

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนแออัดเขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และแนวคิดในการดูแลตนเอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ การปฏิบัติและรูปแบบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้
4. กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

แนวความคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุและแนวคิด ในการดูแลตนเอง

แนวความคิดพื้นฐานวัยสูงอายุ เป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่มนุษย์ประสบ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้สูงอายุเป็นคำที่ใช้แทนความหมายคำว่า คนแก่ หรือคนชรา ตั้งแต่ พ.ศ. 2506 โดยชุมนุมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยสื่อความหมายในเชิงให้เกียรติ ยกย่อง นับถือ กระบวนการสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิตซึ่งมีอยู่ 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 40 ปี ซึ่งมีลักษณะไปในทางเจริญงอกงามและส่งเสริม ส่วนการเปลี่ยนแปลงในระยะที่ 2 หลังอายุ 40 ปีขึ้นไป จะเป็นการเปลี่ยนแปลงลักษณะการลดอัตราความเจริญงอกงามไปสู่ความเสื่อม (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528, หน้า 5) ฉะนั้นการสูงอายุเป็นผลรวมของการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตมนุษย์ นับแต่ปฏิสนธิจนถึงอายุขัยของบุคคล ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าการพิจารณาความสูงอายุของบุคคลควรพิจารณาครอบคลุมทั้งด้านสังคม จิตวิทยาการแสดงบทบาท หน้าที่ของบุคคล รวมทั้งจุดวิกฤต ในวงจรชีวิตร่วมด้วย

บอร์ดี (Brody, 1980, หน้า 63) ได้แยกผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มย่อย ดังนี้

60-74 ปี	กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (the young old)
75-84 ปี	กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (the middle old)
85 ปีขึ้นไป	กลุ่มผู้สูงอายุวัยท้าย (the old old)

วัยสูงอายุจะมีชีวิตยืนยาวต่อไปได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อความเสื่อมตามสภาพของร่างกายและจิตใจ เช่น เพศ อายุ อาชีพ อาหาร และสภาพแวดล้อมรวมถึงการระวังรักษาสุขภาพของบุคคล แมททีสันและแมคคอนเนลล์ (Matteson & Mceonnell, 1998, หน้า 35-36) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลและครอบครัว เป็นระบบเปิดสามารถเปลี่ยนแปลงได้ และมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน
2. ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีศักยภาพในการพัฒนาสติปัญญา มีทักษะในการกระทำ มีแรงจูงใจในการดูแลตนเองและเป็นผู้ได้รับการดูแลจากสมาชิกของครอบครัว
3. การพัฒนาผู้สูงอายุต้องการข่าวสารข้อมูล และการดำรงไว้ซึ่งสภาวะแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมการพัฒนาความรู้ในแต่ละช่วงชีวิต
4. ผู้สูงอายุแต่ละบุคคลได้รับผลทางเดียวจากกระบวนการสูงอายุ การเกิดโรคแบบแผนการดำเนินชีวิตและสิ่งแวดล้อม
5. การสอนด้านสุขภาพอนามัยช่วยให้ผู้สูงอายุ สามารถดำรงรักษาสุขภาพป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนความพิการที่จะเกิดขึ้นได้

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ อีเบอร์โบลและเฮส (อังกโน นริศรา ลีลามาศักย์, 2534, หน้า 9) ได้แก่

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biology theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์ประกอบด้วยองค์ประกอบใหญ่ ๆ 3 อย่าง คือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดชีวิต เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวเอง และองค์ประกอบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เซลล์ ได้แบ่งเป็นทฤษฎีย่อย ได้แก่

1.1 ทฤษฎีว่าด้วยอนุมูลอิสระ (Free radical theory) กล่าวถึงการใช้ออกซิเจนของเซลล์ และการเผาผลาญพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและอื่น ๆ จะทำให้เกิดพวกอนุมูลอิสระ (Free radical) เหล่านี้ได้แก่ วิตามินอี โดยไปลดการเผาผลาญ นอกจากนั้นพวกวิตามินเอ วิตามินซี และไนอาซินยังช่วยยับยั้งสารดังกล่าวอีกด้วย

1.2 ทฤษฎีว่าด้วยการสับสนของคอลลาเจน (Collagen-cross-link age theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจน (Collagen) และไฟบรัสโปรตีน (Fibrous protin) จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและเกิดการจับตัวกันมาก ทำให้เส้นใยนั้นห่อหุ้มเข้า บริเวณที่มีการจับตัวสูง ได้แก่ ผิวหนัง กระดูก เอ็น กล้ามเนื้อ หลอดเลือด และหัวใจ

1.3 ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunologic theory) กล่าวถึงกระบวนการคุ้มกันโรค จะประกอบด้วยขบวนการของบี-เซลล์ (B-cell) และที-เซลล์ (T-cell) ในร่างกาย บี-เซลล์จะช่วยป้องกันการติดเชื้อพวกแบคทีเรีย ไวรัส ปฏิกริยานี้อยู่ที่พลาสมาเซลล์ ต่อมนทอนซิล เยื่อปอดชื้น และต่อมน้ำเหลือง ส่วนที-เซลล์เป็นพวกที่ทำให้เกิดการแพ้ และต่อต้านเนื้อเยื่อแปลกปลอม อีกทั้งยังช่วยป้องกันการเกิดก้อนเนื้ออีกด้วย

1.4 ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลง และความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Somatic mutation and error theories) กล่าวถึงภาวะการแบ่งตัวผิดปกติ ทำให้เกิดการสูงอายุได้เร็วขึ้น เช่น การได้รับรังสีเล็กน้อยเป็นประจำ วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของ DNA และถูกส่งต่อไปยัง RNA และเอนไซม์ที่เพิ่งสังเคราะห์ใหม่ เอนไซม์ที่ผิดปกตินี้จะผลิตสารชนิดหนึ่งขึ้นภายในเซลล์ มีผลต่อขบวนการเผาผลาญ ซึ่งอาจจะเสื่อมหรือสูญเสียสมรรถภาพ

1.5 ทฤษฎีว่าด้วยยีน (Genetic theory) เชื่อว่าการสูงอายุนั้นเป็นลักษณะที่ เกิดขึ้นตามกรรมพันธุ์ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนของร่างกายคล้าย คลึงกันหลายชั่วคนเมื่ออายุมากขึ้น เช่น ลักษณะผมหงอกเร็ว ศีรษะล้าน เป็นต้น

1.6 ทฤษฎีว่าด้วยความเครียดและการปรับตัว (Stress - adaptation theory) เชื่อว่าถ้าหน้าที่ของร่างกาย ทั้ง โครงสร้างมีการใช้ก็จะทำให้เกิดการหมดอายุ ถ้ามี การใช้มากมีผลทำให้เกิดการสูงอายุเร็วขึ้น

1.7 ทฤษฎีว่าด้วยความเครียดและการปรับตัว (Stress - adaptation theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลทำให้เซลล์ตายได้บุคคลที่ ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่วัย สูงอายุเร็วขึ้น

ระบบประสาท สมอง ผู้สูงอายุจะมีขนาดเล็กลง มีการเสื่อมของเซลล์สมองเป็นผลให้ ความคิด ความจำ เสื่อมลง ตัวยับความรู้สึกล่าง ๆ เสื่อมลง ปฏิกริยาตอบสนองและการ เคลื่อนไหวช้าลงและมีการเปลี่ยนแปลงหลอดเลือดสมอง อาจทำให้ภาวะสมองขาดเลือดหรือเนื้อ สมองตายได้

ระบบต่อมไร้ท่อ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมสภาพ พบว่า ต่อมใต้สมองทำงาน ลดลง เป็นผลให้ต่อมไร้ท่ออื่น ๆ ที่ถูกควบคุมโดยฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง ทำหน้าที่ได้ลดลงด้วย มีอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย อวัยวะสืบพันธุ์เหี่ยวและเล็กลง มีการหลั่งฮอร์โมนแอนโดรเจน ลดลง ในเพศหญิงรังไข่หยุดทำงานหมดระดู การผลิตฮอร์โมนลดลงมากทำให้การเคลื่อนไหวช้าลง รวมทั้งพฤติกรรมทั่ว ๆ ไป เชื่องช้าได้ ต่อมหมวกไตที่ทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมนอัลโดสเตอโรนน้อยลง เป็นผลให้ลดการดูดกลับโซเดียมที่ไต ส่วนตับอ่อนทำหน้าที่ลดลง มีการหลั่งอินซูลินออกมาน้อยทำให้ ระดับน้ำตาลสูงขึ้นอาจเกิดโรคเบาหวานในผู้สูงอายุได้

ระบบทางเดินอาหาร ความอยากอาหารลดลง เนื่องจากประสาทสัมผัสเฉพาะอวัยวะ ของระบบรับสัมผัสลดลง รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของฟันและเหงือก ทำให้การรับประทานอาหาร ลำบาก ต้องเลือกลักษณะอาหารมากขึ้น การหลั่งน้ำย่อยของกระเพาะอาหารลดน้อยลง

กรดเกลือในกระเพาะอาหารอยู่ในระดับต่ำ อาหารถูกย่อยไม่สมบูรณ์ การดูดซึมแคลเซียมและเหล็กลดลง จึงทำให้เกิดโรคขาดอาหารและซีดในผู้สูงอายุได้ และอาหารที่มีลักษณะเป็นกากหรือเพิ่มแก๊สในลำไส้ ทำให้ผู้สูงอายุท้องอืด ท้องเฟ้อ ท้องผูกและท้องเสียได้

ระบบการขับถ่ายของเสียในผู้สูงอายุ กระเพาะปัสสาวะมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อที่ยึดเหนี่ยว ผนังกล้ามเนื้อบริเวณเชิงกรานอ่อนแอลงทำให้มีอาการปัสสาวะขัด ในบางรายมีปัสสาวะซึมกลิ่นปัสสาวะไม่ได้ อาจพบต่อมลูกหมากโตหรือมดลูกหย่อน เนื่องจากมีแรงดันเพิ่มขึ้นในกระเพาะปัสสาวะ และกระเพาะปัสสาวะจะสามารถจุปัสสาวะได้เพียง 250 มิลลิลิตรหรือประมาณครึ่งหนึ่งของคนหนุ่มสาว แต่จำนวนที่ขับออกมามีปริมาณน้อย เพราะปริมาณเลือดที่ผ่านไหลลดลงถึงร้อยละ 50 ทำให้อัตราการกรองและจำนวนน้ำที่ออกน้อยลง

ระบบประสาทสัมผัสพิเศษ ประกอบด้วยอวัยวะ เช่น ตา หู จมูก ลิ้น และประสาทสัมผัสที่ผิวหนังเสื่อมลง การเปลี่ยนแปลงการมองเห็นและการได้ยินของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบบ่อย การมองเห็นลดลงเนื่องจากมีสารอินทรีย์พวกไขมัน (Liquid substance) เกาะที่กระจกตา ประกอบกับน้ำที่หล่อเลี้ยงตาลดลง ทำให้การมองเห็นกลางคืนสูญเสียไป การรับรู้ต่าง ๆ ลดลงเนื่องจากการสูญเสียของโคนเซลล์ (Cone cells) ในจอตาและยังพบปัญหาอื่นอีก เช่น ต้อกระจก ต้อหินและการเลือนหลุดของจอรับภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุต้องเข้าโรงพยาบาลได้บ่อย (Bruner & Suddarth, 1984, หน้า 258 ; Goldman, 1988, หน้า 78)

และจากการศึกษาของ (Tolson, 1991, หน้า 26) พบว่าผู้สูงอายุ 61-70 ปีขึ้นไป 1 ใน 3 และ 3 ใน 4 ของจำนวนผู้สูงอายุช่วงนี้มีความเสื่อมของการได้ยิน ส่วนการศึกษาของบรรลุ คิริพานิช และคณะ (2525, หน้า 73, 84) ได้ศึกษาระบาดวิทยาของคนพิการและผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความผิดปกติชนิดหูตึงถึงร้อยละ 50.3 และมีชนิดหูหนวกถึงร้อยละ 38.61 เกิดจากการสูญเสียเซลล์ประสาทรับความรู้สึก (Senory neuron)

คือ ประสาทสมองคู่ที่ 8 มีความไวต่อการรับเสียงที่มีความถี่สูงลดลง หูส่วนในมีการเสื่อมของออร์แกนออฟคอร์ตี (Organ of corti) ร่วมกับการสูญเสียเยื่อหุ้มประสาทหูส่วนกลางมีเยื่อแก้วหูหนาและขนาดความยืดหยุ่น ไม่สามารถนำเสียงได้ดี ทำให้สมรรถภาพการได้ยินลดลง ถ้าหากอยู่ในสถานะการที่มีเสียงรบกวนหรือคำพูดที่เร็วกว่าปกติ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากต่อการเข้าใจคำพูด ระบบประสาทการรับรู้กลิ่นและรสชาติของผู้สูงอายุจะลดลง เนื่องจากต่อมได้สมองที่ทำหน้าที่ด้านนี้เสื่อมลงและปมรับรสต่าง ๆ ที่ลิ้นจะเสื่อมไปตามวัยหรืออายุที่เพิ่มขึ้น

2. ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา (Psychological theory) การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น เป็นการพัฒนาและปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัส ตลอดจนสังคมที่คนชราในอาศัยอยู่ สำหรับทฤษฎีที่มีแนวคิดทางจิตวิทยา 2 ทฤษฎี คือ (เขาวลัภณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2528, หน้า 18-19)

2.1 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังมีความปราดเปรื่องนั้น ก็ด้วยการเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องต่าง ๆ มีการค้นคว้าและพยายามเรียนรู้ตลอดเวลา ผู้ที่จะมีลักษณะเช่นนั้นได้ จะต้องเป็นผู้มีสุขภาพ มีฐานะทางเศรษฐกิจดีเป็นเครื่องเกื้อหนุน

2.2 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality theory) เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะสุขหรือทุกข์นั้น ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคงอบอุ่น มีความรักแบบถ้อยที่ถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น มีความรักผู้อื่น สามารถอยู่ร่วมกับลูกหลานได้อย่างมีความสุข แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เติบโตมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่ใคร่ได้จิตใจคับแคบ มักเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีความสุขในการดำรงชีวิตนัก

3. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociologic theory) กล่าวว่า ถ้าสังคมมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ก็จะทำให้สถานะของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วย และ

สถานะของผู้สูงอายุในสังคมใดจะเป็นอย่างไรขึ้นกับจำนวนของผู้สูงอายุในสังคมนั้น เมื่อถึงวัยสูงอายุ ลูกหลานและชุมชนมักจะให้ความสำคัญและความสนใจน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนี้ก็ควรจะลดความรับผิดชอบและลดความท้อใจลูกหลานลงบ้าง ควรเป็นตัวของตัวเองและพยายามรักษาสุขภาพไว้ให้ดีเพื่อจะได้ใช้ชีวิตในวันปลายอายุอย่างมีความสุข

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจอารมณ์ (Psychological change) จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและทางสังคม มีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุบางคนปรับตัวไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสังคม มีการพัฒนาจิตใจและอารมณ์ได้ดีขึ้น ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุบางคน อาจปรับตัวไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดความเครียด การสูญเสียคนใกล้ชิด การแยกไปของสมาชิกในครอบครัวและจากการหยุดจากงานที่ทำอยู่ประจำ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ซึ่งลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจที่พบ เช่น การรับรู้ ความรู้สึก ความจำ สติปัญญาต่าง ๆ ตลอดจนประสิทธิภาพของการทำงานประสานกันของระบบประสาทส่วนกลางลดลงไปตามอายุ และประมาณ 90% ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป เป็นโรคในสมอง (กุลยา ตันติผลลาชีวะ, 2528, หน้า 35) ทลงล้ม ความจำเลอะเลือนและสับสนง่าย การรับรู้ลดลง เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มักยึดติดอยู่กับความคิดเห็นของตนเอง มีอารมณ์หงุดหงิด โกรธง่ายหรือใจน้อย บางรายมีอาการว่าเหว่ ซึมเศร้า ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องทางจิตของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันไปตามสภาพของแต่ละบุคคล ได้แก่

