

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ต่อพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมของการวิจัยครั้งนี้ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาวิจัย
  - 2.1 การดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็ม (Orem)
  - 2.2 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)
  - 2.3 เครือข่ายทางสังคม (Social Network Theory)
3. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ
4. พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ
5. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
6. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



## 1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

### 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2007) กำหนดความหมายของผู้สูงอายุให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก คือ “ผู้สูงอายุ (Older หรือ Elderly person)” หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2010) กำหนดความหมายของ “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม หรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ ในประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี

มารีย์และเซ็นเนอร์ (Murray and Zentner อ้างถึงใน นิรมล อินทฤทธิ์, 2547) ให้ความหมายของ “ผู้สูงอายุหรือวัยสูงอายุ” หมายถึง สภาวะของการมีอายุสูงขึ้นหรือแก่มากขึ้น อยู่ในระยะสุดท้ายของวัยผู้ใหญ่ ซึ่งอาจจะมีความอ่อนแอของร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการเจ็บป่วย หรือความพิการร่วมกัน

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ให้ความหมายของ “ผู้สูงอายุ” ว่าหมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย

นิรมล อินทฤทธิ์ (2547) ได้ให้ความหมายของ “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้ที่มีอายุวัดเป็นจำนวนปีตามปฏิทินของเวลาที่ได้มีชีวิตอยู่ หรือหมายถึง คนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์ของกฎหมายการปลดเกษียณอายุราชการ

สรุป “ผู้สูงอายุ” หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง

### 1.2 ความสำคัญของผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2007) ได้ระบุเป็นเกณฑ์เอาไว้ว่า ประเทศใดที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นสัดส่วนเกินกว่าร้อยละ 10 และสัดส่วนของประชากรที่อายุเกินกว่า 65 ปีขึ้นไป สูงกว่าร้อยละ 7 ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) แล้ว เมื่อปี 2007 ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 7.02 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10.7 และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ได้คาดคะเนว่า ในปี 2030 หรือในอีก 18 ปีข้างหน้า ประชากรไทย 1 ใน 4 คน จะเป็นผู้สูงอายุ จากการเพิ่มจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุดังกล่าว จึงเป็นที่แน่ชัดแล้วว่าประเทศไทยก็เป็นหนึ่งในอีกหลายประเทศที่ได้ก้าวไปสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) แล้ว

วัยผู้สูงอายุ นับว่าเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะเสื่อมถอย โดยทั่วไปการผู้สูงอายุจะมีเปลี่ยนแปลง (อุมาพร ฉัตรวิโรจน์, 2555) ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ เช่น ผิวหนัง จะมีลักษณะบาง แห้ง เหี่ยวยุบ ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง เซลล์ที่ผิวหนังแบ่งตัวช้าลงทำให้การหายของบาดแผลตามผิวหนังช้าลง ผมและขนร่วง เปลี่ยนเป็นสีขาว ระบบประสาทสัมผัสช้าลง สายตา เปลี่ยนเป็นสายตาวาว กระจกประสาทตาขุ่น ประสาทรับเสียงเสื่อมทำให้เกิดหูตึง มีฟันหักมากขึ้น ระบบทางเดินอาหารทำงานลดลง ระบบทางเดินหายใจ ปอดเสื่อมลงทำให้เหนื่อยง่าย เป็นต้น

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความกดดันทางอารมณ์ และเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิด เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความกังวลกลัวถูกทอดทิ้ง ขาดความมั่นใจในตนเอง นิสัยเปลี่ยนไป เฉื่อยชาต่อเหตุการณ์ ไม่เข้าสังคม และซึมเศร้าได้

3) การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาททางสังคม จากผู้ที่เคยทำงานต้องออกจากงาน สูญเสียการเป็นผู้นำครอบครัวจากการเป็นผู้นำในการหาเลี้ยงครอบครัวก็กลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัวที่ต้องเป็นฝ่ายรับ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี รวมทั้งการเสื่อมความเคารพ โดยคนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพ ความสามารถลดลงไม่ทันต่อเหตุการณ์ ความเคารพนับถือในฐานะผู้มีประสบการณ์จึงลดลง

นอกจากผู้สูงอายุจะมีความเสื่อมถอยทางร่างกายแล้ว ความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ.2552 จากรายงานสำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สาเหตุที่ก่อให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรสูงอายุของประเทศไทย สำหรับประชากรไทยกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปในลำดับต้นๆ ในเพศชาย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคต่อกระฉก คิดเป็นร้อยละ 10.7, 9.0, 6.9 และ 5.8 ตามลำดับ และในเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานและโรคหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 11.6, 11.3 และ 8.6 ตามลำดับ (คณะทำงานภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, 2553) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประมวลข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2551 ที่มีสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า ภาครัฐเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยในและใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพจำนวน 1,273,708 ราย สูงถึง 16,976,263,090 บาท ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยคนละ 13,328 บาท (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กองทุนผู้สูงอายุ, 2552)

ดังนั้น จะเห็นว่าการที่มีประชากรวัยผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ นอกจากจะก่อให้เกิดผลกระทบต่างๆ ทั้งแก่ตัวผู้สูงอายุเองแล้ว การเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพส่งผลกระทบต่อประเทศในด้านการรักษาพยาบาลด้วย การเพิ่มขึ้นของประชากรวัยผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วนี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะทางด้านสาธารณสุข

## 2. แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

### 2.1 การดูแลสุขภาพตนเองของโอเล็ม (Orem)

โอเล็ม (Orem) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรม ที่บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด การที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมนั้น ต้องริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ คือ มีความรู้ ความชำนาญ และความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจที่จะกระทำและมีความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพดี รับรู้พฤติกรรมดูแลตนเอง สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ การกระทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ โดยมีข้อบกพร่องหรือการสั่นน้อยที่สุดจนบรรลุผลสำเร็จตามต้องการ มีกำลังใจและความตั้งใจสูงตั้งแต่เริ่มปฏิบัติจนสิ้นสุด

Orem (1991, p. 127) กล่าวว่า ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency) เป็นปัจจัยพื้นฐานบางส่วนของ การดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งหมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลควร จะกระทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งจะประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care Requisites) 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป (Universal Self-care Requisites) เป็นการดูแลตนเอง เพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับ บุคคล ทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรม การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

#### 1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ

1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับ ตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หาความเพลิดเพลินจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหาร โดยไม่ ทำให้เกิดพิษ

#### 1.2 คงไว้ซึ่งการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.2.1 จัดการให้มีการขยับถ่ายตามปกติ ทั้งจัดการกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม

1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขยับถ่าย ซึ่งรวมถึงการจัดการโครงสร้าง และ หน้าที่ให้เป็นไปตามปกติ และการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขยับถ่าย

- 1.2.3 ดูแลสุขภาพส่วนบุคคล
- 1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ
- 1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
  - 1.3.1 การเลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม
  - 1.3.2 รับรู้และสนใจถึงความต้องการ การพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง
  - 1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง
- 1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
  - 1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนา ซึ่งเป็นที่พึงของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น
  - 1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรักความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน
  - 1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม
- 1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
  - 1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น
  - 1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย
  - 1.5.3 หลีกเสี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ
  - 1.5.4 ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ
- 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระเบียบสังคมและ ความสามารถของตนเอง
  - 1.6.1 พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง
  - 1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง
  - 1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล
  - 1.6.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่แตกต่าง ไปจากปกติของตนเอง

## 2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites)

เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครมร์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสีย หรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ที่ปรับ



ให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการ แบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการสื่อเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และการตาย

**3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisites)** เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเมื่อมีความผิดปกติ หรือมีความพิการของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย รวมทั้งผลกระทบจากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ มีดังนี้คือ

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษา ไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุด ตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลในประเด็นนี้บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบาง ผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเองในแง่ของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้น บุคคลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้ความต้องการด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนา การได้รับการตอบสนองและเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะต้องปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นซึ่งเกิดจากภาวะเจ็บป่วย แต่ในขณะเดียวกันจะต้องดัดแปลงกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วย เพื่อรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ปกติ และเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการและมีส่วนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของโอเร็ม (Orem) สำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับบุคคลใน 3 ด้าน คือ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป ได้แก่ การบริโภค

อาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับ 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการของผู้สูงอายุ และ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเป็ยงเบนทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา

## 2.2 แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แรงสนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) (House , 1985 อ้างใน สรวงศ์ภูณัฏ ดวงคำสวัสดิ์ , 2539 : 29 - 35)

1. แรงสนับสนุนทางด้านสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึงการมีสุขภาพดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แคพแพลน (Caplan , 1976 : 39 - 42) ได้ให้คำจำกัดความ แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับโดยตรงจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางข่าวสาร เงิน กำลังงาน หรือทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้ให้ต้องการพิลิสุก (Pilisuk , 1982 : 20) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคน ไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคง ทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

2. แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิ เป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์ตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคมกลุ่มนี้ ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพ และกลุ่มสังคมอื่นๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่า มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีทั้งแหล่งปฐมภูมิ และแหล่งทุติยภูมิ แรงสนับสนุนจากแหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางอารมณ์ จากคู่สมรส ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่าเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ครู พระ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีความสำคัญในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

3. องค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคม (Pilisuk , 1982 : 20) หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 1. ต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน 2.





กลุ่มองค์กรให้ต่อเนื่อง แต่ในเครือข่ายไม่มีใครบังคับให้ใครทำอะไรได้ แต่ละคน/กลุ่มองค์กรต่างก็เป็นศูนย์กลางของเครือข่ายได้พอๆ กัน ดังนั้นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมของเครือข่ายจึงมีความซับซ้อนกว่ากลุ่ม/ องค์กรมากนัก (Boissevain and Mitchell, 1973)

**Starkey, Paul. (1997)** ให้ความหมายของ "เครือข่าย" ว่า คือ กลุ่มของคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกันหรือทำกิจกรรมร่วมกัน ในลักษณะที่บุคคลหรือองค์กรสมาชิกยังคงมีความเป็นอิสระในการดำเนินกิจกรรมของตน การสร้างเครือข่ายเป็นการทำให้บุคคลและองค์กรที่กระจัดกระจายได้ติดต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และการร่วมมือกันด้วยความสมัครใจ อีกทั้งให้สมาชิกในเครือข่ายมีความสัมพันธ์กันฉันท์เพื่อนที่ต่างก็มีความเป็นอิสระ มากกว่าสร้างการคบค้าสมาคมแบบฟุ้งฟิง

**เสรี พงศ์พิศ (2548)** ได้ให้ความหมายของ เครือข่าย (Network) ว่าหมายถึง กลุ่มบุคคลหรือกลุ่มองค์กรที่สมัครใจสื่อสารสัมพันธ์กัน หรือดำเนินกิจกรรมบางอย่างร่วมกัน โดยไม่ทำให้แต่ละคนหรือแต่ละองค์กรสูญเสียความเป็นอิสระ

**Boissevain J. (1974)** ได้ให้ความหมายของ เครือข่ายทางสังคม ว่าหมายถึง ความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล โดยมีการติดต่อสื่อสารและแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ซึ่งกันและกัน

**WHO (1984)** ได้ให้ความหมายของ เครือข่ายทางสังคม ว่าหมายถึง สัมพันธภาพทางสังคมและความเชื่อมโยงระหว่างปัจเจกบุคคล ซึ่งอาจก่อให้เกิดการเข้าถึงหรือการระดมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อสุขภาพ

**รศรินทร์ เกรย์, รุ่งทอง ครามานนท์ และเจตพล แสงกล้า (2558)** กล่าวถึง เครือข่ายทางสังคม ว่ามีความสำคัญต่อความสุขของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนหรือเกื้อหนุนจากเครือข่ายเหล่านี้ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาที่มีความจำเป็นต้องต้องการความช่วยเหลือ เครือข่ายนี้รวมถึงครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน ชุมชน และองค์กรต่างๆ เช่น องค์กรที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปร่วมทำงานอาสาสมัคร สำหรับเครือข่ายที่เป็นคนในครอบครัวนั้นจะเป็นรูปแบบใด ขึ้นอยู่กับสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุด้วย

**Burke, Adam (1999)** ได้อธิบายเกี่ยวกับ เครือข่ายทางสังคม (Social Network) ดังนี้

1. เป็นตาข่าย (Net) ที่โยงใยถึงกันและพร้อมที่จะ “Work” เมื่อต้องการใช้งาน
2. รูปแบบหนึ่งของการประสานงานของบุคคล กลุ่ม หรือองค์กรหลายองค์กร ที่ต่างก็มีทรัพยากรของตัวเอง มีเป้าหมาย มีวิธีการทำงาน และมีกลุ่มเป้าหมายของตัวเอง บุคคล กลุ่มหรือองค์กรเหล่านี้ได้เข้ามาประสานงานกันอย่างมีระยะเวลาอันพอสมควร แม้อาจจะไม่ได้มีกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอก็ตาม แต่ก็จะมีการวางรากฐานเอาไว้ เมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีความต้องการที่จะขอความช่วยเหลือ หรือขอความร่วมมือจากกลุ่มอื่นๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สามารถติดต่อไปได้
3. การเชื่อมโยงร้อยรัดเอาความพยายามและการดำเนินงานของฝ่ายต่างๆ เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบและอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อปฏิบัติภารกิจอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกันโดยที่แต่ละฝ่ายยังคงปฏิบัติ

ภารกิจหลักของตนต่อไปอย่างไม่สูญเสียเอกลักษณ์ และปรัชญาของตนเอง การเชื่อมโยงนี้อาจเป็นรูปของการรวมตัวกันแบบหลวมๆ เฉพาะกิจตามความจำเป็น หรืออาจอยู่ในรูปของการจัดองค์กรที่เป็นโครงสร้างของความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน

4. สายใยของความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ระหว่างบุคคลหนึ่งกับบุคคลอื่นๆ อีกหลายๆ คน

5. ระบบความสัมพันธ์ในสังคมมนุษย์ ที่ว่าด้วยความสัมพันธ์เชิงวัฒนธรรม ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

6. ความสัมพันธ์ที่อิงอาศัยที่เป็นไปตามกฎของการไหลเลื่อนไปมาระหว่าง ความไร้ระเบียบกับการจัดระเบียบ และระหว่างการแตกดับกับการเกิดขึ้นใหม่ที่พร้อม จะสานต่อกับสิ่งต่างๆ โดยมุ่งเน้นการสานต่อกับปัจเจกบุคคล กลุ่มและองค์กรเครือข่าย เพื่อเข้ามาสร้างสรรค์คุณค่าใหม่ ความรู้ใหม่ หรือสังคมใหม่อย่างเหมาะสม โดยยึดหลักของความไว้วางใจที่มีต่อกัน ในฐานะที่ทุกกระบวนการเป็นระบบเปิดที่มีการเชื่อมโยงต่อกัน และเพื่อให้เกิดการกระทำตามภารกิจนั้นๆ จนบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. สายใย (Web) ของความสัมพันธ์ทางสังคม มีความเป็นเอกภาพ มีพลังความยึดโยง (Cohesive) และการสนับสนุนเกื้อกูลซึ่งกันและกัน

8. การที่คนมาพบปะกัน มาประชุมกัน และทำสิ่งที่เป็ประโยชน์ต่อกัน เพราะมีสิ่งที่ยึดโยงใจระหว่างสมาชิกเข้าด้วยกัน คือ สัมพันธภาพของสมาชิกในเครือข่าย โดยบุคคลจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ระหว่างกันบนพื้นฐานของความเท่าเทียมในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านโอกาสในการสื่อสาร การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสาร และการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ร่วมกัน

9. การเชื่อมต่อระหว่างมนุษย์กับมนุษย์ แล้วขยายผลออกไปเป็นวงกว้าง เพื่อให้สังคมเกิดการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้น และในการเชื่อมต่อระหว่างมนุษย์นั้นจะเป็นความสัมพันธ์กลับในเชิงบวก ที่จะส่งผลให้เกิดพลังทวีคูณ (reinforcing) เกิดการขยายผลแบบก้าวกระโดด (quantum leap) เป็นพลังสร้างสรรค์ที่เปลี่ยนคุณภาพอย่างฉับพลัน (emergence) โดยเป้าหมายที่ปรารถนาในการสร้างเครือข่าย คือ การนำเอาจิตวิญญาณที่สร้างสรรค์ของมนุษย์มาถักทอเชื่อมโยงกัน ซึ่งการสร้างเครือข่ายนั้นสามารถพิจารณาได้จากระบบสิ่งมีชีวิต ที่มีความสัมพันธ์ต่อกัน ดังนั้นจะต้องสร้างโอกาสในการเชื่อมโยงเครือข่าย และมีการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา (ลองผิด-ลองถูก) โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการสื่อสารจะต้องเข้ามามีบทบาทที่สำคัญในการสร้างเครือข่าย

10. ความร่วมมือที่เป็นไปได้ทั้งในระบบบุคคล องค์กรและสถาบันอาจมีขอบข่ายและขนาดตั้งแต่เล็กๆ ภายในชุมชนไปจนถึงระดับจังหวัด ภูมิภาค ประเทศและระหว่างประเทศ เป็นสายใยของความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ระหว่างบุคคลหนึ่งกับบุคคลอื่นๆ และอีกหลายๆ คน ซึ่งเป็นการมองในมิติของการจัดโครงสร้างทางสังคมที่เอื้อต่อการเสริมสร้างและความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของกลุ่มคนในสังคมที่มีต่อกัน

11. ชุมชนแห่งสำนึก (conscious community) ที่สมาชิกต่างเป็นส่วนหนึ่งของระบบโดยรวมที่มีความสัมพันธ์กันอย่างแน่นหนา อาจจะใช้พื้นฐานของระบบคุณค่าเก่าหรือ เป้าประสงค์ใหม่ของการเข้ามาทำงานร่วมกัน ซึ่งมีลักษณะเป็นพลวัตรที่บุคคลและกลุ่มคนต่างมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมที่สนใจร่วมกัน มีความสัมพันธ์และการตัดสินใจร่วมกัน โดยมีพันธะเชื่อมโยงระบบใหญ่บนพื้นฐานแห่งความเป็นอยู่ที่ตีร่วมกัน และมีการติดต่อสื่อสารด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้กลุ่มหรือเครือข่ายมีความยั่งยืน (communication and network)

12. เครื่องมือทางสังคมในรูปแบบของประชาสังคม ที่ผู้คนในสังคมเห็นวิกฤตการณ์หรือสภาพปัญหาในสังคมที่สลับซับซ้อนที่ยากแก่การแก้ไข มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มารวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือองค์กร (civic group/organization) ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน หรือภาคสังคม (ประชาชน) ในลักษณะที่เป็นหุ้นส่วนกัน (partnership) เพื่อร่วมกันแก้ปัญหา หรือกระทำการบางอย่างให้บรรลุวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ด้วยความรัก ความสมานฉันท์ ความเอื้ออาทรต่อกันภายใต้ระบบการจัดการ โดยมีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายและประชาคมที่รวมกลุ่มขององค์กรอิสระ สาธารณประโยชน์ ปัจเจกชนและสาธารณชนเข้าด้วยกัน โดยในเครือข่ายประชาคมนั้น กระบวนการเชื่อมประสาน การถ่ายทอดความคิดเห็น ทศนคติ และประสบการณ์ทางการเมืองจะยกระดับ จิตสำนึกของปัจเจกบุคคล จากการทำฝ่ายถูกกระทำมาเป็นฝ่ายกระทำต่อสังคม

13. การที่ปัจเจกบุคคล องค์กร หน่วยงานหรือสถาบันใด ได้ตกลงที่จะประสานเชื่อมโยงเข้าหากันภายใต้วัตถุประสงค์ หรือข้อตกลงอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยมีจุดหมายเพื่อกิจกรรมต่างๆ เช่น การปฏิรูปการศึกษา โดยกลุ่มเครือข่ายนี้ต้องมีการแสดงออกเป็นการลงมือกระทำกิจกรรมร่วมกัน

14. รูปแบบการประสานงานกลุ่มของคนหรือองค์กร ที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกัน หรือกิจกรรมร่วมกัน ช่วยเหลือกัน โดยการติดต่อสื่อสารอาจทำได้ทั้งการผ่านศูนย์กลางหรือแม่ข่าย และการติดต่อโดยตรงระหว่างกลุ่ม ซึ่งมีการจัดรูปแบบหรือจัดระเบียบที่ยังคงความอิสระ โดยมีรูปแบบการรวมตัวแบบหลวมๆ ตามความจำเป็น หรือเป็นโครงสร้างที่มีความชัดเจน

15. ความร่วมมือและการเปิดรับของฝ่ายต่างๆ ที่จะมีข้อตกลงร่วมกันในการทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งข้อกำหนดที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความพยายามที่จะระดมทรัพยากร กระบวนการ ความรู้และวิธีการต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งความสำเร็จจากการร่วมมือและการเปิดรับในสิ่งใหม่นั้นเสมอ

16. การสร้างสัมพันธ์ภาพทางสังคมในการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อยกระดับแนวคิดและกิจกรรมที่ทำร่วมกันให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ โดยเป็นการเชื่อมโยงสายสัมพันธ์อย่างหลวมๆ ของปัจเจกบุคคล กลุ่ม องค์กรและสถาบัน ซึ่งสมาชิกในเครือข่ายเข้าร่วมกิจกรรมตามความเหมาะสม ภายใต้กฎเกณฑ์หรือเป้าหมายร่วมและมีการปฏิบัติอย่างไม่สูญเสียเอกลักษณ์และปรัชญาของตน รวมทั้งมีการทำงานร่วมกันทั้งในงานเฉพาะหน้า และการประสานผลประโยชน์ที่ขยายวงกว้างออกไป

17. สังคมแห่งกัลยาณมิตร หรือเครือข่ายสังคมแห่งการเรียนรู้ (leaning social networks) โดยเครือข่ายสังคม จะต้องมีความสามารถในการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่อง หรือมีการขยายแนวคิดกระบวนการออกไปจึงจะสามารถปรับตัวให้อยู่ในดุลยภาพได้

18. ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในชุมชนที่กว้างขวาง เพื่อสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่ยุติธรรม และกาสร้างเครือข่ายที่กว้างขวางมากกว่าในอดีต เพื่อสอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาที่ส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนและเครือข่ายหรือเพื่อรู้เท่าทันการเชื่อมโยงเครือข่ายของเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่ไร้พรมแดน

### แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบของเครือข่าย

1. หน่วยชีวิตหรือสมาชิก เป็นองค์ประกอบเบื้องต้นของความเป็นเครือข่ายที่สร้างระบบปฏิสัมพันธ์โดยแต่ละหน่วยชีวิตและแต่ละปัจเจกบุคคล จะดำเนินการสานต่อเพื่อหาแนวร่วมในการสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ เพื่อให้เกิดการดำรงอยู่ร่วมกันตามหลักธรรมชาติที่ทุกสรรพสิ่งจะต้องพึ่งพาอาศัยและสร้างกระบวนการที่สืบเนื่องเพื่อรักษาความเป็นไปของชีวิต ดังนั้นหน่วยชีวิตหรือสมาชิกในองค์กรนั้น จะเป็นองค์ประกอบหลักที่ก่อให้เกิดความเป็นเครือข่าย

2. จุดมุ่งหมาย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เพราะหากว่าบุคคล กลุ่ม องค์กร มารวมกันเพียงเพื่อทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งโดยใช้ความมุ่งมั่นหรือจุดมุ่งหมายร่วมกัน ความสัมพันธ์ดังกล่าวมิอาจกล่าวได้ว่าเป็นเครือข่าย เพราะความเป็นเครือข่ายจะต้องมีความหมายถึง “การร่วมกันอย่างมีจุดหมาย” เพื่อทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์และกระบวนการเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายนั้น

3. การทำหน้าที่อย่างมีจิตสำนึก การที่แต่ละหน่วยชีวิตหรือการที่แต่ละบุคคลจะมารวมกันนั้น สิ่งที่จะยึดโยงสิ่งต่างๆ เข้าด้วยกัน คือ การทำหน้าที่ต่อกัน และกระทำอย่างมีจิตสำนึก เพราะหากขาดจิตสำนึกต่อส่วนรวมแล้ว กระบวนการนั้นจะเป็นเพียงการจัดตั้งและเรียกร้องผลประโยชน์ตอบแทนเท่านั้น และการที่คนจะมารวมกลุ่มเป็นองค์กรเครือข่ายได้นั้น นอกจากจะมีความสนใจหรืออุปนิสัยใจคอที่คล้ายคลึงกันแล้ว บุคคลยังต้องมีจิตสำนึกต่อส่วนรวม กล่าวคือ เมื่อพวกเขาเห็นปัญหาหรือต้องการที่จะพัฒนาและเปลี่ยนแปลงสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จิตใจที่มุ่งมั่นซึ่งเป็นปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ย่อมเป็นแรงขับเคลื่อนที่นำไปสู่การคิดวิเคราะห์และการค้นหาวิธี เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ รวมทั้งแสวงหาแนวร่วมจากเพื่อนร่วมอุดมการณ์ เพื่อสร้างพลังอำนาจในการต่อรองหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน จนกลายเป็นองค์กรเครือข่ายที่ทุกฝ่ายต่างก็มีความ ไว้วางใจต่อกัน ทั้งนี้ เพราะความเป็นเครือข่ายนั้นสามารถที่จะตอบสนององกระบวนการแก้ไขปัญหาได้มากกว่า

4. การมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยน ในองค์ประกอบของความเป็นเครือข่าย สิ่งหนึ่งที่จะขาดมิได้ก็คือการมีส่วนร่วม การพึ่งพาอาศัยและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสมาชิกจะเป็นปัจจัยที่หนุนเสริมให้เครือข่ายนั้นมีพลังมากขึ้น เพราะการมีส่วนร่วมจะทำให้สมาชิกมี



ความรู้สึกว่า ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย ซึ่งจะช่วยให้ทุกฝ่ายหันหน้าเข้าหากันและพึ่งพากันมากขึ้น นอกจากนี้ ในระบบความสัมพันธ์ของเครือข่าย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ก็มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะนำไปสู่การให้และการรับ รวมถึงการระดมทรัพยากรเพื่อให้ภารกิจที่เครือข่ายดำเนินการร่วมกันนั้น บรรลุถึงเป้าหมาย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จึงเป็นทั้งแนวคิด กระบวนการและวิธีการของการจัดการเครือข่าย เป็นกระบวนการสร้างข้อมูลต่อเนื่อง เพราะถ้าไม่มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันที่มาจากความร่วมมือแล้ว พัฒนาการของเครือข่ายจะเป็นไปอย่างช้าๆ และอาจถดถอยลง ดังนั้น การมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนจึงเสมือนกลไกที่เป็นแรงผลักดันให้ความเป็นเครือข่ายดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง

5. ระบบความสัมพันธ์และการสื่อสาร ถ้ากล่าวถึงเครือข่ายว่าเป็นความสัมพันธ์ ที่โยงใยแล้ว สิ่งที่มีความสำคัญต่อเครือข่าย คือ ข้อมูลและการสื่อสารระหว่างกัน นับตั้งแต่การสื่อสารระหว่างปัจเจกบุคคลกับปัจเจกบุคคล กลุ่มกับกลุ่ม และระหว่างเครือข่ายกับเครือข่าย รวมทั้งระบบความสัมพันธ์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยกระบวนการสื่อสารนั้นจะช่วยให้สมาชิกในเครือข่ายเกิดการรับรู้ เกิดการยอมรับในกระบวนการทำงานและช่วยรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ความสัมพันธ์ที่เกิดจากการติดต่อสื่อสารที่ต่อเนื่องเช่นนี้ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่าย ถ้าระบบความสัมพันธ์มิได้รับการตอบสนองหรือขาดการติดต่อแล้ว ความเป็นเครือข่ายก็อยู่ในภาวะที่เสื่อมถอย ดังนั้น การพัฒนาระบบเครือข่ายจะต้องยึดหลักการของความสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างกัน โดยมีกิจกรรมและข้อมูลเพื่อให้เกิดความเคลื่อนไหวของเครือข่ายนั้นๆ

### ทฤษฎีเครือข่ายกับชุมชน

เครือข่ายสังคม หมายถึง กลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลกลุ่มหนึ่งมีต่อกันและกัน ลักษณะของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลเหล่านั้นได้ หรืออีกความหมายหนึ่งคือ ชุดของการเชื่อมโยงซึ่งกันและกันระหว่างบุคคล ที่ก่อให้เกิดสายใยผูกพันของครอบครัว เพื่อน และคนรู้จักในช่วงชีวิตของคน เครือข่ายสังคมอาจเปรียบได้กับภาพของจุดต่าง ๆ ที่มีการเชื่อมโยงกันด้วยเส้นตรงหลาย ๆ เส้น จุดคือบุคคล และเส้นตรงคือสายสัมพันธ์ บุคคลแต่ละคนจึงเป็นเสมือนจุดศูนย์กลางที่มีสายสัมพันธ์กับจุดหรือบุคคลอื่นที่มีสายสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ต่อไปอีกที่บุคคลตรงจุดศูนย์กลางไม่รู้จัก

เครือข่ายเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างหนึ่งที่แตกต่างไปจากกลุ่ม โดยที่กลุ่มจะมีขอบเขตที่ชัดเจน รู้ว่าใครเป็นสมาชิก ใครไม่ใช่สมาชิก มีความเป็นรูปธรรม มองเห็นได้ มีโครงสร้างทางสังคมในระดับหนึ่ง แต่เครือข่ายเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่มีขอบเขต การเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเครือข่ายอาจจะมองเห็นและมองไม่เห็นเป็นรูปธรรมก็ได้ สาธารณะของการเชื่อมโยงระหว่างกันที่จะช่วยให้มองเห็นรูปธรรมของเครือข่ายมี 3 ลักษณะคือ เครือข่ายการแลกเปลี่ยน เครือข่ายการติดต่อสื่อสาร และเครือข่ายความสัมพันธ์ในการอยู่ร่วมกัน เครือข่ายไม่มีโครงสร้างที่แน่นอนตายตัว อาจมีการออกแบบโครงสร้างขึ้นมาทำหน้าที่สานความสัมพันธ์ระหว่างคน/กลุ่มองค์กรให้ต่อเนื่อง

แต่ในเครือข่ายไม่มีใครบังคับให้ใครทำอะไรได้ แต่ละคน/กลุ่มองค์กรต่างก็เป็นศูนย์กลางของเครือข่ายได้พอ ๆ กัน ดังนั้นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคมของเครือข่ายจึงมีความซับซ้อนกว่ากลุ่ม/องค์กรมากนัก ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างกันและกันของบุคคลต่าง ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายสังคมนั้น เป็น ความสัมพันธ์ในทุก ๆ ด้านที่บุคคลทั้งหมดในเครือข่ายสังคมมีต่อกัน ทั้งระบบเศรษฐกิจ การแต่งงาน เครือญาติ การเมือง และอื่น ๆ ส่วนพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ทางสังคมขึ้นได้แก่การไปมาหาสู่ การเยี่ยมเยียน การปรึกษาหารือ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เครือข่ายสังคมของบุคคล หนึ่ง ๆ จึงเปรียบเสมือนสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ ขณะเดียวกันบุคคลนั้น ๆ ก็เปรียบเสมือนส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมทางสังคมของบุคคลอื่น ๆ ในเครือข่ายสังคม ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้อื่นด้วยเช่นกัน

ความสัมพันธ์ทางสังคมที่บุคคลมีต่อกันและกันภายในเครือข่าย เมื่อเริ่มจากบุคคลที่เป็นจุดศูนย์กลาง ก็จะขยายวงกว้างออกไปได้หลายปริมาณตามขั้นตอนของวงจรชีวิต สถานภาพและบทบาทของบุคคลผู้นั้น เกิดเป็นเครือข่ายรวมและเครือข่ายย่อย เครือข่ายย่อยก็คือความสัมพันธ์ส่วนหนึ่งในหลาย ๆ ส่วนของเครือข่ายรวม ตั้งอยู่บนพื้นฐานความสัมพันธ์ทางด้านเศรษฐกิจ เครือญาติ การเมือง หรือระบบย่อยอื่น ๆ ของสังคม เครือข่ายรวมเปรียบเสมือนระบบสังคมใหญ่ และเครือข่ายย่อยเปรียบเสมือนระบบสังคมย่อย ในการค้นหาหรือแม้แต่ส่งเสริมพัฒนาเครือข่ายเราอาจเริ่มจากเครือข่ายย่อยได้ โครงสร้างของเครือข่ายที่ซับซ้อนขึ้นไปอีก เราเรียกว่า โครงข่าย (NET) โครงข่ายประกอบด้วย เครือข่ายหลายเครือข่าย (networks) การทำงานของเครือข่ายต่าง ๆ ในโครงข่ายหนึ่งหรือหลายโครงข่าย เป็นการดำเนินงานแบบจัดการตนเอง จัดระเบียบกันเอง เครือข่ายในโครงข่ายจะสลับซับซ้อนเพียงใด มีกี่ประเภท และสัมพันธ์กันอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับความเป็นมาของสังคมแต่ละแห่ง ซึ่งโครงข่ายมีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่รัฐยอมรับ มีสถานภาพตามกฎหมายและที่อยู่นอกกฎหมาย ภายในโครงข่ายมีแนวความคิดสำคัญที่ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างหน่วยและเครือข่ายที่อยู่ในโครงข่ายนั้น แนวความคิดดังกล่าวคือ แนวความคิดที่ว่าด้วยอำนาจและศูนย์กลาง (Power and centrality) คนที่มีตำแหน่งเป็นศูนย์กลางเป็นตำแหน่งที่มีเอกสิทธิ์เหนือคนที่ยอมลดชั้นในวงนั้น คนศูนย์กลางนี้ เราเรียกว่า hub ซึ่งสามารถหวังได้ว่าจะต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษกับเรื่องของอำนาจ งานวิจัยจำนวนมากได้ข้อสรุปว่า คนศูนย์กลางได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้มีอำนาจ ทั้งในองค์กรและในเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ อีกทั้งยังพบอีกว่า ความสัมพันธ์ไม่เป็นไปอย่างตรงไปตรงมาและไม่เป็นความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกันด้วย และแม้ว่าเรื่องของคนศูนย์กลางเป็นคุณลักษณะทางโครงสร้างที่สำคัญ แต่ก็เป็นเรื่องลำบากที่จะค้นหาคุณสมบัติให้ชัดเจน

คนศูนย์กลางในเครือข่ายดำเนินการบางอย่างที่ไม่เท่าเทียมในการจัดแบ่งชั้นทางสังคม Linton Freeman (1979) จำแนกรูปแบบของคนศูนย์กลางออกเป็น 3 รูปแบบ

1. **ระดับของการเป็นศูนย์กลาง (Degree Centrality)** การวัดความเป็นศูนย์กลางของ "บุคคล" สามารถวัดได้จากจำนวนของการติดต่อกับคนอื่น คนที่เป็นศูนย์กลางจะมีการติดต่ออย่างเข้มข้น

กับสมาชิกคนอื่น ๆ ในเครือข่าย ในขณะที่คนที่อยู่ขอบ ๆ เครือข่ายจะไม่มีใครติดต่อกับคนอื่นบ่อยครั้งนัก การวัดสามารถวัดจากการติดต่อทั้งทางอ้อมผ่านคนที่เป็นสื่อ และการติดต่อโดยตรง

2. **ความใกล้ชิดของการเป็นศูนย์กลาง (Closeness centrality)** วัดจากผลรวมของระยะทางระหว่างคนศูนย์กลางกับคนที่ติดต่อด้วยทั้งหมด การวิจัยของนักวิชาการหลายท่านชี้ว่า ความใกล้ชิดของบุคคลที่มีต่อคนอื่นที่เพิ่มขึ้น ทำให้เขาสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร อำนาจ เกียรติ อิทธิพล และมีสถานภาพทางสังคมที่สูงขึ้น

3. **การคั่นกลางของคนที่เป็นศูนย์กลาง (Between's centrality)** การคั่นกลางแสดงถึงความสำคัญของคนศูนย์กลาง ยังมีศักยภาพในการเป็นคนกลางได้มากเท่าไร ก็สามารถควบคุมการ flow ของการติดต่อสื่อสารและความเป็นอิสระของคนในเครือข่ายที่จะติดต่อสื่อสารกับคนอื่น ๆ ได้มากเท่านั้น

กล่าวโดยสรุป เครือข่ายทางสังคม หมายถึง กลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลกลุ่มหนึ่งมีต่อกันและกัน ในด้านการร่วมเป็นสมาชิก การมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน การมีหน้าที่ร่วมกัน การมีส่วนร่วม และมีการแลกเปลี่ยนกัน การมีความสัมพันธ์และการสื่อสารร่วมกันของบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

ในการวิจัยนี้ ได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีเครือข่ายทางสังคม (Social Network Theory) และ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมากำหนดกิจกรรมโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม สำหรับกลุ่มชุมชนและสังคม ในการศึกษาวิจัยนี้ ได้แก่ ผู้นำชุมชน นักสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยเน้นการจัดกิจกรรมในเรื่องเครือข่ายทางสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กับกลุ่มองค์กร เช่น การแลกเปลี่ยนทรัพยากร การช่วยเหลือ และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ

### 3. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ

#### 3.1 แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic) ความหมายดั้งเดิมของ Holistic มาจากภาษากรีก คือ คำว่า Holos หมายถึง Whole แปลว่าทั้งหมด “สุขภาพองค์รวม” จึงหมายถึง ความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณไม่เพียงแต่ไม่เจ็บป่วยหรือไม่มีโรค หากยังครอบคลุมถึง การดำเนินชีวิตที่ยืนยาวและมีความสุขของทุกคนด้วย ประธานสมาคมสุขภาพองค์รวมของอเมริกา (American Holistic Health Association, AHHA) กล่าวว่า ทักษะ กระบวนการทัศนหรือวิถีคิดแบบองค์รวม ให้คุณค่าของคำว่า “สุขภาพ” ว่ามีความหมายมากกว่าการไม่เจ็บป่วย แต่ยังหมายถึงการปรับ แก้ไข และพัฒนาให้เกิดสุขภาวะที่ดีอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น (1) สุขภาพองค์รวมจึงเป็นกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตลอดวิถีชีวิต ถือเป็นพันธะสัญญา และความรับผิดชอบส่วนบุคคลที่ต้องพยายามเดินหน้าปรับแก้ไขพัฒนา และดำรงตนให้มีสุขภาวะที่ดี ไม่ว่าจะกำลังอยู่ในสภาวะสุขภาพระดับใด จากระดับขั้นความเจ็บป่วย การมีสุขภาพถดถอยชั่วคราว ภาวะที่ยังไม่แสดงออกถึงเจ็บป่วย จนถึงการมีสุขภาพที่ดีเยี่ยมซึ่งช่วงระหว่างสภาวะ 2 ประการหลัง ควรได้รับการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพ และดำรงสภาวะสุขภาพที่ดีไว้เสมอเช่นกัน

ไม่ใช่ให้ความสนใจเฉพาะการรักษาพยาบาลในยามเจ็บป่วยเท่านั้น (2) สุขภาพของเราจะเป็นไปตามพฤติกรรมสุขภาพหรือวิถีชีวิตที่เราเป็น

**องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม** วารสารการส่งเสริมสุขภาพของอเมริกา ระบุสุขภาพไว้ 5 มิติ ได้แก่

1. มิติทางกาย (Physical dimension) เป็นมิติทางร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วย มีปัจจัยสำคัญในมิตินี้ คือ อาหารและโภชนาการ สมรรถนะทางกายสิ่งแวดล้อมทางกายภาพต่างๆ ที่อยู่อาศัย สภาวะทางเศรษฐกิจที่เพียงพอ ส่งเสริมภาวะสุขภาพ ฯลฯ

2. มิติทางจิตใจ (Psychological dimension) เป็นมิติของสภาวะทางจิตใจหรืออารมณ์ (Emotion) เช่น อารมณ์แจ่มใส ปลอดภัย ปลอดภัย ไม่มีความกังวล มีความสุข ปัจจัยสำคัญในมิตินี้ คือ การจัดการกับความเครียด การดูแลไม่ให้เกิดภาวะวิกฤตทางอารมณ์

3. มิติทางสังคม (Social dimension) เป็นความผาสุกของครอบครัว สังคม และชุมชน โดยความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สามารถให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความเอื้ออาทรเสมอภาค มีความยุติธรรม สันติสุข วัฒนธรรมชุมชน และมีระบบบริการที่ดีและทั่วถึง

4. มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual dimension) เป็นความผาสุกที่เกิดจากการมีความหวังในชีวิต มีความรัก ความอบอุ่น ความเชื่อมั่น ศรัทธา มีสิ่งยึดมั่น และเคารพ มีการปฏิบัติในสิ่งที่ตั้งงาม ด้วยความมีเมตตา กรุณา ไม่เห็นแก่ตัว มีความเสียสละ และยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุข หรือช่วยเหลือผู้อื่นให้ประสบความสำเร็จ (Transcendence) มิตินี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับคุณธรรมจริยธรรมของคน สามารถสร้างได้ในครอบครัวและชุมชน สร้างด้วยความรักความอบอุ่น ความเข้าใจกันและกัน เห็นใจกัน ยอมรับกัน เคารพในศักดิ์ศรีของกันและกันในฐานะที่เป็นมนุษย์เช่นเดียวกัน ไม่รังเกียจเด็ดฉันท ไม่แบ่งพวกและเช่นฆาราวี แต่ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน อยู่ร่วมกันอย่างสันติ ครอบครัว ชุมชน และสังคมที่มีสุขภาวะทางจิตวิญญาณดี ไม่ได้แปลว่าไม่มีปัญหาแต่สามารถจัดการปัญหาได้ ถ้าแก้ไขไม่ได้ก็สามารถสร้างความสมดุล จัดการให้คนอยู่กับปัญหาที่แก้ไขไม่ได้นั้นโดยไม่ทุกข์และเดือดร้อนจนเกินไป

5. มิติทางปัญญา (Intellectual dimension) เป็นสุขภาพในด้านการเป็นผู้มีการศึกษา มีความรู้ เฉลียวฉลาด รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง เป็นภูมิคุ้มกันทางสังคม สามารถประกอบอาชีพ และประสบความสำเร็จในชีวิต

**สุขภาพองค์รวม 3 ระดับ** (กรรณิกา ปัญญาวงศ์ และพนัส พฤกษ์สุนันท์, 2555) ได้แก่

1. ระดับบุคคล ซึ่งหมายถึงการทำให้เกิดความสมดุลภายในตัวคนแต่ละคน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ (อารมณ์) และจิตวิญญาณ โดยที่หนทางไปสู่ดุลยภาพ คือ การดำเนินชีวิตที่เหมาะสมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การรักษาอารมณ์ ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย และการมีคุณธรรม เป็นพฤติกรรมที่มุ่งสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี



2. ระดับครอบครัว มีความสมดุลของสุขภาวะในตัวคน เชื่อมโยงกับคนอื่นๆ และสิ่งแวดล้อมในครอบครัว มีครอบครัวที่อบอุ่น สมาชิกในครอบครัวมีความรักให้กันและกัน ช่วยกันดูแลให้ทุกคนมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ ทุกคนมีหน้าที่รับผิดชอบและบทบาทแตกต่างกันไป

3. ระดับชุมชนและสังคม มีความสมดุลของสุขภาวะในตัวคน เชื่อมโยงกับคนอื่นๆ และสิ่งแวดล้อมในชุมชนและสังคมโดยรวม

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างคนต่อคน หมายถึงคนในชุมชน – สังคมมีความเกื้อกูลเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน เป็นชุมชน สังคมที่มีเอกภาพกันถึงแม้ว่าคนในสังคมนั้นๆจะมีความแตกต่างและหลากหลายชนชั้น อาชีพ ความคิด ฯลฯ แต่คนจำนวนมากมีเจตจำนงอย่างเดียวกัน ที่จะสร้างสังคมที่ดีงาม สุขภาพและชีวิตของคนในชุมชน สังคมจึงเจริญงอกงามอย่างสมดุล

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับธรรมชาติ มีความตระหนักรู้ความมนุษย์นั้นเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ ให้ความเคารพและเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับธรรมชาติและสรรพชีวิตอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็สัตว์ นานาพันธุ์ ต้นไม้ ป่าไม้ ภูเขา แม่น้ำ ลำธาร อากาศ ฯลฯตระหนักและจริงจังที่จะใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน สร้างความสัมพันธ์ที่กลมกลืนและสมดุลระหว่างคนกับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม



ภาพที่ 2.1 สุขภาพแบบองค์รวม ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

ที่มา : กรรณิกา ปัญญาวงศ์ และพนัส พงษ์สุนันท์. (2555). เอกสารประกอบการเรียนวิชาการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม. คณะศิลปศาสตร์ สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชุมชน สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชน.

ดังนั้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Care) จึงเป็นการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดความสมดุล กลมกลืนระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ปัญญา และสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

### 3.2 โปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีดังต่อไปนี้

1. การดูแลสุขภาพระดับบุคคล ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเองของ Orem
2. การดูแลสุขภาพระดับครอบครัว ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)
3. การดูแลสุขภาพระดับชุมชนและสังคม ประยุกต์ใช้ทฤษฎีเครือข่ายทางสังคม (Social Network Theory)

## 4. พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของสุขภาพดังนี้ “สุขภาพ” หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ ซึ่งในแง่ของสุขภาพจิตก็คือ การทำให้ชีวิตมีความสุข มีความพอใจ ความสมหวัง ทั้งของตนเองและของผู้อื่น สุขภาพดี ไม่ได้มีความหมายเฉพาะเพียงแต่ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น รวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ดังนี้

1. สุขภาพทางกาย (Physical Health) หมายถึง สภาวะของความสมบูรณ์ของร่างกาย
2. สุขภาพทางจิต (Mental Health) หมายถึง สภาพความสมดุลในทุกด้านของชีวิตทั้งทางร่างกายอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจหรือแก้ปัญหาต่างๆ
3. สุขภาพทางสังคม หมายถึง ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วย

สำหรับความหมายของพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้มีนักวิชาการได้ให้ความหมายได้หลากหลายดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น (Good, 1959)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำใดใดของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคและมีสุขภาพอนามัยที่ดี พฤติกรรมสุขภาพจำแนกออกได้เป็น 2 ลักษณะ (Kals & Cobb, 1976) คือ

1. พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก (Positive behavior) หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั่นเอง เป็นพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติต่อไป และควรปฏิบัติให้ดีขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงลบหรือพฤติกรรมเสี่ยง (Negative behavior) หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติแล้วจะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรค เป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารจำพวกแป้งหรือไขมันมากเกินไป การรับประทานอาหารที่ปรุงไม่สุก เป็นต้น จะต้องหาสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมและพยายามปรับเปลี่ยนให้บุคคลเปลี่ยนไปแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของปัจเจกบุคคลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริม ป้องกัน หรือบำรุงรักษาสุขภาพ โดยไม่คำนึงถึงสถานะสุขภาพที่ดำรงอยู่หรือรับรู้ได้ไม่ว่าพฤติกรรมนั้น ๆ จะสัมฤทธิ์ผลสมความมุ่งหมายหรือไม่ในที่สุด (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับหรือมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ไม่ว่าจะในลักษณะที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ตนเอง บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวหรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนเจ็บป่วยบาดเจ็บหรือเสียชีวิต หรือในลักษณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ตนเอง บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว หรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชน มีสุขภาพที่ดีไม่เจ็บป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคต่างๆ (ธนวรรณ อิมสมบูรณ์, 2546)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ หรือแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ พฤติกรรมสุขภาพมีทั้งพฤติกรรมที่มีผลดีต่อสุขภาพและพฤติกรรมที่มีผลเสียต่อสุขภาพ โดยทั่วไปแล้วสามารถจำแนกพฤติกรรมออกได้เป็น 4 ลักษณะ คือ

ลักษณะแรก ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ โดยที่บุคคลมีการกระทำ หรือการปฏิบัติในสิ่งที่เป็นคุณ หรือเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ของครอบครัวหรือของชุมชน

ลักษณะที่สอง ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ โดยที่บุคคลงดเว้นการกระทำ หรือการปฏิบัติในสิ่งที่เป็นโทษ หรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง ของครอบครัวหรือชุมชน

ลักษณะที่สาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ต้องการ โดยที่บุคคลมีการกระทำหรือปฏิบัติในสิ่งที่เป็นโทษ หรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพของตนเอง ของครอบครัวหรือของชุมชน

ลักษณะที่สี่ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ต้องการ โดยที่บุคคลละเลยหรือไม่นำพา ต่อการกระทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง ของครอบครัวหรือของชุมชน พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 4 ประการนี้ มีการแสดงออกได้ใน 3 สภาพด้วยกันคือการแสดงออกในรูปของความเข้าใจ การแสดงออกในรูปของความเชื่อ เจตคติ และค่านิยม การแสดงออกในรูปของการกระทำ

พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดำรงภาวะสุขภาพและเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์ พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับหรือมีผลต่อสุขภาพของบุคคลในครอบครัวหรือชุมชน ไม่ว่าจะในลักษณะที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ตนเอง บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวหรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือเสียชีวิต ในลักษณะที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ตนเอง บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวหรือบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนมีสุขภาพที่ดีไม่เจ็บป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคต่างๆ (ธนวรรณ อิมสมบูรณ์, 2546) ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Promotive Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดีและไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อนเพื่อดำรงภาวะสุขภาพและป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุ รวมไปถึงการรับประทานยาเพื่อป้องกันอาการเจ็บป่วย

เช่น การบริโภควิตามิน การรับประทานยาถ่าย การสวนอุจจาระ การอาบน้ำเย็นหรือน้ำอุ่น การสวมหมวก ซึ่งพฤติกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพนี้ สามารถแบ่งพฤติกรรมได้ 4 กลุ่ม คือ

1.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น นิสัยการกินอาหารทั้งจำนวนอาหาร ความถี่และระยะเวลาของมือ

1.2 การปฏิบัติกิจกรรม เพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การควบคุมน้ำหนักตัว การเดิน การวิ่งเพื่อสุขภาพ การเล่นกีฬา การปลูกต้นไม้ การยิงนกตกปลา การพักผ่อนหย่อนใจในวันหยุดสุดสัปดาห์ การดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้ยาเสพติดต่างๆ

1.3 การปฏิบัติกิจกรรม เพื่อป้องกันอันตราย

1.4 การปฏิบัติกิจกรรม เพื่อการค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกของโรค เช่น การตรวจร่างกายเพื่อดูสมรรถภาพของหัวใจ การเอกซเรย์ประจำปี และการไปนัดพบทันตแพทย์

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่เริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพตน คือ เริ่มมีอาการผิดปกติเกิดขึ้นทำให้ความสงสัยว่าตนเองจะเจ็บป่วยและต้องการหาความกระจ่างในอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นในคำแนะนำและตัดสินใจที่จะหาแหล่งให้คำปรึกษาที่เป็นไปตามเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรม ดังนั้นพฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบายจึงครอบคลุมตั้งแต่ปฏิกิริยาของบุคคลเมื่อเริ่มมีอาการเจ็บป่วย การแสวงหาความช่วยเหลือ หรือการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ที่ตนเองเชื่อว่าจะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ ซึ่งเป็นได้ทั้งสถานบริการสุขภาพของรัฐและเอกชน บุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน รวมทั้งการที่ไม่ทำอะไรเลยแต่จะคอยให้อาการผิดปกติต่างๆ นั้นหายไปเอง

3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองเจ็บป่วย โดยเป็นการทราบจากความคิดเห็นของผู้อื่นหรือเป็นความคิดของตัวเองก็ได้ ได้แก่พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรค การจำกัดการออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจ รวมไปถึงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคล โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพด้านต่าง ๆ คือสุขภาพกาย จิตใจ/อารมณ์ และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล โดยแสดงออกในลักษณะของการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง แบ่งออกเป็นพฤติกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย และพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย

## 5. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

### 5.1 ความหมายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นคำที่มีความหมายกว้างขวางที่ยังมีคำจำกัดความที่แน่นอน โดยนักปราชญ์ นักการศาสนา และนักวิชาการต่างๆ ได้กล่าวถึงการมีชีวิตที่ดี (good life)



และการกินดีอยู่ดีมีสุข (well being) ซึ่งหมายถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีมานานักศตวรรษแล้วตามภูมิหลังของสาขาวิชาและปรัชญาชีวิตของแต่ละคน ดังนี้ พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน (2525) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพและชีวิต คุณภาพ หมายถึง ลักษณะ ความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ “คุณภาพชีวิต” หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดี

นักวิชาการหลายท่านให้ความหมายไว้ว่าคุณภาพชีวิต ความหมายที่สำคัญมีดังนี้

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL group, 1994) ได้ให้ความหมายว่าคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งด้านความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

ฮาแลน (อ้างถึงใน มาลี สบายยิ่ง, 2547) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตต้องรวมถึงการที่เราสามารถแสวงหาปัจจัยและบริการต่างๆ นอกจากนี้ยังรวมไปถึง สุขภาพ ความคิด อารมณ์ สิทธิ ความยุติธรรมทางกฎหมาย ระดับการศึกษาของคนทุกวัย และปราศจากมลภาวะจากสภาพแวดล้อม นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตยังเกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัยที่ดี โอกาสในการพักผ่อนหย่อนใจและนันทนาการมีความสัมพันธ์ที่ดี มีความรักความอบอุ่นภายในครอบครัว รวมทั้งสามารถปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงของสังคม

กุหลาบ รัตนสังข์ธรรม และคณะ (2535: 10 – 11 อ้างถึงใน มาลี สบายยิ่ง, 2547) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้อย่างกว้าง ละเอียด และครอบคลุม ดังนี้คือ คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ของบุคคลทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิด และจิตใจ ซึ่งรวมเอาทุกด้านของชีวิตไว้ทั้งหมด ซึ่งบุคคลสามารถดำรงอยู่ร่วมกับสังคม ได้อย่างเหมาะสม โดยสามารถแสดงมิติต่างๆของคุณภาพชีวิตไว้ได้

กล่าวโดยสรุป คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หมายถึง การรับรู้ของบุคคลในด้านต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด อารมณ์ สังคม ความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ความเชื่อ ค่านิยม เป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

## 5.2 การประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1980) ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน คือ ด้านวัตถุประสงค์ (Objective) การประเมินด้านวัตถุประสงค์ วัดได้โดยอาศัยข้อมูลรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิสัย ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต และความพึงพอใจในชีวิต

องค์การความร่วมมือทางด้านเศรษฐกิจและการพัฒนา (Organization for Economic Cooperation and Development : OECD) (Unesco 1978:89) ได้วัดความเป็นอยู่ที่ดีของประเทศต่างๆ โดยประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ดัชนีชี้วัด 8 ด้าน ได้แก่ สุขภาพ การพัฒนาของปัจเจกบุคคลโดย

การเรียนรู้ การจ้างงานและคุณภาพชีวิตในการทำงาน เวลาและการใช้เวลาว่าง ความต้องการในเรื่องสินค้าและบริการ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความปลอดภัยของบุคคลและการบริการกระบวนการยุติธรรม และโอกาสทางสังคมและความไม่เสมอภาค

เฟอร์เรล ( Ferrel, 1992) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิต และสรุปการประเมินคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ

1. สุขภาพร่างกาย (physical well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคล การควบคุมหรือบรรเทาความเจ็บป่วยและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย
2. สุขภาพด้านจิตใจ (psychological well-being) เป็นการเผชิญต่อความรู้สึกเจ็บป่วยของบุคคล เช่น ความเครียด ความรู้สึกกลัว ความวิตกกังวล
3. สุขภาพด้านจิตวิญญาณ (spiritual well-being) ได้แก่ ความคาดหวังความเชื่อในด้านศาสนา
4. สุขภาพด้านสังคม (social well-being) เป็นความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมและบทบาทในสังคม

บีเดิล บราวน์และคณะ ( Beadle-Brown et al., 2008) ประเมินคุณภาพชีวิตโดยแบ่งเป็นตัวชี้วัดเป็น 8 ด้าน ได้แก่

1. คุณภาพชีวิตด้านการรวมกลุ่มทางสังคม (Social Inclusion) การรวมกลุ่มทางสังคมจะเกี่ยวข้องกับความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่มทางสังคม การมีส่วนร่วมในกลุ่มทางสังคม สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยที่มีอิทธิพลต่อการรวมกลุ่มทางสังคม บทบาทในการดำเนินชีวิต (เช่น วิถีทางการดำเนินชีวิต พฤติกรรมการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อความเหมาะสม รวมถึงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อวิถีการดำเนินชีวิต) การช่วยเหลือสนับสนุนต่างๆ (เช่น ความพึงพอใจในการบริการทางสังคม การยอมรับทางสังคม และสถานภาพทางสังคม)

2. คุณภาพชีวิตด้านความเป็นอยู่ทางกายภาพ (Physical Well-being) ด้านความเป็นอยู่ทางกายภาพ หมายถึง ลักษณะทางสุขภาพซึ่งจะเกี่ยวข้องกับ ความปลอดภัย การมีสุขภาพดี การมีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ กิจกรรมในชีวิตประจำวัน กิจกรรมสันทนาการต่าง ๆ อาหารและโภชนาการ ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย และการดูแลสุขภาพ

3. คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจะเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการมีมิตรภาพ เช่นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายใต้บริบทสถานที่ทำงานหรือบริบทครอบครัว นอกจากนี้ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลยังเกี่ยวข้องกับภาวะความโดดเดี่ยวเดียวดาย การสนับสนุนช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม ความใกล้ชิดสนิทสนมและความรัก

4. คุณภาพชีวิตด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ที่ดี (Material Well-being) ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นอยู่ที่ดีจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้ อาชีพการงาน สภาพทางการเงิน

การเป็นเจ้าของ (สังหาริมทรัพย์และอสังหาริมทรัพย์) ความปลอดภัย สถานภาพทางเศรษฐกิจ ลักษณะที่อยู่อาศัยและการคมนาคมขนส่ง

5. คุณภาพชีวิตด้านลักษณะทางอารมณ์ (Emotional Well-Being) ด้านลักษณะทางอารมณ์จะเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในการทำงานอาชีพ ที่อยู่อาศัย การช่วยเหลือสนับสนุน ความพึงพอใจในกลุ่มทางสังคมของตนเอง นอกจากนี้ด้านลักษณะทางอารมณ์ยังเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต มโนภาพแห่งตน การไร้ความเครียดและความสุขในการดำเนินชีวิต

6. คุณภาพชีวิตด้านความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination) ด้านความสามารถในการตัดสินใจได้ด้วยตนเองจะเกี่ยวข้องกับควมมีอิสรภาพในการตัดสินใจ การควบคุมตนเอง การกำหนดทิศทางการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง อิทธิพลของที่อยู่อาศัยที่มีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจ การสนับสนุนช่วยเหลือด้วยคำพูดและการแก้ต่างเพื่อตนเอง

7. คุณภาพชีวิตด้านการพัฒนาตนเอง (Personal Development) ด้านการพัฒนาตนเองจะเกี่ยวข้องกับเรื่องของการศึกษาและทักษะในการปฏิบัติงาน ความสามารถส่วนตัว การบรรลุสิ่งที่ปรารถนา ความก้าวหน้าและพัฒนาการในด้านต่าง ๆ

8. คุณภาพชีวิตด้านสิทธิเสรีภาพ (Rights) ด้านสิทธิเสรีภาพจะเกี่ยวข้องกับการเคารพในสิทธิส่วนบุคคล สิทธิมนุษยชน สิทธิในความเป็นพลเมือง (เช่นการมีสิทธิเลือกตั้ง) ความรับผิดชอบในฐานะความเป็นพลเมืองและกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับชุมชนหรือรัฐบาล

องค์การอนามัยโลก ได้สร้างเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต โครงสร้างของเครื่องมือสะท้อนให้เห็นประเด็นสำคัญของคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสภาพแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ต่อมาทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขึ้นมาใหม่เพื่อเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดคุณภาพชีวิตของประชากรโลก โดยรวบรวมข้อคำถามบางส่วนเข้าด้วยกันจนเหลือข้อคำถามเพียง 4 ด้าน ซึ่งทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตประเทศไทยได้นำมาแปลและใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยข้อคำถามมีทั้งแบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) ประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) ได้แก่

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะ ได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมใน เวลาว่าง

กุหลาบ รัตนสังจรรย์ และคณะ (2535: 10 – 11 อ้างถึงใน มาลี สบายยิ่ง, 2546) ประเมินคุณภาพชีวิตจากความสามารถใน 6 มิติ ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย หมายถึง อาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย สุขภาพอนามัย พลังงาน การออมทรัพย์ สิ่งอำนวยความสะดวกในครอบครัวและในการประกอบอาชีพ 2) คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ หมายถึง การพักผ่อนหย่อนใจที่มีคุณภาพ ประโยชน์ ความนิยมชมชอบในศิลปวัฒนธรรมของท้องถิ่น ความสัมพันธ์ที่อบอุ่นในครอบครัวและชุมชน ความรักและความเป็นเจ้าของที่มีต่อหมู่คณะ 3) คุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง สภาพแวดล้อมที่บริสุทธิ์สะอาดและเป็นระเบียบ ปราศจากมลภาวะในดิน น้ำ อากาศ และเสียง มีทรัพยากรที่จำเป็นแก่การดำรงชีพ และการคมนาคมที่สะดวก 4) คุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม หมายถึง โอกาสในการศึกษา การประกอบอาชีพที่เท่าเทียมกัน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณะ ความปลอดภัยในร่างกาย ชีวิตและทรัพย์สิน การปกครองที่ให้สิทธิเสรีภาพและความเสมอภาค ความเป็นธรรมด้านรายได้และทางสังคม ความร่วมมือร่วมใจในชุมชน ความเป็นระเบียบวินัย มีความเห็นอกเห็นใจกัน และมีค่านิยมที่สอดคล้องกับหลักธรรมของศาสนา 5) คุณภาพชีวิตด้านความคิด หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโลก ชีวิตและชุมชน การศึกษา วิชอาชีพ ความสามารถในการป้องกันและแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตัวเอง ครอบครัว และชุมชน การเป็นที่ยอมรับของชุมชน การสร้างความสำเร็จด้วยตนเอง การยอมรับตนเอง และการมีเป้าหมายในชีวิตที่เหมาะสม และ 6) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ หมายถึง การมีคุณธรรมในส่วนตัวและสังคม เช่น ความซื่อสัตย์สุจริต เมตตากรุณา ช่วยเหลือเกื้อกูล กตัญญูกตเวที ความจงรักภักดีต่อชาติ ความศรัทธาในศาสนา ความเสียสละ และการละเว้นจากอบายมุข



นอกจากนี้ การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ยังพบประเมินในด้านต่างๆ ตามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เช่น การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองบางมูลนาก อำเภอบางมูลนากจังหวัดพิจิตร (สุรจิตต์ วุฒิการณ์และคณะ, 2558) เป็นประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากแบบสอบถาม โดยประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพทางกาย ด้านจิตใจ และด้านสัมพันธภาพ

การวิจัยครั้งนี้ ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ตามองค์ประกอบของการประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

### 5.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-100) ประกอบด้วยข้อคำถาม 100 ข้อ โดยโครงสร้างของเครื่องมือสะท้อนให้เห็นประเด็นสำคัญของคุณภาพชีวิต 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสภาพแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล ต่อมา ค.ศ.1995 ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขึ้นมาใหม่เพื่อเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการวัดคุณภาพชีวิตของประชากรโลก โดยรวบรวมข้อคำถามบางส่วนเข้าด้วยกันเหลือข้อคำถามเพียง 4 ด้าน จำนวน 26 ข้อ ซึ่งทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตหลายประเทศได้นำไปแปลและใช้วัดคุณภาพชีวิต รวมทั้งประเทศไทยได้ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL - BREF -THAI ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดที่พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก เครื่องมือ WHOQOL - BREF -THAI หรือ WHOQOL - 26 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เป็นเครื่องมือที่วัดองค์ประกอบคุณภาพชีวิตใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ เครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) และการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เป็นเครื่องมือที่มีการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือพบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีครอนบาคสูง (สุนทร ตะบุญพงศ์ วันดี สุทธิรังสี และพัชรียา ไชยลังกา, 2544 ; อารินทร์ สุขอนันท์ และคณะ, 2554)

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

**จันทร์จรัส จันทร์จารุพงศ์ (2549)** ได้ศึกษาผลการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่เข้ารับการรักษาด้วยเคมีบำบัดแบบที่ให้ร่วมกันหลายชนิดแบบผู้ป่วยนอก ที่กลุ่มงานเคมีบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 53 คน เป็นกลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามวัดคุณภาพชีวิต Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านครอบครัวและสังคม ความผาสุกด้านอารมณ์ และความผาสุกด้านการปฏิบัติกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย ด้านสังคม/ครอบครัว ด้านอารมณ์/จิตใจ และด้านการปฏิบัติกิจกรรม ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

**พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ (2553)** ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท โดยใช้กรอบแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่มคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 60 คู่ ผลการศึกษาพบว่า การให้แรงสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุของครอบครัว และการรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวและการรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ลิวรรณ อุณาภิรักษ์ และคณะ (2555)** ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตรอกข้าวเม่า จำนวน 43 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การดำเนินชีวิต และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กรอบแนวคิดของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทฤษฎีความสามารถตนเองและแนวคิดคุณภาพชีวิตครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม กิจกรรมของโปรแกรมประกอบด้วย การบรรยายการส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการกลุ่ม วิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข พุดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สาธิตและฝึกปฏิบัติ การดำเนินโปรแกรมใช้เวลานาน 2 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที่

และไคร์สแควร์ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p > .05$ ) แต่คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

**วรรณวิมล เมฆวิมล (2555)** ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงคราม โดยเก็บข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 316 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรับประทานอาหารจากสื่อต่างๆ และการได้รับคำแนะนำ หรือการสนับสนุนให้ปฏิบัติตนเรื่องการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุจากบุคคลต่างๆ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ )

**อรวรรณ น้อยวัฒน์และอารยา ประเสริฐชัย (2558)** ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบ 1) ความรู้ การรับรู้ และความคาดหวังของผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ 2) พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และ 3) พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มที่ได้รับและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุในตำบลบางพูดและตำบลบางตลาด แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุมีคะแนนความรู้ การรับรู้ และความคาดหวัง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001, 0.05 และ 0.001 ตามลำดับ หลังการทดลองผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และหลังการทดลอง ผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

**Paskulin L, Vianna L, and Molzahn AE (2009)** ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวบราซิล พบว่า มีปัจจัยต่างๆ เช่น ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพ สมรรถนะทางร่างกาย กลุ่มอายุ และการใช้บริการสาธารณสุขขั้นปฐมภูมิ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ประเทศไทยมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมจำนวนไม่มาก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพแบบแยกส่วนเฉพาะด้าน โดยเฉพาะด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ ซึ่งการแก้ปัญหาสุขภาพเชิงรุกควรเน้นการป้องกันตั้งแต่ระยะที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาในเรื่องผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งการจัดโปรแกรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมนี้จะเป็นกิจกรรมที่ส่งผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป