

บทที่ 2

การปริทรรศน์วรรณกรรม

หลักวิชาต่าง ๆ ที่ปรากฏในบทนี้ เป็นหลักวิชาที่ผู้วิจัยได้ประมวลมาจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี ผลงานวรรณกรรม รายงานสถิติข้อมูลและแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงรายงานสภาพจริงที่มีอยู่ก่อนของหน่วยท้องถิ่น เพื่อการวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้สู่พลัง” เป็นไปอย่างสมบูรณ์ ซึ่งมีรายละเอียดแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 2.1 กล่าวถึงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ขั้นตอนที่ 2.2 กล่าวถึงผลงานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนที่ 2.3 กล่าวถึงแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และขั้นตอนที่ 2.4 กล่าวถึงรายงานสภาพจริงที่มีอยู่ก่อน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อการวิจัยและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้สู่พลัง” ซึ่งประกอบด้วย

1. หลักวิชายุทธศาสตร์การพัฒนา
2. หลักวิชาทฤษฎีระบบ
3. หลักวิชาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 3.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 3.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 3.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 3.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้
 - 3.5 ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.6 ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง
 - 3.7 ทฤษฎีการกำกับตนเอง
 - 3.8 ทฤษฎีการดูแลตนเอง
4. แนวคิดทฤษฎีการสร้างเครือข่ายสุขภาพ
5. แนวคิดทฤษฎีการควบคุมคุณภาพ

6. แนวคิดการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง

1. หลักวิทยาศาสตร์การพัฒนา

ยุทธศาสตร์การพัฒน(Development Strategy) หมายถึง วิธีการหรือแผนการอันชาญฉลาดที่จะบรรลุเป้าหมายในการดำเนินการพัฒนา ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

1.1 ยุทธศาสตร์ (Strategy) หมายถึง แผนการอันชาญฉลาดสำหรับใช้ทำงานพัฒนาเรื่องหนึ่งเรื่องใดให้บรรลุเป้าหมาย (เจลิยว บุรีภักดี และคณะ, 2546 : 6)

ความชาญฉลาดของยุทธศาสตร์ปรากฏในลักษณะดังต่อไปนี้

1.1.1 มีหลักวิชาการรองรับและเป็นหลักการที่ถูกต้องเป็นวิทยาศาสตร์

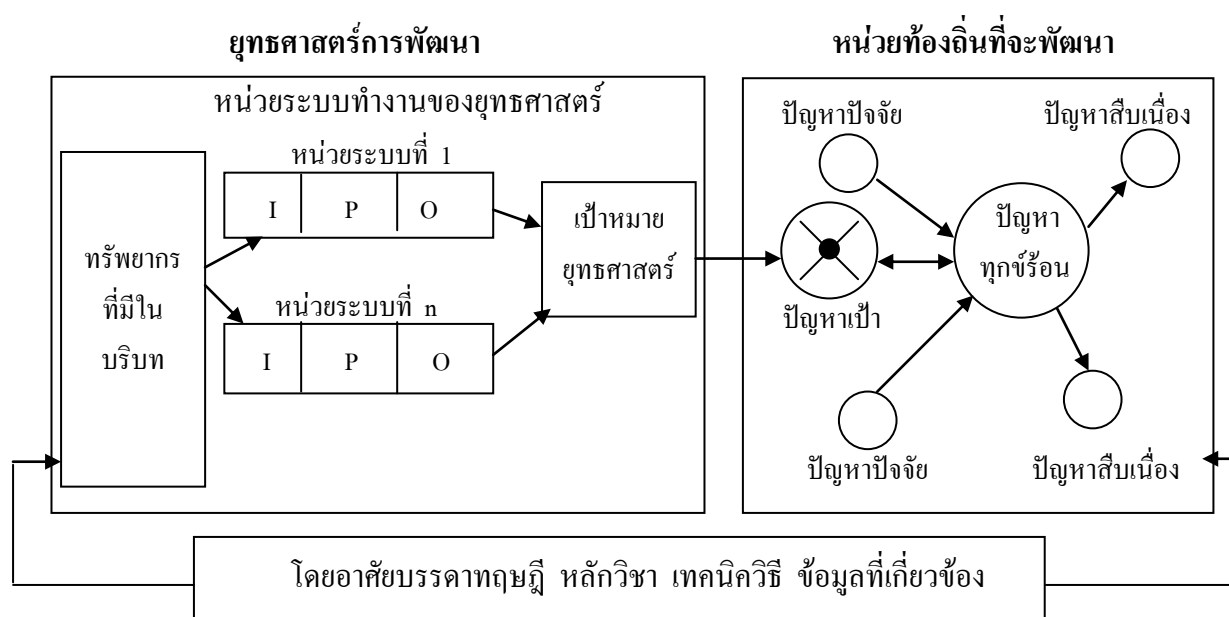
1.1.2 ใช้ข้อมูลสภาพจริงของท้องถิ่นหรือสถานที่แห่งนั้นมาช่วยในการกำหนดยุทธศาสตร์

1.1.3 เป็นแผนการที่คนทั่วไป (หรือฝ่ายตรงกันข้าม) ไม่คุ้นเคยมาก่อน เมื่อดำเนินการตามแผนการนี้จะได้ผลอย่างคุ้มค่าหรือคุ้มทุน

1.2 การพัฒนา(Development) หมายถึง การทำให้เจริญกว่าที่เป็นอยู่ซึ่งเป็นผลผลิต (Output) โดยใช้ปัจจัยนำเข้า (Input) และมีกระบวนการ (Process) ที่ก่อให้เกิดผลผลิตนั้น

1.3 โครงสร้างการทำงานของยุทธศาสตร์การพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างทางความคิด เรื่อง ยุทธศาสตร์การพัฒนา ดังภาพที่ 2.1

ภาพที่ 2.1 แสดงโครงสร้างทางความคิดเกี่ยวกับยุทธศาสตร์การพัฒนา



(เจลิยว บุรีภักดี และคณะ, 2546 : 5)

จากภาพที่ 2.1 แสดงให้เห็นว่ายุทธศาสตร์การพัฒนามืองค์ประกอบ 5 ชั้น ดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัญหาเชิงพัฒนาเพื่อหาปัญหาทุกขั้วร้อน ปัญหาปัจจัย ปัญหา

สืบเนื่อง

2. กำหนดและวิเคราะห์ระบุปัญหาเป้า

3. กำหนดเป้าหมายยุทธศาสตร์

4. การสร้างหน่วยระบบทำงาน

5. การจัดหารทรัพยากร

โดยทั้ง 5 ชั้นนี้ต้องใช้ทฤษฎี หลักวิชา เทคนิควิธี ข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาอธิบายและสนับสนุนข้อมูลการสร้างยุทธศาสตร์ โดยจะเห็นได้ว่าเมื่อนักพัฒนากำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาสำหรับหน่วยท้องถิ่นที่ตนเลือกควรจะทำตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์หน่วยท้องถิ่น เพื่อค้นหา “ปัญหาเป้า” (Target Problem) สำหรับการพัฒนา ปัญหาเป้าในการพัฒนาแต่ละครั้งนักพัฒนาต้องกำหนดเลือกเองจากผลการวิเคราะห์เลือกตามที่เห็นสมควร

ขั้นตอนที่ 2 สร้างยุทธศาสตร์การพัฒนามีลักษณะดังนี้

1. เป้าหมายของยุทธศาสตร์การพัฒนาดตรงกับปัญหาเป้า

2. หน่วยระบบการทำงานของยุทธศาสตร์การพัฒนามีมากกว่าหนึ่งแต่ต้องเล็งไปสู่เป้าหมายยุทธศาสตร์การพัฒนาดเดียวกันและเสริมกัน

3. ทรัพยากรในบริบทของหน่วยระบบทำงานของยุทธศาสตร์การพัฒนาดต้องมีมากเพียงพอที่จะเป็น I ให้แก่หน่วยระบบทำงานที่ 1- n ถ้าไม่พอต้องลดขนาดของหน่วยระบบทำงานลงตามสัดส่วนซึ่งมักจะมีผลไปถึงการพิจารณาลดเป้าหมายของยุทธศาสตร์การพัฒนาด และอาจจะต้องลดหรือเปลี่ยนปัญหาเป้าเพื่อให้เหมาะสมกับทรัพยากรที่มี (เจลิยว บุรีภักดี และคณะ, 2546 : 10)

ดังนั้น ในการวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างยุทธศาสตร์การพัฒนาด คือ ยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้สู่พลัง” ซึ่งประกอบด้วยหน่วยระบบทำงาน 5 หน่วยระบบดังต่อไปนี้

หน่วยระบบที่ 1 หน่วยระบบการวางแผนพัฒนาผู้สูงอายุเพื่อการวิเคราะห์สภาพปัญหาและสร้างยุทธศาสตร์การพัฒนาดพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดย “การเรียนรู้สู่พลัง”

หน่วยระบบที่ 2 หน่วยระบบการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด โดยการทดลองยุทธศาสตร์การพัฒนาดพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดย “การเรียนรู้สู่พลัง”

หน่วยระบบที่ 3 หน่วยระบบการประเมินผลยุทธศาสตร์

หน่วยระบบที่ 4 หน่วยระบบการพัฒนายุทธศาสตร์

หน่วยระบบที่ 5 หน่วยระบบการสร้างเครือข่ายสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ

2. หลักวิชาทฤษฎีระบบ

ทฤษฎีระบบ (Systems Theory) ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้สู่พลัง” ครั้งนี้เป็นทฤษฎีระบบ (Systems Theory) ที่ศาสตราจารย์ ดร.เจลิยว บุรีภักดี (เจลิยว บุรีภักดี และคณะ 2546 : 2-7) ได้ศึกษาและสร้างขึ้น ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้ แต่ละสิ่งในเอกภพมีความเป็นหนึ่งหน่วยระบบ

2.1 แต่ละหนึ่งหน่วยระบบเป็นหน่วยทำงานมีผลผลิต (Output) มีกระบวนการ (Process) มีปัจจัยนำเข้า (Input)

2.2 แต่ละหนึ่งหน่วยระบบเป็นส่วนย่อยของหน่วยอภิระบบและประกอบด้วยอนุระบบจำนวนหนึ่ง

2.3 แต่ละหนึ่งหน่วยระบบมีขอบเขต(Boundary) สิ่งอื่นใดที่อยู่นอกขอบเขตถือเป็นบริบท (Context) ของหน่วยระบบนั้น

2.4 ผลผลิตของหน่วยระบบหนึ่งจะเลื่อนไหลไปเป็นปัจจัยนำเข้าของหน่วยระบบข้างเคียงภายในบริบท

2.5 ผลผลิตของหน่วยระบบเป็นผลมาจากการทำงานของหน่วยระบบ ผลผลิตดังกล่าวอาจมีมากกว่าหนึ่งรายการก็ได้

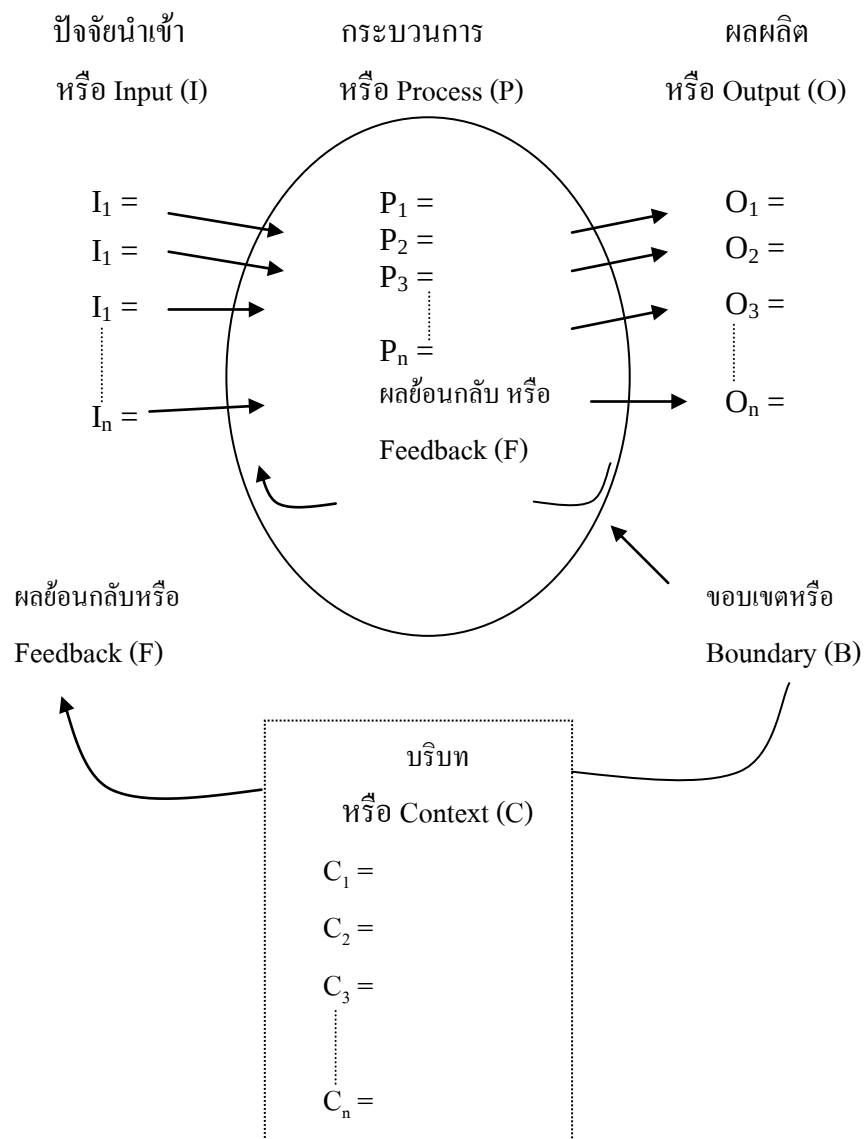
2.6 หน่วยระบบมีทั้งที่เป็นธรรมชาติและที่มนุษย์สร้างขึ้น

2.7 หน่วยระบบมีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดบนมิติเวลา

2.8 หน่วยระบบมีที่มา มีที่อยู่และที่ไป

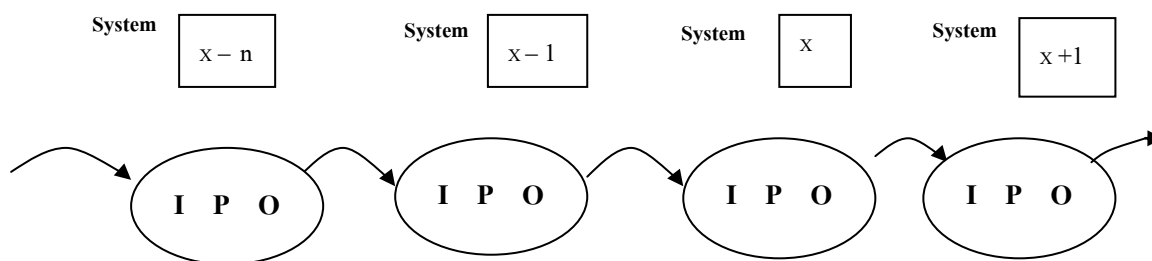
โดยที่คุณสมบัติแต่ละประการเหล่านี้ มีคำขยายความในแต่ละข้อต่อไป สำหรับในขั้นนี้เมื่อนำคุณสมบัติทั้งหลายมาประกอบเข้าด้วยกันเป็นแผนภาพเดียวจะได้รูปแบบโครงสร้างทางความคิด (Conceptual Framework) ของหน่วยระบบ (A System Unit) ดังภาพที่ 2.1 (1) และภาพที่ 2.1 (2) ต่อไปนี้

ภาพที่ 2.1 (1) แสดงโครงสร้างทางความคิดที่แสดงคุณสมบัติของหนึ่งหน่วยระบบ



(เจลีขว นุรีกัคดี และคณะ, 2546 : 2)

ภาพที่ 2.1 (2) แสดงกรอบความคิดของหน่วยระบบสืบเนื่อง



ผู้วิจัยได้นำประเด็นในสาระสำคัญของทฤษฎีระบบ กล่าวคือ แต่ละสิ่งหรือแต่ละเรื่องในโลกนี้ล้วนมีความเป็นหน่วยระบบในตัวเอง (A system Unit) เป็นหน่วยกระทำการ (Functioning Unit) ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง มีโครงสร้าง (Construct) มีขอบเขต (Boundary) มีผลผลิต (Output) มีปัจจัยนำเข้า (Input) มีกระบวนการ (Process) มีบริบท (Context) และมีคุณสมบัติอื่น ๆ อีก กับทั้งมีความสืบเนื่องเชื่อมโยงกับหน่วยระบบอื่น ที่เป็นหน่วยทำงานในลำดับก่อนหน่วยระบบนี้อีกทั้งหนึ่งจนและที่เป็นหน่วยทำงานต่อเนื่องจากหน่วยระบบนี้อีกจำนวนหนึ่งด้วย ในการวิจัยและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้สู่พลัง” ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำประเด็นย่อย ๆ ในทฤษฎีระบบ ซึ่งนอกจากสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการแจกแจงองค์ประกอบเชิงโครงสร้าง (Construct) และความเชื่อมโยงภายในของ ปัญหาทุกขั้วรอบและปัญหาเป้าของผู้สูงอายุแล้วยังเป็นหลักที่ช่วยให้ผู้สูงอายุนำมาใช้เป็นแนวคิดในการเรียนรู้และวิเคราะห์หน่วยระบบของพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านของตนเองที่ต้องการหรือคาดหวังให้มีผลผลิต (Output) ที่ดีและถูกต้องเหมาะสมกับบริบท ได้แก่ การมีผลผลิต (Output) ที่ดีในด้านการเลือกรับประทานอาหารมีผลผลิต (Output) ที่ดีในด้านการเลือกดื่มน้ำ การมีผลผลิต (Output) ที่ดีในด้านการเลือกดูแลสุขภาพ การมีผลผลิต (Output) ที่ดีในด้านการเลือกออกกำลังกาย การมีผลผลิต (Output) ที่ดีในด้านการนวดเหยียบคลายกล้ามเนื้อและขยายเส้นเลือด การมีผลผลิต (Output) ที่ดีในด้านการผ่อนคลาย อารมณ์และจิตใจ และการมีผลผลิต (Output) ที่ดีในด้านการปรึกษาแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพ อยู่เสมอ ซึ่งจะนำไปสู่หลักในการคิดตัดสินใจเลือกปฏิบัติ นั่นคือ การมีกระบวนการ (Process) ในการเลือกปัจจัยนำเข้า (Input) ที่ดีเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและสภาวะสุขภาพที่ดีได้ต่อไป

3. หลักวิชาที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยยุทธศาสตร์การเรียนรู้สู่พลัง ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนหลักวิชาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับรูปแบบพฤติกรรม

สุขภาพของผู้สูงอายุ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทฤษฎีการกำกับตนเอง และทฤษฎีการดูแลตนเอง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

3.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ และการกำหนดเกณฑ์ความสูงอายุ

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องต่างๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ พบว่า ในแต่ละประเทศแต่ละสังคม จะให้ความหมายผู้สูงอายุ และมีเกณฑ์การกำหนดความสูงอายุที่แตกต่างกันไป ผู้วิจัยจึงขอสรุปความหมาย และเกณฑ์การกำหนดความสูงอายุดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2543:47) ให้ความหมายคำว่า “ชรา” คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยมเพราะก่อให้เกิดความหดหู่ใจ และความถดถอยสิ้นหวัง จากการประชุมของคณะผู้อาวุโส โดย พล.ต.ต. หลวงอรรถสิทธิสุนทร เป็นประธาน ได้กำหนดคำว่า ผู้สูงอายุ แทน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ขบถองให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพว่าเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์

บรรลุ ศิริพานิช (2542: 24) ให้ความหมายผู้สูงอายุว่า เป็นบุคคลที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุในปีปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันเป็นมาตรฐานสากล

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ (2545 : 62) ให้คำนิยามผู้สูงอายุว่า หมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์หรือมากกว่า

เพ็ญแข ประจันปัจจนึก (2545 : 24) ให้ความหมาย ผู้สูงอายุว่า หมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งถือเป็นช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต และเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และอาจแบ่งเป็นวัยสูงอายุ ตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย

วันดี โภคะกุล (2548 : 1) ให้ความหมาย วัยสูงอายุว่า หมายถึง วัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป

บรรลุ ศิริพานิช (2550 : 6-7) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีอายุสูงขึ้น จะมีการเรียกบุคคลนั้นต่างๆ หลายอย่าง ดังเช่น คนแก่ คนชรา ผู้เฒ่า ผู้สูงอายุ ผู้อาวุโส ฯลฯ เป็นต้น ซึ่งโดยสรุปจะมีการเรียก 3 ชนิด คือ 1) เรียกตามอายุที่สูงขึ้นตามปีปฏิทิน ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้ตกลงกันว่าผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เรียกว่า ผู้สูงอายุ 2) เรียกตามสภาวะของชีววิทยาและกายภาพของร่างกายว่า คนแก่ หรือคนชรา และ 3) เรียกตามสถานภาพทางสังคมว่า ผู้อาวุโส แต่โดยสรุปแล้วมีการใช้คำว่า ผู้สูงอายุกันมาก

เจลิยว ปิยะชน (2552 : 21-32) ให้แนวคิดว่า ความแก่ชราเกิดจากการเติบโต ในขณะที่เรามีอายุเพิ่มขึ้นจนเป็นผู้ใหญ่เต็มตัวนั้น เป็นการเติบโตที่ไม่ใช่เป็นไปตาม

ช่วงเวลาที่ผ่านม่านั้น ดังเช่นบุคคลหนึ่งมีอายุนับตามช่วงเวลาได้ 60 ปี แต่อาจมีอายุเทียบระบบ สรีระหรือชีวภาพได้เท่ากับ 45 ปี หรืออีกคนหนึ่งมีอายุตามปีปฏิทิน 50 ปี แต่ร่างกายมีโรคเทียบได้กับ บุคคลที่มีสรีระเสื่อมลงของคนอายุ 80 ปี วิธีนับอายุจึงมี 3 วิธี คือ 1) อายุตามปีปฏิทิน (Chronological Age) คือ นับจำนวนปีตามตัวเลข 2) อายุทางชีววิทยา (Biological Age) เป็นอายุตามสภาพกระบวนการ ทางชีววิทยาของอวัยวะที่บ่งบอกการทำหน้าที่หรือระบบสรีรวิทยาของเรา และ 3) อายุทางจิตวิทยา (Psychological Age) เป็นอายุตามที่เราารู้สึก

Birren (1981 : 68) กล่าวว่า การกำหนดว่าใครเป็น ผู้สูงอายุนั้นควร จะพิจารณาประกอบกันทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ ด้านจิตวิทยา และด้านสังคม สำหรับด้านชีวภาพ จะคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและความสามารถในการใช้ศักยภาพของร่างกายเป็นเกณฑ์ ทางด้านจิตวิทยานั้นจะพิจารณาความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ความสอดคล้อง ในการรับรู้ การจดจำ การรับรู้เรื่องใหม่ๆ การใช้เหตุผล การมองภาพพจน์ตนเองและแรงกระตุ้นใน ส่วนด้านสังคมก็จะดูบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบเป็นสำคัญ และถ้าจะใช้หลักของเบอร์เรนเป็น เกณฑ์ตัดสินว่าผู้ใดคือผู้สูงอายุ ก็คือ เน้นการทำหน้าที่และการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมของแต่ละ บุคคลนั่นเอง ถ้ายังกระฉับกระเฉงทำหน้าที่ได้ดีและปรับตัวได้ดีก็ยังไม่แก่

ดังนั้น เพื่อเป็นการกำหนดเกณฑ์ของวัยผู้สูงอายุให้เข้าใจตรงกัน

ที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (World on Aging, 1982) จึงได้กำหนดให้ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ถือว่าเป็นผู้สูงอายุ (Elderly) และให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก สำหรับประเทศไทยนั้น ได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อให้สอดคล้องกับข้อกำหนด ของที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ (สุรกุล เจนอบรม, 2541 : 6)

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ที่ยืนยงแล้วเมื่อนับตามปีปฏิทิน และเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการ เสื่อมสภาพลงในแต่ละด้าน ซึ่งจะมีการแสดงออกทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมที่ แตกต่างกันไป

3.1.2 การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก (WHO) โดย อัลเฟรด เจ คาห์น Alfred J. Kahn, 1990) แห่งมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย เสนอการแบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นลักษณะ การแบ่งช่วงอายุดังนี้ คือ (ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนภาคตะวันออก, 2543 : 8)

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60 – 74 ปี
2. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75 – 90 ปี
3. คนชรามาก (Very Old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

Yuriek et al. (1980 :31) เสนอการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็น 2 กลุ่ม คือ

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

สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี (2541 : 14) ในการศึกษารวบรวมข้อมูลประชากรผู้สูงอายุได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุตอนต้น หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60-69 ปี ทั้งชายและหญิง และผู้สูงอายุตอนปลาย หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง

ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนภาคตะวันออก (2543 : 8) ได้เสนอข้อมูลการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุของประเทศไทยดังนี้

1. อายุตั้งแต่ 60–69 ปี
2. อายุตั้งแต่ 70–79 ปี
3. อายุ 80 ปีขึ้นไป

จากข้อมูลการจัดเกณฑ์ช่วงอายุของผู้สูงอายุที่นักวิชาการ องค์การหน่วยงานกำหนดไว้นั้น สรุปได้ว่าการแบ่งช่วงอายุของผู้สูงอายุค่อนข้างใกล้เคียงกัน สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดผู้สูงอายุให้อยู่ในช่วงผู้สูงอายุวัยต้น (Young-Old) หรือเป็นผู้สูงอายุ (Elderly) ตามมาตรฐานสากลองค์การอนามัยโลก (WHO) และสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) (Yuriek et al., 1980 : 31) คือผู้ที่มีอายุระหว่าง 60 –74 ปี เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัย เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มจะสูงอายุจึงสามารถเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้มากกว่า

3.1.3 ทฤษฎีผู้สูงอายุ

เนื่องจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนและแตกต่างกันในปรากฏการณ์ที่เกิดทั้งด้านร่างกาย ด้านสรีรวิทยา ด้านจิตใจ และด้านสังคม ในแต่ละบุคคลจึงไม่สามารถที่จะอธิบายถึงกระบวนการได้ด้วยทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาค้นคว้าทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งสรุปได้ ดังนี้ (เจลิชว ปิยะชน , 2552 : 21-30; อุทัยวรรณ วิศุทธากุล แปล, 2551 : 58-80; ศิวะ พงษ์พนม, 2548 : 32-51; บรรลุ ศิริพานิช, 2542 : 45-50; ประนอม โอทกานนท์และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2537 : 10-18; จันทนา รัตนพิชัย, 2533 : 44-46; Miller, 1995 : 28-37 และ Ebersole & Hess, 1981 : 23-32)

1) ทฤษฎีทางชีววิทยาเป็นทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการทางชีววิทยาสรีรวิทยา และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างต่างๆ ของสิ่งมีชีวิตในผู้สูงอายุ ได้แก่วิทยาศาสตร์สุขภาพที่สำคัญจำนวน 4 ทฤษฎี ดังนี้

(1) ทฤษฎีความสึกหรอ (The Wear and Tear Theory) ทฤษฎีนี้ได้นำเสนอโดย ดร.ไวสส์มันน์ Dr. August Weissmann) นักชีววิทยาชาวเยอรมันในปี ค.ศ. 1882 โดยมีความเชื่อว่าเซลล์และร่างกายได้รับความเสียหายจากการถูกใช้งานมาก หรือใช้งานอย่างไม่ถูกต้อง อวัยวะต่าง ๆ จึงเสื่อมสภาพลงจากพิษที่ได้จากอาหารและสิ่งแวดล้อม เช่น น้ำตาล คาเฟอีน แอลกอฮอล์ และรังสีต่าง ๆ ในปริมาณมากเกินไปหรือการได้รับอาหารไม่มีคุณภาพ นอกจากนี้ความเครียดทางกายและใจก็ยังส่งผลอีกด้วย ซึ่งความเสียหายที่เกิดขึ้นส่งผลไปถึงระดับเซลล์ของร่างกาย นอกจากนี้ร่างกายก็ยังสึกหรอจากการใช้งาน และเมื่อ ใช้งานร่างกายไม่ถูกต้อง การสึกหรอก็จะมีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ เห็นได้จากเมื่ออายุยังน้อยระบบซ่อมแซมบำรุงรักษายังมีประสิทธิภาพและทำหน้าที่ได้ดี แต่คนแก่จะเสียชีวิตง่ายจาก โรคที่คน อายุยังน้อยสามารถต้านทานได้

ทฤษฎีนี้ยังเชื่อว่า การได้รับโภชนาการอาหารเพื่อเสริมสร้าง และการบำรุงรักษาจะช่วยฟื้นคืนสภาพจากการแก่ชราได้ โดยไปกระตุ้นความสามารถของร่างกายที่จะซ่อมแซมบำรุงรักษาเซลล์และอวัยวะต่าง ๆ ที่มีอยู่ในตัวของมันเองได้

(2) ทฤษฎีระบบประสาทและฮอร์โมน (The Neuroendocrine Theory) เป็นทฤษฎีที่เสนอโดย ดร.ดิลล์แมน Dr. Vladimir Dillman) ที่เสริมเติมจากทฤษฎีความสึกหรอ แต่เน้นไปที่ระบบประสาทของร่างกาย ซึ่งระบบนี้มีศูนย์กลางอยู่ที่ไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ที่อยู่ในสมอง ระบบประสาทและฮอร์โมน เป็นระบบทำปฏิกิริยาที่เป็นลูกโซ่เชื่อมกันเป็นวงจร เมื่อฮอร์โมนตัวหนึ่งถูกกระตุ้นให้หลั่งออกมาก็จะไปกระตุ้นให้ฮอร์โมนตัวอื่นผลิตออกมาด้วยไฮโปทาลามัส จะทำหน้าที่ตอบสนองต่อระดับฮอร์โมนและการปรับให้มี ระดับฮอร์โมนเหมาะสม เมื่อเราอายุน้อยอยู่ฮอร์โมนต่าง ๆ มีระดับสูง ดังเช่น การทำให้เกิดความต้องการทางเพศเพราะมีฮอร์โมนเพศสูง หรือโกรตฮอร์โมน (Growth Hormone) ช่วยทำให้มีกล้ามเนื้อมาก แต่เมื่อมีอายุมากขึ้นระดับโกรตฮอร์โมนน้อยลง แม้จะไม่มีน้ำหนักตัวเพิ่ม แต่อัตราส่วนของไขมันต่อกล้ามเนื้อจะเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อจะลดปริมาณลง ฮอร์โมนมีความสำคัญยิ่งในการทำหน้าที่ควบคุมและซ่อมแซมร่างกายเมื่อมีความแก่ชรา การผลิตฮอร์โมนจะลดลง ทำให้ความสามารถของร่างกายในการซ่อมแซม และควบคุมระบบลดประสิทธิภาพลงด้วย เนื่องจากการผลิตฮอร์โมนชนิดต่าง ๆ นั้นขึ้นอยู่กับฮอร์โมนตัวหนึ่งลดลง จะส่งผลตอบสนองต่อกลไกทั้งหมด ทำให้การผลิตฮอร์โมนตัว อื่นๆ ลดลงด้วย จากข้อมูลเหล่านี้จึงมีนักวิชาการนำมาใช้ในการบำบัด รื้อฟื้นความชราโดยการให้ฮอร์โมน ทดแทน (Hormone Replacement Therapy, HRT) เหมือนกับการตั้งนาฬิกาฮอร์โมนใหม่

(3) ทฤษฎีการควบคุมทางพันธุกรรม (Genetic Control Theory) ทฤษฎีนี้มุ่งประเด็นไปที่แผนการต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ทางพันธุกรรมที่รหัสพันธุกรรมในดีเอ็นเอ (DNA) ที่มีอยู่ในทุกๆ เซลล์ทั่วร่างกาย พร้อมกับรหัสพันธุกรรมเฉพาะที่ กำหนดการทำงานรวมทั้งภาวะจิตใจ

การถ่ายทอดทางพันธุกรรมนี้ มีความสำคัญในการกำหนดว่าคนเราจะแก่เร็วแค่ไหนอย่างไรและจะมีอายุยืนยาวแค่ไหน เปรียบได้ว่าทุกคนบนโลกนี้เสมือนเครื่องจักรที่ถูกวางแผนกำหนดให้ทำลายตัวเองไว้ล่วงหน้า แต่ทุกคนจึงมีนาฬิกาทางชีวภาพที่ตั่งไว้ให้เดินก็ปีแล้วให้หยุดเดินเมื่อหมดเวลาตามที่กำหนด เมื่อใกล้จะหมดเวลามันจึงส่งสัญญาณก่อนอื่น คือ การ แก่ชราและให้ตายในที่สุด

อย่างไรก็ตาม เช่นเดียวกับการถ่ายทอดทางพันธุกรรมต่าง ๆ ทฤษฎีนี้มุ่งป้องกันการถูกทำร้ายหรือช่วยซ่อมแซมดีเอ็นเอไปที่แต่ละเซลล์ ในการนี้จึงเชื่อว่าการบำบัดต่อต้านความชราจะช่วยให้เราอดพ้นข้อกำหนดการแก่และการตายก่อนกำหนดเวลา หรืออาจช่วยยืดเวลาได้ด้วย

(4) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ทฤษฎีนี้ได้ถูกนำเสนอโดยเกิร์ชมาน (Gerschman) ในปี ค.ศ. 1954 และพัฒนาขึ้นโดย ดร. ฮาร์แมน (Dr. Derham Harman) ในปัจจุบันนับเป็นทฤษฎีที่ยอมรับกันมากที่สุด คำว่า “ฟรีเรดิคัล” (Free Radical) หรือ “อนุมูลอิสระ” เป็นศัพท์ที่ใช้เรียกชื่อโมเลกุลที่ต่างจากโมเลกุลทั่วไป เพราะมีอิเล็กตรอนอิสระเพิ่มขึ้นเป็นคุณสมบัติที่ทำให้ไปทำปฏิกิริยากับโมเลกุลอื่น ๆ ได้อย่างรวดเร็วและเป็นไปในทางทำลาย ในโมเลกุลปกติทั่วไป ประจุไฟฟ้าจะสมดุลด้วยอิเล็กตรอนอยู่เป็นคู่ จึงทำให้ค่าพลังงานไฟฟ้าลบล้างกันพอดี การที่อะตอมที่ขาดอิเล็กตรอนหนึ่งตัวไปรวมกับอะตอมที่มีอิเล็กตรอนเกิน 1 ตัว ก็ทำให้เกิดโมเลกุลที่สมดุลด้วยการมีอิเล็กตรอนอยู่เป็นคู่ ประจุไฟฟ้าจึงเป็นกลาง การเกิดปฏิกิริยาทางฟิสิกส์ด้วยอนุมูลอิสระนี้ เป็นสิ่งที่ธรรมชาติกำหนดสร้างขึ้นมา เป็นปฏิกิริยาจำเป็นที่ร่างกายทำหน้าที่ตั้งแต่ระดับโมเลกุลและเซลล์ ทำให้เกิดกระแสไฟฟ้าในร่างกายเป็นกระแสไฟฟ้าชีวภาพ (Bioelectricity) อนุมูลอิสระทำให้มีอิเล็กตรอนเพิ่มขึ้น คือ ประจุลบมากขึ้นความต่างศักย์จึงทำให้เกิดกระแสไฟฟ้า ซึ่งเป็นตัวก่อให้เกิดพลังงาน คงสภาพภูมิคุ้มกัน ส่งสัญญาณกระแสประสาท Nerve Impulse) สังเคราะห์ฮอร์โมนผลิตเอ็นไซม์ หรือแม้แต่ทำให้กล้ามเนื้อหดตัว อนุมูลอิสระมีหน้าที่ทำให้ชีวิตดำเนินไปได้ อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินชีวิตประจำวันของเรามีโอกาสได้รับสารที่ไปก่อหรือกระตุ้นให้เกิดอนุมูลอิสระมากขึ้นได้ตลอดเวลา ณ จุดนี้เองเราจึงต้องการสารต้านอนุมูลอิสระ เพื่อมาป้องกันและแก้ไขสถานการณ์

อนุมูลอิสระนั้น ทำร้ายเซลล์ของร่างกายทุกส่วน เช่น ทำร้ายต่อผนังเซลล์ทำให้เกิดของเสียสะสมอยู่ในเซลล์ที่พบเห็นได้ชัด คือ กระแสมอง (Aging Spot) ซึ่งเป็นสารเรียกว่าไลโปฟุสซินส์ (Lipofuscins) ที่ผิวหนังเป็นรอยด่างดำ หรือแม้ที่เกิดที่จอร์บภาพด(Retain) ที่แสดงถึงการมีของเสียที่เกิดจากการทำลายภายในเซลล์ การทำร้ายผนังเซลล์ทำให้เกิดริ้วเหี่ยเป็นผลเสีย ต่อการทำหน้าที่ทางชีวเคมีฟิสิกส์ไปอีกส่วนหนึ่งที่สำคัญคือ ดีเอ็นเอและอาร์เอ็นเอ ซึ่งเป็นหน่วยที่ทำหน้าที่เก็บรหัสข้อมูลคำสั่งให้เซลล์ทำหน้าที่ที่เหมาะสม และรบกวนการสังเคราะห์โปรตีน

ทำให้ไม่สามารถสร้างกล้ามเนื้อและทำให้ระดับพลังงานลดลง นอกจากนี้อนุมูลอิสระจะไป ทำลาย เอนไซม์ (Enzymes) ที่อยู่ในเซลล์ ซึ่งมีความจำเป็นให้เกิดปฏิกิริยาชีวเคมีที่เหมาะสม

จุดสำคัญอีกจุดหนึ่งที่เกิดการเสียหายจากอนุมูลอิสระ คือ เนื้อเยื่อคอลลาเจน และอีลาสติน (Collagen and Elastin) ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อประสาทหรือเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective Tissue) เป็นโปรตีนที่แทรกประสานอยู่ในเกือบทุกอวัยวะ สารกลุ่มนี้ทำให้อวัยวะแข็งแรง เช่น ที่กระดูกหรือในบางอวัยวะ ชุ่มชื้น และยืดหยุ่น แต่อนุมูลอิสระไปทำให้เสื่อมสภาพ เช่น เห็นชัดที่ หน้าและคอเกิดผิวหนังเหี่ยวหย่อนยาน ซึ่งอธิบายได้ว่าอนุมูลอิสระ ไปทำให้เกิดการผิดปกติกับ โมเลกุลคอลลาเจน และ โมเลกุลอีลาสติน (Cross-Linkage)

การทำร้ายด้วยกลไกอนุมูลอิสระนี้ เกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อเราเกิด จนกระทั่งเมื่อเราตายอนุมูลอิสระเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นมาก แต่สามารถทำอันตรายได้สูง จากงานวิจัยของมหาวิทยาลัยเอมอรี (Emory University) สหรัฐอเมริกา พบว่า แต่ละเซลล์ในร่างกายของเราถูกโจมตีด้วยอนุมูลอิสระ 10,000 ครั้งต่อวัน ซึ่งคำนวณว่าอนุมูลอิสระทำร้ายทั่วร่างกายเรา 7 ล้านล้านครั้งต่อวินาที เมื่อเรายังอายุน้อยผลเสียหายจากปฏิกิริยาอนุมูลอิสระมีน้อย เพราะร่างกายมีกลไก ซ่อมแซมทดแทนได้อย่างเต็มที่ ทำให้คนเขาวัยมีเซลล์และอวัยวะทำหน้าที่ได้เรียบร้อย แต่เมื่อมีอายุมากขึ้น ผลเสียที่เกิดจากการทำร้ายของ อนุมูลอิสระจะสะสมมากขึ้นจนถึงระดับที่ปรากฏการณ์สันดาปของเซลล์จะถูกรบกวน เกิดการแก่งกับเซลล์ และยังสามารถกลายพันธุ์ นำไปสู่การเกิดมะเร็งและการเสียชีวิตในที่สุด

โดยสรุปเพราะเหตุที่ร่างกายเราต้องใช้ออกซิเจนเพื่อดำรงชีวิต เราจึงต้องนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายทุกลมหายใจ นั่นก็คือเกิดการออกซิเดชันตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมอะไรในร่างกาย การย่อยอาหาร การทำงาน การออกกำลังกาย ฯลฯ ก่อให้เกิดอนุมูลอิสระทั้งสิ้น เป็นขบวนการส่วนหนึ่งให้เราใช้ชีวิตอยู่ แต่ก็ส่งเสริมให้เราเสื่อมสภาพและแก่ชราด้วย สารที่ป้องกันผลเสียและขบวนการต่างๆ ของออกซิเดชัน (Antioxidation) คือสารต้านอนุมูลอิสระ ซึ่งเป็นสารจากธรรมชาติกลุ่มใหญ่ๆ เช่น วิตามิน และฟลาโวนอยด์ (Flavonoids) ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดต่อไปในเรื่องอาหารต้านอนุมูลอิสระ

2) ทฤษฎีทางจิตวิทยา เป็นทฤษฎีอธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งมี 2 ทฤษฎี คือ

(1) ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุยังปราดเปรื่องและคงความเป็นนักปราชญ์อยู่และยังเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องราวต่าง ๆ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลาผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้ได้จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีทุนทรัพย์ใช้สอยโดยไม่เดือดร้อนเป็นเครื่อง เกื้อหนุน

(2) ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุจะสุขหรือทุกข์อยู่ที่ภูมิลำเนา และการพัฒนาจิตใจ โดยจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งปัจจัยสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ในอดีตจะทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพแตกต่างกันออกไป

3) ทฤษฎีทางสังคม เป็นทฤษฎีพยายามวิเคราะห์เหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานการณ์ทางสังคมเปลี่ยนแปลง ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ซึ่งสรุปได้ดังนี้

(1) ทฤษฎีการปลีกตัวออกจากสังคม (Disengagement Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการค่อยๆ ปลีกตัวออกจากสังคมทีละน้อยเนื่องจากผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทไปจากเดิม เช่น การเกษียณอายุราชการ การเปลี่ยนแปลงบทบาทจากการเป็นผู้นำครอบครัวมาเป็นผู้อาศัย หรือเป็นเพียงที่ปรึกษา ทำให้บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุลดลง ทำให้คนส่วนใหญ่มองผู้สูงอายุว่ามีความสามารถในการทำงานลดลง

(2) ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุจะช่วยรักษาสุขภาพและบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไว้ได้ ผู้สูงอายุที่จะดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขจะต้องเป็นผู้ดำรงกิจกรรมในสังคมไว้ได้โดยไม่ทำตัวออกห่างจากสังคม ซึ่งมักจะดำเนินชีวิตเหมือนคนที่อยู่ในวัยกลางคน ลักษณะทางสังคมจะต้องมีแบบแผนให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เท่ากับคนในวัยกลางคน โดยสนับสนุนให้ทำกิจกรรมต่างๆ และให้โอกาสแสดงความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกในวัยเดียวกันได้

(3) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขในบั้นปลายของชีวิตได้นั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและการดำเนินชีวิตของแต่ละคน เช่น ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในสังคม จะมีความสุขเมื่อได้เข้าร่วมกิจกรรมเหมือนในวัยหนุ่มสาว และผู้สูงอายุที่ไม่ชอบการเข้าร่วมสังคมมาก่อนจะมีความสุขในการแยกตัวเองในวัยสูงอายุ

3.1.4 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

ได้มีผู้ศึกษาและอธิบายถึงสภาพของการเปลี่ยนแปลง ในวัยผู้สูงอายุที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยเหตุที่ส่งผลต่อการเสื่อมสภาพลงของผู้สูงอายุ 3 ประการใหญ่ๆ ได้แก่ (เนลิเยว ปีระชา 2550 : 44-50; บรรลุ ศิริพานิช, 2550 : 17-26 และศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549 : 10)

1) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จำแนกออกตามระบบของร่างกายได้ดังนี้

(1) ระบบผิวหนัง ผิวหนังจะบางลง เพราะเซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือจะเจริญช้าลง อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ลดลง

(2) ระบบประสาทและระบบสัมผัสเซลล์สมองและเซลล์ประสาท จะมีจำนวนลดลง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของเซลล์กล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังพืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น

(3) ระบบการไหลเวียนโลหิต หลอดลม ปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง

(4) ระบบทางเดินอาหาร ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟัน เริ่มบางลง เซลล์สร้างฟันลดลง ฟันผุง่ายขึ้น ผู้สูงอายุไม่ค่อยมีฟันเหลือต้องใส่ฟันปลอม ทำให้ การเคี้ยวอาหารไม่สะดวกต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย

(5) ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุมีขนาดของ ไตลดลงการไหลเวียนโลหิตในไตลดลง ในเพศชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้น ทำให้ปัสสาวะลำบาก ต้องถ่ายบ่อย ลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลง และผลิตเชื้ออสุจิน้อยลง ส่วนในเพศหญิงรังไข่จะฝ่อเล็กลง ปีกมดลูกเหี่ยว มดลูกมีขนาดเล็กลง

(6) ระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมใต้สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง และทำงานลดลงผู้สูงอายุจะเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารและน้ำหนักลดลง

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและ อารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเนื่องจาก ความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและโรคประจำตัว การสูญเสีย บุคคลใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัว และการหยุดจากงานที่ทำอยู่เป็นประจำ เป็น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่พบได้ บ่อย ในผู้สูงอายุ คือ

(1) การรับรู้ ผู้สูงอายุมักจะยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้สิ่งใหม่ๆ เป็นไปได้ยาก จึงทำให้มักมีความขัดแย้งกับผู้อ่อนวัยกว่า

(2) การแสดงออกทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของ ผู้สูงอายุเป็น กลไกเกี่ยวเนื่องกับการตอบสนองตามความต้องการทางจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลง สถานภาพทางสังคมผู้สูงอายุมักจะท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกว่าสังคมไม่ได้ให้ความสำคัญกับตน อารมณ์ ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนจิตใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธง่าย

(3) การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตัวเอง การยอมรับต่อภาวะผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาวิถีชีวิตแตกต่างกันไป ตามเหตุผลและความพอใจของแต่ละคน บางคน มุ่งสร้างความดีบางคนมุ่งความสงบในชีวิต เข้าวัดถือศีล บางคนชอบเลี้ยงหลาน บางคนชอบอยู่คนเดียว

(4) ความสนใจสิ่งแวดลอมลดลง ชอบชีวิตเรียบง่าย ความมุงหวัง หรือความใฝ่ฝันลดลง

3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้นเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องประสบ เนื่องจากภาระหน้าที่และบทบาทของผู้สูงอายุลดลง มีข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ความคล่องตัวในการคิด การกระทำ การสื่อสารสัมพันธ์ทางสังคมมีขอบเขตจำกัด ความห่างเหินจากสังคมมีมากขึ้น ความมีเหตุผล และการคิดเป็นไปในทางลบ เพราะสังคมมักจะประเมินว่าความสามารถในการปฏิบัติลดลง ถึงแม้จะมีผู้สูงอายุบางคนแสดงให้เห็นว่า ความมีอายุ มิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาทและหน้าที่ทางสังคมก็ตาม

กรมการศึกษานอกโรงเรียน (2541 : 37-38) ได้นำเสนอข้อมูลของการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุดังนี้

1. ด้านร่างกาย เซลล์ในร่างกายมนุษย์มีการเจริญและเสื่อมโทรมตลอดเวลา โดยในผู้สูงอายุมีอัตราการเสื่อมโทรมมากกว่าการเจริญทั้งนี้การเสื่อมโทรมทางจิตจะทำให้มีความรู้สึกท้อแท้ อังว้าง

2. ระบบหายใจ เสื่อมสภาพลงเพราะอวัยวะในการหายใจเข้า-ออก ลดความสามารถ ในการขยายตัว ปอดเสียความยืดหยุ่น ถุงลมแตกเปลี่ยนแก้สลดน้อยลง ปอดรับออกซิเจนได้น้อยลง

3. ระบบการไหลเวียนเลือด หัวใจ หลอดเลือด มีเนื้อเยื่ออื่นมาแทรกมากขึ้น ทำให้การสูบฉีดเลือดของหัวใจไม่แข็งแรงเหมือนเดิม มีปริมาณสูบฉีดลดลง หลอดเลือดแข็งตัว และแรงดันเลือดสูงขึ้น ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะลดปริมาณ

4. สถิติปัญญาของผู้สูงอายุ สถิติปัญญาเริ่มเสื่อมถอย เชื่องช้า ต้องใช้เวลาในการคิด วิเคราะห์ ทบทวนนานกว่าจะตัดสินใจได้ การตอบโต้ทางความคิดไม่ฉับพลันทันที แต่มีเหตุผล และประสบการณ์เป็นข้อมูลพื้นฐานในการคิดและตัดสินใจ แต่บางครั้งไม่กล้าตัดสินใจอะไร

5. การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ การเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ หรือเทคโนโลยีใหม่ของผู้สูงอายุเป็นไปได้ช้า ต้องใช้เวลาเรียนรู้นานกว่าที่จะรู้ ปรับเปลี่ยนความคิด และการกระทำได้ แต่การเรียนรู้ที่มีความสอดคล้องกับประสบการณ์เดิม และความรู้เดิมที่มีอยู่จะสามารถเรียนรู้ได้รวดเร็ว

6. พฤติกรรมและธรรมชาติของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้

6.1 ถ้าไม่มีกิจกรรมทำอยู่ว่างๆ จะรำคาญ และคิดฟุ้งซ่านหรืออาจจะบ่นพึมพำ

6.2 บางช่วงจะหลง ๆ ลืม ๆ

6.3 สายตาไม่ดี อ่านหนังสือที่มีขนาดอักษรตัวเล็กเกินไปไม่ได้และอ่านได้ไม่นาน

6.4 ชอบอ่าน ฟัง ดูข่าว ความก้าวหน้าและความเป็นไปของบ้านเมืองมากกว่าบันเทิง หรือคำร่วาวิชาการ

6.5 มีช่วงเวลาของความสนใจยาวนาน และมีสมาธิ ถ้ามีความตั้งใจจะทำสิ่งใด

จากข้อมูลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุนี้ เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จากวัยละต่าง ๆ ของร่างกายที่เริ่มเสื่อมสภาพลง การมีสภาพจิตใจที่เปลี่ยนไปตามอายุของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลสัมพันธ์กับการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ตลอดจนบทบาทหน้าที่ และสัมพันธภาพทางสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อการเกิดสภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยของผู้สูงอายุ หากไม่มีวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ และจัดการกับการดำเนินชีวิตเพื่อสภาวะสุขภาพที่เหมาะสม

ปิยภัทร เดชพระธรรม (2553 : 1) นำเสนอว่า เมื่ออายุถึงความชรา คนโดยทั่วไปจะคิดถึงสมรรถภาพของร่างกายที่ถดถอย ภาวะที่มีโรคหลายอย่างรุมเร้าและภาวะพึ่งพา แต่ในความเป็นจริงความชราเป็นการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ และสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นกับร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น แล้วส่งผลให้อายุวัยละต่าง ๆ ทำงานลดลง การควบคุมสมดุลในร่างกายลดลงสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและความเครียดต่าง ๆ ลดลงกว่าเดิม

Rowe (1988 : 1-4) กล่าวว่า หากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรามีน้อยมากหรือไม่เลย จะเรียกผู้สูงอายุเหล่านี้ว่า “ผู้สูงอายุสุขภาพดี (Successful Ageing)” ซึ่งมีอยู่ไม่มากนักในประชากรผู้สูงอายุ แต่ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เนื่องจากความชรามีมากจนทำให้ผู้สูงอายุนั้นมีโรคเกิดขึ้นมากมาย จะเรียกผู้สูงอายุเหล่านี้ว่า “ผู้สูงอายุเจ็บป่วย (Pathologic Ageing)” และหากผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรามีไม่มากจนทำให้ผู้สูงอายุนั้นมีโรคเกิดขึ้น จะเรียกผู้สูงอายุเหล่านี้ว่า “ผู้สูงอายุปกติ (Usual Ageing)” ซึ่งผู้สูงอายุปกติเหล่านี้หากได้รับการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตในเรื่องอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกายและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมแล้วจะสามารถพัฒนาเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีได้

ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของนักวิชาการ ในการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของวัยสูงอายุนี้มาเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้สู่พลัง” โดยกำหนดให้ “ผู้สูงอายุปกติ (Usual Ageing)” เป็นกลุ่มในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุปกติเหล่านี้ หากได้รับการดูแลให้สร้างเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การเลือกรับประทานอาหาร การดื่มน้ำที่สะอาด

อย่างเพียงพอ การได้รับอากาศที่ดีและบริสุทธิ์เข้าสู่ร่างกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสม การผ่อนคลายอารมณ์และจิตใจ และการปรึกษาแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพอยู่เสมอ จะสามารถพัฒนาไปสู่ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีได้

3.1.5 ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากขึ้น ในขณะที่กลุ่มประชากรในวัยเด็กและหนุ่มสาวมีสัดส่วนน้อยลง ทั้งที่ยังมีหน้าที่การงานอื่นๆ ที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาต่างๆ มากมาย ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ปัญหาทางด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น **ปัญหา**ว่า นอกจากจะกระทบต่อผู้สูงอายุโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบไปถึงครอบครัวที่ต้องรับภาระเลี้ยงดูและต้องปรับตัวเข้าหากันระหว่างผู้สูงอายุและบุตรหลาน ส่งผลกระทบถึงสัมพันธภาพระหว่างกันและยังส่งผลกระทบไปถึงชุมชนและสังคมในภาพรวม ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่ต้องให้การดูแล้วย จึงได้สรุปสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุไทย ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (จิตรา วีรบุรินทร์, 2546 : 21-27; ชัดติยา กรรณสูต และจาดุรงค์ บุญยรัตนสุนทร, 2546 : 23-24; สุมาลี สังข์ศรี, 2543 : 16-20 และคณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคมวุฒิสภา, 2534 : 1-22)

1) สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ

คณะกรรมการจัดทำแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525-2544 ได้มีการรวบรวมปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทยในขณะนั้น ซึ่งสามารถสรุปประเด็นปัญหาในแต่ละด้านได้ดังนี้ (คณะกรรมการวิสามัญสวัสดิการผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคมวุฒิสภา, 2534: 1-22)

(1) ด้านสุขภาพอนามัย

ผู้สูงอายุมักมีปัญหาด้านสุขภาพได้มาก เพราะเป็นวัยที่กำลังถดถอย ถูกโรคภัยเบียดเบียนได้ง่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจ และด้อยการศึกษา ด้วยแล้วจะขาดความรู้พื้นฐานในด้านการป้องกัน และการรักษาสุขภาพอนามัยเบื้องต้นมาตั้งแต่วัยเด็ก ซึ่งจะเกิดปัญหาด้านสุขภาพต่อเนื่องกันตลอดชีวิตจนเข้าสู่วัยชรา ส่วนการให้บริการและสวัสดิการต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะในเรื่องการรักษาพยาบาล ประกอบกับความจำกัดของทรัพยากร ทำให้การบริการต่าง ๆ ยังดำเนินการอยู่ในวงแคบไม่เพียงพอที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้ดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพและเหมาะสมกับวัย

(2) ด้านการศึกษา

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นประชากรที่ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 53.3 และมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 35 ทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ขาด

ความรู้ความสามารถที่จะแสวงหาข้อมูลข่าวสารที่จะช่วยเหลือตนเอง โดยเฉพาะในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพในวัยชรา ส่วนบริการด้านการศึกษาต่อเนื่องตลอดชีวิตในรูปแบบต่าง ๆ ยังขาดแคลนอยู่มากทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ โดยเฉพาะในเนื้อหาสาระที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุ ไม่ได้รับข่าวสารข้อมูลอันจำเป็นแก่การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างถูกต้องเหมาะสม

(3) ด้านความมั่นคงของรายได้และการทำงาน

สังคมไทยเป็นสังคมเกษตรกรรมมาแต่ดั้งเดิม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมักเป็นผู้ที่ประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ทำให้ร่างกายไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงานจำเป็นต้องหยุดทำงาน ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาการขาดรายได้ เนื่องจากไม่มีหลักประกันชีวิตประกอบกับอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพที่มีรายได้น้อย ไม่สามารถเก็บรวบรวมไว้ใช้ในยามชราได้

(4) ด้านสังคมและวัฒนธรรม

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งมีผลทำให้รูปแบบโครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งและไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ส่วนด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้การปรับตัวของผู้สูงอายุเป็นไปแบบไม่ทันกับ สภาพแวดล้อม ก่อให้เกิดความกดดันทางด้านจิตใจ ค่านิยมและการแสดงออก เกิดปัญหาต่อจิตใจของผู้สูงอายุ

(5) ด้านสวัสดิการสังคม

การให้บริการและสวัสดิการสังคมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุยังมีขอบเขตและรูปแบบที่จำกัดไม่เพียงพอและไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่มีปริมาณมากขึ้นตามจำนวนการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุ และปริมาณปัญหาต่างๆ ที่เกิดเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและวัฒนธรรมได้

สุมาลี สังข์ศรี (2543 : 16-20) กล่าวถึง ปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบ ซึ่งอาจแบ่งเป็นประเด็นหลัก ๆ ได้ 5 ด้าน คือ

1. ปัญหาด้านสุขภาพ เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุสภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยลดการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดน้อยถอยลง ร่างกายหรืออวัยวะที่ใช้งานมานาน ก็เกิดขัดข้องเจ็บป่วยขึ้นได้ โดยโรคที่พบในผู้สูงอายุนั้นเกี่ยวข้องกับทุกระบบของร่างกายทั้ง ในด้านตา หู ระบบทางเดินหายใจ ผิวหนัง ความดันโลหิต หัวใจ ระบบย่อยอาหาร โรคเกี่ยวกับระบบประสาท กล้ามเนื้อ กระดูก เป็นต้น

2. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เมื่ออยู่ในวัยทำงานบุคคลจะประกอบอาชีพหารายได้เลี้ยงตนและครอบครัวได้อย่างเต็มที่ แต่เมื่อร่างกายเข้าสู่วัยผู้สูงอายุแล้ว ผู้ที่ทำงาน

ในระบบราชการ รัฐวิสาหกิจ บริษัทต่างๆ ก็ต้องเกษียณอายุ ทำให้รายได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก เพราะฉะนั้น ในช่วงวัยสูงอายุนี้สภาพการเปลี่ยนแปลงของรายได้มีผลกระทบมาก ทั้งผู้สูงอายุในเมืองและในชนบทคงพบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องพึ่งพาอาศัยบุตรหลานญาติพี่น้อง ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีที่พึ่งก็ต้องดิ้นรนหาเลี้ยงตนเองต่อไปจนร่างกายไปไม่ไหว

3. ปัญหาด้านจิตใจ เกิดจากสาเหตุหลายประการที่สำคัญ ได้แก่

3.1 สาเหตุจากร่างกาย เนื่องจากอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทำงานได้ไม่เต็มที่เหมือนวัยหนุ่มสาว และการทำงานของอวัยวะบางอย่าง เช่น สมองหรือต่อมไร้ท่อมีผลโดยตรงต่อจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุซึมเศร้า ลึบสน วิตกกังวล ไม่สบายใจ นอกจากนั้น การที่ร่างกายอ่อนแอไม่กระฉับกระเฉงมีโรคภัย ทำให้ผู้สูงอายุคิดมาก คิดว่าตนเองเป็นภาระแก่ผู้อื่น ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นต้น

3.2 สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงการทำงาน ในวัยที่กำลังทำงานบุคคลจะมีภาระหน้าที่มากมาย ไม่มีเวลาว่างมากนัก แต่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วภาระการทำงานลดลงหรือบางคนหยุดทำงาน (เกษียณการทำงาน) มีเวลาว่าง จนทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวไม่ทัน คิดมากมองตนเองเป็นคนไร้ค่า

3.3 สาเหตุจากครอบครัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการอยู่กับครอบครัว ญาติ พี่น้อง และต้องการความอบอุ่น แต่ในสภาพเศรษฐกิจปัจจุบันบุตรหลานอาจจะต้องแยกครอบครัวหรือแยกไปประกอบอาชีพการงานที่อื่น ผู้สูงอายุจึงรู้สึกว่าเหวถูกทอดทิ้ง หมคำลังใจ คล้ายกับว่าลูกหลานไม่ดูแลเอาใจใส่

3.4 สาเหตุจากสภาพสังคม ในสมัยก่อนผู้สูงอายุถึงแม้ว่าจะพ้นจากหน้าที่การงานไปแล้วแต่ยังคงมีบทบาทเป็นเสมือนที่พึ่งที่ปรึกษาของคนหนุ่มสาว ในการประกอบกิจการงานต่าง ๆ แต่ในปัจจุบันสภาพแวดล้อม ทางสังคมเปลี่ยนไป บทบาทในส่วนนี้ของผู้สูงอายุดูเหมือนว่าจะถูกลดลงไปบ้าง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความน้อยใจเหมือนหมดความสำคัญ

4. ปัญหาการปรับตัว เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุต้องพ้นจากภาระการงาน พ้นจากหน้าที่ต่าง ๆ จากที่เคยติดต่อสื่อสารกับบุคคลต่างๆ มีผู้ร่วมงาน มีผู้ช่วย มีเจ้านาย หรือลูกน้อง กลับต้องมาอยู่ตามลำพัง ผู้สูงอายุจำนวนมากปรับตัวไม่ทันเหมือนว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่กะทันหันเกินไป เพราะเมื่อพ้นจากหน้าที่การงานมาแล้ว ผู้สูงอายุต้องปรับตัวใหม่กับสิ่งแวดล้อมในหลายสิ่งหลายอย่าง ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งที่ยากพอสมควรสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีการวางแผนหรือเตรียมตัวมาก่อน

5. ปัญหาความรู้ การไม่รู้ในที่นี้ หมายถึง ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตประจำวัน จากการสำรวจสภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยโดย

หน่วยงานต่าง ๆ และ นักวิจัยหลายท่านพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาน้อย จบประถมศึกษาปีที่ 4 และพบว่า ร้อยละ 70 ไม่สามารถเขียนหนังสือได้ และพบว่าผู้สูงอายุไม่ได้รับข่าวสารข้อมูล ไม่ทราบว่ามีการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การที่ผู้สูงอายุมีความรู้ที่น้อยเช่นนี้ ทำให้ผู้สูงอายุขาดความรู้พื้นฐาน ขาดข้อมูลที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพ ด้านอาชีพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และการได้รับการศึกษาน้อยยังเป็นอุปสรรคต่อการแสวงหาความรู้ข่าวสารข้อมูลเพิ่มเติม ทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง ปัญหานี้ยังมีความเกี่ยวพันเชื่อมโยงและก่อให้เกิดปัญหาในด้านอื่นๆ อีกมากมาย

จากการสำรวจสำมะโนประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการศึกษาน้อย โดยร้อยละ 90.7 จบระดับประถมศึกษาเท่านั้น ขาดข้อมูลในการดูแลสุขภาพตนเอง อีกทั้งยังมีอาชีพเกษตรกรรมซึ่งต้องทำมาหาเลี้ยงตน ทำให้ สุขภาพไม่ดี และพบว่าปัญหาหลักๆ ที่ผู้สูงอายุไทยต้องเผชิญอยู่นั้นมีดังนี้ (เพ็ญแข ประจันปัจฉิม , 2545 : 43-56)

1. ปัญหาด้านสุขภาพกาย โดยในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคที่คุกคามผู้สูงอายุมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเมเรียม และโรคเบาหวาน
2. ปัญหาด้านสุขภาพจิตจะพบมากในผู้สูงอายุ เนื่องจากสภาพร่างกายที่เสื่อมลง การเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขนาดใหญ่มาเป็นครอบครัวขนาดเล็ก และผลกระทบจากภาวะเศรษฐกิจ
3. ปัญหาไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้ การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ด้านสังคม บางครั้งอาจปรับตัวไม่ทัน ทำให้มีภาวะเครียด ซึมเศร้า โกรธง่าย น้อยใจ และมองโลกในแง่ร้าย
4. ปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ไม่มีที่อยู่อาศัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบท และตามชุมชนแออัดต่างๆ ที่ถูกละเลยทอดทิ้ง

2) ความต้องการของผู้สูงอายุ

เมื่อกล่าวถึงความต้องการของบุคคลโดยทั่วไปแล้ว มักพบว่า บุคคลย่อมมีความต้องการพื้นฐานของปัจจัย 4 ก่อน คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค ~~ได้รับ~~ ความต้องการพื้นฐานแล้วจึงมีความต้องการขั้นสูงต่อไป (สุภะสิทธิ์, 2543 : 19-23) สำหรับผู้สูงอายุนั้น ถ้าพิจารณากว้างๆ ความต้องการก็จะคล้ายคลึงกับความต้องการปัจจัย 4 ดังกล่าว แต่เมื่อพิจารณารายละเอียด จะพบว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่อยู่ในช่วงวัยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงและลดประสิทธิภาพ

จึงต้องปรับตัวให้เข้ากับสภาพที่เปลี่ยนแปลง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตลอดจนสภาพเศรษฐกิจ และอาชีพการงาน เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการในสภาพที่แตกต่างไปจากบุคคลในวัยอื่นๆ ผู้วิจัยจึงขอนำเสนอข้อคิดของนักวิชาการ นักจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องใน การกล่าวถึงความต้องการของผู้สูงอายุดังนี้

Maslow (1908 : 80) กล่าวถึงความต้องการของมนุษย์ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. มนุษย์ทุกคนมีความต้องการ (Needs) และความต้องการนี้ จะอยู่ตลอดเวลาไม่สิ้นสุด
2. ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้ว ก็จะไม่เป็นแรงจูงใจสำหรับพฤติกรรมนั้นต่อไปอีก
3. ความต้องการของมนุษย์ จะมีลักษณะเป็นลำดับจากต่ำไปสูง ตามลำดับความสำคัญ ซึ่งแบ่งความต้องการออกเป็น 5 ระดับ คือ
 - ระดับ 1 ความต้องการทางร่างกาย ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย เป็นต้น
 - ระดับ 2 ความต้องการความปลอดภัย ได้แก่ การหายจากความเจ็บป่วยการหายจากความหวาดกลัว เป็นต้น
 - ระดับ 3 ความต้องการความรัก และความต้องการการยอมรับ เช่น ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ เป็นต้น
 - ระดับ 4 ความต้องการในเกียรติยศ และความต้องการมีชื่อเสียง เช่น ความต้องการชื่อเสียงและได้รับการยอมรับจากสังคม เป็นต้น
 - ระดับ 5 ความต้องการที่จะได้รับความสำเร็จ หรือความต้องการเข้าใจและเป็นตัวของตัวเองอย่างถ่องแท้ เช่น อยากแสดงความสามารถที่มีอยู่สูงสุดของตนเองแก่ผู้อื่นในสังคม เป็นต้น

ดังนั้น เมื่อพิจารณาความต้องการของมนุษย์ตามที่ มาสโลว์ (Maslow) ที่ได้กล่าวไว้ จะพบว่าความต้องการระดับ 1 และระดับ 2 เป็นความต้องการส่วนบุคคล ระดับ 3 และระดับ 4 เป็นความต้องการทางสังคม ส่วนระดับ 5 เป็นความต้องการทางสติปัญญา

Knowles (1972 : 90-91) แบ่งความต้องการของมนุษย์ ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความต้องการขั้นพื้นฐาน (Basic Needs) ได้แก่ ความต้องการทางกายภาพ ความต้องการทางการเจริญเติบโต ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการประสบกับความสำเร็จ และความต้องการการยอมรับจากผู้อื่น

2. ความต้องการทางการศึกษา (Education Needs) เป็นผลมาจากแรงกระตุ้นของความต้อการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ร่วมกับสภาพแวดล้อม ที่ทำให้บุคคลต้องเรียนรู้ในบางสิ่งบางอย่างที่ตนเองขาดแคลนเพื่อให้ตนเองดีขึ้น ดังนั้นความต้องการทางการศึกษาคือ ช่องว่างระหว่างระดับความต้องการของบุคคลในปัจจุบันกับความปรารถนาที่อยากจะให้มีขึ้นในอนาคต

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข(2551 : 13) จากรายงานการวิจัยและพัฒนา ระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างต้องการบริการด้านสุขภาพและการรักษาเป็นลำดับแรก รองลงมาคือ การช่วยเหลือด้านการเงินและการสงเคราะห์ การมีกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ และการดูแลอาชีพ

วาทีณี บุญชะลิกย์ และคณะ (2551 : 12-13) จากรายงานการวิจัยและพัฒนา เพื่อ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุด้านสุขภาพกายนั้น ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคปวดเมื่อย ปวดข้อ ปวดหลัง กระดูก โรคกระเพาะ และโรคเบาหวาน โดยให้เหตุผลว่า เพราะทำงานหนักจนไม่มีเวลาดูแลตัวเอง และด้านการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมกิจกรรม และคิดว่าจะมีประโยชน์กับตนเองมากที่สุด โดยความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพที่ผู้สูงอายุต้องการสรุปได้ดังนี้ คือ 1) โภชนาการในผู้สูงอายุ 2) การออกกำลังกาย 3) สุขภาพและการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ 4) สมุนไพรและการนวดแผนโบราณ 5) การใช้ยา และ 6) การดูแลตนเองเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุ และในด้านกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในรอบ 12 เดือน ที่ประสบผลสำเร็จ คือ 1) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ 2) การให้ความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และ 3) เกมสหรือกิจกรรมเพื่อสุขภาพ

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี ผลงานวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุ และจากข้อคิด ข้อเขียนของนักจิตวิทยา นักวิชาการที่เกี่ยวข้อง และจากข้อค้นพบของนักวิจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสรุปความต้องการของผู้สูงอายุประการหลักๆ ได้ดังนี้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2551 : 13; วาทีณี บุญชะลิกย์และคณะ, 2551 : 12-13; เพ็ญแข ประจันปัจฉินัก, 2545 : 43-56; สุมาลี สังข์ศรี, 2543 : 19-23; Knowles, 1972 : 90-91 และMaslow, 1908 : 80)

1. ความต้องการด้านร่างกาย คือ ความต้องการพื้นฐานซึ่งคล้ายคลึงกับความต้องการของบุคคลวัยอื่น ๆ ได้แก่ ความต้องการอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความต้องการมีสุขภาพอนามัยที่ดี เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการในทางเสื่อมสภาพลง ทำให้มีโรคภัยไข้เจ็บโรคเรื้อรัง โรคประจำตัวได้ง่าย ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ไม่มีความสามารถประกอบอาชีพ

ซึ่งผู้สูงอายุเองก็ยังมีความต้องการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

2. ความต้องการด้านจิตใจ คือ ความต้องการได้รับความรัก

ความอบอุ่นใจ ความเอื้ออาทรจากบุตรหลานและจากบุคคลในครอบครัว ไม่ให้รู้สึกโดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้งรู้สึกว่ามีที่พึ่ง ลดภาวะซึมเศร้า สับสน วิดกกังวล ไม่สบายใจ เพราะบุคคลในวัยชราผู้นั้นอยู่ในสภาวะการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและด้านอื่นๆ รวมทั้งพบความพลัดพรากต่างๆ เช่น พลัดพรากจากสามีหรือภรรยา บุตรหลานแยกครอบครัวออกไป ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องอยู่ตามลำพัง จึงเกิดความรู้สึกว่าเหงา ท้อแท้ หดหู่กำลังใจได้ง่าย เพราะฉะนั้นความต้องการทางด้านนี้มีควมจำเป็นที่บุคคลผู้เกี่ยวข้องจะต้องตระหนักว่ามีความสำคัญมากเช่นกัน

3. ความต้องการทางสังคม คือ การมีความต้องการที่จะมีส่วนร่วม

ในสังคม ต้องการรู้สึกว่าเป็นบุคคลมีคุณค่า และมีประโยชน์ต่อสังคม ต้องการได้รับการยอมรับนับถือ และมีส่วนช่วยเหลือชุมชนและสังคม อาจพิจารณาได้ตั้งแต่ครอบครัวของผู้สูงอายุไปจนถึงชุมชนโดยรวม กล่าวคือ ต่อครอบครัว ผู้สูงอายุต้องการที่จะให้ความช่วยเหลือหรือทำประโยชน์ให้แก่บุตรหลาน เช่น ช่วยให้การคำแนะนำปรึกษาให้ข้อคิดให้แนวทางในการดำเนินชีวิต ซึ่งอยู่ในวิสัยที่ผู้สูงอายุจะทำได้ ต่อชุมชนต้องการที่จะทำตัวให้เป็นประโยชน์ต่อสังคมในฐานะที่เป็นผู้มีประสบการณ์ในด้านต่าง ๆ มาก่อน และพอมีเวลาที่จะสละให้แก่ชุมชนได้ จึงต้องการที่จะนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่มาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อคนรุ่นหลัง เช่น ผู้สูงอายุอาสาเข้าเป็นกรรมการหมู่บ้าน กรรมการกลุ่มพัฒนาต่าง ๆ ในชุมชน เป็นต้น

4. ความต้องการความรู้และประสบการณ์ใหม่ ๆ คือ ผู้สูงอายุต้องการรับความรู้ข้อมูล ข่าวสาร และประสบการณ์ใหม่ๆ เพื่อไปใช้ประโยชน์ในการปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการปรับตัวในการดำเนินชีวิตเพื่อลดการพึ่งพิง และสามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้โดยไม่ต้องเป็นภาระต่อผู้อื่นและสังคม

3.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ จากตำราเอกสารที่นักวิชาการและนักจิตวิทยาได้นำเสนอไว้เพื่อนำมาใช้ในการวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้สู่พลัง” ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.2.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) มีความหมายและความเกี่ยวข้องกับสองคำคือ พฤติกรรม (Behavior) และสุขภาพ (Health) (จิรศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ดัน สกุล, 2550 : 4) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายดังนี้

1) พฤติกรรม (Behavior)

ราชบัณฑิตยสถาน (2546 : 629) ให้ความหมาย พฤติกรรม (Behavior) ไว้ว่า หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกของกล้ามเนื้อ จากความคิดของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในจิตใจและภายนอก อาจทำไปโดยรู้ตัว หรือไม่รู้ตัว อาจเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ ผู้อื่นอาจสังเกตการกระทำนั้นได้ หรือสามารถใช้เครื่องมือทดสอบได้

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541 : 2) ให้ความหมาย พฤติกรรม (Behavior) ไว้ว่า หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไป เพื่อจุดประสงค์ใดจุดประสงค์หนึ่ง

อังสนันท์ อินทรกำแหง (2552 : 11) ให้ความหมาย พฤติกรรม (Behavior) ไว้ว่า หมายถึง ปฏิกริยา หรือ กิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมของคนหมายถึงปฏิกริยาต่างๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคมวัฒนธรรม พฤติกรรมแบ่งออกเป็น พฤติกรรมภายใน คือ ปฏิกริยา หรือ กิจกรรมภายในตัวบุคคล เช่น ความคิด ความรู้สึก การรับรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ ซึ่งมักไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยบุคคลอื่น แต่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดได้ ส่วนพฤติกรรมภายนอก คือ ปฏิกริยา หรือ กิจกรรมภายนอกตัวบุคคล เช่น การเดิน การยืน การกิน เป็นต้น พฤติกรรมของมนุษย์จึงเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่งซึ่งสามารถจะเข้าใจได้ ซึ่งต้องอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยาควบคู่กับเงื่อนไขสังคมขณะเกิดการเรียนรู้นั้น

Bloom (1975 : 165-197) กล่าวถึง พฤติกรรมว่า เป็นกิจกรรม ทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ และพฤติกรรมต่างๆ นี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective Domain) และ พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain)

Bandura (1977 : 192) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ หรือ ความเชื่อที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อความคิดของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในจิตใจและภายนอก อาจทำไปโดยรู้ตัว ไม่รู้ตัว อาจเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์ ผู้อื่นอาจสังเกตการกระทำนั้นได้และสามารถใช้เครื่องมือทดสอบได้

จากความหมายของพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยขอสรุปว่า
พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออก หรือการกระทำกิจกรรมใดๆ ของมนุษย์ที่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น
โดยเกิดจากความรู้ความเข้าใจและความเชื่อหรือเจตคติของคนที่มีบทบาทต่อการแสดงออกนั้น

2) แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

จรัสศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล (2550 : 5) ได้สรุป
แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมไว้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

แนวคิดที่ 1 เชื่อว่า สาเหตุของพฤติกรรมเกิดจากการตัดสินใจของ
ตนเอง (ปัจจัยภายในตัวบุคคล) รากฐานของแนวคิดนี้ ตั้งอยู่บนสมมุติฐานที่ว่า สาเหตุของการเกิด
พฤติกรรม หรือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมนั้นมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้
เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมนั้น เป็นต้น นักพฤติกรรมศาสตร์
ที่สนใจแนวคิดนี้จึงมุ่งศึกษาและสร้างทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้ เจตคติและการเปลี่ยนแปลงเจตคติ
และทฤษฎีแรงจูงใจ เป็นต้น

แนวคิดที่ 2 เชื่อว่า สาเหตุของพฤติกรรมเกิดจากปัจจัยภายนอก
ตัวบุคคล รากฐานของแนวคิดนี้ตั้งอยู่บนสมมุติฐานที่ว่า สาเหตุของพฤติกรรมเกิดจากปัจจัยภายนอก
ตัวบุคคล ดังนั้นนักพฤติกรรมศาสตร์กลุ่มนี้จึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยต่างๆ ทางด้านสิ่งแวดล้อม ระบบ
สังคมการเมือง เศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบด้านประชากร ลักษณะทางภูมิศาสตร์และ
วัฒนธรรม เป็นต้น

แนวคิดที่ 3 เชื่อว่า สาเหตุของพฤติกรรมมาจากปัจจัยหลายๆ ปัจจัย
รากฐานของแนวคิดนี้ตั้งอยู่บนสมมุติฐานที่ว่า สาเหตุของพฤติกรรมของคนนั้นเกิดจากหลายปัจจัย
ด้วยกันทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

สำหรับในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทั้ง 3 นี้ เพื่อพัฒนาปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมของผู้สูงอายุให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งใช้หลักการ
วิเคราะห์การเกิดของพฤติกรรมที่ว่า การแสดงออกของพฤติกรรมหนึ่งๆ อาจมาจากหลายสาเหตุ
ก็ได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของผู้สูงอายุโดยการให้ความรู้ ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก
ให้กับผู้สูงอายุ เพื่อการเกิดความรู้ความเข้าใจ นิยมขึ้นชอบ แล้วแสดงออกทางปฏิบัติพฤติกรรม

3) สุขภาพ (Health)

สุขภาพ คือ รากฐานสำคัญของชีวิตที่ทำให้มนุษย์สามารถดำเนิน
ชีวิตได้ตามปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี การดูแลสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ (สฤณา บุญนารากร, 2551)

ความหมายของสุขภาพ

คำว่า “สุขภาพ” (Health) มีรากศัพท์มาจากภาษาอังกฤษโบราณ มีความหมายว่า “Safe or sound and whole of body” (Sorghum, 1970 cited in Pender, Murdaugh & Parson, 2006 : 17) หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้นิยามว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข มิใช่เพียงแต่ปราศจากโรค และความพิการเท่านั้น (World Health Organization, 1998)

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้คำจำกัดความว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ

ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2544 : 153-167) เสนอแนวคิดของการมีสุขภาพดีว่ามีสาเหตุมาจากพฤติกรรมตามคำกล่าวที่ว่า พฤติกรรมสุขภาพมีผลต่อการมีสุขภาพดี สุขภาพจิตดีและปราศจากโรคของบุคคลทำให้บุคคลมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วาสนา คุณาอภิสิทธิ์ (2547 : 17-42) มีแนวคิดว่า สุขภาพหรือสุขภาวะ (Wellness หรือ Well-being) หมายถึง ความเป็นอยู่ดี หรือภาวะที่สุขในลักษณะองค์รวมของสุขภาพ ด้านต่างๆ คือ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางปัญญา สุขภาวะทางอารมณ์ สุขภาวะทางสังคม และ สุขภาวะทางจิตวิญญาณ มีพื้นฐานโยงใยมาจากการมีสุขภาพดี (Healthy) แบบดีที่สุด เหมาะที่สุด และเป็นที่น่าพอใจที่สุด

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ให้ความหมายว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

วาทีณี บุญชะลิกย์ และคณะ (2551) จากรายงานการวิจัยและพัฒนา เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า การมีสุขภาพดีนั้นจะต้องมีการเตรียมตัว ตั้งแต่นั้นๆ และจะต้องได้รับการส่งเสริมสนับสนุนที่ถูกต้อง

จากความหมายของสุขภาพดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

4) พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพอาจมีการใช้คำที่แตกต่างกันออกไปได้บ้าง โดยทั่วไปมักใช้คำว่า พฤติกรรมสุขภาพ ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยตีความหมาย

ของพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ในความหมายเดียวกัน ได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้หลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอนำมากล่าวไว้โดยสังเขปดังนี้

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541 : 8) ให้นิยามศัพท์ ส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไป เพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันหรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ ไม่ว่าพฤติกรรมนั้นๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (43 : 74) กล่าวว่าไว้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ของร่างกายที่แสดงออกมา เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก (Covert and Overt Behavior) ที่คาดหวังให้บุคคลนั้นมีสุขภาพอนามัยที่ดีไม่เป็นโรคและป้องกันไม่ให้เกิดโรคหรืออยู่ในสภาวะที่ไม่ทำให้เกิดโรคได้ง่าย ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพนั้นจะเป็นกิจกรรมที่สังเกตเห็นได้หรือไม่สามารถสังเกตเห็นได้ แต่สามารถวินิจฉัยได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ มีหรือไม่มี โดยใช้วิธีการหรือเครื่องมือทางด้านจิตวิทยา

กำธร พรหมณ์โสภี (2552:1-4) ให้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

1. ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือกิจกรรมใดๆ ในด้านการป้องกันการสร้างเสริม การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ อันมีผลต่อสภาวะทางสุขภาพของบุคคล

2. พฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ พฤติกรรมการป้องกัน หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลในการป้องกัน พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อร่างกายมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย และพฤติกรรมบทบาทของการเจ็บป่วย หมายถึง การ ปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้รับผลการวินิจฉัยโรคแล้ว

3. องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

3.1 พฤติกรรมด้านความรู้ หรือพุทธิปัญญา หมายถึง สิ่ง que แสดงให้บุคคลนั้นรู้และคิดเกี่ยวกับสุขภาพหรือโรคต่างๆ

3.2 พฤติกรรมด้านทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ หมายถึง สภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ หมายถึง สิ่งที่บุคคลปฏิบัติออกมา

4. ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ

4.1 พฤติกรรมที่พึงประสงค์ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติ แล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง

4.2 พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือ พฤติกรรมเสี่ยง หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วอาจนำไปสู่การเกิดอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพของตนเองและผู้อื่น

อังศินันท์ อินทรกำแหง (2552 : 11) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพหมายถึงการกระทำการปฏิบัติการแสดงออกและทำที่ที่จะกระทำซึ่งจะก่อให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และการงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

Kasl & Cobb (1976 : 985-988) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยและส่งเสริม ให้มีภาวะสุขภาพที่ดี จุดมุ่งหมายของการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ คือ การทำให้มีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ชะลอการเกิดโรค ตลอดจนให้มีความพึงพอใจในชีวิต พฤติกรรมสุขภาพสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค(Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้นได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์ การตรวจสุขภาพ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลที่กระทำเมื่อมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าเป็นอาการของการเจ็บป่วย โดยพยายามอธิบายหรือตีความอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของ ตนเอง การปรึกษาเพื่อนญาติ พี่น้อง และการพยายามแสวงหาความช่วยเหลือ การรักษาพยาบาลต่างๆ เพื่อให้อาการนั้นๆ หายหรือหมดไป ก่อนที่บุคคลนั้นจะมาหาแพทย์

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค(Sick-Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้วหรือเป็นการกระทำที่ตนเอง หรือบุคคลอื่นกำหนดและให้การยอมรับว่าเป็นผู้ป่วย โดยบุคคลนั้นจะต้องเข้าสู่บทบาทผู้ป่วยตามที่สังคมนั้นๆ กำหนด

จากความหมายของพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออก หรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ และการงดเว้นไม่กระทำหรือการไม่ปฏิบัติของบุคคลที่มีผลดีหรือผลเสียต่อ

สุขภาพโดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพ ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล

5) แนวคิดทางพฤติกรรมสุขภาพ

ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิดทางพฤติกรรมด้าน

การศึกษาของบลูม (Bloom, 1976) ได้แบ่งลักษณะของพฤติกรรมออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่

(1) พฤติกรรมสุขภาพด้านพุทธิพิสัย หรือพฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆ รวมถึงการพัฒนาความสามารถทักษะทางสติปัญญา ซึ่งเริ่มต้นจากระดับความรู้ง่าย ๆ และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญาขึ้นเรื่อย ๆ ตามลำดับขั้น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ก. ความรู้ (Knowledge) จัดเป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งเป็นเพียงแค่จำได้ นึกได้ หรือจากการมองเห็น ได้ยิน ได้แก่ จำชื่อโรค จำอาการเจ็บป่วย เป็นต้น

ข. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นอาการที่เกิดจากประสบการณ์ การรู้การได้ฟังและเข้าใจในข่าวสารนั้นๆ โดยแสดงออกมาในรูปของทักษะความสาม

การแปล คือ ความสามารถในการอธิบายโดยที่ความหมายของข่าวสารการรับรู้เหมือนเดิม

การให้ความหมาย คือ การให้ความคิดเห็น หรือข้อสรุปตามที่บุคคลนั้นเข้าใจ

การคาดคะเน คือ ความสามารถในการตั้งความคาดหมาย หรือคาดหวังว่าจะอะไรเกิดขึ้น สภาพการณ์แนวโน้มเป็นอย่างไร

ค. การประยุกต์หรือนำความรู้ไปใช้ (Application) เป็นการแก้ปัญหา เพื่อแสดงให้เห็นว่าเข้าใจหลักการทฤษฎี และวิธีการต่าง ๆ ในการแก้ปัญหา

ง. การวิเคราะห์ (Analysis) ประกอบด้วย 3 ขั้น คือ ขั้นที่ 1 ความสามารถในการแยกองค์ประกอบของปัญหา

หรือสภาพการณ์ ออกเป็นส่วน ๆ เพื่อทำความเข้าใจส่วนประกอบต่าง ๆ ให้ละเอียด

ขั้นที่ 2 ความสามารถในการมองเห็นความสัมพันธ์อย่างแน่ชัดของส่วนประกอบเหล่านั้น

ขั้นที่ 3 ความสามารถในการมองเห็นหลักการผสมผสานระหว่างส่วนประกอบที่รวมกันเข้าเป็นปัญหาหรือสภาพการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

จ. การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถในการนำเอา ส่วนประกอบของหลาย ๆ ส่วนมารวมกันเป็นส่วนรวมซึ่งมีโครงสร้างแน่ชัด ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับ ประสบการณ์และความคิดสร้างสรรค์

ฉ. การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการให้ค่าต่อ ความรู้หรือข้อเท็จจริง ซึ่งต้องอาศัยเกณฑ์หรือมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นองค์ประกอบในการให้ แล้วจะปรากฏผลออกมาในรูปของคุณภาพและปริมาณ

(2) พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตพิสัย หรือด้านทัศนคติ (Affective Domain) เป็นความเชื่อความเข้าใจ ความรู้สึก ทำที่ ความชอบ ความไม่ชอบ ทัศนคติ การให้คุณค่า การรับ การ เปลี่ยน หรือการปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ ซึ่งเป็นเรื่องภายในจิตใจของบุคคล กระบวนการเกิดพฤติกรรมด้านเจตพิสัย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ก. การรับหรือการให้ความสนใจ (Receiving) คือ จะเป็นขั้นของ สภาพจิตใจขั้นแรกเพื่อนำไปสู่จิตใจขั้นต่อไป ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์เดิมของแต่ละคนที่มี สิ่งเร้าหรือสิ่งกระตุ้น นั้น โดยบุคคลจะมีสภาพจิตใจ 3 ลักษณะ คือ

ก) เกิดความตระหนักหรือรู้สึกว่ามีเกิดขึ้นในจิตใจ สำนึกว่า เป็นสิ่งที่ถูกหรือผิด ดี ไม่ดี ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจเท่านั้น

ข) ความเต็มใจที่รับสิ่งที่กระตุ้นนั้น

ค) การเลือกรับหรือการเลือกให้ความสนใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่ เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางบวกของบุคคลมากกว่าความรู้สึกในทางลบ

ข. การตอบสนอง (Responding) เป็นความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า หรือสถานการณ์ที่มากระตุ้น เกิดความยินยอม ความเต็มใจ และความพอใจที่จะตอบสนองต่อ ความรู้สึก แต่ยังไม่ว่างเกิดค่านิยมหรือทัศนคติต่อสิ่งเร้านั้นได้

ค. การสร้างคุณค่า และค่านิยม (Value) ในขั้นนี้บุคคลจะกระทำ ปฏิกริยาหรือมีพฤติกรรมที่แสดงว่าเขายอมรับหรือรับรู้ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่มีความค่าสำหรับตัวเขา หรือ แสดงว่าเขามีค่านิยมหรือเกิดความรู้สึก ทัศนคติ หรือความตระหนักและพร้อมที่จะตอบสนองให้อยู่ ในภาวะที่เขาสามารถบังคับได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นอย่างแท้จริง

ง. การจัดระบบหรือการจัดกลุ่มค่า(Organization) เป็นการจัดกลุ่ม ของค่านิยมที่เกิดขึ้นจากการให้ค่า โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น

จ. การแสดงลักษณะค่านิยมที่ยึดถือ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย ในขั้นนี้ โดยแสดงให้เห็นลักษณะที่บุคคลสร้างปรัชญาชีวิตสำหรับตนเอง หรือคิดกฎง่ายๆ ในการ ปฏิบัติตน โดยมีการพิจารณาถึงเหตุผลด้านความสุข ความปลอดภัย ศีลธรรมจรรยา เป็นต้น

(3) พฤติกรรมสุขภาพด้านทักษะพิสัย หรือด้านการปฏิบัติ

(Psychomotor Domain) เป็นความสามารถในด้านการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบทำงาน ของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายหรือความสามารถในการแสดงออกทางกาย ซึ่งเป็นพฤติกรรม ขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษา ซึ่งจะต้องอาศัยกระบวนการทางพฤติกรรมในระดับต่างๆ ดังกล่าวมาแล้ว คือ ด้านความรู้และทัศนคติ ซึ่งพฤติกรรมนี้เมื่อแสดงออกจะประเมิณผลได้ง่าย แต่ในการเกิดขึ้นของพฤติกรรมต้องอาศัยระยะเวลา เพราะการตัดสินใจมีหลายขั้นตอน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ก. การเลียนแบบ (Limitation) เป็นการเลือกตัวแบบหรือตัวอย่าง ที่สนใจ

ข. การทำตามแบบ (Manipulation) เป็นการลงมือกระทำตาม แบบที่สนใจ

ค. การมีความถูกต้อง (Precision) เป็นการตัดสินใจเลือกทำตาม แบบที่เห็นว่าถูกต้อง

ง. การกระทำอย่างต่อเนื่อง (Articulation) เป็นการกระทำที่เห็นว่า ถูกต้องอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

จ. การกระทำโดยธรรมชาติ (Naturalization) เป็นการกระทำจนเกิด ทักษะ สามารถปฏิบัติได้โดยอัตโนมัติหรือเป็นปกติเป็นประจำทุก ๆ วัน

จากแนวคิดดังกล่าว สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการพัฒนาด้าน แนวคิดด้านสุขภาพให้กับบุคคล โดยเริ่มจากการพัฒนาด้านความรู้ ทัศนคติ และด้านการปฏิบัติ นำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องที่ปรารถนาและเหมาะสม และนำไปใช้ในการจัดกิจกรรม พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมต่อไป สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดดังกล่าว เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

3.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากแนวคิดทฤษฎีของพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ให้หมาย พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ว่าหมายถึง การแสดงออกการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของ ผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน เพื่อการมี ความสุขสบายของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

ซึ่งแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่อง การที่ผู้สูงอายุจะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ต้องใช้

ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ร่วมกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงใช้ภาวะสุขภาพที่ดี

3.3.1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender's Health Promoting Model)

Pender (1996 : 66-73) ได้พัฒนาแบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior) ไว้ว่า หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลประพฤติหรือปฏิบัติเพื่อให้สุขภาพดี มีศักยภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม (Pender, Murdaugh & Parsons, 2002 : 7-10) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะคงอยู่อย่างยั่งยืน และสามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตได้ โดยผสมผสานกับรูปแบบการดำเนินชีวิตซึ่ง ส่งผลให้เกิดประสบการณ์ด้านสุขภาพไปในทางบวก การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจะทำให้สุขภาพของผู้ปฏิบัติดีขึ้น แนวทางปฏิบัติประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการจัดการความเครียด และด้านโภชนาการ ซึ่งในแต่ละด้านมีรายละเอียดดังที่ Pender, Murdaugh & Parsons, 2002 : 68-74)

1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility)

เป็นพฤติกรรมที่ บุคคล สนใจในสุขภาพของตนเอง โดยการเลือกพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพสำหรับตนเอง เป็นการกระทำให้มีความสุข และทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งบุคคลต้องมีความรับผิดชอบเอาใจใส่สุขภาพตนเองโดยเฉพาะผู้สูงอายุมักจะเลยในการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง และมองว่าความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์หรือบุตรหลาน มีผลทำให้เกิดการพึ่งพิง (Ebersole & Hess, 1994) จากการศึกษาของ ปิ่นนเรศ ศาสอุดม และคณะ (2550 : 80) พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และผลการศึกษาของ (วาทีนิ บุญชะลิกษ์ และคณะ, 2547 : 47) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมองเรื่องการดูแลสุขภาพเฉพาะเมื่อตอนเจ็บป่วยเท่านั้น และภาระการดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่ของบุตรหลาน วอล์คเกอร์ (Walker, 1995) เสนอแนะถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพว่าประกอบไปด้วยความเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง การศึกษาข้อมูลทางด้านสุขภาพ การพบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ หรือปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีการตรวจสุขภาพทั่วไปเป็นประจำทุกปีหรืออย่างน้อย 6 เดือน และแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ทันทีที่พบสิ่งผิดปกติ หรือการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

2) ด้านกิจกรรมทางกาย (Physical Activity)

กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายโดยอาศัยระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ มีการเผาผลาญหรือใช้พลังงานที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่นการนั่ง การยืน ซึ่งต้องทำติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 10 นาที หรือมากกว่า จนกระทั่งรู้สึกหายใจเร็วขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น เกิดความล้า และปฏิบัติตามกิจกรรมเหล่านี้ อย่าง น้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ กิจกรรมทางกายมีประโยชน์ต่อสุขภาพในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุพบว่า เมื่อมีอายุมากขึ้นการมีกิจกรรมทางกายจะลดลง เนื่องจาก มีปัญหาโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคกระดูกพรุน เป็นต้น จากการศึกษาของ ปิ่นนเรศ กาศอุดมและคณะ (2550 : 81) พบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางและการศึกษาของวาทีณี บุญชะลิกย์และคณะ (2547 : 1-3) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากคิดว่าตนเองได้ออกกำลังกายอยู่แล้ว จากการทำงาน การกำหนดให้มีกิจกรรมทางกายที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงมีความจำเป็น (Friedman, 1992) กล่าวว่า ปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิต อย่างสุขของคนทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูและส่งเสริมสมรรถภาพทางกาย ช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย และลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคที่สำคัญ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคกระดูกพรุน เป็นต้น

3) ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth)

ด้านจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่มีพลังอำนาจเหนือตนเอง ซึ่งการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ เป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ของตนเองที่จะก่อให้เกิดการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความพึงพอใจในความสำคัญของตนเอง และภูมิใจในความสำเร็จของตนเองรวมถึงความเชื่อทางศาสนา ซึ่งจะช่วยให้บุคคลได้พบกับความสงบสุขในชีวิต ทั้งนี้มีเป้าหมายคือการพัฒนาจิตของบุคคลโดยการผ่านสิ่งที่เหนือธรรมชาติ (Transcending) การติดต่อ(Connecting) และการพัฒนา(Developing) สิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติจะทำให้บุคคลรู้สึกถึงความสมดุลของตนเองในอันที่จะนำมาซึ่งความสงบสุขและเปิดกว้างในการรับสิ่งใหม่ ๆ เกิดความคิดสร้างสรรค์ การติดต่อเป็นความรู้สึกกลมกลืนไปกับสิ่งต่างๆ ในโลก และการพัฒนาเกี่ยวข้องกับ การค้นหาความหมายในชีวิตและทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ คาร์สัน(Carson, 1989) กล่าวว่า ในมุมมองของบุคคลแบบองค์รวม บุคคลย่อมประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ และจิต วิญญาณ ซึ่งมีความสัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ มีความผสมผสานกันในแต่ละองค์ประกอบ เพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ วัยสูงอายุเป็นวัยหนึ่งที่ภาวะจิตวิญญาณมีความสำคัญ มาก เนื่องจากจิตวิญญาณของผู้สูงอายุจะขึ้นอยู่กับพัฒนาการทางจิตวิญญาณที่ผ่านมา และจะไม่หยุดนิ่งเหมือนมิติทางด้านร่างกายและสังคม

4) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation)

การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์และได้รับการสนับสนุนต่างๆ เช่น ลดความตึงเครียด ช่วยแก้ปัญหาและสภาพการณ์ต่าง ๆ จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมในทางที่เสื่อมลง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นของผู้สูงอายุได้แก่ กับบุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน สังคม รวมถึงบุคลากรทางด้านสุขภาพ จะทำให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็น คำปรึกษา คำตักเตือน คำลงใจ หรือการสนับสนุนทางการเงิน ซึ่งสามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ผู้สูงอายุเผชิญอยู่ ทำให้เกิดความภูมิใจ เกิดความรู้สึกที่ดี ช่วยลดความเครียด สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพที่ดี โดยทั่วไปแล้วผู้สูงอายุมักมีความต้องการทางด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ต้องการอยู่บ้าน อยากมีลูกหลานห้อมล้อม ดังนั้นในการสนองความต้องการจึงควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Pender, 1996 : 66-73)

5) ด้านการจัดการความเครียด (Stress Management)

การจัดการความเครียด เป็นการปฏิบัติที่ช่วยให้เกิดการผ่อนคลายลดความตึงเครียด มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีการใช้เวลาว่างที่เหมาะสม และมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม จากการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่การงาน รายได้ บทบาท และสถานะทางครอบครัว การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ซึ่งความเครียด จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง อาจเกิดความผิดปกติทางจิตรุนแรงได้ (Pender, 1996 : 66-73)

ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด เช่น มีการจัดเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม มีการจัดตารางเวลาในการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสมเพื่อลดความรีบเร่ง การเพิ่มความทนต่อความเครียด ได้แก่ การออกกำลังกาย การรู้จักหาทางออกเมื่อเผชิญปัญหาต่าง ๆ การรู้จักสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การผ่อนคลาย(Relaxation) การทำสมาธิ (Meditation) การฝึกการหายใจ การใช้จิตควบคุมการตอบสนอง (Biofeedback) การควบคุมร่างกายตนเองให้ผ่อนคลาย (Autogenic Training) การหาเวลาว่างในการทำงานอดิเรก ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนใจและมีความถนัด ความพึงพอใจ ความเคยชิน และความเหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุแต่ละคน

6) ด้านโภชนาการ (Nutrition)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ เป็นการปฏิบัติในการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร การควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ ภาวะโภชนาการเป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีสุขภาพดี และมีบทบาทที่ จำเป็นอย่างยิ่งในการฟื้นฟูและการป้องกันโรค ทั้งนี้จุดมุ่งหมายในการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ มี 2 ประการ คือ

6.1 การบริโภคอาหารหลายอย่างในปริมาณที่เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย

6.2 การบริโภคอาหารในปริมาณที่เหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งน้ำหนักตัว ที่เหมาะสม โดยใช้ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เป็นเครื่องชี้วัด

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุควรต้องมีพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหาร ที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัยที่มีพัฒนาการในทางเสื่อมสภาพลง กล่าวคือ สารอาหารที่สามารถ ต่อต้าน การทำลายเซลล์ให้ทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ทำให้สุขภาพอนามัยดี มีภูมิคุ้มกันต้าน โรคภาวะการเกิด ความเจ็บป่วย (เจลิชว ปิยะชน, 2552, 25-26; บรรลุ ศิริพานิช, 2542 : 45-50)

อย่างไรก็ตาม ได้มีนักวิชาการหลายท่านที่นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์มาประยุกต์เป็นข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ ได้แก่

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2548 : 8) เสนอแนะวิธีการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมอ พฤติกรรม การกินที่ถูกต้องได้สัดส่วนครบถ้วน การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง การสร้างทักษะชีวิต การมี ความสามารถใน การเผชิญสถานการณ์ทางสังคมได้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนต่อสุขภาพ การมี พัฒนาการทาง จิตวิญญาณ และมีการเรียนรู้ที่ดี

บรรลุ ศิริพานิช (2550 : 39-72) เสนอแนะพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุเพื่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การได้รับอาหารหรือโภชนาการที่ถูกต้อง การได้ออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพการมีสุขภาพจิตที่ดี และการตรวจร่างกายประจำปี

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551 : 13-16) เสนอพฤติกรรม สุขภาพของผู้สูงอายุ โดยแพทย์หญิงอารยา ทองผิว จากหนังสือพิมพ์บ้านเมือง วันที่ กุมภาพันธ์ 2548 ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายใจที่ดีขอให้ยึดหลัก 11 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อนามัย อุจจาระ ปัสสาวะ อากาศและแสงอาทิตย์อารมณ์ อติเรก อนาคต อบอุ่น อุบัติเหตุ

เจเลียว ปิยะชน (2552 : 52-81) นำเสนอปัจจัย 3 ส่วน คือ หนึ่งการที่ชีวิตได้รับสิ่งหล่อเลี้ยงเข้าสู่ชีวิต ได้แก่ อาหาร น้ำ อากาศ สองอิทธิพลของปัจจัยสังคมและสิ่งแวดล้อม และสามพลังงานในบรรยากาศที่มองไม่เห็น เมื่อรับเข้าสู่ชีวิตก็บูรณาการสิ่งต่างๆ เหล่านี้เข้าเป็นส่วนหนึ่งของตัวเรา เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต สร้างเซลล์ใหม่ ซ่อมแซมเซลล์ ขจัดพิษของเสีย และที่สำคัญให้พลังงานเพื่อดำเนินชีวิตต่อไป

จากการปริทรรศน์แนวคิดทฤษฎี วรรณกรรมที่ เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและหลักทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุดังที่ได้กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดประเด็นพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ (Penckner's Health Promoting Model) ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติ 6 ด้าน และหลักทฤษฎีความชราภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ทฤษฎีความสึกหรอ (The Wear and Tear Theory) ทฤษฎีระบบประสาทและฮอร์โมน (The Neuro-endocrine Theory) ทฤษฎีการควบคุมทางพันธุกรรม (Genetic Control Theory) และทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) เพื่อนำไปสร้างหน่วยระบบทำงานของยุทธศาสตร์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดย “การเรียนรู้สู่พลัง” ได้แก่ ประเด็นที่เป็นการปฏิบัติที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ช่วยซ่อมแซมสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันร่างกายให้ปลอดภยันตรายโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ และประเด็นที่เป็นการปฏิบัติเพื่อลดภาวะเจ็บป่วยหรือปัญหาที่ผู้สูงอายุเผชิญอยู่ดังนี้ คือ 1) เลือกรับประทานอาหารที่มีสารอนุมูลอิสระ 2) เลือกดื่มน้ำที่สะอาดอย่างเพียงพอทุกวันๆ ละ 8-10 แก้ว 3) เลือกสูดหายใจรับอากาศที่ดีและบริสุทธิ์เข้าสู่ร่างกายทุกวันๆ ละ 2 ครั้งๆ ละ 5-10 นาที 4) เลือกออกกำลังกายโดยการเดินเพื่อสุขภาพทุกวันๆ ละ 30 นาที 5) นวดเหยียบคลายกล้ามเนื้อและขยายเส้นเลือดทุกสัปดาห์ๆ ละ 60 นาที 6) ผ่อนคลายอารมณ์และจิตใจโดยการฝึก สมาธิทุกวันๆ ละ 20-30 นาที และ 7) ปรึกษาแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพอยู่เสมอ เพื่อสร้างเป็นรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เรียกว่า ยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้สู่พลัง” โดยมีรายละเอียดแต่ละด้านตามที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวน แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. เลือกรับประทานอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นต่อร่างกายมนุษย์ ทำให้มนุษย์ดำรงชีวิตอยู่ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้การเปลี่ยนแปลงด้านสรีระในทางที่เสื่อมสภาพลง การขาดความอ่อนหยุ่นทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดความรู้ความเข้าใจด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ยังนับว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในด้านรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม โดยพบว่าผู้สูงอายุไทยประมาณร้อยละ 65-70 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาตอนต้นหรือ

ต่ำกว่า ในขณะที่ร้อยละ 15-30 ไม่เคยได้รับการศึกษาในโรงเรียนเลย ทำให้ขาดพฤติกรรมสุขภาพ ในการเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2553 : 1)

1.1 การดูแลโภชนาการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีคุณภาพเพื่อส่งเสริมการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ทั้งนี้ ต้องเป็นอาหารที่ให้พลังงานลดลง เนื่องจากเป็นวัยที่ใช้พลังงานน้อยกว่าวัยอื่นๆ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรได้รับอาหารทั้ง 6 ประเภท ดังนี้ (บรรลุ ศิริพานิช, 2549 : 41-48; วันดี โภคะกุล 2547 : 57-61)

1.1.1 คาร์โบไฮเดรต (ควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ซึ่งควรรับประทานอาหาร ประเภทนี้ในรูปของข้าวซ้อมมือ แป้ง เผือก มัน ถั่วเขียว ธัญพืชต่างๆ โดยลดปริมาณให้ลดลงคิดเป็นพลังงานเพียงร้อยละ 50-60 ของพลังงานทั้งหมด นอกจากนั้น ผู้สูงอายุไม่ควรบริโภคน้ำตาลทราย แต่ควรบริโภคในรูปของน้ำตาลจากธรรมชาติ เช่น ผลไม้ ทั้งนี้เพื่อลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานหรือไขมันในเส้นเลือดสูง

1.1.2 โปรตีน ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนร้อยละ 12-15 ของพลังงานทั้งหมด เพื่อช่วยซ่อมแซมเซลล์ส่วนที่สึกหรอของร่างกาย โดยรับประทานโปรตีนประมาณวันละ 1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ซึ่งเท่ากับ 50-60 กรัมต่อวัน ซึ่งได้จากเนื้อสัตว์ ไข่ นม และถั่วเมล็ดแห้ง โปรตีนที่เป็นเนื้อสัตว์ที่อุดมด้วยกรดอะมิโนครบองค์ประกอบหรือที่เรียกว่า โปรตีนคุณภาพดี ได้แก่ ปลา เนื้อ ด้ับ ไข่ นม และถ้าผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการขับถ่าย เช่น ท้องเสีย ภายหลังดื่มนมเนื่องจากขาดเอนไซม์แลคโตส ก็ควรแนะนำให้รับประทานโยเกิร์ตแทนนมได้ หรือให้ดื่มนมในปริมาณน้อยภายหลังรับประทานอาหารรับประทานไข่ 2-3 ฟอง/สัปดาห์ ในรายที่มีระดับไขมันในเลือดสูงควรรับประทานเฉพาะไข่ขาวต้มหรือน้ำมันถั่วเหลืองอย่างน้อยวันละ แก้ว

1.1.3 ไขมัน ผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานลดลง ดังนั้นจึงมีความต้องการอาหารประเภทไขมันลดลงด้วย เนื่องจากอาหารที่ให้พลังงานสูงสุด คือ ไขมัน โดยควรได้รับไขมันไม่เกินร้อยละ 25-30 ของปริมาณพลังงานที่ได้รับต่อวัน ไขมันที่ร่างกายได้รับส่วนใหญ่มาจากการปรุงอาหารด้วยน้ำมันพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันถั่วลิสง น้ำมันงา น้ำมันข้าวโพด น้ำมันเมล็ดดอกทานตะวัน น้ำมันรำข้าว น้ำมันเมล็ดฝ้าย ประโยชน์ของกรดไขมันไม่อิ่มตัว คือ ช่วยเพิ่มการขับถ่ายโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ (Cholesterol and Triglyceride) ออกจากร่างกายสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาเรื่องระดับโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ควรได้รับน้ำมันพืชประมาณวันละ 1 - 2 ช้อนโต๊ะ แหล่งไขมันส่วนอื่นจะพบในเนื้อสัตว์ นม และไข่ ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานเครื่องในสัตว์ หนังเป็ด หนังไก่ เพราะอาหารเหล่านี้มีไขมันสูงเกินความจำเป็น

1.1.4 เกลือแร่ หรือแร่ธาตุต่างๆ ผู้สูงอายุมีความต้องการแร่ธาตุต่างๆ เท่ากับวัยผู้ใหญ่ เพียงแต่ปัญหาที่พบก็คือ การบริโภคที่ไม่เพียงพอ และการดูดซึมแร่ธาตุของผู้สูงอายุลดน้อยลง แร่ธาตุที่ผู้สูงอายุมักได้ไม่เพียงพอ คือ เหล็ก และแคลเซียม ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว หรือผลิตภัณฑ์ของนม หรือรับประทานอาหารทะเล จำพวกปลาตัวเล็ก กุ้งแห้ง เพื่อให้ได้แคลเซียมในปริมาณที่เพียงพอ คือ 800 มิลลิกรัมต่อวัน นอกจากนี้เนื้อสัตว์ต่างๆ ธัญพืชและผักใบเขียวก็เป็นแหล่งอาหารที่ให้แคลเซียมด้วย และเพื่อช่วยในการดูดซึมแร่ธาตุต่างๆ ได้ดีขึ้นจึงควรรับประทานผักสด ผลไม้ และธัญพืชไม่ขัดสีด้วย

1.1.5 วิตามิน ผู้สูงอายุมีความต้องการวิตามินเท่ากับวัยผู้ใหญ่ วิตามินบางตัว เช่น วิตามิน A, D และ C จะช่วยยับยั้งการเกิดอนุมูลอิสระอันก่อให้เกิดโรคภัยต่างๆ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรรับประทานผักและผลไม้สดเป็นประจำโดยรับประทานพร้อมกับอาหาร และผลไม้ภายหลังรับประทานอาหาร ปัญหาที่อาจพบได้เมื่อรับประทานผักสดผลไม้ คือ ท้องอืด หรือผู้สูงอายุบางรายหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหาร ผักสด ผลไม้ เนื่องจากปัญหาเรื่องฟัน วิธีการแก้ไขอาจใช้วิธีการหั่นผักสดผลไม้ให้เป็นชิ้นเล็กๆ และเคี้ยวให้ละเอียดก่อนกลืน

1.1.6 น้ำ มีความสำคัญในการช่วยย่อยอาหารและการขับถ่ายเสีย ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำให้ได้ 8-10 แก้วต่อวัน หรือ 1,500-2,000 มิลลิลิตรต่อวัน โดยอาจแปลงสภาพเป็นน้ำผลไม้ซึ่งก็ได้ แร่ธาตุ และวิตามินด้วย

ผู้สูงอายุควรต้องมีพฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหาร ที่ถูกต้องเหมาะสม กล่าวคืออาหารที่สามารถต่อต้านสารที่ทำลายเซลล์ไม่ให้ทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากวัยสูงอายุนี้นี้เป็นวัยที่มีความเสื่อมลงทั้งทางด้านกายภาพและสรีรวิทยา เป็นผลทำให้สุขภาพอนามัยไม่ดี ภูมิคุ้มกันต่ำเกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย ซึ่งถ้ามีภาวะโภชนาการที่ดี คือการรู้จักการเลือกกินอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสมก็จะลดปัญหาการเจ็บป่วยได้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551 : 13 -16 ; ผ่องศรี ศรีมรกต, 2551 : 58-64; บรรลุ ศิริพานิช, 2550 : 39-72; บรรลุ ศิริพานิช, 2549 : 9-57; สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2548 : 8; วันดี โภคกุล, 2547 : 57-61 และคณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก 2541 : 51-5)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดประเด็นเลือกรับประทานอาหาร ที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ เพื่อเป็นรูปแบบ พฤติกรรมสุขภาพให้ผู้สูงอายุ ได้ถือปฏิบัติในการ ดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้วิจัยขอเสนอรายละเอียดดังนี้

อนุมูลอิสระ คือ โมเลกุลอันตรายที่ทำลายเซลล์อันเป็นเหตุให้เกิดโรคต่างๆ อนุมูลอิสระเกิดจากการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นพิษ กระบวนการเผาผลาญทางชีวเคมีตามปกติในร่างกาย หรือเกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเองที่สร้างอนุมูลอิสระขึ้นมา ด้านเชื้อ

โรกภัยไข้เจ็บต่างๆ การทำลายหรือลดอนุมูลอิสระได้โดยการหลีกเลี่ยงมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษต่างๆ เช่น แสงแดด ฝุ่นละออง หมอกควัน หรือการเลือกรับประทานอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ เป็นต้น

1.2 อาหารต้านอนุมูลอิสระหรือแอนติออกซิแดนต์ (Antioxidants)

อาหารต้านอนุมูลอิสระหรือแอนติออกซิแดนต์ หมายถึง สารอาหารที่ทำหน้าที่ต้านอนุมูลอิสระที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคและความชรา ซึ่งมีแหล่งอาหารที่สำคัญดังต่อไปนี้

1.2.1 วิตามินซี เป็นวิตามินที่ถูกค้นพบ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1747 โดยแพทย์ ชาวสก๊อต เมื่อทะเลาะเรือ ได้รับผลไม้รสเปรี้ยว (Lime) ซึ่งวิตามินซี-กรดแอสคอร์บิก (Ascorbic Acid) ก็ป้องกันโรคเลือดออกตามไรฟัน (Scurvy) ได้ หน้าที่สำคัญคือ ช่วยในการสร้างคอลลาเจน (Collagen) ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อเชื่อมประสานเสมือนเป็นกาวให้เนื้อเยื่อต่างๆ ในทุกอวัยวะของร่างกาย เช่น เส้นเอ็นกระดูกอ่อน ผนังหลอดเลือด ให้แข็งแรง มีสุขภาพ ช่วยสมานแผล ช่วยให้การดูดซึมเหล็กจากลำไส้ได้ดี ช่วยทำให้หลอดเลือดมีสุขภาพแข็งแรง ป้องกันการเกิดต้อกระจก และการเสื่อมของจอประสาทตาจากการทำร้ายของอนุมูลอิสระ ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกัน ช่วยให้ร่างกายป้องกันสารพิษจากโลหะหนัก เนื่องจากละลายในน้ำจึงเป็นแอนติออกซิแดนต์ที่ดี ช่วยป้องกันการเกิดมะเร็ง ช่วยต่อสู้กับมลภาวะจากน้ำ อาหาร และอากาศที่เข้าสู่ร่างกาย และหน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและฟื้นคืนสภาพของแอนติออกซิแดนต์ตัวอื่นๆ เช่น วิตามินอี เบต้าแคโรทีน

แหล่งอาหาร เช่น กะหล่ำปลี กะหล่ำดอก มะนาว สตรอเบอร์รี่ ส้ม ผักขม สับปะรด มะเขือเทศ ถั่ว ถั่วลิสง มะขามป้อม ฝรั่ง ส้ม บร็อคโคลี่ มันเทศ เป็นต้น

ปริมาณที่ควรได้รับ 500-1000 มก./วัน (ควรเป็นชนิดธรรมชาติไม่ใช่จากการสังเคราะห์)

ผลอันพึงประสงค์ที่เด่นชัด คือ ช่วยลดความรุนแรง และระยะเวลาการเป็นหวัดลดลงร้อยละ 23 ลดการเกิดมะเร็งกระเพาะอาหาร ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก หลอดอาหาร ตับอ่อน ปอด เต้านม ปากมดลูก และทวารหนัก และยังช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.2.2 วิตามินอี เป็นสารต้านอนุมูลอิสระที่สำคัญ และไม่เหมือนวิตามินตัวอื่น วิตามินอีมีหน้าที่สำคัญเด่นชัด คือ การป้องกันเซลล์จากการทำลายของอนุมูลอิสระ ช่วยเสริมสร้างวิตามินตัวอื่น เช่น วิตามินซี ช่วยปกป้องผนังหลอดเลือดแดง ทำให้ลดการเป็นโรคหัวใจโคโรนารี ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกัน (การทำลายเซลล์ภูมิคุ้มกันลดลง) ลดปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็ง

(ลดการทำลายดีเอ็นเอ) ลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคสมองเสื่อม ช่วยด้านมลภาวะจากสารเคมี และช่วยเสริมสร้างสุขภาพโดยรวม

แหล่งอาหาร เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันงา ถั่วลิสง
น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกทานตะวัน กุ้ง จมูกข้าวสาลี ข้าวไม่ขัดผิว น้ำมันข้าวโพด อัลมอนต์
น้ำมันคาโนลา มاکารีน มายองเนส เป็นต้น

ปริมาณที่ควรได้รับ 200-800IU (ควรเป็นชนิดธรรมชาติ
ไม่ใช่จากการสังเคราะห์)

ผลอันพึงประสงค์ที่เด่นชัด จากการศึกษาของ
มหาวิทยาลัยเคมบริดจ์ ในผู้ป่วยชายที่เป็นโรคหัวใจอยู่ก่อน 2,002 ราย ได้รับวิตามินอี 400-800 IU
เป็นเวลาปีครึ่ง พบว่า ลดการเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจถูกจู่โจมที่ถึงแก่ชีวิตลงร้อยละ 77 และ
การศึกษาในชาย 29,133 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับวิตามินอี 50 มก./วัน เป็นเวลา 5-8 ปี เสียชีวิตจาก
มะเร็งต่อมลูกหมากลดลงร้อยละ 41

1.2.3 อะเซทิล-แอล-คาร์นิทีน (Acetyl-L-Carnitine, ALC) เป็น
กรดอะมิโนที่ผลิตได้โดยร่างกายของเรา แต่การผลิตลงเมื่อมีอายุมากขึ้น และเนื่องจากมีมากในสัตว์
ผู้ที่ได้รับประทานเนื้อสัตว์จึงได้รับในปริมาณที่ไม่เพียงพอ และพบว่ามีมากในนมคนและหัวน้ำนม
(Colostrums)

หน้าที่สำคัญของALC คือ การส่งผ่านกรดไขมันที่มีคุณค่า
ชนิดต่างๆ จากเซลล์ไปสู่ ไมโทคอนเดรียเพื่อผลิตพลังงาน จากรายงานการศึกษาพบ ALC มีผลทำให้
อายุยืนยาวขึ้น ส่งเสริมการทำหน้าที่ของหัวใจดีขึ้น ส่งเสริมความสามารถในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น
อาการ ซึมเศร้าและอาการของโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's) ในผู้สูงอายุลดลง ส่งผลดีในการช่วย
เส้นประสาทเสื่อมจากโรคเบาหวาน และโรคเชชไอวี (HIV) นอกจากนี้ยังช่วยลดการทำร้ายโดยเสี่ยง
ต่อเซลล์รับ เสียงในหู (Cochlea's hair cells) ซึ่งเท่ากับเป็นการป้องกันการได้ยิน และสามารถลด
ไทรลิเซอร์ไรด์ได้

แหล่งอาหาร เช่น เนื้อสัตว์ เนื้อวัว หมู เกะ เป็นต้น
ปริมาณที่ควรได้รับ 250-500 มก./วัน จากอาหาร แต่
ส่วนใหญ่แล้วเราได้รับเพียงประมาณวันละ 50 มก. ในการบำบัดใช้ขนาด 500-3,000 มก./วัน

1.2.4 โฟเลต (Folate, Folic Acid) มีหน้าที่สำคัญ ในการ
ซ่อมแซมดีเอ็นเอ ช่วยสร้างและป้องกันสุขภาพเม็ดเลือดขาว ช่วยสร้างกรดอะมิโน ช่วยป้องกันะเร็ง
เต้านม และ ถ้าใส่ใหญ่ โฟเลตถูกทำลายโดยแอลกอฮอล์ ร้อยละ 80 ของผู้ติดสุราจึงขาดโฟเลต

มารดาที่ได้รับ โฟเลตต่ำ ลูกที่เกิดมาอาจมีความพิการได้ การขาดโฟเลตทำให้เป็นอันตรายต่อ
หลอดเลือดและเซลล์ ระบบประสาท

แหล่งอาหาร เช่น ผักสีเขียว แอสปารากัส บาร์เลย์
เนื้อวัว น้ำส้ม บริวเวอร์ ยีสต์ ข้าวกล้อง เนย ไข่ ถั่ว ถั่วเหลือง นม เห็ด เนื้อหมู ปลา จมูกข้าวสาลี
เป็นต้น

ปริมาณที่ควรได้รับ 1-5 มก./วัน ฉะนั้น ผู้ที่บริโภคผัก
ผลไม้บ่อยควรได้รับเสริม หรือในคนทั่วไป การได้รับเสริมไม่มีข้อเสียใด ๆ

ผลอันพึงประสงค์ที่เด่นชัด การศึกษาของคานาดา ใน
กลุ่มตัวอย่าง 5,000 คน พบว่า ผู้ที่ได้รับโฟเลตสูงสุด มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจลดลง

1.2.5 กรดอัลฟาไลโปอิก (Alpha Lipoic Acid, ALA) หน้าที่
ช่วยฟื้นฟูสภาพสารแอนติออกซิแดนท์ตัวอื่น หรือเพิ่มสารต้านอนุมูลอิสระที่สำคัญ ที่มีหน้าที่สำคัญ
ในการย่อยปรับแต่ง (Metabolism) ของกลูโคส มี ความสำคัญในการผลิตพลังงานที่เหมาะสมของ
เซลล์ ช่วยรักษาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน ป้องกันการเกิดหลอดเลือดแข็ง ช่วย
เพิ่มเมตาบอลิซึมของเซลล์ ช่วยฟื้นฟูสภาพของวิตามินซีและอี เอแอลเอเป็นสารที่มีคุณค่ามาก
สามารถนำมาใช้เพื่อลดการเสียหายของกล้ามเนื้อหัวใจหลังกล้ามเนื้อหัวใจช่วยรักษาเส้นประสาทในผู้ป่วย
เบาหวาน ช่วยเมตาบอลิซึมในผู้ป่วยเบาหวาน ช่วยรักษาตับจากโรคต่าง ๆ เช่น ตับแข็ง ป้องกัน บำบัด
การเสื่อมสภาพของการได้ยิน

แหล่งอาหาร เช่น บร็อคโคลี่ สไปแนค เครื่องในสัตว์
เป็นต้น

ปริมาณที่ควรได้รับ 50-200 มก./วัน ขนาดที่ใช้ ใน
การบำบัดต่าง ๆ 100-750 มก./วัน

1.2.6 โคคิวเทน (Co-enzyme Q10, CoQ10, Ubiquinone) หน้าที่
เป็นสารคล้ายวิตามิน ละลายได้ในไขมัน เป็นตัวช่วยเอ็นไซม์ที่ทำหน้าที่ผลิต ซึ่งเป็นเสมือนตัว
ก่อเกิดพลังงานให้เซลล์ ฉะนั้น เซลล์ที่ต้อง ทำงานมากหรือใช้พลังงานสูง เช่น เซลล์กล้ามเนื้อ
หัวใจ จึงต้องใช้โอ-คิว -10 มาก ทำให้เซลล์ ทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ ช่วยป้องกันและบำบัดโรคเกือบทุก
ชนิด ช่วยกระตุ้นภูมิคุ้มกัน เพิ่มการไหลเวียน โลหิต เป็นต้น ในภาพรวมจึงน่าจะมีผลในการด้าน
ความชราและดีสำหรับร่วมรักษาโรคหัวใจล้มเหลวจากเลือดคั่ง

แหล่งอาหาร เช่น ปลาโอ ปลาแซลมอน เนื้อวัว ถั่วลิสง
ผักขม เป็นต้น

ปริมาณที่ควรได้รับ 30- 100 มก./วัน

1.2.7 แคลเซียม (Calcium) หน้าที่ ช่วยสร้างกระดูกและฟัน
 พร้อมกับทำให้คงสภาพ และที่สำคัญคือ ช่วยให้การทำหน้าที่ของเซลล์ต่าง ๆ เหมาะสม เช่น
 กล้ามเนื้อหัวใจ และสมอง การได้รับแคลเซียมสูงช่วยให้ความดันโลหิตลดลง ลดปัจจัยเสี่ยงต่อ
 มะเร็งลำไส้ใหญ่ ป้องกันนิ่วในไต และพืชตะกั่ว ประการสำคัญคือ ช่วยป้องกันโรคกระดูกบาง
 (Osteoporosis)

แหล่งอาหาร เช่น ถั่ว นม เนย นมเปรี้ยว เครื่องดื่มเสริม
 แคลเซียม เช่น น้ำส้ม นมถั่วเหลืองเสริมแคลเซียม เต้าหู้ ปลา-กึ่ง รวมถั่ว ปลากระป๋อง (ฝัก เมล็ด
 ใบ ก้าน) กระเพรา เป็นต้น

ปริมาณที่ควรได้รับ 800-1,500 มก./วัน

ผลอันพึงประสงค์ที่เด่นชัด จากการศึกษา พบว่า การ
 ได้รับแคลเซียมเสริม 300 มก./วัน จะลดปัจจัยเสี่ยงต่อกระดูกหักในกลุ่มมีปัจจัยเสี่ยงสูงลงมาก
 ถึงร้อยละ 70

1.2.8 ซีลีเนียม (Selenium) หน้าที่ คือ เป็นองค์ประกอบ
 สำคัญในการผลิต แอนติ ออกซิเดนท์ที่สำคัญอื่นๆ เป็นเอ็นไซม์ที่ไปหยุดการเกิดออกซิเดชันของ
 ไขมัน โดยเฉพาะ แอลดีแอล คอเลสเตอรอล หรือคอเลสเตอรอลไม่ดี ซีลีเนียมร่วมกับวิตามินอีทำให้
 ภูมิคุ้มกันแข็งแรง ช่วยป้องกันมะเร็ง

ผลอันพึงประสงค์ที่เด่นชัด จากการศึกษาพบว่า ทำ ให้
 การเสียชีวิตจากมะเร็งปอด หลอดอาหาร ลำไส้ใหญ่ ต่อมลูกหมากลดลง ร้อยละ 37-72

แหล่งอาหาร เช่น ปลาทูน่า เนื้อสัตว์ ตับ ไข่ ปลา

ปริมาณที่ควรได้รับ 200-700 มก./วัน

1.2.9 ฟลาโวนอยด์ (Flavonoids) เป็นสารอาหารจากพืช และ
 อีกส่วนหนึ่งคือ สมุนไพร พืช ผัก ผลไม้ ที่มีสีสดใสนี้ มีมากมายเป็นพันชนิด จำนวนหนึ่งมี
 คุณสมบัติเป็นแอนติออกซิเดนท์ ที่สำคัญคือ

1) สารสกัดจากเมล็ดองุ่น - เปลือกสน เช่น เหล้าองุ่นแดง
 เบตาแคโรทีน ไลโคปีน กระเทียม ชา ฟลาโวนอยด์ มีคุณสมบัติทั่วไปคือ บำบัดโรคต่าง ๆ ด้านสุขภาพ
 ป้องกันสารพิษ ป้องกันบำบัดหลอดเลือดแข็ง และเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ฯลฯ

2) ไฟโตเอสโตรเจน พบมากในถั่วและผลิตภัณฑ์ จาก
 ถั่วเหลืองทุกชนิด ช่วยป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมและต่อมลูกหมาก จึงควรบริโภคให้มี
 จำนวน มากพอ

3) กรดไขมันโอเมก้า-3 (Omega-3 Fatty Acid) ส่วนใหญ่ได้จากปลา โดยเฉพาะปลาน้ำเค็มจากถิ่นหนาว เช่น ปลาแซลมอน ปลาแมคเคอเรล การรับประทานปลาทุกชนิดย่อมได้รับกรดไขมันโอเมก้า-3 เช่นกัน นอกจากนี้ยังมีน้ำมันมะกอก และไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อนคือ โอเมก้า-3 และโอเมก้า-6 ไขมันโอเมก้า-6 ได้แก่ น้ำมันพืชต่างๆ เช่น น้ำมันดอกทานตะวัน น้ำมันรำข้าว น้ำมันข้าวโพด ฯลฯ ช่วยป้องกันโรคหลอดเลือดแข็งตีบ ตันต่อต้านการอักเสบและลิ่มเลือด

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้กำหนดประเด็น เลือกรับประทานอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ เป็นหน่วยระบบทำงานของยุทธศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหาเป้า และเป็นรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ได้ถือปฏิบัติในการดูแลตนเอง เพื่อการซ่อมแซมเซลล์ให้ทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ เพิ่มภูมิคุ้มกันและป้องกันโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ ที่เกิดได้ง่ายในผู้สูงอายุ และช่วยให้ ผู้สูงอายุอายุยืนยาว (เกลียว ปิยะชน, 2552 : 25-26; อรอนงค์ กังสดาลอำไพ, 2552 : 52-53; อุทัยวรรณ วิสุทธากุล แปล, 2551 : 58-81; ปรียา หมดหลู, 2549 : 11-43; ศรีวัฒนา ทรงจิตสมบูรณ์ และคณะ, 2548 : 27-31; ศิวะ พงษ์พนม, 2548 : 4; วันดี โภคะกุล, 2547 : 1; Hu et al., 1999 : 1387-1394 และ Giovannucci et al., 1993 : 1571-1579)

2. เลือกดื่มน้ำที่สะอาดอย่างเพียงพอทุกวันๆ ละ 8-10 แก้ว

น้ำเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดสำหรับชีวิต แต่ละเซลล์ในร่างกายของคนเราอยู่ในน้ำถึง ร้อยละ 70 น้ำนอกจากเป็นองค์ประกอบส่วนต่างๆ ของร่างกายแล้ว ยังเป็นตัวกลางพาสารทุกชนิดไปหล่อเลี้ยงเซลล์และนำของเสียจากเซลล์ไปขจัด น้ำไหลเวียนหล่อเลี้ยงชีวิตตลอดเวลา ทำให้เซลล์และอวัยวะต่างๆ สามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ เพราะน้ำเป็นตัวทำละลายที่ดี สามารถแทรกซึม และนำข้อมูลต่างๆ ไปด้วยจากการมีพลังงานในตัวเอง การขาดน้ำเพียงเล็กน้อย ก่อให้เกิดอันตรายขึ้นได้ โดยปกติคนเราต้องการน้ำประมาณลิตรต่อวัน หรืออย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว เพราะในทุกๆ วัน ร่างกายของเราต้องสูญเสียน้ำผ่านการหายใจประมาณ ลิตร และต้องสูญเสียจากการขับถ่ายปัสสาวะเฉลี่ยวันละ 1.5 ลิตร ฉะนั้นเราจึงจำเป็นต้องดื่มน้ำเพื่อเป็นการทดแทนการสูญเสียดังกล่าว ในร่างกายผู้สูงอายุก็นับได้ว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดื่มน้ำประมาณ 1,500 - 2,000 ซีซี หรือ 8-10 แก้วต่อวัน เพราะนอกจากความต้องการตามความจำเป็นดังกล่าวแล้ว วัยสูงอายุยังเป็นวัยที่มีสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยเกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่าย น้ำนอกจากเป็นต้นกำเนิดและหล่อเลี้ยงชีวิตแล้ว ยังมีความสัมพันธ์โดยตรงกับสุขภาพด้วย เนื่องจากเป็นตัวกลางที่ทำให้เซลล์และอวัยวะต่างๆ สามารถทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์ เช่น ความสามารถในการทำลายเชื้อแบคทีเรีย ที่ทำให้มีโอกาสในการเป็นโรค ภูมิแพ้ ความสามารถในการลำเลียงไขมันตามลำคอ

และล้างลำไส้ที่มีความยาว 12 เมตรของมนุษย์ได้ ถ้าร่างกายขาดน้ำจะทำให้มีอาการผิวหนังแห้ง ไม่ชุ่มชื้น ตาแห้งมีกลิ่นปาก อ่อนเพลีย การเกิดภาวะเลือดเป็นกรด ปัสสาวะเหลืองเข้ม อาการท้องผูก และเป็นโรคผิวหนังทวาร เป็นต้น

2.1 ประโยชน์ของการดื่มน้ำอย่างเพียงพอในแต่ละวัน

2.1.1

ดื่มน้ำเพื่อให้ไตทำงานปกติ

ไตไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพหากเราดื่มน้ำไม่เพียงพอ เมื่อไตไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ดับก็จะเป็นตัวที่ต้องทำงานหนักขึ้น หน้าที่หลักของไตก็คือ ช่วยเร่งการเผาผลาญไขมันที่สะสมในร่างกายให้เกิดเป็นพลังงาน แต่ดับต้องทำหน้าที่ของไต ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่หลักได้อย่างเต็มที่ ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้เกิดการเผาผลาญไขมันได้น้อยลง และยังเพิ่มการสะสมไขมันในร่างกายมากขึ้น จึงทำให้การดูแลรูปลักษณ์หยุดชะงักลง

2.1.2 ดื่มน้ำเพื่อรักษาน้ำในร่างกาย

การดื่มน้ำอย่างเพียงพอเป็นการรักษาของเหลวไว้ได้ ดีที่สุด เมื่อร่างกายได้รับน้ำน้อยก็จะต้องรักษาความอยู่รอดไว้โดยจะต้องรักษาน้ำไว้ทุกหยด ร่างกายจะกักเก็บน้ำไว้ในที่ว่างพิเศษในโพรงเล็กๆ (ภายนอกเซลล์) ซึ่งจะเห็นได้จากอาการบวมที่เท้า มือ และขา การขับปัสสาวะจะช่วยให้ดีขึ้นชั่วคราว และจะบังคับให้ร่างกายเกิดความรู้สึกว่าต้องมีน้ำเข้ามาเก็บไว้พร้อมกับความต้องการสารอาหารที่สำคัญบางชนิด เมื่อร่างกายได้รับน้ำเพียงพอ อาการที่เกิดขึ้นก็จะหายเป็นปกติ เราจึงต้องดื่มน้ำในปริมาณมากพอเพื่อให้ร่างกายจะมีน้ำไว้ ใช้น้ำ ขาดแคลน หากมีปัญหาในร่างกายขาดน้ำอาจมาจากสาเหตุที่ร่างกายได้รับปริมาณเกลือมากเกินไป ร่างกายของเราจะสามารถรับปริมาณโซเดียมได้จำนวนหนึ่งเท่านั้น แต่การกำจัดปริมาณเกลือที่ทานเข้าไปเกินความต้องการนั้นสามารถทำได้โดยดื่มน้ำให้มากขึ้นน้ำก็จะช่วยให้ไตขับโซเดียมออกมา คนที่มีน้ำหนักมากร่างกายต้องการน้ำมากกว่าคนผอมเพราะจะมีการเผาผลาญที่มากกว่าน้ำจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับคนที่มีน้ำหนักมาก

2.1.3 ดื่มน้ำเพื่อรักษาท้องผูก

ท้องผูก คือ อาการถ่ายอุจจาระลำบาก ซึ่งมักร่วมด้วยกับการมีอุจจาระแข็ง ซึ่งเกิดจากการขาดน้ำ เนื่องจากกากอาหารที่เคลื่อนมาถึงลำไส้ใหญ่ใหม่ๆ จะยังค่อนข้างเหลวและมีน้ำอยู่มาก ลำไส้ใหญ่จะดูดน้ำและสารบางอย่างกลับเข้าสู่ร่างกาย ทำให้อุจจาระแห้งขึ้นและเป็นรูปร่างหรือเป็นก้อนมากขึ้น ถ้าอุจจาระค้างอยู่ในลำไส้นานๆ หรือร่างกายมีภาวะขาดน้ำ น้ำในลำไส้ใหญ่จะถูกดูดกลับมากขึ้น ทำให้อุจจาระแข็งยิ่งขึ้น การดื่มน้ำอย่างเพียงพอจึงช่วยไม่ให้ท้องผูก

2.1.4 ดื่มน้ำเพื่อรักษาโรคและอายุยืน

การดื่มน้ำมากๆ จะทำให้อายุยืน เพราะช่วยทำให้รักษาสมดุลของเซลล์และอวัยวะในร่างกาย รักษากล้ามเนื้อของเราให้มีความชุ่มชื้น และยังทำให้ผิวหนังไม่เหี่ยวแห้ง หลังจากการดูแลรูปลักษณ์ เซลล์ขนาดเล็กสามารถลอยตัวอยู่ได้ด้วยน้ำ ทำให้ผิวหนังดูเปล่งปลั่งและสดใส ชุ่มชื้น

วิธีการดื่มน้ำที่สะดวกและมีประโยชน์ต่อร่างกายมาก

ที่สุด วันละ 8-10 แก้ว ดังนี้

1. ดื่มน้ำตอนตื่นนอนเช้า ครั้งละ 1-2 แก้ว เพราะเป็นช่วงเวลาที่เลือดในร่างกายมีความเข้มข้นสูง และมีลักษณะขาดน้ำ เนื่องจากขณะหลับร่างกายยังคงสูญเสียน้ำจากการหายใจ
2. หลังอาหารทุกมื้อๆ ละ 1 แก้ว คือ หลังอาหารเช้า หลังอาหารกลางวัน และหลังอาหารเย็น รวมเป็น 3 แก้ว เพื่อช่วยเผาผลาญพลังงานและดูดซึมสารอาหาร
3. ช่วงระหว่างวัน 3 แก้ว ได้แก่ เวลา 10.00 น., 14.00 น., และ 16.00 น. เวลาละ 1 แก้ว เพื่อช่วยให้ร่างกายกำจัดของเสียที่เกิดขึ้น ออกจากร่างกายหลังจากที่ได้ทำงานไปได้ระยะหนึ่งแล้ว จึงควรดื่มน้ำเพื่อมาชำระของเสียเหล่านั้นออกไป
4. ก่อนนอนให้ดื่มน้ำอีก 1-2 แก้ว เพื่อชะล้างสิ่งที่ตกค้างอยู่ในลำไส้และกระเพาะอาหาร และลดการขาดน้ำขณะนอนหลับ

2.2 ข้อควรระวังในการดื่มน้ำ

2.2.1 ก่อนรับประทานอาหาร 5 นาที ระหว่างรับประทานอาหาร และหลังรับประทานอาหารใหม่ๆ ไม่ควรดื่มน้ำมาก ถ้าจะดื่มไม่ควรเกิน 1/2 แก้ว ควรดื่มน้ำหลังจากรับประทานอาหารประมาณ 40 นาที เนื่องจากจะทำให้ระบบย่อยอาหารทำงาน น้ำย่อยเอนไซม์ น้ำดี เลือดจางลงและทำให้อาหารย่อยไม่ได้ เกิดการหมักเน่าหม็น กลายเป็นแก๊สสารพิษเต็มกระเพาะลำไส้

2.2.2 หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำเย็นเนื่องจากจะลดการเผาผลาญอาหาร ทำให้อาหารไม่ย่อย

2.2.3 ไม่ควรดื่มน้ำอัดลม เพราะประกอบด้วย น้ำตาล สารแต่งสี แต่งรสแต่งกลิ่น สารกันเสียแอมโมเนียแก๊สที่อัดลงไปและความหวาน น้ำอัดลมจะเข้าไปทำลายระบบย่อยอาหาร เมื่ออาหารไม่ย่อย ความหวานที่กินเข้าไปก็จะเกิดการหมักกับอาหารที่ไม่ย่อย กลายเป็นแก๊สพิษในร่างกาย

2.2.4 ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้กำหนดประเด็น เลือกดื่ม น้ำที่สะอาดอย่างเพียงพอทุกวันๆ ละ 8-10 แก้ว เป็น หน่วยระบบทำงานของยุทธศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหาน้ำ และเป็นรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพที่ ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ได้ถือปฏิบัติในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับน้ำที่สะอาด และเพียงพอต่อการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของเซลล์ และระบบการไหลเวียนในร่างกาย รวมถึงการป้องกันโรคต่างๆ ที่เกิดได้ง่ายในผู้สูงอายุน้ำและเคล็ดลับการดื่มน้ำ, 2553 : 1-3; วิชาการ คอทคอม, 2553 : 1-2; กรมทรัพยากรน้ำ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 2553 : 1-5; เฉลียว ปิยะชน 2552 : 192-194 ; บรรลุ ศิริพานิช, 2549 : 43; สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2548 8-10; วันดี โภคะกุล, 2547 : 57-61 และศุภกิจ นิมมานนรเทพ 2549 : 38)

3. เลือกสูดหายใจรับอากาศที่ดีและบริสุทธิ์เข้าสู่ร่างกายทุกวันๆ ละ

2 ครั้งๆ ละ 5-10 นาที

อากาศเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับร่างกายมนุษย์ เมื่อใดที่ร่างกายขาด อากาศก็จะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 5 ถึง 6 นาที และสมองจะเริ่มถูกทำลายหากขาดออกซิเจนเกิน 4 นาที เซลล์ทุกเซลล์ในร่างกายของเราจึงต้องการออกซิเจนเพื่อความอยู่รอด สมองจะทำงานได้ดี หากได้รับอากาศที่บริสุทธิ์อากาศมีส่วนประกอบของไนโตรเจน 9 เปอร์เซ็นต์ ออกซิเจน 20 เปอร์เซ็นต์ และคาร์บอนไดออกไซด์ 1 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งนับเป็นอัตราส่วนที่เหมาะสมพอดีกับความต้องการ ของร่างกายมนุษย์ วันหนึ่งๆ เราหายใจประมาณ 20,000 ครั้ง หัวใจเต้นประมาณ 100,000 ครั้ง และ พร้อมกันนั้นออกซิเจนก็ถูกแจกจ่ายไปทั่วร่างกายผ่านทางเส้นเลือดที่ยาว ถึง 95,000 กิโลเมตร เป็นการช่วยให้กล้ามเนื้อทำงานได้ดีซึ่งปกติจะมีการเคลื่อนไหววันละ 2,000 ครั้ง อีกทั้งช่วยให้ เซลล์สมองประมาณ 14 ล้านเซลล์ทำงานต่อเนื่องตลอดเวลาด้วยเช่นกัน การหายใจลึกๆ เพื่อรับ อากาศที่ดีและบริสุทธิ์ ช่วยป้องกันโรคต่างๆ ได้ เช่น วัณโรค ไข้หวัดใหญ่ ปอดอักเสบ เป็นต้น อากาศ ที่บริสุทธิ์ จะช่วยล้างสิ่งสกปรกที่มีอยู่ในปอดให้ออกมา อากาศเสียอาจทำให้มีอาการปวดศีรษะ หงุดหงิด วิดกกังวลและเหนื่อยง่ายขึ้น คนส่วนใหญ่ไม่ได้รับประโยชน์จากการหายใจอย่างครบถ้วน เป็นเพราะไม่ได้สูดหายใจเข้าลึกๆ การสูดหายใจให้เต็มปอดรู้สึกว่าปอดได้รับอากาศมากขึ้นกว่าเดิม

3.1 กลไกการหายใจในมนุษย์

เป็นกลไกที่จะก่อให้เกิดการหายใจเข้า เพื่อเอาอากาศเข้าสู่ ปอด และกลไก การหายใจออก เพื่อนำอากาศออกจากปอด

3.1.1 การหายใจเข้า (Inspiration)

อากาศผ่านเข้าทางเดินของอากาศได้ โดยการทำงาน ของกะบังลมและกล้ามเนื้อซี่โครงในสภาพคลายตัว กล้ามเนื้อกะบังลมมีลักษณะ เป็นรูปโดม

เมื่อกล้ามเนื้อกะบังลมหดตัวทำให้ส่วนโค้งด้านบนของโคมลดลง การหดตัวนี้ทำให้มีการดันดัน กระเพาะอาหาร และลำไส้ลงไปด้านล่าง และยื่นออกมาทางด้านหน้า ท้องจึง ป่องขึ้น ช่องอกจะ ขยายตัวออก ความดันในปอดจะลดลงและความดันในถุงลมจะลดลงด้วยอากาศจึงผ่านเข้าสู่ปอด

3.1.2 การหายใจออก (Expiration)

เมื่อกะบังลมคลายตัวก็จะกลับมามีลักษณะเป็นรูปโคม ตามเดิม ท้องจะถูกดึงยุบลง ช่องอกก็จะมีปริมาตรเล็กลง ความดันในช่องอกจะเพิ่มขึ้น บีบถุงลมให้ แพนไต่อากาศออกจากปอด

3.1.3 ประโยชน์ของการสูดลมหายใจลึกๆ

- 1) ช่วยในการย่อยอาหารและการไหลเวียนของเลือดที่ดี
- 2) ช่วยป้องกันการติดเชื้อในปอด
- 3) ช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และแผลใน

กระเพาะอาหาร

- 4) ช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ ลดอาการปวด ตาม

ข้อช่วยให้มีอารมณ์ดีขึ้นช่วยให้มีความกระฉับกระเฉงว่องไว

มนุษย์เราควรอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์และถ่ายเทได้ดี หลบเลี่ยง อากาศเสียหรือมีมลพิษ และทุกเช้าหรือเย็นควรสูดหายใจรับอากาศบริสุทธิ์เข้า ปอด ลึกๆ อย่างน้อยวันละ 30 ครั้งทุกวัน วิธีการง่ายๆ ที่จะช่วยให้ได้รับออกซิเจนมากขึ้น คือ

- 1) ยกแขนสองข้างขึ้นเหนือศีรษะ สูดลมหายใจเข้าทาง จมูกช้าๆ สูดเข้าไปในช่องท้องให้ลึกที่สุดเท่าที่จะทำได้
- 2) ค่อยๆ ปลดลมหายใจออกทางปากจนรู้สึกว่าง

อากาศออกจากท้องจนหมด

- 3) ดันอากาศออกให้หมดด้วยการไอออกมาหนึ่งครั้ง
- 4) ทำขั้นตอนเหล่านี้ประมาณ 5-10 ครั้ง ทุกๆ วันจะ ได้รับประโยชน์จากอากาศบริสุทธิ์ได้อย่างเต็มที่
- 5) วิธีอื่นๆ อีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ได้รับออกซิเจน

มากขึ้นคือการร้องเพลง

สำหรับผู้สูงอายุการได้รับอากาศที่ดีและบริสุทธิ์มีความจำเป็น อย่างมาก เพราะความจุของปอดและการระบายอากาศลดลง จึงมีโอกาสเกิดโรคระบบทางเดิน หายใจได้ง่าย ผู้สูงอายุจึงควรอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก เช่น บริเวณที่มีต้นไม้ ที่ช่วยให้ความร่มรื่น ผ่อนคลายอารมณ์และการแลกเปลี่ยนอากาศที่ดี ควรหลีกเลี่ยงอยู่ในสถานที่

แออัดหรือมีผู้สูบบุหรี่ มีหมอกควัน และข่ามาแมลง โดยในแต่ละวันควร สูดหายใจที่ถูกต้องวิธี เพื่อให้ได้รับอากาศที่ดีและบริสุทธิ์เข้าสู่ร่างกายอย่างน้อยวันละ 30 ครั้งทุกวัน และเมื่อมีโอกาสอยู่ ในที่มีอากาศบริสุทธิ์เมื่อใด ก็ให้สูดอากาศหายใจลึกๆ เข้าปอดอยู่เสมอ

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้กำหนดประเด็น เลือกสูดหายใจรับอากาศที่ดีและบริสุทธิ์เข้าสู่ร่างกายทุกวันๆ ละ 2 ครั้งๆ ละ 5-10 นาที เป็นหน่วยระบบทำงานของยุทธศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหาเป้า และเป็นรูปแบบ พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ได้ถือปฏิบัติในการดูแลตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุ ได้รับอากาศที่ดีและบริสุทธิ์ เพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยน ออกซิเจน ให้การทำงานของเซลล์และ ระบบการไหลเวียนต่างๆ ในร่างกายดีขึ้น และยังช่วยป้องกันโรคต่างๆ ที่เกิดได้ง่าย ในผู้สูงอายุ (สถาบันนวัตกรรมสุขภาพก้าวหน้า 2553 : 1; ส่วนอนามัยผู้สูงอายุ 2547 : 1-2; บรรลุ ศิริพานิช, 2550 : 19-26; สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2548 : 8-10; ศุภกิจ นิมมานนรเทพ, 2549 : 33 และชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2532 : 27-29)

4. เลือกออกกำลังกายโดยการเดินเพื่อสุขภาพทุกวันๆ ละ 30 นาที

การออกกำลังกาย หมายถึง การที่ร่างกายมีการหด - ยืดกล้ามเนื้อ ซึ่งบางทีก็มีการเคลื่อนไหวของข้อ บางทีก็ไม่มีมีการเคลื่อนไหวของข้อ หรือบางทีก็ไม่มีการลงน้ำหนัก ต่อโครงสร้างของร่างกาย ในชีวิตประจำวันของเรามีการออกกำลังกายอยู่เสมอ เช่น การปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน การประกอบอาชีพ การเล่นกีฬา และการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (บรรลุ ศิริพานิช 2550 : 12)

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ หมายถึง การที่ร่างกายมีการหด - ยืด กล้ามเนื้อ และข้อต่อมีการเคลื่อนไหวเพื่อลงน้ำหนักต่อโครงสร้างของร่างกาย ทำให้เกิดการใช้อาหาร และออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้นไปจากธรรมดา มีความหนักพอสมควร ไม่มากไม่น้อยเกินไป ในเวลา ที่นานพอ มีความถี่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้ร่างกายแข็งแรง และก่อให้เกิดความอึดทน (บรรลุ ศิริพานิช, 2550 : 12)

4.1 ประโยชน์ของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

4.1.1 ช่วยทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นมีพลังดีขึ้น กล้ามเนื้อใดที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ กล้ามเนื้อนั้นจะมีการพัฒนาและแข็งแรงยิ่งขึ้น ดังจะเห็นได้ชัดเจนว่ามนุษย์เรา ถนัดมือข้างไหน มือข้างนั้นก็แข็งแรงกว่ามืออีกข้างหนึ่ง

4.1.2 การทรงตัวดีขึ้นและรูปร่างดีขึ้น ผู้ที่ออกกำลังกายอยู่เสมอจะทำให้ร่างกายมีความกระชับกระเฉง ว่องไว การทรงตัวดีและร่างกายสมส่วน ซึ่งผิดกับผู้ที่ ไม่ได้ออกกำลังกายจะมีร่างกายอ้วนลงพุงหรือพอมเกินไป

4.1.3 ช่วยลดความเสี่ยงของภาวะต่างๆ ในร่างกายได้ การออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้อวัยวะต่างๆลดการเสื่อมโทรมลง และสามารถซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอเสียหายได้ด้วย ที่เห็นได้ชัด เช่น กระดูกในผู้สูงอายุจะมีสารแคลเซียมลดลง (Osteoporosis) ทำให้เนื้อกระดูกบางลง แต่ถ้าผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายอยู่เสมอ อาการดังกล่าวจะไม่เกิดขึ้นเร็วเท่าที่ควร

4.1.4 ทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น วิทยาการสมัยใหม่พบว่าในขณะที่ออกกำลังกายในขนาดที่เหมาะสม ร่างกายจะขับสารชนิดหนึ่ง เรียกว่าเอนดอร์ฟินออกมา สารนี้จะช่วยลดความเจ็บปวดของร่างกายและทำให้จิตใจสดชื่น การออกกำลังกายด้วยการวิ่งเพียงวันละ 15-20 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน จะสามารถลดความเครียดของคนที่ใช้โรคจิตลงได้ จึงมีการใช้วิธีการออกกำลังกายในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตกันเป็นประจำ

4.1.5 ทำให้ระบบทางเดินอาหารทำงานดีขึ้น พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายอยู่เสมอ จะไม่มีอาการท้องขึ้น ท้องเฟ้อ หรือท้องผูก ซึ่งเป็นอาการประจำของผู้ที่มีได้ออกกำลังกาย

4.1.6 ทำให้อ่อนหลับดีขึ้น จะสังเกตเห็นว่าในผู้ที่นอนหลับยากหรือนอนไม่ค่อยหลับ เมื่อได้มีการออกกำลังกาย จะหลับได้สนิทและสบายขึ้นโดยไม่ต้องใช้ยาช่วยแต่ประการใด

4.1.7 ทำให้ระบบหัวใจและปอดแข็งแรงขึ้น การออกกำลังกายที่ถูกต้อง จะช่วยทำให้หัวใจและปอดแข็งแรงขึ้น พบว่าผู้ป่วยมีกราฟหัวใจไฟฟ้าผิดปกติบางอย่างสามารถหายไปได้จากการออกกำลังกาย

4.1.8 ช่วยรักษาโรคบางชนิดได้ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง สามารถลดระดับน้ำตาลและระดับไขมันลงได้จากการออกกำลังกาย รวมถึงอาการปวดข้อตามข้อต่างๆ ถ้าหากได้รับการออกกำลังกายที่เหมาะสม ซึ่งแพทย์ได้นำไปใช้ในทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูกันอย่างมากมาย

4.1.9 ทำให้พลังทางเพศดีขึ้น เชื่อว่าการออกกำลังกายที่เหมาะสมพอดี จะทำให้ระดับฮอร์โมนเพศออกมาเพิ่มขึ้นทั้งชายและหญิง ทำให้พลังทางเพศดีขึ้น แต่ทั้งนี้จะต้องไม่ออกกำลังกายเกินขนาดไปซึ่งจะให้ผลในทางตรงข้ามได้

4.2 หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่ถูกต้อง

การออกกำลังกายที่ถูกต้องประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่1 การอบอุ่นร่างกาย (Warm Up) การออกกำลังกายต้องมีการอบอุ่นร่างกาย เช่น ถ้าเราจะออกกำลังกายด้วยการวิ่ง ก็ไม่ควรที่จะลงวิ่งทันทีเมื่อไปถึงสนาม แต่

ควรให้อุ่นร่างกายให้มีอุณหภูมิสูงขึ้นก่อนซ้ำๆ เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายสลับแข็ง สลับขาแกว่งแขน หรือวิ่งเหยาะๆ อยู่กับที่ซ้ำๆ ช่วงระยะเวลาหนึ่งก่อนแล้วจึงออกกำลังกาย

ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นตอนออกกำลังกายอย่างจริงจัง ไม่ว่าจะออกกำลังกายด้วยวิธีใดก็สามารถทำให้การออกกำลังกายได้ผลสมบูรณ์และเป็นประโยชน์แก่ร่างกายได้ โดยจะต้องมีความเพียงพอทำให้ร่างกายเกิดการเผาไหม้อาหารในร่างกาย และการใช้ออกซิเจนที่หายใจเข้าไปเพื่อทำให้เกิดพลังงานจนถึงระดับหนึ่ง การที่จะออกกำลังกายได้ถึงระดับนี้เป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ออกกำลังกายจะต้องเข้าใจให้ถูกต้อง คือ การที่กล้ามเนื้อของร่างกายหดและยืดพร้อมกับข้อต่างๆ มีการเคลื่อนไหว พลังงานที่ได้มาจากอาหารที่กินเข้าไป จะถูกนำไปยังตำแหน่งที่ใช้แรงงานโดยหลอดเลือดแล้วเกิดการเผาไหม้โดยใช้ออกซิเจน ซึ่งเม็ดเลือดแดงจะนำมาจาก การหายใจที่ปอด เมื่อเกิดการเผาไหม้เป็นพลังงานแล้ว จะเกิดของเสียคือคาร์บอนไดออกไซด์ขึ้น ซึ่งเม็ดเลือดแดงจะเป็นผู้นำเอาคาร์บอนไดออกไซด์นั้นไปยังปอด เพื่อทำการแลกเปลี่ยนกับ ออกซิเจนใหม่จากการหายใจเพื่อถ่ายเทคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกาย แล้วรับออกซิเจน เข้าไปแทนยังมีการออกกำลังกายมากขึ้นเท่าใด หัวใจและปอดก็ย่อมทำงานมากขึ้นเท่านั้น เรียก การออกกำลังกายนี้ ว่าแอโรบิก (Aerobic) แปลว่า อากาศ ดังนั้น การออกกำลังกายด้วยการเดินจนหัวใจและปอดทำงานมากขึ้น จึงเรียกว่า การเดินแอโรบิก (Aerobic Dance หรือ Aerobic Exercise) ซึ่งหัวใจจะมีความสามารถเดินได้ในอัตราสูงสุดต่างกัน วิธีที่ง่ายๆ ซึ่งเป็นสูตรของ American College of Sport Medicine คือ เอาอายุของบุคคลนั้นๆ ลบออกจาก 220 ผลลัพธ์ได้เท่าใดก็เท่ากับความสามารถของหัวใจที่จะเดินได้สูงสุดของบุคคลนั้นในหนึ่งนาที

ขั้นตอนที่ 3 เป็นขั้นตอนการผ่อนคลายให้เย็นลง เมื่อได้ออกกำลังกายตามกำหนดที่เหมาะสมตามขั้นตอนที่ 2 แล้ว ควรจะค่อยๆ ผ่อนการออกกำลังกายทีละน้อย แทนการหยุดโดยทันที ทั้งนี้เพื่อให้เลือดที่คั่งอยู่ตามกล้ามเนื้อได้มีโอกาสกลับคืนสู่หัวใจ เช่น ถ้าวอกกำลังกายโดยการวิ่ง เมื่อวิ่งจนได้กำหนดตามขั้นตอนที่ 2 แล้ว ก็ค่อยลดความเร็วของการวิ่งลงจนเป็นวิ่งช้า-เดินเร็ว-เดินช้า ตามลำดับ จึงถึงระยะพักจริงๆ ระยะเวลาของขั้นตอนที่ 3 นี้ มิได้กำหนดแน่นอน หากแต่ให้สังเกตดูจากร่างกาย การหยุดทันทีหลังการออกกำลังกายมานาน จะเกิดโทษถึงแก่ชีวิตได้ เนื่องจากเลือดที่คั่งอยู่ตามกล้ามเนื้อไม่สามารถกลับสู่หัวใจได้พอ ทำให้หัวใจวาย จึงเป็นการสมควรที่จะมีขั้นตอนที่ 3 ของการออกกำลังกายเป็นขั้นตอนสุดท้าย

ในวงการแพทย์ได้พิสูจน์อย่างแน่ชัดแล้วว่า การออกกำลังกายที่ถูกต้องและทำอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง และอายุยืนยาวอย่างมีความสุข จะลดความชราลงได้มาก ซึ่งสมรรถภาพของร่างกาย เช่น ความแข็งแรง ความทนทน ความว่องไว จะมีสูงสุดเมื่ออายุประมาณ 30 ปี แล้วจะค่อยๆ ลดลงร้อยละ 1 ทุกปี ดังนั้นเมื่ออายุ 60 ปี จะมีความ

แข็งแรงลดลงร้อยละ 30 ของอายุ 30 ปี โดยที่การออกกำลังกายจะสามารถชะลอการลดลงของความแข็งแรงนี้ได้ระดับหนึ่ง

4.3 ข้อคำนึงถึงในการออกกำลังกาย

4.3.1 ถ้าไม่เคยออกกำลังกาย ควรรักษาหลักการให้ถูกต้อง และอย่าหักโหมมาก ถ้าหากมีโรคประจำตัว ต้องปรึกษาแพทย์ก่อน

4.3.2 เลือกชนิดของการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและถูกกับนิสัย

4.3.3 อย่าแข่งขันกับผู้อื่นเพื่อเอาแพ้เอาชนะต่อควรออกกำลังกายตามกำลังของตนเอง

4.3.4 ให้ระวังอุบัติเหตุ

4.3.5 ให้ทำโดยสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

4.3.6 เมื่อเกิดอาการผิดปกติอย่างใดควรปรึกษาแพทย์ โดยเฉพาะถ้ามีอาการหน้ามืดหรือใจสั่นผิดปกติ หรือเจ็บแน่นหน้าอกควรชะลอการออกกำลังกายลงและหยุด

4.3.7 ควรออกกำลังกายเป็นหมู่คณะหรือมีเพื่อนร่วมการออกกำลังกาย

4.4 รูปแบบการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

ตัวอย่างการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่ เลือกทำได้วันละไม่น้อยกว่า 30 นาที หรือให้มีการเผาผลาญพลังงานอย่างน้อย 150 แคลลอรี่ต่อวัน และเป็นกิจกรรม ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ให้เลือกกิจกรรมตามกำลังความสามารถและความถนัด ซึ่งมีดังต่อไปนี้

4.4.1 การเดิน

เป็นวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (ยกเว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีความพิการของเท้าและข้อ ทำให้ลำบากในการเดิน) มีข้อที่ต้องปฏิบัติ คือ ต้องเดินเร็วให้เกิดการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นตามที่กล่าวไว้แล้ว หากเดินเร็วมากไม่ได้ ต้องเพิ่มเวลาการเดินให้มากขึ้น ควรใช้รองเท้าที่เหมาะสม เนื่องจากการเดินเป็นการออกกำลังกายที่ส่วนของเท้าเป็นส่วนใหญ่ จึงควรจะได้แกว่งแขนและบริหารกล้ามเนื้อคอและหน้าอกบ้างตามสมควรขณะเดิน

1) ควรเดินในที่อากาศบริสุทธิ์ปลอดภัยจากโจรผู้ร้ายและอุบัติเหตุ

2) ควรเดินในตอนเช้าหรือตอนเย็น

3) ควรมีเพื่อนหรือกลุ่มร่วมในการเดินจะช่วยให้เกิด
ความสนุกสนานยิ่งขึ้น

4.4.2 การวิ่งช้าๆ

ต่างกับการเดินคือ เดินจะมีเท้าข้างใดข้างหนึ่งแตะพื้นอยู่เสมอ ส่วนการวิ่งจะมีช่วงใดช่วงหนึ่งที่เท้าไม่แตะพื้น ผู้สูงอายุถ้าสามารถวิ่งได้ ก็ไม่มีข้อห้ามที่จะไม่ให้วิ่ง แต่จะต้องมีข้อเท้าที่ดี (เพราะการวิ่งจะมีแรงกระแทกที่ข้อมากกว่าการเดินอาจทำให้บาดเจ็บได้) และมีรองเท้าที่เหมาะสม

4.4.3 การออกกำลังกายโดยวิธีกายบริหาร

การออกกำลังกายโดยท่ากายบริหารท่าต่างๆ นับว่าเป็นวิธีการที่ดีอย่างยิ่ง กายบริหารมีหลายท่าเพื่อก่อให้เกิดการออกกำลังกายทุกสัดส่วนของร่างกาย เป็นการฝึกให้เกิดความอดทน แข็งแรง การทรงตัว การยืดหยุ่นของข้อต่อต่างๆ ได้ดี

4.4.4 การออกกำลังกายโดยวิธีว่ายน้ำ-เดินในน้ำ

การว่ายน้ำ เป็นการออกกำลังกายที่ดีอย่างหนึ่งที่กล้ามเนื้อทุกส่วนได้มีการเคลื่อนไหว เป็นการฝึกความอดทนความอ่อนตัวและความคล่องแคล่วว่องไว เหมาะสำหรับผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อม เพราะน้ำหนักไม่ได้ลงเข่าทำให้เข่าไม่มีการเจ็บปวด แต่เพิ่มแรงต้านในการเดิน ทำให้กล้ามเนื้อได้ออกแรงมากขึ้น จุดอ่อนของการว่ายน้ำ ก็คือ หาสระว่ายน้ำได้ยาก สำหรับคนที่ข้อเข่าไม่เสื่อม การออกกำลังกายโดยว่ายน้ำอย่างเดียว ทำให้โครงกระดูกไม่ได้รับน้ำหนักเลย จึงไม่ได้ผลดี ในการเพิ่มพูนมวลกระดูก ดังนั้นผู้ออกกำลังกายว่ายน้ำแล้ว ควรเพิ่มการเดิน หรือยกน้ำหนักด้วย จะทำให้ได้ผลในทางสุขภาพดียิ่งขึ้น

4.4.5 การออกกำลังกายโดยวิธีขี่จักรยาน

การขี่จักรยานเคลื่อนที่เป็นการออกกำลังกายที่ดีมาก เพราะทำให้เกิดประโยชน์ทั้งความอดทนการทรงตัว และความคล่องแคล่วว่องไว มีความสุขใจ แต่มีจุดอ่อน คือ ต้องมีเพื่อนเป็นหมู่คณะจึงจะสนุก และหาสถานที่ขี่จักรยานเคลื่อนที่ปลอดภัยน้อยมาก ดังนั้นปัจจุบันจึงนิยมขี่จักรยานอยู่กับที่ซึ่งออกแบบมาโดยเฉพาะ แต่มีจุดอ่อน คือ ขาดการฝึกการทรงตัว และขาดการฝึกความคล่องแคล่วว่องไวและกล้ามเนื้อที่ออกกำลังกาย จะใช้ขาเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นหลังการออกกำลังกายโดยวิธีขี่จักรยานอยู่กับที่แล้ว ควรมีกายบริหารส่วนอื่นๆ เช่น **ท่อน้ำอก** แขน คอด้วยจะสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

4.4.6 การรำมวยจีน

การรำมวยจีน มีชื่อเรียกต่างๆ และมีหลายสำนัก เป็นการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่ได้ทั้งความอดทน ความแข็งแรง ความ

ยืดหยุ่น และฝึกการทรงตัวของร่างกาย ซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งของการส่งเสริม รวมไปถึงการป้องกันการรักษา การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจของประชาชน การร่ำรวยเงินเป็นทางเลือกใหม่ของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ซึ่งได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มวัยทองและผู้สูงอายุ

4.4.7 การออกกำลังกายโดยวิธีฝึกโยคะ

โยคะ เป็นวิชาวิทยาศาสตร์แขนงหนึ่ง มีวัตถุประสงค์ที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติมีสุขภาพดี ทั้งร่างกาย และจิตใจ ทำให้ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสุข โยคะที่ใช้ฝึกออกกำลังกาย เป็นโยคะเบื้องต้น บริหารท่ามือเปล่า ที่มีการหายใจเข้า - ออก ควบคู่ไปด้วยท่าต่าง ๆ ที่ใช้ฝึกมีหลายท่า เนื่องจากการฝึกโยคะเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ผู้ฝึกจำเป็นจะต้องฝึกกับผู้ที่มีความรู้ความชำนาญจริงๆ จึงจะไม่เกิดอันตราย ดังนั้น จึงไม่แนะนำให้ทำการฝึกด้วยตนเอง

4.4.7 การออกกำลังกายโดยวิธีฝึกในสวนสุขภาพ

ปัจจุบันนี้ในสวนสาธารณะใหญ่ๆ หลายแห่ง มีการจัดแบ่งเป็นสัดส่วนขึ้น เรียกว่า สวนสุขภาพ หรือบางแห่งก็สร้างสวนสุขภาพขึ้นเป็นเอกเทศ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าไปออกกำลังกาย โดยจัดให้มีฐานฝึกเป็นจุดๆ เช่น ในเรื่องความอดทน ความแข็งแรง ความยืดหยุ่น การทรงตัว ความคล่องแคล่วว่องไว ฯลฯ นับว่าเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุคือ การจัดทำสวนสุขภาพเช่นนี้ยังมีน้อยไม่แพร่หลาย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนด การเดินเพื่อสุขภาพเป็นวิธีการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงวัย สามารถปฏิบัติได้ทุกสถานที่ ทุกเวลา และมีค่าใช้จ่ายที่ไม่แพงมาก ซึ่งมีรายละเอียดและวิธีการดังต่อไปนี้

วิธีการเดินเพื่อสุขภาพ

1. การเดิน

เพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ ควรเป็นการเดินที่ใช้เวลานานๆ เดินพอดีไม่ช้าหรือเร็วเกินไป จะทำให้ร่างกายนำออกซิเจนเข้าไปเผาผลาญไขมันให้กลายเป็นพลังงานสูง ยิ่งเดินนานๆ ไขมันส่วนเกินก็จะหมดไปเป็นผลดีต่อสุขภาพในการเสริมสร้างสมรรถภาพให้มีสุขภาพดี

2. การเตรียมตัวสำหรับการเดิน

เลือกเสื้อผ้าที่สวมใส่สบาย รองเท้าควรเป็นชนิดผูกเชือก หรือสามารถปรับให้กระชับกับเท้าได้ พื้นรองเท้าควรยืดหยุ่นได้ดี และมีพื้นที่นูนเพื่อรับความโค้งของฝ่าเท้า

3. ลักษณะท่าทางการเดินที่ถูกต้อง การวางท่าและการเดิน

3.1 สายตามองตรงไปข้างหน้า

3.2 ศีรษะและคอตั้งตรง

3.3 ไหล่ทั้งสองข้างอยู่ในระดับตรง

3.4 มือทั้งสองข้างกำแบบหลวมๆ

3.5 งอแขนทำมุม 90 องศา ระหว่างแขนท่อนบน-ล่าง

3.6 หลังตรงเวลาเดินขยับแต่ช่วงโค้งของเอว

3.7 เกร็งหน้าท้องให้ปูดเข้าเพื่อทำให้ตัวเบา

3.8 ขาทั้งสองข้างเหยียดออกไปจากสะโพก

3.9 เข่าอเล็กน้อย

3.10 ขาหน้าเหยียบลงพื้นโดยให้ส้นเท้าลงก่อน

3.11 ขาหลังเหยียดออกไปด้านหลังปลายเท้ายันพื้น

3.12 ขณะเดินควรกางนิ้วเท้าออก จะทำให้กล้ามเนื้อขาทุกส่วน

ทำงานมากกว่าปกติ

4. การหายใจระหว่างการเดิน

หายใจเข้าลึกๆ ทางจมูกเข้าไปสู่ศีรษะ จะทำให้กล้ามเนื้อคอยืดตรง เมื่ออากาศผ่านไปถึงสันหลังทำให้ท้องยุบเข้าไป แล้วจึงปล่อยลมหายใจออกทางปาก

5. การลงน้ำหนักของเท้าขณะเดิน

ก้าวเท้าออกไปประมาณครึ่งก้าวให้ส้นเท้าแตะพื้น แล้วถ่าน้ำหนักตัวไปที่ฝ่าเท้าเหยียบพื้นให้เต็มฝ่าเท้า ส่วนขาอีกข้างเมื่อกำลังจะเคลื่อนย้ายให้ยกส้นเท้าขึ้น ถ่าน้ำหนักตัวลงที่ปลายเท้าซึ่งกดพื้นไว้ ทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ ตลอดเวลาที่เดินจะเป็นการเดินเพื่อสุขภาพที่ถูกต้องและเสริมบุคลิกภาพด้วย

6. ระยะก้าวในการเดิน

ยืนตัวตรงก้าวขาข้างหนึ่งประมาณ 3 นิ้ว โดยยังไม่ให้เท้าแตะพื้น จากนั้นจึงเริ่มปล่อยเท้าลงสู่พื้นช้าๆ เมื่อฝ่าเท้าถึงพื้น ตำแหน่งนี้ คือ ระยะก้าวที่ดีในการเดินเพื่อสุขภาพ

7. การอบอุ่นร่างกาย

การเดินเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่งซึ่งต้องมีการอบอุ่นร่างกาย ทั้งก่อนการเดินและหลังการเดิน การเริ่มอบอุ่นร่างกายจะทำให้กล้ามเนื้อได้ตื่นตัวและเลือดไหลเวียนได้ดียิ่งขึ้น และเมื่อเดินเสร็จแล้วต้องรู้จักผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยนั่งขัดแข้งขัดขา ออกกายบริหารเบาๆ จนร่างกายหายเหนื่อยและเข้าที่ปกติ

ขั้นตอนการอบอุ่นร่างกายก่อนเดิน

เริ่มเดินอย่างช้าๆ แบบตามสบายเพื่ออบอุ่นร่างกายประมาณ 5 นาทีแรก เพื่อการเตรียมความพร้อมให้เลือดไหลเวียนไปส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะที่กล้ามเนื้อขา ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการเดิน ป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บเกิดขึ้น หลังจากเดินอบอุ่นร่างกายช้าๆ 5 นาทีแล้ว เริ่มเร่งฝีเท้าให้เร็วกว่าเดิมเร่งทีละน้อยจนเร็วที่สุดเท่าที่จะเร็วได้จนถึงจุดหนึ่งจึงผ่อนคลายความเร็วลงเดินไปอีก 5 นาที จึงเร่งความเร็วใหม่เป็นระยะทางหนึ่ง จึงผ่อนคลายลงอีกเดินจนถึง 10 นาที เริ่มเร่งฝีเท้าอีกครั้ง ทำเช่นนี้สลับกันไปประมาณ 30 นาที จนกว่าจะเลิกเดินหรือจัดแบ่งช่วงเป็น 2 ครั้งๆ ละ 15 นาที เข้าและเย็นตามกำลัง

8. การปรับร่างกายก่อนหยุดเดิน

หลังเดินได้ระยะทางและเวลาที่ต้องการแล้วไม่ควรหยุดเดินทันที ต้องเริ่มปฏิบัติเหมือนตอนเริ่มเดิน คือเดินแบบเดินเล่นตามสบายไปเรื่อยๆ จนกว่าร่างกายจะเข้าที่และรู้สึกหายเหนื่อยเมื่อปรับร่างกายเข้าที่ปกติแล้ว ให้บริหารร่างกาย 2-3 ท่า เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อบริเวณขา คอ ไหล่ สะโพก และส่วนอื่นๆ เช่นนี้แล้วจึงจะเป็นการเดินเพื่อสุขภาพที่แท้จริง

9. การวางแผนการเดินออกกำลังกาย

การวางแผนการเดินออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โดยค่อยๆ เพิ่มความถี่ เพิ่มระยะเวลาที่เดินและเพิ่มระยะทางที่เดิน เมื่อท่านเดินไปได้ 10 สัปดาห์แล้ว ให้รักษาระดับชีพจรเป้าหมายไว้เสมอบางท่านเมื่อได้เดินออกกำลังจนเคยชินแล้ว จะรู้สึกออกกำลังกายให้สม่ำเสมอได้โดยไม่ต้องพึ่งตารางหรือการวางแผนอีกต่อไป

ตารางที่ 2.1 แสดงการวางแผนออกกำลังกายโดยการเดินเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

สัปดาห์ที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ระยะเวลาที่เดิน	15	20	22	24	28	30	30	30	30	30
จำนวนครั้งที่เดินต่อสัปดาห์	3	3	3	3	4	4	5	5	5	5
ระยะทาง	เริ่มต้นสัปดาห์แรกราว 1 กิโลเมตร หรือ 0.5 ไมล์ แล้วจึงค่อยๆ เพิ่มขึ้นเป็น 4 กิโลเมตร หรือ 2 ไมล์ เมื่อครบสัปดาห์ที่ 10									

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้กำหนดประเด็น เลือกรูปการออกกำลังกายโดยการเดินเพื่อสุขภาพทุกวันๆ ละ 30 นาที

เป็นหน่วยระบบทำงานของยุทธศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหาเป้า และเป็นรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้อง เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุได้ถือปฏิบัติในการดูแลตนเองเนื่องจากผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ ด้วยตนเองทุกที่ทุกแห่ง ไม่มีข้อจำกัดมาก สูญเสียค่าใช้จ่ายน้อยสอดคล้องตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง (การเดินเพื่อสุขภาพ, 2553 : 1; ปิยะภัทร เดชพระธรรม, 2553 : 1-3; บรรลุ ศิริพานิช, 2550 : 57-67; วรธนะ ชลาชนเดชะ , 2550 : 1-2 และสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2548 : 8-10)

10. การประเมินสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุจากการออกกำลังกาย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดแนวทางการประเมินผล การเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการวิจัยดังนี้ คือ

10.1 ความแตกต่างของ ค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง จากคุณประโยชน์ของการออกกำลังกายที่สามารถช่วยรักษา โรคบางชนิดได้ โดยพบว่า โรคความดันโลหิตสูง สามารถลดลงได้จากการออกกำลังกาย (บรรลุ ศิริพานิช, 2550 : 60) ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมออกกำลังกายสม่ำเสมอ ก็จะช่วยให้มีค่าความดันโลหิต อยู่ในระดับดีขึ้นกว่าเดิมได้

10.2 ความแตกต่างของ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง จากคุณประโยชน์ของการออกกำลังกายที่สามารถช่วยรักษาโรคบางชนิดได้ โดยพบว่า โรคเบาหวาน สามารถลดระดับน้ำตาลลงได้จากการ ออกกำลังกาย (บรรลุ ศิริพานิช, 2550 : 60) ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมออกกำลังกาย สม่ำเสมอ ก็จะช่วยให้มีระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) อยู่ในระดับดีขึ้นกว่าเดิมได้

10.3 ความแตกต่างของ ค่าระดับไขมันในเลือด (Cholesterol) ของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง จากคุณประโยชน์ของการออกกำลังกายที่สามารถช่วยรักษาโรคบางชนิดได้ โดยพบว่า โรคไขมันในเลือดสูง สามารถลดระดับไขมันลงได้จากการ ออกกำลังกาย (บรรลุ ศิริพานิช, 2550 : 60) ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมออกกำลังกาย สม่ำเสมอ ก็จะช่วยให้มีระดับไขมันในเลือด (Cholesterol) อยู่ในระดับดีขึ้นกว่าเดิมได้

5. นวดเหยียบคลายกล้ามเนื้อและขยายเส้นเลือดทุกสัปดาห์ ๆ ละ 60 นาที

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำหลักการนวดเหยียบทุกสัปดาห์ ๆ ละ 60 นาที เพื่อการแก้ไขปัญหาเป้าและปัญหาทุจจัยร้อนของผู้สูงอายุที่พบว่า มีสภาพปัญหาการมี สุขภาพไม่ดี ร่างกายอ่อนแอ และเจ็บป่วยบ่อยครั้ง จากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การมีสุขภาพไม่ดีและการเจ็บป่วยบ่อยครั้งของผู้สูงอายุ มีสาเหตุมา

จากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายในทางที่เสื่อมลง ทำให้เซลล์ของระบบอวัยวะต่างๆในร่างกายทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์เหมือนวัยอื่น และนอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากการสะสมสารพิษต่างๆในร่างกายเป็นเวลานานๆทั้งจากขบวนการเผาผลาญในร่างกาย และจากสภาพแวดล้อมภายนอก ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือร่างกายของคนเราร่างชีวิตอยู่ได้ด้วยการหล่อเลี้ยงในมิติต่างๆ ได้แก่ อาหาร และการมีระบบป้องกันที่มีประสิทธิภาพ ระบบที่นำอาหารไปหล่อเลี้ยงคือ หลอดเลือดแดง ซึ่งมีแขนงกระจายจากหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจแยกเล็ดลงไปเรื่อยๆ เพื่อไปเลี้ยงทุกๆ อวัยวะ ได้แก่ สารอาหาร วิตามิน เกลือแร่ ออกซิเจน และสารในระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งเมื่อเซลล์ในร่างกายได้รับการหล่อเลี้ยงที่ดีก็จะมีสุขภาพดีและอายุยืนยาว แต่เมื่อมีความแก่ชรา หลอดเลือดก็มีการเสื่อมสภาพจากหลายสาเหตุดังกล่าว การนำเลือดที่มีสารอาหารและสิ่งที่ร่างกายต้องการไปเลี้ยงได้ไม่ดีจึงกระทบต่อการทำหน้าที่ของเซลล์และอวัยวะต่างๆ อาการแสดงของอวัยวะที่ขาดเลือดไปเลี้ยงคือ จะมีการปวดเมื่อย เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ซึ่งพบได้มากในผู้สูงอายุ เมื่อมีอาการมากขึ้นอาจทำให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพในอวัยวะส่วนที่เส้นเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงได้อย่างถาวร การฉีกขาด คือวิธีการที่นำมาช่วยรักษาอาการดังกล่าวในผู้สูงอายุได้ โดยมีหลักการว่าเป็นการช่วยกระตุ้นไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลืองในร่างกาย และทำลายการแข็งตัวที่เกิดขึ้นในเส้นใยของกล้ามเนื้อ ช่วยลดและระงับความเจ็บปวดลง

การนวดเหยียบ (Foot Massage) คือ การใช้เท้ากดไปตามส่วนต่างๆ ในบริเวณที่มีอาการหรือจุดที่จะรักษา ส่วนใหญ่จะใช้นวดเหยียบในบริเวณที่หนา เช่น ต้นขา สะโพก น่อง เพื่อผ่อนคลายและลดการตึงเครียดของกล้ามเนื้อ ส่งผลต่อระบบการไหลเวียนในร่างกาย ช่วยบำบัดและลดอาการเจ็บปวด ลดอาการบวมซึ่งเกิดจากการคั่งของของเสียในเนื้อเยื่อ แก้ไขอาการติดขัดให้สามารถเคลื่อนไหวได้ และยังช่วยให้ผิวหนังเกิดความรับรู้และความรู้สึกดีขึ้น ที่สำคัญการนวดเหยียบเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ค่าใช้จ่ายไม่แพง เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุและสอดคล้องตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

5.1 รูปแบบวิธีการนวดไทยและการนวดแบบพื้นบ้าน

การนวดของไทยมีรูปแบบเป็นทางการอยู่ 2 รูปแบบ คือ การนวดแบบราชสำนัก เป็นการนวดที่เน้นการรักษาโรคเฉพาะจุด แต่เดิมเป็นการนวดให้กับเจ้านายชั้นสูง เน้นท่าทางที่สวยงาม เช่นการวางมือ การคลานเข้าหาผู้ป่วย และการนวดแบบเชลยศักดิ์ หมายถึงการนวดแบบทั่วไป เป็นการนวดที่ใช้ในชุมชนและชาวบ้าน เช่น การใช้เท้า สอก หรือรูปแบบอื่นๆ ปัจจุบันการนวดทั้ง 2 รูปแบบนี้ มีการเรียนการสอนและบริการอย่างแพร่หลาย ซึ่งในแต่ละท้องถิ่นหรือภูมิภาคของประเทศไทยก็มีรูปแบบการนวดที่แตกต่างกันไป การนวดบาง

