

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตรครั้งนี้ผู้ศึกษาได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาสาระสำคัญครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 1.1 นิยามผู้สูงอายุ
 - 1.2 หลักเกณฑ์การพิจารณาความสูงอายุ
 - 1.3 ทฤษฎีการสูงอายุ
2. แนวคิดเชิงทฤษฎีทางสังคมวิทยาเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ
 - 2.1 ทฤษฎีบทบาท (role theory)
 - 2.2 ทฤษฎีกิจกรรม (activity theory)
 - 2.3 ทฤษฎีแห่งความต่อเนื่อง (continuity theory)
 - 2.4 ทฤษฎีความทันสมัย (modernization theory)
3. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
 - 3.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (biological change)
 - 3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological change)
 - 3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (social change)
 - 3.4 ปัญหาของผู้สูงอายุ
4. การสนับสนุนทางสังคม
 - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
 - 4.2 แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม
 - 4.3 รูปแบบของการสนับสนุนทางสังคม
 - 4.4 หน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคม
5. คุณภาพชีวิต
 - 5.1 ความหมายคุณภาพชีวิต
 - 5.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

5.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

5.4 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

1.1 นิยามผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในภาวะความสูงอายุหรือชราภาพ (aging) เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของชีวิต โดยอายุหรือวัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและแรงจูงใจของบุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา จิตใจ และสังคม องค์การอนามัยโลกได้ยึดเอาความยาวของชีวิตตามปีปฏิทินเป็นเกณฑ์เบื้องต้น โดยที่ประชุมขององค์การอนามัยโลกที่เมืองเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ ปี ค.ศ.1963 ได้กำหนดวัยสูงอายุ มีอายุอยู่ในช่วง 60-74 ปี วัยชราจะเป็นกลุ่มที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป (จันทร์ฉาย ฉายากุล, 2538) จากการประชุมสมัชชาโลกได้กำหนดให้ผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และกำหนดเป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก (บุษยามาส สันธิประมา, 2539 หน้า 5)

ในการพิจารณาความสูงอายุของบุคคลในแง่ของสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงนั้น เกษม และกุดยา ดันดิผลาชีวะ (2528, หน้า 25) และรัชนีพร ภูกร (2533, หน้า 1-3) ได้ให้รายละเอียดดังนี้

1.1.1 พิจารณาในแง่การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ในทางสรีระวิทยาพบว่า การเปลี่ยนแปลงแรกสุดของผู้ที่เข้าสู่ความสูงอายุคือสายตาระยะยาวขึ้น ต้องใช้แว่นตาช่วย การเห็นแยกสีฟ้าและสีน้ำเงินได้ชัด ผมหงอก หูตึง ขี้สึม เหนื่อยง่าย ถ้าเจ็บป่วยต้องใช้เวลารักษานานขึ้นกว่าเดิม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ แต่ละขั้นจะเปลี่ยนแปลงต่างกัน อายุที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่เท่ากัน เช่น บางคนเริ่มผมหงอกตั้งแต่อายุ 35 ปี และอาจมีสายตาระยะยาวแล้วก็ได้ โดยทั่วไปสายตาระยะยาวเมื่ออายุ 40 ปี จากนั้นจะเป็นการเปลี่ยนแปลงของ ผมหงอก และความอดทน การพิจารณาความสูงอายุโดยใช้การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจึงไม่เป็นข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน

1.1.2 พิจารณาในแง่จิตใจ ผู้ที่ได้ชื่อว่าเป็นผู้สูงอายุ จะยึดมั่นในความคิดของตนเป็นหลัก ไม่ค่อยยอมรับความรู้ใหม่ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มักจะมีความต้องการที่เหมือนๆ กันคือ ต้องการความสนใจจากผู้อื่น ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะ ต้องการช่วยเหลือสังคมตามความถนัดและต้องการความดูแลอย่างใกล้ชิดเมื่อเวลาเจ็บป่วย มีลักษณะใจน้อย ไม่ยอมรับรู้ อารมณ์ไม่มั่นคง จู้จี้ขี้บ่นและถือตัว

1.1.3 พิจารณาในแง่ของสังคม ความมีอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสถานะทางสังคมเพิ่มขึ้น และมีความสำคัญในฐานะผู้มีประสบการณ์ ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับกรณีปฏิบัติสัมพันธ์ทางสังคมของคนๆ นั้น

ด้วย แม้ว่าสังคมจะกว้างขึ้น มีคนรู้จักมากขึ้น มีโลกทัศน์ที่กว้างไกล แต่การทำงาน ทำหน้าที่ และความรับผิดชอบจะลดลง เนื่องจากความจำกัดของอายุและความสามารถ

1.1.4 พิจารณาในแง่กฎหมาย กฎหมายได้กำหนดความสูงอายุตามปีปฏิทินแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ โดยทั่วไปจะอยู่ระหว่างอายุ 55-65 ปี การกำหนดความสูงอายุตามกฎหมายนี้ ก็เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ปลดเกษียณจากงานที่ปฏิบัติกับการพิจารณาให้ค่าตอบแทนเป็นบำเหน็จบำนาญ ในประเทศรัสเซียกำหนดด้วยสูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60-74 ปี และวัยชราคือผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปในสังคมอัฟริกาและมาเลเซียกำหนดการเกษียณอายุการทำงานเมื่ออายุ 55 ปี ในประเทศยุโรปและอเมริกาซึ่งเป็นเมืองหนาวจะเกษียณอายุเมื่ออายุ 65 ปี (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ, 2536 หน้า 5) สำหรับประเทศไทยข้าราชการไทยจะกำหนดการเกษียณอายุราชการไว้เมื่ออายุครบ 60 ปี และในปัจจุบันได้ประกาศให้เกษียณอายุราชการได้ตั้งแต่ 55 ปี โดยถือว่าวัยนี้เป็นวัยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยเสื่อม จึงสมควรเปลี่ยนการทำงานเป็นลักษณะงานที่ไม่ต้องรับผิดชอบมาก ไม่ต้องเผชิญกับความเครียดมาก ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการให้ความหมายของผู้สูงอายุ และเกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาการเกษียณอายุการทำงานจะแตกต่างกันแต่สังคม

1.2 หลักเกณฑ์ในการพิจารณาความสูงอายุ

Hall (อ้างใน ดวงฤดี ลาสุขะ, 2528) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุและได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ ไว้ 4 ประการคือ

1.2.1 การสูงอายุดำเนิน (chronological aging) ความสูงอายุนี้เป็นไปตามอายุของมนุษย์ โดยนับตั้งแต่ปีที่เกิดเป็นต้นไป คือดูที่จำนวนอายุจริง และจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ได้กำหนดเกณฑ์ความสูงอายุว่าเป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก (บุษยมาศ สินธุประมา, 2539 หน้า 5) และจากการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช (2540, หน้า 3-40) ได้แยกผู้สูงอายุและภาวะสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

(1) กลุ่มผู้สูงอายุระดับต้น (The young old) เป็นผู้ที่มีอายุ 60-70 ปี มีการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะทางกายภาพ และสรีระวิทยาเปลี่ยนแปลงไม่มาก สามารถช่วยเหลือตนเองได้เป็นส่วนใหญ่

(2) กลุ่มผู้สูงอายุระดับกลาง (The middle old) เป็นผู้ที่มีอายุ 71-80 ปี มีการเปลี่ยนแปลงทางสภาวะทางกายภาพและสรีระวิทยาไปแล้วเป็นส่วนใหญ่ มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง เริ่มมีความจำเป็นหรือความต้องการการดูแลจากบุคคลอื่นทดแทนในส่วนที่พร่องไป

(3) กลุ่มผู้สูงอายุระดับปลาย (The old old) เป็นผู้ที่มียุ 81 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะทางกายภาพและสรีระวิทยาไปอย่างเห็นได้ชัดเจน มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง จำเป็นและต้องการการดูแลจากบุคคลอื่นทดแทนในส่วนที่บกพร่องไป

แต่ อัลเฟรด เจ คาห์น (Alfred J. Kahn อ้างในศรีทัตทิมา รัตนโกศลพานิชพันธ์, 2525, หน้า 27) ได้อธิบายว่าผู้สูงอายุไม่ได้มีกลุ่มเดียว และมีได้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน แต่มีลักษณะที่แตกต่างกันตามปฏิทินอายุถึง 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (The young elderly) มีอายุต่ำกว่า 74 ปี
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (The middle aged elderly) มีอายุระหว่าง 74-84 ปี
3. กลุ่มผู้สูงอายุวัยสุดท้าย (The old elderly) มีอายุ 85 ปีขึ้นไป

ยूरิกและคณะ (Yurick, et al. 1984 p. 31) ได้แบ่งผู้สูงอายุออกตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Institute of Aging) เป็น 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (young old) มีอายุ 60-74 ปี ยังไม่ชรามาก เป็นวัยที่ยังทำงานได้ ถ้ามีสุขภาพกายและจิตดี
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยท้าย (old-old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ถือเป็นวัยชราแท้จริง

1.2.2 การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (biological aging) ความสูงอายุนี้เป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเพิ่มขึ้นในแต่ละปีตามอายุเช่น ผมเริ่มบาง ศีรษะล้าน สายตายาว ผิวหนังเหี่ยวย่น เป็นต้น

1.2.3 การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (psychological aging) ความสูงอายุนี้เป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ทางการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ สติปัญญา และบุคลิกต่างๆ ที่แสดงออกตามอายุที่เพิ่มขึ้น

1.2.4 การสูงอายุตามสภาพสังคม (sociological aging) ความสูงอายุนี้เป็นไปตามบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนฝูง ความรับผิดชอบในหน้าที่ การงาน และบทบาททางสังคมอื่นๆ

1.3 ทฤษฎีการสูงอายุ

นักทฤษฎีพยายามอธิบายสาเหตุความมียุ โดยการศึกษากำหนดหน้าที่ของเซลล์ต่างๆ ภายในร่างกายมนุษย์ เนื่องจากเซลล์ เป็นหน่วยที่เล็กที่สุดของร่างกาย เมื่อร่างกายมีอายุมากขึ้นหรือแก่ลง ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์ขึ้นมา ได้มีผู้ศึกษาและตั้งทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุหรือความแก่ของเซลล์ไว้ดังนี้ (Cotran, Kumar and Robbins 1989 อ้างในรัชนิพร ภูกร, หน้า 15-20)

1.3.1 ทฤษฎีของความสึกหรอ (wear and tear theories)

ความสูงอายุเป็นผลเนื่องจากการได้รับอันตรายสะสมกันตลอดมา เมื่อมากเข้าก็ขัดขวางต่อการมีอายุของเซลล์ ทฤษฎีในกลุ่มนี้คือ

(1) ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (free radical theory) กล่าวว่าอนุมูลอิสระซึ่งเกิดขึ้นในร่างกายจากการได้รับรังสีหรือสารเคมี ที่สำคัญที่สุดคืออนุมูลออกซิเจนอิสระจากปฏิกิริยาเคมี ที่ใช้ออกซิเจนในร่างกาย เมื่อกลไกป้องกันลดลง เช่น การขาดวิตามินอี การขาดสารกลูตาไทโอนหรือขาดเอ็นไซม์ เอสโอดี (S.O.D = super oxide dismutase) และอื่นๆ พวกอนุมูลอิสระที่เกิดขึ้น จะทำอันตรายต่อเซลล์ เมื่อมากเข้าก็เสื่อมลง และผลสุดท้ายเซลล์หรือเนื้อเยื่อก็ตายไป

(2) ทฤษฎีการเชื่อมโยงข้าม (cross linkage theory) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของคอลลาเจน ในสารระหว่างเซลล์ (interstitial substance) ทำให้คอลลาเจนแข็งตัว และเมื่อสารระหว่างเซลล์แข็งตัวขัดขวางต่อการซึมเข้าของอาหารและออกซิเจนเข้าสู่เซลล์ และขัดขวางต่อการซึมออกของของเสียภายในเซลล์ออกจากเซลล์ จึงเป็นเหตุให้เซลล์เสื่อมและแก่ลง

(3) ทฤษฎีการสะสมของเสีย (accumulation off waste product theory) กล่าวว่าของเสียที่เกิดขึ้นภายในเซลล์เมื่อสะสมมากเข้าก็จะเป็นเหตุให้หน้าที่ หรือการมีชีวิตของเซลล์ลดลง สิ่งที่สนับสนุนก็คือ การพบสารสีน้ำตาล หรือสารไลโปฟูสซิน (lipofuscin) สะสมในเซลล์มากขึ้นตามอายุ

(4) ทฤษฎีว่าด้วยความแก่ เป็นผลมาจากการคัดลอกผิดพลาดเคลื่อน (error catastrophe theory) เชื่อว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้น โมเลกุลของ DNA จะมีการเปลี่ยนแปลงทำให้มีความผิดปกติเกิดขึ้น ความผิดปกตินี้จะค่อยๆ มากขึ้นจนถึงจุดที่ทำให้เซลล์ต่างๆ ของร่างกายเสื่อมและหมดอายุ เป็นผลให้เกิดลักษณะสูงอายุขึ้นทั้งๆ ที่อายุยังน้อย

1.3.2 ทฤษฎีที่ขึ้นกับพันธุกรรม (genetic basis theory) มีผู้ให้ทฤษฎีเกี่ยวกับความสูงอายุไว้หลายทฤษฎีดังนี้

(1) ทฤษฎีการกำหนดจำนวนการแบ่งเซลล์ (finite doubling potential theory) กล่าวว่าแต่ละเซลล์มีจำนวนการแบ่งตัวได้จำกัด เซลล์จึงแก่เมื่อถึงกำหนด

(2) ทฤษฎีการผ่าเหล่า (somatic theory) กล่าวว่าเกิดการผ่าเหล่า (mutation) จะทำให้รหัส DNA เปลี่ยนแปลงไปจากการลอก และแปลรหัสที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ จึงเกิดการสร้างโปรตีนที่ผิดปกติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับกรมีชีวิตต่อไปของเซลล์

(3) ทฤษฎีที่ว่าความมีอายุนั้นถูกกำหนดไว้แล้ว (programmed aging theory) กล่าวว่าเซลล์ของหนังกำพร้า (epidermis) เป็นตัวอย่างอันดีที่แสดงถึงโปรแกรมตั้งไว้ที่ gene เมื่อถึงเวลา

ทำให้นิวเคลียสหมดอายุฟอสเฟตและหายไป และเซลล์ที่ตายหลุดลอกออกมา เซลล์ทุกเซลล์ในร่างกายอยู่ในรายการที่ถูกกำหนดว่าเซลล์จะมีอายุขัยเท่าใด

1.3.3 โปรแกรมของสมอง (brain programming) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าเมื่อเติบโตขึ้น สมองส่วนที่เรียกว่า ไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ในผู้สูงอายุจะส่งสัญญาณมาทำให้ระดับของฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงทำให้หน้าที่ของต่อมต่างๆ ลดลงซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เซลล์เสื่อมสลาย

1.3.4 การเสื่อมสลายของระบบภูมิคุ้มกัน (immune system deterioration) ระบบภูมิคุ้มกันสร้างจากลิมโฟไซต์ ซึ่งเป็นเซลล์ที่ทำหน้าที่คล้ายตำรวจของร่างกาย ทำหน้าที่ต่อต้านการรุกรานของแบคทีเรียและไวรัส ทำหน้าที่ขจัดออกไป รวมทั้งการทำลายพิษด้วย เมื่อเรามีอายุเพิ่มมากขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันเริ่มเสื่อมลง ทำให้ไม่สามารถขจัดสิ่งแปลกปลอมหรือทำลายพิษได้ และในบางกรณีกลับมาทำอันตรายต่อร่างกายให้เกิดโรคขึ้นอีกที่เรียกว่า โรคภูมิคุ้มกันทำลายเนื้อเยื่อตนเอง (autoimmune disease) (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2532 หน้า 10)

โดยสรุปการกำหนดว่าใครเป็นผู้สูงอายุในแต่ละสังคมมีเกณฑ์ทั้งที่เหมือนกันและแตกต่างกันในบางสังคมนอกจากจะดูการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม แล้วยังอาศัยข้อกฎหมายเป็นตัวกำหนด แต่เกณฑ์อย่างหนึ่งที่เป็นสากลและยอมรับโดยทั่วไปคือการพิจารณาความสูงอายุที่ยืดเอาความยาวของชีวิตตามปีปฏิทินเป็นเกณฑ์เบื้องต้น ส่วนใหญ่จะกำหนดไว้ว่าผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นหลัก แต่ที่มีความแตกต่างกันนั้นจะดูความแข็งแรงทางด้านร่างกาย เช่นในพื้นที่ที่มีสภาพอากาศแห้งแล้งเช่นทางอัฟริกาจะเริ่มนับเมื่ออายุ 55 ปี ซึ่งผิดกับพื้นที่ที่มีอากาศหนาวเย็นเช่นทางยุโรปจะเริ่มนับเมื่ออายุ 65 ปี และเป็นที่น่าสนใจที่ว่าในสังคมหนึ่งๆ จะไม่กำหนดเกณฑ์ไว้เพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง แต่จะถือองค์ประกอบรวมๆ และถือเอาอายุเป็นหลัก สำหรับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้วนี้กำหนดไว้ว่า ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60ปี ขึ้นไป ซึ่งสอดคล้องกับการกำหนดความสูงอายุจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ

2. แนวคิดเชิงทฤษฎีทางสังคมวิทยาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การศึกษาเรื่องผู้สูงอายุมีแนวคิดเชิงทฤษฎีที่สำคัญได้แก่

2.1 ทฤษฎีบทบาท (role theory)

การปรับตัวของบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ กล่าวคือเมื่อคนเข้าสู่วัยสูงอายุ เขาจะต้องปรับตัวกับสภาพชีวิตหลายสิ่งหลายอย่าง ซึ่งไม่เหมือนบทบาทเดิมที่เคยมีมาก่อน เช่น การละทิ้งบทบาททางสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมที่เคยปฏิบัติในวัยผู้ใหญ่ ฝายอมรับบทบาททางสังคม

ความสัมพันธ์ทางสังคมในรูปแบบของผู้สูงอายุ (Phillips, 1991 อ้างในบุษยมาต สตินรุประมา, หน้า 21)

Cottrell ได้เสนอแนวความคิดบทบาทของผู้สูงอายุ (age role) ในสังคมอเมริกันว่ามี การปรับตัวจากวัยผู้ใหญ่ไปสู่วัยสูงอายุทั้งหมด 9 ประการ (Wolinsky, F.D., 1980 อ้างในบุษยมาต สตินรุประมา, หน้า 21)) ได้แก่

1. การต้องออกจากงานหรือความเป็นหัวหน้าครอบครัว
2. การต้องออกจากบทบาทของผู้นำในชุมชนและองค์กรต่างๆ
3. การละเว้นจากความผูกพันคู่สมรสเนื่องจากการตายของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง
4. การต้องพึ่งพิงผู้อื่นในเรื่องที่อยู่อาศัย
5. ลดความสนใจลงในการวางแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
6. มีการพึ่งพาและขอรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพิ่มขึ้น
7. อยู่ภายใต้การดูแลของลูกหลาน
8. มีการร่วมสมาคมของผู้สูงอายุ
9. มีการวางแผนในชีวิตแบบวันต่อวัน

โดยเนื้อหาของทฤษฎีบทบาทจะสรุปว่าเมื่อคนๆ หนึ่งแก่ตัวลง คนๆ นั้นก็จะสวม บทบาททางสังคมใหม่ ซึ่งไปด้วยกันกับวงจรชีวิตใหม่ ที่คนๆ นั้นก้าวเข้าไป เมื่อคนๆ หนึ่งก้าวเข้าสู่ วัยสูงอายุ บทบาทความเป็นผู้ใหญ่ก็หายไป แล้วก็จะสวมบทบาทของผู้สูงอายุแทน

แนวคิดเชิงทฤษฎีบทบาทผู้สูงอายุค่อนข้างจะเป็นอุดมคติ และใช้อธิบายได้กับสังคม ตะวันตก แต่ทฤษฎีนี้จะทำให้ผู้ศึกษาเข้าใจว่า เหตุใดผู้สูงอายุบางคนจึงมีปัญหาในการปรับตัวเมื่อ เข้าสู่วัยสูงอายุและจะทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสปรับตัว และแสดงบทบาทของตนเองได้อย่าง เหมาะสม นอกจากนี้สังคมยังเข้ามามีส่วนช่วยในการกำหนดบทบาท โดยให้ผู้สูงอายุมีโอกาส ได้บทบาททางสังคมคืนมา เช่น ในรูปของอาสาสมัคร กลุ่มเพื่อน การทำงานบางส่วน หรือส่งเสริม ในรูปของบทบาท ปู่ย่า ตายาย เพื่อให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ (สุรกิจ เจนอบรม, 2534 หน้า 33)

2.2 ทฤษฎีแห่งกิจกรรม (activity theory)

ทฤษฎีนี้พยายามที่จะอธิบายว่าบุคคลมีพฤติกรรมตอบสนองต่อความสูงอายุและทฤษฎี นี้ยังถือว่าเป็นแนวคิดหลักในการมองผู้สูงอายุ

เดคเคอร์ (Decker, 1980, pp. 130-133) นักทฤษฎีกิจกรรม อธิบายว่า ทฤษฎีกิจกรรม เป็นทฤษฎีที่เก่าแก่ที่สุด และเป็นทฤษฎีทางสังคม ที่มีการพูดถึงอย่างกว้างขวาง โดยแนวคิดทฤษฎี นี้ตั้งอยู่บนพื้นฐาน 3 ประการ คือ

2.2.1 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุสืบเนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถควบคุมพฤติกรรมของตน และสามารถสร้างสถานการณ์ใหม่ขึ้นมาเป็นเครื่องทดแทนสิ่งที่เสียไป เช่น การสูญเสียบุคคลที่รัก การมีชีวิตอย่างโดดเดี่ยว ผู้สูงอายุก็น่าจะพยายามหากิจกรรมอื่นๆ มากระทำเพื่อชดเชยสิ่งที่ขาดไปเหล่านี้

2.2.2 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ สืบเนื่องจากความต้องการทางด้านจิตใจ และด้านการยอมรับทางสังคมที่มีอยู่ในตัวมนุษย์ตลอดมา ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุขาดความต้องการด้านใดด้านหนึ่ง ก็จะหาสิ่งอื่นมาทดแทน

2.2.3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเชื่อว่า กิจกรรมต่างๆ สามารถนำมาชดเชยภาระหน้าที่การงานที่ต้องหมดความรับผิดชอบลงไป การหมดสภาพที่ต้องเลี้ยงดูบุตรหลานและอื่นๆ เหตุนี้การที่ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมต่างๆ พบปะกับบุคคลอื่นๆ จะทำให้สถานะทางสังคมประสบความสำเร็จ และได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นๆ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตัวเองมีคุณค่าในสังคมนั้นๆ บาร์โรว์และสมิธ (Barrow and Smith, 1979, pp. 53-55) ได้กล่าวถึงนักทฤษฎีกิจกรรมหลายท่านที่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับแนวคิดกิจกรรมดังนี้

โรส (Rose, 1965, quoted in McClellan, 1982, p. 723) ได้ให้เหตุผล การมารวมกลุ่มเพื่อมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างกันในกลุ่มผู้สูงอายุนำไปสู่การพัฒนาความรู้ตึกนึ่กคิดในกลุ่มผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงในบรรทัดฐาน (norms) ค่านิยม (values) และทัศนคติเกี่ยวกับตนเอง (self-conception) ของผู้สูงอายุไปในทางที่ดีขึ้น

Decker (1980, p. 133) กล่าวสนับสนุนว่ากิจกรรมทางสังคมเป็นแก่นแท้ของชีวิตและจำเป็นสำหรับทุกวัย กิจกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากการมีบทบาทที่ดีทางสังคม (social well-being) ของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับความคล่องแคล่วที่ยังคงอยู่ ทัศนคติเกี่ยวกับตัวเอง (self-conception) จะดีจะถูกต้องเพียงใดเป็นผลมาจากการสังสรรค์และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทฤษฎีกิจกรรมยืนยันว่าผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้ จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง

จากการศึกษาข้างต้น สรุปได้ว่าทฤษฎีกิจกรรมเป็นทฤษฎีที่เชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีชีวิตที่เป็นสุขได้นั้น ควรมีบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคมอย่างเหมาะสม เช่น การมีงานอดิเรกทำ หรือการเป็นสมาชิกกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพทางเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพ รวมทั้งทัศนคติเกี่ยวกับตนเองด้วย

2.3 ทฤษฎีแห่งความต่อเนื่อง (continuity theory)

ทฤษฎีนี้ (Atchley) มองว่าผู้สูงอายุต้องมีบทบาทต่อเนื่อง ซึ่งสร้างสมมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ และวัยกลางคน ที่ทำให้บุคคลปรับทัศนคติ และค่านิยมต่างๆ ให้เข้ากับบรรทัดฐานของสังคม ผู้สูงอายุที่มีความตระหนัก หรือเตรียมตัวก่อนการเกษียณจะแตกต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ได้มีความตระหนัก หรือเตรียมตัวที่จะเกษียณโดยสรุปแล้วการปรับตัวในวัยสูงอายุนั้นจะประสบความสำเร็จหรือไม่ จึงขึ้นอยู่กับ การดำเนินชีวิตที่ผ่านมา และยังคงไว้ซึ่งบุคลิกภาพ ความพึงพอใจในชีวิตของตนเองที่ผ่านมามีได้ดีเพียงใด บุคคลทั่วไปมักจะเตรียมแนวทางที่ตนเองคิดว่าประสบความสำเร็จในชีวิตของการเป็นผู้สูงอายุมากกว่าที่จะพยายามปรับตนให้เป็นที่ไปตามสังคม

2.4 ทฤษฎีความทันสมัย (modernization theory)

ทฤษฎีนี้สนใจที่จะอธิบายการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรม อันเกิดจากการเติบโตของอุตสาหกรรมและเทคโนโลยี สิ่งเหล่านี้เพิ่มปริมาณสูงขึ้น แต่ส่วนทางกับคุณภาพชีวิตของประชาชนสูงอายุ เพราะมีส่วนกระทบกระเทือนสถานภาพ บทบาท ความสัมพันธ์ทางสังคมดั้งเดิมไปสู่ความสัมพันธ์ทางสังคมในสังคมเมืองแบบอุตสาหกรรมสมัยใหม่ ที่ทำให้ผู้สูงอายุซึ่งเคยมีสถานภาพบทบาททางสังคมสูง ต้องเปลี่ยนแปลงไปสู่การมีสถานภาพและบทบาททางสังคมที่ลดถอยลง

Cowgill เสนอว่าปรากฏการณ์ของผู้สูงอายุในสังคมที่มีวัฒนธรรมต่างกัน จะมีความเหมือนกันบางประการที่เรียกว่าลักษณะทั่วไป (universals) และความต่างที่เรียกว่าลักษณะแปรผัน (variation) มีลักษณะทั่วไปและลักษณะความแตกต่างที่ผันแปรมีดังนี้ (Schwartz, 1984 อ้างในบุษยมาศ ลินรุประมา, หน้า 24)

Aging and Modernization: Universals and Variation in Pattern of Behavior across Cultures

ปรากฏการณ์ที่มีลักษณะทั่วไป (universals)

1. ผู้สูงอายุเป็นประชากรกลุ่มน้อยในประชากรทั้งหมด
2. ผู้สูงอายุจะเป็นผู้หญิงมากกว่าชาย
3. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นหม้าย
4. ในทุกสังคม คนบางกลุ่มถูกจัดแยกไว้แล้วว่าเป็นผู้สูงอายุ และได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไป
5. มีแนวโน้มที่ปรากฏอยู่ทั่วไปว่าผู้สูงอายุจะมีบทบาทในงานเกี่ยวกับการนั่งโต๊ะเป็นที่ปรึกษา ควบคุมดูแลกิจกรรมต่างๆ มากกว่างานที่ใช้กำลัง และขณะเดียวกันจะมีความเกี่ยวข้องในการรักษาสถานภาพกลุ่มมากกว่าการผลิตในเชิงเศรษฐกิจ

6. ในทุกสังคมจะมีจารีตกำหนดความรับผิดชอบร่วมกัน ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานที่เป็นผู้ใหญ่

7. ผู้สูงอายุบางคนยังคงมีบทบาทในฐานะทางการเมือง กระบวนการยุติธรรมและกิจการพลเรือน

8. ทุกสังคมมีค่านิยมให้ความสำคัญกับชีวิต และการยืดชีวิตให้ยาวไปแม้กระทั่งอยู่ในวัยชรา

ปรากฏการณ์ซึ่งแปรผันระหว่างสังคม (variations)

1. ในส่วนที่เกี่ยวกับความสูงอายุ และความทันสมัยนั้น ในสังคมดั้งเดิมบุคคลได้รับการจัดว่าเป็นผู้สูงอายุเมื่อยังมีอายุน้อยกว่าในสังคมสมัยใหม่

2. การเป็นผู้สูงอายุในสังคมสมัยใหม่ถูกกำหนดโดยอายุเป็นประการสำคัญ แต่ในสังคมดั้งเดิมและสังคมแบบอื่นๆ ถูกกำหนดโดย ปัจจัยสำคัญอื่น เช่น การเป็น ปู่ย่า ตายาย เป็นต้น

3. การมีชีวิตยืนยาวมีความสัมพันธ์โดยตรง และอย่างมีนัยสำคัญกับระดับของภาวะทันสมัย

4. สังคมทันสมัย จะมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุมากกว่าสังคมแบบอื่นๆ

5. สังคมสมัยใหม่มีสัดส่วนประชากรสตรี โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีที่มีอายุสูงกว่าสังคมแบบอื่น

6. สังคมทันสมัยมีสัดส่วนของประชากรผู้เป็น ปู่ย่า ตายาย หรือ ทวด มากกว่าสังคมแบบอื่น

7. ผู้สูงอายุมีสถานภาพสูงในสังคมดั้งเดิม แต่มีสถานภาพต่ำกว่าและไม่ชัดเจนในสังคมสมัยใหม่

8. ในสังคมดั้งเดิม ผู้สูงอายุจะดำรงตำแหน่งสำคัญทางการเมืองและเศรษฐกิจ แต่ในสังคมสมัยใหม่ ผู้สูงอายุส่วนน้อยที่ได้ตำแหน่งดังกล่าว

9. ในสังคมที่ให้การเคารพนับถือหรือบูชาบรรพบุรุษ ผู้สูงอายุจะมีสถานภาพสูง

10. เมื่อมีประชากรสูงอายุเป็นสัดส่วนน้อยของประชากร ผู้สูงอายุจะมีสถานภาพสูง และสถานภาพจะลดต่ำลง เมื่อจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้น

11. เมื่อสังคมมีอัตราการเปลี่ยนแปลงสูง สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุจะลดถอยลงในอัตราสูงด้วยเช่นกัน

12. ความมีเสถียรภาพในที่อยู่อาศัยทำให้ผู้สูงอายุมีสถานภาพสูง แต่การไม่มีเสถียรภาพในที่อยู่อาศัย หรือการย้ายถิ่นมักจะทำให้สถานภาพลดต่ำลง

13. ในสังคมเกษตรกรรมผู้สูงอายุมีสถานภาพสูงกว่าในสังคมเมือง

14. ในสังคมที่ไม่รู้หนังสือ (preliterate societies) ผู้สูงอายุมักมีสถานภาพสูง แต่เมื่อระดับการรู้หนังสือในสังคมทวีสูงขึ้น สถานภาพของผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มลดต่ำลง

15. ในสังคมซึ่งผู้สูงอายุสามารถทำหน้าที่ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ และมีคุณค่าต่อสังคม ผู้สูงอายุมักจะมีสถานภาพสูง แต่อย่างไรก็ดีข้อสรุปดังกล่าวขึ้นอยู่กับระบบค่านิยมของสังคมและกิจกรรมของผู้สูงอายุด้วย

16. การเกษียณอายุการทำงานเป็นปรากฏการณ์ใหม่และส่วนใหญ่พบในสังคมสมัยใหม่ ซึ่งมีภาวะการผลิตสูง

17. ผู้สูงอายุมีสถานภาพสูงในสังคมซึ่งมีครอบครัวแบบขยาย (extended family) และมีแนวโน้มที่จะมีสถานภาพต่ำลงในสังคมซึ่งมีครอบครัวเดี่ยว (neolocal marriage)

18. เมื่อสังคมทันสมัยขึ้น ความรับผิดชอบในการจัดบริการด้านความมั่นคงทางเศรษฐกิจแก่ผู้สูงอายุที่มีความต้องการพึ่งพิงบริการดังกล่าว จะเปลี่ยนแปลงจากหน้าที่ของครอบครัวมาเป็นภาระของรัฐ

19. ความทันสมัยของสังคมทำให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาภาวะการเป็นผู้นำของตนได้ลดน้อยลง

20. ในสังคมแบบดั้งเดิม บทบาทของสตรีห้ำหั่นมักเป็นบทบาทสืบทอดกันมาอย่างชัดเจน แต่เมื่อสังคมทันสมัยขึ้นบทบาทเช่นนั้นจะมีความชัดเจนน้อยลง ดังนั้นบทบาทของสตรีห้ำหั่นในสังคมสมัยใหม่จึงมักยืดหยุ่นและไม่ชัดเจน

21. ระบบค่านิยมแบบปัจเจกชนนิยมตามแบบแผนของสังคมตะวันตก มักจะทำให้สถานภาพและเสถียรภาพของผู้สูงอายุลดน้อยลง

22. ในสังคมโบราณหรือสังคมเกษตรกรรม การแยกตัวอยู่ตามลำพังมิใช่ลักษณะสำคัญของผู้สูงอายุ แต่เมื่อสังคมมีระดับการเป็นสังคมทันสมัยสูงขึ้น การแยกตัวอยู่ตามลำพังของผู้สูงอายุมักจะปรากฏสูงขึ้น

จากการศึกษาของ Cowgill และ Holmes พบว่ามีกระบวนการพื้นฐาน 4 ประการซึ่งทำให้เกิดการทำให้ทันสมัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เทคโนโลยีด้านเศรษฐกิจ ความเป็นเมือง (urbanization) และการศึกษาแผนใหม่ กระบวนการเหล่านี้ทำให้สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุต่ำลง

ทฤษฎีความทันสมัยได้กล่าวถึงการสูญเสียสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ในสังคมที่เปลี่ยนผ่านจากการเกษตรไปสู่ความป็นอุตสาหกรรม ในสังคมเกษตรกรรม ผู้สูงอายุจะเป็นผู้ควบคุมทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ที่ดิน และเป็นศูนย์กลางของครอบครัวในด้านศาสนา แต่ในสังคมอุตสาหกรรมหรือสังคมเมือง การควบคุมทรัพยากรทางเศรษฐกิจซึ่งได้แก่ทุน กระจาย

มากขึ้น การแข่งขันในระบบเศรษฐกิจแบบเมืองเน้นที่ประสิทธิภาพในการผลิต การประเมินมาตรฐานในการผลิตมักจะใช้เกณฑ์ของวัยแรงงาน ซึ่งมักจะเป็นคนหนุ่มสาวมากกว่าผู้สูงอายุ ทั้งๆ ที่ผู้สูงอายุเคยผ่านประสบการณ์ และมีความรู้สะสมมาโดยตลอดชีวิต กลับมีความสำคัญและมีคุณค่าลดลงในสังคมเมืองแบบอุตสาหกรรม เพราะว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในเชิงเศรษฐกิจน้อยกว่าคนหนุ่มสาว

สรุปว่าแนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการศึกษาผู้สูงอายุนั้น มีหลายทฤษฎีโดยมาก มีจุดเริ่มต้นและพัฒนาการมาจากสังคมตะวันตก ซึ่งมีทั้งจุดเด่นและจุดบกพร่อง แนวคิดหรือทฤษฎีเหล่านี้มีความสำคัญต่อการกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา อาจนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิเคราะห์สังคมไทยได้ ดังเช่น การนำเอาทฤษฎีบทบาทมาเปรียบเทียบความแตกต่างในกลุ่มผู้สูงอายุ 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้นำครอบครัวและมีบทบาทการเป็นผู้นำสูงในสังคมเกษตรกรรม มีอำนาจในการตัดสินใจและสั่งการ เมื่อสูงอายุขึ้นก็ยังคงแสดงบทบาทได้ค่อนข้างชัดเจน ต่างไปจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องหมดภาระหน้าที่จากการทำงานประจำโดยการเกษียณอายุและไม่มีโอกาสได้แสดงบทบาทผู้นำอีกต่อไปจึงทำให้เกิดความผิดหวัง ท้อถอยเหมือนตนเองไร้ค่า เมื่อสังคมให้โอกาสคนกลุ่มนี้เข้ามามีบทบาทในการเป็นผู้นำ บุคคลเหล่านี้จะยังคงแสดงบทบาทของตนได้ดี และเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้มาก เพราะจะเป็นการทดแทนบทบาทหน้าที่เดิมที่ต้องสูญเสียไป จะพบว่าให้ความสำคัญกับการเข้าร่วมกิจกรรมของบุคคลโดยไม่จำกัดวัย แต่กิจกรรมจะต่างกันออกไป สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ยังคงมีกิจกรรมร่วมกันในหลายกิจกรรม เช่น การร่วมกันปฏิบัติภารกิจทางศาสนา ภาระกิจของชมรมผู้สูงอายุ และภาระกิจของการเป็นบุคคลที่บุตรหลานให้ความเคารพนับถือ ตั้งแต่เป็นพ่อแม่ จนต่อเนื่องมาถึงบทบาทของ ปู่ย่า ตายาย ถึงแม้สังคมสมัยใหม่จะทำให้ผู้สูงอายุมีสถานภาพและบทบาททางสังคมลดถอยลงไป แต่ความเป็นสังคมไทย ยังมีได้เลวร้ายไปเสียทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์, สุรีย์ บุญญานพวงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ (2533) พบว่าบทบาทของผู้สูงอายุไทยในครอบครัวยังไม่ลดต่ำลงอย่างที่วิตกโดยทั่วไป แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงได้รับการยอมรับจากสมาชิกในครอบครัวโดยยังอยู่ในฐานะหัวหน้าครอบครัว

3. การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ เป็นไปตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงของชีวิต มีอัตราการเปลี่ยนแปลงต่างกันทั้งในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้น ลักษณะการเปลี่ยนแปลงจะเป็นการลดอัตราความเจริญลงไปสู่ความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ และความเสื่อม จะเพิ่ม

มากขึ้นตามลำดับ มีผลกระทบต่อตัวบุคคลทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม (เกษมและกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528, หน้า 5) แต่การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุจะเกิดขึ้นไม่เท่ากันทุกคน ซึ่งพอประมวลได้ 3 ประการ คือ (เกษม และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528, หน้า 6-10; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2533, หน้า 60-80)

3.1 การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (biological change)

ร่างกายของผู้สูงอายุ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต เซลล์ต่างๆ ในร่างกายส่วนใหญ่ทำงานลดน้อยลง 30 เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว ขนาดของเซลล์ที่เหลือจะโตขึ้นเพราะมีไขมันมาเสริมมากขึ้น ปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ปริมาณน้ำในเซลล์ลดลง แต่ปริมาณน้ำนอกเซลล์ยังคงเดิมหรือลดลงเพียงเล็กน้อย จึงทำให้ปริมาณน้ำทั้งหมดในร่างกายลดลง การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้จะทำให้น้ำหนักของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในแต่ละระบบของผู้สูงอายุสรุปได้ดังนี้

3.1.1 ระบบผิวหนัง (integumentary system)

ลักษณะของผิวหนังจะบางเหี่ยวมาก เซลล์ผิวหนังลดลง เซลล์ที่เหลือเจริญช้า การสร้างเซลล์ใหม่ลดลง น้ำและไขมันใต้ผิวหนังลดลงทำให้การหายใจของแผลช้าลง ผิวหนังเหี่ยวย่น และความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี การไหลเวียนของโลหิตลดลงเกิดแผลได้ง่ายเกิดอาการลมแดด (heat stroke) ทำให้ผิวหนังแห้งคันและแตกง่าย

ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลง การทำงานน้อยลงทำให้ไม่สามารถขับเหงื่อได้ เป็นผลให้ความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิลดลง ทำให้ผู้สูงอายุทนต่อความร้อนหนาวได้ไม่ดี

ผมและขนมีจำนวนลดลง ผมสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือสีขาว ผมร่วงและแห้งง่าย อันเป็นผลมาจากการไหลเวียนของเลือดบริเวณศีรษะลดลง เส้นผมได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เล็บแข็งและหนาขึ้น สีเล็บเปลี่ยนเป็นสีเหลืองมากขึ้น

3.1.2 ระบบประสาทและประสาทสัมผัส (nervous system and special sense)

เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง ขนาดสมองลดลง จะมีน้ำหล่อเลี้ยงสมองขึ้นมาแทน ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทช้าลงเป็นเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ช้าลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำความสามารถในการเรียนรู้ลดลง จนบางครั้งทำให้อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวทำงานไม่สัมพันธ์กันทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ๆ แต่ความจำเรื่องราวเก่าๆ ได้ดี ความสามารถในการเรียนรู้ใหม่ลดลง การมองเห็นไม่ดีเนื่องจากสายตาวาว ม่านตาหดและแข็งทำให้ขนาดของรูม่านตาเล็กลง ทำให้ปฏิกิริยาต่อแสงช้าลง มีการปรับตัวการมองเห็นในที่มืดหรือเวลากลางคืนไม่ดี กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ความสามารถในการอ่านและเห็นด้วยตาแคบลง นอกจากนี้อาจจะพบต่อกระดูกและข้อหินในผู้สูงอายุได้มาก

การได้ยินไม่ดีมีอาการหูตึงมากขึ้น เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในรวมกับการทำหน้าที่ของเส้นประสาทคู่ที่ 8 (Auditory nerve) ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการได้ยินสูญเสียหน้าที่ไปทำให้ความสามารถในการแยกเสียงเสื่อมลง โดยเฉพาะเสียงพูด นอกจากนี้ถ้าหูชั้นในเสื่อมจะทำให้เสียการทรงตัวในขณะที่เปลี่ยนท่า รู้สึกบ้านหมุนหรือมีเสียงซ้ำในหูตลอดเวลา

การรับกลิ่นและรสไม่ดีเพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก ทำให้ผู้สูงอายุไม่รับรู้กลิ่นที่อาจก่อให้เกิดอันตราย เช่น กลิ่นไฟไหม้ กลิ่นแก๊สรั่ว และเนื่องจากคúmรับรสทำงานน้อยลง การรับรสของลิ้นเสียไป ทำให้ผู้สูงอายุเมื่ออาหารและอาจมีผลทำให้ชอบรับประทานอาหารรสจัดขึ้น

3.1.3 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (musculoskeleton system)

จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง มีพังผืดเข้ามาแทนที่ กำลังการหดตัวและระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวแต่ละครั้งจะนานขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวช้าลง พร้อมกันนี้อัตราการเสื่อมของกระดูกจะมากกว่าอัตราการสร้างกล้ามเนื้อ ความทนทานและความอ่อนไหวลดลง เป็นสาเหตุให้การเคลื่อนไหวลำบาก เนื่องจากกล้ามเนื้อไม่มีแรง หกล้มได้ง่าย

เซลล์กระดูกลดลง มีอัตราการเสื่อมของกระดูกมากกว่าการสร้าง เนื่องจากมีการสลายแคลเซียมออกจากกระดูกมากขึ้น กระดูกของผู้สูงอายุจึงเปราะและหักง่าย ผลการเปลี่ยนแปลงที่กระดูกทำให้เกิดการหลังโกงหรือหลังค่อมได้ นอกจากนี้ในผู้สูงอายุยังมีการเสื่อมของข้อต่างๆ มากขึ้นเนื่องจากน้ำไขข้อลดลง ทำให้การเคลื่อนไหวไม่สะดวก เกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบทำให้มีอาการปวดตามข้อ

3.1.4 ระบบไหลเวียนโลหิต (cardiovascular system)

ในผู้สูงอายุนระบบการไหลเวียนของโลหิตมีการเปลี่ยนแปลงดังนี้ กล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ มีเนื้อเยื่อพังผืด ไขมันและสารไลโปฟัสซินมาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น ลิ้นหัวใจหนาและแข็งขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้การเปิดปิดของหัวใจไม่ดี เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง กำลังการหดตัวลดลง ระยะของการหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจลดลง และกล้ามเนื้อมีความไวต่อสิ่งเร้าลดลง

หลอดเลือดเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมมากขึ้น ผนังหลอดเลือดฝอยหนาขึ้นทำให้การแลกเปลี่ยนอาหารและของเสียลดลง ผนังหลอดเลือดมีความยืดหยุ่นลดลง เส้นใยอิลาสตินมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้นทำให้หลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) รูภายในหลอดเลือดแคบลง มีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย ความต้านทานของหลอดเลือดฝอยปลายทางเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความดันภายในหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดให้เพียงพอกับการทำงานของร่างกาย ดังนั้นระดับความดัน systolic และ diastolic เพิ่มขึ้น ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลงซึ่งพบมากบริเวณ สมอง หัวใจ และไต ทำให้อวัยวะเหล่านี้ทำงานลดลง เกิดการเสื่อมและตายในที่สุด

3.1.5 ระบบทางเดินหายใจ (respiratory system)

หลอดลมและปอดมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของปอดลดลง เพราะเส้นใยอิลาสตินลดลง ความแข็งแรงและกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าและออกลดลง กระจกซี่โครงมีการเคลื่อนไหวลดลง เพราะมีแคลเซียมมาเกาะที่กระดูกอ่อนชายโครงมากขึ้นปอดยืดขยาย และหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศโดยการหายใจลดลง ถุงลมมีจำนวนลดลง ส่วนถุงลมที่เหลือมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่าย จึงทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ง่าย การขยายของผนังทรวงอกถูกจำกัด ความแข็งแรงของทรวงอกคงใช้แต่กระบังลมทำให้หายใจลำบาก ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเหนื่อยง่าย

3.1.6 ระบบทางเดินอาหาร (digestive system)

ฟันจะไม่แข็งแรง เคลือบฟันบางลงและแตกง่าย เหงือกที่หุ้มคอฟันร่นลงไป เซลล์สร้างฟันลดลง จะมีเนื้อเยื่อและพังศึคเข้ามาแทนที่มากขึ้นทำให้การสร้างฟันลดลงทั้งปริมาณและคุณภาพ ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวก ต้องรับประทานอาหารอ่อนและย่อยง่าย ส่วนมากเป็นสารอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต ต่อมน์น้ำลายเสื่อมหน้าที่ การผลิตเอนไซม์และน้ำลายลดลง ปากและลิ้นแห้ง มีการติดเชื้ในปากมากขึ้น การรับรสเสียไปซึ่งเป็นสาเหตุของการเบื่ออาหาร การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง หลอดอาหารมีขนาดกว้างขึ้นเนื่องจากกล้ามเนื้อของหลอดอาหารและคอหอยอ่อนกำลังลง ทำให้ระยะเวลาในการผ่านหลอดอาหารช้าลง กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัวและทำงานช้าลง ทำให้อาหารในกระเพาะอาหารสามารถย้อนกลับขึ้นมาในหลอดอาหารได้ง่าย ทำให้เกิดความรู้สึกแสบยอดอก

การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และการทำงานของกล้ามเนื้อในกระเพาะอาหารลดลง อาหารจึงอยู่ในกระเพาะนานขึ้น ทำให้รู้สึกหิวน้อยลง เยื่อบุกระเพาะอาหารโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณแอนทรม์และพินดัสบางลงและฝ่อจึงทำให้การผลิตน้ำย่อย กรดเกลือและเอนไซม์ต่างๆ ในกระเพาะลดลง และเนื่องจากการลดระดับกรดเกลือใน

กระเพาะอาหาร จึงทำให้การดูดซึมแร่ธาตุแคลเซียมและธาตุเหล็กลดลง ทำให้เป็นโรคกระดูกพรุนและโลหิตจางได้ง่าย

3.1.7 ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ (genitourinary system)

(1) ระบบทางเดินปัสสาวะ

ประสาทที่ควบคุมการถ่ายปัสสาวะเสื่อม ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่ได้ดี ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง ผู้สูงอายุจึงมีปัสสาวะกระปริดกระปรอยไม่เป็นเวลา นอกจากนี้อาจเป็นผลมาจากการเพิ่มแรงดันในกระเพาะปัสสาวะเนื่องจากท้องผูก มดลูกหย่อน ต่อมลูกหมากโต หรือได้รับน้ำน้อย

(2) ระบบสืบพันธุ์

ในผู้ชายมีการผลิตเชื้ออสุจิน้อยลง ในเพศหญิงรังไข่จะฝ่อ มดลูกมีขนาดเล็กลง ปากมดลูกเหี่ยวลง น้ำหล่อลื่นลดลง ช่องคลอดแคบและสั้น เยื่อช่องคลอดบางลง ทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง และรู้สึกเจ็บขณะร่วมเพศ นอกจากนี้อาจเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

3.1.8 ระบบต่อมไร้ท่อ (endocrine system)

ต่อมใต้สมองมีการเปลี่ยนแปลงและทำงานลดลง ทำให้การส่งฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง ต่อมธัยรอยด์น้อยลง ต่อมหมวกไตทำงานน้อยลง ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ตับอ่อนมีการผลิตอินซูลินลดลง เนื้อเยื่อต่างๆ ภายในร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินลดลงกว่าปกติ ทำให้ผู้สูงอายุเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าคนหนุ่มสาว ต่อมเพศทำงานลดลงและไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง ในเพศหญิงรังไข่หยุดทำงาน ทำให้ไม่มีประจำเดือน ไม่มีการหลั่งของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจนเทอโรน ทำให้ระบบสืบพันธุ์เสื่อมลง และสูญเสียหน้าที่

3.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological change)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ในผู้สูงอายุนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและทางสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ทำให้จิตใจหดหู่ วิตกกังวล ซึมเศร้า ขาดความกระตือรือร้น เป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล การปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่างๆ รวมทั้งทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยบ่อย หากมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีด้วยแล้ว ยิ่งทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอีก นอกจากนี้ สุรกิจ เจนอบรม (2534, หน้า 19-20) ได้กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่างๆ ประกอบด้วย

3.2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เนื่องจากเพื่อน บุคคลที่เป็นญาติสนิทหรือคู่ชีวิต ต้องตายหรือแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพลัดพรากจากบุคคล อันก่อให้เกิด ความซึมเศร้าได้ง่าย

3.2.2 การสูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจเนื่องจากต้องออกจากการทำงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดน้อยลง เนื่องจากหมดภาระติดต่อทางด้านธุรกิจการงาน หรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่ง ไร้คุณค่า ไร้มีความหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคมและ ขณะเดียวกันทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ที่เกิดขึ้น

3.2.3 การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว ในวัยสูงอายุ บุตรธิดามักจะมีครอบครัว ของตนเอง และโดยเฉพาะลักษณะทางสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับบุตรหลานของตนลดลง บทบาทใน ด้านการให้คำปรึกษาดูแลและสั่งสอนจึงน้อยลง

3.2.4 การไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศ นับเป็นการสูญเสียทางจิตใจที่สำคัญ ทั้งนี้เพราะการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย ทำให้ไม่สามารถสนองความต้องการทางเพศ ได้ ทั้งๆที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่ โดยเฉพาะผู้สูงอายุชาย นอกจากนี้ เหตุผลทางสังคม วัฒนธรรม โดยเฉพาะเจตคติของสังคมที่มีต่อเพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุว่าเป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสม นับว่าเป็นสิ่งที่ขัดขวางความต้องการทางเพศ และมีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ เกิดความวิตก กังวล และมีความหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิต

3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม (social change)

ในวัยสูงอายุการปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะเริ่มลดลง ทั้งนี้เนื่องจากภาระหน้าที่และ บทบาททางสังคมที่ลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีความลำบากในการปรับตัว จนก่อให้เกิดความเจ็บ ป่วยทางกายและจิตตามมา เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528, หน้า 80-82) ได้ กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ดังนี้

3.3.1 การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม ในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่มีผู้สูงอายุ เป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการและสนับสนุนพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลาน และอยู่ ในฐานะที่ควรเคารพบูชา ขอมอบนับถือ แต่ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไปในลักษณะสังคม อุตสาหกรรมที่มีแต่การแข่งขัน มองเห็นแต่ประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยลดลง การรับรู้ของ

คนรุ่นใหม่ส่วนใหญ่ได้มาจากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับและการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบกับความโดดเดี่ยว รู้สึกถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งทางใจ

3.3.2 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงานตลอดจนบทบาทในครอบครัวย่อมเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลและหาเลี้ยงครอบครัว ต้องกลับกลายมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัยเป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี มีความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดความอับอาย และคิดว่าตนเองเป็นตัววิญหาหรือภาระของสังคม

3.3.3 ความคับข้องทางสังคม การปลดเกษียณ และการที่บุตรหลานหรือสังคมต่างหวังดีที่จะให้ผู้สูงอายุหยุดรับผิดชอบในภารกิจต่างๆ ที่เคยปฏิบัติ ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก มีความรู้สึกน้อยใจและเสียใจ ทั้งนี้เพราะการเป็นผู้สูงอายุมิได้หมายความว่าเป็นผู้ขาดสมรรถภาพการทำงาน แต่ควมมีอายุกลับทำให้คนเรารู้สึกต้องการยอมรับมากขึ้น

3.3.4 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไป หน้าที่รับผิดชอบและงานที่ต้องใช้ความคิดนับไวจะลดลง การยอมรับพิจารณาอบหมายงานของชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่มไม่กล้าแสดงออก ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง ต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดสูง

3.4 ปัญหาของผู้สูงอายุ

จากคู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (2531, หน้า 1-3, 87-90; จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ, 2533, หน้า 8-12) ได้สรุปปัญหาของผู้สูงอายุไว้ดังนี้

3.4.1 ความเจ็บป่วย

ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่พบว่ามีปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพราะการมีความเสื่อมทางด้านร่างกายจะส่งผลถึงจิตใจ จากการศึกษาของนิตา ชูโต (อ้างใน บรรลุ ศิริพานิช, 2525, หน้า 13) สถาบันวิจัยสังคมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้ศึกษาพบว่าร้อยละ 66.4 ของผู้สูงอายุไทยมีปัญหาทางสุขภาพ ผู้สูงอายุหญิงจะมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุชาย การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติตนไม่ถูกสุขลักษณะ ขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง นภาพร ชโยวรรณ และมาลินี วงศ์สิทธิ์ ได้ศึกษาเมื่อปี 2529 พบว่าอาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุ เป็นเรื่องเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ ข้อ และกระดูก ระบบย่อยอาหาร ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท และอวัยวะสัมผัส โรคเกี่ยวข้องกับต่อมภายในโภชนาการและเมตาบอลิซึม

(นภาพร ชโยวรรณและมาลินี วงศ์สิทธิ์, 2532, หน้า 27) ส่วนใหญ่ปัญหาสุขภาพจิตนั้นผู้สูงอายุหญิงมีปัญหามากกว่าผู้สูงอายุชายเพราะผู้สูงอายุหญิงส่วนใหญ่เป็นหม้าย ขาดคู่คิดปรึกษา การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม การสูญเสียอำนาจ การสูญเสียบทบาททางสังคม การตายจากไปของสามีหรือภรรยา ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า โดดเดี่ยว ซึมเศร้า นำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์และมีพฤติกรรมที่ผิดปกติได้ง่าย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยผู้อื่นและผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังในครอบครัวกับเด็กๆจะมีปัญหาทางด้านจิตใจมาก

3.4.2 การศึกษา

ผู้สูงอายุไทยมีอัตราการรู้หนังสือต่ำกว่าประชากรกลุ่มอื่นมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงจะต่ำกว่าผู้สูงอายุชาย การขาดการศึกษา อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ ทำให้ขาดความรู้พื้นฐานที่จะพัฒนาความรู้ด้านการป้องกันโรค ละเลยการรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองตั้งแต่วัยเด็กและวัยผู้ใหญ่จนเข้าสู่ผู้สูงอายุ เป็นปัญหาต่อเนื่องระยะยาวตลอดมา จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดำจะมีปัญหาด้านสุขภาพมาก

3.4.3 ด้านเศรษฐกิจ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ มักมีอาชีพทางเกษตรกรรม หรืองานรับจ้างที่รายได้ไม่แน่นอน รายได้ต่ำ ขาดหลักประกันหลังจากหยุดงานที่เคยทำเนื่องจากความสูงอายุ และสังคมปัจจุบันให้ออกาสผู้สูงอายุทำงานน้อยลง เพราะสังคมพยายามจัดการทำงานแบบมีประสิทธิภาพ คนงานจะได้รับการเลือกเฟ้นให้ทำงานในวัยและระยะเวลาที่เขาสามารถทำได้มากที่สุดเท่านั้นและมีแนวโน้มที่จะให้คนออกเมื่อถึงเวลาอันสมควร จึงเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุไม่มีงานทำ ทำให้ขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ความวิตกกังวลสูง ซึ่งจะเกี่ยวโยงไปถึงสุขภาพร่างกายด้วย ผู้สูงอายุที่วิตกกังวลสูงอยู่เสมอสุขภาพจะเสื่อมโทรม เจ็บป่วยได้ง่าย ทำให้หมดเปลืองเงินทองในการรักษาพยาบาล เป็นวงจรกระทบซึ่งกันและกันอย่างไม่รู้จบ โดยเฉพาะครอบครัวผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย

3.4.4 ด้านสังคมและวัฒนธรรม

เนื่องจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมเปลี่ยนไป มีการพัฒนาความเป็นเมืองมากขึ้น มีการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม มีการใช้เทคโนโลยีและเครื่องทุ่นแรงในการผลิต ทำให้บุตรหลานเริ่มมีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป มองค่าผู้สูงอายุต่ำลง ไม่ต้องพึ่งพาเรื่องการถ่ายทอดความรู้ อาชีพ และประสบการณ์จากผู้สูงอายุ เห็นคุณประโยชน์ของผู้สูงอายุเพียงเป็นผู้เฝ้าบ้าน ความเคารพยกย่องให้เกียรติเริ่มลดลง มองผู้สูงอายุว่าเป็นผู้หมดความสามารถ ผู้สูงอายุก็จะมีปฏิกิริยา คือ เลิกเกี่ยวข้องกับสังคม ซึ่งจะคล้ายกับผู้สูงอายุทางสังคมตะวันตก แต่ถ้าสังคมมีมโนทัศน์ต่อผู้สูงอายุว่าเป็นผู้มีประสบการณ์สูง มีปัญญา มีบารมี ยังสามารถทำประโยชน์ให้สังคม

ได้ และช่วยส่งเสริมบทบาทที่ผู้สูงอายุจะทำได้ ก็จะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาตนเอง ร่วมทำประโยชน์ต่อสังคมเท่าที่ศักยภาพของตนจะทำได้ การแพร่กระจายของสังคมตะวันตกมายังสังคมไทย ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาเกี่ยวกับลูกหลาน มีความขัดแย้งกันระหว่างค่านิยมและพฤติกรรมต่างๆ ของวัยรุ่นปัจจุบันก่อให้เกิดปัญหาระหว่างวัย ผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็นผู้ล้าสมัย พูดไม่ค่อยรู้เรื่อง จู้จี้ ขี้บ่น ลูกหลานไม่ยอมให้ใกล้ชิด ทำให้ผู้สูงอายุน้อยใจ เกิดความเครียด แยกตัวเอง ขาดสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว มีความรู้สึกคล้ายตัวเองเป็นส่วนเกิน เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายชีวิต ซึ่งถ้าผู้สูงอายุไม่พัฒนาตนเองจะทำให้เกิดปัญหาและความขัดแย้งกับบุตรหลานมากยิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตั้งแต่การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายส่งผลทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บตามมา การที่ทราบว่าการเปลี่ยนแปลงร่างกายของผู้สูงอายุมีสาเหตุมาจากความเสื่อมสภาพหรือการทำงานผิดปกติของอวัยวะในร่างกาย การเตรียมความพร้อมให้กับกลุ่มผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพื่อที่จะแก้ไขข้อบกพร่องหรือเสริมสร้างการทำงานของร่างกายให้ทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสมและยืนยาวต่อไป การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะส่งผลถึงสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ นอกจากนั้นวัยสูงอายุยังต้องพบกับการสูญเสีย อันได้แก่บุคคลอันเป็นที่รัก สูญเสียสถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ สูญเสียสัมพันธภาพที่เคยมีกับบุคคลอื่นๆ หรือการไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศ ปัญหาเหล่านี้ถ้าผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจ สามารถเตรียมพร้อมต่อสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นย่อมสามารถลดความรุนแรงลงได้ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกด้านหนึ่งคือการเปลี่ยนแปลงทางสังคม วิถีชีวิตของสังคมไทยเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุเคยเป็นบุคคลสำคัญที่บุตรหลานให้ความเคารพนับถือ แต่พอสังคมเปลี่ยนไปมีความก้าวหน้าของเทคโนโลยีเข้ามา บทบาทหน้าที่ของบุคคลอันจะพึงมีต่อกันจึงเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุถูกลดบทบาทที่เคยมี ต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้นำเป็นผู้อาศัยงานที่เคยทำถูกจำกัดไว้เฉพาะคนอีกกลุ่มหนึ่ง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ถ้าผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าใจเตรียมการแก้ไขไว้ล่วงหน้า จะสามารถ ดูแล สนับสนุนให้ผู้สูงอายุแสดงบทบาทที่เหมาะสม จะเป็นการพัฒนาไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

สำหรับปัญหาของผู้สูงอายุที่สรุปได้ จากการศึกษากลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง จะพบว่า เรื่องการเจ็บป่วยเป็นปัญหาสำคัญและพบได้มากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีสาเหตุมาจากความเสื่อมของร่างกาย การไม่รู้หนังสือทำให้ผู้สูงอายุขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ ขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เกิดความวิตกกังวล ทำให้ร่างกายเสื่อมโทรม สิ้นเปลืองเงินในการรักษาเป็นวงจรที่เกิดขึ้นและยังคงดำเนินต่อไป เช่นเดียวกับปัญหาทางสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไปมองผู้สูงอายุ

ว่าเป็นผู้ไร้สมรรถภาพในการทำงาน ดังนั้นถ้าสังคมเข้าใจช่วยเสริมบทบาทที่ผู้สูงอายุยังพอทำได้ จะช่วยพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้เป็นผู้ที่มีคุณภาพประโยชน์ ส่งผลถึงการมีสุขภาพจิตที่ดีและมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตต่อไป

4. การสนับสนุนทางสังคม

4.1 แนวความคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของมนุษย์ ซึ่งได้รับความสนใจจากนักวิจัยเป็นอย่างมาก มีผู้ที่ศึกษาได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนไว้มากมาย ซึ่งส่วนใหญ่จะศึกษาโดยใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 2 กลุ่ม คือ (Callaghan & Morrissey, 1993, pp.203-210)

4.1.1 ทฤษฎีตัวกันชน (the buffer theory) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการป้องกันและรักษาภาวะเจ็บป่วย เป็นตัวแทนที่ทำหน้าที่เหมือนตัวกันชนรองรับสถานการณ์เครียดที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพของบุคคล และเป็นแหล่งประโยชน์ในการต้านทานความเครียด ในกลุ่มนี้ยังมีการให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีแนวคิดที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันไป เช่น

แคปแลน (Caplan, 1981, pp.413-420) มองการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นแหล่งประโยชน์และแหล่งด้านความเครียด ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่จะช่วยส่งเสริมให้มีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ง่ายขึ้น ทำให้ภาวะวิกฤตลดความรุนแรงลงไป ซึ่งมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมกับความรู้สึกผาสุก แคปแลนให้ความหมายของการเผชิญความเครียดว่า หมายถึงรูปแบบพฤติกรรมของบุคคลที่ใช้ในการเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์เครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะเป็นกระบวนการที่ได้จากแหล่งประโยชน์ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ และแหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ ทั้งด้านการเงิน สิ่งของรวมทั้งการให้บริการต่างๆ จะทำให้เกิดความผสมผสานกันระหว่างศักยภาพในการเผชิญปัญหาและความสำเร็จในการเผชิญปัญหาในระยะยาว ซึ่งแคปแลนเรียกว่า ความชำนาญหรือสมรรถภาพในการเผชิญปัญหา (mastery of stress) บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะมีความชำนาญหรือสมรรถภาพในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถปรับตัว เผชิญกับปัญหาและความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

คอบบี้ (Cobb, 1976, pp. 300-314) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อได้ว่า มีบุคคลให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมที่มีการติดต่อ และผูกพันซึ่งกันและกัน

ทอลสตอร์ฟ (Tolsdorf, 1982 อ้างในขนาด วรณพรศิริ, 2535, หน้า 21) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความช่วยเหลือบุคคล ในลักษณะหรือรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายหรือการแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ

4.1.2 ทฤษฎีความผูกพันรักใคร่ (the attachment theory) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่แสดงถึงความผูกพันรักใคร่ของคน โดยความผูกพันรักใคร่ที่มั่นคงปลอดภัยที่สร้างขึ้นในวัยเด็ก คือพื้นฐานของความสามารถของบุคคล ที่สร้างสัมพันธภาพของการสนับสนุนทางสังคมในวัยผู้ใหญ่ (Bowlby, 1971 cited in Callaghan & Morrissey, 1993, pp. 203-210) ในกลุ่มนี้ยังมีแนวคิดที่คล้ายคลึงและแตกต่างกันไป ดังเช่น

เฮาส์ (House, 1981, pp. 13-23) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ที่เกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแลและการให้การเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นความมีคุณค่า การให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำด้านข้อมูล วัสดุสิ่งของ หรือบริการต่างๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

คาห์น (Kahn, 1979, pp. 71-91) ให้ความหมายว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมาย ระหว่างบุคคลหนึ่ง ไปยังอีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ มีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมด หรือเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง

เพนเดอร์ (Pender, 1987, pp. 393-396) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การที่บุคคลรู้จักถึงการเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และบุคคลจะได้รับการสนับสนุนนี้โดยกลุ่มคนผู้ซึ่งอยู่ในระบบของสังคมนั้นเองเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์ ด้านวัตถุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำต่างๆ จะให้บุคคลนั้นสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528, หน้า 171) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง สิ่งที่ได้รับจากการสนับสนุน ได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีเหตุผลที่ทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติใน ทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

โอเรียม (Orem, 1985, pp. 91-120) ได้กล่าวว่า การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือทางด้านวัตถุ มีความรักใคร่ผูกพัน มีความเป็นเพื่อนและมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีความภาคภูมิใจ และตระหนักถึงการมี

คุณค่าในตนเอง ซึ่งจะส่งเสริมให้บุคคลนั้น สามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสัมพันธ์ที่ดีของผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อนฝูง ซึ่งน่าจะเป็นการช่วยเสริมการใช้ความสามารถหรือเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้มากยิ่งขึ้น ดังนั้นบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน่า จะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์หรือมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น อันนำมาซึ่งความรู้สึกพึงพอใจ และ / หรือ การที่บุคคลได้รับข้อมูลหรือการช่วยเหลือ ซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ที่ช่วยให้ดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี และความผาสุกทางด้านจิตใจ การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประเด็นที่นักวิชาการมีความเห็นสอดคล้องกันคือ การสนับสนุนทางสังคมมีผลหรืออิทธิพลต่อความผาสุกในชีวิต ส่วนในประเด็นที่มีความเห็นแตกต่างกันคือกลุ่มหนึ่งมีความคิดว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวกันชน หรือเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งมีแนวความคิดว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์หรือมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ในส่วนของการศึกษาครั้งนี้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้รับเกิดความรู้สึกว่าตนเองยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ควรได้รับการช่วยเหลือทั้งทางด้านสิ่งของที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ได้แก่ปัจจัยสี่ มีสิ่งอำนวยความสะดวกความสะดวกพอสมควรในการช่วยให้ชีวิตมีความสุข ได้รับกำลังใจที่จะเสริมสร้างพลังความนึกคิดจิตใจ ให้คิดหรือกระทำในสิ่งที่ดีงาม ซึ่งจะส่งผลให้ชีวิตมีความสุขได้

4.2 แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมพบว่า มีผู้แบ่งแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมไว้หลายประเภทดังนี้

แคปแลน (Caplan, 1974) แบ่งกลุ่มบุคคลซึ่งเป็นแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมตามลักษณะของการจัดกลุ่มไว้ 3 กลุ่มคือ

1. กลุ่มมีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (spontaneous or natural support system) ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท คือ ประเภทหนึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (kin) ได้แก่ คู่สมรสและครอบครัว เช่น พ่อ แม่ และญาติพี่น้อง อีกประเภทหนึ่งได้แก่ ครอบครัวใกล้ชิด (kith) เช่น เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย และเพื่อนที่ทำงาน

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุนซึ่งไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ (organized support directed by caregiving professional) หมายถึงกลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันเป็นหน่วย เป็นชมรมอย่างเป็นทางการโดยอาจเป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นจากการรวมตัวกันเองของคนในชุมชน โดยมี

วัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือเป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นโดยมีองค์กรของรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ สมาคมฌาปนกิจ องค์กรทางศาสนา และหน่วยงานทั่วไปของรัฐ

3. กลุ่มบุคคลทางวิชาชีพสุขภาพ (professional health care workers) หมายถึงบุคคลที่อยู่ในวิชาชีพที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ของประชาชน ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

โดโบรฟ (Dobrof, 1992) แบ่งแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ตามรูปแบบของความสัมพันธ์ออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

1. การสนับสนุนแบบเป็นทางการ (formal support) โดยการสนับสนุนจะมาจาก องค์กร หน่วยงาน หรือสถาบันที่ให้การช่วยเหลือแก่บุคคลทั้งของรัฐบาลและเอกชน

2. การสนับสนุนแบบไม่เป็นทางการ (informal support) เป็นการสนับสนุนที่เกิดจากความผูกพันเกี่ยวข้อง ความรักใคร่ระหว่างบุคคล ซึ่งไม่เป็นระบบ และไม่ต้องใช้เงินเป็นการแลกเปลี่ยน เช่นการสนับสนุนสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน และมิตรสหาย

ฟิลลิป (Phillips, 1991, pp. 535-544) แบ่งแหล่งการสนับสนุนทางสังคม ตามความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในลักษณะเป็น 3 ระบบ ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบหรือระบบย่อย (subsystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น เป็นการสนับสนุนทางสังคมระดับที่เล็กที่สุด ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ หรือการพึ่งพาระหว่างบุคคลกับสิ่งที่มีความหมายในชีวิต ซึ่งอาจเป็นบุคคล เช่น บุคคลใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว คู่สมรส บุตรหลาน หรือผู้ดูแล หรือสิ่งอื่นที่อาจไม่ใช่บุคคลก็ได้ เช่น สัตว์เลี้ยง สิ่งของ

2. การสนับสนุนทางสังคมระดับระบบ (system) เป็นความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกัน หรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ หรือการพึ่งพาระหว่างบุคคลกับกลุ่มองค์กรทั้งกลุ่มเล็กและกลุ่มใหญ่ ได้แก่ครอบครัวและชุมชน เป็นต้น

3. การสนับสนุนทางสังคมระดับเหนือระบบ (suprasystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นที่อยู่ในชุมชนเดียวกัน ที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ หรือการพึ่งพาระหว่างบุคคลกับระบบการสนับสนุนทางสังคม ในบริบทของชุมชนขนาดใหญ่ ได้แก่ หน่วยงานบริการทางสังคม หรือโครงการให้บริการในชุมชน เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมมีหลายประเภทและมีความแตกต่างกันออกไปตามแต่แนวคิดของผู้ทำการศึกษา แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมผสมผสานกับแนวคิดของแคปแลน คือ การได้รับการสนับสนุนจากบุคคล

ในครอบครัวได้แก่คู่สมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง ตลอดจนเพื่อนบ้านและชุมชนที่อาศัยอยู่ การได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มองค์กรของคนในชุมชนรวมตัวกันเป็นชมรมผู้สูงอายุโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของสมาชิกและให้การช่วยเหลือดูแล และได้รับการสนับสนุนจาก ภาครัฐและเอกชนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

4.3 รูปแบบของการสนับสนุนทางสังคม

รูปแบบของการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่แสดงถึงความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ที่บุคคลต้องการได้รับจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีลักษณะการแบ่งแตกต่างกันไปตามแนวคิดของผู้ทำการศึกษา แต่ยังคงมีความคล้ายคลึงกันในรูปแบบของการสนับสนุนทางสังคมที่พบได้ในนักวิชาการหลายท่าน ดังนี้

แคปแลน (Caplan, 1974 cited in Friedman & King, 1994, pp. 433-440) แบ่งรูปแบบของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 แบบ คือ

1. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ การให้คำแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

2. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการให้ความสำคัญ การให้การยกย่อง การยอมรับนับถือ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่าได้ได้รับความเอาใจใส่ หรือความรักความผูกพัน

3. การสนับสนุนทางการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลเช่น เงิน แรงงาน สิ่งของ หรือการให้การบริการ

คอบบ์ (Cobb, 1976, pp. 300-314) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 แบบ ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับความสนิทสนม มีความผูกพันรักใคร่และไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและความรู้สึกมีคุณค่า (esteem support) เป็นการช่วยเหลือที่บุคคลรู้สึกว่า ตนเองมีคุณค่า และผู้อื่นยอมรับและมองเห็นคุณค่าของตนเอง

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ช่วยให้บุคคลรู้สึกว่าตนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของในสังคมของคนด้วย

จาคอบสัน (Jacobson, 1986, pp. 250-263) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 แบบ คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นพฤติกรรมการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจ และเชื่อว่ามีบุคคลเคารพนับถือยกย่อง และให้ความรักดูแลเอาใจใส่

2. การสนับสนุนด้านสติปัญญา (cognitive support) เป็นการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ หรือคำแนะนำ ที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตน และช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (tangible support) เป็นการสนับสนุนด้านสิ่งของและการบริการต่างๆ ที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้

คาห์น (Kahn, 1979, pp. 71-91) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 แบบ คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์และความคิด (affection) เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ในทางบวก หรือเป็นความพึงพอใจของบุคคลหนึ่ง ที่มีต่ออีกบุคคลหนึ่ง ซึ่งแสดงออกในรูปของความผูกพัน การยอมรับ ความเคารพ และความรัก

2. การสนับสนุนยอมรับพฤติกรรม (affirmation) เป็นการแสดงความเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ในพฤติกรรมการแสดงออก และความคิดเห็นของบุคคลอื่น

3. การให้ความช่วยเหลือ (aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของหรือความช่วยเหลือโดยตรง ด้านวัตถุสิ่งของ เงินทอง ข้อมูลข่าวสาร หรือการให้เวลาแก่กันและกัน

เชฟเฟอร์ คอยน์ และลาซารัส (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981, pp. 381-406) แบ่งรูปแบบของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 แบบ คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) ได้แก่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความอบอุ่น ความเชื่อถือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน ช่วยให้บุคคลรู้สึกดีกว่าตนเอง ได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่

2. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือด้วยการให้ สิ่งของ เงินทอง หรือการให้บริการช่วยเหลือ

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) เป็นการให้ข้อมูลคำแนะนำในการแก้ปัญหา และการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม หรือการกระทำของบุคคล แบนและไวเบิร์ต (Brandt & Weinert, 1985 อ้างในชมานาด วรรณพรศิริ, 2535, หน้า 21) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 แบบ คือ

1. การสนับสนุนทางด้านสังคม ด้านความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลเกิดความอบอุ่น

2. การสนับสนุนทางด้านสังคมการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้บุคคลได้ติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม

3. การสนับสนุนทางสังคมในด้านการได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนาทำให้บุคคลได้รับการพัฒนาทางด้านความคิด และการตัดสินใจ

4. การสนับสนุนทางสังคมด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกภูมิใจในตนเอง

5. การสนับสนุนทางสังคมด้านได้รับความช่วยเหลือและแนะนำ ซึ่งทำให้สามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของตนเองได้

4.4 หน้าที่ของการสนับสนุนทางสังคม

เพนเคอร์ (Pender, 1987, pp. 393-396) เสนอแนวคิดและกลไกเกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านสังคมดังนี้

4.3.1 ส่งเสริมการเจริญเติบโตและการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย พัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นการเพิ่มคุณค่าของตนเอง ทำให้มีอารมณ์มั่นคงและมีความสุขในชีวิต

4.3.2 ลดความเครียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตเป็นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ

4.3.3 มีการป้องกันยับยั้งรับรองหรือทำให้เกิดความมั่นคง และคาดการณ์การกระทำของบุคคลนั้น จำเป็นที่ต้องการของสังคม

4.3.4 เป็นกันชนหรือเกราะรองรับเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตในชีวิต โดยมีอิทธิพลต่อการแปรเหตุการณ์และการตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคล ทำให้บุคคลมีการปรับตัวได้ดี ซึ่งช่วยลดการเจ็บป่วยซึ่งจะเป็นการป้องกันโรค

จากแนวความคิดการสนับสนุนด้านสังคม จึงมีกลไกในการช่วยให้บุคคลมีความสุขดี และเกิดความสุข ในผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอยทางร่างกายทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าร่วมสังคม แต่ถ้าได้ให้โอกาส และคงไว้ซึ่งการติดต่อในเครือข่ายทางสังคม จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเผชิญกับภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองได้ อย่างไรก็ตามความต้องการและได้รับการสนับสนุนทางด้านสังคมของแต่ละบุคคล ย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ

ประการที่ 1 เป็นความรุนแรงของเหตุการณ์ที่บุคคลเผชิญ เช่น ความเจ็บป่วย ภาวะวิกฤตต่าง ๆ

ประการที่ 2 เป็นคุณสมบัติส่วนตัว ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะสุขภาพ สังคมและวัฒนธรรม แหล่งประโยชน์ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

สรุปแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่มักมีความคล้ายคลึงกัน คือ การสนับสนุนในเรื่องของสิ่งของที่จำเป็น สนับสนุนในเรื่องข้อมูลข่าวสาร การให้คุณค่าในความเป็นคน สนับสนุนด้านสติปัญญา การให้ความสำคัญว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ให้ความรักและเอื้ออาทร โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญาเพื่อการมีชีวิตที่ดี โดยการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ประยุกต์แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของบarrera และเอนเลย์ (Barrera & Ainlay, 1983, pp. 133-431) กล่าวไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมี 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลด้านการเงิน วัสดุอื่นๆ ที่อยู่อาศัย และให้ปัจจัยที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต
2. ด้านให้การช่วยเหลือด้านประกอบอาชีพ
3. ด้านให้การประคับประคอง และสนับสนุนด้านจิตใจทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม มีความอบอุ่น รู้สึกมีคนห่วงใยและเอาใจใส่
4. ด้านการให้คำแนะนำ ข้อมูลและข่าวสารต่างๆ ที่เป็นประโยชน์
5. ด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับในสิ่งที่ได้กระทำเพื่อบุคคลจะได้ปรับปรุงแก้ไขหรือได้รับกำลังใจในสิ่งที่ทำได้แล้ว
6. ด้านเสริมสร้างโอกาสให้บุคคลมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

5. คุณภาพชีวิต

5.1 แนวคิดและความหมายของคุณภาพชีวิต

ในปัจจุบันได้มีนักวิชาการสาขาต่างๆ พยายามให้ความหมาย หรือคำจำกัดความของคำว่า “คุณภาพชีวิต” กันอย่างกว้างขวาง ส่วนมากมีความหมายคล้ายคลึงกัน หรือมีความสอดคล้องกัน จะแตกต่างกันบ้างในเรื่องรายละเอียด หรือจุดเน้นตามที่ศาสตร์หรือสาขาวิชานั้น ๆ เห็นว่าสำคัญ ดังจะกล่าวต่อไปนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 ให้ความหมายว่า คุณภาพชีวิตประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ หมายถึงลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนชีวิต หมายถึงความเป็นอยู่ ดังนั้นคุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (2532, หน้า 38) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า หมายถึงความพอใจและมีความสุขในชีวิตของแต่ละบุคคล ตามสภาพที่ตนดำรงอยู่ เป็นการรับรู้และตัดสินใจโดยบุคคลนั้น

อัจฉรา นวจินดา และขจีรัส ภิมย์ธรรมศิริ (2534, หน้า 428) ได้ให้คำนิยามว่า คุณภาพชีวิตของบุคคล คือความพึงพอใจของบุคคลที่เกิดจาก การได้รับการตอบสนองต่อสิ่ง ที่ต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ มีส่วนร่วมในการพัฒนาสภาพแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ และ สังคมอย่างเพียงพอ ให้เกิดการมีความสุขกาย และสุขภาพใจที่ดี

เกษม วัฒนชัย (2532, หน้า 65) กล่าวว่าในทางการแพทย์ คุณภาพชีวิตหมายถึง ความ รู้สึกพึงพอใจของผู้ป่วยตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทุกอย่างของชีวิต

ยังและลองแมน (Young & Longman, 1983 cited in Padilla & Grant 1985, p. 46) ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ว่า เป็นระดับความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบันเกิดขึ้นตามการรับรู้ ของบุคคลนั้น

อาภา ใจงาม (2535, หน้า 128) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมายถึง ความพึงพอใจในการดำรงชีวิต สามารถทำหน้าที่และดูแลตนเองให้มากที่สุด ตามสภาวะของความแข็งแรงและความ จำกัดที่มีอยู่ มีความสุขทางด้านจิตใจ ดำเนินชีวิตตามแบบแผนการดำเนินชีวิตปกติและ สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีและคงไว้ซึ่งคุณค่าแห่งตน

ฮันเตอร์ (Hunter, 1992, p. 17) กล่าวว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ในผู้สูงอายุคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญที่จะคงไว้ซึ่ง ความมีคุณค่าในตนเอง ความพอใจในชีวิต และความรู้จักผาสุก

แจ๊คเคิล (Jackle, 1974, p. 362) กล่าวว่าองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิต คือ ความ พึงพอใจในการดำเนินชีวิต เป็นความยินดีต่อชีวิตของแต่ละคน เป็นความพอใจที่บุคคลได้รับจาก การมีกิจวัตรประจำวัน อันเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับชีวิตของตนเองว่ามีความหมาย และสามารถ ดำรงไว้ซึ่งพัฒนาการในด้านต่างๆ

ชาน (Zhan, 1992, p. 796) กล่าวว่าคุณภาพชีวิตหมายถึง ระดับความพึงพอใจ ซึ่งขึ้นกับ ประสิทธิภาพในชีวิตของแต่ละบุคคล ดังนั้นจึงพอจะสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตหมายถึงความรู้สึก พึงพอใจในชีวิตตามสภาพที่ตนเองเป็นอยู่

จากการให้ความหมายของนักวิชาการที่ได้กล่าวมาทั้งหมดนี้ พอสรุปความหมายของ คุณภาพชีวิตที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึงการมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ มีความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง สามารถประกอบกิจวัตร ประจำวันในแต่ละวันได้ด้วยตนเองอย่างมีความสุข ยังสามารถให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น และเข้า ร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชนของตนได้

5.2 องค์ประกอบคุณภาพชีวิต

การที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมาย แต่ละองค์ประกอบก็มีความสำคัญมากน้อยต่างกันตามทัศนะของแต่ละบุคคล หรือแต่ละสังคมได้มีนักวิชาการเสนอองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งมีส่วนแตกต่างกันบ้างในรายละเอียดดังนี้

องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1978 อ้างใน จุฑามาส สรวินุตตร และหิรัญ ลิ้มสุวรรณ, 2528, หน้า 69) ได้เสนอว่ามีองค์ประกอบหลายด้านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ อาหาร ภาวะสุขภาพอนามัยและโภชนาการ การศึกษา สิ่งแวดล้อมและทรัพยากร ที่อยู่อาศัยและการตั้งถิ่นฐาน การมีงานทำ ค่านิยม ศาสนา จริยธรรม กฎหมาย และองค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา

นิพนธ์ คันธเสวี (2526, หน้า 85-87) ได้จำแนกองค์ประกอบที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของมนุษย์ออกเป็น 6 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านจิตใจ ด้านความคิด สภาพแวดล้อมทางกายภาพและสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม

ลิว (Liu, 1975 อ้างใน อำนวย สันเทพ, 2532, หน้า 17) กล่าวถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิตว่า คุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบอยู่ 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบด้านจิตวิสัย คือ เรื่องของอารมณ์ ความรู้สึกของบุคคล ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม และความรู้สึกของบุคคล องค์ประกอบด้านจิตวิสัยบางครั้งเรียกว่าองค์ประกอบด้านจิตวิทยา (psychological) องค์ประกอบ ที่สำคัญอีกองค์ประกอบหนึ่งคือ องค์ประกอบด้านวัตถุวิสัย คือ ปัจจัยหรือสภาพแวดล้อม ของบุคคล เช่น องค์ประกอบด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ฟลานาแกน กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำแนกได้ 5 องค์ประกอบดังนี้ (Flanagan, 1987, pp. 138-139)

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ ทางด้านร่างกายได้แก่ การมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทางด้านวัตถุได้แก่ มีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก
2. มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เช่น ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดาญาติพี่น้อง เพื่อนฝูงและบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย
3. การมีกิจกรรมในสังคมและชุมชน การได้มีโอกาสสนับสนุนและช่วยเหลือผู้อื่น
4. มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพ และมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจการเรียน และการเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานที่น่าสนใจทำ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

5. มีสันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬาหรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ และมีส่วนร่วมในสังคม

บรุคฮาร์ดท์ (Bruckhardt, 1982, pp. 56-59) กล่าวว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตควรวัดใน 5 ด้าน คือ

1. ความรู้สึกสนุกสนานในการดำรงชีวิต (zest of life) คือการมีความสุขความพึงพอใจในสิ่งต่างๆ ที่เป็นกิจกรรมของชีวิตประจำวัน

2. ความตั้งใจและความอดทนในการดำเนินชีวิต (resolution and fortitude) คือการคิดว่าชีวิตมีความหมายและยอมรับอย่างเด็ดเดี่ยวในสิ่งที่ชีวิตเป็นอยู่

3. ความสมดุลระหว่างความปรารถนา และการได้รับความสำเร็จตามเป้าหมาย (congruence between desired and achieved goals) คือความรู้สึกประสบความสำเร็จในเป้าหมายสำคัญที่ตั้งใจว่าจะทำ

4. อัตมโนทัศน์ (self concept) คือ การยึดถือความนึกคิดทางด้านบวกของตนเอง

5. อารมณ์ที่เป็นสุข (mood tone) คือ การมีความสุขอารมณ์เบิกบานหรือมองโลกในแง่ดี

จากกรอบแนวคิดของเบอร์กฮอร์น เชเฟอร์และคณะ (Berghorn Schafer & Associates, 1981, pp. 331-347) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่บ่งชี้ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ 5 ด้าน คือ

1. สถานภาพทางเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ได้แก่ บ้าน ที่อยู่อาศัย อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาล ค่าเสื้อผ้า การซื้อหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวก การทำกิจกรรมในสังคม ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ย่อมเกิดความพึงพอใจในชีวิต

2. สุขภาพ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมถอย ถ้าผู้สูงอายุ มีความรู้สึกว่าตัวเองมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุคนอื่นๆ หรือ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจที่เกิดขึ้น ยอมรับความสามารถ ที่มีเขตจำกัด และปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ก็จะส่งผลให้เกิดมโนทัศน์ที่ดีต่อตนเอง ทำให้เกิดความพอใจในสุขภาพนั้น

3. สภาพแวดล้อม ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ทั้งด้านประเภทบุคคล สังคม พึงพอใจต่อบ้าน ชุมชนที่อาศัย สามารถสะท้อนถึงประสบการณ์ที่ดี ย่อมทำให้ชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสุข

4. การพึ่งพาตนเอง การที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกหรือรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตยังคงสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองและรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและเพื่อนฝูง ย่อมก่อให้เกิด

ความพึงพอใจในชีวิต แต่ถ้าผู้สูงอายุยังคงมีความรู้สึกว่าคุณไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองหรือทำได้น้อยลง จำเป็นต้องพึ่งบุตรหลานหรือคนอื่น อาจทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ

5. การทำกิจกรรม ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูง จะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม จะเป็นบุคคลที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมได้ จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองดี จะประสบความสำเร็จในชีวิต ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณยังสามารถทำกิจกรรมได้มาก หรือทำอย่างสม่ำเสมอแสดงถึงผู้สูงอายุมองตนเองว่ามีคุณค่า มีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม มีความสุขและความพอใจ

5.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือ การจัดระดับคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ของแต่ละเรื่อง ซึ่งในปัจจุบันการศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพชีวิต มีดังนี้ องค์การยูเนสโก (UNESCO, 1980, p. 312) ให้เกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิต 2 ด้านคือ

1. ด้านวัตถุวิสัย (objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัย วัดได้โดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ วัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม
2. ด้านจิตวิสัย (subjective) เป็นการประเมินด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้สภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต และความพึงพอใจในชีวิต

สตรอมเบอร์ก (Stromborg, 1984, pp. 88-91) ได้ให้ความเห็นในการประเมินคุณภาพชีวิตกระทำได้ 3 วิธีคือ

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัย โดยการวัดปริมาณ (objective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือบุคลากรด้านสุขภาพ ประเมินออกมาเป็นคะแนน
2. การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยวัดเป็นปริมาณ (subjective scales yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับค่านิยมคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตตนเอง เช่น ความพึงพอใจ และความสุขที่ตนเองได้รับ ประเมินออกมาเป็นคะแนน
3. การประเมินเชิงจิตวิสัย โดยจัดเป็นคุณภาพ (subjective scales yielding qualitative data) เป็นการประเมินด้วยตัวผู้ป่วยเอง ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

การประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นการประเมินด้านวัตถุวิสัย (objective) และด้านจิตวิสัย (subjective) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้านดังนี้ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540, หน้า 18-19)

1. ด้านร่างกาย (physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้เรื่องการนอนหลับและพักผ่อน ซึ่งการรับรู้เหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของคน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น หรือการรักษาทางกายแพทย์อื่นๆ เป็นต้น

2. ด้านจิตใจ (psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจของตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจของตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจและความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้ถึงความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงินสถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสจะได้รับการข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาที่ว่างเป็นต้น

พอจะสรุปองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้ว่า องค์ประกอบที่สำคัญๆ ของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้แก่ การมีสภาพมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ มีเงินพอใช้สอยในสิ่งที่จำเป็น หรืออำนวยความสะดวกได้ในระดับที่ตนเองพอจะมีได้โดยไม่ต้องร้อ้น ผู้อื่นยังสามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้ดี อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยทั้งที่บ้านและชุมชนของตน ซึ่งการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในครั้งนี้ ได้ใช้แนวความคิดดังกล่าวเป็นองค์ประกอบในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนหนึ่งโดยทำการประเมินทั้ง 2 ด้าน คือ ด้านวัตถุวิสัย ประเมินจากอาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และด้านจิตวิสัย ประเมินได้จาก เจตคติต่อประสบการณ์ ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้สภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต โดยใช้แนวทางการประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) มาเป็นส่วนประกอบทั้งทางด้านร่างกาย คือการรับรู้ถึงความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายที่ยังสามารถปฏิบัติภาระกิจได้ในแต่ละวันโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และทางด้านจิตใจคือ การรับรู้สภาพทางด้านจิตใจ ความภูมิใจในตนเอง สามารถจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม ด้านการมีสัมพันธภาพกับคนอื่น ตลอดจนให้การช่วยเหลือกับบุคคลอื่นๆ ได้ตามความสามารถของตน มีความเพียงพอทางด้านเศรษฐกิจและอยู่อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีสิ่งอำนวยความสะดวกทั้งที่บ้านและในชุมชนที่อาศัยอยู่

5.4 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณภาพด้านจิตวิสัยในผู้สูงอายุ สามารถบ่งบอกถึงระดับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ตามการรับรู้ต่อเป็นองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัยของผู้สูงอายุแต่ละคน อาจจะมากน้อยแตกต่างกัน ซึ่งประภาพร จินันทุยา (2536, หน้า 19-23) ได้ทำการศึกษาไว้คือ

5.4.1 ปัจจัยทางด้านประชากร ปัจจัยทางด้านประชากรที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้แก่

(1) เพศ เพศเป็นตัวกำหนดความแตกต่างของบุคคลในสังคม เพศชายถูกกำหนดให้เป็นผู้นำของครอบครัว เพศหญิงกำหนดให้เป็นแม่บ้าน เพศหญิงให้ความเคารพในความเป็นผู้นำของเพศชาย เพศชายได้รับความเคารพนับถือและยกย่องจากสังคม จึงทำให้เพศชายมองตนเองมีคุณค่ามากกว่าเพศหญิง เพศหญิงมีความรู้สึกว่ามีความสามารถทางด้านร่างกายต่ำกว่าเพศชาย และมีระดับการพึ่งผู้อื่นและมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเพศชาย และจากการศึกษาของฉันทนา กาญจนพนัง (2530, หน้า 48) พบว่าอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้สูงอายุเพศชาย มีอัตมโนทัศน์ทางบวกสูงกว่าเพศหญิง

(2) อายุ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง การพึ่งพาผู้อื่นจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองเป็นการระต่อครอบครัวและสังคม ย่อมส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่ำลงได้ อายุจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความผาสุกของผู้สูงอายุ

(3) สถานภาพสมรส เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในแง่ที่ว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ด้วย จะทำให้ผู้สูงอายุมีคู่คิด มีเพื่อนแท้ที่คบได้อย่างสนิทใจไม่รู้สึกเหงาหรือโดดเดี่ยวนอกจากนี้คู่สมรสยังเป็นผู้คอยช่วยเหลือปกป้องโยน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ก่อให้เกิดความอบอุ่นใจ ที่มีเพื่อนวัยใกล้เคียงกันเป็นที่ปรึกษา รู้สึกมั่นคงในชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

(4) โรคประจำตัว นับเป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดต่ำลงได้ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหรือมีสุขภาพกายไม่ดี จะมีผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคภัยที่เป็นอยู่ เป็นอุปสรรคในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น บางรายที่ได้รับการรักษา ก็มักจะวิตกกังวลเกี่ยวกับผลการบำบัดรักษาที่ต้องใช้เวลานานกว่าวัยอื่น และในบางครั้งอาจกระทบกระเทือนต่อภาวะทางการเงินด้วย ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวหรือมีสุขภาพดี ไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ มีกำลังใจจะสามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น ได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พบปะเพื่อนฝูง ดังนั้นผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวจึงน่าจะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

5.4.2 ปัจจัยทางสังคม เป็นปัจจัยที่น่าจะมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่

(1) ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นการจัดประสบการณ์ให้แก่ชีวิต ช่วยเพิ่มความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและชีวิตในทุกด้าน สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพ (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และนิภา มนูญปัจจุ, 2525, หน้า 106) ระดับการศึกษายังมีความเกี่ยวข้องกับชนชั้นของอาชีพ ระดับรายได้ ค่านิยม อัตนโนทัศน์ รวมทั้งการปรับตัวของบุคคล กล่าวคือผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีตำแหน่งหน้าที่การงานดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ และผู้ที่มีอาชีพมั่นคงมีรายได้ที่แน่นอน สามารถเก็บออมไว้ในยามสูงอายุ มีอำนาจการซื้อสูง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตสูงตามไปด้วย

(2) การประกอบอาชีพ หรือการทำงานที่มีรายได้เป็นของตนเอง นับว่าเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดรายได้มาสู่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาจเป็นงานที่ทำประจำ งานพิเศษ งานชั่วคราว หรือการดำเนินธุรกิจส่วนตัว การทำงานเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกิดความพึงพอใจในชีวิต นักสังคมวิทยาเชื่อว่าบทบาทของคนทำงาน (worker role) เป็นตัวก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต เพราะบทบาทของคนทำงานเป็นบทบาทที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำได้ ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุมีงาน

ทำได้อย่างต่อเนื่อง สามารถแก้ไขปัญหาเรื่องบทบาท เพราะการทำงานจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณเองมีคุณค่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี

(3) ลักษณะอาชีพก่อนเกษียณอายุ ชนิดของงานหรือลักษณะอาชีพก่อนเกษียณเป็นตัวแปรที่ทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะแตกต่างกัน (Berghorn, Schafer & Associates, 1981, p. 336) กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีอาชีพในลักษณะที่มีสถานภาพทางสังคมสูง จะมีการวางแผนหรือเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางสังคมต่ำกว่า และสามารถปรับตัวหรือยอมรับการเปลี่ยนแปลงบทบาทภายหลังเกษียณอายุได้ ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตภายหลังเกษียณ ดังนั้นลักษณะอาชีพก่อนเกษียณเป็นตัวแปรตัวหนึ่งที่น่าจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพ

(4) ลักษณะการอยู่อาศัย ในสังคมไทยถือว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่ ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ครอบครัวมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุมาก เพราะคู่สมรสหรือบุตรหลาน ในครอบครัว สามารถเป็นที่พึ่งทางเศรษฐกิจ และเป็นกำลังใจให้ผู้สูงอายุได้ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการความรัก ความเอาใจใส่จากครอบครัว โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง เนื่องจากปัญหาสุขภาพ การที่คู่สมรส หรือบุตรหลาน เป็นผู้ดูแลทุกข์สุข คอยช่วยเหลือให้ความเคารพนับถือ ยกย่อง ให้ความสำคัญ ย่อมทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณเป็นบุคคลที่มีความหมาย ดังนั้น บุคคลเหล่านี้เปรียบเสมือนโยงใยสนับสนุนทางสังคม ที่ช่วยประคับประคอง สภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ช่วยยกระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง และรักษาสมดุลของจิตใจ และอารมณ์ ทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต ส่วนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว จากการที่ต้องสูญเสียคู่สมรส หรือไม่มีบุตรหลานดูแล ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้รู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว่ หรือรู้สึกว่าคุณเองไม่มีความหมาย ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิต ลดต่ำลงได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว จะมีอาการซึมเศร้า มีอัตราการตายมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับเพื่อนหรือครอบครัว จะเห็นได้ว่าลักษณะการอยู่อาศัยเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

(5) การเป็นสมาชิกชมรมอื่นๆ การเป็นสมาชิกชมรมอื่นๆ นอกเหนือจากชมรมทางสังคมผู้สูงอายุ แสดงถึงผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้มาก จากทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่าผู้ที่สามารถเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคมได้มาก ย่อมมีโอกาสได้พบปะเพื่อนฝูง ในวัยเดียวกัน และมองเห็นโลกกว้างขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาเหงาหรือเศร้าซึม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตสูง (Berghorn, Schafer & Associates, 1981, p. 343) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตสูงตามไปด้วย

5.4.3 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางเศรษฐกิจที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่

(1) รายได้รายได้ในที่นี้หมายถึงปริมาณเงินที่ผู้สูงอายุได้รับในแต่ละเดือน ซึ่งอาจเป็นรายได้ที่ได้จากลูกหลาน เงินบำนาญ หรือจากการทำงานของตัวเอง รายได้นับว่าเป็น

ปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการ ในด้านต่างๆ ได้ไม่ว่าจะเป็นบ้าน ที่อยู่อาศัย ในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ รวมทั้ง การซื้อหาอุปกรณ์ อำนวยความสะดวกและความสุขของตน รวมทั้งเป็นปัจจัยสำคัญในการเข้าร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ด้วย ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ จะประเมินความสุขและความพึงพอใจในชีวิตต่ำลงด้วย เพราะโอกาสที่จะได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ย่อมลดลงไปด้วย ไม่มีความสุข วิตกกังวลในเรื่องการดำรงชีวิต และความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มี รายได้สูงจึงมีแนวโน้มที่จะมีคุณค่าชีวิตที่สูงด้วย

(2) เงินออมและภาระหนี้สิน การมีเงินออมและภาระหนี้สิน เป็นตัวแปรทางด้านเศรษฐกิจที่บ่งบอกถึงความสมดุลของรายรับและรายจ่าย ผู้สูงอายุที่มีเงินเหลือเก็บออม แสดงถึงการมีรายได้ที่เกินพอสำหรับรายจ่ายต่างๆ จึงสามารถเหลือเก็บออมไว้เพื่อวันข้างหน้าได้ ก่อให้เกิดความสุข ความมั่นใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีภาระหนี้สิน หรือมีรายรับกับรายจ่ายไม่สมดุลกัน อีกทั้งยังแสดงถึงความสามารถในการแก้ปัญหาด้านการใช้จ่ายได้อีกด้วย

(3) การทำประกัน การทำประกันเป็นกลไกทางด้านการบริหารจัดการเงินเพื่อที่จะกระจายค่าใช้จ่ายให้บุคคลอื่น หรือองค์กรอื่นๆ ที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายนั้นๆ เช่น การประกันชีวิต สุขภาพ ทรัพย์สิน หรืออุบัติเหตุ และการทำฌาปนกิจ การทำประกันจะทำให้ ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองหรือบุตรหลานไม่ต้องเดือดร้อนในเรื่องการเงิน หรือสามารถเป็นหลักทรัพย์ไว้ให้กับบุตรหลานต่อไป ซึ่งแสดงถึงความมั่นคงทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต นอกจากนี้การทำประกันยังเป็นสิ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุคาดหวังที่จะได้รับความสุขจากการให้อาจแสดงถึงคุณธรรมที่ผู้สูงอายุมีมากขึ้น จากการพัฒนาองค์ประกอบทางจิตใจไปในทางที่ดีงาม (เกษม ต้นติผลาชีวะ และกุลยา ต้นติผลาชีวะ, 2528, หน้า 10)

(4) กรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย การมีบ้าน ที่ดิน เป็นของตนเอง นับว่าเป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจที่บ่งชี้ถึงหลักประกัน ที่เป็นอสังหาริมทรัพย์ของผู้สูงอายุ การอยู่อาศัยที่เป็นบ้านของตนเองย่อมมีความผาสุกกว่าการที่ต้องอาศัยอยู่ในบ้านผู้อื่น อย่างไรก็ตามการมีบ้านเป็นของตนเองนั้นผู้สูงอายุอาจต้องเสียค่าบำรุงรักษา ซ่อมแซม ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูง (Yurick, et al. 1984, p. 157) เป็นภาระอย่างหนึ่งที่ผู้สูงอายุต้องแบกรับไว้ ดังนั้นกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย จึงน่าจะเป็นตัวแปรอีกตัวหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และเป็นตัวแปรที่จะส่งผลถึงระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ ปัจจัยทางด้าน

ประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส และการมีโรคประจำตัว ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพหรือรายได้ เงินออมและการหนี้สิน การมีหลักประกันในชีวิต ตลอดจนการมีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นปัจจัยที่ใช้ประเมินทางด้านจิตวิสัย ทำให้ทราบว่ามีการสนับสนุนต่อระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ เป็นเช่นไร

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความเป็นผู้มีอายุของกลุ่มตัวอย่างมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุ ซึ่งเคยมีบทบาทในสังคมแบบดั้งเดิม ได้รับความเคารพ นับถือ เนื่องจากเป็นผู้ที่ตั้งสมประสงค์ เป็นผู้มีศักยภาพ ยังสามารถทำงานที่มีประโยชน์ให้กับตนเอง และสังคมได้ จากการศึกษาของคุษณี สุทธิปริยาศรีและคณะ (2518, หน้า 34-36) พบว่าผู้สูงอายุทั้งในเขตเมืองและชนบท ยังมีศักยภาพในการทำงานด้านหัตถกรรม งานช่างฝีมือ และการบริหารธุรกิจการค้า ผู้สูงอายุยังต้องการที่จะช่วยเหลือ และทำตนให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง และมีฐานะทางเศรษฐกิจมั่นคง ยังคงต้องการแสดงบทบาทให้สังคมยอมรับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องศักยภาพของผู้สูงอายุในการทำงานเพื่อสังคมของ เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์ และสุรีย์ บุญญานพวงศ์ (2534, หน้า 61) พบว่ามีความแตกต่างกันน้อยมากระหว่างภูมิหลังในการศึกษา ประสบการณ์การทำงานและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบท ปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุที่ยังคงมีบทบาทในสังคมจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการยอมรับทางสังคมหรือมีสภาพทางสังคมค่อนข้างสูงมาแล้วตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุ แม้ว่าโดยทั่วไปผู้สูงอายุจะมีบทบาททางสังคมน้อยลง แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุไม่มีความสามารถหรือศักยภาพในการทำงานลดลง แต่เป็นเพราะสังคมหรือผู้อ่อนวัยกว่าไม่ให้ออกสแก่ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องลดบทบาทของตัวเองเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาและความขัดแย้ง แต่จากการศึกษาของนิตา ชูโต (อ้างในบรรณ สุริพานิช, 2539, หน้า 19) พบว่าผู้สูงอายุมีบทบาทในสังคมน้อยมาก กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าไปมี บทบาทร่วมด้วยในสังคมได้แก่ กิจกรรมทางศาสนา ครอบครัว เช่น เลี้ยงหลาน หรือหุงหาอาหาร เป็นที่ปรึกษาของคนในครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุส่วนหนึ่งต้องทำงานเพื่อหารายได้ แม้ว่าสุขภาพจะไม่เอื้ออำนวยทั้งนี้เพราะมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายส่งผลให้เกิดโรคในผู้สูงอายุเป็นจำนวนมาก ส่วนหนึ่งเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด ถ้ามีการเตรียมพร้อมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ไม่ทุกข์ทรมานกับโรคที่เป็นอยู่มากนัก

ดั่งเช่นการศึกษาของมณฑล เจริญกุล (2534, หน้า 51) พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมก็มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพด้วยเช่นกัน โดยมีปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่หลายปัจจัยได้แก่ ปัจจัยทางด้านประชากร ปัจจัยทางด้านสังคม และปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ จากการศึกษาของประภาพร จินันทุยา (2536, หน้า 77) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง จำนวน 130 ราย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ โรคประจำตัว ภาระหนี้สิน และจากการศึกษาของรุ่งทิพย์ แสงใจ (2542, หน้า 53-55) ศึกษาการสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ จำนวน 200 ราย พบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกในระบับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี ปัจจัยหรือตัวแปรอื่นที่มีผลต่อความผาสุก คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ความมีคุณค่าในตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า ถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน จากชมรมผู้สูงอายุ ตลอดจนได้รับการดูแลเอาใจใส่จากภาครัฐและเอกชน ผู้ซึ่งมีส่วนสนับสนุนทั้งการช่วยเหลือทางการเงิน ที่อยู่อาศัย ช่วยเหลือเรื่องการประกอบอาชีพ ช่วยเสริมกำลังใจ ช่วยส่งเสริมให้ปรับปรุงและแก้ไขตัวเองได้เหมาะสม ให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ให้โอกาสในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ให้ความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพ จัดสวัสดิการและกิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมให้ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่ใช้อย่างมั่นคงต่อไป

ผู้ศึกษาสรุปเป็นกรอบแนวคิด ที่ใช้ในการศึกษาลักษณะการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตรสรุปได้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษา

