และไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ ผู้สูงอายุจะต้องการความเกื้อกูลจากสมาชิกในครอบครัว โดยบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 บทบาท ได้แก่

1. การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย เป็นการช่วยดูแลทั่วไปในการดำรงชีวิตประจำวัน หรือการดูแลโดยเกื้อกูลบางลักษณะ เช่น การให้เงิน อาหาร เสื้อผ้า ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิต การเกื้อกูลของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุที่สำคัญมากที่สุด คือ การช่วยเหลือดูแลเมื่อเจ็บป่วย เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัวจะมีหน้าที่ดูแล เอาใจใส่ ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยพาไปพบแพทย์ และรับภาระเรื่องค่ารักษาพยาบาล สำหรับการดูแลเรื่องอาหารการกิน ไม่จำเป็นต้องดำเนินการพิเศษแต่อย่างใด ยกเว้นในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่ในสภาวะพึ่งพิง หรือมีโรคเฉพาะ และต้องการการจัดการด้านอาหารเป็นกรณีพิเศษ เช่น การให้อาหารทางสาย

ยาง การให้อาหารเฉพาะโรค เช่น อาหารคาร์โบไฮเดรตต่ำ สำหรับผู้เป็นโรคเบาหวาน อาหารที่มีปริมาณเกลือต่ำในผู้ที่ภาวะไตวายเรื้อรัง หรือโรคหัวใจล้มเหลว การให้วิตามินหรืออาหารเสริม สำหรับผู้ขาดอาหาร เป็นต้น ครอบครัวจะให้การดูแลเป็นการเฉพาะ และแยกจากการดูแลเรื่องอาหาร สำหรับสมาชิกอื่นๆ ในครัวเรือน

นอกจากนั้นแล้ว การถือฤกษ์ด้านการเงิน ก็เป็นการถือฤกษ์ที่ยังมีการปฏิบัติกันอยู่ โดยลูกหลานจะให้เงินส่วนหนึ่งของรายได้แก่บุพการี ด้วยเหตุผลของความกตัญญู อีกทั้งการจัดเครื่องนุ่งห่มหรือเสื้อผ้า ก็เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุได้รับการถือฤกษ์จากสมาชิกในครอบครัวเช่นกัน โดยทั่วไปลักษณะของการจัดหาเสื้อผ้าจะเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว เฉพาะในช่วงเทศกาลวันสำคัญๆ เช่น วันสงกรานต์ หรือวันขึ้นปีใหม่

2. การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านอารมณ์และจิตใจ เป็นบทบาทที่สมาชิกในครอบครัวได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ในลักษณะของการให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติยกย่อง ปกป้องและให้กำลังใจ เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงในอารมณ์ และเกิดความภาคภูมิใจ สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สร้างความมั่นคงทางจิตใจแก่ผู้สูงอายุได้มากกว่าเครือข่ายอื่นๆ เมื่อบุคคลหนึ่งบุคคลใดในครอบครัวไม่สามารถดูแลได้ จะมีสมาชิกอื่นในครอบครัวช่วยดูแลแทน ลักษณะการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นการแสดงความใกล้ชิด ให้อาหาร พุดคุย ให้ความสำคัญในการตัดสินใจ ตลอดจนการเยี่ยมเยียนจากบุตรที่อยู่ไกลและอยู่ห่างไกล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจเป็นอย่างมาก มีความรู้สึกตนเองมิได้ถูกทอดทิ้ง และมีคุณค่า ในภาพรวมมีผู้สูงอายุไม่ถึงร้อยละ 1 เท่านั้น ที่ไม่ได้รับการเยี่ยมเยียนจากบุตรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง นอกจากนี้ การติดต่อสื่อสารยังเป็นกิจกรรมที่แสดงความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ทั้งนี้ บุตรหลานในชนบทนิยมติดต่อกับผู้สูงอายุโดยทางจดหมาย ส่วนในเมืองนิยมใช้โทรศัพท์

การถือฤกษ์ด้านจิตใจและอารมณ์ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การที่สมาชิกในครอบครัวส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การไปวัด การตักบาตร หรือร่วมกิจกรรมทางศาสนาอื่นๆ ซึ่งครอบครัวในชนบทมีบทบาทด้านนี้สูงกว่าครอบครัวในเมือง สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นคงในจิตใจและมีความพึงพอใจมากเช่นกัน

3. การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทางด้านสังคม เป็นลักษณะของการถือฤกษ์และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้พบกับญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสังคม รวมทั้งการได้รับรู้ข่าวสาร เพื่อรับทราบความเป็นไปในสังคม และเพื่อการพัฒนาตนเองให้ทันสมัยอยู่เสมอ เมื่อเปรียบเทียบบทบาทการดูแลด้านนี้กับด้านอื่นๆ พบว่า เป็นบทบาทที่ครอบครัวได้ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุน้อยที่สุด โดยบทบาทด้านสังคมที่ชัดเจนมักเป็นการสนับสนุนให้ร่วม

กิจกรรมทางศาสนามากกว่าด้านอื่น และพบในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง แต่ผู้สูงอายุในเมืองมีโอกาสรับฟังข่าวสาร เช่น การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ และอ่านหนังสือพิมพ์มากกว่าผู้สูงอายุในชนบท สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2547: 159-161) ได้กล่าวถึงการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยครอบครัวไว้ว่า สมาชิกในครอบครัวควรปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

1. ช่วยทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า มีความสำคัญ และมีความหวังในชีวิต เช่น ขอคำแนะนำต่างๆ ขอความช่วยเหลือจากผู้สูงอายุให้ควบคุมดูแลบ้านเรือน เป็นที่ปรึกษาอบรม เลี้ยงดูลูกหลาน
2. ควรระมัดระวังคำพูด หรือการกระทำที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุ เน้นความสำคัญของผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก ยกตัวอย่างเช่น เวลารับประทานอาหาร เชิญชวนให้รับประทานอาหารก่อน และตักข้าวให้
3. ชวนผู้สูงอายุเล่าเรื่องเหตุการณ์ประทับใจในอดีตของท่านให้ฟัง และรับฟังอย่างตั้งใจ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังมีคนชื่นชมในบางส่วนของชีวิตอยู่
4. อำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมที่น่าสนใจต่างๆ เช่น เมื่อผู้สูงอายุต้องการไปวัด หรือศาสนสถานต่างๆ ลูกหลานควรจัดเตรียมข้าวของต่างๆ ให้ และจัดการรับส่ง หรือเป็นเพื่อน
5. เอาใจใส่ดูแลเรื่องอาหาร และการออกกำลังกาย หรือทำงานตามความถนัดให้เหมาะสมกับวัย
6. ที่พักอาศัย หากผู้สูงอายุต้องการแยกบ้านอยู่ หรือต้องการไปอยู่ในสถานที่ที่รัฐจัดให้ ก็ควรตามใจ และพาลูกหลานไปเยี่ยมเมื่อมีโอกาส ถ้าหากผู้สูงอายุรู้สึกเป็นสุข และต้องการอยู่ร่วมกับลูกหลาน ก็ให้อยู่บ้านเดียวกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น
7. ช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติสนิท และเพื่อนร่วมวัยเดียวกัน โดยการพาไปเยี่ยมเยียน หรือเชิญเพื่อนฝูงญาติมิตรมาสังสรรค์ที่บ้านเป็นที่คลายเหงา พาไปสถานที่ที่เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ เช่น วัด หรือชมรมผู้สูงอายุในชุมชน
8. ให้ความสำคัญ เห็นคุณค่า และเคารพยกย่องนับถือ ด้วยการเชื่อฟังคำสั่งสอนและข้อเสนอแนะจากผู้สูงอายุ ร่วมมือกันรักษาฟื้นฟูขนบธรรมเนียมประเพณีเดิมของไทย เช่น ประเพณีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุเนื่องในวันสงกรานต์ เป็นต้น
9. ให้อภัยในความหลงลืม และความผิดพลาดที่ผู้สูงอายุกระทำ และยิ่งกว่านั้น ควรแสดงความเห็นอกเห็นใจที่เหมาะสมด้วย

