

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนจังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ และสรุปสาระสำคัญเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. การสูงอายุ
  - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
  - 1.2 ทฤษฎีการสูงอายุ
    - 1.2.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา
    - 1.2.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา
    - 1.2.3 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา
  - 1.3 การเปลี่ยนแปลงและปัญหาของผู้สูงอายุ
    - 1.3.1 ด้านร่างกาย
    - 1.3.2 ด้านจิตใจ
    - 1.3.3 ด้านสังคม
2. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย
  - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
  - 2.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
  - 2.3 ปัจจัยสนับสนุนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ
    - 2.3.1 การดูแลตนเองด้านสุขภาพ
    - 2.3.2 การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ
  - 2.4 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. การสูงอายุ

### 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

บรรลุ ศิริพานิช (2526: 40) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป โดยนับอายุตามปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันให้เป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ

ชุตินา หฤทัย (2531: 1) กล่าวว่า ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมของร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ภาวะโภชนาการ และโรคภัยของแต่ละบุคคล

ประนอม โอทกานนท์ (2538: 1) กล่าวว่า การสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อมนุษย์มีอายุมากขึ้น ความเสื่อมตามธรรมชาติเกิดขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ความเสื่อมหรือความถดถอยที่เกิดขึ้นมีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ตลอดจนพฤติกรรมที่ปรากฏในสังคม

ในสังคมไทยถือว่าอายุ 60 ปี เป็นวัยเกษียณอายุการทำงาน เช่น ข้าราชการ กำหนดให้มีการเกษียณอายุราชการเมื่ออายุ 60 ปี ส่วนผู้ที่ไม่ได้รับราชการก็ออกจากงานที่ทำประจำหรือหยุดการทำงาน เนื่องจากสภาพร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรมลง ดังนั้นผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุจึงควรศึกษาการเปลี่ยนแปลงของตนเองตามทฤษฎีการสูงอายุเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและสามารถเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้อย่างเหมาะสม

### 1.2 ทฤษฎีการสูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ตามธรรมชาติที่มนุษย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ กระบวนการเปลี่ยนแปลงในร่างกายของคนเรามีอยู่ 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 40 ปี ซึ่งมีลักษณะไปในทางเจริญงอกงาม ส่วนการเปลี่ยนแปลงในระยะที่ 2 หลังอายุ 40 ปี ขึ้นไป จะเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะเสื่อมโทรม โดยอัตราการเจริญเติบโตจะลดลง อัตราการเสื่อมโทรมจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อธิบายได้ด้วยทฤษฎีสูงอายุดังนี้ (จันทนา รณฤทธิ์วิชัย, 2536: 35-60; ประนอม โอทกานนท์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2537: 9-18; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538: 603-608)

#### 1.2.1 ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)

อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอวัยวะต่างๆ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

### 1) ทฤษฎีพันธุกรรม (Gene Theory) ประกอบด้วย

ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) หรือทฤษฎีเซลล์ (Cell Theory) อธิบายว่า สิ่งมีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตลอดเวลา

ทฤษฎีนาฬิกาชีวิต (Biological Clock) หรือทฤษฎีการถูกกำหนด (Programming Aging Theory) อายุขัยของคนถูกกำหนดไว้แล้วโดยรหัสทางพันธุกรรม (Gene) ถ้าบรรพบุรุษมีอายุยืนยาว บุตรหลานก็จะมีอายุยืนยาวด้วยเช่นกัน

ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic Mutation Theory) เกิดขึ้นเนื่องจากรังสีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ DNA เกิดการผันแปรของเซลล์อวัยวะและระบบต่างๆ

ทฤษฎีความผิดพลาด (Error Theory) หรือ ทฤษฎีโมเลกุล (Molecular Theory) อธิบายว่า ความแก่เกิดจากนิวคลีอสมิการถ่ายทอด DNA (Deoxyribonucleic Acid) ที่ผิดไปจากเซลล์ปกติ ทำให้ได้เซลล์ใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม

### 2) ทฤษฎีอวัยวะ (Organ Theory) อธิบายกระบวนการแก่ว่า เมื่ออวัยวะมีการใช้งานก็ย่อมมีการเสื่อมถอย และได้เสนอเป็นกลุ่มทฤษฎีดังนี้

ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear Theory) การแก่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเอง เมื่อเซลล์มีการใช้งานเป็นเวลานานก็จะมีอาการเสื่อมถอย ทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลงเรื่อยๆ เมื่อมีอายุมากขึ้น

ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine Theory) ระบบสมองประสาทอัตโนมัติและต่อมไร้ท่อจะทำงานประสานและควบคุมซึ่งกันและกัน เพื่อให้ร่างกายสามารถดำรงอยู่ได้เป็นปกติ เมื่ออายุมากขึ้นการทำงานของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อจะลดลงส่งผลต่อระบบต่างๆ ของร่างกายทำให้ทำงานผิดปกติและตายในที่สุด

ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) ระบบภูมิคุ้มกันจะเปลี่ยนแปลงเมื่ออายุมากขึ้น และมีการสูญเสียการควบคุมระหว่างร่างกายและเซลล์ มีผลทำให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง (Autoimmune Disease) และมีเซลล์ผิดปกติ เช่น เซลล์มะเร็งเกิดขึ้น

### 3) ทฤษฎีสรีรวิทยา (Physiological Theory) อธิบายกระบวนการแก่ในลักษณะการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่

ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) เมื่อคนเราอยู่ในภาวะเครียด ร่างกายจะปรับตัวเพื่อช่วยให้ร่างกายสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ แต่หากร่างกายต้องเผชิญกับภาวะเครียดมากๆ และบ่อยครั้ง ร่างกายจะเสื่อมและอาจตายได้

ทฤษฎีการสะสมของเสีย (Waste Product Accumulation Theory) อธิบายว่า ความสูงอายุเป็นผลมาจากการสะสมสารที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ สารนี้มีสีดำ เรียกว่า ไลโปฟัสซิน (Lipofuscin) ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้มาจากการแตกตัวของโปรตีนและไขมัน

ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free Radical Theory) ในร่างกายมีอนุมูลอิสระซึ่งมีปฏิกิริยาไวมาก เมื่อทำปฏิกิริยาก็จะทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะเป็นสาเหตุของความแก่ อนุมูลอิสระเกิดจากสารต่างๆ ไป เช่น จากอาหาร รังสี มลภาวะของอากาศ การสูบบุหรี่ การลดอัตราการเกิดอนุมูลอิสระ ทำได้โดยการจัดสภาพแวดล้อมให้ดี ลดมลภาวะของอากาศ และเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การตระหนักถึงความสำคัญของสิ่งเหล่านี้ จะช่วยให้สุขภาพดีขึ้น อัตราการเจ็บป่วยจะลดลงและอายุขัยจะสูงขึ้นด้วย

ทฤษฎีการเชื่อมตามขวาง (Cross-Linking Theory) หรือ ทฤษฎีคอลลาเจน (Collagen Theory) กล่าวว่า ความสูงอายุเกิดขึ้น เนื่องจากการเชื่อมตามขวางของโมเลกุลโปรตีนทำให้เส้นใย (Collagen fiber) หดสั้นเข้า การทำหน้าที่ของเซลล์เสื่อมลง สารที่ทำให้เกิดการเชื่อมตามขวางพบได้ทั่วไปขึ้นกับชนิดของอาหารและสิ่งแวดล้อม

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า กลุ่มทฤษฎีนี้อธิบายถึงความสัมพันธ์ของปฏิกิริยาเคมีในร่างกายกับกระบวนการแก่ ข้อคิดที่ได้คือ การลดกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกายโดยการจำกัดอาหาร การลดอุณหภูมิของร่างกาย เหล่านี้จะช่วยทำให้อายุยืน ดังคำกล่าวที่ว่า สิ่งที่เรารับประทานมีความหมายยิ่งใหญ่ต่อการมีอายุของเรา (ประนอม โอทกานนท์ และ จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2537: 16)

### 1.2.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory)

ทฤษฎีทางจิตวิทยาได้เชื่อมโยงเอาทฤษฎีทางชีววิทยาและสังคมวิทยาเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยโดยเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้นเป็นการพัฒนาและปรับตัวเกี่ยวกับความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงไปของอวัยวะรับสัมผัสทั้งปวงตลอดจนสังคมที่ผู้สูงอายุนั้นๆ อาศัยอยู่ แบ่งเป็น 2 ทฤษฎี คือ

1) **ทฤษฎีความฉลาดเปรื่อง (Intelligence Theory)** เชื่อว่า ผู้สูงอายวยังคงมีความสามารถในการเรียนรู้หากมีความสนใจค้นคว้าและพยายามเรียนรู้

2) **ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory)** เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะสุขหรือทุกข์นั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเคยมีประสบการณ์ที่ดีในอดีต ได้รับการยอมรับที่ดี มีสภาพอารมณ์มั่นคงก็จะมีผลต่อวัยที่สูงขึ้น มีความรอบคอบสุขุมตามไปด้วย

### 1.2.3 ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ สถานภาพ วัฒนธรรม เจตคติ โครงสร้างของครอบครัว และการมีกิจกรรมในสังคม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องได้แก่

1) **ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement Theory)** กระบวนการของความสูงอายุ จะมีลักษณะเฉพาะคือ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อยๆ ถดถอยจากคนอื่นในสังคม มีความสุขความพอใจจากการได้รับอิสระจากกฎต่างๆ ของสังคม ทฤษฎีนี้ได้บ่งชี้ว่า ผู้สูงอายุหรือสังคมเป็นผู้ที่ถอยหนี แต่ผู้สูงอายุจะมีความสุขอย่างมากถ้าได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมือนเดิม ถ้าสิ่งแวดล้อมและลักษณะทางสังคมมีการยอมรับ เปิดโอกาสและเคารพผู้สูงอายุแล้ว จะเป็นเหตุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมในสังคมมากกว่าจะถดถอย แต่การที่ผู้สูงอายุถดถอยจากสังคมก็เนื่องมาจากต้องทิ้งบทบาทเดิม เช่น การเกษียณอายุ บุตรแยกครอบครัว คู่สมรสเสียชีวิต หรือหมดสภาพหัวหน้าครอบครัว

2) **ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)** ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะดำเนินชีวิตและทำกิจกรรมเท่ากับคนในวัยกลางคน จะปฏิเสธที่จะมีชีวิตแบบคนสูงอายุนานเท่าที่จะทำได้ ลักษณะของสังคมจะต้องสนับสนุนให้มีกิจกรรมต่างๆ มีความสนใจและเกี่ยวข้องกับสมาชิกในวัยเดียวกัน การรักษาระดับของกิจกรรมให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุ จะทำให้สภาวะทางร่างกาย จิตใจ และสังคมดีขึ้น

3) **ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory)** พบว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมร่วมกันนั้นขึ้นกับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละคน เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบกิจกรรมร่วมกันในสังคมก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิม ส่วนผู้สูงอายุที่ชอบสันโดษไม่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อนก็ย่อมจะแยกตัวเองออกจากสังคมเมื่ออายุมากขึ้น ปัจจัยความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิตบั้นปลายของผู้สูงอายุ คือ แรงจูงใจ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม บุคลิกภาพและความยืดหยุ่น (ประนอม โทกานันท์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา, 2537: 18)

4) **ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Epigenetic Theory)** อธิบายถึงการพัฒนาของคนซึ่งแบ่งได้เป็น 8 ระยะ ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ ในระยะที่ 7 เป็นช่วงของวัยกลางคน และระยะที่ 8 เป็นช่วงของวัยสูงอายุซึ่งควรได้รับการดูแล ระยะที่ 7 อยู่ในช่วงอายุ 40 - 59 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ต่างๆ ต้องการสร้างความสำเร็จในชีวิต ถ้าประสบความสำเร็จดี จะรู้สึกพอใจในความมั่นคงภาคภูมิใจและสืบทอดต่อไปยังรุ่นลูกหลาน แต่ถ้าไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตก็จะเื่องหงอย เบื่อ ขาดความกระตือรือร้น

สำหรับระยะที่ 8 นับตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุที่มีความเจริญมั่นคงในชีวิต จะมีการประเมินผลเกี่ยวกับความสำเร็จและความล้มเหลวตลอดเวลา แต่ถ้าทำงานไม่ประสบความสำเร็จ จะรู้สึกชีวิตนี้ไม่มีความหมายเสียเวลาไปโดยเปล่าประโยชน์และท้อถอยหมดหวัง

5) ทฤษฎีของเพค (Peck's Theory) โรเบิร์ต เพค (Robert Peck) ได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุวัยต้น (young old) อยู่ในช่วงอายุ 55-75 ปี และวัยปลาย (old old) อยู่ในช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้มีความแตกต่างกันทั้งทางด้านกายภาพและจิตสังคม และเพคได้แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ความรู้สึกของผู้สูงอายุขึ้นกับงานที่มีทำอยู่ ผู้สูงอายุจะรู้สึกภาคภูมิใจและเห็นว่าตนเองมีคุณค่า แต่เมื่อเกษียณอายุแล้วความรู้สึกนี้จะลดลง ฉะนั้นบางคนจะสร้างความพึงพอใจต่อไป โดยการหางานอื่นทำทดแทน เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์

ระยะที่ 2 ผู้สูงอายุควรยอมรับว่า เมื่ออายุมากขึ้นสมรรถภาพของร่างกายย่อมลดลงและชีวิตจะมีความสุข ถ้าสามารถยอมรับและปรับความรู้สึกนี้ได้

ระยะที่ 3 ยอมรับว่าร่างกายย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ และยอมรับเรื่องความตายโดยไม่รู้สึกหวาดกลัว

การเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพและจิตสังคม เป็นกระบวนการของความสูงอายุที่มนุษย์ทุกคนยากที่จะหลีกเลี่ยงได้ การทราบถึงการเปลี่ยนแปลงและสามารถประเมินปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นสิ่งจำเป็นและควรตระหนักถึงเพื่อนำมาวางแผนในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### 1.3 การเปลี่ยนแปลงและปัญหาของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงและปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุโดยทั่วไป แยกเป็น 3 ด้าน คือ

1.3.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Biological change) การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละคนจะเกิดไม่เท่ากันและเป็นไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต เซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลงและมีจำนวนน้อยลงเมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว ขนาดของเซลล์ที่เหลือจะใหญ่ขึ้นเพราะมีไขมันมาสะสมมากขึ้น ปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ความสามารถในการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆ ลดน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ ได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาของระบบต่างๆ ในร่างกายผู้สูงอายุที่เห็นเด่นชัด ได้แก่

1) ระบบผิวหนัง (Integumentary system) ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้าลง ทำให้การหายของแผลช้าลง เส้นใยอิลาสตินลดลง ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดีและฉีกขาดง่าย น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่นมากขึ้น ความเหนียวของผิวหนังเพิ่มขึ้น การไหลเวียนเลือดลดลง เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย และทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลง การทำงานลดลงไม่สามารถขับเหงื่อได้ ทำให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายเลวลง ต่อมไขมันทำงานลดลงทำให้ผิวหนังแห้ง คันและแตกง่าย ผมและขนมีจำนวนลดลงและสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว เส้นผมร่วงและแห้งง่าย เนื่องจากการไหลเวียนเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง และเส้นผมได้รับอาหารไม่เพียงพอ เล็บแข็งและหนาขึ้น สีเล็บเปลี่ยนเป็นสีเหลืองมากขึ้น

2) ระบบประสาทและประสาทสัมผัส (Nervous system and special senses) เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง ทำให้น้ำหนักและขนาดสมองลดลง มีน้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง เป็นเหตุให้ความไวความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า ความจำเสื่อมจำเรื่องอดีตได้มากกว่าปัจจุบัน ความสามารถในการเรียนรู้เรื่องใหม่ๆ ลดลง ความเสื่อมถอยของระบบประสาททำให้สับสนขาดสมาธิ ย้ำคิดย้ำทำและพูดซ้ำซาก ความกระตือรือร้นลดลง แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลงเวลาตื่นมากขึ้น

ตาและการมองเห็น ประสาทตาจะเสื่อมลง การมองเห็นไม่ดี เลนส์เสียความยืดหยุ่น แก้วตาขุ่นมัว กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ สายตาวาวขึ้น กลางคืนมองเห็นไม่ชัด ความสามารถในการเทียบสีลดลงทำให้แยกสีที่คล้ายกันได้ยาก ความสามารถในการอ่านและลานสายตาลดลง การผลิตน้ำตาลดลงทำให้ตาแห้งและเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อตาได้ง่าย

หูและการได้ยิน มีอาการหูตึงมากขึ้น การได้ยินลดลง สาเหตุเนื่องมาจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้น ร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 (auditory nerve) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยินสูญเสียหน้าที่ เยื่อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น ได้ยินเสียงต่ำมากกว่าเสียงสูง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัวทำให้มีเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการเวียนศีรษะและเกิดอุบัติเหตุได้

การรับกลิ่นไม่ดี เพราะมีการเสื่อมของเยื่อโพรงจมูกและกระเปาะรับกลิ่น (olfactory bulb) ในสมอง

การรับรสของลิ้นเสียไป เนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลงและส่วนที่เหลือฝ่อลีบ การรับรสนานจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว รสเค็มและรสขม เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสจัดขึ้นหรือรับประทานอาหารไม่อร่อยเกิดการเบื่ออาหาร

การพูด จะมีน้ำเสียงเปลี่ยนไป เสียงเบาขาดน้ำหนัก ขาดความเข้มแข็ง และเสียงต่ำกว่าระดับปกติ พูดช้าลง

การรับความรู้สึกสัมผัสต่ออุณหภูมิ การสัมผัสเย็น ความรู้สึกเจ็บปวดทั้งภายในและภายนอกร่างกายลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดแผลและอุบัติเหตุได้ง่าย

3) ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal system) จำนวนกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังผืดเข้ามาแทนที่ กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ระยะเวลาในการหดตัวนานขึ้นทำให้การเคลื่อนไหวช้าลง สาเหตุอาจเกิดจากการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อลดลง ร่างกายขาดการออกกำลังกายขาดสารอาหาร อัตราการเสื่อมของกระดูกเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้นทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน ความยาวของกระดูกสันหลังลดลงเนื่องจากหมอนรองกระดูกบางลง กระดูกสันหลังยุบเกิดหลังค่อมหรือหลังโก่ง นอกจากนี้กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่างๆ เสื่อมลง น้ำไขข้อลดลง กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกันมากขึ้น เกิดการเสียดของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ ไม่สะดวกเกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบติดเชื้อง่าย มีอาการปวดตามข้อ ข้อที่พบว่ามีอาการเสียดได้บ่อย คือ ข้อเข่า ข้อสะโพกและข้อกระดูกสันหลัง

4) ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system) กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ มีเนื้อเยื่อพังผืด ไขมัน และสารไลโปพอสซิโนมาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้นทำให้การปิดเปิดลิ้นหัวใจไม่ดี เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง อัตราการเต้นของหัวใจและความไวของกล้ามเนื้อหัวใจต่อสิ่งเร้าลดลง หลอดเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยที่ผนังหลอดเลือดหนาขึ้น มีความยืดหยุ่นน้อยลง และมีไขมันมาเกาะภายในหลอดเลือดมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว (Atherosclerosis) การไหลเวียนของเลือดไม่สะดวก ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง ซึ่งจะพบมากบริเวณสมอง หัวใจและไต ทำให้อวัยวะเหล่านี้ทำงานลดลง การเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดดังกล่าว ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงและอาจมีภาวะความดันโลหิตต่ำได้ขณะเปลี่ยนท่าทาง (Postural hypotension) เนื่องจากการตอบสนองของตัวรับการกระตุ้นต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตในผู้สูงอายุลดลง ทำให้เกิดอาการหน้ามืดเป็นลมได้ง่าย



5) ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory system) หลอดลมและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของปอดลดลง เนื้อที่ของถุงลมปอดและความจุของปอดลดลง การขยายของผนังทรวงอกถูกจำกัดจึงใช้แต่กะบังลมช่วยในการหายใจ ทำให้หายใจลำบากโดยเฉพาะการหายใจออก เมื่อนอนราบจะรู้สึกหายใจไม่สะดวกจึงต้องหายใจทางปาก จำนวนถุงลมลดลงและมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่าย การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลม และการซึมซาบของเลือดและก๊าซผ่านถุงลมและหลอดเลือดฝอยลดลง ทำให้ปอดได้รับออกซิเจนน้อยลง นอกจากนี้ประสิทธิภาพการไหลลดลง การทำงานของขนกวัดตลอดทางเดินหายใจลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในทางเดินหายใจไม่ดี เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย อาจมีหลอดลมอักเสบเรื้อรังและถุงลมโป่งพองด้วย

6) ระบบทางเดินอาหาร (Digestive system) ผนังของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เคลือบฟันบางลงแตกง่ายและมีสีคล้ำขึ้น เหงือกที่หุ้มคอฟันร่นลงไป ฟันผุง่ายจึงต้องใส่ฟันปลอมเป็นเหตุให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวก ประกอบกับการรับรสของลิ้นเสีย ปากและลิ้นแห้ง มีการติดเชื้อในปาก การรับกลืนลดลง จึงเกิดการเบื่ออาหารมากขึ้น นอกจากนี้ น้ำย่อยและระดับกรดเกลือในกระเพาะอาหารลดลง หลอดอาหาร เยื่อบุทางเดินอาหารเสื่อมสภาพ ตับอ่อนผลิตน้ำย่อยได้น้อยลง ตับเสื่อมสภาพ ทำให้การดูดซึมแคลเซียมและธาตุเหล็กลดลง จึงเกิดโรคกระดูกพรุนและโลหิตจางได้ง่าย การเคลื่อนไหวของอวัยวะในระบบทางเดินอาหารจะช้าลงทำให้เกิดท้องผูกและเกิดริดสีดวงทวารหนัก ประกอบกับการรับประทานอาหารที่มีกากน้อย ขาดการบริหารร่างกาย หรือไม่ฝึกนิสัยในการขับถ่ายในระยะเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการเกิดท้องผูก

7) ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ (Genitourinary system) ขนาดของไต การทำงานของหน่วยไต ท่อไต และการกรองของไตลดลง ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัวทำให้การไหลเวียนเลือดในไตลดลงร้อยละ 53 และอัตราการกรองของไตลดลงร้อยละ 50 จากอายุ 20 ถึง 90 ปี (Epiopaulos, 1987: 57 อ้างถึงในวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2536: 79 ) ร่างกายเกิดการสูญเสียน้ำและแร่ธาตุต่างๆ ได้ ในวัยสูงอายุความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง จะจุได้เพียง 250 ซีซี.หรือประมาณครึ่งหนึ่งของวัยหนุ่มสาว นูรูดของกระเพาะปัสสาวะไม่มีกำลัง ทำให้ปัสสาวะบ่อยและกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ในเพศชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้น อาจขัดขวางทางเดินปัสสาวะ ถ่ายปัสสาวะลำบากและบ่อยครั้ง ลูกอัณฑะเหี่ยวเล็กลง ผลิตเชื้ออสุจิได้น้อยและความสามารถในการผสมกับไข่ลดลง ในเพศหญิงมดลูกรังไข่จะฝ่อเหี่ยวลง เนื้อเยื่อบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกจะเหี่ยว ช่องคลอดแคบและสั้นลง เยื่อบุช่องคลอดบางทำให้ผลิตสารหล่อลื่นได้น้อย ภายในช่องคลอดมีสภาพเป็นต่างมากขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย

8) ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine system) ในผู้สูงอายุต่อมใต้สมองมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและทำงานลดลง เป็นผลให้ต่อมไร้ท่ออื่นๆ ซึ่งถูกควบคุมโดยฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองผลิตฮอร์โมนลดลงตามไปด้วย ผู้สูงอายุจึงมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลดอ่อนเพลีย ขนบริเวณใต้รักแร้และหัวเหน่าร่วง อวัยวะเพศเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง ตับอ่อนหลังอินซูลินลดลง การนำน้ำตาลไปใช้ประโยชน์น้อยลงทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเป็นโรคเบาหวานได้ง่าย ต่อมหมวกไตทำงานลดลง การขับคอร์ติโคสเตอรอยด์ทางปัสสาวะลดลงทำให้มีการสูญเสียโซเดียมออกไปกับปัสสาวะมากขึ้น และต่อมเพศทำงานลดลงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปร่าง โครงสร้างอวัยวะสืบพันธุ์และอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological change) สภาวะทางจิตใจเกี่ยวข้องผูกพันกับสภาวะร่างกายอย่างใกล้ชิด เมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น อารมณ์และจิตใจก็ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล จิตใจหดหู่ ซึมเศร้าและขาดความกระตือรือร้น การไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่างๆ ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ เจ็บป่วยบ่อย หากฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีก็จะเกิดความวิตกกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอีกด้วย สุรกุล เจนอบรม (2534: 19-20) ได้กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่างๆ ประกอบด้วย

1) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากคูชีวิต ญาติสนิทหรือเพื่อนต้องตายจากหรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพลัดพราก ก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

2) การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว ครอบครัวในสังคมปัจจุบันมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาทในด้านการให้คำปรึกษาแนะนำสั่งสอนจึงน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เกิดความว่าเหวและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง

3) การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากต้องออกจากการทำงาน ความสัมพันธ์ทางสังคมลดน้อยลง เนื่องจากหมดภาระติดต่อทางธุรกิจการงานหรือหมดภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่ง ไร้คุณค่า ไร้ความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังทำให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

4) การไม่สามารถสนองตอบความต้องการทางเพศ เพราะการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายนับเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศชาย เนื่องจากเหตุผลทางสังคมวัฒนธรรมเห็นว่า เพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (Social change) จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านอายุและสภาพร่างกายมีผลกระทบต่อสภาพสังคม โดยทำให้มีข้อจำกัดในการทำงาน บทบาท และภาระหน้าที่ทางสังคมของผู้สูงอายุก็จะลดลง เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ (2528: 80-82) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมของผู้สูงอายุ ดังนี้

1) การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม ในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำอยู่ในฐานะที่เคารพบูชายอมรับนับถือของบุตรหลาน แต่ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไปมีแต่การแข่งขันแสวงหาประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยลดลง อยู่กันเป็นครอบครัวเดี่ยว การรับรู้ถ่ายทอดวิชาการต่างๆ ได้มาจากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับและการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ต้องพบกับความโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งทางใจ

2) การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บทบาทด้านหน้าที่การงานและครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวมีหน้าที่ดูแลและหาเลี้ยงครอบครัว ต้องละจากบทบาทการเป็นผู้นำมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี มีความรู้สึกไร้คุณค่าหมดความสำคัญ เกิดความอับอายและคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหาหรือเป็นภาระของสังคม

3) ความคับข้องใจทางสังคม การเกษียณอายุการทำงานและการที่บุตรหลานหรือสังคมให้ผู้สูงอายุลดความรับผิดชอบในภาระหน้าที่ที่เคยปฏิบัติ ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจอย่างมาก มีความรู้สึกน้อยใจและเสียใจทั้งนี้เพราะการเป็นผู้สูงอายุมิใช่ขาดสมรรถภาพการทำงาน แต่กลับทำให้ต้องการการยอมรับมากยิ่งขึ้น

4) การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไปหน้าที่ความรับผิดชอบและงานที่ต้องอาศัยความคิดฉับไวจะลดลง การมอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก ความสัมพันธ์กับชุมชนที่เคยมีลดลง ต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดสูง

การเปลี่ยนแปลงและปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุนั้น เป็นปัญหาที่มีความสำคัญยิ่งต่อการดำเนินชีวิตในบั้นปลาย การที่บุคคลจะสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความ

สุขในวัยสูงอายุได้นั้น จำเป็นต้องมีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถพึ่งตนเองได้ ไม่เป็นภาระของสังคมส่วนรวมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## 2. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทย

คุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมายหลักในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535-2539 และยังคงต่อเนื่องมาจนถึงฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 ซึ่งได้มีการเปลี่ยนจุดมุ่งหมายในการพัฒนาประเทศใหม่ โดยเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางหรือเป็นจุดหมายหลักของการพัฒนา ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่วิสัยทัศน์ “ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีสมรรถภาพ เสรีภาพ ความยุติธรรม และมีการพัฒนาที่สมดุลบนพื้นฐานของความเป็นไทย”

### 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตมีความหมายแตกต่างกันตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ได้มีผู้อธิบายความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

Orem (1985: 179) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ และมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก (Well being)

Zhan (1992: 979) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต คือ ระดับความพึงพอใจ ซึ่งแตกต่างกันไปตามประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

อัจฉรา นวจินดา (2535: 23) ให้นิยามคุณภาพชีวิตว่าเป็น ความพึงพอใจของบุคคลที่เกิดจากการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสภาพแวดล้อมด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างเพียงพอ ทำให้เกิดการมีสุขภาพกายและสุขภาพใจที่ดี

บุษบา ตันติศักดิ์ (2535: 44) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต คือ การมีชีวิตที่ดี (Good-life) และความรู้สึกเป็นปกติสุข (Sense of well-being) ซึ่งจะครอบคลุมความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคลทุกด้านและคำที่มีความหมายเหมือนกัน คือ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) อันเป็นผลรวมของการตอบสนองความรู้สึกภายในตัวของบุคคลตามสภาพที่ตนดำรงอยู่

ศิริพร ลิ้มพัฒนานนท์ (2540: 27) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง ระดับการรับรู้ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของบุคคลต่อองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเองและการทำกิจกรรม

จากความหมายต่างๆ ดังกล่าว พอจะสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลตามประสบการณ์ความพึงพอใจในชีวิต การมีชีวิตที่ดีและมีความรู้สึกเป็นปกติสุขในทุกด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเองและการทำกิจกรรม

## 2.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การที่ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ ซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

Flanagan (1978: 138-139) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตมาจากพื้นฐานความต้องการของมนุษย์ แบ่งได้ 5 องค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและด้านวัตถุ ด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ปราศจากโรค ด้านวัตถุ ได้แก่ มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม มีอาหารที่ดี

องค์ประกอบที่ 2 มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ได้แก่ ความสัมพันธ์กับบิดามารดา คู่สมรส ญาติพี่น้อง เพื่อนและบุคคลอื่น

องค์ประกอบที่ 3 มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้อื่น

องค์ประกอบที่ 4 มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพอย่างสมบูรณ์และเหมาะสม เช่น มีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจและเข้าใจตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และมีการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

องค์ประกอบที่ 5 มีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ

Berghom และคณะ (1981: 331-347) กล่าวถึง องค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้ 5 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 สถานภาพทางเศรษฐกิจ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะรายได้ซึ่งเป็นเงินที่ผู้สูงอายุได้รับในแต่ละเดือน รายได้จะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสสนองตอบความต้องการในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพรวมทั้งการจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกและความสุขของตนเอง และยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมด้วย

ด้านที่ 2 สุขภาพ การมีสุขภาพดีย่อมเป็นที่พึงปรารถนาของมนุษย์ทุกคน เพราะจะเป็นวิถีทางที่จะนำบุคคลไปสู่ความสุขและความสำเร็จในชีวิต ผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดโรคได้ง่ายกว่าบุคคลในวัยอื่นๆ ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึก

ตนเองมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ หรือยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้น ยอมรับความสามารถที่มีขอบเขตจำกัดของร่างกาย และปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพก็จะส่งผลให้เกิดอึดมโนทัศน์ที่ดีต่อตนเอง และทำให้เกิดความพึงพอใจในสุขภาพที่เป็นอยู่

ด้านที่ 3 สภาพแวดล้อม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาพแวดล้อมเป็นสิ่งบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะสัมพันธ์ภาพกับบุคคลต่างๆ ได้แก่ การมีเพื่อนวัยเดียวกัน เพราะเพื่อนเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุรู้สึกคุ้นเคย สามารถให้ความช่วยเหลือ มีความหวังดีต่อกัน เห็นอกเห็นใจกัน ร่วมรับรู้เรื่องราวและให้คำปรึกษาซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้จะทำให้ชีวิตของผู้สูงอายุมีความหมาย ไม่รู้สึกโดดเดี่ยวหรือว่าเหว่ ส่วนสัมพันธ์ภาพกับบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า ได้แก่ บุตรหลาน ผู้สูงอายุที่มีบุตรหลานเป็นผู้ดูแลทุกข์สุขคอยช่วยเหลือ ให้ความเคารพนับถือ ยกย่องให้ความสำคัญ ย่อมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีความหมายหรือมีคุณค่าต่อครอบครัว สามารถดำรงบทบาทในครอบครัวได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกที่ดีต่อบ้านชุมชนที่อยู่อาศัย โดยมีบ้านที่น่าอยู่ สะดวกสบาย มีเพื่อนบ้านที่ดี คอยให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ปราศจากโจรผู้ร้าย รวมทั้งมีความพอใจในบริการของชุมชน ย่อมทำให้ชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสุข

ด้านที่ 4 การพึ่งพาตนเอง จากการเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายอ่อนแอมีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง เช่น การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย การแต่งตัว การเตรียมและการรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ การลุกเดิน การซักผ้า และการทำงานนอกบ้าน การพึ่งพาตนเองได้น้อยลงอาจทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำได้ การที่ผู้สูงอายุรับรู้ที่ตนเองยังสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือเพื่อนฝูงย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต

ด้านที่ 5 การทำกิจกรรม กิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุในการที่จะเสริมสร้างสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ เพราะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก คลายความตึงเครียด เป็นการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์กับตนเองและสังคม กิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ คือ

กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal activities) ได้แก่ การทำบุญ การเข้าวัด การมีกิจกรรมในสโมสร การเข้าร่วมเป็นสมาชิกในสมาคมต่างๆ การเป็นอาสาสมัครเพื่อสังคม การเข้ากลุ่มทางศาสนา การเมืองซึ่งเป็นกิจกรรมภายนอกครอบครัว

กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal activities) ได้แก่ การมีสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน การเดินทาง การซื้อสิ่งของต่างๆ การมีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว

กิจกรรมที่กระทำคนเดียว (Solitary activities) ได้แก่ งานอดิเรก ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เป็นต้น

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปิฎ (2525: 104) กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามทัศนะของเบนเนต (Bennet) ว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 สิ่งที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นความต้องการขั้นต่ำสุดของบุคคล ได้แก่ อาหาร ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า สุขภาพที่แข็งแรงไม่เจ็บป่วย มีเศรษฐกิจและสังคมดี

ส่วนที่ 2 ความต้องการที่สนองความพอใจของแต่ละบุคคล ได้แก่ ค่านิยมที่เหมาะสมกับสังคมวัฒนธรรม ความสมดุลระหว่างความต้องการ และความเป็นไปที่จะบรรลุถึงความต้องการนั้นและมีจุดหมายของชีวิต

จากความหมายของคุณภาพชีวิตและองค์ประกอบที่บ่งชี้ถึงควมมีคุณภาพชีวิตที่ดีดังกล่าว เป็นสิ่งที่ทำให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุข ต้องตระหนักถึงความสำคัญและนำมาเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมให้กับบุคคลที่จะก้าวเข้าสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ

## 2.3 ปัจจัยสนับสนุนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

### 2.3.1 การดูแลตนเองด้านสุขภาพ

Orem (1991: 117) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล

Pender (1982: 150) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติเพื่อประโยชน์ที่จะดำรงไว้หรือทำให้ชีวิตของตนดำเนินไปอย่างเป็นปกติ มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์

การดูแลตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ (Orem, 1985: 90-99)

ด้านที่ 1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการดำรงชีวิต เพื่อให้สุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ได้แก่ 1) คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ 2) คงไว้ซึ่งการขับถ่ายให้เป็นไปตามปกติ 3) รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน 4) รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่

ตามลำพังกับการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม 5) ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ  
6) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบของสังคม โดยสอดคล้องกับ  
ความสามารถของตนเอง

ด้านที่ 2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตในระยะต่างๆ เช่น การเจริญเติบโต การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเข้าสู่วัยสูงอายุ รวมทั้งการเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียบิดามารดา คู่ชีวิต ญาติสนิท การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน หรืออาจเกิดจากการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเพื่อปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ เป้าหมายของการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ คือ 1) ดำรงไว้ซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่มีผลต่อการดำรงชีวิต และส่งเสริมพัฒนาการของชีวิตในระยะต่างๆ ได้แก่ ระยะเวลาที่อยู่ในครรภ์ ระยะเวลาคลอด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น และวัยสูงอายุ 2) ส่งเสริมการดูแลด้านต่างๆ รวมทั้งการป้องกันการเกิดภาวะที่มีผลทำให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอย ได้แก่ ปัญหาการปรับตัวเข้ากับสังคม ปัญหาความผิดปกติทางด้านอารมณ์

ด้านที่ 3 การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย ได้รับอันตรายหรือทุพพลภาพ อันเป็นสาเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือไม่สามารถกระทำกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้การรักษาพยาบาลได้ แบ่งออกเป็น 6 ประเภท คือ 1) แสวงหาบริการทางด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย 2) รับรู้และตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพนั้น 3) ปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพเพื่อผลในการป้องกันและรักษาคงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกาย จิตใจและการแก้ไขความพิการอันอาจเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค 4) รับรู้และสนใจป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาพยาบาล 5) ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น 6) เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริงและข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเอง รวมทั้งมีการส่งเสริมสุขภาพร่างกายและจิตใจตามความสามารถที่เหลืออยู่

สำหรับในการดูแลสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับตัวแปรหลายอย่าง อย่างหนึ่งคือ การควบคุมของแต่ละบุคคล สถานะสุขภาพ คือ สิ่งที่แสดงถึงการมีสุขภาพดี ซึ่งเป็นผลของการมีปฏิสัมพันธ์และ



การอาศัยซึ่งกันและกันของปัจจัยหลัก 3 ปัจจัย คือ พันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และแบบแผนการดำเนินชีวิต (Lueckenotte, 1996: 202)

Califano (cited in Lueckenotte, 1996) ผู้อำนวยการของ Health, Education and Welfare (HEW) กล่าวว่า บุคคลสามารถที่จะจัดการกับสุขภาพของตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดีได้มากกว่าแพทย์ โรงพยาบาล การใช้จ่าย และการแนะนำของบุคลากรอื่นๆ

Pender (1987: 57-69) กล่าวว่า การที่บุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 ปัจจัยด้านความรู้-การรับรู้ (Cognitive-perceptual factors) เป็นกระบวนการขั้นแรกของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ซึ่งถือได้ว่ามีอิทธิพลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ความสำคัญของสุขภาพ (The Importance of Health) การที่บุคคลให้คุณค่ากับสุขภาพของตนเองมากเท่าไร บุคคลจะแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้นเท่านั้น และการให้คุณค่ากับพฤติกรรมเฉพาะ (Behavior specific values) น่าจะมีอิทธิพลมากกว่าพฤติกรรมทั่วไป (Global life values) 2) การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceived control of Health) การที่บุคคลรับรู้ถึงผลของการควบคุมสุขภาพจากภายในตน จะมีแนวโน้มของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รับรู้ถึงผลของการควบคุมสุขภาพจากภายนอกตน 3) การรับรู้ความสามารถในตน (Perceived Self-efficacy) การที่บุคคลมีความเชื่อว่า ตนเองจะสามารถประสบความสำเร็จหรือผลที่ตนเองต้องการ เมื่อได้ลงมือกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ บุคคลในแต่ละวัยจะรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ต้องการควบคุมปัจจัยส่วนตนและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เมื่อบุคคลกระทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพแล้วภาวะสุขภาพจะดีขึ้น บุคคลนั้นก็จะมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น 4) การรับรู้คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of Health) สุขภาพของบุคคลจะส่งผลต่อการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น บุคคลที่ให้ความหมายของสุขภาพว่าเกี่ยวกับการปรับตัวหรือความสมดุล บุคคลนั้นก็จะมีพฤติกรรมป้องกันความเจ็บป่วยหรือการเกิดโรค ส่วนบุคคลที่ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นภาวะที่บุคคลมีความสุขสมบูรณ์ (Self actualization) ก็จะมีพฤติกรรมเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพและเพื่อความผาสุก (Well-being) การที่บุคคลให้คำจำกัดความของสุขภาพแตกต่างกัน จะมีผลต่อรูปแบบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน

5) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceive Health Status) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งเกี่ยวข้องกับความถี่และความจริงจังของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากประสบการณ์ของบุคคลที่กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้ว ทำให้บุคคลนั้นเกิดความสุขและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นซึ่งจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลรับรู้ถึงคุณค่าของการมีสุขภาพดีและส่งเสริมให้บุคคลปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต 6) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Benefits of Health-Promotion Behaviors) การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำของตนเองกระทำนั้นมีประโยชน์ต่อสุขภาพของตน ส่งผลให้บุคคลมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันการกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจะทำให้เกิดความมั่นคงและส่งเสริมให้บุคคลเชื่อในประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น 7) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Perceived Barriers to Health Promoting Behaviors) ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลซึ่งอาจจะเป็นการคาดคะเนหรือความจริงและการรับรู้ในแง่ของความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบาก การไม่มีโอกาสในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอันจะส่งผลลบต่อสุขภาพ

ด้านที่ 2 ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านปัจจัยทางด้านความรู้ การรับรู้ของบุคคล นั่นคือ ปัจจัยนี้จะมีผลทางอ้อม (Indirect effect) ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านประชากร (Demographic Factors) ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษาและรายได้ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการของปัจจัยด้านความรู้ การรับรู้ภายในตัวบุคคล เช่น การให้ความสำคัญต่อสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ 2) ลักษณะทางชีววิทยา (Biological Characteristics) ปัจจัยทางชีววิทยามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น น้ำหนักของร่างกายมีผลต่อความตั้งใจในการออกกำลังกายของบุคคล โดยบุคคลที่มีน้ำหนักมากจะมีความตั้งใจต่ำในการที่จะออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 3) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) ปัจจัยระหว่างบุคคล ความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด สถานภาพสมรส แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางที่สุขภาพ มีผลกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพราะการปฏิสัมพันธ์กับสังคม ทำให้บุคคลได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การเงิน แรงงาน และการตอบสนองด้านอารมณ์ จะทำให้รู้สึกว่าคุณค่าเป็นที่ต้องการ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 4) ปัจจัยสถานการณ์ (Situational Factors) ตัวกำหนดด้านสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทางเลือกที่มีอยู่ในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ และ

ความง่ายที่จะใช้ทางเลือกเหล่านั้น โดยทางเลือกยังมีมากเท่าไร ยิ่งทำให้บุคคลมีโอกาสเลือกปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้นเท่านั้น 5) ปัจจัยพฤติกรรม (Behavior Factors) ประสบการณ์ของบุคคลที่เคยปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลกระทำพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ อีก การเรียนรู้และทักษะทางปัญญา (Cognitive and psychomotor skills) มีความจำเป็นต่อการส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ซับซ้อนได้ เช่น โปรแกรมการออกกำลังกาย การเผชิญความเครียด ด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์เดิมจะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมคล้ายคลึงกับที่เคยปฏิบัติมา ความรู้และทักษะจากประสบการณ์เดิมจะส่งผลให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้สมบูรณ์ขึ้น

ด้านที่ 3 ตัวชี้แนะการกระทำ (Cues to Action) การทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพนั้นมีความเกี่ยวข้องกับตัวชี้แนะการกระทำ ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ ตัวชี้แนะการกระทำภายใน เช่น การรับรู้ศักยภาพของตนเองที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงหรือพัฒนาการ และความรู้สึกสุขสบายที่เพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลได้เริ่มต้นปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น ความรู้สึกสุขสบายที่เพิ่มขึ้น (Feeling good) อันเป็นผลจากการออกกำลังกาย เป็นต้น ส่วนการสนทนากับผู้อื่นในเรื่องต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย ลักษณะการบริโภคอาหาร การจัดการกับความเครียด และการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลเป็นตัวชี้แนะการกระทำภายนอกที่จะผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ที่กล่าวมานี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ในทุกช่วงวัย เพื่อให้มีสุขภาพดี แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยง่าย ซึ่งนอกจากการส่งเสริมสุขภาพแล้ว ยังมีการป้องกันโรคที่จะต้องกระทำหรือปฏิบัติควบคู่กันไปเพื่อการเตรียมสุขภาพที่พร้อมสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

Bennett และ Ebrahim (1995: 199) กล่าวว่า การป้องกันดีกว่าการรักษา นั้น เป็นความเชื่อที่ดีและถูกต้อง ในวัยสูงอายุโอกาสของการป้องกันดูเหมือนจะน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในการมีชีวิตที่เหลืออยู่เพิ่มขึ้นนั้นพบว่า ผู้ที่เกษียณอายุแล้วจะมีชีวิตอยู่ได้อีก 15-20 ปี ซึ่งในช่วงเวลานี้เป็นเวลาที่ยาวนาน และการป้องกันโรคกลายเป็นความสำคัญในช่วงเวลาที่เหลืออยู่นี้

การป้องกันโรค แบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Moore and Williamson, 1984:196-197; Clark, 1992: 561-575; Bennett and Ebrahim, 1995: 199-202)

ระดับที่ 1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) คือ การป้องกันก่อนที่ปัญหาสุขภาพหรือโรคจะเกิดขึ้น เป้าหมายที่สำคัญ คือ ป้องกันหรือชะลอให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำที่สุด กลยุทธ์ในระดับนี้รวมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันเฉพาะโรคไว้ด้วยกัน

ระดับที่ 2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) คือ การป้องกันภายหลังจากเกิดปัญหาสุขภาพหรือโรคขึ้นแล้ว อาจมีหรือไม่มีอาการแสดงก็ได้ ซึ่งไม่สามารถป้องกันแบบปฐมภูมิได้ทัน การป้องกันในระดับนี้จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหรือความเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรคได้ในระยะเริ่มแรกและการรักษาที่ดี จะเป็นการป้องกันหรือจำกัดความพิการถาวรหรือความตาย ในวัยสูงอายุปัญหาสุขภาพจะสัมพันธ์กับความสูงอายุ โดยส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรังและโรคติดต่อ

ระดับที่ 3 การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) หรือระยะฟื้นฟู (Rehabilitation) คือ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำอีกของโรค ซึ่งการป้องกันในระดับนี้จะพิจารณาจากปัญหาของแต่ละบุคคล เป้าหมายสำคัญ คือ การคงไว้ซึ่งระดับสูงสุดของหน้าที่การทำงานของร่างกาย

สรุปได้ว่า การดูแลส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมีเป้าหมายหลักที่ตรงกันคือ การมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ สามารถคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจที่มีสมรรถภาพ โดยในวัยสูงอายุสามารถประกอบกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น ดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างปกติสุข

### 2.3.2 การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

การเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพร่างกาย ปัญหาด้านจิตใจ ปัญหาด้านสังคม และปัญหาด้านเศรษฐกิจดังที่กล่าวมา ทำให้ผู้สูงอายุประสบกับปัญหาในการดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ ซึ่งเมื่อพิจารณาปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว ล้วนแต่เป็นปัญหาที่ไม่อาจเตรียมความพร้อมหรือการแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้นๆ

ศรีเรอเน แก้วกัจจาล (2518: 117) กล่าวว่า การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุจะทำให้เกิดความสุขในยามชราได้มากกว่าคนที่มิได้เตรียมตัว เสนอ อินทรสุขศรี (2525 อ้างถึงใน ศิริวรรณสินไชย, 2532) กล่าวว่า บุคคลควรจะได้มีการวางแผนชีวิตของตนไว้ล่วงหน้า ตั้งแต่วัยยังไม่เข้าสู่วัยสูงอายุจึงจะทำให้เกิดความสุขในบั้นปลายของชีวิตได้ เพราะถ้าจะมาเริ่มเอาตอนเป็นผู้สูงอายุ บางอย่างก็สายเกินไปกว่าที่จะแก้ไขแล้ว สอดคล้องกับสุชาติ โสมประยูร (2528: 184-185) กล่าว

ถึงความสำคัญของการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุว่า เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติอย่างยิ่งสำหรับผู้ใหญ่ทุกคนและควรกระทำแต่เนิ่นๆ เช่น ก่อนบุตรแยกครอบครัว หรือก่อนที่ชีวิตจะพบกับการเปลี่ยนแปลงอย่างใหญ่หลวงซึ่งได้แก่ การปลดเกษียณ การพลัดพรากจากคู่ครอง เมื่อคนเราได้เตรียมตัวไว้พร้อมแล้ว และเข้าสู่วัยสูงอายุก็จะสามารถปรับตัวกับสภาพการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุได้เป็นอย่างดี ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุได้มีการเตรียมตัวทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจไว้ ก็ย่อมมีผลทำให้เกิดความสงบสุขในชีวิตทั้งกายและใจ ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตได้สูง แต่ถ้าผู้สูงอายุไม่ได้มีการเตรียมตัวมาก่อน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ทางสังคมอย่างกระทันหันก็จะทำให้เกิดภาวะวิกฤตต่อผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดและปรับตัวไม่ได้ ซึ่งมีผลกระทบต่อจิตใจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า คิดถึงความสูญเสียที่เคยมีมาในอดีตที่ไม่สามารถเรียกคืนมาได้ จากการศึกษาของศิริวรรณ สิ้นไชย (2532) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรากรมประชาสงเคราะห์ พบว่า การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ คนที่มีการเตรียมตัวก่อนสูงอายุไว้มากจะเป็นผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเตรียมตัวอยู่ในระดับต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

#### การเตรียมตัวด้านร่างกาย

การเตรียมตัวด้านร่างกาย ได้แก่ การเอาใจใส่ดูแลรักษาสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ มีการตรวจสุขภาพประจำปี มีการรับประทานอาหารที่ถูกส่วน มีการออกกำลังกายเหมาะสม มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ และมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ

สุชาติ โสมประยูร (2528: 77) กล่าวว่า สุขภาพคือวิถีแห่งชีวิตที่จะนำบุคคลไปสู่ความสำเร็จในชีวิตมิใช่เพียงแต่จุดหมายปลายทางเท่านั้น แต่จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีและมีความพึงพอใจในชีวิตด้วย

Bumside (1981: 606) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพร่างกายต้องดำเนินมาตั้งแต่วัยหนุ่มสาวและวัยกลางคน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุหรือวัยเกษียณแล้วจึงจะดำรงสุขภาพที่ดีอยู่ได้

เกษม ตันติผลลาชีวะ และกุลยา ตันติผลลาชีวะ (2528: 22-23) ได้กล่าวถึงการดูแลรักษาสุขภาพว่าเป็นความรับผิดชอบต่อตนเองของบุคคลที่สำคัญซึ่งจะทำให้มีสุขภาพดี

บรรลุ ศิริพานิช (2536: 8-9,19) กล่าวว่า สุขภาพร่างกายเป็นขบวนการต่อเนื่องของชีวิตตั้งแต่เกิดจนตาย การจะมาเร่งบำรุงสุขภาพเมื่อวัยสูงอายุเป็นเรื่องสายไปเสียแล้ว คนที่เมื่อเกิดเด็ก หนุ่มสาว จนถึงผู้ใหญ่ มีสุขภาพแข็งแรง เมื่อสูงอายุก็มีสุขภาพแข็งแรงด้วย โดยชีวิต

ในวัยสูงอายุหรือหลังเกษียณอายุการทำงาน จะมีความสุขได้ต้องอาศัยสภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรงเป็นพื้นฐานก่อน ดังนั้นการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงจึงเป็นสิ่งจำเป็น

Gornly และ Brodzinsky (1989 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538: 595) กล่าวว่าความสุขทุกขีในวัยสูงอายุ ตั้งอยู่บนพื้นฐานของสมรรถภาพทางกายและสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหลัก

เมื่อสุขภาพร่างกายมีความสำคัญเช่นนี้ การดูแลสุขภาพจึงควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ มิใช่เฉพาะช่วงใดช่วงหนึ่งเท่านั้น แต่ต้องสนใจให้มากขึ้นเมื่อมีอายุ เพื่อความเป็นผู้มีอายุที่มีสุขภาพดี ปัจจัยในการช่วยให้สุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงคือ

#### ปัจจัยที่ 1 การรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม

เนื่องจากร่างกายของคนเราประกอบด้วยกล้ามเนื้อ เลือด ไขมัน กระดูกและฟัน ซึ่งมีองค์ประกอบเป็นสารพวกโปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต เกลือแร่ วิตามิน และน้ำ เหมือนกับองค์ประกอบในอาหารหลายๆ อย่าง อาหารจึงมีความสำคัญและสัมพันธ์กับสุขภาพร่างกายอย่างมาก

ในภาวะที่ร่างกายกำลังมีการเจริญเติบโต เช่น ในวัยทารกซึ่งมีการเจริญเติบโตทั้งสมองและร่างกายอย่างรวดเร็ว ในวัยเด็ก วัยเรียนและวัยรุ่น ก็ย่อมมีความต้องการสารอาหารต่างๆ สูง โดยเฉพาะสารอาหารโปรตีนและสารอาหารที่ให้กำลังงาน ซึ่งต้องได้รับอาหารให้เพียงพอ เพื่อให้ร่างกายเจริญเติบโตอย่างสมบูรณ์และมีการพัฒนาอย่างเต็มที่ การมีบริโภคนิสัยที่ถูกต้องตั้งแต่เด็กจะทำให้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ ไม่เจ็บป่วยบ่อย (บรรลุ ศิริพานิช, 2536: 20) ในวัยผู้ใหญ่จนถึงแม้ว่าจะหยุดการเจริญเติบโตแล้ว แต่ยังมีความต้องการสารอาหารต่างๆ เพื่อช่วยในการรักษาร่างกายให้แข็งแรงซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ในวัยสูงอายุก็เช่นเดียวกับในวัยผู้ใหญ่ แต่ความต้องการสารอาหารที่ให้กำลังงานจะน้อยกว่า ทั้งนี้เพราะในวัยสูงอายุมีกิจกรรมต่างๆ ลดลง การทำงานของกล้ามเนื้อลดลงด้วย ทำให้ความต้องการพลังงานลดลง ส่วนความต้องการเกลือแร่ วิตามิน โยอาหารและน้ำมีความต้องการพอ ๆ กับวัยผู้ใหญ่

#### อาหารไทยแบ่งออกเป็นอาหารหลัก 5 หมู่ ได้แก่

หมู่ 1 อาหารจำพวกนม ไข่ เนื้อสัตว์ต่างๆ เช่น ปลา เนื้อหมู เนื้อวัว เบ็ด ไก่ ถั่วต่างๆ เช่น ถั่วเหลือง ถั่วลิสง ถั่วเขียว ถั่วแดง อาหารหมู่นี้ประกอบด้วยสารอาหารหลักคือ โปรตีน ซึ่งเป็นส่วนประกอบของกล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อ น้ำย่อยและเลือด ช่วยในการสร้างและรักษากล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อให้แข็งแรงสมบูรณ์ สร้างภูมิต้านทานโรคทำให้ร่างกายแข็งแรง และช่วยในการเจริญเติบโต

สำหรับผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุควรเลือกรับประทานปลา เพราะปลาสวนใหญ่มีไขมันต่ำ ย่อยง่าย และมีแคลเซียมสูง เนื้อสัตว์อื่นต้องเลือกที่ไม่ติดมัน รับประทานไข่ได้ 3-4 ฟองต่อสัปดาห์ ถ้ามีปัญหาไขมันในเส้นเลือดสูงให้เลือกรับประทานเฉพาะไข่ขาว

หมู่ 2 อาหารจำพวกข้าว แป้ง น้ำตาล ประกอบด้วยสารอาหารหลักคือ คาร์โบไฮเดรต มีความสำคัญต่อร่างกายคือ ให้พลังงานทำให้เราสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ ร่างกายจะสะสมสารอาหารพวกนี้ไว้ได้น้อยมาก ถ้ารับประทานเกินความต้องการก็จะเปลี่ยนไปสะสมในสภาพของไขมันทำให้เกิดโรคอ้วนได้ ผู้ที่รับประทานอาหารหวานมากๆ เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม หรืออาหารพวกแป้งสูงๆ เมื่อมีอายุสูงขึ้นควรลดปริมาณการรับประทานอาหารหมู่ นี้ เพราะความต้องการพลังงานในวัยสูงอายุลดลง ถ้าไม่ลดปริมาณลงจะทำให้เป็นโรคอ้วนและทำให้น้ำตาลในเลือดสูงเกิดโรคเบาหวานได้ ดังนั้นควรเปลี่ยนมาบริโภคผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัดแทนการบริโภคของหวานของเชื่อม

หมู่ 3 อาหารจำพวกไขมันที่ได้มาจากพืชหรือสัตว์ จากพืชได้แก่ น้ำมันพืช เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำ หรืออยู่ในเมล็ดพืช ได้แก่ ถั่วลิสง งา หรืออยู่ในรูปกะทิ จากสัตว์ได้แก่ ไขมันหมูหรือไขมันที่แทรกอยู่ในเนื้อหมูเนื้อวัว อาหารหมู่นี้ประกอบด้วยสารอาหารหลักคือ ไขมัน มีความสำคัญต่อร่างกายคือ ช่วยให้ร่างกายเกิดความอบอุ่น ให้พลังงานเช่นเดียวกับคาร์โบไฮเดรต แต่เป็นพลังงานที่ร่างกายสะสมไว้ด้วย สามารถนำออกมาใช้ได้ในเวลาที่เป็น เช่น เมื่อมีการอดอาหาร คนที่รับประทานไขมันมากเกินความต้องการ ร่างกายก็จะเก็บสะสมไว้ตามท้อง สะโพก แขนขาทำให้เกิดความอ้วน เป็นสาเหตุของโรคต่างๆ เช่น ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจอุดตันและทำให้ท้องอืดเฟ้อเพราะย่อยยาก

หมู่ 4 อาหารจำพวกผัก ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เช่น ผักบุ้ง ตำลึง คะน้า ถั่วฝักยาว และผักที่มีสีเหลืองหรือสีแดง ได้แก่ มะเขือเทศ พริกทอง แครอท ซึ่งนอกจากจะทำให้อาหารมีสีสวยชวนรับประทานแล้ว ยังประกอบด้วยเกลือแร่วิตามินช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง มีใยอาหารและน้ำช่วยทำให้ท้องไม่ผูกและไม่อ้วน

หมู่ 5 อาหารจำพวกผลไม้ ได้แก่ ผลไม้ชนิดต่างๆ เช่น กัลยัม ส้ม ฝรั่ง มะละกอ ซึ่งให้สารอาหารที่สำคัญเช่นเดียวกับผัก คือ เกลือแร่ วิตามิน ใยอาหารและน้ำ ผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุเลือกรับประทานได้ทุกชนิด ยกเว้นผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน ลำไย ขนุน น้อยหน่า ผลไม้ที่มีทุกฤดูกาลและเหมาะแก่การบริโภคสำหรับทุกวัย ได้แก่ กัลยัม ส้ม ฝรั่ง และมะละกอ

สรุปแหล่งอาหารที่ให้โปรตีนได้แก่ เนื้อสัตว์ต่างๆ เช่น ปลา เนื้อวัว เบ็ด ไก่ ไช้ นม และถั่ว แหล่งอาหารที่ให้พลังงานได้แก่ อาหารที่มีองค์ประกอบหลักคือ คาร์โบไฮเดรตและไขมัน ซึ่งได้แก่ ข้าว แป้ง น้ำตาล น้ำมันพืช น้ำมันสัตว์ แหล่งอาหารที่ให้วิตามิน เกลือแร่ โยอาหารและน้ำได้แก่ ผัก ผลไม้

เนื่องจากอาหารต่างหมู่มักมีองค์ประกอบหลักไม่เหมือนกัน อาหารเพียงหมูเดียวจึงไม่สามารถเป็นแหล่งของสารอาหารทุกชนิดในปริมาณที่ร่างกายต้องการได้ เราจึงต้องบริโภคอาหาร ทั้ง 5 หมู่ ทุกมื้อทุกวัน จากการศึกษาของบรรลู่ ศิริพานิช และคณะ (2532) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ ยืนยาวมาถึง 70-74 ปี และสมบูรณ์แข็งแรง มีอาหารรับประทานไม่ขัดสนร้อยละ 89.9 และมีนิสัย การกินอยู่อย่างไม่เลือกอาหาร รสชาติอาหารเป็นแบบธรรมดา และรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ

แจก ธนะสิริ (2540: 9) ได้แนะนำหลักการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพไว้ 10 ข้อ ดังนี้

ข้อที่ 1 รับประทานคาร์โบไฮเดรตที่ไม่ถูกดัดแปลง เช่น ข้าวซ้อมมือ ผลไม้สด ถั่ว ผัก และเมล็ดพืช เพราะคาร์โบไฮเดรตที่ถูกดัดแปลงแล้วนั้นนอกจากไม่มีคุณค่าทางอาหารยังกลับ เป็นผลเสียต่อร่างกายอีกด้วย

ข้อที่ 2 ต้องรับประทานโปรตีนให้เหมาะสม ถ้าหากรับประทานมากเกินไป ร่างกาย จะเปลี่ยนเป็นไขมันสะสมไว้ และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงเป็นพลังงานมาใช้ได้อีก

ข้อที่ 3 ควรหลีกเลี่ยงไขมันอิ่มตัวเมื่อมีอายุมากขึ้น เพราะทำให้เกิดโรคต่างๆ ดังนั้น ควรหลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ เนื้อแดง ไขมันสัตว์ น้ำมัน เนย มายองเนส

ข้อที่ 4 รับประทานวิตามินที่ได้จากพืชและสัตว์ วิตามินธรรมชาติมีคุณภาพสูงกว่า วิตามินสังเคราะห์ ดังนั้นควรรับประทานวิตามินที่ได้จากอาหารธรรมชาติที่ดีที่สุด และดีกว่าการ รับประทานวิตามินที่เป็นเม็ดหรือเป็นแคปซูล

ข้อที่ 5 ควรรับประทานผักและผลไม้สด อาหารในแต่ละวันควรเป็นผักสดและผลไม้ ประมาณ 70% อีก 30% เป็นอาหารประเภทอื่นๆ นอกจากนี้ควรลดเนื้อสัตว์ใหญ่เพราะเอนไซม์ ต่างๆ นั้น มีมากในพืชผัก ผลไม้ ไม่ใช่มีมากในเนื้อ นม ไช้

ข้อที่ 6 หลีกเลี่ยงอาหารปรุงแต่ง ได้แก่ อาหารหวานจัด อาหารสำเร็จรูป อาหารซึ่งมี สารเคมีเป็นส่วนผสม อาหารเหล่านี้ไม่มีคุณค่าแต่กลับเป็นโทษต่อร่างกาย

ข้อที่ 7 ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เพราะน้ำเป็นตัวนำสารอาหารไปสู่ส่วน ต่างๆ ของร่างกาย ควรดื่มน้ำสะอาดก่อนหรือหลังอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกาย ทำงาน เต็มที่และเวลาตื่นนอนควรดื่มน้ำสัก 1-2 แก้ว



ข้อที่ 8 รับประทานอาหารแต่ละมื้อให้เหมาะสม ไม่ควรทานจนแน่นอึดอัด มื้อเช้าควรได้อาหารที่ให้พลังงานเพราะต้องทำงานทั้งวัน ส่วนมื้อเย็นควรเป็นอาหารที่เบาท้องเพราะใกล้เข้านอน ในขณะที่นอนหลับควรให้กระเพาะอาหารและลำไส้พักผ่อนบ้าง

ข้อที่ 9 รับประทานอาหารตามฤดูกาลและอาหารที่มีอยู่ในท้องถิ่น เพราะพืชผักและผลไม้ตามฤดูกาลจะทำให้ร่างกายมีความสมดุลกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ดี อาหารที่ผิดฤดูกาลหรือนำเข้ามาจากต่างประเทศอาจเคลือบสารเคมีหรือรังสีบางอย่างไว้ ซึ่งทำให้ร่างกายไม่มีภูมิคุ้มกันต้านทานได้

ข้อที่ 10 รับประทานอาหารอย่างไรนั้นต้องดูว่าตนเองเป็นอย่างไรและทำอะไร ต้องรับประทานอาหารให้เหมาะกับอาชีพและสภาพการทำงานของตนเอง

นอกจากการเลือกรับประทานอาหารที่ให้คุณประโยชน์แก่ร่างกายแล้ว การเลือกเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ไม่เกิดโทษแก่ร่างกายก็เป็นสิ่งสำคัญ ในชีวิตประจำวันของคนทั่วไป ชา กาแฟ เข้ามามีบทบาทอย่างมาก โดยเฉพาะคนในเมืองหลวงหรือเมืองใหญ่ ที่มีชีวิตที่เร่งรีบแข่งกับเวลา เช่น อาหารเข้ามักจะเปลี่ยนจากรับประทานข้าวมาเป็นกาแฟ 1 ถ้วย หรือตอนสายๆ บ่ายๆ ก็ดื่มชาหรือกาแฟเป็นเครื่องดื่มประจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาที่มีการประชุมสัมมนาต่างๆ เครื่องดื่มที่นิยมนำมาดื่มมักเป็นชา กาแฟ ในชาและกาแฟนั้นมี สารที่สำคัญควรรู้จักอยู่ 2 ชนิด คือ เทนิน (Tannin) และคาเฟอีน (Caffeine)

เทนิน มีรสฝาดและขม มีมากในใบชา เป็นสารที่ทำลายวิตามินบี 1 ในอาหาร ถ้าร่างกายขาดวิตามินบี 1 จะทำให้เกิดโรคเหน็บชา เหนื่อยง่าย อารมณ์หงุดหงิด ดังนั้นจึงไม่ควรดื่มชาพร้อมอาหาร ถ้าจำเป็นหรือต้องการ ควรดื่มหลังอาหารแล้วประมาณ 1 ชั่วโมง เทนินยังเป็นตัวยับยั้งการดูดซึมของธาตุเหล็กจากอาหารในร่างกายให้น้อยลง การดื่มชาและกาแฟพร้อมอาหารจึงเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง โดยเฉพาะในคนที่มีปัญหาของโลหิตจาง นอกจากนี้ชา ยังทำให้ผู้ดื่มมีอาการท้องผูกอีกด้วย

คาเฟอีน เป็นสารเคมีอีกชนิดหนึ่งที่มีอยู่ในชา กาแฟ และพบในพืชอื่นๆ อีกหลายชนิด เช่น ช็อกโกแลตและโคล่า สารนี้มีรสขม ทนต่อความร้อน กรดและด่าง สามารถดูดซึมเข้าสู่ร่างกายได้เร็วและจะถูกขับถ่ายออกจากร่างกายทางปัสสาวะเป็นส่วนใหญ่ ส่วนน้อยขับถ่ายออกทางอุจจาระ คาเฟอีนมีคุณสมบัติหลายประการ เช่น มีฤทธิ์เป็นยาขับปัสสาวะ กระตุ้นกล้ามเนื้อหัวใจทำให้หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติได้ คนที่เป็นโรคหัวใจควรงดดื่มกาแฟหรือลดจำนวนการดื่มให้น้อยลงกว่าเดิม คาเฟอีนยังมีฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งของกรดในกระเพาะอาหาร เพิ่มระดับของ

กรดไขมันและน้ำตาลในเลือด (Behler, Tippet and Mandle, 1994: 625) กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง มีผลทำให้ออนไม่หลับ ปวดศีรษะและอาจมีอาการตื่นตระหนกในบางคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความทนทานต่อคาเฟอีนของแต่ละคนซึ่งจะต่างกันออกไป (รุจิรา สัมมะสุต, 2539: 51)

ผู้ที่ชอบดื่มกาแฟ แต่ไม่อยากจะถูกรบกวนกระตุ้นของคาเฟอีน ก็ควรเลือกกาแฟที่มีการสกัดเอาคาเฟอีนออกซึ่งในกาแฟ 1 ถ้วย จะมีคาเฟอีนอยู่เพียง 3 มิลลิกรัมเท่านั้น สำหรับผู้ที่ติดกาแฟมากๆ และต้องการจะงดควรทำอย่างค่อยเป็นค่อยไป แม้ว่าคาเฟอีนไม่ใช่สิ่งเสพติดที่ร้ายแรง แต่การเลิกโดยกะทันหัน อาจทำให้เกิดความไม่สบายหลายอย่าง เช่น ปวดศีรษะ ซึมเศร้า เมื่อยล้า ง่วงเหงาหาวนอน ตื่นเต้นง่ายและอารมณ์ฉุนเฉียว (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2532: 114) ควรลดปริมาณการดื่มลงวันละน้อยและเปลี่ยนมาดื่มเครื่องดื่มชนิดอื่น เช่น นม โยเกิร์ต โอวัลติน หรือน้ำผลไม้แทน แม้ว่าเครื่องดื่มเหล่านี้จะไม่ให้รสชาติหอมกรุ่นเหมือนกาแฟ แต่ก็ให้พลังงานวิตามิน เกลือแร่มากกว่าชาและกาแฟ เครื่องดื่มที่ควรหลีกเลี่ยงอีกชนิดหนึ่งคือ น้ำอัดลม เพราะมีน้ำตาลและแก๊สมากทำให้อ้วนและท้องอืดได้

นอกจากนี้ควรงดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะแอลกอฮอล์เป็นสารที่อาจจะทำให้เสพติดได้ ถ้าดื่มไม่มากนักก็จะทำให้เกิดความรำเริง แต่ถ้าดื่มมากๆ จะทำให้การทำงานของสมองและระบบประสาทช้าลงทำให้เกิดความประมาทและระบบประสาทอัตโนมัติทำงานผิดพลาด ตลอดจนปฏิกิริยาตอบสนองทำงานได้ช้าลง ทำให้เกิดอุบัติเหตุต่างๆ ได้ง่าย คนที่ติดเหล้าจนเรื้อรังมักจะมีการขาดวิตามินและแร่ธาตุต่างๆ และมักจะเป็นโรคตับแข็งควบคู่กันไป ด้วยเหตุนี้ถ้าลดหรือเลิกเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ได้ก็จะเป็นผลดีต่อสุขภาพ

โดยปกติแล้วการรับประทานอาหารและเครื่องดื่มนั้น เราจะเลือกที่มีรสชาติอร่อยถูกปาก ไม่ค่อยคำนึงถึงคุณค่าทางอาหารและประโยชน์ที่มีต่อร่างกาย สารต่างๆ ที่มีอยู่ในอาหารและเครื่องดื่มเหล่านั้น บางชนิดเกิดการสะสมขึ้นในร่างกาย เป็นอนุมูลอิสระซึ่งมีส่วนช่วยในการเกิดมะเร็ง (วินัส ตันติบูล, 2536: 428) และทำให้เกิดการเชื่อมตามขวางซึ่งก่อให้เกิดโทษและเป็นอันตรายต่อสุขภาพอย่างคาดไม่ถึง ดังนั้นในการรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม ควรตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นนอกเหนือจากความอร่อยที่จะได้รับด้วย

## ปัจจัยที่ 2 การพักผ่อนนอนหลับ

การนอนหลับเป็นการพักผ่อนที่ดีที่สุด (Timiras, 1988 cited in Peirce et al., 1994: 641) เป็นการสะสมพลังงานเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นการปรับตัวเพื่อสร้างพลังงานสำหรับใช้ในชีวิตรประจำวันต่อไป ในระหว่างการนอนหลับอวัยวะต่างๆ ของร่างกายจะมี

การทำงานลดลง เป็นระยะที่มีการเสริมสร้างเนื้อเยื่อและเป็นระยะที่มีการซ่อมแซมอวัยวะในระบบต่างๆ ของร่างกายมากที่สุด (Sherington cited in Hodgson, 1991: 1505) เนื่องจากเป็นระยะที่มีการเสริมสร้างโปรตีน และมีการหลั่งฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต (Growth hormone) สูง (Dorociak, 1990: 40) คนที่นอนหลับอย่างเพียงพอจะรู้สึกสดชื่นแจ่มใสกระฉับกระเฉงสามารถทำงานต่างๆ ได้ดีขึ้น สำหรับคนที่มีการนอนหลับหรือพักผ่อนไม่เพียงพอ จะทำให้เซลล์หรืออวัยวะต่างๆ ของร่างกายเกิดการเสื่อมได้เร็วขึ้น และอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (เกษม ดันติผลลาชีวะ, 2534: 81; Porell, 1986: 142)

วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีอาการนอนไม่หลับมากที่สุด ทั้งนี้เพราะระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด (total sleep time) จะลดลงเหลือประมาณ 6.5 ชั่วโมงต่อคืนเท่านั้น ซึ่งผู้สูงอายุจะหลับง่ายแต่ตื่นบ่อยและตื่นเช้ากว่าปกติ (Carneri, Lindsey and West, 1993 อ้างถึงใน จูติมาน แก้วขาว, 2539: 10) และมักจะจับหลับในเวลากลางวัน จากการศึกษาของ พัทสนนท์ คุ่มทวีพร, กัญญา ออประเสริฐ และพัชรี ตันศิริ (2538) พบว่า ผู้สูงอายุนอนหลับยากร้อยละ 31.7 นอนหลับไม่สนิท ตื่นบ่อยๆ ร้อยละ 23 นอนหลับได้น้อยเพราะตื่นนอนเช้ากว่าปกติร้อยละ 12.7 และง่วงนอนมากตลอดวันร้อยละ 14.4 Hill และ Smith (1985: 293-295) กล่าวว่า การนอนไม่หลับหรือหลับยากมักเกิดร่วมกับภาวะจิตใจที่มีความวิตกกังวลและภาวะการเจ็บป่วย

ปราโมทย์ ธีรพงษ์ และเสรี ธีรพงษ์ (2538: 41-43) ได้ให้ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ที่มีหลับยากและมีปัญหาในการนอนหลับไว้ 20 ข้อ ดังนี้

ข้อที่ 1 เข้านอนให้เป็นเวลาสม่ำเสมอ ไม่ดึกเกินไป นอนหลับให้เพียงพอ (ปกติ 6.5-8 ชั่วโมง) และตื่นนอนให้เป็นเวลา เพิ่มระยะเวลาการนอนให้มากขึ้นได้หากรู้สึกว่ายังนอนไม่เพียงพอ

ข้อที่ 2 เมื่อถึงเวลาที่ร่างกายต้องการนอนหลับพักผ่อน เราจะรู้สึกง่วงและอยากนอนบุคคลที่มีปัญหานอนหลับยาก เมื่อรู้สึกง่วงควรหยุดกิจกรรมที่กำลังทำอยู่และเข้านอนทันทีไม่ควรทำงานต่อไปอีก แม้ใช้เวลาเพียง 30 นาที เพราะพบเสมอว่าเมื่อทำงานเสร็จแล้วและเข้านอนจะเกิดอาการนอนไม่หลับขึ้น การเข้านอนทันทีเมื่อรู้สึกง่วงเป็นหัวใจสำคัญที่จะทำให้นอนหลับได้ง่าย

ข้อที่ 3 ไม่ควรใช้เตียงนอนสำหรับทำกิจกรรมอื่น เช่น ทำงาน ดูหนังสือ ครุ่นคิดเรื่องงาน เป็นต้น ควรใช้สำหรับนอนเท่านั้น

ข้อที่ 4 ด้านนอนไม่หลับไม่ควรตื่นนอน ควรลุกขึ้นจากเตียงทำอะไรเล็กๆ น้อยๆ ที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง รับประทานอาหารเบาๆ ดื่มนม เป็นต้น และเข้านอนใหม่ทันทีเมื่อรู้สึกง่วง

ข้อที่ 5 หลีกเลี่ยงการงีบนอนระยะสั้นๆ ในเวลากลางวันหรือตอนเย็น นอกจากนี้ได้ปฏิบัติมานานแล้ว และเกิดประโยชน์สำหรับตนเองโดยไม่ทำให้นอนไม่หลับในตอนกลางคืน การนอนในเวลาอื่นเป็นการเปลี่ยนและกระทบกระเทือนต่อวงจรการหลับการตื่นเดิม

ข้อที่ 6 ต้องมีความเข้าใจว่าการนอนเป็นกิจกรรมประจำวันอย่างหนึ่ง ที่สัมพันธ์กับเวลากลางวันกลางคืนและสัมพันธ์กับเวลาอย่างอื่น (เช่น อุณหภูมิร่างกาย การขับฮอร์โมนและสารคาเทโคลามีน) ดังนั้น ควรจัดตารางการนอน-ตื่น ให้สัมพันธ์กับเวลาในการปฏิบัติภารกิจอย่างอื่นด้วย เช่น พยายามนอนกลางคืน ทำงานกลางวันและนอนให้เป็นเวลา

ข้อที่ 7 ต้องมีความเข้าใจว่า เมื่ออายุมากขึ้นประสิทธิภาพในการนอนจะลดลง การที่ประสิทธิภาพการนอนไม่เหมือนเมื่อครั้งยังหนุ่มสาวเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

ข้อที่ 8 ควรทำงานในตอนกลางวันให้ดีที่สุดและสำเร็จลุล่วงไปให้มากที่สุด และมีความพึงพอใจในงานที่ทำ การนำปัญหาต่างๆ มาขบคิดที่บ้านในเวลานอนเป็นสาเหตุที่ทำให้นอนไม่หลับหรือตื่นขึ้นมากกลางดึก เมื่อเข้านอนควรนึกถึงแต่สิ่งที่ดีและสวยงาม หรือสิ่งที่สำเร็จและภาคภูมิใจหรือปล่อยจิตว่างไม่คิดอะไร บางคนอาจต้องใช้เทคนิคการทำให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลาย บางคนอาจใช้วิธีนั่งสมาธิ สำหรับปัญหาที่แก้ไม่ตก บางครั้งอาจจำเป็นต้องพึ่งศานา นักจิตวิทยา จิตแพทย์ หรืออาจต้องพึ่งยา

ข้อที่ 9 ควรออกกำลังกายพอควรในเวลากลางวันหรือตอนเย็น เพราะนอกจากจะทำให้รู้สึกสดชื่นและสุขภาพดีแล้ว ยังทำให้ร่างกายมีความต้องการนอนมากขึ้นในตอนกลางคืน แต่ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่โหดหรือก่อนเวลานอน เพราะอาจทำให้สมองอยู่ในภาวะตื่นตัวทำให้นอนไม่หลับ ยกเว้นผู้ที่เคยปฏิบัติแล้วพบว่าทำให้นอนหลับดีขึ้น แต่ควรระลึกไว้เสมอว่า การออกกำลังกายจนเหนื่อยมากเกินไปก่อนนอน แทนที่จะทำให้นอนหลับด้วยความอ่อนเพลียอาจทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับขึ้นได้ นอกจากนี้ยังรู้สึกอ่อนเพลียมากและมีภาวะกล้ามเนื้อไม่หลับเกิดขึ้นอีกด้วย

ข้อที่ 10 การมีเพศสัมพันธ์ก่อนนอน อาจช่วยให้นอนหลับง่ายขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม การมีเพศสัมพันธ์ขณะที่รู้สึกอ่อนเพลียหรือมากเกินไปหรือตึงเกินไป อาจพบว่าทำให้นอนไม่หลับ

ข้อที่ 11 หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำชา กาแฟ ก่อนนอน ในคนสูงอายุระบบประสาทส่วนกลางยังไวต่อคาเฟอีนมากกว่าคนหนุ่มสาว นอกจากนี้คนที่ดื่มกาแฟมากเกินไปและนอนหลับไม่พอ

อาจเกิดอาการประสาทหลอนได้ ควรดื่มเครื่องดื่มอื่นที่มีประโยชน์ก่อนนอนดีกว่า เช่น นมอุ่นๆ เป็นต้น

ข้อที่ 12 หลีกเลี่ยงการดื่มสุราเพราะนอกจากทำลายสุขภาพแล้ว เมื่อฤทธิ์สุราใกล้หมดถ้ายังไม่นอนจะนอนไม่หลับ ถ้านอนหลับแล้วจะทำให้นอนหลับตื่น ตื่นง่าย รบกวนการหลับ และทำให้การนอนครั้งนั้นไม่มีคุณภาพ

ข้อที่ 13 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารมากๆ ก่อนนอน เพราะทำให้การหลับไม่มีคุณภาพ อย่างไรก็ตามในบางคนการรับประทานอาหารใกล้เวลานอนช่วยทำให้นอนหลับง่ายขึ้น

ข้อที่ 14 ควรจัดห้องนอนให้สะอาด เสียงรบกวนน้อย แสงไม่สว่างเกินไป อุณหภูมิเย็นพอสมควรและเตียงที่นอนสบาย ช่วยทำให้นอนหลับง่ายและนาน และควรเข้านอนด้วยเสื้อผ้าที่หลวมสบาย ไม่คับหรือหนาเกินไปจนอึดอัด นอกจากนี้การอาบน้ำอุ่นก่อนนอนก็อาจมีส่วนช่วยให้หลับง่ายขึ้น

ข้อที่ 15 การสันทนากับสมาชิกในครอบครัว ในบรรยากาศที่ผ่อนคลายก่อนนอน ทำให้รู้สึกอบอุ่นและเป็นสุขใจ ช่วยทำให้นอนหลับง่ายขึ้น แต่การขาดความรักหรือการมีปัญหาระหว่างสมาชิกในครอบครัวหรือคู่สมรส ทำให้นอนไม่หลับได้ง่าย

ข้อที่ 16 ความกลัวและความวิตกกังวลว่าจะนอนไม่หลับ จะเป็นวงจรและสาเหตุที่ทำให้นอนไม่หลับ

ข้อที่ 17 หลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติดทั้งหลายรวมทั้งบุหรี่ด้วย หลีกเลี่ยงการใช้ยานอนหลับเป็นประจำหรือติดต่อกันเป็นเวลานาน

ข้อที่ 18 ควรมีสวิตช์ปิดเครื่องโทรทัศน์ ทีวีบ้าน หรือเสียงอื่นใด สำหรับไว้ในห้อง โดยเฉพาะเพราะเมื่อถูกปลุกกลางดึก อาจกลับไปนอนไม่หลับอีก

ข้อที่ 19 หลีกเลี่ยงการดูภาพยนตร์หรือฟังเรื่องเล่าที่ตื่นเต้น สยดสยองหรือน่ากลัว ก่อนนอน และหลีกเลี่ยงการฟังเพลงที่เร้าร้อนอีกที่กครึกโครมก่อนนอน เพราะสิ่งเหล่านี้ทำให้นอนหลับยากขึ้น

ข้อที่ 20 ถ้าได้ปฏิบัติตามข้อแนะนำต่างๆ นี้แล้ว ยังนอนไม่หลับหรือมีอาการนอนไม่หลับเรื้อรังหรือต้องการความช่วยเหลือในปัญหาที่นอนไม่หลับ ควรปรึกษาจิตแพทย์

การฝึกหัดสุขนิสัยที่ดีในการนอนหลับตั้งแต่วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว จะเป็นผลต่อเนื่องในวัยสูงอายุ ทำให้เป็นผู้สูงอายุที่ไม่ต้องประสบกับปัญหานอนไม่หลับหรือนอนหลับยาก

### ปัจจัยที่ 3 การออกกำลังกาย

ชมรมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2531) ได้ให้ความหมายของการออกกำลังกายว่าเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อจุดประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่งและมีการใช้พลังงานจากร่างกายเกิดขึ้น

Godin, Cox และ Shephard (1983) ให้คำจำกัดความของการออกกำลังกายว่าเป็นกิจกรรมทางกายที่กระทำอย่างไม่เร่งรีบหรือกระทำในเวลาว่างที่มีระยะเวลาสั้นเพียงพอที่จะทำให้ออกซิเจนออกและอัตราการเต้นของหัวใจเร็วขึ้น

การออกกำลังกายเป็นกลวิธีพัฒนาสมรรถภาพทางกายที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและใช้ในการบำบัดรักษาทางกายภาพมากที่สุด (กันยา ปาละวิวัฒน์, 2527 ; Volden et al., 1990) เพราะการออกกำลังกายสามารถเพิ่มสมรรถภาพทางกายได้อย่างแท้จริงและถาวร โดยจะต้องจัดชนิด (type) ปริมาณความหนักเบา (intensity) ระยะเวลา (duration) ความถี่ (frequency) ของการออกกำลังกายให้ถูกต้อง เพื่อให้ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบการหายใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพิ่มความสามารถในการสร้างพลังงานจากการใช้ออกซิเจน (aerobic capacity) ได้ถึงร้อยละ 20-30 ทำให้มีการทำลายเรดิคัลอิสระมากขึ้น (Free radical) ช่วยให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ดีขึ้น ดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ มีความยืดหยุ่น (flexibility) ของกล้ามเนื้อและข้อต่างๆ รูปทรงเหมาะสม ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพจิตและควมมีคุณค่าในตนเอง (Mahler, Cunningham and Curfman, 1986 ; Parchert and Simon, 1988 ; Parent and Wall, 1984 ; Pender, 1987)

จากรายงานการวิจัยของ Ralph Paffenbarger (อ้างถึงใน ดำรง กิจกุล, 2537) นักระบาดวิทยาจากมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ดและคณะ ได้ทำการศึกษาถึงการใช้ชีวิตประจำวัน การออกกำลังกายและความยืนยาวของอายุ จากนักเรียนเก่าของมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด จำนวน 16,963 คน โดยใช้เวลาติดตามนานกว่า 20 ปี พบว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่างการมีอายุยืนยาวกับการใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงการออกกำลังกายด้วยคือ ผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะมีอายุยืนยาวกว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย และจากการรายงานของ U.S. Department of Health and Human Services ในปี 1995 พบว่า ประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกา 250,000 รายต่อปี เสียชีวิตจากการขาดการออกกำลังกาย (Jo and Kim, 1997: 41)

จากการศึกษาในผู้สูงอายุของ Paillard และ Nowak (1985) พบว่า ภายหลังจากที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกายแล้ว มีการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม

การเคลื่อนไหวร่างกายโดยทั่วไปดีขึ้นและมีสภาพอารมณ์ดี Rippe (1989: 20) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-86 ปี ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย (การเดิน) มีอัตราการใช้ออกซิเจนสูงสุดเพิ่มถึงร้อยละ 13 และจากการศึกษาของ Seals และคณะ (1984) พบว่า ภายหลังจากการออกกำลังกายที่ทำให้ความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุดเพิ่มขึ้น จะช่วยลดความหนาของไขมันใต้ผิวหนังได้ด้วย เนื่องจากความสามารถของการใช้ออกซิเจนสูงสุดนั้น จะทำให้มีการเผาผลาญไขมันเพิ่มขึ้น (Goldberg and Hagberg, 1990)

เจก ธนะสิริ (2532) กล่าวว่า การออกกำลังกายที่ดีและเกิดประโยชน์ เป็นการออกกำลังกายที่เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ลักษณะของการออกกำลังกายจะต้องกระทำด้วยตนเอง (Active exercise) แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 การออกกำลังกายที่เพิ่มความแข็งแรงและทนทานของกล้ามเนื้อ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

Isometric exercise คือ การออกกำลังกายที่ความยาวของกล้ามเนื้อคงที่ โยกลำเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงความยาวเพียงเล็กน้อย แต่มีความตึงตัวของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เช่น การเกร็งกล้ามเนื้อ การดันของหนักและการออกแรงดึง การออกกำลังกายชนิดนี้จะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เพิ่มแรงต้านทานในหลอดเลือดทั่วร่างกายและทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น จึงไม่เหมาะกับผู้ที่ เป็นโรคหัวใจและผู้สูงอายุ

Isotonic exercise คือ การออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงความยาว จึงทำให้เกิดการเคลื่อนไหว (dynamic exercise) การออกกำลังกายชนิดนี้จะช่วยให้มีการใช้ออกซิเจนและมีการขนส่งออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น (aerobic exercise) เช่น การเดิน การว่ายน้ำ การขี่จักรยาน ซึ่งเหมาะกับผู้ที่ เป็นโรคหัวใจและผู้สูงอายุมากกว่าชนิดแรก

ประเภทที่ 2 การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพของปอดและหัวใจ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

Aerobic exercise คือ การออกกำลังกายที่ต้องใช้ออกซิเจนจำนวนมากโดยสม่ำเสมอและติดต่อกัน เป็นการออกกำลังกายที่ช่วยทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดทำหน้าที่ดีขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมที่ทำให้มีความยืดหยุ่นและเพิ่มความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อ เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับความต้องการมีสุขภาพดี (fitness) เกิดความคล่องแคล่วว่องไว และการทรงตัวที่ดี เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะ การว่ายน้ำ การออกกำลังกายชนิดนี้จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้

Anaerobic exercise คือ การออกกำลังกายที่ไม่ได้ใช้ออกซิเจนอย่างสม่ำเสมอ หรือใช้แต่น้อยจะใช้มากเป็นพักๆ ได้แก่ การเล่นฟุตบอล เทนนิสหรือแบดมินตัน ซึ่งเป็นกีฬาที่ใช้ความเร็วทันทีทันใด การออกกำลังกายชนิดนี้ต้องออกแรงมาก ทำให้หัวใจและปอดทำหน้าที่เพิ่มขึ้น จึงเป็นอันตรายต่อผู้ที่เป็นโรคหัวใจและผู้สูงอายุ

ประเภทที่ 3 การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นและการผ่อนคลาย (Flexibility and relaxation activity) เป็นการออกกำลังกายที่กระทำซ้ำๆ กันคล้ายการยืด (stretching) กล้ามเนื้อและเอ็น เพื่อให้สามารถเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ได้เต็มที่ เป็นส่วนหนึ่งของการออกกำลังกายในระยะอบอุ่นร่างกายและระยะผ่อนคลาย ได้แก่ การออกกำลังกายแบบโยคะและไทชิ

การออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคนทุกวัยโดยเฉพาะผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ เปรียบได้กับยาอายุวัฒนะหรือยาวิเศษ เพราะการออกกำลังกายที่ถูกต้องและกระทำอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถชะลอความเสื่อมของร่างกายได้อย่างดีที่สุด รวมทั้งเสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย โดยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทุกระบบของร่างกายไปในทางที่ดีขึ้น

#### ปัจจัยที่ 4 การขับถ่าย

การขับถ่ายเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญควบคู่ไปกับการต้องการอาหารและน้ำเพื่อไปบำรุงเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ภาวะสำคัญในการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย ได้แก่ ไต ลำไส้ใหญ่และผิวหนัง ซึ่งทำหน้าที่ขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระและเหงื่อ ถ้าอวัยวะสำคัญดังกล่าวหย่อนหน้าที่ลงไป ไม่สามารถขับถ่ายของเสียออกได้ตามปกติจะทำให้กระทบกระเทือนต่อระบบต่างๆ ของร่างกายได้ เนื่องจากของเสียที่คั่งค้างอยู่ทำให้เกิดเป็นพิษขึ้น ฉะนั้นการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายโดยทางปัสสาวะ อุจจาระ และเหงื่อ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งซึ่งจัดอยู่ในความต้องการของร่างกาย (Physiological needs) ขบวนการของการขับถ่ายเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้ชีวิตดำเนินอยู่ได้อย่างปกติสุข จึงเป็นหน้าที่สำคัญอย่างหนึ่งที่จะต้องรับผิดชอบการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระให้เป็นปกติ

#### การถ่ายปัสสาวะ

กระเพาะปัสสาวะทำหน้าที่เก็บปัสสาวะและขับน้ำปัสสาวะออกมาเป็นระยะตามเวลาที่เหมาะสม ปกติเมื่อกระเพาะปัสสาวะเก็บน้ำปัสสาวะได้ประมาณ 300-500 มิลลิลิตร ก็จะขับออกครั้งหนึ่ง น้ำปัสสาวะจะไหลออกจากกระเพาะปัสสาวะได้ด้วยการเปิดและปิดของกล้ามเนื้อหูรูดทั้งชั้นนอกและชั้นใน (อมรา มลิลลา, 2518: 366-337 อ้างถึงใน อภา ใจงาม, 2536: 163) ถ้าสถานที่และโอกาสยังไม่อำนวยให้ถ่ายปัสสาวะก็ยังสามารถยับยั้งการถ่ายปัสสาวะไว้ได้อีก



โดยสมองสามารถควบคุมการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะและกล้ามเนื้อหูรูดชั้นนอกสามารถควบคุมได้ภายใต้อำนาจของจิตใจ

จากกระบวนการสูงอายุทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของไตและกระเพาะปัสสาวะลดน้อยลงกว่าที่เคยเป็นมา ทางเดินปัสสาวะมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างด้วยกันคือ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อน้อยลง โครงสร้างต่างๆ ที่ช่วยรองรับและยึดเหนี่ยวก็หย่อนยานลงมาก ความสามารถในการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะเพื่อขับปัสสาวะออกหย่อนสมรรถภาพลง ความจุของกระเพาะปัสสาวะน้อยลง จำนวนเลือดที่ไหลผ่านไตลดน้อยลง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงด้านอื่นๆ อีกมากมายก่อให้เกิดปัญหาตามมา ที่พบได้บ่อยจนเป็นเรื่องธรรมดาในวัยสูงอายุคือ การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Peirce, Fulmer and Edelman, 1994: 639)

Williams และ Pannill (1982: 898-900) ได้แบ่งสาเหตุของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ไว้ 5 ประการด้วยกัน คือ

ประการที่ 1 การทำงานของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะผิดปกติ (detrusor instability or unstable bladder) เป็นความผิดปกติที่ไม่สามารถขยับยั้งการบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะได้ ทำให้เกิดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ พบได้มากถึงร้อยละ 70 ในผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Burton, 1984: 48)

ประการที่ 2 กล้ามเนื้อหูรูดอ่อนกำลัง (sphincter weakness or stress incontinence) หรือกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เมื่อมีแรงกดดันเพิ่มขึ้น เช่น ไอ จาม หัวเราะหรือลุกขึ้นยืน เป็นภาวะที่มีสาเหตุใดก็ตามที่ทำให้ระบบประสาทและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายปัสสาวะอ่อนกำลังลง เช่น การคลอดบุตรในเพศหญิง การผ่าตัดต่อมลูกหมากในเพศชาย ปัญหาที่พบได้ถึงร้อยละ 35 ในหญิงสูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Burton, 1984: 48)

ประการที่ 3 ปัสสาวะไหลท้น (overflow incontinence) เกิดจากการอุดตันทางออกของปัสสาวะส่วนที่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ เป็นเหตุให้ถ่ายปัสสาวะไม่ออก จำนวนน้ำปัสสาวะสะสมมากขึ้นจึงหยดออกมาทางหลอดปัสสาวะเป็นระยะๆ พบบ่อยในเพศชายที่ต่อมลูกหมากโต ผู้ป่วยเบาหวาน และโรคพิษสุราเรื้อรังที่ทำให้การทำหน้าที่ของระบบประสาทเสียไป

ประการที่ 4 กระเพาะปัสสาวะทำหน้าที่ผิดปกติเนื่องจากความเจ็บป่วย (functional incontinence) ทางด้านร่างกายและจิตใจที่มีผลทำให้ไม่สามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะได้

ประการที่ 5 ได้รับการรักษาด้วยยาบางชนิด (catrogenic course) ที่พบบ่อยคือ การใช้ยาขับปัสสาวะพวกฟูโรเซไมด์ เช่น ลาซิก (Lasix) ได้รับยานอนหลับทำให้หลับสนิท

จนความรู้สึกปวดถ่ายปัสสาวะไม่สามารถลุกให้ตื้นขึ้นมาได้ หรือได้รับยาระงับความเศร้า (anti-depressant) ซึ่งทำให้ปัสสาวะไหลโดยไม่ตั้งใจ (อาภา ใจงาม, 2536: 166-167)

จากสาเหตุที่พบเกี่ยวกับปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ทำให้เราต้องตระหนักถึงการป้องกันที่สามารถกระทำได้โดยไม่ต้องรอให้เข้าสู่วัยสูงอายุเสียก่อน โดยการฝึกนิสัยในการถ่ายปัสสาวะ ไม่ควรกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานานๆ เพราะจะทำให้ความสามารถในการบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะเสียไป เกิดการคั่งค้างของของเสียทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ในเวลากลางคืนก่อนเข้านอนควรถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อยและไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่กระตุ้นการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ชา กาแฟ ในเพศหญิงที่คลอดบุตรและมีปัญหาปัสสาวะกระปริบกระปรอย เนื่องจากกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากการที่กล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานหย่อน ควรบริหารให้แข็งแรงด้วยการขมิบก้นบ่อยๆ ส่วนในเพศชาย ถ้ามีปัญหาต่อมลูกหมากโต ทำให้ปวดถ่ายปัสสาวะบ่อยและถ่ายลำบาก ควรปรึกษาแพทย์เพื่อรับการผ่าตัดแก้ไข

#### การถ่ายอุจจาระ

การถ่ายอุจจาระเป็นการขับถ่ายของเสียทางลำไส้ (Elimination from the intestinal tract) อาหารที่ย่อยแล้วจะถูกดูดซึมผ่านทางเดินอาหาร ส่วนกากอาหารที่เหลือไม่มีประโยชน์สำหรับร่างกายแล้วจะถูกขับออกมาทางลำไส้ ดังนั้นขบวนการขับของเสียจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับสิ่งมีชีวิต

ในวัยสูงอายุมักพบปัญหาท้องผูก ถ่ายอุจจาระไม่สะดวก ทำให้เกิดอาการแน่นอึดอัด ไม่สบายท้อง ในทางการแพทย์ให้ความหมายของท้องผูกว่า คือ การถ่ายอุจจาระที่ระยะเวลาของการถ่ายแต่ละครั้งห่างขึ้นกว่าที่เคยเป็นปกตินิสัย แต่ปกตินิสัยการถ่ายอุจจาระนั้นมีช่วงแตกต่างกัน คนส่วนใหญ่มักเข้าใจว่า การถ่ายอุจจาระที่ดีและเป็นปกตินั้นจะต้องถ่ายวันละ 1 ครั้ง จากการศึกษาของต่างประเทศ พบว่า 98% ของประชากร จะมีนิสัยปกติของการถ่ายอุจจาระจากวันละ 3 ครั้งถึงสัปดาห์ละ 3 ครั้ง (Ebersole and Hess, 1981) ดังนั้นการที่บุคคลจะประเมินตนเองว่า ท้องผูกหรือไม่ จึงควรประเมินจากนิสัยการขับถ่ายเป็นประจำของตนเองเป็นหลัก และแม้ว่า อาการท้องผูกจะพบได้ง่ายในผู้สูงอายุและเกือบจะถือว่าเป็นเรื่องธรรมดาก็ตาม แต่ถ้าหากขาดความสนใจแล้ว มักจะมีปัญหาตามมาต้องแก้ไขโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70-80 ปีขึ้นไป อาการท้องผูกที่นานกว่า 3 วันขึ้นไปจะทำให้มีอาการอึดอัดและไม่สบาย แน่นท้อง อาจมีไข้สูงและมีอาการแพ้ได้

จากการศึกษาของนริศรา ลีลามานิตย์ (2534) และสุดา วิลเลิต (2536) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อเกิดอาการท้องผูกจะรับประทานยาถ่ายหรือยาระบายก่อนการรับประทานผักและผลไม้ เนื่องจากผู้สูงอายุขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อมีอาการท้องผูก การเกิดอาการท้องผูกมักเกิดจากสาเหตุต่างๆ เช่น ขับถ่ายช้า ถ่ายอุจจาระออกไม่หมด เนื่องจากสมรรถภาพ ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง สุขนิสัยในการขับถ่ายไม่ดี ความละเอียดต่อการปวดถ่ายอุจจาระ สภาพจิตใจสับสน หรือสมองเสื่อม ความรู้สึกว่ามีอุจจาระในลำไส้ลดลง รับประทานอาหารน้อยลงและคุณค่าอาหารไม่ครบถ้วน เนื่องจากความละเอียด สุขภาพฟันไม่ดีหรือความรู้สึกลดลง ดื่มน้ำน้อยไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย บางครั้งอาจเกิดจากความกลัวในเรื่องความยากลำบากในการขับถ่าย หรือได้รับยาบางอย่างที่ทำให้การขับถ่ายนานออกไป

ปัญหาต่างๆ เหล่านี้สามารถป้องกันและแก้ไขได้โดยการสร้างสุขนิสัยที่ดี ซึ่งสุขนิสัยของการขับถ่ายอุจจาระขึ้นอยู่กับการศึกษาในลักษณะต่างๆ กันในแต่ละครอบครัว บุคคลที่ทำให้สบายทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจะช่วยให้การขับถ่ายสะดวก ภาวะความเครียดความเร่งรีบในชีวิตประจำวันและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อสุขนิสัยการขับถ่าย ควรเลือกเวลาที่สะดวก เช่น เวลาเข้าต่อนอนใหม่ ๆ หรือหลังอาหารเช้า ซึ่งเป็นเวลาที่เหมาะสม เมื่อรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ ไม่ควรเร่งรีบถ่ายให้เสร็จโดยเร็ว ควรใช้เวลาในการถ่ายอย่างเพียงพอ นอกจากนี้การกระตุ้นให้เกิดการขับถ่ายเป็นสิ่งจำเป็น ควรฝึกหัดการออกกำลังกายเพื่อเสริมสมรรถภาพของอวัยวะที่ช่วยในการขับถ่ายให้แข็งแรงโดยเฉพาะคนอ้วน อวัยวะที่เกี่ยวข้องก็คือ กล้ามเนื้อหน้าท้องและพื้นเชิงกราน สิ่งที่ต้องฝึกเป็นประจำคือ การฝึกเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องกล้ามเนื้อสะโพก และขมิบบริเวณฝีเย็บ เพื่อสร้างความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้มีกำลังในการขับถ่ายและควรฝึกขับถ่ายให้เป็นกิจวัตรประจำวัน

อาหารและน้ำที่รับประทานเข้าไปมีอิทธิพลอย่างมากต่อระบบการขับถ่าย ความสมดุลของจำนวนอาหารและกากอาหารช่วยให้ลำไส้มีการบีบตัว ควรรับประทานผักและผลไม้ให้มาก เพื่อให้มีกากอาหารเพียงพอ พยายามดื่มน้ำให้มากอย่างน้อยวันละ 1,500 มิลลิลิตร แต่ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มพวกชา กาแฟ เพราะอาจทำให้เกิดอาการท้องผูก เมื่อปฏิบัติตามที่กล่าวมาแล้วยังไม่สามารถขับถ่ายอุจจาระเป็นปกติได้ ถ้าจำเป็นต้องใช้ยาระบายควรปรึกษาแพทย์ก่อน

#### ปัจจัยที่ 5 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นความตระหนักต่อสุขภาพของตนเองให้ความสนใจและใส่ใจ โดยมีการตรวจร่างกายกับแพทย์อย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละครั้ง

สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ด้วยตนเอง แสวงหาความรู้ด้านสุขภาพโดยการอ่านหนังสือหรือเอกสารแผ่นพับ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ การพูดคุยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติหรือเพื่อนบ้านในเรื่องสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เข้าร่วมโปรแกรมต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพและแสวงหาการช่วยเหลือจากบุคคลในวิชาชีพเมื่อจำเป็น

การตรวจสุขภาพเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยระดับต้น เป็นการค้นหาโรคหรือความผิดปกติของร่างกายในระยะเริ่มแรก เพื่อจะได้เข้ารับการรักษาก่อนที่โรคจะลุกลามต่อไป เพราะการเจ็บป่วยเป็นการบั่นทอนสุขภาพ ทำให้มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีและอาจทำให้เสียชีวิตก่อนถึงเวลาอันควรได้ (สุวิทย์ อารีกุล, 2524: 22 อ้างถึงใน สุดา วิไลเลิศ, 2536: 27) เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528) กล่าวว่า ควรไปพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกายอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่เริ่มย่างเข้าวัยกลางคน เพราะการตรวจร่างกายจะทำให้บุคคลได้รู้จักสภาพร่างกายของตนเองสามารถเตรียมที่จะดูแลส่งเสริมสุขภาพได้ถูกทิศทางมากขึ้น

แต่จากการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2532: 71) พบว่า ผู้สูงอายุไม่ค่อยสนใจในเรื่องสุขภาพตนเองมากนัก ไม่เคยตรวจเช็คร่างกายของตนเองเลยถึง 80.1% มลลณี ชูเนตร (2538: 105) พบว่า ผู้สูงอายุจะไปรับการตรวจสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเฉพาะในกรณีที่มีการเจ็บป่วยเป็นครั้งคราวเท่านั้น ส่วนการไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีนั้น มีผู้สูงอายุจำนวนน้อยมากเพียงแค่ 2.8% เท่านั้นที่มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จากการสำรวจสุขภาพประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปของจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ (2540) พบว่า มีผู้เข้ารับบริการตรวจสุขภาพน้อย คือ ตรวจความดันโลหิตเพียงร้อยละ 43.8 ตรวจเลือดร้อยละ 16.1 ตรวจปัสสาวะร้อยละ 13.3 และน้อยที่สุดคือตรวจทวารหนักร้อยละ 0.9 เพศหญิงเข้าตรวจเต้านมเพียงร้อยละ 1.9 ตรวจภายในร้อยละ 3.1 และในด้านพฤติกรรมกรรมการแสวงหาบริการทางการแพทย์ทั่วไป ส่วนใหญ่ซื้อยารับประทานเอง ร้อยละ 49.4 ไปสถานีอนามัย ร้อยละ 22.0 คลินิกเอกชน ร้อยละ 11.3 และโรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 9.5 สอดคล้องกับการศึกษาของสวณี เต็งรังสรรค์ (2535: 66) พบว่า เมื่อมีปัญหาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการซื้อยารับประทานเองเป็นส่วนใหญ่ และจะตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพก็ต่อเมื่อมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงเท่านั้น หรือไม่สามารถรักษาด้วยตนเองได้ นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการดูแลสุขภาพตนเองแปรผกผันกับอาการเจ็บป่วย นั่นคือ ถ้าความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมีเพียงเล็กน้อย ผู้สูงอายุก็จะดูแลตนเองก่อนจนกว่าจะไม่สามารถรักษาเองได้

Orem (1980) ได้กล่าวถึง ความสนใจหรือใส่ใจว่าเป็นพลังงานเฉพาะหรือศักยภาพหนึ่ง ในตัวบุคคลที่จะช่วยให้บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากในวัยสูงอายุ สภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมได้เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ความใส่ใจในเรื่องสุขภาพของตน จึงเป็นสิ่งที่สำคัญในวัยสูงอายุ ซึ่งต้องปฏิบัติอย่างถูกต้อง เหมาะสมและปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

### การเตรียมตัวด้านจิตใจ

การมีสุขภาพจิตดีเป็นความสามารถในการปรับตัวให้เตรียมพร้อมและยอมรับเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้นกับตนเองโดยไม่มี ความตึงเครียดด้านจิตใจ สามารถควบคุมอารมณ์ได้และมีสติอยู่เสมอ (กรรณิการ์ พงษ์สนิท และคณะ, 2538: 12)

องค์การอนามัยโลก (กิติกร มีทรัพย์, 2532: 88) กล่าวถึงความหมายของคำว่าสุขภาพจิต คือ สภาพความสมบูรณ์ของจิตใจของบุคคลที่สามารถแก้ปัญหา สามารถปรับตัวและปรับจิตใจได้ อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและสังคมที่เป็นจริงได้

Cox (cited in Pasquali et al., 1985: 9) กล่าวว่า สุขภาพจิต คือ การมีแนวโน้มหรือมี ลักษณะของผู้ที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ซึ่งรวมถึงความสามารถในการรับความจริง ความรู้สึกเป็น ตัวตน ความสามารถในการดูแลผู้อื่น สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เผชิญกับความ เครียดได้

การเข้าสู่วัยสูงอายุ นั้นถ้าไม่ได้มีการเตรียมตัวไว้ล่วงหน้าจะทำให้ประสบปัญหา ความเครียดและการปรับตัว เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพบกับการสูญเสียทั้งทางด้าน สุขภาพร่างกาย สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ที่ปรับตัวเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ไม่ได้จะมี อารมณ์รุนแรง หงุดหงิด ว้าวุ่น รู้สึกสงสารตัวเอง เศร้า เบื่อหน่าย ผู้ที่มีการเตรียมตัวพร้อมทาง ด้านจิตใจก่อนที่จะเข้าวัยสูงอายุและมีการดูแลรักษาสุขภาพจิตเป็นประจำจะสามารถยอมรับกับ เหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงได้ สามารถปรับตัวได้ง่ายกว่า ทำให้ดำรงชีวิตที่เหลืออยู่ในนั้นปลายได้ อย่างมีความสุข

บรรลุ ศิริพานิช (2534: 26) กล่าวว่า การที่ผู้สูงอายุมีจิตใจร่าเริงมีสุขภาพดี เป็นเรื่อง สำคัญที่จะนำไปสู่ความสุขในบั้นปลายชีวิต ผู้สูงอายุบางคนเป็นโรคหลงลืมหรือโรคจิตบาง ประเภท บางคนอาจมีการเสื่อมถอยทางจิตใจเมื่ออายุมากขึ้น กระฉับกระเฉงสนใจในสิ่งแวดล้อม และโลกน้อยลง มีความยึดหยุ่นในทัศนคติและความตั้งใจหรือความพยายามทำในเรื่องใหม่ๆ น้อยลง สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรคอะไร ความเสื่อมนี้ไม่ได้เกิดจากความชรา แต่เกิดจากความ เฉื่อยของนิสัยใจคอซึ่งค่อยๆ พอกพูนขึ้นเป็นเวลาแรมปี

การเตรียมเพื่อให้จิตใจกระฉับกระเฉงในผู้สูงอายุ ควรจะเป็นกรรมวิธีที่ปฏิบัติอย่าง ต่อเนื่องตลอดชั่วอายุขัย จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยในการเตรียมตัวด้านจิตใจ มีดังต่อไปนี้

#### ปัจจัยที่ 1 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534: 12) ให้ความหมายของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาว่าหมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ โดยเน้นที่การละเว้นความชั่ว กระทำแต่ความดี และการทำจิตใจให้สงบ

เอก ชนะสิริ (2532) กล่าวว่า วิธีดูแลรักษาสุขภาพจิตสามารถทำได้โดยใช้ศาสนาเป็น เครื่องยึดเหนี่ยว

จากการศึกษาของแรช (Rach, 1979 cited in Byrne, 1985: 30) พบว่า ศาสนามีอิทธิพล ต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก และจากการศึกษาของนอร์ส (Nores, 1997: 67-69) พบว่า 88% ของผู้สูงอายุหญิง มีความเชื่อในศาสนา 75% มีการสวดมนต์ทุกวัน ส่วนมาก ในตอนเย็น โดยผู้สูงอายุมีความเชื่อว่า ศาสนาจะช่วยให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์และจัดการ กับความเจ็บปวดทางด้านร่างกาย จิตวิญญาณ อารมณ์ และสังคมได้ อีกทั้งยังเป็นแหล่งกำเนิด ของความเข้มแข็งในช่วงเวลาที่หมดกำลังใจ (Forbes, 1994: 6)

ในทางศาสนาเชื่อว่า โดยธรรมชาติแล้วจิตก็มีโครงสร้างเช่นเดียวกับร่างกาย และ โครงสร้างที่จำเป็นในการที่จะช่วยทำให้สุขภาพจิตดีก็คือคุณธรรมต่างๆ และคุณธรรมที่จำเป็นซึ่ง จะขาดเสียมิได้ คือ ความเสียสละหรือการปล่อยวางที่เกิดจากความเมตตากรุณา และเกิดจาก ความเข้าใจในเรื่องของชีวิตตามความเป็นจริง คุณธรรมเหล่านี้ทำให้คนเรามีความต้านทานต่อ การเปลี่ยนแปลง ถ้าหากจะมีอะไรมาทำให้เราไม่สบายใจ ก็จะสามารถขจัดออกไปได้โดยง่าย (พร รัตนสุวรรณ, 2516: 34, 43 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534: 46)

ศาสนาสอนให้คนไม่กระทำความชั่วซึ่งเป็นการสำรวมกาย วาจา ใจ ให้มีความอดทน อดกลั้นต่อสิ่งต่างๆ ที่มากระทบ ทำให้มีจิตใจสงบ มีวินัย รู้จักบังคับตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ใน กรอบแห่งจริยธรรม ผู้ที่ปฏิบัติได้เช่นนี้จะเป็นผู้ที่มีความสุขใจและมีสุขภาพจิตดี นอกจากนี้ยังมึ การปฏิบัติโดยการฝึกจิต การฝึกกำลังใจ ศาสนาทุกศาสนาสอนให้เจริญภาวนา ซึ่งเป็นการฝึกใจ ให้เป็นหนึ่ง เป็นสมาธิ ให้สงบราบเรียบ นิ่ง ผ่องใส สว่าง สะอาด ไม่ตื่นเต้นงายกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น เมื่อจิตสงบเป็นสมาธิก็ย่อมพิจารณาปัญหาต่างๆ ได้ถูกต้องลึกซึ้งยิ่งขึ้น (ระวี ภาวิไล, 2531: 120-121)

เมื่อบุคคลมีกายสงบ จิตสงบและผ่อนคลายด้วยการละความชั่ว สร้างแต่ความดี ก็ควรใช้ชีวิตพิจารณาตนเองและโลกรอบตัว เมื่อทำได้เช่นนี้แล้ว จะปรากฏลักษณะสำคัญของสิ่งทั้งหลายคือ ความทุกข์อันเกิดจากการยึดถือเอาว่าตัวตนเป็นของตัวของตน ซึ่งเป็นความหลงผิดเพราะไม่มีสิ่งใดที่จะยึดถือเอาไว้ได้เลย เช่นเดียวกับร่างกายและสังขารที่มีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ ตั้งแต่เกิด วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ จนล่วงเข้าสู่วัยสูงอายุ ศาสนาจะช่วยทำให้ไม่ยึดติดกับตัวตน มองสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างมีเหตุผล ยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างสงบ

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่กล่าวมาทั้งหมดโดยการละเว้นจากการกระทำชั่ว ด้วยการรักษาศีล การกระทำความดีด้วยการทำบุญให้ทาน และการกระทำจิตใจให้บริสุทธิ์ ผ่องแผ้วด้วยการเจริญภาวนา ทำสมาธิ ล้วนแต่เป็นการพัฒนาจิตใจ ส่งเสริมให้จิตมีความสงบ มีความสุข สามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ช่วยให้รู้จักปล่อยวาง และยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการมีสุขภาพจิตที่ดี

## ปัจจัยที่ 2 งานอดิเรก

งานอดิเรก หมายถึง งานพิเศษที่ทำเพื่อความเพลิดเพลิน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525: 889) หรือเป็นงานที่ทำรองจากงานหลัก โดยทั่วไปแล้วงานอดิเรกมักเป็นงานที่ทำในยามว่างจากงานประจำ งานอดิเรกมีคุณค่าต่อสุขภาพกายและจิตใจ สร้างมิตรภาพอันดีต่อกัน ให้ความรู้ ฝึกทักษะ และช่วยให้มีความคิดสร้างสรรค์อย่างอิสระ เหมาะสมกับทุกเพศทุกวัย

ผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุควรเตรียมตัวไว้ล่วงหน้าสำหรับตนเองว่า งานอดิเรกที่ตนชอบทำคืออะไร และควรเริ่มทำงานอดิเรกนั้นตั้งแต่วัยกลางคนหรือวัยหนุ่มสาว เพราะสามารถพัฒนาทักษะและเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ง่าย (Burnside, 1981: 605) การมีงานอดิเรกจะช่วยทำให้ชีวิตผ่อนคลาย มีสุขภาพแข็งแรง และยังทำให้เกิดความสมดุลในชีวิตของผู้สูงอายุ การเตรียมให้เวลาแก่ตนเองที่จะเรียนรู้การใช้เวลารว่าง มีงานอดิเรก มีความสนใจที่ทำงานประจำ จะทำให้ปรับตัวได้ง่ายขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

การเข้าสู่วัยสูงอายุหรือเข้าสู่ภาวะการเกษียณอายุการทำงานเป็นภาวะที่กระทบกระเทือนใจผู้สูงอายุ ซึ่งต้องอาศัยการเตรียมตัวเตรียมใจและการปรับตัวเป็นอย่างมากจึงจะทำให้ชีวิตมีความสุขได้ วิธีการปรับตัวคือ การไม่ปล่อยตนเองให้เวลารว่าง โดยการหางานอดิเรกที่ชอบทำ เช่น เลี้ยงสัตว์ ปลูกต้นไม้ ทำธุรกิจ เป็นต้น

สมศรี สุกุมลนันทน์ (2536) กล่าวว่า ตอนที่ร่างกายและจิตใจยังแข็งแรง มีงานทำเป็นอาชีพ ถ้ามีงานอื่นทำนอกเหนือจากงานประจำเรียกว่า งานอดิเรก พอออกจากงานประจำที่

เคยทำ งานอดิเรกกลายเป็นงานประจำแทนที่ เป้าหมายสำคัญไม่ใช่อยู่ที่รายได้ที่เป็นเงิน แต่เป็น รายได้ทางใจทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตัวคุณมีค่าควรแก่การมีชีวิตอยู่ และถ้ามีการวางแผนอะไรสักอย่าง สำหรับชีวิตหลังเกษียณอายุคงจะไม่มีอะไรสำคัญเท่ากับความรู้สึกว่าคุณค่าตัวเองยังมีประโยชน์แก่ตน และผู้อื่น

จากการศึกษาของเขมิกา ยามะรัต (2527: 86) พบว่า คนชราที่มีงานอดิเรกและงาน ยามว่าง 1-2 ชนิด มีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าคนชราที่ไม่มีงานอดิเรกและงานยามว่าง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกรมการศึกษานอกโรงเรียน (2528: 142 อ้างถึงใน สุรกุล เจนอบรม, 2534: 76) ที่พบว่า งานอดิเรกมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

งานอดิเรกที่นิยมกันมากจัดได้ 4 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 ประเภทงานสะสม เช่น สะสมรูปภาพ แสตมป์ นาฬิกา หนังสือ ธนบัตร ของเก่า ฯลฯ

ประเภทที่ 2 ประเภทงานประดิษฐ์ เช่น ทอผ้า งานถักทอ งานไม้ ประดิษฐ์ดอกไม้ ฯลฯ

ประเภทที่ 3 ประเภทงานศิลปะ เช่น วาดภาพ การฟ้อนรำ ร้องเพลง การแสดง การเขียนบทกลอน ฯลฯ

ประเภทที่ 4 ประเภทเกม กีฬา การออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง เดิน โยคะ หมากรุก ฯลฯ

งานอดิเรกจะเป็นชนิดใดขึ้นอยู่กับความตั้งใจ ความสนใจ ความรู้สึกสนุกและพื้นความรู้ ของบุคคลนั้นๆ แต่แต่ละบุคคลควรเลือกให้เหมาะกับตนเอง ทั้งนี้ควรคำนึงถึงสุขภาพทางร่างกาย และฐานะการเงินด้วย

#### **การเตรียมตัวด้านสังคม**

นักจิตวิทยาสังคมพบว่า การปรับตัวเข้าสู่บทบาทในวัยสูงอายุเป็นเรื่องยาก สิ่งเหล่านี้ เกิดขึ้นเพราะว่าคนที่เปลี่ยนเข้าสู่กลุ่มวัยสูงอายุนั้นขาดกลุ่มสนับสนุน ในวัยเด็กได้รับการสอนให้ เรียนรู้ถึงบทบาทวัยรุ่น วัยรุ่นได้รับการฝึกฝนวิธีที่จะเป็นผู้ใหญ่ แต่ในสังคมมีคนหนุ่มสาวเพียงไม่กี่คนที่ได้รับการฝึกฝนที่จะเป็นผู้สูงอายุ การเข้าสู่วัยสูงอายุจึงเป็นเรื่องยากในการปรับตัว

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงมากมาย เริ่มตั้งแต่การเปลี่ยนแปลง ในครอบครัว เช่น บุตรแต่งงานและมีความจำเป็นต้องแยกครอบครัว ครอบครัวที่เคยมีสมาชิกอยู่



กันอย่างมีชีวิตชีวาอบอุ่น อาจต้องแยกย้ายออกไปเหลือเพียงผู้สูงอายุอยู่กับคู่สมรส เมื่อคู่สมรสเสียชีวิตลง ผู้สูงอายุก็ต้องไปอยู่กับบุตรคนใดคนหนึ่ง เมื่อบุตรออกไปทำงาน หลานต้องไปเรียนหนังสือ ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพัง ทำให้เกิดความเหงา ซึมเศร้า โดดเดี่ยว ยิ่งถ้าผู้สูงอายุเป็นโสดไม่มีญาติพี่น้องคอยดูแลให้ความช่วยเหลือ ต้องอยู่คนเดียว ยิ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากยิ่งขึ้น

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเกษียณการทำงาน ลดบทบาททางสังคมลง ประกอบกับสภาพร่างกายที่ไม่อาจไปมาหาสู่เพื่อนรุ่นเดียวกันหรือเพื่อนฝูงเสียชีวิตไป ทำให้ผู้สูงอายุมักขาดเพื่อนและอาจขาดสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวที่รุ่นเยาว์กว่าเนื่องจากทัศนคติต่างกัน ธรรมเนียมต่างกัน จึงทำให้เกิดความขัดแย้งกับบุคคลรุ่นเยาว์ได้ง่าย

ดังนั้นในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุทางด้านสังคม จึงให้ความสำคัญกับปัจจัย 2 ประการ ดังนี้

#### ปัจจัยที่ 1 สัมพันธภาพในครอบครัว

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จากสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงานประกอบอาชีพดังเช่นวัยที่ผ่านมา หรือจากการกำหนดของสังคมให้ต้องเกษียณ ทำให้ผู้สูงอายุต้องสูญเสียบทบาทการทำงาน จึงเปลี่ยนจุดสนใจไปยังครอบครัว หาบหามหาใหม่ให้กับตนเอง

ครอบครัวเป็นความสัมพันธ์หลักทางสังคมของผู้สูงอายุมากกว่าเพื่อนซึ่งนับวันจะจากไป แต่สถานภาพสังคมใหม่นั้น ค่านิยมของคนรุ่นใหม่กับความกตัญญู เชื้อพียงผู้สูงอายุในครอบครัวเริ่มเสื่อมลง บุตรหลานและคนในครอบครัวจะมองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุที่ให้ประโยชน์ลดลงกว่าในอดีต ไม่สามารถหารายได้มาจุนเจือครอบครัวได้อย่างแต่ก่อน ไม่สามารถทำงานได้คล่องตัวเหมือนดังเดิม ในบางครั้งยังมีความเจ็บป่วยให้บุคคลในครอบครัวต้องดูแลด้วย เกษมตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528) พบว่าปัญหาข้อขัดแย้งในครอบครัว อาจเกิดได้จาก 4 ประการ ดังนี้

ประการที่ 1 ความคับข้องใจในบทบาทของกันและกัน ระหว่างผู้สูงอายุที่ยังไม่ทิ้งบทบาทความเป็นพ่อ แม่ ลูก กับลูกที่กำลังมีบทบาทเป็นพ่อและแม่เป็นผู้ใหญ่เต็มที่ ทำให้ลูกรู้สึกไม่โตและขัดใจที่ไม่มีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง ผู้สูงอายุก็ขัดใจที่ลูกไม่เชื่อฟัง

ประการที่ 2 เกิดจากสภาพการเปลี่ยนแปลงความเป็นอยู่ในครอบครัว ที่ต้องหันมาสนใจดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีข้อจำกัดทางร่างกายมาก หรือ

เจ็บป่วย ญาติมักจะเกี่ยงกันไม่ยอมรับเลี้ยงดูโดยต่างอ้างเหตุผลของตนเองเป็นหลัก เข้าทำนอง ลูกหลานเลี้ยงพ่อแม่คนเดียวไม่ได้

ประการที่ 3 ลักษณะของควมมีอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมองแต่ด้านของตนเอง ยึดตนเองเป็นหลัก หงุดหงิดง่าย จู้จี้ ทำให้คนในครอบครัวเบื่อหน่าย

ประการที่ 4 การเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมเดิมไปสู่สภาพสังคมอุตสาหกรรม ทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปอย่างผิวเผิน ต่างมุ่งแต่ประโยชน์ของตนและกัน การใช้ชีวิตไม่มีความผูกพันเหมือนก่อน ผู้สูงอายุไม่มีความสำคัญอีกต่อไป

ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือ ให้ความรัก ให้ความสนใจ ความอบอุ่น ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน ศรีเรื่อน แก้วกังวาล (2530: 254) กล่าวว่า ถ้าผู้ใดจะใช้ชีวิตยามชราอย่างราบรื่นจำเป็นต้องเปลี่ยนบทบาทในครอบครัว ครอบครัวจะเป็นศูนย์กลางของการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นซึ่งมักมีอายุน้อยกว่าตน ในระยะวัยผู้ใหญ่ตอนต้นบทบาทในครอบครัวคือ พ่อบ้าน แม่บ้าน หัวหน้าครอบครัว ผู้ให้ความดูแลคุ้มครองและเจือจุนผู้อื่น ระยะวัยกลางคนอาจเปลี่ยนฐานะเป็นที่ปรึกษาของบุตร และบุตรเริ่มสนใจช่วยเหลือเกื้อกูลบ้างตามกำลังขนาดของครอบครัวจะยิ่งเล็กลงไปอีก และถึงระยะนี้บทบาทในฐานะหัวหน้าหรือผู้นำครอบครัว อาจถูกบุตรทำหน้าที่แทน และอาจต้องเปลี่ยนสภาพจากผู้ใหญ่ที่เคยให้ผู้อื่นพึ่งพิงมาเป็นผู้พึ่งพิงผู้อื่น นอกจากนี้ยังพบว่าความสัมพันธ์กับบุตรหลาน และบุคคลในครอบครัวจะราบรื่นหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่อย่างมากกับสัมพันธ์ภาพที่เคยมีให้กันมาแต่เดิมตั้งแต่บุตรหลานยังเล็ก ถ้าสัมพันธ์ภาพเคยเป็นมาแล้วด้วยดีก็ไม่สู้จะยากลำบากนัก คนชราจะมีความทุกข์และความบั่นป่วนทางอารมณ์อย่างมาก ถ้าไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุตรหลานได้อย่างราบรื่น

ในการสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัวนั้น ต้องเริ่มมาจากพื้นฐานของความรัก ซึ่งจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534: 82) กล่าวว่า ครอบครัวมีหน้าที่สำคัญหรือเป็นแหล่งสำคัญที่จะให้ความรักแก่สมาชิกทุกคนในครอบครัว การให้ความรักนั้นไม่เหมือนกับการให้วัตถุ สิ่งที่สมาชิกต้องการคือความรักในรูปของการแสดงออก การให้ความสนใจอย่างสม่ำเสมอ การรับฟังความคิดเห็น ดังนั้นครอบครัวจึงควรจะหาเวลาให้สมาชิกในครอบครัวได้มีโอกาสพูดคุยซึ่งกันและกัน ซึ่งจะเป็นเวลาที่มีความเป็นกันเองอยู่ในบรรยากาศที่อบอุ่น ช่วงเวลานี้จะเป็นโอกาสให้สมาชิกทุกคนได้แสดงออกถึงอารมณ์รัก ความสนใจและจะเป็นช่วงเวลาที่สามารถได้ระบายความคับข้องใจ ความไม่เข้าใจกัน หรือความเครียดที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเกิดจากการทำงานนอกบ้าน หรือเกิดจากความขัดแย้งภายในบ้านก็ตามให้ผู้อื่นฟัง และเป็นโอกาสที่ผู้ฟังจะได้แสดงออกถึงความเอาใจใส่ การให้อภัย

หรือสมาชิกในครอบครัวจะได้มีโอกาสในการปรึกษาหารือหาทางเพื่อแก้ปัญหา อันจะนำมาสู่ความสงบความเข้าใจอันดีของครอบครัว

ปิยธิดา นิลศรี (2538) ได้เสนอวิธีการเสริมรักเพื่อผูกพันใจของครอบครัว ซึ่งสามารถปฏิบัติได้โดยใช้ศิลปะในการสร้างมนุษยสัมพันธ์ด้วยการคำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 หลักจิตวิทยา คือ ศึกษาวิเคราะห์จิตวิทยาบุคคล โดยยึดหลักทฤษฎีพลังใจของมาสโลว์ ได้แก่ ความต้องการของร่างกาย ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการความรักและการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ ความต้องการที่จะได้รับการยกย่อง รวมทั้งความต้องการที่จะเข้าใจตนเองอย่างถ่องแท้ คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญาและสังคม คำนึงถึงความแตกต่างของพัฒนาการของชีวิตในแต่ละวัย รวมทั้งความแตกต่างของบุคลิกภาพ ซึ่งบุคลิกภาพที่ดีของแต่ละคนควรประกอบด้วยความซื่อสัตย์ ความเป็นอิสระในตัวเอง มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความสะอาดเรียบร้อย มีสุขภาพจิตดีและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น

องค์ประกอบที่ 2 หลักประชาธิปไตย ได้แก่ นับถือในความเป็นคน คือ เคารพในสิทธิหน้าที่ของกันและกัน มีความเชื่อเพื่อเชื่อแม่และให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นได้ด้วยการใช้สติปัญญาหรือเหตุผลเป็นหลัก

องค์ประกอบที่ 3 หลักคุณธรรมหรือยึดหลักธรรมของพระพุทธเจ้า คือ สังคหวัตถุสี่ เป็นพื้นฐานทางด้านมนุษยสัมพันธ์ ได้แก่ ทาน คือ การแบ่งปันสงเคราะห์ผู้อื่นด้วยทรัพย์สิน วิชา และความรู้ ปิยวาจา คือ การพูดไพเราะสุภาพ น่ายิน ให้กำลังใจ สมานสามัคคี และมีเหตุผล อุตตจกริยา คือ ช่วยเหลือผู้อื่นด้วยแรงกายเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวม สมานัตตา คือ ไม่เอาเปรียบผู้อื่น ร่วมรับรู้ ร่วมแก้ปัญหามาให้เกิดความสำเร็จสุขร่วมกัน

องค์ประกอบที่ 4 หลักมนุษยธรรม โดยไม่คำนึงถึงเพศ ศาสนา เผ่าพันธุ์ หรือลัทธิทางการเมือง

องค์ประกอบที่ 5 หลักประสานประโยชน์ คือ ต้องมีทั้งการให้และการรับ

จากการศึกษาของจงรักษ์ ศุภกิจเจริญ (2527) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี มีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี จากการศึกษาของเขมิกา ยามะรัต (2527) และสุพิชญา ชุนสนิท (2539) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว มีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกับครอบครัวแต่มีความสัมพันธ์กันไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมา เลหาพูนรังสี (2534)

ที่ศึกษาการปรับตัวหลังเกษียณอายุของข้าราชการพลเรือน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้เกษียณอายุที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวดีจะมีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้เกษียณอายุที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี

สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นสิ่งที่ต่อเนื่องมาจากความสัมพันธ์ของครอบครัวทั้งในอดีตและปัจจุบันซึ่งจะเชื่อมโยงต่อไปในอนาคต พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ (2533: 42) กล่าวว่า ครอบครัวจะมีความสุขจนแก่เฒ่าขึ้นกับความรักใคร่กลมเกลียว ประองดองกันของสมาชิกในครอบครัวโดยนัยที่ว่า ผู้สูงอายุเห็นความสุขที่แท้จริงขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพ การปะทะสังสรร และบทบาทที่พึงหรือปฏิบัติต่อกันด้วยความรักและความเข้าใจกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนควรสร้างสรรค์เริ่มต้นให้ดีในทุกช่วงวัยเพื่อจะได้มีความรักความเข้าใจเอื้ออาทรต่อกันตลอดจนสิ้นอายุขัย

#### ปัจจัยที่ 2 การมีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคม

จากทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) เชื่อว่า กิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับบุคคลทุกวัยโดยเฉพาะผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูงจะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคม ทฤษฎีกิจกรรมยังทำนายว่า บุคคลที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้จะเป็นผู้มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองดี ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิต (Barrow and Smith, 1979: 53 อ้างถึงใน ศิริวรรณ สินไชย, 2532: 31) การที่ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุนั้นยังคงมีบทบาทและสถานภาพทางสังคม ซึ่งจะทำให้รู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีค่า เป็นที่ยอมรับของสังคม (Havighurst, 1963 cited in Forber and Fitzsimons, 1981: 17) ตรงกับคำกล่าวของโรบบ์ (Robb, 1984: 78) ที่กล่าวว่า การร่วมกิจกรรมต่างๆ จะทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทในสังคม ซึ่งก่อให้เกิดอึดมั่นในทัศนคติในทางบวก

กิจกรรมเป็นรูปแบบของการกระทำใดๆ หรืองานต่างๆ ที่สนใจนอกจากการทำงานเพื่อการดำรงชีวิต (Lemon, 1972 cited in Robb, 1984: 78) การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มักเป็นกิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal activity) มุ่งเน้นความเสียสละและทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แก่สังคม นอกเหนือไปจากทำให้แก่ตนเอง ครอบครัว และเพื่อน

บรรลุ ศิริพานิช (2536: 63) ได้เสนอกิจกรรมในสังคมที่มีประโยชน์ไว้หลายประเภท ดังนี้

ประเภทที่ 1 กิจกรรมบริการทางสุขภาพอนามัย หลายโรงพยาบาลมีองค์กรตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือกิจการของโรงพยาบาลหรือสถานบริการอนามัย เช่น หาทุนเยี่ยมผู้ป่วย ช่วยผู้ป่วยในกิจวัตรบางประการ ฯลฯ

ประเภทที่ 2 กิจกรรมด้านสังคมสงเคราะห์ มีหน่วยงานสังคมสงเคราะห์หลายหน่วยที่อาสาสมัครเข้าร่วมงานได้

ประเภทที่ 3 กิจกรรมในองค์การกุศลหรือองค์การทางศาสนาต่างๆ องค์การเหล่านี้ต้องการอาสาสมัครทำงานหลายด้าน เช่น งานหาทุน งานประสานงาน งานติดต่อ งานบริการที่ไม่ต้องอาศัยวิชาการชั้นสูง ฯลฯ

ประเภทที่ 4 กิจกรรมชมรมและสมาคม สามารถเข้าร่วมได้ในหลายฐานะ เช่น เป็นผู้จัดการ ผู้สอน ผู้บริการหรือสมาชิก ในบรรดาชมรมสมาคมหรือองค์กรต่างๆ ที่ดีที่สุดสำหรับผู้ที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุหรือผู้สูงอายุคือ สมาคมหรือองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับเด็กและวัยรุ่น เพราะจะทำให้ได้สัมผัสกับคนหนุ่มสาว ทำให้ช่องว่างระหว่างวัยหายไป

ประเภทที่ 5 กิจกรรมการเมือง สำหรับผู้สนใจในทางการเมือง

ประเภทที่ 6 กิจกรรมกลุ่มเฉพาะทาง เช่น กลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม กลุ่มผู้บริโภค กลุ่มสิทธิมนุษยชน

กิจกรรมต่างๆ ดังกล่าว ช่วยปลูกฝังความเสียสละให้เกิดขึ้นในบุคคล โดยบรรลู่ ศิริพานิช (2536) ให้ข้อคิดเห็นไว้ 6 ข้อ ดังนี้

ข้อที่ 1 การที่บุคคล ได้มีการเสียสละ เช่น การทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่น เป็นการแสดงว่าสังคมยังต้องการบุคคลนั้นอยู่

ข้อที่ 2 การช่วยผู้อื่นในการแก้ปัญหา จะทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับบุคคลนั้นน้อยลงโดยอัตโนมัติ

ข้อที่ 3 การติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นซึ่งมีสถานภาพเลวร้ายกว่าในบางเรื่อง (เช่น สุขภาพอนามัย การเงิน สถานภาพทางสังคม) จะช่วยให้บุคคลพึงพอใจในตนเอง

ข้อที่ 4 กลุ่มที่ร่วมกิจกรรมกันอย่างสม่ำเสมอ จะกระตุ้นเตือนซึ่งกันและกัน

ข้อที่ 5 การที่ได้เสียสละในสังคม จะทำให้ภาพพจน์ในสังคมอยู่ในสถานภาพที่น่าพึงพอใจ

ข้อที่ 6 การได้เสียสละบริการผู้อื่นจะทำให้มีสุขภาพจิตดีขึ้นและพลอยทำให้สุขภาพกายดีขึ้น ในชีวิตของวัยผู้สูงอายุจะยังคงเป็นบุคคลที่สังคมนับถือ แม้อายุจะล่วงเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วก็ตาม

จากการศึกษาของกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2527) พบว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ และจากการศึกษา

ของจากรูวรรณ เหมะธร และคณะ (2532) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีส่วนร่วมในสังคมดีจะมีสุขภาพจิตดีตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุพิชญา ชุนสนิท (2539) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมสูง มีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่ำ

การที่จะสร้างนิสัยให้มีกิจกรรมในยามว่าง ตั้งแต่ช่วงชีวิตก่อนเกษียณหรือก่อนสูงอายุ เป็นเรื่องจำเป็นและสำคัญ เพราะการจะมาสสร้างนิสัยใหม่ที่หลังเกษียณเป็นสิ่งที่เกือบจะเป็นไปไม่ได้เลย เพราะนิสัยคนนั้นสร้างยากไม่สำเร็จในชั่ววันชั่วเดือนต้องใช้เวลาเป็นแรมปี เพื่อให้แน่ใจว่าเมื่อเราเกษียณอายุการทำงานแล้ว เรายังคงมีชีวิตอยู่อย่างมีชีวิตชีวาและสร้างสรรค์ จึงควรหัดและเรียนรู้การใช้ชีวิตดำเนินกิจกรรมบางอย่างตั้งแต่อยู่ในวัยกลางคนหรือแม้ยังหนุ่มสาว เพราะจะเป็นขบวนการต่อเนื่องไปจนถึงเมื่อเราเข้าสู่วัยสูงอายุและตลอดชีวิต

#### การเตรียมตัวด้านเศรษฐกิจ

ในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ สิ่งที่จะขาดเสียมิได้คือ การเตรียมด้านเศรษฐกิจ เตรียมเงินทองไว้เพื่อใช้จ่ายในยามสูงอายุ Eliopoulos (1997: 69) กล่าวว่า การเงินมีความสำคัญกับทุกอายุ เพราะว่ามีผลต่ออาหาร สุขภาพ ความปลอดภัยและเสรีภาพในชีวิต อีกทั้งยังมีอิทธิพลต่อหลายๆ ทางเลือกในชีวิต มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้หลายท่าน พบว่า เงินทองเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความพึงพอใจและความมั่นคงในชีวิตเมื่อเป็นผู้สูงอายุ ดังเช่นการศึกษาของ Edwards และ Klemmack (1973) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปร 22 ตัว กับความพึงพอใจในชีวิต ในประชากรที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ขึ้นไป จำนวน 507 คน เป็นเพศหญิง 274 คน เพศชาย 233 คน พบว่า ตัวแปรที่มีความสำคัญที่สุดต่อความพึงพอใจในชีวิตคือ เศรษฐกิจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sprietzler และ Synder (1974) ที่พบว่า เศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในชีวิตและรายได้ที่ลดลงหลายๆ จะมีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยทางจิตใจ โดย Pope (1981 cited in Behler, Tippett and Mandle, 1994: 626) กล่าวว่า การเจ็บป่วยทางจิตใจจะเพิ่มขึ้นในผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ และมีอัตราของการเกิดความเครียด ความซึมเศร้าและความกลัวสูง สำหรับในประเทศไทย สุรีย์ บุญญานพวงศ์ (2534) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับสภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับปัญหาในการดำรงชีวิต ทั้งในปัจจุบันและที่คาดว่าจะเกิดในอนาคตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง ดังนั้นเมื่อฐานะเศรษฐกิจมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุ จึงควรมีการเตรียมตัวด้านเศรษฐกิจในปัจจุบันต่อไป

### ปัจจัยที่ 1 รายได้และค่าใช้จ่าย

การเตรียมตัวด้านรายได้และการวางแผนการใช้จ่ายนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุพร้อมกับการเกษียณอายุการทำงาน รายได้ที่เคยได้รับประจำจะลดลงเกือบครึ่งหนึ่ง (ไมตรี ชมธวัช, 2529: 60) สุรกุล เจนอบรม (2534: 72) กล่าวว่า ผู้ที่จะเกษียณจึงควรเตรียมตัวเรื่องทรัพย์สินเงินทองไว้ตั้งแต่วัยกลางคน ตามความเหมาะสมและลักษณะอาชีพของแต่ละบุคคล เพราะเมื่อเกษียณเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว โอกาสที่จะทำงานที่มีรายได้สูงของคนส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีซึ่งในสภาพเศรษฐกิจสังคมปัจจุบัน การหวังพึ่งพาทรัพย์สินเงินทองจากบุตรหลานเป็นเรื่องค่อนข้างจะเลือนลาง การเตรียมตัวด้านการเงินไว้ล่วงหน้าจึงเป็นเรื่องสำคัญมากอย่างหนึ่ง

บรรลุ ศิริพานิช (2536: 52) กล่าวว่า ผู้เกษียณอายุการทำงานหรือผู้สูงอายุจะมีรายได้ลดลงจากเดิม ซึ่งเรามักไม่คิดถึงหรือคิดถึงก็สายเสียแล้ว ทำให้ต้องลดมาตรฐานการครองชีพลงเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพทางการเงิน ทางที่ดีควรจะได้มีการวางแผนเตรียมด้านการเงินไว้โดยรอบคอบเพื่อที่จะได้กระทำการที่ยากกระทำได้เมื่อเกษียณอายุการทำงานแล้ว โดยมีสถานภาพการครองชีพคงอยู่อย่างที่เคยเป็น และไม่มีปัญหาการเงินมาทำให้ก้ำกึ่งใจในเมื่อเกษียณอายุการทำงาน

เขมิกา ยามะรัต (2527) ได้ทำการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา พบว่า คนชราที่มีรายได้สูง มีเศรษฐกิจดี มีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าคนชราที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2527) พบว่า ความสมดุลของรายรับรายจ่าย จะส่งผลให้ผู้เกษียณมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าและซึมเศร้าน้อยกว่าผู้เกษียณที่มีรายรับรายจ่ายไม่สมดุลกัน และเศรษฐกิจยังเป็นปัจจัยที่ช่วยในการปรับตัวภายหลังเกษียณด้วย

Bumside (1981: 605-606) กล่าวว่า การวางแผนด้านรายได้ก่อนและหลังการเกษียณเป็นสิ่งจำเป็นมาก และต้องมีการวางแผนในระยะยาว ความมั่นคงทางเศรษฐกิจจะมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพที่ดีและการมีบุคลิกภาพที่เหมาะสม

Leedy และ Wynbrandt (1987: 85-86) ได้เสนอแนะวิธีการวางแผนทางการเงินไว้ 13 ข้อ ดังนี้

- ข้อที่ 1 วางแผนด้านการเงินในการประกอบอาชีพของตนเองว่ามีเป้าประสงค์อะไร
- ข้อที่ 2 บันทึกเป้าหมายในการใช้จ่ายเงินภายหลังเกษียณ
- ข้อที่ 3 บันทึกรายการที่คิดว่าจะต้องใช้จ่ายเงินเป็นจำนวนมากภายหลังเกษียณ
- ข้อที่ 4 บันทึกรายการทรัพย์สินสมบัติที่มีและหนี้สินที่ต้องรับผิดชอบ
- ข้อที่ 5 รายได้ที่ได้รับหลังเกษียณมีความมั่นคงหรือฝืดเคืองอย่างไร

ข้อที่ 6 จดรายการที่ได้คาดหมายไว้ว่าจะเกิดขึ้นหรือมีการเปลี่ยนแปลงในขณะที่ยังไม่เกษียณ

ข้อที่ 7 กำหนดโครงการที่ต้องการใช้จ่ายเงินในการดำรงชีวิตของตนเอง

ข้อที่ 8 บันทึกผลประโยชน์ที่จะได้รับในตอนเกษียณตั้งแต่อายุ 55-65 ปี

ข้อที่ 9 วางโครงการทรัพย์สินที่จะมีภายหลังเกษียณ ได้แก่ เงิน ทรัพย์สินสมบัติ มรดก ผลประโยชน์ การประกัน ฯลฯ

ข้อที่ 10 ประมาณการรายได้ในรอบปีที่จะได้เมื่อเกษียณ (ในต่างประเทศรายได้มากน้อยขึ้นอยู่กับอายุการเกษียณด้วย)

ข้อที่ 11 คาดประมาณรายได้จากอาชีพหลังเกษียณที่วางแผนไว้ว่า จะทำเมื่อเกษียณแล้วและให้เงินนั้นมีดอกผลเพิ่มขึ้นโดยการฝากธนาคาร

ข้อที่ 12 ประมาณรายได้ที่จะได้รับเมื่อเกษียณอย่างพินิจพิจารณา

ข้อที่ 13 ประเมินความสามารถของตนเองที่จะหารายได้จากการมีอาชีพภายหลังเกษียณที่เหมาะสม

สุรกุล เจนอบรม (2534: 74) กล่าวถึงวิธีการเตรียมตัวด้านรายได้และการใช้จ่ายอาจทำได้หลายประการดังนี้

ประการที่ 1 ทดลองฝึกใช้เงินภายในงบประมาณที่ควรจะได้รับจากรายได้ภายหลังการปลดเกษียณสัก 1 เดือน สำรวจดูทรัพย์สินต่างๆ ที่มีอยู่แล้ววางแผนว่าจะจัดการอย่างไรให้เหมาะสมที่สุดภายหลังเกษียณ

ประการที่ 2 เตรียมหาอาชีพอีกอาชีพหนึ่ง (Second career) ในสหรัฐอเมริกา ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งซึ่งทำงานระบบเกษียณอายุมักจะออกจากงานก่อนวาระเกษียณจริง โดยให้เหตุผลว่าจะได้มีเวลาและมีพลังกำลังพอที่จะเริ่มต้นหาอาชีพใหม่อีกอาชีพหนึ่ง

ประการที่ 3 เตรียมวิธีการลดรายจ่ายที่ฟุ่มเฟือยภายหลังปลดเกษียณ และหารายได้เพิ่มจากทรัพย์สินที่มีอยู่ เช่น นำเงินไปฝากหรือให้ได้ดอกผล ให้เช่าอสังหาริมทรัพย์ต่างๆ เพื่อเพิ่มรายได้

ประการที่ 4 เตรียมเงินสำหรับรายจ่ายจร เช่น ค่ารักษาพยาบาลและเตรียมรับมือกับปัญหาเงินเฟ้อที่จะเกิดขึ้น ควรจะกันเงินไว้จำนวนหนึ่งในการดูแลรักษาสุขภาพโดยเฉพาะ

ประการที่ 5 เตรียมสะสมทรัพย์สินในรูปแบบของการฝากสะสม การซื้อพันธบัตร การประกันชีวิต และการประกันสุขภาพ อุบัติเหตุต่างๆ เป็นการลงทุนในสภาพที่คล่องตัว ไม่เสี่ยงจนเกินไป หากจะซื้อขายหุ้นต้องมีเงินทุนสำรองและมีอารมณ์ที่มั่นคงเพียงพอ



เรื่องการเงินเป็นเรื่องละเอียดอ่อนและแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ดังนั้นจึงควรเตรียมตัวและวางแผนในเรื่องนี้ให้ดี บุคคลควรจะมีการเตรียมสะสมทรัพย์สินในรูปแบบต่างๆ ให้มีฐานะเศรษฐกิจที่มั่นคงพอสมควรก่อนที่จะเกษียณอายุ ตั้งแต่วัยกลางคนหรือเริ่มประกอบอาชีพ เพราะการสะสมทรัพย์สินต้องอาศัยเวลายาวนาน การมีฐานะทางเศรษฐกิจที่มั่นคงและการมีความสมดุลของรายรับและรายจ่าย จะทำให้ผู้ที่เข้าสู่วัยสูงอายุหรือผู้เกษียณอายุการทำงานมีความสบายใจ มีความพึงพอใจในชีวิต และยังมีหลักประกันในการมีเงินเพื่อใช้จ่ายในสิ่งที่ต้องการหรือเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองด้วย

### ปัจจัยที่ 2 ที่อยู่อาศัย

Crane (1990) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่อาศัย ต้องนอนข้างถนนในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ พบว่า 5 ราย เคยอาศัยอยู่ในที่พักซึ่งนายจ้างจัดหาไว้ให้ในขณะที่ทำงาน และต้องออกจากที่พักนั้นเมื่อเกษียณอายุการทำงาน 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลโรคจิตและไม่สามารถมีชีวิตอยู่โดยเผชิญกับปัญหาเพียงลำพังได้ ในขณะที่อีก 3 ราย ออกจากบ้านเดิมที่เคยอาศัยอยู่ เนื่องจากมีปัญหาในชีวิตสมรสหรือปัญหาครอบครัว จากปัญหาดังกล่าวบ่งชี้ให้ต้องตระหนักถึงการเตรียมที่อยู่อาศัยของตนเองไว้สำหรับบั้นปลายของชีวิต

ที่อยู่อาศัยเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสำคัญต่อมนุษย์ทุกคน บุคคลควรจะมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองพอสมควรแก่สภาพของตน และควรคำนึงว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุหรือเกษียณอายุการทำงานแล้วจะมีภูมิลำเนาอยู่ที่ใด ถ้าหากเป็นข้าราชการและเคยพักอยู่ในบ้านพักข้าราชการหรือเช่าบ้านตามสิทธิของข้าราชการ เมื่อเกษียณอายุราชการก็ต้องเสียสิทธินั้นไป ดังนั้นในการเตรียมเรื่องที่อยู่อาศัยในยามสูงอายุจึงมีความจำเป็นมากและควรเตรียมตั้งแต่วัยกลางคน เพราะถ้าหากจัดการเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วในหลายรายอาจมีปัญหาบางอย่าง ซึ่งคนสูงอายุแก้ไขไม่ทันการณ์ เช่น การเป็นธุระก่อสร้าง นอกจากนี้การเตรียมเรื่องที่อยู่อาศัยต้องคำนึงถึงสุขภาพของตนเอง เช่น ถ้าเป็นโรคหัวใจ ข้ออักเสบ ควรอยู่บ้านชั้นเดียวดีกว่าต้องขึ้นบันไดวันละหลายครั้ง ควรคำนึงถึงสัมพันธภาพภายในครอบครัว เพราะในวัยสูงอายุรูปแบบในการดำเนินชีวิตจะแปรเปลี่ยนไป ถ้าเป็นไปได้ควรเตรียมที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองเป็นสัดส่วน เพื่อจะได้มีความเป็นอิสระใช้เวลาในชีวิตที่เหลือได้ตามประสงค์

Leedy และ Wynbrandt (1987: 113) กล่าวว่า การตัดสินใจในเรื่องที่อยู่อาศัยเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับบุคคลที่เกษียณอายุแล้ว การตัดสินใจที่จะพักอาศัยอยู่ที่เดิมหรือย้ายไปหาที่อยู่ใหม่นั้น ควรคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน คือ ลักษณะของที่อยู่อาศัยและงบประมาณในการ

ข้อการก่อสร้าง ความสะดวกในการเดินทางไปทำงานไปโรงเรียนของลูกหลาน คำนึงถึงขนาดของบ้านให้มีความพอเหมาะพอดีกับครอบครัว นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงสภาพเพื่อนบ้านด้วย

สำหรับผู้ที่อยู่อาศัยในบ้านของตนเองแล้ว ควรสำรวจดูว่ามีสภาพเหมาะสมที่จะอยู่อาศัยใช้ชีวิตในวัยสูงอายุหรือไม่ ถ้าบ้านที่อยู่อาศัยเดิมมีความเหมาะสมและมีความสะดวกเพียงพอที่จะทำกิจกรรมในอนาคต และตนเองอาศัยอยู่ได้อย่างมีความสุขก็ไม่จำเป็นต้องย้าย แต่ถ้ามีความจำเป็นที่จะต้องย้ายก็ต้องเตรียมพร้อมทั้งด้านการเงิน ทำเล บ้านพักอาศัยต่างๆ ชนิดหรือลักษณะของบ้านที่จะย้ายไปอยู่ ที่สำคัญบ้านที่จะย้ายไปอยู่ใหม่จะต้องช่วยทำให้ชีวิตมีความสุขกว่าอยู่ในที่เดิม

ปัจจุบันที่อยู่อาศัยซึ่งจัดเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยยังมีไม่มากนัก กรมประชาสงเคราะห์ได้คำนึงถึงสวัสดิการและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะมีชีวิตโดดเดี่ยวขาดการเอาใจใส่ดูแลจากญาติพี่น้อง จึงจัดทำโครงการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่รู้จักกันดีคือ หมู่บ้านวัยทองนิเวศน์ ที่อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ สำหรับผู้สูงอายุที่พอมีฐานะให้มีที่อยู่อาศัยเฉพาะขึ้น โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุตั้งแต่ 58 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดว่าเป็นโสดหรือคู่สามีภรรยาซื้อไว้อยู่อาศัย เมื่อเจ้าของบ้านเสียชีวิตกรรมสิทธิ์จะตกเป็นของสามีหรือภรรยาหรือบุตรที่มีอายุ 58 ปีขึ้นไปรับช่วงอยู่ต่อไป ลักษณะการจัดบ้านพักในโครงการนี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่ขาดคนเอาใจใส่ดูแล หรือผู้สูงอายุที่ไม่ต้องการให้ตนเองเป็นภาระแก่ผู้อื่น ในโครงการนี้มีบริการอำนวยความสะดวกอื่นๆ อีก อาทิ โรงพยาบาล สวนสาธารณะ สถานที่ออกกำลังกาย สถานปฏิบัติธรรม เป็นต้น (กรรณิการ์ พงษ์สนิท และคณะ, 2538: 18)

แม้ว่าจะมีบ้านพักสงเคราะห์คนชราให้อยู่อาศัยได้ แต่แท้ที่จริงแล้วการไปพักอาศัยในบ้านสงเคราะห์คนชราจำเป็นต้องอาศัยการเตรียมตัวเตรียมใจอย่างยิ่ง เพราะการเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยเป็นสิ่งที่คนชราปรับตัวได้ยาก จากการศึกษาของ Lieberman (1961 อ้างถึงใน ศิริวรรณสินไชย, 2532: 34) พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์มีอัตราการตายในปีแรกสูงมาก ซึ่งเกิดจากปัญหาการปรับตัวในการย้ายที่อยู่ไปอยู่ในสถานสงเคราะห์ ทำให้เกิดปัญหาความเครียดในจิตใจ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองปรับตัวได้ดีที่สุด (เชียรศรี วิวิธสิริ, 2527: 74) และจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2537) พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 63.9 เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย และการเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงความมั่นคงในชีวิต โดยที่ผู้สูงอายุที่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยย่อมรู้สึกมั่นคงในชีวิตมากกว่าการเป็นเพียงผู้อาศัย

จากความสำคัญดังกล่าว สรุปได้ว่า บุคคลควรมีการเตรียมตัวด้านที่อยู่อาศัยให้พร้อม ก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุหรือเกษียณการทำงาน ซึ่งควรจะมีการเตรียมในการสะสมทรัพย์ เพื่อซื้อ หรือปลูกสร้างที่อยู่อาศัย เตรียมหาบ้านที่เหมาะสมกับสุขภาพร่างกายของตนเอง เตรียมตัว เตรียมใจที่จะหาบุคคลซึ่งอาจเป็นลูกหลานที่จะมาอยู่ด้วย และถ้าหากจะพักอาศัยในบ้าน สงเคราะห์คนชราควรที่จะศึกษาสภาพที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมต่างๆ ไว้ล่วงหน้า

## 2.4 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่มีผู้ทำการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุไว้นั้น ในการวิจัยครั้งนี้ได้ คัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่อาจมีผลต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการมีผู้สูงอายุในครอบครัว โดยมีรายละเอียด ดังนี้

### อายุ

อายุเป็นตัวบ่งชี้ในการเข้าสู่วัยต่างๆ ความมีอายุเป็นสิ่งบ่งบอกถึงประสบการณ์ที่ผ่านมา เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น มีพัฒนาการตามวัย บุคคลจะสั่งสมประสบการณ์ชีวิต มีการปรับตัวและ เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ตลอดเวลา ทำให้ความคิดความรู้สึกเปลี่ยนแปลง เรียนรู้และแสวงหาวิถีปฏิบัติ หรือกิจกรรมใหม่ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงและพึงพอใจ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534: 55) จากการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และคณะ (2535) เกี่ยวกับการ เตรียมการเพื่อยามสูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย พบว่า กลุ่มประชากรอายุต่ำกว่า 30 ปี ตอบว่าเห็น ความสำคัญและคิดที่จะเตรียมการเพื่อยามสูงอายุต่ำกว่ากลุ่มประชากรอายุ 30 ปีหรืออายุสูงกว่า อย่างเห็นได้ชัด และผู้ที่เคยคิดว่าตนเองจะใช้ชีวิตอย่างไรยามสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างสม่ำเสมอตาม อายุที่เพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่า เมื่อคนยิ่งเข้าใกล้วัยสูงอายุมากเท่าไรจะคำนึงถึงการดำรงชีวิตเมื่อ ยามสูงอายุมากขึ้น

### เพศ

เพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหา การปรับตัว การระบายความทุกข์และ เจตคติต่อความเจ็บป่วย (Andreason and Noris, 1972: 352-362 อ้างถึงใน จำเรียง กุระมสุวรรณ, นิตยา ภาสุนันท์ และวินัส ดันติบูล, 2532: 17) ในสภาพสังคมแต่ละสังคม บทบาท ของเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกัน เพศหญิงเป็นเพศที่อ่อนไหวง่าย มีการเปลี่ยนแปลง ทางสรีรวิทยามากกว่าเพศชายในแต่ละช่วงอายุนับตั้งแต่วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ ตลอดจนวัยเริ่มหมดระดู

นอกจากนั้นข้อกำหนดของสังคมเกี่ยวกับการแสดงออก เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ การทำกิจกรรมทางสังคมหรือรูปแบบการพักผ่อนหย่อนใจก็แตกต่างกัน จากการศึกษาของฉันทนา กาญจนพันธ์ (2529) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยผู้สูงอายุชายมีการร่วมกิจกรรมมากกว่าผู้สูงอายุหญิง และเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ซึ่งได้ทำการศึกษาผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี พบว่า ผู้สูงอายุชายมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุหญิง นอกจากนี้ บรรลุ ศิริพานิช และคณะ (2532) ได้ศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงอายุยืนยาว และมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่จริงจังและสม่ำเสมอ คือ กลุ่มผู้สูงอายุชาย แต่จากการศึกษาของกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2527) ที่ทำการศึกษาระดับปริญญาตรีที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการในเขตอำเภอเมืองและอำเภอขนาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิชญภรณ์ มูลศิลป์ และคณะ (2536) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีการปรับตัวภายหลังเกษียณอายุไม่แตกต่างกัน

### สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นตัวบ่งชี้ถึงการสนับสนุนทางสังคม บุคคลที่มีคู่ชีวิตจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก การมีคู่ชีวิตจะมีความผูกพันกันอย่างลึกซึ้ง คอยดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่ต่อกัน สนับสนุนให้กำลังใจ สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานเกิดความมั่นคงทางอารมณ์และลดความเครียด สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองดี นำไปสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมั่นใจในการกระทำกิจกรรมต่างๆ (Cohen and Wills, 1985) รวมทั้งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

จากการศึกษาของสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 42) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534: 45) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่า แยก ดวงพร รัตนอมรชัย (2535: 115) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีค่าเฉลี่ยคะแนนวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก และประภาพร จินันทุยา (2536: 45) สอึ้ง ขวรวงกูร (2538: 82) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด

หม้าย หย่า แยก แต่จากการศึกษาของสุพิชญา ชุนสนิท (2539: 40) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่และผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว มีความพึงพอใจในชีวิตไม่แตกต่างกัน

### ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526 อ้างถึงใน มลลิต ชูเนตร, 2538: 32) และผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะมีการปฏิบัติวิถีชีวิตหรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ สูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529)

การขาดการศึกษาทำให้มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งที่ทำให้เกิดโรค เนื่องจากความไม่รู้และทำให้เกิดภาวะการเจ็บป่วยในที่สุด ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะรักษาและดูแลตนเองได้ดีไม่ค่อยเจ็บป่วยเป็นโรค ส่วนผู้ที่มีการศึกษาน้อยมักจะไม่เข้าใจถึงวิธีการที่จะดูแลตนเองให้ถูกต้องและดีได้ (มนตรี ดันประยูร, 2532)

จากการศึกษาของ The National Council on the Aging (NCOA) (อ้างถึงใน สุรกุล เจนอบรม, 2534: 43) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีตำแหน่งหน้าที่การงานดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ และผู้ที่มีอาชีพมั่นคงย่อมมีรายได้ที่แน่นอนสามารถเก็บออมไว้ใช้ในยามสูงอายุ และบางรายอาจมีรายได้จากเงินบำนาญหลังจากเกษียณ ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการต่างๆ ได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ส่งผลให้มีสุขภาพอนามัยดีและมีความสุขในชีวิตวันไป

### อาชีพ

อาชีพเป็นการประกอบการเพื่อให้ได้มาซึ่งรายได้ อันเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างหนึ่ง เพราะทำให้ผู้ที่มีอาชีพมีรายได้เป็นของตนเอง เกิดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ทำให้สามารถแสวงหาปัจจัยต่างๆ ที่จะส่งเสริมให้ร่างกายมีสุขภาพที่แข็งแรงและดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข เช่น อาหาร เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม การรับบริการสุขภาพ การทำกิจกรรม เป็นต้น ผู้ที่มีอาชีพจึงมีสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตที่ดี สำหรับผู้ที่ไม่อาชีพทำให้ไม่มีรายได้เป็นของตนเองต้องอาศัยจากผู้อื่น โดยเฉพาะผู้สูงอายุต้องอาศัยรายได้จากบุตรหลาน การใช้จ่ายเงินเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองจึงทำได้ไม่เต็มที่ การดูแลสุขภาพและการส่งเสริมป้องกันโรคจึงไม่พร้อมเท่าที่ควร

จากการศึกษาของละออง สุวิทยาภรณ์ (2534: 105) พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ประกอบอาชีพ กับผู้ที่ยังคงประกอบอาชีพ มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน และศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539: 147) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานมีค่าคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำสุด รองลงมาคืออาชีพ เกษตรกรรม และผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้างมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงสุด

นอกจากนี้ การประกอบอาชีพยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต นักสังคมวิทยาเชื่อว่า บทบาทของคนทำงาน (Worker role) เป็นตัวก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เพราะเป็นบทบาทที่ทำให้บุคคลยังสามารถคงไว้ซึ่งบทบาทอื่นๆ ได้ เช่น บทบาทการเป็นผู้นำ ครอบครัว เป็นที่พึ่งพิงของผู้อื่น การมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับเป็นคนมีคุณค่า ซึ่งถึงแม้วัยจะ เปลี่ยนไปเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุก็ยังรู้สึกว่าคุณสมบัติความสามารถอยู่ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และจากการศึกษาของประภาพร จินันทุยา (2536: 81) และ ส่อง ขวรวงูร (2538: 83) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิต

### รายได้

รายได้เป็นตัวบ่งชี้สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่อิทธิพลต่อวิถีการดำเนิน ชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล บุคคลที่มีรายได้สูงจะมีแหล่ง ประโยชน์ที่จะช่วยให้มีการเตรียมตัวในการดูแลสุขภาพและเตรียมปัจจัยต่างๆ เพื่อให้เกิดความ พร้อมในการดำรงชีวิตเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่วนผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือรายได้ปานกลาง มักจะมีปัญหา ทางการเงินและทำให้เกิดความรู้สึกกังวลเป็นทุกข์ Orem (1991: 137) และ Pender (1982: 161-162) กล่าวว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่เป็น ประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง

จากการศึกษาของศุภวรินทร์ หันกิตติกุล (2539: 147) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของพนิดา คุณาธรรม (2536: 132) และรจนารถ ล่วงลือ (2536: 72) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง มีการปฏิบัติกิจกรรมดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ นอกจากนี้ สูดา วิไลเลิศ (2536: 55) ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน สามารถเลือกสรรประเภทของอาหารที่มีคุณค่าหรือมีประโยชน์ต่อร่างกายได้เพียงพอต่อความต้องการ

จากการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพชีวิต จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์ (2535: 95) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต และจากการศึกษาของสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534: 45) ประภาพร จินันทยา (2536: 83) และสมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ และคณะ (2538: 91) พบว่า รายได้ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต

### การมีผู้สูงอายุในครอบครัว

การมีผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นสิ่งที่สนับสนุนให้บุคคลได้มีการตระหนักและเตรียมการเข้าสู่ผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุจะเป็นต้นแบบในการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ได้ผ่านโลกผ่านชีวิตมามาก ประสบการณ์ของผู้สูงอายุจึงมีค่ามากสำหรับผู้ที่ยังอ่อนวัยกว่า (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538: 642)

จากการศึกษาของภาพร ชโยวรรณ (2535) พบว่า การมีผู้สูงอายุในครัวเรือน จะเป็นตัวกระตุ้นให้คนหนุ่มสาวคิดถึงการใช้ชีวิตเมื่อยามสูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นคนหนุ่มสาวหญิงหรือชาย คนหนุ่มสาวในเมืองหรือชนบท โดยคนหนุ่มสาวที่มีผู้สูงอายุในครัวเรือน เคยคิดว่าจะใช้ชีวิตอย่างไรเมื่อยามสูงอายุมากกว่าคนหนุ่มสาวที่ไม่มีผู้สูงอายุในครัวเรือน (ร้อยละ 45 และ ร้อยละ 40 ตามลำดับ) และจากการศึกษาของเสริมพันธุ์ นิตยัณรา (2539) เกี่ยวกับบทบาทของผู้สูงอายุต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวในชุมชนชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้สูงอายุจะแสดงบทบาทในลักษณะการรักษายาบาลมากกว่าบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยพบถึงร้อยละ 59.4 ของผู้สูงอายุที่มีการแสดงบทบาทด้านการรักษายาบาลแก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งมี 2 รูปแบบ คือ ผู้สูงอายุทำหน้าที่ดูแลการเจ็บป่วยด้วยตนเองร้อยละ 20.3 ในขณะที่ร้อยละ 39.1 ของผู้สูงอายุจะทำการสั่งการบอกกล่าวและแนะนำวิธีการรักษา

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เขมิกา ยามะรัต (2527) ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา : กรณีข้าราชการบำนาญ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ผลการศึกษาพบว่า คนชราส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในชีวิตสูง ลักษณะภูมิหลังทางสังคมของคนชราไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต ยกเว้น สถานภาพสมรส และตำแหน่งครั้งสุดท้าย ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมทางสังคม จากผลการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) สามารถอธิบายความพึงพอใจในชีวิตของคนชราได้ดีกว่าทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement Theory) คนชรามีความสุขกับการได้มีกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัวและสังคมมากกว่าการถอนตัวออกจากสังคม ส่วนคนชราจะอยู่กับคู่สมรสหรือไม่นั้น ไม่มีผลกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิต แต่ความสัมพันธ์ของคนชากับครอบครัวมีผลกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิตของคนชามาก เมื่อวิเคราะห์ผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้าราชการบำนาญจึงยังมีความพึงพอใจในชีวิตกับการได้มีส่วนร่วมกิจกรรมในสังคมมากกว่าการถอนตัวออกจากสังคม และควรส่งเสริมความสัมพันธ์ของคนชากับครอบครัว เพื่อให้คนชราได้อยู่กับครอบครัวอย่างมีความพึงพอใจในชีวิต

จำเรียง กุระมะสุวรรณ, นิตยา ภาสุนันท์ และวินัส ตันติบูล (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60-85 ปี ซึ่งมาร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ 9 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 205 คน พบว่า ความสุขและความพึงพอใจมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ( $p < .005$ ) และปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล ได้แก่ ทรัพย์สินของตนเอง ( $p < .001$ ) ความสำคัญของตนเองต่อครอบครัว สุขภาพกาย สุขภาพจิต ( $p < .005$ ) ระดับการศึกษา และรายได้ ( $p < .01$ ) และพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล คือ ระดับการศึกษา รายได้ ทรัพย์สินของตนเองและภาวะสุขภาพจิต ( $p < .005$ ) เพศและความสำคัญของตนเองต่อครอบครัว ( $p < .01$ ) และสุขภาพกาย ( $p < .025$ ) อิทธิพลตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในด้านความสุข โดยเรียงลำดับจากมากไปน้อย คือ ภาวะสุขภาพจิต ทรัพย์สินของตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และความสำคัญของตนเองต่อครอบครัว ส่วนอิทธิพลตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตในด้านความพึงพอใจพบว่า เป็นตัวแปรชุดเดียวกันและเรียงลำดับเช่นเดียวกัน แต่เพิ่มตัวแปร คือ ระดับการศึกษาอีก 1 ตัวแปร จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุซึ่งมาร่วมกิจกรรมในชมรมได้ แสดงว่าผู้สูงอายุ



ยังมีความสามารถในการดูแลตนเอง มีปัจจัยสนับสนุนในการเข้าร่วมกิจกรรม จึงยังมีความสุข ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ

นิรนาท วิทย์โชคภิตติคุณ (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียนและรายได้ กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ และมารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ในกลุ่มตัวอย่าง 120 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูง และพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ( $P < .01$ ) นั่นคือผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หมายเหว่า แยก และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ( $P < .001$ ) นั่นคือ ผู้ที่มีความสามารถในการดูแลตนเองดีจะมีภาวะสุขภาพดี ส่วนปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ศึกษาในโรงเรียนและรายได้ไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพคือผู้ที่มีสุขภาพดี สนใจในการป้องกันโรค ดังนั้น ปัจจัยดังกล่าวจึงไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพ

นภาพร ชโยวรรณ (2535) ศึกษาการอุปถัมภ์เกื้อหนุนบิดามารดาและทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทยภาคกลาง โดยมีส่วนหนึ่งศึกษาด้านการเตรียมการเพื่อยามสูงอายุของคนหนุ่มสาว แบบของการเตรียมการตลอดจนความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการด้านที่อยู่อาศัยและการดูแลยามเจ็บป่วยเมื่อสูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 15-44 ปี ผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 96 ของคนหนุ่มสาวเห็นว่า เรื่องนี้เป็นเรื่องสำคัญ แต่เมื่อถามตัวผู้ตอบเองว่าจะเตรียมการหรือไม่ มีร้อยละ 79 เท่านั้นที่ตอบว่าจะเตรียม ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสำคัญและความคิดที่จะเตรียม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุและระดับการศึกษา กล่าวคือหนุ่มสาวที่มีอายุมากกว่า คิดเตรียมการเพื่อยามสูงอายุมากกว่าหนุ่มสาวที่มีอายุน้อยกว่า หนุ่มสาวที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า คิดเตรียมการเพื่อยามสูงอายุมากกว่าหนุ่มสาวที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า มีความแตกต่างกันตามกลุ่มสถานภาพสมรสและอาชีพ กล่าวคือ หนุ่มสาวที่เป็นหม้าย แยกกันอยู่ คิดเตรียมการเพื่อยามสูงอายุมากกว่าผู้ที่เป็นโสดหรือมีคู่สมรส และหนุ่มสาวที่ทำงานนอกภาคเกษตรคิดเตรียมการเพื่อยามสูงอายุมากกว่าหนุ่มสาวที่ทำงานในภาคเกษตรหรือไม่ทำงาน นอกจากนี้ยังพบว่า มีเพียงร้อยละ 42 เท่านั้นที่เคยคิดว่าตนเองจะใช้ชีวิตอย่างไรเมื่อยามสูงอายุ และรูปแบบของการเตรียมที่คนหนุ่มสาวตอบมากที่สุดคือ การมีเงินออม ร้อยละ 54 รองลงมาคือ เตรียมที่ทำกิน งานมั่นคง หรือมีงานอดิเรกทำ ร้อยละ 17 สุขภาพหรือปัจจัยสี่

ร้อยละ 6 ย้ายไปอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 3 ถ้ายทอดอาชีพหรือยกมรดกให้บุตรหลาน ร้อยละ 2 ศึกษาสวัสดิการต่างๆ หรือทำประกันในรูปแบบต่างๆ ร้อยละ 1 จากผลการศึกษาคั้งนี้ทำให้บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องตระหนักถึงการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อลดปัญหาต่างๆ อันอาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

สุลักษณ์ มีชูทรัพย์, วิไลวรรณ ทองเจริญ และจันทนา รณฤทธิวิชัย (2535) ได้ทำการสำรวจการเตรียมตัวของบุคคลก่อนเกษียณอายุในข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจที่มีอายุระหว่าง 55-60 ปี จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผลการวิจัยพบว่าการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ อยู่ในระดับปานกลาง การเตรียมตัวก่อนเกษียณระหว่างเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกันในด้านร่างกาย ยกเว้นในเรื่องการออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและการงดสูบบุหรี่ ผู้ชายจะเตรียมตัวมากกว่าผู้หญิง ( $P < .05$ ) ทางด้านจิตใจ การเตรียมตัวไม่แตกต่างกัน ยกเว้นในเรื่องการบริจาคเงินทำบุญและการกุศล ผู้หญิงจะทำบุญมากกว่าผู้ชาย ( $P < .05$ ) มีความแตกต่างกันในการเตรียมตัวด้านสังคมและเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่มีความแตกต่างกันในเรื่องการเตรียมงานอดิเรก การไปร่วมงานหรือกิจกรรมที่ได้รับเชิญและการติดตามเรื่องราวของสังคม การเตรียมงานอื่นทำเพื่อเพิ่มรายได้ และการเตรียมเก็บเงินสำรอง ผู้ชายจะเตรียมตัวมากกว่าผู้หญิง ( $P < .05$ ) และระหว่างคนมีคู่สมรสกับคนโสด ข้าราชการกับพนักงานรัฐวิสาหกิจ ไม่มีความแตกต่างกันในทุกด้าน ( $P > .05$ ) จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจซึ่งมีอาชีพ รายได้ และสถานภาพทางสังคมใกล้เคียงกัน จึงมีการเตรียมตัวด้านสังคมและเศรษฐกิจไม่แตกต่างกัน

กรรณิการ์ พงษ์สนธิ, สุพรรณ สติโรภาส และ ยุวรงค์ เขียวพานนท์ (2538) ศึกษาการเตรียมตัวก่อนเกษียณของบุคลากรที่มีอายุตั้งแต่ 55-60 ปี ในปี พ.ศ.2537 ในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ จังหวัดเชียงใหม่ 4 แห่ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการเตรียมตัวก่อนเกษียณร้อยละ 82.07 มีการเตรียมตัวด้านร่างกายมากที่สุด ร้อยละ 83.44 รองลงมาคือ ด้านเศรษฐกิจ ด้านงานอดิเรก และด้านจิตใจ ร้อยละ 73.51, 68.21 และ 66.89 ตามลำดับ ด้านที่อยู่อาศัยและการเตรียมตัวตายน้อยที่สุด ร้อยละ 55.63 และ 31.78 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างไม่วางแผนประกอบอาชีพหลังเกษียณ ร้อยละ 58.54 ผู้ที่วางแผนจะทำงานด้านธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 64.70 และวางแผนศึกษาเล่าเรียนหลังเกษียณได้แก่ ทำการเกษตร ทำอาหาร และศึกษาเกี่ยวกับศาสนา ร้อยละ 78.05 จากการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างพบว่า เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างประจำ ซึ่งมีระดับการศึกษาสูงใกล้เคียงกัน จึงเห็นความสำคัญของการเตรียมตัวก่อนเกษียณในระดับดี

กมลพรรณ หอมนาน (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง อำเภอท่ายาง อำเภอบ้านลาด และอำเภอเขาย้อย จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 150 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.330$ ,  $p<.001$  และ  $r=.233$ ,  $p<.01$  ตามลำดับ) ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะในตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.168$ ,  $p<.05$  และ  $r=.236$ ,  $p=.01$  ตามลำดับ) ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.250$ ,  $p<.01$  และ  $r=.193$ ,  $p<.05$  ตามลำดับ) แต่รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=-.188$ ,  $p<.05$ ) เมื่อวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้สมรรถนะในตนเอง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และระดับการศึกษาสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 19.7 จากผลการศึกษานี้พบว่า ในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดเพชรบุรี บุคลากรด้านสาธารณสุขควรให้ความสำคัญกับระดับการศึกษา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและการรับรู้สมรรถนะในตนเองของผู้สูงอายุ

ศิริพร ลิ้มพัฒนานนท์ (2540) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันตก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในอำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวน 400 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อ ดื่มน้ำน้อยกว่า 6 แก้วต่อวัน ไม่ดื่มสุรา กาแฟ และไม่สูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย นอนหลับคืนละ 6-8 ชั่วโมง ขับถ่ายอุจจาระปัสสาวะปกติ มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปี ปัญหาสุขภาพที่พบ ได้แก่ โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยและรุนแรง จะไปรับการรักษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง พบว่า เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม นอกจากนี้ระดับการศึกษา และอาชีพยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการนอนหลับกลางคืน ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับระดับคุณภาพ

ชีวิต พบว่า สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ในการพัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาคตะวันตก ควรให้ความสำคัญกับปัจจัยพื้นฐานของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลด้วย

Walker, Volkan, Sechrist และ Pender (1988) ศึกษาแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบกับวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคน ทำการสุ่มตัวอย่างจากประชากรวัยผู้ใหญ่ ได้จำนวน 452 ราย เป็นเพศชาย 155 ราย และเพศหญิง 297 ราย อายุระหว่าง 18 - 88 ปี เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ The Health - Promotion Lifestyle Profile (HPLP) ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ คือ 1.) การรู้จักตนเองอย่างแท้จริง 2.) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ 3.) การออกกำลังกาย 4.) โภชนาการ 5.) การสนับสนุนระหว่างบุคคล 6.) การจัดการกับความเครียด ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนสูงกว่าวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคนในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการและการจัดการกับความเครียด จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะทำให้มีความตระหนักถึงภาวะสุขภาพที่เสื่อมโทรมลง และมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่แข็งแรงมากขึ้น

Crane (1990) ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่อาศัยและไม่เป็นที่ต้องการของใคร ระหว่างเดือนกรกฎาคม ปี ค.ศ. 1988 ถึง เดือนพฤษภาคม ปี ค.ศ.1989 โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่อาศัยหลังบนถนนในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ จำนวน 23 ราย เป็นเพศหญิง 1 ราย และเพศชาย 22 ราย พบว่า ผู้สูงอายุเหล่านี้มีปัญหาด้านจิตใจ มีความสับสน พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากปกติและมีปัญหาการติดสุรา สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมานอนบนถนน ไม่มีที่อยู่อาศัย เนื่องจาก 1) การออกจากงานหรือการเกษียณอายุการทำงาน ทำให้ต้องออกจากที่พักที่นายจ้างเคยจัดไว้ให้ โดยที่ยังไม่ได้เตรียมที่อยู่อาศัยไว้ก่อน 2) จากการประกอบอาชีพที่ไม่เป็นหลักแหล่ง เปลี่ยนที่อยู่ไปเรื่อยๆ เช่น คณะละครสัตว์ 3) คู่สมรสเสียชีวิตและไม่สามารถอยู่ในบ้านเพียงคนเดียวได้ 4) การออกจากโรงพยาบาลโรคจิตและไม่สามารถต่อสู้กับปัญหาเพียงลำพังได้ 5) มีปัญหาในชีวิตสมรสและปัญหาครอบครัว 6) อาศัยญาติพี่น้องอยู่และถูกบีบบังคับให้ต้องออกจากบ้าน จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุโดยมิได้เตรียมตัวป้องกันหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งส่งผลให้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วต้องเป็นผู้สูงอายุที่อยู่อย่างไม่มีคุณภาพชีวิตที่ดีพอ

Cookman (1996) ศึกษาเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับสิ่งแวดล้อม พบว่าบุคคล สิ่งของ สถานที่ สัตว์เลี้ยง ความคิดและความเชื่อ เป็นแหล่งที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย

ในชีวิต การเป็นเจ้าของ และการมีเอกลักษณ์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีคุณค่าระหว่างสุขภาพมนุษย์และสิ่งแวดล้อม ผลการวิจัยนี้เป็นสิ่งเตือนใจให้พยาบาลหรือนุคนุการทางการแพทย์มีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การดูแลแบบองค์รวม

Aller และ Coeling (1995 อ้างถึงใน ประพนอม โอทกานนท์, 2538: 2) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของรัฐโอไฮโอ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือ สื่อสารได้ดีและถูกต้อง จำนวน 8 ราย จาก 142 ราย เป็นเพศหญิง 6 ราย และเพศชาย 2 ราย มีอายุระหว่าง 44 - 90 ปี ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ 8 เดือน ถึง 7 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่า สิ่งที่ผู้สูงอายุนำมาทำให้ชีวิตมีคุณภาพ คือ 1) ความสามารถที่จะสื่อสารกับผู้อื่น 2) ความสามารถในการดูแลตนเองได้ และ 3) ความสามารถที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่น จากการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นตัวบ่งชี้การมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามการรับรู้ของผู้สูงอายุเอง

Sutherland และ Murphy (1995 อ้างถึงใน ประพนอม โอทกานนท์, 2538: 3) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบความต้องการของผู้สูงอายุในด้านการสนับสนุนทางสังคม (Social support) รวมทั้งแหล่งสนับสนุนของผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดีที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพ และกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ระหว่างการรักษาด้านสุขภาพจิตในศูนย์สุขภาพจิต จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มละ 18 คน มีอายุต่ำสุด 65 ปี สามารถพูดและเข้าใจตอบคำถามได้ดี เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยดัดแปลงมาจาก The Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) ซึ่งกำหนดลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 ด้าน คือ 1) ด้านความรัก 2) ด้านกำลังใจ และ 3) ด้านการช่วยเหลือ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม มีความต้องการสนับสนุนทางสังคมตรงกันคือ 1) ด้านความรัก 2) ด้านการช่วยเหลือ และ 3) ด้านกำลังใจ ตามลำดับ ส่วนแหล่งสนับสนุนที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดตรงกัน คือ สมาชิกในครอบครัว ดังนั้นจึงควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลาน เพื่อให้เกิดความสุข ความพึงพอใจในบ้านปลายของชีวิต

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการมีผู้สูงอายุในครอบครัว ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของประชาชนจังหวัดเพชรบุรี และสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