ความจำ ผู้สูงอายุมีความจำในอดีตดีกว่าปัจจุบัน สติปัญญาและความสามารถทางสมองลดลง มีความเศร้าโศกจากภาวะการสูญเสีย ผู้สูงอายุ 1 ใน 3 อยู่ตามลำพัง

นิสัย มีความเฉื่อยชาต่อเหตุการณ์ไม่เข้าสังคม เก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน ไม่นึกสนุกสนาน ระวังสงสัยว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ซึมเศร้า หงุดหงิด ความคิดเลอะเลือน คิดถึงอดีตด้วยความเสียตาย อาลัยอาวรณ์ คิดถึงปัจจุบันด้วยความหวาดกลัว ท่วงโยการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้สูงอายุแต่ละคนจะแตกต่างกัน ขึ้นกับความเสื่อมของร่างกาย และประสาทรับรู้ ประสบการณ์ของตนเอง ตลอดจนความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง

การแสดงออกทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุ เป็นกลไกที่เกี่ยวข้องกับการสนองความต้องการของจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม ผู้สูงอายุมักจะท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกว่าสังคมไม่ได้ให้ความสำคัญแก่ตน อารมณ์ไม่มั่นคง การกระทบกระเทือนจิตใจเพียงเล็กน้อย จะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธง่ายการสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง การยอมรับต่อภาวะผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาวิถีดำเนินชีวิตแตกต่างกันไปตามเหตุผลและความพอใจของแต่ละคน เช่น การมุ่งสร้างชีวิตที่ดี การแสวงหาความสุขในชีวิต การเข้าวัดถือศีล การเลี้ยงสัตว์หรือการแยกตัวอยู่ตามลำพัง ความสนใจสิ่งแวดลอมลดน้อยลงพอใจในชีวิตเรียบง่าย ความมุ่งหวังหรือความใฝ่ฝันน้อยลง

จะเห็นได้ว่า ความเปลี่ยนแปลงของกระบวนการชราเป็นสิ่งที่สลับซับซ้อน แม้จะมีทฤษฎีทางชีววิทยามากมาย พยายามที่จะอธิบายถึงสาเหตุและปัจจัยของความชรา แต่ก็ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่สรุปและนำไปใช้อย่างแน่ชัด ดังนั้นการนำทฤษฎีเหล่านี้มาใช้ จึงขึ้นกับว่าผู้ใดมีความเชื่อในแนวคิดที่จะอ้างทฤษฎีนั้น ๆ มาสนับสนุนเหตุผลที่ตนอ้าง

จากแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความหมายของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ และทฤษฎีผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น อาจสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ประกอบด้วยปัจจัยหลายประการจากทฤษฎีต่าง ๆ ที่ได้อธิบาย ได้แก่ ทฤษฎีชีวภาพ ทฤษฎีจิตวิทยาและสังคมวิทยา การเปลี่ยนแปลงให้ผู้สูงอายุในแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของแต่ละบุคคล

สำหรับสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้คือ

1. ปัญหาเศรษฐกิจ

จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับผู้สูงอายุของไทยพบว่า ปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาหลักในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่ง ได้จากผู้ที่เกษียณราชการ รายได้จะลดน้อยลง ในขณะที่ค่าครองชีพจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ จึงทำให้เกิดความลำบากในเรื่องการกิน เรื่องที่อยู่อาศัย ได้ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุอาจประสบปัญหาไม่มีใครเลี้ยงดูลูกหลาน ในครอบครัวที่เป็นประชากรวัยแรงงาน ได้อพยพไปประกอบอาชีพต่างถิ่นทิ้งผู้สูงอายุให้อยู่โดดเดี่ยว ผู้สูงอายุควรจะมี ความมั่นคงทางเศรษฐกิจพอควร เช่น มีบ้านที่พักอาศัยของตนเอง มีบุตรหลานที่เติบโตและพึ่งตนเองได้ ถ้าผู้สูงอายุผิดหวังในความสำเร็จของบุตรหลาน ผิดหวังในการประกอบอาชีพตนเอง หรือไม่สามาร ปรึบตัวเองเข้ากับสภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจได้ ปัญหาจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อเข้าสู่ วัยชรา

2. ปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับสมาชิกในครอบครัว

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเกษตรกรรม ไปเป็นสังคมอุตสาหกรรมและจากการที่ มี สมาชิกในครอบครัวเดิมอยู่ร่วมกันหลายคน ได้เริ่มแยกย้ายไปเป็นครอบครัวเดี่ยว ประชากรวัย แรงงานไปประกอบอาชีพและศึกษาในต่างถิ่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดน้อยลง จากบทบาทผู้นำ ครอบครัวแต่เดิม ก็กลายเป็นผู้อาศัยหรือผู้ให้คำปรึกษาแก่ลูกหลาน เป็นผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความ ว่างเหวหรือรู้สึกเศร้าซึมมากขึ้น บุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัวต้องทำความเข้าใจและแก้ปัญหา โดยการยกย่องนับถือให้เกียรติ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและไม่ให้คิดว่าตนเองหมดอำนาจจะ หาเวลาที่จะพบปะพูดคุย ถามทุกข์สุขของท่าน จะทำให้สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น

3. ปัญหาการขาดความสัมพันธ์จากเพื่อน ผู้ร่วมงาน

ขณะผู้สูงอายุรับราชการหรือมีกำลัง ในการทำงานจะมีภาระส่วนตัวจนไม่มี เวลา และสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนและผู้ร่วมงาน แต่เมื่อเกษียณราชการแล้ว จะทำให้ขาดความ สัมพันธ์ กับเพื่อนร่วมงาน การยอมรับจากสมาชิกกลุ่มหรือครอบครัวลดน้อยลง ความสามารถใน

การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ลดน้อยลง เนื่องจากการเสื่อมของร่างกายขาดความคล่องตัวในการคิด การกระทำการติดต่อกับผู้อื่นทำให้ห่างจากสังคม บางคนถึงกับมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม อาจเนื่องมาจากความน้อยเนื้อต่ำใจ ไม่มีความนับถือ เป็นบุคคลไม่มีค่า มีความรู้สึกก้าวร้าวต่อสังคมซึ่งมีผลต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ แต่จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้สูงอายุในชนบทที่รู้จักประมาณตนในทุก ๆ ด้านจะทำให้มีชีวิตที่ยืนยาวและมีความสุข เช่น นางแวชิตีคอลีเปาะ แวมะสา อายุ 122 ปี ในปี พ.ศ.2529 อยู่บ้านเลขที่ 20 หมู่ที่ 2 ตำบลจวบ อำเภอระแงะ จังหวัดนราธิวาส อาชีพเดิมค้าขาย นับถือศาสนาอิสลาม ได้บอกเคล็ดลับในการอายุยืนว่าพยายามรักษาสุขภาพจิตใจและอารมณ์ดี ยึดมั่นในศาสนา ออกกำลังกายด้วยการเดินเป็นประจำ และรับประทานยาสมุนไพร (กระทรวงสาธารณสุข, 2529, หน้า 44) ฉะนั้นผู้สูงอายุต้องพยายามรักษาสุขภาพจิตใจ อารมณ์ และสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน กับบุคคลในครอบครัวเหมือนเดิม ควรพาตัวไปพบปะผู้อื่น สัมผัสเข้าเป็นสมาชิกชมรม สมาคมหรือองค์กรต่าง ๆ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างของวัย โดยพยายามที่จะให้เวลากับผู้อื่นด้วยการช่วยเหลือในสิ่งที่ตนทำได้ เช่น ผู้ที่มีความชำนาญในด้านธุรกิจ ก็สามารถจะเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการบริหารงานให้สำเร็จในด้านธุรกิจ หรือผู้ที่มีความรู้เป็นครูอาจารย์มาก่อนก็อาจจะเปิดสอนเด็ก ๆ ที่ไม่รู้หนังสือให้อ่านหนังสือออก หรือเล่านิทานให้แก่เด็ก ๆ ก็ได้ จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณค่าดังกล่าวที่ว่า "แก่อย่างมีค่า ชราอย่างมีสุข" (สมพร เทพสิทธิ์า, 2535, หน้า 89-103)

4. ปัญหาการใช้เวลาว่าง

ปัญหานี้จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่เคยทำงานนอกบ้าน เช่น ช่างการหรือผู้ที่ทำงานบริษัทเอกชนพบว่าหลังเกษียณแล้วมีเวลาว่างมาก ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลที่ไม่มีประโยชน์ ซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียดและมีผลต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ สมาชิกในครอบครัวควรสนับสนุนส่งเสริมการใช้เวลาว่างของผู้สูงอายุให้เป็นประโยชน์ เพราะถ้าปล่อยให้เวลาผ่านไปแล้วไม่สามารถจะเรียกกลับคืนได้จากหนังสือ "เวลาเป็นของมีค่า" เป็นพระราชนิพนธ์สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา ซึ่งได้ทรงพระราชนิพนธ์ไว้ใน

ส่วนงานอดิเรกที่ "สมเด็จพระย่า" สมเด็จพระศรีนครินทร์บรมราชชนนี ได้ทรงปฏิบัติเกี่ยวกับงานอดิเรก เพราะพระองค์ไม่ทรงปล่อยให้เวลาผ่านไปโดยไม่ได้ทำให้เกิดประโยชน์ ไม่ว่าจะประทับ อยู่เมืองโลซานน์ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ หรือประทับที่วังสระปทุมหรือประทับอยู่ที่ตอยตุง "สมเด็จพระย่า" จะทรงงานอดิเรกอยู่ตลอดเวลา เช่น การออกกำลังกาย การอ่านหนังสือ การถ่ายรูป ถ่ายหนัง การทำครัว การเย็บปักถักร้อย การถักไหมพรม การปักเครื่องกระเบื้อง เครื่องเคลือบดินเผา ปั้นพระพุทธรูป ภาพปัก ภาพดอกไม้ เป็นต้น

จากแนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น พอประมวลได้ดังนี้ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป การสูงอายุขึ้นกับปัจจัยหลายอย่างโดยอาศัยทฤษฎีชีววิทยา ทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมในแต่ละบุคคลก็แตกต่างกันไป

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ ด้านที่พบในวัยสูงอายุดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุส่วนมากประสบปัญหาหลายประการทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม จากการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทยต่าง ได้ผลตรงกันว่าปัญหาสุขภาพอนามัยเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งในวัยชรา (สถาบันวิจัยประชากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531, หน้า 10; นิสา ชูโต, 2525, หน้า 24; บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2532, หน้า 69; บุญยืน สุขภาพ, หน้า 93-95; พีรสิทธิ์ คำวนเคลือบ และคณะ, 2523, หน้า 161; เกริกศักดิ์ บุญญานพงศ์ และคณะ, 2533, หน้า 83; กระแส ชนะวงศ์ และคณะ, 2534, หน้า 41-43) โรคที่พบมากที่สุดคือ โรคกระดูกและข้อ ร้อยละ 37.7 (บรรลุ ศิริพานิช และคณะ, 2532, หน้า 69) สอดคล้องกับจากรูวรรณ เหมะธร และนิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, (2527, หน้า 65) ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่พบมาก คือ โรคกระดูกและข้อ ปัญหารองลงมาคือการเคี้ยวอาหาร เช่นเดียวกับการวิจัยของสุลี ทองวิเชียร และคณะ, (2533, หน้า 58) พบว่า ปัญหาของเหงือก

และฟันของผู้สูงอายุมีถึงร้อยละ 57 ส่วนปัญหาที่พบมากอีกเช่นกันในรายงานนี้คือ ปัญหาสายตา ถึงร้อยละ 51 ส่วนปัญหาการรับฟังมีร้อยละ 20 สอดคล้องกับพรทิพย์ ชลิ่งสิทธิ์ (2533, หน้า 9) พบว่าระดับวิทยาของโรคทางหูและตาในผู้สูงอายุ มีถึงร้อยละ 20 และจากการศึกษา วงเดือน ศิริรักษ์ และคณะ (2533, หน้า 23) สำรวจสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี จำนวน 100 ราย พบว่าไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 13 มีโรคประจำตัวร้อยละ 87 โรคที่พบคือโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคกระดูกข้อเสื่อมตามลำดับ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า สุขภาพทางกายของผู้สูงอายุยิ่งเสื่อมลงไปเรื่อย ๆ เมื่ออายุมากขึ้น เมื่อวิเคราะห์ตามแนวทฤษฎีของโอเร็ม (Orem, 1980, หน้า 35) พบว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลตนเองอันเนื่องมาจากการเสื่อมถอยของสภาวะร่างกายโดยมีความต้องการ การดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นตามพัฒนาการของวัย จึงมีความจำเป็นมีความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีการดูแลตนเอง

ในการประชุม First International Symposium ที่กรุงโคเปนเฮเกนในปี ค.ศ. 1975 มีผู้ให้ความหมาย "การดูแลตนเอง" ควรเกี่ยวข้องกับสิ่งต่อไปนี้

1. การดูแลตนเองจะต้องเกี่ยวข้องกับภาระกระทำของผู้รับบริการหรือผู้ป่วยในการ ลดความรุนแรงของโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่
2. เป็นกระบวนการของบุคคลในการปฏิบัติภารกิจของตนเอง เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การวินิจฉัยและการรักษาโรคตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติจากแหล่งบริการขั้นพื้นฐานที่ทำได้ในระบบบริการสาธารณสุข
3. เกี่ยวกับบทบาทหลัก 4 ประการ ได้แก่ การดำรงรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยอาการด้วยตนเอง การให้ยารักษาอาการของตนเอง รวมถึงการร่วมมือกับบุคลากรวิชาชีพในการดูแลรักษาสุขภาพ

คินไลม์ (Kinlime, 1977, หน้า 22-24, อ้างในสุลี ทองวิเชียร และคณะ, 2532, หน้า 14-16) ได้กล่าวว่าอัครมนโทัศน์ในการดูแลตนเอง (Self-care concept) ตามแนวคิดของโอเร็มว่า การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่ติดตัวมากับมนุษย์และมีได้หมายถึง การปล่อยให้บุคคลกระทำอะไรได้ด้วยตนเองเสมอไป ขึ้นกับความสามารถของแต่ละคน ผู้ใหญ่สามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี แต่เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ จึงต้องการความช่วยเหลือเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด ในผู้สูงอายุที่มีสภาพร่างกายหรือจิตใจเสื่อมลงจนทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงหรือผู้ป่วยทุพพลภาพ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบางส่วน หรือทั้งหมดเช่นกัน

นอร์ริส (Norris, 1979, หน้า 487) ให้ความหมายของการดูแลคือกระบวนการที่ให้ประชาชนและครอบครัวได้มีโอกาสนำควมริเริ่ม ความรับผิดชอบและการกระทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพมาใช้ในการพัฒนาความสามารถของตนเอง เพื่อสุขภาพอันดี

เพนเตอร์ (Pender, 1987, หน้า 150) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเองเพื่อดำรงชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ การดูแลตนเองของบุคคลต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่องกันและเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วน จะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้น

เลวิน (Levin, อ้างใน Joreh, 1980, หน้า 131) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปกระทำหน้าที่ของตนให้เกิดประโยชน์ ในการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคด้วยตนเองและการรักษา

โอเรม (Orem, 1980, หน้า 35) ได้เสนอความหมายของการดูแลตนเองครั้งแรกในปี ค.ศ. 1959 และมีการพัฒนาแนวคิดมาตามลำดับ โอเรมเชื่อว่า "การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่ บุคคลที่เริ่มและปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อดำรงชีวิต ภาวะสุขภาพและความผาสุกของตนเอง ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุล, (2523, หน้า 7, 10-14) ได้กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดแต่ละบุคคล ซึ่งโอเรมได้แบ่ง การดูแลตนเองของบุคคลออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites)
2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self-Health-care requisites)
3. การดูแลตนเองเมื่อภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนไปจากปกติ (Health deviation self-care requisites)

โอเรม ได้จัดประเภทความต้องการในการดูแลตนเองของบุคคล (Self-care requisites) ไว้ 3 ด้านคือ (Orem, 1980, หน้า 41-51)

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไปหรือในภาวะปกติ (Universal self-care) เป็น การดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล ซึ่งมีความจำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนและทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการและจุดประสงค์ตามสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป การดูแลตนเองนี้มีความสัมพันธ์กับกระบวนการของการดำรงชีวิตและการดำรงไว้ซึ่ง โครงสร้างและหน้าที่ของความเป็นมนุษย์ เพื่อการมีสุขภาพที่ดีและมีความสุขในชีวิตความต้องการนี้ได้แก่ การรักษาสภาวะอาหารและน้ำ อากาศ การดูแลเรื่อง การขับถ่ายของเสีย การรักษาสสมดุลของการพักผ่อนและการออกกำลังกาย การป้องกันและหลีกเลี่ยง อันตรายต่อชีวิต การรักษาสสมดุลของการอยู่ตามลำพังและการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมและการรักษาความเป็นปกติของการดำเนินชีวิต

2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self-care) เป็นการดูแลตนเองขณะเผชิญกับขั้นตอนการพัฒนาการต่าง ๆ ในวงจรชีวิต เช่น การเข้าสู่ภาวะ การเข้าสู่วัยชรา รวมทั้งที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่สำคัญ เช่น การตายของบิดามารดา ญาติสนิท สามี หรือ ภรรยา เป็นต้น ความต้องการด้านนี้เป็นการดูแลตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่มีผลต่อการดำรงชีวิต และส่งเสริมพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดภาวะที่มีผลทำให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหายไป โดยการจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะผลที่เกิดจากปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต และการเจ็บป่วยขั้นสุดท้ายและความตาย

3. การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพหรือในภาวะเจ็บป่วย (Health deviation self-care) เป็นการดูแลตนเองในขณะที่เกิดภาวะเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บ โดยเฉพาะเมื่อมีความพิการเกิดขึ้น ซึ่งอาจมีโครงสร้างหรือการทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติไป รวมถึงบุคคลที่อยู่ในระหว่างการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองทำได้โดยการแสวงหาและคงไว้ ซึ่งความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย การรับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการการปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่จะเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค การปรับอ้อมโนทัศน์และภาพลักษณะในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาบุคคลอื่น การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ ผลการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง ให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

หากบุคคลมีการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านอย่างมีประสิทธิภาพจะมีผลดังนี้ (Orem, 1991, หน้า 124)

1. ประคับประคองกระบวนการของชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายได้เป็นปกติ
2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโตและพัฒนาการของชีวิตให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกันและควบคุมการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ตลอดจนการรักษาหรือบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรค
4. ป้องกันหรือจำกัดความพิการที่อาจเกิดขึ้นหรือชดเชยความพิการที่เกิดขึ้นแล้ว
5. ส่งเสริมความเป็นผู้รู้หรือการมีสุขภาพที่ดี

การดูแลตนเอง ในภาวะปกติผู้ใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ ส่วนวัยสูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถทางด้านร่างกาย และสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัยทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2533, หน้า 7-8) ดังนั้นความต้องการการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จึงเป็นความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไปหรือเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการและความต้องการในการดูแลตนเอง เมื่อมีพยาธิสภาพของโรคหรือมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

โอเรม (Orem, 1991, หน้า 148) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถของบุคคล ในการกระทำการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองอย่างจงใจและต่อเนื่อง เพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อคงไว้ในการดำรงชีพรักษาไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของบุคคล ตลอดจนส่งเสริมพัฒนาการและสวัสดิภาพของบุคคลในภาวะปกติผู้ใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ แต่ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลง

แปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมลง และยังสามารถทบทวนมารจากความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ดังนี้ (Hill & Smith, 1985, หน้า 8)

1. ประหยัดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย
2. มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคลในครอบครัวได้ดีขึ้น
3. มีความรู้สึกไม่ลำบากใจเมื่อต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว
4. มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหน้าที่และการทำงานของร่างกายเพิ่มขึ้น
5. มีการเรียนรู้แบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น
6. มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองเพิ่มขึ้น
7. เรียนรู้ว่าเมื่อไรจึงจะสมควรปรึกษาแพทย์เพื่อการรักษา

การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลสมัครใจทำตามระดับความสามารถที่มีอยู่ และการกระทำนั้นเกิดจากความตั้งใจของตนเอง โดยการแสวงหาคำแนะนำ คำชี้แจงหรือความรู้เพื่อนำมาปรับพฤติกรรมของตน ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขหรือเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี รวมทั้งให้การดูแลบุคคลอื่นได้ การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานระหว่างประสบการณ์ การปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การติดต่อสื่อสารและวัฒนธรรมในสังคม นอกจากนี้การดูแลตนเองยังช่วยส่งเสริมคุณค่าแห่งชีวิตภาพลักษณ์ซึ่ง มีผลโดยตรงต่ออัตมโนทัศน์

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ การปฏิบัติ และรูปแบบการแสดงพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ

การศึกษาถึงความรู้ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุในครั้งนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการให้สุขศึกษาแก่ผู้สูงอายุได้สามารถปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังต้องหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติตนอีกด้วย คาร์ทไวท์ (Cartwright, 1949, หน้า 253-267) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ประกอบด้วยโครงสร้างทางด้านความรู้ (Cognitive structure) โครงสร้างด้านการจูงใจ (Motivation structure) และโครงสร้างด้าน การปฏิบัติ (Action structure) และการปฏิบัติตัวของมนุษย์เป็นผลมาจากทัศนคติที่สถาน ทางสังคม (Norms) นิสัยและผลที่คาดว่าจะได้รับภายหลังจากทำพฤติกรรมนั้น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรียม (Orem, 1980, หน้า 70) ที่ว่าการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเองเป็นผลมาจากการเรียนรู้ จากความเชื่อ นิสัย และการปฏิบัติตามวัฒนธรรมประเพณีของชุมชน และบุคคลนั้นต้องมีความรู้ด้วย

ความรู้มีส่วนสำคัญที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมและก่อให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เนื่องจากการมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ทราบว่าต้องปฏิบัติอย่างไรและจะต้องสามารถปฏิบัติได้จริง (กรรณิการ์ กัณธรักษา, 2527, หน้า 32) ดังนั้นความรู้และการปฏิบัติจึงมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดและต้องพึ่งพาอาศัยกัน การสร้างเสริมความรู้ก็จะช่วยสร้างเสริมพฤติกรรมปฏิบัติด้วยเสมอ (Fabiya, 1985, หน้า 154) ไม่ว่าจะทางอ้อม และชวาร์ท (Schwartz, 1975, หน้า 28-31) ได้เสนอถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนจะมีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตัว ดังนั้นความรู้และทัศนคติ ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยที่ความรู้และทัศนคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน เพราะทัศนคติมักเกิดจากผลพลอยได้ของประสบการณ์ที่เคยได้รับ อาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหรือใช้เวลานานในการเปลี่ยนแปลง

นอกจากนี้ การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เมื่อเขาได้รับความรู้จากข่าวสารที่ถูกต้อง ตระหนักถึงประโยชน์ที่จะนำมาใช้ว่าดีกว่าสิ่งที่ตนปฏิบัติอยู่ (มานี ชูไทย, 2523, หน้า 16-18) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกัน กู๊ด (Good, 1973, หน้า 325 อ้างในจินทนา หล่อตระกูล, 2531, หน้า 30-33) ได้ให้ความหมายของความรู้ว่า ความรู้เป็นข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมสะสมไว้ ความรู้ประกอบด้วย ความรู้ ความสามารถ และทักษะทางสติปัญญา 6 ชั้น คือ

1. ความรู้ ความจำ คือ ความสามารถในการจำสิ่งต่าง ๆ หรือสิ่งที่เคยมีประสบการณ์ มาก่อนได้
2. ความเข้าใจ คือ ความสามารถในการแปลความตีความหรือขยายความสิ่งนั้น ๆ ได้
3. การนำไปใช้ คือ ความสามารถในการนำสาระสำคัญต่าง ๆ ไปใช้ในสถานการณ์จริง ๆ ได้
4. การวิเคราะห์ คือ ความสามารถในการแยกเรื่องราวออกเป็นส่วนย่อย ๆ ได้
5. การสังเคราะห์ คือ ความสามารถในการรวมส่วนประกอบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน
6. การประเมินผล คือ ความสามารถในการตัดสินคุณค่าในสิ่งที่กำหนดความมุ่งหมาย ให้โดยการใช้เกณฑ์ที่แน่นอน

จากสิ่งดังกล่าวข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริงกฎเกณฑ์ในเรื่องต่าง ๆ และโครงสร้างที่ได้จากการศึกษาหรือประสบการณ์ที่มนุษย์ได้รับและสะสมไว้ในขอบเขตทางด้านปัญหาที่เรียงจากพฤติกรรมที่ง่ายไปยาก คือ ความรู้ ความจำ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล

การที่บุคคลจะปฏิบัติอะไรก็ตาม บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ เสียก่อน และพึงพอใจที่จะปฏิบัติสิ่งนั้น ในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรมีความ

รู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยทั่วไป การดูแลตนเองเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของวัย มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ความจำเป็นของการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อป้องกันโรคและเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งความรู้เหล่านี้จะช่วยในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติ การดูแลสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้จะเลือกศึกษาเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้และการปฏิบัติตนเท่านั้น

เมอเรีย และเซนต์เนอร์ (Murray และ Zentner, 1989, อ้างในจินตนา ยูนิพันธ์, 2532, หน้า 44-46) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ ว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลเชื่อว่า การปฏิบัติของตนเองจะสามารถทำให้สุขภาพดี ดังนั้นในความหมายนี้ พฤติกรรมสุขภาพและ พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self-care behavior) จึงเป็นคำที่ใช้แทนกันได้ ตัวอย่างเช่น บุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดีได้ โดยการปฏิบัติกิจกรรมในการรับประทานอาหารให้ครบทุกหมู่ใน ปริมาณที่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย การพักผ่อนนอนหลับประมาณวันละ 8 ชั่วโมง การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การที่ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มสุรา ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ถือว่าเป็นพฤติกรรม หรือการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง โดยเป็นสิ่งที่บุคคลริเริ่มและลงมือกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี ดังนั้น คำว่าพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองจึง เป็นคำที่ ใช้แทนกันอยู่เสมอ

เพนเดอร์ (Pender, 1987, หน้า 87-69) ได้เสนอแนวคิดพฤติกรรมการส่งเสริม สุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำจนเป็นกิจวัตร หรือเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้น กระบวนการทางสติปัญญาและการควบคุมพฤติกรรมจากภายใน โดยจัดเป็นปัจจัยด้านความรู้และ การรับรู้ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมและตัวแปรที่ส่งผลต่อการที่บุคคลจะลงมือกระทำพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพ

ปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้ นับได้ว่าเป็นปัจจัยปฐมภูมิแต่ละปัจจัยจะส่งผลโดยตรงต่อการที่บุคคลจะลงมือกระทำพฤติกรรม ปัจจัยด้านนั้นครอบคลุมองค์ประกอบต่อไปนี้

1. ความสำคัญของสุขภาพ (Importance of health) การที่บุคคลให้คุณค่าของสุขภาพของตนมากเท่าไร ก็จะมีพฤติกรรมที่จะส่งเสริมให้มีสุขภาพดี เช่น แสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมากเท่านั้น

2. การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived control of health) ในรูปแบบที่เสนอว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณสมบัติการควบคุมสุขภาพอยู่ในตน บุคคลนั้นจะมีความโน้มเอียงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณสมบัติการควบคุมสุขภาพอยู่นอกตน

3. การรับรู้ความสามารถในตน (Perceived self-efficacy) หมายถึงการที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะประสบความสำเร็จหรือผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา จะเกิดขึ้นเมื่อตนเองได้ลงมือกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ บุคคลในทุกกลุ่มย่อมมีความรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพของตน และต้องการควบคุมปัจจัยส่วนตนและด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ ดังนั้น เมื่อบุคคลเหล่านี้รับรู้ว่าคุณสมบัติความสามารถและเชื่อมั่นว่า ถ้าตนทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพแล้ว ภาวะสุขภาพจะดีขึ้น บุคคลนั้นก็จะยอมกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

4. คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of health) บุคคลแต่ละคนมีคำจำกัดความของสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีผลต่อการที่บุคคลเหล่านั้นจะลงมือกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หากบุคคลให้คำจำกัดความของคำว่าสุขภาพว่าเกี่ยวกับการปรับตัวหรือความสมดุล ก็จะกระตุ้นให้บุคคลกระทำพฤติกรรมป้องกันไม่ให้ตนเองเจ็บป่วย ในขณะที่บุคคลให้คำจำกัดความของคำว่าสุขภาพ คือ ภาวะที่บุคคลมีความสุข พึงพอใจ เสียสละ ภูมิใจในตนเองและสามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลนั้นจะริเริ่มทำกิจกรรมที่จะทำให้ตนเป็นต่ออยู่ดีให้มากที่สุดตามศักยภาพ

5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความถี่และความจริงจังของการกระทำพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าคุณสมบัติสุขภาพดี ก็จะมีแนวโน้มเอียงที่จะกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่าและจริงจังกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าคุณสมบัติสุขภาพไม่ดี

6. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived benefits of health promoting behaviors) แนวคิดนี้ตรงกับแนวคิดในรูปแบบของความเชื่อทางสุขภาพ การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำที่มีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อระดับของการทำพฤติกรรมนั้น ๆ ทั้งยังมีแนวโน้มว่าจะส่งเสริมให้มีการกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

7. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived barriers to health-promoting behavior) การรับรู้อุปสรรคที่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่กับการรับรู้ประโยชน์อุปสรรคดังกล่าว อาจเป็นความจริงหรือไม่เป็นความจริง เป็นเพียงสิ่งที่บุคคลรับรู้เท่านั้น การรับรู้อุปสรรครวมถึงความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบาก และการไม่มีโอกาสกระทำพฤติกรรมส่งผลทางลบต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ประยุกต์แนวคิดของ เพนเตอร์ เป็นแนวทาง ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้ กับการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ โดยเลือกทำการศึกษาเน้นถึงความรู้ดังต่อไปนี้

1. ความสำคัญของการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง การที่ผู้สูงอายุให้คุณค่าและความสำคัญของสุขภาพของตนเองมากเท่าไร ก็จะมีพฤติกรรมที่จะส่งเสริมให้มีสุขภาพดี โดยการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองมากขึ้นเท่านั้น

2. ความสามารถในการดูแลสุขภาพอนามัยด้วยตนเอง หมายถึง การที่ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะประสบความสำเร็จหรือผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา คือ การมีสุขภาพอนามัยที่ดีจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อตนเองได้ลงมือกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุเหล่านี้รู้ว่าคุณมีความสามารถ และเชื่อมั่นว่าถ้าตนทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพอนามัยด้วยตนเองแล้ว ภาวะสุขภาพจะดีขึ้นได้บุคคลนั้นก็ย่อมกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น หรือถ้าผู้สูงอายุมีความเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพ อาจมีผู้ช่วยดูแลให้สุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุให้อยู่ในภาวะสุขภาพที่ดีได้ดังเดิม

3. คำจำกัดความหรือความหมายของสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละคนมีคำจำกัดความของสุขภาพที่ดีของตนเอง ซึ่งมีผลต่อการที่บุคคลเหล่านั้นจะลงมือกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง ทั้งในการดำรงชีวิตประจำวัน มีการกระทำพฤติกรรมป้องกันมิให้ตนเองเจ็บป่วย ในขณะที่ผู้สูงอายุให้คำจำกัดความของคำว่าสุขภาพคือ ภาวะที่บุคคลมีร่างกายแข็งแรงสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ได้อย่างปกติสุข บุคคลนั้นจะริเริ่มทำกิจกรรมที่จะทำให้ตนมีความสุข เป็นดีอยู่ดีให้มากที่สุดตามศักยภาพของตน

4. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่รู้ว่าตนเองสุขภาพดีสามารถทำงานได้ตามศักยภาพของตน ก็จะมีแนวโน้มเอียงที่จะกระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพโดยการดูแลตนเอง ได้บ่อยและจริงจกว่าผู้สูงอายุที่รู้ว่าตนเองสุขภาพไม่ดี

5. ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง การที่ผู้สูงอายุรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง มีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตนจะส่งผลต่อระดับของการทำพฤติกรรมนั้น ๆ ทั้งยังมีแนวโน้มว่าจะส่งเสริมให้มีการกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

6. ความรู้เกี่ยวกับอุปสรรคของการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองว่าการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอนามัยนั้นมีอุปสรรค มีความไม่สะดวกสบายทำให้เกิดผลทางลบต่อการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง

ปัจจัยส่งเสริมการดูแลสุขภาพอนามัยของ เพนเตอร์ประกอบด้วยองค์ประกอบต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา และรายได้ ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทางอ้อม ซึ่งส่งผลผ่านกลไกด้านความรู้ เช่น ส่งผลต่อการให้ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในตน การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

2. ลักษณะทางชีววิทยามีปัจจัยบางอย่าง เช่น น้ำหนัก มีผลต่อการออกกำลังกายของบุคคล คนที่มีน้ำหนักมาก มีความตั้งใจต่ำที่จะออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

3. อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) ปัจจัยระหว่างบุคคล เช่น ความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัวและปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบถึงการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล

4. ปัจจัยสภาพการณ์ (Situational factors) ตัวกำหนดด้านสภาพการณ์ หรือ สิ่งแวดล้อมที่สำคัญและมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทางเลือกที่มีอยู่ในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ และความง่ายที่จะใช้ทางเลือกเหล่านั้น ทางเลือกยิ่งมีอยู่มากเท่าไรยิ่งทำให้บุคคลได้มีโอกาสเลือกกระทำพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีแคลอรีต่ำ ไขมันพอกดี จำนวนแคลอรีที่พอเหมาะ มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นได้น้อยในบุคคลที่รับประทานอาหารนอกบ้านเป็นประจำ หรือต้องการงานสังคมเป็นประจำ บุคคลอาจต้องการจะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมบังคับ

5. ปัจจัยพฤติกรรม (Behavioral factors) ประสบการณ์ในอดีตของบุคคลที่เคยกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพส่งเสริมให้บุคคลแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่น ๆ ได้อีก ความรู้และทักษะบางอย่าง จะส่งเสริมให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ซับซ้อนได้

นอกจากนั้นปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้และปัจจัยส่งเสริมแล้ว เพนเดอร์ (Pender) ยังเสนอว่าตัวชี้แนะการกระทำ (Cue to action) เป็นปัจจัยสำคัญอีกตัวอย่างที่สนับสนุนให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ตัวชี้แนะการกระทำภายใน เช่น การรับรู้ศักยภาพของตนเองที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาการ และความรู้สึกสุขสบายที่เพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลได้เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ดังเช่น ความรู้สึกสบายหลังจากออกกำลังกายเป็นตัวชี้แนะของการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ตัวชี้แนะการกระทำภายนอก ได้

แก่ การสนทนากับบุคคลต่าง ๆ เกี่ยวกับแบบแผนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และสัมพันธภาพ
ระหว่างบุคคล เป็นต้น สื่อมวลชนที่มีโปรแกรมด้านสุขภาพจะเป็นตัวชี้แนะการกระทำพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไปของผู้สูงอายุ

เนื่องจากประชากรวัยสูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ในปัจจุบันและอนาคต จึงมีผู้ที่ตระหนักถึง
ปัญหาและความสำคัญของประชากรกลุ่มนี้ จึงมีการศึกษาวิจัยผู้สูงอายุมากขึ้น งานวิจัยในประเทศ
ไทยที่แสดงถึงสิ่งแวดล้อมทางสังคมของผู้สูงอายุที่น่าสนใจ และเป็นการศึกษาโดยวิธีการสังเกต
และสัมภาษณ์ ได้แก่ งานวิจัยของ โอนัลด์ โอ คาวกิลล์ (Donald O. Cowgill, 2515, หน้า
91-102) ศึกษาเรื่องบทบาทและสภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2515 จากการ
สัมภาษณ์ชาวบ้านในหมู่บ้านเขิน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุมีบทบาทในทางสังคมในด้าน
ศาสนา โดยเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในวัดมากขึ้น รวมทั้งสรุปว่าประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลัง
อยู่ในระยะแรกของการเข้าสู่ระบบอุตสาหกรรมและเรียนแบบตะวันตก ทำให้สังคมไทยมีลำดับชั้น
ชัดเจน มีการเคลื่อนย้ายทางสังคมสูงขึ้น เมื่อใดที่อัตราเกิดลดลง สัดส่วนประชากรสูงอายุต่อ
ประชากรทั้งหมดสูงขึ้น ผู้สูงอายุในสังคมไทยมักจะได้รับความช่วยเหลือจากญาติพี่น้องและเพื่อนฝูง
ส่วนการประกอบอาชีพผู้สูงอายุยังมีได้หยุดประกอบอาชีพ และยังมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูครอบครัว
ด้วย ส่วนการศึกษาลักษณะของสังคมและโครงสร้างทั่วไปของคนชราในประเทศไทย โดยนิตยา
ชูโต, (2525, หน้า 40) พบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่ไม่ได้รับการศึกษาโดยมาก
เป็นเกษตรกรฐานะยากจนตกเป็นภาระแก่บุตรหลาน และรัฐต้องเกื้อหนุนครอบครัวและลูก ๆ มี
บทบาทสำคัญในชีวิตวัยชรา ผู้สูงอายุร้อยละ 90 อยู่กับครอบครัว โดยมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาของ
ครอบครัวและอบรมดูแลเด็ก ผู้สูงอายุร้อยละ 40 ยังทำงานหารายได้ปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ คือ

ปัญหาทางเศรษฐกิจและปัญหาสุขภาพ มีการเข้าร่วมกิจกรรมสังคมน้อย บริการทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับมีน้อย เช่น การบริการสาธารณสุขและการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้มุ่งหวังในบริการเหล่านี้มาก แต่กลับมุ่งช่วยตนเองหรือจากคนในครอบครัวมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ฟิรลิตซ์ ค่านวนศิลป์ และคณะ, (2523, หน้า 23) ได้ทำการวิจัยเรื่องความทันสมัยภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบทบาทคนชราและ เชื่อว่าตนเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม ปัญหาที่คนชราพบคือ ปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ คนชรายังมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ รองลงมาคือปัญหาสุขภาพ เช่นเดียวกับการศึกษา พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ที่อายุยืนยาวและแข็งแรง (วันดี โปสกุล, 2531, หน้า 3) พบว่า ผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปมีความสมบูรณ์ของร่างกายเพียงร้อยละ 15.50 อีกร้อยละ 84.50 จัดอยู่ในกลุ่มอ่อนแอ ส่วนพฤติกรรมในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายจะมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ในการตรวจร่างกายประจำปีพบว่าผู้สูงอายุไม่เคยตรวจร่างกายประจำปีเลยถึงร้อยละ 8.10 ซึ่งผลการวิจัยมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง โดยบรรลุ ศิริพานิช, (2531, หน้า 70) พบว่า ปัญหาที่พบมากของผู้สูงอายุคือ ปัญหาสุขภาพ รองลงมาคือปัญหาเศรษฐกิจในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีอาหารการกินไม่ขัดสนร้อยละ 89.90 และมีนิสัยกินง่ายอยู่ง่ายไม่เลือกอาหาร พฤติกรรมเกี่ยวกับการดื่มสุราของผู้สูงอายุ ร้อยละ 80.24 ไม่เคยดื่มสุราและผู้สูงอายุ ร้อยละ 62.45 ไม่เคยสูบบุหรี่ ผู้สูงอายุร้อยละ 82.40 ไม่เคยมีอุบัติเหตุเลย และผู้สูงอายุที่สมบูรณ์แข็งแรง จะมีการขับถ่ายปกติสม่ำเสมอว่ากลุ่มไม่สมบูรณ์แข็งแรง นอกจากนี้ยังพบว่า เศรษฐกิจมีผลต่อการมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ผู้สูงอายุอาศัยกับลูกเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.20 ส่วนข้อมูลจากการสำรวจผู้สูงอายุทั่วประเทศจำนวน 3,252 ราย ในปี พ.ศ. 2531 โดยสถาบัน วิจัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในเขตเมืองจะเป็นผู้ที่ปลดเกษียณแล้วแต่ยังต้องการทำงานอยู่ ส่วนในชนบทผู้สูงอายุมักคอยดูแลเด็ก เล็กหรือบุตรหลานและได้รับเงินสนับสนุนจากบุตรหลานส่งมาให้ ในด้านบทบาทและศักยภาพ

ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย บทบาทส่วนใหญ่จะทำงานบ้านและงานอื่น ๆ ที่สมาชิกขอให้ช่วยกิจกรรมที่ผู้สูงอายุชอบทำในยามว่าง คือ เดินเล่น เช่นเดินเยี่ยมเยียนเพื่อนบ้าน และลูกหลาน เป็นต้น ส่วนพฤติกรรมสุขภาพในการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชนบทอีสาน (ศรีน้อย มาศเกษม, 2531, หน้า 65) พบว่า โดยทั่วไปผู้สูงอายุจะกินอาหารพร้อมกับสมาชิกในครอบครัวและไม่นิยมบริโภคอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เพราะเชื่อว่าเป็นอาหารต้องห้ามสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่จัดว่าผมมีร้อยละ 71 ส่วนใหญ่ไม่ นิยมบริโภคอาหารประเภทไขมัน ได้รับปริมาณพลังงานโปรตีนและธาตุเหล็กเพียงพอ แต่ได้รับวิตามินบี 1 บี 2 ในอาซีน และวิตามินซีต่ำ ส่วนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทั้งชายและหญิงมีถึงร้อยละ 78.6 ระยะเวลาในการสูบบุหรี่เฉลี่ย 43 ปี จำนวนบุหรี่ที่สูบ 8 มวนต่อวัน ผู้สูงอายุร้อยละ 64 ทราบถึงโรคและอันตรายจากบุหรี่มีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ร้อยละ 83.3 ในจำนวนนี้ ร้อยละ 66.7 ได้พยายามลองเลิกแต่ไม่ประสบความสำเร็จ ยังมีการวิจัยที่เกี่ยวกับบทบาทและศักยภาพของผู้สูงอายุ ในชุมชนไทยต้องงานสาธารณสุขมูลฐานโดย นายแพทย์กระแส ชนะวงศ์ (2532, หน้า 25-80) ทำการศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 563 ราย จากพื้นที่ 4 จังหวัดใน 4 ภาคของประเทศ พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 33.1 ซึ่งมากกว่าในเพศหญิงที่สูบเพียงร้อยละ 11.5 ในเรื่องความเจ็บป่วยพบว่า ผู้สูงอายุกว่าหนึ่งในสามประมาณร้อยละ 36.9 จะไม่เคยป่วยด้วยโรคร้ายแรงใด ๆ และรองลงมาร้อยละ 35.0 มีอาการเจ็บป่วยนาน ๆ ครั้ง ส่วนโรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดคือ โรคกระดูก ข้อ และกล้ามเนื้อมีถึงร้อยละ 57.7 รองลงมาคือ อาการเป็นลมวิงเวียน หน้ามืด และโรคเกี่ยวกับหู ตา และฟัน ร้อยละ 30.4 และร้อยละ 29.7 ตามลำดับ ส่วนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดสถานะทางสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 33.7 ใช้วิธีออกกำลังกายโดยการเดินหรือวิ่งเป็นส่วนมาก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ ที่ทำในกรุงเทพมหานคร โดย สุลีทองวิเชียร และคณะ (2531, หน้า 57-65) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองในระดับปานกลางค่อนข้างดี แต่พัฒนาการทางด้านร่างกายผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกาย ปัญหาสุขภาพที่พบ คือ ปัญหาเกี่ยวกับสายตา หู และฟัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นายแพทย์กระแสดชะณรงค์ ผู้สูงอายุ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุทั้งหมดไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี และพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 48 มีโรคประจำตัว ส่วนบทบาทในสังคมผู้สูงอายุมีส่วนร่วมน้อย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมระดับการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล ภาวนาวัฒนกุล, (2534, หน้า 47-49) ที่ทำการศึกษานักสูงอายุจำนวน 106 ราย ในจังหวัดหนองคายพบว่า สถานภาพสมรส รายได้จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาในโรงเรียน สามารถอธิบายความแปรปรวนของความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ นิรนาท วิทยาโชคกิตติคุณ, (2534, หน้า 24-30) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพ โดยให้ผู้สูงอายุประเมินความสามารถในการดูแลตนเองพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุประเมินความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างสูง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว 1 โรค คิดเป็นร้อยละ 32.50 โรคที่พบมากที่สุดคือ โรคกระดูกและข้อ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองก็คือ สถานภาพสมรส นอกจากนี้พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถทำนายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ยังมีการศึกษาการดูแลตนเองในด้านอื่น ๆ อีก เรมवल นันทคุวัตน์, (2524, หน้า 50) ได้ทำการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 คน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 59.90 มีการดูแลตนเองระดับน้อย รองลงมาร้อยละ 37.50 มีการดูแลตนเองระดับปานกลางซึ่งคล้ายคลึงกับ รัตนา ทองสวัสดิ์ และคณะ, (2531, หน้า 46) ได้ทำการวิจัย เรื่องการประเมินการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า การประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยในด้านความรู้ทัศนคติและการยอมรับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาการเป็นโรค มีความสัมพันธ์กับการดูแลของตนเอง

ปัจจัยส่งเสริมและตัวชี้เนาะการกระทำต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และรายได้ ซึ่งคาดว่าจะส่งผลต่อการมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองทางอ้อม ซึ่งส่งผลต่อทำให้ความสำคัญของสุขภาพ ความรู้ในความสามารถของตน ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง เป็นต้น
2. ลักษณะทางชีววิทยามีปัจจัยบางอย่าง เช่น การมีโรคประจำตัวของบุคคลคนที่มีโรคประจำตัว อาจส่งผลต่อการมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ
3. อิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยระหว่างบุคคล เช่น ลักษณะครอบครัวและจำนวนสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองของผู้สูงอายุ
4. ตัวชี้เนาะการกระทำภายนอก ในการศึกษาครั้งนี้คือ การได้รับฟังข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งอาจมีผลต่อการกระทำดูแลสุขภาพอนามัยตนเอง

กรอบความคิดในการวิจัย

จากทฤษฎีต่าง ๆ และผลงานวิจัยที่กล่าวมานั้น ผู้วิจัยได้นำมากำหนดเป็นกรอบความคิดสำหรับการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้วิจัยจะศึกษาตัวแปรต่าง ๆ ที่เชื่อมโยงกัน ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น บริบทของครอบครัวและชุมชน คำสอน ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี โครงสร้างทางสังคมและสถาบันต่าง ๆ ของชุมชน กระบวนการเรียนรู้ทางสังคม เครือญาติ เพื่อนบ้าน แหล่งความรู้ และการปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชน