

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว
4. ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1. ความหมายของผู้สูงอายุ

ความสูงอายุ (Elderly) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติอย่างต่อเนื่องในช่วงสุดท้ายของอายุมนุษย์และดำเนินไปอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดอายุของสิ่งมีชีวิต องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (คณะกรรมการการวิจัยและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการพัฒนาสังคม, 2534) ประเทศในแถบอเมริกาและยุโรป กำหนดว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ในประเทศไทยได้ให้ความหมายผู้สูงอายุโดยใช้เกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไป และถือเป็นเกณฑ์การปลดเกษียณอายุราชการ เนื่องจากเป็นวัยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ วัยเสื่อม ควรได้รับการพักผ่อนและเปลี่ยนแปลงการทำงานซึ่งเป็นงานที่ไม่ต้องรับผิดชอบมาก ไม่ ต้องเผชิญภาวะเครียด

2. การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

2.1 แนวคิดทฤษฎีความสูงอายุทางด้านร่างกาย (Biological Theory of Elderly) หรือ การพิจารณาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Biological Age) โดยพิจารณาประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายเมื่อมีอายุมากขึ้นสภาพต่าง ๆ ของร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ความสามารถในการทำงานของกล้ามเนื้อลดลง เป็นต้น ซึ่งวิไลวรรณ ทองเจริญ (2533, หน้า 60-81) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและระบบของผู้สูงอายุได้ดังนี้

2.1.1 ระบบผิวหนัง (Integumentary System) ผิวหนังเหี่ยวย่น แห้ง เนื่องจากขาดไขมันใต้ผิวหนังช่วยหล่อเลี้ยง ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง ผิวหนังบางลง และการไหลเวียนเลือดลดลงจึงมีโอกาสดึงดูดแบคทีเรียได้ง่าย

2.1.2 ระบบประสาท (Nervous System) มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองและเซลล์ประสาท ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง เป็นเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ

2.1.3 ระบบประสาทสัมผัส (Special Sense) การมองเห็น การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือด เช่น หลอดเลือดแข็งจะทำให้การมองเห็นเสื่อมลง กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ สายตายาวขึ้น มองเห็นภาพใกล้ไม่ชัด การได้ยินลดลง การรับกลิ่นไม่ดีเพราะมีการเสื่อมของเยื่อโพรงจมูก

2.1.4 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal System) กระดูกเปราะและหักง่ายเนื่องจากการสลายแคลเซียมออกจากกระดูก ความยาวของกระดูกสันหลังลดลงเพราะฮอร์โมนกระดูกบางลง กระดูกสันหลังงอมากขึ้นทำให้หลังค่อม กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่าง ๆ เสื่อม

2.1.5 ระบบการไหลเวียนโลหิต (Cardiovascular System) อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงประมาณ 40 เปอร์เซ็นต์ จากอายุ 25 ถึง 65 ปี ผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้น รูภายในหลอดเลือดแคบจึงมีโอกาสดเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย การไหลเวียนของเลือดช้าลง

2.1.6 ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System) ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงและกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง กระดูกซี่โครงเคลื่อนไหวช้าลง ทำให้ปอดยืดขยายและหดตัวได้น้อยลง และรีเฟล็กการไหลลดลงทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในทางเดินหายใจไม่ดี เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย

2.1.7 ระบบทางเดินอาหาร (Digestive System) ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เหงือกที่หุ้มกอฟันร่นลงไป ฟันผุง่ายขึ้น

2.1.8 ระบบขับถ่ายของเสีย (Excretory Functions) ขนาดและความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลงจึงมีปัสสาวะตกค้างอยู่มากภายหลังถ่าย ปัสสาวะแต่ละครั้งมีผลทำให้ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะบ่อยในผู้ชายอาจมีต่อมลูกหมากโต

2.1.9 ระบบต่อไร้ท่อ (Endocrine System) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายทำให้ต่อมไร้ท่อและองค์ประกอบอื่น ๆ ในร่างกายถูกรบกวน

2.2 แนวคิดทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) หรือการพิจารณาการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological Age) เมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น อารมณ์และจิตใจก็ย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย ทำให้ความสามารถในการปรับตัว อันได้แก่ความจำ การเรียนรู้สติปัญญา ความชำนาญ ความรู้สึกเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุจะมีลักษณะน้อยใจง่าย จู้จี้ขี้บ่น กลัวการสูญเสีย กลัวการถูกทอดทิ้ง

2.3 แนวคิดทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory) หรือการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Sociological Age) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมก็เป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีความยากลำบากในการปรับตัว จนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายและจิตใจ ตามมา เกษม ดันติผวาชีวะ และกุสุยา ดันติผวาชีวะ (2528, หน้า 80-81) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุสรุปได้ดังนี้

2.3.1 การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม ในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการ และสนับสนุนการพัฒนาก้าวหน้าให้แก่บุตรหลาน และอยู่ในฐานะที่ควรเคารพบูชายอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไปในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีแต่การแข่งขัน มองเห็นประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยลดลง การรับรู้ของประชาชนรุ่นใหม่ส่วนใหญ่ได้มาจากภายนอกทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับ และการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบกับความโดดเดี่ยว รู้สึกถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งพาทางใจ

2.3.2 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม ผู้สูงอายุที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งมีหน้าที่ให้การดูแลและหาเลี้ยงครอบครัวต้องกลับกลายมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่า ผู้ให้ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี มีความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ

2.3.3 ความคับข้องใจทางสังคม การปลดเกษียณ ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมากมีความรู้สึกน้อยใจและเสียใจ ทั้งนี้เพราะการเป็นผู้สูงอายุมิได้หมายความว่า เป็นผู้ขาดสมรรถภาพการทำงาน แต่ควมมีอายุกลับทำให้คนเรารู้สึกต้องการการยอมรับมากขึ้น

2.3.4 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไปในแง่หน้าที่ความรับผิดชอบ เปลี่ยนไปเป็นคอยรับคำปรึกษา การยอมรับพิจารณาอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่น สมรรถภาพลดลง ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดสูง

3. ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจะมีความเปลี่ยนแปลงหลายประการ ซึ่งมีผลกระทบต่อสภาวะเศรษฐกิจ สถานภาพสังคมและความรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลง การเสื่อมสมรรถภาพทางกายและจิตใจ ทำให้เกิดการเจ็บป่วยหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลง ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุสรุปได้ ดังนี้

3.1 ปัญหาทางสุขภาพ เนื่องจากสุขภาพมีความสัมพันธ์กับอายุ เมื่ออายุมากขึ้นส่งผลให้ความเสื่อมของร่างกายมีมากขึ้น ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุมีสุขภาพอ่อนแอ เจ็บป่วย มีปัญหาสุขภาพสูงกว่าวัยอื่น ๆ และมีผลทำให้เกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุได้ง่าย ซึ่งการศึกษาของ เกศินี หาญางสิทธิ์

(2536) ศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุที่บ้านของผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธรพบว่า การมองเห็นเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งความสูงอายุยังเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของการเสียชีวิตของผู้สูงอายุไทย และพบการเจ็บป่วยที่มากที่สุดคือปวดหลัง ปวดข้อ และโรคเรื้อรัง ตามลำดับ (ตรีวรรณ คุณเจตน์, 2540) เช่นเดียวกับจักรทองอินทร์นอก (2540) สำรวจสถานะผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุจะมีสุขภาพระดับปานกลางถึงอ่อนแอ โรคที่เป็นมาก คือ ปวดหลัง ปวดเอว และไขข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหารและโรคหัวใจ รวมทั้งสมจิต แคนสีแก้ว และคณะ (2542) ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในหมู่บ้านที่พบมากที่สุดคือ ปวดกระดูก กล้ามเนื้อ เวียนศีรษะ นอนไม่หลับ ท้องผูก ไข้หวัดและการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ผลในกระเพาะอาหาร ส่วนในการดูแลสุขภาพตนเองนั้น พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่ไปตรวจสุขภาพประจำปี ยกเว้นในกรณีที่มีการเจ็บป่วยซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี และคณะ (2536) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในขณะที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย พบว่าถ้าหากเจ็บป่วยไม่มากจะปล่อยให้หายเอง ถ้าหากยังไม่หายจะได้ซื้อยามารับประทาน และถ้าไม่หายจะไปรับการรักษาที่คลินิก เช่นเดียวกับ ทรายกล เก่งการพานิช (2539) ศึกษาพฤติกรรมการรักษาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในชนบท กรณีศึกษานานโพธิ์สาธิต ตำบลระแงง อำเภอรณนคร จังหวัดนครพนม พบว่า ผู้สูงอายุมีวิธีการบำบัดรักษาการเจ็บป่วย 4 วิธีหลัก โดยวิธีการซื้อยากินเองนิยมที่สุด รองลงมาโดยใช้สมุนไพร รักษาไสยศาสตร์และรักษาที่คลินิก ตามลำดับ ในการเลือกวิธีรักษานั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ความเชื่อ ประสบการณ์ การเรียนรู้ ค่านิยม และอิทธิพลการแพทย์แผนใหม่ เป็นต้น ซึ่งแบบแผนของผู้สูงอายุจะผสมผสานหลาย ๆ วิธีด้วยกัน และเดชาเส็งเมือง (2539) ศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท พบว่า ผู้สูงอายุจะละเลยการออกกำลังกายและการป้องกันโรค ดังนั้นพบว่าผู้สูงอายุมักปล่อยให้ป่วยหนักก่อนรับบริการการรักษา ครอบครัวจึงควรเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

3.2 ปัญหาทางจิตใจ ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกว่าเหงา เนื่องจากการห่างเหินหรือตัดขาดจากสังคมที่เคยเข้าร่วมสมาคมในอดีต มีความรู้สึกสูญเสียสถานภาพทางสังคม รวมทั้งมีความรู้สึกไร้คุณค่าช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้ ต้องพึ่งพาบุตร เมื่อผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม อาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาทางจิตใจกับผู้สูงอายุขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เสื่อมถอยลง ซึ่งที่เคยสามารถปฏิบัติได้เองต้องอาศัยใ้วานผู้อื่นให้ช่วยทำ ตลอดจนมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจต้องพบกับความสูญเสียจากบุคคลอันเป็นที่รักต้องออกจากการทำงานประจำทำให้ขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม

และขาดรายได้ ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้นผู้สูงอายุต้องพบกับบทบาทใหม่จากเดิมที่เคยเป็นผู้นำเป็นหัวหน้าครอบครัวต้องกลายมาเป็นผู้พึ่งพิงอาศัย (กรมสุขภาพจิต, 2540)

ครอบครัวในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีค่าสำคัญกับครอบครัวน้อยลง ประกอบกับสมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุขาดความรู้ความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงหรือความต้องการของผู้สูงอายุ เมื่อสมาชิกในครอบครัวต้องแต่งงานและแยกครอบครัวไป หรือเมื่อบุตรต้องประกอบอาชีพในท้องถิ่นอื่น โอกาสที่สมาชิกจะอยู่พร้อมหน้าพร้อมตากันมีเพียงครั้งคราวเกิดความห่างเหิน การเอาใจใส่และความผูกพันกันมีน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทจำนวนมากถูกทอดทิ้งและอยู่ในสภาวะที่ลำบากมากยิ่งขึ้น (Mason, 1992; สายสุริยจิตกุล, 2539) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องการความรักความเอาใจใส่จากครอบครัว ซึ่งถือเป็นความต้องการที่มากที่สุด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย การที่บุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัวคอยดูแลช่วยเหลือให้ความเคารพยกย่องให้ความสำคัญจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นผู้ที่มีความหมายกับครอบครัว (องอาจ ทัพซ้าย และเดือนใจ อ่อนหล้า, 2541)

3.3 ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะมีรายได้ลดลง โดยเฉพาะอาชีพส่วนใหญ่ของคนไทยประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม เมื่ออายุมากขึ้นเรี่ยวแรงที่จะทำงานได้อย่างเดิมนั้นลดลง ทำให้รายได้ลดลง ส่วนผู้ที่ทำงานในโรงงานหรือสถานประกอบการต่าง ๆ เมื่ออายุ 60 ปี เป็นผู้สูงอายุก็ต้องหยุดทำงานทำให้ขาดรายได้ที่เคยได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุประมาณ ร้อยละ 24 ของประเทศไทยประสบกับปัญหานี้สิน และผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทมีหนี้มากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเมือง รายได้และความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยพื้นฐาน อย่างหนึ่งที่เอื้อต่อภาวะสุขภาพพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย ถ้าผู้สูงอายุมีทรัพย์สินเก็บออมไว้ก็ไม่มีปัญหาเรื่องการเงิน แต่ส่วนใหญ่จะไม่มีจึงเกิดปัญหาเรื่องรายได้ไม่เพียงพอ ดังนั้นหลังจากพ้นวัยการทำงาน จึงพบว่าบุตรถือเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาทางเศรษฐกิจ และเป็นแหล่งรายได้หลักสำคัญที่สุดที่จะคอยให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และเมื่อยามเจ็บป่วย (ศิริวรรณ ศิริบุญ และมาลินี วงษ์สิทธิ์, 2541)

จากปัญหาข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัญหาที่พบเป็นปัญหาพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุทั้งสิ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงของสภาพร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งแตกต่างจากบุคคลในกลุ่มวัยอื่น ๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ สำหรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดูแลตนเองตามความเชื่อและประสบการณ์ ไม่ว่าจะเป็นการซื้อยารับประทานเองหรือรักษาแบบพื้นบ้านเมื่ออาการไม่ดีขึ้นจึงไปรับการรักษาจากสถานพยาบาล รวมทั้งละเลยการตรวจสุขภาพและการป้องกันโรค ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจหรือมี

ที่อยู่ห่างไกลด้วยนั้น จะเพิ่มปัญหาในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมากขึ้น ดังนั้นในการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการทั้งหมด ครอบครัวถือเป็นหน่วยที่ดูแลใกล้ชิดที่สำคัญที่สุดที่จะต้องเข้าใจถึงปัญหาของผู้สูงอายุดังกล่าว เพื่อให้การดูแลเอาใจใส่และตอบสนองผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข

แนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว

1. ความหมายของครอบครัว

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) ได้ให้นิยามว่าครอบครัวเป็น “กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจในการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย หรือทางสายโลหิตและบางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา” (ศรีสว่าง พ่วงศ์แพทย์, 2538)

รุจา ภูไพบูลย์ (2541) ได้ให้ความหมายของครอบครัวโดยสรุปว่า ครอบครัวเป็นที่รวมของคุณสมบัติต่อไปนี้

1. ครอบครัวต้องประกอบด้วยคนมากกว่า 1 คน
2. สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตหรือทางกฎหมาย
3. ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มอื่น
4. สมาชิกมีบทบาทในครอบครัวตามที่สังคมได้ให้ความหมาย เช่น บิดา มารดา บุตร

สามี ภรรยา ที่มีหน้าที่รับผิดชอบบทบาทของตน

จินตนา วัชรสินธุ์ (2550) ได้ให้ความหมายของครอบครัวโดยสรุปว่า ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่สองคนขึ้นไปมีความผูกพันกันทางอารมณ์ มีการแบ่งปันซึ่งกันและกัน มีค่านิยมสัญญาร่วมกัน กำหนดสมาชิกครอบครัวด้วยตนเองและทำหน้าที่เป็นสมาชิกในครอบครัวโดยไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด การแต่งงานหรืออยู่บ้านเดียวกัน ซึ่งรวมถึงผู้หญิงที่ยังไม่แต่งงานแต่อยู่ร่วมกันกับเพื่อนและยอมรับว่าเป็นครอบครัวเดียวกัน คู่หนุ่มสาวที่อยู่ด้วยกันทั้งที่ไม่ได้แต่งงาน คู่หญิงหรือชายที่ชอบเพศเดียวกัน ครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่คนเดียว ครอบครัวไม่มีบุตร ครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ครอบครัวคือ กลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไปที่มาอยู่ร่วมกันโดยการสมรส ด้วยการผูกพันทางสายโลหิตหรือด้วยความผูกพันอื่น ๆ โดยอยู่ร่วมกันหรือแยกกันอยู่ก็ได้ และสมาชิกในครอบครัวจะมีปฏิริยาสัมพันธ์ต่อกันในด้านความรัก ความเอาใจใส่ มีจิตผูกพันกัน ให้การอบรมดูแล และถ่ายทอดมรดกทางวัฒนธรรมให้

2. บทบาทและหน้าที่ของครอบครัว

ครอบครัวมีบทบาทและหน้าที่พึงปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่สมาชิกในครอบครัวให้สามารถอยู่ในสังคมได้ด้วยดี บทบาทและหน้าที่ต่าง ๆ ของครอบครัวนั้นล้วนมีอิทธิพลต่อครอบครัวทั้งสิ้น เนื่องจากการกระทำหน้าที่ของสถาบันสังคมแต่ละสถาบันย่อมจะส่งผลกระทบต่อหน่วยต่าง ๆ ที่อยู่ในระบบสังคมโดยรวม

จินดนา วีชรินทร์ (2550) ครอบครัวมีหน้าที่สำคัญดังนี้

1. หน้าที่ด้านความรักความเอาใจใส่ เป็นหน้าที่พื้นฐานที่สำคัญของครอบครัวจะต้องตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ จิตใจ และจิตวิญญาณ
2. หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนสมาชิกในครอบครัวให้เป็นสมาชิกที่มีคุณภาพของสังคม ตลอดจนการให้ความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตต่อไปในอนาคต
3. หน้าที่ในการดูแลสุขภาพ เป็นหน้าที่โดยตรงของครอบครัวในการดูแลสุขภาพทั้งภาวะปกติและเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสมาชิกในครอบครัวคนหนึ่งจะกระทบต่อสมาชิกคนอื่น หน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งรวมทั้งหน้าที่ด้านกายภาพด้วย
4. หน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ เป็นหน้าที่พื้นฐานของครอบครัวที่ประกอบด้วยสมาชิกที่ผูกพันทางกฎหมายและสายโลหิต ดังนั้นครอบครัวต้องสร้างสมาชิกใหม่เพื่อสืบเชื้อสาย
5. หน้าที่ในการจัดการทางเศรษฐกิจ โดยการจัดหารายได้เพื่อจัดซื้อเสื้อผ้าอาหาร บริการสุขภาพ ที่อยู่อาศัย หรือวัตถุสำหรับดำรงชีพของสมาชิกในครอบครัว

ณัฐชัย ดันติสุข (2533) ระบุว่าหน้าที่หลักของครอบครัวมี 4 ประการ คือ

1. หน้าที่ให้ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว
2. หน้าที่ให้การหาเลี้ยงครอบครัว
3. หน้าที่ให้การสืบสกุล
4. หน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูบุตรให้รู้จักระเบียบสังคมไทย

จะเห็นได้ว่าครอบครัวมีอิทธิพลต่อสังคมอย่างมากทั้งบทบาทหน้าที่ตามธรรมชาติ คือ การให้กำเนิดบุตร ซึ่งเป็นการช่วยเพิ่มสมาชิกให้กับสังคม และหน้าที่ตามธรรมเนียมประเพณีอันได้แก่ การคุ้มครองปกป้องสมาชิก เป็นแบบอย่างที่ดีแก่สมาชิก และการอบรมสั่งสอนสมาชิกให้สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมได้ ทั้งยังเป็นแหล่งที่จะให้ความรักความอบอุ่นความมั่นคงแก่สมาชิกในครอบครัวด้วย

3. รูปแบบโครงสร้างของครอบครัว

องค์การสหประชาชาติ (1992 อ้างถึงใน สุนีย์ ผลานุมาศ, 2546) ได้จำแนกลักษณะรูปแบบโครงสร้างสากลของครอบครัวเป็น 3 ลักษณะ คือ

3.1. ครอบครัวเชิงเดี่ยว (Nuclear Family) มีรูปแบบที่สำคัญ 2 รูปแบบ คือ รูปแบบทางชีวภาพและรูปแบบทางสังคม ครอบครัวเดี่ยวในทางชีวภาพนั้นจะหมายถึงการที่หญิงชายคู่หนึ่งมีความสัมพันธ์ร่วมกันจนมีบุตร ในขณะที่ครอบครัวเดี่ยวทางสังคมเกิดจากการที่คนสองคนมีความสัมพันธ์ร่วมกันโดยการสมรสหรืออยู่กินร่วมกันเฉย ๆ ไม่ว่าจะไม่มีบุตรหรือไม่ก็ตาม บางครั้งอาจเรียกว่า ครอบครัวคู่สมรส (Conjugal Family) จากลักษณะที่กล่าวมาข้างต้นจะพบว่าครอบครัวตะวันตกสมัยใหม่ รวมทั้งครอบครัวไทยในสังคมแบบชุมชนเมืองมักจะเป็นครอบครัวเดี่ยวทางชีวภาพที่มีคนสองรุ่น คือ พ่อ แม่และลูก อาศัยอยู่ด้วยกัน และถึงแม้ลูก ๆ จะย้ายไปสร้างครอบครัวเองภายหลังก็ยังถือว่าครอบครัวนี้เป็นครอบครัวเดี่ยวทางสังคม