10. ช่วยเหลือดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วย หรือพาไปตรวจสุขภาพ รวมทั้งให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเจ็บป่วยหนัก หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง

บรรลุ ศิริพานิช (2547: 103-104) กล่าวว่า การดูแลผู้สูงอายุจะต้องมีความเหมาะสม เพราะถ้าขาดการเอาใจใส่ ทั้งไว้บนเตียง ไม่กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว จะทำให้สภาพร่างกายเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว แต่ถ้าให้การพยาบาลมากเกินไป ผู้สูงอายุจะคอยแต่รับการช่วยเหลือ ไม่พยายามช่วยตนเอง อาจจะมีปัญหาสุขภาพได้ การดูแลที่สมควรเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่ผู้ดูแลจะต้องสังเกต ศึกษา กระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองในกรทำกิจวัตรประจำวันนี้ทำได้ โดยปฏิบัติดังนี้

1. กระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเอง ทำอะไรให้แกตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้จะต้องออกแรงบ้าง ถ้าเป็นไปได้ ออกไปเดินข้างนอกบ้านในระยะสั้นๆ ด้วยกัน หรือจัดให้มีการขึ้นรถไปข้างนอกบ้าง แทนการจำใจอยู่แต่ในบ้าน

2. ให้กำลังใจ เร่งเร้า ให้ผู้สูงอายุรับผิดชอบในงานง่ายๆ รอบๆ บ้าน อันจะทำให้เขารู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า รู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และอย่าทำให้ผู้สูงอายู้สึกว่าเขาเป็นผู้ที่ ทำให้ท่านต้องแบกภาระ เหนื่อยยาก หรือเหมือนเป็นกาฝากที่คอยแต่เกาะกินท่านเท่านั้น

3. ทำให้ผู้สูงอายุสนใจในเกมส์กีฬาต่างๆ หรืองานอดิเรก เพื่อให้สภาพร่างกายและจิตใจ อยู่ในสภาพที่ดี ไม่ซึมเศร้า

4. ช่วยให้เกิดติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น กระตุ้น เร่งเร้าให้มีคนภายนอกมาเยี่ยมเยียน และจัดให้มีกิจกรรมนอกบ้านเป็นครั้งคราวช่วยให้ผู้สูงอายุคงมีสัมพันธภาพกับเพื่อนฝูง และสนใจในสิ่งต่างๆ และพยายามหลีกเลี่ยงอย่าให้ผู้สูงอายู้สึกโดดเดี่ยว เหงา ยกตัวอย่างเช่น ถ้าบ้าน ไม่มีใครเลย ก็ควรมีสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว นก ให้ผู้สูงอายุดูแล จะเป็นสิ่งที่มีคุณค่า

จากข้อเสนอแนะที่กล่าวมาประกอบกับองค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ได้กล่าวไว้แล้วในหัวข้อ 3.3 สามารถประมวลได้ว่าพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัวประกอบไปด้วยพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพ 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจและอารมณ์ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านร่างกาย เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สมาชิกครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือ เกื้อกูล หรืออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานอันได้แก่ การบริโภคอาหาร การอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์ การออกกำลังกาย การรักษานามัยส่วนบุคคล การระมัดระวัง การเกิดอุบัติเหตุ และการดูแลเมื่อเจ็บป่วย

3.2 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นการส่งเสริมสุขภาพที่เกิดจากการที่สมาชิกครอบครัวสร้างความมั่นคงทางด้านอารมณ์และจิตใจให้แก่ผู้สูงอายุในการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ การจัดการกับความเครียดการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์การสร้างและเพิ่มคุณค่าให้แก่ผู้สูงอายุ การสนับสนุนให้มีการปฏิบัติศาสนกิจและการสร้างความมั่นคงในอนาคต

3.3 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นการเกื้อกูลและสนับสนุนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกครอบครัวเพื่อให้ผู้สูงอายุได้พบกับญาติและเพื่อนฝูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคมและครอบครัว รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้รู้สึกมีคุณค่าจากการใช้เวลาว่างให้มีประโยชน์ทางเศรษฐกิจ พฤติกรรมด้านนี้จึง ได้แก่ การมีส่วนร่วมในสังคม/ชมรมต่างๆ การได้พบปะญาติ/เพื่อนฝูง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่างๆ ของครอบครัว และการทำงานเพิ่มรายได้

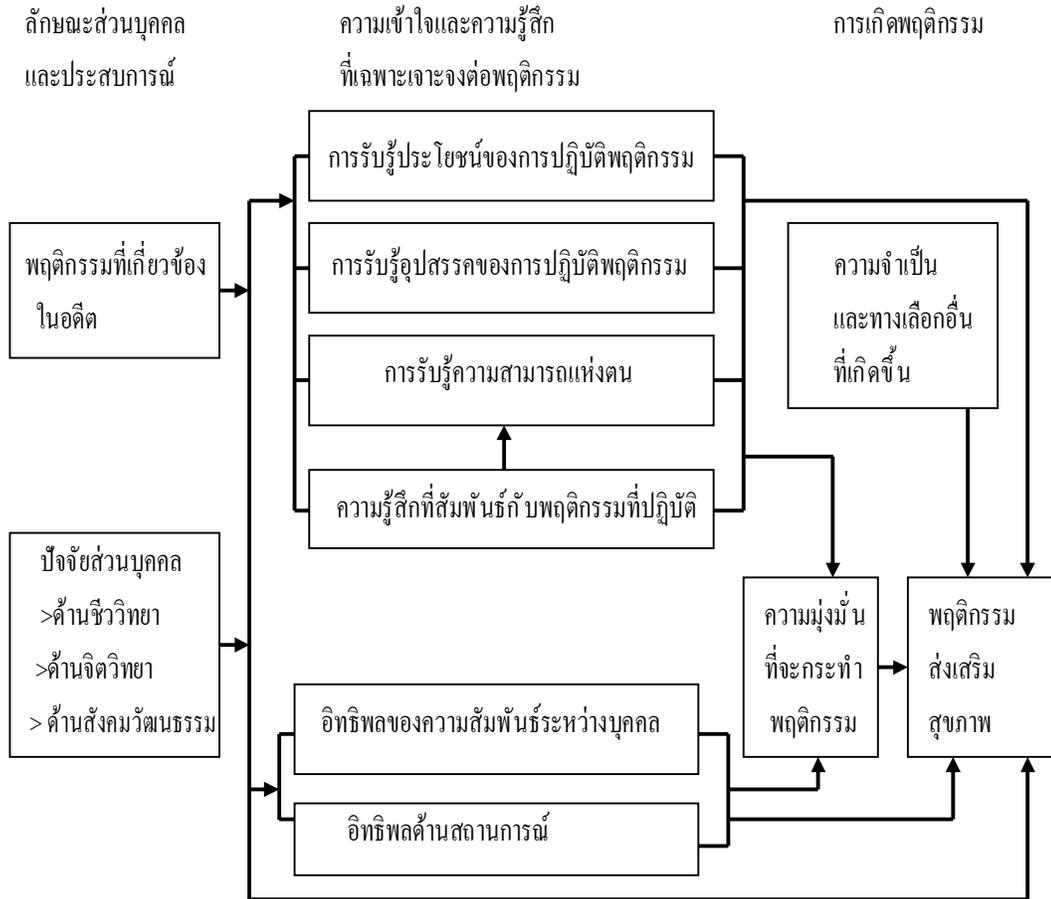
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว

ในปัจจุบันการดูแลสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงจากการเน้นในเรื่องการรักษา ไปเน้นที่การป้องกัน (Prevention) และการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันเป็นพฤติกรรมที่มีผลโดยตรงต่อการลดโอกาสการเผชิญความเจ็บป่วย ซึ่งหมายถึงการป้องกันร่างกายจากปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค หรือการค้นหาการเจ็บป่วยได้ตั้งแต่ระยะไม่มีอาการส่วนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่มีผลโดยตรงต่อการสนับสนุน หรือการเพิ่มระดับการมีความสุข (well-being) การประสบความสำเร็จในชีวิต (self-actualization) ของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล (Pender 1996) พฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่แยกออกจากกันหากพฤติกรรมเดียวกันอาจเป็นได้ทั้งพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การวิ่งการระมัดระวังในเรื่องการรับประทานอาหาร เป็นต้น การแยกพฤติกรรมทั้งสองออกจากกัน จะต้องพิจารณาจากจุดมุ่งหมายของการแสดงพฤติกรรม หากกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค ถือเป็นพฤติกรรมการป้องกัน หากกระทำเพื่อยกระดับสุขภาพหรือความสุข ถือเป็นพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้มีผู้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพไว้แตกต่างกัน แต่ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีผู้นิยมใช้กันอย่างกว้างขวาง คือรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และแบบจำลองพริสตีโดพรสตี ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

4.1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Model)

เพนเดอร์ (Pender 1996 อ้างถึงใน ประอรนุช เชื้อถื้อ 2548: 25-27) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982 หลังจากที่ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันสุขภาพขึ้นในปี ค.ศ. 1975 และหลังจากที่เพนเดอร์ได้นำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ.1982 เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ได้ทำการศึกษาวิจัยแล้ว พบว่าปัจจัยย่อยบางตัวไม่สามารถอธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ จึงได้ปรับปรุง ตัดออก หรือให้นิยามปัจจัยย่อยเหล่านั้นใหม่ และได้นำเสนอรูปแบบใหม่ในปี ค.ศ.1987 โดยมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning theory) ที่ให้ความสำคัญต่อกระบวนการคิด สถิติปัญญา และการรับรู้ของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (expectancy-value theory) ที่มีแนวคิดว่าคุณคนจะเกิดการเปลี่ยนแปลง เมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณประโยชน์ต่อตนเอง เพนเดอร์พบว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตนั้น ต้องอาศัยปัจจัย 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านการรับรู้ (cognitive-perceptual factors) ปัจจัยเสริม (modifying factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (cue to action) ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ ความสำคัญทางสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะของตน การให้คำจำกัดความด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนปัจจัยเสริม ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยทางลักษณะชีววิทยา ปัจจัยของอิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านอารมณ์ และปัจจัยด้านพฤติกรรม

ในปี ค.ศ. 1996 เพนเดอร์ได้เสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาขึ้นใหม่อีก โดยรูปแบบใหม่นี้แตกต่างจากรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในปี ค.ศ. 1987 โดยเสนอว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มี 2 ปัจจัยหลัก คือ 1) ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual characteristics and experiences) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อย 2 ปัจจัย คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีตและปัจจัยส่วนบุคคลและ 2) ความเข้าใจและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยย่อย 6 ปัจจัย คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถแห่งตน ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ โดยปัจจัยทั้ง 2 ด้าน จะมีผลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังภาพที่ 2.1



ภาพที่ 2.1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่(Revised health promotion model) (Pender 1996)

4.2 แบบจำลองพรีสดีด-โพสดีด (ชาวพรพรรณ จันท์ประสิทธิ์ และวิลาวลัย เสนารัตน์

2544: 33-38)

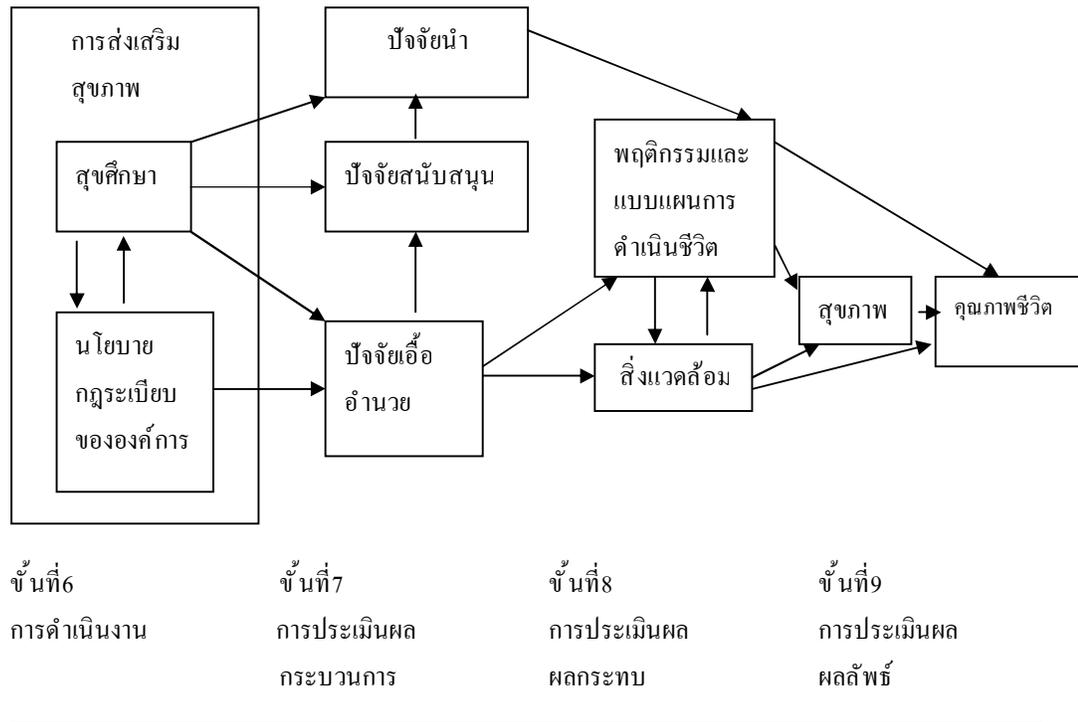
ลอร์เรนซ์ ดับบลิว กรีน (Lawrence W. Green) และมาร์แชล ดับบลิว ครูเตอร์ (Marshall W. Kreuter) ได้เสนอแบบจำลองพรีสดีด (Green 1980) เพื่อใช้ในการวินิจฉัย และวิเคราะห์ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ (Predisposing factor) ปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling factor) และปัจจัยสนับสนุน (Reinforcing factor) ผลของการวินิจฉัยปัจจัยดังกล่าว จะนำไปสู่การวางแผน และกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงานสุขภาพ ที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ ต่อมากรีน ได้พิจารณาเห็นว่างานสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ องค์ประกอบหนึ่งในงานส่งเสริมสุขภาพ จึงร่วมกับครูเตอร์ขยายกรอบแนวคิดของแบบจำลองพรีสดีด โดยผนวกองค์ประกอบด้านนโยบาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ การควบคุม และประสานทรัพยากรที่จะเป็น

