



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรม การสนับสนุนจากครอบครัว กับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า เอกสาร ตำรา บทความ แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางเบื้องต้นในการทำการวิจัย ซึ่งรวบรวมสรุปเป็นสาระสำคัญและนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุและทฤษฎีการสูงอายุ
 - 1.1 ทฤษฎีการสูงอายุ
 - 1.2 สถานการณ์และแนวโน้มผู้สูงอายุไทย
 - 1.3 สถานการณ์และแนวโน้มผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร
2. แนวคิดการรวมกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ
 - 2.1 ชมรมผู้สูงอายุ
 - 2.2 สหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร
3. แนวคิดความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ
 - 3.1 ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางใจ
 - 3.2 การประเมินความผาสุกทางใจ
4. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ
 - 4.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ
 - 4.2 การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ
5. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุ
 - 5.1 ประเภทของการปฏิบัติกิจกรรม
 - 5.2 ผลของการปฏิบัติกิจกรรม
6. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว
7. การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
 - 7.1 ระดับการดูแลในชุมชน
 - 7.2 สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - 7.3 การพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน

8. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายในประเทศ

8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายนอกประเทศ

1.แนวคิดเกี่ยวกับการสูงอายุและทฤษฎีการสูงอายุ

การสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ เมื่อมนุษย์เกิดมาก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของสรีระ และจิตใจ จากวัยเจริญเติบโต เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ จนเข้าสู่วัยชรา (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ซึ่งในทุกขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุจะต้องเข้าสู่กระบวนการ เจริญเติบโต พัฒนา และการปรับตัว จนกว่าจะเสียชีวิตทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม และการทำงานของร่างกาย เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง (Angela and Linda, 1996)

1.1 ทฤษฎีการสูงอายุ

ทิมสุขภาพที่จะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นจะต้องเข้าใจความแตกต่าง ระหว่างอายุที่เปลี่ยนแปลงไป กับ ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากการทำหน้าที่ที่ลดลงของร่างกาย ซึ่งเจ้าหน้าที่สุขภาพสามารถเข้าใจทั้ง ภาวะชิวะภาพ จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ

โดยที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุได้กำหนดให้ผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปถือว่าเป็นผู้สูงอายุ และใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก (สมิตรา สิทธิธรรมานะ, 2546) โดยการเมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายแล้ว ยังมีจิตใจ และบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การที่พยาบาลจะศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จึงควรเข้าใจเกี่ยวกับ ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องผู้สูงอายุ โดยทฤษฎีการสูงอายุแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (Ebersole and Hess, 1998)

ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพ (Biological Theories of aging)

เป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายการเปลี่ยนแปลงกระบวนการสูงอายุทางร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยชรา ตั้งแต่ระดับเซลล์ โมเลกุล เนื้อเยื่อ ของร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งหลายที่เกิดขึ้นมีระดับของความหลากหลายที่แตกต่างกันในช่วงชีวิตแต่ละบุคคล ทฤษฎีการสูงอายุทางชีวภาพนั้นประกอบด้วย 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

1. Stochastic Theories เป็นทฤษฎีการสูงอายุที่อธิบายถึงว่า เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างสม่าเสมอ ความชราจะเสื่อมสะสมตามวันเวลาที่เพิ่มขึ้น ประกอบด้วย

1.1 ทฤษฎีพันธุกรรม (Gene Theory) ได้ระบุถึงยีน ที่เป็นอันตรายอยู่ในร่างกายมนุษย์ ซึ่งระยะเวลาในช่วงวัยสูงอายุอันจะส่งผลต่อระบบต่างของร่างกายไม่สามารถทำงานได้และมีการเสื่อมสลายขึ้น

1.2 ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (General Genetic Theory) มีความเชื่อถืออายุขัยของแต่ละบุคคลที่ไม่เท่ากัน โดยพบว่าถูกกำหนดโดยรหัสพันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าครอบครัวที่มีบรรพบุรุษยืนยาว บุคคลในครอบครัวนั้นก็มียืนยาวด้วยเช่นกัน แต่ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมก็จะมีผลต่อรหัสพันธุกรรมซึ่งเป็นตัวกำหนดอายุขัย ให้เปลี่ยนแปลงไปได้

1.3 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) อธิบายถึงความผิดพลาดในการสังเคราะห์โปรตีน หรือเอนไซม์ในเซลล์ ทำให้เซลล์มีคุณสมบัติที่เปลี่ยนไป เซลล์ตายและไม่สามารถทำหน้าที่ได้

1.4 ทฤษฎีการผ่าเหล่า (Somatic Mutation Theory) เกิดจากการผ่าเหล่าของสารพันธุกรรม (DNA) ทั้งเกิดจากการกระตุ้น เช่น สารเคมี รังสี หรือเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของตัวสารพันธุกรรมเอง ตามช่วงเวลา ทำให้ส่งผลต่อการเสื่อมของเซลล์

1.5 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) กล่าวถึงเซลล์ที่ไม่สามารถซ่อมแซมได้อีกจากการถูกทำลาย โดยอนุมูลอิสระเป็นผลผลิตจากการทำปฏิกิริยาพื้นฐานของการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย รวมทั้งผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม มลพิษต่างๆ โดยทั่วไปอนุมูลอิสระเหล่านี้จะถูกทำลายโดยปฏิกิริยาของเอนไซม์ หรือปฏิกิริยาของการรวมตัวกับออกซิเจนตามธรรมชาติ แต่หากไม่ถูกทำลายอนุมูลอิสระเหล่านี้ ก็จะเข้าทำปฏิกิริยากับโมเลกุลในเซลล์ เกิดปฏิกิริยาเคมีทำให้เกิดการทำลายเซลล์ หรือทำให้เซลล์อ่อนแอลง

1.6 ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-Linkage Theory or Connective Tissue Theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวเกี่ยวกับปฏิกิริยาเคมีที่ทำให้เกิดพันธะที่แข็งแรงขึ้นระหว่างโครงสร้างของโมเลกุลที่ผิดปกติในกรเชื่อมต่อทั้งภายในและภายนอกเซลล์ ทำให้เกิดการเพิ่มของจำนวนคอลลาเจน ทำให้คุณสมบัติของเซลล์และเนื้อเยื่อเปลี่ยนไปจากเดิมจากการเชื่อมตามขวางที่พบได้บ่อยของ อีลาสติน และ คอลลาเจน ที่เป็นส่วนประกอบของเนื้อเยื่อเกี่ยวกันพันธะมีการเกาะยึดกันแน่น เซลล์ขาดความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของโครงสร้างของร่างกายเมื่อสูงอายุขึ้น

1.7 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear-and-Tear Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงความเสื่อมโทรมของเซลล์จากระยะเวลาที่ใช้งานนาน ทำให้เซลล์เกิดความเสื่อมถอยจากตัวเซลล์เองและจากสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความล้มเหลวในการซ่อมแซมเซลล์ เป็นผลให้มีการเสื่อมหน้าที่และการตายของเซลล์ อีกทั้งไม่สามารถแบ่งตัวหรือสร้างใหม่ได้อีกขาดเซลล์ที่จะมาทดแทน

2. **Nonstochastic Theories** เป็นทฤษฎีการสูงอายุที่อธิบายการสูงอายุว่าสามารถทำนายล่วงหน้าได้ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยมีเวลาเป็นตัวกำหนด

2.1 ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Programmed Aging Theory or Genetic Clock) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงด้านหน้าที่ของร่างกายที่เกิดขึ้นในเซลล์และตอบสนองต่อเซลล์และระบบต่างๆ ของผู้สูงอายุ ได้ถูกจัดตั้งระยะเวลาการเข้าสู่วัยสูงอายุไว้แล้ว

2.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Control Theory) ทฤษฎีนี้มุ่งพิจารณาการดำรงชีวิตโดยฮอร์โมนจากระบบประสาท และต่อมไร้ท่อ ตั้งแต่ปฏิสนธิจนตาย เมื่อผู้สูงอายุขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงของระบบฮอร์โมนต่างๆ เมื่อระบบสร้างฮอร์โมนเสื่อมลงทำให้มีผลต่อระบบการทำงานของร่างกายทำให้ทำงานผิดปกติ และเสียชีวิต ในที่สุด

2.3 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunologic Theory) อธิบายถึงกระบวนการสูงอายุที่เป็นผลจากระบบภูมิคุ้มกัน ของร่างกายลดสภาพลงทีละน้อย จนร่างกายไม่สามารถปกป้องตนเองจากอันตรายได้ ซึ่งระบบภูมิคุ้มกันประกอบด้วย 2 รูปแบบ ได้แก่ การสร้างแอนติบอดีเพื่อทำลายจุลชีพและสิ่งแปลกปลอม ร่วมด้วยการสร้างเซลล์จำเพาะเพื่อทำหน้าที่ในการทำลายสิ่งแปลกปลอมนั้นๆ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุระบบภูมิคุ้มกันทำหน้าที่ลดลง มีการเสียหายที่การทำงานของซึ่งส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอและเจ็บป่วยได้ง่าย

ทฤษฎีการสูงอายุทางจิตใจ (Psychological Theories of Aging)

เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ผลของการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ตลอดจน สถานภาพทางสังคม ตำแหน่ง หน้าที่การงาน วัฒนธรรม โครงสร้างของสิ่งแวดล้อม ชุมชน และสังคมรอบตัว จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและบุคลิกภาพของผู้สูงอายุทั้งสิ้น ผู้สูงอายุจะต้องรับการเปลี่ยนแปลง ทั้งทางร่างกายและสมรรถภาพที่ลดลง หากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ ก็จะสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข ซึ่งหากผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางจิตใจ ประสบความสำเร็จในชีวิต จะมีความรู้สึกพึงพอใจ ภูมิใจ และมีความสุขใจ แต่ความไม่ประสบความสำเร็จก็เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะรู้สึกวุ่นวาย ไม่มีความหมาย ท้อถอยและหมดหวังเสมอไป (Ebersole and Hess, 2003)

1. **ทฤษฎีความต้องการพื้นฐานของมนุษย์** ของ Maslow's Hierarchy of Human Need Theory) ซึ่งได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์แบ่งเป็น 5 ชั้น ได้แก่ 1.) ความต้องการด้านร่างกาย เช่น อาหาร น้ำ การขับถ่าย อากาศ การพักผ่อน ความต้องการทางเพศ ความสะอาด 2) ความต้องการความมั่นคงและความปลอดภัย 3) ความต้องการความรัก ความเข้าใจ การเป็นเจ้าของ 4) ความต้องการความเคารพในตนเอง 5) ความต้องการทำในสิ่งที่

ต้องการสูงสุดให้เป็นจริง มาสโลว์ ได้กล่าวถึงแต่ละขั้นของความต้องการของมนุษย์บุคคลดังกล่าวได้รับการตอบสนองความต้องการในขั้นต่ำสุดก่อนค่อยเลื่อนขึ้นที่ละขั้นจนสูงสุด

2. **ทฤษฎีการพัฒนา 8 ขั้นตอนของชีวิต (Eight Stages of Life Theory)** ซึ่งพัฒนาโดย Erikson เป็นการพัฒนาทางด้านจิตวิทยาที่ได้รับอิทธิพลของวัฒนธรรมและสังคมพัฒนาการที่เน้นในทฤษฎีนี้คือ โครงสร้างของอัตตา ของตนเอง หรือการรับรู้ตนเอง ในแต่ละขั้น จะมีข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลสามารถแก้ภาวะสับสนขัดแย้งนี้ไปได้ จะเข้าถึงชีวิตที่สมปรารถนาตามวัยและเข้าสู่วัยอื่นๆ ได้ดีตามลำดับ

ทฤษฎีการสูงอายุทางสังคม (Social Theories of Aging)

เป็นทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทางสังคมที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพ และบทบาทระหว่างบุคคล รวมถึงการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุในการดำรงชีวิต ซึ่งมีหลายทฤษฎี ได้แก่

1. **ทฤษฎีการถดถอย (Disengagement Theory)** กล่าวว่า เมื่อเข้าสู่วัย ผู้สูงอายุจะมีการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม ตามที่สังคมทั่วไปยอมรับ เช่น การถอนตัวออกจากสังคม และลดบทบาทความสำคัญจากกิจกรรมต่างๆ ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความสมดุลแก่สังคม ที่จะมีบุคคลอื่นเข้ามาแทนที่บทบาทผู้สูงอายุที่ถอนตัวออกมา

2. **ทฤษฎีการมีกิจกรรม (Activity Theory)** กล่าวว่า ผู้สูงอายุยังคงต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมเพื่อการคงไว้ซึ่งความเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะ เนื่องจาก การมีกิจกรรมในสังคม เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ

3. **ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory)** กล่าวว่า วัยสูงอายุมิใช่วัยตอนปลายของชีวิตที่แยกออกมาชัดเจน แต่มีความเชื่อมโยงกันต่อเนื่องมาตลอดชีวิต และเชื่อว่า ชีวิตทุกวัยเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการตามช่วงวัยของชีวิต เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุก็พยายามที่จะดำรงและดำเนินกิจวัตร บำบัด สิ่งที่ชอบ ค่านิยม พฤติกรรมต่างๆ ที่เป็นส่วนบุคคลของบุคคลนั้นอย่างต่อเนื่องไม่หยุดนิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีที่เกี่ยวกับความสูงอายุแม้จะมีความหลากหลายของแนวคิด แต่ทุกทฤษฎีก็ทำให้เข้าใจถึงการก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งเชื่อกันว่า การสูงอายุ เกิดจากหลายทฤษฎีร่วมกัน การจะยกทฤษฎีใดมาซ้ำ ควรมีการนำทฤษฎีที่เหมาะสมมาเลือกใช้กับ ผู้สูงอายุผู้สูงอายุแต่ละคน หรือแต่ละสังคม

1.2 สถานการณ์และแนวโน้มของผู้สูงอายุไทย

ประเทศไทยต้องเผชิญกับภาวะประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และโครงสร้างทางอายุของประชากรไทยจะเปลี่ยนเป็นสูงขึ้น จากข้อมูลล่าสุดของประชากรสูงอายุในประเทศไทยมีจำนวน 7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 11.15 (สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551) โดยคาดประมาณว่า ประชากรวัย 6-14 ปี และวัย 15-17 ปี จะมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ประชากรสูงอายุมิแนวโน้มเพิ่มขึ้น เห็นได้จากประชากรสูงอายุเพิ่มจาก ร้อยละ 5.0 ในปี พ.ศ.2493 เป็น 2 เท่าเป็นร้อยละ 10.1 ในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งใช้เวลา 50 ปี และคาดการณ์ว่าประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็น 3 เท่า คือ ร้อยละ 15.6 ในปี พ.ศ. 2558 และเพิ่มเป็น 4 เท่า คือ ร้อยละ 21.5 ในปี พ.ศ. 2568 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2549) ซึ่งเป็นผลมาจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ และอัตราการเสียชีวิต จากการพัฒนาทางด้านทางการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ อีกทั้งยังพบว่าเมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ทำให้อัตราภาวะพึ่งพาที่เกิดจากวัยสูงอายุด้วย ซึ่งถึงแม้การเปลี่ยนแปลงนี้จะดำเนินอย่างช้าๆ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544)

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจึงมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชากรอย่างลึกซึ้งไม่เพียงแต่ขนาดของประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเท่านั้น คุณลักษณะของผู้สูงอายุในอนาคตก็จะแตกต่างจากผู้สูงอายุในปัจจุบันหลายด้าน เห็นได้จากผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น โดยเฉพาะประชากรสูงอายุที่อายุมากกว่า 80 ปี (Old old, Oldest old) จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุขนอกจากทำให้อัตราการตายของทุกกลุ่มอายุลดลง อายุเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งเชื่อว่า อายุที่ยืนยาวขึ้น จะบ่งบอกถึงการมีสุขภาพที่ดี แต่การดำรงชีวิตที่ยืนยาวร่วมกับความเสื่อมของร่างกายที่เพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทำให้ ความต้องการการดูแลผู้สูงอายุที่อายุมาก มีเพิ่มขึ้น บุตรที่คอยดูแลก็จะอายุเพิ่มสูงขึ้น ทำให้ผู้ดูแลอาจเป็นผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเช่นกัน นอกจากนี้ จำนวนบุตรที่ลดลงอาจลดโอกาสที่ผู้สูงอายุจะมีบุตรไว้ดูแลเมื่อยามสูงอายุก็ลดลงด้วย (นภาพร ชโยวรรณ, 2545) อีกทั้งความเป็นสังคมเมืองเพิ่มขึ้น ทำให้ขนาดของครอบครัว ที่เคยเป็นครอบครัวขยาย เปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ความใกล้ชิดระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลาน มีน้อยลง เดิมผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดทางวิชาการ และสนับสนุนความก้าวหน้าของบุตรหลาน บทบาทดังกล่าวของผู้สูงอายุลดลง และการรับรู้ของบุตรหลาน เกี่ยวกับ การอยู่ในฐานะที่ควรเคารพบูชา ยอมรับนับถือ ของผู้สูงอายุลดลง ทำให้ ผู้สูงอายุรู้สึกขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับและการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ผู้สูงอายุต้องพบกับความโดดเดี่ยว รู้สึกถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งทางใจ (วาสนา เกื่อนวงษ์, 2540)

1.3 สถานการณ์และแนวโน้มผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร

จากการสืบค้นข้อมูลของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พบว่า ในปี 2549 ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีจำนวน 581,848 คน จากประชากรของกรุงเทพมหานครจำนวน 5,695,956 คน คิดเป็นร้อยละ 10.2 และคาดประมาณว่าปีพ.ศ. 2567 หรือประมาณเกือบ 20 ปีข้างหน้า ประชากรสูงอายุของกรุงเทพมหานคร จะเพิ่มเป็น 2.5 เท่า (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ สุวิณี วิวัฒวานิช, 2547)

แนวโน้มด้านภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุ มีแนวโน้มการมีโรคประจำตัวเพิ่มขึ้น โดยปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 50.5 มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลเมือง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2549) ซึ่งผู้สูงในกรุงเทพมหานคร ได้รับการบริการด้านภาวะสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบริการระดับปฐมภูมิในชุมชน (สกุลรัตน์ เตียววานิช, 2545) เนื่องจากกรุงเทพมหานคร มีโครงสร้างบริการสาธารณสุขต่างๆ รวมถึงการบริหารงานโดยอิสระของกรุงเทพมหานคร และยังมีหน่วยงานภาคเอกชนที่คอยให้การดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเตรียมตัวก่อนวัยเกษียณ เช่น สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ซึ่งในกรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งสิ้น 6 สาขา สหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร สมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย เป็นต้น

นอกจากความต้องการด้านการดูแลสุขภาพแล้ว ความต้องการการสนับสนุนจากสังคมและครอบครัว โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ต้องการให้บุตรหลาน หรือบุคคลในครอบครัว ถามไถ่ถึงทุกข์สุข ต้องการให้บุตรหลานมาเยี่ยมเยียนในโอกาสสำคัญ และสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการให้บุคคลในครอบครัวเกื้อหนุนมากที่สุด ได้แก่ การส่งเสริมด้านค่าใช้จ่าย ในขณะที่ความต้องการของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐ ได้แก่ ความต้องการสิ่งของที่จำเป็น เช่น ปัจจัยสี่ ความต้องการการอำนวยความสะดวกในการรักษาพยาบาล และความต้องการการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ตามลำดับ และสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนจากภาครัฐสูงกว่าผู้สูงอายุในภาคอื่น ได้แก่ ความต้องการด้านการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2549)

ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีลักษณะเฉพาะ และมีความแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจาก กรุงเทพมหานคร เป็นเมืองหลวงที่มีลักษณะของ "เอกนคร" กล่าวคือ เป็นศูนย์กลางความเจริญทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม ธุรกิจ ส่งผลให้สังคมมีความรีบเร่งในชีวิตประจำวันมากขึ้น เวลาเอาใจใส่ดูแลกันมีน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มอยู่อย่างโดดเดี่ยวตามลำพัง หรือคู่สามีภรรยามากขึ้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (วาสนา เกื้ออนวงษ์, 2540)

2. แนวคิดการรวมกลุ่ม ชมรมผู้สูงอายุ

เป็นเรื่องธรรมชาติที่มนุษย์ที่รุ่นราวคราวเดียวกัน มักจะคบหาที่มีความสนิทสนมกันกว่าคนต่างวัย และเมื่อถึงเวลาเกษียณอายุงาน หรือล่วงเข้าสู่วัยสูงอายุ บุคคลได้ไปปักหลักตั้งครอบครัวอยู่ที่ไหน มักจะอยู่ที่นั่นตลอดไป โดยสถานที่ที่ผู้สูงอายุได้มีโอกาสไปพบปะพูดคุยกัน มักเป็นงานทางสังคม เทศกาลงานบุญต่างๆ คนไทย (บรรลุ ศิริพานิช, 2542) ทำให้มีการมองถึงเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2549) โดยพบว่า การรวมกลุ่มกันในชุมชน ในลักษณะกลุ่มหรือสมาคมต่างๆ ส่วนใหญ่ เป็นการรวมกลุ่มกันเองของผู้สูงอายุ น่าจะมีสาเหตุมาจากที่ทุกคนมีเวลาว่าง เกิดความเหงา ต้องการความรื่นเริง จึงเกิดการรวมกลุ่มกันขึ้น รัฐบาลจึงเห็นความสำคัญในการรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมแก่ผู้สูงอายุ อีกทั้ง การให้การดูแลจากที่มสุขภาพ จัดตั้งเป็นชมรมผู้สูงอายุขึ้น

2.1 ชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุ เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ เพื่อประกอบกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน โดยคาดหวังว่า การรวมกลุ่มกันของผู้สูงอายุจะช่วยส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และสังคมส่วนรวม ในอดีตผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใกล้เคียงกันจะรวมกลุ่มกันตามสถานที่ต่างๆ ที่สะดวกและคุ้นเคย เช่น ร้านกาแฟ หรือศาลาวัด เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน แต่เนื่องจากสภาพการณ์ในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลง รวมถึงการเจริญเติบโตในลักษณะสังคมเมือง จึงทำให้การรวมตัวกันของผู้สูงอายุทำได้ลำบากจากเดิม และแตกต่างไปจากรูปแบบเดิม ภาครัฐจึงได้มีการส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2547) เพื่อส่งเสริมการทำกิจกรรมร่วมกัน อย่างเป็นแบบแผน และส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้มากขึ้น

ในประเทศไทย กระทรวงมหาดไทย ซึ่งดูแลรับผิดชอบกรมประชาสงเคราะห์ในช่วงประมาณปี พ.ศ. 2525 จึงได้ส่งหนังสือไปยังผู้ว่าราชการทุกจังหวัด ให้แต่ละจังหวัดสนับสนุนให้มีการจัดชมรมผู้สูงอายุขึ้นอย่างน้อยจังหวัดละแห่ง และมีการพัฒนามาจนทุกวันนี้

ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีลักษณะเฉพาะ และแตกต่างกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่น เนื่องจากเป็นศูนย์กลางของความเจริญทางเทคโนโลยีทุกด้าน อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม ธุรกิจ การค้า และบริการ มีประชากรจำนวนมาก และอาศัยกันหนาแน่นทำให้มีการเอาใจใส่ดูแลกันน้อยลง และการเดินทางที่ลำบากทำให้การรวมตัวกันของผู้สูงอายุทำได้ลำบาก กรุงเทพมหานครจึงได้สนับสนุนในการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ

โดยได้รับทุนสนับสนุนจากยูนิเซฟ (Unisef) ให้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุครั้งแรกในปี พ.ศ. 2529 ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข 29 (ช่วง นุชเนตร) สำนักอนามัยให้การสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุตามศูนย์บริการสาธารณสุข และในชุมชนของกรุงเทพมหานคร ทำให้จำนวน ผู้สูงอายุ และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุได้ขยายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามลำดับ พ.ศ. 2550 มีจำนวนชมรมผู้สูงอายุ 250 ชมรม มีสมาชิกจำนวน 26,657คน และอยู่ในความรับผิดชอบ สหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุ ภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานของกรุงเทพมหานคร คือ สำนักอนามัย สำนักสวัสดิการสังคม และสำนักงานแพทย์ (สหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุ, 2550)

วัตถุประสงค์ของการดำเนินงานของชมรม

1. ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีกิจกรรมส่งเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพ รวมทั้งมีการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย
2. เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต คงความมีคุณค่า ลดความเหงา ความว้าเหว่ ได้ใช้ประสบการณ์ในการบำเพ็ญประโยชน์ ต่อสังคม
3. เพื่อมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้พึ่งพาตนเอง และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
4. เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

การดำเนินงานของกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

การดำเนินงานของกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุแต่ละชมรม จะแตกต่างกันไป ขึ้นกับระยะเวลาที่ชมรมกำหนด ความเข้มแข็งของคณะกรรมการ ความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของสมาชิก การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน ส่วนใหญ่ประกอบด้วย (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2547)

1. กิจกรรมทางวัฒนธรรมและศาสนา โดยการสวดมนต์ นั่งสมาธิ ปฏิบัติธรรม และจัดกิจกรรมเนื่องในวันสำคัญทางศาสนา เช่น วันเข้าพรรษา วันพระ เป็นต้น
2. กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ โดยการออกกำลังกายท่ามือเปล่า เช่น การรำมวยจีน ไทเก๊ก เป็นต้น และการออกกำลังกายแบบที่มีอุปกรณ์การออกกำลังกายประกอบการเล่น เช่น รำกระบอง รำพัด เป็นต้น
3. กิจกรรมส่งเสริมความรู้และพัฒนาสมอง ได้แก่ การจัดให้มีมุมมออ่านหนังสือการให้ความรู้ทางวิชาการและส่งเสริมสุขภาพ โดยบุคลากรของหน่วยงานต่างๆ
4. กิจกรรมส่งเสริมความรู้และพัฒนาสมอง ได้แก่ การจัดให้มีมุมอ่านหนังสือ การให้ความรู้ทางวิชาการและส่งเสริมสุขภาพ โดยบุคลากรของหน่วยงานต่างๆ
5. กิจกรรมเพื่อส่งเสริมอาชีพและรายได้ โดยการจัดอบรมฝึกอาชีพตามความต้องการและความสนใจของสมาชิก เช่น การทำอาหาร ดอกไม้ ผลิตภัณฑ์จากวัสดุเหลือใช้ เป็นต้น

6. กิจกรรมนันทนาการ บันเทิง ทักษะศึกษา จัดให้มีการร้องเพลง การร่างมาตรฐาน เป็นต้น จัดทัศนศึกษาเพื่อเพิ่มพูนประสบการณ์และพักผ่อน

7. กิจกรรมบำเพ็ญสาธารณสุขประโยชน์ ได้แก่ การพัฒนาชุมชน วัด การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า ประชากรสูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้รัฐหันมาเห็นความสำคัญในการจัดบริการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น โดยการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ที่ทีมสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ ผู้สูงอายุ ได้มีกิจกรรมที่เหมาะสม มีการรวมกลุ่มอย่างมีรูปแบบ ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีความสุขทางจิตใจ และสามารถปรับตัวเมื่อร่างกายเกิดการเปลี่ยนแปลงได้

2.2 สหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร

สหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร เกิดจากการรวมตัวของชมรมผู้สูงอายุที่หน่วยงานของกรุงเทพมหานคร ให้การสนับสนุน ดำเนินการก่อตั้งเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2540 เพื่อเป็นการรวมตัวกันประสานเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ในการประกอบกิจกรรมร่วมกัน สหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุ มีการมีการบริหารงานในรูปแบบคณะกรรมการ เพื่อให้เกิดความคล่องตัว มีประสิทธิภาพและสามารถกระจายข่าวสารของสหพันธ์ ให้สมาชิกทุกคนได้ทราบ และได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของสหพันธ์จึงได้แบ่ง ผู้สูงอายุออกเป็น 23 กลุ่ม คือ (กองส่งเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย และ สหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร, 2550)

1. ชมรมผู้สูงอายุของที่สังกัดศูนย์บริการสาธารณสุข 12 กลุ่ม (ตามโครงสร้างการบริหารงานของสำนักอนามัย)

2. ชมรมผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลต่าง ของสำนักงานแพทย์ จำนวน 9 กลุ่ม

3. ชมรมผู้สูงอายุข้าราชการกรุงเทพมหานคร จำนวน 1 กลุ่ม

4. ชมรมผู้สูงอายุลูกจ้างประจำกรุงเทพมหานคร จำนวน 1 กลุ่ม

สหพันธ์ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์การดำเนินงานของสหพันธ์ ดังนี้

1. เพื่อตรวจสุขภาพสมาชิกประจำปี

2. เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยแก่สมาชิกทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

3. เพื่อให้สมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณประโยชน์และกิจกรรมต่างๆ ของชมรม

4. เพื่อร่วมมือกันส่งเสริมในการสร้างชื่อเสียง เกียรติคุณอันดีงามให้แก่กรุงเทพมหานคร

5. เพื่อสนับสนุน ส่งเสริม และแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ของสมาชิก

6. เพื่อสนับสนุน ส่งเสริม ด้านสวัสดิการ และการให้ความช่วยเหลือของสมาชิก

7. เพื่อปกป้องและพิทักษ์สิทธิอันพึงมี พึงได้ของสมาชิก

8. เพื่อสร้างสัมพันธภาพอันดีในหมู่สมาชิก

9. เพื่อดำเนินงานตามนโยบายของกรุงเทพมหานครและภาครัฐ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ
ผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร

3. แนวคิดความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ

ความผาสุกทางใจ (Psychological well-being) เป็นสิ่งสำคัญที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา ในความต้องการในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของประชากร ความผาสุกทางใจนั้น เกิดจากการที่บุคคลรับรู้ต่อตนเองในทางบวก (Ryff, 1989) ในขณะที่มิติของผู้สูงอายุไทยนั้น รวมถึงการรับรู้ต่อบุคคลรอบข้าง ทั้งในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้านด้วย (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ, 2543) ได้มีนักวิชาการหลายท่าน ได้กล่าวถึงความผาสุกทางใจไว้ ดังนี้

Ryff (1989) กล่าวว่า ความผาสุกทางใจ เป็นความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ต่อตนเองในทางบวก ประกอบด้วย 6 มิติได้แก่

1. ความรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจด้วยตัวเองมีความคิดเป็นอิสระ ในการกระทำสิ่งที่คิดว่าดีที่สุดสำหรับตนเอง

2. ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ (Environmental mastery) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ให้สอดคล้องกับกับความต้องการของตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อสามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อม หรือสถานการณ์ที่ซับซ้อนได้

3. การพัฒนาตนเอง (Personal growth) หมายถึง การพัฒนาตนเองทั้งร่างกาย และจิตใจ เป็นกระบวนการที่เกิดอย่างต่อเนื่อง ทำให้รู้ว่าตนเองเติบโตขึ้น พร้อมสำหรับประสบการณ์ใหม่ๆ มีการพัฒนาศักยภาพของตน ปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองตลอดเวลา

4. การมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น (Positive relationship with other) หมายถึง ความรู้สึกไว้วางใจผู้อื่นได้ มีแนวคิดว่ามีสุขภาพจิตที่ดีและเห็นใจต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน มีความรักและมิตรภาพที่ดีให้แก่ผู้อื่นเสมอ

5. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in life) หมายถึง การมีเป้าหมายในชีวิตที่จะมุ่งมั่นไปสูเป้าหมายนั้นๆ เพื่อส่งเสริมให้ชีวิตของตนเองมีความหมายมากขึ้น

6. การยอมรับในตน (Self-acceptance) หมายถึงการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความพึงพอใจต่อตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มีความคิดถึงสิ่งต่างๆในทางบวก

จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (2543) ได้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุไทย พบว่า ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุนั้นไม่ได้เน้น แต่ความสุขส่วนบุคคล จะต้องประกอบด้วย มิติ 5 มิติ ดังนี้

1. ความสามัคคีปรองดอง (Harmony) หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุถึงความสุขสบายใจ อันเกิดจาก ความกลมเกลียวรักใคร่ ไม่ทะเลาะเบาะแว้งกันของบุคคลในครอบครัว สังคม รวมถึงการที่ผู้สูงอายุ มีสัมพันธภาพที่ดีกับลูกหลาน การที่ลูกหลานใกล้ชิดพร้อมหน้าพร้อมตา และความสำเร็จ ความก้าวหน้าของบุคคลในครอบครัวหรือการมีลูกหลานเป็นคนดี

2. การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (Interdependence) หมายถึง ความรู้สึกสุขสบายใจจากการที่ผู้สูงอายุได้ทำตนให้เป็นประโยชน์ หรือช่วยเหลือลูกหลานบุคคลในครอบครัว ในขณะที่เดียวกันบุคคลในครอบครัว หรือลูกหลานตอบแทนด้วยการเลี้ยงดู ช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเมื่อยามเจ็บป่วย ความรู้สึกสบายใจเกิดจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และตนยังมีคุณค่าเป็นที่พึ่งเป็นบุคคลที่มีประโยชน์แก่ลูกหลาน

3. ความสงบสุขและการยอมรับ (Acceptance and Calmness) หมายถึง ความรู้สึกสุขสบายใจจากการที่ผู้สูงอายุ ทำใจให้ยอมรับและหาความสงบในจิตใจ การปล่อยวางความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจ ทำใจให้ยอมรับ หรือบางครั้งปลงกับสิ่งที่ตนเองไม่สามารถขัดขวาง หรือควบคุมได้

4. การเคารพนับถือ (Respect) หมายถึง ความรู้สึกสุขสบายใจจากการที่ผู้สูงอายุรับรู้ มีความรู้สึกถึงการเคารพให้เกียรติ หรือคำแนะนำที่ให้แก่ผู้อาวุโสน้อยกว่า มีผู้รับฟัง หรือปฏิบัติตามการเคารพนับถือที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลอื่นๆ แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในชีวิตของผู้สูงอายุดำเนินชีวิตที่ดีเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลในชุมชนนั้นๆ

5. ความเบิกบาน (Enjoyment) หมายถึง ความรู้สึกสุขสบายใจจากการที่ผู้สูงอายุรับรู้ ความรู้สึกสดชื่นมีชีวิตชีวา และสนุกสนานรื่นรมย์แก่สิ่งรอบตัว ความเบิกบานอาจเกิดจากการทำกิจกรรมกับเพื่อน หรือกลุ่มผู้สูงอายุที่วัยเดียวกัน

Campbell (1976) ได้กล่าวว่า ความผาสุกทางใจ เป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึก เมื่อต้องการเผชิญกับสถานการณ์ในชีวิต แบ่งออกเป็นอารมณ์ด้านบวกและด้านลบ เป็นประสบการณ์เรียนรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์นั้นๆ โดยการประเมินความผาสุกทางใจจะประเมินหลังเผชิญสถานการณ์ และสะท้อนออกผลออกมา โดยความผาสุกทางใจ จะแสดงออกถึงอารมณ์ทางบวก และความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต

Dupuy, 1977 cite in McDowell & Newell (1987) กล่าวว่า ความผาสุกเป็นการมองความรู้สึกของแต่ละบุคคล ต่อเหตุการณ์ที่เป็นอยู่ ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกด้านบวกและลบ ถ้าบุคคลมีความรู้สึกด้านบวกมาก จะบ่งบอกถึงความผาสุกในชีวิตตามมา

Lawton (1983) ได้กล่าวว่า ความผาสุกทางใจเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการมีคุณภาพชีวิตที่มีความผาสุกทางใจ มองสภาพแวดล้อมในแง่ดี ซึ่งองค์ประกอบของความผาสุกทางใจประกอบด้วยความรู้สึก 4 ประการ ได้แก่ 1) ความรู้สึกด้านลบ (Negative effect) ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ภาวะมองโลกในแง่ร้าย และมีภาวะบีบคั้นทางจิตใจที่แสดงออกทางระบบประสาท 2) ความรู้สึกทางบวก (Positive effect) เป็นการแสดงออกของอารมณ์พึงพอใจในขณะนั้น ซึ่งมักจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ โดยไม่จำเป็นต้องมีเหตุผล 3) ความสุขเป็นการประมวลความรู้สึกในสิ่งดีที่ผ่านมาในชีวิต 4) ความสอดคล้องระหว่างความปรารถนากับการได้รับการตอบสนองความต้องการ

Susan and J. Mae (1985) กล่าวว่า ความผาสุก เป็นการรับรู้ถึงความสมดุลของชีวิต ความสามัคคีปรองดอง และความมีชีวิตชีวา ซึ่งถ้าความผาสุกมีระดับต่ำแสดงถึงภาวะความเจ็บป่วย และถ้าความผาสุกมีระดับสูง แสดงถึง การพึงพอใจด้านความรู้สึกระดับสูงสุด

Schwarz & Clore, 1983 cite in Ryff (1989) กล่าวว่า ความผาสุกทางใจนั้นเป็นการประเมินที่มีความแตกต่างกันไปตาม เวลา อารมณ์ และสถานการณ์

Diener, Lason, Levine & Emmons, 1985 cite in Ryff (1989) กล่าวว่า ความผาสุกทางใจเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกในทางบวก และมีความถี่ที่มีความรู้สึกเพิ่มขึ้น ตามช่วงเวลาของชีวิต

Heidrich (1993) กล่าวว่า ความผาสุกทางใจ คือ ความรู้สึกพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุข และความรู้สึกของอารมณ์ในทางบวก

Spiduso (1995) อ้างถึงใน สกุศลรัตน์ เตียววานิช (2545) กล่าวว่า ความผาสุกทางใจ คือ การที่บุคคลรู้สึกชีวิตตนมีคุณค่า มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต

จะเห็นได้ความผาสุกทางใจ เป็นนามธรรม โดยเกิดจากประสบการณ์ การเรียนรู้ การรับรู้และการจัดการต่อสถานการณ์ต่างๆที่เข้ามาในชีวิต ตามความเป็นจริงที่ตนต้องเผชิญ และเป็นความรู้สึกที่อาจมีความแตกต่างกันออกไป ตามเวลา สถานการณ์ ในขณะที่ผู้สูงอายุไทย มีความแตกต่างของมิติความผาสุกทางใจกับผู้สูงอายุในสังคมตะวันตก เนื่องจากให้ความสำคัญกับความรักใคร่ปรองดองกันของคนในครอบครัว เพื่อนและเพื่อนบ้าน

3.1 ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางใจ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของ ร่างกาย จิตใจ และบทบาททางสังคม ซึ่งจะมี ความผาสุกทางใจได้นั้น จะต้องขึ้นอยู่กับ การรับรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เวลา และ สถานการณ์ที่แตกต่างกัน จากการศึกษา พบว่า ความผาสุกทางใจ จะต้องประกอบด้วยปัจจัย ต่างๆดังนี้

ปัจจัยภายในบุคคล

ปัจจัยภายในบุคคล ที่มีความเกี่ยวข้องกับ ความผาสุกทางใจ ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ภาวะเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพ

เพศ เนื่องจากเพศชาย มีความแข็งแรงของร่างกายมากกว่าเพศหญิง และ พบว่าเพศ หญิงมีปัญหาสุขภาพมากกว่าเพศชายทำให้ และ ลักษณะการอยู่อาศัยที่เพศชาย เป็นหัวหน้า ครอบครัวและรูปแบบการอยู่อาศัยของสังคมไทย (दनัย ทิพยกนก, 2544) ทำให้ผู้สูงอายุเพศชาย จึงมีความผาสุกทางใจมากกว่าเพศหญิง (Costa et al., 1987 อ้างถึงใน สฤรรัตน์ เตียววานิช)

สถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ด้วย ทำให้มีคู่คิด มีเพื่อนแท้ คบได้ อย่างสนิทใจ ผู้สูงอายุไม่รู้สึกละแสบหรือโดดเดี่ยว (รุ่งทิพย์ แแบ่งใจ, 2542)

ภาวะเศรษฐกิจ พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีหนี้สินจะมีความสุขทางใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีหนี้สิน ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่าจะมีความสุขทางใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่า (दनัย ทิพยกนก, 2544)

ภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี จะส่งผลต่อความผาสุกทางใจ ในทางบวก (Wang and Laffrey, 2001) เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพดีนั้น จะมีความเครียดต่อการดำเนินชีวิตประจำวันลดลง และมีภาวะพึ่งพาต่ำ ทำให้รับรู้ความสุข และมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต นำสู่ความผาสุกทางใจ (Heidrich, 1993)

การสนับสนุนจากครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด บุคคลในครอบครัวจึงมี บทบาทที่สำคัญในการให้การช่วยเหลือ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุมากที่สุด พบว่า ผู้สูงอายุนั้น นอกจากต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายแล้ว ยังต้องเผชิญกับการ สูญเสียคู่สมรส บทบาทที่สำคัญในครอบครัว ซึ่งนำไปสู่ความเครียดตามมา (George, 1996 cite in Bisconti and Bergeman, 1999) ในบริบทของผู้สูงอายุไทยครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญ ทำให้ ผู้สูงอายุไม่รู้สึกละแสบ มีคุณค่าต่อครอบครัวและสังคม นำสู่ความผาสุกทางใจ (จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ, 2544) ในขณะที่ผู้สูงอายุ ยังคงมีความต้องการการดูแลจากบุคคลใน ครอบครัว โดยพบว่า ผู้สูงอายุต้องการให้บุคคลในครอบครัว หรือบุตรหลาน คอยถามไถ่ทุกข์ สุข มาเยี่ยมเยียนในโอกาสสำคัญ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2549)

เนื่องจากบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กันตามโครงสร้างของครอบครัว และมีหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีพัฒนาการร่วมกัน 3 ประการ ได้แก่ การตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางกายภาพ การตอบสนองความคาดหวังทางสังคม และการตอบสนองต่อความปรารถนาของตนเอง เพื่อให้เกิดความพึงพอใจ การที่ครอบครัวปฏิบัติพัฒนาการของครอบครัวระยะวัยชรา ได้สำเร็จ จึงส่งผลต่อความผาสุกแก่ผู้สูงอายุได้ (ธิดา ทองวิเชียร, 2550)

การปฏิบัติกิจกรรม

ผู้สูงอายุที่ยังคงมีกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอ จะมีระดับความผาสุกทางใจสูงกว่าผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมทางกายไม่สม่ำเสมอ (Pelletier, 2001) เนื่องจากกิจกรรมทางกายช่วยส่งเสริมการใช้พลังงาน และการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการมีกิจกรรมทางกาย ครอบคลุมถึงทุกกิจกรรมที่เป็นการออกกำลังกาย และการไม่ออกกำลังกาย ดังนั้น การส่งผลต่อร่างกายมีความแตกต่างกันของลักษณะกิจกรรม ความถี่ ความหนักเบา ระยะเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม (ปัญญภัทร ภัทรกันทากุล, 2544) อีกทั้งยังพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม ก็มีผลต่อความผาสุกทางใจเช่นกัน (พนิตนันท์ โชติกเจริญสุข, 2545) แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม และต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา ก็จะมีรู้สึกรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองต่ำ ส่งผลต่อความผาสุกทางใจเช่นกัน (อรนุช ธรรมสอน, 2544)

3.2 การประเมินความผาสุกทางใจ

การประเมินความผาสุกทางใจมีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางใจและวัตถุประสงค์ของการศึกษาในแต่ละเรื่อง อย่างไรก็ตาม การประเมินความผาสุกทางใจมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัย (Objective well-being) เป็นการวัดทางกายภาพ ลักษณะเหตุการณ์พฤติกรรมหรือลักษณะของบุคคลโดยการตัดสินจากบุคคลอื่น เช่น แพทย์หรือพยาบาล หรือ ตนเองจากข้อมูลที่เป็นจริง หรือ รูปธรรมที่มองเห็นได้ วัดได้ การวัดสภาวะทางกายภาพ ลักษณะเหตุการณ์ พฤติกรรม เช่น ดัชนีความผาสุก (The Index Well-being: IWB) ซึ่งใช้วัดความผาสุกตามลักษณะสภาพของผู้ป่วย เช่น รายได้ อาชีพ การศึกษา หน้าที่ทางด้านร่างกาย ความเป็นอยู่ด้านการเคลื่อนไหว และวัดความสามารถทางกายภาพในการปฏิบัติกิจกรรมของตนเอง กิจกรรมทางสังคม

2. การประเมินเชิงจิตวิสัย (Subjective well-being) เป็นการประเมินทางความรู้สึกทางด้านจิตใจของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ เป็นการประเมินโดยตนเองตามความหมายหรือประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล โดยขึ้นกับการรับรู้ ประสบการณ์ในอดีตของตน

สะท้อนถึงสภาวะทางอารมณ์ เช่น ความปรารถนา ความพึงพอใจ ความรู้สึกทางบวกและทางลบ เป็นต้น ซึ่งเป็นการวัดความผาสุกจากตนเอง เป็นผู้วัด ซึ่งเครื่องมือที่ใช้วัดความผาสุกทางด้านจิตวิสัย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

2.1 กลุ่มที่มองความผาสุกเป็นภาพรวม การประเมินความผาสุกจึงเป็นการวัดโดยรวมของบุคคลหนึ่ง เช่น

แบบวัดความผาสุกด้วยตนเองของ แคนทริล (Cantril self-anchring ladders Scale) (Cantril, 1965 cite in Mckeehan & Whykle, 1986) ซึ่งมองความพึงพอใจในชีวิตเป็นการรู้สึกถึงความแตกต่างระหว่างความปรารถนา กับความสำเร็จของบุคคล

แบบวัดความผาสุกของ Campbell (1976) ซึ่งกล่าวถึงความผาสุกในชีวิตในลักษณะว่าบุคคลเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้ต่อสภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และเปรียบเทียบกับเหตุการณ์ที่บุคคลต้องการหรือปรารถนาให้เป็น

2.2 กลุ่มที่มองความผาสุกประกอบด้วยส่วนประกอบต่างๆ การวัดความผาสุกเป็นการวัดหลายๆด้าน เช่น

แบบวัดความผาสุกของ Dupuy (The General Well-being Schedule: GWB) ซึ่งวัดความผาสุกซึ่งสร้างจากแบบสอบถาม U.S. Health and Nutrition Examination Survey (HANES) ซึ่ง ต้นฉบับมี 68 ข้อ แต่ Dupuy นำมาเพียง 18 ข้อ มีเนื้อหาตรงกับการประเมินความผาสุก และทำการวิเคราะห์หองค์ประกอบ ของเครื่องมือ พบว่า ความรู้สึก 6 ลักษณะ ประกอบด้วย ความรู้สึกเป็นสุข 3 ลักษณะ คือ 1) ความรู้สึกมีชีวิตชีวา 2) ความรู้สึกสามารถควบคุมตนเองได้ 3) ความรู้สึกเป็นสุข และความรู้สึกเป็นทุกข์ 3 ลักษณะ คือ 1) ความรู้สึกวิตกกังวล 2) ความรู้สึกภาวะซึมเศร้า 3) ความรู้สึกห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป (Dupuy, 1977 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ, 2532)

แบบวัดความผาสุกทางใจของ Ryff (1989) ซึ่งประกอบด้วยความผาสุกทางใจ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง 2) ความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ 3) การพัฒนาตนเอง 4) การมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่น 5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต 6) การยอมรับในตน

แบบสอบถามความผาสุกทางใจ โดยยุพิน อังสุโรจน์ และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษาความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุ และใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 มิติของความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุไทย ได้แก่ 1) ด้านความสามัคคีปรองดอง 2) ด้านความสงบสุขและการยอมรับ 3) ด้านการพึ่งพาอาศัยกัน 4) ด้านความเคารพนับถือ 5) ด้านความเบิกบาน

ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทยนั้น มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลและสถานการณ์ อีกทั้งเป็นความพึงพอใจ รู้สึกเป็นสุขในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุเอง จะต้องประกอบด้วย องค์ประกอบหลายๆด้านร่วมกัน ดังนั้นการประเมินความผาสุกทางใจ แต่ละองค์ประกอบ จึงต้องมีความชัดเจนและเหมาะสมในการประเมิน ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมินความผาสุกทางใจ ของ ยูพิน อังสุโรจน์ และคณะ (2544) มาใช้ในการศึกษาคครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วยมิติ 5 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านความสามัคคีปรองดอง 2) มิติด้านความสงบสุขและการยอมรับ 3) มิติด้านการพึ่งพาอาศัยกัน 4) มิติด้านความเคารพนับถือ 5) มิติด้านความเบิกบาน

4. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ

บุคคลเป็นองค์รวม ซึ่งประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ และจิตสังคม ซึ่งมีอาจแยกออกจากกันได้ ดังนั้นเมื่อส่วนใดส่วนหนึ่งถูกรบกวน ก็จะก่อให้เกิดความไม่สมดุลของภาวะสุขภาพ จะเห็นได้ว่า เมื่อร่างกายต้องเผชิญ กับการเปลี่ยนแปลง และเมื่อยิ่งสูงอายุขึ้น ก็จะมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น (Heidrich, 1993) ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังและบ่อยครั้ง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2540) การรับรู้ภาวะสุขภาพ จึงเป็นความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจที่บุคคลมีต่อสุขภาพของตนเอง (สกุลรัตน์ ศิริสกุล, 2544) ซึ่งบุคคลจะรับรู้ภาวะสุขภาพของตนจึงขึ้นอยู่กับ ประสบการณ์ ภายในของคนๆนั้น พฤติกรรม ความตั้งใจ มีการเปรียบเทียบกับบุคคลในวัยเดียวกัน หรือสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน และความเป็นตัวของตัวเอง ดังนั้นการมีภาวะสุขภาพที่ดี จึงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุทุกคนต้องการ เพื่อนำไปสู่ความความสุขใจได้ (दनัย ทิพยกนก, 2544) ในการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง (Orem, 2001) ได้มีผู้ได้กล่าวเกี่ยวกับแนวคิดการรับรู้สุขภาพไว้หลายท่าน ดังนี้

Wang and Laffrey (2001) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเพื่อทำนายความผาสุกของ โดยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งในการทำนายความผาสุกทางใจ ทำการศึกษาและพัฒนาเครื่องมือการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ว่าประกอบด้วย

1. ความรู้สึกถึงภาวะสุขภาพในปัจจุบัน
2. สุขภาพโดยทั่วไปของตนเองในปัจจุบัน ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
3. สุขภาพโดยทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลในวัยเดียวกัน

ข้อคำถามเข้าใจง่าย และมีความครอบคลุม Wang and Laffrey (2001) นำมาศึกษาในผู้สูงอายุ โดยมีค่า Conbach's Alpha Coefficient 0.77 มีค่า CVI ที่ระดับ 0.88 พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความผาสุก การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพดี จะมีความผาสุกมากกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี

Brook et al. (1979) ได้กล่าวถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคลว่า เป็นการประเมินตนเอง ซึ่งเกิดขึ้นได้นั้น ต่อประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต (Prior health) เป็นการประเมินการรับรู้และความคิดเห็นของตนเองในอดีต ซึ่งมีความแตกต่างกันในปัจจุบันแต่ละบุคคล ทั้งความเชื่อ เจตคติ และประสบการณ์ต่อความเจ็บป่วยในอดีต

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (Current health) เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในแต่ละวัน เป็นการให้ความหมายว่าตนมีสุขภาพดี หรือ ไม่ดีในปัจจุบัน

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต (Health outlook) เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพ ที่เกิดเนื่องมาจาก การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต และปัจจุบัน เป็นการคาดเดาภาวะสุขภาพในอนาคต

4. การรับรู้ความต้านทานโรคและความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (Resistance and susceptibility) เป็นการที่บุคคลคาดการณ์เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรค ความสามารถต้านทานโรค และการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคที่เป็นอยู่

5. ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ (Health worry and concern) เป็นการประเมินเกี่ยวกับความวิตกกังวล และการให้ความสนใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง โดยประเมินจากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา

6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Sickness-orientation) เป็นการที่บุคคลสามารถรับรู้และเข้าใจความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ว่า ภาวะสุขภาพ จะต้องประกอบด้วยภาวะสุขภาพที่ดี และความเจ็บป่วยสลับกันไป

Pender (1996) กล่าวว่า ระดับของภาวะสุขภาพ เป็นการดำเนินอย่างต่อเนื่องระหว่างภาวะสุขภาพดี และความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์เจ็บป่วย จะทำให้บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป ตามลักษณะของบุคคลและประสบการณ์เจ็บป่วยของแต่ละบุคคล

สกุรัตน์ เตียววานิช (2545) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการที่ผู้สูงอายุบอกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง

มธุรส จันทน์แสงศรี (2540) กล่าวว่า บุคคลเป็นองค์รวมทั้งทางร่างกาย จิต และสังคม มีอาจแยกออกจากกันได้ เมื่อร่างกายสูญเสียการทำหน้าที่ หรือมีความเสื่อม การรับรู้ภาวะสุขภาพย่อมส่งผลต่อ ด้านจิตใจ และบทบาทในสังคม

สรุปได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพนั้น เกิดจากการที่บุคคลรับรู้ รู้สึกต่อสภาพร่างกาย ในปัจจุบัน ซึ่งบุคคลต่างกันไปที่มีปัญหาสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน ก็อาจรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันได้ ทำให้ส่งผลต่อจิตใจ และบทบาทในสังคมของผู้สูงอายุต่อไป

4.1 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ปัจจัยสำคัญที่บุคคลมีการรับรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันดังนี้ (Kozier & Reb, 1988 อ้างใน ปิยะพันธ์ นันตา, 2541)

1. ระดับขั้นพัฒนาการของบุคคล การที่บุคคลจะรับรู้ภาวะสุขภาพและการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพของตนได้นั้น พบว่ามีความสัมพันธ์โดยตรงกับอายุ เช่น เด็กทารกเมื่อมีความเจ็บปวดเกิดขึ้น อาจจะไม่รับรู้ความเจ็บปวดได้ แต่ไม่สามารถบอกได้ว่าเจ็บปวดมากแค่ไหน

2. อิทธิพลจากสังคมและวัฒนธรรม วัฒนธรรมแต่ละวัฒนธรรมย่อมมีแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่แตกต่างกัน และมักมีการถ่ายทอดจากบิดามารดาไปสู่ลูกด้วย

3. ประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นสุขภาพดีหรือไม่ดีนั้น ไม่ได้หมายความว่าปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเขา แม้ขณะที่บุคคลมีความเจ็บป่วย เขาก็อาจจะประเมินสุขภาพของเขาว่าอยู่ในเกณฑ์ดี หากเขารับรู้เช่นนั้นส่วนความเจ็บป่วยจะมีกระบวนการดำเนินของโรคต่างๆ และทำให้มีการหยุดชะงักของพัฒนาการของชีวิตเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการรับรู้ด้านสุขภาพของบุคคล และความรู้ที่ได้รับจากประสบการณ์การเจ็บป่วย จะช่วยให้บุคคลตัดสินใจภาวะสุขภาพได้ดีขึ้น

4. ความคาดหวังของบุคคลที่มีต่อตนเอง บุคคลที่มีความคาดหวังเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนสูงอยู่ตลอดเวลา เมื่อมีสิ่งใดมากระทบต่อการทำหน้าที่ของตนแม้เพียงเล็กน้อย เขาก็จะรับรู้ว่ามีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้นกับตน

4.2 การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ อาจทำได้โดยวิธีการที่แตกต่างกันออกไป ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง (Self-report) ซึ่งเป็นการสังเกต และรับรู้ต่ออาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง และการตัดสินใจความรุนแรงเหล่านั้น ซึ่งได้มีผู้สร้างแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพไว้มากมาย ดังนี้

Wang and Laffrey (2001) ได้นำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ ประเทศจีน มาพัฒนาข้อคำถาม และผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ด้าน ได้แก่ พยาบาล นักสุขศึกษา จิตแพทย์ แพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข จากนั้นได้นำเครื่องมือ มาวัดความเที่ยงของเครื่องมือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) .81 และ .77 ในการทดลองในสตรีสูงอายุชาวไต้หวัน ทำการทดสอบความตรงทางเนื้อหา ได้ CVI ที่ระดับ.88

วัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อได้แก่

1. รับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองในปัจจุบัน
2. รับรู้ภาวะสุขภาพในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา
3. รับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลในวัยเดียวกัน

Brook et al. (1979) ได้จัดทำแบบประเมินภาวะสุขภาพทั่วไป (General Health Perception Battery) โดยมีข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านต่างๆดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีตประสบการณ์ความเชื่อทัศนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพในอนาคต
4. การรับรู้ความต้านทานโรคและความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย
5. ความวิตกกังวลและความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ
6. ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

Denyes Health status instrument สร้างในปี 1980 เป็นแบบวัดภาวะสุขภาพของ เดนีส ประเมินภาวะสุขภาพของตนเองตามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วนคำถามได้แก่

1. คำถามเกี่ยวกับสุขภาพหรือปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น
2. คำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการพักผ่อนโดนทั่วไปที่เกิดขึ้นจริงในเวลานั้นๆ

(สกุศลรัตน์ ศิริกุล, 2544)

ประคอง อินทรสมบัติ, 2539 ได้กล่าวถึงการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพว่าประกอบด้วย

1. การประเมินสุขภาพกาย ได้แก่ ความแข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ต่อความเจ็บป่วย
2. ภาวะการทำหน้าที่ เป็นการประเมินการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน
3. การทำหน้าที่ทางจิตใจ ภาวะความรู้คิด ภาวะทางอารมณ์
4. การทำหน้าที่ทางสังคม เป็นการวัดเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วยความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง เมื่อเทียบกับบุคคลวัยเดียวกัน สามารถประเมินได้จาก แบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากงานวิจัยของ จากแนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Wang and Laffrey (2001)

5. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมถอย ทั้งโครงสร้างภายนอก และการรับสัมผัสต่างๆ เช่น ตา หู ลิ้น ทำงานลดลง จึงทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลงกว่าวัยอื่น (สิริพรรณ วิกรานตเสวี, 2540 อ้างถึงใน พนิตนันท์ โชติกเจริญสุข, 2545) ดังนั้นการปฏิบัติกิจกรรม จึงเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย และจิตใจ เพราะกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุ ยังคงไว้ซึ่งบทบาท และความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ไม่อยู่ในภาวะพึ่งพา พบว่าการปฏิบัติกิจกรรม เป็นส่วนหนึ่งในการ ช่วยส่งเสริมความผาสุกทางใจ (Marcin and Henryk, 1998) แต่ในทางกลับกัน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการออกกำลังกายค่อนข้างน้อย แต่ยังคงไว้ซึ่งกิจกรรมที่ต้องออกแรง เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน เดินเล่น เป็นต้น (Forbes, 1992 อ้างถึงใน ชลธิชา จันทศิริ, 2549) อย่างไรก็ตามการปฏิบัติกิจกรรม ช่วยให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งการรับรู้ และดำรงบทบาทในการเข้าร่วมกิจกรรมสังคมไว้ (McAulye et al., 2005) ส่งผลต่อความผาสุกทางใจ ตามมา

ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) Yurick (1989) อ้างถึงใน มธุรส จันทรแสงศรี (2540) ได้ว่าอธิบายว่าการที่ผู้สูงอายุลดบทบาทลงทางสังคม ทำให้ไม่เกิดประโยชน์ต่อตนเอง และไม่ได้รับการสนับสนุนจากสังคม ผลที่ตามมาทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ ไม่ได้มีส่วนร่วมในสังคม Havighust and Albercht (1953) cite in Miller (1995) กล่าวว่า ผู้ที่ประสบความสำเร็จมีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ จะมีความพึงพอใจในชีวิต มีความผาสุกทางใจ สามารถปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลงดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ปฏิบัติกิจกรรม และผู้สูงอายุ จะยังคงรักษาบุคลิกภาพของตนไว้ได้ มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในทางบวก และของเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อต้องการคงบทบาทในสังคมต่อไป Lemon et al., 1972 cite in Yurick (1989)

ทฤษฎีกิจกรรม มีความเชื่อว่า ผู้สูงอายุยังคงต้องการดำเนินชีวิตเช่นเดียวกับคนวัยกลางคน และปฏิเสธที่จะดำรงชีวิตอย่างผู้สูงอายุให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดและความเสื่อมของร่างกายก็ตาม การรักษาระดับของกิจกรรมให้คงไว้ และเหมาะสมสำหรับกระบวนการสูงอายุ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุด (Angela and Linda, 1996)

5.1 ประเภทของการปฏิบัติกิจกรรม

Lemon et al. 1972 อ้างใน มธุรส จันทรแสงศรี (2540) กล่าวว่า กิจกรรมเป็นรูปแบบของการกระทำใดๆ หรือ งานต่างๆ ที่สนใจนอกเหนือจากการทำงานเพื่อดำรงชีวิตและกิจกรรมแบ่งออกเป็น 3 ด้าน

1. กิจกรรมแบบไม่เป็นทางการ (Informal Activity) เป็นกิจกรรมภายในบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน การช่วยเหลืองานของสมาชิกในครอบครัว

2. กิจกรรมแบบเป็นทางการ (Formal Activity) เป็นกิจกรรมที่ทำนอกบ้านทำร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม ในรูปแบบของสมาคม การเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคม การเข้าร่วมชมรมต่างๆ

3. กิจกรรมที่ทำตามลำพัง (Solitary Activity) เป็นกิจกรรมที่ทำในยามว่าง กิจกรรมเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ กิจกรรมภายในบ้าน

เขมิกา ยามะรัต (2527) อ้างถึงใน มธุรส จันทรแสงศรี (2540) ได้กล่าวถึงกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขใจ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมทางสังคม (Social participation) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆกับสมาชิกขององค์กรที่ตนเป็นสมาชิก โดยแบ่งเป็นการมีส่วนร่วมทางสังคม ภายในครอบครัว ภายนอกครอบครัว และสมาคมต่างๆที่ตนเป็นสมาชิก

2. การมีงานอดิเรก (Hobby) หมายถึง กิจกรรมในเวลาว่าง อาจเป็นการพักผ่อนหรือกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้โดยลำพัง

3. การทำงานที่มีรายได้ (Work) หมายถึง กิจกรรมที่ก่อนให้เกิดรายได้ ไม่ว่าจะเป็นงานประจำ งานชั่วคราว หรืองานพิเศษต่างๆ

5.2 ผลของการปฏิบัติกิจกรรม

5.2.1 ผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่อร่างกาย ทำให้คงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ซึ่งการเคลื่อนไหวร่างกายนั้น กล้ามเนื้อจะมีการเผาผลาญพลังงานและการใช้ออกซิเจน ทำให้ระบบหลอดเลือด หัวใจ และระบบหายใจทำหน้าที่ส่งออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้ ซึ่งการที่อวัยวะได้มีการทำงานหรือถูกใช้เป็นประจำจะช่วยทำให้คงความสามารถและการทำหน้าที่หรือมีแนวโน้มในการทำหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Marcin and Henryk, 1998) ลดความเสี่ยงจากโรคหัวใจ หลอดเลือด และความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไชมันโลหิตสูง (Eton et al.1994 อ้างถึงใน พนิตนันท์ โชติกเจริญสุข, 2545) ในขณะเดียวกัน ก็ต้องระวัง การพลัดตกหกล้ม เนื่องจากอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของกระดูกและกล้ามเนื้อได้

การเลือกกิจกรรมทางกายที่ไม่ใช้แรงมากเกินไป เหมาะสมสำหรับสภาพร่างกาย ขณะมีกิจกรรมทางควรมีความระมัดระวัง ไม่ประมาท เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกาย และขณะ การมองเห็นไม่ชัดเจน การทรงตัวไม่ดี ระบบหายใจมีประสิทธิภาพลดลง การไหลเวียนเลือดมีประสิทธิภาพลดลง

5.2.2 ผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่อจิตใจ เมื่อร่างกายแข็งแรง ช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย ทำให้รู้สึกถึงความกระฉับกระเฉง รู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเอง ที่สามารถทำกิจกรรมได้ มีความรู้สึกกับตนเองในทางบวก อีกทั้ง การปฏิบัติกิจกรรม ไม่ว่าจะ

กิจกรรมทางกาย หรือการเข้าสังคม เป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริม บุคลิกภาพ การรับรู้ และ ดำรงบทบาททางสังคมทั้งสิ้น (McAuley et al, 2005)

หากผู้สูงอายุกิจกรรมที่เลือกปฏิบัติมีความไม่เหมาะสมหรือไม่ชอบ ที่จะทำให้ อาจทำให้ ผู้สูงอายุไม่อยากปฏิบัติ เกิดความบีบคั้นในจิตใจได้

5.2.3 ผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่อบทบาทด้านสังคม กิจกรรมทางสังคม เป็นสิ่งสำคัญ และมีความจำเป็น สำหรับผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุได้พบปะกับบุคคลอื่น ในสังคม การทำกิจกรรมร่วมกันทำให้ผู้สูงอายุได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความ สนุกสนาน เพลิดเพลิน คลายความเหงา ไม่รู้สึกท้อแท้ ทำให้สุขภาพกายและใจดีขึ้น (ปัญญาภัทร ภัทรกัณฑ์กุล, 2544) ได้มีโอกาสพบปะเพื่อนฝูง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและ กัน ซึ่งอาจส่งผลให้มีความเข้าใจบุคคลอื่นและตนเองมากขึ้น สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

จะเห็นว่าผู้สูงอายุไม่ว่าจะปฏิบัติกิจกรรมใดก็ตาม ทำให้ร่างกาย ยังคงดำรงไว้ซึ่งการมี บทบาท ในสังคม และการมีสุขภาพที่ดี อีกทั้ง ชะลอความเสื่อมของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุยังคง ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า มีความผาสุกทางใจ ผู้วิจัย ได้ศึกษาและเลือก แนวคิดการปฏิบัติ กิจกรรมของ Lemon มาใช้ในการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ เนื่องจาก การประเมินมี ความครอบคลุมของกิจกรรม ทั้งทางการ กิจกรรมทางสังคม และการทำงานอดิเรก โดยต้นแปลง จากแบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรม ของ มธุรส จันทรแสงศรี(2540) ซึ่งสร้างจากแนวคิดการ ปฏิบัติกิจกรรม ของ Lemon และคณะ (1972)

6. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันหลักทางสังคมที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลทุกคน เนื่องจากเป็นสถาบันที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ในทุกลักษณะ เป็นแหล่งเลี้ยงดู หล่อหลอม อบรมสั่ง สอน ขัดเกลา ปกป้องคุ้มครอง และพัฒนาบุคคลตั้งแต่เกิดจนกระทั่งเสียชีวิต (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2545) และยังเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุไทย ดังจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ อาศัยอยู่กับบุตรหลาน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2546) ครอบครัวจึงเป็นสถาบันที่มีความสำคัญ ยิ่งต่อการดำเนินชีวิตของผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ การเกื้อหนุนกันในครอบครัวเปรียบเสมือนเป็น หลักประกันให้กับผู้สูงอายุว่าตนมีที่พึ่ง ในยามที่ต้องการความช่วยเหลือ(จันทรเพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ, 2544) ซึ่งการสนับสนุนจากครอบครัวนั้นได้มีการศึกษา หลายงานพบความสอดคล้อง ของการศึกษาผลว่า การสนับสนุนจากครอบครัวส่งผลทางบวกต่อความสุขทางใจทั้งสิ้น ไม่ว่าจะ ผู้สูงอายุนั้น จะอยู่ในภาวะเจ็บป่วย หรือ ร่างกายแข็งแรงก็ตาม

ได้มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนจากครอบครัวไว้หลายท่านดังนี้

จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ (2544) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ชุดเดียวกับการศึกษาความผาสุกทางใจของ Ingersoll Dayton et al. (2543) และสรุปถึงการช่วยเหลือสนับสนุนในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของ ทั้งนี้การช่วยเหลือสนับสนุนในครอบครัวได้แก่กิจกรรม 9 ด้าน ได้แก่

1. การให้เงิน: การช่วยเหลือกันทางการเงินระหว่างพ่อแม่ ลูก เป็นไปได้ทั้ง 2 ทิศทาง
2. การให้สิ่งของหรือสิ่งอื่นที่ไม่ใช่เงิน: การให้สิ่งของ เครื่องใช้ สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมองว่าได้รับการดูแลจากลูก เป็นที่พึ่งพาโดยไม่ทอดทิ้งพ่อแม่
3. การดูแลยามเจ็บป่วย: การได้รับการดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย การรับภาระค่าใช้จ่ายยามป่วย ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้แม้เมื่อลูกแนะนำให้ไปหาหมอ พาไปหาหมอ หรือ มาเยี่ยมระหว่างเจ็บป่วย
4. การทำงานบ้าน: ผู้สูงอายุอาจเป็นผู้ให้ หรือเป็นผู้ทำงานบ้าน เนื่องจากการทำงานบ้านเป็นประโยชน์อย่างหนึ่งในการอยู่อาศัยร่วมกัน
5. การเลี้ยงหลาน: เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกและการเลี้ยงหลานเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในครอบครัว ทั้งนี้ยังทำให้เกิดความสนุกสนานขึ้นแต่ในทางกลับกันอาจทำให้เกิดความหงุดหงิด ขุ่นมัวได้เมื่อหลานดื้อรั้นไม่เชื่อฟัง
6. การให้การศึกษา: ผู้สูงอายุเชื่อว่า การศึกษาจะทำให้ลูกเป็นคนดี รู้จักรับผิดชอบช่วยเหลือตัวเองได้และดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่น
7. การติดต่อเยี่ยมเยียน: อาจเป็นการมาเยี่ยมเยียนด้วยตัวเอง หรือการติดต่อกันทางโทรศัพท์
8. การสนใจเอาใจใส่: ไม่จำเป็นต้องเป็นตัวเงิน หรือสิ่งของ เพียงคำพูด ก็ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขทางใจได้
9. การอบรมสั่งสอน: เกิดเมื่อได้ทำการอบรมสั่งสอน และเมื่อลูกหลานเชื่อฟังและปฏิบัติตาม เมื่อผู้สูงอายุให้คำแนะนำ

Cobb (1976) ได้ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการให้ข้อมูลที่จะทำให้ผู้ได้รับข้อมูลว่า เป็นข้อมูลที่ทำให้ได้รับการสนับสนุน เชื่อว่าตนเองได้รับความเอาใจใส่ ดูแลได้รับความรัก ความอบอุ่น มีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ยอมรับและไว้ใจซึ่งกันและกัน การสนับสนุนทางสังคมนั้น ผู้สูงอายุจะปรารถนาจากบุคคลใกล้ชิดและครอบครัว ในการสนับสนุนทั้งทางสุขภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุแต่ละคน โดย Cobb ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่าเขาได้รับความรัก การเอาใจใส่ ดูแล

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง ข้อมูลที่ทำให้บุคคลทราบว่า มีคุณค่าเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ข้อมูลที่บุคคลทราบว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Weiss, 1974 อ้างถึงใน ชลธิชา จันทศิริ (2549) กล่าวว่า การสนับสนุนจากสังคมนั้น เกิดขึ้นจากบุคคลในครอบครัวและสังคม ได้รับการสนับสนุนกัน และการให้การช่วยเหลือผู้อื่น แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่

1. การได้รับความรักใคร่ผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) โดยความรักใคร่ ความผูกพัน ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น มั่นคง มีความรักและความเอาใจใส่

2. การมีส่วนร่วมในสังคม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) การมีส่วนร่วมในสังคมทำให้บุคคลมีโอกาสผูกมิตรกับผู้อื่น แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกัน

3. การช่วยเหลือผู้อื่น (Opportunity for nurturance) เป็นการช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข บุคคลนั้นจะรู้สึกมีคุณค่า เป็นที่พึ่งพาแก่ผู้อื่นได้

4. การได้รับรู้ถึงความมีคุณค่าในตนเอง (Reassurance of worth) การที่บุคคลได้รับการเคารพ ยกย่อง และชื่นชม เป็นที่ยอมรับของสังคม

5. การได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆ (The obtaining of guidance) อาจเป็นการให้การช่วยเหลือด้านคำแนะนำชี้แนะ ให้กำลังใจ ในการแก้ปัญหา ให้การช่วยเหลือ ด้านสิ่งของ เงินทอง

House, 1981 cite in Tilden (1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ต้องประกอบด้วยความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ โดยได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การให้ความเคารพ นับถือ ผูกพัน ไว้วางใจ เอาใจใส่

2. การสนับสนุนทางวัตถุ หมายถึง การให้ความช่วยเหลือ ทางด้านสิ่งของจำเป็น เช่น เงิน สิ่งของ และแรงงาน

3. การสนับสนุนด้านการประเมิน หมายถึง การได้รับข้อมูลป้อนกลับ ช่วยให้บุคคลสามารถนำไปประเมินตนเอง โดยเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในสังคม

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อเท็จจริง รายละเอียด ข้อแนะนำ ซึ่งสามารถนำมาใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

อารีย์ ฟองเพชร (2540) ได้ทำการศึกษาการสนับสนุนจากครอบครัว ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล่าวว่า การสนับสนุนจากครอบครัว ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทาง

ร่างกาย จิตใจ หรือสังคมก็ตาม ย่อมส่งผลต่อผู้ได้รับการสนับสนุนอย่างแน่นอน เพราะคนเรานั้น ร่างกาย จิตใจ ไม่สามารถแยกออกจากกันอย่างสิ้นเชิง ได้นำแนวทางการสนับสนุนทางสังคม ได้นำแนวทางการสนับสนุนทางสังคม ของ Cobb (1976), House (1981) และ Weiss (1974) มาประยุกต์เป็นการสนับสนุนทางครอบครัว พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัว ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก ความผูกพัน ความเห็นอกเห็นใจ รับฟัง การระบายความรู้สึก
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า หมายถึง การได้รับความเชื่อถือเห็นด้วยในความคิด ได้รับความเคารพนับถือ ยกย่องว่าเป็นบุคคลสำคัญในครอบครัว
3. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมในสังคม หมายถึง การได้รับการสนับสนุนทางกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคม
4. การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ การเงิน และแรงงาน หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา การจัดอาหาร การจัดที่พักอาศัย และการรับประทานยา
5. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับคำแนะนำคำปรึกษา ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ต่อสุขภาพ

การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าตนเอง มีคุณค่า ยังได้รับการยอมรับ เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ซึ่งรูปแบบการสนับสนุนจากครอบครัวนั้น ผู้สูงอายุมิใช่ เป็นเพียงฝ่ายรับอย่างเดียว แต่ในทางกลับกัน ผู้สูงอายุก็รู้สึกภูมิใจที่ได้เป็นฝ่ายให้ รู้สึกว่าตนเองยังมีค่า และมีความเชื่อมั่นในตนเองส่งผลต่อความผาสุกทางใจ ผู้วิจัย ได้คัดเลือกแนวทางการช่วยเหลือเกื้อหนุนในครอบครัวของจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ (2544) มาดัดแปลงใช้ในการประเมินการสนับสนุนจากครอบครัว เนื่องจากเป็นแนวทางการสนับสนุนจากครอบครัว ที่เหมาะสมกับสังคมไทย ที่ให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง

7. การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

การก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นขั้นตอนทางชีววิทยาและทางสังคมที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยสูงอายุ เปลี่ยนสภาพและบทบาททางสังคม จากที่เคยเป็น "ผู้ดูแล" คืนอื่นมาเป็นผู้พึ่งพา และเนื่องจากบริบททางสังคม วัฒนธรรมและการเมืองได้เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่สถาบันครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นบทบาทของชุมชน และนโยบายของรัฐเข้ามาดูแลและเกี่ยวข้องมากขึ้น

7.1 ระดับของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

ระดับการดูแลผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับปัจเจกชน และ ระดับมหภาค ดังนี้ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2549)

7.1.1 ระดับปัจเจกชน

ผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุระดับปัจเจกชน ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน และคนในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในความรับผิดชอบของภาครัฐ (Government Organization) องค์กรอิสระ (Non-governmental Organization) และองค์กรเอกชน (Private Sector) การดูแลโดยองค์กรภาครัฐ ผู้สูงอายุจะได้รับบริการโดยไม่เสียค่าบริการ ในรูปการสงเคราะห์ หรือเสียค่าบริการบางส่วน การดูแลโดยองค์กรอิสระมักจะไม่เสียค่าบริการ เพราะอยู่ในรูปของการกุศล สำหรับการดูแลผู้สูงอายุขององค์กรเอกชน ซึ่งดำเนินการในรูปธุรกิจ เช่น พนักงานเอกชนที่จัดหาบริการดูแลผู้สูงอายุให้กับครอบครัวที่ต้องการผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

7.1.2 ระดับมหภาค

การดูแลผู้สูงอายุระดับมหภาค เป็นการกำหนดนโยบาย แผนงาน มาตรการ ระเบียบ กฎเกณฑ์ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งภาครัฐบาลเป็นผู้กำหนด เช่น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

7.2 สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ

พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานปฐมภูมिनอกจากปฏิบัติงานด้านบริการสุขภาพแล้ว ยังต้องรับบทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการบริหารจัดการ และด้านวิชาการ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติหน้าที่มากกว่าขอบเขตของการรักษาโรค เพียงอย่างเดียว (อุษนันท์ อินทมาศน์, 2546) ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานบริการปฐมภูมิ จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะ ด้านต่างๆ นอกเหนือจากการปฏิบัติการพยาบาล โดย จันทิมา นิลจ้อย (2547) ได้ทำการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานบริการปฐมภูมิ พบว่าพยาบาลวิชาชีพต้องมีสมรรถนะ 6 ด้าน ดังนี้

7.2.1 สมรรถนะด้านการทำงานร่วมกับชุมชน

สมรรถนะด้านการทำงานร่วมกับชุมชน ครอบคลุมสมรรถนะในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี สามารถปรับตัวเข้าถึงประชาชนกลุ่มต่างๆได้ เข้าใจวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ วัฒนธรรม ความเชื่อ ความต้องการของชุมชน รักที่จะทำงาน ในชุมชน อดทนไม่ทอดทิ้งต่ออุปสรรคต่างๆ มีทักษะการทำงานเป็นทีม ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานและองค์กรต่างๆในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.2.2 สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ

สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ ครอบคลุมสมรรถนะในการปฏิบัติงาน ที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้มีวิสัยทัศน์ที่ตีรับผิดชอบงานดี กล้าตัดสินใจ จริงใจในการทำงาน มีความคิดสร้างสรรค์ คิดในเชิงเปลี่ยนแปลง สามารถเจรจาต่อรอง ยึดถือค่านิยมและสร้างค่านิยมในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนเป็นแบบอย่างที่ดีในแก่ประชาชน

7.2.3 สมรรถนะด้านการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพชุมชน

สมรรถนะด้านการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพชุมชน ครอบคลุมสมรรถนะในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับความสามารถในการวินิจฉัยชุมชน ดำเนินการแก้ไขปัญหาชุมชน ให้บริการทั้งด้านเชิงรุก เชิงรับ ครอบคลุมกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเจ็บป่วย และกลุ่มเสี่ยง โดยให้การดูแลทั้งในด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การเยี่ยมบ้าน สอน ให้ความรู้และให้การปรึกษาแนะนำ สนับสนุนและอำนวยความสะดวกด้านทรัพยากร ตลอดจนส่งเสริมศักยภาพของชุมชนให้เข้มแข็ง สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

7.2.4 สมรรถนะด้านการบริหารจัดการ

สมรรถนะด้านการบริหารจัดการ ครอบคลุมสมรรถนะในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องความสามารถในการวางแผน ออกแบบระบบงาน บริหารจัดการทรัพยากรบุคคล วัสดุ เครื่องมือ เวชภัณฑ์ยา จัดทำงบประมาณและบริหารจัดการงบประมาณจัดการระบบข้อมูล ข่าวสาร ควบคุมกำกับดูแล ประเมินผลงานและบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานได้

7.2.5 สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย

สมรรถนะด้านวิชาการและการวิจัย ครอบคลุมสมรรถนะในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการเป็นผู้มีความรอบรู้ในศาสตร์สาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานในชุมชน บูรณาการความรู้ในศาสตร์ต่างๆ มาใช้ได้อย่างเหมาะสม ผลิต และถ่ายทอดองค์ความรู้ ในการดูแลสุขภาพไปสู่กลุ่มเป้าหมาย ได้มีความรู้ในการทำวิจัยเบื้องต้น สามารถแก้ไขปัญหาการทำงาน พัฒนางาน สร้างงานวิชาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.3.6 สมรรถนะด้านกฎหมายและจริยธรรม

สมรรถนะด้านกฎหมายและจริยธรรม ครอบคลุมสมรรถนะในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการมีความรู้ความเข้าใจในกฎหมายวิชาชีพ และกฎหมายท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องปฏิบัติงานภายใต้กรอบของกฎหมาย โดยคำนึงถึงปทัสถานของชุมชน บริการโดยยึดหลังจริยธรรมและจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ตลอดจนส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ

7.3 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

บทบาทพยาบาลนั้น มีความเปลี่ยนแปลงตามความต้องการด้านบริการสุขภาพของประชาชน และความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยเปลี่ยนแปลงจากบ้านบาท

ด้านการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล มาสู่การมีบทบาทที่กว้างขึ้น (ปรานอม โหทะกานนท์, 2528 อ้างถึงใน อุษณันท์ อินทมาศน์, 2546) การพยาบาลจึงเป็นกลไกที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งครอบคลุมบริการด้านการดูแลสุขภาพ ทุกเพศ ทุกวัย ตั้งแต่เกิดไปจนถึงตลอดวงจรชีวิต ทั้งเป็นรายบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเน้นความรับผิดชอบต่อกระบวนการบริการทั้ง 4 มิติ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ทั้งในกรณีที่มีความซับซ้อนและไม่ซับซ้อน การให้การฟื้นฟูสภาพ เข้าสู่ความเป็นปกติโดยเร็วระดับที่ดีที่สุด (อุษณันท์ อินทมาศน์, 2546)

ในชุมชน ประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง อีกทั้งยังพบว่า ผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคเรื้อรังสูงขึ้น ได้แก่ โรคเครียด โรคหัวใจและหลอดเลือด อุบัติเหตุ เป็นต้น อีกทั้งยังมีแหล่งให้การช่วยเหลือทางสุขภาพน้อย ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านการดูแลน้อย ขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขาดการส่งต่อที่ดี พยาบาลมีบทบาทที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนดังนี้

1. Health Educator หมายถึง การเป็นแหล่งข้อมูลข่าวสาร ทั้งด้านสุขภาพ และนโยบายของรัฐ

2. Counselor หมายถึง พยาบาลจะต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญ สามารถค้นหาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา ประเมินปัญหาและร่วมกับชุมชนหาทางแก้ไข ซึ่ง มีความสำคัญยิ่งในการเป็นที่ปรึกษา ด้านสุขภาพ การบริหารจัดการด้านสุขภาพในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ

3. Care Provider หมายถึง การเป็นผู้ดูแล ในระดับปฐมภูมิ เน้นการดูแลเชิงรุกหรือการดูแลด้านส่งเสริมสุขภาพ เช่น การคัดกรองโดยการตรวจสุขภาพประจำปี การปฐมพยาบาล และส่งต่อเมื่อพบความผิดปกติ

4. Researcher หมายถึง พยาบาลต้องมีความเข้าใจ ในกระบวนการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย การค้นหาปัญหา การทบทวนวรรณกรรม การตั้งสมมติฐาน การออกแบบงานวิจัย การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ทดสอบและเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และแปลความ (Creasia and Parker, 2001 อ้างถึงใน วันเพ็ญ เส้นศูนย์, 2544) เพื่อนำงานวิจัย เป็นข้อมูลอ้างอิงเชิงนโยบาย ให้บุคลากรทางด้านสุขภาพ ใช้เป็นแนวทางในการวางแผน การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน นอกจากเป็นบทบาทของพยาบาลแล้ว ยังต้องมีการร่วมมือกันจากสหสาขาวิชาชีพ เช่น เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพด้วยกัน นักสังคมสงเคราะห์ นักกฎหมาย วิศวกร และผู้นำชุมชน เป็นต้น ซึ่งหลักการที่ดีของการทำงานแบบ Multidisciplinary team คือ (ศิริพันธ์ สาส์ตย์, 2547)

1. มีการประสานงานที่ดี (Good Coordination) เพื่อเตรียมความพร้อมให้กระบวนการดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม

2. มีการทำงานร่วมกันที่ดี (Good Cooperation) พยาบาลจะต้องมีการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพ จึงต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี กับเพื่อนร่วมสหสาขาวิชา เรียนรู้งานและเทคโนโลยีที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการทั้งหมด (ฟาริดา อิบราฮิม, 2535 อ้างถึงใน อุษนันท์ อินทมาศน์, 2546)

3. มีการร่วมมือกันที่ดี (Joint Working) นอกจากการทำงานแบบสหสาขาวิชาแล้ว ประชาชน ควรมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการด้านสุขภาพของชุมชน ซึ่งสามารถใช้ในรูปแบบองค์กรเครือข่าย ชมรม ประชาคมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้เห็นถึงความสำคัญและมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง และรวมถึงครอบครัว (สำเร็จ แหียงกระโทก และ รุจิรา มังคละศิริ, 2545 อ้างถึงใน จันทิมา นิลจ้อย, 2547)

4. มีการทำงานด้วยกันไปพร้อมๆกัน (Working together) ต้องมีการปฏิบัติงานด้านต่าง ควบคู่กัน ไป ได้แก่ 1) การดูแลทางด้านสุขภาพตามความต้องการของประชาชน การประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และประชาชน 2) การวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล และบริการด้านต่างๆ 3) การนำไปปฏิบัติจริง ตามแผน ซึ่งจะต้องนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผลสูงสุด และมีความเสมอภาค 4) มีการประเมินผลและการตรวจสอบซึ่งต้องรองรับทั้ง จากองค์กรภายในและองค์กรภายนอก 5) ผลการทำงานต้องสามารถนำมาปรับปรุงพัฒนาชุมชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ส่งผลต่อการวางแผนงาน และนโยบายต่อไป (American Public Health Association : APHA, 1996 อ้างถึงใน จันทิมา นิลจ้อย, 2547)

8. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรม การสนับสนุนทางครอบครัวกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ พบว่าได้มีผู้ศึกษาไว้ดังนี้

8.1 งานวิจัยภายในประเทศ

จุฑาทกานต์ กิ่งเนตร (2539) ศึกษา ผลของระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวได้รับเคมีบำบัด ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 20 ราย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้แบบวัดความ ผาสุกของแคนทริล ผลของการวิเคราะห์ พบว่าภายหลัง ความผาสุกเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนได้รับ ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และการให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับระบบพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ มีความผาสุกในชีวิตมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

บุญศรี นุเกตุ (2541) ศึกษา พฤติกรรมการดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และมารักษาในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 60 ราย โดยใช้แบบวัดความผาสุกของแคนทริบ พบว่า ผู้สูงอายุมีความผาสุกในระดับดี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้งรายรวมและรายด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองทั่วไป การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดโรค และการใช้ยา อยู่ในระดับดี และ พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

รุ่งทิพย์ แบ่งใจ (2542) ศึกษา การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสในชุมชนเมือง จังหวัดน่าน จำนวน 200 ราย วัดความผาสุกโดยใช้แบบวัดความผาสุกของคอนทริล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีความผาสุกอยู่ในระดับสูงและการสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้สูงอายุในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จิราพร เกศพิชญวัฒนา, จันทรทิพย์ แสงเทียนฉาย, ยุพิน อังสุโรจน์ และ Berit Ingersoll Dayton (2543) ได้ทำการศึกษาค้นคว้าความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุไทย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 67 คน อายุเฉลี่ย 68.4 ปี พบว่าความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย ประกอบด้วย 5 มิติ คือ ความสามัคคีปรองดอง (Harmony) การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (Interdependence) ความสงบสุขและการยอมรับ (Acceptance and Calmness) การเคารพนับถือ (Respect) ความเบิกบาน (Enjoyment) จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย จะแสดงให้เห็นถึงความสุข ความสบายใจ ในมิติที่เกี่ยวข้องกับสังคม ชุมชน ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน บุคคลต่างๆ ที่อยู่รอบตัวผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น ครอบครัวและสังคมจึงมีความสำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความผาสุกทางใจ

ปัญญาภัทร ภัทรกันทากุล (2544) ศึกษา การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย จำนวน 200 ราย ศึกษา การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ประกอบด้วย กิจกรรมตามเทศกาล วัฒนธรรม ประเพณี ประจำท้องถิ่น กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมทางการเมือง กิจกรรมการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม กิจกรรมการท่องเที่ยวทัศนศึกษาเป็นกลุ่ม กิจกรรมทางวิชาการ กิจกรรมอาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์ กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภูมิปัญญาของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ทำให้เกิดรายได้ และกิจกรรมนันทนาการ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความผาสุกทางใจในระดับปานกลาง มีระดับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมระดับปานกลาง การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การที่ผู้สูงอายุรับรู้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่ทันเหตุการณ์ มีการเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เกิดความความสนุกสนาน ความเพลิดเพลิน ทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดีขึ้น ส่งผลต่อความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุ

อัญชลี กลิ่นอวล (2544) ศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายและความผาสุกของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี การศึกษาใช้แบบวัดความผาสุกของแคนทริด พบว่า กลุ่มทดลองมีความผาสุกภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

พนิตนันท์ โชติกเจริญสุข (2545) ศึกษากิจกรรมทางกายกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ จังหวัดกำแพงเพชร โดยใช้แนวคิดความผาสุกของ Dupuy จำนวน 200 ราย พบว่า ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจระดับปานกลาง มีคะแนนการทำกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สกุลรัตน์ เตียววานิช (2545) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจในบทบาทการดูแลเด็ก การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ซึ่งได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุที่ดูแลเด็ก ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แนวคิดความผาสุก Dupuy จำนวน 130 ราย พบว่า ผู้สูงอายุมีความผาสุกในระดับสูง มีความพึงพอใจในบทบาทการดูแลเด็กและการสนับสนุนทางสังคมมาก ส่วนการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เศรษฐฐานะ ความพึงพอใจในบทบาทการดูแลเด็ก การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้สูงอายุ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ธิดา ทองวิเชียร (2550) ศึกษา ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ โดยทำการศึกษาผู้สูงอายุจำนวน 380 คน ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป อาศัยในเขตเมือง สมุทรปราการ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ พัฒนกิจครอบครัววัยชรา ซึ่งประกอบด้วย การดำเนินชีวิตประจำวัน การใช้เวลาว่างหลังจากหยุดงานประจำ การจัดสรรการเงิน การยอมรับการเปลี่ยนแปลง การคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพและการทำกิจกรรมระหว่างสมาชิกในครอบครัว และลูกหลาน มีจุดมุ่งหมายในชีวิต การเข้าถึงบริการสุขภาพ ต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดความผาสุกทางใจ ของ

จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (2543) พบว่า ปัจจัยด้านพัฒนาการของครอบครัวระยะวัยชรา การเข้าถึงบริการสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องภายนอกประเทศ

Heidrich (1993) ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะสุขภาพกับความผาสุกทางใจ ในผู้สูงอายุหญิง ทำการศึกษาในผู้สูงอายุหญิงอายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 240 ราย วัดความผาสุกทางใจโดยใช้แนวคิดของความผาสุกทางใจของ Ryff พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Bisconti and Bergeman (1999) ศึกษา การรับรู้การควบคุมทางสังคม และความสัมพันธ์ระหว่าง การสนับสนุนทางสังคม ความผาสุกทางใจและการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุจำนวน 232 ราย อายุระหว่าง 65-96 ปีพบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับ การควบคุมตนเองในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ส่งผลต่อความผาสุกในผู้สูงอายุ

Krawczynski and Olszewski (2000) ศึกษา ความผาสุกทางใจจากการมีกิจกรรมทางกาย ทำการศึกษาแบบทดลอง และมีการติดตาม 6 เดือน ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 75 ราย โดย รูปแบบงานวิจัย เน้นส่งเสริมความสามารถด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ให้การทำกิจกรรม 7 ชม.ต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 4 เดือน พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และความเครียดลดลง เมื่อวัดระดับความผาสุกทางใจหลังการให้โปรแกรม พบว่ามีความผาสุกทางใจเพิ่มขึ้น และมีความผาสุกทางใจเพิ่มขึ้นเมื่อติดตามผลการให้โปรแกรม

Emily and Marks (2004) ศึกษา ปัจจัยด้านการทำกิจกรรมอาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์ ในผู้สูงอายุต่อความผาสุกทางใจ ทำการศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 373 ราย อายุระหว่าง 65-74 ปี พบว่าผู้สูงอายุที่สูญเสียบทบาทในสังคม ว่ามีความผาสุกทางใจต่ำทำให้ขาดความมุ่งหมายในการดำเนินชีวิต และเมื่อเริ่มปฏิบัติกิจกรรมอาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์ ส่งผลความผาสุกทางใจเพิ่มขึ้น มีความรู้สึกที่ชีวิตมีจุดมุ่งหมายมากขึ้น

Ryff, Singer and Love (2004) ทำการศึกษา ผลของความผาสุกทางใจต่อ ภาวะสุขภาพ ในทางบวก โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 135 ราย อายุ 75 ปี ขึ้นไป โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง ความผาสุก กับ การทำงานของร่างกาย พบว่า ความผาสุก ส่งผลในการทำงานของ ฮอริโมนดีขึ้น ลดความเสี่ยงของโรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ ระยะเวลาการนอนหลับยาวขึ้น

Edward et al (2005) ทำการศึกษาผลของการปฏิบัติกิจกรรมอย่างเป็นทางการต่อความ ผาสุกใจ ผู้สูงอายุในประเด็น การรับรู้ทางสังคม ทำการศึกษาในผู้สูงอายุ จำนวน 174 ราย โดย ทำการศึกษาใน ผู้สูงอายุออกกำลังกาย สม่่าเสมอในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า พบว่าผู้สูงอายุ ที่ทำการออกกำลังกาย มีความผาสุกในระดับดี และหลังจากการติดตาม 4 เดือนพบว่าผู้สูงอายุมี ความผาสุกทางใจในเพิ่มขึ้นหากได้รับการปฏิบัติกิจกรรมต่ออย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุขึ้นกับปัจจัยหลายประการ แต่ งานวิจัยที่ผ่านมาเป็นการเลือกเฉพาะในด้านปัจจัยส่วนบุคคล การดูแลตนเอง ด้านการปฏิบัติ กิจกรรม การรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้านใดด้านหนึ่ง และการศึกษาแนวคิดความผาสุกทางใจ ในมิติ ของผู้สูงอายุไทยที่ประกอบด้วย 5 มิติ คือ ความสามัคคีปรองดอง (Harmony) การพึ่งพาอาศัย ซึ่งกันและกัน (Interdependence) ความสงบสุขและการยอมรับ (Acceptance and Calmness) การเคารพนับถือ (Respect) ความเบิกบาน (Enjoyment) มีการศึกษาไว้ค่อนข้างน้อยมาก ประกอบกับ กรุงเทพมหานคร เป็นสังคมเมือง ซึ่งมีความแตกต่างกับชุมชนอื่น ในด้านสภาพแวดล้อม สังคมทั้ง ภายในครอบครัว และสังคมภายนอก การรวมกลุ่มกันในสังคมมีความเป็นแบบแผนมากกว่า ผู้วิจัย มีความเห็นว่า ควรมี การศึกษาระดับของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ระดับของการปฏิบัติ กิจกรรม ระดับการสนับสนุนจากครอบครัว ระดับความผาสุกทางใจ และศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรม การสนับสนุนจากครอบครัวกับความผาสุกทาง ใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร ตามแนวคิดความผาสุกทางใจใน ผู้สูงอายุไทย ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

