



วารสารพญณาวิชาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

Journal of Gerontology and Geriatric Medicine

วพวส. พ.ศ. 2548; ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน)

- ❑ การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทเก๊กสมปราน 18 ท่า
- ❑ เปรียบเทียบความสามารถในการทรงตัวระหว่างผู้ที่ออกกำลังกายไทเก๊กกับการเดินในกลุ่มผู้สูงอายุ
- ❑ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก
- ❑ แนวทางการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล
- ❑ แนวคิดในการสร้างศูนย์สุขภาพสหเวชศาสตร์ชุมชนเพื่อคนทุกคน
- ❑ สุขภาพ: สตรีสูงอายุ

วารสารทางวิชาการของสมาคมพญณาวิชาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย

Official Publication of the Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine

ISSN 1513-4695



สมาคมพญณาวิชาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย



วารสารพฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ Journal of Gerontology and Geriatric Medicine

วพวส. พ.ศ.2548; ปีที่ 6 ฉบับที่ 3(กรกฎาคม – กันยายน)

หัวหน้าบรรณาธิการ

ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล

รองบรรณาธิการ

ผศ.กรองจิต วาทีสาธกกิจ

รศ.มาลินี วงษ์สิทธิ์

พญ.สิรินทร ฉั่นศิริกาญจน

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.ประนอม โททกานนท์

รศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร

รศ.ดร.นภาพร ชโยวรรณ

รศ.ประคอง อินทรสมบัติ

รศ.นพ.พิเชษฐ อุดมรัตน์

ผศ.นพ.รุ่งนรินทร์ ประดิษฐสุวรรณ

พ.ท.นพ.ณัฐพงษ์ สมนยานนท์

ผศ.ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม

รศ.ทพญ.สุภิดา อนุสรณนิติสาร

รศ.บุษบา จินดาวิจักษณ์

ผศ.ดร.ศิริอร สิ้นธุ์

ผศ.ดวงฤดี ลาตุษะ

ผศ.ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

อ.ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช

ISSN1513-4695

พิมพ์ทุกไตรมาส

สำนักงาน:

ตึกอายุรศาสตร์ชั้น2

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ถนนพระราม 4 ปทุมวัน

กรุงเทพมหานคร 10330

โทร. 256-4449

โทรสาร. 251-1296

E-mail:tggm2000@hotmail.com

อัตราค่าสมาชิกวารสาร:

หน่วยงาน-องค์กร 600 บาทต่อปี

บุคคลทั่วไป 400 บาทต่อปี

สมาชิกสมาคม 200 บาทต่อปี

นิสิตนักศึกษา 200 บาทต่อปี

ธนาณัติ หรือ เช็คไปรษณีย์

ส่งจ่าย "วพวส" ณ ปณ.จุฬาลงกรณ์

เจ้าของ สมาคมพฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วารสารพญมาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
Journal of Gerontology and Geriatric Medicine

อาจารย์ นายแพทย์ บรรลุ	ศิริพานิช	ที่ปรึกษา
ศาสตราจารย์ ท่านผู้หญิงศรีจิตรา	บุญนาถ	ที่ปรึกษา
ศาสตราจารย์ นายแพทย์ เทพ	หิมะทองคำ	ที่ปรึกษา
แพทย์หญิงวันดี	โกตะกุล	นายกสมาคม
ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม	โอทกานนท์	อุปนายก 1
นางอุบล	หลิมสกุล	อุปนายก 2
แพทย์หญิงสิรินทร	ฉันทริกาญจน	ประธานฝ่ายวิชาการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ รุ่งนิรันดร์	ประดิษฐสุวรรณ	ประธานสาขาการแพทย์และ วิทยาศาสตร์การแพทย์
รองศาสตราจารย์ ศศิพัฒน์	ยอดเพชร	ประธานสาขาสังคมศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รอ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์	สาส์ตย์	ประธานสาขาพยาบาลศาสตร์
แพทย์หญิงโสภา	เกริกไกรกุล	เหรียญก
แพทย์หญิงวันดี	โกตะกุล	หารายได้
รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงวิไล	คุปต์นิติศัยกุล	ปฏิคม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจมาศ	กฤษอินทร์	นายทะเบียน
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นาวิรัตน์	จิตรมนตรี	ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์
อาจารย์ ดร.วิภาพรรณ	วิโรจน์รัตน์	ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์
นายแพทย์ ขจิต	ชูปัญญา	กรรมการกลาง
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ ประเสริฐ	อัสสันตชัย	กรรมการกลาง
ศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุทธิชัย	จิตะพันธ์กุล	กรรมการกลาง

สำนักงาน: ตึกอายุรศาสตร์ชั้น2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์ : 0-2256-4449, 0-2652-4232 โทรสาร: 0-2251-1296

E-mail address : tggm2000@hotmail.com



สารบัญ

บทบรรณาธิการ	1
นิพนธ์ต้นฉบับ	
✓ - การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ณัฐชุล อารยวิทยากุล, วิภาวี คงอินทร์, ศศิธร พุ่มดวง	2
✓ - เปรียบเทียบความสามารถในการทรงตัวระหว่างผู้ไทเก๊กไทเก๊กกับการเดิน ในกลุ่มผู้สูงอายุ กรอนงค์ ยืนยงชัยวัฒน์, ปรียาภรณ์ สว่างแจ้ง, ลัดดาวัลย์ แซ่ตั้ง, ศราวดี วังมณี, นพพล ประโมทยกุล	11
✓ - ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก พิชญภา พิษะย, ศิริพันธุ์ สาสดี	17
เสียงสะท้อน	29
บททวนวิชาการ	
✓ - แนวทางการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ดลนภา สร้างไธสง, จิราพร เกศพิชญวัฒนา	30
บทความพิเศษ	
✓ - แนวคิดในการสร้างศูนย์สุขภาพนเวชศาสตร์ชุมชนเพื่อคนทุกคน วินัย ดะห์ลัน, จงจิตร อังคทะวานิช	41



สารบัญ(ต่อ)

กระຈกเงง	48
1-2-3 ในการดูแลผู้สูงอายุ	
✓- สุขภาพ : สตรีสูงอายุ วิไลวรรณ ทองเจริญ	49
ข้อมูลสำหรับผู้นิพนธ์	57
ใบสมัครสมาชิกพญามาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย(พวท.)	
ใบสมัครสมาชิกวารสารพญามาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ(วพวส.)	

สำนักหอสมุด



ขอเชิญชวน แลกเปลี่ยนความรู้ผ่านทางวารสารฯ



วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ(วพวส.) ฉบับนี้เป็นฉบับที่3 ของปีนี้ มีอะไรใหม่เกิดขึ้นในแวดวงวารสารฯเล็กน้อย สิ่งแรกที่จะบอกกล่าวแก่ผู้อ่านและผู้สนใจทุกท่าน คือ วารสารฯได้จัดทำสีของหน้าปกเป็นสีเหลือง(เริ่มฉบับที่ 1 ของปี 2548) เพื่อเฉลิมฉลองพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช เนื่องในวโรกาสฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี ในปี พ.ศ.2549 แต่ยังคงแน่นไปด้วยเนื้อหาสาระ สิ่งนี้คง

เป็นสิ่งที่ทางกองบรรณาธิการเห็นพ้องกันว่า ความรู้ต่างๆ เป็นของสาธารณะ ยิ่งมีการแลกเปลี่ยนแก้กันและกัน ยิ่งจะทำให้วงการเกิดความก้าวหน้ามากขึ้น นอกจากนี้แล้วกองบรรณาธิการคงจะพยายามจัดให้มีบทความทางวิชาการหรือสร้างผลงานให้เป็นที่รู้จักของประชาชนมากขึ้น และจะเป็นสื่อที่ดีในการทำความเข้าใจ และเป็นช่องทางที่ทุกท่าน จะได้ร่วมรู้ร่วมคิด เพื่อพัฒนาบุคลากร และวิชาการ ในการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

สำนักหอสมุด

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า

ณัฐชล อารยวิทยากุล* ,วิภาวี คงอินทร์ RN, D.N.Sc.** , ศศิธร พุ่มดวง RN, Ph.D***

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่าทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทั้งในอดีตและปัจจุบันและเปรียบเทียบระหว่างอดีตกับปัจจุบัน สุ่มตัวอย่างจำนวน 100 รายจากจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 400 รายที่เป็นสมาชิกชมรมออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า จำนวน 5 แห่ง ในจังหวัดสงขลา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ในแต่ละด้านและโดยรวมของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ทั้งในอดีตและปัจจุบัน อยู่ในระดับดี และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม จิตวิญญาณในแต่ละด้านและโดยรวมของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ในอดีตกับปัจจุบัน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ในแต่ละด้านและโดยรวมในปัจจุบันดีกว่า ในอดีตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แสดงให้เห็นว่า การออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า มีผลเชิงบวกต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณในแต่ละด้านและโดยรวมด้วย

ผลการวิจัยนี้ได้นำข้อเสนอแนะในการออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่าที่ทำการถูกต้อง ไปใช้ในส่งเสริมสุขภาพและดำรงรักษาไว้ ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า, ผู้สูงอายุ, การรับรู้ภาวะสุขภาพ

บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีอัตราเพิ่มขึ้นเร็วว่าการเพิ่มของประชากรกลุ่มอื่นๆและมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มเป็นร้อยละ 9.2 ในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 15.3 ในปี พ.ศ. 2563⁽¹⁾ ทำให้สังคมต้องรับภาระที่ต้องดูแลผู้สูงอายุสูงมากขึ้นตามลำดับ⁽²⁾ เนื่องจากบุคคลมีอายุมากขึ้นร่างกายจะมีการเสื่อมของอวัยวะตามวัย โดยการศึกษาพบว่าปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น อาทิเช่น โรคข้อเข่าเสื่อมสภาพ เส้นเลือดหัวใจตีบตัน เบาหวาน ความดันเลือดสูง เป็นต้น^(3,4) โรคเหล่านี้ส่วนใหญ่สามารถป้องกันหรือชะลอให้เกิดช้าลงได้ด้วยการออกกำลังกาย⁽⁵⁾ ซึ่งเป็นกลวิธีหนึ่งที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ถือเป็น การบำบัดอย่างหนึ่งที่จะช่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพ และส่งเสริมความสามารถในการทำงานที่ ช่วยให้ มีช่วงระยะเวลาที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้นานขึ้น ซึ่งเป็นเป้าหมายสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ^(6,7,8)

ปัจจุบันการออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า (ซึ่งง)เป็นทางเลือกหนึ่งในการส่งเสริมสุขภาพที่มีผู้ให้ความสนใจและได้รับความนิยอย่างกว้างขวาง⁽⁹⁾ และเป็นการบริหารร่างกายและจิตใจที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ^(10,11) อีกทั้งเป็นการออกกำลังกายที่มีกระบวนการทำนมนวลเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ และต่อเนื่อง ไม่หักโหม ไม่เกิดการบาดเจ็บต่อร่างกาย มีการเริ่มต้นโดยยึดหลักการของการออกกำลังกายที่ดีที่สุด และที่สำคัญแม้ผู้ที่มีโรคเรื้อรังก็สามารถออกกำลังกายไทเก๊กได้ โดยไม่เป็นอันตรายต่อ

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สุขภาพ^(12,13) สามารถปฏิบัติได้ทั้งในบุคคลที่ป่วยเพื่อการเยียวยา บำบัดรักษาและในบุคคลที่มีสุขภาพดี เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

การออกกำลังกายไทยเกิดส่งผลดีต่อสุขภาพในด้านต่างๆสรุปได้ดังนี้ คือ 1) ผลต่อสุขภาพด้านร่างกาย ทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง และประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะในระบบต่างๆของร่างกายดีขึ้น^(14,15,16) 2) ผลต่อสุขภาพจิต ช่วยลดความตึงเครียด อารมณ์ซึมเศร้า และความวิตกกังวลและทำให้จิตใจสงบ มีสมาธิ อารมณ์ดีขึ้น^(17,18,3) 3) ผลต่อสุขภาพด้านสังคมช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ดีขึ้น ได้ร่วมกิจกรรมและพบปะเพื่อนในวัยเดียวกัน^(19,20) 4) ผลต่อสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสุขในชีวิตเพิ่มขึ้น⁽²¹⁾

ที่ผ่านมางานวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายไทยแก่ส่วนใหญ่ศึกษาวิจัยเฉพาะภาวะสุขภาพด้านร่างกาย แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณโดยรวมของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทยแก่ลมปราณ 18 ท่า โดยทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันทั้งในอดีตและปัจจุบัน เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงภาวะการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทยแก่ ลมปราณ 18 ท่า เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกัน เยียวยา บำบัดรักษา และส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม และยังเป็นการพัฒนาผู้สูงอายุที่ยังช่วยตนเองได้ให้คงคุณค่าของตนเองไว้ให้ได้ยาวนานที่สุด สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทราบถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณแต่ละด้านและโดยรวมของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทยแก่ลมปราณ 18 ท่า ทั้งในอดีตและในปัจจุบัน

2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณแต่ละด้านและโดยรวมของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทยแก่ลมปราณ 18 ท่า ในอดีตกับปัจจุบัน

3. ประชากรศึกษาและวิธีการประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมหรือศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทยแก่ลมปราณ 18 ท่า จำนวน 5 แห่ง ในจังหวัดสงขลา

โดยกำหนดคุณสมบัติไว้ดังนี้ คือ

1. เป็นผู้มีอายุ 60-79 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสงขลา

2. เป็นผู้ออกกำลังกายไทยแก่ลมปราณ 18 ท่า อย่างสม่ำเสมอ ตั้งแต่ 3 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป เป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 12 สัปดาห์

3. มีการรับรู้และสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจกลุ่มตัวอย่างเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยใช้วิธีจับฉลากแบบไม่คืนที่ ในอัตราส่วน 1:4 ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย ไทยแก่ลมปราณ 18 ท่า ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โรคประจำตัว อาการของโรคที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ระยะเวลา ความถี่ของการออกกำลังกายไทยแก่ลมปราณ 18 ท่า การออกกำลังกายชนิดอื่นร่วม โดยมีลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม ของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทยแก่ลมปราณ 18 ท่า ตามความรู้สึกรู้สึกของผู้สูงอายุโดยการประเมินตนเอง ประกอบด้วย แบบสอบถาม 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และชุดที่ 2 เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต แต่ละชุดประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 44 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงด้านเนื้อหา(content validity) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญการออกกำลังกายไทยแก่ลมปราณ 18 ท่าในผู้สูงอายุและมีความเชี่ยวชาญทางการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบแบบสอบถาม ความเที่ยง (reliability) ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค

(Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงแบบสอบถาม การรับรู้ภาวะสุขภาพรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เท่ากับ 0.92 และหาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest) ในกลุ่มตัวอย่าง เดิมเว้นช่วงในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) เท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการ สัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณแต่ละด้าน และโดยรวมนำมา หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในรายข้อ และรายด้าน
3. เปรียบเทียบการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ในแต่ละด้าน และการรับรู้ภาวะ สุขภาพโดยรวม ในปัจจุบันกับอดีต โดยใช้สถิติค่าที (paired t-tests) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 68.44 ปี (SD 5.64 ปี) กลุ่มตัวอย่างอายุ 60-69 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 79 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56 มีสถานภาพสมรสคู่ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 99 นับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่รายได้ของครอบครัวอยู่ในระดับ เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 65 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 56 มีสมาชิกในครอบครัว 3-5 คน ส่วนใหญ่มีบุตรหลาน อาศัยอยู่ด้วยมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85 จากข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีพฤติกรรม เสี่ยงต่อสุขภาพ(ดื่มสุรา สูบบุหรี่) ร้อยละ 82 มีโรคประจำตัว อย่างน้อย 1 โรค โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 41.45 รองลงมาคือ โรคข้อและกระดูก

และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 37.81 และ 21.95 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.05 บอกว่าอาการของโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีอาการดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า มานานโดยอยู่ในช่วง 1 – 3 ปี มากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 41 เฉลี่ยออกกำลังกายมานานประมาณ 4 ปี (SD = 3.08 ปี) ความถี่ในการออกกำลังกายเฉลี่ยประมาณ 5 ครั้งต่อสัปดาห์ (SD = 1.53 ปี) หนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง มีการออกกำลังกายต่ำสุด 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และร้อยละ 37.93 มีออกกำลังกายด้วยการเดินร่วมกับการออกกำลังกาย ไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 59.09 และแอโรบิค สัปดาห์ละ 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 55.55

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ

2.1 การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ที่ออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ในอดีตและ ปัจจุบัน อยู่ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบกับอดีต พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกาย ไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ในปัจจุบันดีกว่าในอดีต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) เช่น การรับรู้ ภาวะสุขภาพด้านร่างกายเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและ กระดูกเนื่องจากการออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า มีการเคลื่อนไหวที่มีการประสานกันระหว่างภายในและ ภายนอก เน้นจิตใจและความมีสติ ร่างกายทุกส่วนต้อง ประสานกันตั้งแต่เท้าไล่ถึงโคนขา ต่อไปถึงเอวไปถึงนิ้ว จนถึงส่ายตา อวัยวะทุกส่วนของร่างกายอยู่ในลักษณะ ผ่อนคลาย ไม่เกร็งกล้ามเนื้อ ไม่ตึงเครียด ทำให้กล้ามเนื้อ ส่วนต่างๆของร่างกายได้ผ่อนคลายเพิ่มขึ้น ทำให้เลือด สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆ ได้ดีขึ้น มีผลให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงขึ้น ข้อต่อต่างๆสามารถ เคลื่อนไหวได้คล่องตัวขึ้น สามารถเพิ่มการควบคุมทิศทาง และความเร็วของการเคลื่อนไหวของแขนขาดีขึ้น⁽²²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาผลของไทเก๊กต่อความ คล่องแคล่ว ในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มไทเก๊ก มีการเคลื่อนไหวเร็วขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ⁽²³⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการควบคุม การเคลื่อนไหวของแขนในผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ ออกกำลังกายไทเก๊กและกลุ่มออกกำลังกายโดยการเดิน เมื่อวัดความสามารถในการควบคุมการเคลื่อนไหวของ แขนและความเร็วของการเคลื่อนไหวหลังฝึกไทเก๊ก 8

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็นรายด้าน รวมทั้ง 4 ด้าน และโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง ในอดีตและปัจจุบัน (N = 100)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ **	ภาวะสุขภาพอดีต			ภาวะสุขภาพปัจจุบัน			t(2-tailed)
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	
ด้านร่างกาย	8.32	0.91	ดี	8.68	0.73	ดี	4.93*
ด้านจิตใจ	8.27	1.02	ดี	8.71	0.90	ดี	5.97*
ด้านสังคม	8.39	0.96	ดี	8.77	0.91	ดี	4.50*
ด้านจิตวิญญาณ	8.65	0.86	ดี	9.05	0.69	ดี	6.62*
รวมทั้ง 4 ด้าน	8.38	0.75	ดี	8.75	0.67	ดี	6.81*
โดยรวม ***	7.06	1.72	ดี	8.10	1.10	ดี	6.00*

* $p < .001$

** กำหนดระดับของการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้มาตรวัดแบบเส้น

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง น้อยกว่า 4.00 เซนติเมตร

อยู่ในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 4.01-7.00 เซนติเมตร

อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง มากกว่า 7.01-10.00 เซนติเมตร

อยู่ในระดับดี

*** วัดภาวะสุขภาพโดยรวมให้กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมตามการรับรู้ของตนเองจากมาตรวัดแบบเส้น(VAS) 1 ครั้ง

ส์ปาดาร์ พบว่า กลุ่มไทเก๊กสามารถเพิ่มการควบคุมและความเร็ว ในการเคลื่อนไหวของแขนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระบบหัวใจหลอดเลือดและการหายใจ ซึ่งอาจจะเป็นเพราะการออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า เป็นการเคลื่อนไหวที่เน้นการประสานกันระหว่างร่างกายจิตใจและการหายใจ เข้าลึกและผ่อนออกช้าๆตามจังหวะดนตรี ทำให้การขยายตัวของปอดและการแลกเปลี่ยนก๊าซเพิ่มขึ้น มีการสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อทั่วร่างกายได้ดีขึ้น การนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อของร่างกายก็ดีขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและปอดดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการตอบสนองของระบบหัวใจและการหายใจในผู้ที่ฝึกไทเก๊กและผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย (กลุ่มควบคุม) โดยการวัดค่าออกซิเจนสูงสุด ซีพจร อัตราการเผาผลาญที่ระดับออกกำลังกายสูงสุด พบว่ากลุ่มไทเก๊กมีค่าออกซิเจนสูงสุด ซีพจร อัตราการเผาผลาญสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁴⁾

2.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ในปัจจุบัน อยู่ในระดับดี และเมื่อเปรียบเทียบกับอดีต พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ ของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่าในปัจจุบันดีกว่าในอดีต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001(ตารางที่ 1) ซึ่งอาจจะเป็นเพราะในขณะที่ออกกำลังกายร่างกายจะมีการหลั่งสารจำพวกเอ็นดอร์ฟินส์(endorphines) ซึ่งมีลักษณะคล้ายมอร์ฟินเพิ่มมากขึ้น ทำให้ช่วยลดความเจ็บปวดของร่างกายและทำให้จิตใจสดชื่น เกิดความรู้สึกผ่อนคลายภาวะซึมเศร้าลดลง⁽²⁵⁾ และการออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ในแต่ละกระบวนท่ามีความรำเงา เบิกบาน และสบาย มีการจินตนาการถึงทิวทัศน์อันสวยงาม ใช้หลักของความสุขตามธรรมชาติ ทำให้การทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติกลดลง อัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจช้าลง การใช้ออกซิเจน และการเผาผลาญของพลังงานลดลง ทำให้รู้สึกสดชื่น ความเครียดลดลง⁽²⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าไทเก๊ก ช่วยให้อารมณ์ที่ไม่สงบ ความเครียด และอาการซึมเศร้า ลดลง^(14,17,18,27)

2.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านสังคมของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ในปัจจุบันอยู่ในระดับดี และเมื่อเปรียบเทียบกับอดีต พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านสังคมของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทเก๊ก

ลมปราณ 18 ท่าในปัจจุบันดีกว่าในอดีต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ตารางที่ 1) ซึ่งอาจจะเป็นเพราะการออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า เป็นการออกกำลังกายที่ทำเป็นกลุ่ม ซึ่งเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างหนึ่ง ทำให้ผู้ออกกำลังกายได้พบเพื่อนฝูง สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ทำให้มีสังคมที่กว้างขึ้น ผู้สูงอายุที่ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นสามารถช่วยเหลือสังคมได้ จะทำให้รู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า การปฏิบัติตนด้านสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงส่งผลให้ผู้ที่มาออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า มีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านสังคมดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ผู้ปฏิบัติประเมินว่าทำให้ได้สังคมกับผู้อื่นมากขึ้น^(14,19,23) และสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผลของไทเก๊กต่อด้านสังคมในผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางร่างกาย ซึ่งพบว่า มีการพัฒนาเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมได้ดีขึ้น⁽²⁰⁾

2.4 การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ในปัจจุบันอยู่ในระดับดี และเมื่อเปรียบเทียบกับอดีต พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่าในปัจจุบันดีกว่าในอดีตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001(ตารางที่ 1) ซึ่งอาจจะเป็นเพราะการออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า เป็นการออกกำลังกายกันเป็นกลุ่ม เป็นการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมอย่างหนึ่ง ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับนับถือจากสังคม ชุมชนและครอบครัว การพูดคุยกันในกลุ่มส่งผลให้สุขภาพจิตดีขึ้น รู้สึกว่าตนเองสามารถทำงานได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ได้ช่วยเหลือกันในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทยพบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทางสังคม จะทำให้มีความผาสุกทางใจเกิดขึ้น⁽²⁹⁾ กลุ่มออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า นอกจากร่วมกันออกกำลังกายแล้วยังมีกิจกรรมอย่างอื่นเพิ่มเติมอีก เช่น การจัดกลุ่มไปเที่ยวสถานที่ต่างๆ ไปวัด ทำให้มีการช่วยเหลือ ปรึกษาทุกข์ รับฟังปัญหาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้สบายใจ

จึงน่าจะส่งผลให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพด้านจิตวิญญาณสูงขึ้น และการออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า เป็นการปฏิบัติที่ประกอบไปด้วยรูปแบบของการเคลื่อนไหวด้วยความตั้งใจ สนใจเฉพาะสิ่งที่กำลังทำอยู่ ทำด้วยความมีสติ โดยใช้หลักของการผ่อนคลายอย่างเป็นธรรมชาติ มีความสมดุล กลมกลืน ทำให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น จะทำให้ระดับความสุขเพิ่มขึ้น ช่วยให้ระดับจิตวิญญาณสูงขึ้น^(30,31,32) ส่งเสริมให้ระดับความผาสุกในชีวิตเพิ่มขึ้น และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁽³³⁾ และการออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า นอกจากส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาหรือเป็นภาระผู้อื่น เป็นความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุ จึงทำให้สุขภาพด้านจิตวิญญาณดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาผลของไทเก๊กต่อภาวะสุขภาพผู้ป่วยติดเชื้อ HIV พบว่าช่วยให้ผู้ป่วยแข็งแรงขึ้น มีสุขภาพด้านจิตวิญญาณดีขึ้น

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ในปัจจุบันดีกว่าในอดีต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้ว่า การออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ เนื่องจากการออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีขึ้น แม้อายุมากขึ้นก็ยังสามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพได้ ไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจและมีความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข จึงกล่าวได้ว่า ผลของการวิจัยครั้งนี้ ช่วยยืนยันว่าการออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมและให้ประโยชน์แก่สุขภาพผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณในแต่ละด้านและโดยรวมด้วย

ข้อเสนอแนะ

ควรนำผลการศึกษานี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ดังต่อไปนี้

1. ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยมีแนวทางดำเนินการ ดังนี้

1.1 ควรใช้การออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า เป็นประเภทการออกกำลังกายหลักในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุไทย

1.2 นำการออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า มาใช้ในการบำบัด รักษาและสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเรื้อรังเกิดภาวะสุขภาพดีขึ้น สามารถลดอาการและความรุนแรงของโรค ลดความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่โดยพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด

1.3 เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรได้รับการอบรมและฝึกฝนปฏิบัติการออกกำลังกาย ไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ด้วยตัวเอง ให้มีความรู้ ทักษะ ความชำนาญ และทัศนคติที่ถูกต้อง เพื่อจะได้เป็นแกนนำในการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและประชากรกลุ่มอื่นในชุมชนได้

2. ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล โดยมีแนวทาง ดังนี้

2.1 นำการออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ไปใช้ในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้น โดยมีการแนะนำและสาธิตจากพยาบาลที่มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดให้มีเทป วิดีโอ หรือวีซีดีการออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ประจำหน่วยงาน

3. ใช้ในด้านการวิจัยทางการแพทย์ โดยมีแนวทางการดำเนินการ ดังนี้

3.1 ควรมีการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทเก๊กลมปราณ 18 ท่า ในลักษณะเปรียบเทียบกับกลุ่มออกกำลังกายอื่นๆ เพื่อศึกษาถึงทางเลือกอื่นๆ ในการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุต่อไป

3.2 ควรมีการศึกษาติดตามภาวะสุขภาพของผู้ที่มีการออกกำลังกายไทเก๊ก ลมปราณ 18 ท่า สำหรับบุคคลที่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังโดยเฉพาะในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. ศรีจิตรา บุนนาค, และ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล.(2542). สถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ปัญหาทางสุขภาพ ภาวะพึ่งพาและแนวโน้มขยายทางการแพทย์และการสาธารณสุข. การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุผู้สูงอายุด้วยคุณภาพ, วันที่ 22-24 พฤศจิกายน 2542, 28-29.

2. สันหัตต์ เสริมศรี.(2541). ประชากรศาสตร์ทางสังคม (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร:สามเจริญพานิช.
3. บรรลุ ศิริพานิช . (2541ก). 20 ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ.
4. บรรลุ ศิริพานิช. (2542).ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.
5. V alfre, M. M. (2001). *Foundation of mental health care (2nd ed.)*. St. Louis: Mosby.
6. ประคอง อินทรสมบัติ. (2543). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. ใน สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด(บรรณาธิการ), *การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล* (หน้า 223-250). นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
7. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล.(2544). หลักสำคัญของ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ(พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
8. Roach, S. S. (2001). *Introductory gerontological nursing*. Philadelphia: Lippincott.
9. หลินไฮ้วเส็น. (2542). การบริหารไทเก๊กมปราน 18 ท่า ชุดที่ 1, 2, 3 (สันติ ศิริประชัย และ พัชราวุธ ศิริประชัย, ผู้แปล) กรุงเทพมหานคร: วุฒิปันธิการพิมพ์.
10. วันดี โภคะกุล. (2542). การบริหารลมปรานเพื่อสุขภาพ "ไทเก๊ก" (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
11. Ross, M. C., Bohannon, A. S., Davis, D. C., & Gurchiek, L. (1999). The effects of a short-term exercise program on movement, pain and mood in the elderly. *Journal of Holistic Nursing*, 17(2), 139-147.
12. Fontana, J. A. (2000). The energy costs of a modified form of Tai Chi exercise. *Nursing Research*, 49(2), 91-96.
13. Jancewicz, A. (2001). Tai Chi Chuan's role in maintaining independence in ageing people with chronic disease. *Journal of bodywork and movement therapies*, 5(1), 70-77. Abstract retrieved December 5, 2002, from CINAHL (R) Database 2001-2002/04 SI: SR0088526
14. สมพร เจริญชัยศรี, และ อมรรัตน์ ภิราษร. (2541). ผลของการใช้วิธีการดูแลสุขภาพทางเลือกแบบจีนต่อ ความเครียดและความดันโลหิต ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ: ชีงัง.วารสารพยาบาล สาธารณสุข, 12(2), 64-71.
15. อุไรวรรณ ไพรงพนม. (2545). ผลของการรำมวยจีน ชีงังต่อระดับน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดง ในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
16. Tse, S. K., & Bailey, D. M. (1991). Tai Chi and Postural Control in the Well Elderly. *American Journal of Occupational Therapy*, 15, 295-300.
17. Brown, D. R., Wang, Y., Ward, A., Ebbeling, C. B., Fortlage, L., Puleo, E., et al.(1995). Chronic effects of exercise and exercise plus cognitive strategies. *Medical Science Sports Exercise*, 27 (5), 765-775. Abstract retrieved June 24, 2003, from PMID [PubMed-indexed for MEDLINE]
18. Jin, P. (1992). Efficacy of Tai Chi, brisk walking, and reading in reducing mental and emotional stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(4), 361-370. Abstract retrieved June 2, 2003, from <http://www.lianyee.com/english/taP%20chP%20benefits.html>
19. อจรรณ บุราณรักษ์. (2543). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยการออกกำลังกายแบบชี่งัง. วารสารกายภาพบำบัด, 22(1), 46-55.
20. Blinde, E. M., & McClung, L. R. (1997). Enhancing the physical and social self through recreational activity: Accounts of individuals with physical disabilities. *Physical Activity Quarterly*, 14(4), 327-344.
21. Farrell, S. J., Ross, A. D., & Sehgal, K. V. (1999). Eastern movement therapies. *Physical Medicine and Rehabilitation*, 10(3), 617-629. Retrieved June 2, 2003, from <http://www.lianyee.com/english/taP%20chP%20benefits.html>
22. Yan, J.H. (1998). Tai Chi practice improves senior citizens' balance and arm movement control. *Journal of aging and physical activity*, 6(3), 271-284. Abstract retrieved December 5, 2002, from CINAHL (R) Database 1999-2000 SI: 0074882

23. สมพร อ่อนละออ, ปฐมรัตน์ ศักดิ์ศรี และ อโณทัย วงศ์ใหญ่. (2546). ผลของไท้ชี่กึ่งต่อความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ. วารสารพุดมาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 4(2), 12-17.
24. Lai, J. S., Wong, N. K., Lan, C., Chong, C. K., & Lien, I. N. (1993). Cardiorespiratory responses of Tai Chi Chuan practitioners and sedentary subjects during cycle ergometry. *Journal of Formosan Medicine Association*, 92(10), 894-899. Retrieved December 5, 2002, from <http://members.ao.com/sltcca/research/taieabs.html>
25. บรรลุศิริพานิช. (2541ข). หลักการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทั่วไป. ใน บรรลุศิริพานิช (บรรณานิการ), การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 11-30). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน
26. เทอดศักดิ์ เดชคง. (2545). ชี่กึ่ง วิธีแห่งพลังเพื่อการบำบัดโรค (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.
27. Jin, P. (1989). Changes in heart rate, noradrenaline, cortisol and mood during Tai Chi. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(2), 197-206. Retrieved December 9, 2002, from <http://members.ao.com/sltcca/research/taieabs.html>
28. ประนอม โสภานนท์, ชวนพิศ สิมสุวรรณ, และมองใส เจริญการ. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติตนใน ชีวิตประจำวันกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารพุดมาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 1(4), 25-30.

สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน

Perceived Health Status of the Elderly Practicing Tai Chi

Natthachal Arayauuihayakul *, Wipawee Kong-In RN,D.N.Sc.**, Sasitorn Phumdoung RN,Ph.D.***

Abstract

This descriptive research was conducted to study the perception of health status in the past and present of older persons who practice Tai Chi with eighteen movements. The one hundred subjects were selected by simple random sampling without replacement from about 400 members at 5 elderly clubs in Songkhla province. The research instrument was a questionnaire developed by the researcher. Two parts of the questionnaire were demographic data and perceived health status concerning physical, mental, social, spiritual and whole health status. The coefficients of reliability obtaining by Cronbach's alpha and test-retest are .92 and .98 respectively. Statistics used in data analysis were frequency, arithmetic mean, standard deviation and t-test. The results were as follows : 1.Total elder persons perceptions towards physical, mental, social, spiritual and whole health status in the past and present were at good level. 2. Comparison of their perception towards physical, mental, social, spiritual and whole health status in the past and present revealed significant difference. Present perceptions were significantly higher than there in the past ($p < .001$, $t = 4.93, 5.97, 4.50, 6.62, \text{ and } 6.00$) respectively. The research findings show that practicing Tai Chi movement has positive effects on the perception of physical, mental, social, spiritual and whole health of elder persons. So the correct and construct practice of Tai Chi is an appropriate exercise for older persons to obtain and endure good health status.

Key word : Perceived Health Status, Elderly, Tai Chi

* Registered Nurse, HatYai Hospital.

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

นิพนธ์ต้นฉบับ

เปรียบเทียบความสามารถในการทรงตัวระหว่างผู้ที่ออกกำลังกายไทเก๊กกับการเดินในกลุ่มผู้สูงอายุ

กรอนงค์ ยืนยงชัยวัฒน์ *, ปรียาภรณ์ สว่างแจ้ง**, ลัดดาวัลย์ แซ่ตั้ง**, ศราวดี วังมณี**, นพพล ประโมทยกุล*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทเก๊กและผู้ที่เดินออกกำลังกาย

วิธีการดำเนินงาน: ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-80 ปีจำนวน 140 คนแบ่งเป็นผู้ออกกำลังกายไทเก๊ก 70 คน และผู้ที่เดินออกกำลังกาย 70 คนที่สวนสาธารณะลุมพินีเป็นประจำและมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนด โดยใช้การทดสอบความสามารถในการทรงตัวคือ Berg Balance Test, Time Up and Go และ Chair stand test และนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS Version 10.0 โดยใช้ Independent sample t - test และ Mann Whitney U ในการทดสอบทางสถิติ

ผลการศึกษา: จากผลการทดสอบความสามารถในการทรงตัว โดย TUG พบว่ากลุ่มที่เดินออกกำลังกายใช้เวลาในการทดสอบน้อยกว่ากลุ่มไทเก๊กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.017$) สำหรับการทดสอบด้วยวิธี 30 Seconds Chair Stand Test และ Berg Balance Test พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ในกลุ่มออกกำลังกายไทเก๊กกับกลุ่มเดินออกกำลังกาย

สรุปผลการทดลอง: การออกกำลังกายด้วยการเดินหรือไทเก๊กนั้น น่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งให้กับผู้สูงอายุที่ต้องการออกกำลังกายโดยเฉพาะเพศหญิง และจากผลงานวิจัยครั้งนี้พบว่า การเดิน น่าจะเป็นการออกกำลังกายที่ช่วยพัฒนาความสามารถในการทรงตัวในขณะที่เคลื่อนไหวของผู้สูงอายุที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ส่วนการพัฒนาความสามารถในการทรงตัวในขณะที่อยู่นิ่ง พบว่าทั้งสองกลุ่มให้ผลการทดสอบที่ไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : การทรงตัว, ไทเก๊ก, การเดิน, ผู้สูงอายุ

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งอายุที่เพิ่มขึ้นนั้นจะมีความสัมพันธ์กับความเสื่อมของร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นความเสื่อมของระบบประสาท, สายตาที่แยลง, กำลังกล้ามเนื้อที่ลดลง, มีความยืดหยุ่นของข้อต่อต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเหล่านี้จะส่งผลต่อความสามารถในการทรงตัวที่ใช้ในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้มในผู้สูงอายุ⁽¹⁻³⁾ หลากหลายงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาถึงการออกกำลังกายในประเภทต่างๆ ที่สามารถลดปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มได้ โดยการออกกำลังกายนั้นจะต้องมีองค์ประกอบของการส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ, ความสามารถในการทรงตัวและความทนทาน ระดับความหนักในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ นั้นไม่ควรมากหรือน้อยจนเกินไป หรือเป็นการ ออกกำลังกายที่ไม่มีแรงกระแทกมาก ซึ่งการออกกำลังกาย ไทเก๊กและการเดินต่างก็มีองค์ประกอบดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น โดยทั้งสองการออกกำลังกายต่างก็ได้รับความนิยมในผู้สูงอายุ เนื่องจากการออกกำลังกายที่ง่าย ไม่ยุ่งยาก ไม่ต้องใช้อุปกรณ์หรือเสียค่าใช้จ่ายใดๆ⁽⁴⁻⁶⁾ แต่ก็ยังไม่มีการศึกษาถึงความแตกต่างนี้ว่าการออกกำลังกายประเภทใดที่จะสามารถส่งเสริมความสามารถในการทรงตัวได้มากกว่ากัน ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทเก๊กและผู้ที่เดินออกกำลังกาย

* อาจารย์ภาควิชากายภาพบำบัด คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** นักกายภาพบำบัด

ประชากรศึกษาและวิธีการ

ประชากร ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-80 ปี จำนวน 140 คน โดยแบ่งเป็นผู้ออกกำลังกายไทเก๊ก 70 คน และผู้ที่เดินออกกำลังกาย 70 คน ที่สวนสาธารณะลุมพินี เป็นประจำ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นผู้ที่ออกกำลังกายมานานอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไปเป็นผู้ที่สามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้อย่างอิสระและไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินใดๆ เกณฑ์การคัดออกเป็นผู้ที่เคยมีประวัติการหกล้มภายในระยะเวลา 1 ปี ก่อนวันที่รับสมัครเข้าทำการทดสอบ และเป็นผู้ที่ออกกำลังกายไทเก๊กหรือเดินออกกำลังกายร่วมกับการออกกำลังกายประเภทอื่นๆ

วิธีการ ผู้สูงอายุจะได้รับการทดสอบด้วยวิธีการทดสอบการทรงตัวของ Berg Balance scale, 30 seconds Chairstand test และ Time Up and Go โดยทำค่า Blood Pressure และ Heart Rate เพื่อใช้เป็นเกณฑ์อ้างอิงขณะพักและแต่ละการทดสอบจะมีระยะเวลาพักจนกว่าค่า Blood pressure และ Heart Rate จะกลับมาสู่ค่าขณะ

พักหลังจากนั้นนำผลการทดสอบมาวิเคราะห์ทางสถิติ **วิธีการทดสอบทางสถิติ** Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) computer software version 10.0 โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test (K-S test) เพื่อดูการกระจายของข้อมูลแบบปกติ และ Pair independent t-test กรณีข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติ และ Mann-Whitney U กรณีข้อมูลกระจายตัวแบบไม่ปกติ และข้อมูลเป็นแบบ Ordinal Scale

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมดจำนวน 191 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มที่ออกกำลังกายด้วยไทเก๊ก 108 คน และกลุ่มที่เดินออกกำลังกาย 83 คน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก-คัดออก ของกลุ่มผู้สูงอายุไทเก๊ก จำนวน 70 คน และ เดินออกกำลังกายอีก 70 คน ดังนั้นจึงมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 140 คน แบ่งเป็น เพศชาย 62 คน (44.29%) และเพศหญิง 78 คน (55.71%)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมทำการวิจัย

ประเภทการออกกำลังกาย	เพศ		อายุเฉลี่ย (ปี)	น้ำหนักเฉลี่ย (กก)	ส่วนสูงเฉลี่ย (ซ.ม.)	ระยะเวลาที่ออกกำลังกายเฉลี่ย (นาที/ครั้ง)	ระยะเวลาเฉลี่ย (ปี)
	ชาย	หญิง					
ไทเก๊ก	22 (31.43%)	48 (68.57%)	65.80±4.72	63.14±9.23	160.59±7.03	66.50±22.67	6.94±5.67
เดินออกกำลังกาย	40 (57.14%)	30 (42.86%)	67±5.78	61.30±7.44	159.20±7.18	53.97±8.36	7.26±4.93

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการวัดความสามารถในการทรงตัวในแบบทดสอบต่างๆ ของทั้ง 2 กลุ่ม

ประเภทการทดสอบ	Tai Chi (N=70)	Walking (N=70)	P-value
TUG (sec)	7.2921±7.03	6.7016±6.6450	0.017 ^a
30 Seconds Chair Stand	15.56±15.00	16.63±16.00	0.187 ^a
Berg Balance Score	53.86±1.883	54.23±1.972	0.129 ^b

a = ค่าความทางสถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $\alpha < 0.05$

b = ค่าความทางสถิติ Mann Whitney U test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $\alpha < 0.05$

ผลการทดสอบการทรงตัวด้วย TUG ในกลุ่มผู้ที่ ออกกำลังกายไทเก๊ก มีเวลาเฉลี่ย 7.2921±7.03 วินาที ส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย มีเวลาเฉลี่ย 6.7016±6.6450 วินาที ซึ่งเมื่อนำข้อมูลทั้ง 2 กลุ่ม มาเปรียบเทียบกันพบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายไทเก๊กส่วนใหญ่ใช้เวลาในการทดสอบ มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายและจากการวิเคราะห์ทาง สถิติของทั้งสองกลุ่มนั้น มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.017)

ผลการทดสอบ 30 Seconds Chair Stand กลุ่มผู้ที่ ออกกำลังกายไทเก๊ก พบว่า สามารถทำได้เฉลี่ย 15.56±15.00 ครั้ง ส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย สามารถทำได้เฉลี่ย 16.63±16.00 ครั้ง ซึ่งเมื่อนำข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายไทเก๊กสามารถทำได้ใกล้เคียง กับผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายและจากการวิเคราะห์ทาง สถิติ ของทั้งสองกลุ่มนั้นไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p>0.05)

ผลการทดสอบ Berg Balance Test กลุ่มผู้ที่ ออกกำลังกายไทเก๊ก พบว่ามีคะแนนเฉลี่ย 53.86±1.883 คะแนนส่วนกลุ่มผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย สามารถทำได้เฉลี่ย 54.23±1.972 คะแนน ซึ่งเมื่อนำข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มมาเปรียบเทียบ กัน พบว่า ผู้ที่ออกกำลังกายไทเก๊กสามารถทำคะแนนได้ใกล้เคียง กับผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายและเมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ ของ ทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ เช่นกัน (p>0.05)

อภิปรายผล

การทดสอบความสามารถในการทรงตัวมีทั้งหมด 3 การทดสอบ โดยเป็นการทดสอบในลักษณะ Physical Performance Test ได้แก่ TUG (ICC=0.98-0.99)⁽⁷⁾ ที่เป็นการทดสอบทักษะการเคลื่อนไหวที่พื้นฐาน(Dynamic Balance), 30 Seconds Chair Stand Test (เพศชาย ICC=0.84, เพศหญิง ICC=0.92)⁽⁸⁾ เป็นการประเมินการควบคุมประสานสัมพันธ์ ของร่างกาย ขณะที่มีการเปลี่ยนแปลงจากท่าหนึ่ง ไปสู่อีกท่าหนึ่ง และท่าหนึ่งไปสู่อีกท่าหนึ่ง ร่วมกับเป็นการประเมินความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อขา ซึ่งเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของการ ทรงตัว และ Berg Balance Test (ICC=0.98)⁽⁹⁾ เป็นการทดสอบ ความสามารถในการทรงตัวขณะอยู่นิ่งและทำการเคลื่อนไหว ซึ่งท่าทางเหล่านี้มักใช้ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นจึงเห็น ได้ว่า การทดสอบที่เลือกมานั้นเป็นวิธีการประเมิน

ความสามารถในการทรงตัวอย่างง่าย ซึ่งสามารถทำในกลุ่ม ผู้สูงอายุจำนวนมากๆได้, มีความน่าเชื่อถือ, มีความไว และความจำเพาะต่อการทดสอบความสามารถในการ ทรงตัวสูง

ในการทดสอบครั้งนี้ได้จัดเรียงลำดับการทดสอบ ตามความเหนื่อยจากน้อยไปหามาก และยังได้กำหนด ให้มีช่วงพักระหว่างการทดสอบโดยใช้การวัด Blood Pressure และ Heart Rate ให้กลับมาเท่ากับค่าขณะพัก จึงเริ่มการทดสอบต่อไป เพื่อป้องกันความล้าที่อาจเกิดขึ้น จากการทดสอบ

เมื่อนำผลการทดสอบ TUG ของทั้งสองกลุ่มมา เปรียบเทียบกัน พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p = 0.017) โดยกลุ่มผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายใช้ เวลาในการเดินเฉลี่ยน้อยกว่าผู้ที่ออกกำลังกายไทเก๊ก แสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายมีความสามารถ ในการทรงตัวขณะเดินดีกว่ากลุ่มผู้ที่ออกกำลังกายไทเก๊ก ซึ่งการเดินนั้นเป็นการใช้ความสามารถในการทรงตัวขณะ เคลื่อนที่ด้วยการถ่ายน้ำหนักและการรักษา COG ให้ อยู่ใน BOS ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดการเดิน และเมื่อ ทำการทดสอบ TUG ซึ่งเป็นทดสอบที่ประเมินประสิทธิภาพ ในการเคลื่อนที่ของผู้สูงอายุ⁽¹⁰⁾ หรือความสามารถใน การทรงตัวของผู้สูงอายุขณะเคลื่อนที่⁽¹¹⁾ ดังนั้นจึงพบว่า ผู้ที่เดินออกกำลังกายมีผลการทดสอบ TUG ดีกว่าผู้ที่ ออกกำลังกายไทเก๊ก

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Carmeli และคณะ ในปี 2002 ที่ได้ทดสอบผลของการเดินบนลู่วิ่งกล ในผู้สูงอายุที่เป็น Down syndrome โดยใช้ TUG ในการทดสอบ Dynamic Balance พบว่ากลุ่มผู้ที่ฝึกเดิน บนลู่วิ่งกลนาน 6 เดือน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ จากกลุ่มที่ไม่ได้ฝึกเดิน⁽¹¹⁾

การทดสอบ 30 Seconds Chair Stand

เมื่อนำผลการทดสอบ 30 Seconds Chair Stand ของทั้งสองกลุ่มมาเปรียบเทียบกันพบว่าไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05) เนื่องจากการทดสอบ นี้ต้องอาศัยการทรงตัวด้วยการถ่ายน้ำหนักและมีการ เปลี่ยนแปลง BOS จากท่าหนึ่งไปสู่อีกท่าหนึ่ง และท่าหนึ่งไปสู่อีกท่าหนึ่ง ร่วมกับการใช้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาทำงานแบบ Concentric และ Eccentric ซึ่งการออกกำลังกายทั้งสอง ประเภทสามารถทำได้ใกล้เคียงกัน

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hakim และคณะ ในปี 2004⁽⁶⁾ ที่ใช้ 30 Second Chair Stand ในการทดสอบความสามารถในการทรงตัวพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทเก๊กกับกลุ่ม ออกกำลังกาย อื่นๆ (เดิน, วิ่งออกกำลังกาย ฯลฯ) แต่ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย

การทดสอบ Berg Balance Scale

เมื่อนำผลการทดสอบ Berg Balance Scale ของทั้งสองกลุ่ม เปรียบเทียบกับพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) และจากตารางที่ 2 พบว่า ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสองกลุ่มมีความสามารถในการทรงตัวขณะใช้ชีวิตประจำวันอยู่ในเกณฑ์ดี (มากกว่า 45 คะแนน) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lajoie⁽¹²⁾ ในปี 2003 ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบ Berg Balance Scale และการทดสอบอื่นๆ ในกลุ่ม ผู้สูงอายุที่เคยหกล้มและไม่เคยหกล้มมาก่อน พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม (> 1 ครั้ง ใน 1 ปีที่ผ่านมา) มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้ม โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่เคยหกล้มมีคะแนนรวม 36 คะแนน และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้ม มีคะแนนรวม 50.4 คะแนน⁽¹²⁾ นอกจากนี้ งานวิจัยได้กำหนด เกณฑ์การคัดออกของผู้เข้าร่วมงานวิจัย คือ เป็นผู้ที่มีประวัติหกล้มภายใน 1 ปี นับจากวันที่เข้าร่วมงานวิจัย ดังนั้น ทำให้ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้ง 2 กลุ่มไม่เคยมีประวัติในการหกล้มมาก่อนภายใน 1 ปี จึงส่งผลให้มีความสามารถในการทรงตัวขณะใช้ชีวิตประจำวันอยู่ในเกณฑ์ดี (>45 คะแนน)

จากผลการทดสอบ Berg Balance Scale ใน Item "ยืนเอื้อมแขนไปทางด้านหน้า" พบว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายไทเก๊ก มีคะแนนดีกว่าผู้ที่เดินออกกำลังกายซึ่งสอดคล้องกับ Hakim และคณะ ที่ได้ศึกษาความแตกต่างของการทรงตัวในผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไทเก๊ก, การออกกำลังกายประเภทอื่นๆ และผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย โดยใช้การทดสอบ Multi Directional Reach Test (MDRT) ในการทดสอบการทรงตัว พบว่า ในทิศทาง forward กลุ่มผู้ออกกำลังกายไทเก๊ก มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มผู้ที่ไม่ออกกำลังกายประเภทอื่นๆ (เดิน, วิ่งออกกำลังกาย ฯลฯ) และผู้ที่ไม่ออกกำลังกาย เนื่องจากไทเก๊ก เป็นการออกกำลังกายที่ช่วยพัฒนา limited of stability

ซึ่งเป็นระยะเวลาการเอื้อมมือออกไป⁽⁷⁾ ส่วนใน Item "วางเท้าสลับกันบนเก้าอี้เตี้ย" นั้นเป็น Item ที่ทดสอบ Dynamic Balance⁽¹³⁾ กลุ่มที่เดินออกกำลังกายจึงมีคะแนนที่ต่ำกว่ากลุ่มออกกำลังกายไทเก๊กซึ่งสอดคล้องกับการทดสอบ TUG ที่เป็นการทดสอบ Dynamic balance เช่นกัน

การวิจัยในอนาคต

ควรคัดเลือกผู้เข้าร่วมงานวิจัยให้เป็นแบบ Randomize Control Trial เพื่อควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่องานวิจัยนี้ได้ และควรทำการศึกษาในแบบ Experimental Research ในการให้โปรแกรมการออกกำลังกายทั้ง 2 ชนิด เพื่อควบคุมองค์ประกอบของการออกกำลังกายให้มีความเหมือนกันในเรื่องของ ท่าทางของการออกกำลังกายไทเก๊ก, ความเร็ว, ระยะเวลา และระยะทางในการเดิน รวมทั้งการวัดความสามารถในการทรงตัวก่อนและหลัง การให้โปรแกรมการออกกำลังกาย ซึ่งน่าจะทำให้ผลการทดสอบการทรงตัว ทั้งสองกลุ่ม มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

สรุปผลการศึกษา

จากผลการทดสอบความสามารถในการทรงตัว โดย TUG พบว่า กลุ่มที่ออกกำลังกายไทเก๊กมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับกลุ่มเดินออกกำลังกาย แต่ส่วนผลการทดสอบความสามารถในการทรงตัวอีกสองการทดสอบที่เหลือนั้น ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มออกกำลังกายไทเก๊กกับกลุ่มเดินออกกำลังกาย

ผู้สูงอายุนั้นควรออกกำลังกาย เพื่อพัฒนาความสามารถในการทรงตัว และป้องกันการหกล้ม ที่อาจเกิดขึ้น โดยการออกกำลังกายด้วยการเดิน หรือไทเก๊กนั้น น่าจะเป็นทางเลือกหนึ่งให้กับผู้สูงอายุที่ต้องการออกกำลังกาย และจากผลงานวิจัยครั้งนี้ พบว่า การเดิน น่าจะเป็นการออกกำลังกายที่ช่วยพัฒนาความสามารถในการทรงตัว ในขณะที่เคลื่อนไหวของผู้สูงอายุที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ส่วนการพัฒนาความสามารถในการทรงตัว ในขณะที่อยู่นิ่ง พบว่าทั้งสองกลุ่มให้ผลการทดสอบที่ไม่แตกต่างกัน

กิตติกรรมประกาศ

บุคคลต่างๆที่ได้ให้คำแนะนำ และให้ความช่วยเหลือ งานวิจัยครั้งนี้สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ดร.ศิริมา จิตติมณี ที่ปรึกษาด้านสถิติ, สอนสาธาณะลุมพินี กรุงเทพมหานคร เชื้อเพื่อสถานที่ในการทำงานวิจัยผู้สูงอายุ ชมรม ไทเก๊ก 18 ลมปราณ และผู้สูงอายุ ให้ความร่วมมือในการทำการศึกษานำร่อง ที่เดินออกกำลังกายสวนสาธาณะ ผู้สูงอายุชมรมไทเก๊ก 18 ลมปราณ และผู้สูงอายุ ให้ความร่วมมือในการทำงานวิจัย ที่เดินออกกำลังกายสวนสวน สาธาณะ ลุมพินี

เอกสารอ้างอิง

1. Lord SR, Menz HB, Tiedemann A. A physiological profile approach to falls risk assessment and prevention. *Phys Ther* 2003;83:237-252.
2. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:664-672.
3. Ishizuka MA, Mutarelli EG, Yamaguchi AM, Filho WJ. Falls by elders with moderate levels of movement functionality. *Clinics* 2005;60(1): 41-46,.
4. Wu G. Evaluation of the effectiveness of Tai Chi for improving balance and preventing Falls in the older population-A Review. *J Am Geriatr Soc*2002;50: 746-54.
5. Hill K, Choi W, Smith R, Condron J. Thi Chi in Australia : acceptable and effective approach to improve balance and mobility in older people Australia *J Ageing* 2005; 24(1): 9-13.
6. Jansson S, Soderlund A. A new treatment programme to improve balance in elderly people-an evaluation of an individually tailored home-based exercise programme in five elderly women with a feeling of unsteadiness. *Disabil Rehabil* 2004 16;26(24):1431-1443.
7. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "up & go" : A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39(2): 142-148.
8. Hakim RM, Diccico J, Burke J, Hoy T, Roberts F. Differences in balance' related measures among older adults participating in Thi Chi, Structured exercise, or no exercise. *J Geriatr Phys Ther* 2004; 27:13-17.
9. Berg KO, Williams JI, Maki B. Measuring balance in the elderly : validation of an instrument. *Can J Public Health*1992; 83 suppl2:7-11.
10. Morris S, Morris ME, Iansak R. Reliability of Measurements Obtained With the Timed "Up & Go" test in People With Parkinson Disease. *Phys Ther* 2001; 81(2): 810-818.
11. Carmeli E, Kessel S, Coleman R, Ayalon M. Effect of a treadmill walking program on muscle strength and balance in elderly people with Down syndrome. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002; 57(2):106-110.
12. Lajoie Y, Myers AM. Predicting falls within the elderly community : comparison of postural sway, reaction time, the Berg Balance scale and the Activities-specific Balance Confidence (ABC) scale for comparing fallers and non-fallers. *Arch Gerontol Geriatr* 2004;38: 11-26.
13. Newton AR. Balance Screening of an Inner City Older Adult Population. *Arch Phys Med Rehabil*1997;78: 587-591.

Comparison Balance between the Tai Chi group and Walking Exercise group Among Elderly

Komanong Yuenyongchaiwat*, Preeyapom Sawangchang**, Laddawan Sae-Tang**, Saravadee wangmanee**, Noppol Pramodhyakul*

Abstract

Objective: To compare the differences in balance between the Tai Chi group and the walking exercise group.

Method: The study enrolled 140 the elderly aged between 60 and 80 years. These samples had regular exercise at Lumpinee park, Bangkok. The samples were divided into two groups. The first group consisted of 70 older adults who were practising Tai Chi and the other group included 70 elderly who did the walking exercise. Inclusion criteria for all samples included .Balance was measured by the Berg Balance Test, the Time Up and Go Test (TUG), and the 30 Seconds Chair Stand Test. Data were analysed by the SPSS program (version 10.0). The independence sample t-test and Mann Whitney U were used to assess differences in balance as an outcome variable.

Results: The TUG test times in the walking exercise group was significantly less than the Tai Chi group ($p=0.017$). There were no statistically significant differences in balance being measured by the 30 Seconds Chair Stand Test and the Berg Balance Test between both groups ($p>0.05$).

Conclusion: Walking exercise or Tai Chi may be helpful for the elderly who want to do the exercise, especially in females. This study found that the walking exercise may improve dynamic balance performance which is essential for activity of daily living in the elderly. In the other hand, no differences in both groups improve static balance performance.

Key Word : Balance, Tai Chi, Walking exercise, elderly

* A lecturer of Physical therapy department, faculty of allied health science, Thammasat University.

** Physical Therapist

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก

พิชญภา พิษะยะ*, ศิริพันธุ์ สาสัตย์**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมทางเพศ และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุชายภายหลังได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากและมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา จำนวน 150 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบวัดภาวะสุขภาพแบบสอบถามความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ แบบสอบถามภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส แบบสอบถามความเชื่อเรื่องเพศและแบบสอบถาม พฤติกรรมทางเพศ ได้ผ่านการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.95, 0.92, 0.96, 0.76, 0.69, 0.81, 0.74 และ 0.91 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยรวมลดลงร้อยละ 62.6
2. ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ภาวะสุขภาพและความเชื่อเรื่องเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.738, 0.526$ และ 0.253 ตามลำดับ)
3. ประเภทของยาที่ได้รับ และความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ มีความสัมพันธ์

ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=-0.255, -0.301$)

4. อายุ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: พฤติกรรมทางเพศ, ชายสูงอายุ, การผ่าตัดต่อมลูกหมาก

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การที่อายุมากขึ้นส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในร่างกายรวมถึงระบบอวัยวะสืบพันธุ์ต่อมลูกหมากเป็นอวัยวะหนึ่งของระบบสืบพันธุ์เพศชาย ซึ่งมักโตขึ้นในชายสูงอายุ ส่งผลให้ปัสสาวะไหลไม่สะดวก กลั้นปัสสาวะไม่อยู่(อมรชัย หาญผดุงธรรมะ, 2537) หากปล่อยทิ้งไว้ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา คือ มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะมีเลือดออก มีนิ่วเกิดขึ้นในกระเพาะปัสสาวะ ไตโป่งพองเสียหายที่ (ซุมศักดิ์ พุกษาพงษ์, 2539) ต้องรักษาโดยวิธีการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะ ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ได้ผลดีที่สุด (Kassabian, 2003)

ผลกระทบที่สำคัญของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก คือ ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ให้ลดลง ได้แก่ ความบกพร่องของการแข็งตัวขององคชาติหรือภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ พบร้อยละ 13 (Mebust et al., 1989) ทำให้ ความพึงพอใจด้านเพศสัมพันธ์และคุณภาพชีวิตลดลง (Kinn and Helmy, 1998; Pateman and Johnson, 2000; Gacci et al., 2003) พบร้อยละ 4-30 (Lue, 1990) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อพฤติกรรม

* พยาบาลวิชาชีพ7 โรงพยาบาลชลบุรี จ.ชลบุรี

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ทางเพศ ได้แก่ อายุ ประเภทของยาที่ได้รับ ภาวะสุขภาพ ความผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และ ความเชื่อเรื่องเพศ

เมื่อชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากมีพฤติกรรมทางเพศลดลง หากไม่ได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดการประเมินความต้องการด้านนี้ และมักจะมองว่าผู้สูงอายุไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ หรือยังมีความคิดว่า เรื่องเพศเป็นเรื่องอับอาย เป็นเรื่องลับเฉพาะ ควรปกปิดไม่ควรนำมาพูดถึง (Mason, 1989) ประกอบกับผู้สูงอายุไทยส่วนมากรู้สึกกระดากอายที่จะบอกเล่าถึงสุขภาพทางเพศ จึงไม่ปรึกษาปัญหาเรื่องเพศสัมพันธ์กับพยาบาล (ลักษณะ อินทร์กลับ, 2542) เพราะเกรงว่าจะถูกมองไปในแง่ไม่ดี ทั้งๆที่ต้องการความรู้และคำปรึกษา ดังนั้นเมื่อต่างฝ่ายต่างขัดเขินที่จะพูดเรื่องนี้ ผลเสียย่อมตกอยู่กับผู้ป่วย ก่อให้เกิดความวิตกกังวล (ศิริอรสินธุ์, 2526) ส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิต (Latini, 2003; Sanchez, 2003) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อคู่ครอง (Intilli, 1998) อาจทำลายความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัว นำไปสู่ความแปรปรวนทางภาวะจิตอารมณ์ได้ (Lichtenberg, 1999)

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาถึง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก เพื่อนำไปเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ทำให้สามารถเข้าใจถึงสภาพปัญหาพฤติกรรมทางเพศ รวมถึงทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศในชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศ (Fogel and Lauver, 1990) เพราะความต้องการด้านเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงถึง ความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างหนึ่งซึ่งไม่ถือว่าเป็นผิดปกติ เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตด้านหนึ่ง เพื่อเป็นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม และส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ประเภทของยาที่ได้รับ ภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของอาการผิดปกติ

เกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และความเชื่อเรื่องเพศ กับพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก

ขอบเขตการศึกษา

1. ประชากรสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุเพศชายที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโตได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากอย่างน้อย 2 เดือน สถานภาพสมรสคู่ และมารับการตรวจหลังผ่าตัดในแผนกผู้ป่วยนอกระบบทางเดินปัสสาวะ

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

1. ตัวแปรต้น คือ อายุ ประเภทของยาที่ได้รับ ภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และความเชื่อเรื่องเพศ

2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ชายที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคต่อมลูกหมากโตได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อปัสสาวะมาอย่างน้อย 2 เดือน เข้ารับการตรวจรักษา ในแผนกผู้ป่วยนอกระบบทางเดินปัสสาวะ ในโรงพยาบาลของรัฐภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างวันที่ 21 มิถุนายน - 5 สิงหาคม 2547

กลุ่มตัวอย่างได้จากการดำเนินการ ดังนี้

- 1) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรคำนวณของ Thomdike (1978 cited in Prescott, 1987: 130) โดยใช้สูตร $10K + 50$, $K =$ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา ในงานวิจัยครั้งนี้ มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 10 ตัวแปร $(10 \times 10 + 50)$ ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 150 คน
- 2) สุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ด้วยการจับฉลาก ชื่อโรงพยาบาล โดยใช้อัตราส่วนแบบ 1:2 ได้โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลระยอง และโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา
- 3) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลที่สุ่มได้ โดยคำนวณตามสัดส่วนของประชากร

4) สุ่มตัวอย่างชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก ในแต่ละโรงพยาบาลตามขอบเขตการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 9 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบวัดภาวะสุขภาพปรับมาจากแบบวัด ภาวะสุขภาพของ พุทเมธา หมิ่นคำแสน(2542) มีค่า ความเที่ยง 0.95

ตอนที่ 3 แบบสอบถามความรุนแรงของอาการผิดปกติ เกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ นำมาจากแบบประเมินความ รุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะของ อนุพันธ์์ ดันติวงศ์ (2538) มีค่าความเที่ยง 0.92

ตอนที่ 4 แบบทดสอบภาวะหย่อนสมรรถภาพทาง เพศ นำมาจากแบบทดสอบสุขภาพทางเพศของชายไทยของ สมบุญ เหลืองวัฒนากิจและคณะ (1999) มีค่าความเที่ยง 0.96

ตอนที่ 5 แบบสอบถามความวิตกกังวล ปรับปรุงจาก แบบสอบถามความวิตกกังวลของ ศิริอร สิ้นธุ(2526) มีค่า ความเที่ยง 0.76

ตอนที่ 6 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า นำมาจาก แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย(TGDS)ของกลุ่มฟื้นฟู สมรรถภาพสมอง(2537) มีค่าความเที่ยง 0.69

ตอนที่ 7 แบบสอบถามสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส ปรับมาจากแบบวัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสของ สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2536) มีค่าความเที่ยง 0.81

ตอนที่ 8 แบบสอบถามความเชื่อเรื่องเพศ ผู้วิจัย สร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีค่าความเที่ยง 0.74

ตอนที่ 9 แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศ ปรับปรุง จาก แบบสอบถามพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุโรค หัวใจขาดเลือดของ ผจจจิต อัครวิกุล (2542) มีค่าความเที่ยง 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 ท่าน ได้ทำความเข้าใจ และตกลงเกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลจากกลุ่ม ตัวอย่าง ชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากผ่านทางท่อ ปัสสาวะอย่างน้อย 2 เดือน ได้แบบสัมภาษณ์ที่มีความ

สมบูรณ์ 150 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS / FW

1. นำข้อมูลด้าน อายุ ประเภทของยาที่ได้รับ ภาวะ สุขภาพ ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่าย ปัสสาวะ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความเชื่อ เรื่องเพศและพฤติกรรมทางเพศ มาวิเคราะห์โดยการ แจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของ ยาที่ได้รับกับพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัด ต่อมลูกหมาก คำนวณโดยใช้ สถิติ Point biserial correlation และทดสอบความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอายุภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ความวิตกกังวล ภาวะ ซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และความเชื่อเรื่องเพศ กับพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และทดสอบความ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับ พฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก ได้ผลการวิจัย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(คน) (n=150)	ร้อยละ	Range	\bar{X}	SD
อายุ (ปี)			60-68	70.8	6.1
60 - 69 ปี	81	54.0			
70 - 79 ปี	50	33.3			
80 ปีขึ้นไป	19	12.7			
ระยะเวลาหลังผ่าตัด (เดือน)			2-60	11.8	6.0
2 เดือน - 12 เดือน	132	88.0			
13 เดือน - 36 เดือน	9	6.0			
36 เดือน ขึ้นไป	9	6.0			
ประเภทของยาที่ได้รับ					
ยาที่ไม่มีผลทางลบต่อสมรรถภาพทางเพศ	75	50			
ยาที่มีผลทางลบต่อสมรรถภาพทางเพศ	75	50			

จากตารางที่ 1 พบว่า ชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก มีอายุระหว่าง 60-88 ปี อายุเฉลี่ย 70.8 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 54.0) มีระยะเวลาหลังผ่าตัดอยู่ระหว่าง 2-60 เดือน ระยะเวลาหลังผ่าตัดโดยเฉลี่ย 11.8 ปี ส่วนใหญ่มีระยะเวลาหลังผ่าตัดอยู่ในช่วง 2-12 เดือน มากที่สุด (ร้อยละ 88.0) และได้รับยาที่มีผลทางลบและไม่ผลต่อพฤติกรรมทางเพศ เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก จำแนกตามการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก และความต้องการได้รับคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (n=150)
ท่านเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดต่อมลูกหมากหรือไม่		
เคย	16	10.7
ไม่เคย	134	89.3
ผู้ที่ตอบว่าเคย ท่านได้รับคำแนะนำจากใคร		
แพทย์	8	5.3
พยาบาล	2	1.3
เพื่อน	1	0.7
ผู้ป่วยอื่น	6	4.0

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก จำแนกตามการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดต่อมลูกหมากและความต้องการได้รับคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (n=150)
ท่านต้องการคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดต่อมลูกหมากหรือไม่		
ต้องการ	146	97.3
ไม่ต้องการ	4	2.7
ผู้ตอบว่าต้องการ ต้องการทราบเรื่องใด		
การปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก	137	91.3
ผลดีและผลเสียของการมีเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ	116	77.3
สมรรถภาพทางเพศหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก	115	76.7
สถานที่ให้บริการรักษาปัญหาทางเพศ	111	74.0
อื่นๆ ระบุ ...	2	1.3

จากตารางที่ 2 พบว่า ชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์ หลังผ่าตัดต่อมลูกหมากเพียงร้อยละ 10.7 ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ รองลงมาคือได้รับจากผู้ป่วยอื่น มีเพียงร้อยละ 1.3 เท่านั้นที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด(ร้อยละ 97.3) ต้องการคำปรึกษาด้านเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก จากการสอบถามประเด็นความต้องการคำปรึกษา

(โดยสามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) พบว่า ส่วนใหญ่ต้องการทราบในเรื่อง การปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก รองลงมาคือ เรื่องข้อดีและข้อเสียของการมีเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ สมรรถภาพทางเพศหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก สถานที่ให้บริการรักษาปัญหาทางเพศ ยาเพิ่มสมรรถภาพทางเพศ และกลวิธีในการทำให้มีความสามารถทางเพศที่ดี

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก จำแนกตามพฤติกรรมด้านที่ไม่มีการร่วมเพศและพฤติกรรมด้านที่มีการร่วมเพศ

พฤติกรรมทางเพศ	ลดลง		คงเดิม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านที่ไม่มีการร่วมเพศ	82	54.6	68	45.4
ด้านที่มีการร่วมเพศ	107	71.3	43	28.7
โดยเฉลี่ย	94	62.6	56	37.4

จากตารางที่ 3 พบว่า ร้อยละ 62.6 ของชายสูงอายุ หลังผ่าตัดต่อมลูกหมากมีพฤติกรรมทางเพศโดยรวมลดลง เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่าพฤติกรรมทางเพศด้านที่มีการร่วมเพศลดลงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.3 ในขณะที่

พฤติกรรมด้านที่ไม่มีการร่วมเพศลดลงเพียงร้อยละ 54.6 ในส่วนพฤติกรรมทางเพศด้านที่ไม่มีการร่วมเพศมีลักษณะ คงเดิมมากที่สุด คิดเป็น 45.4 เมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรม ด้านที่มีการร่วมเพศที่มีลักษณะคงเดิมเพียงร้อยละ 28.7

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ประเภทของยาที่ได้รับ ภาวะสุขภาพความรุนแรงของอาการ ผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และความเชื่อเรื่องเพศกับพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลัง ผ่าตัดต่อมลูกหมาก

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	- 0.112	ไม่สัมพันธ์
ประเภทของยาที่ได้รับ	- 0.255**	ต่ำ
ภาวะสุขภาพ	0.526**	ปานกลาง
ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ	- 0.301**	ปานกลาง
ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ	0.738**	สูง
ความวิตกกังวล	- 0.101	ไม่สัมพันธ์
ภาวะซึมเศร้า	0.115	ไม่สัมพันธ์
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	0.086	ไม่สัมพันธ์
ความเชื่อเรื่องเพศ	0.253**	ต่ำ

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

จากตารางที่ 4 พบว่า ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ภาวะสุขภาพ และความเชื่อเรื่องเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.738, 0.526,$ และ 0.253 ตามลำดับ) ประเภทของยาที่ได้รับ และความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = - 0.255, - 0.301$ ตามลำดับ) ส่วนอายุ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม

ทางเพศอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพบว่า ร้อยละ 62.6 ของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก มีพฤติกรรมทางเพศโดยรวมลดลง หรือกล่าวได้ว่า ชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากมีพฤติกรรมทางเพศลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนได้รับการผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Kinn and Helmy (1998) พบว่า ร้อยละ 54 ของผู้ป่วยต่อมลูกหมากโตหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากมีความต้องการทางเพศและความพึงพอใจด้านเพศสัมพันธ์ลดลง และจากการศึกษาเชิงคุณภาพของ Pateman and Johnson (2000) ที่ศึกษาถึงประสบการณ์ชีวิตของชายโรคต่อมลูกหมากโตหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก 3 เดือน พบว่า มีปัญหาทางเพศ ได้แก่ ความต้องการทางเพศลดลง ความพึงพอใจทางเพศลดลง การมีกิจกรรมทางเพศลดลง รวมทั้งการศึกษาของ Gacci et al. (2003) ที่ศึกษาปัญหาทางเพศของผู้ป่วยโรคต่อมลูกหมากโตก่อนและหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก 6 เดือน พบว่าหลังผ่าตัดมีปัญหาด้านเพศมากกว่าก่อนผ่าตัด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างขาดข้อมูลคำแนะนำที่เหมาะสมทางด้านเพศสัมพันธ์จากบุคลากรทางการแพทย์ ที่ยืนยันได้จากการศึกษาของ ธนิตา เขียวธำรงสุข (2543) พบว่าสาเหตุของความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศเปลี่ยนไปจากเดิม มาจากการขาดข้อมูลคำแนะนำที่เหมาะสมจากบุคลากรทางการแพทย์ และจากผลงานวิจัยชิ้นนี้พบว่า ผู้ป่วยเคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดต่อมลูกหมากเพียง ร้อยละ 10.7 โดยเป็นคำแนะนำที่ได้จากแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 5.3 และจากพยาบาลเพียง ร้อยละ 1.3 เท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ผจกจิต อดิวิกุล (2542) พบว่าผู้สูงอายุไม่เคยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์จากพยาบาลเลย นอกจากนี้จากการศึกษาของ Sasat (1994) จากการสอบถามสูงอายุที่ป่วยด้วยโรคพาร์กินสันพบว่า หากมีปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วย จะไปปรึกษาแพทย์มากที่สุด มีเพียงร้อยละ 5.3 ที่จะไปปรึกษาพยาบาล ด้วยพยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงควรมีความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุเป็นอย่างดี รวมทั้งให้ความสนใจและตระหนักถึงความสำคัญในบทบาทของผู้ให้ความรู้และให้คำปรึกษาทางสุขภาพมากยิ่งขึ้น โดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและขอรับคำปรึกษาด้านสุขภาพทางเพศเพิ่มขึ้น รวมทั้งสามารถ

ประเมินความ ต้องการด้านนี้เพื่อความครอบคลุมทุกมิติของการดูแลแบบองค์รวม

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ประเภทของยาที่ได้รับ ภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า สัมพันธภาพระหว่าง คู่สมรส และความเชื่อเรื่องเพศ กับพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก พบว่า ภาวะสุขภาพ ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ และความเชื่อเรื่องเพศ มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.526, 0.738$ และ 0.253 ตามลำดับ) ประเภทของยาที่ได้รับและความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.255, -0.301$) ส่วนอายุ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่เป็นไปตามทฤษฎีการเสื่อมสลายของผู้สูงอายุพบว่าเมื่ออายุมากขึ้น ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ในเพศชายจะมีการหลังฮอร์โมน Testosterone ลดลง การตอบสนองต่ออาการกระตุ้นทางเพศช้าลง ทำให้มีความต้องการหรือความสนใจเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศลดลง ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องพฤติกรรมทางเพศเป็นเรื่องความชอบของแต่ละบุคคลจากประสบการณ์ที่เคยได้รับ จึงทำให้อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ

ประเภทของยาที่ได้รับ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.255$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Liefeld (2002) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาโรคต่อมลูกหมากโต ได้แก่ ยาในกลุ่ม α -blocker และ Finasteride ที่มีฤทธิ์ข้างเคียงทำให้มีปัญหาทางเพศมากกว่า ผู้ที่ได้รับยาที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศ นอกจากนี้เมื่อมีอายุสูงขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในทางที่เสื่อมลง ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย

และโรคที่เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคเรื้อรังอื่นๆ ทำให้ได้รับยาบางชนิดที่มีผลต่อสมรรถภาพทางเพศ เช่น ยารักษาความดันโลหิตสูง เช่น thiazide, reserpine, β -adrenoceptor blocker ยารักษาโรคหัวใจ เช่น digoxin เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับยาที่มีฤทธิ์ข้างเคียงเหล่านี้มีปัญหาพฤติกรรมทางเพศได้

ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.526$) อธิบายได้ว่าการที่มีภาวะสุขภาพดีนั้น ส่งผลให้ร่างกายแข็งแรงและมีสุขภาพจิตดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ รวมทั้งการมีกิจกรรมทางเพศ ทำให้มีพฤติกรรมทางเพศในลักษณะคงเดิม ในทางกลับกันการที่มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ย่อมมีผลต่อการทำงานของร่างกายและจิตใจ ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ หรืออาจทำได้น้อยลง จิตใจหดหู่นส่งผลทำให้มีพฤติกรรมทางเพศลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson (1996) พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีเพศสัมพันธ์และความพึงพอใจทางเพศ

ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมทางเพศของ ชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -0.301$) หมายความว่า ยิ่งชายสูงอายุมีความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะมากขึ้น ก็จะมีพฤติกรรมทางเพศที่ลดลง อธิบายได้ว่า หลังการผ่าตัดผู้ที่ยังมีปัญหาคความผิดปกติเกี่ยวกับอาการถ่ายปัสสาวะ อาจทำให้มีอาการปัสสาวะบ่อยหรืออาจกลั้นปัสสาวะไม่ได้ซึ่งรบกวนต่อกิจวัตรประจำวัน การที่ต้องลุกขึ้นปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน อาจทำให้พักผ่อนได้ไม่เพียงพอรบกวนกิจกรรมทางเพศ (Pateman and Johnson, 2000) ทำให้มีพฤติกรรมทางเพศลดลงได้

ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของ ชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.738$) หมายความว่า ยิ่งชายสูงอายุมีภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ ก็จะมีพฤติกรรมทางเพศที่ลดลง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในชายสูงอายุหลังผ่าตัด

ต่อมลูกหมาก จากการที่องคชาติไม่แข็งตัวได้ไม่เต็มที่ขณะมีเพศสัมพันธ์ ทำให้การมีเพศสัมพันธ์ล้มเหลวและขาดความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ (Webster, 1992) ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมทางเพศลดลงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการศึกษานี้พบว่าพฤติกรรมด้าน การร่วมเพศลดลงมากกว่าพฤติกรรมด้านที่ไม่มีการร่วมเพศ

ความวิตกกังวล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาพฤติกรรมทางเพศรายด้านพบว่าความวิตกกังวล มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมด้านที่มีการร่วมเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริอร สีนธู (2526) ความวิตกกังวลเรื่องเพศในผู้ป่วยโรคหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาทางเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และบอกว่ายังเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดที่ใช้ทำนายปัญหาเพศสัมพันธ์ และการศึกษาของ Bancroft et al. (1999 cited in Rosen, 2001) ที่ศึกษาพฤติกรรมทางเพศในผู้ที่ผ่าตัดต่อมลูกหมาก พบว่าความวิตกกังวลจากการแสดงออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศ

ภาวะซึมเศร้า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาค้นคว้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้าจึงทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะซึมเศร้ากับพฤติกรรมทางเพศได้อย่างชัดเจน จึงทำให้การศึกษาค้นคว้าไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Snabsigh, et al. (1998) พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศส่งผลทำให้พฤติกรรมทางเพศลดลง

สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากมีสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับค่อนข้างดีที่เป็นเช่นนี้อาจกล่าวได้ว่าในวัยสูงอายุที่อยู่ด้วยกันมายาวนาน การอยู่ร่วมกันเป็นเพื่อนคู่ชีวิตมากกว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสที่เกิดขึ้นเป็นความสัมพันธ์ที่มีลักษณะของความผูกพัน และสนิทสนม

คุ้นเคยกันอย่างเป็นพิเศษ ประกอบกับความพึงพอใจและการปฏิบัติต่อกัน โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยเหลือค้ำจุนซึ่งกันและกัน การที่คู่สมรสมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันแสดงถึงความพร้อมและความเต็มใจที่จะร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน มีความรัก ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ อดทน เสียสละ รับผิดชอบ และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน Lieberman (1986) กล่าวว่า ถ้าคู่สมรสไม่ได้รับสิ่งที่เป็นประโยชน์จากกันแล้ว สัมพันธภาพที่ได้รับจากบุคคลอื่น จะไม่สามารถทดแทนในสิ่งที่ขาดไปได้ จึงถือได้ว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็นการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และเป็นสัมพันธภาพที่มีการยึดเหนี่ยวกันอย่างเหนียวแน่น

ความเชื่อเรื่องเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.253$) อธิบายได้ว่าชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากมีความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ เช่น หลังผ่าตัดต่อมลูกหมากไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ ทำให้หยุดการมีเพศสัมพันธ์ภายหลังจากผ่าตัด ต่อมลูกหมาก และอาจเนื่องจากวัฒนธรรมไทยถือว่า ผู้สูงอายุเป็นปูชนียบุคคล ไม่ควรเกี่ยวข้องกับเรื่องเพศที่เป็นเช่นนี้อาจเพราะว่า ในสังคมไทยเน้นการเรียนรู้เรื่องเพศมีขอบเขตจำกัด จึงทำให้คนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศ ประกอบกับไม่นิยมกล่าวถึงเรื่องเพศสัมพันธ์อย่างเปิดเผย คนไทยได้รับการอบรมสั่งสอนให้ถือว่าเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่อายและไม่เหมาะสม (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2545) ผู้สูงอายุจึงถูกคาดหวังจากสังคมว่า เป็นวัยที่ควรแก่การเคารพบูชา กราบไหว้ เป็นที่พึ่งทางจิตใจของบุตรหลาน ซึ่งควรประพฤติตนแต่ในสิ่งที่ดีงาม จึงไม่ควรยุ่งเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ ทำให้ผู้สูงอายุบางคนหยุดมีเพศสัมพันธ์ไปตามความเชื่อของสังคม ทั้งๆที่ความต้องการทางเพศยังมีอยู่ แต่ถูกจำกัดด้วยความเชื่อในสังคม ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศลดลง

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1. การให้ทราบผลของชายสูงอายุหลังผ่าตัด ต่อมลูกหมาก ควรมีการประเมินสุขภาพให้ครอบคลุมทุกด้านรวมทั้งประเมินสุขภาพทางเพศ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้ควรคำนึงถึง ประเภทของยาที่ผู้ป่วยได้รับ ภาวะสุขภาพ ความรุนแรงของอาการผิดปกติเกี่ยวกับปัสสาวะ และ

ความเชื่อเรื่องเพศ

2. กระตุ้นให้ชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก มีการพูดคุยกับภรรยาอย่างเปิดเผยในเรื่องเพศซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงความต้องการของอีกฝ่าย เพื่อส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวและดำรงชีวิตทางเพศอย่างมีความสุข

3. ควรมีการจัดทำคู่มือเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านเพศสัมพันธ์หลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก หรือจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก เพื่อให้ได้รับความรู้ใหม่ๆ และปรับเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากให้สอดคล้องกับความเป็นจริง

4. จัดบริการให้คำปรึกษาปัญหาทางเพศในชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก โดยมีสถานที่ให้คำปรึกษาเป็นสัดส่วน มีการให้บริการทางโทรศัพท์ และขยายเครือข่ายบริการทางระบบสารสนเทศ

ข้อเสนอแนะ

1. การทำวิจัยประเด็นเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ในชายสูงอายุ ซึ่งเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อนและอ่อนไหวต่อความรู้สึก สิ่งที่สำคัญที่สุดที่ผู้วิจัยควรตระหนักก็คือ การสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นและผู้วิจัยควรมีความรู้ และมีทัศนคติที่ดีต่อเรื่องเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ที่มีคนเข้าใจและเล็งเห็นปัญหาด้านนี้ และจะส่งผลทำให้ได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุเป็นอย่างดี

2. จากการวิจัย พบว่า การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว อาจได้ข้อมูลไม่ครอบคลุมในบางเรื่อง เช่น ความเชื่อเรื่องเพศ ควรมีการศึกษาในลักษณะผสมผสานกัน ระหว่างวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Methodological triangulation) เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งในภาพกว้างและในเชิงลึกพร้อมด้วย สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ช่วยให้เกิดความเข้าใจจากมุมมองของชายสูงอายุเองได้อย่างลึกซึ้งและครอบคลุมภายใต้บริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย

3. ควรมีการศึกษา ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ภาวะสุขภาพของภรรยา และความสามารถทางเพศของภรรยา เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านพฤติกรรมทางเพศ ของชายสูงอายุที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

4.ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมทางเพศของชายสูงอายุในกลุ่มที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มที่ไม่ได้ผ่าตัดและกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัด เพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

5.ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการวัดพฤติกรรมทางเพศในลักษณะที่เพิ่มขึ้นด้วย เนื่องจากในงานวิจัยชิ้นนี้ได้จำกัดพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยเพียง 2 ลักษณะคือ พฤติกรรมทางเพศลดลงและคงเดิมเท่านั้น ซึ่งอาจมีผู้ป่วยบางคนอาจมีพฤติกรรมทางเพศในลักษณะที่เพิ่มขึ้นก็ได้

เอกสารอ้างอิง

- อมรชัย หาญผดุงธรรม. (2537). ต่อมลูกหมากโต. วารสารใกล้หมอ. ปีที่ 23 ฉบับที่ 11: 46-48.
- ชุมศักดิ์ พุกษาพงศ์. (2539). ต่อมลูกหมากโต. วารสารใกล้หมอ ปีที่ 20 ฉบับที่ 5: 37-41.
- Kassabian, V. S. (2003). Sexual function in patients treated for benign prostatic hyperplasia. Lancet 361(4): 541-548.
- Mebust, W. K., et al. (1989). Transurethral prostatectomy: Immediate and postoperative complications. A cooperative study of thirteen participating institutions evaluating 3885 patients. The Journal of Urology 141: 243-247.
- Kinn, A. C., and Helmy, C. L. (1998). Sexual function one year after transurethral prostatic resection. Scandinavian Journal Urology and Nephrology 32:: 33-35.
- Pateman, M., and Johnson, M. (2000). Men's lived experiences following transurethral prostatectomy for benign prostatic hypertrophy. Journal of Advanced Nursing. 31(1) : 51-58.
- Gacci, M., et al. (2003). Urinary Symptoms, quality of life and sexual function in patients with benign prostatic hypertrophy before and after prostatectomy: a prospective study. British Journal of Urology International, 91 (3): 196- 201.
- Lue, T. F. (1990). Impotence after prostatectomy. Urologic Clinics of North America 17 (3): 613 – 620.
- Mason, R. (1989). Erectile Dysfunction: assessment and care. Nursing Practitioner: American Journal of Primary Health Care 14 (12): 23-27.
- ลักษณะ อินทร์กลับ. (2542). เพศสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์ (17) 4: 5-14.
- ศิริอร สินธุ. (2526). ความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการที่มีผลต่อปัญหาเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วยโรคหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์-ศัลยศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Latini, M. D. (2003). Longitudinal differences in disease specific quality of life in men
- Sanchez, J. J. (2003). Male Erectile Dysfunction and Health Related Quality of life. European Urology 44 (2) : 245-254.
- Lichtenberg, P. A. (1999). Assessment of Sexual Function and Dysfunction in Older Adults. Handbook of Assessment in Clinical Gerontology. New York: John Wiley & Sons.
- Fogel, C. I., and Lauver, D. (1990). Sexual Health Promotion. Philadelphia: W. B. Saunders.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย. สารศิริราช 46: 1-9.
- ธนิดา เขียวรุ่งสุข. (2543). ประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ผจงจิต อัครวิกุล. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรุนแรงของโรคและความรู้เรื่องเพศกับพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุชายโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พุดงษา หมั่นคำแสน. (2542). ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2545). แนวคิดวัฒนธรรมกับเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ. วารสารพจนานวทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (3) เมษายน-มิถุนายน : 44-48.

- 21.สายพิน เกษมกิจวัฒน์. (2536). แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษานิพนธ์บัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 22.อนุพันธ์ ดันติวงศ์. (2538). ทางเลือกใหม่ในการรักษาโรคต่อมลูกหมากโต. ใน การประชุมสัมมนาวิชาการประจำปี ครั้งที่ 35. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 23.Brogan, M. (1996). The sexual need of elderly people: addressing the issue. *Nursing Standard* 10 (24): 42- 45.
- 24.Johnson, B. K. (1996). Older Adults and Sexuality: A Multidimensional Perspective. *Journal of Gerontological Nursing* (February): 6-15.
- 25.Lelifeld, H. J., et al. (2002). Sexual function before and after various treatments for symptomatic benign prostatic hyperplasia. *BJU International* 89: 208-213.
- 26.Liberman, R. O. (1986). Sexual behavior and marital relationship. *Journal of sex and marital therapy* 29: 381-386.
- 27.Prescott, P. A. (1987). Multiple regression analysis with samples: caution and suggestion. *Nursing Research* 36: 130-134.
- 28.Rosen, R. C. (2001). Psychogenic erectile dysfunction classification and management. *Urologic Clinics of North America* 28 (2): 269-278.
- 29.Sasat, S. (1994) *Sexuality in People with Parkinson's Disease: Knowledge, Attitude, Sexual Behaviour and Changed Sexual Patterns*, Unpublished Master Degree Dissertation, University of Hull, United Kingdom.
- 30.Snabsigh, R. (1998). Increase incidence of depressive symptoms in men with erectile dysfunction. *Urology* 52 (5): 48-52.
- 31.Webster, L. (1992). Sex and ageing. *British Journal of Sexual Medicine* (September-October): 124-126.

THANMASAT UNIVERSITY
สำนักหอสมุด

Relationships between Selected Factors and Sexual Behavior of Ageing Male after Prostatectomy

*Phichayapa Picaya, Siripan Sasat RN,Ph.D.***

Abstract

The purposes of this research were to study sexual behavior and the relationships between selected factors and sexual behavior. Subjects were 150 ageing male after receiving prostatectomy from Chon Buri Hospital, Mueng Chachoengsoa Hospital and Rayong Hospital and were selected by using multi-stage random sampling technique. Data were collected by using research instruments: Health Status Questionnaire, International Prostate Symptom Score, International Index of Erectile Function-5 Questionnaire, Anxiety Questionnaire, Thai Geriatric Depression Scale, Marital Relationship Questionnaire, Sexual Belief Questionnaire, and Sexual Behavior Questionnaire. These questionnaires were tested for content validity by panel of experts. Alpha Cronbach coefficients were 0.95, 0.92, 0.96, 0.76, 0.69, 0.81, .074 and 0.91 respectively. Statistical method for data analyzed were percentage, range, mean, standard deviation, Point biserial correlation, and Pearson's product moment correlation.

Major findings were as followed:

- 1. The Sexual behavior of ageing male after receiving prostatectomy in general were reduced to 62.6 percents.*
- 2. The relationships between health status, erectile dysfunction, sexual belief and sexual behavior were significant positive correlation at 0.05 level. ($r=0.526, 0.738$, and 0.253 respectively.)*
- 3. The relationships between type of medication, severity of urinary symptoms and sexual behavior were significant negative correlation at 0.05 level ($r= - 0.255$, $- 0.301$)*
- 4. The relationships between age, anxiety, depression, marital relationship and sexual behavior were not significant correlation at 0.05 level.*

Key words: *Sexual behavior, ageing male, prostatectomy*

* *Nurse, Chonburi Hospital.*

** *Lecturer , Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.*

เสียงสะท้อน



สมาธิตามธรรมชาติ

คำสอนของพระพุทธเจ้าเป็นคำสอนของปัญญาชน
ไม่ใช่เป็นคำสอนของบุคคลผู้เชื่อในสิ่งที่ไม่มีความหมาย
ศาสนาพุทธสอนให้คนเรียนให้รู้ธรรมชาติและกฎของธรรมชาติ
ถ้าใครจะถามว่าธรรมะคืออะไร? ธรรมะ ก็คือ ธรรมชาติ
ธรรมชาติคืออะไร? ก็คือ กายกับใจของเรา

...สมาธิแบบพระพุทธเจ้า การกำหนดรู้เรื่องชีวิตประจำวัน
นี่เป็นเหตุเป็นปัจจัยสำคัญ สำคัญยิ่งกว่าการนั่งหลับตาสมาธิ
สอนสมาธิต้องสอนสิ่งที่ใกล้ตัวที่สุด ความรู้เห็นอะไรที่เขาอวด ๆ กันนี่อย่าไปสนใจเลย
ให้มันรู้เห็นจิตของเราเนี่ย รู้กายของเรา รู้ว่าธรรมชาติของกายอย่างหยาบ ๆ
มันต้องมีการเปลี่ยนอริยาบถอยู่เสมอ ยืน เดิน นั่ง นอน รับประทานอาหาร ดื่มน้ำ ทำ พูด คิด
อันนี้คือความจริงของกาย

หลวงพ่อกุศล ฐานิโย

แนวทางการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ดลนภา สร้างไธสง*, จิราพร เกศพิชญวัฒนา**

บทนำ	ความ	เสี่ยงสูงมากในวันที่ 14
<p>การหกล้มในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามารถพบได้ จากการศึกษาอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มในสถานพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีการเกิดอุบัติการณ์ประมาณ 4 - 12 ครั้ง /1,000 เตียง/วัน⁽¹⁾ หรือพบ 3 - 10 ครั้ง/เดือนในเตียงผู้ป่วย 25 เตียง⁽²⁾ และพบว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล คือผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 65 ของผู้ป่วยที่หกล้มทั้งหมด และอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยที่หกล้มในโรงพยาบาลคือ 74.4 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยทางอายุรกรรม พบร้อยละ 57 รองลงมาคือผู้ป่วยศัลยกรรมที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ พบร้อยละ 39 นอกจากนี้ยังพบว่า การหกล้มพบมากในกลุ่มผู้ป่วยที่นอนห้องเดี่ยว คือมีอุบัติการณ์เกิดสูงถึงร้อยละ 60⁽³⁾</p>		<p>การเปลี่ยนแปลงทางสรีระของผู้สูงอายุอันเนื่องมาจากความชราภาพทำให้ปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายที่ช้าลง ประกอบกับความเสื่อมของระบบประสาทสัมผัสโดยเฉพาะระบบ ประสาทการรับรู้ตำแหน่ง(proprioception) การเสื่อมของอวัยวะที่ใช้ในการมองเห็นและการที่กำลังกล้ามเนื้อค่อยลง ร่วมกับความยืดหยุ่นของข้อต่างๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป เป็น ปัจจัยทางสรีระที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้ม นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นจำนวนโรคหรือความผิดปกติและจำนวนยาที่ใช้ก็จะมากขึ้น⁽⁵⁾ อีกทั้งสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในโรงพยาบาลที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้มีโอกาสเกิดการหกล้มเพิ่มมากขึ้น</p>
<p>จากการศึกษาในประเทศไทย ด้านปัจจัยเสี่ยงและระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรมที่ศึกษาในโรงพยาบาลรัฐบาล⁽⁴⁾ พบว่าปัจจัยเสี่ยงภายใน เกิดจาก การเดิน และการทรงตัวผิดปกติ ร้อยละ 58.3 การขับถ่ายผิดปกติร้อยละ 39.2 อาการวิงเวียนศีรษะ บ้านหมุนร้อยละ 38.3 จากปัจจัยภายนอก พบการไม่มีป้ายบอกที่เตียงร้อยละ 100 ไม่มีเก้าอี้รองยืนร้อยละ 98.3 เตียงนอนสูงกว่า 51 เซนติเมตรหรือ 20 นิ้วร้อยละ 95.8 เตียงนอนห่างจากห้องน้ำมากกว่า 5 เมตรร้อยละ 70 ไม่มีรองเท้าในห้องน้ำร้อยละ 60.8 ทางเดินแคบกว่า 100 เซนติเมตรร้อยละ 40.8 ไม่ยกไม้กั้นเตียงขณะผู้ป่วยอยู่ที่เตียง ร้อยละ 39.2 และไม่มีกึ่งสัญญาณเตือนร้อยละ 19.2 ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยมี</p>		<p>ผลจากการหกล้มจะก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ผลทางด้านร่างกายพบว่าร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่หกล้มเกิดการบาดเจ็บขึ้น โดยร้อยละ 10 เกิดการบาดเจ็บร้ายแรง เช่น กระดูกหัก ข้อเคลื่อน และการฉีกขาดของเนื้อเยื่อที่ต้องการเย็บแผล เป็นต้น⁽⁴⁾ ผลจากการหกล้มที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุคือทำให้กระดูกหักโดยเฉพาะกระดูกสะโพกหัก ซึ่งต้องรักษาโดยการผ่าตัดเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาจเป็นเหตุนำไปเสียชีวิตได้⁽⁶⁾ และผลกระทบจากการหกล้มยังทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นเฉลี่ย 5.5 สัปดาห์⁽³⁾</p> <p>การหกล้มยังทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะทางจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยรู้สึกอาย เศร้า หมดความมั่นใจในตนเอง⁽⁵⁾ ผู้สูงอายุจะกังวลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา เกิดความคับข้องใจ เนื่องจากถูกจำกัดกิจกรรม</p>

* พยาบาลวิชาชีพระดับ 5 หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้สูงอายุจะรู้สึกกลัวต่อการ หกล้ม(fear to fall)ซ้ำอีก ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และไม่กล้า ประกอบกิจกรรมต่างๆ⁽⁷⁾

สำหรับผลทางด้านเศรษฐกิจและสังคมจากการหกล้มนี้ มีผลทำให้ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการ รักษาพยาบาล ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งหากเป็นการ หกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ย่อมส่งผลแน่นอนถึง การเพิ่มจำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องอยู่รักษา ตัวนานขึ้น รวมทั้งทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพิ่มขึ้น อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

การป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลโดยหลักการจะคล้ายคลึงกับการ ป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาล แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะดังที่ กล่าวมาเบื้องต้น รวมทั้งการขาดมาตรการ แนวทางที่เป็น ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงผสมผสานกับความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงขอเสนอแนวทางที่เน้นการ ป้องกันการหกล้มของผู้ป่วยสูงอายุในขณะที่รับรักษา ตัวอยู่ในโรงพยาบาล ดังนี้

แนวทางการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

จากการศึกษา และทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง^(1-3,8-16)

ได้สรุปรูปแบบในการนำเสนอแนวทางการป้องกันการ หกล้มในโรงพยาบาลในการนำมาปฏิบัติ โดยแบ่งเป็น ขั้นตอนการเตรียมการ และขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนการเตรียมการ

1. มีการจัดการประชุมระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการร่วมปรึกษาเกี่ยวกับแนวทางในการป้องกันการหกล้ม และจัดทำเป็นแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ครอบคลุม

2. จัดประชุม อบรมแก่นบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้ ความรู้เกี่ยวกับการหกล้ม แนวทางในการป้องกัน และการเฝ้าทักษะในการปฏิบัติการป้องกันการพลัดตกหกล้ม รวมทั้งสร้างความตระหนักในการป้องกันพลัดตกหกล้ม ในโรงพยาบาลแก่เจ้าหน้าที่ทุกคน

3. มีการร่วมปรับปรุงโครงสร้างที่เหมาะสมใน โรงพยาบาล ตามแนวทางในของการจัดสิ่งแวดล้อมให้ เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการ เกิดอุบัติเหตุ⁽⁸⁾ โดยมีการนำมาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม กับหน่วยงานแต่ละหน่วยงาน โดยให้เจ้าหน้าที่ใน หน่วยงาน

มีส่วนร่วมในการ ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

4. นำแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตก หกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มาใช้ในผู้ป่วยสูงอายุ แต่ละราย

ขั้นตอนดำเนินการ

การนำแนวทางไปปฏิบัติเพื่อป้องกันการพลัดตก หกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

1. เริ่มจากการเข้าพบผู้ป่วยสูงอายุเป็นรายบุคคล เพื่อพูดคุย ทำความรู้จัก แนะนำตัวเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี และให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ต่างๆ และการ ขอความช่วยเหลือ

2. ประเมินผู้ป่วยสูงอายุทุกรายที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการพลัด ตกหกล้ม⁽⁹⁾ เพื่อประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ซึ่งในปัจจุบันแบบประเมินความเสี่ยงในการหกล้มมี มากมายหลายแบบ ตามสภาพความเสี่ยงของการ เกิดการหกล้ม เช่น แบบประเมินความเสี่ยงการพลัดตก หกล้มของผู้สูงอายุไทยในชุมชน หรือแบบประเมินความเสี่ยง ของการหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ซึ่งในที่นี้ หน่วยงานหรือทีมสหสาขาวิชาชีพควรร่วมกันพิจารณา เลือกแบบประเมินที่เหมาะสม หรือนำแบบประเมิน ที่มีอยู่มาพัฒนา และปรับใช้อย่างเหมาะสมกับหน่วยงาน

3. ให้ความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ผู้สูงอายุที่ส่งผลให้เกิดการหกล้ม ปัจจัยเสี่ยงในการเกิด การหกล้ม ผลกระทบของการพลัดตกหกล้ม และการ ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

4. วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลแก่ ผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย ตามความเสี่ยงที่ประเมินพบ ตามแบบประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม โดยเมื่อพบปัญหาในแต่ละด้านควรปฏิบัติ ดังนี้

ตารางแสดง แนวทางในการป้องกันการพลัดตก หกล้มตามความเสี่ยงที่ประเมินพบ^(9,10)

ความเสี่ยง	แนวทางการปฏิบัติ
ประวัติการหกล้ม >2 ครั้งใน 6 เดือน	1) ค้นหาสาเหตุของการพลัดตกหกล้มที่ผ่านมา และปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันการหกล้มนั้น ๆ 2) การเตือนความเสี่ยง
โรคประจำตัว / ปัญหาด้านร่างกาย	1) การบริหารจัดการทางยา 2) การเคลื่อนไหวที่ปลอดภัยในการป้องกันการหกล้ม
การได้รับยา	1) การบริหารจัดการทางยา
การทำหน้าที่ของร่างกาย	1) การเคลื่อนไหวที่ปลอดภัยในการป้องกันการหกล้ม การเปลี่ยนอิริยาบถ การออกกำลังกายแบบ Isometric exercise & Balance training exercise 2) อุปกรณ์ป้องกันการพลัดตกหกล้ม
การบกพร่องในการมองเห็น	1) การจัดการปัญหาทางการมองเห็น 2) การเตือนความเสี่ยง 3) การจัดสิ่งแวดล้อม 4) อุปกรณ์ป้องกันการพลัดตกหกล้ม
ภาวะทางจิตใจ	1) การบริหารจัดการทางยา 2) อุปกรณ์ป้องกันการพลัดตกหกล้ม 3) การผูกมัด
สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดความเสี่ยงในการหกล้ม	1) การเตือนความเสี่ยง 2) การจัดสิ่งแวดล้อม 3) อุปกรณ์ป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ตารางแสดง แนวทางในการป้องกันการพลัดตก หกล้มตามความเสี่ยงที่ประเมินพบ^(9,10)

5. ประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยการบันทึก และสังเกตพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม และอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ

6. นำข้อมูลที่ได้จากการประเมิน มาวิเคราะห์ถึงปัญหาการปฏิบัติงานผลที่ได้รับจากการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงหาแนวทางที่เหมาะสมต่อไป โดยมีการร่วมประชุมปรึกษากันในหน่วยงาน

แนวทางการปฏิบัติในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

สำหรับรายละเอียดสาระของแนวทางในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ จากการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ ได้นำแนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้มมาใช้ ตามแนวทางของการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุของ American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention.⁽¹⁰⁾ ซึ่งเป็นแนวทางที่นำเสนอขึ้นจากองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางระบบกระดูก ร่วมกับข้อค้นพบ ข้อเสนอแนะจากการวิจัยซึ่งได้เสนอแนวทางในการปฏิบัติในการป้องกันการหกล้ม คือ

1. การประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม

การประเมินความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกในการปฏิบัติที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ประกอบไปด้วย

1.1 ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในการประเมินความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม และการนำเครื่องมือ⁽¹¹⁾ ในการประเมินไปใช้

1.2 นำแบบประเมินไปประเมินผู้สูงอายุที่เข้ามารับการดูแลในโรงพยาบาล และเมื่อพบความเสี่ยงในการหกล้ม ปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันการหกล้ม

2. โปรแกรมการให้ความรู้^{9,10)}

ได้แก่ วิธีการ การจัดการ หรือการจัดกิจกรรมที่มีรูปแบบที่ชัดเจน มีหลักการในการอบรมให้ความรู้

2.1 ให้ความรู้และฝึกทักษะให้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว เกี่ยวกับ การหกล้ม ความเสี่ยงในการหกล้ม การป้องกันการหกล้ม การออกกำลังกาย การเปลี่ยนท่าที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงการให้ความรู้ในการจัด

สิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อป้องกันการหกล้ม ในผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการหกล้ม

2.2 มีการแนะนำสถานที่ในหอผู้ป่วยให้แก่ ผู้สูงอายุ บริเวณเตียง ห้องน้ำ ทางเดินภายในหอผู้ป่วย และแนะนำการใช้อุปกรณ์ในการขอความช่วยเหลือ สัญญาณเตือนขอความช่วยเหลือ สวิตช์ไฟตามเตียง และห้องน้ำ

3. การจัดการปัญหาทางการมองเห็น^(10,11,12)

3.1 การประเมินการมองเห็น และปัญหาทางสายตา โดยพยาบาลควรมีการวัดสายตา การมองเห็น ลานสายตา และการทำงานของกล้ามเนื้อตา เพื่อประเมินความผิดปกติในการทำงานของตาในผู้สูงอายุ หากพบว่ามี ความผิดปกติหรือมีพยาธิสภาพควรส่งต่อผู้ป่วยไปยังจักษุแพทย์ เพื่อรับการรักษาที่ถูกต้อง

3.2 จัดการปัญหาตามสาเหตุที่พบ

3.2.1 ด้านการมองเห็นไม่ชัดเจน ส่วนมากผู้สูงอายุจะมีสายตาอายุขัยมองเห็นภาพที่ไกลไม่ชัดเจน ความสามารถในการอ่านและลานสายตาแคบลง ควรมีการใส่แว่นตา เพื่อช่วยให้มองเห็นได้อย่างชัดเจนขึ้น มีการติดป้ายมีตัวหนังสือขนาดใหญ่ มีการใช้รูปสัญลักษณ์และการใช้สีช่วยในการแยกแยะ เช่น ห้องน้ำผู้ป่วยผู้สูงอายุ ควรมีป้ายบอกที่ชัดเจน ตัวหนังสือมีขนาดใหญ่ มีการติดรูปสัญลักษณ์ที่ประตู เพื่อให้ทราบว่าเป็นห้องน้ำ อีกทั้งประตูควรใช้สีที่ชัดเจน แตกต่างจากผนังห้อง

3.2.2 ความไวในการมองตามภาพลดลง ทำให้การมองระยะทางกึ่งกลางไม่ชัดเจน คาดคะเนระยะผิดพลาดไป ถ้าไม่ระมัดระวังทำให้เสี่ยงต่อการเกิดหกล้มได้ง่าย ดังนั้นก่อนการก้าวเดินควรมองทางเดินให้ชัดเจนก่อนก้าวเดินเสมอ ไม่ควรมีการจัดวางสิ่งของตามทางเดินและควรมีแสงสว่างที่เหมาะสมในสถานที่ต่างๆ โดยเฉพาะที่เตียง ห้องน้ำ และทางเดิน

3.2.3 ผู้สูงอายุมีโรคต่อกระดูก โรคต่อหิน และโรคเบาหวานซึ่งมีผลทำให้การมองเห็นไม่ชัดควรมีการรักษาที่ถูกต้องเพื่อลดความพร้อมในการมองเห็น ควรไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาและแก้ไขความผิดปกติ

4. การผูกมัด

การผูกมัด อาจกล่าวได้ว่าเป็นแนวทางในการปฏิบัติในการป้องกันการหกล้มที่มีข้อถกเถียงกันมากว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ทั้งนี้จากการศึกษาที่เสนอ

ให้การผูกมัดเพื่อลดความเสี่ยงของการหกล้ม ถือว่าการผูกมัดเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยลดความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม และเป็นแนวทางหนึ่งที่ยอมรับนำมาใช้ แต่จากการศึกษาอีกหลาย ๆ การศึกษา^(11,13,14) พบว่า การผูกมัดนั้นทำให้ความรุนแรงของผลจากการเกิดอุบัติเหตุการหกล้มรุนแรงมากขึ้น กว่าที่ไม่ผูกมัด ข้อสรุปที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการผูกมัดเพื่อลดความเสี่ยงของการหกล้มจึงขอเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

4.1 ในผู้ป่วยที่มีปัญหาบกพร่องด้านความจำ มีภาวะสับสน ควรนำสิ่งกีดขวางออก เช่น การใช้ไม้กั้นเตียงชนิดเต็มเตียง หรือการผูกมัด เพราะเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการต่อต้านมากขึ้นซึ่งเป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้มได้

4.2 หมั่นให้การตรวจเย็บมอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องขึ้นกับระดับอาการของผู้ป่วย

4.3 ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องผูกมัด ควรมีการปรึกษา และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือครอบครัว และผูกมัดในช่วงเวลาที่สั้นที่สุด

5. การจัดการการขับถ่าย⁽¹¹⁾

5.1 โดยการประเมินปัญหา ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary Incontinence)

5.2 จัดการกับปัญหาเป็นรายบุคคลตามสาเหตุที่พบตามประเภทต่างๆ เช่น การพาไปห้องน้ำเป็นเวลาทุก 4 ชั่วโมง การให้อุปกรณ์ในการขับถ่ายไว้ที่เตียง เช่น Urinal หรือ Bed pan เป็นต้น การใช้แผ่นรองขับ และผลิตภัณฑ์อื่นๆ ที่ช่วยในการซึมซับ

5.3 ลดความเสี่ยงในการหกล้มขณะเดินเข้าห้องน้ำ เช่น ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้สามารถไปห้องน้ำได้ด้วยตนเอง พยาบาลควรจัดให้เตียงผู้ป่วยอยู่ในตำแหน่งที่ใกล้ห้องน้ำ พื้นและทางเดินโล่ง และมีการติดป้าย หรือรูปบนบานประตูห้องน้ำให้ชัดเจน รวมทั้งการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้รองเท้าที่ไม่ลื่น เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการหกล้ม

6. การบริหารยา^(10,11,12)

ได้แก่ การบริหารจัดการกับปัญหาในด้านการได้รับยา ทั้งทางด้านชนิดของยา จำนวนยาที่ได้รับปริมาณยา หรือระยะเวลาที่ได้รับยา ที่ส่งผลให้เกิด ความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้ป่วยผู้สูงอายุ โดยมีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้

1. ประเมินการได้รับยาที่มีผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ ยาแก้ปวดประสาท ยานอนหลับ ยาขับปัสสาวะ ยาขยายหลอดเลือด ยาแก้ชัก ยาเคมีบำบัด ยาลดความดัน ยาแก้แพ้ และยาลดน้ำมูก ประเมินการได้รับยาทั้งในด้าน ชนิด จำนวน เวลาที่ได้รับยา อาการข้างเคียงที่พบ

2. พิจารณาความซ้ำซ้อน ความจำเป็นในการได้รับยา โดยพยาบาลซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด และทราบถึงยาที่ผู้สูงอายุได้รับจากคำสั่งการรักษา ดังนั้นหากพบว่ามีอาการซ้ำซ้อน หรืออาการของผู้สูงอายุ ระหว่างการได้รับยามีการเปลี่ยนแปลง หรือส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ดังนั้นพยาบาลควรมีการประสานงานร่วมกับแพทย์และเภสัชกรในการปรับการได้รับยาให้เหมาะสม

3. พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพยาบาลผู้สูงอายุ จำเป็นต้องได้รับการอบรมความรู้ในเรื่องยาที่มีผลต่อการเกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อการพลัดตกหกล้ม และสร้างความตระหนักในการเฝ้าสังเกตในผู้ป่วยที่ได้รับยา หลังได้รับยา

4. หลังได้รับยาที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด หลังได้รับยาควรมีการพัก ไม่ควรมีการเปลี่ยนท่าในระยะเวลานอนรวดเร็ว และสังเกตการเปลี่ยนแปลง

5. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับยา ข้อควรระวังต่างๆ ภายหลังจากได้รับยา และการสังเกตอาการข้างเคียงต่างๆ ที่เกิดขึ้น

7. การเคลื่อนไหวที่ปลอดภัยในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างของร่างกาย ซึ่งส่งผลต่อท่าทาง การทรงตัว การเดิน ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการเคลื่อนไหว ดังนั้นการเคลื่อนไหวที่ปลอดภัยจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีแนวทางดังนี้^(10,11)

1. สร้างความตระหนักให้แก่เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย ในการได้รับการเรียกจากการใช้สัญญาณเรียก เช่น intercom หรือ เฝ้ารอวังผู้ป่วยตามเตียง และห้องน้ำ เบนะควรมีสัญญาณเตือนเมื่อเกิดภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มเกิดขึ้น เช่น เมื่อผู้ป่วยปัสสาวะไม่ทันเตียง

2. การเคลื่อนไหวตามพิสัยของข้อ (Range of motion) ถ้าพบความผิดปกติในการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่างๆ มีข้อจำกัด ควรมีการปรึกษานักกายภาพบำบัด หรือนักกิจกรรมบำบัด เพื่อให้การทำกายภาพบำบัด ROM & Strength exercise หรือ ปรึกษาแพทย์ในการผ่าตัดแก้ไข การดัดรั้ง หรือฟั่งผืด

3. มีการปรับระดับความสูงของเตียงให้เหมาะสมกับความยาวของช่วงขาผู้ป่วยแต่ละราย

4. การฟื้นฟูสภาพ และการเคลื่อนย้ายควรมีการใช้อุปกรณ์ช่วยที่เหมาะสม ในการลุกจากเตียงควรมีบาร์โหนดช่วยในการลุก มิได้กั้นเตียงที่มีความแข็งแรง และการย้ายเตียงควรใช้ bed frame ช่วยในการเคลื่อนย้าย และควรใช้อุปกรณ์ในการช่วยในการเคลื่อนย้ายที่เหมาะสม เช่น walker

5. ใส่เสื้อผ้าที่สะดวกในการเคลื่อนย้าย ชุดที่ใส่ต้องไม่เกะกะ

6. ควรนำสิ่งกีดขวางออกจากเตียง ไม่ควรมีสสิ่งของวางบนเตียง โคนไม้จำเป็น.

7.1 การเปลี่ยนอิริยาบถ⁽¹⁴⁾

ได้แก่ การให้ความสำคัญในเรื่องของการเปลี่ยนท่าทางของผู้สูงอายุ ที่มีความเกี่ยวข้อง ที่อาจทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม เช่น การลุกขึ้นโดยทันทีทันใด ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ (postural hypotension) ทำให้หน้ามืดเป็นลมได้ง่าย พยาบาลหรือบุคลากรในทีมสุขภาพ ควรมีความรู้ และสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุในการเปลี่ยนท่าทางอย่างช้าๆ และถูกต้อง ไม่เร่งรีบ เพื่อป้องกันการหกล้มได้ ในการเปลี่ยนอิริยาบถต่างๆ ควรทำด้วยความมั่นใจ ไม่รีบร้อน เพิ่มความระมัดระวังให้มากขึ้น ได้แก่

7.1.1 การนั่งเก้าอี้ ผู้สูงอายุควรย่อเข่าใช้มือสองข้างจับริมเก้าอี้ หรือที่พักแขน หย่อนก้นนั่งริมเก้าอี้แล้วค่อยๆ เลื่อนก้น โดยใช้มือทั้งสองข้างจับที่ริมเก้าอี้ หรือที่พักแขน สันหลังตรง วางแขนบนที่พักหรือในท่าที่สบาย

7.1.2 การลุกจากเก้าอี้ ผู้สูงอายุควรใช้มือทั้งสองข้างพยุงตัวแล้วเลื่อนก้นมาที่ริมเก้าอี้ ยันตัวลุกขึ้นด้วยกำลังของแขนและขา

7.1.3 การนั่งพื้น ผู้สูงอายุควรใช้มือทั้งสองข้างหรือเข่าข้างที่ไม่ปวดลงไปก่อน ใช้มือทั้งสองข้างยันพื้นเพื่อพยุงตัวแล้วนั่งพับเพียบ

7.1.4 การลุกจากพื้น ใช้มือทั้งสองข้างพยุงตัวแล้ว

ค่อยๆ ลุกขึ้นด้วยกำลังแขนและขา

7.1.5 การนอนพื้น ผู้สูงอายุควรย่อเข่าลงกับพื้น ใช้มือทั้งสองข้างยันพื้นรับน้ำหนักตัวลงนั่งริมที่นอน ใช้มือทั้งสองข้างพยุงตัว เลื่อนตัวไปนั่งกลางที่นอน ใช้มือพยุงตัวค่อยๆ ตะแคงตัวลงนอนพร้อมเหยียดขาอน

7.1.6 การลุกนอนจากพื้น ผู้สูงอายุควรนอนในท่าตะแคง ใช้มือค่อยๆ พยุงตัวขึ้น พร้อมกับหดยกขาอยู่ในท่านั่งที่ถนัด ใช้มือพยุงตัว เลื่อนตัวมาริมที่นอน ใช้มือพยุงตัวลุกขึ้นด้วยกำลังขาทั้งสองข้าง

7.1.7 การนอนเตียง ผู้สูงอายุควรย่อตัวใช้มือจับที่นอนวางก้นนั่งริมที่นอน ห้อยเท้าลงข้างเตียงใช้มือทั้งสองข้างพยุงตัว เลื่อนไปนั่งกลางที่นอนแล้วตะแคงตัวลงนอน โดยใช้มือค่อยๆ พยุงตัว พร้อมกับยกขาขึ้นที่นอน นอนในท่าตะแคง แล้วจึงเปลี่ยนนอนในท่าที่สบาย

7.1.8 การลุกจากเตียงนอน ผู้สูงอายุควรนอนท่าตะแคง ใช้มือค่อยๆ พยุงตัวขึ้น เลื่อนตัวมานั่งริมที่นอน ห้อยเท้าลงข้างเตียง ยันตัวลุกขึ้นโดยใช้กำลังแขนและขา

7.1.9 การยกของจากพื้น ควรยืนขาห่างกันเล็กน้อย ย่อเข่าสองข้างลงในลักษณะสันหลังตรง ยกของขึ้นด้วยกำลังแขน แล้วลุกขึ้นโดยใช้กำลังแขนหรือขา ไม่ควรยกของหนัก ถ้าจำเป็นควรหาคนช่วยยก

7.1.10 การเดินขึ้นบันได ผู้สูงอายุควรยืนชิดราวบันไดข้างใดข้างหนึ่ง ใช้มือข้างที่ถนัด หรือทั้งสองข้างจับราวบันได ก้าวเท้าข้างตรงข้ามกับราวบันไดที่จับขึ้นไปก่อน แล้วก้าวเท้าข้างที่เหลือตามลงไป

7.1.11 การเดินลงบันได ผู้สูงอายุควรยืนชิดราวบันไดข้างใดข้างหนึ่ง ใช้มือข้างที่ถนัด หรือทั้งสองข้างจับราวบันได ก้าวเท้าข้างที่อยู่ตรงกับมือจับราวบันไดลงไปก่อน แล้วก้าวเท้าที่เหลือตามไป

7.1.12 การใช้ไม้เท้าช่วยการเดินขณะเดินควรใช้สายตามองไปข้างหน้าก้าวเท้าด้วยจังหวะสม่ำเสมอ การใช้ไม้เท้าช่วยเดิน เพื่อช่วยรับน้ำหนัก โดยใช้มือข้างที่ถนัดหรือมือข้างที่เท้าอ่อนแรงจับไม้เท้า ปล่อยน้ำหนักตัวลงไปที่ไม้เท้า แล้วก้าวเท้าที่อยู่ตรงข้ามไม้เท้าไปพร้อมกับไม้เท้า และก้าวเท้าอีกข้างตามไปโดยใช้ไม้เท้าช่วยรองรับน้ำหนักตัว ก้าวเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ

7.1.13 ไม่ควรเอื้อมเหยียบของที่วางไว้บนที่นั่งหรือชั้นวางของที่อยู่เกินระดับสายตา

7.2 การออกกำลังกาย

ในที่นี้ เป็นการให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ หรือ อาจใช้วิธีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ป่วย หรือ ใช้เวลาส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียงได้มีกรออกกำลังกายแบบ ไอโซเมตริก(Isometric exercise)⁽¹⁴⁾ เป็นการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรง และความทนทานของกล้ามเนื้อ โดยการเกร็งกล้ามเนื้อ ไม่มีการเคลื่อนไหวส่วนใดๆ ของร่างกาย การบริหารกล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มความแข็งแรง และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อเพื่อช่วยป้องกันการหกล้ม โดย

7.2.1 ให้นิ้วมือ นิ่งหลังตรงแขนเหยียดตรง คว่ำมือ เข้า และคลายออก ทำซ้ำ 5 ครั้ง หงายมือเข้าและคลายออก ทำซ้ำ 5 ครั้ง หลังจากนั้นให้เหยียดแขนคว่ำมือสั้นนิ้ว มือ 5 ครั้ง

7.2.2 การยืดกล้ามเนื้อนิ้วมือ โดยการคว่ำมือ มือขวา มือซ้ายวางไว้บนปลายมือขวา ให้นิ้วมือขวา ขยับขึ้นขณะที่มือซ้ายกดลงออกแรงต้านกัน และกลับ กันให้ตั้งมือขวาและกดนิ้วมือขวาลงต้านแรงของมือซ้าย ให้ทำข้างละ 5 ครั้ง

7.2.3 การบริหารทำนี้จะทำให้การเคลื่อนไหวของ ข้อมือ และนิ้วดีขึ้นให้มือซ้ายจับข้อมือขวา ให้หมุนข้อมือ ขวาซ้ำๆ 5 รอบ และให้หมุนกลับทิศ 5 รอบ ให้หมุนข้อ มือซ้ายเหมือนมือขวา

7.2.4 การบริหารคอ ทำให้การเคลื่อนไหวของคอ ดีขึ้น โดยการนั่งบนเก้าอี้ ก้มหน้าเอาคางกดอก แล้ว เงยหน้า กลับสู่ท่าตรงหันหน้าไปทางซ้ายกลับท่าตรง หันหน้าไปทางขวากลับท่าตรง ทำซ้ำ 5 ครั้ง

7.2.5 มือแตะไหล่ ให้นิ่งหลังตรงเหยียดแขนเสมอ ระดับไหล่ งอแขนจนกระทั่งฝ่ามือแตะหัวไหล่ ทำซ้ำ 10 ครั้ง

7.2.6 ยกมือขึ้น นิ่งบนเก้าอี้หายใจเข้าช้าๆ พร้อมกับ ยกมือขึ้น ยกมือลงพร้อมกับหายใจออกช้าๆ ทำซ้ำ 6-8 ครั้ง

7.2.7 การยืดกล้ามเนื้อหลัง โดยการนั่งบนเก้าอี้ ก้มหลังให้ชิดเข้า โดยจับมือบนเข่า ทำซ้ำบนขาอีกข้างหนึ่ง ข้างละ 4-6 ครั้ง

7.2.8 เหยียดเท้า ให้นิ่งหลังตรงเหยียดเท้าและ เกร็งไว้ ค่อยปล่อยเท้ากลับท่าปกติ ทำซ้ำ 10-15 ครั้ง

7.2.9 การบริหารข้อเท้าและข้อเท้า โดยการนั่งไขว่ เข่าและให้หมุนข้อเท้าวงใหญ่ 10 รอบ และสลับข้างกัน

7.2.10 การเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา

นั่งเหยียดขาเหยียดข้อเข่าตรงและกระดกปลายเท้าขึ้น เกร็ง ค้างไว้ 6 วินาที แล้วผ่อนกลับมาที่เดิม ผีกรอบละ 30 ครั้ง และอาจเพิ่มน้ำหนักที่บริเวณข้อเท้าเพื่อเพิ่มแรงต้าน ตามแต่บุคคลจะรับไหว

8. การเตือนความเสี่ยง⁽¹¹⁾

ได้แก่ การใช้สัญลักษณ์ หรือเครื่องหมายต่างๆ ที่ กระตุ้นเตือนให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งผู้ป่วยสูงอายุ ได้ระมัดระวังในการหกล้ม ดังนี้

8.1 มีการเตือนความเสี่ยงในการหกล้มในผู้ป่วยที่มี ภาวะเสี่ยง โดยมีการติดป้าย“ระมัดระวังการพลัดตกหกล้ม” หรือ “เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม” ลงบนแฟ้มประวัติ ผู้ป่วย

8.2 ใช้สี สติกเกอร์ หรือป้ายสัญลักษณ์ บริเวณ ประตูต่าง ๆ

8.3 ให้ความรู้ และมีการสาธิตการใช้สัญญาณเตือน ในการเรียกพยาบาลให้ผู้ป่วยเข้าใจ รวมทั้งให้ผู้ป่วยได้ ทดลองปฏิบัติ

8.4 กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

8.5 ประเมินความต้องการของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย ถึงการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงสูงในการพลัดตกหกล้ม

9. การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ⁽⁸⁾

จากการที่จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวใน โรงพยาบาลเป็นผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการคำนึงถึง การจัดการสิ่งแวดล้อม โดยที่พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลง ทางสรีระของผู้สูงอายุ ที่อาจทำให้เกิดปัญหา ได้แก่ การ เปลี่ยนแปลงทางการมองเห็น ด้านกระดูกและกล้ามเนื้อ การทำงานของร่างกาย และการทำหน้าที่ของสมอง โดยมีแนวทางในการจัดสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล⁽⁸⁾ เพื่อ ป้องกันการเกิดการอุบัติเหตุการหกล้ม ที่เหมาะสำหรับผู้สูงอายุ ที่หน่วยงานโรงพยาบาลอาจนำไปพิจารณาเป็น แนวทาง ในการจัดปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับกลุ่ม ผู้ป่วยสูงอายุ มีดังต่อไปนี้

แสงสว่าง

1. สถานที่ภายในอาคาร ควรมีแสงสว่าง 30-70ฟุต/แรงเทียน
2. พิจารณาใช้แสงสว่างจากหลอดไฟที่คล้ายแสงสว่าง จากธรรมชาติ และมีแสงสว่างเต็มที่ (T5 & T8 lamps)
3. ไม่ควรมีแสงสว่างจากหลอดไฟที่มีผลต่อการมองเห็น แสงสว่างจ้าเกินไป แสงที่สะท้อนเข้าตา ควรจัดให้มีที่

คลุมหลอดไฟเพื่อลดความจ้าของแสง ควรมีการจัดให้แสงตกกระทบกับพื้นในแนวตรง เพื่อป้องกันการสะท้อนเข้าตา และไม่ควรใช้วัสดุทำพื้นทีเงา หรือมันวาว

4. หลีกเลี่ยงการใช้แสงสลัว เช่น แสงเทียน หรือโคมไฟตั้งโต๊ะ

5. ควรมีไฟเวลากลางคืน สำหรับทางเดินไปห้องน้ำผู้ป่วย

6. ควรมีไฟที่สว่างบริเวณป้าย หรือทางเดิน

7. พิจารณาสถานที่ที่อยู่ใกล้เคียงกับหอผู้ป่วยที่เป็นบริเวณที่มืด ควรจัดให้เหมาะสม

8. ควรจัดแสงสว่างที่ทางเข้าให้มีระดับเดียวกับด้านนอก ลดการปรับสายตาทันที ทันใด ควรมีการติดไฟที่ทางเข้า และมีแสงสว่างที่ทางเดินเข้าหอผู้ป่วยด้วย

การตกแต่ง

1. ใช้สีโทนร้อน เพื่อทำให้สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน หลีกเลี่ยงสีโทนเย็น เช่น สีฟ้า เพราะทำให้ยากต่อการมองเห็น

2. ในตำแหน่ง หรือบริเวณที่ต้องการแยกแยะให้เห็นความต่าง เช่น พื้นต่างระดับ ควรใช้สีที่ตัดกันชัดเจน เพื่อให้เห็นความต่าง เพราะหากใช้สีพาสเทล หรือสีที่มีการกลืนกัน (ตัดกันน้อย) ทำให้มีความลำบากในการแยกแยะ

3. ควรใช้สีเพื่อบ่งบอกหน้าที่ของสิ่งต่างๆ เช่น สีเหลืองบริเวณทางเดิน สีเขียวเป็นผนังห้องนอนผู้ป่วย สีเหลืองอำพันเป็นห้องทำกิจกรรม เป็นต้น

4. ใช้สีที่การตัดกันในบริเวณที่ต้องการบ่งบอกให้ชัดเจน เช่น ประตูทางเข้าห้องน้ำ

5. ใช้สีเดียวกันในบริเวณที่ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยใช้ เช่น ประตูทางออกจากหอผู้ป่วย เป็นต้น

6. การเลือกเบาะเก้าอี้ หรือผ้าปูเตียง และเครื่องหนัง มีหลักการคือ

6.1 หลีกเลี่ยงการกระตุ้นสายตามากเกินไป ไม่ควรใช้ที่มีลวดลายมากเกินไป ควรเป็นผ้าที่มีลวดลายเล็กน้อย

6.2 หลีกเลี่ยงการใช้สีดำ และสีพาสเทลอ่อน และหลีกเลี่ยงรูปแบบที่สิ้นไหล

6.3 สีโทนร้อนเป็นสีที่ง่ายในการมองเห็น และเป็นสีที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชื่นชอบ

7. การติดตั้งรูปภาพหรือเครื่องตกแต่ง ควรมีแสงสว่างชัดเจนที่บริเวณที่ติดตั้ง

8. การเลือกรูปภาพ ควรดูสะอาด มีลักษณะเป็น

ความจริง และใช้สีตัดกันชัดเจน เพื่อแยกแยะรูปภาพได้ชัดเจน และสามารถเข้าใจรูปภาพได้

9. หลีกเลี่ยงการใช้กระจก ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการสับสน และทำให้การรับภาพเปลี่ยนแปลงไป

การแนะนำสถานที่

1. ควรมีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่มีขนาดใหญ่ และชัดเจน

2. มีการใช้สี แยกแยะสถานที่ชัดเจน รวมทั้งป้าย

3. ควรมีการตรวจสอบว่าผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจน ทั้งป้าย และสถานที่

4. ลักษณะของป้าย ควรเป็นข้อความที่เข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อน ไม่เป็นข้อความที่ยาวเกินไป หรือมีหลายบรรทัด

5. พื้นป้ายไม่ควรเป็นสีดำ หรือสีน้ำตาลเข้ม ทำให้ดูยาก ควรใช้พื้นสีขาว ตัวหนังสือดำหรือสีเขียวเข้ม

6. ป้ายไม่ทำจากวัสดุที่สะท้อนแสงไฟ และควรมีรูปภาพที่ง่ายต่อการเข้าใจรวมด้วย

7. สถานที่ที่สำคัญ เช่น ห้องน้ำ ป้ายควรติดอยู่ตรงกับบริเวณประตูของห้องน้ำ เพื่อสามารถแยกแยะได้อย่างชัดเจน

ห้องนอน

1. มีทางเดินตรงจากเตียงนอน ไปยังห้องน้ำได้อย่างสะดวก

2. มีสัญญาณเตือน หรือเรียกขอความช่วยเหลือที่เตียง ควรติดอยู่ที่เตียง ปุ่มกดสัญญาณควรมีขนาดใหญ่ และกดได้ง่าย

3. มีสวิตไฟ และไฟติดประจำเตียง และควรมีป้ายบอกอย่างชัดเจน

4. เตียงผู้ป่วยสูงอายุ ควร

4.1 มีระดับความสูง 18 นิ้ว หรือมีการปรับระดับเตียงได้

4.2 ควรสะดวกในการใช้ ควรใช้เตียงที่มีการควบคุมด้วยรีโมตคอนโทรล เพื่อความสะดวกในการใช้ของผู้สูงอายุ และปุ่มกดควรมีขนาดใหญ่

4.3 มีการใช้อุปกรณ์ในการป้องกันการพลัดตกเตียง การใช้ไม้กันเตียง การใช้หมอนข้างกันเตียง ตามความเหมาะสม

4.4 หลีกเลี่ยงการใช้ไม้กันเตียงที่ชำรุด หรือตกไปที่พื้นได้

5. เก้าอี้ผู้ป่วยสูงอายุ

5.1 ที่นั่งมีที่พักแขนอยู่ด้านหน้าเก้าอี้สูงจาก ที่นั่ง 10 นิ้ว เก้าอี้ควรมีความสูง 18-19 นิ้ว ที่นั่งลึก 18-20 นิ้ว มีพนักพิงและใช้วัสดุที่แน่นหนา มั่นคงและแข็งแรง

5.2 ไม่ใช้วัสดุที่ลื่นในการทำที่นั่ง และ ใต้เก้าอี้ควรวางเพื่อวางขาได้

5.3 เก้าอี้ควรมีการจัดวางให้เหมาะสม ไม่เกิดการเลื่อนขณะนั่ง

6. ประตู

6.1 ควรเปิด ปิด ได้ง่าย wheel chair และ walker ผ่านได้สะดวก

6.2 ที่จับควรอยู่ในระดับเหมาะสม แรงที่ใช้ในการเปิดปิดประตู ในการดึงประมาณ 8 ปอนด์ ในการผลักประมาณ 14 ปอนด์

6.3 ในห้องโถงใหญ่หรือทางเข้าหลักควรใช้ประตูเปิด อัตโนมัติ

6.4 บริเวณทางเข้าควรมีแสงสว่างเพียงพอ และมีที่นั่งพัก หรือมีรถ wheel chair อย่างเพียงพอ

6.5 ประตูผ่านเข้าออก ไม่ควรมีสิ่งกีดขวางทางเข้า ออก ห้องน้ำ

1. มีขนาดกว้างพอที่ wheel chair และ walker พร้อมผู้ดูแลผู้ป่วย เข้าไปได้

2. ห้องน้ำทุกห้องต้องมีราวจับกันลื่น 45 องศา อยู่ยื่นไปด้านหน้าของโถชักโครกเล็กน้อย

3. รางใส่แกนกระดาษชำระ ควรอยู่ระดับสูง 19 นิ้ว จากพื้นห้องน้ำ ยื่นไปด้านหน้าเล็กน้อย

4. โถชักโครกควรมีความสูง 18 นิ้ว หรือให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ (ตามสภาพผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่)

5. ควรมีอุปกรณ์ล้างทำความสะอาดอัตโนมัติ

6. อ่างล้างมือ ควรมีการควบคุมด้วยระบบอัตโนมัติ และควรมีการควบคุมอุณหภูมิที่เหมาะสม มีเครื่องเป่ามือ และผ้าเช็ดมือ

7. กระจกควรมีขนาดเล็ก

8. พื้นไม่ลื่นและไม่มีแสงสะท้อน หลีกเลี่ยงการใช้กระเบื้องเซรามิก

9. ที่อาบน้ำควรมีราวจับโดยรอบบริเวณที่มีการเปียกของพื้น ควรมีสื่อชัดเจน และพื้นผิวสัมผัสไม่ลื่น

ทางเดิน และพื้น

1. ควรมีขนาดกว้างพอที่ wheel chair และ walker ผ่านได้สะดวก

2. หลีกเลี่ยงพื้นที่สะท้อนแสงไฟ หรือมีความสว่างมากเกินไป

3. หลีกเลี่ยงทางเดินที่ยาวเกินไป ควรมีที่นั่งพัก

ระหว่างทางเดิน และควรมีการติดตั้งราวจับทุก 1.5 เมตร ราวจับควรเป็นทรงกลม จับได้ง่าย และบริเวณที่พักควรมีราวจับทั้งด้านบน และด้านล่างเพื่อสะดวกในการลุกขึ้นเดินต่อไป

4. พื้นไม่ควรลื่น และไม่ควรรองแวกซ์

5. ใช้พรม หรือผ้าเช็ดเท้าให้น้อยที่สุด

6. สีทางเดินไม่ควรเด่นเกินไป เพราะจะทำให้การรับภาพเปลี่ยนแปลงไปแต่ควรใช้สีตัดกันบริเวณด้านข้างของผนัง เพื่อแบ่งแยกพื้นที่ได้อย่างชัดเจน

10. อุปกรณ์ป้องกันการพลัดตกหกล้ม^(14,16)

การใช้อุปกรณ์ช่วยต่างๆในการป้องกันการพลัดตกหกล้มสามารถทำได้โดย

1. การใช้หมอนข้างแทนการใช้ไม้กั้นเตียงและช่วยลดการผูกมัดได้

2. อุปกรณ์ต่างๆ ควรมีความแข็งแรงในการช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่น รถเข็น (wheel chair) ควรมีการใช้เข็มขัดรัดตัวผู้ป่วยขณะนั่งอยู่บนรถเข็น เพื่อป้องกันการเลื่อนไถลของผู้ป่วย เตียงผู้ป่วยควรมีการล็อคล้อเพื่อป้องกันการเคลื่อนของเตียง

3. เครื่องใช้ต่างๆ ควรมีความเหมาะสมตามการจัดสภาพสิ่งแวดล้อม ทั้งเตียง โต๊ะข้างเตียง เก้าอี้และอุปกรณ์อื่นๆ ในหอผู้ป่วย

4. ควรมีการตรวจความพร้อมใช้งานของเครื่องมือ อุปกรณ์ เครื่องเรือน เครื่องใช้ต่างๆ ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้เสมอ

อุปกรณ์เสริมอื่นๆ

ในต่างประเทศมีการพัฒนาอุปกรณ์ช่วยในการป้องกันอันตรายจากการหกล้ม เรียกว่า Hip protector⁽¹⁷⁾ เป็นการใส่แผ่นรองสะโพกเพื่อป้องกันการเกิดการหักของกระดูกสะโพกเมื่อมีการหกล้มเกิดขึ้น นิยมใช้ในต่างประเทศในสถานพยาบาลผู้สูงอายุ (nursing home) เมื่อใช้แล้วผู้สูงอายุจะรู้สึกมั่นใจมากขึ้น และช่วยลดอุบัติเหตุการเกิดกระดูกสะโพกได้โดยส่วนใหญ่ใส่ตลอดเวลาโดยเฉพาะเวลานอน

สรุปและข้อเสนอแนะ

การป้องกันการหกล้มในวัยสูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลย่อมทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดการพลัดตก

หกล้มที่มากขึ้น การนำแนวทางการป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลไปใช้นั้นสามารถช่วยลดความเสี่ยง และช่วยป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างไร ก็ตามแนวทางในการปฏิบัติในการป้องกันการหกล้มในโรงพยาบาลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ ค่อนข้างมีรายละเอียดเนื้อหาสาระที่พยายามกล่าวถึงให้ครอบคลุมในทุกๆ ด้านและซึ่งหากหน่วยงานหรือบุคลากรในหน่วยงานต้องการประยุกต์แนวทางการปฏิบัตินี้ไปใช้ ควรมีการประชุมปรึกษาหารือกัน เพื่อทำความเข้าใจ หาข้อตกลง และแนวทางที่เหมาะสมกับหน่วยงาน หรือลักษณะของการปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. Copezuti, E., et al. Side Rail Use and Bed-Related Fall Outcomes Among Nursing Home Residents. *The Am Geriatr Soc.* 2002;50(1): 90-96.
2. Oliver, D., Hopper, A., & Seed, P. Do Hospital Fall Prevention Programs Work? A Systemic Review. *The Am Geriatr Soc.* 2000;48(10): 1679-1689.
3. Janken, J.K., Reynold, B.A., & Swiech, K. Patient falls in the acute care setting : Identifying risk factors. *Nursing Research.* 1986;35(4): 215-219.
4. มนต์บงกช กนกนันท์พงศ์. **ปัจจัยเสี่ยงและระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยศัลยกรรม.** (วิทยานิพนธ์) พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล. 2546.
5. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. **หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ Principle of Geriatric Medicine.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ, โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2544.
6. เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชุกกุล, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, และพรรณนวดิ พุฒิมณะ. **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลจากการหกล้มในผู้สูงอายุ.** *วารสารพดุมหาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.* 2543; 1(2):16-23.
7. นารีรัตน์ จิตรมนตรี, นิตยา ภาสุนันท์, และจันทนา รณฤทธิวิชัย. **การศึกษาสภาพแวดล้อมในบ้านที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้มในผู้สูงอายุ.** *วารสารพยาบาลศาสตร์.* 2541;16(3):34-45.
8. O'Keeffe, J. *Creating a Senior Friendly Physical Environment in our Hospitals. The Regional Geriatric Assessment Program of Ottawa.* 2003.
9. Home Therapy Service. *Best Practice Tools "Best Practices for Improvement in Ambulation/ Locomotion".* 2004. www.aafp.org
10. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. *Guideline for the Preventing of Falls in Older Persons. The Am Geriatr Soc.* 2001;49(5): 664-672.
11. The Joanna Briggs Institute. *Falls in Hospitals. Best Practice: Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals.* 1998. www.joannabriggs.edu.au
12. Patrick, L., & Blodgett, A. *Selecting Patients for Falls-Prevention Protocols An Evidence-Based Approach on a Geriatric Rehabilitation Unit. J of Geronto Nurs.* 2001;Oct: 19-25.
13. Copezuti, E., Cochran, I., & Strumpf, N. *Individualized Interventions to Prevent Bed-Related Falls and Reduce Siderail Use. J of Geronto Nurs.* 1999;Nov: 26-34.
14. Dunn, K. S. *The Effect of Physical Restraints on Fall Rates in Older Adults Who Are Institutionalized. J of Geronto Nurs.* 2001;Oct: 41-48.
15. ชุติ ภูทอง. **ผลของโปรแกรมการลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุที่บ้าน.** (วิทยานิพนธ์) พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2545
16. Becker, G. et al. *Effectiveness of a Multifaceted Intervention on Falls in Nursing Home Residents. The Am Geriatr Soc.* 2003;51(3):306-313.

แบบประเมินความเสี่ยงในการหกล้มของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล⁽⁹⁾

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
ประวัติการหกล้มมากกว่า 2 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา		
โรคประจำตัว / ปัญหาด้านร่างกาย <ul style="list-style-type: none"> - มีโรคประจำตัวหรือภาวะความเจ็บป่วยที่ส่งผลให้เกิดการหกล้ม - มีอาการหน้ามืด เป็นลมขณะเปลี่ยนท่า - มีอาการเวียนศีรษะ มึนงง บ้านหมุน - มีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับยาที่มีเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บและการหกล้ม 		
การได้รับยา <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับยาจำนวนมากกว่า 4 รายการ - ได้รับยาที่มีผลต่อการเกิดการหกล้ม ได้แก่ ยากล่อมประสาท ยาขับปัสสาวะ ยา ระบบหัวใจและหลอดเลือด ยานอนหลับ ยาลดความดัน ยารักษาอาการทางจิต 		
การทำหน้าที่ของร่างกาย <ul style="list-style-type: none"> - มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว เสียสมดุลในท่านั่ง/ทำยืน - บกพร่องในความสามารถในการเคลื่อนย้ายตัวเอง ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น ไม้เท้า เครื่องพยุงเดิน ฯ - มีปัญหาในการขยับถ่ายผิปกติ - ใส่รองเท้าที่ไม่เหมาะสมกับเท้า เล็ก-ใหญ่เกินไป ไม่ใส่รองเท้า 		
ความบกพร่องในการมองเห็น หรือต้องใช้แว่นตาช่วยในการมองเห็น		
ภาวะทางจิตใจ <ul style="list-style-type: none"> - มีภาวะซึมเศร้า - บกพร่องในด้านการรับรู้ การตัดสินใจ ความจำ การตระหนักถึงความปลอดภัย หรือความสามารถในการตัดสินใจลดลง 		
สิ่งแวดล้อม มีปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในการหกล้ม		

ที่มา: Home Therapy Service.(2004). Best Practice Tools “ Best Practices for Improvement in Ambulation/ Locomotion”.

แนวคิดในการสร้างศูนย์สุขภาพสหเวชศาสตร์ชุมชนเพื่อคนทุกวัย

วินัย ตะหลัน*, จงจิตร อังคทะวานิช **

กระแสและทิศทางของการสร้างเสริมสุขภาพ

หัวใจสำคัญของการพัฒนาในทุกประเทศที่พัฒนาแล้วคือการพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตประชากรให้เป็นประชากรที่เข้มแข็งและแข็งแรงมคุณภาพชีวิตที่ดี การสร้างเสริมสุขภาพประชาชน โดยหลักการ "สร้าง" นำ "ซ่อม" จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่จะช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอันเป็นภาระที่สูงขึ้นมากในทุกประเทศเพื่อนำประเทศสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

จาก Ottawa Charter for Health Promotion ในการประชุม First International Conference on Health Promotion ที่ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ในวันที่ 21 พฤศจิกายน 1986 ได้มีความเห็นร่วมกันในแนวคิดของการเคลื่อนไหวการสร้างสุขภาพแนวใหม่ ซึ่งเน้นถึงการสร้างเสริมสุขภาพ (Health promotion) โดยที่ความหมายของสุขภาพในลักษณะที่ไม่เพียงภาวะที่ปราศจากโรคเท่านั้น แต่รวมถึงการมีภาวะของชีวิตที่เป็นสุข โดยใช้คำว่า "Well being"

กระแสการเคลื่อนไหวในประเทศไทยนั้น มีการพัฒนาแนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพโดยการพัฒนาพร้อมกัน ในหลายหน่วยงาน ได้แก่ การพัฒนา "เกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน" (จปฐ.) กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ การสร้างระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเรียกว่า "สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ" (สปสช.) การสร้างองค์กรที่มีภารกิจเฉพาะขึ้นมาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

จากการศึกษาฐานข้อมูลของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเกี่ยวกับ "การสร้างเสริมสุขภาพ" พบว่า มีงานวิจัย ในหลายด้านเกิดขึ้น ได้แก่ การวิจัยด้านการพยาบาล กับการพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพ

ระดับปฐมภูมิการวิจัยด้านการคลั่งกับการสร้างเสริมสุขภาพ การวิจัยเกี่ยวกับบทบาทของภาคประชาชนกับการสร้างเสริมสุขภาพ บทบาทของเอกชน และองค์กรที่ไม่ใช่รัฐ ฯลฯ ในรายงานทั้งหมดนั้น ยังไม่มีงานวิจัยในสาขาสหเวชศาสตร์ หรือ บทบาทของนักสหเวชศาสตร์ชุมชนต่อการสร้างเสริมสุขภาพทั้งที่องค์ความรู้ทางสหเวชศาสตร์นั้นเกี่ยวข้องโดยตรงต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

งานด้านสหเวชศาสตร์กับการสร้างเสริมสุขภาพ งานโภชนาการชุมชน

ในงานสาธารณสุขของประเทศไทยมีกองโภชนาการกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นหัวใจสำคัญของการแก้ไขปัญหาทางโภชนาการของประเทศ โดยความร่วมมือของหลายภาคส่วน ซึ่งนำโดยกองโภชนาการและประสานความร่วมมือกับฝ่ายวิชาการในมหาวิทยาลัยและกระทรวงอื่นๆที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนสำคัญในการลดปัญหา ทางโภชนาการในประเทศไทยไปได้เป็นอย่างดีสำคัญจนเป็นตัวช่วยให้กับประเทศต่างๆได้ศึกษา เช่น การลดปัญหาการขาดโปรตีนและพลังงานในเด็ก อย่างไรก็ตาม ในบางปัญหาก็ยังคงพบสูงอยู่ยากแก่การแก้ไข เช่น ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ในหญิงตั้งครรภ์และในเด็ก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการเรียนรู้และระดับสติปัญญาของเด็ก สถานการณ์เช่นนี้ ถือเป็น ประเด็นที่รัฐบาลเห็นว่ามีความสำคัญ และได้บรรจุไว้เป็นข้อที่ 1 ของวาระแห่งชาติ เมืองไทยแข็งแรง คือ รัฐบาลมุ่งหมายให้คนไทยมีความฉลาดทางสติปัญญา(I.Q.)และความฉลาดทาง อารมณ์เพิ่มมากขึ้นในระดับที่ต้องไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากล แนวทางดำเนินการจนถึงปัจจุบันยังคงอาศัยการเสริมธาตุเหล็กโดยมความพยายามปรับลดความถี่ของการให้

* รองศาสตราจารย์ ดร., คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** รองศาสตราจารย์ เกษียรหญิง, คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เพื่อเพิ่มอัตราความร่วมมือของการรับประทานยา การศึกษาของ รัศมี สังข์ทองและคณะได้แสดงถึงผลเสียของการให้ยาธาตุเหล็กทุกวันในเด็กประถมเปรียบเทียบกับ การให้แบบสัปดาห์ละครั้ง โดยพบว่าเด็กที่ได้รับยาธาตุเหล็กทุกวันกลับมีการเพิ่มขึ้นของ I.Q. น้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับยาธาตุเหล็กสัปดาห์ละครั้ง ซึ่งกลุ่มหลังนี้ ผลการเพิ่มขึ้นของ I.Q. ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับยาหลอก จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการวิจัยว่า ทางเลือกและวิธีการใดที่จะเหมาะในการเป็นช่องทางของการเสริมธาตุเหล็กในการพัฒนา I.Q. ของเด็กไทยต่อไป

การแก้ไขปัญหาโภชนาการของโลกรวมทั้งของประเทศไทย ที่ผ่านมามุ่งหมายลดปัญหาการขาดสารอาหารเป็นส่วนใหญ่ ความสำคัญของปัญหาโภชนาการเกินซึ่งเป็นที่ยอมรับกันเพียงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ในขณะที่โรคเรื้อรังหลายโรคเกิดจากภาวะโภชนาการเกินกลายเป็นปัญหาทางสุขภาพที่รุนแรงแล้วและมีภาวะโรคที่หนักมากทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา ข้อบ่งชี้อย่างหนึ่งคือ ความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้นในอัตราสูงมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา เช่น ประเทศจีน และ ประเทศไทย ปัญหาใหญ่ที่รออยู่ข้างหน้าคือ เด็กที่อ้วนในปัจจุบันจะเกิดปัญหาโรคเรื้อรังได้รุนแรงและเร็วกว่าที่พบในผู้ใหญ่ในปัจจุบันรวมทั้งภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่หนักมากขึ้น การหาแนวทางป้องกันโรคอ้วนมีความสำคัญมาก เนื่องจากการประสิทธิผลของการลดความอ้วนนั้นต่ำมาก ในประเทศไทยมีความพยายามในการต่อสู้กับภัยคุกคามของโรคอ้วนในเด็ก ทั้งในด้านการสำรวจและการชั่งน้ำหนักเด็กโดยกองโภชนาการ การมีเครือข่ายการศึกษาโรคอ้วนในเด็ก เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน มาตรการเหล่านี้จะเพียงพอที่จะรับมือกับปัญหาที่ยากจะแก้ไขหรือไม่ ปัจจัยสำเร็จของการลดโรคอ้วนนั้นไม่สามารถหลีกเลี่ยงการปรับพฤติกรรมและวิถีชีวิตซึ่งต้องอาศัยความรู้สหสาขาวิชาซึ่งต้องประกอบไปด้วยสาขาโภชนาการและการออกกำลังกายตลอดจนต้องมีสื่อที่มีการศึกษาที่มความเหมาะสมในแต่ละพื้นที่ กลุ่มประชากรและกลุ่มวัฒนธรรมต่างๆ ด้วย

งานกายภาพบำบัดชุมชน

กายภาพบำบัดเป็นศาสตร์หนึ่งที่มีความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนการออกกำลังกาย

เป็นประจำจะมีผลลดความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง เช่น ผลเพิ่มไลโปโปรตีนความหนาแน่นสูง ควบคุมน้ำหนัก ลดการเกิดโรคมะเร็ง เป็นต้น แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นคือรูปแบบของการเคลื่อนไหวร่างกาย จะเน้นไปในทางกิจกรรมเดินแอโรบิกเสียเป็นส่วนใหญ่ และทำกันทั่วไปเป็นการเลียนแบบ การพิจารณาบริบทของการสร้างกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายควรจะมีหลากหลาย และปฏิบัติได้ง่าย มาตรการการจูงใจและปรับพฤติกรรมเคลื่อนไหวร่างกายเป็นมาตรการสำคัญ กิจกรรมที่ไม่เข้ากับวิถีชีวิตประชาชนจะบรรลุผลสำเร็จยากเพราะไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างแท้จริง

จากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งล่าสุดพบว่า ประชากรตั้งแต่อายุ 5 ปีขึ้นไป มีความผิดปกติทางการเคลื่อนไหวร้อยละ 4.1 และประชากรตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไปซึ่งอยู่ในวัยทำงานมีปัญหาปวดข้อ/ปวดหลังเรื้อรังสูงถึงร้อยละ 43 ความพิการทางการเคลื่อนไหว และปัญหาปวดข้อ/ปวดหลังเรื้อรังนี้มีผลเสียอย่างมากต่อ ระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย ในด้านเศรษฐกิจจะทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ที่เจ็บป่วยลดลง หรือในกรณีที่เจ็บป่วยถึงขั้นที่ต้องหยุดงาน นายจ้างอาจต้องหาผู้มาทำงานแทนทำให้ผลิตผลทางเศรษฐกิจ ของประเทศลดลง นอกจากนี้รัฐยังต้องให้การสนับสนุนในเรื่องของค่ารักษาพยาบาล รวมถึงการจ่ายเงินชดเชยในกรณีที่ปัญหาสุขภาพนั้นเกิดมาจากการทำงาน ซึ่งในปีหนึ่งๆ คิดเป็นจำนวนเงินมหาศาล สำหรับผลเสียทางด้านสังคมอันเนื่องมาจากความพิการทางการเคลื่อนไหวและปัญหาปวดข้อ/ปวดหลังเรื้อรังนั้น เนื่องจากผู้ที่ได้รับบาดเจ็บถ้าเป็นบุคคลในวัยทำงานซึ่งมักจะเป็นแหล่งพึ่งพิงทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ดังนั้น การเจ็บป่วยจนกระทั่งไม่สามารถทำงานได้ อาจทำให้ขาดรายได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง อาจเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาทางสังคมอื่นๆ อีกมากมาย ตามมา เช่น การขาดการศึกษา อาชญากรรม ยาเสพติด เป็นต้น

การป้องกันความพิการทางการเคลื่อนไหวและปัญหาปวดข้อ/ปวดหลังเรื้อรังนี้น่าจะช่วยลดผลเสียทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้นข้างต้นได้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาควิชากายภาพบำบัด มหาวิทยาลัย

ขอนแก่น ได้ริเริ่มการให้บริการทางกายภาพบำบัดในเชิงรุกโดยเรียกว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน (community-based rehabilitation) โดยเน้นการรักษาฟื้นฟูและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยอัมพาตและเด็กสมองพิการให้สามารถช่วยตนเองให้ได้มากที่สุด โดยมีกระบวนการปฏิบัติกล่าวคือ นักกายภาพบำบัดเข้าไปในชุมชนเป้าหมาย จากนั้นมีการจัดเวทีสัมมนา ร่วมระหว่างคนพิการ ผู้ดูแลคนพิการ ผู้นำชุมชน และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องเพื่อทำความเข้าใจกันในเรื่องต่างๆรวมถึงปัญหาที่ผู้ป่วยประสบในชุมชน มีการเก็บรวบรวมข้อมูลคนพิการ และส่งเสริมให้ชุมชน ร่วมกันหาทางแก้ปัญหาที่ผู้ป่วยประสบอยู่

นอกจากการป้องกันความพิการทางสมองแล้ว การตรวจคัดกรองด้านปัญหาเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ก็ยังเป็นสิ่งที่ทำกันน้อยมากและทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน พิการถูกตัดขาไปอย่างน่าเสียดาย

งานเทคนิคการแพทย์ชุมชน

ในสถานการณ์ที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มีแนวโน้มสูงขึ้นและกรณีที่เกิดโรคเรื้อรังก็เป็นภาระค่าใช้จ่ายที่สูงทั้งของบุคคลและของประเทศ ความสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจึงต้องอาศัยการตรวจคัดกรองเพื่อให้พบกลุ่มเสี่ยงและดำเนินการดูแลในขั้นตอนของการป้องกันเป็นการชะลอหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้ ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญของการตรวจคัดกรองโรค คือ ค่าใช้จ่ายสูงและขาดบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งแนวทางการจัดตั้งห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจคัดกรองในศูนย์สุขภาพชุมชน อาจมองดูเป็นเรื่องไกลตัวและเป็นไปได้ยาก แนวคิดแบบนี้อาจต้องมีการปรับใหม่ เนื่องจากความรุนแรงของการเกิดโรคเรื้อรังมีมากขึ้น เมื่อถึงจุดหนึ่งอาจมีความคุ้มค่าที่จะลงทุนเพียงแต่ควรมีการวิจัยเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมของห้องปฏิบัติการ อุปกรณ์ การอบรมบุคลากรในศูนย์สุขภาพชุมชน ผู้ป่วยเบาหวานเป็นตัวอย่างหนึ่งของการใช้ห้องปฏิบัติการในชุมชนทั้งในด้านการตรวจคัดกรองญาติสายตรงและการติดตามประเมินภาวะน้ำตาลของผู้ป่วย ในกรณีของการคัดกรองโรคเบาหวานพบว่า การนำการตรวจคัดกรองเบาหวานไปให้ใหญ่ลงสู่ชุมชนเป็นสิ่งที่ผู้ให้บริการเห็นความสำคัญแต่อาจเป็นปัญหาด้านภาระงานมากขึ้น จึงมีความจำเป็นต้องแสวงหารูปแบบการตรวจคัดกรองที่ง่าย

รวดเร็ว และในบางกรณีผู้ป่วยก็สามารถตรวจด้วยตนเองได้

นอกจากการตรวจคัดกรองโดยทางห้องปฏิบัติการแล้ว ประเด็นสำคัญที่ควรคัดกรองชุมชนโดยศูนย์สุขภาพชุมชน คือการคัดกรองคนที่มีปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคที่ป้องกันได้ ได้แก่ โรคเบาหวานที่เป็นปัญหาสาธารณสุข โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง

ศูนย์สุขภาพชุมชนกับบทบาทเชิงรุกในการสร้างเสริมสุขภาพ

ศูนย์สุขภาพชุมชนมีกรอบอัตรากำลังบุคลากรสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ 1 คน สาขาเวชศาสตร์ทั่วไปหรือเวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งในความเป็นจริง ยังคงไม่มีหรืออาจมีแพทย์ที่หมุนเวียนไปปฏิบัติหน้าที่ พยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลเทคนิค จำนวน 4 คน ทันตแพทย์หรือทันตภิบาล 1 คน เภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน อีก 1 คน ผลการศึกษาหนึ่งจากประเทศอังกฤษในการสอบถามผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเห็นว่าการพูดคุยซักถามกับเจ้าหน้าที่ในเรื่องอาหารในลักษณะที่จะนำไปปฏิบัติได้ในชีวิตประจำวัน ยังมีน้อยมากและอัตราการดูแลติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังก็ค่อนข้างต่ำ

ผลการศึกษาของ Moore และคณะ ได้ชี้ประเด็นว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นฐานที่สำคัญในการประยุกต์ความรู้ทางโภชนาการลงไปยังชุมชน ประชาชนเองก็มีการยอมรับความรู้ แต่บุคลากรประจำศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นฝ่ายไม่มั่นใจที่จะทำหน้าที่ให้ความรู้ในส่วนนี้ ขณะเดียวกันก็พบว่าประชาชนขาดความพึงพอใจในบริการด้านความรู้ทางโภชนาการของบุคลากรดังกล่าว การอบรมเพิ่มเติมและการสร้างความมั่นใจให้กับบุคลากรอันเป็นความท้าทายของบริการสุขภาพปฐมภูมิในยุคปัจจุบัน

การศึกษาด้านสาขาวิชาทางสหเวชศาสตร์ลงสู่ชุมชนได้ผลสำเร็จที่ค่อนข้างดี แต่ที่พบมักเป็นการประยุกต์โภชนาการร่วมกับการออกกำลังกาย (Multicomponent model) ส่วนการผสมผสานเทคนิคการคัดกรองโรคร่วมกับโภชนาการและกายภาพบำบัดยังไม่มีการศึกษา

กรอบแนวคิดของการจัดสร้างศูนย์สุขภาพสหเวชศาสตร์ชุมชน

กระแสของการพัฒนาสุขภาพของประชาชนมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่การป้องกันโรคและการสร้างสุขภาพที่ดีให้กับประชาชนอย่างยั่งยืน ซึ่งมีพัฒนาการมายาวนานจากปรัชญาและแนวคิดต่างๆ ได้แก่ แนวคิดการทำกรพัฒนาสุขภาพประชาชนโดยการร่วมมือกันระหว่างหลายหน่วยงานทั้งด้านสาธารณสุข เกษตร มหาดไทย ที่สร้างขึ้นเป็นหลักการของเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) แนวคิดสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 แนวคิดของ Ottawa Charter ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตลอดจนปัญหาเกี่ยวกับลักษณะประชากรโลกที่โน้มไปในการมีประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น การมีอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น จำเป็นที่จะต้องมีการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรโลกอย่างแท้จริง

ผลการวิจัยที่ปรากฏในรายงานประจำปีขององค์การอนามัยโลกได้แสดงถึงผลกระทบในเชิงลบของการขาดการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical inactivity) เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งบางชนิด โรคหัวใจขาดเลือด และโรคเบาหวาน ถึง 15% และรายงานนี้ยังแสดงถึงผลกระทบในเชิงบวกของการมีวิถีชีวิตที่เป็นไปในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การบริโภคผัก ผลไม้เป็นประจำสามารถลดอัตราการเกิดโรคที่ป้องกันได้ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด และโรคมะเร็งบางชนิดได้

ประเด็นที่สำคัญคือในระดับชุมชน ยังขาดบุคลากรที่มีองค์ความรู้ในการทำงานในเชิงสหเวชศาสตร์ อันได้แก่ การตรวจคัดกรองโรค การสร้างกิจกรรมการออกกำลังกายที่ถูกต้อง และการให้คำแนะนำด้านอาหารและโภชนาการ ให้เหมาะกับบริบทของแต่ละพื้นที่

คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีบุคลากรเชี่ยวชาญในองค์ความรู้ดังกล่าว จึงมีแนวคิดในการบูรณาการศาสตร์ทั้งสามเข้าด้วยกันที่จะนำเข้าสู่ชุมชนอย่างเป็นระบบผ่านกระบวนการวิจัยที่จะนำมาเป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาหลักสูตรที่ปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ

คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นหน่วยงานทางสหเวชศาสตร์ เล็งเห็นว่า คำประกาศนโยบายและเป้าหมาย “เมืองไทยแข็งแรง” เป็นนโยบายแม่บทที่สำคัญที่จะช่วยพัฒนาสุขภาพของประชาชน ในเชิงรุก อันจะยังผลในการลดการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ที่ป้องกันได้ และจะส่งผลลดค่าใช้จ่ายใน

การรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นภาระทางการเงินที่มีมูลค่าสูงขึ้นเรื่อยๆ

คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีพันธกิจที่จะต้องสร้างบุคลากรในสาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์รวมทั้งการวิจัยและบริการวิชาการในสาขาดังกล่าว จึงควรมีส่วนร่วมในการช่วยผลักดันให้นโยบายนี้บรรลุเป้าหมาย คือ ให้คนไทยมีความแข็งแรง ลดการเจ็บป่วยที่ป้องกันได้ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ อันประกอบด้วยความเชี่ยวชาญของบุคลากรทั้งอาจารย์และนักวิจัย ซึ่งทำหน้าที่ในการเรียนการสอน วิจัยและบริการวิชาการในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนอยู่แล้ว ที่ผ่านมา คณะฯ ได้ดำเนินการอันอำนวยความสะดวกในด้านวิจัยและบริการวิชาการต่างๆ ต่อสังคม ได้แก่ การดำเนินงานของศูนย์วิจัยวิทยาลัยพิตและไขมัน ซึ่งดำเนินงานในด้านความปลอดภัยอาหารและโภชนาการโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาโภชนาการเกินเบาหวานและภาวะคอเลสเตอรอลสูง

คณะฯ ได้ดำเนินการให้บริการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนในชื่อของ “หน่วยปฏิบัติการบริการวิทยาศาสตร์สุขภาพ” หรือเรียกกันในปัจจุบันว่า “ศูนย์สุขภาพสหเวชศาสตร์” โดยให้บริการด้านกายภาพบำบัด ศูนย์ออกกำลังกาย ด้านเทคนิคการแพทย์โดยบริการตรวจสุขภาพทางห้องปฏิบัติการให้แก่ประชาชนทั้งรายบุคคลและกลุ่มบุคคลนอกสถานที่ในรูปแบบของหน่วยเคลื่อนที่ ตลอดจนให้บริการให้คำปรึกษาทางโภชนาการ คณะฯ มีอุปกรณ์เครื่องมือทันสมัย ตลอดจนมีนิสิตที่มีความกระตือรือร้นในการแสวงหาความรู้และสามารถร่วมทีมสร้างสุขภาพชุมชนได้ ทรัพยากรเหล่านี้ควรนำมาช่วยการพัฒนาตอบสนองนโยบายของประเทศ โดยจัดกระบวนการให้สามารถเชื่อมต่อกับพันธกิจของสถาบันการศึกษายุคใหม่ที่จะต้องมียุทธศาสตร์ที่สำคัญต่อการสร้างชุมชนเข้มแข็งไปด้วยกันด้วยเหตุดังกล่าว คณะสหเวชศาสตร์จึงเห็นวาระแห่งชาติตามคำประกาศนโยบายและเป้าหมาย “เมืองไทยแข็งแรง” ของรัฐบาลเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ.2547 ซึ่งมุ่งหวังที่จะเห็นคนไทยทั้งประเทศอยู่เย็นเป็นสุข ทั้งกาย ใจ สังคมและปัญญา สามารถดำรงชีพบนฐานพอเพียงตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว มีครอบครัวที่อบอุ่น มั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพเป็นสิ่งจูงใจการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูล

มีสัมมาชีพทั่วถึง มีรายได้ มีสุขภาพแข็งแรง และอายุยืนยาว ภายในปี พ.ศ. 2560 นั้น สอดคล้องกับพันธกิจของทั้งคณะฯ และมหาวิทยาลัยตลอดจนของกระทรวงศึกษาธิการ

ในรายละเอียดของนโยบายเมืองไทยแข็งแรงนั้น รัฐบาลกำหนดเป้าหมายไว้ 17 ข้อ ซึ่งการที่จะก้าวเข้าสู่เป้าหมายดังกล่าวได้นั้น วิทยาศาสตร์สุขภาพเป็นกลไกสำคัญในอันที่จะนำคนไทยไปสู่เป้าหมายดังกล่าว คณะสหเวชศาสตร์เล็งเห็นว่าคณะฯ ในฐานะที่เป็นสถาบันทางวิชาการที่เป็นที่รวมของวิทยาศาสตร์สุขภาพ และการแพทย์จะต้องแสดงบทบาทสำคัญ เพื่อร่วมผลักดันให้นโยบายของรัฐบาลดังกล่าวเกิดขึ้นได้เป็นมรรคผลในกรอบเวลาที่กำหนด ทั้งนี้โดยเห็นว่าการดำเนินงานเพื่อสู่เป้าหมาย ดังกล่าวจะต้องเป็นไปอย่างมีคุณภาพมีรูปแบบชัดเจน ประชาชนมีความเข้าใจได้ง่าย ไม่สับสน มีศักยภาพในการใช้งบประมาณ

หากพิจารณาจากข้อมูลของรายงานประจำปีขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นหนึ่งในการประมวลงานวิจัยที่ใหญ่ที่สุดชิ้นหนึ่งขององค์การอนามัยโลก พบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดสิบปัจจัยแรกที่สร้างภาระโรคให้แก่ทั้งระดับโลกและระดับภูมิภาค ได้แก่ 1)ภาวะขาดสารอาหาร 2)เพศสัมพันธ์ที่ขาดการป้องกัน 3)ความดันโลหิตสูง 4)การสูบบุหรี่ 5)การดื่มสุรา 6)การมีน้ำสะอาดบริโภคไม่เพียงพอและการขาดสุขอนามัย 7) การขาดธาตุเหล็ก 8)ควันพิษภายในอาคาร 9)การมีภาวะคอเลสเตอรอลสูง 10)โรคอ้วน ปัจจัยเสี่ยงทั้งสิบประการนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตกว่าหนึ่งในสามของประชากรโลก นอกจากนั้น ในรายงานยังระบุว่า การบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต เนื่องจากโรคหัวใจขาดเลือดและโรคมะเร็งบางชนิด ถึงปีละ 3 ล้านคน ส่วนวิถีชีวิตที่ขาดการเคลื่อนไหวร่างกายหรือขาดการออกกำลังกายเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งบางชนิด โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ถึง 15% สาขาวิชาสหเวชศาสตร์นั้นมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่กล่าวมาอยู่ถึง 8 ใน 10 ปัจจัย กล่าวคือ

1.ภาวะขาดสารอาหาร เกี่ยวข้องกับสาขาโภชนาการและสาขาเทคนิคการแพทย์

2.เพศสัมพันธ์ที่ขาดการป้องกัน เกี่ยวข้องกับสาขาเทคนิคการแพทย์

3.ความดันโลหิตสูง เกี่ยวข้องกับสาขาโภชนาการ, สาขาเทคนิคการแพทย์และสาขากายภาพบำบัด

4.การมีน้ำสะอาดบริโภคไม่เพียงพอและการขาดสุขอนามัย เกี่ยวข้องกับสาขาโภชนาการและสาขาเทคนิคการแพทย์

5.การขาดธาตุเหล็ก เกี่ยวข้องกับสาขาโภชนาการและสาขาเทคนิคการแพทย์

6.ควันพิษภายในอาคาร เกี่ยวข้องกับสาขาเทคนิคการแพทย์

7.การมีภาวะคอเลสเตอรอลสูง เกี่ยวข้องกับสาขาโภชนาการสาขากายภาพบำบัด และสาขาเทคนิคการแพทย์

8.โรคอ้วน สาขาโภชนาการ สาขากายภาพบำบัด และสาขาเทคนิคการแพทย์

นอกจากปัจจัยเสี่ยง 10 อันดับแรกซึ่งปรากฏในรายงานดังกล่าว ยังมีโรคสำคัญที่ก่อให้เกิดภาระโรคสูงและมีอุบัติการณ์มากพอสมควรในคนไทย เช่น โรคเบาหวาน ก็เป็นโรคที่มีความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินยุทธศาสตร์เชิงรุกให้มากขึ้นเพื่อป้องกันการเกิดผลแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและชะลอการที่คนในกลุ่มเสี่ยงจะเข้าสู่ระยะแสดงอาการของโรค ยุทธศาสตร์เชิงรุกในการลดปัญหาที่เกิดจากโรคเบาหวานนั้น ในส่วนหนึ่งต้องอาศัยความรู้ทางสาขาวิชาสหเวชศาสตร์ คือต้องใช้ทั้งความรู้สาขาเทคนิคการแพทย์ สาขาโภชนาการ และสาขากายภาพบำบัด

ดังนั้นการประยุกต์องค์ความรู้ทั้ง 3 สาขาวิชาเพื่อร่วมกันสร้างและดูแลสุขภาพของชุมชนจึงคาดหมายได้ว่าจะมีผลในการสร้างสุขภาพแก่ประชาชน ช่วยให้บรรลุนโยบายของรัฐบาลในการประกาศนโยบาย "เมืองไทยแข็งแรง" อีกทั้งตอบสนองต่อพันธกิจการสร้างเสริมโอกาสในการศึกษาให้แก่ประชาชนทุกคน ยุทธศาสตร์การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตให้ประชาชน

เอกสารอ้างอิง

1. ยุทธศาสตร์และเป้าหมายการให้บริการในระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2547-2549)ของกระทรวงศึกษาธิการ. พันธกิจของกระทรวงศึกษาธิการ. http://www.moe.go.th/operation_centre/vision3.htm

2. กองโภชนาการ, กรมอนามัย. แนวทางการเสริมยามีดธาตุเหล็กในเด็กวัยเรียน อายุ 6-14 ปี.กองโภชนาการ, กรมอนามัย. การดำเนินงานเสริมยามีดธาตุเหล็ก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อไปสู่เด็กวัยเรียน
3. กองโภชนาการ, กรมอนามัย. แนวทางการเสริมยามีดธาตุเหล็ก ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-44 ปี.
4. กองโภชนาการ, กรมอนามัย. สถานการณ์ภาวะโภชนาการของประเทศไทย. Accessed at <http://www.anamai.moph.go.th/nutri/newpage3.htm> .
5. คำประกาศนโยบายและเป้าหมาย “เมืองไทยแข็งแรง” ของรัฐบาลเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ.2547. <http://www.fda.moph.go.th/fda-net/html/product/other/kbs3/HealthyThailand.htm>
6. จิตร สิทธิอมร, วัฒนา ส. จันเจริญ. ภาวะโรคในคนไทยและแนวคิดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค. วิทยาลัยการสาธารณสุขจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2541.
7. ยุทธศาสตร์และกลยุทธ์การบริหารจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย(2547-2551) (ผ่านความเห็นชอบจากสภาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในการประชุมครั้งที่ 651 วันที่ 27 พฤษภาคม 2547) http://www.chula.ac.th/news/administration_02.doc
8. ดารินวรรณ เศรษฐีธรรม และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพ. <http://library.hsri.or.th/libnews/20050209-49.htm>
9. นวลอนันต์ ตันติเกตุ; กิตยา มั่งเรือน; จงกล เลิศเกียรติรุ่ง; วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ [Health Financing for Health Promotion] <http://library.hsri.or.th/cgi-bin/websis?search=การส่งเสริมสุขภาพ&from=rest>
10. น้อมจิตต์ นวลเนตร์. การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการโดยชุมชน. วารสารกายภาพบำบัด 2004;26(3):28-36.
11. ประภาเพ็ญ สุวรรณ; วสันต์ ศิลปสุวรรณ; บุญยง เกียรติการค้า; นิรัตน์ อิมามี่; ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. การศึกษาพฤติกรรมและเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในกลุ่มเยาวชนแม่บ้านและคนงานในโรงงาน The study of behaviors among youths, houses and workers in Thailand. <http://library.hsri.or.th/cgi-bin/websis?search=การส่งเสริมสุขภาพ&from=rest>
12. ยุทธศาสตร์ชาติประจำปีงบประมาณ 2549.
13. ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เสนอที่ประชุมคณะกรรมการกฤษฎีกา(คณะพิเศษ) เพื่อพิจารณาในวาระที่ สอง วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2548 มาตรา 3. http://www.hsro.or.th/upload/whatsnew/FilePDF/6947-502-PRB_002.pdf
14. รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสอบถามและตรวจร่างกายทั่วประเทศ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539.
15. ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, สุชาดา ตั้งทางธรรม, ผู้แปล. เครื่องชี้วัดการส่งเสริมสุขภาพระหว่างประเทศ [International Health Promotion Indicators]; อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, บรรณาธิการ. <http://library.hsri.or.th/cgi-bin/websis?search=การส่งเสริมสุขภาพ&from=rest>
16. ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, สุชาดา ตั้งทางธรรม, ผู้แปล. ภาควิชาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ[Alliance for Health Promotion] ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, บรรณาธิการ. <http://library.hsri.or.th/cgi-bin/websis?search=การส่งเสริมสุขภาพ&from=rest>
17. ลักขณา เต็มศิริกุลชัย; ประสิทธิ์ ธีระพันธ์; ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์. การส่งเสริมสุขภาพขององค์กรพัฒนาเอกชน: กรณีศึกษา “ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทย” Non-government organization's health promotion programs Thailand's case study: Bicycle Riding club for health . <http://library.hsri.or.th/cgi-bin/websis?search=การส่งเสริมสุขภาพ&from=rest>
18. สำเร็จ แหียงกระโทก, รุจิรา มังคละศิริ. แนวทางการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนสู่คุณภาพมาตรฐานบริการ. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. พิมพ์ครั้งที่ 1. มกราคม 2548.
19. สุนทราวดี เขียวพิเชฐ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเพื่อชุมชนแห่งสุขภาพ: กรณีศึกษาภาคตะวันออก. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. พ.ศ. 2545-2546.
20. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล; เพ็ญจันทร์ ประดับมุข; ยุพา วงศ์ไชย. บทบาทประชาคมส่งเสริมสุขภาพ : นอกภาครัฐ [Civil Society and Health Promotion] <http://library.hsri.or.th/cgi-bin/websis?search=การส่งเสริมสุขภาพ&from=rest>

21. อ่ำพล จินดาวัฒนะ, ชัย กฤตยาภิชาติกุล, อุทฤษ มิตินทางกูร, และคณะ. รายงานการวิจัยสถานการณ์การสร้างสุขภาพ และข้อเสนอการสนับสนุนประชาคมสร้างสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กันยายน 2547.
22. อ่ำพล จินดาวัฒนะ; ชัย กฤตยาภิชาติกุล; นายศรี สุพรศิลป์ชัย; สุพัตรา ศรีวณิชชากร. ระบบบริการสุขภาพอันพึงประสงค์ที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ[Desired Health Care System in Support of Health Promotion]. <http://library.hsri.or.th/cgi-bin/websis?search=การส่งเสริมสุขภาพ&from=rest>

สำนักหอสมุด



พระเอกนาง

สมาธิ...เพื่ออะไร

ปัญหาสำคัญของการฝึกสมาธินี้ บางทีเราอาจจะเข้าใจไขว้เขวไปจากหลักความจริงสมาธิอย่างหนึ่ง เราฝึกเพื่อให้จิตสงบนิ่ง
สมาธิอย่างหนึ่ง เราฝึกเพื่อให้มีสติสัมปชัญญะรู้ทันเหตุการณ์นั้นๆ ในขณะปัจจุบัน
สมาธิบางอย่าง เราปฏิบัติเพื่อให้เกิดความรู้ความเห็นภายในจิต เช่น รู้เห็นสิ่งมหัศจรรย์ต่างๆ
รู้เรื่องอดีต อนาคต รู้อดีต หมายถึงรู้ชาติในอดีตว่าเราเกิดเป็นอะไร
รู้อนาคต หมายถึงว่าเมื่อเราตายไปแล้วเราจะไปเป็นอะไร
อันนี้เป็นการปฏิบัติเพื่อรู้อดีต เป็นสิ่งที่ล่วงไปแล้ว อนาคตก็เป็นสิ่งที่ยังมาไม่ถึง
ดังนั้นเราสนใจอยู่ในสิ่งที่ปัจจุบันคิดใหม่
...ที่ครูบาอาจารย์สอนว่า ทำกรรมฐานไปเห็นโน่นเห็นนี่ นี่มันใช้ไม่ได้ ให้มันเห็นใจเราเองซิ
...อย่าไปเข้าใจว่าทำสมาธิแล้วต้องเห็นนรก ต้องเห็นสวรรค์ ต้องเห็นอะไรต่อมิอะไร
สิ่งที่เราเห็นในสมาธิมันไม่ผิดกันกับที่เรานอนหลับแล้วฝันไป
แต่สิ่งที่เราจำเป็นต้องรู้ ต้องเห็นนี่ คือเห็นกายของเราเห็นใจของเรา

หลักสากลของการปฏิบัติสมาธิ

การบำเพ็ญสมาธิจิตเพื่อให้เกิดสมาธิ สติ ปัญญา มีหลักที่ควรยึดถือว่า...

ทำจิตให้มีอารมณ์สิ่งรู้ สติให้มีสิ่งระลึก

จิตนี้กรูสิ่งใดให้มีสติกำกับเข้าไปที่ตรงนั้น

ยืน เดิน นั่ง นอน รับประทานอาหาร ดื่มน้ำ ทำ พูด คิด เป็นอารมณ์จิต ฝึกสติให้รู้อยู่ตลอดเวลา

ไม่ว่าใครจะทำอะไร มีสติตัวเดียว เวลานอนลงไป จิตมันมีความคิดอย่างไร

ปล่อยให้มันคิดไปแต่ให้มีสติตามรู้ไปจนกว่าจะนอนหลับ

อันนี้เป็นวิธีการทำสมาธิตามหลักสากล

...ถ้ามีใครมาถามว่า ทำสมาธินี้คือทำอย่างไร ?

คำตอบมันง่ายนิดเดียว การทำสมาธิ คือ การทำจิตให้มีสิ่งรู้ทำสติให้มีสิ่งระลึก

หมายความว่า เมื่อจิตของเรานึกถึงสิ่งใดให้มีสติกำกับไปที่ตรงนั้น เรื่องอะไรก็ได้

ถ้าเอากันเสียอย่างนี้ เราจะรู้สึกได้ว่าเราได้ทำสมาธิอยู่ตลอดเวลา

1-2-3 ในการดูแลผู้สูงอายุ

สุขภาพ : สตรีสูงอายุ

วิไลวรรณ ทองเจริญ*

กระบวนการของความสูงอายุในสตรี เริ่มต้นตั้งแต่ปฏิสนธิ โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ซึ่งลักษณะของความสูงอายุในสตรีแต่ละคนจะแตกต่างกัน ขึ้นกับภาวะทางพันธุกรรมสิ่งแวดล้อมและแบบแผนการดำเนินชีวิต และเมื่อสตรีเข้าสู่วัยอายุมากขึ้น อวัยวะของร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมในอัตราที่ไม่เท่ากัน ทำให้สมรรถภาพการทำงานของร่างกายลดลง เกิดเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพ ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะปัญหาทางด้านจิตใจ นอกจากนี้จะมีผลมาจากสภาพร่างกายที่เสื่อมถอยแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของสตรีสูงอายุในสังคม การปลดเกษียณ การออกจากงาน การมีภาวะเศรษฐกิจที่ลดลง การพัฒนาทางจิตที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านบุคลิกภาพ การเรียนรู้ สถิติปัญญา ความจำ ความสนใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งหากสิ่งเหล่านี้ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง สตรีสูงอายุสามารถตอบสนองความต้องการ ปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ และกล้าเผชิญกับความตาย สตรีสูงอายุก็จะมีสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตที่ดีได้

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2547:1) ได้รายงานสถิติของประชากร ณ วันที่ 1 มกราคม 2547 ว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 63 ล้านคน เป็นเพศหญิง 32 ล้านคน มีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-79 ปี จำนวน 5 ล้านคน และผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 7 แสนคน อายุขัยเฉลี่ยในผู้ชาย 67.9 ปี ในผู้หญิง 75 ปี และอายุขัยเฉลี่ยที่อายุ 60 ปีในผู้ชาย 19.6 ปี และผู้หญิง 21.9 ปี และจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สตรีสูงอายุมีจำนวนมากกว่าชายสูงอายุในอัตราส่วนหญิง:ชายเท่ากับ 1.23:1 ชายสูงอายุมีสถานภาพ

สมรสร้อยละ 83.3 สตรีสูงอายุมีสถานภาพสมรสร้อยละ 48.9 ชายสูงอายุที่เป็นหม้าย หย่า แยกมีร้อยละ 15.5 สตรีสูงอายุที่เป็นหม้าย หย่า แยกมีถึงร้อยละ 48 ชายสูงอายุที่เป็นโสดมีเพียงร้อยละ 1.1 แต่สตรีสูงอายุที่เป็นโสดมีถึงร้อยละ 3 จะเห็นว่า ชายสูงอายุที่สมรสมีสัดส่วนมากกว่าหญิงเกือบ 2 เท่า และสตรีสูงอายุเป็นหม้าย หย่า แยกมีสัดส่วนมากกว่าชายประมาณ 3 เท่า ส่วนด้านการศึกษา สตรีสูงอายุได้รับการศึกษาน้อยกว่า และจำนวนที่ไม่ได้รับการศึกษาเลยมีมากกว่าชายสูงอายุ คือ ร้อยละ 40.9 (บรรลุ ศิริพานิช, 2542:97-99)

จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า สตรีสูงอายุมียุ้ยยืนยาวกว่า มีจำนวนมากกว่า และเป็นหม้ายมากกว่า ชายสูงอายุ ยิ่งอายุมากขึ้นสตรีสูงอายุจะมีจำนวนสูงกว่า ชายสูงอายุไปเรื่อยๆ ประกอบกับสตรีสูงอายุจะมีภาวะสุขภาพด้อยกว่าชายสูงอายุ และพบเป็นโรคเรื้อรังมากกว่า รวมทั้งแนวโน้มในอนาคตครอบครัวไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นผู้สูงอายุจำเป็นต้องอยู่กันตามลำพังสตรีสูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่ควรให้ความสนใจมากขึ้น เนื่องจากมีภาวะสุขภาพที่อ่อนแอต้องพึ่งพาลูกหลานและแหล่งสนับสนุนอื่นๆในสังคมมากขึ้น

สุขภาพสตรีสูงอายุ

1.สุขภาพกาย จากการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2537 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี โดยให้ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตนเอง พบว่า สตรีสูงอายุมีสุขภาพด้อยกว่าชายสูงอายุ และเป็นโรคต่างๆมากกว่า สตรีสูงอายุประเมินตนเองว่ามีสุขภาพดีร้อยละ 29 ดีมาร้อยละ 5.2 ไม่ดีร้อยละ 25.4 และไม่ดีมาก ๆ ร้อยละ 3.3 โรคที่พบเป็นปัญหาสำคัญ 7 อันดับแรกของสตรีสูงอายุ คือ ปวดตามข้อ เวียนศีรษะ

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

นอนไม่หลับ เป็นลมบ่อย ความดันโลหิตสูง/ต่ำ ท้องผูก เป็นประจำ และโรคหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับผลจากการสำรวจ สภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2539 ของวิทยาลัย ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดย นภาพร ชัยวรรณและจอห์น โนเดล พบว่า สตรีสูงอายุ มีระดับของความเจ็บป่วยมากกว่าชายสูงอายุ โรคที่ พบมากที่สุด 7 อันดับแรกในสตรีสูงอายุ คือ ปวดหลัง ปวดเอว ไช้ออกัสเซบ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ โรคหัวใจ ต้อกระจก และต้อเนื้อ(บรรลุ ศิริพานิช, 2542:105-121)และจากการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชากร ไทยทั่วประเทศ โดยการสอบถามและตรวจร่างกาย ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534-2535(NHES-1) พบว่า ปัญหาปวดข้อ และปวดหลังเป็นปัญหาสำคัญของสตรีสูงอายุพบความ ชุกมากกว่าร้อยละ 50 รองลงมา คือ โคเลสเตอรอล ในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และเบาหวาน นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การหกล้ม อาการสมองเสื่อม และโรคซึมเศร้า พบในสตรีสูงอายุมากกว่าชายสูงอายุเกือบเท่าตัว และในปี พ.ศ. 2539-2540 ได้มีการศึกษาในระดับชาติ (NHES-2) เพื่อสำรวจความชุกของภาวะทุพพลภาพ พบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 4 มีปัญหาทุพพลภาพ โดยพบใน สตรีสูงอายุมากกว่าและมีความรุนแรงมากกว่าชายสูงอายุ ทำให้ต้องมีการพึ่งพาด้านการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน (ศรีจิตรา บุนนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542: 28 - 34) ปัญหาสุขภาพกายของสตรีสูงอายุทั้งหลายเหล่านี้ ส่วนหนึ่งมีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศหญิง ในร่างกายจึงทำให้สตรีสูงอายุมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงของ ร่างกายจนเกิดปัญหาสุขภาพที่แตกต่างจากชายสูงอายุ โดยจะเริ่มแสดงอาการให้เห็นชัดเจนตั้งแต่วัยหมดประจำเดือน เมื่อรังไข่หยุดทำงานระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงอย่างมาก อวัยวะต่างๆในระบบสืบพันธุ์จะเสื่อมลงและสูญเสียหน้าที่ ปัญหาสุขภาพกายที่เกิดจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ที่สำคัญ คือ

1.1 ปัญหาในระบบกล้ามเนื้อและกระดูกเป็นปัญหา สำคัญอย่างมากในสตรีสูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากเนื้อกระดูก ของผู้หญิงน้อยกว่าผู้ชายถึงร้อยละ 30 การขาดฮอร์โมน เอสโตรเจนตั้งแต่วัยหมดประจำเดือนจะทำให้มีการสูญเสีย เนื้อกระดูกในระยะแรกได้ถึงร้อยละ 3-5 ต่อปี ทำให้ สตรีวัยสูงอายุเกิดภาวะกระดูกบางและกระดูกพรุน

ซึ่งอาจทำให้เกิดการหักได้ง่ายแม้ว่าจะมีอุบัติเหตุเพียง เล็กน้อยหรือไม่ก็ก็ตาม และหากรักษาไม่ดี จะมีผล ทำให้สตรีสูงอายุเกิดความพิการ ทุพพลภาพ เคลื่อนไหว ลำบากบางรายจำเป็นต้องอยู่ภายในโรงพยาบาลหรือ อยู่บนเตียงตลอดเวลา ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก อาจ ทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ และเมื่อกระดูกหักครั้งหนึ่งแล้ว ส่วนใหญ่จะมีโอกาสเกิดซ้ำได้อีก(Meadows,Mrkonjic, Petersen,Lagendyk,2004 : 59)อาการที่แสดงว่าสตรี สูงอายุมีภาวะกระดูกพรุน คือ ปวดกระดูก เตี้ยลง หลัง ค่อมโค้ง

1.2 ปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจาก ฮอริโมนเอสโตรเจนมีผลทำลาย LDL และเพิ่ม HDL ในร่างกาย จึงทำให้มีการเกาะของโคเลสเตอรอล ที่ผนังหลอดเลือดลดลงการขาดฮอริโมนเอสโตรเจน จะทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้นอัตราการเกิดโรค หัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งจากสถิติ พบว่าก่อนอายุ 60 ปี ผู้หญิงมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ใน 10 และผู้ชายมีโอกาสเป็น 1 ใน 3 แต่เมื่ออายุ 60 ปี โอกาสของทั้งสตรีสูงอายุและชายสูงอายุจะเท่ากัน คือ ร้อยละ 65.2 และเมื่ออายุ 75 ปี สตรีสูงอายุจะมีโอกาส เป็นร้อยละ 79.0 แต่ชายสูงอายุมีโอกาสเป็นร้อยละ 70.7 (Burnette,Mui,Zodikoff, 2004:66)

1.3 ปัญหาระบบประสาทอัตโนมัติ การขาดฮอริโมน เอสโตรเจน ทำให้สตรีวัยสูงอายุมีอาการร้อนวูบวาบ ตามตัว ใบหน้า หน้าอก เหงื่อออก มึนงง ใจสั่น นอนไม่หลับ ซึ่งจะเริ่มมีอาการตั้งแต่วัยหมดประจำเดือน สาเหตุเกิดจากการขาดฮอริโมนเอสโตรเจน ทำให้อุณหภูมิ ของร่างกายในส่วนกลาง(Core temperature) ลดลง ร่างกาย จึงมีกลไกการตอบสนองเพื่อปรับสมดุล โดยเพิ่มอุณหภูมิ ในส่วนรอบนอก มีการขยายตัวของหลอดเลือด ทำให้ เกิดอาการร้อนวูบวาบอาการเหล่านี้จะรุนแรงหากสตรี วัยสูงอายุมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

1.4 ปัญหาในระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ การขาดฮอริโมนเอสโตรเจน ทำให้เซลล์ในบริเวณทางเดิน ปัสสาวะและช่องคลอดมีการเสื่อมสลายและบางลง จึงเกิดอาการปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่เวลาไอ หรือจาม ช่องคลอดแห้ง เจ็บเวลาร่วมเพศและมีความ ต้องการทางเพศลดลง

2.สุขภาพจิต เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สตรีสูงอายุจะมี

การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ในหลายด้าน อาทิ การที่ต้องออกจากงาน การละทิ้ง บทบาทของตนที่เคยปฏิบัติมาเป็นเวลาหลายสิบปี ทำให้ มีรายได้ลดลง จนบางครั้งอาจไม่พอกับค่าใช้จ่าย ทำให้ เกิดปัญหาทางด้านการเงินผลจากการสำรวจและศึกษาสภาวะ ทางเศรษฐกิจและรายได้ของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2531 พบว่า สตรีสูงอายุมีปัญหาด้านการเงินร้อยละ 36.5 ที่มาของรายได้ส่วนใหญ่ได้จากลูกร้อยละ 54.6 และ จากงานที่ทำร้อยละ 20.6 ผู้รับผิดชอบเลี้ยงดูส่วนใหญ่ คือ ลูกร้อยละ 46.9 รองลงมาคือ ลูกเขยหรือลูกสะใภ้ ร้อยละ 16.6 และจากการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจของ ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2537 พบว่า สตรีสูงอายุต้องทำงานถึง ร้อยละ 23.8 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาชีพในภาคเกษตรกรรม สตรีสูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 48.8 มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อปี และมีรายได้ไม่เพียงพอกับการใช้จ่าย ถึงร้อยละ 34.1(บรรลุ ศิริพานิช,2542:126-137)

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมวัฒนธรรม มีผลทำให้สตรีสูงอายุตามไม่ทัน ประกอบกับสตรีสูงอายุ มีความเสื่อมทางร่างกายมากขึ้น ทำให้ความสามารถ ในด้านการคิด ความจำลดลง การเรียนรู้ช้า จึงมีความ คิดเห็นค่อนข้างคงที่ นอกจากนั้นการเปลี่ยนแปลงของ สังคมครอบครัว ทำให้ลูกหลานไม่มีเวลาดูแล ต้องออกไป ทำงานแต่เช้า กลับมืด ไม่มีเวลาพูดคุยกันแม้ว่าจะอยู่ใน บ้านเดียวกันก็ตาม ปัญหาเหล่านี้อาจไม่รุนแรง หากสตรี วยสูงอายุยังมีคู่ครอง หรือมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ช่วยเหลือตนเองได้ แต่ถ้าสตรีสูงอายุอยู่ในฐานะเป็นหม้าย ลูกหลานไม่มีเวลาพูดคุยด้วย ก็จะทำให้เกิดความรู้สึกว่า ตนเองถูกทอดทิ้ง ทำให้เกิดความรู้สึกเหงา ว้าเหว่ และหากมีโรคประจำตัวช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ความ จำไม่ดี นูเริ่มตึง ตามัว จำเป็นต้องมีผู้ดูแล จะยิ่งทำให้ สตรีสูงอายุรู้สึกว่าตนเองขาดอิสระ ทำอะไรไม่ได้เต็มที่ ขาดความรู้สึกมั่นคงในชีวิต ต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีความ เชื่อว่าอำนาจในการควบคุมสิ่งต่างๆของตนเองมี น้อยลง บุคลิกภาพเริ่มแปรเปลี่ยน กลายเป็นคนเฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้น ไม่พยายามแก้ไขปัญหาด้วย ตนเอง มีความวิตกกังวลสูง พยายามแสวงหาสิ่งต่างๆ ที่คิดว่ามีอิทธิพลต่อตนเองและช่วยเหลือตนเองได้ โดยเฉพาะความเชื่อทางด้านศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ที่ตนเองนับถือจะเพิ่มมากขึ้น สตรีสูงอายุส่วนใหญ่

มักไม่ค่อยพูดเมื่อเกิดปัญหา จะเก็บความรู้สึกน้อยใจ ซึมเศร้า เป็นเหตุให้เกิดปัญหาทางจิตได้ จากการศึกษา ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า สตรีสูงอายุมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงอยู่ระหว่าง 5.7-7.7 คนต่อประชากรแสนคน(สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล,2547:28)

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น การสูญเสียบุตร คู่ชีวิตในวัยสูงอายุ จะทำให้สตรีสูงอายุในฐานะที่เป็นแม่ เป็นภรรยาซึ่งต้องดูแลสามี และมีความผูกพันกับครอบครัว อย่างลึกซึ้ง เกิดความรู้สึกเศร้าโศกได้อย่างรุนแรง ซึ่งจะส่งผลให้การรับรู้ลดลง และเกิดปัญหาทางด้าน สุขภาพตามมาได้ บางรายอาจเกิดเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้สุขภาพร่างกายอ่อนแอ และความรู้สึกเศร้าโศก จะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น(Talerico,2003:14) จาก การศึกษาในสตรีสูงอายุที่มีการสูญเสียคู่ชีวิต พบว่า หากสตรีสูงอายุมีระยะเวลาของความเศร้าโศกยาวนาน และไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกสูญเสียได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ก็จะทำให้เกิดพยาธิสภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ทำให้เกิดความซึมเศร้าในชีวิต(Bacon, Condon, Fernsler,2000:26)

การดูแลสุขภาพสตรีสูงอายุ

สตรีสูงอายุเป็นผู้ที่เคยทำคุณประโยชน์ให้แก่ ครอบครัวและสังคมมาแล้วตั้งแต่อดีต ถือเป็นบุคคล ที่คุณค่า เป็นตัวอย่างที่ดีในการดำรงชีวิต เป็นที่ปรึกษา ที่อบอุ่น การดูแลสุขภาพสตรีสูงอายุให้มีสุขภาพแข็งแรง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิต อย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี ควรมุ่งเน้นการสร้างเสริม สุขภาพและการสนับสนุนให้สตรีสูงอายุได้ดูแลตนเอง พึ่งพาตนเอง และอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข หลักสำคัญในการดูแลสุขภาพสตรีสูงอายุ คือ

1.การเตรียมตัวเป็นสตรีสูงอายุที่มีคุณภาพ ควรให้ มีการส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่สตรีอยู่ในวัยสาว เพื่อลด ปัจจัยเสี่ยงและปัญหาทางด้านสุขภาพ แนะนำให้มี รับประทานอาหารอย่างถูกต้อง ลดการรับประทาน อาหารที่มีไขมันสูง รับประทานผัก ผลไม้มากขึ้น ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สำหรับการเตรียม ความพร้อมทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ควรแนะนำ ให้การเตรียมในด้านเศรษฐกิจ มีการสะสมเงินสำหรับ

ใช้จ่ายอย่างเพียงพอในวัยสูงอายุ เตรียมที่อยู่อาศัย ซึ่งส่วนใหญ่มีความพอใจที่จะอยู่ร่วมกับลูกหลาน เน้นการปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรู้จักขี้อ้อน หัวโบราณ ใช้หลักธรรมะในการครองชีวิต มีการฝึกจิต สวดมนต์ ทำบุญ หากเกิดการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ก็จะไม่เกิดปัญหาที่รุนแรง ปรับตัวได้ง่ายขึ้น ส่งเสริมให้มีงานอดิเรกและกิจกรรมตามความชอบและความถนัด เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ทำให้ชีวิตที่ผ่านไปมีความหมายและมีความสุข อาจแนะนำให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม เป็นสมาชิกกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ หรือหากไม่ชอบเข้ากลุ่มในสังคม ก็อาจแนะนำให้หางานอดิเรกทำที่บ้านก็ได้ สตรีสูงอายุบางคนชอบดูแลบ้าน ดูแลลูกหลาน ควรเปิดโอกาสให้ทำ แต่ต้องไม่มากเกินไป เพราะจะทำให้เกิดความรู้สึกเครียด การเลี้ยงสัตว์เป็นงานอดิเรกที่ดีประการหนึ่ง แต่ควรทำแต่พอเหมาะ เช่นเดียวกัน

สตรีสูงอายุต้องหมั่นศึกษาหาความรู้อยู่เสมอ เพื่อให้ทราบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและช่วยในการปรับตัว การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในวัยสูงอายุเป็นเรื่องสำคัญ ต้องสอนให้สตรีสูงอายุเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้นและยอมรับการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ส่งเสริมให้มีการดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ระวังระวังการเกิดอุบัติเหตุ หกล้ม การออกกำลังกายโดยการเดินเป็นประจำ จะทำให้เกิดความคล่องตัว หากมีอาการอ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ไม่มีแรง ควรให้ความระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุมากขึ้น

2. การเตรียมบุตรหลานและครอบครัวให้พร้อมที่จะอยู่ร่วมกับสตรีสูงอายุ ลูกหลานและครอบครัวต้องหมั่นให้ความสนใจ พูดคุยซักถาม คอยสังเกตการเปลี่ยนแปลงสีหน้า ท่าทาง การแสดงความรู้สึกที่เกิดขึ้น หากพบความผิดปกติต้องรีบแก้ไขตั้งแต่ระยะเริ่มแรก คำแนะนำที่ควรให้แก่ลูกหลาน และครอบครัวในการดูแลสตรีสูงอายุ คือ

2.1 ให้ความรู้แก่บุตรหลานและครอบครัว เพื่อให้เข้าใจการเปลี่ยนแปลงของสตรีสูงอายุ ยอมรับว่าความเสื่อมเป็นเรื่องของธรรมชาติ เมื่ออายุมากขึ้น ปัญหาสุขภาพจะเกิดขึ้นและอาจทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ซึ่งบุตรหลานต้องรับผิดชอบดูแล และให้ถือเป็นสิ่งดีที่ได้ตอบแทนพระคุณ เป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่

บุตรหลานในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีผลถ่ายทอดไปสู่บุตรหลานรุ่นต่อไป

2.2 แนะนำบุตรหลานและครอบครัวให้มีการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนสตรีสูงอายุให้ได้ทำงานที่ชอบตามความสามารถ เพื่อให้รู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า ดูแลเรื่องค่าใช้จ่าย สนับสนุนการเงินอย่างเหมาะสมและควรสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในสังคม กิจกรรมที่สตรีสูงอายุนิยมทำมากที่สุด คือ กิจกรรมทางศาสนา ดูแลด้านสุขภาพกาย โดยพาไปพบแพทย์และตรวจสุขภาพสม่ำเสมอ ในกรณีที่บุตรหลานและครอบครัวไม่ค่อยมีเวลาในการดูแล ควรใช้เทคนิคในการดูแล ดังนี้

2.2.1 หากคนมาดูแลและอยู่เป็นเพื่อน ไม่ต้องคอยปรนนิบัติหรือทำแทนทุกอย่าง แต่ต้องสนับสนุนเป็นกำลังใจให้สตรีสูงอายุได้ช่วยตัวเอง และไม่ควรปล่อยให้ดูแลตนเองโดยไม่ควบคุม

2.2.2 หากเวลาพูดคุยในช่วงเช้าและบ่าย สละเวลาเล่าเรื่องต่างๆ ให้ฟังบ้าง เพราะสตรีสูงอายุจะมีความวิตกกังวลสูง เป็นห่วงทุกคน อยากรู้ว่าใครเป็นอย่างไรบ้าง ทำงานมีความสุขดีหรือไม่ ครอบครัวของบุตรหลานเป็นอย่างไร จะช่วยเหลือได้อย่างไร แต่ไม่ควรนำเรื่องทุกข์ใจไปเล่าให้ฟัง ถ้าไม่มีเวลาไปพบจริงๆ ให้ใช้วิธีเขียนจดหมายหรือโทรศัพท์อธิบาย ซึ่งควรใช้เฉพาะในเวลาที่เป็นเท่านั้น

2.2.3 จัดโปรแกรมรับประทานอาหารร่วมกัน ถ้าสตรีสูงอายุยังทำอาหารเองได้ ควรปล่อยให้ทำ และกล่าวชมบ้างว่ายังมีสุขภาพแข็งแรง อาหารอร่อย แต่อย่าให้ทำมากเกินไป และถ้าทำไม่ได้ ให้ใช้วิธีหาซื้ออาหารที่ชอบไปให้ ต้องเลือกให้เหมาะสม ไม่ต้องมากเกินไป

2.2.4 จัดวันรวมญาติ อาจเป็นเดือนละครั้ง อาทิตย์ละครั้ง เปิดโอกาสให้สตรีสูงอายุได้พบบุตรหลาน โดยเฉพาะคนที่อยู่ไกลๆ และควรจัดกิจกรรมในวันสำคัญของสตรีสูงอายุ เช่น วันแม่ วันผู้สูงอายุ วันครอบครัว เป็นต้น

2.2.5 หากสตรีสูงอายุเป็นคนดี อย่าพยายามเปลี่ยนแปลง ต้องยอมรับ พยายามเข้าหาบ่อยๆ บางคนอาจแกล้งทำเป็นไม่สนใจ แต่จริงแล้วอยากให้บุตรหลานมาหา ถ้าไม่มาหาจะยิ่งกังวลมาก

2.3 การดูแลในภาวะเศร้าโศก เมื่อเกิดการสูญเสีย

บุคคลอันเป็นที่รัก สตรีสูงอายุอาจรู้สึกสูญเสียคุณค่าในชีวิต สูญเสียความคุ้นเคย สูญเสียบทบาทของตนเอง ไม่ทราบว่าจะดำเนินชีวิตอย่างไร บางคนอาจรู้สึกผิดที่ไม่สามารถดูแลคนที่รักได้ ระยะเวลาและความรุนแรงขึ้นกับแต่ละบุคคล ครอบครัวและวัฒนธรรม บุตรหลานและครอบครัวควรได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องในการดูแลสตรีสูงอายุ เพื่อระดับประคองทางด้านจิตใจและเกิดความรู้สึกที่ดีในการดูแล ต้องคอยสังเกตอาการและไม่ควรมองข้ามความรู้สึกที่เกิดขึ้น หากอาการเศร้าโศกรุนแรงหรือเกิดนานเกินไป ควรพาไปพบแพทย์เพื่อการช่วยเหลือ ซึ่งเทคนิคที่ดีในการดูแล คือ การจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดโดยใช้ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น Interpersonal psychotherapy (IPT) และ Interpersonal counseling (IPC) ซึ่งเป็นเทคนิคที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับผู้ป่วยทุกวัย เพื่อช่วยลดอาการซึมเศร้า (Talerico, 2003: 15) และในสภาวะปัจจุบันที่การเดินทางไม่สะดวก สตรีสูงอายุมีสุขภาพไม่แข็งแรง เสียค่าใช้จ่ายสูง เวลาว่างของบุตรหลานไม่ตรงกัน การใช้วิทยุการใหม่ ๆ เช่น การใช้ internet เพื่อช่วยในการรับข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็ว จะทำให้สตรีสูงอายุบุตรหลานและครอบครัวมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกระหว่างบุคคลที่มีสภาวะเดียวกันได้ง่าย ช่วยประคองจิตใจซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น

3. การส่งเสริมสุขภาพสตรีสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้ประเทศไทยต้องมีการปฏิรูประบบสุขภาพและปรับเปลี่ยนแนวคิดใหม่ด้านสุขภาพ โดยมุ่งหวังที่จะสร้างระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ให้เป็นระบบบริการเชิงรุก ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทุกระดับได้มีส่วนร่วมในการสร้างและจัดระบบสุขภาพที่เอื้ออาหารและมีคุณภาพที่ดีการสร้างเสริมสุขภาพจัดเป็นยุทธศาสตร์เชิงรุกที่สำคัญซึ่งใช้คนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาประชาชนทุกคนต้องได้รับการเสริมพลังและสนับสนุนให้สามารถทำเองได้ เพื่อให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่และกลุ่มสตรีสูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งที่สำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ

แนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996: 34) เชื่อว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำทางด้านบวกที่แสดงออกถึงความสามารถของ

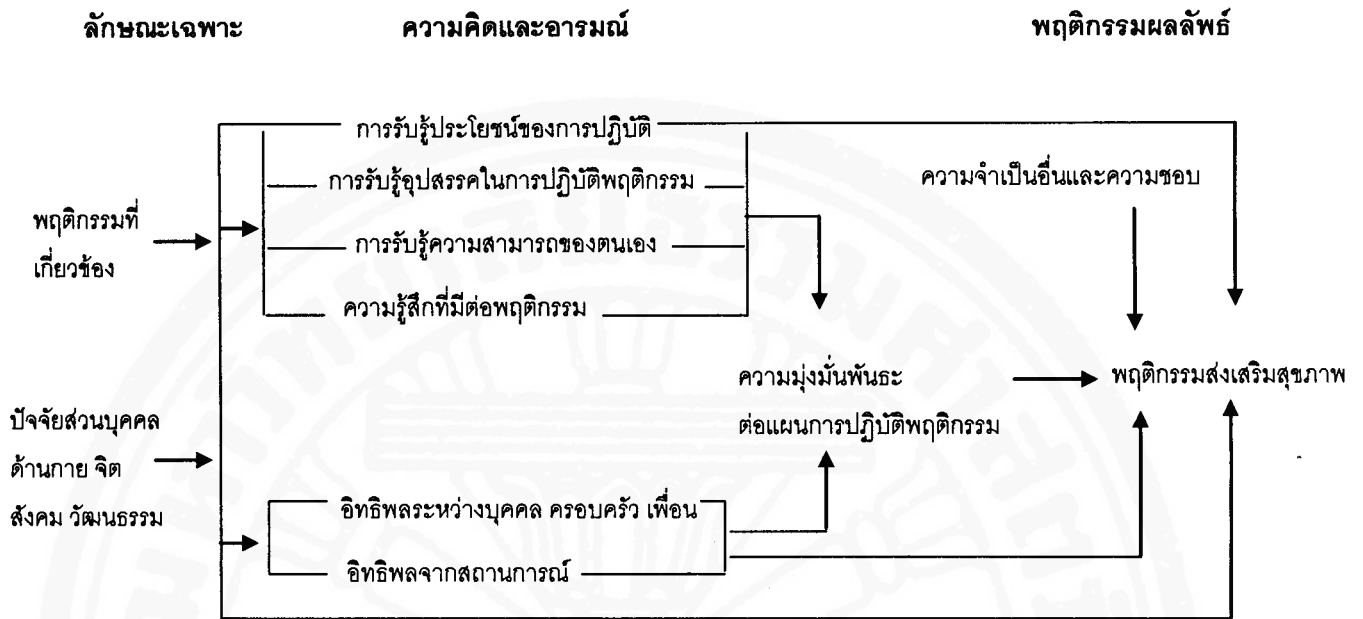
บุคคลในการคงไว้หรือยกระดับสุขภาพ เพื่อความผาสุกและความสมบูรณ์ในชีวิตของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน คือ

- 1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ
- 2) ด้านภาวะโภชนาการ
- 3) ด้านกิจกรรมการออกกำลังกาย
- 4) ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น
- 5) ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ
- และ 6) ด้านการจัดความเครียด

ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 6 ด้านนี้ ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติในอดีตและกลายเป็นนิสัย 2) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านกาย จิต สังคม และวัฒนธรรม ได้แก่ สภาพร่างกาย ความรู้สึกมีคุณค่า แรงจูงใจ ความเชื่อ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งจะมีผลโดยตรงต่ออารมณ์และการรับรู้ 3) มโนทัศน์ด้านความคิดและอารมณ์ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างครอบครัวบุคคล เพื่อน และอิทธิพลจากสถานการณ์ 4) ความมุ่งมั่นพันธะต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม 5) ความจำเป็นอื่นและความชอบ ดังรายละเอียดตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่ของเพนเดอร์ ตามรูปที่ 1 ดังนั้น การให้คำแนะนำแก่สตรีสูงอายุ บุตรหลานและครอบครัว เพื่อให้สตรีสูงอายุเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีทั้ง 6 ด้าน จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวด้วย

หลักการส่งเสริมสุขภาพสตรีสูงอายุที่สำคัญ คือ

3.1 ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเอง อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี รับประทานอาหารถ่ายเทสะดวก ฝึกใช้ท่าทางในชีวิตประจำวันที่ต้อง หนักหรือยืนทำเดียนานๆ หนักๆ ไขว่ห้าง หนักๆ ยองๆ คุกเข่า นั่งขัดสมาธิ หรือขึ้นลงบันไดหลายๆ ระว่างการเกิดอุบัติเหตุ ฝึกถ่ายอุจจาระและปัสสาวะให้เป็นเวลา ห้ามกลั้นปัสสาวะ ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล หมั่นตรวจดูผิวหนังบริเวณทอปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ ทำความสะอาดอย่างถูกวิธี โดยเช็ดจากด้านหน้าไปด้านหลังเท่านั้น ห้องน้ำต้องอยู่ใกล้สะดือในการใช้ สังเกตการ



รูปที่ 1 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงใหม่ของเพนเดอร์

ที่มา : Pender, NJ. Health Promotion in Nursing Practice. 3rd ed. Stamford : Appleton & Lange, 1996:67.

เปลี่ยนแปลงและความผิดปกติที่เกิดขึ้น แสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอ เจาะเลือด ตรวจหัวใจและปอด วัดความดันโลหิตสำหรับสตรีสูงอายุ นอกจากการตรวจสุขภาพทั่วไปแล้ว ต้องเน้นการตรวจเต้านมและอวัยวะในอุ้งเชิงกรานด้วย

3.2ด้านภาวะโภชนาการ สตรีสูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย โดยให้มีโปรตีนวันละ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม รับประทานอาหารที่มีไขมันน้อย เพื่อรักษาระดับไขมันในเลือดให้ปกติ ลดอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล รับประทานผัก ผลไม้มากขึ้น หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด อาหารที่มีสารพิษเจือปน ตัมนมพร่องไขมันหรือไม่มีไขมันเสริมอย่างน้อยวันละ 1-2 แก้ว (นม 1 กลอง 250 มิลลิลิตรมีแคลเซียมประมาณ 300 มิลลิกรัม) ควบคุมน้ำหนักตัวให้คงที่ ถ้าอ้วนให้ลดน้ำหนักตัว

งดดื่มเหล้า งดสูบบุหรี่ งดดื่มชา กาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ดื่มน้ำมากๆ ไม่น้อยกว่า 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง (ต้องได้รับวันละ 1,000 – 1,500 กรัมต่อวัน) เช่น ปลาเล็กปลาน้อย งาดำ งาขาว ใบชะพลู ใบยอ คื่นช่าย เนยแข็ง เต้าหู้ ต่ำลิง นม ซึ่งการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูงต้องรับประทานอย่างถูกวิธี ไม่ควรรับประทานร่วมกับอาหารที่มีไขมันและโปรตีนสูง หรือมีกากใยมาก เพราะขัดขวางการดูดซึม และทำให้มีการเสียแคลเซียมออกไปกับปัสสาวะ

3.3ด้านกิจกรรมการออกกำลังกาย สตรีสูงอายุควรปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ นานครั้งละ 30-60 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย ฝึกบริหารการหายใจ หายใจเข้าทางจมูกช้าๆให้ท้องโป่งและหายใจออกทางปากช้าๆให้ท้องแฟบ บริหารกล้ามเนื้อในอุ้งเชิงกรานโดยการฝึกขมิบกล้ามเนื้อหูรูด ทวารหนัก ช่องคลอด และท่อปัสสาวะบ่อยๆ การออกกำลังกายแบบต้านทาน

น้ำหนัก(weight – bearing exercise) เช่น การเดิน แอโรบิค การวิ่งเหยาะ เดินเร็ว ซี่จักรยาน ว่ายน้ำ รำมวยจีน อย่างน้อยวันละ 30-45 นาที จะมีผลกระตุ้น การไหลเวียนเลือด ลดการสลายมวลของกระดูก ซึ่งหากสตรีสูงอายุได้ออกกำลังกายตั้งแต่วัยสาว ก็จะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกระดูกในวัยสูงอายุได้ ก่อนออกกำลังกายสตรีสูงอายุควรได้รับการตรวจร่างกาย และหากมีปัญหาทางด้านสุขภาพ สตรีสูงอายุต้องจัด โปรแกรมการออกกำลังกายใหม่ให้เหมาะสม

3.4 ด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น สตรีสูงอายุควรมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น เป็นที่ปรึกษา และช่วยเหลืองาน ต่างๆตามความเหมาะสมให้แก่สมาชิกของครอบครัว ญาติ เพื่อนฝูงหรือบุคคลอื่น ซึ่งก่อให้เกิดความสัมพันธภาพ ที่ดีต่อกัน เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

3.5 ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ สตรีสูงอายุ ควรปฏิบัติกิจกรรมเพื่อพัฒนาจิตวิญญาณ เช่น กิจกรรม ทางศาสนา การอุทิศตนให้เป็นประโยชน์ ซึ่งจะก่อให้เกิด ความพึงพอใจในชีวิต เกิดความสุขสงบร่มเย็น ยอมรับ สภาพของตนเอง และยอมรับความตายอย่างมีความสุข

3.6 ด้านการขจัดความเครียด หลีกเลี่ยงความ เครียด ทำจิตใจให้แจ่มใส เป็นคนมีเหตุผลในการ ดำเนินชีวิต ไม่หมกมุ่นกับสิ่งไร้สาระ หางานอดิเรกทำ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยคืนละ 5-6 ชั่วโมง และควรนอนกลางวันเพิ่มวันละ 30-60 นาที เพื่อให้ ร่างกายได้พักระหว่างวัน

การจัดบริการด้านสุขภาพแก่สตรีสูงอายุ

การเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วของสตรีสูงอายุ ซึ่งมีภาวะสุขภาพไม่ดีและมีโรคประจำตัวเรื้อรังมากกว่า ชายสูงอายุ นับเป็นปัญหาที่สำคัญซึ่งจะทวีความรุนแรง มากขึ้นในอนาคต การจัดบริการด้านสุขภาพแก่สตรี สูงอายุ ต้องเอื้ออำนวยทั้งในภาวะที่มีสุขภาพดี(Well being) ซึ่งหมายถึงภาวะที่ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเอง ได้ดีแม้จะมีโรคประจำตัว และในภาวะที่อ่อนแอช่วยเหลือ ตนเองได้น้อยหรือไม่ได้ ซึ่งจำเป็นต้องมีการพึ่งพาและ ต้องการการดูแลทั้งแบบ acute care และ long term care รัฐต้องมีส่วนร่วมในการสนับสนุนในเรื่องต่อไปนี้

1. สนับสนุนและช่วยเหลือให้สตรีสูงอายุได้อยู่กับ ครอบครัวด้วยเคารพ รัก ความอบอุ่น โดยการส่งเสริม

ประเพณีและวัฒนธรรมไทย เพื่อให้สตรีสูงอายุและ ครอบครัวได้มีโอกาสทำกิจกรรมร่วมกันในวันสำคัญต่างๆ การส่งเสริมให้เด็กได้มีโอกาสเรียนรู้เรื่องของผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีการเรียนในโรงเรียน จะช่วยให้บุตรหลานเข้าใจ ผู้สูงอายุมากขึ้น

2. จัดให้มีการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข อย่างทั่วถึง มีโรงพยาบาล/สถานพยาบาล/คลินิกผู้สูงอายุ และทีมบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่มีความชำนาญ เฉพาะทางในการดูแลสตรีสูงอายุ มีระบบการส่งต่อที่ดี เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง มีการเตรียมความพร้อมทั้งทาง ด้านร่างกายและจิตใจก่อนการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อหลีกเลี่ยง กลุ่มอาการ Relocation stress syndrome(RSS) ซึ่งจะทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า สับสน (Kao, Travis, Acton, 2004: 12) สำหรับสตรีสูงอายุซึ่งมีภาวะพึ่งพาและ ขาดผู้ดูแล รัฐต้องจัดให้มีสถานพยาบาลใกล้บ้านที่สามารถ ในการบริการให้แก่สตรีสูงอายุ ในชุมชน ซึ่งจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายและลดระยะเวลาในการเดินทาง

3. จัดสภาพแวดล้อมจัดระบบขนส่งและสาธารณูปโภค ให้เหมาะสมแก่การดำรงชีวิต จะช่วยให้สตรีสูงอายุสามารถ เข้าถึงการบริการที่สะดวก รวดเร็ว รัฐควรเพิ่มหลัก ประกันรายได้ให้แก่สตรีสูงอายุและครอบครัว ให้โอกาส แก่สตรีสูงอายุในด้านการศึกษา เพื่อเพิ่มศักยภาพอย่างต่อเนื่อง และให้มีโอกาสในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากขึ้น

4. ส่งเสริมชุมชนให้จัดการบริการด้านต่างๆในชุมชน เพื่อตอบสนองความต้องการและมีส่วนร่วมในการเกื้อกูล สตรีสูงอายุ เช่น การจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน และมีอาสาสมัครเพื่อช่วยดูแลที่บ้าน หรือมีการบริการดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน มีสถานที่ สำหรับการฟื้นฟูสุขภาพ การจัดการด้านอาหารส่งตามบ้าน และการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในชุมชน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. จันทนา รณฤทธิวิชัย และวิไลวรรณ ทองเจริญ (บรรณาธิการ). *หลักการพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร : บริษัทบุญศิริการพิมพ์ จำกัด, 2545.
2. บรรลุ ศิริพานิช. *ผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอบัวบ้าน, 2542.
3. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. *สุขภาพคนไทย 2546*. กรุงเทพมหานคร : บริษัทอมรินทร์ พรินติ้งแอนพับลิชชิง จำกัด (มหาชน), 2547.

4. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. **สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล 2547**; 13:1.
5. ศรีจิตรา บุนนาค และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, สถานการณ์ของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน ปัญหาทางสุขภาพภาวะพึ่งพา และแนวนโยบายทางการแพทย์และการสาธารณสุข.การประชุมวิชาการแห่งชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ **ผู้วัยสูงอายุด้วยคุณภาพ**, วันที่ 22 – 24 พฤศจิกายน 2542 :23-52.
6. Bacon, ES, Condon, EH, Femsler, JI .Young widows' experience with an internet self – help group. *J Psychosoc Nurs ment Health serv* 2000;38 (7) : 24-33.
7. Beckett, J, Petemelj– Taylor, C, Johnson, RL. Growing old in the correctional system. *J Psychosoc Nurs ment Health serv* 2003;41 (9) : 12-18.
8. Burnette, D, Mui, Ac, Zodikoff, BD. Gender, self-care and functional status among older persons with coronary heart disease : A national perspective. *Women & Health* 2004 ; 39 (1) : 65-85.
9. Clements, PT, Vigil, GJ, Manno, MS, Henry, GC, et al. Cultural perspectives of death,grief,and bereavement. *J Psychosoc Nurs ment Health serv* 2003;41 (7) : 18-26.
- 10.Kao, HS, Travis, SS, Acton, GJ. Relocation to a long-term care facility : Working with patients and families before, during and after. *J Psychosoc Nurs ment Health serv* 2004;42 (3) : 10-16.
- 11.Meadows. LM, Mrkonjic LA, Petersen KMA, Legendyk, LE. After the fall : Women's views of fractures in relation to bone health at midlife. *Women & Health* 2004; 39 (2) : 47-63.
12. Pender, NJ. *Health Promotion in Nursing Practice*. 3rd ed. Stamford : Appleton & Lange, 1996.
- 13.Talerico, KA. Grief & Older adults : Differences, issue, and clinical approaches.*J Psychosoc Nurs ment Health serv* 2003;41 (7) : 12-16.
- 14.Talerico, KA, O'Brien JA, Swafford, KL. Person – Centered Care : An important approach for 21st Century health care. *J Psychosoc Nurs ment Health serv* 2003;41 (11) : 12-16.
- 15.The Menopause Society. *Holistic approach to menopause. Third Scientific meeting on the menopause* 19th March 1996

สำนักหอสมุด



เนื้อหาที่ครอบคลุม

วารสารพุดผาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (วพวส.) เป็นวารสารวิชาการของสมาคมพุดผาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย โดยมีวัตถุประสงค์ในการเผยแพร่ข้อมูลทางวิชาการ งานวิจัย ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และบทความต่างๆที่เป็นประโยชน์ โดยเน้นทางด้านองค์ความรู้สาขาพุดผาวิทยา เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และศาสตร์ต่างๆอันเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ และมุ่งที่จะให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุและนักวิชาการอันจะนำไปสู่ความก้าวหน้าในด้านวิชาการและการเรียนรู้ และจะเป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุไทยในที่สุด

ประเภทของต้นฉบับที่รับเผยแพร่

ต้นฉบับที่จัดพิมพ์เผยแพร่ใน วพวส. ประกอบด้วย

- บทความต่างๆที่เป็นประเด็นสำคัญหรือน่าสนใจโดยคณะบรรณาธิการ (บทบรรณาธิการ; Editorial's View)
- งานวิจัยที่เป็นนิพนธ์ต้นฉบับ (นิพนธ์ต้นฉบับ; Original Article) ทั้งที่เป็นงานวิจัยเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพ
- งานวิจัยที่เป็นรายงานเบื้องต้น (รายงานเบื้องต้น; early report)
- ทบทวนวิชาการองค์ความรู้ต่างๆ (ทบทวนวิชาการ; Review Article)
- บทความพิเศษซึ่งทางกองบรรณาธิการพิจารณาเชิญผู้เชี่ยวชาญเขียนโดยเฉพาะ (บทความพิเศษ; Special Article)
- บทความประสบการณ์ในด้านต่างๆทั้งการดูแลรักษาหรือการปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุ (1-2-3 ในการดูแลผู้สูงอายุ; 1-2-3 in Care of the Elderly)
- จุดหมายแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลงานวิจัยและบทความต่างๆถึงบรรณาธิการ (จดหมายถึงบรรณาธิการ; Letter to Editor)

- แนะนำหนังสือที่มีประโยชน์(แนะนำหนังสือ; Book Review)

นิพนธ์ต้นฉบับและรายงานเบื้องต้น

ชื่อเรื่อง

ในหน้าต้นจะต้องประกอบไปด้วย (1) ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ซึ่งควรจะกระชับและสื่อความหมาย (2) ชื่อเรื่องอย่างสั้นโดยจะต้องไม่ยาวเกิน 35 ตัวอักษร (3) ชื่อผู้นิพนธ์เรียงตามลำดับพร้อมทั้งยศตำแหน่ง-อักษรย่อวุฒิการศึกษาทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (4) ชื่อต้นสังกัดอย่างครบถ้วนของผู้นิพนธ์ทุกคนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (5) ชื่อและที่อยู่ของบุคคลที่จะเป็นผู้ติดต่อในกระบวนการรับผลงานเพื่อพิมพ์เผยแพร่ และจะเป็นผู้ที่ได้รับสำเนาต้นฉบับที่ได้รับการลงพิมพ์เผยแพร่

บทคัดย่อ

ต้องมีบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ผู้นิพนธ์จะต้องตรวจสอบความถูกต้องของบทคัดย่อภาษาอังกฤษ และจะต้องมีเนื้อหาตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย และมีคำสำคัญของบทคัดย่อ

เนื้อหา

เนื้อหาจะต้องประกอบไปด้วย บทนำ ประชากรศึกษาและวิธีการ ผลการศึกษา และอภิปรายผล โดยเนื้อหาในแต่ละส่วนจะต้องกระชับแต่สื่อให้ผู้อ่านได้กระจ่างชัดเจน ทั้งในเหตุผลที่ทำการศึกษาวิจัย การคัดเลือกประชากรศึกษา กระบวนการวิจัย การเลือกใช้สถิติ ผลการศึกษา ตลอดจนการวิจารณ์ซึ่งควรนำไปสู่ข้อสรุปที่มีคุณค่า การตั้งสมมติฐานที่ดี หรือคำแนะนำในการศึกษาวิจัยต่อเนื่อง(เนื้อหาไม่ควรยาวกว่า 10 หน้ากระดาษ A4 โดยการพิมพ์ด้วยตัวพิมพ์มาตรฐาน เช่น Cordial UPC ขนาด 14 เว้นบรรทัด)

กิตติกรรมประกาศ

ควรจะมีตามความเหมาะสม ทั้งกิตติกรรมประกาศ ต่อองค์กรให้ทุนการศึกษา องค์กรสนับสนุน และบุคคล ที่ได้ช่วยอย่างเด่นชัดในการดำเนินการวิจัยหรือจัดเตรียม นิพนธ์ต้นฉบับ

บรรณานุกรม

ใช้การเรียงลำดับด้วยตัวเลข เอกสารอ้างอิงที่มา ก่อนจะอยู่ในลำดับที่ 1 จากนั้นลดหลั่นกันลงไป โดยการลงตัวเลขของเอกสารอ้างอิงในเนื้อหาให้ใช้เป็น ตัวยกอยู่ในวงเล็บเล็ก และการลงรายละเอียดของ เอกสารที่อ้างอิงในส่วนบรรณานุกรมให้ใช้ ตามแบบต่อไปนี้

ตัวอย่างบรรณานุกรมภาษาอังกฤษ

ให้เรียงลำดับด้วยนามสกุลของผู้เขียนตามด้วย อักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลางทุกคน ถ้าผู้เขียนมากกว่า 6 คน ให้เขียนเพียง 3 คน แล้วตามด้วย et al.

ถ้าเป็นวารสาร

1. You CH, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980;79(2):311-4.
2. Kostakoglu L, Uysal U, Ozyar E, et al. Monitoring response to therapy with Thallium-201 and Technetium-99m-Sestamibi SPECT in nasopharyngeal carcinoma. *J Nucl Med* 1997;38(7): 1009-14.
3. Magni F, Rossoni G, Berti F. BN-52021 protects guinea-pig from heart anaphylaxis. *Pharmacol Res Commun* 1988;20(Suppl 5):75-8.

ถ้าเป็นวารสารโดยผู้นิพนธ์เป็นคณะบุคคลหรือองค์กร

1. The Royal Marsden Hospital Bone-marrow Transplantation Team. Failure of syngeneic bone-marrow graft without preconditioning in post-hepatitis marrow aplasia. *Lancet* 1977;2:742-4.

ถ้าเป็นวารสารโดยไม่ปรากฏนามผู้แต่ง

1. Coffee drinking and cancer of the pancreas (editorial). *BMJ* 1981;283:628.

ถ้าเป็นบทหนึ่งในตำราหรือหนังสือ

1. Weunstein L, Swartz MN. Pathologic properties of invading microorganisms. In: Sodemen WA Jr, Sodeman WA, (eds). *Pathologic physiology: mechanisms of disease*. Philadelphia, Saunders, 1974: 457-72.

ถ้าเป็นผลงานใน Conference proceedings

1. Vivian VL, (ed). *Child abuse and neglect : a medical community response*. Proceedings of the First AMA National Conference on Child Abuse and Neglect 1984 Mar 30-31; Chicago. Chicago: American Medical Association, 1985.

ถ้าเป็น Scientific and technical report

1. Akutsu T. Total heart replacement device. Bethesda (MD), National Institutes of Health, National Heart and Lung Institute, 1974. Report No. NIH-NHLI-69-2185-4.

ถ้าเป็น Dissertation (วิทยานิพนธ์)

1. Youssef NM. School adjustment of children with congenital heart disease (dissertation). Pittsburgh (PA), University of Pittsburgh, 1998.

ถ้าเป็นผลงานที่ยังไม่ได้พิมพ์เผยแพร่ (Unpublished material)

1. Lillywhite HB, Donald JA. Pulmonary blood flow regulation in an aquatic snake. *Science*. (inpress)
2. Matthes KJ, Humphry D. Bone marrow transplant and septicemia. (unpublished data)

ตัวอย่างบรรณานุกรมภาษาไทย

ใช้รูปแบบเดียวกับบรรณานุกรมภาษาอังกฤษ แต่ให้ใส่ชื่อเต็มก่อนหน้านามสกุล เช่น

1. สัมพันธ์ ทองอุรา, วิจิตร เกตุการณ์. การสำรวจภาวะพันธุ์ในผู้สูงอายุจังหวัดชุมพร. วพวส 2542;1:12-6.

-> ขอให้หลีกเลี่ยงการใช้การอ้างอิงถึงบุคคลและใช้แต่ตัวเลขอารบิกเท่านั้น

ตารางและรูป

ให้แยกพิมพ์ตารางและรูป 1 ตารางหรือรูปต่อหนึ่งหน้ากระดาษ โดยต้องใส่เลขลำดับตารางและรูปตลอดจนชื่อหัวข้อให้ถูกต้อง การทำตารางควรให้กระชับและอ่านได้ง่าย การทำรูปควรเป็นงานวาดด้วยหมึกอินเดียนิงค์สีดำหรือพิมพ์ด้วยเครื่องพิมพ์เลเซอร์คุณภาพดีหรือรูปถ่ายสไลด์ (สีหรือขาวดำ) โดยระบุชัดเจนถึงเลขลำดับรูปเพื่อไม่เกิดข้อผิดพลาดในการจัดพิมพ์(ไม่ควรมีตารางและรูปรวมกันเกิน 6 ตาราง/รูป)

การส่ง

ส่งต้นฉบับจำนวน 2 ชุด พร้อมไฟล์ Microsoft Word ในดิสค์คอมพิวเตอร์ขนาด 3.5 นิ้ว (สำเนาต้นฉบับ รูปและตารางตัวจริงควรเก็บไว้จนกว่าจะได้รับหนังสือตอบรับการลงพิมพ์ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงค่อยจัดส่งมาเพื่อการจัดพิมพ์ต่อไป) มายัง : บรรณานิการ

ศ. นพ. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล

ตึกอายุรศาสตร์ชั้น 2 (ภาควิชาอายุรศาสตร์)

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4

กรุงเทพฯ 10330

โทร.(02) 256-4449 โทรสาร(02) 251-1296

การพิจารณางานวิจัยก่อนรับลงพิมพ์เผยแพร่

กองบรรณานิการจะจัดส่งรายงานวิจัยให้ผู้ทบทวนที่ได้รับการคัดเลือกแล้วว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาหรือเรื่องนั้นจำนวน 2 ท่าน เพื่อทำการทบทวนความเหมาะสมของการลงพิมพ์เผยแพร่ ทั้งนี้เป็นไป

ตามเกณฑ์ของวารสาร การตอบกลับยังผู้ส่งผลงานจะเป็นลายลักษณ์อักษรเท่านั้น ผลการตอบกลับจะมีได้ 3 กรณี (1) รับลงพิมพ์เผยแพร่ (2) เหมาะสมที่จะลงพิมพ์เผยแพร่หลังจากการปรับปรุงโดยจะชี้แจงประเด็นที่ควรปรับปรุงไปด้วย (3) ไม่เหมาะสมที่จะลงพิมพ์เผยแพร่

ต้นฉบับอื่น ๆ**ชื่อเรื่อง**

ในหน้าต้นฉบับจะต้องประกอบไปด้วย (1) ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ยกเว้นจุดหมายถึงบรรณานิการที่อาจไม่ต้องมีชื่อเรื่อง) ซึ่งควรจะกระชับและสื่อความหมาย (2) ชื่อเรื่องอย่างสั้นโดยจะต้องไม่ยาวเกิน 35 ตัวอักษร (3) ชื่อผู้สมัครเรียงตามลำดับพร้อมทั้งยศ-ตำแหน่ง-อักษรย่อวุฒิการศึกษาทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (4) ชื่อต้นสังกัดอย่างครบถ้วนของผู้สมัครทุกคนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (5) ชื่อและที่อยู่ของบุคคลที่จะเป็นผู้ติดต่อในกระบวนการรับผลงานเพื่อพิมพ์เผยแพร่ และจะเป็นผู้ที่จะได้รับสำเนาต้นฉบับที่ได้รับการลงพิมพ์เผยแพร่

เนื้อหา

เนื้อหาจะต้องกระชับแต่สื่อให้ผู้อ่านได้กระจ่างชัดเจน โดยจัดแบ่งหัวข้อตามความเหมาะสมของเนื้อหา

กิตติกรรมประกาศ บรรณานุกรม ตาราง และรูป

เช่นเดียวกับรายละเอียดในข้อชี้แจงส่วนนิพนธ์ต้นฉบับและรายงานเบื้องต้น

การพิจารณาการรับลงพิมพ์เผยแพร่

จะดำเนินการโดยกองบรรณานิการโดยตรง ทั้งนี้ให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่วางไว้

การส่ง

ส่งต้นฉบับจำนวน 2 ชุด พร้อมไฟล์ Microsoft Word ในดิสค์คอมพิวเตอร์ขนาด 3.5 นิ้ว (สำเนาต้นฉบับ รูปและตารางตัวจริงควรเก็บไว้จนกว่าจะได้รับหนังสือตอบรับการลงพิมพ์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงค่อยจัดส่งมาเพื่อการจัดพิมพ์ต่อไป) มายัง : บรรณาธิการ

ศ. นพ. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล
 ติกอายุรศาสตร์ชั้น 2 (ภาควิชาอายุรศาสตร์)
 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4
 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
 โทร.(02) 256-4449 โทรสาร(02) 251-1296

การส่ง

จดหมายแสดงความจำนงและรายละเอียดของจุดเด่นของหนังสือ พร้อมหนังสือจำนวน 2 เล่ม มาถึงบรรณาธิการ

ศ. นพ. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล
 ติกอายุรศาสตร์ชั้น 2 (ภาควิชาอายุรศาสตร์)
 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4
 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
 โทร.(02) 256-4449 โทรสาร(02) 251-1296

แนะนำหนังสือ

ผู้ที่ประสงค์จะให้ทางวารสารทบทวนตำราหรือหนังสือใดๆจะต้องเป็นผู้มีลิขสิทธิ์ในตำราหรือหนังสือเล่มนั้น โดยมีจดหมายแสดงความจำนงและรายละเอียดของจุดเด่นของหนังสือให้ทางวารสารทำการทบทวนทางกองบรรณาธิการจะดำเนินการจัดส่งหนังสือให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาที่ได้ทบทวนและเขียนบทแนะนำหนังสือลงเผยแพร่ในวารสารต่อไป

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม :

สมาคมพญามาวิทยาลัยและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย
 ติกอายุรศาสตร์ชั้น 2 (ภาควิชาอายุรศาสตร์)

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4

ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทร.(02) 256-4449,652-4232 โทรสาร(02) 251-1296

E - mail: tggm2000@hotmail.com

สำนักหอสมุด

สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย ได้รับพระกรุณาประทานชื่อสมาคมจาก สมเด็จพระสังฆราชสกลมหาปริณายก และจดทะเบียนตามพระราชบัญญัติสมาคมเมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ.2539

วัตถุประสงค์ของสมาคมมีดังนี้

1. เป็นแหล่งรวมของนักวิชาการและบุคลากรที่ปฏิบัติงานหรือที่มีความสนใจเกี่ยวกับพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
2. เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้แนวคิดด้านวิชาการ และปัญหาต่างๆอันเกี่ยวกับพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
3. เพื่อเผยแพร่และสนับสนุนพัฒนาการทางวิชาการสาขาพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
4. เพื่อส่งเสริมการวิจัยสาขาพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
5. เพื่อเป็นสื่อกลางระหว่างสถาบันวิชาการนานาชาติ
6. เพื่อเป็นศูนย์กลางประสานงานและเผยแพร่ข่าวสารแก่สมาชิก องค์กรภายในประเทศที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์นี้ และสาธารณชน

สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยมีข้อบังคับที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. สมาชิกของสมาคมมี 3 ประเภทคือ สมาชิกกิตติมศักดิ์ สมาชิกสามัญ และสมาชิกสมทบ(นิสิตนักศึกษา)
2. สมาชิกสามัญเสียค่าบำรุงตลอดชีพ 2,000 บาท หรือรายปีปีละ 500 บาท (ถ้าเป็นสมาชิกรายปีติดต่อกัน 4 ปีจะได้สิทธิเป็นสมาชิกถาวร)
3. สมาชิกสมทบต้องเป็นนิสิตนักศึกษาในสถานอุดมศึกษาหรือเทียบเท่าและเสียค่าสมาชิกรายปี 100 บาทต่อปี
4. สมาชิกมีสิทธิที่สำคัญคือ มีสิทธิเข้าใช้สถานที่ของสมาคม โดยเท่าเทียมกัน มีสิทธิเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการของสมาคมต่อคณะกรรมการ มีสิทธิได้รับสวัสดิการต่างๆที่สมาคมได้จัดขึ้น มีสิทธิเข้าร่วมประชุมใหญ่ของสมาคม และสมาชิกสามัญมีสิทธิในการเลือกตั้งหรือได้รับการเลือกตั้งหรือแต่งตั้งเป็นกรรมการสมาคม
5. สมาชิกมีหน้าที่จะต้องปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติและข้อบังคับของสมาคม โดยเคร่งครัด ประพฤติตนให้สมกับเกียรติที่เป็นสมาชิกของสมาคม ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆของสมาคม ร่วมกิจกรรมที่สมาคมได้จัดให้มีขึ้น และช่วยเผยแพร่ชื่อเสียงของสมาคมให้เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย
6. คณะกรรมการสมาคมประกอบไปด้วย นายกสมาคม อุปนายก เลขานุการ เภรณูญิก ปฏิคม นายทะเบียน ประชาสัมพันธ์ วิชาการ และกรรมการอื่นๆ โดยมีจำนวนไม่เกิน 15 คน และมีวาระคราวละ 3 ปี
7. คณะกรรมการจะต้องจัดให้มีการประชุมใหญ่สามัญประจำปีปีละ 1 ครั้งภายในเดือนธันวาคมของทุกปี โดยจะต้องแถลงกิจการที่ผ่านมาในรอบปี บัญชีรายรับรายจ่ายและบัญชีงบดุล เลือกตั้งคณะกรรมการชุดใหม่เมื่อครบกำหนดวาระ และเลือกตั้งผู้สอบบัญชี
8. การเงินและทรัพย์สินทั้งหมดให้อยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการสมาคม
9. ข้อบังคับของสมาคมจะเปลี่ยนแปลงได้โดยมติของที่ประชุมใหญ่เท่านั้น โดยมีสมาชิกสามัญเข้าร่วมประชุมไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของสมาชิกสามัญทั้งหมดและต้องมีคะแนนเสียงไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 เสียงของสมาชิกสามัญที่เข้าร่วมประชุม
10. เมื่อสมาคมต้องเลิกไม่ว่าด้วยเหตุใดๆก็ตาม ทรัพย์สินของสมาคมที่เหลืออยู่หลังจากที่ได้ชำระบัญชีเป็นที่เรียบร้อยแล้วให้ตกเป็นของสภากาชาดไทย

ใบสมัคร พวท.และสาระสำคัญของสมาคม

เรียน ประธานสมาคมพัฒนาวิทยาและผู้สูงอายุไทย

ข้าพเจ้าขอสมัครเป็นสมาชิก สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย (พวท.)

[...] ประเภทสมาชิกสามัญตลอดชีพ - ค่าบำรุงครั้งเดียว 2,000 บาท

[...] ประเภทสมาชิกสามัญตลอดชีพ - ค่าบำรุงรายปี 500 บาทต่อปี [] ครั้งแรก [] ต่ออายุ

[...] ประเภทสมาชิกสมทบ (ค่าบำรุงรายปีปีละ 100 บาท)

พร้อมกันนี้ได้แนบ รูปถ่ายหน้าตรงขนาด 3x 4 ซม. จำนวน 2 รูป และ ค่าบำรุงสมาชิก โดยชำระเป็น .

[] เงินสด [] เช็คธนาคาร [] ตัวแลกเงินไปรษณีย์ [] ธนาณัติสั่งจ่าย ปท.จุฬา [] ครีพท์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลต่างๆเป็นความจริงและสัญญาว่าจะปฏิบัติตามข้อบังคับของ พวท. ทุกประการ

ลงชื่อ

(.....)

สำหรับ พวท.

ได้รับค่าบำรุงจำนวน (.....)

เมื่อวันที่ ผู้รับเงิน

มีมติให้เป็นสมาชิกจากการประชุมคณะกรรมการบริหาร ครั้งที่ วันที่

หมายเลขสมาชิก ลงในทะเบียนสมาชิกเล่มที่ หน้าที่

1. ชื่อ-นามสกุล / คำนำหน้า นาย นาง นางสาว

.....

2. Name-Surname / Mr. Mrs. Miss

.....

3. เพศ ชาย หญิง

4. อายุ ปี วัน/เดือน/ปีที่เกิด วันที่ เดือน พ.ศ.....

5. สัญชาติ

6. ที่อยู่ปัจจุบัน

.....

รหัสไปรษณีย์ โทร. โทรสาร.

7. ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

.....

รหัสไปรษณีย์ โทร. โทรสาร.

8. การติดต่อทางจดหมาย ให้ส่งไปตามที่อยู่ข้อ [] 6.ที่อยู่ปัจจุบัน [] 7. สถานที่ทำงาน

การติดต่อทางโทรศัพท์ หมายเลข วันและเวลา

การติดต่อทางโทรสาร หมายเลข วันและเวลา

9. สาขาหลัก ที่สนใจหรือปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับอยู่ในปัจจุบัน

[...] พัฒนาวิทยา - สังคมศาสตร์

[...] พัฒนาวิทยา - วิทยาศาสตร์

[...] เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ - การแพทย์

[...] เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ - การพยาบาล

[...] เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ - เวชศาสตร์ฟื้นฟู

[...] เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ - สังคม

[...] อื่นๆ ระบุ

10. การศึกษา

สถาบัน

วุฒิ/ปริญญา

พ.ศ.

สถาบัน	วุฒิ/ปริญญา	พ.ศ.

สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย

ตึกอายุรศาสตร์ ชั้น 2 (ภาควิชาอายุรศาสตร์) รพ.จุฬาลงกรณ์ ปทุมวัน, กรุงเทพฯ 10330

สำหรับเจ้าหน้าที่



ใบสมัครสมาชิก
วารสารพุดดาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

เลขที่สมาชิก.....
ใบเสร็จรับเงิน เลขที่.....
เล่มที่.....

(สำหรับผู้สมัคร)

• ชื่อ-ชื่อสกุล (นาย/นาง/นางสาว).....
ตำแหน่ง.....

• ชื่อบริษัท/หน่วยงาน/สถาบัน.....

E-mail address:.....

สถานที่ส่งวารสาร เลขที่.....อาคาร.....ชั้น.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....□□□□

โทรศัพท์.....ต่อ.....โทรสาร.....

ที่อยู่ที่จะระบุในใบเสร็จรับเงิน[หากไม่ใช่สถานที่เดียวกับสถานที่ส่ง].....

ขอสมัครเป็นสมาชิก วารสารพุดดาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เป็นเวลา 1 ปี[4 ฉบับ] ตามรายละเอียดดังนี้

สมาชิกภาพ สมาชิกใหม่ สมาชิกเก่า[ต่ออายุ]

อายุสมาชิก เริ่มฉบับเดือนมกราคม-มีนาคมปีพศ.....ถึงฉบับเดือนตุลาคม-ธันวาคมปีพศ.....

เริ่มฉบับเดือนเมษายน-มิถุนายนปีพศ.....ถึงฉบับเดือนมกราคม-มีนาคมปีพศ.....

เริ่มฉบับเดือนกรกฎาคม-กันยายนปีพศ.....ถึงฉบับเดือนเมษายน-มิถุนายนปีพศ.....

เริ่มฉบับเดือนตุลาคม-ธันวาคมปีพศ.....ถึงฉบับเดือนกรกฎาคม-กันยายนปีพศ.....

อัตราค่าสมาชิก สำหรับหน่วยงาน-องค์กร 600 บาทต่อปี

สำหรับบุคคลทั่วไป 400 บาทต่อปี

สำหรับสมาชิกสมาคมพุดดาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย 200 บาทต่อปี

สำหรับนิสิตนักศึกษา 200 บาทต่อปี [กรุณาแนบสำเนาบัตรประจำตัวนิสิตพร้อมใบสมัคร]

พร้อมกันนี้ได้ส่งธนาคณัติหรือเช็คไปรษณีย์ สั่งจ่าย "วพวส" ณ ปณ. จุฬาลงกรณ์ 10330 ตามจำนวนเงินที่ระบุข้างต้น

ส่งใบสมัครไปยัง

ศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (วพวส)

ตึกอายุรศาสตร์ชั้น2 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมE-mail: tggm2000@hotmail.com

โทรศัพท์ (02) 256-4449, 652-4232 โทรสาร (02) 251-1296

ลงชื่อผู้สมัคร.....

[.....]

...../...../.....



สำนักหอสมุด

พิมพ์ที่โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย [4912-227/300 (4)]

โทร. 0-2215-1991-2 ต่อ 11-14, 0-2218-3557, 0-2218-3563

นางศรินทิพย์ นิมิตรมงคล ผู้พิมพ์ผู้โฆษณา ตุลาคม 2549

<http://www.cuprint.chula.ac.th>

GERONTOLOGY AND GERIATRIC MEDICINE

ศูนย์ผู้สูงอายุ
ภาควิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