ประโยชน์ในการดำเนินงานตามแผน และการประเมินผลเข้าไปด้วย รวมเรียกแบบจำลองใหม่นี้ว่าแบบจำลองพรีสิด-โพรสิด ซึ่งนำมาใช้ในการวางแผนงานส่งเสริมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

แบบจำลองนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยปัญหา (Diagnosis phase) เรียกว่า PRECEDE (Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) และส่วนที่ 2 เป็นระยะของการพัฒนาแผนการดำเนินงานและประเมินผล ส่วนนี้เรียกว่า PROCEED (Policy Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development) ซึ่งมีความสัมพันธ์ดังแสดงในภาพที่ 2.2

PRECEDE

ขั้นที่ 5	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 1
การวินิจฉัยนโยบายและการบริหาร	การวินิจฉัยทางการศึกษาและองค์กร	การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม	การวินิจฉัยทางระบาดวิทยา	การวินิจฉัยทางสังคม



PROCEED

ภาพที่ 2.2 แบบจำลองพรีสิด - โพรสิด

ในแนวคิดแบบจำลองพรีสิด-โพสิดได้กล่าวถึงความสำคัญของการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม ซึ่งพบว่าจากความรู้พื้นฐานด้านพฤติกรรมศาสตร์ มีองค์ประกอบมากมายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่ในแบบจำลองนี้ได้แบ่งกลุ่มขององค์ประกอบเหล่านี้ออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้ออำนวย (enabling factors) และปัจจัยสนับสนุน (reinforcing factors) (ชาวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และวิลาวัลย์ เสนารัตน์ 544: 33-38)

ปัจจัยนำ ประกอบด้วยความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยมและการรับรู้ของบุคคลหรือประชาชนซึ่งเป็นปัจจัยภายใน จะมีอิทธิพลก่อให้เกิดแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือพฤติกรรม นอกจากนี้ ปัจจัยนำยังรวมไปถึงปัจจัยด้านประชากร เช่น สภาพเศรษฐกิจสังคม อายุ เพศ ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลการวางแผนต่อโครงการส่งเสริมสุขภาพด้วย

ปัจจัยเอื้ออำนวย เป็นปัจจัยที่พิจารณาถึงอุปสรรคหรือปัญหาต่างๆ ที่จะขัดขวางรวมทั้งอำนวยความสะดวก เช่น บริการสุขภาพที่ทุกคนเข้าถึงและพึงพอใจ ปัจจัยนี้จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการเกิดพฤติกรรม กล่าวคือบุคคลจะเกิดการเรียนรู้ในการกระทำต่างๆ ต้องอาศัยประสบการณ์และทักษะ ร่วมกับโอกาสในการใช้แหล่งบริการสุขภาพ และโอกาสในการทำสิ่งต่างๆ ที่เป็นผลดีต่อสุขภาพจนเกิดทักษะ ปัจจัยนี้ประกอบด้วย ทักษะและทรัพยากรที่จะช่วยให้เกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม เป็นได้ทั้งด้านบวก(เสริมให้เกิด) และด้านลบ (ขัดขวางการเกิดพฤติกรรม) ซึ่งเกิดจากแรงในสังคมหรือระบบของสังคม สิ่งอำนวยความสะดวกและทรัพยากรส่วนบุคคลหรือชุมชน โดยสรุป ปัจจัยเอื้ออำนวย คือ องค์ประกอบทั้งหมดที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยสนับสนุน เป็นผลสะท้อนให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้รับการส่งเสริมหรือไม่ โดยการเรียนรู้จากบุคคลอื่นที่ประเมินย้อนกลับจากพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง จึงเป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรม ซึ่งอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ต่อไป มีทั้งสิ่งป็นรางวัล (Reward) การยกย่องชมเชย ผลตอบแทน (Incentive) หรือการตำหนิ การลงโทษ (Punishment) ซึ่งบุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ครอบครัว (ญาติ) เพื่อน ครู นายจ้าง หัวหน้างาน คนไข้ แพทย์และผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเป็นต้น อิทธิพลของคนเหล่านี้ จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานภาพ ในการวางแผนจึงต้องทำการศึกษากลวิธีของการเปลี่ยนที่จะเสริมให้บุคคลเกิดพฤติกรรม

จะเห็นว่าแนวคิดที่อธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลหลายแนวคิด แต่แนวคิดที่ผู้วิจัยคิดว่าเป็นความเหมาะสมในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว คือแนวคิดของแบบจำลองพรีสิด-โพสิด (PRECEDE-PROCEED Model) เนื่องจากประกอบด้วยปัจจัยที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล คือ

ปัจจัยนำและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล คือปัจจัยเอื้ออำนวย และปัจจัยสนับสนุนซึ่งทั้งสองส่วนจะส่งเสริมซึ่งกันและกัน ปัจจัยนำสร้างแรงจูงใจในการเกิดพฤติกรรม ส่วนปัจจัยเอื้ออำนวยจะส่งเสริมหรือขัดขวางการเกิดพฤติกรรม ขึ้นอยู่กับว่าเป็นปัจจัยด้านบวกหรือลบ และปัจจัยสนับสนุนเป็นสิ่งที่ส่งเสริมแรงจูงใจของบุคคลให้มากขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาปัจจัยทั้ง ๓ ด้าน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยภายในของผู้ดูแลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ ให้มีพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ถูกต้อง โดยปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ความรู้ ทักษะของครอบครัว และปัจจัยด้านประชากร

1) ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุแต่ความรู้อย่างเดียว ไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

2) ทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ความเชื่อ และความรู้สึกรู้สึก เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นแนวโน้มของจิตใจ หรือความรู้สึกรู้สึกที่คงที่ที่มีต่อสิ่งต่างๆ เป็นผลมาจากประสบการณ์และความเชื่อที่สั่งสมกันมา และผ่านการประเมินค่าในลักษณะของดีหรือไม่ดีโดยบุคคลนั้นๆ ถ้าทัศนคติของบุคคลมีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดเป็นไปในทิศทางใด พฤติกรรม หรือการกระทำจะเป็นไปในทิศทางนั้น

3) ปัจจัยด้านประชากร หมายถึง คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นปัจจัยทางชีวสังคมที่มีอิทธิพลต่อการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

(1) เพศ เป็นปัจจัยด้านชีวภาพที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระของบุคคลและสังคม ซึ่งมีอิทธิพลทำให้เกิดความแตกต่างทางสุขภาพ ซึ่งเพนเดอร์พบว่า มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender 1996) ทั้งนี้ พฤติกรรมสุขภาพอาจเป็นผลมาจากความแตกต่างระหว่างเพศ (Gender difference) เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ในสังคมยอมรับเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพทั้งสองเพศมีความแตกต่างกันไป สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิ ชัชวาลทิพากร และคณะ (2543) (อ้างถึงในภรรดา บุราณสาร 2546: 30) ที่พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย นอกจากนี้ เพศยังเป็นตัวกำหนดบทบาทของบุคคลในครอบครัว ชุมชน และสังคม (Kutner 1993 อ้างถึงใน รวิภา บุราณเศรษฐ 2546: 60) โดยเฉพาะในสังคมไทยสมัยก่อนที่มีค่านิยมในการให้เกียรติเพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องหาเลี้ยงครอบครัว และมีโอกาสศึกษามากกว่าเพศหญิง ดังผลการศึกษาของ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2535) ที่พบว่าพฤติกรรม และทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทยจะผันแปรไปตามคุณลักษณะของคนหนุ่มสาว อันได้แก่เพศ

(2) อายุ เป็นข้อบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการส่งเสริมพฤติกรรมของครอบครัว ซึ่งมีความแตกต่างกันตามระดับพัฒนาการ ซึ่งสอดคล้องกับที่โอเร็ม(Orem 1985 อ้างถึงใน รวิกา นุราณเศรษฐ 2546: 60) ศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและกนกรวม คุ่มวงค์ (2536) ศึกษาพบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนคติของพี่เลี้ยงต่อการดูแลผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา และพี่เลี้ยงที่มีอายุมาก มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าพี่เลี้ยงที่มีอายุน้อย

(3) อาชีพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากอาชีพมีความผูกพันกับรายได้ โอกาสเสี่ยงจากโรคที่ประกอบอาชีพนั้น และเวลาที่ไปรับการรักษารวมทั้ง การพักผ่อน จากการศึกษาของวรรณิ ชัชวาลทิพากร และคนอื่น ๆ (2543 อ้างถึงใน ภราวดา บุญราณ สาร 2546: 30) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุครบ60 ปี และยังคงประกอบอาชีพอยู่ มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุ60 ปี และไม่ได้ประกอบอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกวรินทร์ หันกิตติกุล(2539) ที่พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพ

(4) ระดับการศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญของการรู้คิด การตัดสินใจ ตระหนักถึงความสำคัญ แสวงหาความรู้ และวิธีการที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ สุกวรินทร์ หันกิตติกุล(2539) ศึกษาพบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับพีชวัลย์ บุญโณม(2538) ศึกษาพบว่า ฐานะทางสังคมของครอบครัวผู้สูงอายุทางด้านการศึกษาที่แตกต่างกัน มีผลต่อการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านสำหรับผู้สูงอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

(5) สถานภาพสมรส เป็นข้อบ่งชี้ สถานะระบบของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์ และเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม เพิ่มแรงจูงใจส่งเสริมความต้องการที่จะปรับปรุงสุขภาพ ให้การสนับสนุนทางด้านความรู้ ใ่อำนวยต่อการแสดงออกถึงสิ่งที่กังวลหงโย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (น้ำทิพย์ มะลิ: 2545) นอกจากนี้ คู่สมรสยังเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม และเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเสริมแรงให้บุคคลมีการดูแลตนเองดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ รจนารถ ร่วงลือ (2536) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ

(6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเป็นตัวบ่งบอกสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Pender 1996) จากการศึกษาของสุกวรินทร์ หันกิตติกุล(2539) พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ หรือรายได้ น้อย ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา ชื่นอารมณ์ (2543) อ้างถึงในภราดา บุราณสาร 2546: 29) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านกิจกรรมทางกายด้านการจัดการความ และด้านการบริโภคอาหาร

ปัจจัยเอื้ออำนวย เป็นปัจจัยที่จะมีผลให้สมาชิกครอบครัวเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งในลักษณะที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม หรือขัดขวางการเกิดพฤติกรรม ปัจจัยที่สำคัญคือ การหาได้ง่าย (available) ความสามารถเข้าถึงได้ (accessibility) การยอมรับในสิ่งที่มีอยู่ (acceptability) และทักษะที่จะกระทำในสิ่งนั้น (skills) ปัจจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะมีผลต่อทักษะในการส่งเสริมสุขภาพ

1) การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับความครอบคลุม เพียงพอ และสะดวกที่จะเข้าไปใช้แหล่งประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพเป็นความสามารถที่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุสามารถใช้แหล่งทรัพยากรที่จำเป็นต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยบริการ อุปกรณ์ ตลอดจนสิ่งต่างๆ ที่เป็นส่วนประกอบของพฤติกรรมอยู่อย่างเพียงพอ หาได้ง่ายซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่าย การเดินทาง ระยะเวลา การเสียเวลา และการยอมรับ

2) ประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้การแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของสมาชิกครอบครัวเป็นไปได้อย่างยิ่งขึ้น เนื่องจากการที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้ในการกระทำต่างๆ ต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์ทางสุขภาพมากพอที่จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ขึ้นได้

ปัจจัยสนับสนุนเป็นผลสะท้อนกลับภายหลังจากสมาชิกครอบครัวแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะเป็นไปในลักษณะของการได้รับการสนับสนุนส่งเสริม กระตุ้น หรือขัดขวางจากบุคคลใกล้ชิด ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) การได้รับการสนับสนุน หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับคำชมเชยหรือรางวัลจากบุคคลใกล้ชิดเมื่อมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง

2) การได้รับการขัดขวาง หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้รับการตำหนิหรือลงโทษจากบุคคลใกล้ชิด เมื่อปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประอรนุช เชื้อถือ (2548) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาท

ครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุในเขตอำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 50 ราย ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบโควต้า เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุและครอบครัว แบบสัมภาษณ์บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Ebersole (1990) และการศึกษานำร่อง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแบบวัดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ Render (1996) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการศึกษาพบว่าบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย ($\bar{X} = 2.32$, S.D. = 0.42) รองลงมาเป็นด้านจิตใจอารมณ์ ($\bar{X} = 2.29$, S.D. = 0.47) ด้านสังคม ($\bar{X} = 2.24$, S.D. = 0.54) และด้านเศรษฐกิจ ($\bar{X} = 2.11$, S.D. = 0.45) ตามลำดับ เช่นเดียวกับผลการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบว่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางทั้งโดยรวมและรายด้าน โดยด้านที่พบว่ามีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านกิจกรรมด้านร่างกาย ($\bar{X} = 2.55$, S.D. = 0.38) รองลงมาเป็นด้านจิตวิญญาณ ($\bar{X} = 2.38$, S.D. = 0.38) ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ($\bar{X} = 2.22$, S.D. = 0.55) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ($\bar{X} = 2.20$, S.D. = 0.40) ด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 2.17$, S.D. = 0.47) และด้านการจัดการกับความเครียด ($\bar{X} = 2.09$, S.D. = 0.42) ตามลำดับ นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าบทบาทครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 01 ($r = 0.903$)