ลักษณะก็มุ่งเน้นให้เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษายิ่งขึ้น รูปแบบวิธีการนวดไทยและการนวดแบบพื้นบ้านต่างๆ ได้แก่

การบีบ เป็นการนวดโดยจับกล้ามเนื้อบริเวณที่จะนวดให้เต็มฝ่ามือ แล้วออกแรงบีบดันกล้ามเนื้อเข้าหากัน ใช้ในกรณีที่กล้ามเนื้อตึง หดเกร็ง แข็ง การบีบจะทำให้เส้นเลือดหยุดไหลเวียนชั่วขณะ เมื่อปล่อยจะทำให้เลือดมีความดันแรงขึ้น ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ช่วยลดการเกร็งหรือตึงของกล้ามเนื้อ

การขยำ เป็นวิธีการนวดโดยจับกล้ามเนื้อเข้ามาหากันเหมือนการบีบแต่ทำเร็วกว่า เป็นการกระตุ้นกล้ามเนื้อและประสาทให้ทำงานดีขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อหรือเส้นคลายตัว ปรับสภาพระบบการทำงานของเส้นและระบบต่างๆ ให้เข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น

การคลี่ เป็นการนวดโดยใช้นิ้วหัวแม่มือวางไว้ด้านข้างของจุดที่จะนวด แล้วกดน้ำหนักลงเบาๆ อย่างค่อยๆ จากนั้นลากนิ้วมือออกจากจุดที่นวด อาจลากขึ้นหรือลากลงก็ได้ ใช้นวดในกรณีที่ผู้ป่วยแขนขาอ่อนล้ามากและไม่มีกำลัง ต้องค่อยๆ คลี่เพื่อให้กล้ามเนื้อกลับมาสู่ภาวะปกติ

การคลาย เป็นลักษณะการนวดโดยวางมือทั้งสองข้างหรือข้างเดียวลงที่จุดทำการรักษาลงน้ำหนักเบาๆ ไว้ที่ปลายนิ้ว ฝ่ามือ หรือที่สันมือ แล้วทำการหมุนวนไปเรื่อยๆ จะหมุนทางซ้ายหรือทางขวาก่อนก็ได้ ใช้คลายกล้ามเนื้อทั่วไป ช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ลดอาการชามือ ชาเท้า

การคลึง เป็นวิธีการนวดโดยใช้นิ้วหัวแม่มือหรือสันมือกดบริเวณกล้ามเนื้อแล้วเคลื่อนที่เป็นวงกลม ใช้ในกรณีที่กล้ามเนื้อเกร็งตัวแข็งเป็นก้อน เพื่อช่วยลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น ตะคริว

การคลำ เป็นการนวด โดยวางนิ้วมือลงบริเวณที่จะรักษาค่อยๆ ทิ้งน้ำหนักลงบริเวณที่รักษาทำต่อเนื่องไปเรื่อยๆ เพื่อตรวจหาสิ่งผิดปกติ เช่น เป็นก้อน พังพืด ไขมัน การสับฟ่อ หรือสิ่งผิดปกติ เพื่อทำการรักษาได้ตรงจุด

การรีด เป็นการวางนิ้วหัวแม่มือหรือมากกว่าหนึ่งนิ้ว หรือใช้อุ้งมือวางตรงจุดที่รักษาทิ้งน้ำหนักลงที่ปลายนิ้ว แล้วค่อยๆ ดันขึ้นหรือลงไปตามแนวเส้นที่รักษา การรีดจะใช้มือเดียวหรือสองมือก็ได้ ใช้ในกรณีเส้นแข็ง เกร็ง หากเส้นจมนจะไม่รีด เพราะจะยิ่งทำให้เป็นหนักกว่าเดิม

การดึง เป็นการใช้มือทั้งสองข้าง ดึงบริเวณ ข้อต่อ เพื่อให้ข้อต่อส่วนที่หดเข้าไปหรือเกิดการติดขัดกลับสู่สภาพปกติ

การเหยียบ เป็นการนวดโดยใช้เท้าเหยียบ ไปตามบริเวณที่มีอาการ หรือจุดที่จะรักษา ส่วนใหญ่จะให้การเหยียบในบริเวณที่หนา เช่น ต้นขา สะโพก น่อง เพื่อผ่อนคลายและลดการตึงเกร็งของกล้ามเนื้อ ซึ่งส่งผลต่อระบบการไหลเวียนที่ดีในร่างกาย

การทุบ เป็นการนวด โดยใช้สันกำปั้น ทุบบริเวณที่มีอาการ หรือจุดที่ต้องการรักษา ด้วยน้ำหนักที่พอเหมาะกับผู้ป่วย เป็นจังหวะสม่ำเสมอ ไล่ไปตามแนวเส้น หรือในบริเวณที่ต้องการรักษา ในกรณีที่กล้ามเนื้อแข็ง เป็นการใช้แรงกระตุ้นกล้ามเนื้อ ให้กลับมาทำงานตามปกติ และบรรเทาอาการปวดเมื่อย

การสับ เป็นการนวดโดยใช้มือทั้งสองข้างประกบกัน ลักษณะพนมมือ ใช้สันมือด้านนิ้วก้อยสับลงบริเวณที่มีอาการหรือจุดที่ต้องการรักษาด้วยน้ำหนักที่พอเหมาะกับผู้ป่วยในจังหวะสม่ำเสมอไล่ไปตามแนวเส้น เป็นการใช้แรงกระตุ้นกล้ามเนื้อเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อย มักทำในขั้นตอนสุดท้ายก่อนจบการรักษาและอวยพรให้ผู้มาตรวจหายจากโรคโดยเร็ว

การบิด เป็นการนวด โดยการออกแรงหมุนข้อต่อ หรือกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น ให้ยืดออกทางด้านขวาง เพื่อให้กล้ามเนื้อหรือเส้นเอ็นคลาย บรรเทาอาการปวดในกรณีไหล่หลุด ขาหลุด

การกดนวด โดยใช้นิ้วมือ สันมือ สอก เข้า ทำอย่างใดอย่างหนึ่ง วางลงบนจุด เส้นหรือส่วนต่างๆ ของร่างกายที่จะนวดแล้วใช้น้ำหนักลงไปที่บริเวณที่จะนวด ปล่อยไว้สักครู่จึงค่อยๆ ผ่อนน้ำหนัก ยกนิ้วขึ้นแล้วเลื่อนไปตำแหน่งต่อไป เพื่อกระตุ้นระบบการไหลเวียนของเลือดส่วนใหญ่นิยมกดจุดที่เส้นเอ็นเพื่อคลายเส้นให้ผู้ป่วย

การคัด เป็นการนวดในกรณีที่เส้นมีปัญหา เช่น น่องตึง อาการตะคริว เอ็นร้อยหวายตึงข้อเท้าแพลงทำโดยใช้มือจับสันเท้าผู้ป่วย และใช้ข้อศอกปลายเท้าขึ้น

การกระตุ้น เป็นการนวดในกรณีเท้าแพลง นิ้วขึ้น ข้อมือขึ้น โดยการกระตุ้นอย่างรวดเร็วเพื่อให้เข้าที่โดยเร็ว ลดอาการเจ็บปวด หากทำซ้ำจะปวดมาก

การจก (ล้วง) เป็นการนวดสำหรับผู้ป่วยมีปัญหาเส้นจมใต้สะบัก โดยใช้นิ้วมือทั้ง 4 จกจากใต้ปีกสะบักด้านล่าง และใช้นิ้วสะกดเขี่ยเส้นออกมา

5.2 ประโยชน์ของการนวดที่เกี่ยวข้องกับการสุขภาพ

5.2.1 ผลต่อระบบการไหลเวียน

1) เพิ่มการไหลเวียนของโลหิต ทำให้เลือดและน้ำเหลืองถูกบีบออกจากบริเวณนั้น และมีเลือดและน้ำเหลืองใหม่มาแทน ระบบไหลเวียนจึงมีการทำงานได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

	2) ช่วยลดอาการบวม
	3) ทำให้บริเวณที่นิ้วกดมีอุณหภูมิเพิ่มขึ้น กระตุ้น
การทำงานของระบบไหลเวียน	
	5.2.2 ผลต่อระบบกล้ามเนื้อ
มาเลี้ยงเพิ่มขึ้น	1) ทำให้กล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพดีขึ้น เพราะมีเลือด
เมื่อล้า	2) ช่วยขจัดของเสียในกล้ามเนื้อได้เร็วขึ้น ลดอาการ
	3) ทำให้กล้ามเนื้อหย่อนลง ผ่อนคลายความตึงเกร็ง
	4) ลดอาการบวมและบรรเทาความเจ็บปวด
	5) บรรเทาอาการขัดยอก
	6) ช่วยขจัดของเสียที่คั่งค้างอยู่ตามกล้ามเนื้อ
	7) ช่วยให้กล้ามเนื้อคงรูปได้สัดส่วน ไม่ห่อเหี่ยว
	8) ช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น โดยเนื้อเยื่อส่วนนั้น
แข็งแรงยึดเกาะติดกันแน่น	9) ในรายที่มีพังผืดเกิดภายในกล้ามเนื้อ การนวดจะ
	ทำให้พังผืดอ่อนตัวลงทำให้กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นดีขึ้นอาการเจ็บปวดจะลดลง
	5.2.3 ผลต่อผิวหนัง
ส่งผลให้ผิวหนังเต่งตึง	1) ทำให้เลือดมาเลี้ยงผิวหนังบริเวณนั้นมากขึ้น
	2) ทำให้ตัวยาดูดซึมได้ดีขึ้นทางผิวหนัง หลังการนวด
ที่นานพอควร	3) การคลึงในรายที่มีแผลเป็น ช่วยให้เลือดไปเลี้ยง
บริเวณนั้นมากขึ้น ทำให้แผลเป็นอ่อนตัวลงหรือเล็กลง	4) ช่วยขจัดรอยเหี่ยวย่นตามใบหน้าและส่วนต่าง ๆ
	เพราะการนวด ทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น
	5.2.4 ผลต่อระบบทางเดินอาหาร
กระเพาะอาหารและ ลำไส้	1) เพิ่มความตึงของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่

ทำให้เจริญอาหาร

2) เกิดการบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้

3) ช่วยลดอาการท้องอืดท้องเฟ้อ

4) ช่วยทำให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น

5.2.5 ผลต่อจิตใจ

1) ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สบายกายและใจ

2) ทำให้รู้สึกแจ่มใส กระฉับกระเฉง

3) ลดความเครียดและความวิตกกังวล

4) มีความรู้สึกมั่นใจต่อการออกกำลังกายหรือ

เล่น กีฬา

5.2.6 ผลต่อส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยทั่วไป เช่น

1) ไหล่แข็ง อาการนี้ค่อนข้างจะอักเสบและเจ็บปวด

การนวดจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบไหลเวียน และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อรอบข้อต่อให้ดีขึ้น

2) คอแข็งและไหล่เคล็ด ช่วยได้ด้วยการกดคอ

และ ไหล่ โดยเฉพาะการนวดกดจุด

3) เจ็บที่ปีกไหล่ สาเหตุเนื่องมาจากสารพิษที่สะสม

ทำให้การไหลเวียนไม่ดี การนวดแบบกดลึกที่บริเวณนั้นจะช่วยได้มาก

4) เอ็นอักเสบ เนื่องมาจากการยกของ การนวดจะ

ช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตและน้ำเหลืองไปยังบริเวณนั้น และผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่อยู่รอบ ๆ

5) การปวดน่อง ปวดสะโพก การนวดจะช่วยได้ดีมาก

ทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น

6) เส้นเลือดพอง อาการนี้สามารถป้องกันได้

โดยการ นวด เพื่อช่วยในการไหลเวียนของโลหิต

5.2.7 ผลต่อสุขภาพด้านโรคภัยไข้เจ็บ

1) โรคหืด เป็นอาการที่มีผลต่อหน้าอกส่วนบนและ

ทำให้หายใจลำบาก ดังนั้น การนวดโดยการกดเบาๆ บริเวณหน้าอกจะช่วยบรรเทา

2) ไซนัสอักเสบ ทำให้ปวดศีรษะและ บริเวณใบหน้า

การนวดจะช่วยได้ โดยนวดที่หน้าผากลงไปตามจมูกแล้วลากข้ามไปที่แก้ม

3) การพักผ่อนของผู้ป่วย หากผู้ป่วยอยู่ในช่วงพักฟื้น หลังการผ่าตัดหัวใจ แต่ยังคงมีความรู้สึกวิตกกังวลและเครียด การนวดโดยการกดอย่างนุ่มนวลเป็น จังหวะเป็นสิ่งที่ดีที่สุด เพราะจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบและผ่อนคลายแต่ควรได้รับความเห็นจากแพทย์ ทุกครั้งก่อนทำการนวด

4) เป็นลม การไหลเวียนของโลหิตไปยังร่างกายถูก ขัดขวาง ทำให้กล้ามเนื้อเกร็งและตึง การนวดสามารถช่วยได้อย่างมาก

5) เส้นเลือดอุดตัน มีอาการเจ็บปวด ขาบวม สามารถ ช่วยได้โดยนวดที่ขาเบาๆ ให้กล้ามเนื้ออ่อนคลายตัว

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้กำหนดประเด็น นวดเหยียบคลายกล้ามเนื้อและขยายเส้นเลือดทุกสัปดาห์ ละ 60 นาที เป็นหน่วยระบบทำงานของยุทธศาสตร์ เพื่อแก้ไขปัญหาลำบาก คลื่นคลายปัญหา ทุกข์ร้อน และ เป็นรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ได้ถือปฏิบัติในการ ดูแลตนเอง เพื่อการมีสุขภาพที่ดี และให้ผู้สูงอายุได้พึ่งตนเองตามบริบทของภูมิปัญญาไทย (มูลนิธิ การแพทย์แผนไทยพัฒนา, 2553 : 1-2; โรงเรียนการนวดไทยทางดง, 2553 : 1; วิทยา ปัทมะรางกุล, 2553 : 1-3; สถาบันการแพทย์แผนไทย, 2553 : 1-4 และสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2547 : 18-35)

6. ผ่อนคลายอารมณ์และจิตใจโดยการฝึกสมาธิทุกวันๆ ละ 20-30 นาที

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสารวิชาการ และผลงาน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการศึกษาข้อมูลสภาพจริงโดยการวิจัยนำร่อง (Pre-research) ในกลุ่ม ตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่า สภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 ประการใหญ่ๆ ได้แก่ ปัญหาด้านร่างกาย ปัญหาด้านจิตใจ ปัญหาด้านอารมณ์และสังคม ซึ่งในทางจิตวิทยานั้น ผู้สูงอายุเป็นช่วงชีวิตที่ต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์ อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ได้แก่

6.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จากอวัยวะทุกระบบที่มี การเปลี่ยนแปลง ไปในทางที่เสื่อมลง เช่น กระดูกเปราะ ฟันหัก ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ซ้ำลง ความจำ ไม่ดี โรคภัยต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคกระเพาะ โรคเกี่ยวกับตา ฯลฯ เป็นต้น

6.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เนื่องจากเป็นระยะที่กำลัง ออกจากสังคม หรือเกษียณอายุ สังคมของผู้สูงอายุจะเหลือเพียงญาติ เพื่อนสนิท ศาสนา วัด และ โบสถ์ เท่านั้น

6.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจเนื่องจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ร่างกาย เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เกิดความรู้สึกว่าเหงา วิตกกังวลซึมเศร้า และจากกาสูญเสีย

ปัจจัยทางสังคม เช่น การสูญเสียบทบาทจากการปลดเกษียณการทำงาน ความรู้สึกสูญเสียอำนาจ ความรู้สึกการมีคุณค่าของตนเองลดลง การสูญเสียรายได้ เป็นต้น (รวิวรรณ นิเวตพันธุ์, 2553 : 1-2; สกฤณา บุญนรากร, 2551 : 261-268)

ปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวนี้นำไปสู่ผู้สูงอายุมีอาการแสดงทางจิตเวช และจิตใจ กล่าวคือ การเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ขาดความมั่นใจและความปลอดภัย ซึ่งบางครั้ง ผู้สูงอายุมักมีการชดเชยหรือแสดงออกด้วยการสะสมข้าวของ การย้ำคิดย้ำทำ การมีอารมณ์ไม่คงที่ โกรธง่าย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมและประสบการณ์ที่ผ่านมา (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548 : 22)

ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและผลงานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ในเรื่องความเครียดและการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุพบว่า มีผู้ให้นิยามและข้อเสนอแนะไว้ จำนวนมาก ได้แก่

นิธิพัฒน์ เมฆขจร (2553 : 1) ให้ความหมายไว้ว่า ความเครียด คือสิ่งที่ทำให้รู้สึกไม่สบายกายและใจ วิตกกังวล ตื่นเต้น เกลียด กลัว หรือความรู้สึกที่ไม่ชอบสิ่งนั้น สิ่งนี้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เช่น มีการสูญเสีย การผิดหวัง หรือหวาดกลัว ความเครียดนั้นก็จะ กลายเป็นความทุกข์แสนสาหัสขึ้นมา และสามารถกลายเป็นสาเหตุที่ทำให้เจ็บป่วย จากระดับ รุนแรงน้อยไปจนถึงป่วยหนักได้

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ (2550 : 1-2) ให้ความหมายไว้ว่า ความเครียด หมายถึง ปฏิกริยาของร่างกายและจิตใจ ที่มีต่อสิ่งที่มากระตุ้น ซึ่งคำว่า ปฏิกริยา ก็ไม่ได้ จำเพาะเจาะจงว่าส่วนใดส่วนหนึ่ง อาจจะเป็นการตอบสนองของร่างกาย บางส่วน เช่น ปวดหัว หัวใจเต้นแรง เหงื่อออก หรือ เป็นความรู้สึกกระวนกระวาย และสิ่งที่มา กระตุ้นหรือสิ่งเร้าที่จะทำให้เกิดความเครียดก็แตกต่างกันไปในแต่ละคน

ดารณี อุทัยรัตนกิจ (2545 : 5) ให้ความหมายไว้ว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะที่ต้อง ประสพหรือเผชิญกับการท้าทายที่สำคัญ และไม่มีความสมดุลระหว่างความต้องการและการตอบสนอง

จากความหมายดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายกายและใจ ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยภายในและภายนอกร่างกาย ก่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลง หรือภาวะขาดความสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจ อาการที่ปรากฏ ได้แก่ อาการ เหนื่อยล้า ท้อแท้ ซึมเศร้า หรือวิตกกังวล หงุดหงิด โกรธง่าย เป็นต้น

ภาวะเครียดเกิดได้กับบุคคลทุกคน และต้องมีการปรับตัว เพื่อให้สามารถรักษาสมดุลของร่างกายและจิตใจไว้ได้ การจัดการกับความเครียดจึงเป็นวิธีการ

ควบคุมสถานการณ์ที่ไม่สมดุลของความต้องการ ความสามารถ และทรัพยากร คนส่วนใหญ่เห็นว่าความเครียดเป็นสิ่งเลวร้าย แต่ถ้ารู้จักวิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยเพิ่มพลังในการปฏิบัติงาน และ การพัฒนาตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2547 : 1-3; ดารณี อุทัยรัตนกิจ, 2545 : 5; เกษม ตันติผลาชีวะ, 2544: 12) ทั้งนี้มีนักวิชาการได้นำเสนอวิธีการจัดการกับความเครียดไว้ผู้วิจัยขอสรุปดังนี้

Lagarus & Folkman (1984: 34) ให้คำนิยามการรับมือกับความเครียดหรือการจัดการความเครียดไว้ว่า เป็นผลของอาการเปลี่ยนแปลงความนึกคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นเพื่อจะจัดการกับความเครียด จากภายในหรือภายนอกของร่างกาย กลวิธีในการจัดการกับความเครียดเป็นกระบวนการที่ใช้จัดการกับปัญหา และปรับการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีปัญหาอยู่นั้น

Pender (1987: 34) ให้นิยามการจัดการความเครียดว่า เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงวิธีการจัดการความเครียดของบุคคล เช่น การผ่อนคลาย การนอนหลับพักผ่อน การทำกิจกรรมที่คลายเครียดหรือการทำกิจกรรมที่ป้องกันการอ่อนล้า เป็นต้น

กรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2547 : 1-3) นำเสนอวิธีการเทคนิคเฉพาะในการคลายเครียด 6 วิธี ดังนี้

1. การฝึกจิตเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นเทคนิคที่สะดวกและช่วยให้อาการหดเกร็งกล้ามเนื้อลดลง โดยขณะฝึกจิต ใจจะจดจ่ออยู่กับการผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ทำให้ลดการฟุ้งซ่านและความวิตกกังวลจิตใจมีสมาธิมากขึ้น
2. การฝึกการหายใจ เป็นเทคนิคในการบริหารกล้ามเนื้อ กระบังลมบริเวณท้อง ช่วยให้ร่างกายได้ออกซิเจนเข้าสู่ปอดมากขึ้น และช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ข็งและล้าได้
3. การทำสมาธิ เป็นการจัดการความเครียดที่ลึกซึ้งที่สุดเพราะจะทำให้จิตใจสงบโดยวิธีการนับการหายใจ
4. การจินตนาการ เป็นเทคนิคที่เบี่ยงเบนความสนใจจากสถานการณ์อันเคร่งเครียด โดยให้ย้อนระลึกถึงประสบการณ์ที่สงบสุขในอดีต
5. การคลายเครียดจากใจสู่กาย เป็นการจัดการกับความเครียดโดยการให้ใจไปยังส่วนของกล้ามเนื้อส่วนใดส่วนหนึ่ง ซึ่งกล้ามเนื้อส่วนนั้นจะมีความรู้สึกหนักซึ่งจะทำให้ร่างกายรู้สึกว่องไวขึ้น มีผลทำให้คลายเครียด
6. การนวดคลายเครียด การนวดจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ทำให้รู้สึกปลอดโปร่งสบายตัว

ส่วนอนามัยผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2553 : 1-2) เสนอแนะวิธีผ่อนคลายความเครียดสำหรับผู้สูงอายุไว้ ได้แก่

1. วิธีแก้ไขที่ปลายเหตุ ได้แก่ การใช้ยา เช่น ยาหม่อง ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร ยาแก้ลมประสาท แต่วิธีการดังกล่าวไม่ได้แก้ไขความเครียดที่ต้นเหตุ อาจทำให้ความเครียด นั้นเกิดขึ้นได้อีก วิธีที่ดีที่สุด คือ วิธีแก้ไขที่ต้นเหตุ
 2. วิธีแก้ไขที่ต้นเหตุ ได้แก่ แก้ไขเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น ทำงานอดิเรกที่ชอบ ฝึกออกกำลังกายทำบริหารร่างกายแบบง่ายๆ เป็นต้น
 3. เปลี่ยนแปลงนิสัยและทัศนคติต่อการดำเนินชีวิต เช่น ลดการแข่งขัน เพิ่มการผ่อนคลาย ลดความเข้มงวด ในเรื่องต่างๆ
 4. สำรวจ และเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อตัวเองและผู้อื่น เช่น มองตัวเองในแง่ดี และมองผู้อื่นในแง่ดี จากนั้นปรับปรุงสัมพันธภาพต่อบุคคลในครอบครัวและสังคมภายนอก
 5. การฝึกผ่อนคลายโดยตรง เช่น การฝึกหายใจให้ถูกวิธี การฝึกสมาธิ การออกกำลังกายแบบง่ายๆ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวด เป็นต้น
- สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนด การผ่อนคลายอารมณ์ และจิตใจโดยการฝึกสมาธิทุกวันๆ ละ 20-30 นาที ให้เป็นการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวคิดและวิธีการปฏิบัติดังนี้

6.1 แนวคิดของการฝึกสมาธิ

สมาธิ หมายถึง ความตั้งมั่นแห่งจิต หรือความสำรวมใจให้แน่วแน่ เพื่อให้จิตใจสงบหรือเพื่อให้เกิดปัญญา (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2546 : 1126-1130)

สมาธิ หมายถึง ความตั้งมั่นของจิต สติคือ การระลึกรู้สัมปชัญญะ เป็นการวิเคราะห์แยกแยะทำให้เกิดปัญญา และการบำบัดเป็นการทำให้ทุเลาเบาบาง (วันดี โภคะกุล, 2548 : 154)

การสร้างสมาธิ คือ การมีสติติดตามกับการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้เกิดสมาธิ และเมื่อมีสมาธิมากขึ้น สติจะตามทันทุกอย่าง ทันแม้กระทั่งความคิดของตัวเอง เวลาที่จิตโกรธก็สามารถที่จะห้ามความโกรธหรือปลุกปลอบใจได้ (ศูนย์สมาธิบำบัด โรงพยาบาลลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ, 2553 : 1-2)

สมาธิบำบัด มีความเชื่อว่า คนเป็นระบบที่มีชีวิต ประกอบด้วยกายและจิต มีพลังที่เกี่ยวข้องและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกับสิ่งแวดล้อม

และจักรวาล และเชื่อว่าคนเป็นหน่วยชีวิตที่มีพลังงาน มีการเคลื่อนไหวและเปลี่ยนแปลง คนเป็นหนึ่งเดียวกับธรรมชาติ สุขภาพเป็นความสมดุลของกายจิต ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม การสูญเสียความสมดุลและความยืดหยุ่นทำให้ร่างกายเสื่อมได้ สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกมีการแลกเปลี่ยนพลังอยู่เสมอ คนสามารถปรับพลังให้ร่างกายอยู่ในสภาวะสมดุลได้ จุดสำคัญของสมาธิบำบัดเชื่อว่า ความสมดุลของร่างกายและจิตใจทำให้มีสุขภาพดี (วันดี โภคะกุล, 2547 : 154)

6.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฝึกสมาธิ

6.2.1 ความเชื่อ (ประสบการณ์และหลักฐาน)

6.2.2 ทำสมาธิได้

6.2.3 จินตนาการนึกภาพได้ หรือไม่ต้องมีข้อสงสัย

6.2.4 ฝึกสมาธิเป็นประจำทุกวัน

6.3 ประโยชน์ของสมาธิบำบัด

6.3.1 สมาธิบำบัดช่วยลดอัตราการใช้พลังงาน

6.3.2 สมาธิบำบัดช่วยลดอาการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่นความเครียด ความดันโลหิต คอเลสเตอรอล และอื่นๆ

6.3.3 สมาธิบำบัดสามารถช่วยในการแก้ภาวะวิกฤตของชีวิต

6.3.4 สมาธิบำบัดช่วยรักษาโรค

6.4 รูปแบบของการฝึกสมาธิ

การฝึกสมาธิแบบต่างๆ ในโลกนี้มีวิธีการฝึกได้หลากหลายรูปแบบเป็นจำนวนมาก แต่ก็พอสรุปรูปแบบหลัก ๆ ที่นิยมฝึกกันในปัจจุบันมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ การฝึกสมาธิแบบเคลื่อนไหวทางร่างกาย และการฝึกสมาธิแบบผ่อนคลายโดยไม่ต้องเคลื่อนไหวทางร่างกาย

6.4.1 การฝึกสมาธิแบบเคลื่อนไหวทางร่างกาย

รูปแบบการฝึกสมาธิพร้อมกับการเคลื่อนไหวทางร่างกายนี้มีวิธีการฝึกหลายอย่าง แต่ที่กำลังนิยมของผู้ที่ชื่นชอบการรักษาสุขภาพกายและใจควบคู่กันไป ได้แก่ โยคะ และมวยจีน คือ ใช้หลักการเคลื่อนไหวทางร่างกาย (ออกกำลังกาย) ซ้ำๆ ไปพร้อมกับการทำใจให้ว่างและเป็นสมาธิ ด้วยการกำหนดการหายใจเข้าออก พร้อมกับมีสติรับรู้การเคลื่อนไหวของร่างกายในขณะที่ฝึกอยู่เสมอ หรือจะกำหนดใจไปยังอวัยวะส่วนที่ไม่แข็งแรงให้กลับคืนสู่สภาพปกติก็ได้ ซึ่งรูปแบบการฝึกสมาธิอย่างนี้จะมีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง และจิตใจให้ผ่อนคลายความเครียด ความกังวล และให้ความรู้สึกลึกซึ้งชื่นแจ่มใส

6.4.2 การฝึกสมาธิแบบผ่อนคลายโดยไม่ต้องเคลื่อนไหว

ร่างกาย

รูปแบบการฝึกสมาธิแบบผ่อนคลายโดยไม่ต้อง

เคลื่อนไหวร่างกาย เป็นการฝึกสมาธิที่เน้นการพัฒนาทางด้านจิตใจโดยตรง คือ การฝึกใจให้จดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งตลอดเวลาในขณะที่ฝึกอยู่ ซึ่งกระทำได้หลายวิธี แต่ที่มีส่วนเหมือนกัน คือ การนั่งตัวตรง จะนั่งขัดสมาธิหรือนั่งพับเพียบหรือนั่งบนเก้าอี้ปล่อยเท้าห้อยมาแตะพื้นก็ได้ วางมือทั้งสองข้างบนตักซ้อนกันตามสบาย จะลืมตาหรือหลับตาก็ได้แต่ส่วนใหญ่ให้หลับตาพอสนิท นั่งในที่เงียบๆ ไม่มีเสียงหรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดรบกวน ผู้วิจัยขอสรุปแบบการฝึกสมาธิที่นิยมปฏิบัติกันมากในปัจจุบัน คือ สมาธิแบบ TM. (Transcendental Meditation) (เนก ธนะสิริ, 2548 : 81-86)

ศาสตราจารย์ เฮอร์เบิร์ต เบนสัน (Dr. Herbert Benson) แห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (อ้างถึงในแพทย์พงษ์วรพงศ์พิเชษฐ, 2552 : 3 และเนก ธนะสิริ, 2548 : 81-86) ได้ศึกษาการฝึกสมาธิแบบ Transcendental Meditation (T.M.) ในอาสาสมัครพบว่า ในคนที่จิตเป็นสมาธิ อัตราการหายใจ อัตราการเต้นหัวใจและความดันจะลดลง คลื่นไฟฟ้าสมอง คลื่นไฟฟ้าหัวใจจะช้าและเป็นระเบียบขึ้น การเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง ความตึงของกล้ามเนื้อลดลง ซึ่งเรียกปรากฏการณ์นี้ว่าการตอบสนองต่อความผ่อนคลาย (Relaxation response) ซึ่งตรงข้ามกับผลที่เกิดจากความเครียดที่เรียกว่า ปฏิกริยาสู้แล้วถอย (Fight and Flight Response) ที่ความดันจะสูงขึ้น อัตราการหายใจและชีพจรเร็วขึ้น กล้ามเนื้อตึงตัวมากขึ้น ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนมากขึ้น อัตราการเผาผลาญสารอาหารมากขึ้น ดังนั้นความเครียดทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้ในขณะที่ความผ่อนคลายช่วยให้โรคส่วนใหญ่หายหรือดีขึ้นได้ ซึ่งวิธีการสร้างความผ่อนคลายด้วยการนั่งสมาธิแบบ T.M. โดยใช้คำพูดสั้นๆ ตามคำบริกรรมในศาสนาที่นับถือ เช่น โอม พุทโธ อามิตาพุทธ พระอัลเลาะห์ (sha Allah) เป็นต้น

วิธีการสร้างความผ่อนคลายด้วยการนั่งสมาธิแบบ T.M.

1. นั่งในท่าที่สบายและหลับตาลงผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
2. หายใจช้าๆ ลึกๆ แบบธรรมชาติแล้วบริกรรมคำพูดที่เตรียมไว้
3. ทำใจจดจ่ออยู่ที่คำพูดไม่กังวลว่าจะปฏิบัติได้ดีหรือไม่ เมื่อ

ใจนึกคิดขึ้นมาให้กำหนดสติรู้ให้ใช้คำว่า "ดีแล้ว" แล้วกลับมากำหนดคำบริกรรมเหมือนเดิม

4. ปฏิบัติติดต่อกัน 10-20 นาที

5. เมื่อหยุดปฏิบัติให้นั่งนิ่งๆ สักครูให้ความคิดนึกต่างๆ ค่อยๆ

กลับคืนเหมือนเดิม ค่อยๆ ลืมตา นั่งพักต่อไปอีก 1 นาที ก่อนลุกขึ้น

6. ปฏิบัติทุกวันๆ ละ 1-2 ครั้ง เช้าและเย็น

แนวคิดการปฏิบัติสมาธิทางวิทยาศาสตร์ (Science of Medication)

คือ การค้นพบปฏิสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการของจิต และประสาทอัตโนมัติ (Autonomic) จิตประสาทภูมิคุ้มกันวิทยา (Immune Nervous System) ภายใต้สภาวะที่เซลล์ และร่างกายถูกทำลายด้วยเชื้อโรค การที่เซลล์ทำงานไม่ได้เนื่องจากขาดสมดุล การเกิดภาวะเครียด การควบคุมประสาทสัมผัสทั้งหก คือ หู ตา จมูก ลิ้น การสัมผัส การเคลื่อนไหว จะส่งผลกระทบต่อระบบ ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบหลอดเลือด และระบบหัวใจ เกิดปรากฏการณ์เหนือวิทยาศาสตร์ (Supernatural Perception) กายกับจิตเป็นหนึ่งเดียวกัน (ศูนย์สมาธิบำบัด โรงพยาบาลลืออำนาจจังหวัดอำนาจเจริญ 2553 : 1-2)

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้กำหนดประเด็น ผ่อนคลายอารมณ์และจิตใจโดยการฝึกสมาธิทุกวันๆ ละ 20-30 นาที เป็นหน่วยระบบทำงานของยุทธศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหาเป้าและคลี่คลายปัญหาทุกระดับ และเป็นรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุได้ถือปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมการยึดหลักความคิดตามแนวพุทธ (รวิวรรณ นิเวศพันธุ์, 2553 : 1-2; ศูนย์สมาธิบำบัด โรงพยาบาลลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ, 2553 : 1-2; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ, 2553 : 1-2; แพทย์พงษ์ วรพงศ์พิเชษฐ, 2552 : 3; บรรลุ ศิริพานิช, 2550 : 68-71; เฉก ธนะสิริ, 2548 : 81-86; ประเสริฐ อัสตันดชัย, 2548 : 43-69; นิธิพัฒน์ เมฆจร, 2553 : 1; วันดี โภคะกุล, 2547 : 154-162; อารณีย์ เชื้อประไพ, 2547 : 2; คารณีย์ อุทัยรัตนกิจ, 2545 : 5 และเกษม ดันดิผลาชีวะ, 2544 : 14)

7. ปรัชญาแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพอยู่เสมอ

สุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุมิมีโอกาสเสื่อมลงตามอายุที่มากขึ้น และมีความเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยที่จะเกิดขึ้นตามมา ดังนั้นการตรวจสุขภาพเป็นระยะๆ เพื่อพบความเจ็บป่วยตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก จึงเป็นมาตรการป้องกันโรคที่สำคัญที่ไม่ควรมองข้าม วิธีการที่แพทย์ใช้ในการตรวจคัดกรองโรค โดยการซักประวัติและตรวจร่างกายทั่วไป เพื่อตรวจหาความผิดปกติที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

7.1 โรคความดันโลหิตสูง จากการวัดความดันโลหิตที่ดันแขน หลังจากนั่งพักอย่างน้อยครึ่งชั่วโมง

7.2 กลุ่มโรคเฉพาะในผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) เช่น ภาวะหกล้มซ้ำซ้อน ภาวะสูญเสียความสามารถในการเดิน ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ความบกพร่องทางสติปัญญาภาวะทุพโภชนาการเกิดผลข้างเคียงเนื่องจากการใช้ยา

7.3 โรคในระบบไหลเวียนโลหิต เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน

7.4 โรคมะเร็งชนิดต่างๆ เช่น มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับ

7.5 ตรวจผิวหนัง เช่น การติดเชื้อราที่ผิวหนัง โดยเฉพาะถ้าเป็น โรคเบาหวานอยู่ด้วย ผื่นแพ้ยา ภาวะผิวแห้ง มะเร็งผิวหนัง

7.6 ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคม เช่น การขาดผู้ดูแลใกล้ชิด การไม่สามารถที่จะออกไปพบปะสังคมกับผู้อื่น

7.7 การตรวจระบบประสาทสัมผัสพิเศษ เช่น

7.7.1 การตรวจภาวะหูหนวก หูตึงพบได้บ่อยมากประมาณ ร้อยละ 25–35 ในผู้สูงอายุ และพบมากตามอายุที่เพิ่มขึ้น สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดได้แก่ ภาวะประสาทหูเสื่อมจากอายุ หูชั้นนอกอุดตันจากขี้หูที่มีปริมาณมากและติดแน่นภาวะประสาทหูเสื่อมจากการได้ยินเสียงดังมากๆ ในอดีต ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษของแพทย์เฉพาะทางด้านหู จมูกและคอได้แน่นอน การรักษาทั้งสองกลุ่มนี้จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยการได้ยินติดตัวไปกับผู้สูงอายุ ส่วนภาวะหูตึงจากสาเหตุที่สองคือ หูชั้นนอกอุดตันจากขี้หู สามารถวินิจฉัยได้ง่ายโดยการตรวจในหูชั้นนอกด้วยเครื่องมือและให้การรักษา

7.7.2 การตรวจตาผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนประมาณร้อยละ 10 จะมีโรคทางตา หรือความสามารถในการมองเห็นลดลงจนเรื้อรัง สาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ โรคต้อ กระจกทำให้ผู้สูงอายุมีอาการตามัวลงอย่างช้าๆ โรคต้อหินผู้สูงอายุที่มีต้อหิน ส่วนหนึ่งจะค่อยเป็นค่อยไปมักจะมาพบแพทย์ต่อเมื่อสายตามัวมากจนไม่สามารถแก้ไขกลับคืนมาเพื่อได้รับการรักษา ตั้งแต่เริ่มแรก อาจป้องกันภาวะตาบอดได้ ส่วนโรคต้อกระจก ต้อหิน ภาวะสายตาสั้น หรือภาวะสายตายาวผิดปกตินั้น อาจทำการตรวจคัดกรองด้วยการวัดสายตา โดยให้ผู้สูงอายุอ่านภาพตัวอักษร หรือรูปภาพที่ห่างออกไป 6 เมตรถ้าพบว่ามีความผิดปกติแพทย์ก็จะส่งตัวผู้ป่วยไปพบจักษุแพทย์ต่อไป

7.7.3 การตรวจสุขภาพจิตโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ที่อาจซ่อนเร้นอยู่มี 2 ภาวะ คือ ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม การตรวจเพื่อค้นหากลับแล้วแพทย์จำเป็นต้องซักประวัติอย่างละเอียดทั้งจากตัวผู้สูงอายุญาติ และผู้ดูแลใกล้ชิด ซึ่งการตรวจเช่นนี้จะใช้เวลาพอสมควร และควรได้รับการตรวจโดยแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทาง การตรวจชนิดนี้ญาติหรือตัวผู้สูงอายุจำเป็นต้องเล่าถึงอาการทางจิตเวชด้วย

7.7.4 การตรวจสุขภาพในช่องปาก ผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 50 มีโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือมี เสริมฐานะยากจน โรคที่พบบ่อย ได้แก่ ฟันผุเหงือกอักเสบ หรือมะเร็งในช่องปาก วิธีตรวจค้นหา ภาวะดังกล่าวที่ดีคือ การให้ทันตแพทย์ตรวจสุขภาพในช่องปากเป็นระยะๆ

7.7.5 การตรวจภายในเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ในสตรี

เพื่อตรวจค้นหาก้อนเนื้อผิดปกติที่อาจพบได้ ซึ่งอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งพบสูงขึ้นตามอายุ ขณะเดียวกันหญิงชราที่ไม่เคยได้รับการตรวจเซลล์ที่ปากมดลูกก็ควรได้รับการตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ถ้าปกติติดต่อกันเป็นเวลา 3 ปี สามารถลดความถี่ของการตรวจเป็นทุก 3 ปีต่อครั้ง

7.7.6 การตรวจทางห้องปฏิบัติการประกอบด้วย การตรวจเลือด

ตรวจปัสสาวะและอุจจาระซึ่งสามารถใช้ควบคู่ไปกับการซักประวัติและตรวจร่างกายช่วยให้แพทย์สามารถตรวจยืนยันหาโรคที่ซ่อนเร้นอยู่ได้ดีขึ้น ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคเบาหวาน โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร เช่น มะเร็งลำไส้ใหญ่ โดยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานลดลง ความผิดปกติของเกล็ดเลือด ในกระแสเลือด โดยเฉพาะผู้ที่ใช้ยาขับปัสสาวะอยู่

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้กำหนดประเด็น ปรึกษาแพทย์เพื่อ ดูแลสุขภาพอยู่เสมอ เป็นหน่วยระบบทำงาน ของยุทธศาสตร์เพื่อแก้ไขปัญหาเป้า และเป็นรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับ ผู้สูงอายุ ได้ถือปฏิบัติในการดูแลตนเอง เพื่อการค้นพบความผิดปกติและรักษาในระยะเริ่มแรก รวมถึง การพบแพทย์ตามเวลานัดหมายและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด ส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดี (นภัสชล ฐานะสิทธิ์ และวรางคนผลประเสริฐ, 2551 : 1-2; ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2551 : 1-2; กาวานา กิรติยดวงศ์, 2551:1-2; รุ่งทิพย์ วรรณวิมลสุข, 2551 : 1; ภัสร์นวิ ศรีสุวรรณ, 2550 : 93-95; อำพล จินดาวัฒน์, 2551 และบรรลุ ศิริพานิช, 2550 : 8-40)

3.4 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเรียนรู้

การวิจัยและการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้สู่พลัง” ครั้งนี้ เป็นการสร้างรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และวิธีการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพที่สร้างขึ้น ไปสู่การปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมได้อย่างชัดเจน ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้เพื่อการพัฒนา ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.4.1 ทฤษฎีการเรียนรู้

1) ความหมายของการเรียนรู้

การเรียนรู้ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมซึ่งเป็นผล เนื่องมาจากประสบการณ์ที่คนเรามีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือจากการฝึกหัด รวมทั้งการ เปลี่ยนปริมาณความรู้ของผู้เรียน งานที่สำคัญของครู คือ ช่วยให้ผู้เรียนแต่ละคนเกิดการเรียนรู้หรือมี ความรู้และทักษะตามแผนการเรียนรู้และจัดประสบการณ์เพื่อช่วยให้ผู้เรียนเปลี่ยนพฤติกรรมตาม

วัตถุประสงค์คั้งนั้นความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเรียนรู้จึงเป็นรากฐานของการสอนที่มีประสิทธิภาพ (สุรางค์ โค้วตระกูล, 2541 : 185)

Mazur (1991 : 255 อ้างถึงใน เฉลิมพล ดันสกุล 2543 : 10) ให้ความหมายของการเรียนรู้ไว้ว่า การเรียนรู้คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่คงที่ซึ่งเกิดจากประสบการณ์ที่ได้รับด้วยตนเองซึ่งเป็นประสบการณ์โดยตรงและประสบการณ์โดยอ้อมหรือการสังเกตจากประสบการณ์ของคนอื่น

Bandura (1977 : 186) กล่าวว่า การเรียนรู้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและสิ่งแวดล้อมในสังคมซึ่งทั้งผู้เรียนและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อกันและกัน

อารี พันธุ์ณี (2546 : 176) สรุปความหมายของการเรียนรู้ไว้ว่า การเรียนรู้หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวรและเป็นผลมาจากประสบการณ์หรือการฝึกฝนมิใช่เป็นผลมาจากการตอบสนองตามธรรมชาติ สัญชาติญาณ วุฒิภาวะหรือความบังเอิญ

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (2542 : 7) ให้ความหมายของการเรียนรู้ไว้ว่า หมายถึงการปรับเปลี่ยนทัศนคติ แนวคิดและพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการได้รับประสบการณ์ซึ่งควรเปิดการปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น

อาภรณ์ ใจเที่ยง (2546 : 14) นำเสนอไว้ว่า การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องมีกระบวนการเรียนรู้ตามลำดับดังนี้

1. การรับรู้ (Perception) หมายถึง การที่ผู้รับรับเอาข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ต่างๆ จากแหล่งความรู้ต่างๆ โดยผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า การรับรู้ของบุคคลจะมากน้อยมีประสิทธิภาพเพียงใดจะสัมพันธ์กับกระบวนการถ่ายทอดความรู้หรือข้อมูลข่าวสารซึ่งสื่อจะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการช่วยถ่ายทอดบุคคลจะรับรู้ได้เร็วจากการเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรม และการเรียนรู้จะน้อยลงเมื่อมีการ เรียนรู้ที่เป็นนามธรรมดังนี้

ร้อยละ 90 บุคคลจะเรียนรู้ได้ดีในสิ่งที่ได้พูดและได้ทำ
กิจกรรมนั้น

ร้อยละ 70 บุคคลจะเรียนรู้ได้ในสิ่งที่ได้พูดหรือเขียน

ร้อยละ 50 บุคคลจะเรียนรู้ได้ในสิ่งที่ได้ยิน ได้เห็น

ร้อยละ 20 บุคคลจะเรียนรู้ได้ในสิ่งที่ได้ฟัง

ร้อยละ 10 บุคคลจะเรียนรู้ได้ในสิ่งที่ได้อ่าน

2. ความเข้าใจ (Comprehension) หมายถึง การที่ผู้รับสามารถแปลความหมาย ดีความหรือสรุปความสำคัญในสิ่งที่รับรู้ได้ เกิดการเชื่อมโยงประสบการณ์หรือ

ความรู้ใหม่กับความรู้เก่า สามารถที่จะโยงความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ ที่ตนได้รับรู้และสามารถอธิบายได้โดยใช้เหตุผลประกอบ

3. การปรับเปลี่ยน (Transformation) หมายถึง การที่บุคคลนำเอาความเข้าใจที่เกิด จากการรับรู้มาสร้างแบบแผนในพฤติกรรมของตนเองขึ้น

2) รูปแบบของการเรียนรู้

(1) การเรียนรู้เป็นกลุ่ม (Group Learning)

การให้ความรู้โดยทั่วไปที่นิยมใช้มีอยู่ 2 วิธี คือ การให้ความรู้เป็นรายบุคคลและการให้ความรู้เป็นกลุ่ม

ก. การให้ความรู้เป็นรายบุคคล เป็นการให้ความรู้ที่ตรงกับความต้องการของผู้เรียนที่มีปัญหาเฉพาะผู้สอนจะแนะแนวทางการแก้ปัญหาได้ ผู้เรียนผู้สอนจะมีความรู้สึก เป็นกันเอง มีความไว้วางใจกัน ผู้เรียนกล้าที่จะปรึกษาปัญหาส่วนตัว ผู้สอนจะมีโอกาสประเมินการเรียนรู้ของผู้เรียนได้ทันทีแต่มีข้อเสีย คือ เสียเวลา เสียอัตราค่าจ้างหน้าที่ การเรียนการสอนมักไม่มีรูปแบบหรือแบบแผนไม่มีการวางแผนล่วงหน้าทำให้การให้ความรู้ไม่ครอบคลุมและทั่วถึง

ข. การให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม เป็นการให้ความรู้ที่จัดให้ผู้เรียนอยู่รวมกันตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียน และระหว่างผู้เรียนกับผู้ สอน การเรียนแบบนี้มีประโยชน์ คือ ช่วยให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกันทำให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้

กลุ่ม (Group) ความหมายทางจิตวิทยา หมายถึง การรวมตัวของคนตั้งแต่สองคนขึ้นไป และมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างสม่ำเสมอในช่วงเวลาหนึ่ง มีบรรทัดฐานร่วมกัน มีเอกลักษณ์เดียวกัน คนเหล่านี้จะมีการรับรู้ในตนเองว่าพวกเขาขึ้นต่อกันในอันที่จะปฏิบัติการเพื่อ บรรลุเป้าหมายร่วมกันของเขาเหล่านั้น (สิทธิโชค วรรณสันติกุล, 2546 : 288)

การเรียนรู้เป็นกลุ่มเป็นเทคนิคอีกอย่างหนึ่งที่ได้พัฒนาขึ้น เพื่อใช้ในการส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กลุ่มเป็นเครื่องมือทางการศึกษาและฝึกอบรม มีวัตถุประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับ ปฏิติริยาในกลุ่มโดยมีผลจากสภาพสิ่งแวดล้อมที่จัดทำกลุ่ม การจัดเก้าอี้ หรือขนาดของกลุ่ม และบทบาทของผู้สอนที่มีบทบาทที่สำคัญเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จ

รูปแบบของระบบการเรียนรู้เป็นกลุ่ม สามารถประเมินจากการวิเคราะห์จุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์ของรูปแบบการเรียนรู้ที่จัดทำขึ้น โดยผลที่ได้จากการเรียนรู้เป็นกลุ่ม ก่อให้เกิดทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะในการตัดสินใจ ทักษะในการคิดเมื่อเกิดภาวะวิกฤต ทักษะในการสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพูด การติดต่อสื่อสาร ดังนั้นขนาดของ

กลุ่มจึงขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม โดยไม่จำกัดขนาดที่แน่นอนแต่ขนาดของกลุ่มก็ไม่ควรเกิน 10 คน เพราะจะมีผลต่อประสิทธิภาพของกลุ่มทำให้การติดต่อสื่อสารไม่ทั่วถึง ซึ่งจะเป็นเหตุทำให้เกิดกลุ่มย่อยในกลุ่มใหญ่ การเรียนรู้แบบกลุ่มเป็นการเรียนรู้ที่มีผู้นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายและมีความสำคัญมากในการเรียนการสอนด้านสุขภาพอนามัยทั้งต่อผู้เรียนและผู้สอน

ด้านผู้เรียน

1. ทำให้ผู้เรียนได้มีโอกาสเรียนรู้ซึ่งกันและกันมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็นร่วมกัน

2. ช่วยให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ซึ่งการเรียนรู้เป็นกลุ่มเป็นการเรียนรู้ที่ผู้เรียนที่มี ปัญหาคล้ายๆ กันมารวมกลุ่มกันทำให้รู้สึกว่าคุณเองไม่ได้ประสบปัญหาเพียงคนเดียวซึ่งจะช่วยทำให้เกิดความหวัง มีกำลังใจและทำให้เกิดความร่วมมือในการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้อยากเรียนรู่มากขึ้น

ด้านผู้สอน

1. ในการเรียนเป็นกลุ่มจะช่วยให้ประหยัดเวลาทั้งการเตรียมวัสดุ อุปกรณ์โดยที่ เตรียมครั้งเดียวใช้สอนผู้เรียนได้หลายคนในคราวเดียวจึงเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในการเรียนด้วย

2. ช่วยให้ผู้สอนได้ข้อมูลย้อนกลับจากผู้เรียนเนื่องจากการเรียนการสอนเป็นกลุ่มจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน และระหว่างผู้เรียนกับผู้เรียนด้วยกัน ซึ่งจะทำให้มีการให้และรับ ข้อมูลหลายทิศทางและหลายรูปแบบและการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันจะทำให้ผู้สอนรับทราบความคิด ความรู้สึก การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในผู้เรียนรูปแบบต่างๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สอนในการพัฒนาตนเองและปรับปรุงรูปแบบการสอน

(2) หลักในการเรียนรู้เป็นกลุ่ม

ก. หลักการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางเน้นให้ผู้สอนพยายามจัดการเรียนการสอนโดยให้ผู้เรียนมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ให้ทั่วถึง

ข. หลักการเรียนรู้ที่ยึดความสำคัญของการนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันซึ่งจะ ช่วยให้ การเรียนรู้มีความหมายมากขึ้นโดยเน้นให้ผู้สอนพยายามจัดกระบวนการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้ เรียนมีโอกาสคิดค้นหาแนวทางนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวัน

ค. หลักการเรียนรู้ที่ยึดการค้นพบด้วยตนเองของผู้เรียน โดย เน้นให้ผู้สอนพยายาม จัดการ เรียนการสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนได้พยายามค้นหาคำตอบด้วยตนเอง

ง. หลักการเรียนรู้ที่ยึดกลุ่ม เป็นแหล่งความรู้ที่สำคัญ โดยเน้นให้ผู้สอนจัดการเรียนการสอนที่เน้นให้ผู้เรียนมีโอกาสเรียนรู้จากกลุ่มให้มากที่สุด

(3) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม (Phase of Group Experience)

ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มลักษณะใดก็ตามสมาชิกในกลุ่มย่อมจะมีความคาดหวัง ที่จะให้กลุ่มมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีต่อกลุ่มและต่อตนเอง ดังนั้นในกลุ่มจึงมีปทัสถาน(Norms) ที่กำหนดขึ้นมาเพื่อเป็นแนวทางให้สมาชิกในกลุ่มได้ประพฤติปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ถ้าหากบุคคลไม่ปฏิบัติตามปทัสถานที่กำหนดก็จะไม่ได้รับการยอมรับจากสมาชิกในกลุ่ม ถ้าหากสมาชิกปฏิบัติตามปทัสถานภายในกลุ่มก็จะทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ช่วยกันแสดงความคิดเห็นแก้ปัญหาภายในกลุ่มได้ สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2547 : 200) การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มจะต้องมี ระยะดังนี้ คือ

ก. ระยะสร้างสัมพันธภาพสร้างความรู้สึกลอดภัย เป็นระยะที่เริ่มต้นในการสร้าง สัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกันเอง สร้างบรรยากาศแห่งความรู้สึกร่มเย็นและปลอดภัย แจ่มใสให้สมาชิกทราบถึงเป้าหมาย วัตถุประสงค์การทำการกลุ่ม กฎระเบียบและแนวทางการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่มเพื่อสร้างพื้นฐานร่วมกันให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

ข. ระยะดำเนินการ ระยะนี้สมาชิกจะมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่ม ความใกล้ชิดสนิทสนม ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมีความสนใจในปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาแนวทางการแก้ปัญหาและแลกเปลี่ยนการแก้ปัญหาโดยที่มีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือ สมาชิกในกลุ่มมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับข้อมูลสมาชิกจะรู้สึกว่าตนเองมีค่าและศักดิ์ศรีมากขึ้นที่สามารถเข้าใจปัญหาของตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ปัญหาลงมือ และสามารถช่วยเหลือสมาชิกผู้อื่นให้เข้าใจและแก้ปัญหาลงมือได้

ค. ระยะสิ้นสุดการทำการกลุ่ม เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำการกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วยให้สมาชิกกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงและความสำเร็จของกลุ่มตลอดจนประโยชน์ที่ได้รับจากการทำการกลุ่มมีความสามารถเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหามิให้เกิดซ้ำอีก

(4) การเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ (Adult Learning)

องค์ประกอบที่สำคัญที่มีส่วนสนับสนุนและส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ ได้แก่(สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ 2547 : 7)

- ก. ควรพิจารณาและให้ความสำคัญกับแรงจูงใจในการเรียน (Motivation to Learn) นั่นคือ บุคคลจะเรียนรู้ได้ดีถ้าหากมีความต้องการในการเรียนสิ่งนั้นๆ
- ข. สภาพแวดล้อมในการเรียน (Learning Environment) ต้องมีความสะดวกสบายเหมาะสมตลอดจนได้รับความไว้วางใจและการให้เกียรติผู้เรียน
- ค. ควรคำนึงถึงความต้องการในการเรียนของแต่ละบุคคลและรูปแบบของการเรียนรู้ที่มีความหลากหลาย
- ง. ต้องคำนึงถึงความรู้เดิมและประสบการณ์อันมีคุณค่า
- จ. ควรพิจารณาถึงการดูแลและให้ความสำคัญกับเนื้อหาและกิจกรรมในการเรียนรู้
- ฉ. ให้ความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาที่สอดคล้องกับความเป็นจริง และการนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหา
- ช. ต้องให้การเอาใจใส่กับการมีส่วนร่วมทั้งทางด้านสติปัญญา และทางด้านร่างกายในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้
- ซ. ควรให้มีเวลาอย่างเพียงพอในการเรียนรู้ โดยเฉพาะการเรียนรู้ข้อมูลใหม่ การฝึกทักษะใหม่ๆ และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ
- ณ. ให้โอกาสการฝึกภาคปฏิบัติจนเกิดผลดีหรือการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้
- ญ. ให้ผู้เรียนได้แสดงศักยภาพหรือสมรรถภาพในการเรียนรู้ จนกระทั่งเขาได้เห็นถึง ความก้าวหน้าว่าสามารถบรรลุเป้าหมายได้

3) การเรียนรู้โดยวิธีการบรรยาย (Lecture)

(1) ความหมายของการบรรยาย เป็นวิธีการสอนที่ถูกนำมาใช้บ่อยที่สุด ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการบรรยายว่า เป็นการเตรียมตัวอย่างรอบคอบในการนำเสนอความรู้ด้วยการพูดเกี่ยวกับเนื้อหาวิชาโดยผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนั้น (Berqevin, 1963 : 157 อ้างถึงใน สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ 2547 : 262)

การบรรยายเป็นเทคนิควิธีที่ใช้ในการถ่ายทอดความคิดเห็น ความรู้ ตลอดจนข้อมูลข้อเท็จจริงให้แก่ผู้ฟัง เป็นเทคนิคที่แพร่หลายและสามารถใช้ประกอบกับเทคนิคอื่นๆ ได้ (สมคิด บางโม, 2546 : 12)

การบรรยายเป็นกระบวนการที่ผู้สอนใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดโดยการพูด บอกเล่า อธิบายสิ่งที่ต้องการสอนแก่ผู้เรียนผู้เรียนซักถาม แล้วประเมินการเรียนรู้ของผู้เรียนด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง (ทศนา เขมมณี, 2546 : 13)

(2) วัตถุประสงค์ของการบรรยายมุ่งให้ผู้เรียนทำความเข้าใจหรือเพื่อให้เกิดความรู้และเข้าใจนำไปปฏิบัติได้และมุ่งให้ผู้เรียนจำนวนมากได้เรียนรู้เนื้อหาสาระหรือข้อความรู้จำนวนมากพร้อมๆ กันในเวลาจำกัด

(3) องค์ประกอบสำคัญของการบรรยายต้องมีเนื้อหาสาระหรือข้อความรู้ที่ต้องการให้ผู้เรียนได้เรียนรู้มีการบรรยาย (พูด บอก เล่า อธิบาย) และมีผลของการเรียนรู้ของผู้เรียนที่เกิดจากการบรรยาย

(4) ขั้นตอนของการบรรยาย

ก. ผู้สอนเตรียมเนื้อหาสาระที่จะบรรยาย

ข. ผู้บรรยายนำเนื้อหาที่เตรียมไว้มาเสนอให้ผู้ฟังหรือผู้รับการเรียนรู้ให้เกิดความรู้ความเข้าใจสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ และเปิดโอกาสให้ซักถาม

ค. ประเมินผลการเรียนรู้

(5) ข้อดีของวิธีการสอนโดยใช้วิธีบรรยาย

ก. สามารถเน้นเนื้อหาสาระได้ตรงตามวัตถุประสงค์

ข. การบรรยายนอกจากจะใช้เป็นเทคนิคเฉพาะแล้วยังสามารถนำไปเป็นเครื่องมือในการใช้เทคนิคอื่นๆ เช่น การฝึกปฏิบัติจริงจำเป็นต้องใช้การบรรยายนำก่อน จึงอาจกล่าวได้ว่าการบรรยายเป็นเทคนิคพื้นฐานของเทคนิคอื่นๆ

ค. ใช้เวลาน้อยเมื่อเทียบกับวิธีการสอนอื่นๆ สะดวก ไม่ยุ่งยาก ถ่ายทอดเนื้อหาสาระได้มาก

ง. สามารถใช้สอนกับคนจำนวนมากๆ ได้ในแต่ละครั้ง

(6) ข้อจำกัดของวิธีสอนโดยใช้การบรรยาย

ก. ประสิทธิภาพของการบรรยายขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของผู้บรรยายหรือผู้สอนที่จะสามารถดึงดูดความสนใจของผู้เรียนได้

ข. ผู้เรียนมีบทบาทน้อยอาจทำให้ผู้เรียนขาดความสนใจ

ค. เป็นลักษณะการสื่อสารทางเดียวถ้าไม่เปิดโอกาสให้ซักถามจะไม่สามารถประเมินได้ว่าผู้ฟังมีความรู้ความเข้าใจมากน้อยเพียงใด

ง. ถ้าผู้สอนขาดการเรียบเรียงเนื้อหาความรู้ที่เหมาะสมอาจทำให้ผู้เรียนไม่เข้าใจและไม่สามารถซักถามได้

4) การเรียนรู้โดยวิธีการสาธิต (Demonstration)

ความหมายของการสาธิต การสาธิตเป็นเทคนิควิธีการฝึกอบรมที่แสดงให้ผู้เรียนได้เห็นจริงแล้วเกิดความเข้าใจถึงวิธีการและขั้นตอนสามารถปฏิบัติได้จริง

หลังจากที่ดูการ สาธิตแล้ว เป็นเทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการฝึกทักษะที่เป็นขั้นเป็นตอนและใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ ประกอบ เช่น การสาธิตการจัดหมวดอาหาร การคั้นน้ำ การสูดหายใจที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย การนวดเหยียบ การฝึกสมาธิ เป็นต้น(สมคิด บางโม, 2546 : 129) การสาธิตเป็นกระบวนการที่ผู้สอนใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดโดยการแสดงหรือทำสิ่งที่ต้องการ ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ให้ผู้เรียนสังเกตดู แล้วให้ซักถาม อภิปรายหรือสรุปการเรียนรู้ที่ได้จากการสังเกตการสาธิต (ทิสนา เขมมณี, 2546 : 19–21)

(1) วัตถุประสงค์ของการสาธิตเพื่อให้ผู้เรียนได้เห็นจริงด้วยตนเอง แล้วเกิดความ เข้าใจถึงกรรมวิธี วิธีการและขั้นตอน เป็นการฝึกทักษะผู้เรียนด้วยตนเองสามารถนำไปปฏิบัติได้หลังจากดูการ สาธิตแล้ว

(2) องค์ประกอบที่สำคัญของการสาธิต คือ มีเรื่องหรือสิ่งที่ จะสาธิต มีการแสดง การทำให้ผู้เรียนสังเกตดู และมีผลการเรียนรู้ของผู้เรียนที่เกิดจากการสาธิต

(3) ขั้นตอนสำคัญของการสาธิต คือ ผู้สอนจะเป็นผู้ที่แสดงการสาธิต ผู้เรียนเป็นผู้สังเกตการสาธิตมีการทดลองปฏิบัติและสรุปการเรียนรู้และอภิปรายร่วมกัน

(4) ข้อดีของการสอน โดยวิธีการสาธิต คือ เป็นเทคนิคการนำเสนอความรู้ในลักษณะที่เป็นรูปธรรม ผู้เรียนได้สัมผัสทางประสาทหลายทางและได้ทดลองปฏิบัติทำให้เกิดความ มั่นใจ ทำให้ผู้เรียนปฏิบัติได้ถูกต้องตามขั้นตอนและการสาธิตสามารถทำให้ได้หลายครั้งสามารถสอนผู้เรียนได้เป็นจำนวนมากช่วยให้ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย

(5) ข้อจำกัดของการสอนโดยวิธีการสาธิต คือ ถ้าผู้เรียนเป็นกลุ่มใหญ่การสาธิตอาจจะทำให้มองเห็นไม่ชัดเจน ผู้เรียนไม่ได้ร่วมปฏิบัติด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมของผู้เรียนมีน้อยทำให้ เกิดความรู้ไม่ลึกซึ้งเพียงพอและผู้สอนซึ่งเป็นผู้สาธิตอาจไม่ได้สังเกตเห็นพฤติกรรมของผู้เรียนได้ เพื่อให้การสาธิตดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพควรดำเนินการตามลำดับดังนี้ (สมคิด บางโม, 2546:129)

ก. การเตรียมการสาธิต ผู้ให้การสาธิตต้องเตรียมขั้นตอนของการสาธิตวัสดุอุปกรณ์และซ่อมการสาธิตเพื่อให้เกิดความคล่องแคล่วในการสาธิตจริง

ข. การสาธิตควรเริ่มด้วยการกล่าวนำและชี้แจงการสาธิตอย่างสั้นๆ จากนั้นแสดงตามขั้นตอนที่เตรียมไว้และขั้นตอนใดที่สำคัญและซับซ้อนควรแสดงให้ดูซ้ำๆ และอธิบายประกอบ อะไรที่ต้องการให้ผู้เรียนสนใจต้องย้ำให้ชัดเจน

ค. การสนทนาและทดลองปฏิบัติหลังการสาธิตผู้ให้การอบรมต้องให้โอกาสสมาชิกได้ซักถาม กรณีไม่มีการซักถามจะต้องทบทวนการสาธิตเพื่อความเข้าใจแล้วให้ผู้เรียนได้ทดลองปฏิบัติเพื่อเป็นการประเมินผลการสาธิต

5) การสนทนากลุ่ม (Group Discussion)

การสนทนากลุ่มเป็นการสนทนาที่ต้องการให้สมาชิกในกลุ่มได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและหาข้อยุติเกี่ยวกับเรื่องหรือประเด็นที่ต้องศึกษา รูปแบบของการสนทนากลุ่มนี้เป็น การสนทนากันเองระหว่างสมาชิกของกลุ่มโดยมีประธานเป็นผู้ดำเนินการ และมีเลขานุการเป็น ผู้จดบันทึกและบางครั้งอาจจะมีวิทยากรประจำกลุ่มที่ต้องการให้แนวทางการสนทนาแบบนี้กลุ่มไม่ควรมีขนาดใหญ่เพราะจะทำให้สมาชิกไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้อย่างทั่วถึง

ขั้นตอนของการสนทนากลุ่ม

1. ดำเนินการให้กลุ่มได้เลือกสมาชิกคนหนึ่งทำหน้าที่ประธานและประธานจะเป็นผู้เลือกเลขานุการ
2. ประธานชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่อง หรือหัวข้อที่ได้รับมอบหมายให้กลุ่มอภิปราย และกำหนดขอบเขตของการอภิปราย ตลอดจนผลสรุปที่ได้จากการอภิปรายกลุ่ม
3. สมาชิกของกลุ่มร่วมสนทนาตามประเด็นที่กลุ่มได้รับมอบหมาย
4. ประธานกลุ่มดำเนินการสรุปผลอภิปรายจัดทำเป็นเอกสาร
5. ประธานและเลขานุการเป็นผู้นำเสนอผลการอภิปรายกลุ่มต่อที่ประชุมใหญ่ หรือผู้ที่มอบหมาย

ทักษะที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม

1. การสร้างบรรยากาศในการสนทนา โดยประธานจะต้องพยายามสร้างบรรยากาศของที่ประชุมให้เกิดความรู้สึกเป็นกันเอง เช่นก่อนเริ่มการอภิปรายกลุ่มอาจคิดเรื่องมาพูดคุยกับสมาชิก
2. กระตุ้นเร้าความสนใจให้สมาชิกมีส่วนร่วมอาจใช้วิธีการถามนำหรือขอร้องให้แสดงความคิดเห็นในเรื่องที่อภิปราย
3. ใช้ความคิดและเชื่อมโยงความคิดของสมาชิก ด้วยการสรุปความคิดและโยงความคิดของสมาชิกเข้าด้วยกันทั้งในลักษณะที่เป็นความที่คล้อยตาม สนับสนุนซึ่งกันและกันและความคิดเห็นที่แย้งกัน โดยแสดงให้เห็นถึงความคิดของกลุ่มที่กว้างขวาง
4. ปฏิบัติกับสมาชิกกลุ่มที่มีลักษณะต่างกัน เช่น คนที่ช่างพูดต้องคอยหาโอกาสขัดจังหวะด้วยการพูดในลักษณะที่เข้าใจความคิดของเขาแล้วเชิญคนอื่นพูด ส่วนคนที่ไม่ค่อยพูดจะต้องพยายามถามนำในประเด็นที่คิดว่าเขามีความรู้

5. ทักษะในการแก้ปัญหาความขัดแย้งโดยวิธีประนีประนอมความคิดเห็นทั้งสองฝ่ายและอาจให้บุคคลที่สามารถได้เสนอความเห็นในลักษณะอื่นๆ ซึ่งบางความเห็นอาจเป็นที่ยอมรับและแก้ปัญหาความขัดแย้งได้

6. สรุปผลการอภิปรายเพื่อให้สมาชิกยอมรับเป็นความคิดเห็นของกลุ่มในการนำเสนอที่ประชุมหรือนำไปใช้ในการแก้ปัญหากลุ่ม

ข้อดีของการสนทนากลุ่ม คือ สมาชิกทุกคนมีโอกาสดแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเต็มที่ ทำให้ได้แนวความคิดที่กว้างขวางข้อยุติที่ได้สามารถนำไปใช้ประโยชน์และแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง ส่วนข้อจำกัดคือเทคนิคนี้ไม่เหมาะสำหรับคนกลุ่มใหญ่ ประธานกลุ่มต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถทำให้สมาชิกได้อภิปรายในขอบเขตของเรื่องและนำสมาชิกไปสู่เป้าหมายตามเวลาที่กำหนดได้

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ โดยจัดการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุ ได้เรียนรู้เป็นกลุ่มในลักษณะการเรียนรู้ร่วมกัน โดยเทคนิคการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่ และใช้รูปแบบการสอนโดยวิธีการบรรยาย สาธิตและฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง เพื่อสร้าง การรับรู้ ความเข้าใจ และการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติได้ในชีวิตจริงของ ผู้สูงอายุ ให้สามารถนำรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพที่สร้างขึ้น สู่การปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนได้

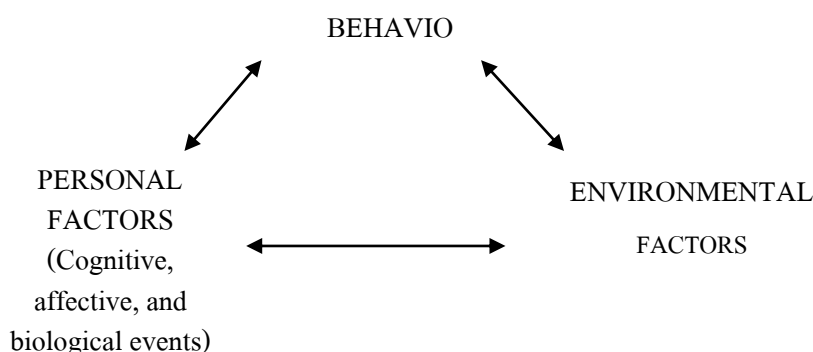
3.4.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญทางสังคม (Social Cognitive Theory)

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2549 : 47-60) ได้อธิบายถึงทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญทางสังคม (Social Cognitive Theory) ไว้ว่าเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อเทคนิคการพัฒนาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งพัฒนาโดยนักจิตวิทยาชาวแคนาดา ชื่อ Albert Bandura อาจารย์สอนอยู่ที่ Stanford University ประเทศสหรัฐอเมริกา

แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ปัญหาทางสังคม (SCT)

ภาพที่ 2.2 แสดงการกำหนดซึ่งกันและกันของปัจจัยทางพฤติกรรม (Behavior) สภาพแวดล้อม (Environment) และส่วนบุคคล (Personal)

แนวคิดพื้นฐานของ SCT



(Bandura, 1977)

แบนดูรา เชื่อว่า พฤติกรรมของคนเรานั้น ไม่ได้เกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากปัจจัยของสภาพแวดล้อมแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่จะต้องมีปัจจัยส่วนบุคคล (ปัญญา ชีวภาพ และสิ่งภายในอื่นๆ ร่วมด้วย และการร่วมของปัจจัยส่วนบุคคลนั้นจะต้องร่วมกันในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกันกับปัจจัยทางด้านพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม

แนวคิด 3 ประการของทฤษฎีการเรียนรู้ปัญหาทางสังคม ได้แก่ 1. แนวคิดการเรียนรู้โดยสังเกต (Observational Learning) 2. แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-Regulation) และ 3. แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

1. แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning)

แบนดูรา เชื่อว่าการเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนนั้นเกิดขึ้นจากการสังเกตจากตัวแบบ เพียงคนเดียวสามารถที่จะถ่ายทอดทั้งความคิดและการแสดงออกได้พร้อมๆ กัน และเนื่องจากคนเรานั้น ใช้ชีวิตในแต่ละวันในสภาพแวดล้อมที่แคบ ๆ ดังนั้นการรับรู้เกี่ยวกับสภาพการณ์ต่าง ๆ ของสังคมจึงผ่านมาจากประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการได้ยินและได้เห็นโดยไม่มีการสัมผัสโดยตรงมาเกี่ยวข้อง คนส่วนมากรับรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของสังคมโดยผ่านสื่อแทบทั้งสิ้น

Fischer & Gochros (1975) และ Ross (1981) สรุปหน้าที่ของตัวแบบออกเป็น 3 ลักษณะด้วยกัน คือ

1. ทำหน้าที่สร้างพฤติกรรมใหม่ ซึ่งในกรณีนี้เป็นกรณีที่ผู้สังเกตตัวแบบนั้นยังไม่เคยได้เรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าวมาก่อนเลยในอดีต เช่น พฤติกรรมการพูดของเด็ก หรือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับทักษะในการช่วยตนเอง เป็นต้น
2. ทำหน้าที่เสริมพฤติกรรมที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น เป็นกรณีที่ผู้สังเกตตัวแบบเคยเรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าวมาบ้างแล้วในอดีต ตัวแบบก็จะทำหน้าที่เป็นแรงจูงใจให้ผู้เรียนรู้พฤติกรรมดังกล่าวพยายามพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น
3. ทำหน้าที่ยับยั้งการเกิดพฤติกรรม ในกรณีที่ผู้สังเกตมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือยังไม่มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์มาก่อน ตัวแบบนั้นก็จะช่วยทำให้พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์นั้นลดลงหรือไม่เกิดขึ้น

ประเภทของตัวแบบ

1. ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live Model) คือ ตัวแบบที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและปฏิสัมพันธ์โดยตรง
2. ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยู โทรทัศน์ การ์ตูน

การเรียนรู้โดยการสังเกตตัวแบบนี้ แบบดูลา ได้กล่าวไว้ว่าประกอบด้วย 4 กระบวนการ ดังนี้

1. กระบวนการตั้งใจ (Attention Processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกตถ้าเขาไม่มีความตั้งใจและรับรู้ได้อย่างแม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบ นั้น องค์ประกอบของกระบวนการตั้งใจแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบของตัวแบบ ถ้าตัวแบบเด่นชัดจะเป็นตัวแบบที่ผู้สังเกตพึงพอใจ และองค์ประกอบของผู้สังเกต ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ รวมถึงการได้ยิน กลิ่นและสัมผัส ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชอบที่เคยได้เรียนรู้มาก่อน

2. กระบวนการเก็บจำ (Retention Process) บุคคลจะต้องแปลงข้อมูลจากตัวแบบเป็นรูปแบบของสัญลักษณ์และจัดโครงสร้างเพื่อให้จำได้ง่ายขึ้น การจัดระบบโครงสร้างทางปัญญา การชักซ้อมลักษณะของตัวแบบที่สังเกตในความคิดตนเองและชักซ้อมจากการกระทำ นอกจากนี้ยังขึ้นกับความสามารถทางปัญญาของผู้สังเกตด้วย

3. กระบวนการกระทำ (Production Process) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้นั้นมากระทำ ซึ่งจะกระทำได้ดีหรือไม่ขึ้นกับสิ่งที่จำได้ การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเองและการเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้

4. กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) การที่บุคคลที่เกิดการเรียนรู้แล้วนั้นจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจ กระบวนการจูงใจขึ้นกับสิ่งล่อใจภายนอกที่กระตุ้นการรับรู้ที่จับต้องได้ เป็นที่ยอมรับของสังคมและพฤติกรรมที่กระทำนั้นสามารถที่จะควบคุมเหตุการณ์ต่างๆได้ และนอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจที่เห็นผู้อื่นได้รับและสิ่งล่อใจของตนเองซึ่งอาจเป็นวัตถุสิ่งของ การประเมินตนเอง ความพึงพอใจในสิ่งล่อใจ ความลำเอียงจากการเปรียบเทียบในสังคมและมาตรฐานภายในตนเอง

2. แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-Regulation)

การกำกับตนเอง เป็นแนวคิดที่สำคัญอีกแนวคิดหนึ่งของทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญางานสังคม กล่าวคือ พฤติกรรมของบุคคลเรานั้น ไม่ได้เป็นผลพวงของการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกแต่เพียงอย่างเดียว หากแต่บุคคลสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเองด้วยผลกระทบที่เข้าหามาเอง เพื่อสำหรับตัวเขา ซึ่งความสามารถในการดำเนินการ ดังกล่าวนี้อีก คือ การกำกับตนเอง โดยการกำกับตนเองนี้ไม่สามารถจะบรรลุได้ด้วยอำนาจทางจิต หากแต่จะต้องฝึกฝน และพัฒนาความตั้งใจและความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงนั้นบุคคลควรจะได้รับ การฝึกฝนกลไกของการกำกับตนเอง (สำหรับรายละเอียดในเรื่องทฤษฎีการกำกับตนเอง (Self-Regulation) ผู้วิจัยจะ ได้นำเสนอไว้ในหัวข้อที่ 3.7 ต่อไป)

3. แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพแตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกัน นั่นคือ ถ้าเรามีการรับรู้ว่ามีความสามารถ เราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่รับรู้ตัวเองมีความสามารถ จะมีความอดทน อุตสาหะไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด การรับรู้ความสามารถของตน เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้นนั้น เป็นการตัดสินใจว่า ผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำดังกล่าว (สำหรับรายละเอียดในเรื่องทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ผู้วิจัยจะ ได้นำเสนอไว้ในหัวข้อที่ 3.6 ต่อไป)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญางานสังคม (Social Cognitive Theory) ของแบนดูรา มาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างด้วยการนำผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมี

การเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกหลักวิชาการ มาเป็นแบบอย่างให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง โดยการพูดคุยเล่าประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรม ของตนเอง ให้กลุ่มตัวอย่างฟัง ผู้วิจัยและทีมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ จะกระตุ้นด้วยการชื่นชม ก็จะทำให้กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติตามผู้สูงอายุต้นแบบ และเข้าร่วมกิจกรรมจนครบหลักสูตรการทดลอง ยุทธศาสตร์ และมีการเสริมแรงให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง กระทำหรือแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลักการ โดยการกระตุ้นให้ตระหนักและรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการกำหนดจุดประสงค์ที่ต้องการตามความคาดหวัง และมีการกำกับตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม ให้ถึงจุดหมาย นั่นคือ การมีสุขภาพที่ดี มีความสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุกระทำหรือแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลักวิชาได้ด้วยตนเอง รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆตามคู่มือการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยยุทธศาสตร์ ”การเรียนรู้สู่พลัง” อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจนครบหลักสูตร มีผลทำให้บรรลุวัตถุประสงค์การวิจัยที่กำหนดไว้ และทำให้คุณภาพชีวิตและสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุมีค่าความแตกต่างที่ดีขึ้นจากเดิมได้

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคม โดยการนำแนวคิดจากโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self ซึ่งเป็นโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีการประเมินผลแล้วว่ามีประสิทธิภาพสูงสุด ในการดูแลสุขภาพประชาชน และได้ผลดีต่อสุขภาพและป้องกันโรคที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง (อังสินันท์ อินทรกำแหง , 2552:132) ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) มีการกำกับตนเอง (Self-Regulation) และสามารถดูแลตนเอง (Self-Care) ที่ถูกต้องได้อย่างต่อเนื่อง โดยการจัดทำตารางกิจกรรมการเรียนรู้ การฝึกปฏิบัติ และแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ตามรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยยุทธศาสตร์ ”การเรียนรู้สู่พลัง” ในแต่ละครั้ง ให้ผู้สูงอายุได้นำไปปฏิบัติในชีวิตจริง และผู้วิจัยกับทีมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพที่มอบให้ ซึ่งรายละเอียดของกิจกรรมและวิธีการ ปฏิบัติผู้วิจัยจะได้นำเสนอไว้ในบทที่ 3 และในคู่มือตามเอกสารแนบท้ายต่อไป

3.5 ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม

3.5.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

แนวคิดเรื่องการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางด้านสังคมจิตวิทยา ที่มีความสำคัญต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งพบว่า การตัดสินใจของบุคคลส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและมีอำนาจเหนือตัวเราอยู่ตลอดเวลา (จิรศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล 2550 : 63) การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย

และจิตใจ ในการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขได้มีผู้อธิบายแรงสนับสนุนทางสังคมไว้หลายท่านด้วยกัน คือ

Barrera (1982 : 70) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยการให้สิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลย้อนกลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม

Caplan, Robinson & French (1976 : 39-42) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคม ไว้ว่า หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากกลุ่มบุคคล เป็นข่าวสาร สิ่งของ แรงงาน หรืออารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

Khan (1979 : 85) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคม ไว้ว่า เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้นหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง คือ ความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านเงินทองสิ่งของหรืออื่นๆ

Cobb (1976 : 300) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคม ไว้ว่า เป็นข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ที่มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

House (1981 : 98) แบ่งประเภท การสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 4 ประเภท ซึ่งได้มีการประยุกต์ใช้รูปแบบการสนับสนุนทางสังคม 4 ประเภทนี้ ในการจัดโปรแกรม สุขศึกษา เพื่อพัฒนาพฤติกรรมของบุคคล (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ตันสกุล , 2550 : 64) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้ คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional Support) เช่น ให้ความห่วงใย การยอมรับนับถือ ความห่วงใย
2. การสนับสนุนในการให้ประเมินผล (Appraisal Support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed Back) การเห็นพ้องให้การรับรอง (Affirmation)
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) ตักเตือนให้คำปรึกษา (Advice) การให้ข่าวสาร
4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental Support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

Pender (1987 : 396) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ประการ คือ ประการแรก ได้แก่ ด้านการกระทำ หรือพฤติกรรมความต้องการด้านต่างๆ เช่น สิ่งของ

กำลังใจ ความรัก ความอบอุ่น ซึ่งเป็นการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ประการที่สอง ด้านการแนะนำ เป็นการให้ข้อมูล หรือการแนะนำต่างๆ ซึ่งทำให้ผู้รับนำกลับมาพิจารณาในการกระทำให้ถึงจุดหมายได้

จากการให้คำอธิบายดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยขอสรุปความหมายของการสนับสนุนทางสังคม สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ว่าหมายถึง การสนับสนุนช่วยเหลือด้านต่างๆ ที่ผู้วิจัยและทีมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุมอบให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกริเริ่มคิด หรือการรับรู้ได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ต่างๆที่เป็นสื่อและเครื่องมือ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ และปฏิบัติ ตลอดจนการเสริมแรงทางด้านจิตใจ เช่น การให้กำลังใจ การตอบสนองความต้องการ ให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพจนบรรลุถึงเป้าหมายของการ วิจัย เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุทั้งในด้านการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิต และสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

3.5.2 แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

บุคคลอาจได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลต่างๆ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

- 1) กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติประกอบด้วย บุคคล 2 ประเภท ได้แก่ ประเภทแรกเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน และประเภทที่สองเป็นครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูงในวัยเดียวกัน เพื่อนบ้าน คนรู้จัก คู่เคียง เพื่อนร่วมงานและคนใกล้ชิด เป็นต้น
- 2) องค์กรและสมาคม หมายถึง กลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันเป็นหน่วย ชุมชน สมาคม และองค์กร เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น เช่น ชมรมผู้สูงอายุ สโมสร ไกลออนส์ องค์กรทางศาสนา เป็นต้น
- 3) กลุ่มวิชาชีพ หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับการ ส่งเสริมป้องกันรักษาและฟื้นฟู สุขภาพประชาชน เช่น แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด เป็นต้น

3.5.3 องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม

- 1) ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน
- 2) ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบด้วย
 - (1) ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ผู้รับเชื่อว่ามีใจเอาใจใส่ และมีความรัก ความหวังดีในตนอย่างจริงใจ
 - (2) ข้อมูลข่าวสารนั้นที่มีลักษณะทำให้ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าและ เป็นที่ยอมรับในสังคม

(3) ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะทำให้ผู้รับเชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์แก่สังคม

3) ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือด้านจิตใจ

4) ต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

3.5.4 ระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

1) ระดับกว้าง (Macro Level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมหรือการมีส่วนร่วมในสังคมอาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่างๆ ด้วยความสมัครใจและการดำเนินวิถีชีวิตอย่างไม่เป็นทางการในสังคม เช่น การเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ในสังคมชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ อาทิ กลุ่มแม่บ้านเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มหนุ่มสาวพัฒนาหมู่บ้าน กลุ่มด้านภัยเอดส์ กลุ่มเลี้ยงสัตว์ปีก กลุ่มจักสาน กลุ่มแม่บ้านเกษตรกร เป็นต้น

2) ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของ เครือข่ายสังคมด้วยการพิจารณาจากกลุ่มบุคคล ที่มีสัมพันธ์ภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลใกล้ชิด ในสังคมเสมือนญาติ ชนิดของการสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำการช่วยเหลือด้านวัสดุสิ่งของ ความเป็นมิตร การสนับสนุนทางอารมณ์ และการยกย่อง

3) ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro Level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด ทั้งนี้มีความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ คือ ขนาด จำนวน และความถี่ของความสัมพันธ์ หรือโครงสร้างของเครือข่าย แรงสนับสนุนในระดับนี้ ได้แก่ สามี ภรรยา และสมาชิกในครอบครัวซึ่งมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ ให้การสนับสนุนทางจิตใจแสดงความรักและห่วงใย (Affective Support)

3.5.5 ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพ

มีรายงานการศึกษาวิจัยมากมายที่บ่งบอกถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพอนามัย (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ดันสกุล , 2550 : 64) ซึ่งสรุปได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ

1) ผลต่อสุขภาพกาย แบ่งออกเป็น

(1) ผลโดยตรง พบว่า ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีอัตราป่วยและตายมากกว่าผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากถึง 2.5 เท่า ความสัมพันธ์นี้เกิดขึ้นในทุกเพศ ทุกเชื้อชาติ และทุกระดับเศรษฐกิจ

(2) ผลต่อพฤติกรรม การปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ส่วนใหญ่ เป็นผู้ที่มีการครอบครัวคอยให้การสนับสนุน

ในการควบคุมพฤติกรรมและผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมมากจะเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำแนะนำดีหรือมากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

(3) ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและ ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร พบว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมน้อย

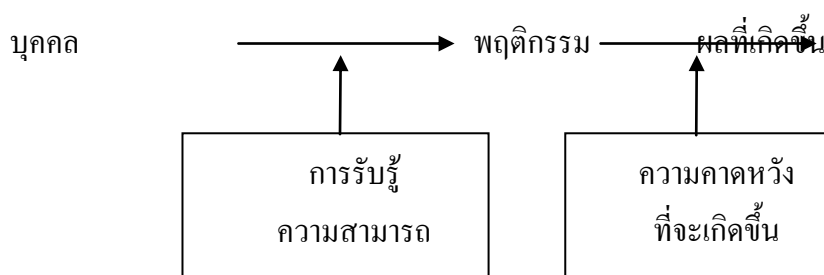
2) ผลต่อสุขภาพจิต

ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพจิต ก็เช่นเดียวกับสุขภาพกาย คือ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคลช่วยลดความเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากความเครียดและช่วยลดความเครียดซึ่งจะมีผลต่อการเพิ่มความต้านทานโรคของบุคคล

3.6 ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) เป็นหนึ่งในแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ปัญหาทางสังคมของแบนดูรา ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observation Learning) แนวคิดการควบคุมตนเอง (Self Control) และแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งบุคคลอาจแสดง ออกมาในคุณภาพที่แตกต่างกัน ถ้ามีการรับรู้ความสามารถที่แตกต่างกัน ประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นกับการรับรู้ ความสามารถของตนเองในสถานการณ์นั้น ๆ เนื่องจากคนที่ รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทน อุตสาหะไม่ท้อถอย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด (สมโภช เขี่ยมสุภายิต, 2549 : 57-60) ดังภาพที่ 2.3 และ 2.4

ภาพที่ 2.3 แสดงการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น



(Bandura, 1977)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น นั้น มีความสัมพันธ์กันมาก โดยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้ง 2 นี้ มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคล

ภาพที่ 2.4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น

		ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถ	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

(Bandura,1978)

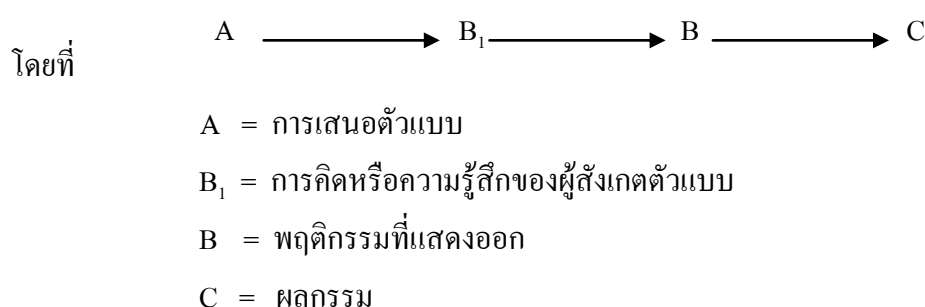
แบนดูรา นำเสนอแหล่งของการเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองวิธี ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่ จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆกับการทำให้เขารับรู้ว่าเขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น และทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะไม่ยอมแพ้แต่จะพยายามทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549 : 59)

2. การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจก็จะทำให้ผู้ที่ได้สังเกตฝึก มีความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขามีความพยายามจริง และไม่ย่อท้อ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต , 2549 : 59) ซึ่งการใช้ตัวแบบนี้พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญาทางสังคมของแบนดูรา ที่มีความเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ของคนเรานั้น ไม่ได้เป็นผลมาจากการที่คนเรามีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมที่เขาอยู่เท่านั้น แต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลที่ประกอบด้วย ความคิดและความรู้สึกอีกด้วย ซึ่งปัจจัยทั้งสามนี้ ได้แก่ พฤติกรรม สภาพแวดล้อม และส่วนบุคคล

เป็นลักษณะของการกำหนดซึ่งกันและกัน ถ้าปัจจัยหนึ่งเปลี่ยนแปลงไปอีกสองปัจจัยที่เหลือก็จะเปลี่ยนแปลงไปด้วย ซึ่งแนวทางนี้ จะช่วยในการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อให้บุคคลเกิดความคาดหวังถึงผลที่จะเกิดขึ้นเอง จะส่งผลให้บุคคลตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมหรือไม่แสดงพฤติกรรมในขณะนั้น ดังภาพที่ 2.5

ภาพที่ 2.5 แสดงผลกระทบที่เกิดจากพฤติกรรมของความคิดหรือความรู้สึกของผู้สังเกตตัวแบบ



(Bandura, 1986)

จากภาพในการเสนอตัวแบบนั้นจะต้องมีการเสนอตัวแบบ (A) ที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความสนใจ และคิดอยากจะทำตาม (B_1) เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรม (B) ตามตัวแบบแล้ว สิ่งตามมาคือ ผลกรรม (C) ที่เกิดขึ้นตามพฤติกรรมนั้น

ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบได้รับการเสริมแรงทางบวกพฤติกรรมนั้นจะเกิดบ่อยครั้งขึ้น แต่ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบแล้วได้รับการลงโทษพฤติกรรมนั้นก็จะไม่เกิดขึ้นอีก (อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2552 : 59-60)

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่า บุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่งแบนดูว์ว่า กล่าวว่าการใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราสามารถพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อย ๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคล อย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองได้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549 : 60)

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อ ความรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ เช่น การอยู่ในสภาพที่ถูกข่มขู่ จะทำให้เกิดความวิตกกังวล และความเครียด นอกจากนี้อาจจะทำให้เกิดความกลัว และจะนำไปสู่การ รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้นก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถ ที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้ความสามารถ ของตนเองต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองดีขึ้น ก็จะทำให้การแสดงออกถึง ความสามารถดีขึ้นด้วย(สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549 : 60)

3.7 ทฤษฎีการกำกับตนเอง

การกำกับตนเอง (Self-Regulation) เป็นแนวคิดที่สำคัญอีกแนวคิดหนึ่งของ ทฤษฎีการเรียนรู้ปัญญางานสังคม ซึ่ง แบนดูรา(Bandura, 1986) มีความเชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์ว่า นั้น ไม่ได้เป็นผลพวงของการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอก แต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ว่า มนุษย์เราสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่าง เพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง ด้วยผลกรรมที่เขาหาเอง เพื่อสำหรับตัวเขา ซึ่งความสามารถในการดำเนินการ ดังกล่าวนี้นี้ แบนดูรา เรียกว่า การกำกับตนเอง (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2549 : 54)

การกำกับตนเอง หมายถึง การแสดงออกถึงการกระทำ ในการสังเกต พฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมาย และวางแผนในการ กระทำ ที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ อาจกระทำด้วยการจดบันทึก การ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง กระตุ้นเตือนตนเองให้กระทำอย่างต่อเนื่อง ให้บรรลุถึง การมีสุขภาพที่ดีตามที่ตนเองได้ตั้งเป้าหมายไว้ (อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2552 : 68)

การกำกับตนเอง (Self-Regulation) ประกอบด้วย 3 กระบวนการย่อย ดังนี้ (Schunk & Zimmerman, 1998 : 76-79)

การสังเกต(Self-Observation)

การตัดสินใจ (Self-Judgment)

การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-Reaction)

1. การสังเกต (Self-Observation) หมายถึง ความสนใจต่อลักษณะที่จำเพาะใน พฤติกรรมของบุคคลอย่างพิถีพิถัน ครอบคลุมองค์ประกอบ 2 ประการ ได้แก่

1.1 การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) หมายถึง การกำหนดพฤติกรรมเป้าหมาย หรือกำหนดเกณฑ์ ในการแสดงพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ซึ่งในระยะแรก ของการกำกับตนเอง (Self-Regulation) ก่อนที่บุคคลจะสามารถกำกับพฤติกรรมของตนได้อย่างมี ประสิทธิภาพ บุคคลจะต้องเลือกเป้าหมาย ซึ่งการตั้งเป้าหมายเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยให้

บุคคลได้รู้ถึงพฤติกรรมที่ต้องการกระทำอย่างชัดเจน และยังใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมิน เปรียบเทียบกับพฤติกรรมที่บุคคลกระทำกับพฤติกรรมเป้าหมายที่กำหนดไว้ การตั้งเป้าหมายต้องเหมาะสมกับระดับความสามารถของบุคคลนั้น จึงจะมีโอกาสบรรลุเป้าหมายได้ ซึ่งการตั้งเป้าหมายมี 2 วิธี คือ

1.1.1 การตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง คือ การที่บุคคลเป็นผู้กำหนด พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการกระทำด้วยตนเอง ซึ่งการตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง จะมีข้อดีคือ จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าเขาเป็นผู้กระทำ และเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจและพยายามกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่ตนกำหนดไว้

1.1.2 การตั้งเป้าหมายโดยบุคคลอื่น คือ การที่บุคคลอื่นเป็นผู้กำหนด พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการเปลี่ยนแปลงไว้กับบุคคล ซึ่งการตั้งเป้าหมายด้วยบุคคล จะมีข้อดีตรงที่ว่า อาจจะช่วยแก้ไขให้บุคคลที่ไม่สามารถตั้งเป้าหมายด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม ให้สามารถตั้งเป้าหมายได้อย่างเหมาะสมกับความสามารถของตนเองยิ่งขึ้น

1.2 การเตือนตนเอง (Self-Monitoring) หมายถึง กระบวนการที่บุคคล สังเกตและบันทึกพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ตนเอง กระทำ การเตือนตนเองจะทำให้บุคคลรู้ว่าตนเองกระทำพฤติกรรมในลักษณะใด ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ เนื่องจากบุคคลได้เห็นข้อมูลย้อนกลับแล้ว ก็จะทำให้เขารู้ว่า ควรทำเช่นไรต่อไป เพื่อไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ

3.8 ทฤษฎีการดูแลตนเอง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Theory) ซึ่งกล่าวว่า บุคคลที่มีวุฒิภาวะเพียงพอ ถูกคาดหวังว่าจะต้องเป็นผู้ที่สามารถชี้นำ และรับผิดชอบตนเองเพื่อให้เกิดความผาสุกได้โดยอิสระ ขณะเดียวกันสังคมก็ยอมรับว่าบุคคลที่ไม่สามารถชี้นำ รับผิดชอบ และตอบสนองความต้องการดูแลตนเองด้านสุขภาพได้นั้นจะต้องได้รับการช่วยเหลือให้สามารถดูแลตนเองได้ หรือจนกว่าจะสามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นการดูแลตนเอง หรือการได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่สังคมยอมรับ การพยาบาลซึ่งเป็นการบริการทางสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงก็อยู่บนแนวคิดพื้นฐานดังกล่าว ดังนั้นการพยาบาลจึงเป็นการบริการที่เป็นความคาดหวังและเป็นความต้องการของสังคม (Orem, 1980 : 112)

Orem (1980 : 110-114) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นบริการที่อยู่บนพื้นฐานแนวคิด ทฤษฎีและเทคโนโลยี ต้องใช้ความรู้ทั้งทางด้านศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ และได้เสนอแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาลโดยยึดแนวคิดทฤษฎีโดยทั่วไป (A general theory) ซึ่งเป็นการจัดโครงสร้าง และหมวดหมู่ของความรู้เพื่อ

1. อธิบายปรากฏการณ์ทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นบ่อยๆ
2. ค้นหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ที่ค้นพบ และให้แนวคิดมโนคติของคน สุขภาพสิ่งแวดล้อม และการพยาบาล ไว้ดังนี้

1. บุคคล (Person)

โอเร็ม กล่าวว่า บุคคลมีความแตกต่างจากสิ่งมีชีวิตอื่นๆ เนื่องจากบุคคลมีความสามารถ ดังนี้ คือ

1.1 ความสามารถในการสำรวจตนเองและสิ่งแวดล้อม

1.2 ความสามารถในการสื่อและแปลความหมายสัญลักษณ์โดยอาศัยประสบการณ์

1.3 ความสามารถในการนำสัญลักษณ์มาใช้ในการสื่อภาษาและความคิด โดยการติดต่อสื่อสารและนำมาใช้ในการกระทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง หรือผู้อื่น บุคคลมีความสามารถในการผสมผสานการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ เข้าด้วยกัน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสังคม โอเร็ม เชื่อว่ามนุษย์มีศักยภาพในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองวิธีการที่บุคคลตอบสนองความต้องการดูแลตนเองไม่ใช่การตอบสนองด้วยสัญชาตญาณ แต่เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ คือ อายุ ความสามารถทางสติปัญญา วัฒนธรรม สังคม และอารมณ์ ถ้าบุคคลไม่สามารถเรียนรู้วิธีการดูแลตนเองได้จะต้องมีผู้อื่นเรียนรู้และกระทำทดแทน

2. สุขภาพ (Health)

โอเร็ม กล่าวว่า สุขภาพ เป็นภาวะของร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพ และสังคมที่เป็นความต่อเนื่องกันตั้งแต่ความเจ็บป่วยจนถึงความผาสุก และภาวะที่เกิดจากร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพ และสังคมนี้ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ บุคคลแต่ละคนจะประเมินสภาวะสุขภาพของตนโดยรวม ซึ่งการกระทำนี้อาจทำเป็นประจำทุกวันหรืออาจเป็นครั้งคราวก็ได้ นอกจากการประเมินสภาวะสุขภาพตนเองแล้วบุคคลยังประเมินสุขภาพผู้อื่นด้วย

3. สิ่งแวดล้อม (Environment)

โอเร็ม กล่าวถึงสิ่งแวดล้อมว่า บุคคลไม่สามารถแยกตนเองออกจากสิ่งแวดล้อมได้ และ วิเคราะห์สิ่งแวดล้อมในด้านต่างๆ คือ กายภาพ เคมี สรีระ และสังคม ไว้ว่า สิ่งแวดล้อมทั้ง 4 ประการนี้ มีการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน บุคคลมีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา ซึ่งสิ่งแวดล้อมจะมีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อการดำเนินชีวิตสุขภาพ และความผาสุกของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน

4. การพยาบาล (Nursing)

การพยาบาลในทัศนะของโอเร็ม เป็นการบริการที่มีระบบ เกิดจากการปฏิบัติอย่างจงใจ (Deliberate Action) ในการช่วยเหลือบุคคล โดยพยาบาลจะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้ความรู้และการตัดสินใจช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลสภาพที่เหมาะสมที่สุด (Orem, 1991) โอเร็ม ได้เสนอทฤษฎีการพยาบาลไว้ 3 ทฤษฎี คือ 1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-Care) 2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self Defecate) และ 3. ทฤษฎีระบบพยาบาล (The Theory of Nursing System)

Orem (1991 : 69; 1985 : 125) กล่าวถึงทฤษฎีการดูแลตนเองว่า เป็นแนวคิดของการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีแบบแผน มีการเรียนรู้ถึงการกระทำและผลการกระทำนั้น ๆ ซึ่งการเรียนรู้จะเกิดจากการคิดค้นด้วยตนเอง การได้รับการสอนหรือคำแนะนำ หรือเรียนรู้จากสถานการณ์จริงจากการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ในแต่ละวัน และบุคคลยังนำความสามารถเหล่านี้มาใช้ในการจัดการกับปัจจัยที่มีผลในทางส่งเสริมหรือเป็นผลทางลบต่อการทำหน้าที่ตามปกติหรือตามพัฒนาการ เพื่อให้ชีวิตดำเนินต่อไปและคงความผาสุกไว้ นอกจากนี้จะนำความสามารถมาใช้ในการดูแลตนเองแล้ว บุคคลยังนำมาให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวและคนอื่นๆ ด้วย

การดูแลตนเอง (Self-Care) คือ กิจกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้อย่างมีเป้าหมายของบุคคล เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยบุคคลจะจัดการกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อมเพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการ การดำเนินชีวิต สุขภาพ หรือความผาสุก ของบุคคลนั้นๆ ถ้าบุคคลสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพก็จะสามารถรักษาโครงสร้าง การทำหน้าที่และพัฒนาการให้เป็นไปอย่างปกติสุข (Orem, 1991)

โอเร็ม แบ่งความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-Care Requisites) ออกเป็น 3 ประการ คือ

- 1) ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites)
- 2) ความต้องการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites)
- 3) ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health-Deviation Self-Care Requisites)

โอเร็ม เรียกการดูแลตนเองทั้ง 3 ประการนี้ว่า ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) ซึ่งจะขอกกล่าวถึงรายละเอียด ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้แก่ ความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) คือ

ความต้องการของมนุษย์ทุก ๆ คน ตามช่วงชีวิต เป็นการปรับตัวตามอายุที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งการปรับตัวเหล่านี้เป็นกระบวนการของชีวิตเพื่อรักษาโครงสร้าง การทำหน้าที่ ตลอดจนความผาสุกของบุคคล และ โอเริ่ม แบ่งความต้องการดูแลตนเองโดยทั่วไปไว้ 8 ประการ ดังนี้

- 1.1 การคงไว้และได้รับอากาศที่เพียงพอ
- 1.2 การคงไว้และได้รับน้ำที่เพียงพอ
- 1.3 การคงไว้และได้รับสารอาหารที่เพียงพอ
- 1.4 การได้รับการดูแลหรือเตรียมการเกี่ยวกับกระบวนการขับถ่าย และกำจัดของเสีย
- 1.5 การคงไว้และรักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมต่างๆ และพักผ่อน
- 1.6 การคงไว้และรักษาความสมดุลระหว่างการมีเวลาส่วนตัวและการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.7 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การทำหน้าที่ในชีวิต และความผาสุก
- 1.8 การส่งเสริมศักยภาพและพัฒนาการในสังคม โดยคำนึงถึงศักยภาพข้อจำกัด และความปรารถนาที่เป็นปกติของบุคคลนั้นๆ

2.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) เป็นความสามารถซับซ้อนที่บุคคลพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการควบคุมกระบวนการของชีวิต คงไว้และส่งเสริมโครงสร้าง การทำหน้าที่ และพัฒนาการบุคคล ตลอดจนส่งเสริมให้เกิดความผาสุก การดูแลตนเองของบุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยชรา ภาวะสุขภาพ ปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ประสบการณ์ชีวิต อิทธิพลจากวัฒนธรรม และการใช้แหล่งทรัพยากรในการดำเนินชีวิตแต่ละวัน

การดูแลตนเองเป็นความพยายามของมนุษย์ เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ ซึ่งลักษณะทั้งสองประการนี้เป็นการกระทำที่เกิดอย่างจงใจ ซึ่งโอเริ่มได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) การดูแลตนเอง 2) การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาหรือบุคคลภายใต้การปกครอง เช่น ทารก เด็ก คนชรา หรือผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย พิการ หรือทุพพลภาพ ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองต้องอาศัยพลัง (Power Components) 10 ประการ คือ

1. ความสามารถในการคงความเอาใจใส่ตนเองและพัฒนาความสามารถที่ยังพร่องอยู่ โดยคำนึงว่าตนเองเป็นแหล่งความสามารถในการดูแลตนเอง สนใจในสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายใน และปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง

2. ความสามารถในการใช้พลังงานที่มีอยู่ เพื่อให้เพียงพอต่อการริเริ่มและดำเนินการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
3. ความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวโครงสร้างและส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อให้สามารถเริ่มต้นและดำเนินการดูแลตนเองให้สำเร็จลงได้
4. ความสามารถในการใช้เหตุผลในการดูแลตนเองในขอบเขตที่เหมาะสม
5. มีแรงจูงใจ เช่น มีเป้าหมายในการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และความผาสุก
6. ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และลงมือปฏิบัติตามการตัดสินใจนั้นได้
7. ความสามารถและทักษะในการหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้เชี่ยวชาญ โดยสามารถจำและนำความรู้ดังกล่าวไปปฏิบัติได้
8. สามารถนำความรู้ การรับรู้ การกระทำ และทักษะในการสร้างสัมพันธภาพมาปรับใช้ในการดูแลตนเอง
9. ความสามารถในการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมการดูแลตนเอง และจัดระบบดูแลตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง
10. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ และสอดคล้องการปฏิบัติดังกล่าวไว้ในแบบแผนการดำเนินชีวิตทั้งในด้านส่วนตัว ครอบครัวและชุมชน

4. แนวคิดทฤษฎีการสร้างเครือข่ายสุขภาพ

4.1 ความหมายของเครือข่าย

เครือข่าย หมายถึง รูปแบบทางสังคมที่เปิดโอกาสให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กร เพื่อการแลกเปลี่ยนการสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและการร่วมกันทำงาน เครือข่ายประกอบด้วยองค์กรจำนวนหนึ่งที่มีอาณาเขตแน่นอนหรือไม่ก็ได้ องค์กรเหล่านี้มีฐานะเท่าเทียมกัน (Alter and Snow, 1993 อ้างถึงใน สมใจ วินิจกุล, 2552 : 142)

เครือข่าย คือ การเชื่อมโยงร้อยรัดเอาความพยายามและการดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบและอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อปฏิบัติการกิจอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน โดยที่ แต่ละฝ่ายยังคงปฏิบัติการกิจหลักของตนต่อไปอย่างไม่สูญเสียเอกลักษณ์ และปรัชญาของตนเอง การเชื่อมโยงนี้อาจเป็นรูปของการรวมตัวกันแบบหลวมๆ เฉพาะกิจตามความจำเป็น หรืออาจอยู่ในรูปของการจัดองค์กรที่เป็นโครงสร้างของความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน (เสถียร จิรรังสี มั่นต์, 2549 : 1)

เครือข่าย หมายถึง กลุ่มของคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข่าวสาร ข้อมูลระหว่างกันหรือทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีการจัดรูปแบบหรือจัดระเบียบโครงสร้างโดยคน หรือองค์กร สมาชิกยังมีความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในเครือข่ายเป็นไปโดยสมัครใจ กิจกรรมที่ทำในเครือข่ายมีลักษณะเท่าเทียมหรือแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน และการเป็นสมาชิก เครือข่ายไม่มีผลกระทบต่อความเป็นอิสระหรือความเป็นตัวของตัวเองของคนหรือองค์กรนั้นๆ (ขนิษฐา กาญจนรังษิณท์, 2542 : 12-16)

แนวความคิดและความหมายของเครือข่ายข้างต้น เป็นการอธิบายเครือข่ายใน มิติที่เป็นกระบวนการสร้างระหว่างบุคคล กลุ่ม ชุมชน ที่ไม่จำกัดในเชิงพื้นที่ ปัจจุบันเครือข่ายได้ถูก นำมาใช้ในการอธิบายเพื่อขยายแนวคิดเรื่องประชาสังคมอันเป็นปัจจัยเกื้อหนุนพัฒนาการของ ขบวนการประชาสังคมที่ต้องอาศัยการพบปะของผู้คน ได้มาสัมพันธ์ร่วมกันทำงานที่เชื่อมององค์กร สมาชิกและสมาชิกเข้าด้วยกัน เป็นช่องทางสื่อสารระหว่างกัน พุดคุยแลกเปลี่ยนกันในประเด็น ปัญหาที่สนใจร่วมกัน ระดมสมองของผู้คนที่หลากหลายเพื่อแก้ไข พัฒนาสำนักความผูกพันสาย สัมพันธ์ของคน สร้างเครือข่ายข้อมูลและแบ่งปันทรัพยากรระหว่างกันไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรบุคคล หรือเงินงบประมาณ

4.2 องค์ประกอบของเครือข่าย

องค์ประกอบของเครือข่ายควรมีจุดร่วมที่สำคัญอย่างน้อย 5 ประการ คือ

1. สมาชิกของเครือข่าย สมาชิกเป็นองค์ประกอบเบื้องต้นของความเป็น เครือข่ายที่จะสร้างระบบปฏิสัมพันธ์ขึ้นมาระหว่างแต่ละคนของสมาชิกเครือข่ายสมาชิกในองค์กรจึง ถือเป็นองค์ประกอบ หลักที่ก่อให้เกิดความเป็นเครือข่าย หากมีสมาชิกจำนวนมากก็จำเป็นต้องมี คณะกรรมการเพื่อทำหน้าที่ในการประสานงานให้เครือข่ายดำเนินไปได้โดยราบรื่น

2. จุดมุ่งหมาย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ เพราะการรวมตัวกันเป็นเครือข่าย ต้องมีการทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งโดยมีวัตถุประสงค์และกระบวนการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ดังนั้นความชัดเจนของเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์จึงมีความสำคัญต่อการเข้าร่วมและการคงอยู่ของ สมาชิกที่หลากหลาย สำหรับเครือข่ายที่อยู่ในระยะเริ่มก่อตั้งควรกำหนดเป้าหมายหลักเพียงอย่างหนึ่ง อย่างใดก่อน เมื่อเครือข่ายเข้มแข็งแล้วจึงค่อยขยายวัตถุประสงค์เพิ่มเติม

3. การทำหน้าที่อย่างมีจิตสำนึก การที่คนแต่ละคนซึ่งเป็นสมาชิกของ เครือข่ายมารวมตัวกันนั้น สิ่งที่เชื่อมโยงสิ่งต่าง ๆ เข้าด้วยกันคือการทำหน้าที่ต่อกันที่กระทำอย่างมี จิตสำนึก เพราะหากขาดจิตสำนึกต่อส่วนรวมแล้วกระบวนการทำงานนั้นก็จะกลายเป็นเพียงการจัดตั้งและ เรียก ร้องหาผลประโยชน์ตอบแทนเท่านั้น การที่คนมารวมตัวกันเป็นเครือข่ายได้นั้นนอกจากมีความ สนใจหรืออุปนิสัยใจคอที่คล้ายคลึงกันแล้วบุคคลเหล่านั้นยังต้องมีจิตสำนึกต่อส่วนรวมด้วยเช่นกัน

4. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของสมาชิกเครือข่าย การมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยอาศัยการมีส่วนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการและร่วมทรัพยากรของสมาชิกด้วยกันเอง เป็นปัจจัยหนุนที่สำคัญที่ทำให้เครือข่ายนั้นมีพลังมากขึ้นเพราะการมีส่วนร่วมจะทำให้สมาชิกมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย ซึ่งจะทำให้ทุกฝ่ายหันหน้าเข้าหากันและพึ่งพากันมากขึ้น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกระบวนการและวิธีการจัดการเครือข่ายให้มีข้อมูลที่ต่อเนื่อง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และช่วยผลักดันให้เครือข่ายดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ไปอย่างต่อเนื่อง

5. ระบบความสัมพันธ์และการสื่อสาร เครือข่ายที่มีสมาชิกจำนวนมาก จำเป็นต้องมีคณะกรรมการหรือต้องมีผู้ทำหน้าที่ประสานงาน เพื่อให้การสื่อสารข้อมูลซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลกับบุคคล กลุ่มกับกลุ่ม และเครือข่ายกับเครือข่าย มีความสำคัญที่จะสนับสนุนให้เกิดการยอมรับในกระบวนการทำงานและช่วยรักษาความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันไว้ เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการสื่อสาร กระบวนการสื่อสารจะทำให้สมาชิกในเครือข่ายเกิดการรับรู้ข่าวสารซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ก็จะพัฒนาแน่นแฟ้นยิ่งขึ้น ทำให้สมาชิกสามารถนำเครือข่ายขับเคลื่อนต่อไปได้

4.3 ความจำเป็นในการสร้างเครือข่าย

ความจำเป็นในการสร้างเครือข่าย มีหลักการอยู่ 3 ประการ คือ

1. สถานการณ์ปัญหาและสภาพแวดล้อม ได้แก่ สถานการณ์ปัญหาที่เข้าซ้อนหลากหลายและขยายตัวเกินความสามารถของกลุ่มหรือองค์กรที่จะดำเนินการแก้ไขได้จำเป็นต้องมีการรวมตัวกัน หรือใช้กลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพเพื่อแก้ไขปัญหา
2. การสร้างพื้นที่ทางสังคม เมื่อกลุ่มต่าง ๆ ในสังคมที่มีความต้องการคล้าย ๆ กัน มีความคิดหรืออุดมคติเหมือนกันมารวมตัวกันเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับกลุ่ม หรือบุคคล หรือกับองค์กรต่าง ๆ ทำให้กลุ่มคนมีความรู้สึกร่วมกันพื้นที่ทางสังคมที่ชัดเจน เป็นการสร้างความเชื่อมั่นด้านจิตใจ มีความวางใจซึ่งกันและกัน โดยกระบวนการเช่นนี้จะเป็นการสร้างและให้โอกาสในการพัฒนาศักยภาพของคนที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เช่น เครือข่ายทางธุรกิจก็จะประสานความร่วมมือเป็นภาคีเครือข่ายเพื่อลดต้นทุนการผลิตลดภาระการแข่งขัน เครือข่ายทางสุขภาพก็จะหนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดูแลสุขภาพของคนในเครือข่าย เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะทำลายสุขภาพ มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ทั้งหมดนี้ล้วนเป็นการสร้างความหมายและสามารถใช้พื้นที่ในการดำเนินกิจกรรมของตนเองได้

3. การประสานผลประโยชน์อย่างเท่าเทียม เมื่อทุกกลุ่มองค์กรหรือเครือข่ายมีการประสานผลประโยชน์ในลักษณะพึ่งพาอาศัย ซึ่งกันและกันแล้ว จะทำให้เกิดการเรียนรู้และมีกิจกรรมพัฒนาที่ต่อเนื่อง ช่วยให้เกิดระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพ เกิดกระบวนการใหม่

ความรู้ใหม่ โดยการประสานประโยชน์ซึ่งกันและกัน การได้รับประโยชน์จากการเข้าร่วมเป็นเครือข่าย จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาและรักษาเครือข่ายไว้

4.4 ประโยชน์ของการสร้างเครือข่าย

การสร้างเครือข่ายสามารถอำนวยความสะดวกให้แก่องค์กรหรือหน่วยงานต่าง ๆ ดังนี้

1. เป็นเวทีสำหรับแลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ ให้ความช่วยเหลือ ช่วยแก้ปัญหา ช่วยสนับสนุนและเกื้อกูลซึ่งกันและกัน
2. สร้างการทำงานเป็นทีม สามารถระดมความคิดเห็น ที่เป็นประโยชน์ได้อย่างหลากหลาย ก่อให้เกิดพหุปัญญา ทำให้งานมีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จที่ดี
3. เป็นฐานสำคัญในการปฏิรูปการศึกษาและพัฒนาประเทศ ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมที่สนใจ
4. สามารถทำการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์งานได้อย่างทั่วถึง
5. เป็นพลังในการต่อรองเพื่อสิ่งที่ถูกต้อง เกิดพลังที่เข้มแข็งในการดำเนินการผลักดันเรื่องที่เครือข่ายสนใจให้ประสบผลสำเร็จ
6. ทำให้การบริหารจัดการทรัพยากรมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4.5 การดำรงอยู่และการพัฒนาเครือข่าย

1. การจัดให้มีกิจกรรมของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้สมาชิกสามารถจัดกิจกรรมเอง ก่อให้เกิดความร่วมมือกันทั้งเครือข่าย และช่วยให้ความสัมพันธ์ของเครือข่ายมีความเข้มแข็งโดยใช้กิจกรรมเป็นตัวยึดโยงคนในเครือข่ายให้มาทำกิจกรรมร่วมกัน
2. การสร้างแรงจูงใจสำหรับกลุ่ม การมีสุขภาพที่ดีขึ้น แข็งแรงขึ้น เป็นแรงจูงใจ ใ้บุคคลร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ที่สำคัญคือจะอย่างไรให้แรงจูงใจนี้ดำรงอยู่อย่างยาวนานต่อไป
3. การจัดหาทรัพยากรสนับสนุนอย่างพอเพียง รัฐบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนกลุ่มหรือชมรมต่าง ๆ เหล่านี้ เช่น อุปกรณ์ อาคาร สถานที่ วิทยากร นอกจากนี้เครือข่ายต้องหาทุนเพื่อสนับสนุนกิจกรรมของสมาชิก ซึ่งจะทำให้กิจกรรมต่าง ๆ มีความเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป
4. การให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา ในการดำเนินงานของกลุ่มหรือชมรมต่าง ๆ อาจมีปัญหาอุปสรรคเกิดขึ้น ดังนั้นควรมีกกลุ่มหรือองค์กร หรือหน่วยงานทั้งของรัฐและเอกชนที่สามารถให้การช่วยเหลือในการคลี่คลายปัญหาต่าง ๆ ที่หันต่อสถานการณ์

5.การสร้างผู้นำกลุ่มรุ่นใหม่อย่างต่อเนื่อง การพัฒนาและเสริมสร้างผู้นำถือว่าเป็นกิจกรรมหลักของการพัฒนา เพื่อให้ผู้นำสามารถทำหน้าที่เป็นผู้ประสานและเอื้ออำนวยกระบวนการจัดการของกลุ่มต่าง ๆ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างคนรุ่นใหม่ขึ้นมาทดแทนคนรุ่นเก่า ผู้นำรุ่นเดิมๆ เป็นการส่งเสริมให้เกิดการสร้างคน และพัฒนาศักยภาพคนทำงานเครือข่ายให้มีความต่อเนื่องของกิจกรรมต่อไป

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการสร้างเครือข่าย เป็นกรอบความคิดในการสร้างเครือข่ายสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ เพื่อการทำงานที่มีการเชื่อมโยงประสานงานระหว่างบุคคล องค์กร หน่วยงานต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง และที่ตั้งอยู่บนวัตถุประสงค์เดียวกัน การอยู่ร่วมกันโดยเห็นคุณค่าของสมาชิกเสมอกันเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีความครอบคลุมและยั่งยืนต่อไป

5. แนวคิดทฤษฎีการควบคุมคุณภาพ

เมื่อกล่าวถึงการควบคุมคุณภาพ (Quality Controlling) เป็นที่แน่นอนว่าทุกองค์กรมีความต้องการที่จะดำเนินงานรวมถึงการทำการผลิตสินค้าและให้บริการที่มีคุณภาพ การที่องค์กรจะทำให้เกิดการจัดการงานที่มีคุณภาพได้นั้นควรมีการวางแผนและกำหนดออกมาเป็นนโยบายเพื่อให้ผู้ได้บังคับบัญชาได้ทราบว่าเขต้องทำงานอย่างไร ต้องรายงานการทำงานโดยตรงกับใคร หรือการที่องค์กรสามารถลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานได้ก็จัดว่าองค์กรนั้นมีการจัดการที่มีคุณภาพ

การจัดการโดยวิธีการควบคุมคุณภาพได้อาศัยหลัก 4 ประการ ของ วัฏจักรเดมิง (Deming Cycle) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Planning – P) เป็นการกำหนดสิ่งที่ต้องการทำในอนาคต ทั้งนี้มีความจำเป็นจะต้องพิจารณาสภาพแวดล้อมโดยรวมและนำมาเป็นข้อมูลประกอบในการกำหนดแผน การวางแผนที่ดีช่วยให้สามารถคาดการณ์และดำเนินการในสิ่งที่ต้องการได้ในอนาคต อีกทั้งช่วยลดความสูญเสียอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้จากปัจจัยการผลิตและส่งผลกระทบต่อการทำงาน

2. ขั้นตอนการลงมือทำเพื่อแก้ไขปัญหา (Doing – D) เป็นการลงมือปฏิบัติการในวันนี้เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ต้องการในอนาคตหรืออาจเป็นการลงมือเพื่อการเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงในวันนี้ให้เกิดการพัฒนาต่อไปได้ ทั้งนี้ต้องดำเนินการไปตามแผนงานที่ได้กำหนดไว้แล้ว หรืออาจเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้บ้างในบางส่วนเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมทางธุรกิจที่เปลี่ยนแปลงไป

3. ขั้นตอนการตรวจสอบ (Checking – C) เป็นการตรวจตราเพื่อประเมินสิ่งที่ได้รับจากการดำเนินงานตามแผนหรือสิ่งที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง ขั้นตอนนี้ผู้บริหารไม่อาจละเลย

หรือมองข้ามไปเพราะการดำเนินงานจะบรรลุผลตามวัตถุประสงค์หรือไม่นั้นจะปรากฏในขั้นตอนนี้
สิ่งสำคัญผู้บริหารต้องรู้ว่าควรดำเนินการตรวจสอบ ควบคุม และประเมินในจุดใด

4. ขั้นการนำผลไปปฏิบัติหรือการแก้ไขปัญหา (Acting – A) เป็นการดำเนินการให้
เหมาะสมนั่นคือ ผลที่ได้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ หากเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ให้นำ
วิธีการหรือกระบวนการในการปฏิบัติงานนั้นมาเป็นมาตรฐานหรือบรรทัดฐานต่อไป แต่หากไม่
เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ควรนำข้อมูลที่รวบรวมไว้ไปวิเคราะห์หาสาเหตุเพื่อดำเนินการต่อไป
ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เช่น มองหาวิธีการหรือกระบวนการใหม่ที่คิดว่าดีกว่า การใช้ความพยายามให้
มากกว่าเดิม การขอความช่วยเหลือจากที่ปรึกษา และการปรับเปลี่ยนเป้าหมายและวัตถุประสงค์
เป็นต้น

ภาพที่ 2.6 แสดงหลักการแบบเดมมิง (Deming Cycle)

Planning	Doing
Acting	Checking

(Deming Cycle)

การจัดการโดยวิธีควบคุมคุณภาพมีจุดเน้นที่การควบคุมคุณภาพเป็นสำคัญซึ่งกลไก
สำคัญของการควบคุมคุณภาพจะอยู่ที่การตรวจสอบผลิตภัณฑ์กับมาตรฐานที่ตั้งไว้โดยต้อง
ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงในทุกขั้นตอนการผลิตต้องมีการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลในการ
ผลิตโดยต้องฝึกอบรมผู้ดำเนินการผลิตและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานผลิตสินค้าและบริการเกี่ยวกับ
งานต่างๆให้ชำนาญ ทั้งนี้ต้องทำรายงานเกี่ยวกับการควบคุมคุณภาพเพื่อให้ผู้บริหารแต่ละระดับชั้น
ในสายบริหาร ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมคุณภาพได้รับทราบเป็นระยะเพื่อให้ทุกคนได้ใช้กิจกรรม
ควบคุมคุณภาพทั่วทั้งองค์กร โดยมีหน่วยงานที่ควบคุมดูแลในเรื่องการควบคุมคุณภาพเป็นผู้ให้
คำปรึกษาและสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ซึ่งจะทำให้การควบคุมคุณภาพขององค์กรมีประสิทธิภาพ
(อนิวัช แก้วจันทน์, 2550 : 252-254)

6. แนวคิดการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง

แนวคิดการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง Directly Observed Treatment หรือเรียกย่อว่า DOT แปลตรงตัว คือ การรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง ซึ่งหมายถึง การรักษาวัณโรค โดยให้มีบุคลากรที่ได้รับฝึกอบรม ทำหน้าที่สนับสนุนดูแลให้ผู้ป่วยกินยาทุกขนาน ตามขนาด ทุกมื้อให้ครบถ้วน ซึ่งอาจเรียกว่าการบริหารยาแบบมีพี่เลี้ยง (สำนักวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551 : 59) สืบเนื่องจากในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ได้กล่าวถึงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของไทยยังมีโรคร้ายที่เป็นปัญหาเรื้อรังหลายโรคในจำนวนนั้น วัณโรคยังเป็นโรคที่น่าเป็นห่วง จาก 1) การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต 2) สภาพทางสังคมที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น 3) ภาวะโรคไร้พรหมแดนในยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากโรคระบาดที่มาจากต่างประเทศ โรคติดต่อที่มากับการอพยพแรงงานหรือการเดินทางข้ามพรมแดน และ 4) การใช้ยาและเทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสม ซึ่งนอกจากจะสิ้นเปลืองในเชิงเศรษฐกิจแล้วยังทำให้โรคที่เคยรักษาได้ง่ายกลับรักษายากขึ้น เนื่องจากเชื้อที่ก่อโรคเกิดการดื้อยา (คณะกรรมการอำนวยการแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ, 2544 : 44)

ดังนั้น ในการควบคุมวัณโรค จึงต้องมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้เสนอแนะแนวทางใหม่ที่มีประสิทธิภาพ ในการดำเนินงานควบคุมวัณโรค คือ แนวทางDOT (Directly Observed Treatment) หรือการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรงหรือแบบมีพี่เลี้ยง (สำนักวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551:59-60)

การเลือกบุคคลที่จะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ควรยึดความน่าเชื่อถือ (Accessibility) ความสะดวกของการเข้าถึงบริการ (Accessibility) และการยอมรับของผู้ป่วย (Acceptance) โดยองค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้เลือกได้ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งบุคคลที่น่าจะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงได้ดีที่สุด เรียงลำดับได้ดังนี้ (ยุทธชัย เกษตรเจริญและคณะ, 2557:249)

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคลากรประจำสถานบริการทาง การแพทย์ที่อยู่ใกล้ผู้ป่วยมากที่สุด หรือบุคคลที่ผู้ป่วยจะติดต่อด้าน DOTS (ทุกวันหรือเว้นระยะ) ได้สะดวก
2. อาสาสมัคร หรือผู้นำชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ครู พระสงฆ์ เป็นต้น
3. สมาชิกครอบครัวหรือญาติ ผู้ป่วย ได้แก่ สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร พี่น้อง ญาติ ที่อยู่ใกล้เคียง หรือใกล้เคียง ที่อ่านและเขียนหนังสือได้ เป็นต้น ทั้งนี้ต้องมีการอบรมให้เข้าใจถึงหลักการ วิธีการให้ยาผู้ป่วย และวิธีการลงบันทึกในบัตรบันทึกการรับประทานยา (Dots Card) โดยผู้ที่ทำหน้าที่ควบคุมการรับประทานยาดังกล่าวเพื่อป้องกันการลืม และยืนยันการรับประทานยาในแต่ละวันของผู้ป่วย

หน้าที่ของผู้ที่ได้รับมอบหมายให้เป็นพี่เลี้ยง (สำนักวัน โรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551 : 63)

1. ให้กำลังใจและสนับสนุนดูแลให้ผู้ป่วยกินยาทุกขนานทุกมือ โดยครบถ้วน
2. ถามหรือสังเกตอาการของผู้ป่วยว่ามีอาการแพ้ยาหรือไม่
3. จัดการให้ผู้ป่วยเก็บเสมหะเพื่อส่งตรวจ
4. บันทึกการให้ DOTS ลงในบัตรบันทึกการรักษา
5. ให้กำลังใจและแจ้งผลความก้าวหน้าในการรักษาให้ผู้ป่วยและสมาชิกใน

ครอบครัวรับทราบเพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับยาโดยไม่ขาด

6. รับผิดชอบเยี่ยมบ้านถ้าผู้ป่วยผัดนัด
7. คอยดูแลและจัดการเบิกยามาเตรียมให้พร้อมเสมอ
8. เป็นผู้สนับสนุนการรักษา

การประยุกต์ใช้ กลยุทธ์ Dot หรือ การรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง เพื่อการวิจัย และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้สู่พลัง”

จากการศึกษาแนวคิด การรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง หรือ DOT (Directly Observed Treatment) ดังกล่าว ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดเพื่อเป็นวิธีการให้ผู้สูงอายุ ได้มีการ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามรูปแบบของยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้สู่พลัง” อย่างต่อเนื่องโดย

1. สนับสนุนให้บุคคลในครอบครัว เช่น ญาติ สามี ภรรยา บุตร หลาน ของ ผู้สูงอายุ เป็นพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ตามยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้สู่พลัง ” โดยผู้วิจัยและทีมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมทั้งชี้แจงหลักการและ วัตถุประสงค์ในการวิจัย เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพและการมีส่วนร่วมของบุคคลใน ครอบครัว ให้รับทราบและให้ความร่วมมือเป็นพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

2. สมาชิกในครอบครัวผู้ทำหน้าที่พี่เลี้ยง หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ตามยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้สู่พลัง ” อย่างต่อเนื่องโดยเป็นผู้ลงนามกำกับการลงบันทึก ของผู้สูงอายุในแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพใน แต่ละกิจกรรมทุกวัน

3. ผู้วิจัยและทีมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อการ ประเมินผลทุกสัปดาห์

ผลการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้สู่พลัง” ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษางานวิจัยและผลงานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินการวิจัยเป็นไปอย่างสมบูรณ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

วนิดา กองแก้ว (2549 : 91-141) ได้ศึกษาลักษณะทางชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ รายด้านที่ซ้ ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการและการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการนอนหลับพักผ่อน ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และด้านการหลีกเลี่ยงสารเสพติดที่เป็นโทษ อยู่ในระดับดีทุกด้าน ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้สูงอายุในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษา สามารถแสวงหาความรู้ ข่าวสารต่างๆ ได้ดี และเข้าร่วมกิจกรรมชมรมสม่ำเสมอ จึงมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี

ชนัดดา เกิดแพร่ (2550 : 1-2) ได้ศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลมะขามสูง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับดี รายละเอียดพบว่า ด้านที่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การสังเกตอาการผิดปกติในตนเองอยู่ในระดับดีมาก ด้านสัมพันธระหว่างบุคคลพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือมีคนในครอบครัวดูแลและช่วยเหลืออยู่ในระดับดีมาก ด้านการออกกำลังกาย พบว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ ทำกิจกรรมการยืดเส้นยืดสาย เช่น แกว่งแขน ยืดขาอยู่ในระดับดี ด้านที่ 4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว อยู่ในระดับดีมาก ด้านที่ 5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจิตวิญญาณ พบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ เป็นที่เคารพนับถือของเพื่อนบ้านอยู่ในระดับดีมาก และด้านที่ 6 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านจัดการกับความเครียดพบว่า พฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การบอกกับตนเองว่าปัญหาทุกอย่างแก้ไขได้ในระดับดี

รายงานสถานการณ์สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุไทย ๒๕๕๒ : 1) ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มออกกำลังกายเพิ่มขึ้น โดยมีเหตุผลหลักคือ อยากมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและคลายเครียด แต่ก็ยังพบว่า มีผู้สูงอายุบางส่วนที่ไม่ออกกำลังกายเนื่องจาก มีการทำงานที่ต้องใช้แรงกายมากอยู่แล้วและไม่มีเวลา สำหรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุ 2 ใน 3 มีการรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุ

3 ใน 4 ให้ความสนใจและใส่ใจในการตรวจสุขภาพประจำปี ทั้งนี้ เนื่องจากรัฐได้จัดหลักประกันทางสังคมขั้นพื้นฐานในการรักษาสำหรับผู้สูงอายุ

วาทีณี บุญชะลิกย์ และคณะ (2551 : 77-78) ได้ดำเนินการวิจัยและพัฒนาเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดกาญจนบุรี พบว่า รูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การออกกำลังกาย การให้ความรู้ และการเล่นเกม ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าร้อยละ 60 นำความรู้ไปปฏิบัติ ร้อยละ 30 นำความรู้ไปปฏิบัติเป็นประจำ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมีการออกกำลังกายมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม และร้อยละ ของความเจ็บป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม

อมรรัตน์ ศรีโชติ (2552 : 33) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ และความรู้ความเข้าใจในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ

2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้สู่พลัง”

2.1 เลือกรับประทานอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ

Seidman (2000 : 727-38) แห่งโรงพยาบาลเฮนรีฟอร์ด (Henry Ford Health Syste) ได้ศึกษาทดลองในหนู โดยให้การอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ เช่น วิตามิน ซี อี เมลาโทนิน แอลฟาไลโปอิกแอซิด อเซติล -แอล-คาร์นิทีน โคคิวเทน และกลูตาไธโอน ผลการศึกษา พบว่า สารต้านอนุมูลอิสระสามารถลดความเสียหายต่อไมโทคอนเดรียอ่อนแอที่เป็นสาเหตุอันตรายต่อการได้ยินของหนูได้ และเมื่อนำการศึกษามาทดลองกับคน พบว่าได้ผลเช่นเดียวกัน

Endemann (2002 : 707-710) ได้ศึกษา พบว่า ในผู้ที่รับประทานอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระเช่น วิตามินซี อี และเบต้าแคโรทีน อยู่เสมอจะช่วยให้ปฏิกิริยาของการออกซิเดชันลดลง ซึ่งมีผลให้ความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจแข็งตัวจากการอุดตันไขมันลดลง

Grodstein et al. (2003 : 762-763) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การรับประทานอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระและการทำงานของความคิดในสตรีผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า การรับประทานอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระจากแหล่งอาหารและการเสริมวิตามินซี อีและแคโรทีนในปริมาณสูงเป็นประจำมีผลให้ความรู้ความเข้าใจในสตรีผู้สูงอายุยาวนานขึ้น ซึ่งผลดังกล่าวอาจช่วยลดความเสี่ยงจากภาวะสมองเสื่อมในสตรีผู้สูงอายุได้

Matteo Cersari et al. (2004 : 289-294) แห่งสำนักงานคณะกรรมการวิจัยผู้สูงอายุ อิตาลี ได้ศึกษา เรื่องสารต้านอนุมูลอิสระและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ในชาวอิตาลีเดิมที่มี

อายุมากกว่า 65 ปี จำนวน 986 คน ผลการศึกษา พบว่า สารต้านอนุมูลอิสระมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถภาพทางกายและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โครงกระดูกในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

2.2 เลือกดื่มน้ำที่สะอาดอย่างเพียงพอทุกวัน ๆ ละ 8-10 แก้ว

ศุภกิจ นิมมานนรเทพ (2549 : 38) มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ด้วยน้ำเปล่าวันละลิตร โดยผู้ป่วยโรคเกาต์ ที่มีผลของกรดยูริกขึ้นสูง ดื่มน้ำเปล่าวันละ ลิตร เป็นเวลา 3 สัปดาห์ เพื่อไปละลายกรดยูริกในกระแสเลือดให้เจือจาง พบว่า ผลของกรดยูริกใน กระแสเลือดของผู้ป่วยโรคเกาต์ลดลง และในหลายเดือนต่อมากรดยูริกได้ลดลงตามลำดับ จนกระทั่งอยู่ในระดับปกติ

ไมเคิล บอสชมานน์ (2551 : 1) หัวหน้าทีมวิจัยมหาวิทยาลัยชาไรต์ ประเทศเยอรมนี ได้ศึกษาพบว่า ผู้ที่ดื่มน้ำได้มากถึงวันละ 2 ลิตรนั้น จะช่วยให้ร่างกายเผาผลาญอาหารได้เพิ่มขึ้นอีกถึงวันละ 150 แคลอรี เพราะน้ำที่ดื่มจะเข้าไปปลุกประสาทซิมพาเทติก ซึ่งควบคุมการเผาผลาญอาหารของร่างกาย ทำให้ช่วยกำจัดแคลอรีที่เป็นส่วนเกินให้ลดน้อยลงได้

Batmanghelidj (1997 : 14-18) แห่งโรงพยาบาลเซนต์แมรีประเทศอังกฤษ ได้ศึกษาทดลองในผู้ป่วยที่มีภาวะการอุดตันของไขมันในหลอดเลือดหัวใจบางส่วนที่ต้องได้รับการ รักษา โดยการผ่าตัดต่อเส้นเลือด ด้วยการให้ดื่มน้ำก่อนอาหารประมาณครึ่งชั่วโมงทุกครั้ง ๆ ละ 2 แก้ว ร่วมกับการเดินออกกำลังกายในตอนเช้าและเย็น ครั้งละ ชั่วโมง เป็นเวลา 3 เดือน พบว่า การอุดตันของไขมันลดลงจนกระทั่งไม่ต้องรักษาโดยการผ่าตัดอีกต่อไป

2.3 เลือกสูดหายใจรับอากาศที่ดีและบริสุทธิ์เข้าสู่ร่างกายทุกวัน ๆ ละ 2 ครั้ง ๆ ละ 5-10 นาที

ศุภกิจ นิมมานนรเทพ (2549 : 33) ได้ประสบการณ์ในการรักษาโรคภูมิแพ้ ไข้หวัด หอบหืดและนอนกรน ด้วยการฝึกพลังลมปราณเพื่อสูดหายใจรับอากาศที่ดีและบริสุทธิ์เข้าสู่ร่างกาย สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที จนเหงื่อออกเป็นระยะเวลาประมาณ 6 เดือน พบว่า ทำให้ตนเองหายจากอาการป่วยโดยไม่ต้องใช้ยาและมีสุขภาพที่แข็งแรงขึ้น

Baldwin (1998 : 104-107) ได้ศึกษา พบว่า อากาศที่บริสุทธิ์และมีปริมาณออกซิเจนที่พอเหมาะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสารของเคมีในสมองที่ช่วยให้อารมณ์และความรู้สึกดีขึ้น ทำให้อาการปวดศีรษะไมเกรน อาการคลื่นไส้ อาเจียน สายตาพร่ามัว วิดกหงุดหงิด และอาการของระบบทางเดินหายใจดีขึ้น

2.4 เลือกออกกำลังกายโดยการเดินเพื่อสุขภาพทุกวัน ๆ ละ 30 นาที

รัชนิกร ใจคำสืบ (2552 :152-161) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการเดินออกกำลังกายต่ออาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความ

วิตกกังวลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับสารเคมี โดยการสอน ชี้นำ สนับสนุนและสร้างสิ่งแวดล้อม การดูแลตนเอง และนำการเดินออกกำลังกายมาใช้ร่วมกับการพยาบาล พบว่า ภายหลังการได้รับ โปรแกรมผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยล้า การนอนไม่หลับ และความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เอกชัย เพียรศรีวัชรา และอารี ปรมัตถากุล (2553 : 82-88) ได้ศึกษา เดินออกกำลังกาย รูปแบบการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมการเดิน ออกกำลังกาย 9 สัปดาห์สำหรับผู้สูงวัย พบว่า ผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ภายหลังการใช้โปรแกรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Reaven et al. (1991 : 559-565) ได้ศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกาย สม่ำเสมอ จะช่วยให้ปริมาณเลือดที่หัวใจสูบฉีดแต่ละครั้งดีขึ้น และทำให้การเจ็บป่วยด้วยโรคระบบ ไหลเวียนเลือดลดลงทั้งชายและหญิง ทั้งนี้แม้ว่าชีพจรสูงสุดที่หัวใจทำงานได้จะไม่สามารถฝึกให้ดีขึ้น เหมือนเดิมจากการที่สมรรถภาพของหัวใจทำงานลดลงเนื่องจากวัยชราก็ตาม

Hakim et al. (1999 : 100 -109) ได้ศึกษาในผู้สูงอายุชายอายุระหว่าง 71-93 ปี จำนวน 2,500 คน พบว่า ผู้ที่เดินมากกว่าวันละ 2 ไมล์ จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจน้อยเป็นครึ่งหนึ่งของผู้ที่เดินน้อยกว่า 1 ไมล์

2.5 นวดเหยียบคลายกล้ามเนื้อและขยายเส้นเลือดทุกสัปดาห์ ๆ ละ 60 นาที

สมบุญ ทัพย์นัย และคณะ (2549 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาโครงการฟื้นฟูภูมิปัญญา และการขยายผลองค์ความรู้ให้เป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพชุมชนของหมอพื้นบ้าน อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง กับกลุ่มหมอนวดพื้นบ้าน 24 คน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ศึกษาถึงวิธีการรักษา ผู้ป่วยด้วยโรคจากหมอนวด 8 คน พบว่าวิธีการรักษาของหมอแต่ละคนมีความคล้ายคลึงกันหลายอย่าง เช่น จุดนวดการรักษาผู้ป่วย แนวเส้นการนวด ในส่วนของความแตกต่างนี้ก็จะขึ้นอยู่กับเทคนิค และ วิธีการนวดของหมอแต่ละคน บางคนใช้การนวดควบคู่กับการตัดตัวให้ ผู้ป่วยในท่าต่างๆ บางคนใช้ วิธีการเหยียบด้วยเท้าแทนการใช้มือในบางส่วนของร่างกาย การรักษาโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต-เหน็บ ชา-เส้นทับกระดูก หมอนวดทุกคนจะต้องเน้นการนวดเพื่อฟื้นฟูเส้นเอ็นหรือเส้นเลือดที่มีปัญหา และเป็นสาเหตุให้การไหลเวียนของโลหิตติดขัด การนวดบำบัดรักษาจะเป็นวิธีการคลายเส้นเลือด เพื่อละลายไขมันที่อุดตันให้การไหลเวียนของโลหิตเป็นปกติ ส่วนระยะเวลาการรักษาขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วย

ชำนาญ ผึ่งผาย (2550 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาผลของการนวดแผนไทยประยุกต์ต่อการผ่อนคลาย พบว่า ภายหลังการนวดไทยระดับความเมื่อยล้า และอัตราการเต้นของชีพจรลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีผลให้กล้ามเนื้อคลายตัว ลดอาการบวม นอกจากนี้ การนวดไทย ยังส่งผลโดยตรงต่อการไหลเวียนของเลือดลม เกิดการผ่อนคลาย และสุขภาพจิตดีขึ้น

ชาธิปัตย์ เครือพานิชย์ และคณะ (2551 : 57) ได้ศึกษา ผลทันทีของการนวดไทย ในการบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยปวดศีรษะจากความเครียด พบว่า ภายหลังการรักษาทันทีระดับ อาการปวดศีรษะลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการนวดไทยสามารถช่วยบรรเทาอาการปวดและ ทำให้ตัวแปรที่สัมพันธ์กับการปวดดีขึ้น

2.6 ผ่อนคลายอารมณ์และจิตใจโดยการฝึกสมาธิทุกวัน ๆ ละ 20-30 นาที

ยูวดี แจ่มกังวาน (2549 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา ผลของการทำสมาธิร่วมกับดนตรี บรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ เพื่อเปรียบเทียบ ผลของการทำสมาธิเบื้องต้นร่วมกับดนตรีบรรเลงต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุระหว่าง กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ จำนวน 56 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ทำสมาธิร่วมกับดนตรีบรรเลงมีคุณภาพการนอนหลับ ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พิไลพรรณ จันทประสาร (2553 : 1) ได้ศึกษา ผลของการฝึกสมาธิในกลุ่มผู้ป่วย โรคหอบหืดที่ไม่สามารถใช้ยาพ่นทางปากได้ถูกต้อง โดยการสอนการทำสมาธิแบบเทคนิคการ หายใจ จนกระทั่งผู้ป่วยมีสมาธิและหายใจได้ถูกต้อง จึงให้ผู้ป่วยทดลองใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยสามารถ พ่นยาได้อย่างถูกต้อง และเมื่อประเมินผลของการดำเนินกิจกรรม พบว่าร้อยละ 94 ของผู้ป่วย สามารถใช้ยาพ่นได้ถูกต้อง

Schneider et al. (2005 : 8-27) ได้ศึกษา การลดความดันโลหิตสูงและการใช้ยา ความดันโลหิตสูงโดยสมาธิบำบัดในผู้ป่วยจำนวน 150 คน พบว่า ผู้ป่วยที่ทำสมาธิบำบัด มีผลทำให้ ความดันโลหิตตัวบนลดลง 6 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตตัวล่างลดลง 3 มิลลิเมตรปรอท และ ทำให้การใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Maura Paul-Labrador (2006 : 1218-1224) ได้ศึกษา สมาธิบำบัดกับการ ลด ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีอายุเฉลี่ย 67.7 ปี จำนวน 103 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเวลา 16 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ทำสมาธิบำบัดมี ความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากรายงานการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปได้ว่า รูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุที่ถูกต้องเหมาะสม คือ ยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้สู่พลัง” ได้แก่ 1) เลือกรับประทานอาหารที่มี สารต้านอนุมูลอิสระ 2) เลือกดื่มน้ำที่สะอาดอย่างเพียงพอทุกวันๆ ละ 8-10 แก้ว 3) เลือกสูดหายใจ รับอากาศที่ดีและบริสุทธิ์เข้าสู่ร่างกายทุกวันๆ ละ 2 ครั้งๆ ละ 5-10 นาที 4) เลือกออกกำลังกาย โดยการเดินเพื่อสุขภาพทุกวันๆ ละ 30 นาที 5) นวดเหยียบคลายกล้ามเนื้อและขยายเส้นเลือด ทุกสัปดาห์ๆ ละ 60 นาที 6) ผ่อนคลายอารมณ์และจิตใจโดยการฝึกสมาธิทุกวันๆ ละ 20-30 นาที

เป็นรูปแบบพฤติกรรมที่มีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุในการปฏิบัติหรือแสดงออก เพื่อการดูแลตนเอง ให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่หลักของร่างกายให้เป็นปกติ ป้องกันและชะลอความเสี่ยง ของร่างกายและจิตใจให้ช้าลง ลดจำนวนครั้งในการเจ็บป่วยและรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุลงได้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตและ สภาวะสุขภาพที่ดี และ 7) การปรึกษาแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพอยู่เสมอ เนื่องจาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภูมิ โรคเรื้อรังและโรคประจำตัวซึ่งต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องเพื่อ ความก้าวหน้าของการดำเนินโรค และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรด้านการแพทย์และ สาธารณสุขเพื่อการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการดูแลตนเองสามารถดำรงอยู่ ท่ามกลางโรคเรื้อรังและ โรคประจำตัวได้ อีกทั้งผู้สูงอายุควรมีการสังเกตอาการผิดปกติของตนเองอยู่เสมอเพื่อการรักษาตั้งแต่ เริ่มแรก

3. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

อรชร ไหว้ว (2548 : 141) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรสาธารณสุขและจาก บุคคลในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุได้อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

พิกุล ดินมาต (2550 : 78) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด หัวใจ พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อ พฤติกรรม การรับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจส่งผลให้พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจดีขึ้น

พรทิพย์ ราชภักดิ์ (2550 : 82) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ แห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวาย พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจวายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ ส่งเสริม สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

Muhlenkamp & Sayles (1991 : 266-270) ได้ศึกษาเรื่อง Social Support and Positive Health Practice เป็นการศึกษาเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชน อายุ 55 ปี ขึ้นไป จำนวน 98 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามที่รายงานด้วยตนเองเพื่อหาตัวแปรที่ส่งผลต่อการดูแลตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถ

อธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 28 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

The National Institute on Aging (NIA) (2008 : 1-6) ได้ศึกษาวิจัย การสนับสนุนทางสังคมเครือข่ายและความสุข พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของเครือข่ายต่าง ๆ ในสังคมมีผลกระทบต่อความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากรายงานการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ผู้สูงอายุได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในเรื่องข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือทางด้านจิตใจ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง การให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ต่างๆที่เป็นสื่อและเครื่องมือในการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้และฝึกปฏิบัติตลอดจนการเสริมแรงทางด้านจิตใจให้ผู้สูงอายุได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจนบรรลุซึ่งเป้าหมายของการวิจัย เกิดผลต่อผู้สูงอายุทั้งในด้านการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คุณภาพชีวิตและสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

4. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การรับรู้ความสามารถของตนเอง

จันทร์สม เหลือวงศ์ (2549 : 131) ได้ศึกษา การวิจัยสร้างยุทธศาสตร์การเรียนรู้สู่อำนาจเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการปฏิบัติตัวด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมความเครียดของกลุ่มทดลอง ก่อนและ หลังการทดลองใช้ยุทธศาสตร์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อารีย์ พวงนาค (2550 : 77-78) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาชลบุรี เขต 1 โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเองและการกำกับตนเอง ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองมีความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคฟันผุภายหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พัชรี ดวงจันทร์ และอังศินันท์ อินทรกำแหง (2552 : 131) ได้ศึกษาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด เพื่อเพิ่มพฤติกรรม 3 Self (การเรียนรู้ความสามารถของตนเอง การกำกับตนเอง และการดูแลตนเอง) และลดภาวะโรคอ้วนที่เป็นเหตุของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ทักษะในการกำกับและควบคุม

ตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวออกกำลังกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Holcomb et al. (1998 : 282-288) ได้ศึกษา ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเด็กชนพื้นเมือง Webb Country รัฐเท็กซัส สหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนเกรด 5 ใน 14 โรงเรียน (อายุ 10-12 ปี) จำนวน 835 คน รูปแบบการศึกษาเป็นแบบกึ่งทดลอง มีเปรียบเทียบ ระยะเวลา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง และระหว่างหลังการทดลองกับช่วงติดตามผล 4 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Saksvig et al. (2005 : 2392-2398) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมนำร่องเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการเคลื่อนไหวออกกำลังกายในนักเรียนเกรด 3, 4, 5 ซึ่งเป็นชนพื้นเมืองชาว Ojibway-Cee ประเทศแคนาดา จำนวน 122 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการบริโภคอาหารรวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคหลังการทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากรายงานการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นรูปแบบวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ เป็นปัจจัยภายในที่เป็นความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองในทางที่ดี ที่ทำให้มีความเข้าใจความสามารถของตนเองและมีความคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้ โดยเฉพาะการมีพฤติกรรมสุขภาพคุณภาพชีวิตและสภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำหลักแนวคิดดังกล่าวเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ถือปฏิบัติในการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง

5. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกำกับตนเอง

ปราณี ลอยหา (2550 : 80-83) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ หลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วัชรภรณ์ ภูมิภูเขียว (2552 : 77-78) ได้ศึกษา ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง ร่วมกับการขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการพัฒนาพฤติกรรมลดน้ำหนักของข้าราชการอำเภอหนองบัว จังหวัดเลย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองข้าราชการกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความรู้และพฤติกรรมลดน้ำหนัก และมีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย

ลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง และส่งผลให้มีรอบเวลาดลดลงมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วุฒิพงศ์ คงทอง (2552 : 1-2) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของชายรักชาย ที่เป็นสมาชิกกลุ่มพลังสีม่วง จังหวัดพัทลุง ผลการศึกษาพบว่า การกำกับตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิภาพต่อการพัฒนาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของชายรักร่วมเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Wrosch et al. (2006 : 299-306) ได้ศึกษา การกำกับตนเองกับความท้าทายที่เกี่ยวข้องกับอายุ และผลประโยชน์ต่อสุขภาพทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุ พบว่า การกำกับตนเองมีความสัมพันธ์ต่อการจัดการความท้าทายทางกายภาพและจิตใจที่เกิดขึ้นในชีวิตผู้สูงอายุ

Rasmussen et al. (2006 : 1721-1747) ได้ศึกษา การกำกับตนเองและสุขภาพกับความสำคัญของการมองในแง่ดีและการปรับเป้าหมาย พบว่า การกำกับตนเองและการปรับตัวสามารถใช้ในการทำความเข้าใจต่อการตอบสนองของการเกิดโรคเรื้อรังและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

จากรายงานการศึกษาดังกล่าว สรุปได้ว่า การกำกับตนเองเป็นรูปแบบวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ เป็นการแสดงออกถึงการกระทำโดยการสังเกตพฤติกรรมและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง และการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของตนเอง พร้อมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนในการกระทำที่จะดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำหลักแนวคิดดังกล่าว เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ถือปฏิบัติในการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง

6. บรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง

เบญจมาศ นาควิจิตร (2551 : 83-85) ได้ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนัก การแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเอง และเจตคติ ที่ดีต่อการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากครอบครัวและการสนับสนุนด้านการดูแลสุขภาพตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2551 : 123) ประเมินผลโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของหน่วยงานที่ให้บริการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยและประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง รวม 3,665 คน พบว่า ภายหลังเข้าโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการมี

คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่า การกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสูงกว่า และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะติดต่อโครงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากรายงานการศึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่า การดูแลตนเองเป็นวิธีการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่เป็นการแสดงออกในพฤติกรรมที่พึงกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่หลักของร่างกายให้เป็นปกติ ป้องกันและชะลอความเสี่ยงของร่างกายและจิตใจให้ช้าลง ลด สภาพการณ์เจ็บป่วยของผู้สูงอายุลง ส่งผลทำให้มีชีวิที่ยืนยาว และมีความสุขในวัยชรา ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำหลักแนวคิดดังกล่าวเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ถือปฏิบัติในการเรียนรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง

แนวคิด

1. มโนทัศน์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

สุทธิชัย จิตพันธ์กุลและคณะ (2544 : 1-6) ได้กล่าวถึง คำอยู่สองคำ ที่มีความหมายมากสำหรับผู้สูงอายุ คือ “ศักดิ์ศรี” และ “คุณค่า” สำหรับ คำว่า ศักดิ์ศรี ผู้ที่จะให้คำตอบที่ดีที่สุดคือตัวผู้สูงอายุเอง แต่สำหรับคำว่า คุณค่า ผู้ที่ให้ความสำคัญคือชุมชน และสังคม

ผู้สูงอายุทุกคนย่อมมีศักดิ์ศรี นอกจากศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์แล้ว ผู้สูงอายุแต่ละคนยังมีศักดิ์ศรีในตนเองที่เกิดจากการทำงาน และการมีส่วนร่วมในสังคมมาตลอดชีวิต ในฐานะของผู้ประพฤติดี เป็นพลเมืองดี ทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัวและชุมชน เป็นภูมิปัญญาของสังคม ดังนั้น จะเห็นว่าผู้สูงอายุ เคยอยู่ในฐานะผู้ให้มาก่อนทั้งต่อครอบครัว ชุมชนและสังคม และมีส่วนร่วมในความเป็นหน่วยกำลังของรัฐทั้งในด้านกำลังปัญญา กำลังกายและกำลังทรัพยากรไม่มากนักน้อย

ผู้สูงอายุโดยเฉพาะในระบวัยที่สี่ หรือวัยชราเป็นระยะที่สังคมทุกแห่งให้มุมมองที่แตกต่างกันออกไปเนื่องจากเป็นระยะของผู้ใช้ทรัพยากร โดยมีผลผลิตที่ต่ำหรือไม่มีเลย

หากพิจารณา ในด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจของบุคคลในวัยนี้แล้ว การให้การดูแลจัดการดูแลเป็นการสิ้นเปลือง แต่ในความเป็นจริงแล้วบุคคลเหล่านี้ได้ทำหน้าที่ของหน่วยในสังคมมาตลอดชีวิต ผู้ที่เคยได้รับอานิสงส์ คงไม่อาจปฏิเสธการตอบแทนตามที่พึงจะเป็นไปได้ ตั้งแต่ครอบครัวที่อยู่ใกล้ชิด และได้รับผลประโยชน์มากที่สุด ชุมชนที่อยู่รอบข้างและได้รับผลประโยชน์รองลงมา

จนถึงสังคม และรัฐที่ไม่อาจปฏิเสธถึงคุณค่าหรือคุณค่าของผู้สูงอายุที่มีมาแต่ในอดีต ดังนั้น ครอบครัว ชุมชน และรัฐจึงมีหน้าที่ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ต่อการดูแลเอื้ออาทรต่อประชากรกลุ่มนี้

1. การเตรียมความพร้อมเพื่อการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ และการมีหลักประกันของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องเตรียมการตั้งแต่ต้นมาอย่างต่อเนื่อง (Life-Long Preparation)

2. การเสริมสร้างหลักประกันทั้งต่อวงจรชีวิตของปัจเจกบุคคลและประชากรในสังคมไทย ซึ่งหลักประกันสำคัญในวงจรชีวิต ควรประกอบด้วย

2.1 หลักประกันด้านสุขภาพ ได้แก่ การมีสุขภาพที่ดีและคงไว้อย่างต่อเนื่องให้นานที่สุด เพื่อลดทอนโอกาส และระยะเวลาที่ต้องตกอยู่ในสถานะพึ่งพา หรือภาระการใช้จ่ายที่เกินความจำเป็น

2.2 หลักประกันด้านรายได้ คำว่ารายได้ ไม่ได้จำเป็นจะต้องอยู่ในรูปของเงินตราโดยตรงแต่หมายรวมถึงทรัพยากรต่าง ๆ ที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ การมีหลักประกันด้านรายได้เป็นส่วนสำคัญของวงจรชีวิต หลักประกันรายได้มีที่มาจาก 4 แหล่งด้วยกันคือ แหล่งแรก จากตนเอง โดยการทำงานตั้งแต่วัยต้นและมีการเก็บออม โดยวิธีการต่าง ๆ เช่นการฝากธนาคาร การซื้อพันธบัตร หรือการซื้อกรรมทรัพย์ประเภทอื่น ๆ นอกจากนั้นการที่สามารถมีงานทำและมีรายได้ต่อเนื่องยังเป็นหลักประกันที่สำคัญเช่นกัน แหล่งที่สอง การเกื้อหนุนภายในครอบครัว โดยเฉพาะระหว่างรุ่น (บุพการี-ลูกหลาน) อันเป็นระบบประกันที่มีมาแต่โบราณ และเป็นระบบที่ยังสำคัญที่สุดในปัจจุบัน แหล่งที่สาม การเกื้อหนุนภายในชุมชนหรือสังคม โดยผ่านทางองค์กรต่างๆ เช่น มูลนิธิ สมาคม เป็นต้น การเกื้อหนุนภายในกลุ่มขึ้นกับวัฒนธรรม จารีตประเพณี และความเป็นประชาสังคมของชุมชนหรือสังคมนั้น และแหล่งสุดท้าย : หลักประกันที่จัดการให้มีขึ้นโดยรัฐที่มีการควบคุมกว้างขวาง เช่น ระบบบำนาญบำนาญ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพหรือระบบประกันสังคม

2.3 หลักประกันด้านผู้ดูแล การมีหลักประกันด้านผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในระยะวัยชรา หลักประกันที่มั่นคงมีมานานที่สุด คือการเกื้อหนุนกันภายในครอบครัว โดยที่บุตรหลานจะเป็นผู้ดูแลหลัก ในกรณีที่หลักประกันด้านครอบครัวไม่สามารถคงอยู่ได้ ชุมชน และรัฐจึงเป็นหลักประกันต่อไป ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีบทบาทเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

2.4 หลักประกันด้านที่อยู่อาศัย เป็นส่วนที่สำคัญในวงจรชีวิต หลักประกันนี้จะมีพื้นฐานอยู่กับครอบครัวและการเกื้อหนุนภายในครอบครัว อย่างไรก็ตามบุคคลจำนวนไม่น้อยที่ขาดหลักประกัน นี้และจะก่อให้เกิดปัญหาได้มากในวัยที่สามและสี่ การเกื้อหนุนและการบริการหลักประกันด้านที่อยู่อาศัยจึงจำต้องเพิ่มขึ้น โดยการดำเนินการของภาครัฐเป็นส่วนสำคัญโดยมีการเสริมจากองค์กรเอกชน

2.5 หลักประกันด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม เป็นหลักประกันที่จำเป็นต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ซึ่งหมายรวมถึงการออกกฎหมาย เพื่อคุ้มครองผู้สูงอายุที่ได้รับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมจากบุคคลใกล้ชิดหรือผู้ดูแล การดำเนินการให้มีการพัฒนาสภาพแวดล้อมและการบริการสาธารณะที่เหมาะสมและเอื้ออำนวยต่อการเข้าใช้

2.6 หลักประกันด้านความรู้และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ผู้สูงอายุและบุคคลที่จะเข้าสู่ผู้สูงอายุในอนาคต จำเป็นต้องได้รับหลักประกันว่าจะมีโอกาสได้รับความรู้ที่จำเป็นและเหมาะสมต่อวิถีชีวิตและการดำรงชีวิต

2. แนวคิดในการพัฒนาผู้สูงอายุไทย

รัฐบาลเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุมาตลอด เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้มีคุณความดีมากมายที่ได้กระทำมาตั้งแต่ในวัยหนุ่มสาว รัฐบาลจึงได้กำหนดแผนนโยบายต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมสำหรับส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

ปญญาผู้สูงอายุไทย ปี 2542 (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 254 : 121) ซึ่งมีรายละเอียด คือ

1. ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้งและละเมิดสิทธิ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองหรือครอบครัวยุได้ และผู้สูงอายุที่พิการ
2. ผู้สูงอายุควรได้อยู่กับครอบครัวโดยได้รับความรักความเข้าใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับบทบาทของกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข
3. ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษาเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าถึงความเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้านเพื่อสามารถปรับตัวบทบาทของตนให้สมวัย
4. ผู้สูงอายุควรได้รับการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในสังคม มีโอกาสได้ทำงานที่เหมาะสมกับวัยตามความสมัครใจ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เป็นธรรมเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นชีวิตมีคุณค่า
5. ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้การดูแลสุขภาพของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบตามคตินิยม
6. ผู้สูงอายุควรมีบทบาทและส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยเฉพาะการรวมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความเข้าใจอันดีระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน

7. รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องกำหนดนโยบายและแผนด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

8. รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องตรากฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นหลักประกันและการบังคับใช้ในการพิทักษ์สิทธิคุ้มครองสวัสดิภาพ และจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ

9. รัฐโดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคม ต้องมีการรณรงค์ปลูกฝังค่านิยมให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของผู้สูงอายุตามวัฒนธรรมไทยที่เน้นความกตัญญูทดแทน และความเอื้ออาทรต่อกัน

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มีผลบังคับใช้ให้ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุนด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548 : 122)

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ภายใต้นโยบายเห็นชอบของรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 5 กรกฎาคม 2545 ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในเรื่องการดูแลและการคุ้มครองผู้สูงอายุโดยมีสาระสำคัญของแผน คือ การให้เจ้าหน้าที่ทุกภาคส่วนในสังคมนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติในเรื่องการจัดบริการและการส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีและพึ่งตนเองได้ โดยกิจกรรมของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้นต้องเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านอารมณ์สังคม (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548 : 119)

แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) มีเป้าหมายที่สำคัญคือการพัฒนาคุณภาพของคน โดยสำหรับผู้สูงอายุนั้นได้เน้นกระบวนการเตรียมความพร้อม เพื่อการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของคนทุกวัย และการพัฒนาสังคมไทยสู่การเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต (คณะกรรมการจัดทำแผน 10 ของกระทรวงสาธารณสุข, 2549 : 31-33)

นโยบายเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ได้ใช้แผนงาน เรื่องการพัฒนา อารมณ์ เป็นตัวกำหนดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ โดยกำหนดให้ผู้สูงอายุต้องมีสมุดบันทึกประจำตัว เพื่อบันทึกรายละเอียดส่วนบุคคล บันทึกภาวะสุขภาพและคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุต้องเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้นในชุมชน และเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมอย่างน้อย ร้อยละ 50 (กระทรวงสาธารณสุข, 2549 : 55-58)

3. แนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

จากข้อมูลด้านประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลอื่นด้วย โดยเฉพาะผู้ที่มีหน้าที่ต้องช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นครอบครัว บุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข หรือองค์กรทางสังคมอื่นๆ ซึ่งปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุจะเป็นภาระต่อระบบบริการสุขภาพอย่างมากในอนาคต จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันใช้เพียงในการนอนรักษาในสถานพยาบาลทั่วประเทศ ร้อยละ 28 ของปริมาณเตียงทั้งหมด และคาดว่าจะมีการเพิ่มขึ้นของการครองเตียงในอัตราที่สูงเป็น 3 เท่า ของการเพิ่มประชากรเด็กเกิดใหม่ (วาทีนิ บุญชะลิกย์ และคณะ, 2547 : 25)

โรงพยาบาลชะอำ จังหวัดเพชรบุรี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ให้บริการด้านสุขภาพครบทั้งสี่มิติ คือ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการบำบัดฟื้นฟูสภาพ โดยให้บริการสุขภาพครอบคลุมพื้นที่ 8 ตำบล และ 22 ชุมชน มีสถานีนอนมัยในเครือข่าย จำนวน 13 แห่ง ที่ร่วมกันดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่และบริเวณใกล้เคียง บริการของโรงพยาบาลชะอำ คือ 1) มิติของการรักษาพยาบาล ได้แก่ การให้บริการผู้ป่วยนอก และการให้บริการผู้ป่วยใน 2) มิติการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ระบบการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนที่ยังไม่เจ็บป่วย โดยการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารความรู้ต่าง ๆ ในการดูแลสุขภาพตนเอง การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการส่งเสริมสุขภาพ การให้บริการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ เช่น กลุ่มเด็ก 0-5 ปี กลุ่มวัยเรียน กลุ่มผู้ใหญ่วัยทำงาน และกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น การส่งเสริมสุขภาพประชาชนที่เจ็บป่วยจะเน้นในเรื่องการให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยเฉพาะการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น การดูแลตนเองในผู้ป่วย โรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น 3) มิติการป้องกันโรค ได้แก่ การณรงค์ป้องกันโรคให้กับประชาชน การตรวจคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการดูแลตามปัจจัยเสี่ยงนั้น ๆ ส่วนการป้องกันโรคโดยประชาชนเอง ได้แก่ การส่งเสริมให้ประชาชนมีการควบคุมพาหะนำโรคต่าง ๆ เช่น การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก โรคไข้หวัดใหญ่ และวัณโรค เป็นต้น และ 4) มิติการบำบัดฟื้นฟู ได้แก่ การส่งเสริมให้ประชาชนที่เจ็บป่วยกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว โดยให้การบำบัดฟื้นฟูในเรื่องการบริการแพทย์แผนไทย การบริการกายภาพบำบัด และการติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

และนอกจากนี้โรงพยาบาลชะอำ ยังเป็นโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการด้านสุขภาพในระดับทุติยภูมิโดยมีแพทย์เฉพาะทางสาขาต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์ ด้านสูตินรีเวชวิทยา และด้านเวชปฏิบัติครอบครัว ที่เน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของประชาชน แต่พบว่าจำนวนผู้มารับบริการด้านการรักษา โรคยังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ซึ่งในปีงบประมาณ 2550 มีผู้สูงอายุมารับบริการ

ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชะอำ จำนวน 27,046 ครั้ง ปี 2551 มีจำนวน 28,009 ครั้ง และ ปี 2552 มีจำนวน 29,468 ครั้ง และพบว่าค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุในปีงบประมาณ 2550-2552 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน คือ มีจำนวน 3,862,002 บาท 4,367,398 บาท และ 4,904,043 บาท ตามลำดับ (งานเวชสถิติโรงพยาบาลชะอำ ณ เดือนกันยายน 2552)

รายงานสภาพจริงที่มีอยู่ก่อน

โรงพยาบาลชะอำ ได้ดำเนินงาน ภายใต้นโยบายการให้บริการและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องมาตามลำดับ นับตั้งแต่การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ในปี 2538 มี จำนวนสมาชิก คือผู้สูงอายุในอำเภอชะอำที่สมัครใจเข้าร่วมเป็นสมาชิก ครั้งแรกจำนวน 1045 คน จาก จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 6,743 คน คิดเป็นร้อยละ 18.84 ในเวลาต่อมาได้มีนโยบายการจัดตั้ง ชมรมผู้สูงอายุเป็นสาขาย่อย เพื่อให้มีความครอบคลุมทุกพื้นที่ และสะดวกต่อการเข้าถึงบริการของ ผู้สูงอายุมากขึ้น ในปัจจุบันจึงมีสมาชิกผู้สูงอายุที่สะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมสาขาต่างๆ จำนวน 4,881 คน จากจำนวนผู้สูงอายุ 8,313 คน คิดเป็นร้อยละ 58.71 ซึ่งในแต่ละชมรมผู้สูงอายุจะมี กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ ได้แก่ การแจกดมขลุ่ยที่สุขภาพประจำตัว การตรวจสุขภาพและ รักษาโรค การสวนคันทันไหว้พระ การให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรม นันทนาการ เช่น การร้องรำทำเพลง การละเล่น กิจกรรมการออกกำลังกายโดยบริหารร่างกายท่าต่างๆ และการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง รวมทั้งการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเพื่อให้บริการตรวจ รักษาโรค และดูแลสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชะอำ เป็นต้น

การดำเนินงานดังกล่าวนี้มีความสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่ก็นับได้ว่า ยังขาดการ ประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อทราบถึงการตอบสนองต่อสภาพปัญหา และความต้องการที่แท้จริง ของผู้สูงอายุหรือไม่ และยังมีข้อปัญหาที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้อย่างไร ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการ ตำรวจศึกษาวิจัยเพื่อทราบปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ เพื่อการกำหนดแนวทาง ในการแก้ไขและพัฒนา ซึ่งมีขั้นตอนรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนการสำรวจศึกษาปัญหาทุกข์ร้อนของผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่สร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี และการ ทบทวนผลงานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อเป็นเครื่องมือในการศึกษาวิจัย โดยการสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุใน อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ที่มีคุณสมบัติเป็นผู้สูงอายุวัยต้น (Young Old) หรือเป็นช่วงวัย ผู้สูงอายุ (Elderly) คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ตามเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (WHO) และสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติ (National Institute of Aging) (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2531:27;

Yuriek et al, 1980 : 31) และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น ผู้สูงอายุปกติ (Usual Ageing) สามารถพัฒนาไปสู่ผู้สูงอายุสุขภาพดีได้ (Rowe, 1988 : 1-4) ซึ่งมีจำนวน 1,968 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลาก กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรของ ทาโรยามาเน่ (Yamane, 1973 : 1110-1111) ที่ระดับความเชื่อมั่น .95 และระดับความคลาดเคลื่อน .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง (Sampling) จำนวน 400 คน วัตถุประสงค์ เพื่อการสำรวจศึกษาข้อมูลเบื้องต้น และการศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหาทุกข้อที่ชัดเจนได้แก่ ลักษณะและโครงสร้างของปัญหา ความสัมพันธ์เชิงระบบในรายละเอียดที่เป็นปัญหาปัจจัยหรือปัจจัยสาเหตุ และปัจจัยสืบเนื่องของปัญหาทุกข้อ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ และกำหนดปัญหาเป้าหมายได้อย่างถูกต้องตรงประเด็น การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 78.2 และเพศชาย ร้อยละ 21.8 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอายุระหว่าง 60-64 ปี ร้อยละ 46.5 รองลงมาคือ กลุ่มอายุระหว่าง 65-70 ปี ร้อยละ 42.6 และกลุ่มอายุระหว่าง 70-74 ปี ร้อยละ 10.9 ตามลำดับ ระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 91.1 ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 8.9 ผู้สูงอายุร้อยละ 100 นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่คือ ม่าย หย่า และแยกกันอยู่ร้อยละ 55.4 รองลงมา คือ สมรสและอยู่ด้วยกันร้อยละ 39.6 สถานภาพโสด ร้อยละ 5.0 จำนวนบุตรของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีจำนวนบุตร 3-4 คน ร้อยละ 38.6 รองลงมา มีจำนวนบุตร 5-6 คน ร้อยละ 24.8 และมีจำนวนบุตร 7 คนขึ้นไป ร้อยละ 16.8 ลักษณะของครอบครัวของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวชายที่มีสมาชิก พ่อ แม่ ลูก บุตรเขย บุตรสะใภ้ และหลาน อาศัยอยู่บ้านเดียวกันร้อยละ 82.8 และเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีสมาชิก พ่อ แม่ และลูก ร้อยละ 17.8 สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง มีความอบอุ่นในครอบครัวร้อยละ 92.1 มีความห่างเหินในครอบครัว ร้อยละ 6.9 สถานภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบัน พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 53.5 และอาศัยอยู่กับคู่ครอง ร้อยละ 30.7 อาชีพในอดีตของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เคยประกอบอาชีพ ทำนา ทำไร่ โดยคิดเป็น ร้อยละ 35.6 รองลงมา คืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 29.7 และอาชีพค้าขายร้อยละ 21.8 อาชีพในปัจจุบันของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 60.4 รองลงมาคืออาชีพ ทำนา ทำไร่ ร้อยละ 14.9 และอาชีพรับจ้างร้อยละ 12.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 1,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 48.5 รองลงมา คือ รายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1,001-5,000 บาท ร้อยละ 26.7 และ รายได้เฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 11.9 ตามลำดับ แหล่งรายได้

ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับจากบุตรหลาน ร้อยละ 46.5 รองลงมาคือ จากอาชีพของตนเอง ร้อยละ 27.7

การเข้าร่วมเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุและเป็นสมาชิกกลุ่มอื่น ๆ ในสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 78.2 แต่ไม่ได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มอื่น ๆ ในสังคม ร้อยละ 94.1 มีการเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มอื่น ๆ เพียง ร้อยละ 5.9 และยังพบว่า มีผู้สูงอายุที่ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ร้อยละ 47.2 ผู้สูงอายุรู้สึกมีความวิตกกังวลต่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ ร้อยละ 68.8 ไม่รู้สึกกังวลใดๆ ร้อยละ 31.2 โดยมีอาการแสดงคือการนอนไม่หลับ ร้อยละ 28.8 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ยังมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี ร้อยละ 78.7 ต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือในบางเรื่อง ร้อยละ 21.3 การมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 58.4 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 41.6 โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ที่พบมากที่สุดได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.0 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 14.0 โรคที่เกี่ยวกับการปวดข้อ เส้นเอ็น และกระดูก ร้อยละ 8.8 โรคหอบหืด ร้อยละ 4.1 โรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 2.0 โรคเกี่ยวกับสายตา ร้อยละ 1.8 และโรคหัวใจ ร้อยละ 1.1 อาการผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีอาการปวดเมื่อยตามตัว ร้อยละ 70.3 อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าเป็นประจำ ร้อยละ 69.4 อาการท้องผูกเป็นประจำ ร้อยละ 63.1 และมีอาการท้องขึ้น อืด เพื่อ จุกเสียด ร้อยละ 59.2

ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) ของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง (คำนวณโดยการนำค่าน้ำหนักหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (อยู่ระหว่าง 18.5-39.9 กก./ตารางเมตร) ร้อยละ 88.4 มีภาวะอ้วน (สูงกว่า 40 กก./ตารางเมตร) ร้อยละ 4.6 และมีภาวะขาดสารอาหาร (ต่ำกว่า 18.5 กก./ตารางเมตร) ร้อยละ 7.0 (WHO., 1995 : 375-409)

สรุปประเด็นข้อคำถามปลายเปิด โดยผู้วิจัยและทีมงานได้ประชุมกลุ่มย่อย (Small Meeting) กับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง เพื่อสัมภาษณ์คำถามปลายเปิด ในเรื่องปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัย ได้จัดหมวดหมู่ประเด็นที่มีความคล้ายคลึงกัน และเรียงลำดับจากคะแนนมากไปหาน้อย และขอเสนอเพียง 5 อันดับที่มีความสอดคล้องและสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาได้ ดังนี้คือ

- 1) การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ
- 2) การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ
- 3) การจัดการความเครียดในรูปแบบต่างๆ
- 4) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและอาการปวดเมื่อยสำหรับผู้สูงอายุ
- 5) การพบแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสรุปสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

1. ปัญหาด้านร่างกาย

1.1 ผู้สูงอายุมีอาการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายที่เสื่อมลง ได้แก่

1.1.1 อาการปวดเมื่อยตามตัวข้อเพื่อย เหนื่อยล้าเป็นประจำร้อยละ 70.3

1.1.2 อาการท้องผูกเป็นประจำ ร้อยละ 63.1

1.1.3 อาการท้องขึ้น อืด เพื่อกูกเสียด ร้อยละ 59.2

1.2 ผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังและโรคประจำตัว ร้อยละ 88.4 ซึ่งเรียงลำดับคะแนนจากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้

1.2.1 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.0

1.2.2 โรคเบาหวาน ร้อยละ 14.0

1.2.3 โรคปวดข้อ ปวดกระดูก กล้ามเนื้อ และเส้นเอ็น ร้อยละ 8.0

1.2.4 โรคหอบหืด ร้อยละ 4.1

1.2.5 โรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 2.0

1.2.6 โรคเกี่ยวกับตา ร้อยละ 1.8

1.2.7 โรคหัวใจ ร้อยละ 1.1

1.3 ผู้สูงอายุขาดความรู้และทักษะในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งข้อความรู้ที่ผู้สูงอายุมีความต้องการ ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข มีดังนี้

1.3.1 ด้านการรับประทานอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม

1.3.2 ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม

1.3.3 ด้านการจัดการความเครียดในรูปแบบต่างๆ

1.3.4 ด้านการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ข้อ เส้นเอ็น

1.3.5 ด้านการปรึกษาแพทย์เพื่อดูแลสุขภาพ

2. ปัญหาด้านจิตใจ

2.1 ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลต่อสุขภาพร่างกาย ร้อยละ 88.2

3. ปัญหาด้านอารมณ์และสังคม

3.1 ผู้สูงอายุขาดการเข้าร่วมกิจกรรมสังคม ร้อยละ 47.2

2. ขั้นตอนการกำหนดและวิเคราะห์ปัญหาเป้า

จากการวิเคราะห์ลักษณะ และโครงสร้างของปัญหาทุกร้อน รวมถึงความสัมพันธ์เชิงระบบของปัญหาปัจจัย (ปัจจัยสาเหตุ) ปัญหาสืบเนื่องดังที่ได้กล่าวมาแล้วเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์เพื่อกำหนดปัญหาเป้าที่ชัดเจนและตรงประเด็นโดย

1. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (Priority Setting) ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้หลักการ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา (Priority Setting) (นิรัตน์ อิมามิ, 2540 : 10-21) โดยการนำปัญหา ปัจจุบัน และปัญหาสืบเนื่อง มาดำเนินการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยใช้การกำหนดคะแนนตาม ระบบอิงเกณฑ์ ร่วมกับการพิจารณาศักยภาพของผู้วิจัยในการที่จะแก้ไขปัญหา พบว่า ปัญหาที่มีความสำคัญเร่งด่วนควรได้รับการแก้ไขในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุขาดความรู้ความเข้าใจและ พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

2. การศึกษาข้อมูลสภาพจริง จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับผู้สูงอายุ โดย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด ซึ่งมีจำนวน 1,968 คน ใช้ วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลาก เพื่อเป็นตัวแทนในการเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยยึดเกณฑ์การสนทนากลุ่ม ครั้งละไม่เกิน 10 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง (Sampling) จำนวน 20 คน ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน เพื่อดำเนินการศึกษาโดยยึดแนวทางของการสนทนากลุ่ม (Focus Group) (สำนักงานกองทุนวิจัยแห่งชาติ, 2553 : 1-4; สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2547 : 262) ใช้ระยะเวลาในการสนทนากลุ่ม 2 ครั้ง ในเดือน มีนาคม และเมษายน 2552 ประเด็นเนื้อหา คือ เพื่อการวิเคราะห์และ กำหนดปัญหาเป้าได้อย่างชัดเจนตรงประเด็น และสามารถนำไปสู่การแสดงองค์ประกอบเชิง โครงสร้างของปัญหาเป้าได้อย่างถูกต้อง ซึ่งผู้วิจัยและทีมงานได้สรุปประเด็นจากการจัดบันทึกการ สนทนากลุ่ม (Focus Group) ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) การสังเคราะห์ข้อมูล (Synthesis) ร่วมกับการประมวลแนวคิดทฤษฎี การทบทวนผลงานวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการ ใช้เกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้ คือ 1) หน่วยปัญหานี้ ถ้าได้รับการแก้ไขจะสนองความต้องการของ เจ้าทุกข์ได้มาก 2) หน่วยปัญหานี้ ถ้าได้รับการแก้ไขจะนำความคลี่คลายมาสู่หน่วยระบบปัญหาอื่น ได้ด้วย 3) ผู้รับผิดชอบแก้ไขปัญหานี้มีความสามารถพอที่จะสร้างยุทธศาสตร์ขึ้นมาแก้ไขปัญหาได้ และ 4) การจะสร้างยุทธศาสตร์ขึ้นมาแก้ไขปัญหาได้ จะไม่ต้องใช้ทรัพยากรมากเกินไปจนไม่ต้อง ลงทุน (เนลิยว บุรีภักดี และคณะ, 2546 : 10)

ได้ปัญหาเป้าคือ ผู้สูงอายุขาดความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เมื่อได้กำหนดปัญหาเป้าแล้ว ผู้วิจัยจึงนำปัญหานี้มาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงโครงสร้าง (Construct) เพื่อกำหนดเป้าหมายยุทธศาสตร์และหน่วยระบบทำงานของยุทธศาสตร์ในการแก้ไข ปัญหา รวมถึงการกำหนดและจัดหาทรัพยากรให้สามารถแก้ไขได้ตรงกับสภาพปัญหาและความ ต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ ซึ่งรายละเอียดในการดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวผู้วิจัยจะได้ นำเสนอไว้ในบทที่ 3 ในลำดับต่อไป