

613.0438

น 184 ก

ว.3

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
กรมแพทยทหารเรือ

ปริญญานิพนธ์

ของ

นาวาโทหญิงนพรัตน์ หนูบ้านยาง

14 ส.ค. 2540

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

มีนาคม 2540

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

h 48152 h / h h

66549

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
กรมแพทยทหารเรือ

บทคัดย่อ
ของ
นาวาโทหญิงนพรัตน์ หนูบ้านยาง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
มีนาคม 2540

การวิจัยนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และศึกษาเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และสัมพันธภาพในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็น ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) จำนวน 260 คน และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง นำข้อมูลมา วิเคราะห์โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ทดสอบค่าที (t-test) ทดสอบค่าเอฟ (F-test) และทดสอบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method)

ผลการวิจัยพบว่า

1. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในเกณฑ์การปฏิบัติระดับค่อนข้างดี
2. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามตัวแปร การศึกษา อาชีพ และรายได้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

SELF HEALTH CARE OF THE ELDERLY IN THE AGING CLINIC
AT SOMDEJPHARPINKLAO HOSPITAL
NAVAL MEDICAL DEPARTMENT

AN ABSTRACT
OF
COMMANDER NOPARAT NUBANTYANG

Presented in partial fulfillment of the requirements for
the Master of Education degree in Health Education
at Srinakarinwirot University

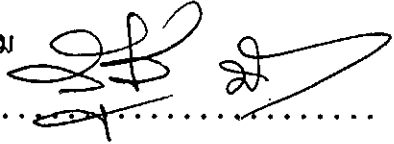
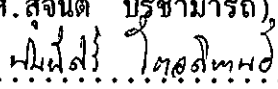
March 1997

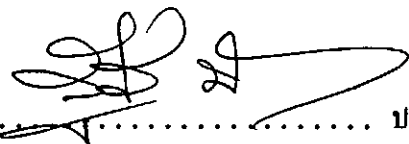
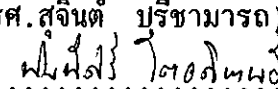
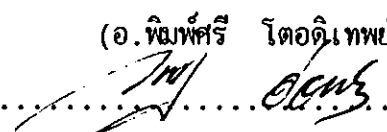
The purposes of this research were to compare self health care of the elderly, 260 simple random sampling in the aging clinic at Somdejpharpinklao Hospital Naval Medical Department, on the variable including of sex, age, marital status, educational level, occupation, incomes and family relation. The obtained data were collected by question naire and were analyzed by using SPSS(x) program percentage, mean, standard deviation, t-test, F-test, oneway analysis of variance and Newman-Keuls test.

The results of the research were as fellows:

1. The compare of the opinions of the self health care were good.
2. To compare self health care of these, the difference in educational level, occupation, incomes were significant at .01 level.

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม  ประธาน
.....
(รศ. สัจจันต์ ปริษามารถ)
.....  กรรมการ
(อ. พิมพ์ศรี โตอติเทพย์)

คณะกรรมการสอบ  ประธาน
.....
(รศ. สัจจันต์ ปริษามารถ)
.....  กรรมการ
(อ. พิมพ์ศรี โตอติเทพย์)
.....  กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อ. ร. ท. ไพบูลย์ อ่อนมั่ง ร. น.)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....  คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ดร. ศิริรูกา พูลสุวรรณ)

วันที่ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2540

ประกาศคุณูปการ

คุณค่าและความดีทั้งหมดของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ขอกราบมอบให้แก่ครู อาจารย์ทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้วิชาการ และอบรมสั่งสอนคุณธรรม จริยธรรมแก่ผู้วิจัยตั้งแต่ปฐมวัย จนกระทั่งปัจจุบัน

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारณ และอาจารย์พิมพ์ศรี โตอติเทพย์ อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ที่ให้ความกรุณาเอาใจใส่ ทุ่มเทพลังความคิด ความสามารถ และความตั้งใจจริงในการให้คำปรึกษา แนะนำ สนับสนุน ช่วยเหลือให้ความรู้แก่ผู้วิจัย อันมีผล ให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ มีคุณค่าทางวิชาการ

กราบขอบพระคุณ อาจารย์ประธาน และกรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม เรือโทไพฑูรย์ อ่อนมั่ง และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ เพื่อปรับปรุงแก้ไข วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณ คณาจารย์ภาควิชาสุศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒทุกท่านที่ให้ความเมตตา ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ให้ความรัก และรอยยิ้ม อันเป็นพลัง ใจในการผลักดันให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี

ขอขอบคุณพี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อน ๆ วิชาชีพทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจ ในการทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้

เหนือบุคคลอื่นใดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสมฤทธิ์ คุณแม่ยอดทอง หนูบ้านยาง ที่อบรมสั่งสอนให้ลูกเป็นคนดีของสังคม รวมทั้งพี่ ๆ น้องครอบครัวหนูบ้านยางที่คอยเอาใจใส่ ปลอบโยน และให้ความห่วงใย อันเป็นพลังสำคัญเบื้องหลังแห่งความสำเร็จทุกประการในชีวิตของผู้วิจัยตลอดมา

นาวาโทหญิง นพรัตน์ หนูบ้านยาง

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	คำนำ	1
	ความมุ่งหมายของการค้นคว้า	8
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	8
	ข้อตกลงเบื้องต้น	8
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	9
	นิยามศัพท์เฉพาะ	10
2	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	12
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	12
	แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	12
	แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ	28
	การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ	45
	การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	61
	การวิจัยในต่างประเทศ	61
	การวิจัยในประเทศไทย	62
	สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	67
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	68
	แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	68
	ประชากร	68
	กลุ่มตัวอย่าง	68

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	69
ลักษณะของเครื่องมือ	69
เกณฑ์การให้คะแนน	70
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	70
การหาคุณภาพเครื่องมือ	70
วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล	71
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	71
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	72
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาครั้งนี้	77
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์ และแปลผล	77
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	77
ผลการศึกษาค้นคว้า	77
5 บทย่อ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	97
บทย่อ	97
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	97
วิธีดำเนินการวิจัย	97
กลุ่มตัวอย่าง	97
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	97
การวิเคราะห์ข้อมูล	98
สรุปผลการค้นคว้า	99
อภิปรายผล	105
ข้อเสนอแนะ	112
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	113

บทที่	หน้า
บรรณานุกรม	115
ภาคผนวก	126
ประวัติย่อของผู้วิจัย	143

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนประชากรโลกและประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป	2
2	จำนวนและอัตราส่วนของผู้สูงอายุไทย	3
3	ระดับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย	4
4	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา	79
5	ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามโรคประจำตัว และ ภาวะของโรค	81
6	การเป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มสังคมของผู้สูงอายุ จำแนก ตามกลุ่ม	82
7	คะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวม ในแต่ละด้าน	83
8	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามเพศ	84
9	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามอายุ	85
10	การทดสอบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนปฏิบัติการดูแลสุขภาพ ตนเอง ด้านความสัมพันธ์ของครอบครัว จำแนกตาม อายุ	86
11	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตาม สถานภาพสมรส	87
12	การทดสอบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนปฏิบัติการดูแลสุขภาพ ตนเอง ด้านโภชนาการและสุขนิสัยการรับประทานอาหาร จำแนกตาม สถานภาพสมรส	88
13	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตาม การศึกษา	89

14	การทดสอบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนปฏิบัติการดูแลสุขภาพ ตนเอง จำนวนตาม การศึกษา	90
15	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวนตาม อาชีพ	91
16	การทดสอบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนปฏิบัติการดูแลสุขภาพ ตนเอง จำนวนตาม อาชีพ	92
17	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวนตาม รายได้	93
18	การทดสอบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนปฏิบัติการดูแลสุขภาพ ตนเอง จำนวนตาม รายได้	94
19	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวนตาม สัมพันธภาพในครอบครัว	95

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1	ระบบบริการสาธารณสุขที่เน้นหรือยอมรับ (Recognized)	
	ระบบการดูแลสุขภาพตนเองของมวลชน	14
2	ความสัมพันธ์ของการดูแลสุขภาพตนเองกับระบบสุขภาพ	26

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

สุขภาพของประชาชนนับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะเป็นรากฐานสำคัญในการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้า ประชาชนจะต้องมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนควรมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตตลอดวงจรชีวิตของคน นับตั้งแต่วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ โดยเฉพาะวัยสูงอายุนั้นถือได้ว่าเป็นทรัพยากรที่มีค่าอย่างหนึ่งของสังคม เป็นมรดกทางวัฒนธรรม เพราะเป็นผู้มีประสบการณ์ชีวิต สามารถถ่ายทอดความรู้ศิลปวัฒนธรรม ประสบการณ์การทำงาน ให้แนวคิดและทัศนคติต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์แก่เยาวชนรุ่นหลังได้เป็นอย่างดี ในปัจจุบันจำนวนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข ทำให้อัตราการตายของประชากรลดลง และประชากรมีชีวิตยืนยาวมากขึ้น จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก พบว่าจำนวนผู้สูงอายุในโลกปี พ.ศ. 2523 มีจำนวน 370.8 ล้านคน พ.ศ. 2528 มีจำนวน 433.6 ล้านคน และคาดว่าจะในปี พ.ศ. 2568 จำนวนผู้สูงอายุอาจจะเพิ่มขึ้นเป็น 1,100 ล้านคน (สุจินต์ ผลากรกุล. 2532 : 385) สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจของสถาบันประชากร และสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า จำนวนผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2524 มี 2.5 ล้านคน ปี พ.ศ. 2533 มี 3.4 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 4.8 ล้านคน และ 12 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2568 (บรรลุ สิริพานิช. 2538 : 432) และจากการสำรวจของคณะกรรมการนโยบายประชากรในปี พ.ศ. 2529 พบว่า ในปี 2523 - 2533 อายุขัยโดยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของชายและหญิง เท่ากับ 61.8 ปี และ 67.5 ปี ในอีก 20 - 25 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุชายและหญิงที่มีอายุ 60 ปี จะอยู่ต่อไปอีกประมาณ 16.5 ปี และ 18.5 ปี ตามลำดับ นั่นคือ ในสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุของประชากร จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทั้งในปริมาณ และสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด

เพื่อให้เห็นความสำคัญของปริมาณและสัดส่วนของประชากรโลก ที่ผู้สูงอายุว่าจะมีมากขึ้น และสัดส่วนสูงขึ้น มีสถิติให้เห็นง่าย ๆ และชัดเจนจากข้อมูลสถิติการประชมนานาชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ เมื่อปี พ.ศ. 2525 ที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย มีดังนี้

ตาราง 1 จำนวนประชากรโลกและประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป

พ.ศ.	ประชากรโลกทั้งหมด (ล้าน)	ประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ล้าน)
2518	4,100	350
2543	6,500	390
2568	8,200	1,100
เพิ่ม	100%	224%

ที่มา : บรรลุ ศิริพานิช. 2538 : 125

จากตาราง 1 จะพบว่า การคาดคะเนประชากรศาสตร์ในขณะที่ประชากรโลกเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2518 ถึง พ.ศ. 2568 (50 ปี) คิดเป็นร้อยละ 100 เท่าตัว ปรากฏว่าประชากรโลกที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป คือ ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 224 คิดเป็น 2 เท่าตัวกว่า ๆ จึงเป็นข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนว่าในอนาคตอันไม่ไกลนัก โลกนี้จะมีผู้สูงอายุมากขึ้นทั้งจำนวนและสัดส่วนโลก ในอนาคตจึงจะเป็นโลกของผู้สูงอายุขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้น โลกของเราจึงจำต้องกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อเตรียมรับสถานการณ์ดังกล่าวที่ค่อยคืบคลานเข้ามาอย่างช้า ๆ

ตาราง 2 จำนวนและอัตราส่วนของผู้สูงอายุไทย

พ.ศ.	2503	2513	2523	2533	2543
จำนวน					
ล้าน	1.2082	1.6210	2.4453	3.4217	4.8587
ร้อยละ	4.6	4.89	5.46	6.07	7.54

ที่มา : บรรลุ ศิริพานิช. 2538 : 126

และใน พ.ศ. 2536 สถาบันประชากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ประกาศจำนวนผู้สูงอายุไทยทั้งหมดมี 42.4 ล้าน คิดเป็นร้อยละ 7.30 ของประชากรทั้งหมด

ในแง่ระดับวิทยาของผู้สูงอายุไทย ได้มีการศึกษาของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (เนาพร ชโยวรรณ และคนอื่น ๆ. 2532 : 26) มีข้อมูลที่สำคัญดังนี้

1. การกระจายโครงสร้างตามอายุของผู้สูงอายุ มีดังนี้

อายุ 60 - 64 ปี	มีร้อยละ 33.20
อายุ 65 - 69 ปี	มีร้อยละ 26.70
อายุ 70 - 74 ปี	มีร้อยละ 18.40
อายุ 75 - 79 ปี	มีร้อยละ 12.00
อายุ 80 - 84 ปี	มีร้อยละ 6.40
อายุ 85 ปี	มีร้อยละ 3.30

2. สถานภาพทางเพศ ชาย : หญิง = 4.1 : 5.9

3. ที่อยู่อาศัย เมือง : ชนบท = 1 : 4.8

4. การศึกษา

- ไม่ได้รับการศึกษา มีร้อยละ 49.40
- ไม่ได้รับการศึกษาแต่อ่านออกเขียนได้ มีร้อยละ 7.30

- เรียนชั้นประถมศึกษา 1 - 3 มีร้อยละ 12.00
- เรียน 4 ปี จบชั้นประถมศึกษา มีร้อยละ 22.00
- เรียน 5 ปี และสูงกว่า มีร้อยละ 5.50
- อื่น ๆ มีร้อยละ 3.60

5. สภาวะเศรษฐกิจ

ร้อยละ 38 ยังทำงานในเชิงเศรษฐกิจ ความพอเพียงในการเลี้ยงชีพ จำแนกเป็นเหลือใช้ ร้อยละ 47.00 พอเพียง ร้อยละ 39.30 ไม่พอเพียง ร้อยละ 51.4

6. ด้านสุขภาพอนามัย

จากการศึกษาสภาวะสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุในรอบสัปดาห์ จะพบว่า ผู้สูงอายุเกือบครึ่ง (ร้อยละ 42.10) มีภาวะสุขภาพไม่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งอายุมากขึ้นภาวะสุขภาพก็จะยิ่งไม่ดีมากขึ้น ดังตาราง 3

ตาราง 3 ระดับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

อายุ (ปี)	ภาวะสุขภาพ (ร้อยละ)			
	ดีมาก	ดี	เรื่อย ๆ	ไม่ดี
60 - 64	4.00	37.00	22.60	36.40
65 - 74	3.80	31.00	25.10	40.10
75	2.40	23.00	25.00	49.60
รวม	3.40	30.30	24.20	42.10

ที่มา : นภาพร ชโยวรรณ และคนอื่น ๆ. 2532 : 132

จากการเปลี่ยนแปลงจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ มากมาย ทั้งต่อตัวผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และสังคม ทำให้การดูแลผู้สูงอายุเริ่มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน และอาจจะทวีความรุนแรงมากขึ้นในอนาคต และจากงานวิจัยของ บรรลุ ศิริพานิช (2532 : 69) พบว่า ผู้สูงอายุไทยปัจจุบันประสบปัญหาหลักใหญ่ ๆ 2 ประการ คือ ปัญหาสุขภาพ และปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วปัญหาสุขภาพที่เกิดมีผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะ ทำให้อวัยวะทุกระบบบกพร่อง เช่น กล้ามเนื้อ เซลล์ต่าง ๆ ฝ่อ และเสื่อมลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพทรุดโทรม เกิดโรคภัยไข้เจ็บง่าย และเป็นโรคอันเนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะ และโรคที่เกิดจากการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรม และเทคโนโลยีของมนุษย์ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง มะเร็ง เบาหวาน และการตายจากอุบัติเหตุได้กลายเป็นสาเหตุการตายของผู้สูงอายุ ซึ่งโรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้ (ศรีจิตรา บุญนาค. 2532 : 252) และการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมักเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังจนถึงขนาดล้มหมอนนอนเสื่อ (Atchley. 1976 : 109)

เมื่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุเสื่อมลง ย่อมมีผลกระทบต่อการยอมรับในการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา และเมื่อสุขภาพกายเสื่อมสภาพไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่ตนเองไร้คุณค่าต่อครอบครัวและสังคม (ประพิมพ์ดาว สุนทร. 2526 : 11 ; อ้างอิงมาจาก Patch. 1972 : 16) จนถึงขั้นทำให้ผู้สูงอายุบางคนคิดฆ่าตัวตาย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ เขียวรัตน์ ประภักษ์ขาม และปราโมทย์ ปราสาทกุล (2530 : 10 - 13) ได้ศึกษาแนวโน้มการฆ่าตัวตวันิบัติกรรมของประชากรจากสถิติที่บันทึกไว้ของโรงพยาบาลรามาริพดินในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศชาย และสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิตอีกอย่างหนึ่ง คือ การสูญเสียคู่ชีวิต (Atchley. 1976 : 110) และการขาดเพื่อน (นิสา ชูโต. 2525 : 45) ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา ว้าเหว่

ปัญหาที่ผู้สูงอายุไทยเผชิญมากอีกปัญหาหนึ่ง คือ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เมื่อสุขภาพเสื่อมลง สมรรถภาพในการทำงานลดลงทำให้รายได้ลดลง ขณะเดียวกันต้องมีรายจ่ายในเรื่องการดูแลสุขภาพมากขึ้น จากการศึกษาของ พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ (2523 : 148) นิสา ชูโต (2525 : 58) พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเศรษฐกิจ และทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ มีผู้สูงอายุจำนวนมากยากจน รายได้ไม่พอจ่าย และจากการศึกษาของ ศิริวรรณ สินไชย (2532 : 66)

ถึงปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา คือ ปัญหา ด้านเศรษฐกิจ

นอกจากปัญหาด้านสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ และปัญหาเศรษฐกิจแล้ว ปัจจุบันสภาพสังคมของผู้สูงอายุก็เปลี่ยนแปลงไปด้วยตามสภาพสังคม เช่น วิถีการดำเนินชีวิตของสังคม ประชากรเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวเข้ากับวิถีชีวิตใหม่ มีความน้อยใจในการกระทำของบุตรหลาน ผู้ใกล้ชิด เกิดปัญหาช่องว่างระหว่างวัย (ปราโมทย์ วังสะอาด. 2529 : 101) ลักษณะของครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว มีการย้ายถิ่นของประชากรไปยังแหล่งที่มีความเจริญมากกว่า ผู้สูงอายุจึงถูกทอดทิ้งอยู่ตามลำพัง หรือไม่ได้อยู่ในสถานสงเคราะห์ หรือต้องเร่ร่อนอยู่ตามสถานที่ที่กรรรถไฟหรือตามสะพานลอยมากขึ้น (มดิชน. 27 พ.ศ. 2533 : 9)

ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุจะลดน้อยลงได้อย่างไร และทว่าอย่างไรผู้สูงอายุจึงจะมีอายุยืนยาว ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดจนสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขในบั้นปลายชีวิตได้นั้น ผู้สูงอายุต้องมีการเตรียมตัวเพื่อจะใช้ชีวิตในบั้นปลายของตนไว้ล่วงหน้าอย่างเหมาะสม โดยต้องมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเอง (Self Health Care) เพราะการที่มีสุขภาพดีหรือไม่ดี สิ่งที่เป็นตัวกำหนดก็คือ ตัวของเราเอง มาเลอร์ (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์. 2533 : 13 ; อ้างอิงมาจาก Levin. 1977 : 115 - 119) ได้กล่าวว่า ถ้าสุขภาพไม่ได้เริ่มจากปัจเจกบุคคล บ้านและครอบครัวที่ทำงานแล้วไซ้ ก็ไม่ต้องไปหวังว่าเราจะบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า และ คาสเตอร์ (สมปอง ยวงสะอาด. 2528 : 22 ; อ้างอิงมาจาก Kaster. 1983) ยังได้กล่าวถึงการดูแลสุขภาพตนเองว่า เป็นเรื่องของพฤติกรรมของแต่ละบุคคล ที่ควรมีการริเริ่ม และมีรูปแบบของตนเองในการที่จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่การดำรงชีวิต ซึ่งแต่ละบุคคลมีความสามารถที่จะดูแลตนเองได้ และความสามารถในการดูแลตนเองนี้จะถูกเลือกและกลายเป็นพฤติกรรมที่จะนำมาปฏิบัติต่อการดูแลสุขภาพต่อไป โอเรม (Orem. 1985 : 12) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง การดูแลตนเองเป็นเรื่องของธรรมชาติ และเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแล

ตนเองได้ ส่วนทารก เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยหรือพิการ อาจต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกระบวนการที่สำคัญที่บุคคลควรต้องรู้จักดูแลสุขภาพตนเองทั้งในภาวะปกติ และเมื่อเจ็บป่วย เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดสุขภาพดี หลีกเลี่ยงโรค หรือตายอย่างมีความสุข

องค์การอนามัยโลกได้ให้หลักในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองเป็นวิธีการหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน สอดคล้องกับสุรเกียรติ์ อาชานภาพ (2533 : 5) ได้ให้ความคิดเห็นการดูแลสุขภาพตนเองนั้น นับเป็นจุดมุ่งหมายอันเป็นรูปธรรมของการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งจะต้องทำให้ประชาชนรู้จักการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น การยกเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองให้เด่นชัด จะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนระบบสาธารณสุข ซึ่งจะมีผลกระทบต่อกลวิธีการของสุขศึกษาด้วยเช่นกัน ดังคำกล่าวของ ไพจิตร ปะบุตร (2533 : 3) ที่ว่า การดูแลสุขภาพของประชาชนในเชิงบวกจะเป็นไปไม่ได้เลย แม้จะสร้างสถานบริการของรัฐให้สามารถครอบคลุมได้แต่เพียงใด ทรายาคือที่ประชาชนไม่มีส่วนร่วมในการดูแล และส่งเสริมสุขภาพตน และการป้องกันโรคของตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเองนับเป็นกลวิธีหนึ่งในระบบงานสาธารณสุขที่มีความสำคัญ และจำเป็นต่อชีวิตของมนุษย์เราเป็นอย่างยิ่ง การระมัดระวังดูแลเอาใจใส่คอยสำรวจ และให้ความสำคัญที่จะปฏิบัติตนเบื้องต้นในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดี ดังนั้นการที่จะบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าเพื่อเป้าหมายสูงสุด คือ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ควรต้องยึดหลักการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะในวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีปัญหาหลายด้าน การดูแลสุขภาพตนเองส่วนใหญ่จะเป็นการป้องกันโรคที่สามารถลดความรุนแรงหรือชะลอการเกิดโรคได้ และปัจจุบันจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ประกอบการบริการสาธารณสุขต่าง ๆ ที่รัฐบาลพยายามจัดให้ไม่เพียงพอ จึงถือได้ว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในอนาคต ฉะนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้สูงอายุควรจะต้องให้ความสนใจดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้การใช้ชีวิตในช่วงนี้เป็นช่วงทองของชีวิตอย่างแท้จริง

ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นนักสุขศึกษาที่มีบทบาทในการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน ที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการที่จะช่วยกัน

ดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งถือเป็นหัวใจหลักของการพัฒนางานสาธารณสุข จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ว่ามีการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองอย่างไร ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาตนเองเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อจะได้นำผลการศึกษาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนงานสุขภาพศึกษาสำหรับผู้สูงอายุ และหาแนวทางในการเผยแพร่รูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และสัมพันธภาพในครอบครัว

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อเป็นแนวทางในการให้สุขภาพศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) และการป้องกันโรค (Disease Prevention)
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง ให้มีสุขนิสัยที่ดีของผู้ที่ใกล้วัยสูงอายุ และวัยสูงอายุ
3. เพื่อเป็นแนวทางและเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้สนใจจะศึกษาค้นคว้าในรายละเอียดด้านอื่น ๆ ต่อไป
4. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในโอกาสต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพथ์ทหารเรือ ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีเป็นต้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ มีความคิดและความจำปกติ
3. สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ดี
4. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยมีขอบเขตของการศึกษาดังนี้

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า อายุตั้งแต่ 60 ปีเป็นต้นไป ในระยะเวลา 1 เดือน มีจำนวนประมาณ 750 คน เป็นเพศชายประมาณ 400 - 350 คน เพศหญิงประมาณ 350 - 300 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีเป็นต้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) จำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรยามานะ (Yamane) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 260 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และสัมพันธภาพในครอบครัว

3.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในด้านโภชนาการและสุขนิสัยการรับประทานอาหาร การนอนหลับและพักผ่อน การออกกำลังกาย สุขนิสัยในการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การป้องกันอุบัติเหตุ การรักษาสุขภาพเบื้องต้น และความสัมพันธ์ของครอบครัว

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. การดูแลสุขภาพตนเอง (Self Health Care) หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางบวกของปัจเจกบุคคล ที่กระทำด้วยความตั้งใจ และมีเป้าหมายด้วยการระมัดระวังดูแลเอาใจใส่ สืบตรวจ และให้ความสำคัญที่จะกระทำหรือปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองในด้านโภชนาการและสุขนิสัยการรับประทานอาหาร การนอนหลับและพักผ่อน การออกกำลังกาย สุขนิสัยในการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การป้องกันอุบัติเหตุ การรักษาสุขภาพเบื้องต้น และความสัมพันธ์ของครอบครัวอันจะเป็นผลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยครอบคลุมกิจกรรมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาตนเองเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพ

2. ผู้สูงอายุ (Aging) หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีเป็นต้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

3. อายุ (Age) หมายถึง ช่วงชีวิตตามพัฒนาการของบุคคลในวัยสูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ช่วง คือ (นภาพร ชโยวรรณ. 2530 : 22)

3.1 ช่วงอายุ 60 - 64 ปี

3.2 ช่วงอายุ 65 - 69 ปี

3.3 ช่วงอายุ 70 - 74 ปี

3.4 ช่วงอายุ 74 ปีขึ้นไป

4. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า แบ่งออกเป็น (นิรนาถ วิทย์โชคกิตติคุณ. 2534 : 21)

4.1 คู่

4.2 โสด

4.3 หม้าย หย่า แยก

5. การศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาระดับสูงสุดของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ (จินตนา รอดนภาพา. 2535 : 12)

5.1 ระดับประถมศึกษา

5.2 ระดับมัธยมศึกษา

5.3 ระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า

5.4 ระดับอุดมศึกษาหรือเทียบเท่า

6. อาชีพ หมายถึง การประกอบกิจการงานเพื่อให้มีรายได้ประจำเลี้ยงตนเองของผู้สูงอายุในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น

- 6.1 ไม่มีอาชีพ
- 6.2 รับจ้าง, ค้าขาย และเกษตรกรรม
- 6.3 รับราชการบำนาญ

7. รายได้ หมายถึง เงินที่ได้จากการประกอบอาชีพหรือได้รับการเกื้อกูลจากผู้อื่นของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น

- 7.1 ไม่มีรายได้
- 7.2 ต่ำกว่า 2,000 บาท
- 7.3 2,000 – 5,000 บาท
- 7.4 สูงกว่า 5,000 บาท

8. สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การดำรงชีวิตของผู้สูงอายุกับครอบครัว แบ่งออกเป็น

- 8.1 อยู่คนเดียว หรืออยู่กับคนอื่น
- 8.2 อยู่กับคู่ครอง
- 8.3 อยู่กับคู่ครองและบุตรหลานหรือญาติ
- 8.4 อยู่กับบุตรหลานหรือญาติ

9. คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง สถานบริการสุขภาพเฉพาะผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ที่มิอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ได้แก่ การบริการตรวจรักษาโรคผู้สูงอายุทั่วไป และการให้คำแนะนำปรึกษาปัญหาผู้สูงอายุ มีกำหนดเปิดบริการเฉพาะวันราชการเวลา 08.30 – 12.00 น.

10. โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ให้บริการที่ครอบคลุมกิจกรรมสาธารณสุขทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การตรวจรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้บริการแก่ทหาร ครอบครัวทหาร และพลเรือนทั่วไป เป็นหน่วยงานขึ้นตรงกับกรมแพทยทหารเรือ สังกัดกองทัพบก กระทรวงกลาโหม

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองด้านการสาธารณสุข : การดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ ด้านความหมาย และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบในวัยสูงอายุ การดูแลสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุ ตลอดจนการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ทั้งการวิจัยในต่างประเทศ และการวิจัยในประเทศไทย ดังมีรายละเอียดตามลำดับดังนี้

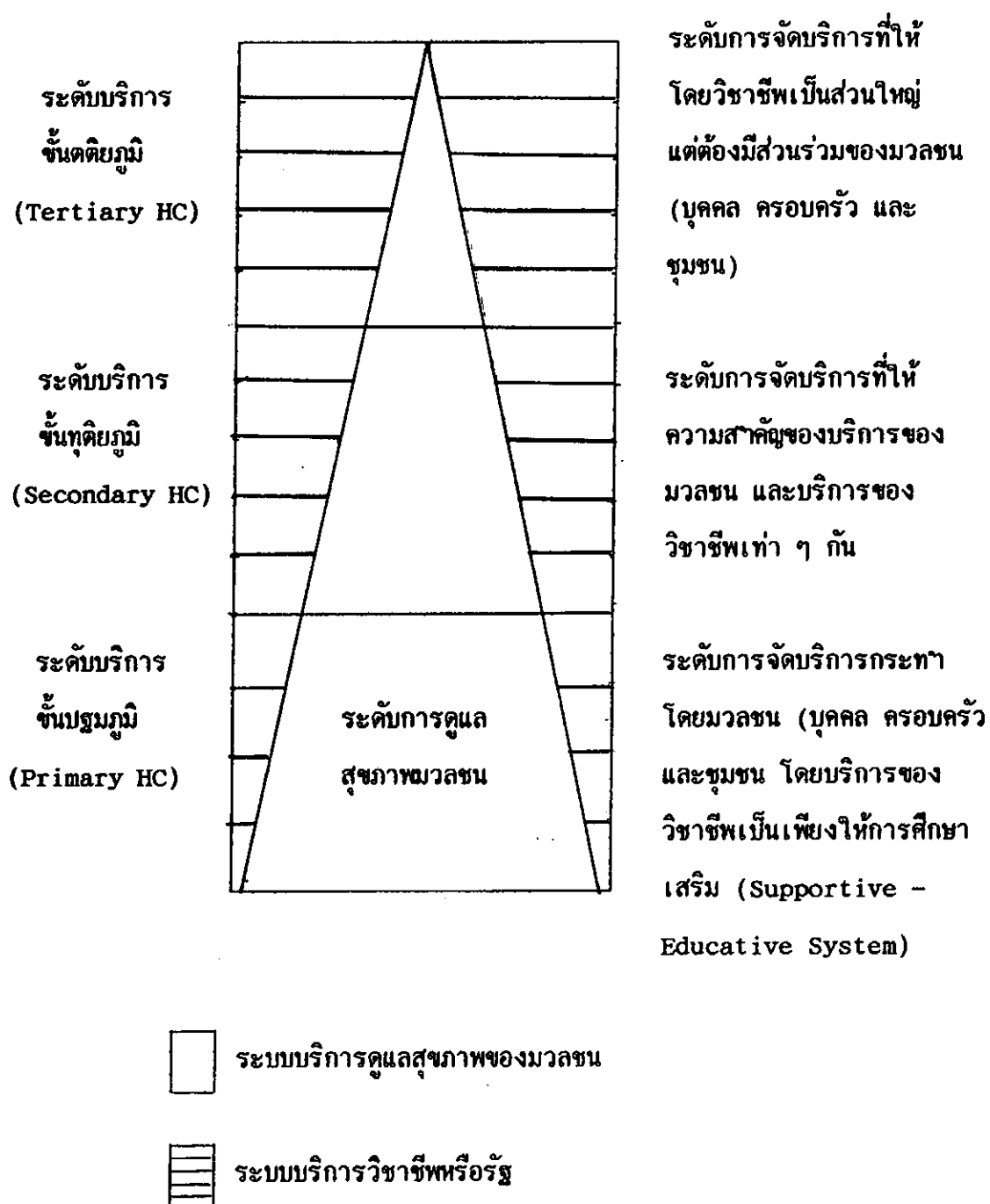
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

1. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

1.1 แนวคิดด้านการสาธารณสุข : การดูแลสุขภาพตนเอง

การบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้านั้น องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำจำกัดความไว้ชัดเจนว่า การมีสุขภาพดีถ้วนหน้านั้นไม่ได้หมายความว่า ประชาชนทุกคนไม่มีการเจ็บป่วยหรือพิการเลย แต่หมายถึงประชาชนทุกคนมีสิทธิมีโอกาส และมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของทุกคน ได้เท่าเทียมกันมากกว่าในปัจจุบัน ทั้งในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพตนเอง การป้องกันโรคหรือภาวะเสี่ยง การดูแลรักษาตนเองเป็นเบื้องต้น นั้นหมายถึงว่า การดูแลสุขภาพนั้นเริ่มต้นที่บุคคล ที่บ้าน โรงเรียน และที่ทำงาน กล่าวคือ บุคคลแต่ละคนจะต้องตระหนักว่า ตนเองเท่านั้น ที่มีอำนาจหน้าที่ที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง และครอบครัว ดร.มาเลอร์ (Mahler) ผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก กล่าวถึงการดูแลสุขภาพตนเองว่า ถ้าสุขภาพไม่ได้เริ่มจากปัจเจกบุคคล บ้าน และครอบครัว ที่ทำงานแล้วไซ้ก็ต้องไปหวังว่าเราจะบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์. 2533 : 13 ; อ้างอิงมาจาก Levin. 1977 : 115 - 119) นั่นก็คือ การมีสุขภาพดีนั้นขึ้นอยู่กับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยระบบบริการสาธารณสุขที่ดี ต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุน และจัดการให้บุคคล ครอบครัวหรือชุมชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นการพัฒนาทรัพยากรขั้นปฐมภูมิของระบบบริการสาธารณสุข หรือระดับบริการขั้นปฐมภูมิที่เรียกว่าการสาธารณสุขมูลฐาน

(Primary Health Care) ที่มีแนวคิดหลักต้องการให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองร่วมกับรัฐ และบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ จากโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุขของรัฐที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน มีความสอดคล้องประสานซึ่งกันและกันของระบบการดูแลสุขภาพตนเองหรือมวลชน (ระบบบริการสาธารณสุขสามัญชน และระบบบริการสาธารณสุขพื้นบ้าน) และระบบบริการสาธารณสุขของวิชาชีพ (หรือรัฐหรือการแพทย์แผนปัจจุบัน) แสดงออกมาให้เห็นในเชิงรูปธรรมในระดับหนึ่ง ดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 ระบบบริการสาธารณสุขที่เน้นหรือยอมรับ (Recognized) ระบบการดูแลสุขภาพตนเองของมวลชน

ระดับแรก คือ ระดับบริการขั้นปฐมภูมิ ((Primary Health Care) เป็นระดับการบริการที่กระทำโดยมวลชนคือ บุคคล ครอบครัว และชุมชน การบริการของวิชาชีพหรือรัฐเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่ทำให้สุขภาพเสริม (Supportive health Education หรือ Supportive Education System) กิจกรรมระดับนี้ ได้แก่

- การดูแลตนเองอย่างเหมาะสมในมิติต่าง ๆ ของการดูแลตนเอง
- การดูแลสมาชิกของครอบครัว และชุมชนตามพัฒนาการ เช่น

การดูแลหญิงมีครรภ์ การดูแลเด็กในวัยก่อนเรียน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยาเสพติด และกลุ่มหมอพื้นบ้านชมรมสมุนไพร เป็นต้น ตัวอย่างการพึ่งพาตนเอง และการพึ่งพากันเองทางสุขภาพ

ระดับที่ 2 คือ ระดับบริการขั้นทุติยภูมิ (Secondary Health Care) หรือระดับกลางของระบบบริการสาธารณสุข ระบบนี้ให้ความสำคัญของการบริการของมวลชน และบริการวิชาชีพเท่า ๆ กัน เมื่อเริ่มมีการเบี่ยงเบนของสุขภาพหรือสุขภาพหลังการเจ็บป่วย โครงสร้างที่ให้บริการในส่วนของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนหรือวิชาชีพ เช่น คลินิกส่วนตัวของแพทย์ เป็นต้น กิจกรรมการดูแลในขอบเขตของการพึ่งพาตนเอง ได้แก่ การรวมกลุ่มของมวลชนที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน ซึ่งในสภาพปัจจุบัน การรวมกลุ่มเหล่านี้ไม่มีความชัดเจน และบางอย่างไม่มีกลไกของรัฐจะเป็นตัวเชื่อมให้เกิดการรวมกลุ่ม และให้บริการของวิชาชีพไปพร้อม ๆ กับบริการพื้นบ้าน ได้แก่ กลุ่มงดสูบบุหรี่ กลุ่มลดความอ้วน กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิต ชมรมผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มดูแลตนเองเมื่อบุตรเกิดโรคคอจากระร่วง

ระดับสุดท้าย คือ ระดับบริการขั้นตติยภูมิ (Tertiary Health Care) เป็นระดับการจัดบริการที่ให้โดยวิชาชีพเป็นส่วนใหญ่ แต่ต้องมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน และเป็นระดับที่บุคคลมีความเบี่ยงเบนของสุขภาพมากที่สุด คือ เมื่อเกิดโรคภัยไข้เจ็บพยาธิสภาพต่าง ๆ โครงสร้างที่ให้บริการของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด หรือของวิชาชีพ ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน แม้จะให้ความสำคัญที่บริการวิชาชีพเป็นหลัก แต่ก็ไม่ควรละเลยองค์ประกอบของการดูแลสุขภาพตนเอง เริ่มตั้งแต่การมีส่วนร่วมรับรู้ในแผนการรักษาอย่างจริงจัง

จากบริการสาธารณสุขทั้ง 3 ระดับ จะเห็นได้ว่า แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน และการดูแลสุขภาพตนเองนั้น เป็นสิ่งที่เกี่ยวเนื่องกัน และเป็นพื้นฐานสำคัญยิ่งของระบบบริการสาธารณสุขที่ต้องเอื้อต่อการดูแลสุขภาพตนเอง กล่าวคือ การที่มวลชนหรือประชาชน

สามารถทำพฤติกรรม หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมผดุงรักษาสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ เพื่อเป้าหมายที่ต้องการ คือ การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง

1.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกิจกรรมหรือการกระทำของบุคคลที่มีต่อตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ตระหนักและรับรู้สภาวะสุขภาพตนเอง รับผิดชอบ จัดการกับสุขภาพตนเองทั้งในภาวะปกติ และเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองจะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยของมวลชน (บุคคล ครอบครัว และชุมชน) คือ

- เป็นการส่งเสริมกิจวัตรประจำวันของมวลชน ให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง เช่น การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เป็นต้น
- เพื่อเป็นการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรค และความเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคหัวใจที่เกิดจากสารโคเลสเตอรอลในอาหาร การตรวจร่างกายประจำปี การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ เป็นต้น
- เป็นเครื่องมือชี้ถึงการประเมินสุขภาพ และความเจ็บป่วยของมวลชนได้ด้วยตนเอง การที่มวลชนสามารถประเมินสภาวะสุขภาพตนเองได้นั้น ต้องมีความรู้ความสามารถบอกความแตกต่างระหว่างสุขภาพดี และความเจ็บป่วย โดยผ่านสื่อต่าง ๆ เขาจึงจะสามารถวิเคราะห์ และทราบถึงความรุนแรงของโรคได้
- เป็นการดัดแปลงการรักษาทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับสภาวะการณที่เป็นจริง เช่น ผู้ป่วยเรื้อรังระยะสุดท้าย ซึ่งการรักษาทางการแพทย์ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยจะสามารถเลือกการปฏิบัติตนเองให้หายจากโรค แม้ว่าจะขัดกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันก็ตาม

- สามารถนำไปสู่การเคลื่อนไหวของกลุ่มที่จะช่วยกันดูแลในกระบวนการดูแลรักษา เช่น กลุ่มเลิกสุรา กลุ่มเพื่อการลดน้ำหนัก กลุ่มดูแลสุขภาพของคนสูงอายุ เป็นต้น

ความหมาย "การดูแลสุขภาพตนเอง"

มีผู้ให้ความหมายของคำว่า "การดูแลสุขภาพตนเอง" ไว้หลายท่าน ซึ่งแตกต่างกันตามยุคสมัย ตามขอบเขต และสภาพของปัญหา

เลวิน (Levin. 1984 : 177 - 200) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองคือ กระบวนการที่สามัญชนคนหนึ่ง ๆ ทำหน้าที่ด้วยตัวเอง ในกิจการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัย และรักษาโรคในระดับทรัพยากรสาธารณสุขพื้นฐานในระบบบริการสาธารณสุข

นอร์ริส (Norris. 1987 : 486 - 489) ได้ให้ความหมายว่าเป็นกระบวนการที่ประชาชน และครอบครัวมีโอกาสที่จะช่วยเหลือตัวเอง และรับผิดชอบตัวเอง ตระหนักถึงศักยภาพตนเองในการที่จะนำไปพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

โอเรม (Orem. 1985 : 38 - 41) ให้ความหมายว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเอง เพื่อจะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน ซึ่งเป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Dileberate Action and Goal Oriented) มีระบบระเบียบ มีขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

สุรเกียรติ์ อาษาณภาพ (2533 : 5) ได้ให้ความเห็นว่า การดูแลสุขภาพตนเองนั้น นับเป็นจุดมุ่งหมายอันเป็นรูปธรรมของการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งจะต้องทำให้ประชาชนรู้จักการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง

ประสาน ธรรมธาริน (2533 : 7) ได้สรุปว่า การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนมีสำคัญ ซึ่งเราจะต้องให้ความสนใจ โดยการศึกษาวิจัยพฤติกรรมของประชาชนในแต่ละหมู่เหล่า นำประยุกต์ให้เข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบันเท่าที่จะเป็นไปได้

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533: 14) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการสร้างบริการสาธารณสุขแนวใหม่ ที่มุ่งเสริมสร้างบทบาทของสามัญชน (ผู้ที่ไม่ได้เป็นนักวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเพื่อการนี้โดยตรง) ในด้านบริการสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2534 : 210) ให้นิยามว่า "การดูแลสุขภาพตนเอง" หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยรวมความคิด การตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค (รวมทั้งการให้ยา) และการปฏิบัติตนหรือรับบริการ

สมทรง รักษ์เฒ่า (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 10 -11 ; อ้างอิงมาจาก สมทรง รักษ์เฒ่า. ม.ป.ป.) ได้กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกของตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตนในเรื่องเกี่ยวข้องกับสุขภาพ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ให้กลับสู่สภาวะที่อยู่ในสังคมได้อย่างสงบสุข โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง

จากคำนิยามของนักวิชาการทั้งหลายพอสรุปความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองได้ กล่าวคือ การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การที่มวลชน (บุคคล ครอบครัว และชุมชน) ดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพเชิงบวกของปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่กระทำด้วยความตั้งใจ และมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเอง ที่ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น และการฟื้นฟูสุขภาพ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง

1. แนวคิดเชิงทฤษฎีของ แมคเคนนิค (กฤษดา .แสงดี. 2534 : 6 ; อ้างอิงมาจาก Mechanic. 1968) เกี่ยวกับพฤติกรรมการเจ็บป่วย กล่าวว่า พฤติกรรมการเจ็บป่วยเป็นทั้งปฏิกิริยาตอบสนองอันเนื่องมาจากการเรียนรู้ทางสังคม และวัฒนธรรม เป็นพฤติกรรมในลักษณะที่สะท้อนถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อวิกฤตการณ์หรือความยากลำบากของชีวิตที่มนุษย์กำลังเผชิญอยู่ คือ สภาวะความเจ็บป่วย แมคเคนนิค เน้นว่าแต่ละครั้งที่บุคคลเผชิญกับอาการผิดปกติ อาการนั้น ๆ จะถูกรับรู้ ถูกประเมิน ให้น้ำหนัก มีการปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งลงไปบนรากฐานของความหมายที่บุคคลให้ต่อสถานการณ์ในสภาวะทางสังคมขณะนั้น

การรับรู้ และการประเมินของบุคคลที่แตกต่างกันต่อภาวะผิดปกติของร่างกาย จะทำให้มีพฤติกรรมแสดงออกต่ออาการอย่างเดียวกันในรูปแบบที่อาจจะแสดงออกก็ได้หรือไม่แสดงออกก็ได้ แต่บุคคลจากสภาพสังคม และวัฒนธรรมเดียวกัน ควรรับรู้ประเมิน และตอบสนองต่อการเจ็บป่วยแบบแผนคล้าย ๆ กัน ขณะที่บุคคลซึ่งมาจากสภาพวัฒนธรรมที่ต่างต่างกัน ย่อมจะตอบสนองต่อการเจ็บป่วยต่างกันด้วย

2. แนวคิดของ ชูสแมน (Schuman. 1965 : 124 - 128) ได้เสนอทัศนะเดียวกับขั้นตอนของพฤติกรรมการเจ็บป่วยว่า เริ่มจากบุคคลมีการรับรู้ และตระหนักใน

การเจ็บป่วย การประเมินระดับความรุนแรง และการตอบสนองทางอารมณ์ที่อาจเริ่มจากการ
 หนีเสถียรการเจ็บป่วย ไปถึงการยอมรับว่าตนเองป่วยบุคคลอาจมีการรักษาตนเองเพื่อที่จะ
 บรรเทาความเจ็บป่วย บางครั้งจะประสบความสำเร็จ แต่บางครั้งอาจท้อความรุนแรงมากขึ้น
 บุคคลจะแสวงหาการรักษา เยียวยาทั้งจากใกล้ตัว และเข้าสู่ระบบการแพทย์ ตัดสินใจเลือก
 แหล่งบริการ ซึ่งอาจได้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งบริการจากบุคคลใกล้ชิด และตัดสินใจเข้ารับการ
 รักษา จนกระทั่งบุคคลกลับเข้าสู่การมีกิจกรรมที่เป็นปกติวิสัย

3. มัลลิกา มติโก (2530 : 11 – 13) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับ
 พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็น 2 ลักษณะ คือ การดูแลสุขภาพของตนเองในภาวะปกติ (Self
 Care in Health) และการดูแลสุขภาพของตนเองในภาวะเจ็บป่วย (Self Care in
 Illness) ดังนี้

3.1 การดูแลสุขภาพของตนเองในภาวะปกติ คือ การดูแลตนเองเพื่อ
 สุขภาพอนามัย เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง และสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรง
 สมบูรณ์อยู่เสมอ เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง 2 ลักษณะ คือ

(1) การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) คือ
 พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติ
 สุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่าง ๆ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพเป็นพฤติกรรมของประชาชน
 ที่กระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

(2) การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็น
 พฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งป้องกันไม่ให้ความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค
 โดยแบ่งระดับการป้องกันเป็น 3 ระดับ คือ

- การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention)
- การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) เป็นระดับการป้องกันที่มุ่งขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่จะอาการของโรคจะรุนแรง
 มากขึ้น
- การป้องกันการแพร่กระจายของโรค (Tertiary Prevention) เป็นระดับการป้องกันเพื่อยับยั้งการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยไปสู่คนอื่น ๆ

3.2 การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Health Care in Illness) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วย อาจจะตัดสินใจด้วยตัวเองหรือจากครอบครัวหรือเครือข่ายสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอยู่อย่างน้อย 4 ระดับด้วยกัน คือ

- การดูแลสุขภาพตนเองของแต่ละบุคคล (Individual Self Health Care)
- การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว (Family Care)
- การดูแลสุขภาพตนเองโดยเครือข่ายสังคม (Care from the Extended Social Network)
- การดูแลสุขภาพตนเองโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual aid หรือ Self Help Group)

4. แนวคิดของ อลอนโซ (ทิพย์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. 2530 : 99 - 109 ; อ้างอิงมาจาก Alonzo. 1979 : 397 - 404) บังคับด้านสถานการณ์ เป็นแนวคิดเชิงทฤษฎีของนักสังคมวิทยาที่อธิบายถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยตรง รวมถึงการส่งเสริมเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนการรักษาตนเอง มีข้อสรุปประการสำคัญของแนวคิดนี้ คือ การเจ็บป่วย และสภาวะทางพยาธิสภาพ (Pathology) ของบุคคลนั้นเป็นประสบการณ์ทั่ว ๆ ไปของชีวิตประจำวัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยคงที่ สถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเจ็บป่วยมีประเด็นต่าง ๆ ที่ต้องนำมาพิจารณาดังต่อไปนี้

4.1 ความหมายของความเป็นจริงของสภาวะทางสรีรวิทยา และชีววิทยา การเจ็บป่วยเป็นความจริงเรื่องหนึ่ง ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกทางสรีรวิทยา และชีววิทยากับกระบวนการตีความให้ความหมาย และประเมินผลความรู้สึกผิดปกติทางสรีรวิทยาหรือชีววิทยาเหล่านี้คือ อาการเจ็บป่วยหรือไม่ และควรจะแสดงออกหรือไม่อย่างไร ซึ่งประสบการณ์เดิมเหล่านี้มีปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยด้านสถานการณ์กำหนดหรือมีอิทธิพลอีกต่อหนึ่งด้วย

4.2 ความหมายของสถานการณ์ทางสังคม สถานการณ์เปรียบเสมือนสิ่งซึ่งตอบคำถามทุกคำถามเกี่ยวกับว่า สิ่งที่มีมนุษย์จะเกี่ยวข้องกับความเป็นจริงความเป็นไปในลักษณะใด มนุษย์เป็นผู้สร้างสถานการณ์ขึ้น ขณะเดียวกันมนุษย์ต้องเผชิญ และต่อรองต่อ

สถานการณ์ที่มนุษย์สร้างขึ้นเอง และอาจเป็นผู้ควบคุมสถานการณ์นั้น ๆ แต่ขณะเดียวกันอาจเป็นผู้ที่ถูกสถานการณ์ควบคุมในลักษณะที่มีความหมาย และอยู่ในกรอบของบรรทัดฐานของสังคม

4.3 แนวคิดของบทบาทการเกี่ยวข้อง (Involvement and Side Involvement) เป็นความสามารถของบุคคลที่จะให้หรือละเว้นจากการให้ความสนใจต่อกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นสถานการณ์ที่ทำให้บุคคลมีหน้าที่ และความยุ่งยากต่าง ๆ หลาย ๆ อย่างหรืออาจจะเป็นสถานการณ์ที่ปราศจากปัญหา สิ่งกีดขวางหรือความยุ่งยากใด ๆ การที่บุคคลเกิดการเกี่ยวข้องหมายถึงการที่บุคคลแสดงตนว่าเขาอยู่ในการแสดง เขาร่วมอยู่ในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งแล้วแต่สถานการณ์นั้น ๆ จะพาไป

4.4 สภาวะของการอดทนต่ออาการ (Containment) สภาวะของการอดทนต่ออาการในลักษณะต่าง ๆ ของบุคคลเป็นการกวดอาการผิดปกติ การไม่สนใจอาการผิดปกติ หรือให้ความสนใจจริง ๆ จัง ๆ สิ่งเหล่านี้สามารถเข้าใจได้โดยพิจารณาควบคู่ไปกับการทำความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทที่เกี่ยวข้อง และการเรียกร้องในบทบาท และหน้าที่ของบุคคลในสถานการณ์สภาวะต่อการอดทนต่ออาการเกี่ยวข้อง ยังคงรักษาการเกี่ยวข้องในสถานการณ์ในระดับที่เหมาะสม สถานการณ์ทุกอย่างที่เปิดโอกาสให้บุคคลมีสภาวะการอดทนต่อการเจ็บป่วยได้ทั้งระดับสูงหรือระดับต่ำ

4.5 ชนิดของสถานการณ์ (Situation Type) ชนิดของสถานการณ์ต่าง ๆ ที่บุคคลสามารถอดทนต่ออาการผิดปกติได้มีดังนี้

(1) สถานการณ์ประจำวันที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด ซึ่งบุคคลถูกคาดหวังว่า จะไม่มีการแสดงออกซึ่งอาการเจ็บป่วยภายในลักษณะการเกี่ยวข้องกับสถานการณ์หนึ่ง ๆ เช่น อาการของความเครียดกับการซื้อขายของ

(2) สถานการณ์ซึ่งทำให้เกิดแนวโน้มของการเกิดอาการผิดปกติในอนาคตอันใกล้ จึงมีการคาดหวังว่าการเข้าร่วมในสถานการณ์จะมีผลกระทบต่อสภาพร่างกาย และอาจเนื่องจากการฝึกฝนให้มีการป้องกัน และอดทนต่ออาการผิดปกติ ดังนั้นบุคคลมักจะเพิ่มความอดทนต่ออาการเจ็บป่วยในสถานการณ์ที่มีสูงกว่าสถานการณ์ประจำวันที่เกิดขึ้น แต่มีแนวโน้มจะตอบสนองอย่างไม่อดทนต่ออาการผิดปกติอย่างง่ายด้าย ภายหลังจากสถานการณ์นั้น ๆ ผ่านเลยไป

(3) สถานการณ์ที่สาม อธิบายได้ว่า ชีวิตทางสังคมของบุคคลไม่มีบั้นปลายจนทำให้บุคคลไม่สามารถมีช่วงเวลาอิสระ เพื่อตอบสนองความต้องการของตน บุคคลสามารถหลุดพ้นจากสถานการณ์เพื่อวัตถุประสงค์ ตอบสนอง และบรรเทาอาการเจ็บป่วยของตนซึ่งปรากฏอยู่

(4) สถานการณ์ที่สี่เรียกว่า สถานการณ์วินิจัย อาการเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ สถานการณ์ที่บุคคลให้ความสนใจหลักต่อปัญหาเจ็บไข้ได้ป่วยของตน และบุคคลไม่สามารถถอยกลับต่ออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้อีก บุคคลจำเป็นต้องแก้ไขปัญหอาการเจ็บป่วย ภายใต้สถานการณ์ประจำวันของเขา ในที่สุดการจัดการอาจเกิดขึ้นตั้งแต่การรักษาเยียวยาเองที่บ้าน ไปจนถึงการส่งตัวอย่างฉุกเฉินไปรักษาที่โรงพยาบาล

4.6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความอดทนต่ออาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลเพิ่ม หรือลดขีดความสามารถในการอดทนต่อการผิดปกติภายในสถานการณ์ทางสังคมต่าง ๆ ได้แก่

(1) ระดับของการผูกพันเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ตัวอย่างเช่นทหารในสนามรบจะอดทนต่อการบาดเจ็บต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้สูงกว่าเมื่อเขากลับมาถึงค่ายพัก

(2) ความหมายและการประเมินผลเกี่ยวกับการเข้าร่วมในบทบาททางสังคม ซึ่งเกิดจากการประเมินโดยตัวเขาเองหรือโดยผู้อื่น

(3) ตำแหน่งและอำนาจของบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการที่จะให้ความหมายบุคคลว่า มีอาการป่วยทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ตัวอย่างเช่น บุคคลที่มีอำนาจเพียงเล็กน้อยในสถานการณ์นั้น อาจถูกขอร้องให้ออกจากสถานการณ์โดยง่ายถ้าเขามีอาการผิดปกติ

(4) ทรัพยากรที่บุคคลมีอยู่เพื่อใช้ในการอดทนต่อการเจ็บป่วย

(5) บุคคลมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ ขณะที่เกิดมีสภาพการณ์ที่เรียกร้องความสามารถของเขาที่มากเกินไปกว่าความสามารถที่มีอยู่จริง สถานการณ์เช่นนี้ทำให้บุคคลอดทนต่อการเจ็บป่วยได้น้อยลง

(6) ความหมายและความสำคัญของอาการผิดปกติบางอย่างไม่ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ทางสังคม ได้แก่ อาการผิดปกติของโรคที่กำลังระบาดร้ายแรง ตัวอย่างเช่น บุคคลที่มีอาการผิดปกติด้วยโรคหัด จะมีแนวโน้มอดทนต่ออาการผิดปกติได้ดีกว่าผู้ที่สงสัยว่าตนจะเป็นโรคกลัวน้ำ

(7) อายุและเพศ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความอดทนต่อสถานการณ์
เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะอดทนต่อการผจญภัยได้สถานการณ์ต่าง ๆ ได้น้อยกว่าเพศชาย

(8) ความอดทนต่อสภาวะการณ์ผจญภัยของร่างกายจะเกิดขึ้น
ในสถานการณ์ที่บุคคลนั้นมีบทบาทสำคัญต่อสถานการณ์นั้น ๆ

จากแนวทางการคิดของ ออลอนโซ จะเห็นได้ว่าเป็นแนวคิดที่เกี่ยวกับ
กระบวนการของการนำไปสู่ความอดทนต่อการเจ็บป่วย ในสถานการณ์ทางสังคมประจำวันนั้น
มีความสัมพันธ์ต่อกลวิธีการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง และการรักษาพยาบาล
ตนเอง รวมทั้งการจัดระบบการให้บริการสาธารณสุข และถ้าการมีสุขภาพอนามัยที่ดีเป็น
กิจกรรมในชีวิตประจำวันทุก ๆ วันของบุคคลแล้ว แนวคิดของ ออลอนโซ ก็สอดคล้องในเชิง
นโยบายด้วย กล่าวคือ จะหาอย่างไรให้บุคคลส่วนใหญ่สามารถอดทน และจัดการกับสภาวะ
เบี่ยงเบน และการเจ็บป่วยในชีวิตประจำวันได้เป็นอย่างดี และประสบความสำเร็จ

5. แนวคิดของ โอเรม (Orem and Taylor. 1986 : 44) เกี่ยวกับ
ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self Care) ได้อธิบายไว้ว่า บุคคลที่อยู่ในวัย
เจริญเติบโตหรือกำลังเจริญเติบโต จะปรับหน้าที่และการพัฒนาของตนเอง ตลอดจนการป้องกัน
ควบคุม กำจัดโรค และการบาดเจ็บต่าง ๆ โดยการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เรียนรู้วิธี
การที่จะดูแลตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่คิดว่า จะมีผลต่อหน้าที่และการพัฒนาของตนเอง ในทฤษฎี
นี้อธิบายการดูแลสุขภาพตนเองในลักษณะการปรับหน้าที่ และแสดงเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ใน
สิ่งแวดล้อม และขนบธรรมเนียมประเพณีที่บุคคลนั้นได้มีส่วนติดต่อ และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น
เพื่อที่จะรู้จักจัดการกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่คงมีหรือเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ และในทฤษฎีนี้ยัง
รวมแนวคิดรวบยอดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent Care) บุคคลที่ต้องดูแลสมาชิกที่
ต้องพึ่งพา (Dependent Care Agent) และความบกพร่องของการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา
(Dependent Care Deficit) เนื่องจากทารก เด็ก ผู้ใหญ่ในบางสภาวะ หรือผู้สูงอายุ
จะต้องได้รับความช่วยเหลือในการตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง

นอกจากนี้ โอเรม (Orem. 1985) เสนอแนวคิดว่าการดูแลตนเอง
เป็นพฤติกรรมที่จงใจ และมีเป้าหมาย (Dileberate Action and Goal Oriented)
ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ 1) ระยะที่บุคคลพิจารณา และตัดสินใจเลือกการกระทำ และ
2) เป็นระยะที่บุคคลกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่เลือกแล้ว และประเมินผลของการกระทำ

แนวคิดนี้ โอเรมมีความเชื่อว่า คนเป็นผู้มีความสามารถในการเรียนรู้ ตัดสินใจ และมีศักยภาพที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อ

- ประคับประคองกระบวนการชีวิต (Life Process) และสนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

- เพื่อดำรงไว้ซึ่งการเจริญเติบโต พัฒนาการ และวุฒิภาวะที่เหมาะสม
- เพื่อป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษาโรค และการได้รับอันตรายต่าง ๆ
- เพื่อปรับตัวให้สอดคล้องกับความเสื่อมสมรรถนะของร่างกาย

(Disability) ซึ่งในทัศนะต่อสุขภาพ ในทฤษฎีนี้ โอเรมเน้นในเชิงปกติสุข (Wellness - Oriented) มากกว่าเน้นโรคหรือความเจ็บป่วย (Disease Oriented)

การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นกิจกรรมหรือการกระทำที่บุคคลพึงปฏิบัติต่อตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ตระหนัก และรับรู้สภาวะสุขภาพตนเอง เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ และวิธีการดูแลสุขภาพตนเองนั้นไม่ได้จำกัดเฉพาะทางยา การดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่อาศัยยาก็มีความสำคัญมาก เช่น การรับประทานอาหาร หรือการดื่มน้ำสะอาดต่าง ๆ สามารถแบ่งการดูแลสุขภาพเป็น 2 ลักษณะ คือ

5.1 การดูแลสุขภาพตนเองโดยอาศัยตัวยา และการรักษาแบบพื้นบ้าน (Medical Self Care) ได้แก่

- (1) Self Medication ได้แก่ การใช้สมุนไพร ยาสามัญประจำบ้าน การซื้อยาทานเอง การนวด การเช่าโหว่ และการสะเดาะกระดูก
- (2) อาศัยแพทย์พื้นบ้าน เช่น หมอโอสยศาสตร์ หมอมนต์ หมอผี หมอทรง
- (3) อาศัยแพทย์ปัจจุบัน เมื่อได้รับการรักษาจนอาการทุเลาหรือมีอาการเรื้อรังพักการอยู่ ต้องอาศัยการดูแลสุขภาพตนเองต่อเองที่บ้าน

5.2 การรักษาตนเองโดยไม่ใช้ยา (Non - Medical Self Care) เช่น การรอดูอาการตนเองก่อน ดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อลดไข้ รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย หลีกเลี่ยงของแสลงต่าง ๆ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นวิธีการที่มีรูปแบบผสมผสานเทคโนโลยีการแพทย์พื้นบ้าน และสมัยใหม่ มีขอบเขตกิจกรรมครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน

โรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพที่จะสามารถนำไปสู่การมีสุขภาพดี และเป็นเป้าหมายของงานสาธารณสุขที่ต้องอาศัยการพัฒนาศักยภาพของบุคคลเข้ามารับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และมีสำนึกถึงขั้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องในระยะยาว และมั่นคง นั่นคือ การดูแลสุขภาพตนเองเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนให้สามารถดูแลและรักษาสภาพได้ และถือว่าเป็นกลวิธีที่มีประสิทธิภาพคุ้มค่าที่สุด

ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตามภาวะของสุขภาพอนามัย ได้แก่

1. การดูแลสุขภาพตนเองในระยะที่สุขภาพปกติเป็นการส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันที่เป็นอยู่ ให้ตนเองมีสุขภาพดี แข็งแรง ไม่เจ็บป่วย
2. การดูแลสุขภาพตนเองในระยะที่สุขภาพเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย บุคคลในภาวะเสี่ยง (Risky State) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในภาวะหรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย ได้แก่ บุคคลระยะเริ่มป่วย บุคคลที่เป็นโรคเรื้อรัง พิกการ เจ็บป่วยในระยะสุดท้าย รวมทั้งบุคคลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขอนามัย
3. การดูแลสุขภาพตนเองในระยะเจ็บป่วยเล็กน้อย เป็นระยะที่บุคคลประเมินตนเองว่า เจ็บป่วยและมีอาการบ่งชี้ของสุขภาพ และหากไม่มีการดูแลสุขภาพตนเองแล้วอาจนำไปสู่อาการหรือโรคร้ายแรงได้ ทั้งนี้โดยยังไม่มีอาการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน
4. ในระยะเจ็บป่วยรุนแรง เรื้อรัง หรือความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย หมายถึง ความเจ็บป่วยที่มีอาการหรือข้อบ่งชี้ความเจ็บป่วยชัดเจนที่บุคคลไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ และจากคำยืนยันจากการวินิจฉัยของแพทย์ จากระดับการดูแลสุขภาพทั้ง 4 ระดับ จะมีความสัมพันธ์กับระบบสุขภาพ ดังภาพประกอบ 2

บทบาทของการดูแลสุขภาพตนเอง (Role of Self Care)

ฮิลและสมิธ (Hill and Smith. 1985 : 15 - 17) ได้แบ่งบทบาทหรือเป้าหมายในการดูแลสุขภาพตนเองไว้ 4 ส่วนดังนี้

1. การดำรงไว้ซึ่งสุขภาพดี (Health Maintenance) เป็นพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติ เพื่อช่วยให้ชีวิตยืนยาวหรือเสริมสร้างสุขภาพชีวิตที่มีชื่อเสียงเฉพาะเรื่องปัญหาที่เกิดจากสุขภาพหรือเกิดโรคเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงแบบแผนการดำเนินชีวิต และการดูแลสุขภาพทั่ว ๆ ไป เช่น การละเว้นการดื่มสุรา บุหรี่ การรู้จักเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าและสมดุลย์

2. การป้องกันโรค (Disease Prevention) ประกอบด้วยกิจกรรมเฉพาะอย่างที่บุคคลปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดโรค หรือป้องกันการลุกลามของโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

2.1 การป้องกันระยะแรก (Primary Prevention) เป้าหมายของการป้องกันการเกิดโรคในระยะนี้ เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคบางอย่าง เช่น ผู้ที่มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยการควบคุมเรื่องอาหารที่มีแป้งและน้ำตาลต่ำ ควรรับประทานอาการประเภทเนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ เป็นต้น

2.2 การป้องกันระยะที่ 2 (Secondary Prevention) พฤติกรรมการดูแลตนเองที่มุ่งการวินิจฉัยโรค และทำการรักษาแต่แรกเริ่ม เพื่อป้องกันการลุกลามของโรคที่เกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยโรคหัวใจ ควรบริโภคอาหารที่มีไขมัน และเกลือต่ำ

2.3 การป้องกันระยะที่ 3 (Tertiary Prevention) เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มุ่งการป้องกันการลุกลาม หรือความพิการเนื่องจากโรคที่เป็น เช่น ผู้ป่วยที่หลังการผ่าตัดเต้านมเนื่องจากโรคมะเร็ง ควรมารับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการติดตามดูว่ามีการลุกลามของมะเร็งหรือไม่

3. การวินิจฉัยโรค การให้ยา และรักษาตนเองได้ (Self Diagnosis Self Medication and Self Treatment) เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ บุคคลควรให้การวินิจฉัยโรค และรักษาตนเองได้ เช่น มีอาการไอ เป็นหวัดเจ็บคอ

