

บทที่ 2

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
3. ความหวัง

ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

สุขภาพจิต

ได้มีผู้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้หลายท่าน ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization อ้างในจตุพร เพ็งชัย, 2535) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่าเป็นสภาพความสมบูรณ์ของจิตใจของบุคคลที่สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสมและมีความสุข มีสัมพันธภาพที่ดีงามกับบุคคลอื่น ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างสมดุล สามารถสนองความต้องการของตนเองโดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าไม่เป็นโรคจิต โรคประสาทเท่านั้น

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (The American Psychiatric Association) ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า หมายถึงการประสบความสำเร็จในเรื่องงาน ความสัมพันธ์ รวมทั้งการมีความยืดหยุ่นในการแก้ปัญหาที่เป็นความขัดแย้งระหว่างสัญชาตญาณและความถูกต้อง และการอยู่ในโลกของความเป็นจริง (Shives, 1994)

จอห์นสัน (Johnson, 1997) ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่าเป็นสภาพความผาสุกทางอารมณ์ของบุคคลที่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและประสบความสำเร็จ

ฝน แสงสิงแก้ว (2522) ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า คือสภาพจิตที่เป็นสุข มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี มีผู้ให้แนวคิดไว้หลากหลาย ดังนี้

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

1. เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเอง หมายถึง ผู้ที่เข้าใจตนเอง เรียนรู้วิธีการจัดการกับอารมณ์ของตนเอง เช่น อารมณ์รัก โกรธ กลัว วิชา ละอาย และวิตกกังวล เข้าใจและยอมรับความสำเร็จและความล้มเหลวของตนเอง เข้าใจถึงพรสวรรค์และจุดอ่อนของตนเอง มองตนเองในแง่บวก เห็นคุณค่าของตนเอง มีความนับถือตนเอง มีความสุขและพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน และมีการวางแผนและปฏิบัติตามแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
2. เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ดี หมายถึง เป็นผู้ที่รู้จักให้และรู้จักรับความรักจากผู้อื่น มีความกลมกลืนในทีมงานและความสัมพันธ์ มีการแสดงออกถึงความนับถือตนเอง โดยการรู้จักนับถือผู้อื่น เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคม และเสียสละตนเองเพื่อส่วนรวมได้
3. เป็นผู้ที่สามารถนำประโยชน์จากความสัมพันธ์ที่ดีกับตนเองและบุคคลอื่นมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่น สามารถเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวัน มีการตัดสินใจแก้ปัญหาที่เหมาะสม และแสวงหาความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ มีความกระตือรือร้นเกี่ยวกับความคาดหวังในอนาคตโดยมีการวางแผนและลงมือปฏิบัติ ยอมรับสิ่งที่ท้าทายในชีวิตด้วยความรับผิดชอบและให้ความหมายกับสิ่งเหล่านั้น ควบคุมพฤติกรรมของตนเองโดยใช้เหตุผล สติปัญญาและความรอบคอบมากกว่าที่จะใช้อารมณ์ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาตนเองทั้งในเรื่องความสามารถและทักษะต่าง ๆ

จาโฮดา (Jahoda, 1958 cited in Stuart & Sundeen, 1987) กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี มีดังนี้

1. การมีทัศนคติในทางบวกเกี่ยวกับตนเอง (positive attitudes toward self) เป็นการยอมรับตนเองอย่างใกล้เคียงความเป็นจริง มีความพยายามที่จะให้เป้าหมายของชีวิตที่เหมาะสม บรรลุผลสำเร็จ มีความรู้สึกมีเอกลักษณ์ในตน มีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกมั่นคง และรู้สึกว่าการมีชีวิตนี้มีความหมาย

2. การเจริญเติบโต การพัฒนาการและความตั้งใจที่จะพัฒนาตนเองให้ถึงขีดความสามารถสูงสุดตามความเป็นจริงของตนเอง (growth, development and self-actualization) หมายถึงว่า บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีต้องมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย สมวัย และมีการพัฒนาตนเองอย่างเต็มศักยภาพ โดยสามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาตนเอง มีความคิดริเริ่ม พร้อมทั้งจะเผชิญกับสิ่งใหม่ ๆ โดยไม่มีภาวะคับข้องใจทางอารมณ์

3. การสร้างบูรณาการแห่งบุคลิกภาพของตนเอง (integration) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะผสมผสานระหว่างกระบวนการความคิด ความรู้สึกและการกระทำได้อย่างสอดคล้องกัน รวมถึงความสามารถในการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าภายนอก และสิ่งเร้าภายในได้อย่างเหมาะสม

4. การเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) เกี่ยวข้องกับความมุ่งมั่นที่เกิดจากแรงผลักดันภายในของตนเอง มีความสมดุลระหว่างการพึ่งพาตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น รวมทั้งยอมรับผลที่ตามมาจากการกระทำของตนเอง มีความรับผิดชอบต่องานของตนเอง และสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกต่าง ๆ ที่ตนมีอยู่ได้

5. การรับรู้สภาพความเป็นจริง (reality perception) หมายถึง การมองโลกด้วยความเป็นจริง ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในโลกได้ อีกทั้งมีความสามารถในการร่วมความรู้สึก (empathy) หรือไวต่อการเปลี่ยนแปลงสังคม (social sensitivity) และยอมรับนับถือความรู้สึกและความคิดของผู้อื่น

6. การเอาชนะสิ่งแวดล้อม (environmental mastery) เป็นความสามารถของบุคคลในการรับมือกับปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการบริหารจัดการกับสิ่งแวดล้อม จนสิ่งแวดล้อมไม่ใช่สิ่งที่เป็นต้นเหตุของความเครียด

ฮิลล์และสมิท (Hill & Smith, 1990) กล่าวว่าบุคคลผู้มีสุขภาพจิตดีคือ บุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง มีความตระหนักรู้และรู้จักตนเอง และมีความสามารถในการเรียนรู้และเอาชนะสิ่งแวดล้อม

โรลแลนต์และเดปโปลิตี (Rollant & Deppoliti, 1996) ได้สรุปลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดีเป็นด้าน ไว้ดังนี้

1. ด้านลักษณะส่วนบุคคล คือเป็นบุคคลที่ยอมรับตนเอง รักตนเอง มีเป้าหมาย มีความคิดและพฤติกรรมที่เป็นตัวของตัวเอง ไม่ยึดติดกับบุคคลอื่น รวมถึงตระหนักในจุดดีและจุดด้อยของตนเอง
2. ด้านการปรับตัวต่อความเครียด คือสามารถควบคุมตนเองและเผชิญเหตุการณ์สำคัญในชีวิตได้ และมีการใช้กลไกป้องกันตนเองทางจิตที่มีประสิทธิภาพ
3. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลคือ ยอมรับผู้อื่น มีความรักและห่วงใยผู้อื่น นอกจากนี้ยังสามารถที่จะถูกรักและรับความรักจากคนอื่น
4. ด้านการรับรู้สภาพแวดล้อมตามความเป็นจริง คือมีการรับรู้ด้านต่าง ๆ ในทางบวก มองเหตุการณ์ตามความเป็นจริง และสามารถค้นพบความหมายของชีวิต

จอห์นสัน (Johnson, 1997) กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีว่า ประกอบด้วยลักษณะต่อไปนี้

1. มีลักษณะเป็นตัวของตัวเอง มีความรู้สึกอิสระ พยายามค้นหาค่านิยมของตนเองในการดำเนินชีวิต และมีความสุขในการพึ่งพาตนเองและพึ่งพาผู้อื่น
2. มีความตั้งใจที่จะพัฒนาตนเองให้ถึงขีดความสามารถสูงสุดตามความเป็นจริงของตนเอง
3. สามารถเผชิญกับความไม่แน่นอนของชีวิต รวมทั้งความตายได้อย่างมีความหวัง
4. มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง รู้จักและเข้าใจตนเองถึงความสามารถ พรสวรรค์และข้อจำกัดของตนเอง
5. สามารถจัดการและเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. สามารถแยกแยะระหว่างโลกแห่งความเป็นจริงกับโลกแห่งจินตนาการได้ และดำเนินชีวิตอยู่ในโลกที่เป็นจริงของตน

7. สามารถรับมือกับความเครียดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีความยืดหยุ่น ไม่ลงโทษตนเองเมื่อประสบความล้มเหลว

สมศรี เชื้อหิรัญ (2533) กล่าวว่า บุคคลที่มีสุขภาพจิตที่ดี คือบุคคลที่มีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ โดยไม่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งในอารมณ์และปราศจากอาการใด ๆ ที่เป็นพยาธิสภาพ มีความมั่นคง มีปรัชญาในการเป็นอยู่ของตนเอง มีความพอใจและเต็มไปด้วยประสบการณ์และความสามารถที่แผ่กว้างออกไป ช่วยให้เกิดการสร้างสรรค์ และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

นงคราญ ผาสุข (2535) กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี หมายถึง บุคคลที่เป็นตัวของตัวเอง รู้ตนเองว่ากำลังทำอะไร มีความพอใจ ให้ความยอมรับนับถือตนเองที่เป็นอยู่ รู้ถึงความสามารถของตนเอง และหาทางพัฒนาตนเองอยู่เสมอ

จากแนวคิดต่าง ๆ ข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าสุขภาพจิต หมายถึง สภาพความสมบูรณ์และความผาสุกทางจิตใจและอารมณ์ของบุคคล โดยผู้ที่มีสุขภาพจิตดีนั้นมีลักษณะสำคัญคือ เป็นผู้ที่รู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง สำนึกในคุณค่าของตนเอง เป็นตัวของตัวเอง สามารถเผชิญกับภาวะเครียดและสภาพอารมณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม สามารถยอมรับสภาพตามความเป็นจริงได้ สามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผู้ที่พัฒนาตนเองอยู่เสมอและมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลได้ ซึ่งการจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดีเช่นนี้ได้ บุคคลจำเป็นต้องมีพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เพื่อให้มีลักษณะของสุขภาพจิตดีดังกล่าว (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 ข)

ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

เป็นสภาพความสมบูรณ์และความผาสุกทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงไปอันเป็นผลเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม หรือการเปลี่ยนแปลงร่วมกันทั้งสองด้าน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

1.1 การเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก

พบว่าผู้สูงอายุมักมีกล้ามเนื้อเหี่ยว กระดูกมีความแข็งแรงลดลง เปราะหักง่าย และติดขัด บางคนอาจมีหลังค่อม หลังโก่ง การทรงตัวไม่ดี มีการเคลื่อนไหวช้า ไม่กระฉับกระเฉง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ก่อให้เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง มีความคับข้องใจ และแยกตัวออกจากสังคม (Hunter, 1992 ; Rosenkoetter, 1985)

1.2 การเปลี่ยนแปลงของระบบผิวหนัง

พบว่าผู้สูงอายุมีผิวหนังแห้งหยาบ เหี่ยวยุบ เนื่องจากไขมันใต้ผิวหนังลดลง ความยืดหยุ่นลดลง มีตกกระ หน้าตาเหี่ยวยุบ ผู้สูงอายุชายส่วนมากหัวล้าน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านภาพลักษณ์และเอกลักษณ์ของตนเอง ผู้สูงอายุที่ไม่ยอมรับรู้ถึงความชราของตนจะมีความวิตกกังวล คับข้องใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

1.3 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทสัมผัส

พบว่าความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน การรับรู้รสและกลิ่นลดลง โดยเฉพาะการเสื่อมของการมองเห็น และการได้ยิน จะทำให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น อาจมีการแปลความหมายของสิ่งแวดล้อมผิด บางครั้งก่อให้เกิดความรู้สึกระแวงบุคคลอื่น มีการแยกตัวจากสังคม สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง และมีภาวะซึมเศร้าตามมา (Blixen, 1988 ; Patrick, Wood, Craven, Rokosky, & Bruno, 1991)

1.4 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท

พบว่าการเสื่อมและการตายของเซลล์สมอง ในประสาทมีจำนวนลดลงและมีแคลเซียมเกาะที่ผนังหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุจึงมีอาการหลงลืม ความคิดอ่านช้า ความจำเลอะเลือนและสับสนง่าย บางรายกลายเป็นคนจู้จี้ ย้ำพูด ย้ำทำ ซึ่งอาจทำให้บุตรหลานรำคาญและปล่อยให้ตามลำพัง ก่อให้ผู้สูงอายุเกิดความน้อยใจ รู้สึกไม่ได้รับการยกย่องจากบุตรหลาน

1.5 การเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจ

พบว่าเนื้อปอดและหลอดลมมีการเสียความยืดหยุ่นจากการเกิดพังผืด (fibrosis) มาเกาะบริเวณดังกล่าว อีกทั้งกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจอ่อนสมรรถภาพ ทำให้ทรงอกขยายตัวได้น้อย สมรรถภาพในการหายใจและการแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง ผู้สูงอายุจึงมักอ่อนเพลียเหนื่อยล้าง่าย (Patrick, Wood, Craven, Rokosky, & Bruno, 1991) มีการจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น ตลอดจนความสามารถในการออกกำลังกายลดลง

1.6 การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด

พบว่าผนังหลอดเลือดแข็งตัวและหนาขึ้น จากการมีแคลเซียมมาเกาะ ทำให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไป เลือดไหลเวียนไม่สะดวก เป็นเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดและเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองและเป็นอัมพาตมากขึ้น ซึ่งทำให้ช่วยตัวเองได้ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Miller, 1995)

1.7 การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร

พบว่า มีการเสื่อมของเยื่อทางเดินอาหาร การหลั่งน้ำย่อยอาหารลดลง ทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหารไม่ดี เกิดอาการท้องอืด แน่นท้อง ผู้สูงอายุอาจเบื่ออาหาร ทำให้แบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนไป เกิดภาวะการบริโภคอาหารไม่ถูกสัดส่วนและภาวะขาดอาหารได้ (Staab & Hodge, 1996)

1.8 การเปลี่ยนแปลงของระบบขับถ่าย

พบว่า ผู้สูงอายุบางรายควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้ไม่ดี จะเกิดความล่าช้าในการเข้าสังคม ซึ่งนำไปสู่ความคับข้องใจ และแยกตัวออกจากสังคม

1.9 การเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์

โดยผู้สูงอายุชายมักประสบปัญหาอวัยวะเพศแข็งตัวช้า การหลั่งน้ำกามลดลง ส่วนผู้สูงอายุหญิงเมื่อถึงวัยหมดประจำเดือน ช่องคลอดเริ่มเหี่ยวเนื่องจากต่อมที่ทำหน้าที่ขับสารหล่อลื่นน้อยลง เมื่อมีเพศสัมพันธ์จะเกิดการระคายเคืองช่องคลอด การเปลี่ยนแปลงนี้จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีความต้องการทางเพศอยู่ เกิดความคับข้องใจและเกิดปัญหาทางจิตใจตามมา (Wold, 1993)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

2.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม

สังคมไทยปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ทำให้บุคคลในวัยทำงานต้องแข่งขันกันหาเลี้ยงชีพมากขึ้น บุตรหลานจึงมีเวลาในการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุน้อยลง อีกทั้งมีการเคลื่อนย้ายของกลุ่มวัยทำงานจากชนบทเข้าสู่เมืองเพื่อหางานทำ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัว จากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ระบบเครือญาติที่เคยผูกพันกันและการเปิดโอกาสยอมรับบทบาทของผู้สูงอายุจะค่อย ๆ เปลี่ยนรูปไป ผู้สูงอายุต้องถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (รัชนีพร ภูกร, 2533; สุรีย์ บุญญานพงศ์, 2534; Eliopoulos, 1993) ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่ทำให้หนุ่มสาวสมัยใหม่รับเอาวัฒนธรรมตะวันตกมามากขึ้น มีความนิยมทางด้านวัตถุมากกว่าที่จะคำนึงถึงความสำคัญทางด้านจิตใจ ส่งผลให้บุตรหลานมีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป มองเห็นคุณประโยชน์ของผู้สูงอายุลดลง เกิดความเหินห่างและมีช่องว่างระหว่างคนรุ่นใหม่กับผู้สูงอายุ ความผูกพันและการมีปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า เกิดความเหงา ว้าเหว่ น้อยใจ ท้อแท้ เบื่อหน่ายชีวิต อาจเกิดการแยกตัวออกจากสังคมตามมาได้ (วิจิตร บุญยะโหดระ, 2533; อาภา ใจงาม, 2533)

2.2 การปลดเกษียณหรือการออกจากงาน

การเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้กิจกรรมที่เคยทำอยู่ลดลง เกิดความรู้สึกสูญเสียสถานภาพหรือบทบาททางสังคม มีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมน้อยลง ขาดการติดต่อสมาคมกับเพื่อนฝูง นอกจากนี้ยังทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียรายได้ประจำ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง (Hunter, 1992)

2.3 การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อตนเอง

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ได้รับการกระทบกระเทือนใจอยู่เสมอจากการสูญเสียบุคคลใกล้ชิดด้วยการตายจากกัน เช่น คู่สมรส ญาติสนิท เพื่อนสนิท โดยเฉพาะการสูญเสียคู่สมรสนับเป็นการสูญเสียที่กระทบกระเทือนใจที่สุด ซึ่งการสูญเสียนี้จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวว่าเหงา ซึมเศร้า ลึนหวัง รู้สึกตนเองอยู่ในภาวะไร้พลัง (power lessness) ไม่มีจุดหมายในชีวิตและอยากตาย (Matteson, 1997 ; Staab & Hodges, 1996 ; Stanley, 1995)

จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญและหลีกเลี่ยงไม่ได้ ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ล้วนมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตหรือสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุอย่างมาก การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพจิตนี้จะมี ความแตกต่างกันไปในผู้สูงอายุแต่ละคน ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัว เตรียมตัวเตรียมใจ ในการยอมรับถึงความร่วงโรยของสังขาร ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ของชีวิต (ณรงค์ศักดิ์ ทะละภัก, โอบัฐ วาริรักษ์, จุลย จตุกุล, วิณา อินทรยงค์ และ ดวงมัลย์ เริกสำราญ, 2529) ถ้าผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการสูญเสียด้านต่าง ๆ ได้ด้วยความรู้สึกที่มั่นคง มองชีวิตอย่างมีความหมาย เข้าใจโลก เข้าใจตนเอง มีความยืดหยุ่นในสภาพการณ์ต่าง ๆ ได้เหมาะสม และมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมในทางที่ดี รวมถึงสามารถแก้ปัญหาและปรับจิตใจให้มีความสุขได้อย่างเหมาะสมกับสภาพที่เป็นจริงในการดำเนินชีวิต ก็ถือว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2536 อ่างโน ศากุล ช่างไม้, 2540; พัชรี ดันศิริ, 2533; Erikson, 1986 cited in Lashley, 1995) แต่ถ้าผู้สูงอายุยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตไม่ได้ ก็จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา (อัมพร โอตระกูล, 2538) โดยอาจเกิด

ความรู้สึกสิ้นหวัง ห่อเหี่ยว รู้สึกว่าชีวิตไร้ความหมายและเป้าหมาย กลัวความตาย เกิดความโกรธและชิงชังในเหตุการณ์ที่ผ่านมา มีความวิตกกังวล ว้าวุ่น ซึมเศร้า บางคนอาจถึงคิดฆ่าตัวตาย แนวทางสำคัญอย่างหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ นี่คือการที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 ข) ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ได้อย่างมีความสุข

พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตหมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลตั้งใจกระทำด้วยตนเองโดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อประคับประคองจิตใจและส่งเสริมให้มีพัฒนาการในแต่ละระยะของวงจรชีวิต ทั้งในภาวะปกติและภาวะที่มีปัญหาสุขภาพจิต (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 ข)

จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ข) ได้ประมวลแนวความคิดการดูแลตนเองของโอเรม (Orem) ร่วมกับแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับลักษณะของการมีสุขภาพจิตดีของบุคคล แล้วกำหนดองค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตออกเป็น 7 ด้านคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ซึ่งเป็น การดูแลตนเองด้านสุขภาพกาย ทั้งนี้เนื่องจากโอเรม (Orem, 1991) มองบุคคลในฐานะเป็นหน่วยเดียวระหว่างกายกับจิต ดังนั้นการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตจึงไม่ได้แยกกิจกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพกายและจิตออกจากกัน

องค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมีองค์ประกอบ 7 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 ก ; 2534 ข)

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง

การรู้จักตนเอง (self-awareness) เป็นกระบวนการพิจารณาและประเมินตนเอง เกี่ยวข้องกับการที่บุคคลรับรู้ รู้สึกต่อตนเอง ทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก ค่านิยม จุดเด่น จุดด้อย และความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน การพัฒนาการรู้จักตนเองจึงเป็นความพยายามของ บุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ การพัฒนาการรู้จักตนเองเป็นกระบวนการตลอดชีวิตที่สามารถพัฒนาได้ บุคคลที่รู้จักตนเองได้ตรงกับความเป็นจริง จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

กิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาการรู้จักตนเองมีดังนี้

1.1 การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัด (values clarification) ค่านิยมเป็นความคิดและ มโนคติที่บุคคลยึดถือ และมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัดจึงเป็นการรู้จัก ตนเองเกี่ยวกับค่านิยมที่ตนยึดถืออยู่ ซึ่งจะช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินใจอะไรที่ขัดกับค่า นิยมของตน และช่วยหลีกเลี่ยงการตัดสินพฤติกรรมของผู้อื่น โดยยึดเอาค่านิยมของตนเป็นปทัสถาน การพัฒนาการทำให้ค่านิยมกระจ่างชัด กระทำโดยการถามตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่สำคัญในชีวิต

1.2 การประเมินทักษะการเผชิญปัญหา (assessment of coping skills) เป็นการทำให้ ความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาของตน และเหตุผลที่เลือกวิธีการนั้น ๆ ซึ่งการเรียนรู้ แบบแผนการเผชิญปัญหา รวมถึงความมุ่งมั่นของบุคคลที่จะพยายามหาวิธีการเผชิญปัญหา จะช่วย ส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี และสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 การรับรู้ความรู้สึก (awareness of feeling) เป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความรู้สึก หรือประสบการณ์ที่อัดอั้นอยู่ในใจ การพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง อาจกระทำโดยการฝึกใช้ คำพูดแสดงความรู้สึกของตนเองในระหว่างการสนทนาในชีวิตประจำวัน เช่น “ฉันรู้สึกว้าว” แทนคำ พูด “ฉันคิดว่า”

1.4 การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (awareness of thought and action patterns) เป็นการรู้จักตนเองในด้านการคิดและการกระทำของตนเองในการดำรงชีวิต ซึ่งมีความ สำคัญเพราะบุคคลจะแสดงพฤติกรรมในแบบแผนที่สอดคล้องกับความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับตน

เอง บุคคลจะประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวในกิจกรรมใดขึ้นอยู่กับความเชื่อในความสามารถของตนเอง และความเชื่อในคุณค่าของกิจกรรมนั้นที่มีต่อชีวิตของตน

2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม เพราะเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และตนเองสามารถรับรู้ความต้องการของผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการติดต่อสื่อสาร เพราะการสื่อสารที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่ความไม่เข้าใจกัน ทำให้บุคคลอื่นรับรู้ต่อตัวเราไม่ถูกต้อง มีพฤติกรรมและปฏิกิริยาที่ไม่เหมาะสมต่อกัน เกิดความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพ ดังนั้นบุคคลจะมีสุขภาพจิตดีได้ต่อเมื่อบุคคลนั้นสามารถส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิดความรู้สึกระหว่างบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนั้นบุคคลจะต้องเข้าใจให้กระจ่างชัดในสิ่งที่ต้องการและสื่อสารว่าจะสื่ออะไร ให้กับใคร เลือกช่องทางให้เหมาะสมว่าจะสื่อสารแบบใช้วาจาหรือไม่ใช้วาจา โดยพยายามสื่อความให้ชัดเจน และให้ข้อมูลที่เพียงพอสำหรับผู้รับ รวมทั้งคำนึงถึงพื้นฐานของผู้รับ และควรถามย้ำเพื่อรับข้อมูลป้อนกลับให้เกิดความมั่นใจว่าผู้รับมีความเข้าใจที่ถูกต้อง ในด้านของผู้รับ พยายามเป็นผู้ฟังที่ดีโดยจะต้องฟังเพื่อให้รู้จุดมุ่งหมายของผู้พูด นอกจากนี้การฝึกทักษะในการติดต่อสื่อสารให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว การฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม (assertiveness training) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาการติดต่อสื่อสารให้มีประสิทธิภาพได้ เพราะเป็นการฝึกเพื่อแสดงออกถึงความรู้สึกต่าง ๆ ของตนเอง ด้วยวิธีแสดงออกที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกมีคุณค่าและเกิดความมั่นใจในตนเอง ช่วยในการพัฒนาการรู้จักตนเองและรู้สึกต่อตนเองในทางบวก อีกทั้งเป็นการลดความวิตกกังวลในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และเป็นการรักษาสุขภาพจิตที่ดีของตนเอง

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

เป็นการรู้จักใช้เวลาให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งปริมาณและคุณภาพ โดยเริ่มต้นที่การประเมินการใช้เวลาในแต่ละวันว่าตนเองใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมอะไรบ้าง และกิจกรรมนั้น

สำคัญแค่ไหน ใช้เวลามากน้อยเพียงใด ได้ผลอย่างไร จากนั้นจึงวางแผนจัดระเบียบการใช้เวลา โดยมีการกำหนดเวลาเริ่มต้น เวลาสิ้นสุด จัดลำดับกิจกรรมที่จะปฏิบัติก่อนหลัง และเลือกสรรงานตามความสำคัญ หรือความเร่งด่วน ซึ่งในชีวิตประจำวัน การใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพ บุคคลจะต้องมีการวางแผนการใช้เวลาอย่างสมดุล ทั้งกิจกรรมในการทำงานและกิจกรรมเพื่อสุขภาพจิตของตนเอง เช่น การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย การพักผ่อนหย่อนใจ และกิจกรรมทางสังคมอื่น ๆ

การที่บุคคลสามารถจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้เหมาะสมและเกิดประโยชน์อย่างสูงสุดนั้น นอกจากจะช่วยให้บุคคลปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการแล้ว ยังช่วยให้บุคคลได้มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด และเสริมสร้างสุขภาพจิตของตนเอง ดังนั้นการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

4. การเผชิญปัญหา

เป็นกระบวนการที่เป็นความพยายามของบุคคลในการจัดการกับสภาพการณ์ที่เป็นปัญหา เพื่อคงไว้ซึ่งดุลยภาพของตนเอง

ในการดำรงชีวิตประจำวัน บุคคลจะต้องประสบกับปัญหาในลักษณะต่าง ๆ ทั้งปัญหาส่วนตัว ปัญหาครอบครัว ปัญหาการทำงาน ฯลฯ ซึ่งถ้าบุคคลแก้ปัญหาไม่ได้ บุคคลจะเกิดภาวะกดดัน เกิดความเครียด และถ้าไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ในระยะเวลาที่เหมาะสมก็จะทำให้บุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ซึ่งแสดงออกในลักษณะของความเจ็บป่วยทางร่างกายหรือความเจ็บป่วยทางจิตใจ แต่ถ้าบุคคลแก้ปัญหาได้ จะทำให้บุคคลรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง และเกิดความผาสุกทางอารมณ์ ดังนั้นการพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาโดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาจึงเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่สำคัญที่จะช่วยให้บุคคลวิเคราะห์และหาวิธีการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถปรับสภาพจิตใจและอารมณ์ให้กลับคืนสู่สภาวะสมดุลได้

ซึ่งขั้นตอนของกระบวนการแก้ปัญหาประกอบด้วยการประเมินปัญหา การหาสาเหตุ การกำหนดจุดมุ่งหมายในการแก้ปัญหา การกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหา และการประเมินเพื่อค้นหาประโยชน์ที่ได้รับจากปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น

5. การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม

ระบบสนับสนุนทางสังคม คือกลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดมุ่งหมาย โดยมีการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ แรงงานและข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้เผชิญความเครียด เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด โดยประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง และช่วยลดหรือจัดปฏิกิริยาที่เกิดความเครียด นอกจากนี้ยังสามารถป้องกันการเกิดพยาธิสภาพต่าง ๆ จากภาวะวิกฤตได้

ดังนั้นการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างหนึ่ง ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยกิจกรรมที่จะพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างน้อย 1 คน หรือรู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัว เพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤต การศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนยามฉุกเฉินและศูนย์บริการให้การปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพจิต และการตรวจสอบสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของตนเอง รวมถึงการตรวจสอบจุดดีหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบสนับสนุนทางสังคมของตนเองอย่างสม่ำเสมอด้วย

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ ซึ่งทุกศาสนาต่างก็มีหลักคำสอนเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติและเป็นหลักในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุขของบุคคล รวมทั้งเป็นแบบอย่าง กฎเกณฑ์ และต้นกำเนิดของขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยม วัฒนธรรมที่ก่อให้เกิดความสงบสุขในการอยู่ร่วมกัน นอกจากนี้การมีศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจจะทำให้บุคคลสามารถปล่อยวาง และยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพจิตที่ดี ดังนั้นการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจึงเป็นการพัฒนาจิต

ใจ ส่งเสริมให้จิตใจมีความสงบ มีความสุข สามารถแก้ไขปัญหาวีชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา คลายความเครียด และแก้ทุกข์ทางใจได้

7. การดูแลตนเองโดยทั่วไป

เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพกายที่ดี ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างใกล้ชิด เพราะบุคคลที่มีสุขภาพกายดีเท่า นั้นจึงจะมีความพร้อมในการเผชิญกับปัญหาที่มากกระทบจิตใจได้ การดูแลตนเองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ได้แก่ การดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

7.1 อาหารและน้ำ ควรดูแลตนเองให้ร่างกายได้รับสารอาหารถูกต้อง ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีสารเสพติดทุกชนิด งดอาหารหรือควบคุมอาหารตามความจำเป็นของร่างกาย ควรรับประทานอาหารในปริมาณที่พอเหมาะ และดื่มน้ำให้เพียงพอเพื่อช่วยในการย่อยอาหารและขับถ่ายของเสีย การรับประทานอาหารไม่ถูกสุขลักษณะทำให้ร่างกายขาดสารอาหาร มีอาการอ่อนเพลีย และเกิดความเครียดได้ ส่วนการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ทำให้ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ซึ่งเป็นแนวทางแห่งความสุขอย่างหนึ่ง

7.2 การออกกำลังกาย ควรดูแลตนเองในเรื่องการออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นการเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต ซึ่งส่งผลให้ต่อมไร้ท่อในสมองผลิตสารเอ็นโดรฟิน (Endorphins) สารนี้มีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟิน แต่แรงกว่า 200 เท่า และไม่มีโทษ ดังนั้นผู้ที่ออกกำลังกายจะเกิดความรู้สึกคล้ายคนติดมอร์ฟิน และยังพบว่าสารเอ็นโดรฟิน ทำให้เซลล์ร่างกายแข็งแรงขึ้น สามารถต้านทานโรคแม้แต่โรคมะเร็งได้ นอกจากนี้การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะทำให้ไม่มีความเครียดของจิตประสาท จะเห็นว่าการออกกำลังกายเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพ ทำให้ร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง เสริมสร้างสมรรถภาพทางกาย และช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต

7.3 การพักผ่อนนอนหลับ ควรดูแลตนเองในเรื่องการพักผ่อนนอนหลับ เพราะการนอนหลับเป็นความจำเป็นต่อชีวิตคน เวลาที่นอนหลับทุกส่วนของร่างกายจะทำงานน้อยลง ซึ่งเป็นการช่วยลดความเครียดไปด้วย ดังนั้นการพักผ่อนนอนหลับจึงเป็นวิธีธรรมชาติที่สุดในการลดและขจัดความเครียด

7.4 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย ควรดูแลตนเองในเรื่องการผ่อนคลาย การผ่อนคลาย เป็นกิจกรรมที่บุคคลพัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันภาวะเครียดที่มากและนานเกินไป ซึ่งจะเกิดผลเสียต่อ ร่างกายและจิตใจ โดยกิจกรรมนี้จะช่วยลดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดจากความเครียด ทำให้สุขภาพอยู่ในสภาพที่ดีขึ้น และพบว่าบุคคลที่ฝึกการผ่อนคลายเป็นประจำจะสามารถปรับตัว และเผชิญกับความกดดันในชีวิตประจำวันได้ รวมทั้งมีภาวะจิตใจมั่นคง มีความวิตกกังวลต่ำ และมีความรู้สึกรู้ว่าสามารถควบคุมตนเองได้ เทคนิคการผ่อนคลายนี้มีหลายวิธี ซึ่งต่างก็มีเป้าหมายเพื่อ ความผ่อนคลายของร่างกายและจิตใจเหมือนกัน ตัวอย่างเช่น การฝึกการหายใจ, การควบคุม ร่างกายของตนเองให้ผ่อนคลาย (autogenic training), การทำสมาธิ (meditation) เป็นต้น

ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ ที่เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) ตามแนวคิดของโอเรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตคือ กิจกรรมการรักษาความสมดุล ระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งไม่ได้กล่าวรายละเอียดไว้ในหัวข้อ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป เนื่องจากมีเนื้อหาคาบเกี่ยว และซ้ำซ้อนกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพและ ด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม แต่อย่างไรก็ตามแบบวัดพฤติกรรมการดูแล ตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธ์ มีการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตด้าน การดูแลตนเองโดยทั่วไปได้ครอบคลุมกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปตามแนวคิดของ โอเรม ยกเว้นเพียงกิจกรรมเดียวกันคือกิจกรรมการคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตาม ปกติ

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

แม้ว่าสภาพทางด้านร่างกาย สังคมและเศรษฐกิจ รวมถึงด้านจิตใจ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตด้านต่าง ๆ ของ ผู้สูงอายุ แต่การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีอย่างเต็มศักยภาพ

นั้น จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ได้ดี และสามารถใช้เวลาที่เหลืออยู่อย่างปกติสุข

พอจะสรุปพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นด้านต่าง ๆ ตามแนวคิดของ จินตนา ยูนิพันธ์ ได้ดังนี้

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง

ผู้สูงอายุที่รับรู้เกี่ยวกับตนเองในเรื่องการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ตามกระบวนการสูงอายุ รวมถึงการรับรู้ถึงความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิตที่ผ่านมา ได้ตรงกับความเป็นจริง ย่อมเป็นผู้สูงอายุที่มีความเข้าใจในตนเอง สามารถปรับตัวและยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ดี และมองเห็นว่าชีวิตยังมีค่า (ฟาริดา อิบราฮิม, 2530) ดังการศึกษาของ ลำเนาวิ เรืองยศ (2535) ที่พบว่า การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ค่านิยมต่อตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การทบทวนทัศนคติ วิถีชีวิตอยู่เสมอ และปรับปรุงเปลี่ยนแปลงมันให้เข้ากับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี (บรรลุ ศิริพานิช, 2538)

