

บทที่ 2

เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่เป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชาย ผู้วิจัยได้กำหนดแนวคิดในการศึกษาโดยการรวบรวมข้อมูลจากตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมเรื่องต่อไปนี้

1. ความหมายและแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับชายสูงอายุ
2. แนวคิดเกี่ยวกับการเกษียณอายุราชการ
3. แนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชาย
 - 4.1 อายุ
 - 4.2 สถานภาพสมรส
 - 4.3 จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา
 - 4.4 ความเพียงพอของรายได้
 - 4.5 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
 - 4.6 ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 4.7 การสนับสนุนทางสังคม
 - 4.8 ภาวะสุขภาพจิต
 - 4.9 การมีโรคประจำตัว
5. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
6. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต

ความหมายและแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับชายสูงอายุ

ชายสูงอายุ หมายถึง ผู้ชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทยได้กำหนดตามเกณฑ์การปลดเกษียณ (พิธีสิทธิ์ คำนวนตึลปี, สินี กมตนาวัน, และประเสริฐ รักไทยดี, 2523) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันให้เป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นชายสูงอายุ จากการที่มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับชายสูงอายุไว้มากมาย อาจจะสรุปได้ว่าส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ด้านอายุเป็นตัวกำหนดว่าผู้ใดจะเป็นผู้สูงอายุโดยกำหนดว่า บุคคล

ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นข้าราชการเกษียณชาย แต่ก็ยังแนวความคิดอีกหลายแนวคิดที่ไม่ได้ใช้เกณฑ์ด้านอายุ แต่ใช้เกณฑ์ด้านสมรรถภาพร่างกาย การปรับตัวต่อสภาพแวดล้อม เป็นต้น เกษม ดันติผลาชีวะ (2528) ได้กล่าวว่าการจะกำหนดว่าใครเป็นผู้สูงอายุ ควรพิจารณาองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคม องค์ประกอบด้านชีวภาพคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกาย และความสามารถในการใช้ศักยภาพทางร่างกายเป็นเกณฑ์ องค์ประกอบด้านจิตเจ้านั้นจะพิจารณาความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ความสอดคล้องในการรับรู้ การจดจำ การรับความรู้ใหม่ๆ การใช้เหตุผล การมองภาพพจน์ตนเอง แรงกระตุ้นในตน ส่วนองค์ประกอบด้านสังคมจะเน้นบทบาทหน้าที่รับผิดชอบเป็นสำคัญ สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์ด้านอายุเป็นหลัก โดยกำหนดว่าชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นชายสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงและ พัฒนาการแบบเสื่อมถอยลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (เกษม ดันติผลาชีวะ และ กุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528; จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชร ดันศิริ, 2536; บัณฑิต จันทะยานี, 2544) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ในผู้สูงอายุ ร่างกายจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้าง และหน้าที่ของเซลล์เนื้อเยื่อ ความเจริญของร่างกายลดลง การปรับตัวให้เข้ากับกิจกรรม และสิ่งแวดล้อมที่แปรเปลี่ยนไปจะยากขึ้น ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล การเปลี่ยนแปลงจะเกิดกับทุกระบบของร่างกายในอัตราและระยะเวลาที่ต่างกัน สรุปได้ดังนี้ (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2536)

1.1 ผิวหนัง ผู้สูงอายุจะมีผิวหนังบาง จำนวนเซลล์ผิวหนังลดลง การสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเซลล์เดิมลดลง 50% ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลง ผิวหนังจึงแห้งและเหี่ยวย่น จะพบมากบริเวณหน้า คอ มือ แขน และส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ผู้สูงอายุบางคนจะมีผดกกระ หรือมีหูดคนแก่เป็นคั้งเนื่องออกสีเหลืองหรือน้ำตาลตัวตัว แขนขา หรือใบหน้า ค่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลง หน้าที่เสื่อมลงมีผลให้การระบายความร้อนโดยการระเหยไม่ดี อัตราการเจริญของผมและขนลดลง เซลล์สีของผมลดลง ทำให้ผมและขนทั่วไปเปลี่ยนเป็นสีเทาหรือสีขาว เล็บงอกช้าและบางลง

1.2 ระบบประสาท เซลล์ประสาทลดจำนวนลงตั้งแต่อายุ 25 ปี ขนาดสมองลดลง การไหลเวียนเลือดของสมอง และจำนวนออกซิเจนของสมองลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและความเร็วในการส่งกระแสประสาทลดลง ทำให้ความไวต่อการรับรู้และตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง ความสัมพันธ์ระหว่างสมองกับกล้ามเนื้อเสียไป ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ๆ แต่จะจำเรื่องเก่าๆ ในอดีตได้ดี สถิติปัญญาเสื่อมถอย การเรียนรู้ช้า เนื่องจาก

การประสานงานระหว่างประสาทสัมผัสกับความคิดเชิงซ้าลง แบบแผนการนอนหลับ เปลี่ยนแปลง โดยเวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น เป็นลักษณะตื่นง่ายหลับยาก จำนวนครั้งของการตื่นนอนบ่อยมากเมื่อเทียบกับวัยอื่น มีการนอนกรนเพิ่มขึ้น

1.3 ระบบสัมผัส ในชายสูงอายุเลนส์ตาจะเสื่อมความสามารถในการปรับระยะภาพ สายตาเปลี่ยนเป็นสายตายาว พบเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป หรือเร็วกว่านั้น ปฏิกริยาตอบสนองของม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวต่อการมองเห็นไม่ดี โดยเฉพาะในที่มืด แก้วตาขุ่น ความยืดหยุ่นลดลง มีวงแหวนขุ่นขาว หรือสีเทารอบ ๆ กระจกตา (Arcus Senilis) การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาแห้ง

หนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีอาการหูตึง เพราะมีการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในแต่ละเส้นประสาทสมองคู่ที่ 8 (Auditory Nerve) รวมทั้งเยื่อแก้วหู และอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น จะสูญเสียการได้ยินในระดับเสียงสูงมากกว่าระดับเสียงต่ำ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในแข็งตัวทำให้เลือดไปเลี้ยงน้อย จึงมักทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเวียนศีรษะ

จมูก มีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูกและกระเปาะเส้นประสาทสมองคู่ที่หนึ่ง (Olfactory Bulb) ในสมอง ทำให้การรับกลิ่นไม่ดี การรับรสอาหารก็เสื่อมลงเช่นกัน เนื่องจากต่อมรับรสของลิ้นมีจำนวนลดลง การรับรสหวานจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว รสเค็ม และรสขม การรับรู้รสชาติที่ผิวหนังก็น้อยลงเช่นกัน รวมทั้งการรับรู้สัมผัสเจ็บปวดจากผิวหนัง และอวัยวะภายในก็ลดลง

1.4 กล้ามเนื้อและกระดูก มวลของกล้ามเนื้อลดลง และถูกแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อไขมัน ทำให้เกิดการหย่อนยาน ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวแต่ละครั้งนานขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวช้าลง หลังอายุ 40 ปี อัตราการเสื่อมของกระดูกจะมากกว่าการสร้าง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้กระดูกเปราะ และหักง่าย นอกจากนี้อาจพบหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมเบาลง ทำให้ปวดหลัง ไหล่คู้ม และหลังโก่ง ความสูงลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่าง ๆ เสื่อมตามอายุ น้ำไขข้อลดลง การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ไม่สะดวก เกิดการติดแข็ง

1.5 ระบบการไหลเวียนเลือด กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ ผนังหัวใจห้องล่างซ้ายหนาขึ้น ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้นมีแคลเซียมมาเกาะ ทำให้การปิดเปิดลิ้นหัวใจไม่ดี ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง กำลังสำรองของหัวใจลดลง กล้ามเนื้อหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้ระบบการนำคลื่นไฟฟ้าของหัวใจเปลี่ยนแปลงจึงเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติได้

1.6 หลอดเลือด ขาดความยืดหยุ่น ผนังหนา รูภายในแคบลง เกิดการอุดตันได้ง่าย ความต้านทานของหลอดเลือดปลายทางเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 1 ต่อปี ทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น หลอดเลือดฝอยหนา และเปราะบาง ทำให้เกิดรอยฟกช้ำได้ง่าย และปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะ

ต่าง ๆ ลดลง เนื่องจากการตอบสนองของตัวรับการกระตุ้นต่อการเปลี่ยนแปลงของความดันเลือด ลดลงในผู้สูงอายุร่วมกับขาดความยืดหยุ่นของหลอดเลือด เป็นผลให้ผู้สูงอายุมักเกิดภาวะความดันเลือดต่ำ เมื่อเปลี่ยนท่าได้ง่าย

1.7 ระบบภูมิคุ้มกัน ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทั้งระบบ CMI (Cell Mediated Immunity) และระบบ HI (Humoral Immunity) ทำงานลดลง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย T-lymphocyte จำนวนมากอยู่ในระยะที่เจริญไม่เต็มที่ ทำให้กลไกการตอบสนองต่อเชื้อโรค หรือ สิ่งแปลกปลอมลดลง 50-80% ประสิทธิภาพการทำงานของ Antibody ลดลง ทำให้การตอบสนอง ต่อ Antigen ได้น้อยลงและ Antibody อาจทำงานผิดปกติ คือ ไม่สามารถแยกเซลล์ผิดปกติจากเซลล์ ปกติได้ จึงเกิดปฏิกิริยาการทำลายเซลล์ของตัวเองได้มากขึ้น

1.8 ระบบทางเดินหายใจ ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ผนังกล้ามเนื้อทรวงอก แข็งขึ้น กระดูกซี่โครงเคลื่อนไหวน้อย เพราะมีแคลเซียมเกาะที่กระดูกอ่อนชายโครงมากขึ้น ปอดจึง ขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศลดลง ถุงลมมีจำนวนลดลง ผนังถุงลมแตกง่าย เป็นผล ให้เนื้อที่การแลกเปลี่ยนอากาศลดลง การไหลเวียนเลือดของปอดลดลง ผนังหลอดเลือดฝอยหนาและ แข็ง จึงพบว่าการส่งออกซิเจนในเลือดแดงลดลง 10-15% จากอายุ 20-80 ปี นอกจากนี้ยังพบว่า การทำงานของซิลเลีย (Cilia) ตลอดทางเดินหายใจลดลง รีเฟล็กซ์ (Reflex) และประสิทธิภาพการ ไหลลดลง เป็นการลดกลไกกำจัดเชื้อโรคของทางเดินหายใจ

1.9 ระบบทางเดินอาหาร ฟันของผู้สูงอายุจะเหลือน้อยลง มักต้องใส่ฟันปลอม ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด การบีบตัวของหลอดอาหารลดลง อาจมีการโป่งพองของหลอดอาหาร อาหารผ่านหลอดอาหารช้าลง กล้ามเนื้อหูรูดปลายหลอดอาหารหย่อนตัว ปิดไม่สนิท อาหารใน กระเพาะอาหารอาจย้อนขึ้นมา ทำให้รู้สึกแสบยอดอก เชื้อบูกระเพาะอาหารผ่อกลับ ทำให้การหลั่ง น้ำย่อยลดลง ซึ่งจะลดลงถึง 50% เมื่ออายุ 70 ปี ซึ่งจะมีผลลดการดูดซึมของแคลเซียมและธาตุเหล็ก เพราะสารสองตัวนี้จะดูดซึมได้ดีในสภาพกรด การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง อาหารอยู่ใน กระเพาะอาหารนานขึ้น การไหลเวียนเลือดตลอดทางเดินอาหารลดลง เชื้อบูทางเดินอาหารบาง ลง และเสื่อมหน้าที่ ซึ่งพบมากบริเวณลำไส้เล็กส่วนต้น ทำให้การย่อยและการดูดซึมสารอาหาร ต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็ก และลำไส้ใหญ่ลดลงส่วนหนึ่ง มีผลให้ท้องผูก กล้ามเนื้อ หูรูดชั้นนอกของทวารหนักหย่อนตัว ทำให้เกิดภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้

ดื่มน้ำน้อยลง การไหลเวียนเลือดที่ตับลดลง ประสิทธิภาพการทำลายพิษต่าง ๆ ของตับลดลง ระดับ Cholesterol ในน้ำดี และความหนืดของน้ำดีเพิ่มขึ้นตามอายุ มีผลให้เกิดนิ่วใน ถุงน้ำดีได้ ดื่มน้ำน้อยก็มีขนาดลดลงเช่นกัน การผลิตเอนไซม์จากตับอ่อนจะลดลงทั้งปริมาณ และ ความเข้มข้น

1.10 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ไตมีขนาดลดลง อัตราการกรองของไตลดลง การดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยลง ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะสีเข้มลดลง เป็นเหตุให้ปัสสาวะเจือจาง ความถี่จำเพาะปัสสาวะลดลง ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อย เพราะความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงประมาณ 50% ของหนุ่มสาว คือ เหลือเพียง 250 มิลลิลิตร ตัวรับการกระตุ้นต่อการยืดขยายในกระเพาะปัสสาวะทำงานลดลง รีเฟล็กซ์การถ่ายไม่ดี ผู้สูงอายุจึงมักรู้สึกปวดถ่ายเมื่อปัสสาวะเต็ม แต่ผลจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลัง ทำให้ผู้สูงอายุต้องถ่ายปัสสาวะบ่อย เพราะมีปัสสาวะเหลือค้างภายหลังการถ่ายแต่ละครั้ง และในผู้ชายมักถ่ายปัสสาวะลำบาก ต้องถ่ายบ่อยครั้ง เนื่องจากต่อมลูกหมากโต ส่วนลูกอัณฑะจะเหี่ยวเล็กลงผลิตเชื้ออสุจิน้อย คุณภาพเชื้ออสุจิต่ำลง แต่ยังมีบุตรได้

1.11 ระบบต่อมไร้ท่อ การทำงานของต่อมไร้ท่อลดลงตามอายุ เช่นเดียวกับต่อมพาราไธรอยด์ ส่วนตับอ่อนจะหลั่งอินซูลินลดลง และอินซูลินที่ผลิตนั้นมีประสิทธิภาพในการนำน้ำตาลเข้าสู่เนื้อเยื่อต่ำ ทำให้พบภาวะเบาหวานได้บ่อยขึ้น ต่อมเพศทำงานลดลง และไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน จะค่อย ๆ ลดลงทีละน้อย แต่ยังคงมีความต้องการทางเพศ

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์และจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางสภาพร่างกาย และสังคม ผู้สูงอายุจะปรับสภาพทางจิตใจ และอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสังคมสิ่งแวดล้อมโดยอัตโนมัติ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากผลกระทบจากการสูญเสียในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (อัมพร โอตระกูล, 2536; เกษม คันติผลาชีวะ, 2528; สุรกุล เจนอบรม, 2534; บัณฑิต จันทะยานี, 2544)

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น การตายจากของเพื่อน บุคคลที่เป็นญาติสนิท หรือคู่ชีวิต หรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น เป็นผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

2.2 การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยอันควรที่ต้องออกจากงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เพราะหมดภาวะการรับผิดชอบทางธุรกิจ การงานหรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียสถานภาพทางสังคม รู้สึกไร้คุณค่าไม่มีเป้าหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคม และขณะเดียวกันก็ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ต้องเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ ซึ่งผู้สูงอายุจะต้องใช้เวลาในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

2.3 การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากในช่วงวัยนี้บุตร ธิดา มักจะมีครอบครัวแล้ว และแยกย้ายกันไปอยู่ต่างหาก โดยเฉพาะสังคมยุคปัจจุบันที่มีลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ซึ่งเป็นชายสูงอายุกับบุตรหลานลดลง การติดต่อสัมพันธ์กันหรือมีกิจกรรมร่วมกันลดลงกว่าเดิม ทำให้ชายสูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวเกิดความรู้สึกเหงาหงาวหงั่ว และรู้สึกตนเองมีคุณค่าน้อยลง ทำให้เกิดความซึมเศร้า เบื่อหน่ายได้ง่าย

2.4 การสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ นับเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญ เพราะการเปลี่ยนแปลงตามวัยของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศได้ ทั้ง ๆ ที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ อีกทั้งเจตคติของสังคมที่มีต่อวัยสูงอายุในการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องไม่เหมาะสม รวมถึงการเสื่อมสมรรถนะทางเพศ ตลอดจนรูปร่างหน้าตาที่เปลี่ยนไป ทำให้ชายสูงอายุเกิดความวิตกกังวล รู้สึกว่าตนเองขาดความดึงดูดความสนใจจากเพศตรงข้าม ยิ่งเพิ่มความหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิตยิ่งขึ้น

การสูญเสียดังกล่าวข้างต้นรวมกับการสูญเสียสมรรถภาพทางร่างกายจะมีผลกระทบโดยตรงต่อจิตใจของชายสูงอายุ ซึ่งจะต้องปรับตัวอย่างมาก อาจก่อให้เกิดอารมณ์ต่าง ๆ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกโดดเดี่ยว หวาดระแวง เป็นต้น

3. การเปลี่ยนแปลงสภาพสังคม ปัจจัยทางสังคม และวัฒนธรรม เป็นสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสโดยตรงกับการครองชีวิตของคน การเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม จึงเป็นความเครียดทางจิตใจที่สำคัญอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ ได้แก่ (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528; สุรกุล เจนอบรม, 2534; บัณฑิต จันทะยานี, 2544)

3.1 การเปลี่ยนแปลงรูปแบบทางสังคม เดิมครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่ มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำถ่ายทอดความรู้สนับสนุนการพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลาน อยู่ในฐานะควรแก่การเคารพบูชา การยอมรับนับถือเมื่อรูปแบบของสังคมเปลี่ยนในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีการแข่งขันมากขึ้น การพึ่งพาอาศัยกันลดลง การเรียนรู้ของชนรุ่นใหม่ ส่วนใหญ่สามารถหาได้จากสังคมภายนอกพร้อมกับค่านิยมต่อผู้สูงอายุ จึงทำให้ขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับ ขาดความสนใจจากบุตรหลาน ผู้สูงอายุกลับกลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัย รู้สึกโดดเดี่ยวและคิดว่าตนเองเป็นภาระเรื้อรังของสังคม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถประกอบอาชีพอื่นใด หรือไม่มีคุณค่าทางเศรษฐกิจ มักจะถูกทอดทิ้งให้อยู่ข้างหลัง เพราะวิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมอุตสาหกรรม

3.2 ความคับข้องใจทางสังคม การเข้าสู่วัยสูงอายุมิได้หมายความว่าจะเป็นผู้ขาดสมรรถภาพ หรือปลดระวางจากงานต่าง ๆ แต่ผู้สูงอายุกลับต้องการการยอมรับมากขึ้น ดังนั้นการ

ปลดเกษียณ หรือการที่บุตรหลานหรือสังคมต่างหวังดีให้หยุดรับผิดชอบในการกิจต่าง ๆ ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก ซึ่งจะรู้สึกน้อยใจและเสียใจ ถ้ามีการพิจารณาประสิทธิภาพและความสามารถในการทำงานของผู้สูงอายุแล้วมอบหน้าที่หรือภารกิจให้ทำต่อเท่าที่จะทำได้ จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต และผู้สูงอายุจะค่อย ๆ ปรับตัวยอมรับสภาพตนเองในที่สุด

3.3 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไปเป็นผู้คอยรับคำปรึกษา การยอมรับพิจารณาอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่น ไม่กล้าแสดงออก สมรรถภาพลดลง เกิดความเครียดได้

3.4 การยอมรับของครอบครัว สภาพสังคมใหม่และค่านิยมของคนรุ่นใหม่ ทำให้ความรู้สึกกตัญญู และเป็นคุณค่าต่อชายสูงอายุโดยเฉพาะพ่อแม่ลดลง เห็นว่าผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้คล่องตัว ไม่สามารถหาเงินมาจุนเจือครอบครัว เมื่อเจ็บป่วยบุตรหลานก็มองว่าเป็นภาระที่จะต้องเลี้ยงดู ในที่สุดผู้สูงอายุอาจถูกผลักไสออกจากครอบครัว ต้องไปพึ่งสถานสงเคราะห์คนชรา ถ้าปรับตัวไม่ได้อาจทำให้มีปัญหาทางจิตใจได้

จะเห็นได้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ข้าราชการเกษียณชายจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายนั้นเป็นขบวนการที่เกิดต่อเนื่องกันไป ตามอายุที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เกิดจากบทบาททางสังคมที่เปลี่ยนไปตามอายุที่สูงขึ้นตลอดจนปฏิสัมพันธ์ระหว่างข้าราชการเกษียณชายกับสังคมที่เปลี่ยนไป การเปลี่ยนแปลงสมรรถภาพทางร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม มีผลกระทบโดยตรงต่อสภาพจิตใจของข้าราชการเกษียณชาย การแสดงออกด้านจิตใจและอารมณ์จะขึ้นกับโครงสร้างทางจิตใจร่วมกับความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียดที่เกิดขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับการเกษียณอายุราชการ

มีผู้ให้ความหมายของการเกษียณอายุไว้หลายท่าน ดังนี้

ความหมายตามราชบัณฑิตยสถาน (2526) ให้ความหมายว่า การเกษียณอายุ หมายถึงครบกำหนดอายุรับราชการ สิ้นกำหนดเวลารับราชการหรือการทำงาน

การเกษียณอายุ หมายถึง การที่ต้องหยุดทำงานที่เคยทำอยู่เป็นประจำ เพราะเหตุอายุครบกำหนดที่หน่วยงานนั้นกำหนดให้ (บรรลู่ ศรีพานิช, 2537)

การเกษียณอายุงาน (retirement) หรือเกษียณอายุราชการ เป็นกระบวนการทางสังคมในการประกอบอาชีพที่กำหนดให้บุคคลที่ได้รับการจ้างงานต้องออกจากงาน เมื่อถึงช่วงอายุที่กำหนดไว้หรือ กล่าวอีกนัยหนึ่งการเกษียณอายุ หมายถึง การถอนตัวออกจากภาวะการหนึ่งไปสู่อีกภาวะการหนึ่ง จากสิ่งแวดล้อมหนึ่งไปสู่สิ่งแวดล้อมใหม่ เช่น การถอนตัวออกจากภาวะการหนึ่งเป็น

ข้าราชการไปสู่ภาวะของการเป็นอิสระ หมดภาระหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติ หรือไปสู่บทบาทหน้าที่ธุรกิจส่วนตัว (สุรกุล เจนอบรม, 2534)

การเกษียณอายุ หมายถึง การออกจากตำแหน่งทางสังคม หรือหน้าที่การงานตามอายุ โดยเกณฑ์การเกษียณอายุจะใช้แตกต่างกันตั้งแต่ 60-65 ปี (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2524) สำหรับในประเทศไทยตามพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญนั้น การเกษียณอายุ หมายถึง ข้าราชการที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ จะต้องพ้นจากราชการ เมื่อสิ้นปีงบประมาณที่อายุครบ 60 ปีบริบูรณ์นั้น (ทรงวิทย์ แก้วศรี, 2526)

การพิจารณากำหนดในการปลดเกษียณตามพระราชบัญญัติบำเหน็จบำนาญข้าราชการ (ฉบับที่ 13) พ.ศ. 2533 ได้บัญญัติไว้ว่า (ทรงวิทย์ แก้วศรี และ ทศนีย์ ดุสิตสุทธรัตน์, 2526) ข้าราชการที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์แล้ว เป็นอันพ้นจากราชการเมื่อสิ้นปีงบประมาณนั้น เว้นไว้แต่กรณีที่ยังจำเป็นต้องอยู่เพื่อประโยชน์ในการรักษาความมั่นคงของราชอาณาจักรหรือเพื่อประโยชน์อย่างอื่นแก่ราชการในด้านการศึกษา หรือการพัฒนาประเทศ หรือเป็นข้าราชการพลเรือนในพระองค์ คณะรัฐมนตรีจะอนุมัติให้ต่ออายุราชการได้คราวละ 1 ปี จนถึงอายุ 65 ปีบริบูรณ์ก็ได้

แคสเตเตอร์ (Castetter, 1976) การเกษียณอายุงานว่าเป็นกระบวนการให้บริการอย่างต่อเนื่องแก่คนงาน ซึ่งเป็นการรักษาระบบการทำงานไว้ โดยจะมีบุคลากรในจำนวนเหมาะสมกับงาน และอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมในเวลาอันสมควรแก่การปฏิบัติงาน

ชวาทส์ (Schwartz, 1975) ได้กล่าวถึงการเกษียณว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงระบบความเป็นอยู่หรือย้ายแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งปกติมักเกี่ยวข้องกับบทบาท ค่านิยม และความสนใจที่เปลี่ยนแปลงไป

ทอร์สัน (Thorson, 1995) ได้ให้ความหมายของการเกษียณว่าเป็นการสูญเสียสถานภาพและบทบาทของบุคคล แต่ก็เป็นการออกจากงานตามอายุที่แต่ละหน่วยงานกำหนดไว้ โดยที่บุคคลยังสามารถทำงานอื่น ๆ ได้

คอกเกอร์แฮม (Cockerham, 1997) ได้ให้ความหมายของการเกษียณว่าเป็นการที่ทำให้สถานภาพหลัก ซึ่งได้แก่ สถานะ อำนาจ สิทธิพิเศษ และชื่อเสียงอิทธิพลสูญหายไป เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ

แอตชลีย์ (Atchley, 1994 cited in Cockerham, 1997) ได้ให้ความหมายการเกษียณว่าเป็นกระบวนการทางสังคม ในการประกอบอาชีพที่กำหนดให้ มีระบบการแทนที่ทางบทบาท และหน้าที่ของบุคคล และยังเป็นกระบวนการในการให้แต่ละบุคคลจัดเตรียมชีวิต เมื่อการเริ่มแสวงหาเพื่อการปรับตัว หรือมีกิจกรรมอื่น ๆ หรือแม้แต่การปลีกตัวออกจากสังคม

เบอร์นไซด์ (Burnside, 1981) กล่าวถึง การเกษียณอายุว่าเป็นวงจรชีวิตในการประกอบอาชีพที่อยู่ในช่วงต่ำสุดของการจ้างงาน ความรับผิดชอบต่ออาชีพ และโอกาสในการทำงานต่าง ๆ จะลดต่ำลงอย่างสุดขีด บุคคลที่เกษียณจะมีรายได้ในรูปของบำเหน็จบำนาญ โดยไม่ต้องทำงาน ดังนั้นการเกษียณอายุงาน จึงเป็นบทบาททางสังคมที่กำหนดให้มีระบบการแทนที่บุคคลตามสิทธิหน้าที่ และความสัมพันธ์กับคนอื่น นอกจากนี้การเกษียณอายุ ยังเป็นกระบวนการให้แต่ละบุคคลได้มีการจัดเตรียมชีวิต เพื่อการเริ่มแสวงหาสิ่งใหม่ เพื่อการปรับตัวหรือแม้แต่การปลีกตัวออกจากสังคม เมื่อเกษียณอายุงานแล้ว

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การเกษียณอายุ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสถานภาพในการประกอบอาชีพที่กำหนดให้บุคคลที่ได้รับการจ้างต้องออกจากงาน เมื่อถึงอายุตามที่กฎหมายหรือหน่วยงานกำหนด ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบความเป็นอยู่ แบบแผนการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปรับตัวเพื่อที่จะมีกิจกรรมอื่น ๆ มาทดแทน หรือการปลีกตัวออกจากสังคมก็ตาม โดยในประเทศไทยได้กำหนดการเกษียณอายุไว้ที่อายุ 60 ปี

ระยะต่าง ๆ ของการเกษียณอายุ การเกษียณอายุเป็นกระบวนการที่บุคคลจะต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงในระยะต่าง ๆ 6 ระยะดังต่อไปนี้ (Atchley, 1994)

1. ระยะก่อนการเกษียณอายุ (Pre-Retirement) แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ระยะไกล (Remote Phase) กับระยะใกล้ (Near Phase) โดยที่ระยะไกล (Remote Phase) เป็นระยะเวลาก่อนเกษียณนาน ๆ ผู้เกษียณจะไม่วิตกกังวลต่อการเกษียณ แต่เมื่อใกล้จะเกษียณอายุ คือ ช่วง Near Phase ผู้เกษียณอายุจะเริ่มกังวลต่อการที่ต้องพบกับการเกษียณอายุในระยะนี้ ถ้าบุคคลมีการเตรียมตัวที่จะเกษียณอายุ จะมีความพร้อมที่จะเกษียณอายุ ไม่วิตกกังวลต่อการเกษียณอายุ หรือมีความวิตกกังวลเพียงเล็กน้อย
2. ระยะน้ำผึ้งพระจันทร์ (Honey Moon Phase) เป็นระยะช่วงหลังเกษียณใหม่ ๆ เป็นระยะที่มีความสุขที่ได้พักผ่อนจากการทำงาน รู้สึกหลุดพ้นจากหน้าที่ ได้ทำในสิ่งที่ต้องการ มีเวลาว่างที่เป็นอิสระในระยะนี้แต่ละบุคคลจะอยู่ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน อาจจะเป็น 1-5 ปี หรือน้อยกว่า 1 ปี
3. ระยะรู้ความจริง (Disenchantment Phase) เป็นระยะที่เริ่มมีความรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการเกษียณอายุ มีความเหงาและขาดเพื่อน หงุดหงิดง่าย เกิดความรู้สึกไม่พอใจต่อชีวิตที่ดำเนินอยู่ปรับตัวไม่ได้ต่อการเปลี่ยนแปลง ระยะนี้ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 1-3 ปีหลังเกษียณ
4. ระยะไคร่ครวญ (Re-orientation Phase) เป็นระยะของการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลง และสภาวะหลังการเกษียณที่ต้องเผชิญต่าง ๆ จะเริ่มกลับเข้าสู่สังคมอีกครั้ง มีการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน และครอบครัวมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงหลังเกษียณมาแล้ว 3 ปี

5. ระยะคงที่ (Stabilization Phase) เป็นระยะที่มีการปรับตัวแล้ว และมีความเคยชินต่อการดำเนินชีวิตหลังการเกษียณอายุ บางคนเข้าสู่ระยะนี้ หลังจากผ่านระยะน้ำผึ้งพระจันทร์โดยตรง บางคนไม่สามารถมาถึงระยะนี้ได้

6. ระยะสิ้นสุด (Terminal Phase) เป็นระยะสุดท้ายของการดำเนินชีวิต ผู้เกษียณต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ และสิ้นสุดวงจรชีวิต

ในระยะของการเกษียณนั้น ผู้ที่เกษียณไม่จำเป็นต้องผ่านทั้ง 6 ระยะ บางคน อาจไม่สามารถเข้าสู่ระยะคงที่ หรือระยะที่สามารถปรับตัวได้ อาจอยู่แค่ระยะรู้ความจริง จึงทำให้เกิดปัญหาตามมา จากการไม่สามารถปรับตัวได้ แต่บางคนจะผ่านระยะน้ำผึ้งพระจันทร์เข้าสู่ระยะคงที่ได้ และเวลาในแต่ละระยะของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงจากการเกษียณ

ผลกระทบของการเกษียณ จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปผลกระทบจากการเกษียณอายุได้ 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจึงเกิดความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้สุขภาพทรุดโทรมและเกิดโรคตามมา (สุรกุล เจนอบรม, 2534) และยิ่งนานวัน เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ความเสื่อม และโรคก็มากขึ้นด้วย (Berkow, 1995) ปัญหาที่เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ได้แก่ ปัญหาเรื่องสุขภาพ การปรับตัวและปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งมักเกิดขึ้นจากการที่ไม่สามารถยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (สมประสงค์ ศิริวงศ์, 2539) ดังเช่น การศึกษาของรัชนี ฝนทองมงคล (2538) ที่ศึกษาการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังการเกษียณ พบว่า ปัญหาที่สำคัญที่สุดหลังการเกษียณ คือ ปัญหาด้านสุขภาพ ในอีกแง่มุมหนึ่งการเกษียณเองก็ส่งผลดีต่อสุขภาพ ทำให้ผู้เกษียณมีเวลาพักผ่อนได้อย่างเต็มที่หลังจากที่ทำงานหนักมานาน และมีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเต็มที่ (Cockerham, 1997)

2. ด้านจิตใจ นับว่ามีผลกระทบค่อนข้างมาก ทั้งนี้เพราะจากผลการเกษียณจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในอาชีพและรายได้ ทำให้รายได้น้อยลง บทบาทที่เคยแสดงในสังคมถูกจำกัดลง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ตามตำแหน่งหน้าที่หมดไป การยอมรับจากบุคคลอื่นลดลง ทำให้มองภาพพจน์ตัวเองต่ำลง รู้สึกไร้คุณค่าจนอาจถึงกับฆ่าตัวตายได้ (สมประสงค์ ศิริวงศ์, 2539) และยังเป็นผลทำให้เกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางจิตใจ และอารมณ์ขึ้นมาได้ ซึ่งอาการผิดปกติทางจิตที่อาจพบได้หลังการเกษียณ ได้แก่ อาการเหงาหรือว้าเหว่ ซึ่งอาจพบอาการเจ็บป่วยทางร่างกายร่วมด้วยได้ อาการหวาดระแวง และอาการซึมเศร้า ซึ่งพบได้มากในผู้สูงอายุที่ขาดความอบอุ่นในครอบครัวมาก่อน อาการผิดปกติทางจิตนี้ จะมากขึ้นแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (Kart, 1994)

3. ด้านสังคม การเกษียณเป็นการถอนบทบาทสังคมภายนอก ทำให้ผู้เกษียณมีแต่สังคมในบ้าน ขาดการพบปะกับเพื่อนร่วมงาน การเข้าร่วมในสังคมลดลง ทำให้เกิดความเหงา ว้าเหว่ (Cook, 1996) เพราะในขณะที่บุคคลยังประกอบอาชีพอยู่เขาได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง หลังเลิกงาน หรือสุดสัปดาห์มีโอกาสได้พูดคุยเล่นกีฬาร่วมกัน แต่เมื่อเกษียณแล้วความเป็นเพื่อนนั้นบางส่วนยังคงเหลืออยู่ บางส่วนที่ลบหายไปในขณะทำงานก็เป็นเพียงเพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการติดต่อทางด้านการงานเท่านั้น นอกจากนั้นการเหินห่างจากเพื่อนฝูง อาจเนื่องมาจากความสัมพันธ์ด้านเดิมและสถานภาพทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุเอง ทำให้เกิดความรู้สึกลำบากใจที่จะไปพบเพื่อน และเกิดความว้าเหว่ เมื่อเพื่อนฝูงต้องตายจากไป ทำให้ผู้สูงอายุหลังเกษียณมีการแยกตัวออกจากสังคม (อาภา ใจงาม, 2536) ดังนั้นผู้สูงอายุหลังเกษียณ จึงควรรักษาการติดต่อกับสังคมไว้ โดยเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมที่ตรงกับความสนใจของตน เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ศรีสว่าง (2535) ที่ศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมและความคาดหวังของข้าราชการเกษียณในประเทศไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 เข้าร่วมกิจกรรมหลังเกษียณ เช่น งานอดิเรก การร่วมสมาชิกของสมาคม หรือกลุ่มการทำงานเพิ่มรายได้ โดยบางคนทำกิจกรรมลักษณะเดียว บางคนทำทั้ง 3 ลักษณะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แกรนเนย์ (Graney, 1975 อ้างถึงใน กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ, 2527) ที่ศึกษาความสุขและการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ โดยศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 52-88 ปี จำนวน 60 คน พบว่าความสุขจะมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางสังคมเพิ่มขึ้น โดยพิจารณาได้จากเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมสังคมในทางตรงกันข้ามถ้าผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมน้อย โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมสังคมน้อย ก็จะมีความสุขลดลงด้วย แต่ในทางกลับกันการเกษียณ ทำให้เกิดความผูกพันในครอบครัวมากขึ้น ซึ่งอาจมากกว่าตอนที่ทำงานอยู่ (Cockerham, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ม่วงศิริ (2540) ที่ศึกษาความพึงพอใจในการเกษียณอายุ พบว่า ผู้เกษียณอายุที่ทำกิจกรรมในครอบครัว กิจกรรมในสังคมนอก มีความพึงพอใจในการเกษียณสูงกว่าผู้ที่ทำกิจกรรมในครอบครัว และกิจกรรมในสังคมน้อย และการศึกษาของรัชณี ฝนทองมงคล (2538) ที่ศึกษาถึงการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังการเกษียณอายุ พบว่า ปัจจุบันส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร สัมพันธภาพในครอบครัวดำเนินไปในทางบวก และทัศนคติต่อชีวิตภายหลังการเกษียณก็เป็นไปในทางบวกด้วย

4. ด้านเศรษฐกิจ เมื่อเกษียณแล้วรายได้ต่าง ๆ จะลดลง ผู้เกษียณที่มีภาระรับผิดชอบต่อครอบครัวภายหลังการเกษียณ ย่อมถูกกระทบกระเทือน (Cook, 1996) อีกด้านหนึ่ง อาจเป็นสาเหตุมาจากความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการใช้ชีวิตเหมือนวัยทำงาน ไม่เปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองให้เหมาะสมกับรายได้ และจากการที่สภาวะเศรษฐกิจของผู้สูงอายุลดลง ทำให้ประสบกับความลำบาก

มากมายหลายประการ ชีวิตในสังคมและการพักผ่อนหย่อนใจถูกจำกัดลดลง ถ้าหารายได้ลดลงเรื่อย ๆ ตามสถานะของเศรษฐกิจในสังคม และอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุโภชนาการ และค่ารักษาสุขภาพไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลิเวอร์พูล (2538) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม ความพึงพอใจในชีวิต และภาวะสุขภาพกับสมรรถนะแห่งตนหลังเกษียณอายุ พบว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะแห่งตน หลังเกษียณอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ส่วนด้านที่อยู่อาศัย เมื่อรายได้ลดลงก็ไม่สามารถซ่อมแซมให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัยได้เท่าที่ควร (อาภา ใจงาม, 2536) ดังนั้นผู้สูงอายุต้องมีการวางแผนเกี่ยวกับรายได้ให้เหมาะสมกับรายได้ จะช่วยให้รู้สึกภูมิใจในตัวเอง ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุทุกคนปรารถนา (Buckley & Schmidt, 1971)

กล่าวโดยสรุป คือ การเกษียณจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็นสถานภาพและบทบาทในสังคม การเข้าร่วมสังคม การพบปะเพื่อนฝูง แบบแผนการดำเนินชีวิต และรายได้ที่ลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดการของผู้สูงอายุแต่ละคน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพตามมา

แนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต พฤติกรรมของคน หมายถึงปฏิบัติต่าง ๆ ที่บุคคลแสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล มีทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ และแตกต่างกันออกไปตามสภาพสังคม วัฒนธรรม โดยมักได้รับอิทธิพลจากความคิดหวังของบุคคลรอบตัวสถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต (Twaddle, 1981) พฤติกรรมของมนุษย์เริ่มตั้งแต่เมื่ออยู่ในครรภ์มารดา แล้วค่อย ๆ พัฒนาตามการเลี้ยงดู ตามสภาพการเจริญเติบโตของร่างกายและวุฒิภาวะ เกิดเป็นพฤติกรรมทางความคิด ทางอารมณ์และพฤติกรรมทางสังคมขึ้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527) แบ่งพฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็น 2 ชนิด คือ พฤติกรรมภายใน หมายถึง กิจกรรมหรือปฏิบัติภายในตัวบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวมสะสมและสั่งการที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การสูบบุหรี่ไปเลี้ยงร่างกาย ความคิด ความรู้สึก ทักษะคิด ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรมภายในมักไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้โดยบุคคลอื่น แต่สามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดได้ ส่วนพฤติกรรมภายนอก คือ ปฏิบัติหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกให้บุคคลอื่นเห็นและสังเกตได้ เช่น การยืน การนั่ง การเดิน การขับรถ ฯลฯ พฤติกรรมของมนุษย์จึงเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่ง ซึ่งจะสามารถทำความเข้าใจได้ต้องอาศัยปัจจัยเชิงจิตวิทยา

ควบคู่ไปกับเงื่อนไขทางสังคม ขณะเกิดการเรียนรู้นั้น ๆ ได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้หลากหลาย ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2527) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพ ตลอดจนการมีความรู้เกี่ยวกับโรค การเกิดโรค หรือสภาวะเจ็บป่วย ซึ่งเป็นความไม่สมบูรณ์ของสุขภาพ จากสาเหตุต่าง ๆ กันที่ป้องกันแก้ไขได้ รวมทั้งการปฏิบัติตนให้พ้นจากโรค

มัลลิกา มติโก (2534) ได้แสดงความคิดเห็นแนวนักมานุษยวิทยาว่า ไม่จำเป็นต้องแยก พฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมความเจ็บป่วย เพราะความหมายของพฤติกรรมสุขภาพก็น่าจะครอบคลุมทั้งหมดแล้ว ทั้งในพฤติกรรมในการป้องกัน พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรม การแสวงหาการรักษา พฤติกรรมการใช้บริการ และพฤติกรรมของผู้ป่วยในสถานการรักษา

ศิริพร ธัมภลิจิต (2530) ได้อธิบายลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมอนามัย ว่าเป็นพฤติกรรมทุกอย่างที่เกี่ยวกับสุขภาพ อาจเป็นพฤติกรรมทางบวกหรือพฤติกรรมทางลบก็ได้ พฤติกรรมทางบวก คือ การปฏิบัติที่ทำแล้วไม่อาจเกิดความเจ็บป่วย เช่น พฤติกรรมป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ ส่วนพฤติกรรมทางลบ คือ การกระทำที่ทำให้เกิดโรคหรือเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยในขณะที่ยังมีสุขภาพดีอยู่ ส่วนในภาวะเจ็บป่วยพฤติกรรมทั้งสองด้าน ก็จะแตกต่างกันออกไปเพื่อรักษาฟื้นฟูให้ร่างกายกลับสู่ภาวะสุขภาพอีกครั้ง

ศิวาภรณ์ อุบลชลเขตต์ (2532) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติ เพื่อป้องกัน และควบคุมความเจ็บป่วยตั้งแต่การตื่นนอน การนอน การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร พฤติกรรมสุขภาพมี 2 แบบ คือ ถูกสุขลักษณะ และไม่ถูกสุขลักษณะ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ค่านิยม ความเชื่อ ความต้องการ และแรงจูงใจ

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2534) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก และการแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ เป็นกิจกรรมหรือปฏิกิริยาใด ๆ ของบุคคลที่สามารถวัดได้ ระบุได้ และทดสอบได้ ว่าเป็นความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก หรือการกระทำในเรื่องสุขภาพ

ยุณี พงศ์จตุรวิทย์ และสุนิษา ชินวุฒิ (2537) กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นพฤติกรรมของมนุษย์ในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพ ที่แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ด้านคือ พฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ พฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติ และพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ และบ่งชี้ว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัตินี้เป็นเป้าหมายสูงสุดที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี หายจากโรค และป้องกันมิให้เกิดโรค เนื่องจากเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่แสดงออกมาให้เห็น และสังเกตได้ในสภาวะการณ์หนึ่ง หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป ทำให้สามารถประเมินผลได้

ง่ายพฤติกรรมนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่ภายใน ซึ่งสังเกตไม่ได้โดยตรง (convert behavior) หรือเป็นพฤติกรรมที่แสดงออก โดยการปฏิบัติเป็นการกระทำออกมาให้สังเกตทางอ้อมได้ (overt behavior)

โกชแมน (Goachman, 1982) ได้อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับคำจำกัดความของพฤติกรรม สุขภาพว่าเป็นคุณสมบัติต่าง ๆ ของบุคคล เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์รวมความรู้อื่น ๆ นอกจากนี้ยังรวมทั้งลักษณะบุคลิกภาพ ความรู้สึกอารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย และรูปแบบพฤติกรรมที่ปรากฏเด่นชัด การกระทำ และนิสัย ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันสุขภาพ

คาส์ และคอบบี้ (Kasl & Cobb, 1966) กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่าเป็นการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี และไม่มีอาการแสดงของความเจ็บป่วย เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ไม่เสพยาเสพติด ไม่สำส่อนทางเพศ และรวมถึง พฤติกรรมเชิงป้องกันในชีวิตประจำวัน และการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอย่างสม่ำเสมอ

เบดเวิร์ธ และเบดเวิร์ธ (Bedworth & Bedworth, 1982) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมใด ๆ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ได้แก่ การได้รับอาหารที่เพียงพอ การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น เป็นพฤติกรรมที่ถือปฏิบัติเป็นปกติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง

เพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นมีเป้าหมายสำคัญเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวมหรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรค มุ่งระวังไม่ให้โรคใดหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น

แฮริส และกลูเตน (Pender, 1987 cited in Harris & Gluten, 1979) ได้ให้ความหมายไว้ในเชิงการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อดำรงภาวะสุขภาพและเป็นการแสดงศักยภาพของมนุษย์

กล่าวโดยสรุป พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ และการแสดงออกหรือการกระทำหรือกิจกรรมของบุคคล ที่แสดงถึงการป้องกันโรคหรือความเจ็บป่วย การดำรงรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การฟื้นฟูและการส่งเสริมสุขภาพ หรือทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น เป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นปกติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การตื่นนอน การทำความสะอาดร่างกาย การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการพักผ่อนหรือการนอน เป็นกิจกรรมที่สามารถวัดได้ ระบุได้ และทดสอบได้ มีทั้งถูกสุขลักษณะและไม่ถูกสุขลักษณะ ทั้งนี้ขึ้นกับค่านิยม ความเชื่อ ความรู้ ความเข้าใจ ความต้องการ และแรงจูงใจ

พฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชาย สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติที่เกิดขึ้นในช่วงการดำเนินชีวิตของบุคคลทั่วไป ข้าราชการเกษียณชายเป็น

บุคคลที่ผ่านการดำเนินชีวิตมาถึงวัยปลาย มีสภาพร่างกายเสื่อมโทรมลงตามเวลา ทำให้เสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยได้ง่าย ซึ่งในชายสูงอายุ จะมีการลดลงของฮอร์โมนเพศชาย (Testosterone) อาการที่แสดงออกไม่เด่นเท่ากับเพศหญิง จึงทำให้ขาดการสนใจในการดูแลเอาใจใส่ ประกอบกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การเที่ยวหญิงบริการ กิจกรรมต่าง ๆ ที่โลดโผนส่งผลกระทบต่อสุขภาพ หากไม่ได้รับความสนใจดูแล จะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทอัตโนมัติด้านจิตใจ และสติปัญญา ด้านเพศ ด้านร่างกาย เป็นปัญหาเรื้อรัง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ กลายเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม มีผลกระทบทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาประเทศได้ ดังนั้นเพื่อให้ข้าราชการเกษียณชายสามารถดำรงชีวิตในบ้านปลายได้อย่างมีคุณค่า และสามารถช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัว ตามบทบาทของคนอย่างมีประสิทธิภาพได้นั้น ข้าราชการเกษียณชายจึงมีความจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย และจิตใจ นอกจากนี้ผู้ชายสูงอายุ ยังได้รับผลกระทบจากลักษณะโครงสร้างของสังคม ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากวัฒนธรรมไทยแท้แบบเดิม มาสู่วัฒนธรรมผสมแบบใหม่ และมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่จากเดิม ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม จากการเกษียณ ทำให้พฤติกรรมการแก้ไขปัญหारेื่องสุขภาพแตกต่างไปจากเดิม ซึ่งกิจกรรมการปฏิบัติตน เพื่อดูแลตนเองเหล่านี้ จะเป็นเครื่องทำนายว่า ข้าราชการเกษียณชายจะมีพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมการแก้ปัญหาเมื่อเกิดความเจ็บป่วยอย่างไร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพข้าราชการเกษียณชาย ได้แก่ การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การนอนหลับและการพักผ่อน การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การจัดการกับความเครียด

การรับประทานอาหาร อาหารเป็นปัจจัยสี่ของความต้องการพื้นฐานของคนในการดำรงชีวิต การรับประทานอาหารที่ถูกต้องจึงเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ในวัยสูงอายุเนื่องจากเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงตามวัย ทำให้มีโอกาสได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าลดลง การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องหลักในวัยนี้ จะทำให้ร่างกายทรุดโทรมหรืออวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเสื่อมสภาพเร็วกว่าที่ควร (ชลอศรี แดงเปี่ยม และชรินทร์ พุทธปวน, 2536) ความพอเหมาะของสารอาหารในคนสูงอายุ จึงแตกต่างไปจากวัยหนุ่มสาว จากการศึกษาของราตรี โอภาสและคณะ (2538) ที่ศึกษาแบบแผนสุขภาพ ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พบว่าการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ เป็นความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ซึ่งในการจัดอาหารให้ผู้สูงอายุ จะแตกต่างจากวัยหนุ่มสาว เมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป จะมีความต้องการอาหารลดลงประมาณร้อยละ 20 (ชลอศรี แดงเปี่ยม และชรินทร์ พุทธปวน, 2536) โดยทั่วไปผู้สูงอายุมีความต้องการสารอาหารดังนี้

ความต้องการพลังงาน โดยทั่วไปความต้องการพลังงานจะลดลงสัมพันธ์กับการลดลงของกิจกรรมที่ทำทั้งระยะเวลา ระดับความสามารถของกิจกรรม และจะลดลงตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพลังงานไว้ว่า ในช่วงอายุ 40-59 ปี พลังงานที่ควรจะได้รับจะลดลงร้อยละ 5 ทุก 10 ปี ของช่วงอายุที่เพิ่มขึ้นในช่วง 60-69 ปี และตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป จะลดลงอีกช่วงละ ร้อยละ 10 (สิริพันธุ์ จักรังคะ, 2541) ส่วนคณะกรรมการจัดทำข้อกำหนด สารอาหารประจำวันที่ร่างกายควรได้รับของประชาชนชาวไทย พ.ศ. 2532 ได้กำหนดพลังงานที่ต้องการในหนึ่งวันของผู้สูงอายุชาย คือ 2,250

ความต้องการไขมัน ผู้สูงอายุควรได้รับไขมันประมาณร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด (วิภาวี คงอินทร์, 2537) โดยควรบริโภคไขมันซึ่งมีกรดไขมันจำเป็น เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันงา น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกคำฝอย และหลีกเลี่ยงไขมันจากสัตว์ เช่น น้ำมันหมู หนังสัตว์ต่าง ๆ ตลอดจนไข่แดง หรือไขมันจากพืช จำพวกมะพร้าวและปาล์ม ซึ่งเป็นกรดไขมันอิ่มตัว ทำให้เพิ่มคอเลสเตอรอลในกระแสเลือดได้ ในทางปฏิบัติการรับประทานน้ำมันถั่วเหลืองวันละ 1 ½ ช้อนชาเพียงพอที่จะป้องกันการขาดกรดไขมันจำเป็นได้ และถ้ารับประทานน้ำมันถั่วเหลืองวันละ 3 ช้อนชาอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ระดับคอเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ อยู่ในเกณฑ์ปกติ เกือบเลือดไม่จับตัวเป็นก้อนไปอุดตันเส้นเลือด และควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ (คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวันที่ร่างกายควรได้รับของประชาชนชาวไทย, 2532)

ความต้องการคาร์โบไฮเดรต ผู้สูงอายุควรได้รับพลังงานจากคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 55-60 ของพลังงานทั้งหมด และควรเป็นอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นจะมีความทนต่อน้ำตาลกลูโคสน้อยลง (Impaired Glucose Tolerance) และจะได้ประโยชน์จากเส้นใยที่อยู่ในอาหารคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ การช่วยให้ความทนต่อน้ำตาลกลูโคสดีขึ้น (Vinik & Jenkins, 1988 อ้างถึงใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ช่วยลดอาการท้องผูก ลดระดับไขมันในเส้นเลือด (Schneeman & Tietzen, 1994 อ้างถึงใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) อาหารกลุ่มนี้ได้แก่ ข้าว แป้ง เผือก มัน ข้าวโพด และถั่วเขียว เป็นต้น โดยทั่วไปผู้สูงอายุควรได้รับข้าวสาลีวันละ 3 ถ้วย หรือขนมปัง 6 แผ่น (คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวันที่ร่างกายควรได้รับของประชาชนชาวไทย, 2532)

ความต้องการด้านโปรตีน พบว่าผู้สูงอายุควรได้รับสารอาหาร โปรตีน 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน (Campbell, Crin, Dallal, Yung & Evans, 1994) สำหรับผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนวันละ 51 กรัม ความต้องการโปรตีนจะเพิ่มขึ้นอีก ถ้าร่างกายมีความเครียดจากการได้รับบาดเจ็บ การติดเชื้อ การผ่าตัดหรือการเจ็บป่วย อาหารที่ให้สารอาหาร โปรตีน (Protein) มักจะ

ให้วิตามินและเกลือแร่ที่สำคัญด้วย เช่น ไทอะมิน (Thiamin) ไรโบฟลาวิน (Riboflavin) เหล็ก (Fumarate) และแคลเซียม (Calcium) ดังนั้นการขาดโปรตีน จะเป็นสาเหตุทำให้ขาดสารอาหารเหล่านี้ด้วย อาหารที่ให้โปรตีนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ได้แก่ เนื้อสัตว์วันละ 1.5-3 ชีด (1 ชีดมีขนาดประมาณเท่ากับกล่องไม้ขีด 1 กล่อง) ปลาทู 1 ตัว นม 1-2 แก้ว ไข่ 3-5 ฟอง/ สัปดาห์ (คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวันที่ร่างกายควรได้รับของประชาชนชาวไทย, 2532)

ความต้องการน้ำ ผู้สูงอายุมีปัญหาจากการขาดน้ำได้ง่าย และให้การวินิจฉัยค่อนข้างยาก ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดน้ำบ่อย ได้แก่ ปริมาณน้ำในร่างกายน้อยลง เมื่อมีอายุมากขึ้น มีความรู้สึกกระหายลดลง เนื่องจากปลายประสาทสัมผัสที่สามารถถูกกระตุ้น (Osmoreceptor) มีความไวต่อความเข้มข้นของพลาสมาลดลง มีการถดถอยสมรรถภาพของไต ในการปรับปัสสาวะให้เข้มข้น มีปัญหาทางสุขภาพและภาวะทุพพลภาพ ทำให้ไม่สามารถดื่มน้ำได้อย่างอิสระตามต้องการ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ปกติผู้สูงอายุควรดื่มน้ำอย่างน้อย 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน (วินสตัน ดินบูล, 2541)

ความต้องการเกลือแร่ ปริมาณเกลือแร่ที่ผู้สูงอายุต้องการไม่แตกต่างไปจากคนอายุน้อย แต่มักพบว่าผู้สูงอายุมักขาดแคลเซียมและเหล็ก (วิภาวี คงอินทร์, 2537) ซึ่งตามปกติควรได้รับ 800 มก./ วัน และ 10 มก./ วัน ตามลำดับ สอดคล้องกับการสำรวจภาวะการบริโภคนอาหารของคนไทย พบว่ามีการบริโภคแคลเซียมเพียง 301 มก./ คน/ วัน เท่านั้น (คณะกรรมการจัดทำข้อกำหนดสารอาหารประจำวันที่ร่างกายควรได้รับของประชาชนชาวไทย, 2532) ผู้สูงอายุจึงควรรับประทานอาหารแคลเซียมสูง ได้แก่ นม เมล็ดถั่ว ปลาเล็กปลาน้อย เป็นต้น

ความต้องการวิตามิน ในการควบคุมเมตาบอลิซึม (Metabolism) ในร่างกาย และร่างกายไม่สามารถสังเคราะห์ขึ้นเอง ถ้าผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่เหมาะสม ก็จะไม่ขาดวิตามิน แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมักรับประทานอาหารน้อย จึงมีโอกาสขาดวิตามินได้ จึงควรมีการเสริมวิตามินในผู้สูงอายุ (วิภาวี คงอินทร์, 2537) จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่ได้รับวิตามินน้อยกว่าที่ควรจะเป็น โดยเฉพาะโฟเลต วิตามินบี 1 วิตามินบี 2 วิตามินดี และวิตามินเอ ซึ่งบ่อยครั้งที่การขาดวิตามินไม่ก่อให้เกิดอาการทางคลินิกชัดเจน แต่เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยเฉียบพลัน อาการทางคลินิกก็จะปรากฏ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ผู้สูงอายุจึงควรรับประทานอาหารที่มีวิตามิน ได้แก่ เนย ด้ง พืชผักสีเขียวและเหลือง ผลไม้ที่มีสีเหลือง เช่น มะละกอ มะเขือเทศ ฟักทอง เป็นต้น

จากความต้องการสารอาหารของผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น ผู้สูงอายุจึงควรมีพฤติกรรมในการรับประทานอาหารที่เหมาะสม เพื่อให้คงไว้ซึ่งโภชนาการที่ดี (ชลอศรี แดงเปี่ยม และชรินทร์

พุทธป่วน, 2536; สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542; วิภาวี คงอินทร์, 2537; วินัส ตันติบูล, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ไกรวงศ์ (2536) ซึ่งศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา พบว่าพฤติกรรมการรับประทานอาหารบำรุงหรือวิตามิน ความถี่ในการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง หรืออาหารที่ปรุงโดยการทอดมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$) และการศึกษาของอรุณี นาคะพงศ์ (2539) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการดูแลตนเองด้านโภชนาการดีมีภาวะโภชนาการดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการดูแลตนเองด้านโภชนาการไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.1$) และจากการศึกษาภาวะโภชนาการ และการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของผู้สูงอายุชายชาวสวีเดน พบว่ามีค่า BMI 21.7 ± 2.1 โดยพบว่าร้อยละ 45 ต้องการได้รับความช่วยเหลือทางด้านโภชนาการ เนื่องจากมีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีกล้ามเนื้อน้อย (Bachrach, 2000) และการศึกษาของสุดา วิไลเลิศ (2536) พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงระบบย่อยอาหาร ภาวะทางเศรษฐกิจที่ไม่เอื้ออำนวย นิสัยการรับประทานอาหารรวมถึงการเจ็บป่วย จากสาเหตุดังกล่าว อาจทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มขาดสารอาหารได้ง่าย โภชนาการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุต้องคำนึงถึง ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่า ลักษณะอาหารควรอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย รสไม่จัด แต่ละมือนควรเป็นจำนวนน้อยแต่บ่อยครั้ง วันละ 4-5 มื้อ โดยเพิ่มมือสายและมือบ่าย ให้มือกลางวันเป็นอาหารหลัก ช่วยลดปัญหาการแน่นท้องหลังอาหาร (นิตยา ไกรวงศ์, 2536)

การดื่มน้ำ น้ำจัดเป็นสารอาหารประเภทหนึ่งที่เราขาดไม่ได้ มีความสำคัญและจำเป็นต่อสิ่งมีชีวิต รองลงมาจากออกซิเจน ในร่างกายปกติมีน้ำเป็นส่วนประกอบประมาณ 60% ของน้ำหนักตัว ในผู้สูงอายุมีน้ำในร่างกาย 50.8% (Eliopoulos, 1993) เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต เซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดลง และน้อยลง 30% เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว ดังนั้นปริมาณน้ำในร่างกายต้องพอเหมาะไม่มากหรือน้อยเกินไป โดยต้องอยู่ในภาวะที่สมดุล โดยปกติผู้สูงอายุควรได้รับน้ำประมาณ 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน หรือประมาณ 6-8 แก้วต่อวัน ในกรณีที่ไม่มีข้อจำกัดด้านโรคหัวใจ และโรคไต (Eliopoulos, 1993) แต่ในผู้สูงอายุมีปริมาณน้ำในร่างกายลดลง จึงมีโอกาสเกิดภาวะขาดน้ำ (Dehydration) ได้ง่ายกว่าวัยอื่น ซึ่งจากการศึกษาของแพทย์และนักวิจัยหลายท่านในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้สูงอายุในสถานพยาบาล จะได้รับน้ำน้อยกว่าผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน มีโอกาสได้รับน้ำในรูปแบบต่าง ๆ รวมวันละ 2,100 มิลลิลิตร ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ตามสถานพยาบาล จะได้รับน้อย คือ ประมาณ 1,000-1,500 มิลลิลิตรต่อวัน ทำให้เกิดภาวะร่างกายขาดน้ำในสถานพยาบาลได้ 33% (Callings & Owen, 1994) ปัญหาขาดน้ำไม่ได้เป็นปัญหาเฉพาะด้านร่างกาย

เท่านั้น แต่ยังมีผลต่อเศรษฐกิจด้วยในปี 1999 มีการสำรวจของสถานพยาบาลในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี จะมีปัญหาทางภาวะขาดน้ำเป็นปัญหาแรก (Arimary Diagonosis) รวม วันที่ปรึกษาของผู้ป่วยทั้งหมด 1,853,000 วัน และเสียค่ารักษาพยาบาล ประมาณ 652 เหรียญดอลลาร์ ต่อวัน ภายในหนึ่งปีคิดเป็น จำนวนเงินถึง 1.2 พันล้านเหรียญดอลลาร์ ซึ่งภาวะขาดน้ำนี้เป็นสาเหตุให้ ผู้สูงอายุเสียชีวิตถึง 30.6 % ต่อปี แม้ว่าผู้สูงอายุบางส่วนจะไม่เสียชีวิต จากภาวะขาดน้ำ แต่การได้รับ น้ำไม่เพียงพอ ก็อาจทำให้เกิดการติดขัดทางเดินปัสสาวะ, Bowel Obstruction, Delium และ Cardio Vascular Symptoms เป็นต้น (Eliopoulos, 1993)

ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมดื่มน้ำที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีภาวะขาดน้ำ อาจแสดงอาการ โดยมีริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ ผิวหนังแห้งไม่ชุ่มชื้น ความยืดหยุ่นลดลง ลิ้นสีน้ำตาล แก้มบวมลึก ปัสสาวะสีเข้ม หรือมีอาการสับสน (Eliopoulos, 1993) กรณีขาดน้ำอาจเกิดภาวะโซเดียมสูง (Berkow, 1995) อาจเกิดจากภาวะโปแตสเซียมต่ำในผู้สูงอายุ เนื่องจากความผิดปกติของภาวะไม่ สมดุลของน้ำ และอิเล็กโตรไลต์ ทำให้เกิดอ่อนเพลีย สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง และเป็นตะคริว (Berkow, 1995) ประกอบกับความรู้สึกระหายน้ำลดลง ระบบทางเดินปัสสาวะเปลี่ยนแปลง ทำให้ ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จึงเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดื่มน้ำน้อยลง ทำให้ ท้องผูก อ่อนเพลีย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2536) ดังนั้นผู้สูงอายุที่ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของการดื่มน้ำ ควรดื่มน้ำให้ได้อย่างน้อย 30 cc ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือ 6-8 แก้วต่อวัน (Bell, 1997) โดยมี การนำมาตรฐานการรับน้ำมาเสนอ โดยกำหนดน้ำที่ควรได้รับขั้นต่ำ ในแต่ละวัน คิดเป็นปริมาณ 30 ml/ kg/ day (Eliopoulos, 1993)

การนอนหลับ และการพักผ่อน การนอนหลับเป็นสิ่งสำคัญ และมีความจำเป็นสำหรับ ข้าราชการเกษียณชาย ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ร่างกายซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของข้าราชการเกษียณชาย ให้ลดลง ซึ่พจรและหัวใจเต้นช้าลง ช่วยขจัดความเครียด (วิระ ไชยศรีสุข, 2533) ซึ่งวงจรในการ นอนหลับของผู้สูงอายุ จะแตกต่างจากการนอนหลับในวัยหนุ่มสาว คือ ผู้สูงอายุจะมีช่วงระยะที่ 1 เพิ่มขึ้น (Stage 1 NRGm) แต่ระยะที่ 3 และ 4 ลดลง (Deep Sleep) ผู้สูงอายุมักจะตื่นง่าย และทำให้ การนอนหลับไม่สามารถผ่านเข้าสู่ช่วงการนอนหลับที่มีการกลอกตาไปมาอย่างรวดเร็ว ทำให้ คุณภาพการนอนหลับลดลง และอาจจะรวมถึงการใช้ยา โรคเรื้อรัง ความเครียด ความซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนอนของผู้สูงอายุ (พัสนมภ์ คุ่มทวีพร, 2544) ทำให้การนอนหลับตาม ธรรมชาติเปลี่ยนไป (Circadian Rhythm Changes) ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ โดยมีระยะชั่วโมง ในการนอนหลับ ตื่นง่าย และหลับยาก ใช้เวลาในการนอนวันละ 6-7 ชั่วโมง และมักมีการจับหลับ ตอนกลางวัน ซึ่งความต้องการจับหลับจะเพิ่มขึ้นตามอายุ (เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์, 2540) โดยการจับ หลับจะให้ประโยชน์มากแก่ร่างกาย เพราะเป็นการชดเชยที่นอนไม่หลับในเวลากลางคืน และการ