4. การขอรับบริการด้านสุขภาพ (Participation in Professional Service) การดูแลสุขภาพตนเองอาจควบคู่ไปกับการขอรับบริการด้านสุขภาพ เพียงแต่เน้นถึงการพัฒนาบุคคลให้มีความสามารถในการแสวงหา และขอรับบริการได้เหมาะสมกับเวลาและสถานการณ์

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

สถานการณ์ที่จำเป็นต่อการประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเอง คือ ความสามารถของบุคคลในการเริ่มต้น และมีความพยายามพากเพียรที่จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การที่จะปฏิบัติได้ดังนี้ บุคคลนั้นจะต้องมีคุณลักษณะ ดังนี้

1. มีความรู้ ทักษะ และความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง
2. มีแรงจูงใจเพียงพอ มีพลังที่จะเริ่มต้นการดูแลสุขภาพตนเอง และปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งประสบผลสำเร็จตามปรารถนา
3. มีค่านิยมต่อการมีสุขภาพดีในระดับสูง
4. ตระหนักว่าพฤติกรรมการดูแลตนเอง สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้

นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบอื่น ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับภูมิหลังของบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ฐานะทางเศรษฐกิจ ภาวะสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี ขั้วการพัฒนาและสิ่งแวดล้อม (Hill and Smith. 1985 : 10)

2. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ

2.1 ความหมายและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ คำจำกัดความของคำว่า ผู้สูงอายุหรือวัยชราหรือวัยชราภาพ (The Oldage) จากการประชุมสัมมนาโลกว่า ด้วย ผู้สูงอายุเมื่อปี พ.ศ. 2525 ได้กำหนดภาษาอังกฤษเรียกผู้สูงอายุว่า The Aging หรือ The Elderly แทนคำว่า Aged (กองวิชาการ. 2529 : 23) และในแต่ละประเทศหรือแต่ละสังคมจะให้ความหมายที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุโดยเฉลี่ยของการทำงานหรือสภาพทางร่างกาย สภาพทางสังคมเศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาคือ อายุ 65 ปี กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย คือ อายุ 67 ปี เป็นต้น เครื่องบ่งชี้

ว่า บุคคลใดชราภาพหรือสูงอายุ บางครั้งอายุก็เป็นเครื่องบอกไม่ได้ มีคนจำนวนมากแม้ว่าอายุจะ 60 ปี หรือ 65 ปี ก็ยังแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ขณะที่คนอายุน้อยกว่าบางคนกลับมีสภาพร่างกายและจิตใจที่เสื่อมโทรม อายุที่กำหนดขึ้นเป็นแนวทางให้เราทราบว่า บุคคลใดสมควรจะเป็นคนชราหรือเป็นผู้สูงอายุ (สุพัตรา สุภาพ. 2531 : 50 - 51) ①

นอกจากนี้การกำหนดด้วยสูงอายุนั้นยังแตกต่างกันไปตามแนวคิดของแต่ละคน เช่น นักจิตวิทยาพัฒนาการของคน กำหนดให้ผู้สูงอายุมีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่อยู่ในช่วงบั้นปลายของชีวิต บางคนแบ่งโดยกำหนดให้อายุ 75 ปีขึ้นไป อยู่ในวัยสูงอายุ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. 2533 : 14) ได้เสนอแนะให้ใช้คำว่า ผู้สูงอายุ แทนคำว่า ความแก่หรือความชรา เมื่อปี พ.ศ. 2506 จากการประชุมสัมมนาผู้สูงอายุ และได้กำหนดว่า ผู้สูงอายุมีลักษณะดังต่อไปนี้

- เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
- เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอยเชิงองค์
- เป็นผู้สมควรให้การอุปการะ
- เป็นผู้ที่มีโรคควรได้รับความช่วยเหลือ

นิสา ชูโต (2525 : 7) ให้ความหมายว่า "คนสูงอายุ" หมายถึง ผู้มีอายุวัดด้วยจำนวนปี ตามปฏิทินของเวลาที่ได้มีชีวิตอยู่ สำหรับคนไทย ผู้สูงอายุ หมายถึง คนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์ของกฎหมายการปลดเกษียณอายุข้าราชการหรือถ้าแบ่งช่วงเวลาของการมีชีวิตตามแนวคิดสอนของพุทธศาสนา ผู้สูงอายุจะอยู่ในช่วงปัจฉิมวัย คือ อายุ 50 ปีขึ้นไป อันเป็นวัยสุดท้ายของชีวิตมนุษย์

กรมประชาสงเคราะห์ (2525 : 18) ให้ความหมายของความสูงอายุ หมายถึง การพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุมนุษย์ ความสูงอายุนั้นจะเริ่มตั้งแต่เกิด และดำเนินต่อไปจนสิ้นอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้น

✓ ④ ศรีเรือน แก้วกังวาล (2530 : 18) ได้เรียกผู้สูงอายุว่า "วัยชรา" และกำหนดไว้ว่า วัยชราเริ่มตั้งแต่อายุ 60 ปี ซึ่งเป็นวัยสุดท้ายของชีวิต มีการเสื่อมโทรม และต้องซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และเชื่อว่าบุคคลอายุ 55 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่เริ่มคิด รู้สึก และรับรู้ว่าคุณภาพกำลังเสื่อมถอย จำเป็นต้องมีการเตรียมตัวตั้งแต่นั้นหรือก่อนหน้านี้ด้วยซ้ำไป

มีนักวิชาการด้านผู้สูงอายุยอมรับว่า มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดำรงชีวิตของบุคคลในระย ะ 20 ถึง 30 ปี หลังจากเข้าสู่วัยชราหรือ หลังจากเกษียณอายุราชการ ได้แก่ วัยสูงอายุ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

- วัยเริ่มสูงอายุ (Young Old) คือ อายุระหว่าง 55 - 64 ปี
- วัยสูงอายุตอนกลาง (Middle Old) คือ อายุระหว่าง 65 - 74 ปี
- วัยสูงอายุตอนปลาย (Old Old) คือ อายุระหว่าง 75 - 84 ปี
- วัยสูงอายุแท้จริง (Real Old) คือ อายุระหว่าง 84 ปีขึ้นไป

จากความหมายของคำว่า สูงอายุ จะเห็นได้ว่า เวลาของการมีชีวิตของแต่ละคนจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเจริญ และความเสื่อมของร่างกายมนุษย์ และมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุทั้งด้านภาวะสุขภาพกาย จิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ และพบว่า ความหมายเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีมากมายแตกต่างกัน เพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ตรงกัน การศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดให้ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีเป็นต้นไป

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับคนสูงอายุ (Theories of Aging)

การศึกษาเกี่ยวกับความมีอายุหรือความแก่ หรือการสูงอายุ กระทำกันหลายรูปแบบ วิทยาการที่ว่าด้วยความชราภาพของมนุษย์เรียกว่า เวชศาสตร์วัยชรา (Gerontology) ประกอบด้วย การประสานของหลายสาขาวิชา ได้แก่ ชีววิทยา แพทย์ศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ ตลอดจนปรัชญาและเทคโนโลยีต่าง ๆ รวมกัน การค้นคว้าด้านนี้ ทั้งที่เป็นวิทยาศาสตร์ และไม่เป็นวิทยาศาสตร์ ยังกระทำต่อเนื่องไม่สิ้นสุด ปัจจุบันยังไม่มีทฤษฎีใดที่จะสามารถอธิบายเรื่องการสูงอายุได้อย่างชัดเจนโดยลำพัง จำต้องอาศัยหลายทฤษฎีร่วมกัน มีทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุมากมาย อีเบอร์โซล และเฮส (ละออน สุวิทยากรณ์. 2534 : 13 ; อ้างอิงมาจาก Ebersole and Hess. 1981 : 22 - 43) ได้สรุปทฤษฎีของการสูงอายุไว้ดังนี้

ทฤษฎีด้านการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

1. ทฤษฎีวิวัฒนาการเสนอว่า ความแก่เป็นการปรับตัวตามวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิต สร้างสรรค์สิ่งที่ดีกว่า เพื่อความอยู่รอดในสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

แนวคิด เมื่อแต่ละชีวิตเกิดขึ้นใหม่ มักจะมีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางชีววิทยาโดยขบวนการผ่าเหล่าพันธุกรรม (Genetic Mutation) ทำให้มีชีวิตโรคก่อนข้างดีกว่า และช่วงชีวิตในแต่ละสายพันธุ์ (Species) เอื้ออำนวยต่อการเกิดความสมดุลระหว่างอัตราการปรับตัวตามวิวัฒนาการกับข้อได้เปรียบของการที่มีชีวิตยืนยาว เพื่อการแพร่พันธุ์ก่อนที่จะแก่ตายไป จากแนวคิดนี้ข้อมูลส่วนใหญ่ที่ได้ เป็นเพียงการตั้งข้อสังเกตกับปรากฏการณ์ส่วนหนึ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ยังไม่สามารถนำไปใช้อธิบายกับเหตุการณ์ทั่วไปได้

2. ทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพเสนอว่า ความแก่หรือความชราถูกกำหนดไว้แล้วโดยมีรหัสอยู่ในยีน กำหนดให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายหรือระบบบางระบบแก่ลงเมื่อถึงกาลเวลาที่กำหนด

แนวคิดสิ่งมีชีวิตแต่ละชนิดแต่ละสายพันธุ์ จะมีช่วงชีวิตเฉพาะแตกต่างกันไป เช่น หนู 2 - 3 ปี สุนัข 10 - 15 ปี และหมี 30 - 40 ปี สำหรับมนุษย์ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีมีอายุเฉลี่ยประมาณ 85 - 90 ปี จากการค้นคว้าพบว่า แต่ละสายพันธุ์มนุษย์มีอายุขัยเฉพาะ จึงมีแนวคิดที่เสนอว่า มีบางสิ่งบางอย่างซึ่งเป็นกลไกของความแก่ถูกกำหนดไว้แล้วที่ยีนชักนำให้เกิดความแก่ ภายในขบวนการแก่นี่ประกอบด้วย การเจริญเติบโต การพัฒนา และการเสื่อมจนกระทั่งตายไป ในที่สุด เป็นวัฏจักรแต่ละรอบไป แต่ทั้งนี้สิ่งสำคัญคือ ยังไม่สามารถบ่งชี้ลงไปได้ว่า รหัสที่กำหนดความแก่ของยีนมีจริงหรือไม่และอยู่ที่ตำแหน่งใด

3. ทฤษฎีการกลายพันธุ์เสนอว่า ความแก่เกิดจากการสะสมเซลล์ผ่าเหล่าชักนำให้มีการสังเคราะห์ชีวโปรตีนที่ผิดปกติมากขึ้น จนมีผลลดการทำงานของเซลล์ และประสิทธิภาพของอวัยวะในที่สุด

แนวคิด การผ่าเหล่าเป็นการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบของยีนส์ (ระดับโมเลกุล) ชนิดถาวร และถ่ายทอดไปยังลูกหลานได้ถ้าเกิดกับเซลล์สืบพันธุ์ แต่ถ้าวการผ่าเหล่าเกิดกับเซลล์ร่างกายทั่วไป มีผลทำให้ระบบที่ดีอยู่แล้วผันแปรไป เป็นต้นเหตุของความแก่ โรคเสื่อมสภาพต่าง ๆ และมะเร็ง จากการศึกษาชีววิทยาระดับต้วรจ มีการตั้งสมมติฐานว่าการแกตัวของเซลล์อยู่ในอานาจยีนส์ เมื่อเซลล์เจริญเติบโตไประยะหนึ่ง กระบวนการดำรงชีวิตของมันจะเสื่อมลงจนไม่สามารถสังเคราะห์ ดีเอ็นเอ (DNA) ได้ ก็เนื่องจากยีนเกิดความผิดปกติมากขึ้น แต่หากจะกล่าวว่าการสะสมการเปลี่ยนแปลงใน ดีเอ็นเอ (DNA) เป็นสาเหตุของความแก่ ดังนั้นความแก่น่าจะสืบทอดเป็นกรรมพันธุ์ได้ จึงค้านกับลักษณะของความแก่ที่ว่าไม่สืบทอดทางกรรมพันธุ์

4. ทฤษฎีว่าด้วยยีนเชื่อว่า การสูงอายุนั้นเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามกรรมพันธุ์ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนของร่างกายคล้ายคลึงกันหลายชั่วคน เมื่ออายุมากขึ้น เช่น ลักษณะศีรษะล้าน ผมหงอกเร็ว เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวจะพบในบางคนเท่านั้น แม้จะมีอายุเท่ากัน

5. ทฤษฎีการเสื่อม และถดถอยเสนอว่า โครงสร้างและการทำงานของร่างกายเสื่อมสภาพไปหลังการใช้งาน ถ้ามีการใช้งานมากยิ่งมีผลให้แก่เร็วขึ้น

แนวคิด เมื่ออายุมากขึ้นร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากขึ้น ขึ้นอยู่กับการใช้งาน และการสัมผัสกับสภาวะแวดล้อม ซึ่งในแต่ละคนจะไม่เท่ากันแม้ว่าอายุจะเท่ากัน และระบบของร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลงนี้ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปในอัตราเดียวกันในแต่ละคน ทั้งที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมือนกัน แต่ที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือ อวัยวะบางส่วนของร่างกายที่ไม่ค่อยได้ใช้งานจะเสื่อมสภาพไปก่อน ทั้ง ๆ ที่ขณะเดียวกันอวัยวะส่วนอื่น ๆ ที่ทำงานหนักกลับขยายขนาดใหญ่มากขึ้น ดังนั้นจึงเป็นข้อจำกัดของทฤษฎีนี้ที่ยังไม่สามารถนำมาใช้อธิบายได้

6. ทฤษฎีประสาทและต่อมไร้ท่อเสนอว่า สิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต และคงสภาพสมดุล (Homeostasis) ของร่างกาย คือ ประสาท และฮอร์โมนความแก่เป็นผลมาจากการทำงานลดลงของระบบประสาท และต่อมไร้ท่อ

แนวคิด ปรากฏการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับการควบคุมผ่านทางระบบประสาท และฮอร์โมนจากระบบต่อมไร้ท่อ เช่น ความจำเสื่อม การตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง ต่อมใต้สมองทำงานลดลง ต่อมหมวกไตทำงานลดลง มีผลทำให้เกิดอารมณ์เครียด และหงุดหงิดง่ายขึ้น ตับอ่อนหลังอินซูลินน้อยลงระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจึงแสดงผลเป็นเบาหวานอย่างอ่อน ข้อจำกัดของทฤษฎีนี้คือ ไม่สามารถนำไปใช้อธิบายได้ทั่วไปนอกเหนือจากตัวมนุษย์ เพราะสิ่งมีชีวิตอื่น ๆ ไม่มีระบบการทำงานซับซ้อน เช่น ระบบประสาท และต่อมไร้ท่อ การเปลี่ยนแปลงของระบบทำงานของอวัยวะเป็นสาเหตุของความแก่หรือเป็นผลจากการความแก่

7. ทฤษฎีภูมิคุ้มกันเสนอว่า ความแก่เกิดจากความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรค และสิ่งแปลกปลอมไม่ได้ดี จึงเกิดการเจ็บป่วยง่าย เมื่อเกิดแล้วมักจะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต

แนวคิด ระบบภูมิคุ้มกันร่างกายประกอบด้วย การประสานของอวัยวะหลายอย่าง เช่น ไขกระดูก ต่อมไทมัส ระบบน้ำเหลือง ตับ และม้าม มีหน้าที่เพิ่มความต้านทานของร่างกาย ป้องกันการลุกล้ำของสิ่งแปลกปลอม และกำจัดเซลล์ปกติของร่างกายที่ใช้งานไม่ได้แล้ว ดังนั้นถ้าระบบภูมิคุ้มกันทำงานลดลง จึงมีโอกาสเกิดการติดเชื้อ และการสะสมเซลล์ปกติของร่างกายที่ใช้งานไม่ได้ ตลอดจนการเกิดเนื้องอกในร่างกาย ทฤษฎีนี้มีข้อจำกัดคือ สิ่งมีชีวิตที่มีอายุหลายชนิดไม่มีระบบภูมิคุ้มกันโดยเฉพาะในสัตว์ชั้นสูง ดังนั้นจึงเป็นการยากแก่การบอกว่าสิ่งใดเป็นผลจากความแก่ นอกจากนี้เซลล์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุภายใต้การควบคุมของยีน

8. ทฤษฎีความเครียด และการปรับตัวเสนอว่า ปฏิกริยาของร่างกายต่อความเครียด มีผลรบกวนการทำงานของเซลล์ และทำให้เซลล์ตายได้ ภาวะที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้แก่เร็ว

แนวคิด ความเครียด (Stressor) จะมีผลต่อสมองไฮโปทาลามัส ต่อมพิทูอิทารี และต่อหมวกไต ให้หลั่งฮอร์โมน (Stress Hormone) กระตุ้นการทำงานของระบบประสาท ระบบไหลเวียนเลือด การทำงานเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม ทำให้ร่างกายตอบสนองต่อภาวะเครียด ดังนี้

8.1 การตอบสนองของสมอง เกี่ยวกับภาวะจิตใจและอารมณ์ เช่น สับสน กลัว ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ แสดงอารมณ์อ่อนไหวหรือรุนแรงไม่ยอมรับสภาพความเป็นจริง

8.2 การตอบสนองทางผิวหนัง เกิดการเปลี่ยนแปลงปฏิกิริยาเคมีของเซลล์ผิวหนังส่งกระแสไฟฟ้าออกมาหลายแบบ เลือดมาเลี้ยงผิวหนังลดลง อุณหภูมิผิวหนังจึงลดลงและซีด ถ้าต้องเผชิญกับความเครียดเรื้อรัง อาจก่อให้เกิดความผิดปกติที่แสดงออกทางผิวหนัง ได้แก่ รอยแดง บวม คัน พอง น้ำใส ๆ ขัง

8.3 การตอบสนองของระบบกระเพาะอาหาร ลำไส้ ได้แก่ ปากคอแห้ง หลอดอาหารเกร็งกลืนลำบาก แผลในกระเพาะอาหาร ท้องผูก หรือท้องร่วง

8.4 การตอบสนองของกล้ามเนื้อ ถ้าเป็นเรื้อรังมักพบอาการที่เกิดจากการเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น ปวดศีรษะ ปวดหลัง ท้องผูก ท้องเสีย กลืนไม่ลง และการแสดงออกเกี่ยวกับท่าทาง

9. ทฤษฎีการเชื่อมไขว้ของคอลลาเจนเสนอว่า ความแก่เกิดจากส่วนประกอบของคอลลาเจน มีการจับตัวกันมากขึ้น เส้นใยหดสั้นเข้า ยืดหยุ่นน้อยลง แข็ง ฉีกขาดง่าย

แนวคิด คอลลาเจนเป็นส่วนประกอบหลักของเนื้อเยื่อเกี่ยวพันโมเลกุลของคอลลาเจน จะเป็นสาย 3 สาย ไขว้กัน แต่จะมีการเชื่อมโยงแต่ละสายไว้ด้วยกัน (Pair of Esternonds) เมื่ออายุมากขึ้น การเชื่อมโยงนี้จะหลุดออกกันไปจับกับโมเลกุลที่อยู่ใกล้เคียง เกิดการเชื่อมไขว้ระหว่างโมเลกุลของคอลลาเจน มีผลให้ความยืดหยุ่นลดลง และมีความแข็งมากขึ้นจึงฉีกขาดง่าย จะพบมากที่บริเวณผิวหนัง เอ็น กระดูก หัวใจ กล้ามเนื้อผนังปอด และหลอดเลือด การเชื่อมไขว้นี้จะเกิดเร็ว และมากที่สุดระหว่าง 30 - 50 ปี

10. ทฤษฎีการสะสมของเสียในเซลล์เสนอว่า การแก่ของเซลล์เป็นการแสดงถึงการคั่งค้างสะสมของเสียไว้เป็นเวลานาน ทำให้เซลล์มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง และหน้าที่จนกระทั่งความสามารถของเซลล์ลดลงหรือตาย

แนวคิด คนเป็นสิ่งมีชีวิตระดับสูงที่มีความซับซ้อนในรูปร่าง และการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ การดำรงชีวิตของเซลล์จะมีการเปลี่ยนแปลงทางเคมีอยู่เสมอ เพื่อสร้างพลังงาน การสะสมของเสียจากเมตาบอลิซึมทั้งในเซลล์ และระหว่างเซลล์ อาจจัดเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการแก่ โดยเฉพาะในเซลล์ที่ไม่มีการแบ่งตัวได้อีก จึงไม่มีการเปลี่ยนแปลงตัวเอง เช่น เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์ประสาทสมอง ไขสันหลัง และไต

11. ทฤษฎีอนุมูลอิสระเสนอว่า ความแก่เกิดจากอนุมูลอิสระที่เกิดขึ้นภายในร่างกายซึ่งมีความไวต่อการทำปฏิกิริยาทางเคมีมาก ทำให้เกิดความผิดปกติของยีน และทำลายสภาพของเซลล์เนื้อเยื่อตลอดจนอวัยวะ

แนวคิด อนุมูลอิสระ (Free Radicals) คือ โมเลกุลที่มีจำนวนอิเล็กตรอนเป็นเลขคี่ มีความว่องไวในปฏิกิริยามาก ในสภาวะปกติอนุมูลอิสระเกิดขึ้นบนผนังเซลล์ และภายในเซลล์ หรือส่วนประกอบของเซลล์ในความเข้มข้นต่างกัน อาจมีอายุสั้นมากหรืออยู่ยาวนานปี การทำลายเซลล์ และเนื้อเยื่อโดยอนุมูลอิสระที่พบมีดังนี้

ผนังเซลล์ --- โมเลกุลของกรดไขมันไม่อิ่มตัวจะแตกหักเสียโครงสร้าง ความแข็งแรงของเยื่อหุ้มเซลล์ และเซลล์ของอวัยวะจะลดลง ทำให้เซลล์ไม่สามารถคงสภาพปกติได้

- ระบบประสาทกลาง มีการเชื่อมโยงของนิวเคลียสอันใหญ่ของเซลล์ (Macromolecules) เช่น สารอาหาร จึงอาจมีผลให้การแพร่ของสารอาหารหยุดชะงัก
- เมตาบอลิซึมของออกซิเจน ทำให้เอนไซม์หมดสภาพ ดีเอ็นเอ (DNA) แตกหัก มีผลให้ผนังของอวัยวะ และเซลล์เสื่อมหน้าที่
- โปรตีน อนุมูลอิสระสามารถตัดโปรตีนชักนำให้เกิดการเชื่อมโยงของโปรตีน ซึ่งมักต้านการย้อนกลับของโปรตีน (Reduction)

จากทฤษฎีทางชีววิทยาของการสูงอายุ จะพบว่า ในแต่ละทฤษฎีนั้นก็ได้พยายามที่จะค้นหาความจริงเพื่อนำมาอธิบายว่า การสูงอายุหรือความแก่หรือชรานี้ เป็นผลจากสิ่งใดในการนำทฤษฎีต่าง ๆ เหล่านี้ไปใช้ ผู้ศึกษาแต่ละคนมีแนวความเชื่อในเรื่องใด ล้วนแล้วแต่จะนำแนวคิดของทฤษฎีไปประกอบการศึกษา ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาค้นคว้าทดลองเกี่ยวกับความแก่มามากมายแต่ยังไม่มีข้อสรุปใดที่สามารถนำไปใช้อธิบายทั่วไปได้ ทราบแต่เพียงว่ากระบวนการชรภาพหรือความแก่ของเซลล์ต่าง ๆ เป็นปฏิกิริยาซับซ้อนเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม การเผาผลาญฮอร์โมน ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบประสาท ต่อมไร้ท่อ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบในเซลล์ เนื้อเยื่อ และอวัยวะเท่านั้น

ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (Psychological Theory)

ทฤษฎีทางจิตวิทยาได้เชื่อมโยงเอาทฤษฎีทางชีววิทยา และสังคมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย โดยมีความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นเป็นการพัฒนา และปรับตัวของความคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัสทั้งปวง ตลอดจนสังคมที่คนชรา นั้น ๆ อยู่อาศัย นักจิตวิทยาได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความชราทางจิตวิทยา พบว่า

- ด้านสติปัญญา ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าสติปัญญาเสื่อมลงตามวัย
- ด้านความจำ และการเรียนรู้ เป็นสิ่งที่ต้องศึกษาควบคู่กันไป จากการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเรียนรู้ได้ดีเท่ากับคนอ่อนวัย แต่ใช้เวลานานกว่า บังคับที่ทำให้เกิดปัญหาต่อการเรียนรู้ คือ ความเครียด บังคับทางสังคม และสรีรวิทยาของบุคคล การสูญเสียความจำ และความสามารถในการเข้าใจสิ่งต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุหวาดกลัว และเป็นปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

- ด้านแรงจูงใจ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องใช้แรงกระตุ้นในการทำงานมากกว่าบุคคลวัยอื่น ถ้าผู้สูงอายุมีประสบการณ์ที่ดี ได้รับการยอมรับในสังคม อารมณ์มั่นคง อาจกล่าวได้ว่าความสำคัญของช่วงชีวิตครึ่งหลังจะมีผลจากครึ่งแรกของชีวิต

ในด้านจิตวิทยาส่วนใหญ่เชื่อว่า ผู้เข้าสู่วัยชราเมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีเขาวัวปัญญาเสื่อมลง กล่าวคือ เขาวัวปัญญาจะพัฒนาเต็มที่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นต่อจากนั้นจะอยู่ในแนวระนาบหรือค่อนข้างคงที่ประมาณ 10 ปี แล้วจึงค่อย ๆ เสื่อมลงสำหรับทฤษฎีด้านจิตวิทยาของผู้สูงอายุ มี 2 ทฤษฎี คือ

1. ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับภูมิหลัง และการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความรัก ความอบอุ่น เห็นความสำคัญของคนอื่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุข ถ้าผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ขาดความรัก ร่วมมือกับใครไม่ได้ จิตใจแคบ รู้สึกว่าตนเองทำคุณกับใครไม่ขึ้น มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุขนัก ชีวิตนั้นปลายมักจะเศร้า แต่การเข้าสู่วัยสูงอายุนั้นเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะเป็นธรรมชาติของสิ่งมีชีวิต มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย บัณฑิตยแวลลอมและประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลที่จะผลักดันให้มีบุคลิกภาพแตกต่างกันไป

2. ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่อง และคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ ก็ด้วยการเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องราวต่าง ๆ อยู่เสมอ มีการค้นคว้า และพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้จะมีลักษณะเช่นนี้จะต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี และมีฐานะทางเศรษฐกิจดีพอเป็นเครื่องเกื้อหนุนได้

ทฤษฎีทางด้านสังคม (Sociological Theory of Aging)

เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงแนวโน้มบทบาทของบุคคล สัมพันธภาพและการปรับตัวทางสังคมในช่วงท้ายชีวิต หรือเป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์เหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานะทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ทั้งพยายามที่จะช่วยให้มีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ทฤษฎีทางด้านสังคมเชื่อว่า ถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ก็จะทำให้สถานะของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลง

อย่างรวดเร็วด้วย และสถานะของผู้สูงอายุในสังคมใดจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับจำนวนผู้สูงอายุในสังคมนั้น (ดวงฤดี ลาสุชะ. 2528 : 24) ซึ่งมีแนวคิดทฤษฎีทางด้านสังคมวิทยาที่สำคัญได้แก่

1. ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (The Activity Theory)

ฮาวิกเฮิร์ท (Havighurst) ได้ศึกษาในปี 1963 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะดำเนินชีวิตเหมือนกับคนที่อยู่ในวัยกลางคน สถานภาพทางสังคมจะลดลง บทบาทเก่าจะถูกถอนตัวออกไป ลักษณะของสังคมจะต้องมีแบบแผนให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้เท่ากับคนวัยกลางคน โดยสนับสนุนให้มีกิจกรรม มีความสนใจ ร่วมเป็นสมาชิกกับบุคคลวัยเดียวกันในกิจกรรมต่าง ๆ ทฤษฎีนี้เน้นมาถึงการรักษาระดับของกิจกรรมที่จะให้คงไว้ และเหมาะสมกับกระบวนการความสูงอายุ เช่น การมีงานอดิเรก การเป็นสมาชิกกลุ่ม ส่งเสริมให้มีเพื่อนใหม่ กล่าวคือ ผู้สูงอายุจะมีชีวิตที่เป็นสุข มั่นคง และมีคุณค่าได้นั้น ควรมีบทบาท และกิจกรรมทางสังคมต่อไป

2. ทฤษฎีการถดถอยทางสังคม หรือไร้ภาวะผูกพัน (Disengagement Theory)

เอลเลน คัมมิง และวิลเลียม เฮนรี (Elaine Cumming and William Henry) ได้ศึกษาในปี 1961 พบว่า กระบวนการของการของความสูงอายุจะมีลักษณะเฉพาะ คือ ส่วนใหญ่จะค่อย ๆ หนีหรือถดถอยไปที่ละน้อย ๆ จากคนอื่นในสังคม และผู้สูงอายุจะมีความพอใจอย่างมาก ถ้าได้มาอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมือนเดิม นอกจากนั้นพบว่า ถ้าสิ่งแวดล้อมดี สังคมยอมรับ เปิดโอกาส และเคารพในตัวผู้สูงอายุแล้ว จะเป็นเหตุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้ามาร่วมในสังคมมากกว่าถดถอย สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุถดถอยจากสังคมเนื่องจากต้องทิ้งบทบาทเดิม เช่น การเกษียณอายุราชการ คู่สมรสเสียชีวิต บุตรแยกครอบครัวออกไป เป็นต้น ในระยะแรก ๆ นั้น ผู้สูงอายุอาจจะรู้สึกวิตกกังวล และมีความบิบบิ้น แต่ในที่สุดผู้สูงอายุก็จะยอมรับสภาพใหม่ คือ การไม่เกี่ยวข้องกันกับสังคมได้ (ละออง สุวิทยาภรณ์. 2534 : 17 ; อ้างอิงมาจาก Dowd. . 1975 : 87) นอกจากนี้เชื่อว่า สุขภาพก็มีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมด้วย ผู้ที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี หรือได้ทำประโยชน์ให้กับสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุนั้นมีการพัฒนาตนเองต่อบทบาทใหม่อยู่เสมอ

3. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory)

เป็นผลจากการศึกษาเพื่อหาข้อโต้แย้งของทฤษฎีติดตอย และทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน นิวการ์เทน (Neugarten) ได้ศึกษาในปี 1964 ว่าทฤษฎีทั้งสองมาวิเคราะห์พบว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุข และมีกิจกรรมร่วมกัน ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ และแบบแผนชีวิตของแต่ละคน เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบกิจกรรมร่วมกันในสังคม ก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิมเมื่อมีอายุมากขึ้น ส่วนผู้ที่ชอบสันโดษไม่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อน ก็ย่อมจะแยกตัวออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น

ภาวะจิตใจและสังคม เป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทางจิตใจ และสภาวะทางสังคมมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด การกล่าวถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรมของผู้สูงอายุก็ควรจะไปกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม ตำแหน่งหน้าที่การงาน และมาตรฐานทางสังคมของแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุมักเกิดร่วมกัน และมีผลกระทบซึ่งกันและกันทั้งทางด้านสุขภาพ บุคลิกภาพ ดังนั้น การให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต้องเลือกให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

2.2 การเปลี่ยนแปลง และผลกระทบในวัยสูงอายุ

จากที่ได้กล่าวแล้วว่า เวลาของการมีชีวิตมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเจริญ และความเสื่อมถอยของร่างกายมนุษย์หรือเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นธรรมชาติไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้นภาวะสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุมาก เพราะจะช่วยให้สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามที่ต้องการได้ การป้องกันแก้ไขความผิดปกติตั้งแต่แรกจะสามารถช่วยให้ชีวิตราบรื่น ลดความรุนแรงลง (บริบูรณ์ พรพิบูลย์. 2527 : 112) การที่บุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุนั้น มีผลสืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าสภาพปัญหาในผู้สูงอายุนั้นมีองค์ประกอบที่เกี่ยวเนื่องกันและกัน การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุมี 4 ด้าน คือ (นิศา ชูโต. 2525 : 7 - 8)

(1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ร่างกายของผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน เช่น เซลล์ต่าง ๆ ส่วนใหญ่ทำงานลดลง และมีจำนวนน้อยลง

ร้อยละ 30.00 เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว ขนาดของเซลล์ที่เลือกจะใหญ่ขึ้น เพราะมีไขมันสะสมมากขึ้น ปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น กระดูกจะมีแคลเซียมสลายออกมากขึ้นทำให้น้ำหนักกระดูกลดลงและพุ่งยวบขึ้น ปริมาณน้ำภายในเซลล์ลดลงแต่ปริมาณน้ำนอกเซลล์ยังคงเดิมหรือลดลงเพียงเล็กน้อย จึงทำให้ปริมาณน้ำทั้งหมดภายในร่างกายลดลง การกระจายของส่วนประกอบที่สำคัญของร่างกายเริ่มจากอายุ 25 - 75 ปี และได้มีผู้ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุไว้มาก และมีข้อสรุปที่คล้ายคลึงกัน เช่น

เสนอ อินทรสุขศรี (2519) ได้กล่าวถึงวัยสูงอายุว่า เป็นวัยแห่งความเสื่อมโทรมของร่างกาย ผิวหนังเหี่ยวย่น ตามัว หูตึง พันหัก กระดูกเปราะ หม่วรง หัวใจทำงานได้น้อยลง ออกแรงไม่ได้ เป็นวัยแห่งความหลัง เหลืออยู่แต่ความชัดเจนของประสบการณ์ชีวิต ต้องการความสงบทางใจ รอเวลาสิ้นสุดชีวิต

บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2527 : 13 - 15) กล่าวว่า ความชราจะเกิดกับคนแต่ละคนไม่เท่ากัน ในแง่ความมากน้อย และความช้าเร็ว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกรรมพันธุ์ เพศ อาชีพ การระวังรักษาสุขภาพ อาหาร และสิ่งแวดล้อม สิ่งที่ผู้สูงอายุควรสนใจในสุขภาพเป็นพิเศษ ได้แก่ สายตา การได้ยิน สุขภาพของปากและฟัน สมรรถภาพของหัวใจ ไต ปอด และมะเร็ง เป็นต้น

ไกรสิทธิ์ ดันติศิริรินทร์ และคนอื่น ๆ (2533 : 143 - 147) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงตามอายุจะเกิดขึ้นไม่เท่ากันในแต่ละคน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มักมีอุบัติการณ์ของโรคเรื้อรังเกิดขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น และเมื่ออายุเข้าสู่วัยสูงอายุ ปริมาณเซลล์ร่างกายที่ทำหน้าที่ในอวัยวะต่าง ๆ ลดลง เนื่องจากการสร้างเซลล์ใหม่เพื่อทดแทนเซลล์เก่าที่ตายไปนั้นลดลง โดยเฉพาะเซลล์สมอง ไต กล้ามเนื้อ ปอด หัวใจ และกระดูกอ่อน

แอนเดอร์สัน (Anderson. 1978 : 81) กล่าวว่า ความสูงอายุเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในลักษณะเสื่อมลง คือ มีอัตราการเผาผลาญลดลงประมาณร้อยละ 7.00 ในทุก ๆ 10 ปี เนื้อเยื่อในร่างกายมีแนวโน้มแห้งลง ไขมันเริ่มมีขึ้นพร้อมกับการหดตัวของเซลล์ ประสิทธิภาพของระบบกล้ามเนื้อ และระบบการไหลเวียนโลหิตจะลดลง มีอาการเสื่อมของระบบย่อยอาหาร ระบบประสาท จากความเสื่อมในระบบต่าง ๆ นี้ เป็นสาเหตุมาซึ่งความเจ็บปวด และความผิดปกติมากขึ้นในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหรือสรีรภาพนั้น มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในทุกระบบหน้าที่ ตั้งแต่ในระดับเซลล์ ความสามารถในการทำงานของอวัยวะจะลดลงเมื่อเปรียบเทียบระหว่างวัยผู้ใหญ่อายุ 35 ปี กับวัยสูงอายุ 65 ปีขึ้นไป พบว่า ความสามารถในการทำงานของแต่ละระบบเป็นดังนี้ ระบบหายใจ ลดลงประมาณร้อยละ 40.00 - 55.00 ระบบทางเดินอาหาร การเผาผลาญอาหารลดลงร้อยละ 10.00 ถึง 15.00 ระบบหัวใจและหลอดเลือด การฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายลดลงร้อยละ 25.00 ถึง 30.00 ความสามารถในการทำงานทั่วไปลดลงร้อยละ 30.00 ถึง 40.00

กระบวนการทำงานเพื่อรักษา และควบคุมระดับปกติของสารต่าง ๆ ในร่างกายด้อยลง ฉะนั้นผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดอาการต่าง ๆ อันเนื่องจากความไม่สมดุลย์หรือระดับของสารในร่างกายสูงต่ำผิดปกติได้มากกว่าวัยอื่น ๆ (ปาหนัน บุญหลง. 2533 : 4)

จากมีผู้ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ และจากทฤษฎีผู้สูงอายุจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุจะเกิดกับหน่วยเล็กที่สุด คือ เซลล์ ซึ่งมีการเจริญเติบโตและตายลง ตลอดจนมีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นทดแทน แต่เมื่ออายุมากขึ้นการตายของเซลล์จะเพิ่มจำนวนขึ้น จึงเป็นผลให้การทำงานในระบบต่าง ๆ ของร่างกายมีประสิทธิภาพลดลงตามไปด้วย

(2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิทยา สภาวะทางจิตใจเกี่ยวข้องกับผูกพันกับสภาวะทางร่างกายอย่างใกล้ชิด เมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่เพิ่มมากขึ้น อารมณ์และจิตใจก็ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการทางจิตของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

รอย (Roy. 1985 : 302) กล่าวว่า มนุษย์เป็นหน่วยเดียวประกอบด้วย กาย จิต สังคม ไม่อาจแยกร่างกายและจิตใจออกจากกันได้ สิ่งกระทบใด ๆ ที่กระทบร่างกายหรือจิตใจ พฤติกรรมการตอบสนองจะเป็นการตอบสนองรวมทั้งร่างกายและจิตใจควบคู่กันไป

สุชาติ โสมประโยธ (2526 : 76) กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุว่า ปัญหาด้านร่างกายสัมพันธ์กับจิตใจอย่างแยกออกจากกันไม่ได้ เมื่อมีสุขภาพกายดีสุขภาพจิตหรือจิตใจก็สบาย มีความสดชื่น ในทางตรงกันข้าม ถ้ามีปัญหาด้านร่างกาย สุขภาพไม่ดีก็จะส่งผลทำให้จิตใจไม่สบายไปด้วย

จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ความเสื่อมของอวัยวะและปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ บัณฑิตทางพันธุกรรม ความสำเร็จทางการศึกษา สถานะทางสังคม ความต้องการงานประจำที่เคยทำ การสูญเสียต่าง ๆ ประกอบกับผลกระทบทางเศรษฐกิจ ล้วนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิทยาที่เกิดขึ้นได้แก่

2.1 บุคลิกภาพ จากการศึกษาของนักทฤษฎีบุคลิกภาพ พบว่าความสูงวัยแทบจะไม่มีผลทำให้บุคลิกภาพของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป บุคลิกภาพที่มีมาแต่เดิมจะยังคงที่อยู่แม้ว่าวัยจะเพิ่มมากขึ้น เช่น ผู้ที่อยู่ในวัยเด็กมีอารมณ์ฉุนเฉียวง่ายเมื่อมีอายุมากขึ้น บุคลิกภาพเดิมจะมีผลต่อบุคลิกภาพปัจจุบัน นั่นคือ อารมณ์จะไม่เยือกเย็น อย่างไรก็ตามก็ตามอิทธิพลหรือข้อจำกัดทางกายและจิตใจก็อาจมีผลต่อบุคลิกภาพในปัจจุบันของผู้สูงอายุได้ บุคลิกภาพในผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพเหตุการณ์แวดล้อม และภาวะวิกฤตแต่ละบุคคลได้เผชิญแตกต่างกันออกไป แม้ว่าจะมีพื้นฐานดั้งเดิมจากวัยเริ่มต้นชีวิตแล้วก็ตาม หากปรับตัวได้จะทำให้ตนเองและผู้ใกล้ชิดมีความสุข แต่หากปรับตัวไม่ได้มักจะก่อให้เกิดความทุกข์แก่ตนเองและผู้อื่นเช่นกัน การเรียนรู้ถึงสภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ จะช่วยให้เกิดการปรับตัวเข้าหากัน เพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

2.2 การเรียนรู้และความจำ การเรียนรู้และความจำมีความสัมพันธ์กันอย่างเหนียวแน่น การเรียนรู้ของผู้สูงอายุจะเริ่มบกพร่องลงเมื่ออายุ 40 - 50 ปี และเมื่ออายุ 70 ปี จะเริ่มเรียนรู้ได้ยากขึ้น เหตุผลที่ทำให้การเรียนรู้บกพร่องไปยังอธิบายได้ไม่แน่ชัด มีการแก้ไขให้ผู้สูงอายุได้เกิดการเรียนรู้ขึ้น โดยการลดอัตราความเร็วในการนำเสนอปัญหา ลดความคาดหวังว่าจะได้รับการตอบสนองอย่างรวดเร็ว และพัฒนากลไกวิธีในการเรียนรู้ให้ดีขึ้น การเรียนรู้สามารถเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ เพราะผู้สูงอายุมีความเข้าใจว่าจะเรียนรู้ได้อย่างไรได้ดี จึงเป็นไปได้ที่จะช่วยพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุในการปรับตัวให้เข้ากับงานใหม่ หรือชีวิตความเป็นอยู่ใหม่ได้ดีขึ้น

การศึกษาเรื่องความจำในวัยสูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในเรื่องความจำระยะสั้น หรือตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้น้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า

แม้ความจำเรื่องเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้วยังคงสูงอยู่ ด้วยเหตุนี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสับสน หงุดหงิด และขาดความมั่นใจตนเอง และนอกจากนั้นความจำยังขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ความน่าสนใจของเนื้อหาและสมาธิ

(3) ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ พบว่า คนส่วนใหญ่มักเกิดความคิดสร้างสรรค์เมื่ออายุ 30 - 60 ปี และผู้สูงอายุมักมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ได้ แม้ว่าเขาจะไม่ได้รับการศึกษาก็ตาม เขาจะนำประสบการณ์ต่าง ๆ มาเรียบเรียงรวมเข้าด้วยกัน ในระดับที่สูงกว่าขั้นก่อนกว่า และสร้างชิ้นใหม่จริง ๆ ตามความคิดของเขา ซึ่งมักตรงกับสภาพความเป็นจริงที่คนส่วนใหญ่ต้องการ และผู้สูงอายุมักมีการตัดสินใจช้า อาจเป็นเพราะต้องการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง หรือเพราะกลัวความล้มเหลวจากสิ่งที่เขาเคยได้เรียนรู้จากประสบการณ์ต่าง ๆ ในอดีต แต่ถ้าไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้สูงอายุก็ดูเหมือนจะเลือกเอาสิ่งที่มีความเสี่ยงสูงหรือสิ่งใหม่ ๆ เหมือนผู้อ่อนวัยกว่าเหมือนกัน

(4) สถิติปัญญา ด้านสติปัญญาพบว่า ความสามารถทางสมองของคนเราจะอยู่ในระดับสูงเมื่ออายุ 24 ปี และจะเริ่มลดน้อยลงภายหลังอายุ 30 ปี ซึ่งจะลดลงเรื่อยไปจนถึงวัยชรา และในผู้สูงอายุที่ไม่มีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี อาจมีการเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญาเสื่อมถอยเพียงเล็กน้อย หรืออาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเลยในบุคคลเดียว

พฤติกรรมของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความเสื่อมทางสมอง ทำให้การเคลื่อนไหวช้าลง ตัดสินใจยากขึ้น ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ซับซ้อนที่มีการประสานงานต่อเนื่องได้ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาของผู้สูงอายุตามสภาพแวดล้อม การศึกษา กิจกรรมในสังคมประสบการณ์ และสุขภาพของแต่ละคน

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

มนุษย์มีการอยู่ร่วมกันเป็นสังคม มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน การแลกเปลี่ยนแนวความคิดเห็น และการมีความรู้สึกว่าเป็นสมาชิกของกลุ่ม สิ่งเหล่านี้เป็นความต้องการทางสังคม การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของสังคมเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องประสบเช่นเดียวกับบุคคลอื่น ๆ อย่างน้อยการเปลี่ยนตำแหน่งในครอบครัวก็เป็นสิ่งแรก จากที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวกลายมาเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนในครอบครัวหรือเป็นที่ปรึกษา หรือเป็นที่เคารพหรือเป็นผู้คอยดูแล

บ้าน เป็นต้น บางรายไม่มีอาชีพกลายเป็นผู้อาศัยไป ดังนั้นการปรับตัวของผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเกิดขึ้น ความสามารถในการร่วมกิจกรรมช้าลง ความสามารถในการแสวงหามิตรใหม่มีจำกัด เพราะผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามักขาดความพึงพอใจที่จะสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจึงผูกพันอยู่มิตรเก่าเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งก็มีเหลืออยู่น้อย

นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีสภาพเศรษฐกิจเป็นปัญหาที่สำคัญ เพราะประชาชนชาวไทย ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 60.00 มีรายได้ต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยของรายได้ประชากรในประเทศ และผู้สูงอายุไม่สามารถหางานอื่นทำได้ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการครองชีพ ดังนั้น ภาวะเศรษฐกิจก็เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล มีความเครียดมากขึ้น และอาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพของร่างกายไปอีกด้วย (ปาหนัน บุญหลง. 2533 : 7 - 9)

จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางปัจจัยสังคม และวัฒนธรรมมีผลกระทบต่อปัญหาทางกายและจิตของผู้สูงอายุ ได้ดังต่อไปนี้ คือ

การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์บทบาทต่าง ๆ ในสังคมมากมาย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจในตำแหน่งหน้าที่ การเปลี่ยนแปลงบทบาทที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเกษียณอายุ ทำให้รู้สึกสูญเสียอำนาจ ตำแหน่งบารมี ความเคารพยกย่อง และรายได้ ผู้สูงอายุชายความรู้สึกละอายจะมีมากในคนที่เป็นผู้หารายได้เลี้ยงครอบครัว แต่ในเพศหญิงความรู้สึกละอายจะน้อยกว่า จะมีความรู้สึกสูญเสียบทบาทของแม่บ้าน แต่ยังคงบทบาทของแม่อยู่เช่นเดิม

บทบาทของผู้สูงอายุในสังคมเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากสังคมเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมไปสู่สังคมอุตสาหกรรม ทำให้ระบบครอบครัวเปลี่ยนโครงสร้างจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้มีการลดคุณค่าและบทบาทของผู้สูงอายุลง ไม่มีสิทธิเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับภายในบ้าน การเปลี่ยนแปลงบทบาทที่ดูเหมือนว่า จะมีผลกระทบที่รุนแรงที่สุด อาจเกิดจากคู่ครองไม่สามารถทำหน้าที่ทางร่างกาย และจิตใจได้ถึงขั้นของบทบาท เช่น การหาเลี้ยงครอบครัวที่ทำให้เกิดปัญหาในด้านการเงิน ถ้าภรรยาไม่สามารถทำงานบ้านได้ สามสิ่งที่เคยอยู่แต่ในสังคมนอกบ้าน และมีความเชื่อว่างานนั้นเป็นงานผู้หญิง มีสิ่งของที่ชายพึงกระทำได้ และ

จากการขาดการเตรียมตัวมาก่อน จึงเป็นการยากจะรับบทบาทได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้พบได้บ่อยในบั้นปลายชีวิต ผลกระทบที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ก็คือ ความอ้างว้าง ว้าเหว่ ความรู้สึกโกรธแค้น เศร้าซึม ซึ่งทำให้มีผลกระทบไปถึงการดูแล และผู้ให้การดูแลด้วย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่เกษียณอายุออกจากราชการ รัฐวิสาหกิจหรืองานเอกชน แต่ยังคงดำรงชีวิตต่อไปในสังคม ยังต้องใช้จ่ายใช้สอยเพื่อการดำรงชีพเพื่อการดูแลสุขภาพ และคำรักษายาบาล จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่เกษียณอายุแล้วจะพบว่า สถานภาพทางการเงิน ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัวจะลดลงจากที่หัวหน้าครอบครัวยังคงทำงานอยู่ ความต้องการทางด้านการเงินของผู้สูงอายุ ก็เพื่อนำมาใช้ในการครองชีพ การพักผ่อนหย่อนใจ และทุนบำรุงที่อยู่อาศัย ซึ่งอัตราค่าใช้จ่ายเหล่านี้สูงขึ้นอย่างไม่หยุดยั้ง ทำให้ผู้สูงอายุใช้จ่ายไม่พอเพียง จากการศึกษาของ ฟิริลทรี คานวนศิลป์ และคนอื่น ๆ (2523 : 148 - 149) พบว่า ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 20.00 ต้องการให้รัฐจัดสวัสดิการสังคมในลักษณะให้รายได้ประจำแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้มิได้เป็นข้าราชการที่ได้รับบำเหน็จหรือบำนาญจากทางราชการแต่อย่างใด ยิ่งไปกว่านั้นภาวะเงินเฟ้อยิ่งทำให้ผู้สูงอายุประสบความยากลำบากมากขึ้น ในขณะที่ค่าครองชีพเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ เงินทองส่วนใหญ่ใช้ไปกับคำรักษายาบาล แต่รายได้ยังคงที่ ซึ่งดูคล้ายกับว่าเงินที่มีอยู่จะลดน้อยลงเป็นลำดับ จึงมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 25.00 ที่ต้องการเพิ่มพูนรายได้ของตน และยังช่วยให้ตัวเองรู้สึกว่ามีคุณค่า และเงินยังช่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นอีกด้วย

การสูญเสียและความเศร้าโศก

อีลิโอเปาลอส (Eliopoulos. 1979 : 55) กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงร่างกายหรืออวัยวะต่าง ๆ ที่มีผลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ และเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป จะส่งผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น โดยอาจจะมีส่วนเกิดจากสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่

1. การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก อาจเป็นคู่ชีวิต เพื่อน บุคคลที่ใกล้ชิดหรือญาติต้องตายจากหรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิดความซึมเศร้า

2. การสูญเสียสถานภาพสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากวัยอันควรที่ต้องออกจากงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลงเนื่องจากหมดภาระติดต่อด้วย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ ไร้คุณค่า ไร้ความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม และขณะเดียวกันก็ทำให้ขาดรายได้ ผลจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3. การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว ครอบครัวระยะนี้ บุตรธิดามักจะมีครอบครัวกันแล้ว ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อ แม่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความว้าเหว่ และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง

4. ความไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศ นับเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศได้ทั้ง ๆ ที่ยังมีความต้องการอยู่

การสูญเสียที่เพิ่มขึ้นมากในผู้สูงอายุภายหลังเกษียณอายุ คือ การเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตสุขภาพที่เลวลง มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ด้วย โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ของตนเอง (ความแข็งแรง รูปร่าง และพฤติกรรม) อาจยิ่งด้วยตามภาวะของความเจ็บป่วย และความสามารถที่ถดถอย ทำให้ผู้สูงอายุหนีออกจากสังคม ผลที่ตามมา คือ ความว้าเหว่ โดดเดี่ยว และทางแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ทั้งสิ้น จึงอยู่ที่ว่าผู้สูงอายุจะสามารถปรับตัวเองได้ดีประการหนึ่ง และอีกประการหนึ่งคือ บุคคลรอบข้าง บุตรหลาน ได้ให้ความเข้าใจรับรู้สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ และร่วมมือร่วมใจจะช่วยให้แสงสว่างแก่ชีวิตของผู้สูงอายุหรือไม่เพียงใด

3 การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

สุขภาพอนามัยของบุคคลจะสมบูรณ์เมื่อบุคคลนั้นมีความรู้ทางด้านสุขวิทยา อันเป็นศาสตร์สาขาที่ว่าด้วยการระวังรักษาหรือดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ และการปรับปรุงส่งเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น มีความเชื่อด้านสุขภาพอนามัย และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยหรือสุขปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอในชีวิตประจำวัน คำว่า—"สุขปฏิบัติ"— หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่คนเรากระทำหรือปฏิบัติ โดยมีความมุ่งหมายเพื่อก่อให้เกิดสุขภาพและสวัสดิภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่ดื่มมีประโยชน์ การสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้แก่ร่างกาย การตรวจร่างกายประจำปี

และการปฏิบัติตามกฎจราจร เป็นต้น การปฏิบัติตามสุขบัญญัติต้องอาศัยความรู้ทางสุขวิทยา และมีความเชื่อเป็นพื้นฐานจึงจะสามารถปฏิบัติได้ดี และไม่เพียงแต่กระทำเพื่อการป้องกันโรคหรือคงไว้ซึ่งสุขภาพอนามัยปกติเท่านั้น แต่เป็นการกระทำที่ทำให้บุคคลไปสู่การมีสุขภาพอนามัยดีในระดับสูงได้ โดยให้มีความเป็นอยู่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งบุคคลต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอประจำวัน และพัฒนาการปฏิบัตินี้เป็นแบบแผนชีวิตที่สำคัญของตน (กรณิการ์ สุวรรณโคตร. 2527 : 829 - 831)

จากแนวความคิดนี้จะเห็นได้ว่าสอดคล้องกับแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน ที่มีเป้าหมายให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี และยังสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุก็เป็นบุคคลในสังคมที่ต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต้องเริ่มต้นจากการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง ที่ได้กระทำด้วยความตั้งใจ และมีเป้าหมายด้วยความระมัดระวัง เอาใจใส่เกี่ยวกับสุขภาพ และสวัสดิการของผู้สูงอายุเอง ทั้งในภาวะสุขภาพปกติและผิดปกติ ดังนั้น สุขบัญญัติในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้สร้างสรรค์ความมีสุขภาพดี จึงขอเสนอแนวทางในการนำไปปฏิบัติในกิจวัตรประจำวันได้ 7 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ และสุขนิสัยการรับประทานอาหาร ด้านการนอนหลับและพักผ่อน ด้านการออกกำลังกาย ด้านสุขนิสัยในการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านการรักษาสุขภาพเบื้องต้น และด้านความสัมพันธ์ของครอบครัว

3.1 โภชนาการ และสุขนิสัยการรับประทานอาหาร

โภชนาการที่ดีจัดว่าเป็นโอสถอันวิเศษที่จะช่วยให้สุขภาพดี

แข็งแรง อายุยืน ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตในด้านการใช้ความคิดมากกว่าใช้แรงงานทางร่างกาย พลังงานที่ร่างกายต้องการจึงควรลดลงเฉลี่ยวันละประมาณ 110 แคลอรีต่ออายุ ลดลงทุก 10 ปี หรือให้ลดลงร้อยละ 10.00 จากพลังงานที่พึงได้ต่อวันในวัยสูงอายุ และให้ลดต่ำสุดไม่น้อยกว่า 1,200 แคลอรีต่อวัน เพราะจะได้สารอาหารไม่ครบตามความต้องการ และพลังงานนี้ควรได้จากสารอาหารหลัก 3 ประเภท คือ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน ในสัดส่วนดังนี้ คาร์โบไฮเดรต ร้อยละ $50.00 = 55.00 - (150 - 200 \text{ กรัม})$ โปรตีน ร้อยละ $25.00 - 20.00$ (50 - 90 กรัม) ไขมัน ร้อยละ $25.00 - 30.00$ (40 - 60 กรัม)

โดยทั่วไปผู้สูงอายุควรลดปริมาณอาหารพวก แป้ง ข้าว น้ำตาลทราย น้ำอัดลม น้ำหวานที่มีคาร์โบไฮเดรตสูง และอาหารพวกไขมันทั้งจากพืชและสัตว์ ได้แก่ กะทิ เนย ไขมันที่ปรุงอาหาร เป็นต้น การได้รับพลังงานจากอาหารมากเกินไปทำให้เกิดโรคอ้วน โรคไขมันสูงในเลือด และเบาหวานได้ด้วย ถ้าได้รับพลังงานจากสารอาหาร น้อยลงหรือมากเกินไป ทำให้เกิดการขาดโปรตีน พลังงานหรือวิตามิน และเกลือแร่ได้ สำหรับคนไทย กองโภชนาการ กรมอนามัย ได้แนะนำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่ให้พลังงานลดลง 100 - 150 กิโลแคลอรี ทุก ๆ 10 ปีของอายุที่เพิ่มขึ้น เช่น อายุ 50 - 59 ปี ควรได้รับพลังงานจากอาหารวันละ 2,000 - 2,550 กิโลแคลอรี อายุ 60 ปีขึ้นไป ควรได้รับพลังงานลดลงเป็น 1,850 - 2,850 กิโลแคลอรี

และเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวของร่างกายน้อยลง กว่าเดิม ดังนั้น ผู้ที่เริ่มจะเข้าวัยสูงอายุควรมีการรับประทานอาหารที่มีแคลอรีต่ำ คือ ควรลดอาหารพวกแป้ง น้ำตาล และไขมันให้น้อยลงกว่าเดิม และรับประทานอาหารที่มีคุณค่าอาหาร เพื่อการซ่อมแซมร่างกาย ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ผักใบเขียว และผลไม้ และผู้สูงอายุควร รับประทานอาหารมื้อละจำนวนน้อยแต่ให้บ่อยครั้งขึ้น คือ วันละ 5 - 6 มื้อ เพื่อช่วยให้ ร่างกายย่อยอาหารได้สะดวก และมีการดูดซึมได้ดี (วิจิตร บุญยะโหดระ. 2533 : 87 - 92)

คาร์โบไฮเดรตเป็นอาหารที่ให้พลังงาน ผู้สูงอายุมักชอบบริโภค เพราะประสาทรับรสหวานยังดีอยู่ แต่ต้องระวังไม่ให้เกินร้อยละ 55 ของพลังงานต่อวัน ปริมาณที่ปฏิบัติได้ง่ายคือ ไม่เกิน 3 - 6 ส่วนต่อวัน สำหรับน้ำตาลให้รับประทานไม่เกิน 6 - 9 ช้อนชาต่อวัน

โปรตีนเป็นอาหารที่ช่วยเสริมสร้างร่างกาย และซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ผู้สูงอายุควรได้รับวันละ 1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แต่ผู้สูงอายุมักจะได้โปรตีน ไม่เพียงพอ เนื่องจากปัญหาในการขบเคี้ยวลำบาก วิธีแก้คือ ต้องเลือกเนื้อสัตว์ชนิดอ่อนนุ่มเคี้ยว ง่ายไม่ติดฟัน เช่น ปลา กุ้ง หรือใช้วิธีหุงต้มให้นุ่ม เช่น ต้ม ตุ่น เคี้ยว สับ และบดปริมาณ โปรตีนที่ควรได้ คือ 6 - 9 ส่วน/วัน ส่วนไข่ ควรบริโภคไม่เกิน 3 ฟอง/สัปดาห์ ไขมันเป็น อาหารที่ให้พลังงาน และเป็นแหล่งของกรดไขมันจำเป็น และวิตามินหลายชนิด นอกจากนี้ยังเป็น ตัวช่วยละลายไขมันบางชนิดด้วย แต่น้ำย่อยเกี่ยวกับการย่อยไขมันลดลงประกอบกับการลดลง

ด้านกิจกรรม ทำให้เกิดอาการท้องอืดได้ง่าย เพราะฉะนั้นไขมันจากอาหารไม่ควรเกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด และควรเป็นไขมันชนิดไม่อิ่มตัว ได้แก่ น้ำมันพืชทุกชนิด ยกเว้นน้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม ปริมาณไขมันที่ควรได้รับ 4 - 6 ส่วน/วัน

สำหรับผักผลไม้ควรรับประทานสม่ำเสมอ ผักมีโอละ 1 ส่วน
ผลไม้มีโอละ 1 - 2 ส่วน

เกลือแร่ เป็นอาหารที่ช่วยให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานตามปกติ ช่วยในการสร้างกระดูก ฟัน โลหิต เกลือแร่ที่ควรสนใจเป็นพิเศษ คือ แคลเซียม อาหารที่ให้แคลเซียมสูงได้แก่ นม 300 มก. หรือ 240 ซีซี./วัน แต่ความต้องการแคลเซียมในวัยผู้สูงอายุเท่ากับ 400 มก./วัน การดื่มนม 1 แก้ว ก็จะได้แคลเซียมเพียงพอ ในกรณีที่ดื่มนมไม่ได้อาจทดแทนโดยผักสีเขียว เนยแข็ง ถั่วต่าง ๆ ไข่แดง

วิตามิน ผู้สูงอายุต้องการวิตามินเพิ่มขึ้น

น้ำ เป็นสิ่งจำเป็นมาก ควรได้รับวันละ 10 แก้ว จะช่วยให้ไตทำงานดีขึ้น และลดภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุ น้ำที่ได้รับอาจเป็นน้ำผลไม้หรือน้ำนมก็ได้

ผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารที่ครบถ้วนทั้ง 5 หมู่ ดื่มน้ำให้เพียงพอ เพื่อให้ร่างกายมีสุขภาพที่ดี และอยู่ดีมีสุข

3.2 การนอนหลับและพักผ่อน

จากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงของผู้สูงอายุในด้านผิวหนัง การเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน การรับประทานอาหารลดลง และเรื่องการนอนหลับของผู้สูงอายุ พบว่า ช่วงเวลาการนอนหลับที่เชื่อกันว่าเป็นช่วงที่ร่างกายใช้เพื่อซ่อมแซมส่วนของสึกหรอของผู้สูงอายุก็ลดลงด้วย ทำให้ผู้สูงอายุที่นอนไม่หลับมีความเสื่อมโทรมทางร่างกาย มีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูงอายุที่นอนหลับได้ และการนอนไม่หลับเป็นเวลานานยังมีผลทำให้เกิดความเครียด เบื่ออาหาร จนลดการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ลงได้ จะเห็นได้ว่าการนอนหลับในผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมาก

สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับ แบ่งออกได้ 2 สาเหตุ คือ สาเหตุภายนอก และสาเหตุภายในตัวผู้สูงอายุ ซึ่งสาเหตุภายในเกิดจากความเจ็บป่วยทางกาย เช่น การปวดข้อ ความวิตกกังวล ความเครียด ความเศร้า ผู้สูงอายุต้องอาศัยการปรับตัวอยู่ระยะหนึ่ง ซึ่งช่วงของการปรับตัวนี้ จะมีผลกระทบต่อแบบแผนการนอนของ

ผู้สูงอายุหรือกิจกรรมบางอย่าง เช่น การออกกำลังกาย ถ้ามีการออกกำลังกายเหมาะสม ทำให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น แต่ถ้าออกกำลังกายมากเกินไป อาจทำให้เกิดความเครียด และนอนไม่หลับได้ ส่วนสาเหตุภายนอกร่างกายที่ทำให้ผู้สูงอายุนอนไม่หลับคือสิ่งแวดล้อม เช่น อุณหภูมิ แสง เสียง รวมถึงการใช้นอนหลับ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการนอนหลับและพักผ่อน มีดังนี้

1. เมื่อผู้สูงอายุรู้สึกตัวว่านอนไม่หลับ ควรจะต้องหาสาเหตุของการนอนไม่หลับ
2. ควรมีการเตรียมตัวเข้านอนด้วยอุปกรณ์การนอนที่เหมาะสม สะอาด ดูแลความสะอาดของร่างกาย ปากฟัน และถ่ายปัสสาวะก่อนเข้านอน
3. ผู้สูงอายุควรเข้านอน และตื่นนอนตรงเวลา เพื่อปรับจังหวะชีวภาพที่เปลี่ยนแปลงไป
4. ถ้าสาเหตุของการนอนไม่หลับเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น อาการปวดข้อ ควรต้องดูแลตนเอง ลดความเจ็บปวด โดยการประคบด้วยความเย็นหรือความร้อน จัดท่านอนที่เหมาะสม หรืออาจต้องรับประทานอาหารก่อนเวลานอนประมาณ 30 นาที หรือถ้าสาเหตุการนอนไม่หลับจากการหายใจไม่สะดวก ควรต้องนอนศีรษะสูง โดยไขเตียงหรือเพิ่มหมอนหนุนศีรษะให้ตามความเหมาะสม
5. เพื่อให้ผู้สูงอายุนอนหลับได้เร็วขึ้น อาจใช้เทคนิคการผ่อนคลายทางร่างกาย และจิตใจ วิธีการที่มักได้ผลคือ งดการออกกำลังกายก่อนนอน 2 - 3 ชั่วโมง อ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลงที่ผ่อนคลาย นอนนับหายใจ สวดมนต์ก่อนนอน หรือทำสมาธิ ซึ่งจะได้ผลหรือไม่นั้น เชื่อว่าส่วนหนึ่งมาจากความตั้งใจในการแก้ปัญหา และความชำนาญอันเกิดจากการฝึกทำซ้ำ ๆ
6. ผู้สูงอายุควรลดช่วงเวลาการงีบหลับเวลากลางวัน โดยพยายามหากิจกรรมต่าง ๆ หรือออกกำลังกายเบา ๆ เช่น เดิน เวลาก่อนเข้านอน 2 ชั่วโมงไม่ควรออกกำลังกายใด ๆ
7. ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารว่าง และเครื่องดื่มที่รับประทาน และดื่มแล้วนอนหลับได้ เช่น นม โอวัลติน ซึ่งอาจเป็นความเคยชินที่เคยได้ดื่มหรือรับประทานอาหารว่างทำให้หลับได้ดี และผู้สูงอายุควรงดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น

กาแฟ น้ำอัดลม แอลกอฮอล์ มีผู้สูงอายุจำนวนมากนอนไม่หลับ ถ้ารับประทานอาหารมื่อเป็นปริมาณมากเกินไป ดังนั้น อาหารมื่อเป็นผู้สูงอายุควรเป็นปริมาณที่พอเหมาะ

8. สิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยให้การนอนหลับของผู้สูงอายุดีขึ้น เช่น การใช้แสงไฟสลัว ๆ ไม่เปิดไฟจ้าตรงบริเวณหัวเตียง พยายามงดการใช้เสียง

การนอนไม่หลับของผู้สูงอายุมีผลต่อกิจวัตรประจำวัน สุขภาพ และการเข้าร่วมสังคมของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรมีการดูแลสุขภาพพฒนด้านการนอนหลับ และพักผ่อนที่เหมาะสมด้วย จึงทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดี

3.3 การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากอัตราการเสื่อมโทรมมีมากกว่าความเจริญ จึงทำให้เกิดพยาธิสภาพในอวัยวะต่าง ๆ โดยทั่วไป และเกิดโรคที่พบเสมอ เช่น หลอดเลือดตีบแข็ง ข้อติดขัด โรคหัวใจเสื่อมสภาพ และโรคถุงลมโป่งพอง เป็นต้น เป็นการยากที่จะพิสูจน์ให้แน่ชัดว่าการออกกำลังกายทำให้คนมีอายุยืนขึ้นได้ แต่มีหลักฐานแน่นอนว่า ผู้ที่ออกกำลังกายโดยถูกต้องเป็นประจำแม้จะมีอายุแล้วก็ยังคงมีความกระฉับกระเฉง มีสมรรถภาพดีทั้งร่างกาย และจิตใจ มีโรคร้ายเบียดเบียนน้อย สามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้ต่อไปอีกแทนที่จะเป็นภาระแก่สังคม

จากผลของการออกกำลังกายต่อการทำงานของร่างกาย ดังกล่าวแล้ว จะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายสามารถทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางร่างกายดีขึ้น ขะลอกการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ และสามารถฟื้นฟูอวัยวะที่เสื่อมไปแล้วให้ดีขึ้นได้

ประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อร่างกายผู้สูงอายุ อาจสรุปได้ดังนี้

1. ทำให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ
2. ทำให้มีสมรรถภาพทางกายด้านต่าง ๆ สูง ทำงานต่าง ๆ ได้มากขึ้น ความเหนื่อยมีน้อยลง แรกก้ามเนื้อมากขึ้น และมีความอดทนมากขึ้น
3. ช่วยควบคุมน้ำหนักตัวและทรวดทรง
4. ป้องกันโรคที่เกิดจากความเสื่อม อาทิเช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเสื่อมต่าง ๆ

5. ช่วยฟื้นฟูสภาพในผู้ที่มีโรคจากความเสื่อมดังกล่าวในข้อ 4

ประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ดังกล่าว อาจถือได้ว่าเป็นการชะลอ "ความชรา" เนื่องจากความชราไม่ได้ตัดสินตัวอายุตาม นาฬิกาอย่างเดียวนอกจากต้องมียิ่งชีพประกอบอีก 3 อย่าง คือ รูปร่าง จิตใจ และสมรรถภาพทางกาย ซึ่งผลของการออกกำลังกายที่ถูกต้องจะทำให้ห้วงชีพประกอบทั้งสามดีขึ้นได้ ถึงแม้ว่าจะยังไม่มีหลักฐานยืนยันทางการทดลองที่แน่นอนว่า การออกกำลังกายจะสามารถยืดอายุให้ยืนยาวออกไป แต่จากผลของการออกกำลังกายต่าง ๆ ที่พิสูจน์ได้ และประโยชน์จากการออกกำลังกายดังสรุปข้างต้น รวมทั้งจากการปฏิบัติในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดยการออกกำลังกาย แสดงให้เห็นว่า สามารถทำให้ผู้ป่วยดังกล่าวมีชีวิตยืนยาวต่อไปอย่างมีสมรรถภาพ ทำให้เชื่อได้ว่า การออกกำลังกายสามารถยืดอายุให้ยืนยาวออกไปได้อีก

หลักปฏิบัติในการออกกำลังกาย (ฝึกฝนร่างกาย) วิธีต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่นิยมปฏิบัติกันอยู่มีหลายวิธี ได้แก่ กายบริหาร การฝึกแรงกล้ามเนื้อโดยไม่ใช้อุปกรณ์และใช้อุปกรณ์ การฝึกความอดทนทั่วไป การเล่นเกม การใช้ร่างกายในชีวิตประจำวัน หรืองานอดิเรก

- กายบริหาร

จุดมุ่งหมายหลักของการทำการบริหาร คือ การเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเคลื่อนไหว ได้แก่ กล้ามเนื้อ (รวมทั้งเอ็นกล้ามเนื้อ) และข้อต่อ (ปลายกระดูก, เยื่อหุ้มข้อ, เอ็นยึดข้อ) ผู้สูงอายุควรปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน โดยใช้เวลานั้นละ 5 ถึง 15 นาที วิธีทำกายบริหารมีหลายรูปแบบ เช่น การบริหารแบบหัดพละ การรำมวยจีน การฝึกโยคะ เป็นต้น แต่ละรูปแบบให้ผลต่างกันในด้านแรงขึ้นอยู่กับความหนักเบาของการปฏิบัติ และระยะเวลาในการปฏิบัติ แต่ทุกแบบจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการเคลื่อนไหวได้ มีหลักปฏิบัติดังนี้

1. การเคลื่อนไหวข้อต่าง ๆ ควรให้มากถึงขีดจำกัดของข้อ เช่น เพี้ยจนสุดหรือจนสุด หรือจนถึงจุดที่เริ่มเกิดอาการเจ็บตึงที่กล้ามเนื้อ หรือเจ็บที่ข้อ ในรายที่มีปัญหาของระบบการเคลื่อนไหวอยู่ก่อน

2. พยายามให้มีการเคลื่อนไหวที่ข้อต่าง ๆ จนครบหรือเกือบครบทุกข้อต่อ และแต่ละข้อต่อให้มีการเคลื่อนไหวไปในทิศทางที่ข้อนั้นจะเคลื่อนไหวได้ในภาวะปกติจนครบทุกทิศทาง

3. จำนวนครั้งของการทำซ้ำในแต่ละท่าขึ้นอยู่กับความหนักเบาของท่าที่ทำ และเวลาที่ใช้ในการทำแต่ละท่า ในท่าที่ใช้แรงกล้ามเนื้อค่อนข้างมาก อาจทำเพียง 6 - 10 ครั้ง ก็เป็นการเพียงพอ แต่ในท่าที่ใช้แรงกล้ามเนื้อน้อย เช่น การแกว่งแขนอาจทำมากกว่า 50 ครั้งก็ได้

4. ระหว่างปฏิบัติต้องควบคุมให้การหายใจเป็นไปอย่างสม่ำเสมอ ไม่เบ่ง หรือกลั้นการหายใจ

- การฝึกแรงกล้ามเนื้อ

การฝึกแรงกล้ามเนื้อโดยไม่ใช้อุปกรณ์คล้ายคลึงกับกายบริหาร แต่มีการใช้แรงกล้ามเนื้อบางส่วนมากจนถึงขั้นที่ให้เกิดเป็นการฝึกแรงกล้ามเนื้อ ส่วนการฝึกโดยใช้อุปกรณ์นั้น โดยปกติจะใช้ในการเสริมสร้างสมรรถภาพของกล้ามเนื้อเป็นพิเศษในนักกีฬาบางประเภท หรือผู้ที่ต้องการเป็นนักเพาะกาย ส่วนในคนทั่วไปที่มีสุขภาพดี และสามารถทำการบริหาร และฝึกแรงกล้ามเนื้อโดยไม่ใช้อุปกรณ์ได้อยู่แล้ว เกือบไม่มีความจำเป็น แต่ในรายที่ต้องการฟื้นฟูสภาพหรือแก้ไขความพิการบางอย่างด้วยกายภาพบำบัด การใช้อุปกรณ์ เช่น ลูกน้ำหนัก สปริงยัด หรือแม้แต่อุปกรณ์ไฟฟ้าที่ใช้กระตุ้นกล้ามเนื้ออาจมีความจำเป็น

สำหรับผู้สูงอายุ ถ้าหากปฏิบัติกายบริหารโดยมีท่าที่ใช้แรงกล้ามเนื้อค่อนข้างมากประกอบอยู่ด้วยแล้ว ไม่จำเป็นต้องฝึกแรงกล้ามเนื้อเป็นพิเศษ โดยเฉพาะผู้ที่อายุเกิน 60 ปีขึ้นไป ในกรณีที่ต้องการฝึกแรงกล้ามเนื้อบางส่วนที่บกพร่อง ควรเลือกการฝึกแบบไม่ใช้อุปกรณ์ โดยไม่ใช้ความหนักเกินกว่าร้อยละ 80.00 ของแรงสุดของที่ทำได้หรือความหนักที่ทำให้ไม่สามารถทำซ้ำได้ติดต่อกันถึง 6 ครั้ง ความหนักที่เหมาะสมคือ ร้อยละ 50.00 - 60.00 และทำซ้ำ 8 - 10 ครั้ง ซึ่งเรียกว่า 1 ชุด และต้องยึดหลักปฏิบัติดังนี้

1. เลือกท่าเฉพาะท่าที่จำเป็นที่สุดเพียงไม่เกิน 3 ท่าต่อวัน แต่ละท่าทำไม่เกิน 3 ชุด
2. สังเกตความเหนื่อย และเมื่อยล้าหลังการปฏิบัติครั้งแรก หากพักแล้วเกิน 10 นาที ยังไม่หายเหนื่อยหรือกล้ามเนื้อยังมีความเมื่อยล้าอยู่ - การทำในครั้งต่อไปต้องลดความหนัก และจำนวนการทำซ้ำลง

3. อย่างเบ่งหรือกลั้นการหายใจในขณะที่ออกแรงกล้ามเนื้อพยายามหายใจเข้าออกให้เป็นจังหวะสอดคล้องกับการออกแรง

- การฝึกความอดทนทั่วไป

เป็นการฝึกที่จำเป็นที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ เพราะทำให้การไหลเวียนเลือด และการหายใจดีขึ้น ซึ่งนอกจากจะทำให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทั่วไปดีขึ้นแล้ว ยังเป็นการป้องกันโรคหลายชนิดในผู้สูงอายุ และช่วยฟื้นฟูสภาพในผู้ที่เกิดอาการของโรคจากการเสื่อมสภาพขึ้นแล้วด้วย การฝึกความอดทนทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุ มีหลักปฏิบัติดังนี้

1. เลือกชนิดการฝึกที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และ
สิ่งแวดล้อม

2. หนึ่งสัปดาห์เกิดความหนักของการฝึกโดยอาศัยการสังเกตความเหนื่อย คือ ไม่เหนื่อยจนหอบ หายใจไม่ทัน และเมื่อพักแล้ว 10 นาที จะรู้สึกหายเหนื่อยเป็นปกติหรือเกือบปกติ อาจอาศัยการนับอัตราการหายใจ กล่าวคือ เมื่อพักแล้ว 10 นาที อัตราการหายใจควรลดต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที

3. ระหว่างออกกำลังกาย ควบคุมการหายใจให้เป็นจังหวะตามการออกกำลังกาย การหายใจลึกอาจผ่อนออกทางปากด้วยก็ได้ ห้ามเร่งการหายใจให้เร็ว

4. เมื่อฝึกไปได้ระยะหนึ่ง ความเหนื่อยจะน้อยลง และชีพจรหลังออกกำลังกายต่ำกว่าเดิม อาจลองเพิ่มความหนัก (เช่น เดินหรือวิ่งให้เร็วขึ้น) ขึ้นทีละน้อย

5. ถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้นระหว่างออกกำลังกาย เช่น เวียนศีรษะ ควบคุมการเคลื่อนไหวไม่ได้ เจ็บแน่นหน้าอก หายใจขัด ต้องลดความหนักลงหรือหยุดออกกำลังกายต่อไป

- การเล่นกีฬา

กีฬาเป็นรูปแบบหนึ่งของการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุอาจนำมาใช้ฝึกฝนร่างกายได้ โดยมีทั้งข้อดีและข้อเสีย เมื่อเปรียบเทียบกับ การออกกำลังกาย ดังกล่าวข้างต้น หลักการออกกำลังกายที่ถูกต้องตามปกติความสนใจในการออกกำลังกายจะลดลงอย่างมากเมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากข้อจำกัดของร่างกายกล้ามเนื้อและหัวใจ การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมการรักษาสุขภาพที่มีความจำเป็นมากเมื่ออายุเกิน 35 ปี วิธีการออกกำลังกายต้อง

เลือกให้เหมาะกับความสามารถ และความสนใจของตนเอง ซึ่งควรเป็นการออกกำลังกายอย่างธรรมดาที่สุด ไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์มากมายจนกลายเป็นปัญหาในการจัดเตรียม การออกกำลังกายมิใช่เพียงแต่จะใช้วิธีการอย่างใดอย่างหนึ่งเท่านั้น อาจเลือกตามใจชอบในแต่ละวันสลับกัน กระโดดเชือก วิ่งเหยาะ ๆ หรือเดินเร็วก็ได้ ไม่จำเป็นต้องท้อแท้ ๆ กันจะรู้สึกเบื่อหน่าย ความสำคัญอยู่ที่เวลาการออกกำลังกายควรจะนานครั้งละ 15 - 60 นาที และจะต้องไม่หักโหม การออกกำลังกายเป็นจังหวะ และพอดีกับสมรรถภาพของร่างกาย จะเป็นการคงความสมบูรณ์ของร่างกายได้ดีที่สุด

ขั้นตอนของการออกกำลังกาย

1. การอุ่นเครื่อง (Warm Up) ก่อนการออกกำลังกาย
แต่ละครั้งจะต้องเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนประมาณ 5 - 10 นาที
2. การหยุดกิจกรรมเมื่อออกกำลังกายเสร็จใหม่ ๆ ไม่ควรนอน อานน้ำหรือดื่มน้ำเย็นทันที ควรนั่งพักก่อนเพื่อให้ร่างกายได้รับอุณหภูมิ การหายใจ และความตึงเครียดของร่างกายให้เข้าสู่ภาวะปกติ
3. การตรวจสอบความทนของร่างกายในการออกกำลังกาย
หรือทากิจกรรม (Exercise Tolerance หรือ Activity Tolerance) เพื่อให้ทราบความสามารถในการใช้พลังงานของแต่ละบุคคล โดยปราศจากอันตรายต่อร่างกาย ด้วยการประเมินของผู้ออกกำลังกายเอง โดยสังเกตลักษณะและอัตราการหายใจ ปกติคนเราหายใจนาทีละ 18 - 24 ครั้ง ถ้าอัตราการหายใจเร็ว สั้น และหายใจด้วยท้องแสดงว่า ออกกำลังกายมากเกินไป ควรหยุดเล่น

- การพักผ่อน

ปกติการพักผ่อนเป็นความจำเป็นของผู้สูงอายุอยู่แล้ว แต่ในผู้สูงอายุที่ไม่มีการออกกำลังกายเป็นประจำหรือไม่ได้ฝึกฝนร่างกาย อาจมีการพักผ่อนมากเกินไปจนเกินไป ซึ่งเป็นผลเสียต่อสุขภาพ และสมรรถภาพทางกาย สำหรับผู้สูงอายุที่มีการฝึกฝนร่างกายการพักผ่อนที่เพียงพอมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะหลังการออกกำลังกายทุกครั้งอวัยวะที่ใช้ในการออกกำลังกายจำเป็นต้องได้รับการชดเชยสิ่งที่เสียไปในระหว่างการออกกำลังกายซ่อมแซมสิ่งที่สึกหรอ และสร้างเสริมให้มีความพร้อมสำหรับการออกกำลังกายในวันต่อไป

การพักผ่อนไม่เพียงพอในผู้สูงอายุที่ฝึกฝนร่างกาย นอกจากจะทำให้มิได้รับผลดีจากการฝึกฝนร่างกายแล้ว ยังเป็นการทำลายร่างกายโดยตรง คือ ทำให้ทรุดโทรมเร็วกว่าที่ควร

3.4 สุขนิสัยในการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

ปัญหาสำคัญของการขับถ่ายอุจจาระของผู้สูงอายุ คือ อาการท้องผูก อุจจาระแข็ง ถ่ายไม่ออก จำเป็นต้องใช้ยาสวนหรือยาถ่ายอุจจาระ ทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลมาก ซึ่งพบได้ง่าย และเกือบถือเป็นเรื่องธรรมดา แต่ถ้าขาดการระมัดระวังดูแลเอาใจใส่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 - 80 ปีขึ้นไป ถ้าท้องผูกนานกว่า 3 วันขึ้นไป ผู้สูงอายุจะมีอาการอึดอัด ไม่สบาย แน่นท้อง มีไข้สูง และเพื่อได้ ดังนั้นการดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับการขับถ่ายอุจจาระเป็นสิ่งสำคัญยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ สิ่งที่ต้องดูแล คือ

1. อาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีกากมากขึ้น และเป็นประจำทุก ๆ วัน เช่น ผัก และผลไม้ ได้แก่ ฝรั่ง มะละกอ ส้ม เป็นต้น
2. น้ำ เป็นส่วนประกอบสำคัญของร่างกาย ช่วยในการขับถ่ายของเสียของร่างกาย การดื่มน้ำที่มากพอในแต่ละวัน เช่น ควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 10 แก้ว จะช่วยคงสภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะด้านการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นปกติ
3. การออกกำลังกาย ฝึกหัดออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสมรรถภาพของอวัยวะที่ช่วยในการขับถ่ายให้แข็งแรง โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหน้าท้อง และพื้นเชิงกราน
4. สภาพของห้องน้ำห้องส้วม ควรมีความสะดวกสบาย สะอาด และปลอดภัยในการเข้าส้วมแต่ละครั้ง พื้นห้องส้วมไม่ลื่น ควรมีราวยึดเกาะเพื่อการพยุงตัว
5. ฝึกถ่ายหลังดื่มน้ำ 1 แก้ว ในตอนเช้า จะช่วยให้ถ่ายได้คล่องขึ้น หรือการฝึกถ่ายให้เป็นเวลา โดยเข้าส้วมเป็นเวลาครั้งละ 5 - 8 นาที ในระยะแรก

3.5 การป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ (ทัศนา บุญทอง. 2527 :

375 - 376)

โดยทั่วไปของผู้สูงอายุ เนื่องจากความชราภาพ สุขภาพจึงไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันโรคลดลง มีโอกาสติดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย เมื่อมีอาการเจ็บป่วยขึ้นแล้ว

การรักษาต้องใช้เวลายาวนานเรื้อรังได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังพบว่า มีปัญหาด้านอุบัติเหตุขึ้น มีผลกระทบต่อสุขภาพ จำเป็นต้องป้องกันเสียแต่เนิ่น ๆ อุบัติเหตุที่พบบ่อย ได้แก่

1. การหกล้มและกระดูกหัก พบได้มากที่สุดในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น ตกบันได ตกเก้าอี้ หกล้มจากการเดินปกติ หกล้มในห้องน้ำ เนื่องจากการทรงตัวไม่ดี ผลที่ตามมาคือ กระดูกหัก เพราะผู้สูงอายุกระดูกจะเปราะมากขึ้นตามอายุ และการติดของกระดูกก็จะช้ากว่าวัยหนุ่มสาว มักจะพบว่าเป็นสาเหตุไปสู่โรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้มาก

2. ไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวก ส่วนใหญ่มาจากการหลงลืม ตามมองไม่ค่อยเห็น หรือการที่กล้ามเนื้อไม่แข็งแรงพอ ประกอบกับการผิดของข้อต่าง ๆ ทำให้การเคลื่อนไหวหยิบจับไม่คล่องตัว เช่น น้ำร้อนลวกจากการหุงต้ม เวลาอยู่ใกล้เตาไฟ การยกหม้อข้าว

3. การหยาบผัดหรือใช้ยาผิด เพราะสายตาไม่ดีหรือแสงสว่างไม่พอ ประกอบกับการหลงลืม ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวต้องรับประทานยาเป็นประจำ และต้องช่วยตัวเอง มีการรับประทานยาผิดขนาดหรือลืมรับประทานยา ทำให้มีผลเสียแก่การรักษา และเกิดอันตรายจากการรับประทานยาผิดได้ง่าย

4. อุบัติภัยจากการจราจร พบได้ไม่น้อยในผู้สูงอายุ ที่พบมากที่สุดคือ คนเดินถนนถูกรถชน และผู้โดยสารได้รับบาดเจ็บ สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องมาจากสายตาไม่ดี ทนต่อแสงสว่างจ้าเกินไปไม่ได้ หูได้ยินเสียงไม่ชัด การตัดสินใจไม่ดี มีความเชื่องช้าในการหลบหลีกรถ

5. อุบัติเหตุเนื่องจากการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านไม่เหมาะสม การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ คือ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย คือ เรียบง่าย และไม่ซับซ้อนของเครื่องใช้มีเฉพาะที่จำเป็นจริง ๆ ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุควรมีลักษณะดังนี้

5.1 พื้นบ้านควรอยู่ระดับเดียวกัน พื้นไม่ลื่น บันไดมี

ราวเกาะ

5.2 ห้องนอนไม่ควรอยู่ชั้นบน ถ้าเป็นไปได้ควรพักอยู่ชั้นล่างของบ้าน ห้องนอนควรอยู่ใกล้ห้องน้ำ

5.3 แสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทดี จัดสิ่งของต่าง ๆ ไว้เรียบร้อย ไม่เกะกะ สะดวกต่อการเดิน

3.6 การรักษาสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ซึ่งเป็นการป้องกันระดับทุติยภูมิ หรือที่เรียกว่า "การคัดกรองสุขภาพ" โดยการตรวจสอบเพื่อแยกบุคคลที่อาจเจ็บป่วยออกจากบุคคลปกติ เช่น การค้นหาโรคในระยะแรกเริ่ม ในปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายที่จะให้สถานบริการทุกแห่งจัดคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อให้บริการสุขภาพโดยเฉพาะ คลินิกผู้สูงอายุจะเป็นด่านแรกในการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นสำหรับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ตามที่นักวิชาการหลายท่านได้แนะนำไว้ดังนี้

1. การตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (Occult Blood) เพื่อดูมะเร็งในลำไส้ปีละครั้ง
2. การตรวจสมรรถภาพการได้ยินทุก 2 ปี ในกลุ่มผู้สูงอายุวัย 60 - 70 ปี และทุก 1 ปี ในกลุ่มผู้สูงอายุวัย 75 ปี และมากกว่า
3. การตรวจสมรรถภาพการมองเห็นทุก 2 ปี
4. การวัดความดันโลหิตทุก 2 ปี ในกลุ่มอายุ 60 - 64 ปี ส่วนผู้มีอายุ 75 ปี และมากกว่า ควรวัดทุกปี
5. การตรวจเต้านมเพื่อดูเนื้อเยื่อเยื่อมะเร็งควรทำทุกปี และควรตรวจเต้านมโดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า แมมโมกราฟี (Mamography) ทุก 1 - 2 ปี
6. การตรวจเซลล์ปากมดลูกเพื่อดูมะเร็ง ทุก 2 ปี
7. การตรวจเชื้อกามโรค โดยการเจาะเลือด ปีละ 1 ครั้ง
8. การทดสอบทางผิวหนังเพื่อดูวัณโรคปอด ปีละ 1 ครั้ง
9. การตรวจปัสสาวะ (Urinalysis) เพื่อตรวจหาแบคทีเรียในปัสสาวะ เบาหวาน และโรคที่อาจเกิดกับไต ทุก 4 - 5 ปี
10. การตรวจช่องปาก เพื่อดูโรค และทำความเข้าใจภาวะในช่องปาก ทุก 1 - 2 ปี
11. การตรวจฟันปลอมเพื่อให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้ดี ทุก 2 - 3 ปี
12. การตรวจดูภาวะโภชนาการ โดยการชั่งน้ำหนัก ทุก 2 - 4 ปี

13. การตรวจความจำ โดยการสังเกต และโดยการประเมินสภาพของร่างกาย และสมองทุกปี

14. การตรวจภาวะโลหิตจาง โดยการเจาะหาการตกตะกอนของเลือด และปริมาณเม็ดเลือดแดง ทุก 4 - 5 ปี

15. การให้ภูมิคุ้มกันโรคบาดทะยัก ทุก 10 ปี

จะเห็นได้ว่าตามความคิดนี้ การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุทำควบคู่ไปกับการป้องกันโรค ซึ่งผู้ให้บริการทีมสุขภาพควรจัดกิจกรรมการส่งเสริมร่วมด้วย เช่น การให้ความรู้ สอนสุขศึกษาให้แก่ผู้สูงอายุ ขณะที่ให้บริการคัดกรองสุขภาพด้วย โดยเฉพาะเมื่อพบความผิดปกติซึ่งสามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้โดยการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง

3.7 ความสัมพันธ์ของครอบครัว

ในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วย สมาชิกในครอบครัวทุกคนจะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผูกพันกับผู้สูงอายุมากที่สุด และเป็นผู้ที่มีส่วนในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุได้ดีที่สุด เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุขตามสมควร และจะได้รับประโยชน์จากการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในเวลาเดียวกัน ครอบครัวจึงควรมีบทบาทดูแลผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดหาและดูแลเรื่องอาหารการกิน การจัดที่อยู่อาศัยให้อยู่อย่างเหมาะสม การจัดหาและดูแลเครื่องนุ่งห่ม เครื่องใช้ ตลอดจนดูแลด้านอนามัยส่วนบุคคล ดูแลสุขอนามัยเมื่อยามเจ็บป่วย และให้การรักษายาบาล อำนวยความสะดวกเรื่องพาหนะเดินทาง และช่วยเหลือด้านแรงงานแก่ผู้สูงอายุ

2. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์จิตใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ความเคารพนับถือ ให้เกียรติ ให้กำลังใจ ให้ความยกย่องสนับสนุนให้ปฏิบัติงานตามความสามารถ และงานอดิเรกตามสมควร ดูแลให้ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา และดูแลให้ได้รับความบันเทิงต่าง ๆ ตามควรแก่วัยของผู้สูงอายุ

3. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ สนับสนุนให้ได้พบญาติและเพื่อนฝูง ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว และสังคมภายนอก ตลอดจนการดูแลให้ได้รับข่าวสารเพื่อรับรู้ความเป็นไปของสังคมที่เป็นอยู่แก่ผู้สูงอายุ

4. บทบาทการดูแลที่ตอบสนองความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ช่วยเหลือด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้สูงอายุ ตลอดจนช่วยควบคุมดูแลธุรกิจหรือผลประโยชน์แทนผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ เสนอ อินทรสุขศรี (2526 : 105 - 109) ได้ให้ข้อพึงปฏิบัติแก่บุตรในการดูแลผู้สูงอายุในบ้าน สรุปได้ดังนี้

1. การจัดอาหาร อาหารควรจัดให้เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุเบื่ออาหาร ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อแนะนำเรื่องการแก้ไข
2. ให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามความพอใจ เช่น กวาดบ้าน ปลูกต้นไม้ ซ่อมแซมสิ่งของ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังมีประโยชน์ต่อครอบครัว อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุไม่ต้องการให้ใครมาสั่งหรือใช้ให้ทำงาน
3. ควรให้เงินผู้สูงอายุไว้ใช้ตามสมควร แม้ว่าปกติผู้สูงอายุจะไม่ได้ใช้เงินมากนัก แต่ผู้สูงอายุอาจเอาไปซื้อของเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือทำบุญตามศรัทธาของตน
4. หาทางให้ผู้สูงอายุได้รับความบันเทิง เบิกบานใจ เช่น ถ้าผู้สูงอายุพอใจอ่านหนังสือ ก็ควรจัดหาหนังสือให้อ่าน จัดให้มีวิทยุโทรทัศน์ และการบันเทิงต่าง ๆ
5. พาผู้สูงอายุไปเข้าสังคมเท่าที่กำลังจะไปได้ เช่น พาไปชมการแสดง การฟังอภิบาล ไปชมสถานที่ต่าง ๆ
6. ผู้สูงอายุที่เลื่อมใสในศาสนา ควรหาโอกาสพาไปวัดเพื่อฟังเทศน์ สันทนาศธรรม หรือเฝ้าพระที่ท่านนับถือมาที่บ้าน ให้ผู้สูงอายุได้สันทนาศธรรม ฟังคำสั่งสอน เป็นต้น
7. ให้โอกาสผู้สูงอายุได้พบเพื่อน เพื่อไม่ให้เหงาหรือขาดเพื่อน
8. บุตรหลานควรจะกระทำตนให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่า-ครอบครัวพึงแสดงความรัก เคารพนับถือด้วยกิริยา วาจา
9. จัดหางานอดิเรกให้ เช่น ถ้าผู้สูงอายุชอบเลี้ยงสัตว์ ก็ควรหาสัตว์เลี้ยงให้

10. ดูแลเรื่องความปลอดภัยภายในบ้าน
11. ที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ห้องพัก ทางเดิน ควรให้มีแสงสว่าง พื้นไม่ลื่นจนเกินไป และควรจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่าง
12. การตัดผม โกนหนวด สระผม ตัดเล็บ ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ตามสมควร
13. ควรให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจร่างกายทุก 6 เดือน และให้การรักษาพยาบาลตามเจ็บป่วย

ข้อจำกัดของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ

จิชีเรลลี (อาภา สุขสวัสดิ์. 2534 : 29 ; อ้างอิงมาจาก Cicirelli. 1981 : 7 - 12) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่กำหนดความสามารถของครอบครัวในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งพอจะกล่าวได้ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของประชากรวัยสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการต่าง ๆ กัน ซึ่งบุตรอาจจะไม่สามารถตอบสนองได้
2. การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้บุตรต้องเป็นภาระในการดูแล
3. การที่ผู้สูงอายุมีอายุขัยยืนยาวขึ้น เช่น บิดามารดาที่อยู่ในวัย 75 ปีขึ้นไป และบุตรอยู่ในวัย 60 - 75 ปี ทำให้บุตรไม่สามารถดูแลบิดามารดาได้ ตกเป็นภาระของหลานที่ต้องดูแลทั้งพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย
4. การเคลื่อนย้ายของบุตรไปทำงานหาเงินยังถิ่นอื่น
5. การเปลี่ยนแปลงทางบทบาทสตรี และการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ทำให้สตรีมีอิสระและออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น เวลาที่จะทำงานบ้านและดูแลผู้สูงอายุมีน้อยลง
6. ภาวะเงินเฟ้อ ทำให้ราคาค่าครองชีพสูงขึ้น มีผลให้ทรัพยากรด้านเศรษฐกิจทั้งสองของผู้สูงอายุ และบุตรลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือทางการเงิน ขณะที่บุตรก็อาจมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายเช่นกัน ทั้งมีผลกระทบทำให้บ้านเล็กลง มีห้องน้อย ผู้หญิงต้องไปทำงานนอกบ้าน ช่วยเหลือผู้สูงอายุได้น้อยลง เป็นต้น

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

1. การวิจัยในต่างประเทศ

คันทิงแฮม (Cunningham. 1989 : 131) ได้วิจัยเรื่อง พฤติกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนผู้สูงอายุ (Health Promoting Self Care Behavior in the Community Older Adult) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแทนของผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยได้ใช้รูปแบบตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเรม (Orem Theory) ได้นำเสนอการผสมผสานระหว่างมโนทัศน์ของตัวแทนผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับการส่งเสริมสุขภาพ และสรุปตัวอย่างแบบมีจุดมุ่งหมาย ได้ผู้สูงอายุที่มีอิสระต่อกันจำนวน 178 คน ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนข้อสมมุติฐานที่ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแทนผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเอง กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่อาจเรียกได้ว่าเป็นการดูแลสุขภาพที่ส่งเสริมสุขภาพ ยิ่งกว่านั้นความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างตัวแปร ยังแสดงให้เห็นว่า การประยุกต์ความรู้ทางสุขภาพ และแรงจูงใจในเรื่องสุขภาพทั้งหมดนี้ล้วนแต่มีส่วนในการดูแลสุขภาพตนเองที่ส่งเสริมสุขภาพทั้งนั้น

ลูbben ไวเลอร์ และชาย (Lubben, Weiler and Chi. 1989 : 725 - 731) ศึกษาการปฏิบัติในด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 1,021 ราย พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่าเพศชาย แต่มีการเข้าร่วมกิจกรรม และสังสรรค์กับเพื่อนฝูง และสังคมมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายมีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไป นิยมส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมากกว่าเพศหญิง

* วิลลิตส์ และไครเดอร์ (Willits and Crider. 1988 : 174) ศึกษาภาวะสุขภาพ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจดี จะสามารถประเมินภาวะสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีการศึกษา และรายได้ต่ำ ทั้งนี้เกี่ยวเนื่องกับการมีแหล่งประโยชน์ที่ดี สามารถแสวงหาอาหาร และแหล่งบริการสุขภาพได้ดีกว่า

ทิชเชอร์ (ทิพวัลย์ ชาวสาธิต. 2533 : บทคัดย่อ ; อ้างอิงมาจาก Tissuer. 1980 : 377) ได้ศึกษาการประเมินสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ

ในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 3,402 คน ได้ศึกษาเปรียบเทียบการวัดสถานะทางสุขภาพ จากจำนวนวันที่เจ็บป่วย และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุ 65 - 74 ปี และกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป ตอบว่า ตนเองมีสุขภาพดี และเมื่อเปรียบเทียบ ระหว่างเพศ พบว่า ผู้สูงอายุชายสามารถทำงาน และทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ดีกว่า เพศหญิง

2. การวิจัยในประเทศไทย

สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2532 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีการประเมินระดับการดูแล ตนเองของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สำคัญบางประการ ได้แก่ สถานะ ทางเศรษฐกิจ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพในครอบครัว ลักษณะครอบครัว ระดับอายุ และ อัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุกับการดูแลตนเอง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุ ได้แก่ ระดับอายุ เพศ สภาพทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย สถานที่พัก และอัตรโนทัศน์ของผู้สูงอายุ และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุมากที่สุด คือ อัตรโนทัศน์ รองลงมาได้แก่ ระดับการศึกษา และพบว่าระดับการ ดูแลตนเองของเพศชายจะดีกว่าเพศหญิง และผู้ที่มีการศึกษาสูงจะดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการ ศึกษาต่ำ

มุกดา สำนวนกลาง และคนอื่น ๆ (2533 : 47) ได้ศึกษาสมรรถนะการดูแล ตนเองของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนจากครอบครัว ศึกษาจากผู้สูงอายุจำนวน 78 คน โดย การสังเกตร่วมกับการใช้แบบสอบถาม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่เป็น ภาระต่อครอบครัวในเรื่องของการดูแลความสะอาดร่างกาย ที่อยู่อาศัย อาหาร ส่วนความ คาดหวังของครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบเป็น 3 ลักษณะ คือ มีการดูแล ตนเองน้อยกว่าวัย พบเป็นส่วนน้อย มีการดูแลตนเองเหมาะสมกับวัย พบได้ร้อยละ 32.00 และมีการดูแลตนเองเกินกว่าวัย พบร้อยละ 40.00

บรรลุ-ศิริพานิช และคณะ (2532 :- 72) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมและการ ตาเนินชีวิตของ ผู้สูงอายุไทยที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง พบว่า การแก้ปัญหาของผู้สูงอายุ ร้อยละ 36.50 จะขอความช่วยเหลือและปรึกษาบุตร ร้อยละ 20.00 จะปรึกษาสามีหรือ

ภรรยา ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการวิเคราะห์แก้ปัญหา ตลอดจนตัดสินใจในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้มีผลต่อการกระทำการดูแลสุขภาพตนเอง แต่ก็มีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากที่มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ เป็นผู้ที่สังคมให้การยกย่องว่าเป็นผู้ทรงเกียรติ เป็นผู้มีประสบการณ์และอุทิศตนเป็นประโยชน์ต่อสังคม ดังนั้น ผู้รับผิดชอบด้านสุขภาพควรมีบทบาทในการส่งเสริมพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เมื่อเกิดความบกพร่องในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยการใช้ระบบการสาธารณสุข และการให้ความรู้เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ที่มีคุณค่าของสังคม ให้มีภาวะสุขภาพที่ดีอยู่ในสังคมด้วยความสุข

โสมพรรณ ถิ่นว่อง (2533 : 44) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การศึกษาสมรรถภาพของผู้สูงอายุ โดยได้ศึกษาสมรรถนะการดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ จำนวน 435 คน พบว่า สภาพร่างกายทั่วไปของผู้สูงอายุด้านโครงสร้างของร่างกายส่วนใหญ่ปกติ แต่มีอาการหลังโก่ง (Scoliosis) ร้อยละ 3.50 ความสะอาดของผิวหนังอยู่ในระดับดี ร้อยละ 69.10 ส่วนความสะอาดของผม เล็บ เครื่องแต่งกาย และที่อยู่อาศัย พบว่า ร้อยละ 5.50 มีความสะอาดดี สภาพการรับรู้กลิ่น (จมูก) การรับรู้รสชาติ (ลิ้น) และการได้ยินของหู มีการรับรู้ระดับดี ร้อยละ 95.00 สำหรับการเคี้ยวอาหารของผู้สูงอายุ ร้อยละ 80.20 ใช้ฟันเคี้ยวอาหาร นอกนั้นใช้เหงือก ระบบการย่อยอาหารผิดปกติ ร้อยละ 74.90 คือ มีอาการท้องอืด แน่นท้อง และกระเพาะอาหารอักเสบ แต่มีนิสัยการขับถ่ายที่ปกติถึงร้อยละ 76.60

สภาพจิตใจและอารมณ์ ผู้สูงอายุ ร้อยละ 63.20, 42.80, 55.20 มีอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียว และไม่สบายใจเป็นบางครั้งตามลำดับ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า มีร้อยละ 56.60 ที่ไม่สามารถปรุงอาหารเองได้ และยังมีผู้อยู่ ร้อยละ 35.40 ปรุงอาหารเองได้ แต่ไม่ได้ทำเนื่องจากลูกหลาน ภรรยาทำให้ สำหรับการทำความสะอาดร่างกายทั่วไป และการดูแลสุขภาพที่อยู่อาศัย ส่วนมากผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ด้านการพักผ่อนนอนหลับ พบว่า ร้อยละ 57.00 หลับได้ดีตลอดทั้งคืน ร้อยละ 41.20 หลับ ๆ ตื่น ๆ และพบว่า ร้อยละ 62.80 ของผู้สูงอายุที่นอนกลางวัน โดยหลับได้ในระหว่างครึ่งชั่วโมง และพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.70 ยังมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือครอบครัว โดยกิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ ช่วยทำความสะอาดเครื่องนุ่งห่ม-จัดหาหาอาหาร-

กิจกรรมเสริมรายได้ของผู้สูงอายุ มีร้อยละ 34.85 ที่มีกิจกรรมเสริมรายได้ โดยทำการค้าขายมากที่สุดร้อยละ 13.80 นอกจากนั้นจะมีอาชีพเพาะเห็ด ปลูกต้นไม้ขาย

ทาสวน และร้อยละ 35.90 ที่มีงานอดิเรกทำ เช่น ทอผ้า ทำกรรنگ เลี้ยงสุนัข แมว และเลี้ยงไหม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

1. เพศ

นภาพร ชโยวรรณ และคนอื่น ๆ (2530 : 222) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุหญิงจะมีภาวะสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้สูงอายุชาย และผู้สูงอายุหญิงมีโอกาสดิตเชื้อได้ไวกว่าเพศชาย และจากผลการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานครของ สุลี ทองวิเชียร และคนอื่น ๆ (2532 : 42) โดยศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศของผู้สูงอายุกับระดับการดูแลตนเอง พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีระดับการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน โดยเพศชายจะมีระดับการดูแลตนเองได้ดีกว่าเพศหญิง แต่จากการศึกษาของ เนมิ และคนอื่น ๆ (Neimi and others. 1988 : 1101 - 1107) พบว่า ในยามเจ็บป่วย ผู้สูงอายุชายมักไม่ได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากกว่าเพศหญิง ดังนั้นในการศึกษาถึงการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในครั้งนี้ เพศจึงเป็นตัวแปรที่น่าสนใจเพื่อจะได้ทราบว่าเพศหญิง และเพศชายมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันหรือไม่

2. อายุ

จากการศึกษาของ พรทิพย์ สีนประสงค์ (2532 : บทคัดย่อ) ถึงระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 3 ระบบในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหารและโรคหัวใจ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า และจากการศึกษาของ ละออง สุวิทยากรณ์ (2534 : 103) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นเพราะอายุมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย แต่เป็นปฏิภาคกับระดับสุขภาพ และผู้สูงอายุที่มีอายุย่างเข้าสู่วัยสูงอายุช่วงต้น จะมีความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นจึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี ดีกว่าผู้ที่มีอายุ 70-79 ปี และผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ตามลำดับ

3. สถานภาพสมรส

นิรนาถ วิทย์โชคกิตติคุณ (2534 : 38) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า และแยก/ก็สอดคล้องกับการวิจัยของ จารูวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2526 : 67 - 69) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส จะมีความสามารถทางหน้าที่ร่างกายดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย หย่า และแยก

4. การศึกษา

การศึกษาเป็นตัวซึ่งถึงผลการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอนามัยอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับป้องกันโรค การขาดการเรียนรู้ ทำให้มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งที่ทำให้เกิดโรคเนื่องจากความไม่รู้ และเกิดภาวะการเจ็บป่วยได้ในที่สุด ในแง่สุขภาพอนามัย ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะรักษา และดูแลสุขภาพตนเองได้ดี และไม่ค่อยเจ็บป่วยเป็นโรค ส่วนผู้ที่มีการศึกษาน้อย มักจะไม่เข้าใจถึงการที่จะดูแลสุขภาพให้ถูกต้องและดีได้ (มนตรี ต้นประยูร. 2533 : 19) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมากที่สุดคือ อัตรานิตินันท์ และรองลงมา ได้แก่ ระดับการศึกษา นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีระดับการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย โดยผู้ที่มีการศึกษาสูง จะมี
การดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่การศึกษาน้อย

5. อาชีพ

โดยทั่วไปแล้วผู้สูงอายุจะเป็นวัยที่พ้นจากการทำงานแล้ว แต่สภาพทางเศรษฐกิจบีบบังคับ ทำให้ผู้สูงอายุบางคนยังต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพตนเอง และครอบครัว ถึงแม้ว่าอัตราการงานเชิงเศรษฐกิจของผู้สูงอายุจะต่ำกว่าของประชากรวัยแรงงานโดยเฉลี่ยทั้งประเทศก็ตาม แต่ก็มีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากที่ต้องทำงานเลี้ยงชีพตนเอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท ยังคงทำงานในภาคเกษตรกรรมต่อไปเรื่อย ๆ อาจจะต้องทำงานจนกว่าสุขภาพอนามัยของตนเองจะทำไมไหวจึงหยุด—สิ่งเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ (นภาพร ชโยวรรณ และคนอื่น ๆ. 2532 : 24) และจากการศึกษาของ ละออง สุวิทยาภรณ์ (2534 : 105) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพกับ

ยังคงประกอบอาชีพมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพก็ไม่มีรายได้เป็นของตัวเอง ต้องพึ่งพาบุตรหลาน ซึ่งการศึกษานี้ก็สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร เทพสิทธิ (2529 : 59 - 60) พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ความต้องการมีอาชีพ และรายได้

6. รายได้

สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2534 : 42) ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่มีรายได้จะมีการดูแลตนเองได้น้อยกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง และการมีรายได้มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจากการศึกษาของ ละออง สุวิทยาภรณ์ (2534 : 104) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ และมีรายได้เป็นของตัวเองมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เป็นของตัวเอง โอกาสที่จะใช้เงินเพื่อการบำรุงรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง หรือดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเองให้ดีขึ้นน้อย ตรงข้ามกับการที่ผู้สูงอายุมีรายได้เป็นของตนเอง ทำให้สามารถเลือกใช้บริการทางสุขภาพได้มาก และยังก่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองที่ไม่ต้องพึ่งพาบุตรหลาน ดังนั้นผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ จึงมีความวิตกกังวล มีความเกรงใจเมื่อต้องการใช้จ่ายเงิน จึงทำให้สุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีรายได้ และไม่มีรายได้เป็นของตัวเองแตกต่างกัน

7: สัมพันธภาพในครอบครัว

จากการศึกษาของ ละออง สุวิทยาภรณ์ (2534 : 105) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการเอาใจใส่จากบุตรหลานต่างกันจะมีสุขภาพกายแตกต่างกัน และจากการศึกษาของ นิสา ชูโต (2525 : 4) พบว่า ครอบครัวและบุตรมีบทบาทสำคัญมากในยามชรา เพราะบุตรหลานเป็นที่พึ่งในยามแก่เฒ่าหรือเจ็บป่วย เป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหา หรือมีความวิตกกังวล รวมทั้งให้ความช่วยเหลือด้านเงินทอง และจากการศึกษาของ พิรสิทธิ์ ลาภวนศิลป์ และคนอื่น ๆ (2523 : 153) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายจะมีความสุขมากกว่าผู้อยู่ในครอบครัวเดี่ยว ก็สอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี ดันประยูร (2532 : 58) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวขยายจะได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งถือว่าเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว ดังนั้นโอกาสของการเกิดโรคหรือเจ็บป่วยจึงมีน้อยกว่า

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปร ผู้วิจัยจึงกำหนดสมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

1. ผู้สูงอายุชายและหญิงจะมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันจะมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันจะมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
4. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่างกันจะมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันจะมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
6. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันจะมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน
7. ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวต่างกันจะมีการดูแลสุขภาพตนเอง

แตกต่างกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า โดยศึกษาถึงการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และศึกษาเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และสัมพันธภาพในครอบครัว

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ ผู้สูงอายุวัย 60 ปีเป็นต้นไป ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ จำนวนเฉลี่ย 700 คน ในระยะเวลา 1 เดือน เป็นเพศชาย ประมาณ 400 - 450 คน เพศหญิง ประมาณ 250 - 300 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า มีหลักเกณฑ์ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 60 ปีเป็นต้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ มีความคิด และความจำปกติ
3. สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ดี
4. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกผู้สูงอายุ ตามลักษณะที่ได้กำหนดไว้ แล้วจึงนำมาทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ ยามาเน่ (Yamane) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 260 คน จากสูตร ดังนี้ (ไพศาล หวังพานิช. 2531 : 215)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 N แทน ขนาดของประชากร
 e แทน ความคลาดเคลื่อนของการสุ่ม (0.05)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสอบถามการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวทั่วไปของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และสัมพันธภาพในครอบครัว

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน ได้แก่ โภชนาการ และสุขนิสัยการรับประทานอาหาร การนอนหลับและพักผ่อน การออกกำลังกาย สุขนิสัยในการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การป้องกันอุบัติเหตุ การรักษาสุขภาพเบื้องต้น และความสัมพันธ์ของครอบครัว

เกณฑ์การให้คะแนน

มีเกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนี้

การดูแลสุขภาพตนเอง	การปฏิบัติทางบวก	การปฏิบัติทางลบ
ข้อที่ปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนน	4	1
ข้อที่ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้คะแนน	3	2
ข้อที่ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้คะแนน	2	3
ข้อที่ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้คะแนน	1	4

การประเมินค่าระดับการดูแลสุขภาพตนเอง ใช้เกณฑ์ประมาณค่าที่ตัดแปลงจาก

วิเชียร เกตุสิงห์ (2538 : 9)

กำหนดค่าเฉลี่ย

- 3.50 - 4.00 หมายถึง การปฏิบัติดี
- 2.50 - 3.49 หมายถึง การปฏิบัติค่อนข้างดี
- 1.50 - 2.49 หมายถึง การปฏิบัติค่อนข้างต่ำ
- 1.00 - 1.49 หมายถึง การปฏิบัติต่ำ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
2. ศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีการสร้างเครื่องมือจากตำรา และเอกสารต่าง ๆ
3. สร้างแบบสอบถามตามหลักเกณฑ์ให้ครอบคลุมเนื้อหา และขอบเขตของการดูแลสุขภาพตนเอง แล้วนำเสนอคณะกรรมการควบคุมปริญญาโทพิจารณาตรวจสอบ เพื่อขอคำแนะนำและปรับปรุงให้ดีขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุจำนวน 5 คน พิจารณาตรวจสอบความ

เที่ยงตรงตามเนื้อหา และพิจารณาข้อความให้เหมาะสม แล้วนำมาปรับปรุง แก้ไข เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตร ตรวจสอบและปรับปรุงให้สมบูรณ์

2. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไข นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 80 คน จากนั้นนำแบบสอบถามมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ด้วยวิธีของครอนบัท (Cronbach)

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยของหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ เพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ในวันเวลาราชการ 08.30 น. ถึง 12.00 น.

2. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยตรวจสอบรายชื่อ และแยกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามที่ได้กำหนดไว้ นำแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุทดสอบ ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งเป็นเวลาทำการประมาณ 40 วัน

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่กลุ่มตัวอย่างทดสอบแล้ว และเก็บรวบรวมไว้เพื่อดำเนินการประมวลผลข้อมูลทางสถิติต่อไป

วิธีจัดการกับข้อมูล

เมื่อดำเนินการรวบรวมข้อมูลครบสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS(X) (Statistical Package for the Social Science Version 10) โดยดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ
2. ตรวจสอบให้คะแนนแบบสอบถามทุกข้อ โดยใช้เกณฑ์ตามที่กำหนดไว้
3. วิเคราะห์ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุแต่ละองค์ประกอบ และรวมทุกองค์ประกอบ โดยคำนวณหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละของข้อมูล ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

4. กำหนดค่าเฉลี่ย

3.50 - 4.00	หมายถึง การปฏิบัติดี
2.50 - 3.49	หมายถึง การปฏิบัติค่อนข้างดี
1.50 - 2.49	หมายถึง การปฏิบัติค่อนข้างต่ำ
1.00 - 1.49	หมายถึง การปฏิบัติต่ำ

5. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยตัวแปร 2 กลุ่ม โดยใช้ค่าสถิติค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1

6. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวองค์ประกอบ (One - Way Analysis of Variance) โดยใช้สถิติ ค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 - 7 และเมื่อพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างรายคู่จากการทดสอบค่าเฉลี่ยตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้วิธีของ นิวแมน-คูลส์ (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 268)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน

1.1 ค่าร้อยละ (Percentage) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จากสูตร (จิระจิตต์ ราคา. 2533 : 90)

$$p = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ	p	แทน	ค่าร้อยละของรายการใด ๆ
	f	แทน	จำนวนผู้ตอบในข้อนั้น ๆ (ความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นร้อยละ)
	n	แทน	จำนวนผู้ตอบทั้งหมด (ความถี่ทั้งหมด)

1.2 คำนวณเลขคณิต (Arithmetic Mean) จากสูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์ . 2537 : 41)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน มัชคณิตของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum X$ แทน ผลรวมทั้งหมดของคะแนน
 n แทน จำนวนคะแนนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์ . 2537 : 74)

$$S = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 $\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลังสอง
 $(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
 n แทน จำนวนข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาความเที่ยงตรงเชิง
ประจักษ์ (Face Validity) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 124)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะการปฏิบัติ
R แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ความ
เชื่อมั่น โดยใช้สูตรของ ครอนบัค (Cronbach) หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
(α -Coefficient) ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 132 - 133)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{s_i^2}{s_t^2} \right]$$

เมื่อ α แทน สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
n แทน จำนวนข้อทดสอบ
 s_i^2 แทน คะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
 s_t^2 แทน คะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยตัวแปร 2 กลุ่ม โดยใช้ค่าสถิติ t (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 172 - 173)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\left\{ \frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2}{n_1 + n_2 + 2} \right\} \left\{ \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right\}}}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

เมื่อ	t	แทน	การเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง
	$\bar{X}_1$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มที่ 1
	$\bar{X}_2$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มที่ 2
	s_1	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มที่ 1
	s_2	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มที่ 2
	df	แทน	ชั้นแห่งเป็นอิสระ
	n_1	แทน	จำนวนประชากรในกลุ่มตัวอย่างที่ 1
	n_2	แทน	จำนวนประชากรในกลุ่มตัวอย่างที่ 2

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม 1 ตัวประกอบ (One - Way Analysis of Variance) โดยใช้สถิติค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 - 7 มีสูตร ดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 249)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ	F	แทน	ค่าที่พิจารณาใน F-distribution
	MS_B	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองระหว่างกลุ่ม
	MS_W	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองภายในกลุ่ม

ถ้าจากการทดสอบค่าเอฟ (F-test) พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะต้องมีการตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls) จากสูตร ดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 268)

$$q \sqrt{\frac{MS_w}{\tilde{n}}}$$

เมื่อ q แทน q-Statistic ที่ได้จากตาราง

MS_w แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square)

$\tilde{n}$ แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

$$\text{โดยที่ } \tilde{n} = \frac{k}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

เมื่อ k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$n_1, n_2, \dots, n_k$ แทน จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึงกลุ่มตัวอย่าง k ตามลำดับ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S.D.	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
t	แทน	ค่าสถิติพิจารณา t - distribution
F	แทน	ค่าสถิติพิจารณา F - distribution
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการศึกษาค้นคว้า

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนในบทที่ 3 แล้ว กลุ่มตัวอย่างได้ตอบแบบสอบถามจำนวน 260 คน การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส (SPSS^(*) - Statistical Package for the Social Sciences Version 10) วิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลชีวสังคมของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ นำเสนอข้อมูลเป็นตาราง และบทความ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ แต่ละองค์ประกอบ และรวมทุกองค์ประกอบ โดยคำนวณค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) จากนั้นจึงทดสอบสมมติฐานการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

2.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยตัวแปร 2 กลุ่ม คือ เพศ โดยใช้ค่าสถิติ (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1

2.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม คือ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และสัมพันธภาพในครอบครัว โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวองค์ประกอบ (One - Way Analysis of Variance) โดยใช้สถิติค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 - 7 และเมื่อพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างรายคู่จากการทดสอบค่าเฉลี่ยตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Methods)

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลชีวสังคมของผู้สูงอายุ ตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และสัมพันธภาพในครอบครัว รวมทั้งข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ และการเป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มสังคมของผู้สูงอายุ

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (n = 260)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	151	58.10
หญิง	109	41.90
อายุ		
60 - 64 ปี	95	36.50
65 - 69 ปี	80	30.80
70 - 74 ปี	65	25.00
> 74 ปี	20	7.70
สถานภาพสมรส		
คู่	203	78.10
โสด	11	4.20
หม้าย หย่า แยก	46	17.70
การศึกษา : ระดับ		
ประถมศึกษา	73	28.10
มัธยมศึกษา	85	32.70
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	28	10.80
อุดมศึกษา	74	28.50

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	จำนวน (n = 260)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	83	31.90
รับจ้าง, ค้าขาย, เกษตรกรรม	42	16.20
รับราชการบำนาญ	135	51.90
รายได้		
ไม่มีรายได้	17	6.50
ต่ำกว่า 2000 บาท ต่อเดือน	24	9.20
2000 - 5000 บาท ต่อเดือน	39	15.00
มากกว่า 5000 บาท ต่อเดือน	180	69.20
สัมพันธภาพในครอบครัว		
อยู่คนเดียวหรืออยู่กับผู้อื่น	11	4.20
อยู่กับคู่ครอง	36	13.80
อยู่กับคู่ครอง และบุตรหลานหรือญาติ	166	63.80
อยู่กับบุตรหลานหรือญาติ	47	18.10

จากตาราง 4 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีผู้สูงอายุ 260 คน เป็นชาย 151 คน หญิง 109 คน คิดเป็นร้อยละ 58.10 และ 41.90 ผู้สูงอายุมีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี ร้อยละ 36.50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 78.10 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.70 รองลงมาเป็นระดับอุดมศึกษา และประถมศึกษา ร้อยละ 28.50 และ 28.10 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 51.90 มีรายได้มากกว่า 5000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 69.20 ผู้สูงอายุส่วนมากอยู่กับคู่ครอง และบุตรหลานหรือญาติ ร้อยละ 63.80 อยู่คนเดียวหรือกับผู้อื่นเพียงร้อยละ 4.20

ตาราง 5 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามโรคประจำตัว และภาวะของโรค
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ชื่อโรคและภาวะ	จำนวน (n = 260)	ร้อยละ
โรคเบาหวาน	78	18.00
โรคความดันโลหิตสูง	116	26.80
โรคกระดูก และกล้ามเนื้อ	57	13.18
โรคหัวใจ หลอดเลือดหัวใจ	78	18.00
ภาวะไขมันในเลือดสูง	68	15.70
โรคกระเพาะอาหาร	4	0.92
โรคภูมิแพ้	6	1.39
โรคตา	9	2.08
โรคฟันโรคปอด	3	0.70
อื่น ๆ (ไทรอยด์ ต่อมลูกหมากโต)	2	0.46
ไม่มีโรคประจำตัว	12	2.77

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 260 คน มีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 26.80 รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ตามลำดับ และพบว่า มีผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว อยู่ร้อยละ 2.77

ตาราง 6 การเป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มสังคมของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่ม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

	จำนวน (n = 260)	ร้อยละ
ไม่ได้เป็น	170	62.00
สมาชิกชมรมผู้บำเพ็ญประโยชน์	6	2.20
สมาชิกลูกเสือชาวบ้าน	13	4.70
กรรมการชุมชน	10	3.60
สมาชิกชมรมผู้สูงอายุหรือข้าราชการบำนาญ	75	27.40

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้สูงอายุจำนวนมาก ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมใด ๆ คิดเป็นร้อยละ 62.00 รองลงมาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และชมรมข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 27.40

ตาราง 7 คะแนนเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมในแต่ละด้าน

	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านโภชนาการ และสุขนิสัยการรับประทานอาหาร	3.11	0.33	ค่อนข้างดี
2. ด้านการนอนหลับและพักผ่อน	3.07	0.39	ค่อนข้างดี
3. ด้านการออกกำลังกาย	2.67	0.65	ค่อนข้างดี
4. ด้านการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ	3.01	0.36	ค่อนข้างดี
5. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	3.17	0.35	ค่อนข้างดี
6. ด้านการรักษาสุขภาพเบื้องต้น	2.86	0.35	ค่อนข้างดี
7. ด้านความสัมพันธ์ของครอบครัว	3.08	0.35	ค่อนข้างดี
รวม	3.00	0.23	ค่อนข้างดี

จากตาราง 7 แสดงว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ทุกด้านอยู่ในเกณฑ์การปฏิบัติระดับ ค่อนข้างดี

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการดูแลสุขภาพตนเอง ตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และสัมพันธภาพในครอบครัว

ตาราง 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามเพศ

เนื้อหา	เพศ				ค่าที
	ชาย		หญิง		
	X	S.D.	X	S.D.	
1. ด้านโภชนาการ และสุขนิสัยการรับประทานอาหาร	3.12	0.32	3.09	0.34	0.67
2. ด้านการนอนหลับและพักผ่อน	3.06	0.37	3.08	0.41	0.36
3. ด้านการออกกำลังกาย	2.83	0.60	2.45	0.66	4.82
4. ด้านการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ	3.04	0.34	2.97	0.39	1.49
5. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	3.22	0.33	3.11	0.36	2.63
6. ด้านการรักษาสุขภาพเบื้องต้น	2.84	0.37	2.88	0.33	0.93
7. ด้านความสัมพันธ์ของครอบครัว	3.06	0.33	3.10	0.38	0.82
คะแนนเฉลี่ยรวม	3.03	0.22	2.96	0.23	2.47

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และมีการดูแลสุขภาพตนเองรวมทุกด้านอยู่ในเกณฑ์การปฏิบัติระดับ ค่อนข้างดี

ตาราง 9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามอายุ

เนื้อหา	อายุ/ปี								ค่าเอฟ
	60 - 40		65 - 69		70 - 74		> 74		
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. ด้านโภชนาการ และ สุขนิสัยการรับประทานอาหาร	3.11	0.33	3.09	0.35	3.10	0.33	3.18	0.32	0.35
2. ด้านการนอนหลับและ พักผ่อน	3.09	0.37	3.04	0.41	3.09	0.36	3.01	0.47	0.45
3. ด้านการออกกำลังกาย	2.64	0.68	2.65	0.66	2.71	0.62	2.76	0.61	0.35
4. ด้านการขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระ	3.02	0.34	3.05	0.35	2.99	0.38	2.88	0.41	1.35
5. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	3.14	0.32	3.23	0.35	3.18	0.35	3.10	0.41	1.25
6. ด้านการรักษาสุขภาพ เบื้องต้น	2.86	0.36	2.85	0.33	2.90	0.37	2.76	0.30	0.86
7. ด้านความสัมพันธ์ ของครอบครัว	3.13	0.35	3.13	0.33	3.03	0.35	2.82	0.33	5.69**
คะแนนเฉลี่ยรวม	3.00	0.21	3.11	0.24	3.00	0.23	2.93	0.25	0.68

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองในด้านความสัมพันธ์ของครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่เมื่อคิดรวมกันทุกด้าน จะพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 10 การทดสอบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนการปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองด้าน
ความสัมพันธ์ของครอบครัว จำแนกตาม อายุ

อายุ/ปี	60 - 40	65 - 69	70 - 74	> 74
	(3.13)	(3.13)	(3.03)	(2.82)
60 - 40	-	0.00	0.10	0.31**
(3.13)				
65 - 69	-	-	0.10	0.21**
(3.13)				
70 - 74	-	-	-	0.21**
(3.03)				
> 74	-	-	-	-
(2.82)				

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 74 ปี มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยพบว่า กลุ่มอายุ 74 ปีขึ้นไป มีการปฏิบัติด้านความสัมพันธ์ของครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ

ตาราง 11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามสถานภาพสมรส

เนื้อหา	สถานภาพสมรส						ค่าเอฟ
	คู่		โสด		หม้าย หย่า แยก		
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. ด้านโภชนาการ และสุขนิสัยการรับประทานอาหาร	3.13	0.32	2.86	0.39	3.08	0.34	3.62*
2. ด้านการนอนหลับและพักผ่อน	3.06	0.39	2.86	0.44	3.14	0.36	2.33
3. ด้านการออกกำลังกาย	2.69	0.65	2.29	0.77	2.70	0.60	1.97
4. ด้านการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ	3.02	0.35	2.91	0.43	3.00	0.38	0.56
5. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	3.20	0.35	3.07	0.42	3.10	0.28	1.80
6. ด้านการรักษาสุขภาพเบื้องต้น	2.87	0.33	2.91	0.41	2.80	0.41	0.70
7. ด้านความสัมพันธ์ของครอบครัว	3.09	0.33	3.10	0.21	3.00	0.44	1.23
คะแนนเฉลี่ยรวม	3.01	0.21	2.87	0.31	2.98	0.25	2.53

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองในด้านโภชนาการ และสุขนิสัยการรับประทานอาหาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อคิดรวมกันทุกด้านจะพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 12 การทดสอบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนการปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองด้าน
โภชนาการ และสุขนิสัยการรับประทานอาหาร จำแนกตาม สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	คู่ (3.13)	โสด (2.86)	หม้าย หย่า แยก (3.08)
คู่ (3.13)	-	0.27*	0.05
โสด (2.86)	-	-	0.22
หม้าย หย่า แยก (3.08)	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด มีการดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการ และสุขนิสัยการรับประทานอาหารแตกต่างจากกลุ่มสถานภาพสมรสคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุโสด มีการดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการ และสุขนิสัยการรับประทานอาหารน้อยกว่ากลุ่มสถานภาพสมรสอื่น ๆ

ตาราง 13 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามการศึกษา

เนื้อหา	ระดับการศึกษา								ค่าเอฟ
	ประถมศึกษา		มัธยมศึกษา		อนุปริญญา หรือ เทียบเท่า		อุดมศึกษา หรือ เทียบเท่า		
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. ด้านโภชนาการ และ สุขนิสัยการรับประทานอาหาร	3.03	0.32	3.18	0.32	3.24	0.33	3.06	0.34	4.89**
2. ด้านการนอนหลับและ พักผ่อน	3.01	0.41	3.14	0.39	3.07	0.34	3.04	0.38	1.69
3. ด้านการออกกำลังกาย	2.48	0.66	2.65	0.61	2.74	0.70	2.85	0.62	4.25**
4. ด้านการขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระ	2.83	0.33	3.03	0.34	3.02	0.43	3.17	0.31	12.21**
5. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	3.02	0.34	3.19	0.33	3.16	0.32	3.31	0.31	9.87**
6. ด้านการรักษาสุขภาพ เบื้องต้น	2.67	0.35	2.92	0.33	2.69	0.35	2.93	0.31	11.27**
7. ด้านความสัมพันธ์ ของครอบครัว	2.95	0.35	3.12	0.31	2.98	0.39	3.21	0.33	8.23**
คะแนนเฉลี่ยรวม	2.86	0.21	3.04	1.87	3.03	0.27	3.09	0.21	16.02**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 13 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองรวมกันทุกด้าน และรายด้านทุกด้าน ยกเว้นด้านการนอนหลับและพักผ่อน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 14 การทดสอบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามการศึกษา

การศึกษา/ระดับ	ประถมศึกษา (2.86)	มัธยมศึกษา (3.04)	อนุปริญญา หรือเทียบเท่า (3.03)	อุดมศึกษา หรือเทียบเท่า (3.09)
ประถมศึกษา (2.86)	-	0.18**	0.17**	0.23**
มัธยมศึกษา (3.04)	-	-	0.10	0.05
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า (3.03)	-	-	-	0.06
อุดมศึกษาหรือเทียบเท่า (3.09)	-	-	-	-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีการดูแลสุขภาพตนเอง แตกต่างจากกลุ่มการศึกษาอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มประถมศึกษา มีการดูแลสุขภาพตนเองน้อยกว่ากลุ่มระดับการศึกษาอื่น ๆ

ตาราง 15 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตาม อาชีพ

เนื้อหา	อาชีพ						ค่าเอฟ
	ไม่มีอาชีพ		รับจ้าง ค้าขาย และ เกษตรกรรม		รับราชการ บำนาญ		
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. ด้านโภชนาการ และสุขนิสัยการรับประทานอาหาร	3.13	0.35	3.00	0.37	3.13	0.30	2.74
2. ด้านการนอนหลับและพักผ่อน	3.08	0.38	3.00	0.47	3.08	0.37	0.77
3. ด้านการออกกำลังกาย	2.50	0.65	2.56	0.65	2.81	0.62	6.60**
4. ด้านการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ	2.85	0.32	3.04	0.39	3.10	0.35	13.18**
5. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	3.07	0.34	3.11	0.34	3.26	0.33	8.54**
6. ด้านการรักษาสุขภาพเบื้องต้น	2.75	0.38	2.81	0.36	2.94	0.32	8.54**
7. ด้านความสัมพันธ์ของครอบครัว	2.95	0.36	3.15	0.31	3.13	0.34	8.43**
ค่าเฉลี่ยรวม	2.91	0.20	2.95	0.24	3.07	0.21	15.06**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 15 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองรวมกันทุกด้าน และรายด้านทุกด้าน ยกเว้นด้านโภชนาการ และสุขนิสัยการรับประทานอาหาร และด้านการนอนหลับและพักผ่อน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 16 การทดสอบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	ไม่มีอาชีพ (2.91)	รับจ้าง, ค้าขาย และ เกษตรกรรม (2.95)	รับราชการบำนาญ (3.07)
ไม่มีอาชีพ (2.91)	-	0.04	0.16**
รับจ้าง, ค้าขาย และ เกษตรกรรม (2.95)	-	-	0.12**
รับราชการบำนาญ (3.07)	-	-	-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 16 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับราชการบำนาญ มีการดูแลสุขภาพตนเอง แตกต่างจากกลุ่มอายุอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย พบว่า กลุ่มอาชีพรับราชการบำนาญ มีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ

ตาราง 17 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามรายได้

เนื้อหา	รายได้/บาท								ค่าเอฟ
	ไม่มีรายได้		<2000		2000-5000		>5000		
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. ด้านโภชนาการ และ สุขนิสัยการรับประทานอาหาร	3.18	0.32	2.90	0.40	3.09	0.35	3.14	0.31	4.11*
2. ด้านการนอนหลับและ พักผ่อน	3.12	0.39	2.96	0.40	2.96	0.41	3.10	0.38	2.09
3. ด้านการออกกำลังกาย	2.52	0.74	2.45	0.63	2.66	0.71	2.72	0.63	1.55
4. ด้านการขับถ่ายมีส้วม และอุจจาระ	2.85	0.34	2.83	0.35	2.95	0.31	3.07	0.36	5.38**
5. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	3.19	0.38	3.13	0.25	3.06	0.41	3.20	0.34	2.00
6. ด้านการรักษาสุขภาพ เบื้องต้น	2.71	0.39	2.59	0.37	2.87	0.37	2.90	0.32	7.23**
7. ด้านความสัมพันธ์ ของครอบครัว	2.91	0.33	2.88	0.32	3.03	0.38	3.14	0.33	6.15**
คะแนนเฉลี่ยรวม	2.93	0.23	2.82	0.22	2.95	0.24	3.04	0.21	8.80**

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาการดูแลสุขภาพตนเองเป็นรายด้านจะพบว่า ด้านโภชนาการและสุขนิสัยการรับประทานอาหาร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ด้านการรักษาสุขภาพเบื้องต้น และด้านความสัมพันธ์ของครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 18 การทดสอบคะแนนเฉลี่ยรายคู่ของคะแนนการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตาม รายได้

รายได้/บาท	ไม่มีรายได้ (2.93)	< 2000 (2.82)	2000 – 5000 (2.95)	> 5000 (3.04)
ไม่มีรายได้ (2.93)	–	0.11	0.02	0.11
< 2000 (2.82)	–	–	0.13	0.22**
2000 – 5000 (2.95)	–	–	–	0.09**
> 5000 (3.04)	–	–	–	–

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 18 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 5000 บาทต่อเดือน มีการดูแลสุขภาพตนเอง แตกต่างจากกลุ่มรายได้น้อยกว่า 2000 บาทต่อเดือน และกลุ่มรายได้ 2000 – 5000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย พบว่า กลุ่มผู้มีรายได้มากกว่า 5000 บาทต่อเดือน มีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่ากลุ่มผู้มีรายได้น้อยกว่า 5000 บาทต่อเดือน

ตาราง 19 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตาม
สัมพันธภาพในครอบครัว

เนื้อหา	ความสัมพันธ์ของครอบครัว								ค่าเอฟ
	อยู่คนเดียว หรืออยู่กับ ผู้อื่น		อยู่กับคู่ครอง		อยู่กับคู่ครอง และบุตร หลานหรือ ญาติ		อยู่กับบุตร หลานหรือ ญาติ		
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. ด้านโภชนาการ และ สุขนิสัยการรับประทานอาหาร	3.20	0.32	3.13	0.31	3.12	0.33	3.02	0.34	1.59
2. ด้านการนอนหลับและ พักผ่อน	3.31	0.32	3.10	0.42	3.04	0.39	3.10	0.36	2.01
3. ด้านการออกกำลังกาย	2.67	0.66	2.66	0.67	2.69	0.04	2.61	0.67	0.20
4. ด้านการขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระ	3.17	0.29	3.02	0.42	3.02	0.33	2.95	0.41	1.28
5. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ	3.23	0.29	3.13	0.32	3.20	0.35	3.09	0.34	1.76
6. ด้านการรักษาสุขภาพ เบื้องต้น	2.84	0.32	2.84	0.31	2.86	0.35	2.85	0.39	0.81
7. ด้านความสัมพันธ์ ของครอบครัว	3.04	0.36	3.07	0.29	3.10	0.34	3.03	0.42	0.55
คะแนนเฉลี่ยรวม	3.04	0.29	2.99	0.22	3.01	0.22	2.95	0.25	1.19

จากตาราง 19 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวต่างกัน มีการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่แตกต่างกัน และมีการดูแลสุขภาพตนเองรวมทุกด้าน อยู่ในเกณฑ์การปฏิบัติระดับค่อนข้างดี

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายของการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ
2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ ตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และสัมพันธภาพในครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ที่ศึกษาถึงการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และศึกษาเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากเนื้อหา เอกสาร ตำรา และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ จำนวน 260 คน ที่ได้มาจากการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ตามลักษณะที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวทั่วไป เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และสัมพันธภาพในครอบครัว

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ด้านโภชนาการและสุขนิสัยการรับประทานอาหาร การนอนหลับและพักผ่อน การออกกำลังกาย สุขนิสัยในการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การป้องกันอุบัติเหตุ การรักษาสุขภาพเบื้องต้น และความสัมพันธ์ของครอบครัว

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปหาคุณภาพเครื่องมือ โดยหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 5 คน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และพิจารณาข้อความให้เหมาะสม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญาบัตรตรวจสอบ และปรับปรุงให้สมบูรณ์ จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรมแพทย์ทหารบก จำนวน 80 คน จากนั้นจึงตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามให้คะแนนแบบสอบถามตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วจึงไปคำนวณหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีของ ครอนบัค (Cronbach) หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ
2. ตรวจสอบให้คะแนนแบบสอบถามรายชื่อตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. วิเคราะห์ข้อมูลด้านชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง และการดูแลสุขภาพตนเอง

โดยคำนวณค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน คือ เพศ โดยใช้ค่าสถิติ (t-test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวองค์ประกอบ (One - Way Analysis of Variance) คือ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ และสัมพันธภาพในครอบครัว ใช้ค่าสถิติเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 2 - 4 และเมื่อพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)

สรุปผลการค้นคว้า

1. ข้อมูลด้านชีวสังคมทั่วไปของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 260 คน เป็นชาย 151 คน คิดเป็นร้อยละ 58.10 เป็นหญิง 109 คน คิดเป็นร้อยละ 49.10 ผู้สูงอายุส่วนมากมีอายุระหว่าง 60 - 64 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.50 รองลงมาอายุระหว่าง 65 - 69 ปี, 70 - 74 ปี และมากกว่า 74 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.80, 25.00 และ 07.70 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 78.10 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.70 รองลงมาเป็นอุดมศึกษาหรือเทียบเท่า ประถมศึกษา และอนุปริญาหรือเทียบเท่า คิดเป็นร้อยละ 28.50, 28.10 และ 10.80 ตามลำดับ อาชีพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับราชการบำนาญ ร้อยละ 51.90 และมีรายได้มากกว่า 5000 บาทต่อเดือนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 69.20 ผู้สูงอายุส่วนมากอยู่กับคู่ครองและบุตรหลานหรือญาติ ร้อยละ 63.80 มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรือกับผู้อื่นเพียงร้อยละ 4.02

ด้านภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า โรคประจำตัวที่พบในผู้สูงอายุมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.80 และมีภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 23.30 ด้านสังคมการเป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มสังคมของผู้สูงอายุ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มใด คิดเป็นร้อยละ 62.00 และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และชมรมข้าราชการบำนาญมากที่สุดร้อยละ 27.40

2. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุทุกด้านอยู่ในระดับค่อนข้างดี มีคะแนนเฉลี่ย 3.00 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.23 เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้านของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่ในเกณฑ์ดี (คะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป) มีดังนี้

- การงดดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง สุรา ของมีนิเมา
- การหลีกเลี่ยงการรับประทานยานอนหลับหรือยากล่อมประสาทโดยไม่ปรึกษาแพทย์
- การไม่ออกกำลังกายทันทีหลังรับประทานอาหาร
- การขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ โดยควบคุมไม่ได้
- การเปิดไฟหรือหน้าต่างในห้องน้ำ ห้องส้วม เมื่อรู้สึกว่ามีแสงสว่าง

ไม่เพียงพอหรืออากาศถ่ายเทไม่สะดวก

- การต้องการความช่วยเหลือด้านการเงินจากบุตรหลานหรือบุคคลอื่น
- การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

ผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ของเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ (คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า

2.49 ลงมา) มีดังนี้

- การรับประทานอาหารวันละ 5 - 6 มื้อ แต่ละมื้อมีปริมาณน้อย
- การแต่งกายที่เหมาะสม รัดกุมขณะออกกำลังกาย
- การออกกำลังกายร่วมกับกลุ่มเพื่อนวัยเดียวกันหรือกับครอบครัว
- การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม
- การรักษาเบื้องต้นด้วยวิธีพื้นบ้าน เช่น การรับประทานยาสมุนไพร

3. การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

3.1 การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุชายกับหญิง พบว่า

ผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุหญิง มีการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมและรายด้าน ไม่มีความแตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุชายมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในเรื่องของการแต่งกายด้วยชุดที่รัดกุมเหมาะสมก่อนออกกำลังกาย การออกกำลังกายโดยการเดิน เดินเร็ว หรือวิ่งเหยาะ การขยับถ่ายอุจจาระเป็นเวลา การข้ามถนนบริเวณทางเท้าหรือสะพานลอย การเป็นหัวหน้าครอบครัวดูแลความเป็นอยู่ภายในครอบครัว การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การดื่มสุราของมีเนเมา หรือสุบะหรี และการไปคลินิกหรือโรงพยาบาลเพื่อตรวจร่างกายทั่วไป

3.2 การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน พบว่า

ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความสัมพันธ์ของครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันจะมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันจะมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามรายชื่อดังนี้

- การออกกำลังกายร่วมกับกลุ่มเพื่อนวัยเดียวกันหรือครอบครัว
- การล้างมือก่อนและหลังเข้าส้วม
- การใช้ยาระบายหรือยาเหน็บอุจจาระหรือยาสวนอุจจาระ
- การข้ามถนนบริเวณทางข้ามหรือสะพานลอย
- การชั่งน้ำหนักตัวที่บ้านเพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว
- การช่วยเหลืองานบ้าน เช่น หุงข้าว เลี้ยงหลาน ทำสวน และอื่น ๆ

3.3 การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน พบว่า

ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่มีความแตกต่างกัน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านโภชนาการและสุขนิสัยการรับประทานอาหาร ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ และโสด มีการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านโภชนาการและสุขนิสัยการรับประทานอาหาร ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามรายข้อดังนี้

- การดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 - 10 แก้ว
- การนอนหลับตอนบ่ายวันละ 1 - 2 ชั่วโมง
- การออกกำลังกายโดยการเดิน หรือเดินเร็ว หรือวิ่งเหยาะ ๆ
- หลังการออกกำลังกายประมาณ 10 - 15 นาที รู้สึกหายเหนื่อยเป็นปกติหรือเกือบปกติ

ปกติหรือเกือบปกติ

- การใช้ยาระบายหรือยาเหน็บอุจจาระหรือยาสวนอุจจาระ
- การไปตรวจสุขภาพประจำปี
- การรักษาด้วยวิธีพื้นบ้าน เช่น การรับประทานยาสมุนไพร
- การที่สมาชิกครอบครัวพาผู้สูงอายุไปซื้อของ หรือรับประทานอาหาร

นอกบ้าน หรือไปเยี่ยมญาติ และเพื่อน

3.4 การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่างกัน พบว่า

ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีการดูแลสุขภาพตนเอง น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามรายข้อ ดังนี้

- การดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 - 10 แก้ว
- การเลือกรับประทานอาหารตามแพทย์สั่ง
- การนอนหลับตอนบ่ายวันละ 1 - 2 ชั่วโมง
- การทำความสะอาดร่างกายด้วยการเช็ดตัวหรืออาบน้ำก่อนเข้านอน
- การแต่งกายที่เหมาะสม รัดกุมขณะออกกกำลังกาย
- การอบอุ่นร่างกายประมาณ 5 - 10 นาที ก่อนออกกกำลังกาย
- การล้างมือก่อนและหลังเข้าห้องส้วม
- การอ่านหนังสือขณะขับถ่ายอุจจาระ
- การใช้ยาระบายหรือยาเหน็บอุจจาระหรือยาสวนอุจจาระ
- การเลือกรับประทานอาหารที่มีกากใย เพื่อป้องกันอาการท้องผูก
- การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลม
- การข้ามถนนบริเวณทางข้ามหรือสะพานลอย
- การตรวจสภาพยานพาหนะก่อนใช้ เช่น รถยนต์
- การอ่านเอกสารกำกับยาก่อนหยิบยารับประทาน
- การเปิดไฟหรือหน้าต่างในห้องน้ำ ห้องส้วม เมื่อรู้สึกว่ามีแสงสว่าง

ไม่เพียงพหรืออากาศถ่ายเทไม่สะดวก

- การศึกษาข่าวสารข้อมูล เรื่องสุขภาพอนามัยจากสื่อสารมวลชนหรือ

บุคคลรอบข้าง

- การไปตรวจสุขภาพประจำปี
- การซื้อยาจากร้านขายยารับประทาน

- การชั่งน้ำหนักตัว เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก
- การเป็นหัวหน้าครอบครัว ดูแลความเป็นอยู่ภายในบ้าน
- การช่วยเหลือให้คำแนะนำ แก่ปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัว
- การที่สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุไปซื้อของ หรือรับประทานอาหาร

นอกบ้าน หรือไปทัศนศึกษา หรือไปเยี่ยมญาติ และเพื่อน ๆ

3.5 การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน พบว่า

ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับราชการบำนาญ มีการดูแลสุขภาพตนเอง ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ และรับจ้าง ค้าขาย และเกษตรกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในด้านการออกกำลังกาย การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การป้องกันอุบัติเหตุ การรักษาสุขภาพเบื้องต้น และด้านความสัมพันธ์ของครอบครัว และพบว่า ผู้สูงอายุที่รับราชการบำนาญ มีการดูแลสุขภาพตนเอง ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ และรับจ้าง ค้าขาย และเกษตรกรรม

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามรายข้อดังนี้

- การดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 - 10 แก้ว
- การนอนหลับตอนบ่ายวันละ 1 - 2 ชั่วโมง
- การแต่งกายที่เหมาะสม ระวังอุณหภูมิร่างกาย
- การอบอุ่นร่างกายประมาณ 5 - 10 นาที ก่อนออกกำลังกาย
- การออกกำลังกายตอนเช้าหรือเย็น วันละประมาณ 20 - 30 นาที
- การออกกำลังกายโดยให้อวัยวะทุกส่วนเคลื่อนไหว
- การล้างมือก่อนและหลังเข้าห้องส้วม
- การอ่านหนังสือขณะขับถ่ายอุจจาระ
- การใช้ยาระบายหรือยาเหน็บอุจจาระหรือยาสวนอุจจาระ
- การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องและกระบังลมให้แข็งแรง

- การข้ามถนนบริเวณทางข้ามหรือสะพานลอย
- การตรวจสภาพยานพาหนะก่อนใช้ เช่น รถยนต์
- การอ่านเอกสารกำกับยาก่อนหยิบยารับประทาน
- การศึกษาข่าวสารข้อมูลเรื่องสุขภาพอนามัยจากสื่อสารมวลชนหรือ

บุคคลรอบข้าง

- การไปตรวจสุขภาพประจำปี
- การรักษาด้วยวิธีพื้นบ้าน เช่น การรับประทานยาสมุนไพร
- การที่สมาชิกครอบครัวพาผู้สูงอายุไปซื้อของ หรือรับประทานอาหาร

นอกบ้าน หรือไปทัศนศึกษา หรือไปเยี่ยมญาติ และเพื่อน ๆ

3.6 การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน พบว่า

ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีการดูแลสุขภาพตนเอง ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน และรายได้ 2,000 - 5,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ในด้านโภชนาการและสุขนิสัยการรับประทานอาหาร การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การรักษาสุขภาพเบื้องต้น และด้านความสัมพันธ์ของครอบครัว

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามรายข้อดังนี้

- การหลีกเลี่ยงที่จะรับประทานอาหารประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมัน
- การเลือกรับประทานอาหารตามแพทย์สั่ง
- การแต่งกายที่เหมาะสม รัดกุมขณะออกกำลังกาย
- การล้างมือก่อนและหลังเข้าห้องส้วม
- การขับถ่ายอุจจาระเป็นเวลา
- การขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ โดยควบคุมไม่ได้

- การศึกษาข่าวสารข้อมูล เรื่องสุขภาพอนามัยจากสื่อสารมวลชนหรือบุคคลรอบข้าง

- การอ่านหนังสือในที่ที่มีแสงสว่างพอดี
- การไปตรวจสุขภาพประจำปี
- การชั่งน้ำหนักตัว เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว
- การข้ามถนนบริเวณทางข้ามหรือสะพานลอย
- การลื่นหกล้มในห้องน้ำ ห้องส้วม เนื่องจากพื้นห้องไม่สะอาดหรือไม่มี

ราวเกาะ

- การเป็นหัวหน้าครอบครัว ดูแลความเป็นอยู่ภายในครอบครัว
- การที่สมาชิกครอบครัวพาผู้สูงอายุไปซื้อของ หรือรับประทานอาหารนอกบ้าน หรือไปทัศนศึกษา หรือไปเยี่ยมญาติ และเพื่อน ๆ
- การปฏิเสธที่จะไปงานต่าง ๆ ที่ได้รับเชิญ

3.7 การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวต่างกัน พบว่า

ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม 7 ด้าน และรายด้าน ไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามรายชื่อดังนี้

- การนอนหลับตอนกลางคืน วันละประมาณ 6 - 8 ชั่วโมง
- การใช้ยาระบายหรือยาเหน็บอุจจาระหรือยาสวนอุจจาระ
- การชั่งน้ำหนักตัว เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว
- การรักษาด้วยวิธีพื้นบ้าน เช่น การรับประทานยาสมุนไพร

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการศึกษาค้นคว้าการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพथ์ทหารเรือ ผู้วิจัยจะอภิปรายผลเฉพาะในประเด็นสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. จากผลการวิจัยที่พบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี อาจเนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นข้าราชการบำนาญ มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีพื้นการศึกษาเดิมระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปจนถึงอุดมศึกษาเป็นส่วนมาก ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้และมีโอกาสแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพอนามัย และมีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายค่าตรวจรักษาสุขภาพตนเอง และทั้งนี้จากการที่ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยของสภาพร่างกายที่เกิดขึ้นตามวัย ทำให้ต้องมีการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ประกอบกับวัยสูงอายุเป็นวัยแห่งความสำเร็จ และมีความมั่นคงของชีวิต จะเกิดความภาคภูมิใจอย่างมากในความสามารถของตน เพื่อแสดงให้เห็นให้บุคคลอื่นรู้ว่า ตนยังมีความสามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เอง เป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าให้กับตน จึงจะพยายามใช้ความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น และอีกประการหนึ่งการดูแลตนเองเป็นเรื่องของธรรมชาติ และเป็นการปรับหน้าที่ของบุคคลเพื่อความอยู่รอดของตน เพื่อให้ชีวิตอยู่รอดปลอดภัย (สมจิต พนุเจริญกุล. 2533 : 150 ; อ้างอิงมาจาก Orem. 1985) ประกอบกับกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่กับคู่ครอง และบุตรหลาน หรือญาติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขยาย จะมีความสัมพันธ์ของครอบครัวระหว่างสมาชิกดีเช่นกัน

2. ในรายชื่อที่ผู้สูงอายุ มีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี ได้แก่ การงดดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง สุรา ของมีเนเมา การหลีกเลี่ยงการรับประทานยานอนหลับ หรือยากล่อมประสาทโดยไม่ปรึกษาแพทย์ การไม่ออกกำลังกายทันทีหลังรับประทานอาหาร การขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระโดยควบคุมไม่ได้ การเปิดไฟหรือหน้าต่างในห้องน้ำ ห้องส้วม เมื่อรู้สึกว่ามีแสงสว่างไม่เพียงพอหรืออากาศถ่ายเทไม่สะดวก การต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และมีอาชีพรับราชการบำนาญ ทั้ง 2 ประการนี้เป็นพื้นฐานของการได้รับความรู้ด้านสุขภาพอนามัย เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพอยู่เป็นระยะในรอบวงจรชีวิต และจากสภาพแวดล้อมของสังคมในปัจจุบันที่มีการพัฒนาระบบสารสนเทศสื่อสารมวลชน ถ่ายทอดความรู้ผ่านสื่อที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจถึงข้อควรปฏิบัติในกิจวัตรประจำวันที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพกายและใจ และอาจเนื่องจากการปฏิบัติทางศาสนาของผู้สูงอายุ ทำให้เข้าใจถึงการมีชีวิตที่มีความสุขควรปฏิบัติตนอย่างไรด้วย

3. ในรายชื่อที่ผู้สูงอายุ มีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในเกณฑ์การปฏิบัติต่ำ ได้แก่ การรับประทานอาหารวันละ 5 - 6 มื้อ แต่ละมื้อมีปริมาณน้อย การแต่งกายที่เหมาะสม รัดกุม ขณะออกกำลังกาย การออกกำลังกายร่วมกับกลุ่มเพื่อนวัยเดียวกันหรือกับครอบครัว การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง และกระบังลม การใส่กลอนประตูห้องน้ำ ห้องส้วม และการรักษาเบื้องต้นด้วยวิธีพื้นบ้าน เช่น การรับประทานยาสมุนไพร ทั้งนี้อาจเนื่องจากเป็นข้อจำกัดของผู้สูงอายุ ด้านความเสื่อมถอยของร่างกาย โดยเฉพาะระบบโครงกระดูก และกล้ามเนื้อ และจากภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุคนหนึ่งอาจมีปัญหาด้านสุขภาพหลายอย่างสอดคล้องกับ สเปคท์ โคเวอร์ท์ และเพลเลท (Speake, Cowart and Pellet. 1989 : 93) กล่าวว่า ร้อยละ 80 ของผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จะมีโรคประจำตัวเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และอาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนมากไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมหรือกลุ่มสังคมใด ๆ ทำให้ไม่มีโอกาสร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยเฉพาะด้านกีฬา และการออกกำลังกาย ไม่มีโอกาสได้พบปะสังสรรค์กับเพื่อนกลุ่มวัยเดียวกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย อันเป็นสิ่งจูงใจให้เกิดการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพของตนเอง และทฤษฎีการถดถอยทางสังคมหรือไร้ภาวะผูกพัน (Disengagement Theory) กล่าวว่า สภาพแวดล้อมที่เหมือนเดิม และสิ่งแวดล้อมดี สังคมยอมรับเปิดโอกาส และเคารพในตัวผู้สูงอายุแล้ว จะเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมสังคมมากกว่าถดถอย (ละออง สุวิทยาภรณ์. 2534 : 17 ; อ้างอิงมาจาก Dowd. 1975 : 87)

4. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุระหว่างเพศชาย และเพศหญิง พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิง มีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า ผู้สูงอายุชายและหญิง จะมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับคำกล่าวของ โอเร็ม (Orem. 1985 : 91 - 120) ที่ว่า ปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ ได้แก่ เพศ มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง และความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งหมด และไม่สอดคล้องกับ สลีย์ ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2532 : บทคัดย่อ) พบว่า ระดับการดูแลสุขภาพตนเองของเพศชายจะดีกว่าเพศหญิง และนภาพร ชโยวรรณ และคนอื่น ๆ (2530 : 222) ที่ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุชายจะมีภาวะสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้สูงอายุหญิง เพราะผู้สูงอายุหญิงมีโอกาสดิตเชื้อได้ไวกว่าเพศชาย ข้อค้นพบประเด็นนี้ อาจเนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีอายุ สถานภาพสมรส

การศึกษา อาชีพ และรายได้ใกล้เคียงกัน ทำให้มีความสนใจในเรื่องภาวะสุขภาพใกล้เคียงกัน การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิง จึงไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาในรายข้อ จะพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเพศชาย และหญิง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุชายจะดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุหญิง ในเรื่องการแต่งกายด้วยชุดที่รัดกุม เหมาะสม และออกกำลังกาย โดยการเดิน เดินเร็วและวิ่งเหยาะ ๆ และผู้สูงอายุหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุชายในเรื่อง การงัดคีมเครื่องดื่มน้ำตาล สุกรา ของมีนเมา หรือสูบบุหรี่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ ลูเบน ไวเลอร์ และชาย (นิรนาท วิทยโชคติคุณ. 2534 : 21 ; อ้างอิงมาจาก Lubben Weiler and Chi. 1987 : 725 - 733) พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมสูงกว่าเพศชาย แต่สอดคล้องกันในเรื่อง การงัดคีมเครื่องดื่มน้ำตาล สุกรา ของมีนเมา หรือสูบบุหรี่ ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีพฤติกรรมการดื่มน้ำแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่น้อยกว่าเพศชาย

5. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันจะมีการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับ สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรหม ศิลปสุวรรณ. 2532 : บทคัดย่อ) พบว่า ปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีอายุน้อยจะมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น และไม่สอดคล้องกับ ละออง สุวิทยาภรณ์ (2534 : 103) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 69 ปี มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 - 75 ปี และผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตดี ผู้สูงอายุนั้น ต้องมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในด้านต่าง ๆ อยู่ในระดับดีหรือค่อนข้างดี นี่ก็คือ ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองดีนั่นเอง

เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านความสัมพันธ์ของครอบครัวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 74 ปีขึ้นไป จะมีการดูแลสุขภาพ

ตนเองด้านความสัมพันธ์ของครอบครัวน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปีลงมา ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมมากขึ้น ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 42.10 (เนภาพร ชโยวรรณ และคนอื่น ๆ. 2532 : 132) ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสร่วมกิจกรรมกับครอบครัว สังคมน้อยลง เช่น การเป็นหัวหน้าครอบครัว การร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัวน้อยลงเช่นกัน

6. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับ นิรนาถ วิทย์โชคกิตติคุณ (2534 : 38) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า และแยก และจารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรหม ศิลปสุวรรณ (2527 : 67 - 69) ศึกษาความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในเขตมุกกะสัน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสจะมีความสามารถทางหน้าที่ร่างกายดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็น โสด หม้าย หย่า และแยก และสอดคล้องกับ การวิจัยของ สเปคค์ (Speake, Cowart and Pellet. 1989 : 28) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ กับโสด หม้าย หย่า และแยก มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสจะมีความสามารถทางหน้าที่ร่างกายดีกว่าผู้สูงอายุโสด หม้าย หย่า และแยก จากการที่ผู้สูงอายุสูญเสียคู่ชีวิตหรือไม่มีคู่ชีวิต จะมีผลอย่างมากต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ เพราะขาดผู้ใกล้ชิด ขาดเพื่อนที่เข้าใจกันดีเป็นเวลานาน เป็นเหตุให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายอ่อนแอลง (จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรหม ศิลปสุวรรณ. 2527 : 67 - 68) และจาก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ สภาพของสังคม อาชีพ และรายได้อยู่ในฐานะค่อนข้างดี ทำให้มีโอกาสได้รับคำแนะนำ ข้อคิดที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ อีกทั้งอาชีพเดิมรับราชการ หน่วยงานของทางราชการได้มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ภายใน หน่วยงานเป็นประจำ โดยเฉพาะในปัจจุบัน หน่วยงานให้ความสนใจในเรื่องการเตรียมตัวเกษียณอายุ เน้นในเรื่องของการปรับตัวการดูแลรักษาสุขภาพร่างกาย เป็นต้น จึงทำให้การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุนี้ไม่แตกต่างกัน

7. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ระหว่างผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่างกัน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีการดูแลสุขภาพตนเองน้อยกว่าผู้สูงอายุ กลุ่มการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อนุปริญาหรือเทียบเท่า และอุดมศึกษา หรือเทียบเท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่างกัน จะมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน สอดคล้องกับ มนตรี ต้นประยูร (2533 : 19) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุมากที่สุด คือ อัมมโนทัศน์ รองลงมาได้แก่ ระดับการศึกษา และยังพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ และวิลลิตส์ และไครเดอร์ (Willits and Criden. 1988 : 174) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะประเมินภาวะสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภารัตน์ ยมดิษฐ์ (2533 :) ; สนธยา พิษยกุล (2533) และจิโรเวค และคาสโน (Jirovec and Kasno. 1990 : 306) ที่พบว่า จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง

8. การดูแลสุขภาพตนเองระหว่างผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับราชการบำนาญ มีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ และรับจ้าง-ค้าขาย และเกษตรกรรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันจะมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ละออง สุวิทยาภรณ์ (2534 : 105) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพ และยังคงประกอบอาชีพมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพก็ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ต้องพึ่งพาบุตรหลานหรือญาติ ซึ่งสอดคล้องกับ นภาพร ชโยวรรณ และคนอื่น ๆ (2532 : 24) กล่าวว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุ แม้จะเป็นวัยที่พ้นจากการทำงานแล้วก็ตาม แต่สภาพด้านเศรษฐกิจบีบบังคับ ทำให้ผู้สูงอายุบางคนยังต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพตนเอง และครอบครัว จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการบำนาญ ประกอบกับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีผลต่อฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดี ทำให้สามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่ดีในด้านแหล่งบริการสุขภาพ และด้านอื่น ๆ ให้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพหรือรับจ้าง-ค้าขาย และเกษตรกรรวม

9. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2534 : 42) ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่มีรายได้จะมีการดูแลสุขภาพตนเองได้น้อยกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูง และการมีรายได้มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และจากการศึกษาของ ละออง สุวิทยากรณ์ (2534 : 104) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้ และมีรายได้เป็นของตนเองมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน และยังสอดคล้องกับ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : บทคัดย่อ) และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค (2535 : 26) ที่ศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับ สนธยา พิชัยกุล (2533 : บทคัดย่อ) ที่พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง และจากคำกล่าวของ เพนเดอร์ (Pender, 1982 : 161 - 162) กล่าวว่า ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพ ทำให้ได้รับอาหารเพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมการดูแลสุขภาพ

10. การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวต่างกัน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวต่างกัน มีการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวต่างกัน จะมีการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มุกดา สำนวนกลาง และคนอื่น ๆ (2533 : บทคัดย่อ) เรื่อง สมรรถนะการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนจากครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 69.1 อาศัยอยู่กับบุตรหลานและไม่มีอาชีพ แต่ได้รับการช่วยเหลือจากลูก ๆ และลูกหลานให้ความรักใคร่ดี และมีการดูแลสุขภาพเกินกว่าวัย ร้อยละ 40 ที่พบว่า ผู้สูงอายุในครอบครัวช่วยตัวเองได้หมด และยังช่วยเหลือครอบครัวหลาย ๆ ด้าน เช่น การ

ดูแลบ้าน เลี้ยงหลาน หุงข้าว เตรียมอาหารไว้ปรุง และทำสวน เป็นต้น และการศึกษาของ ละออง สุวิทย์ภรณ์ (2534 : 105) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการเอาใจใส่จากบุตรหลาน ต่างกันจะมีสุขภาพกายแตกต่างกัน และพิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคนอื่น ๆ (2523 : 153) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายจะมีความสุขมากกว่าครอบครัวผู้ที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว และมนตรี ต้นประยูร (2532 : 58) ศึกษาพบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายจะได้รับการ เอาใจใส่ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ จึงถือว่า เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ใน ครอบครัวเดี่ยว ดังนั้นโอกาสการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยจึงมีน้อยกว่า และจากกลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่กับคู่ครอง และบุตรหลาน ร้อยละ 63.86 เป็นลักษณะของครอบครัวที่สมบูรณ์ ผู้สูงอายุ ยังมีชีวิตที่เป็นเพื่อนร่วมคิด บริกษาหารือ ปฏิบัติ กิจกรรมประจำวันร่วมกัน มีกำลังใจในการที่จะมีชีวิตอยู่ เพื่อเป็นร่มโพธิ์ของลูกหลานต่อไป จึง ทำให้การดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

จากการศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จะพบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตัว ในกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับต่ำ ในด้านโภชนาการและสุขนิสัยการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง และ มีภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งโรคและภาวะสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุนี้ เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ จากผู้สูงอายุต้องมีการดูแลสุขภาพตนเองในด้านโภชนาการ งดอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค และต้องมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคและอายุ และจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มใด ๆ นอกจากสมาชิกชมรมข้าราชการบำนาญ และชมรม ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุขาดความต่อเนื่องในการได้รับความรู้ คำนะนาเรื่องสุขภาพใหม่ ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปในสังคมปัจจุบัน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ที่อยู่ในวัยทอง มีอายุยืนยาว แข็งแรงต่อไป เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง ในด้านต่าง ๆ ที่ยังเป็นปัญหาสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการวินิจฉัยโรค และการดูแลสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการที่จะช่วยกันดูแลสุขภาพตนเอง

ครอบครัวและชุมชน หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุควรได้ตระหนักและให้ความสำคัญในเรื่องดังต่อไปนี้

1. ควรส่งเสริมการจัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ได้แก่ การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุทั่วไป คลินิกผู้สูงอายุเฉพาะโรค การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นต้น โดยมีแผนงานนโยบาย เป้าหมาย และวิธีการดำเนินงานที่จริงจัง สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้
2. ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในหน่วยงานทุกหน่วยงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงวัยเดียวกัน และยังเป็นชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้นในหน่วยบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุจะได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีชีวิตในวัยทองนี้ยังมีคุณค่า มีความพาสุกในวัยปลายของชีวิต
3. บทบาทของผู้ที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ควรให้การส่งเสริมคงไว้ซึ่งแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเป็นผู้สนับสนุนให้คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไปแก่ผู้สูงอายุโดยตรง และครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ใช้แหล่งประโยชน์ที่รัฐและเอกชนได้จัดให้ และจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ ญาติพี่น้อง ครอบครัว และชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
4. ด้านการผลิตบุคลากรทีมสุขภาพ ควรเน้นให้ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตามพัฒนาการวงจรชีวิตจนถึงวัยสูงอายุ และเน้นให้เห็นความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว คู่สมรส ที่มีส่วนส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยองค์ประกอบอื่น ๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพตนเองให้ครอบคลุมมากขึ้น เช่น ด้านศาสนา ภูมิฐานะของผู้สูงอายุทั้งในชุมชนเมือง และชุมชนชนบท เป็นต้น รวมทั้งการศึกษาระดับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
2. ควรมีการศึกษาวิจัย การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุอื่น ๆ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อายุยืน หรือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมอื่น ๆ เช่น ชมรมข้าราชการ บัณฑิตทั่วประเทศ

3. การศึกษาวิจัยหาแนวทางในการดำเนินงานเกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ เช่น การนำแนวคิดการดูแลสุขภาพและการประชาสัมพันธ์มาใช้ในการพัฒนาความรู้ความเข้าใจให้แก่ผู้สูงอายุ การจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการจัดกิจกรรมให้เหมาะสม เช่น กิจกรรมการออกกำลังกาย เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้สูงอายุอย่างแท้จริง ทั้งนี้เพราะว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ เช่น อาจมีปัญหากับสายตา การได้ยิน การอ่านเขียนหรือการเคลื่อนไหว เป็นต้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

กรรณิการ์ สุวรรณโคตร. การพยาบาลในสภาวะสุขอนามัยผิดปกติ. เอกสารการสอนชุด
มโนคติและกระบวนการพยาบาล. หน่วยที่ 8 - 15 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพฯ : หนึ่งเจ็ดการพิมพ์, 2527.

กฤษดา แสงดี. "การพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างการดูแลตนเอง : แนวคิด
และทฤษฎี," ใน กองการพยาบาล. 18(1) : 5 - 8 ; มกราคม - เมษายน
2534.

กฤษยา ดันติผลาชีวะ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : เจริญกิจ, 2524.

_____. การพยาบาลผู้สูงอายุ. 2533. อัดสำเนา.

เกษม ดันติผลาชีวะ และกฤษยา ดันติผลาชีวะ. การรักษาสภาพในวัยสูงอายุ.
กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2528.

ไกรสิทธิ์ ดันติสิรินทร์ และคนอื่น ๆ. "โภชนาการในผู้สูงอายุ," ใน เอกสารการประชุม
สัมมนาระดับชาติครั้งที่ 2 เรื่อง สมรรถภาพทางกายและวิทยาศาสตร์การกีฬา.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต, 2533.

เขมิกา ยามะรัต. ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา : ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญ
กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527. อัดสำเนา.

จารุวรรณ ศรีสว่าง. กิจกรรมและความคาดหวังของข้าราชการที่เกษียณอายุในประเทศไทย
ไทย. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.
อัดสำเนา.

จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรหม ศิลสุวรรณ. ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของ
ผู้สูงอายุในเขตมวกะสัน. รายงานการวิจัยภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

จินตนา รอดนันทา. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุเขตกรุงเทพ
มหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
อัดสำเนา.

จิระจิตต์ ราคา. การนำเสนอข้อมูลและการวิเคราะห์ขั้นพื้นฐาน. เอกสารการสอนชุดวิชา คณิตศาสตร์และสถิติ. หน่วยที่ 9 - 15 สาขาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาราช. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช,
2533.

จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

จิรสวรรค์ เทียนประภาส และคนอื่น ๆ . การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ :
รุ่งเรืองธรรม, 2533.

ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : ศูนย์
หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์. การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : กลุ่มวิชาการพิมพ์, 2532.

ดวงฤดี ลาสุขะ. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบคัดสรรกับการปรับตัวของผู้สูงอายุใน
จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2528. อัดสำเนา.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคนอื่น ๆ . การดูแลสุขภาพของตนเอง ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม.
กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แสงแดด, 2530.

ทิพย์วัลย์ ขาวสำอางค์. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มีบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจ
โรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลรามาราช. ปรินฤนิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533. อัดสำเนา.

ทิพย์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ . การดูแลสุขภาพตนเอง : ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม.
กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แสงแดด, 2530.

ทัศนีย์ บุญทอง. เอกสารการสอนชุดวิชาโณมิติและกระบวนการพยาบาล หน่วยที่ 1 - 7
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช. กรุงเทพฯ : หนังสือจัดการพิมพ์, 2527.

_____. "แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองกับการพัฒนาสุขภาพของประชาชน," สภาการ
พยาบาล. 6(2) : 11 - 19 ; มิถุนายน 2534.

นภาพร ขโยวรรณ และคนอื่น ๆ. "ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย," ใน เอกสารการประชุมวิชาการประชากรศึกษาแห่งชาติ 2530. โรงธรรมอิมพีเรียล

กรุงเทพฯ : 2530.

_____. สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.

นริศรา ลีลามานิตย์. ความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ วท.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535. อัดสำเนา.

นิศา ชูโต. คนชราไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.

นรินดา วิทย์ชคดีคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ. รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพฯ : สามดีการพิมพ์, 2532.

_____. "ผู้สูงอายุ : ภาระของใคร," ใน สุโขทัยธรรมาธิราช. 8(3) : 125 ; กันยายน - ธันวาคม 2538.

บุญเรียง ขจรศิลป์. สถิติวิจัย II. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ฟิสิกส์เซ็นเตอร์, 2533.

_____. สถิติวิจัย I. กรุงเทพฯ : ฟิสิกส์เซ็นเตอร์, 2533.

บริบูรณ์ พรพิรุณ. โลกยามชราและแนวคิดในการเตรียมตัวเพื่อความสุข. เชียงใหม่ : พระสังฆ์การพิมพ์, 2527.

ประชาสงเคราะห์, กรม. รายงานการประเมินผลโครงการสงเคราะห์คนชรา.

กรุงเทพฯ : กรมประชาสงเคราะห์, 2525.

ประพิมพ์ดาว สุนทร. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนเชื้อเพลิงยานนาวา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2526. อัดสำเนา.

ประภาพรเพ็ญ สุวรรณ. การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตรการส่วนประมาค่าและแบบสอบถาม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์, 2537.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา.

กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์, 2534.

ประสาน ธรรมชาติน. "นันททัศนะ ต่อความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเอง,"

ใน วิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. 2(2) : 6 ; พฤษภาคม - สิงหาคม 2533.

ปราโมทย์ วังสะอาด. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีในเขตเทศบาล

เมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,

2529. อุดสาเนา.

ปานัน บุญหลง. "การเปลี่ยนแปลงทางชีวิตสังคมในผู้สูงอายุ," วารสารวิทยาลัยพยาบาล

ราชบุรี. กรกฎาคม - ธันวาคม 2533.

พรทิพย์ สีนประสงค์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรค

เรื้อรังในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,

2532. อุดสาเนา.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพฯ : เจริญผล, 2531.

พิธีสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคนอื่น ๆ. ความทันสมัย ภาพพจน์ เกี่ยวกับตนเอง และปัญหาบาง

ประการของคนชรา : รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิต

พัฒนบริหารศาสตร์, 2523.

เพ็ญจันทร์ ประคัมมุข. "การดูแลสุขภาพตนเองกับการสาธารณสุขมูลฐาน," ใน การดูแลสุขภาพ

สุขภาพตนเองทัศนะทางสังคมและวัฒนธรรม. หน้า 26 - 39. นครปฐม : ศูนย์

ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

ไพจิตร บัวบุตร. "การดูแลสุขภาพของตนเอง," จดหมายข่าวรายงานวิจัยพฤติกรรม

สุขภาพ. 2 : 3 ; พฤษภาคม - สิงหาคม 2533.

ไพศาล หวังพานิช. วิธีการวิจัย. ม.ป.ท., 2531.

มนตรี ตันประยูร. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อุดสาเนา.

มหาดไทย, กระทรวง. คู่มือข้าราชการว่าด้วยบำเหน็จบำนาญ. กรุงเทพฯ : กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2512.

"มติชนโฌนง," มติชน 27 พฤษภาคม 2533. หน้า 9.

มุกดา สำนวนกลาง. "การดูแลตนเอง : กระบวนการและกลวิธีเสริมสร้างการดูแลตนเอง," ใน กองการพยาบาล. 18(1) : 23 - 36 ; มกราคม - เมษายน 2534.

มัลลิกา มติโก. "แนวคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง," ใน การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. หน้า 7 - 22. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แสงแดด, 2530.

มัลลิกา มติโก. "การดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิด นโยบาย และยุทธวิธี เพื่อการพัฒนาสาธารณสุข," ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. หน้า 49 - 51. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

เยาวรัตน์ ปรบักร์ขาม และปราโมทย์ ปราสาทกุล. "อัตวินิบาตกรรมของคนไทย," ใน รายงานการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ ระหว่างวันที่ 26 - 27 พฤศจิกายน 2530. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

รจนารถ ชูใจ. "การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีโอเรม," ใน วิทยาลัยพยาบาลราชบุรี. 6(1) : 41 - 52 ; มกราคม - มีนาคม 2537.

ละออง สุวิทยากรณ์. ปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท : กรณีศึกษาเฉพาะอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2536.

ลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์, 2533.

วรมนต์ ตรีพรหม. "ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางด้ำนร่างกายในผู้สูงอายุ," ใน พยาบาลสาร. 18(2) : 22 - 30 ; เมษายน - มิถุนายน 2534.

วิจิตร บุญชะโหดระ. คู่มือเกษียณอายุ. กรุงเทพฯ : นพิตการพิมพ์, 2533.

วิจิตร ศรีสุวรรณ และดวงฤดี ลาสุขะ. "การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ," ใน พยาบาลสาร. 18(2) : 36 - 39 ; เมษายน - มิถุนายน 2533.

วิเชียร เกตุสิงห์. "คำเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้," ใน ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 1(18) : 9 ; กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2538.

วิภารัตน์ ยมดิษฐ์. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก กับความสามารถในการปฏิบัติการณ์ดูแลตนเองในมารดาครรภ์แรก หลังคลอดปกติ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.

ศรีจิตรา บุญนาค. "ปัญหาสุขภาพและแนวความคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ," ใน แพทยสาร. (18) : 251 - 263 ; เมษายน 2532.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. ตัวแปรทางสังคม จิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : สภาวิจัยแห่งชาติ, 2530.

ศิริวรรณ สิ้นไชย. ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532. อัดสำเนา.

สนธยา พิษย์กุล. ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษา โดยการขจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.

สมจิต หनुเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : บริษัท วิสิฐสิน จำกัด, 2534.

_____. "การดูแลสุขภาพตนเองในการพยาบาล ทฤษฎีและการประยุกต์ทางคลินิก", ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. หน้า 126 - 140. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

สมบูรณ์ ศาลยาชีวิน. จิตวิทยาเพื่อการศึกษาผู้ใหญ่. เชียงใหม่ : ลานนาการพิมพ์, 2526.

สมปอง ยวงสะอาด. เจตคติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่มีต่อการดูแลสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528. อัดสำเนา.

สมทรง รักษ์เฝ้า "กรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและวิธีดำเนินโครงการ," ใน ข่าวสารการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง. (1) : 3 - 5 ; ตุลาคม 2535.

สมพร เทพสิทธิ์า. บทบาทขององค์การเอกชนในการให้บริการสวัสดิการผู้สูงอายุ. ม.ป.ท., 2529. อัดสำเนา.

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. การวิจัยเชิงบรรยาย. กรุงเทพฯ : นารมีการพิมพ์, 2525.

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : 2533.

สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักงานปลัดกระทรวง. คนไทยอายุยืน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2529.

สาธารณสุข, กระทรวง. "นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535 - 2554)," ใน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539). กรุงเทพฯ : กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2534.

สัจฉิ์ ผลากรกุล. "โครงการวิจัยขององค์การอนามัยโลกในเรื่องผู้สูงอายุ การประชุมกลุ่มของผู้สนใจ ณ เมืองเจนีวา วันที่ 21 - 22 มีนาคม 2532," ใน วารสารกรมการแพทย์. (14) : 385 - 394 ; มิถุนายน 2532.

สุชาติ โสภประยูร. "สุขภาพกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต," ครุศาสตร์. 12 : 76 - 81 ; กรกฎาคม - กันยายน 2526.

_____. สุขวิทยา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2528.

สุพัตรา สุภาพ. สังคมและวัฒนธรรมไทย. หน้า 49 - 50. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.

_____. สังคมและวัฒนธรรมไทย ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2531.

สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. แรงสนับสนุน ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคนด้านสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.

สุนัน สุเดชะ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.

สุรเกียรติ์ อาชาณภาพ. "นันททัศนะต่อความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง," ใน วิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. 2(2) : 5 ; พฤษภาคม - สิงหาคม 2533.

สุรเกียรติ์ อาชาณภาพ และสยมพร สิรินาวัน. ทันโรค ทันโลก. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ เมติคัลมีเดีย, 2533.

สุรีย์ จันทรโมลี. "แนวคิดการดูแลสุขภาพตนเอง," ใน สุขภาพศึกษา. 15(58) : 36 - 39 ; เมษายน - มิถุนายน 2535.

สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขต กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

เสนอ อินทรสุขศรี. "จะใช้ชีวิตอย่างไรเมื่ออย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ," สุขภาพจิตผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : มิตรสยาม, 2519.

_____. "เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ," ใน เอกสารการสัมมนาเรื่องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2526.

โสมพรรณ ถิ่นว่อง. การศึกษาสมรรถภาพของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2533.

อาภา สุขสวัสดิ์. บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

อาภา ใจงาม. "พยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาพจิตสังคมของผู้สูงอายุ," พยาบาล. 39(2) : 140 - 149 ; เมษายน - มิถุนายน 2533.

อารมณ วุฒิพฤกษ์ และคนอื่น ๆ. การศึกษาสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กรณีศึกษาในชุมชนจตุรมิตรสัมพันธ์ แขวงหิรัญบุรี เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.

เอี่ยมพร ทองกระจ่าง. "การดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิด นโยบาย และยุทธวิธีเพื่อพัฒนาสาธารณสุข," ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. หน้า 84. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

- Anderson, C.L. Community Health. Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1978.
- Atchley, R.C. The Sociology of Retirement. Massachuselt : Schenkwan Publishing Company Inc., 1976.
- Butler, F.R. "Minority Wellness Promotion. A Behavioral Self Management Approach," Journal of Gerontological Nursing. 13 : 23 - 29 ; August, 1987.
- Cohen, Joshuce. "Caring for the Aged," World Health. 4 - 9 : April, 1972.
- Cunningham, Glenda Davis. "Health Promotion Self - Care Behavior in the Community Older Adult," Health Sciences. Hospital Management, Texas Woman's University, 1989.
- Dowd, Jame J. "Aging as Exchange : A Perface to Theory," Journal of Gerontology. 30 : 580 - 594 ; May, 1975.
- Eliopoulos, C. Geriatric Nursing. Lonond : Harper and Row. Ltd., 1979..
- Fry, J. Self Care : Its Place in the Total Health Care System. Mimeograph, 1983.
- Hill, L. and N. Smith. Self - Care Nursing : Promotion of Health. New Jersey : Prentice Hall, Inc., 1985.
- Jirovec, M.M. and J. Kasno. "Self - Care Agency as a Function of Patient Environment Factors among Nursing Home Residents," Research in Nursing and Health. 13 : 303 - 309 ; October, 1990.
- Levin, L.S. "Self Care," American Journal of Nursing. 79 : 487 - 489 ; March, 1976.
- Levin, L.S. and others. "Self - Care," Lay Initiative in health. New York : Prodist, 1976.
- Lubben, J.M. Weiler, P.G. and Chi, I. "Gender and Ethnic Differences in the Health Pratices of the Eldrely Poor," Journal of Clinical Epidemiolgy. 12 : 725 - 733 ; December, 1989.
- Niemi, M.L. and others. "Quality of Life 4 Years after Stroke," Stroke. 19 : 1101 ; September, 1988.
- Norris, C.M. "Self Care," American Journal of Nursing. 79 : 486 - 489 ; March, 1976.
- Orem, Dorothea Elizabeth. Nursing : Concepts of Practice. 2 nd ed. New York : McGraw Hill, 1985.

- Orem, D. and S. Taylor. "Orems : General Theory of Nursing in P. Winstead-Fry (Ed)," Case Studies in Nursing Theory. p. 37 - 71. National League for Nursing} 1986.
- Roy, S.C. "The best for Professional Nursing Practice," Nursing Theories. New Jersey : Prentice Hall, 1985.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. Norewalk : Appleton - Century Croffs, 1982.
- Schuman, E. "Stages of Illness and Medical Care," Journal of Health and Human Behavior. (6) : 124 - 128 ; 1965.
- Speake. D.L. M.E. Cowart and K. Pallet. "Health Perceptions and Life Styles of the Elderly," Research in Nursing and Health. 12 : 93 - 100 ; April, 1989.
- Stacey, C. and others. "Simple Cognitive and Behavioral Changes Resulting from Improved Physical Fitness in Persons over 50 years of Age," Journal on Aging. 4 : 67 - 74 ; June, 1985.
- Tissuer, T. "Another Look at Self Care Related Health Among the Elderly," Journal of Gerontology. 27 : 91 - 94 ; 1972.
- Walker, S.N. and others.. "Health Promoting Life Styles of Older Adults : Comparisons with Young and Middle - Aged Adults, Correlates and Pattern," Advance in Nursing Science. 11 : 76 - 90 ; October, 1988.
- Willits, F.K. and Crider, D.M. "Health Relating and Life Statistaction in the Later Middle Year", Journal of Gerontology. 43 : 175 - 176 ; September, 1988.
- Williamson, Z. and Danaher, K. Self Card in Health. London : Croom Helm, 1978.
- Yamane, Taro. Statistics : and Introductory Analysis. 2 nd ed. New York : Harper and Row, 1967.

ภาคผนวก

แบบสอบถาม

การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามมี 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 2 การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

2. แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะทราบถึงกิจกรรมการปฏิบัติตน เกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ โดยขอให้ท่านตอบให้ตรงกับการปฏิบัติตัวของท่านในปัจจุบัน และเพื่อความสำเร็จของแบบสอบถาม ขอความกรุณาให้ตอบในข้อคำถามทุกข้อ คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามฉบับนี้ทั้งหมด จะใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น และคำตอบที่ได้จะได้นำไปใช้เป็นแนวทางการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุต่อไปด้วย ซึ่งผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลนี้ไว้เป็นความลับ และขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในวงเล็บหน้าข้อความตามความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านในปัจจุบัน

1. เพศ

() 1. ชาย () 2. หญิง

2. อายุ

() 1. 60 - 64 ปี

() 2. 65 - 69 ปี

() 3. 70 - 74 ปี

() 4. มากกว่า 74 ปี

3. สถานภาพสมรส

() 1. คู่ () 4. หย่า

() 2. โสด () 5. แยก

() 3. หม้าย

4. การศึกษาสูงสุดของท่าน

() 1. ไม่ได้เข้าศึกษา

() 2. ระดับประถมศึกษา

() 3. ระดับมัธยมศึกษา

() 4. ระดับอนุปริญญา หรือเทียบเท่า

() 5. ระดับอุดมศึกษา หรือเทียบเท่า

() 6. อื่น ๆ โปรดระบุ

5. การประกอบอาชีพ

- () 1. ไม่มีอาชีพ
- () 2. รับจ้าง
- () 3. ค้าขาย
- () 4. เกษตรกรรม
- () 5. รับราชการบำนาญ
- () 6. อื่น ๆ โปรดระบุ

6. รายได้ หมายถึง เงินที่ได้จากการประกอบอาชีพ หรือได้รับการเกื้อกูลจากผู้อื่น

- () 1. ไม่มีรายได้
- () 2. ต่ำกว่า 2000 บาท ต่อเดือน
- () 3. 2000 – 5000 บาท ต่อเดือน
- () 4. มากกว่า 5000 บาท ต่อเดือน

7. สัมพันธภาพภายในครอบครัว

- () 1. อยู่คนเดียว
- () 2. อยู่กับคู่ครอง
- () 3. อยู่กับคู่ครอง และบุตรหลานหรือญาติ
- () 4. อยู่กับบุตรหลานหรือญาติ
- () 5. อยู่กับคนอื่น

8. ภาวะสุขภาพของท่าน ขณะนี้ท่านป่วยมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง...

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. โรคเบาหวาน
- () 2. โรคความดันโลหิต
- () 3. โรคปวดข้อ ข้ออักเสบ
- () 4. โรคหัวใจ หลอดเลือดหัวใจ
- () 5. โรคผิวหนังโรคปอด
- () 6. อื่น ๆ โปรดระบุ

9. ปัจจุบันท่านเป็นสมาชิกชมรม หรือกลุ่มใดบ้าง

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. ไม่ได้เป็น
- () 2. เป็นสมาชิกชมรมบำเพ็ญประโยชน์
- () 3. เป็นสมาชิกลูกเสือชาวบ้าน
- () 4. เป็นกรรมการชุมชน
- () 5. อื่น ๆ โปรดระบุ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

- คำชี้แจง 1. โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่างท้ายข้อความแต่ละข้อให้ตรงกับกิจกรรมปฏิบัติของท่านที่สุด
2. ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง มี 4 ระดับ ดังนี้
- ก. ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมปฏิบัติที่กระทำต่อเนื่องกันทุกวันใน 1 สัปดาห์
- ข. ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง กิจกรรมปฏิบัติที่กระทำต่อเนื่องกันทุก 3 - 5 วัน ใน 1 สัปดาห์
- ค. ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง กิจกรรมปฏิบัติที่กระทำ 1 - 2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์
- ง. ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยมีกิจกรรมปฏิบัติ หรือกระทำเช่นนี้เลย

ตัวอย่าง การตอบแบบสอบถาม

กิจกรรมปฏิบัติ	ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
การดูแลสุขภาพตนเอง ด้านโภชนาการ และ สุขนิสัยการรับประทานอาหาร				
1. ท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น น้ำนมถั่วเหลือง	✓.....			

แบบสอบถามการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

กิจกรรมปฏิบัติ	ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง			
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
การดูแลสุขภาพตนเอง ด้านโภชนาการ และ สุขนิสัยการรับประทานอาหาร				
1. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ...				
2. ท่านรับประทานอาหารที่สุกใหม่ ๆ ...				
3. ท่านรับประทานอาหารวันละ 5 - 6 มื้อ แต่ละมื้อมีปริมาณน้อย				
4. ท่านเคี้ยวอาหารจนละเอียดก่อนกลืน .				
5. ท่านหลีกเลี่ยงที่จะรับประทานอาหาร ประเภทแป้ง น้ำตาล และไขมัน				
6. ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง ลิโพ				
7. ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 8 - 10 แก้ว				
8. ท่านรับประทานยาวิตามิน และเกลือแร่				
9. ท่านเลือกรับประทานอาหารตามแพทย์สั่ง				
10. ท่านแปรงฟันหรือบ้วนปากหลังรับประทานอาหาร ทุกมื้อ				

กิจกรรมปฏิบัติ	ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
การดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการนอนหลับ และพักผ่อน				
1. ท่านนอนหลับตอนบ่ายวันละ 1 - 2 ชั่วโมง				
2. ก่อนเข้านอนท่านทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำหรือเช็ดตัว				
3. ท่านรับประทานเครื่องดื่มที่อุ่น ๆ ก่อนนอน เช่น นมสด หรือโอวัลติน				
4. ก่อนนอนท่านอ่านหนังสือธรรมะหรือเรื่องเบาสมอง หรือฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์				
5. ก่อนนอนท่านสวดมนต์ไหว้พระหรือทำสมาธิ				
6. ท่านรับประทานยานอนหลับหรือยาแก้ปวดประสาทโดยไม่ปรึกษาแพทย์				
7. ท่านนอนบนที่นอนที่สะอาด และสุขสบาย				
8. ท่านนอนหลับตอนกลางคืน วันละประมาณ 6 - 8 ชั่วโมง				

กิจกรรมปฏิบัติ	ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
การดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการออกกำลังกาย				
1. ก่อนออกกำลังกายท่านสวมชุดที่รัดกุมเหมาะสม				
2. ก่อนออกกำลังกายท่านอบอุ่นร่างกายประมาณ 5 - 10 นาที				
3. ท่านออกกำลังกายตอนเช้า หรือตอนเย็นวันละประมาณ 20 - 30 นาที				
4. ท่านออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารทันที				
5. ท่านออกกำลังกายโดยการเดินหรือเดินเร็ว หรือวิ่งเหยาะ ๆ				
6. ท่านออกกำลังกายโดยให้อวัยวะทุกส่วนได้เคลื่อนไหว				
7. หลังออกกำลังกายร่วมกับกลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน หรือกับครอบครัว				
8. ท่านออกกำลังกายตามที่แพทย์แนะนำ				

กิจกรรมปฏิบัติ	ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
การดูแลสุขภาพตนเอง ด้านสุขนิสัยในการ ขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระ				
1. ท่านล้างมือก่อนและหลังเข้าห้องส้วม .				
2. ท่านขับถ่ายอุจจาระเป็นเวลา				
3. ท่านใช้เวลานาน ๆ ในการขับถ่าย อุจจาระ				
4. ท่านอ่านหนังสือขณะขับถ่ายอุจจาระ ..				
5. ท่านขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระโดย ควบคุมไม่ได้				
6. ท่านต้องไ้ใช้ยาระบายหรือยาเหน็บ อุจจาระหรือยาสวนอุจจาระ				
7. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีกากใย เพื่อป้องกันอาการท้องผูก				
8. ท่านบริการกล้ำมเนื้อหน้าท้อง และ กระบังลมให้แข็งแรง				
9. ห้องน้ำห้องส้วมของท่านอยู่ใกล้ห้องนอน				

กิจกรรมปฏิบัติ	ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
การดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ				
1. ท่านใช้ไม้ค้ำยันในการเดินเพื่อช่วยพยุง				
2. ท่านไม่สวมรองเท้าขณะเดินเล่นบนพื้นดินหรือสนามหญ้า				
3. ท่านข้ามถนนบริเวณทางข้ามหรือสะพานลอย				
4. ท่านตรวจสอบสภาพยานพาหนะก่อนใช้ เช่น รถยนต์				
5. ท่านถอดปลั๊กไฟหรือปิดแก๊สหลังใช้				
6. ท่านตรวจอุปกรณ์ของใช้ภายในบ้านให้มีสภาพดีตามอายุการใช้งาน				
7. ท่านอ่านเอกสารกำกับยาก่อนหยิบยารับประทาน				
8. ท่านต้องใส่กลอนประตูห้องน้ำห้องส้วมทุกครั้ง				
9. ท่านลื่นหกล้มในห้องน้ำห้องส้วม				
เนื่องจากพื้นห้องลื่น หรือไม่มีราวเกาะ				
10. ท่านเปิดไฟหรือหน้าต่างในห้องน้ำ ห้องส้วม เมื่อรู้สึกว่าย่ำแสงสว่างไม่เพียงพอหรืออากาศถ่ายเทไม่ดี				

กิจกรรมปฏิบัติ	ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
การดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการรักษาสุขภาพเบื้องต้น				
1. ท่านศึกษาข่าวสารข้อมูลเรื่องสุขภาพอนามัยจากสื่อสารมวลชนหรือบุคคลรอบข้าง				
2. ท่านอ่านหนังสือในที่ที่มีแสงสว่างพอดี .				
3. ท่านดื่มสุราหรือของมีเมา หรือสูบบุหรี่				
4. ท่านไปตรวจสุขภาพประจำปี				
5. ท่านไปคลินิกหรือโรงพยาบาลเพื่อตรวจร่างกายทั่วไป				
6. ท่านซื้อยาจากร้านขายยารับประทาน .				
7. เมื่อไม่สบายท่านรักษาด้วยวิธีที่บ้าน เช่น การรับประทานยาสมุนไพร				
8. ท่านใช้น้ำหนักตัวที่บ้านเพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก				
9. ท่านวัดปรอทหรือวัดความดันโลหิตหรือตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะที่บ้านเอง .				

กิจกรรมปฏิบัติ	ระดับการดูแลสุขภาพตนเอง			
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
การดูแลสุขภาพตนเอง ด้านความสัมพันธ์ของครอบครัว				
1. ท่านเป็นหัวหน้าครอบครัว ดูแลความเป็นอยู่ภายในบ้าน				
2. ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง				
3. ท่านชอบเล่าเรื่องของตนเองในอดีตให้คนรอบข้างฟัง				
4. ท่านช่วยเหลืองานบ้าน เช่น หุงข้าว เลี้ยงหลาน ทำสวน และอื่น ๆ				
5. ท่านช่วยให้คำแนะนำแก้ปัญหาต่าง ๆ ในครอบครัว				
6. ท่านยอมรับฟังคำแนะนำจากญาติมิตรหรือเพื่อนฝูง				
7. สมาชิกครอบครัวพาท่านไปซื้อของ หรือรับประทานอาหารนอกบ้าน หรือไปทัศนศึกษา หรือไปเยี่ยมญาติและเพื่อน ๆ				
8. ท่านต้องการความช่วยเหลือด้านการเงินจากบุตรหลาน				
9. ท่านจะโกรธง่าย จู้จู้กุกิก เมื่อมีสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ ในครอบครัวมากระทบ				
10. ท่านปฏิเสธที่จะไปงานต่าง ๆ ที่ได้รับเชิญ				

ที่ ทม 1007/ 3466



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

15 กรกฎาคม 2539

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นาวาโทหญิง นพรัตน์ หนูบ้านยาง เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขภาพ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาเห็นว่า เพื่อทำปริญญานิพนธ์
เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ
ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

รศ.สุจินต์ ปริชามารถ

ประธาน

อ.พิมพ์ศรี รัตติแพทย์

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ นาวาเอกหญิง สุภัทรา เอื้อวงศ์, นาวาโทหญิง อารมณ์ ชูดวง
และ นาวาตรีหญิง ศรีศุภรณ์ รุธิรวัฒน์ เป็นผู้เชิญมาตรวจเครื่องมือการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ต่าง ๆ ที่ท่านจะโปรดทำให้แก่นิสิตผู้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119



ที่ ทบ 1007/ ๖ ๕๖ ๖

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

15 กรกฎาคม 2539

เรื่อง ขอกวามอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นาวาโทหญิง นพรัตน์ หนูบ้านยาง เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพथทหารเรือ
ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

รศ.สุจินต์ ปริชามารถ

ประธาน

อ.พิมพ์ศรี รตอติเทพย์

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ พล.เรือตรีโชคดี อินสว่าง และ น.ท.หญิง ทศนีย์ อาชวาคม
เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดาทให้แก่บัณฑิตผู้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริบุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007/ 3491



บัณฑิตวิทยาลัย

141

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

19 สิงหาคม 2539

เรื่อง ขออนุญาตเคราะห

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นาวาโทหญิงนพรัตน์ หนูบ้านยาง เป็นนิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผศ.สุจินต์ ปริธามารณ

ประธาน

อ.พิมพ์ศรี รอดดีเทพย์

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขออนุญาตเคราะห คือ ขอให้ผู้สูงอายุที่มารับบริการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ตอบแบบสอบถาม ระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2539 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความช่วยเหลืออนุเคราะหใด ๆ ที่ท่านจะโปรดคำนึงถึงนิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007/ 3733



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

19 สิงหาคม 2539

เรื่อง ขออนุญาตถอน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นาวาโทหญิงนพรัตน์ หนูบ้านยาง เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขภาพของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขออนุญาตถอนการศึกษาชั้นดุษฎี เพื่อทำปริญญาโท
เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์
ทหารเรือ

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผศ.สุจินต์ ปริชามารถ

ประธาน

อ.พิมพ์ศรี รัตติยา

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตได้ขออนุญาตถอน คือ ขอให้ผู้สูงอายุที่มารับบริการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ตอบแบบสอบถาม
ในระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2539 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำปริญญาโท

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิริกษา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ - นามสกุล	นาวาโทหญิงนพรัตน์ หนูบ้านยาง
วัน เดือน ปีเกิด	19 ธันวาคม พ.ศ. 2498
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	504 ถนนสมเด็จพระเจ้าตากสิน แขวงบุคคโล เขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	หัวหน้าฝ่ายปกครอง และครูพยาบาลภาควิชาการพยาบาล อนามัยชุมชน
สถานที่ทำงาน	วิทยาลัยพยาบาลกองทัพอากาศ กองการศึกษา กรมแพทย์ ทหารเรือ
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2520	ประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย กองการศึกษา กรมแพทย์ทหารเรือ
พ.ศ. 2524	วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2539	การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร