

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายการรำไม้พลองป้าบุญมีแบบประยุกต์โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง ต่อภาวะซึมเศร้าและสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
2. การลดภาวะซึมเศร้าโดยการออกกำลังกาย
3. การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ
4. แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถภาพทางกาย
5. การออกกำลังกายโดยการรำไม้พลองป้าบุญมี
6. ทฤษฎีความสามารถตนเอง

แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าเป็นคำที่ถูกใช้หลายรูปแบบ อาจหมายถึงกลุ่มอาการ อาการแสดง กลุ่มโรค หรือลักษณะทางคลินิก (Stuart & Laraia, 2001) การให้ความหมายของภาวะซึมเศร้ามักใช้อธิบายสภาวะทางอารมณ์ตั้งแต่อารมณ์ซึมเศร้าที่เป็นปกติ ความผิดหวังที่รุนแรง จนถึงเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่มีผลกระทบต่อความสามารถของบุคคล (Rothschild, 1997) มีผู้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้า (Sadock, 2000) ให้ความหมายว่าสภาวะจิตใจที่แสดงออกโดยมีอาการเศร้าว่าเหว่ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า ต่ำหนืดเคียดตัวเอง ร่วมกับมีอาการทางกาย คือ เชื่องช้า เนื้อชาลง พูดน้อย คิดนาน หรือมีอาการกระสับกระส่าย อยู่เฉยไม่ได้ มีอาการแยกตัว ถอยหนี นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2544) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึง สภาพจิตใจที่เกิดจากความสูญเสีย ความรู้สึกหดหู่ หม่นหมองรู้สึกผิด ไร้ค่าหรือกลัวโทษ ต่ำหนืดตนเอง เป็นผลจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวเคมี ประสบการณ์ หรือการเลี้ยงดูของพ่อแม่ในวัยเด็ก

Beck (1967) ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า หมายถึงภาวะเบี่ยงเบนด้านอารมณ์กับ ความเบี่ยงเบนด้านความคิด และพฤติกรรม เช่น มีอารมณ์เศร้า โดดเดี่ยว เชื่องซึม มีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในด้านลบ มักตำหนิกลัวโทษตนเอง มีพฤติกรรมถดถอยและลงโทษตนเอง มีความ

ต้องการที่จะหลีกหนี หรืออยากตาย มีอาการทางกาย เช่น เบื่ออาหาร ผอมลง นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น เชื่องช้าลง หรือมีอาการกระวนกระวาย หากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความยืดหยุ่น มีความสามารถในการปรับตัว หรือมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาภาวะซึมเศร้าที่มีไม่ให้อารมณ์รุนแรงขึ้น และสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ส่วนบุคคลที่มีแนวโน้มมองโลกว่าเป็นสถานที่ที่ลำบาก เต็มไปด้วยอุปสรรค อาจมีความยืดหยุ่นน้อยกว่า จะมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง หากไม่ได้รับการรักษาบรรเทา จนระยะเวลาของภาวะซึมเศร้าเป็นอยู่นานและมีอาการรุนแรงขึ้น จะส่งผลให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคม มีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนไป หรือมีอาการทางจิตและเกิดเป็นโรคซึมเศร้า

การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, Text Revision [DSM-IV-TR]) กล่าวว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์เศร้า ขาดความสนใจ หรือพึงพอใจในกิจกรรมต่าง ๆ ตามปกติ โดยจะมีอาการแสดงอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และจะต้องมีอาการต่าง ๆ เหล่านี้อย่างน้อย 4 อาการในทั้งหมด 7 อาการ ได้แก่ มีความผิดปกติของการนอนหลับ ความรู้สึกอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มมากขึ้น ไม่มีสมาธิ ความสามารถในการตัดสินใจลดลง เหนื่อยง่าย การเคลื่อนไหวช้า กระวนกระวาย รู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และมีความคิดฆ่าตัวตาย (DSM-IV-TR as cited in Bailey, Sauer, & Herrrell, 2000)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2000) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่แสดงออกในรูปแบบของอารมณ์เศร้า ความสนใจหรือความพึงพอใจในสิ่งต่าง ๆ ลดลง มีความรู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า การนอนหลับหรือการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไป รู้สึกไร้เรี่ยวแรงและมีความยากลำบากในการทำสิ่งต่าง ๆ ปัญหาเหล่านี้อาจกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง และมีผลกระทบคือความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้

จากความหมายของภาวะซึมเศร้าที่กล่าวมา ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะเบี่ยงเบนด้านอารมณ์ด้านความคิด และพฤติกรรม เช่น มีอารมณ์เศร้า โศกเศร้า เชื่องช้า มีอัตมโนทัศน์ต่อตนเองในด้านลบ มีอาการทางกาย เช่น เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ มีกิจกรรมต่าง ๆ เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น เชื่องช้า หรือมีอาการกระวนกระวาย ภาวะซึมเศร้าจะเป็นอยู่นานและมีอาการรุนแรงขึ้น ส่งผลให้บุคคลแยกตัวออกจากสังคม มีบุคลิกภาพและพฤติกรรมเปลี่ยนไป หรือมีอาการทางจิต รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และมีความคิดฆ่าตัวตายได้

อุบัติการณ์ ความซึมเศร้าถือว่าเป็นความผิดปกติในด้านอารมณ์ เป็นปัญหาทางจิตที่รุนแรงปัญหาหนึ่ง และพบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งมักถูกมองข้ามและเข้าใจผิดว่าเป็นโรคจากความชรา ปัจจุบันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุกำลังได้รับความสนใจเนื่องจากมีปริมาณความชุกเพิ่มขึ้น จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่ามีความแตกต่างกัน

ตั้งแต่ร้อยละ 1 ถึงร้อยละ 29 เนื่องจากการกำหนดข้อบ่งชี้และมีหลักการจำแนกแตกต่างกัน รวมถึงลักษณะเครื่องมือและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา จากการศึกษาของสถาบันสุขภาพจิตนานาชาติ ในปี ค.ศ. 1996 พบว่าตลอดระยะเวลา 40 ปีที่ผ่านมา มีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 17 และมีอุบัติการณ์ของโรคร้อยละ 13 ต่อปี มีการคาดการณ์จากองค์การอนามัยโลกว่าอีก 20 ปีข้างหน้า (ปี ค.ศ. 2020) อารมณ์ซึมเศร้าของผู้สูงอายุจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่ง (WHO, 2000)

สำหรับในกลุ่มผู้สูงอายุไทย จากการศึกษาประชากรสูงอายุในชุมชนเมืองและชนบทเพื่อ ค้นหาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งหมด 1,052 คน จากชุมชนเมือง (กรุงเทพมหานคร) 370 ราย และชุมชนชนบทในจังหวัดระนองและบุรีรัมย์ 682 ราย โดยใช้แบบวัดความซึมเศร้า (TGDS) เป็น เครื่องมือในการเก็บข้อมูล พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุชุมชนเมือง ชุมชนชนบท เท่ากับร้อยละ 35.1 และ 17.1 ตามลำดับ (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ และคณะ, 2542) ในกลุ่มผู้สูงอายุจะมีความซึมเศร้าแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางจิตใจดั้งเดิม และการยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต และสิ่งแวดล้อมของแต่ละคนซึ่งไม่เหมือนกัน โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราซึ่ง ต้องอาศัยอยู่กับผู้อื่น จึงขาดความเชื่อมั่นและความภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้เกิดความซึมเศร้าได้ มากเมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัว ดังผลการศึกษาของ เนตรนภา จิตรงค์แสง (2540) ศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค จำนวน 142 ราย และ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุนานทิพย์สุคนธ์ จำนวน 100 ราย รวม ทั้งสิ้น 242 ราย พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ภายในสถานสงเคราะห์คนชรา มีความซึมเศร้าโดยรวมสูงกว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ภายนอกสถานสงเคราะห์คนชรา และประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่อยู่ภายในสถาน สงเคราะห์คนชรา มีความซึมเศร้าในระดับสูง ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อยู่ภายนอกสถานสงเคราะห์ คนชรา มีความซึมเศร้าระดับสูงเพียงร้อยละ 9

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้านับเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่เป็นปัญหาสำคัญ และพบมากในกลุ่ม ผู้สูงอายุ แม้ว่าสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจะแท้จริงยังไม่ชัดเจนที่ชัดเจนที่ยอมรับว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดขึ้นจากสาเหตุและปัจจัยหลายประการรวมกัน ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 3 ด้านใหญ่ ๆ คือ ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (Ebersole & Hess, 1998)

1. ด้านร่างกาย สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีต่าง ๆ 4 ประการ ดังนี้

1.1 ทฤษฎีชีวภาพ สารประกอบทางชีวภาพ (Biogenic Amines) หรือสารประกอบ ทางเคมี (Chemical Compounds) ได้แก่ นอร์อีพิเนฟริน (Norpinephrine) และซีโรโทนิน (Serotonin) เป็นสารที่ควบคุมภาวะทางอารมณ์และแรงขับต่าง ๆ เช่น ความหิว ความรู้สึกทางเพศ การเพิ่มจำนวนของสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ที่จับกับกระแสประสาท (Receptor Sites)

ในสมองเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงระดับของอารมณ์ ถ้าจำนวนสารสื่อประสาทลดลงจะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Shive & Isaacs, 2002) ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทส่วนกลาง มีการเพิ่มการทำงานของเอนไซม์โมโนเอมีน (Monoamine Oxidase) และมีการลดลงของสารสื่อประสาทโดยเฉพาะแคทีโคลามีน (Catecholamine) ซึ่งมีบทบาทของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การทำงานในระบบประสาทส่วนกลางกำลังมีการศึกษาถึงผลของไซโตไคน์ (Cytokine) โดยเฉพาะอินเตอร์ลิวคิน 1 บี (Interleukin 1 b) คอร์ติซอล (Cortisol) และอิมมูนต่าง ๆ ว่ามีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังหรือไม่ (Kane, Ouslander, & Abrass, 1999)

1.2 ทฤษฎียีนส์หรือพันธุกรรม (Genetic) กล่าวถึง การเกิดภาวะซึมเศร้าว่าเป็นลักษณะบกพร่องในพันธุกรรมที่ถ่ายทอดจากรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่ง เช่น โรค Manic-Depressive Psychosis ซึ่งเป็นโรคที่มีความรู้สึกละเลยอย่างมากและภาวะซึมเศร้ารุนแรงสลับกัน

1.3 ความเจ็บป่วย เชื่อว่าเป็นความเจ็บป่วยหรือโรคหลาย ๆ โรคทำให้ร่างกายอ่อนเพลียน่าจะเป็นตัวสำคัญที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเมเร็ง ภาวะน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ ข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดในสมองตีบ โรคอัลไซเมอร์ ความจำเสื่อม รวมถึงอุปนิสัยการคิดเชื่อไวรัส ภาวะไม่สมดุลของฮอร์โมน เกิดจากความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ ต่อมพาราไทรอยด์ ต่อมไร้ท่อและตับอ่อน โรคระบบหัวใจ และหลอดเลือด การสูญเสียอวัยวะสำคัญ เช่น การสูญเสียแขนและขา เป็นต้น

1.4 สารเคมี มียาหลายตัวทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ได้แก่ ยาต้านการชัก ยาแก้ปวด ยาลดความเจ็บปวด ยาต้านโรครุมตอยด์ ยาปฏิชีวนะ ยาต้านอาการพาร์กินสัน ยารักษาความดันโลหิตสูง ยากลุ่มคอร์ติโคสเตอรอยด์ ยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทาน ยาต้านโรคจิต ยาขับยั้งความหิว หรือยาลดความอ้วน แอลกอฮอล์ และเคมีบำบัดต่าง ๆ

2. ด้านจิตใจ สามารถอธิบายด้วยทฤษฎีหรือสาเหตุต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Theory of Depression) กล่าวถึง ภาวะซึมเศร้าว่าเป็นปฏิกิริยาทางจิตใจต่อการสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รัก (Loss of Object) และความรู้สึกเศร้าเสียใจ (Grief of Mourning) มีความคล้ายคลึงกับอารมณ์เศร้า (Melancholia) แต่มีความแตกต่างกันตรงที่ความรู้สึกเศร้าเสียใจนั้นเป็นความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักในระดับจิตสำนึก (Conscience) และไม่มีภาวะของการสูญเสียความมีคุณค่าแห่งตน แต่อารมณ์เศร้านั้นเป็นความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักในระดับจิตไร้สำนึก (Unconscious) แต่ไม่ได้เกิดการสูญเสียในความเป็นจริงและมีภาวะของการสูญเสียความมีคุณค่าแห่งตน

ฟรอยด์ (Freud) อธิบายถึงอาการเศร้าที่มีมากและเข้มข้นขึ้นเนื่องจากลิบิโด (Libido) หรือพลังขับทางเพศ (Sexual Drive) เข้าครอบงำสิ่งอันเป็นที่รัก (An Object) ภายในจิตสำนึก

แต่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งบุคคลจะสามารถปลดปล่อยความรู้สึกนี้ได้ เนื่องจากบุคคลสามารถที่จะรู้สึกตนและยอมรับได้ ขณะเดียวกันก็สามารถที่จะสละความรู้สึกสูญเสียสิ่งอันเป็นที่รักนั้นไปอย่างช้า ๆ โดยการทำงานที่เป็นกระบวนการความรู้สึกเศร้าเสียใจ (Mourning Process) แต่ถ้าลิบิโดหรือพลังขับทางเพศเข้าครอบงำสิ่งอันเป็นที่รักภายในจิตใจสำนึก ภาวะซึมเศร้าจะเรื้อรังอยู่เป็นเวลานานกว่าปกติจนกลายเป็นกระบวนการของความรู้สึกเจ็บปวดที่เรื้อรังและนานกว่าปกติ เนื่องจากเกิดภาวะของการถดถอย (Regression) กลับไปสู่ระยะแรกของกระบวนการลอกเลียนแบบ (Identification) คือ ระยะขั้นปาก (Oral Stage) อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง (Narcism Personality) เมื่อบุคคลประสบกับความสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียจริง ๆ หรือการสูญเสียที่ผู้สูงอายุเข้าใจไปเอง มีผลทำให้อีโก้ (Ego) ลดต่ำลงหรือถูกทำลายไป ซึ่งอีโก้เป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพ เป็นที่ตั้งของสติและเป็นสื่อกลางระหว่างสัญชาตญาณกับสิ่งแวดล้อมภายนอก ประกอบด้วย การรับรู้ (Perception) ความจำ (Memory) การตัดสินใจ (Judgement) ความมีเหตุผล (Reasoning) การแก้ปัญหา (Problem Solving) และการตัดสินใจในการกระทำ (Decision Making) ที่เกี่ยวข้องกับควมมีเหตุผล (Logical) และความถูกต้องเหมาะสม (Correct) เมื่ออีโก้ลดต่ำลงหรือถูกทำลายไป จึงทำให้ไม่สามารถที่จะคิดปลดปล่อยตนเองออกจากความเศร้าและความรู้สึกสูญเสียได้

2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory of Depression) ทฤษฎีการเรียนรู้ที่เป็นฐานในการอธิบายความซึมเศร้า คือ ทฤษฎีพฤติกรรม-การเรียนรู้ (Cognitive-behavior Theory) ทฤษฎีนี้จะอธิบายพฤติกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ว่าเกิดจากการเรียนรู้โดยการทำงานของกระบวนการทางการรับรู้ กล่าวคือ เมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไป กระบวนการทางการรับรู้จะรับรู้และแปลความสิ่งเร้าที่เข้ามาทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ต่อสิ่งเร้านั้น ๆ ในลักษณะแตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมและอารมณ์จะมีอิทธิพลย้อนกลับต่อกระบวนการทางการรับรู้ด้วย ในขณะเดียวกันองค์ประกอบเสริมมีอิทธิพลต่อกระบวนการทางการรับรู้ด้วยตามความเชื่อพื้นฐานของทฤษฎีนี้ นอกจากนี้ยังได้อธิบายถึงพฤติกรรมของคนที่แตกต่างกันด้วย เป็นผลจากการมีรูปแบบความคิด (Schema) ที่เฉพาะเจาะจงแตกต่างกันไปในแต่ละคน รูปแบบการคิดเป็นโครงสร้างทางการรับรู้และสติปัญญามีความสลับซับซ้อน เกี่ยวข้องทั้งองค์ประกอบทางจิตใจหรือต่อสถานการณ์เฉพาะและพฤติกรรมที่สังเกตได้ ซึ่งรูปแบบการคิดจะเป็นตัวจัดกระทำกับประสบการณ์ต่าง ๆ หรือสิ่งเร้าที่มากระทบนั้นได้แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมได้ตอบสิ่งเร้าที่เหมือนกันได้แตกต่างกัน ซึ่งความซึมเศร้าตามแนวทฤษฎีนี้เป็นผลจากรูปแบบการคิดกระทำทำให้บุคคลนั้นเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์นั้น ประกอบกับมีองค์ประกอบเสริม ได้แก่ การที่บุคคลได้แรงเสริมในระดับต่ำหรือขาดแรงเสริม บุคคลจะประมวล

เรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนจากความเป็นจริงและสะสมมาเรื่อย ๆ ต่อมาเมื่อบุคคลประสบภาวะวิกฤตในชีวิต การประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตจะกระตุ้นบุคคลนั้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติในทางลบมากขึ้น เป็นวงจรเช่นนี้เรื่อย ๆ ยังผลให้เกิดความซึมเศร้าตามมา

เซลิเกแมน (Seligman, 1974 cited in Blazer, 1982, pp. 73-74) ได้อธิบายถึงการเกิดภาวะซึมเศร้าโดยใช้สมมติฐานการเรียนรู้ความสามารถในการเรียนรู้ (Learned Helplessness) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากการเรียนรู้ต่อเหตุการณ์ครั้งก่อน ๆ ในสภาพแวดล้อมทางสังคมนั้นไม่เกิดประโยชน์อันใด รูปแบบของพฤติกรรมของภาวะซึมเศร้านี้ เกิดจากการต้องเผชิญกับเหตุการณ์บางอย่างที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น การสูญเสียคนรักหรือหน้าที่การงาน เหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้เหล่านี้ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ว่าพฤติกรรมของตนเองนั้นไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขเหตุการณ์ได้ ไม่สามารถบรรเทาความทุกข์ ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ สิ้นหวัง ความเจ็บป่วย และความตาย จะทำให้บุคคลนั้นเกิดอาการซึมเศร้าได้ และการเบอร์ มิลเลอร์ และซีแมน (Garber, Miller, & Seaman, 1979, pp. 335-363) กล่าวว่า ประสบการณ์ที่มีเหตุการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมได้นั้นจะนำไปสู่การบกพร่องขั้นต้น 2 ประการ คือ การขาดแรงจูงใจในการตอบสนองต่อสถานการณ์ใหม่และการเสียความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับสภาพหรือเงื่อนไขในสถานการณ์ใหม่ ทำให้เกิดผลต่าง ๆ 3 ด้าน คือ การขาดแรงจูงใจการพ้องด้านความคิด และการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัย ทำให้การรับรู้สิ่งใหม่เป็นไปได้ยากเนื่องจากระบบสัมผัสพิเศษทำหน้าที่ลดลง เช่น การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส รวมทั้งมีภาวะสมองเสื่อม และสมรรถภาพลดลง ทำให้ความสามารถในการจดจำและการทำความเข้าใจกับสิ่งต่าง ๆ ลดลง การตีความหมายมีโอกาสผิดพลาดได้ง่าย ผู้สูงอายุต้องอาศัยประสบการณ์เป็นเครื่องประกอบการตัดสินใจรับรู้ ซึ่งบางครั้งก็ลำเอียงไปตามความเข้าใจของตนเอง ด้วยลักษณะดังกล่าวนี้ ผู้สูงอายุจึงมักมีความเห็นไม่ตรงกับผู้ที่อ่อนวัยกว่า การยึดมั่นถือมั่นความคิดของตนเองเป็นใหญ่พบได้มากและเมื่อใดที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าจะเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้น ในขณะเดียวกันผู้ที่ภาวะซึมเศร้าจะมีการรับรู้สิ่งแวดล้อมทางกายและทางสังคมน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

3. ด้านสังคม สามารถอธิบายได้ว่า การเกิดภาวะซึมเศร้าเป็นปฏิกิริยาที่บุคคลแสดงออกมาในการเผชิญกับภาวะกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ภาวะซึมเศร้าเป็นผลจากจารีตประเพณีและวัฒนธรรมที่เสื่อมลง ทำให้บุคคลนั้นยอมรับสภาพดังกล่าวไม่ได้ เกิดทัศนคติทางลบและแยกตัวตามมา นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายที่เกิดขึ้นตามวัยจึงมีโอกาสเกิดโรคและเกิดภาวะทุพพลภาพได้ง่าย ต้องพึ่งพาผู้อื่น ขาดโอกาสในการร่วมกิจกรรมและขาดรายได้ ภาวะทางสังคมหลายประการมีโอกาสส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การสูญเสียบทบาททาง

สังคม การเกษียณจากงานทำให้ไม่มีตำแหน่งหน้าที่ รายได้ลดลงต้องเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตใหม่ สูญเสียความสามารถในการพึ่งพาตนเอง (Blazer, 1986) การที่สังคมปัจจุบันเปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรมทำให้คนแข่งขันกันมากขึ้น การพึ่งพาอาศัยกันลดลง การเรียนรู้ของคนรุ่นใหม่สามารถหาได้จากภายนอก ผู้สูงอายุไม่มีบทบาทสำคัญเหมือนในสังคมเกษตรกรรม ได้รับการยอมรับนับถือลดลง บทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่น ไม่กล้าแสดงออก การขาดการสนับสนุนทางสังคมซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้สูงอายุ คือ ครอบครัว และเพื่อน ในสังคมไทยถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมอุตสาหกรรมทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น พบกับปัญหา การขาดเพื่อนรุ่นเดียวกัน การสูญเสียของคู่สมรส เช่น การแยกกันอยู่ การเสียชีวิต (Miller et al., 2007) ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องพึ่งบริการของสถานสงเคราะห์คนชรา ปัจจัยต่างๆเหล่านี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้

นอกจากนี้ตามทฤษฎีสังคม (Social Theory) ที่กล่าวว่าบุคคลมีงานที่จะต้องพัฒนาไปตามวัย (Developmental Tasks) ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ แตกต่างกัน ไปแต่ละช่วงชีวิต เฮฟวิก เอิร์ส (Havighurst, 1986) กล่าวว่าผู้สูงอายุมีงานที่จะต้องพัฒนาในการต่อสู้กับภาวะความอ่อนแอของร่างกายและความเสื่อมของสุขภาพ การปรับตัวให้เข้ากับภาวะเกษียณอายุและการเปลี่ยนแปลงสถานะด้านการเงิน การปรับตัวต่อการตายของคู่สมรส การเข้าร่วมกลุ่มบุคคลวัยเดียวกัน การปรับตัวให้เข้ากับรูปแบบของสังคมใหม่ และความรับผิดชอบในฐานะพลเมือง การดำรงไว้ซึ่งความพึงพอใจในระบบชีวิตปัจจุบันที่เป็นอยู่ ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถพัฒนาตนเองตามช่วงชีวิตนี้ได้ จะแสดงพฤติกรรมบางอย่างออกมาเพื่อเผชิญกับภาวะกดดัน และเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

การวินิจฉัยโรคและอาการ สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า (Major Depression) ขึ้น ซึ่งประกอบด้วยอาการทางด้านอารมณ์ (Mood) ความสนใจ (Interest) ความอยากอาหาร (Appetite) การนอนหลับ (Sleep) การเคลื่อนไหว (Psychomotor) พลังงาน (Energy) ความรู้สึกผิด (Guilt) สมาธิ (Concentration) และความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide) การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder-fourth edition: DSM-IV) ภายใต้วีธี Major Depressive Episode โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามอาการที่สังเกตได้ดังต่อไปนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544)

1. มีอาการดังต่อไปนี้ 5 ข้อใน 9 ข้อ (หรือมากกว่า) ร่วมกันอยู่นาน 2 สัปดาห์ และแสดงถึงการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ไปจากแต่ก่อน โดยมีอาการหลักอาการใดอาการหนึ่งระหว่างอารมณ์ซึมเศร้า หรือเบื่อหน่าย ไม่มีความสุขเกิดขึ้นร่วมด้วย

1.1 อารมณ์เศร้าหมอง (Depressed Mood) เกือบตลอดเวลาหรือเกือบทุกวัน ซึ่งเป็นความรู้สึกของตัวผู้ป่วยเอง หรือเป็นสิ่งที่ผู้อื่นสังเกตได้

1.2 ขาดความสนใจหรือขาดความพึงพอใจ (Loss of Interest or Pleasure) ในกิจกรรมทุกชนิด อาการเป็นเกือบตลอดเวลาหรือเกือบทุกวัน ผู้ป่วยรู้สึกเองหรือจากผู้อื่นสังเกตได้ว่าผู้ป่วยมีความเฉื่อยชา เชื่องซึมเกือบตลอดเวลา

1.3 น้ำหนักของร่างกายลดลงโดยที่ไม่ได้ลดน้ำหนัก หรือเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน เช่น น้ำหนักเปลี่ยนแปลงไปมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักเดิมภายในเวลา 1 เดือน หรือมีความอยากอาหาร (Appetite) เพิ่มขึ้นหรือลดลงเกือบทุกวัน

1.4 นอนไม่หลับ (Insomnia) หรือนอนมากกว่าปกติ (Hypersomnia) เกือบทุกวัน

1.5 กระวนกระวายทั้งกายและใจ (Agitation) หรือเชื่องช้าเชื่องซึม (Retardation) เกือบทุกวัน (ไม่นับหากเป็นเพียงความรู้สึกของผู้ป่วยเท่านั้น)

1.6 อ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงหรือพลังกายเกือบทุกวัน

1.7 รู้สึกไร้ค่า โทษตนเอง หรือรู้สึกผิดมาก (อาจถึงขั้นเป็นอาการหลงผิด) เกือบทุกวัน (ไม่นับหากเป็นเพียงความรู้สึกถูกหรือสมเพชตนเอง หรือรู้สึกผิดที่เป็นภาวะแก่ผู้อื่นจากการป่วย)

1.8 ความสามารถในการคิดหรือสมาธิลดลง หรือไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้ (Indecisiveness) เกือบทุกวัน (อาจเป็นความรู้สึกของผู้ป่วยเองหรือจากการสังเกตของผู้อื่น)

1.9 คิดถึงการตายซ้ำ ๆ (ไม่เพียงแต่การกลัวตายเท่านั้น) ย้ำคิดเรื่องอยากตายโดยอาจจะวางแผนหรือไม่ได้วางแผนฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย มีความรู้สึกว่าชีวิตไม่มีค่าพอที่จะอยู่ต่อ ต้องการที่จะตาย ซึ่งความคิดที่จะฆ่าตัวตายนี้อาจเกิดขึ้นเพียง 1-2 นาที หรืออาจคิดย้อนกลับไปกลับมาประมาณ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

สุดท้าย จุลกัทัพพะ (2540) กล่าวว่า ในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้ามักจะมีอาการวิตกกังวล (Anxiety) อาการทางกายต่าง ๆ (Somatic or Hypochondriacal Symptoms) ความจำไม่ดี (Difficulty with Memory) ปวดเรื้อรัง (Chronic Pain) ความจำเสื่อม (Eementia) ไม่ร่วมมือในการรักษา (Non-compliance with Medication and Other Treatments) ไม่สนใจตนเอง (Self-neglect) โดยผู้ป่วยในกลุ่มนี้แม้จะไม่พูดถึงอารมณ์เศร้า แต่เมื่อถามถึงอาการต่าง ๆ ของภาวะซึมเศร้า เช่น นอนไม่หลับ ความสนใจเสีย ฯลฯ จะพบมีอาการเหล่านี้ร่วมด้วยเสมอ

2. อาการเหล่านี้ต้องไม่ตรงกับหลักเกณฑ์ของโรคจิตอย่างอื่น (Mixed Episode)

3. อาการเหล่านี้ก่อให้เกิดผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์หรือกิจกรรมด้านสังคม การงาน หรือด้านอื่น ๆ ที่สำคัญบกพร่องลง

4. อาการเหล่านี้ต้องไม่เกิดจากการใช้สารเสพติด หรือการใช้ยาหรือโรคทางกาย

5. อาการที่เกิดขึ้นต้องไม่ได้เป็นผลมาจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (Bereavement) นอกจากจะมีอาการต่อเนื่องยาวนานกว่า 2 เดือน หรือมีความบกพร่องในหน้าที่การงานและสังคม หรือมีอาการทางจิตร่วมด้วย

อาการของโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุมีลักษณะคล้ายคลึงกับโรคซึมเศร้าในวัยอื่น ซึ่งมีการแสดงได้หลายด้าน โดยเบค (Beck, 1967) ได้จัดหมวดหมู่ของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1. อาการแสดงออกทางด้านร่างกาย (Physical Symptoms) ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเรื่องการนอนหลับยาก เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ความรู้สึกทางเพศลดลง มีความรู้สึกเจ็บปวดรุนแรงเฉพาะที่ (Severe Localized Pain) ซึ่งสัมพันธ์กับอาการปวดเรื้อรัง (Chronic Pain) เป็นการแสดงออกของร่างกายโดยมีผลมาจากจิตใจ ในเรื่องการลงโทษตนเองเกี่ยวกับการรู้สึกผิดบาป (Guilt) ในอดีตที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังสังเกตเห็นว่าผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า ซึมลง ไม่พูด หรือในบางรายมีอาการลูกลี้ลูกลก
2. อาการแสดงออกทางด้านอารมณ์ (Emotional Symptoms) มีอาการเศร้า หรือไม่มีความสุขความพึงพอใจในชีวิตลดลง ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นอาการที่พบได้บ่อยมาก มีอารมณ์ฉุนเฉียว หงุดหงิด กังวล และอยากร้องไห้ รู้สึกหมดหวัง ไม่มีความหมาย รู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่าและว่างเปล่า ความรู้สึกนี้เป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้
3. อาการแสดงทางด้านสติปัญญา (Cognitive Symptoms) ขบวนการคิดของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าอาจถูกกระทบด้วยความคิดในแง่ลบ หรือการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้ความคิดเกี่ยวกับตัวเองและสิ่งแวดล้อมทางสังคมเปลี่ยนไป มีภาวะสับสน คิดหมกมุ่นแต่ปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่มีสมาธิ ความจำบกพร่อง มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และมีความคิดฆ่าตัวตาย
4. อาการแสดงออกทางด้านแรงจูงใจ (Motivation Symptoms) แรงจูงใจในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ามีลักษณะของการถดถอย ผู้สูงอายุมักชอบแยกตัว ลดกิจกรรมที่ตัวเองเคยสนใจ ไม่อยากรับผิดชอบหรือทำกิจกรรมใด ๆ จะพบว่าผู้สูงอายุมีลักษณะเฉยเมย นั่งซึม และคิดหมกมุ่นเกี่ยวกับตนเอง

ระดับความซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย (2544) ได้จำแนกภาวะซึมเศร้าตามระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นในบุคคล ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ระดับอ่อน (Mild Depression) อาการซึมเศร้าอย่างอ่อน คือ ภาวะของอารมณ์ที่ไม่สดชื่น จิตใจหม่นหมอง ซึ่งอาจเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวเมื่อมีเหตุการณ์ เช่น การสูญเสียบุคคลสิ่งของ

ที่มีค่า มีความหมายต่อตน บางครั้งก็ไม่มีสาเหตุใด ๆ เช่น อารมณ์เศร้าในขณะที่เหนื่อยมาก ๆ ขาดคนเห็นใจ แต่อาการก็หายได้เมื่อพ้นระยะนี้แล้วสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้

2. ระดับปานกลาง (Moderate Depression) คือ ภาวะของอารมณ์ที่รุนแรงกว่าระดับอ่อน ประสิทธิภาพการทำงานลดลงกว่าเดิม ผู้ที่อยู่ในระยะเศร้าระดับนี้จะรู้สึกอึดอัด การพูดจาเป็นไปอย่างลำปากและเชื่องช้า ซึ่งกระทบกระเทือนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แต่ยังสามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้

3. ระดับรุนแรง (Severe Depression) คือ ภาวะอารมณ์ที่มีความเศร้าอย่างมาก มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั่ว ๆ ไปอย่างเห็นได้ชัด เช่น ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวันได้ การทำงานขาดประสิทธิภาพ มีอารมณ์เพื่อฝัน หลงผิด ประสาทหลอน อาจมีความคิดทำลายตนเอง เนื่องจากอาการหลงผิด

ผลกระทบจากภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่ไม่ธรรมดาตามความเข้าใจของคนทั่วไป เนื่องจากสามารถกระทำให้เกิดอันตรายต่อภาวะสุขภาพจนกระทั่งถึงแก่ชีวิตได้ สามารถแบ่งได้เป็นผลกระทบทางตรงและผลกระทบทางอ้อม ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบทางตรง มีหลายประการดังต่อไปนี้

1.1 ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหาต่าง ๆ ลดลง ทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมในการแก้ปัญหาในลักษณะที่ไม่เหมาะสม อาจมีการฆ่าตัวตายตามมาจากการศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ 60 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายจะเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยเสมอ โดยเฉพาะในรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง ซึ่งมีถึงร้อยละ 90 ของผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายทั้งหมด จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าคนสูงอายุถึงแม้ว่าพยายามฆ่าตัวตายน้อยกว่าคนหนุ่มสาวแต่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าจากรายงานการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุพบว่าร้อยละ 90 มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2543, หน้า 2) จากการศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายและความคิดอยากฆ่าตัวตายในผู้ป่วยสูงอายุไทย ที่มีการวินิจฉัยทางโรคจิตเวชส่วนใหญ่พบว่ามีความเสี่ยงจากมีอาการร่วมกับความซึมเศร้าและวิตกกังวล และความซึมเศร้าอย่างรุนแรงถึงร้อยละ 42.5 และ 25 และจากรายงานการติดตามผู้สูงอายุที่มีโรคซึมเศร้า ในระยะ 2 ปีพบว่ามียัตราตายสูงถึงร้อยละ 34

1.2 มีการหลงลืม โดยอาการแสดงที่สำคัญคือ การสูญเสียความจำ

1.3 ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่าย

2. ผลกระทบทางอ้อม มีหลายประการดังต่อไปนี้

2.1 การขาดสารอาหาร เนื่องจากไม่มีความอยากรับประทานอาหารหรือมีการปฏิเสธการรับประทานอาหาร

2.2 ความเจ็บป่วยรุนแรงยิ่งขึ้นหรือหายช้ากว่าปกติ เนื่องจากความสนใจเรื่องต่าง ๆ ลดลง เช่น ไม่สนใจออกกำลังกาย ไม่สนใจในการดูแลตนเอง ไม่สนใจติดตามผลการรักษา อีกทั้งมีการปฏิเสธยาและการรักษา

2.3 อุบัติเหตุ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นทำให้ไม่สนใจหรือให้ความสนใจต่อสิ่งรอบข้าง ลดน้อยลง

2.4 สภาพร่างกายทรุดโทรมจากการนอนไม่หลับ จึงทำให้ร่างกายเกิดความอ่อนเพลีย

2.5 สูญเสียการสนับสนุนทางสังคม แยกตัวเอง มองเห็นสิ่งต่าง ๆ ในแง่ร้ายหรือด้านลบและมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม จึงเป็นผลให้ไม่ได้รับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่าง ๆ จากบุคคลอื่น

2.6 ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าความซึมเศร้าส่งผลให้ความสามารถในการทำงานลดลง มีผลเชื่อมโยงไปถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วิธีการวัดความซึมเศร้า การประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นเรื่องยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีอาการและอาการแสดงได้หลายมิติ (Multidimensional) (Edelstein, Kalish, Drozdick, & Mckee, 1999) นอกจากนี้อาการที่แสดงให้เห็นเป็นลักษณะทั่ว ๆ ไป ที่สามารถปรากฏได้ในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ได้ (Kranich, 1995) การประเมินภาวะซึมเศร้าแบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยการสังเกตและสัมภาษณ์จากผู้เชี่ยวชาญ และการประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีการประเมินตนเอง (Kronmuller & Mundt, 2001) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การประเมินความเศร้าโดยวิธีการสังเกตและสัมภาษณ์จากผู้เชี่ยวชาญ (Clinician Rating Scale and Expert Interview) ส่วนใหญ่มักจะใช้เวลาในการประเมินมากกว่าการประเมินด้วยตนเอง แต่ก็มีข้อได้เปรียบในการประเมินอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าและมีประโยชน์มากในการประเมินผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางด้านความคิดในระดับปานกลางถึงรุนแรง (Edelstein, Kalish, Drozdick, & Mckee, 1999) เครื่องมือที่นิยมใช้สรุปได้ดังนี้

1.1 Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D) เป็นเครื่องมือแบบประเมินขึ้นแรกสร้างโดยฮามิลตัน (Hamilton) ในปี ค.ศ. 1960 และมีการปรับปรุงต่อมาในปี 1967 ปัจจุบันมีหลายรูปแบบที่ใช้กันแพร่หลายประกอบด้วยข้อคำถามตั้งแต่ 17-23 ข้อ (Edelstein, Kalish, Drozdick, & Mckee, 1999) มีข้อจำกัดคือ ผู้ประเมินต้องมีความชำนาญในการสังเกต และตัดสินใจอาการซึมเศร้าได้ ซึ่งต้องได้รับการฝึกฝนมาก่อนและแบบประเมินนี้จะสังเกตสถานการณ์ของผู้ถูก

ประเมินย้อนหลัง 1 สัปดาห์ ทำให้ไม่สามารถประเมินซ้ำได้บ่อย ๆ (Edwards, Lambert, & Morgan อ้างถึงใน มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิชย์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, 2544)

1.2 Geriatric Depression Rating Scale (GDRS) ประกอบด้วยคำถาม 35 ข้อแบบผสมผสานรูปแบบของ HRS-D เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและรูปแบบของ Geriatric Depression Scale (GDS) การใช้แบบประเมินนี้ผู้ประเมินต้องได้รับการฝึกฝนในการประเมินมาก่อน ใช้เวลาในการประเมิน 35 นาที ข้อได้เปรียบที่ดีกว่า HRS-D คือ ผู้ประเมินอาจไม่ต้องมีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญมากก็สามารถใช้แบบประเมินนี้ได้ (Edelstein, Kalish, Drozdick, & Mckee, 1999)

2. การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยวิธีการประเมินตนเอง เป็นวิธีการประเมินที่สะดวกและใช้เวลาไม่นานในการประเมินภาวะซึมเศร้า เครื่องมือที่เป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลายสรุปได้ดังนี้

2.1 Zung Self-Rating Depression Scale (Zung SDS) แบบประเมินสร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1965 โดยซุง (Zung) ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ปัจจุบัน Zung SDS ไม่เป็นที่นิยมมากนักเนื่องจากไม่สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร โดยเฉพาะเมื่อนำไปใช้กับผู้สูงอายุ เพราะอาจไปวัดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดตามกระบวนการสูงวัยหรือวลักษณะทางคลินิกของโรคนั้น ๆ ไป โดยขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม (ชัดเจน จันทรพัฒน์, 2543)

2.2 Beck Depression Inventory (BDI), First revision (BDI-IA), Second revision (BDI-II) สร้างขึ้นครั้งแรกใน ค.ศ. 1961 โดยเบค และคณะ (Beck et al. as cited in Beck & Steer, 2000) แบบวัดนี้ได้รับการออกแบบเพื่อเป็นมาตรฐานในการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ครอบคลุมทั้งในด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ระบบการทำงานของร่างกาย และการทำกิจกรรม การประเมินค่าคะแนนแต่ละข้อให้ตามระดับความรุนแรงของอาการจากระดับปกติถึงรุนแรงมาก ในปีค.ศ. 1996 ได้มีการปรับปรุงแบบประเมินเป็นฉบับใหม่ใช้ชื่อว่า Beck Depression Inventory II (BDI-II) มีจำนวนข้อเท่าเดิมแต่ได้การปรับเปลี่ยนเนื้อหาของคำถาม โดยใช้แนวทางตามเกณฑ์วินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 แต่อย่างไรก็ตามการใช้ BDI-II ควรใช้ด้วยความระมัดระวัง เพราะยังมีรายงานวิจัยสนับสนุนค่อนข้างน้อยในกลุ่มผู้สูงอายุ (Edelstein, Kalish, Drozdick, & Mckee, 1999)

2.3 Geriatric Depression Scale (GDS) สร้างขึ้นโดยเชซาเวจ (Yesavage) ในปี 1983 แบบประเมินนี้เป็นการประเมินภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อารมณ์ (Emotion) ความคาดหวังด้านลบ (Negative Will) การเคลื่อนไหวด้านร่างกาย (Psychomotor) การรู้คิด (Cognition) การแยกตัว

(Isolation) มีจำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ แบบประเมิน GDS มีประโยชน์ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ รูปแบบการตอบคำถามเป็นการตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ สามารถใช้ได้สะดวกในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความคิดเพราะสามารถเข้าใจได้ง่าย ปัจจุบันมี 2 รูปแบบ คือ 30 ข้อ และ 15 ข้อ ได้รับความนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย (Edelstein, Kalish, Drozdick, & McKeec, 1999)

สำหรับประเทศไทย กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยรวมกลุ่มบรรดาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์โรคผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวชศาสตร์ และนักจิตวิทยา ทั้งหมด 29 คน จาก 14 สถาบันทั่วประเทศไทย มาประชุมกันเพื่อสร้างแบบวัดความเศร้าของผู้สูงอายุไทยขึ้น ใช้ชื่อว่า แบบวัดความเศร้าของผู้สูงอายุไทย โดยใช้ต้นแบบวัดความเศร้าของ ยะชาเวจ และคณะ (Yesavage et al., 1983) ลักษณะของแบบวัดความเศร้านี้เป็นการตอบข้อความว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ใน 30 ข้อคำถาม สำหรับการให้คะแนนจะเป็นระบบได้ 0 หรือ 1 คะแนนในแต่ละข้อคำถาม ลักษณะข้อคำถามจะเป็นความรู้สึกร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยข้อความที่เป็นความรู้สึกร่างกาย 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ถ้าตอบ “ไม่ใช่” ในข้อคำถามเหล่านี้จะได้ข้อละ 1 คะแนน ส่วนที่เหลือ 20 ข้อซึ่งเป็นความรู้สึกร่างกาย 20 ข้อ ถ้าตอบ “ใช่” จะได้ข้อละ 1 คะแนน กลุ่มผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 275 รายทั่วประเทศ ซึ่งจำแนกเป็นเพศชาย 121 คน เพศหญิง 154 คน ผลการวิจัยพบว่าเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการตอบแบบวัดคือ 10.09 นาที (ค่าช่วงอยู่ระหว่าง 10-15 นาที) จากนั้นนำคะแนนที่ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรครุเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่นในผู้หญิงเท่ากับ 0.94 และผู้ชายเท่ากับ 0.91 โดยมีค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.93 สำหรับเกณฑ์ในการตัดสินความเศร้าในผู้สูงอายุไทยนั้น กำหนดค่าปกติในคนไทยสูงอายุเท่ากับ 0-12 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีความเศร้าเล็กน้อยเท่ากับ 13-18 คะแนน ผู้สูงอายุที่มีความเศร้าปานกลางเท่ากับ 19-24 คะแนน และผู้สูงอายุที่มีความเศร้ารุนแรงเท่ากับ 25-30 คะแนน (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2537) จึงสรุปได้ว่าแบบวัดความเศร้าของผู้สูงอายุไทยฉบับนี้มีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบวัดดังกล่าวในการศึกษาครั้งนี้ เพราะเป็นแบบวัดที่สะดวก เข้าใจง่าย ใช้เวลาในการทดสอบสั้น เหมาะสมกับผู้สูงอายุไทย และมีความเที่ยงตรงสูง

การลดภาวะซึมเศร้า

การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มีหลายวิธีที่สามารถนำมาใช้ในการบำบัดรักษาดังรายละเอียดต่อไปนี้ (สุคตสบาย จุลกัทพพะ, 2540)

1. การใช้ยา (Pharmacotherapy) ยารักษาอาการซึมเศร้า (Antidepressant) ที่ใช้บ่อยประกอบด้วยยากลุ่มต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ยาต้านซึมเศร้า (Tricyclic Antidepressant) เป็นยารักษาอาการซึมเศร้าที่ใช้กันทั่วไป ได้แก่ Imipramine, Amitriptyline, Clomipramine, Dothiepin, Nortriptyline ยากลุ่มนี้จะมีฤทธิ์รักษาอารมณ์ซึมเศร้าได้ดี แต่จะมีอาการข้างเคียง คือ มีผลต่อระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ออกฤทธิ์ต้าน โคลิเนอร์จิก (Anticholinergic Effects) ที่ทำให้มีอาการตาพร่ามัว หิองผูก ปากแห้ง ใจสั่น ปัสสาวะไม่ออก พุงไม่ชัด ประสาทหลอน อาจมีอาการหน้ามืดเป็นลมเวลาลุกขึ้น (Orthostatic Hypotension) และมีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอน (Sedation) ผลข้างเคียงจากยาจะสูงถ้าผู้ป่วยได้รับขนาดสูง โดยเฉพาะในรายที่พยายามฆ่าตัวตาย และผู้สูงอายุสามารถเกิดผลข้างเคียงจากยาได้มากกว่าร้อยละ 70 และพบว่ายาในกลุ่มนี้ Nortriptyline จะมีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนและอาการข้างเคียงไม่สูงมาก จึงใช้ได้ดีในผู้สูงอายุ ขนาดยาที่ใช้ 25-250 มิลลิกรัม/วัน ควรเริ่มในขนาดที่ต่ำก่อนแล้วจึงค่อยๆเพิ่มขนาดยาขึ้นอย่างช้าๆ อาการแรกของผู้ป่วยดีขึ้นเร็วคือเป็นอาการนอนไม่หลับ ส่วนอาการเบื่อหน่ายท้อแท้ ความไม่สนใจสิ่งแวดล้อมจะค่อยๆ ดีขึ้น ภายในสัปดาห์ที่ 3-4 จากอาการข้างเคียงที่กล่าวมาแล้วทำให้มีการผลิตยาตัวใหม่เพื่อลดอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น Mianserin (Tolvon) เป็นยา กลุ่ม Tetracycline Antidepressant จะมีฤทธิ์ Anticholinergic และฤทธิ์ต่อหัวใจต่ำ มีฤทธิ์ Sedation สูงจึงใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการนอนไม่หลับได้ดี แต่ปัจจุบันพบว่า Blood Dyscrasias จึงควรตรวจ CBC อย่างสม่ำเสมอ ขนาดที่ใช้ 10-90 มิลลิกรัม/วัน Trazodone เป็นยาในกลุ่ม Non-Tricyclic จะมีฤทธิ์ง่วงนอนสูง แต่จะปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ขนาดที่ใช้ 50-200 มิลลิกรัม/วัน

1.2 ยากลุ่มที่ออกฤทธิ์ซีโร โดนิน (Selective Serotonin-Reuptake Inhibitors: SSRI) ได้แก่ ยา Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline จะมีผลในการรักษาอาการซึมเศร้าได้ดี และมีฤทธิ์กระตุ้นเล็กน้อย (Stimulation) ดังนั้นได้ผลดีในรายที่ไม่มีปัญหาทางด้านการนอนหลับ อาการข้างเคียงของกลุ่มยา Tricyclic ไม่พบหรือพบน้อย แต่พบอาการคลื่นไส้ อาเจียน มึนงง ปวดหัวได้บ่อย ขนาดยาที่ใช้ควรเริ่มในขนาดที่ต่ำที่สุดและควรให้ในเวลาเช้า เพื่อป้องกันการนอนไม่หลับจากฤทธิ์กระตุ้น ยกเว้น Fluvoxamine ให้ในเวลาเย็นหรือก่อนนอนได้

1.3 ยาลดความวิตกกังวล (Anxiety Drugs) อาจจะใช้ร่วมในรายที่มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยหรือเพื่อต้องการลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วย (Agitated Depression) หรือเพื่อใช้เป็นยานอนหลับ ยาที่ใช้คือ Lorazepam ในขนาด 0.5-2 มิลลิกรัม/วัน ถ้าไม่มี Lorazepam อาจใช้ Diazepam ได้ แต่ขนาดที่ใช้ควรลดลงกว่าขนาดปกติที่ใช้

1.4 ยานอนหลับ (Hypnotic Drugs) ยานอนหลับควรใช้กลุ่มที่มี Shorter Acting Drugs เช่น Triazolam, Temazepam ยานอนหลับจะใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการเข้านอนแล้วหลับยาก และไม่ควรใช้ต่อเนื่อง

1.5 ยาต้านโรคจิต (Antipsychotic Drugs) ในผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดหรืออาการทางจิตร่วมด้วย การใช้ยา Antipsychotic จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้เร็ว ยาที่ใช้ควรคำนึงถึงอาการข้างเคียงยาร่วมด้วย และใช้ในขนาดต่ำที่สุดและค่อย ๆ เพิ่มขนาดยาขึ้น ยาที่นิยมใช้ เช่น Perphenazine 2-12 มิลลิกรัม/ วัน และ Haloperidol 5-10 มิลลิกรัม/ วัน

1.6 ยาควบคุมอารมณ์ (Mood Stabilising Drugs) ที่นิยมใช้คือ Lithium แต่ไม่ควรใช้ในผู้สูงอายุเนื่องจากอาจเกิด Toxicity ได้ง่าย ยกเว้นในกรณีของ Bipolar Mood disorder การใช้ Lithium จะมีประโยชน์

2. การรักษาโดยใช้ไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy: ECT) เป็นการรักษาที่เลือกใช้ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง มีปัญหาด้านสุขภาพ การรักษาด้วยยาใช้ไม่ได้ผล มีความคิดฆ่าตัวตาย ปฏิเสธการกินอาหารและน้ำ ในผู้สูงอายุการใช้ไฟฟ้ารักษาจะค่อนข้างปลอดภัยและทำให้ผู้สูงอายุอาการดีขึ้นได้เร็ว ดังนั้นควรส่งต่อให้พบแพทย์ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง และมีอันตรายต่อตนเอง

3. การรักษาทางจิตใจและสังคม (Psychosocial Approaches) การรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า ในปัจจุบันไม่เน้นเฉพาะการรักษาทางกายโดยการให้ยาอย่างเดียว ผู้รักษาควรที่จะให้ความสนใจทางด้านจิตใจของผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งจะทำให้ได้ผลการรักษาที่ดี การรักษาทางจิตใจและสังคมที่ใช้ในการรักษาภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยวิธีการดังต่อไปนี้

3.1 การให้คำปรึกษา (Counseling Skill) เป็นการให้คำปรึกษา โดยที่ปัญหาความขัดแย้ง อุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งการปรับตัว เช่น การให้คำปรึกษาในบุคคลที่พบความสูญเสีย (Bereavement Counseling)

3.2 การทำจิตบำบัด (Psychotherapy) การทำกิจกรรมบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงปัญหาความขัดแย้งภายในจิตใจ เป็นวิธีที่ไม่นิยมใช้ในผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า มักมีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย ใช้เวลาในการดูแลนานและเกิดภาวะฟุ้งฟิงได้ง่ายซึ่งเป็นอุปสรรคในการรักษา การใช้การทำจิตบำบัดเป็นกลุ่ม (Group Psychotherapy) จะได้ผลการรักษาดีกว่าในผู้สูงอายุ

3.3 การบำบัดวิธีคิดและตัวบุคคล (Cognitive Therapy and Interpersonal Therapy) เป็นการรักษาที่ใช้กันมากในปัจจุบัน โดยมีหลักคือ เพื่อแก้ไขปรับปรุง (Modified) พฤติกรรม (Behavior) และวิธีคิดของผู้ป่วย (Modes of Thinking) วิธีปฏิบัติคือ จัดตารางบันทึกส่วนที่ดีและไม่ดีของความคิดและมอบหมายงานเพื่อปรับปรุงแก้ไข Cognitive Therapy จะปรับปรุงความคิดที่เกิดขึ้นในด้านลบเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต ส่วนการบำบัดตัวบุคคล (Interpersonal Therapy) จะเน้นการปรับปรุงในด้านความคิดหรือพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความ

ซึมเศร้าจากความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Close Relationships) เช่น การฝึกทักษะภายในตัวบุคคล (Interpersonal Skill Training) การแสดงบทบาทสมมติ (Role Playing)

3.4 พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) คือ การใช้หลักของการเรียนรู้ (Learning Process) มาใช้ในการแก้ไขอาการซึมเศร้า โดยให้บุคคลรู้ถึงปัญหาของตนเองและวิธีการแก้ไขปัญหานั้นที่ถูกต้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้บุคคลได้รับประสบการณ์ในด้านบวกในชีวิตเพิ่มขึ้น เช่น การให้รางวัลเมื่อผู้ป่วยมีอารมณ์ ความคิด หรือการกระทำในด้านดีต่อตนเอง เช่น การชม การยืมของแพทย์ พยาบาล และบุคคลในครอบครัว จะช่วยเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นได้เร็ว

3.5 การจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวล (Stress and Anxiety Management) โดยจะใช้ได้ดีใน Agitated Depression เพื่อลด Anxiety ของผู้ป่วย วิธีที่ใช้คือการฝึกผ่อนคลายด้วยตนเอง (Progressive Relaxation)

3.6 การใช้ครอบครัวในการบำบัด (Family Therapy) คือ การหาข้อมูลทางครอบครัวของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เช่น ความสัมพันธ์ ความถี่ห่างในการเยี่ยมผู้ป่วยนอกเหนือจากการวินิจฉัยทางจิตเวช เมื่อได้ข้อมูลที่เป็นสาเหตุของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่พบ ซึ่งครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการให้กำลังใจ และช่วยเหลือผู้สูงอายุทั้งเวลาอยู่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน

3.7 การส่งเสริมความสามารถด้านสังคมให้ผู้สูงอายุ (Social Treatment) เพื่อลดอาการแยกตัวของผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย โดยการใช้กลุ่มบำบัด (Group Therapy) ให้ผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้ การคงไว้ซึ่งการมีกิจกรรมที่ทำให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลิน และกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น กิจกรรมกลุ่มนันทนาการ (Recreation) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) การใช้บริการจากโรงพยาบาลในช่วงกลางวัน (Day-Hospital) การเข้าร่วมกลุ่มชมรมผู้สูงอายุต่าง ๆ เป็นต้น

3.8 การทบทวนชีวิตและการระลึกถึงความหลัง (Life Review and Reminiscence) คือ การให้ผู้สูงอายุเล่าถึงชีวิตของตน เกี่ยวกับเรื่องราวในอดีตที่อยู่ในความทรงจำและประทับใจ เป็นวิธี การหนึ่งที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจและมีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไป

การลดภาวะซึมเศร้าโดยการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อสุขภาพ ทำให้ร่างกายแข็งแรง เพิ่มความอดทน สร้างความกระฉับกระเฉง มีชีวิตชีวา คลายความเครียด ทำให้การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันดีขึ้น ฮิปโปเครติส (Hippocrates) บิดาแห่งการแพทย์สมัยใหม่กล่าวว่า การออกกำลังกาย

กลายเป็นสิ่งจำเป็นในการคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในปัจจุบันการออกกำลังกายถือได้ว่าเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดรักษาโรคเรื้อรังหลาย ๆ โรค (Freeman & Laeis, 2001) ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตใจปัญหาหนึ่งที่สามารถบรรเทาให้ลดลงได้ด้วยการออกกำลังกาย (Brannon & Feist, 1997; Brugman & Ferguson, 2002; Huddleston, 2002)

สาเหตุของภาวะซึมเศร้าซึ่งเกิดจากการมีความคิดในด้านลบ โดยอธิบายผลของการออกกำลังกายต่อภาวะซึมเศร้า ดังนี้

1. การออกกำลังกายสามารถช่วยในการปรับเปลี่ยนความคิดในด้านลบได้ โดยเริ่มต้นจากการที่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความตั้งใจในการออกกำลังกาย มีความหมายว่าบุคคลนั้นเริ่มมีการปรับรูปแบบความคิดทางลบดั้งเดิมของตนเอง (Sagrati, 2002)
2. ขณะที่มีการออกกำลังกาย ต้องมีการควบคุมตนเองเพื่อให้สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมาให้สำเร็จตามจุดมุ่งหมาย เมื่อสามารถออกกำลังกายได้จนสำเร็จจะทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเริ่มปรับความคิดต่อตนเองให้เป็นด้านบวกทีละน้อย และเริ่มพัฒนาความมั่นใจในตนเองมากขึ้น (Sagrati, 2002)
3. ลักษณะของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักจะใช้เวลาในการคิดใคร่ครวญถึงแต่อดีตที่ผ่านมา มีความรู้สึกผิดในสิ่งที่ได้ทำมาและสิ่งที่ไม่ได้ทำแต่ควรกระทำ การออกกำลังกายเป็นการผ่อนคลายทำให้เกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน เป็นการใช้เวลาอย่างเป็นประโยชน์ จะช่วยให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเบี่ยงเบนความสนใจจากความคิดและความรู้สึกที่ทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า หรือลดความรู้สึกซึมเศร้าให้น้อยลง (Brugman & Ferguson, 2002; Sagrati, 2002)
4. บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิดว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะเอาชนะสิ่งต่าง ๆ ได้ มองว่าโลกนี้เต็มไปด้วยอุปสรรคยากที่จะเอาชนะได้ ทำให้ความต้องการของตนเองไม่บรรลุผล เมื่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ออกกำลังกาย ร่างกายมีความแข็งแรงขึ้น มีความทนทาน มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น จะทำให้บุคคลมีความรู้สึกในด้านบวกต่อตนเอง เห็นความสามารถของตนเองว่าสามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น สามารถลดความอ่อนแอ ความเปราะบาง และทำให้ภาวะซึมเศร่าลดลงได้ (Brugman & Ferguson, 2002)

การออกกำลังกายสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ แมคเนล เลเบลซ์ และจอยเนอร์ (McNeil, LeBlanc, & Joyner, 1991) เกี่ยวกับผลของการออกกำลังกายด้วยการเดิน ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ที่อาศัยอยู่ในชุมชนจำนวน 30 ราย พบว่ากลุ่มทดลองที่ฝึกออกกำลังกายด้วยการเดินเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนซิงห์ เกลเมนต์ และซิงห์ (Singh, Clement, & Singh, 2001) ที่ศึกษาผลการ

ออกกำลังกายในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าระดับที่ไม่รุนแรงจำนวน 32 ราย โดยกลุ่มทดลองจะออกกำลังกายด้วยการฝึกยกน้ำหนักซึ่งมีผู้ฝึกสอนคอยให้การดูแลเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ จากนั้นให้กลุ่มทดลองฝึกยกน้ำหนักเองโดยไม่มีผู้ดูแลเป็นเวลา 10 สัปดาห์ ผลการวัดระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลอง 20 สัปดาห์พบว่า กลุ่มที่ได้รับการออกกำลังกายมีภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม และเมื่อวัดระดับภาวะซึมเศร้าในสัปดาห์ที่ 24 และ 48 ต่อมาพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ร้อยละ 33, 23 ตามลำดับ (Singh, Clement, & Singh, 2001)

จากการทบทวนงานวิจัยแบบกึ่งทดลองจำนวน 12 เรื่องพบว่า การออกกำลังกายให้ผลดีในการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยถึงปานกลาง ฟิลลิปส์, เคอร์เนน และคิง (Phillips, Kiernan, & King, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาถึงผลของการออกกำลังกายคือภาวะซึมเศร้าจำนวน 22 งานวิจัย พบว่าการออกกำลังกายอย่างน้อย 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ เป็นเวลาอย่างน้อย 8 สัปดาห์สามารถลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าทั้งชายและหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่จำกัดเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) เท่านั้น การออกกำลังกายที่เน้นการฝึกความทนทานของกล้ามเนื้อและการฝึกความยืดหยุ่นของร่างกาย เช่น การฝึกโยคะ การฝึกกายบริหารแบบสิลปะของจีน ฯลฯ ก็พบว่ามีผลทางบวกต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความซึมเศร้ากับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุไทย ในชุมชนชนบทและชุมชนเมือง พบว่าการออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ (กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, 2542) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยมากมายที่ศึกษาพบว่าการออกกำลังกายมีผลลดความซึมเศร้าได้ เช่น จากผลการวิจัยของ ฮาสแมน และคณะ (Fact sheet: Hassman, Kouvula, & Uytela, 2000 cited in Fact sheet: Schlunolt, 2002) ที่พบว่าการออกกำลังกายที่มีความหนักปานกลาง ในระยะเวลา 20-30 นาที เป็นเวลา 10 สัปดาห์ มีผลทำให้ระดับความซึมเศร้ามลดลงได้ และจากผลการวิจัยของ สุชาติ ภัณฑารักษ์นัสกุล (2546) ก็พบว่าการออกกำลังกายที่มีความหนักปานกลาง ในระยะเวลา 30 นาที เป็นเวลา 12 สัปดาห์ มีผลทำให้ระดับความซึมเศร้ามลดลงได้เช่นกัน สรุปได้ว่าจากการศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายพบว่าวิธีการออกกำลังกายที่มีผลต่อการลดความซึมเศร้า ส่วนใหญ่จะเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก สำหรับผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายที่แตกต่างจากวัยอื่น โดยต้องคำนึงถึงความปลอดภัย ความสะดวก ความพร้อม ความพึงพอใจ และประโยชน์ที่ผู้สูงอายุได้รับเป็นสำคัญ มีการประเภทการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุดจากการออกกำลังกาย รวมทั้งในผู้สูงอายุที่

มีภาวะซึมเศร้า แต่อย่างไรกิจกรรมในการเลือกประเภทการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ควรคำนึงข้อจำกัดของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อร่างกายได้

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

ความหมายของการออกกำลังกาย สถาบันกีฬาเวชศาสตร์แห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Sports Medicine, 1995) กล่าวว่า การออกกำลังกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายด้วยการกระทำซ้ำ ๆ เพื่อเป็นการเพิ่มหรือคงไว้ซึ่งการทำงานที่มีประสิทธิภาพของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น

การออกกำลังกาย (Exercise) คือ กิจกรรมทางกายรูปแบบหนึ่งที่มีการวางแผน มีแบบแผน หรือมีการเตรียมตัว โดยเป็นกิจกรรมที่มีการกระทำซ้ำ ๆ เสมอ เพื่อเพิ่มหรือคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย (Physical Fitness) (วิศาล คันธารัตนกุล, 2544) ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของสุขภาพร่างกาย มีภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาภาวะทุพพลภาพและภาวะพึ่งพิง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2543) ภาวะเหล่านี้ส่วนหนึ่งสามารถดำเนินการแก้ไขและป้องกันได้โดยการเคลื่อนไหว และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุ ต้องไม่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรืออันตราย (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2542) แม้ว่าในวัยสูงอายุจะมีสภาวะของโรคเรื้อรังต่าง ๆ แต่ก็สามารถได้รับประโยชน์จากการออกกำลังกายได้เช่นเดียวกับช่วงวัยอื่น ๆ การจัดโปรแกรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุต้องมีการปรับให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของผู้สูงอายุแต่ละคน โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และสร้างความรู้สึกลึกซึ้งเพลิดเพลินให้กับผู้สูงอายุ (ACSM, 1998)

ประเภทของการออกกำลังกาย คาร์ท ทีเทรส และมีเทรส (Kart, Metress, & Metress, 1992) ได้แบ่งประเภทของการออกกำลังกายตามลักษณะของการออกกำลังกายเป็น 4 ประเภทดังนี้

1. การออกกำลังกายที่ความยาวของกล้ามเนื้อคงที่ (Isometric Exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ความยาวของกล้ามเนื้อไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเป็นการออกกำลังกายแบบอยู่กับที่ (Static) เช่น การจับยึดสิ่งต่าง ๆ ด้วยการเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่หรือห้อยโหน หมุนข้อ บิดลำตัว การยกของ การออกแรงดึง การออกกำลังกายชนิดนี้จะส่งผลทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดทั่วร่างกายทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น และยังช่วยเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดหัวใจทำให้หัวใจมีความต้องการใช้ออกซิเจนมากขึ้น การออกกำลังกายชนิดนี้จึงไม่เหมาะสมกับผู้ที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและผู้สูงอายุ

2. การออกกำลังกายแบบความตึงตัวของกล้ามเนื้อคงที่ในขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงความยาวของกล้ามเนื้อ (Isotonic Exercise) เป็นการออกกำลังกายในลักษณะที่มีการเคลื่อนไหวแรงตึงตัวในกล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลงไปเพียงเล็กน้อย และทำให้ความยาวของกล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลงโดยหดสั้นลง การออกกำลังกายชนิดนี้ช่วยให้เกิดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและหัวใจ ทำให้มีการใช้ออกซิเจนและขนส่งออกซิเจนเพิ่มขึ้น และยังเป็น การออกกำลังกายในลักษณะที่ทำให้ข้อต่างๆ ได้มีการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การว่ายน้ำ การถีบจักรยาน การยกน้ำหนัก ฯลฯ การออกกำลังกายแบบนี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุมากกว่าแบบแรก

3. การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (Aerobic Exercise) การออกกำลังกายที่ต้องการมีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนด โดยที่ค่อยๆ เพิ่มความรุนแรงของการออกกำลังกายขึ้นและค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง เป็นการออกกำลังกายที่มีปริมาณการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นเป็นผลให้ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้เวลาอย่างน้อย 20 นาทีขึ้นไปและไม่เกิน 90 นาที ในแต่ละครั้งประกอบด้วย ช่วงอบอุ่นร่างกาย (Warm up) ช่วงออกกำลังกาย (Exercise Session) และช่วงผ่อนคลาย (Cool Down) โดยปฏิบัติอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ สำหรับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่เหมาะสมสำหรับร่างกายของผู้สูงอายุมี 3 ประเภท ดังต่อไปนี้

3.1 แอโรบิกชนิดแรงกระแทกต่ำ (Low Impact: LI) เป็นการเคลื่อนไหวที่มีวงกว้าง มีการยกเท้าข้างใดข้างหนึ่งสูงจากพื้นแต่ไม่มีการกระโดด เท้าข้างหนึ่งจะอยู่ที่พื้นตลอดเวลา จะมีการก้าวเท้าขวาในพื้นที่ที่กว้างเหมาะสำหรับผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับเข่า ข้อเท้า หรือเจ็บหลัง และกำลังนิยมในการช่วยรักษาสุขภาพของระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและทำให้ความอดทนเพิ่มมากขึ้น การออกกำลังกายแบบนี้ต้องมีความเข้มสูงเพื่อให้แน่ใจว่าชีพจรจะต้องสูงขึ้นถึงระดับเป้าหมาย

3.2 แอโรบิกชนิดปลอดแรงกระแทก (Non Impact: NI) เป็นการออกกำลังกายที่ปลอดแรงกระแทก นิ่มนวล ผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ ปลอดภัยจากการบาดเจ็บ กิจกรรมการออกกำลังกายชนิดนี้ได้แก่ การเดิน การวิ่งช้า ๆ การว่ายน้ำ รวมทั้งการออกกำลังกายที่ทำซ้ำ ๆ ด้วยการยืด (Stretching) กล้ามเนื้อและเอ็นยึด เช่น โยคะ การรำมวยจีน แบบไทชิ ไทเก็ก ชี่กง (ถนอมขวัญ ทวีสมบุญ, 2542)

3.3 การออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิก (Anaerobic) เป็นการออกกำลังกายที่มีการใช้ออกซิเจนอย่างไม่สม่ำเสมอหรือมีการใช้ออกซิเจนในปริมาณน้อย อาจใช้ออกซิเจนในปริมาณมากเป็นพัก ๆ ตัวอย่างการออกกำลังกายชนิดนี้ได้แก่ การวิ่งเร็วระยะสั้น การเล่นฟุตบอล เทนนิส แบดมินตัน ซึ่งต้องใช้แรงมากทำให้หัวใจและปอดทำงานได้มากขึ้น ก่อให้เกิดอันตรายต่อ

ผู้ที่เป็โรคหัวใจและผูสูงอายุ

ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผูสูงอายุ ประโยชน์ของการออกกำลังกายต่อผูสูงอายุ ขึ้นกับประเภทของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ความถี่ ความหนักเบา และช่วงเวลาตามที่กำหนดอย่างสม่ำเสมอจะก่อให้เกิดผลต่อสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคมดังนี้

1. ด้านร่างกาย การออกกำลังกายมีผลต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ดังต่อไปนี้

1.1 ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อมีขนาดใหญ่ขึ้น มีกำลังเพิ่มขึ้น

สามารถทำงานได้นาน และมีความทนทานต่อการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น (Kirkendall & Garrett, 1998) โดยเฉพาะในผูสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในระบบโครงสร้างและกระดูก เอ็นจะ หดสั้นและแข็ง ความยืดหยุ่นของข้อต่อต่าง ๆ เปลี่ยนแปลง กระดูกข้อต่อเสื่อมจะมีการยึดติดของ ข้อ ทำให้การเคลื่อนไหวช้าลง (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2541, หน้า 136) จากการศึกษาของ เจอเลาร์ด และเฮอร์เลย์ (Girouard & Hurley, 1998) พบว่าการออกกำลังกายแบบฝึกความยืดหยุ่น (Flexibility Training) ในผูสูงอายุเป็นเวลา 10 สัปดาห์ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อบริเวณไหล่ดีขึ้น นอกจากนี้ การออกกำลังกายชนิดฝึกความแข็งแรงจะช่วยเพิ่มความหนาแน่นของกระดูก ช่วยลดการเสื่อมของ กระดูกได้ การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยให้กระดูกมีความหนาและแข็งแรงขึ้นกว่าเดิมโดยเฉพาะ บริเวณที่มีกล้ามเนื้อเกาะและบริเวณข้อต่อต่าง ๆ ทำให้การเคลื่อนไหวคล่องตัวขึ้น มีความสมดุล ของการทรงตัวมากขึ้น ช่วยทำให้บุคลิกและ ท่าทางดีขึ้น

1.2 ระบบหัวใจและการไหลเวียนโลหิต การออกกำลังกายทำให้เกิดการเพิ่มอัตราการ ใช้ออกซิเจนทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ใน 1 นาทีเพิ่มขึ้น ช่วยทำให้มีประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนได้ เพียงพอเพิ่มการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อทั่วร่างกาย เพิ่มการนำออกซิเจนในเส้นเลือด ทำให้ โอกาสเกิด โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดลดลง (Powell, 1987) การออกกำลังกายสม่ำเสมอและ ต่อเนื่องจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ซึ่งส่งผลต่อการลดระดับความดันโลหิต

1.3 ระบบหายใจ มีผลให้ทรวงอกขยายกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ในการหายใจมีความ แข็งแรงเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะกระบังลมและกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง ปริมาณอากาศหายใจเข้า หรือออกแต่ละครั้งเพิ่มขึ้น อัตราการหายใจเข้าช้าลง ความลึกของการหายใจเพิ่มขึ้น การแลกเปลี่ยนก๊าซและการระบายอากาศของปอดมีประสิทธิภาพดีขึ้น เพิ่มความทนทานและความ สามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือออกกำลังกายได้นานขึ้น (วาริศา วิเศษสรณ์, 2540; Stanley & Beare, 1995)

1.4 การเผาผลาญสารอาหารและควบคุมอุณหภูมิ ช่วยให้การเผาผลาญสารอาหารในร่างกายเพิ่มขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อดีขึ้น สามารถรับออกซิเจนได้มากขึ้น สารอาหารมาเลี้ยงกล้ามเนื้อได้มากขึ้น รวมทั้งสารเร่งปฏิกิริยาการเผาผลาญสารอาหารทำให้มีการสะสมอาหารที่เป็นแหล่งพลังงานมากขึ้นและเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกายดีขึ้น อุณหภูมิในร่างกายสูงขึ้น และยังช่วยทำให้ไลโปโปรตีน (Lipoprotein) ชนิดความหนาแน่นสูงเพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยยับยั้งการจับกลุ่มของสารบางชนิดบริเวณผนังชั้นในของหลอดเลือด และยังช่วยลดโคเลสเตอรอล (Cholesterol) ชนิดไลโปโปรตีนชนิดความหนาแน่นต่ำ ที่เป็นตัวการสำคัญในการทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด โอกาสเกิดโรคหัวใจขาดเลือดจึงน้อยลง

1.5 ระบบประสาท ทำให้สมองทำงานเพิ่มขึ้น ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานได้ดีขึ้นเนื่องจากได้รับการกระตุ้นต่อมหมวกไตหลังอดรีนาลีน (Adrenaline) ออกมา ซึ่งสารนี้จะกระตุ้นให้ระบบประสาทอัตโนมัติทั้งซิมพาเทติก (Sympathetic) และพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic) ให้ทำงานได้สมดุลกัน คือทำให้มีการปรับตัวของอวัยวะในร่างกายให้เหมาะสม การออกกำลังกายยังทำให้ความคิด ความจำ และแบบแผนการนอนหลับดีขึ้น (Miller, 2007)

1.6 ระบบต่อมไร้ท่อ การออกกำลังกายจะกระตุ้นการทำงานของต่อมไร้ท่อ โดยเฉพาะต่อมหมวกไตขยายใหญ่ขึ้นทำให้หลังคาเททิโคลามีน ซึ่งประกอบด้วยอดรีนาลีน นอร์อดรีนาลีน (Noradrenaline) และกลูคากอน (Glucagon) เพิ่มขึ้น และอินซูลินในกระแสเลือดลดระดับลง แต่ก็สามารถไปสู่กล้ามเนื้ออย่างเพียงพอและออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น ระดับของน้ำตาลในกระแสเลือดจึงลดต่ำลง (Huddleston, 2000) ในขณะที่ออกกำลังกายช่วงสั้น ๆ ฮอร์โมนส่งเสริมการเจริญเติบโต และคอร์ติซอลจะเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งจะช่วยให้การสลายไขมัน ลดการใช้กลูโคสที่เนื้อเยื่อ เพิ่มการสร้างกลูโคสที่ตับ เมื่อออกกำลังกายเป็นเวลานานขึ้น ส่งผลให้ปริมาณเลือดมาเลี้ยงกล้ามเนื้อมากขึ้น มีการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มขึ้น

1.7 ระบบทางเดินอาหาร ช่วยกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้ดีขึ้น ลดการเกิดอาการท้องผูก และช่วยลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคแผลในกระเพาะอาหารได้ และยังช่วยลดการเกิดนิ่วจากโคเลสเตอรอล

1.8 ระบบภูมิคุ้มกัน ช่วยกระตุ้นการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย (Mazzeo, 1994; Neiman, 1994) โดยเพิ่มจำนวนทีเซลล์ (T-cell)

1.9 ระบบกระดูก กระดูกอ่อน เอ็น และข้อต่อต่าง ๆ คือเอ็นต่าง ๆ จะมีความสามารถในการยืดและหดตัวได้ดี ข้อต่อเคลื่อนไหวได้ตลอดช่วงของการเคลื่อนไหว และเคลื่อนไหวได้มากกว่าปกติ กระดูกอ่อนจะแข็งแรงขึ้น เมื่อองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยในการเคลื่อนไหวนั้น

แข็งแรง ทำให้อัตราการบาดเจ็บลดลง เพราะมีการยืดหยุ่นและหล่อลื่นของข้อต่อ (ทัศนันท ทุมมานนท์, 2547, หน้า 10)

2. ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม

การออกกำลังกายช่วยให้รู้สึกเบิกบาน มีความสุข กระปรี้กระเปร่า เนื่องจากต่อมใต้สมองมีการหลั่งสารจำพวกเอ็นดอร์ฟินส์ (Endorphine) ซึ่งมีลักษณะคล้ายมอร์ฟินเพิ่มมากขึ้น ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียดจากชีวิตประจำวันและภาวะซึมเศร้า ทำให้เกิดสมาธิ ส่วนในด้านของสังคมจะพบว่า การออกกำลังกายยังเป็นการเปิดโอกาสให้มีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมเพิ่มมากขึ้น เกิดการเรียนรู้พฤติกรรมมนุษย์และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข จึงทำให้รู้สึกสนุกและพึงพอใจกับการออกกำลังกาย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2549)

หลักการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ การส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุควรคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้สูงอายุจะได้รับความปลอดภัย สูญเสียค่าใช้จ่ายน้อย รวมทั้งเป็นการจูงใจให้ผู้สูงอายุปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การออกกำลังกายต้องมีลักษณะเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ มีข้อเสนอแนะสำหรับการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุซึ่งวิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Sports Medicine, 1995) และสถาบันสุขภาพของสหรัฐอเมริกา (National Institutes of Health, 1995) ได้เสนอไว้โดยอาศัยหลักเกณฑ์ ฟิตท์ (FITT) ซึ่งมีองค์ประกอบของการออกกำลังกาย ดังต่อไปนี้

1. ความถี่ของการออกกำลังกาย (Frequency of exercise-F) เป็นการกำหนดจำนวนครั้งในการออกกำลังกายตามข้อเสนอแนะเดิมประมาณ 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ และต้องทำอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องกัน เว้นห่างไม่เกินกว่า 2 วัน สำหรับข้อเสนอแนะใหม่เน้นการออกกำลังกายบ่อยมากที่สุดเท่าที่จะทำได้และแนะนำให้ทำทุกวัน แต่สำหรับผู้สูงอายุในระยะแรกไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายตามจำนวนครั้งที่กำหนดไว้คือ 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ ให้ค่อย ๆ เริ่มทำและทำอย่างต่อเนื่อง แต่ในผู้ที่อายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไปการออกกำลังกาย 3 ครั้ง/สัปดาห์ นับว่าเพียงพอที่จะทำให้เกิดประโยชน์และมีความปลอดภัยต่อร่างกายของผู้สูงอายุ

2. ความหนักเบาในการออกกำลังกาย (Intensity of Exercise-I) เป็นการกำหนดขีดความสามารถในการออกกำลังกาย ควรมีความหนักเบาของการออกกำลังกายอย่างพอเหมาะ

2.1 ระดับเบา การออกกำลังกายชนิดนี้จะไม่มีปัญหาเรื่องออกซิเจน เพราะออกซิเจนที่ระบบการหายใจและระบบไหลเวียนสามารถจะนำส่งกันไปยังกล้ามเนื้อที่มีปริมาณเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจจะเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 40-60

2.2 ระดับปานกลาง ในระยะต้นของการออกกำลังกายจนกระทั่งกระบวนการสร้างพลังงานแบบแอโรบิกเข้ามามีบทบาทในการสร้างพลังงานแทน เพื่อให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และปริมาณออกซิเจนยังเพียงพอับความต้องการของร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจจะเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 60-80 ในข้อเสนอแนะเดิมประมาณร้อยละ 65-80 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด สามารถคิดได้จากสูตรการคำนวณที่ว่า 220-อายุ ได้เป็นอัตราการเต้นของหัวใจที่เป็นเป้าหมายโดยประมาณ ในทางปฏิบัติการคำนวณไม่สะดวกและยากในการนำมาใช้ วิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งสหรัฐอเมริกา (ACSM, 1995) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าสามารถประเมินได้จากการรู้สึกเหนื่อย หัวใจเต้นเร็วขึ้น ไม่สามารถออกกำลังกายได้ต่อไปอีก และไม่มีอาการแน่นหน้าอกหรือหายใจขัด ส่วนใหญ่ถ้าผู้สูงอายุบอกว่าเหนื่อย มีเหงื่อออกมากถือว่าการออกกำลังกายถึงระดับอัตราการเต้นของหัวใจที่เป็นเป้าหมาย และได้กำหนดความหนักเบาในขั้นตอนของการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุในระดับต่ำถึงปานกลาง ประมาณร้อยละ 60-80 ของความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุด

2.3 ระดับหนัก การออกกำลังกายแบบนี้เริ่มจะมีปัญหาเรื่องปริมาณของออกซิเจนไม่เพียงพอับความต้องการของร่างกายที่จะนำไปใช้ในการสร้างพลังงาน ทำให้กรดแลคติก (Lactic Acid) ถูกสร้างขึ้นมาก ในผู้ที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายจะทนต่อการมีกรดแลคติกสูงไม่ได้ อัตราการเต้นของหัวใจจะเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 80-100 การออกกำลังกายเช่นนี้มักดำเนินต่อไปได้ไม่นาน เพราะกล้ามเนื้อไม่สามารถนำหน้าที่ของมันต่อไปได้

3. ระยะเวลาในการออกกำลังกาย (Time or Duration of Exercise-T) เป็นช่วงเวลาที่ควรใช้ออกกำลังกายแต่ละครั้งโดยทั่วไป ควรอยู่ระหว่าง 15-40 นาที ในแต่ละครั้งจะประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

3.1 ระยะอบอุ่นร่างกาย (Warm-up Phase) เป็นการเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการออกกำลังกายในขั้นตอนต่อไป ทำให้การประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อดีขึ้น การเคลื่อนไหวข้อต่อต่าง ๆ ได้คล่องตัว ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที ลักษณะการออกกำลังกายที่ใช้ในระยะนี้ได้แก่ การเดินช้า การออกกำลังกายชนิดยืดกล้ามเนื้อต่าง ๆ

3.2 ระยะบริหารร่างกายหรือระยะออกกำลังกาย (Exercise Phase) เป็นช่วงเวลาของการออกกำลังกายซึ่งไม่ว่าจะออกกำลังกายด้วยวิธีใดควรต้องเหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละคนและจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ร่างกาย ช่วยให้หัวใจและปอดมีประสิทธิภาพในการทำเพิ่มมากขึ้น ระยะนี้จะใช้เวลา 15-20 นาที สำหรับผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายในระดับต่ำระยะเวลาเพียง 10 นาทีนับว่าเพียงพอ

3.3 ระยะผ่อนคลาย (Cool Down Phase) หลังการออกกำลังกายจะมีการผ่อนคลาย โดยให้ออกกำลังกายเบา ๆ และช้าลงเรื่อย ๆ เพื่อยืดกล้ามเนื้อ ปรับอุณหภูมิ การหายใจและความตึงเครียดของร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติ อาจเป็นการออกกำลังกายเบา ๆ เหมือนช่วงการอบอุ่นร่างกาย ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 5-10 นาที

4. ประเภทหรือชนิดของการออกกำลังกาย (Type of Exercise-T) การออกกำลังกายที่มุ่งเพิ่มความแข็งแรงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ควรเป็นการออกกำลังกายที่เกี่ยวข้องกับการใช้มวลกล้ามเนื้อทั้งหมดเป็นส่วนใหญ่ ควรมีการหดตัวของกล้ามเนื้ออย่างเป็นจังหวะ มีการหดตัวกับคลายตัวสลับกันเป็นช่วง ๆ เพื่อให้เลือดนำออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อได้เพียงพอ และทำให้มีอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ คือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยเฉพาะชนิดแรงกระแทกต่ำและปลอดภัย กระแทก ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมหลายอย่าง เช่น การเดินเร็ว วิ่งช้า ๆ รำมวยจีน การขี่จักรยาน เทียวเล่น การบริหารด้วยท่ากายบริหาร (บรรลุ ศิริพานิช, 2541, หน้า 26-30) ซึ่งควรเลือกให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและความสนใจในการออกกำลังกายชนิดนั้น ๆ และควรได้รับคำแนะนำการออกกำลังกายอย่างถูกวิธี ตลอดจนได้รับการตรวจร่างกายก่อนการออกกำลังกาย

วันดี โกละกุล และสมจินต์ โคมวัฒน์ชัย (2545, หน้า 18) ได้กล่าวถึง ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุไว้ ดังนี้

1. การเดิน ข้อปฏิบัติต้องเดินเร็วให้เกิดการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น หากเดินเร็วมากไม่ได้ ต้องเพิ่มเวลาการเดินให้มากขึ้น ควรใช้รองเท้าที่เหมาะสมควรแกว่งแขนและบริหารกล้ามเนื้อส่วนคอและหน้าอกร่วมด้วยขณะเดิน ควรเดินในตอนเช้าในที่อากาศบริสุทธิ์และปลอดภัย
2. การวิ่งช้า ๆ ถ้าผู้สูงอายุวิ่งได้ก็ไม่มีข้อห้าม แต่ต้องมีข้อเท้าที่ดี ใส่รองเท้าที่เหมาะสม และมีข้อปฏิบัติเช่นเดียวกับการเดิน ข้อควรระวังการวิ่งจะมีแรงกระแทกที่ข้อเท้ามากกว่าการเดิน อาจทำให้บาดเจ็บได้
3. กายบริหารท่าต่าง ๆ ให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ แต่ควรบริหารให้ถึงระดับที่หัวใจเต้นเพิ่มขึ้น
4. การรำมวยจีน หลักการคือ การเคลื่อนไหวช้า ๆ ใช้เวลา และสมาธิโดยมีครูฝึกที่ดี มีกลุ่มที่เหมาะสมและฝึกปฏิบัติอย่างจริงจัง
5. โยคะ เป็นการออกกำลังกายที่ผสมกับการควบคุมการหายใจให้เข้าจังหวะกัน ต้องมีครูฝึกที่รู้จริงและฝึกปฏิบัติอย่างจริงจัง

นอกจากนี้การออกกำลังกายยังมีหลากหลายให้เลือก รวมทั้งกีฬาที่คุ้นเคยกันทั่วไป ซึ่งแต่ละประเภทมีประโยชน์ต่อร่างกาย ถ้าผู้สูงอายุรู้หลักการที่ถูกต้อง และออกกำลังกายสม่ำเสมอ ตามสภาพร่างกาย ไม่หักโหม ไม่รุนแรง และไม่แข่งขันจะทำให้ออกกำลังกายอย่างมีความสุข เพลิดเพลิน และมั่นใจ สามารถให้คำแนะนำแก่เพื่อนบ้านและสมาชิกวัยเดียวกันในชุมชนได้ คุณภาพชีวิตก็จะเกิดกับกลุ่มเป้าหมายและชุมชนนั้น ๆ

การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ นอกจากยึดหลัก “FITT” แล้วควรคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ช่วงเวลาการออกกำลังกาย ควรเป็นช่วงก่อนหรือหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง เพราะขณะที่กระเพาะอาหารมีอาหารอยู่เต็มเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวของกระบังลม ลดการขยายตัวของกล้ามเนื้อซี่โครงส่วนล่าง ทำให้การขยายตัวของปอดไม่ดี ช่วงเวลาที่เหมาะสม คือ ตอนเช้าหรือเย็นเพื่อเลี่ยงเวลาที่มีอุณหภูมิสูง
2. เครื่องแต่งกาย ควรเลือกที่ชนิดให้ความคล่องตัวในการเคลื่อนไหว ระบายความร้อน และซับเหงื่อได้ดี
3. สัญญาณเตือนในการหยุดออกกำลังกาย ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ เจ็บหน้าอก หายใจไม่อิ่ม วิงเวียนศีรษะ เหงื่อออกมาก ตัวเย็น คามัว อ่อนแรงอย่างกะทันหันหรือหัวใจเต้นแรงแม้จะหยุดพักประมาณ 10 นาทีแล้วก็ตาม
4. ไม่ออกกำลังกายหักโหมเกินไปจนทำให้ร่างกายเสื่อมสมรรถภาพ
5. ออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและวัย

แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถภาพทางกาย

ความสามารถของบุคคลที่จะใช้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายประกอบกิจกรรมใด ๆ ที่แสดงออกถึงความสามารถของร่างกายได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือได้อย่างหนักติดต่อกัน โดยไม่แสดงอาการเหน็ดเหนื่อย และสามารถฟื้นตัวสู่สภาวะปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว หรือความสามารถของร่างกาย ประสิทธิภาพของการแสดงออกทางร่างกายอย่างเต็มที่สูงสุด (Optimum Physical Performance Capacity) จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยและตำราที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีแนวคิดเกี่ยวกับสมรรถภาพทางกาย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

วิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งสหรัฐอเมริกา (ACSM, 1992) กล่าวว่า สมรรถภาพทางกายหมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยปราศจากการเหนื่อยล้าที่มากเกินไปกว่าความเป็นจริงที่ควรจะเป็น

เฮย์วอร์ด (Heyward, 1998) กล่าวว่า สมรรถภาพทางกาย คือ ความสามารถในการประกอบอาชีพ กระทำกิจกรรมนันทนาการและกิจกรรมประจำวัน โดยปราศจากความเหนื่อยล้ามากกว่าปกติ

กรีนเบิร์ก ดินติแมน และ โอ๊คส์ (Greenberg, Dintiman, & Oakes, 1997) กล่าวว่า สมรรถภาพทางกาย คือ ความสามารถความต้องการของชีวิต และคงไว้ซึ่งพลังงานอย่างเพียงพอในการตอบสนองต่อสถานการณ์เฉพาะหน้าที่เกิดขึ้น

สมรรถภาพทางกายจึงเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงความสามารถส่วนบุคคล ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยปราศจากการเหนื่อยล้าที่มากกว่าความเป็นจริงที่ควรจะเป็น

องค์ประกอบของสมรรถภาพทางกาย

วิทยาลัยเวชศาสตร์การกีฬาแห่งสหรัฐอเมริกา (American College of Sport Medicine, 1992) กล่าวว่า สมรรถภาพทางกายโดยทั่วไปประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความทนทานของปอดและหัวใจ (Cardiorespiratory Endurance) คือ ความสามารถของหัวใจที่จะสูบฉีดโลหิตและแลกเปลี่ยนออกซิเจนไปยังส่วนในต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งจะมีผลต่อความทนในการออกกำลังกาย และทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน
2. ความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ (Muscular Strength and Endurance) คือ ความสามารถของกล้ามเนื้อที่คงไว้หรือส่งเสริมทาง การทรงตัวและป้องกันหรือลดอาการปวด การคงไว้ซึ่งความสามารถของกล้ามเนื้ออย่างเพียงพอเป็นสิ่งสำคัญ ในการส่งเสริมความสามารถที่จำเป็นในการทำกิจวัตรประจำวันสำหรับบุคคล โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ต้องมีชีวิตรูปแบบไม่ต้องพึ่งอาศัยผู้ใด
3. ความยืดหยุ่น (Flexibility) คือ ความสามารถของข้อต่อและกล้ามเนื้อรอบ ๆ ที่จะเคลื่อนไหวข้ออย่างอิสระปราศจากความเจ็บปวด เมื่อมีการเคลื่อนไหวข้อต่อในมุมกว้าง
4. องค์ประกอบทางกายหรือสัดส่วนของร่างกาย (Body Composition) คือ ปริมาณของไขมันในร่างกาย ที่บ่งบอกถึงสิ่งที่คุกคามต่อภาวะสุขภาพ

ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสมรรถภาพทางกาย

เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาสมรรถภาพทางกายของบุคคลจากหลายแนวคิด นำมาประกอบกัน พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อการพัฒนาสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. อายุ ในวัยผู้สูงอายุสมรรถภาพทางกายด้านความแข็งแรง ความคล่องตัวและความเร็ว จะฝึกได้ดีเมื่ออายุระหว่าง 25-30 ปี จนเข้าสู่วัยสูงอายุ สมรรถภาพทางกายและขีดความสามารถ

ในการฝึกสมรรถภาพทางกายทุกองค์ประกอบจะลดลงอย่างเป็นลำดับ ตามกระบวนการสูงอายุ กิจกรรมที่ต้องอาศัยความเร็ว ความแข็งแรงและความทนทาน ผู้ที่อายุน้อยจะมีความสามารถในการสร้างหรือเปลี่ยนแปลงพลังงานได้เร็วและมีประสิทธิภาพดีกว่า (AAHPERD, 1997 อ้างถึงใน ปัญญา กิติโรจน์พันธ์, 2546)

2. เพศเพศชายจะมีสมรรถภาพทางกายสูงกว่าเพศหญิงเกือบทุกองค์ประกอบของสมรรถภาพทางกาย เนื่องจากเพศหญิงมีรูปร่างเล็กทำให้การทรงตัวของเพศหญิงไม่ดีเท่าเพศชาย เพศหญิงมีน้ำหนักเฉลี่ยน้อยกว่าตลอดจนมวลและขนาดของกล้ามเนื้อน้อยกว่าเพศชาย กระดูกบางและมีขนาดเล็กทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูกน้อยกว่าเพศชาย โดยเฉพาะบริเวณหน้าอก ไหล่และแขน แต่ความยืดหยุ่นของข้อต่อและเอ็นดีกว่าเพศชาย จึงทำให้มุมของการเคลื่อนไหวข้อต่อต่าง ๆ ของเพศหญิงดีกว่าเพศชาย ประสิทธิภาพการทำงานของปอดและหัวใจรวมกับความสามารถในการใช้ออกซิเจนสูงสุดน้อยกว่า สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความทนทาน จึงพบว่าเพศหญิงมีความแข็งแรงและความทนทานน้อยกว่าเพศชาย แต่มีความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อดีกว่า ในการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกายนั้นเพศหญิงจะสามารถพัฒนาสมรรถภาพทางกายเพิ่มขึ้นได้น้อยกว่าเพศชายประมาณ ร้อยละ 20 (AAHPERD, 1997 อ้างถึงใน ปัญญา กิติโรจน์พันธ์, 2546)

3. สมรรถภาพทางกายเดิมของผู้ออกกำลังกาย สมรรถภาพทางกายเริ่มต้นก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย จะมีผลถึงการกำหนดความหนักเบาในการออกกำลังกาย และความก้าวหน้าของการออกกำลังกาย ว่าจะเป็นไปได้แบบค่อยเป็นค่อยไปหรืออย่างรวดเร็ว (ACSM, 1992) ผู้ที่มีสมรรถภาพทางกายเริ่มต้นอยู่ในระดับดี จะมีการพัฒนาสมรรถภาพทางกายได้ผลเร็วกว่าผู้ที่มีสมรรถภาพทางกายต่ำ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะการเจ็บป่วย มีโรคประจำตัว จะมีผลทำให้สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุแตกต่างกันออกไป เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมือนกัน อาจมีผลทำให้สมรรถภาพทางกายมีการพัฒนาที่แตกต่างกัน

4. การออกกำลังกายต่อเนื่องและสม่ำเสมอ พบว่าผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ จะสามารถพัฒนาสมรรถภาพทางกายและอวัยวะต่าง ๆ ให้ทำงานได้ดีขึ้น (ศักดิ์ฐานพงษ์ ไชยสร, 2541) การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอในผู้สูงอายุ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจและแรงดันของหลอดเลือดส่วนปลายลดลง มีผลทำให้ความดันโลหิตของผู้สูงอายุลดลง (Schilke, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับแฮกเบิร์ก โมนเทิน และอีทิสานี (Hagberg, Montain, & Etisani, 1989) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปีเมื่อมีการออกกำลังกายจะมีผลทำให้ความดันโลหิตของผู้สูงอายุลดลง และอาร์โรล เบกลีโฮล และเฮสเกล (Arroll & Beagliehole, 1992; Haskell, 1992) ที่กล่าวว่า การออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตสูงระดับเล็กน้อย

ถึงปานกลาง ช่วยลดความดันโลหิตทั้งความดันซิสโตลิก (Systolic) และไดแอสโตลิกได้ (Diastolic) ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้ในระดับปกติก็ตาม แต่สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุใช้ยาควบคุมระดับความดันโลหิตน้อยลงได้ เมื่อระดับความรุนแรงของโรคประจำตัวของผู้สูงอายุลดลงจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายสามารถพัฒนาสมรรถภาพทางกายได้ดีขึ้นได้

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยได้มีการประเมินสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ 4 วิธี ได้แก่ ตรวจสอบองค์ประกอบทางกาย (Body Composition) สมรรถภาพของปอด หัวใจ ความยืดหยุ่น ความอ่อนตัวของร่างกายและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากค่าความทนทานของปอดและหัวใจเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความสามารถของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่จำเป็นในชีวิตประจำวันด้วยตนเองแบบไม่ต้องพึ่งพาผู้ใดและความยืดหยุ่นของร่างกายจะเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวอย่างอิสระเนื่องจากข้อต่อต่าง ๆ ของร่างกายของผู้สูงอายุไม่ยึดติดแข็ง

สรุปได้ว่าการเลือกประเภทและชนิดของการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุนั้นต้องคำนึงถึงสภาพร่างกาย ความชอบและหลักการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ผู้ออกกำลังกายก็จะได้รับประโยชน์สูงสุด สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า การจัดกิจกรรมการออกกำลังกายควรเลือกรูปแบบกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน ไม่หักโหม หรือรุนแรงมากนัก เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสามารถปฏิบัติได้สำเร็จง่าย (Yanker & Burton, 1990) การออกกำลังกายโดยวิธีรำไม้พลองป้านญมีแบบประยุกต์กันเป็นการออกกำลังกายรูปแบบหนึ่งซึ่งเหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการออกกำลังกายแบบแอโรบิกชนิดปลอดภัยกระแทกและมีความหนักเบาอยู่ในระดับปานกลาง ประกอบกับการควบคุมจังหวะการหายใจเข้า-ออก เพื่อฝึกฝนร่างกายและจิตใจควบคู่ไปกับการเคลื่อนไหว ทำให้ร่างกายทุกส่วนได้ออกกำลังกาย และผ่อนคลายกล้ามเนื้อและจิตใจได้เป็นธรรมชาติมากที่สุด และไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดการบาดเจ็บต่อร่างกาย

การออกกำลังกายโดยการรำไม้พลองป้านญมี

ปัจจุบันการออกกำลังกายโดยวิธีรำไม้พลองในประเทศไทย กำลังได้รับความนิยมกันมากในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากการออกกำลังกายรำไม้พลองมีลักษณะเด่น คือ เรียนรู้ได้ง่ายไม่ต้องอาศัยทักษะใด ๆ ใช้ไม้เป็นองค์ประกอบในการออกกำลังกายซึ่งจะช่วยในการเคลื่อนไหวและทรงตัวเน้นการมีการยืดและหดตัวของกล้ามเนื้อเป็นหลัก กระบวนการในการออกกำลังกายกระทำซ้ำ ๆ ในแต่ละท่าและต่อเนื่อง (บุญมี เครือรัตน์, 2541) พบว่าการออกกำลังกายโดยวิธีรำไม้พลองในประเทศไทยพบว่ามีอยู่ 3 แบบ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การรำไม้พลองอาจารย์เสริม ลอวิดาล ซึ่งเป็นชาวจังหวัดน่าน จัดเป็นการออกกำลังกาย โดยใช้ภูมิปัญญาของชาวบ้าน มีกระบวนการทำในการออกกำลังกาย 12 ท่า โดยแต่ละท่ามี 2 จังหวะนับ 8 ครั้ง โดยนับ 1-8 และ 8-1

2. การออกกำลังกายรำไม้พลอง ดร.สาทิส อินทรกำแหง หรือที่เรียกว่า รำตะบองของชีวิตมีอยู่ทั้งหมด 12 ท่า โดยยึดหลักได้ประโยชน์ครบ 5 ประการ ดังนี้

- 2.1 ได้ออกกำลังกายและบริหารทุกส่วนของร่างกาย
- 2.2 หลังโกร๊ธฮอร์โมน (Growth Hormone) หลังจากออกกำลังกายจนถึงจุดสูงสุด
- 2.3 มีความรู้สึกมีความสุขในการออกกำลังกาย
- 2.4 ใช้เวลาเหมาะสมและเข้าได้กับชีวิตประจำวันได้เป็นอย่างดี
- 2.5 ราคาถูกและประหยัด

เป้าหมายที่สำคัญของการรำไม้พลอง ดร. สาทิส คือสามารถบริหารร่างกายได้ทุกส่วนของร่างกาย โดยใช้หลักการทำสมาธิร่วมกับการบริหารร่างกายพร้อม ๆ กับได้ออกกำลังกายถึงจุดสูงสุดของการรำตะบองชีวิตใช้กำลังในการออกกำลังกายอย่างเต็มที่ เหนือออกมาก หัวใจแข็งแรง ชีพจรเต้นเร็วตั้งแต่ 100 กว่าครั้งขึ้นไป (สาทิส อินทรกำแหง, 2547)

3. การออกกำลังกายรำไม้พลองป้าบุญมี คิดค้นโดย ป้าบุญมี เครือรัตน์ ในปี 2536 เป็นภูมิปัญญาชาวบ้านไทยในการแก้ปัญหาโรคที่คุกคามด้วยตนเอง โดยอาศัยการลองผิดลองถูก เนื่องจากป้าบุญมีป่วยด้วยโรคปวดหลังและต้องใส่เสื้อเหล็กประคองหลัง (Lumbar Support) เป็นระยะเวลานาน 2 ปี (บุญมี เครือรัตน์, 2541) ป้าบุญมีเกิดแรงบันดาลใจเมื่อตนเองได้พบเห็นผู้สูงอายุใช้ท่อนไม้แกนบริหารร่างกายเดินตามสนามหญ้าทางโทรศัพท์ จึงเกิดความคิดในการบริหารร่างกายด้วยตนเองโดยดัดแปลงเอาด้ามไม้ฉูพื้นที่ไม่ใช่แล้ว เริ่มคิดทำทางบริหารร่างกายในแต่ละท่า เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยมีการยืดและหดตัวของกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง และพบว่าเป็นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อลำตัว หลังและต้นขาเป็นส่วนใหญ่ ช่วยป้องกันและลดอาการปวดหลัง และจากการศึกษาของ กนลรัตน์ ปานทอง (2548) พบว่าการออกกำลังกายรำไม้พลองป้าบุญมี สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ การออกกำลังกายด้วยวิธีนี้ นาน 20-30 นาที ช่วยเพิ่มการเผาผลาญพลังงานประมาณ 90-120 แคลลอรี่ ขึ้นอยู่กับความเร็วหรือแรงที่ทำ ไม้ที่ใช้มีความยาวเท่ากับช่วงมือของคนที่แต่ละคนในขณะกางแขนออก หรือประมาณ 125-130 เซนติเมตร เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1 นิ้ว ไม้ควรเกิน 1.5 นิ้ว จะใช้ไม้ไผ่ ไม้หนาด ไม้พลองจากท่อพีวีซี หรือไม้ฉูพื้นที่เหมาะสม ทำบริหารมี 12 ท่า ทำท่าละ 99 ครั้ง โดยนับในใจไปด้วย เป็นการฝึกสมาธิไปพร้อม ๆ กัน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยการออกกำลังกาย ด้วยวิธีรำไม้พลองป้าบุญมี เนื่องจากการออกกำลังกายรำไม้พลองป้าบุญมีเป็นการใช้แรงในระดับเบา ถึงปานกลาง สอดคล้องกับหลักการการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ และเป็นการออกกำลังกายที่ง่ายต่อการฝึกฝนในการเคลื่อนไหว ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการนำเทคนิคในการผ่อนคลายโดยการหายใจให้เป็นจังหวะอย่างช้า ๆ (Slow Rhythmic Breathing) เป็นการหายใจอย่างเป็นปกติเป็นจังหวะตามธรรมชาติ โดยหายใจเข้าช้า ๆ ลึกทางจมูกและผ่อนลมหายใจออกทางปากอย่างช้า ๆ ซึ่งในขณะที่ทำการหายใจนั้นจิตใจก็จะสงบเงียบและมีสมาธิ จะส่งผลทำให้ร่างกายมีการเพิ่มปริมาณของสารสื่อประสาท ได้แก่ ซีโรโทนิน ซึ่งเป็นสารที่ช่วยในการทำงานของสมองเกี่ยวกับการนอนหลับ ทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับได้ดี และจะช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ความวิตกกังวล และความซึมเศร้าได้ (Davis, Eshelman & McKay, 1995, pp. 23) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการออกกำลังกายรำไม้พลองป้าบุญมีแบบประยุกต์ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการออกกำลังกายรำไม้พลองป้าบุญมี มีท่าการบริหารร่างกายทั้งหมด 12 ท่าและท่าออกกำลังกายในระยะอบอุ่นร่างกายและระยะผ่อนคลายเป็นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นอีก 7 ท่า เพื่อมาประยุกต์ใช้ร่วมกับท่าบริหารร่างกายของป้าบุญมี โดยมีระยะในการออกกำลังกาย 3 ระยะ คือ ระยะอุ่นเครื่อง (Warm up) 5 นาที จะใช้ท่าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นทั้งหมด 7 ท่า แต่ละกระบวนท่ากระทำช้า ๆ ท่าละ 10 ครั้ง ระยะออกกำลังกาย (Exercise) 20 นาที จะใช้ท่าการบริหารร่างกายของป้าบุญมีทั้งหมด 12 ท่า แต่ละกระบวนท่ากระทำช้า ๆ ท่าละ 20 ครั้ง และระยะผ่อนคลาย (Cool Down) 5 นาที ใช้ท่าที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเดิมทั้งหมด 7 ท่า แต่ละกระบวนท่ากระทำช้า ๆ ท่าละ 10 ครั้ง โดยระยะเวลาในการออกกำลังกายทั้ง 3 ระยะรวม 30 นาที ในการออกกำลังกายที่ถูกต้องจะไม่เกร็ง ทำอย่างสบาย ๆ ให้นุ่มนวลต่อเนื่องเป็นธรรมชาติ ในแต่ละท่ามีการเคลื่อนไหวของร่างกาย ระยะอุ่นเครื่อง (Warm up) และระยะผ่อนคลาย (Cool Down) จะไม่มีการใช้ไม้ในการออกกำลังกาย แต่ระยะออกกำลังกาย (Exercise) จะใช้ไม้เป็นส่วนประกอบในการออกกำลังกายเพื่อรักษาความสมดุลของร่างกายขณะเคลื่อนไหวโดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

ระยะอบอุ่นร่างกาย (Warm up)

ท่าที่ 1 บริหารคอ ยืนตรง แยกขา หมุนคอไปด้านข้าง ด้านหน้า และด้านหลัง โดยเริ่มข้างขวาแล้วค้างไว้ แล้วนับ 1-10 ทำเช่นเดียวกันให้ครบทั้ง 4 ด้าน และเวลาหมุนคอมาด้านหน้า ให้จรดคางชิดคอ เมื่อเคลื่อนไปด้านข้างให้ใบหูแนบไหล่ (เพื่อให้ได้ยืดเหยียดจนสุด) หมุนช้า ๆ หอดสายตาออกไปไกล ๆ หน้าไป

ท่าที่ 2 บริหารไหล่ ยืนตรง แยกขา วางแขนข้างลำตัว หมุนหัวไหล่ แล้วนับ 1-10 ทำสลับกันทั้ง 2 ข้าง

ท่าที่ 3 บริหารไหล่ ยืนตรง แยกขา หมุนแขนเป็นวงกลม หมุนไปข้างหน้า 10 ครั้ง
หมุนไปข้างหลัง 10 ครั้ง พร้อมกันทั้ง 2 ข้าง

ท่าที่ 4 บริหารข้อศอก ยืนตรง แยกขา เขยิบแขนไปข้างหน้าแล้วงอแขนเข้าให้สุด
ทำพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง แล้วนับ 1- 10

ท่าที่ 5 บริหารสะโพกและต้นขา ยืนตรง แยกขา เอามือเท้าเอวแล้วบิดเอวไปทางขวา
10 ครั้ง ทางซ้าย 10 ครั้ง

ท่าที่ 6 บริหารเข่าและข้อเท้า ยืนตรง แยกขา มือจับเข่าทั้ง 2 ข้าง โยกตัวไปทางขวาให้เข่า
ข้างขวางอและขาซ้ายเหยียดตึง ทำสลับกันทั้ง 2 ข้าง ซ้ำละ 10 ครั้ง

ท่าที่ 7 บริหารข้อมือและขา ยืนตรง ข้างเท้าอยู่กับที่พร้อมด้วยสะบัดมือทั้ง 2 ข้าง ทำทั้ง
2 อย่างพร้อม ๆ กัน โดยนับ 1-10

ระยะออกกำลังกาย (Exercise)

ท่าที่ 1 เข่าเข้า ขกขาข้างใดข้างหนึ่งพาดบนโต๊ะ เก้าอี้ หรือสิ่งที่รองรับน้ำหนักได้
ความสูงหรือต่ำขึ้นอยู่กับสภาพของแต่ละบุคคล ขกขาที่ยืนย่อเล็กน้อยหลังตรง ใช้มือทั้งสองข้าง
จับที่เข่าและเข่าขึ้นเอง เปลี่ยนข้างทำเช่นเดียวกันจนครบ

ท่าที่ 2 เขย่งข้าง ขกขาข้างใดข้างหนึ่งพาดบนโต๊ะ เก้าอี้ หรือสิ่งที่รองรับน้ำหนักได้
ความสูงหรือต่ำขึ้นอยู่กับสภาพของแต่ละบุคคล ขกขาที่ยืนย่อเล็กน้อยหลังตรง ใช้มือทั้งสองข้าง
จับที่เข่าและเข่าขึ้นเอง เปลี่ยนข้างทำเช่นเดียวกันจนครบ

ท่าที่ 3 พายเรือ ยืนตรง แยกขา หน้าตรง มือทั้งสองข้างจับปลายไม้ และดึงขึ้นด้านข้าง
ลำตัวทางขวา (พายข้างใดให้เอามือข้างนั้นถือปลายไม้ด้านล่าง) วาดไม้จากแนวตั้งไปแนวนอนไป
ด้านหลังจนสุด นับหนึ่ง ทำซ้ำจนครบเปลี่ยนข้างทำเช่นเดียวกันจนครบ

ท่าที่ 4 หมุนกาย/ เอวหมุน ยืนตรง แยกขา หน้าตรง มือทั้งสองข้างจับปลายไม้ วาดไม้ใน
แนวนอนไปด้านข้างทางขวาและหมุนลำตัว พร้อมย่อเข่าขวานับหนึ่ง วาดไม้และหมุนตัวไป
ทางซ้าย ทำเช่นเดียวกันนับสอง ทำสลับกันไปจนครบ

ท่าที่ 5 ดาชั่ง ยืนตรง แยกขา ไม้พาดบ่า แขนทั้งสองข้างโอบปลายไม้ไว้ เอียงตัวไป
ทางขวาและวาดปลายไม้ข้างเดียวกันลงมา พร้อมย่อเข่าซ้ายนับหนึ่ง เอียงตัวไปทางซ้ายทำ
เช่นเดียวกันนับสอง ทำสลับกันไปจนครบ

ท่าที่ 6 ว่ายน้ำคว่ำ ยืนตรง แยกขา หน้าตรง ไม้พาดบ่า แขนทั้งสองข้างโอบปลายไม้ไว้
วาดปลายไม้ให้เป็นวงเหมือนว่ายน้ำไปข้างหน้าให้ได้ 1 รอบ นับทำซ้ำจนครบ

ท่าที่ 7 กระเชียงถอยหลัง ยืนตรง แยกขา หน้าตรง ไม้พาดบ่า แขนทั้งสองข้างโอบปลาย
ไม้ไว้ วาดปลายไม้ให้เป็นวงไปข้างหลังเหมือนว่ายน้ำท่ากระเชียงให้ได้ 1 รอบ นับทำซ้ำจนครบ

ท่าที่ 8 ดาวดิ่งสี่ ขึ้นตรง เท้าทั้งสองข้างชิดกัน ปลายเท้าแยก หน้าตรง ไม่พาดบ่า แขนทั้งสองข้างโอบปลายไม้ไว้ วาดไม้ลงด้านข้างทางขวา ปลายไม้ด้านซ้ายวาดขึ้นด้านบนนับหนึ่ง วาดปลายไม้ลงด้านข้างทางซ้าย ปลายไม้ด้านขวาวาดขึ้นด้านบนนับสอง ทำสลับกันไปจนครบ

ท่าที่ 9 นกบิน ขึ้นตรง แยกขา หน้าตรง ไม่พาดบ่า แขนทั้งสองข้างโอบปลายไม้ไว้ หมุนลำตัวและไหล่ไปทางขวาพร้อมย่อเข้าขวานับหนึ่ง หมุนไปทางซ้าย ทำเช่นเดียวกันนับสอง ทำสลับกันไปจนครบ

ท่าที่ 10 ทศกัณฐ์/ โยกตัว ขึ้นตรง แยกขา หน้าตรง แขนทั้งสองข้างห้อยลงมือจับไม้ไว้ที่หลังต้นขา ย่อเข้าขวาพร้อมโยกตัวไปทางขวานับหนึ่ง ย่อเข้าซ้ายทำเช่นเดียวกันนับสอง ทำสลับกันไปจนครบ

ท่าที่ 11 ท่ายกน้ำหนัก/ จับไม้ข้ามหัว ขึ้นตรง แยกขา หน้าตรง แขนทั้งสองข้างห้อยลงมือจับไม้ไว้ที่หลังต้นขา วาดไม้ข้ามศีรษะและดึงลงด้านข้างหลังหยุดในท่างอข้อศอก จากนั้นวาดไม้ข้ามศีรษะกลับมาอยู่ในท่าเดิม นับหนึ่ง ทำซ้ำจนครบ

ท่าที่ 12 นวด ขึ้นตรง แยกขา หน้าตรง แขนทั้งสองข้างห้อยลงมือจับไม้ไว้ที่หลังต้นขา ย่อเข้าลงทั้งสองข้างอย่าให้เกินกว่ามูมจาก ใช้ไม้ นวดหรือคลึงบริเวณหลังต้นขา กัน และบริเวณหลังระดับเอวตามใจชอบพร้อมยืดเข้าตรงนับหนึ่ง ทำซ้ำจนครบ

ระยะผ่อนคลาย (Cool Down)

ท่าที่ 1 บริหารคอ ขึ้นตรง แยกขา เอียงหน้าไปทางด้านขวาให้สุดค้างไว้ แล้วนับ 1-10 ทำสลับกันทั้ง 2 ข้าง

ท่าที่ 2 บริหารไหล่ ขึ้นตรง แยกขา วางแขนข้างลำตัว หมุนหัวไหล่ แล้วนับ 1-10 ทำสลับกันทั้ง 2 ข้าง

ท่าที่ 3 บริหารไหล่ ขึ้นตรง แยกขา หมุนแขนเป็นวงกลม หมุนไปข้างหน้า 10 ครั้ง หมุนไปข้างหลัง 10 ครั้ง ทั้งพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง

ท่าที่ 4 บริหารข้อศอก ขึ้นตรง แยกขา เหยียดแขนไปข้างหน้าแล้วงอแขนเข้าให้สุด ทำพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง แล้วนับ 1-10

ท่าที่ 5 บริหารสะโพกและต้นขา ขึ้นตรง แยกขา เอามือเท้าเอวแล้วบิดเอวไปทางขวา 10 ครั้ง ทางซ้าย 10 ครั้ง

ท่าที่ 6 บริหารเข่าและข้อเท้า ขึ้นตรง แยกขา มือจับเข่าทั้ง 2 ข้าง โยกตัวไปทางขวาให้เข่าข้างขวางอและขาซ้ายเหยียดตึง ทำสลับกันทั้ง 2 ข้าง ข้างละ 10 ครั้ง

ท่าที่ 7 บริหารข้อมือและขา ขึ้นตรง ย่ำเท้าอยู่กับที่พร้อมด้วยสะบัดมือทั้ง 2 ข้าง ทำทั้ง 2 อย่างพร้อม ๆ กัน โดยนับ 1-10

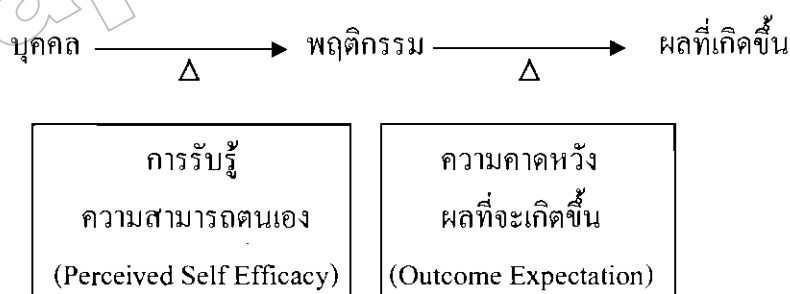
ดังที่ได้กล่าวมาแล้วในข้างต้นว่าการออกกำลังกายมีผลดีต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่พบว่าผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายน้อยและไม่สม่ำเสมอ สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่นิยมออกกำลังกาย (ปาลิรัตน์ พรทวีกันหา, 2541; วาสนา เกื่อนวงษ์, 2540) สาเหตุที่ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายน้อย เป็นเพราะตัวผู้สูงอายุเองคิดว่าวัยของตนเป็นวัยที่ต้องใช้กำลังกายเล็กน้อยและพักผ่อนมาก ๆ เนื่องจากร่างกายอ่อนแอ สุขภาพทรุดโทรมไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ ได้เต็มที่เช่นเดียวกับคนในวัยเด็กและหนุ่มสาว และจากการศึกษาสาเหตุของการไม่ออกกำลังกายพบว่า การออกกำลังกายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเอง (นพวรรณ ภัทรวงศา, 2542) ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุเชื่อมั่นในความสามารถตนเองว่า สามารถทำได้และทำแล้วจะเป็นผลดีต่อร่างกาย ผู้สูงอายุก็จะออกกำลังกาย จึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง ตามทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura) ที่กล่าวว่าถ้าบุคคลมีความเชื่อหรือมีการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยที่ทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตาม (Bandura, 1977, pp. 193-194) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาผลการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองให้แก่ผู้สูงอายุ พบว่าส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น (จันทนา วังคะอ้อม, 2540) จากคุณประโยชน์ของแนวคิดความสามารถตนเองดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษา โปรแกรมการออกกำลังกายรำไม้พลองป่าบุญมีโดยประยุกต์ร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเอง ซึ่งมีขอบเขตเนื้อหาทฤษฎีตามสาระสังเขปดังนี้

ทฤษฎีความสามารถตนเอง

ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self efficacy Theory) ได้พัฒนามาจากหลักการเรื่องการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Principles) โดยอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura, 1977) นักจิตวิทยาชาวอเมริกันมีความเชื่อว่า บุคคลถ้ามีการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง ทำอย่างไร และเมื่อทำเสร็จแล้วได้ผลเกิดขึ้นตามที่คาดหวังไว้ บุคคลก็จะกระทำสิ่งนั้น แบนดูราจึงกล่าวว่าบุคคลที่มีความเชื่อในความสามารถตนเองและมีแรงจูงใจสูงจะพากเพียรพยายามนำไปสู่ความสำเร็จของกิจกรรม และจะควบคุมตนเองให้เกิดพฤติกรรมตามต้องการ โดยจะแตกต่างจากแนวคิดความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-confidence) ซึ่งเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปไม่เจาะจงสถานการณ์ แต่ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) จะเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเฉพาะสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์ใดเท่านั้น

ในระยะแรกแบนดูรา (Bandura, 1977, pp. 191-215) ได้เสนอแนวคิดของความคาดหวังความสามารถตนเอง (Efficacy Expectation) โดยให้ความเห็นว่า เป็นความคาดหวังที่เกี่ยวข้องกับความสามารถตนเอง ในลักษณะที่เฉพาะเจาะจงและความคาดหวังนี้เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรม แต่ต่อมาแบนดูรา (Bandura, 1986) ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-efficacy) แทนความคาดหวังความสามารถตนเอง เป็นความเชื่อหรือการรับรู้การตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (One Own Ability to Produce Particular Responses) โดยที่แบนดูราเชื่อว่า บุคคลสองคนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ ถ้าพบว่าสองคนนี้มี การรับรู้ความสามารถในตนเองแตกต่างกัน ในบุคคลเดียวกันก็เช่นกันถ้ารับรู้ความสามารถในตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกันก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันได้เช่นกัน แบนดูราเห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่คงที่ หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถในตนเองในสภาพการณ์นั้น ๆ นั่นเอง นั่นคือถ้าเรามีความเชื่อว่าเรามีความสามารถก็จะแสดงถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถก็จะมีความอดทนอุตสาหะ ไม่ย่อท้อง่าย และจะประสบความสำเร็จมากที่สุด

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self Efficacy) เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่า จะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) เป็นการตัดสินใจว่าผลกระทบใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมดังกล่าว (Bandura, 1977, p. 194 อ้างถึงใน สุขาคา ภัณฑารักษ์สกุล, 2546)



ภาพที่ 2 ความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้น

เนื้อหาสาระของทฤษฎีนี้ประกอบด้วย 2 แนวคิด คือ การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self Efficacy) และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation) มีความสัมพันธ์

กันมาก โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างทั้งสองแนวคิดนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ หรือพฤติกรรมอื่นใดต่อไปอีกหรือไม่ ดังที่เบนดูรากล่าวว่า หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงและมีความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นสูงก็มีแนวโน้มที่จะกระทำอย่างแน่นอนแต่ถ้ามีด้านใดสูงหรือต่ำบุคคลนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำ (Bandura, 1997)

		ความคาดหวังที่เกิดขึ้น	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ ความสามารถ ตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

ภาพที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่เกิดขึ้น

การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy) การรับรู้ความสามารถของ
ตนเอง คือ ความมั่นใจของบุคคลว่าสามารถปฏิบัติหรือกระทำเพื่อให้ได้ผลที่เกิดขึ้นหรือผลลัพธ์
ตามต้องการ ซึ่งเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นหรือคาดหวังก่อนที่จะกระทำการใด ๆ (Bandura, 1997, p. 22)

ความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น (Outcome Expectation) ความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นเป็นความ
เชื่อของบุคคลที่ประเมินว่าพฤติกรรมที่ตนเองกระทำนั้นจะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามต้องการ (Bandura,
1997, p. 22) แบ่งออกเป็น 3 ด้านด้วยกัน ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านสังคม และด้านประเมินด้วย
ตนเอง ในแต่ละด้านประกอบด้วยความคาดหวังทางบวก (Positive Expectation) คือ สิ่งที่น่าพอใจให้
กระทำ และความคาดหวังให้ผลกระทบ (Negative Expectation) คือ สิ่งที่ไม่พอใจให้กระทำ
(Bandura, 1986 cited in Bandura, 1997, pp. 21-22) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ด้านกายภาพ (Physical Effects) หมายถึง ความเชื่อว่าภายหลังปฏิบัติหรือกระทำสิ่ง
นั้นแล้วจะส่งผลต่อร่างกายในทางบวกและทางลบ ทางบวกคือ ทำให้เกิดความสุขสบายทางกาย
ทางลบ คือ ทำให้เกิดความไม่สุขสบายทางกาย เช่น ความเจ็บปวด ความหิว ความรู้สึกร้อนและ
หนาว เป็นต้น

2. ด้านสังคม (Social Effects) หมายถึง ความเชื่อว่าภายหลังปฏิบัติหรือกระทำสิ่งนั้นจะ
ส่งผลต่อสังคมในทางบวก เช่น การได้รับความสนใจจากสังคม สังคมเห็นคุณค่าและพอใจ

การได้รับสิ่งตอบแทนเป็นสิ่งของรางวัล เงินทอง ตลอดจนเกียรติยศ อำนาจ ศักดิ์ศรีในสังคม เป็นต้น ส่วนทางลบ เช่น ถูกสังคมรู้สึกไม่พอใจ แรงต่อต้านจากสังคม การถูกเพิกถอนอภิสิทธิ์ต่าง ๆ ในสังคม

3. ด้านการประเมินด้วยตนเอง (Self Evaluation) หมายถึงความเชื่อว่าภายหลังปฏิบัติหรือกระทำสิ่งนั้นแล้วจะส่งผลต่อตนเองทางบวก เช่น ความพึงพอใจในตนเอง (Self Satisfaction) ความมีคุณค่าในตนเอง (Self Worth) สำหรับผลต่อตนเองทางลบ เช่น การตำหนิตนเอง (Self Censure) ความรู้สึกไม่พอใจตนเอง (Self Dissatisfaction) ตัวอย่างเช่น นักกีฬาที่มีความเชื่อว่ากระโดดสูงได้ 7 ฟุตจะทำให้เขารู้สึกภาคภูมิใจที่ได้แข่งขันกับตนเองไม่มุ่งหวังเงินรางวัลหรือคำชมเชย

จากประเด็นที่กล่าวมาข้างต้นที่ว่าความคาดหวังในความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เพราะบุคคลมองผลของการกระทำที่เกิดขึ้นว่าเป็นสิ่งแสดงถึงความพอเหมาะพอเพียงของพฤติกรรมที่ได้กระทำไป และยังเป็นสิ่งช่วยในการตัดสินใจอีกว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือพฤติกรรมอื่นอีกต่อไปหรือไม่ และเมื่อบุคคลใดที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงก็จะทำให้การคาดหวังที่เกิดขึ้นสูงตามไปด้วย (Bandura, 1997, pp. 23-24) แต่จากการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆพบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองจะเป็นตัวทำนายแนวโน้มการกระทำพฤติกรรมได้ดีกว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ (Bandura, 1986, p. 393)

ปัจจัยที่มีต่อการรับรู้ความสามารถในตนเอง แบนดูรา (Bandura, 1997, pp. 195-198)

กล่าวว่าการรับรู้ความสามารถในตนเองของบุคคลพัฒนามาจากปัจจัย ดังนี้

1. การกระทำที่ได้บรรลุผลสำเร็จ (Performance Accomplishments) หมายถึง การเรียนรู้จากสิ่งที่ตนเองเคยกระทำ ซึ่งมีประสิทธิภาพมากที่สุด แบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง เนื่องมาจากเป็นประสบการณ์ตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง จำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลที่จะมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆกับการทำให้เขามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับนั้นอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลรับรู้ว่ามีความสามารถจะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

2. ประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น (Vicarious Experience) หรือการใช้ตัวแบบ หมายถึง การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้ว ก็จะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่นบุคคลจะบอกกับตนเองได้ว่าถ้าผู้อื่นสามารถทำงานแล้วประสบความสำเร็จได้ เขาจะต้องสามารถทำงานนั้นได้เช่นเดียวกัน ถ้ามีความตั้งใจและความพยายาม

3. การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal Persuasion) หมายถึง การที่ผู้อื่นใช้ความพยายามในการพูดกับบุคคลเพื่อให้เขาเชื่อว่ามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งให้ประสบความสำเร็จได้ การเกลี้ยกล่อมจากผู้อื่นจะมีส่วนช่วยให้บุคคลมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในการกระทำต่าง ๆ ให้สำเร็จ มีความหวังเกี่ยวกับความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น แต่ทั้งนี้จะต้องขึ้นอยู่กับบุคคลที่พูดเกลี้ยกล่อมให้ความเชื่อถือไว้วางใจ และมีความสำคัญต่อตัวเขา เช่น พ่อแม่ ครู เพื่อน ฯลฯ วิธีการนี้เบนคูราเชื่อว่าเป็นวิธีง่าย แต่ไม่ได้ผลนัก หากจะให้ได้ผลดี ควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ

4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion Arousal) หมายถึง การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองในสภาพต่าง ๆ ของร่างกาย หรืออาจกล่าวได้ว่าบุคคลจะคาดหวังความสำเร็จเมื่อเขาได้อยู่ในสภาพการณ์ที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งที่พอใจ

เบนคูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวเชื่อมที่สำคัญระหว่างความรู้กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล เพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิการของตนเอง ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเลือกกระทำในกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะริเริ่มการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมและหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ นอกจากนี้ผู้ที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะประเมินสุขภาพของตนว่าดีกว่า เจ็บป่วยหรือซึมเศร้าน้อยกว่า ฟื้นหายจากการเจ็บป่วยและการขาดเจ็บดีกว่า และเร็วกว่าผู้ที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ

การประเมินความสามารถตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self Efficacy) เบนคูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่า เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็นเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์หนึ่งที่มีความยุ่งยากหรือพฤติกรรมที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติให้ประสบผลสำเร็จตามที่คาดไว้ การรับรู้ความสามารถตนเองจะผันแปรไปใน 3 มิติ ซึ่งสามารถนำมาประเมินการรับรู้ความสามารถตนเอง ดังต่อไปนี้ (Bandura, 1997 อ้างถึงใน สุชาดา ภัณฑารักษ์สกุล, 2546)

1. ขนาดหรือระดับความสามารถ ตามความยากหรือง่ายของพฤติกรรม (Magnitude) การรับรู้ความสามารถตนเองตามความคาดหวังของแต่ละบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็นเฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์หนึ่งที่มีความยุ่งยากหรือพฤติกรรมที่บุคคลจะเลือกกระทำในสถานการณ์นั้น ๆ บุคคลหนึ่งอาจจะมีความสามารถทำกิจกรรมง่าย ๆ หรือระดับความยากปานกลางเท่านั้น

2. ระดับความมั่นใจในความสามารถที่จะทำพฤติกรรม (Strength) ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ อาจมีกิจกรรมที่บุคคลจะต้องปฏิบัติตามระดับความยากง่ายแตกต่างกัน บุคคลที่มีความเข้มแข็งหรือมีความมั่นใจก็จะมีกำลังใจและพยายามที่จะปฏิบัติตามกิจกรรม หรือเผชิญกับสถานการณ์นั้น

3. ระดับความสามารถที่จะนำประสบการณ์ความสำเร็จมาใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่แตกต่างกัน (Generality) บุคคลที่เคยประสบความสำเร็จในสถานการณ์บางอย่างมาก่อนอาจมีความหวังหรือรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นในสถานการณ์อื่น ๆ ได้

ในการวัดการรับรู้ความสามารถในตนเองจัดเป็นขั้นตอนคือ ให้บุคคลประเมินความเชื่อว่าสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะอย่างได้สำเร็จหรือไม่ แล้วจึงให้ประเมินระดับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ต่อมาได้มีการพัฒนาโดยการรวม 2 ขั้นตอนมาเป็นขั้นตอนเดียวคือ ไม่มั่นใจว่าสามารถทำได้เลย จนถึงมั่นใจเต็มที่ว่าสามารถทำได้ ลักษณะการให้คะแนนความเชื่อมั่นมีรูปแบบมาตรฐานและแนะนำการให้คะแนนเป็นแบบ 0-100 จากไม่มั่นใจเลย จนถึงมั่นใจอย่างเต็มที่ (Bandura, 2001) แต่อาจมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการให้คะแนนได้ ขึ้นอยู่กับอายุของผู้ตอบแบบสอบถามและขอบเขตความสามารถในการตอบแบบสอบถาม สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์ประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั้ง 3 มิติ การให้คะแนนได้ปรับจาก 0-100 มาใช้มาตราส่วนแบบลิเกิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ คือ ระดับความมั่นใจมากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) เพื่อให้ง่ายต่อการตอบแบบประเมินของผู้สูงอายุทุกคน และมีความเที่ยงเป็นที่ยอมรับว่ามีความน่าเชื่อถือและเหมาะสมในการนำมาใช้กับผู้สูงอายุไทย (เกตุสุดา มณีกระจ่างแสง, 2544)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self Efficacy) ที่มีผลต่อการเพิ่มความรู้สึกในการตัดสินใจปฏิบัติ ความอดทน พยายามเผชิญอุปสรรคต่าง ๆ ที่ยากลำบากได้แม้ว่าจะไม่มีประสบการณ์ และเกิดความผ่อนคลายไม่รู้สึกลังเลหรือเครียด โดยนำความรู้เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองมาเป็นแนวในการสร้างขั้นตอนการดำเนินการในโปรแกรมการออกกำลังกาย ได้แก่ การให้ผู้สูงอายุได้รับฟังการบรรยายให้ความรู้ประกอบภาพในคู่มือการออกกำลังกาย ได้เห็นตัวแบบจากผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายรำไม้พลองป้าบุญมีอย่างต่อเนื่อง รวมถึงผู้สูงอายุที่เป็นตัวแบบนำการออกกำลังกายและที่ออกกำลังกายร่วมกัน ให้ทำการฝึกทักษะการออกกำลังกายรำไม้พลองป้าบุญมีแบบประยุกต์ จากการชมวีดิและการสาธิตการออกกำลังกายรำไม้พลองป้าบุญมีแบบประยุกต์จากผู้นำที่เป็นตัวแบบ รวมทั้งมีการรวมกลุ่มเพื่อออกกำลังกายรำไม้พลองป้าบุญมีแบบประยุกต์ด้วยการกำหนดลมหายใจเข้า-ออกประกอบกับการเคลื่อนไหวแขน-ขา

ตามกระบวนการบริหารร่างกายรวม 19 ท่า เป็นเวลา 12 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน โดยได้รับการดูแลขณะฝึกปฏิบัติเพื่อให้สามารถออกกำลังกายได้อย่างถูกต้อง ได้รับฟังคำพูดชักจูง โน้มน้าวให้กำลังใจ มีการตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนและหลังการออกกำลังกายทุกครั้ง และมีการรวมกลุ่มออกกำลังกายเพื่อพูดคุยถึงผลดีของการออกกำลังกายที่เกิดขึ้น ประเมินผลการออกกำลังกายกระตุ้นให้ผู้สูงอายุระบายความเครียด ปัญหาในการฝึกออกกำลังกายรวมทั้งร่วมกันแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น มีการสร้างความคาดหวังในผลดีของการออกกำลังกายแทรกไปในกิจกรรมต่าง ๆ และนำความรู้เรื่องการประเมินความสามารถของตนเองที่มีผลต่อพฤติกรรมมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสัมภาษณ์ ทั้งยังได้ทบทวนแนวคิดความคาดหวังผลที่เกิดขึ้น (Outcome Expectation) จากการออกกำลังกาย ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจและสังคม มาเป็นแนวทางในการสร้างขั้นตอนการดำเนินการและการสร้างแบบสัมภาษณ์ เพื่อมุ่งส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุและให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งช่วยเสริมให้การออกกำลังกายรำไม้พลองปัญญานี้มีผลต่อการลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นนั้น พบว่าผู้สูงอายุเป็นวัยของการเสื่อมสภาพ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดังนั้นแทนที่ผู้สูงอายุจะปล่อยให้เปลี่ยนแปลงนั้นเป็นไปตามธรรมชาติ ควรมีการป้องกันหรือชะลอไว้ ดังนั้นการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการออกกำลังกายรำไม้พลองปัญญา มีแบบประยุกต์ โดยมีการนำทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรามาใช้ร่วมเพื่อให้เกิดการปฏิบัติและพัฒนาการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและช่วยแก้ไขความบกพร่องในการเคลื่อนไหวของร่างกายและทางจิตใจในเรื่องของความซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุข