

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ ศึกษาถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตตำบลป่าหุ่ง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
3. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1 ความหมายของคำว่า “ผู้สูงอายุ”

คำที่ใช้เรียกบุคคลว่า คนแก่ คนชรา หรือผู้สูงอายุนั้น โดยทั่วไปเป็นคำที่ใช้เรียกบุคคลที่มีอายุมาก ผมหงอก หน้าตาเหี่ยวแห้ง การเคลื่อนไหวเชื่องช้า พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2530 ให้ความหมายคำว่า “ชรา” ว่า แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่ยอมรับมากนัก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มนักวิชาการที่พิจารณาแล้วเห็นว่าคำนี้ก่อให้เกิดความหดหู่ใจ และความถดถอย สิ้นหวังดังนั้นที่ประชุมและคณะอาวุโส โดยมี พล.ต.ต.หลวงอรรถสิทธิ์สุนทร เป็นประธานจึงได้กำหนดคำให้เรียกว่า “ผู้สูงอายุ” ขึ้นแทนตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ขบถอง ให้เกียรติ แก่ผู้ที่ชราภาพว่าเป็นผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์ด้วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544)

1.1 การกำหนดความสูงอายุของบุคคล

การพิจารณาว่าบุคคลผู้ใด จะเข้าข่ายเป็นผู้สูงอายุนั้นมีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกัน สุรกุล เจนอบรม (2541) ได้กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ โดยสรุป 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (chronological aging) เป็นการนับ ที่จำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทิน โดยไม่นับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป
2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ จากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย

(physiological aging หรือ biological aging) และกระบวนการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆที่ปรากฏขณะมีอายุเพิ่มมากขึ้น เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น ผมหงอก เป็นต้น

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจาก ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (psychological aging) เป็นการพิจารณาจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา การรับรู้ การเรียนรู้ที่ถดถอย และลักษณะบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่างๆ ของชีวิตแต่ละคน เช่น เกิดความกลัวในการถูกทอดทิ้ง ความจำเสื่อม ใจน้อย เป็นต้น

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (sociological aging) เป็นการดูจากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลอื่นๆ ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานด้วย

บาร์โลและสมิธ (อ้างใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2534) ได้เสนอข้อคิดว่าเป็นการยากที่จะกำหนดว่าผู้ใดชราภาพหรือสูงอายุ เพราะเป็นการไม่ยุติธรรมที่จะไปตีตราว่าผู้นั้น ผู้นั้นชราภาพ การพิจารณานั้นควรพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้ คือ

1) ประเพณีนิยม (tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุโดยยึดตามเกณฑ์ที่ออกจากราชการ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ในประเทศไทยกำหนดอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นวัยเกษียณอายุ

2) การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (body functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีระวิทยาหรือทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีระวิทยาที่แตกต่างกัน ในวัยสูงอายุอวัยวะต่างๆ ในร่างกายจะทำงานน้อยลง ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจจะหลุดทั้งปาก แต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันจึงจะหลุด เป็นต้น

3) การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (mental functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ของความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้ และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุดกับผู้สูงอายุ คือ ความจำเสื่อม ขาดแรงจูงใจ ซึ่งไม่ได้หมายความว่าบุคคลผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4) ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (self-concept) เป็นการกำหนดโดยยึดตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุมองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว” และส่งผลต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุนั้นๆ ได้กำหนดขึ้น

5) ความสามารถในการประกอบอาชีพ (occupation) เป็นการกำหนด โดยยึดตามความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยได้แนวความคิดมาจากการเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและจิตใจ คนทั่วไปจึงกำหนดว่า วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดประกอบอาชีพ ดังนั้นบุคคลที่อยู่

ในวัยสูงอายุ จึงหมายถึงบุคคลที่มีวัยเกินกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6) ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (coping with stress and illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพทางร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุมักจะเผชิญกับสภาพโรคร้ายไข้เจ็บอยู่เสมอ เพราะสภาพทางร่างกายและอวัยวะต่างๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนั้นยังอาจเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่นๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก ส่วนมากมักจะพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60- 65 ปี

การจำแนกว่าบุคคลใดเป็นผู้สูงอายุ โดยใช้เกณฑ์อายุนั้น เป็นการกำหนดโดยสภาพทางสังคม และสุขภาพ ด้วยเหตุนี้จึงมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ เช่น ประเทศที่พัฒนาแล้วใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี ในขณะที่ประเทศไทยและประเทศที่กำลังพัฒนาใช้เกณฑ์ที่อายุ 60 ปี

1.2 การแบ่งประเภทของผู้สูงอายุ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2540) ดังนี้

1) ผู้สูงอายุตอนต้น (the young-old) ช่วงนี้อายุประมาณ 60-69 ปี โดยทั่วไปช่วงนี้บุคคล ยังเป็นคนที่แข็งแรง แต่อาจพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง อย่างไรก็ตามช่วงนี้ยังเป็นช่วงที่จะมีสมรรถภาพด้านต่างๆ ใกล้เคียงกับคนหนุ่มสาวมาก ยังเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทางสังคมทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว

2) ผู้สูงอายุตอนกลาง (the middle-age old) ช่วงนี้อายุประมาณ 70-79 ปี เป็นช่วงที่บุคคลเริ่มเจ็บป่วย เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง

3) ผู้สูงอายุตอนปลาย (the old-old) ช่วงนี้อายุประมาณ 80- 90 ปี เป็นระยะที่ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมยากขึ้น ผู้สูงอายุระยะนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมา เริ่มย้อนถึงอดีตมากขึ้น

กล่าวโดยสรุป การกำหนดความสูงอายุของบุคคล เป็นการกำหนดจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเอง โดยมีการเชื่อมโยงกับบรรทัดฐานทางสังคม ประเพณี และวัฒนธรรมของแต่ละชุมชนเข้ามาเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาด้วย ดังนั้น การเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุของบุคคลนั้น สามารถพิจารณาได้จากหลากหลายประเด็นหรือหลากหลายเกณฑ์

2. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

การสูงอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องของชีวิตตั้งแต่เกิดจนหมดอายุขัย โดยที่ไม่สามารถอธิบายกลไกของการเกิดขึ้นได้ชัดเจนเพียงทฤษฎีเดียว (Eliopoulos, 1993) ทั้งนี้กระบวนการเปลี่ยนแปลงในช่วงชีวิตของมนุษย์มี 2 ระยะ คือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงช่วงอายุ 40 ปี ระยะนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงในทาง

ที่เจริญงอกงามและสร้างสรรค์ ช่วงที่อวัยวะต่างๆทำหน้าที่ได้สูงสุดนั้นจะอยู่ระหว่าง 20-30 ปี แต่การเปลี่ยนแปลงในระยะที่ 2 เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังอายุ 40 ปี ซึ่งระยะนี้หน้าที่ต่างๆทางสรีรวิทยาเริ่มลดน้อยลงไป เป็นการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อม ซึ่งเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2538) โดยที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 ด้าน สรุปได้ดังนี้

2.1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายนั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เมื่ออายุมากขึ้นพบว่า เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในร่างกายตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนเติบโต เป็นทารกและเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ การพัฒนาจะเป็นไปในทางเสริมสร้าง เมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในร่างกายจะเป็นไปในลักษณะการเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต เนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายทุกระบบลดลงเมื่อเทียบกับวัยผู้ใหญ่ ดังจะเห็นได้จากการทำงานทุกระบบในร่างกายของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ ทั้งทางระบบผิวหนัง ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ ระบบสัมผัส ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น จะค่อยๆเสื่อมลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลงทำให้การตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดช้าลง ความจำเสื่อม โดยเฉพาะจำเรื่องราวในอดีตดีกว่าเรื่องราวใหม่ๆ

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มของการเกิดโรคต่างๆ มากกว่าวัยอื่น ร่วมกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงในการไม่ใส่ใจในสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมพบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 3 จะมีปัญหาสุขภาพหลายโรค (นภาพร ชโยวรรณ, 2532) โรคประจำตัวและกลุ่มอาการที่พบบ่อย ได้แก่ โรคกระดูกและข้อ วิงเวียนศีรษะ เป็นลมหน้ามืด โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540 ; ศรีจิตรา บุญนาคและสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) และจากรายงานภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีโรคเรื้อรังเช่น โรคปวดข้อ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ความบกพร่องทางการได้ยิน ความบกพร่องทางการมองเห็น มะเร็งและเบาหวาน (Miller, 1991) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจโดยการตรวจร่างกาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2540) พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคเรื้อรังร้อยละ 69.3 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 83.3 ในกลุ่มอายุ 90 ปีขึ้นไป (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2547) ปัญหาของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ นอกจากนี้ลักษณะการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมักเกิดหลายโรค มีการใช้ยามากชนิด ใช้ระยะเวลารักษานานและมีความยากในการวินิจฉัยขาดการรักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น (Roach, 2001; จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2540 ; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) และส่วนใหญ่เป็นการ

เจ็บป่วยที่มีผลเกิดร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและหรือสังคมร่วมกัน นำไปสู่การพึ่งพาและเกิดภาวะทุพพลภาพเพิ่มมากขึ้น (ศรีจิตรา บุญนาค และสุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542)

2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพและอารมณ์ เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิด จีโมโท ใจน้อย ว้าเหว่ ซึมเศร้า และวิตกกังวล ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านอัตมโนทัศน์ และการสูญเสียสิ่งต่างๆ ในชีวิตมากมาย ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก คู่ชีวิต ญาติสนิท เพื่อนสนิท ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพลัดพราก และก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ ซึ่งถ้าผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า (depression) มากขึ้น จะส่งผลให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง (hopelessness) เกิดการแยกตัวจากสังคม (isolation) เป็นผลให้เกิดความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง จากรายงานการศึกษาของ ฟรีดแมนและคณะ (Fredman et al., 1989) ที่ศึกษาความเกี่ยวเนื่องระหว่างความซึมเศร้า และการตายของคู่ชีวิตในวัยสูงอายุจำนวน 1,606 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีอัตราการตายสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีภาวะซึมเศร้า และจากการศึกษาของ สุพรรณิ นันทชัย (2534) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความว้าเหว่และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในภาคเหนือตอนบน พบว่า ความว้าเหว่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานด้านประชากรสูงอายุและการ ดำเนินการของประเทศไทยเกี่ยวกับสถานะทางสังคมทั่วไปของผู้สูงอายุ (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ.2545-2549) พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังมีร้อยละ 19.9 ในจำนวนนั้นมีปัญหาเหงา ร้อยละ 20.9

2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

การเปลี่ยนแปลงรูปแบบทางสังคมเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุที่ลดลง การเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่บทบาทและวิถีการดำเนินชีวิต ซึ่งถือว่าการเปลี่ยนแปลงที่ปกติในผู้สูงอายุ เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมจากการเกษียณอายุราชการ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียสถานภาพทางสังคม รายได้ลดลง การสมาคมกับเพื่อนลดลง ในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต้องปฏิบัติภารกิจต่างๆ สิ่งที่คุณสูงอายุต้องเผชิญเมื่อการเปลี่ยนแปลงหลังเกษียณอายุราชการหากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้จะส่งผลให้มีปัญหาความว้าเหว่ตามมา จากรายงานการศึกษาของสุพรรณิ นันทชัย (2534) ซึ่งศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความว้าเหว่และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีความว้าเหว่ มากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน

2.4 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ

ภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุในการมีชีวิตอยู่อย่างเป็นสุขสงบ อยู่อย่างมีคุณค่าและมีเป้าหมายในชีวิต ภาวะจิตวิญญาณของบุคคล หมายถึง ความเป็นตัวตนในส่วนลึกที่สุด เป็นส่วนที่เฉพาะเจาะจงของบุคคลนั้น โดยจิตวิญญาณที่มนุษย์แสดงออกจะบอกถึงความเป็นแต่ละบุคคลในด้านความคิด ความรู้สึก การตัดสินใจ ตลอดจนการสร้างสรรค์ต่าง ๆ จิตวิญญาณเป็นแรงจูงใจให้มนุษย์มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รู้จักให้ความรักและรับความรักจากบุคคลอื่น จิตวิญญาณทำให้มนุษย์ได้สัมผัสกับพระเจ้า และพึงพอใจในธรรมชาติและสิ่งต่าง ๆ รอบตัวที่สวยงามและเจี๊ยบปวดในบางครั้ง (ทัศนา บุญทอง, 2533)

นอกจากนี้ ไฮฟิลด์ และคาร์สัน (Hightfield and Carson, 1990 อ้างถึงใน บุษพาชอบใช้, 2536) ได้อธิบายว่า มนุษย์มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ 4 ด้านด้วยกัน ประกอบด้วย

1) ความต้องการมีความหมาย เป้าหมายในชีวิต พฤติกรรมที่เหมาะสมที่แสดงออก คือ ดำเนินชีวิตโดยยึดถือค่านิยมแห่งตน แสดงออกซึ่งความต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา

2) ความต้องการได้รับความรัก พฤติกรรมที่แสดงออก คือ แสดงออกถึงความรู้สึกที่ว่าตนได้รับความรัก เมตตาจากผู้อื่น และพระผู้เป็นเจ้า

3) ความต้องการที่จะแสดงความรักต่อผู้อื่น พฤติกรรมที่แสดงออกคือ แสดงความรักต่อผู้อื่นโดยการกระทำ แสวงหาส่วนที่ดีของบุคคลอื่น

4) ความต้องการความหวังและสร้างสรรค์ พฤติกรรมที่แสดงออกคือ ตั้งเป้าหมายในชีวิตที่พอเหมาะพอควร ความเป็นไปได้ เช่น เป้าหมายด้านสุขภาพ ให้ความสำคัญต่อความเป็นบุคคลมากกว่ารูปร่างหน้าตา

ดังนั้นจิตวิญญาณจึงเป็นมิติหนึ่งที่เป็นองค์ประกอบของบุคคลที่ทำให้เกิดความผสมผสานระหว่างมิติด้านร่างกาย และจิตสังคม ทำให้บุคคลแสดงความรู้สึกนึกคิดที่เป็นตัวของตัวเอง กำหนดแนวทางการดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายและมีจุดหมาย ความสมบูรณ์ของจิตวิญญาณ (spiritual well-being) หากได้รับการตอบสนองไม่เพียงพอหรือไม่ได้รับการตอบสนองก็จะทำให้เกิดการบิบบั้ทางจิตวิญญาณ ในผู้สูงอายุจะถูกกระทบกระเทือนทางจิตวิญญาณได้

ปัญหาที่สำคัญอันเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ รวมทั้งปัญหาเศรษฐกิจและสุขภาพนับว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด กล่าวคือ ในภาวะสุขภาพที่ไม่ดี อาจนำไปสู่ปัญหาเศรษฐกิจ ขณะเดียวกันความยากจนก็มีผลต่อสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งทางเศรษฐกิจและสุขภาพก็อาจส่งผลให้สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุกระทบกระเทือน ซึ่งจากสภาพการณ์เช่นนี้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวและเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลซึ่งอยู่ในครอบครัวเดียวกัน

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promotion behavior) เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของมนุษย์ที่เกิดจากการเรียนรู้ (learning behavior) ในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่แข็งแรง ป้องกันคนให้ปลอดภัยจากโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ เป็นกิจกรรมที่กระทำอย่างต่อเนื่อง และจะต้องผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของบุคคล และจะมีผลให้เกิดการกระตุ้นตนเองอย่างเต็มที่ โดยมีการเพิ่มความตระหนักในตนเอง (self-awareness) ความพึงพอใจ (self satisfaction) ความพึงพอใจและความยินดี นอกจากนี้ยังเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการกระทำของบุคคลในภาวะแวดล้อมที่บุคคลไปสู่ภาวะสุขภาพในระดับที่สูงขึ้น มีการแสวงหาความรู้ต่างๆ ด้านสุขภาพและการมีประสบการณ์ด้านสังคมซึ่งเป็นผลจากการได้รับการศึกษา สิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอันได้แก่ การมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การมีค่านิยมที่ดีด้านชีวิตและสุขภาพ การมีความเชื่อในอำนาจภายในตน การคาดการณ์ไกลโดยมองเห็นผลของการมีสุขภาพดีในระยะยาว ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้หลายท่าน ดังนี้

WHO (1986) ได้ให้ความหมายว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพื่อให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุม และส่งเสริมสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

จิลล์ และวิลเลียม (Jill & Williams : 1997) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นความพยายามที่จะทำให้ภาวะสุขภาพของบุคคลหรือชุมชนดีขึ้น ซึ่งภาวะสุขภาพดังกล่าวมิได้หมายความว่าต้องปราศจากโรค

เมอร์เรย์ และเซทเนอร์ (Mereay & Zentner :1993) ให้ความหมายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมที่ช่วยยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ความมีศักยภาพสูงสุดทั้งในบุคคล ครอบครัว ชุมชนตลอดจนสังคม โดยมุ่งเน้นให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน มีค่านิยมทางบวกกับสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender,1996) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลกระทำเพื่อช่วยเพิ่มระดับความผาสุก และการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ชุมชนและสังคม ซึ่งเน้นถึงความพยายามในการกระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ในปี พ.ศ. 1987 เพนเดอร์ได้กล่าวถึง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 10 ด้าน คือ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน แบบแผนการนอนหลับ การจัดการกับความเครียด การตระหนักในคุณค่าของตนเอง การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต การมี

สัมพันธ์กับบุคคลอื่น การควบคุมสิ่งแวดล้อม และการใช้ระบบบริการสุขภาพแต่เพนเดอร์พบว่าแนวคิดข้างต้นยังขาดแรงจูงใจที่จะทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและยังไม่สามารถใช้กับภาวะสุขภาพของทุกช่วงวัยในบุคคล ทั้งนี้ในบุคคลที่ถูกลูกความจากการเจ็บป่วยปัจจัยบางอย่างเมื่อนำไปวิเคราะห์โดยใช้วิธีทางสถิติแล้วไม่สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ ดังนั้นเพนเดอร์ (Pender, 1996) จึงได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1. **ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility)** เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจ เอาใจใส่ภาวะสุขภาพของตน โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี มีการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกายและไปพบแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง เช่น การอ่านหนังสือ คู่มือทศน์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

2. **ด้านกิจกรรมทางกาย (physical activity)** หมายถึง การกระทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้เพิ่มความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุ พฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติโดยให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ บรรลุศิริพานิช (2543) เช่น วิ่งเหยาะ เดินเร็ว ปั่นจักรยาน เต้นแอโรบิก และควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ 3 – 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ใช้เวลาในการออกกำลังกายครั้งละ 20 – 40 นาที

3. **ด้านโภชนาการ (nutrition)** หมายถึง การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร การควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ การเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ รับประทานอาหารจำพวกแคลเซียม รับประทานพวผลไม้ หรืออาหารที่มีกากทุกวัน

4. **ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal relations)** หมายถึง การแสดงออกถึงความสามารถในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีการให้และการรับ ขอมรับและให้เกียรติซึ่งกันและกัน มีการปรึกษาหารือและร่วมกันแก้ไขปัญหา การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน ในวัยสูงอายุจะมีเวลาว่างมากจากการหยุดประกอบอาชีพ บุตร ธิดาเติบโตเป็นหนุ่มสาวอาจออกเรือนไปแล้ว หรือไปทำงานในต่างถิ่น การตายของเพื่อนสนิท สามี ภรรยา ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการทางสังคมในด้านต่าง ๆ ค่อนข้างสูง เช่น ความเป็นเพื่อน การมีกลุ่มบุคคลร่วมวัย การต้องการผู้สนใจ ผู้ร่วมทุกข์ ผู้ยอมรับนับถือ เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

5. **ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth)** หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวข้องกับสิ่งที่มีพลังอำนาจเหนือตนเอง เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีความเชื่อที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตที่ดี มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความรักและมีความจริงใจต่อบุคคลอื่น มีความสงบและความพึงพอใจในชีวิต สามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นให้ประสบความสำเร็จ เป็นความสามารถในการพัฒนาศักยภาพทางด้านจิตวิญญาณอย่างเต็มที่ รวมถึงความเชื่อทางศาสนาซึ่งจะทำให้บุคคลได้พบกับความสงบสุขในชีวิต

6. **ด้านการจัดการกับความเครียด (stress management)** หมายถึง การกระทำที่แสดงถึงการจัดการกับความเครียดของบุคคล ซึ่งก่อให้เกิดความผ่อนคลาย เช่น การแสดงออกที่เหมาะสม การพักผ่อน การนอนหลับ การผ่อนคลาย การทำกิจกรรมที่คลายเครียด เป็นต้น

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากแนวโน้มของการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง เป็นไปในทิศทางที่ตรงกันข้ามกับอายุที่เพิ่มขึ้น ความว่องไวน้อยลง ปฏิกริยาตอบสนองน้อยลง ความเสื่อมของอวัยวะต่างๆเพิ่มมากขึ้นขาดความต้านทานโรค ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคม กระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทำให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนมากขึ้น เกิดปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุได้ง่าย และการที่ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้ดึนั้น ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อที่จะได้มีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ร่วมกับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม จึงเป็นการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ (Walker, 1997) เพื่อการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี ความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (self-actualization) และความสมบูรณ์ในชีวิตของบุคคล พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการความเครียด

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility)

เป็นพฤติกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจในสุขภาพของตนเอง โดยเลือกพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพที่ดีสำหรับตนเอง เลือกสรรสิ่งที่ดีสำหรับสุขภาพ (Walker, 1997) เป็นการกระทำของบุคคล

ในอันที่จะส่งเสริมให้เกิดความผาสุกแก่ตนเองและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Ardell , 1986 cited in Walker, 1997) บุคคลต้องมีความรับผิดชอบ มีการริเริ่มที่จะดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุมีกละเลยในการดูแลเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเองและมองว่าความรับผิดชอบต่อสุขภาพเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์หรือบุตรหลาน มีผลทำให้เกิดการพึ่งพิง (Elbersole & Hess, 1994) ซึ่งพฤติกรรมการศึกษาข้อมูลทางด้านสุขภาพ การพบผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการสังเกต อาการผิดปกติต่างๆ หรือขอคำแนะนำเมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพ หรือแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติดังนี้

1.1. การมาตรวจสุขภาพประจำปี ผู้สูงอายุควรมาพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้ได้รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและเป็นการค้นหาความผิดปกติที่เกิดขึ้นในร่างกายตั้งแต่ระยะแรก จะได้ให้การดูแลรักษาอย่างทันทั่วถึง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นซึ่ง จากการศึกษาของวันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่ามีผู้สูงอายุส่วนน้อยที่จะตรวจร่างกายหรือสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง คล้ายคลึงกับการศึกษาของปาลิรัตน์ พรทวีกันทา (2541) ที่ศึกษาแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดลำปาง พบว่าผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งการตรวจสุขภาพจะเป็นการช่วยค้นหาความผิดปกติของร่างกายก่อนที่จะปรากฏอาการที่รุนแรง หรือเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่างๆ ในอันที่จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคบางโรคได้ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หรือโรคมะเร็ง เป็นต้น (วลัยทิพย์ สาขลวิจารณ์, 2535)

1.2. การแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุควรแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพโดยการสนใจฟังวิทยุ หอกระจายข่าว ดูโทรทัศน์ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ การอ่านหนังสือ วารสาร เอกสาร แผ่นพับที่เกี่ยวกับสุขภาพ หรือพูดคุยปรึกษาปัญหาสุขภาพกับบุคลากรสาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับทราบถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ และสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ (วิไลวรรณ ทองเจริญและคณะ, 2539)

1.3. การหลีกเลี่ยงสารที่ให้โทษต่อร่างกาย ผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงสารที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ได้แก่ บุหรี่ ชา กาแฟ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคร้ายที่เป็นอันตรายต่อผู้สูบบุหรี่และผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ จากรายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2546 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2546) พบว่าผู้สูงอายุสูบบุหรี่ ร้อยละ 31.2 ดื่มสุราร้อยละ 34.16 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด

และส่งผลให้เกิด โรคหัวใจขาดเลือด โรคมะเร็ง โรคถุงลมโป่งพอง (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) การดื่มสุรามีผลต่อสุขภาพมาก เนื่องจากสุรามีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ควบคุมสติและการแสดงออกไม่ได้ การดื่มสุราติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จะทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรังและสติปัญญาเสื่อม ดังนั้น หากมีการส่งเสริมให้เลิก หรือลดการสูบบุหรี่และลดการดื่มสุราก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง มีอายุยืนยาว

2. ด้านกิจกรรมทางกาย (physical activity)

กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวทางร่างกายโดยอาศัยระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ มีการเผาผลาญหรือใช้พลังงาน และเป็นการเคลื่อนไหวที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย (Jones & Jones, 1997) ผู้สูงอายุควรมีการปฏิบัติกิจกรรมที่เบาหรือปานกลางเป็นประจำ โดยเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมยามว่าง การปฏิบัติกิจกรรมที่ออกแรงปานกลางจะมีการใช้พลังงาน 150 แคลอรีต่อวัน หรือ 1,000 แคลอรีต่อสัปดาห์ เช่น การเดินเร็ว 30 นาที การว่ายน้ำ 20 นาที หรือการล้างรถ 45- 60 นาที เป็นต้น จากการที่ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและหน้าที่ต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะในระบบไหลเวียน การทำหน้าที่ของหัวใจในการสูบฉีดโลหิตลดลง ร่วมกับความสามารถในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในปอดเป็นไปได้น้อย การขยายตัวของทรวงอกลดลงเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีอาการเหนื่อยง่ายเมื่อมีการทำกิจกรรม (Beckingham & Dugas, 1993) การขาดการออกกำลังกาย จะทำให้การเคลื่อนไหวและความอ่อนตัวของข้อลดลง เนื่องกระดูกบางลงโดยเฉพาะในผู้หญิงจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทการนำกระแสประสาทช้าลง ทำให้การรับรู้ต่างๆ ลดลง การทรงตัวหรือการเคลื่อนไหวเป็นไปได้ไม่ดี ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุลดลง ส่งผลให้เกิดการไม่ได้ใช้กล้ามเนื้อและข้อต่อ ทำให้เกิดการฝ่อลีบและข้อติด (Gill, Williams, Williams, Butki & Kim, 1997) ร่วมกับการที่ผู้สูงอายุขาดการออกกำลังกาย ส่งผลให้มีการสะสมไขมันแทนที่กล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้นในเวลาต่อมา การออกกำลังกายจึง เป็น พฤติกรรมที่บุคคลควรปฏิบัติโดยให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ บรรลุ ศิริพานิช (2540) ให้ความเห็นว่าการออกกำลังกายที่ถูกต้องและกระทำสม่ำเสมอจะทำให้ผู้สูงอายุมีความคล่องตัวในการเคลื่อนไหวร่างกาย ช่วยลดปัญหาของโรคหัวใจ และกระดูกพรุน การออกกำลังกายเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมสมรรถภาพทางกายและช่วย ชะลอความเสื่อมของร่างกาย

ดังนั้นการกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุจึงจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุจึงควรมีองค์ประกอบไป ต่อไปนี้ (Jones &

Jones, 1997)

2.1. ความถี่ในการทำกิจกรรม (frequency)

1) กิจกรรมที่ปฏิบัติได้ทุกวัน ได้แก่ การเดินขึ้นบันไดแทนการใช้ลิฟต์ การเดินหลังรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำ การลุกนั่ง การสวมเสื้อผ้า การรับประทานอาหาร เป็นต้น และกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างเป็นอิสระในชุมชน ได้แก่ การไปจ่ายตลาด ความสามารถในการใช้บริการขนส่งสาธารณะ เช่น รถประจำทาง รถสองแถว หรือความสามารถในการประกอบอาหาร เป็นต้น

2) กิจกรรมที่ควรปฏิบัติอย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (aerobic exercise) เช่น การขี่จักรยาน การว่ายน้ำ เดินเร็ว เป็นต้น จากรายงานการศึกษาของ กรกานต์ ป้อมบุญมี (2538) ได้กล่าวว่าการฝึกการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที นาน 12 สัปดาห์ ในผู้สูงอายุปกติ นอกเหนือจากทำให้มีสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้นแล้วยังช่วยให้การทำงานของหลอดเลือดและหัวใจมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นด้วย

3) กิจกรรมที่ควรทำ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ได้แก่ งานอดิเรกหรือกิจกรรมยามว่าง เช่น การปลูกต้นไม้ การเล่นกอล์ฟ การโยนโบว์ลิ่ง และกิจกรรมที่เกี่ยวกับการยืดคลายกล้ามเนื้อ และการอ่อนตัวของข้อ ได้แก่ การบริหารไทจี้ (tai-chi) จิ้งง การทำโยคะ เป็นต้น

2.2. ความหนักเบาในการทำกิจกรรม (intensity of exercise)

เป็นการกำหนดขีดความสามารถในการออกกำลังกาย ควรมีความหนักเบาของการออกกำลังกายอย่างพอเหมาะ ควรอยู่ในระดับเบาหรือปานกลาง (moderate intensity) โดยพิจารณาจากการใช้พลังงานของร่างกาย หรือจากอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (maximum heart rate) สำหรับผู้สูงอายุได้กำหนดความหนักไว้ที่ร้อยละ 50-60 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดสามารถคิดได้จากการเอาอายุของบุคคลนั้นๆ ลบออกจาก 220 (บรรลุศิริพานิช, 2540) ทั้งนี้ประเมินได้จากการจับชีพจรภายหลังการออกกำลังกายแล้ว 3 – 5 นาที หรือใช้ความรู้สึกของแต่ละบุคคลในขณะที่ออกกำลังกายว่าเป็นอย่างไร ถ้าเหนื่อยมากแสดงว่าหนักไปหรือถ้าไม่รู้สึกเหนื่อยแสดงว่าเบาไป (บรรลุศิริพานิช, 2540 ; Jones & Jones, 1997) การทำกิจกรรมจะต้องทำให้เกิดความเหนื่อยหรือมีความหนักที่เหมาะสม จึงจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย

2.3. ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (timing)

ระยะเวลาที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกายในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง โดยทั่วไปควรอยู่ระหว่าง 15 – 40 นาทีสำหรับระยะเวลาในการออกกำลังกายนั้นในผู้สูงอายุไม่

จำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่องในเวลา 30 นาที แต่ควรออกกำลังกายวันละ 30 นาที ซึ่งสามารถแบ่งเวลาในการออกกำลังกายออกเป็นครั้งละ 10 นาที และสะสมให้ได้ 30 นาทีใน 1 วัน ในผู้สูงอายุปกติและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยทางด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุปกติที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะมีสมรรถภาพทางกายเพิ่มมากขึ้น อวัยวะต่างๆทำหน้าที่ได้ดีขึ้น (ศักดิ์ฐาพงษ์ ไชยสร, 2541) เป้าหมายของการมีกิจกรรมทางกายสำหรับผู้สูงอายุนั้นเพื่อรักษาสุขภาพ ป้องกันความเสี่ยงของอวัยวะในร่างกาย ช่วยเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กระดูก เพิ่มความอ่อนตัวของข้อต่อทำให้ระบบไหลเวียนและการแลกเปลี่ยนออกซิเจนดีขึ้นทางด้านจิตใจจะช่วยส่งเสริมความมั่นใจและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความซึมเศร้าและความวิตกกังวล ในการศึกษาของชิน (Shin Yun Hee, 1999) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเดินต่อการทำหน้าที่ของร่างกายและอารมณ์ ในสตรีสูงอายุ ชาวเกาหลี จำนวน 27 คน โดยให้เดินเป็นเวลา 50-60 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 8 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังจากเข้าโปรแกรม ผู้สูงอายุมีการทำหน้าที่ของหัวใจและปอดดี ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนสูงสุด (ความจุปอด) ได้มากขึ้น ความอ่อนตัวของข้อต่อดีขึ้น ส่วนด้านจิตใจพบว่า กลุ่มที่เดินจะมีคะแนนความวิตกกังวลและความซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เดิน ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ กรกานต์ ป้อมบุญมี (2538) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ที่อาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ จังหวัดเชียงใหม่ โดยให้ผู้สูงอายุเดินเร็ว ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง นาน 12 สัปดาห์ พบว่า สมรรถภาพทางกาย อาทิเช่น แรงบีบมือ ความอ่อนตัวของข้อและกระดูกสันหลัง ความจุปอด มีคะแนนดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย จะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งร่างกายและจิตใจแก่ตนเองได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย นอกจากนี้ผลที่เกิดขึ้นกับร่างกายและจิตใจแล้ว ทางด้านสังคมยังเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมอีกทางหนึ่งด้วยส่งผลให้ผู้สูงอายุได้มีเครือข่ายทางสังคมได้มากขึ้น

การออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุควรปฏิบัติ 3 ขั้นตอน ดังนี้ (บรรลุศิริพานิช, 2540)

- 1) การอบอุ่นร่างกาย (warm up) ควรมีการอบอุ่นร่างกายเพื่อให้ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้นก่อนช้า ๆ เช่น การเคลื่อนไหวร่างกายอยู่กับที่ช้า ๆ ประมาณ 5 – 10 นาที
- 2) การออกกำลังกาย (exercise) ควรออกกำลังกายที่มีความหนักและแรงเพียงพอให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 – 70 ของอัตราการเต้นหัวใจในขณะพัก ใช้เวลาประมาณ 10 – 20 นาที
- 3) การผ่อนคลายให้เย็นลง (cool down) หลังจากการออกกำลังกายตามที่กำหนดที่เหมาะสมแล้ว ควรจะค่อย ๆ ผ่อนการออกกำลังกายทีละน้อย แทนการหยุดออกกำลังกายทันที ทั้งนี้เพื่อให้เลือดที่คั่งค้างที่กล้ามเนื้อ ได้มีโอกาสกลับคืนสู่หัวใจ ใช้เวลาประมาณ 5 – 10 นาที

3. ด้านโภชนาการ (nutrition)

เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติในการเลือกรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง เหมาะสม และเพียงพอ โดยมีลักษณะนิสัยการรับประทานอาหาร การควบคุมภาวะโภชนาการให้อยู่ในระดับปกติ ดังนั้นภาวะโภชนาการจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการมีสุขภาพดีและมีบทบาทที่จำเป็นอย่างยิ่งในการฟื้นฟูสภาพและป้องกัน โรคการบริโภคนอาหารจะเกี่ยวข้องกับความรู้ในการเลือกและการบริโภคอาหารที่จำเป็นต่อการยังชีพและเป็นผลดีต่อสุขภาพ รวมถึงการเลือกอาหารที่ถูกต้องในแต่ละวันตามปิรามิดแนะนำอาหาร (food guide pyramid) (กองโภชนาการ, 2548) ภาวะโภชนาการที่ดีมีผลให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรง มีความต้านทานโรค ช่วยลดอัตราเสี่ยงในการเป็นโรคที่เกิดจากแบบแผนชีวิต (lifestyle disease) ไม่ถูกต้อง เช่น โรคอ้วน โรคหัวใจและโรคมะเร็ง ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในระบบการย่อยอาหารตั้งแต่ในช่องปากจนถึงลำไส้ ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันบางลง ทำให้เกิดฟันเปราะและผุง่าย เป็นเหตุให้การเคี้ยวอาหารเป็นไปได้ไม่ดี การผลิตน้ำย่อยต่าง ๆ ลดลง ทำให้การย่อยและการดูดซึมสารอาหารต่างๆ เป็นไปได้น้อยลง จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางด้านโภชนาการได้ง่าย เช่น อาหารไม่ย่อย ท้องอืดและ ขาดสารอาหารได้ ซึ่งชลอศรี แดงเปี่ยมและชรินทร์ พุทธปวน (2536) ได้ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ ในจังหวัดลำพูน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาในระบบทางเดินอาหาร ปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ความอยากอาหารลดลง รองลงมาคือ ท้องอืดและเคี้ยวลำบาก นอกจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยแล้ว การมีโรคเรื้อรังที่ไม่ถูกต้องหรือปัญหาทางเศรษฐกิจ ยังส่งผลต่อการบริโภคของผู้สูงอายุได้ เห็นได้จากการสำรวจภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ จาก 8 จังหวัดใน 4 ภาคของประเทศไทย ของสุริย์พันธ์ บุญวิสิทธิ์ (2541) ประสบกับปัญหาดัชนีมวลกาย (body mass index ,BMI) ต่ำและเกินกว่าเกณฑ์ปกติ และยังพบภาวะโลหิตจาง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไทยยังประสบปัญหาทางโภชนาการอยู่ โดยทั่วไปผู้สูงอายุแม้จะมีอายุมากขึ้นแต่ความต้องการพลังงานลดลงเมื่อเทียบกับวัยอื่น เนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายลดน้อยลง คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคและองค์การอนามัยโลก FAO & WHO (Food and Agriculture Organization and World Health Organization, 1999) (กองโภชนาการ, 2548) ได้เสนอให้ลดพลังงานจากอาหารลงร้อยละ 5 ต่อทุก 10 ปี ของอายุที่เพิ่มขึ้น จนถึงอายุ 59 ปี อายุ 60- 69 ปี ให้ลดพลังงานจากอาหารลงร้อยละ 10 และเมื่ออายุ 70 ปี ขึ้นไป ให้ลดพลังงานลงไปอีก เป็นร้อยละ 20 ของพลังงานที่ต้องการในวัยหนุ่มสาว (บรรลุ ศิริพานิช, 2543) ทั้งนี้จุดมุ่งหมายในการบริโภคอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นที่ยอมรับ มี 2 ประเภท ดังนี้ (กองโภชนาการ, 2548)

3.1. การบริโภคอาหารหลายๆอย่าง ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย สำหรับประเทศไทยได้ให้ข้อปฏิบัติแนวทางการบริโภคอาหารของคนไทยไว้ 9 ข้อ โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในผู้สูงอายุได้ (รุจิรา สัมมะสุต, 2543) โดยมีข้อปฏิบัติ คือ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลายและหมั่นดื่มน้ำหนักตัว รับประทานข้าวเป็นอาหารหลัก สลับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ รับประทานพืชผักให้และผลไม้เป็นประจำ ส่วนสารอาหารจำพวกโปรตีนแนะนำให้รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ และถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำส่วนการดื่มนมให้เหมาะสมกับวัย แนะนำให้ดื่มนมรสจืดพร่องมันเนย และหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานและเค็มจัด สิ่งที่ต้องงดเด็ดขาด คือ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

3.2. การบริโภคอาหารในปริมาณที่เหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งน้ำหนักตัวที่เหมาะสม ทั้งนี้การมีน้ำหนักตัวที่มากเกินไปจะมีความสัมพันธ์กับโรคหลายชนิด เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2543) จากการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข (2541) ทำการสำรวจภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุไทยระหว่างปี พ.ศ.2540-2541 โดยใช้ดัชนีมวลกาย (BMI) เป็นเครื่องชี้วัด พบว่า มีผู้สูงอายุไทยที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ มีร้อยละ 17 น้ำหนักเกินเกณฑ์ มีร้อยละ 19.7 และอ้วนมีถึงร้อยละ 3.4 ภาวะโภชนาการเป็นพื้นฐานสำหรับประชากรไทย กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้แนะนำให้ลดพลังงานลงโดยเฉลี่ย 100 กิโลแคลอรีต่อทุกอายุ 10 ปี ที่เพิ่มขึ้นและในผู้ที่มีอายุ 60 ปี ควรได้รับพลังงานประมาณ 2,200 กิโลแคลอรีต่อวัน และไม่ควรต่ำกว่า 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน เพราะจะทำให้ร่างกายได้รับสารอาหาร วิตามินและเกลือแร่บางชนิดไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายได้ สำหรับผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติหรือเกินมาตรฐานควรได้รับพลังงานลดลง เพื่อลดน้ำหนักตัวลงให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับความต้องการสารอาหารที่สำคัญ คือความต้องการแร่ธาตุ ผู้สูงอายุมีความต้องการแร่ธาตุเท่าเดิม แต่ส่วนใหญ่ที่มีปัญหาคือการรับประทานอาหารที่มีแร่ธาตุไม่เพียงพอ แร่ธาตุที่สำคัญและเป็นปัญหาในผู้สูงอายุได้แก่ แคลเซียม ซึ่งการบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมเพียงพอ จะช่วยป้องกันภาวะกระดูกพรุน ได้แก่ นม นม ผลิตภัณฑ์จากนม ปลาตัวเล็ก และอาหารจำพวกผักใบเขียวเข้ม เช่น ยอดแค ใบชะพลู ผักคะน้า ผักตำลึง ผักกวางตุ้ง ถั่วลิสง เต้าหู้จะมีปริมาณแคลเซียมสูงเช่นกัน

4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relation)

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่แสดงออกถึงความสามารถและการสร้างสัมพันธภาพที่ระหว่างบุคคลซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์

หรือการได้รับการสนับสนุนต่างๆ เช่น ลดความตึงเครียด หรือช่วยแก้ปัญหาและสภาพการณ์ต่างๆ จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมในทางที่เสื่อมลง สัมพันธภาพเป็นทักษะทางสังคมที่สำคัญสำหรับมนุษย์ในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันในสังคมและเป็นไปอย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล บรอดเฮดและคณะ (Smith, 1996) ได้ให้ความหมายของการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่า “เป็นความรู้สึกนึกคิดที่กระหว่างบุคคล มีการยอมรับพฤติกรรมของบุคคลอื่น และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล และมีผลทำให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางซึ่งกันและกัน” การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นของผู้สูงอายุ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือสังคม รวมถึงบุคลากรทางด้านสุขภาพ จะทำให้มีการแลกเปลี่ยนทางด้านความรู้สึก ความคิดเห็น คำปรึกษา คำตักเตือน คำปลอบใจ หรือการสนับสนุนทางการเงิน ซึ่งสามารถนำไปแก้ปัญหาที่ผู้สูงอายุเผชิญอยู่ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ เกิดความรู้สึกที่ดี ช่วยลดความเครียดสามารถ แก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Pender, 1996) โดยทั่วไปแล้วส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่มีความต้องการทางด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ต้องการอยู่บ้าน อยากมีลูกหลานห้อมล้อม ดังนั้นในการสนองความต้องการจึงควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมและงานต่างๆ ของครอบครัว พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อครอบครัว เช่น การเลี้ยงดูบุตรหลาน จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากรายงานการศึกษาปรากฏการณ์การมีอายุยืนของผู้สูงอายุ พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นองค์ประกอบของการมีอายุยืน (Loving & Pascucci, 1997 อ้างใน นิชกานต์ ชันขาว, 2543) นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดีโดยการส่งเสริมหรือแนะนำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นสมาชิกของชมรมต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลข่าวสารในด้านต่างๆ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุ ดูแลสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น

ดังนั้น การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมความผาสุกทางด้านร่างกายและจิตใจและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา จากการศึกษาของมิลเลอร์ (Miller, 1991) พบว่า การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุ นอกจากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลจึงเป็นสิ่งที่สำคัญและมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เพราะไม่เพียงแต่เป็นการสนับสนุนให้ชีวิตได้รับการกระตุ้นอยู่ตลอดเวลา และมีการติดต่อทางสังคมเท่านั้นยังช่วยเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุด้วย ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองมีความหมายมากขึ้น (เขาวลัทธิ มหาลัทธิตวัฒน์, 2529)

5. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth)

การพัฒนาทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวข้องกับสิ่งที่มีพลังอำนาจเหนือตนเอง ซึ่งการพัฒนาทางจิตวิญญาณ เป็นการเรียนรู้ประสบการณ์ตนเอง ก่อให้เกิดการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความพึงพอใจในความสำคัญของตนเอง และภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง รวมถึงความเชื่อทางศาสนา ซึ่งจะทำให้บุคคลได้พบกับความสงบสุขในชีวิต ทั้งนี้การมีเป้าหมายถึงการพัฒนาจิตของบุคคลโดยผ่านสิ่งที่อยู่นอกเหนือธรรมชาติ (transcending) การติดต่อ (connecting) และการพัฒนา (developing) สิ่งที่อยู่นอกเหนือธรรมชาติ จะทำให้บุคคลรู้สึกถึงความสมดุลของตนเองในอันที่จะนำมาซึ่งความสงบสุขและเปิดกว้างในการรับสิ่งใหม่ เกิดความคิดสร้างสรรค์ การติดต่อเป็นความรู้สึกกลมกลืนไปกับสิ่งต่างๆ ในโลก และการพัฒนาเกี่ยวข้องกับการค้นหาความหมายในชีวิตและทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Walker, 1997) จิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบพื้นฐานส่วนหนึ่งของมนุษย์ (Heriot, 1992) และเป็นภาวะที่ไม่หยุดนิ่ง มีการพัฒนาตลอดอายุขัย ที่จะช่วยในการมองโลกของบุคคล เช่น การหลุดพ้นจากตนเอง (self-transcendence) ความหวัง ความรู้สึกผิดชอบตามศีลธรรม ความสูญเสีย ความตาย ความรักความจริงใจ รวมถึงการให้ความหมายในการทำกิจกรรมในแต่ละวันและเป็นแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตของบุคคล ไปสู่เป้าหมายตามความต้องการ

วัยสูงอายุเป็นวัยหนึ่งที่ภาวะจิตวิญญาณมีความสำคัญมาก เนื่องจากจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ จะขึ้นอยู่กับพัฒนาการทางด้านจิตวิญญาณที่ผ่านมาและจะไม่หยุดนิ่งเหมือนมิติทางด้านร่างกายและสังคม ในทางตรงกันข้ามจะแสดงออกเป็นพิเศษเมื่อพบกับภาวะวิกฤตที่สำคัญของชีวิต เช่น การเจ็บป่วย การสูญเสียต่างจากการสูญเสียต่างๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงทางด้านจิตใจ (บุปผา ขอบใช้, 2536) ทำให้ผู้สูงอายุแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ เพื่อช่วยในการเผชิญต่อสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณจะเป็นกระบวนการที่บุคคลเพิ่มความตระหนักในความหมาย เป้าหมาย และมีคุณค่าในชีวิต ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความรู้หรือความเชื่อ ประสบการณ์ในชีวิต และสถานการณ์ภายนอกที่สนับสนุนความเชื่อประสบการณ์เดิมของผู้สูงอายุจะมีความเชื่อว่าสิ่งที่อยู่นอกเหนือตนเอง จะส่งผลให้เกิดความผาสุกให้กับตนเอง ทำให้ศาสนาเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการเจริญทางจิตวิญญาณ อันที่จะนำไปสู่นิพพาน (nirvana) หรือทางดับทุกข์ในทางพุทธศาสนา (แสง จันทรงาม, 2531) ผู้สูงอายุที่มีการเจริญทางจิตวิญญาณ จะเป็นผู้ที่ไม่มียึดติดกับตัวตนของตนเองสามารถยอมรับความเป็นตัวตนในปัจจุบันและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมถึงสามารถใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างกระฉับกระเฉง มีความคิดสร้างสรรค์ในสิ่งที่เป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และเปิดโอกาสให้กับตนเองได้พบกับสิ่งที่แปลกใหม่และท้าทายในชีวิตซึ่งจะก่อให้เกิดความสุขทางจิตใจและยังเป็นการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับ

บุคคลในสังคมอีกทางหนึ่งในการศึกษาการเจริญทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุมีการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในเกณฑ์ดี จิตรา จันชนะกิจ (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคปอดเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากข้อคำถามด้านการเจริญทางจิตวิญญาณที่สร้างขึ้นเองพบว่า ผู้สูงอายุยอมรับสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีการปฏิบัติกิจทางศาสนาและยึดมั่นในคำสั่งสอนของศาสนา ส่วน จิราวรรณ อินคุ่ม (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่มารับบริการในโรงพยาบาลศิริราชโรงพยาบาลภูมิพล และ โรงพยาบาลราชวิถี ซึ่งผู้วิจัยสร้างข้อคำถามด้านการเจริญทางจิตวิญญาณขึ้นเองเช่นกัน พบว่าผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตามเป้าหมายของชีวิตอยู่ในระดับดี ส่วนการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535) เกี่ยวกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดอ่างทอง ปาลีรัตน์ พรทวีกันทา (2541) ศึกษาแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง และการศึกษาของวันดี เข้มจันทร์ฉาย (2538) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในสมาคมผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ที่วัดการเจริญทางจิตวิญญาณ ซึ่งแต่เดิมใช้คำว่าความสำเร็จในชีวิตแห่งตน (self-actualization) พบว่าอยู่ในเกณฑ์ดี โดยส่วนใหญ่ผู้สูงอายุพึงพอใจกับสิ่งที่ตนมีอยู่ และเชื่อว่าชีวิตของตนมีจุดมุ่งหมาย

ส่วนในเรื่องของศาสนามีความหมายต่อจิตใจอันเกี่ยวเนื่องกับตัวบุคคล โดยศาสนาเป็นเครื่องกำหนดความเข้าใจของบุคคลต่อคุณค่า จุดหมายของชีวิต และความเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (พระธรรมปิฎก, 2540) การที่ผู้สูงอายุมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ และการมีความสุขในการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา หลักคำสอนของศาสนาเป็นเครื่องชี้แนวทางปฏิบัติในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ และเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจให้เกิดความสงบ คลายความทุกข์ มีความเข้าใจในธรรมชาติ ความเป็นจริงของชีวิตที่มีการเกิด แก่ เจ็บ ตาย ไม่มีผู้ใดหลีกเลี่ยง การเข้าใจชีวิตหรือโลกตามความเป็นจริง จะทำให้บุคคลอยู่อย่างมีสติปัญญา จิตไม่วุ่นวาย รำลึกถึงความตายด้วยความไม่ประมาท ใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า ประกอบแต่สิ่งที่ดีงาม (พระธรรมปิฎก, 2540)

6. ด้านการจัดการกับความเครียด (stress management)

มนุษย์ทุกคนย่อมจะเกิดความเครียดขึ้นได้ แต่บุคคลจะมีการรับรู้และการคิดเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้นแตกต่างกัน การดำเนินชีวิตเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของเวลาและสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้แต่ละชีวิตจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อดำรงชีวิตให้สมดุลได้ การเกิดความเครียดเป็นปฏิกิริยาที่ร่างกายตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความไม่สมดุลของร่างกายและจิตใจ เป็นการทำหน้าที่ป้องกันตัวตามธรรมชาติที่เกิดขึ้นอยู่เสมอเพื่อต่อสู้และต้านทานปัญหาอุปสรรคหรือภาระหนักต่างๆ เพื่อสามารถขจัดมูลเหตุที่รบกวน และปรับแก้การเสียสมดุลของระบบให้คืนสู่

สภาพสมดุล (ละอ อุตงกูร, 2534) ซึ่ง วอล์คเกอร์ (Walker, 1997) ได้กล่าวถึงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (stressors) ไว้ 3 ชนิด คือ

- 1) สิ่งที่เกิดความเครียดเรื้อรัง (chronic stressors) เป็นปรากฏการณ์ทั่วไปที่เกิดขึ้นยาวนานและเรื้อรัง ในชีวิตของบุคคล เช่นความเจ็บป่วย ความเจ็บปวด ความพิการ เป็นต้น
- 2) เหตุการณ์สำคัญในชีวิต (major life events) ที่อาจเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นตามความคาดหวัง และผลที่ตามมาอาจดีหรือไม่ดี เช่น การตายของคู่สมรส การเกษียณอายุ การเกิดของบุคคลในครอบครัว หรือการผ่าตัด เป็นต้น
- 3) สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน (acute daily hassles) เช่นอุบัติเหตุต่างๆ ในชีวิตประจำวัน การผัดนัด การทำเงินหาย เป็นต้น

การที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมที่เกิดจากการสูญเสียหน้าที่การงาน รายได้ บทบาทและสถานะทางครอบครัว การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การขาดการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ซึ่งความเครียดจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง อาจเกิดความผิดปกติทางจิตรุนแรงได้ (Pender, 1996) การปล่อยให้เกิดความเครียดโดยไม่ได้รับการแก้ไข จะก่อให้เกิดความรู้สึกหมดคุณค่าในตัวเอง เหงา โดดเดี่ยว อ้างว้าง ไม่สนใจสุขภาพของตนเอง ในที่สุดรู้สึกหมดหวังจนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ถึงขั้นฆ่าตัวตาย ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรทราบเหตุการณ์หรือสิ่งทำให้เกิดความเครียดเพื่อที่จะหลีกเลี่ยง ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ควรรู้จักวิธีจัดการกับความเครียด ในการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมหรือใช้เทคนิคลดความเครียดเป็นสิ่งสำคัญ เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอวิธีการจัดการกับความเครียดไว้ดังนี้

- 1) การลดความถี่ของสถานการณ์ที่มากระตุ้นให้เกิดความเครียด (minimizing the frequency of stress-inducing situation) โดยการหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ตึงเครียด เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือการดำเนินชีวิต เพื่อลดความรีบเร่งหรือความกดดัน เช่น การหางานอดิเรกทำ การพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น

- 2) การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียด (increasing resistance to stress) การเพิ่มแรงต้านทานต่อความเครียด สามารถทำได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ทางด้านจิตใจสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนบุคลิกภาพและการรับรู้ของตน ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พัฒนาจุดมุ่งหมายของตน และเสริมสร้างแหล่งเผชิญความเครียด สำหรับการจัดการกับความเครียดโดยการเพิ่มแรงต้านทานความเครียดทางด้านร่างกายทำได้โดย การออกกำลังกาย จากการศึกษาของโจนส์และไนส์ (Jones & Nies, 1996) ได้ทำการสอบถามถึงการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายในสตรีสูงอายุชาวแอฟริกันอเมริกัน จำนวน 1,100 คนพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่าการออกกำลังกายมีผลต่อการ

ลดความรู้สึกเครียด และจากการศึกษาของศักดิ์ธำพงษ์ ไชยศรี (2541) ในเรื่องผลของโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุหญิง ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 38 ราย โดยทำกายบริหารแบบมือเปล่า และ ทำออกกำลังกายของสภากาชาด เป็นเวลา 10 สัปดาห์ ฤลละ 4 วันวันละ 25 – 30 นาที โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงความพึงพอใจของผู้สูงอายุภายหลังเข้าโปรแกรมออกกำลังกายผู้สูงอายुरายงานว่าการออกกำลังกายช่วยทำให้ไม่เครียด

3) การสร้างเงื่อนไขตรงกันข้าม เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนทางสรีระวิทยา ที่มีผลมาจากความเครียด (counterconditioning to avoid physiologic arousal resulting from stress) โดยการใช้เทคนิคผ่อนคลายต่างๆ เช่น การนั่งสมาธิ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือผ่อนคลาย โดยการใช้เครื่องไบโอฟีดแบค (biofeedback) จากการศึกษาของ มารยาท จิตรบรรพต (2534) ได้เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการฝึกผ่อนคลายความเครียดในกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุ จำนวน 30 รายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา โดยการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อจากนักจิตวิทยาและโปรแกรมเทปโทรทัศน์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดลดลงภายหลังได้รับการฝึก ไม่ว่าจะได้รับการฝึกจากนักจิตวิทยาหรือจากเทปโทรทัศน์ ทั้งนี้เนื่องจากการผ่อนคลายจะช่วยให้เกิดความสงบทางจิตใจ ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่งในการควบคุมความเครียดที่เกิดขึ้นได้ สมจิต หนูเจริญกุล (2539) ได้ ศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดให้ข้อเสนอแนะว่าผู้สูงอายุควรทราบเหตุการณ์หรือสิ่งทีก่อให้เกิดความเครียดเพื่อที่จะหลีกเลี่ยง ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ต้องรู้จักวิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามการเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีต่างๆ เช่น การผ่อนคลาย (relaxation) การทำสมาธิ (meditation) การฝึกการหายใจ การใช้จิตควบคุมการตอบสนอง (biofeedback) และการควบคุมร่างกายตนเองให้ผ่อนคลาย (autogenic training) เป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาในการฝึกฝน นอกจากวิธีการต่างๆที่กล่าวมาแล้ววิธีคลายเครียดอีกวิธี คือ การหาเวลาว่างทำงานอดิเรกที่ผู้สูงอายุมีความสนใจ มีความถนัดในกิจกรรมนั้นๆ เพราะการใช้เวลาว่างในการทำงานอดิเรกของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เช่น การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง หรือมีกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุจะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความเพลิดเพลิน ทั้งนี้การที่ผู้สูงอายุจะเลือกวิธีการใดในการปฏิบัติขึ้นอยู่กับความพึงพอใจ ความเคยชินและเหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุแต่ละคน

การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ นับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในระบบสุขภาพของปัจจุบันจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 เกี่ยวกับนโยบายและแผนของกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็นที่เกี่ยวกับสุขภาพ ได้กำหนดทิศทาง เป้าหมายยุทธศาสตร์ เมืองไทยแข็งแรง คนไทยแข็งแรง โดยประเด็นเกี่ยวกับกลยุทธ์ประการหนึ่งคือการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งจะเป็นแนวทางสร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพที่ยั่งยืนและสอดคล้องกับวิถีชีวิตคนไทย

โดยทั่วไปต้องยอมรับว่าประชากรทุกกลุ่มอายุมีความสำคัญและแต่ละกลุ่มจะมีลักษณะและความสำคัญที่เฉพาะบางอย่าง ที่จะต้องให้ความสนใจและดำเนินการเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งต่อประชากรกลุ่มนั้นและต่อส่วนรวม เช่นเดียวกันประชากรสูงอายุเป็นประชากรที่มีลักษณะบางประการที่มีความสำคัญต่อสังคมไทยซึ่งเป็นสังคมพุทธที่มีสถาบันครอบครัวเป็นศูนย์กลางจิตใจ ปัญหาทางสังคมและสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้เด่นชัดเป็นอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น ดังนั้นการชะลอความเสื่อมของผู้สูงอายุโดยการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรงและสามารถป้องกันการเกิดโรคได้

กรอบแนวคิด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ซึ่งได้กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลว่าเป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งการมีสุขภาพดีเป็นการบรรลุถึงการใช้ศักยภาพของบุคคลที่คิดตัวมาแต่กำเนิดและที่ได้รับการพัฒนา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางของ เพนเดอร์ ประกอบด้วย พฤติกรรม 6 ด้าน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณและด้านการจัดการกับความเครียด