3.2. ครอบครัวขยาย (Extended Family) รูปแบบของครอบครัวขยายโดยปกติคือครอบครัวที่มีคนสามรุ่นอาศัยอยู่ร่วมกัน ได้แก่ ปู่ย่า ตายาย พ่อแม่และลูก วัฒนธรรมที่ให้คุณค่าแก่การเคารพและการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งในสังคมที่ไม่นิยมการแบ่งแยกที่ดินและสมบัติมีแนวโน้มที่จะใช้ชีวิตแบบครอบครัวขยายมากที่สุด ครอบครัวที่มีคนสามรุ่นอาศัยอยู่ร่วมกันจึงเป็นรูปแบบครอบครัวที่นิยมกันมากในสังคมชนบท ส่วนในสังคมเมืองนั้นเนื่องจากความขาดแคลนที่อยู่อาศัยและเหตุผลบางประการที่กล่าวมาข้างต้นทำให้เหมาะสำหรับครอบครัวเดี่ยว

3.3. ครอบครัวที่มีการจัดโครงสร้างใหม่ (Reorganized Family) รูปแบบครอบครัวในลักษณะนี้อาจมาจากการสมรสใหม่ หรือใช้ชีวิตร่วมกันหลังจากที่สามีภรรยาผู้นั้นเคยมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นมาแล้ว ยิ่งถ้ามีการสมรสใหม่หลาย ๆ ครั้งหรือถ้าการสมรสใหม่เกิดขึ้นในครอบครัวขยาย ความสัมพันธ์ในครอบครัวก็ยิ่งทวีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น และในบางครั้งจะรวมถึงครอบครัวที่มีเพศเดียวกันอาศัยอยู่ร่วมกัน และหรือการอาศัยอยู่ร่วมกันในชุมชนเดียวกันในลักษณะของกลุ่มครอบครัวเดี่ยวหลาย ๆ ครอบครัว หรือกลุ่มคนโสดที่อาศัยอยู่ร่วมกันในลักษณะพึ่งพากันตามสถานการณ์ของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยสามารถจำแนกลักษณะของครอบครัวต่าง ๆ ดังตาราง แต่อย่างไรก็ตาม ลักษณะครอบครัวที่คนส่วนใหญ่เข้าใจตรงกันมักเป็นใน 2 ลักษณะแรก คือ ลักษณะของครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย

ซึ่งครอบครัวในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2540) อาจจะมีแค่คู่สมรสสูงอายุ การสูญเสียคู่สมรสคนใดคนหนึ่งและอยู่คนเดียว หรืออยู่กับหลานที่บุตรนำมาให้ดูแลให้ บุตรหลานไปทำงานไม่มีเวลาที่จะสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ การผูกพัน การเอาใจใส่กันน้อยลง ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

เนื่องจากผู้สูงอายุต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2541) ครอบครัวขยายนั้นสมาชิกในครอบครัวจะมีที่พึ่ง ได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพ (สุพัตรา สุภาพ, 2541) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุกัญพรพรณ บุญขอ (2542) ที่ศึกษาการได้รับการดูแลและการให้การดูแลของผู้สูงอายุในเขตอำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าลักษณะครอบครัวส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายจะได้รับการดูแลด้านการดำรงชีวิตประจำวันสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว

4. องค์ประกอบของครอบครัว

สนธิ สมัการ (2544) กล่าวว่า องค์ประกอบที่จำเป็นของครอบครัวคือ สารสำคัญขั้นพื้นฐานที่ครอบครัวทุกแบบต้องมี ถ้าขาดอย่างหนึ่งอย่างใดก็ถือว่าความเป็นครอบครัวนั้นอยู่ในภาวะวิกฤติ และถ้าเป็นอยู่นานก็จะทำให้ครอบครัวสลายไปได้ แต่ถ้าขาดมากไปกว่าหนึ่งอย่าง ครอบครัวย่อมสลายทันที (คือไม่อาจทำหน้าที่ครอบครัวได้) องค์ประกอบที่จำเป็นของครอบครัว มีดังนี้

4.1 องค์ประกอบด้านชีวะ (Biological Factor) คือ ครอบครัวต้องประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นมนุษย์ และอย่างน้อยที่สุดจะต้องมีผู้ที่เป็นผู้ใหญ่หนึ่งคน ส่วนสมาชิกอื่น ๆ จะมีมากน้อยเพียงไรนั้นสุดแล้วแต่แบบของครอบครัว แต่จะไม่มีสมาชิกที่ไม่เป็นผู้ใหญ่เลยย่อมไม่ได้ และโดยทั่วไปแล้ว ความสัมพันธ์ของสมาชิกต่างวัยจะต้องเป็นไปตามสายเลือด (อย่างน้อยก็บางส่วน) ส่วนความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างสมาชิกผู้ใหญ่ในกรณีที่มากกว่าหนึ่งนั้น แม้ว่าโดยทั่ว ๆ ไปจะมีปรากฏอยู่ในครอบครัว แต่ก็หาใช้ความจำเป็นไม่

4.2 องค์ประกอบด้านทรัพย์สิน (Wealth Factor) ครอบครัวทุกครอบครัวต้องมีทรัพย์สินของตนเอง จะไม่มีเลยย่อมไม่ได้ คำว่าทรัพย์สินในที่นี้หมายถึง สิ่งของเครื่องใช้และสมบัติต่าง ๆ ที่สามารถใช้ ทำนุบำรุงสุขภาพ พละนาบัย ความคงอยู่ ความเจริญเติบโต และความปลอดภัยของชีวิตในครอบครัว ส่วนครอบครัวใดจะมีมากน้อยเพียงใดก็สุดแล้วแต่ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ความเพียงพอของการใช้จ่ายในการดำเนินชีวิต การที่ครอบครัวมีเศรษฐกิจดี รายได้เพียงพอ ไม่มีปัญหาในค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ จึงอาจส่งผลการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดีกว่า ครอบครัวที่มีเศรษฐกิจไม่ดี (Potvin & Eisner, 2000 อ้างถึงใน รพีภัทร ไชยขอควงษ์, 2544)

4.3 องค์ประกอบที่เกี่ยวกับการตัดสินใจ (Decision Making Factor) หมายความว่า ครอบครัวแต่ละครอบครัวย่อมทรงไว้ซึ่งอำนาจในการตัดสินใจในปัญหาต่าง ๆ ของคนโดยสมบูรณ์ คือไม่ต้องอยู่ในอาณัติของครอบครัวอื่นเพราะถ้าเป็นเช่นนั้นครอบครัวนั้นก็ขาดสภาพครอบครัวไป กลับกลายเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวขยาย เป็นต้น โดยปกติแล้วอำนาจการตัดสินใจ

ของแต่ละครอบครัวย่อมจะตกอยู่กับผู้ที่ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งอาจได้แก่สามีหรือภรรยา หรือทั้งสามีและภรรยา หรือญาติผู้ใหญ่ที่เป็นชายหรือหญิงคนใดคนหนึ่ง ก็ได้แล้วแต่วัฒนธรรมของแต่ละสังคม ด้วยเหตุนี้องค์ประกอบในการตัดสินใจจึงคลุมเอาความหมายที่ว่า ครอบครัวจะต้องมีหัวหน้าเอาไว้ด้วยเสมอ ส่วนหัวหน้าจะเป็นใครนั้นเป็นอีกประเด็นหนึ่ง ซึ่งผู้สูงอายุได้เปลี่ยนบทบาทใหม่จากเดิมที่เคยเป็นผู้นำ เป็นหัวหน้าครอบครัวต้องกลายเป็นผู้พึ่งพิงอาศัย (กรมสุขภาพจิต, 2540) อำนาจการตัดสินใจเปลี่ยนไปจากเดิม อาจนำมาซึ่งปัญหาทางด้านจิตใจคิดว่าตนเองหมดคุณค่า เหนง หัวเหว่ มีความรู้สึกท้อแท้สถานภาพในครอบครัว

5. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่ได้รับความสนใจในการศึกษาวิจัย ตั้งแต่ประมาณ ค.ศ.1970 เป็นต้นมา ด้วยเหตุผลที่การสนับสนุนทางสังคมมีผลหรือมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของมนุษย์ (Cohen&Syme, 1985 อ้างถึงใน กนกพร สุติวง, 2540) จึงมีผู้นำการศึกษาและให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมายดังนี้

คอบบ์ (Cobb 1976, pp. 300-301) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักคนสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ และมีความใกล้ชิดสนิทสนม มีความผูกพันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง และเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และบุคคลอื่นให้การยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าของตนเอง

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน

เชฟเฟอร์ และคนอื่น ๆ (Schaefer et al., 1981, p. 387-386) เชื่อว่าการสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบที่เป็นอิสระจากกันมีหน้าที่ให้การสนับสนุน 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ได้แก่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ ความเชื่อถือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่

2. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงด้วย การให้สิ่งของ เงินทอง และบริการ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หรือการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำให้แก่ปัญหาและการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล จากแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความรู้สึกของบุคคลต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

บุคคลจะได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากระบบการสนับสนุนทางสังคมของตนเองซึ่งประกอบด้วยบุคคลที่ตนเองติดต่อหรือมีความผูกพันซึ่งกันและกันโดยที่ระบบการสนับสนุนทางสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตลอดช่วงชีวิตของบุคคล (Pender & Pender 1987, p. 396) บุคคลอาจได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มบุคคลในสังคมของตนเองหลายกลุ่มซึ่งสรุปได้ดังนี้ คือ กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย เป็นต้น องค์กรและสมาคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ องค์กรทางศาสนา เป็นต้น และกลุ่มวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด เป็นต้น จากแนวความคิดการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจะเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นการสนับสนุนที่เกิดจากความผูกพันมาเกี่ยวข้อง ความรักใคร่ระหว่างบุคคลและไม่ต้องใช้เงินในการแลกเปลี่ยนเป็นการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว และบุคคลจะพึงพอใจและต้องการแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด ครอบครัวจัดเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับในระบบมีลักษณะไม่เป็นทางการ (ดาราพรรณ อุทัย, 2545)

นอกจากนี้ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมระดับแรกและเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคมที่มีบทบาทสำคัญต่อสมาชิกในครอบครัวทุกวัยเพราะหน้าที่สำคัญของครอบครัวนอกจากการอบรมเลี้ยงดูบุตรเพื่อให้บุตรได้พัฒนาเป็นบุคคลที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ยังมีหน้าที่ให้ความรักและอบอุ่น ครอบครัวเป็นแหล่งให้ความรักต่อกันได้เสมอหากเกิดอุปสรรคหรือผิดหวัง ครอบครัวจะเป็นแหล่งให้กำลังใจและปลอบใจให้สามารถจัดการกับอุปสรรคต่าง ๆ ให้ผ่านพ้นไปได้ (อุไร ขวัญนาถ, 2540) ครอบครัวเป็นระบบของการดำเนินชีวิตที่มีองค์ประกอบของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปอยู่ร่วมกัน โดยมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือการแต่งงาน หรือการรับเป็นบุตรบุญธรรม พักอาศัยอยู่ร่วมกัน นอกจากกลุ่มบุคคลดังกล่าวมาแล้วข้างต้นอาจมีบุคคลอื่น ๆ ที่ไม่มีความสัมพันธ์ด้วยเงื่อนใยดังกล่าวที่อาศัยอยู่ร่วมด้วย ก็ถูกนับว่าเป็นสมาชิกครอบครัวด้วย ก็ได้ เช่น คนมาขออาศัย คนรับใช้ และบุคคลดังกล่าวมีความผูกพันกันทางอารมณ์มีการแบ่งปันการเงินและการใช้เวลาซึ่งกันและกัน

จากความหมายและความสำคัญของครอบครัว จะเห็นว่าครอบครัวเป็นกลุ่มสนับสนุนทางสังคมด้านสุขภาพที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ มีรายงานวิจัยของศิริสุดา ชาวคำเขต (2541) รายงานการศึกษาในด้านสุขภาพและสาขาวิชาอื่นว่าความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุด และใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุดและได้คัดแปลงแนวคิด การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวร่วมกับเซฟเฟอร์และคนอื่น ๆ สรุปได้ว่าการสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกพึงพอใจกับการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลในครอบครัวและรับรู้หรือรู้สึกว่าคุณเองได้รับความช่วยเหลือประคับประคองและได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ 5 ด้าน

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ เนื่องจากปัญหาจิตใจเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมักจะมีความวิตกกังวล ความกลัว รู้สึกสูญเสียสมรรถภาพร่างกายและหน้าที่ทางสังคม รู้สึกว่าเหว่ เจ็บเหงา และถูกทอดทิ้ง ประกอบกับผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย ทำให้เป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดี ทั้งร่างกายและจิตใจนั้น จำเป็นต้องได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุจะรู้สึกอบอุ่นเมื่ออยู่ท่ามกลางบุตรหลาน และยังไม่พบว่ามียาที่พึ่งอื่นใดสำหรับคนสูงอายุที่จะมาแทนที่บุตรหลานได้ไม่ว่าจะโดยหน้าที่ทางสังคมบังคับหรือโดยแรงจูงใจใด ๆ ก็ตาม การพบปะพูดคุยเพื่อให้ผู้สูงอายุระบายอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่สบายใจและการแสดงความเห็นอกเห็นใจ จะทำให้ผู้สูงอายุคลายความทุกข์ทางใจ คลายเหงาและลดความเบื่อหน่ายในชีวิตได้

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า ความเสื่อมถอยของร่างกายและการสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีความรู้สึกต่อตนเองว่าเป็นบุคคลไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเบื่อหน่ายและท้อแท้ใจ ดังนั้นจึงควรที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณเองยังมีค่ามีประโยชน์กับครอบครัว บุตรหลาน และบุคคลอื่น ในสังคมโดยการให้การยอมรับชื่นชมในความสามารถและความสำเร็จ ให้ความเคารพยกย่องและให้เกียรติในฐานะที่เคยเป็นผู้มีพระคุณ การขอคำแนะนำปรึกษาในฐานะที่เป็นผู้มีประสบการณ์ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกว่าตนเองยังมีค่าสำหรับผู้อื่น

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้สูงอายุมีความต้องการอยากที่จะเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว อยากอยู่ตามบ้าน บ้านที่มีบุตรหลานห้อมล้อม ซึ่งการดำเนินชีวิตในสถานสงเคราะห์คนชราไม่อบอุ่นและไม่ได้เป็นหนึ่งเหมือนอยู่ตามบ้าน ดังนั้นในการสนองความต้องการด้านนี้จึงควรที่จะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมและงานต่าง ๆ ของครอบครัว มีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาและเรื่องราวความเป็นไปต่าง ๆ ของบุคคลในครอบครัว พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อครอบครัวตามสมควร เช่น

การอบรมเลี้ยงดูบุตรหลาน ยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีความรู้และประสบการณ์ สามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้ ดังนั้น การยอมรับความสามารถและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อที่จะทำประโยชน์ให้สังคมทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของสังคม การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมมากขึ้น จะช่วยส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนมาก คลายความเหงา และรู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า อันจะส่งผลให้มีความพึงพอใจ ในชีวิต

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร บุคคลในวัยสูงอายุจะต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจอันจะนำมาซึ่งปัญหาในการปรับตัวได้ง่าย และจากการศึกษาของดวงฤดี ลาสุขะ (2529 หน้า 56) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุและสุขภาพอนามัยสูงก็จะมีคะแนนการปรับตัวในระดับสูง ดังนั้น จึงต้องให้คำแนะนำสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้และได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยและการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี การพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นในสังคมอยู่เสมอจะทำให้ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลและรับรู้ข่าวสารที่ทันสมัยอยู่เสมอ ซึ่งจะมีประโยชน์ในการนำมาใช้แก้ปัญหาและเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต

5. การสนับสนุนด้าน สิ่งของ การสนับสนุนด้านนี้เป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับผู้สูงอายุ เพราะความสามารถในการทำงานหารายได้มีลดลง ผู้สูงอายุบางรายไม่มีรายได้ และเงินออมเก็บสะสมไว้เพื่อนำมาใช้จ่ายในการดำรงชีวิต นอกจากนั้นความเสื่อมสมรรถภาพของร่างกายทำให้ผู้สูงอายุบางคนเป็นผู้ที่ไร้สมรรถภาพ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังนั้น คู่สมรส บุตรหลาน หรือสมาชิกในครอบครัวจะต้องให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันตามความจำเป็นหรือความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ หน่วยงานของรัฐ องค์กร ชุมชน สมาคมอื่น ๆ ควรมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือให้บริการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันได้มีโครงการหลายอย่างให้การสนับสนุนช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ เช่น บริการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุการสงเคราะห์คนชราที่ไม่มีผู้อุปการะชาติอยู่อาศัย เป็นต้น

6. ทฤษฎีระบบครอบครัว (Family System Theory)

ทฤษฎีระบบครอบครัว (Family System Theory: FST) ประยุกต์มาจากทฤษฎีระบบ (General System Theory) แนวคิดสำคัญของระบบครอบครัวประกอบด้วยดังต่อไปนี้

6.1 ความเป็นองค์รวม (Nonsummativity or Wholeness) เป็นคุณสมบัติที่สำคัญของระบบครอบครัว เป็นผลรวมที่ใหญ่กว่าหน่วยย่อยทั้งหมดรวมกัน เกิดเป็นระบบใหม่ที่มีลักษณะพิเศษเฉพาะและแตกต่างไปจากลักษณะของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกและสิ่งแวดล้อมในระบบครอบครัว การประเมินต้องประเมินทั้งระบบครอบครัว

6.2 ผลกระทบซึ่งกันและกัน (Reciprocal Determinism) ครอบครัวเป็นระบบสังคมของสิ่งมีชีวิตที่สมาชิกมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเพื่อปฏิบัติหน้าที่ให้บรรลุเป้าหมายครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกมีความผูกพันกันอย่างซับซ้อน ระยะเปลี่ยนผ่านและสถานการณ์เครียดของครอบครัวมีอิทธิพลต่อสมาชิกครอบครัวแต่ละคนและระบบย่อย เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ส่วนหนึ่งส่วนใดของระบบจะกระทบครอบครัวทั้งหมด

6.3 ระบบครอบครัวมีการสะท้อนตนเองและเสาะหาเป้าหมาย (Self-reflexivity and Goal Seeking) ระบบควบคุมทั้งหมดในครอบครัว คอยประเมินตรวจสอบความสามารถของสมาชิกครอบครัวและปรับพฤติกรรมสมาชิกครอบครัวตลอดเวลา

6.4 ลำดับชั้นของระบบ (Hierarchy of System) ระบบครอบครัวมีหลายระดับตั้งแต่ระบบย่อยของครอบครัว และระบบภายนอกครอบครัวที่ใกล้ที่สุดจนถึงระบบภายนอกที่ใหญ่ขึ้นและห่างไกล ซึ่งระบบที่อยู่ใกล้จะมีอิทธิพลต่อครอบครัวมากที่สุด

6.5 ครอบครัวเป็นทั้งระบบเปิด ระบบปิด และทั้งเปิดและปิด (Open, Closed and Random Family System) ระบบครอบครัวเปิดจะรับและแลกเปลี่ยนความคิด สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร เทคนิคหรือแหล่งประโยชน์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบ

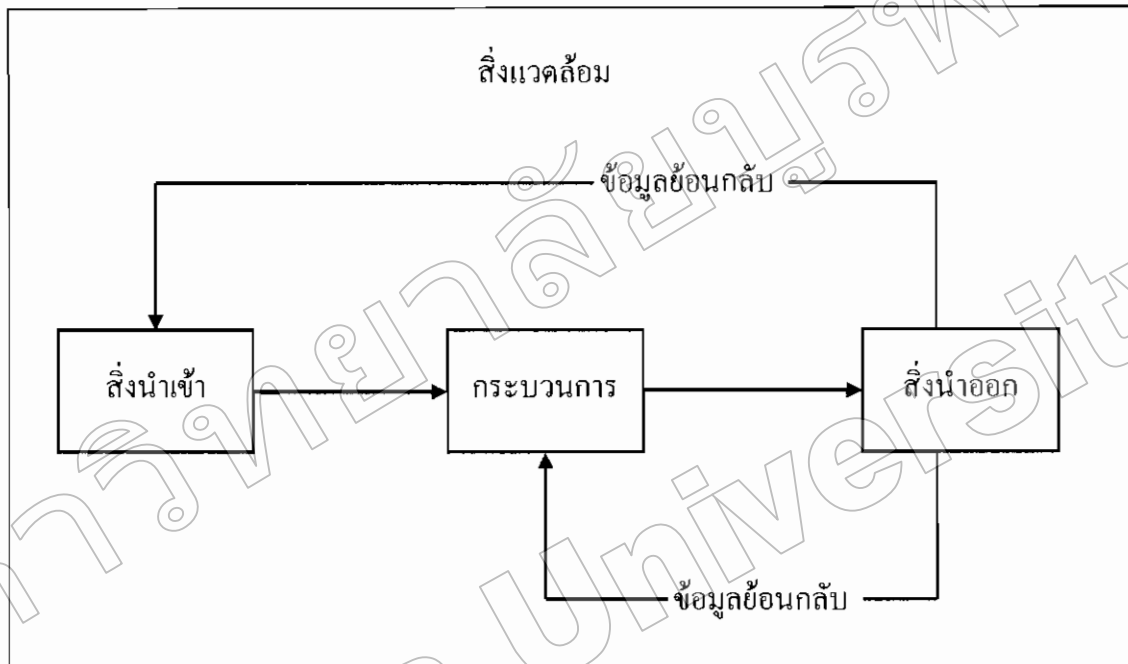
6.6 ขอบเขตครอบครัว (Family Boundaries) วิธีการสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนการปรับตัวการพัฒนา และความอยู่รอดของครอบครัวคือการที่ครอบครัวยอมให้มีการแลกเปลี่ยนระหว่างความต้องการภายนอกและภายในครอบครัว ซึ่งมีขอบเขตเป็นตัวควบคุมกลั่นกรองสิ่งนำเข้าจากสิ่งแวดล้อมและสิ่งนำออกสู่สิ่งแวดล้อมหรือเป็นตัวช่วยปรับความสมดุลของครอบครัว

6.7 การปรับตัวของครอบครัว (Family Adaptation) เป็นความสามารถของครอบครัวและสมาชิกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการเปลี่ยนแปลงของความต้องการทั้งภายนอกและภายในเพื่อความสมดุลของครอบครัวโดยการรับหรือปฏิเสธข้อมูล พลังงาน เทคโนโลยี หรือบริการต่าง ๆ และการปรับเปลี่ยนสิ่งเหล่านี้เพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัว

6.8 ระบบย่อยของครอบครัว (Family Subsystem) ครอบครัวประกอบด้วยระบบย่อยต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน และมีปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกในระบบย่อยและระหว่างระบบย่อยเพื่อทำบทบาทหน้าที่ตามเป้าหมายของครอบครัว

มุมมองของทฤษฎีระบบครอบครัว เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวไม่ว่าส่วนใดจะมีผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อส่วนอื่นของครอบครัวด้วย ดังนั้นการแก้ไขปัญหาหรือการปรับสมดุลใหม่ของครอบครัวจะต้องปรับระบบครอบครัวใหม่ไม่ใช่แก้ไขหรือปรับเฉพาะบางส่วน แต่บางครั้งการปรับบางส่วนก็อาจมีผลต่อการปรับส่วนอื่น ๆ ด้วยเนื่องจากแต่ละส่วนของครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กัน อย่างไรก็ดีตามเป็นการยากที่จะเข้าใจระบบครอบครัวซึ่งมีความซับซ้อน

การคงไว้ซึ่งขอบเขตของครอบครัวและกระบวนการควบคุม การสะท้อนกลับ หรือการแลกเปลี่ยนพลังงานของครอบครัวกับสิ่งแวดล้อม แต่ทฤษฎีระบบครอบครัวมองว่าครอบครัวสุขภาพดีเป็นครอบครัวที่มีความยืดหยุ่นและความทนได้ต่อการเปลี่ยนแปลงภายใน มีความเป็นตัวของตัวเองสูง และมีการแลกเปลี่ยนแหล่งประโยชน์ พลังงาน ข้อมูลข่าวสารกับสิ่งแวดล้อมภายนอก



ภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ในระบบ

แนวคิดพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

1. ความหมายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

WHO/ SEARO (อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2532) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คือ พฤติกรรมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม ภายในและภายนอกของบุคคล พฤติกรรมนี้ได้รับผลกระทบจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมทั้งระบบบริการสุขภาพ เป็นหมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพในทางที่ดี และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต

Pender (1996) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำ โดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

สมจิต แคนสีแก้ว (2540) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำของบุคคลเพื่อส่งเสริมให้เกิดสภาวะความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับสภาวะสุขภาพ เพื่อความผาสุก ความมีคุณค่าในตนเองรวมไปถึงความรู้สึกอึดอ้อมใจ มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจถือว่าเป็นการพัฒนาให้ถึงศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

สรุปพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติในการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันจะนำไปสู่ความผาสุกของชีวิต เกิดศักยภาพสูงสุดและบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพดีของตนเอง ครอบครัว กลุ่มชน ชุมชน และสังคม ดังนั้นพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง กิจกรรมที่ปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ก่อให้เกิดผลดีต่อสภาวะสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นสุขซึ่งจะนำไปสู่ความผาสุกในชีวิต

2. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender

ปัจจุบันการดูแลสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงจากการเน้นในเรื่องการรักษาไปเน้นที่การป้องกัน (Prevention) และการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ซึ่ง พฤติกรรมการป้องกัน เป็นพฤติกรรมที่มีผลโดยตรงต่อการลดโอกาสการเผชิญความเจ็บป่วย การป้องกันร่างกายจากตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดโรค หรือการตรวจพบการเจ็บป่วยได้ตั้งแต่ระยะมีอาการ ส่วนพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่มีผลโดยตรงต่อการสนับสนุน หรือการเพิ่มระดับการมีชีวิตที่ดี (Well-being) การประสบความสำเร็จในชีวิต (Self-actualization) ความพึงพอใจในชีวิต (Fulfillment) ของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล (Pender, 1982; Pender, 1987; Pender et al, 2002) Pender ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ จึงได้สร้างรูปแบบการป้องกันสุขภาพและรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขึ้น ซึ่งทั้งสองรูปแบบเป็นสิ่งคู่กัน บางครั้งแทบจะแยกกันไม่ออก พฤติกรรมอย่างเดียวกันอาจเป็นได้ทั้งพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การวิ่ง การระมัดระวังในเรื่องการรับประทานอาหาร เป็นต้น

Pender ได้เสนอการประเมินพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพออกเป็น 6 ด้าน (Health-Promotion Lifestyle Profile II: HPLP-II) ได้แก่

ด้านที่ 1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นการเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองของบุคคล ในการดูแลสุขภาพและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง รวมถึงมีการแสวงหาข้อมูลและความรู้ที่เป็นประโยชน์ มีการใช้บริการสุขภาพ และ

หลีกเลี่ยงสิ่งเสียดสีและของมีนเมา เพื่อส่งเสริมให้ตนเองปลอดภัยจากสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ด้านที่ 2 กิจกรรมด้านร่างกาย (Physical Activity) เป็นการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ต้องใช้พลังงาน รวมถึงการออกกำลังกาย และการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยคำนึงถึงสุขภาพตนเองเป็นสำคัญ โดยประเมินถึงวิธีการและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายของบุคคล รวมทั้งการคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

ด้านที่ 3 โภชนาการ (Nutrition) เป็นการปฏิบัติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ได้อาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ

ด้านที่ 4 สัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation) เป็นการแสดงออกถึงความสามารถและวิธีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้ตนเองได้รับประโยชน์ในการได้รับการสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ

ด้านที่ 5 การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อแสดงออกเกี่ยวกับการตระหนักในการให้ความสำคัญของชีวิต การกำหนดจุดหมายหรือวางแผนในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุจุดหมายที่ต้องการ และเกิดความสงบสุขในชีวิต

ด้านที่ 6 การจัดการกับความเครียด (Stress Management) เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อช่วยให้ตนเองผ่อนคลายความตึงเครียด โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม มีการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และมีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

3. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุและครอบครัว

เนื่องจากผู้สูงอายุมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม พฤติกรรมที่ปฏิบัติจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่ดีช่วยคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพป้องกันการเจ็บป่วย การป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ เพนเดอร์และคณะ (Pender et al, 2002) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัว ไว้ว่าเป็นพฤติกรรมที่มุ่งเน้นให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี ขึ้นภายในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกมีภาวะสุขภาพที่ดี หรือดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีมีสุขภาพดี และมีศักยภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ของบุคคลและครอบครัว ชุมชนสังคม เป็นการเพิ่มระดับความผาสุก (Well-being) และทำให้เกิดศักยภาพในตนเอง เพื่อให้ไม่เจ็บป่วยหรือเป็นโรค การส่งเสริมสุขภาพเป็นพฤติกรรมมุ่งให้เกิดการกระทำที่เน้น การเพิ่มสถานะทางด้านบวก โดยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาให้เกิดศักยภาพในตัวบุคคลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี

บวก โดยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาให้เกิดศักยภาพในตัวบุคคลให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยกระทำอย่างสม่ำเสมอเป็นกิจวัตรประจำวัน มีจุดประสงค์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ คุ้มครองรักษาสภาพ และการป้องกันโรค ทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ประกอบด้วยพฤติกรรมต่าง ๆ ดังนี้

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ สภาพร่างกายเสื่อมลงตามอายุขัย แต่บางคนอาจมีการเปลี่ยนแปลงก่อนวัยอันควรเนื่องจากได้รับ สารอาหาร ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ผู้สูงอายุมีความต้องการสารอาหารเช่นเดียวกับวัยอื่น ๆ แตกต่างกันในลักษณะและปริมาณ ความต้องการอาหารที่ให้กำลังงานจะน้อยลง ดังนั้น ผู้สูงอายุควรมีการดูแลในเรื่องอาหารเป็นหลัก ผู้สูงอายุควรรับประทานให้มากกว่า 3 มื้อ โดยแบ่ง เป็นอาหารมื้อว่าง มื้อสาย มื้อบ่าย และอาหารว่างก่อนนอน เพื่อช่วยแก้ปัญหาแน่นท้องหลังกินอาหาร ทำให้ จำนวนอาหารแต่ละมื้อลดลง และรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่

โดยมีหลักการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุดังนี้

1. กินอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและครบ 5 หมู่
2. กินครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง (4 - 5 มื้อ)
3. ลักษณะอาหารต้องอ่อนนุ่ม เปื่อย ชุ่ม สะดวกต่อการเคี้ยว และย่อยง่าย
4. ควรกินอาหารที่สุกใหม่ๆ
5. ควรกินอาหารประเภทผักผลไม้เป็นประจำ จะช่วยให้ท้องไม่ผูก
6. ไม่ควรกินอาหารรสจัดหรือของหมักดอง
7. งดดื่ม ชา กาแฟ สุรา และงดสูบบุหรี่ทุกชนิด เพราะจะทำให้เกิดโทษต่อร่างกาย
8. ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ (ประมาณ 6-8 แก้วต่อวัน)

น้ำเป็นสิ่งจำเป็นยิ่งสำหรับร่างกาย น้ำช่วยควบคุมสภาพปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกาย ช่วยระบบไหลเวียนโลหิต และระบบขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำให้มาก ทุกวัน อย่างน้อยควรดื่มน้ำวันละ 6 - 8 แก้ว

อากาศ ผู้สูงอายุควรอยู่ในที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ควรอยู่ในที่แออัด เนื่องจาก ผู้สูงอายุ มีความจุของปอดและการระบายอากาศลดลง จึงมีโอกาสเกิดโรคระบบทางเดินหายใจได้ง่าย

การขับถ่าย ผู้สูงอายุควรป้องกันท้องผูกโดยรับประทานอาหารที่มีกากใย ประเภทผักผลไม้และการดื่มน้ำมาก ๆ จะช่วยให้การขับถ่ายอุจจาระสะดวกขึ้น

การออกกำลังกาย การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ คือ การที่ร่างกายมีการหด ยืด กล้ามเนื้อ และ ข้อต่อมีการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดการใช้อาหารและออกซิเจนในร่างกายเพิ่มขึ้น การออกกำลังกายจึงเป็นกิจกรรมการรักษาสภาพที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งยังสามารถช่วยป้องกันและรักษาอาการของโรคที่เกิดจากวัยชราได้หลายอย่าง เช่น อาการเมื่อยขบ อาการท้องผูก โรคอ้วน โรคหัวใจเสื่อม ฯลฯ แต่ลักษณะการออกกำลังกายจะต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และเหมาะสมกับความสามารถความสนใจของตน ควรเป็นการออกกำลังกายที่ธรรมดาที่สุด ไม่ต้องใช้อุปกรณ์มากมายให้ยุ่งยากความสำคัญอยู่ที่เวลาของการออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรใช้เวลาประมาณ 15 นาที หรือมากกว่าและควรออกกำลังกายวันเว้นวัน หรือสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง

การพักผ่อนนอนหลับ

การพักผ่อนที่ดีที่สุดของผู้สูงอายุ คือ การนอนหลับ ควรนอนให้เพียงพอ ประมาณวันละ 5-6 ชั่วโมงและอาจจะหลับในตอนกลางวัน วันละประมาณ 30 นาที-1 ชั่วโมง ควรพักผ่อนในที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่มีเสียงรบกวน

การป้องกันอุบัติเหตุ

ทุกคนเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ความว่องไวต่าง ๆ ย่อมลดลง ประสาทสัมผัสและการตอบโต้ต่อสิ่งเร้าจะลดลง การทรงตัว การได้ยิน การมองเห็นประสิทธิภาพจะลดลง ฯลฯ อุบัติเหตุ มักเกิดขึ้น ในช่วงนี้และมีอาการรุนแรงการพักผ่อนที่เพียงพอจะใช้เวลาในการป้องกันจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด การเกิดอุบัติเหตุมักเกิดขึ้นทั้งภายใน และภายนอกบ้าน อุบัติเหตุภายในบ้านที่มักเกิดขึ้น ได้แก่ การลื่นหกล้มในห้องน้ำ พลัดตกบันได สะดุดสายไฟ พรหมเช็ดเท้า ธรณีประตู ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ไข้หวัดประทุ ไข้หวัด สำหรับอุบัติเหตุภายนอกบ้าน อาจเกิดขึ้นขณะที่เดิน เดินข้ามถนน การขึ้นลงรถประจำทาง การขับรถ อุบัติเหตุที่เกิดขึ้น อาจเกิดจากความไม่ได้ระมัดระวัง หรือความประมาท สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำการสรุปที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (ประอรนุช เชื้อถือ, 2548) โดยใช้แบบแผนการดำเนินชีวิตการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1996) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกกระบวนของร่างกายในลักษณะเสื่อมถอย ผู้สูงอายุในการตระหนักสนใจเอาใจใส่รับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองเพื่อให้สุขภาพดี ในการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพการดูแลสุขภาพ โดยสังเกตการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตน มีการใช้ระบบบริการสุขภาพ ไม่รักษาอาการผิดปกติด้วยตนเอง ตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีหรืออย่างน้อย 6 เดือนต่อครั้ง เพื่อค้นหาสาเหตุของโรคและหาทางป้องกันรักษาได้ทัน พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จากการศึกษาของกลนา ชันตระกูล และรสุนทร แสงมณี (2540) ศึกษาแบบแผนชีวิตและโรคเรื้อรังประจำตัวของผู้สูงอายุในชมรม

สูงอายุโรงพยาบาลนราธิวาส พบว่า ผู้สูงอายุมีแบบแผนชีวิตด้านการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี และพบว่าร้อยละ 52 ไปตรวจร่างกายกับแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง ร้อยละ 54.7 สนใจฟังและอ่านข่าวสารสุขภาพเป็นประจำ ส่วนการศึกษาของ ควงพร รัตนอมรชัย (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง พบว่า วิถีชีวิตของผู้สูงอายุด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางแตกต่างจากการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ผู้สูงอายุส่วนน้อยที่จะตรวจร่างกายหรือสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง ซึ่งคล้ายคลึงกับ ปงลิรัตน์ พรทวีกันทา (2541) ที่ศึกษาแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดลำปาง พบว่าผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งการตรวจสุขภาพจะเป็นการค้นหาความผิดปกติของร่างกายที่จะปรากฏอาการรุนแรง เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือ โรคมะเร็ง นอกจากนี้ความรับผิดชอบต่อสุขภาพยังเป็นพฤติกรรมที่สำคัญที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายอีกด้วย

2. กิจกรรมด้านร่างกาย การเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย การออกกำลังกาย และการบริหารร่างกาย รวมทั้งใช้ท่าทางในการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำงาน ซึ่งการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งของผู้สูงอายุ เพราะเป็นการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ และจะทำให้มีอายุยืนยาวได้ทำงาน และได้รับผลตอบแทนมากขึ้น กล้ามเนื้อได้ออกกำลัง เกิดการเสริมสร้างซ่อมแซมเนื้อเยื่อต่าง ๆ สมรรถนะของผู้สูงอายุจะทำงานได้ดีขึ้น และที่สำคัญที่สุด การบริหารร่างกายจะทำให้ผู้สูงอายุมีจิตใจปลอดโปร่ง สงบ สดชื่นและกระตือรือร้นที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างมีความสุข นอกจากนี้ การบริหารร่างกายอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ จะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การยืดตัวของข้อต่อลดลง และทำให้ข้อต่อต่าง ๆ ของกระดูกสันหลังเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น กระดูกแข็งแรง และปริมาณเนื้อกระดูกเพิ่มขึ้น ป้องกันโรคกระดูกพรุน (นิธยาภาสุนันท์, 2533) ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพในการทำงานดีขึ้น การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น และยังช่วยลดกรดไขมันอิสระซึ่งจะมีผลต่อการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหลอดเลือดแข็ง (จริยวัตรคมพยัคฆ์, 2532) นอกจากนี้จะทำให้มีการเผาผลาญพลังงานส่วนที่เกินออกไป อวัยวะต่าง ๆ ได้รับเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น ปริมาณโคเลสเตอรอล ลดลงซึ่งมีผลให้สุขภาพและป้องกันการเสื่อมของอวัยวะทุกส่วน และยังมีผลพลอยได้อีกคือ ผลดีต่อโรคหัวใจหลอดเลือด และลดระดับความดันโลหิต จากการศึกษานี้ของวิไลวรรณ ทองเจริญ และคณะ (2539) ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้งขึ้นไป ซึ่งอยู่

ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของสุดา วิไลเลิศ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลางส่วนใหญ่จะออกกำลังกายจากการทำงานที่ไม่ได้ใช้แรงมาก และเป็นการออกกำลังกายที่ใช้เวลาสั้น ๆ และไม่ต่อเนื่อง แตกต่างจากการศึกษาของ นันทิยา โพธิ์สาร (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ออกกำลังกายบางครั้งและบางโอกาสหลังตื่นนอน บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2531) ศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนและแข็งแรงในผู้สูงอายุจำนวน 1,574 คน พบว่า ผู้สูงอายุไม่ออกกำลังกายร้อยละ 39.5 การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุมีหลักสำคัญ คือ จะต้องไม่ใช้แรงมาก ควรทำอย่างช้า ๆ ไม่หักโหมและหยุดทำทันทีถ้ารู้สึกเหนื่อย ผิดปกติ (สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ, 2540) ผู้สูงอายุควรที่จะเลือกออกกำลังกายให้เหมาะสม เช่น การเดิน เริ่มเดินธรรมดาแล้วค่อย ๆ เพิ่มเดินให้เร็วขึ้น ถ้าเป็นไปได้ควรเดินทุกวัน หรืออย่างน้อยอาทิตย์ละ 3 วัน เดินวันละครึ่งชั่วโมง (นัยพินิจ คชภักดี, 2537)

3. โภชนาการ การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ ลักษณะนิสัยและการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายให้ได้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เพื่อเสริมสร้างให้ร่างกายแข็งแรง และมีความต้านทานต่อโรค ภาวะโภชนาการเป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีสุขภาพดีและมีบทบาทที่จำเป็นอย่างยิ่งในการฟื้นฟูและการป้องกันโรค (Peggy & Judith, 1997) คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคและองค์การอนามัยโรค FAO & WHO (Food and Agriculture Organization and World Health Organization) ได้เสนอให้ลดพลังงานจากอาหารลงร้อยละ 5 ต่อทุก 10 ปี ของอายุที่เพิ่มขึ้นจนถึงอายุ 59 ปี อายุ 60-69 ปี ให้ลดพลังงานจากอาหารลงร้อยละ 10 และเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป ให้ลดพลังงานลงไปอีกเป็นร้อยละ 20 ของพลังงานที่ต้องการในวัยหนุ่มสาว (รุจิรา สัมมะสุต, 2543) ทั้งนี้จุดมุ่งหมายในการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นที่ยอมรับมี 2 ประเภท ดังนี้

3.1 การบริโภคอาหารหลาย ๆ อย่างในปริมาณ ที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุ (รุจิรา สัมมะสุต, 2543) โดยมีข้อปฏิบัติ ดังนี้
 รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย และหมั่นดื่มน้ำหนักตัว รับประทานอาหารเป็นอาหารหลัก สลับอาหารประเภทแป้งและบางมื้อ รับประทานอาหารพืชผักให้มากและกินผลไม้เป็นประจำ รับประทานอาหารเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และ ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นประจำ ดื่มนมถั่วเหลืองให้เหมาะสมกับวัย รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอควร หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานจัดและเค็มจัด รับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มชูกำลัง

3.2 การบริโภคอาหารในปริมาณที่เหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งน้ำหนักตัวที่เหมาะสม ทั้งนี้ การมีน้ำหนักตัวที่มากเกินไปจะมีความสัมพันธ์กับโรคหลายชนิด เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2543) ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเกิดภาวะทุพโภชนาการที่สูงถึงร้อยละ 30-53 มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 20 กิโลกรัม/ตารางเมตร ผู้สูงอายुर้อยละ 16 รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ ร้อยละ 34 ไม่รับประทานอาหารทุกวัน ร้อยละ 22.6 คัดค้านเป็นประจำ (มนต์ คุรุฑ และสุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2544) และจากการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข ทำการสำรวจ ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทยระหว่างปี พ.ศ.2540-2541 โดยใช้ดัชนีมวลกาย (BMI) เป็นเครื่องชี้วัด พบว่าผู้สูงอายุไทยที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 17 น้ำหนักเกินร้อยละ 19.7 และอ้วนมีถึง ร้อยละ 3.4 ภาวะโภชนาการเป็นพื้นฐานสำหรับประชากรไทยกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้แนะนำให้ลดพลังงานลงโดยเฉลี่ย 100 กิโลแคลอรีต่อทุกอายุ 10 ปีที่เพิ่มขึ้น และในผู้ที่มีอายุ 60 ปี ควรได้รับพลังงานประมาณ 2,200 กิโลแคลอรีต่อวัน และไม่ควรต่ำกว่า 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน เพราะจะทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารวิตามิน และเกลือแร่บางชนิดไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายได้ สำหรับผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำ จำเป็นต้องได้รับพลังงานสูงกว่าผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่ได้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หรือผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ หรือเกินมาตรฐานควรได้รับพลังงานลดลงเพื่อลดน้ำหนักตัวลงในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับความต้องการอาหารที่สำคัญ คือ ความต้องการแร่ธาตุ ผู้สูงอายุมีความต้องการแร่ธาตุเท่าเดิม แต่ส่วนใหญ่จะมีปัญหาต่อการรับประทานแร่ธาตุไม่เพียงพอ แร่ธาตุที่สำคัญและเป็นปัญหาในผู้สูงอายุ ได้แก่ แคลเซียม ซึ่งการบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมเพื่อป้องกันภาวะโรคกระดูกพรุน ได้แก่ นม นมผง ผลิตภัณฑ์จากนม ปลาตัวเล็ก สำหรับอาหารจำพวกผักใบเขียวเข้ม เช่น ยอดแค ใบชะพลู ผักคะน้า ผักตำลึง ผักกวางตุ้ง ถั่วลิสงเตา จะมีปริมาณแคลเซียมสูงเช่นกัน จากการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารมีคะแนนอยู่ในระดับดี ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดรับประทานอาหารเป็นเวลา ครบวันละ 3 มื้อ อาหารส่วนใหญ่ประกอบด้วยอาหารหลัก 5 หมู่

4. สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ในแง่การสนับสนุนต่าง ๆ ลดความตึงเครียด เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่าง ๆ จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมในทางที่เสื่อมลง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นของผู้สูงอายุ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือสังคม รวมถึงบุคลากรทางด้านสุขภาพ จะทำให้มีการแลกเปลี่ยนเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ความคิดเห็น คำปรึกษา คำลงใจ จะทำให้ได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่ผู้สูงอายุเผชิญอยู่ ทำให้

ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจเห็นว่าตนเองยังมีคุณค่า เกิดความรู้สึกที่ดีช่วยลดความเครียดสามารถแก้ปัญหาได้และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Pender, 1996) โดยทั่วไปแล้วส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีความต้องการทางด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ต้องการอยู่บ้าน อยากมีลูกหลานห้อมล้อม ดังนั้นในการสนองความต้องการจึงควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมและการทำงานต่าง ๆ ของครอบครัว พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อครอบครัว เช่น เลี้ยงดูบุตรหลาน จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดีโดยการส่งเสริมหรือแนะนำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูล ข่าวสารในด้านต่าง ๆ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุ สุขและสุขภาพที่ดี จากการศึกษาของ ลตนา อ้นตระกูล และรสสุคนธ์ แสงมณี (2540) ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิตและ โรคเรื้อรังประจำตัวของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลนราธิวาสอยู่ในระดับดี โดยผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัว และบุคคลรอบข้างถึงร้อยละ 84

5. การพัฒนาทางจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบพื้นฐานส่วนหนึ่งของมนุษย์ จะช่วยในการมองโลก การพัฒนาทางจิตวิญญาณจะมุ่งที่การพัฒนาจิตของบุคคล การมีจุดมุ่งหมาย วางแผนในการดำเนินชีวิต มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเจตนาที่มุ่งหมายที่ต้องการและเกิดความสงบสุข การพัฒนาจิตวิญญาณมีความสำคัญ ในการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม เพราะความเชื่อเกี่ยวกับจิตวิญญาณ จะมีอิทธิพลต่อการให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ประเมินได้จากความเชื่อทางศาสนา วัยสูงอายุเป็นวัยหนึ่งที่ภาวะจิตวิญญาณมีความสำคัญมาก เนื่องจากจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ จะขึ้นอยู่กับพัฒนาการทางด้านจิตวิญญาณที่ผ่านมา และจะไม่หยุดนิ่งเหมือนมิติทางด้านร่างกายและสังคมในทางตรงกันข้ามจะแสดงออกเป็นพิเศษกับภาวะวิกฤติที่สำคัญของชีวิต เช่น การเจ็บป่วย การสูญเสียต่าง ๆ (Brook, 1987; Elliss & Nowlis, 1994) จากการสูญเสียต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงทางด้านจิตใจ (ประอรนุช เชื้อถือ, 2548) ทำให้ผู้สูงอายุแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ เพื่อช่วยในการเผชิญต่อสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไป การพัฒนาทางจิตวิญญาณจะเป็นกระบวนการที่บุคคลเพิ่มความตระหนักในความหมาย เป้าหมาย และคุณค่าในชีวิต ซึ่งประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุมีความเชื่อของสิ่งนอกเหนือตนเอง อันจะส่งผลให้เกิดความผาสุกให้กับตนเอง ส่วนในเรื่องของศาสนามีความหมายต่อจิตใจอันเกี่ยวเนื่องกับตัวบุคคล โดยเฉพาะศาสนาย่อมเป็นเครื่องกำหนดความเข้าใจของบุคคลต่อคุณค่า จุดมุ่งหมายของชีวิตและการเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (พระธรรมปิฎก, 2539) การที่ผู้สูงอายุ มีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ และการมีความสุขในการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา หลักคำสอนของศาสนาเป็นเครื่องชี้แนะปฏิบัติในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และ

เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจให้เกิดความสงบ คลายความทุกข์ มีความเข้าใจในธรรมชาติ ความ เป็นจริงของชีวิตที่มีการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่มีผู้ใดหลีกเลี่ยง การเข้าใจชีวิตหรือโลกความตายความ เป็นจริง ทำให้บุคคลอยู่อย่างมีสติปัญญา จิตไม่วุ่นวาย รำลึกถึงความตายด้วยความไม่ประมาท ใช้ ชีวิตอย่างมีคุณค่า ประกอบแต่สิ่งที่ดีงาม (พระธรรมปิฎก, 2539) จากการศึกษาของวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมด้านการบรรลุคุณค่าของตนเองอยู่ใน ระดับปานกลาง โดยส่วนใหญ่รายงานว่ามีความสุขและความพอใจในสิ่งที่ตนเป็นอยู่ มองชีวิต ในทางที่ดี เชื่อว่าชีวิตตนเองมีจุดมุ่งหมาย จากการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุม สุขภาพกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทอง พบว่า วิถีชีวิตของผู้สูงอายุในด้านการบรรลุ เป้าหมายในชีวิต ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณค่ามีความสุขในตนเองและมีความ พึงพอใจในชีวิต

6. การจัดการกับความเครียด ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีจะมีบทบาทที่เหมาะสม ยอมรับสิ่ง ใหม่ ยอมรับการสูญเสียและปรับตัว การพักผ่อนที่เพียงพอ การทำงานอดิเรกหรือการใช้เวลาว่างให้ เกิดประโยชน์ และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม จะคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี จากการที่ผู้สูงอายุ ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคม ที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่การงาน รายได้บทบาท และสถานะทางครอบครัว การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใน ครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ซึ่งความเครียดจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต น้อยลง อาจเกิดความผิดปกติทางจิตรุนแรงได้ (Pender, 1996) การปล่อยให้เกิดความเครียดโดยไม่ได้รับการแก้ไข จะก่อให้เกิดความรู้สึกหมดคุณค่าในตัวเอง เหงา โดดเดี่ยว อ้างว้าง ไม่สนใจใน สุขภาพของตนเอง ในที่สุดรู้สึกหมดหวังไม่อยากมีชีวิตอยู่ ถึงขั้นฆ่าตัวตาย ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควร ทราบเหตุการณ์ หรือสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดเพื่อที่จะหลีกเลี่ยง ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ต้องรู้จักวิธีการ จัดการกับความเครียด โดยการจัดการกับความเครียดเป็นการกระทำที่ช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย ความตึงเครียด โดยการจัดการกับความเครียดเป็นการกระทำที่ช่วยให้เกิดความผ่อนคลายลดความ ตึงเครียด โดยการ 1) หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม แต่การเปลี่ยนแปลงนั้นจะต้องไม่มากเกินไป และมีการจัดตารางเวลาในการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม เพื่อลดความรีบเร่งหรือความกดดัน 2) การเพิ่มความคงทนต่อความเครียด ได้แก่ การออกกำลังกาย การรู้จักหาทางออก เมื่อเผชิญปัญหาต่าง ๆ การรู้สึกสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อพึ่งพาอาศัย ซึ่งกันและกัน 3) การหาวิธีเพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การทำสมาธิ จากการศึกษาของ วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะ

การจัดความเครียดอยู่ในระดับค่อนข้างดี เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักทราบถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด และความกังวลใจ และมีการจัดการกับความเครียดโดยวิธีเหมาะสม และการศึกษาของ สดใส ศรีสะอาด (2540) ศึกษาปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการจัดการกับความเครียดในระดับปานกลาง แตกต่างจากการศึกษาของ วรณี ชัชวาทิพากร และคณะ (2544) ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีปัญหาสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีการจัดการกับความเครียดในระดับต่ำ

ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยด้านครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษารวบรวมเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องไว้ดังนี้

1. ลักษณะครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบย่อยที่สำคัญของสังคม มีการปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดและพึ่งพาซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวไม่ว่าส่วนใดจะมีผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อส่วนอื่นของครอบครัวด้วย และยังในปัจจุบันที่ครอบครัวไทย มีแนวโน้มเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ขนาดของครอบครัว เล็กลง มีจำนวนสมาชิกจำนวนไม่มากนัก สมาชิกในครอบครัวจะต้องมีบทบาทร่วมกันหลายอย่าง ทั้งนี้เนื่องจากความจำเป็นด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ครอบครัวเดี่ยวต้องมีชีวิตต่างคนต่างอยู่และการส่งเสริมดูแลสุขภาพจะให้แก่นักดน้อยลง ซึ่งจะแตกต่างจากครอบครัวขยาย ภาระในครอบครัวก็จะแบ่งกันทำ เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีความทุกข์เดือดร้อน มีปัญหาสุขภาพกาย สมาชิกในครอบครัวจะมีที่พึ่งได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนในการดูแลสุขภาพ (สุพัตรา สุภาพ, 2541) เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุภิญญาพรณ บุญขอ (2542) ที่ศึกษาการได้รับการดูแลและการให้การดูแลของผู้สูงอายุในเขตอำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าลักษณะครอบครัวส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายจะได้รับการดูแลด้านการดำรงชีวิตประจำวันสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว สอดคล้องกับการสัมภาษณ์กลุ่มของผู้วิจัย พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรหลานจะได้รับการดูแลและการสนับสนุนทั้งด้านความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน ได้รับความรักเอาใจใส่มากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพังกับหลาน ซึ่งสอดคล้องกับธิดา มีศิริ (2541) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวจะมีความรู้เท่ามากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน และการศึกษาของ วรณี ชัชวาทิพากร และคณะ (2542)

ศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่าลักษณะครอบครัวที่เป็นครอบครัวขยายมีส่วนในการดูแลช่วยเหลือและมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. สัมพันธภาพในครอบครัว ครอบครัวจัดเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคมซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวมีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ความรักความอบอุ่นแก่สมาชิกในครอบครัว เมื่อสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวดี ถ้ามีปัญหาหรืออุปสรรคเกิดขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจะช่วยให้กำลังใจและปลอบใจให้สามารถฟันฝ่าอุปสรรคหรือปัญหาต่าง ๆ ได้ แต่ถ้ามีสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวไม่ดี สมาชิกในครอบครัวไม่มีความรักความผูกพันต่อกัน ปัญหาที่จะไม่ได้รับการแก้ไขและกลับทำให้ครอบครัวมีปัญหาเพิ่มขึ้น

สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุ เป็นความสัมพันธ์ที่ประกอบด้วยลักษณะ การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำงานและรับผิดชอบร่วมกัน ให้ความรักความเอาใจใส่ต่อกัน ระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุและจากลักษณะสังคมของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป คือ สังคมของผู้สูงอายุจะแคบลงเพราะผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเอาสภาพร่างกายและจิตใจไปในทางที่เสื่อมลงทำให้มีข้อจำกัดทางกาย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีบทบาททางสังคมลดลง ผู้สูงอายุจึงมีสัมพันธภาพกับสังคมลดลงด้วย เมื่อผู้สูงอายุเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิต เช่น การสูญเสียคู่สมรสซึ่งเป็นการสูญเสียที่สำคัญของชีวิต ผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรสย่อมเศร้าโศกเสียใจมาก บุคคลที่จะช่วยประคับประคองสภาพจิตใจของผู้สูงอายุได้ก็คือ สมาชิกในครอบครัว ถ้าผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวดี ผู้สูงอายุก็จะได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ถ้าผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพครอบครัวไม่ดี ผู้สูงอายุอาจได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวน้อยลงหรือไม่ได้รับการช่วยเหลือ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาตามลำพัง ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความเศร้าโศกรุนแรงขึ้น ซึ่งมีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ เคลลี (Kelly, 1995) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวดีจะได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี และการวิจัยของคาร์สัน (Carson, 1989) พบว่าสัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลให้รับรู้ถึงความรักความผูกพันที่มีต่อกัน และในประเทศไทย การศึกษาวิจัยของสมพร รัตนพันธ์ และคณะ (2542) ศึกษาพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะจิตวิญญาณของผู้สูงอายุในทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของสุภาพรณ เกื้อสุวรรณ (2546) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัวของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีบรรพต จังหวัดพัทลุง พบว่าความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองและครอบครัว การที่ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวดีจะทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีครอบครัวเป็นที่รัก

ก็จะส่งผลต่อจิตใจ ให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย มีความรัก มีความหวัง สนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้

3. พฤติกรรมสุขภาพครอบครัว เป็นพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ครอบครัวให้สมาชิกในครอบครัว ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุซึ่งผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งจะทำให้สุขภาพไม่แข็งแรงและเจ็บป่วยได้ง่าย จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบทโดยศรีน้อย มาศเกษม และคณะ(2536) พบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยมีการใช้ยาแก้ปวดยาชุด และกว่าครึ่งหนึ่งมีการใช้ยาจนติด สอดคล้องกับวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี และคณะ (2536) ที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนชนบทอีสานพบว่า ถ้าหากผู้สูงอายุเจ็บป่วยไม่มากจะปล่อยให้หายเอง ถ้ายังไม่หายจะซื้อยามารับประทานและหากยังไม่หายจึงจะไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในชนบทจังหวัดขอนแก่น โดยสมจิต แคนทีแก้วและคณะ (2542) พบว่าผู้สูงอายุส่วนมากมีการดูแลตนเองและสุขภาพส่วนบุคคลไม่ดี ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปี ไม่สนใจการส่งเสริมหรือป้องกันโรค และสอดคล้องกับเกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543) พบว่าองค์ประกอบที่สำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ได้แก่ การเตรียมตัวเตรียมใจเพื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การหมั่นตรวจร่างกายเป็นอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ซึ่งการตรวจสุขภาพร่างกายมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ เพราะสภาพร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม การตรวจสุขภาพจึงเป็นการเฝ้าระวังถึงสิ่งผิดปกติหรือภาวะเสี่ยงของการเกิดโรคภัยไข้เจ็บในผู้สูงอายุ ซึ่งบางโรคยากต่อการสังเกตเห็น และผู้สูงอายุควรทำจิตใจให้สบายและหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้เกิ้อารมณ์เครียด ซึ่งจะเป็นพฤติกรรมสุขภาพของครอบครัว ที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพที่แข็งแรง สมบูรณ์

4. การสนับสนุนของครอบครัว เป็นความรู้สึกของผู้สูงอายุที่มีต่อการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพราะการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ ถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนดูแลที่ดีจากครอบครัว จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพที่ดี แต่ถ้าผู้สูงอายุขาดการสนับสนุนของครอบครัวที่ไม่ดี ก็จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ มีโอกาสเกิดโรคได้ง่าย ซึ่งจะสอดคล้องกับการศึกษาของริฟเฟิล โยโฮ และแซม (Riffle, Yoho, & Sams, 1989) พบว่าการสนับสนุนของครอบครัว ได้รับการสนับสนุนด้านการยอมรับ เห็นคุณค่า และด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตอาปาติเชียน ทางฝั่งตะวันออกเฉียงเหนือ ของมลรัฐเวอร์จิเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา และการศึกษาของแพดดูล่า (Padulu, 1997) ในผู้สูงอายุปกติที่อาศัยในศูนย์ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ภายในชุมชน

จำนวน 59 ราย พบว่าการสนับสนุนของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งงานวิจัยของสุภาลักษณ์ (2543) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร จำนวน 350 ราย พบว่าการสนับสนุนของครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสำคัญ ที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้เป็นอย่างดี และผลศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535) พบว่าผู้สูงอายุปกติที่สภาพสมรสคู่ จะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุ ที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ ส่วนผลการศึกษาของวิไล สัทยา และจุฑารัตน์ สกธิปัญญา (2540) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระยะฟื้นฟู จำนวน 161 ราย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของปัทมาวดี บุพศิริ (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากการศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง พบว่าการไปใช้บริการของโรงพยาบาลหรือสถานบริการทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สดใส ศรีสะอาด (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและการได้รับคำแนะนำสนับสนุนจากครอบครัวเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยารัตน์ สมสะอาด (2548) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การได้รับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคำแนะนำหรือการสนับสนุนจากครอบครัวช่วยส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุเกิดการดูแลสุขภาพตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุ เกิดกำลังใจ มีเวลาในการส่งเสริมสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความเสื่อมถอยของร่างกายอันเนื่องมาจากความมีอายุเป็นสิ่งที่เราตรงที่คุกคามภาวะสมดุลของระบบทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพเสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมซึ่งถ้าครอบครัวให้การดูแลด้านร่างกาย ประกอบด้วยการสนับสนุนเกี่ยวกับอาหาร เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มที่อยู่อาศัย และการดูแลเมื่อเจ็บป่วย ด้านจิตใจอารมณ์ ประกอบด้วยการได้รับความเคารพยกย่องจากครอบครัว สนับสนุนให้มีความทำตามความสามารถและงานอดิเรกต่าง ๆ ดูแลให้ได้รับความบันเทิงและการพักผ่อนหย่อนใจตามสมควร ด้านสังคม ประกอบด้วยการได้ร่วมกิจกรรมและการได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านเศรษฐกิจได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ซึ่งการได้รับ

การดูแลสนับสนุนจากครอบครัวเป็นการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ อาจช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ให้ดีขึ้นด้วย

มหาวิทยาลัยบูรพา
Burapha University