งีบแต่ละครั้ง อาจใช้เวลาประมาณ 15-60 นาที ถ้ามานานเกินไปแสดงว่าผิดปกติ (วิภาวี คงอินทร์, 2537) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวในกลุ่ม Dementia และ Parkinson's disease จะมีปัญหาการนอนหลับค่อนข้างสูง ความผิดปกติของการนอนที่พบบ่อยในข้าราชการเกษียณชาย คือ Obstructive Sleep Apnea (OSA) โดยมีอาการกรน (Snoring) เป็นอาการเด่น ร่วมกับหยุดหายใจเป็นพัก ๆ พบร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ และหลอดเลือดในสมอง และพบว่าข้าราชการเกษียณชายส่วนใหญ่จะนอนหลับวันละ 5-8 ชั่วโมง (ร้อยละ 66.2) รองลงมา คือ 9-12 ชั่วโมง (ร้อยละ 29.8) ซึ่งถือว่าพักผ่อนมาก เพียงร้อยละ 4.1 ที่นอนน้อย คือน้อยกว่า 4 ชั่วโมง และมีปัญหาการนอนหลับร้อยละ 1 เท่านั้น ส่วนที่นอนไม่หลับก็มีได้แก่ปัญหาแต่อย่างใด (ร้อยละ 54.6) แก้ไขโดยการใช้ยานอนหลับ อ่านหนังสือธรรมะ สวดมนต์ และสูบบุหรี่ (สุริย์ กาญจนวงศ์, 2540)

เพศชายมีความแปรปรวนของแบบแผนการนอนหลับมากกว่า และเร็วกว่าหญิง 10-20 ปี (Kozirer, 1991) โดยคาร์ลท์ (Kart, 1994) รายงานประสิทธิภาพการนอนหลับลดลงเรื่อย ๆ จนเข้าสู่วัยชรา ในเพศหญิงการลดลงของระยะ RGM แต่ยังคงไว้ซึ่งระยะหลับสนิท และคงปริมาณการนอนหลับได้มากกว่าผู้ชาย แม้จะมีปัญหาการใช้ยานอนหลับมากกว่าเพศชายก็ตาม (Closs, 1988) ประกอบกับความเครียด จะกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคสเตียรอยด์ และอะดรีนาลีน ซึ่งจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาติก (Hodgson, 1991) ทำให้ร่างกายมีการตื่นตัวตลอดเวลา และภาวะซิมเพรัจะทำให้ระดับเอนไซม์โมโนเอมีน ออกซิเดสสูงขึ้น เอนไซม์ชนิดนี้ทำหน้าที่สลายนอร์อะดรีนาลีน และไฮดรอกซีทริปตามีน (5-Hydroxy tryptamine, 5-HT) ซึ่งเกี่ยวข้องกับระยะเริ่มหลับ และการหลับอย่างต่อเนื่อง (Calling, 1994) ทำให้หลับยาก ประกอบกับผู้สูงอายุมักจะใช้ยาหลายชนิด (Monjan, 1990) ที่พบบ่อยได้แก่ ยาอนหลับ ยาระงับประสาท และยากล่อมประสาท (Moran, 1988) ผลกระทบต่อการนอนหลับเกิดขึ้น เนื่องจากพบว่า ยานอนหลับเกือบทุกชนิด จะขัดขวางกระบวนการนอนหลับตามธรรมชาติ ประกอบกับในผู้สูงอายุจะมีความไวต่อยาเพิ่มขึ้น และการสลายยาช้าลง (Filligim, 1992) ทำให้ตื่นบ่อย ระยะหลับลึกลดลง เกิดการคิดยาตลอดจนอาการเมาค้างในช่วงเช้า และสอดคล้องกับแบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงระยะชั่วโมงการนอน สั้น ตื่นง่าย และหลับยาก (Ancoli – Isnael & Kvipke, 1998) และยังพบว่า การนอนหลับเฉลี่ยของผู้สูงอายุ 6-7 ชั่วโมง (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528) โดยการนอนหลับเฉลี่ยของผู้สูงอายุที่อายุ 70 ปี ประมาณ 6 ชั่วโมง (Wold, 1993) ผู้สูงอายุต้องใช้เวลามากขึ้นจึงจะหลับ อาจใช้เวลานาน 30 นาที และหลับไม่ต่อเนื่อง ทำให้ต้องรีบหลับตอนกลางวัน (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ, 2528)

การออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมหนึ่งของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีความสำคัญ และมีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยลดปัจจัย

เสี่ยงของการเกิดโรค และทำให้สุขภาพกาย และสุขภาพจิตดีขึ้น ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการออกกำลังกายที่คล้ายคลึงกัน ดังนี้ ดำรง กิจกุศล (2540) กล่าวว่า การออกกำลังกาย หมายถึง การทำงานของกล้ามเนื้อ และโครงร่าง เพื่อให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวตามความมุ่งหมาย โดยการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายช่วยสนับสนุน ส่งเสริมให้การทำงานของกล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพ อีกทั้งการออกกำลังกาย เป็นการกระทำใด ๆ ที่ทำให้มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อความสนุกสนาน โดยใช้กิจกรรมง่าย ๆ เช่น การเดิน การวิ่ง การบริหาร เป็นต้น ส่วนเพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมทางกาย ซึ่งบุคคลปฏิบัติในเวลาว่าง หรือปฏิบัติเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน ซึ่งหมายถึงกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกายแล้ว ทำให้เกิดการเผาผลาญ และใช้พลังงานส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี การออกกำลังกาย ทำให้รู้สึกเพลิดเพลิน คลายความเครียด ลดความวิตกกังวล เนื่องจากผลของการออกกำลังกาย ทำให้มีการหลั่งสารเอ็นโดฟิน (Endorphines) จากต่อมไร้ท่อ ซึ่งมีฤทธิ์คล้ายมอร์ฟิน แต่แรงกว่า 200 เท่า ทำให้ลดการทำงานของซิมพาธิก และคลายกล้ามเนื้อ ภายหลังการออกกำลังกาย จะเกิดความรู้สึกผ่อนคลายและเครียดลดลง (ดำรง กิจกุศล, 2540) เมื่อวัยสูงขึ้น กำลังกล้ามเนื้อและประสิทธิภาพของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ จะเสื่อมถอยลง แต่การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ เป็นประโยชน์ช่วยให้ข้าราชการเกษียณอายุแข็งแรง ปราศจากภาวะพึ่งพา (Active Life Expectancy) แนวทางในการกำหนดกิจกรรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ มีข้อควรคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ คือ (ACSM, 1991; Heyward, 1998)

1. ประเภทของกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ คือ การออกกำลังกายชนิดแอโรบิก (Aerobic Activity) เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ และควรกระทำ (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542)
2. ความหนักเบาในการออกกำลังกาย เป็นการกำหนดขีดความสามารถในการออกกำลังกาย (ACSM, 1991) ความหนักเบาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ที่แสดงถึงความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุด
3. ระยะเวลาการออกกำลังกาย กำหนดระยะเวลา 15-60 นาที โดยทั่วไปอยู่ระหว่าง 20-30 นาที เพื่อเพิ่มหรือคงไว้ ซึ่งความสามารถของผู้ออกกำลังกาย
4. ความถี่ของการออกกำลังกาย คือ การกำหนดจำนวนครั้งในการออกกำลังกายต่อวัน หรือต่อสัปดาห์ (Heyward, 1998) ให้มีความสม่ำเสมอต่อเนื่อง โดยทั่วไปมักจะกำหนดให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ (Johns, 1985)
5. ความก้าวหน้าของกิจกรรมการออกกำลังกาย ขึ้นอยู่กับความสามารถเฉพาะบุคคล ภาวะสุขภาพ อายุ ความชอบ และความต้องการในการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต การออกกำลังกายอย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องจะส่งผลให้อายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เจ็บป่วยและตายด้วยโรคอื่น จากการศึกษาของ สุดา วิไลเลิศ (2536) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4821$, $p < .001$) พฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย สามารถร่วมทำนายภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 26.17 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของมิวรีแมน (Meuleman, 2002) ที่สำรวจความชุกของการเกิดอวัยวะเพศไม่แข็งตัวในเพศชาย ผลการศึกษาพบว่าชายที่มีอายุ 40-69 ปี การไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศ ประมาณ 26% ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุ คือ พฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย ซึ่งจะเห็นได้ว่าการออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นสำหรับข้าราชการเกษียณชาย และควรที่จะกระทำอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติจนเป็นแบบแผนชีวิต เพื่อช่วยให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น ข้าราชการเกษียณชายควรมีการออกกำลังกาย แบบแอโรบิคชนิดเบา ๆ เช่นการเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ ๆ การรำมวยจีน (จรัสวรรณ เทียนประพาส และพัชรี ต้นศิริ, 2536) โดยการออกกำลังกาย โดยวิธีการเดินเป็นวิธีการออกกำลังกายที่ดีที่สุด และเกิดอันตรายน้อยที่สุดสำหรับข้าราชการเกษียณชาย ซึ่งการเดินนั้นจะต้องรู้สึกเหนื่อย และมีเหงื่อออก โดยเดินติดต่อกันประมาณ 20-30 นาที ความถี่ของการออกกำลังกายในข้าราชการเกษียณชาย ควรออกกำลังกายประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ และจะต้องทำอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เว้นห่างไม่เกิน 2 วัน โดยความหนักในการออกกำลังกายประมาณ ร้อยละ 40-80 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538) และยังพบว่า การออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว จะทำให้เกิดผลต่อสมรรถภาพของปอดและหัวใจดีขึ้น และยังทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้นด้วย โดยเฉพาะกล้ามเนื้อขา (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2538)

จากการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การขาดการออกกำลังกาย (Palank, 1991) สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ พบว่า ภาวะข้อติดแข็ง สายตามองเห็นไม่ชัด สมอองเลื่อม ประวัติการมีสโตรก และขาหัก เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ (Eliopoulos, 1993) ผู้สูงอายุควรมีการส่งเสริมในเรื่องการออกกำลังกาย ช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิต กล้ามเนื้อ และกระดูก การเผาผลาญพลังงานภายในร่างกาย มีประโยชน์ในการขับถ่าย การนอนหลับที่มีประสิทธิภาพ จิตใจสดชื่นแจ่มใส (รัชนิพร ภู่งกร, 2538) อีกทั้งการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นวิธีที่ช่วยชะลอความสูงอายุ ทำให้เซลล์ต่าง ๆ เสื่อมช้าลง กระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อปอด ช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด (Andrews, 1991) จากการศึกษ ผลของการออกกำลังกายพบว่า การเดินออกกำลังกาย 4 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มี

ความสัมพันธ์ในการลดอัตราเสี่ยงจากโรคหัวใจ และหลอดเลือดในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Andrews, 1991) จะอย่างไรก็ตามแม้ว่าจะมีรายงานมากมาย บ่งชี้ว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อสุขภาพ แต่ผู้สูงอายุก็ยังออกกำลังกายน้อย (Forbes, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลินจง โปธิบาล (2538) ที่พบว่าร้อยละ 81.5 ของผู้สูงอายุในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ขาดการออกกำลังกาย และจากการศึกษาของดวงเดือน พันธุโยธี (2539) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุในเขตชนบทจังหวัดเชียงใหม่ โดยประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุจากค่าเฉลี่ยของจำนวนพลังงานที่ใช้ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ต่อสัปดาห์ พบว่าผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายน้อย

การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม การเปลี่ยนแปลงของทุกระบบในร่างกายนั้นอยู่ในรูปความเสื่อมถอยมากกว่าการเจริญเติบโต (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528) ดังนั้นชายสูงอายุจึงควรสนใจ และรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดี โดยหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพดังนี้

1. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ สารพิษที่เกิดจากการเผาไหม้ของบุหรี่ จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่ออวัยวะที่สัมผัส การสูบบุหรี่ เนื่องจากควันบุหรี่ประกอบด้วยสารเคมี รวม 1,200 ชนิด ทั้งส่วนที่เป็นอนุภาคเล็กและส่วนที่เป็นก๊าซ อนุภาคซึ่งเป็นส่วนประกอบอยู่ในน้ำมันดิน (ทาร์) ประกอบด้วย นิโคติน (Nicotine) ฟีนอล (Phenol) ไฮโดรคาร์บอน (Hydrocarbon) แอลดีไฮด์ (Aldehy) คีโตน (Ketone) กรดอินทรีย์ (หลายชนิด แอลกอฮอล์ (Alcohol) สารกัมมันตภาพรังสี ตะกั่ว (Lead) โพลีเนียม รวมทั้งสารก่อมะเร็ง เช่น เบนซ์ไพรีน อนุภาคเหล่านี้มีถึง 30-40 มิลลิกรัมต่อบุหรี่ 1 มวน จะให้ก๊าซมอนอกไซด์ ไฮโดรเจนซัลไฟด์ (Hydrogen Sulfide) ไนโตรไดออกไซด์ (Nitro Dioxide) ซายาไนต์ แอมโมเนีย (Ammonia) แอลดีไฮด์ อะโครลีน และกรดอีกหลายชนิด) มีปริมาณถึง 300 มิลลิกรัมต่อมวน โดยที่บุหรี่ 1 มวน จะให้ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ ประมาณ 10-20 มิลลิกรัม สารประเภทนี้จะระคายเคืองต่อเยื่อหลอดลม กระตุ้นให้มีการสร้างมูก (Mucus) และทำให้หน้าที่ของขนกวัด (Cilia) เสียไป เนื่องจากสารจากควันบุหรี่ไปเกาะตามเยื่อหลอดลมเป็นผลให้การขับมูกช้าลง มีมูกคั่งค้างมากขึ้น นอกจากนี้ควันบุหรี่ยังลดประสิทธิภาพการทำลายเชื้อของ Alveolar Macrophage ซึ่งเป็นผลทำให้มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย หลอดลมตีบแคบลง และความต้านทานในทางเดินหายใจสูงขึ้น

จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า การสูบบุหรี่ ทำให้ประชากรเสียชีวิตมากถึง 432,500 คนต่อปี ในสหรัฐอเมริกา และปีละ 3 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งเท่ากับประมาณร้อยละ 17 ของ

การตายทั้งหมด สาเหตุของการตายมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจ มะเร็งปอด และโรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งพบมากในผู้ชาย โดยชายที่สูบบุหรี่มีอัตราการตายโดยรวมสูงกว่าชายที่ไม่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 70 สำหรับประเทศไทย ประชากรสูงอายุตอนต้น อายุ (60-74 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (75 ปี ขึ้นไป) มีการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นอันดับ 1 และ 2 รองจากภาวะเสื่อมจากความชรา โดยมีอัตราในเพศชายกลุ่มอายุ 60-64 ปี มีอัตราการตาย 77.9 ต่อประชากรแสนคน และชายในกลุ่มอายุ 75 ปีขึ้นไป มีอัตราการตาย 560.3 ต่อประชากรแสนคน (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ, 2543) และยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ ที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค เช่น ทรวงอกมีลักษณะคล้ายถังเบียร์ มีอาการหายใจลำบาก รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ตลอดจนแบบแผนในการดำเนินชีวิตเปลี่ยน มีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมลดลง (Weaver & Sciver, 1992) ทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลง (Giff, Plaut, & Jacox, 1986) และยังพบว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ทำให้ผนังหลอดเลือดหนาขึ้น แข็งเปราะและรูตีบแคบ ทำให้เลือดผ่านได้น้อย โดยในชายที่สูบบุหรี่มีโอกาสเกิดความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนธรรมดาถึง 8.5 เท่า อีกทั้งอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่นั้น ไม่ได้เกิดขึ้นในทันที แต่มักเกิดขึ้นภายหลังการสูบบุหรี่มาเป็นเวลา 20-30 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของ แฮฟฟานเนน (Haapanen, 1999) ที่ศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหัวใจ Coronary Heart Disease ในชายสูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจตีบ ได้แก่ การสูบบุหรี่ 10-33 % Cholesterol ถึง 21% สอดคล้องกับการศึกษาของ ลี (Lee, 2001) ที่ศึกษาสภาวะสุขภาพของชายสูงอายุในชนบทกับในเมืองที่มณฑลไทเป ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุชายในชนบทมีการสูบบุหรี่ และดื่มสุรามากกว่าผู้สูงอายุชายในเมือง ($p < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ มัวร์แมน (Meuleman, 2002) ที่ศึกษาอัตราความชุกของการเกิดหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยง คือ การสูบบุหรี่

2. พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ และของมีนเมา มีผลกระทบดังนี้

2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย สุรามีผลกระทบต่อร่างกายทั้งแบบเฉียบพลัน และแบบเรื้อรัง ขึ้นอยู่กับระดับของแอลกอฮอล์ในเลือด พบว่า ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดที่ 50-150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ร่างกายจะขาดการควบคุมการเคลื่อนไหว การตัดสินใจช้าลง เห็นภาพไม่ชัด การรับรู้ต่อตัวกระตุ้นช้าลง หากระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงถึง 300-500 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ มีอาการง่วง ระบบหายใจถูกกด ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจตายได้ (ชัยชาญ แสงดี, 2536) ผู้ที่ดื่มสุราติดต่อกันนาน ๆ ทำให้มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร พบมีการหลั่งของน้ำย่อยแกสตริน (ชัยชาญ แสงดี, 2536) และน้ำย่อยแบบซัน (ไมตรี สุทรจิตต์, 2531) เพิ่มขึ้น เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ผลต่อระบบเอนโดไครน ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลเป็นพิษได้ เป็นสาเหตุของมะเร็งหลอดอาหาร (Murray & Zentner,

1997) สมรรถภาพทางเพศลดลง (Impotence) มีเลือดออกในทางเดินอาหาร โรคตับวาย (Chronic Hepatic Encephalopathy) เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เสียชีวิต (วิทย์ เทียงบุญธรรม, 2543)

2.2 ผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสารสื่อประสาทในสมอง เกิดโรค
ระวางเพราเฟียสสุรา (Alcoholic Paranoid) จิตหลอน หงุดหงิด วิตกกังวล (Miller, 1995)

2.3 ผลกระทบด้านสังคม และเศรษฐกิจ โดยมีผลกระทบต่อสมาชิกทั้งครอบครัว
ทั้งทางตรงและทางอ้อม พบว่าผู้ที่ดื่มสุราจนขาดสติ อาจมีพฤติกรรมรุนแรงควบคุมตนเองไม่ได้
ก่อให้เกิดปัญหาทะเลาะวิวาท การหย่าร้าง (วิทย์ เทียงบุญธรรม, 2543) บุตรชายที่บิดาติดสุรามี
ความเสี่ยงที่จะเริ่มดื่มสุราตั้งแต่อายุน้อย (Rossow, 2000)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของบุคคล ส่งผลกระทบต่อผู้ดื่มทั้งด้านร่างกาย จิตใจ
และอารมณ์ ก่อให้เกิดความพิการ และส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม เศรษฐกิจของตนเอง และ
เศรษฐกิจของประเทศชาติ

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ของคนไทยมีมานานแล้ว โดย
ปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ ความเครียด สถิติปี พ.ศ. 2538 - 2542
ของกองบัญชาการตำรวจสันติบาล สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า
คนไทยบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ปี พ.ศ. 2538 มีการบริโภค
สุรา 739 ล้านลิตร และเพิ่มสูงขึ้นถึง 781 ล้านลิตรในปี พ.ศ. 2539 ภายหลังจากปี พ.ศ. 2540
เป็นต้นมาความนิยมในการบริโภคสุราเริ่มลดลง ในขณะที่ความนิยมในการบริโภคเบียร์กลับเพิ่ม
สูงขึ้น โดยประมาณนับจากปี พ.ศ. 2538 มีการบริโภค 627 ล้านลิตร และเพิ่มขึ้นเป็น 1,025 ล้าน
ลิตร ในปี พ.ศ. 2542 หากคิดโดยเฉลี่ยแล้ว ในปี พ.ศ. 2542 คนไทยบริโภคสุราร้อยละ 27.8 ลิตร/
คน/ปี และบริโภคเบียร์ร้อยละ 42.6 ลิตร/คน/ปี เนื่องจากพิษของแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดอาการ
คลื่นไส้อาเจียน กล้ามเนื้ออ่อนกำลัง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ถ้าดื่มติดต่อกันเป็นระยะเวลายาว
นาน จะทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหาร โรคตับแข็ง โรคพิษสุราเรื้อรัง สถิติปัญหาเสื้อม ขาด
ความสามารถในการรับผิดชอบ กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น หายใจ
เร็วขึ้น (ศิวาภรณ์ อุบลชลเขตต์, 2532) อีกทั้งเป็นสาเหตุสนับสนุนให้มีการเที่ยวหญิงบริการ การ
ดื่มสุราจะเพิ่มความกล้าให้กับข้าราชการเกษียณชาย ในการเปิดเผยความรู้สึกทางเพศทั้งทางคำพูด
และการกระทำ บางคนถึงกับกล่าวว่า สุราเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความอยากในเรื่องการมี
เพศสัมพันธ์ และถ้าไม่ดื่มสุราก็จะไม่กล้าเที่ยวหญิงบริการ อีกทั้งการดื่มแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด
ทำให้เกิดการตัดสินใจผิดพลาด และเกิดพฤติกรรมเสี่ยง จากการศึกษาของ คิน โก (Kingo,
2000) ที่ศึกษาสาเหตุของการติดเชื้อเอดส์ในคนสูงอายุชาวนามิเบียพบว่า การดื่มสุรา ทำให้ขาด
ความสำนึกในการใช้ถุงยางอนามัย สอดคล้องกับการศึกษาของมิวรีแมน (Meuleman, 2002) ที่

สำรวจความชุกของการเกิดอวัยวะเพศไม่แข็งตัวในเพศชาย ผลการศึกษาพบว่า ชายที่มีอายุ 40 - 69 ปี มีการไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศ ประมาณ 26% ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุ คือ การดื่มสุรา เป็นสาเหตุเบื้องต้นที่ทำให้อวัยวะไม่แข็งตัว

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พฤติกรรมทางเพศเป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่โรคภัยไข้เจ็บและตาย ที่สำคัญโดยเฉพาะการติดเชื้อ และเสียชีวิตของโรคเอดส์ จากรายงานการสำรวจของกองกามโรคกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 - 2542 พบว่าแนวโน้มสถานการณ์มีดังนี้ คือ สถานบริการทางเพศในปี 2537 มีจำนวน 5,736 แห่ง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จนถึงปี 2542 มีจำนวน 843 แห่ง จำนวนผู้ให้บริการทางเพศมีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ปี 2533 คือ จำนวน 86,494 คน และมีแนวโน้มคงที่ระหว่างปี พ.ศ. 2537 - 2542 มีผู้ให้บริการจำนวนประมาณ 65,000 - 80,000 คน ในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางเพศ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน Estrogen Progesterone และ Androgen ในเพศหญิง ทำให้มีความต้องการทางเพศลดลง เนื่องจากน้ำหล่อเลี้ยงช่องคลอดลดลง ทำให้ช่องคลอดแห้ง เวลาที่มีเพศสัมพันธ์จะทำให้รู้สึกเจ็บ (Master, 1986) ช่องคลอดมีขนาดสั้นและแคบ ริมฝีปากฝ่อลีบ บางครั้งห้อย เนื่องจากขาดไขมัน (Meston, 1997) ในเพศชาย มีลักษณะ Andropause เนื่องจากขาดฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน ซึ่งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และมีปัญหาการด้อยลงของสมรรถนะทางเพศ ทำให้การแสดงออกทางเพศน้อยลง แต่ยังคงมีความต้องการทางเพศ (Koreman, 1990) ลูกอั้นทะฝ่อลีบ ระยะเวลาในการหลั่งน้ำอสุจิใช้เวลานาน บางครั้งทำให้เหนื่อย ก่อนถึงจุดสุดยอด หลังถึงจุดสุดยอดอวัยวะเพศจะอ่อนตัวลงทันที (Kain, Reilly & Schultz, 1990) สอดคล้องกับการศึกษาของ เชียร์ริส และแซนด์ (Chaiores & Sande, 1999) ที่ศึกษาการติดเชื้อเอชไอวีในคนสูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุในประเทศอเมริกามากกว่า 10% ที่ติดเชื้อเอชไอวี สาเหตุมาจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย และจากการศึกษาของ วิลกินสัน (Wilkinson, 2001) ได้ศึกษาผู้สูงอายุในแอฟริกาใต้ ถึงการใช้ถุงยางอนามัย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 678 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีอัตราการเลิกใช้ถุงยางอนามัยสูงถึง 209 คน สาเหตุเนื่องจากคุ้นเคยไม่สมัครใจ และจากการศึกษาของ คิสซิงเกอร์ (Kissinger, 2001) ที่ศึกษาจำนวนของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ สาเหตุพบว่า มาจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศ (homosexual) ถึง 53%

จากการศึกษาของเวลล์ (Wells, 2001) ได้ศึกษาพฤติกรรมของผู้สูงอายุในการมีเพศสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางเพศเช่นเดียวกับวัยรุ่นหนุ่มสาว แต่พบว่าการใช้ถุงยางอนามัย ทำให้รู้สึกไม่สะดวกในการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ผู้สูงอายุขาดการใช้ถุงยางอนามัย ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ออสติน (Austin, 2001) ที่ศึกษาจากการบริหารของรัฐต่าง ๆ ในอเมริกาพบว่า ผู้สูงอายุไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการร่วมเพศ เนื่องจากขาดการอธิบาย

การใช้ถุงยางอนามัย และขาดการให้ความสำคัญในการรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัย และจากการศึกษาของ ทอมสัน (Thomson, 1972) ที่ศึกษาระบาดวิทยาของการติดเชื้อเอชไอวีของผู้สูงอายุ พบว่า ผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มาจากการขาดการป้องกันเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ และจากการใช้สารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของ ลิงค์ (Linsk, 2000) ที่ศึกษาการป้องกันและการรักษาโรคเอดส์ ในผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการเที่ยวสำส่อนทางเพศ และมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ คินโก (Kingo, 2000) ศึกษาสาเหตุของการติดเชื้อของผู้สูงอายุชาวนามิเบีย พบว่า ถูกอิทธิพลของสารเสพติดครอบงำ ทำให้ขาดการใช้ถุงยางอนามัย และขาดการป้องกันตนเอง ขณะมีเพศสัมพันธ์

การจัดการกับความเครียด เป็นการจัดการที่บุคคลกระทำ เพื่อรักษาสมดุลของร่างกาย และจิตใจ ในการลดปฏิกิริยาจากความเครียด ซึ่งความเครียดเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในร่างกายเพื่อตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคาม โดยสิ่งรบกวนอาจมาจากสาเหตุทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ความเครียดขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการทางสิ่งแวดล้อมภายนอก และภายในบุคคลหรือความต้องการทั้งสองอย่างร่วมกัน จากแหล่งประโยชน์ที่บุคคลมีอยู่ (Lazarus & Wolkman cited in Fender, 1996) ความเครียดจะส่งผลต่อพฤติกรรมการแสดงออก และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล จากการสำรวจข้อมูลขององค์กร Population Council จากผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้หญิงบริการทางเพศโดยตรง และสายด่วนทางโทรศัพท์ มีรายงานว่า นอกจากปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในระบบเจริญพันธุ์แล้ว ในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพจิตมีความรุนแรงมาก โดยพบว่าเมื่อเครียดมาก จะหันไปใช้สารเสพติดสูงขึ้น โดยภาพรวมแล้วความสามารถในการจัดการกับปัญหาของคนส่วนใหญ่ น่าจะเป็นไปในลักษณะไม่เหมาะสม สืบเนื่องจากการหย่าร้างสูง การติดยาเสพติดสูงขึ้น จึงจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และมักจะเลือกใช้วิธีการจัดการกับปัญหาคด้วยตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2544) จากการศึกษาพบว่า การจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ต่อความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วย และมีการเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพของชายสูงอายุ พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของชายสูงอายุ และยังพบว่าความเครียด ทำให้ระดับ Serum Cortisol เพิ่มขึ้นในเพศชาย และส่งผลกระทบต่อการใช้เพศสัมพันธ์ในชายสูงอายุ (Wolf, 2001) รวมถึงการศึกษาของวรรณิ์ ชัชวาลทิพากร (2544) พบว่า ผู้สูงอายุมีการจัดการกับความเครียดในระดับต่ำ

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของข้าราชการเกษียณชาย ซึ่งเป็นปัญหาที่เร่งด่วน ควรหาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม เพื่อช่วยลดการสูญเสีย และการเสื่อมโทรมสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ของ

ข้าราชการเกษียณอายุต่อไปในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นแบบวัดที่มีข้อความ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพข้าราชการเกษียณอายุ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีการศึกษากันหลากหลายไปตามช่วงอายุ และภาวะความเจ็บป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวทางการจัดการบริการส่งเสริมสุขภาพชาววัยทองในประเทศไทย จึงได้เลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพจิต และการมีโรคประจำตัว ซึ่งพบว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง อีกทั้งเป็นปัจจัยที่สามารถช่วยทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (อภิญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ คชภักดี, 2533; วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538; ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535; ปราโมทย์ วังสะอาด, 2530; เบญจมา เลาहनรังษี, 2534) อีกทั้งเป็นไปตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพข้าราชการเกษียณอายุของประเทศไทย โดยปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

อายุ อายุที่มากขึ้นของบุคคล ทำให้บุคคลนั้นมีการพัฒนาตามวัย บุคคลจะสะสมประสบการณ์ มีการปรับตัว และการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ตลอดเวลา ทำให้ความคิด ความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนแปลง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2532) ส่งผลถึงความแตกต่างในการแสดงออก การมองปัญหา ความเข้าใจ การให้เหตุผล และการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล (ศิริวรรณ แสงอินทร์, 2536) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม โดยพบว่า อายุเพิ่มมากขึ้น ก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสม่ำเสมอ (Palank, 1991) จากการศึกษาแผนชีวิตในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มผู้ใหญ่อ่อนดั้น และตอนกลางกับวัยสูงอายุ พบว่า ความแตกต่างของอายุมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม อธิบายได้ว่าวัยสูงอายุ มีการตอบสนองต่อพฤติกรรมด้านโภชนาการ การจัดการความเครียด และการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพได้ดีกว่าวัยผู้ใหญ่ (Walker, 1988) และจากการศึกษาของแฮริส และกุลีน (Harris & Gulen cited in Brown & Mc Greedy, 1979) กล่าวว่า อายุเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยบุคคลจะมีความรู้ ความสามารถตามอายุ หรือวัยที่เพิ่มขึ้น อายุจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาของอรอนงค์ สมัญญ (2539) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน จากการศึกษาของ

สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534) เรื่องความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการป้องกันโรคในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี นั่นคือ ผู้ที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย จากการศึกษาของอรพินท์ อินทรนุกูลกิจ (2536) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร พบว่า อายุสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้

สถานภาพสมรส เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมักจะได้รับการสนับสนุน มีผู้ให้การช่วยเหลือ ปลอบโยน ให้คำปรึกษา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกรอบอุ้มทางใจ มีกำลังใจต่อสู้กับปัญหา (Rankin, 1992) การขาดคู่สมรส ทำให้รู้สึกขาดคนให้ความช่วยเหลือ โดดเดี่ยวไม่สนใจสุขภาพร่างกายเท่าที่ควร จากการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก สอดคล้องกับการศึกษาของซอนนี และเวนนิคต์ (Shone & Weinick, 1998) เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและประโยชน์ของการมีคู่สมรส ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 4,443 คน พบว่าการมีคู่สมรส จะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีการออกกำลังกาย มีการตรวจความดันโลหิต และการรับประทานอาหารที่มีคุณค่ามากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส ซึ่งเบอร์กแมน (Berkman, 1985) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม จะมีส่วนช่วยให้เข้าถึง หรือมีความรู้เกี่ยวกับโอกาสการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่มียุทธศาสตร์สนับสนุนทางสังคม ซึ่งจากการศึกษาระหว่างสถานภาพสมรส และการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ จำนวน 619 คน พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสจะมีสุขภาพดีกว่า และมีอัตราการตายต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส มีแบบแผนการออกกำลังกายและพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการความเครียดดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส จากการศึกษาของเดวิส (Davis, 1997) อ้างถึงใน อรนุช ธรรมสอน, (2544) เรื่องการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีกว่าผู้สูงอายุไม่ได้อยู่กับคู่สมรส

จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา การศึกษาทำให้มนุษย์มีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีความรอบรู้ มีเหตุผลในการตัดสินใจที่จะเลือกปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยได้ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย ย่อมต้องการที่จะค้นคว้าหรือแสวงหาความรู้ กล่าวได้ว่าการศึกษานำให้บุคคลมีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตามวัยได้ดี ต่างจากผู้ที่มีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Pender, 1982) สามารถทำความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ ที่เรียนรู้ได้มาก มีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม ระดับการศึกษาสูง จะช่วยให้บุคคลมี

ความรู้ความสามารถในการคิดประเมินอย่างมีเหตุผล และนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ได้อย่างเหมาะสม จากการศึกษาถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุชาวละตินอเมริกัน กับอเมริกันผิวขาว พบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูง จะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีการศึกษาดำกว่า (Shetterly, 1998) และจากการศึกษาของวันดี แยมันทรฉาย (2538) พบว่า จำนวนปีของการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ และจากการศึกษาของรูธ (Ruth, 1974) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาดำมักพบปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษาตลอดจนการปฏิบัติตน ผู้ที่มีการศึกษาสูง จะสามารถรับรู้และเข้าใจสิ่งที่เรียนรู้มากกว่า ตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างถูกต้อง

จากการศึกษาของ ประภัศร เลียวไพโรจน์ (2523) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพของบุคคล ทั้งในด้านการป้องกันและการรักษา โดยผู้ที่มีการศึกษาสูง จะระมัดระวังสุขภาพของตนได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ จากการศึกษาของดวงพร รัตนอมรชัย (2535) และวันดี แยมันทรฉาย (2538) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาแตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดำ สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญญา กังสนารักษ์ และนัยพินิจ คชภักดี (2533) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความสามารถในการเรียนรู้ไม่แตกต่างกัน แต่มีแนวโน้มว่า เมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้น การเรียนรู้จะดีกว่าในผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาดำ บุคคลที่มีการศึกษาสูง จะทำให้ความสามารถในการรับรู้ และการแปลความหมายในสิ่งที่รับรู้ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามมา จากการศึกษาของกมลพรรณ หอมมาน (2539) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดี ในทางตรงข้ามผู้ที่มีการศึกษาดำจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่ดี จากการศึกษาของเขวาลักษณ์ มหาสิทธิ์วัฒนา (2529) พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย และผลการศึกษาของสุพรรณิ นันทชัย (2534) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อย และด้วยโอกาสในการแสวงหาข้อมูล มีภาวะสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง

ความเพียงพอของรายได้ เพนเดอร์ (Pender, 1982) กล่าวว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีโอกาสในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความรู้ และประสบการณ์ของตนเอง รายได้จะช่วยเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถหาอาหารที่มีประโยชน์มารับประทานอย่างเพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย ตลอดจนสามารถจัดหาของใช้ที่จำเป็น เพื่ออำนวยความสะดวก และ

ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี จากการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง มีการปฏิบัติกิจกรรมดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ (สุดา วิไลเลิศ, 2536; นิรนาท วิทโชติศักดิ์คุณ, 2534) จากการศึกษาของสมจิตรา เห่งาเกษ (2539) ที่พบว่าความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์ พฤติกรรมสุขภาพ และผู้ที่มีรายได้สูงสามารถแสวงหาอาหาร และแหล่งบริการได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษา และรายได้ต่ำ (Willist & Crider, 1988) นอกจากนี้ครอบครัวที่มีรายได้ดี จะมีโอกาสแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ เช่น อาหาร ยารักษาโรค แหล่งบริการทางสุขภาพ และค่าบริการทางสุขภาพ เป็นต้น (Thoits, 1982) จากการศึกษาของจิระนุช สมโชค (2540) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี แสดงให้เห็นว่ารายได้เป็นปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมการรับรู้ของบุคคล ทำให้มีการแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และส่งผลให้มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องมากขึ้น

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งของมนุษย์ใน การที่จะเสริมสร้างสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตใจ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นสิ่งสำคัญที่แสดงถึงความเป็นอยู่ที่ดี ชีวภาวะสุขภาพและความผาสุกในชีวิต (ทัศนีย์ รัชยา, 2537; Miller, 1995) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ลักษณะพัฒนาการของวัยนี้เป็นไปในทางเสื่อมลง และ ขณะเดียวกันมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ประกอบกับมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ทำให้มีข้อจำกัด ในการปฏิบัติกิจกรรม (Markson, 1997) เกิดภาวะพึ่งพา (Dependency) ซึ่งเป็นภาวะที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมอย่างเป็นอิสระ แต่ต้องการความช่วยเหลือ หรือการเฝ้าระวังดูแลจากบุคคลอื่น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และไพบุลย์ สุริยวงศ์ไพศาล, 2542) การเปลี่ยนแปลงตามวัยทำให้ระบบประสาททำงานช้าลง การเคลื่อนไหวร่างกายจึงช้าลงด้วย ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ จะต้องใช้สมองคิดพิจารณา และวางแผนในการทำกิจกรรมหนึ่ง ๆ การขาดการเคลื่อนไหวเพื่อช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวันนาน ๆ จะทำให้ความมั่นใจในตนเองลดลง ทักษะหรือความชำนาญในการคิดหรือพิจารณาและตัดสินใจแก้ปัญหาคล่อง คานาวาลิ (Carnevali, 1986) กล่าวว่า ส่วนสำคัญในการประเมินสภาวะสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับ ข้อมูลที่บ่งบอกถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ จะมีผลโดยตรงต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Burckhardt, 1985) จากการศึกษาของมาร์ไคส์ และมาร์ติน (Markides & Martin, 1979) ได้ศึกษาถึงความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุพอใจที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีความตั้งใจ และอดทนในกรณีเผชิญปัญหา ทำให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย

ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องได้ บุคคลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ เสียก่อน เพราะความเข้าใจจะเป็นพื้นฐานการคิด

การไตร่ตรองตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามหรือไม่ (Schwartz, 1975) ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากความรู้ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติตามมา (มาลินี จุฑะธพ, 2537) ดังนั้นความรู้จึงมีผลต่อพฤติกรรมได้ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมในสาขาวิชาต่าง ๆ พบว่าบางการศึกษาความสัมพันธ์ในทางบวก ระหว่างความรู้และพฤติกรรม ได้แก่ และผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาสูงกว่าก่อนการให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Taira, 1991) ผลของการสอนแบบอภิปรายกลุ่มต่อความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร พบว่ามีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (นุชจริย์ รัตนประภาศิริ, 2539) จากผลการให้ความรู้ในการศึกษาข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ความรู้มีผลในทางบวกต่อพฤติกรรม

การสนับสนุนทางสังคม การดำรงอยู่ของมนุษย์ในสังคมนั้นจำเป็นต้องมีการพึ่งพาระหว่างกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข จากการวิจัยหลายเรื่องพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (Tiden, 1985) และเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ โดยพบว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี (Caplan, 1974; Cohen & Wills, 1985) การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ (Cohen & Syme, 1985) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการป้องกัน และรักษาภาวะเจ็บป่วย เป็นตัวแปรที่ทำหน้าที่เสมือนตัวกันชน (buffer) รองรับสถานการณ์เครียดที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคล (Antonovsky, 1997; Lazarus & Folkman, 1984) แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการที่บุคคลได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม จากการมีปฏิสัมพันธ์หรือมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหาทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ภาวะสุขภาพจิต สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับปัจจัยต่าง ๆ มากมาย ทั้งปัจจัยแวดล้อมทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา สิ่งแวดล้อม กระแสค่านิยม ความเชื่อ และปัจจัยระดับบุคคลในด้านพันธุกรรม พฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการปัญหาต่าง ๆ (กรมสุขภาพจิต, 2544) จากการที่สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับทุกปัจจัยในทีกล่าวนมา เมื่อปัจจัยเหล่านี้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือผันผวน ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังจะเห็นได้จากการเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้น มาทำให้บุคคลเกิดความเครียด

ความคิดฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตายมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2544) ดังนั้นการดูแลสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ทุกคนควรให้ความสนใจ

การมีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากการมีโรคประจำตัวมีผลกระทบต่อบุคคลในแง่ของความไม่สบาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาของคาร์สัน (Carison, 1999) พบว่า ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของจิตอาเรีศรีอาคะ (2543) พบว่าความพร้อมของร่างกายมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของพยาบาลบ่งบอกถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง (Orem, Taylor & Renpening, 1995) และจากการศึกษาของบุญมา ณ นคร (2545) พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 54.0 ทำให้ไม่ได้ไปขอรับบริการจากบุคลากรด้านสาธารณสุข โรคประจำตัวที่พบเป็นโรคไม่ร้ายแรง คือ มีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ทำให้คิดว่าไม่จำเป็นต้องไปขอรับบริการจากบุคลากรทางสาธารณสุข ทำให้ขาดคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ อีกมากมาย ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพจิต และการมีโรคประจำตัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งที่คัดสรรมาเข้าร่วมทำนายพฤติกรรมสุขภาพของข้าราชการเกษียณชาย ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ บุคลากรทางกายภาพบำบัดจะสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษา และสร้างรูปแบบทางการพยาบาล เพื่อให้ข้าราชการเกษียณชายมีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพของตน

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม การดำรงอยู่ของมนุษย์ในสังคมนั้นจำเป็นต้องมีการพึ่งพาระหว่างกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความรู้สึกซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข จากการวิจัยหลายเรื่องพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (Tiden, 1985) และเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ โดยพบว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยลดความเครียด

สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี (Caplan 1974; Cohen & Wills, 1985) การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ (Cohen & Syme, 1985) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการป้องกัน และรักษาภาวะเจ็บป่วย เป็นตัวแปรที่ทำหน้าที่เสมือนตัวกันชน (Buffer) รองรับสถานการณ์เครียดที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคล (Antonovsky, 1997; Lazarus & Folkman, 1984) แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการที่บุคคลได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม จากการมีปฏิสัมพันธ์หรือมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น เพื่อช่วยในการแก้ไขปัญหา ทำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

เฮาส์ (House, 1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินผลตนเองในสังคม

นอร์เบค (Norbeck, 1982) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีศักยภาพในการลดตัวกระตุ้น ที่ทำให้เกิดความเครียด ป้องกันโรค และเพิ่มความคงไว้ซึ่งสุขภาพ และมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคลทุกคน

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือของบุคคลที่เกิดขึ้นเนื่องจากการมีปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคม ทั้งด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ และการยอมรับนับถือ ได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลในสังคม เกิดความรู้สึกมั่นคง และรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สามารถเผชิญ และตอบสนองต่อความเครียด หรือการเจ็บป่วยได้ ฮัมบาร์ด มุลเลนแคมป์ และบราวน์ (Hubbard, Muhlemkamp & Brown, 1984) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ (Multidimension) ซึ่งประกอบด้วยการติดต่อสื่อสารในด้านดี ทำให้บุคคลมีความรู้สึกผูกพัน เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน โดยคำนึงถึงแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมด้วย

เฮาส์ (House, 1981 cited in Cohen & Syme, 1985) ได้แบ่งกลุ่มของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์ ดังนี้

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ (Informal) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยจะมีการติดต่อสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ มีความผูกพันใกล้ชิด และมีความสัมพันธ์กันมาก เช่น คู่สมรส ญาติพี่น้อง เพื่อน
2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ (Formal) หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือผู้อื่นที่มีการติดต่อกันด้วยเหตุผลบางอย่าง โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน เช่น กลุ่ม

ช่วยเหลือวิชาชีพ (Professional Health Care Workers) ซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ

สำหรับวัยผู้สูงอายุ นั้น จากการศึกษาของนอร์เบค (Norbeck, 1982) พบว่า กลุ่มสังคมใน วัยสูงอายุมิขนาดเล็กลง และความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับผู้สูงอายุนั้น พบว่า การสนับสนุนทางสังคม จะลดลงเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ (Burckhardt, 1985) และผู้สูงอายุเป็น บุคคลที่อยู่ในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต หากพิจารณาตามลักษณะสัมพันธ์ทางสังคม วัยนี้จะเป็น วัยที่ออกจากสังคมผู้สูงอายุ ชอบชีวิตที่เรียบง่าย ความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528) บุคคลที่ผู้สูงอายุคบหา ก็มักเป็นบุคคลในวัยเดียวกัน (Mac Elveen, 1978) เมื่อเป็นเช่นนี้ ผู้สูงอายุจึงมีการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่นได้น้อยลง และการ สนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุนั้นจะมีความคล้ายคลึง และสอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคม ของผู้ที่อยู่ในวัยอื่น แต่มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวข้องกับ ความสัมพันธ์ในลักษณะเป็นระบบ ดังนี้ (Phillips, 1991)

1. การสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์หรือการพึ่งพา ระหว่างผู้สูงอายุ และสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิต ซึ่งอาจจะเป็นบุคคล หรือสิ่งอื่น ที่ไม่ใช่บุคคลก็ได้ เช่น สัตว์เลี้ยง สิ่งของ
2. การสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ หรือการพึ่งพา ระหว่างผู้สูงอายุ กับกลุ่มองค์กรทั้งกลุ่มเล็ก กลุ่มใหญ่ ได้แก่ ครอบครัว และชุมชน เป็นต้น
3. การสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ หรือการพึ่งพา ระหว่างผู้สูงอายุ กับระบบการสนับสนุนทางสังคม ในบริบทของชุมชนขนาดใหญ่ ได้แก่ หน่วยงานบริการทาง สังคม หรือโครงการให้บริการในชุมชน เป็นต้น

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความ ต้องการของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม และจะมีบทบาทสำคัญเพิ่มมากขึ้น เมื่ออยู่ในภาวะ เครียด มีความขัดแย้ง และอยู่ในภาวะวิกฤต (Cohen & Wills, 1985) บุคคลแต่ละคนมีความต้องการ และได้รับความสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน (Norbeck, 1982) จึงได้มีการศึกษา และได้แบ่งการ สนับสนุนทางสังคม ไว้หลายแบบ และมีลักษณะคล้ายคลึงกัน แต่จะมีความแตกต่างกันเพียงการจัด หมวดหมู่เท่านั้น ในการศึกษาครั้งนี้ จะกล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981 cited in Tilden 1985) ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ชนิด ดังต่อไปนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) หมายถึง การให้การยกย่อง ความรัก ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ ห่วงใย เห็นคุณค่า และการรับฟังความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทาง และการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่

3. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรง ต่อความจำเป็นของบุคคล ในเรื่องสิ่งของ การเงิน แรงงาน เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการให้บริการด้วย

4. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (Appraisal Support) หมายถึง การให้ ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ประเมินตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับ เพื่อเปรียบเทียบตนเอง กับผู้อื่น ที่อยู่ร่วมกันในสังคม ตลอดจนเปิด โอกาสให้แสดงความคิดเห็น

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม นอร์เบค (Norbeck, 1982) พัฒนาแบบประเมิน การสนับสนุนทางสังคม (The Norbeck Social Support Questionnaire: NSSQ) ตามแนวคิดการ สนับสนุนทางสังคมของ คาห์น (Kahn, 1979) ซึ่งครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความผูกพันทางอารมณ์และความคิด ด้านการยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน และ ด้านการให้ความช่วยเหลือ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบคผ่านการหาค่าความ ตรงของเครื่องมือและความเชื่อมั่นในประชากรที่หลากหลายได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่าง .85 ถึง .92 (Norbeck, 1982) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค (The Norbeck Social Support Questionnaire: NSSQ) ซึ่งวรรณิ์ เดียวอิศเรศ (Wannee Deoisres, 1999) แปลเป็นภาษาไทยและนำไปใช้ศึกษาความผาสุกทางจิตใจของมารดาหลังคลอดที่ทำงาน รับจ้างและไม่ได้ทำงานรับจ้าง จำนวน 140 ราย ที่จังหวัดชลบุรี และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.99 แบบประเมินนี้มีการนำไปใช้ในหลากหลายรวมประชากรทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการ เจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงที่ขอม ปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ เนลสัน (Nelson, 1989) ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถาบันที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของนอร์เบค ยังเป็นแบบประเมินที่ใช้เวลาในการ สัมภาษณ์สั้นคือ ประมาณ 5 - 10 นาทีต่อคน (Norbeck, 1981)

ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของข้าราชการเกษียณชาย การสนับสนุนทาง สังคมครอบคลุมถึงการตอบสนองของความจำเป็นพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่ง การสนับสนุนด้านต่าง ๆ ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากวัยนี้มีการ สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง จึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเพิ่มขึ้น

(จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) ครอบคลุมความต้องการตามความจำเป็นพื้นฐานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ มีความรู้สึกผูกพัน เชื่อมั่น และไว้วางใจซึ่งกันและกัน ซึ่งการตอบสนองในด้านนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกเดียวดาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุจะมีความมั่นคงทางอารมณ์ในระดับต่ำ มีความกลัว ความวิตกกังวล และเกิดความรู้สึกว่าเหงาได้ง่าย (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2524) อันที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ
2. การตอบสนองด้านการยอมรับ ยกย่อง และมีผู้เห็นคุณค่า ได้แก่ การที่บุคคลอื่น เห็นคุณค่า ยอมรับในความสำเร็จหรือความสามารถของผู้สูงอายุ จะทำให้ความเชื่อมั่นและความรู้สึกมีคุณค่าเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความต้องการยอมรับการยกย่องนับถือ มีผู้เห็นคุณค่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากลูกหลาน และบุคคลในครอบครัว (ศรีทัตติม พานิชพันธ์, 2526) โดยจากการศึกษาพบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีความภูมิใจ มั่นใจ และเห็นคุณค่าในการดูแลตนเองแล้ว จะทำให้เห็นคุณค่าในการดำรงชีวิต อันจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น (Lantz, 1985; Muhlenkamp & Sayles, 1986)
3. การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้แก่ การมีกิจกรรมร่วมกันในสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นการตอบสนองที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูล ข่าวสาร ประสบการณ์ และความคิด ช่วยให้ผู้สูงอายุเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
4. การตอบสนองด้านข้อมูล ข่าวสาร ได้แก่ การได้รับข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ หรือการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือกระทำของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Orem, 1985)
5. การตอบสนองด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ ได้แก่ การได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง หรือแรงงาน แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีความต้องการที่จะลดการพึ่งพาผู้อื่นให้น้อยลง (ศรีทัตติม พานิชพันธ์, 2526) โดยทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง แต่บางครั้งผู้สูงอายุก็ไม่สามารถจะปฏิบัติด้วยตนเองได้ เนื่องจากผลของการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนั้นยังมีการเปลี่ยนแปลงรายได้ภายหลังการเกษียณอายุ อาจจะทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้น้อยลง หรือ ไม่มีเลย ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือในด้านการเงิน และสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพ ย่อมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

การสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนทางด้านร่างกาย จิตใจหรือวัตถุ
สิ่งของก็ตาม ย่อมส่งผลกระทบให้ผู้ที่ได้รับอย่างแน่นอน เพราะคนเรานั้นกายกับใจไม่สามารถที่
จะแยกออกจากกันได้อย่างสิ้นเชิง การสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นเสมือนแรงกระตุ้นพฤติกรรม
สุขภาพ ซึ่งมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต

ภาวะสุขภาพจิต สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับปัจจัยต่าง ๆ มากมาย ทั้ง
ปัจจัยแวดล้อมทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา สิ่งแวดล้อม กระแสนิยม ความเชื่อ และ
ปัจจัยระดับบุคคลในด้านพันธุกรรม พฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการปัญหาต่าง ๆ (กรม
สุขภาพจิต, 2544) จากการที่สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับทุกปัจจัยในที่กล่าวมา เมื่อปัจจัยเหล่านี้
เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือผันผวน ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังจะเห็นได้
จากการเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา ทำให้บุคคลเกิดความเครียด ความคิด
ฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตายมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2544) ดังนั้นการดูแลสุขภาพจิตจึงมี
ความสำคัญอย่างยิ่งที่ทุกคนควรให้ความสนใจ ได้มีผู้ให้ความหมายของสุขภาพจิต และลักษณะ
ของผู้ที่สุขภาพจิตดีไว้ ดังนี้

จอห์นสัน (Johnson, 1997) ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นสภาพความผาสุกทาง
อารมณ์ของบุคคลที่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และประสบความสำเร็จ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า เป็นภาวะความ
ผาสุกทางอารมณ์และสังคม ในการที่บุคคลตระหนักถึงความสามารถด้านต่าง ๆ อันได้แก่ สามารถ
เผชิญกับความเครียดในชีวิต สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถช่วยเหลือชุมชนได้

อัมพร โอตระกูล (2536) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีความ
สมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัว หรือปรับความต้องการของคนให้เข้ากับสภาพ
แวดล้อมและกับบุคคลที่อยู่ร่วมกัน และเข้ากับสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยดี โดยไม่ก่อความเดือดร้อนให้
ตนเอง และผู้อื่นทั้งยังก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์สุขแก่ตนเองอีกด้วย

จากแนวคิดของนักวิชาการในเรื่องสุขภาพจิต สรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพความ
สมบูรณ์ และความผาสุกทางจิตใจและอารมณ์ของบุคคล

ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี มีผู้ให้แนวคิดไว้หลากหลาย ดังนี้

สมาคมสุขภาพจิตนานาชาติ (National Association for Mental Health as cited in
Bedworth & Bedworth, 1982) กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี สรุปได้ดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเอง หมายถึง ผู้ที่เข้าใจตนเอง เรียนรู้วิธีการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง ได้แก่ อารมณ์รัก โกรธ กลัว ริษยา ละอาย และวิตกกังวล เข้าใจและยอมรับความสำเร็จและความล้มเหลวของตนเอง มีความสุขและพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน และมีการวางแผนและปฏิบัติตามแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

2. เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลดี หมายถึง เป็นผู้ที่ยอมรับและรู้จักรับความรักจากผู้อื่น มีความกลมกลืนในเรื่องงานและความสัมพันธ์ มีการแสดงออกถึงความนับถือตนเอง โดยการรู้จักนับถือผู้อื่น เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคม และเสียสละตนเองเพื่อส่วนรวมได้

3. เป็นผู้ที่สามารถนำประโยชน์จากความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเอง และบุคคลอื่น มาใช้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ สามารถเผชิญปัญหาในชีวิต มีการตัดสินใจแก้ปัญหาที่เหมาะสม และแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ มีความกระตือรือร้นเกี่ยวกับความคาดหวังในอนาคตโดยมีการวางแผน และลงมือปฏิบัติ ยอมรับสิ่งท้าทายในชีวิตด้วยความรับผิดชอบ และให้ความหมายกับสิ่งเหล่านั้น ควบคุมพฤติกรรมตนเองโดยใช้เหตุผล สถิติปัญญา และความรอบคอบมากกว่าที่จะใช้อารมณ์ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาตนเอง ทั้งในเรื่องความสามารถ และทักษะต่าง ๆ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ไปในทางที่เสื่อมลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบุคลิกภาพ การดำเนินชีวิตและบทบาทในสังคม ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวให้เผชิญกับปัญหาเหล่านี้ได้ จะทำให้เกิดอารมณ์เศร้า หวาดระแวงท้อแท้และผิดหวัง นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ (อานนท์ อาภาภิรมย์, 2525; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2530; จินตนา ชูนิพันธุ์, 2529; พชร ตันศิริ, 2536) จากการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยทั่วไปพอสรุปได้ดังนี้

1. ความรู้สึกสูญเสีย ในวัยสูงอายุมักประสบกับความสูญเสียที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1.1 การสูญเสียความสามารถทางด้านร่างกาย ก่อให้เกิดข้อกำหนัดในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง เกิดความรู้สึกไม่พอใจ กังวลใจ คิดว่าตนเองไม่มีประโยชน์ ไร้ค่าและต้องพึ่งพาผู้อื่น (Ebersole & Hess, 1990; นภาพร ชัยวรรณ และคณะ, 2532)

1.2 การสูญเสียสิ่งสำคัญในชีวิต ได้แก่ การสูญเสียคู่สมรส เพราะคู่สมรสตายจากการสูญเสียบุตรหลาน เพราะบุตรหลานแยกไปมีครอบครัว หรือไปทำงานที่อื่น เป็นต้น ทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าโศก ขาดคุณค่าและขาดผู้ดูแลใกล้ชิด

1.3 การสูญเสียหน้าที่การงาน และบทบาททางสังคมจากการเกษียณอายุ ส่งผลถึงการยอมรับทางเศรษฐกิจ รวมทั้งเกียรติยศชื่อเสียงที่เคยได้รับจากตำแหน่งหน้าที่การงาน การ

สูญเสียการยอมรับทางสังคมและความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด สับสน เสียความเชื่อมั่น และความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นเหตุให้เกิดอาการทางจิตตามมาได้ (Miller, 1995; พัทรี ต้นศิริ, 2536; ธนู ชาตินานนท์, 2540) จากการสูญเสียดังกล่าว ส่งผลกระทบทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกซึมเศร้า กล่าวคือ อาจมีภาวะซึมเศร้าอย่างอ่อน ๆ จนถึงขั้นรุนแรง บางรายอาจมีอาการนอนไม่หลับ วิงเวียนศีรษะบ่อย ๆ เบื่ออาหาร ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบข้าง มีพฤติกรรมถดถอยหรือตัดขาดความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

2. ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง เนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น การเสื่อมสภาพด้านร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ต่อผู้อื่น ต้องเป็นภาระแก่บุตรหลานหรือบุคคลรอบข้าง ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนด้อยค่า ความสำคัญ บุตรหลานไม่ให้ความเคารพนับถือ เกิดความรู้สึกน้อยใจ เมื่อความรู้สึกเหล่านี้ สะสมมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มั่นคง จึงมีพฤติกรรมแสดงออกโดยพยายามทุกวิถีทางที่จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมั่นคงขึ้น ได้แก่ การเก็บรักษาทรัพย์สินไว้อย่างดี หรือแสวงหาบุคคลที่ตนสามารถพึ่งพิงได้

3. ความรู้สึกกลัวตาย เป็นปัจจัยสำคัญที่ถูกถามอยู่เสมอ ๆ ในจิตใจของทุกคน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ความตายนับเป็นภาวะคุกคามที่เป็นจริงและใกล้ตัวยิ่งขึ้น เนื่องจากวัยสูงอายุ เป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมสภาพลงเรื่อย ๆ ทั้งนี้ความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อผู้สูงอายุนึกถึงความตายของตนเอง ประกอบกับต้องประสบกับความตายของเพื่อนฝูง คู่สมรสหรือญาติ จึงเป็นเหตุให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาขึ้น ได้แก่ ขี้บ่น หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย กังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น ตกใจกลัวจนต้องอยู่เฉย ๆ แยกตัวจากสังคม มีอารมณ์โกรธ ฉุนเฉียวกับผู้อื่นได้ง่าย มีพฤติกรรมแสดงออกในรูปของการปฏิเสธ เช่น ปฏิเสธไม่ยอมรับรู้การตายของเพื่อนและญาติปฏิเสธไม่ยอมรับการวินิจฉัยหรือการรักษาของแพทย์ แสดงพฤติกรรมคล้ายหนุ่มสาว เช่น การแต่งกาย การเที่ยวเตร่มากเกินไป และติดสุรา เป็นต้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529; ธนู ชาตินานนท์, 2540)

4. ความรู้สึกเหงา ผู้สูงอายุจะเกิดความรู้สึกเหงา อ้างว้างและว้าเหว่ขึ้นได้ เนื่องจากการเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติพี่น้องหรือเพื่อน การสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก เช่น สัตว์เลี้ยงที่มีความผูกพันกับผู้สูงอายุมาก ๆ การขาดความสามารถในการติดต่อสื่อสารที่เกิดขึ้นจากการเสื่อมหน้าที่ของประสาทสัมผัส เช่น การได้ยินลดลง ทำให้พูดคุยกันไม่เข้าใจ ทำให้เกิดความรู้สึกแยกจากคนอื่น เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว และว้าเหว่ได้ การที่ต้องอยู่ในสถานพักพิงเป็นเวลานานแล้ว ไม่มีญาติหรือเพื่อนมาเยี่ยม รวมทั้งการเกิดความรู้สึกเจ็บปวด ในขณะที่ไม่มีบุคคลอยู่รอบ ๆ หรือไม่มีผู้อำนวยความสะดวก ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีคนเข้าใจและเห็นใจ รู้สึกถูกทอดทิ้งให้เผชิญภาวะทุกข์ทรมานใจ

ตามคำพัง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียว (Burnside, 1981 cited in Shive, 1994) นอกจากนี้ในผู้สูงอายุการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งในบ้าน และนอกบ้านจะลดลงด้วย ดังนั้นจึงส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเหงามากขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529)

5. ความรู้สึกโกรธ เกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุระลึกถึงเหตุการณ์ที่มีความขัดแย้ง หรือเสียใจกับที่ผ่านมาในอดีต เช่น ถูกครอบครัวยกย่อง ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสำคัญ ไม่มีอำนาจและเกิดความรู้สึกผิดหวัง พฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ หงุดหงิด ไม่พอใจในการกระทำของบุคคลรอบตัว ขี้โมโห จู้จี้ ไม่ว่าใครทำอะไรจะโกรธไปหมด คิดว่าผู้อื่นจะดูถูกดูแคลนตน ซึ่งอาจเป็นสาเหตุ ทำให้เกิดความวุ่นวายในครอบครัว ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเบื่อหน่ายได้ (Shive, 1994; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529)

จะเห็นได้ว่าในผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดปัญหาทางภาวะสุขภาพจิตได้ ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์หรือภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ เช่น เกิดความรู้สึกสูญเสีย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ความรู้สึกกลัวตาย ความรู้สึกเหงา ความรู้สึกโกรธ ซึ่งจะมีความรุนแรงแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในแต่ละบุคคล

แบบวัดสุขภาพทั่วไป จี เอช คิว (General Health Questionnaire; GHQ) เป็นแบบประเมินสุขภาพโดยทั่ว ๆ ไป (General Health Questionnaire; GHQ) ที่สร้างขึ้นโดยโกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1987) มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาและวินิจฉัยอาการผิดปกติทางจิตใจ (Psychiatric Disorder) ประกอบด้วยข้อคำถาม 60 ข้อ ซึ่งได้แบ่งออกเป็นชุดย่อย ๆ ได้แก่ GHQ-30 GHQ-28 GHQ-20 และ GHQ-12 ในแบบประเมินแต่ละชุดจะประกอบด้วย ข้อคำถาม 30 28 20 และ 12 ข้อ ตามลำดับ ต่อมาภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีโดย ธนา นิลชัย โกวิทย์ จักรกฤษณ์ สุขยั้ง และชัชวาลย์ ศิลปกิจ (2539) ได้นำแบบประเมิน GHQ นี้มาแปลเป็นภาษาไทย และใช้ศึกษากับประชาชนในเขตหนองจอก กรุงเทพมหานครที่มารับบริการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่จำนวน 100 ราย เพื่อทดสอบความเที่ยง (Reliability) และความตรงของเครื่องมือ (Validity) ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน และเพื่อเปรียบเทียบกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ ผลการศึกษาพบว่าแบบประเมิน GHQ ฉบับภาษาไทยทุกฉบับ คือ GHQ-60 GHQ-30 GHQ-28 และ GHQ-12 มีค่าความเที่ยงและค่าความตรงของเครื่องมืออยู่ในเกณฑ์ดี ได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal Consistencies) ของข้อคำถามมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 มีค่าความไว (Sensitivity) ตั้งแต่ร้อยละ 78.1 ถึง 89.7 และมีค่าความจำเพาะ (Specificity) ตั้งแต่ร้อยละ 84.4 ถึง 89.7 ดังนั้นแบบวัด GHQ จึงมีเหมาะสมในการนำมาใช้คัดกรองปัญหาสุขภาพจิตของประชากรไทยได้ทุกฉบับ โดยเลือกใช้ตามความเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของโกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1997) ที่พบว่า อายุไม่มีผลกระทบต่อ

นัยสำคัญต่อความเที่ยงตรงของแบบวัด GHQ ดังนั้นแบบวัด GHQ จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับบุคคลได้ทุกกลุ่มอายุ

จากการศึกษาของธนา นิลชัยโกวิทย์ (2539) พบว่า แบบวัด GHQ-12 มีค่าความเที่ยงของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .84 และมีค่าความตรงเท่ากับ .89 ถึงแม้จะพบว่าแบบวัด GHQ-12 มีค่าความเที่ยงและค่าความตรงต่ำกว่า GHQ ฉบับอื่น ๆ แต่ก็ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของโกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1997) เกี่ยวกับความเที่ยงตรงของแบบวัด GHQ-12 เปรียบเทียบกับแบบวัด GHQ-28 พบว่า แบบวัด GHQ-12 เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้คัดกรองผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตได้ดี เช่นเดียวกับแบบวัด GHQ-28 ซึ่งแบบวัด GHQ-12 นี้มีข้อดี คือ มีขนาดสั้นกะทัดรัด และการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า แบบวัด GHQ-12 สามารถนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ได้อย่างเหมาะสม (Maier, 1997) จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำแบบวัด GHQ-12 นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยนำแบบประเมินนี้มาใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาเกี่ยวกับสายตา คือ มองเห็นไม่ค่อยชัด ผู้วิจัยจึงใช้การสัมภาษณ์แทนการทำแบบทดสอบด้วยตนเอง