

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบในการทำวิจัย ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย
 - 1.1 ความหมาย "ผู้สูงอายุ"
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในผู้สูงอายุและผลกระทบ
 - 1.3 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในผู้สูงอายุและผลกระทบ
 - 1.4 การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมในผู้สูงอายุและผลกระทบ
 - 1.5 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุและผลกระทบ
 - 1.6 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย
2. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้และภาวะสุขภาพ
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.1.1 การรับรู้
 - 2.1.2 ภาวะสุขภาพ
 - 2.1.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ
 - 2.2 ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย
 - 2.3 ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ
 - 2.4 ภาวะสุขภาพด้านสังคม
 - 2.5 ภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณ
 - 2.6 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการออกกำลังกายไทเก๊ก ประกอบด้วย
 - 3.1 หลักปฏิบัติของการออกกำลังกายไทเก๊ก
 - 3.2 ผลของการออกกำลังกายไทเก๊ก

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความสูงอายุเป็นกระบวนการหนึ่งของชีวิตที่มีพัฒนาการและความเสื่อมตามสภาพทางร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไปตามวัยอย่างต่อเนื่อง โดยจะเริ่มตั้งแต่เกิดและดำเนินไปตลอดชีวิต กระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย พบว่าหลังอายุ 30 ปี หน้าที่ต่างๆ ทางสรีรวิทยาเริ่มลดน้อยลง หน้าที่การทำงานของอวัยวะต่างๆ ก็ลดลงเรื่อยๆ และจะเห็นการเปลี่ยนแปลงชัดเจนด้วยตาเมื่อ อายุ 60 ปีขึ้นไป ชนิด อัตราและระดับของการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจและสังคมของแต่ละคนอาจแตกต่างกัน โดยมีผลมาจากปัจจัยทางกรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม อาหาร ภาวะสุขภาพ ความเครียด เป็นต้น จึงทำให้การเปลี่ยนแปลงในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน แต่รูปแบบการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุโดยรวมจะมีลักษณะที่เหมือนกัน โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต (Eliopoulos, 2001)

คำนิยาม

“ผู้สูงอายุ” (older persons) ในภาษาไทย ให้ความหมายตามลักษณะทางกายภาพ เช่น คนแก่ คนชรา ผู้เฒ่า การให้ความหมายทางสังคม เช่น ผู้อาวุโส จากการประชุมขององค์การสหประชาชาติ ได้ให้ความหมายโดยใช้อายุเป็นเกณฑ์ สำหรับทางยุโรปหรืออเมริกา ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ส่วนทางเอเชียให้ยึดเอาเกณฑ์บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ (บรรลุ, 2542)

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในผู้สูงอายุและผลกระทบ

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในผู้สูงอายุ เกิดขึ้นโดยเซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่ ทำงานลดลงและมีจำนวนน้อยลงร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายย่อมเกิดผลกระทบตามมาด้วย การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุด้านร่างกาย โดยแบ่งเป็นระบบ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือด ปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือด คือ การทำงานภายในหัวใจ ระบบไหลเวียนของหลอดเลือด และปัจจัยภายนอก เช่น ปริมาตรเลือด ระบบประสาท และระดับของการออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงที่

สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของอายุที่พบบ่อยที่สุด คือ ความยืดหยุ่นของโครงสร้างต่างๆ ในหัวใจและหลอดเลือดลดลง (Johnson, Adams, & Bigely, 1992) พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงโดยทั่วไปทั้งทางกายภาพ สรีรวิทยาของหัวใจ และระบบหลอดเลือด ดังนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ สรีรวิทยาของหัวใจ โดยมีการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อหัวใจ พบว่าคอลลาเจนจะมากขึ้น ทำให้ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ประสิทธิภาพการหดและคลายตัวของหัวใจลดลง มีการสะสมไขมันในเส้นใยลิ้นหัวใจ (fibrous strome) และมีการเสื่อมของคอลลาเจน ประกอบกับการสะสมของแคลเซียม ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดที่ลิ้นหัวใจเอออร์ติกและไมตรัล ทำให้ลิ้นหัวใจหนาและแข็งขึ้น เคลื่อนไหวน้อยลงร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดแดงโคโรนารี และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหลอดเลือดเมื่ออายุมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดมีการคดเคี้ยวมากขึ้น ความยืดหยุ่นในผนังหลอดเลือดจะลดลง 1 ใน 3 การสะสมของแคลเซียมและไขมันมากขึ้น ความต้านทานในหลอดเลือดเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 ต่อปี (Eliopoulos, 2001) ส่งผลให้ความดันในระบบไหลเวียนเลือดเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนั้นระบบสื่อนำไฟฟ้าของหัวใจจะเริ่มมีการลดลงช้าๆ ในช่วงอายุวัยกลางคน และหลังอายุ 60 ปี จะลดลงอย่างรวดเร็วเนื่องจากจำนวนของตัวกระตุ้นการนำไฟฟ้า (pacemaker cell) ในจุดกำเนิดไฟฟ้าของหัวใจห้องบนขวาลดลง และจากการที่จุดกำเนิดไฟฟ้ามีไขมันและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมาเกาะ จึงทำให้การกำเนิดและส่งกระแสไฟฟ้าของหัวใจลดลง (Eliopoulos, 2001; Johnson et al., 1992) มีผลให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การไหลเวียนของเลือดเข้าสู่หัวใจห้องล่างซ้ายช้าลง (Certo, 2002) โดยพบว่าเมื่อบุคคลอายุ 80 ปี ปริมาณเลือดไหลเข้าสู่หัวใจห้องล่างซ้ายจะลดลงประมาณร้อยละ 50 จึงทำให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายในหนึ่งนาที (cardiac output) ขณะพัก จะลดลงร้อยละ 25 จากขณะที่บุคคลมีอายุ 20 ปี (Lakatta, Zhou, Xiao, & Boluyt, 2001; Smeltzer & Bare, 2004) ทั้งนี้เป็นผลจากการเต้นของหัวใจช้าลงและ ปริมาณเลือดออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายในแต่ละครั้ง (stroke volume) ลดลงร้อยละ 1 ต่อปี (Eliopoulos, 1993, 2001)

1.2 การเปลี่ยนแปลงของระบบหลอดเลือด พบว่าความยืดหยุ่นลดลงแต่ความแข็งของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากชั้นในสุดของหลอดเลือดจะหนาขึ้น มีโปรตีนมาเกาะมากขึ้น ในขณะที่ผนังชั้นกลางมีการเสื่อมสลายบางลง มีไขมันและแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้หลอดเลือดแข็ง ความต้านทานในหลอดเลือดเพิ่มขึ้น และการทำงานของศูนย์ควบคุมความดันไม่ดี เป็นผลให้ความดันซิสโตลิกสูงขึ้น ส่วนผนังชั้นนอกของหลอดเลือดจะไม่มี การเปลี่ยนแปลงตามอายุ (Eliopoulos, 2001; Johnson et al., 1992)

จากการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุดังกล่าว ผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้เกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ ภาวะหัวใจล้มเหลว หลอดเลือดแข็งตัว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตต่ำ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น (Smeltzer & Bare, 2004) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดก็เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อย ประมาณร้อยละ 25 มีการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 64 ปี เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยไม่ได้รับการวินิจฉัยมากถึงร้อยละ 68 จึงพบความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจล้มเหลวสูงที่สุดในบุคคลที่อายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป และร้อยละ 50 ของผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจะเสียชีวิตภายใน 5 ปี (Munden, 2003)

2. การเปลี่ยนแปลงในระบบหายใจ ระบบหายใจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในระบบหายใจ ดังนี้

2.1 การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ผู้สูงอายุจะมีลักษณะหลังโก่ง ทำให้ทรวงอกผิดรูป ผนังทรวงอกแข็งขึ้น กระดูกซี่โครงและกระดูกอ่อนชายโครงแข็งขึ้น จากการมีแคลเซียมมาเกาะร่วมกับกล้ามเนื้อที่ควบคุมการหายใจเข้าและหายใจออกทำงานลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกลดลง การหายใจเข้าและหายใจออกถูกจำกัด ความจุปอดจึงลดลงและปริมาตรอากาศที่เหลือหลังหายใจออกเพิ่มขึ้น ฟังเสียงหายใจและการไหลของอากาศขณะหายใจจะได้ยินเสียงเบา (Fuller & Ayers, 2000) หลอดลมมีเส้นผ่าศูนย์กลางเพิ่มขึ้น ในขณะที่ถุงลมมีเส้นผ่าศูนย์กลางเล็กลง และความยืดหยุ่นลดลง การขยายตัวน้อยลง ผนังของถุงลมจะโป่งพองและแตกง่าย จำนวนซีเลียลดน้อยลง กลไกควบคุมการไอและความสามารถในการกำจัดสิ่งแปลกปลอมลดลง จึงทำให้ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้น (Eliopoulos, 2001; Smeltzer & Bare, 2004; White & Duncan, 2002)

2.2 การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา โดยปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าและออกในแต่ละครั้ง (tidal volume) มีค่าลดลง เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดและทรวงอกลดน้อยลง หลอดลมมี ฟังผิดและแข็งตัวมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อ ระหว่างซี่โครงลดลง ผู้สูงอายุจึงชดเชยด้วยการหายใจเร็วขึ้นและเป็นแบบหายใจตื้นๆ ทำให้เหนื่อยง่าย ปริมาตรอากาศที่หายใจออกเต็มที่ภายหลังหายใจเข้าเต็มที่ (vital capacity) จะลดลงประมาณ 17.5 มิลลิลิตร/พื้นที่ผิวกาย 1 ตารางเมตรต่อปี ปริมาณอากาศที่เหลืออยู่ในปอดหลังจากการหายใจออกธรรมดา (functional residual capacity) จะมีค่าเพิ่มขึ้น การกระจายของอากาศในปอดไม่สม่ำเสมอ ทางเดินหายใจบริเวณส่วนล่างของปอดจึงมักจะถูกปิดตันไปบางส่วน การ

ขยายตัวของปอดไม่สมบูรณ์ ทำให้ปอดแฟบได้ง่าย เกิดความรู้สึกหายใจไม่เพียงพอ (บรรรลุ, 2542; Ebersole & Hess, 1998)

2.3 การเปลี่ยนแปลงของแก๊สในเลือด (blood gas) และการควบคุมการหายใจในผู้สูงอายุ จะมีการเสื่อมสมรรถภาพของการแลกเปลี่ยนออกซิเจนระหว่างถุงลมและเลือด ซึ่งมักจะมีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (hypoxia) ค่าความดันออกซิเจนในเลือด (P_{O_2}) ของบุคคลอายุระหว่าง 20 ถึง 80 ปี จะลดลงร้อยละ 15 (Eliopoulos, 2001) หรือลดลงประมาณ 4 มิลลิเมตรปรอททุก 10 ปี ส่วนค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (P_{CO_2}) ไม่เปลี่ยนแปลง แต่เมื่ออายุมากกว่า 65 ปี ประสิทธิภาพของศูนย์ควบคุมการหายใจจะลดลง ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้ง่ายขึ้น (Ebersole & Hess, 1998)

3. การเปลี่ยนแปลงในระบบสมองและระบบประสาท โดยพบการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงของสมอง เมื่อบุคคลสูงอายุมากขึ้น น้ำหนักของสมองจะลดลง พบว่า น้ำหนักสมองจะลดลงประมาณร้อยละ 10 ระหว่างช่วงอายุ 20-90 ปี (Ebersole & Hess, 1998)

3.2 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุจะลดน้อยลง การประสานงานกับกล้ามเนื้อก็ลดลงด้วย รวมทั้งความสามารถในการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและความสามารถการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมก็ลดลง ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้

3.2.1 การมองเห็นเสื่อมลง เนื่องจากเซลล์ของเรตินาและรูมาตาลลดลง ทำให้ความไวต่อแสงแดดลดลง ความคมชัดของการมองเห็นลดลง ระยะของการมองเห็นหรือลานสายตา (visual field) แคบลง (Eliopoulos, 2001; Santrock, 1999) และจะลดลงมากในช่วงอายุ 80 ปี จากการเปลี่ยนแปลงที่เลนส์และประสาทรับสัมผัสลดลง การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ดวงตาแห้ง และจากการมีไขมันมาสะสมรอบๆ กระจกตา ทำให้การรับรู้ความรู้สึกลดลง เป็นสาเหตุให้กระจกตาเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายได้ง่าย (Eliopoulos, 2001) ลักษณะดวงตาลึกโป้ เนื่องจากไขมันใต้ผิวหนังลดลง เปลือกตาห้อยจากการที่เปลือกตาม้วนเข้าข้างใน (entropion) หรือเปลือกตาปลิ้นออกข้างนอก (ectropion) (Fuller & Ayers, 2000) ทำให้เกิดการอักเสบของตาและที่พบบ่อยที่สุด คือ ปัญหาสายตาวาย (presbyopia) จากการสูญเสียความยืดหยุ่นของเลนส์และสูญเสียการมองเห็นระยะใกล้ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเป็นต้อกระจก พบมากกว่าร้อยละ 95 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี เกิดจากแก้วตาขุ่นมัวเนื่องจากโปรตีนแข็งตัว ความสามารถในการมองเห็นจะค่อยๆ ลดลง จนถึงตาบอดได้ (Burke, 1992) จากการสำรวจสถานะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุไทย

พบมีการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคตา คิดเป็นร้อยละ 40-45 และพบผู้สูงอายุที่ตาบอด ร้อยละ 1 (สุทธิชัย, 2543ข)

3.2.2 การได้ยิน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูญเสียความสามารถในการได้ยินประมาณ ร้อยละ 25 ใน ผู้ที่มีอายุ 65-74 ปี ร้อยละ 50 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี และร้อยละ 90 ในผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของตัวรับเสียง เยื่อแก้วหูหนาขึ้น รวมทั้งการสูญเสียเซลล์ขน (hair cell) ซึ่งอยู่ภายในหูชั้นในในส่วนที่เป็นวงๆ หรืออวัยวะรูปหอยโข่ง (cochlea) (Burke, 1992) จะสูญเสียการได้ยินเสียงความถี่สูงเป็นอันดับแรก ต่อมาเป็นเสียงความถี่ปานกลางและเสียงความถี่ต่ำตามลำดับ (Ebersole & Hess, 1998; Eliopoulos, 2001) ประกอบกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในลดลง การทำงานของประสาทเกี่ยวกับการฟังและการทรงตัวลดลง ร่างกายจะสูญเสียความสมดุลที่ดี การทรงตัวไม่มั่นคง ทำให้เกิดการวิงเวียนศีรษะ พบได้มากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี และการหกล้ม เป็นปัญหาที่พบมากที่สุดสำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ซึ่งมีสาเหตุร่วมจากความบกพร่องของประสาทสมอง ภาวะกระดูกพรุน โรคลมบับปัจจุบัน และการรับรู้ที่เสื่อมลง (Wallace, Fulmer, & Edelman, 1998) การได้ยินเสื่อมลงของผู้สูงอายุ (อาการหูตึง) ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาการติดต่อสื่อสารไม่เข้าใจการสนทนา จึงเกิดการแยกตัวจากสังคม (Burke, 1992; Smeltzer & Bare, 2004) จากการสำรวจสถานะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุไทย พบมีการเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยอาการหูตึง คิดเป็นร้อยละ 21 (สุทธิชัย, 2543ข)

3.2.3 การได้กลิ่นและการรับรส การได้กลิ่นจะลดลงเมื่ออายุ 60 ปี จะลดลงเรื่อยๆ จนถึงช่วงอายุ 80 ปี ลดลงร้อยละ 60 และบอกกลิ่นไม่ได้เลยร้อยละ 25 (บรรลพ, 2542) การได้กลิ่นลดลง ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุได้ เช่น ไม่สามารถได้กลิ่นแก๊สรั่ว กลิ่นเหม็นไหม้ กลิ่นบูดของอาหาร เป็นต้น การรับรส โดยเฉพาะรสหวานและรสเค็มจะรับรสได้น้อยลงมาก ทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสหวานและเค็มมากขึ้น (Ebersole & Hess, 1998) ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดหรือควบคุมอาการโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ไม่ดี

3.3 การเปลี่ยนแปลงของประสาทอัตโนมัติและระบบประสาทสั่งการ ภาวะสูงอายุทำให้จำนวนของใยประสาท (dendrite) และรอยประสานประสาท (synapse) ลดลง จำนวนเซลล์ประสาทซิมพาเทติกในไขสันหลังลดลง มีการเปลี่ยนแปลงของการเกิดดีและการเกิดช่องว่างในเซลล์เพิ่มขึ้น จึงทำให้หน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติและระบบสั่งการในผู้สูงอายุเสื่อมลง หน้าที่การทำงานของอวัยวะต่างๆลดลง เช่น ระบบประสาทที่ควบคุมรูม่านตา ระบบหัวใจและหลอดเลือด การควบคุมอุณหภูมิและหน้าที่ในการหลั่งสารต่างๆ (บรรลพ, 2542)

จากการเปลี่ยนแปลงของระบบสมองและระบบประสาท การรับรู้ความรู้สึกที่ผิวหนังลดลง สมองทำงานลดลง ความคิดช้า การเคลื่อนไหวไม่ดี การทรงตัวไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนกำลัง แขนขาไม่มีแรง ทำให้เกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่าย มีสาเหตุจากการมองเห็นและการได้ยินไม่ดี (Webb, 1991)

4. การเปลี่ยนแปลงในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โดยทั่วไปมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรง ความยืดหยุ่นและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อจะลดลง (Eliopoulos, 2001; Smeltzer & Bare, 2004) จะเห็นการเปลี่ยนแปลงได้ชัดในกล้ามเนื้อแขนและขา หลังกล้ามเนื้อไม่ได้ใช้งานประมาณ 2-3 วัน เอนไซม์ไมโทคอนเดรียของเซลล์กล้ามเนื้อจะลดน้อยลง ทำให้กล้ามเนื้อไม่สามารถสลายอาหารเพื่อนำมาใช้เป็นพลังงานได้ ในผู้สูงอายุน้ำหนักตัวลด เนื่องจากการลดลงของมวลร่างกาย และน้ำในส่วนต่างๆของร่างกาย พบว่าในผู้ชายลดลงร้อยละ 54-60 ในผู้หญิงลดลงร้อยละ 46-52 (Kenney, 1982 cited by Ebersole & Hess, 1998) การสูญเสียน้ำและเกลือโพแทสเซียมจากเส้นใยกล้ามเนื้อ การสลายตัวของโปรตีนที่ใช้ในการหดตัวของเส้นใยกล้ามเนื้อ อาจเกิดจากการที่เลือดไหลผ่านกล้ามเนื้อมีปริมาณลดลง ทำให้การทำงานและการหดตัวของกล้ามเนื้อลดน้อยลง จะมีอาการเหนื่อยง่ายและไม่ค่อยมีแรง (บรรลุ, 2542)

ความหนาแน่นของกระดูกลดลง มีการศึกษาพบว่าผู้หญิงมีการสูญเสียกระดูกตลอดช่วงอายุของผู้ใหญ่ ในอัตราประมาณร้อยละ 1 ต่อปี สัมพันธ์กับการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Lewis & Kellems, 2002) ส่วนในผู้ชายน้อยกว่าประมาณครึ่งหนึ่ง การดูดซึมแคลเซียมจากลำไส้ลดลง การสลายแคลเซียมออกจากกระดูกมากขึ้น การรับวิตามินดีลดลง (Zorwitz, 1990 cited by Stone, Wyman, & Salisbury, 1999) และการขาดการออกกำลังกาย เป็นผลให้เกิดภาวะกระดูกพรุน ทำให้หลังโก่งและกระดูกหักง่าย หมอนรองกระดูกสันหลังบางลงและช่องว่างระหว่างปล้องกระดูกแคบลง เกิดภาวะกระดูกงอกที่ขอบกระดูกสันหลัง ปวดข้อ เกิดจากน้ำไขข้อลดลง แคลเซียมเกาะที่กระดูกอ่อนในข้อมากขึ้น เมื่ออายุมากขึ้นรูปร่างจะเปลี่ยนแปลงไป คือ หลังโก่งงอ หัวเข่าและสะโพกงอเล็กน้อย ทำให้ส่วนสูงของร่างกายลดลง พบว่าเมื่ออายุ 80 ปี ส่วนสูงจะลดลงประมาณ 5 เซนติเมตรในผู้หญิง และลดลงประมาณ 3 เซนติเมตรในผู้ชาย (Steinberg, 1983 cited by Burrage, 1991) มีส่วนสัมพันธ์กับระดับของอาการหลังโก่ง เนื่องจากระดับของกระดูกสันหลังส่วนบนและศีรษะโน้มเอียงไปข้างหน้า (Eliopoulos, 2001; Fuller & Ayers, 2000) ไหล่แคบลง ทรวงอกมีความลึกเพิ่มขึ้น กระดูกเชิงกรานกว้างขึ้น ขณะที่น้ำหนักตัวลดลง (บรรลุ, 2542)

ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อและกระดูกในผู้สูงอายุ เนื่องจากความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกระดูกลดลง จึงมักพบปัญหาเกี่ยวกับโรคข้อปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และปัญหาการหกล้มได้ง่าย จากการสำรวจสถานะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

ไทย พบมีการเจ็บป่วยด้วยโรคข้อเสื่อม-ปวดข้อเรื้อรัง ร้อยละ 55-70 และปวดหลังเรื้อรัง ร้อยละ 50-55 และพบปัญหาการหกล้ม ร้อยละ 20 (สุทธิชัย, 2543ข)

5. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ผมหงอก และเล็บ หนึ่งกำพร้ามีความขึ้นลดลง ผิวบางลง ความชุ่มชื้นลดลง ทำให้ผิวแห้ง แดงง่าย ลอกหลุดง่าย และมีอาการคันบ่อย แต่การทดแทนเซลล์ผิวหนังจะช้ากว่าถึงร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับตอนอายุ 35 ปี (Leyden, 1978 cited by Ebersole & Hess, 1998) ไชมันต์ผิวหนังบริเวณหน้าท้องและต้นขาเพิ่มขึ้น ในขณะที่ไชมันต์บริเวณหน้ามือและหลังมือลดลง ต่อมเหงื่อลดลง อัตราการงอกของผมหงอกและเปลี่ยนเป็นสีเทาหรือสีขาวมากขึ้น จากการลดลงของเม็ดสีในเส้นผม เล็บจะหนาและแข็ง เปลี่ยนเป็นสีเหลืองมากขึ้น ความยาวของเล็บเท้าจะงอกช้ากว่าความยาวของเล็บมือประมาณร้อยละ 15 (Jacobs, 1981 cited by Ebersole & Hess, 1998) เนื่องจากเลือดมาเลี้ยงส่วนปลายลดลง

6. การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหาร พบมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ฟัน ผู้สูงอายุจะมีฟันที่แข็งแรงและคงสภาพสมบูรณ์ดีหรือไม่ดี ขึ้นอยู่กับการดูแลป้องกันสุขภาพอนามัยช่องปากของแต่ละบุคคลซึ่งแตกต่างกันไป ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพฟันดียอมมดเคี้ยวอาหารได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มีการสูญเสียฟันส่วนใหญ่เป็นเพราะฟันผุจากสารเคลือบฟันบางลงและโรคเหงือก (Smelthzer & Bare, 2004; White & Duncan, 2002) จากการสำรวจปัญหาหรือความผิดปกติในช่องปากที่มีผลต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่พบบ่อยที่สุด คือมีอาการปวดหรือเสียวฟัน พบร้อยละ 46.7 และมีอาการฟันโยก ร้อยละ 44.2 ตามลำดับ (กุลยา และ อังสนา, 2546) ทำให้รับประทานอาหารได้น้อยลง ต้องรับประทานอาหารอ่อน เป็นต้น ประสิทธิภาพการกลืนลดลง ทำให้ผู้สูงอายุสำลักอาหารได้ง่าย (Galvan, 2001 cited by Smelthzer & Bare, 2004; White & Duncan, 2002)

ในส่วนของตับ ขนาดและน้ำหนักลดลงประมาณร้อยละ 17-28 การไหลเวียนเลือดในตับลดลงร้อยละ 35 เมื่ออายุมากกว่า 65 ปี ตับอ่อนจะมีพังผืดเพิ่มขึ้น ท่อน้ำดีอ่อนโตขึ้น ทำให้การหลั่งน้ำย่อยและเอนไซม์จากตับอ่อนลดลง เมื่ออายุมากกว่า 40 ปี (Ebersole & Hess, 1998) พบว่ามีปริมาตรลดลงทั้งอะไมเลส (amylase) และทริปซิน (trypsin) ส่วนไลเปส (lypase) ไม่เปลี่ยนแปลง (บรรลุ, 2542) การหลั่งกรดและน้ำย่อยในกระเพาะอาหารลดลง ทำให้สมรรถภาพในการย่อยอาหารลดลง มีอาการท้องอืด ไม่อยากรับประทานอาหาร ถ้าได้เล็กมีการเคลื่อนไหวและการไหลเวียนของเลือดน้อยลง การดูดซึมสารคาร์โบไฮเดรต ไชมันต์ลดลง ส่วนโปรตีนคงเดิม วิตามินที่ละลายในไขมัน เช่น วิตามินเอและวิตามินเค ดูดซึมได้มากขึ้น ส่วนวิตามินดี วิตามินบี 1 วิตามินบี 12 แคลเซียม เหล็ก มีการดูดซึมลดลง ทำให้การย่อยและการดูดซึมไม่ดี ร่วมกับการได้รับอาหาร

ไม่เพียงพอในผู้สูงอายุ ทำให้เกิดภาวะเบื่ออาหาร ขาดสารอาหาร และโลหิตจางได้ง่าย (วิไลวรรณ, 2545; Ebersole & Hess, 1998)

เยื่อบุผนังลำไส้ใหญ่ฝ่อลีบลง การบีบตัวและการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง อาหารจะผ่านลำไส้ใหญ่ช้าลง ทำให้เศษอาหารค้างคั่งนาน เป็นผลให้ช่องลำไส้ใหญ่ขึ้น ความไวต่อการถูกกระตุ้นลดลงมีผลให้ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกมากขึ้น (Eliopoulos, 2001) มีผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลด้วยอาการท้องผูกถึง 92,000 คนต่อปี อุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นตามอายุโดยเฉพาะในผู้หญิง อาการท้องผูกเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับประวัติครอบครัว (Faulk et al., 1978 cite by Keighley & Williams, 1999) ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อที่บริเวณทวารหนักลดลง การวัดความดันในช่องทวารหนัก ทั้งในขณะพักและขณะเบ่งมีแรงดันลดลง พบว่ายังมีผู้ป่วยจำนวนมากแม้ได้รับยาระบายทุกวัน ก็ยังมีอาการท้องผูก ทำให้ได้รับความไม่สุขสบายจากอาการแน่นอึดอัดท้อง ทำให้อนอนไม่หลับ ความสามารถในการย่อยและรับประทานอาหารน้อยลง อาการท้องผูกอาจเป็นปัจจัยส่งเสริมให้สภาพร่างกาย จิตใจ และอาการของโรครุนแรงขึ้นได้ เช่น ทำให้เจ็บหน้าอกมากขึ้น ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ทำให้ความดันโลหิตยิ่งสูงมากขึ้น ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (อรณิช, 2540; Keighley & Williams, 1999)

7. การเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของไตทั้งขนาดและการทำงานของไตเริ่มลดลงตั้งแต่อายุ 40 ปี ประมาณร้อยละ 7 และลดลงถึงร้อยละ 20-30 เมื่ออายุ 60-80 ปี จำนวนโกลเมอรูลัสลดลงร้อยละ 30 อัตราการกรองของโกลเมอรูลัสลดลงประมาณร้อยละ 50 (Ebersole & Hess, 1998) เมื่อเลือดไหลผ่านไตลดลงและขนาดของโกลเมอรูลัสก็เล็กลง ทำให้อัตราการกรองของเสียออกจากเลือดลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ในผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงมักพบปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ถ่ายปัสสาวะลำบากและถ่ายบ่อย เนื่องจากกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานหย่อนตัว กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายท่อปัสสาวะหย่อนตัว ขนาดของกระเพาะปัสสาวะเล็กลง ปริมาณปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะมากขึ้น (วิไลวรรณ, 2545; สุทธิชัย, 2544; Gooch, 1991; Wyman, 1999)

8. การเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมไร้ท่อมีหน้าที่สังเคราะห์น้ำหลังที่เรียกว่า ฮอร์โมน ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อ คือ ต่อมพิทูอิทารี (pituitary gland) มีการเหี่ยวยุบของผิวต่อม ปริมาณเลือดไปเลี้ยงลดลง ทำให้การหลั่งฮอร์โมนลดลง ปริมาตรของต่อมจะลดลงประมาณร้อยละ 20 (Ebersole & Hess, 1998; Eliopoulos, 2001) ต่อมธัยรอยด์ จะผลิต T3 (triiodothyronine) T4 (thyroxine) ลดลงประมาณร้อยละ 10-20 พบได้มากกว่าร้อยละ 65 ในผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป (Barzel, 1989 cited by Burke & Walsh, 1992) ต่อมหมวกไตหลัง

นอร์อิพิเนพรีน อิพิเนพรีนและโดปามีนลดลงตามการเสื่อมลงของต่อมหมวกไต (Ebersole & Hess, 1998) เซลล์ของตับอ่อนจะฝ่อลีบลง มีการเสื่อมสมรรถภาพของการทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดกลับเข้าสู่ภาวะปกติภายหลังได้รับกลูโคสเข้าไป จึงทำให้ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้สูงอายุจะสูงกว่าคนอายุน้อยเกิดโรคเบาหวานได้ง่าย

9. การเปลี่ยนแปลงในระบบสืบพันธุ์ ระบบสืบพันธุ์จะมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย ดังนี้

9.1 ระบบสืบพันธุ์เพศชาย ลูกอัณฑะจะมีขนาดเล็กลง การสร้างสเปิร์มและการเคลื่อนไหวของสเปิร์มจะลดลง มีโอกาสเกิดภาวะไม่มีสเปิร์มได้มากกว่าคนอายุน้อย สำหรับคุณภาพของน้ำอสุจิจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุ แต่ความสามารถในการปฏิสนธิไม่เปลี่ยนแปลง ต่อมลูกหมาก โดยทั่วไปเมื่ออายุมากขึ้น ต่อมลูกหมากจะขยายโตขึ้น ผนังน้ำอสุจิจะมีขนาดเล็กลง น้ำอสุจิจึงลดลง ความสามารถในการแข็งตัวของตัวองคชาตลดลง ทำให้เกิดภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (บรรลุ, 2542)

9.2 ระบบสืบพันธุ์เพศหญิง เมื่อผู้หญิงมีอายุประมาณ 45-50 ปี ประจำเดือนเริ่มขาดหาย สตรีวัยก่อนหมดประจำเดือนจะมีอาการร้อนวูบวาบตามใบหน้าและผิวหนังทั่วไป บางครั้งมีเหงื่อออกในเวลากลางคืน (บรรลุ, 2542) ในช่วงวัยหมดประจำเดือน การสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนจะน้อยลง (Lewis & Kellems, 2002) อวัยวะต่างๆ ในระบบสืบพันธุ์เสื่อมลงและสูญเสียหน้าที่ เนื่องจากการได้รับเลือดมาเลี้ยงลดลง จะพบว่าอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวยุบ มดลูกมีขนาดเล็กลง มีพังผืดมากขึ้น รังไข่จะฝ่อเล็กลง ไชมันต์ได้ผิวหนังจะลดลง ขนบริเวณรักแร้และหัวเหน่าลดลง ช่องคลอดมีพื้นผิวบางลงและความยืดหยุ่นลดลง น้ำหลังต่างๆ จากผิวช่องคลอดลดลง ท่อปัสสาวะสั้นลง ทำให้เกิดปัญหาติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่ายขึ้น บางรายอาจมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ เช่น มีอาการหงุดหงิด โกรธง่าย ตกใจง่าย ซึมเศร้า (วิไลวรรณ, 2545; Smeltzer & Bare, 2004)

10. การเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกัน การตอบสนองของภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุจะลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของสาเหตุการติดเชื้อในผู้สูงอายุ ขนาดของต่อมธัยมัสเล็กลง การทำงานของทีเซลล์ (T-cell : cell-mediated) ลดลงและมีความไม่สมบูรณ์มากขึ้น สัมพันธ์กับการลดลงของ B-cell (humoral immunity) ทำให้การผลิต Ig G (immunoglobulin G) ลดลง การสร้างแอนติบอดีเพิ่มขึ้น ร่างกายไม่สามารถจำเนื้อเยื่อของตนเองได้ ทำให้เกิดโรคภูมิแพ้ตนเอง (autoimmune disease) จำนวน T-lymphocyte ลดลง ทำให้ประสิทธิภาพการป้องกันการติดเชื้อและการอักเสบลดลง (Ebersole & Hess, 1998; Eliopoulos, 1993, 2001; Fletcher, 1999)

11. การเปลี่ยนแปลงในการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย ในผู้สูงอายุ อุณหภูมิร่างกายจะต่ำลง

โดยเฉลี่ยอยู่ในช่วง 35.9-37.1 องศาเซลเซียส ในกรณีวัดทางปาก และ 37-37.2 องศาเซลเซียส ในกรณีวัดทางทวารหนัก ซึ่งการวัดอุณหภูมิร่างกายในผู้สูงอายุให้ได้ค่าที่เที่ยงตรงที่สุด คือ การวัดทางทวารหนักและทางช่องหู (Eliopoulos, 1993, 2001)

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในผู้สูงอายุและผลกระทบ

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุนับว่าเป็นปัญหาสำคัญในการปรับตัวและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยอย่างเหมาะสม ซึ่งบางครั้งการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ อาจมองเห็นได้ไม่ชัดเจน การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจเป็นผลจากภาวะสุขภาพทั่วไป ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ การศึกษา การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม การเสื่อมของอวัยวะ ได้รับความรู้สึกเป็นอุปสรรคของการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมและบุคคลอื่น จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพ อาจเป็นผลมาจากอัตมโนทัศน์ต่อตนเองเปลี่ยนแปลงไป (Eliopoulos, 2001) เช่น จากการเกษียณ การตายของคู่ครอง รายได้ลดลง ความสามารถลดลง ความมั่นใจในตนเองลดลง

2. ความจำ พบว่าผู้สูงอายุจะมีความจำเรื่องราวในอดีตได้ดี แต่จะมีความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ๆ ลดลง (Eliopoulos, 2001) แต่สามารถเตือนความจำโดยการเรียกชื่อ การบันทึก หรือการให้เข้าไปอยู่ในสถานที่นั้นๆ

3. สถิติปัญญา เป็นสิ่งที่ไม่สามารถวัดหรือนำมาเปรียบเทียบกันได้ในแต่ละกลุ่มบุคคลที่แตกต่างกัน สถิติปัญญาไม่สัมพันธ์กับอายุที่มากหรือน้อย แต่การเรียนรู้ในอดีต ประสบการณ์ในการแก้ปัญหา และภาวะสุขภาพ มีความสำคัญมากกว่า (Eliopoulos, 2001)

4. การเรียนรู้ แม้ว่าความสามารถในการเรียนรู้จะไม่เปลี่ยนแปลงมากตามอายุ แต่ก็จะเริ่มลดลงเมื่ออายุประมาณ 40-50 ปี และเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุขึ้น โดยเฉพาะหลังอายุ 70 ปี การเรียนรู้จะลดลงมากขึ้น ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับ แรงจูงใจ ความตั้งใจ การรับส่งข้อมูลของสมอง การรับรู้และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การสื่อสารที่ดีและการใช้เวลาที่นานขึ้นก็สามารถเพิ่มความสามารถการเรียนรู้ของผู้สูงอายุได้ดีขึ้น (วิไลวรรณ, 2545; Cegles, 2002)

5. ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลและการนำความรู้ไปปฏิบัติลดลง ผู้สูงอายุมักกลัวและ

ตื่นเต้นเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ๆ เนื่องจากไม่แน่ใจว่าตนเองจะสามารถตอบสนองได้หรือไม่ (วิไลวรรณ, 2545)

6. การรับรู้ตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ถ้าเป็นไปทางบวกจะช่วย ให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและแก้ปัญหาได้ดี (วิไลวรรณ, 2545)

ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เกิดจากการไม่สามารถปรับตัวหรือเผชิญปัญหาต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างสมดุล ทำให้เกิดภาวะเครียด โดยทั่วไปตัวกระตุ้นความเครียดในผู้สูงอายุ ได้แก่ การเสื่อมลงของร่างกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง การกลัวว่าสุขภาพจะไม่ดี การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้สูญเสียความสุขสบาย รู้สึกเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน มีความกลัว เกิดความวิตกกังวลขึ้น (Valfre, 2001) เช่น กลัวตาย การสูญเสียทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะสัมพันธ์กับการลดลงของรายได้ บทบาทหน้าที่ลดลงจากเดิม การเกษียณ การงานหรือครอบครัว ไม่เป็นอย่างที่คาดหวัง ทำให้เกิดความรู้สึกโกรธ คับข้องใจ การสูญเสียชีวิตของบุคคลสำคัญของชีวิต เช่น คู่ครอง ทำให้เกิดความกลัว รู้สึกสูญเสีย หมดหวัง หดหู่ เศร้าโศก ไม่มั่นใจในตนเอง (Buckwalter & Piven, 1999; Santrock, 1999; Smeltzer & Bare, 2004) ทำให้รู้สึกเจ็บเหงา ว้าเหว่ ท้อแท้ เกิดความ ไม่มั่นคงในจิตใจ ทำให้หงุดหงิด โมโหง่าย รุนวายเป็นผู้อื่น อาจเป็นสาเหตุให้เกิดการขัดแย้งกับลูกหลานหรือผู้ดูแลได้ (วันเพ็ญ, 2541) และปัญหาที่พบมากที่สุดจากการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจอารมณ์ในผู้สูงอายุ คือ ภาวะซึมเศร้า (วันเพ็ญ, 2541; Buckwalter & Piven, 1999; Cegles, 2002; Smeltzer & Bare, 2004) ความวิตกกังวลก็เป็นปัญหาที่พบบ่อยควบคู่กับภาวะซึมเศร้าเช่นกัน (Kennedy, 2000; Valfre, 2001) จากการสำรวจสถานะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุไทย พบมีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 20 (สุทธิชัย, 2543ข)

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมในผู้สูงอายุและผลกระทบ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมในผู้สูงอายุ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายลดลง ความคล่องตัวลดลง มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมร่วมกับสังคมเพิ่มขึ้น ทำให้การเข้าสังคม การสมาคม และสถานภาพทางสังคมลดลง ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมของผู้สูงอายุ มีดังนี้ (วิไลวรรณ, 2545 หน้า 69 - 71)

1. การปลดเกษียณหรือการออกจากงาน (retirement) การปลดเกษียณหรือการออกจาก

คุณหญิงหลง อรรถกระวีสุนทร

งานเป็นเรื่องสำคัญ เพราะการทำงานทำให้บุคคลมีความมั่นคงและมีศักดิ์ศรีในตนเองที่สามารถพึ่งตนเองได้ การปลดเกษียณหรือการออกจากงาน จึงทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียใน 4 ด้าน ดังนี้

- 1) สูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคมที่เคยเป็นบุคคลที่มีบทบาทและตำแหน่งต่างๆ ทำให้รู้สึกสูญเสียความมั่นคงของชีวิต รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญในสังคม สูญเสียอำนาจหรือความสมบูรณ์พูนสุข ทำให้เป็นการนำไปสู่การพึ่งพาบุคคลอื่น ความมั่นใจในตนเองลดลง
- 2) สูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง
- 3) สูญเสียสถานะทางการเงินที่ดี รายได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในด้านการดำรงชีพ อาจต้องเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่ และ
- 4) แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง ไม่ต้องออกจากบ้านไปทำงาน ทำให้เกิดความรู้สึกอึดอัดใจ รู้สึกเหงา การปรับตัวต่อการเกษียณจากอาชีพการงานและรายได้ที่ลดลง ผู้สูงอายุจะปรับตัวได้ดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการที่แต่ละบุคคลให้ความหมายกับอาชีพการงาน เช่น บางคนการปลดเกษียณ เป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด แต่สำหรับบางคนพึ่งพอใจกับการเกษียณ เพราะมีกิจกรรมใหม่และชีวิตมีความสุข การมีรายได้ลดลง ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่เปลี่ยนแปลงไป อาจต้องลดกิจกรรมบางอย่างลง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น การเข้าสังคม การเดินทางไปสถานที่ต่างๆ การใช้จ่ายเกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพ เป็นต้น

2. การเปลี่ยนแปลงของสังคมครอบครัว ในปัจจุบันสังคมครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง ถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งมากขึ้น การตายจากของคู่ครอง ทำให้ผู้สูงอายุที่ยังมีชีวิตอยู่ต้องอยู่อย่างเหงาหงอย ขาดการตอบสนองทางเพศ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีความผูกพันกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยและสังคมชุมชนที่เคยชิน ไม่อยากเปลี่ยนแปลงหรือลดบทบาทของตนเองจากหัวหน้าครอบครัว ไปเป็นสมาชิกของครอบครัว เป็นผู้พึ่งพาอาศัย จึงไม่อยากจากบ้านไปอยู่ร่วมกับครอบครัวลูกหลาน ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาลูกหลานไม่ให้เกียรติ ขาดความเคารพนับถือ ขาดความสนใจและเกื้อกูลต่อกันภายในครอบครัว ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองมากขึ้น ในรายที่ไม่สามารถทำได้และไม่ยอมรับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป อาจเกิดความกดดันทางจิตใจ เกิดภาวะเครียด มีภาวะซึมเศร้าหรือปัญหาทางจิต

3. การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จากสังคมเกษตรกรรมเปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรม ความเจริญก้าวหน้ามีมากขึ้น ลูกหลานเริ่มมีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุมีคุณค่าลดลง รู้สึกว่าตนเองไม่เป็นที่พึงปรารถนาของสังคม เพราะไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ อาชีพและประสบการณ์เหมือนในอดีต ผู้สูงอายุถูกมองว่าขาดคุณค่า ขาดความสามารถ ทำให้ผู้สูงอายุมีวงสังคมที่แคบลง จึงแยกตัวออกจากสังคมกลายเป็น

เป็นสมาชิกกลุ่มน้อยและมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง คือ มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ใจน้อย มีความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย มีความกังวลสูง พึงพาผู้อื่นมากขึ้น ในรายที่มีแรงกดดันมากๆ ผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้ จะก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจ เกิดความวิตกกังวลและซึมเศร้า ทำให้อ่อนไม่หลับ อาจทำลายตัวเองและผู้อื่นได้

4. การเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ปัจจุบันวัฒนธรรมไทยเปลี่ยนแปลงเป็นวัฒนธรรมทางตะวันตกมากขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุยังมีความคิดเห็นที่ยึดมั่นกับคตินิยมของตนเอง ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมดั้งเดิม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการต่อต้านความคิดใหม่ๆ ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยมากขึ้น ผู้สูงอายุกลายเป็นคนล้าสมัย จู้จี้ขี้บ่น ทำให้ลูกหลานไม่อยากเลี้ยงดูกลายเป็นส่วนเกินของครอบครัว ผู้สูงอายุจึงแยกตัวเองและเกิดความรู้สึกท้อแท้มากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุและผลกระทบ

เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ความสามารถทางด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุจะลดลงโดยเฉพาะทางด้านร่างกาย ส่วนด้านจิตใจ สังคม ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณด้วยทั้งสิ้น ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตดำเนินไปด้วยดี บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง บุคคลก็จะรับรู้ว่าการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นผลมาจากกระทำของตนเอง ความเชื่ออำนาจภายในตนจะสูงขึ้น แต่ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัว เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ช่วยตนเองได้น้อย จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อำนาจในการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ และสิ่งแวดล้อมของตนเองน้อยลง มีผลทำให้ความเชื่ออำนาจภายในตนลดลงและเริ่มเชื่ออำนาจภายนอกตนมากขึ้น (วิไลวรรณ, 2545)

ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเองลดลง ซึ่งบุคคลทุกคนก็มีความต้องการด้านจิตวิญญาณ ไม่ว่าจะนับถือศาสนาใดหรือแม้แต่คนที่ไม่มีศาสนา ดังนั้นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงความต้องการดังกล่าวจะแตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามเจ็บป่วยหรือมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เมื่อมีความเครียด บุคคลมักมีความต้องการทางด้านจิตวิญญาณเป็นพิเศษ เพื่อเป็นความหวังและกำลังใจหรือการต่อรองอื่นๆ อาจเป็นอภินิหารจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์หรือพระเจ้า ที่นอกเหนือจากอำนาจการดลบันดาลของมนุษย์ธรรมดาจะกระทำได้ (ทัศนีย์, 2543) เพื่อความสำเร็จในเป้าหมายของชีวิตและโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ มักคิดว่าตนไม่มีความสามารถเนื่องจากการเสื่อมถอยของร่างกาย รู้สึก

ข้อเท็จจริงที่ไม่มีจุดหมาย ไม่มีคุณค่า ซึ่งจากการประเมินสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินตนเองค่อนข้างต่ำในสังคม มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า (สุรินทร์, 2543) การรับรู้แบบนี้เกิดจากหลายปัจจัย เช่น พื้นฐานทางวัฒนธรรม รายได้น้อย ช่องว่างทางสังคม ความเบื่อหน่ายต่อชีวิต และความว้าเหว่ เป็นต้น และจากการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ป่วยวิกฤต พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความต้องการด้านจิตวิญญาณโดยรวม ความต้องการด้านการมีความหมายและการมีเป้าหมายในชีวิต และด้านการมีความหวัง อยู่ในระดับสูง (วงรัตน์, 2544) จะเห็นว่าผู้สูงอายุ หรือบุคคลที่มีความเครียดต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีความต้องการด้านจิตวิญญาณเพื่อเป็นที่พึ่ง รู้สึกถึงการมีความหวัง มีเป้าหมายในชีวิต

สามารถสรุปได้ว่าบุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้น ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น และในผู้สูงอายุจะพบการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะด้านร่างกายจะมีการเสื่อมลงตามอายุ ส่วนด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ บางครั้งจะเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ชัดเจน อาจเนื่องจากความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ย่อมเกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุดังที่กล่าวมา ในผู้สูงอายุไทยก็พบปัญหาสุขภาพที่เกิดจากผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความสูงอายุที่เพิ่มขึ้น ดังจะกล่าวถึงในหัวข้อต่อไป

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย

จากการเปลี่ยนแปลงของบุคคลเมื่ออายุมากขึ้น จะพบว่าผู้สูงอายุมักมีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากประสิทธิภาพที่ลดลงในการทำงานของอวัยวะในร่างกาย เนื่องจากความเสื่อมตามอายุที่มากขึ้น จากการสำรวจสุขภาพประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เมื่อปี พ.ศ. 2539-2540 ของสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2541 (จันทร์เพ็ญ, 2543) พบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่ร้ายแรง เช่น ไข้หวัด พบถึงร้อยละ 37 รองลงมาคือ ปวดศีรษะ ร้อยละ 15 และปวดเข่า ประมาณร้อยละ 10 เป็นต้น สำหรับโรคและกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปวดตามข้อ ปวดหลัง ปวดเอว โรคความดันโลหิตสูง ปัญหาการมองเห็น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (จันทร์เพ็ญ, 2543; บรรลุ, 2541ก; สุทธิชัย, 2544; สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2542) สรุปปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทยที่พบบ่อย มีดังนี้

1. โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดถึงร้อยละ 21-26 (จันทร์เพ็ญ,

2543) เกิดจากการเสื่อมตามอายุชั้วส่วนใหญ่เกิดกับข้อใหญ่ๆ เช่น ข้อสะโพก ข้อเข่า และข้อกระดูกสันหลัง ข้อเล็กๆ เช่น ข้อตามนิ้วมือนิ้วเท้า เป็นต้น ในผู้สูงอายุไทย พบข้อเข่าเสื่อมมาก เชื่อว่าเกิดจาก การถูกใช้งาน รับน้ำหนักมากเกินไป และการที่ข้อเข่าถูกกดทับมาก เช่น จากการนั่งคุกเข่า ขัดสมาธิ การนั่งยองๆ เอ็นและกล้ามเนื้อจะถูกยืดมาก ทำให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงเขาไม่ดี ในระยะแรกๆ จะมีอาการเข่าอ่อนหรือเข่าฝืด เมื่อเป็นมากขึ้นทำให้มีอาการเจ็บปวดที่ข้อเข่า เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด ถ้าเข่าเสื่อมมากจะมีอาการบวม

2. ปวดหลัง ปวดเอว จากการสำรวจโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ของสถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2541 พบอาการปวดหลังมากเป็นอันดับสองรองจากโรคข้อเข่าเสื่อม คือ ร้อยละ 16.5-17.9 (จันทร์เพ็ญ, 2543)

3. โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาที่พบได้มากที่สุดและผู้สูงอายุ (จันทร์เพ็ญ, 2545) ซึ่งมิสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเมื่ออายุมากขึ้น หลอดเลือดมีการตีบแข็ง ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง เป็นผลให้ความต้านทานในหลอดเลือดสูงขึ้น สำหรับผู้สูงอายุ ถ้ามีความดันโลหิตมากกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่ามีความดันโลหิตสูง (Johnson, 2003; Munden, 2003) จากการสำรวจสุขภาพประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป พบโรคความดันโลหิตสูงในอัตรา ร้อยละ 15 ในกลุ่มอายุ 60-89 ปี และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 83.3 เมื่ออายุ 90 ปีขึ้นไป (จันทร์เพ็ญ, 2543)

4. ความผิดปกติของตา ในผู้สูงอายุเกือบทุกคนมักเป็นโรคต้อกระจก เกิดจากความเสื่อมของแก้วตา แก้วตาขุ่นมัว ทำให้มองเห็นไม่ชัด (บรรล, 2541ก) จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุ พบมีความผิดปกติของตา ร้อยละ 10.2 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี และเพิ่มเป็นร้อยละ 14.6 เมื่ออายุมากกว่า 70 ปี ขึ้นไป (จันทร์เพ็ญ, 2543)

5. โรคหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เกิดจากการมีไขมันเกาะบริเวณผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแดงที่นำเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบตัน หรือตีบแคบเลือดไหลผ่านไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ไม่เพียงพอ มีผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดและกล้ามเนื้อหัวใจตาย ได้แก่

- 1) การมีระดับไขมันในเลือดสูง นับเป็นปัจจัยที่สำคัญอันดับหนึ่ง พบว่าผู้ที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูงกว่า 300 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ขึ้นไป มีโอกาสเป็นโรคหัวใจได้
- 2) ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยสำคัญอันดับสอง ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขยายโตขึ้น ความต้องการเลือดมาเลี้ยงหัวใจก็มากขึ้น
- 3) การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่จัด (สูบบมากกว่า 1 ของวัน) มีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือดมากกว่าผู้ที่ไม่สูบลถึง 2 เท่า (บรรล, 2541ก; สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2542)
- 4) ความสูงอายุ จากความเสื่อม

ของหลอดเลือดและไขมันที่เกาะสะสมที่ผนังหลอดเลือด 5) ความอ้วน บุคคลที่อ้วนมีโอกาสเป็นโรคหัวใจมากกว่าบุคคลที่ผอม 6) โรคเบาหวาน นับเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจ เนื่องจากเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งได้บ่อยกว่าบุคคลปกติ 7) ความเครียด เป็นต้น จากการศึกษาความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุไทย พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีอุบัติการณ์สูงสุด คือ การขาดการออกกำลังกาย พบร้อยละ 64.2 ของกลุ่มตัวอย่างเขตชนบท และร้อยละ 71.8 ของกลุ่มตัวอย่างเขตเมือง พบมากเป็นอันดับสอง คือภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง พบร้อยละ 53.3 ของกลุ่มตัวอย่างเขตชนบท และร้อยละ 69.5 ของกลุ่มตัวอย่างเขตเมือง พบเป็นอันดับสาม คือ ความดันโลหิตสูง โดยพบร้อยละ 26.3 ของกลุ่มตัวอย่างเขตชนบท และร้อยละ 22.3 ของกลุ่มตัวอย่างเขตเมือง พบเป็นอันดับสี่ คือ การสูบบุหรี่ พบร้อยละ 24.6 ของกลุ่มตัวอย่างเขตชนบท และร้อยละ 32.2 ของกลุ่มตัวอย่างเขตเมือง อันดับห้า คือภาวะอ้วน พบร้อยละ 7.1 ของกลุ่มตัวอย่างเขตชนบท และร้อยละ 29.5 ของกลุ่มตัวอย่างเขตเมือง และความชุกของเบาหวาน พบร้อยละ 1.3 ของกลุ่มตัวอย่างเขตชนบท และร้อยละ 4 ของกลุ่มตัวอย่างเขตเมือง (ลินจง และคณะ, 2543)

6. โรคเบาหวาน เป็นกลุ่มอาการที่เกิดความผิดปกติของการทำงานของอินซูลิน ทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีสาเหตุจากความผิดปกติของตับอ่อน ผลิตอินซูลินน้อยลง ไม่เพียงพอต่อการเผาผลาญน้ำตาลในเลือด จึงทำให้มีการคั่งของน้ำตาลในเลือด ในบุคคลปกติจะมีระดับน้ำตาลในเลือด ประมาณ 90-110 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ในผู้สูงอายุจะมีน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจนถึงประมาณ 120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดเกิน 120 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถือว่าเป็นเบาหวาน โดยการตรวจวัดเมื่ออดอาหารมานาน 10-12 ชั่วโมง (บรรลู่, 2541ก) พบโรคเบาหวาน ร้อยละ 7-10 ในผู้ที่มีอายุ 60-79 ปี (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2542)

7. โรคไขมันในเลือดสูง สหประชาชาติอเมริกา กำหนดระดับโคเลสเตอรอลสูงมากกว่า 240 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (Munden, 2003) ไขมันในเลือดสูงในผู้สูงอายุนับเป็นปัญหาสำคัญต่อสุขภาพอย่างมาก เนื่องจากทำให้โอกาสของการเป็นโรคอื่นตามมาจะสูง โดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือด การมีไขมันในเลือดสูงจะทำให้เลือดมีความเข้มข้นหนืดมากขึ้น ทำให้การไหลเวียนเลือดช้าลง ไขมันตกตะกอนตามหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดแข็ง หนาขึ้นและอาจตีบตัน จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพถึงชีวิตได้ (บรรลู่, 2541ก)

8. อาการผิดปกติของระบบขับถ่าย ท้องผูก เป็นอาการที่เกิดจากการถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือถ่ายอุจจาระลำบาก อุจจาระแห้งแข็ง ต้องเบ่ง หรือถ่ายอุจจาระไม่หมด (นิตยา, 2545; บรรลู่, 2541ก) เนื่องจากการบีบตัวและการเคลื่อนไหวของลำไส้ช้าลง ความไวต่อ

การถูกกระตุ้นลดลง (Eliopoulos, 2001) การกลั่นบีบสภาวะไม่ได้ เป็นภาวะที่สูญเสียความสามารถในการควบคุมการถ่ายบีบสภาวะ ทำให้มีบีบสภาวะเล็ดหรืออาจมีบีบสภาวะไหลตลอดเวลา เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ จากการสำรวจระดับความรุนแรงของการเกิดภาวะกลั่นบีบสภาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุสตรีไทยในชุมชน พบระดับความรุนแรงในระดับมาก ร้อยละ 57.6 (เพ็ญศิริ วิจิตร จริยาวัตร และ สุทธิชัย, 2544)

9. อุบัติเหตุและการบาดเจ็บ การหกล้มในผู้สูงอายุเกิดจากความสามารถในการทรงตัวลดลง จากการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ที่ใช้ในการทรงตัว คือ 1) การเสื่อมประสิทธิภาพของระบบประสาทส่วนกลางที่ใช้ในการประมวลข้อมูลจากระบบกายสัมผัสต่างๆ ไป ระบบการมองเห็นและระบบเวสติบูลาร์ 2) การเปลี่ยนแปลงของระบบรับรู้ความรู้สึก เช่น ความไวในการรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนังสัมผัสลดลง ความผิดปกติของสายตา ความสามารถในการปรับตาในความมืดและการบอกระดับความลึกตื้นลดลง 3) การเปลี่ยนแปลงของระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและช่วงการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ของขาลดลง เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จากการสำรวจภาวะบกพร่องที่พบความชุกสูงในผู้สูงอายุ พบอุบัติเหตุประมาณร้อยละ 8 ในจำนวนนี้เป็นอุบัติเหตุที่เกิดภายในบ้านขณะทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 32.7 (จันทร์เพ็ญ, 2543; น้อมจิตต์, 2543) พบมากบริเวณบันไดและห้องน้ำ (บรรลุ, 2541ก) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่าร้อยละ 33.5 มีประวัติหกล้มในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา สาเหตุของการหกล้มส่วนใหญ่เกิดจากการลื่นและการสะดุด (ศิริพร ลินจง และ ศิริพร, 2543) และพบว่าอุบัติเหตุเป็นสาเหตุอันดับแรกที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (จันทร์เพ็ญ, 2543)

10. ปัญหาสุขภาพจิต จากการที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับความเอาใจใส่และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอ ทำให้รู้สึกเหงา อ้างว้าง และมีความวิตกกังวล มีอารมณ์ซึมเศร้า จากการสำรวจภาวะสุขภาพพบผู้สูงอายุไทยมีอาการโรคจิต ประสาท ซึมเศร้า ประมาณร้อยละ 1 (จันทร์เพ็ญ, 2543)

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ความหมาย

1. การรับรู้ หมายถึง การตระหนักของบุคคล การรับรู้ขึ้นกับความรู้สึกละและความมีสติ

ปัญญา การตระหนักรู้มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต แนวคิด คุณค่าของตัวเอง การศึกษา และภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ เป็นกระบวนการจัดระบบและแปลความหมายของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากประสาทสัมผัสและความจำ ทำให้เกิดความเข้าใจในเหตุการณ์และสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งความเข้าใจตามการรับรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล (King, 1981) เป็นความรู้สึก ทศนคติ ความเชื่อ ที่บุคคลประเมินและแสดงออกมาด้วยตัวเอง (Baker & Jones, 1984)

จากการให้ความหมายที่กล่าวมา สามารถสรุปได้ว่า การรับรู้ เป็นความรู้สึก ความเข้าใจที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล และแปลความหมายตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2. ภาวะสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ขึ้นอยู่กับการให้ความหมายของคำว่า "สุขภาพ" ของแต่ละบุคคล ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ในหลายลักษณะที่ใกล้เคียงกัน องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของสุขภาพที่เน้นถึงความเป็นองค์รวม (wholeness) และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นภาวะที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และความผาสุกทางสังคม ไม่เพียงแต่ความไม่มีโรคและไม่แข็งแรง เท่านั้น (Hood & Leddy, 2002 cited by Smeltzer & Bare, 2004; WHO, 1986 cited by Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) สอดคล้องกับการให้ความหมายว่าเป็นสุขภาพะที่สมบูรณ์ของด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ (ประเวศ, 2543) ในการประเมินภาวะสุขภาพพื้นฐานของมาตรฐานองค์การอนามัยโลกประกอบด้วย 5 มิติเป็นอย่างน้อย คือ 1) ภาวะสุขภาพทางร่างกาย (หน้าที่และโครงสร้างโดยรวม) 2) ภาวะสุขภาพทางจิต (อารมณ์และความฉลาดทางอารมณ์) 3) การทำหน้าที่ทางสังคม 4) บทบาทหน้าที่ และ 5) การรับรู้ทั่วไปถึงความผาสุก (Ware et al., 1998 cited by Pender et al., 2002)

สุขภาพ หมายถึง องค์ประกอบทุกส่วนของการมีชีวิตอยู่จะทำงานด้วยกันอย่างเป็นธรรมชาติ ไม่สามารถแยกออกเป็นส่วนๆ ได้ รวมถึงสุขภาพแบบองค์รวมของบุคคลด้วย ซึ่งมีความหมาย มากกว่าการรวมกันของแต่ละส่วน (Smuts, 1926 cited by Jones, Lepley, & Baker, 1984) เป็นการทำงานร่วมกันของส่วนประกอบทุกส่วนภายในตัวบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เปลี่ยนแปลงไปตามแต่ละสิ่งแวดล้อม (Jones et al., 1984) สอดคล้องกับการให้ความหมายว่าเป็นภาวะขององค์รวม ซึ่งแยกจากกันไม่ได้ของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เพื่อบรรลุถึงจุดสูงสุดในการมีคุณภาพชีวิตที่สามารถจะเป็นไปได้ ขึ้นกับวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล (Eliopoulos, 2001) และในมุมมองของการส่งเสริมสุขภาพ ให้ความหมายภาวะสุขภาพ ว่าเป็นความเกี่ยวข้องของบุคคล ครอบครัวและชุมชน เป็นภาวะที่บุคคลปรับตัวให้มีความสมดุลสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ (Pender & Pender, 1987; Pender et al., 2002) เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ สมดุลหรือปรับตัวได้ของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดย

บุคคลจะพยายามรักษาภาวะสุขภาพดีและปรับสู่ภาวะสุขภาพดี ให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้บุคคลสามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ และดำเนินชีวิตได้ตามวัตถุประสงค์ (ศิริพร, 2539ก, 2539ข)

กล่าวโดยสรุป ภาวะสุขภาพ เป็นภาวะที่บุคคลซึ่งประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทุกส่วนมีการปฏิสัมพันธ์ประสานกันตลอดเวลาเพื่อความสมดุลในแต่ละบุคคล ไม่สามารถแยกจากกันได้ และมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมนั้นๆ

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความคิด ความเข้าใจ ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง (ศิริพร, 2533) การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพว่าอยู่ในระดับดี จะมีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับไม่ดี (วันดี, 2538) การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นสิ่งที่มีบทบาทบ่งบอกถึงความดีและความจริงจิงในการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพดี จะมีแรงจูงใจที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น จากประสบการณ์ของบุคคลที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้วทำให้เกิดความรู้สึกดี มีความผาสุกและมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ทำให้เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดีและส่งเสริมให้บุคคลปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตได้ง่ายกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพไม่ดี ในการประเมินสุขภาพตนเอง (self-rated health) บุคคลที่รับรู้ว่ามีสุขภาพดีจะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าบุคคลที่รับรู้ว่ามีสุขภาพไม่ดี (Pender & Pender, 1987) ซึ่งมีความสอดคล้องกับโอเรม (Orem, 1985 cited by Orem, Tayl, & Renpenning, 1995) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ใช้เป็นข้อบ่งชี้ทำนายความพึงพอใจในชีวิต การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพว่าอยู่ในระดับดี จะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพว่าอยู่ในระดับไม่ดี

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินสุขภาพด้วยตนเอง (subjective measurement) โดยใช้ความรู้สึก ความคิดเห็นหรือการแสดงออกของความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนในแต่ละเวลา ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพในแต่ละบุคคลขึ้นกับ ประสบการณ์ความคาดหวังต่อสุขภาพ อายุ สังคมวัฒนธรรม สภาพทางเศรษฐกิจ อาชีพ บุคลิกภาพ สถิติปัญญา การเรียนรู้และสภาพอารมณ์ของบุคคล (King, 1981; Kozier, Erb, Bermam, & Burke, 2000) การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการตัดสินใจและประเมินภาวะสุขภาพด้วยตัวเอง การรับรู้สุขภาพเป็นการสะท้อนถึงภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ ที่เป็นจริงในขณะนั้น เป็นการให้คุณค่าของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองมีความสำคัญ เพราะการที่บุคคลคิดอย่างไรเกี่ยวกับสุขภาพ ย่อมทำให้ตัดสินใจได้ว่าต้องทำอะไรกับตนเอง (Stewart, 1992) เป็นการให้คุณค่าเกี่ยวกับสุขภาพด้วยตนเอง ทำให้บุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง สุขภาพในความหมาย

ของผู้สูงอายุ คือ การทำหน้าที่ทั่วไปได้ และถ้ารับรู้ว่าจะไม่สามารถทำหน้าที่ได้จากการมีข้อจำกัดในการตอบสนองทั่วไปต่อสุขภาพ บุคคลถือว่าเป็นภาวะของการมีสุขภาพไม่ดี เป็นแรงจูงใจให้ตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตัวเอง จึงเป็นเหตุผลในการเข้าไปสู่ระบบการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุ การมีสุขภาพดี นับเป็นของขวัญสำหรับชีวิต ซึ่งนับเป็นส่วนหนึ่งของการมีชีวิต ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี เป็นผู้ที่ทำกิจกรรมได้อย่างสนุก จะไม่รู้สึกป่วย ชีวิตมีความสุข (Kehrli & Spencer, 1984) ภาวะสุขภาพดีของผู้สูงอายุ คือ มีความรู้สึกที่ดีและสามารถมีความสุขในชีวิต โดยการคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ดี ออกกำลังกาย และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย (ประคอง, 2543)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินตนเอง เป็นความรู้สึก ความเข้าใจ ที่บุคคลมีต่อสุขภาพของตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และภาวะสุขภาพโดยรวมทั้งในอดีตและปัจจุบัน ว่าอยู่ในระดับใด ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพของตนเอง ในการประเมินภาวะสุขภาพ สามารถทำได้หลายวิธี เช่น จากการตรวจร่างกาย การสังเกตจากอาการแสดง ประเมินจากการทำหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองก็เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลที่สำคัญอีกวิธีหนึ่ง ซึ่งมีประโยชน์ในการทำนายถึง แนวทางในการเลือกใช้บริการเกี่ยวกับสุขภาพได้ดีที่สุด และเป็นวิธีที่ง่ายและรวดเร็ว เป็นการให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการรับรู้ความจริงในตัวเองคนนั้นๆ ซึ่งอาจเป็นดัชนีชี้วัดภาวะสุขภาพได้ดีกว่าอาการแสดงทางกายภาพของบุคคล (Hills, 2002)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะกล่าวถึงในแต่ละด้าน ดังนี้

ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ ไม่มีอุปพันตราย รวมถึงด้านกายภาพ มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ (ประเวศ, 2543) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุเป็นไปตามธรรมชาติ ผู้สูงอายุจะให้ความสำคัญของความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายมากกว่าปัญหาสุขภาพ สุขภาพด้านร่างกายที่สมบูรณ์ เป็นการประเมินด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายโดยทั่วไป เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Fuller & Ayers, 2000; Hills, 2002)

ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ นอกจากจะหมายถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแล้ว ยังต้องเน้นการให้ความสำคัญที่สัมพันธ์กับการไม่เป็นโรค หรือความไม่สุขสบาย และระดับของความสามารถหรือไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติของร่างกาย จะพบว่าผู้สูงอายุ ต้องการทำหน้าที่ได้อย่างอิสระโดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ในการวัดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ จึงมุ่งเน้นที่การทำงานและการออกกำลังในการทำกิจกรรมหรือกิจวัตรในชีวิตประจำวัน ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม (Hills, 2002) คือ กิจกรรมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (ADL : Activity of Daily Living) ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การอาบน้ำ การเข้าห้องน้ำ การเคลื่อนย้ายตัวเอง และ IADL (Instrumental Activity of Daily Living) ประกอบด้วย การปรุงอาหาร การทำความสะอาด การใช้โทรศัพท์ การจัดการเกี่ยวกับการเงิน พบว่าในการวัด ADL และ IADL มีด้วยกันหลายรูปแบบ เช่น การให้ผู้สูงอายุประเมินตนเอง การประเมินบนพื้นฐานของการสังเกตจากผู้ประเมิน ผู้ดูแลหรือให้ผู้อื่นประเมิน และการตรวจโดยตรงจากนักกายภาพบำบัด เป็นต้น

สุขภาพร่างกายดี (physical fitness) หมายถึง ความสามารถในการทำงานในชีวิตประจำวัน ด้วยความแข็งแรง กระฉับกระเฉง การมีสุขภาพร่างกายดี ต้องมีส่วนประกอบพื้นฐานที่สำคัญ 5 ประการ (Fitness fundamentals, 2003) ดังนี้

1. ความทนทานของระบบหัวใจและหายใจ (cardiorespiratory endurance) เป็นความสามารถในการนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ และการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายได้ตลอดเวลา การวัดส่วนประกอบนี้ เช่น การวิ่งระยะยาว ว่ายน้ำ เป็นต้น
2. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (muscular strength) เป็นความสามารถของกล้ามเนื้อในการออกกำลัง ในระยะเวลาสั้นๆ
3. ความทนทานของกล้ามเนื้อ (muscular endurance) เป็นความสามารถในการออกกำลังได้เป็นเวลานาน
4. ความยืดหยุ่น (flexibility) เป็นความสามารถของกล้ามเนื้อที่ในการเหยียดและการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ได้อย่างเต็มที่
5. ส่วนประกอบของร่างกาย (body composition) หมายถึง ส่วนประกอบของมวลกล้ามเนื้อ มวลกระดูก มวลของอวัยวะต่างๆ ที่สำคัญรวมถึงสัดส่วนของมวลไขมัน ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ในการบอกถึงควมมีสุขภาพดี

การประเมินภาวะสุขภาพด้านร่างกาย นอกจากประเมินสมรรถภาพทางกาย การทำหน้าที่ของร่างกายในผู้สูงอายุ โดยประเมินความสามารถในการทำงานประจำวันได้ด้วยตนเองอย่าง

อิสระโดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นแล้ว ยังรวมถึงความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายในระบบต่างๆ ที่สำคัญ เช่น ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบการหายใจ ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบทางเดินอาหาร ระบบการขับถ่าย ระบบประสาทเกี่ยวกับความปวด เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทเก๊ก ลมปราณ 18 ท่า ผู้วิจัยต้องการวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย โดยการประเมินตนเองเกี่ยวกับ 1) กำลัง/แรงในการยกสิ่งของ 2) ความกระฉับกระเฉงในการเคลื่อนไหวร่างกาย 3) ความสามารถในการก้มตัว ยืดตัว ย่อตัวเต็มที่ 4) ความสามารถในการยืด งอข้อต่างๆ 5) อาการปวดเมื่อยลำตัว 6) อาการปวดบริเวณข้อต่างๆ 7) อาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม 8) ความอ่อนของปลายมือปลายเท้า 9) การหายใจได้ลึก เต็มอิม 10) อาการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ 11) การใช้ระยะเวลาในการหายป่วย 12) ความแข็งแรงของร่างกาย 13) ความรู้สึกเจริญอาหาร 14) อาการท้องอืด ท้องเฟ้อ 15) อาการท้องผูกและต้องออกแรงเบ่งในการถ่ายอุจจาระ 16) อาการถ่ายปัสสาวะแสบขัด 17) การใช้เวลาในการเข้านอนจนถึงนอนหลับ 18) การนอนหลับได้นาน 19) การนอนหลับสนิท 20) อาการสดชื่นหลังตื่นนอน 21) ความสามารถอาบน้ำเอง 22) ความสามารถประกอบอาหารเอง 23) ความสามารถรับประทานอาหารเอง 24) ความสามารถทำความสะอาดหลังการขับถ่ายเอง และ 25) ความสามารถแต่งตัวเอง ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ

สุขภาพจิต คือ ภาวะที่บุคคลมีความพึงพอใจกับสภาพที่ตนเองได้ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการกระทำต่างๆ ซึ่งทำให้บุคคลที่อยู่รอบตัวมีความสุข อบอุ่น ยอมรับผู้อื่น และเป็นตัวของตัวเอง พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างสรรค์ โดยใช้สติ ปัญญาอย่างสุขุมเพื่อแก้ไขปัญหามากกว่าการใช้อารมณ์ คิดถึงประโยชน์ในระยะยาวมากกว่าเฉพาะหน้า (เกษม และ กุลยา, 2528; สมประสงค์ และ จิวรรณ, 2541; Santrock, 1999; Valfre, 2001) และเป็นสภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจภายใต้สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (อภิชัย และคณะ, 2546) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ สอดคล้องกับทฤษฎีอิริคสัน ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุต้องพัฒนาจิตใจ เป็นความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไปตามเวลาดั้งแต่อดีต ปัจจุบัน และรวมถึงอนาคต ถ้าสัมพันธ์ภาพกับบุตรหลานเป็นไปในทางบวก ได้รับความรัก ความเคารพ ทำให้มีความรู้สึกถึง

ความมั่นคงสมบูรณ์ (integrity) ความรู้สึกมีคุณค่า มีความเป็นหนึ่งเดียวกลมกลืนในวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถมีความรู้สึกถึงความมั่นคงสมบูรณ์ของชีวิต จะทำให้รู้สึกหมดหวัง (despair) ไม่มีความสุข รู้สึกชีวิตไม่มีคุณค่า จะคิดว่าเกิดอะไรขึ้น อาจโทษผู้อื่นและชะตาชีวิตว่าตนเองโชคไม่ดี เกิดความรู้สึกสูญเสีย ทำให้นำไปสู่ความรู้สึกซึมเศร้า ชีวิตโดดเดี่ยว (Valfre, 2001)

การเปลี่ยนแปลงสุขภาพด้านจิตใจของผู้สูงอายุนับว่าเป็นปัญหาสำคัญในการปรับตัวและเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยอย่างเหมาะสม ซึ่งบางครั้งการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุอาจมองเห็นได้ไม่ชัดเจน เนื่องจากเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต แต่อย่างไรก็ตามบุคคลที่เกี่ยวข้องและโดยเฉพาะทีมสุขภาพจำเป็นต้องให้ความสนใจในการประเมินสุขภาพด้านจิตใจผู้สูงอายุอย่างยิ่ง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ดี จากการสำรวจพบว่าประมาณร้อยละ 1 ของผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตใจ ที่อยู่ในโรงพยาบาล ประมาณร้อยละ 15-25 ที่อยู่ในชุมชน ร้อยละ 61 มีความบกพร่องทางจิตใจหนึ่งอย่างหรือมากกว่า (Beck, 1988) และน้อยกว่าร้อยละ 10 ที่ได้รับการดูแลรักษาจากทีมสุขภาพ (Busse & Blazer, 1996 cited by Santrock, 1999)

ผู้ที่มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา และลดความเห็นแก่ตัวลง (ประเวศ, 2543) นอกจากสามารถปรับตัวได้เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ยังรวมถึงปัจจัยด้านบุคลิกภาพและอารมณ์ ความฉลาดทางอารมณ์ ซึ่งเป็นทักษะในการใช้ชีวิตอยู่กับสิ่งแวดล้อม บริบทที่ต่างกัน ซึ่งความฉลาดทางอารมณ์ ประกอบด้วย ความสามารถ 5 ด้าน ดังนี้ (Goleman, 1995 cited by Fontaine, 2003) คือ 1) การตระหนักรู้ถึงอารมณ์ที่ปรากฏอยู่ 2) การจัดการกับอารมณ์ภายใน 3) การควบคุมอารมณ์ตนเอง 4) การตระหนักรู้ถึงอารมณ์ผู้อื่น และ 5) การรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพ

สามารถสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่ภาวะสุขภาพด้านจิตใจที่ดี เป็นผู้ที่สามารถปรับตัว ยอมรับ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต มีความเข้าใจผู้อื่น สามารถจัดการกับความทุกข์ไม่สมดุลของจิตใจได้ ไม่เกิดความเคร่งเครียด ไม่หงุดหงิดง่าย มีจิตใจสงบ เป็นผู้ที่มีความมั่นคงในอารมณ์

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ โดยการประเมินตนเองเกี่ยวกับ 1) ความสงบของจิตใจ 2) ความมั่นคงของอารมณ์ 3) ความมีสมาธิ 4) การผ่อนคลาย ความเครียด และ 5) การยอมรับความจริงเกี่ยวกับตนเอง ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ภาวะสุขภาพด้านสังคม

ภาวะสุขภาพด้านสังคม เป็นความรู้สึกที่แสดงถึงความกลมกลืนประสานกันอย่างสมดุลของบุคคล ครอบครัว เพื่อนฝูง และชุมชน ซึ่งเป็นความรู้สึกที่สำคัญ โดยบุคคลรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตัวเอง มีความรู้สึกด้านบวก และรู้สึกถึงความสำเร็จ ความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนฝูง อาจรวมถึงความสมดุลระหว่างสัมพันธภาพ ความใกล้ชิดสนิทสนม และความต้องการหรือความตั้งใจในการช่วยเหลือผู้อื่นให้ปรับตัวและเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านสังคมและชุมชน รวมถึงการยอมรับผู้อื่นที่มีความแตกต่างกัน เป็นการปรับตัวที่มีความยืดหยุ่น สามารถปรับตัวได้เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่สมดุล (Fontaine, 2003) สอดคล้องกับการมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม เสมอภาค มีบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการทางสังคม (ประเวช, 2543) ผู้สูงอายุจะมีความกังวลมากขึ้น เมื่อต้องเกษียณจากงาน ความสนใจในการเข้าสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลง สอดคล้องกับทฤษฎีแยกตัวจากสังคม พบว่าผู้สูงอายุจะค่อยๆ แยกตัวออกจากสังคมไปเรื่อยๆ ในขณะที่เดียวกันสังคมก็จะแยกจากผู้สูงอายุเหมือนกัน ผู้สูงอายุจะค่อยๆ ลดความสนใจในสังคมและลดการปฏิสัมพันธ์ลง โดยเพิ่มการอยู่กับตนเองมากขึ้น ส่วนทฤษฎีกิจกรรม ถ้าผู้สูงอายุยังมีกิจกรรม ความพึงพอใจในชีวิตก็จะไม่ลดลง และทฤษฎีสร้างสังคมขึ้นมาใหม่แทนสังคมเดิม ทำให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้นในสังคมใหม่ สามารถเพิ่มความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกดีเกี่ยวกับผู้สูงอายุเอง (Santrock, 1999) นอกจากนี้โครงสร้างลักษณะของครอบครัว ความรู้สึกของสมาชิก การมีสิทธิจากสมาชิกในครอบครัว การอยู่ร่วมกับครอบครัว ความภาคภูมิใจในครอบครัว มีความสามารถในการทำกิจกรรมได้ตามปกติ สามารถเข้าสังคมกับครอบครัว เพื่อนฝูง เพื่อนบ้านได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต (Bloom, 1985 cited by Sherbourne & Kamberg, 1992) จะเห็นว่าความสามารถ หรือข้อจำกัดในการปฏิบัติทางสังคมและการทำหน้าที่ตามบทบาทเป็นข้อบ่งชี้หนึ่งในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ (Sherbourne & Kamberg, 1992)

ภาวะสุขภาพด้านสังคมของผู้สูงอายุ จะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้านร่างกาย และจิตใจ ขึ้นอยู่กับ ความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล แต่อย่างไรก็ตามความต้องการทางด้านสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความต้องการความมั่นคงปลอดภัยในสังคม ต้องการการเอาใจใส่ดูแล ต้องการการยอมรับนับถือจากบุตรหลานและสังคม รวมทั้งต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีส่วนร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและสังคม (วิไลวรรณ, 2545)

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านสังคม โดยการประเมินเกี่ยวกับ

- 1) โอกาสได้พบปะเพื่อนฝูง 2) ได้รับการยอมรับจากสังคม 3) การเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น 4) การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่น 5) ได้รับการสนับสนุนจากผู้อื่น 6) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัว และ 7) การสนับสนุนจากครอบครัว ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณ

สุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี สัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าอันสูงส่งหรือสิ่งสูงสุด เป็นความสุขที่ไม่มีความเห็นแก่ตัว รู้สึกอิสระ มีความปิติ มีความสุขอันประณีต (ประเวศ, 2543) เป็นความสมบูรณ์ของบุคคลที่สัมพันธ์กับคุณค่า ความเชื่อ การมีเป้าหมายและการให้ความหมายของชีวิต เป็นสิ่งที่มีอยู่ในตัวบุคคลโดยธรรมชาติ รวมทั้งครอบครัว เพื่อนฝูงและชุมชน บนพื้นฐานของการยอมรับ การเคารพนับถือ และความสมเหตุสมผล สุขภาพด้านจิตวิญญาณ มีความหมายรวมถึง การที่บุคคลมีอารมณ์ดี มีเหตุผล มีคุณค่า การให้อภัย มีกำลังใจ และมีความคิดสร้างสรรค์ (Fontaine, 2003) เป็นความเชื่อทางศาสนา ปรัชญา ความเป็นมนุษย์ ที่บุคคลยึดถือปฏิบัติเป็นเป้าหมายและทิศทางในการดำเนินชีวิต (วิไลวรรณ, 2545) เป็นความเบิกบาน เปล่งปลั่ง หรือลมหายใจ ซึ่งหมายถึงการมีชีวิตหรือเป็นความเชื่อ ความสัมพันธ์เกี่ยวกับพลังที่เหนือกว่า แรงจูงใจ การคาดการณ์ เป็นแหล่งพลังงานที่ไม่สิ้นสุด เป็นความเชื่อในพระเจ้า (Burkhardt, 1993 cited by Kozier et al., 2000) เป็นแรงขับหรือความปรารถนาภายในที่ทำให้บุคคลมีความหมาย มีความมั่นคงภายในและความพยายามเพื่อความสำเร็จในชีวิต (Fontaine, 2003)

สรุปได้ว่า จิตวิญญาณ เป็นส่วนหนึ่งของความคิด ความเชื่อ ความต้องการ ความรู้สึกมี สุข มีความหวัง ของบุคคลในการที่จะทำให้ตนเองมีคุณค่า มีเป้าหมายในชีวิต และอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปตามประสบการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมนั้นๆ ได้ จิตวิญญาณในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การเลี้ยงดูในครอบครัว ค่านิยม ปรัชญาในการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม ความเชื่อ และการนับถือศาสนา เป็นต้น

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณ โดยการประเมินตนเองเกี่ยวกับ 1) ความสุขในชีวิต 2) ความพึงพอใจในชีวิต 3) ความเบิกบานใจ 4) ความมีอิสระในการดำเนินชีวิต 5) การได้รับความเคารพนับถือจากบุคคลอื่น และ 6) การทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่น ตามแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผู้สูงอายุจะมีภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยภาวะสุขภาพทั้ง 4 ด้านจะมีการเปลี่ยนแปลงและมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลา เกิดจากการปรับตัวของบุคคลเพื่อความสมดุลของชีวิต ซึ่งนอกจากจะขึ้นอยู่กับมีความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันแล้ว โดยเฉพาะผู้สูงอายุพบว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ ดังนี้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพในแต่ละบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ดังนี้

1. ปัจจัยภายใน เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบทางกาย องค์ประกอบทางจิต และองค์ประกอบทางพฤติกรรมหรือแบบแผนการดำเนินชีวิต เป็นลักษณะภายในของบุคคล ทำให้บุคคลมีความรู้สึกนึกคิด และการรับรู้ภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน (Fontaine, 2003) ซึ่งปัจจัยภายในประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน ดังนี้

1.1 องค์ประกอบทางกาย เป็นองค์ประกอบที่มีมาแต่กำเนิด และจะเป็นอยู่เช่นนี้ตลอดไปโดยไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ (Fontaine, 2003) ได้แก่

1.1.1 เชื้อชาติ เป็นปัจจัยที่ควรตระหนัก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นชนกลุ่มน้อย พบว่ามักมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ เช่น การศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุชนกลุ่มน้อยแอฟริกัน กับชนกลุ่มน้อยผิวขาว พบว่า ชนกลุ่มน้อยแอฟริกัน มีภาวะสุขภาพที่ต่ำลงเร็วกว่าชนกลุ่มน้อยผิวขาว (Edmonds, 1993 cited by Santrock, 1999)

1.1.2 เพศ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาการปรับตัว และเจตคติซึ่งมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล จากการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุเพศชาย ได้รับการศึกษามากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง (ศิริมา, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ที่พบว่าเพศชายมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเพศหญิงมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ (วรรณิ มาลินี อรพิณ และ ดารุณี, 2543) และการที่ผู้สูงอายุเพศชายประเมินภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง อาจเนื่องจากการใช้เวลาเมื่ออย่างเข้าสู่วัยสูงอายุที่

ต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุเพศชายจะทำงานลดลงและใช้เวลาในการทำงานอดิเรกมากขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุหญิงจะต้องรับผิดชอบทำงานมากขึ้นและมีเวลาว่างสำหรับงานอดิเรกน้อยลง (Santrock, 1999) ในทางตรงกันข้าม การที่พบว่าผู้ชายส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำลายสุขภาพมากกว่าผู้หญิงและทำงานที่เสี่ยงกว่า จึงอาจเป็นผลให้เพศชายประเมินภาวะสุขภาพต่ำกว่าหญิงได้ (สมจิต, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้สูงอายุไทย พบว่า เพศชายมีภาวะขาดการออกกำลังกายมากกว่าหญิง (ลินจง และคณะ, 2543)

1.1.3 อายุ เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ภูมิคุ้มกันต่ำ ความสามารถในการเผชิญความเครียดต่างๆ ทั้งทางกายภาพและทางจิตสังคมมีจำกัดจึงทำให้เจ็บป่วยได้ง่ายและมักไม่แข็งแรง มีความเสื่อมตามวัย การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายลดลง (สมจิต, 2543) โดยผู้สูงอายุอาจมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่างๆ เช่น รู้สึกท้อแท้ รู้สึกว่าสังคมให้ความสำคัญต่อตนเองน้อยลง ทำให้ซึมเศร้า หงุดหงิด มีอารมณ์ไม่มั่นคง ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย คืออายุ 60-79 ปี จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป (พวงเพ็ญ, 2538) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่า ในผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อย (ศิริมา, 2542) และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 67.52 ปี (60-84 ปี) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 46.0 ประเมินภาวะสุขภาพในระดับพอใช้ (วันดี, 2538) เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นจะมีข้อจำกัดของร่างกายร่วมกับมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น จึงส่งผลต่อภาวะสุขภาพได้

1.1.4 สภาวะความเจ็บป่วย ความสามารถด้านร่างกาย ความมีอิสระในการทำกิจกรรมด้านร่างกาย และการดำเนินชีวิตโดยไม่ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น จากการศึกษาภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า การมีโรคประจำตัวที่เรื้อรัง รักษาไม่หาย แม้ว่าจะยังสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ ผู้ให้ข้อมูลก็จะรับรู้ความสามารถและความมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง จึงประเมินตนเองว่ามีภาวะสุขภาพไม่ดี (เพลินพิศ, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว (วรรณี และคณะ, 2543)

1.2 องค์ประกอบทางจิตใจ เช่น ทศนคติ ความเชื่อ การให้ความหมายเกี่ยวกับชีวิต (Squire & Simnett, 2002) ได้แก่ การนับถือศาสนา ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะจิตวิญญาณ เช่น จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำนายภาวะจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ พบว่าศาสนาอิสลามมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะจิตวิญญาณโดยรวม ด้านการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต อาจจะเป็นผลจากความเชื่อ ความศรัทธาต่อพระเจ้า ตามหลักคำสอนของศาสนาที่เชื่อว่าพระเจ้าเป็นผู้สร้างโลกและสิ่งทั้งปวง ทำให้สามารถยอมรับการเจ็บป่วยได้ง่าย จึงทำให้ผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลามประเมินภาวะจิตวิญญาณสูง ส่วนศาสนาพุทธ มีหลักคำสอนเกี่ยวกับการคิดค้นด้วยเหตุผลและการปฏิบัติ ชาวพุทธส่วนใหญ่จะปฏิบัติศาสนกิจเพื่อให้บรรลุความหวังบางอย่างแทนที่จะเข้าใจในหลักธรรมที่แท้จริง ทำให้การพัฒนาจิตวิญญาณต่ำกว่าผู้สูงอายุที่นับถือศาสนาอิสลาม (สมพร สุนตรา และ พชรียา, 2542) จะเห็นว่าบุคคลที่นับถือศาสนาต่างกัน จะให้ความหมายหรือประเมินภาวะสุขภาพแตกต่างกันได้ และความรู้สึกความวิตกกังวล ความกลัว ความรู้สึกสมดูลในชีวิตของแต่ละบุคคล การมีอารมณ์เบิกบาน มองโลกในแง่ดี หรือการมีภาวะซึมเศร้า รู้สึกหมดหวัง เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพแตกต่างกัน

1.3 องค์ประกอบทางพฤติกรรมหรือแบบแผนสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่เปลี่ยนแปลงได้ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ เช่น พฤติกรรมเกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ พฤติกรรมทางเพศ เป็นต้น เป็นที่เชื่อกันว่า การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีหรือไม่เพียงใด ขึ้นกับพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ เป็นส่วนสำคัญ บุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมอนามัยที่ดี ก็จะปลอดภัยจากความเจ็บป่วย เช่น ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างเป็นแบบแผน สม่ำเสมอ จนเป็นวิถีชีวิต ย่อมส่งผลให้ภาวะสุขภาพทั่วไปดีขึ้น ส่วนคนที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เช่น เสพสารเสพติด รับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่า ก็เจ็บป่วยง่าย (ศิริพร, 2539; Kehrl & Spencer, 1984) กล่าวได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพหรือวิถีชีวิตประจำวัน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพมากที่สุด (American Holistic Health Association [AHHA], 2003)

2. ปัจจัยภายนอก เป็นปัจจัยด้านวัฒนธรรม สังแวดล้อม (Fontaine, 2003) เช่น สัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัว ความสนิทสนมระหว่างบุคคล การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ชุมชน การช่วยเหลือผู้อื่น การติดต่อสื่อสาร ความเพียงพอของแหล่งสนับสนุน การสนับสนุนในเรื่องต่างๆ จากบุคคลอื่น ได้แก่

2.1 การศึกษา ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ หรือระบบการศึกษาที่จัดให้แก่บุคคลในสังคม จะมีผลต่อภาวะสุขภาพ การศึกษาที่ให้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพ

จะช่วยให้บุคคลมีพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอย่างถูกต้อง แต่ด้วาระบบการศึกษาไม่ได้ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ ก็จะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพได้ และระดับการศึกษาของแต่ละบุคคลยังเป็นตัวกำหนดมาตรฐานการดำรงชีวิตด้วย ในบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง มักจะมีโอกาสศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาจะช่วยให้มีการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง (วาริ, 2541) เช่นเดียวกับการศึกษาเกี่ยวกับผลของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวอเมริกัน พบว่า การศึกษาสามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Suwonnarop & Zauszniewski, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า การไม่ได้รับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ (ประนอม ชวนพิศ และ ผ่องใส, 2543) จะเห็นว่าการศึกษาคือปัจจัยหนึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากระดับการศึกษาที่ต่ำ จะเป็นอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (นันทวัน, 2544; ประนอม และคณะ, 2543)

2.2 เศรษฐกิจและสังคม สถานะทางเศรษฐกิจทั้งในปัจจุบันหรือในอดีตมีผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุ จะเห็นว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (วันดี, 2538) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้ที่มีรายได้สูงมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ เนื่องจากรายได้เป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ ทำให้ผู้มีรายได้สูงสามารถใช้จ่ายเกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพได้ดีกว่าผู้มีรายได้น้อย จะเห็นว่ารายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจ มีอิทธิพลต่อวิถีการดำเนินชีวิต (Kehrli & Spencer, 1984) ส่งผลต่อการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าผู้มีรายได้ต่ำ จะมีภาวะขาดการออกกำลังกายสูง อาจเนื่องจากต้องใช้เวลาในการประกอบอาชีพ ทำงานบ้าน ทำให้ไม่มีเวลาว่างสำหรับการออกกำลังกาย (ลินจง และคณะ, 2543) ทำให้รู้สึกว่าร่างกายไม่แข็งแรง ความพึงพอใจต่อสุขภาพจึงต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเงินพอใช้ มีความพึงพอใจมากกว่าผู้ที่มีเงินไม่พอใช้ อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เชื่อมั่นว่า หากมีเงินแล้วจะสามารถบันดาลสิ่งต่างๆ ให้ได้ และจะทำให้มีความสุข (ยุพิน จันทร์เพ็ญ และ จิราพร, 2544) และจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยเครือข่าย

ในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่ารายได้ของครอบครัวต่อครัวเรือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมบัติ ยุพิน ดวงฤดี และ ทิพาพร, 2543) เนื่องจากปัจจัยด้านรายได้ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพมากขึ้น

2.3 แหล่งรายได้ นับเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ (มณฑนา, 2535)

2.4 สถานภาพสมรส พบว่าสถานภาพสมรส มีส่วนสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากการปรับตัวต่อการเสียชีวิตของคู่สมรสเป็นเรื่องที่ยากสำหรับผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวนมากไม่สามารถปรับตัวได้ บางรายถึงกับฆ่าตัวตาย มีผลต่ออัตราการตายของผู้สูงอายุที่เป็นหม้ายเพิ่มขึ้น พบว่าหลัง 3 เดือนแรกของการตายของคู่สมรส ทำให้อัตราการตายของผู้สูงอายุหญิงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 48 และร้อยละ 22 ในผู้สูงอายุชาย (Cegles, 2002) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าสถานภาพสมรสคู่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ แสดงว่าการมีคู่สมรสและอยู่ร่วมกันเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต (ประนอม และคณะ, 2543) และผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส (Lee, 1978 cited by Santrock, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ด้วย มีความผาสุกทางใจมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรสอยู่ด้วย (ยุพิน และคณะ, 2544)

2.4 บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย เป็นอิทธิพลทางสังคม วัฒนธรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ การที่บุตรหลานไม่ได้ทอดทิ้งผู้สูงอายุและให้การดูแลช่วยเหลือ ส่งผลให้เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี เช่น จากการศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ย้ายถิ่นและไม่ย้ายถิ่น พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ย้ายถิ่น มีความพึงพอใจในครอบครัวในระดับสูง การอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ได้รับการเอาใจใส่จากครอบครัว นับเป็นการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพด้านจิตใจดีขึ้น จึงมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพด้านการทำหน้าที่และความผาสุกทางจิตใจค่อนข้างสูง (ฤดีดาว, 2542) และในปี 1986 เบอริกแมน ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลภายนอกหรือสังคม โดยศึกษาในผู้สูงอายุ 7,200 ราย เป็นเวลา 10 ปี พบว่าผู้สูงอายุที่แยกตัวออกจากสังคม มีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมถึง 2.5 เท่า (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2542)

2.6 สภาพที่อยู่อาศัย การมีที่อยู่อาศัย เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุ เช่น จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ ผู้สูงอายุเหล่านั้นอาศัยอยู่ โดยการประเมินภาวะสุขภาพตนเอง พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในที่ ชำรุดทรุดโทรม ประเมินภาวะสุขภาพตนเองต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีกว่า (Krause, 1996 cited by Santrock, 1999)

แนวคิดเกี่ยวกับการออกกำลังกายไทเก๊ก

ไทเก๊กลมปราณหรือชี่กง (taichi or qigong) เป็นชื่อที่ใช้ในภาษาสากล บางคนใช้ว่า chigong คำว่า ชี่กง หรือ ไทจีชี่กง ในภาษาจีนกลาง "ชี่" หมายถึง พลัง "กง" หมายถึง การฝึกฝน ดังนั้นชี่กงจึงมีความหมาย คือ การฝึกฝนพลังลมปราณ เคลื่อนกายประสานกับการหายใจพร้อมกับทำสมาธิจิต ไทเก๊กลมปราณจึงเป็นสุดยอดมวยจีนที่ใช้การฝึกลมปราณเพื่อดึงพลังงานจากภายนอกเข้ามาเสริม วิชาไทเก๊กลมปราณมีหลายประเภททั้งแบบนุ่มและแบบเร็ว ท่าของไทเก๊กลมปราณ มีมากถึง 2 พันกว่าชนิด ลักษณะการเคลื่อนไหวเป็นไปตามแบบของอาจารย์ชาวจีนแต่ละท่าน แต่ละสำนักที่ไม่เหมือนกัน แต่ล้วนตั้งอยู่บนพื้นฐานปรัชญาของการประสานกลมกลืนของธรรมชาติและจักรวาล ยึดหลักสมดุลหยิน-หยาง เมื่อชีวิตมีการประสานกันอย่างสมบูรณ์ ทำให้การทำงานของอวัยวะทุกส่วนจะเป็นไปเองไม่ต้องใช้แรง ทำงานได้อย่างต่อเนื่อง สมบูรณ์ และสอดคล้องกับธรรมชาติ ไทเก๊กประกอบด้วยลำดับ ขั้นตอนของการเคลื่อนไหวที่ราบรื่นไหลไปอย่างต่อเนื่อง พร้อมกับการหายใจลึก และการมีสมาธิ (White & Duncan, 2002)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้หลักการออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ที่พัฒนาโดยอาจารย์หลินไฮ่วเสิน เนื่องจากเป็นการออกกำลังกายประเภทลมปราณที่ได้รับความนิยม ชื่นชอบ เป็นที่ยอมรับมากที่สุด และมีการปฏิบัติกันมานานในประเทศไทย มีความเหมาะสมกับทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ (เทียม, 2546; เทอดศักดิ์, 2545; วันดี, 2542; หลินไฮ่วเสิน, 2542)

หลักการปฏิบัติของการออกกำลังกายไทเก๊ก

การออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า สำหรับประเทศไทยนับว่าเป็นที่ยอมรับและได้รับความนิยมสำหรับการออกกำลังกายที่มีความเหมาะสมกับทุกเพศ ทุกวัยและโดยเฉพาะผู้สูงอายุ โดยมีหลักการปฏิบัติที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1. การหายใจ โดยการนำหลักการหายใจลึกมาใช้ โดยเฉพาะการหายใจด้วยท้อง คือ หายใจเข้าท้องป่อง หายใจออกท้องแฟบ (เทอดศักดิ์, 2545; สมพร, 2542; หลินโฮวเสิน, 2542; White & Duncan, 2002) ขณะหายใจเข้าร่างกายจะสูดอากาศบริสุทธิ์ซึ่งมีออกซิเจนสูง ทำให้เม็ดเลือดแดงสามารถจับออกซิเจนได้ดีและถูกลำเลียงไปยังเซลล์ของร่างกาย เปลี่ยนเป็นพลังที่ของร่างกาย ช่วยเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค เมื่อหายใจออกร่างกายจะขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกมาเสมือนการปล่อยอากาศเสียออกจากร่างกาย (เจก, 2542)

2. การผ่อนคลาย ใช้หลักของธรรมชาติ ทำทาง การเคลื่อนไหว อวัยวะทุกส่วนของร่างกาย อยู่ในลักษณะผ่อนคลาย ใช้กำลังเท่าที่จำเป็นไม่เกร็งกล้ามเนื้อ ศีรษะตั้งตรง โดยยืนตรงตั้งศีรษะ และคอให้ตรงอย่างธรรมชาติ ไม่ตึงเครียด เพราะจะทำให้พลังและเลือดสามารถไหลเวียนได้สะดวก ทรวงอกและหลังอยู่ในท่าที่เหมาะสม ผ่อนคลายบริเวณเอว เนื่องจากตลอดการเคลื่อนไหว ขึ้นกับการทำงานของเอว กล่าวคือ แรงที่สำคัญมาจากเอว (Lo, 2003)

3. การใช้จิตใจที่เป็นสมาธิ การทำให้จิตใจนึกคิดแต่สิ่งดีงาม โยงไปถึงการจินตนาการถึง ทิวทัศน์อันสวยงาม จิตใจอยู่ในสภาวะที่มีความสุขสบายใจ มีสมาธิไม่ถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อม เน้นการใช้ จิตใจแทนการใช้กำลัง มีการประสานกันระหว่างภายในและภายนอก เน้นจิตใจและความ มีสติ ร่างกาย ทุกส่วนต้องประสานกัน จิตภายในประสานกับกายภายนอก มีการกล่าวว่า "จิตใจ เป็นผู้บังคับบัญชา ส่วนร่างกายเป็นผู้ปฏิบัติตาม" ถ้าจิตใจสงบ การเคลื่อนไหวจะกลมกลืน มีความอ่อนโยนและนุ่มนวล จิตสั่งให้กายเคลื่อนไหวอย่างกลมกลืนต่อเนื่อง เคลื่อนไหวเป็น วงกลมตั้งแต่ต้นจนจบ เหมือนแม่น้ำที่ไหลไปเรื่อยๆ ไม่สิ้นสุด การเคลื่อนไหวต้องประสานกันตั้งแต่ เท้าไล่ถึงโคนขา ต่อไปถึงเอวไปถึงนิ้ว จนถึงสายตา และมีความสงบในการเคลื่อนไหว ไทเก๊กเป็น การเคลื่อนไหวที่มีการผสมผสานความสงบ ในขณะที่มีการเคลื่อนไหวก็ยังคงสงบ (เทอดศักดิ์, 2545; หลินโฮวเสิน, 2542)

เคล็ดลับการออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า แม้ว่าไม่มีข้อจำกัดในการฝึก สามารถ ฝึกได้ทุกเวลาก็ตาม เว้นแต่ห้ามฝึกหลังรับประทานอาหารเสร็จใหม่ๆ หรือยังอิมอยู่ และไม่ควรมีดื่ม น้ำเย็นก่อนและหลังการฝึก เนื่องจากข้อห้ามดังกล่าวจะต่อต้านระบบการไหลเวียนโลหิต ด้วยพลัง ลมปราณ ทำให้ในร่างกายไม่สามารถปรับอุณหภูมิได้ทันที เคล็ดลับดังกล่าวเป็นการป้องกันภาวะ เลือดลมเดินไม่สะดวกในขณะฝึกไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า (เทอดศักดิ์, 2545)

เวลาที่ใช้ออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ประมาณ 1 ชั่วโมง - 1 ชั่วโมง 20 นาที ข้อควรระวังของไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ต้องได้รับการควบคุมการฝึก รวมทั้งคำแนะนำที่ดี

จากอาจารย์ที่เชี่ยวชาญเท่านั้น เพราะอาจเกิดความผิดพลาดเมื่อนำไปฝึกหรือถ่ายทอดจนเกิดผลเสียแก่ร่างกายได้ เพื่อป้องกันการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้เร็วกว่าธรรมชาติถ้าฝึกด้วยท่าผิดๆ ทุกวัน มีหลายรายที่เข้าใจคิดว่าดูต้นแบบแล้วสามารถทำตามได้ทันทีซึ่งเป็นการเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง (เทียม, 2546; หยาง เผย เжин, 2545)

ผลของการออกกำลังกายไทเก๊ก

การออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ถือเป็นการฝึกสมาธิแบบหนึ่ง โดยมีทั้งสมาธิแบบนิ่งและแบบเคลื่อนไหว ซึ่งสมาธิแบบนิ่งคือ การทำจิตใจให้สงบด้วยการนั่งหรือยืน ส่วนสมาธิแบบเคลื่อนไหวก็จะมีการทำจิตใจให้สงบนิ่ง ขณะที่ร่างกายได้เคลื่อนไหวไปด้วย เป็นการผสมผสานกันระหว่างสมาธิ ลมหายใจ และการเคลื่อนไหว ทำให้เกิดซี่ (พลัง) ที่มีความพอเหมาะ จะเกิดผลทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น และสามารถบำบัด รักษาโรคต่างๆ จากการทบทวนเอกสารและศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าส่วนใหญ่ระยะเวลาในการฝึกฝนไทเก๊กที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ก็สามารถวัดการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Fontana et al., 2000; Hugel & Sciadra, 2000; Ross et al., 1999; Song et al., 2003) ซึ่งมีผลดีต่อสุขภาพมากมายทั้งในแง่ของการป้องกัน การส่งเสริม และการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อความมีสุขภาพดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ผลของการออกกำลังกายไทเก๊กต่อสุขภาพด้านร่างกาย มีการศึกษามากมายเกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายไทเก๊กต่อสุขภาพด้านร่างกาย ซึ่งสามารถแบ่งเป็นระบบดังนี้

1.1 ผลต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายไทเก๊ก ใช้หลักการเคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ ต่อเนื่อง โดยมีการประสานกันของการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อทั่วร่างกาย ตั้งแต่เท้าไล่ถึงโคนขา ต่อไปถึงเอวไปถึงนิ้ว จนถึงส่ายตา เป็นการเพิ่มความสมดุลและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มความยืดหยุ่นและการผ่อนคลายลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ (วิฑูรย์ และ เทียม, 2541; อรรวรรณ, 2541) ความสมดุลของการทรงตัวดีขึ้น ความยืดหยุ่นของข้อต่อเพิ่มขึ้น ลดอุบัติเหตุหกล้มและการบาดเจ็บ สอดคล้องกับการศึกษาของโรส และคณะ (Ross et al., 1999) โดยศึกษานำร่องประเมินการเปลี่ยนแปลงความยืดหยุ่น ความสมดุล การถ่ายน้ำหนักเชิงตัว ความปวดและอาการก่อนและหลังฝึกไทเก๊ก 12 สัปดาห์ พบว่า ความวิตกกังวลแฝง ความปวด อาการ ความยืดหยุ่น ความสมดุลซึ่งส่งผลต่ออุบัติเหตุหกล้มและการบาดเจ็บ คุณภาพชีวิตโดยรวมมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นหลังฝึกไทเก๊กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษา

เกี่ยวกับผลของไทเก๊กต่อการลดการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุฝึกไทเก๊กนาน 15 สัปดาห์ แล้วประเมินตนเองเกี่ยวกับการหกล้ม หลังจากนั้นให้ฝึกไทเก๊กต่อไปอีกจนถึงเดือนที่ 4 ให้ประเมินตนเองอีกครั้ง ผลพบว่าสามารถลดการหกล้มในผู้สูงอายุลงได้ร้อยละ 30 (Gillespie et al., 2001) และลดลงถึงร้อยละ 47.5 (Wolf et al., 1996)

จากการศึกษาเกี่ยวกับการควบคุมท่าทางในผู้สูงอายุที่สุขภาพดี โดยประเมินความสมดุล 5 อย่าง คือ 1) การยืนด้วยขาขวา เปิดตา 2) การยืนด้วยขาซ้าย เปิดตา 3) การยืนด้วยขาขวา ปิดตา 4) การยืนด้วยขาซ้าย ปิดตา และ 5) การเดินเต็มเท้า เปิดตา ในกลุ่มที่ฝึกไทเก๊กมานาน 1-20 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดีที่ไม่ได้ฝึกไทเก๊ก พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 3 ใน 5 อย่าง คือ ยืนด้วยขาขวาเปิดตา ยืนด้วยขาซ้ายเปิดตา และเดินเต็มเท้าเปิดตา (Tse & Bailey, 1991) และจากการศึกษาโดยเปรียบเทียบกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ฝึกไทเก๊ก และกลุ่มทดลองให้มีการฝึกไทเก๊กนาน 6 เดือน วัดความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย โดยการประเมินตนเอง พบว่ากลุ่มทดลองที่ฝึกไทเก๊ก ประเมินตนเองว่าการทำงานที่ในร่างกายดีขึ้น ช่วยให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นและประเมินภาวะสุขภาพในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้น มีการรับรู้ถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Li et al., 2001)

ในขณะที่ฝึกไทเก๊กร่างกายต้องมีการยืดตัว ยืนแขนเป็นวงกว้าง การเคลื่อนไหวของไขข้อจะขยายออก ทำให้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ผ่อนคลายเพิ่มขึ้น มีผลให้ความยืดหยุ่นของกระดูก สันหลัง สะโพกและเข่าดีขึ้น ช่วยบำบัดอาการผิดปกติบริเวณไขข้อ (หลินไฮวเสิน, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผลของไทเก๊กต่อความยืดหยุ่นของกระดูกสันหลัง สะโพกและเข่า โดยศึกษาในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป โดยการวัดความยืดหยุ่นของกระดูกสันหลัง สะโพก และเข่า ก่อนการฝึกไทเก๊ก หลังฝึกนาน 6 สัปดาห์ และหลังฝึกนาน 12 สัปดาห์ พบว่าผลของการฝึกไทเก๊กนาน 12 สัปดาห์ มีผลให้ความยืดหยุ่นของกระดูกสันหลัง สะโพกและเข่า เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hugel & Sciadra, 2000)

จากการศึกษาผลของไทเก๊กต่อความแข็งแรงของร่างกาย โดยการวัดความแข็งแรง ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวเข่า และความยืดหยุ่นของกระดูกสันหลัง ก่อนและหลังการศึกษา พบว่ากลุ่มออกกำลังกายไทเก๊กมีความแข็งแรง ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวเข่า และความยืดหยุ่นของกระดูกสันหลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lan et al., 1998) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผลของ ไทเก๊กต่อความสมดุล ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการรับรู้อุปสรรคการทำหน้าที่ของร่างกายในสตรีสูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม เปรียบเทียบก่อนและ

หลังฝึกไทเก๊ก คือ กลุ่มควบคุม 21 คน กลุ่มทดลอง 22 คนให้ฝึกไทเก๊กนาน 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการข้อติดลดลง ($t = 2.13, p < .05$) ความสมดุลเพิ่มขึ้น ($t = 3.34, p < .01$) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องเพิ่มขึ้น ($t = 2.74, p < .01$) และการรับรู้อุปสรรคการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ($t = 2.81, p < .01$) (Song et al., 2003) และการศึกษาเพื่อสนับสนุนสมมติฐานว่า การฝึกไทเก๊กสามารถเพิ่มการควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนและทำได้รวดเร็วขึ้นในผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ออกกำลังกายไทเก๊กและกลุ่มออกกำลังกายโดยการเดินหรือจ็อกกิ้ง (jogging) วัดความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวของแขนและความเร็วของการเคลื่อนไหว 3 ระยะ คือ ตอนเริ่มต้นออกกำลังกาย หลังฝึก 4 สัปดาห์ และหลังฝึก 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มไทเก๊กสามารถเพิ่มการควบคุมการเคลื่อนไหวของแขน และความเร็วของการเคลื่อนไหวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Yan, 1998)

1.2 ผลต่อระบบหัวใจ หลอดเลือดและระบบหายใจ ในขณะที่บริหารร่างกาย จะประสานจิตกับการหายใจส่งผลให้กำลังภายในหมุนเวียนทั่วร่างกาย เหงื่อออกมาก เส้นเลือดขยายตัว มีผลให้การไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและปอดดีขึ้น (เทียม, 2546; หลินโอ่วเลิน, 2542; อมรรัตน์, 2540) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้วิธีการดูแลสุขภาพทางเลือกแบบจีนต่อความเครียดและความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ: ชีงก โดยวัดความดันโลหิตและความเครียด ก่อนและหลังการฝึกชี่งก ผลพบว่าความดันโลหิตและความเครียดของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (สมพร และ อมรรัตน์, 2541) และจากการติดตามในระยะยาว นอกจากจะสามารถควบคุมระดับความดันโลหิต ทั้งความดันซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิก ให้อยู่ในระดับปกติได้ ยังช่วยลดปริมาณการใช้ยาต้านความดันโลหิตสูงลง (Londorf & Winn, 2003) จากการศึกษาเปรียบเทียบ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ออกกำลังกายและกลุ่มออกกำลังกายไทเก๊ก พบว่ากลุ่มออกกำลังกายไทเก๊กมีคะแนนประสิทธิภาพการทำงานของระบบหัวใจและระบบหายใจสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Hong et al., 2000) สอดคล้องกับการศึกษาผลของไทเก๊กต่อภาวะหัวใจล้มเหลว โดยศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กในผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เปรียบเทียบอาการของภาวะหัวใจล้มเหลวก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายไทเก๊ก ผลปรากฏว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถและความรู้สึกมีพลังในการทำหน้าที่ของหัวใจดีขึ้น ทำให้ภาวะสุขภาพทั่วไป สุขภาพด้านจิตใจ และคุณภาพชีวิตดีขึ้น และสรุปว่าการนำไทเก๊กมาใช้ในโรคเรื้อรังจะมีความคุ้มค่าสูง ปกป้องภัยสำหรับผู้ที่ต้องออกกำลังกายเบาๆ ทำอย่างนุ่มนวล ไม่หักโหม (Fontana et al., 2000)

จากการศึกษากำหนดตอบสนองของระบบหัวใจและการหายใจในผู้ที่ฝึกไทเก๊กและผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย (เป็นกลุ่มควบคุม) โดยศึกษาในกลุ่มที่ฝึกไทเก๊กชาย จำนวน 21 คน หญิง 20 คน และกลุ่มควบคุมเป็นชาย 23 คน หญิง 26 คน โดยการวัดค่าออกซิเจน ซีพเจอร์ อัตราการเผาผลาญที่ระดับออกกำลังกายสูงสุด และวัดที่การหายใจ พบว่า กลุ่มไทเก๊กมีค่าออกซิเจน ซีพเจอร์ อัตราการเผาผลาญ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Lai, Wong, Lan, Chong, & Lien, 1993) สอดคล้องกับการศึกษาผลของไทเก๊กต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มที่ฝึกไทเก๊กมีค่าออกซิเจนสูงสุดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Lan et al., 1998)

1.3 ผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน ผู้ที่ฝึกชี่กงอย่างสม่ำเสมอ ระบบน้ำเหลืองจะมีการไหลเวียนเร็วขึ้น ทำให้สามารถกำจัดของเสียของร่างกายได้เร็วขึ้น ทำให้ภูมิคุ้มกันทั้งจากน้ำเหลืองและเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นความสามารถสูงขึ้น สามารถกำจัดได้ทั้งเชื้อโรค ไวรัสและเซลล์ที่ผิดปกติ สิ่งแปลกปลอมต่างๆ รวมทั้งเซลล์มะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาการโรคภูมิแพ้ดีขึ้น เป็นการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแข็งแรง (บรรลุ, 2541ข) การฝึกไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ทำให้มีการกระตุ้นให้ระบบไหลเวียนโลหิตมีความสมดุลมากขึ้น ในระหว่างการฝึกมักพบว่า มือ เท้าหรือร่างกายบางส่วนมีอาการตึง ขา หรือร้อนขึ้น เหมือนมีกระแสความอุ่นไหลทั่วร่างกาย มีเหงื่อออกตามร่างกายเล็กน้อย อุณหภูมิร่างกายจะเพิ่มขึ้น 2-3 องศาเซลเซียส หลังการฝึกไทเก๊กลมปราณ 18 ท่าแล้ว ประมาณ 20-60 นาที อุณหภูมิร่างกายจะค่อยๆ ลดลงมาอยู่ที่ระดับปกติก่อนฝึก ผลจากการทดสอบยังพบว่า หลังจากการฝึกปรากฏว่าเส้นเลือดมีการขยายตัว อัตราการดูดซึมฟอสฟอรัสเพิ่มเร็วขึ้น ปริมาณการไหลเวียนของเลือดที่ส่วนปลายเพิ่มมากขึ้น เซลล์เม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพการกำจัดสิ่งแปลกปลอมของเซลล์เม็ดเลือดขาวสูงขึ้น ส่งผลให้สามารถป้องกันและรักษาโรคภัยต่างๆ ได้ (หลินไฮว่เสิน, มปป.; Jeffery, 2003; Londorf & Winn, 2003) จากการศึกษาเกี่ยวกับประโยชน์ของไทเก๊กที่มีผลต่อสุขภาพ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งชายและหญิง จำนวน 2,216 ราย จากการรวบรวมงานวิจัย 31 เรื่อง ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารของประเทศจีนและประเทศอังกฤษ สรุปได้ว่าไทเก๊ก สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบหัวใจ หลอดเลือดและระบบหายใจ และการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันโรคดีขึ้น (Li, Hong, & Chan, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผลของไทเก๊กต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV โดยฝึกไทเก๊กเป็นเวลา 8 เดือน พบว่าผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพดีขึ้น และมีภูมิคุ้มกันโรคเพิ่มขึ้น (Farrell et al., 1999)

1.4 ผลต่อการทำงานของระบบทางเดินอาหาร การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อบริเวณเอว

กล้ามเนื้อ หน้าท้อง เป็นการกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวระบบย่อยอาหารและดูดซึมของกระเพาะอาหาร ลำไส้มากขึ้น อวัยวะในช่องท้องได้รับการกระตุ้น ในกระบวนท่าของไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า มีการก้ม เงย หมุนเอวซ้ายขวาและหมุนวนต่างๆ ท่าทางการเคลื่อนไหวเหล่านี้ ส่งผลให้ช่องท้องได้รับการนวดคลึง ในระหว่างการฝึกกล้ามเนื้ออกกล้ามเนื้อภายในหน้าท้องเคลื่อนไหวมากกว่าปกติถึง 3-4 เท่า กระตุ้นให้กระเพาะลำไส้มีการเคลื่อนไหวบีบตัว ปรับปรุงระบบการย่อยอาหารและดูดซึมของกระเพาะอาหาร ลำไส้ให้มีประสิทธิภาพ หลังจากฝึกไทเก๊กลมปราณ 18 ท่าแล้ว จะรู้สึกอยากรับประทานอาหารเพิ่มขึ้น (วิฑูรย์ และ เทียม, 2541; หลินโฮ่วเสิน, 2542; อรวรรณ, 2541) ส่งผลเสริมสร้างสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและโคเลสเตอรอล (เทียม, 2546) สอดคล้องกับการศึกษาผลของการรำมวยจีนซึ่งก่อดระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าหลังการฝึกซึ่งก่อดระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อุไรวรรณ, 2545)

1.5 ผลต่อการนอนหลับ จิตใจอยู่ในสภาวะที่มีความสุขสบายใจ มีสมาธิ ไม่ถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อม จิตใจสงบนิ่ง รู้สึกผ่อนคลาย ทำให้กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ได้ผ่อนคลาย นอนหลับได้ดีขึ้น (อรวรรณ, 2543; Londorf & Winn, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาผลของการรำไทเก๊กต่อการนอนหลับในผู้สูงอายุ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองทดสอบก่อน-หลังฝึกไทเก๊ก ในผู้สูงอายุจำนวน 63 ราย ที่มีปัญหาการนอนหลับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างรำไทเก๊กเป็นเวลา 6 สัปดาห์ ประเมินการนอนหลับ ความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า 4 ครั้ง คือ 2 สัปดาห์ก่อนเข้าร่วมการออกกำลังกายไทเก๊ก และทุก 2 สัปดาห์ ในระหว่างการออกกำลังกาย ได้แก่ 2 สัปดาห์แรก สัปดาห์ที่ 3-4 และ สัปดาห์ที่ 5-6 ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาการนอนหลับในช่วงสัปดาห์ที่ 3 - 4 และช่วงสัปดาห์ที่ 5 - 6 ของการเข้าสู่โปรแกรมการออกกำลังกาย เปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย ระยะเวลาการนอนหลับสั้นลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคุณภาพการนอนหลับทั้ง 3 ช่วงเวลา ในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย คะแนนคุณภาพการนอนหลับสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Thinhuatoey, 2003)

1.6 ผลต่อความปวด ได้มีการศึกษาผลของไทเก๊กต่อการลดความปวด เช่น การศึกษาของเบอร์แมนและไซน์ (Berman & Singh, 1997) เป็นการทดสอบประสิทธิภาพการลดปวดในผู้ที่ปวดหลังเรื้อรังมามากกว่า 3 เดือน ในกลุ่มตัวอย่าง 52 ราย อายุ 16-60 ปี โดยมีสมมติฐานว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายไทเก๊ก (mind-body intervention) จะทำให้ภาวะอารมณ์ ความปวด และสมาธิการทำงานดีขึ้น ผลการศึกษาพบว่า จิตใจสงบมีสมาธิดีขึ้น และความปวดลดลงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการประเมินตนเองของผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง หลังจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการจัดโครงสร้างกระดูกสันหลัง แนะนำให้ลองใช้ไทเก๊กในการบรรเทาอาการ พบว่าหลังจากฝึกไทเก๊กเพียง 6 สัปดาห์ ก็รู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลง โดยรับรู้ว่าการปวดหลังดีขึ้น (Lam, 2003) และจากการศึกษาผลของไทเก๊กต่อความปวด พบว่า กลุ่มทดลองที่ฝึกไทเก๊กนาน 12 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Song et al., 2003)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปได้ว่า การออกกำลังกายไทเก๊กทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีต่อระบบต่างๆ ในสุขภาพร่างกาย ได้แก่ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของระบบหัวใจหลอดเลือดและการหายใจ ทำให้กล้ามเนื้อและกระดูกแข็งแรง ช่วยเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย การทำงานของระบบทางเดินอาหาร ประสิทธิภาพการนอนหลับดีขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง ช่วยให้อาการปวดลดลง และเพิ่มภูมิคุ้มกันโรคได้ดีขึ้น

2. ผลของการออกกำลังกายไทเก๊กต่อสุขภาพด้านจิตใจ การออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ในแต่ละกระบวนท่ามีความร่าเริง เบิกบานและสบาย มีการจินตนาการถึงทิวทัศน์อันสวยงาม ใช้หลักของความสมดุลตามธรรมชาติ เน้นการใช้จินตนาการเคลื่อนไหว พบว่าผลของการออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ต่อสุขภาพด้านจิตใจ สามารถสรุปได้ดังนี้

2.1 ผลต่อการบรรเทาความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของบราวน์และคณะ

(Brown et al., 1995) ศึกษาถึงผลระยะยาวของการออกกำลังกายต่อแบบแผนความคิด โดยศึกษาในผู้สูงอายุ แบ่งกลุ่มออกกำลังกายเป็น 4 กลุ่มที่ต่างกัน คือ กลุ่มควบคุม กลุ่มเดินด้วยแรงปานกลาง กลุ่มเดินด้วยแรงต่ำ และกลุ่มไทเก๊ก พบว่า ในกลุ่มออกกำลังกายไทเก๊กผู้หญิง มีความเครียด, อาการซึมเศร้า, อารมณ์โกรธ, ความสับสน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$, $<.05$, $<.01$ และ $<.02$ ตามลำดับ สรุปในภาพรวมอารมณ์ไม่สงบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ อารมณ์ทั่วไปดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .04$ และมีความพึงพอใจกับรูปร่างมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .03$ และในผู้ชายคิดว่าการออกกำลังกายไทเก๊กให้ผลทางบวกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ คล้ายกับการศึกษาของจิน (Jin, 1989, 1992) เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของจิตใจ อารมณ์และความเครียด กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองว่า ความเครียด อาการซึมเศร้า อารมณ์โกรธ อาการอ่อนล้า อาการสับสนและความวิตกกังวลลดลง รู้สึกจิตใจกระปรี้กระเปร่าขึ้น อารมณ์หงุดหงิดลดลง (Lai et al., 1995) และจากการศึกษาผลการฝึกชี่กงต่อความเครียด พบว่าหลังการฝึกชี่กงของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมพร และ อมรรัตน์, 2541) เนื่องจากการฝึกชี่กงทำให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกลดลง อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจช้าลง

การใช้ออกซิเจนและการเผาผลาญของพลังงานลดลง ทำให้รู้สึกสดชื่น ความเครียดลดลง (เทอดศักดิ์, 2545)

2.2 ผลต่อการผ่อนคลาย การออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า จิตใจอยู่ในสภาวะที่มีความสุขสบายใจ มีสมาธิ ไม่ถูกรบกวนจากสิ่งแวดล้อม ลดการกระตุ้นของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ร่างกายอยู่ในลักษณะสมบูรณ์ที่สุด เสมือนร่างกายได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ จิตใจสงบนิ่ง รู้สึกผ่อนคลาย ทำให้อารมณ์แจ่มใส เบิกบาน สุขภาพจิตดีขึ้น (วิฑูรย์ และ เทียม, 2541; หลินไฮวเสี้ยน, 2542; สุพล, 2544; Lam, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติและการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อการออกกำลังกายแบบซิงก พบว่าผู้สูงอายุที่ฝึกไทเก๊กประเมินว่ารู้สึกผ่อนคลายสบายเนื้อสบายตัว รู้สึกสนุกกว่าเรื่อง ไม่เครียด (อรรวรรณ, 2541, 2543)

กล่าวได้ว่าการออกกำลังกายไทเก๊ก สามารถช่วยผ่อนคลายความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าลดลง ทำให้จิตใจสงบ อารมณ์แจ่มใส เป็นการส่งเสริมให้มีสุขภาพด้านจิตที่ดีขึ้น

3. ผลของการออกกำลังกายไทเก๊กต่อสุขภาพด้านสังคม การออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า มักเป็นการออกกำลังกายที่ทำเป็นกลุ่ม ทำให้ผู้ออกกำลังกายได้พบเพื่อนฝูง สนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้มีสังคมที่กว้างขึ้น (อรรวรรณ, 2541, 2543; สมพร และ อมรรัตน์, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผลของไทเก๊กต่อด้านร่างกายและสังคม โดยศึกษาในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางร่างกาย กลุ่มตัวอย่างผู้หญิง จำนวน 11 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 19-54 ปี ผู้ชาย จำนวน 12 ราย มีอายุอยู่ในช่วง 20-36 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาความรู้สึกในการควบคุมเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมได้ดีขึ้น (Blinde & McClung, 1997)

4. ผลของการออกกำลังกายไทเก๊กต่อสุขภาพด้านจิตวิญญาณ บุคคลที่ฝึกไทเก๊กอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ประกอบไปด้วยรูปแบบของการเคลื่อนไหวด้วยความตั้งใจสนใจเฉพาะสิ่งที่กำลังทำอยู่ ทำด้วยความมีสติ โดยใช้หลักของการผ่อนคลายอย่างเป็นธรรมชาติ มีความสมดุล กลมกลืน ทำให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น จะทำให้ระดับความสุขเพิ่มขึ้น ช่วยให้ระดับจิตวิญญาณสูงขึ้น (Jeffery, 2003; Londorf & Winn, 2003; Peyoynd, 2003) ส่งเสริมให้ระดับความผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (White & Duncan, 2002) สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายไทเก๊กในระยะสั้นต่อความปวดและอารมณ์ในผู้สูงอายุ โดยศึกษานำร่องวิจัยแบบกึ่งทดลอง ประเมินก่อนและหลังการฝึกไทเก๊ก ผลการศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการฝึกไทเก๊ก พบว่า ระดับความปวด อารมณ์หงุดหงิดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถสรุปผลดีของการออกกำลังกายไทเก๊กต่อสุขภาพใน 4 มิติ คือ ร่างกาย

จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น (Ross et al., 1999) ส่งผลให้เกิดความผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้น (Yaden & Chung, 2001) และจากการศึกษาผลของไทเก๊กต่อภาวะสุขภาพผู้ป่วยติดเชื้อ HIV พบว่า ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และจิตวิญญาณ (Farrell et al., 1999)

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการออกกำลังกายไทเก๊ก ได้รับความนิยมน่ามากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ จะเห็นว่ามี การออกกำลังกายไทเก๊กกันเป็นกลุ่ม เป็นการออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง หายใจเข้าออกช้าๆ และลึกตามจังหวะดนตรี ทำให้จิตใจมีสมาธิ จึงส่งผลให้ผู้ฝึกไทเก๊กอย่างสม่ำเสมอ เกิดการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาในด้านต่างๆ ของร่างกายดีขึ้น เกิดผลดีต่อจิตใจ มีการพัฒนาด้านสังคมและระดับจิตวิญญาณดีขึ้น