รวีภา บุราณเศรษฐ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนหมู่บ้านปิ่นเจริญ 2 เขตตอนเมือง กรุงเทพมหานคร เป็นวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และเพื่อศึกษาปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในชุมชนหมู่บ้านปิ่นเจริญ 2 เขตตอนเมือง กรุงเทพมหานคร ประชากรที่ใช้เป็นคู่และผู้สูงอายุ อาศัยอยู่ในทะเบียนบ้านตามทะเบียนราษฎรหรือครัวเรือนใกล้เคียงกันทั้งหมดในชุมชนดังกล่าว จำนวน 102 ครัวเรือน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งหลังจากผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะ ข้อมูลของข้อมูลทั่วไป ข้อมูลปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ใช้สถิติไคสเค็ตว ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคมกับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ และใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน(Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ปัจจัยนำปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม แต่ละปัจจัย กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งผลการ ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.5 อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 28.4 จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษา ร้อยละ 38.2 และตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ร้อยละ 61.8 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.6 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 48.0 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 46.1 และส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุ ร้อยละ 49.0 พฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุอยู่ในระดับการปฏิบัติดี ปัจจัยทางชีวสังคม 2 ตัวแปร ได้แก่ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อ เดือน และเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ และทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มี ความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 ขณะที่ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพ และสิ่งอำนวยความสะดวกของทรัพยากร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากร ทางการแพทย์ และการได้รับข้อมูลข่าวสารแหล่งต่างๆ ที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของ ครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แต่การได้รับข้อมูลข่าวสารจากชมรมผู้สูงอายุ มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01

ภราดา บุราณสาร (2546) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู เป็นวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่ร่วมทำนวยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ โดยได้ประยุกต์แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์(1987) และแนวคิด PRECEDE Framework ของกรีน และคณะ (1980) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ในการวิจัย คือผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 300 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม(cluster sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบ สัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าถึง สถานบริการในการส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน การได้รับคำแนะนำ

สนับสนุนจากบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ในการอธิบายข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สถิติเชิงอนุมานใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ใช้การทดสอบค่าที (t-test) และใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุ (Multiple Linear Regression) ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุ = -0.282, $p < .001$ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = 0.151$, $p < .01$) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงสถานบริการ ในการส่งเสริมสุขภาพ ($r = 0.386$, $p < .001$) และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ($r = 0.515$, $p < .001$) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล ($r = 0.420$, $p < .001$) และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ($r = 0.411$, $p < .001$) และปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ คือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน ($p < .001$) การได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากบุคคล ($p < .001$) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจากสื่อต่างๆ ($p < .01$) อายุ ($p < .01$) และการเข้าถึงสถานบริการในการส่งเสริมสุขภาพ ($p < .05$) ซึ่งปัจจัยที่ ๕ ตัวสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้ร้อยละ 2.6

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และคนอื่นๆ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ในชุมชนแขวงคลองมหานาค กรุงเทพมหานคร เป็นวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ในชุมชนแขวงคลองมหานาค เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพมหานคร จำนวน 433 ครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ดัดแปลงจากแบบวัดแบบแผนสุขภาพในการดำรงชีวิตประจำวัน ของวอล์กเกอร์ ซีคริสตี้ และเพนเดอร์ 7 ด้าน และข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ระหว่าง เดือนมกราคม มีนาคม 2545 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและของสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า โครงสร้างครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 77.0 ในจำนวนนี้ อยู่คนเดียว ร้อยละ 37.1 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 71.3 อิสลาม ร้อยละ 26.3 สมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 48.9 มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และภูมิแพ้ ครอบครัวได้รับความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพจากโทรทัศน์มากที่สุด คือ ร้อยละ 55.2 และความรู้ที่ครอบครัวนำไปปฏิบัติได้ คือ เกี่ยวกับอาหาร ร้อยละ 40.0 การออกกำลังกาย ร้อยละ 27.5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี แต่มีพฤติกรรมสุขภาพรายชื่อที่มีคะแนนอยู่ในระดับปาน

กลาง คือ การออกกำลังกาย การจำกัดอาหารเค็มและหวานจัด การคบเพื่อนใหม่ การปล่อยวางและงานอดิเรก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว คือ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ความเชื่อมั่นถึงความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ยกเว้นการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมร่วมกันอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยเสริม ได้แก่ จำนวนการได้รับแหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ส่วนภาวะสุขภาพของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว

ไพจิตร สีสกุลทอง (2545) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัวสุขภาพชุมชน เป็นวิจัยเชิงพรรณนามิ่วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัววรนคร อำเภอปัว จังหวัดน่าน จำนวน 80 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดัดแปลงจากศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) และแบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพที่พัฒนาโดยบุรค และคณะ (Brook, et al., 1979) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับของสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับในแต่ละด้านของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด สำหรับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งโดยรวม และในแต่ละมิติ คือ มิติสุขภาพกาย มิติสุขภาพจิตใจ และมิติสุขภาพสังคม ก็พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง อีกทั้งยังพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญยิ่งทางสถิติ $r = .522, p < .01$

เพ็ญศรี แก้วเวฬุ (2544) ศึกษาผู้สูงอายุกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ในชุมชนอำเภอสุโขทัย เป็นวิจัยเชิงบรรยาย มิ่วัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงระดับของการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ของผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนอำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน คือ สถิติทดสอบที (t-test) และ One-way ANOVA (F-test) ผลการศึกษา

พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก พิจารณาตามรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าอยู่ในระดับปานกลาง ด้านสิ่งของ เงินทอง แรงงาน และบริการทางการแพทย์อยู่ในระดับค่อนข้างมาก และด้านข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ การนับถือศาสนา และสถานภาพสมรสคู่ และปัจจัยแวดล้อม คือ ลักษณะครอบครัวขยาย การปฏิบัติศาสนกิจเป็นประจำ และมีการพบปะเพื่อนฝูงมาก มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฉันทิณี ธีวันดา และมลลณี แสนใจ(2545: 20-40) ศึกษาบทบาทความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแล และความต้องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขต 7 เป็นวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาด้านสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ รวมถึงบทบาทและความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุ จำนวน 10 ราย ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุกล่าวอ้างเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งมีจำนวนเท่ากับผู้สูงอายุ คือ 10 ราย ดำเนินการศึกษา ในพื้นที่เขต 7 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ มุกดาหาร อำนาจเจริญ ร้อยเอ็ด และเข็ด และนครพนม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ในระหว่างวันที่ เมษายน -31 พฤษภาคม 2544 สถิติที่ใช้คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และฐานนิยม ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคประจำตัว (ร้อยละ 51.0) โดยเป็นโรคปวดข้อมากที่สุด (ร้อยละ 36.5) รองลงมาคือ โรคกระเพาะอาหาร และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 10.0 และ 2.3 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุส่วนมากสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องมีผู้ช่วยเหลือ (มากกว่าร้อยละ 90) อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุทุกคนอยากให้ผู้ดูแลตลอดไป (ร้อยละ 100.0) และผู้ที่ผู้สูงอายุอยากให้เป็นผู้ดูแลมากที่สุดคือ บุตร (ร้อยละ 78.8) บทบาทหลักของผู้ดูแลคือการพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ (ร้อยละ 40.0) และการช่วยเหลือด้านการจัดหาอาหาร (ร้อยละ 39.4) โดยปัญหาส่วนใหญ่ของผู้ดูแลคือ การที่ต้องดูแลผู้อื่นอีกนอกเหนือจากที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ และปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 61.6 และ 52.3 ตามลำดับ) สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 77.09 มีอายุเฉลี่ย 41.2 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.4 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.3 ความต้องการของผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่ต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ (ร้อยละ 51.3) ต้องการทราบแหล่งสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 47.4) และต้องการความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 45.5)

เล็ก สมบัติ(2549) ศึกษาภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน เป็นวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ศึกษาบทบาทและความ

สามารถของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ และศึกษาปัญหาและความต้องการของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ และเชิงคุณภาพใช้วิธีการสนทนากลุ่ม กับกลุ่มผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือก จากภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ-t-test, F-test ซึ่งผลการศึกษาพบว่าสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 39 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 หรือ 6 มีอาชีพเกษตรกร มีสถานะเป็นบุตรของผู้สูงอายุ ในการศึกษาถึงปัจจัยในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยภายใน ซึ่งหมายถึงสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดี โดยเฉพาะด้านการให้ความเคารพ เชื่อฟัง มีเหตุผล และการเอาใจใส่ให้ความรัก สำหรับปัจจัยภายนอกนั้น โดยภาพรวมอยู่ในระดับที่ไม่ดี มีระดับการได้รับบริการและไม่ได้รับบริการในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน บริการจากเครือข่ายความช่วยเหลือจากภายนอกที่ครอบครัวและผู้สูงอายุได้รับมากที่สุดคือบริการด้านสุขภาพ ส่วนบริการที่ได้รับน้อยที่สุดคือบริการด้านสังคม ได้แก่ การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ การเยี่ยมเยียนโดยอาสาสมัคร และการสงเคราะห์ด้านต่างๆ ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าโดยภาพรวมปัจจัยพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มกับผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง สรุปได้ว่าครอบครัวส่วนมากมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับปัจจัยภายในครอบครัว รวมทั้งการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในครอบครัวจะมีการกำหนดให้มีผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลด้านอาหาร การกินยา ความสะอาดและสุขภาพโดยรวม ส่วนสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆ จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านเงินทอง เสื้อผ้า ของใช้ที่จำเป็น สิ่งที่ครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุ ครอบคลุมในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านสุขภาพอนามัย ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการเงิน ด้านเครื่องนุ่งห่ม เครื่องอุปโภค บริโภค และด้านที่อยู่อาศัย การที่ครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจและเชื่อมั่นว่าครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ แต่ในภาวะปัจจุบันครอบครัวและผู้สูงอายุประสบปัญหาหลายประการ ได้แก่ ปัญหาด้านสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ปัญหาด้านการเงิน จึงมีความต้องการให้ช่วยเหลือ ทั้งต่อผู้สูงอายุ และช่วยเหลือสมาชิกของครอบครัว เพื่อเสริมสร้างให้มีศักยภาพเข้มแข็ง สามารถดูแลผู้สูงอายุได้

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2548) ศึกษาโครงการผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เป็นวิจัยเชิงพรรณนา มีการศึกษาเชิงผสานวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล ปัญหา และความต้องการของผู้ดูแล และข้อคิดเห็นของผู้ดูแลต่อระบบ

บริการผู้สูงอายุ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายระดับ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ 16 จังหวัด 32 หมู่บ้าน จำนวน 1,581 คน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มกับผู้ดูแล จำนวน 20 คน และทำกรณีศึกษาผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้อีก 40 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.1 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 25-39 ปี ร้อยละ 69.0 เป็นผู้ที่สมรสแล้ว ร้อยละ 56.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพเป็นเกษตรกร และมีสถานภาพเป็นบุตรของผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่ดูแลนั้น เป็นเพศหญิง ร้อยละ 3.1 ร้อยละ 48.6 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 67.8 มีการเจ็บป่วยและเป็นโรค ร้อยละ 93.1 มีระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับมาก การเข้ารับบทบาทผู้ดูแลนั้น เกิดจากการอยู่บ้านเดียวกันและเป็นบุตร มีหน้าที่ทางสังคม ผู้ดูแลร้อยละ 46.4 มีความสามารถในการดูแลระดับปานกลาง ร้อยละ 54.1 มีแนวโน้มต่อความเครียดน้อย และมีเพียงร้อยละ 0.4 เท่านั้น ที่มีแนวโน้มต่อความเครียดมากที่สุด สำหรับปัญหาในการดูแลนั้น ร้อยละ 48.2 มีปัญหาระดับปานกลาง ปัญหาสำคัญคือ ปัญหาด้านการเงิน ผู้ดูแลมีความต้องการด้านเศรษฐกิจเป็นอันดับสูงสุด ($x = 4.05$, $S.D. = 0.89$) และต้องการให้เครือข่ายต่างๆ มีความรับผิดชอบต่อผู้สูงอายุมากกว่าเดิมในทุกๆ ด้าน

บัญชา ศรีสมบัติ (2550: 60-94) ศึกษาบทบาทครัวเรือนต่อการดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาครัวเรือนที่ดูแลผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลนคร จังหวัดพิษณุโลก มีวัตถุประสงค์คือศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยและอิทธิพลของปัจจัยบนบทบาทการดูแลผู้สูงอายุ โดยสมาชิกในครัวเรือน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาคือสมาชิกในครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับผู้สูงอายุ ซึ่งมีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุครัวเรือนละ 1 คน โดยทำการสุ่มตัวอย่าง 350 ครัวเรือน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมาเอง สถิติที่ใช้วิเคราะห์คือค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ ค่าต่ำสุด สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และการถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้น ตอนผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตรของผู้สูงอายุ ร้อยละ 65.7 มีอายุเฉลี่ย 41.3 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 67.2 สถานภาพสมรสจบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย อาศัยกับผู้สูงอายุตั้งแต่กำเนิดหรือมากกว่า 20 ปี ส่วนใหญ่มีรายได้ประจำเพียงอย่างเดียว โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 12,491 บาท และมีความเพียงพอต่อการเลี้ยงชีพครัวเรือนส่วนใหญ่ไม่มีสมาชิกเป็นโรคเรื้อรังและมีสมาชิกประมาณ 4 ถึง 5 คน 2) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุประมาณ 71 ปี ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมใดๆ มีบุตรประมาณ 3 ถึง 5 คน แต่ส่วนใหญ่จะมีบุตรเพียง 1 คนเท่านั้น ที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ สำหรับบุตรที่อยู่ต่างถิ่นส่วนใหญ่จะกลับมาเยี่ยมผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และโดยส่วนมากผู้สูงอายุจะมีญาติพี่น้องประมาณ 3 ถึง 5 คน มีการพบปะเยี่ยมเยียนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สำหรับญาติที่อยู่ต่างถิ่น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยส่วนมากจะ

เป็นโรคประจำตัวแบบไม่เรื้อรังและมีความถี่ของการพบแพทย์น้อยกว่า 8 เดือนต่อครั้ง 3) สมาชิกในครัวเรือนมีบทบาทในการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในระดับมากที่สุดในทุกๆด้าน โดยเมื่อเรียงลำดับการให้ความสำคัญของการให้การดูแล พบว่าการดูแลด้านจิตใจมีการปฏิบัติสูงสุด รองลงมาได้แก่การดูแลด้านร่างกาย การดูแลด้านสังคม การดูแลด้านเศรษฐกิจ และการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม ตามลำดับ 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นบุตร ผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง ผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรส ผู้ดูแลที่อาศัยร่วมกับผู้สูงอายุตั้งแต่กำเนิด หรือตั้งแต่สมรส หรือมากกว่า 20 ปี อายุของผู้ดูแล จำนวนบุตรที่อาศัยร่วมกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าปริญญาตรี ผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพค้าขาย และความพอเพียงของรายได้ของครัวเรือน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับบทบาทการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ดูแลที่มีสถานภาพโสด ผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับมัธยม ผู้ดูแลที่มีรายได้ประจำเพียงอย่างเดียว ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นหลายผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่เป็นคู่สมรส และครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคเรื้อรัง

5) ปัจจัยที่มีอิทธิพลในด้านบวกต่อบทบาทการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน มากที่สุด คือความพอเพียงของรายได้ รองลงมาคือสถานภาพของผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรส และปัจจัยที่มีอิทธิพลในด้านลบต่อบทบาทการดูแลผู้สูงอายุจะมีเพียงปัจจัยเดียว คือรายได้ของครัวเรือนที่เกิดจากรายได้ประจำ และจากการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่ 8 สามารถอธิบายความผันแปรของบทบาทการดูแลผู้สูงอายุได้ถึงร้อยละ 10.4

ทวีศักดิ์ หล้าภูเขียว (2547) ศึกษาการได้รับการดูแลจากครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลหนองหิน กิ่งอำเภอนองหิน จังหวัดเลย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการได้รับการดูแลจากครอบครัวของผู้สูงอายุในด้านต่างๆ 5 ด้าน คือ ด้านที่อยู่อาศัย ด้านเศรษฐกิจในการดำรงชีวิต ด้านสุขภาพอนามัย ด้านการได้รับความรักและเอาใจใส่และด้านการยอมรับและให้ความสำคัญ เป็นการศึกษาผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 235 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นมาเอง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐาน โดยการใช้การทดสอบแบบที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One way ANOVA) ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัวในภาพรวม และรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และสถานภาพทางสังคมต่างกัน ได้รับการดูแลจากครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าในอนาคต แต่ละครอบครัวในเขตเทศบาลตำบลหนองหิน กิ่งอำเภอนองหิน จังหวัดเลย ควรให้ความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้นกว่าเดิม

ปิ่นนเรศ กาศอุดม คณิศร แก้วแดง และรัชมน นามวงษ์ (2550) ศึกษาพฤติกรรมของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม

สุขภาพของผู้สูงอายุในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามตามแนวคิดของการประเมินแบบแผน การดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของวอล์กเกอร์ (Walker, 1992) ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามอยู่ในช่วง .70-.94 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและระดับของปัจจัยที่ศึกษาโดยใช้สถิติพรรณนา และหาตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 69.12 ปี สองในสามของกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว โรคที่เป็นอันดับแรกคือ ความดันโลหิตสูง โรคที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อและกระดูก และโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยดัชนีจิตวิญญาณ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพด้านกิจกรรมทางกาย และด้านโภชนาการ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ โดยรวมกันทำนายได้ร้อยละ 63.90 ($p < .001$) การวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าการสนับสนุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ การให้ผู้สูงอายุเห็นถึงประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และการให้ผู้สูงอายุเชื่อมั่นว่าตนเองยังสามารถที่จะทำการส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ เป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญยิ่ง ทั้งนี้จะต้องให้ข้อมูลหรือความรู้โดยตรงกับผู้สูงอายุและผู้ผลิตเพื่อการสนับสนุนผู้สูงอายุด้วย

จिनันท์ พุ่มเที่ยง (2547) ศึกษาสัมพันธ์ภาพในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว ในจังหวัดนนทบุรี มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา 1) คุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัวของสมาชิกครอบครัว กับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว 2) คุณลักษณะส่วนบุคคลและครอบครัวผู้สูงอายุกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกครอบครัว และ 3) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มหลายขั้น ตอนจากประชากรจังหวัดนนทบุรี จำนวน 300 คน สมาชิกในครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกต้องมีอายุ 20 ปีและมากกว่า ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อยู่รวมกันในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุ เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยไคแควร์ ผลการวิจัย พบว่าสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.3 อายุเฉลี่ย 36 ปี สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 43.3 ส่วนมีรายได้สูงกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน สำหรับผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.3 อายุเฉลี่ย 71 ปี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในระดับสูง ร้อยละ 86-90 ช่วยตัวเองได้สูง และพบว่าเพศของสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับสัมพันธ์ภาพใน

ครอบครัว รวมทั้งรายได้ของสมาชิกในครอบครัวและของผู้สูงอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับสัมพันธภาพในครอบครัว

กัลยารัตน์ สมสอาด (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เป็นครอบครัวที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ อย่างน้อย ๕ เดือน จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดสร้างขึ้นมาเองและดัดแปลงมาจากการศึกษาของกนกวรรณสุวรรณปฏิกรณ์ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานการทดสอบไคสแควร์ การหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้น ตอน ผลการวิจัยพบว่า 1) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=685,345$ และ 801) ตามลำดับ 2) ชนิดครอบครัว จำนวนสมาชิกครอบครัวและรายได้ครัวเรือน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3) การรับรู้สมรรถนะของครอบครัวในการมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและชนิดของครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรทั้งสี่ สามารถอธิบายความผันแปรพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวได้ร้อยละ 71.30 ($R=713$)

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ ที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าครอบครัวมีความสำคัญและจำเป็นต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ในขณะที่มีปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องสถานภาพสมรสของผู้ดูแล (ปัญญา ศรีสมบัติ 2550) ความรู้และทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพศ รายได้ของครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสารจากชมรมผู้สูงอายุ (รวิภา บุราณเศรษฐ 2546) การเข้าถึงสถานบริการในการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับคำแนะนำ สนับสนุนจากบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน (ภราดา บุราณสาร 2546) และผู้ดูแลผู้สูงอายุยังต้องการความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ (คนัย ชีวันดา และมลลิตี แสนใจ 2545) การที่ครอบครัวให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นใจและเชื่อมั่นว่าครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ (ศักดิ์ สมบัติ 2549) ในขณะที่การให้ผู้สูงอายุเชื่อมั่นว่าตนเองยังสามารถทำ การส่งเสริมสุขภาพตนเองได้ เป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญยิ่ง ทั้งนี้จะต้องให้ข้อมูลหรือความรู้โดยตรงกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพื่อการสนับสนุนผู้สูงอายุด้วย (เป็นนเรศ กาศอุดม คณิศร แก้วแดง และรัชมน นามวงษ์ (2550) ดังนั้นผู้วิจัย

จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของครอบครัว ทั้งนี้ เพื่อเป็นข้อมูลให้บุคลากรทีมสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำมาใช้วางแผนพัฒนาการจัดรูปแบบ และดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของครอบครัว และแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป