

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษารวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมานำเสนอตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. พัฒนาการทางกาย
2. พัฒนาการทางความคิด
3. ทฤษฎีขั้นตอนพัฒนาการจิตสังคม
4. การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ
5. พัฒนาการทางสังคม
6. ความหมายของคุณภาพชีวิต
7. องค์ประกอบคุณภาพชีวิต
8. ปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
9. การประเมินคุณภาพชีวิต
10. ความหมายของความเครียด
11. สาเหตุของความเครียด
12. สุขภาพจิต
13. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

พัฒนาการทางกาย

พัฒนาการทางกายในวัยสูงอายุเป็นจุดเด่นและมักจะเป็น “จุดนำ” พัฒนาการด้านอื่นๆ การดำเนินชีวิตประจำวัน ลักษณะแบบแผนการดำเนินชีวิต (life style) ความสุขทุกข์ในวัยสูงอายุ ความสามารถในการปรับตัว การปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้อื่นทั้งในครัวเรือน และในสังคมกว้าง ฯลฯ ล้วนแล้วแต่ตั้งอยู่บนฐานของพัฒนาการทางกายทั้งสิ้น ดังได้มีการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศซึ่งรายงานผลตรงกันหมดว่า ความสุขทุกข์ในวัยสูงอายุตั้งอยู่บนฐานของพัฒนาการทางกายและสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหลัก (Gormly & Brodzinsky 1989; Kaewkungwal 1984; ศรีเรือน แก้วกังวาน 2534, 2535ก, 2535ข)

พัฒนาการทางกายโดยทั่วไปมีลักษณะเสื่อมถอยทั้งที่เห็นได้ชัดเจนและไม่ค่อยชัดเจน ความเสื่อมบางอย่างเมื่อเสื่อมแล้วไม่สามารถทดแทนให้คืนเดิมได้ การเปลี่ยนแปลงที่เห็นชัดเจนภายนอก เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ เนื้อหนังขาดความเต่งตึง รูปร่างเปลี่ยนไป การเคลื่อนไหวช้าลง การทรงตัวไม่ดี อ่อนเพลีย และเหนื่อยล้าเร็ว ประชาชนสัมผัสต่างๆ เช่น ลื่น ตา หู รับรู้เสื่อมลง การมองเห็นและการได้ยินเสื่อมลง การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ยาก เช่น กระดูกเปราะบางและหักง่าย ผนังหลอดเลือดมีแคลเซียมเกาะมากขึ้น อาจทำให้หลอดเลือดแข็ง เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจเกี่ยวพันไปถึงหัวใจและหลอดเลือด เลือดอาจไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบเซลล์ต่างๆ น้ำหนักสมองลดลง คุณภาพในการทำงานของสมองเสื่อมลง ทำให้จำได้ยากขึ้นและเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ช้า คิดช้ากว่าในวัยหนุ่มสาว มีการศึกษาเรื่องผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากที่รายงานว่าผู้สูงอายุที่ยังคงใช้ร่างกายทำงาน เช่น ออกกำลังกาย ทำงานอื่นตามความพอเหมาะกับการกำลังทางกาย ใช้สมองอยู่เสมอๆตามสมควรนั้น ร่างกายและสมองจะเสื่อมช้าหรือไม่เสื่อมเลย ส่วนผู้ที่ไม่ค่อยได้ใช้สมองอีกต่อไปมักจะเกิดโรคสมองเสื่อมประเภทหลงๆลืมๆ ตั้งแต่ระดับอ่อนจนถึงระดับรุนแรง (dementia) อนึ่งกิจกรรมที่สำคัญมากและจำเป็นสำหรับผู้ที่จะใช้ชีวิตวัยชราอย่างมีความสุข คือ การดูแลสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ (Arking 1991)

พัฒนาการทางความคิด

มีความเชื่อกันว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ เขาผู้นั้นจะไม่มีอาการเจริญเติบโตทางความคิดและสติปัญญาอีกต่อไป เรียนรู้อะไรก็ไม่ได้อีกแล้ว ที่ร้ายแรงไปยิ่งกว่านี้ก็คือ ผู้สูงอายุมีความเสื่อมทางสติปัญญา ลักษณะเสื่อมมีหลายประการ เช่น ขี้หลงขี้ลืม ป้ำๆ เป้อๆ คิดนึกตัดสินใจช้า ไม่เข้าใจภูมิปัญญาของคนรุ่นใหม่และวิทยาการใหม่ๆ ฯลฯ

คำกล่าวและความเชื่อข้างต้นเป็นภาพทางด้านลบเกี่ยวกับพัฒนาการทางความคิดในยามสูงวัย ลักษณะดังกล่าวอาจเป็นจริงและมีความจริงสำหรับผู้สูงอายุบางกลุ่มในปัจจุบันและในอดีต แต่มีการศึกษาทางชีววิทยาที่ได้ทำกันมากมายเกี่ยวกับพัฒนาการทางความคิด (cognitive development) ของผู้สูงวัยในปัจจุบัน ได้รายงานผลการศึกษาซึ่งมีลักษณะตรงกันข้ามกับที่กล่าวมาข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพดี กระฉับกระเฉง กระตือรือร้นต่อชีวิตและสังคม จนถึงกับมีคำพูดว่า “ยิ่งแก่ยิ่งเก่ง ยิ่งแก่ยิ่งฉลาดเฉลียว ยิ่งแก่ยิ่งมีเมตตาคุณา”

ทฤษฎีขั้นตอนพัฒนาการจิตสังคม

แอริคสัน (1964) และเพค (1968) ได้เสนอแนวคิดว่าการปรับตัวในวัยสูงอายุจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับผลของการพัฒนาการในวัยที่ผ่านมา กล่าวคือ ถ้าบุคคลสามารถปรับตัวผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางจิตสังคมด้วยดีทุกขั้นตอนก็จะมีอิโก้ที่เข้มแข็ง สามารถจะปรับตัวได้ดีต่อวิกฤตทางจิตสังคมในยามสูงอายุเช่นเดียวกัน ทฤษฎีนี้เรียกว่า ทฤษฎีขั้นตอนพัฒนาการจิตสังคม (Psychosocial stage theories)

1. ทฤษฎีจิตสังคมขั้นตอนที่ 8 ของ แอริคสัน ขั้นตอนที่ 8 ของแอริคสันอยู่ในระยะวัยสูงอายุ ดังนำเสนอโดยตารางข้างล่างนี้

ตารางที่ 10.0 ขั้นตอนจิตสังคมขั้นที่ 8 ของแอริคสัน

ความขัดแย้งทางจิตใจ Psychosocial crisis	กลุ่มที่เป็นศูนย์กลาง ความผูกพัน	ลักษณะพัฒนาการ ประจำขั้น	ลักษณะพัฒนาการที่ พึงมีพึงเป็น
ความมั่นคงทางใจแย้ง กับความสิ้นหวัง	- บุคคลใกล้ชิด - เพื่อนมนุษย์ร่วมโลก	- ตำนานรู้ตัวตลอดเวลา - รู้เท่าในอดีต - พร้อมเผชิญอนาคต อันไม่เที่ยง	- รู้จักปล่อยวาง - ฉลาดรู้เท่าทันโลก - รู้เท่าทันชีวิต

1.1 ความขัดแย้งทางจิตใจ: ความมั่นคงทางใจแย้งกับความสิ้นหวัง

แอริคสัน (1964, 1950) กล่าวว่าวัยสูงอายุเป็นระยะเวลาที่บุคคลย้อนคิดถึงอดีต ถ้าผู้สูงอายุย้อนคิดถึงอดีตด้วยความพอใจในตนเอง เห็นว่าตน ได้ทำสิ่งที่ตนเห็นว่าดีที่สุดแล้ว ก็จะเกิดความพอใจในตนเอง มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีอารมณ์มั่นคง แต่หากการนึกถึงอดีตทำให้ตนขมขื่น เขาจะรู้สึกทุกข์ร้อน ผิดหวังในชีวิต จะย้อนชีวิตกลับไปตั้งต้นใหม่ไม่ได้เสียแล้ว จะแก้ไขความบกพร่องผิดพลาดเวลาที่เหลืออยู่น้อยแล้ว ดังนั้นผู้สูงอายุนั้นต้องทนอยู่กับความขมขื่น ผิดหวัง เจ็บปวดเล็กๆ

อย่างไรก็ตาม ตามทฤษฎีนี้คุณสมบัติทางบวกและลบมิได้มีอยู่ในตัวบุคคลอย่างเป็นขาวล้วนหรือดำล้วน เพราะเมื่อคนปกติธรรมดาออกไปข้างหลังย่อมพบทั้งความสมหวัง ความผิดหวัง ความพอใจ หรือความไม่พอใจในตนเอง ถ้าความพอใจมีมากกว่าความไม่พอใจ ความสมหวังมากกว่าความผิดหวัง ก็นับว่าผู้สูงอายุนั้นมีอิโก้ที่เข้มแข็งในยามสูงวัย มีบุคลิกภาพมั่นคงปรับตัวได้ดี

1.2 กลุ่มที่เป็นศูนย์กลางความผูกพัน: บุคคลที่ใกล้ชิดและเพื่อนร่วมโลก

บุคคลที่เป็นผู้มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในยามสูงวัย คือ บุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ซึ่งแอริคสันมีแนวโน้มเห็นว่าน่าจะเป็นผู้มีอายุน้อยกว่าเพราะบุคคลกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่สามารถกระตุ้นความมีชีวิตชีวา ความมีกำลังวังชาให้แก่ผู้สูงวัยได้

พร้อมๆกับบุคคลที่ใกล้ชิด แอริคสันยังอธิบายด้วยว่าผู้สูงอายุควรพัฒนาความสามารถในการมีมิติชีวิตกับบุคคลอื่นๆทุกชาติ ชั้น วรรณะ เพศ และวัยอีกด้วย สมรรถภาพเช่นนี้จะทำให้ไม่รู้สึกอ้างว้างว่าเหว่ ไม่ยึดติดอยู่เฉพาะกับบุคคลที่คุ้นเคยเท่านั้น เพราะฉะนั้นความมั่นคงทางใจเชิงสังคมจึงจะไม่มีความเสื่อมถอย หรือสูญสลายสิ้นเชิง เมื่อบุคคลบางคนพลัดพรากจากกันไปโดยเหตุอย่างใดอย่างหนึ่ง

1.3 ลักษณะพัฒนาการประจำชั้นและลักษณะพัฒนาการที่พึงมีพึงเป็น

แอริคสัน (1950) กล่าวถึงพัฒนาการด้านอารมณ์จิตใจในประเด็นที่ว่า ในยามสูงวัยบุคคลควรพัฒนาศักยภาพในการรู้สำนึกตัวมีสติสัมปชัญญะ (Self awareness) แม้ว่าการนี้ถึงความหลังเป็นธรรมชาติประจำวัยซึ่งมีทั้งความสุขและทุกข์ แต่ผู้สูงอายุต้องสามารถทำใจยอมรับทั้งความสำเร็จและความล้มเหลวอย่างปล่อยวาง อย่างรู้เท่าทัน อย่างเข้าใจและรู้จักชีวิต นั่นคือความฉลาด (wisdom) เป็นรางวัลและความสุขยอดของชีวิตอย่างไม่มีอื่นใดเปรียบ

ทฤษฎีของเพคอันดับที่ 5 คือ Ego differentiation แข็งกับ work-role preoccupation หมายความว่าผู้สูงอายุจะต้องปรับเปลี่ยนอีโก้ แต่รู้สึกว่าจะขัดแย้งกับบทบาททางการทำงานที่เคยปฏิบัติมาแต่ก่อน ตัวอย่างเช่น นายมหาศักดิ์เคยเป็นข้าราชการซี 11 มีคนในบังคับบัญชานับพันคน บทบาททางการทำงานของเขาเคยมีความสำคัญต่องานในสำนักราชการที่เขาสังกัดอยู่ ครั้นมาถึงวัยสูงอายุเขาออกจากตำแหน่งหน้าที่ตามกฎเกณฑ์ มานั่งอยู่แต่ในบ้าน มีคนใต้บังคับบัญชา 3-4 คน บทบาทในการทำงานไม่มี เพราะแม่บ้านเขาจัดทำเรียบร้อยทุกสิ่ง นายมหาศักดิ์ต้องพบความขัดแย้งประเภทที่กล่าวข้างต้นนี้

ทฤษฎีของเพคอันดับที่ 6 คือ Body transcendence แข็งกับ Body preoccupation ข้อนี้นี้เกี่ยวข้องกับร่างกายที่ต่างยุคสมัย ตัวอย่างเช่น คุณหญิงสีดาเป็นคนสวยเด่นปรากฏต่อสายตาประชาชนในโทรทัศน์ในหน้าหนังสือพิมพ์มาตั้งแต่สาว พอวัยสูงอายุก็เกิดข้อขัดแย้งขึ้นว่าควรปล่อยให้สังขารเป็นไปตามวิถีของมัน หรือควรไปทำศัลยกรรมตกแต่งให้ “สวยไม่สร้าง” สมตามฉายาที่หนังสือพิมพ์ชอบเรียกเธอ

ทฤษฎีของเพคอันดับที่ 7 ว่า Ego transcendence แข็งกับ Ego preoccupation นี้คืออีโก้ในสมัยที่เป็นผู้สูงอายุขัดแย้งกับอีโก้สมัยยังไม่เป็นผู้สูงอายุ

ภาวะขัดแย้งดังกล่าวทั้งสามประการ ผู้สูงอายุคงจะต้องประสพด้วยกันทุกคน สรุปทฤษฎีของเพลอย่างสั้นที่สุดก็คือ ความยึดมั่นถึมั่นสภาพในอดีตจะแย้งกับสภาพเป็นจริงในปัจจุบันของผู้สูงอายุในแง่มุมต่างๆ บุคคลใดจะสามารถลดความยึดมั่นเดิมๆ และยอมรับสภาพชีวิตในยามสูงอายุได้อย่างดีนั้นจะต้องมีพัฒนาการในวัยที่ผ่านมาเป็นไปตามขั้นตอนด้วยดี (เช่นเดียวกับความคิดของแอมริคสัน)

อนึ่ง ได้มีการศึกษามากมายที่สรุปผลการวิจัยยืนยันแนวคิดของทั้งสองท่านนี้ในประเด็นที่ว่าผู้สูงอายุที่ปรับตัวดี คือ ผู้ที่มีการเตรียมตัวดี มีพัฒนาการในวัยต่างๆ ผ่านมาด้วยดี มีการศึกษาวิจัยมากขึ้นรวมทั้งการศึกษาของเพล (1964 อ้างจาก Craig 1991) ด้วยที่ได้พบและได้เสนอแนะว่าระยะเวลาที่นับเป็นช่วงวิกฤติ (critical period) สำหรับการเตรียมตัวทุกๆด้าน เพื่อจะสามารถปรับตัวได้ดีในยามสูงอายุ คือ ช่วงอายุระหว่าง 50-60 ปี (Craig 1991; Lefrancois 1993; Papalia & Olds 1995)

การเรียนรู้ของผู้สูงอายุ

นักจิตวิทยาการเรียนรู้ยอมรับว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการจำสิ่งที่เรียนใหม่ๆ ได้น้อยกว่าคนหนุ่มสาว แต่ปัญหาที่ว่าผู้สูงอายุเรียนวิชาการต่างๆ ใหม่ๆ ได้หรือไม่ได้นั้น ไม่เป็นที่สงสัยอีกต่อไป สิ่งที่สำคัญสำหรับการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ของผู้สูงอายุคือ ผู้สูงอายุต้องใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อจำสิ่งที่แตกต่างกับวัยหนุ่มสาวและต้องใช้สถานการณ์ที่ไม่เหมือนกันด้วย ข้อควรคำนึงเกี่ยวกับการเรียนรู้ของผู้สูงอายุคือ

1. ผู้สูงอายุเรียนรู้อะไรได้ช้าหรือเข้าใจช้าในกระบวนการเรียนรู้ที่ต้องใช้สมรรถภาพทางตา หู การประสานงานกันของกล้ามเนื้อและประสาทสัมผัส หรือการเรียนรู้ที่ต้องใช้สมาธิหลายด้านในเวลาเดียวกัน การเรียนรู้ที่ผู้สูงอายุทำได้ดี จำได้ดี เรียนได้เร็ว คือ การเรียนที่เจาะจงเฉพาะอย่างๆ ไปโดยไม่เร่งรัดแต่เป็นไปตามกำลังของตน (self-paced) การเรียนรู้แบบเร่งรัดทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถนำสิ่งที่ได้เรียนไปเก็บไว้ในคลังความจำได้ หรือเอาออกจากคลังความจำมาใช้ไม่ได้
2. ผู้สูงอายุจะยังคงตื่นตัวกับการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ถ้ามีสิ่งใหม่ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุสนใจได้ เรียนปัญหาที่มักประสพเสมอๆ ก็คือ สารเนื้อหาสำหรับเพิ่มพูนฝึกทักษะทางสติปัญญาของผู้สูงอายุมักจะมีผู้จัดทำขึ้นน้อย สิ่งที่จัดทำมักเป็นสิ่งซ้ำๆ กับผู้สูงอายุเคยพบเห็นมาแล้ว จึงทำให้ขาดแรงจูงใจเพื่อเรียนรู้

นักชราวิทยาหลายท่านได้แสดงความคิดเห็นว่าการที่รายงานการวิจัยต่างๆ สมัยปัจจุบัน แสดงผลการศึกษาว่า ผู้สูงอายุยังสติปัญญาดีไม่เสื่อมไปกว่าเมื่ออยู่ในวัยหนุ่มสาวนั้นอาจเป็นเพราะ เหตุผลหลายประการ เช่น

1. ผู้สูงอายุยืนยาวขึ้น ความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้ผู้สูงอายุมีอนามัยที่ดีทั้งกายและใจ
2. ผู้สูงอายุมีโอกาสได้เรียนรู้วิทยาการต่างๆ มากขึ้นในโลกสมัยใหม่ การเรียนรู้มิได้เปิดโอกาสเฉพาะเด็กและหนุ่มสาว ผู้สูงอายุจะคงมีโอกาสใช้สมองอยู่ตลอดเวลา ยังปรากฏด้วยว่าใน สมัยปัจจุบันสังคมเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเห็นคุณค่าของตัวเอง จึงมีโปรแกรมการ ศึกษาที่เรียกว่า “การศึกษาต่อเนื่อง คือ life – long education หรือ education for the elderly” ซึ่งเปิด สอนให้แก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะ หรือบางครั้งก็เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ร่วมเรียนกับคนหนุ่มสาว การเรียนดังกล่าวนี้มีขึ้นในประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทยด้วย
3. วิชาชราวิทยาได้รับการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นสหวิทยาการ และมีการเผยแพร่ความรู้อย่าง กว้างขวาง ทำให้คนหนุ่มสาวได้เตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุก็ ได้รู้จักวิธีการกับตนเองอย่างถูกต้อง จึงสามารถดำรงชีวิตอย่างผู้มีสติปัญญา

พัฒนาการทางสังคม

พัฒนาการทางสังคมในวัยผู้สูงอายุมี 2 รูปแบบกว้างๆ คือ แบบยังมีความสัมพันธ์กันทาง สังคม บุตร หลาน เพื่อน กลุ่มสังคมต่างๆ เหมือนในวัยหนุ่มสาวหรือแบบตรงข้าม คือ ตัดทอน ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องลง การสัมพันธ์เชิงสังคมกับบุคคลและกลุ่มสังคมนั้นมีความสัมพันธ์ต่อการ พัฒนาทางกาย อารมณ์ สติปัญญา การปรับตัว และอื่นๆ ของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง เพราะบุคคล ไม่ว่าจะวัยใดๆ ไม่สามารถตัดตนเองได้จากสังคมได้โดยสิ้นเชิง แต่บุคคลวัยสูงอายุอาจต้องลด ความสัมพันธ์ทั้งในเชิงปริมาณและความเข้มลงกับทั้งต้องรู้จักทำใจยอมรับความสิ้นสุดของ สัมพันธภาพที่ต้องเปลี่ยนไป

งานวิจัยและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุต่างรายงานการศึกษาตรงกันว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงมี ความสัมพันธ์กับผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นผู้ร่วมวัยหรือต่างวัย มีความสำคัญยิ่งต่อการเป็นผู้สูงอายุที่มี สุขภาพดี ผู้สูงอายุที่อ่อนแอทั้งทางกายและจิตใจเกิดจากการขาดความสัมพันธ์เชิงบวกกับผู้อื่น (Hoffman et al. 1981; Peterson et al. 1991; Papalia & Olds 1995; ศรีเรือน แก้วกังวาน 2534, 2535 ก, 2535ข)

ซัลลิแวน (1953) เชื่อว่ามนุษย์ไม่สามารถมีชีวิตรอดโดยไม่มีความสัมพันธ์กับผู้อื่น เขาเชื่อ ว่าตั้งแต่เกิดจนตายมนุษย์ต้องมีสัมพันธภาพกับบุคคลต่างๆ ไม่ทางตรงก็ทางอ้อม นักจิตวิทยา พัฒนากรหลายท่านเชื่อว่าสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในยามสูงวัย ทั้งครอบครัวและนอกครอบครัว

เป็นสิ่งจำเป็นยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ เพราะเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการสนองความต้องการทางสังคมโดยประการต่างๆ เช่น ความเป็นเพื่อน การมีผู้ร่วมสุขทุกข์ การได้รับความยอมรับนับถือ

ลักษณะสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นมี 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ เพื่อนสนิทส่วนตัวซึ่งอาจเป็นเครือญาติ ลูกหลาน สามี ภรรยา (close personal friendship) เพื่อนที่รู้จักกันสมัยหนุ่มสาว (friendship cliques) เพื่อนที่รู้จักกันในวงงานและมีความสนใจคล้ายๆกัน (formal groups) ความแตกร้าวระหว่างเพื่อนไม่ว่าแบบใดก็ตามเมื่อบังเกิดขึ้นแล้วจะกลับประสานสายสัมพันธ์ใหม่ทำได้ไม่สู้ง่ายนัก ศูนย์กลางชีวิตสังคมของผู้สูงอายุในกลุ่มครอบครัวมากที่สุด

ความหมายของคุณภาพชีวิต (Quality of Life)

คุณภาพชีวิต ความหมายตามพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (2538) ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพหมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลส่วนชีวิตหมายถึง ความเป็นอยู่ ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล โอเรม (Orem, 1985 อ้างใน วิทยาพรรณ ชุ่ม เพ็ญสุขสันต์, 2545) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก (well-being) เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิต อยู่ซึ่งแสดงออกโดยความพอใจ (contentment) ความเพลิดเพลินใจ (pleasure) และการมีความสุข (happiness) ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดจากประสบการณ์ในชีวิต (spiritual experience) การบรรลุสิ่งที่ปรารถนา (fulfillment of one's self ideal) และการมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่องของบุคคล (continuing personalization) องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1993) ได้นิยามคำว่าคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง ระดับความเป็นอยู่ที่ดีของสังคมและระดับความพึงพอใจในความ ต้องการส่วนหนึ่งของมนุษย์

สมจิตต์ และนิภา (2525) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การที่บุคคลสามารถดำรงชีวิตและดำเนินกิจกรรมทั้งหลายของชีวิตด้วยพลังกำลังและความรู้ความสามารถที่ตนมีอยู่ด้วยความราบรื่น ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และได้รับการยอมรับนับถือจากสังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่ตามสมควร

ชัยวัฒน์ (2526) ได้อธิบายว่า คุณภาพชีวิตคือ ชีวิตที่มีคุณภาพหมายถึง ชีวิตที่ไม่เป็นภาระและไม่ก่อให้เกิดปัญหาแก่สังคม มีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย ใจ มีความสามารถที่จะดำรงสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมและสังคม สามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องและสามารถดำเนินวิธีการที่ชอบธรรม เพื่อจะได้มาในสิ่งที่ตนประสงค์ ภายใต้อำนาจมือและทรัพยากรที่มีอยู่

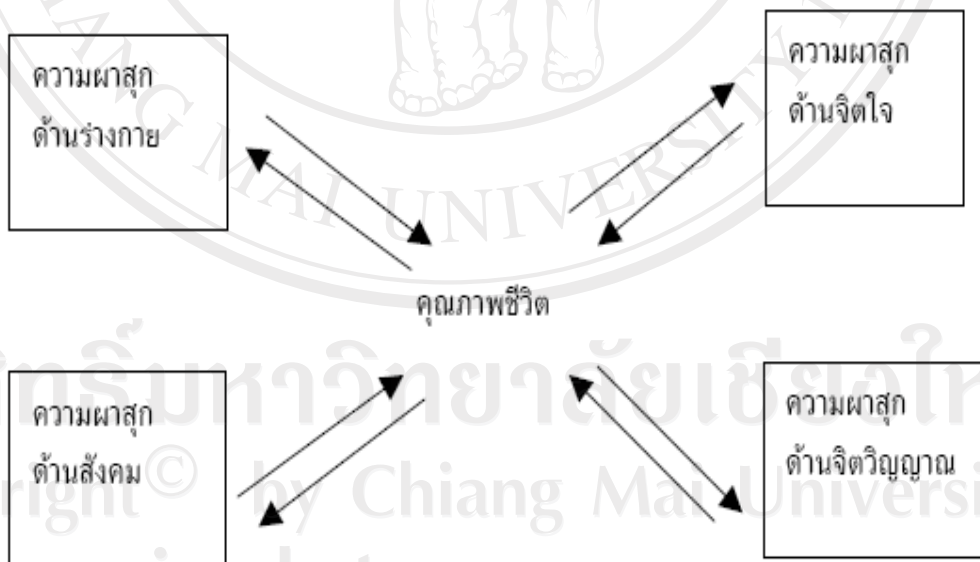
เยาเวคิ (2536) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตหมายถึง การพัฒนาเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ของ ประชาชนในชนบทให้มีความอยู่ดีกินดี โดยมุ่งให้ผู้ด้อยโอกาสได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ในด้านต่างๆตามความจำเป็นพื้นฐานที่เป็นเป้าหมายของการพัฒนา

โดยสรุปแล้ว คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรมที่ยากต่อการกำหนดคำนิยาม แต่สามารถกำหนด ความหมายถึงรูปธรรมได้ด้วย ดัชนีคุณภาพชีวิต 7 ประการ คือ สุขภาพอนามัย การศึกษา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ ความปลอดภัย การนันทนาการ/การท่องเที่ยว และความผาสุกของครอบครัว และสังคมชีวิต ซึ่งดัชนีเหล่านี้สามารถตรวจวัดได้ทั้งขนาดและทิศทาง (สากล และคณะ, 2541)

หลายการศึกษาได้หาแนวทางประเมินคุณภาพชีวิต โดยได้มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพ ชีวิตที่คล้ายคลึงกันไว้ดังนี้

Ferrell et al. (1995) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ภาวะความสุข สบายที่ไม่คงที่ของบุคคลจากประสบการณ์ชีวิต 4 ด้านคือ ความผาสุกด้านร่างกาย และอาการทาง กาย (physical well-being and symptoms) ความผาสุกด้านจิตใจ (psychological well-being) ความ ผาสุกทางสังคม (social well-being) และความผาสุกด้านจิตวิญญาณ (spiritual well-being) มีการ เปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง อยู่บนพื้นฐานคุณภาพชีวิต ดังภาพที่ 2

คุณภาพชีวิต



ภาพที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต

(Ferrell, Dow, Leigh, Ly, & Gulasekaram, 1995)

Orem (1991) กล่าวถึงคุณภาพชีวิตว่ามีความหมายเช่นเดียวกับ ความผาสุก (well-being) ซึ่ง เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของตนเอง แสดงออกโดยความพึงพอใจ

ความยินดีและการมีความสุข หรือแสดงออกโดยประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณ ในการบรรลุอุดมคติของตนเองและดำรงไว้ซึ่งความเป็นบุคคล

WHO (1995) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสถานะในชีวิตของพวกเขาภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและความหมายของระบบในสังคมที่พวกเขาอาศัยอยู่และจะสัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับพวกเขา เป็นแนวความคิดที่กว้างเต็มไปด้วยความซับซ้อนครอบคลุมในแง่ของสุขภาพร่างกายของแต่ละคนสภาพจิตใจระดับของความเป็นอิสระสัมพันธภาพทางสังคม ความเชื่อ และความสัมพันธ์ที่มีต่อสภาพแวดล้อม จุดเด่นของความหมายของคุณภาพชีวิตที่ WHO มองก็คือคุณภาพชีวิตเป็นนามธรรม (subjective) โดยจะรวมเอาหัวข้อที่เป็นทั้งส่วนดีและส่วนไม่ดีของชีวิตเอาไว้ อีกทั้งยังมีหลายมิติไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม ฯลฯ

สรุปคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลถึงความเป็นอยู่ที่ดี หรือความผาสุกในชีวิต ด้านร่างกายด้านจิตใจ ด้านความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล หรือด้านจิตวิญญาณ ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งแสดงออกโดยความพึงพอใจ ความยินดี ความสุข หรือแสดงออกโดยประสบการณ์ด้านจิตวิญญาณ

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (WHOQOL Group, 1994) ต่อมาในปี ค.ศ.1995 ทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ได้จัดองค์ประกอบใหม่ โดยรวมองค์ประกอบบางด้านเข้าด้วยกัน คือ ด้านร่างกายกับด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล และด้านจิตใจกับด้านความเชื่อส่วนบุคคล จึงเหลือเพียง 4 องค์ประกอบ ดังนี้ (WHOQOL Group, 1996)

1. ด้านร่างกาย (physical health) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกาย การรักษาทางการแพทย์ การรับรู้ถึงผลข้างเคียงในการดำเนินชีวิตประจำวัน การพักผ่อนนอนหลับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงานการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

2. ด้านจิตใจ (psychological) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง

ความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ ความสามารถในการจัดการกับความเศร้า ความกังวล การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationship) คือ การรับรู้ด้านความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การได้รับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการสุขภาพ บริการทางสังคม การรับรู้ว่าตนมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร ได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

คุณภาพชีวิตแสดงถึงลักษณะต่างๆ ในการดำรงชีวิตของบุคคล บุคคลแต่ละกลุ่มจะมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านพื้นฐานของบุคคล วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ภาวะสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆ ที่สำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิต องค์ประกอบคุณภาพชีวิตมีทั้งลักษณะที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันแล้วแต่วัตถุประสงค์ของการศึกษานักวิชาการหลายๆ ท่าน ได้สรุปและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ดังนี้

Flanagan (1978) กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่าประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ความผาสุกด้านร่างกายและองค์ประกอบด้านวัตถุที่สำคัญในการดำเนินชีวิต (physical and material well-being) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (relations with other people) การมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม (social, community and civic activity) ความผาสุกด้านร่างกาย ความผาสุกด้านจิตใจ ความผาสุกด้านสังคม ความผาสุกด้านจิตวิญญาณ การพัฒนาตนเองและการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ (personal development and fulfillment) และการสันทนาการ (recreation)

ปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

Herrman et al. (1994) ได้ให้ทรรศนะว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลนั้น มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้ดูแล (caregiver characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษารายได้ และลักษณะพื้นเพของชนชาติ
2. ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยหรือผู้พิการที่ต้องการการดูแล (care recipient characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะของความสัมพันธ์กับผู้ดูแล รายได้ ลักษณะของสิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลและสภาพของการเจ็บป่วย
3. สถานการณ์การดูแล (caregiver situation) ได้แก่ ลักษณะของกิจกรรมที่ทำ ระยะเวลาของการดูแล ค่าใช้จ่ายในการดูแล ความถี่ของปัญหาในการดูแล ลักษณะของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ
4. การรับรู้ที่มีต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล (cognitive/affective response to caregiver role) ได้แก่ ทศนคติหรือความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนั้น การรับรู้ภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ของผู้ป่วยเรื่องลักษณะของพฤติกรรมควบคุมตนเอง การให้คุณค่าของบทบาทที่เป็นผู้ดูแลและประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล
5. สุขภาพจิตและสุขภาพกายของผู้ดูแล (mental and physical health) ได้แก่ สภาวะที่ส่งเสริมหรือบั่นทอนสุขภาพกายและจิตใจ พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจในชีวิต
6. ตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้อง (possible mediating variables) ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งอื่นๆ แหล่งประโยชน์และกลยุทธ์การจัดการกับปัญหานอกจากปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ยังมีความหวังพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของครอบครัว
7. ความหวัง เป็นพลังภายในที่สำคัญของบุคคลในการที่จะตอบสนองหรือปรับสภาพต่างๆ ของร่างกายและจิตใจ เพื่อมุ่งไปสู่การมีสุขภาพดีและมีความสุขในการดำเนินชีวิต บุคคลที่มีความหวังจะเป็นผู้ที่สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
8. พฤติกรรมการเผชิญความเครียด เนื่องจากพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมจะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาลดความเครียดลงได้ ก่อให้เกิดขวัญกำลังใจในการที่จะต่อสู้เพื่อดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป แสดงออกถึงความสุข ความพึงพอใจในชีวิต เช่น การศึกษาของ Rose, Clark-Alexander (1996) พบว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขด้านร่างกาย พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขโดยรวม และความสุขด้านร่างกาย และ

พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุก โดยรวมด้านร่างกายและความผาสุกด้านจิตใจ และพฤติกรรมการเผชิญความเครียด โดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกด้านสังคม จะเห็นได้ว่า มีปัจจัยลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้ดูแล ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องการการดูแลสถานการณ์การดูแล การรับรู้ต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล สุขภาพจิตและสุขภาพกายของผู้ดูแลและตัวแปรอื่นๆ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจมีผลในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล

การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตหรือการวัดระดับของคุณภาพชีวิตจะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ในการวิจัย การประเมินคุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้ดังนี้

สตรอมเบอร์ก (Stromberg, 1984 อ้างใน อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอ่ำ, 2539) ได้แสดงทัศนคติในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้ 3 ลักษณะ คือ

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scale yielding quantitative) เป็นการประเมินผู้ป่วยโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือบุคลากรอื่นๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scale yielding quantitative) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับค่านิยมคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scale yielding qualitative) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1980 อ้างใน อนุชาติ พวงสำลี และอรทัย อาจอ่ำ, 2539)

ให้เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพชีวิต 2 ด้าน คือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัย วัดโดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยาซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

ความหมายของความเครียด (Stress)

ความเครียด หมายถึง พฤติกรรมที่เกิดจากความวิตกกังวล คับข้องใจ โกรธ ผิดหวัง เสียใจ ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ การบริหารจัดการความเครียด หมายถึง การที่บุคคลรู้จักเลือกใช้วิธีการที่เหมาะสมกับในการเผชิญสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและสามารถรักษาภาวะดุลแห่งจิตใจไว้ได้อย่างเหมาะสม เป็นผลดีต่อสุขภาพ

เซลเย่ (Hans Selys, 1975 อ้างถึงใน สืบสาย บุญวิโรต, 2541) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. ความเครียดทางบวก (Eusters) เป็นความเครียดในทางที่ดีเมื่อมีความตั้งใจที่จะทำดีมากๆ เช่น ดีใจ ตื่นเต้น หรือเมื่อมีความสุขมากๆ เมื่อต้องขึ้นรับเหรียญหรือขึ้นรับพระราชทานปริญญาบัตร เป็นต้น เพราะเป็นความกดดัน จึงพยายามที่จะทำได้ดีที่สุด
2. ความเครียดทางลบ (Distress) เป็นการตอบสนองของร่างกายที่ไม่เฉพาะเจาะจงต่อข้อเรียกร้องต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัว เป็นความรู้สึกต่อความกดดันที่มีความคับข้องใจ ความกลัว ความกังวลใจที่จะทำผิดพลาดหรือทำไม่ได้ ความเครียดทางลบจึงมีความหมายเช่นเดียวกับความวิตกกังวล (Anxiety) ของมาร์เทนส์

“ความเครียด” เป็นสิ่งที่รบกวนจิตใจทำให้เกิดการตื่นตัวเตรียมรับเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง เป็นเรื่องที่คิดว่าเกินความสามารถที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ หนักใจ และอาจส่งผลกระทบต่อร่างกายของเราทำให้รู้สึกว่าควบคุมตนเองไม่ได้ แต่ถ้าความเครียดไม่มากจนเกินไปจะเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความมานะพยายามเอาชนะปัญหาและอุปสรรคจนนำไปสู่ความสำเร็จได้ในที่สุด

สรุปความหมายของความเครียด เป็นสภาวะของจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งเป็นผลจากการต้องปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งต่างๆในสิ่งแวดล้อมที่บีบคั้นกดดันหรือคุกคามให้เกิดความทุกข์ ความไม่สบายใจ

สาเหตุของความเครียด

จำลอง ดิษขวนิช และพริ้มเพรา ดิษขวนิช (2545) อธิบายว่าสาเหตุของความเครียดรวมทั้งความวิตกกังวลแบ่งตามแนวคิดของEngel โดยใช้ตัวแบบทางชีวจิตสังคม (Biopsychosocial model) จะมีปัจจัยที่สำคัญ 3 อย่าง ได้แก่

1. ปัจจัยทางชีวภาพ ซึ่งระบบประสาทมีความสัมพันธ์กับโครงสร้างทางร่างกายอย่างมาก การกระตุ้นระบบประสาทอิสระ (Autonomic nervous system) โดยเฉพาะส่วน Sympathetic ทำให้เกิดอาการ ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว แน่นหน้าอก ปวดศีรษะ ท้องเดิน เมื่อมีความวิตกกังวลจะมีการหลั่ง

Epinephrine จากต่อมหมวกไตออกมา คนที่มีความวิตกกังวลง่ายพบว่าระบบประสาทอิสระมักมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้ามากกว่าธรรมดา นอกจากนี้ยังมีพันธุกรรมและบุคลิกภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับความเครียดเช่นเดียวกัน เป็นต้นว่าคนที่มีความวิตกกังวลแบบ เอ (Type A behavior) จะชอบแข่งขันอย่างจริงจัง และพยายามผลักดันตัวเองให้ไปสู่เป้าหมาย มีความทะเยอทะยานสูง มีความรู้สึกรีบเร่ง และชอบทำงานแข่งกับเวลา หาโอกาสผ่อนคลายได้ยาก ขาดความอดทน และชอบโกรธเมื่อต้องเผชิญกับความล่าช้า

2. **ปัจจัยทางจิตใจ** เป็นต้นว่าความกดดันทั้งจากภายนอกและภายใน มีส่วนทำให้เกิดความเครียดได้บ่อย ความคับข้องใจซึ่งเป็นสภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลถูกขัดขวางโดยอุปสรรคใดๆก็ตามเพื่อไม่ให้บรรลุเป้าหมายประสงค์ตามที่ต้องการ ก็จะทำให้เกิดความเครียด นอกจากนี้ ความขัดแย้งของแรงจูงใจจะนำไปสู่ความเครียดได้ เช่น สถานการณ์ที่ต้องเลือกเป้าหมายประสงค์ที่น่าพึงพอใจสองอย่างในเวลาเดียวกัน หรือตกอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเลือกเป้าหมายประสงค์ที่ไม่พึงพอใจสองอย่าง

3. **ปัจจัยทางสังคม** เหตุการณ์ชีวิตเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดทางสังคมซึ่งตามปกติมักจะสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตของเรา ยังมีการเปลี่ยนแปลงมากและบ่อยเท่าไรก็ยิ่งทำให้คนเราเครียดมากขึ้นเท่านั้น

สุขภาพจิต (Mental health)

สุขภาพจิต หมายถึง สภาวะของความสุขสมบูรณ์ทางจิตใจที่มีความเข้มแข็ง และความต้านทานต่อสิ่งๆที่ทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล มีมนุษยสัมพันธ์อันดี และมีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมทางสังคมได้อย่างเหมาะสม คนที่มีสุขภาพจิตดีนั้น ควรจะมีคุณลักษณะสำคัญอย่างน้อยสามประการคือ

1. **ความเข้าใจตนเอง (self understanding)** หมายถึง คนเราต้องมีความเข้าใจในอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก ความต้องการ แรงจูงใจ รวมทั้งนิสัยและบุคลิกภาพของตนเอง ต้องมีการสำรวจตัวเองหรือการพินิจภายใน (introspection) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมองดูสุขภาพจิตของตนเองให้เข้าใจ ตามปกติจิตของเราจะมีการรับรู้อารมณ์อยู่ตลอดเวลา ทั้งทางตา หู ภาย จมูก ลิ้น ภาย และใจ จิตใจจึงมีแต่ความวุ่นวาย สับสนและความไม่หยุดนิ่งอยู่กับที่ ยิ่งเราเห็นจิตของเรามักเท่าไร เราก็ย่อมมีความเข้าใจในตัวเราเองมากเท่านั้น

2. **การบังคับตนเอง (self control)** คนที่มีสุขภาพจิตดี ต้องมีความสามารถในการบังคับความอยาก หรือความต้องการของตนเองตามสมควร มิฉะนั้นคนเราก็จะกลายเป็นทาสของความอยากไป นอกจากนั้นคนเรายังต้องรู้จักบังคับแรงขับทางเพศ (sexual or creative drive) และแรงขับทางก้าวร้าวหรือทางทำลาย (aggressive or destructive drive) ให้อยู่ในระดับสังคมยอมรับ

และไม่เป็นผลเสียต่อสุขภาพจิตของตนเอง แรงขับทั้งสองอย่างนี้ทางพุทธปรัชญาเรียกว่า โภคะ (greed) และโทสะ (anger) ส่วนสิ่งที่หนุนแรงขับทั้งสองอย่างนี้ก็คือ โมหะหรืออวิชชา (ignorance) นั่นเอง การเจริญสติพร้อมด้วยสัมปชัญญะช่วยนำการไปสู่การบังคับตนเอง และการป้องกันไม่ให้แรงขับดังกล่าวเกิดขึ้นด้วย ถึงแม้จะเป็นการชั่วคราวในขณะที่มีการกำหนดรู้ก็ยังมีคุณค่ามาก

3. ประสบการณ์ทางจิตวิญญาณ (spiritual experiences) คำว่า “จิตวิญญาณ” ในที่นี้หมายถึง จิตส่วนลึกของจิตใจ ซึ่งได้แก่ ภวังคจิต เหนือจิตไร้สำนึก สิ่งที่ทำให้คนเรามีสุขภาพจิตเสื่อมโทรม คือ โภคะ (ตัณหา) โทสะ (ปฏิฆะ) และ โมหะ (อวิชชา) พุคฺง่ายๆคือ ความโลภ ความโกรธ ความหลงที่เก็บสะสมไว้ในจิตวิญญาณของคนเรานั้นเอง คนเราไม่เพียงแต่มีความสามารถในการบังคับและควบคุมแรงขับหรือกิเลสเหล่านั้นเท่านั้น แต่ยังต้องรู้จักทำให้กิเลสอันเป็นสาเหตุของความทุกข์บรรเทาเบาบางลงจนหมดไปในที่สุด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เฉลิมชัย ปัญญาดี (2531) ได้วิจัยเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของผู้ย้ายถิ่นชาวชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง 390 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้ย้ายถิ่นชาวชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่อยู่ในกรุงเทพมหานครมีระดับความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 73.56) รองลงมาในระดับความสูงปกติ (ร้อยละ 22.78) และระดับสูงมากมีน้อยที่สุด (ร้อยละ 3.16) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเรียงตามลำดับความสำคัญคือ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง รายได้ ความมีอิสระในการทำงาน ระยะเวลาในการย้ายถิ่นกลุ่มสังคมและความทันสมัย โดยปัจจัยทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงลบ กับความเครียดของผู้ย้ายถิ่น

ธนู ชาติชนานนท์ และคณะ (2541) ศึกษาผลกระทบของภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจที่มีต่อความเครียด กลไกการจัดการกับความเครียด และความคิดอยากฆ่าตัวตายของคนไทยในภาวะเศรษฐกิจตกต่ำในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม 2541 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 2,426 คน สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มจาก 28 จังหวัดใน 12 เขตการสาธารณสุข พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 38.3% มีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรงในแต่ละจังหวัดเขตและภาคมีความเครียดแตกต่างกัน ($p < 0.05$) เขตที่มีความเครียดสูงสุดคือ เขต 2 (52.3%) และภาคกลางเป็นภาคที่มีความเครียดสูงสุด (46.3%) ภาคที่มีความเครียดต่ำสุดคือ ภาคใต้ (18.7%) กลไกการจัดการกับความเครียดที่ใช้มากที่สุดคือ ใช้ความคิด และการมองในแง่บวก (52.3%) ฟังตนเอง (51.2%) และเผชิญหน้ากับปัญหา (42.8%) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) กับความเครียดในระดับสูง และความคิดอยากฆ่า

ตัวตาย คือ รายได้ต่ำ เพศหญิงการมีภาระที่ต้องรับผิดชอบด้านการเงินต่อคนอื่น การศึกษาในระดับต่ำ อาชีพประมงหรือเกษตรกรรม การมีปัญหาด้านการเงิน สถานะทางการเงิน

ศุครัก พิละกันทา (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความเครียดในการทำงานและพฤติกรรมเผชิญความเครียดของตำรวจจราจรจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า

1. ตำรวจจราจรมีความเครียดในการทำงานอยู่ในระดับน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.52-1.64 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%
2. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความเครียดในการทำงานของตำรวจจราจรที่สามารถนำไปใช้ในการทำนายผล ได้แก่ ปัจจัยในการดำเนินชีวิต และปัจจัยทางด้านความเป็นประโยชน์ต่อสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
3. พฤติกรรมเผชิญความเครียดตำรวจจราจรใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดทั้งแบบมุ่งแก้ปัญหาและแบบมุ่งลดอารมณ์ในระดับน้อย-ปานกลางและน้อย โดยค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.34 - 2.56 และ 1.95 - 2.15 ตามลำดับที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ลดวาลัย สกฤษณา (2542) ศึกษาความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าลักษณะงานที่ปฏิบัติกับผู้ป่วยโดยรวมความเครียดของพยาบาลในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 2.83$) ด้านระบบงานและความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน โดยความเครียดของพยาบาลในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 2.95$) ด้านความสัมพันธ์ของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 3.26$) ด้านส่วนตัว ครอบครัวและสังคม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\mu = 2.83$)

สำราญ สีสิริ (2550) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในน้ำอุ่น 8 สัปดาห์ ที่มีต่อสมรรถภาพทางกาย ของอาสาสมัครหญิงอายุ 45-60 ปี อายุเฉลี่ย 52 ± 4.28 ปี จำนวน 10 คน ทำการออกกำลังกายในน้ำอุ่นด้วยโปรแกรมแอโรบิก ที่ความหนักในระดับ 40 ถึง 80 เปอร์เซ็นต์ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด สัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 45 นาที เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าเมื่อสิ้นสุดการออกกำลังกายตามโปรแกรม ค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก ความทนทานของระบบหัวใจและหลอดเลือดและระดับความพยายามขณะออกกำลังกายไม่มีการเปลี่ยนแปลง ในขณะที่ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวมีค่าจาก 112 ± 9.19 เป็น 118.50 ± 10.56 มิลลิเมตรปรอท เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) และความดันโลหิตขณะคลายตัวมีค่าจาก 69.80 ± 8.19 เป็น 81.40 ± 6.72 มิลลิเมตรปรอท เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ส่วนความคล่องแคล่วว่องไวมีค่าจาก 24.50 ± 5.70 เป็น 28.90 ± 5.32 ครั้ง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) และความอ่อนตัวมีค่าจาก 6.72 ± 3.87 เป็น 15.05 ± 12.73 เซนติเมตร เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

Asaka และคณะ(2003) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการให้โปรแกรมการออกกำลังกายในน้ำ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อวัดค่าของ Exercise capacity, Muscle function, Quality of life และ Safety ในผู้ป่วย Chronic Heart Failure จำนวน 25 คน พบว่า ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มทดลองจะมีการเพิ่มขึ้นของ Exercise capacity มีการเพิ่มขึ้นของ Isometric Endurance ของกล้ามเนื้อ Quadriceps และมีการเพิ่มขึ้นของความสามารถในการทำ Heel lift, Shoulder flexion, Shoulder abduction เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ให้โปรแกรมการออกกำลังกายในน้ำ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายในน้ำจะทำให้มีความทนทานมากขึ้น และมีการเพิ่มขึ้นของ Muscle function โดยเฉพาะกล้ามเนื้อมัดเล็ก ๆ

Sanders และคณะ (1997) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผลของการฝึกในน้ำต่อการทรงตัวบนบก และทำการวัดผลของการฝึกการทรงตัวในห้องปฏิบัติการ โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้หญิงสูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกาย จำนวน 61 คน อายุเฉลี่ย 75 ปี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทรงตัวขณะอยู่กับที่ และในขณะที่เคลื่อนที่ บนบก หลังจากได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายในน้ำระยะเวลา 16 สัปดาห์ โดยทำการฝึก 3 วันต่อสัปดาห์ โดยโปรแกรมการออกกำลังกายในน้ำนี้ถูกออกแบบให้มีความใกล้เคียงกับท่าทางที่ต้องใช้ในชีวิตปกติประจำวันมากที่สุด เพื่อเพิ่มผลการเปลี่ยนแปลงของทักษะการทรงตัวเฉพาะอย่าง เช่นการเดินด้วยความเร็ว และการเดินบนทางที่กำหนดให้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้หญิงสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการฝึกไม่มีการรายงานว่าได้รับการบาดเจ็บจากการฝึกนี้ โดยงานวิจัยเรื่องนี้ต้องการศึกษาว่าการออกกำลังกายในน้ำนั้น มีสภาพแวดล้อมที่มีความเหมาะสม ต่อการฝึกทักษะการทรงตัวบนบก และมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บระหว่างการฝึคน้อยมาก