

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา และนำเสนอเนื้อหา โดยครอบคลุมหัวข้อต่าง ๆ ตามลำดับดังนี้

1. ความสูงอายุ
2. ผู้สูงอายุ
3. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา
4. ความวิตกกังวล
5. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
6. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพ

ความสูงอายุ

ความหมายของความสูงอายุ

มีผู้ให้ความหมายของความสูงอายุไว้ ดังนี้

ความสูงอายุ เป็นกระบวนการธรรมชาติที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย ในวัยเด็กเซลล์ภายในร่างกายจะเปลี่ยนไปในทางเสริมสร้าง เจริญเติบโต แต่พอเข้าวัยกลางคน 40-50 ปี จะมีการสลายของเซลล์มากกว่าการเสริมสร้าง ส่วนใหญ่บุคคลจะเริ่มรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมไม่แข็งแรงเหมือนเดิมเมื่อเริ่มมีอายุ 50 ปีเป็นต้นไป (จำเริญกรมสุวรรณ, 2533, หน้า 3)

ความสูงอายุ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตของสิ่งมีชีวิตประกอบด้วยกระบวนการเสื่อมโทรม โดยเริ่มตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงตาย ซึ่งกระบวนการนี้จะประกอบไปด้วยกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพ จิตวิทยาและสังคม (Riley, 1977 cited in McConnell, 1988, p.8)

ความสูงอายุมีลักษณะของความหมายกว้างขวางมาก จันทนา รณฤทธิ์ชัย ได้รวบรวมความหมายของความสูงอายุเป็นหมวดหมู่ดังนี้ (จันทนา รณฤทธิ์ชัย, 2533, หน้า 36)

1. ความสูงอายุในเชิงชีวภาพ (biological age) เป็นการจำแนกลักษณะโดยคาดคะเนประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายซึ่งจะเป็นไปตามอายุขัย (life span) การจัดความสูงอายุในเชิงชีวภาพทำได้โดยดูจากความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ตับ หัวใจ สมอง เป็นต้น ผู้ที่อายุน้อยย่อมมีประสิทธิภาพในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เหล่านี้ภายในร่างกายสูงกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า

2. ความสูงอายุในเชิงจิตวิทยา (psychological age) เป็นความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลเพื่อให้สามารถเข้าได้กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเปรียบเทียบกับบุคคลที่มีอายุเท่า ๆ กัน ความสูงอายุในเชิงจิตวิทยาที่มีความสำคัญเท่ากับความความสามารถในการทำงานของอวัยวะที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น สมอง ระบบการไหลเวียนของเลือดซึ่งจะพิจารณาความสามารถเหล่านี้ได้จาก ความจำ การเรียนรู้ สติปัญญา ความชำนาญ ความรู้สึก แรงจูงใจและอารมณ์ ความสูงอายุในเชิงจิตวิทยานี้มีความหมายเดียวกับความสูงอายุในเชิงการปฏิบัติหน้าที่ (functional age) ซึ่งหมายถึงระดับความสามารถของแต่ละบุคคลที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เหมาะสมกับบทบาท ความรับผิดชอบ และวัยของตนเองในสังคมนั้น ๆ

3. ความสูงอายุในเชิงสังคม (social age) หมายถึง พฤติกรรมตามอุปนิสัยและบทบาททางสังคมของแต่ละบุคคลที่ต่อบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในการสังคมเดียวกัน โดยเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคมที่อายุเท่า ๆ กัน คุณลักษณะทางชีวภาพและจิตวิทยาของบุคคลมีผลต่อรูปแบบพฤติกรรมและความรู้สึกที่คุณค่าทางสังคมได้

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ความสูงอายุเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับเซลล์ของร่างกายตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงตายไปในที่สุด ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการเจริญเติบโตและกระบวนการเสื่อมโทรม ซึ่งอัตราการเกิดของกระบวนการทั้งสองนี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย โดยวัยเด็กกระบวนการเจริญเติบโตจะมากกว่ากระบวนการเสื่อมโทรม ในขณะที่วัยสูงอายุมีกระบวนการเสื่อมโทรมมากกว่ากระบวนการเจริญเติบโต จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางร่างกายที่แสดงว่าอย่างเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แก่ ผมจะเปลี่ยนเป็นสีเทา บางส่วนร่วงหลุดไป นัยน์ตารูตึกและผิวดำคล้ำเพื่อย่นและแห้งมากขึ้น การมองเห็นจะต้องใช้แสงสว่างช่วยมากขึ้น หรืออาจต้องใช้แว่นตาช่วย การได้ยินจะเสื่อมลงหรือต้องใช้เครื่องช่วยในการฟัง

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ

ความสูงอายุมีกระบวนการเกิดและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความสูงอายุต่าง ๆ กัน มีผู้ที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ ได้ประยุกต์แนวคิดของทฤษฎีทางจิตสังคม และชีวภาพหลายทฤษฎีมาประกอบกันเพื่อพยายามอธิบายความสูงอายุ ทฤษฎีที่นิยมนำมาประกอบการศึกษาต่าง ๆ มีดังนี้

1. **ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพ (biological theory)** ความสูงอายุเป็นปรากฏการณ์ของการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อน และหลากหลายตามเวลาที่ผ่านมา โดยสิ่งมีชีวิตแต่ละชนิดจะมีการเปลี่ยนแปลงด้วยอัตราความสูงอายุกี่ไม่เท่ากัน และอัตราของความสูงอายุนั้นจะเป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละชาติพันธุ์ (Matteson, 1988, p.140) ทฤษฎีนี้เชื่อว่ากระบวนการของความสูงอายุทางชีวภาพจะแตกต่างกันไปตามหน้าที่การทำงานของอวัยวะ ทฤษฎีความสูงอายุทางชีวภาพมีผู้ตั้งข้อสมมติฐานและแนวความคิดเกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุกี่แตกต่างกันออกไป เช่น กระบวนการนี้เริ่มตั้งแต่มีปฏิสนธิ ในแต่ละบุคคลจะมีกระบวนการที่แตกต่างกัน โดยขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ พันธุกรรม สังคม จิตวิทยา และเศรษฐกิจ เป็นกระบวนการในช่วงสุดท้ายของชีวิตซึ่งเป็นระยะที่กลไกของการซ่อมแซมไม่สมดุล เป็นกระบวนการที่เป็นอันตราย และเป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่ความตายในที่สุด (Rockstein, Chesky & Sussman, 1977; Sinex, 1977; Rockstein & Sussman, 1979 cited in Steffl, 1984, p.26) ทฤษฎีความสูงอายุเชิงชีวภาพยังสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภทดังนี้

1.1 **ทฤษฎีความสูงอายุที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (genetic theory)** มีดังต่อไปนี้

1.1.1 **ทฤษฎีพันธุกรรมทั่วไป (general genetic theory)** กล่าวถึงอายุขัยของสัตว์แต่ละชนิดจะมีอายุนานไม่เท่ากัน ถ้าครอบครัวใดมีบรรพบุรุษที่มีอายุขัยยืนยาว บุคคลในครอบครัวก็จะมีอายุขัยยืนยาวด้วย แต่ถ้ามมีการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมก็จะมีผลทำให้รหัสพันธุกรรมซึ่งเป็นตัวกำหนดอายุขัยเปลี่ยนแปลงได้เช่นกัน

1.1.2 **ทฤษฎีเซลล์พันธุกรรม (cellular genetic theory)** ทฤษฎีนี้เกี่ยวข้องกับยีน (gene) ซึ่งเป็นตัวควบคุมพันธุกรรมในเซลล์ ถ้ายีนมีความผิดปกติ เอนไซม์ที่สร้างโดยการควบคุมของยีนก็จะมีน้อยหรือไม่ทำหน้าที่เลย ทำให้ปฏิกิริยาในร่างกายที่ต้องใช้เอนไซม์เกิดขึ้นได้น้อยหรือเกิดไม่ได้เลย การทำหน้าที่ของเซลล์เสียไป เซลล์มีความผิดปกติและตายในที่สุด

1.1.3 **ทฤษฎีการผ่าเหล่า (somatic mutation theory)** เกิดขึ้นเนื่องจากรังสีทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดการผ่าเหล่าของโปรตีนที่เป็นส่วนประกอบของโครโมโซม

หรือที่เรียกว่า ดี เอ็น เอ (DNA) เป็นตัวเร่งให้มีอัตราของกระบวนการสูงอายุเร็วขึ้น นอกจากนั้นการผ่าเหล่าอาจเกิดจากการส่งรหัสพันธุกรรมผิดพลาด ได้อีกด้วย

1.1.4 ทฤษฎีความผิดพลาด (error theory of aging) ภายในนิวเคลียสของเซลล์จะมีรหัสพันธุกรรมซึ่งเป็นโครงสร้างของโมเลกุลของ ดี เอ็น เอ รหัสพันธุกรรมนี้จะถูกถ่ายทอดและแปลรหัสแล้วหลายขั้นตอน จึงจะได้โมเลกุลของ โปรตีนหรือเอนไซม์ตัวสุดท้าย ถ้าเกิดความผิดปกติระหว่างขั้นตอนการถ่ายทอดรหัสซึ่งมีการแปลข้อความแล้วในการสังเคราะห์โปรตีนหรือเอนไซม์ จะเกิดโปรตีนหรือเอนไซม์ที่มีลักษณะแตกต่างไปจากเดิม และไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ ทำให้เซลล์มีอายุมากขึ้นและตายในที่สุด

1.2 ทฤษฎีความสูงอายุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม (nongenetic cellular theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่และระยะของเวลาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเซลล์ได้แก่ทฤษฎีต่อไปนี้

1.2.1 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (wear and tear theory) ทฤษฎีนี้เปรียบเทียบกับสิ่งมีชีวิตคล้ายเครื่องจักร เมื่อมีการใช้งานนานก็เกิดความผิดปกติขึ้นได้ แต่สิ่งมีชีวิตสามารถซ่อมแซมตัวเองให้ใช้งานต่อไปได้โดยการแบ่งตัวของเซลล์ แต่ก็มีเซลล์บางชนิดที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก ในที่สุดก็จะเสื่อมโทรมและตายในที่สุด ทำให้อวัยวะส่วนนั้นทำหน้าที่ลดลงเรื่อย ๆ มีอายุมากขึ้น

1.2.2 ทฤษฎีการสะสม (accumulative theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสูงอายุเป็นผลมาจากการสะสมของสารที่เป็นอันตรายต่อเซลล์ได้แก่ไลโปฟุสซิน (lipofuscin) ที่เกิดจากการแตกตัวของ โปรตีนและไขมัน ในกระบวนการนี้มีการใช้ออกซิเจนมากเกินไปของผนังเซลล์ และไลโปฟุสซินยังเป็นของเสียจากกระบวนการเผาผลาญอาหารในร่างกาย

1.2.3 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (free radical theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าสาเหตุที่ทำให้เซลล์มีอายุและตายได้นั้น เนื่องจากการสร้างอนุมูลที่มีฤทธิ์ในการทำลาย ซึ่งอนุมูลนี้เป็นส่วนประกอบทางเคมีของเซลล์ เกิดจากผลพลอยได้ในกระบวนการทำงานปกติของเซลล์ และการใช้ออกซิเจนในเซลล์ อนุมูลนี้จะสะสมในเซลล์ทีละน้อย เมื่อมากขึ้นก็จะมีอันตรายต่อการทำหน้าที่ของเซลล์ มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเซลล์และในที่สุดก็จะตาย

1.2.4 ทฤษฎีการเชื่อมโยงตามแนวขวาง (cross-linking theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความมีอายุเกิดขึ้นเนื่องจากการเชื่อมโยงตามแนวขวางของโมเลกุลของโปรตีน ซึ่งเกิดระหว่างสารภายในโมเลกุลก็ได้ การเชื่อมโยงตามแนวขวางนี้จะเป็่มากและเร็วขึ้น เมื่อมีอายุ

ระหว่าง 30-50 ปี (จันทนา รณฤทธิชัย, 2533, หน้า 52) สารนี้ทำให้เกิดการเชื่อมโยงตามแนวขวางได้ทั่วไปขึ้นกับชนิดของอาหารและสิ่งแวดล้อม การเชื่อมโยงตามแนวขวางพบได้มากที่สุดคืออีลาสตินและคอลลาเจน ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน จะมีผลต่อการซึมผ่านของสารจากเซลล์หนึ่งสู่อีกเซลล์หนึ่ง มีผลต่อการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ต่อการบีบรัดตัวของหัวใจ และทำให้การซึมผ่านของก๊าซและสารอาหารเป็นไปได้ไม่เต็มที่ จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ

1.3 ทฤษฎีความสูงอายุที่เกี่ยวข้องทางสรีรวิทยา (physiological theory)

กล่าวว่า ความมีอายุเป็นผลจากความล้มเหลวของการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายและความบกพร่องของกลไกในการควบคุมทางสรีรวิทยาดังทฤษฎีต่อไปนี้

1.3.1 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (immunological theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้น การทำหน้าที่ของที-ลิมโฟไซต์ก็จะไม่แน่นอน หน้าที่ของเซลล์มักจะลดลง ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมสมรรถภาพลงมาก มีผลทำให้กลไกในการป้องกันตัวเองลดลงด้วย นอกจากนี้ระบบภูมิคุ้มกันยังเสื่อมสมรรถภาพในการจดจำโครงสร้างของโมเลกุลหรือเซลล์ที่อยู่ในร่างกายด้วย ทำให้แอนติบอดีมีปฏิกิริยากับเซลล์ปกติของร่างกาย ในผู้สูงอายุจะมีการทำปฏิกิริยาของแอนติบอดีกับเซลล์ของร่างกายตนเอง (autoimmunity) ทำให้เกิดโรคของภูมิคุ้มกันทำลายตนเอง (autoimmune disease)

1.3.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับประสาทและต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine theory) เมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนภายในร่างกาย มีผลทำให้การทำงานของระบบสมอง ประสาทอัตโนมัติและต่อมไร้ท่อไม่สามารถทำงานประสานและครอบคลุมซึ่งกันและกัน ก็จะทำให้มีผลต่ออวัยวะในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ทำงานผิดปกติและตายในที่สุด

2. ทฤษฎีความสูงอายุเชิงสังคม (psychosocial theory) การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุมักจะเป็นพร้อม ๆ กันและมีผลกระทบซึ่งกันและกัน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพ สถานภาพ วัฒนธรรม เจตคติ โครงสร้างของครอบครัว และการมีกิจกรรมในสังคม ทฤษฎีความสูงอายุเชิงสังคม ได้แก่ทฤษฎีต่อไปนี้

2.1 ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (disengagement theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะค่อย ๆ เริ่มห่างหรือถดถอยออกไปทีละน้อยจากสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุต้องละทิ้งบทบาทเดิมในสังคมภายหลังการเกษียณอายุ และการสูญเสียต่าง ๆ ในชีวิต

2.2 ทฤษฎีกิจกรรม (activity theory) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะยังคงต้องการดำเนินชีวิตเหมือนกับคนวัยกลางคน ไม่ค่อยยอมรับชีวิตแบบคนสูงอายุ ยังคงคิดว่าตนมีความ

สามารถและอยากทำกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งสังคมควรจะมีการสนับสนุน เนื่องจากการมีกิจกรรมจะทำให้สภาวะทางร่างกาย จิตใจและสังคมดีขึ้น

2.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (continuity theory) เป็นทฤษฎีที่ขัดกับ 2 ทฤษฎีแรก พบว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมร่วมกันนั้นขึ้นกับบุคลิกภาพและแบบแผนการดำเนินชีวิตของแต่ละคน ทฤษฎีนี้มีหลายรูปแบบ รูปแบบที่ผู้สูงอายุแสดงออกมานั้นเป็นปฏิกริยาซับซ้อนระหว่างบุคลิกภาพและสภาพแวดล้อมต่อสังคม ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นอุปนิสัย การตัดสินใจ ความพอใจ อารมณ์ของแต่ละคน รูปแบบของทฤษฎีนี้เน้นที่บุคลิกภาพ กิจกรรม และความพอใจในชีวิต

จะเห็นได้ว่ามีผู้ให้แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับความสูงอายุไว้มากหลายทัศนะเพื่อให้ผู้สนใจศึกษาได้นำไปใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะและทิศทางที่แต่ละบุคคลต้องการ ซึ่งผู้สนใจอาจมุ่งศึกษาเพียงทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งหรือผสมผสานแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับตัวแปรต่าง ๆ ที่มุ่งทำการศึกษาก็ได้อย่างเหมาะสม

ผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

มีผู้สนใจและได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้มากหลายประการดังนี้

ผู้สูงอายุ หมายถึงผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (บรรลุ ศิริพานิช, 2533, หน้า 433)

ผู้สูงอายุ หมายถึงผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป (McConnell, 1988, p.9)

ผู้สูงอายุ หมายถึงผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป โดยแบ่งออกเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (young-old) มีอายุระหว่าง 60-70 ปี และผู้สูงอายุตอนปลาย (old-old) มีอายุระหว่าง 80-90 ปี (Chirst, Hohloch & Tate, 1988, p.6)

สถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Institution on Aging) ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุวัยต้น (young-old) หมายถึงผู้มีอายุระหว่าง 60-74 ปี และผู้สูงอายุอย่างแท้จริง หมายถึงผู้มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป (Yurick et al, 1980 อ้างถึงใน จำเรียง กุระมสุวรรณ, 2533, หน้า 4)

สำหรับในสังคมไทยถือว่าวัยเกษียณอายุราชการซึ่งหมายถึงผู้มีอายุครบ 60 ปี เป็นผู้สูงอายุ เป็นวัยที่ควรได้รับการพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ

ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุดังกล่าวจะเห็นว่าผู้ให้ไว้ค่อนข้างจะใกล้เคียงกัน ซึ่งหมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาจแบ่งออกเป็นผู้สูงอายุตอนต้นมีอายุระหว่าง 60-70 ปี และผู้สูงอายุตอนปลายมีอายุระหว่าง 80-90 ปี

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุมักจะเกิดจากความเสื่อมโทรมของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจจำแนกออกตามระบบของร่างกายดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง ผิวหนังชั้นหนังกำพร้าจะบางลง มีการเปลี่ยนแปลงของเส้นใยคอลลาเจนมีขนาดใหญ่อ่อนและยืดหยุ่นมากขึ้น ทำให้การยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี โยมนได้ผิวหนังลดลง โดยเฉพาะบริเวณแขนและขาทำให้ผิวหนังเหี่ยวย่นและมึนรอยย่น ประกอบกับการไหลเวียนเลือดบริเวณผิวหนังลดลงจึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย และเมื่อเกิดแผลบริเวณผิวหนัง การหายของแผลก็จะช้า ต่อมาเหี่ยวบริเวณผิวหนังจะลดลงทั้งด้านจำนวน ขนาด และการทำหน้าที่ทำให้การควบคุมความร้อนของร่างกายโดยการขับเหงื่อลดลงด้วย

1.2 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง มีพังผืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น มวลของกล้ามเนื้อจะลดลง มีผลทำให้ความแข็งแรงและความว่องไวในการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อลดลง ร่างกายขาดการออกกำลังกาย ขาดสารอาหาร และประสิทธิภาพการทำงานของเอ็นไซม์ในกล้ามเนื้อลดลง (วิไลวรรณทองเจริญ, 2533, หน้า 68) การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุจะมีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงและกล้ามเนื้อหน้าท้องทำให้หายใจได้ไม่เต็มที่ และการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อเชิงกรานทำให้ถ่ายปัสสาวะ อุจจาระลำบาก นอกจากนี้ในผู้สูงอายุมีปริมาณไกลโคเจนและโปรตีนที่สะสมในกล้ามเนื้อลดลงตามจำนวนและขนาดของกล้ามเนื้อที่ลดลง ทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุเกิดภาวะเสียดุลไนโตรเจนได้ง่าย

โครงกระดูก อัตราการเสื่อมสภาพของกระดูกในผู้สูงอายุจะมากกว่าอัตราการสร้างทั้งในเพศหญิงและเพศชาย แคลเซียมละลายออกจากกระดูกมากขึ้นเนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเพศร่วมกับพาราไธรอยด์ฮอร์โมนทำงานเพิ่มขึ้น กระดูกของผู้สูงอายุจึงเปราะและหักง่าย ความยาวของ

กระดูกสันหลังจะสั้นลง เนื่องจากหมอนรองกระดูกบางลงและกระดูกสันหลังงอมากขึ้น (Burrage, 1991, p.71) ทำให้เกิดหลังโก่งหรือหลังค่อมได้ นอกจากนี้กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่าง ๆ จะเสื่อมมากขึ้นตามอายุ น้ำไขข้อลดลงทำให้กระดูกสัมผัสกันมากขึ้นขณะเคลื่อนไหวทำให้เกิดการเสียดของข้อ อาจพบว่ามีกระดูกอักเสบของข้อ ปวดข้อ ข้อติดแข็งหรือพิการผิดรูปไปได้ (Matteson, 1988, p.176) ข้อที่พบว่ามีอาการเสื่อมได้บ่อย คือ ข้อเข่า ข้อตะโพก หรือข้อกระดูกสันหลัง (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2533, หน้า 69)

1.3 ระบบไหลเวียนโลหิต ในผู้สูงอายุลักษณะโครงสร้างของหัวใจไม่เปลี่ยนแปลง แต่จะพบแคลเซียมมาเกาะบริเวณลิ้นหัวใจมากขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น ทำให้การเปิดปิดของลิ้นหัวใจไม่ดี เกิดภาวะลิ้นหัวใจตีบหรือรั่วได้ ซึ่งเป็นสาเหตุให้พบก้อนเลือดอุดตันในเส้นเลือด (emboli) และลิ่มเลือดอุดตันในอวัยวะต่าง ๆ (thrombosis) ในผู้สูงอายุได้บ่อย

ส่วนหลอดเลือดจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากขึ้น ผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้น และมีความยืดหยุ่นน้อยลง เส้นใยอีลาสติน (elastin) มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว รูภายในหลอดเลือดแคบลง มีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีการจับกลุ่มของเกล็ดเลือด (platelet) ไฟบริน (fibrin) หรือทรอมบิน (thrombin) ทำให้ผนังหลอดเลือดตีบแคบลง ความยืดหยุ่นเสียไป ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย เป็นต้น

1.4 ระบบหายใจ ความยืดหยุ่นของปอดลดลง เยื่อหุ้มปอดแห้งและทึบ ทำให้ปอดยึดขยายและหดตัวได้น้อยลง ถุงลมปอดมีจำนวนลดลง ผนังถุงลมแตกง่าย เนื่องจากเส้นใยคอลลาเจนที่หุ้มถุงลมลดลง ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ง่ายขึ้น การทำงานของขนกวัด (cilia) ลดลง รีเฟล็กซ์การไอลดลง ประสิทธิภาพการไอลดลงด้วยเช่นเดียวกัน เนื่องจากการแข็งตัวของผนังทรวงอกและการทำงานของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจออกลดลง ทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมในทางเดินหายใจไม่ดี มีการติดเชื้ในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย การทำงานของฝักกรองเสียงลดลงทำให้เกิดอาการสำลักและเกิดโรคปอดบวมได้

1.5 ระบบทางเดินอาหาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีฟันเหลืออยู่จึงต้องใส่ฟันปลอม ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวก ต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตทำให้ขาดสารอาหารประเภทอื่นที่สำคัญทางร่างกาย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2533, หน้า 74) ต่อมาน้ำลายผลิตเอนไซม์และน้ำลายลดลง ปากและลิ้นแห้ง ทำให้มีการติดเชื้ในปากมากขึ้น การรับรสของลิ้นเสียไป ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเบื่ออาหาร กระเพาะอาหารมีการหลั่งน้ำย่อย

ลดลง การดูดซึมอาหารโดยเฉพาะเหล็ก วิตามินบี 12 และโฟเลท (folate) ลดลงซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะโลหิตจางได้ การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลงร่วมกับกล้ามเนื้อหน้าท้องอ่อนแรงทำให้เกิดภาวะท้องผูกขึ้นได้ ดัชนีมัชนาตลดลงประมาณ 20% ระหว่างอายุ 50-70 ปี (Bell, Dixon & Sehy, 1991, p.60) การทำหน้าที่ลดลง ปริมาณน้ำที่ลดลง ระดับคลอเลสเทอรอล และความหนืดของน้ำดีเพิ่มขึ้นตามอายุ มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้สูง

1.6 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ในผู้สูงอายุขนาดของไตลดลง หน่วยไตมีจำนวนลดลง โกลเมอรูลัสฝ่อลีบ ผนังหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตแข็งตัว ทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดในไตและอัตราการกรองของไตลดลง ประกอบกับการทำงานของท่อไตลดลง ทำให้ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นขึ้นลดลง ปัสสาวะจึงเจือจางมากขึ้น ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะลดลง ในผู้สูงอายุเพศชายมักจะพบว่ามีต่อมลูกหมากโต (benign prostatic hypertrophy หรือ BPH) และในเพศหญิงพบว่าปริมาณของฮอว์โมนเอสโตรเจนลดลงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุท่อปัสสาวะและมดลูก กล้ามเนื้อมดลูกมีความตึงตัวลดลง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้เกิดภาวะปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะบ่อยครั้ง กลั้นปัสสาวะไม่อยู่

1.7 ระบบประสาท ในผู้สูงอายุเซลล์สมองและเซลล์ประสาทจะมีจำนวนลดลงเรื่อย ๆ ขนาดของสมองลดลงและมีน้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้นแทนที่ เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีสารไลโปฟุสซิน (lipofuscin) มาสะสมมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตโนมัติลดลง ทำให้ความรู้สึกลดตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ และความไวในการตอบสนองลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ ผู้สูงอายุจะสามารถจำในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านไปในอดีตได้แต่ความจำหรือการเรียนรู้ในเรื่องใหม่ ๆ ในปัจจุบันลดลง ทำให้มีอาการหลงลืมง่าย พูดซ้ำซาก ซ้ำคิดซ้ำทำแบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลง โดยจะนอนหลับได้ง่ายและตื่นง่าย เมื่อตื่นแล้วจะนอนหลับอีกยาก

การไหลเวียนเลือดของสมอง และการใช้ออกซิเจนของสมองลดลงซึ่งอาจเกิดจากหลอดเลือดของสมองเสื่อม เนื่องจากมีภาวะหลอดเลือดแข็งตัวมากขึ้นตามอายุ ทำให้สมองได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลงหรือขาดเลือดจึงเกิดอาการหน้ามืดเป็นลมและเกิดภาวะเนื้อสมองตายได้

สำหรับการทำงานของประสาทสัมผัสในผู้สูงอายุ พบว่าการได้ยินลดลงมีการหูตึงมากขึ้น เวลาพูดด้วยต้องพูดเสียงดัง และต้องพูดซ้ำ การรับกลิ่นไม่ดี เพราะมีการเสื่อมของเยื่อโพรงจมูก การรับรสของลิ้นเสียไปเนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลง โดยการรับรสหวานจะสูญเสียก่อนรส

เปรี้ยว รสขมและรสเค็มทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสจัด หรือรับประทานอาหารไม่อร่อย เกิดภาวะเบื่ออาหาร การมองเห็นเลวลง แก้วตาเริ่มขุ่นมัว เกิดต่อกระจกได้ ความยืดหยุ่นของแก้วตาลดลง บริเวณรอบ ๆ กระจกตาเห็นเป็นวงสีขาวหรือสีเทา (circus senile) กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ สายตายาวขึ้น ความไวในการมองตามภาพลดลง

1.8 ระบบต่อมไร้ท่อ จะมีการเปลี่ยนแปลงได้แก่ ต่อมใต้สมองจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและการทำงานลดลง มีการเปลี่ยนแปลงจากการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง ต่อมธัยรอยด์ลดลงตามอายุ ผู้สูงอายุจะเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และน้ำหนักลดลง ต่อมหมวกไตมีการทำงานลดลง การขับคอร์ติโคสเตอรอยด์ทางปัสสาวะลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการเครียดและหงุดหงิดง่าย ต่อมอ่อนมีการผลิตอินซูลินลดลง เนื้อเยื่อต่าง ๆ ภายในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินน้อยกว่าปกติเป็นผลให้ระดับความทนต่อน้ำตาล (glucose tolerance) ลดลงเมื่ออายุมากขึ้นอาจเป็นเบาหวานได้ง่ายขึ้น ต่อมเพศทำงานลดลง และไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง ในเพศหญิงรังไข่จะหยุดทำงานอวัยวะต่าง ๆ ในระบบสืบพันธุ์เสื่อมลงและสูญเสียหน้าที่ ขนบริเวณรักแร้และหัวหน่าวจะลดลง บางรายอาจมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ทำให้มีอาการหงุดหงิด โกรธง่าย ตกใจง่าย ซึมเศร้า เป็นต้น ในเพศชายการหลั่งฮอร์โมนเอนโดรเจนลดลงทีละน้อย ต่อมลูกหมากจะโตขึ้นเนื่องจากมีเนื้อพังผืดเพิ่มขึ้น อันตะเพียวแต่สร้างอสุจิได้ปกติ อวัยวะเพศและลักษณะทางเพศเสื่อมลงเช่นเดียวกัน

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ พัฒนาการของผู้สูงอายุตามที่อีริกสัน ได้กล่าวไว้เป็นการสร้างความรู้สึกมั่นคงสมบูรณ์หรือความหมดหวังท้อถอย (integrity versus despair) ซึ่งการพัฒนาความรู้สึกเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้จากการทบทวนประสบการณ์ในอดีต และประเมินผลชีวิตของตนเอง บุคคลที่มีความพอใจในชีวิตที่ผ่านมามีความสุขความสำเร็จและความเจริญก้าวหน้าจะแสดงออกโดยมีความเฉลียวฉลาด เข้าใจโลก เข้าใจตนเองและพร้อมที่จะอำลาจากโลกนี้ไป ตรงกันข้ามกับบุคคลที่ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิตจะมีความรู้สึกกลัวตายเมื่อรู้แน่วินเวลาของตนใกล้เข้ามาามากแล้ว เนื่องจากความรู้สึกผูกพันกับภารกิจที่ยังค้างคาอยู่ยังไม่สำเร็จ หมดหวังท้อแท้ (Erickson, 1963 อ้างถึงใน จินตนา ศรีมูล, 2535, หน้า 36) การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุที่พบได้แก่ การสูญเสียไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เพื่อนฝูง บทบาทสถานภาพทางครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ทำให้มีความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่าไร้ประโยชน์ สูญเสียความภาคภูมิใจ หวาดระแวงเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กลัวความตาย กลัวถูกทอดทิ้ง มีอารมณ์เศร้า หมดกำลังใจ ว่าเหว่ วิตกกังวล หงุดหงิด

โกรธง่าย ใจน้อย เบื่ออาหาร เบื่อสิ่งต่าง ๆ และเรียกร้องความสนใจ หรือมีอาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหรือพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติเป็นประจำ อาจเนื่องจากการเกษียณอายุทำให้มีเวลาว่างมากขึ้น การทำกิจกรรมที่เคยทำลดลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า การสมาคมกับเพื่อนฝูง ผู้ร่วมงานน้อยลง ทั้งยังทำให้ขาดรายได้จากเดิมที่เคยมีอยู่ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางครอบครัว ซึ่งเมื่อลูก ๆ เจริญเติบโตมีครอบครัวเป็นของตนเองก็ต้องการสร้างครอบครัวใหม่ บุคคลในครอบครัวที่เคยอยู่ด้วยกันก็แยกย้ายกันไป ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพัง ผู้สูงอายุจึงต้องเผชิญกับการสูญเสียมากมายในชีวิต ซึ่งถ้าไม่มีบทบาทหรือกิจกรรมอื่นมาทดแทนอาจเกิดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์มากขึ้น มองโลกในแง่ร้าย ซึมเศร้าและสิ้นหวัง ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพจิตและเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคจิตในวัยชราได้ (Arkoff, 1968 อ้างถึงในนิรนาท วิทโยชกิติคุณ, 2534, หน้า 15)

จะเห็นได้ว่าในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหลายด้าน ทั้งในด้านร่างกายที่เกิดจากความเสื่อมโทรมของอวัยวะต่าง ๆ ประสิทธิภาพการทำงานที่ต่าง ๆ ก็ลดลงด้วย การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์จากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก มีความรู้สึกท้อแท้ไร้คุณค่า ไร้ประโยชน์ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงสถานภาพและบทบาททางสังคม เช่น การเกษียณอายุราชการ เหล่านี้จะมีผลกระทบทำให้สุขภาพผู้สูงอายุไม่ดี ซึ่งมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและการทำหน้าที่ของร่างกาย (Kart, Metress & Metress, 1992, p.32) เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีความสุข

ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

ประวัติความเป็นมาและวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรา

สถานสงเคราะห์คนชราเป็นสถานที่ที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ ให้มีที่พักอาศัย โดยรัฐบาลได้พิจารณาเห็นว่า ผู้สูงอายุในอดีตนั้นได้รับใช้ประเทศชาติมามาก เมื่อมีอายุมากขึ้นไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู รัฐบาลก็ควรจะช่วยอุปการะเลี้ยงดู ให้มีความสุขในชีวิตนี้ไปตลอดไป รัฐบาลจึงได้มอบหมายให้กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย จัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรานานาชาติ ซึ่งเป็นสถานสงเคราะห์คนชราแห่งแรกขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2496 ที่ตำบลบางแค

เขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร เพื่อรับผู้สูงอายุในภาคกลางไว้สงเคราะห์ ปรากฏว่ามีผู้สูงอายุอยู่ในหลักเกณฑ์ตามที่กำหนดมาขอสมัครเข้าอยู่เป็นจำนวนมาก และเป็นที่ยอมรับของประชากรโดยทั่วไป แต่สถานสงเคราะห์คนชราที่จัดตั้งขึ้นจำกัดเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ในภาคกลาง เขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดใกล้เคียงเท่านั้น ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในภาคอื่นไม่สามารถเข้ารับการบริการได้ ดังนั้นรัฐบาลจึงอนุมัติงบประมาณให้กรมประชาสงเคราะห์ดำเนินการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราขึ้นที่จังหวัดเชียงใหม่ และให้ชื่อว่า สถานสงเคราะห์คนชรากานทรนิคม จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อรับผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดภาคเหนือ รวม 17 จังหวัด ให้บริการเลี้ยงดู และได้เริ่มเปิดดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2498 เป็นต้นมา โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งดังนี้

1. เพื่อรับผู้สูงอายุซึ่งมีความเดือดร้อน ทุกข์ยาก ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือไม่มีที่อยู่อาศัย
2. เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัวที่มีรายได้น้อย หรือยากจน ซึ่งไม่สามารถจะอุปการะผู้สูงอายุได้
3. เพื่อตอบแทนคุณงามความดีที่ผู้สูงอายุได้ทำประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติ เมื่ออยู่ในวัยหนุ่มสาว
4. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้คลายความวิตกกังวลว่า มีผู้เลี้ยงดูเมื่อชราภาพไม่สามารถประกอบอาชีพได้

ลักษณะของสถานสงเคราะห์คนชรา

สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมนิคม จังหวัดเชียงใหม่ เป็นสถานสงเคราะห์คนชราที่รับผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน 17 จังหวัดภาคเหนือ มีจำนวนผู้สูงอายุจากสถิติจำนวนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราแห่งนี้ ประจำปี 2534 พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 189 ราย เป็นเพศชาย 91 คน และเพศหญิง 98 ราย มีอายุเฉลี่ยประมาณ 70-80 ปี มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในสถานสงเคราะห์คนชราแห่งนี้จำนวน 34 คน ประกอบด้วย ผู้ปกครอง 1 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน เจ้าหน้าที่ประจำสงเคราะห์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ อีก 23 คน ลักษณะของสถานสงเคราะห์คนชราแห่งนี้มีอาคารที่พักอาศัยทั้งหมด 5 อาคาร มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่อาคารละ 40 คน มีพี่เลี้ยงดูแลประจำอาคารละ 1 คน โดยผู้สูงอายุที่จะพักอาศัยในแต่ละอาคาร จะแบ่งตามระดับสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

1. อาคาร 1 สำหรับผู้สูงอายุชายที่มีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง
2. อาคาร 2 สำหรับผู้สูงอายุหญิงที่มีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง
3. อาคาร 3 สำหรับผู้สูงอายุหญิงที่มีสุขภาพแข็งแรง
4. อาคาร 4 สำหรับผู้สูงอายุชายที่มีสุขภาพแข็งแรง
5. อาคาร 5 สำหรับผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงหรือเจ็บ

ป่วยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและช่วยเหลือตัวเอง ได้น้อย โดยอาคารนี้จะมีเตียงสำหรับผู้สูงอายุอยู่ทั้งหมด 24 เตียง มีพี่เลี้ยงประจำ 1 คน

สำหรับงานบริการที่จัดให้มีในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์ มีอยู่หลายประเภท ได้แก่

1. บริการด้านการเลี้ยงดู สถานสงเคราะห์คนชราให้บริการด้านที่พักอาศัย เครื่องนุ่งห่ม และของใช้ส่วนตัว มีเจ้าหน้าที่พี่เลี้ยงคอยดูแลความสะอาดที่พักอาศัย เครื่องนุ่งห่ม รวมทั้งดูแลความสะอาดทาสบายด้านอื่น ๆ อีกด้วย
2. บริการด้านการรักษาพยาบาล มีเจ้าหน้าที่พยาบาลคอยดูแล และให้การรักษานักสงฆ์ที่เจ็บป่วยเบื้องต้น นอกจากนี้จะมีแพทย์จากโรงพยาบาลเทศบาล และศูนย์มาลาเรีย เขต 5 จังหวัดเชียงใหม่ มาตรวจร่างกายผู้สูงอายุ และให้การรักษา ในช่วงเวลาบ่ายทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดี ถ้าเจ็บป่วยมากจะนำส่งโรงพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยทางจิต นักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้ประสานงานให้ข้อมูลแก่แพทย์เพื่อช่วยพิจารณาในการรักษา ตลอดจนไปเยี่ยมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. บริการด้านกายภาพบำบัด สถานสงเคราะห์คนชราได้จัดบริการด้านกายภาพบำบัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง และฟื้นฟูจากการเจ็บป่วยใหม่ หรือเริ่มจะมีอาการเป็นอัมพาต โดยสถานสงเคราะห์คนชราจะจัดหาเครื่องมือสำหรับรักษาทางกายภาพบำบัดพร้อมเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ คอยดำเนินการตามแผนการรักษาของแพทย์

นอกจากนี้สถานสงเคราะห์คนชรายังให้การรักษแบบกลุ่ม เป็นการบริหารร่างกาย ให้ได้มีการเคลื่อนไหว โดยบริหาร คอ แขน มือ ลำตัว เท้า ขา และทุกส่วนของร่างกาย ซึ่งจะมีนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้ชักชวน และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุทุกคนมาเข้ารับบริการ

4. บริการด้านนันทนาการ เป็นการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความบันเทิง สนุกสนาน โดยวิธีการใช้กลุ่ม และกิจกรรมต่าง ๆ เป็นเครื่องมือ มีการจัดนันทนาการเป็นประจำเดือน วันเดือน

กิจกรรมที่จัดขึ้นต้องมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นไปตามความสนใจ ความถนัด และความสามารถของผู้สูงอายุด้วย นักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้นำทรัพยากรในชุมชนมาใช้โดยการขอความร่วมมือจากองค์การกุศล โรงเรียน หน่วยงานชาตต่าง ๆ มาจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุชมเป็นครั้งคราว

นอกจากนั้นสถานสงเคราะห์คนชราได้จัดให้ผู้สูงอายุได้รับรู้ข่าวสารต่าง ๆ โดยการจัดหาข่าวต่าง ๆ จากทางหนังสือพิมพ์ วิทยุ และโทรทัศน์

5. บริการด้านงานอดิเรกและอาชีพบำบัด สถานสงเคราะห์คนชราได้ส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง และสมัครใจ จะทำงานอดิเรก เพื่อให้มีรายได้ และเป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ทั้งยังเป็นการแก้ปัญหาทางอารมณ์และจิตใจ งานด้านอาชีพบำบัดที่ทางสถานสงเคราะห์คนชราได้จัดขึ้น ได้แก่ การทำไม้กวาด ทางมะพร้าว การทำพรมเช็ดเท้า พันธุ์กระดาด ทำถุงผ้า หมวก ปลุกพืชผักสวนครัว งานในโรงครัว หมอดู หมอนวด เป็นต้น นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำการเพาะชำไม้ดอกอีกด้วย

6. บริการด้านสังคมสงเคราะห์ นักสังคมสงเคราะห์ประจำสถานสงเคราะห์คนชรามีบทบาทในการช่วยเหลือ และให้กำลังใจ แก่ผู้รับการสงเคราะห์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ขาดผู้ดูแลเลี้ยงดู จึงมีความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง ว่าแทบ จะไม่สามารถดำเนินชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความสุข นอกจากนี้ นักสังคมสงเคราะห์มีหน้าที่ทำประวัติผู้สูงอายุ เยี่ยมบ้าน ติดตามญาติ หรือบุคคลภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา เยี่ยมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและไปรักษาตัวตามโรงพยาบาลต่าง ๆ การให้คำปรึกษา การให้บริการทางสุขภาพจิต และบริการด้านอื่น ๆ เช่น การรับเงินบำนาญ การอุทิศดวงตา การมอบศพแก่โรงพยาบาล รวมทั้งการจัดกลุ่มให้แก่ผู้สูงอายุ โดยการจัดกลุ่มกายภาพบำบัด อาชีพบำบัด และกลุ่มนันทนาการ

7. บริการด้านศาสนกิจ มีการจัดทำวัตรเช้าและเย็นทุกวัน ในวันธรรมสวนะ ได้นิมนต์พระภิกษุมาแสดงพระธรรมเทศนาให้แก่ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา และเมื่อผู้สูงอายุถึงแก่กรรม ก็จัดฌาปนกิจศพให้ตามประเพณีท้องถิ่น

เกณฑ์ในการพิจารณาให้ผู้สูงอายุเข้าในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปรกรณ์

ผู้สูงอายุที่มีความประสงค์จะเข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนชราจะติดต่อและยื่นใบสมัครที่ประจำสงเคราะห์ประจำจังหวัดซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ เพื่อที่จะเสนอคณะกรรมการสงเคราะห์คนชราประจำจังหวัดต่อไป ถ้าในเขตจังหวัดใดไม่มีที่ทำการประจำสงเคราะห์จังหวัด ให้ยื่น ใบสมัครต่อคณะกรรมการ

สงเคราะห์คนชราประจำจังหวัดโดยตรง ซึ่งคณะกรรมการสงเคราะห์นั้นจะพิจารณาคณะสมบัติ และหลักฐานต่าง ๆ โดยผู้สูงอายุจะต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุเพศหญิงมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ เพศชายอายุ 65 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
2. เป็นบุคคลที่ไร้ญาติ ขาดที่พึ่ง หรือประสบปัญหา เดือดร้อน ทุกข์ยาก
3. ไม่เป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคติดต่ออันตราย
4. ไม่พิการทุพพลภาพ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
5. เป็นผู้มั่งมีเงินอยู่ภายใน 17 จังหวัดภาคเหนือ

หลังจากนั้นผู้สูงอายุจะได้รับการตรวจร่างกาย และถ่ายภาพรังสีทรวงอก แล้วจึงส่งตัวผู้สูงอายุ พร้อมทั้งหนังสือส่งตัว มายังสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อเข้ารับบริการต่อไป

กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์ มีกิจวัตรประจำวันที่กำหนดไว้ ตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันศุกร์ ได้แก่ ตื่นนอนตอนเช้า แล้วเวลา 08.00 น. เคารพธงชาติ พร้อมกัน หลังจากนั้นรับประทานอาหารเช้า สวดมนต์ทำวัตรเช้า นั่งสมาธิ แล้วทำการออกกำลังกายพร้อมกันตามเทปวีดีโอ หลังจากนั้นก็ทำกายภาพบำบัดโดยเจ้าหน้าที่พยาบาลที่มีความรู้เป็นผู้ดำเนินการ ต่อมาเวลา 11.30 น. รับประทานอาหารกลางวัน หลังจากนั้นก็เป็นเวลานักผ่อนส่วนตัว หรือผู้สูงอายุที่สนใจเกี่ยวกับอาชีพบำบัดก็สามารถใช้เวลาช่วงนี้ทำได้ เวลา 16.30 น. รับประทานอาหารเย็น หลังจากนั้นก็จะสวดมนต์เย็น และเคารพธงชาติอีกครั้งหนึ่ง เวลา 18.00 น. จากนั้นก็จะเป็นเวลานักผ่อนส่วนตัว ผู้สูงอายุส่วนมากจะเข้านอนเวลาประมาณระหว่าง 19.00 - 20.00 น. สำหรับวันเสาร์และวันอาทิตย์ กิจวัตรประจำวันจะเหมือนวันอื่น ๆ นอกจากไม่มีการออกกำลังกายช่วงเช้า

ปัญหาของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

ผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตจนเกิดเป็นความเจ็บป่วยขึ้นได้ ปัญหาสุขภาพทางกายมักเกิดจากความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ก็เช่นเดียวกัน จากสถิติเกี่ยวกับปัญหาภาวะสุขภาพที่พบในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์ ใน

ปี 2534 พบว่าผู้สูงอายุป่วยเป็นโรคทางกาย 75 ราย ซึ่งส่วนใหญ่ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคปวดตามข้อ เป็นต้น ส่วนผู้ที่เป็นโรคจิต โรคประสาท มีจำนวน 8 ราย และยังพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาความวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ เช่น การปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุอื่นในสถานสงเคราะห์คนชรา หรือการที่ต้องเปลี่ยนที่อยู่ใหม่ เป็นต้น นอกจากนี้จากการศึกษาของ นีรลัทธ์ คำนวนศิลป์ และคณะ (2523) ทำการศึกษาเรื่องความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเอง และปัญหาบางประการของผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-80 ปี อาศัยอยู่ภายในและภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 852 ราย พบว่าปัญหาของผู้สูงอายุที่สำคัญ คือ ปัญหาทางด้านจิตวิทยาสังคม ซึ่งได้แก่ความไม่สามารถปรับตัวและใจให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป และปัญหาเรื่องหวาดกลัวและกังวลที่ต้องเผชิญกับความตาย นอกจากนี้ปัญหาดังกล่าวแล้วยังพบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและปัญหาทางด้านสุขภาพอีกด้วย

จะเห็นได้ว่า ปัจจุบันผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งเป็นสถานที่ที่จัดไว้สำหรับผู้สูงอายุที่มีความจำเป็น ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ มีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนขึ้น และผู้สูงอายุเหล่านี้ยังมีปัญหาทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตอีกด้วย ซึ่งเกิดมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาการดำรงชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพพลตลง จนอาจเกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาความวิตกกังวลเกิดขึ้น ในขณะที่อยู่ร่วมกันในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งปัญหาเหล่านี้ย่อมมีผลทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างไม่มีความสุข และเป็นภาระแก่สถานสงเคราะห์คนชราและประเทศชาติโดยรวมอีกด้วย

ความวิตกกังวล

ความหมายของความวิตกกังวล

มีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้มากมาย เช่นซุง (Zung, 1971, p.371) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่าความวิตกกังวล หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ความวุ่นวายใจ หวาดหวั่น มักจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพร่วมด้วย เช่น มือสั่น ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย ถ้ามีระดับที่รุนแรงจะทำให้มีความรู้สึกกลัวจนสุดขีดได้ (Zung, 1971, p.371)

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกหรืออารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามหรือเป็นอันตรายจากภายนอก เป็นความรู้สึกไม่สบายใจ ซึ่งเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับสิ่งที่มาคุกคามหรืออันตรายที่เกิดขึ้น (Cater, 1976, p.1976)

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่หวาดหวั่นหรือ หวาดกลัว ซึ่งมีสาเหตุจากภายในจิตใจของบุคคล โดยไม่มีสิ่งภายนอกมากระตุ้น (Janosik & Davies, 1986, p.734)

ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะที่มีความตึงเครียดในจิตใจ หวาดหวั่น กลัว มีอาการหงุดหงิดหรือคาดคิดถึงแต่สิ่งที่เป็นอันตรายมักร่วมกับอาการทางร่างกายจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ อาการใจสั่น (palpitation) หัวใจเต้นเร็ว (tachycardia) เหงื่อออกมาก (sweating) ปากแห้ง เป็นต้น (Klerman, 1983, p.7) โดยอาการที่เกิดขึ้นนี้มักจะไม่มียากระตุ้นจากภายนอก

ความวิตกกังวล หมายถึง ปฏิกริยาที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม หรือ สิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิต (Valente & Sellers, 1990, p.248)

ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์ หรือไม่สบายใจ รู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว และกังวลต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น หรือเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นและคาดว่าจะ เป็นอันตราย หรือก่อให้เกิดผลในทางที่เลวร้าย (บึงอร เครียดชัยภูมิ, 2533, หน้า 9)

ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะทางจิตใจและอารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น หรือการคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ล่วงหน้าว่าจะเป็นอันตรายหรือเกิดผลในทางเลวร้าย ทำให้บุคคลมีความรู้สึกไม่สบายใจ หงุดหงิด วุ่นวายใจ อึดอัด หวั่นกลัว ความคิดสับสน และกังวลใจ ซึ่งบางครั้งไม่สามารถอธิบายถึงเหตุผลและสาเหตุที่แท้จริงได้ (ภัสพร ขำวิชา, 2534, หน้า 11)

ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าความวิตกกังวลหมายถึง ภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น หวาดกลัว กังวลต่อสิ่งที่มาหรือคาดว่าจะมาคุกคามชีวิต ทำให้บุคคลมีปฏิกริยาโดยการแสดงออกทั้งทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์

สาเหตุของความวิตกกังวล

สาเหตุของความวิตกกังวลอาจแบ่งได้ตามสิ่งที่คุกคามต่อบุคคลซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ชนิดดังนี้ (ปาพั่น บุญหลง, 2528, หน้า 116; Taylor, 1986, p.102)

1. **สิ่งที่คุกคามด้านร่างกาย** เป็นสิ่งที่รบกวนต่อความพึงพอใจในความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย ทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำรงชีวิตหรือมีผลให้ความสามารถของบุคคลลดลง ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการพัฒนาการสู่วัยสูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมโทรมของอวัยวะต่าง ๆ การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ทำให้เกิดความเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เหล่านี้เป็นสิ่งคุกคามด้านร่างกายที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลขึ้น

2. **สิ่งคุกคามต่อความเป็นตนเอง** เป็นสิ่งคุกคามที่เกิดจากความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่า และศักดิ์ศรีในตนเอง เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เดิมสู่บทบาทใหม่ การต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งในผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความสูญเสียไม่ว่าจะเป็นเพื่อนฝูง คู่ชีวิต สถานภาพทางสังคม การต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวไม่ทันซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น (Verwoerd, 1981 cited in Salzman & Lebowitz, 1991, p.4)

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุมีผลต่อทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ เม็คคอนเนล (McConnell, 1988, p.530) ได้สรุปสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลในผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. ความขัดแย้งในจิตใจเกี่ยวกับคุณค่าหรือเป้าหมายของชีวิต
2. การถูกคุกคามต่ออัตมโนทัศน์ของตนเอง
3. การถูกคุกคามด้วยความตาย
4. การถูกคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ
5. การถูกคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ
6. การถูกคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่การทำงาน
7. การถูกคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม
8. การถูกคุกคามหรือการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
9. ภาวะวิกฤตในชีวิต
10. ปัญหาการติดต่อระหว่างบุคคล
11. ความอ้างว้างหรือโดดเดี่ยว

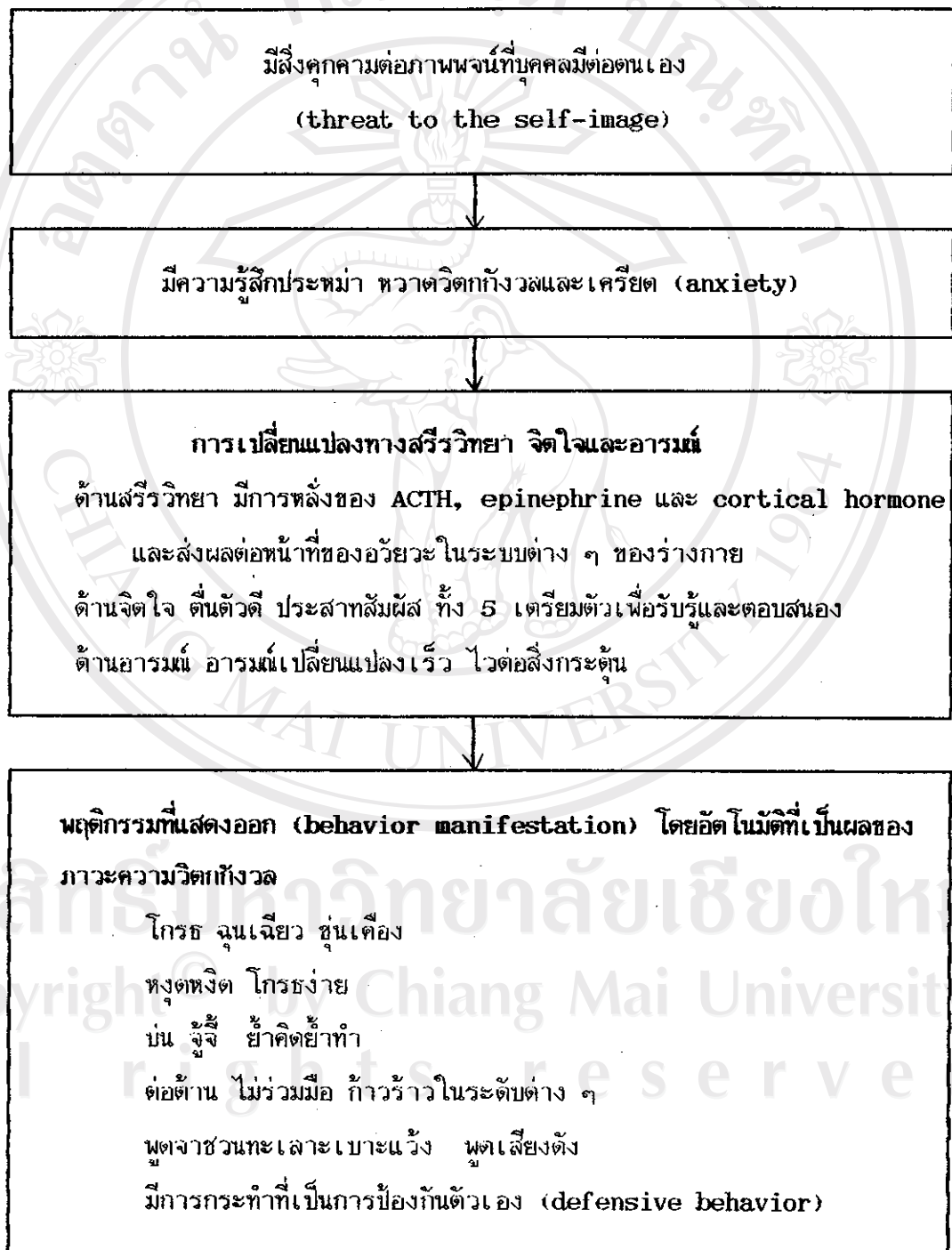
นอกจากนี้แล้วสาเหตุของความวิตกกังวลในผู้สูงอายุอาจเกิดจากโรคจิตที่คิดว่า ตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย (hypochondriasis) ภาวะสมองเสื่อมระยะแรก ความหวาดระแวง (paranoid) รวมทั้งผลของยาและสารบางอย่าง เช่น คาเฟอีน ด้วย (Salzman & Lebowitz, 1991, p.7)

ขั้นตอนของการเกิดความวิตกกังวล

การเกิดความวิตกกังวลมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จิตใจและอารมณ์ ทำให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ดังต่อไปนี้ (สวณีย์ เกียรติแก้ว, 2527, หน้า 168)

1. บุคคลมีความเชื่อ ความหวง ค่านิยม ซึ่งได้รวมกันก่อตัวเป็นภาพพจน์ที่เขามีต่อตนเอง

2. ความเชื่อ ความหวัง ค่านิยมหรือภาพพจน์ที่มีต่อตนเองถูกคุกคามทำให้เกิดความไม่สมดุล
ในอารมณ์
3. บุคคลนั้นเกิดภาวะหวาดหวั่น ไม่มั่นใจ เกิดความรู้สึกไม่แน่ใจในการพิจารณาแก้ไขเหตุ
การณ์เฉพาะหน้า (sense of helplessness and powerlessness)
4. เกิดความรู้สึกอึดอัด กระวนกระวายใจ เกิดความเครียด มีพลังงานเกิดขึ้น ภาวะนี้
เรียกว่า ความวิตกกังวล
5. บุคคลทำการจัดพลังงานส่วนเกินอย่างอัตโนมัติ โดยเปลี่ยนพลังงานออกเป็นพฤติกรรม
อัตโนมัติ เช่น โกรธ เสียหงุดหงิด มีการเคลื่อนไหวของร่างกายมากขึ้น
6. เกิดความรู้สึกอ่อนคลายลง เกิดความสมดุลทางจิตใจและอารมณ์ขึ้นใหม่
ซึ่งขั้นตอนของการเกิดความกังวลนี้มีผลกระทบต่อกันทั้งในทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ซึ่ง
สามารถแสดงได้ดังแผนภาพที่ 1



ระดับของความวิตกกังวล

ระดับของความวิตกกังวลในแต่ละบุคคลและในแต่ละสถานการณ์มีความแตกต่างกัน โดยมีผลดีและผลเสียตามระดับของความรุนแรง ซึ่งอาจแบ่งระดับของความวิตกกังวลเป็น 4 ระดับ ได้แก่ (Peplau, 1952 cited in Burgess & Hartmann, 1990, p.187)

1. ความวิตกกังวลระดับต่ำ (mild anxiety level) ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้ความสามารถในการรับรู้ดีขึ้น มีสมาธิในการเรียนรู้ กระตุ้นให้เจริญเติบโตและทำให้บุคคลเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ทำให้ประสิทธิภาพรับรู้กว้างขึ้น ตื่นตัวกับสิ่งแวดล้อม สามารถแก้ไขปัญหาและตัดสินใจได้ดี

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (moderate anxiety level) ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้ความสามารถในการรับรู้แคบลง บุคคลมักจะไม่ค่อยสนใจสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวแต่ถ้าได้รับการช่วยเหลือจะสามารถทำให้การรับรู้ดีขึ้นได้

3. ความวิตกกังวลระดับสูง (severe anxiety level) ความวิตกกังวลระดับนี้ทำให้การรับรู้ของบุคคลลดลงมาก การมองสภาพแวดล้อมจะบิดเบือนสภาพความเป็นจริง ไม่สามารถรับรู้รายละเอียดของเหตุการณ์ทั้งหมดได้ จะสามารถรับรู้ได้เพียงบางส่วน (Stuart & Sundeen, 1983, pp.208-209) ความตื่นตัวในเรื่องต่าง ๆ ลดลง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายที่จะบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (panic level) ความวิตกกังวลระดับนี้ทำให้บุคคลสูญเสียการควบคุมตนเอง สูญเสียการรับรู้เกี่ยวกับบุคคล สถานที่ เวลา ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรต่าง ๆ สูญเสียการรับรู้ต่อเหตุการณ์และการตื่นตัวแทบจะไม่มีเลย ถ้าความวิตกกังวลระดับนี้ยังคงมีอยู่เป็นระยะเวลานาน จะทำให้บุคคลรู้สึกเหนื่อยล้า และอาจถึงกับเสียชีวิตได้

นอกจากนี้ยังแบ่งระดับของความวิตกกังวลตามความรุนแรง (intensity) ระยะเวลา (duration) และความถี่ (frequency) ของการแสดงออกทั้งทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ที่มีผลจากความวิตกกังวลได้ ดังนี้ (Zung, 1971, p.373)

1. ไม่มีความวิตกกังวล หมายถึงยังไม่มีอาการแสดงอาการทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์จากความวิตกกังวลในปัจจุบัน หรือเกิดขึ้นน้อยมาก

2. ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย หมายถึงยังมีอาการแสดงทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์มีความรุนแรงหรือมีระยะเวลาเพียงเล็กน้อย ปัจจุบันมีอาการเหล่านั้นเกิดขึ้นบางครั้ง

3. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง หมายถึงยังมีอาการแสดงทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ เกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย

4. ความวิตกกังวลระดับสูง หมายถึงยังมีอาการแสดงทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ที่มีความรุนแรงและระยะเวลา ปัจจุบันมีอาการแสดงเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา

ผลของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมที่แสดงออกได้ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เป็นผลมาจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ เพื่อตอบสนองต่อภาวะตึงเครียดที่เกิดขึ้น โดยจะมีอาการและอาการแสดงของอวัยวะในระบบต่าง ๆ ดังนี้ (Zung, 1971, pp.371-372)

1.1 ระบบหายใจ พบว่ามีอาการหายใจแรงเร็ว ลักษณะเหมือนหายใจไม่อิ่ม หายใจสั้น วิ่งเวียน แ่นหน้าอก รู้สึกคล้ายจะเป็นลม รู้สึกชาเสียวแปลบบริเวณนิ้วมือ นิ้วเท้า

1.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด จะพบอาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ทอบ เจ็บหน้าอก

1.3 ระบบทางเดินอาหารจะพบอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง หรือท้องเดิน

1.4 ระบบทางเดินปัสสาวะ พบอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือถ่ายปัสสาวะบ่อย

1.5 ระบบผิวหนัง จะพบว่ามีอาการหน้าแดง หรือหน้าซีด เหงื่อออกมาก โดยเฉพาะบริเวณฝ่ามือ เพราะต่อมเหงื่อที่ฝ่ามือมีลักษณะพิเศษที่ไม่ได้ช่วยในการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย และเมื่อมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกจะทำให้มีเหงื่อออกบริเวณฝ่ามือมากขึ้น

1.6 ระบบประสาทกลาง จะพบอาการลึ่มงาย ไม่มีสมาธิ อารมณ์ฉุนเฉียวง่าย นอนไม่หลับ หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ ฝันร้าย เป็นต้น

1.7 ระบบกล้ามเนื้อ จะพบว่ามีอาการเกร็งตึงตัว มือเท้าสั่นกระตุก ปวดเมื่อยล้า เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ที่มีความวิตกกังวลจะมีความรู้สึกหวาดหวั่น มีความคิดสับสน หงุดหงิด เสียใจ กลัวอย่างไม่มีเหตุผล ไม่สบายใจ กระวนกระวาย สะดุ้ง ตกใจง่าย

ดิง เครียต (Zung, 1971, pp.371-372) นอกจากนั้นยังอาจพบอาการนอนไม่หลับ มีความรู้สึกเหมือนถูกกระทบกระเทือนจิตใจและถูกกระตุ้นโดยความเจ็บปวดได้ง่ายขึ้นอีกด้วย (Chisholom, 1988, p. 209)

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญา จะพบว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลจะ ไม่มีสมาธิ หรือไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ไม่สามารถคิดเกี่ยวกับเรื่องที่เป็นนามธรรม หรือคิดไปในแนวทางที่ไม่เหมาะสม (Beare & Myers, 1990, p.419) การตัดสินใจไม่ดี การรับรู้ผิดพลาด ความจดจำและความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมจะลดลง

4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นบุคคลจะแสดงพฤติกรรมออกมาหลายรูปแบบ ทั้งที่เป็นคำพูด และท่าทาง ได้แก่ การแสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง กำมือแน่น เคลื่อนไหวโดยไม่มีจุดหมาย มือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง พูดจาชวนทะเลาะ พูดเร็ว พูดเสียงดังหรือเบา อ้าอึ้ง พูดติดอ่าง พูดซ้ำ ๆ ในเรื่องเดิม บ่นจู้จี้ ขาดความอดทนในการสนทนา กลองกลตาไปมา หลบตาหรือพยายามหลบหนี และไม่ให้ความร่วมมือในการกระทำการกิจกรรมต่าง ๆ (Watson, 1974 อ้างถึงในบังอร เครียดชัยภูมิ, 2533, หน้า 14)

นอกจากนี้ผลของความวิตกกังวลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สติปัญญา สังคม และอารมณ์ โดยแบ่งตามระดับของความวิตกกังวล แสดงได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลของความวิตกกังวลตามชนิดของความวิตกกังวล (Chisholm, 1988, pp.210-211)

ระดับ ความวิตกกังวล	การเปลี่ยนแปลง ทางร่างกาย	การเปลี่ยนแปลง ทางสติปัญญา	การเปลี่ยนแปลงทาง สังคมและอารมณ์
ระดับต่ำ (mild)	มีการกระตุ้นประสาท ซิมพาเทติกระดับต่ำ เกิดความตึงเครียด ของกล้ามเนื้อ ร่างกายผ่อนคลาย โดยการเคลื่อนไหว ง่าย ตรงทิศทาง และความต้องการ ขณะพูดจะมีการสบตา แสดงความสนใจ น้ำเสียงสงบ ปรับ ระดับเสียง ได้ดี	การรับรู้ดี สามารถตั้ง สมาธิได้ มีการตื่นตัวเล็กน้อยกับ สิ่งแวดล้อมภายนอก มีการป้องกันตัวเองทาง บวก โดยไม่ยอมรับเกี่ยว กับสิ่งที่เกิดขึ้น	แบบแผนกิจวัตรประจำวัน และการเรียนรู้ทักษะดี มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และพอใจ อาจต้องการอยู่คนเดียว
ระดับปานกลาง (moderate)	มีการทำงานของ ระบบประสาท ซิมพาเทติกเพิ่มขึ้น ได้แก่ความดันโลหิตสูง ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว รุ่มานตาขยาย ต่อม เหงื่อถูกกระตุ้น	การรับรู้แคบลง จดสนใจ ใจอยู่ที่สิ่งกระตุ้นภายใน หรือภายนอกเท่านั้น ระดับของการเรียนรู้ ปกติ การป้องกันตัวเองจะ ผสมผสานกันทั้งทางบวก	เพิ่มทักษะในการเรียนรู้ วิเคราะห์เหตุการณ์ที่เป็น ปัญหา ใช้ทั้งการรับรู้และ การแสดงออก มีแรงจูงใจในการแก้ ปัญหา ความรู้สึกผสมผสาน เช่น

ระดับ ความวิตกกังวล	การเปลี่ยนแปลง ทางร่างกาย	การเปลี่ยนแปลง ทางสติปัญญา	การเปลี่ยนแปลงทาง สังคมและอารมณ์
	หลอดเลือดส่วนปลาย หดตัว เพิ่มความตึงเครียด ของกล้ามเนื้อร่วมกับ ความรู้สึกตึงเครียด และตึงเครียด รู้สึก กระวนกระวายใจ น้ำเสียงสนใจ ที่จะ วิเคราะห์ปัญหา พูด เร็วขึ้น เสียงดัง เพิ่มการเต้นตัว	และทางลบ	รู้สึกมั่นคง กลัว คุณค่า ในตัวเองต่ำลงและรู้สึกว่า แรงกำลังน้อยลง
ระดับสูง (severe)	มีปฏิกิริยาต่อสู้-ถอย หนี สลับกัน มีการหลั่งของสาร จากระบบประสาท ซิมพาเทติก มีการกระตุ้นต่อม หมวกไตขึ้นใน เพิ่มแคทีคอลามีน เพิ่มการเต้นของ หัวใจ ใจสั่น ระดับน้ำตาลใน	ความสามารถในการรับ รู้มีจำกัด มีความสนใจ เพียงสิ่งกระตุ้นเดียว (ภายในหรือภายนอก) หรือสนใจสิ่งกระตุ้น หลายอย่าง ในระยะสั้น การแก้ไขปัญหายากและ ไม่สำเร็จ สิ่งกระตุ้นที่มาคุกคามไม่ สนใจหรือปฏิเสธ การรับรู้ เวลาและสถานที่	มีพฤติกรรมถอยหนีโดย การหนี การปฏิเสธ การ ซึมเศร้าจะมีอาการทาง ร่างกาย รู้สึกว่าถูกคุกคามมากขึ้น ต้องการการตอบสนองเพื่อ การแก้ไขที่เกิดขึ้น มีแนว โน้มแยกตัวจากสังคม รู้สึกถูกปฏิเสธ

ระดับ ความวิตกกังวล	การเปลี่ยนแปลง ทางร่างกาย	การเปลี่ยนแปลง ทางสติปัญญา	การเปลี่ยนแปลงทาง สังคมและอารมณ์
	เลือดสูงขึ้น เลือดไปเลี้ยง ระบบย่อยอาหาร ลดลง เลือดไปเลี้ยง ระบบโครงร่าง และกล้ามเนื้อ เพิ่มขึ้น กล้ามเนื้อแขนขา ตึง เครียด แข็ง หายใจแรงเร็ว (hyperventilation) การเคลื่อนไหวของ ร่างกายเพิ่มขึ้น ไม่มี จุดหมาย ไม่มีระบบ ระเบียบและไม่คล่อง แคล่ว กระสับกระส่าย ตัวสั่นหรือไม่สามารถ เคลื่อนไหวได้ อาจรู้สึกเบื่ออาหาร คลื่นไส้ เหงื่อออก พูดตะกุกตะกัก หยุดพูด ทันที	ที่ผิดไป คาดหวังสิ่งที่ตามมาหรือ ผลลัพธ์เป็นลบและ ประสิทธิภาพของตนเอง ต่ำลง	

ระดับ ความวิตกกังวล	การเปลี่ยนแปลง ทางร่างกาย	การเปลี่ยนแปลง ทางสติปัญญา	การเปลี่ยนแปลงทาง สังคมและอารมณ์
	พูดเร็ว เสียงสูง ประโยคที่พูดขาดเป็น ท้วง ๆ อี้อีก การแสดงออกทางสี หน้า จะไม่มีการสบ ตา การเคลื่อนไหว ของลูกตาเร็ว อาจ จะอยู่นิ่งกับที่ถ้า กำลังคิด ขบฟัน ขา เกร็ง ไกรชนแน่น		
ระดับรุนแรง (panic)	คงมีอาการทางกาย อยู่ การเคลื่อนไหวไม่มี ทิศทาง ไม่คงที่ คลำ เปาะเปะ เดินโซเซ มีการเคลื่อนไหวตัวที่ ผิดปกติ การพูดและการแสดง ออกไม่เหมาะสมกับ สถานการณ์ สื่อสารสื่อสารของ ระบบประสาท	การรับรู้ถูกจำกัดมาก ไม่มีการตอบสนองต่อ สิ่งกระตุ้นจากสิ่งภาย นอก ความคิดเรื่อยเปื่อย บิด เบือนความจริง ไม่ต่อ เนื่อง ขบวนการคิดอย่าง มีเหตุผลเสียไป ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ ประสาทสัมผัสถูกจำกัด มีความคิดไปในทางลบ มากขึ้น	มีอาการตกตะลึงมากขึ้น ร้องไห้ ร้องตะโกน ดิ้นบิด ตัวงอหรือแข็งทื่อเป็นท่อนช่วง รู้สึกไม่มั่นคง ต้องการความ ช่วยเหลือ ทรมาณ ลั่นหว้ง หวาดกลัว อาจรู้สึกกลัวสุด ขีด กลไกการป้องกันตน เองล้มเหลว รู้สึกโกรธ อย่างมาก

ระดับ ความวิตกกังวล	การเปลี่ยนแปลง ทางร่างกาย	การเปลี่ยนแปลง ทางสติปัญญา	การเปลี่ยนแปลงทาง สังคมและอารมณ์
	ซึมเศร้าเล็กน้อยลง เลือดไม่ไหลเวียนไป ทั่วร่างกาย ความดันโลหิตต่ำ วิงเวียน เป็นลมหรือ เหนื่อยง่าย ซีด เพ็ดเพื่อย การแสดงออกทางสี หน้า ตกตะลึง หน้าตา บูดบึ้ง หน้าตาตก อ้า ปากค้าง ตาจ้องอยู่ กับที่ เสียงดัง ความถี่สูง พูดจาเรื่อยเปื่อยหรือ ไม่พูดเลย		

จากที่กล่าวมาแล้วอาจสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลอาจมาจากสิ่งที่คุกคามด้านร่างกาย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามพัฒนาการหรือความเจ็บป่วยทางร่างกาย และสิ่งที่คุกคามต่อความเป็นตัวเอง เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ การต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวไม่ทันก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นมีผลให้บุคคลมีการแสดงออกทางร่างกายได้แก่ มือเท้าสั่นกระตุก อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามร่างกาย กระสับกระส่าย ใจสั่น วิงเวียน

เป็นลม หายใจลำบาก รู้สึกชาหรือเสียวแปลบที่นิ้วมือ นิ้วเท้า คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายปัสสาวะบ่อย เหงื่อออกมาก หน้าแดง นอนไม่หลับ ผื่นร้าย เป็นต้น สำหรับการแสดงออกทางจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ กระวนกระวาย กลัวหรือกังวลโดยไม่มีสาเหตุ ตกใจง่าย รู้สึกวูบเหมือนตกจากที่สูง เป็นต้น โดยระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งระดับตามแนวคิดของซุง (Zung , 1971) ซึ่งพิจารณาจากระดับความรุนแรง ระยะเวลาและความถี่ของการแสดงออกทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ที่เป็นผลมาจากความวิตกกังวลได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1. ไม่มีความวิตกกังวล 2. ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย 3. ระดับปานกลางจนกระทั่งถึงระดับสูง

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความหมายของภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem , 1985 , pp.176-177) เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ ไม่บกพร่อง คนที่มีสุขภาพดีคือคนที่มีความแข็งแรงและสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งหมายถึงว่าบุคคลนั้นจะต้องมีพลัง มีความแข็งแรงและไม่มีอาการของการเป็นโรคหรือความทุกข์ทรมาน สามารถดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมได้ตามศักยภาพของตน นอกจากนี้โอเร็มยังกล่าวไว้ว่า ภาวะสุขภาพจะต้องประกอบด้วยสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและด้านสังคม ซึ่งแยกออกจากกันไม่ได้ (Orem , 1991, p.180)

ภาวะสุขภาพจะมีการพัฒนาระดับความสมบูรณ์ของสุขภาพของแต่ละบุคคลให้สูงมากขึ้นเรื่อย ๆ ภาวะสุขภาพมิได้มีแต่ภาวะสุขภาพทั่วไปแต่ยังรวมไปถึงการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เช่น ความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ หรือความผิดปกติอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น ดังนั้นภาวะสุขภาพจึงประกอบไปด้วยปัจจัยพื้นฐานแตกต่างกันตามอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สภาพความเป็น แบบแผนการดำเนินชีวิต ครอบครัว และอิทธิพลทางสังคม วัฒนธรรม ซึ่งมีอิทธิพลหรือเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและการดูแลตนเองได้ ภาวะสุขภาพตามแนวคิดของเดนิส (Denyes) นั้นจะพิจารณาจากการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไป รวมทั้งการทำให้สุขภาพสมบูรณ์ดีเลิศซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็มที่หมายถึง ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) โดยความต้องการนี้เป็นการแสดงออกเพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่สมบูรณ์ของมนุษย์ (Denyes, 1988, p.15) จะช่วยแยกความแตกต่างระหว่างสุขภาพและความผาสุก (well-being) ได้ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปนั้น เดนิส (Denyes, 1988, p.15) ได้รวบรวมได้ 5 ข้อดังนี้

1. การคงไว้ซึ่งการได้รับอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ โดยการเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และน้ำที่สะอาดให้ได้ปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย สามารถหายใจเพื่อให้เซลล์ของร่างกายสามารถได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ อวัยวะในระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหารมีโครงสร้างที่สมบูรณ์และทำหน้าที่ได้ตามปกติ

2. การคงไว้ซึ่งหน้าที่ในการขับถ่าย สามารถขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระและของเสียต่าง ๆ ในร่างกาย มีการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและถูกสุขลักษณะ ไม่มีปัญหาของระบบขับถ่ายทั้งด้านโครงสร้างและหน้าที่

3. การคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างการกิจกรรมกับการพักผ่อน รวมทั้งการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้แก่ มีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับสภาพร่างกายและสม่ำเสมอ มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นเพื่อจะช่วยให้ตนเองสามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น มีความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้างเพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

4. การป้องกันอันตรายต่าง ๆ มีความสนใจ ระวัง ป้องกันและหลีกเลี่ยงจากเหตุการณ์ที่อาจจะเป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ และสามารถควบคุมหรือจัดเหตุการณ์นั้นได้

5. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม โดยส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง มีกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่ง โครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล รวมทั้งมีความสนใจและค้นหาความผิดปกติของ โครงสร้างและหน้าที่ที่ผิดปกติของตนเองได้

นอกจากนี้ยังมีความหมายไว้หลายประการที่นิยมนำมากล่าวถึง ได้แก่ ความหมายที่องค์การอนามัยโลกได้ให้ไว้ว่าสุขภาพเป็นภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ ตลอดจนมีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ (Carlson & Newman, 1987, p.62) สุขภาพเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์หรือสมดุลหรือปรับตัวได้ของคนทั้งด้านกาย จิต สังคม ซึ่งทำให้คนสามารถที่จะปฏิบัติหน้าที่ได้ ดำเนินชีวิตได้ตามวัตถุประสงค์ (ศิริพร ชัมภลลิต , 2533 , หน้า 15-16)

สรุปได้ว่าภาวะสุขภาพหมายถึง ภาวะสุขภาพอนามัยโดยทั่วไปเกี่ยวกับภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่อง โดยมีโครงสร้างที่สมบูรณ์และสามารถทำหน้าที่ได้ปกติตามการรับรู้ของบุคคล รวมทั้งการทำให้สุขภาพสมบูรณ์ดีเลิศ ซึ่งหมายถึงความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปนั่นเอง

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามแนวคิดของ เดนิส

ภาวะสุขภาพของบุคคลโดยทั่วไปตามแนวคิดของ เดนิส (Denyes) ที่ได้กล่าวมาแล้ว ถ้านำมาพิจารณาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของร่างกายระบบต่าง ๆ ตามวัย พอจะสรุปภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ดังนี้

1. การคงไว้ซึ่งการได้รับอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ ในวัยสูงอายุ ความยืดหยุ่นของปอดลดลง ปอดมีการขยายและหดตัวได้น้อยลง ถุงลมปอดมีจำนวนลดลง ผนังถุงลมแตกง่าย มีผลทำให้เซลล์ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ การขับคาร์บอนไดออกไซด์ทำได้ไม่ดี ประสิทธิภาพการไหลลงทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ ในทางเดินหายใจทำได้ไม่ดี เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีฟันต้องใส่ฟันปลอม การเคี้ยวอาหารไม่สะดวก ต่อม น้ำลายทำงานลดลงทำให้การผลิตเอนไซม์และน้ำลายลดลง การรับรสของลิ้นเสียไปเกิดภาวะเบื่ออาหาร การย่อยอาหารและการดูดซึมอาหารลดลง มีผลทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกายได้

2. การคงไว้ซึ่งหน้าที่ในการขับถ่าย ผู้สูงอายุมักมีปัญหาปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะบ่อยครั้ง กลั้นปัสสาวะไม่ได้ เนื่องจากปริมาณของฮอร์โมนเพศลดลงทำให้เยื่อบุท่อปัสสาวะ และมดลูกเปลี่ยนแปลง กล้ามเนื้อมดลูกมีความตึงตัวลดลง ในเพศหญิง และในเพศชายอาจพบว่ามีต่อมลูกหมากโต สำหรับการขับถ่ายอุจจาระพบว่าผู้สูงอายุส่วนมากจะมีอาการท้องผูก อุจจาระแข็งถ่ายไม่ออก มีผลให้สุขนิสัยการขับถ่ายเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม จึงทำให้การขับถ่ายของผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ตามปกติ

3. การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมกับการพักผ่อน รวมทั้งการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ในผู้สูงอายุความแข็งแรงและความว่องไวในการเคลื่อนที่ของร่างกายหรือการทำกิจกรรมลดลง อาจเกิดจากความเสื่อมโทรมของอวัยวะที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของร่างกาย การขาดการออกกำลังกายหรือการขาดสารอาหาร เป็นต้น กล้ามเนื้ออ่อนแรง กระดูกเปราะและหักง่าย ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดลดลง เหล่านี้มีผลทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุลดลง สำหรับการพักผ่อนของผู้สูงอายุพบว่าแบบแผนการนอนหลับจะเปลี่ยนแปลงไป โดยจะกลับนอนหลับอีกยากหลังจากตื่นขึ้นในเวลากลางคืน หรืออาจพบอาการนอนไม่หลับ ทำให้การพักผ่อนไม่เพียงพอ จะเห็นได้ว่าในวัยสูงอายุการทำกิจกรรมต่าง ๆ จะลดลง การพักผ่อนน้อยลง ซึ่งน่าจะมีความสมดุลกัน แต่การพักผ่อนที่น้อยลงของผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอนหลับ ทำ

ให้ผู้สูงอายุได้รับการพักผ่อนอย่าง ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกายซึ่งมีผลให้ร่างกายอ่อนแอ และเกิดความเจ็บป่วยขึ้นมาได้

การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม อาจเนื่องมาจากการเกษียณอายุราชการทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่กับบ้าน การสมาคมกับเพื่อนฝูงและผู้ร่วมงานลดลง ในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านตามลำพังเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต้องปฏิบัติภารกิจต่าง ๆ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นของผู้สูงอายุก็มักจะเป็นบุคคลในวัยเดียวกัน ซึ่งสามารถจะเข้าใจกันได้ดีกว่าบุคคลวัยอื่น ๆ นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหงุดหงิด โกรธง่าย ใจน้อย วิตกกังวล บ่นเบื่อ เรียกร้องความสนใจ จู้จี้จุกจิก ทำให้บุคคลรอบข้างไม่อยากจะอยู่ใกล้ชิด สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นไม่ค่อยดี ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมักจะต้องอยู่คนเดียวมากกว่ามีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

4. การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ผิวหนังชั้นกำพร้าของผู้สูงอายุจะบางลง การยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี ไช้มันใต้ผิวหนังลดลง การไหลเวียนเลือดบริเวณผิวหนังลดลง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย นอกจากนั้นต่อมเหงื่อยังทำหน้าที่ลดลง ทำให้การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายโดยการขับเหงื่อลดลงด้วย ระบบสัมผัสต่าง ๆ ได้แก่ การได้ยินลดลง การรับกลิ่นไม่ดี การรับรสของลิ้นเสียไป การมองเห็นเลวลง สายตาสายาว รวมทั้งการเคลื่อนไหวของร่างกายที่เชื่องช้าลงทำให้การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ของผู้สูงอายุลดลง ตัวอย่างความรู้สึกต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกเจ็บปวด รวมทั้งรีเฟล็กซ์ การเคลื่อนไหวและการตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นช้าลง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับอันตรายจากน้ำร้อน น้ำเย็นหรือของมีคม ได้ง่าย

5. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม การทำกิจกรรมหรือการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุจะลดลง รู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ต่อสังคม ไม่ได้สนใจดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น ไม่สนใจในเรื่องอาหาร การออกกำลังกายหรือการพักผ่อน รวมทั้งไม่มีการไปตรวจสุขภาพประจำปีตามที่ควรจะมีปฏิบัติเพื่อตรวจค้นหาความผิดปกติของร่างกายอีกด้วย

ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีจนอาจเกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้ เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยทางกายย่อมมีผลกระทบต่อจิตใจของบุคคลคนนั้นด้วย ภาวะสุขภาพที่ลดลงในวัยสูงอายุ

ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ลดลง เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นจึงมีความจำเป็น ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ความจำเป็นเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลขึ้นประกอบกับความวิตกกังวลที่ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุอยู่แล้วก็ยิ่งเพิ่มความวิตกกังวลแก่ผู้สูงอายุ เมื่อ ความวิตกกังวลมีเพิ่มมากขึ้นและไม่สามารถแก้ไขหรือปรับตัวไม่ได้ก็อาจทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตขึ้น ได้ ทำนองเดียวกันความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุลดลงอีก ดังนั้นอาจกล่าว ได้ว่า ภาวะสุขภาพที่ลดลง ในผู้สูงอายุมีแนวโน้มทำให้เกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นและความวิตกกังวลที่เพิ่ม ขึ้นก็มีแนวโน้มทำให้ภาวะสุขภาพลดลง ไปอีกเช่นเดียวกัน

งานวิจัยที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

บรรลุ ศิริพานิชและคณะ (2531) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ระหว่าง 70-75 ปี และมีสุขภาพ แข็งแรงจำนวน 1,537 คนโดยการสัมภาษณ์ตามแนวของแบบสอบถามที่สร้างขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี ปัญหาที่พบบ่อยในช่วงอายุตั้งแต่ 60 ปีจนถึงปัจจุบันรวม 5 ปัญหาและ ปัญหาความวิตกกังวลเป็นปัญหาที่พบ ในอันดับที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 20.08 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

คาสเซ็ม และแฮคเคทท์ (Cassem & Hackett, 1977, cited in Salzman & Lebowitz, 1991, p.53) ศึกษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและเข้ารับการรักษาในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยโรค หัวใจ (coronary care unit) จำนวน 441 คน พบว่าส่วนมากเป็นผู้สูงอายุประมาณ 145 คนหรือ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมด และพบว่าร้อยละ 47 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจเนื่องจากความวิตก กังวล และอีกร้อยละ 44 เกิดจากภาวะซึมเศร้า ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าร้อยละ 15 ของผู้ป่วยในหน่วย อภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจมีสาเหตุของโรคจากความวิตกกังวล

ฮิมเมลฟร่าบและเมอร์เรล (Himmelfrab & Murrell, 1984) ได้ทำการศึกษากับผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไปเป็นเพศชาย 713 คนและเพศหญิง 1,338 คนพบว่าร้อยละ 17 ของเพศชาย และร้อยละ 21 ของเพศหญิงมีอาการของความวิตกกังวลที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา ความวิตกกังวลที่ เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ระดับการศึกษาและภาวะสุขภาพที่ไม่ดี

มิทรูชินาและเซทซ์ (Mitrushina & Satz, 1991) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการ ประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุกับอายุ เพศ ความเจ็บป่วยทางร่างกาย ความสามารถในการ

การทำหน้าที่ของร่างกายและระดับกิจกรรมที่ทำ โดยทำการสำรวจผู้สูงอายุจำนวน 133 คนที่มีอายุระหว่าง 57-85 ปีพบว่าการใช้การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองใช้ประเมินภาวะสุขภาพได้ดี ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยทางร่างกาย และอุบัติการณ์ของการทำหน้าที่ของร่างกายที่ลดลงจากปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุเพศหญิงจะประเมินภาวะสุขภาพของตนอยู่ในระดับที่ดี

นิรนาท วิทโยชกิตติคุณ (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 120 คนที่มีอายุระหว่าง 60-92 ปี พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ และสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-74 ปี) ที่ถือว่าเป็นวัยที่ยังสามารถทำงานได้ ยังมีความกระฉับกระเฉง คล่องแคล่ว และการที่ผู้สูงอายุมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ เป็นการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมทำให้มีโอกาสได้พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงหรือบุคคลอื่นในวัยเดียวกัน ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ส่งผลให้มีทัศนคติที่ดี รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่า มีความผาสุก จึงรับรู้และประเมินภาวะสุขภาพของตนอยู่ในระดับที่ดี และยังพบว่าสิ่งชี้วัดเบื้องต้นของภาวะสุขภาพคือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี

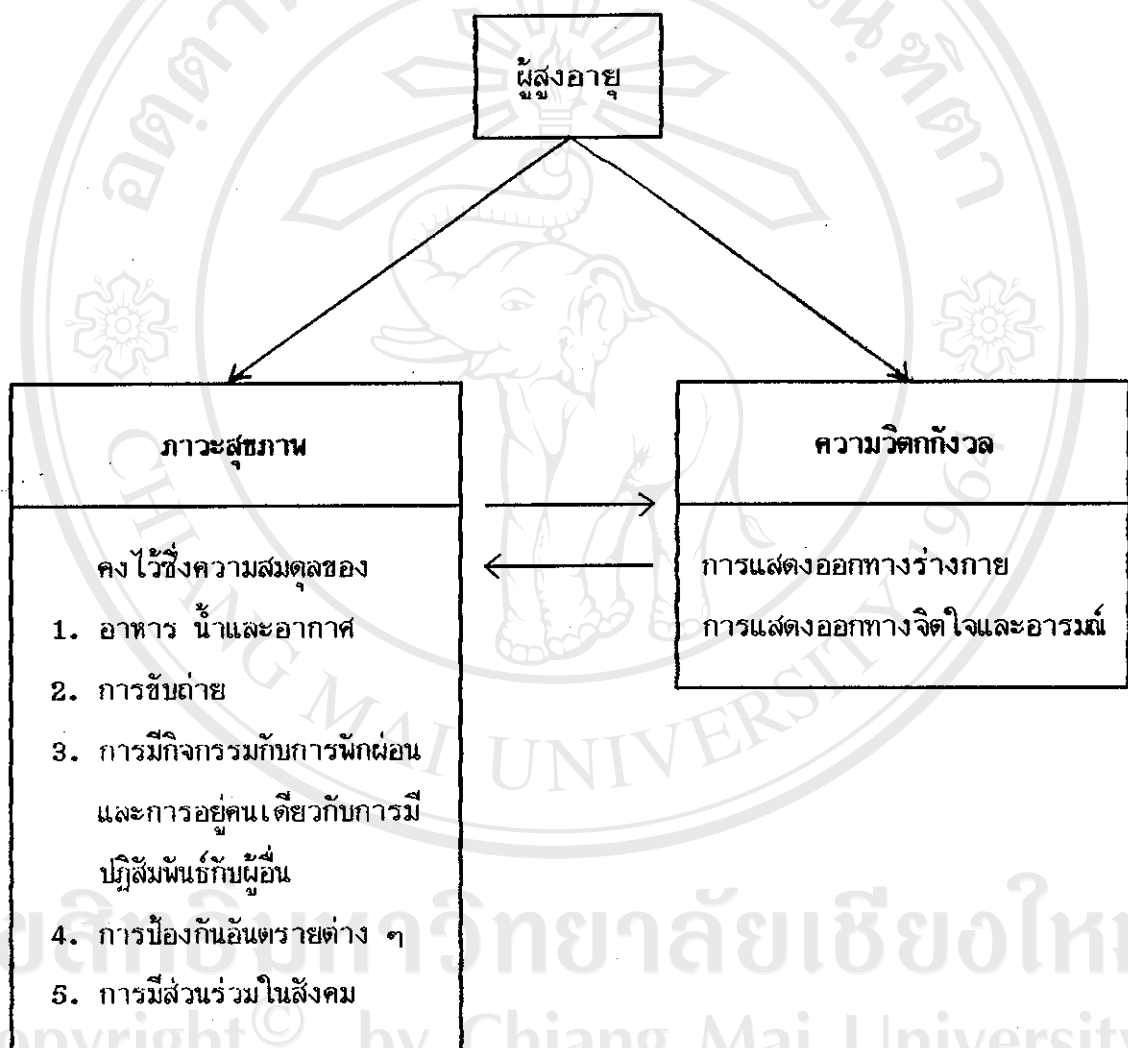
มนทนา เจริญกุล (2534) ศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 100 คนมีอายุระหว่าง 60-86 ปี พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ศึกษามีการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพค่อนข้างสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60-74 ปี) ซึ่งยังมีความเสื่อมของร่างกายไม่มากนัก ทำให้บุคคลประเมินว่าภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับที่ดีและเครื่องบ่งชี้วัดอีกด้านหนึ่งของการมีภาวะสุขภาพดีคือการไม่มีความเจ็บป่วย

สุนรรณี นันทชัย (2534) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-96 ปีจำนวน 100 คน พบว่าความไว้วางใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความไว้วางใจสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้ ภาวะสุขภาพและระดับการศึกษาสามารถทำนายความไว้วางใจในผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพในระดับดี ไม่มีความแตกต่างในแต่ละเพศ ผู้ที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรสมีภาวะสุขภาพด้อยกว่าผู้ที่ เป็นโสดหรือผู้ที่อยู่กับคู่สมรส ซึ่งอาจเนื่องมาจากการสูญเสียคู่สมรสหรือต้องหย่าหรือแยกจากคู่สมรส ทำให้

เกิดความสะเทือนใจและมีผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองซึ่งมีผลต่อสุขภาพโดยรวมได้ และยังพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีภาวะสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้เรียนหนังสือ

จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุและภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยนี้ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีมีผลทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นก็มีผลกระทบทำให้ภาวะสุขภาพไม่ดีขึ้นอีกด้วย ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งพอจะสรุปกรอบแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุได้ดังแผนภาพที่ 2

กรอบแนวคิดของการวิจัย



แผนภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