2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

การติดต่อสื่อสารในวัยสูงอายุมักมีอุปสรรคอันเนื่องมาจากความเสื่อมประสิทธิภาพ โดยเฉพาะด้านการมองเห็น การได้ยิน ความบกพร่องในการติดต่อสื่อสารนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องทำความเข้าใจแก่ผู้อื่น และเป็นเหตุให้แยกตัวออกจากสังคมได้ แต่ถ้าผู้สูงอายุมีความเข้าใจในข้อจำกัดในการติดต่อสื่อสารของตัวเอง และหาแนวทางแก้ไข ก็จะช่วยทำให้สามารถติดต่อสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การหาเครื่องมือช่วย ได้แก่ แว่นตา หูฟัง ฟันปลอม การเลือกฟังด้วยหูข้างที่ดี การตั้งใจฟัง การลดเสียงรบกวนอื่นขณะที่ฟัง และพยายามฝึกฝนการพูดในกรณีที่มีความลำบากในการเคลื่อนไหวการพูด

นอกจากนี้ การติดต่อสื่อสารของผู้สูงอายุยังต้องอาศัยความช่วยเหลือจากลูกหลาน และผู้ดูแลเป็นสำคัญในการจัดหาเครื่องมือช่วยต่าง ๆ การจัดสิ่งแวดล้อมกระตุ้นการมองเห็นหรือการได้ยิน และการติดต่อสื่อสารด้วยความเข้าใจในข้อจำกัดของท่าน ถ้าผู้สูงอายุสามารถติดต่อสื่อ

สารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่จะทำได้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว่าตัวเองเป็นปัญหา มีความสุข และสามารถเป็นทรัพยากรบุคคลในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ในอดีต เป็นที่ปรึกษาแนะแนวทางในการดำรงชีวิตที่เหมาะสมแก่ลูกหลาน (ฟาริดา อิบราฮิม, 2530)

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่ไม่ต้องกังวลเรื่องงานประจำ จึงมีเวลาว่างที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งกิจกรรมเพื่อนันทนาการ เพื่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ เพื่อให้บริการสังคม หรือกิจกรรมที่ได้รับค่าตอบแทน ซึ่งล้วนแล้วแต่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ มีชีวิตชีวาและมีความหมาย (บรรลุ ศิริพานิช, 2538) ถ้าผู้สูงอายุใช้เวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้เหมาะสม และเกิดประโยชน์คุ้มค่าตามสภาพที่ร่างกายจะเอื้ออำนวยนั้น จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในความสามารถของตนเอง และประโยชน์ของตนเองที่ให้แก่สังคม แต่หากผู้สูงอายุมีปัญหาในการใช้เวลาว่างให้มีประสิทธิภาพ ก็จะทำให้เกิดความเครียดอันจะส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ (กชกร สังขชาติ, 2536)

4. การเผชิญปัญหา

วัยผู้สูงอายุเป็นวัยสะสมประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ทั้งที่เป็นความสำเร็จและความล้มเหลว ถ้าตลอดเวลาที่ผ่านมา ผู้สูงอายุได้รับประสบการณ์ที่เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจชีวิตอย่างดี ก็จะเป็นประโยชน์ที่ดีต่อการปรับตัวเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ และการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม

การเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมถอยในด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2539) จึงจำเป็นต้องพึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมในการตอบสนองความต้องการของตนเอง และช่วยในการปรับตัวและตอบสนองต่อภาวะเครียด อันเนื่องมาจากความเสื่อมทางด้านร่างกายและจิตใจ (Mcnett, 1987) ครอบครัวนับเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่ช่วยตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ดังการศึกษาพบว่า ครอบครัวและสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวระหว่างบุตรหลานกับผู้สูงอายุ

เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี (เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์, สุรีย์ บุญญานพวงศ์ และ สมศักดิ์ จันทะ, 2533) ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี มีความภาคภูมิใจและสามารถเผชิญภาวะเครียดต่าง ๆ ได้ดี (จงรักษ์ ศุภกิจเจริญ, 2528) นอกจากนี้การเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมเช่น ชมรมผู้สูงอายุเป็นการสร้างแรงสนับสนุนทางสังคมอีกอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุจะได้พบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยมีองค์กรในสังคมช่วยสนับสนุนในสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการ แต่จัดหาด้วยตนเองไม่ได้ (ชูศรี วงศ์เครือวัลย์, 2536)

ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะมีอายุยืนยาว มีอารมณ์มั่นคง มีภาวะซึมเศร้าลดลง และมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี (ฉวีวรรณ แก้วพรหม, 2530 ; ลำเนาวิ เรืองยศ, 2535; Dean, Kolody, & Wood, 1990) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคมของตนเองไว้

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

แนวทางหนึ่งในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ คือการปรับปรุงจิตใจให้ผ่องใส เบิกบานโดยยึดหลักธรรมทางศาสนา ซึ่งจะช่วยให้อายุยืนยาวได้ตามสภาวะการณ์ของสังคมและสิ่งแวดล้อม (อัมพร โอตระกูล, 2538) ผู้สูงอายุที่กระทำกิจกรรมตามหลักคำสอนของศาสนาที่ตนเองยึดถือย่อมมีจิตใจที่เป็นสุข รู้จักปล่อยวางและยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้สูงอายุมองเห็นทางสงบเพื่อเตรียมตนเองให้พร้อมก่อนจะถึงเวลาที่จะจากลูกหลานไป

7. การดูแลตนเองโดยทั่วไป

การดูแลร่างกายให้คงสภาพที่ดีที่สุดไว้ และการบำรุงร่างกายให้อยู่ในภาวะสมดุล เป็นการช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุอย่างหนึ่ง (อัมพร โอตระกูล, 2538) เพราะการให้ชีวิตให้ประสบความสำเร็จในผู้สูงอายุ นอกจากจะอาศัยการปรับตัวอย่างสม่ำเสมอแล้ว ยังต้องดำรงสภาพร่างกายให้สามารถทำงานได้เต็มความสามารถ และสนองความต้องการพื้นฐานได้สำเร็จเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยต้องดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

7.1 อาหาร ผู้สูงอายุจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่า เพื่อส่งเสริมการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ทั้งนี้ต้องเป็นอาหารที่ให้พลังงานลดลง เนื่องจากเป็นวัยที่ใช้พลังงานน้อยกว่าวัยอื่น ๆ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรได้รับอาหารทั้ง 6 ประเภท ดังนี้ (นิยา สออารีย์, 2535 ; วินัส ตันติบูล, 2533)

1) คาร์โบไฮเดรต ควรรับประทานอาหารประเภทนี้ในรูปของข้าว แป้ง เผือก มัน ถั่วเขียว โดยลดปริมาณให้ลดลง นอกจากนั้นผู้สูงอายุไม่ควรบริโภคน้ำตาลทราย แต่ควรบริโภคในรูปของน้ำตาลจากธรรมชาติ เช่นผลไม้ ทั้งนี้เพื่อลดอัตราการเกิดโรคเบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง

2) โปรตีน ผู้สูงอายุ ควรได้รับโปรตีนจากเนื้อสัตว์ ไข่ นม ถั่วเมล็ดแห้ง และโปรตีนที่เป็นเนื้อสัตว์ที่อุดมด้วยกรดอะมิโนครบองค์ประกอบ ได้แก่ ปลา เนื้อ ดับ ไข่ และนม หากผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องไขมันในเลือดสูง ให้รับประทานแต่ไข่ขาวได้

3) ไขมัน ผู้สูงอายุมีความต้องการพลังงานลดลง ดังนั้นจึงมีความต้องการอาหารประเภทไขมันลดลงด้วย อาหารไขมันที่เหมาะสมควรเป็นไขมันจากพืชที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัว เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันงา น้ำมันข้าวโพด เพื่อช่วยลดโคเลสเตอรอล และไตรกลีเซอไรด์ออกจากร่างกาย ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานเครื่องในสัตว์ หนังเป็ด หนังไก่ เพราะอาหารเหล่านี้มีไขมันสูงเกินความจำเป็น

4) เกลือแร่หรือแร่ธาตุต่าง ๆ ผู้สูงอายุมีความต้องการแร่ธาตุต่าง ๆ เท่ากับวัยผู้ใหญ่เพียงแต่ปัญหาที่พบคือ การบริโภคที่ไม่เพียงพอ และการดูดซึมแร่ธาตุของผู้สูงอายุลดน้อยลง แร่ธาตุที่ผู้สูงอายุมักได้ไม่เพียงพอคือ เหล็กและแคลเซียม ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว หรือรับประทานอาหารทะเลพวก ปลาตัวเล็ก กุ้งแห้ง เพื่อให้ได้แคลเซียมในปริมาณที่เพียงพอคือ 800 มิลลิกรัมต่อวัน และควรรับประทานผักสด ผลไม้ และธัญพืชไม่ขัดสีด้วย เพื่อช่วยในการดูดซึมแร่ธาตุต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

5) วิตามิน ผู้สูงอายุยังมีความต้องการวิตามินเท่ากับวัยผู้ใหญ่ วิตามินบางตัว เช่น วิตามินเอ ดี และอี จะช่วยยับยั้งการเกิดอนุมูลอิสระอันก่อให้เกิดโรคภัยต่าง ๆ ดังนั้นผู้สูงอายุจึง

ควรรับประทานผักและผลไม้สดเป็นประจำ ผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาเรื่องฟัน วิธีการแก้ไขอาจใช้วิธีการหั่น ผักสด ผลไม้ให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ และเคี้ยวให้ละเอียดก่อนกลืน

6) น้ำ ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำให้ได้ 6-8 แก้วต่อวัน หรือ 1,500 ถึง 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน ควรดื่มน้ำ กาแฟ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

7.2 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพทางกายด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ป้องกันโรคที่เกิดจากความเสื่อม เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ความดันเลือดสูง โรคข้อเสื่อมต่าง ๆ และช่วยฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุที่มีโรคจากความเสื่อมต่าง ๆ การออกกำลังกายจึงทำให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ (วิจิตร บุญยะโหดะ, 2537) การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุมีจุดประสงค์เพื่อรักษาสมรรถภาพร่างกายไว้ให้อยู่ในระดับดีที่สุดตามสภาพของแต่ละบุคคล การออกกำลังกายจึงต้องคำนึงถึงประโยชน์ และความปลอดภัยของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ฉะนั้นจึงต้องพิจารณาถึงชนิดหรือประเภทของการออกกำลังกาย ความหนัก ความนาน และความบ่อยในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุให้เหมาะสม การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุอาจแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ดังต่อไปนี้ (สำนักนโยบายและแผนงานสาธารณสุข, 2537)

1. การออกกำลังกายประเภทแอโรบิคคือ การออกกำลังกายที่เพิ่มการทำงานของปอดและหัวใจ เป็นการออกกำลังกายที่ต้องใช้ออกซิเจนจำนวนมาก ทำให้มีการหมุนเวียนของโลหิตดีขึ้น การออกกำลังกายประเภทนี้ต้องทำติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 20 – 30 นาที ความบ่อยของการออกกำลังกายประมาณ 5 วันต่อสัปดาห์ ตัวอย่างการออกกำลังกายประเภทแอโรบิค คือการเดินอย่างกระฉับกระเฉง การวิ่ง ถีบจักรยาน อาจจะเป็นแบบที่อยู่กับที่ การวิ่งอยู่กับที่ เป็นต้น

2. การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด (stretching) การยืดเหยียดเป็นการออกกำลังกายที่จะให้ประโยชน์แก่ผู้สูงอายุหลายอย่าง เพราะทำให้เกิดความคล่องแคล่วยืดหยุ่นของร่างกายทำให้มีการเคลื่อนไหวได้อย่างว่องไวตามความต้องการ นอกจากนี้จะช่วยในการทรงตัวและการประสานงานของอวัยวะต่าง ๆ เช่น ขา เขน การยืดเหยียดจะช่วยผู้ที่เป็นโรคปวดข้อได้มาก นอกจากนี้ยังช่วยในการผ่อนคลายทางประสาท ทำให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น ตัวอย่างการออกกำลังกาย

ประเภทนี้คือ โยคะ รำมวยจีน หรือกายบริหาร การออกกำลังกายประเภทนี้ควรทำทุกวันหรือ 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์ ทำครั้งละ 5 - 10 นาที

3. การออกกำลังกายที่เพิ่มพลังหรือความแข็งแรง การออกกำลังกายประเภทนี้ บางอย่างจะต้องใช้เครื่องมือช่วย เช่น ลูกน้ำหนัก สปริงยืดเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ตัวอย่าง การออกกำลังกายประเภทนี้ได้แก่ การวิดพื้นอย่างง่าย (หรือการวิดพื้นในท่าคุกเข่า) ในกรณีที่ใช้น้ำหนักช่วยก็จำเป็นจะต้องใช้น้ำหนักที่เหมาะสม โดยเริ่มประมาณ 1 กิโลกรัม

นอกจากนี้การใช้ร่างกายในชีวิตประจำวันหรืองานอดิเรกจัดเป็นการออกกำลังกายวิธีหนึ่งของผู้สูงอายุ (วิจิตร บุญยะโหดระ, 2535) โดยเป็นผลพลอยได้จากผลประโยชน์ในด้านการครองชีพหรือเศรษฐกิจเช่น การทำสวน การจักสาน การซ่อมแซมเครื่องใช้

7.3 การพักผ่อนนอนหลับ ผู้สูงอายุควรนอนหลับและพักผ่อนให้เพียงพอ ประมาณวันละ 6 - 8 ชั่วโมงในที ๆ มีอากาศถ่ายเทสะดวก ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องนอนไม่หลับ ควรดื่มเครื่องดื่มอุ่น ๆ ประเภทบำรุงก่อนเข้านอน งดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน ทำจิตใจให้สบายก่อนเข้านอนด้วยการสวดมนต์หรือทำสมาธิ จะช่วยให้นอนหลับได้ดี (ปรางณี จาติเกตุ, 2533)

7.4 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย ควรฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด อาจจะโดยการฝึกการหายใจ การทำสมาธิ ซึ่งนอกจากจะทำให้ร่างกายและจิตใจผ่อนคลายแล้ว ยังช่วยให้ผู้สูงอายุมีสติ สามารถพิจารณาปัญหาต่าง ๆ ได้ถูกต้องลึกซึ้ง หาทางแก้ปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตวิธีหนึ่ง (ระวี ภาวิไล, 2531 ; วีระ ไชยศรีสุข, 2533)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factors) ที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรมประกอบด้วยอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม แบบแผนการดำเนินชีวิต ระบบครอบครัว สภาพสิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์ (Orem, Taylor & Renpenning, 1995) เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลตนเองตามแนวคิด

ของโอเรมมองสุขภาพของบุคคลโดยรวมครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม ดังนั้นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จึงพิจารณาตามปัจจัยพื้นฐานดังกล่าว โดยสรุปได้ดังนี้

อายุและระยะพัฒนาการ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิด อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจและการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem, 1991) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตก็เช่นกัน เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะทางกายและจิตใจสูงขึ้น บุคคลจะสั่งสมประสบการณ์ชีวิต มีการปรับตัวและเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ตลอดเวลา เพื่อตอบสนองความต้องการของตน เพื่อให้ตนเองเกิดความรู้สึกมั่นคงและพึงพอใจ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 ข)

เพศ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกายและด้านค่านิยมของบุคคล ซึ่งมีผลต่อการดูแลตนเอง (Orem, 1991) และการที่สังคมกำหนดบรรทัดฐานเพื่อเป็นแนวปฏิบัติสำหรับเพศหญิงและเพศชายไว้ต่างกัน จึงเป็นเหตุส่งเสริมหรือขัดจำกัดให้เพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 ข) ดังการศึกษาที่พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพกายดีกว่าเพศหญิง (เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529) และผู้สูงอายุเพศชายมีพฤติกรรมการออกกำลังกายมากกว่าเพศหญิง (วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538)

ภาวะสุขภาพ เป็นภาวะสุขภาพกาย และภาวะสุขภาพจิตที่บ่งชี้ถึงระดับความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง (Orem, Taylor & Renpenning, 1995) โดยเฉพาะโรคประจำตัวหรือความเจ็บป่วย เป็นข้อมูลที่บ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

สถานภาพสมรส แสดงถึงลักษณะความสัมพันธ์ทั้งทางด้านสังคมและจิตใจระหว่างบุคคลและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากระบบครอบครัว ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง (Orem, 1991) ดังการศึกษาของนิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) และสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพกายดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก ในขณะที่ ชลธิชา วังวิเวก (2537)

ทำการศึกษาในผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติจำนวน 202 คน พบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส เช่นเดียวกับการศึกษาของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ข) พบว่าประชาชนที่มีสถานภาพสมรสคู่มิ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตด้านการติดต่อสื่อสาร การเผชิญปัญหา และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าประชาชนที่มีสถานภาพสมรสโสด จึงกล่าวได้ว่าสถานภาพสมรสมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะและการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเอง ซึ่งบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา วังวิเวก (2537) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง เช่นเดียวกับจินตนา ยูนิพันธ์ (2534ข) ได้ศึกษาพบว่าประชาชนไทยภาคกลางที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตต่ำกว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาสูง ดังนั้นระดับการศึกษาจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

รายได้ รายได้เป็นตัวบ่งชี้ถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมรวมถึงแหล่งประโยชน์ของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 1991) ดังการศึกษาของ รจนารถ ร่วงลือ (2536) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชลธิชา วังวิเวก (2537) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสถานภาพทางเศรษฐกิจ

ลักษณะครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่จะทำหน้าที่ดูแลและตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจและสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในครอบครัว ถ้ายังใกล้ชิดแน่นแฟ้นมากเท่าใด ก็ย่อมเกิดพลังสนับสนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น จะเป็นผลให้บุคคลในครอบครัวดูแลตนเองได้ดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 ข) โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ในครอบครัวขยาย ซึ่งมีความ

สัมพันธระหว่างบุคคลเป็นกลุ่มใหญ่กว่าครอบครัวเดี่ยว จึงมีโอกาสได้รับการสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลตนเองมากขึ้น เห็นได้จากการศึกษาของ ทศนีย์ เกริกกุลธร (2536) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยาย มีโอกาสได้รับการดูแลเอาใจใส่ทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากสมาชิกในครอบครัวมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ข) ที่พบว่าประชาชนที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตต่ำกว่าประชาชนในครอบครัวขยาย

สภาพแวดล้อม เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความแตกต่างของแหล่งที่อยู่อาศัย ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม แบบแผนการดำเนินชีวิต ตลอดจนระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของบุคคล (ศรีจิตรา บุนนาค, 2532 อ้างใน อรพรรณ อิศราภรณ์, 2536) โดยสภาพแวดล้อมที่ดีจะช่วยจูงใจบุคคลให้ถึงเป้าหมายที่เหมาะสมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ และมีส่วนช่วยให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) ดังการศึกษาของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ข) พบว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีกว่าประชาชนในเขตชนบท เนื่องจากประชาชนในเขตเมืองมีโอกาสดูแลข้อมูลข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพจิตจากสื่อมวลชนมากกว่าประชาชนในเขตชนบท

ความหวัง

ความหมาย

ความหวังเป็นการตอบสนองพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับชีวิตมนุษย์ ซึ่งความหมายโดยทั่วไปของความหวังตามพจนานุกรมเว็บสเตอร์ (Webster's new world dictionary, 1991 cited in Forbes, 1994) หมายถึง การคาดหมายว่าจะประสบความสำเร็จในสิ่งที่ปรารถนา นอกจากนี้ยังมีการอธิบายถึงความหมายของความหวังไว้อีกหลายท่าน ดังนี้

ดูฟอลท์และมาท็อกซิโอ (Dufault & Martocchio, 1985) ได้ให้ความหมายของความหวังว่าเป็นแรงขับของชีวิตที่เป็นพลวัตรและมีหลายมิติ ซึ่งมีลักษณะเป็นการคาดหมายที่จะบรรลุถึงผลสำเร็จในอนาคต โดยอาจมีความรู้สึกเชื่อมั่นหรือไม่มั่นใจในการคาดหมายนั้นก็ได้

เฮิร์ท (Herth, 1990) กล่าวว่า ความหวังเป็นความรู้สึกที่เป็นพลังภายในของบุคคลที่ทำให้บุคคลสามารถผ่านพ้นสถานการณ์ปัจจุบัน และสนับสนุนให้บุคคลคาดหมายถึงผลบวกที่จะเกิดขึ้นในอนาคตของตน

มิลเลอร์ (Miller, 1991) อธิบายความหมายของความหวังไว้ว่า เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอนาคตที่ดี

สตีเฟนสัน (Stephenson, 1991) มองความหวังว่าเป็นกระบวนการของการคาดหมายของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมและสัมพันธภาพ โดยมีเป้าหมายในทางบวก และมีความหมายต่อบุคคล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดความหวังของซไนเดอร์ (Snyder, 1994) ซึ่งได้ให้ความหมายของความหวังไว้ว่า เป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่องของกลุ่มความคิด (cognitive set) อันประกอบด้วยพลังแห่งความตั้งใจ และพลังแห่งแนวทางของบุคคลในการไปถึงเป้าหมาย แนวคิดนี้มีลักษณะคล้ายคลึงกับแนวคิดอื่น คือเป็นการมุ่งสู่เป้าหมายที่ต้องการในอนาคต แต่แนวคิดของซไนเดอร์เด่นชัดที่กระบวนการของความคิดที่มุ่งเป้าหมาย (goal-directed thinking) ซึ่งซไนเดอร์ (Snyder et al., 1991) กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมที่มุ่งเป้าหมาย (goal-directed behavior) ออกมาได้ นั้น จะต้องผ่านกระบวนการของความคิดที่มุ่งเป้าหมายหรือความหวังก่อน จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้

องค์ประกอบของความหวัง

องค์ประกอบของความหวังตามแนวคิดของซไนเดอร์ มี 2 ส่วนคือ (Snyder, 1994)

1. พลังแห่งความตั้งใจ (willpower) เป็นการคิดที่เต็มไปด้วยความตั้งใจที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย ตัวอย่างของความคิดนี้เช่น ฉันสามารถ ฉันจะพยายาม ฉันพร้อมที่จะทำมัน ฉันจะได้ใน

สิ่งที่ฉันทำ เป็นต้น ซึ่งความคิดเหล่านี้จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าเขาสามารถที่จะริเริ่มและคงไว้ซึ่งการกระทำที่นำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ พลังแห่งความตั้งใจไม่เพียงแต่จะช่วยผลักดันให้บุคคลไปสูเป้าหมายเท่านั้น แต่ยังช่วยให้บุคคลเอาชนะอุปสรรคที่ขวางกั้นการไปสูเป้าหมายอีกด้วย

2. พลังแห่งแนวทาง (waypower) เป็นการคิดเพื่อวางแผนหาแนวทางหรือวิธีการที่จะนำบุคคลไปถึงเป้าหมาย รวมถึงการมีความคิดที่ยืดหยุ่นในการหาแนวทาง กล่าวคือ เมื่อประสบปัญหาหรือพบอุปสรรคในแนวทางเดิม ก็สามารถหาแนวทางใหม่ที่จะไปสูเป้าหมายได้ บุคคลที่มีพลังแห่งแนวทางสูงจะสามารถหาแนวทางได้หลายแนวทางในการบรรลุเป้าหมาย โดยสามารถเปลี่ยนแนวทางเหล่านี้ให้เหมาะสมกับเป้าหมายและอุปสรรคที่เขาเผชิญอยู่

องค์ประกอบทั้งสองต่างเป็นสิ่งจำเป็นในการนิยามความหวัง ถ้ามีเพียงองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง ก็ไม่เพียงพอที่จะนิยามความหวังได้ โดยกระบวนการของความหวังไม่จำเป็นว่าจะต้องมีพลังแห่งความตั้งใจเกิดก่อนพลังแห่งแนวทางเสมอไป แต่สามารถเกิดพลังแห่งความตั้งใจและพลังแห่งแนวทางสลับกันเป็นกระบวนการต่อเนื่องกันไปตลอดระยะเวลาของการแสดงพฤติกรรมที่มุ่งเป้าหมาย

แม้ความหวังตามแนวคิดนี้จะมีลักษณะเป็นกระบวนการความคิดที่ชัดเจน แต่ไม่ได้หมายความว่าความหวังจะไม่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ โดยอารมณ์เป็นผลลัพธ์ที่ตามมาของกระบวนการความหวัง ซึ่งอารมณ์จะออกมาลักษณะใดนั้นขึ้นอยู่กับระดับความหวังของบุคคล บุคคลที่มีระดับความหวังสูงจะมีภาวะอารมณ์ทางบวก มีความรู้สึกท้าทาย ส่วนบุคคลที่มีความหวังระดับต่ำ จะเกิดอารมณ์ในทางลบ และมีความรู้สึกไม่แน่ใจตามมา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความหวัง

ชไนเดอร์ (Snyder, 1994) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อระดับความหวังของบุคคลไว้หลายประการ สรุปได้ดังนี้

1. ความสามารถทางปัญญา เกี่ยวข้องกับการประเมินสถานการณ์ที่คุกคามและการรับรู้ความสามารถหรือศักยภาพของตนในการรับมือกับสถานการณ์นั้น เมื่อเกิดสถานการณ์เลวร้ายหรือ

คุกคามต่อบุคคล บุคคลที่มองว่าสถานการณ์นั้นมีทางออก มีทางแก้ไข หรือบุคคลที่รับรู้ว่าคุณเองมีแนวทางสามารถจัดการกับเหตุการณ์นั้นได้ จะเป็นบุคคลที่มีความหวังในระดับสูง สอดคล้องกับแนวคิดความหวังของโนวอตน์ (Nowotny, 1989) ที่กล่าวว่าความหวังเกี่ยวข้องกับการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะควบคุมและมีทางเลือกในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดกดดัน

2. แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่บุคคลได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เช่น ครอบครัว เพื่อน ทำให้บุคคลได้รับความช่วยเหลือทางด้านร่างกาย การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและอารมณ์ รวมถึงการยอมรับจากสังคม การได้รับการสนับสนุนด้านต่าง ๆ เหล่านี้ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดความหวัง ดังจะเห็นได้จากหลายการศึกษาที่ผลพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหวังในผู้ติดเชื้อเอดส์ (บุญทิวา โพธิเจริญ, 2539 ; มารยาท วงษาบุตร, 2539) และในผู้ป่วยมัลติเปิล สเคลอโรซิส (multiple sclerosis) (Foote et al., 1990)

3. ภาวะสุขภาพกาย ชไนเดอร์มองว่าสุขภาพกายเป็นเป้าหมายพื้นฐานในการไปสู่เป้าหมายอื่น ๆ เนื่องจากร่างกายกับจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด บุคคลที่มีสุขภาพกายแข็งแรงสมบูรณ์ย่อมมีพลังใจที่จะคิดหาแนวทางไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ รวมถึงมีความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมที่มุ่งเป้าหมายนั้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความหวังของผู้สูงอายุในชุมชนและในสถานดูแลผู้สูงอายุ ของเฮิร์ท (Herth, 1993) ผลพบว่าภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อระดับความหวังของผู้สูงอายุ

4. ประสบการณ์ของความสำเร็จในอดีตของตนหรือของผู้อื่น หรือความสามารถเอาชนะอุปสรรคในการไปสู่เป้าหมายได้ โดยเฉพาะประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมาย เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลในการกระตุ้นและเสริมสร้างให้บุคคลเกิดความหวัง

นอกจากปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้นแล้วยังมีปัจจัยด้านความศรัทธา ความเชื่อทางศาสนา ปรัชญาหรือสิ่งที่เหนือธรรมชาติ ซึ่งเป็นแหล่งของความหวังเฉพาะของบุคคล โดยอยู่บนความเชื่อของแต่ละบุคคล (Farran, Herth, & Popovich, 1995 ; Miller, 1991) ดังการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความหวังของผู้สูงอายุของฟาร์แรนและแมคแคน (Farran & McCann, 1989) พบว่าความเชื่อทางศาสนาเป็นตัวแปรหนึ่งในสามตัวแปรที่ทำนายความหวังได้ดีที่สุด ซึ่ง

ปัจจัยด้านความเชื่อ ความศรัทธา นี้ มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถทางปัญญาของบุคคล กล่าวคือ ความเชื่อ ความศรัทธาในสิ่งหนึ่งสิ่งใดทำให้บุคคลมีเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และมีพลังในการจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้

พัฒนาการของความหวัง

ชไนเดอร์ (Snyder, 1994) กล่าวว่า ความหวังมีพัฒนาการมาจากกระบวนการเรียนรู้ตามธรรมชาติของบุคคล (natural learning) ตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิต โดยเฉพาะแรกเกิดถึงสองขวบ โดยกระบวนการนี้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนที่ต่อเนื่องกัน ได้แก่

1. การรับสัมผัสและการรับรู้
2. การเชื่อมโยง
3. การได้มาซึ่งเป้าหมายที่ต้องการ
4. การยอมรับในตนเอง
5. การยอมรับในตนเองว่าเป็นผู้เริ่มการกระทำเพื่อไปสู่เป้าหมาย

พัฒนาการของความหวังตามกระบวนการนี้ สามารถอธิบายโดยยึดองค์ประกอบของความหวังคือพลังแห่งความตั้งใจและพลังแห่งแนวทางเป็นหลัก ได้ดังนี้

พลังแห่งแนวทาง เป็นกระบวนการความคิดที่มีการพัฒนาขึ้นก่อนพลังแห่งความตั้งใจ โดยพัฒนามาตั้งแต่แรกเกิด เริ่มจากการที่ทารกแรกเกิดมีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวด้วยการใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การรับกลิ่น และการรับรส แล้วนำข้อมูลเหล่านี้มาทำความเข้าใจ (understanding) และจัดกระทำ (organizing) กลายเป็นการรับรู้ในระบบความคิด นอกจากนี้ทารกยังสามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน หรือใกล้เคียงกัน รวมถึงสามารถเรียนรู้ที่จะคาดเดาถึงแบบแผนการเกิดและผลลัพธ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ๆ ได้ เช่น เรียนรู้ว่าเมื่อหิวจะได้กินนม เป็นต้น ต่อมาเมื่อทารกอายุย่างเข้า 3 เดือน เขาสามารถที่จะเลือกวัตถุที่อยู่รอบตัวที่เขาต้องการได้ เช่น มารดา นม ของเล่น โดยการชี้นิ้ว หรือการออกเสียง ซึ่งสะท้อนให้เห็นการมีเป้าหมายและพัฒนาการของความคิดในวิธีการให้ได้มาซึ่ง

เป้าหมายที่เขาต้องการ ดังนั้น ความสามารถในการรับรู้และการเชื่อมโยงสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์รอบตัว ที่พัฒนาไปสู่การไปถึงเป้าหมายนี้ จึงเป็นพื้นฐานของความหวังด้านพลังแห่งแนวทาง

ส่วนพลังแห่งความตั้งใจ จะพัฒนาตามมาในช่วงอายุตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เริ่มจากความสามารถในการยอมรับตนเอง ดังจะเห็นได้จากการรู้จักชื่อตัวเอง การชี้ตัวเองถูก ตลอดจนการใช้สรรพนามแทนตัวเอง จากนั้นในช่วงอายุ 21 เดือนขึ้นไป เด็กจะพัฒนาระดับของการยอมรับตนเองขึ้นมาเป็นการยอมรับว่าตนเองสามารถเป็นแหล่งพลัง (source) เป็นผู้ริเริ่ม (originator) ให้เกิดการกระทำเพื่อไปสู่ผลลัพธ์หรือเป้าหมายที่ตนต้องการ เห็นได้จากคำพูดของเด็กในวัยนี้ เช่น หนูจะถอดรองเท้าของหนูเอง, หนูสามารถใส่เสื้อผ้าเองได้ เป็นต้น แม้จะเป็นความคิดในการไปถึงเป้าหมายง่าย ๆ ล้วน ๆ แต่สองขั้นตอนนี้ก็เป็นพื้นฐานในการพัฒนาไปสู่การมีความหวังของบุคคลด้านพลังแห่งความตั้งใจ

พัฒนาการของความหวังจะสมบูรณ์ทั้งสององค์ประกอบในวัยหัดเดิน หรือตั้งแต่ 2 ขวบขึ้นไป และจะถูกพัฒนามากขึ้นตามลำดับ เมื่ออายุเพิ่มขึ้น

การประเมินความหวัง

เครื่องมือวัดความหวัง (Hope Scale) ตามแนวคิดของไซเนอร์ ในครั้งแรกประกอบด้วยข้อคำถาม 45 ข้อ เป็นมาตราส่วน 4 ระดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่งถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง นำไปทดลองใช้ครั้งแรกกับนักศึกษามหาวิทยาลัยแคนซัส (Kansas University) จำนวน 384 คน โดยแฮร์ริส (Harris, 1988 cited in Snyder et al., 1991) จากนั้นนำมาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและตัดข้อคำถามจาก 45 ข้อเหลือเพียง 14 ข้อ ต่อมาไซเนอร์ (Snyder, 1991) ได้พัฒนาเครื่องมือให้สามารถวัดความหวังทั้งสององค์ประกอบได้ชัดเจนและกระชับขึ้นโดยเหลือข้อคำถามเพียง 8 ข้อ รวมข้อคำถามรบกวน (distractors) อีก 4 ข้อ รวมเป็น 12 ข้อ ใน 8 ข้อคำถามนั้นแบ่งเป็นข้อคำถามสำหรับวัดพลังแห่งความตั้งใจ 4 ข้อ และวัดพลังแห่งแนวทางอีก 4 ข้อ ไซเนอร์และคณะ (Snyder et al., 1991) ได้นำเครื่องมือนี้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษามหาวิทยาลัยแคนซัสจำนวน 6 กลุ่ม และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทางจิตในโรงพยาบาล 2 แห่ง

จากนั้นนำเครื่องมือมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .74 - .84 และนำมาหาความเชื่อมั่นโดยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) ได้ค่าความสัมพันธของการวัดสองครั้ง เท่ากับ .80 และจากการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านโครงสร้าง (construct validity) ของแบบวัดพบว่าสามารถทำนายพฤติกรรมที่มุ่งเป้าหมาย (goal-directed behavior) ได้

สรุปได้ว่าความหวังตามแนวคิดของชไนเดอร์เป็นกระบวนการของความคิดที่มุ่งไปสู่เป้าหมาย อันจะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่มีเป้าหมายของบุคคลตามมา อีกทั้งความหวังเป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริมและพัฒนาได้ (Snyder, 1994; 1995) ความหวังจึงเป็นตัวแปรสำคัญที่ควรตระหนักถึง เพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมที่มุ่งเป้าหมาย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยาครั้งนี้ ได้ใช้แนวคิดของชไนเดอร์เป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งชไนเดอร์กล่าวว่าบุคคลต้องผ่านกระบวนการของความคิดที่มุ่งเป้าหมาย (goal-directed thinking) ก่อน จึงจะแสดงพฤติกรรมที่มุ่งเป้าหมาย (goal-directed behavior) ในการศึกษาครั้งนี้ความคิดที่มุ่งเป้าหมายคือ ความหวังตามแนวคิดของชไนเดอร์ ซึ่งเป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่องของกลุ่มความคิดของบุคคลในการไปถึงเป้าหมาย โดยเป้าหมายที่ผู้สูงอายุหวังที่จะไปให้ถึงคือ การมีความมั่นคงทางใจ เมื่อต้องเผชิญกับข้อจำกัดและการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ (Snyder, 1994) ซึ่งความมั่นคงทางใจเป็นลักษณะหนึ่งของการมีสุขภาพจิตที่ดี ส่วนพฤติกรรมที่มุ่งเป้าหมายคือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตตามแนวคิดของจินตนา ยูนิพันธ์ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลตั้งใจกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตดี จากลักษณะของความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดังกล่าว จึงคาดว่าความหวังน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