

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับกิจกรรมทางสังคมต่อสมรรถภาพทางกายและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสรุปสาระสำคัญเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาได้ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ
2. ความพึงพอใจในชีวิต
3. แนวคิดเกี่ยวกับการออกกำลังกาย
4. สมรรถภาพทางกายและการทดสอบสมรรถภาพทางกาย
5. แนวคิดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
6. แนวคิดการเยี่ยมบ้าน
7. การใช้โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับกิจกรรมทางสังคม
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นอาการทางระบบประสาทที่มีความผิดปกติของหลอดเลือดในสมอง ซึ่งองค์การสำรวจโรคหลอดเลือดสมองแห่งชาติ (National Survey of Stroke) ของสหรัฐอเมริกาได้ให้คำจำกัดความของโรคหลอดเลือดสมองว่า เป็นกลุ่มอาการคลินิกของโรคระบบประสาทซึ่งเกิดอย่างรวดเร็วและแสดงอาการอยู่นานเกินกว่า 24 ชั่วโมง กลุ่มอาการดังกล่าวเกิดจากการมีพยาธิสภาพทางหลอดเลือดอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ 1) การอุดตันของหลอดเลือดสมองจากลิ่มเลือดที่เกิดภายในหลอดเลือด(cerebral thrombosis) หรือจากลิ่มเลือดที่หลุดลอยมาจากอวัยวะอื่น(cerebral embolism)ทำให้เกิดการตายของเนื้อสมอง (infarction) 2) การแตกของหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นเองทำให้เลือดออกในสมอง (intracerebral hemorrhage) หรือมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก(subarachnoid hemorrhage) โดยไม่รวมการอุดตันหรือการแตกของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการบาดเจ็บ เนื้องอกหรือการติดเชื้อ (กัมมันต์ พันธ์ุมจินดา, 2530 :3 ; นิพนธ์ พวงวรรณทร์,2534 :2) จากสาเหตุดังกล่าวเป็นผลทำให้สมองของผู้ป่วยทำหน้าที่

ผิดปกติ ซึ่งอาการและความรุนแรงของแต่ละรายจะมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพทางหลอดเลือด ตำแหน่งของสมองที่ขาดเลือด และขนาดของเนื้อเยื่อที่ขาดเลือด

ระยะของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2534) คือ

1. ระยะเฉียบพลัน (acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการจนกระทั่งอาการคงที่ ระยะนี้ผู้ป่วยมักเกิดอาการอัมพาตขึ้นทันที บางรายอาจมีอาการไม่รู้สึกร่วมด้วย หรือรู้สึกตัวแต่กล้ามเนื้อแขน ขาข้างที่เป็นอัมพาตจะอ่อนปวกเปียก (อรจักร โตษยานนท์, 2539) อาจมีระยะเวลา 1-14 วัน แต่โดยทั่วไปมักเกิดอยู่ประมาณ 24 ชั่วโมง ซึ่งปัญหาที่สำคัญในระยะนี้อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นในระยะนี้ต้องคงสภาพหน้าที่สำคัญของอวัยวะต่างๆ เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยเอาไว้

2. ระยะหลังเฉียบพลัน (post acute stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการคงที่ โดยที่ระดับความรู้สึกตัวไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง ซึ่งผ่านพ้นระยะเฉียบพลันแล้วอาจใช้เวลาหลัง 48 ชั่วโมงหรือนานกว่า

3. ระยะฟื้นฟูสภาพ (recovery stage) หมายถึง ระยะที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่ และมีความสามารถที่จะรับการฟื้นฟูสภาพเพื่อลดความพิการ ทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากที่สุด ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะการฟื้นฟูสภาพระยะแรก (early recovery) และ 2) ระยะการฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (later recovery) (Astrom, Asplund, & Astrom, 1992)

3.1 ระยะการฟื้นฟูสภาพระยะแรก (early recovery) เป็นระยะที่มีการฟื้นฟูการทำหน้าที่ของร่างกาย ฟื้นฟูเกี่ยวกับการพึ่งพาตนเอง ซึ่งจะเกิดขึ้นในระยะ 3 เดือนแรกหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

3.2 ระยะการฟื้นฟูสภาพระยะหลัง (later recovery) เป็นระยะที่ต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องจากระยะการฟื้นฟูระยะแรก ระยะนี้การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยจะมีการพัฒนาที่ดีขึ้น เช่น การเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตัวเอง การพูด เป็นต้น

จากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้น จึงก่อให้เกิดปัญหามากมายกับผู้ป่วยในด้านต่างๆ ดังนี้

ปัญหาด้านร่างกาย เป็นผลจากพยาธิสภาพและความพิการที่หลงเหลืออยู่ ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยได้แก่

1. ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในส่วน
ของเมดัลลาส่วนกลาง เปลือกสมองหรือสมองน้อย ซึ่งทำให้ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้
ที่พบบ่อย คือ อัมพาตครึ่งซีก (hemiplegia) และอ่อนแรงครึ่งซีกซึ่งทำให้เกิดการอ่อนล้าของกล้ามเนื้อ
ตามมา ทำให้เคลื่อนไหวได้ยากขึ้น อาจมีอาการเกร็ง โดยนิ้วมือจะกำแน่น ถ้าผู้ป่วยรู้สึกกลัว
หรือเจ็บจะทำให้เกร็งมากขึ้น และตามมาด้วยแขนขาเหยียดลำบาก จึงมีผลทำให้การปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวันไม่ได้ดังเดิม ซึ่งพบว่าในระยะ 3-6 เดือนหลังการเกิดโรคผู้ป่วยยังมีความผิดปกติ
นี้อยู่ถึงร้อยละ 55-75 ของผู้ป่วยทั้งหมด (Olsen, 1990)

2. ความผิดปกติเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร เกิดในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่
สมองซีกซ้าย (อรรถธร โทษยานนท์, 2539) ซึ่งความผิดปกติที่พบมี 2 ลักษณะ

2.1 ไม่สามารถเข้าใจความหมายของการสื่อสาร (receptive or
sensory aphasia) เกิดจากการทำลายของบริเวณเวอริค (Wernicke's area) ทำให้ไม่สามารถ
เข้าใจความหมายของคำพูดที่ได้ยิน (global aphasia) หรือไม่สามารถอ่านหนังสือได้ทั้งที่มองเห็น
(visual aphasia) เนื่องจากไม่เข้าใจภาษาเขียน (alexia)

2.2 ไม่สามารถสื่อภาษาได้ (motor or expressive aphasia) เกิดจาก
การทำลายของบริเวณโบรคา (Broca's area) ซึ่งผู้ป่วยจะเข้าใจภาษาพูด ภาษาเขียน สัญลักษณ์
ต่างๆ แต่พูดไม่ได้หรือบางครั้งออกเสียงไม่เป็นภาษา

นอกจากนี้ความผิดปกติของการสื่อสารอาจเกิดจากสาเหตุอื่น เช่น การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อที่
เกี่ยวกับการพูดหรือกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า ทำให้ผู้ป่วยพูดไม่ชัด ซึ่งทำให้ไม่สามารถสื่อสารกับ
บุคคลอื่นได้ถึงารรับรู้ความคิดของตนเอง ผู้ป่วยจะเกิดความคับข้องใจ

3. ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร เกิดจากความผิดปกติของ
เส้นประสาทที่ควบคุมกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการเคี้ยว การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้า
ขณะเคี้ยวอาหาร การกลืนและการเคลื่อนไหวของลิ้น คือ เส้นประสาทของสมองคู่ที่ 5, 7, 9, 10
และ 12 ซึ่งความผิดปกติเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะกลืนแรมในร่างกายไม่สมดุลหรือเกิดปัญหา
ทุพพลภาพตามมา ซึ่งเป็นภาวะคุกคามชีวิตที่ทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า
และกลัวตาย (นภาพรณ แก้ววรรณ, 2533)

4. ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกและการรับรู้ ซึ่งมีพยาธิสภาพที่
สมองกลีบพาริเอทัล ความผิดปกติที่พบบ่อย ได้แก่

4.1 การสูญเสียความรู้สึกต่อการสัมผัส ความเจ็บปวด แรงกด
ความร้อน ความเย็น ซึ่งความผิดปกตินี้อาจเกิดขึ้นเพียงอย่างเดียวหรือเกิดขึ้นพร้อมๆ กัน
ผู้ป่วยอาจบอกตำแหน่งของจุดสัมผัสไม่ได้หรือบอกไม่ถูก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายได้ง่าย

และยังรวมถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านการได้ยิน ความสามารถในการบอกรูปร่าง ลักษณะหรือ ส่วนประกอบต่างๆ การได้กลิ่นที่บกพร่อง ทำให้ความอยากอาหารลดลง

4.2 ความพร่องในการรับรู้ตนเองและความเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะขาด การรับรู้เกี่ยวกับลักษณะของตนเองและขาดความสนใจในการเจ็บป่วยของตนเอง ปฏิเสธความ เจ็บป่วยของตนเอง (anosognosia) ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่มีภาวะอันตรายด้านที่มีพยาธิสภาพ เนื่องจากการรับรู้ที่ผิดปกติไป ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการปรับท่า การกระเระยะทาง เคลื่อนไหว ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ,2535)

4.3 การรับรู้ต่อเวลา บุคคล และสถานที่ผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยสับสนไม่ รู้จักเวลาสถานที่และบุคคล มีการรับรู้ที่ผิดไปจากความเป็นจริง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจและมี พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

4.4 การรับรู้ด้านการมองเห็นผิดปกติ เกิดจากความผิดปกติของ เส้นประสาทสมองที่ 3, 4, 6 ความผิดปกตินี้จะเกี่ยวข้องกับการรับรู้ความรู้สึก เช่น ไม่สามารถจดจำ และตอบสนองต่อสิ่งที่มีภาวะอันตรายต่อสายตาได้ พบบ่อยได้แก่ ตาบอดครึ่งซีกด้านเดียวกันทั้งสองตา (homonymous hemianopsia) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเห็นซีกที่เป็นอัมพาต ทำให้อาจเกิดอุบัติเหตุ ได้ง่าย หรือบางรายมีความผิดปกติในความสามารถที่จะรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลจากการมองเห็น แปลออกมาให้เกิดเป็นความหมายที่ถูกต้อง เช่น กระจกไม่ถูก มองเห็นของสิ่งหนึ่งแต่ไม่ สามารถบอกได้ว่าของสิ่งนี้คืออะไร ใช้ทำอะไร ทั้งๆ ที่มองเห็นได้ จึงทำให้เป็นอุปสรรคต่อการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (อรจักร ไชยยานนท์ , 2539) หรือบางคนอาจเห็นภาพซ้อน ซึ่งมีผลต่อ ความสมดุลต่อการนั่งและการยืน

5. ความผิดปกติเกี่ยวกับสติปัญญา ที่พบบ่อยได้แก่ การสูญเสียความจำ นอกจากนี้อาจมีปัญหาเกี่ยวกับการแก้ปัญหา การตัดสินใจ ขาดสมาธิ เบี่ยงเบนความสนใจง่าย ขาดความสามารถในการคำนวณ การมีเหตุผลและจินตนาการผิดปกติ ไม่สามารถรับรู้ข้อมูล ต่างๆ ได้ทั้งหมด ไม่สามารถเชื่อมโยงการเรียนรู้เข้ากับสถานการณ์จริงได้ จึงเป็นการยากที่จะ เรียนรู้ประสบการณ์ใหม่ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่ซ้ำซาก ไม่สามารถใช้สิ่งต่างๆ ที่เคยใช้มาก่อน จากความผิดปกติดังกล่าวทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวันและไม่สามารถหลบหลีก อันตรายต่างๆ ได้

6. ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่าย เกิดจากการมีพยาธิสภาพของสมองด้านหน้า หรือส่วนคอร์เทกซ์ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ (เจียมจิต แสงสุวรรณ ,2535) บางรายมีปัสสาวะคั่งค้างไม่สามารถถ่ายออกได้หมดหรือไม่สามารถถ่ายปัสสาวะได้ เอง และมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการท้องผูกจากการได้รับน้ำไม่พอ หรือจากกล้ามเนื้อหน้าท้อง อ่อนกำลังลง และไม่สามารถบอกให้ทราบว่าต้องการถ่ายอุจจาระ อย่างไรก็ตามความ

ผิดปกติดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยกังวลเรื่องการชำระความสะอาดและภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังกังวลเรื่องขอความช่วยเหลือจากญาติในการชำระความสะอาดหรือสวนให้เมื่อปัสสาวะไม่ออก

7. ความผิดปกติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ จะพบว่าความต้องการทางเพศ ในเพศชาย อาจพบว่าอวัยวะเพศไม่แข็งตัวและไม่ถึงจุดสุดยอดในเพศหญิง ดังนั้นจึงทำให้การมีเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยและคู่สมรสเปลี่ยนแปลงไป ทั้งนี้อาจเนื่องจากสาเหตุทางด้านร่างกาย เช่น อาการเกร็ง กล้ามเนื้ออ่อนแรง อาการปัสสาวะกระปริบกระปรอย ประกอบกับภาวะผันผวนทางจิตใจ อารมณ์ ความซึมเศร้าความกลัว วิตกกังวลต่างๆ ตลอดจนมีปัญหาในด้านการติดต่อสื่อสาร นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากการรับประทานยาของผู้ป่วย เช่น จำพวกยานอนหลับ ยาลดความดันโลหิต เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์

นอกจากความผิดปกติดังกล่าวแล้ว ในผู้ป่วยที่เรื้อรังยังมีภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายอื่นๆ อีกเช่น การติดเชื้อของข้อและเอ็นต่างๆ ที่พบบ่อยคือ ข้อเข่า ข้อตะโพก เอ็นร่อนหวาย มีการเหยียดตัวของกล้ามเนื้อ กระดูกโป่งบาง ความดันโลหิตต่ำเวลาลุกนั่ง ปอดอักเสบ และแผลกดทับ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวบางภาวะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2539) ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตก็มีขีดจำกัดเกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ ในบางรายไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพได้

สำหรับในผู้ป่วยสูงอายุเนื่องจากสภาพร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ หรือมีโรคประจำตัวอื่นอยู่เดิม จึงอาจทำให้มีการสูญเสียสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้น มีภาวะทุพพลภาพมากกว่าผู้ป่วยในวัยอื่นๆ ส่งผลทำให้การฟื้นฟูสภาพต้องใช้ระยะเวลายาวนานกว่าวัยอื่นๆ

ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ เกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น พยาธิสภาพของสมอง สภาวะแวดล้อม บุคคลแวดล้อม และกลไกของแรงผลักดันทางจิต (psychodynamic) ที่พบบ่อย คือ ความซึมเศร้า ซึ่งร้อยละ 58 ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า มีสาเหตุมาจากความพิการของร่างกาย (พวงน้อย อรุณ, 2536) และในบางรายอาจเกิดความกลัวร่วมด้วย ในลักษณะของกลัวความพิการ กลัวความทรมาณและกลัวการถูกทอดทิ้ง (เจียมจิตแสงสุวรรณ, 2535) ซึ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังมีสาเหตุจากความคับข้องใจ ความขัดแย้งตนเองในการต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง สูญเสียความพึงพอใจในตนเอง อึดมโนทัศน์และภาพลักษณ์ ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า (Berger&Williams, 1992) เกิดความพึงพอใจในชีวิตลดลง

ปัญหาด้านสังคม ผลจากสภาพปัญหาทางด้านร่างกายประกอบกับมีปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วย จากสาเหตุหลายประการ เช่น ผู้ป่วยรู้สึกอับอายที่ตนพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่

สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้ปฏิบัติตามแบบแผน ขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคมได้ จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของสังคมได้หรือใน บางรายอาจเข้าร่วมกิจกรรมได้น้อยลง ทำให้ผู้ป่วยขาดการติดต่อกับสังคม ส่งผลให้เกิดปัญหา เช่น การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของผู้ป่วยและญาติในครอบครัว การเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพของ ผู้ป่วยกับสังคม การเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวและสังคม ปัญหาดังกล่าวทำให้สังคมของ ผู้ป่วยแคบลง เกิดความรู้สึกว่าเหว่ ขาดที่พึ่ง ลึ้นหวังและซึมเศร้า สภาพผู้ป่วยเช่นนี้มีผลทำให้ การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป

ในผู้ป่วยสูงอายุซึ่งปกติบทบาททางสังคมในวัยนี้ลดลงจากเดิมอยู่แล้ว และเมื่อประกอบกับ การต้องดำรงชีวิตที่เหลืออยู่กับความพิการยิ่งทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต ความมีคุณค่าใน ตนเองลดลง

ปัญหาด้านเศรษฐกิจ จากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะจะเป็นความเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา อย่างต่อเนื่อง เป็น ระยะเวลาชานาน เพื่อควบคุมสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดตามมา และ ต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยการทำการกายภาพบำบัดอย่างสม่ำเสมอ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหารพิเศษ ค่าเครื่องใช้บางอย่าง ที่จำเป็น รถเข็น ไม้เท้า รองเท้าพิเศษ ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล เป็นต้น (จุจา ภูโพนบูลย์ ,2535:9-19)

จากผลของโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับผู้ป่วยสูงอายุโรค หลอดเลือดสมองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุ ให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้ไม่มีความพึงพอใจในตนเอง ผลให้มีความพึงพอใจในชีวิตลดลง

ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction)

ความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งที่บุคคลพึงปรารถนา เนื่องจากเป็นองค์ประกอบสำคัญในการ ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข เป็นตัวตัดสินกำหนดคุณภาพชีวิต (Ferrans & Powers, 1985 cited in Zhan, 1992) ความพึงพอใจในชีวิตเป็นการประสบความสำเร็จตามความต้องการ ความคาดหวัง หรือความปรารถนาที่ตั้งไว้ (Oxford American Dictionary, 1980 cited in Zhan, 1992) หรือ เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น ๆ (สุรกุล เจนอบรม, 2534) ซึ่งมีนักวิชาการ หลายท่านได้ให้ความหมายของความพึงพอใจในชีวิตในทัศนะต่างๆไว้ดังนี้

ความหมายของความพึงพอใจในชีวิต

นีวการ์เทนและคณะ (Neugarten et al., 1961) ให้ความหมายความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง ความรู้สึกว่ามีความสุข ความรู้สึกอึดใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า พพอใจในตนเอง ยอมรับได้ทั้งความสำเร็จและความล้มเหลวของชีวิตที่ผ่านมา มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มองชีวิตตนเอง ผู้อื่น สังคมและโลกในแง่ดี

แจ๊คเกิล (Jackle, 1974) ให้ความหมายความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง เป็นความรู้สึกยินดี มีความสุขที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและ รับรู้ว่าชีวิตยังมีคุณค่า มีความหมายและยังมีความสามารถที่จะพัฒนาตนเองได้

โฮลเมส (Holmes, 1985) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นคำที่มีความหมายคล้ายคำว่าความสุข (happiness) ปราศจากความเครียด

เฟลนาแกน (Flanagan, 1982) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นความรู้สึกเป็นปกติสุขและมีความหมายเช่นเดียวกับคุณภาพชีวิต มีความหมายใกล้เคียงกับความสุข

ศิริวรรณ ลินไชย (2531) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นความรู้สึกที่ดีต่อสภาพที่เป็นอยู่และทำให้บุคคลรับรู้ว่าชีวิตนี้มีความหมาย

วรัญญา คุ่มผาติ (2537) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิต หมายถึงการรับรู้ระดับความรู้สึกชอบใจ ชื่นชม ยินดีกับสถานการณ์ทั่วไปที่เป็นอยู่ หรือจะเป็นไปในชีวิตของบุคคล

สินีนุช รัตนสมบัติ (2540) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง การรับรู้ระดับความรู้สึกพอใจ ชื่นชม ยินดี มีความสุข สนุกสนานกับการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน

จากความหมายของความพึงพอใจในชีวิตที่กล่าวมาข้างต้น อาจสรุปได้ว่าความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง การรับรู้ความรู้สึกชอบใจ ชื่นชม ยินดีกับสถานการณ์ทั่วไปที่เป็นอยู่หรือจะเป็นไปในชีวิตของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากการประเมินความแตกต่างระหว่างความต้องการกับสัมฤทธิ์ผล เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยตนเอง

องค์ประกอบเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิต

มาสโลว์ (Maslow, 1970) ได้อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการและความพึงพอใจของมนุษย์ ว่ามนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอและเป็นการยากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุด ยกเว้นในช่วงเวลาสั้นๆ ทั้งนี้เพราะธรรมชาติของมนุษย์นั้น เมื่อความต้องการอย่างหนึ่งได้รับการตอบสนองจนเป็นที่พอใจแล้วก็จะมีความต้องการอย่างอื่นเข้ามาแทนที่และจะเป็นเช่นนี้เรื่อยๆ ไป ซึ่งความต้องการของมนุษย์จะเพิ่มจากระดับต่ำจนถึงระดับสูงขึ้นไปตามลำดับ โดยกำหนดความต้องการพื้นฐานไว้ 5 ชั้น คือ

1. ความต้องการทางด้านร่างกาย (physiological needs)
2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต (safety needs)
3. ความต้องการความรักและความรู้สึกเป็นเจ้าของ (belonging and love needs)
4. ความต้องการความรู้สึกมีคุณค่าและได้รับการยอมรับนับถือ (esteem needs)
5. ความต้องการความสำเร็จในชีวิต (self-actualization needs)

ความพึงพอใจของมนุษย์จะเกิดขึ้นได้นั้น ความต้องการขั้นแรกจะต้องได้รับการตอบสนองก่อน จึงจะตอบสนองความต้องการในขั้นที่สูงขึ้นได้

นีวการ์เทนและคณะ (Neugarten et al., 1961) รายงานองค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไว้ 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีความรื่นรมย์ในชีวิต 2) ความตั้งใจและความอดทนในชีวิต 3) ความสอดคล้องระหว่างความต้องการและสัมฤทธิ์ผล 4) การมีอัตมโนทัศน์ในทางบวก และ 5) ภาวะอารมณ์

เฟลนาแกน (Flanagan, 1982) ได้อธิบายว่าระดับความพึงพอใจเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งรวมองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต 2) ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น 3) ด้านกิจกรรมในสังคมหรือชุมชน 4) ด้านการพัฒนาตนเองและความสมหวังในการทำงานและ 5) ด้านสันตนาการ

จากแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบความพึงพอใจในชีวิตที่กล่าวข้างต้น จะเห็นว่าต่างก็เป็นแนวคิดที่มีความครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อย่างไรก็ตามความพึงพอใจในชีวิตยังเกิดขึ้นจากปัจจัยต่างๆ อีกมากมาย

ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต

จากหลายมุมมองในแนวคิดของความพึงพอใจในชีวิต ทำให้ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตก็มองได้หลากหลายเช่นกัน ดังเช่น

Zhan (1992) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามเงื่อนไขภายนอก ได้แก่ 1. ภูมิหลังของบุคคล (personal background) คือ

เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคล ในสังคมไทย เพศชายมักได้รับการเคารพนับถือและยกย่องจากสังคม ในขณะที่เพศหญิงสังคมกำหนดให้เป็นแม่บ้านและมักรู้สึกว่ามีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชาย ดังนั้นจึงทำให้เพศชายมองตนเองมีคุณค่าและมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าเพศหญิง จากการศึกษาของคแนปป์และมาร์ติน (Knapp&Martin,1976) ศึกษาปัจจัยที่ทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า เพศ มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตทุกด้าน

อายุ ซึ่งผู้สูงอายุมีลักษณะแตกต่างกันตามช่วงอายุ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะเกิดการพึ่งพาสูง ซึ่งทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระให้กับครอบครัวหรือสังคม ส่งผลให้มีความพึงพอใจในชีวิตต่ำลง

การศึกษา ระดับการศึกษายังมีความเกี่ยวข้องกับชนิดของอาชีพ ระดับของรายได้ ค่านิยม อัตมโนทัศน์ และการปรับตัวของบุคคล จากการศึกษาของนงลักษณ์ บุญไทย (2539) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้สึกรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเองสูง และระดับการศึกษาสูงจะมีตำแหน่งหน้าที่การงานดีกว่าระดับการศึกษาต่ำ อีกทั้งมีอาชีพมั่นคงและมีรายได้แน่นอน จึงตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ ได้ ส่งผลให้มีความพึงพอใจในชีวิตดี

สถานภาพสมรส ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมองตนเองมีคุณค่ามากกว่าผู้สูงอายุที่โสด หม้าย หรือแยกกันอยู่ จากการศึกษาของรุ่งทิพย์ แแบ่งใจ (2542) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส จะมีความสุขซึ่งวัดจากความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูง

2. **เอกลักษณ์หรือลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล (characteristics)** บุคคลจะรับรู้และมีความเชื่อ ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ทั้งรูปร่าง ลักษณะ หน้าตา ตลอดจนความรู้สึกนึกคิด เมื่อมีเหตุการณ์ เข้ามากระทบที่ทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถแสดงลักษณะเฉพาะของตนเองได้ ทำให้เกิดความซับซ้อนใจ ความตึงเครียด ส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิต (Campbell,1976)

3. **ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (environment)** หมายถึงทุกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับบุคคล ได้แก่

ครอบครัว เป็นส่วนที่อยู่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลมากที่สุด ครอบครัวมีบทบาทสำคัญ ในการดูแลสุขภาพภายในครอบครัว ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกตนเองมีคุณค่า อบอุ่น ไม่อ้างว้าง

จึงความพึงพอใจในตนเองและพึงพอใจในชีวิต (Evan&Northwood,1982) สำหรับผู้สูงอายุนั้นครอบครัวมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตมาก เนื่องจากเป็นที่พึ่งทางใจและทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย การที่ครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือ ให้ความสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต (Miller, Miller& Miller,1986)

การประกอบอาชีพหรือการทำงาน เป็นตัวก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตเพราะบทบาทของคนที่ทำงานทำให้บทบาทอื่นยังคงอยู่ ยอมรับว่าคนนั้นยังมีคุณค่า สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจให้กับตนเองและครอบครัว

รายได้ เป็นสิ่งที่มีบุคคลมีโอกาสได้รับการตอบสนองของความต้องการในด้านต่างๆ บุคคลที่มีรายได้ต่ำจะประเมินความสุจริตของความพึงพอใจในชีวิตต่ำ เนื่องจากได้รับโอกาสในการตอบสนองด้านต่างๆ ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ มาร์คี นูซแสงพลี (2532) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุสูงสุด คือ รายได้ รองลงมา คือ สุขภาพ ระดับการศึกษา ระดับความถี่ในการมีปฏิสัมพันธ์กับลูกหลานและการมีงานอดิเรก

4. ภาวะสุขภาพ (health functioning status) ภาวะสุขภาพของบุคคลทำให้คนเปลี่ยนไปผลจากโรค การรักษา ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบคือ ความสามารถของร่างกาย ความทุกข์ทรมาน บุคคลที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ความสามารถของร่างกายลดลง มีขีดจำกัดในการประกอบกิจกรรม ย่อมส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจในชีวิต ดังเช่นการศึกษาของแจ๊คเกิล (Jackle,1974) ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยโรคไตที่ทำไดอะไลซิส ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตที่ทำไดอะไลซิส มีความพอใจในชีวิตในปัจจุบันอยู่ในระดับต่ำกว่าอดีต และในอนาคตจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าปัจจุบันเล็กน้อยเท่านั้น สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ทำไดอะไลซิสมีความพึงพอใจในชีวิตค่อนข้างสูง และมีความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบันสูงกว่าในอดีต

โทบินและนิวการ์เทน (Tobin&Neugarten,1961) พบว่าระดับกิจกรรมที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการมีความสำคัญอย่างมีนัยสำคัญต่อความพึงพอใจในชีวิต

กรานีย์ (Graney ,1975) พบว่าเมื่อผู้สูงอายุมีการทำกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดความสุข แต่ถ้าผู้สูงอายุมีกิจกรรมในสังคมลดลงก็จะมีไม่มีความสุข

มาร์คิตส์และมาร์ติน (Markids&Martin,1979) พบว่าภาวะสุขภาพและกิจกรรมเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความพึงพอใจในชีวิต

โบรวนิงและบอนด์ (Browning&Bond,1987) พบว่า ปัจจัยที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุหลังเกษียณมีความสุขในชีวิต คือการมีเงินบำนาญที่เพียงพอ การดูแลสุขภาพสภาพและการมีกิจกรรมในสังคม

สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ศิริวรรณ ลินไชย (2531) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กรมประชาสงเคราะห์ พบว่า การใช้เวลาว่าง การเตรียมตัวก่อนเข้าวัยสูงอายุ การรับรู้ความสำเร็จของงานในอดีต การรับรู้สภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

ชรส์นิกุล ยัมบุญณะ (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการเป็นโรค อึดมโนทัศน์และการสนับสนุนของกลุ่มสมรสกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พบว่า อึดมโนทัศน์ การสนับสนุนของกลุ่มสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ส่วนอายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาการเจ็บป่วยของการเป็นโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2533) ได้ศึกษาตัวแปรทางสังคมจิตวิทยา ที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุไทย โดยภาพรวมพบว่า การระลึกถึงความหลังกลับมีอิทธิพลเป็นอันดับแรก รองลงมา คือการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การคิดถึงความตาย ความสัมพันธ์กับคนต่างวัย ความพอใจกับสถานภาพการเงิน การอยู่กับญาติพี่น้องและการอยู่กับตนเอง ซึ่งศรีเรือน แก้วกังวาล กล่าวสรุปว่า ผู้สูงอายุไทยมีความพึงพอใจที่จะมองตัวตนในด้านแสวงหาความสุขภายในตัวของตนมากกว่าการแสวงหาความพึงพอใจภายนอกจากสิ่งแวดล้อมภายนอกตน

จากการศึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตมีมากมาย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ การสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน ปัจจัยภาวะสุขภาพและปัจจัยกิจกรรมในการดำเนินชีวิต ได้แก่ กิจกรรมที่มีรูปแบบ คือ กิจกรรมในสังคม การเข้าร่วมสมาคม กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ คือ การมีส่วนร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนและงานอดิเรก เช่น การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีความพึงพอใจในชีวิตและให้ความสำคัญในแต่ละปัจจัยที่แตกต่างกันตามสภาพความต้องการและการได้รับการตอบสนองต่อความต้องการนั้นๆ รวมทั้งสภาพแวดล้อม ทัศนคติและค่านิยมของบุคคล ซึ่งในวัยสูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ มากมาย ทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา การเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดูแลตนเอง

ได้ตามปกติ เกิดความเครียด รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีประโยชน์ต่อสังคม เป็นภาระให้กับครอบครัว ดังเช่นในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่ยาวนาน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ เนื่องจากการสูญเสียสมรรถภาพทางกายทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ดังเดิม อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคมและครอบครัว การสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา ส่งผลให้มีความพึงพอใจในชีวิตลดลงหรือไม่มีความพึงพอใจในชีวิต

ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผลจากพยาธิสภาพของโรคหรือรอยโรคที่หลงเหลืออยู่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพของการเป็นอัมพาตร่วมกับความพิการอย่างอื่นร่วมด้วย สภาพเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งมีผลทำให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวล รู้สึกผิดหวังในชีวิต เบื่อหน่าย ท้อแท้ หงุดหงิด สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมดหวังและก้าวร้าว (Brontein, 1991) นอกจากนี้บทบาทในสังคมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงโดยผู้ป่วยไม่สามารถกระทำบทบาทในครอบครัวและสังคมได้เหมือนเดิม ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้คาดว่าจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง แอสตรอม แอสพลันด์และแอสตรอม (Astrom, Asplund, & Astrom, 1992) ได้ศึกษาภาวะด้านจิตสังคมและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในประเทศสวีเดน จำนวน 50 คนที่รอดชีวิตจากโรคมา 3 ปี โดยกลุ่มผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 71.4 ปี ประเมินภาวะทางจิตสังคมและความพึงพอใจในชีวิต ทั้งหมด 5 ครั้ง หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 4 – 5 วัน, 3 เดือน, 1 ปี, 2 ปีและ 3 ปี หลังเกิดอาการของโรค และนำมาเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุทั่วไป ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะลดลงต่ำที่สุดเมื่อเวลาผ่านไป 3 เดือนหลังเกิดโรค มีผู้ป่วยบางส่วนที่มีความพึงพอใจในชีวิตค่อนข้างดี คิดเป็นร้อยละ 32 และมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเพิ่มเป็นร้อยละ 52 เมื่อเวลาผ่านไป 1 ปีและมีผู้ป่วยจำนวน 6 คนที่มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับปานกลางเมื่อเวลาผ่านไป 1 ปี และเริ่มลดต่ำลงจนอยู่ในระดับต่ำเมื่อเวลาผ่านไป 3 ปี

จากการศึกษาพอสรุปได้ว่าความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการเปลี่ยนแปลงหลังจากเกิดอาการของโรค อันเนื่องมาจากสภาพร่างกาย จิตใจ บทบาทในครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม ดังนั้นเป้าหมายสำคัญในการพยาบาลคือการ

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความพึงพอใจในชีวิต อันจะส่งผลให้การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

การประเมินความพึงพอใจชีวิต

มีนักวิชาการหลายท่านได้สร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตขึ้นมา เครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจในชีวิตมีจำนวนมากและมีความแตกต่างกัน การนำเครื่องมือมาใช้ขึ้น ขึ้นอยู่กับปัญหา วัตถุประสงค์ รูปแบบของการวิจัย และกลุ่มประชากร โดย ต้องพิจารณาให้เหมาะสมถึงความเป็นไปได้ ความพร้อมของทรัพยากร ความสามารถ การทำหรือปฏิบัติได้ และพิจารณาผลจากการใช้เครื่องมือขึ้น โดยทั่วไปการประเมินความพึงพอใจในชีวิตอาจประเมินจากผลรวมของระดับความพึงพอใจในแต่ละองค์ประกอบย่อย หรือจากการประเมินโดยภาพรวม

เครื่องมือสำหรับประเมินความพึงพอใจในชีวิตมีหลายลักษณะ ดังนี้

เครื่องมือวัดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตตามแนวคิดของฟลานาแกน (Flanagan, 1978) ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้านดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกายและสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตประกอบด้วย การวัดความพร้อมทางวัตถุและความประกันความปลอดภัย
2. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นประกอบด้วย สัมพันธภาพกับคู่สมรสกับบิดามารดา และบุคคลอื่นในครอบครัว
3. กิจกรรมในสังคมหรือชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรมที่ให้ความช่วยเหลือหรือส่งเสริมบุคคลอื่น และกิจกรรมในท้องถิ่น
4. การพัฒนาตนเองและความสมหวังในการทำงาน ประกอบด้วย การพัฒนาด้านสติปัญญา ความเข้าใจส่วนบุคคลและการวางแผนของตน
5. การมีสันติภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงสังคม การได้รับสิ่งบันเทิง โดยตนเองเป็นผู้ปฏิบัติ

เครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตของฟลานาแกนนี้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ โดยเบอร์คฮาร์ดท์และคณะ (Burckhardt, Woo, Schultz, & Ziebarth, 1989) ในผู้ป่วยเรื้อรัง 227 คน ได้ค่าความเที่ยงตรง .87

แคมป์เบลล์ (Campbell, 1976) ได้สร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิต ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของคนอเมริกัน โดยมีส่วนหนึ่งที่ใช้วัดความพึงพอใจในชีวิตโดยเรียกว่า Index of Domain Satisfaction ซึ่งใช้วัดความพึงพอใจในชีวิตในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ชีวิตสมรส

ชีวิตครอบครัว สุขภาพ เพื่อน สัมพันธภาพกับเพื่อนบ้าน งานบ้าน งานที่ทำอยู่ มาตรฐานการดำรงชีวิต การศึกษา ความปลอดภัย และการใช้เวลารว่าง โดยคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณ 7 ระดับ จากไม่พึงพอใจในชีวิต ถึง พึงพอใจในชีวิตมากที่สุด

เครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตตามแนวคิดของนิวการ์เทนและคณะ (Neugarten et al., 1961) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยมองในองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1)ความรู้สึกสนุกสนานร่าเริงในชีวิต 2) ความตั้งใจและความอดทนต่อชีวิต 3)ความสอดคล้องระหว่างความต้องการและสัมฤทธิ์ผล 4) อึดทนหนักหนา และ 5) ระดับอารมณ์ โดยได้ทำการสร้างเครื่องมือ แยกเป็นเครื่องมือ 3 ชุดคือ

เครื่องมือชุดที่ 1 การให้คะแนนความพึงพอใจในชีวิต (The Life Satisfaction Rating หรือ LSR) ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า ชนิด 5 ช่วงคะแนน เป็นการสัมภาษณ์ด้วยข้อความเกี่ยวกับองค์ประกอบทั้งห้า มีจำนวน 5 ข้อ

เครื่องมือชุดที่ 2 ดัชนีที่บ่งชี้ความพึงพอใจในชีวิตชนิด A (Life satisfaction index หรือ LSIA) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ด้านความคิดเห็นที่ครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 5 ซึ่งมีคำตอบว่า เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ ซึ่ง LSIA นี้ ต่อมา อัดมส์ (Adms, 1969) ได้นำเครื่องมือมาวิเคราะห์ปัจจัยพบว่า เหลือเพียง 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) องค์ประกอบด้านอารมณ์ มี 6 ข้อ 2) องค์ประกอบทางด้านความร่าเริงในชีวิตมี 6 ข้อ 3) องค์ประกอบทางด้านความสอดคล้องระหว่างความต้องการและสัมฤทธิ์ผล 3 ข้อ 4) องค์ประกอบด้านความตั้งใจและความอดทนในชีวิตมี 3 ข้อ

เครื่องมือชุดที่ 3 ดัชนีที่บ่งชี้ความพึงพอใจในชีวิต ชนิด B (Life Satisfaction Index B หรือ LSIB) ประกอบด้วย 12 หัวข้อ เป็นคำถามปลายเปิด โดยให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัดความพึงพอใจในชีวิต ตามแนวคิดของนิวการ์เทนและคณะ (Neugarten ,Havighurst&Tobin ,1961) แปลเป็นไทยและดัดแปลงโดยศรีเรือน แก้วกังวาล (2533) ใช้ในการวิจัยกับผู้สูงอายุไทย โดยหาค่าความเที่ยงของกลุ่มผู้สูงอายุไทยได้ค่า .86 ครอบคลุมองค์ประกอบความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย 4 ด้าน ได้ข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านภาวะอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ 2) ด้านความรื่นรมย์ในชีวิต จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านความสอดคล้องระหว่างความต้องการและสัมฤทธิ์ผล จำนวน 3 ข้อ และ 4) ด้านความตั้งใจและความอดทนในชีวิต จำนวน 3 ข้อ

แนวคิดเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมสุขภาพอย่างหนึ่ง ที่มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างมาก ต่อผู้ที่ปฏิบัติ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคและทำให้สุขภาพ ภายและสุขภาพจิตดีขึ้น จุดมุ่งหมายของการออกกำลังกายจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลหรือ แต่ละกลุ่มอายุ เพื่อพัฒนาหรือคงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกาย (ACSM,1991) จึงมีผู้ให้แนวคิดและ ความหมายของการออกกำลังกายในลักษณะที่คล้ายถึงกัน ดังนี้

เอก ธนะสิริ(2533) กล่าวว่า การออกกำลังกาย หมายถึง การทำให้ร่างกายรู้สึกเหนื่อย ด้วยการทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้นกว่าปกติประมาณเท่าตัว เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที และอย่างน้อย 3-4 วันในหนึ่งสัปดาห์ การออกกำลังกายที่น้อยกว่านี้จะไม่นับว่าเป็นการออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพและจะทำให้ไม่ได้ประโยชน์ต่อร่างกายอย่างแท้จริง

เพ็ญพิมล ภัมมรัคคิต(2537) กล่าวว่า การออกกำลังกาย หมายถึง การทำงานของกล้ามเนื้อ โครงร่าง เพื่อให้ร่างกายมีความเคลื่อนไหวตามความมุ่งหมาย โดยมีการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย ช่วยสนับสนุน ส่งเสริมให้การออกกำลังกายมีประสิทธิภาพและคงอยู่ได้

ชมรมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย (2531) กล่าวว่า การออกกำลังกาย เป็นการออกกำลังกาย เพื่อเป็นการบำบัดรักษาหรือเป็นการส่งเสริม ให้ร่างกายมีความสมบูรณ์ แข็งแรง และมีการใช้ พลังงานจากร่างกายเกิดขึ้น

ชาญวิทย์ โคธีรานูรักษ์ (2542) กล่าวว่า การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวของ ร่างกาย ก็คือ การหด-คลายตัวของกล้ามเนื้อ มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบต่างๆ ใน ร่างกาย

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ (2541) กล่าวว่า การออกกำลังกาย หมายถึง การที่ร่างกายมีการหด-ยืด ของกล้ามเนื้อร่างกาย ซึ่งบางทีก็มี บางทีก็ไม่มี การเคลื่อนไหวของข้อและบางทีก็มี บางทีก็ไม่มี การลงน้ำหนักต่อโครงสร้างของร่างกาย

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่าการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่มีการทำงานของโครงร่าง กล้ามเนื้อ เพื่อให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวตามความมุ่งหมาย โดยมีการทำงานของระบบต่างๆ ใน

ร่างกายช่วยสนับสนุน อาจเป็นการบำบัดรักษาหรือการส่งเสริมให้ร่างกายมีความสมบูรณ์ แข็งแรง และมีการใช้พลังงานจากร่างกายเกิดขึ้น

การออกกำลังกายในวัยผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายกับวัยสูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าการเสื่อมของร่างกายจากขบวนการสูงอายุสามารถชลอให้เกิดช้าลงได้โดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่ผู้ที่มีวิถีชีวิตที่นั่งตลอดเวลา (Sedentary life style) ทำให้ขบวนการสูงอายุเกิดเร็วขึ้น นอกจากนี้การออกกำลังกายยังมีผลต่อการเพิ่มควมมีอายุยืน (Longevity) โดยการออกกำลังกายทำให้มีการทำลายเรดิคัลอิสระมากขึ้น (Free redical) เรดิคัลอิสระเป็นสารเคมีที่เกิดขึ้น ภายในเซลล์ขณะที่มีขบวนการเมตาโบลิซึม และเป็นตัวการทำลาย ดี เอ็น เอ (DNA) ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของร่างกายและการเปลี่ยนแปลงในขบวนการของพยาธิสภาพ (บรรลุ ศิริพานิช ,2532 : 71)

ประเภทของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายของผู้สูงอายุมีหลายชนิดที่สามารถเลือกทำได้ โดยมีหลักทั่วไปคือ มีการหดและขยายของกล้ามเนื้อ มีการเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ เร็วหรือช้า แรงหรือค่อยเป็นไปตามชนิด และวิธีของการออกกำลังกายชนิดนั้น ๆ จะต้องไม่ก่อให้เกิดความบาดเจ็บหรืออันตราย ประเภทของการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุมีหลายวิธี ได้แก่ (บรรลุ ศิริพานิช, 2541 : 26-30)

1. การเดินหรือวิ่งช้า ๆ (เหยาะๆ) นิยมกันทั่วไป เพราะค่าใช้จ่ายน้อย เดินคนเดียวก็ได้ เดินเป็นกลุ่มคณะก็ดี เดินต่างจากวิ่งที่ว่า ขณะเดินจะมีเท้าข้างหนึ่งเหยียบติดพื้นดินอยู่เสมอตลอดเวลา แต่วิ่งนั้นจะมีช่วงหนึ่งที่เท้าทั้งสองข้างไม่เหยียบติดดิน ดังนั้นการเดินจึงลงน้ำหนักที่เท้าเท่านั้นของผู้เดิน แต่การวิ่งน้ำหนักที่ลงที่เท้าจะมากขึ้นกว่าเดิน ผู้สูงอายุที่ข้อเท้าหรือข้อเข่าไม่ดี จึงไม่ควรวิ่ง ถ้าข้อเท้าข้อเข่าไม่ดีมาก ๆ การเดินมากจะเจ็บที่ข้อ ควรเปลี่ยนเป็นการออกกำลังกายชนิดอื่น เช่น เดินในน้ำ หรือว่ายน้ำ ถ้าผู้สูงอายุสมรรถภาพทางกายดีและเลือกการเดินเป็นการออกกำลังกาย ก็ควรเริ่มด้วยการเดินช้า ๆ ก่อนประมาณ 5 นาที และค่อยเพิ่มความเร็วขึ้น ถ้าหัดออกกำลังกายใหม่ ๆ ก็อย่าเพิ่งเดินไกล แต่ฝึกจนเกิดความอดทนแล้ว จึงค่อยเพิ่มเวลาและความเร็วตามหลัก ความหนักที่เหมาะสม การเดินหรือวิ่งอาจเลือกเดินหรือวิ่งตามสวนสาธารณะหรือเดินบนสายสะพานในที่จำกัดก็ได้ ที่สำคัญคือ ควรเลือกใช้รองเท้าที่เหมาะสมและคุณภาพดี เนื่องจากการเดินหรือวิ่งอย่างเดียว อาจไม่ได้ออกกำลังกายครบทุกส่วนของร่างกาย จึงควรมีการออกกำลังกาย โดยกายบริหารท่าต่าง ๆ เพิ่มเติมจะทำให้ร่างกายได้รับประโยชน์มากยิ่งขึ้น

2. ภาวะบริหาร การออกกำลังกายโดยท่าบริหารท่าต่าง ๆ นับว่าเป็นวิธีการที่ดีอย่างหนึ่ง ภาวะบริหารมีหลายท่าเพื่อก่อให้เกิดการออกกำลังกายทุกส่วนของร่างกาย เป็นการฝึกให้เกิดความอดทน แข็งแรง การทรงตัว ความยืดหยุ่นของข้อต่อต่าง ๆ ได้ดี การออกกำลังกายโดยวิธีบริหารนี้มีหลายท่านได้กำหนดท่าต่าง ๆ ไว้ ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการบริหารแบบรำไม้พลองร่วมกับท่าบริหารในการยืดเหยียดกล้ามเนื้อมากำหนดการใช้โปรแกรมการออกกำลังกาย

3. การออกกำลังกายโดยรำมวยจีน มีชื่อเรียกต่าง ๆ กันไป เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุอีกวิธีหนึ่ง ที่ได้ทั้งความอดทน ความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และการฝึกการทรงตัวของร่างกาย

จากรูปแบบการออกกำลังกายดังกล่าว การจะจัดโปรแกรมการออกกำลังกายให้กับผู้สูงอายุนั้น ต้องคำนึงถึงหลักการดังต่อไปนี้

หลักการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

แม้ว่าการออกกำลังกายมีความจำเป็นต่อบุคคลทุกวัยก็ตาม แต่สำหรับผู้สูงอายุการออกกำลังกายบางอย่างเกิดอันตรายได้ ดังนั้น การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยให้การออกกำลังกายได้ผลดียิ่งขึ้น และลดอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นให้น้อยลง มีหลักทั่วไปดังนี้

1. หลักเกี่ยวกับความช้า ความเร็ว การออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นการกระทำอย่างช้า ๆ ไม่ต้องการความเร็ว ควรใช้เวลาพักผ่อนได้ตามความจำเป็น

2. หลักเกี่ยวกับความหนักเบา หนักคือ ไม่ถึงกับให้กำลังกล้ามเนื้อ หรือความ อดทน จนถึงที่สุดเพราะอาจเกิดอันตราย แต่ไม่ถึงกับเบา จนกระทั่งแทบจะไม่ต้องออกแรงเสียเลยเพราะจะไม่ได้ประโยชน์

3. หลักเกี่ยวกับความมากน้อย ไม่ควรออกกำลังกายมากจนเหน็ดเหนื่อย หายใจหอบ นอกจากไม่ได้ผลแล้ว ยังเป็นอันตรายแก่สุขภาพ แต่ก็ไม่ควรออกกำลังกายน้อยจนไม่ได้ประโยชน์

4. หลักสร้างเสริมและรักษา การออกกำลังกายต้องการทำโดยสม่ำเสมอ จึงได้ผลดี การทำ ๆ หยุด ๆ มักไม่ได้ผล และบางครั้งกลับเกิดผลร้าย ควรจะออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 15-20 นาที ติดต่อกันอย่างน้อย 2-4 เดือน เวลาที่ออกกำลังกายเป็นเวลาใดก็ได้ สม่ำเสมอในเวลาเดียวกันทุกครั้ง เพราะมีผลต่อการปรับตัวของร่างกายแต่ควรจะรอน้อย 1-2 ชั่วโมง ก่อนและหลังรับประทานอาหาร

5. หลักการพักผ่อนและพักผ่อน หลังการออกกำลังกายทุกครั้ง ต้องมีเวลาพักผ่อนให้หายเหนื่อย และพักผ่อนให้ร่างกายมีโอกาสซ่อมแซมความสึกหรอที่เกิดขึ้นให้หมดไป และสร้างเสริมให้แข็งแรงยิ่งขึ้น ข้อสังเกตง่าย ๆ คือ ก่อนออกกำลังกายครั้งต่อไปร่างกายจะต้องสดชื่น อยู่ในสภาพเดิมหรือดีกว่า

6. หลักการอื่น ๆ ไม่ควรออกกำลังกายที่ทำให้เกิดความตื่นเต้น เช่น การแข่งขัน ควรออกกำลังกายกับผู้ที่อยู่ในวัยใกล้เคียงกัน และจังหวะการเคลื่อนไหวไม่ควรมีการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหัน

ผลของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2541:5-10 ;นัยนา หนูนิล ,2543:131-133)

1. ผลต่อระบบหัวใจหลอดเลือดและการหายใจ ช่วยให้ระบบหัวใจและการหายใจดีขึ้น เพิ่มความจุปอด เพิ่มขนาดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจ ความดันโลหิตทั้งซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดต่ำลง อัตราเต้นของชีพจรขณะพักช้าลง ทำให้การไหลเวียนเลือดที่มีออกซิเจนไปสู่ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายดีขึ้นและยังมีผลในการช่วยป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

2. ผลต่อระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง ทำให้กล้ามเนื้อและข้อต่อมีความแข็งแรงทนทาน ยืดหยุ่นและการทรงตัวดีขึ้น กระดูกแข็งแรงและหนาขึ้น ป้องกันโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) ลดการเกิดอุบัติเหตุและชะลอการเสื่อมของข้อต่อในวัยสูงอายุ

3. ผลทางด้านเมตาโบลิซึมและน้ำหนักของร่างกาย ทำให้ลดไขมันพร้อมกับคงสภาพของเนื้อส่วนอื่น ๆ ไว้ ลดความอ้วนโดยไม่ต้องลดการได้รับพลังงานของร่างกาย ป้องกันไม่ให้มีน้ำตาลกลูโคสในเลือดเพิ่มขึ้น จึงป้องกันการเป็นโรคเบาหวานได้

4. ผลทางด้านจิตใจทำให้เกิดความกระปรี้กระเปร่า (Vitality) ลดความวิตกกังวลและความเครียด รวมถึงความซึมเศร้าชนิดปานกลาง (Mild depression) เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-reliance) ความพึงพอใจในตนเองและเพิ่มความสามารถในการเผชิญกับความสูงอายุ

5. ผลทั่วไป ทำให้อนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น การเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายเป็นประจำยังช่วยให้มีพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ ดีขึ้นเช่น การเลิกบุหรี่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมออกกำลังกาย และการออกกำลังกายทำให้การย่อยอาหารดีขึ้น สมรรถภาพทางเพศดีขึ้น

ข้อควรระวังในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุควรหยุดการออกกำลังกายเมื่อมีอาการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังนี้คือ รู้สึกเหนื่อยมาก หายใจไม่ทัน เหงื่อออกมาก ตัวเย็น เจ็บที่บริเวณหัวใจหรือร้าวไปที่ไหล่ซ้าย เวียนศีรษะ ควบคุมลำตัว แขน ขา ไม่ได้ มีอาการอ่อนแรงหรืออัมพาตบริเวณแขน ขา หรืออวัยวะอื่น ๆ และเมื่อหยุดออกกำลังกายแล้วไม่ดีขึ้นให้ควรรีบปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สมรรถภาพทางกายและการทดสอบสมรรถภาพทางกาย

ความหมายของสมรรถภาพทางกาย (Physical Performance)

มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของสมรรถภาพทางกายที่หลากหลาย ดังเช่น

AAHPERD (The American Alliance for Health, Physical Educational Recreation and Dancing, 1980) ให้ความหมาย สมรรถภาพทางกายว่า คือการที่มีสภาพร่างกายที่ดี ซึ่งสามารถทำให้ปฏิบัติโปรแกรมประจำวันได้อย่างประจักษ์ประเจิง ลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่เนื่องมาจากการขาดการออกกำลังกาย และมีสมรรถภาพพื้นฐานพอที่จะเข้าร่วมโปรแกรมได้ (ทวีศักดิ์ ศุูนย์กลาง, 2532 : 2-3)

ลิขิต อมาตยคง (2533:118) ให้ความหมาย สมรรถภาพทางกายว่า ความสามารถของร่างกายในการประกอบกิจกรรมเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือเป็นลักษณะของร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง อดทนต่อการปฏิบัติงาน มีความคล่องแคล่วว่องไว ร่างกายมีภูมิต้านทานโรคสูง

ศิริรัตน์ หิรัญรัตน์ (2539:44) ให้ความหมาย สมรรถภาพทางกายว่า ความสามารถของบุคคลในการควบคุมสั่งการให้ร่างกายปฏิบัติภารกิจต่างๆ อย่างได้ผลดี มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับปริมาณงานและเวลาตลอดทั้งวัน โดยการปฏิบัตินั้นไม่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อร่างกาย อีกทั้งยังสามารถประกอบกิจกรรมอื่นๆ นอกเหนือจากภารกิจประจำวันได้อีกด้วยความกระฉับกระเฉง ปราศจากความเมื่อยล้าและอ่อนเพลีย

โพลล็อค(Pollock)ให้ความหมาย สมรรถภาพทางกายว่า ความสามารถสูงสุดของการทำงานของระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจ สัดส่วนของร่างกาย ความแข็งแรง อดทนและความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ (นัยนา หนูนิล,2543:136)

จากแนวคิดข้างต้นสรุปได้ว่า สมรรถภาพทางกายคือ เป็นความสามารถในการทำงานและการเคลื่อนไหวของร่างกายในการประกอบกิจกรรม โดยปราศจากความเหนื่อยล้า

การทดสอบสมรรถภาพทางกาย (Physical Performance Test)

การที่จะทราบถึงสภาวะของร่างกายเกี่ยวกับความสามารถที่จะทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ในระดับใดระดับหนึ่ง สามารถทำได้โดยการทดสอบสมรรถภาพทางกายในแต่ละด้าน และสามารถเลือกโปรแกรมการออกกำลังกายและเริ่มต้นการออกกำลังกายที่เหมาะสมได้ ซึ่งประโยชน์ของการทดสอบสมรรถภาพทางกาย คือ (ลิขิต อมาตยคง, 2533:124-125)

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถของร่างกาย หรือส่วนที่บกพร่องให้มีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพอย่างเต็มที่
2. เป็นแนวทางในการตัดสินความสามารถของร่างกายเพื่อนำไปสู่การเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายประเภทต่าง ๆ
3. เป็นสื่อในการกระตุ้นผู้ที่ออกกำลังกายให้พัฒนาความสามารถของร่างกายและรักษาความสมบูรณ์ของร่างกายให้คงอยู่อย่างสม่ำเสมอ
4. ทำให้ทราบระดับความสามารถของร่างกายในแต่ละด้าน และผลการทดสอบยังสามารถนำไปวิเคราะห์ผลการออกกำลังกาย เพื่อพัฒนาสมรรถภาพทางกายหรือเป็นพื้นฐานในการศึกษาข้อแตกต่างด้านสมรรถภาพทางกายโดยทั่วไป

การทดสอบสมรรถภาพทางกายมีวิธีวัดหรือทดสอบมากมาย แต่ละวิธีแตกต่างกันไปตามความคิด และความมุ่งหมายของผู้วัด สำหรับการทดสอบสมรรถภาพที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพทางกายสำหรับผู้สูงอายุ ที่นำมาจากกองวิทยาศาสตร์การกีฬา ฝ่ายวิทยาศาสตร์การกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย (2546) โดยวัดสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หมายถึง ความสามารถในการออกแรงทำงานของกล้ามเนื้อส่วนบนและส่วนล่างอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วในระยะเวลาจำกัด มีหน่วยวัดเป็นครั้ง
 - 1.1 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนบน หมายถึง ความสามารถในการออกแรงทำงานของกล้ามเนื้อส่วนบน จากการเหยียดอแขนยกน้ำหนัก ให้ได้จำนวนครั้งมากที่สุด ภายในเวลา 30 วินาที (30-Second Arm Curl) ทำการทดสอบจำนวน 2 ครั้ง นับครั้งที่ปฏิบัติได้มาก โดยมีวิธีการทดสอบ คือ
 - 1.1.1 ให้ผู้รับการทดสอบนั่งบนเก้าอี้หลังตรง ใช้มือข้างที่ถนัดจับลูกน้ำหนัก หนัก 2.3 กิโลกรัมสำหรับผู้หญิงและหนัก 3.6 กิโลกรัมสำหรับผู้ชาย

1.1.2 เริ่มทดสอบด้วยการเหยียดแขนข้างที่มือถือน้ำหนัก โดยคว้ามือออกด้านนอกของต้นขา

1.1.3 ให้ผู้ทดสอบ เอาฝ่ามือรองหลังแขนท่อนบนของผู้รับการทดสอบ และวางนิ้วชี้อยู่บนบริเวณกึ่งกลางต้นแขนด้านหน้า อีกมือหนึ่งประคองด้านหลังศอกเพื่อไม่ให้เหยียดมากเกินไป

1.1.4 ขณะออกแรงยกลูกน้ำหนักขึ้นให้หงายมือออกแขน จนสุดมุมของการงอและขณะเหยียดออกให้คว้ามือเหมือนท่าเริ่มต้น

1.1.5 นับจำนวนครั้งที่ยกได้ภายใน 30 วินาที เมื่อแขนท่อนล่างงอสัมผัสกับนิ้วมือผู้ทดสอบ ถ้าหมดเวลาในขณะที่ยกได้ครั้งทางให้นับเป็น 1 ครั้งได้

1.2 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่าง หมายถึง ความสามารถในการออกแรงทำงานของกล้ามเนื้อส่วนล่าง จากการลุกขึ้นยืนจากท่านั่งเก้าอี้ ให้ได้จำนวนครั้งมากที่สุด ภายในเวลา 30 วินาที (30-Second Chair Stand) ทำการทดสอบจำนวน 2 ครั้ง นับครั้งที่ปฏิบัติได้มาก โดยมีวิธีการทดสอบ คือ

1.2.1 วางเก้าอี้ชิดฝาหรือยึดติด ความสูงของเก้าอี้ประมาณ 17 นิ้ว

1.2.2 ท่าเริ่มทดสอบ โดยให้ผู้รับการทดสอบ นั่งตรงกลางเก้าอี้หลังตรงเท้าทั้งสองข้างอยู่บนพื้น มือทั้งสองข้างกอดอก

1.2.3 ให้ผู้รับการทดสอบ ลุกขึ้นยืนแล้วนั่งลงทันที พยายามลุกนั่งให้ได้จำนวนครั้งมากที่สุด ภายในเวลา 30 วินาที

1.2.4 นับจำนวนครั้งขณะที่ลุกขึ้นยืนตรง ภายในเวลา 30 วินาที ถ้าเวลาหมดหลังจากลุกขึ้นแล้วให้นับเป็น 1 ครั้งได้

2. ความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ หมายถึง ความสามารถในการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ มีหน่วยวัดเป็นนิ้ว ซึ่งมีม้าตั้งวัดระยะเป็นเครื่องมือในการทดสอบ ทดสอบโดยการนั่งงอตัว (Modified Sit & Reach Test) ทำการทดสอบจำนวน 2 ครั้ง นับครั้งที่ปฏิบัติได้มาก โดยมีวิธีการทดสอบ คือ

2.1 ท่าเริ่มทดสอบ ให้ผู้รับการทดสอบ นั่งเหยียดขาตรง ฝ่าเท้าตั้งฉากกับพื้นยันที่กัน เท้าชิดกัน

2.2 ให้ผู้รับการทดสอบ เหยียดแขนตรงไปข้างหน้าแล้วค่อยก้มตัวไปข้างหน้าให้ไกลที่สุด โดยที่เข่าไม่งอและให้คงท่ามือที่ยึดไปนั้นค้างไว้ 2 วินาที คิดคะแนนจากระยะทางปลายนิ้วมือถึงปลายนิ้วเท้า ถ้าเลยนิ้วเท้าไป คิดเป็นบวก ถ้าไม่ถึงนิ้วเท้าคิดคะแนนเป็นลบ

3. ความสามารถในการทรงตัว หมายถึง ความสามารถของร่างกายในการรักษาสมดุลย์การทรงตัว มีหน่วยวัดเป็นวินาที จากการลุกยืนและเดิน 8 ฟุต (Eight Feet Up-And-Go) ทำการทดสอบจำนวน 2 ครั้ง นับครั้งที่ปฏิบัติได้เร็วที่สุด โดยมีวิธีการทดสอบ คือ

3.1 วางเก้าอี้ชิดฝาผนัง ความสูงของเก้าอี้ประมาณ 17 นิ้ว วัดระยะทางไปข้างหน้า 8 ฟุต จุดเริ่มอยู่ที่พื้นตรงขอบที่นั่งด้านหน้าของเก้าอี้ แล้ววางกรวยที่จุดกำหนดระยะที่ตำแหน่ง 8 ฟุต

3.2 ให้ผู้รับการทดสอบนั่งบนเก้าอี้ หลังตรง ให้ส้นเท้าด้านใดด้านหนึ่งวางชิดที่จุดเริ่ม

3.3 เมื่อเริ่มจับเวลาให้ผู้รับการทดสอบรีบลุกขึ้นยืนแล้วเดินไปข้างหน้า อ้อมกรวยแล้วกลับมา นั่งบนเก้าอี้ที่จุดเริ่ม

4. ความจุปอด หมายถึง ปริมาตรของอากาศที่วัดได้จากการหายใจออกเต็มที่ภายหลังหายใจเข้าเต็มที่หนึ่งครั้ง มีหน่วยวัดเป็นมิลลิลิตร ซึ่งมี Spirometer เป็นเครื่องมือในการทดสอบ ทำการทดสอบจำนวน 2 ครั้ง นับครั้งที่ปฏิบัติได้มาก โดยมีวิธีการทดสอบ คือ

4.1 ตั้งระดับเข็มบนสเกลให้อยู่ที่ศูนย์ (0)

4.2 ให้ผู้รับการทดสอบยืนตัวตรงหน้าเครื่อง จับหลอดเป่าให้อยู่ในระดับปาก โดยให้หายใจเข้าเต็มที่และเป่าลมให้เข้าไปในหลอดให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งไม่ให้งอตัวหรือใช้แขนบีบหน้าอก

มีนักวิชาการและการศึกษาจำนวนมากได้สร้างโปรแกรมการออกกำลังกายหลายรูปแบบเพื่อมีจุดมุ่งหมายในการเพิ่มสมรรถภาพทางกาย ซึ่งโปรแกรมการออกกำลังกายแต่ละชนิดก็มีความแตกต่างกันไปที่จะส่งผลหรือส่งเสริมสมรรถภาพทางกายแต่ละองค์ประกอบที่แตกต่างกัน การใช้โปรแกรมการออกกำลังกายให้เกิดประโยชน์นั้น ผู้ปฏิบัติต้องปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอและเคร่งครัด แบบค่อยเป็นค่อยไปให้มีความเหมาะสมกับระดับอายุและสภาวะของร่างกาย

แนวคิดการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ

มีนักวิชาการหลายท่านมีแนวคิดเกี่ยวกับการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่หลากหลาย ดังเช่น

แนวคิดการเข้าร่วมกิจกรรม โดยให้ทฤษฎีกิจกรรม (activity theory) ของฮาวิกเฮิร์สต์ (Havighurst, 1953 cited in Kart, Metres & Metress, 1998) แนวคิดนี้มองว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบุคคลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของร่างกาย จิตใจ และสังคมโดยไม่สามารถ

ที่จะหลีกเลี่ยงได้ ในขณะที่ความต้องการการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ กาย จิต และสังคมยังคงมีอยู่คงเดิม และต้องการคงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้เหมือนอยู่ในวัยผู้ใหญ่ให้มากที่สุด ในเมื่อผู้สูงอายุยังคงมีความสามารถ ความกระฉับกระเฉง และสภาพร่างกายยังเอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมได้ ผู้สูงอายุควรที่จะมีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยเฉพาะกิจกรรมทางสังคมต่อไป

แนวคิดเรื่องการสนองความต้องการของผู้สูงอายุ โดยใช้ทฤษฎีของมาสโลว์ (Maslow, 1970) ที่ได้จำแนกความต้องการของมนุษย์จากชั้นพื้นฐานความต้องการต่ำสุดไปถึงขั้นสูงสุดอันได้แก่ ความต้องการทางด้านร่างกาย (physical needs) ความต้องการความปลอดภัย (safety needs) ความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (love and belonging needs) ความต้องการเกียรติยศชื่อเสียง (esteem needs) และความต้องการความสมหวังในชีวิต (self actualization needs) จากแนวคิดเรื่องความต้องการ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุก็เป็นบุคคลที่มีความต้องการทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมเป็นพื้นฐานเหมือนกับในวัยอื่น ๆ แต่ทั้งนี้อาจแตกต่างกันไปบ้าง ซึ่งแล้วแต่สภาพแวดล้อมและบทบาทของแต่ละบุคคล ดังนั้นแนวคิดเกี่ยวกับกิจกรรมของผู้สูงอายุในลักษณะนี้จึงเป็นกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเองในด้านต่างๆ ได้อย่างเต็มที่กล่าวคือเมื่อกิจกรรมใดเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ จะทำให้เกิดแรงจูงใจ (motivation) ที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นได้ และรู้สึกพึงพอใจในการที่ได้เป็นผู้ที่ส่วนร่วมในกิจกรรมนั้น

แนวคิดเรื่องการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุจากการเสื่อมตามวัย (วรรณิภา บุญระยอง, 2540) โดยทั่วไปจะพบว่าผู้สูงอายุนั้นจะมีปัญหาอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและสังคมซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากธรรมชาติของผู้สูงอายุ แนวคิดนี้จึงมุ่งไปที่การจัดกิจกรรมเพื่อการเตรียมตัว การป้องกัน หรือชะลอความเสื่อมถอยไปตายวัย ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ตระหนัก ยอมรับและพร้อมที่จะเผชิญกับความเป็นจริงของชีวิตทั้งในปัจจุบันและในอนาคตอันจะช่วยเป็นการบรรเทาความรุนแรงต่างๆ ของโรคหรือความเสื่อมได้ โดยมีวัตถุประสงค์คือให้การช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความพึงพอใจในการช่วยเหลือตนเองและพึ่งพาให้น้อยที่สุด

จากแนวคิดต่าง ๆ ที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพกาย จิต สังคมที่ดี ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ยึดแนวทางการเข้าร่วมกิจกรรมโดยใช้ทฤษฎีกิจกรรมมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เนื่องจากทฤษฎีกิจกรรมนี้มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุและสามารถอธิบายในด้านจิตสังคมของผู้สูงอายุได้ชัดเจน และได้มีการนำทฤษฎีนี้มาใช้ศึกษาในผู้สูงอายุเป็นเวลานาน (กชกร สังชาติ, 2536)

ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)

เป็นทฤษฎีเก่าแก่ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง เป็นทฤษฎีทางด้านจิตสังคม ซึ่งคำนึงถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและด้านสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงอายุน และมีผลกระทบต่อกัน (Eliopoulos, 1993) กล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงของร่างกาย จิตใจ ขณะที่ความต้องการการคงไว้ซึ่งสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมยังคงมีเหมือนเดิม ต่อมาในปี ค.ศ 1953 ฮาวิกเฮิร์ส ได้ปรับปรุงทฤษฎีนี้ กล่าวคือ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วหากว่าบุคคลจะค่อยๆ ถอนตัวออกจากสังคม จะเป็นการยากที่จะให้ความต้องการในด้านต่างๆ ของตนเองให้สำเร็จไปได้ แต่ถ้าผู้สูงอายุยังมีความสามารถ มีสภาพร่างกายยังเอื้อต่อภารกิจหรือกิจกรรม การรักษาระดับกิจกรรมให้เหมาะสมกับวัยสูงอายุ จะทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตและปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Havighurst, 1968 cite in Kart, Metress & Metress, 1988)

กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีกิจกรรมเป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะมีข้อจำกัดในด้านความเสื่อมของสภาพร่างกาย ทฤษฎีนี้ก็ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ตนเองชอบและสนใจ และควรเข้าร่วมกับบุคคลอื่น จึงจะประสบความสำเร็จในชีวิตเพื่ออยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่าจะมีความสุข ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต (Neugarten ,Havighurst&Tobin ,1961)

จากแนวคิดทฤษฎีกิจกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจการจัดรูปแบบกิจกรรมเป็นลักษณะกิจกรรมทางสังคม เป็นกิจกรรมที่จัดให้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองพบปะสังสรรค์ มีการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันก่อให้เกิดความสามัคคี มีพลัง และสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมในทุก ๆ ด้าน

แนวคิดการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้าน คือ การบริการช่วยเหลือประชาชนตามบ้านด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น เยี่ยมเพื่อตรวจดูอาการเจ็บป่วย เยี่ยมเพื่อช่วยเหลือให้การพยาบาล เยี่ยมเพื่อตรวจดูสภาพท้องถิ่นและความเป็นอยู่ของประชาชน การเยี่ยมบ้านนั้นจะเข้าไปดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนที่บ้าน ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในบ้าน การแก้ไขและป้องกันความพิการต่างๆ ตลอดจนความเป็นอยู่ที่เหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพะสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ปราณี เทียมใจ, 2534:275)

การเยี่ยมบ้านทำให้พยาบาลสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยและปัญหาต่างๆ ได้ตรงตามสาเหตุและความต้องการของครอบครัวและตัวผู้ป่วย เนื่องจากได้พบกับสภาพความเป็นอยู่ พฤติกรรมสุขภาพ ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อและค่านิยมต่างๆ ดังนั้นการที่พยาบาลสามารถดูแลและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านพ้นภาวะวิกฤตต่างๆ ได้ ก็จะทำให้เกิดความเชื่อถือ ศรัทธาต่อตัวพยาบาล หน่วยงานและวิชาชีพ

วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน (ปราณี เทียมใจ,2534:277)

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว นอกจากนี้ยังร่วมกับครอบครัววางแผนแก้ไขปัญหาและความต้องการได้ถูกต้องเหมาะสม
2. เพื่อติดตามผลการรักษาพยาบาล และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการสอนและให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติให้สามารถช่วยเหลือตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้ พร้อมทั้งเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยและญาติ
3. เพื่อให้คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การป้องกันโรค และการป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ รวมทั้งสร้างทัศนคติที่ดี
4. เพื่อให้คำแนะนำการจัดระเบียบความเป็นอยู่ภายในครอบครัว การสร้างสรรคบุคคล เช่น การศึกษา การประกอบอาชีพ ให้เหมาะสม อันนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี
5. เพื่อแนะนำ ให้รู้จักและใช้แหล่งบริการสาธารณสุข และแหล่งประโยชน์อื่นของชุมชน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ประโยชน์ของการเยี่ยมบ้าน (ทัศนีย์ ดันดิทวิโชค,2536 :23-24)

การเยี่ยมบ้านก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาล ดังนี้

ประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว

1. ได้รับการดูแล ช่วยเหลือที่บ้านเป็นรายบุคคล รายครอบครัว ตามสภาพปัญหาได้อย่างเหมาะสม
2. ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกสะดวกและเป็นกันเองในการที่จะปรึกษาปัญหาต่างๆ
3. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิดโดยไม่ต้องแยกตนเองออกจากครอบครัว ทำให้เกิดความอบอุ่น เป็นการส่งเสริมกำลังใจให้กับผู้ป่วย

4. ญาติจะได้รับการฝึกหัดให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้การสอนให้ญาติดูแลผู้ป่วยจะช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างญาติ ผู้ป่วยและตัวพยาบาล

5. ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพ

ประโยชน์ต่อพยาบาล

1. ทราบถึงภูมิหลัง สภาพความเป็นอยู่ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว สถานะเศรษฐกิจ ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ ค่านิยมและพฤติกรรมสุขภาพ และปัญหาที่แท้จริง เพื่อเป็นแนวทางในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2. เป็นปัจจัยที่มีผลต่อศรัทธาในตัวพยาบาลและหน่วยงานที่ก่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติงาน

กระบวนการเยี่ยมบ้าน (ปราณี เทียมใจ,2534; ทศนี ดันติทวีโชค,2536)

เป็นวิธีการในการกระทำอย่างมีขั้นตอนและมีเป้าหมายเพื่อให้ได้ผลตามต้องการ การเยี่ยมบ้านจะเกิดประสิทธิภาพนั้นถึงอยู่กับ ความสามารถของผู้เยี่ยมที่สามารถดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัวได้ตรงตามปัญหาและความต้องการที่แท้จริง

กระบวนการพยาบาลเป็นวิธีการที่มีระบบในการรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ ดังนั้นในการเยี่ยมบ้านจึงนำกระบวนการพยาบาลมาใช้โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพอนามัยโดยการรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ และวินิจฉัยปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยและครอบครัว
2. การวางแผนการพยาบาล โดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ตั้งวัตถุประสงค์ กำหนดกิจกรรมการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล
3. การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นการนำแผนการพยาบาลที่วางไว้ไปปฏิบัติ สอนและให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว
4. การประเมินผล โดยการติดตามประเมินผลตามเกณฑ์การพยาบาลที่วางไว้

จากแนวคิดการเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยได้นำมาจัดเป็นกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านในการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับกิจกรรมทางสังคมเพื่อติดตามความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรค ให้กำลังใจ และกระตุ้นเตือนฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย เพื่อการพัฒนาสมรรถภาพทางกายและส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิต

การใช้โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับกิจกรรมทางสังคม

การมีสุขภาพดีทั้งกายและใจเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา การมีสุขภาพดีมิได้หมายความว่าปราศจากการเจ็บป่วยหรือไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ แต่ยังครอบคลุมถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต สังคมและอารมณ์ การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสำคัญ สามารถช่วยพัฒนาสมรรถภาพทางกาย อีกทั้งยังช่วยพัฒนาอารมณ์และทำให้เกิดความรู้สึกดี ผ่อนคลาย เครียด ภาวะวิตกกังวล (วิจิตร บุญยะไพฑร, 2543:71) นอกจากนี้การออกกำลังกายเป็นกลุ่ม ยังเป็นการเปิดโอกาสให้มีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม ก่อให้เกิดความมีคุณค่าในตนเอง (Kart, Metress, & Metress, 1992) ส่งผลให้มีความพึงพอใจในชีวิต อย่างไรก็ตามการจัดโปรแกรมการออกกำลังกายนั้นต้องคำนึงถึงความพร้อมของร่างกายและความเหมาะสมที่จะต้องไม่ก่อให้เกิดความบาดเจ็บหรืออันตรายด้วย (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2541:201; หนุณิน, 2543:135) ดังนั้นจากสภาพปัญหาทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ที่ทำให้สูญเสียสมรรถภาพทางกายซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการประกอบกิจกรรมลดลง และปัญหาทางด้านจิตสังคมซึ่งทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตน้อยลงหรือไม่มีพึงพอใจในชีวิต ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับกิจกรรมทางสังคมเพื่อการพัฒนาสมรรถภาพทางกายและส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีองค์ประกอบ 4 กิจกรรมหลักคือ

1. กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีความรู้ในเรื่องการออกกำลังกายอย่างถูกต้องและเป็นการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ ให้เชื่อมั่นและความมั่นใจก่อนเริ่มกิจกรรมการออกกำลังกาย ประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ หลักการออกกำลังกาย ประโยชน์ ข้อควรระวัง
2. กิจกรรมการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ทำการบริหารร่างกาย 2 รูปแบบ คือ 1) การบริหารกายแบบรำไม้พลอง โดยดัดแปลงตามหลักการบริหารกายแบบรำไม้พลองของกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2541) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทำการบริหารกายแบบรำไม้พลองซึ่งเป็นการออกกำลังกายของอวัยวะส่วนบน คือ กล้ามเนื้อลำตัว หลัง ไหล่ ต้นคอ แขน ประกอบด้วย ท่าพายเรือ ท่าว่ายน้ำด้านหน้า ท่ากรรเชียงถอยหลัง ท่าจับไม้โยกตัวและ ท่ายกน้ำหนัก จำนวน 5 ท่า และ 2) ท่ากายบริหารในการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Stretching) โดยดัดแปลงจากแนวคิดการบริหารกายด้วยท่ากายบริหารในการยืดเหยียดกล้ามเนื้อของ บรรลุ ศิริพานิช (2541) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ท่าบริหารกายด้วยท่ากายบริหารในการยืดเหยียดกล้ามเนื้อซึ่งเป็นการออกกำลังกายของอวัยวะส่วนล่าง คือ กล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง กล้ามเนื้อข้างลำตัว กล้ามเนื้อสะโพก และกล้ามเนื้อขา ประกอบด้วย ท่าเหยียดเข่า ท่าเหยียดขา ท่าเอนตัว ท่าย่อตัวและ

ท่าเหยียดน่อง จำนวน 5 ท่า รวมเป็น 10 ท่า มาใช้ในกิจกรรมฝึกปฏิบัติการออกกำลังกาย ประกอบด้วย การฝึกปฏิบัติ 3 ระยะ ได้แก่

1) ระยะการอบอุ่นร่างกาย เป็นระยะการเตรียมความพร้อมของร่างกายก่อนการออกกำลังกายจริง โดยการยืดเส้นยืดสายเพื่อให้อวัยวะต่างๆ ตื่นตัวและมีการประสานงานของการหดตัวและการคลายตัวของกล้ามเนื้อ ใช้ระยะเวลา 5 นาที

2) ระยะบริหารร่างกาย เป็นการบริหารกายแบบจำไม้พลองร่วมกับท่ากายบริหารในการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จำนวน 10 ท่า ใช้ระยะเวลา 30 นาที

3) ระยะผ่อนคลาย เป็นระยะการยืดกล้ามเนื้อเพื่อปรับอุณหภูมิ การหายใจและความตึงเครียดของร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติ ใช้ระยะเวลา 5 นาที
รวมระยะเวลาการฝึกปฏิบัติครั้งละ 40 นาที

3. กิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้มาเข้าร่วมกิจกรรม พบปะพูดคุยกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ตามแนวคิดของทฤษฎีกิจกรรม(The Activity Theory) (Miller,1999) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ คือ

ขั้นนำ เป็นขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพ เตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนเริ่มกิจกรรม (5 นาที)

ขั้นดำเนินกิจกรรม เป็นขั้นตอนที่ให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองได้พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยให้เลือกผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มมาจำนวน 2 คน เพื่อเป็นตัวแทนในการเล่าถึงประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต ในหัวข้อเรื่องทำอะไรให้ชีวิตเป็นสุข และมีการนำเสนอผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในกลุ่มที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข

ขั้นสรุป เป็นขั้นตอนที่ให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองร่วมแสดงความคิดเห็นช่วยเหลือสนับสนุนและซักถามข้อสงสัย จากนั้นผู้วิจัยสรุปสาระ ให้ข้อมูลเพิ่มเติม ตอบข้อซักถาม และให้กำลังใจแก่ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในการดำเนินชีวิต สำหรับ

4. ติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองไปที่บ้านเป็นรายบุคคลตามการนัดหมาย เพื่อติดตามความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรค ให้กำลังใจ และกระตุ้นเตือนการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง

จะเห็นว่าจากกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นในการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับกิจกรรมทางสังคม เป็นการผสมผสานแนวคิดการออกกำลังกาย แนวคิดทฤษฎีกิจกรรมและแนวคิดการเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาสมรรถภาพทางกายและส่งเสริมความพึงพอใจในชีวิตให้กับผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ

ถนอมขวัญ ทวีบุรณและถนอมวงศ์ กฤษณ์เพชร (2535) ได้ศึกษาผลการฝึกแอโรบิกดันทันซ์แบบแรงกระแทกต่ำและแบบปลอดภัยแบบที่มีต่อสมรรถภาพทางกาย และสารเคมีในเลือดของผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่ 1 ฝึกแอโรบิกดันทันซ์แบบแรงกระแทกต่ำ กลุ่มที่ 2 ฝึกแอโรบิกดันทันซ์แบบปลอดภัยแบบ ฝึกวันละ 40 นาที กลุ่มที่ 3 ฝึกแบบผสมผสานกันของแรงกระแทกต่ำและปลอดภัยแบบฝึกวันละ 30 นาที

ผลการวิจัยพบว่า การฝึกแอโรบิกดันทันซ์ทั้ง 3 แบบ มีผลต่อค่าเฉลี่ยของสารเคมีในเลือดลดลงกว่าก่อนการฝึก ส่วนเฮซติแอสมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนการฝึกแอโรบิกดันทันซ์ แบบปลอดภัยแบบและแบบผสมผสาน และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการฝึกแอโรบิกดันทันซ์ทั้ง 3 แบบ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม หลังการฝึกแอโรบิกดันทันซ์ทั้ง 3 แบบ พบว่ามีผลต่อสมรรถภาพทางกายและสารเคมีในเลือดไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับเดียวกัน

นลินี ชุนหสิริ (2536) ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีต่อองค์ประกอบของสมรรถภาพทางกายในหญิงสูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงสูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี ทำการฝึกการออกกำลังกายแบบแอโรบิกเป็นเวลา 10 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน คือ จันทร์ พุธ ศุกร์ ครั้งละ 45 นาที ทำการทดสอบสมรรถภาพทางกายก่อนและหลังการออกกำลังกายแบบแอโรบิก ผลการศึกษาพบว่า

1. ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของน้ำหนักร่างกาย ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว เเปอร์เซนตีไขมันในร่างกาย และความสามารถในการงอเข่า ก่อนการออกกำลังกายแบบแอโรบิก และหลังการออกกำลังกายแบบแอโรบิก 10 สัปดาห์ พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความจุปอดและความอ่อนตัว มีนัยสำคัญที่ระดับ .01

2. ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยชีพจรขณะพัก และความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ก่อนการทดลองแบบแอโรบิก และหลังการออกกำลังกายแบบแอโรบิก 10 สัปดาห์ พบว่าไม่แตกต่าง

นิมอองค์ พรหมบุตร (2539) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการออกกำลังกายแอโรบิกแบบแรงกระแทกต่ำและปลอดภัยแบบต่อสมรรถภาพทางกายและความพึงพอใจในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านวาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายเป็นประจำและมีที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านวาสนะเวศม์

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 52 คน กลุ่มทดลองมีจำนวน 28 คน ดำเนินการออกกำลังกายแอโรบิกแบบแรงกระแทกต่ำที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น กลุ่มเปรียบเทียบดำเนินการออกกำลังกายแอโรบิกแบบปลอดแรงกระแทก เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มออกกำลังกายแอโรบิกแบบแรงกระแทกต่ำ ทำให้สมรรถภาพทางกายและความพึงพอใจในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุดีกว่ากลุ่มออกกำลังกายแอโรบิกแบบปลอดแรงกระแทก

กรกานต์ ป้อมบุญมี (2539) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จำนวน 20 คน โดยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วร่วมกับการฝึกกายบริหารในระบอบอุ้งร่างกายและระบอบนอนคลายสัปดาห์ละ 3 วันๆละ 30 นาที เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

ผลการวิจัยพบว่าสมรรถภาพทางกาย ได้แก่ ดัชนีมวลของร่างกายและเปอร์เซ็นต์ไขมัน ได้มีวิวนั่ง 4 ตำแหน่ง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายมีค่าเฉลี่ยลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกำลังบีบของมือ ความอดทนในการออกกำลังกาย ความคล่องแคล่วว่องไว ความยืดหยุ่นของกระดูกสันหลังและความจุปอด มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0005 สำหรับค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตขณะพักและเปอร์เซ็นต์ของอัตราชีพจรเพิ่มขึ้นภายหลังจากการก้าวลงจากม้านั่งเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าคะแนนสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0005

นิติกุล ชัยรัตน์ (2541) ศึกษาผลของกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดต้นต่อสมรรถภาพทางกายและความพึงพอใจในการออกกำลังกายในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค 2 ซึ่งแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน โดยกลุ่มทดลองฝึกกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดต้นสัปดาห์ละ 5 วันๆละ 30 นาที ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบออกกำลังกายตามปกติ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มกายบริหารแบบไทยท่าฤๅษีตัดต้นทำให้สมรรถภาพทางกายในด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาและมือ ความยืดหยุ่นของข้อเข่า ข้อไหล่ กระดูกสันหลังและ

ความจุปอด ความคาดหวังความสามารถในการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความยืดหยุ่นของข้อศอก การทรงตัวและความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกายของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อัญชลี กลิ่นอวล (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายและความผาสุกของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี จังหวัดลพบุรี โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายแบบการเดินร่วมกับการบริหารร่างกายโดยการยืดกล้ามเนื้อและข้อต่อ ส่วนกลุ่มควบคุมออกกำลังกายตามปกติ สัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 40-60 นาที เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ซึ่งติดตามความก้าวหน้าของกิจกรรมเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว 4 และ 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มทดลองมีสมรรถภาพทางกายองค์ประกอบด้านความทนทานของปอด หัวใจ และความยืดหยุ่นของร่างกายภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. กลุ่มทดลองมีสมรรถภาพทางกายองค์ประกอบด้านความทนทานของปอด หัวใจ และความยืดหยุ่นของร่างกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. กลุ่มทดลองมีความผาสุกภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. กลุ่มทดลองมีความผาสุกมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทิพรัตน์ สุทธิพงษ์และพรสุวรรณ จารุพันธ์ (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-74 ปี อาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท จำนวน 100 คน โดยโปรแกรมการออกกำลังกายประกอบด้วยกิจกรรมการออกกำลังกายซึ่งประยุกต์ทำการบริหารกายโดยใช้ไม้พลองและกะลามะพร้าว การบริหารร่างกายเป็นกลุ่มและการบริหารร่างกายตามเทปบันทึกเสียงเพลงประกอบพร้อมคู่มือการออกกำลังกาย เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า

1. สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ.05
2. สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ.05

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นพบว่าวัยผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมทางสุขภาพจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายถือเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญที่ช่วยดำรงไว้ซึ่งสมรรถภาพทางกาย และยังช่วยในการบำบัดรักษาโรคอีกทั้งทำให้มีสภาพจิตใจที่ดีด้วย อย่างไรก็ตามการจัดโปรแกรมการออกกำลังกายให้กับผู้สูงอายุนั้น ต้องคำนึงถึงความปลอดภัย ความพร้อมของร่างกายและไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกาย จิตใจที่ดีแล้ว การคงไว้ซึ่งบทบาททางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมก็มีความสำคัญเช่นกัน ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีความพึงพอใจในชีวิต

งานวิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคม

จตุททิพย์ อภิรมย์ (2537) ศึกษาข้อเท็จจริงและทัศนคติของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อกิจกรรมทางสังคมในเชิงบวก ไม่ว่าจะเป็กิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อตนเอง ต่อชุมชน และต่อสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความภูมิใจในชีวิตบั้นปลายว่าตนเองยังมีคุณค่าต่อบุตรหลาน ครอบครัวและคนอื่นในสังคมและยังเห็นว่าการช่วยเหลือชุมชนสังคมเป็นสิ่งที่ดีและจะช่วยเหลือเมื่อมีโอกาส

เดชา เสิ้งเมือง (2539) ศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท พบว่ากิจกรรมทางสังคมที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจอย่างมากก็คือ การได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนา ได้แก่ การตักบาตรทำบุญ การร่วมงานวัด งานบวช งานบุญ การเป็นผู้นำในการประกอบพิธีกรรมต่างๆ

ปัญญาภัทร ภัทรกัณทากุล(2544) ศึกษาการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและคะแนนความผาสุกทางใจอยู่ในระดับปานกลางและพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว สรุปได้ว่า การมีกิจกรรมร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ทำให้เกิดการพัฒนาในด้านต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ สังคม และสติปัญญา นำไปสู่การปฏิบัติได้จริง ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและนำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

