

155 67

ส 6847

7.2

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต

ปริณฎานิพนธ์

ของ

สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาคุณวุฒิปริญญาตรี สาขาพัฒนศึกษาศาสตร์

มีนาคม 2536

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

187557

คณะกรรมการควบคุม และคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปัญหานี้นี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาคุณวุฒิตติ สาขา
พัฒนศึกษาศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

.....  ประธาน
(ผศ. ดร. นภาพร หะวานนท์)

.....  กรรมการ
(ดร. นงลักษณ์ วิรัชชัย)

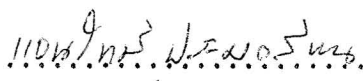
.....  กรรมการ
(ผศ. ดร. กตยา อาชวนิจกุล)

คณะกรรมการสอบ

.....  ประธาน
(ผศ. ดร. นภาพร หะวานนท์)

.....  กรรมการ
(ดร. นงลักษณ์ วิรัชชัย)

.....  กรรมการ
(ผศ. ดร. กตยา อาชวนิจกุล)

.....  กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ดร. แอนไทน์ ประมวลรัตน)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปัญหานี้นี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษาคุณวุฒิตติ สาขาพัฒนศึกษาศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....  คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศ. ดร. สมพร บัวทอง)

วันที่ ... 5 ... เดือน ... พฤษภาคม ... พ.ศ. 2536

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร และคณะกรรมการหลักสูตร
พัฒนศึกษาศาสตร์ที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสสอบและเข้าศึกษาในสาขาวิชาที่น่าสนใจนี้ ผู้
วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ที่อนุมัติให้ผู้วิจัยลาศึกษาได้เต็ม
เวลา

ผู้วิจัยขอขอบคุณอย่างสูงยิ่งในความเมตตา ช่วยเหลือ แนะนำ ถ่ายทอดความรู้ ประสบ-
การณ์ ที่มีคุณค่ายิ่งต่อการเขียนปริญานิพนธ์ฉบับนี้จนมีความสมบูรณ์แบบ ของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร.นภาพร หะวานนท์ อาจารย์ ดร.นงลักษณ์ วิรัชชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤตยา
อาชวนิจกุล และ อาจารย์ ดร.แอนโทนี่ ประมวลรัตน และ ศาสตราจารย์ ดร.สมพร บัวทอง
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัยที่กรุณาให้เวลาและโอกาสผู้วิจัยทำงานจนสำเร็จ

ปริญานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์นี้สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากหลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยขอขอบ
คุณไว้ ณ โอกาสนี้ ท่านแรกที่เป็นผู้จุดประกายความคิดในการศึกษาค้นคว้าเรื่องผู้สูงอายุคือ
คุณประทุมพร และคุณวรเกียรติ ล้มชัยอรุณเรือง พี่สาวและพี่ชายของผู้วิจัย โดยมี "อาเตี้ย"
คุณตั้งปิ่น แซ่ลิ้ม พ่อของผู้วิจัยเป็นต้นแบบและผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุในระยะแรกของการ
ศึกษาค้นคว้า

คุณเปรมวดี และคุณวรลักษณ์ ล้มชัยอรุณเรือง พี่สาวและผู้ให้การสนับสนุนทุกอย่างโดย
เฉพาะอย่างยิ่งกำลังใจและปัจจัย

อาจารย์จรรยา เศรษฐบุตร และอาจารย์นันทนา น้ำฝน ผู้เป็นยอดกัลยาณมิตร และ
เพื่อนร่วมรุ่นพัฒนา รุ่น 7 ทุกคนที่ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ และช่วยเหลือ
เอื้ออาทรต่อกันตลอดมา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพชรน้อย สิงห์ข้างชัย ผู้ช่วยเหลือจัดการรวบรวมข้อมูลบางส่วน

คุณสุจิตรา นิลบดี ผู้พิมพ์ปริญานิพนธ์ฉบับนี้ด้วยความอดทน

อาจารย์ศจี อนันต์นพคุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสงขลา ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยใช้
สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา

อาจารย์และนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสงขลา ผู้ดูแลรับผิดชอบการจัดกิจกรรม
ชมรมผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกตลอดช่วงเวลาของการเก็บ
รวบรวมข้อมูล

ผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลาทั้งผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูลและผู้สูงอายุท่าน
อื่น ๆ ที่ให้ข้อมูลและถ่ายทอดประสบการณ์การเป็นผู้สูงอายุอย่างเต็มใจ

และท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอกราบขอบคุณพ่อแม่ที่ชีวิตผู้วิจัยเกิดขึ้นในโลกนี้และได้พบกับ
บุคคลและประสบการณ์ที่ทรงคุณค่ายิ่ง

สาวตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	
ความสำคัญของปัญหา.....	1
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	5
ปัญหาการวิจัย.....	5
ความสำคัญของการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	7
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	
ทฤษฎีและแนวคิดที่อธิบายคุณภาพชีวิต กระบวนการสูงอายุปัจจัยที่	
เกี่ยวข้องและมีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุปัจจัยและคุณภาพชีวิต	
แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องคุณภาพชีวิต.....	8
กระบวนการสูงอายุ ผู้สูงอายุและลักษณะผู้สูงอายุ.....	16
ทฤษฎีการสูงอายุนานาชาติ.....	19
ทฤษฎีการสูงอายุนานาชาติ.....	22
แนวคิดวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคม.....	33
ทฤษฎีการดูแลตนเอง.....	47
ทฤษฎีกิจกรรม.....	55
ทฤษฎีบทบาท.....	60
แนวคิดวิเคราะห์คุณลักษณะทางจิตสังคม เศรษฐกิจ.....	63
ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	66
กรอบความคิดพื้นฐานในการวิจัย.....	69

3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การเลือกพื้นที่ศึกษา.....	75
การเลือกผู้ให้ข้อมูล.....	76
การนัดหมาย.....	80
การสัมภาษณ์.....	81
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
การตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูล.....	83
ชมรมผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุและการจัดกิจกรรมของชมรม.....	83
ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา.....	83
สมาชิกชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา.....	87
การจัดกิจกรรมของชมรม.....	89

4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูล.....	96
การรับรู้กระบวนการสูงอายุ.....	102
การรับรู้คุณภาพชีวิต.....	119

5 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต

การสนับสนุนทางสังคม.....	129
การสนับสนุนทางสังคมด้านกาย.....	134
การสนับสนุนทางสังคมด้านจิตใจ อารมณ์.....	135
การสนับสนุนทางสังคมด้านสังคม.....	135
การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต.....	140
การดูแลตนเอง.....	142
ความสามารถในการดูแลตนเอง.....	142

การดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้กระบวนการสูงอายุ และคุณภาพชีวิต.....	147
การทำกิจกรรม.....	149
กิจกรรมส่วนบุคคล.....	149
กิจกรรมครอบครัว.....	152
กิจกรรมนอกครอบครัวหรือกิจกรรมสังคม.....	154
การทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง การรับรู้ กระบวนการสูงอายุ และคุณภาพชีวิต.....	156
ลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจ การดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การทำกิจกรรม การรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต.....	162
 6 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปและอภิปรายผล.....	174
ข้อเสนอแนะ.....	185
 บรรณานุกรม.....	187
ภาคผนวก	
- สวัสดิการและองค์การเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	206
- แบบสัมภาษณ์.....	218
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	225

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	คุณลักษณะทางชีวสังคม การร่วมกิจกรรมและจำนวนของผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูล.....	78
2	การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับ จำแนกตามลักษณะผู้ให้การ สนับสนุนทางสังคม.....	133
3	คุณลักษณะของเครือข่ายสังคมตามการรับรู้และการกำหนด ของผู้สูงอายุ.....	138
4	ผู้สูงอายุผู้เข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอและร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ กับการเลือกทำกิจกรรมประเภทส่วนบุคคล กิจกรรมในครอบครัว และกิจกรรมนอกครอบครัวหรือสังคม.....	150
5	การร่วมกิจกรรมชมรม ลักษณะทางชีวสังคม และการรับรู้กระบวนการ สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา.....	170

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แผนผังการจัดสถานที่ชมรมผู้สูงอายุวันศุกร์.....	86
2 การรับรู้กระบวนการสูงอายุของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสงขลา...	118
3 เครือข่ายสังคมผู้สูงอายุ.....	137
4 ความเกี่ยวข้องของการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้กระบวนการสูงอายุ และคุณภาพชีวิต.....	141
5 ความเกี่ยวข้องของการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต.....	142
6 ความเกี่ยวข้องของการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กระบวนการ สูงอายุ และคุณภาพชีวิต.....	148
7 ความเกี่ยวข้องของปัจจัยการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุและการสนับสนุน ทางสังคม และการรับรู้กระบวนการสูงอายุ.....	158
8 ความเกี่ยวข้องของปัจจัยการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ ความสามารถในการ การดูแลตนเอง และการรับรู้กระบวนการสูงอายุ.....	159
9 ความเกี่ยวข้องของปัจจัยการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ และการรับรู้ คุณภาพชีวิต.....	161
10 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต.....	173

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

การมีอายุเพิ่มมากขึ้นตามลำดับของบุคคลเป็นกระบวนการที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และจะเปลี่ยนแปลงกลับคืนให้เหมือนเดิมอีกไม่ได้ เมื่อกาลเวลาผ่านไปกระบวนการนี้จะเริ่มต้นและเคลื่อนสู่วัยเด็ก หนุ่มสาว ผู้ใหญ่และนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุในที่สุด กระบวนการสูงอายุก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคลทางชีววิทยาตั้งแต่ระดับโมเลกุล เซลล์ เนื้อเยื่อ และอวัยวะระบบต่าง ๆ กล่าวคือ กระบวนการสูงอายุเป็นเหตุทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น และนำไปสู่การลดลงของพลังความสามารถ และการจัดการกับตนเอง ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุวัย 70 ปี มีความสามารถในการได้ยินเสียงลดน้อยลง เขาอาจมีอาการหวาดระแวง วิตกกังวล มีความเครียดสูงและไม่ไว้วางใจคนรอบข้างที่กำลังพูดคุยกันเนื่องจากเขาไม่สามารถได้ยินเสียงพูดคุยนั้น และไม่สามารถแปลความหมายได้ตรงตามที่เป็นจริง (Birren and Renner. 1977 : 4 ; citing Comfort. 1956 : 190)

กระบวนการสูงอายุตามสภาพทางชีววิทยา นอกจากก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคลอย่างมากแล้วยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตเห็นได้จากภายนอก ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพภาพทางสังคม (กรมการแพทย์, 2531: 3) ซึ่งผู้สูงอายุสะท้อนภาพสิ่งเหล่านี้ออกมาทางพฤติกรรมที่แตกต่างจากคนวัยอื่น และนักวิชาการหลายคนสรุปว่าพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปนั้นคือปัญหาของผู้สูงอายุ อาทิเช่น การเคลื่อนไหวที่เชื่องช้า การมีสุขภาพอ่อนแอกว่าคนหนุ่มสาวอื่นเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายตามกระบวนการสูงอายุเป็นปัญหาด้านสุขภาพ การมีสุขภาพไม่แข็งแรงย่อมเป็นอุปสรรคต่อการแสดงบางบทบาทหรือการปฏิบัติงานบางชนิด ประกอบกับเกณฑ์กำหนดอายุการทำงานขององค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนมักกำหนดการเกษียณอายุงานไว้ที่อายุ 60 ปี ดังนั้นจะด้วยเหตุปัจจัยด้านสุขภาพหรือการเกษียณอายุงานก็ตามผู้สูงอายุจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงบทบาท การทำกิจกรรมของตนไปบ้าง ผู้สูงอายุบางคนสามารถปรับตัวได้ในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น แต่บางคนก็ไม่อาจปรับตัวได้นักเพราะการเปลี่ยนแปลงนี้ประกอบด้วยเหตุปัจจัยหลายประการที่มีกระบวนการต่อเนื่อง และมีความซับซ้อนอยู่ในตัวเอง

การศึกษาหลายชิ้นนักวิจัยรายงานผลสอดคล้องกันว่าผู้สูงอายุประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ การเงิน (ธีระ รามสูตร. 2516 : 86 ; นิศา ชูโต. 2525 ; บุญยืน สุภาพ. 2522 ; พิริสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคนอื่น ๆ. 2523 ; ศุภวีย์ พลายน้อย และเนาวรัตน์ พลายน้อย. 2527 ; คณะอนุกรรมการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. 2526) ทั้งนี้เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงบทบาท กิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติในฐานะหัวหน้าครอบครัวทำงานได้ ค่าตอบแทน เมื่อเกษียณอายุงาน จึงขาดรายได้หรือมีรายได้ต่ำลง (ประพิมพ์ดาว สุคนธ์. 2526 : 148 ; ณาพร ชัยวรรณ. 2530 : 7-8) และผู้สูงอายุยังไม่ค่อยมีโอกาสเลือกงานที่เหมาะสมกับวัยอีกด้วย (สมพร เทพสิทธิ์า. 2529 : 60)

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่สามารถปรับตัวให้เข้าอยู่ในสภาวะแวดล้อมใหม่ได้ อาจเกิดความรู้สึก เครียด มีมึนต๋อย หงุดหงิด วิตกกังวล อารมณ์แปรปรวนง่าย บางครั้งซึมเศร้า กลัวขาดความมั่นใจในตนเอง มองตนเองว่าไร้คุณค่า (จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2529 : 20)

นโยบายพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2535-2539 กำหนดชัดเจนว่า ต้องการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพยายามศึกษาปัญหาความต้องการของ ผู้สูงอายุ ซึ่งพบปัญหาสำคัญคือปัญหาสุขภาพ และปัญหาเศรษฐกิจ บุคคลและหน่วยงานหลายฝ่าย พยายามช่วยเหลือด้วยการจัดสวัสดิการ การสงเคราะห์ต่าง ๆ เพื่อผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็น การเอื้ออำนวยในด้านวัตถุ ส่วนทางด้านจิตวิญญาณก็มีบ้าง เช่น กิจกรรมทางศาสนาแต่ก็ยังนับว่าน้อย

การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลมีความแตกต่างกันและการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลนี้ มีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต้องรู้เห็นสิ่งที่เข้ามารบกวนชีวิตของแต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. 2528 : 374) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนได้ตรงตามสภาพที่เป็นจริงว่าระดับภาวะสุขภาพของตนขณะนั้นสามารถทำกิจกรรมอะไรได้บ้าง ทำอะไรไม่ได้บ้าง จะมีความรู้สึกสบายใจ และพึงพอใจมากกว่าการรับรู้ที่บิดเบือนหรือไม่รู้อะไรเลย ทั้งนี้เพราะ ผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองได้ตรงตามสภาพมักจะหาวิธีช่วยเหลือดูแลตนเองได้ดี ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกว่าคุณยังมีความสามารถ มีศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิต (Spitzer. 1987 : 465-471)

ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นการช่วยบำรุงรักษาสุขภาพกาย จิต ให้อยู่ใน สภาพที่น่าพอใจ ผู้สูงอายุจะรู้สึกพอใจที่ตนยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่กิจวัตรประจำวัน

และกิจกรรมอื่น ๆ (Havinghurst, 1968 : 20-23 ; Lawton, 1985 : 127-164 ; Palmore and others, 1985) การทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอผู้สูงอายุสามารถรักษาสภาพพบทางสังคมไว้ได้ในระดับหนึ่ง ผู้สูงอายุจะรู้สึกตนเองยังมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจ ซึ่งจะมีผลต่อความรู้สึกทางด้านจิตใจ อารมณ์ (Wolk and Kurtz, 1975 ; Wolk, 1976 ; Ziegler and Reid, 1983) กิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมส่วนบุคคล กิจกรรมที่ทำร่วมกับคนอื่นในครอบครัว หรือสังคมนอกบ้านจะทำให้ผู้สูงอายุมีกลุ่มหรือเครือข่ายสังคมของตน สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลอื่นกับผู้สูงอายุจะช่วยทำให้ลดหรือกำจัดความกดดัน ความรู้สึกวิตกกังวล ความไม่พึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจในทางเสื่อมถอยให้หมดไป ซึ่งสิ่งนี้ยังชี้ถึงคุณภาพชีวิตที่น่าพอใจ (Revicki and Mitchell, 1990 : 267-274 ; Anderson, 1985 : 355-364 ; Cohen and Wills, 1985 : 310 - 357 ; Kessler and McLeod, 1985 ; Palmore and others, 1985 ; Lawton, 1985)

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ครอบครัวของผู้สูงอายุ และประเทศ ในสังคมวัฒนธรรมไทยตั้งแต่โบราณกาลมา ผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีคุณค่าเป็นหลักที่พึ่งพิงทางใจ เป็นที่เคารพนับถือและเป็นศูนย์รวมของสถาบันครอบครัว เป็นผู้นำหรือที่ปรึกษาของชุมชน แต่ในปัจจุบันสภาพสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปและคนไทยรุ่นใหม่รับวัฒนธรรมต่างชาติมาถือปฏิบัติไม่น้อย สังคมเมืองเป็นสังคมที่เจริญเติบโตและเปลี่ยนแปลงทุก ๆ ด้านส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างและสัมพันธภาพในครอบครัว ครอบครัวมีขนาดเล็กลง สิ่งแวดล้อมเริ่มเปลี่ยนแปลงจากสิ่งแวดล้อมแบบสังคมเกษตรกรรมเป็นแบบสังคมเมือง การพาณิชย์ และอุตสาหกรรม การดำเนินชีวิตมีลักษณะต่างคนต่างอยู่บุคคลขาดความสนใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ความเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

เนื่องด้วยความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาการและเทคโนโลยี การสื่อสารที่รวดเร็ว ช่วยทำให้สภาพสังคมเมืองที่มีความทันสมัยแพร่ระบาดเข้าไปเกือบทุกตัวจังหวัดของประเทศไทย โดยเฉพาะตามเมืองหลัก เช่น จังหวัดสงขลา ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงและก้าวเข้าสู่สังคมแบบเมือง การพาณิชย์ และอุตสาหกรรมเกือบเต็มที่ ประชาชนอยู่อาศัยในเนื้อที่จำกัดมากขึ้น ขนาดของครอบครัวเล็กลง หนุ่มสาวและเด็กวัยเรียนแต่ละคนมีภาระกิจของตนเองที่ต้องเร่งรีบกระทำให้ทันเวลาและเหตุการณ์แวดล้อมนอกบ้าน ในบ้านจึงเหลือเพียงผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง หรือผู้สูงอายุ

บางคนต้องอยู่ตามลำพังตลอดเวลาเพราะลูกหลาน ญาติสนิทแยกย้ายกันไปตั้งครอบครัวของตนเอง ทำให้ขาดการติดต่อสัมพันธ์กันเป็นบางช่วงเวลาสั้นบ้างยาวบ้าง

การติดต่อสัมพันธ์กับคนในครอบครัวและคนอื่น ๆ ในสังคม หรือการร่วมทำกิจกรรมสังคมของผู้สูงอายุ แต่เดิมมีลักษณะเป็นไปตามลักษณะของครอบครัวและงานอาชีพ หากครอบครัวประกอบอาชีพใดมาก่อนผู้สูงอายุจะมีโอกาสร่วมกิจกรรมกับคนในอาชีพนั้น และได้ทำกิจกรรมประเภทเดียวกันกับงานอาชีพเดิม เช่น ช่างปั้นหม้อ แต่งงานอาชีพบางอย่างไม่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมนั้นได้อีก เช่น การประมงในทะเล ซึ่งจะให้ผู้สูงอายุถูกแยกตัวออกมาหรือถูกตัดขาดจากกลุ่มเครือข่ายของตน และผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการดำเนินชีวิตอยู่ในวงจำกัด เครือข่ายจะแคบและน้อยลง กิจกรรมต่าง ๆ ลดลงไปเรื่อย ๆ ผู้สูงอายุจะถูกโดดเดี่ยวโดยสภาพแวดล้อมและสภาพสังคมที่ไม่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ แต่ในปัจจุบันมีองค์กรที่ทำหน้าที่เป็นแหล่งกลางเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับสังคม และส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ องค์กรนี้คือชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุจัดเป็นองค์กรอิสระที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตรง เป็นแหล่งหนึ่งที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมและยังคงมีบทบาทในชุมชนสังคม แม้ว่าอาจจะต้องลดหรือเปลี่ยนแปลงบทบาทไปบ้าง การทำกิจกรรมและบทบาทของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องตลอดไปมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้น ป้องกันการเกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์จากการสูญเสียต่าง ๆ ของผู้สูงอายุได้ (Robb. 1984 : 78 ; citing Lemon, Bengtson and Peterson. 1972 ; Arkoff 1968 : 206) นอกจากนี้ชมรมผู้สูงอายุยังเป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมต่าง ๆ กัน ผู้สูงอายุทุกคนยังคงอยู่ในครอบครัว การอยู่ร่วมในครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นความปรารถนาของทั้งผู้สูงอายุ และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งหลายที่ต้องการจะเห็นผู้สูงอายุมีชีวิตที่เป็นสุขสงบในครอบครัวมากกว่าการส่งผู้สูงอายุเข้าไปอยู่อาศัยในสถานสงเคราะห์

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาผู้สูงอายุปกติในสภาพแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ คือการอยู่อาศัยกับครอบครัว (หรือการอยู่นอกสถานสงเคราะห์ โรงพยาบาล) และมีการทำกิจกรรมสังคมบ้าง ผู้วิจัยจึงสนใจและกำหนดเลือกศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และเลือกศึกษา ณ ชมรมผู้สูงอายุที่ตั้งในเขตจังหวัดสงขลาได้แก่ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลาและชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งเป็นชมรมที่มีการจัดกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ

เป็นศูนย์กลางการพบปะสังสรรค์ ช่วยเหลือสมาชิกและส่งเสริมสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุเป็นหลัก นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความต้องการทำกิจกรรมบำเพ็ญตนให้เป็นประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวมอีกด้วย การก่อตั้งชมรมทั้งสองเกิดขึ้นเมื่อประมาณ 10 ปีที่ผ่านมา มีผู้สูงอายุสมัครเข้าเป็นสมาชิกชมรมเพิ่มขึ้นทุกปี ขณะที่สมาชิกเก่ายังคงสมัครเป็นสมาชิกต่อทุกปี บุคคลที่หายไปส่วนใหญ่คือผู้ที่เสียชีวิต จากสภาพการณ์นี้อาจอนุมานได้ว่าผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งน่าจะได้ทำการศึกษาปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง การทำกิจกรรมและปัจจัยส่วนบุคคลด้านลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต เพื่อความกระจ่างในเรื่องดังกล่าวของผู้สูงอายุไทย ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาปรับปรุงทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ การดำเนินการในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งในผลขั้นสุดท้ายคือประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุของไทย

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิตในครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาว่ากระบวนการสูงอายุของบุคคลเริ่มเมื่อใด กระบวนการสูงอายุมีการดำเนินการและหรือการเปลี่ยนแปลงในลักษณะใดบ้าง และมีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายของการศึกษาคือกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลาและชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ในการศึกษาผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทางทฤษฎี สาขาสังคมวิทยา จิตวิทยา จิตวิทยาสังคม ชีววิทยา และพยาบาลศาสตร์

ปัญหาการวิจัย

ผู้วิจัยกำหนดปัญหาการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต ดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุมีการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตอย่างไร
2. กระบวนการสูงอายุของบุคคลเริ่มเมื่อใด
3. ปัจจัยต่อไปนี้เกี่ยวข้องและมีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต

ของผู้สูงอายุอย่างไร

3.1 การสนับสนุนทางสังคม

3.2 การดูแลตนเอง

3.3 การทำกิจกรรม

4. ลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา เศรษฐกิจ และการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน จะมีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างไร

ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต เป็นการวิจัยที่มีลักษณะของสหวิทยาการโดยใช้กรอบแนวความคิดจากศาสตร์หลายสาขา ได้แก่ สังคมวิทยา จิตวิทยา จิตวิทยาสังคม ชีววิทยาและพยาบาลศาสตร์ ผลการวิจัยนี้จะช่วยตรวจสอบความสามารถในการนำไปใช้ได้ของทฤษฎีจากศาสตร์สาขาดังกล่าวข้างต้นได้แก่ทฤษฎีกิจกรรม ทฤษฎีบทบาท แนวคิดวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคม แนวคิดวิเคราะห์เครือข่ายสังคม ทฤษฎีการสูงอายุ ทฤษฎีการดูแลตนเองว่ามีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและการรับรู้คุณภาพชีวิตมากหรือน้อยเพียงใด

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต เป็นการศึกษาลักษณะเชิงกระบวนการซึ่งใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ระดับลึก

การเลือกศึกษาผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลหาดใหญ่เนื่องด้วยชมรมทั้งสองเป็นชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้นนอกเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งทางสภาผู้สูงอายุพยายามสนับสนุนให้ผู้สูงอายุในต่างจังหวัดได้ร่วมกันก่อตั้งชมรม ชมรมทั้งสอง มีจำนวนสมาชิกมากพอสมควร ประมาณแต่ละ 400-500 คน และผู้สูงอายุร่วมกันจัดกิจกรรมสม่ำเสมอ ชมรมผู้สูงอายุเป็นแหล่งพบปะสังสรรค์และทำกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดสงขลา ผลการวิจัยครั้งนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับทั้งภาครัฐและเอกชนสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในด้านการใช้ เป็นข้อมูล การกำหนดนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุ การกระตุ้นส่งเสริมการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุ การส่งเสริมการจัดสวัสดิการและการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสม

ขอบเขตการวิจัย

เนื่องด้วยการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีการเชิงคุณภาพเป็นหลัก จึงมิได้เน้นการเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างเพื่อการเป็นตัวแทนทางสถิติ แต่ใช้วิธีเลือกชมรมผู้สูงอายุอย่างเจาะจงเหมาะสมกับปัญหาการวิจัย และความเป็นไปได้ที่เอื้อต่อผู้วิจัยในการเดินทางและทำการศึกษารวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ข้อจำกัดของการวิจัย

การรับรู้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นผลรวมของประสบการณ์ตั้งแต่ครั้งอดีตที่ผ่านมา และสะสมเพิ่มพูนตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุแต่ละคนมีประสบการณ์หลากหลาย การศึกษาการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อเข้าถึงสาระสำคัญของเรื่องจึงจำเป็นต้องศึกษาย้อนหลังถึงประสบการณ์ของผู้สูงอายุแต่ละคน การศึกษาในครั้งนี้จึงศึกษาแบบย้อนประสบการณ์ ซึ่งการศึกษาแบบนี้มีข้อด้อยหรือจุดอ่อนอยู่บ้างในเรื่องคุณภาพข้อมูล เนื่องจากข้อมูลมีลักษณะเป็นคำบอกเล่าซึ่งส่วนใหญ่มักมีความยาวมากและในคำบอกเล่านั้นยังประกอบด้วยข้อมูลที่ปะปนกันเป็นข้อเท็จจริง และข้อคิดเห็นส่วนตัวที่ผู้สูงอายุมักจะแสดงเป็น เหตุผลประกอบในเวลาเล่าเรื่อง ข้อมูลลักษณะนี้ก่อให้เกิดปัญหาว่าข้อมูลใดคือใจความสำคัญที่เป็นข้อเท็จจริง หรือข้อคิดเห็น หรือเหตุผลที่แท้จริง อีกประการหนึ่งเนื่องจากระยะเวลาที่ผ่านมายาวนานและประสบการณ์หลากหลายของผู้สูงอายุอาจทำให้เกิดความผิดพลาดหรือสับสนได้ในการเล่าเรื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเล่าเรื่องในอดีตโดยแสดงความคิดเห็นหรือเหตุผลต่อเรื่องราวในอดีตนั้นด้วยความคิดเห็นและเหตุผลที่เป็นปัจจุบัน ซึ่งจะทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่บิดเบือนไป และคำบอกเล่าที่ยาวมากนั้นอาจมีข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงที่ผู้วิจัยต้องการเพียงเล็กน้อยหรือไม่เด่นชัดเท่าที่ควร ซึ่งผู้วิจัยพยายามแก้ไขด้วยการใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ระดับลึกที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถใช้เวลาในการย้อนรำลึก ลำดับความและเล่าประสบการณ์ของตนได้อย่างอิสระตามแนวข้อคำถามหลักที่ผู้วิจัยเตรียมไว้อย่างละเอียดรอบคอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอ

ข้อจำกัดของการวิจัยในด้านการนำผลไปใช้สำหรับการวิจัยนั้นอาจเป็นเรื่องของการนำผลการวิจัยไปอ้างอิง ซึ่งควรกระทำด้วยความระมัดระวัง ผู้นำไปใช้ควรพิจารณาอ้างอิงภายใต้บริบทที่คล้ายคลึงกันกับการวิจัยเรื่องนี้

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ปัจจัยสำคัญที่ผู้วิจัยนำมาศึกษา ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง การทำกิจกรรม และคุณลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจ ของบุคคล ซึ่งผู้วิจัยศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกำหนดกรอบ ขอบเขตของการศึกษาดังต่อไปนี้ คือ ทฤษฎีแนวคิดและผลงานวิจัยที่อธิบายคุณภาพชีวิต กระบวนการสูงอายุ ผู้สูงอายุและลักษณะผู้สูงอายุ และปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต ทฤษฎีและแนวคิดที่นำมาพิจารณา ได้แก่ ทฤษฎีการสูงอายุทางชีววิทยา ทฤษฎีการสูงอายุทางสรีรวิทยา แนวคิดวิเคราะห์ การสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีกิจกรรม ทฤษฎีบทบาท แนวคิดวิเคราะห์ลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจ

แนวความคิดเกี่ยวกับเรื่องคุณภาพชีวิต (Quality of life)

คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องสำคัญและเป็นที่น่าสนใจของนักวิจัยหลายคน แต่ละคนมีความคิดเห็นและความสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตแต่ละด้านแตกต่างกัน การประเมินระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันตามเกณฑ์และการให้ความสำคัญที่ประเมิน ทั้งนี้เพราะนักวิชาการหลายคนได้ทำการศึกษาวิจัยและให้ความหมายคำว่าคุณภาพชีวิตไว้หลากหลาย จึงเป็นการยากที่จะนิยามความหมายของคุณภาพชีวิตอย่างเฉพาะเจาะจง คำที่มีความหมายใกล้เคียงกับคำว่าคุณภาพชีวิตที่พบมีอาทิเช่น แบบแผนชีวิต (style of life) ซึ่งหมายถึงลักษณะทางจิตและสังคมที่คนในชุมชนนั้นประพฤติปฏิบัติ ระดับความเป็นอยู่ (level of living) ซึ่งมีความหมายคล้ายคลึงกับมาตรฐานการดำรงชีวิต (standard of living) ซึ่งหมายถึงการประเมินทางด้านวัตถุที่แวดล้อมบุคคลและจิตของบุคคลว่าจะผ่านเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ ส่วนคำว่าวิถีชีวิต (way of life) เป็นคำรวมมีความหมายถึงระดับความเป็นอยู่ แบบแผนชีวิต มาตรฐานการดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตเข้าไว้ด้วยกัน คำที่ใช้มากในงานวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของต่างประเทศมีอาทิ คุณภาพชีวิต (quality of life) สุขภาวะหรือความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) และความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) (Somchit Hanucharurnkul, 1988 : 34 ;

citing Liange 1984 ; Andrew and Withey. 1976 ; Campbell. 1976 ; Dalkey and Rourke. 1973)

เมื่อพิจารณาคำคุณภาพชีวิตตามรูปศัพท์ภาษาไทย พบว่าคำนี้ประกอบด้วยคำสองคำคือ คุณภาพและชีวิต คุณภาพหมายถึงลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ ชีวิตหมายถึงความเป็นอยู่ (พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน. พ.ศ. 2525. 2530 : 190, 273) เมื่อรวมคำทั้งสองเป็นคำคุณภาพชีวิตจึงมีความหมายถึงลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

คุณภาพชีวิตเป็นคำค่อนข้างใหม่เป็นคำรวมที่ใช้เรียกหรือมีความหมายครอบคลุมถึงคำหรือข้อความต่าง ๆ ที่ใช้กันโดยสมัยก่อนโดยเฉพาะในพระพุทธธรรม ข้อความดังกล่าว ได้แก่ สิ่งที่มีคุณค่าแท้จริงแก่ชีวิต ภาวะจิตที่ยินดีพอใจ ความต้องการให้สิ่งทั้งหลายดำรงอยู่ด้วยดีตามสภาวะที่ควรจะเป็น ความต้องการหรือความรัก สิ่งที่ดีงามต่าง ๆ เช่น ความรัก ความสะอาด ความรักธรรมชาติสิ่งแวดล้อมที่ดีงามความต้องการคุณธรรมต่าง ๆ เป็นต้น (พระราชวรานี. 2529: 494, 510) เมื่อพิจารณาข้อความข้างต้นจะพบว่าคุณภาพชีวิตมีความหมายกว้างขวางซับซ้อน ครอบคลุมลักษณะที่เป็นความต้องการทางวัตถุและทางจิตของบุคคล และลักษณะที่เป็นคุณค่าที่มีความสำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิตที่ดีของบุคคล มีการประเมินทั้งลักษณะทางวัตถุที่แวดล้อมบุคคลและลักษณะทางจิตของบุคคลนั้น ๆ และกำหนดเกณฑ์ขึ้นเพื่อวัดว่าลักษณะต่าง ๆ นั้น ผ่านตามเกณฑ์หรือไม่ อย่างไร เกณฑ์ที่กล่าวถึงนี้หมายถึงเกณฑ์ที่บุคคลอาจกำหนดขึ้นเอง โดยเฉพาะหรือหมายถึงเกณฑ์ที่กลุ่มหรือสังคมใดสังคมหนึ่งกำหนดขึ้นเป็นบรรทัดฐาน หรือเป็นสากล คำที่เป็นหัวใจสำคัญในความหมายของคุณภาพชีวิตตามข้อความข้างต้นนี้คือ ความต้องการ (needs) เมื่อพิจารณาคำคุณภาพชีวิตในความหมายของความต้องการของมนุษย์ตามทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ของอับราฮัม มาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory) (Owen. 1987 : 97-105) ซึ่งสรุปได้ว่าความต้องการของมนุษย์นั้นมีการพัฒนาเป็นลำดับขั้น มนุษย์ทุกคนจะพยายามหาทางสนองตอบความต้องการตั้งแต่ระดับต่ำสุด เมื่อความต้องการขั้นต่ำสุดได้รับการตอบสนองจนเกิดความพึงพอใจแล้ว ความต้องการขั้นที่สองจะเกิดขึ้นและเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจที่จะหาทางสนองตอบความต้องการนั้น เมื่อความต้องการขั้นที่สองได้รับการตอบสนองบรรลุเป้าหมายแล้วความต้องการขั้นที่สามจะถูกพัฒนา และกระตุ้นเป็นแรงจูงใจทำให้เกิดความต้องการระดับต่อไป

ลำดับขั้นของความต้องการของมนุษย์ตามแนวความคิดของมาสโลว์มี 5 ขั้นดังต่อไปนี้

1. ความต้องการขั้นพื้นฐานทางสรีระ (Basic physiological need) เป็นความต้องการเบื้องต้นที่จำเป็นต่อการทำงานของร่างกายเพื่อบำบัดความหิวกระหายของร่างกายให้ร่างกายคงสภาพอยู่ได้ ได้แก่ความต้องการอาหาร อากาศ การพักผ่อน การขับถ่าย เป็นต้น

2. ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Security and safety need) เป็นความต้องการความมั่นคงความปลอดภัยทางร่างกาย จิตใจรวมทั้งทรัพย์สินและผลประโยชน์ เช่น วัยเด็กต้องการการปกป้องคุ้มครองจากผู้ใหญ่ และผู้ใหญ่ต้องการความมั่นคงในอาชีพการงาน เป็นต้น

3. ความต้องการทางสังคม (Social affiliation need) เป็นความต้องการให้คนอื่นยอมรับตน ต้องการความเป็นมิตรจากคนอื่น ต้องการความมีสิทธิ ความเป็นเจ้าของ ต้องการเป็นสมาชิกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

4. ความต้องการเกียรติยศ ความภาคภูมิใจในตน (Self-esteem need) เป็นความต้องการมีชื่อเสียงเป็นที่นับถือของคนอื่น ต้องการให้คนอื่นยกย่อง และเห็นว่าตนมีคุณค่า เป็นประโยชน์ต่อสังคม

5. ความต้องการที่จะใช้ความสามารถของตนเองให้เต็มที่ (Self-actualization need) เป็นความต้องการสูงสุดของมนุษย์ เป็นความเข้าใจและยอมรับตนเอง ต้องการทราบถึงความสามารถ จุดเด่น และข้อบกพร่องของตนเองเพื่อจะได้ปรับปรุงตนเอง และต้องการทำงานจนสุดความสามารถได้รับความพึงพอใจสูงสุดและประสบความสำเร็จในงานที่ทำ

ทฤษฎีของมาสโลว์เป็นทฤษฎีที่เน้นเรื่องความต้องการของมนุษย์ (human need theory) ในสามด้านหลักคือ ด้านกาย จิตและสังคม โดยจัดลำดับขั้นความต้องการเป็น 5 ขั้น ในระยะหลังมาสโลว์ได้เพิ่มระดับความต้องการอีก 2 ขั้น คือ ความต้องการที่จะรู้และเข้าใจ (need to know and understand) ได้แก่ความต้องการที่จะแสวงหาความรู้ที่มีคุณค่าอย่างกว้างขวางชัดเจน ต้องการรู้และเข้าใจโลกอย่างแจ่มชัด และความต้องการด้านสุนทรียะ (aesthetic needs) ได้แก่ความต้องการที่จะรู้จัก เข้าถึงและรู้สึกซาบซึ้งในสิ่งที่ เป็นศิลปะ จรรโลงใจ ความต้องการทั้ง 7 ขั้นนี้ ความต้องการ 4 ขั้นแรก มีความจำเป็นต้องได้รับการตอบสนอง ถ้าไม่ได้รับจะทำให้บุคคลเกิดความเครียดเป็นทุกข์ ส่วนความต้องการ 3 ขั้นหลังอาจจะไม่เกิดกับทุกคน และเมื่อเกิดแล้วแม้ไม่ได้รับการตอบสนองก็ไม่ทำให้เดือดร้อน เป็นทุกข์ แต่ถ้าได้รับการสนองตอบจะทำให้บุคคลมีความพึงพอใจสูงขึ้นมาก (สงวนศรี วิรัชชัย).

2527 : 86-88) จะเห็นได้ว่าทฤษฎีของมาสโลว์ให้ความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตที่มีพื้นฐานมาจากความต้องการของมนุษย์ บุคคลเมื่อเกิดความต้องการด้านต่าง ๆ อาทิ การมีสุขภาพอนามัยดี การมีรายได้พอกับการใช้จ่าย การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน การอยู่ในสังคมอย่างไม่มีภาวะกดดันทางด้านจิตใจ เป็นต้น เมื่อบุคคลนั้นได้รับการตอบสนองในทางที่ดีและเป็นประโยชน์เขาย่อมจะเกิดความพึงพอใจและความสุข (Haug and Folmer. 1986 : 331-345) ความรู้สึกพึงพอใจและความสุขนั้นเคนทริล กล่าวไว้ว่า เกิดจากบุคคลรับรู้และใช้กระบวนการทางสติปัญญาของตนประมวลภาพรวมตามความเป็นจริงในโลกที่ตนเองเผชิญอยู่ แล้วทำการประเมินและตัดสินใจด้วยตนเอง (Andrews and Crandall. 1976 : 10 ; citing Cantril. 1965 ; Ferrans and Powers. 1985 : 15-34 : citing Dalky and Rourke. 1973) นักวิจัยต่างประเทศบางคนเมื่อกล่าวถึงคุณภาพชีวิตเขาจะเน้นในความหมายของความพึงพอใจในชีวิต และความสุขที่แต่ละคนเปรียบเทียบความคาดหวังของตนกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ว่าสอดคล้องกันหรือไม่ (Graham and Longman. 1987 : 339 ; citing Campbell. 1976)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความหมายของคุณภาพชีวิตมีความหมายครอบคลุมภาวะที่บุคคลได้รับสิ่งที่มีคุณค่าแท้จริงและจำเป็นแก่ชีวิต มีภาวะจิตที่ยินดี พึงพอใจเนื่องจากความต้องการลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีทางกาย จิตและสังคมได้รับการสนองตอบสมบูรณ์ตามที่ต้องการนั้นคือคุณภาพชีวิตหมายถึงความรู้สึกพึงพอใจและความสุขที่แต่ละบุคคลรับรู้และตัดสินใจด้วยตนเอง

วิธีการวัดคุณภาพชีวิต เนื่องจากความหมายของคุณภาพชีวิตครอบคลุมลักษณะหลัก ๆ 3 ประการคือ ลักษณะภาวะสุขภาพกาย จิต และสังคมตามที่แท้จริง ในลักษณะที่เป็นการรับรู้ และลักษณะที่เป็นความรู้สึกพึงพอใจต่อภาวะสุขภาพกาย จิตและสังคมของบุคคล ซึ่งเป็นผลจากการที่บุคคลประเมินภาวะสุขภาพของตนแล้วรู้สึกพึงพอใจ ในการวัดคุณภาพชีวิตที่ครบถ้วนจึงควรวัดทั้ง 3 ลักษณะ ซึ่งนักวิจัยอาจวัดได้โดยการเลือกใช้ตัวบ่งชี้ตัวใดตัวหนึ่งหรือทั้งสองตัวต่อไปนี้ คือ ตัวบ่งชี้เชิงวัตถุวิสัย (objective indicators) และตัวบ่งชี้เชิงจิตวิสัย (subjective indicators) (Campbell. 1976 : 117-124) โดยทั่วไปการวัดภาวะสุขภาพกาย จิต สังคมตามที่ปรากฏ เป็นการวัดเชิงวัตถุวิสัย วิธีการวัดเป็นการวัดโดยบุคคลอื่น เช่น แพทย์ นักจิตวิทยาหรือคนอื่น ๆ ข้อมูลที่ได้แสดงคุณลักษณะ หรือพฤติกรรมของบุคคลหรือลักษณะเหตุการณ์เป็นข้อมูลที่เป็นจริง (factual information) เช่นภาวะสุขภาพกาย ระดับความ

สามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การศึกษา รายได้ เป็นต้น ลักษณะข้อมูลที่ได้เป็นเชิงปริมาณคือวัดออกมาเป็นคะแนน นักวิจัยนำคะแนนไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดหรือเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งผลที่ได้เป็นการแสดงถึงคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้น (Levy and Wynbrandt. 1975 : 1328 ; Bonneyu and others. 1978 : 1510 ; Padilla and others. 1983 : 117 ; Leon. 1985 : 494-505)

การวัดคุณภาพชีวิตที่ครอบคลุมลักษณะภาวะสุขภาพกาย จิต และสังคม ตามที่บุคคลรับรู้ และเกิดความรู้สึกรับรู้พอใจเป็นการวัดเชิงจิตวิสัย วิธีการวัดเป็นการวัดโดยให้บุคคลผู้ถูกวัดประเมินตนเอง ซึ่งเป็นการประเมินประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลนั้นโดยตรง (Ferrans and Powers. 1985 : 16 ; citing Campbell.1981) ข้อมูลที่ได้มีลักษณะที่แสดงถึงการรับรู้และการตัดสินใจต่อประสบการณ์เหล่านั้น เช่น ความพึงพอใจในชีวิต ความสุข เป็นต้น ลักษณะข้อมูลของการวัดเชิงจิตวิสัยอาจวัดเป็นเชิงปริมาณคือคะแนน หรือการวัดเชิงคุณภาพคือการที่บุคคลบรรยายบอกสภาพการณ์ที่บุคคลนั้นเป็นอยู่การวัดเชิงจิตวิสัยได้รับความสนใจจากนักวิจัยคุณภาพชีวิตจำนวนมากโดยนักวิจัยเหล่านี้ มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่าวิธีนี้เป็นการประเมินประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลโดยตรง (Neugarten, Havinghurst and Tobin. 1961 : 134; Bortner and Hultsch. 1979 : 41 ; Jackie. 1974 : 360 ; Andrew and Withey. 1976 ; Campbell. 1976 : 117; Campbell, converse and Rogers. 1976 ; Palmore and Kivett. 1977 : 311 ; Soper. 1980 : 731 ; Laborde and Powers. 1980 : 19 ; Hatz and Powers. 1980 : 290 ; Fry and Ghosh. 1980 : 201 ; Crandall and Putnam. 1980 : 156 ; Webb and Powers. 1982 : 799 ; Kazak and Linney. 1983 : 207 ; Palmore and Luikart. 1972 : 68)-

ในการวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าจะไม่ว่าจะเป็น การวัดเชิงวัตถุวิสัยหรือจิตวิสัยควรจะต้องครอบคลุมครบถ้วนทั้งด้านกาย จิต และสังคม ส่วนการเลือกวิธีการวัดแบบใดหรือทั้งสองแบบ ขึ้นอยู่กับปัญหาหรือคำถามการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตัวอย่าง เช่น ปัญหาการวิจัยคือปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล หรือคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนแออัดมีระดับตามมาตรฐานหรือไม่ นักวิจัยกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อวัดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต หรือนักวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนแออัด ในกรณีเช่นนี้นักวิจัยควรใช้การวัดเชิงวัตถุวิสัยเพียงวิธีเดียวก็น่าจะเพียงพอ อีกตัวอย่างหนึ่งคำถาม

การวิจัยคือผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในภาวะสุขภาพกายของตนเพียงใด สำหรับคำถามนี้นักวิจัยกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อวัดคุณภาพชีวิตจากความรู้สึกพอใจแท้จริงของบุคคล นักวิจัยควรใช้การวัดเชิงจิตวิสัย และถ้านักวิจัยต้องการประเมินประสบการณ์ในชีวิตและความรู้สึกพึงพอใจต่อสิ่งที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ขณะเดียวกันนักวิจัยต้องการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของบุคคลกับเกณฑ์มาตรฐานด้วย กรณีอย่างนี้นักวิจัยควรจะใช้การวัดทั้งสองวิธีร่วมกันจะทำให้ได้ผลชัดเจนมากขึ้น แต่สิ่งหนึ่งซึ่งนักวิจัยพึงระลึกถึงเมื่อจะเลือกวิธีการวัดแบบใดแบบหนึ่งก็คือข้อจำกัดเรื่องบุคคลผู้ถูกวัดหรือผู้ให้ข้อมูล การวัดเชิงจิตวิสัยใช้วัดในบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลด้านความรู้สึกพึงพอใจได้เท่านั้น ถ้าบุคคลนั้นไม่อยู่ในสภาวะที่สามารถตอบหรือให้ข้อมูลความรู้สึกพึงพอใจที่ตรงได้ การวัดวิธีนี้ก็ใช้ไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร เช่นผู้ให้ข้อมูลไม่ให้ความร่วมมือหรือจงใจบิดเบือนการให้ข้อมูล หรือมีอาการเจ็บป่วยที่อาจส่งผลต่อการให้ข้อมูลที่บิดเบือน ในสถานการณ์เช่นนี้นักวิจัยควรหลีกเลี่ยงการใช้การวัดเชิงจิตวิสัย นักวิจัยอาจเลือกใช้การวัดเชิงวัตถุวิสัย แต่ถ้าจำเป็นต้องใช้วิธีเชิงจิตวิสัย นักวิจัยต้องใช้ด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ ซึ่งรวมถึงการสร้างเครื่องมือด้วย

การเลือกใช้วิธีการวัดคุณภาพชีวิตแบบใดจึงจะเหมาะสม นอกจากพิจารณาจากปัญหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัยแล้ว การคำนึงถึงการนำผลของการวัดไปใช้ประโยชน์ก็มีความสำคัญ ตัวอย่างเช่นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ได้รับระดับตามเกณฑ์มาตรฐาน ในสถานการณ์นี้นักพัฒนาต้องการข้อมูลที่เชื่อถือได้จริงที่ปรากฏ เช่นภาวะสุขภาพ รายได้ เป็นต้น ซึ่งข้อมูลนี้ได้มาจากการวัดด้วยวิธีเชิงวัตถุวิสัย แต่ถ้าเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยให้ผู้สูงอายุได้รับการสนองตอบตามความต้องการของตน ลักษณะข้อมูลที่นักพัฒนาต้องการจะเป็นข้อมูลที่ผู้สูงอายุแสดงความรู้สึกพึงพอใจ เช่นความรู้สึกพึงพอใจในรายได้ เป็นต้น ซึ่งข้อมูลนี้ได้จากการวัดด้วยวิธีเชิงจิตวิสัย -

ในการวัดคุณภาพชีวิตให้ครอบคลุมทั้งหมด พบว่ามีปัญหาสำคัญ คือเครื่องมือหรือแบบวัดที่เหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่่านักวิจัยจะต้องตัดสินใจเลือกวิธีการวัดที่เหมาะสมให้ได้ก่อนต่อจากนั้นจึงสร้างเครื่องมือตามแนวทางวิธีการวัดซึ่งอาจเป็นเครื่องมือวัดเชิงวัตถุวิสัยหรือจิตวิสัย หรือทั้งสองชนิดร่วมกัน แต่ที่สำคัญคือจะต้องวัดได้ครอบคลุมครบถ้วนอย่างน้อย 3 ด้านหลัก คือ กาย จิต และสังคม

ในทางปฏิบัตินอกจากปัญหาเรื่องเครื่องมือแล้วปรากฏว่่านักวิจัยมีความสนใจเฉพาะด้านหรือมิติแตกต่างกันทำให้นักวิจัยอาจเลือกวัดเฉพาะมิติ ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตจึงอาจแบ่งออก

เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่วัดมิติเดียว (unidimension) และกลุ่มที่วัดหลายมิติร่วมกัน (multidimension)

การวัดคุณภาพชีวิตแบบมิติเดียว นักวิจัยจะถามบุคคลและให้เขาประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ตัวบ่งชี้ หรือคำถามเดียวเพื่อสรุปถึงคุณภาพชีวิตโดยรวม วิธีย์ (Withey. 1985 : 446 - 448) กล่าวว่าบุคคลสามารถแสดงภาพโดยรวมของชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) ได้จากการสะท้อนภาพจากประสบการณ์ที่เชื่อถือได้ของเขา โดยยึดการมองความปกติสุขของเขา ตัวอย่างการวิจัยที่ใช้การวัดแบบมิติเดียว เช่น โจเอล ลีออน (Leon. 1985 : 494 -505) วัดชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีในมิติเศรษฐกิจ (economic well-being) นักวิจัยใช้วิธีการวัดเชิงวัตถุวิสัยเกี่ยวกับสองประเด็นหลักได้แก่ ผลรวมของเงินที่ทำได้ ซึ่งอาจเป็นเงินโบนัสรายได้จากเงินบำนาญ บำนาญ และรายได้จากทรัพย์สินผลประโยชน์ทั้งหลายหารรวม ส่วนงานวิจัยของ ลีและชีฮัน (Lee and Shehan. 1989 : 226-230) วัดความพึงพอใจในมิติสถานภาพสมรส (marital satisfaction) ซึ่งนักวิจัยใช้วิธีการวัดเชิงจิตวิสัยถามคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อคู่สมรสในเรื่องต่าง ๆ อาทิ ความรัก ความเป็นเพื่อน ความเข้าใจ ความสัมพันธ์เชิงคู่สมรสทั้งหมด เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีอีกหลายมิติที่นักวิจัยนำมาใช้วัดคุณภาพชีวิต และในจำนวนมิติต่าง ๆ นี้ มิติสุขภาพอนามัยได้รับความสนใจอย่างมาก ปรากฏว่านักวิจัยบางคนใช้วิธีการวัดเชิงวัตถุวิสัย บางคนใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน หัวข้อหรือประเด็นที่นักวิจัยนำมาใช้ในการประเมินหรือถามบุคคลอาทิ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจในภาวะสุขภาพของตน ภาวะสุขภาพจากการตรวจวัดโดยแพทย์ เช่น ความดันโลหิต ภาวะสุขภาพจิต ความเครียด เป็นต้น ซึ่งจากผลการวิจัยนักวิจัยต่างลงความเห็นสอดคล้องกันว่า มิติสุขภาพอนามัยเป็นมิติหนึ่งที่สำคัญที่แสดงถึงคุณภาพชีวิตของบุคคล (Gitter and Mostofsky. 1973 : 289 ; Charnes, Cooper and Kozmetsky. 1973 : 1172 ; Patterson. 1975 : 280 ; Berg, Hallauer and Berk. 1976: 391 ; Rippers.1976 : 567 ; Palmore, Walsh, McKinna and Greening. 1980 : 1594 ; Hornquist. 1982 : 57 ; Flanagan. 1982 : 56 ; Cookfair and Cummings. 1983 : 445 ; Wellisch. 1984 : 2290 ; Bard. 1984 : 2327 ; Evans and others. 1985 : 553)

ในการวัดคุณภาพชีวิตแม้ว่านักวิจัยจะมีวิธีการวัดที่ให้เป็นที่น่าพอใจเช่น วิธีวัดเชิงจิตวิสัย แต่การวัดโดยพึ่งเล็งในมิติใดมิติเดียวนั้นนักวิจัยคุณภาพชีวิตส่วนหนึ่งมีความเห็นที่ไม่สมควร เพราะชีวิตบุคคลเป็นองค์รวมไม่สามารถประเมินโดยการแยกเป็นขอบเขตหรือมิติใดเพียงส่วนเดียวที่กำหนดขึ้นได้ การรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลเป็นการมองภาพรวมทั้งหมดในโลกแห่งความเป็นจริงและแสดงออกตามการรับรู้ เป้าหมาย การให้คุณค่า รวมทั้งการรับรู้ด้วยตนเองต่อความสุขและความพึงพอใจในชีวิต (McKeehan, Cowling and Wykle. 1986 : 286; citing Cantril. 1965 ; ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. 2532 : 42-43) ด้วยความคิดเห็นดังกล่าวมานี้ นักวิจัยหลายคนจึงให้ความสนใจและวัดคุณภาพชีวิตโดยพิจารณาหลายมิติร่วมกัน อาทิ เบอร์รี่และวิลเลียม (Berry and Williams. 1987 : 107-116.) วัดคุณภาพชีวิตจากความพึงพอใจในมิติสถานภาพสมรส รายได้ และความพึงพอใจในชีวิตซึ่งเป็นภาพรวม (satisfaction with quality of life) ฮัทชินสัน ฟาร์นดอนและวิลสัน (Hutchinson, Farndon and Wilson. 1979 : 391) วัดในมิติสุขภาพกาย อารมณ์และสังคม ฟลานาแกน (Flanagan. 1978 : 138) วัดในมิติสุขภาพกาย การมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น สังคม ชุมชน การมีกิจกรรมร่วมกับกลุ่มอย่างเป็นทางการ การพัฒนาตนเองและการพักผ่อน แมคสวีนี และคนอื่น ๆ. (McSweeney and others. 1982 : 473) วัดในมิติอารมณ์ การแสดงบทบาทในสังคม การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและการใช้เวลาว่างพักผ่อน ลินน์ และลินน์ (Linn and Linn. 1981 : 689) วัดในมิติความพึงพอใจในชีวิต (ภาพรวม) ความแปลกแยกและความเกียจคร้าน เลวี และวินเบรนดท์ (Levy and Wynbrandt. 1975 : 1328) วัดในมิติรายได้ กิจกรรมทางเพศและแบบแผนชีวิต ออสเบิร์กและคนอื่น ๆ. (Osberg and others. 1987 : 228-230) วัดในมิติความพึงพอใจในชีวิต ปัจจุบัน ภาวะสุขภาพของตนเมื่อเทียบกับคนอายุรุ่นเดียวกัน มิติทางสังคมได้แก่ความสัมพันธ์กับบุคคลคนอื่น และความพึงพอใจในสถานการณ์ทางเศรษฐกิจของตนในปัจจุบัน นักวิจัยบางคน เช่น อัมเบอร์สัน (Umberson. 1989 : 999-1012) สนใจวัดชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีด้านจิตใจเป็นหลักและวัดภาวะสุขภาพจิตจำแนกเป็นหัวข้อย่อย ได้แก่ ความรู้สึก ชอบ พอใจ (positive affect) ความรู้สึกกรุ่นร้อนรุ่มใจ (agitation) ความรู้สึกไร้ความหมาย เหน่าเปล่าเปลี่ยว (meaning lessness) และอาการทางโรคจิต (psychiatric symptoms) ส่วนโคเฮน และคนอื่น ๆ. (Cohen and others. 1988 : 121-128) วัดชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีด้านสุขภาพกาย จิต และสังคม

คุณภาพชีวิตเป็นส่วนบุคคล (Haes and Knippenberg. 1986 : 813; ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. 2532 : 43) มีความสัมพันธ์กับความอดทนของบุคคล การรับรู้ ความคาดหวัง การตัดสินใจ ความพึงพอใจและการมีความสุขต่อสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคลต่างกัน คุณภาพชีวิตจึงมีสภาพที่ไม่หยุดนิ่ง (dynamic) เปลี่ยนแปลงตามกาลเวลาตามการให้คุณค่าความรู้สึกภายในเกี่ยวกับความปรารถนา ความทะเยอทะยานและความยุติธรรม โดยทั่วไปในคนวัยหนุ่มสาวหรือผู้ใหญ่ตอนต้นจะเกิดความรู้สึกพึงพอใจเมื่อสิ่งที่เขาปรารถนาทะเยอทะยานอยากได้สัมฤทธิ์ผล แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตจะเกิดขึ้นเพื่อเขาได้รับในสิ่งที่เขาคิดว่าเขาสมควรจะได้รับอย่างยุติธรรม (Carp and Carp. 1982 : 503-522) นี้แสดงให้เห็นว่านอกจากแต่ละบุคคลจะมีธรรมชาติของความแตกต่างในระหว่างบุคคลแล้ว ยังมีความแตกต่างกันในระหว่างวัย เวลา และประสบการณ์ที่ผ่านไปด้วย ดังนั้นการเลือกวิธีการเครื่องมือที่มีความเฉพาะเจาะจงเพียงด้านเดียววัดคุณภาพชีวิตอาจไม่เหมาะสม

การวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นักวิจัยควรมองให้กว้างและให้อิสระแก่ผู้สูงอายุที่จะประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองด้วยตนเองอย่างพอเพียงด้วยการถามคำถามที่ผู้สูงอายุจะสามารถตอบได้โดยไม่ต้องถูกบังคับให้เลือกระหว่างข้อปัญหา สัญลักษณ์หรือสภาพการณ์ต่าง ๆ ที่นักวิจัยกำหนดขึ้น จากงานวิจัยหลายชิ้นแสดงให้เห็นว่าการวัดคุณภาพชีวิตควรวัดในมิติหลักให้ครบถ้วน คือ มิติสุขภาพกาย จิต และสังคม และใช้คำถามเกี่ยวกับการแสดงความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตซึ่งเป็นการสะท้อนภาพรวมของมิติสำคัญ ๆ ที่จะสรุปเป็นคุณภาพชีวิต (Campbell, Converse and Rogers. 1976) ซึ่งนักวิจัยหลายคนเรียกความพึงพอใจในชีวิตว่าเป็นบารอมิเตอร์วัดคุณภาพชีวิต (Laborde and Powers. 1980 : 19) ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้กำหนดเลือกใช้วิธีการวัดคุณภาพชีวิตเชิงจิตวิสัยเป็นหลักเพื่อถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตครอบคลุมมิติหลักคือภาวะสุขภาพกาย จิตและสังคม

กระบวนการสูงอายุ ผู้สูงอายุ และลักษณะผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ได้ผ่านประสบการณ์การเกิด เจริญเติบโตเป็นหนุ่มสาวและดำเนินสู่วัยชราเพื่อเดินทางสู่ความตายในขั้นสุดท้าย การเป็นผู้สูงอายุไม่ได้เป็นโรคแต่เป็นผลของการเปลี่ยนแปลงซึ่งเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่อง ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนเช่น ลักษณะผิวหนังเมื่อแรกเกิดบุคคลมีผิวหนังที่บาง อ่อนนุ่มมีความยืดหยุ่นได้มาก สีผิวเป็นสีชมพูหรือสีอ่อน ครั้นเติบโตเป็นหนุ่มสาวผิวหนังมีลักษณะเต่งตึง ขุ่มชื้น มีความทนทานและป้องกันอันตราย

หลายอย่างที่จะเกิดแก่อวัยวะภายในร่างกาย สีผิวเข้มขึ้นผิวหนังหยาบมากขึ้นกว่าครั้งเป็นเด็ก และเมื่อก้าวเข้าสู่วัยชราลักษณะเด่นของผิวหนังที่ปรากฏได้แก่ผิวหนังมีริ้วรอยและเหี่ยวย่น ผิวหยาบ แห้ง มักพบจุดหรือดวงสีน้ำตาลหรือดำบนผิวหนังผู้สูงอายุซึ่งหลายคนเรียกว่าตดกระ และนำมาใช้เรียกวัยผู้สูงอายุว่าวัยตดกระ

การกำหนดบุคคลใดเป็นผู้สูงอายุอาจพิจารณาจากเกณฑ์กระบวนการสูงอายุซึ่งนักวิชาการกำหนดไว้ 4 แบบ คือ การสูงอายุตามวัย ตามสภาพชีวิตวิทยา ตามสภาพจิตใจและตามสภาพสังคม แต่ละแบบมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การสูงอายุตามวัย (Chronological aging) นักวิชาการได้กำหนดการสูงอายุตามวัยว่าหมายถึงการกำหนดการมีอายุตามปฏิทินโดยนับจากปีเกิดถึงอายุ 60 ปี ในช่วงอายุนี้นักบุคคลจะมีลักษณะต่าง ๆ เปลี่ยนแปลงไปจากครั้งที่อายุน้อยกว่านี้อย่างสังเกตเห็นได้ง่าย (ขนาน หัสศิริ และคนอื่น ๆ. ม.ป.ป. ; อ้างอิงมาจากประสพ รัตนกร. ม.ป.ป. 10-11) ลักษณะต่าง ๆ นั้น ได้แก่ อาการอ่อนเพลียมากกว่าปกติโดยมิได้ออกแรงหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย อาการเจ็บปวดซึ่งมิได้เกิดจากความพิการหรือโรคและจะเจ็บเปลี่ยนที่ไปเรื่อย ๆ การพูดเสียงที่สดใสจะเปลี่ยนไปเป็นเสียงแหบ พูดสะดุดหรือเสียงเซงัก การเดินผู้สูงอายุมักเดินชอยเท้าถี่ หัวทิ่มบักไปข้างหน้า ส่วนการนอนผู้สูงอายุมักนอนได้น้อยลงหรือไม่ค่อยได้นอนหรือนอนแล้วตื่นเร็ว บุคคลในช่วงอายุนี้จำนวนมากที่มีอารมณ์ ความรู้สึกเศร้า หดหู่ ระวังใจน้อย และหลายรายมีอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น เป็นลม เป็นตัน บุคคลอายุ 60 ปี มีพลังกำลังความคล่องแคล่วว่องไว สภาพทางอารมณ์และจิตใจด้อยกว่าคนอายุน้อย จึงทำงานได้ช้ากว่าและอาจจะน้อยกว่า ดังนั้นจึงพบว่า ทั้งราชการ บริษัทเอกชนกำหนดการเกษียณอายุงาน เมื่อบุคคลอายุ 60 ปี ในหลายประเทศใช้อายุ 60 ปีเป็นเกณฑ์พิจารณาให้คนกลุ่มนี้ได้รับสวัสดิการสังคม (Bengtson, Kasschau and Regan. 1977 : 330; citing Cain. 1964)

ใน 3-4 ทศวรรษที่ผ่านมา ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นเนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุขที่ช่วยรักษาชีวิตคนให้ยืนยาวและมีอายุขัยเฉลี่ยสูงกว่า 60 ปี ประชากรกลุ่มนี้มีขนาดโตขึ้นเรื่อย ๆ สิ่งก็ตามมาก็คือปัญหา ความต้องการการดำเนินชีวิตของคนเหล่านี้ที่ไม่ค่อยเป็นที่รู้จักคุ้นเคยของสังคมเนื่องจากเป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นใหม่แต่รัฐและครอบครัวจะต้องรับผิดชอบดูแล แต่เนื่องจากคนทั่วไปยังมีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ดังนั้น นักวิชาการจึงทำการศึกษเกี่ยวกับผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ และในการศึกษานักวิชาการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ทำนองเดียวกันกับการแบ่งกลุ่มวัยรุ่น ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60-69 ปี 2) กลุ่มผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70-79 ปี และ 3) กลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มนี้ ผู้วิจัยคิดว่าในระยะแรกของการศึกษาการแบ่งเช่นนี้เป็นการแบ่งกลุ่มอายุแบบนักประชากรศาสตร์ที่มักแบ่งกลุ่มอายุสิบปี ประกอบกับจำนวนประชากรของแต่ละกลุ่มมากพอสมควรที่จะแบ่งแยกเป็นกลุ่มได้ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 60-69 ปี และกลุ่มอายุ 70-79 ปี ส่วนกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปมีจำนวนน้อยจึงรวมเข้าไปเป็นกลุ่มเดียวกัน หลังจากได้มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุระยะหนึ่งนักวิชาการได้พบคุณลักษณะที่แสดงถึงความแตกต่างของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มอายุค่อนข้างชัดเจน โดยเฉพาะด้านภาวะสุขภาพกาย จิต ซึ่งเกิดภาวะเสื่อมถอยเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ข้อค้นพบเหล่านี้ช่วยยืนยันให้นักวิชาการเกิดความมั่นใจในการแบ่งกลุ่มอายุว่าเป็นการแบ่งที่ถูกต้องเหมาะสมในแต่ละกลุ่มอายุ ผู้สูงอายุมีลักษณะแตกต่างกันค่อนข้างชัดเจนดังนี้ กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพกาย จิต ค่อนข้างแข็งแรง กระฉับกระเฉง ความสามารถและความต้องการทำงาน การติดต่อสัมพันธ์กับคนอื่นยังมีอยู่ค่อนข้างสูง ภาวะความเสี่ยงถอยมีร่องรอยปรากฏบ้างแต่น้อย ขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุตอนกลางมีภาวะสุขภาพกาย จิต แข็งแรงลดลง ความกระฉับกระเฉงลดลง ความสามารถ ความต้องการทำงาน การติดต่อสัมพันธ์กับคนอื่นลดลง แต่ภาวะความเสี่ยงถอยปรากฏเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความต้องการพักผ่อนมากขึ้น สังเกตได้จากการเคลื่อนไหวที่ช้าและน้อยลง การเข้าสังคมลดลง ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลายสิ่งที่ปรากฏชัดเจนคือภาวะความเสี่ยงถอยของร่างกาย จิตใจ ผู้สูงอายุมีความต้องการพักผ่อนตามลำพังอย่างสงบมากกว่าทุกกลุ่ม และช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ผู้สูงอายุมีลักษณะอยู่กับที่มากกว่าจะเข้าหาสังคม

ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพกาย จิต เสื่อมถอยมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นจริง แต่มิได้หมายความว่าบุคคลนั้นจะปรากฏความเสี่ยงสมรรถภาพของร่างกาย จิตใจ และการทำงานในทันทีที่อายุ 60 ปี กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นส่วนใหญ่ยังคงมีความสามารถด้านต่าง ๆ เหมือนเดิมหรือใกล้เคียงกับเมื่ออายุ 58-59 ปี ด้วยเหตุนี้จึงพบว่าบางประเทศ เช่นประเทศสหรัฐอเมริกา บางมลรัฐกำหนดการเกษียณอายุงานที่อายุ 65 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสูงอายุตามจำนวนปีมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

การสูงอายุดตามสภาพทางชีววิทยา (Biological aging) การพิจารณาการสูงอายุดตามสภาพชีววิทยาพิจารณาจากการที่สรีระของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านรูปร่างและการทำหน้าที่ตั้งแต่ระดับโมเลกุล เซลล์ เนื้อเยื่อ และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเหล่านี้กับระบบอวัยวะต่าง ๆ ทฤษฎีสันับสนุนเรื่องการสูงอายุดมีจำนวนมาก แต่ทฤษฎีการสูงอายุดตามสภาพทางชีววิทยาที่นักวิชาการให้ความสนใจมากในขณะนี้มีสองกลุ่มทฤษฎีได้แก่ ทฤษฎีการสูงอายุดทางชีววิทยา (biological theories of aging) ทฤษฎีการสูงอายุดทางสรีรวิทยา (physiologicla theories of aging) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์ และปฏิกิริยาระหว่างเซลล์ เนื้อเยื่อและอวัยวะระบบต่าง ๆ ที่มีผลต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ เสียไป (Shock. 1977 : 103-113) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ทฤษฎีการสูงอายุดทางชีววิทยา (Biological theories of aging) ทฤษฎีนี้ อธิบายการสูงอายุดโดยอาศัยทฤษฎีที่มีรากฐานกล่าวถึงเรื่องยีน โมเลกุลของ DNA ในยีน การโยกย้าย DNA และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระดับเซลล์ เนื้อเยื่อ ซึ่ง ขอค รวบรวม และแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มทฤษฎี ได้แก่

1. ทฤษฎีเกี่ยวกับยีน (Genetic theories) นักชีววิทยาค้นพบว่าการสูงอายุดเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามพันธุกรรมซึ่งมียีนเป็นตัวถ่ายทอดลักษณะ สำระของทฤษฎีนี้กล่าวถึงเรื่อง DNA ประจำยีน การสร้างโปรตีนโดย DNA และเอนไซม์ (enzymes) ควบคุมการทำงานของเซลล์ในสัตว์หลายเซลล์เช่นคน เซลล์แต่ละเซลล์ทำหน้าที่แตกต่างกัน มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างได้มาก เซลล์พันธุกรรมมีการพัฒนาไปได้มากโดยมีกลไกทางพันธุกรรมเป็นตัวควบคุม และตัดแปลงจากชีวิตหนึ่งไปสู่อีกชีวิตหนึ่ง เซลล์พันธุกรรมนี้ต้องพึ่งพ้ออาศัยเซลล์ของร่างกาย (somatic cell) เพื่อรักษาสภาวะแวดล้อมภายในเซลล์ให้เหมาะสมและมีโปรแกรมทางพันธุกรรม (genetic program) สำหรับการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและการพัฒนา ซึ่งโปรแกรมทางพันธุกรรมนี้จะเป็นตัวกำหนดการมีอายุดเพิ่มขึ้นของเซลล์ นักชีววิทยาแบ่งทฤษฎีเกี่ยวกับยีนเป็น 3 ทฤษฎีย่อย ดังต่อไปนี้

1.1 ทฤษฎีเซลล์ยีนว่าด้วยความเสียหายของ DNA (Cellular genetic theories-DNA damage) ทฤษฎีนี้อธิบายการสูงอายุดว่าเกิดขึ้นได้ถ้ามีการตายของเซลล์เกิดขึ้นเนื่องจากเกิดความเสียหายขึ้นใน DNA ปกติในโมเลกุล DNA จะมีข้อมูลสำคัญสำหรับการสร้าง

เอ็นไซม์และโปรตีนแต่ละชนิดเพื่อเจริญเป็นอวัยวะแต่ละชนิด และสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ การเกิดความเสียหายขึ้นกับโมเลกุล DNA จะทำให้ข้อมูลที่ DNA มีอยู่บิดเบือนไป DNA ทำหน้าที่ผิดปกติไม่สามารถสร้างเอ็นไซม์ และโปรตีนที่ถูกต้องเหมาะสมแก่อวัยวะต่าง ๆ ได้ทำให้เซลล์ของอวัยวะต่าง ๆ นั้นตายไปในที่สุดและเมื่อไม่มีการสร้างขึ้นมาทดแทนอวัยวะนั้นจะเสื่อมลงการทำหน้าที่ของอวัยวะนั้นเสียไปทำให้บุคคลมีลักษณะของผู้สูงอายุ

1.2 ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนรูปร่างของเซลล์ (Somatic mutation theory) ทฤษฎีนี้อธิบายการเป็นผู้สูงอายุว่าเกิดจากการเปลี่ยนรูปร่างของเซลล์ที่มีภาวะการแบ่งตัวผิดปกติของเซลล์ทำให้เกิดการสูงอายุได้เร็ว ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากเมื่อเกิดการแบ่งตัวผิดปกติในเซลล์ของร่างกายไปทำลายยีนและโครโมโซมอย่างช้า ๆ จนกระทั่งโครโมโซมที่ผิดปกติและถูกทำลาย ซึ่งจะทำให้ DNA ผิดปกติเกิดความเสียหายไปด้วย การแบ่งตัวผิดปกติของเซลล์และการได้รับรังสีอย่างรุนแรงจะเร่งให้เกิดโครโมโซมผิดปกติมากและเร็วขึ้นมีผลให้เซลล์เปลี่ยนรูปร่างและหรือตายเร็วขึ้น โดยเซลล์ไม่สามารถแบ่งตัวสร้างเซลล์มาแทนที่ได้

1.3 ทฤษฎีความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Error theories) ทฤษฎีความผิดพลาดของเซลล์อธิบายสภาพผู้สูงอายุว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้าง DNA และถูกส่งต่อไปยัง RNA (ribonucleic acid) และเอ็นไซม์ที่สังเคราะห์ใหม่ เอ็นไซม์ที่ผลิตขึ้นนี้จะผลิตสารขึ้นมาชนิดหนึ่งภายในเซลล์ซึ่งมีผลกระทบต่อกระบวนการเผาผลาญหากจำนวน RNA ลดต่ำลงมากจนเซลล์ไม่สามารถทำหน้าที่ได้อาจทำให้เสียชีวิต คนที่มีความผิดปกติของ RNA จะมีผลทำให้มีลักษณะสูงอายุทั้ง ๆ ที่อายุจริงอยู่ในวัยเด็กได้

2. ทฤษฎีไม่เกี่ยวกับยีน (Nongenetic theories) ทฤษฎีไม่เกี่ยวกับยีน เป็นอีกทฤษฎีหนึ่งที่อธิบายการเป็นผู้สูงอายุทางชีววิทยา ทฤษฎีไม่เกี่ยวกับยีนกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์และเนื้อเยื่อที่ไม่ใช่ DNA หรือยีน แต่กาลเวลาทำให้สมรรถภาพของเซลล์และเนื้อเยื่อลดลงหรือเสียไปเกิดการสูงอายุ ขอบแบ่งทฤษฎีนี้ออกเป็น 5 ทฤษฎีย่อยดังต่อไปนี้

2.1 ทฤษฎีว่าด้วยความเสื่อมถอย (Wear and tear theory) ทฤษฎีนี้อธิบายการเป็นผู้สูงอายุโดยการเปรียบสิ่งมีชีวิตว่าเหมือนเครื่องจักรเมื่อเครื่องจักรถูกใช้งานมากหรือนานวันเครื่องจะสึกหรอต้องนำไปรับการซ่อมแซม ส่วนเครื่องจักรที่มีชีวิตเช่นมนุษย์ นั้นเมื่อเกิดการสึกหรอเสื่อมถอยหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ โดยธรรมชาติจะมีการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอนั้นได้ด้วยตัวเองโดยการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาแทนเซลล์เก่าที่ชำรุด แต่อวัยวะบางส่วน

ร่างกายไม่สามารถซ่อมสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์เก่าได้ ทำให้เซลล์เสื่อมประสิทธิภาพและตายไปในที่สุด การทำงานหนัก พักผ่อนน้อยเกิดความเครียดสูง เซลล์เสื่อมสมรรถภาพในการทำหน้าที่และบางส่วนไม่สามารถซ่อมสร้างเซลล์ใหม่เมื่อมีอายุมากขึ้นได้ จึงพบว่าในผู้สูงอายุมีเซลล์ที่เสื่อมประสิทธิภาพหรือเซลล์ตายมากซึ่งมีผลทำให้คนแก่เร็ว (Kimmel. 1980 : 329-330)

2.2 ทฤษฎีการดูดซึมบกพร่อง (Deprivation of theories diffusion) ทฤษฎีนี้เกี่ยวกับยีนทฤษฎีนี้มุ่งความสนใจที่การลำเลียงและการแลกเปลี่ยนอาหารและออกซิเจนไปยังเซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย ทฤษฎีนี้อธิบายสภาพการสูงอายุว่าเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้นพบว่ามีผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัว (atherosclerosis) มากขึ้น และสภาพการทำหน้าที่ของเซลล์และเนื้อเยื่อต่าง ๆ เสื่อมโทรมลง ทำให้การสูบน้ำตาลไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำได้น้อยลงเกิดโรคระบบทางเดินโลหิตและเซลล์บริเวณนั้นตายทำให้เป็นอุปสรรคต่อการลำเลียงส่งอาหารและออกซิเจนในเลือดไปยังเซลล์ต่าง ๆ เมื่อเซลล์ไม่สามารถดูดซึมหรือการดูดซึมบกพร่อง เซลล์รับอาหารและออกซิเจนได้น้อยทำให้อวัยวะต่าง ๆ ได้รับอาหารและออกซิเจนไม่เพียงพอ อวัยวะนั้นจะเสื่อมลง

2.3 ทฤษฎีว่าด้วยการสะสม (Accumulation theories) ทฤษฎีนี้อธิบายสภาพการสูงอายุว่าเกิดจากการที่มีวัตถุหรือสารบางอย่างสะสมอยู่ในน้ำเหลือง เลือด สารนี้จะตกค้างอยู่โดยไม่ละลายและมีผลระงับการเจริญเติบโตของเซลล์และเนื้อเยื่อ สารนี้พบในวัยสูงอายุไม่พบในผู้ที่มีอายุน้อย และสารนี้อาจเป็นวัตถุที่มีพิษ เท่าที่ปรากฏในปัจจุบันการสะสมของสารนี้มีผลต่อการเสื่อมของเซลล์และอวัยวะ

2.4 ทฤษฎีว่าด้วยสารที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free radical theory) ทฤษฎีนี้อธิบายสภาพการเป็นผู้สูงอายุว่าเกิดจากการที่ผนังเซลล์ถูกทำลายทำให้เสื่อมสลาย ซึ่งจะส่งผลต่ออวัยวะต่าง ๆ สารที่ทำลายเซลล์ตามทฤษฎีนี้คือสารจำพวกเรดิคอลลอิสระ (free radical) ซึ่งเกิดจากการเผาผลาญพวกโปรตีน และอื่น ๆ การฉายรังสีจะเป็นการช่วยเร่งและเพิ่มการเกิดเรดิคอลลอิสระมากขึ้น ถ้าเซลล์ไม่สามารถซ่อมแซมได้จะทำให้มีอายุขัยสั้นจากการศึกษานักชีววิทยาพบการเสื่อมสลายของผนังเซลล์ในผู้สูงอายุมากกว่าในวัยหนุ่มสาว

2.5 ทฤษฎีว่าด้วยการเชื่อมต่อนของโมเลกุล (Cross-linking theories) โมเลกุลขนาดใหญ่จำนวนมากมีการพัฒนาและเชื่อมต่อกันระหว่างส่วนประกอบของโมเลกุลที่เหมือนกัน หรือภายในโมเลกุลเดียวกันซึ่งอาจมีผลต่อการทำหน้าที่ที่ต่างออกไปจากเดิม เวอร์ชาร์

และบจอร์คสเทน (Shock, 1977 : 108 ; citing Verzar, 1963) พบว่าการเชื่อมต่อกันของส่วนประกอบของคลอลาเจนและโปรตีนมีจำนวนเพิ่มขึ้นและจับตัวกันติดแน่นมากขึ้นมีผลต่อเนื้อเยื่อคือมีความยืดหยุ่นตัวน้อยลง เช่น ผิวหนัง เส้นเลือด อาการที่สังเกตได้คือผิวหนังของผู้สูงอายุเหี่ยวยุบขาดความยืดหยุ่น ในบางรายมีอาการเส้นยึด

ทฤษฎีการสูงอายทางสรีรวิทยา (Physiological theories of aging) การเป็นผู้สูงอายุตามสภาพทางชีววิทยาที่พิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากปฏิกิริยาระหว่างเซลล์เนื้อเยื่อและอวัยวะระบบต่าง ๆ ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ เปลี่ยนไปด้วยนั้น มีทฤษฎีการเป็นผู้สูงอายุทางสรีรวิทยาสันนิษฐานซึ่งขอรวบรวมไว้มี 2 ทฤษฎี ดังต่อไปนี้

1. ทฤษฎีความเครียด (Stress theory) เซลเย (Shock, 1977 : 110, citing Selye, 1966) เป็นผู้พัฒนาทฤษฎีนี้ เซลเย อธิบายว่า สภาพการเป็นผู้สูงอายุเกิดจากผลของความเครียดและการปรับตัว จากการศึกษาของเซลเย เขาพบว่าในชีวิตอันยาวนานของผู้สูงอายุจะมีการสะสมความเครียดไว้ทีละเล็กละน้อย ผู้สูงอายุจะต้องปรับตัวเพื่อคลายความเครียดแต่ในรายที่เกิดความเครียดสูงและมักเกิดเป็นประจำจะมีผลให้เซลล์ถูกทำลายหากเซลล์นั้นไม่ได้รับการซ่อมแซมหรือสร้างขึ้นมาใหม่ทดแทนเซลล์ที่ตายไปทำให้เซลล์ของอวัยวะนั้น ๆ ทำหน้าที่ผิดปกติหรือเสียไป บุคคลนั้นก็จะเข้าสู่ภาวะการสูงอายุนั่น

2. ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunological theories) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงสภาพการเป็นผู้สูงอายุว่าเกิดขึ้นเนื่องจากการทำหน้าที่ด้านภูมิคุ้มกันโรคเปลี่ยนแปลงไป ระบบภูมิคุ้มกันโรคทำหน้าที่ป้องกันร่างกายจากการรุกรานของสิ่งแปลกปลอมที่เป็นอันตราย โดยเพิ่มการเจริญเติบโตของแอนติเจน (antigen) ซึ่งเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดอานาจต้านทานโรค แต่ถ้าระบบภูมิคุ้มกันโรคมีบทบาทหลักทั้งในการปกป้องร่างกายจากการรุกรานทำลายของเชื้อโรค สิ่งแปลกปลอม และขณะเดียวกันก็อาจทำให้ชีวิตสั้นลงได้ถ้าสร้างแอนติเจนมากเกินไป

ระบบภูมิคุ้มกันโรคมีอวัยวะสำคัญที่เกี่ยวข้องด้วย ได้แก่ ไชกระดูก (bone marrow) ต่อมธัยมัส (thymus) ไพร่งเพริคเซียส (bursa of Fabricius of birds) ม้าม (spleen) และต่อมน้ำเหลือง (lymp nodes) ไชกระดูก ต่อมธัยมัส ไพร่งเพริคเซียสเป็นเสมือนอวัยวะส่วนกลาง (primary of central organs) ของระบบภูมิคุ้มกันโรคเพราะจะเกี่ยวกับเม็ดโลหิตขาวในการกำเนิดตัวอ่อนก่อน หลังจากนั้นจึงเป็นบ่อเกิดของเซลล์ต่อไป ส่วนม้ามและต่อมน้ำเหลืองเป็นเสมือนอวัยวะด้านนอก (secondary or peripheral organs) ที่แนะนำให้รู้จักอำนาจการต้านทานโรคหรือคุ้มกันโรค

เซลล์ที่พบในต่อมน้ำเหลืองที่มีบทบาทสำคัญในระดับภูมิคุ้มกันโรคมากที่สุด ได้แก่ เซลล์เม็ดโลหิตขาว (lymphocytes) เม็ดโลหิตขาวเป็นเซลล์ที่มีอำนาจคุ้มกันโรคมีสองชนิด ได้แก่ บีเซลล์ (B-cell) และทีเซลล์ (T-cell) บีเซลล์เป็นเซลล์ที่พัฒนาในไชกระดูกของสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมและในไพร่งเพริคเซียสของนก มีหน้าที่ต่อการตอบสนองของแอนติบอดี ส่วนทีเซลล์เป็นเซลล์ที่พัฒนาในต่อมธัยมัสทำหน้าที่เป็นเซลล์ขั้วขวางการตอบสนอง และทำหน้าที่เป็นภูมิคุ้มกันต่อต้านเซลล์เนื้องอกด้วย

ผลผลิตของบีเซลล์และทีเซลล์จะสูงสุดในช่วงอายุวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้น และจะลดต่ำลงเรื่อย ๆ เมื่ออายุมากขึ้นในผู้สูงอายุจึงพบว่าบีเซลล์และทีเซลล์ต่ำ ลักษณะอาการภายนอกที่คนทั่วไปสังเกตเห็นได้คือ ความอ่อนแอของร่างกายเนื่องจากการมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำ

การสูงอายุตามทฤษฎีทางชีววิทยาดังได้กล่าวมานี้แสดงถึงการสูงอายุเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในร่างกายมนุษย์ที่ระดับโมเลกุล เซลล์ ซึ่งมีผลต่อเนื่องอวัยวะต่าง ๆ ตลอดจนการทำหน้าที่ของอวัยวะเหล่านั้นหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือการเปลี่ยนแปลงตามสภาพทางชีววิทยาภายในร่างกายมนุษย์มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ทางสรีรวิทยา (physiological change) ด้วยอย่างมาก และสิ่งเหล่านี้จะถูกสังเกตเห็นได้ไม่ยากทั้งที่เป็นภาพลักษณ์หรืออาการแสดงได้แก่ผิวหนังซึ่งเป็นอวัยวะปกคลุมป้องกันเนื้อเยื่ออวัยวะภายในของร่างกาย ปกติผิวหนังมีต่อมไขมันต่อมเหงื่อซึ่งจะขับไขมันและเหงื่อออกมาตลอดเวลา ทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น และสำหรับความรู้สึกร้อน-หนาวใต้ผิวหนังจะช่วยทำให้ร่างกายสามารถปรับอุณหภูมิของร่างกายให้เหมาะสมได้ตลอดเวลาแต่เมื่อสูงอายุขึ้นการทำงานของเซลล์ลดน้อยลง การขับไขมันน้อยลงเกิดการเหี่ยวย่น ผิวหนังหยาบแห้ง คันง่าย ความยืดหยุ่นลดลง การทำงานของประสาทช้าลง การปรับอุณหภูมิของร่างกายช้าลง ทำให้พบว่าผู้สูงอายุจะมีผิวแห้ง

แตกง่าย ขนและผมร่วงเนื่องจากขาดน้ำ อาหารหล่อเลี้ยงรากผมและความไม่สมบูรณ์นี้ทำให้ไม่สามารถสร้างสีให้กับเส้นผมได้จะพบว่าผู้สูงอายุมีผมสีเทาหรือผมหงอก

ในส่วนของผู้ป่วยระบบหัวใจ หู ตา จมูก ลิ้น ปาก พบว่าผู้สูงอายุมีประสาทการรับเสียงเสื่อมไม่ค่อยได้ยินโดยเฉพาะเสียงสูง ผู้สูงอายุได้ยินเสียงต่ำได้ดีกว่า ผู้สูงอายุมีการทรงตัวไม่ค่อยดี เวียนศีรษะง่ายเพราะการทำงานเกี่ยวกับการทรงตัวของหูชั้นในเสื่อมและหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปมักจะหกล้ม ควบคู่ไปกับสายตาสั้นและส่วนใหญ่มักจะตายเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจเกิดอาการของโรคตา เช่น ต้อหิน ในผู้สูงอายุนอกจากหูและตาจะเสื่อมแล้ว ประสาทรับรสและกลิ่นก็ทำหน้าที่ได้น้อยลงทำให้รับรสและกลิ่นเปลี่ยนไป ทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร และในรายที่ฟันหลุดหมดปากจะยิ่งไม่อยากรับประทานอาหารมากขึ้นเพราะเคี้ยวลำบาก การรับประทานอาหารได้น้อย หากอาหารน้อยทำให้เกิดอาการท้องผูกเป็นประจำซึ่งมีผลเสียต่อร่างกายมาก

ผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันเคี้ยวอาหาร เมื่อรับประทานอาหารจะมีปัญหาคือเคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียดประกอบกับในระบบการย่อยอาหารที่กระเพาะอาหารหลั่งน้ำย่อยออกมาได้น้อยลงทำให้การย่อยอาหารมีประสิทธิภาพน้อยลง อาจทำให้ท้องอืด ท้องเฟ้อ และอาหารที่ร่างกายจะนำไปใช้ก็ทำได้น้อยทำให้ร่างกายขาดสารอาหารและถ้าผู้สูงอายุเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารได้ไม่ครบถ้วนทุกหมู่อาจเนื่องจากไม่สามารถเคี้ยวได้เช่นอาหารโปรตีนประเภทเนื้อสัตว์หรือ ผัก ผลไม้สด จะยิ่งทำให้เกิดความผิดปกติในระบบย่อยอาหารมากขึ้นและรวมถึงระบบการขับถ่ายได้แก่ การถ่ายอุจจาระซึ่งผู้สูงอายุมักมีอาการท้องผูกบ่อย ๆ เพราะการรับประทานอาหารที่มีกากน้อย ประสิทธิภาพในการย่อยของลำไส้ลดลงและกล้ามเนื้อหูรูดที่แข็งแรง

ส่วนกล้ามเนื้อซึ่งแบ่งเป็นกล้ามเนื้อลายและกล้ามเนื้อเรียบ กล้ามเนื้อลาย ได้แก่ กล้ามเนื้อที่ทำงานภายใต้อำนาจจิตใจ กล้ามเนื้อชนิดนี้เกาะติดกับกระดูกโดยมีเอ็นยึดกล้ามเนื้อสามารถหดยืดคลายตัวและคืนกลับสู่สภาพเดิมได้ กล้ามเนื้อประกอบด้วยใยจำนวนมากมีความยืดหยุ่นตัวได้ดี เมื่ออายุมากขึ้นความแข็งแรงและความสามารถในการยืดหยุ่นจะลดน้อยลงทำให้การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อทำได้น้อยลง กล้ามเนื้ออีกชนิดหนึ่งคือ กล้ามเนื้อเรียบ ได้แก่ กล้ามเนื้อที่อยู่ตามผนังอวัยวะภายใน เช่น ในช่องท้อง ปอด เป็นต้น ประสาทอัตโนมัติเป็นผู้ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อเรียบ กล้ามเนื้อชนิดนี้มีการเปลี่ยนแปลงน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับกล้ามเนื้อลาย กล้ามเนื้อเรียบทำงานได้อย่างปกติแม้บุคคลนั้นจะเข้าสู่วัยสูงอายุและระหว่างมดกล้ามเนื้อต่าง ๆ เส้นเอ็นและใยยึดทำหน้าที่ประสานยึดเหนี่ยวกล้ามเนื้อต่าง ๆ ให้ยึดติดกัน

เส้นเอ็นและใยยึดนี้ประกอบด้วยคอลลาเจน ซึ่งเป็นโปรตีนชนิดหนึ่ง เมื่อบุคคลอายุมากขึ้นการทำงานของเส้นเอ็นและใยยึดจะน้อยลง การยืดหดตัวมีน้อยลง ดังนั้นในผู้สูงอายุจึงพบว่ามีอาการเส้นยึดหรือถ้ากระทำการรุนแรง เช่น การกระแทกหรือล้ม อาจเกิดอันตรายต่อเส้นเอ็นได้เช่น การฉีกขาดหรือถ้าเกิดแผลขึ้น การหายของแผลในผู้สูงอายุจะต้องใช้เวลานานกว่าคนวัยอื่น เพราะความเสื่อมของอวัยวะส่วนนั้น

อวัยวะสำคัญอีกส่วนหนึ่งคือกระดูกซึ่งทำหน้าที่ยึดเซลล์กล้ามเนื้อต่าง ๆ และมีหน้าที่ป้องกันอวัยวะภายในร่างกาย เช่น หัวใจ สมอง เป็นต้น กระดูกจะเจริญเติบโตเต็มที่เมื่ออายุมากขึ้นและเกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีที่ทำให้สารแคลเซียมลดลงทำให้กระดูกเปราะพรุนบาง หักง่าย ปกติกระดูกทำงานร่วมกับกล้ามเนื้อโดยมีเลือดและเส้นประสาทร่วมด้วย เมื่ออายุมากขึ้นกระดูกมีความเสื่อมสภาพลงประกอบกับการทำงานของกล้ามเนื้อ เ็นต่าง ๆ เสื่อมลงจึงพบได้มากกว่าผู้สูงอายุมีอาการหลังโกง หรือคดได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสูงลดลง

นอกจากนี้ต่อมไร้ท่อซึ่งทำหน้าที่ผลิตฮอร์โมนต่าง ๆ เสื่อมทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ ผลิตฮอร์โมนได้น้อยลงมีผลต่อการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของอวัยวะหลายส่วนแปรปรวนไป เช่น ต่อมไทรอยด์ ต่อมอดิพิท โดยเฉพาะสมองส่วนหน้าเสื่อมหน้าที่การผลิตฮอร์โมนได้น้อยลงมีผลต่อความรู้สึกเบื่ออาหาร ต่อมไพเรอยด์จะมีขนาดเล็กลงเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป การผลิตฮอร์โมนทำได้มีผลต่อความรู้สึกเบื่ออาหาร หรือต่อเมสผลิตฮอร์โมนเพศลดน้อยลงมีผลทำให้ความรู้สึกทางเพศน้อยลง เป็นต้น

การเหี่ยวหรือลดขนาดลงเกิดขึ้นกับอวัยวะหลายส่วนนอกจากผิวหนังซึ่งเห็นได้ชัดเจนแล้วในส่วนของกล้ามเนื้อทรวงอกจะลีบเล็กลงและเกิดพังผืดมากขึ้นที่ทรวงอกและปอดทำให้หายใจลำบาก ผังหลอดเลือดหนาขึ้น การยืดหยุ่นตัวของหลอดเลือดเสื่อมลงทำให้การทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจแปรปรวน อวัยวะต่าง ๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลงอาการที่ปรากฏสังเกตได้ง่ายคืออาการเหนื่อยง่ายหรือการเป็นลมในผู้สูงอายุ ส่วนด้านสมองเลือดที่ส่งขึ้นไปเลี้ยงสมองน้อยลงมีผลต่อเนื้อสมองทำให้เหี่ยวเล็กลง การทำงานของสมองลดลง ทำให้ความจำเสื่อม การตัดสินใจช้าลง เป็นต้น

กระบวนการการสูงอายุตามทฤษฎีทางชีววิทยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านรูปร่างและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งสังเกตเห็นได้จากรูปลักษณะและอาการแสดงที่โดดเด่นและมีความเป็นเอกลักษณ์ของกลุ่มผู้สูงอายุมากพอสมควร ได้แก่ผิวหนังเหี่ยวยุบ หูตึง ตาฝ้าฟาง

พันหัก เดินตัวไม่ตรง หลังโค้งงอ การรับประทานอาหารได้น้อย มีอาการท้องอืดเฟ้อหรือท้องผูก การหายใจไม่สะดวกเหนื่อยหอบหรือมีอาการเป็นลมได้ง่าย และท่านักพบว่าผู้สูงอายุมีความเชื่องช้าในการเคลื่อนไหว การคิด ความจำบกพร่อง เป็นต้น

การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological aging) การพิจารณาการเป็นผู้สูงอายุตามเกณฑ์การสูงอายุตามสภาพจิตใจ นักวิชาการพิจารณาจากการที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลง 4 ด้าน หลักได้แก่ในด้านกระบวนการความรู้สึก (sensory processes) การตอบสนองการเคลื่อนไหวทางจิต (psychomotor response) สติปัญญา (intelligence) ความจำ (memory) และการเรียนรู้ (learning) (Kart. 1981 : 73-90) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ด้านกระบวนการความรู้สึก (Sensory processes) ส่วนสำคัญในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการความรู้สึก คือ ระบบประสาทซึ่งมีความสำคัญในการควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานของกล้ามเนื้อ การรับรู้การเก็บรวบรวมข่าวสาร ตลอดจนความรู้สึกอื่นเช่น การมองเห็น การได้ยิน รส กลิ่น สัมผัส ซึ่งเกี่ยวข้องกับโลกภายนอก เป็นต้น ความรู้สึกทางประสาทที่เปลี่ยนแปลงไปนี้มีอิทธิพลต่อการทำหน้าที่ของบุคคล การทำกิจกรรมต่าง ๆ การตอบสนองต่อสิ่งเร้า และการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ บุคคลเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นเซลล์ประสาทและการทำหน้าที่ของเซลล์เหล่านี้จะค่อย ๆ ลดลงซึ่งหมายถึงการลดจำนวนการส่งแรงกระตุ้นทางประสาท (nerve impulse) เข้าและออกจากสมอง อัตราความเร็วในการเคลื่อนไหวต่าง ๆ ลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยและเกิดโรคทางอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับประสาทสัมผัสทั้งห้า (sense organs) ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การรับรส การได้กลิ่นและการสัมผัส ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่มีอายุ 69 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงในการเกิดอาการตาบอดสูงกว่าประชากรกลุ่มอายุ 40 ปี ถึง 7 เท่า (National Society for the Prevention of Blindness. 1973)

นอกจากนี้อาการผิดปกติอื่น ๆ ของตา และการมองเห็นพบได้มากขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น (Kart. 1981 : 80-81 ; citing Anderson and Palmore. 1974) เช่น สายตาวาย โรคต้อกระจก ต้อหิน เป็นต้น อาการเหล่านี้สร้างปัญหาแก่ผู้สูงอายุในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นและผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกเป็นทุกข์ ขาดความเชื่อมั่นในตนเองและบางคนรู้สึกตนเอง

คุณค่าเป็นประโยชน์น้อยลง การได้ยินหรือประสาทหูรับฟังเสียงจัดเป็นประสาทสัมผัสที่มีความสำคัญควบคู่ไปกับดวงตา การรับฟังเสียงทำให้คนเกิดความรู้ความเข้าใจในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เมื่ออวัยวะที่ทำหน้าที่รับฟังเสียงคือหู และประสาทรับฟังเสียงในหูชั้นในมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลงทำให้การรับฟังเสียงผิดปกติ ผู้สูงอายุมักมีความลำบากในการรับฟังเสียงโดยเฉพาะเสียงที่มีความถี่สูง (เจียมจิต ถวิล. 2532) ผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยินจะเกิดปัญหาในการสื่อความหมายเป็นอย่างมากและนำไปสู่การเกิดความรู้สึกเป็นทุกข์ วิตกกังวล กลัว หวาดระแวง และเหงา เป็นต้น

การสูญเสียความรู้สึกด้านการรับรสกลิ่นและสัมผัสเป็นสิ่งที่พบได้ในผู้สูงอายุทุกคนบางคนมีการสูญเสียไปมากบางคนน้อย (Kart. 1981 : 83 ; citing Arey and others. 1936 ; Engen. 1977; Thompson and others. 1965 : 244-249) การสูญเสียการรับรสและกลิ่น มีผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าการรับประทานอาหารไม่อร่อยไม่อยากจะรับประทานเกิดอาการเบื่ออาหารเมื่อประกอบกับการที่ฟันหลุดเกือบหมดปาก หรือไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ดีเท่าที่ควร ผู้สูงอายุมักปฏิเสธอาหารทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการเพราะการขาดสารอาหารที่จำเป็นซึ่งอาจนำไปสู่การทำงานผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และเพิ่มความเสี่ยงของโรคที่เป็นอยู่ได้เช่นโรคโลหิตจาง เป็นต้น ภาวะทุพโภชนาการจะพบได้ในผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย (โกรสสิทธ์ ดันติศรีรินทร์ และ อรุวรรณ วลัยพัชรา. 2532) ส่วนการสูญเสียความรู้สึกด้านการสัมผัสพบว่าผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกเจ็บปวดน้อยกว่าคนหนุ่มสาวในกรณีเดียวกัน (Botwinick. 1977)

2. การตอบสนองการเคลื่อนไหวทางจิต (Psychomotor response) ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านการตอบสนองต่อการเคลื่อนไหวทางจิต กล่าวคือในการทำงานของระบบประสาท สมอง เมื่อประสาทความรู้สึกทั้งห้า ด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายด้านร่วมกัน รับข่าวสารแล้วจะส่งไปยังประสาทส่วนกลางเพื่อแปลและสั่งการพร้อมส่งกลับออกมา ทางสัญญาณความรู้สึกและกล้ามเนื้อ เช่น ดวงตามองเห็นภาพดอกกุหลาบสวยงาม ประสาทความรู้สึกในการมองเห็น รับข่าวสารภาพดอกกุหลาบสวยงาม ส่งภาพนี้ไปยังประสาทส่วนกลางแปลได้เป็นความรู้สึกชอบประสาทจะส่งสัญญาณความรู้สึกชอบดอกกุหลาบนี้ออกมา ซึ่งอาจแสดงออกโดยกล้ามเนื้อใบหน้าแสดงอาการยิ้มหรือส่งสัญญาณไปยังมือให้จับหรือถือดอกกุหลาบนั้นอย่างทะนุถนอม เป็นต้น การตอบสนองต่อการเคลื่อนไหวทางจิตนี้เกิดขึ้นในทุกวัยเร็วหรือช้าแตกต่างกันตามการรับรู้ข่าวสารและแปลความส่งสัญญาณกลับออกมา แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้สูงอายุกับหนุ่มสาวพบว่า

ผู้สูงอายุจะมีปฏิกิริยาการตอบสนองต่อการเคลื่อนไหวทางจิตช้ากว่า ซึ่งนักวิจัยบางคน เช่น เฮนดริกส์ และ เฮนดริกส์ (Hendricks and Hendricks. 1977) กล่าวว่าเกิดขึ้นเนื่องจากการทำหน้าที่ของสมองส่วนคอร์เทกซ์ (cerebral cortex) การเผาผลาญภายในร่างกายเพื่อเปลี่ยนอาหารให้เป็นพลังงานของสมอง (cerebral metabolism) ลดลงทำให้เวลาของการมีปฏิกิริยาช้าลง ซึ่งอาจสรุปได้ว่าในผู้สูงอายุที่มีเซลล์ประสาทที่ทำหน้าที่ในการรับรู้ความรู้สึกหรือประสาทความรู้สึกทั้งห้าและอวัยวะต่าง ๆ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอย จะมีผลต่อการตอบสนองต่อการเคลื่อนไหวทางจิตช้าและหรือลดลง

3. สติปัญญา (Intelligence) การเปลี่ยนแปลงที่น่าสนใจและนำไปสู่คำถามมากอย่างหนึ่งคือ สติปัญญา นักวิจัยหลายคนสงสัยว่าการสูงอายุทำให้สติปัญญาของบุคคลลดลงจริงหรือไม่ เพื่อค้นหาคำตอบจึงได้มีผู้สร้างเครื่องมือเพื่อวัดสติปัญญาของบุคคลขึ้นคือ The Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) (Kart. 1981 : 85 ; citing Botwinick. 1973) บอทวินิค วัดการปฏิบัติของชายวัย 75 ปี เปรียบเทียบกับชายวัย 25 ปี ในข้อคำถามเดียวกันปรากฏว่าผลคะแนนที่วัดได้ของชายสูงอายุคือต่ำกว่าของคนหนุ่ม แต่นักวิจัยบางท่านโต้แย้งว่าการทดสอบวัดด้วย WAIS ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดทักษะการคิดและความสามารถซึ่งสั่งสมจากการได้รับการศึกษาอย่างเป็นระบบ จะทำให้เกิดความแตกต่างได้มากเมื่อบุคคลสองคนมีการศึกษาคือต่างกัน เช่นคนหนึ่งได้เรียนมากกว่าอีกคนหนึ่ง ผู้โต้แย้งเสนอว่าให้ใช้เครื่องมือที่วัดสิ่งซึ่งสะท้อนถึงการใช้สติปัญญาในชีวิตประจำวันจะเป็นการเหมาะสมกว่า เช่น เดมมิ่ง และ เพรสเซย์ (Kart. 1981 : 85 ; citing Demming and Pressey. 1957) ซึ่งทำการวัดในสามประเด็น ได้แก่ การใช้โทรศัพท์สายตรง ความเข้าใจความหมายของคำทางกฎหมายและบริการสวัสดิการสังคมที่จำเป็นซึ่งผลปรากฏว่าผู้สูงอายุได้คะแนนสูงกว่ากลุ่มบุคคลอายุน้อย ผลการทดสอบวัดของเดมมิ่งและเพรสเซย์ได้ผลต่างจากการใช้เครื่องมือ WAIS

ปัญหาการสูงอายุทำให้สติปัญญาลดลงจริงหรือไม่ เพียงใด ยังคงเป็นปัญหาที่หลายคนให้ความสนใจทำการศึกษาวิจัยซึ่งยังไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่นอนแต่ผลการวิจัยที่น่าสนใจเท่าที่ปรากฏพอสรุปได้ดังนี้ สถานภาพทางสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับขอบเขตจำกัดในการคิดของผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีหรือ 70 ปี (Birren. 1968 : 207-214) อาทิเช่น โรคทางระบบไหลเวียนโลหิตซึ่งมีผลต่อสมองส่วนคอร์เทกซ์และความจุของสมองในการเก็บข้อมูลข่าวสารพยาธิสภาพของโรคทำให้การทำงานของสมองลดลงมีผลต่อการคิดคือลดด้วย ต่อมาแกรนิกค์

(Kart. 1981 : 86 ; citing Granick. 1971) รายงานว่าคะแนนการใช้ถ้อยคำ การพูดคำและคะแนนการปฏิบัติงานต่ำมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตายเร็วของผู้สูงอายุ จากรายงาน การวิจัยดังกล่าวมีข้อสังเกตที่น่าสนใจได้แก่ ภาวะสุขภาพมีผลต่อสติปัญญาหรือการใช้สมองในการคิด ถ้าภาวะสุขภาพเสื่อมการใช้สมองคิดจะกระทำได้ช้าหรือน้อยลง สำหรับผู้สูงอายุซึ่งมีความเสื่อมของระบบประสาท สมอง มักจะมีการคิดได้ช้าหรืออาจจะคิดได้น้อยกว่าที่เคยทำได้ ในวัยหนุ่มสาว อาการเช่นนี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกขาดความสามารถ ความคล่องแคล่ว ความอิสระในการคิด อาจคิดว่าตนเองแก่สู้หนุ่มสาวไม่ได้ ไม่ได้รับความสนใจไม่เป็นบุคคล สำคัญอีกต่อไป ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกน้อยใจวิตกกังวล และกลัวว่าสติปัญญาลดลง

4. ความจำและการเรียนรู้ (Memory and learning) ระบบประสาทสมองส่วน กลางทำหน้าที่เกี่ยวข้องในด้านความจำและการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงของสมอง เนื่องจาก ความสูงอายุ และอาการหลอดเลือดแข็งมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจำ และ การเรียนรู้ นักวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุสามารถจดจำเรื่องราวในอดีตได้ดีกว่าเรื่องราวในปัจจุบัน (Atchley. 1977) และเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นระยะเวลาในการจำจะสั้นลง นักวิชาการ เชื่อว่าน่าจะเกิดจากการให้ความสนใจกับเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้นน้อยลงกว่าเมื่อหนุ่มสาว จึงทำ ให้โอกาสในการบันทึกความจำลดลง ผู้สูงอายุแม้จะมีสติปัญญาสมบูรณ์ดี และมีความสามารถในการเรียนรู้ได้ แต่ระยะเวลาของการจำสั้นลง สิ่งนี้จะรบกวนจิตใจทำให้ผู้สูงอายุมีอาการ เครียดและวิตกกังวลได้สูง

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบประสาท สมอง เป็นสาเหตุสำคัญต่อการเกิดการ เปลี่ยนแปลงและการสูญเสียด้านความรู้สึก การตอบสนองการเคลื่อนไหวทางจิต หรือสติปัญญา ความจำและการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ การสูญเสียเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่ อาจสังเกตได้จากการแสดงออกของผู้สูงอายุได้แก่ อาการเครียด วิตกกังวล โกรธ เหวง ชิม เคร้า ใจน้อย กลัว การคิดและตอบสนองช้า ผู้สูงอายุจำเรื่องในอดีตได้ดีชอบเล่าเรื่องในอดีต ส่วนการจำเรื่องในปัจจุบันจะจำได้ในเวลาสั้น ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการของคนขี้ลืม

การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological aging) ในอดีตการอยู่ร่วมกันเป็น กลุ่มใหญ่จะมีการจัดระเบียบสังคม สังคมจะถูกจัดแบ่งชั้นโดยอายุ การให้ความเคารพยกย่อง ผู้สูงอายุในของกลุ่มเป็นความนิยมที่ถือปฏิบัติมาในทุกสังคม โดยเฉพาะสังคมเกษตรกรรมซึ่งยัง

คงปฏิบัติมาจนถึงปัจจุบันผู้สูงอายุในสังคมนี้เป็นผู้มากด้วยความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมมาตลอดชีวิตอันยาวนาน เขาจึงเป็นผู้ทรงคุณวุฒิบทบาทหน้าที่ให้คำปรึกษาเรื่องพิธีกรรมและอื่น ๆ หรือการเป็นผู้นำกลุ่มบุคคลนี้จัดว่าเป็นผู้มีสถานภาพทางสังคมสูงของสังคมมีความมั่นคง และผู้สูงอายุเหล่านี้มักเป็นปู่ ตา ย่า ยายของลูกหลานจำนวนมาก ส่วนในปัจจุบันนอกจากสังคมเกษตรกรรมแล้วยังมีสังคมที่มีลักษณะแบบเมืองมีความทันสมัย ซึ่งบุคคลในสังคมประกอบอาชีพทางการพาณิชย์ การบริการ อุตสาหกรรมราชการ เป็นต้น ลักษณะงานและการกำหนดอายุของผู้ทำงานสูงสุดไว้ที่อายุ 60 ปี ดังนั้นจะพบว่าผู้นำหรือผู้ที่มีสถานภาพทางสังคมสูงอาจมีใช้บุคคลสูงอายุแต่ผู้นำหรือผู้ที่มีตำแหน่งสูงจะเป็นผู้อาวุโสในสังคมนั้น เมื่อพิจารณาตามสถานการณ์ดังได้กล่าวมาจะพบว่า การเป็นผู้สูงอายุตามสภาพสังคมนี้อาจเป็นด้วยบุคคลนั้นสูงอายุหรืออยู่ในสถานภาพทางสังคมสูงหรือสูงด้วยตำแหน่ง บทบาท หน้าที่

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและวัฒนธรรม (social and cultural change) มีส่วนเกี่ยวข้องกับสภาพของสังคมและสภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม ในขณะที่โลกเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี สังคมเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม กำลังแรงงานรุ่นเก่าถูกทดแทนด้วยคนรุ่นใหม่ที่มีความรู้ความสามารถทันสมัย ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติงานโดยไม่มีการปรับตัวให้เข้ากับเทคโนโลยี ต้องมีการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม เช่น บทบาทหน้าที่การงาน บทบาทหัวหน้าหรือผู้นำ ผู้สูงอายุต้องสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคมทำให้รู้สึกท้อแท้หมดความสำคัญ เป็นผู้มีคุณค่าทางเศรษฐกิจ ถูกทอดทิ้ง และไม่ได้รับการยอมรับนับถือในสังคม

ค่านิยมการเคารพนับถือผู้สูงอายุที่มีมาตั้งแต่ครั้งอดีตนั้นในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากลูกหลานหนุ่มสาวได้รับการศึกษาแบบสมัยใหม่ไม่ต้องรอการถ่ายทอดความรู้จากผู้ใหญ่ หนุ่มสาวพึ่งพาผู้ใหญ่ได้น้อยลง - ลักษณะงานอาชีพที่เปลี่ยนไปจากแบบเกษตรกรรมซึ่งทำให้หนุ่มสาวต้องขวนขวาย แข่งขันในสังคมสูง ต้องช่วยเหลือตนเองและการแยกออกจากครอบครัวพ่อแม่ มาอาศัยหอพัก บ้านเช่า ซึ่งทำให้ห่างเหินผู้สูงอายุ โอกาสแสดงความเคารพนอบน้อมถ่อมตนต่อผู้สูงอายุมีน้อยลง ในระยะเวลาอันยาวนานต่อไปเด็กหนุ่มสาวจะเกิดความคั่น เคยชินกับการปฏิบัติตนอย่างอิสระ การแสดงออกถึงความรู้สึกเคารพนับถือผู้สูงอายุจะน้อยลง

ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมดังกล่าวมานี้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมและความรู้สึกมั่นคงทางสังคมของผู้อายุมากพอสมควรและในรายที่

ไม่สามารถปรับตัวได้ทันการ ผู้สูงอายุจะมีปัญหาด้านภาวะสุขภาพกายและจิต อาทิ ร่างกายอ่อนแอ ความวิตกกังวล ความเหงา เป็นต้น

ในกระบวนการสูงอายุ 4 แบบ คือ กระบวนการสูงอายุตามวัย กระบวนการสูงอายุตามสภาพชีววิทยา กระบวนการสูงอายุตามสภาพจิตใจ และกระบวนการสูงอายุตามสภาพสังคม นั้น แต่ละกระบวนการมีจุดเน้นและการพิจารณาต่างกัน แต่หากพิจารณาอย่างละเอียดจะพบว่า แต่ละกระบวนการมีความเกี่ยวข้องกัน และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในบุคคลและทำให้บุคคลมีลักษณะของผู้สูงอายุ ซึ่งสรุปได้เป็น 3 ประการ ได้แก่ ทางกาย จิตและสังคม จากทฤษฎีการสูงอายุทางชีววิทยาและทฤษฎีการสูงอายุทางสรีรวิทยา นักชีววิทยานำมาใช้อธิบายการเกิดลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องโดยเริ่มจากการที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายตั้งแต่ระดับโมเลกุล เซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะต่าง ๆ เป็นไปในทางเสื่อมและตายไปโดยไม่อาจสร้างทดแทนได้ ส่งผลถึงรูปลักษณ์ภายนอกและอาการแสดงของผู้สูงอายุในสภาพเสื่อมโทรมซึ่งสังเกตเห็นได้ง่าย ได้แก่ ผิวหนังเหี่ยวย่น หยาบแห้ง แดงง่าย ความยืดหยุ่นน้อย ผิดหนังมีสีไม่สม่ำเสมอที่เรียกว่าผดตกรกระ ขนและผมร่วง ผมมีสีขาว หรือผมหงอก อวัยวะสัมผัสเปลี่ยนแปลงไปคือตาฝ้าฟาง การมองเห็นได้ไม่ชัด จนอาจสายตายาวหรือมีอาการของโรคต้อกระจก ต้อหิน ประสาทหูเสื่อมการได้ยินเสียงลดลง ได้ยินเสียงต่ำดีกว่า การทรงตัวไม่ค่อยดีนักอาจเดินไม่ค่อยมั่นคง การพูดเสียงจะแหบหรือสั่นๆ พันแท่หลุดเป็นส่วนใหญ่ ประสาทรับรสและกลิ่นทำงานน้อยลงทำให้มีอาการเบื่ออาหาร การสัมผัสและความรู้สึกต่อความเจ็บปวดน้อยลงอาจมีอาการชาตามมือ ขา นอกจากผู้สูงอายุจะมีผิวหนังเหี่ยวย่นและกล้ามเนื้อจะลีบเล็กลงและหย่อนยาน กระดูกคอคดหรืออาจพบผู้สูงอายุมีลักษณะหลังโก่ง การงอแขน ขา หรืออวัยวะที่เป็นข้อต่ออื่น ๆ ไม่คล่องตัวนัก การเดินจะมีลักษณะเดินซอยเท้าถี่ หัวทิ่มไปข้างหน้า บางรายมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ การลีบเล็กลงของกล้ามเนื้อทรวงอกนอกจากจะพบว่าทรวงอกหย่อนยานแล้วหากเกิดร่วมกับการมีพังผืดจำนวนมากที่ทรวงอกและปอดและผนังหลอดเลือดหนาขึ้นแล้วจะทำให้ผู้สูงอายุมีอาการหายใจลำบาก อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เป็นลมบ่อย การนอนจะนอนได้น้อยลง หรือนอนแล้วตื่นเร็ว และการผลิตฮอร์โมนเพศน้อยลงมีผลให้ผู้สูงอายุมีความต้องการทางเพศน้อยลง

ลักษณะผู้สูงอายุนอกจากจะพิจารณาได้จากกระบวนการทางชีววิทยาแล้ว นักจิตวิทยาพิจารณาดูตามกระบวนการสูงอายุตามสภาพจิตใจ และกล่าวว่าผู้สูงอายุมีความรู้สึกประสาทสัมผัสต่าง ๆ ช้าลง และใช้การไม่ได้ดีเท่าที่ควร เช่น การได้ยิน การมองเห็น การแปลความหมาย

ของภาพที่เห็น ความจำได้ลดลง คิดช้าลง และลักษณะเหล่านี้มีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด วิตกกังวล เศร้า ซึม น้อยใจ กลัว และโกรธง่าย ซึ่งได้เป็นลักษณะอีกอย่างหนึ่งเป็นลักษณะด้านจิตใจ อารมณ์ ที่บุคคลทั่วไปอาจสัมผัสได้

ในสังคมแบบดั้งเดิม หรือแบบเกษตรกรรม ผู้สูงอายุมีสถานภาพทางสังคมสูง มีบทบาทเป็นผู้นำที่ปรึกษาให้คำแนะนำแก่ลูกหลาน ชุมชน มีลักษณะของการเป็นปูชนียบุคคลเป็นที่เคารพนับถือของคนทั่วไป แต่ในสังคมเมืองที่มีความทันสมัยผู้สูงอายุมีสถานภาพทางสังคม บทบาท กิจกรรม และลักษณะของการเป็นปูชนียบุคคลลดน้อยลงเนื่องมาจากกระบวนการทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ไม่มีบทบาทอะไร เพียงแต่เป็นคนที่มีอายุมากเท่านั้น นักวิชาการบางคนจึงกล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีลักษณะการเดินของคนห่อหุ้มห่อเหี่ยว ไหล่ห่อ คอตก

การศึกษาความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกันของกระบวนการสูงอายุ หากเริ่มต้นที่กระบวนการสูงอายุทางชีววิทยาจะเข้าใจง่ายและเห็นเป็นรูปธรรม กล่าวคือ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของไมโทคอนเดรีย เซลล์ อวัยวะภายในจะมีผลต่อรูปร่างภายนอก และการทำหน้าที่ของอวัยวะบางส่วนเสียไป หากการมองเห็นหรือการรับรู้ของบุคคลนั้นเป็นไปในทางดี ยอมรับสภาพและพยายามปรับตัวก็จะได้ผลดี แต่ถ้าการรับรู้เป็นไปในทางลบจะมีผลต่อจิตใจ อารมณ์ เสีย ซึ่งจะส่งผลต่อการแสดงออกที่ไม่น่าพอใจ ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้กระบวนการทางสังคมเสื่อมเสียหายได้ และหากพิจารณาต่อไปการอยู่อย่างไม่เป็นสุข ไม่มีส่วนร่วมในสังคม ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้บุคคลนั้นมีความทุกข์ เป็นผลเสียด้านจิตใจและอาจต่อเนื่องถึงการขาดความเอาใจใส่ดูแลร่างกาย ทำให้สภาพร่างกายเสื่อมโทรมมากขึ้น ซึ่งผลเสียต่าง ๆ จะวนเวียนต่อเนื่องกัน การเริ่มต้นอาจเริ่มต้นที่จิตใจก็ได้ และแต่ละจุดก็มีปัจจัยเสริมและมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยกันทั้งสิ้น

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะศึกษาวิเคราะห์กระบวนการสูงอายุตามแนวกรอบทั้ง 4 แบบที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งด้านกาย จิต และสังคม แต่ในขั้นต้นนี้ผู้วิจัยจะใช้เกณฑ์กระบวนการสูงอายุตามวัยเป็นเกณฑ์เพื่อคัดเลือกบุคคลเพื่อการให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ระดับลึก การเลือกใช้เกณฑ์กระบวนการสูงอายุตามวัยเพราะนักวิชาการกำหนดอายุ 60 ปี ตามปฏิทินจากปีเกิดเป็นผู้สูงอายุและเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก การกำหนดอายุเช่นนี้เป็นการกำหนดช่วงเวลาชัดเจนแน่นอน และครอบคลุมทั้งกลุ่มอายุและลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ ซึ่งการสูงอายุในอีก 3 แบบนั้น ยังไม่เฉพาะเจาะจงและครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุอย่างแท้จริง

ในช่วงชีวิตที่ยาวนานของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้ประสบการณ์หลากหลาย ไม่เพียงแต่กระบวนการสูงอายุเท่านั้นแต่ยังมีปัจจัยและกระบวนการอื่น ๆ มากมายที่ถักทอสานต่อซึ่งกันและกันเป็นภาวะการณ์ของชีวิตที่น่าพอใจ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาการรับรู้กระบวนการสูงอายุที่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต จากการศึกษาจากเอกสารที่เกี่ยวข้องมีทฤษฎีและแนวคิดที่ใช้อธิบายได้ดังต่อไปนี้

แนวคิดวิเคราะห์การสนับสนุนทางสังคม (Social support) การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่กว้าง นักวิชาการที่สนใจศึกษาเรื่องนี้ต่างคนต่างให้รายละเอียดของความหมายแตกต่างกันบ้างแต่โดยพื้นฐานของแนวความคิด การสนับสนุนทางสังคมเป็นปรากฏการณ์แสดงถึงความต้องการพื้นฐานของบุคคลทางสังคมที่ต้องการติดต่อ หรือได้รับการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมความคิดหลากหลายดังกล่าวมีอาทิ เช่น คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นข่าวสารหรือข้อมูล (information) ที่ทำให้คนเราเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน ส่วน แคแปลน และคนอื่น ๆ (Kaplan and others. 1977 : 50-51) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมี 2 ลักษณะ คือ บุคคลนั้นมีความสำคัญต่อบุคคลอื่น และในการติดต่อสัมพันธ์กับคนในสังคมทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการเกิดความพอใจขณะที่ ลิน และคนอื่น ๆ (Lin and others. 1979 : 109) แสดงความคิดเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมคือ การสนับสนุนที่บุคคลหาได้จากการติดต่อสัมพันธ์กับคนในสังคม ทั้งที่เป็นรายบุคคลหรือกลุ่มคนหรือชุมชนขนาดใหญ่ และฮับบาร์ด และคนอื่น ๆ (Hubbard and others. 1984 : 266) เสนอแนวความคิดเพิ่มเติมว่า การสนับสนุนทางสังคมมีโครงสร้างหลายมิติประกอบด้วยการสื่อสารที่ดีที่ทำให้มีความรู้สึกผูกพันมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมด้วยความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมมีลักษณะ เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก อาจมีการพึ่งพาอาศัยกันให้ความช่วยเหลือให้ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับในสังคม ชีวิตมีความหมายมากขึ้นและมีความสุข

แนวความคิดของนักวิชาการที่นำเสนอมานี้ กล่าวโดยสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึงการที่บุคคลมีการติดต่อกับผู้อื่น และบุคคลนั้นได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านกาย อารมณ์และสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมมีแนวคิดที่หลากหลาย การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจึงจำเป็นต้องพิจารณารวมกันหลายด้าน (Thoits. 1982 : 147) ไวส์ (Weiss. 1974 : 17-26) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้เป็นห้าชนิด ได้แก่ 1) ความใกล้ชิดซึ่งจะส่งผลต่ออารมณ์โดยรวม บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดเช่น คู่สมรส เพื่อนหรือคนในครอบครัว เป็นต้น 2) การมีส่วนร่วมในสังคมแสดงถึงการเข้ามามีส่วนร่วมกันของคนที่มีสภาพคล้ายคลึงกัน ความสัมพันธ์ในกลุ่มมักพบในกลุ่มเพื่อน 3) พฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความสัมพันธ์ในลักษณะที่ต้องดูแลรับผิดชอบบุคคลอื่น 4) การได้รับการยอมรับเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถกระทำได้ตามบทบาทของตนจะทำให้เขาเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และ 5) การได้รับความช่วยเหลือโดยเฉพาะที่เกิดจากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดจะก่อให้เกิดการช่วยเหลือที่ยาวนานได้ ส่วนคobb (Cobb. 1976 : 300-301) สรุปการแบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมของเขาออกเป็น 3 ชนิดได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (emotional support) ซึ่งทำให้บุคคลรับรู้ว่าจะได้รับความรัก การดูแลและเอาใจใส่ ชนิดที่สองคือการได้รับการยอมรับและมีผู้เห็นคุณค่า (esteem support) และชนิดสุดท้ายคือ การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (socially support) ทำให้มีความผูกพันและมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน เฮาส์ (House. 1981 : 15-26) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติมเป็น 4 ชนิด ได้แก่การได้รับการยอมรับและมีผู้เห็นคุณค่า (emotional support) คือการได้รับความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ ความรัก ความจริงใจ และความสนใจ การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน (instrument support) การได้รับความช่วยเหลือด้านการประเมินผลและเปรียบเทียบพฤติกรรม (appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปใช้ประเมินตนเองก่อให้เกิดความมั่นใจ ความรู้สึกเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคม และการได้รับความช่วยเหลือด้าน ข้อมูลข่าวสาร (informational Support) เป็นข้อมูลหรือข้อแนะนำที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมชนิดต่าง ๆ ที่นักวิชาการเสนอนั้นจัดได้ว่าเป็นสิ่งตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมที่มนุษย์ทุกคนต้องการเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งสรุปครอบคลุมถึงความจำเป็นพื้นฐานด้านกายหรือวัตถุซึ่งเป็นความช่วยเหลือทางด้านข้อมูลข่าวสารหรือสิ่งของ ตลอดจนรวมถึงเงิน แรงงานคำแนะนำปรึกษาต่าง ๆ และการได้รับการบริการ ความจำเป็นพื้นฐานด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความสนิทสนม ความผูกพันและความไว้วางใจ การได้รับการยอมรับและมีผู้เห็นคุณค่า การได้รับความเคารพจากผู้อื่นและความจำเป็นพื้นฐานด้านสังคม คือการได้รับการตอบสนองในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีส่วนร่วมในสังคม ความรู้สึกเป็นเจ้าของสังคมของตน

แหล่งและโครงสร้างของกลุ่มสังคมที่ให้การสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมสิ่งที่นักวิชาการให้ความสนใจมากอีกเรื่องหนึ่ง ได้แก่ การศึกษาแหล่งให้การสนับสนุนทางสังคม โครงสร้างของกลุ่มสังคมที่ก่อให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม นักวิชาการจะพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่หรือขาดหายไปของแหล่งที่ให้การสนับสนุน คือจากคนที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้นซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายสังคม (social network) ของบุคคลแต่ละคน (Norbeck. 1982 : 23) บุคคลที่ขาดการติดต่อกับคนในสังคมเป็นระยะเวลานานจะเกิดอาการของภาวะสังคมแตกแยก (social breakdown syndrome) ได้แก่อาการที่ไม่เป็นตัวของตัวเอง ตัดสินใจไม่ได้ ขาดความศรัทธาและความเชื่อถือในตนเอง และไม่สามารถดูแลตนเองได้ (Kaplan and others : 51) เมื่อเกิดปัญหขึ้นบุคคลนั้นจะได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนทางสังคมจากคนในเครือข่ายสังคมของแต่ละคน แต่ถ้าพิจารณาอย่างละเอียดจะพบว่าคนในสังคมทั้งหมดไม่ได้เป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด กลุ่มคนที่จะให้การสนับสนุนทางสังคมได้จะต้องเป็นกลุ่มคนในระบบการสนับสนุนทางสังคม (social support system) ซึ่งหมายถึงกลุ่มย่อยของคนในกลุ่มสังคมทั้งหมดซึ่งเป็นผู้ที่เชื่อถือได้ว่าจะให้การสนับสนุนทางสังคม (Thoits. 1982 : 148) กลุ่มคนเหล่านี้จะให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังบุคคล ทำให้ความคาดหวังของบุคคลเป็นจริงและช่วยทำให้การติดต่อสื่อสารของบุคคลนั้นกับสิ่งแวดล้อมภายนอกมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ระบบการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้กับปัญหาชีวิตของบุคคลให้ดีขึ้น ทำให้บุคคลประเมินความรุนแรงของปัญหาได้ ในแง่ของการป้องกันจะช่วยลดโอกาสของการเกิดภาวะวิกฤติในชีวิตคน

โดยทั่วไปในระบบการสนับสนุนทางสังคมมักมาจากคนในกลุ่มปฐมภูมิ คือกลุ่มคนที่มีความสนิทสนมใกล้ชิดกันมาก (สุพัตรา สุภาพ. 2525) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือกลุ่มเครือญาติและกลุ่มที่ไม่ใช่เครือญาติหรือเรียกว่ากลุ่มมิตรภาพ (McElveen. 1978 : 321-323) กลุ่มเครือญาติ หมายถึง สมาชิกทั้งหมดในครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยายหรือคนที่มีความสัมพันธ์กันทางชีวภาพและทางกฎหมาย สมาชิกกลุ่มนี้ใช้เวลาร่วมกันมากทำกิจกรรมและการปฏิสัมพันธ์กันหลายชนิด อาจมีความถี่ในการติดต่อกันสูงมีการแลกเปลี่ยนสิ่งของหรือข่าวสารซึ่งกันและกัน ส่วนกลุ่มมิตรภาพจะรวมถึงเพื่อนบ้าน คนที่อยู่ใกล้เคียงรวมถึงเพื่อนซึ่งเป็นกลุ่มคนที่บุคคลมีสิทธิในการเลือกคบด้วยเหตุผลส่วนตัว เช่น มีความสนใจและหรือมีค่านิยมร่วมกัน เป็นต้น กลุ่มสังคมแบบนี้มักจะเป็นผู้ที่มีอายุ เพศ ระดับหรือวิธีการดำเนินชีวิตใกล้เคียงกัน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า คนในกลุ่มสังคมของแต่ละบุคคลจะเป็นแหล่งให้การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนในกลุ่มปฐมภูมิเป็นแหล่งให้การสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ

การศึกษาโครงสร้างของกลุ่มสังคมควรพิจารณาในส่วนที่เกี่ยวกับคุณลักษณะ ทางโครงสร้างของกลุ่มสังคมเพราะจะมีผลถึงการสนับสนุนทางสังคมของบุคคล คุณลักษณะของกลุ่มสังคมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมมี 3 ด้าน (Norbeck. 1982 : 22-24) ดังนี้คือ ความมั่นคงของกลุ่มสังคม คุณลักษณะนี้จะเกี่ยวกับระยะเวลาของความสัมพันธ์ของบุคคลกับสมาชิกในกลุ่มสังคม ความถี่ห่างของการติดต่อสัมพันธ์กัน นอร์เบค (Norbeck. 1982 : 23-24) พบว่า ความมั่นคงในกลุ่มสังคมมีความสำคัญในการทำนายผลของการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษานี้ตรงกับผลการศึกษาของ แคแปลน และคนอื่น ๆ (Kaplan and others. 1977 : 51) ที่ศึกษารวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มครอบครัวที่ย้ายที่อยู่จากเมืองหนึ่งไปยังอีกเมืองหนึ่งเรื่องปัญหาทางจิตใจ เขาพบว่า บุคคลในครอบครัวดังกล่าวนี้ โดยเฉพาะเพศหญิงจะมีประสบการณ์ของกลุ่มอาการเศร้าหลังจากย้ายที่อยู่ โดยอธิบายว่าการย้ายที่อยู่ใหม่ทำให้เสียความมั่นคงจากกลุ่มสังคมเก่า ในขณะที่กลุ่มสังคมใหม่ก็ยังไม่มีความมั่นคงเพียงพอ จึงเป็นผลให้การสนับสนุนทางสังคมของบุคคลไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมที่ต้องการได้จึงเกิดกลุ่มอาการเศร้า

คุณลักษณะของกลุ่มสังคมอีกประการหนึ่งคือความยืดหยุ่นในกลุ่มสังคม คุณลักษณะนี้เกี่ยวข้องกับการที่บุคคลในสังคมมีความรู้จักกันมากน้อยเพียงใด กลุ่มที่รู้จักกันดีมีความสัมพันธ์กันสูงหรือมีความใกล้ชิดสังคมที่สมาชิกรู้จักกันน้อยจะเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ไม่แน่นแฟ้น สมาชิกกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดจะมีโอกาสได้รับการช่วยเหลือเมื่อเกิดความจำเป็นหรือเกิดปัญหาได้

มากกว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์ไม่ใกล้ชิดหรือไม่แน่นแฟ้น คุณลักษณะของกลุ่มสังคมประการสุดท้าย คือ จำนวนคนในสังคมหรือขนาดของกลุ่ม สังคม คุณลักษณะนี้เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ เช่น ลักษณะความสัมพันธ์ ความมั่นคงภายในกลุ่ม ความใกล้ชิดทางภูมิศาสตร์ ขนาดของกลุ่ม สังคมจะส่งผลถึงการตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของกลุ่ม เช่น ขนาดกลุ่มเล็กมากอาจมีข้อจำกัด ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกที่ต้องการความช่วยเหลือมาก และนานได้ (McElveen. 1978 : 322)

การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพ นักวิชาการหลายคนพยายามศึกษากลไก การทำงานหรือกระบวนการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษานักวิชาการอธิบายว่าการให้การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย ซึ่งสรุปได้เป็น 2 ลักษณะ (House. 1981 : 30-38) คือ

1. กลไกการทำงานของ การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพด้าน ร่างกายและจิตใจซึ่งส่งเสริมภาวะปกติสุข การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีส่วนร่วมในสังคม ผลต่อภาวะสุขภาพนี้เป็นผลดีไม่เกี่ยวข้องกับความเครียด เฮาส์ อธิบายว่า ในคนที่มีความเครียดต่ำหรือไม่มีเลยในขณะที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง บุคคลนั้นจะมีภาวะสุขภาพที่เป็นปกติสุขสมบูรณ์ ซึ่งเป็นการบ่งชี้ถึงผลกระทบโดยตรงของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพ และเฮาส์ยังพบว่าอัตราของภาวะสุขภาพเสื่อมโทรม (poor health) จะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อการสนับสนุนทางสังคมลดลง

2. กลไกการทำงานของ การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการลดความเครียดโดยตรง และอีกบทบาทหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมคือเป็นตัวกันชน (stress buffering) ที่ดูดซับผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดและลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิตซึ่งภาวะนี้ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วย (Berkman. 1984 ; Cassel. 1976 ; Brandt and Weinert. 1981 ; McNett. 1987 ; Broadhead and others. 1983 ; Cohen and Brody 1981 ; Kaplan and others. 1977 ; Kaplan and others. 1987 ; Pearlin and others. 1981) แหล่งทางสังคมจะช่วยเป็นตัวกันชนอ่อนแรงปะทะระหว่างความเครียดในชีวิตด้านจิตใจกับสุขภาพโดยรวมได้ ความเครียดของบุคคลนั้นจะน้อยลงโดยการให้การสนับสนุนทางสังคมที่แข็งแกร่งมาก (Wheaton. 1985) การวิจัยหลายชิ้นได้ผลที่สอดคล้องกันว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อการลดความเครียดในชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพ

จิตดีและมีความพึงพอใจในชีวิตด้านจิตใจที่ดี (Arling. 1987 ; Diener. 1984 ; Harel and Deimling. 1984 ; Kaplan and others. 1987 ; Liang and others. 1980 ; Turner. 1981 ; Williams, Ware and Donald. 1981)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่สำคัญซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพ (Bloom, Ross and Burnell. 1978 ; Dean and Lin. 1977 ; Kaplan 1976 ; Cassel. 1976 ; Cobb. 1976 ; Weiss. 1974) การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญในการเป็นตัวกระตุ้น ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการต่อต้านความเจ็บป่วยและมีผลต่ออัตราการตาย (Berkman and Syme. 1979 ; Blazer. 1982 ; Broadhead and others. 1983 ; House, Robbins and Metzner. 1982 ; Orth-Gomer and Johnson. 1987 ; Orth-Gomer and Under. 1987 ; Orth-Gomer, Unden and Edwards. 1988 ; Strogatz and James. 1986) ซึ่งเบลเซอร์ (Blazer. 1982) และโออร์ท-โกเมอร์ และจอห์นสัน (Orth-Gomer and Johnson. 1987) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมต่ำมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายสูง ในปัจจุบันนักทฤษฎีหลายคนเสนอและสนับสนุนว่าการสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่ป้องกันและเป็นตัวกลางช่วยบรรเทาหรือลดภาวะเครียด ส่งเสริมภาวะสุขภาพที่ดีและที่เด่นชัดคือช่วยส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพจิตดี (Cohen and Wills. 1985 : 310-357 ; House. 1981 : 30-41)

การวัดการสนับสนุนทางสังคม เบนจามิน เอช.กอทเทิน (Gottlieb. 1985 : 8-14) ได้นำเสนอวิธีการวัดการสนับสนุนทางสังคมโดยสรุปไว้ในรูปแบบวิธีการวัดในลักษณะการวิเคราะห์ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ในระดับมหภาค (Macrolevel of analysis) หมายถึง การจัดการสนับสนุนทางสังคม โดยพิจารณาถึงการเข้าร่วมและการมีส่วนร่วมในสังคม ซึ่งวัดได้จากลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคลกับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกลุ่มต่าง ๆ ของบุคคล โดยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน คำถามที่นักวิจัยนำไปถามบุคคลจะเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของครอบครัว เพื่อน และกลุ่มต่าง ๆ จำนวนเพื่อนผู้ที่เขาติดต่อและสัมพันธ์ด้วย การเข้าร่วมกลุ่มทั้งที่เป็นทางการและได้เป็นทางการเป็นต้น (Berkman and Syme. 1979)

2. การวิเคราะห์ในระดับกลาง (Mezzolevel of analysis) หมายถึง การวัดในระดับที่เฉพาะเจาะจงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่ออยู่อาทิ เช่นกลุ่มเพื่อนสนิทที่ใกล้ชิด และเครือข่ายทางสังคมที่ใกล้ชิด แคปแลน (Caplan, 1974) เสนอแนะว่าควรถามถึงบุคคลที่สนิทสนม การสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับหรือให้กันเป็นด้านใด หรืออีกวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการศึกษาวิเคราะห์คือการทำแผนที่ติดต่อสื่อสาร ซึ่งจะให้นักวิจัยสามารถวิเคราะห์โครงสร้างของเครือข่ายสังคมของบุคคลได้ ในการนี้มักเน้นเรื่องความหนาแน่นของการติดต่อสัมพันธ์ ส่วนเฮอริช (Gottlieb, 1985:10) ใช้วิธีการวัดความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีต่อบุคคลอื่นในด้านใดด้านเดียวหรือกิจกรรมเดียว (unidimensional relationship) หรือการวัดความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีต่อบุคคลอื่นในหลาย ๆ ด้านทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน หรือการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในหลาย ๆ กิจกรรม (multidimensional relationship) ซึ่งเฮอริช พบว่า บุคคลที่มีความสัมพันธ์แบบหลายทางจะให้ผลดีต่อสุขภาพกายและจิตใจมากกว่าคนที่มีความสัมพันธ์แบบทางเดียว

3. การวิเคราะห์ในระดับจุลภาค (Microlevel of analysis) หมายถึง การวัดโดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด จำนวนคนที่สัมพันธ์ด้วยอาจจะน้อยแต่ถ้าเป็นการสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้งมีคุณภาพจะดีกว่าความสัมพันธ์ที่มีเพียงปริมาณ ทั้งนี้เพราะผลการวิจัยบ่งชี้ว่าคุณภาพของการสนับสนุนทางสังคม ดังที่โลเวนฮอลและฮาเวน (Gottlieb, 1985) พบว่าคนที่ติดต่อกับคนสนิทเพียงคนเดียวในขณะที่ลดความสัมพันธ์กับคนอื่นลง ยังคงมีสุขภาพดีกว่าคนที่ไม่มีแรงยึดเหนี่ยวหรือความสัมพันธ์ที่เข้มแข็งเลย และคอนเนอร์ เพาเวอร์ และบูลทีนา (Conner, Powers and Bultena, 1979) ศึกษาในคนอายุ 70 ปีขึ้นไป พบว่าความถี่และจำนวนคนที่ติดต่อสัมพันธ์ไม่สามารถทำนายภาวะสุขภาพได้แต่คุณภาพของการติดต่อสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่า ในการศึกษา นักวิจัยกำหนดลักษณะคุณภาพของการติดต่อสัมพันธ์ดังต่อไปนี้ อาทิเช่น ความใกล้ชิดทางอารมณ์ (intensity) ความสัมพันธ์ซึ่งมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันซึ่งมีทั้งการให้และการรับ (reciprocity) และการสนับสนุนทางจิตใจ ความห่วงใย ความรัก (affective support) เป็นต้น ส่วนปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมมักหมายถึง ขนาดจำนวนคน ความถี่ในการติดต่อสัมพันธ์

การวัดการสนับสนุนทางสังคม นักวิจัยสามารถวัดได้ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ดังได้มีนักวิจัยหลายท่านศึกษาแล้ว แต่จากผลการวิจัยหลายชิ้นที่นักวิจัยศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและภาวะสุขภาพโดยเฉพาะด้านอารมณ์และจิตใจ ปรากฏผลที่สอดคล้องกันว่า

การสนับสนุนทางสังคมเชิงปริมาณวัดได้ไม่แน่นอนในเรื่องภาวะสุขภาพที่ดีด้านจิตใจ เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมเชิงคุณภาพ มีความสำคัญมากกว่าการวัดเชิงปริมาณซึ่งนักวิจัยสามารถใช้ในการอธิบายความแปรปรวนเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตได้ดีกว่า (Conner, Powers and Bultena. 1979 ; Donald and Ware. 1982 ; Lowenthal and Robinson. 1976 ; Liang and others. 1980 ; Harel and Deimling. 1984) ดังนั้นในการวัดการสนับสนุนทางสังคมในการวิจัยครั้งนี้จึงให้ความสนใจการวัดการสนับสนุนทางสังคมในเชิงคุณภาพเป็นหลักโดยให้ครอบคลุมตามความหมายของการสนับสนุนทางสังคมที่หมายถึงการที่บุคคลมีการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น และบุคคลนั้นได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และครอบคลุมชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ทั้งที่เป็นความจำเป็นพื้นฐานด้านกายหรือวัตถุด้านสังคม

นักวิจัยบางคนมีความเห็นว่าการวัดการสนับสนุนทางสังคมดังได้ปฏิบัติกันมานั้น ได้ผลดีพอสมควรแต่ยังมีเรื่องน่าสนใจและสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมได้และจากการศึกษาวิจัยได้ข้อสรุปว่าเครือข่ายสังคมเป็นเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี (House, Kahn, McLeod and Williams. 1985 : 91)

เครือข่ายสังคม (Social networks) นักวิชาการบางรายนิยามเครือข่ายสังคมว่าเป็นจุดรวม (node) ของสมาชิกเครือข่ายซึ่งผูกโยงไว้โดยสัมพันธภาพระหว่างกันแบบใดแบบหนึ่ง และเป็นเครื่องผูกมัด (ties) โยงจากสมาชิกเครือข่ายหนึ่งสู่สมาชิกเครือข่ายอื่น (Hall and Wellman. 1985) ในเครือข่ายสังคมบุคคลจะรักษาการติดต่อสัมพันธ์ทางสังคม (social contact) และรักษาแบบอย่างของการผูกมัดทางสังคม (networks) ในความหมายของขนาด (size) องค์ประกอบ (composition) เช่น เพื่อน ญาติ การแยกจากกันด้วยสภาพทางภูมิศาสตร์ (geographic dispersion) สมาชิกที่คล้ายกัน ความผูกพันที่แข็งแกร่งและความหนาแน่นหรือการรวมกลุ่มกัน จากการให้ความหมายต่าง ๆ กันของนักวิจัยหลายคน อาจสรุปได้ว่าเครือข่ายสังคมแสดงถึงบุคคลมีการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างกัน ลักษณะความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลได้ การพิจารณาเครือข่ายสังคมให้เกิดความเข้าใจง่ายขึ้นกระทำได้โดยการเขียนภาพบุคคลเป้าหมายเป็นจุดศูนย์กลาง และขีดเส้นโยงจากบุคคลเป้าหมายถึงบุคคลต่าง ๆ ที่เขามีการติดต่อสัมพันธ์ เส้นโยงเหล่านี้แสดงถึงการติดต่อสัมพันธ์กับทางสังคมที่บุคคลต่าง ๆ มีต่อกันเป็นเครือข่ายสังคม

เครือข่ายสังคมเป็นเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่าง ๆ ในเครือข่ายสังคมนั้น เมื่อจะวิเคราะห์เครือข่ายสังคมจึงควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งนักสังคมวิทยาได้นำทฤษฎีทางสังคมวิทยามาเป็นพื้นฐานในการอธิบาย ทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่เกี่ยวข้องค่อนข้างเด่นชัด ได้แก่ ทฤษฎีสัญลักษณ์ (Symbolic interactionist) ทฤษฎีบทบาท ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนและทฤษฎีการกระทำ (พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ 2530. 155-159 ; อ้างอิงมาจาก Wolfe. 1974 : 717-746) แนวคิดตามทฤษฎีสัญลักษณ์อธิบายว่า มนุษย์เป็นผู้สร้างสังคมด้วยปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์เอง มากกว่าสถาบันทางสังคมเป็นผู้สร้างสังคม มนุษย์ประกอบด้วยสายใยของความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่ซับซ้อน สังคมคงอยู่ได้ด้วยบุคคลมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและสังคมประกอบด้วยเครือข่ายความเชื่อมโยงของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่าง ๆ ในสังคมหรือชุมชน นักทฤษฎีสัญลักษณ์กล่าวว่าหากต้องการเข้าใจพฤติกรรมมนุษย์ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับสังคมหรือเครือข่ายสังคมของเขาด้วย เพราะพฤติกรรมบุคคลจะแสดงออกในลักษณะ เชื่อมโยงด้านแบบแผนของเครือข่ายสังคม

แนวคิดทฤษฎีบทบาท นักวิจัยสามารถวิเคราะห์เครือข่ายสังคมได้ด้วยทฤษฎีบทบาทด้วย แนวความคิดที่กล่าวไว้ว่าในเครือข่ายสังคมบุคคลแต่ละคนมีบทบาทต่าง ๆ กันอาจซับซ้อนหลายบทบาท ดังนั้นการจะวิเคราะห์เครือข่ายสังคมจึงต้องวิเคราะห์ตามแนวบทบาทของบุคคลที่เป็นอยู่

แนวคิดทฤษฎีการแลกเปลี่ยน แนวคิดทฤษฎีนี้เป็นเรื่องการตัดสินใจแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันในระหว่างคู่สัมพันธ์ซึ่งอาจจะเป็นวัตถุสิ่งของหรือไม่ใช่ก็ได้ นักคิดทฤษฎีนี้เชื่อว่าบุคคลมิได้กระทำการใด ๆ ตามบทบาทแต่เพียงอย่างเดียว เขาคิดว่าความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตั้งอยู่บนพื้นฐานของการประเมินคู่สัมพันธ์และตัดสินใจที่จะแลกเปลี่ยน ซึ่งอาจจะเกิดตามความเสมอภาคเท่าเทียมกันในสิ่งแลกเปลี่ยนนั้นหรือไม่เท่าเทียมกันได้ และผลประโยชน์ที่แลกเปลี่ยนอาจมิใช่สิ่งเดียวกัน ตัวอย่างเช่น ความสัมพันธ์ในรูปของการติดต่อสื่อสารด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น

แนวคิดทฤษฎีการกระทำ เนื้อหาของทฤษฎีนี้เกี่ยวกับการวิเคราะห์กลุ่มและสัญลักษณ์ของกลุ่ม นักทฤษฎีนี้สนใจเกี่ยวกับลักษณะการคิดแปลง ความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลเพื่อจะบรรลุวัตถุประสงค์ของตน

เครือข่ายสังคมแสดงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ติดต่อกันแลกเปลี่ยนกันซึ่งเป็นความสัมพันธ์ 2 ทาง บุคคลอาจเป็นได้ทั้งผู้ให้และผู้รับการแลกเปลี่ยนอาจก่อให้เกิด

ความเสมอภาคหรือไม่ก็ได้ สิ่งที่แลกเปลี่ยนนั้นเป็นได้หลากหลายทั้งข่าวสาร บริการ คำแนะนำ ความท่วงไวย เป็นต้น และจากการที่ได้มีการแลกเปลี่ยนกันนี้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เครือข่ายสังคมจะเคลื่อนไหวตลอดเวลาไม่หยุดนิ่งและไม่คงที่ ดังนั้นเมื่อจะวิเคราะห์เครือข่ายสังคมนักวิจัยจึงมุ่งความสนใจไปที่คุณลักษณะของแบบแผนความสัมพันธ์ที่ผูกมัดกันระหว่างบุคคลในระบบสังคมซึ่งเป็นเครือข่ายมากกว่าจะสนใจคุณลักษณะเฉพาะส่วนบุคคล

เครือข่ายสังคมเป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนามาจากทฤษฎีกราฟเลขคณิต (mathematical graph theory) และวิธีสังคมมิติ นักสังคมวิทยาและนักมานุษยวิทยาใช้แนวคิดเครือข่ายสังคมเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางสังคม การวิเคราะห์โดยใช้เครือข่ายสังคมอาจก่อให้เกิดปัญหาอยู่บ้างในเรื่องขอบเขตของเครือข่ายสังคมซึ่งนักวิชาการแต่ละคนอาจวางขอบเขตเครือข่ายแตกต่างกัน อาทิเช่น เครือข่ายบุคคล ซึ่งความลึกสุดของเครือข่ายอยู่บนพื้นฐานของความสัมพันธ์ของบุคคลหนึ่งกับบุคคลอื่น เครือข่ายตามการแยกประเภทซึ่งความลึกสุดของเครือข่ายอยู่ที่ประเภทหรือชนิดของบุคคล เครือข่ายตามกลุ่มกิจกรรมซึ่งความลึกสุดของเครือข่ายอยู่ที่การตั้งวัตถุประสงค์เฉพาะบางอย่าง เครือข่ายตามบทบาทที่ถูกกำหนดขึ้นซึ่งความลึกสุดอยู่ที่ประเภทของบทบาทของบุคคลต่าง ๆ ที่จุดศูนย์กลางสัมพันธ์ด้วย เครือข่ายตามเนื้อหาของการแลกเปลี่ยนซึ่งความลึกสุดของเครือข่ายอยู่ที่การกำหนดเนื้อหาของความสัมพันธ์ และเครือข่ายที่ไม่มีขอบเขตหมายถึง เครือข่ายสังคมที่กำหนดขึ้นโดยไม่ได้อยู่บนหลักเกณฑ์ใด ๆ (พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, 2530 ; อ้างอิงมาจาก Wolfe, 1970) แนวคิดเครือข่ายสังคมที่มีขอบเขตแบบต่าง ๆ ดังกล่าวมานี้ตามแนวคิดของ บาร์น (พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ 2530 : 164-165) บาร์นถือว่าเป็นเครือข่ายย่อย เขาเสนอแนวคิดที่ความสัมพันธ์ทางสังคมก่อให้เกิดเครือข่ายรวม (total network) เขามองว่าเครือข่ายรวมเปรียบเสมือนระบบสังคมใหญ่ และเครือข่ายย่อยเปรียบเสมือนระบบสังคมย่อย นอกจากนี้เขายังเสนอแนวคิดเครือข่ายตรงและเครือข่ายอ้อม ซึ่งพิจารณาจากความสัมพันธ์ของบุคคลเป้าหมายกับคนอื่นโดยทางตรงหรือทางอ้อม

ในการวิเคราะห์เครือข่ายสังคมนอกจากจะใช้เกณฑ์เรื่องขอบเขตแล้วอาจใช้เกณฑ์เรื่องระยะเวลาเพราะปฏิสัมพันธ์ของบุคคลเกิดขึ้นได้ตั้งแต่อดีต ปัจจุบันและอาจดำเนินไปถึงอนาคต ในการวิเคราะห์ปรากฏการณ์หนึ่ง ๆ นักวิเคราะห์ต้องกำหนดเพื่อค้นหาความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาช่วงหนึ่งเท่านั้น เนื่องด้วยเครือข่ายสังคมเป็นเรื่องของความสัมพันธ์และนักวิเคราะห์จำเป็นต้องวิเคราะห์ อธิบายลักษณะของความสัมพันธ์ภายในเครือข่ายสังคม

และหาเกณฑ์เพื่อจะเป็นแนวทางในการวิเคราะห์ซึ่ง โบอัสซีเวน (Boissevain. 1974) เสนอไว้ดังนี้ เกณฑ์พิจารณาความหลากหลายของความสัมพันธ์ในลักษณะความสัมพันธ์เชิงซ้อน (diverity of linkage : multiplexity) เกณฑ์พิจารณาเรื่องความถี่และระยะเวลาของความสัมพันธ์ (frequency and duration) จากเกณฑ์ทั้ง 4 ประการนี้ นักวิเคราะห์สามารถขีดเส้นโยงเครือข่ายสังคมขึ้นมาได้ ในการนำเกณฑ์ทั้ง 4 ประการ ไปใช้ให้ได้ผลดี นักวิเคราะห์คำนึงถึงขนาดของเครือข่าย (size) ระดับความหนาแน่น (density) ระดับความเกี่ยวพันภายในเครือข่าย (degree of connectedness) ตำแหน่งของบุคคลในเครือข่าย (position) และกลุ่มของความสัมพันธ์ของบุคคลในเครือข่าย (clusters)

การวิเคราะห์เครือข่ายสังคมนักวิเคราะห์โดยการศึกษาเครือข่ายทั้งหมด (whole networks) ทั้งนี้เพื่อให้ได้ภาพรวมทั้งหมดในระบบสังคมและจะได้ทราบบทบาทความสัมพันธ์ภายในเครือข่ายด้วย แต่การศึกษาเครือข่ายทั้งหมดบางครั้งทำไม่ได้เพราะต้องการข้อมูลจากสมาชิกจำนวนมากมายมหาศาลอย่างครบถ้วน ตลอดจนถึงความผูกพันที่มีต่อกันของบุคคลเหล่านั้นด้วย ดังนั้นในการศึกษาแต่ละครั้งจึงอาจจำเป็นต้องตีกรอบประชากรที่เฉพาะเจาะจง (Erickson. 1978) ซึ่งนักวิจัยบางคนได้สร้างแบบจำลองเฉพาะขึ้นเพื่อทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมโดยอาศัยใช้แนวคิดของเครือข่ายสังคม เช่น แอนโตนุคซี (Antonucci and Akiyama. 1987) เสนอแนวคิดแบบจำลอง "Convoy" ซึ่งมีความหมายถึงชุดของวงกลมสามวงซ้อนกันซึ่งล้อมรอบคนเรายู่ตลอดเวลา เส้นวงกลมแต่ละเส้นจะเป็นตัวแทนของระดับความใกล้ชิดกับบุคคลศูนย์กลางเส้นวงกลมในสุด หมายถึงผู้จัดหาหรือผู้รับการสนับสนุนที่สำคัญที่สุด คนเหล่านี้เป็นคนที่บุคคลศูนย์กลางรู้สึกใกล้ชิดที่สุดและความสัมพันธ์นี้จะเกี่ยวเนื่องไปตลอดชีวิต และรวมถึงการแลกเปลี่ยนของสิ่งสนับสนุนประเภทต่าง ๆ ด้วย สมาชิกในเส้นวงกลมที่สองมีระดับความใกล้ชิดมากพอสมควรแต่ไม่เท่าสมาชิกของเส้นวงกลมในสุดและสมาชิกบนเส้นวงกลมที่สามซึ่งอยู่นอกสุดถือว่าเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดมากเหมือนกัน แต่ความสัมพันธ์เป็นไปภายในขอบเขตของบทบาท และสภาพแวดล้อมของการเป็นผู้ร่วมงาน ซึ่งความสัมพันธ์ใกล้ชิดจะน้อยลง แนวคิดแบบจำลอง Convoy นี้ผู้คิดสร้างแบบจำลองกล่าวว่ามิใช่ข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้แบบจำลอง คือผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางสังคมตลอดเวลาและช่วยให้บุคคลรักษาชีวิตที่ดี ควบคุมความเครียดได้

การวิเคราะห์เครือข่ายสังคมที่ครอบคลุมนักวิเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญในเรื่องนี้เสนอว่า ควรจะวัดและวิเคราะห์คุณลักษณะต่าง ๆ ต่อไปนี้ (Hall and Wellman. 1985)

1. แหล่งหรือที่มาของเครือข่ายความสัมพันธ์ (source)
2. ปริมาณการติดต่อระหว่างสมาชิกของสองเครือข่าย (frequency)
3. จำนวนแหล่งหรือกิจกรรมการแลกเปลี่ยนที่แตกต่างกันของสมาชิกในเครือข่ายทั้งสอง (multiplexity)
4. ระยะเวลาของความสัมพันธ์ (duration)
5. แหล่งการให้หรือรับความสัมพันธ์ (symmetry) พิจารณาในลักษณะความเท่าเทียมหรือความสมดุลทางอำนาจของคู่สัมพันธ์
6. การรับรู้ถึงความใกล้ชิดทางสังคมสมาชิกในเครือข่าย (intimacy)
7. จำนวนคนในเครือข่าย (size or range)
8. ความหนาแน่น (density) วัดโดยเปรียบเทียบจำนวนในสายใย (tie) โดยตรงระหว่างสมาชิกในเครือข่าย ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดระดับความเกี่ยวพันและความสัมพันธ์
9. ความเข้มของสมาชิกที่ผูกพันกันโดยตรง (degree)
10. ส่วนของสมาชิกซึ่งอยู่ที่ขอบริมของเครือข่าย (boundedness)
11. การเข้าถึง (reachability) พิจารณาจากจำนวนสายใยโดยเฉลี่ยที่ต้องการเกี่ยวข้องกับสมาชิกของสองเครือข่าย
12. ความคล้ายคลึงกันของสมาชิกเครือข่าย (homogeneity) เช่น เพศเดียวกัน
13. ส่วนของเครือข่ายที่สมาชิกทั้งหมดผูกพันกันโดยตรง (cliques)
14. องค์ประกอบของเครือข่ายที่สมาชิกทั้งหมดผูกพันกันโดยตรงหรือโดยอ้อม (components)
15. องค์ประกอบของความสัมพันธ์ของบุคคลในเครือข่าย (clusters) เครือข่ายมีความหนาแน่นสูง แต่เกณฑ์ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกมีความหนาแน่นน้อยกว่า cliques.
16. การกระจายตัว (dispersion) หมายถึง ขอบเขตของความสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งทำให้เกิดเครือข่ายสังคม

เครือข่ายสังคม การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต เครือข่ายสังคมมีใช้ตัวบ่งชี้ภาวะสุขภาพกาย แต่เป็นตัวบ่งชี้ที่มีพลังมากในการบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิต

ด้านจิตใจ อารมณ์ (Payne and Jones. 1987) โดยผ่านทางบุคคลในเครือข่ายผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม นักวิชาการใช้เครือข่ายสังคมช่วยอธิบายพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลทั้งนี้เพราะพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลจากกลุ่มเครือข่ายสังคม พฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคลแสดงถึงภาวะสุขภาพของบุคคล เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาเยียวยาย่อมแสดงถึงภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นเกิดการเจ็บป่วย เป็นต้น พฤติกรรม การดูแลตนเอง เป็นอีกพฤติกรรมหนึ่งที่เครือข่ายสังคมมีส่วนเกี่ยวข้องด้วยอย่างมาก และในทางปฏิบัติเมื่อบุคคลมีสุขภาพอนามัย สิ่งแรกที่บุคคลจะกระทำคือการช่วยตัวเอง การช่วยเหลือกันเองนี้อาจเป็นการที่บุคคลดูแลรักษาเลือกรับประทานยาเองตามความรู้ที่มี หรือการพักผ่อน ญาติพ่อแม่ผู้ใหญ่นในครอบครัวคือบุคคลที่จะมีบทบาทช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในอันดับต่อมา และอาจขอความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือข่ายสังคม เช่น เพื่อนบ้าน ก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกส่งไปรับการรักษาทางการแพทย์หรือส่งเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลต่อไป หากบุคคลในเครือข่ายสังคมมีความรู้ความสามารถในเรื่องสุขภาพอนามัยจะมีผลต่อการดูแลตนเองของบุคคลมากเพราะคนจะพยายามช่วยเหลือดูแลกันเองก่อนเสมอ

เครือข่ายสังคมจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัยอย่างไร ขึ้นอยู่กับสถานะของเครือข่ายสังคม (พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. 2530) ได้แก่วัฒนธรรมเกี่ยวกับกันภายในเครือข่าย จำนวนและความหลากหลายทางสังคมของบุคคลในเครือข่าย ประเภทของบุคคลในเครือข่ายที่บุคคลสัมพันธ์ด้วย แบบแผนของแรงสนับสนุนทางสังคมภายในเครือข่าย ความเชื่อของเครือข่ายสังคมต่อความรู้เรื่องสุขภาพและการแพทย์สมัยใหม่และเพศของบุคคลในเครือข่ายสังคมนั้น

การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคมมีผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล ความเครียด ความซึมเศร้า ความรู้สึกโดดเดี่ยวได้ ผู้สูงอายุที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นบ้าง เช่น บุคคลในครอบครัว ความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพนี้จะช่วยลดภาวะวิกฤตด้านจิตใจ อารมณ์ ของผู้สูงอายุได้ (Barney. 1977 ; Brock and O'Sullivan. 1985 ; Brody, Poulshock and Maxciocchi. 1978 ; O'Brien and Wagner. 1980 ; Seeman and others. 1987 ; Townsend. 1965 ; Townsend and Wedderburn. 1965 ; Wenger. 1985) ดังนั้นการมีปฏิสัมพันธ์และสร้างมิตรภาพกับคนใน

สังคม จึงเป็นประสบการณ์ของบุคคลมีผลให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต โดยเฉพาะความพึงพอใจในชีวิตด้านจิตใจ อารมณ์

การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง (Cohen and Wills. 1985 : 310-357) การสนับสนุนทางสังคมที่มีคุณภาพนับเป็นประสบการณ์ที่ดีของบุคคลทำให้บุคคลมีบุคลิก อารมณ์มั่นคงแม้ผู้สูงอายุอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมทำให้สูญเสียบทบาท กิจกรรมบางอย่างไปแต่ถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งมีคุณภาพ ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง จะมีความคิดเอาใจใส่ตนเองและมีความมั่นใจที่จะพัฒนาความสามารถของตนในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการดูแลตนเอง

การสนับสนุนทางสังคมมีผลช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ โดยเฉพาะเมื่อเป็นสถานการณ์ความเจ็บป่วย บุคคลจะสามารถดำรงตนต่อสู้กับความวิกฤตในชีวิตได้โดยหลีกเลี่ยงการทำลายตนเองและเลือกพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้ (Hubbard and others. 1984 ; Muhlenkamp and Sayles. 1986)

ความสามารถในการดูแลตนเอง บุคคลอาจเรียนรู้ได้โดยผ่านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสังคม ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้หรือให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยผ่านทางเครือข่ายสังคมของตนได้ ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยมีความสามารถในการดูแลตนเอง และได้ใช้ประโยชน์โดยผ่านระบบการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัว ชุมชน และคนอื่น ๆ (Hubbard and others. 1984 : 266-270) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยสูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคมและความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และต่างก็มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในแง่ของการส่งผล กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทในการเป็นตัวกันชนช่วยลดความเครียดให้ลดลงซึ่งมีผลต่อการมีสุขภาพจิตดี บุคคลมีความพึงพอใจในชีวิตด้านจิตใจ อารมณ์ และบางครั้งการสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพกายที่ดี ส่วนความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลส่งผลให้บุคคลมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองเห็นคุณค่าในตนเอง บุคคลเหล่านี้จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าคนที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้

ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองและได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะมีการรับรู้คุณภาพชีวิต คือความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีความสามารถในการดูแลตนเอง หรือผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-care theory) การดูแลตนเอง (self care) เป็นคำใหม่ที่ใช้มากในแวดวงการสาธารณสุข โดยเฉพาะสาธารณสุขมูลฐานที่มีเป้าหมายสูงสุดคือการพึ่งพาตนเองในด้านสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนาชุมชนของตน (เพ็ญจันทร์ ประดับมุก. 2530 : 28 ; อ้างอิงมาจาก WHO/UNICEF. 1978 : 6-12) ตามประวัติความเป็นมาของพัฒนาการของแนวคิดเรื่องการดูแลตนเอง ซึ่งนักวิชาการบางท่านรวบรวมไว้พอสรุปได้ดังนี้ (มัลลิกามิตติโก. 2530 : 1-24 ; ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. 2533 : 10-41 ; Levin. 1981 : 177-184) กล่าวคือ ในสังคมโบราณการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย และความเจ็บป่วยเป็นเรื่องของบุคคลโดยตรงที่จะต้องจัดการดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วยของตน ครอบครัวและชุมชน ตามแบบแผนวัฒนธรรมและความเชื่อที่ได้รับการปลูกฝังและถ่ายทอดสืบต่อกันมา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นไปตามความเชื่อในเรื่องของอำนาจลึกลับ อำนาจเหนือธรรมชาติ และภูติผีต่าง ๆ กระบวนการจัดการด้านสุขภาพจึงปรากฏในรูปของการเซ่นไหว้ บวงสรวง และพิธีกรรมต่าง ๆ โดยหัวหน้าครอบครัวหรือหัวหน้ากลุ่มเป็นผู้นำ

ต่อมาแนวความคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยได้พัฒนาแปรเปลี่ยนไป มีผู้พยายามให้คำอธิบายที่เป็นวิทยาศาสตร์มากขึ้น และเน้นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ดังเช่น ฮิปโปเครติส เป็นต้น เขากล่าวว่าครอบครัวและระบบการแพทย์ท้องถิ่นมีบทบาทในการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล และเมื่อล่วงเข้าสู่ยุควิทยาศาสตร์ก้าวหน้า นักวิทยาศาสตร์ค้นพบว่าจุลินทรีย์บางชนิดเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและได้เริ่มการดูแลรักษาด้วยวิธีการแพทย์แบบแผนวิทยาศาสตร์โดยแพทย์วิชาชีพ ซึ่งมีความรู้ทางวิทยาศาสตร์ การดูแลรักษาแบบนี้เน้นเหตุปัจจัยทางชีวภาพมากกว่าเหตุปัจจัยทางสังคม กล่าวคือ เน้นการรักษาโรคมากกว่าคำนึงถึงความเป็นคนและการรักษาด้านจิตใจ แต่การดูแลรักษาด้วยวิธีการแบบใหม่นี้ก็ได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำรงชีวิตของบุคคลทั่วไปที่นับวันบุคคลทั้งหลายจะต้องพึ่งพาระบบการดูแลสุขภาพแบบวิทยาศาสตร์นี้มากขึ้น และอยู่ในภาวะจำยอมเนื่องจากแพทย์เท่านั้นที่เป็นผู้รู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและมักจะตัดสินใจทำการรักษาไปโดยลำพัง ผู้ป่วยมักไม่มีโอกาสรู้เรื่องความเจ็บป่วยและวิธีการรักษาที่แพทย์ใช้กับตนนั้นนอกจากปฏิบัติตามแพทย์

สิ่ง เมื่อเป็นดังนี้บุคคลเกิดความรู้สึกถึงการถูกรีดรอนสิทธิส่วนบุคคลบางประการ อาทิ สิทธิที่ตนควรจะได้รับรู้เรื่องการเจ็บป่วย วิธีการรักษา ยา หรือสิทธิที่จะตายตามความต้องการ เช่น การงดใช้เครื่องช่วยชีวิต หรือการกลับไปตายที่บ้าน เป็นต้น หลายฝ่ายเริ่มให้ความสนใจต่อสาเหตุของโรคซึ่งอาจมาจากปัจจัยทางสังคม และวิธีการรักษาโดยได้มีการเรียกร้องให้เปิดเผยวิธีการรักษา มีผู้สนใจต้องการเรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัยมากขึ้น ขณะเดียวกันนักสังคมวิทยาและนักมานุษยวิทยาก็พยายามปลุกเร้าให้บุคคลตระหนักถึงการดูแลสุขภาพตนเองหรือที่เรียกว่าระบบการแพทย์ของประชาชน (lay medical system) หรือบางครั้งเรียกว่าระบบการแพทย์ของสามัญชนซึ่งเป็นระบบที่มีมาก่อนระบบการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ แนวคิดเรื่องการดูแลตนเองของนักสังคมวิทยาและนักมานุษยวิทยาที่นำเสนอมาจากความคิดพื้นฐานต่าง ๆ สรุปได้ดังนี้

1. สุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กับสังคม ดังนั้น การดูแลจัดการด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยจึงเป็นสิทธิและหน้าที่ของบุคคล ครอบครัวและชุมชน
2. สุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นปรากฏการณ์หนึ่งที่อยู่ภายในขอบข่ายของวัฒนธรรม ดังนั้น บุคคลจึงแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยตามแนวคิด ความเชื่อ ค่านิยม วิธีปฏิบัติในแง่วัฒนธรรมซึ่งอาจเหมือนหรือแตกต่างกันได้
3. ในชุมชน สังคมเป็นผู้กำหนดกฎเกณฑ์ทางสังคม เป็นผู้ระบุและตัดสินว่า ลักษณะอย่างไรคือปัญหาสุขภาพ ความเจ็บป่วย ใครป่วย ป่วยเป็นอะไร และควรรักษาอย่างไร ดังนั้น การรักษาเยี่ยงยาจึงเป็นเรื่องของชุมชนสังคมมากกว่าเฉพาะบุคคล
4. สังคมจำเป็นต้องจัดการเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง ทั้งนี้เพราะบริการทางการแพทย์ สาธารณสุข ยังกระจายไม่ทั่วถึงและมีราคาแพง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลได้อย่างแท้จริง
5. การส่งเสริมการดูแลตนเองเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพของบุคคลเพื่อการพึ่งตนเอง รับผิดชอบตนเอง และการลดการพึ่งพาแพทย์วิชาชีพโดยเฉพาะการต้องอยู่ในอาณัติของแพทย์ให้เหลือน้อยที่สุด

ตามแนวคิดพื้นฐานดังกล่าวข้างต้นแสดงถึงบุคคลสามารถดูแลตนเองได้โดยมิต้องพึ่งพาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าบุคคลส่วนใหญ่ปฏิเสธระบบการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นอยู่ขณะนั้น ซึ่งก็ได้แปลกประหลาดแต่อย่างใด ทั้งนี้เพราะในสังคมประเทศตะวันตกมีแนวความคิดเรื่องการช่วยตนเอง (self-help) ที่มีความหมาย

กว้างครอบคลุมถึงการรวมตัวของกลุ่มบุคคลเพื่อแก้ปัญหาสังคมต่าง ๆ ที่เผชิญหน้าร่วมกันอยู่ ตลอดจนถึงปัญหาสุขภาพด้วย ดังนั้น เมื่อมีการเคลื่อนไหวทางสังคมกระตุ้นให้บุคคลสนใจดูแลตนเองอย่างจริงจัง ประกอบกับความบีบคั้นที่บุคคลได้รับจากระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุขแบบใหม่ก่อให้เกิดการตื่นตัวเรื่องสุขภาพ การดูแลตนเอง ด้วยการศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ การช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งบุคคลจะได้รับความอบอุ่นใจและการปฏิบัติต่อกันซึ่งแสดงถึงการยอมรับในความเป็นมนุษย์ บุคคลจะเกิดความพึงพอใจมากกว่า การตื่นตัวในการปฏิบัติดูแลตนเองเช่นนี้อาจกล่าวได้ว่า เป็นปฏิกิริยาที่แสดงถึงการต่อต้านปัญหาชนทางการแพทย์และตอบโต้ต่อความเป็นวัตถุนิยม บริโภคนิยม และการปฏิบัติที่ไม่คำนึงถึงความเป็นมนุษย์ของนักวิชาชีพทางการแพทย์ (Norris. 1977 : 486-489)

ตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ.1930 เป็นต้นมา ได้มีการเคลื่อนไหวทางสังคมกระตุ้นให้บุคคลมีการดูแลตนเอง (self-care) ซึ่งเป็นการช่วยเหลือตนเองในทางสุขภาพ (self-help in health) ทั้งเมื่อยามมีสุขภาพดีและยามเจ็บป่วย การเคลื่อนไหวทางสังคมนี้ได้รับความสนใจและให้การสนับสนุนจากบุคคลหลายฝ่ายมากขึ้นตามลำดับ และในช่วงประมาณปี ค.ศ.1960 เป็นต้นมา สังคมประเทศตะวันตกได้จัดให้มีการรณรงค์เพื่อการดูแลตนเอง (self care movement) นักวิชาการสำคัญ ๆ ที่สนใจหรือเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพได้ช่วยกันผลักดันแนวความคิดการดูแลตนเองอย่างจริงจังและอย่างต่อเนื่อง นักวิชาการหลายคนนำเสนอแนวคิดทัศนะเรื่องการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยอย่างหลากหลาย อาทิ โลเวล เลวิน (Levin. 1976 : 206-216) ซึ่งนิยามการดูแลตนเองว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถทำหน้าที่ด้วยตนเองและเพื่อตนเองในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ การวินิจฉัยความผิดปกติหรือการวิเคราะห์โรคบางอย่างที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ตลอดจนทั้งการรักษาในขั้นต้นได้ด้วยตนเองซึ่งถือเป็นการรักษาในระดับสาธารณสุขขั้นต้น (primary care level) ของระบบบริการสาธารณสุข ทัศนะของเลวินนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ ฟราย (Fry. 1973) ซึ่งฟรายให้ความหมายการดูแลตนเองในแง่ของการแสดงบทบาทการดูแลตนเองซึ่งประกอบด้วย การทำบำรุงสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยความผิดปกติที่เกิดขึ้น การรักษาตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงการใช้ยา นอกจากนี้ฟรายยังหมายความว่ามีความรวมถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตามที่ฝ่ายวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขจัดให้ซึ่งเป็นการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแบบวิชาชีพและบุคคลมีส่วนร่วมในแผนการรักษาพยาบาล

การดูแลตนเองเป็นกระบวนการช่วยตนเองและรับผิดชอบตนเอง (Norris. 1977: 486-489) ซึ่งเป็นการรักษาสุขภาพเบื้องต้น (Williamson and Dahaher. 1978) ที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อประโยชน์ของตนที่จะดำรงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิตอย่างปกติ มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ (Pendar. 1982 : 150) การดูแลตนเองด้านสุขภาพ ได้แก่ การที่บุคคลจัดหาบริการสุขภาพให้กับตนเองตามลักษณะวิถีชีวิตทางวัฒนธรรมและสังคมโดยมิได้มีการจัดตั้งเป็นองค์กรหรือหน่วยงานบริการ ปรากฏการณ์เช่นนี้จัดเป็นมิติหนึ่งของการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเชิงเครือข่ายสังคม (พิมพ์วิทย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และ อรุณญา บุรณ์. 2530) เป็นพื้นฐานและเป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์ของสามัญชน ซึ่งเป็นระบบย่อยที่ใหญ่ที่สุดของระบบบริการสาธารณสุข (Kleiman. 1980) ส่วนระบบย่อยอีกสองส่วนซึ่งมีความสำคัญรองลงมาได้แก่ ระบบการแพทย์พื้นบ้าน และระบบการแพทย์วิชาชีพ แต่การจัดบริการสาธารณสุขมักไม่ให้ความสำคัญของระบบการแพทย์ของสามัญชน และระบบการแพทย์พื้นบ้านด้วยการมองว่าระบบการแพทย์ทั้งสองระบบนี้มิได้ใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งแท้จริงแล้วระบบทั้งสองใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่เป็นธรรมชาติที่สุดเป็นการเกิดขึ้นอย่างที่เป็นจริง และเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับการดำเนินชีวิตของบุคคล ชุมชน โดยไม่มีการแยกส่วน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2529)

แต่เดิมมาในสังคมประเทศตะวันตก ซึ่งเป็นผู้ริเริ่มใช้คำศัพท์การดูแลตนเองนี้มีความคิดเรื่องการช่วยตนเอง (self-help) ที่มีความหมายกว้างครอบคลุมถึงการรวมตัวของกลุ่มบุคคลเพื่อแก้ปัญหาลังคมต่าง ๆ ที่เผชิญร่วมกันอยู่ตลอดรวมถึงปัญหาสุขภาพด้วย ดังนั้นเมื่อมีการเคลื่อนไหวทางสังคมกระตุ้นให้บุคคลสนใจดูแลตนเองอย่างจริงจังและอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ประมาณปี ค.ศ.1930 เป็นต้นมา เมื่อถึงช่วงทศวรรษที่ 1970 ประเทศตะวันตกโดยเฉพาะสหรัฐอเมริกาให้ความสนใจเรื่องนี้และนักวิชาการสำคัญ ๆ อาทิ โลเวล เลวิน (Levin. 1981) พยายามผลักดันแนวความคิดการดูแลตนเอง อีกทั้งองค์การอนามัยโลกได้ให้การสนับสนุนต่อการเคลื่อนไหวนี้ ในที่สุดคำ "self-care" ได้รับความสนใจยอมรับและถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลาย และในทางสาธารณสุขคำนี้มีความหมายถึงการช่วยเหลือตนเองในทางสุขภาพ (self-help in health) สำหรับคำศัพท์นี้ในภาษาไทยนักวิชาการที่เกี่ยวข้องใช้คำว่า การดูแลตนเองหรือการดูแลสุขภาพตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2533 ; จำเรียง คุรุเมสุวรรณ นิทยา ภาสุนันท์ และ วิเนส ตันติบูล. ม.ป.ป. ; ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. 2532 ; มลลิกา

มัติโก. 2530 : เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. 2530 ; พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. 2530 ; ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. 2533)

ทฤษฎีการดูแลตนเอง โอเร็ม เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองครั้งแรก เมื่อ ปี ค.ศ.1959 และพัฒนาแนวคิดนี้มาตามลำดับ เมื่อโอเร็ม ออกแบบทฤษฎีการดูแลตนเองนั้น ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าหมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลจงใจจะกระทำด้วยวิถีภาวะ เพื่อส่งเสริมการดำรงชีวิตการปฏิบัติหน้าที่และความเป็นอยู่ที่ดี เป็นผลต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม (Orem. 1985 : 31-32)

การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลต้องริเริ่มและกระทำเพื่อรักษาชีวิตสุขภาพ และความกินดีอยู่ดีของตนเองโดยตนเอง แต่เมื่อบุคคลเกิดเจ็บป่วยพยาบาลจะทำหน้าที่ดูแลแทน และคอยช่วยเหลือรักษาและธำรงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมิให้สูญเสียไปในธรรมชาติมนุษย์อยู่กับสิ่งแวดล้อมและมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะเกี่ยวข้องและขึ้นอยู่กับอิทธิพลและการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมของเขาด้วย ทฤษฎีของโอเร็ม เป็นทฤษฎีที่เน้นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับ สิ่งแวดล้อม

โอเร็ม (Orem. 1985 : 33-34 ; 1991 : 67 ; จำเรียง กุระมะสุวรรณ, นิตยา ภาสนันท์ และ วินัส ดันติบูล. ม.ป.ป.: 10-11 ; อ้างอิงมาจาก Orem. 1985) เสนอ ทฤษฎีการดูแลตนเองโดยมีข้อตกลงเบื้องต้น 5 ประการ ดังต่อไปนี้

1. มนุษย์ต้องการสิ่งกระตุ้นจากภายนอกให้กับตนเองและสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา เพื่อการมีชีวิตอยู่รอดและทำหน้าที่ได้ตามปกติ
2. มนุษย์สามารถแสดงออกในรูปของการดูแลตนเองและผู้อื่น โดยการค้นหาและ ตอบสนองความต้องการนั้น
3. มนุษย์อาจเกิดภาวะพร่องในการดูแลตนเองซึ่งจะมีผลต่อการดำรงชีวิตและการ ทำหน้าที่ได้
4. มนุษย์มีความสามารถในการค้นหา พัฒนาและถ่ายทอดปัญหาและสนองความต้องการ ของตนเองและบุคคลอื่น
5. มนุษย์อยู่รวมกันเป็นกลุ่ม กลุ่มเป็นระบบสังคมและมีโครงสร้างภายในกลุ่มมนุษย์ มีความสัมพันธ์ต่อกัน และมนุษย์แบ่งงานกันทำ เพื่อความปกติสุขของสมาชิกในกลุ่ม

ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคล กระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกในชีวิต และเพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง ซึ่งความต้องการดูแลตนเองเป็นความต้องการที่จำเป็นของมนุษย์ แบ่งได้เป็น 3 ด้าน (Orem, 1991 : 121) ได้แก่ 1) การดูแลตนเองโดยทั่วไป (universal self-care) 2) การดูแลตนเองตามพัฒนาการของชีวิต (developmental self-care) 3) การดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางภาวะสุขภาพ (health deviation self-care)

การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองโดยทั่วไปนี้เป็นสิ่งจำเป็นที่มนุษย์ต้องดูแลตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ให้เกิดสุขภาพสมบูรณ์ มีความสุขในการดำเนินชีวิตในฐานะที่เป็นบุคคล การดูแลตนเองแบบนี้อาจกระทำด้วยตนเองหรือพึ่งพาผู้อื่น กิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งถือเป็นความจำเป็นในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การดำรงไว้ให้ร่างกายได้รับอากาศบริสุทธิ์ในปริมาณที่เพียงพอ ได้รับน้ำสะอาดเพียงพอได้รับอาหารที่มีคุณภาพและปริมาณที่เพียงพอเพื่อกระบวนการดำเนินชีวิต การดำรงไว้ซึ่งสภาพภายในและภายนอกที่มีผลให้เกิดกระบวนการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย การดูแลความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม การรักษาสมดุลระหว่างการประกอบกิจกรรมและการพักผ่อน การรักษาสมดุลระหว่างความสนใจกับการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม การป้องกันอันตรายที่จะบังเกิดต่อชีวิต และการส่งเสริมความปกติสุข

การดูแลตนเองตามพัฒนาการ การดูแลตนเองตามพัฒนาการเป็นการดูแลที่เน้นที่กระบวนการพัฒนาการของมนุษย์และเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะต่าง ๆ ของวงจรชีวิตตลอดจนเหตุการณ์ที่อาจมีผลกระทบทำให้พัฒนาการนั้นช้าไปหรือบกพร่อง เป้าหมายของการดูแลเช่นนี้ได้แก่ การดำรงไว้ซึ่งสภาพการเป็นอยู่ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตและส่งเสริมพัฒนาการของชีวิตในระยะต่าง ๆ และเป้าหมายส่งเสริมการดูแลป้องกันอันตรายจากสถานการณ์ต่าง ๆ ที่มีผลต่อพัฒนาการของมนุษย์

การดูแลตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายจากภาวะปกติ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้ การดูแลตนเองในระหว่างสุขภาพเบี่ยงเบนจะช่วยควบคุมพยาธิสภาพของโรคมิให้ลุกลามและป้องกันความพิการ

กิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ 6 ประการ ได้แก่ 1) การแสวงหาความช่วยเหลือ ให้ความมั่นใจและไว้วางใจผู้ช่วยเหลือรักษาพยาบาลซึ่งหมายถึงแพทย์ เป็นต้น 2) การแสวงหาและเอาใจใส่ในพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น รับรู้และสนใจถึงผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการ 3) การปฏิบัติตามแผนการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ 4) การรับรู้และความสนใจกับความไม่สบาย 5) การปรับทัศนคติและภาพลักษณ์ตนเองให้เหมาะสม ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและความพิการของตน และการขอความช่วยเหลือโดยตรงจากระบบบริการสุขภาพ 6) การเรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ จัดรูปแบบการดำเนินชีวิตใหม่เพื่อให้สามารถพัฒนาตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

ขั้นตอนของการดูแลตนเอง บุคคลที่จะดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ ต้องมีความสามารถต่อไปนี้

1. ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง บุคคลต้องการการตัดสินใจที่เหมาะสมในการปฏิบัติภายในขอบเขตของความเป็นจริงซึ่งจะต้องมีความรู้ต่อสภาพภายในและภายนอกร่างกายที่มีผลต่อสุขภาพ บุคคลต้องรู้ลักษณะเฉพาะของสภาวะปกติรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และรู้ถึงประโยชน์และโทษที่เกิดจากการปฏิบัติดูแลตนเอง
2. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อให้บรรลุผลในการดูแลตนเอง เมื่อตัดสินใจว่าจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ ถ้าจะปฏิบัติให้นำข้อที่เลือกปฏิบัติมากำหนดวัตถุประสงค์ ความต้องการทรัพยากร การคาดผล การประสานงาน

ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพดีและการเจ็บป่วย บุคคลที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองบุคคลนั้นจะอยู่ในภาวะพร้อมการดูแลตนเอง

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง นักวิจัยสร้างเครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเองตามแนวคิดทฤษฎีแตกต่างกันบ้างตามวัตถุประสงค์ของแต่ละงานวิจัย แต่โดยสรุปเครื่องมือประเมินจะประกอบด้วยแนวคิด 4 ด้านต่อไปนี้ ได้แก่ 1) ด้านสติปัญญา 2) ด้านจิตใจหรือด้านขวัญกำลังใจ 3) ด้านร่างกาย และ 4) ด้านจิตสังคม

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม แม้ร่างกายจะมีได้พิการแต่ส่วนใหญ่ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง อาทิ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการจำ คิด อ่าน หรือเขียน ความสามารถในการปฏิบัติตามบทาพหน้าที่ ความสามารถในการติดต่อสื่อสารหรือการทำกิจกรรมสังคม เป็นต้น ผู้สูงอายุบางคนสามารถดูแลตนเองได้ตามลำพัง แต่บางคน

อาจต้องการคนคอยให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวก หรือช่วยดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้

การติดต่อสัมพันธ์กับคนอื่น ผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงด้านบทบาทของตนเอง ได้แก่ การลดบทบาทการรับผิดชอบทางสังคม เช่น บทบาทผู้นำรับผิดชอบในครอบครัว ผู้สูงอายุปฏิบัติบทบาทที่ยินยอมให้ผู้อื่นรับผิดชอบดูแลตนเอง และบทบาทการให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ หรือการแสวงหาคำแนะนำในเรื่องเจ็บป่วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะปรับตัวและปรับบทบาทในด้าน การดูแลตนเองอยู่บ้านโดยรับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในบาง โอกาส

การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่ผู้สูงอายุปฏิบัติบทบาทในส่วนของตนเองได้อย่าง อิสระตามความสามารถเฉพาะตนในรูปแบบของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมในสังคม ดังต่อไปนี้ ได้แก่

1. การดูแลตนเองตามความสามารถเฉพาะตน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมที่มี การทำตามหน้าที่อย่างอิสระ ครอบคลุมกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเดินและการเดินทาง การอาบน้ำ และการขับถ่าย ผู้สูงอายุจะพึงพอใจหากสามารถดูแลตนเองปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามลำดับ แต่ถ้ามีเหตุขัดข้อง ผู้สูงอายุจะ พึงพอใจถ้าบุคคลในครอบครัวให้ความสนใจและช่วยเหลือบ้างเล็กน้อย

2. ความสามารถของผู้สูงอายุในด้านสังคม ผู้สูงอายุสามารถติดต่อสื่อสารกับคนอื่น ในสังคม ครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมาย ความปรารถนาความต้องการของตน การเข้าร่วม กิจกรรมในสังคม การมีส่วนร่วมในสังคมและปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ของตนในสังคมได้ เรียบร้อยเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองอีกด้านหนึ่งคือด้านสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ มีความพึงพอใจในชีวิต

ในการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเชิงกระบวนการที่ต้องการ ทราบรายละเอียดและกระบวนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม จะต้องศึกษาและ สอดถามเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองครอบคลุมถึงการดูแลตนเองตามความสามารถ เฉพาะคน การดูแลตนเองตามความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับคนอื่นในสังคม ความรู้สึกมี คุณค่าในตนเอง อาการทางร่างกาย ความสามารถในการดูแลตนเองและการแก้ปัญหาสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม การทำกิจกรรมและคุณภาพชีวิตโดยตรง ผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในสังคม ให้และรับการสนับสนุนทางสังคม จะมีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ ทำนองเดียวกับผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้มักจะมีกิจกรรมทั้งในและนอกครอบครัว มีส่วนร่วมในสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมผู้สูงอายุย่อมจะมีแต่ความสุขและความพึงพอใจ อาจกล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการสูงอายุที่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theory) ทฤษฎีกิจกรรมมีรากฐานมาจากการศึกษาของคาเวน และฮาวินส์กับอัลเบรชท์ และแก้ไขปรับปรุงใหม่โดยเลมอน เบงท์สันและปีเตอร์สัน นักทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่าผู้สูงอายุจะมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตเมื่อได้ทำกิจกรรมต่อ เนื่องจากที่เคยทำมาในอดีต ความสุข ความพึงพอใจของผู้สูงอายุเกิดจากการได้ทำกิจกรรมซึ่งแสดงถึงค่านิยม ความเชื่อและเขายังสามารถรักษาวิถีการดำเนินชีวิตของเขาไว้ได้ ถ้าขาดสิ่งนี้ระดับความพึงพอใจจะลดลง เลมอน, เบงท์สันและปีเตอร์สัน แบ่งกิจกรรมออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (informal activity) กิจกรรมที่มีรูปแบบ (formal activity) และกิจกรรมที่กระทำตามลำพังหรือการอยู่คนเดียว (solitary) กิจกรรมแต่ละประเภทมีลักษณะแตกต่างกันตามแนวคิดของเลมอนและคณะดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่มีรูปแบบ กิจกรรมนี้มีลักษณะเป็นกิจกรรมของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและสังคม ไม่มีการกำหนดรูปแบบเวลา การปฏิบัติที่แน่นอนชัดเจน กิจกรรมเหล่านี้ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุปฏิบัติร่วมกับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดอื่น เช่น ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน เป็นกิจกรรมที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพกาย จิต ความสัมพันธ์ระหว่างญาติพี่น้อง เพื่อน ซึ่งมักมีพฤติกรรมช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Bengtson, Kasschau and Ragan. 1977) และเมื่อญาติพี่น้องช่วยเหลือคนอื่น การติดต่อซึ่งกันและกันจะเพิ่มมากขึ้นและผลที่ตามมาคือการมีกิจกรรมร่วมกันมากขึ้น (Suggs. 1989 : 70-80) นอกจากนี้ระยะทางความใกล้ชิดกันใน เรืองบ้านที่อยู่อาศัยมีผลต่อการร่วมกิจกรรม กล่าวคือคนที่อาศัยอยู่บ้านใกล้กันจะมีกิจกรรมร่วมกันมากกว่าคนที่อาศัยอยู่บ้านที่ไกลกัน (Bengtson, Kasschan and Ragan. 1977; Suggs. 1989) ตัวอย่างกิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ อาทิเช่น การพบปะสังสรรค์กับญาติ เพื่อน โดยเฉพาะญาติหรือเพื่อนที่ผู้สูงอายุคบหาที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด

นับถือเป็นผู้หรือน้องมาตั้งแต่ครั้งหนุ่มสาว เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ความสัมพันธ์นั้นจะยังคงแนบแน่น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เหล่านี้ยังคงนัดพบสังสรรค์กันในกลุ่มเดิมเสมอ นอกจากการพบปะสังสรรค์ ผู้สูงอายุมีกิจกรรมอื่น ๆ อีกตามสภาพ บทบาทภายในครอบครัว เช่น การเลี้ยงดูหลานหรือเด็กเล็ก การเป็นที่ปรึกษาแก่บุตรหลาน สมาชิกในครอบครัว (นิศา ชูโต. 2525) ซึ่งมักพบในครอบครัวแบบขยายที่มีสมาชิกหลายรุ่นอายุอยู่ร่วมกัน และผู้สูงอายุบางคนมีโอกาสร่วมกิจกรรมอื่นของครอบครัว เช่น การทำงานฝีมือเพื่อประโยชน์ทางเศรษฐกิจของครอบครัว (Suggs. 1989) กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบนี้ให้ประโยชน์ทั้งต่อผู้สูงอายุและครอบครัว

กิจกรรมที่มีรูปแบบ กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมในองค์กร เช่น สมาคม ชมรม หรือกลุ่มต่าง ๆ กิจกรรมต่าง ๆ เกิดขึ้นโดยบุคคลซึ่งอาจเป็นผู้สูงอายุ หรือเจ้าหน้าที่ขององค์กรเป็นผู้กำหนดจัดการ ซึ่งจะมีรูปแบบที่แน่นอนชัดเจน กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมภายนอกครอบครัวซึ่งผู้สูงอายุจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมจะต้องปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับหรือข้อตกลงขององค์กรนั้น ๆ การทำกิจกรรมใด ๆ ในองค์กรผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่กำหนดไว้แล้ว กิจกรรมเหล่านี้ถูกจัดขึ้นเพื่อประโยชน์โดยตรงต่อตัวผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมการออกกำลังกายซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพกาย จิต แข็งแรงสมบูรณ์ดี ประโยชน์ต่อครอบครัว เช่น การพบปะสังสรรค์ของกลุ่มผู้สูงอายุในองค์กรหนึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุคลายความเหงา การพบพูดคุยจะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันและอาจเป็นการให้คำปรึกษาแนะซึ่งจะเป็นประโยชน์เป็นแนวทางในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมเมื่อวัยสูงอายุ การมีเพื่อนอายุรุ่นเดียวกันสนทนาร่วมในเรื่องที่อยู่ในความสนใจของคนวัยเดียวกันจะเป็นการช่วยขจัดความเหงา เศร้า วิตกกังวล ผู้สูงอายุที่มีเพื่อนจะมีกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ต่อไปด้วยตนเองอย่างมีคุณค่า ไม่เป็นภาระของครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพกาย จิต สมบูรณ์แข็งแรง มีความรู้ความสามารถ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจสูง ส่วนใหญ่ยังต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม ต้องการทำประโยชน์แก่สังคม ผู้สูงอายุบางกลุ่มรวมตัวกันก่อตั้งเป็นสมาคม ชมรม เพื่อทำประโยชน์แก่สังคม อาทิ สมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทยซึ่งประกอบด้วยสมาชิกผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถจากหลายสาขาวิชาชีพมาร่วมกันวางแผนจัดดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ แก่ประชาชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมการเป็นอาสาสมัครก็เป็นประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวมที่เด่นมากอีกกิจกรรมหนึ่ง

กิจกรรมที่กระทำตามลำพังหรือการอยู่คนเดียว กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ตามลำพังไม่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยธรรมชาติบุคคลอาจต้องการเวลาเพื่ออยู่คนเดียวตามลำพังอย่างสงบ และทำกิจกรรมที่ตนสนใจ พอใจอย่างเจียะบาย ๆ เช่น การทำงานอดิเรก การนอนพักผ่อน ผู้สูงอายุจะได้ประโยชน์ความสบายและความเพลิดเพลินจากกิจกรรมนี้

การจัดแบ่งประเภทกิจกรรมตามแนวคิดของ เลมอนและคณะ สรุปได้ว่าเป็นกิจกรรมภายในครอบครัว กิจกรรมสังคม และกิจกรรมส่วนบุคคล

แนวความคิดในการจัดแบ่งประเภทกิจกรรมที่แตกต่างไปจากแนวความคิดของ เลมอนและคณะ ได้แก่แนวความคิดที่ใช้ในสถานสงเคราะห์หรือศูนย์บริการผู้สูงอายุหลายแห่ง ซึ่งนักสังคมสงเคราะห์จัดกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุโดยพิจารณาจากภาวะสุขภาพ ความสนใจ ความต้องการของผู้สูงอายุเป็นเกณฑ์ ปรากฏว่ากิจกรรมที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจเข้าร่วมด้วยมาก มี 6 ประเภทกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมอาชีพบำบัด (occupation therapy) กิจกรรมนันทนาการบำบัด (recreation therapy) กิจกรรมบำบัดด้วยหนังสือ (biblio therapy) กิจกรรมทางศาสนา (religion therapy) กิจกรรมอาสาสมัคร (volunteering) และกิจกรรมการออกกำลังกาย (physical exercise) รายละเอียดของแต่ละกิจกรรมอาจแตกต่างกันบ้างในแต่ละสถานสงเคราะห์หรือศูนย์บริการผู้สูงอายุ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมและเจ้าหน้าที่ซึ่งอาจมีความสามารถ ความพร้อมและการสนับสนุนที่ต่างกัน แต่โดยสรุปแล้วแต่ละกิจกรรมหลักใน 6 กิจกรรมนี้มีรายละเอียดสรุปเป็นแนวทางได้ดังต่อไปนี้

กิจกรรมอาชีพบำบัด . กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน การพิการ และหลายกิจกรรมย่อยที่เป็นการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีรายได้เพิ่มขึ้น เช่น กิจกรรมการทำงานช่าง งานฝีมือ การทำสวน เป็นต้น

กิจกรรมนันทนาการบำบัด กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทุกคนมีร่างกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใส การจัดกิจกรรมส่วนใหญ่ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและเข้าใจความต้องการทางจิตใจและสังคม ก่อให้เกิดความสุข เช่น การวาดรูป การชมโทรทัศน์ การอ่านหนังสือ การชมกีฬา การพบปะสังสรรค์ การเดินรำ การเล่นเกมเป็นหมู่คณะ เป็นต้น

กิจกรรมบำบัดด้วยหนังสือ การอ่านหนังสือเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อผู้สูงอายุมีโอกาสอ่านหนังสือที่ตนสนใจ นักการศึกษาเชื่อว่าความรู้ความเข้าใจและสาระจากหนังสือจะช่วยให้

เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจหลังการอ่านหนังสือ ดังนั้น จึงได้มีการนำประโยชน์ของการอ่านหนังสือมาใช้ในการป้องกันความแปรปรวนทางอารมณ์ และพัฒนาให้เกิดคุณภาวะทางอารมณ์ ซึ่งจะทำให้มีสุขภาพจิตดี เป็นการส่งเสริมให้ผู้อ่านมีการยอมรับคุณค่าในตนเอง การอ่านหนังสือทำให้เกิดความสนุกเพลิดเพลิน ได้ความรู้ทันโลกทันเหตุการณ์ ได้ฝึกสมองอย่างสม่ำเสมอ

กิจกรรมทางศาสนา การปฏิบัติกิจทางศาสนาเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายความตึงเครียด ลดความวิตกกังวล ศาสนามีอิทธิพลต่อความเชื่อ ทศนคติและค่านิยม ตลอดจนแรงจูงใจและบุคลิกภาพบางประการ ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อยอาศัยกิจกรรมทางศาสนาช่วยแก้ปัญหาชีวิต (พีรสิทธิ์ คำานวณศิลป์ และคนอื่น ๆ. 2523: 100) กิจกรรมทางศาสนาที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมด้วยมาก อาทิ การฟังการบรรยายธรรม การทำบุญตักบาตร การทำบุญที่วัด เช่น การทอดผ้าป่า การฝึกปฏิบัติสมาธิ เป็นต้น

กิจกรรมอาสาสมัคร เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ ความสามารถเฉพาะตนและหรือฐานะทางเศรษฐกิจ มีความต้องการทำประโยชน์ต่อชุมชน สังคมส่วนรวม การเป็นอาสาสมัครผู้สูงอายุจะรู้สึกตนเองมีคุณค่า ใช้เวลาให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น ผู้สูงอายุมักทำงานโดยมิได้คำนึงถึงผลประโยชน์ตอบแทน การเข้าเป็นอาสาสมัครนอกจากผู้สูงอายุจะได้มีบทบาทอย่างต่อเนื่องแล้ว การได้เข้าร่วมกิจกรรมมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตด้วย (Osberg and others. 1987 : 228-230)

กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมนี้ถูกจัดขึ้นเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหว ออกแรงใช้พลังงานซึ่งจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย การออกกำลังกายช่วยส่งเสริมความแข็งแรงสมบูรณ์ของสรีระ เสริมสร้างสมรรถภาพการหายใจ สมองไม่ฝ่อ มีความจำดีไม่หลงลืมง่ายและเร็ว (Svanborg, หทัย ชิตานนท์. แปล 2532) นอกจากนี้การออกกำลังกายซึ่งมักจัดเป็นหมู่คณะยังทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสนุกสนานเพลิดเพลินมากยิ่งขึ้น ผู้สูงอายุจะเกิดภาพลักษณ์ของตนเองเป็นไปในทางบวกมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น

กิจกรรมทั้ง 6 ประเภท มีลักษณะเด่นร่วมกันประการหนึ่ง คือเป็นกิจกรรมทางสังคม ผู้สูงอายุต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นนอกครอบครัว การจัดจำแนกแต่ละประเภทกิจกรรมโดยกำหนดขอบข่ายของกิจกรรมไว้ก่อนค่อนข้างแน่นอน ชัดเจนเช่นผู้สูงอายุสามารถเลือกเข้าร่วมเฉพาะกิจกรรมที่ตนสนใจ พอใจเท่านั้นได้ง่ายขึ้น และเป็นการสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่หรือผู้สนับสนุนที่จะเตรียมการวางแผน ดำเนินการ ควบคุม ติดตาม ประเมินผลและแก้ไขปรับปรุงการจัดกิจกรรม การจัดแบ่งกิจกรรมเป็น 6 ประเภทใหญ่ ๆ เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ใน

สถานสงเคราะห์หรือศูนย์บริการผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะภูมิหลัง หรือวัฒนธรรมท้องถิ่นที่แตกต่างกัน สามารถเลือกจัดกิจกรรมย่อยได้อย่างอิสระพอสมควร

การปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเมื่อได้ร่วมปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือหลายกิจกรรม ผู้สูงอายุย่อมได้รับประโยชน์ทั้งสิ้น และยังประโยชน์ต่อครอบครัวแม้กิจกรรมเหล่านั้นจะมีลักษณะเป็นกิจกรรมทางสังคมก็ตาม ทั้งนี้เพราะการปฏิบัติกิจกรรมได้จะเป็นการบ่งบอกว่าผู้สูงอายุยังมีความสามารถ เขาจะรู้สึกภาคภูมิใจรู้สึกว่าเขายังมีคุณค่า สามารถแสดงบทบาทที่เป็นประโยชน์เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และบางคนยังต้องประกอบอาชีพเพื่อผลตอบแทนทางเศรษฐกิจ (พฤตินันท์ เหลืองไพบูรณ์. 2530 : 86 ; อ้างอิงมาจาก Harris. 1977 : 134) กิจกรรมต่าง ๆ เมื่อพิจารณาแล้วจะพบว่าเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองเช่นกิจกรรมบำบัด กิจกรรมการออกกำลังกาย บางกิจกรรมส่งเสริมความมั่นคงทางจิตใจ อารมณ์ เห็นตนเองมีคุณค่าป้องกันการเกิดความแปรปรวนทางอารมณ์ เช่น กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมการอ่านหนังสือ กิจกรรมบางชนิดส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นวัยอื่นเป็นการขยายเครือข่ายและรับหรือให้การสนับสนุนทางสังคมแก่เครือข่ายสังคมของตนและเครือข่ายอื่นเช่นกิจกรรมอาสาสมัครและกิจกรรมบางกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโอกาสทำงานมีรายได้เป็นของตนเอง เช่น กิจกรรมอาชีพบำบัด เป็นต้น

การปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุแบบใด ๆ ก็ตามจะให้ประโยชน์ส่งเสริมผู้สูงอายุทางใดทางหนึ่งเสมออาจเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม หรือเศรษฐกิจ จากการศึกษาของเบอร์กแมน (Berkman.1984) และทรอยส์ (Thoits.1982) พบว่าในผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวนั้นระดับการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และในการถามผู้สูงอายุว่าทำอะไรจึงมีอายุยืนยาว คำตอบหนึ่งที่ผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวมักตอบเป็นเหตุผลได้แก่ การทำงานมากและสม่ำเสมอ ซึ่งมีความหมายถึงผู้สูงอายุได้มีโอกาสทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ด้วยเหตุนี้ผู้แนะนำการรักษาสุขภาพจึงนำมาเป็นข้อแนะนำแก่ผู้สูงอายุให้ทำกิจกรรมและทำตัวให้กระฉับกระเฉงเสมอเพื่อสุขภาพดี อาจกล่าวได้ว่าระดับการทำกิจกรรมสูงเป็นตัวแทนแสดงภาวะสุขภาพที่ดีและมีผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตด้วย (Okun and others. 1984)

สมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมจะเป็นกิจกรรมทางสังคมเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุ บางคนมิได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมอย่างสม่ำเสมอบางคนนำกิจกรรมบางอย่างไปทำเองที่บ้าน หรือบางคนทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่มีได้ในชมรมการจะใช้กิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งมาอธิบายคุณภาพชีวิตอาจจะไม่ครอบคลุมและถูกต้องนัก ดังนั้นในการศึกษาเรื่อง

เกี่ยวกับกิจกรรมที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตควรพิจารณาถึงกิจกรรมที่ส่งเสริมผู้สูงอายุครอบคลุมด้าน ภาย จิต สังคม หรือเศรษฐกิจ กิจกรรมเหล่านั้นได้แก่ กิจกรรมส่วนบุคคล กิจกรรมภายใน ครอบครัว และกิจกรรมทางสังคมหรือนอกครอบครัว

กิจกรรมส่วนบุคคล กิจกรรมประเภทนี้บุคคลปฏิบัติตามลำพัง ตัวอย่างเช่นการอยู่คนเดียว พักผ่อน ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ การทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น ผู้สูงอายุจะปฏิบัติกิจกรรมส่วนบุคคล ตามความสนใจ ความสามารถของตนอย่างอิสระ

กิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นภายในครอบครัว ผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น การเลี้ยงดูหลาน การดูแลบ้านพักอาศัย เป็นต้น กิจกรรมเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว มีเครือข่ายสังคมที่ชัดเจนมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคลภายในครอบครัวมีความสำคัญและเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นคงและมีบทบาทเป็นที่เคารพนับถือของลูกหลาน มีความรู้สึกตนยังมีความสำคัญสำหรับครอบครัว ผู้สูงอายุจะรู้สึกมีความสุขและมีความพึงพอใจ

กิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นนอกครอบครัวหรือในสังคม กิจกรรมเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้สึกตนสามารถรักษาบทบาทเป็นที่ยอมรับของสังคม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้สูงอายุอาจ สร้างเครือข่ายใหม่ หรือขยายเครือข่ายเดิมหรือรักษาเครือข่ายเดิมและเพิ่มคุณภาพของ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในเครือข่าย หรือระหว่างเครือข่าย ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุสามารถทำได้ ดังนี้ย่อมทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขความพึงพอใจในชีวิตมาก

ในกระบวนการสูงอายุ ปัจจัยด้านกิจกรรมหรือกระบวนการทำกิจกรรมมีความสำคัญ และส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ทฤษฎีบทบาท (Role theory) ทฤษฎีบทบาทเป็นทฤษฎีทางสังคมวิทยาทฤษฎีหนึ่ง นักทฤษฎีบทบาทสร้างทฤษฎีขึ้นมาจากแนวคิดการแสดงบทบาทบนเวทีในทางสังคมวิทยา บทบาท หมายถึงพฤติกรรมของบุคคลที่ประพฤติปฏิบัติจริง และพฤติกรรมที่ถูกคาดหวังจากคนอื่นตาม สถานภาพหรือตำแหน่ง

แนวคิดพื้นฐานสำคัญสำหรับการทำความเข้าใจทฤษฎีบทบาทได้แก่ 1) การมองผู้อื่น บุคคลจะมองและวิเคราะห์สิ่งเร้า ตัวผู้ก่อให้เกิดขึ้นเร้าและสถานการณ์ก่อนการเลือกตอบสนองที่เหมาะสม ปกติบุคคลจะไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทันที 2) การมองภาพตนเองบุคคลเกิดความรู้สึกบางอย่างภายหลังจากที่บุคคลนั้นจินตนาการภาพตนเองเมื่อปรากฏต่อสายตาผู้อื่นและจินตนาการ

ว่าบุคคลอื่นจะตัดสินใจหรือประเมินภาพของตนอย่างไร และ 3) การแสดงพฤติกรรมตามสถานการณ์ บุคคลจะประเมินสถานการณ์และบุคคลในสถานการณ์ก่อนจะแสดงพฤติกรรมที่คิดว่าเหมาะสมกับสถานการณ์และการคาดหวังของบุคคลเหล่านั้น

จากแนวคิดพื้นฐานท่านสามารถพิจารณาแยกแยะลักษณะบทบาทได้ดังนี้ 1) บทบาทตามสถานภาพของผู้สวมบทบาท ซึ่งแบ่งออกเป็นบทบาทที่เกิดขึ้นตามสถานภาพโดยกำเนิด หรือสถานภาพที่ถูกกำหนดโดยสังคมส่วนใหญ่ยึดเป็นหลักเกณฑ์ เช่น บทบาทของเด็กคือต้องเคารพเชื่อฟังผู้ใหญ่ บทบาทของหญิงต้องทำอาหาร เป็นต้น อีกบทบาทหนึ่งคือบทบาทที่เกิดขึ้นตามสถานภาพที่ได้มาโดยการแต่งตั้งหรือโดยความสามารถซึ่งเป็นสถานภาพที่บุคคลได้รับในภายหลัง เช่น สถานภาพทางการศึกษาวิชาครู บทบาทของบุคคลภายหลังการศึกษาวินิจฉัย คือบทบาทของการเป็นครู การเรียนรู้บทบาทตามสถานภาพแบบนั้นทำได้โดยสังเกตจากผู้สวมบทบาทนั้นมาก่อนหรือเรียนรู้จากวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง บทบาทเหล่านี้อาจเปลี่ยนแปลงถ้าสังคมมีการเปลี่ยนแปลง 2) บทบาทตามลักษณะของการแสดงบทบาท โดยบุคคลจะกำหนดบทบาทการแสดงของตนเองและเวลาเดียวกันก็คาดหวังว่าบุคคลอื่นจะต้องแสดงบทบาทอะไร อย่างไร ซึ่งแบ่งย่อยได้ดังนี้ บทบาทที่คาดหวังคือ พฤติกรรมของบุคคลที่อยู่ในตำแหน่งในสังคมและถูกสังคมคาดหวังให้ปฏิบัติตามความประสงค์ของคนส่วนใหญ่ในสังคม อีกบทบาทหนึ่งคือบทบาทที่ปฏิบัติจริง คือพฤติกรรมที่บุคคลปฏิบัติหรือกระทำจริงในตำแหน่งที่เขาครอบครอง

ในสังคมเมื่อบุคคลทั้งสองฝ่ายคาดหวังในบทบาทของแต่ละฝ่ายตรงกัน การแสดงบทบาทนั้นย่อมราบรื่น แต่ก็มีจำนวนไม่น้อยที่การคาดหวังในบทบาทของสองฝ่ายไม่ตรงกันทำให้เกิดความขัดแย้งในบทบาท บทบาทที่ขัดกันนี้อาจเกิดขึ้นได้จากการกำหนดบรรทัดฐานไว้ไม่ชัดเจน ความซ้ำซ้อน ตัวบุคคลเจ้าของบทบาทมีบุคลิกภาพแตกต่างกัน และนำบุคลิกภาพส่วนตัวเข้าไปเกี่ยวข้องกับตำแหน่ง ทำให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมที่ขัดแย้งกับบทบาทที่ควรจะเป็นได้

ความขัดแย้งเนื่องจากการกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของตำแหน่งเกิดขึ้นได้เนื่องจาก 1) บุคคลสองคนมีตำแหน่งต่างกัน แต่มีบทบาทซ้ำซ้อนกันในกลุ่มของตน (role collision) 2) บุคคลเดียวกันดำรงตำแหน่งหนึ่งแต่ถูกผลักดันให้แสดงบทบาทขัดกับฐานะที่ดำรงอยู่ (role incompatibility) 3) ความขัดแย้งเกิดขึ้นเนื่องจากความคาดหวังที่ไม่คงที่เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เหมาะสมเพราะมิได้ตกลงกันไว้ระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม (role confusion)

ความขัดแย้งในบทบาท ก่อให้เกิดปัญหาในสังคมและความคับข้องใจของผู้สวมบทบาท ควรที่บุคคลทั้งหลายพึงหลีกเลี่ยงและหาทางป้องกันมิให้เกิดความขัดแย้งในบทบาท ซึ่งเสนอแนวทางแก้ไขเมื่อเกิดการขัดแย้งในบทบาททำได้ดังนี้ 1) แยกแยะ ค้นหา และจัดแนวคิหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับตำแหน่งนั้น 2) ประนีประนอมข้อเรียกร้องความคาดหวังของบุคคลที่เกี่ยวข้องให้เหลือน้อยที่สุด 3) ทบทวน สิทธิ หน้าที่และภารกิจของตำแหน่งที่เกิดความขัดแย้งในบทบาทเพื่อให้บุคคลสามารถปฏิบัติได้โดยไม่มี ความขัดแย้งในบทบาทอีก 4) เปลี่ยนแปลง และปรับปรุงโครงสร้างของบทบาทเสียใหม่ 5) ละทิ้งข้อขัดแย้งทั้งปวงอาจย้ายหรือลาออกจากตำแหน่ง

บทบาทและสถานภาพของผู้สูงอายุไทย ในวัฒนธรรมไทยผู้สูงอายุมีสถานภาพสูงเป็นผู้ที่ได้รับการยกย่องนับถือเป็นหลักขั้วร่มโพธิ์ร่มไทรของครอบครัว ผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญในการอบรมเลี้ยงดูบุตรหลาน เป็นผู้ถ่ายทอดวิชาความรู้ ขนบธรรมเนียมประเพณี วิถีการดำรงชีวิต และควบคุมการใช้จ่ายต่าง ๆ ในครอบครัวในชุมชนผู้สูงอายุมีสถานภาพสูง เป็นผู้แนะนำเป็นที่ปรึกษา ผู้สูงอายุในชุมชนส่วนใหญ่จะมีบทบาทของการเป็นผู้แนะนำให้คำปรึกษาชี้แนะ บ่อยครั้งที่ผู้สูงอายุต้องทำหน้าที่เป็นตุลาการของหมู่บ้าน ผู้สูงอายุบางคนมีบทบาทในด้านพิธีกรรมและศาสนา ปัจจุบันสังคมไทยเจริญก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี คนไทยรับวัฒนธรรมต่างชาติโดยเฉพาะวัฒนธรรมตะวันตก ระบบการศึกษาสมัยใหม่เข้ามาใช้ สภาพสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไปจากลักษณะสังคมเกษตรกรรมสู่สังคมอุตสาหกรรมโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ทั่วไปที่มีความทันสมัย มีลักษณะของความเป็นเมืองที่ประกอบการด้านอุตสาหกรรมและพาณิชยกรรม ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตของคนโดยเฉพาะผู้สูงอายุ บทบาทและสถานภาพของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปและจำกัดอยู่เพียงบทบาทที่ไม่สำคัญนักสำหรับการดำเนินชีวิตของคนรุ่นใหม่ เช่นบทบาทของการเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมและพิธีทางศาสนา -สภาพสังคมสมัยใหม่ไม่ค่อยมีตำแหน่งหน้าที่สูงสำหรับผู้สูงอายุเท่าใดนัก สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุจึงลดน้อยลง

สถานภาพและบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปในทางถูกลดความสำคัญและความหมายลงเป็นอย่างมาก ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียบทบาทการเป็นผู้แนะนำ ผู้สูงอายุถูกประเมินว่ามีคุณภาพ ความรู้ความสามารถไม่เหมาะสมกับงานในปัจจุบัน ผู้สูงอายุต้องสูญเสียบทบาทในหน้าที่การงาน และผู้สูงอายุถูกคาดหวังว่าผู้สูงอายุจะพอใจและมีความสุขกับการอยู่เฉย ๆ พักผ่อนไม่ต้องทำงาน การประเมินและคาดหวังของบุตรหลาน คนหนุ่มสาวที่มีต่อผู้สูงอายุในลักษณะไม่ถูกต้องกับความ เป็นจริงนัก เนื่องจากผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงมีความรู้ความสามารถ มีคุณภาพเพียงพอที่จะ

แสดงบทบาทเดิมต่อไปได้เป็นอย่างดี การมองและตัดสินผู้สูงอายุของหนุ่มสาวอย่างนี้ก่อให้เกิดความคับข้องใจ เสียใจ น้อยใจ และผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจเนื่องจากถูกรีดรอนสิทธิ์ ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ยอมรับการตัดสินนี้ ทำให้การแสดงบทบาทของผู้สูงอายุเป็นการขัดแย้งในบทบาท ผู้สูงอายุเกิดความทุกข์ บุตรหลาน หนุ่มสาวก็ไม่เข้าใจ บางคนอาจตั้งข้อรังเกียจผู้สูงอายุว่าเป็นคนดื้อรั้น ถือตนเป็นใหญ่ไม่รู้จักพอและเสื่อมความเคารพนับถือ อาจแสดงกิริยาไม่สมควรต่อผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการตอกย้ำความรู้สึกสูญเสียและความรู้สึกเครียด ตลอดจนการดำเนินบทบาทที่ขัดแย้งได้มาก

ในส่วนของผู้สูงอายุ เมื่อต้องสูญเสียบทบาทเดิม ผู้สูงอายุควรได้ศึกษาและเตรียมตัวเตรียมใจมาก่อนว่าเมื่อตนเข้าสู่วัยสูงอายุนั้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างและอย่างไร ตนจะสามารถทำงานอะไรได้บ้าง ควรจะดำเนินบทบาทของตนอย่างไรให้เหมาะสมกับวัยและเป็นที่ยอมรับของสังคม การเข้ามามีส่วนร่วมในสังคมเป็นทางหนึ่งที่ผู้สูงอายุจะรักษาสถานภาพ และบทบาทของผู้สูงอายุไว้ได้ ผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะยังคงสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ผู้สูงอายุบางคนมีบทบาทในการเป็นผู้นำและผู้ถ่ายทอดความรู้สู่ศึกษาแก่ชาวบ้านได้อย่างยอดเยี่ยม ในส่วนนี้หากผู้สูงอายุสามารถค้นพบว่าตนเองเหมาะสมที่จะแสดงบทบาทใดได้ดี เขาก็จะได้รับการยอมรับและจะมีความสุข ความพึงพอใจ เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตในระดับสูงอีกด้วย

แนวคิดวิเคราะห์ลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจ ลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจของบุคคลเป็นคุณสมบัติหรือคุณลักษณะประจำตัวของบุคคลนั้น ซึ่งบางลักษณะนักวิจัยสามารถนำมาจัดกระทำเพื่อการวิจัย เช่น การจัดกลุ่มระดับรายได้ของผู้สูงอายุที่ต่างกัน คุณสมบัติบางประการมีลักษณะค่อนข้างแน่นอนชัดเจนไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ เช่น เพศ

ลักษณะทางชีวสังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน นักวิจัยอาจจัดผู้สูงอายุเป็นกลุ่มต่าง ๆ ตามคุณลักษณะที่คล้ายคลึงกัน อาทิเช่น กลุ่มรายได้สูง รายได้ต่ำ กลุ่มระดับการศึกษาสูง-การศึกษิต่ำ กลุ่มเพศชาย กลุ่มเพศหญิง และในกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้ผู้สูงอายุจะมีความต้องการ ปัญหาและอื่น ๆ แตกต่างกันตามลักษณะพื้นฐานของกลุ่มที่แตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น บุคคลต้องการการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน ในขณะที่เดียวกันแต่ละคนก็มีโอกาสที่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันด้วยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบด้านคุณสมบัติส่วนตัวของแต่ละบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ และองค์ประกอบด้านคุณสมบัติของ

แต่ละสถานการณ์สิ่งแวดล้อม ลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจ เป็นปัจจัยส่งผลต่อบุคคลในการให้ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลตนเอง การทำกิจกรรม และการรับรู้ คุณภาพชีวิต ดังปรากฏในผลงานวิจัยหลายฉบับดังต่อไปนี้

อายุ อายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์การเกษียณอายุงานราชการ บริษัทเอกชน เมื่อผู้สูงอายุ มีอายุมากขึ้น กลุ่มสังคมในวัยนี้จะน้อยลงเป็นผลให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยลงไปด้วย (Norbeck, Lindsey and Carrieri. 1981 : 264-268) ผู้สูงอายุหลายคนที่มีสุขภาพ ภาย จิตเสื่อมถอยมาก ความสามารถในการติดต่อสื่อสารกระทำได้น้อยทำให้ผู้สูงอายุไม่สนใจ หรือไม่สามารถเรียนรู้และรับรู้เรื่องสุขภาพการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในวัยผู้สูงอายุได้ เมื่อขาด ความรู้เรื่องสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเองย่อมน้อย ผู้สูงอายุที่อายุน้อยหากได้มีการ ปฏิบัติดูแลตนเองอย่างถูกต้องสม่ำเสมอจะมีสุขภาพกาย จิตปกติ แข็งแรงสมบูรณ์ สามารถทำกิจ กรรมได้ดีและมาก ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี

เพศ เพศบ่งบอกถึงคุณภาพ พลังอำนาจ ความสามารถตามธรรมชาติของบุคคล (ลัดดาวัลย์ สิ่งคำฟู. 2532 ; อ้างอิงมาจาก Orem. 1985) สังคมกำหนดบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบและการแสดงออกของบุคคลตามลักษณะเพศ สังคมคาดหวังว่าเพศชายจะมีบทบาท เป็นผู้นำ ทำหน้าที่รับผิดชอบในการทำงานหาเลี้ยงครอบครัว เพศชายมีความแข็งแรง อดทน มีความสามารถ มีการศึกษาสูง ส่วนเพศหญิงมีบทบาทเป็นผู้ตามหรือผู้สนับสนุน มีหน้าที่รับผิดชอบ ดูแลความสะอาดสบายและกิจการภายในบ้านสามารถทำงานบ้าน ดูแลครอบครัวเมื่อยามป่วยไข้ ได้ มีความแข็งแรงไม่เท่าเพศชาย ความอดทน ความสามารถ การศึกษาอาจไม่สูงเท่าเพศชาย เมื่อบุคคลมีบทบาทหน้าที่และการแสดงออกที่ต่างออกไปอาจไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ดังนั้น บุคคลจึงเรียนรู้ที่จะมีการรับรู้และปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับการกำหนดและความคาดหวังของสังคม แต่ในบางโอกาสบุคคลไม่สามารถปฏิบัติตามความคาดหวังของสังคมและความรู้สึกซึ่งสั่งสมมาเป็น เวลานานว่าตนต้องเข้มแข็ง แข็งแรง อดทน เป็นผู้นำ เช่น ผู้ป่วยชาย การเจ็บป่วยของเขามี ผลกระทบต่อบทบาท หน้าที่และลักษณะของเพศชาย หากเขาไม่สามารถปฏิบัติตนได้ตามปกติ เขาจะรู้สึกสูญเสีย ค่อยค่าลง เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ ส่วนผู้ป่วยหญิงจะเกิดความรู้สึกไม่ พึงพอใจเช่นเดียวกันแต่ระดับจะต่ำกว่าผู้ป่วยชาย ผู้ป่วยหญิงสามารถแสดงความเจ็บปวดออก มาได้มาก โดยไม่ถูกตีเตียนจากสังคมขณะที่ผู้ป่วยชายต้องอดทนและเก็บซ่อนไว้ภายใน (ทัศนีย์

จินางกูร. 2530 ; Cutler. 1979) บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิงอาจมีการรับรู้คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ถ้าเขาสามารถดูแลตนเอง ทำกิจวัตรประจำวันได้ สามารถร่วมกิจกรรมในสังคมได้ มีอารมณ์แจ่มใส จิตใจเบิกบาน เขาย่อมมีการรับรู้คุณภาพชีวิตสูงด้วยกันทั้งคู่

เพศกับความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่าผู้สูงอายุหญิงสามารถดูแลตนเองได้ดีกว่าชาย จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุชายมีอัตราตายสูงภายหลังการสูญเสียคู่ นักวิจัยให้คำอธิบายว่าอาจเนื่องจากขาดคนดูแล

สถานภาพทางเศรษฐกิจ รายได้ ทรัพย์สินอื่น (ที่ไม่ใช่รายได้) แสดงถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมได้มากกว่าผู้มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำ และการรับรู้คุณภาพชีวิตของคนกลุ่มนี้จะดีกว่าด้วย (Osberg and others. 1987: 228-230 ; Berry and Williams. 1987 : 107-116) ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีโอกาสใช้บริการทางการแพทย์เพื่อป้องกันรักษาโรคสามารถมีโภชนาการที่ถูกต้องหลักอนามัย มีความสนใจเอาใจใส่ดูแลตนเอง สิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้เขามีสุขภาพกาย จิตที่ดี (Umberson. 1989 : 999-1012; Cohen and others. 1988 : 121-128)

สถานภาพสมรส ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่ครองจะมีปัญหาน้อยกว่าผู้ที่อยู่คนเดียว คู่ครองมักจะช่วยเหลือและดูแลซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ครองหรือคนใกล้ชิดมักมีปัญหาด้านอารมณ์ ความเหงา ผู้สูงอายุที่พึงพอใจในสถานภาพสมรสของตนเองจะมีความพึงพอใจในชีวิต (Berry and William. 1987 : 107-116 ; Goldberg, Comstock and Harlow. 1988 : 206-208 ; Lee and Shehan. 1989: 226-230)

การศึกษา การศึกษาในกลุ่มคนไทย ผู้สูงอายุชายไทยเป็นผู้ได้รับการศึกษามากกว่าผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาในระดับสูง (นับจำนวนปีที่ศึกษาในสถาบันการศึกษา) จะมีตำแหน่งหน้าที่การงานสูงซึ่งหมายถึงรายได้ ค่าตอบแทน เงินเดือน ค่าจ้างจะสูง การมีตำแหน่งหน้าที่การงานสูงทำให้ผู้สูงอายุคนนั้นมีสถานภาพทางสังคมสูงและได้รับการเคารพนับถือ เขามีโอกาสเลือกอยู่อาศัยในบ้านที่พักอาศัยที่มีสภาพแวดล้อมที่ดี ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดี ไม่มีความแออัด จำนวนคนและขนาดของบ้านมีความสมดุล ผู้สูงอายุย่อมมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างดี มีความรู้และปฏิบัติดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสม เห็นประโยชน์ของการ

ออกกำลังกาย ทำตัวเป็นประโยชน์ต่อสังคม เผยแพร่ความรู้เป็นวิทยาทาน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุของสมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย เป็นต้น การศึกษาจะช่วยให้บุคคลมองเห็นและมีการรับรู้ที่กว้างขวางและตรงกับความเป็นจริงมากขึ้น เปิดโลกทรรศน์ของตนให้กว้างเป็น ปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต การศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญยิ่งที่จะส่งผลต่อสิ่งต่าง ๆ ทั้งทางตรงบ้างทางอ้อมบ้างมากที่สุดปัจจัยหนึ่ง (Savage. 1978: 12-25; Brady. 1983: 11-26) และผู้สูงอายุที่ยังคงทำการศึกษาอย่างต่อเนื่องพบว่าส่วนใหญ่มีสุขภาพดีและอายุยืนยาว (Bass. 1986: 4-7)

ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยคุณภาพชีวิตเป็นการวิจัยที่นักวิจัยให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าหมายถึงการรับรู้ของบุคคลต่อความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตและความสุขซึ่งเป็นการวัดเชิงจิตวิสัยครอบคลุมด้านกาย จิต และสังคม

ในการวิจัยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุปรากฏผลการวิจัยที่น่าสนใจดังนี้ การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลมาจากการสนับสนุนทางสังคม สถานการณ์การเงินที่มากพอ (Andrews and Withey. 1976; Magily. 1984; citing Larson. 1978) เมื่อลดการให้การสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยหญิงสูงอายุลงพบว่า คุณภาพชีวิตลดต่ำลงด้วย (Magily. 1984: 140-143) การสนับสนุนทางสังคมที่แข็งแกร่งมีผลต่อการยังยืนหรือผ่อนคลายความเครียด ความซึมเศร้า ทำให้คนสามารถควบคุมตนเองได้ เผชิญหน้ากับความเครียดได้ ทำให้ลดปัจจัยเสี่ยงของการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต (Brandt and Weinert. 1981: 277-280; Cassel. 1976: 108-123; Kaplan and others. Cassel and Gore. 1977; McNett. 1987: 98-103)

การวิจัยเกี่ยวกับการทำกิจกรรมหลายชิ้น นักวิจัยเสนอผลการวิจัยที่สอดคล้องกันคือ การทำกิจกรรมของผู้สูงอายุมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต (Larson. 1978; Markides and Lee. 1990 : 69-73 ; Osberg and others. 1987 : 228-230) และรักษาหน้าที่การทำงานของสมอง สุขภาพ การทำกิจวัตรประจำวันหรือการควบคุมตนเอง ออสเบิร์กทำการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำกิจกรรมพบว่าอายุ รายได้และการทำกิจวัตรประจำวันได้มีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมในสังคม นอกจากนี้ยังพบว่า อายุ ความสามารถในการ

ทำกิจวัตรประจำวัน และการทำกิจกรรมในสังคมมีผลโดยตรงต่อความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตด้วย ส่วนรายได้และสถานภาพสมรสมีได้แสดงผลโดยตรงอย่างชัดเจน

การทำกิจวัตรประจำวันหรือความสามารถในการดูแลตนเองส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เป็นตัวบ่งชี้ถึงการเลือกที่อยู่อาศัย การพึ่งพิงคนอื่น เช่น การใช้บริการของโรงพยาบาลหรือ การพบแพทย์ การให้การพยาบาลดูแลภายในครัวเรือน ตลอดจนเรื่องการตาย (Bishop. 1986: 65-73; Branch, Jette and Evashwick. 1981: 80-92 ; Soldo and Manton. 1985: 286-323; Wan and Odell. 1981: 95-115) หากผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้น้อยเขาจะต้องพึ่งพิงคนอื่นมากขึ้นในลักษณะของการรับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีผลช่วยให้บุคคลปรับตัวต่อสถานการณ์ และหลีกเลี่ยงที่จะทำลายตัวเองและเลือกพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมได้

การวิจัยปัจจัยลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจ กับความพึงพอใจในชีวิตโดยภาพรวม หรือการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยภาพรวมนั้น นักวิจัยพบว่า อายุ เพศ และการศึกษาไม่มีผลกระทบโดยตรงต่อความพึงพอใจในชีวิตโดยภาพรวม แต่มีผลเฉพาะด้านคือความพึงพอใจในด้านกาย และด้านเศรษฐกิจ (Larson. 1978: 109-125; Diener. 1984: 542-575) ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจด้านการเงินเศรษฐกิจเมื่อมีอายุมากขึ้น แต่จะมีความพึงพอใจด้านสุขภาพกายต่ำลง (Andrews and Withey. 1976) สำหรับเพศ ผลการวิจัยยังไม่แน่นอนเด่นชัด แต่เท่าที่พบปรากฏว่าผู้สูงอายุชายมีความพึงพอใจด้านการเงิน เศรษฐกิจ มากกว่าผู้สูงอายุหญิง (Holden, Burkhauser and Myers. 1986 : 292-297) เมื่อสำรวจจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้สูงอายุชายมีความพึงพอใจในชีวิตด้านภาวะสุขภาพน้อยกว่าผู้สูงอายุหญิง (Verbrugge. 1985: 156-182)

สำหรับเรื่องการศึกษาผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูง มีความพึงพอใจในชีวิตด้านการเงิน เศรษฐกิจและภาวะสุขภาพกายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษต่ำ (Arling. 1987: 107-113)

การวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้คุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุไทย มีดังต่อไปนี้ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านความสุขและความพึงพอใจในชีวิตทางบวก นอกจากนี้เมื่อศึกษาหลายปัจจัยพบว่า ภาวะสุขภาพจิต ทรัพย์สิน (ที่ไม่ใช่รายได้เป็นเงิน) ความสามารถในการดูแลตนเองและความรู้สึกตนมีความสำคัญต่อครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตด้านความสุข ส่วนตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตด้านความพึงพอใจในชีวิตเป็นชุดเดียวกันและเพิ่มระดับการศึกษาอีก 1 ตัว ส่วนปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับ

ความสามารถในการดูแลตนเอง ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ทรัพย์สินของตนเอง ภาวะสุขภาพจิต เพศ ความสำคัญของตนเองต่อครอบครัวและสุขภาพกาย (จำเรียง ฤทธิ์สุวรรณ, นิตยา ภาสนันท์ และ วินัส ตันติบูล. ม.ป.ป.)

ส่วนการวิจัยอีกชิ้นหนึ่งที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการด้านระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. 2532) พบว่า ปัจจัยบางประการเหล่านั้นได้แก่ ระดับอายุ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ระดับการศึกษา ลักษณะการอยู่อาศัย สถานที่พักอาศัย และอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ

การดูแลตนเองเป็นการทำกิจกรรมส่วนบุคคลอย่างหนึ่ง ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยที่มีส่วนร่วมทำกิจกรรมในชุมชน จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุ (ดวงฤดี ลาสุขะ. 2528) การทำกิจกรรมช่วยให้ผู้สูงอายุรักษาสุขภาพของตนไว้ได้ บทบาทที่ผู้สูงอายุปฏิบัติคือ บทบาทที่ปรึกษาของครอบครัว การช่วยดูแลเด็ก (นิตา ชูโต. 2525) การที่ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทและร่วมกิจกรรมสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีส่วนร่วมทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมาก นอกจากนี้สถานภาพสมรสการมีคู่ชีวิต และตำแหน่งงานครั้งสุดท้ายก่อนเกษียณอายุงานก็มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุด้วย (เขมิกายามะรัต. 2527)

ผู้สูงอายุเป็นแหล่งรวมของการเปลี่ยนแปลงและต้องผ่านกระบวนการต่าง ๆ มากมาย ก่อนจะเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ กระบวนการสำคัญ ๆ ได้แก่ กระบวนการสูงอายุทางชีววิทยาซึ่งมีจุดเริ่มต้นอยู่ที่การเปลี่ยนแปลงของโมเลกุล เซลล์ เนื้อเยื่อ ระบบอวัยวะและการทำหน้าที่ของสิ่งเหล่านี้ในลักษณะของการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมหรือทำลายตัวเองในที่สุดซึ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านภาวะกาย จิต และสังคมของผู้สูงอายุโดยเฉพาะด้านกายซึ่งจะบ่งบอกได้อย่างเป็นรูปธรรมมากกว่าอย่างอื่น หากเกิดการเสื่อมของอวัยวะภายในมากเพียงใดบุคคลจะมีภาวะสุขภาพทรุดโทรมมากเพียงนั้น ความไม่สุขสบายกายเป็นเหตุให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมได้ไม่สะดวก ทำให้เกิดความเครียด ไม่พึงพอใจในชีวิตที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เหมือนเดิม ผู้สูงอายุมักจะขาดความสุขซึ่งสิ่งนี้แสดงถึงผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตต่ำ (Bard. 1984 ; Evans and others. 1985)

กระบวนการสูงอายุทางชีววิทยาเป็นกระบวนการที่นำบุคคลสู่การเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างชัดเจน และเมื่อบุคคลอยู่ในสถานภาพของการเป็นผู้สูงอายุแล้วก็ยังมีปัจจัยแวดล้อมสำคัญ

และกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้องได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุซึ่งมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุผู้ศึกษาจำเป็นต้องศึกษาภาวะการณนั้นเพื่อทราบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขณะนั้นเป็นอย่างไร และต้องศึกษาย้อนหลังเพราะคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นผลรวมของการรับรู้การตัดสินใจของผู้สูงอายุถึงความรู้สึกพึงพอใจ และความสุขต่อสิ่งซึ่งสะสมมาก่อนและเพื่อความเข้าใจมากขึ้นควรพิจารณาถึงปัจจัยหรือกระบวนการที่นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่ผู้สูงอายุพอใจ จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและการวิจัยที่เกี่ยวข้องมากมายพบว่ามีปัจจัยกระบวนการสูงอายุต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กันและมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอยู่หลายประการ อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตยังไม่สามารถกำหนดได้แน่นอนและเด่นชัดเท่าที่ควร รวมทั้งกระบวนการสูงอายุ

การศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาบางปัจจัยด้วยเหตุผลความเกี่ยวข้องของแต่ละปัจจัยตามแนวคิด ทฤษฎีและเอกสารการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่ผู้วิจัยนำมาศึกษา ได้แก่ ปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง กิจกรรม ลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจ และการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยทำการศึกษาตามแนวกรอบความคิดพื้นฐานทางทฤษฎีดังต่อไปนี้

กรอบความคิดพื้นฐานของการวิจัย

การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตและความสุขในการมีภาวะสุขภาพกาย จิต และสังคมที่ดี การมีภาวะสุขภาพกายที่แข็งแรงสามารถดูแลตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับบุคคลในครอบครัว สังคม ด้วยสัมพันธภาพที่เป็นมิตร เป็นสิ่งช่วยให้ผู้สูงอายุมีจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกที่มั่นคง มีความเชื่อมั่นในตนเอง มองตนเองว่าเป็นคนมีคุณค่า ต้องการดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความหมาย มีการพัฒนาชีวิตตามศักยภาพของตนอย่างต่อเนื่อง ได้รับการยอมรับและมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคม สิ่งเหล่านี้เป็นพื้นฐานการดำรงชีวิตที่อยู่ในกระบวนการการดำเนินชีวิตที่ผู้สูงอายุทุกคนต้องการ ทั้งภาครัฐและเอกชนตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุและต้องการพัฒนาส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่น่าพอใจ จึงพยายามจัดการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมมีส่วนร่วมในสังคมโดยการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีกลุ่ม เครือข่าย หรือแหล่งพบปะกับคนรุ่นเดียวกัน ผู้สูงอายุจะได้มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตที่ตนยังคงเป็นบุคคลที่มีความหมาย ในความเป็นจริงสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

บางส่วนมีความพึงพอใจในชีวิตและมีความสุขแต่บางส่วนมิได้เป็นเช่นนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต

ชมรมผู้สูงอายุเป็นแหล่งที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ร่วมปฏิบัติกิจกรรมในสังคมผู้สูงอายุสามารถแลกเปลี่ยนให้หรือรับความช่วยเหลือดูแลตนเองได้ ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยแวดล้อมในกระบวนการดำเนินชีวิตของบุคคลซึ่งก็คือกระบวนการนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุหรือกระบวนการสูงอายุนั้นเอง ปัจจัยเหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้กระบวนการสูงอายุดำเนินไปได้ราบรื่น และผู้สูงอายุมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดี แต่เพราะเหตุใดสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจึงมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และสถานภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันมีผลต่อการมีเครือข่ายสังคม การสนับสนุนทางสังคม การทำกิจกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ซึ่งมีผลต่อกระบวนการสูงอายุและการรับรู้คุณภาพชีวิต เพื่อเป็นการหาคำตอบต่อปัญหาการวิจัยที่ว่ากระบวนการสูงอายุและการรับรู้คุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับปัจจัยใดบ้าง และในลักษณะอย่างไร ผู้วิจัยจะดำเนินการศึกษาดังต่อไปนี้คือ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ด้านสุขภาพกาย จิต และสังคม และความรู้สึกมีความสุขของผู้สูงอายุซึ่งเป็นการรับรู้คุณภาพชีวิต กระบวนการสูงอายุซึ่งนำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุ ลักษณะ ความเกี่ยวข้อง และกระบวนการของปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อกระบวนการสูงอายุ ลักษณะของปัจจัยแวดล้อมตลอดจนกระบวนการสูงอายุที่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต ซึ่งมีกรอบความคิดในการศึกษาดังนี้

การรับรู้คุณภาพชีวิต การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นความรู้สึกมีความสุขและความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต 3 ด้านหลัก ได้แก่

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทั้งด้านรูปร่างและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ทั้งที่ปรากฏลักษณะรูปร่างที่สังเกตเห็นได้ภายนอกและการแสดงที่ผู้สูงอายุรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงนั้น

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพทางจิต อารมณ์ของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกต่าง ๆ โดยเฉพาะเกี่ยวกับประสาทสัมผัสทั้งห้า และการตอบสนองต่อการเคลื่อนไหวทางจิตว่ามีปฏิกิริยาช้าหรือเร็วกว่าระดับเดิม การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการคิด การจำและการเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้และการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายมีผลต่ออารมณ์ จิตใจในลักษณะความรู้สึกวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า เหนื่อยล้าโดดเดี่ยว น้อยใจ

3. การรับรู้ภาวะทางสังคมของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสภาพทางสังคม ความรู้สึกมั่นคงทางสังคม บทบาทหน้าที่ การได้รับการยอมรับนับถือ

การรับรู้คุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจะศึกษาความพึงพอใจทั้งในลักษณะเฉพาะด้าน ได้แก่ ด้านกาย จิต และสังคม และศึกษาในภาพรวมคือความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม ความพึงพอใจในชีวิตพิจารณาจากการมองเห็นและการรับรู้ด้วยตนเอง การแสดงออกตามการรับรู้ เป้าหมาย การให้คุณค่า การประเมินและตัดสิน ความพึงพอใจในชีวิตเฉพาะด้านศึกษาจากด้านกาย จิตและสังคมเป็นหลัก ส่วนความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมจะศึกษาสิ่งต่อไปนี้ร่วมด้วย ได้แก่ ความพึงพอใจในสภาพทางเศรษฐกิจ การใช้เวลาว่าง การพักผ่อน นอกจากนี้จะศึกษาการให้ความหมายคุณภาพชีวิต เป้าหมายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายคุณภาพชีวิต

กระบวนการสูงอายุ เป็นกระบวนการหนึ่งที่นำบุคคลสู่การเป็นผู้สูงอายุ กระบวนการเหล่านั้นได้แก่กระบวนการสูงอายุตามวัย กระบวนการสูงอายุตามสภาพชีววิทยา กระบวนการสูงอายุตามสภาพจิตใจ กระบวนการสูงอายุตามสภาพสังคม นอกจากกระบวนการสูงอายุนั้นยังมีกระบวนการและปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสูงอายุและมีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต ปัจจัยสำคัญ ๆ เหล่านี้ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง การทำกิจกรรม และลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจ ซึ่งมีกรอบในการพิจารณา ดังต่อไปนี้

การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมเกิดขึ้นได้จากการที่บุคคลมีการติดต่อสัมพันธ์กับคนอื่น และบุคคลนั้นได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านกายอารมณ์และสังคม ในลักษณะของการได้รับความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ความรัก การช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน แรงงาน ข่าวสาร ข้อแนะนำ ข้อมูลย้อนกลับทำให้เกิดความมั่นใจ การสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีส่วนร่วมในสังคมมีผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี และมีผลต่อการลดความเครียด ทำหน้าที่เป็นตัวกันชนช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากความเครียด และลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต ผู้สูงอายุอาจเป็นผู้ให้หรือผู้รับการสนับสนุนทางสังคมในเครือข่ายสังคม ซึ่งผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางและมีบุคคลรอบตัวซึ่งมีความใกล้ชิดต่างกันเป็นสามระดับคือเครือข่ายใกล้ชิด เครือข่ายรองและเครือข่ายขยาย ระดับความใกล้ชิดในเครือข่ายแบ่งตามแหล่งที่มาของความสัมพันธ์ ความถี่และระยะเวลาของความสัมพันธ์ ลักษณะความเท่าเทียมกันในการสัมพันธ์ การรับรู้ถึงความใกล้ชิดทางสังคมของสมาชิกในเครือข่าย จำนวน

คน ขนาด ความหนาแน่น และความเข้มของความสัมพันธ์ ความสัมพันธ์โดยตรงหรือโดยอ้อม ตำแหน่งและกลุ่มของบุคคลในเครือข่าย ความต้องการเกี่ยวข้องของสมาชิกในเครือข่าย ความคล้ายคลึงกันของสมาชิก เครือข่ายใกล้ชิดประกอบด้วยบุคคลที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกละเอียดมากที่สุด และมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องไปตลอดชีวิต รวมถึงการแลกเปลี่ยนสิ่งสนับสนุนต่าง ๆ ด้วย บุคคลในเครือข่ายใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บุตร ญาติหรือเพื่อนสนิท เครือข่ายรองประกอบด้วยบุคคลที่ผู้สูงอายุรู้สึกใกล้ชิดมากพอสมควรแต่ไม่มากเท่าบุคคลในเครือข่ายใกล้ชิด เช่น เพื่อน ญาติห่าง ๆ และในเครือข่ายขยายซึ่งผู้สูงอายุมีความรู้สึกละเอียดน้อยกว่าสองเครือข่ายแรก ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับบุคคลในเครือข่ายภายในขอบเขตของบทบาท สภาพแวดล้อมของการเป็นผู้ร่วมงานหรือระเบียบมารยาทในสังคม บุคคลในเครือข่ายขยาย เช่น เพื่อนของเพื่อน เป็นต้น ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายของตนในคุณภาพที่มากพอจะมีผลต่อภาวะสุขภาพทั้งด้านกายและสังคม ผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพกายได้ตรงกับความเป็นจริง ยอมรับว่ามีการเปลี่ยนแปลง มีจิตใจ อารมณ์ที่มั่นคง และรับรู้ถึงสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป การปฏิบัติตนในบทบาทและกิจกรรมของผู้สูงอายุ คุณภาพของการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต

การดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเป็นกระบวนการช่วยตนเองและรับผิดชอบตนเอง การดูแลตนเองด้านสุขภาพ ได้แก่ การที่บุคคลจัดหาบริการสุขภาพให้กับตนเองตามลักษณะวิถีชีวิตทางวัฒนธรรมและสังคมด้วยตนเอง บุคคลทั่วไปมีธรรมชาติต้องการและมีความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองเพื่อรักษาชีวิต สุขภาพและความผาสุกของชีวิต ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งในสภาวะปกติและสภาวะเบี่ยงเบน ในสภาวะปกติเป็นการดูแลตนเองทั่วไปและการดูแลตนเองตามพัฒนาการที่เปลี่ยนแปลงไปสู่การเป็นผู้สูงอายุ ส่วนในสภาวะเบี่ยงเบน เมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เกิดการเจ็บป่วยผู้สูงอายุดูแลตนเองได้น้อยลง อาจต้องแสวงหาความช่วยเหลือ ผู้สูงอายุจะจัดการอย่างไรขึ้นอยู่กับความสามารถซึ่งต้องมีความสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมภายในขอบเขตที่เป็นจริง และสามารถปฏิบัติเพื่อให้บรรลุผลในการดูแลตนเองได้ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเป็นการปฏิบัติบทบาทอย่างอิสระตามความสามารถเฉพาะตนในการดูแลตนเอง กิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุจะรู้สึกพึงพอใจหากสามารถปฏิบัติได้ตามลำพัง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การ

แต่งตัว การเดินและการเดินทาง การอาบน้ำ การขับถ่าย การนอนหลับพักผ่อน ผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีและมีกิจกรรมร่วมในสังคม สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาทของตนในสังคมได้ เป็นความสามารถในการดูแลตนเองด้านสังคม การดูแลตนเองตามความสามารถเฉพาะตนและทางสังคม เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการสูงอายุนั้นที่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต

การปฏิบัติกิจกรรม กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติอาจเป็นกิจกรรมส่วนบุคคล กิจกรรมที่ปฏิบัติร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัว หรือกิจกรรมในสังคม บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมบทบาทหน้าที่และความสนใจเพื่อผลประโยชน์คือความพึงพอใจในชีวิตด้านกาย จิต สังคม และเศรษฐกิจ สำหรับผู้สูงอายุที่บทบาทหน้าที่การงานในสังคมลดน้อยลง การปฏิบัติกิจกรรมตามความสนใจมีเป้าหมายเพื่อรักษาสถานภาพ บทบาท ความรู้สึกมีคุณค่าของตน และการมีส่วนร่วมในสังคมของตนมากกว่าเป้าหมายอื่น การปฏิบัติกิจกรรมส่วนบุคคลช่วยเสริมสร้างความสุขและความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอาจเป็นด้านกายหรือจิตใจ เช่น กิจกรรมการออกกำลังกายตามลำพัง หรือกิจกรรมทางศาสนา ส่วนการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัวหรือในสังคม จะเสริมสร้างความสุขและความพึงพอใจในชีวิตด้านกาย จิต และสังคม โดยเฉพาะด้านสังคม ผู้สูงอายุสามารถรักษาสถานภาพและบทบาททางสังคมไว้ได้ในระดับหนึ่ง และรักษาเครือข่ายสังคมของตนและอาจขยายหรือสร้างเครือข่ายสังคมใหม่หากผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมในสังคมใหม่ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุจัดกิจกรรมสำหรับสมาชิกไว้หลายชนิดซึ่งผู้สูงอายุสามารถเลือกปฏิบัติร่วมกิจกรรมเหล่านั้นได้ตามความสนใจและความสามารถเพื่อความสุข ความพึงพอใจใน ชีวิต สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาความต้องการทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุอาจต้องเลือกร่วมปฏิบัติกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่ให้ผลประโยชน์เป็นค่าตอบแทน รายได้

ลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจ ลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจ เป็นคุณสมบัติประจำตัวของบุคคล แต่ละคนจะมีลักษณะไม่เหมือนกัน ลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจที่เด่นและมีบทบาทมาก ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และสถานภาพทางเศรษฐกิจ ซึ่งปัจจัยพื้นฐานแต่ละตัวนี้มีส่วนในการกำหนดการสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง การทำกิจกรรม กระบวนการสูงอายุ และการรับรู้คุณภาพชีวิต กล่าวคือ อายุ เพศ และสถานภาพสมรส มีส่วนในการช่วยกำหนดเครือข่ายสังคมและการสนับสนุนทางสังคม เมื่อเพิ่มสถานภาพทาง

เศรษฐกิจ (รายได้) จะช่วยกำหนดการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ ส่วนสถานภาพเศรษฐกิจ ทรัพย์สิน และระดับการศึกษาจะกำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง เฉพาะอายุช่วยกำหนด กระบวนการสูงอายุในลักษณะของกระบวนการที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุ และปัจจัยพื้นฐานทั้ง 5 ตัว จะช่วยอธิบายการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และการทำกิจกรรม มีความเกี่ยวข้องซึ่งกัน และกัน บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในลักษณะใด มีแบบแผนอย่างไร มากหรือน้อย เพียงใดขึ้นอยู่กับสถานภาพทางสังคม บทบาท การทำกิจกรรม ความสามารถในการดูแลตนเอง ของบุคคลนั้นและบุคคลในเครือข่าย ขณะเดียวกันการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง มีคุณภาพจะมีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและร่วมทำกิจกรรมสังคมของบุคคล นั้น ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลมีผลต่อการเข้าร่วมทำกิจกรรมสังคม เมื่อนำการ สนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง การทำกิจกรรมและลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจที่เกิดขึ้น ในกระบวนการสูงอายุมาประกอบกันจะช่วยอธิบายการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุได้

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิตเป็นการวิจัยที่ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลักโดยใช้เทคนิคการสัมภาษณ์ระดับลึกเพื่อศึกษาว่ากระบวนการสูงอายุของบุคคลเริ่มเมื่อใดและเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไร การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร และปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องหรือมีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต

การเลือกพื้นที่ศึกษา

ในการสำรวจเลือกพื้นที่เพื่อการศึกษาครั้งแรกเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2534 ผู้วิจัยเลือกชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลาและชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลหาดใหญ่เพราะชมรมทั้งสองมีคุณลักษณะตรงตามที่คุณวิจัยต้องการศึกษาผู้สูงอายุได้แก่

- 1) ชมรมมีการจัดกิจกรรมสำหรับสมาชิกผู้สูงอายุเป็นประจำสม่ำเสมอ
- 2) ชมรมมีจำนวนสมาชิกผู้สูงอายุมากพอสำหรับการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ชมรมแต่ละแห่งมีสมาชิกประมาณ 400-500 คน
- 3) ชมรมทั้งสองตั้งอยู่ในเขตชุมชนของจังหวัดสงขลา ที่ผู้วิจัยสามารถเดินทางไปทำการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลได้สะดวกพอสมควร คือระยะทางจากที่พักของผู้วิจัยถึงชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลาประมาณ 26 กิโลเมตร และจากที่พักของผู้วิจัยถึงชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลหาดใหญ่ประมาณ 7 กิโลเมตร

ต่อมาผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุทั้งสองแห่งอย่างละเอียด เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ระดับลึก แต่จากการศึกษารายละเอียดของชมรมทั้งสองผู้วิจัยเลือกเก็บรวบรวมข้อมูลจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ๓ ที่ทำการชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลาเพียงแห่งเดียวเนื่องจาก

1. จากการตรวจสอบรายชื่อสมาชิกชมรมทั้งสองแห่งพบว่ามากกว่าห้าสิบเปอร์เซ็นต์ผู้สูงอายุจะเป็นสมาชิกทั้งสองชมรมและเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมทั้งสองอย่างสม่ำเสมอ
2. สมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ หรือเข้าร่วมกิจกรรมเพียงปีละครั้งสองครั้งของชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา นั้น ผู้วิจัยสามารถติดตามเพื่อการสัมภาษณ์ระดับลึกได้ เนื่องจากคนกลุ่มนี้มีที่อยู่อาศัยประจำอยู่ในอำเภอเมืองสงขลาและอำเภอ

หาคีใหญ่ แต่สมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลหาคีใหญ่ที่ผู้วิจัยไม่สามารถติดตามเพื่อสัมภาษณ์ระดับลึกได้ในช่วงเวลาที่ค่อนข้างจำกัด เนื่องจากผู้สูงอายุอาศัยประจำในต่างจังหวัดหรือนอกเขตอำเภอหาคีใหญ่ซึ่งเป็นที่ตั้งชมรมในระยะทางไกลมากกว่า 40 กิโลเมตร

3. การจัดกิจกรรมของชมรมทั้งสองคล้ายคลึงกันเป็นหลักการ แต่อาจแตกต่างกันบ้างในรายละเอียด เช่น หัวข้อการบรรยายความรู้วิชาการ ธรรมะ ส่วนที่แตกต่างกันชัดเจนก็คือระยะเวลาการจัดกิจกรรม ซึ่งชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลาจัดทุกวันศุกร์ เวลา 8.00 - 12.00 น. ส่วนชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลหาคีใหญ่จัดทุกวันพุธแรกของเดือนเวลา 8.00 - 12.00 น. ในช่วงระยะที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลาแห่งเดียว เนื่องจากผู้วิจัยมีโอกาสดึกษา สังเกต สัมภาษณ์รวบรวมและตรวจสอบข้อมูลได้อย่างละเอียดและถูกต้องมากกว่า

ด้วยชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลาเป็นผู้ให้ข้อมูลคือ สมาชิกชมรมที่มีคุณสมบัติเฉพาะตามที่ผู้วิจัยกำหนด สถานการณ์เกี่ยวกับกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และช่วงระยะเวลาโอกาสที่ผู้วิจัยสามารถทำการศึกษา รวบรวมข้อมูลได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ที่ทำการชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา

การเลือกผู้ให้ข้อมูล

การเลือกผู้สูงอายุที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลเป็นการเลือกแบบเจาะจงจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา การเลือกได้พิจารณาจากเกณฑ์หลัก 2 ประการ ได้แก่ การเข้าร่วมทำกิจกรรมผู้สูงอายุและคุณลักษณะทางชีวสังคม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองและการทำกิจกรรมว่ามีความเกี่ยวข้องและมีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิตอย่างไร ซึ่งในระหว่าง 3 ปัจจัยนี้ผู้ศึกษาและพบว่าต่างก็มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน กล่าวคือการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุแสดงถึงความสามารถในการดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่งและการร่วมกิจกรรมสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุมีเครือข่ายหรือกลุ่มของตนเองซึ่งผู้สูงอายุจะได้รับหรือเป็นผู้ให้ในการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุอาจใช้ความสามารถในการดูแลตนเองช่วยเหลือและนำให้การสนับสนุนทางสังคมต่อเครือข่ายของตนโดยผ่านทางกิจกรรมกลุ่มได้ แต่ในระหว่าง 3 ปัจจัย การร่วมทำกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุแสดงออก และบุคคลภายนอก

สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจนกว่าปัจจัยอื่น ผู้วิจัยจึงเลือกการร่วมทำกิจกรรมชมรมของผู้สูงอายุ เป็นหลักเกณฑ์ขั้นต้นในการคัดเลือกบุคคล

จากการตรวจสอบทะเบียนประวัติซึ่งลงบันทึกการมาชมรมของผู้สูงอายุแต่ละราย ย้อนหลัง 3-6 เดือนนับจากเดือนเมษายน พ.ศ. 2535 และการสังเกตการร่วมกิจกรรมชมรมของผู้สูงอายุทุกวันศุกร์ ผู้วิจัยพบว่า ในแต่ละวันศุกร์ที่มีการนัดพบสังสรรค์ทำกิจกรรมต่าง ๆ นับจำนวนสมาชิกมาร่วมทำกิจกรรมมากบ้างน้อยบ้าง (ประมาณ 40-70 คน) สมาชิกบางรายมาร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอทุกสัปดาห์ บางรายมาร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ หรือนาน ๆ จะมาสักครั้งหนึ่ง บางรายมาชมรมเกือบทุกสัปดาห์เพื่อวัดความดันโลหิต และชั่งน้ำหนัก โดยมีได้ร่วมกิจกรรมอื่น มีเพียงบางสัปดาห์เท่านั้นที่ผู้สูงอายุเหล่านี้เข้าร่วมกิจกรรมอื่น ๆ ของชมรมตลอดรายการวันศุกร์ โดยลักษณะของการเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวมานี้ ผู้วิจัยจึงจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มที่มีคุณสมบัติแตกต่างกันค่อนข้างชัดเจน คือ

- 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุที่มาชมรมและเข้าร่วมทำกิจกรรมสม่ำเสมอทุกสัปดาห์หรือมากกว่า 2 สัปดาห์ในแต่ละเดือน
- 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ ซึ่งหมายถึง ผู้สูงอายุที่มาชมรมและเข้าร่วมทำกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ หรือเดือนละไม่เกิน 2 สัปดาห์ หรือผู้สูงอายุที่มาชมรมบ่อยครั้งแต่ไม่ได้เข้าร่วมทำกิจกรรมอื่นของชมรมนอกจากการวัดความดันโลหิตและชั่งน้ำหนักเท่านั้น ซึ่งอาจเรียกได้ว่าไม่ได้ร่วมกิจกรรม

เมื่อได้กลุ่มสมาชิกผู้ร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอและร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอแล้ว ผู้วิจัยพิจารณาผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเฉพาะเจาะจงตามลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษา เพราะลักษณะทางชีวสังคมที่แตกต่างกันน่าจะมีผลต่อการรับรู้ต่างกัน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาในระดับลึกจึงจำเป็นต้องคัดเลือกบุคคลที่มีคุณสมบัติเฉพาะตามที่ต้องการเท่านั้น ได้แก่ ผู้มีอายุ 60-70 ปี จำนวน 16 คน และผู้มีอายุ 71 ปีขึ้นไปจำนวน 16 คน ในแต่ละกลุ่มอายุจำแนกตามระดับการศึกษาคือระดับประถมศึกษาปีที่ 4 และสูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 ในแต่ละกลุ่มการศึกษาจำแนกตามสถานภาพสมรสคือผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ และแต่ละกลุ่มสถานภาพสมรสจำแนกตามเพศคือเพศชายและเพศหญิง ซึ่งบุคคลผู้ให้ข้อมูลจะมีคุณลักษณะทางชีวสังคมและจำนวนตามรายละเอียดในตารางต่อไปนี้ (ตาราง 1)

ตาราง 1 คุณลักษณะทางชีวสังคม, การร่วมกิจกรรม และจำนวนของผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูล

	อายุ 60-70 ปี								อายุ 71 ปีขึ้นไป							
	การศึกษา								การศึกษา							
	ป.4				สูงกว่า ป.4				ป.4				สูงกว่า ป.4			
	สถานภาพสมรส				สถานภาพสมรส				สถานภาพสมรส				สถานภาพสมรส			
	คู่		ไม่มีคู่		คู่		ไม่มีคู่		คู่		ไม่มีคู่		คู่		ไม่มีคู่	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ร่วมกิจกรรม สม่ำเสมอ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ร่วมกิจกรรม ไม่สม่ำเสมอ /ไม่ร่วม กิจกรรม	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
รวม	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

จำนวนทั้งสิ้น 32 ราย

ในการเลือกผู้สูงอายุให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกชื่อสมาชิกชมรมจากบันทึกทะเบียนการมาชมรมของผู้สูงอายุ และทะเบียนประวัติของผู้สูงอายุ จำนวนประมาณ 500 ชุด การคัดเลือกผู้วิจัยคัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนดเกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้

- การร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ และการร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ
- อายุ 60-70 ปี และอายุ 71 ปีขึ้นไป
- สถานภาพสมรสคู่ และสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก (ไม่มีคู่)
- เพศชาย และเพศหญิง

2. เนื่องจากในทะเบียนประวัติของผู้สูงอายุมิได้ระบุเรื่องการศึกษาของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงทำการสอบถามผู้สูงอายุตามรายชื่อที่คัดเลือกไว้ ณ ที่ทำการชมรมผู้สูงอายุ ผู้วิจัยถามเกี่ยวกับการศึกษา การร่วมกิจกรรม อายุ เพศ และสถานภาพสมรส เพื่อเป็นการเพิ่มเติมข้อมูลที่ชัดเจนและเป็นการตรวจสอบความถูกต้องทันสมัยของข้อมูลเกี่ยวกับคุณสมบัติของผู้สูงอายุไปพร้อมกัน

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมรายชื่อผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามที่กำหนดไว้กลุ่มละ 1-5 ชื่อ เพื่อการสัมภาษณ์ระดับลึก 1 ราย การที่ผู้วิจัยเก็บรายชื่อผู้ให้ข้อมูลไว้ 1-5 ชื่อ เพื่อประโยชน์ในการสัมภาษณ์ บุคคลใดบุคคลหนึ่งในห้าที่มีคุณสมบัติพื้นฐานเหมือนกัน เช่น กลุ่มผู้ร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ เพศชาย อายุ 60-70 ปี สถานภาพสมรสคู่และระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เป็นต้น ทั้งนี้เพราะระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลค่อนข้างจำกัด หากผู้วิจัยกำหนดชื่อเฉพาะเพียงหนึ่งชื่อ และในช่วงของการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นผู้ให้ข้อมูลมิได้ไปร่วมกิจกรรมและผู้วิจัยไม่สามารถติดตามเพื่อสัมภาษณ์ได้จะทำให้สูญเสียผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนั้นไป แต่ถ้าผู้วิจัยเก็บรายชื่อผู้ให้ข้อมูลสำรองไว้ ผู้วิจัยจะสามารถเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติเหมือนกันมาทดแทนได้ การเก็บและเรียงรายชื่อห้าชื่อของผู้ให้ข้อมูลนั้นผู้วิจัยใช้วิธีเรียงลำดับจากการได้พบและสอบถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับข้อมูลคุณสมบัติตามที่กำหนดรายชื่อที่ 1-5 และการเลือกสัมภาษณ์ระดับลึก ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายชื่อที่ 1 เป็นบุคคลแรกถ้าไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลที่สมบูรณ์จากผู้ให้ข้อมูลตามรายชื่อที่ 1 ผู้วิจัยจึงจะทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตามรายชื่อที่ 2, 3 ... ต่อไปตามลำดับ

จากการตรวจสอบการเลือกผู้ให้ข้อมูลและเก็บรวบรวมข้อมูลภายในเวลาค่อนข้างจำกัดคือ เดือนเมษายน ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2535 ผู้วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติครบถ้วนตามต้องการมีเพียง 26 ราย ชาย 6 ราย ได้แก่

1. ผู้สูงอายุกลุ่มร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ จำนวน 2 ราย ได้แก่
 - ผู้สูงอายุชาย อายุ 60-70 ปี สถานภาพสมรสไม่มีคู่ ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4
 - ผู้สูงอายุชาย อายุ 60-70 ปี สถานภาพสมรสไม่มีคู่ ระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4
2. ผู้สูงอายุกลุ่มร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ จำนวน 4 ราย ได้แก่
 - ผู้สูงอายุชายอายุ 60-70 ปี สถานภาพสมรสคู่ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4
 - ผู้สูงอายุชาย อายุ 60-70 ปี สถานภาพสมรส ไม่มีคู่ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4
 - ผู้สูงอายุชาย อายุ 60-70 ปี สถานภาพสมรส ไม่มีคู่ ระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4
 - ผู้สูงอายุชาย อายุ 71 ปี ขึ้นไป สถานภาพสมรส ไม่มีคู่ ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

ผู้วิจัยจำเป็นต้องตัดผู้ให้ข้อมูลทั้ง 6 รายออก และมีได้สัมภาษณ์เพิ่มเติมเนื่องจากจำนวนสมาชิกผู้สูงอายุชายของชมรมมีจำนวนน้อย และในจำนวนนั้นส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงทั่ว ๆ ไป ที่ผู้สูงอายุชายมักมีคู่เพราะชายที่ภรรยาตายสังคมให้การยอมรับถ้าเขาจะแต่งงานใหม่มากกว่าผู้สูงอายุหญิงที่สามีตายและจะแต่งงานใหม่ อีกประการหนึ่งชายมีอายุขัยเฉลี่ยต่ำกว่าหญิง จำนวนผู้สูงอายุชายจึงน้อยกว่าผู้สูงอายุหญิง ดังนั้นจึงพบว่าผู้สูงอายุชาย สถานภาพสมรสไม่มีคู่ มีจำนวนน้อยกว่าผู้สูงอายุหญิง และมีผลต่อการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือการขาดจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้สูงอายุชายสถานภาพสมรสไม่มีคู่

การนัดหมาย

ในการนัดหมายผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลด้วยวาจา เวลาที่นัดสัมภาษณ์ ส่วนใหญ่เป็นเวลากลางหลังเสร็จสิ้นการร่วมทำกิจกรรมชมรม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 50-90 นาที ณ. ทำการชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือด้วย

ความเต็มใจ แต่สำหรับผู้สูงอายุบางรายผู้วิจัยต้องนัดหมายเพื่อสัมภาษณ์วันอื่น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสะดวกและความพร้อมของผู้สูงอายุ

ในการนัดหมายผู้สูงอายุ บางครั้งผู้วิจัยต้องนัดสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ 2-3 ครั้ง เนื่องจาก

1. ผู้สูงอายุมีความจำเป็นอย่างยิ่งไม่สามารถให้สัมภาษณ์ติดต่อกันจนจบในครั้งเดียว หรือ
2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ครั้งแรกขาดความครบถ้วน หรือ
3. ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลและพบข้อสงสัยบางประการ ผู้วิจัยต้องกลับไปสัมภาษณ์ผู้

สูงอายุเพิ่มเติม

การนัดหมายผู้สูงอายุเพื่อการสัมภาษณ์ระดับลึกในการศึกษาครั้งนี้ได้บรรลุผลทุกครั้ง เนื่องจากผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่อาจกำหนดวันนัดหมายที่แน่นอนที่อยู่ในช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูลให้ได้และผู้สูงอายุบางรายปฏิเสธการให้สัมภาษณ์ด้วยเหตุผลส่วนตัว ซึ่งเมื่อเกิดกรณีเช่นนี้ ผู้วิจัยต้องทำการเลือกและนัดหมายผู้สูงอายุรายอื่นที่มีคุณสมบัติตามกำหนดเช่นเดียวกันทดแทนต่อไป

นอกจากการที่ผู้วิจัยทำการนัดหมายผู้สูงอายุด้วยตนเองเป็นรายบุคคลแล้ว กรรมการชมรมผู้สูงอายุบางท่าน อาจารย์และนักศึกษาพยาบาลที่รับผิดชอบการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุบางคนมีส่วนช่วยเหลือในการนัดหมายผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มที่ร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ โดยวิธีการฝากบอกข่าวหรือการติดตามตัวผู้สูงอายุเพื่อให้มาชมรม ทำให้ผู้วิจัยมีโอกาสนัดหมายและสัมภาษณ์ผู้สูงอายุรายนั้น

การสัมภาษณ์

ในการศึกษาครั้งนี้มีการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูล 2 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 1 การสัมภาษณ์สอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการร่วมทำกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

อายุ สถานภาพสมรส และการศึกษาเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์และคัดเลือกผู้สูงอายุเป็นผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด การสอบถามนี้ผู้วิจัยทำในช่วงแรกของการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสอบถามตามรายชื่อที่ได้คัดเลือกไว้จากทะเบียนประวัติ สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายชื่อถูกคัดเลือกไว้แต่ยังมิได้ถูกสอบถามในช่วงแรก ผู้วิจัยจะติดตามสอบถามเมื่อผู้สูงอายุไปชมรมในวันศุกร์ถัดไป ตลอดช่วงระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลคือเดือนเมษายน ถึงธันวาคม พ.ศ. 2535 (รวมเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล 9 เดือน)

ครั้งที่ 2 การสัมภาษณ์ระดับลึกตามแนวคำถามในแบบสัมภาษณ์ระดับลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูลตามเวลาที่นัดหมาย โดยเริ่มต้นด้วยการที่ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ต่อจากนั้นจึงสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์ระดับลึกที่สร้างจากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต (ดูแนวคำถามในภาคผนวก) แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้ได้ผ่านการทดลองใช้ การแก้ไขและปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มนี้

ในการสัมภาษณ์นอกจากผู้วิจัยเป็นผู้ทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเองแล้ว ผู้วิจัยได้รับความช่วยเหลือจากอาจารย์และนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสงขลางบางคนที่ชำนาญการสื่อสารด้านภาษาท้องถิ่นภาคใต้ช่วยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูลที่พูดเฉพาะภาษาท้องถิ่น โดยก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้เตรียมผู้สัมภาษณ์ให้เข้าใจ และใช้แนวคำถามในแบบสัมภาษณ์ระดับลึกได้โดยถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย เช่นเดียวกับผู้วิจัย

ในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์และผู้ช่วยจดบันทึกจะจดบันทึก คำตอบละเอียดมากที่สุดเท่าที่จะทำได้และภายหลังการสัมภาษณ์ระดับลึกในแต่ละวัน ผู้วิจัยทำการบันทึกการสัมภาษณ์อย่างละเอียด (field notes) เกี่ยวกับคำตอบของผู้สูงอายุ ข้อคิดเห็นของผู้วิจัยต่อคำตอบแต่ละประเด็น บรรยากาศและปฏิกิริยาของผู้สูงอายุขณะให้สัมภาษณ์ และข้อสังเกตบางประการจากการสังเกตผู้สูงอายุขณะเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ในกรณีที่ข้อมูลบางชุดผู้วิจัยมิได้สัมภาษณ์เอง ผู้วิจัยจะสอบถามผู้สัมภาษณ์และจดบันทึก ถ้าผู้วิจัยพบข้อสงสัยในข้อมูลชุดใด ๆ ผู้วิจัยจะกลับไปถามผู้สูงอายุรายนั้นเพิ่มเติม ในการบันทึกนั้นผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของผู้สูงอายุแต่ละรายได้ประมาณ 6-10 หน้า ต่อจากนั้นผู้วิจัยรวมข้อมูลทั้งหมดเตรียมเพื่อการวิเคราะห์ต่อไป

การสัมภาษณ์ระดับลึกกับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นการสัมภาษณ์ครั้งเดียวได้ข้อมูลครบถ้วน แต่สำหรับผู้สูงอายุบางรายผู้วิจัยต้องสัมภาษณ์ 2-3 ครั้ง เนื่องจากข้อมูลที่ได้ในครั้งแรกไม่ครบถ้วน สำหรับข้อมูลบางชุดที่ขาดความครบถ้วน และผู้วิจัยไม่สามารถติดตามสัมภาษณ์เพิ่มเติมจนครบถ้วนได้เนื่องจากผู้สูงอายุไปต่างจังหวัดเป็นเวลานาน เป็นต้น ผู้วิจัยจะตัดทิ้งข้อมูลชุดนั้นและเลือกผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติ เช่นเดียวกันเป็นผู้ให้การสัมภาษณ์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งในระหว่างช่วงระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล และเมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้วคือตั้งแต่เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2535

ถึงเดือนมกราคม พ.ศ.2536 รวมระยะเวลา 8 เดือนในการเตรียมและดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยกำหนดเค้าโครงเพื่อการวิเคราะห์ แยกแยะข้อมูล จัดเข้าหมวดหมู่หลัก ๆ. ต่อจากนั้นกำหนดรหัสในแต่ละหัวข้อและเนื้อหา และทำการวิเคราะห์ตามเค้าโครงจุดมุ่งหมายของการวิจัยหาคำตอบต่อปัญหาการวิจัยแต่ละข้อตามแนวการวิเคราะห์เชิงคุณภาพโดยใช้ The Ethnograph ช่วยในการวิเคราะห์

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูล

เนื่องด้วยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ลักษณะเป็นถ้อยคำ ข้อความบอกเล่าของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีอาการลืม หรือสับสนในเรื่อง วัน เวลา สถานที่ หรือสถานการณ์อื่น ๆ ได้บ้าง เพื่อข้อมูลที่ถูกต้องเที่ยงตรง เชื่อถือได้ ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูล 2 แนวทางด้วยกัน คือ

- 1) ในขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจดคำหรือข้อความสำคัญในแต่ละประเด็น การตอบของผู้สูงอายุ และทำบันทึกการสัมภาษณ์อย่างละเอียด พร้อมทั้งตรวจสอบ หากพบมีข้อสงสัยจะกลับไปถามซ้ำ ซึ่งจะเป็นการตรวจสอบและยืนยันข้อมูลที่ถูกต้องเที่ยงตรง
- 2) ในการวิเคราะห์ผู้วิจัยตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลโดยวิธีตรวจ "Triangulation" ซึ่งเป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลแบบสามเส้า โดยพิจารณาจากความสอดคล้องของเวลา สถานที่ และกิจกรรม เป็นต้น

ชมรมผู้สูงอายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุและการจัดกิจกรรมของชมรม

ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ระดับลึก สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ณ ที่ทำการชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา ซึ่งผู้วิจัยขอแนะนำรายการละเอียดเกี่ยวกับชมรมสมาชิกชมรมและการจัดกิจกรรมของชมรมดังต่อไปนี้

ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา ชมรมนี้ผู้ที่ทำการตั้งอยู่ในบริเวณวิทยาลัยพยาบาลสงขลา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

กำเนิดชมรม ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลาเป็นชมรมที่เกิดขึ้นจากแนวความคิดที่ต้องการจัดบริการให้กับชุมชน ซึ่งเป็นบริการลักษณะหนึ่งของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาศึกษา ผู้ริเริ่มคือ อาจารย์ณรงค์สุข พูนบำเพ็ญ ซึ่งดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสงขลาและนายกสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาศึกษา เมื่อปี พ.ศ.2523 (เอกสารแผ่นพับ ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา) รูปแบบของการจัดมีลักษณะของการให้บริการทั้งการส่งเสริม การป้องกัน ตลอดจนการช่วยเหลือผู้สูงอายุใน 14 จังหวัดภาคใต้ให้มีร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเป็นปกติเหมาะสมกับวัย สามารถดูแลตนเองได้ ตลอดจนใช้ชีวิตให้เป็นประโยชน์ต่อลูกหลานและญาติมิตร ไม่เป็นภาระของสังคม และสัญลักษณ์ของชมรมคือ ดอกลำดวน

วัตถุประสงค์ ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา กำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานของชมรมไว้ดังนี้

1. เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกายและจิตใจ
2. เพื่อเป็นแหล่งพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนความรู้ตลอดจนช่วยส่งเสริมความสามัคคีในกลุ่มผู้สูงอายุ
3. เพื่อเป็นแหล่งให้ประสบการณ์ในชีวิต ให้ความรู้ด้านประเพณี คตินิยม ศิลปวัฒนธรรมแก่ชุมชน
4. เพื่อช่วยเหลือสมาชิกด้วยกันในกรณีเจ็บป่วย และประสบเคราะห์กรรม ตลอดจนสาธารณกุศลทั่วไป
5. เพื่อเป็นสื่อกลางของผู้สูงอายุ และเป็นแหล่งเผยแพร่ธรรมะที่บุคคลควรทราบและนำไปปฏิบัติ
6. เพื่อเป็นแหล่งศึกษาค้นคว้า วิจัย และการบริการผู้สูงอายุ

ระเบียบการเป็นสมาชิก ระเบียบการสมัครเข้าเป็นสมาชิกมีดังต่อไปนี้

1. ผู้สนใจสมัครเข้าเป็นสมาชิกชมรมต้องมีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป
2. ผู้ที่จะสมัครเป็นสมาชิกแจ้งความจำนงค์ต่อคณะกรรมการชมรม ณ ที่ทำการชมรมได้ทุกวันศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น.

3. ค่าลงทะเบียนเป็นสมาชิกชมรมครั้งแรก 50 บาท ค่าบำรุงชมรมปีละ 50 บาท (วันแรกสมัครอาจยังไม่ชำระเงินก็ได้ถ้าไม่มี แต่ให้นำมาชำระในโอกาสต่อไป) เมื่อผู้สมัครชำระเงินแล้วจะได้รับบัตรประจำตัวสมาชิก มีศักดิ์และสิทธิของการเป็นสมาชิกชมรมเท่าเทียมกันทุกคน

4. ผู้สนใจที่อายุต่ำกว่า 55 ปี มีความประสงค์จะเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสามารถสมัครเป็นสมาชิกของชมรมได้

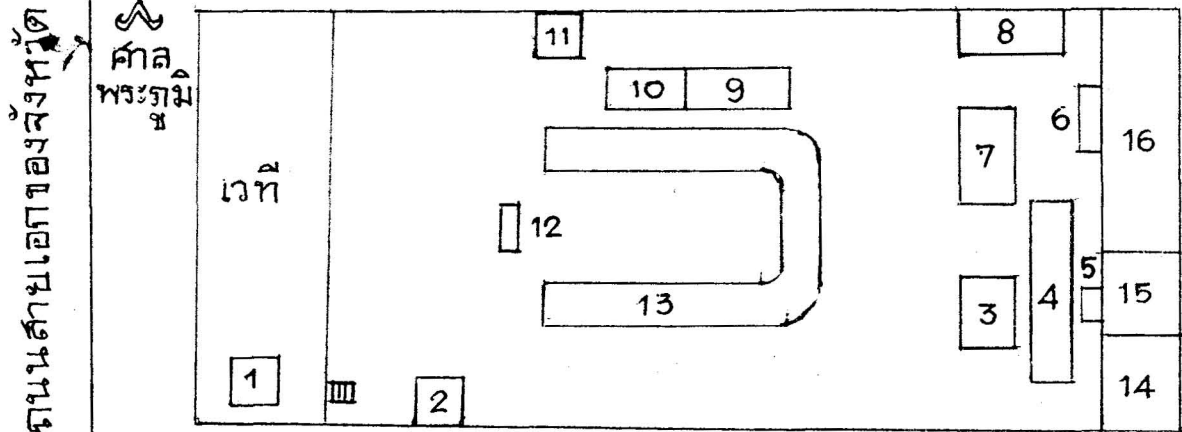
สถานที่ตั้งชมรม ที่ทำการชมรมตั้งอยู่บริเวณหอประชุมวิทยาลัยพยาบาลสงขลา

ลักษณะของหอประชุมเป็นอาคารชั้นเดียวกว้างประมาณ 20 เมตร ยาวประมาณ 45 เมตร หลังคาสูง พื้นอาคารปูด้วยคอนกรีต ฝาของอาคารด้านกว้างเป็นคอนกรีต ส่วนด้านยาวเป็นเหล็กยึดลักษณะเดียวกันกับประตูเหล็กยึดเปิดและปิดด้วยการดึงขึ้นหรือดึงลง เมื่อดึงเหล็กยึดขึ้นทั้งสองด้านจะปรากฏเป็นลานกว้างมีความจุคนได้ประมาณ 300 คน อาคารหลังนี้ตั้งห่างจากรั้วของวิทยาลัยซึ่งตั้งอยู่ริมถนนสายกลางเมืองประมาณ 5 เมตร และตั้งห่างจากอาคารอำนวยการวิทยาลัยประมาณ 10 เมตร

แผนผังการจัดสถานที่ พื้นที่หรือมุมที่จัดตั้งเป็นที่ทำการชมรมผู้สูงอายุตั้งอยู่มุมด้านหลังของห้องประชุม ซึ่งประกอบด้วยตู้เอกสาร 1 ตู้ กระดานแสดงแผนภูมิและรายชื่อคณะกรรมการชมรม โต๊ะ เก้าอี้สำนักงาน สำหรับการทำงานเอกสาร 1 ชุด

การจัดสถานที่ในวันศุกร์ ซึ่งเป็นวันที่มีการนัดพบและทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในส่วนที่จัดตั้งที่ทำการยังคงเดิม แต่เพิ่มเติมโต๊ะและเก้าอี้ โดยการจัดตามรูปแบบดังนี้เมื่อท่านยืนหันหน้าสู่เวที บนเวทีด้านซ้ายมือตั้งโต๊ะหมู่บูชา ด้านล่างของเวทีซ้ายมือตั้งโต๊ะวางเครื่องเสียง กลางลานห้องประชุมจัดเก้าอี้เหล็กเป็นรูปเกือกม้าสองชั้นหันหน้าสู่เวที จำนวนเก้าอี้ประมาณ 50-70 ตัว ด้านหลังของเก้าอี้รูปเกือกม้าตั้งโต๊ะเก้าอี้ 1 ชุด สำหรับเหรียญ ด้านหลังถัดไปตั้งอุปกรณ์สำหรับการออกกำลังกายเช่น จักรยาน สำหรับปั่นอยู่กับที่ เป็นต้น บริเวณด้านขวาของห้องประชุม หลังเก้าอี้รูปเกือกม้าตั้งเครื่องชั่งน้ำหนัก โต๊ะทะเบียนประวัติ โต๊ะวัดความดันโลหิต และในวันที่มีการตรวจสุขภาพโดยแพทย์จะตั้งโต๊ะของหน่วยแพทย์และหน่วยจ่ายยาถัดจาก โต๊ะวัดความดันโลหิตและที่มุมขวาด้านหลังของหอประชุมจะจัด เครื่องดื่มอาหารว่างสำหรับสมาชิกทุกคน รายละเอียดการจัดสถานที่จะปรากฏดังภาพต่อไปนี้ (ภาพประกอบ 1)

ตอนนทภายในวิทยาลัย



หอพักนักศึกษ

1. โต๊ะหมู่บูชา
2. โต๊ะเครื่องแป้ง
3. โต๊ะพระพุทธรูป
4. อุปกรณ์ออกกำลังกาย
5. ตู้เอกสารของชมรม
6. กระดานแสดงรายนามและภาพคณะกรรมการ
7. โต๊ะหน่วยแพทย์ (เฉพาะวันแพทย์ตรวจ)
8. โต๊ะอาหารว่างและเครื่องดื่ม
9. ทะเบียนประวัติ
10. ตรวจวัดความดันโลหิต
11. เครื่องชั่งน้ำหนัก
12. ไมโครโฟน
13. แก้วจัดรูปเกือกม้าซ้อน 2 แถว
14. สุนัขหึง
15. สุนัขชาย
16. ห้องเก็บอุปกรณ์

ภาพประกอบ 1 แผนผังการจัดสถานที่ชมรมผู้สูงอายุ วันศุกร์

ลักษณะของการบริการ ชมรมจัดให้บริการแก่สมาชิกในลักษณะของการจัดกิจกรรมซึ่งแบ่งออกเป็นกิจกรรมปกติ และกิจกรรมพิเศษ กิจกรรมปกติเป็นกิจกรรมที่คณะกรรมการชมรมจัดขึ้นสำหรับสมาชิกทุกคน โดยจัดเป็นประจำทุกวันศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00-12.00 น. กิจกรรมปกติได้แก่ การพบปะ พูดคุย สังสรรค์ฉันท์พี่น้อง การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก การตรวจปัสสาวะ การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ การแจ้งข่าวสารประจำวัน การแนะนำสมาชิกใหม่ การบรรยายความรู้วิชาการหรือธรรมะ การแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น การออกกำลังกาย และนันทนาการ ส่วนกิจกรรมพิเศษชมรมจะจัดขึ้นเป็นครั้งคราวตามเวลา โอกาส และความสนใจความต้องการของสมาชิก ได้แก่ การประชุมปรึกษาหารือเพื่อพัฒนาชมรม การไปทัศนศึกษานอกสถานที่ 3 เดือนต่อครั้ง การตรวจสมรรถภาพร่างกายโดยศูนย์วิทยาศาสตร์การกีฬาของชาติเดือนละครั้ง การตรวจร่างกายโดยแพทย์เดือนละครั้ง การจัดการกิจกรรมทางศาสนาตามโอกาสวันสำคัญและหรือฤดูกาล การจัดกีฬาผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้ง

ประโยชน์ คณะกรรมการชมรมผู้จัดดำเนินการกิจกรรมและบริการต่าง ๆ ตระหนักและเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุจึงจัดกิจกรรมและบริการต่าง ๆ ขึ้นด้วยคิดว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมจะได้รับประโยชน์ในการได้รู้จักตนเองในแง่ต่าง ๆ เช่น สมรรถภาพของร่างกายและการปรับตัว ผู้สูงอายุได้เรียนรู้การดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ได้รู้วิธีบริหารกายและบริหารจิต เพิ่มพูนความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองมากขึ้น ผู้สูงอายุมีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สำหรับสมาชิกที่ประสบปัญหา ยังจะได้รับการช่วยเหลือตามสภาพที่เหมาะสม นอกจากนั้นผู้สูงอายุมีโอกาสไปทัศนศึกษาอีกด้วย

สมาชิกชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา สมาชิกชมรม ได้แก่ ผู้สนใจกิจกรรมของชมรมที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป จากการสำรวจทะเบียนประวัติสมาชิกในปี พ.ศ. 2535 พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เป็นผู้มีอายุระหว่าง 60 ปีถึง 70 ปี ร้อยละ 29.4 เป็นสมาชิกที่มีอายุ 71 ปีขึ้นไป ส่วนสมาชิกที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปีพบร้อยละ 0.6 สำหรับอายุสูงสุดของสมาชิกชมรมนี้เท่ากับ 93 ปี เพศของสมาชิกชมรมร้อยละ 90 เป็นเพศหญิงและร้อยละ 10 เป็นเพศชาย สถานภาพสมรสของสมาชิกพบว่าร้อยละ 65 สมาชิกมีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 35 มี

สถานภาพสมรสหม้าย แยก และโสด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกเพศหญิง ส่วนเรื่องการศึกษา อาชีพ เดิมก่อนอายุ 60 ปี และอาชีพปัจจุบันได้มีการบันทึกไว้ในทะเบียนประวัติ แต่จากการสุ่มตัวอย่างสอบถามเรื่องการศึกษา พบว่ามีตั้งแต่ไม่ได้เรียนถึงระดับปริญญาโท สำหรับอาชีพเดิมก่อนอายุ 60 ปี พบว่ามีความหลากหลายในเรื่องอาชีพ อาทิ ทำสวนยาง ทำนา ประมงน้ำเค็ม ข้าราชการ ทหาร ตำรวจ ครู นายไปรษณีย์ สรรพากร รับจ้างทั่วไป ขับรถแท็กซี่ ขี่สามล้อ โดยสาร แม่บ้าน ค้าขาย ข้าราชการตุลาการ เจ้าหน้าที่รัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัทเอกชน ไม่ประกอบอาชีพ เป็นต้น ส่วนอาชีพในปัจจุบัน ส่วนใหญ่สมาชิกไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ที่รับราชการบางส่วนปัจจุบันเป็นข้าราชการบำนาญ สำหรับผู้สูงอายุที่ยังคงประกอบอาชีพ พบว่า ผู้สูงอายุประกอบอาชีพค้าขายเล็ก ๆ น้อย ๆ เป็นแพทย์แผนโบราณ

จำนวนและคุณลักษณะของสมาชิกชมรมดังที่นำเสนอมาเป็นข้อมูลสำหรับผู้วิจัยสำรวจครั้งแรก เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2534 และครั้งที่สองในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2535 พบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยจึงใช้ข้อมูลจากทะเบียนประวัตินี้เป็นฐานในการคัดเลือกผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูล แต่จากการสังเกตในช่วงระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังเดือนมีนาคม พบว่า ผู้สูงอายุสนใจสมัครเป็นสมาชิกใหม่เพิ่มเติมโดยเฉพาะในเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคมจำนวนหลายคน ซึ่งจะมีพิธีการแนะนำสมาชิกใหม่เกือบทุกสัปดาห์เกี่ยวกับการเพิ่มเติมจำนวนสมาชิกนี้ ประธานชมรม และอาจารย์วิทยาลัยพยาบาลสงขลารับผิดชอบดูแลเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ฝ่ายอาจารย์บอกเล่าให้ผู้วิจัยทราบว่าชมรมจะมีการเลือกตั้งคณะกรรมการชุดใหม่แทนชุดปัจจุบันที่กำลังจะหมดวาระประมาณต้นปี พ.ศ. 2536 และจะได้สำรวจตรวจสอบแก้ไขทะเบียนประวัติให้ถูกต้องทันสมัยตามความเป็นจริงทุกคนต่อไป ภายหลังการสำรวจตรวจสอบคาดว่าจะมีความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับจำนวนและคุณลักษณะทางชีวสังคมของกลุ่มสมาชิกบ้าง แต่ผลนี้มิได้กระทบต่อการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้แต่อย่างใด ทั้งนี้เพราะในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบโดยการสำรวจสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจ และคัดเลือกเฉพาะผู้ที่คุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยกำหนดเป็นผู้ให้ข้อมูลสำหรับการวิจัยเท่านั้น ซึ่งจากการตรวจสอบขณะคัดเลือกผู้สูงอายุเป็นผู้ให้ข้อมูลนั้นพบว่า บางรายมีการเปลี่ยนแปลงมาก เช่น ในทะเบียนประวัติบันทึกว่าอายุ 67 ปี สถานภาพสมรสคู่ แต่เมื่อสอบถามจากผู้สูงอายุปรากฏว่าอายุแท้จริงขณะนี้ 72 ปี และมีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย เป็นต้น ทำให้ผู้วิจัยต้องคัดออกเปลี่ยนคนใหม่หรือการย้ายกลุ่มจากเดิมที่คัดเลือกเป็นผู้ให้ข้อมูลกลุ่มอายุ 60 ถึง 70 ปี ย้ายเข้ากลุ่มอายุ 71 ปีขึ้นไป เป็นต้น

การจัดกิจกรรมของชมรม ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลากำหนดการพบปะและร่วมกันทำกิจกรรมต่าง ๆ ทุกวันศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น. ณ ที่ทำการชมรมซึ่งตั้งอยู่บริเวณหอประชุมของวิทยาลัยพยาบาลสงขลา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ในการดำเนินการจัดกิจกรรมของชมรม ชมรมได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่าย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

คณะกรรมการดำเนินงาน คณะบุคคลผู้จัดดำเนินการกิจกรรมและอำนวยความสะดวกประกอบด้วย

1. คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ บุคคลจากคณะกรรมการชมรมที่ทำหน้าที่เป็นแกนนำในการดำเนินรายการกิจกรรมต่าง ๆ คือ ประธานชมรม กรรมการฝ่ายบันเทิง และหรือกรรมการคนอื่นอีกหนึ่งหรือสองคน กิจกรรมหลักที่ทำประจำและฝ่ายกรรมการเป็นผู้ดำเนินการได้แก่ ประธานชมรมจัดรูปเทียนบูชาพระรัตนตรัยและนำสมาชิกสวดมนต์พร้อมกันนานประมาณ 20 นาที ต่อจากนั้นเป็นการปฏิบัติสมาธิประมาณ 20 ถึง 30 นาที เมื่อเสร็จสิ้นการทำสมาธิ หากมีสมาชิกใหม่ประธานชมรมจะทำพิธีแนะนำสมาชิกใหม่ต่อกลุ่ม ตัวแทนสมาชิกเก่ากล่าวต้อนรับ ในแต่ละครั้งที่พบกันทุกวันศุกร์จะต้องมีการแจ้งข่าวสารประจำวัน ซึ่งอาจเป็นประธานชมรมเป็นผู้แจ้งหรือสมาชิกคนอื่นที่มีข่าวสารและประสงค์จะแจ้งต่อกลุ่มก็สามารถประกาศหรือแจ้งข่าวนั้นด้วยตนเอง ระยะเวลาของการแจ้งข่าวสารไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับจำนวนและความสั้นยาวของข่าวสาร แต่ส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณไม่เกิน 15 นาที เมื่อแจ้งข่าวสารเรียบร้อยแล้วต่อไปเป็นกิจกรรมออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกายที่ปฏิบัติคือโยคะซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที กิจกรรมที่คณะกรรมการอาจเป็นผู้ร่วมดำเนินการกับนักศึกษาพยาบาล หรืออาจารย์พยาบาลหรือคนอื่น อาทิเช่น การบรรยายความรู้หรือวิชาการด้านสุขภาพอนามัย แนวทางการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ การบรรยายธรรม เป็นต้น

2. นักศึกษาพยาบาลกลุ่มฝึกภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ กิจกรรมผู้สูงอายุจำนวนประมาณ 8-12 คน ซึ่งจะทำหน้าที่ต้อนรับผู้สูงอายุตั้งแต่ก้าวเท้าผ่านเข้าประตูวิทยาลัยและพาส่งต่อนักศึกษาผู้ทำหน้าที่ค้นหะเบียนประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต พุศคยและหรือหาผู้สูงอายุไปส่งต่อยังกลุ่มต่อไป งานหลักที่นักศึกษาต้องเตรียมมาร่วมในรายการกิจกรรมของชมรมคือกิจกรรมการบรรยายความรู้วิชาการด้านสุขภาพอนามัยซึ่งอาจใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที และนักศึกษาหลายกลุ่มได้จัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุด้วย นอกจากนั้นนักศึกษาจะทำหน้าที่จัดเตรียมและเสิร์ฟอาหารว่างและเครื่องดื่มแก่ผู้สูงอายุในช่วงเวลาการพักประมาณเวลา

10.00-10.30 น. เมื่อสิ้นสุดรายการกิจกรรมนักศึกษาทำหน้าที่ส่งผู้สูงอายุเพื่อการเดินทางกลับบ้าน หลังจากนั้นนักศึกษาจะต้องเก็บโต๊ะ เก้าอี้ไว้ที่ห้องเก็บของ ส่วนนักศึกษาฝ่ายทะเบียนและการบันทึกจะต้องลงทะเบียน ตรวจสอบการลงบันทึก การเขียนบันทึกรายงานประจำวัน และเก็บเอกสารทั้งหมดให้เรียบร้อย

3. อาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสงขลารับผิดชอบดูแลการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ในแต่ละสัปดาห์ทางวิทยาลัยจัดอาจารย์มาปฏิบัติหน้าที่หมุนเวียนกันไป สัปดาห์ละ 2-3 คน อาจารย์ทำหน้าที่ดูแลการดำเนินการกิจกรรมของชมรม อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ เป็นที่ปรึกษาของนักศึกษาที่ลงฝึกปฏิบัติงาน และอาจารย์หลายคนเข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิกผู้สูงอายุ นอกจากนี้อาจารย์ยังทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำตอบคำถามด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุที่มีข้อสงสัยอีกด้วย

4. เจ้าหน้าที่ฝ่ายโสตทัศนูปกรณ์ ซึ่งจะทำหน้าที่อำนวยความสะดวกเรื่องเครื่องเสียง แสง การบันทึกภาพ เป็นต้น

สมาชิก สมาชิกชมรมจะมาพบปะสังสรรค์กันทุกวันศุกร์ แต่ก็มีจำนวนไม่น้อยที่ไม่มาทุกวันศุกร์ด้วยเหตุผลต่าง ๆ กัน สำหรับสมาชิกที่มาชมรมส่วนใหญ่จะมาถึงชมรมประมาณเวลา 8.00-8.30 น. ส่วนประธานชมรมมักมาถึงชมรมก่อนสมาชิกอื่นและจะทักทายพูดคุยกับทุกคน สมาชิกส่วนใหญ่เดินทางมาชมรมด้วยตนเองลำพังโดยการเดิน การโดยสารรถตุ๊ก ๆ สมาชิกที่ขับรถจักรยานยนต์มาชมรมมีบ้างเป็นจำนวนน้อย และ 2-3 รายที่ต้องมีคนอื่นมาด้วยพร้อมกันอาจเป็นน้องหรือบุตร จากการสังเกตและพูดคุยกับผู้สูงอายุบางคนและอาจารย์ผู้ดูแล พบว่า สมาชิกชายหญิงหลายคู่ที่เป็นสามีภรรยาเก่าแก่มักจะสลับกันมาคือสัปดาห์นี้สามีมาชมรม อีกสัปดาห์ภรรยา มาแต่สามีไม่มา บางคู่คนใดคนหนึ่งมาประจำสม่ำเสมอ แต่อีกคนหนึ่งมาร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ เช่น สามีมาชมรมทุกวันศุกร์ ภรรยาอาจจะมาเดือนละครั้งหรือสองครั้ง เป็นต้น

สมาชิกที่มาชมรมในแต่ละวันศุกร์จำนวนประมาณ 50-70 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เป็นสมาชิกหญิง สมาชิกกลุ่มอายุ 60-70 ปี จะมากกว่ากลุ่มอายุ 71 ปีขึ้นไป สมาชิกทุกคนเมื่อมาถึงชมรมกิจกรรมแรกที่ทำคือ การชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ สมาชิกบางคนจะร่วมทำทุกกิจกรรม บางคนเลือกร่วมบางกิจกรรม เช่นสมาชิกที่ไม่ประสงค์จะร่วมกิจกรรมสวดมนต์ ปฏิบัติสมาธิ ออกกำลังกาย สมาชิกจะนั่งเฝ้าเบาะหรือลุกออกมาจากเก้าอี้จัดเป็นรูปเกือกม้าออกมาอยู่บริเวณโต๊ะกรรมการ เทร่บุญหรือมาคุยกันที่มุมหลังห้องประชุม

หรือบริเวณใต้ทะเลเป็นมาคุยกับนักศึกษาหรืออาจารย์ เป็นต้น เมื่อเวลาของการร่วมกิจกรรมสิ้นสุดลง สมาชิกจะกล่าวคำอำลาต่อกันและเดินทางกลับบ้านซึ่งส่วนใหญ่จะไปกันเป็นกลุ่มอย่างน้อย 2-3 คน และไปแยกทางกันที่ป้ายรถเมล์หน้าวิทยาลัย หรือผู้ที่ขับรถจักรยานยนต์มาจะแยกไปลำพัง

บรรยากาศทั่วไป บรรยากาศทั่วไปของการพบปะสังสรรค์และร่วมกิจกรรมของสมาชิกชมรมเป็นไปด้วยความราบรื่น เต็มไปด้วยมิตรภาพ เสียงพูดคุย ทักทาย รอยยิ้ม เสียงหัวเราะ ความตั้งใจฟังเพื่อนเล่าเรื่อง ท่าทีที่แสดงความสนใจ ความกระตือรือร้นในการพบกัน การรับข่าวสาร การร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อสมาชิกคนใดเค็ดร้อยหรือเจ็บป่วย ปวดเมื่อย หรือมาชมรมด้วยท่าทางที่ผิดปกติ ชิมหรือไม่สดชื่น กรรมการคนใดคนหนึ่งจะเข้าไปคุยด้วยเป็นการส่วนตัวพิเศษ บางคนจะมาคุยปรึกษากับอาจารย์พยาบาล บางรายพบว่าต้องมีการส่งต่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางตรวจรักษา บางวันอาจจะพบว่าขณะที่กลุ่มส่วนใหญ่ร่วมทำกิจกรรมของชมรมอยู่นั้น สำหรับสมาชิกที่มีปัญหาเรื่องกระดูก กล้ามเนื้อ ปวดเมื่อย ปวดศีรษะไม่ทราบสาเหตุ กรรมการฝ่ายแพทย์แผนโบราณจะทำการรักษาด้วยวิธีการนวดแบบแผนไทยให้โดยไม่คิดค่ารักษาแต่อย่างใด ท่าที การพูดคุย การแสดงออกของสมาชิกส่วนใหญ่มีลักษณะที่เอื้อเฟื้อ เต็มใจและพร้อมที่จะช่วยเหลือเพื่อนได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะสมาชิกเก่าที่มาร่วมกิจกรรมชมรมสม่ำเสมอผู้ที่เคยเป็นกรรมการชมรมและกรรมการชมรมชุดปัจจุบัน

แม้ว่าบรรยากาศทั่วไปของการพบและร่วมกิจกรรมของสมาชิกจะสดชื่น เป็นมิตร มีความสนิทสนม เอื้อเฟื้อต่อกัน แต่สิ่งหนึ่งที่ผู้วิจัยสังเกตพบคือ การแบ่งเขตแดนของความเป็นพวกเดียวกันหรือความสนิทด้วยเพศกล่าวคือ สมาชิกหญิงจะนั่งเก้าอี้บริเวณขอบเก้าอี้ด้านขวาและขอบด้านหลัง ส่วนสมาชิกชายจะนั่งด้านขอบซ้ายโดยไม่มีการนั่งแทรกหรือสลับกันระหว่างสมาชิกหญิงและชาย แม้ว่าทั้งคู่นั้นจะเป็นสามี ภรรยา และมาชมรมด้วยกันก็ตาม ยกเว้นประธานชมรมซึ่งเป็นชายที่อาจจะนั่งเก้าอี้ติดกับสมาชิกหญิงหรือนั่งในกลุ่มที่มีแต่สมาชิกหญิง แต่ประธานจะนั่งเพียงชั่วคราวเท่านั้น นอกจากการเลือกที่นั่งในกลุ่มที่พบว่ามี การแบ่งแยกกันชัดเจนแล้วการดำเนินรายการกิจกรรมทั้ง เรื่องของการแจ้งข่าวสาร การออกกำลังกาย การละเล่นนันทนาการต่าง ๆ ถ้าผู้ดำเนินรายการคือประธานชมรม ซึ่งเป็นชายส่วนใหญ่ท่านจะยืนเยื้องไปด้านขอบซ้ายของรูปเก้าอี้ม้าซึ่งสมาชิกชายนั่ง แต่ถ้าผู้ดำเนินรายการเป็นกรรมการฝ่ายบันเทิงซึ่งเป็นหญิงพบว่า จะยืนเยื้องชิดมาทางด้านขอบขวาของรูปเก้าอี้ม้าซึ่งสมาชิกหญิงนั่ง การเล่นเกมส์ หรือ

การออกมาแสดงต่อหน้ากลุ่มของสมาชิก ถ้านักศึกษาผู้ดำเนินรายการไม่กำหนดตำแหน่งที่ยืนตรงกลาง สมาชิกชายจะยืนชิดด้านสมาชิกชายหนึ่ง ส่วนสมาชิกหญิงจะยืนชิดด้านสมาชิกหญิงหนึ่ง เช่นเดียวกัน ผู้วิจัยได้สอบถามอาจารย์พยาบาลที่ดูแลกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุมานานท่านหนึ่ง เกี่ยวกับการนั่งและการแสดงออกที่แบ่งแยกกลุ่มเพศอย่างชัดเจนนี้ ผู้วิจัยได้รับคำตอบว่า "เป็น อย่างนี้มาตั้งแต่ต้น..." อาจารย์เคยจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุเล่นเกมที่ต้องสลับที่นั่งแต่เมื่อจบ เกมส์ปรากฏว่าผู้สูงอายุเดินกลับไปนั่งในกลุ่มเพศเดียวกันตามเดิม แม้ในการจัดงานปีใหม่หรือ งานเลี้ยง งานบุญ ผู้จัดฝ่ายอาจารย์ นักศึกษาพยายามจะจัดให้มีการรวมกลุ่มทั้งชายหญิง แต่ ปรากฏว่าผู้สูงอายุจะอยู่ในกลุ่มเพศเดียวกันเสมอ

การพบทักทาย พูดคุยกันขณะเดินหรือยืน พบว่าผู้สูงอายุแต่ละคนจะขีดเส้นระยะห่าง ระหว่างตนและคู่สนทนาไว้ระยะหนึ่งเสมอ โดยเฉพาะเมื่อยืนสนทนาแม้บางคนบอกว่าตนเองหู ไม่ค่อยดีฟังได้ไม่ค่อยชัด แต่จะต้องยืนห่างจากคู่สนทนาประมาณหนึ่งก้าว (ประมาณ 50 เซนติ เมตร) และถ้าคู่สนทนาเป็นคนต่างเพศระยะห่างจะกว้างมากขึ้นกว่าหนึ่งก้าวเสมอ การเดินเมื่ ออายุจะมากกว่า 70 ปี การเดินไม่สะดวกคล่องแคล่ว แต่จะไม่พบว่าผู้สูงอายุเดินจูงมือกัน ทั้ง ในผู้สูงอายุหญิงและชาย สำหรับการเดินระหว่างผู้สูงอายุหญิงและชายจะเว้นระยะห่างมาก ว่าคนเพศเดียวกันเดินด้วยกัน และเท่าที่ผู้วิจัยสังเกต ผู้สูงอายุแต่ละเพศจะเดินในกลุ่มเพศ เดียวกัน ผู้วิจัยไม่พบว่ามี การสัมผัสแตะต้องหรือจูงมือกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน แต่ผู้วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุนิยมและมีสีหน้า แวดตาที่พึงพอใจและมีความสุข เมื่อนักศึกษาหรืออาจารย์ และแม้ แต่ผู้วิจัยเข้าไปจับมือ จับแขน หรือจูงมือ พาเดินมาเข้ากลุ่ม นักศึกษาฝ่ายต้อนรับมักจะเข้าไป ต้อนรับด้วยความยินดี กระตือรือร้น ช่วยผู้สูงอายุหิ้วของ จับแขนหรือจูงมือในผู้สูงอายุหญิง ส่วน ในผู้สูงอายุชาย นักศึกษามักไม่ได้จูงมือ เพราะส่วนใหญ่ท่านเดินคล่องแคล่ว และท่านค่อนข้าง ระวังระวังตัวและจัดระยะห่างระหว่างตัวท่านกับคนต่างเพศเสมอ แม้จะต่างวัย

ในการมาพบกันทุกวันศุกร์ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุนี้ หลายคนมาทุกครั้งแต่มิได้ร่วม กิจกรรมที่ต้องมีการแสดงออกส่วนตัว เช่นการออกกำลังกาย หรือกิจกรรมนันทนาการ คนกลุ่มนี้ ประมาณ 3-4 คน จะร่วมกิจกรรมแบบเงียบ ๆ มานั่งรวมกลุ่ม รับฟังเรื่องราวที่กรรมการหรือ เพื่อนสมาชิกลำเล้าหรือคุยกันด้วยสีหน้า แวดตาที่มีความสุขโดยไม่ได้พูดสักคำเดียว แม้แต่ การทักทายก็ใช้วิธียกมือไหว้และยิ้ม บุคคลเหล่านี้ปกติมิได้เป็นใบ้ ผู้วิจัยได้มีโอกาสสอบถาม จากกรรมการบางคนเกี่ยวกับเรื่องสมาชิกที่ค่อนข้างเงียบกลุ่มนี้ได้ความว่า "...คนพวกนี้ก็ปกติดี ทั้งร่างกาย จิตใจ และมีครอบครัวที่รักใคร่กันดี ฐานะทางเศรษฐกิจจัดอยู่ในกลุ่มที่มีกินมีใช้

เป็นคนค่อนข้างขี้อาย แต่ถ้าขอความร่วมมือหรือขอความช่วยเหลือให้ทำอะไร หากเขาสามารถทำได้จะยินดีช่วยทำเต็มที่ แต่ก็ไม่ค่อยพูด..." ในเรื่องนี้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์สมาชิกคนอื่น ๆ ว่ามีความรู้สึกอย่างไรกับสมาชิกบางคนที่ยึดบงกช แต่ทุกคนตอบคล้าย ๆ กันและที่ตรงกันคือ "คนพวกนี้ไม่ได้รับกอนหรือทำให้บรรยากาศของการทำกิจกรรมเสีย เพียงแต่ว่าวันไหนมาแล้วไม่พบกันไม่ได้มีให้กันรู้สึกเหมือนจะขาด ๆ อะไรไปสักอย่าง...." บางคนกล่าวว่า ตนคอยสังเกตความรู้สึกเขาไม่ค่อยแจ่มใส หรือเงยบลงกว่าปกติ ก็จะคุยกันกับเพื่อนหรือกรรมการและหาทางช่วย

การนัดพบปะสังสรรค์ จัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมกลุ่มแบบการจัดตั้งกลุ่มที่มีระเบียบกฎเกณฑ์ และกิจกรรมที่จัดมีลักษณะที่ทันสมัย เช่นการออกกำลังกาย ซึ่งผู้สูงอายุกล่าวว่า "สมัยก่อนเรื่องกีฬา การออกกำลังกายเป็นเรื่องของเด็กไม่ใช่เรื่องของคนแก่ แล้วอยู่ ๆ จะให้คนแก่ลุกขึ้นมาเต้นแบบเด็ก ๆ ตอนแรก ๆ ก็รู้สึกฝืน แต่คนอื่นเขาทำก็ลองทำ บ่อย ๆ เข้าก็ชิน เพราะทุกคนทำ และเมื่อทำแล้วรู้สึกร่างกายแข็งแรงดี นอนหลับสบาย ก็ชวนกันทำ..." บางคนกล่าวว่า "เมื่อมาเข้าโรงเรียนใหม่ ต้องหัดต้องฝึก (การออกกำลังกาย) มีคนมาพูดมาสอน ทำอะไรต้องคอยดูว่าคนอื่นจะทำยังไงบ้างเราจะทำได้ไม่แปลกกว่าเขา แต่ก็ดีได้มีเพื่อน.." หลายคนบอกว่า "การมาร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นใจ มีพรรคพวก เกิดอะไรขึ้นก็ยังมีคนช่วยเหลือ เจ็บป่วยก็มีคนไปเยี่ยม" การรวมกลุ่มแบบชมรมผู้สูงอายุและการจัดกิจกรรมต่าง ๆ มีลักษณะที่อาศัยแนวคิดและวัฒนธรรมของประเทศตะวันตก แต่ผู้สูงอายุก็สามารถดำเนินการได้อย่างราบรื่น แต่จะพบว่าภายในกรอบหรือโครงสร้างแบบวัฒนธรรมตะวันตกนั้นบรรยากาศภายในกลุ่มยังแสดงออกถึงระเบียบ ประเพณี วัฒนธรรมไทยที่ฝังมาอยู่อย่างมาก อาทิเช่น การไหว้ผู้อาวุโสกว่า การแสดงความเมตตา เอื้อเฟื้อต่อกัน การแสดงกิริยาสุภาพสนทนาที่พอเหมาะพอควร เพราะ "ไม่ใช่เด็ก ๆ จะทำเอะอะมะเทิ่ง ไม่ควร แก่แล้วต้องทำตัวให้ลูกหลานนับถือ" ส่วนการแสดงความรู้สึก ความใส่ใจหรือการแสดงออกเกี่ยวกับเรื่องเพศ การพูดคุยกับเพื่อนต่างเพศ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้พบว่าผู้สูงอายุมีการแสดงออกที่ค่อนข้างระมัดระวังตัวทั้งในเรื่องการนั่ง การยืน การเดิน การสนทนา การสัมผัส เพราะ "...เป็นคนไทย ไม่ใช่ฝรั่งจะมาจับไม้จับมือ..." "...เราเป็นผู้ชายต้องให้เกียรติผู้หญิง..." "แก่แล้วเขาจะว่าเป็นเฒ่าหัวงู.." "เป็นผู้หญิงจะทำท่าก้ำกั้นไม่งาม ยิ่งอายุมากยิ่งต้องวางตัวให้ดี" "จะเป็นหญิงหรือชาย ก็ต้องให้ความนับถือ ไม่ล่วงเกินเพราะเขาก็มีลูกหลานนับถือ" "ถ้าเราวางตัวดี คนจะเกรงใจและ

นับถือ" "ทำไม่ดีจะเป็นตัวอย่างไม่ดีให้เด็ก ๆ เห็นแล้วทำตาม ไม่ชอบแบบฝรั่งที่เด็กสมัยนี้ทำ บางคนทำน่าเกลียดมาก สงสารพ่อแม่สมัยนี้ น่าเป็นห่วง"

บรรยากาศของกลุ่มนอกจากจะสดชื่น แจ่มใส สมาชิกมีความสามัคคี ความอบอุ่น นับถือซึ่งกันและกันแล้ว ความเต็มใจความตั้งใจที่จะช่วยเหลือผู้อื่นเป็นอีกสิ่งหนึ่งที่ทุกคนสัมผัสได้ ไม่ว่าคนนั้นจะมีฐานะอย่างไร แต่ละคนให้ความช่วยเหลือตามอัธยาศัยของตนด้วยความรู้สึกที่ "เรามีอะไรก็แบ่งปันกัน" "เราช่วยเขาได้ควรช่วย ไม่ควรนิ่งดูตาย" "เขาก็เป็นลูกหลานไทย ถ้าให้โอกาสสนับสนุนเขาเรียน เขาเป็นคนดีวันนี้ อนาคตเขาเป็นคนดี ชาติก็เจริญ" "ยังงี้ ๆ ก็คบบ้านเดียวกัน เขาขาด เรามีเหลือจะให้เขาได้ก็ช่วยกัน" "เราไม่มีทรัพย์ให้ เราก็ให้น้ำใจ ช่วยออกแรงให้ก็ได้" "ช่วยคนนี้ได้บุญนะ แล้วบุญก็สนองตอบด้วย อย่างป้าเลี้ยงเด็กกำพร้า เพราะสงสารเขา ตอนนี้อ้าแก่เขาก็มาดูแลป้า" ความรู้สึกเหล่านี้ที่ผู้วิจัยได้รับฟังและถ่ายทอดออกมาเ็นที่ประจักษ์แล้วว่าในกลุ่มสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแห่งนี้ ยังเต็มไปด้วยบรรยากาศ และความคิดความรู้สึกของผู้สูงอายุว่าการอยู่ร่วมกันควรช่วยเหลือกัน ผู้ที่มีฐานะหรือศักยภาพสูงกว่าควรเป็นผู้ให้ความอุปถัมภ์แก่ผู้ที่ด้อยกว่าหรือแม้แต่ผู้ฐานะเท่าเทียมกันซึ่งขึ้นอยู่กับสถานการณ์ โอกาส

สำหรับการจัดกิจกรรมพิเศษนั้นปรากฏว่าได้รับความสนใจจากสมาชิกอย่างกว้างขวาง และได้รับความร่วมมือไปร่วมงานจำนวนมาก ในช่วงที่ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและมีโอกาสได้เห็นภาพที่ประทับใจในความสมัครสมานสามัคคี ความร่วมมือร่วมใจของมวลสมาชิกอย่างพร้อมเพียง สมาชิกที่ขาดการไปร่วมกิจกรรมปกติทุกวันศุกร์จำนวนมากมาร่วมกิจกรรมพิเศษของชมรมคือ งานเทศกาลมหาชาติ 13 กัณฑ์ ติดต่อกันจนจบ และงานการเดินการกุศลของ จังหวัดสงขลา ซึ่งสมาชิกชมรมจำนวนมากร่วมลงเดินแข่งขันและสามารถคว้ารางวัลชนะเลิศในประเภทผู้สูงอายุด้วย สำหรับสมาชิกบางคนที่ไม่ได้ลงเดินแข่งขันต่างก็ซื้อบัตรและไปเป็นกองเชียร์ให้กับสมาชิกที่เข้าแข่งขันกันอย่างสนุกสนาน นอกจากนี้ในช่วงต้นภาคการศึกษาที่สอง สมาชิกชมรมยังพร้อมใจกันให้ทุนการศึกษาแก่นักศึกษาพยาบาลของวิทยาลัยพยาบาลสงขลาจำนวน 1 ทุน ซึ่งในวันที่ทำพิธีมอบทุนนั้นปรากฏว่าสมาชิกชมรมเดินทางมาถึงชมรมตั้งแต่เช้ามืดก่อน 8.00 น. จำนวนมากสมาชิกที่นาน ๆ จะมาชมรมสักครั้งในวันนี้ได้มาร่วมพิธีด้วย

เมื่อกล่าวโดยสรุปชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลาถือกำเนิดขึ้นจากแนวความคิดของบุคลากรทางการพยาบาลที่ประสงค์จะให้ชมรมผู้สูงอายุเป็นแหล่งให้บริการแก่ชุมชนในด้านที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้ที่จะมีครบเป็นสมาชิกจะต้องมีคุณสมบัติคือ อายุ 55 ปีขึ้นไป การจัดบริการให้ผู้สูงอายุจัดในลักษณะของกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริม ป้องกันฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุเป็นหลัก รูปแบบกิจกรรมที่จัดเป็นกิจกรรมปกติทุกวันศุกร์ เวลา 8.00-12.00 น. ได้แก่ กิจกรรมด้านศาสนา การออกกำลังกาย การบรรยายความรู้ วิชาการ การตรวจวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก และนันทนาการ ส่วนกิจกรรมพิเศษจะจัดขึ้นในโอกาสต่าง ๆ และตามฤดูกาล อาทิ กิจกรรมการทัศนศึกษา การทำบุญ การตรวจร่างกายโดยแพทย์ เป็นต้น ในการจัดกิจกรรมปกติทุกวันศุกร์เป็นความร่วมมือระหว่างกรรมการชมรมผู้สูงอายุ นักศึกษา พยาบาลและอาจารย์พยาบาลวิทยาลัยพยาบาลสงขลา บรรยาภาศทั่วไปของการพบปะและทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกชมรมเป็นไปฉันท์พี่น้อง สม่ำเสมอ คัดชั้น แจ่มใสช่วยเหลือเอื้อเฟื้อต่อกัน และการแสดงออกตามมารยาท ประเพณี และวัฒนธรรมไทยที่ดีงามมาแต่โบราณ จำนวนผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละวันศุกร์ประมาณ 50-70 คน ส่วนจำนวนผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกเพื่อการสัมภาษณ์ระดับลึกตามคุณลักษณะทางชีวสังคมเฉพาะที่กำหนดและการเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ 26 ราย

บทที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในบทที่ 4 นี้ผู้วิจัยแบ่งหัวข้อเป็น 3 ส่วน ได้แก่ส่วนที่หนึ่ง การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่สอง การวิเคราะห์การรับรู้กระบวนการสูงอายุของผู้สูงอายุ ส่วนที่สาม การวิเคราะห์การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการสืบค้นหาคำตอบต่อปัญหาการวิจัย การรับรู้กระบวนการสูงอายุของบุคคลเริ่มเมื่อใด กระบวนการสูงอายุมีการดำเนินการหรือการเปลี่ยนแปลงอย่างไร และผู้สูงอายุมีการรับรู้คุณภาพชีวิตอย่างไร

1. ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงตามการร่วมกิจกรรมชมรมและลักษณะทางชีวสังคมได้แก่อายุ เพศ สถานภาพสมรสและการศึกษา

การร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยจำแนกลักษณะการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มคือการร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ และการร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอจำนวนกลุ่มละ 16 ราย ผลของการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลของผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอได้จำนวน 14 ราย และกลุ่มร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอจำนวน 12 ราย จำนวนผู้สูงอายุที่ขาด 6 รายเป็นชายทั้งหมด สาเหตุของจำนวนผู้สูงอายุไม่ครบตามกำหนด เนื่องจากผู้สูงอายุขาดคุณสมบัติอื่นตามที่กำหนดคุณสมบัติสำคัญที่ขาดมากคือ เพศชาย อายุ 60-70 ปี จำนวน 5 ราย อายุ 71 ปีขึ้นไป 1 รายสถานภาพสมรสไม่มีคู่ การศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 หรือต่ำกว่า ในชมรมผู้สูงอายุแห่งนี้ตามปกติสมาชิกผู้สูงอายุชายมีจำนวนน้อยคือประมาณร้อยละ 10 เท่านั้นเมื่อนำคุณสมบัติอื่นที่เฉพาะเจาะจงเข้ามาร่วมพิจารณาด้วยจึงทำให้จำนวนผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติครบถ้วนลดน้อยลงไปอีก โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณสมบัติเกี่ยวกับสถานภาพสมรสไม่มีคู่ในผู้สูงอายุชาย เพราะผู้สูงอายุชายทุกอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่

การร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ผู้สูงอายุให้เหตุผลว่าเพราะ "ติดธุระ" ในกลุ่มผู้สูงอายุหญิงการติดธุระได้แก่ การอยู่บ้านเลี้ยงหลาน การดูแลผู้สูงอายุ (มารดาของผู้สูงอายุ) ในกลุ่มผู้สูงอายุชาย การติดธุระได้แก่ การทำธุระให้ภรรยาและบุตรที่ยังเฝ้าติดกับวันศุกร์เช้า ส่วนการติดธุระที่เหมือนกันของผู้สูงอายุหญิงและชายคือ การไปทำบุญ

ที่วัดในวันพระที่ตรงกับวันศุกร์ การช่วยงานบุญของเพื่อนบ้านเช่นงานบวช งานทำบุญบ้าน เป็นต้น การเดินทางไปแสวงบุญหรือปฏิบัติธรรม ณ ต่างจังหวัดตามโครงการต่าง ๆ ที่จัดขึ้น เช่น โครงการอบรมและปฏิบัติธรรม ณ ส่วนโมกข์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นต้น หรือการไปเยี่ยมบุตรหลานต่างจังหวัดหรือต่างอำเภอ จะเห็นว่าการติดธุระของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับงานบุญกุศลและการให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น และเป็นที่น่าสังเกตคือสาเหตุของการมาร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอไม่เกี่ยวกับเรื่องความเจ็บป่วยหรือความรู้สึกไม่อยากมาชมรม ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะการมาชมรมทุกวันศุกร์ ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องการวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนักเป็นประจำทำให้ผู้สูงอายุท่านใดมีปัญหาสุขภาพจะสามารถปรึกษากับอาจารย์หรือนักศึกษาพยาบาลหรือกรรมการฝ่ายแพทย์แผนโบราณประจำชมรมซึ่งทุกฝ่ายยินดีให้คำปรึกษาช่วยเหลือตลอดเวลา ซึ่งเท่ากับที่ผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพทุกวันศุกร์

อีกประการหนึ่งการมาชมรมผู้สูงอายุจะได้พบปะสังสรรค์กับเพื่อนรุ่นเดียวกันเป็นการคลายเหงา ซึ่งผู้สูงอายุทุกคนให้เหตุผลของการสมัครเป็นสมาชิกชมรมและมาร่วมกิจกรรมชมรมว่าเพราะต้องการพบเพื่อนได้พูดคุยทำให้ไม่เหงา ดังนั้นจึงพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่ขาดไปเนื่องจากข้อจำกัดเรื่องคุณสมบัติเฉพาะเจาะจงที่ผู้วิจัยกำหนดเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุชาย ซึ่งปกติก็มีจำนวนน้อยอยู่แล้ว เมื่อต้องพิจารณาคุณสมบัติเฉพาะหลายประการพร้อม ๆ กัน จึงทำให้เหลือจำนวนยิ่งน้อยลงไปจนขาดในที่สุด ส่วนการร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุที่ไม่ติดธุระจะมาร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ ฉะนั้นจึงสรุปได้ว่า "ธุระ" เกี่ยวกับงานบุญ การช่วยเหลือบุคคลอื่นเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ

อายุ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป แต่กลุ่มใหญ่มีอายุระหว่าง 60-70 ปี รองลงมาอายุ 71 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูลที่ขาดไปคือกลุ่มอายุ 60-70 ปี 5 ราย อายุ 71 ปีขึ้นไป 1 ราย- การที่จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-70 ปีขาดมากกว่ากลุ่มอายุ 71 ปีขึ้นไปทั้ง ๆ ที่จำนวนสมาชิกชมรมที่มีอายุ 60-70 ปี มีมากกว่าทุกอายุเพราะข้อจำกัดเรื่องคุณสมบัติที่กำหนดคร่าว ๆ ได้แก่ เพศชายและสถานภาพสมรสไม่มีคู่ และระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 หรือต่ำกว่า

ในชมรมผู้สูงอายุแห่งนี้ ผู้สูงอายุชายอายุ 60-70 ปี มีจำนวนน้อยกว่าผู้สูงอายุหญิงซึ่งอาจเนื่องจากการมีอายุขัยเฉลี่ยของผู้สูงอายุชายต่ำกว่าหญิงจำนวนจึงน้อยกว่า อีกประการหนึ่งกลุ่มอายุ 60-70 ปี ส่วนใหญ่ยังคงมีสุขภาพอนามัยแข็งแรง กระฉับกระเฉง ผู้สูงอายุชายส่วนใหญ่จึงอาจจะยังทำงานของตนและมิได้สมัครเป็นสมาชิกชมรม ดังเช่นผู้สูงอายุหญิงกลุ่ม

อายุ 60-70 ปี บางรายตอบว่า สามมีได้เป็นสมาชิกชมรมและยังทำงานซึ่งบางรายทำงานได้ ค่าตอบแทน สำหรับกิจกรรมของชมรมเป็นกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนความแข็งแรงด้านสุขภาพกาย จิต และสังคมมากกว่าด้านอื่น โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นจึงอาจเป็นไปได้ที่ชมรมมิได้มี สิ่งดึงดูดหรือจูงใจให้ผู้สูงอายุชายกลุ่มอายุ 60-70 ปีที่ยังทำงานเพื่อผลทางเศรษฐกิจสมัครเข้า เป็นสมาชิกและร่วมกิจกรรมชมรม ทำให้การวิจัยครั้งนี้ขาดผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-70 ปีเพศชาย หลายคน

เพศ ผู้สูงอายุทั้งสองเพศมีโอกาสสมัครเป็นสมาชิกชมรมและร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุเท่าเทียมกัน แต่สมาชิกของชมรมเป็นผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย ทั้งนี้อาจเป็น เพราะการทำงานของผู้สูงอายุชาย โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 60-70 ปี หรืออาจเป็นเพราะผู้สูงอายุชายมีกลุ่ม ชมรม สมาคมของตนอยู่แล้วอันเนื่องมาจากการ อาชีพก่อนอายุ 60 ปี เช่น ชมรมข้าราชการทหาร ตำรวจ ชมรมข้าราชการบำนาญ กลุ่มเกษตรกร เป็นต้น การมีกลุ่ม ของตน และการทำงานของผู้สูงอายุชายอาจทำให้ผู้สูงอายุชายสนใจเฉพาะสิ่งที่ใกล้ตัวที่คุ้นเคย มากกว่าและไม่สนใจมากนักในการแสวงหากลุ่มหรือเพื่อนใหม่ จึงพบผู้สูงอายุชายเป็นสมาชิก ชมรมจำนวนน้อย

ในผู้สูงอายุหญิงส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน เมื่อก่อนอายุ 60 ปีและปัจจุบันก็เป็นแม่บ้าน ใน กลุ่มนี้ผู้สูงอายุมีโอกาสน้อยที่จะออกไปพบปะสังสรรค์หรือเข้าสังคมทั้ง ๆ ที่ผู้สูงอายุต้องการเพื่อน แม่ผู้สูงอายุจะมีการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนบ้าน แต่ก็เป็น การพบปะบุคคลในกลุ่มเล็กและอาจจะ ต่างวัย ขณะที่ชมรมผู้สูงอายุเป็นศูนย์รวมการพบปะสังสรรค์ ช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการดังคำตอบของผู้สูงอายุหญิงบางรายที่ตอบว่า "มาชมรมได้พบปะพูดคุยกับเพื่อนไม่เหงา" นอกจากนี้การสมัครเป็นสมาชิกพบว่าผู้สูงอายุหญิง ได้รับการชักชวนจากสมาชิกเก่าที่เป็นเพศเดียวกัน ดังนั้นชมรมจึงเป็นแหล่งดึงดูดความสนใจ ผู้สูงอายุหญิงมาสมัครเป็นสมาชิกมากกว่าผู้สูงอายุชาย และพบผู้สูงอายุหญิงเป็นสมาชิกชมรมมากกว่าผู้สูงอายุชาย

สถานภาพสมรส ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติด้านสถานภาพสมรสคู่และไม่มี คู่จำนวนกลุ่มละ 16 ราย แต่พบผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ 15 ราย ส่วนผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ สมรสหย่า แยกหรือโสด (ไม่มีคู่) พบ 11 ราย จำนวนผู้สูงอายุที่ขาดหายไปคือผู้สูงอายุ ชายสถานภาพสมรสคู่ 1 ราย สถานภาพสมรสไม่มีคู่ 5 ราย

สาเหตุของการพบผู้สูงอายุสถานภาพสมรสไม่มีคู่จำนวนน้อยอาจเป็นเพราะ จำนวนผู้สูงอายุชายที่มีจำนวนน้อย และการแต่งงานใหม่ของผู้สูงอายุชายภายหลังภรรยาเสียชีวิต ซึ่งมีมากกว่าผู้สูงอายุหญิงที่สูญเสียสามี ผู้สูงอายุชายส่วนใหญ่จึงมีสถานภาพสมรสคู่ ขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีสถานภาพสมรสหม้ายจำนวนมากกว่า

การศึกษา ผู้วิจัยจำแนกระดับการศึกษาของผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และต่ำกว่า และระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 กลุ่มละ 16 ราย แต่ที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ พบผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และต่ำกว่าจำนวน 12 ราย และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 14 ราย การเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาตามที่กำหนดได้ไม่ครบถ้วน เพราะข้อจำกัดเรื่องคุณสมบัติร่วมอื่นคือเพศชายซึ่งมีจำนวนน้อย

การสมัครเป็นสมาชิกชมรมแห่งนี้ มิได้ระบุเกณฑ์ระดับการศึกษา จากการสำรวจข้อมูลทั่วไปพบว่า สมาชิกชมรมมีระดับการศึกษาตั้งแต่ต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และสูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 จนถึงระดับปริญญาโทในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่มชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และสูงกว่า จากการสังเกตและสัมภาษณ์ความคิดเห็นและความรู้สึกต่อการเรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และมิได้เรียนต่อในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจที่เรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงเพราะสมัยที่ผู้สูงอายุเป็นเด็กนั้น โดยทั่ว ๆ ไปผู้ปกครองให้เด็กชายเรียนจนจบการศึกษาภาคบังคับคือชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และอาจจะให้เรียนต่อ ส่วนเด็กหญิงอาจจะไม่ได้ส่งเข้าเรียนหรือถ้าส่งเข้าเรียนเมื่อจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มักไม่ได้เรียนต่อต้องออกมาช่วยทำงานบ้าน

การส่งเสริมให้เด็กชายเรียนหนังสือ แต่ไม่ส่งเสริมให้เด็กหญิงเรียนหนังสือน่าจะเป็นเรื่องค่านิยมของคนสมัยนั้นที่นิยมให้เด็กชายเรียนหนังสือ เพื่อทำการราชการเป็นเจ้าคนนายคนหรืออย่างน้อยก็สามารถช่วยตัวเองและหาเลี้ยงครอบครัวได้ ขณะที่เด็กหญิงต้องอยู่กับเหย้าเฝ้ากับเรือน มีความสามารถในการเรื่องการบ้านการเรือน การดูแลครอบครัวซึ่งสิ่งเหล่านี้เด็กหญิงสามารถเรียนรู้รับการถ่ายทอดจากแม่หรือญาติผู้หญิงในครอบครัวได้ จึงไม่ต้องไปเรียนในโรงเรียนก็ได้ อีกประการหนึ่งเรื่องของสถานที่เรียนคือโรงเรียนส่วนใหญ่เป็นโรงเรียนวัด ครูผู้สอนเป็นพระหรือครูชาย ซึ่งผู้ปกครองยินดีส่งบุตรชายไปเรียนด้วยมากกว่าจะส่งบุตรหญิง และประการสุดท้ายงานอาชีพของคนหนุ่มสาวสมัยเมื่อ 50-60 ปีที่ผ่านมา ผู้ใหญ่มีความคิดเห็นว่าการทำงานอาชีพเป็นเรื่องของบุรุษ กล่าวคือตำแหน่งหน้าที่การงานเหมาะสมกับบุรุษ สำหรับ

สตรีหาคำแทนงานที่เหมาะสมยาก จึงพบว่าผู้สูงอายุหญิงที่ปัจจุบันอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะ 71 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 หรือต่ำกว่า ส่วนผู้สูงอายุชายส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

ในเรื่องการศึกษาของผู้สูงอายุคงได้กล่าวมานี้จะเห็นได้ว่า ในชมรมผู้สูงอายุได้รับการศึกษาจนจบการศึกษาภาคบังคับเป็นกลุ่มใหญ่พอสมควร ซึ่งเป็นไปตามกระแสความนิยมของกาลสมัย ผู้ที่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มีความภาคภูมิใจในการศึกษาของตนเพราะนับเป็นผู้มีความรู้ความสามารถคนหนึ่ง และผู้สูงอายุรุ่นเดียวกันจำนวนมากที่จบการศึกษาระดับนี้ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึก "เป็นพวกเดียวกัน" ดังนั้น จึงพบว่า สมาชิกชมรมเป็นผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และสูงกว่าในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน และการมาร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุก็เป็นไปอย่างเสมอภาคมิได้มีมด้อย

นอกจากการร่วมกิจกรรม อายุ เพศ สถานภาพสมรสและการศึกษา ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่ผู้วิจัยกำหนดอย่างเจาะจงแล้ว ผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูลยังมีลักษณะทั่วไปอื่น ๆ ที่น่าสนใจดังรายละเอียดต่อไปนี้

ในจำนวนผู้สูงอายุ 26 รายนี้ความแตกต่างกันในด้านการประกอบอาชีพหลักก่อนอายุ 60 ปี อาชีพต่าง ๆ เหล่านี้ได้แก่ ทำนา แม่บ้าน ค้าขาย รับราชการ (ตุลาการ ครู ตำรวจ ทหาร ปลัดอำเภอ ศึกษาธิการอำเภอ เจ้าหน้าที่จัดเก็บรายได้) พนักงานบริษัทเอกชน ขับรถแท็กซี่ ขับรถตุ๊ก ๆ ช่างตัดเย็บเสื้อผ้า ส่วนการประกอบอาชีพในปัจจุบันส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่ประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุเพียง 4 รายเท่านั้นที่ตอบว่ายังประกอบอาชีพ และนำรายได้จากการประกอบอาชีพนั้นมาใช้เลี้ยงชีวิตและครอบครัวในขณะนี้ อาชีพเหล่านั้นได้แก่ การค้าขายเล็ก ๆ น้อย ๆ ปลุกผัก หนองนวดแผนไทยและการปรุงยาสมุนไพร จะเห็นว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมิได้ประกอบอาชีพซึ่งทำให้มีเวลาที่จะเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม แต่สำหรับผู้สูงอายุที่ยังประกอบอาชีพพบว่า เป็นอาชีพอิสระที่ผู้สูงอายุพอจะหาเวลาว่างได้ ทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรมได้ อาจกล่าวได้ว่า ถ้าผู้สูงอายุไม่ต้องรับภาระในการทำงาน ประกอบอาชีพที่ผูกมัดผู้สูงอายุในเรื่องเวลามากนัก ผู้สูงอายุจะมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมชมรม

รายได้ ผู้สูงอายุได้รับเงินรายได้จากแหล่งต่าง ๆ กัน สำหรับผู้สูงอายุที่เคยรับราชการ ปัจจุบันรับเงินรายได้จากการเป็นข้าราชการบำนาญ ซึ่งส่วนใหญ่ตอบว่าเงินรายได้ที่ได้รับพอใช้คือประมาณ 2,500-20,000 บาท ในจำนวนผู้รับเงินบำนาญนี้มีเพียงหนึ่งรายตอบว่าไม่พอใช้คือได้รับเงินบำนาญเดือนละ 721 บาท ซึ่งน้องของผู้สูงอายุจะส่งเงินมาให้เพิ่มเติม

ทุกเดือนเดือนละ 500 บาท ผู้สูงอายุกล่าว "...ก็พอแต่บางเดือนก็ไม่พอสั่งข้าวอย่างประหยัดมาก" ส่วนผู้สูงอายุที่มีได้ประกอบอาชีพใดในปัจจุบันได้รับเงินรายได้จากแหล่งต่าง ๆ กัน ส่วนใหญ่รับจากบุตรและเงินค่าเช่าบ้านในจำนวนไม่เท่ากัน ผู้ที่ได้รับจำนวนต่ำที่สุดเท่ากับ 800 บาท และสูงที่สุดเท่ากับ 4,500 บาท ทุกคนตอบว่าพอใช้จ่าย แต่บางรายกล่าวว่าต้องใช้อย่างประหยัด ผู้สูงอายุ 4 รายที่ยังคงประกอบอาชีพ ในปัจจุบันนั้นพบว่า ผู้ที่มีรายได้ต่ำสุดมี 1 ราย ได้รับเงินรายได้จากการประกอบอาชีพปลูกผักขายเดือนละประมาณ 200 บาท และรายได้สูงสุดในกลุ่มนี้ประมาณ 3,000 บาท ทุกคนตอบว่าพอใช้จ่าย จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีแหล่งรายได้ที่แน่นอน มีความมั่นคงในเรื่องเศรษฐกิจพอสมควรทำให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรมได้

อายุแรกสมรส ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่มีอายุแรกสมรสน้อยที่สุดในหญิงเท่ากับ 17 ปี ปัจจุบันมีอายุ 76 ปี สถานภาพสมรสหม้ายให้กำเนิดบุตรเกิดรอดจำนวน 8 คน และมีหลาน 13 คน อายุแรกสมรสน้อยที่สุดในผู้สูงอายุชายเท่ากับ 23 ปี ปัจจุบันอายุ 70 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีบุตร 9 คน และหลาน 6 คน ส่วนอายุแรกสมรสมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุหญิงเท่ากับ 35 ปี ปัจจุบันอายุ 72 ปีแยกกันอยู่กับสามีมานาน 30 ปีแล้ว ปัจจุบันอาศัยอยู่คนเดียวตามลำพัง มีบุตร 1 คน ไม่มีหลาน และในผู้สูงอายุชายอายุแรกสมรสมากที่สุดเท่ากับ 47 ปี ปัจจุบันอายุ 73 ปี สถานภาพสมรสคู่มีบุตร 4 คน หลาน 2 คน จำนวนบุตรมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้เท่ากับ 9 คน และน้อยที่สุดคือไม่มีบุตร

บุคคลที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ด้วยประจำ พบว่าผู้สูงอายุพักอาศัยกับบุตรมากที่สุด 7 ราย (บุตรหญิงมากกว่าบุตรชาย) รองลงมาคืออยู่อาศัยกับคู่สมรสจำนวน 6 ราย พักอาศัยกับคู่สมรสและบุตรจำนวน 4 ราย อาศัยอยู่คนเดียว 3 ราย ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดจำนวน 25 รายตอบว่าตนเองมีห้องพักเป็นสัดส่วน ส่วนตัว ผู้สูงอายุเพียง 1 รายตอบว่านอนห้องเดียวกันกับมารดา

ระยะทาง ในเรื่องของระยะทางจากบ้านพักถึงชมรมผู้สูงอายุใกล้ที่สุดคือประมาณ 150 เมตร ใกล้ที่สุดคือ 50 กิโลเมตร ในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มอายุ 60-70 ปี ระยะทางจากบ้านพักถึงชมรมผู้สูงอายุใกล้ที่สุดเท่ากับ 1 กิโลเมตร ใกล้ที่สุด 13.5 กิโลเมตร ในกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 71 ปีขึ้นไป ระยะทางจากบ้านพักถึงชมรมผู้สูงอายุใกล้ที่สุดเท่ากับประมาณ 150 เมตร ใกล้ที่สุดเท่ากับ 50 กิโลเมตร (1 ราย) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เดินทางมาชมรมตามลำพัง โดยการเดินและบางรายนั่งรถโดยสารหรือขับรถจักรยานยนต์มาเอง เป็นที่น่าสังเกตว่าระยะทางระหว่างบ้านพักถึงชมรมผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุ 71 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่มีระยะทางสั้นกว่ากลุ่ม

อายุ 60-70 ปี เมื่อตัดรายที่ระยะทางไกล 50 กิโลเมตร ซึ่งมีเพียง 1 รายออก เมื่อตรวจ สอบแต่ละรายพบว่าระยะทางไกลที่สุด 50 กิโลเมตร 1 ราย 7 กิโลเมตร 1 ราย 5 กิโลเมตร 1 ราย คนอื่น ๆ ต้องเดินทางในระยะทางระหว่าง 150 เมตร ถึง 2 กิโลเมตร ขณะที่กลุ่ม ผู้สูงอายุ 60-70 ปี ระยะทางไกลที่สุดเท่ากับ 13.5 กิโลเมตร 1 ราย ระยะไกลที่สุดเท่ากับ 1 กิโลเมตร 3 ราย คนอื่น ๆ ต้องเดินทางระหว่าง 2-7 กิโลเมตร ในที่นี้อาจกล่าวได้ ว่าระยะทางที่ไม่ไกลเกินไปและความสะดวกในการเดินทางอาจมีส่วนทำให้ผู้สูงอายุเดินทางมา ชมรม เพราะผู้สูงอายุถือว่าการเดินทางชมรมเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง ซึ่งผู้สูงอายุใน ชมรมส่วนใหญ่ถือเป็นข้อควรปฏิบัติเป็นประจำ

2. การรับรู้กระบวนการสูงอายุ

ในการศึกษาเรื่องการรับรู้กระบวนการสูงอายุของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจะพิจารณาตามแนว คิดเรื่องกระบวนการสูงอายุ 4 กระบวนการได้แก่ กระบวนการสูงอายุตามวัย กระบวนการสูง อายุตามสภาพชีววิทยา กระบวนการสูงอายุตามสภาพจิตใจ และกระบวนการสูงอายุตามสภาพ สังคม

กระบวนการสูงอายุตามวัย ผลการศึกษาการรับรู้กระบวนการสูงอายุตามวัย พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้รับรู้ว่สังคมกำหนดเกณฑ์อายุของบุคคลที่เป็นผู้สูงอายุคือ อายุ 60 ปี สำหรับผู้ที่ ประกอบอาชีพรับราชการหรือบริษัทเอกชนจะเกษียณอายุงานเมื่ออายุ 60 ปี ส่วนผู้สูงอายุทั่วไป มีการรับรู้เรื่องนี้เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพรับราชการ แม้ว่าผู้สูงอายุเหล่านั้นมิได้ เปรียบเทียบการเกษียณอายุงานเมื่ออายุ 60 ปี ที่เป็นเช่นนั้นน่าจะเนื่องจากผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในสังคม เมืองที่มีระเบียบ กติกาของสังคมอย่างเดียวกันและมีการเรียนรู้ซึ่งกันและกันในเรื่องนี้

ในการรับรู้กระบวนการสูงอายุ ผู้สูงอายุมิได้รับรู้กระบวนการสูงอายุตามวัยเพียง กระบวนการเดียวโดด ๆ แต่จะมีกระบวนการสูงอายุอื่นร่วมด้วยเช่น กระบวนการสูงอายุตาม สภาพชีววิทยาที่ผู้สูงอายุมักกล่าวถึงคือเรื่องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเช่นผิวแห้งเหี่ยว่น ตาฝ้าฟาง ความแข็งแรงของร่างกาย เป็นต้น ซึ่งแสดงถึงการรับรู้ที่พิจารณาตามเกณฑ์อายุที่สังคมกำหนด และที่พิจารณาตามสภาพร่างกายของตนเองควบคู่กันไป

"ตอนเกษียณใหม่ ๆ แข็งแรงกระฉับกระเฉงไม่แก่เลย มาปีที่แล้วรู้สึกกำลังวังชาลดลง พอใช้ คงจะเริ่มแก่ ป็นอายุย่าง 72 ปี" (ชายอายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่า

ป.4)

"ผิวหนังเหี่ยวเหี่ยวเห็นชัดขึ้น ผมหงอกเยอะกว่าเมื่อก่อน นี้อายุเข้าทสภก็เริ่มแก่ละนะ"

(หญิง อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษา ป.4)

ผลการศึกษานี้แสดงถึงกระบวนการสูงอายุดำเนินไปเป็นกระบวนการหนึ่งของผู้สูงอายุรับรู้ว่าการผ่านเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุนั้น สังคมกำหนดเกณฑ์อายุไว้ที่อายุ 60 ปี ซึ่งกระบวนการสูงอายุดำเนินไปเพียงกระบวนการเดียว ไม่เพียงพอที่จะนำมาใช้อธิบายการเป็นผู้สูงอายุได้ครอบคลุม เพราะแสดงสัญลักษณ์เป็นตัวเลขวอกอายุมากกว่าจะอธิบายลักษณะของผู้สูงอายุที่ชัดเจน

กระบวนการสูงอายุดำเนินไปทางชีววิทยา

การรับรู้ภาวะสุขภาพกายเป็นแนวทางหนึ่งที่จะศึกษากระบวนการสูงอายุดำเนินไปทางชีววิทยา ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งคำถามผู้สูงอายุว่า "ในช่วง 1-5 ปีที่ผ่านมา สุขภาพร่างกายของท่านมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง" ซึ่งปรากฏผลดังนี้คือ ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านผิวหนังที่คล้ายคลึงกัน คือผิวหนังเหี่ยวเหี่ยว มีรอยด่างดำ ผิวก้านและตกกระ การรับรู้จากการสัมผัสบริเวณผิวหนังข้าง อาการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและการรับรู้จากการสัมผัสในลักษณะเสื่อมถอยนี้จะเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น

"ผิวหนังมีการเปลี่ยนแปลงบ้าง เหี่ยวเหี่ยว โดยเฉพาะหน้า หลังมือ คอมีรอยเหี่ย หนามีเม็ดดำ ๆ จุดสีน้ำตาล" (ชาย อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษา ป.4)

"ผิวหนังเหี่ยวเหี่ยวมากขึ้นมาก เนื้อแห้ง หนังกเหี่ยวเหี่ยวเนื้อไม่แน่น กร้าน เวลาจับอะไรไม่ค่อยรู้สึก ไม่ว่าจะร้อนหรือเย็น รู้สึกช้า พวกรอยด่างดำตกกระมีมากขึ้นและมีขึ้นตามแขน ขา เมื่อก่อนไม่มี ผมหงอกและร่วงมากกว่าตอนอายุไม่ถึง 70 ปี" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป ไม่มีคู่ การศึกษา ป.4)

การเหี่ยวเหี่ยวของผิวหนังเป็นเรื่องธรรมชาติเนื่องจากการเชื่อมต่อกันของส่วนประกอบของคอลลาเจนและโปรตีนจำนวนมากจับตัวกันแน่นทำให้มีความยืดหยุ่นตัวน้อยลงประกอบกับการที่ผู้สูงอายุมีไขมันสะสมใต้ผิวหนังน้อยลง ซึ่งอาจเนื่องจากการรับประทานอาหารประเภทไขมันน้อยลงทำให้พบว่าย่างอายุเพิ่มมากขึ้นผิวหนังจะเหี่ยวเหี่ยวมากขึ้น โดยเฉพาะในผู้ที่ผอมหรือมีน้ำหนักตัวน้อย

การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังครั้งแรกของผู้สูงอายุอาจแตกต่างกันบางราย อาจสังเกตเห็นและรับรู้ถึงความเหี่ยวเหี่ยวของผิวหนังตั้งแต่อายุ 40 ปี บางราย 50 ปี หรือมากกว่านั้น สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้รับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงของผิวหนังอายุน้อยที่สุดประมาณ 48 ปี

"ตอนนั้นก่อนหมดประจำเดือนไม่นาน (อายุ 48 ปี) รู้สึกมีเส้นรอยย่นที่แกวคกับหลังมือ ตีนากก็หลายเส้น... ก็กังวลเหมือนกันแต่หงุดหงิดมากกว่า ไม่ได้บอกใคร ไม่ได้ทำอะไร... เคยได้ยินผู้ใหญ่พูดว่าคนเลือดจะมลายจะไป (วัยหมดประจำเดือน) จะมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างและจะมีอารมณ์หงุดหงิด สักพักก็หายเอง... เอ๊ะ หรือเราจะเริ่มแก่ ก็พยายามทำใจว่าถึงเวลาอะไรจะเกิดก็ต้องเกิดก็สบายใจมีคนบอกว่ากินน้ำมาก ผลน้ำมาก ผิวจะนวลเปล่งปลั่ง ก็กินอยู่พักก็ดี แต่ที่เหี่ยวยุบมันก็ไม่หาย แต่ก็ไม่ได้เพิ่มมากเพิ่มเร็ว มาสองสามปีนี้รู้สึกเหี่ยวยุบขึ้นแต่ถ้าเทียบกับเพื่อนรุ่นเดียวกัน (อายุ 60 ปี) บ้าบอว่าบ้าเหี่ยวน้อยกว่าเขาอะ" (หญิง อายุ 60-70 ปี ไม่มีคู่ การศึกษา ป.4)

ลักษณะผิวหนังที่เหี่ยวยุบเป็นลักษณะที่เป็นรูปธรรมสามารถมองเห็นได้จากภายนอก ริ้วรอยเหี่ยวยุบจะเพิ่มมากขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ผิวหนังที่เหี่ยวยุบนอกจากจะแสดงถึงความเสื่อมสมรรถภาพของเซลล์ และการทำหน้าที่ของอวัยวะแล้วยังแสดงภาพลักษณ์ของความเสื่อมโทรม ไม่งดงามซึ่งมีผลต่อความรู้สึกด้านจิตใจของบุคคล หลายคนสังเกตรับรู้และยอมรับได้ แต่หลายคนรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงแต่ยอมรับไม่ได้ โดยเฉพาะเมื่อเกิดขึ้นขณะยังมีอายุน้อย บุคคลต้องเรียนรู้ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นว่าเป็นธรรมชาติของสังขารที่จะต้องเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา การใช้งานที่บุคคลนั้นถนัดรักษารูปหล่อหรือปล่อยปละละเลยเพียงใด หากบุคคลเข้าใจกลไกการเปลี่ยนแปลงที่เป็นธรรมชาตินี้ บุคคลจะยอมรับได้และไม่ทำให้เกิดความเครียดหรือวิตกกังวล

ตา เป็นอวัยวะสำคัญในการรับภาพและการมองเห็น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีดวงตาค่อนข้างแจ่มใส แต่การมองเห็นไม่ค่อยชัดเจน และมีอาการตาพร่ามัว ฝ้าฟางมากขึ้นกว่าเมื่อ 5-10 ปีที่แล้ว ผู้สูงอายุเพียง 4 รายเท่านั้นที่มีการมองเห็นชัดเจนดีไม่เปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใส่แว่นตาทั้ง ๆ ที่มีอาการของสายตาสั้นหรือสายตายาว นอกจากผู้สูงอายุบางรายที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษาโรคต้อกระจก จึงจะใส่แว่นตาเป็นประจำ

สำหรับเหตุผลที่ผู้สูงอายุที่มีการมองเห็นไม่ค่อยชัดเจน แต่ไม่ใส่แว่นตาคือ ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่าการมองเห็นไม่ชัดเจนในวัยสูงอายุเป็นเรื่องปกติธรรมดาไม่ใช่การเป็นโรค อีกประการหนึ่งคือผู้สูงอายุใช้สายตาน้อยลงในการอ่านหนังสือหรือทำงานที่ต้องใช้สายตามาก จึงคิดว่าไม่จำเป็นต้องใส่แว่นตา

"เดี๋ยวนี้ไม่ค่อยได้ใช้สายตา ตาไม่เป็นโรคไม่เคือร่อนถ้าอยากมองเห็นชัด ๆ ก็เข้าไปมองใกล้ ๆ" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป ไม่มีคู การศึกษาสูงกว่า ป.4)

นอกจากการมองเห็นไม่ชัดเจนแล้วพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการมองเห็นที่ไม่ว่องไว สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้คงตาปกติได้เป็นโรค เริ่มมีอาการตาฝ้าฟางหรือมองเห็นไม่ชัดเจนที่มีอายุน้อยที่สุดเท่ากับ 50 ปี ปัจจุบันมีอายุ 68 ปี

การรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไปของตาและการมองเห็นของผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-70 ปี และกลุ่มอายุ 71 ปีขึ้นไปคล้ายคลึงกัน ไม่มีความแตกต่างที่เด่นชัด และความรู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมสภาพนี้ ผู้สูงอายุมิได้แสดงอาการปฏิเสธหรือวิตกกังวลกลัวอาจเป็นเพราะการเปลี่ยนแปลงนี้มิได้ทำให้ภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุเสียไปหรือปรากฏเป็นภาพที่เสื่อมโทรมอย่างชัดเจนจนผู้สูงอายุยอมรับไม่ได้ และการเสื่อมถอยของการมองเห็นโดยทั่ว ๆ ไปจะเกิดขึ้นช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไปไม่น่ากลัวในการรับรู้ของผู้สูงอายุ

สำหรับอวัยวะการรับฟังเสียง คือ หู และการได้ยิน ผู้วิจัยพบว่าผู้สูงอายุหลายคนมีอาการของผู้ที่ประสาทหูเสื่อมเนื่องจากวัยที่เพิ่มขึ้น ทำให้การได้ยินไม่ค่อยชัดเจน แต่ทุกคนยังคงมีความสามารถในการแปลค่าและความหมายของเสียงที่ได้ยิน ซึ่งแสดงถึงประสาทสมองในการแปลค่าความหมายยังปกติ ในการพูดที่มีระดับเสียงดังปกติทั่วไป พบว่าผู้สูงอายุ 3 รายเท่านั้นที่ตอบว่าได้ยินชัดเจนโดยไม่ต้องตั้งใจฟังเป็นพิเศษ และผู้สูงอายุ 1 รายที่มีความผิดปกติของหูคืออาการของโรคหูน้ำหนวกเป็น ๆ หาย ๆ เป็นประจำแม้จะได้รับการรักษามานาน โดยเป็นโรคนี้ตั้งแต่สมัยเป็นเด็ก ไม่ได้รับการรักษาให้หายขาด เมื่อโตขึ้นจะมีอาการบ่อยครั้ง ปัจจุบันขณะที่เกิดฝีและหนองในหูจะได้ยินไม่ชัด แต่ถ้าไม่เป็นฝีจะได้ยินเสียงชัดเจนขึ้น

เมื่อพิจารณาเรื่องการได้ยินของผู้สูงอายุสองกลุ่มคือ กลุ่มอายุ 60-70 ปี และอายุ 71 ปีขึ้นไป พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ 60-70 ปีมีจำนวนผู้ได้ยินเสียงไม่ค่อยชัดเจนน้อยกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 71 ปีขึ้นไป และพบว่าความเสื่อมสมรรถภาพในการได้ยินจะเกิดขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น

"เพิ่งได้ยินไม่ค่อยชัดเมื่อสัก 4-5 ปีมานี้ เมื่อก่อนพูดธรรมดาก็ได้ยิน เดี่ยวนี้ต้องพูดดัง ๆ ช้า ๆ ถ้าเปิดโทรทัศน์ต้องเปิดเสียงดังมากกว่าเดิมจึงจะได้ยิน" (หญิง อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู การศึกษา ป.4)

การได้ยินเสียงไม่ชัดเจนหรือการที่ผู้สูงอายุต้องฟังเสียงดังกว่าปกติก็เนื่องจากความเสื่อมของอวัยวะการรับเสียง แต่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังคงความสามารถในการแปลความหมายของ

คำได้ เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการเข้ากลุ่มที่มีการพูดคุย ประสาทสมองทำหน้าที่แปลคำ ยังคงทำหน้าที่สม่ำเสมอ ในผู้สูงอายุไม่ได้ฟังคำสนทนนาน ๆ และประสาทสมองส่วนนี้เสื่อมไป ผู้สูงอายุจะแปลความหมายไม่ได้ และไม่สามารถจะซ่อมมาให้ใช้งานได้ดังเดิม ซึ่งจะพบในผู้สูงอายุที่อายุมากเช่น 80 ปีหรือมากกว่าที่ไม่ได้ฟังเสียงเป็นเวลานาน ๆ ซึ่งอาจจะเนื่องจากการที่ฟังได้ไม่ชัดเจนหรือการไม่ได้ยิน และไม่มี的帮助เหลือแก้ไขด้วยการใช้เครื่องช่วยฟัง เมื่อผู้สูงอายุไม่ได้ยินเสียงใด ๆ ก็จะได้ไม่ได้ใช้ประสาทสมองในการแปลคำและความหมาย การไม่ได้ใช้อวัยวะส่วนนี้มานาน ประกอบกับการเกิดความเสื่อมถอยตามธรรมชาติจะทำให้ในที่สุดอวัยวะส่วนการแปลคำนี้เสื่อมสภาพโดยสิ้นเชิง ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถฟังและแปลความหมายของเสียงที่กระทบโสตประสาทได้

การได้ยินเสียงไม่ค่อยชัดเจนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลพอสมควรและพยายามหาวิธีแก้ไขโดยการตั้งใจฟังเป็นพิเศษหรือให้ผู้พูดพูดด้วยเสียงดังมากกว่าปกติ แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของหูและการได้ยินมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเพราะผู้สูงอายุกลุ่มนี้ใช้การติดต่อสื่อสารด้วยถ้อยคำมากกว่าวิธีอื่น ดังนั้นเมื่อเกิดความเสื่อมเสียหายในอวัยวะนี้ ผู้สูงอายุจึงมีอาการวิตกกังวล

อวัยวะที่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงว่ามีน้อยหรือไม่เปลี่ยนแปลงเลยได้แก่ จมูก และลิ้น ซึ่งผู้สูงอายุตอบว่า การทำหน้าที่ของอวัยวะทั้งสองปกติเหมือนเดิม สามารถบอกกลิ่นรสได้ถูกต้องแม่นยำ แต่จะไม่ได้กลิ่นใด ๆ เมื่อเป็นหวัด ในกรณีนี้ผู้วิจัยคิดว่าเนื่องจากอาการคัดจมูกขณะเป็นหวัด เซลล์ประสาทการรับกลิ่นทำงานผิดปกติชั่วคราวมากกว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงตามอายุของบุคคล

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับฟันคือฟันหัก ปวดฟัน ในกลุ่มนี้ผู้สูงอายุที่มีฟันแท้แข็งแรง ตีทั้งหมดและไม่ใส่ฟันปลอมมีจำนวน 4 รายคือผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 62-66 ปีจำนวน 3 ราย และอายุ 73 ปีจำนวน 1 ราย นอกจากนั้นเป็นผู้ที่ต้องใช้ฟันปลอมทั้งปากบ้าง ฟันปลอมบางส่วน บางรายฟันหักหลายซี่แล้วไม่ใส่ฟันปลอม การหักของฟันในผู้สูงอายุกลุ่มนี้แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ฟันหักก่อนอายุ 50 ปี และใส่ฟันปลอมมานานแล้ว อีกประเภทหนึ่งคือฟันเพิ่งเริ่มหักเมื่ออายุ 50 ปีเศษ กลุ่มนี้เมื่อฟันหักหรือถอนฟันแล้วมักไม่ใส่ฟันปลอม ในจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดนี้ผู้ที่ฟันเริ่มหักเมื่ออายุมากมี 1 ราย ผู้สูงอายุท่านนี้ฟันเพิ่มหักครั้งแรกเมื่ออายุ 73 ปี ปัจจุบันอายุ 76 ปี

ผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่มีปัญหาเรื่องการเคี้ยวอาหาร แม้จะมีปัญหาเรื่องฟันบ้าง ผู้สูงอายุไม่ได้บำรุงรักษาฟันยอมหักเสียหายเป็นเรื่องปกติธรรมดา ฟันหักหรือการใช้ฟันปลอมไม่ได้สร้างปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารหรือการพูด เพราะผู้สูงอายุเลือกรับประทานอาหารอ่อนและเกือบทุกคนยังรับประทานอาหารได้อร่อยตามปกติ ส่วนในเรื่องของการพูดทั้งผู้สูงอายุที่มีฟันครบถ้วนและผู้ที่ฟันหักและไม่ได้ใส่ฟันปลอมสามารถพูดได้ชัดเจนดี ผู้สูงอายุบางรายเท่านั้นที่พูดออกเสียงอักขระบางตัวผิดปกติเช่น "ผ" ผู้สูงอายุไม่สามารถออกเสียง "ผอ" ได้ตามปกติเนื่องจากผู้สูงอายุไม่มีฟันหน้า

การที่ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคี้ยว หรือการรับประทานอาหารน่าจะเนื่องจากผู้สูงอายุเลือกรับประทานอาหารมีประโยชน์ถูกต้อง และเป็นอาหารอ่อนเคี้ยวง่ายและย่อยง่าย ซึ่งมีผลต่อระบบการย่อยอาหาร จากการสอบถามพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่มีปัญหาเรื่องท้องผูก ซึ่งมักสร้างปัญหาเรื่องการขับถ่ายแก่ผู้สูงอายุ (ผู้สูงอายุรับฟังความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยโภชนาการและข้อควรปฏิบัติของผู้สูงอายุมาแล้ว)

สำหรับผู้สูงอายุที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์ฟันหักมาก่อน แต่ขณะนี้ผู้สูงอายุเริ่มมีฟันผุ 2-3 ซี่ ซึ่งยังไม่หัก จากการสอบถามพบว่า ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลเล็กน้อย แต่ผู้สูงอายุมิได้บอกเล่าให้ใครฟัง ผู้สูงอายุยังไม่ได้ไปพบแพทย์ และคิดว่าจะไม่ไปพบแพทย์ถ้าจะเนื่องจากผู้สูงอายุเคยเห็นตัวอย่างและรับรู้มาว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ฟันหักหรือหลุดเป็นเรื่องธรรมดาแต่ที่ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลน่าจะเนื่องจากไม่เคยมีประสบการณ์ "ฟันหลอ" มาก่อนและอาจจะคาดคะเนถึงความสูญเสียและภาพลักษณ์ในอนาคตของตน ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปจนเกิดความไม่เชื่อมั่นในตนเองหรืออาจจะกลัวเจ็บเมื่อฟันหักก็ได้ เพราะขณะนี้เฝ้าการปวดร้าวด้วย จึงเป็นไปได้ที่ผู้สูงอายุจะเกิดความวิตกกังวล

"ยังไม่เคยฟันหัก ตอนนี้มีอาการปวดบ้าง รู้สึกจะผุ 2-3 ซี่ ยังไม่โยกไม่หัก ก็กังวล ยังไม่ได้ไปหาหมอ กังวลแต่ไม่ได้บอกใครไม่รู้จะทำยังไงดีไม่เคยฟันหักถ้าฟันหลอแล้วจะอายมัย ไม่รู้ซิ แต่คงยิ้มหรือหัวเราะอย่างเก่าไม่ได้... คงไม่เป็นไรมั้ง คนอื่นฟันหลอก็ตั้งเยอะ อีกอย่างก็น่าจะอายุมากแล้ว คนแก่ฟันพางก็ต้องหักไปบ้างตามเวลาหนุ่ม ๆ สาว ๆ ฟันไม่ครบก็ถมไป..." (หญิง อายุ 60-70 ปี ไม่มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-70 ปี เป็นผู้มีสุขภาพค่อนข้างแข็งแรงจากการสอบถามไม่พบผู้ที่มีอาการเหนื่อยง่ายหรือเป็นลมบ่อย แม้ผู้สูงอายุบางรายจะมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่ผู้สูงอายุได้รับการรักษาและควบคุมอาการของโรคตลอดมา จึงไม่พบความผิดปกติทั้งจากคำตอบของผู้สูงอายุและบันทึกการวัดความดันโลหิต ในผู้สูงอายุ 71 ปีขึ้นไปเนื่องจากความเสื่อมสมรรถภาพของหลอดเลือดและการไหลเวียนทั้งระบบที่เสื่อมถอยตามธรรมชาติทำให้พบว่าผู้สูงอายุมีอาการเหนื่อยง่ายหรือเป็นลมมากกว่าผู้สูงอายุ 60-70 ปี เหตุผลสนับสนุนอีกประการหนึ่งที่ผู้สูงอายุ 71 ปีขึ้นไปมีอาการเหนื่อยง่ายหรือเป็นลมเนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะออกกำลังกายน้อย ซึ่งมีผลต่อสมรรถภาพของหลอดเลือดและการไหลเวียนทั้งระบบ ทั้งนี้จากการเปรียบเทียบผู้สูงอายุ 71 ปีขึ้นไประหว่างผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอกับผู้ที่ไม่ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายน้อย พบว่า ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอไม่มีอาการเหนื่อยง่ายและเป็นลม

อวัยวะระบบกล้ามเนื้อและกระดูกซึ่งเกี่ยวข้องกับการนั่ง การเดิน การเคลื่อนไหว และการทรงตัว พบว่าผู้สูงอายุ 9 รายจากจำนวน 26 รายตอบว่า ปกติแข็งแรงดี ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-70 ปีจำนวน 4 รายและอายุ 71 ปีขึ้นไปจำนวน 5 ราย นอกจากนี้ตอบว่ามีอาการปวดเมื่อย ปวดข้อ บริเวณที่มีอาการมาก ได้แก่ เข่า เอว สะโพก และหลายรายรับรู้ว่ามีอาการอ่อนแรง เดินได้ช้าลง ไม่คล่องแคล่ว ผู้สูงอายุบางรายมีความรู้สึกตัวเองเตี้ยลงมากและหลังโก่ง

เรื่องอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดเห็นและรู้สึกว่าเป็นของคู่กันกับคนแก่ เพราะเคยเห็นหมอนวดนวดผู้สูงอายุ แต่ผู้สูงอายุในปัจจุบันพบวิธีการป้องกันอาการเหล่านี้ โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอซึ่งทำให้ร่างกายแข็งแรงและไม่ปวดเมื่อย คนกลุ่มนี้มีความคิดเห็นว่า ผู้สูงอายุจะไม่ทรมานกับอาการปวดเมื่อยถ้าฝึกฝนออกกำลังกายให้ร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอ

สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีอายุมากขึ้นอาจมีอาการปวดเมื่อย การเดิน การเคลื่อนไหวช้าลงเป็นเรื่องปกติของคนสูงอายุทั่วไป ขณะเดียวกันก็มีผู้สูงอายุบางรายพยายามสร้างภาพพจน์ใหม่สำหรับผู้สูงอายุในภาพที่ผู้สูงอายุมีร่างกายแข็งแรง มีการเคลื่อนไหวที่คล่องตัวและไม่มีอาการปวดเมื่อยเป็นประจำ

อวัยวะที่มีการเปลี่ยนแปลงมากอวัยวะหนึ่ง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุเพศหญิงคือ อวัยวะในระบบสืบพันธุ์ จากการสัมภาษณ์ผลปรากฏว่า ในเรื่องรูปพรรณสัณฐานที่มองเห็นได้จากภายนอกทั้งหญิงและชาย ผู้สูงอายุตอบว่า "เหมือนเดิม" ส่วนการทำหน้าที่ของอวัยวะผู้สูงอายุ

ส่วนใหญ่ตอบว่า "ปกติ" ในผู้สูงอายุหญิงเข้าสู่ "วัยหมดประจำเดือน" อายุน้อยที่สุดในกลุ่มนี้คือ อายุ 48 ปี ผู้สูงอายุทั้งรายได้รับการทำผ่าตัดมดลูกออกตั้งแต่อายุ 30 ปี สำหรับเรื่องเพศสัมพันธ์และความรู้สึกต้องการทางเพศพบว่าผู้สูงอายุชายอายุระหว่าง 60-70 ปี บางรายยังมีความรู้สึกต้องการทางเพศและยังมีเพศสัมพันธ์กับภรรยา และในกลุ่มผู้สูงอายุชาย 71 ปีขึ้นไปก็เช่นเดียวกัน ส่วนในผู้สูงอายุหญิงทุกอายุและทุกสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มีความรู้สึกต้องการทางเพศ แต่มีผู้สูงอายุหญิงอายุ 60-70 ปี สถานภาพทางสมรสคู่บางรายที่ตอบว่ายังมีเพศสัมพันธ์กับสามีโดยไม่มีความรู้สึกต้องการทางเพศ

ในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์และความรู้สึกต้องการทางเพศ ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายสามารถมีได้ตลอดชีวิตแต่ในปริมาณที่ลดลง เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาวซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติทางชีววิทยา ส่วนคำตอบของผู้สูงอายุหญิงกลุ่มนี้เรื่องไม่มีความรู้สึกต้องการทางเพศนั้น ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่ามันจะเป็นการตอบในลักษณะของ "สิ่งที่ควรตอบ หรือคำตอบที่พึงคิด" อยู่ในขนบธรรมเนียมประเพณีและจริยธรรมของสังคมไทย อีกประการหนึ่งในสังคมไทยถือว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนตัวไม่ควรเปิดเผยในที่สาธารณะโดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคคลมัยของผู้สูงอายุ

ผลของการสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพกายที่เปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุทุกอายุ ทุกเพศ และทุกสถานภาพสมรสมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงของคนและสามารถแสดงออกด้วยการตอบคำถามและอธิบายภาวะการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ตรงตามสภาวะที่ปรากฏ ผู้สูงอายุรับรู้และยอมรับในกระบวนการที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพกายโดยธรรมชาติตามกาลเวลา ภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปได้แก่ ผิวหนังเหี่ยวย่น ความรู้สึกถึงการสัมผัสที่ช้าลง ตาฝ้าฟางและมองเห็นไม่ค่อยชัดเจน การได้ยินอาจจะไม่ชัดเจน ฟันหักมากขึ้น มีอาการปวดกล้ามเนื้อ การเดินช้าลง ไม่คล่องตัวเหมือนก่อน อาจมีอาการเหนื่อยง่าย และความสนใจความต้องการทางเพศและความต้องการมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามลดน้อยลง แต่บางสิ่งผู้สูงอายุพบว่าการเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าวัยอื่นได้แก่ จมูกและการรับกลิ่น ลิ้นและการรับรส ซึ่งส่วนใหญ่ตอบว่ายังคงปกติไม่เปลี่ยนแปลง

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งรับการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ และยอมรับว่าสิ่งเหล่านี้เป็นกระบวนการตามธรรมชาติ แต่ผู้สูงอายุก็มีได้ทั้งความสุข ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งพยายามหาวิธีการที่จะยับยั้งกลไก กระบวนการที่นำไปสู่การเป็นผู้สูงอายุนี้ ด้วยความเข้าใจและการรับรู้ที่ถูกต้อง คือ ผู้สูงอายุใช้วิธีการออกกำลังกายสม่ำเสมอและพอเหมาะช่วยเสริมสร้างให้ร่างกายแข็งแรง ทำให้อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุลดลงได้

เมื่อผู้วิจัยถามผู้สูงอายุว่า ท่านรู้สึกว่าจะอะไรส่วนใดมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดและน้อยที่สุด คำตอบคืออวัยวะที่มีการเปลี่ยนแปลง แขนขาคือสุดในกลุ่มผู้สูงอายุได้แก่การเคลื่อนไหวช้าลง ตา การมองเห็นที่ไม่ค่อยชัดเจน และฟันซึ่งหักเป็นส่วนใหญ่ ส่วนอวัยวะที่มีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุดได้แก่ จมูก การรับกลิ่นที่ยังทำหน้าที่ได้ปกติเหมือนเดิม

ผู้สูงอายุทุกคนมีภาวะสุขภาพกายเปลี่ยนแปลงไปจากวัยผู้ใหญ่เข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุได้รับรู้ภาวะนั้นแล้ว ซึ่งบางคนมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในอวัยวะบางส่วน เช่น ผู้สูงอายุที่ต้องตัดนิ้วเท้า ผู้สูงอายุที่มีอาการหูตึงหนึ่งข้าง (หูตึงคือไม่ได้ยินเสียงโดยสิ้นเชิง) หรือผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยแต่เกิดขึ้นกับอวัยวะทุกส่วน ถ้าจะกล่าวโดยภาพรวมแล้วผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพกายโดยภาพรวมอย่างไร ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกว่าร่างกายแข็งแรงพอสมควร แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ผู้สูงอายุคิดว่าเป็นสิ่งปกติที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุทุกคนได้เป็นความผิดปกติหรือเป็นความเจ็บป่วย ทั้งนี้ผู้สูงอายุพิจารณา และเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองเปรียบเทียบกับคำกล่าวหรือคำแนะนำของผู้อาวุโสกว่า ขณะเดียวกันผู้สูงอายุมักจะนำความรู้สึกเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงนั้นไปเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่อยู่ nearby เดียวกัน ก่อนที่จะสรุปว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเป็นเรื่องปกติของผู้สูงอายุ

"สุขภาพร่างกายปกติ แม้จะไม่แข็งแรงมีพลังเหมือนหนุ่ม ๆ สาว ๆ แต่ก็ช่วยเหลือตนเองได้ พอใจที่สุดที่ไม่เจ็บป่วย" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

กระบวนการสูงอายุตามสภาพจิตใจ การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นกับอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีผลกระทบต่อความรู้สึกด้านจิตใจของผู้สูงอายุโดยเฉพาะอวัยวะที่เกี่ยวกับประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ ตา เกี่ยวกับการมองเห็น หู เกี่ยวกับการได้ยิน ลิ้น เกี่ยวกับการรับรส จมูก เกี่ยวกับการรับกลิ่น และผิวหนัง เกี่ยวกับการสัมผัส จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุมีการมองเห็น การได้ยินชัดเจนลดลงมากและการสัมผัสรับรู้ความรู้สึกได้ช้าลง บางรายมีอาการชาตามมือขา เท้า อาการเปลี่ยนแปลงนี้พบในผู้สูงอายุ 71 ปีขึ้นไปมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-70 ปี ซึ่งส่วนใหญ่ตอบว่าปกติหรือบางรายตอบว่ามีอาการเพียงเล็กน้อยเท่านั้น ส่วนการได้กลิ่นและการรับรสผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ตอบว่าปกติ มีเพียง 1-2 รายที่ตอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงแต่นั้นเนื่องจากการมีโรคประจำตัวได้แก่โรคหัวใจทรวงอกเรื้อรัง และโรคภูมิแพ้ มีอาการของหวัดบ่อยครั้ง อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงด้านการมองเห็น การได้ยิน การรับรส การรับ

กลืน และการสัมผัส ที่เกิดขึ้นนี้มิได้สร้างความรู้สึกวิตกกังวลให้แก่ผู้สูงอายุมากนัก ผู้สูงอายุบางรายเท่านั้นที่มีความรู้สึกรำคาญ อีกอค์ที่มองหรือฟังไม่ได้ชัดเจนซึ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกขาดความคล่องตัวไปมากและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ช้าลง ซึ่งผู้สูงอายุรับรู้และยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นนี้ว่าเป็นธรรมชาติของชีวิตในวัยสูงอายุ

สำหรับเรื่องการคิดซ้ำหรือคิดไม่ออกและการหลงลืม ในผู้สูงอายุกลุ่มนี้พบในผู้สูงอายุ 71 ปีขึ้นไปมากกว่ากลุ่มอายุ 60-70 ปี ผู้สูงอายุ 71 ปีขึ้นไปยอมรับว่าปัจจุบันคิดได้ช้าลงหลายครั้งที่มีอาการคิดไม่ออกและลืมง่าย ลืมเร็ว ส่วนผู้สูงอายุ 60-70 ปี ส่วนใหญ่ยังสามารถคิดได้ตามปกติ แต่อาจจะลืมเร็วกว่าสมัยหนุ่มสาว เรื่องที่ผู้สูงอายุคิดได้ซ้ำหรือคิดไม่ออกและหลงลืมง่ายส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับวิทยาการสมัยใหม่ อาทิเช่น เรื่องเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีสมัยใหม่ ด้านอิเล็กทรอนิกส์หรือคอมพิวเตอร์ เป็นต้น ถ้าผู้สูงอายุไม่เคยเรียนหรือมีพื้นฐานความรู้เหล่านี้มาก่อนผู้สูงอายุจะต้องใช้เวลามากกว่าบุคคลทั่วไปในการเรียนรู้ คิด และจำ และหลายคนไม่สามารถเรียน คิด และจำได้ ทั้งนี้เพราะเซลล์สมองส่วนการคิด การจำมีความเสื่อมสภาพลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ประกอบกับระบบการคิดซึ่งผู้สูงอายุได้รับการฝึกอบรมและปฏิบัติในการคิดแบบอัตโนมัติคือการใช้หลักความเป็นเหตุเป็นผลที่ต้องใช้ข้อความสนับสนุนยาวในการอธิบายเรื่องราว ขณะที่วิทยาการสมัยใหม่จำพวกคอมพิวเตอร์มีหลักการพื้นฐานการคิดแบบใช้ตัวเลขซึ่งต่างจากระบบการคิดของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุคิดและจำเกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้ได้ช้าและน้อยกว่าเรื่องอื่น ๆ แต่ถ้าวเรื่องที่ผู้สูงอายุจะต้องเรียนรู้หรือจำเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับเรื่องที่ผู้สูงอายุมีความรู้พื้นฐานหรือมีประสบการณ์มาบ้างหรือเป็นเรื่องที่ผู้สูงอายุสนใจเป็นพิเศษผู้สูงอายุจะสามารถคิดออกได้เร็วขึ้นและจำได้ดีขึ้น

อีกเรื่องหนึ่งที่ผู้สูงอายุมีอาการคิดไม่ค่อยออกและมักลืมคือเรื่องชื่อคนหรือสถานที่ที่ผู้สูงอายุรู้จักแต่ขาดการติดต่อกันมานาน ผู้สูงอายุจะต้องใช้เวลาในการคิดพอสมควร

"มีบ้าง ส่วนมากเกี่ยวกับชื่อคนรู้จักที่ไม่ค่อยได้พบกัน" (ชาย อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"เรื่องสมัยใหม่ไม่ค่อยรู้เรื่อง คิดไม่ค่อยออก นาน... ต้องใช้เวลาแต่คิดออกเดียวเดียวก็ลืม เพิ่งเป็นสัก 3-4 ปีมานี้" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"เริ่มลืมเร็วเมื่ออายุ สัก 70" (หญิงอายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษา ป.4)

"ปกติไม่มีเรื่องคิดช้า จำไม่ได้ เพราะเป็นคนทำงานต้องคิด ตัดสินใจได้เร็วด้วยเหตุผลเสมอ แต่เรื่องลืมเร็วเพิ่งเป็นเมื่อสัก 2 ปีมานี้ ถ้าเป็นเรื่องที่ไม่ค่อยสนใจจะลืมเร็ว" (หญิง อายุ 71 ปีขึ้นไป ไม่มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมสมรรถภาพของสมองด้านการคิด สติปัญญา การเรียนรู้และความจำ แต่ผู้สูงอายุก็มีได้แสดงความรู้สีกวักกัวลจนเป็นที่ประจักษ์ เพราะผู้สูงอายุมองความคิดเห็นว่าโดยทั่วไปคนสูงอายุ 70-80 ปีขึ้นไป จะมีอาการหลงลืมได้เป็นเรื่องธรรมดา ซึ่งเป็นการรับรู้จากสภาพแวดล้อมของสังคมทั่วไป ในลักษณะที่ว่า "คนแก่ทั่วไปเป็นคนหลง ๆ ลืม ๆ" เมื่อผู้สูงอายุมีอายุสูงขึ้นและเกิดอาการหลงลืมผู้สูงอายุจึงไม่รู้สึกเครียด ทุกข์ร้อน หรือวิตกกังวลเพราะตนเองก็เหมือนผู้สูงอายุทั่ว ๆ ไป มิได้ผิดปกติ แต่บางรายอาจมีความรู้สึกโกรธตัวเองถ้าการคิดไม่ออกเกิดขึ้นในขณะที่ผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องเอาคำตอบให้ได้เดี๋ยวนั้น อีกเหตุผลหนึ่งที่ผู้สูงอายุไม่รู้สึกวิตกกังวล ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เกือบทั้งหมด (22 ราย) มิได้ประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุไม่มีความจำเป็นต้องใช้สมอง สติปัญญา ความจำ หรือการเรียนรู้ อย่างจริงจังเท่าคนหนุ่มสาว ผู้สูงอายุไม่ต้องอยู่ในภาวะกดดัน บังคับให้คิด จำ เรียนรู้ในขณะที่อวัยวะเหล่านี้กำลังค่อย ๆ เสื่อมสภาพ ผู้สูงอายุจึงมิได้วิตกกังวล ส่วนผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพนั้นเป็นอาชีพอิสระที่มีได้สร้างความเครียดมากแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุประกอบอาชีพด้วยเหตุผลด้านจิตใจคือทำแล้วสบายใจ และด้านสังคมคือได้พบเพื่อน คนรู้จักมาก และได้ใช้ประโยชน์จากความรู้ ความสามารถส่วนตัวเพื่อประโยชน์ส่วนรวมในสังคมมากกว่าการคิดถึงประโยชน์ในแง่เศรษฐกิจ

กระบวนการสูงอายุตามสภาพสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้ประกอบอาชีพ ในกลุ่มนี้ผู้สูงอายุเพียง 4 รายที่ประกอบอาชีพ แต่เป็นอาชีพอิสระไม่มีองค์กรที่มีตำแหน่งรองรับ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงไม่มีตำแหน่งทางสังคม ส่วนบทบาทของผู้สูงอายุในสังคมเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีส่วนช่วยเหลือสังคมในบางโอกาส ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีบทบาทในการให้ความร่วมมือและช่วยเหลือสังคมในวาระและโอกาสต่าง ๆ กัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีบทบาทที่ค่อนข้างโดดเด่นในแง่ของการเป็นผู้จรรโลงพระพุทธศาสนาโดยการจัดงานบุญในเทศกาลและวาระสำคัญทางพระพุทธศาสนาเสมอ และในฐานะสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้ชักชวนเพื่อนผู้สูงอายุให้เข้ามาสมัครเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นได้มีโอกาสรู้จัก เพื่อนายเดียวกัน มีสังคมของผู้สูงอายุและได้รับความช่วยเหลือ ส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย

และจิตใจ ผู้สูงอายุจะมีสถานภาพทางสังคม เป็นที่ยอมรับนับถือจากสมาชิกชมรมและผู้เกี่ยวข้อง และมีสถานภาพเป็นคุณลุงคุณป้าของนักศึกษาและอาจารย์พยาบาลประจำชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา ซึ่งจะได้รับการยอมรับ ยกย่อง นับถือในฐานะเป็นผู้สูงอายุที่รักษากฎเกณฑ์ที่มีคุณค่าของสังคม เป็นครูที่นักศึกษาจะศึกษาและรับการถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ

"นักศึกษาที่มาถามมาคุยกับป้าหลายคน บอกป้าว่าจะเอาไปเขียนรายงาน" (หญิง อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษา ป.4)

"ใครอยากรู้ลุงก็สอนให้ อย่างนักศึกษาอาทิตย์ก่อนมาขอให้ลุงสอนวิธีนวดให้หายปวดหัว ก็มาเรียนมาด้วยกันหลายคน ลุงไม่หวงหรือกวีหาความรู้ ใครรับได้ทำอะไรรับไปของเก่า ของใหม่เอามาผสมกันแล้วเลือกที่ดี ๆ ไปใช้จะได้ช่วยเหลือคนอื่นต่อไป ความรู้จะได้อยู่ไม่สูญหายจะได้พัฒนาให้ดีขึ้นเรื่อย ๆ" (ชาย อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษา ป.4)

"เด็กสมัยใหม่ไม่ค่อยสนใจคนแก่เท่าไร แต่ที่นี่ (ชมรม) นักศึกษาและอาจารย์สนใจ เรียนรู้จากคนแก่ ป้าก็เลยชอบมาเพราะป้าก็ได้ความรู้ใหม่ ๆ ไปด้วย" (หญิง อายุ 71 ปีขึ้นไป ไม่มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

ผู้สูงอายุรับรู้ต่อการแสดงออกของเด็กรุ่นใหม่ในเรื่องการแสดงความเคารพนับถือของเด็กต่อผู้ใหญ่ที่มีลักษณะแตกต่างจากสมัยผู้สูงอายุเป็นเด็กกล่าวคือเด็กรุ่นใหม่มีความอ่อนน้อม อ่อนโยน ความจริงใจในการแสดงความเคารพน้อยกว่าเด็กรุ่นก่อน ผู้สูงอายุมิได้เรียกร้องให้เด็กรุ่นใหม่ทำสิ่งใดแต่ผู้สูงอายุประพาดคิดนเป็นแบบอย่างแก่เด็กซึ่งแสดงถึงการคาดหวังของผู้สูงอายุที่คาดหวังว่าคนทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัวจะให้ความเคารพผู้สูงอายุ

"เด็กสมัยนี้มีกิริยามารยาทไม่นวล อ่อนน้อม ความอ่อนโยนน้อยกว่าเด็กสมัยก่อน การแสดงความเคารพนับถือน้อยกว่าและไม่ค่อยจริงใจ มีการเรียกร้อง ก้าวร้าว ต่อผู้สูงอายุมากกว่าเด็กสมัยก่อน" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษา ป.4)

"บางที่เรียกลุงป้าก็เรียกทวน ๆ เหมือนชื่ออะไรสักอย่างไม่ได้มีความหมายเป็นลุง ป้า ที่เป็นผู้สูงอายุที่จะต้องให้ความนับถือ แต่ลูกหลานโดยตรงก็ยังให้ความเคารพนับถือได้อยู่ แต่คนนอกบ้านก็น้อยที่จะเรียกอย่างนับถือจริง ๆ ส่วนแมงาก็เรียกตาม ๆ กันไปยังงั้นเอง แต่ป้าก็ไม่ว่าอะไรหรอกนะ" (หญิง อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษา ป.4)

การแสดงออกในเรื่องการเคารพผู้สูงอายุของคนทั้งสองกลุ่มคือผู้สูงอายุปัจจุบัน และ
 เด็กรุ่นใหม่ ตลอดจนการคิด การแสดงออก แสดงให้เห็นว่ามีช่องว่างระหว่างคนสองรุ่นที่มี
 ความแตกต่างกันพอสังเกตเห็นได้โดยเฉพาะการมองผ่านทางผู้สูงอายุ เช่น เรื่องการเคารพสิทธิ
 ส่วนบุคคล ความอ่อนน้อมถ่อมตน ความเมตตา เป็นต้น

"คงเพราะเด็กเขาแบบอย่างฝรั่งมากเกินไป กินอยู่อย่างฝรั่ง เรียนหนังสือฝรั่ง แล้ว
 พ่อแม่ก็มีเวลาให้ลูกน้อย ปู่ย่า ตายาย อยู่ไกล ไม่มีคนสอน สอนอะไร าก็เข้าเครื่อง
 คอมพิวเตอร์ อะไร าก็เป็นเครื่องจักรกลไปหมด ความรู้สึกละเมียดละไมอ่อนโยนจึง
 ขาดไป เด็กรุ่นใหม่มีความคิด ความเป็นตัวของตัวเองสูง ให้ความสำคัญสิทธิส่วนบุคคล
 แต่ความเคารพนับถือที่จะให้ต่อกันน้อย เป็นคนเอาแต่ใจตัวเองมากกว่า หนูลองฟังซิ
 อย่างเขาร้องเพลง... เธอรักใคร่มันก็เรื่องของเธอ ฉันรักเธอมันก็เรื่องของฉัน
 มีอะไรอะไร... เรื่องความรักลูกว่าเป็นเรื่องละเอียดอ่อน อ่อนโยน อ่อนหวาน
 แต่เนื้อเพลงนี้หยาบกระด้าง แล้วนักร้องยังตะโกน แห... ปากร้อง ไม่ได้เคารพ
 นับถือแม้แต่คนที่ตัวบอกว่ารัก เรื่องคนที่ไกลออกไปก็ไม่ต้องพูดถึง... เดียวนี้การ
 ยกมือไหว้เคารพผู้ใหญ่อาจเป็นการทำโดยอัตโนมัติต่อคำเรียกปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่
 ลุง ป้า น้า อา ครูอาจารย์ เพราะคำพวกนี้มีความหมายเรียกคนแก่คนที่ต้องเคารพ
 ก็เลยทำตาม ๆ กัน เรียกว่าไหว้คำ ไม่ได้ไหว้คนเลยทำให้ดูกระด้าง แต่เด็กที่มี
 สัมมาคารวะจริงใจก็มีนะดูออก แต่มีน้อยกว่าเมื่อก่อน แล้วการแสดงออกถึงความ
 เคารพนับถือของคนสมัยใหม่ก็มีแบบแปลก ๆ อย่างเด็กข้างบ้านวันก่อนเขาน้ำ
 เขาว่าถ้าเขาไม่นับถือว่าเป็นน้ำเขาจะว่าให้ได้ாயเลย... เดียวนี้การไม่ว่าไม่คำ
 ผู้ใหญ่เป็นการแสดงความเคารพนับถืออย่างหนึ่ง ลุงว่าชอบกลอยู่นะ... ถ้าให้เปรียบเทียบ
 เทียบเด็กสมัยก่อนกับเด็กสมัยนี้ เด็กสมัยก่อนมีสัมมาคารวะด้วยความจริงใจมากกว่า
 อ่อนน้อมถ่อมตน ผู้ใหญ่ก็แสดงความเมตตาต่อเด็กมากกว่า ผู้ใหญ่เป็นแบบอย่างที่ดี เด็ก
 เลียนแบบได้ แต่เดี๋ยวนี้ผู้ใหญ่ที่จะเป็นแบบอย่างที่ดีก็น้อย เด็กไม่คุ้นเคยกับความอ่อนโยน
 สงบงาม สังคมสมัยนี้มันเป็นแบบนี้ แข่งขัน ไหว่ว่า แข่งชิงกันรุนแรง เด็กถูกฝึกให้
 ก้าวร้าวโดยไม่รู้ตัว ก็เป็นอย่างนี้แหละ ก็ยังดีที่มีคำเรียกที่แสดงถึงความเคารพนับถือ
 อยู่บ้าง ถ้าคำพวกนี้หมดไปหรือเด็ก ๆ เขาไม่ใช้กันละก็อ้อ เมื่อนั้นก็หมดกัน สิ่งดี ๆ
 ของเรา... ลุงรับได้นะ ลุงว่าลุงเข้าใจเด็กนะ ลุงก็สอนลูกหลาน ทำเป็นตัวอย่างให้

เด็ก ๆ คั่นเคย เกิดความรู้สึกที่ติดกับตัวเอง ผู้ใหญ่ต้องช่วยกันด้วย เด็กจะได้มีแนวทาง"

(ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

ผู้สูงอายุมีประสบการณ์และการรับรู้กระบวนการสูงอายุต่าง ๆ กัน ผู้วิจัยจึงตั้งคำถามให้ผู้สูงอายุเพื่อจะหาข้อสรุปเกี่ยวกับการรับรู้กระบวนการสูงอายุของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ โดยตั้งคำถามดังนี้ 1) ท่านรู้สึกว่าคุณเองเป็นผู้สูงอายุเมื่อใด และ 2) ผู้สูงอายุมีลักษณะอย่างไร

คำตอบของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นผู้สูงอายุเมื่อใดนั้น ผู้วิจัยพิจารณาแล้วแบ่งได้เป็น 4 กลุ่มคำตอบ ได้แก่ 1) คำตอบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกาย 2) คำตอบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายและอายุ 3) คำตอบเกี่ยวกับความรู้สึกด้านจิตใจ และ 4) ผู้สูงอายุไม่มีความคิดความรู้สึกว่าคุณเป็นผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดถึงเรื่องสุขภาพกายหรือภาวะการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพกายก่อนเรื่องอื่นเพราะเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุสามารถสังเกตเห็นได้ง่ายและค่อนข้างเด่นชัดด้วยตนเอง ได้แก่ การเคลื่อนไหวช้า นอกจากเรื่องสุขภาพกาย ผู้สูงอายุหลายคนคิดถึงเรื่องอายุด้วยเพราะผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่อยู่อาศัยในสังคมเมือง มีการติดต่อสมาคมกับบุคคลที่ทำงานราชการ บริษัทเอกชน ผู้สูงอายุรับรู้เรื่องการเกษียณอายุงานที่อายุ 60 ปี ดังนั้นเมื่อถามถึงการรับรู้กระบวนการสูงอายุผู้สูงอายุจึงคิดถึงสองสิ่งนี้คือ ภาวะสุขภาพกายที่เปลี่ยนแปลงและอายุ ซึ่งเกณฑ์อายุต่ำที่สุดของการเริ่มเป็นผู้สูงอายุคืออายุ 50 ปี ส่วนภาวะการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพกายที่เด่นชัดได้แก่ การเคลื่อนไหวช้า เดินช้า (แบบงก ๆ เจ็บ ๆ) ผิวน้ำเหี่ยวแห้ง ตาฝ้าฟาง อาการปวดเมื่อย และร่างกายอ่อนแอ

"การเคลื่อนไหวช้า" (หญิงอายุ 71 ปีขึ้นไป ไม่มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"เดินช้า ทำงานได้น้อยเมื่ออายุ 50 ปี" (หญิงอายุ 60-70 ปี มีคู่การศึกษา บ.4)

"ผิวน้ำเหี่ยวแห้ง ตาฝ้าฟาง ปวดเมื่อย อายุ 70 ปี" (ชายอายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่การศึกษา ป.4)

ส่วนผู้สูงอายุบางรายรับรู้ว่าคุณเป็นผู้สูงอายุเมื่อเกิดความรู้สึกพิงพอใจในตนเอง พอใจในสิ่งที่มีอยู่ มีลักษณะของความเป็นคนมักน้อย ไม่มีความทะเยอทะยานอยาก ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเช่นนี้อาจเนื่องจากการไปวัดทำบุญและฟังการบรรยายธรรมะ พิจารณาสังขารตามสภาวะธรรมจนเกิดความรู้สึกสละวาง ความยึดมั่นถือมั่นในบางสิ่งได้ ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามหลักศาสนาพุทธ การทำบุญการปฏิบัติธรรมเป็นเรื่องที่ทุกคนสามารถทำได้ทุกอายุ แต่สำหรับผู้สูงอายุอาจจะมีโอกาสมากกว่ากลุ่มอายุอื่นเพราะความว่างจากภาระกิจต่าง ๆ ในขณะที่คนหนุ่มสาวยัง

ต้องดิ้นรน ประกอบอาชีพและสร้างครอบครัว ความเป็นไปได้ที่คนหนุ่มสาวจะละวางความทะเยอทะยานจึงมีน้อย แต่ถ้าคนหนุ่มสาวที่ปฏิบัติธรรม หรือมีความพร้อมในสิ่งต่าง ๆ เช่น ทรัพย์ สิ้น คุชกุติและอื่น ๆ คนหนุ่มสาวนั้นก็อาจจะเกิดความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง ไม่มีความทะเยอทะยานอยากได้เช่นกัน

ดังนั้นจึงไม่อาจสรุปว่าบุคคลที่เกิดความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง มีลักษณะของความเป็นคนมักน้อย ไม่มีความทะเยอทะยานอยาก ทุกคนเป็นผู้สูงอายุเพราะเป็นเรื่องของการฝึกและการปฏิบัติธรรม แต่เท่าที่พบในปัจจุบันจะพบได้ในผู้สูงอายุมากกว่าบุคคลวัยอื่นซึ่งอาจเป็นเพราะเวลาและโอกาสของผู้สูงอายุที่จะปฏิบัติธรรม หรือการมีพร้อมทั้งด้านครอบครัว ทรัพย์ สิ้นและอื่น ๆ สำหรับผู้สูงอายุบางรายที่มีภาวะสุขภาพเสื่อมถอย ไม่สามารถทำงานแข่งขันกับคนหนุ่มสาวได้ก็อาจจะต้องจำยอมรับสภาพและลดความทะเยอทะยานอยากลง

ผู้สูงอายุจำนวน 9 ราย จาก 26 ราย ไม่มีความคิดความรู้สึกว่าตนเป็นผู้สูงอายุ ในจำนวน 9 รายนี้เป็นผู้มีอายุ 71 ปีขึ้นไป 2 ราย อีก 7 รายเป็นผู้มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ทุกคนรับรู้และยอมรับว่าภาวะกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อม แต่ทุกคนยืนยันว่าไม่รู้สึกแก่เพราะยังสามารถให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้ แม้ว่าบางรายจะมีโรคประจำตัวเช่นโรคหัวใจ ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง ช่วยเหลือตัวเอง และทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าการที่ผู้สูงอายุไม่มีความรู้สึกที่ตนเองแก่ น่าจะเนื่องจากผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและปฏิบัติตัวตามศักยภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปได้เป็นอย่างดีเยี่ยม ผู้สูงอายุพอใจและบุคคลอื่นยอมรับการพูดหรือแสดงออกของบุคคลอื่นต่อผู้สูงอายุในลักษณะส่งเสริมกำลังใจอาจมีผลทำให้ผู้สูงอายุคิดว่าตนยังไม่แก่ อาทิเช่น การบอกผู้สูงอายุว่า "ท่านดูอ่อนกว่าวัย" หรือ "อายุ 60-70 ปีแล้วยังแข็งแรงเหมือนอายุ 40-50 ปี" เป็นต้น

จากการวิเคราะห์การที่ผู้สูงอายุไม่รู้สึกที่ตนเป็นผู้สูงอายุประเด็นสำคัญคือด้านจิตใจ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้คิดว่าสังขารร่างกายย่อมมีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมไปตามกาลเวลาเป็นธรรมดา ซึ่งเป็นไปตามหลักความรู้ทางวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับชีววิทยาและตามหลักคำสอนของศาสนาพุทธ บุคคลไม่สามารถหยุดยั้งการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ แต่สิ่งที่บุคคลจะทำได้คือการปรับตัวและทำจิตใจให้แจ่มใสสดชื่น ผู้สูงอายุยึดถือเรื่องจิตใจเป็นเรื่องสำคัญในลักษณะที่ว่าเมื่อจิตใจดีมีความสุขทุกอย่างก็จะดี

"ไม่เคยคิดว่าตัวเองแก่ หนึ่งเหี่ยวไปบ้าง ตาฝ้าฟางไปบ้าง แต่ไม่รู้สึกแก่ ยัง

กระฉับกระเฉงดี" (หญิง อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษา ป.4)

"สุขภาพทรุดโทรมลงมา ปีนี้เป็นโรคหัวใจหลายปีแล้ว แต่ทานยาควบคุมมาตลอด สบายดี
ยังช่วยตัวเองได้ กระชุ่มกระชวยดี ช่วยงานสังคมบ้างตามโอกาส ยังไม่แก่หรือทำให้
ช่วยงานอะไรก็ยังสามารถอยู่" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

ส่วนลักษณะของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้รับรู้ลักษณะของผู้สูงอายุแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม
ได้แก่ 1) ลักษณะเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกาย 2) ลักษณะเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายและอายุ
และ 3) ลักษณะทางสังคม

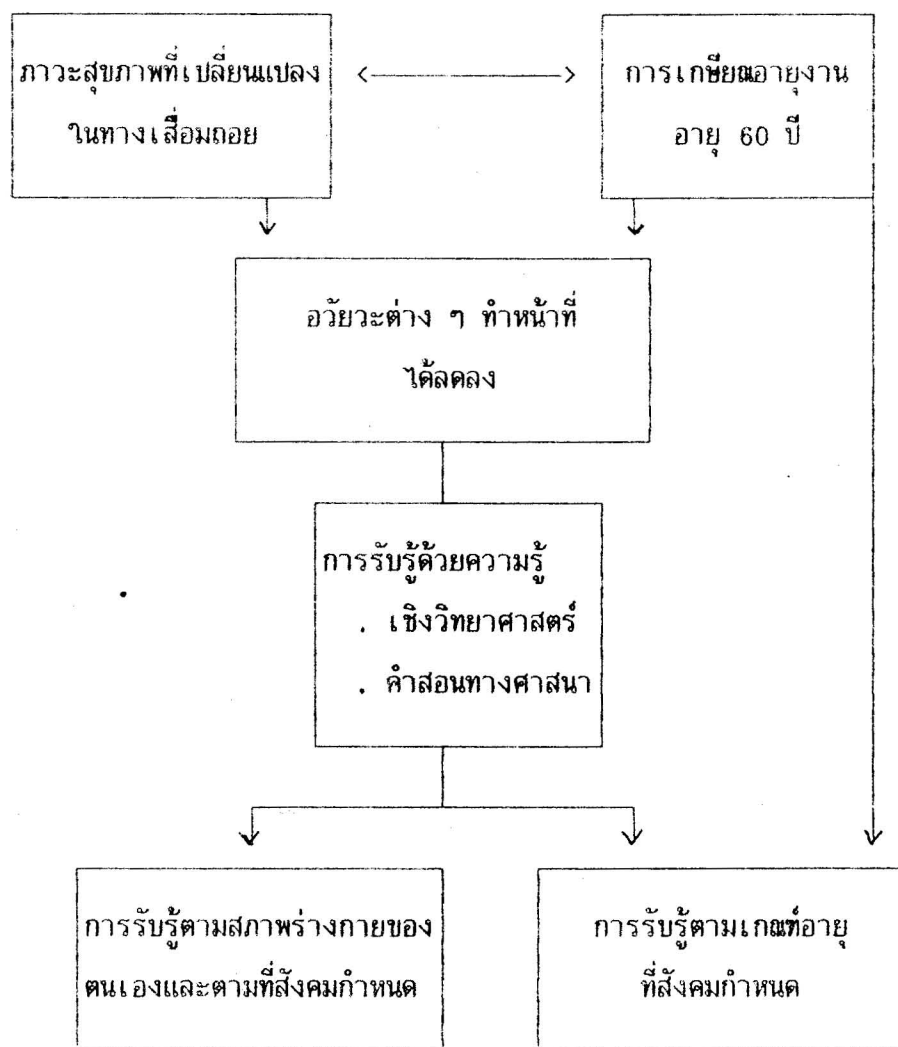
ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งพิจารณาลักษณะของการเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะเด่นที่สุดเกี่ยวกับ
ภาวะสุขภาพกาย คือการเคลื่อนไหวร่างกายทำได้ช้า ซึ่งรวมไปถึงการทำงานได้ช้าหรือน้อย
กว่าปกติทั่วไป ลักษณะปรากฏโดยทั่วไปผู้สูงอายุมีลักษณะของการเป็นคนใจเย็น ไม่ก้าวร้าว ซึ่ง
น่าจะเนื่องจากการเคลื่อนไหวช้า

ผู้สูงอายุบางส่วนพิจารณาลักษณะเด่นเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายประกอบด้วยอายุกล่าวคือ
ผู้สูงอายุเดินช้า เคลื่อนไหวไม่สะดวก และมีอายุ 60-70 ปีขึ้นไป สำหรับผู้สูงอายุอีกส่วนหนึ่ง
พิจารณาจากลักษณะทางสังคม บุคคลที่เป็นผู้สูงอายุเป็นคนที่มีความเคารพนับถือ เป็นคนมีศีลธรรม

การพิจารณาลักษณะบุคคลเป็นผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะพบว่าผู้สูงอายุพิจารณา
จากลักษณะเด่นที่พบเห็นได้จากภายนอกที่เด่นชัด ภาวะสุขภาพกายเปลี่ยนแปลงหลายส่วนแต่
ลักษณะเด่นชัดที่สุดและค่อนข้างเฉพาะเจาะจงกับผู้สูงอายุคือการเคลื่อนไหวที่ช้า ซึ่งถ้าเปรียบ
เทียบกับคนหนุ่มสาวจะเห็นได้ชัดเจนถึงความแตกต่าง การเคลื่อนไหวร่างกายเป็นสิ่งที่สามารถ
สังเกตเห็นได้ง่ายและเด่นชัดกว่าการเปลี่ยนแปลงอื่นเช่นตาฝ้าฟาง หรือหูและการได้ยิน

เมื่อก้าวโดยสรุปเกี่ยวกับการรับรู้กระบวนการสูงอายุพบว่าผู้สูงอายุของชมรมผู้สูง
อายุกลุ่มนี้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลง เป็นกระบวนการหลักและรับรู้
ว่าผู้มีอายุ 60 ปีเป็นผู้สูงอายุเพราะเกณฑ์กำหนดการเกษียณอายุงานกำหนดไว้ที่อายุ 60 ปีภาวะ
สุขภาพที่เสื่อมโทรมมีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ลดน้อยลง ผู้สูงอายุ
รู้สึกว่าตนเองทำงานได้น้อยลง ความสามารถลดลง ณ จุดนี้ ผู้สูงอายุจะยอมรับการเป็นผู้สูง
อายุด้วยการรับรู้ที่แตกต่างกัน กล่าวคือผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพเสื่อมถอย ความสามารถในการ
การปฏิบัติงานลดลง ด้วยความรู้สึกและการรับรู้ของตนเอง และการรับรู้การสูงอายุตามเกณฑ์
อายุ ซึ่งเกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพรับราชการและทำงานบริษัทเอกชน อีกกลุ่มหนึ่งผู้
สูงอายุยอมรับด้วยเหตุผลจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งด้านความรู้เชิงวิทยาศาสตร์

จากการฟังบรรยายวิชาการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ ความรู้ทางศาสนาจากการฟังการบรรยายธรรมะสำหรับผู้สูงอายุ หรือการสอนว่าผู้สูงอายุย่อมมีสังขารเสื่อมไปเป็นธรรมดา



ภาพประกอบ 2 การรับรู้กระบวนการสูงอายุของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา

ผลการวิจัยนี้ช่วยขยายข้อค้นพบของ แอนโทนี ประมวลรัตน์ (Anthony Pramualratana, 1990 : 132) ที่ค้นพบและเสนอผลว่าภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยมีผลต่อการทำงานได้น้อยลงและมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท แต่ผลการวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุแสดงถึงภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยมิได้มีผลกระทบโดยตรงต่อการเกษียณ

อายุงานเพียงด้านเดียว เพราะการเกษียณอายุงานกำหนดอายุที่แน่นอนเท่ากับ 60 ปี ทั้งนี้ เป็นเพราะผู้สูงอายุกลุ่มที่ผู้วิจัยทำการศึกษาคือเป็นผู้สูงอายุในชุมชนเมือง การประกอบอาชีพก่อน อายุ 60 ปี มีหลายอาชีพ สำหรับผู้ประกอบอาชีพรับราชการ บริษัทเอกชน จะถูกกำหนดให้ เกษียณอายุงานที่อายุ 60 ปีทุกคน ส่วนผู้ประกอบอาชีพอื่นเนื่องจากการประกอบอาชีพอื่นที่มีใช้ อาชีพเกษตรกรรมที่ใช้แรงงานหนัก เช่นอาชีพการค้าขาย ภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยไม่มีผล กระทบรุนแรงเท่าผู้สูงอายุในชนบทและผู้สูงอายุเหล่านี้เรียนรู้เรื่องเกณฑ์อายุ 60 ปีคือผู้สูงอายุ จากสังคมที่เขาเป็นสมาชิก

ในสังคมเมือง การดำเนินชีวิตของบุคคลมีความหลากหลาย ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ กระบวนการสูงอายุก่อนและปฏิบัติตามแนวทางที่แต่ละบุคคลเลือกสรรได้แนวทางใดแนวทางหนึ่ง อาทิ การรับรู้ตามสภาพการเปลี่ยนแปลงของร่างกายของตนเอง การรับรู้ตามเกณฑ์การ เกษียณอายุงาน การรับรู้จากการมีความรู้ การปฏิบัติตามหลักวิทยาศาสตร์หรือศาสนา เป็นต้น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้รับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาคและสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นแต่ไม่ได้ยอม จ्ञานต่อความเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกาย การเข้าร่วมชมรมได้เรียนรู้และช่วยเหลือซึ่งกัน และกันทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ มีสุขภาพจิตที่ดีที่จะต่อสู้ พ้นผ่านอุปสรรคด้วยการหาทางควบคุมมิ ให้ความเสื่อมโทรมของอวัยวะร่างกายเกิดขึ้นรวดเร็วเกินไป ผู้วิจัยจึงพบว่าผู้สูงอายุใช้กิจ กรรมการออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นกลวิธีแก้ไขปัญหาคือได้ผลดีต่อทั้งร่างกายและจิตใจซึ่งผู้ สูงอายุพึงพอใจและมีความสุขในชีวิตการเป็นผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาลักษณะทางชีวสังคมได้แก่อายุ เพศ สถานภาพสมรส และการศึกษา เศรษฐกิจ การร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอและการร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอกับการรับรู้กระบวนการ สูงอายุพบว่าอายุมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้กระบวนการสูงอายุดำวย ส่วนเพศ สถานภาพ สมรส การศึกษา และเศรษฐกิจไม่มีผลโดยตรงต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุ ทั้งนี้เป็นเพราะ ผู้สูงอายุรับรู้ และหลายคนเกี่ยวข้องกับเกณฑ์การเกษียณอายุงานที่อายุ 60 ปี ซึ่งผู้สูงอายุที่ ประกอบอาชีพรับราชการหรือบริษัทเอกชนจะต้องหยุดการทำงาน

การรับรู้คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นคำสำคัญที่ถูกนำมาใช้และกล่าวถึงมากที่สุดคำหนึ่ง ในระดับประเทศ รัฐบาลได้กำหนดนโยบายสำคัญข้อหนึ่งคือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สำหรับความหมายของ คำคุณภาพชีวิตนี้ นักวิชาการหลายคนให้ความหมายไว้แตกต่างกันยังไม่มีข้อยุติ ดังนั้นในการทำ

วิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงสัมภาษณ์ระดับลึก ผู้สูงอายุ เพื่อหาความหมายของคำคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากทัศนะของผู้สูงอายุเอง

การให้ความหมายคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้ความหมายต่างกันตามการรับรู้ ประสบการณ์ของผู้สูงอายุ จากคำตอบหลากหลายของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยวิเคราะห์และจัดกลุ่ม ความหมายได้เป็น 3 ด้านหลัก ได้แก่ 1) คุณภาพชีวิต หมายถึง ผู้สูงอายุมีความรู้สึกพึงพอใจ ในการมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 2) คุณภาพชีวิต หมายถึง ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี มีความสุข ความสบายใจในชีวิตความเป็นอยู่ของตน และ 3) คุณภาพชีวิต หมายถึง ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ มีความสุขที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีส่วน ร่วมในสังคม มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนในสังคมตลอดจนสามารถให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้ นอกจากนี้ ความหมาย 3 ด้านหลักคือ ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และด้านสังคมแล้ว ผู้สูงอายุบางรายให้ ความหมายคุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจการมีกินมีใช้พอเพียงและการไม่มีหนี้สิน

การให้ความหมายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มนี้กำหนดความหมายคุณภาพชีวิตออกมา ค่อนข้างชัดเจนในแต่ละด้านใน 3 ด้านหลัก คือ กาย จิตและสังคม น่าจะมาจากการรับรู้และ ประสบการณ์ตรงของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมซึ่งเน้นในเรื่องของการป้องกัน ส่งเสริม สุขภาพกาย จิตของผู้สูงอายุ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้สูงอายุมี โอกาสได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่ม และขณะเดียวกันผู้สูงอายุมีโอกาสให้การสนับสนุน ทางสังคมแก่บุคคลอื่นด้วย

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความหมายคุณภาพชีวิตในความหมายสำคัญมากกว่าหนึ่งด้าน อาทิ เช่นความหมายเกี่ยวกับด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ด้านสุขภาพจิตและด้านสังคม ด้านสุขภาพ จิตและเศรษฐกิจ เป็นต้น ทั้งนี้จะสังเกตพบว่าผู้สูงอายุให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมาก ซึ่งทุกคนกล่าวถึงเสมอ คำที่น่าสนใจที่ผู้สูงอายุใช้อธิบายความหมายของคุณภาพชีวิตได้แก่ ความพอใจหรือความพึงพอใจ ความสุขและความสบายใจ ดังนั้นเพื่อการเข้าใจการให้ความ หมายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ชัดเจนมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสอบถามผู้สูงอายุเกี่ยวกับคำ "ความ พึงพอใจ" "ความสุข" และ "ความสบายใจ" ซึ่งผลปรากฏดังนี้

ความพึงพอใจ ผู้สูงอายุจะเกิดความรู้สึกพึงพอใจเมื่อผู้สูงอายุหรือบุคคลอื่นปฏิบัติ การตอบสนองตามความต้องการ ความปรารถนาของผู้สูงอายุ และหรือผลของการปฏิบัติการหรือ เหตุการณ์นั้นเป็นไปในแนวทางที่ควรจะเป็นอย่างยุติธรรม

"แก่แล้วก็มีชีวิตไปตามเรื่องของคนแก่ พอใจในสิ่งที่ตัวมีตัวเป็นตอนเป็นหนุ่มเป็นสาว ทำไว้มากทำไว้ดี ก็มีผลตมมาถึงตอนแก่ ตอนเป็นหนุ่มเป็นสาวไม่ทำอะไรไม่สะสมไว้ พอแก่ ก็ลำบากจะมาเรียกร้องเอาอะไร ใครทำอะไรไว้แค่ไหนก็ควรจะได้ตามสิทธิตามผลที่ควรจะได้" (ชาย อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

เกณฑ์กำหนดความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกำหนดเกณฑ์ของตนโดยการเปรียบเทียบ 2 แนวทางคือการเปรียบเทียบเหตุและผลโดยกำหนดเงื่อนไขความยุติธรรมในการตัดสินความพึงพอใจดังตัวอย่างข้างต้น อีกแนวทางหนึ่งคือการเปรียบเทียบตนเองหรือสภาพของตนกับสภาพสังคมชั้นต่ำ โดยกำหนดเงื่อนไขคือความเดือดร้อน สิ่งนั้นจะต้องไม่สร้างความเดือดร้อนเสียหายแก่ตนเองหรือบุคคลอื่น

"มีความสุข พอใจในสิ่งที่มีที่เป็น ไม่ขาดแคลน เสียสละบ้าง ให้นสิ่งที่ให้ได้แล้วเราไม่ทุกข์ ไม่เดือดร้อนเรียกว่าช่วยแบบคนจนไม่มีเงินช่วย ก็ใช้แรงกายช่วย ให้น้ำใจให้คนที่เขาลำบากกว่าเรา แต่น้ำใจนี้ให้ให้กับทุกคน ทั้งรวยทั้งจนให้ไปเถอะไม่ต้องกลัวหมด พอใจทั้งผู้ให้ผู้รับ" (หญิง อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

ความสุข ผู้สูงอายุอธิบายความหมายของความสุขและความพึงพอใจค่อนข้างใกล้เคียงกันและบางครั้งใช้แทนกันโดยให้เหตุผลว่า เมื่อเกิดความพึงพอใจขึ้นบุคคลนั้นย่อมมีความรู้สึกเป็นสุข

"ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ช่วยเหลือตนเองได้ จิตใจเป็นกุศล สังคมไม่รังเกียจ มีความพอใจในสภาพ ถึงที่สุดก็คือ มีความสุขใจนี้สำคัญที่สุด อย่างคนอยู่บ้านใหญ่โตแต่มีปัญหาสารพัด กลุ้มใจทุกวัน หาความสงบสุขไม่ได้ อย่างนี้รวยก็จริงแต่ไม่มีความสุข พวกนี้คุณภาพชีวิตแย่กว่าชาวบ้านที่เขาพอมีกินมีใช้ มีความสุขความสบายใจเสียอีก"

(ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษา ป.4)

ผู้สูงอายุได้ให้ความหมาย ความสุข เน้นในด้านจิตใจมากกว่าด้านกายและด้านอื่น ๆ แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจะเกิดความรู้สึกสุขใจ มักเกี่ยวเนื่องกับความสุขด้านอื่น ๆ ด้วย เช่น ความสุขกาย

เกณฑ์กำหนดความสุขของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกำหนดเกณฑ์ของตนเองจากความรู้สึกปลื้มปิติ พอใจ และความสุขสูงสุดคือความสุขที่ได้รับจากพระพุทธธรรม ซึ่งเป็นความสุขด้านจิตใจที่ข่มเย็น สงบ การจะให้ได้มาซึ่งความสุขชนิดนี้ผู้สูงอายุจะต้องมีความสุขชนิดที่เกี่ยวกับการ

ครองชีวิตทางโลกให้เกิดความปิติสุขก่อนโดยการมีครอบครัวที่ดี มีฐานะทางเศรษฐกิจพอเพียง ที่จะอยู่ได้อย่างมีความสุข มีเพื่อนเป็นบุคคลที่มีการสมาคม เป็นคนที่ปฏิบัติธรรม

"ชีวิตจะมีความสุข ควรจะมีอุปกรณ์การเลี้ยงชีพที่เหมาะสม ไม่รวยไม่จนจนเกินไป มีเพื่อน ครอบครัวที่ดี เป็นคนที่รู้จักและปฏิบัติตนอยู่ในศีลในธรรม ถ้าเราปฏิบัติธรรมได้ถึงจุดหนึ่งที่เราลดละหรือเลิกโลก โกรธ หลง ได้ละ นั้นแหละเราจะพบความสุขที่แท้ แต่ถ้าจะถามว่าความสุขหน้าตาเป็นอย่างไร มีขนาดใหญ่เล็ก กว้างยาวเท่าไรก็ตอบยาก ต้องลงมือปฏิบัติเองแล้วจะรู้จะได้ แต่ก็พอสังเกตได้จากการปฏิบัติตัว หน้าตาที่มองใส่ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นได้อย่างพระเกจิอาจารย์ที่ปฏิบัติธรรมจริง ๆ เราอยู่ใกล้ก็สัมผัสได้ถึงความสุข เบิน..." (หญิง อายุ 71 ปีขึ้นไป ไม่มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

ความสบายใจ คำนี้เป็นคำที่ผู้สูงอายุหลายรายใช้ในการอธิบายความหมายของคุณภาพชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุอธิบายรายละเอียดความหมายของคำนี้ สรุปได้ใจความคือความรู้สึกหรืออาการแสดงออกที่บุคคลนั้นรู้สึกและหรือมีความสุขโดยปราศจากความทุกข์ ความวิตกกังวลใด ๆ โดยสิ้นเชิง

"ความสบายใจ นี่เป็นความรู้สึก ปลอดโปร่งโล่ง ไม่เครียด ไม่ทุกข์ ไม่วิตกกังวลอะไรเลย มันว่าง... แต่อาจจะเห็นว่ามีสุขอยู่นั่นด้วย แต่ไม่ใช่การบรรลุ สัจธรรมนะ เป็นเรื่องของคนธรรมดา ๆ นี่แหละ" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษา ป.4)

"...ความสบายใจจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อเราได้ทำอะไรสำเร็จลุล่วงด้วยดี ทุกคนได้รับผลดี ไม่มีความห่วงกังวล ไม่มีเรื่องให้ต้องคิด ให้ตัดสินใจ แต่ถ้ามีเรื่องต้องคิดต้องตัดสินใจ ถ้าตัดสินใจได้แล้วได้ผลดีเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย เราก็สบายใจ" (หญิง อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

เกณฑ์กำหนดความสบายใจ ผู้สูงอายุกำหนดเกณฑ์ความสบายใจของตนเองจากความรู้สึกที่ตนอยู่ในภาวะที่ค่อนข้างน่าพึงพอใจ ไม่มีความทุกข์ หรือความวิตกกังวล มากหรือน้อยเพียงใด เช่นภาวะนั้นก่อให้เกิดความพึงพอใจสูง ความทุกข์ความวิตกกังวลต่ำ ผู้สูงอายุจะเกิดความสบายใจสูงสุดแต่ถ้าภาวะนั้นก่อให้เกิดความพึงพอใจต่ำ หรือเกิดความไม่พึงพอใจและก่อให้เกิดความทุกข์ความวิตกกังวลสูง ผู้สูงอายุจะเกิดความไม่สบายใจหรือความสบายใจต่ำสุด ส่วนภาวະที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจสูง และก่อให้เกิดความทุกข์ความวิตกกังวลสูงด้วย ผู้สูงอายุจะเกิดความสบายใจต่ำลง ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจสูงที่ร่างกายแข็งแรงสามารถ

ร่วมกิจกรรมและมีส่วนร่วมในสังคม แต่ขณะเดียวกันผู้สูงอายุมีความทุกข์ใจเรื่องการเป็นหนี้สินของบุตร ซึ่งยังไม่สามารถหาเงินมาใช้หนี้ได้หมด ผู้สูงอายุจะมีความสบายใจน้อยกว่าปกติเมื่อครั้งบุตรมิได้เป็นหนี้ หรือกรณีผู้สูงอายุอยู่ภาวะที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจต่ำหรือไม่เกิดความพึงพอใจและความทุกข์ความวิตกกังวลต่ำ ผู้สูงอายุจะมีความสบายใจต่ำลง ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุมีสภาวะความเป็นอยู่ที่ไม่ขาดแคลน ไม่ต้องวิตกกังวลร้อนเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต แต่ผู้สูงอายุไม่พึงพอใจต่อสัมพันธภาพของบุคคลภายในครอบครัว ผู้สูงอายุจะมีความสบายใจต่ำลง เป็นต้น

จากคำตอบของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยนำเสนอมา ผู้วิจัยวิเคราะห์และสรุปได้ดังนี้ ผู้สูงอายุกำหนดความหมายของคุณภาพชีวิตตามการรับรู้และประสบการณ์ของแต่ละคน ซึ่งกล่าวโดยสรุปคือ คุณภาพชีวิต หมายถึง ภาวะที่บุคคล (ผู้สูงอายุ) เกิดความรู้สึกพึงพอใจ มีความสุขและหรือความสบายใจในภาวะสุขภาพกาย จิตและสังคม เป็นด้านหลักและด้านอื่น ๆ อาทิเช่น ด้านเศรษฐกิจ

การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาจากคำตอบในเรื่องของความหมาย คุณภาพชีวิตจะพบว่า ผู้สูงอายุรับรู้และให้ความสำคัญด้านกาย จิตและสังคมมากกว่า ในการนำเสนอการวิเคราะห์เรื่องการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไปนี้ ผู้วิจัยกำหนดการวิเคราะห์เป็น 3 ประเด็น ได้แก่ ความพึงพอใจด้านกาย จิต และสังคม ประเด็นที่สองได้แก่ ความพึงพอใจโดยภาพรวม และประเด็นที่สามได้แก่ ความสุข

1. ความพึงพอใจด้านภาวะสุขภาพกาย จิต และสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้แสดงความพึงพอใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกาย จิต และสังคมอย่างชัดเจน ด้วยการรับรู้ที่ตรงตามสภาพที่ปรากฏ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความพึงพอใจด้านภาวะสุขภาพกาย ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับสุขภาพกายอย่างเป็นวิทยาศาสตร์ กล่าวคือ ผู้สูงอายุรู้และเข้าใจว่าบุคคลเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในอวัยวะต่าง ๆ ทั้งด้านรูปร่างและการทำหน้าที่ การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดจากกลไกและกระบวนการตามธรรมชาติที่บุคคลไม่สามารถหยุดยั้งได้ เช่น ความเปลี่ยนแปลงทางผิวหนัง ตา หัน เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะรับรู้การเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นแล้วผู้สูงอายุยังแสดงการยอมรับกระบวนการสูงอายุตามสภาพชีวิตวัยนี้ด้วย

"คนอายุมากขึ้น อวัยวะต่าง ๆ ก็ต้องเสื่อมลงไปตามธรรมชาติ เป็นธรรมดา" (หนังสือ อายุ 60-70 ปี มีคู่มือการศึกษา ป.4)

ผู้สูงอายุรับรู้และยอมรับสภาพเช่นนั้นเป็นเพราะในการชุมนุมสมาชิกชมรมทุกวันศุกร์ฝ่าย จัดดำเนินการจัดกิจกรรมการบรรยายวิชาการความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแก่กลุ่มสมาชิกเสมอ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และไม่ปฏิเสธการเปลี่ยนแปลง แต่ผู้สูงอายุก็มีได้ ยอมจำนนต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างสิ้นเชิง แม้ว่าผู้สูงอายุจะไม่สามารถหยุดยั้งความเสื่อมโทรม ที่เกิดขึ้นกับอวัยวะร่างกายของตนได้ แต่ผู้สูงอายุได้หาวิธียับยั้งหรือชะลอการเกิดความเสื่อมถอย ของอวัยวะต่าง ๆ เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่า เหมาะสมกับวัย การปฏิบัติตัว การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย เป็นต้น ซึ่งกิจกรรม เหล่านี้ ฝ่ายดำเนินการกิจกรรมปกติได้จัดให้สมาชิกกลุ่มเสมอ ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับความรู้ ที่ถูกต้องและป้องกันรักษาสุขภาพของตนโดยการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ฝ่ายพยาบาล และรับการตรวจสอบสมรรถภาพร่างกายเป็นประจำ และจากทะเบียนประวัติและการสอบถาม พบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงตามวัย ไม่เป็นโรคหรือมีอาการโรคใดอย่างรุนแรงผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในภาวะสุขภาพกายของตน ทุกคนยังแข็งแรงและสามารถช่วยเหลือตนเอง ทำ กิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง และสามารถเดินทางมาร่วมกิจกรรมชมรมได้

ผู้สูงอายุแสดงทัศนะเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายในอีกแง่มุมหนึ่งว่า ถ้าบุคคลมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงแต่ถ้ารู้ขีดความสามารถของตนและปฏิบัติตนเหมาะสมจะทำให้บุคคลนั้นเกิดความพึงพอใจได้ และไม่เกิดความทุกข์ ความวิตกกังวล

ความพึงพอใจด้านจิตใจ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจที่ตนเองแม้จะมีอายุมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านกายวิภาคและสรีระร่างกายไปในทางเสื่อมถอย แต่สิ่งเหล่านี้มิได้เป็นอุปสรรคหรือสร้างความทุกข์ ความวิตกกังวลมากมายนัก ซึ่งผู้วิจัยวิเคราะห์จากคำตอบของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุมิได้แสดงความกลัว ความวิตกกังวลมากต่อการรับรู้การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพกาย แม้ว่าผู้สูงอายุบางรายจะตอบว่า ครั้งแรกที่ร่างกายอวัยวะบางส่วนเริ่มเกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลอยู่บ้าง แต่ผู้สูงอายุได้รับรู้ความรู้ที่อธิบายความเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นแล้ว ผู้สูงอายุเรียนรู้และปฏิบัติตัวเพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้ตามปกติ

ในการร่วมกิจกรรมชมรม ผู้สูงอายุมีโอกาสร่วมกิจกรรมอบรมด้านจิตใจด้วยการทำ กิจกรรมสวดมนต์ไหว้พระ การทำสมาธิ และการฝึกโยคะ ซึ่งเป็นการฝึกสมาธิอย่างหนึ่ง เมื่อนับรวมเวลาที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมเหล่านี้ นับได้ประมาณ 1 ชั่วโมงเศษ ซึ่งมากพอสมควรที่จะ

ฝึกให้บุคคลเกิดความสงบขึ้นในจิตใจ ผู้สูงอายุที่แจ่มใสจะนอกจากจะปฏิบัติและเข้าร่วมกิจกรรม
ชมรมแล้วยังได้นำไปปฏิบัติที่บ้านด้วย ผู้สูงอายุพึงพอใจมากและรู้สึกสบายใจ ไม่มีความวิตก
กังวลเกี่ยวกับความทรุดโทรมลงของร่างกาย หรือความจำหรือการลืมที่พบว่าตนเองมีอาการลืม
เร็วขึ้น

ความพึงพอใจด้านสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทุกคนและบางคนมี
กิจกรรมร่วมกับกลุ่มอื่นในสังคม เช่น กลุ่มข้าราชการบำนาญ เป็นต้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้
ประกอบอาชีพประจำ จึงไม่มีตำแหน่งหน้าที่ที่เด่นชัดในสังคม ยกเว้นผู้สูงอายุบางคนที่มีตำแหน่ง
หน้าที่พิเศษในชมรมผู้สูงอายุหรือสมาคมหรือชมรมอื่น ในชมรมผู้สูงอายุแม้ว่าหลาย ๆ คนเป็น
เพียงสมาชิกชมรมเท่านั้นไม่มีตำแหน่งแต่ทุกคนมีสถานภาพเป็นคุณลุงคุณป้าของนักศึกษา อาจารย์
และผู้เกี่ยวข้องกับชมรมผู้สูงอายุแห่งนี้ที่ได้รับการเคารพถึงในฐานะเป็นผู้สูงอายุของชุมชน
และในสถานภาพและบทบาทของการเป็นสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุมีโอกาสให้ความร่วมมือและ
ความช่วยเหลือสังคมตามโอกาสต่าง ๆ ในนามชมรมผู้สูงอายุซึ่งผู้สูงอายุพึงพอใจต่อสถานภาพ
และบทบาทของตน

"ถ้ามีการขอบริจาคหรือจะแจกทุนการศึกษาให้นักเรียน นักศึกษา ละก็ ลุงยินดีให้
ความร่วมมือเต็มที่ ลุงชอบ ต้องช่วยกัน" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษา
สูงกว่า ป.4)

ผู้สูงอายุเมื่ออยู่ในครอบครัว มีสถานภาพและบทบาทเป็นพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตายาย ที่
เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษาแก่ลูกหลานและเมื่อเข้าสังคม ชมรมผู้สูงอายุบางราย
เป็นผู้ถ่ายทอด สอนความรู้แก่นักศึกษา สมาชิกชมรม ซึ่งเป็นบทบาทที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้
สูงอายุ สำหรับสมาชิกผู้สูงอายุคนอื่น ๆ มิได้มีบทบาทเป็นผู้นำในกลุ่ม แต่ผู้สูงอายุมิได้เกิดความ
รู้สึกขัดแย้งในการปฏิบัติตามสถานภาพและบทบาทในสังคมแต่อย่างใด ผู้สูงอายุเข้าร่วม
กิจกรรมชมรมเรียนรู้ระเบียบของชมรม การเป็นสมาชิกและร่วมกิจกรรมชมรมทำให้ผู้สูงอายุได้
รับรู้และมีโอกาสที่จะเป็นผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม สมาชิกมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่ง
และมีส่วนร่วม มีความเป็นเจ้าของชมรม

"ป้าจะไปเดินการกุศลด้วย เพื่อชื่อเสียงของชมรม ปีที่แล้วพวกเราชมรมไปกันเยอะ
ได้รางวัลด้วย ปีนี้ต้องนำไปให้เสียชื่อ..." (หญิง อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษา
ป.4)

2. ความพึงพอใจในชีวิตโดยภาพรวม ในการรับรู้คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุแสดงออกทางความรู้สึกพึงพอใจด้านภาวะสุขภาพกาย จิต และสังคมชัดเจนกว่าด้านอื่น ๆ แต่เมื่อถามถึงคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม ผู้สูงอายุหลายรายแสดงความรู้สึกพึงพอใจต่าง ๆ กัน บางรายมีความพึงพอใจเฉพาะด้านใดด้านเดียวเด่นชัด บางรายมีความพึงพอใจจากองค์ประกอบหลายด้านเพื่อการศึกษาการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ครอบคลุม ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์การรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเด็นความรู้สึกพึงพอใจโดยภาพรวม ซึ่งปรากฏผลผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ ประกอบกันมากกว่า 2 ด้าน แต่ด้านหลักคือ ความพึงพอใจด้านจิตใจที่ผู้สูงอายุไม่มีความทุกข์ ความวิตกกังวล ความเศร้า ความว้าวุ่น ความเหงา ความกลัว ขณะเดียวกันผู้สูงอายุยังคงมีความสามารถในการคิดและความจำดี ส่วนด้านอื่น ๆ อาจเป็นด้านใดดังต่อไปนี้ ได้แก่ ความพึงพอใจภาวะสุขภาพกาย สังคม เศรษฐกิจ การใช้เวลาว่างทำสิ่งที่ชอบ การพักผ่อน

ความพึงพอใจในภาวะสุขภาพกาย จิตและสังคมของผู้สูงอายุได้วิเคราะห์มาพอสมควรในบทนี้จึงขอผลการกล่าวถึงโดยละเอียด ผู้วิจัยจะทำการวิเคราะห์ความพึงพอใจด้านเศรษฐกิจ การใช้เวลาว่างและการพักผ่อนของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุกล่าวถึงเด่นชัดกว่าเรื่องอื่น

ความพึงพอใจด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความพึงพอใจในลักษณะของการพอมีพอใช้ พอสมควร ภายใต้ง่อนไขของการไม่มีหนี้สิน หมายความว่าผู้สูงอายุมีเงินเพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน อาจจะมีเงินเก็บบ้างสำหรับการใช้จ่ายฉุกเฉินเช่น เจ็บป่วยหรือการทำบุญ ผู้สูงอายุไม่ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องเศรษฐกิจว่าเป็นสิ่งสำคัญซึ่งความมีคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ แต่ให้ความสำคัญในลักษณะเป็นองค์ประกอบช่วยทำให้การดำรงชีวิตอยู่รอดราบรื่นเท่านั้น

"ถ้าชีวิตครอบครัวมีความมั่นคง มีกินมีใช้ไม่มีหนี้สิน ถึงไม่รวยก็มีความสุขได้" (ชาย อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"มีเงินทอง ทรัพย์สินสมบัติมากมาย แต่เจ็บป่วยเรื้อรังก็ทรมานทุกข์ และถ้าเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ตายได้อย่างเป็นโรคมะเร็งนี้เงินก็ช่วยไม่ได้ ช่วยยืดเวลาทรมานมากกว่า" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษา ป.4)

"สันโดษ พอใจในสิ่งที่มันเป็น ควบคุมตัวเอง เมื่อไม่มีกิเลสความอยากอย่าให้มันโต เมื่อไม่มีกิเลสมากก็ไม่ต้องใช้จ่ายมาก เงินไม่ใช่สิ่งสำคัญที่สุดที่จะบรรเทาความทุกข์มันอยู่ที่ใจนะ" (หญิง อายุ 60-70 ปี ไม่มีคู่ การศึกษา ป.4)

"ควรจะมีเงินทอง ทรัพย์สินพอสมควรกับฐานะ ครอบครัวที่จะอยู่ในสังคมนั้นได้โดย
ไม่ทุกข์ร้อน ผิดเคือง สังคมยอมรับและต้องไม่มีหนี้สิน" (หญิง อายุ 71 ปีขึ้นไป
ไม่มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

ความพึงพอใจด้านการใช้เวลาว่างทำสิ่งที่ชอบ ผู้สูงอายุจำนวนมากมีความรู้สึกพึงพอใจมาก ถ้าได้ใช้เวลาในช่วงวัยสูงอายุทำสิ่งที่ชอบหรืออยากทำ แต่ไม่มีโอกาสได้ทำมาก่อน
เช่น การปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ที่ชอบ

"ชอบปลา แต่ไม่เคยมีโอกาสดูเลี้ยงให้ดู ไม่มีเวลาดูแลเมื่อก่อนเลี้ยงไว้แล้วก็ตาย
บ่อยเข้าส่งสารเลยเลิกไป ตอนนี้มีเวลาดูแลเต็มที่ เลี้ยงแล้วสบายใจ มีความสุขมาก
อยากทำมานานแล้ว" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"อ่านหนังสือวันละ 1-2 เล่ม เมื่อก่อนไม่มีเวลา เคียวนั่งอ่านทุกเวลาที่ว่างอ่าน
หมดทุกชนิด" (หญิง อายุ 71 ปีขึ้นไป ไม่มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

ความพึงพอใจในการพักผ่อน เวลาส่วนใหญ่ในบั้นปลายของชีวิตผู้สูงอายุส่วนมากตอบ
ว่าพักผ่อน แต่ละคนมีวิธีการพักผ่อนต่าง ๆ กัน สำหรับผู้สูงอายุที่สามารถพักผ่อนตามวิธีและเวลา
ที่ตนชอบทำให้เกิดความพึงพอใจมาก เช่น การอ่านหนังสือ

"พักผ่อนด้วยการอ่านหนังสือและไปเยี่ยมเยียนพบปะเพื่อนฝูงเก่า ๆ ได้คุยกับคนถูกคอ"
(ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"ช่วยรักษาคนเจ็บให้หายเจ็บ หายไข้ ก็เป็นการพักผ่อนไปในตัวแล้วได้คุยได้ช่วยเหลือ
คนให้พ้นทุกข์ได้ ก็มีความสุข" (ชาย อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษา ป.4)

ความพึงพอใจในชีวิตโดยรวม เป็นความรู้สึกที่ผู้สูงอายุนึกถึงพึงพอใจในหลายด้านหลาย
สิ่งประกอบกัน ซึ่งอาจจะไม่มีด้านใดมากที่สุด และเกณฑ์ความรู้สึกพึงพอใจ ณ จุดนี้ ผู้สูงอายุ
กำหนดตัดสินด้วยตนเอง ซึ่งอาจจะเป็นความพึงพอใจส่วนตัวโดยเฉพาะหรือเป็นความพึงพอใจที่
เกิดขึ้นจากการนำไปเทียบกับเกณฑ์ของสังคมที่เป็นมาตรฐานหรือสังคมยอมรับ

สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ความพึงพอใจในชีวิตโดยภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ที่การมีความรู้สึก
พึงพอใจในชีวิตด้านจิตใจ ด้านครอบครัวสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในสังคม

3. ความสุข ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเป็นสุขหรือมีความสุข เนื่องจากการรับรู้ถึง
การประสบความสำเร็จในการทำงานของตน ความสุขใจ ความมั่นคงและสัมพันธ์ภาพของบุคคล
ในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในสังคม

"มีความสุขตอนได้เลื่อนตำแหน่ง ซี 7-8 เป็นศึกษาธิการอำเภอเดี๋ยวนี้เวลานึกถึงยังรู้สึกเป็นสุขที่ทำงานประสบความสำเร็จ" (ชาย อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"ได้ช่วยคนพ้นทุกข์จากเจ็บป่วย มีความสุข" (ชาย อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษา ป.4)

"ชีวิตครอบครัวมีความสุข มีความมั่นคง ไม่มีปัญหาอะไร ก็มีความสุข" (หญิง อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษา ป.4)

"มีความสุขที่มีเพื่อนดี ได้ทำบุญ มีโอกาสช่วยเหลือคนอื่น" (หญิง อายุ 71 ปีขึ้นไป ไม่มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้กำหนดให้ความหมายคุณภาพชีวิต หมายถึงภาวะที่ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกพึงพอใจ ความสุขและความสบายใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายจิตและสังคม ส่วนการรับรู้คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุพิจารณาประเมินค่าและตัดสินใจจากความรู้สึกพึงพอใจ ความสุขและความสบายใจเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพกาย จิต และสังคม มากกว่าด้านอื่น แต่เมื่อถามถึงความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตโดยภาพรวม ผู้สูงอายุจะพิจารณาเกี่ยวกับด้านเศรษฐกิจ การใช้เวลาว่าง การพักผ่อน เข้ามาประกอบด้วย โดยมีความรู้สึกพึงพอใจด้านจิตใจเป็นแกนร่วมกับความรู้สึกพึงพอใจด้านอื่น ๆ นอกจากการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ผู้สูงอายุประเมินค่าและตัดสินใจจากความรู้สึกพึงพอใจแล้ว ผู้สูงอายุยังให้ความสำคัญกับความรู้สึกมีความสุขด้วย ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่าผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจและมีความสุขในเรื่องเกี่ยวกับด้านจิตใจที่มีความสุข ไม่เครียด ไม่วิตกกังวล ด้านครอบครัว สัมพันธภาพภายในครอบครัวและการมีส่วนร่วมในสังคม โดยผู้สูงอายุสามารถให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในการรับรู้ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ คือผู้ที่มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และควรต้องสามารถก้าวออกมาให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้

เมื่อพิจารณาลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่อายุ เพศ สถานภาพสมรส และการศึกษา เศรษฐกิจ การร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอและการร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอกับการรับรู้คุณภาพชีวิตพบว่าไม่มีตัวแปรใดมีผลโดยตรงต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้

บทที่ 5

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต

ในบทที่ 5 นี้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุ และคุณภาพชีวิต ปัจจัยสำคัญที่ผู้วิจัยจะรายงานได้แก่

1. การสนับสนุนทางสังคม
2. การดูแลตนเอง
3. การทำกิจกรรม

1. การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุเกิดขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

แหล่งให้การสนับสนุนทางสังคม แหล่งหรือกลุ่มที่ผู้สูงอายุติดต่อสัมพันธ์ด้วยคือ 1) เครือญาติได้แก่ สามีหรือภรรยา บุตร หลาน ญาติพี่น้องของผู้สูงอายุ และ 2) มิตรผู้ซึ่งก่อให้เกิดมิตรภาพระหว่างกัน ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน เป็นต้น

"...มีการติดต่อกันมาตลอดตั้งแต่ลูกแยกครอบครัวออกไป บางทีลูกพาหลานมาเยี่ยม บางทีไปเยี่ยมเขา" (หญิง อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"คนที่มาเยี่ยมเยียนเสมอ ๆ ก็มีเพื่อน ญาติ" (ชาย อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษา ป.4)

คุณลักษณะของกลุ่ม คุณลักษณะสำคัญของกลุ่มที่ผู้สูงอายุพึงพอใจได้แก่ กลุ่มมีความมั่นคงภายในกลุ่มบุคคลรู้จักกันอย่างดี (มีความยึดเหนี่ยวภายในกลุ่ม) ขนาดของกลุ่มอาจเล็กหรือใหญ่

ความมั่นคงของกลุ่ม ผู้สูงอายุพิจารณาเรื่องความมั่นคงของกลุ่มจากความสัมพันธ์ของบุคคลภายในกลุ่มด้านระยะเวลาของความสัมพันธ์และความถี่ห่างของการติดต่อ ผู้สูงอายุเชื่อว่าบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันเป็นระยะเวลายาวนาน และมีการติดต่อสม่ำเสมอในช่วงเวลาพอสมควร จะทำให้กลุ่มมีความมั่นคง

"เพื่อนสนิทอยู่หาดีใหญ่ รู้จักเป็นเพื่อนกันมาตั้งแต่สมัยหนุ่ม ๆ ทำงานด้วยกันติดต่อกันเสมอ ถ้าเขามาสงขลาเขาจะแวะมาหาลุง ถ้าลุงไปหาดีใหญ่ ลุงจะแวะไปหาเขา เจอกันก็คุยกัน บางทีนัดพบกันกินข้าวคุยกัน เพื่อนคนอื่น ๆ ก็พบกันบ้าง แต่อายุมากแล้วก็ล้มหายตายจากไปหลายคน" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป ไม่มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"เกษียณมาสิบกว่าปี พบเพื่อนเวลาไปรับเงินบำนาญ กลุ่มเพื่อนน้อยลงบางคนก็ตายแล้ว คนที่อยู่ก็พบเดือนละครั้งถ้าไม่ได้พบกันตอนรับเงินบำนาญก็ไม่ได้พบกัน เดียวนี้ห่างกันไป แต่กลุ่มญาติที่นั่นคงแน่นนอน สนิทกัน พบกันเกือบทุกวันเพราะบ้านอยู่ใกล้กัน" (หญิง อายุ 71 ปีขึ้นไป ไม่มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"กลุ่มชมรมผู้สูงอายุที่นั่นคง พวกเรามาพบกันทุกวันศุกร์มีอะไรก็มาคุยมาปรึกษากันช่วยกัน ชมรมมีอายุสิบกว่าปีแล้ว คนเก่า ๆ ตั้งแต่สมัยก่อตั้งก็ยังอยู่เป็นส่วนใหญ่ ก็สนิทกันคบกันมานาน บางคนรู้จักกันมาก่อนเข้าชมรม ยิ่งสนิทสนมกันมากขึ้น ทำงานให้ชมรมด้วยกัน" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"กลุ่มญาติข้างสามี่ไม่ค่อยสนิทกัน คบกันไปตามฐานะที่เป็นญาติ นาน ๆ เจอกันที ถ้าจะเปรียบกับกลุ่มเพื่อนที่ชมรม กลุ่มเพื่อนมีความมั่นคงกว่าเพราะรู้สึกสนิทกว่า พบกันบ่อยกว่าและนานพอสมควรแล้ว" (หญิง อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษา ป.4)

ความยึดเหนี่ยวกันภายในกลุ่ม ความยึดเหนี่ยวกันภายในกลุ่มจะมีมากหรือน้อยเพียงใดอยู่ที่บุคคลภายในกลุ่มรู้จักกันมากหรือน้อยเพียงใด ถ้าสมาชิกกลุ่มรู้จักเข้าใจซึ่งกันและกันมากพอ กลุ่มนั้นจะมีความเหนียวแน่นหรือความยึดเหนี่ยวกันภายในกลุ่มสูง มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน คนภายนอกสังเกตได้จากการรวมตัวของกลุ่ม สิ่งที่ยึดเหนี่ยวกลุ่มให้คงอยู่อยู่ที่การรู้จัก เข้าใจ และไว้วางใจซึ่งกันและกันของบุคคลภายในกลุ่ม สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ กลุ่มญาติสนิทมีความยึดเหนี่ยวกับภายในกลุ่มสูงกว่าทุกกลุ่ม ส่วนกลุ่มมิตรภาพหรือกลุ่มในสังคมผู้สูงอายุตอบว่า กลุ่มชมรมผู้สูงอายุมีความยึดเหนี่ยวกันภายในกลุ่มสูงกว่ากลุ่มอื่นเช่น กลุ่มข้าราชการบำนาญ เพราะกลุ่มชมรมผู้สูงอายุทุกคนรู้จักกันใกล้ชิด มีความเป็นกันเอง ไม่มีขีดแยกชั้น แยกฐานะ ทุกคนได้รับการปฏิบัติจากนักศึกษ อาจารย์เหมือนกัน ภายในกลุ่มสมาชิกมีความรู้สึกมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของชมรมด้วยกัน มีความรู้สึกผูกพันซึ่งกันและกันเหมือนคนในครอบครัว มีการให้และรับการสนับสนุนทางสังคมต่างจากกลุ่มข้าราชการบำนาญที่ความสัมพันธ์ค่อนข้างจะเป็นทางการ ห่างเหิน เป็นไปตามมารยาทสังคม ยกเว้น บุคคลภายในกลุ่มจะรู้จักสนิทสนมกันมาก่อน ซึ่งมีน้อยและเป็น

กลุ่มเล็ก ๆ ผู้สูงอายุคิดว่าความสัมพันธ์ภายในกลุ่มชมรมผู้สูงอายุมีความยึดเหนี่ยวแน่นมากกว่า ความยึดเหนี่ยวกันภายในกลุ่มส่งเสริมให้มีการให้และการรับการสนับสนุนทางสังคม ด้านต่าง ๆ แก่สมาชิก

"เพิ่งมารู้จักกันที่ชมรม 3-4 ปี แต่เหมือนรู้จักกันมานานเข้ากันได้ดี มีเพื่อนคุยถูกคอ ชอบมาชมรม" (หญิง อายุ 60-70 ปี ไม่มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"กลุ่มชมรมแพทย์แผนโบราณก็รู้จักกันดี ทุกคนหวังทำประโยชน์ให้สังคมเวลาเมื่อไร เกิดขึ้นก็รวมตัวกันได้ทันที ทุกวันนี้ก็รวมตัวกันถึงได้เป็นชมรม แต่ดูเหมือนกลุ่มอ่อนแอ จริง ๆ กลุ่มแข็งแรง เพราะทุกคนมีความสัมพันธ์กันดี ให้ความช่วยเหลือแนะนำกัน ภายในกลุ่มด้วย" (ชาย อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษา ป.4)

"กลุ่มเพื่อนข้าราชการบำนาญที่รู้จักเข้าใจกันดีมี 4-5 คน เป็นกลุ่มเล็กในกลุ่มใหญ่ อีกรู้ กลุ่ม 4-5 คนนี้เป็นกลุ่มที่เหนียวแน่นเพราะชอบคล้ายกัน ร่วมมือร่วมใจกันสนิท กันทำอะไรก็ตกลงตามกัน ทุกคนมีความหนักแน่น ไม่เคยแตกกันหรือผิดใจกัน ช่วยเหลือ กันเสมอ" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

จำนวนคนหรือขนาดของกลุ่ม จำนวนคนหรือขนาดของกลุ่มที่เหมาะสมจะทำให้การให้ หรือรับการสนับสนุนทางสังคมเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้พึงพอใจกับการมีกลุ่มเพื่อนหรือคนสนิทจำนวน 1-5 คน ภายใต้ง่อนไขที่ว่า "ต้องรู้จักกัน จริงใจต่อกัน คุยถูกคอ" ในการเข้าร่วมกลุ่มขนาดใหญ่ 50 คนขึ้นไปอย่างเช่น กลุ่มชมรมผู้สูงอายุทุกวันศุกร์ ผู้สูงอายุแสดงทัศนะว่า เป็นการดี ผู้สูงอายุจะได้มีเพื่อนพูดคุย ไม่เหงา แต่ขณะเดียวกันไม่สามารถพูดคุยสนิทสนมได้ทั้งกลุ่มใหญ่ซึ่งเป็นข้อเสีย

"สนิทกับเพื่อนในชมรมนี้ 2-3 คน มาพบกันทุกอาทิตย์ คุยกัน มีเรื่องอะไรก็ช่วยเหลือ กัน ปรึกษากัน" (หญิง อายุ 60-70 ปี ไม่มีคู่ การศึกษา ป.4)

"ในชมรมนี้ไม่มีเพื่อนสนิท เพื่อนสนิทเป็นเพื่อนรู้จักตั้งแต่สมัยหนุ่ม ๆ ทำงานลำบากมา ด้วยกัน เดียวนี้ยังพบกัน เมื่อก่อนสนิทมากชนิดใช้เงินกระเป๋เดียวกันได้มีสองคน ตายไปแล้วคนหนึ่ง อีกคนยังอยู่ยังติดต่อกัน ยังคุยกันบ้าง ไม่ต้องพูดมากเพราะแค้นอง ตากันก็รู้ใจแล้ว คิดถึงกันเสมอเป็นเพื่อนผู้ชาย ถ้ามีเพื่อนรู้จักกันจริง ๆ มีแค่ 1-2 คน ก็พอ แต่ถ้ามีคนรู้จักมาก ๆ ไว้พูดคุยบ้างบางโอกาสก็ดีเหมือนกันไม่เหงาแต่ส่วนมาก ทำให้งุ่นง่านมากกว่า มากจนมากความ" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป ไม่มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"เพื่อนกลุ่มใหญ่ก็ได้พูดคุยเฟลิดเฟลิน ไม่เหงา แต่ต้องเป็นกลุ่มที่มาเพื่อเสียสละ เพื่อประโยชน์ส่วนรวมนะ ถ้าเป็นกลุ่มคนมาเพื่อหาประโยชน์ก็ไม่ดี สู้มีเพื่อนสนิทสัก 4 - 5 คนดีกว่า มีความสุขกว่า" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"สนิทที่สุดกับภรรยา คนอื่นคบได้หมดมาชมรมคนเฒ่าก็ฟังเขาคุยกัน ทำกิจกรรมต่าง ๆ เฟลินดี แต่ไม่แสวงหาพรรคพวกแล้ว อยู่อย่างมีความสุขแล้ว ตอนนั้นภรรยา เสียแล้วอยู่กับลูก ก็สนิทกว่าคนอื่น เขาเป็นทั้งลูกทั้งเพื่อนคนเดียวก็พอ คนมาก ๆ แต่ไม่เข้าใจกันก็ไม่มีประโยชน์" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป ไม่มีคู่ การศึกษา ป.4)

ในการศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ และผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม แก่ผู้สูงอายุ ผู้วิจัยตั้งคำถามถามผู้สูงอายุเพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับแหล่งหรือบุคคลที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านมากที่สุด ซึ่งผลปรากฏตามตารางที่ 2 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 2 การสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับจำแนกตามลักษณะผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม	ตนเอง	ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม					สื่อ
		สามี/ ภรรยา	บุตร/ หลาน	ญาติ/ พี่น้อง	เพื่อน	ชมรม ผู้สูงอายุ	
กาย/วัตถุ							
ข้อมูล ข่าวสาร	-	-	มากที่สุด	-	มาก-น้อย	มาก-น้อย	มาก
สิ่งของ	มาก-น้อย	-	มากที่สุด	น้อย	-	-	-
เงิน	มาก-น้อย	น้อย	มากที่สุด	น้อย	-	-	-
คำแนะนำ ปรึกษา	-	น้อย	-	มาก	มากที่สุด	มาก-น้อย	-
การได้รับการบริการ/ แรงงาน	-	มาก-น้อย	มากที่สุด	-	น้อย	-	-
จิตใจ/อารมณ์							
ความรัก	น้อย	น้อย	มากที่สุด	-	น้อย	-	-
การดูแลเอาใจใส่/							
ความสนิทสนม	น้อย	มาก	มากที่สุด	-	น้อย	-	-
ความไว้วางใจ	-	มาก-น้อย	มากที่สุด	-	มาก-น้อย	มาก-น้อย	-
การได้รับการยอมรับ							
มีผู้เห็นคุณค่า	-	มาก-น้อย	มากที่สุด	น้อย	มาก-น้อย	มาก-น้อย	-
การได้รับความเคารพ	-	-	มากที่สุด	-	-	-	-
สังคม							
การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม-	-	-	มาก-น้อย	-	มาก	มากที่สุด	-
การมีส่วนร่วมในสังคม	-	-	มาก-น้อย	-	มาก	มากที่สุด	-
การเป็นเจ้าของสังคม	-	-	-	-	มาก	มากที่สุด	-

- ไม่มีจำนวนผู้ให้ข้อมูล

การสนับสนุนทางสังคมด้านกาย ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านกายเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ เงิน และการได้รับบริการหรือการช่วยด้านแรงงานมากที่สุดจากบุตรหลาน ส่วนคำแนะนำและคำปรึกษาผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนมากที่สุด ในจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มนี้บางส่วนได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารทางสื่อต่าง ๆ อาทิ วิทยุ โทรทัศน์ และหนังสือพิมพ์

นอกจากบุตรหลาน ซึ่งมีบทบาทโดดเด่นในการเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุแล้ว ผู้สูงอายุยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลอื่นอีกดังนี้ ด้านข่าวสารข้อมูล ผู้สูงอายุได้รับจากสื่อต่าง ๆ ชมรมผู้สูงอายุและเพื่อน ด้านสิ่งของและเงินผู้สูงอายุเป็นผู้จัดหาซื้อสิ่งของด้วยตนเอง ส่วนเงินผู้สูงอายุได้รับจากเงินบำนาญของตนเองและบางรายได้รับจากการประกอบอาชีพขณะนี้เช่น การค้าขายเล็ก ๆ น้อย ๆ การปลูกผักขายและการปรุยาสมุนไพรขาย เป็นต้น ด้านการได้รับบริการหรือการช่วยเหลือสนับสนุนด้านแรงงานผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีหรือภรรยาของตน บางส่วนผู้สูงอายุได้รับจากเพื่อน ส่วนคำแนะนำปรึกษา ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ญาติพี่น้อง สามีหรือภรรยาของผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุตามลำดับ เป็นที่น่าสังเกตว่า บุตรหลานมิได้มีบทบาทในการให้คำแนะนำ ปรึกษา ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุมีสถานภาพและบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว เป็นพ่อ แม่ หรือปู่ ย่า ตา ยาย ที่ให้คำแนะนำปรึกษาแก่บุตรหลาน ฉะนั้นเมื่อผู้สูงอายุประสบปัญหาอุปสรรค ผู้สูงอายุจะพิจารณาเลือกบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ มีความรู้หรืออาวุโสเหนือกว่าตนเข้ามาช่วยเหลือ อีกประการหนึ่งผู้สูงอายุมองเห็นบุตรหลานของตนเป็นเด็กอยู่เสมอ แม้ว่าบางครอบครัวผู้สูงอายุจะเปิดโอกาสหรือเลี้ยงบุตรหลานแบบประชาธิปไตยมีการปรึกษาหารือ ฟังความคิดเห็นของสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น แต่เมื่อเกิดปัญหขึ้นโดยเฉพาะถ้าเป็นปัญหาส่วนตัวของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะปรึกษากับเพื่อนสนิทหรือญาติพี่น้องที่สนิทของผู้สูงอายุก่อน

"เขารู้เรื่องของลุงดี ป็นเพื่อนที่รู้ใจ รู้ใจมากกว่าข้า (ภรรยา) เสียอีก มีเรื่องอะไรก็ปรึกษากัน เวลาเขามีปัญหา เขาก็มาปรึกษาลุง เวลาลุงมีเรื่องก็ไปปรึกษาเขา ช่วยเหลือกันมาตลอดหลายสิบปีแล้ว" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"ส่วนมากคุยปรึกษากับเพื่อนหรือพี่น้องมากกว่าไม่ค่อยปรึกษากับลูก นอกจากเรื่องนั้นเกี่ยวกับเขา ส่วนมากก็ถาม ๆ ไม่เชิงปรึกษา เขายังเด็กเพิ่งแต่งงานได้ไม่กี่ปี" (หญิง อายุ 71 ปีขึ้นไป ไม่มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

การสนับสนุนทางสังคมด้านจิตใจ อารมณ์ ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการความรัก การดูแลเอาใจใส่หรือความสนิทสนม ความไว้วางใจ การได้รับการยอมรับมีผู้เห็นคุณค่า และการได้รับความเคารพมากที่สุดจากบุตรหลาน

ผู้สูงอายุได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความไว้วางใจจากบุคคลใกล้ชิดอื่นนอกเหนือจากบุตรได้แก่ สามีหรือภรรยา และเพื่อนสนิท ส่วนเรื่องการยอมรับและมีผู้เห็นคุณค่าของตน ผู้สูงอายุได้รับจากบุตรซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิด และบางรายได้รับการยอมรับให้เป็นผู้นำกลุ่มหรือเป็นผู้ทรงคุณวุฒิของกลุ่ม เพราะสมาชิกกลุ่มเล็งเห็นความสามารถของผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ พอใจและมีความสุข การมีกลุ่มเพื่อน เช่นกลุ่มชมรมผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีเครือข่ายสังคมกว้างขึ้นและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายกว้างมากขึ้นด้วย

"ลุงเป็นประธานชมรมผู้สูงอายุตั้งแต่ พ.ศ. 2528 ถึง พ.ศ. 2534 ภูมิใจ ลุงพยายามบริหารชมรมและช่วยเหลือสมาชิกชมรมให้มากเท่าที่จะสามารถทำได้ให้สัมพันธ์กับที่เขาไว้วางใจเห็นเราเป็นคนมีค่า ยอมรับเราให้เป็นผู้นำเขา ตอนนั้นก็เหนื่อยเหมือนกันเพราะชมรมเพิ่งตั้งได้ไม่นาน แต่ก็สนุก พอใจที่ได้ทำอะไรเมื่อเราทำโครงการอะไรไปแล้ว เพื่อนสมาชิกและผู้สูงอายุอื่นได้รับประโยชน์ด้วย ชมรมยินดีแข็งแกร่งขึ้น เห็นผลงานแล้วพอใจมีความสุข ตอนนั้นไม่ได้เป็นประธานชมรมแล้วแต่ก็ยังเป็นกรรมการยังช่วยชมรม เพื่อนสมาชิกเลือก ขอให้ช่วยชมรมต่อ เมื่อเขายังเห็นเรามีคุณค่ามีประโยชน์ ลุงยังทำให้กลุ่มไหวลุงก็ยินดี" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"ลุงเคยแข่งขันได้รางวัลชนะเลิศปีที่แล้ว ปีนี้เพื่อนสมาชิกชวนให้ลงแข่งขันอีกก็ลงปีนี้มีคนอื่นลงเพิ่มอีกมาก ช่วยกันหลายคนทีมจะได้แข็งแกร่งแต่ปีนี้ได้รางวัลที่ 2 พรคนพวกไม่โกรธหรอก ก็อย่างนี้แหละ การแข่งขันก็มีแพ้ มีชนะ ลุงร่วมแข่งขันเพื่อความสามัคคี ไม่ได้หวังจะเอาชนะ" (ชายอายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษา ป.4)

การสนับสนุนทางสังคมด้านสังคม ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีส่วนร่วมในสังคมและการเป็นเจ้าของสังคม จากเพื่อนสมาชิกผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมาคือเพื่อน คนอื่น (นอกชมรมผู้สูงอายุ)

ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของชมรมผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในชมรมและเป็นเจ้าของชมรมด้วยคนหนึ่ง ผู้สูงอายุได้รับการต้อนรับจากกรรมการและผู้เกี่ยวข้องด้วยอัธยาศัยไมตรีอันดี เมื่อชมรมกำหนดการจัดกิจกรรมพิเศษ ผู้สูงอายุจะได้รับการแจ้งข่าวสาร

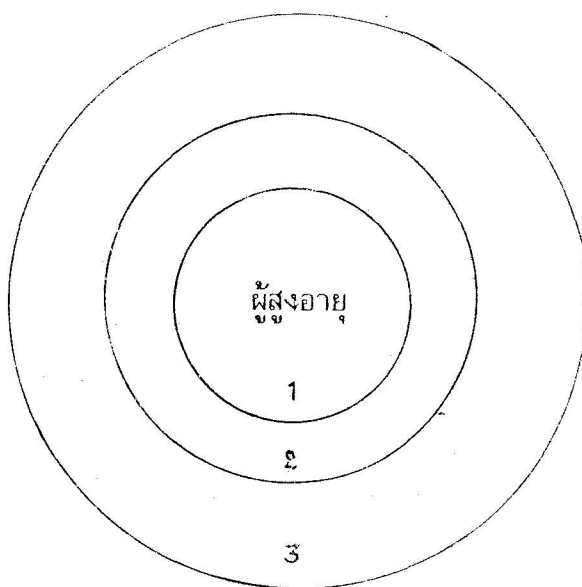
กำหนดการต่าง ๆ พร้อมทั้งคำเชิญในฐานะสมาชิกของชมรมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมเมื่อชมรมกำหนดการประชุมหรือปรึกษาหารือเรื่องต่าง ๆ สมาชิกก็มีสิทธิเสนอความคิดเห็นต่อที่ประชุม การดำเนินกิจกรรมหรือโครงการใด ๆ ของชมรมจะต้องได้รับความเห็นชอบและการสนับสนุนจากกรรมการชมรมและสมาชิกก่อนเสมอ ซึ่งแสดงถึงผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของชมรมที่มีส่วนร่วมและมีความเป็นเจ้าของชมรมด้วยอย่างเต็มภาคภูมิ

"ชมรมจะจัดกิจกรรมพิเศษอะไรต้องถามสมาชิกก่อน เมื่อทุกคนหรือเสียงส่วนใหญ่มีความเห็นพ้องต้องกัน จึงจะจัดดำเนินการคณะกรรมการแต่ละชุดมีความสามารถความถนัดในแต่ละด้านต่าง ๆ กัน แต่จะทำอะไรโดยพลการไม่ได้" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

จากข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ผู้วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลและแหล่งต่าง ๆ กัน ในระหว่างสัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น มีการแลกเปลี่ยนการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ ผู้สูงอายุเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมในบางโอกาสแก่บางคน และเป็นผู้รับการสนับสนุนทางสังคมในบางโอกาสตามเครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาและวิเคราะห์เครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุในปัจจุบัน ซึ่งปรากฏผลดังนี้ โดยการกำหนดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางของเครือข่ายสังคม ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่สุดกับบุคคลต่อไปนี้ ได้แก่ สามีหรือภรรยา บุตรหลานและเพื่อนสนิทที่สุด รองลงมาได้แก่เพื่อนสนิท ญาติพี่น้องที่สนิท สำหรับเพื่อนสนิทของผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นเพื่อนสนิทที่รู้จักกันมาก่อน บางรายเป็นบุคคลนอกชมรมผู้สูงอายุ บางรายเป็นบุคคลในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งรู้จักกันมาก่อนการเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ลำดับต่อจากกลุ่มเพื่อนสนิท และญาติพี่น้องสนิท ได้แก่ เพื่อนสมาชิกชมรมและคนอื่นๆ ทั้งในและนอกชมรมผู้สูงอายุ

เครือข่ายผู้สูงอายุตามที่ปรากฏนี้ อาจเขียนเป็นภาพแสดงเครือข่ายสังคมได้ดังนี้



ภาพประกอบ 3 เครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุ

วงกลมที่ 1 หมายถึง เครือข่ายสังคมใกล้ชิดของผู้สูงอายุมากที่สุด (เครือข่าย 1) บุคคลที่อยู่ในเครือข่ายนี้ได้แก่ สามีหรือภรรยา บุตร หลาน และเพื่อนสนิทที่สุด

วงกลมที่ 2 หมายถึง เครือข่ายสังคมใกล้ชิดลำดับรองต่อจากเครือข่ายที่ 1 (เครือข่าย 2) บุคคลที่อยู่ในเครือข่ายนี้ได้แก่ เพื่อนสนิทญาติพี่น้องที่สนิท

วงกลมที่ 3 หมายถึง เครือข่ายสังคมที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุน้อยกว่าเครือข่ายที่ 2 (เครือข่าย 3) บุคคลที่อยู่ในเครือข่ายนี้ได้แก่ เพื่อนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุทั่ว ๆ ไป และเพื่อนหรือคนอื่น ๆ ในสังคม

การกำหนดบุคคลใดอยู่ในเครือข่ายสังคมใกล้ชิดหรือห่าง ผู้สูงอายุกำหนดคุณลักษณะ 2 ประการต่อไปนี้เป็นหลักได้แก่ 1) การรับรู้ถึงความใกล้ชิดทางสังคมของสมาชิกในเครือข่าย และ 2) ความเข้มของความรู้สึกผูกพันของสมาชิกที่รู้สึกผูกพันกันโดยตรง ส่วนคุณลักษณะอื่น ๆ ของเครือข่ายสังคมเป็นเพียงส่วนประกอบ ซึ่งแต่ละเครือข่ายอาจมีความคล้ายคลึงหรือแตกต่างกันดังผลการวิเคราะห์สรุปต่อไปนี้ (ตารางที่ 3)

ตาราง 3 คุณลักษณะของเครือข่ายสังคมตามการรับรู้และการกำหนดของผู้สูงอายุ

คุณลักษณะ	เครือข่าย 1	เครือข่าย 2	เครือข่าย 3
1. การรับรู้ถึงความใกล้ชิด	มากที่สุด	มากที่สุด	ปานกลาง-น้อย
2. ความเข้มของความรู้สึกร่วมกัน	มากที่สุด	มากที่สุด	ปานกลาง-น้อย
3. แหล่งที่มาของเครือข่าย	เครือข่าย- มิตรภาพ	เครือข่าย- มิตรภาพ	เครือข่าย(ห่าง)- มิตรภาพ
4. ปริมาณการติดต่อ	มาก - น้อย	มาก - น้อย	น้อย
5. ระยะเวลาของความสัมพันธ์	มาก	มาก - น้อย	น้อย
6. การให้/รับความสัมพันธ์	แลกเปลี่ยนสมดุล	แลกเปลี่ยนสมดุล	แลกเปลี่ยนอาจ ไม่สมดุล
7. จำนวนคนในเครือข่าย	ทุกคน (สามี/ภรรยา, บุตร หลาน) เพื่อนสนิทที่สุด 1-2 คน	ญาติพี่น้องทุกคน, เพื่อนสนิท 1-5 คน	ไม่จำกัด
8. ความเกี่ยวพันและความสัมพันธ์	โดยตรง	โดยตรง	โดยอ้อม
9. ความคล้ายคลึงกันของ- เครือข่าย			
เพศ	ทุกเพศ	เพศเดียวกัน	ทุกเพศ
การศึกษา	ทุกระดับ	ระดับใกล้เคียงกัน	ทุกระดับ
สถานภาพสมรส	เหมือน-ต่าง	เหมือน-ต่าง	เหมือน-ต่าง
อาชีพ	ทุกประเภท	ใกล้เคียงกัน	ทุกประเภท
ความสนใจร่วม- กิจกรรม	เหมือน-ต่าง	ใกล้เคียงกัน	เหมือน-ต่าง
10. การกระจายตัว	อยู่ในขอบเขตจำกัด	อยู่ในขอบเขต ของความเป็นญาติ สนิทหรือเพื่อนสนิท	ขอบเขตกว้าง ขวางไม่จำกัด

การตัดสินใจรับรองบุคคลเข้าเป็นสมาชิกเครือข่าย 1 หรือ 2 หรือ 3 โดยการพิจารณาจากแหล่งที่มาของเครือข่ายนั้น สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้กำหนดจำแนกไว้ชัดเจนว่าเครือข่าย 1 จะต้องเป็นบุคคลที่ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดมากที่สุด เป็นเครือข่ายที่มีการสืบสายโลหิตสายตรงจากผู้สูงอายุเท่านั้น แม้ว่าผู้สูงอายุจะยอมรับว่าตนเองมีเพื่อนสนิทที่มีความสัมพันธ์สนิทสนม (รู้ใจ) มากกว่าสมาชิกครอบครัวให้ความไว้วางใจซึ่งกันและกันมากที่สุด แต่เมื่อผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุเปรียบเทียบความเป็นที่ที่สุดของความสัมพันธ์ใกล้ชิดและความรู้สึกผูกพันระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกเครือข่าย 1 (ครอบครัวและเพื่อนสนิทที่สุด) และระหว่างผู้สูงอายุกับเครือข่าย 2 (เพื่อนสนิท) เพื่อพิจารณาคัดสินว่า ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและผูกพันกับบุคคลใดมากกว่า ผู้วิจัยพบว่าผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงที่จะตอบการตัดสินใจเด็ดขาด ผู้สูงอายุให้ความสำคัญเท่า ๆ กัน โดยจำแนกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มครอบครัว และกลุ่มเพื่อน

"ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดสนิทสนมที่สุดในกลุ่มเครือญาติ คือสามี ลูกและหลานที่เกิดจาก

ลูก ส่วนในกลุ่มคนทั่วไปก็เพื่อนสนิท 2 คน ปัจจุบันเหลือคนเดียว" (หญิง อายุ

71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษา ป.4)

"สนิทที่สุดก็ภรรยาเพราะอยู่ด้วยกัน เพื่อนสนิทที่สุดก็มี 2 คนคบกันตั้งแต่เด็กเดี๋ยวนี้

ก็ยังไปมาหาสู่กันเสมอ ภรรยากับเพื่อนสนิทกับใครมากกว่ากันตอบยาก สนิทมากที่สุด

แต่ภรรยาเป็นคนในครอบครัว ส่วนเพื่อนเป็นคนนอกครอบครัว แต่ความรู้สึกมัน

ลึกซึ้งเหมือนคนครอบครัวเดียวกัน ถ้าปัญหาครอบครัวก็ปรึกษากับภรรยา ถ้าปัญหา

ทั่วไปก็คุยและปรึกษากับเพื่อนสนิทแต่บางครั้งก็คุยกันเรื่องครอบครัวเหมือนกัน"

(ชาย อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

การที่ผู้สูงอายุให้คำตอบในลักษณะการจำแนกกลุ่มเป็นสองกลุ่ม อาจเป็นการตอบคำถามเพื่อให้สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคม วัฒนธรรมไทยที่ให้ความสำคัญ ยกย่องสถาบันครอบครัวมาก การตอบว่าเครือข่ายสังคมที่ใกล้ชิดที่สุด คือบุคคลในครอบครัวเป็นการแสดงออกถึงภาพครอบครัวที่มีความรัก ความอบอุ่น ครอบครัวมีความสุข ผู้ตอบย่อมได้รับการยอมรับและการยกย่องเป็นบุคคลของครอบครัว (family man) ซึ่งเป็นภาพพจน์ที่น่าพอใจมาก ถ้าผู้สูงอายุตอบคำถามแสดงความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับกลุ่มเพื่อนมากกว่าครอบครัว บุคคลนั้นอาจจะไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมเปรียบเสมือนผู้สูงอายุได้กระทำความผิดต่อระเบียบ วัฒนธรรมของสังคมนั้น จึงพบว่าผู้สูงอายุทั้งผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่และไม่มีคู่ตอบคำถามโดยแบ่งแยกเป็นสองกลุ่ม สำหรับผู้วิจัยวิเคราะห์แล้วมีความคิดเห็นว่า สมาชิกเครือข่าย 1 ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้

ได้แก่ กลุ่มเครือญาติคือ สามีหรือภรรยา บุตรและหลาน (บุตรของบุตร) และกลุ่มมิตรภาพ คือ เพื่อนสนิทที่สุดของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยนี้แตกต่างจากผลการวิจัยของแอนโตนูคซี (Antonucci and Akiyama, 1987) ที่เสนอผลว่าเครือข่าย 1 คือ เครือญาติได้แก่ สามีหรือภรรยา และ บุตรหลานเท่านั้น

บทบาทของผู้สูงอายุในการเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม สำหรับกลุ่มนี้พบว่าผู้สูงอายุมีบทบาทการเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ ได้แก่ เครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเครือข่าย 1 ได้แก่ สิ่งของ เงิน ความรัก ความเอาใจใส่ ความไว้วางใจ

"ทรัพย์สินมรดกคงเตรียมแบ่งไว้ให้ลูกหลานแล้ว บอกเขาแล้วว่าจะให้อะไรใครบ้าง แต่ตอนนี้ยังไม่ได้โอนให้" (ชาย อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"ไม่มีทรัพย์สิน เงินทองจะแบ่งให้ แต่ลูกก็สนับสนุนให้เขาเรียน ทำงาน ตอนนี้เขาค้าขาย ลุงไปช่วยเขาขายของทุกวัน ส่งสารเขา" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษา ป.4)

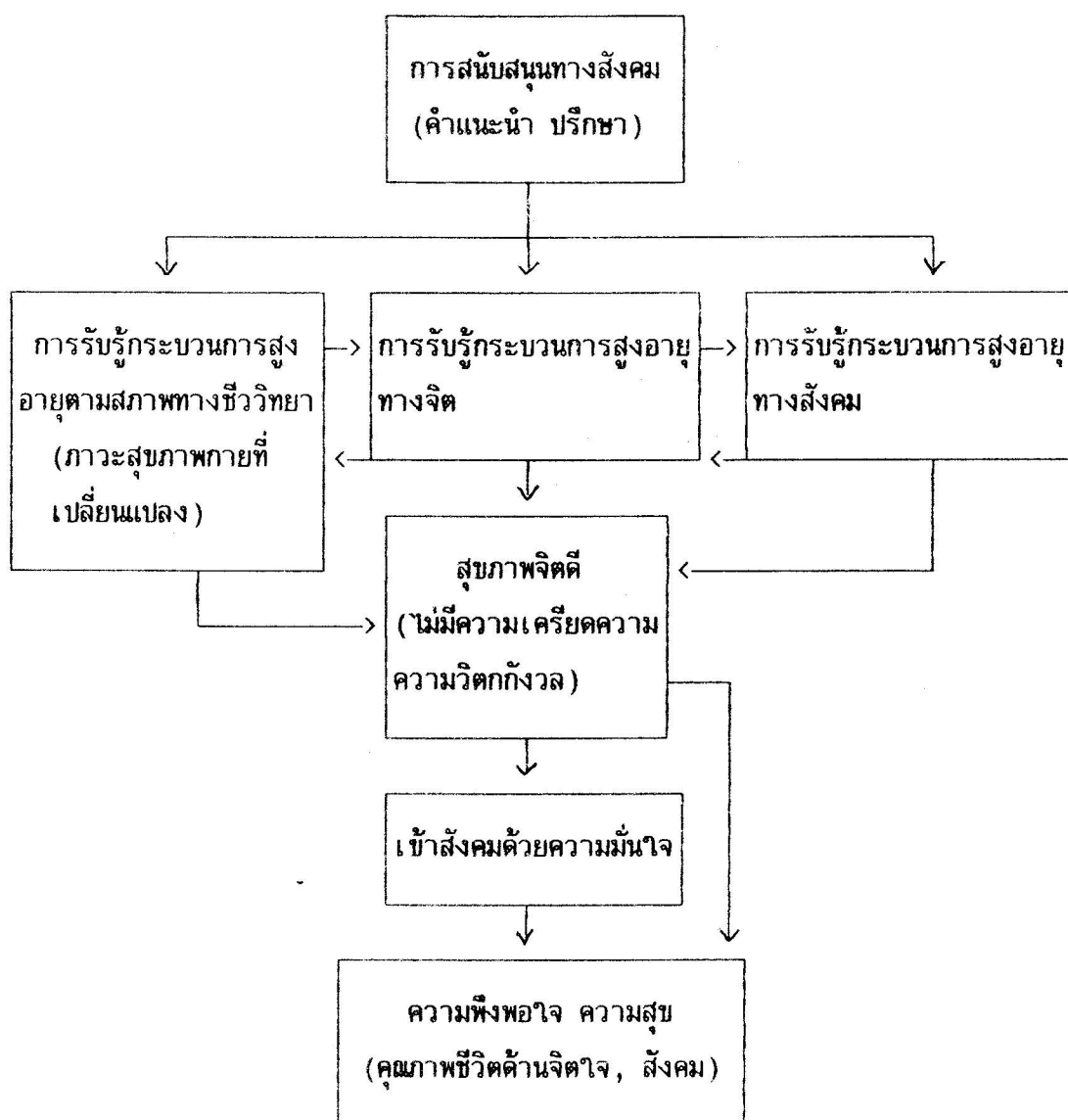
ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านกายหรือวัตถุเกี่ยวกับการให้คำแนะนำ ปรีกษา การสนับสนุนทางสังคมด้านจิตใจอารมณ์และด้านสังคมพบว่าผู้สูงอายุเป็นผู้ให้แก่ทุกเครือข่าย สำหรับผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง เช่น แพทย์แผนโบราณ การทำขนม เป็นต้น ผู้สูงอายุเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้เหล่านี้แก่เครือข่าย 3 โดยผ่านทางกรร่วมทำกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นผู้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านกาย จิตใจอารมณ์มากที่สุดจากเครือข่าย 1 ได้แก่ บุตรหลาน สามีหรือภรรยา รองลงมาคือ เครือข่าย 2 ได้แก่ เพื่อนและญาติพี่น้อง ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านสังคม ผู้สูงอายุได้รับมากที่สุดจากเครือข่าย 3 ได้แก่ เพื่อนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านสังคมมาก และสม่ำเสมอว่าผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ

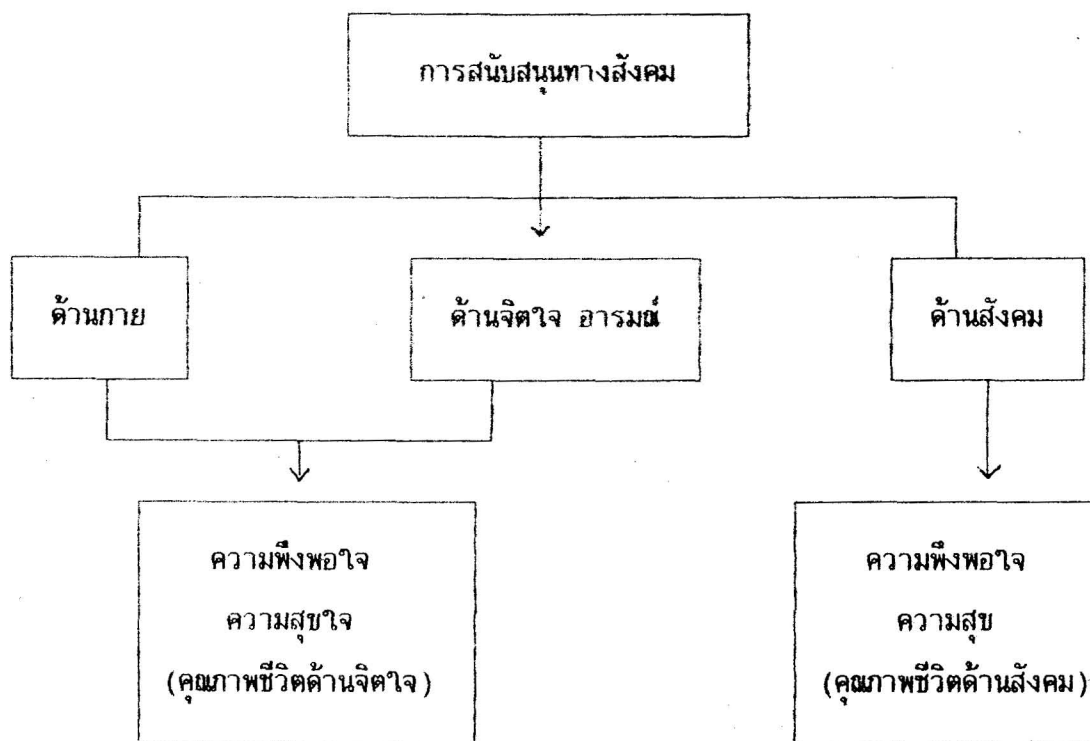
การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นผู้สูงอายุที่เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม เพราะเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดกิจกรรมปกติสม่ำเสมอทุกวันศุกร์ และกิจกรรมพิเศษที่ผู้สูงอายุสนใจเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พบปะสังสรรค์ สร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ผู้สูงอายุมีโอกาสเรียนรู้ รับรู้กระบวนการสูงอายุจากกิจกรรมการบรรยายวิชาการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

และจากประสบการณ์ชีวิตของเพื่อนสมาชิก ผู้สูงอายุที่ได้รับคำแนะนำ ปรีกษาได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุที่ถูกต้อง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตในวัยสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้กระบวนการสูงอายุได้ตรงถูกต้อง ซึ่งมีผลช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล จากการเกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพกาย ทำให้ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพจิตที่ดีทำให้ผู้สูงอายุเข้าสู่สังคมด้วยความมั่นใจและผู้สูงอายุจะเกิดความพึงพอใจ มีความสุข ซึ่งแสดงได้ด้วยภาพ 4 และ 5 ต่อไปนี้



ภาพประกอบ 4 ความเกี่ยวข้องของการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้กระบวนการสูงอายุ และคุณภาพชีวิต



ภาพประกอบ 5 ความเกี่ยวข้องของการสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต

2. การดูแลตนเอง

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนตัว ได้แก่ การอาบน้ำ การแปรงฟัน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเดิน การเดินทางและการนอนพักผ่อน

ผู้สูงอายุทุกรายสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนตัวด้วยตนเองตามลำพัง โดยไม่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น แม้ว่าการปฏิบัติจะทำได้ช้าลงไม่คล่องแคล่วเหมือนเมื่อก่อน แต่ผู้สูงอายุก็แสดงความพึงพอใจและมีความสุขที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนตัวด้วยตนเอง ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตที่แข็งแรงพอที่จะทำได้ การทำแต่ละอย่างใช้เวลามากขึ้น เช่นการอาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัวซึ่งเมื่อก่อนใช้เวลา 10-15 นาที แต่ขณะนี้ใช้เวลาประมาณครึ่งชั่วโมง การรับประทานอาหารใช้เวลามากกว่าเดิม การขับถ่ายปกติท้องไม่ผูก ใช้เวลามากกว่าเดิม ส่วนเรื่องการเดินหรือการเดินทางจะใช้เวลามากกว่าก่อนอย่างเห็นได้ชัด และต้องเพิ่มความระมัดระวังเวลาเดินเพื่อป้องกันการล้ม ผู้สูงอายุส่วนมากเดินทางตามลำพัง

เพราะผู้สูงอายุคิดว่าสะดวกและไม่ต้องการเป็นภาระแก่คนอื่น ส่วนการนอนพักผ่อนจะนอนเร็ว ตื่นแต่เช้า จำนวนเวลาที่นอนน้อยลง อาจ 4-6 ชั่วโมง ในแต่ละคืน แต่ ผู้สูงอายุบางรายที่มีอายุมากกว่า 80 ปี จำนวนชั่วโมงการนอนจะเพิ่มมากขึ้น

"ลุงอายุ 80 กว่าแต่ยังทำทุกอย่างเอง ไม่ต้องการให้คนอื่นช่วย ไม่มีปัญหา แต่บางทีลูกหลานก็ช่วยเขาอยากช่วย ลุงก็ไม่ว่า อย่างเตรียมเสื้อผ้าให้ เดี่ยวนี้ยังทำอะไรได้ทุกอย่างแต่ข้างก็ไม่ถึงกับขี้ใจแรง ๆ ก็หงุดหงิดนิดหน่อย เพราะมันไม่ทันใจ แต่เดี๋ยวนี้ก็เฉย ๆ เพราะยังทำได้ ภูมิใจ พอใจ มีความสุขที่ยังช่วยตัวเองได้ เดิวนั้นนอนมากกว่าก่อนตอนหยุดทำงานใหม่ ๆ (อายุ 60 ปีเศษ ปัจจุบันอายุ 81 ปี) นอนคืนหนึ่ง 5 - 6 ชั่วโมงเต็มที่ เดิวนั้นเข้านอนตั้งแต่ 3 ทุ่ม บางทีก็ 4 ทุ่มหลับยาวไปถึงเช้า บางที 6 โมงเช้า เรื่องนอนไม่หลับไม่ค่อยมี สบายใจดีหลับสบาย แก่ตัวมากนอนมากขึ้น 8 - 9 ชั่วโมง ตอนกลางวันก็พักผ่อนไม่หลับเพราะเป็นคนไม่นอนกลางวันมาแต่ไหนแต่ไร ใช้วิธีเอนหลังฟังวิทยุแต่ไม่หลับ" (ชาย อายุ 71 ปี ขึ้นไป มีคู่ การศึกษา ป.4)

นอกจากกิจวัตรประจำวันส่วนตัวแล้ว ผู้สูงอายุทุกคนทั้งชายและหญิงยังสามารถปฏิบัติกิจประจำวันอื่น ๆ ในครอบครัวเป็นประจำ อาทิ การทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ การหุงข้าวทำกับข้าวรับประทานกันเอง การกวาดขยะบริเวณบ้าน เป็นต้น ซึ่งผู้สูงอายุบอกว่ามีความสุขที่ได้ทำกิจวัตรเหล่านี้ เพราะเป็นสิ่งที่เคยทำมาก่อนและยังเป็นการแสดงว่าตนยังมีความสามารถช่วยเหลือตนเองและครอบครัวได้อีกด้วย

จากการสัมภาษณ์ สังเกตและรวบรวมข้อมูล ผลการตรวจร่างกายจากทะเบียนประวัติของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีร่างกายแข็งแรงตามวัยสูงอายุ เป็นบุคคลที่เอาใจใส่ตนเอง หาความรู้และทำความเข้าใจ ทำความรู้จักกับสุขภาพอนามัยของตนเอง พยายามช่วยเหลือตนเอง การที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรมสม่ำเสมอได้รับความรู้การปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัยสูงอายุ และการฝึกสมาธิการออกกำลังกายที่ถูกต้อง เป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมตามพัฒนาการของร่างกายจิตใจและสังคมของวัยสูงอายุ ซึ่งจากการสอบถามผู้สูงอายุผลปรากฏว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจพัฒนาการการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของคนวัยสูงอายุพอสมควร และผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ อาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุมีความรู้และพยายามปรับตัวได้ดีในระดับหนึ่ง

"คนแก่ อะไร ๆ ก็เสื่อม แข็งขาก็ไม่ค่อยดี เดินไม่สะดวก เราก็ต้องระวังตัวเอง ทำเท่าที่จะสามารถทำได้ ไม่เกินกำลัง" (หญิง อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษา สูงกว่า ป.4)

"พันทัก ตาฝ้าฟาง ปวดเมื่อย เดินช้า และอีกหลายอย่างที่คนแก่เขาเป็นกัน มันเป็นเรื่องธรรมดาของคนแก่ สิ่งขารมันจะร่วงโรยไปตามกาลเวลาเคยได้ยินไหมพระ ท่านว่า จะนั่งก็โยย จะลุกก็โยยเหมือนดอกไม้วีโรย... เราบังคับไม่ให้แก่ ไม่ให้เจ็บ ไม่ให้ตายไม่ได้ แต่เราระมัดระวังทฤษฏีความรักษาได้ ที่สำคัญจะต้องไม่เป็นทุกข์ เกินกว่าเหตุ แข็งแรงน้อยลงตามวัยแต่ไม่เจ็บป่วยก็ควรจะมีใจ สบายใจ ต้องเคร่งครัดกับตัวเอง ปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง เหมาะสม อย่าไปฝันจนเกินกำลังนั้นพวกไม่เจียมสังขาร" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษา ป.4)

"แก่ขึ้นมันก็ลดลงไปเอง (ความรู้สึกต้องการทางเพศ) เกษียณแล้ว ผู้หญิงยังนอนกับสามีนี้ ควรมีย ปกติหรือเปล่า ปวดบวมไม่ถูกบ้างเองก็ยังนอนกับคุณลุง (สามี) บ้าง นาน ๆ หลายเดือนสักครั้ง มันไม่เหมือนก่อน ก็เคยคุยกับคุณลุง คุณลุงก็บอกว่าไม่เป็นไร ธรรมชาติ คุณลุงก็ช่วย แต่บ้างก็ไม่สบายใจเท่าไร ไม่เคยบอกคุณลุงว่าไม่สบายใจ กลัวเขาจะไม่สบายใจ ตั้งแต่มาชมรมได้ฟังนักศึกษา อาจารย์ (พยาบาล) สอนเรื่องสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุได้ความรู้เยอะ เรื่องนี้บ้างก็ค่อยเบาใจ มันเปลี่ยนแปลงไปตามปกติเราไม่ได้ผิดปกติ กับเพื่อนสนิทก็ไม่เคยคุยเรื่องนี้ กลั้มก็ไปนั่งสมาธิ ไปวัดฟังเทศก์ ทำบุญ เตี่ยฉันสบายมาก รู้เรื่องเข้าใจแล้วสบายใจ ก็ยังอยู่กันปกติ แต่ตอนนั้นคุณลุงก็...ห่างมาก...ไปทำบุญทุกวันพระ" (หญิง อายุ 60-70 ปี มีคู่การศึกษา ป.4)

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มนี้แตกต่างกันตามความรู้และประสบการณ์กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีพื้นฐานความรู้ด้านวิชาการเกี่ยวกับโรค อาการเจ็บป่วยหรือประสบการณ์ตรงคือ ผู้สูงอายุเคยเจ็บป่วยหรือเคยเห็น เคยดูแลผู้เจ็บป่วยเหล่านั้นมาก่อน จะสามารถดูแลตนเองโดยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ ขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่มีความรู้ หรือประสบการณ์ จะสามารถดูแลตนเองได้น้อยกว่า

"ปวดเมื่อยตามตัว ใช้วิธีออกกำลังกายยืดเส้นยืดสายจะช่วยให้หายปวดเมื่อยได้จะใช้วิธีนวดแผนไทย หรือวิธีโยคะก็ได้จะนวดตัวเองหรือให้หมอนวดเก่ง ๆ นวดให้ก็ได้" (หญิง อายุ 71 ปีขึ้นไป ไม่มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"เหนื่อยง่าย ใจสั่น แน่น เจ็บหน้าอก เหนื่อยออกตามฝ่ามือมากกว่าปกติ นี้อาจจะเป็นโรคหัวใจแล้ว ควรจะไปหาหมอตรวจรักษาเสียแต่เนิ่น ๆ ไม่ต้องกลัวให้ตรวจถ้าพบว่า เป็นจริงจะได้รับรักษา ถ้ากลัวไม่ไปตรวจ มีอาการน้อย ๆ ไม่รับรักษา พอเป็นหนัก ค่อยไปอาจจะรักษาไม่ทัน สูงเป็นความดันโลหิตสูงตั้งแต่อายุ 40 กว่านิดหน่อย ตอนนั้นทำงานหนักมากแล้วก็มีเรื่องกลุ้มมาก ปกติแข็งแรงดีแต่ช่วงนั้นเจอกรรมสมชีวิต บ๊อง... ทรุดไปเลย เพื่อนหาหมอไปหาหมอตรวจแล้วเป็นความดันสูงก็รักษา เป็น ๆ หาย ๆ แรก ๆ ดีขึ้นเพราะยา พอไม่กินยาก็ทรุด งานหนักทำใจไม่ได้ หุุดงานก็ไม่ได้ กลุ้มหลายเรื่อง ตอนหลังวางหมดเพราะรู้แล้วว่าโรคนี้ไม่หายขาด หมออธิบายให้ฟัง มันจริงตรงกับที่เราเป็น วันไหนเครียดมาก ความดันก็ขึ้น บางทียากก็เอาไม่ค่อยอยู่ แล้วมันทุกข์ทรมานมาก ก็เลยปล่อย ๆ ศึกษาว่าทำยังไงความดันจะไม่ขึ้น พยายามทำใจให้สบาย ไม่เครียดมาก ต้องอยู่ด้วยกันให้ได้ ในที่สุดก็อยู่ด้วยกันได้ เดียวนี้แทบไม่ต้องกินยาลดความดัน แต่ก็ยังเช็คตลอดเวลามาวัดความดันที่นี้ (ชมรม) ทุกวันศุกร์ หมอก็พอใจ ตอนนั้นสูงสบาย ทำอะไรก็ได้ แต่ระวังอยู่หน่อยไม่หักโหมเกินไปบ้าง และไม่คิดมากเกินไป ตอนนี้เป็นโรคหัวใจด้วยเริ่มเป็นเมื่อ 4 - 5 ปีก่อน แต่ไม่มีอาการรุนแรงลงพยายามทำตามหมอสั่ง เราต้องทำใจให้ได้ ส่วนหนึ่งต้องยอมรับว่าเรามีโรคอยู่ อะไรที่เป็นข้อห้ามก็ต้องไม่ทำ อะไรควรทำต้องทำแรก ๆ ลำบาก เพราะสูงตามใจตัวเองมาตลอดอยากทำอะไรก็ทำ ไม่อยากทำอะไรจะไม่ทำ พอเป็นสองโรคนี้ใจเอาแต่ใจตัวเองไม่ได้แล้ว เพราะโรคกำเริบที่ทรมานมาก พยายามทำตามหมอแนะนำ เราต้องสังเกตตัวเองด้วย แค่นี้พอดีกับตัวเรา จับจุดได้ก็ทำอย่างนั้น นี่พอสูงจับจุดตัวเองได้เดี๋ยวนี้สบาย ทำอะไร ๆ เองช่วยเหลือตัวเองได้ลูกก็ทำงานบ้าน ซักผ้า อะไร ๆ เอง บางอย่างหลานก็ช่วยทำ อย่างอาหาร สูงพอใจที่แม้จะมีสองโรคแต่ไม่ได้เป็นภาระของใคร ยังช่วยเหลือตัวเองได้" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป ไม่มีคู่อุปการะศึกษาสูงกว่า ป.4)

"ลูกศึกษาเรื่องแพทย์แผนโบราณทั้งเวชกรรม หัตถศาสตร์ ยาสมุนไพรก็ปรุงได้ เรื่องเกี่ยวกับเลือดลมและประสาท สูงนัดสูงใช้วิชานี้ช่วยเหลือคนมามาก ทั้งในชมรมผู้สูงอายุ ชมรมแพทย์แผนโบราณ คนทั่วไปก็ไปให้รักษาไม่ขาด โรคบางอย่างก็ต้องไปโรงพยาบาล อย่างผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ ผ่าตัดนิ้ว ผ่าตัดไตโรคที่รักษาทางยา สูงรักษาได้ทั้งนั้น แม้แต่กระดูกหัก ถ้าหักธรรมดาไม่ใช่แหลกละเอียด สูงตามไม้ให้เดือนสองเดือนก็หาย สูงเอง

เคยไปลา ร้าหัก ไปรักษาโรงพยาบาล เมื่อ 40 กว่าปีก่อนอยู่โรงพยาบาลหลายวัน ไม่หาย พอลงพาไปหาหมอแผนโบราณรักษาอยู่เดือนกว่าก็หาย" (ชาย อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษา ป.4)

"ถ้าเจ็บเล็ก ๆ น้อย ๆ อย่างไข้ หวัด ปวดหัว ปวดเมื่อยก็ซื้อยากินเองหรือถามเพื่อน ซื้อยาที่เคยกินหายมากิน ถ้าเป็นหนักกินยาแล้วไม่หายก็ต้องไปหาหมอ หรือถ้าเจ็บหนัก อย่างไส้ติ่งอักเสบ มะเร็ง วัณโรค โรคปอด ต้องไปหาหมอที่โรงพยาบาลหรือคลินิก พวกที่เป็นโรคที่ต้องอยู่โรงพยาบาลนั้นแหละ ต้องไปหาหมอที่โรงพยาบาล รักษาแต่ เน้น ๆ ถ้าทิ้งไว้นานจะรักษายาก" (หญิง อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษา ป.4)

การดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่ผู้สูงอายุปฏิบัติบทบาทในส่วนของตนเองได้อย่างอิสระ ตามความต้องการเฉพาะตนดัง เช่นที่ผู้สูงอายุหลายคนเลือกปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองตามที่รู้และ เข้าใจ ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถมีคุณค่า บางรายดูแลสุขภาพตามความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับคนอื่นในสังคม โดยการขอคำปรึกษาแนะนำ โดยการเลือกผู้ให้ การรักษาเพราะการรู้จักมักคุ้นทำให้เข้าใจซึ่งกันและกันได้ง่าย

ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายมีบทบาทในการเป็นผู้ให้คำแนะนำ ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแล รักษาความเจ็บป่วยของครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน ส่วนการตัดสินใจเลือกผู้ให้การรักษา วิธี การรักษา หรือ แหล่งให้การรักษาผู้สูงอายุที่เป็นผู้นำครอบครัวจะเป็นผู้ตัดสินใจ

"ลุงหรือคนในบ้านเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ จะใช้ยาสามัญประจำบ้าน ถ้าเป็นมากลุงจะ พาไปหาหมอ" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"ป้าเป็นคนตัดสินใจจะรักษายังไง ส่วนมากพาไปหาหมอ คุณลุง (สามี) เสียไปแล้ว มีอะไรก็ทำเอง บางครั้งก็ปรึกษาพี่น้องที่บ้านอยู่ใกล้ ๆ กัน" (หญิง อายุ 71 ปีขึ้นไป ไม่มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

ผู้สูงอายุบางรายนอกจากให้คำแนะนำ ปรึกษาแล้วยังให้การดูแลรักษาด้วย เพราะผู้ สูงอายุมีความรู้ ความสามารถในการดูแลและการรักษาโรคนั้น ๆ หรือเคยมีประสบการณ์ใน การดูแลหรือเคยเจ็บป่วยด้วยตนเอง

"ลุงปรุงยาสมุนไพรให้ แต่ถ้าคนปวดเมื่อย ปวดหัว หรือกระดูกหักลุงก็ใช้วิธีนวด วิธี ความนี้ ก็หายเจ็บป่วยกัน ลุงช่วยเพราะลุงศึกษาเรื่องพวกนี้มา ลุงอยากช่วยเหลือคนอื่น ใช้ความรู้ให้เป็นประโยชน์กับส่วนรวม" (ชาย อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษา ป.4)

"คนท้องผูก ลุงแนะนำให้ทานกล้วยน้ำว้า ส้มโอ เพราะลุงเคยทำแล้วได้ผลดีมาก"

(ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

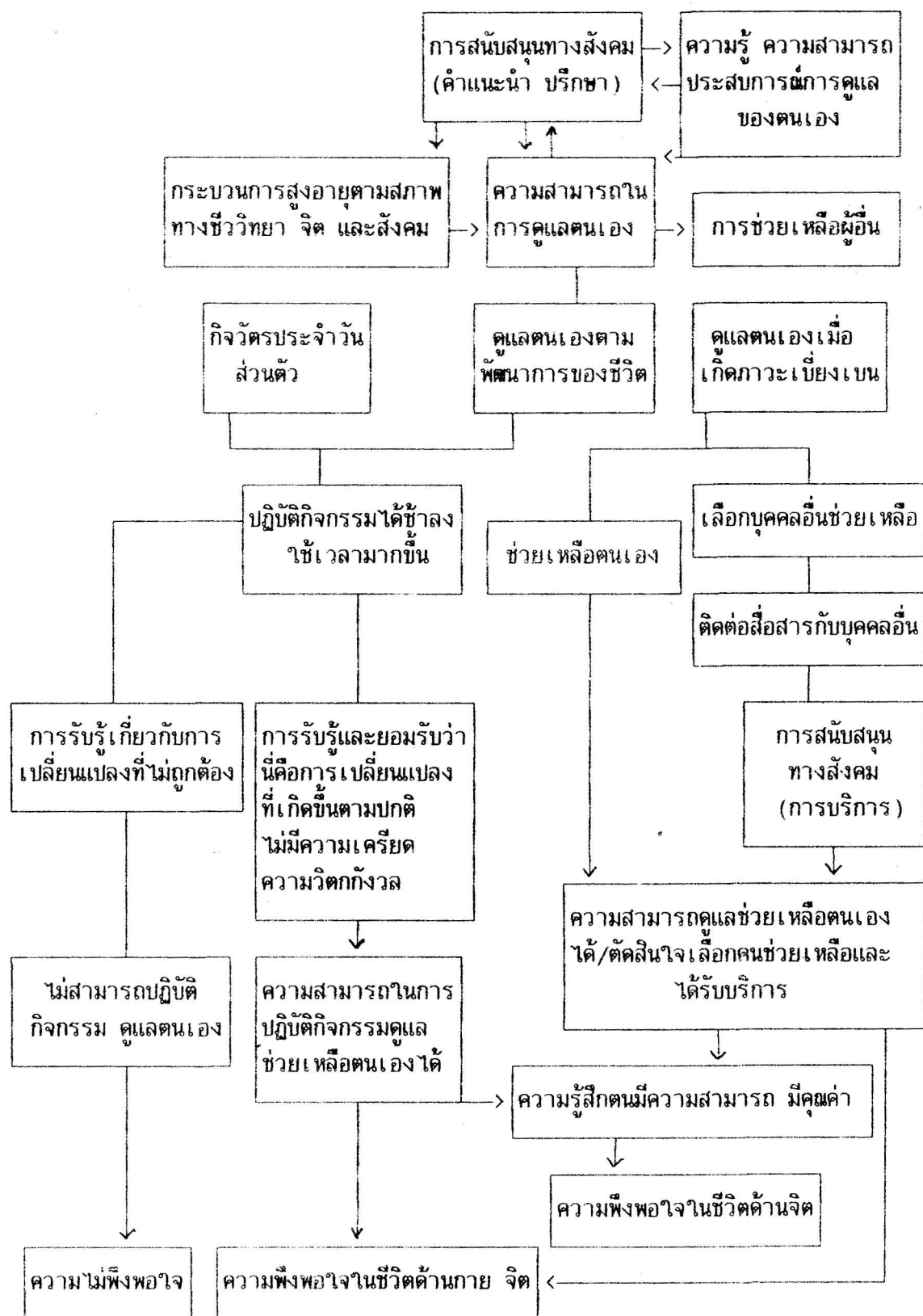
"เวลาปวดเมื่อย ให้ออกกำลังกาย มีบางท่าแก้ปวดเมื่อยได้ชะงัดนักอย่างปวดเอว
ปวดหลัง ให้ใช้ท่ายืดหลัง (ยืดกล้ามเนื้อหลังท่านอน) เป็นการช่วยเหลืตนเองที่ได้
ผลดีมาก ป้าแนะนำให้ไปหลายคนเขาทำแล้วบอกดี หายปวดเขาก็ก็นำมาบอกป้า ที่หลัง
มีคนมาถามป้าก็บอกเขาและสอนท่าออกกำลังกายให้" (หญิง อายุ 71 ปีขึ้นไป ไม่มีคู่
การศึกษา ป.4)

"ถ้าไม่สบายใจ ก็มาคุยกันที่ชมรมช่วยกันคิดช่วยกันทำ ประึกษากันถึงไม่มีเรื่องอะไร
ถึงวันศุกร์ก็มาคุยมาพบเพื่อนที่ชมรมจะได้ไม่เหงา คนแก่อยู่คนเดียวจะเฉาเร็ว ไม่
เจ็บป่วยแต่จะเฉา เกิดอะไรขึ้นอยู่คนเดียว คิดไม่ทันจะพาเจ็บป่วย... อาการเฉา
ก็เชื่อง ๆ ชิม ๆ ไม่สดชื่น เป็นมาก ๆ ก็เหมือนคนหมดอาลัยตายอยากไม่มีความสุข"

(หญิง อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษา ป.4)

การดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุนั้นอยู่กับความรู้ ความสามารถ และ
ประสบการณ์การดูแลตนเอง ซึ่งผู้สูงอายุอาจได้รับมาก่อนหน้าที่จะเข้าร่วมกิจกรรมชมรม หรือ
ภายหลังคือผู้สูงอายุเรียนรู้สิ่งเหล่านี้จากเครือข่ายสังคมคือชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุจัด
กิจกรรมการให้ความรู้ คำแนะนำ ประึกษาเกี่ยวกับเรื่องของผู้สูงอายุซึ่งเป็นการให้การสนับสนุน
ทางสังคมด้านกาย หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าด้านวัตถุหรือวัสดุ ผู้สูงอายุมีโอกาสเรียนรู้และรับรู้
ภาวะสุขภาพกาย จิต และสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและนำความรู้
การรับรู้ที่ถูกต้องมาประกอบกับความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมไปเลือก
ทำกิจกรรมต่าง ๆ ผู้สูงอายุย่อมเกิดความรู้สึกพึงพอใจทั้งด้านกายและด้านจิตใจ แต่ถ้าผู้สูงอายุ
รับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงไม่ถูกต้อง ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้จะทำให้ผู้สูงอายุ
เกิดความไม่พึงพอใจ ซึ่งผู้วิจัยขอแนะนำเสนอภาพแสดงความเกี่ยวข้องของการดูแลตนเอง การ
สนับสนุนทางสังคม กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิตดังนี้ (ภาพประกอบ 6)



ภาพประกอบ 6 ความเกี่ยวข้องของการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กระบวนการสูงอาย และคุณภาพชีวิต

3. การทำกิจกรรม

การทำกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุแห่งนี้จำแนกได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ ได้แก่ 1) กิจกรรมส่วนบุคคล 2) กิจกรรมภายในครอบครัว และ 3) กิจกรรมนอกครอบครัวหรือในชุมชนสังคม ซึ่งปรากฏผลดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ตาราง 4)

1. กิจกรรมส่วนบุคคล กิจกรรมส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติตามลำพัง ณ สถานที่แห่งใดแห่งหนึ่งและในเวลาใดเวลาหนึ่ง ผู้สูงอายุมักใช้เวลาส่วนหนึ่งในแต่ละวันสำหรับทำกิจกรรมส่วนบุคคลนี้โดยเฉพาะมากบ้างน้อยบ้างขึ้นอยู่กับความสนใจ ความสามารถเฉพาะตัว และเวลาหรือโอกาส ซึ่งผู้สูงอายุกล่าวว่าในการทำกิจกรรมส่วนบุคคลนี้เป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และทำในสิ่งที่ตนชอบนอกเหนือจากกิจวัตรประจำวันส่วนตัว ซึ่งผู้สูงอายุนับเป็นกิจกรรมส่วนบุคคลที่จะต้องปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน กิจกรรมส่วนบุคคลอื่น ๆ ที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้ความสนใจและปฏิบัติมากที่สุดคือ การอ่านหนังสือ หนังสือที่ผู้สูงอายุกล่าวถึงมากกว่าทุกประเภทได้แก่ หนังสือธรรมะ และนวนิยาย กิจกรรมส่วนบุคคลอื่น ๆ เรียงตามลำดับความสนใจและการปฏิบัติของผู้สูงอายุได้แก่ การนอนพักผ่อน การฟังข่าว การปลูกต้นไม้ หรือการเลี้ยงสัตว์ การออกกำลังกาย การทำการฝีมือ การศึกษาสมุนไพร และกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การกวาดขยะ

เมื่อพิจารณาเรื่องความสนใจ และการปฏิบัติกิจกรรมส่วนบุคคลของผู้สูงอายุกลุ่มร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอและกลุ่มร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอสนใจและปฏิบัติกิจกรรมการอ่านหนังสือมากที่สุด รองลงมาได้แก่ การฟังข่าว ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอสนใจและปฏิบัติกิจกรรมการพักผ่อน (นอน) มากที่สุด รองลงมาได้แก่ การอ่านหนังสือ

ตาราง 4 ผู้สูงอายุผู้เข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอและร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอกับการเลือกทำ
กิจกรรมประเภทส่วนบุคคล กิจกรรมในครอบครัว และกิจกรรมนอกครอบครัวหรือสังคม

ประเภทกิจกรรม	ผู้สูงอายุ	
	ร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ	ร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ
ส่วนบุคคล		
การอ่านหนังสือ	มาก	มาก
การพักผ่อน (นอน)	น้อย	มาก
การฟังข่าว	มาก	น้อย
การปลูกต้นไม้/เลี้ยงสัตว์	น้อย	น้อย
การออกกำลังกาย	น้อย	น้อย
การทำงานฝีมือ	น้อย	น้อย
การศึกษาสมุนไพร	น้อย	-
การกวาดขยะ	น้อย	-
ในครอบครัว		
การทำงานบ้าน	มากที่สุด	มากที่สุด
การทำอาหาร	มาก - น้อย	น้อย
เลี้ยงหลาน	น้อย	น้อย
ดูแลมารดา (ของผู้สูงอายุ)	-	น้อย
ไม่ทำอะไรเลย	-	น้อย
นอกครอบครัว/สังคม		
การเยี่ยม/คุยกับเพื่อน	มาก	มาก - น้อย
การทำบุญ	มาก	มากที่สุด
การเป็นที่ปรึกษาชมรมแพทย์แผนโบราณ	น้อย	-

- ไม่มีจำนวนผู้ให้ข้อมูล

ผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมอ่านหนังสือมากที่สุดคือผู้สูงอายุทุกอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าชั้น ประถมปีที่ 4 ทั้งผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพกายคือตาและการมองเห็นชัด เจนดีและไม่ค่อยชัด เจน การพบผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมปีที่ 4 อ่านหนังสือมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีการ ศึกษาในระดับประถมชั้นปีที่ 4 เนื่องจาก 1) ผู้มีการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมปีที่ 4 สามารถอ่าน หนังสือได้คล่องและอ่านหนังสือมาสม่ำเสมอมากกว่าผู้มีการศึกษาระดับชั้นประถมปีที่ 4 ความ คล่องตัวและความเคยชินกับการอ่านหนังสือเสมอจนจึงให้ผู้สูงอายุเลือกการอ่านหนังสือ 2) การ ประกอบอาชีพก่อนอายุ 60 ปี ที่มีความเกี่ยวข้องกับการใช้หนังสือ การติดตามความเคลื่อนไหว ข่าวสารของวงการที่ผู้สูงอายุเกี่ยวข้องเช่น วงการราชการ การค้า ซึ่งผู้สูงอายุจะสามารถ ติดตามข่าวสารได้จากหนังสือที่เกี่ยวข้องหรือหนังสือพิมพ์ ในการอ่านหนังสือทั่วไปที่ไม่เกี่ยวข้อง กับงานอาชีพผู้สูงอายุบางราย ขณะประกอบอาชีพมีเวลาและโอกาสน้อยในการอ่านหนังสือ เมื่อ เกษียณอายุงานแล้วมีเวลาว่างมากขึ้น จึงใช้เวลาส่วนใหญ่อ่านหนังสือที่สนใจหรือชอบ ผู้สูงอายุ บางรายอ่านหนังสือต่อหลังจากการคุยกันที่ชมรม สำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาและอุปสรรค เกี่ยวกับการมองเห็นนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถแก้ปัญหาของตนได้

"ตอนทำงานไม่มีโอกาสอ่านหนังสือมากนัก บางเล่มอ่านมาหลายปียังไม่จบ พอเกษียณ ก็อ่านลุย อ่านแล้วเพลินตอนนั้นต้องอ่านทุกวันมากนักน้อยแล้วแต่ถ้าเมื่อยตาก็อพัก แล้วก็อ่าน ต่อเพราะชอบ" (ชาย อายุ 60 - 70 ปี มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"มีคนเอาหนังสือธรรมะมาให้หลายเล่ม ตอนแรกเขาให้หนังสือธรรมะสำหรับคนแก่ ตอนหลังนี้สารพัดก็อ่านทุกชนิด อ่านแล้วสบายใจ อย่างหนังสือธรรมะอ่านแล้วสบายใจ พระท่านสอนวิธีปฏิบัติให้ชีวิตมีความสุขดี นิยายก็อ่าน ข่าวก็อ่าน ทำให้มีความสุขทันโลก" (ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"อ่านหนังสือทุกวันมาตั้งแต่สาว ๆ เดียวนี้อ่านหนังสือธรรมะกับข่าวมากกว่าอย่างอื่น หนังสือธรรมะอ่านแล้วสบายใจ มีทางออกเขาไปเป็นแนวปฏิบัติได้ ข่าวก็ต้องรู้จะได้ คุยกับหลาน ๆ ที่เขากำลังเรียนหนังสือ กับเพื่อนจะได้คุยรู้เรื่อง อ่านมากได้ข้อคิด มากเวลาเด็ก ๆ ถามจะได้ตอบได้ถ้าไม่รู้เรื่องก็ให้คำปรึกษาแนะนำเขาไม่ได้ ไม่ทัน เหตุการณ์" (หญิงอายุ 71 ปีขึ้นไป ไม่มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"สนใจอยากรู้เรื่องสมุนไพรร อ่านหนังสือเกี่ยวกับสมุนไพรร" (หญิง อายุ 60 - 70 ปี มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

หนังสือแต่ละเล่มให้สาระต่างกัน บางเล่มให้ความบันเทิงแก่ผู้อ่าน บางเล่มให้ความรู้ บางเล่มให้ทั้งความบันเทิงและความรู้ ข้อคิดคติสอน ซึ่งผู้อ่านสามารถนำไปเป็นแนวทางปฏิบัติ หรือแก้ปัญหาได้ เช่น คอลัมน์ที่เป็นการถามตอบปัญหา การอ่านหนังสือเป็นกิจกรรมที่ง่ายในการ ปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุที่สามารถอ่านหนังสือได้ และให้ผลประโยชน์มากทั้งในด้านความรู้และ ด้านก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ซึ่งมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ดังนั้นจึงพบว่าผู้ สูงอายุที่สามารถอ่านหนังสือได้คล่องมีความพึงพอใจที่จะทำกิจกรรมส่วนบุคคลเกี่ยวกับการอ่าน หนังสือมากกว่ากิจกรรมอื่น

2. กิจกรรมในครอบครัว กิจกรรมในครอบครัวเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำร่วมกับ สมาชิกภายในครอบครัว กิจกรรมในครอบครัวที่ผู้สูงอายุทำมากที่สุดได้แก่ การทำงานบ้าน รองลงมาได้แก่ การทำอาหาร ผู้สูงอายุทำกิจกรรมเหล่านี้ร่วมกับคู่สมรส ส่วนในผู้สูงอายุที่มี สถานภาพสมรส หย่า หย่า แยก (ไม่มีคู่สมรส) จะทำกิจกรรมร่วมกับบุตร นอกจากกิจกรรม ดังกล่าวแล้ว ผู้สูงอายุยังทำกิจกรรมการเลี้ยงหลาน การดูแลผู้สูงอายุคือมารดาของผู้สูงอายุ ในจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดปรากฏว่ามีผู้สูงอายุบางรายไม่ทำกิจกรรมในครอบครัว เนื่องจากผู้สูง อายุอยู่อาศัยลำพังคนเดียว

เมื่อพิจารณาแยกตามกลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอและผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่ สม่ำเสมอพบว่า ผู้สูงอายุทำกิจกรรมทำงานบ้านสูงที่สุดในทั้งสองกลุ่ม เป็นที่น่าสังเกตว่าในกลุ่ม ผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ ผู้สูงอายุทำกิจกรรมในการดูแลมารดา (ของผู้สูงอายุ) และการเลี้ยงหลานสูงกว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ

การทำงานบ้านและการทำอาหารเป็นกิจกรรมในครอบครัวที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ร่วมกับ สมาชิกในครอบครัวเป็นประจำมากที่สุด และรองลงมาตามลำดับ กิจกรรมทั้งสองเป็นกิจกรรมที่ ประกอบด้วยกิจกรรมย่อยและกระบวนการหลายขั้นตอน อาทิเช่น การทำงานบ้านประกอบด้วย กิจกรรมการซักผ้า รีดผ้า การทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น ส่วนการทำอาหารประกอบด้วย การ หุงข้าว การทำกับข้าว เป็นต้น การทำกิจกรรมนี้อาจทำตามลำพังคนเดียวหรือทำร่วมกับสมาชิก อื่น ซึ่งผลของการทำกิจกรรมมีประโยชน์ต่อครอบครัวส่วนรวม ในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ผู้วิจัยพบว่า ผู้ สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกอื่นได้แก่ สามีหรือภรรยา หรือบุตร เหตุผลของการทำกิจกรรม ทั้งสองนี้ผู้สูงอายุชายและหญิงให้เหตุผลต่างกันกล่าวคือ ผู้สูงอายุชายทำกิจกรรมนี้เพราะเป็น การให้ความช่วยเหลือภรรยาหรือบุตร และช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดต่อกัน ส่วนผู้สูง

อายุหญิงให้เหตุผลว่า เพราะเป็นหน้าที่ของผู้เป็นมารดาหรือภรรยาที่จะต้องทำหน้าที่เป็นแม่บ้าน จัดการดูแลกิจการงานบ้านการเรือนให้เรียบร้อยและสมาชิกในครอบครัวมีความสุข ผู้สูงอายุบางรายให้เหตุผลเพิ่มเติมว่าทำกิจกรรมนี้เพราะต้องการแบ่งเบาภาระของบุตรที่ทำงานนอกบ้าน

"ลุงช่วยป้า (ภรรยา) เขาหุงข้าว ล้างผัก อย่างอื่นป้าเขาทำเอง เมื่อก่อนลุงทำงาน ไม่มีเวลาช่วย" (ชาย อายุ 71 ปี ขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"สนิทกันมาก รู้สึกสนิทกันมากกว่าเมื่อก่อน ชอบช่วยเวลาป้า (ภรรยา) ทำอะไร ก็จะช่วย เช่น กวาดบ้าน ทำอาหารทานกันเอง" (ชาย อายุ 60 - 70 ปี มีคู่ การศึกษา ป.4)

"ส่งสารลูก ทำงานมาเหนื่อย ๆ เขาก็ไม่ยากให้แม่ทำ แต่ป้าอยากแบ่งเบาภาระ เขาบ้าง งานก็ไม่ยากเย็นอะไร ป้าทำมานานแล้วตั้งแต่แต่งงานจนแยกกันอยู่กับลุง (สามี) ไปอยู่กับลูกสาวคนเล็ก นั่นทั้งทำงานบ้านทำกับข้าว และเลี้ยงหลาน นีมาอยู่กับลูกสาวคนโต ไม่มีหลาน ไม่มีงานอะไรมาก ดูแลบ้าน ทำกับข้าววันน้อย" (หญิง อายุ 71 ปี ขึ้นไป ไม่มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

กิจกรรมการทำงานบ้านและการทำอาหารเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาในการทำพอสมควร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำกิจกรรมนี้ แต่จากการศึกษาพบว่า การทำกิจกรรมทั้งสองนี้มิได้เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมแต่อย่างใด ทั้งนี้เพราะกิจกรรมทั้งสองเป็นกิจกรรมที่กระทำเป็นเวลาคือ การทำอาหารเช้า กลางวัน และเย็น ส่วนการทำงานบ้านผู้สูงอายุสามารถจัดเวลาเพื่อไม่ให้ตรงกับเวลาของการนัดพบสมาชิกผู้สูงอายุได้ อีกประการหนึ่งกิจกรรมทั้งสองเป็นกิจกรรมที่กระทำต่อสิ่งไม่มีชีวิตซึ่งผู้สูงอายุสามารถจัดการตามความเหมาะสมได้สะดวก ส่วนการเลี้ยงหลานและการดูแลมารดาผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมที่ต้องทำต่อเนื่องและให้การดูแลใกล้ชิด ผู้สูงอายุจะหยุดการทำกิจกรรมดังกล่าวได้ชั่วคราวเมื่อมีบุคคลอื่นมาทำการแทน เมื่อไม่มีผู้ทำการแทนผู้สูงอายุจึงไม่สามารถปลีกตัวไปเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุได้ทุกวันนี้อย่างสม่ำเสมอ ในการวิจัยครั้งนี้จึงพบว่ากิจกรรมในครอบครัวบางกิจกรรม เช่น การเลี้ยงหลาน การดูแลผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุของการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมไม่สม่ำเสมอของผู้สูงอายุกลุ่มนี้

"มาชมรมไม่ทุกวัน เพราะติดธุระต้องเลี้ยงหลาน" (หญิง อายุ 60 - 70 ปี ไม่มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

ในการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุนี้ ผู้สูงอายุจะมีเหตุผลของการทำอย่างใดก็ตาม แต่ผลของการทำกิจกรรมในครอบครัวนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจในตัวเอง รู้สึกตนเองมีคุณค่าที่ท่าประโยชน์แก่ครอบครัวได้ และได้รับการยอมรับ ได้รับการเคารพนับถือและความรักจากสมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมั่นคงและมีความสุข

3. กิจกรรมนอกครอบครัวหรือกิจกรรมสังคม ในการวิจัยครั้งนี้ กิจกรรมนอกครอบครัวหมายถึง กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุและกิจกรรมสังคมอื่น ๆ กิจกรรมนอกครอบครัวที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เข้าร่วมกิจกรรมด้วยมากที่สุด ได้แก่ กิจกรรมการทำบุญ รองลงมาได้แก่ การเยี่ยมเยียนและหรือคุยกับเพื่อน และกิจกรรมการเป็นที่ปรึกษาชมรมแพทย์แผนโบราณซึ่งเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้ความสามารถเฉพาะตัวเป็นพิเศษ จึงปรากฏว่ามีผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมน้อยที่สุด

ในระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอ และกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอพบว่า กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอเข้าร่วมกิจกรรมการไปเยี่ยมและหรือคุยกับเพื่อนมากที่สุด รองลงมาได้แก่ การทำบุญ ส่วนกลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอเข้าร่วมกิจกรรมการทำบุญมากที่สุด รองลงมาได้แก่การไปเยี่ยมและหรือพูดคุยกับเพื่อน

การทำบุญ เป็นกิจกรรมที่เป็นพิธีการมีรูปแบบมีกระบวนการโดยเฉพาะการทำบุญที่วัดหรือการไปวัดทำบุญ บุคคลที่จะไปทำบุญที่วัดต้องผ่านกระบวนการคิด ให้คุณค่า ประเมินค่าและตัดสินใจสละทรัพย์สินของเพื่อเป็นการแบ่งปันด้วยจิตใจที่มีเมตตา กรุณา และการทำบุญกับพระสงฆ์ ผู้กระทำจะต้องคัดเลือกสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อถวายพระสงฆ์ เช่น ข้าวที่จะถวายพระสงฆ์จะต้องเป็นข้าวอย่างดีและเป็นข้าวหุงสุกใหม่ ๆ เป็นข้าวปากหม้อที่เตรียมไว้เพื่อการทำบุญโดยเฉพาะ

ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทำบุญทำกุศลจำนวนมาก เนื่องจากผู้สูงอายุรับรู้มาจากการถ่ายทอดประสบการณ์ทางวัฒนธรรมไทยเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุคือ ภาพของผู้สูงอายุที่เป็นบุญนียบบุคคลควรแก่การเคารพนับถือ ผู้สูงอายุคือบุคคลที่อ่อนโยน มีเมตตาต่อคนทั่วไปและชอบทำบุญ หรืออาจจะกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าผู้สูงอายุเป็นของคู่กับวัด คู่กับการทำบุญทำกุศล การจะเป็นผู้สูงอายุที่ดีน่าเคารพนับถือผู้สูงอายุท่านนั้นต้องเป็นคน "มีศีลธรรม" และกิจกรรมอย่างหนึ่งที่แสดงถึงความเป็นคน "มีศีลธรรม" คือการไปวัดทำบุญหรือการทำกุศลต่าง ๆ

"แก่แล้ว ควรจะเข้าวัดเข้าวา ทำบุญทำทาน สร้างบุญบารมีชดเชยที่เมื่อหนุ่มสาวไม่ได้ทำ" (หญิง อายุ 60 - 70 ปี มีคู่ การศึกษา .4)

"วันพระก็ไปถือศีลที่วัด ฟังเทศก์ฟังธรรม อะไร ๆ ก็ผ่านมามากแล้ว นึกเหลือเวลาน้อยแล้วต้องเร่งทำบุญ เวลาตายลูกหลานจะได้กราบไหว้ได้สนิทใจ" (หญิง อายุ 60 - 70 ปี ไม่มีคู่ การศึกษาสูงกว่าป.4)

"ที่ทางสำหรับคนแก่มีไม่มาก ที่สะดวกสงบร่มเย็นก็เห็นมีแต่วัด อายุมากก็อยากจะอยู่ในที่เย็น ๆ สงบ วัดเป็นที่รวมของคนที่ยี่สิบารกนาจะมีความสุข สงบ ไปวัดไปถือศีลไปทำบุญ ทำแล้วสบายใจ มีความสุข" (ชายอายุ 71 ปีขึ้นไป มีคู่ การศึกษาสูงกว่าป.4)

การทำบุญ เป็นกิจกรรมที่เรียบง่าย ไม่อึกทึกครึกโครม ไม่ต้องแข่งขันแก่งแย่งชิงดีกับใคร การทำบุญเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ตามความต้องการ ผลที่ได้ค่อนข้างเป็นนามธรรม เช่น ความสุขใจ ความพึงพอใจที่ได้ทำบุญ ผู้ที่ทำบุญไม่อาจคาดหวังได้ว่าเมื่อทำบุญด้วยข้าวหนึ่งขันแล้วตนจะได้รับข้าวตอบแทนคืนมากี่ขัน การทำบุญไม่ใช่กิจกรรมที่ส่งเสริมให้บุคคลประสบความสำเร็จตามความทะเยอทะยานอยาก แต่การทำบุญเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้บุคคลละและคิดถึงความเป็นเหตุเป็นผล ความยุติธรรมที่ผู้กระทำพึงมีพึงได้ เช่น เมื่อทำบุญแล้วบุคคลนั้นเกิดความรู้สึกมีความสุขที่ได้ทำความดีก็เพียงพอแล้ว ลักษณะที่เรียบง่าย ละห่างจากความทะเยอทะยานอยาก พึงพอใจกับสิ่งที่ได้รับอย่างยุติธรรม ตามลักษณะที่ควรจะได้ หรือจะเป็น ซึ่งความพึงพอใจในลักษณะนี้เป็นลักษณะของผู้สูงอายุ (George. 1990: 193; citing Carp and Carp. 1982 : 503-522) ดังนั้นจึงพบว่าผู้สูงอายุเลือกทำบุญกันมาก

การทำบุญ เป็นกิจกรรมหนึ่งที่ผู้สูงอายุมีโอกาสแสดงความคิดเห็นมีส่วนร่วมในสังคมและการเป็นเจ้าของสังคมนั้นเพราะในงานบุญต่าง ๆ มักจะระบุหรือแสดงตัวเจ้าภาพ อาทิเช่น งานเทศน์มหาชาติ งานทอดกฐิน ทอดผ้าป่า หรือแม้แต่การทำบุญวันพระ ซึ่งแต่ละวัดจะเป็นศูนย์รวมคนในละแวกบ้านนั้น หรือการมีชมรมผู้สูงอายุนัดหมายสมาชิกชมรมร่วมทำบุญ ณ วัดใดวัดหนึ่งเป็นการเฉพาะ ซึ่งชมรมจัดการทำบุญนี้เป็นกิจกรรมพิเศษของชมรม

การทำบุญของผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นการทำกิจกรรม และแสดงบทบาทของผู้สูงอายุที่สอดคล้องตามความคาดหวังของสังคม คือ สังคมคาดหวังว่าผู้สูงอายุควรมีบุคลิกและแนวทางปฏิบัติตัวที่อยู่ในกรอบของศีลธรรมและการทำบุญ การกระทำของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ซึ่งเป็นที่ยอมรับและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในสังคม

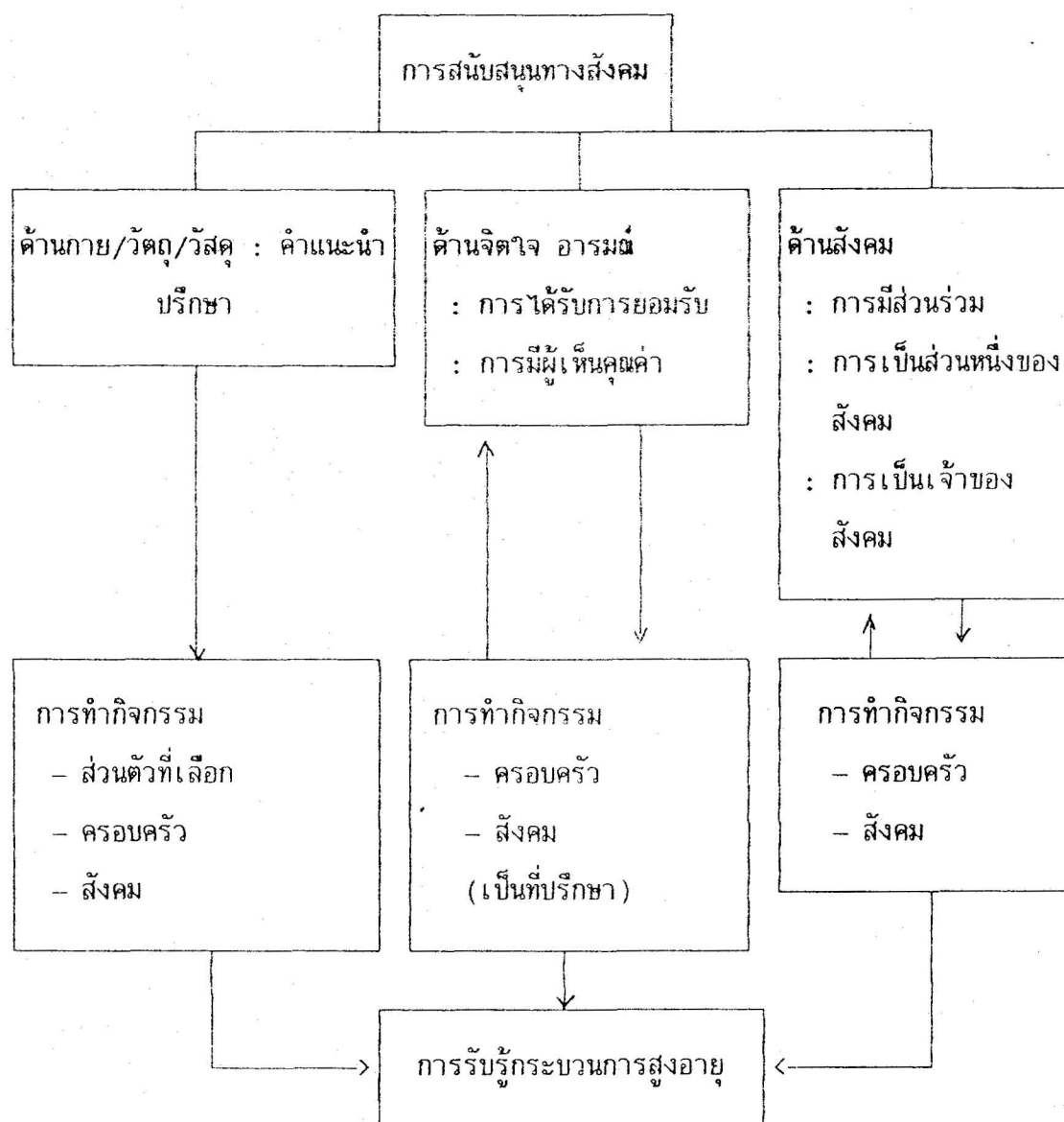
เหตุผลผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ นอกจากการเลี้ยงหลานและการดูแลผู้สูงอายุแล้วอีกเหตุผลหนึ่งคือการทำบุญที่วัดในวันพระ ซึ่งบางครั้งตรงกับวันศุกร์ ทำให้ผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมชมรมไม่สม่ำเสมอดังกล่าว

การเยี่ยมและคุยกับเพื่อนเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่ผู้สูงอายุปฏิบัติมากรองลงมาจากการทำบุญ กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมพิเศษของชมรมผู้สูงอายุ กล่าวคือ เมื่อสมาชิกชมรมเจ็บป่วย คณะกรรมการชมรมจะแจ้งข่าวให้สมาชิกทราบ และนัดหมายจัดกลุ่มเพื่อไปเยี่ยมและพูดคุย ส่วนการเยี่ยมและพูดคุยกับบุคคลอื่นคณะอื่น เช่น การเยี่ยมผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล การเยี่ยมเด็ก ณ สถานสงเคราะห์ที่เรารับเด็กภาคใต้ ซึ่งทางชมรมจัดเป็นครั้งคราว นอกจากนี้การเยี่ยมและพูดคุยกับเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ยังเป็นกิจกรรมอิสระที่ผู้สูงอายุมักปฏิบัติอยู่เสมอเมื่อมีโอกาส เพราะการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเพลิดเพลิน คลายเหงา ส่งเสริมผู้สูงอายุมีภาวะจิตใจที่ดี

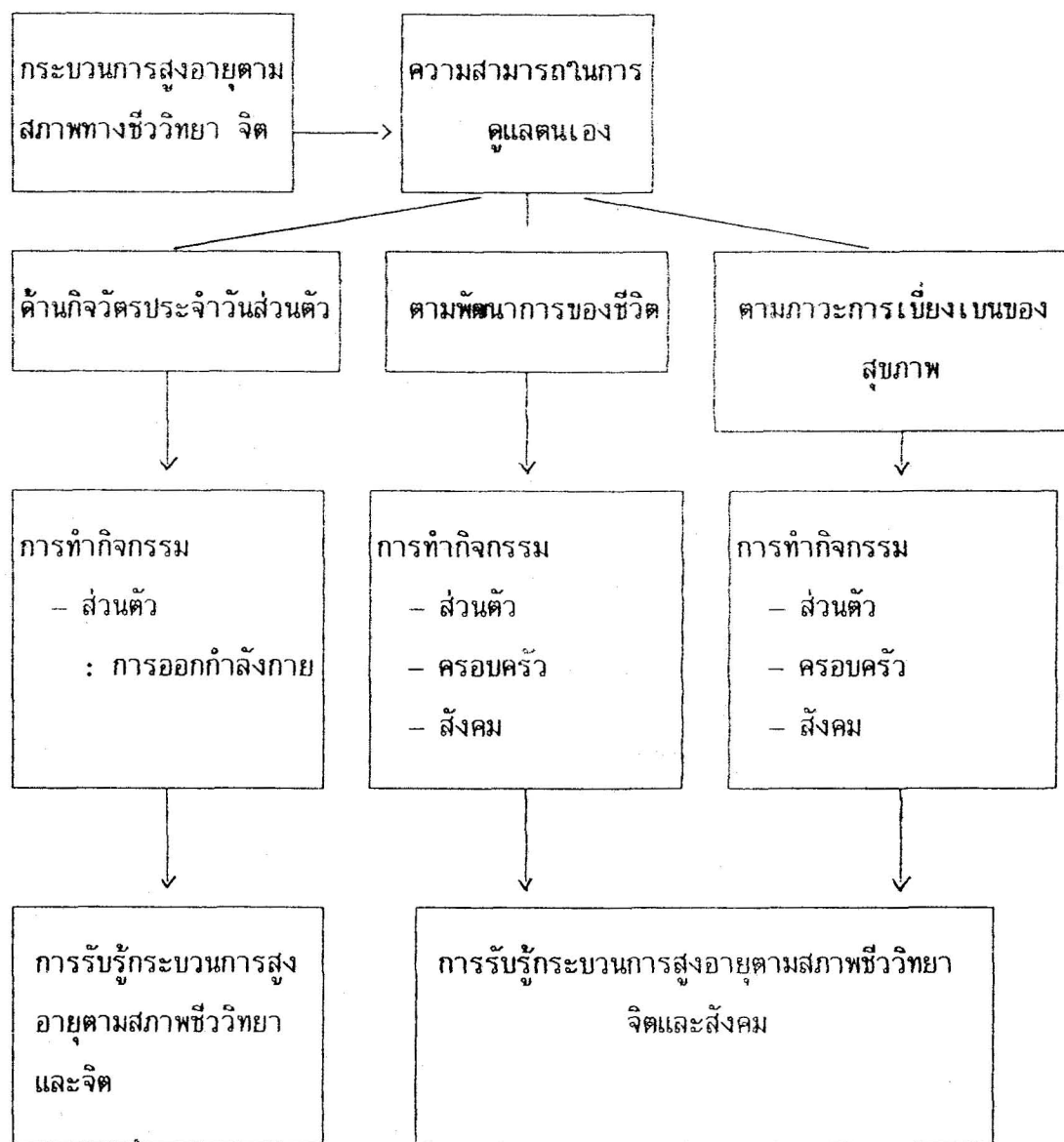
การทำกิจกรรม การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง การรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต

การทำกิจกรรมของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ทั้งที่เป็นกิจกรรมส่วนตัวกิจกรรมครอบครัว และกิจกรรมนอกครอบครัว เป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับการดำรงสถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุที่สังคมคาดหวังไว้ การวิจัยครั้งนี้จึงไม่พบว่าผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจหรือความรู้สึกขัดแย้งในการแสดงบทบาท ในทางตรงกันข้ามผู้วิจัยพบว่าในการทำกิจกรรมเหล่านี้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและสังคมทั้งด้านกาย (หรือวัตถุหรือวัสดุ) ได้แก่คำแนะนำปรึกษา ซึ่งมีผลต่อการทำกิจกรรมส่วนตัว กิจกรรมครอบครัวและกิจกรรมนอกครอบครัวที่เหมาะสมหรือที่ผู้สูงอายุสนใจด้านจิต อารมณ์ ได้แก่ การได้รับการยอมรับ และการมีผู้เห็นคุณค่าซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความต้องการที่จะทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลในครอบครัว และนอกครอบครัวหรือกิจกรรมสังคม ส่วนด้านสังคมได้แก่การมีส่วนร่วม การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการเป็นเจ้าของสังคม มีผลต่อการเลือกทำกิจกรรมครอบครัวและกิจกรรมสังคมของผู้สูงอายุซึ่งในการทำกิจกรรมเหล่านี้มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุ (ภาพประกอบ 7)

การทำกิจกรรมมีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลตนเอง (ภาพประกอบ 8) ในลักษณะของความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านกิจวัตรประจำวันส่วนตัวมีผลต่อการเลือกทำกิจกรรมส่วนตัวโดยการออกกำลังกาย ผลของการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมมีผลต่อการยับยั้งภาวะการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยของอวัยวะต่าง ๆ บางส่วนได้ ซึ่งมีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุดตามสภาพชีววิทยาและจิต ส่วนความสามารถในการดูแลตนเองตามพัฒนาการของชีวิต และตามภาวะการเบี่ยงเบนของสุขภาพมีผลต่อการเลือกทำกิจกรรมส่วนตัว กิจกรรมครอบครัวและกิจกรรมสังคม ซึ่งมีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุดตามสภาพชีววิทยา จิตและสังคม



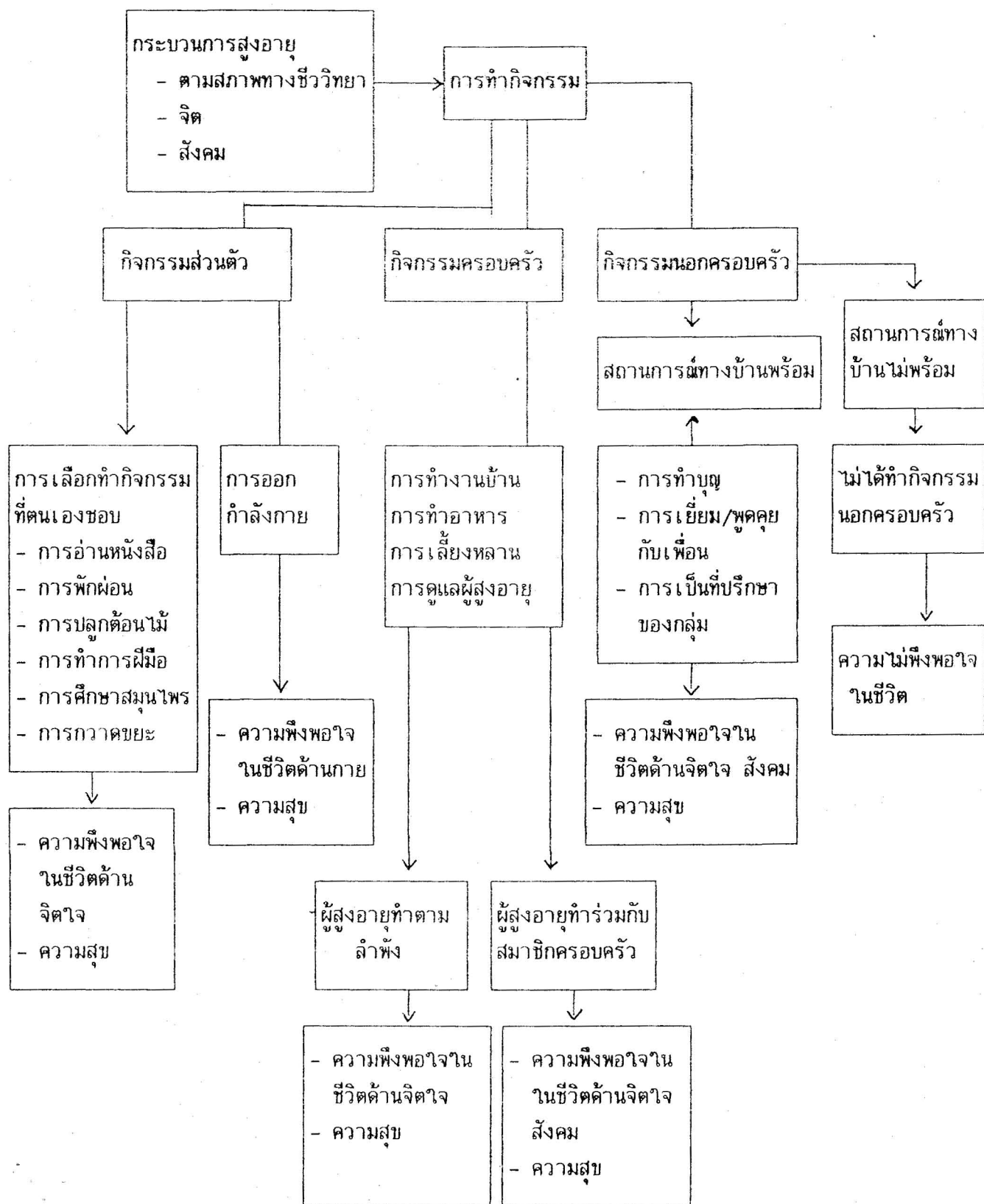
ภาพประกอบ 7 ความเกี่ยวข้องของปัจจัยการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้กระบวนการสูงอายุ



ภาพประกอบ 8 ความเกี่ยวข้องของปัจจัยการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้กระบวนการสูงอายุด

การทำกิจกรรมและการรับรู้คุณภาพชีวิต การที่ผู้สูงอายุสามารถเลือกทำกิจกรรมตามความสามารถ ความสนใจจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิต และมีความสุขที่ได้ทำในสิ่งที่ต้องการ การได้ทำกิจกรรมส่วนตัวที่ชอบจะทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตด้านจิตใจและมีความสุข ขณะที่ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายจะทำให้ผู้สูงอายุพึงพอใจในชีวิตด้านกาย

ส่วนการทำกิจกรรมภายในครอบครัว ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีได้ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทำให้ผู้สูงอายุพึงพอใจในชีวิตด้านจิตใจและสังคมที่มีส่วนร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ส่วนการทำกิจกรรมนอกครอบครัวหรือกิจกรรมสังคม เช่น การทำบุญ จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิตด้านจิตใจสังคมและมีความสุข แต่ถ้าสถานการณ์ภายในครอบครัวไม่พร้อมหรือไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมนอกครอบครัว เช่น การต้องรับภาระทำงานภายในครอบครัวจนไม่มีเวลาออกไปร่วมกิจกรรมสังคมได้จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่พึงพอใจในชีวิตได้ (ภาพประกอบ 9)



ภาพประกอบ 9 ความเกี่ยวข้องของปัจจัยการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุและการรับรู้คุณภาพชีวิต

ลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจ การดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การทำกิจกรรม การรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต

ลักษณะทางชีวสังคมที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรสและการศึกษา ส่วนเศรษฐกิจได้แก่รายได้ ซึ่งรายละเอียดปรากฏดังต่อไปนี้

อายุกับการดูแลตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุทุกคนสามารถดูแลตนเองโดยทั่วไป ตามการพัฒนาและเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้ แต่กลุ่มผู้สูงอายุ 71 ปีขึ้นไป ปฏิบัติการดูแลตนเองในเรื่องเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันส่วนตัว ได้ช้าลงมากกว่าเดิมอย่างชัดเจน ขณะที่ผู้สูงอายุ 60-70 ปี ตอบว่าปฏิบัติได้ช้าลงบ้าง การที่ผู้สูงอายุ 71 ปีขึ้นไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวันส่วนตัว ได้ช้ากว่าปกติมากเป็นเพราะภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยลงตามธรรมชาติของสภาพทางชีววิทยานั้นเอง

อายุกับการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่ม มีเครือข่ายสังคมด้านครอบครัว และเพื่อนในเครือข่ายวงที่หนึ่งและที่สองคล้ายคลึงกัน คือวงที่หนึ่งประกอบด้วย สามี/ภรรยา บุตรหลาน เพื่อนสนิทที่สุด และวงที่สองประกอบด้วย ญาติสนิท เพื่อนสนิท นอกจากความคล้ายคลึงกันแล้ว จำนวนของบุคคลในเครือข่ายทั้งสองก็ใกล้เคียงกันกล่าวคือ เครือข่ายวงที่หนึ่งจำนวนสมาชิกเท่ากับ 2-30 คน จำนวนสมาชิกเครือข่ายวงที่สองเท่ากับ 3-9 คน ในแง่ของการเป็นผู้ให้หรือผู้รับการสนับสนุนทางสังคม พบว่าทั้งสองกลุ่มเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับดังนี้ ในเครือข่ายวงที่หนึ่งผู้สูงอายุเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมทุกด้านทั้ง กาย จิตและสังคมแต่บทบาทที่ชัดเจนคือการเป็นผู้ให้คำแนะนำ ปกป้อง และผู้สูงอายุเป็นผู้รับการสนับสนุนทางสังคมทุกด้านเช่นกัน แต่ที่เด่นชัดคือการเป็นผู้ได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคคลมีคุณค่า และเป็นที่เคารพนับถือของบุตรหลาน เครือข่ายวงที่สอง ผู้สูงอายุและเพื่อนสนิทญาติมิตร มีการแลกเปลี่ยนการสนับสนุนที่ค่อนข้างสมดุลในลักษณะช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ส่วนเครือข่ายวงที่สาม ซึ่งเป็นเพื่อน ญาติ บุคคลที่รู้จักอื่น ๆ ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มไม่สามารถระบุ จำนวนได้ผู้สูงอายุสามารถระบุได้เพียงว่า "จำนวนมากเป็นสิบ ๆ" ทั้งนี้เพราะเมื่อผู้สูงอายุมาชมรมผู้สูงอายุก็ได้พบเพื่อนและร่วมกิจกรรมพร้อมกันเป็นจำนวนหลายสิบคน ในเครือข่ายวงที่สามนี้ผู้สูงอายุกลุ่ม 71 ปีขึ้นไปอาจจะมีเครือข่ายสังคมกว้างกว่ากลุ่มอายุ 60-70 ปี ในกรณีที่ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกเก่า และเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุสม่ำเสมอหรือผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมอื่น หรือการไปทำบุญสม่ำเสมอซึ่งจะเป็นการสร้างเครือข่ายขยายออกไปทุกขณะ ส่วนการเป็นผู้ให้หรือผู้รับการสนับสนุนทางสังคม บทบาทที่เด่นชัดคือ ผู้สูงอายุกลุ่ม 71 ปีขึ้นไป เป็นผู้ให้คำแนะนำ ปกป้อง

ทั่วไปแก่สมาชิกใหม่หรือผู้ด้อยอาวุโส สำหรับผู้สูงอายุ 60-70 ปี เป็นผู้ให้ความเคารพกับผู้อื่นอาวุโสกว่า ส่วนการสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ ผู้สูงอายุต่างแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันแล้วแต่โอกาสและตำแหน่งในชมรม อาทิผู้สูงอายุ 60-70 ปี เป็นผู้ให้คำแนะนำ ปกป้อง ช่วยเหลือบุคคลอื่นอย่างเด่นชัดเพราะผู้สูงอายุดำรงตำแหน่งฝ่ายการแพทย์แผนโบราณหรือผู้สูงอายุ 71 ปีขึ้นไปในสถานภาพและบทบาทเป็นสมาชิกชมรมผู้หนึ่ง ผู้สูงอายุเป็นผู้รับคำแนะนำ ปกป้องด้านการแพทย์แผนโบราณ

อายุกับการทำกิจกรรม ผู้สูงอายุกลุ่มอายุเข้าร่วมกิจกรรมชมรมทุกกิจกรรม ทั้งนี้เพราะฝ่ายดำเนินการได้เลือกจัดเฉพาะกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ได้แก่ การสวดมนต์ นั่งสมาธิ การออกกำลังกาย (ที่ไม่รุนแรง) การฟังการบรรยายความรู้วิชาการ ธรรมะ การแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น นันทนาการที่เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ ส่วนกิจกรรมสังคมอื่น ๆ กิจกรรมที่ได้รับความสนใจจากผู้สูงอายุทุกอายุมากที่สุดคือการทำบุญเพราะผู้สูงอายุเชื่อว่าการทำบุญจะทำให้ได้บุญและมีความสุข อีกประการหนึ่งเป็นเพราะผู้สูงอายุทำตามความคาดหวังของสังคมคือผู้สูงอายุต้องทำบุญ ส่วนการเลือกทำกิจกรรมอื่น ๆ ผู้สูงอายุ 60-70 ปี ให้เหตุผลการเลือกทำกิจกรรมเหล่านั้นตามความสนใจและหรือชอบ ขณะที่ผู้สูงอายุ 71 ปีขึ้นไปให้เหตุผลการเลือกทำตามความสนใจและความสามารถที่ร่างกายจะทำได้และความเหมาะสมกับวัย ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุกลุ่มนี้รับรู้ภาวะสุขภาพกายที่เปลี่ยนแปลงไปของตนคิดว่าสามารถจะทำอะไรได้เพียงใด การเลือกทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและผู้สูงอายุจะเป็นที่ยอมรับของสังคมด้วย

อายุกับการรับรู้กระบวนการสูงอายุนและคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุรับรู้กระบวนการสูงอายุนตามวัยที่กำหนดเกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไป และรับรู้ภาวะสุขภาพกายที่เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยได้ชัดเจนกว่ากระบวนการสูงอายุนด้านจิตและสังคม ทั้งนี้จากการวิเคราะห์คำตอบของผู้สูงอายุพบว่าสิ่งที่ทำให้รู้สึกเป็นผู้สูงอายุ คือภาวะสุขภาพกายที่เปลี่ยนแปลงเสื่อมถอย แต่ไม่เจ็บป่วยและเกณฑ์อายุ 60 ปี แม้ร่างกายจะเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมแต่ผู้สูงอายุมิได้เครียดหรือวิตกกังวล กลัว ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจเมื่อพบว่าแม่อายุจะมากและมีการเปลี่ยนแปลงแต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และบางโอกาสยังสามารถช่วยบุคคลอื่นได้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีความสุข

สำหรับผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปเรื่องอายุได้ดังนี้คือ อายุมากหรือน้อยมิได้เป็นอุปสรรคสำหรับการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ อุปสรรคสำคัญคือการใช้เวลาทำกิจกรรม เพราะผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอสาเหตุหนึ่งมาจาก "ติดธุระ" ซึ่งหมายถึงการเลี้ยงหลาน การดูแลผู้สูงอายุหรือการไปวัดทำบุญซึ่งพบได้ในทุกอายุ อายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะสามารถดูแลตนเองได้น้อยลง (เชื่องช้าลง ใช้เวลามากขึ้น) แต่เนื่องจากผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพกายที่เปลี่ยนแปลงทำให้ผู้สูงอายุยังสามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจและมีความสุข ซึ่งผู้สูงอายุสรุปว่าคุณภาพชีวิตของผู้อยู่ในระดับดีเป็นที่น่าพอใจแล้ว

เพศ ผลการศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มนี้พบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้กระบวนการสูงอายุตามสภาพทางชีววิทยา ตามเกณฑ์อายุกระบวนการสูงอายุด้านจิตและด้านสังคมคล้ายคลึงกัน และเป็นผู้ที่สามารถดูแลตนเอง ทำกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งที่เป็นกิจกรรมส่วนตัว ครอบครัวและสังคมได้ ผู้สูงอายุทั้งสองเพศแสดงความพึงพอใจและมีความสุขในสภาพชีวิตความเป็นอยู่ของตน แม้รายละเอียดจะมีความแตกต่างกันบ้างได้แก่ผู้สูงอายุชายมีรายได้ปัจจุบันสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงกล่าวคือรายได้ของผู้สูงอายุชายเท่ากับ 1,221 บาท - 20,000 บาท รายได้ของผู้สูงอายุหญิงเท่ากับ 200-10,000 บาท แต่ผู้สูงอายุชายบางรายกล่าวว่า "การใช้จ่ายต้องทำอย่างประหยัด" ซึ่งแสดงถึงความเอาใจใส่ดูแลเรื่องเศรษฐกิจรายได้ เพราะในสภาพภาพของการเป็นผู้นำครอบครัวที่จะต้องหาเงินเลี้ยงครอบครัวมาตั้งแต่ต้น ปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุชายยังเป็นฝ่ายให้เงินแก่ครอบครัว ขณะที่ผู้สูงอายุหญิงเป็นฝ่ายรับเงินมาใช้จ่าย ดังนั้นจึงพบว่าผู้สูงอายุชายเห็นความสำคัญและยังเอาใจใส่เกี่ยวกับเศรษฐกิจรายได้ ผู้สูงอายุชายมีการเข้าร่วมชมรมหรือกลุ่มอื่นนอกเหนือจากชมรมผู้สูงอายุทุกคน ขณะที่ผู้สูงอายุหญิงส่วนใหญ่มิได้เป็นสมาชิกชมรมอื่น แต่ได้มีการเข้าร่วมสังคมนอกเหนือจากชมรมผู้สูงอายุ คือกลุ่มไปวัดทำบุญ และการสังสรรค์กับเพื่อนบ้าน ซึ่งแสดงถึงเครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุชายมีลักษณะเป็นรูปแบบทางการคือ มีความสัมพันธ์ตามตำแหน่งบทบาทในสังคมชมรมนั้น ๆ ขณะที่เครือข่ายของผู้สูงอายุหญิงคือ ครอบครัว เพื่อนสนิทและบุคคลทั่วไป

ผู้สูงอายุชายมีตำแหน่งเป็นผู้นำกลุ่มมากกว่า แต่ในปัจจุบันมีผู้สูงอายุหญิงมีบทบาทเป็นผู้นำกลุ่มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เป็นเพราะกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุแห่งนี้สนับสนุนความเท่าเทียมกันของสมาชิกทุกคนและเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วม ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุมีโอกาสแสดงความสามารถ

เป็นที่ยอมรับของกลุ่ม ผู้สูงอายุจึงได้รับความไว้วางใจให้เป็นกรรมการหรือผู้นำกลุ่มในกิจกรรม บางกิจกรรม

"เลือกป้าเจริญศรีเป็นกรรมการฝ่ายบันเทิงเพราะป้าเจริญศรีเก่งมีความสามารถมาก ทำให้ทุกคนสนุกสนาน เพลิดเพลินและเป็นกันเองสนิทกว่าพวกผู้ชาย....."

(หญิง อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษาป.4)

สถานภาพสมรส การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุมิได้กำหนดคุณสมบัติสำคัญที่ สถานภาพสมรส สมาชิกทุกคนมีสิทธิ เสรีภาพในการเข้าร่วมกิจกรรมตามความสนใจและความ สามารถของผู้สูงอายุ จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้สูงอายุกลุ่มนี้พบว่า ผู้สูงอายุชายสถานภาพ สมรสคู่เกิดความพึงพอใจและมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือภรรยาในด้านต่าง ๆ ส่วนผู้สูงอายุชาย สถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก และผู้สูงอายุหญิงทุกสถานภาพสมรสเกิดความพึงพอใจ และ มีความสุขที่ช่วยเหลือดูแลครอบครัวและบุตรหลานมีความกลมเกลียวมีความสุข

ผู้สูงอายุหญิงที่มีสถานภาพสมรสคู่จะเป็นผู้ให้การดูแลแก่สมาชิกครอบครัวด้วยตนเอง แต่ ในผู้สูงอายุหญิงที่สถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก จะเป็นผู้ดูแลและตัดสินใจเลือกการดูแลตัว ๆ ไปเอง ขณะที่ผู้สูงอายุชายมักเป็นผู้ตัดสินใจเรื่องการดูแลตนเองที่สำคัญ ๆ เท่านั้น เรื่องการ ดูแลตนเองสำหรับความเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ ผู้สูงอายุชายมักไม่ปฏิบัติ

"เจ็บป่วยนิดหน่อย ก็ไม่ทำอะไร พักก็หาย" (ชาย อายุ 60-70 ปี มีคู่ การศึกษา

สูงกว่า ป.4)

"เป็นหวัดก็พักผ่อน แต่ถ้าหนักแน่นหน้าอก อาการโรคหัวใจกำเริบต้องหาหมอทันที"

(ชาย อายุ 71 ปีขึ้นไป ไม่มีคู่ การศึกษาสูงกว่า ป.4)

"ถ้าเจ็บป่วย ป้าจัดการเองตัดสินใจเองทั้งหมด" (หญิงอายุ 71 ปีขึ้นไป ไม่มีคู่

การศึกษาสูงกว่าป.4)

การศึกษา ผลการวิเคราะห์พบว่าผู้สูงอายุทุกกลุ่มการศึกษามีการรับรู้กระบวนการสูงอายุ คล้ายคลึงคือ ผู้ที่มีวัยสูงอายุจะมีภาวะสุขภาพกาย จิตและสังคมเปลี่ยนแปลงซึ่งการเปลี่ยนแปลง ในเชิงเสื่อมถอยนี้มิได้สร้างความเครียดหรือวิตกกังวลกลัวมากนัก เพราะผู้สูงอายุมีความรู้สึก ว่า "เป็นเรื่องธรรมดา" แต่เมื่อสอบถามถึงความหมายของคำว่า "ธรรมดา" ปรากฏว่าผู้สูง อายุที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาปี 4 และต่ำกว่าให้ความหมายในเชิงคำสอนทางศาสนาพุทธ ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปี 4 ให้ความหมายในเชิงความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และคำสอนทางศาสนาพุทธ

"เป็นเรื่องของสังขารที่เป็นรูปธรรม นามธรรม เป็นเรื่องของการเกิด แก่ เจ็บ และตาย เมื่อแก่ตัวลง สังขารย่อมเสื่อมโทรมไปเป็นธรรมดา"

"อายุมากขึ้น อวัยวะต่าง ๆ ถูกใช้งานมากมีความเสียหาย ถ้าร่างกายซ่อมแซม ได้ก็จะคงสภาพเดิม แต่ถ้าซ่อมแซมหรือสร้างทดแทนไม่ได้ ร่างกายก็ทรุดโทรมเป็น ธรรมดา ถ้าหนุ่มสาวรู้จักปฏิบัติตัว ป้องกันความทรุดโทรม ส่งเสริมบำรุงร่างกาย อย่างถูกวิธี เช่น กินอาหารให้ถูกต้องครบถ้วน ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ร่างกาย จะไม่โทรมเร็ว และสิ่งสำคัญคือจิตใจต้องใส เบิกบาน จะทำให้หนุ่มสาวกว่าวัย แต่พระท่านก็สอนเสมอว่าสังขารนั้นไม่เที่ยงเราบังคับไม่ได้ เกิดแล้วก็โตก็แก่เป็น ธรรมดา"

ผู้วิจัยพิจารณาคำตอบของผู้สูงอายุ สองกลุ่มพบว่า ผู้สูงอายุรับรู้กระบวนการอายุตาม สภาพทางชีววิทยาตรงกันถึงความเสื่อมโทรมของอวัยวะร่างกายและยอมรับสภาพได้ แต่ผู้สูง อายุรับรู้ภายใต้ความรู้ความเชื่อที่ต่างกัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 และ ต่ำกว่ารับรู้ตามความรู้ความเชื่อที่อิงคำสอน ศาสนาพุทธเรื่องสังขารเป็นหลัก ส่วนผู้สูงอายุ ระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 รับรู้ตามความรู้ ความเชื่อ ที่อิงความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ ได้แก่ เรื่องกายวิภาคและสรีรวิทยา และความรู้ ความเชื่อที่อิงคำสอนศาสนาพุทธเรื่องสังขาร ด้วย การที่ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐานความรู้ ความเชื่อ ที่ต่างกันเนื่องจากการศึกษามีส่วนใน การกำหนดขอบเขตโลกทัศน์ การคิดของแต่ละคนและการประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุที่อ่านไม่คล่อง หรือไม่ค่อยได้มีโอกาสอ่านหนังสือ ติดตามความก้าวหน้าทางวิทยาการแต่มีโอกาสสัมผัสกับสิ่ง แวดล้อมที่คุ้นเคยกับศาสนาพุทธและมีความเข้าใจในเรื่องสังขารพอสมควร ผู้สูงอายุย่อมจะมี ความโน้มเอียงที่จะเชื่อตามแนวคำสอนเหล่านี้มากกว่าการเชื่อตามคำสอนความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ ตามที่ผู้สูงอายุได้รับจากการฟังการบรรยายความรู้เรื่องสุขภาพ ซึ่งเป็นความรู้ที่เพิ่งได้รับใน ระยะเวลาอันสั้น เมื่อเปรียบเทียบกับประสบการณ์ความรู้ ความเชื่อจากศาสนาและสังคมมาเป็น ระยะเวลายาวนาน ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 ระดับการศึกษาที่สูง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ฝึกคิด มีโลกทัศน์กว้าง สามารถเลือกประกอบอาชีพต่าง ๆ ตามหลัก วิชาที่เรียนการคิดเชื่อมโยงความรู้ของศาสตร์ต่าง ๆ เกิดขึ้นได้ง่ายกว่าอีกกลุ่ม ดังนั้นจึง พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 มีความรู้พื้นฐานในการรับรู้กระบวนการ อายุทั้งจากด้านวิทยาศาสตร์และศาสนาพุทธ

ระดับการศึกษาส่งผลต่อการเลือกประกอบอาชีพที่มีรายได้สูง จากข้อมูลชุดนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ประกอบอาชีพหลักก่อนอายุ 60 ปี ในลักษณะที่รับรายได้ประจำและยังส่งผลต่อเนื่องถึงปัจจุบันคือเป็นเงินบำนาญ ทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิตด้านเศรษฐกิจ แต่ที่ระดับการศึกษาเพียงประการเดียวมิได้มีผลโดยตรงต่อการเกิดความพึงพอใจในชีวิต ระดับการศึกษาจะมีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิตโดยผ่านสามกระบวนการต่อไปนี้ ได้แก่ 1) กระบวนการการสนับสนุนทางสังคมโดยผ่านทางเครือข่ายสังคม 2) กระบวนการดูแลตนเอง เมื่อผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพอนามัยจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น 3) กระบวนการการทำกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อผู้สูงอายุมีความรู้สามารถดูแลตนเอง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ผู้สูงอายุจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากขึ้น

รายได้ สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่ทำการศึกษานี้ รายได้มิใช่ข้อบ่งชี้การเข้าร่วมกิจกรรมชมรม เพราะผู้สูงอายุกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอเป็นผู้ที่มีรายได้สูง และต่ำลงกันในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้เพราะการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ นอกจากค่าสมัครเป็นสมาชิกครั้งแรก 100 บาท ส่วนการร่วมกิจกรรมที่ต้องเสียเงินผู้สูงอายุสามารถร่วมได้ตามอัธยาศัยมิได้มีการกำหนดจำนวนเงินที่สูงจึงทำให้ผู้สูงอายุสามารถให้ความร่วมมือได้ทุกคนและทุกครั้ง

รายได้มีผลต่อการทำกิจกรรม เนื่องจากบางกิจกรรมต้องลงทุน เช่นกิจกรรมการอ่านหนังสือ ถ้าผู้สูงอายุต้องการอ่านหนังสือบางเล่มที่ไม่มีในชมรมหรือห้องสมุดผู้สูงอายุต้องซื้อเอง ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีรายได้มากพอเท่านั้นจึงจะสามารถทำกิจกรรมนี้ได้ หรือกิจกรรมการทัศนศึกษา นอกสถานที่ที่ต้องใช้เงินเป็นค่าใช้จ่ายต่าง ๆ พอสมควร กรณีอย่างนี้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยอาจจะไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมเหล่านี้ได้

รายได้ไม่มีผลโดยตรงต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุ แต่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตด้านเศรษฐกิจ (รายได้) โดยผ่านกระบวนการสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และการทำกิจกรรม

ลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุ สรุปได้ดังต่อไปนี้ (ตาราง 5)

การร่วมกิจกรรม การร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุสม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้กระบวนการสูงอายุตามสภาพสังคมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอจะมีบทบาทในการให้ความร่วมมือกับกลุ่มมากกว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ ส่วนการรับรู้กระบวนการสูงอายุอื่นไม่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่าเป็นผู้สูงอายุเมื่อบุคคลนั้นมีอายุเพิ่มมากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ไปในทางเสื่อมถอยมากขึ้นตามลำดับ ส่วนกระบวนการสูงอายุตามสภาพจิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความปกติ ไม่เครียด โดยมีการเปลี่ยนแปลงไปเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอมีโอกาสให้ความร่วมมือและช่วยเหลือสังคมมากกว่าผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอเพราะในแต่ละครั้งที่มีการนัดพบอาจมีข่าวหรือการขอความร่วมมือ ความช่วยเหลือเป็นรายวัน แต่ถ้าเป็นงานใหญ่และมีระยะเวลายาวนานพอที่จะทำให้แจ้งข่าวแก่สมาชิกอย่างทั่วถึง สมาชิกผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอจึงจะมีโอกาสมีส่วนร่วม เช่น การรวบรวมเงินเป็นทุนการศึกษา การจัดงานเทศกาลมหาชาติ เป็นต้น

อายุ อายุที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุตามวัยไม่แตกต่างกัน เพราะผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่าที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป และหรือบุคคลที่มีอายุเข้าเกณฑ์เกษียณอายุงาน 60 ปี คือบุคคลอายุ ส่วนกระบวนการสูงอายุอื่นมีความแตกต่างกันบ้าง กล่าวคือผู้สูงอายุ 71 ปีขึ้นไปมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพกายและจิตไปในทางเสื่อมเด่นชัดมากกว่ากลุ่มอายุ 60-70 ปี การเปลี่ยนแปลงที่พบได้เด่นชัดคือการเคลื่อนไหวช้า การคิดช้า และการลืมเร็ว การรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับผิวหนังช้าลง และผู้สูงอายุ 71 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่ไม่มีความทะเยอทะยานอยาก ส่วนการรับรู้กระบวนการสูงอายุตามสภาพสังคม ผู้สูงอายุ 71 ปีขึ้นไปได้รับความเคารพนับถือจากผู้สูงอายุ 60-70 ปี คือได้รับจากสมาชิกชมรมที่อ่อนอาวุโสกว่า

เพศ ในระหว่างเพศหญิงและชายมีการรับรู้กระบวนการสูงอายุที่แตกต่างกันเล็กน้อย ดังนี้ ผู้สูงอายุชายรับรู้กระบวนการสูงอายุตามวัยด้วยอายุที่เพิ่มขึ้น ส่วนผู้สูงอายุหญิงรับรู้ด้วยอายุที่เพิ่มขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เด่นชัดคือวัยหมดประจำเดือนอายุประมาณ 48-50 ปีขึ้นไป การเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพเกิดขึ้นทุกระบบทั้งในผู้สูงอายุหญิงและชาย

แต่ในผู้สูงอายุหญิงมีความเด่นชัดคือการหมดประจำเดือน ในเรื่องของการคิดผู้สูงอายุชายคิดเรื่องงานหรือทั่วไปขณะที่ผู้สูงอายุหญิงคิดเรื่องครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ ในสังคมผู้สูงอายุชายเป็นผู้นำมากกว่าผู้สูงอายุหญิง

ผู้สูงอายุหญิงมีการเปลี่ยนแปลงตามสภาพชีววิทยาที่บ่งบอกแนวโน้มการดำเนินไปสู่การเป็นผู้สูงอายุค่อนข้างชัดเจน คือวัยหมดประจำเดือน (สำหรับบุคคลที่สุขภาพอนามัยปกติทั่วไป) สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ทั้งหญิงและชายบอกเกณฑ์อายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุใกล้เคียงกันคือประมาณ 50 ปี ซึ่งในผู้สูงอายุหญิงบางรายรู้สึกเป็นผู้สูงอายุเมื่อผ่านวัยหมดประจำเดือนคืออายุประมาณ 48-50 ปี

สถานการณ์สมรส ผู้สูงอายุที่มีสถานการณ์สมรสต่างกันมีความรับรู้กระบวนการสูงอายุกีต่างกันได้แก่การคิด สำหรับผู้สูงอายุที่มีสถานการณ์สมรสคู่ จะมีคู่สมรสช่วยคิดและเป็นที่ปรึกษา ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่จะคิดเองหรือบุตรช่วยคิด ในด้านการแสดงบทบาทสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่ถ้าเป็นผู้สูงอายุหญิงจะต้องแสดงบทบาทของการเป็นผู้นำครอบครัวแทนสามี

การศึกษา ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และต่ำกว่ารับรู้กระบวนการสูงอายุกีตามวัยจากการได้เรียนรู้จากสังคม ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 รับรู้จากสังคมและบางรายรับรู้จากประสบการณ์ตรงของตนเอง การรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านภาวะสุขภาพกายและจิตพบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 รับรู้ตามพื้นฐานความรู้ความเชื่อตามคำสอนทางศาสนาพุทธและเรียนรู้ธรรมชาติ ขณะที่อีกกลุ่มรับรู้ตามพื้นฐานความรู้ความเชื่อเชิงวิทยาศาสตร์และคำสอนทางศาสนาพุทธ แต่ในแง่ของการเป็นผู้นำผู้ถ่ายทอดประสบการณ์หรือที่ปรึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่มต่างก็มีบทบาทได้เช่นเดียวกันแต่ต่างกันที่การเป็นผู้นำหรือที่ปรึกษานั้น ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เป็นที่ปรึกษาที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถเฉพาะตัว เช่นการแพทย์แผนโบราณ จะเห็นได้ว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันได้เป็นอุปสรรคในการเป็นผู้นำหรือที่ปรึกษาของชมรม ทั้งนี้เพราะการเป็นผู้นำหรือที่ปรึกษาเป็นไปตามความต้องการเฉพาะเจาะจงของกลุ่ม

จากการศึกษาค้างนี้จะเห็นได้ว่าการร่วมกิจกรรม ลักษณะทางชีวสังคม มิได้มีผลโดยตรงต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุกีโดยรวม แต่การร่วมกิจกรรมและลักษณะทางชีวสังคมที่แตกต่างกันมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้กระบวนการสูงอายุกีในรายละเอียดดังได้นำเสนอ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้ผ่านการอบรมขัดเกลาทางสังคมเกี่ยวกับการเป็นผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุและผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง และผู้สูงอายุได้มีการปรับตัวมาแล้วระดับหนึ่ง

ตาราง 5 การร่วมกิจกรรมชมรม ลักษณะทางชีวสังคม และการรับรู้กระบวนการสูงอายุของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขล

การร่วมกิจกรรมและ ลักษณะทางชีวสังคม	การรับรู้กระบวนการสูงอายุ			
	ตามวัย	ตามสภาพชีววิทยา	ตามจิต	ตามสังคม
การร่วมกิจกรรมชมรม				
สม่ำเสมอ	เกณฑ์เกษียณ 60 ปี	ร่างกายเปลี่ยนแปลง มาก-น้อย	เปลี่ยนแปลง น้อย	มีส่วนร่วมมาก
ไม่สม่ำเสมอ	เกณฑ์เกษียณ 60 ปี	ร่างกายเปลี่ยนแปลง มาก-น้อย	เปลี่ยนแปลง น้อย	มีส่วนร่วมน้อย
อายุ				
60-70 ปี	เริ่ม 50 ปี และเกษียณอายุ 60 ปี	การเปลี่ยนแปลง บางรายยังเห็น ไม่เด่นชัด	คิดปกติ-เริ่ม สับสน	-ได้รับความ เคารพจาก บุตรหลาน -เป็นที่ปรึกษา ของชมรม
71 ปีขึ้นไป	เริ่ม 50 ปี และเกษียณอายุ 60 ปี -	การเปลี่ยนแปลง ไป ทางเสื่อมเด่น ชัด การเคลื่อนไหวช้า เด่นชัดที่สุด	-คิดช้า-สับสนเร็ว -ประสาทสัมผัส รับรู้ความรู้สึก ช้าลงเด่นชัด -ไม่มีความ ทะเยอทะยาน	-ได้รับความ เคารพจาก บุตรหลาน และสมาชิก ชมรมผู้อ่อน อาวุโสกว่า -เป็นที่ปรึกษา ของชมรม

การร่วมกิจกรรมและ
ลักษณะทางชีวสังคม

การรับรู้กระบวนการสูงอายุ

	ตามวัย	ตามสภาพชีววิทยา	ตามจิต	ตามสังคม
เพศ				
ชาย	เกณฑ์อายุ	-เปลี่ยนแปลงทุก ระบบ	คิดเรื่องงาน/ ทั่วไป	ผู้นำกลุ่ม: มาก
หญิง	เกณฑ์อายุ และการ เปลี่ยนแปลง ในวัยหมด ประจำเดือน	-เปลี่ยนแปลง -การเปลี่ยนแปลง ที่เด่นชัดที่สุด: การหมดประจำเดือน	คิดเรื่อง ครอบครัว	ผู้นำกลุ่ม: น้อย
สถานภาพสมรส				
มีคู่	จากคู่, สังคม	เปลี่ยนแปลง ทุกระบบ	คู่ช่วยคิด	-บทบาทไม่เปลี่ยน
ไม่มีคู่	จากคู่เดิม, สังคม	เปลี่ยนแปลง ทุกระบบ	คิดตามลำพัง/ บุตรช่วย	-บทบาทเปลี่ยน ถ้าเป็นหญิงจะเป็น ผู้นำครอบครัว
การศึกษา				
ป.4	สังคมกำหนด	พื้นฐานความรู้ ตามคำสอนทาง ศาสนาพุทธ	เรียนรู้ธรรมชาติ	เป็นผู้นำเฉพาะ ด้าน ตามความรู้ ส่วนตัว
สูงกว่า ป.4	สังคมกำหนด, ประสบการณ์ ตรง ของ ผู้สูงอายุ	พื้นฐานความรู้เชิง วิทยาศาสตร์และ คำสอนทาง ศาสนาพุทธ	เรียนรู้วิทยาการ สมัยใหม่, ธรรมะ	เป็นผู้นำกลุ่ม, ที่ ปรึกษาชมรม

ลักษณะทางชีวสังคมและการเข้าร่วมกิจกรรมที่แตกต่างกันมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพกายที่เปลี่ยนแปลงและเกณฑ์อายุ 60 ปี ผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 60-70 ปี และกลุ่มอายุ 71 ปีขึ้นไปรับรู้และยอมรับการเป็นผู้สูงอายุตามการรับรู้กระบวนการสูงอายุด้านสุขภาพทางชีววิทยา และมีความพึงพอใจในชีวิตด้านกาย จิต สังคม เพราะตนยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ นั่นคือ อายุจะมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยผ่านปัจจัยหรือกระบวนการการสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และการทำกิจกรรม

ผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายให้ความสนใจ เอาใจใส่สิ่งต่างกันคือผู้สูงอายุชายสนใจและเอาใจใส่และพึงพอใจเกี่ยวกับเศรษฐกิจ รายได้ มากกว่าหญิง ขณะที่ผู้สูงอายุหญิงพึงพอใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายมากกว่าชาย เพศไม่มีผลโดยตรงกับการรับรู้คุณภาพชีวิตแต่จะมีผลโดยผ่านทางปัจจัยเศรษฐกิจ (รายได้) การรับรู้ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และการทำกิจกรรม

สถานภาพสมรสมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตสมรส การมีครอบครัวที่มีความสุขโดยผ่านการสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองและการทำกิจกรรม ผู้สูงอายุชายทุกสถานภาพสมรสจะเป็นผู้นำครอบครัวและมีบทบาทเป็นผู้ตัดสินใจให้แก่กลุ่มขณะที่ผู้สูงอายุหญิงมีบทบาทในการดูแลครอบครัว แต่ผู้สูงอายุหญิงจะแสดงบทบาทการเป็นผู้นำและตัดสินใจเมื่อผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรส หม้าย แยก ซึ่งเป็นการแสดงบทบาทผู้นำแทนผู้สูงอายุชาย (สามี)

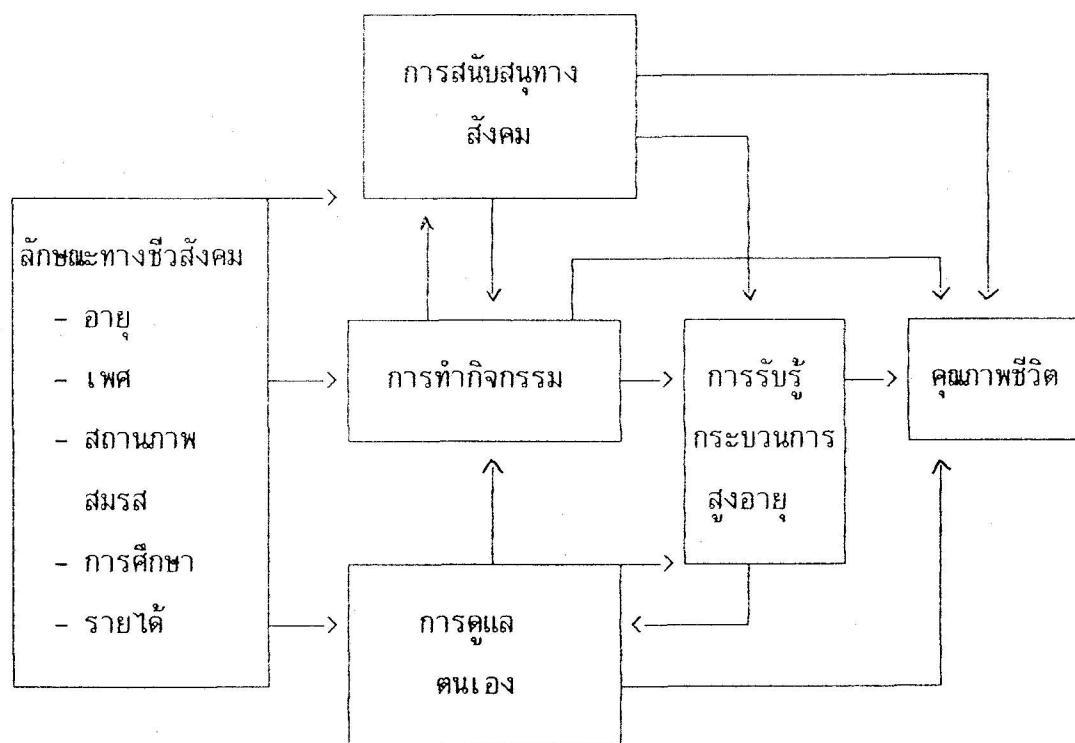
รายได้มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตด้านเศรษฐกิจ (รายได้) โดยผ่านกระบวนการสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองและการทำกิจกรรม

ผลการวิเคราะห์เรื่องการสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง การทำกิจกรรม ลักษณะทางชีวสังคม การรับรู้กระบวนการสูงอายุน และคุณภาพชีวิต มีความเกี่ยวข้องกัน สรุปได้ดังนี้ (ภาพประกอบ 10)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุนโดยตรง ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง การทำกิจกรรม ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลโดยอ้อม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และการศึกษา ซึ่งเป็นลักษณะทางชีวสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และการทำกิจกรรม

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยตรง ได้แก่การรับรู้กระบวนการสูงอายุน การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง การทำกิจกรรม ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผล

โดยอ้อม ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองและการทำกิจกรรมสำหรับลักษณะชีวสังคมด้านการศึกษา มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้กระบวนการสูงอายุ



ภาพประกอบ 10 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต

บทที่ 6

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต พบว่า

การรับรู้กระบวนการสูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้รับรู้กระบวนการสูงอายุของตนเริ่มต้นเมื่อผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมทั้งด้านกายวิภาคและสรีรวิทยา ส่วนที่มีการเปลี่ยนแปลงเด่นชัดที่สุดได้แก่ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกซึ่งทำให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวได้ช้าลง ร่างกายอ่อนแอลง และมีอาการปวดเมื่อยมากขึ้น นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุมีผิวหนังเหี่ยวย่น ตาฝ้าฟางมองเห็นไม่ชัดเจน ภาวะสุขภาพกายที่เปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นในขณะที่มีอายุสูง 50-60 ปีขึ้นไป นั่นคือ ผู้สูงอายุรับรู้กระบวนการสูงอายุตามการรับรู้ภาวะสุขภาพกายที่เปลี่ยนแปลงและเกณฑ์กำหนดอายุเป็นหลัก

ลักษณะผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ในแต่ละกลุ่มผู้สูงอายุมีลักษณะดังนี้ 1) ลักษณะเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายและจิต ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวช้า และมีลักษณะของคนใจเย็นไม่ก้าวร้าว 2) ลักษณะเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกายและอายุ คือผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวช้า และมีอายุ 60-70 ปีขึ้นไป และ 3) ลักษณะทางสังคม ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มี บุคคลอื่นเคารพนับถือ เป็นบุคคลที่มีศีลธรรม

กระบวนการสูงอายุมีการดำเนินการและการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. กระบวนการสูงอายุตามวัย การเป็นผู้สูงอายุจะต้องผ่านกระบวนการเจริญวัย หรือมีอายุอย่างต่ำ 50 ปีขึ้นไป หรือตามเกณฑ์กำหนดอายุ (เกษียณงาน) 60 ปี

2. กระบวนการสูงอายุตามสภาพชีวิตวิทยา เมื่ออายุมากการเปลี่ยนแปลงทางชีวิตวิทยาภายในร่างกายของบุคคลมีผลต่อภาวะสุขภาพกายของบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมทั้งด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาที่สำคัญและเด่นชัด ได้แก่ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกเสื่อมทำให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวช้า การนั่ง การเดิน และการทรงตัวมีความมั่นคงลดลง และมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อมากขึ้น ผิวหนังเหี่ยวย่น การรับรู้สัมผัสผ่านทางผิวหนังช้าลง ตาฝ้าฟางมองเห็นไม่ชัดเจน หูและการได้ยินชัดเจลดลง พันหัดมากขึ้น ระบบการไหลเวียนโลหิต ผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีอาการเหนื่อยง่าย ส่วนอวัยวะที่มีการเปลี่ยนแปลงน้อย ได้แก่จมูก และการดมกลิ่น ลิ้นและการรับรส การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมาข้างต้นนี้เกิดขึ้นทั้งในผู้สูงอายุหญิงและผู้สูงอายุชาย

ซึ่งไม่สามารถระบุได้แน่นอนว่าการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะส่วนใดเกิดขึ้นก่อนหรือหลังอวัยวะใดหรือเกิดพร้อม ๆ กัน แต่การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะบางส่วนมีความต่างกันในแต่ละเพศชาย อวัยวะนั้นคือ ระบบอวัยวะสืบพันธุ์และความรู้สึกต้องการทางเพศ พบว่า ในผู้สูงอายุหญิงเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ที่เด่นชัดตั้งแต่อายุประมาณ 48 ปีขึ้นไป คือ ภาวะของการหมดประจำเดือนหรือวัยหมดประจำเดือน และไม่มีความรู้สึกต้องการทางเพศเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ 60 ปี ส่วนในผู้สูงอายุชายการเปลี่ยนแปลงในอวัยวะสืบพันธุ์ไม่ปรากฏเด่นชัดและส่วนใหญ่ยังคงมีความรู้สึกต้องการทางเพศแต่ลดน้อยลง

3. กระบวนการสูงอายุตามสภาพจิตใจ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 71 ปีขึ้นไปเกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านประสาทสัมผัสทั้งห้าและการตอบสนอง สถิติปัญหา ความจำและการเรียนรู้ไปในทางเสื่อมสมรรถภาพมากกว่ากลุ่มอายุ 60-70 ปี ผู้สูงอายุทุกอายุปฏิเสธการเกิดความเครียด ความวิตกกังวลหรือกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ซึ่งแสดงถึงผู้สูงอายุมีการปรับตัวได้ดีในระดับหนึ่ง

4. กระบวนการสูงอายุตามสภาพสังคม สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุบางรายเท่านั้นที่ประกอบอาชีพหรือทำกิจกรรมเพื่อผลทางเศรษฐกิจภายในครอบครัว ผู้สูงอายุมีสถานภาพและบทบาทเป็นพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ของครอบครัว ซึ่งมีบทบาทให้การช่วยเหลือ แนะนำ ปรึกษาแก่บุตรหลานซึ่งเป็นบทบาทที่สังคมคาดหวัง ส่วนนอกครอบครัวในชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีบทบาทในการให้ความร่วมมือและความช่วยเหลือแก่สังคมตามโอกาส งานและบทบาทที่ผู้สูงอายุดำเนินอยู่ในปัจจุบันสอดคล้องกับความคาดหวังของสังคมที่ต้องการเห็นผู้สูงอายุไม่ต้องทำงานประกอบอาชีพ ผู้สูงอายุมีกลุ่มหรือสังคมของตนที่จะช่วยสนับสนุนทางสังคมซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายมีบทบาทเป็นผู้นำกลุ่มด้วย

กระบวนการสูงอายุตามวัย มีการดำเนินการตามลำดับเวลาจากน้อยไปหามากตามลำดับ ส่วนกระบวนการสูงอายุตามสภาพชีวิตวิทยาและกระบวนการสูงอายุตามสภาพจิตใจ มีการดำเนินการตามสภาพความเสื่อมถอยของอวัยวะของแต่ละบุคคลและอวัยวะแต่ละส่วนซึ่งมีอาจกำหนดได้แน่นอนว่าต้องเริ่มต้นที่อวัยวะใด แต่การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและการดำเนินการของทั้งสองกระบวนการมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันในลักษณะที่การเปลี่ยนแปลงด้านกายมีผลต่อด้านจิตใจที่จะทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล สำหรับกระบวนการสูงอายุตามสภาพ

สังคมมีการดำเนินการและการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับผลของกระบวนการทั้งสามข้างต้นและสภาพสังคม วัฒนธรรมที่ผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับ

การรับรู้กระบวนการสูงอายุในผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นการรับรู้ตามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ภายที่เปลี่ยนแปลงและเกณฑ์กำหนดอายุเป็นหลักเนื่องจากผู้สูงอายุได้รับผลของการเปลี่ยนแปลงที่สามารถมองเห็นได้อย่างเป็นรูปธรรมตรงกับความรู้ ประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุได้รับการถ่ายทอดมานานว่าผู้สูงอายุหรือคนแก่คือบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมและเป็นบุคคลที่มีอายุสูง เมื่อผู้สูงอายุรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายและอายุเกษียณงาน 60 ปีซึ่งสังคมกำหนดตรงกับความรู้เดิมของตน ผู้สูงอายุจึงรับรู้และยึดเป็นแนวทางพิจารณา ประกอบกับผู้สูงอายุกลุ่มนี้อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและการประกอบอาชีพเดิมเป็นอาชีพที่ได้ใช้แรงงานหนัก เช่น อาชีพเกษตรกรรมซึ่งมีข้อพิจารณาบุคคลเป็นผู้สูงอายุข้อหนึ่งคือไม่สามารถทำงานหนักได้ แต่สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถนำเงื่อนไขข้อนี้มาเป็นข้อควรพิจารณาเพราะผู้สูงอายุยังแข็งแรงสามารถทำงานช่วยเหลือตนเองได้เป็นอย่างดี ดังนั้นเพื่อแยกบุคคลที่เป็นผู้สูงอายุออกจากกลุ่มจึงต้องใช้เกณฑ์อายุ 60 ปีเข้ามาพิจารณาแม้ว่าจะนำเกณฑ์อายุเข้ามาเป็นเงื่อนไขสำหรับการพิจารณาการเป็นผู้สูงอายุ แต่ก็พบว่าผู้สูงอายุบางส่วนของกลุ่มนี้ไม่คิดและไม่รู้สึกว่าเป็นผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แม้ว่าในการทำกิจกรรมใด ๆ จะต้องใช้เวลามากขึ้นและมีความคล่องตัวลดลงก็ตาม

สำหรับกระบวนการสูงอายุตามสภาพจิตและตามสภาพสังคม ผู้สูงอายุมีการรับรู้กระบวนการสูงอายุตามสภาพจิตเกี่ยวกับระบบประสาทสัมผัสทั้งห้าและการตอบสนองได้ตรงตามทฤษฎีกระบวนการสูงอายุ ส่วนด้านสติปัญญา ความจำและการเรียนรู้ ผู้สูงอายุมีการรับรู้การเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมลดลงจากเดิมในวัยผู้ใหญ่เพียงเล็กน้อยเท่านั้นไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยประกอบกับการที่ผู้สูงอายุมิได้ประกอบอาชีพหรือทำงานในตำแหน่งหน้าที่ หรือมีบทบาทที่ต้องใช้สติปัญญา ความจำและการเรียนรู้มากนัก (เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มิได้ประกอบอาชีพ) ทำให้ผู้สูงอายุมองไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงและความสามารถในด้านเหล่านี้ต่างไปจากเดิมมากนัก และด้วยเหตุที่การเปลี่ยนแปลงนี้ผู้สูงอายุมิได้รู้สึกว่าเป็นการถูกรบกวน จึงทำให้ผู้สูงอายุให้ความเอาใจใส่ต่อกระบวนการสูงอายุตามสภาพจิตน้อย และในสังคมการถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์จากคนรุ่นหนึ่งสู่คนอีกรุ่นหนึ่ง บอกกล่าว สอน ในเรื่องที่เป็นรูปธรรม เช่น ภาษามากกว่าจิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีต้นแบบของการคิดการรับรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพกายชัดเจนกว่ากระบวนการสูงอายุตามสภาพจิต

ส่วนกระบวนการสูงอายุตามสภาพสังคม ผู้สูงอายุรับรู้ได้ตรงโดยอาศัยเงื่อนไขเกณฑ์อายุเพราะจะต้องเกษียณอายุงานเมื่ออายุ 60 ปี ซึ่งผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพที่ใช้เกณฑ์อายุเป็นเงื่อนไขบอกความเป็นผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุได้รับรู้และเตรียมตัวรับสภาพของการเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ต้องทำงาน ส่วนผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพอื่นในชุมชนเดียวกันเกิดการเรียนรู้และรับรู้กระบวนการนี้ด้วย แต่เนื่องจากในสภาพความเป็นจริงผู้ที่เกษียณอายุงานเมื่ออายุ 60 ปี ยังแข็งแรงมีจำนวนมาก ทำให้ยากแก่การตัดสินใจเมื่อมองแต่เพียงภายนอก ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุบางส่วนไม่คิดว่าตนเองเป็นผู้สูงอายุแม้จะเกษียณอายุงาน 60 ปีแล้ว

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุรับรู้กระบวนการสูงอายุทั้ง 4 กระบวนการ และรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและความเกี่ยวข้องของกระบวนการทั้ง 4 แต่ผู้สูงอายุรับรู้กระบวนการสูงอายุตามสภาพชีววิทยา (ภาวะสุขภาพกายที่เปลี่ยนแปลง) และกระบวนการสูงอายุตามวัยได้ชัดเจนกว่ากระบวนการอื่นภายใต้พื้นฐานความรู้ทางวิทยาศาสตร์และคำสอนทางศาสนาพุทธเรื่องสังขาร

การกำหนดบอกลักษณะผู้สูงอายุของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ปรากฏลักษณะเด่นทางกายวิภาคและอายุ เป็นเพราะการรับรู้กระบวนการสูงอายุของผู้สูงอายุในด้านกระบวนการสูงอายุตามภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงและกระบวนการสูงอายุตามวัย เพราะนอกจากกระบวนการสูงอายุตามวัยที่ปรากฏตัวเลขอายุเพิ่มขึ้นตามลำดับแล้ว กระบวนการสูงอายุอีกสามกระบวนการไม่อาจกำหนดลำดับการเกิดขึ้นในแต่ละกระบวนการได้แน่นอน เช่น กระบวนการสูงอายุตามสภาพชีววิทยาซึ่งไม่สามารถกำหนดได้แน่นอนชัดเจนว่าผู้สูงอายุจะต้องเกิดอาการตาฝ้าฟางก่อน หรือผิวแห้งเหี่ยวก่อน การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้อาจเกิดพร้อม ๆ กัน หรือส่วนใดส่วนหนึ่งเกิดก่อนก็ได้และในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนแน่นอนว่าส่วนใดเกิดก่อนหรือหลัง ในทำนองเดียวกัน กระบวนการสูงอายุตามสภาพจิตและสังคม ก็ไม่สามารถกำหนดแน่นอนว่าส่วนใดเกิดก่อนหรือหลัง ฉะนั้นถ้าจะนำเอาทฤษฎีเกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุทฤษฎีใดเพียงทฤษฎีเดียวมาอธิบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุจะไม่สามารถอธิบายได้ครอบคลุม

ผลจากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าเมื่อนำทฤษฎีการสูงอายุมาอธิบายควรจะนำมามากกว่าหนึ่งทฤษฎีและเลือกใช้ให้เหมาะสม สำหรับข้อมูลชุดนี้การนำทฤษฎีการสูงอายุตามกระบวนการสูงอายุตามสภาพชีววิทยาและกระบวนการสูงอายุตามวัยมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษานับว่าได้ผลดีพอสมควรแต่ยังไม่ครอบคลุมเพราะการเป็นผู้สูงอายุต้องผ่านกระบวนการและมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นอีกซึ่งได้กล่าวไว้ในตอนท้าย

การรับรู้คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตว่าหมายถึงภาวะที่ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกพึงพอใจ มีความสุขความสบายใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพกาย จิต และสังคม การพิจารณาคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมว่าดีหรือไม่ สูงหรือต่ำ ผู้สูงอายุพิจารณาประเมินค่าและตัดสินจากความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตโดยภาพรวมซึ่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้พิจารณาความพึงพอใจด้านจิตใจเป็นแกนร่วมกับความพึงพอใจด้านอื่น และความรู้สึกมีความสุข ผลการวิจัยในผู้สูงอายุกลุ่มนี้พบว่าผู้สูงอายุรับรู้คุณภาพชีวิตของตนและจัดเข้ากลุ่มผู้มีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีคือมีความพึงพอใจในชีวิตและมีความสุขความสบายใจ สามารถช่วยเหลือตนเองและบุคคลอื่นได้

สาเหตุที่ผู้สูงอายุพิจารณาความพึงพอใจด้านจิตใจเป็นแกน น่าจะเนื่องจากหลักธรรมคำสอนที่สอนให้บุคคลถือสันโดษพึงพอใจในสิ่งที่ตนมีตนเป็น ขณะเดียวกันก็สอนให้บุคคลมีเมตตา กรุณา ต่อบุคคลอื่น และข้อธรรมขั้นสูงข้อหนึ่งคือการทำจิตใจให้ผ่องใส จากหลักธรรมคำสอนเหล่านี้จะพบว่าเน้นเรื่องเกี่ยวกับจิตใจ ดังที่มีคำกล่าวทั่วไปว่า "ใจเป็นใหญ่ ใจเป็นประธาน จะสุขจะทุกข์อยู่ที่ใจ..." ผู้สูงอายุถูกอบรมบ่มสอนถ่ายทอดสิ่งเหล่านี้จนถือเป็นข้อปฏิบัติ ดังนั้นจึงพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำแต่พึงพอใจในการใช้จ่าย ผู้สูงอายุท่านนั้นก็มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตและจัดตนเองอยู่ในกลุ่มผู้มีคุณภาพชีวิตดีเพราะผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีปัญหาเรื่องการเงิน แม้จะมีน้อยแต่ก็รู้สึกพึงพอใจ

ผู้สูงอายุทุกรายเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชมรม ได้มีโอกาสเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุสามารถเปรียบเทียบตนเองกับเพื่อนวัยเดียวกัน หรือเปรียบเทียบตนเองในช่วงเวลาที่ต่างกันเพื่อหาข้อดีที่น่าพอใจบนพื้นฐานของความยุติธรรมและสิ่งที่ควรจะได้รับมากกว่าความทะเยอทะยานอยาก ซึ่งจะพบมากในผู้สูงอายุที่อาจจะเรียกว่าเป็นวัฒนธรรมการคิดแบบผู้สูงอายุคือ ความสมเหตุสมผล ความยุติธรรม

การที่ผู้สูงอายุตัดสินว่าผู้ที่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้เป็นผู้มีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือสูงกว่าบุคคลอื่นที่ไม่สามารถช่วยเหลือผู้อื่นนั้น น่าจะเนื่องจากผลของลักษณะการดำเนินชีวิตและลักษณะครอบครัวขยายของไทยในอดีตที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลต่อกัน และระบบอุปถัมภ์ที่เจ้าขุนมูลนายที่เหนือกว่าไพร่ ราษฎรทั้งหลายในทุกด้านเป็นผู้ให้ความอุปถัมภ์ช่วยเหลือผู้ด้อยกว่าหรือผู้ใหญ่ช่วยเด็ก แม้ว่าปัจจุบันระบบอุปถัมภ์ของเจ้าขุนมูลนายจะเลือนลาง แต่ระบบอุปถัมภ์ยังคงอยู่กับบุคคลที่เหนือกว่าซึ่งอาจจะเป็นด้านเงินทอง ความสามารถ สถานภาพหรือบทบาท บุคคลเหล่านี้ยังคง

ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ด้อยกว่าในตนเองเดียวกับเจ้าขุนมูลนายที่อุปถัมภ์ช่วยเหลือไพร่ ราษฎรซึ่งในระบบอุปถัมภ์นี้ เจ้าขุนมูลนายคือผู้มีคุณภาพชีวิตหรือผู้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีกว่าไพร่ราษฎรทั่วไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อการปรับกระบวนการสูงอายุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลโดยตรงได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การทำกิจกรรม การดูแลตนเอง เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมด้านจิตและสังคม การทำกิจกรรมนอกครอบครัวมีผลต่อการดำเนินการกระบวนการสูงอายุตามสภาพจิตและตามสภาพสังคม การทำกิจกรรมออกกำลังกายมีผลต่อการยับยั้งการเสื่อมทำลายของเซลล์และส่งเสริมความแข็งแรงทำให้กระบวนการสูงอายุตามสภาพชีววิทยาในผู้สูงอายุดำเนินไปได้ช้าลง ความสามารถในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งการดูแลตนเองทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนาการและการดูแลตนเองเมื่อเกิดความเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพ มีผลต่อกระบวนการสูงอายุตามสภาพชีววิทยา ตามสภาพจิต และมีผลทางอ้อมต่อกระบวนการสูงอายุตามสภาพสังคม

เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคม การทำกิจกรรม การดูแลตนเอง ในลักษณะของการเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถวิเคราะห์ได้ดังผู้วิจัยนำเสนอมาข้างต้น แต่ผู้วิจัยวิเคราะห์เพิ่มเติมได้อีกลักษณะหนึ่งคือ ลักษณะของการเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุที่มีความต่างไปจากการเป็นปัจจัยเพียงประการเดียว กระบวนการการสนับสนุนทางสังคม กระบวนการทำกิจกรรมและกระบวนการการดูแลตนเองเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในกระบวนการสูงอายุที่มีความเกี่ยวข้องซึ่งกันและกัน และมีการปรับกระบวนการเพื่อความเหมาะสมของแต่ละบุคคล ตัวอย่างเช่น ในกระบวนการสูงอายุตามวัย เมื่อบุคคลมีอายุสูงขึ้นลักษณะสมาชิกเครือข่ายสังคมเปลี่ยนแปลงอาจจะทั้งคุณลักษณะและจำนวนซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเป็นผู้ให้หรือผู้รับการสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีผลต่อกระบวนการสูงอายุตามสภาพจิตและกระบวนการสูงอายุตามสังคม เช่น ก. มีสถานภาพและบทบาทเป็นบุตร สมาชิกเครือข่ายใกล้ชิดที่สุดคือบิดามารดา ก. และบิดามารดาเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่าง ๆ ในลักษณะของการแลกเปลี่ยน ส่วนที่ต่างกันเด่นชัดคือ ก. เป็นผู้ให้ความเคารพนับถือบิดามารดา ส่วนบิดามารดาเป็นผู้รับ ขณะที่ ก. เป็นผู้รับคำแนะนำ ปรึกษาจากบิดามารดา ส่วนบิดามารดาเป็นผู้ให้ เมื่อ ก. เป็นผู้สูงอายุ มีสถานภาพและบทบาทเป็นบิดามารดา สมาชิกเครือข่ายใกล้ชิดที่สุด คือ บุตรหลาน บทบาทของการเป็นผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคมเปลี่ยนไป คือ ก. เป็นผู้รับความเคารพนับถือจากบุตรหลาน และเป็นผู้ให้คำแนะนำปรึกษาแก่บุตรหลาน ถ้ากระบวนการสนับสนุนทางสังคมของ ก. ดำเนินไปอย่างเหมาะสมจะมีผลดี แต่ถ้ามิได้มีการปรับเปลี่ยน หรือกระบวนการสนับสนุน

ทางสังคมของ ก. ดำเนินไปไม่เหมาะสมจะมีผลเสียต่อกระบวนการสูงอายุตามสภาพจิต และกระบวนการสูงอายุตามสภาพสังคม ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ความวิตกกังวล หรือการปรับตัว การแสดงบทบาทไม่เหมาะสมกับวัย

สำหรับแนวโน้มการให้และการรับการสนับสนุนในสังคมไทย พิจารณาคาดคะเนจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้สูงอายุชุดนี้ ผู้วิจัยคาดว่าในอนาคตอันใกล้ (ประมาณ 5-10 ปี) ผู้สูงอายุไทยจะยังคงได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุตรหลานสูง กระบวนการสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนเครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุไทยน่าจะยังไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ส่วนที่อาจจะเปลี่ยนแปลงคือขนาดและลักษณะของเครือข่ายสังคมที่ผู้สูงอายุจะต้องเกี่ยวข้องกับบุคคลนอกครอบครัวมากขึ้น ขณะที่ความเข้มของสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลในครอบครัวอาจจะลดน้อยลง เพราะผู้สูงอายุมีบุตรจำนวนน้อยลง และแหล่งให้ข้อมูล คำแนะนำ ปรัชญาต่าง ๆ มีหลากหลายมากขึ้น เด็ก ๆ อาจเลือกใช้บริการต่าง ๆ เหล่านี้จากแหล่งต่าง ๆ ที่ไม่เฉพาะเจาะจงจากบิดามารดาผู้สูงอายุเท่านั้น

ในแง่ของสถานภาพและบทบาท ผู้สูงอายุอาจจะต้องสร้างเครือข่ายหรือหากลุ่มของตน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้คงสถานภาพและบทบาทการมีส่วนร่วมในสังคมอยู่ต่อไป จากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นแนวโน้มว่าผู้สูงอายุมีความต้องการและพยายามที่จะคงสถานภาพ และการมีบทบาทในสังคมอยู่ให้ได้ในระดับหนึ่ง คือการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุซึ่งจัดว่าเป็นสังคมของผู้สูงอายุโดยเฉพาะเป็นการชดเชยการสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคมในที่ทำงานทางหนึ่ง

การดำเนินการกระบวนการการทำกิจกรรมและกระบวนการการดูแลตนเอง เป็นไปทำนองเดียวกับกระบวนการการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ การดำเนินการกระบวนการทั้งสองจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นตระหนักและรับรู้ว่าเป็นผู้สูงอายุหรือผู้ซึ่งกำลังเดินทางเข้าสู่วัยสูงอายุ บุคคลนั้นจะเริ่มพิจารณาและปรับเปลี่ยนการดำเนินการกระบวนการการทำกิจกรรมและกระบวนการการดูแลตนเองให้เหมาะสมต่อไป อาทิเช่น บุคคลที่ทำกิจกรรมออกกำลังกายแบบแอโรบิคแม้ขณะนี้ยังคงความสามารถในการทำกิจกรรมนั้นอยู่แต่เมื่อตระหนักและรับรู้ว่าเป็นผู้สูงอายุบุคคลนั้นอาจเลือกทำกิจกรรมอื่น เช่น การเดินออกกำลังแทน การปรับเปลี่ยนการดำเนินการกระบวนการการทำกิจกรรมและกระบวนการการดูแลตนเองให้เหมาะสมขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุเป็นหลัก ถ้าผู้สูงอายุสามารถปรับตัวทำในสิ่งที่ชอบและเป็นประโยชน์แก่ตนเองได้ขณะเดียวกันสังคมยอมรับ ย่อมถือได้ว่าผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในการปรับตัว แต่ถ้าผู้สูงอายุปรับตัวกระทำในสิ่งที่เหมาะกับตนเอง แต่อาจจะไม่ตรงตามความคาดหวังของสังคมทั้งหมดก็มี

ได้หมายความว่าผู้สูงอายุประสบความล้มเหลว แต่ผู้สูงอายุอาจจะไม่ได้รับการแสดงความชื่นชมจากสังคม สำหรับในสังคมไทยผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะยึดถือหลักปฏิบัติตนอยู่ในแนวทางที่สังคมยอมรับ เช่น การออกกำลังกาย ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่เคยออกกำลังกายมาก่อน แต่เมื่อมาชมรมผู้สูงอายุ ได้รับคำแนะนำและร่วมฝึกออกกำลังกายกับคนวัยเดียวกันหลาย ๆ ครั้ง ในที่สุดผู้สูงอายุก็สามารถปฏิบัติได้โดยไม่ต้องกลัวคำครหาจากสังคม โดยทั่วไปผู้สูงอายุที่ออกจากบ้านมาเข้าสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เช่นนี้ เป็นผู้สูงอายุที่พยายามปฏิบัติตนตามค่านิยมของสังคมเท่าที่จะสามารถทำได้ แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อยที่ได้ปฏิบัติตามค่านิยมของสังคมทั้งหมดทุกประการ ดังที่ได้พบว่าผู้สูงอายุหลายรายไม่ร่วมกิจกรรมบางกิจกรรมซึ่งถือว่าเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การทำสมาธิ การสวดมนต์ เป็นต้น

การปรับเปลี่ยนกระบวนการอย่างนี้เกิดขึ้นได้เสมอในกระบวนการสูงอายุ ในการปรับเปลี่ยนการทำกิจกรรมแต่ละครั้งมีผลต่อการดำเนินการกระบวนการการทำกิจกรรมและอาจมีผลเกี่ยวข้องกับกระบวนการอื่น เช่น กระบวนการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุอาจพบว่าเครือข่ายสังคมของเขาเปลี่ยนแปลงทั้งคุณลักษณะ จำนวน ความเข้มของสัมพันธ์ภาพ ในทางกลับกัน กระบวนการการสนับสนุนทางสังคมที่ปรับเปลี่ยนอาจมีผลต่อกระบวนการการทำกิจกรรมได้เช่นเดียวกัน ขณะที่กระบวนการการดูแลตนเองมีผลต่อกระบวนการการทำกิจกรรมผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดำเนินการดูแลตนเองได้หรือดูแลได้น้อยผู้สูงอายุผู้นั้นจะดำเนินการทำกิจกรรมได้น้อยลง การดำเนินการการทำกิจกรรมจะไม่ราบรื่น

ในกระบวนการการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองมีความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งมีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุตามสภาพชีวิตวัยที่ถูกต้องตรงตามสภาพที่เป็นจริง

อายุ เพศ สถานภาพสมรส และการศึกษา มีความเกี่ยวข้องโดยอ้อมต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุ บุคคลที่มีอายุสูงภาวะสุขภาพกายและจิตมีการเปลี่ยนแปลงในทางเลื่อมตามสภาพชีวิตวัยสูงกว่าบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าตัวแปรลักษณะทางซึ่งสังคมที่เกี่ยวข้องโดยอ้อมแต่เด่นชัดคืออายุและการศึกษา กล่าวคือผู้สูงอายุ 71 ปีขึ้นไปมีการรับรู้ภาวะสุขภาพกายเปลี่ยนแปลงไปอย่างเด่นชัด ส่วนระดับการศึกษาที่ผู้วิจัยนำมาเป็นตัวแปรศึกษาโดยจำแนกเป็นระดับการศึกษาประถมปีที่ 4 และต่ำกว่า และระดับการศึกษาสูงกว่าประถมชั้นปีที่ 4 ผู้วิจัยพบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ภาวะสุขภาพกายเปลี่ยนแปลงไปไม่ต่างกัน ส่วนที่ต่างกันคือความรู้ ความเชื่อพื้นฐานของการรับรู้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุกลุ่มระดับการศึกษาประถม

ชั้นปีที่ 4 และต่ำกว่ารับรู้ภาวะสุขภาพกายที่เปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมบนพื้นฐานความรู้ความเชื่อคำสอนทางศาสนาพุทธเกี่ยวกับเรื่องสังขารเป็นหลัก ขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งรับรู้บนพื้นฐานความรู้ความเชื่อ ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และคำสอนศาสนาพุทธ แม้ว่าชมรมผู้สูงอายุได้จัดกิจกรรมการบรรยายความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยเสมอ และผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มได้รับฟังพร้อม ๆ กัน แต่เพราะมีความต่างกันในเรื่องละเอียดของการรับรู้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุกลุ่มระดับการศึกษาประถมชั้นปีที่ 4 และต่ำกว่ารับฟังการบรรยายมีความเข้าใจ มีความรู้และจำได้ในหัวข้อหรือประเด็นหลักหรือข้อสรุป ส่วนรายละเอียดผู้สูงอายุจำไม่ได้ เช่น ผู้สูงอายุมีความรู้ "อวัยวะต่าง ๆ ที่เห็นได้ภายนอกและที่อยู่ภายในร่างกายมนุษย์นั้นมีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมลง หรือตายไปจนใช้งานไม่ได้... พบมากขึ้นในคนที่อายุสูงขึ้น... สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นกับทุกคนตามธรรมชาติ..." ผู้สูงอายุกลุ่มนี้รับรู้และบอกลักษณะของผู้สูงอายุตามความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ตรงหรือสอดคล้องกับประสบการณ์เดิมของตนจากการเห็นและรับฟังมา เช่น "ผิวหนังเหี่ยวแห้ง เคลื่อนไหวเชื่องช้า ตาฝ้าฟาง หูตึง พันทัก..." ลักษณะเหล่านี้เป็นลักษณะที่พบเห็นได้ง่ายจากภายนอก ส่วนความรู้สึภายในเกี่ยวกับจิตใจมีการกล่าวไว้น้อย ผู้สูงอายุจึงมิได้กล่าวถึง

ส่วนผู้สูงอายุอีกกลุ่มหนึ่งมีความรู้ความเข้าใจและจำรายละเอียดเกี่ยวกับความรู้ทางวิทยาศาสตร์ของเรื่องสุขภาพอนามัยได้มากกว่า การอธิบายเพื่อตอบคำถามมีรายละเอียดเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่า แต่อย่างไรก็ตาม คำตอบของผู้สูงอายุกลุ่มนี้แสดงถึงการรับรู้ความรู้และมีความเชื่อมั่นในเชิงคำสอนทางศาสนาพุทธร่วมอยู่ด้วย เหตุที่เป็นเช่นนี้เพราะผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มเป็นบุคคลในสังคมไทยที่มีขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม นับถือศาสนาเดียวกัน วิถีเดียวกันย่อมถูกอบรมสั่งสอนมาจากครูต้นแบบเดียวกัน ผู้สูงอายุแม้จะมีความรู้ทางวิทยาศาสตร์แต่ยังมีความเชื่อด้านศาสนาอยู่ด้วยซึ่งเป็นที่เชื่อถือยอมรับแล้วเป็นสากลในกลุ่มชาวพุทธ และคำตอบที่อิงหลักคำสอนทางศาสนาที่เป็นที่ยอมรับย่อมแสดงถึงภูมิความรู้ในหลักธรรมและยังแสดงถึงความเป็นผู้สูงอายุที่ "มีศีลธรรม" ย่อมเป็นสิ่งที่ดี หรืออีกประการหนึ่งจากการศึกษาเข้าใจหลักธรรมคำสอนทำให้ผู้สูงอายุปลงได้ และเข้าถึงสัจธรรมเรื่องสังขารจึงทำให้ผู้สูงอายุแสดงการรับรู้เช่นนั้น

สำหรับการบรรยายความรู้แก่ผู้สูงอายุ พิจารณาจากสถานการณ์ในการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ผู้วิจัยต้องตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับการสอนหรือการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้ได้ผลดี ควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ ได้แก่ 1) เรื่องที่สอนควรเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องหรือให้คนให้โทษแก่ผู้สูงอายุโดยตรง 2) เรื่องที่สอนควรสรุปเป็นข้อหรือข้อความสั้น ๆ 3) สื่อการสอนควรมีขนาดใหญ่มี

ความชัดเจน สามารถสื่อตรงกับเนื้อเรื่องที่ผู้สอนพูด และเข้าใจง่ายเป็นแนวทางเดียว 4) ผู้บรรยายควรงดการใช้คำบรรยายยาว ๆ ใช้คำพูดเพียง งดคำถามและการถามที่ปลูกฝังผู้สูงอายุตลอดเวลา 5) การเตรียมบทเรียน ถ้าสามารถนำเข้ามาเชื่อมต่อกับประเด็นที่ผู้สูงอายุสนใจหรือหลักธรรมคำสอนข้อใดให้ผู้สอนควรทำ ผู้สูงอายุจะเรียนรู้ได้เร็ว และจำรายละเอียดได้มากกว่าการสอนเนื้อหาทางวิทยาศาสตร์ล้วน ๆ 6) ถ้าผู้สอนต้องการให้รายละเอียดมาก ควรจัดทำสื่อเอกสารแจกต่างหากสำหรับผู้สนใจรายละเอียด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิต

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงได้แก่

การรับรู้กระบวนการสูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และการทำกิจกรรม การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ตรงตามเป็นจริง การได้รับการสนับสนุนทางสังคม การที่ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ช่วยเหลือตนเองได้และสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามต้องการทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจและมีความสุข

นอกจากนี้ลักษณะทางชีวสังคมได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และการศึกษามีผลโดยอ้อมต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเพศและการศึกษามีบทบาทค่อนข้างเด่นชัดในการศึกษาครั้งนี้คือผู้สูงอายุชายและผู้สูงอายุหญิงพึงพอใจในชีวิตและมีความสุขเกี่ยวกับครอบครัว สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในสังคมไม่ต่างกัน แต่มีสิ่งที่ต่างกันบ้างได้แก่ ผู้สูงอายุชาย สถานภาพสมรสคู่ พึงพอใจที่มีส่วนช่วยเหลือภรรยาในเรื่องต่าง ๆ ขณะที่ผู้สูงอายุหญิงสถานภาพสมรสคู่พึงพอใจที่ครอบครัว (บุตรหลาน) มีความสุข ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุชายมีเวลาและโอกาสได้ช่วยเหลืองานในบ้านเมื่อหลังการเกษียณอายุงานจึงรู้สึกภูมิใจและพึงพอใจที่เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือภรรยา และในระหว่างบิดาและมารดา บุตรหลานมักใกล้ชิดสนิทสนมกับมารดามากกว่า ผู้สูงอายุหญิงมีความสุขใกล้ชิดกับบุตรหลานมากกว่าผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุหญิงเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคมแก่บุตร หลาน ผู้สูงอายุหญิงจึงมีความสุขและความสุขกับการเห็นบุตรหลานมีความสุขซึ่งเป็นเสมือนการประกาศความสำเร็จในการเลี้ยงดูบุตรหลานของผู้สูงอายุหญิงด้วยทางหนึ่ง ความพึงพอใจเหล่านี้ได้มีผลมาจากเพศของผู้สูงอายุโดยตรง แต่มีผลโดยผ่านกระบวนการสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาก็เช่นเดียวกัน ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูง มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและสามารถดูแลตนเองได้ ผู้สูงอายุย่อมเกิดความสุขและความพึงพอใจ ในอีกประเด็นหนึ่ง ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงสามารถเลือกประกอบอาชีพที่ให้ผลรายได้สูง ผู้สูงอายุมีแนวทางเลือกทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตนสนใจและชอบได้หลากหลายกว่าผู้สูงอายุที่การศึกษาต่ำและรายได้

ต่ำ การที่ผู้สูงอายุมีการศึกษาสูงเท่ากับเป็นเส้นทางนำไปสู่การกำหนดเครือข่ายสังคม การทำกิจกรรม การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มีความเข้มของความรู้สึกรักผูกพันสูงจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดพึงพอใจในชีวิตด้านจิตใจ ส่วนการเลือกทำกิจกรรม ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและเลือกกิจกรรมการอ่านหนังสือผู้สูงอายุย่อมเกิดความพึงพอใจด้านจิตใจขณะที่ผู้สูงอายุรับรู้ถึงคุณค่าของการทำกิจกรรมออกกำลังกายที่ทำให้ร่างกายแข็งแรง ผู้สูงอายุเลือกทำกิจกรรมการออกกำลังกาย ผลที่ได้ผู้สูงอายุย่อมพึงพอใจในภาวะสุขภาพกายที่แข็งแรง

การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมสม่ำเสมอหรือไม่สม่ำเสมอมีปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต เพราะผู้สูงอายุกลุ่มนี้มาสมัครเป็นสมาชิกชมรมด้วยความสนใจและสมัครใจ เหตุผลของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมสม่ำเสมอเพราะ "มาพบเพื่อนได้พูดคุยไม่เหงาทำให้สบายใจ" และเหตุผลของการเข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอเพราะ "ติดธุระ" ซึ่งผู้สูงอายุอาจ "ติดธุระ" เมื่อใดก็ได้ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมปกติของชมรมได้ไม่สม่ำเสมอ ผู้สูงอายุมีโอกาสร่วมกิจกรรมพิเศษที่ชมรมจัดเป็นครั้งคราว และนอกจากนี้การไปวัดทำบุญเสมอของผู้สูงอายุมีผลต่อการเกิดความพึงพอใจและมีความสุข ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมสม่ำเสมอหรือไม่สม่ำเสมอมีปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต แต่การเข้าร่วมกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจและชอบจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิตและมีความสุข ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ได้ข้อค้นพบสนับสนุนการจัดตั้งชมรมหรือศูนย์กลางการพบปะสังสรรค์ในระหว่างผู้สูงอายุซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลชุดนี้จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยสำคัญคือการสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง การทำกิจกรรมมีความเกี่ยวข้องและมีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต และในการดำเนินไปสู่การเป็นผู้สูงอายุบุคคลจะต้องผ่านกระบวนการต่าง ๆ หลายกระบวนการ อาทิ กระบวนการสูงอายุ กระบวนการสนับสนุนทางสังคม กระบวนการการดูแลตนเองและกระบวนการการทำกิจกรรม ซึ่งการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอาจแตกต่างกันได้เนื่องจากปัจจัยสำคัญดังกล่าวแล้วและหรือคุณลักษณะทางชีวสังคมที่ต่างกัน และทฤษฎีที่นำมาใช้อธิบายจะต้องใช้หลายทฤษฎีร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับรัฐหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

1.1 นโยบาย มาตรการและแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุควรได้รับการจัดทำขึ้นบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจการนิยามและเกณฑ์การวัดคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องหรือตรงกันของผู้กำหนดนโยบายผู้ปฏิบัติและผู้สูงอายุ เพราะการนิยามคำและการใช้เกณฑ์การวัดคุณภาพชีวิตตามความรู้ความคิดของเจ้าหน้าที่รัฐฝ่ายเดียว อาจไม่เหมาะสมกับข้อเท็จจริงของผู้สูงอายุ จะทำให้ได้ผลผิดพลาด

1.2 รัฐ หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุควรสนับสนุนการอยู่ร่วมกันในระบบเครือญาติ เพราะผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่จากสมาชิกเครือข่ายสังคมกลุ่มเครือญาติ และควรสนับสนุนการรวมกลุ่มหรือจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแหล่งพบปะสังสรรค์ และศูนย์รวมที่ผู้สูงอายุสามารถรักษาสภาพ บทบาททางสังคมไว้ได้ในระดับหนึ่ง การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านสังคมเติมที่ซึ่งมีผลต่อการลดความเครียด ส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.3 รัฐหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องควรหามาตรการสนับสนุน ส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีโอกาสทำกิจกรรมตามความรู้ความสามารถภายหลังอายุ 60 ปี (การเกษียณอายุงาน) เพราะบุคคลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ภาวะสุขภาพยังแข็งแรงเพียงพอที่จะใช้ความรู้ความสามารถของตนให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมซึ่งผู้สูงอายุถึงพอใจและพร้อมที่จะทำกิจกรรม แต่รัฐอาจกำหนดระยะเวลาการทำงานสั้นลง (จำนวนชั่วโมงต่อวัน) และรัฐควรสนับสนุนเงินค่าตอบแทนตามสมควร ซึ่งเป็นการนำมันสมองที่มีคุณค่ากลับมาใช้ประโยชน์ พร้อม ๆ กับการป้องกันปัญหาอันเนื่องมาจากผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ใช้วิธีการเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ระดับลึกเป็นหลัก และทำการศึกษาจากชมรมผู้สูงอายุเพียงแห่งเดียว ผลการวิจัยปรากฏรายละเอียดซึ่งสรุปเป็นแบบจำลอง ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิตได้ทั้งแบบจำลอง ผู้วิจัยเสนอให้ผู้สนใจทำการวิจัย 2 วิธี ได้แก่ 1) ผู้วิจัยทำการวิจัยโดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบเดียวกันกับการวิจัยครั้งนี้ แต่ต่างสถานที่ ต่างภูมิภาค เพื่อทราบการรับรู้

กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภูมิภาคต่าง ๆ เป็นการเปรียบเทียบและตรวจสอบแบบจำลองที่สร้างขึ้นมา และนำผลไปพัฒนาแบบจำลองต่อไป 2) ผู้วิจัยทำการวิจัยโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้แบบจำลองที่สร้างขึ้นเป็นการทดสอบเชิงทฤษฎีเพื่อการพัฒนาทฤษฎีคุณภาพชีวิตต่อไป

2.2 การวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยควรศึกษาวิจัยเปรียบเทียบผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุหรือสมาชิกกลุ่มต่าง ๆ ที่มีการนัดพบทำกิจกรรมสม่ำเสมอกับผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมหรือกลุ่มใด ๆ เมื่อได้ผลข้อมูลผู้วิจัยคาดว่าจะสามารถนำมาใช้พัฒนาแบบจำลองและทฤษฎีคุณภาพชีวิต

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. "ทฤษฎีการพยาบาลของคิง," ใน ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้. สัมพันธ์ หิญาธีระนันท์. บรรณาธิการ. หน้า 342-400. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2528.
- การแพทย์, กรม. คู่มือสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์กรมการศาสนา, 2531.
- โกรสิทธิ์ ตันศิริรินทร์ และ อรุวรรณ วลัยพัชรา. "โภชนาการในผู้สูงอายุ," ในเอกสารประกอบการประชุม Neuro-science Symposium I Aging of the Brain. จัดที่ โรงแรมแม่น้ำ, กรุงเทพมหานคร. 12-14 มกราคม 2532. อุดลำนาค.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. "คุณค่าและอรรถาธิบายของภูมิปัญญาดั้งเดิมในระบบการแพทย์พื้นบ้าน," อาจารย์สาร. 3(4) : 29-30 ; 2529.
- ขนาน หัสศิริ และคนอื่น ๆ. การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเมื่อกรุงรัตนโกสินทร์ครบ 200 ปี พ.ศ. 2525. มูลนิธิจิตเวชศาสตร์สงเคราะห์, ม.ป.ป.
- เขมิกา ยามะรัต. ความพึงพอใจในชีวิตคนชราศึกษากรณีข้าราชการบำนาญ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์และมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ และมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์, 2527. อุดลำนาค.
- คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ. ระเบียบข้อบังคับชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสงฆ์ ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2531. เอกสารอุดลำนาค.
- คณะกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525-2544. กรุงเทพฯ: สหกรณ์กลาโหม จำกัด, 2526.
- จริยวัตร คมพาศน์. "แก้อย่างมีสุข," วารสารรามายณะ. 18: 43-48; 2529.
- จำเรียง งามะสุวรรณ, นิศยา ภาสันันท์ และ วิมล ตันติบูล. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. ม.ป.ท., : ม.ป.ป.
- เจียมจิต ถวิล. "โรคประสาทพิการในผู้สูงอายุ," ในเอกสารประกอบการประชุม Neuro-science symposium I Aging of the brain. จัดที่ โรงแรมแม่น้ำ กรุงเทพมหานคร, 12-14 มกราคม 2532. อุดลำนาค.

- ฉลาด อิศริณ. "ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุระดับหมู่บ้าน," ใน รายงานการสัมมนาระดับชาติ เรื่องบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 2524. กระทรวงสาธารณสุข : กรมการแพทย์, 2524.
- ดวงฤดี ลาสุขะ. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบคัดสรรกับการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัด เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528. อุดลำนเา.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. "การดูแลสุขภาพตนเอง พรหมแดน ความรู้," ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. บรรณาธิการ. หน้า 10-41. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ทัศนีย์ จินางกูร. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตล้มเหลวเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างช่องท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- ธีระ งามสุต. "ปัญหาผู้สูงอายุ," วารสารสุขภาพ. 1(2) : 67-86 ; 2516.
- ภาพพร ชัยวรรณ. "ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย," ใน เอกสารการประชุมทางวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2530. หน้า 7-8. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
- นิศา ชูโต. คนชราไทย. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยสังคม, 2525.
- บุญยืน สุภาพ. การศึกษาเปรียบเทียบปัญหา ความต้องการและโลกทัศน์ของคนชราในสถาน สงเคราะห์ของรัฐบาลและเอกชน. วิทยานิพนธ์ ส.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522. อุดลำนเา.
- ประพิมพ์ดาว สุกนธ์. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนเชื้อเพลิงพัฒนาเขต ยานนาวา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์, 2526. อุดลำนเา.
- ประมุข จันทรจันง. เอกสารคำบรรยายเรื่อง การใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผนที่จะให้บริการ แก่ผู้สูงอายุของกระทรวงมหาดไทย. สำนักนโยบายและแผนมหาดไทย, 2533.
- ฝ่ายส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ. คำแนะนำการตั้งชมรมผู้สูงอายุ. 2532.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรเจริญทัศน์, 2530.

- พุดินันท์ เหลืองไพบูรณ์. การจัดบริการสวัสดิการสังคมในชมรมผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีการจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2530. อุดลำนเา.
- พระราชวรมนี (ประยุทธ์ ปยุตโต). พุทธธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย, 2529.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. "แนวความคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง," ใน การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และ อรุณญา ปุณณัน. บรรณาธิการ. หน้า 43-116. 155-159. นครชัยศรี : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- พิรสิทธิ์ คำานวนศิลป์ และคนอื่น ๆ. ความสัมพันธ์ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา. กรุงเทพมหานคร : สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2523.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุก. "การดูแลสุขภาพตนเองกับการสาธารณสุขมูลฐาน," ใน การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และ อรุณญา ปุณณัน. บรรณาธิการ. หน้า 25-41. นครชัยศรี : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- มัลลิกา มัติโก. "แนวความคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง," ใน การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และ อรุณญา ปุณณัน. บรรณาธิการ หน้า 1-24. นครชัยศรี : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. ถ่ายเอกสาร.
- ศุภวัลย์ พลายน้อย และ เนาวรัตน์ พลายน้อย. ผลกระทบของการพัฒนาที่มีต่อปัญหาและความต้องการของประชากรผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 2527.
- สงวนศรี วิรัชชัย. จิตวิทยาสังคมเพื่อการศึกษา. กรุงเทพฯ : ศึกษาพร, 2527.

สมจิต หนูเจริญกุล. "การดูแลสุขภาพตนเองในการพยาบาล ทฤษฎีและการประยุกต์ทางคลินิก,"
ในยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. ลีอัย ศรีเงินแยง และ ทวีทอง
 หงษ์วิวัฒน์ บรรณาธิการ. หน้า 126-155. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบาย
 สาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

สมพร เทพสิทธิ์า. บทบาทขององค์กรเอกชนในการให้บริการสวัสดิการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ :
 กรมการแพทย์, 2529.

สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย. รูปแบบข้อบังคับชมรมผู้สูงอายุ 2532.

_____. แนวทางการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ 2532.

สุภัตรา สุภาพ. สังคมและวัฒนธรรมไทย : ค่านิยมครอบครั้ว ศาสนา ประเพณี.

พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2525.

สุลี ทองวิเชียร และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. รายงานการวิจัยเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของ
 ผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
 2532.

หทัย ชิตานนท์ (แปล). "สมองเสื่อมในผู้สูงอายุ : ทิศทางใหม่ของการวิจัยและการจัดการ
 เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ," ในเอกสารประกอบการประชุม Neuro-
 science Symposium I Aging of the Brain. จัดที่โรงแรมแม่น้ำ,
 กรุงเทพมหานคร. 12-14 มกราคม 2532. อัดสำเนา.

Anderson, Lars. "Intervention Against Loneliness in a
 Group of Elderly Women : An Impact Evaluation,"
Social Science and Medicine. 4: 355-364; 1985.

Andrews, F.M. and R. Crandall. "The Validity of Measures
 of Self-Reported Well-Being," Soc. Indicat. Res.
 3 : 10-29 ; 1976.

Andrews, F.M. and S. Withey. Social Indicators of Well-
 Being : Americans Perceptions of Life Quality.
 New York : Plenum Press, 1976.

Anthony, Pramualratana. Support Systems of the old in a
 Rural Community in Thailand. Doctor's Thesis.
 Canberra : The Australian National University, 1990.
 Photocopied.

- Antonucci, Toni L. and Hiroko Akiyama. "Social Networks in Adult Life and a Preliminary Examination of the Convoy Model," Journal of Gerontology. 42(5): 519-527; 1987.
- Arkoff, ABE. Adjustment and Mental Health. New York: McGraw-Hill Company, 1968.
- Arling, Greg. "Strain, Social Support, and Distress in Old Age," Journal of Gerontology. 42: 107-113; 1987.
- Atchley, R. Social Forces in Later Life. 2nd edition. Belmont, Calif: Wadsworth Publishing Co. Inc., 1977.
- Bard, M. "Summary of the Informal Discussion of Functional States : Quality of Life," Cancer. 53(10): 2327; 1984.
- Barney, Jane L. "The Prerogative of Choice in Long-Term Care," The Gerontologist. 17: 309-314; 1977.
- Bengtson, Vern L., Patricia L. Kasschau and Pauline K. Ragan. "The Impact of Social Structure on Aging Individuals," in Handbook of the Psychology of Aging. edited by J.E. Birren and K.W. Schaie. p. 327-353. New York : Van Nostrand Reinhold Company, 1977.
- Berg, R., D. Hallauer and S. Berk. "Neglected Aspects of the Quality of Life," Health Serv. Res. 11(4): 391; 1976.
- Berkman, Lisa F. "Assessing the Physical Health Effects of Social Networks and Social Support," Annual Review of Public Health. 5: 413-432; 1984.
- Berkman, Lisa F. and S. Leonard Syme. "Social Networks, Host Resistance, and Mortality: A Nine Year Follow-up Study of Alameda County Residents," American Journal of Epidemiology. 109: 186-204; 1979.
- Berry, Ruth E. and Flora L. Williams. "Assessing the Relationship Between Quality of Life and Marital and Income Satisfaction : A Path Analytic Approach," Journal of Marriage and the Family. 49: 107-116; 1987.
- Birren, J.E. "Increment and Decrement in the Intellectual Status of the Aged," Psychiatric Res Rep. 23: 207-214; 1968.

- Birren, J.E. and V.J. Renner. "Research on the Psychology of Aging," in Handbook of the Psychology of Aging, edited by J.E. Birren and K.W. Schaie. p.3-38. New York : Jan Nostrand Reinhold Company, 1977.
- Birren, J.E. Handbooks of Aging and the Social Sciences. San Diego, California : Academic Press, Inc., 1990.
- Bishop, Christine. "Living Arrangement Choices of Elderly 1986.
- Blazer, Dan G. "Social Support and Mortality in an Elderly Community Population," American Journal of Epidemiology. 115: 684-694; 1982.
- Bloom, J., R. Ross and G. Burnell. "The Effect of Social Support on Patient Adjustment after Breast Surgery," Patient Counseling and Health Education. 1(2): 50-59; 1978.
- Boissevain, J. Friends of Friends : Networks. Manipulators and Coalitions. Oxford: Basil Blackwell, 1974.
- Bonneyu, S. and others. "Treatment of End-Stage Renal Failure in a Defined Geographic Area," Arch Intern Med. 138 : 1510 ; 1978.
- Bortner, R.W. and D.F. Hultsch. "A Multivariate Analysis of Correlates of Life Satisfaction in Adulthood," Journal of Gerontology. 25: 41-47; 1979.
- Botwinick, J. "Intellectual Abilities," in Handbook of the Psychology of Aging, edited by J.E. Birren and K.W. Schaie. p.580-605. New York : Van Nostrand Reinhold Company, 1977.
- Branch, Laurence G., Alan M. Jette and Connie Evashwick. "Toward Understanding Elders' Health Service Utilization," Journal of Community Health. 7: 80-92; 1981.
- Brandt, P.A. and C. Weinert. "The PRQ-a Social Support Measure," Nursing Research. 30: 277-280; 1981.
- Broadhead, W.E. and others. "The Epidemiologic Evidence for a Relationship Between Social Support and Health," American Journal of Epidemiology. 117 : 521-537 ; 1983.

- Brock, Anna M. and Patricia O' Sullivan. "A Study of Determine What Variables Predict Institution-alization of Elderly People," Journal of Advanced Nursing. 10: 533-537; 1985.
- Brody, Stanley L., Walter Poulshock and Carla F. Maxciocchi. "The Family Caring Unit : A Major Consideration in the Long Term Support System," The Gerontologist. 18: 556-561; 1978.
- Campbell, A. "A Subjective Measure of Well-Being," American Psychologist. 31 : -117-124; February 1976.
- Campbell, A. and P. Converse. Human Meaning of Social Change. New York: Russell Sage Foundation, 1972.
- Campbell, A., P. Converse and W. Rogers. The Quality of American Life. New York : Russell Saze Founda-tion, 1976.
- Carp, F.M. and A. Carp. "Test of a Model of Domain Satisfactions and Well-Being : Equity Consideration," Research on Aging. 4: 503-522 : 1982.
- Cassel, J. "The Contribution of the Social Environment to Most Resistance," American Journal of Epidemio-logy. 104: 108-123; 1976.
- Charnes, A., W. Cooper and G. Kozmetsky. "Measuring Monitoring and Modeling Quality of Life," Manage-ment Sci. 19: 1172: 1973.
- Cobb, S. "Social Support as a Moderate of Life Stress," Psychosomatic Medicine. 38: 300; 1976.
- Cohen, Judith B. and Jacob A. Brody. "The Epidemiologic Importance of Psychosocial Factors in Longevity," American Journal of Epidemiology. 114- 451-161; 1981.
- Cohen, S. and T.A. Wills. "Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis," Psychological Bulletin. 98(2): 310-357; 1985.
- Cohen, C.I. and others. "The Physical Well-Being of Old Homeless Men." Journal of Gerontology. 43 : 121-128 ; 1988.

- Conner, Karen A., Edward A. Powers and Gordon L. Bultena. "Social Interaction and Life Satisfaction: An Empirical Assessment of Late-Life Patterns," Journal of Gerontology. 34: 116-121; 1979.
- Cookfair, D. and K. Cummings. Quality of Life among Cancer Patients, Advances in Cancer Control : Research and Development. New York : Alan R. Liss, 1983.
- Crandall, J. and E. Putnam. "Relations between Measures of Social Interest and Psychological Well-Being," J Individ Psychol. 36 : 156; 1980.
- Cutler, S. J. "Voluntary Association Participation and Life Satisfaction: A Cationary Research Note," Journal of Gerontology. 28: 96-99; 1979.
- Dalkey, N. And D. Rourke. The Delphi Procedure and Rating Quality of Life Factors in the Quality of Life Concept. Washington, D.C.: Environmental Protection Agency, 1973.
- Dean, A and N. Lin. "The Stress-Buffering Role of Social Support : Problems and Prospects for Systematic Investigation," The Journal of Nervous and Mental Disease. 165: 403-417; 1977.
- Diener, Ed. "Subjective Well-Being," Psychological Bulletin. 95: 542-575; 1984.
- Engen, T. "Taste and Smell," in Handbook of the Psychology of Aging. edited by J.E. Birren and K.W. Schaie. p.554-561. New York : Van Nostrand Reinhold Company, 1977.
- Erickson, B. "Some Problems of Inference from Chain Data," in Sociological Methodology. edited by K.F. Schuessler. p. 276-302. San Francisco: Jossey Bas, 1978.
- Evans, R. and others. "The Quality of Life with End-Stage Renal Disease," N Engl J Med. 312(9) : 553; 1985.
- Ferrans, C.E. and M.J. Powers. "Quality of Life Index : Development and Psychometric Properties," Advances in Nursing Science. 8: 15-34; October 1985.

- Flanagan, J.C. "A Research Approach to Improving our Quality of Life," American Psychologist. 33(2): 138 ; 1978.
- Flanagan, J.C. "Measurement of Quality of Life : Current State of the Art," Arch Phys Med Rehabil. 63: 56-59; February 1982.
- Fry, P. Self Care : It Place in the Total Health Care System. London: Panel on Self Care, 1973.
- Fry, P. and R. Ghosh. "Attributional Differences in the Life Satisfactions of the Elderly : A Cross-Cultural Comparison of Asian and United States Subjects," Int J Psychol. 15: 201; 1980.
- George, Linda K. "Social Sturcture, Social Processes, and Social-Psychological States," in Handbook of Aging and the Social Sciences. 3re ed. edited by Robert H. Binstock and Linda K. George. P.186-204. California : Academic Press, Inc., 1990.
- Gitter, S. and D. Mostofsky. "The Social Indicator: An Index of the Quality of Life," Soc Biol. 20: 289; 1973.
- Goldberg, Evelyn L., George W., Comstock and Sioban D. Harlow, "Emotional Problems and Widowhood," Journal of Gerontology. 43: 206-208; 1988.
- Gottlieb, Benjamin H. "Social Networks and Social Support: An Overview of Research, Practice and Policy Implication," Health Education Quarterly. 12(1): 8-14; 1985.
- Graham, K.Y. and A.J. Longman. "Quality of Life and Person with Melanoma," Cancer Nursing. 10: 338-346: July 1987.
- Haes, J.C.M. and F.C.E. Knippenberg. "The Quality of Life of Cancer Patients: A Review of the Literature," Social Science and Medicine. 20: 809-817; 1986.
- Hall, Alan and Barry Wellman. "Social Network and Social Support," in Social Support and Health. edited by Sheldon Cohen and S. Leonard Syme. p. 23-41. Orlando : Academic Press, Inc., 1985.
- Harel, Zev and Gary Deimling. "Social Resources and Mental Health : An Empirical Refinement," Journal of Gerontology. 39: 747-752. 1984.

- Hatz, P. and M. Powers. "Factors Related to Satisfaction with Life for Patients on Hemodialysis," J Am Nephrol Nurs Technician. 1: 290; 1980.
- Haug, M.R. and S.J. Folmer. "Longevity, Gender, and Life Quality," Journal of Health and Social Behavior. 27: 331-345; December 1986.
- Havinghurst, R.J. "Personality and Pattern of Aging," The Gerontologist. 8: 20-23; 1968.
- Hendricks, J. and C. Hendricks. Aging in a Mass Society. Cambridge, Mass : Winthrop Publishers, Inc., 1977.
- Holden, Karen C., Richard V. Burkhauser and Daniel A. Myers. "Income Transitions at Older Stage of Life: The Dynamics of Poverty," The Gerontologist. 26 : 292-297; 1986.
- Hornquist, J.O. "The concept of Quality of Life," Scand J Soc Med. 10: 57; 1982.
- House, James S. Work Stress and Social Support. Philippines: Addison-Wesley Publishing Company, Inc., 1981.
- House, James S., Cynthia Robbins, and Helen L. Metzner. "The Association of Social Relationships and Activities with Mortality : Prospective Evidence from the Tecumseh Community Health Study," American Journal of Epidemiology. 116 : 123-140; 1982.
- House, Jame S., Robert L. Kahn, Jane D. McLeod and David Williams. "Measures and Concepts of Social Support," in Social Support and Health. edited by Sheldon Cohen and S. Leonard Syme. p. 83-108. Orlando: Academic Press Inc., 1985.
- Hubbard, P. and others. "The Relationship Between Social Support and Self-Care Practices," Nursing Research. 33: 266-269; 1984.
- Hutchinson, A., J. Farndon. and R. Wilson. "Quality of Survival of Patients Following Mastectomy," Clin Oncol. 5: 391; 1979.
- Jackie, M. "Life Satisfaction and Kidney Dialysis," Nurs. orum. 13: 360; 1974.
- Kaplan, Berton H. and others. "Social Support and Health," Medical Care. 15: 47-58; 1977.

- Kaplan, George A. and others. "Psychosocial Predictors of Depression: Prospective Evidence from the Human Population Laboratory studies," American Journal of Epidemiology. 125: 206-220; 1987.
- Kart, Cary S. The Realities of Aging. Boston : Allyn and Bacon, Inc., 1981.
- Kazak, A. and J. Linney. "Stress, Coping, and Life Change in the Single-Parent Family," Am J Community Psychol. 11: 207; 1983.
- Kessler, R.C. and J.D. McLeod. "Social Support and Psychological Distress in Community Surveys," in Social Support and Health. edited by Sheldon Cohen and S. Leonard Syme. New York: Academic Press, 1985.
- Kimmel, Douglas C. Adulthood and Aging. 2nd ed. New York: John Wiley & Son, 1990.
- Kleiman, A. Patient and Healer in the Context of Culture. Berkley: University of California Press, 1980.
- Laborde, J. and M. Powers. "Satisfaction with Life for Patients Undergoing Hemodialysis and Patients Suffering from Osteoarthritis," Research Nursing Health. 3: 19-24; 1980.
- X Larson, R. "Thirty Years of Research on the Subjective Well-Being of Older Americans," Journal of Gerontology. 33: 109-125; 1978.
- Lawton, M.P. "Activities and Leisure," Annual Review of Gerontology and Geriatrics. 5: 127-164; 1985.
- Lee, R. and L. Shehan. "Retirement and Marital Satisfaction," Journal of Gerontology, 44 : 226-230 ; 1989.
- Leon, Joel. "A Recursive Model of Economic Well-Being in Retirement," Journal of Gerontology. 40(4): 494-505; 1985.
- Levin, L.S. "The Lay Person as the Primary Health Care Practitioner," Public Health Report. 91: 206-216; 1976.
- Levin, L.S. "Self-Care in Health: Potentials and Pitfalls," World Health Forum. 2(2): 177-184 ; 1981.
- Levy, N. and G. Wynbrandt. "The Quality of Life on Maintenance Hemodialysis," Lancet. 1: 1328; 1975.

- Liang, J. and others. "Social Integration and Morale : A Re-Examination." Journal of Gerontology. 35: 746-757; 1980.
- Liang, J. "A Structural Integration of the Affec4 Balance Scale and Life sati3 faction." Journal of Gerontology. 39: 613-622; 1984.
- Linn, B. and M. Linn. "Late Stage Cancer Patients: Age Difference in their Psychophysical Status and Response to Counseling," Journal of Gerontology. 36 : 689 : 1981.
- Lin, N. and others. "Social Support, Stressful Life Event, and Illness : A Model and Empocal Test," Journal of Health and Social Behavior. 20: 108-119; 1979.
- Lowenthal, Marjorie F. and Betsy Robinson. "Social Networks and Isolation," in Handbook of Aging and the Social Science. edited by Robert H. Binstock and Ethel shanas. New York : Van Nostrand Reinhold, 1976. .
- Magily, J.K. "Quality of Life of Hearing Impaired Older Women," Nursing Research. 34: 140-143; 1984.
- Markides, Kyriakos S. and David J. Lee. "Predictors of Well-Being and Functioning in Older Mexican Americans and Anglos : An Eight-Year Follow-Up," Journal of Gerontology. 45 : 69-73; 1990.
- McElveen, P.M. "Social Network," in Clinical Practice in Psychosocial Nursing Assessment and Intervention. edited by D.C. Longo and R.A. Williams. p.321-323. New York: Appleton-Century Crofts, 1978.
- McNett, S.C. "Social Support, Treat, and Coping Responses and Effectiveness in the Functionally Disabled," Nursing Research. 36: 98-103; 1987.
- McKeehan, K.M., W.R. Cowling and M.L. Wykle. "Cantril Self-Anchoring Ladders : Methodological Considerations for Nursing Sceince," in Nursing Research Methodology Issues and Implementation. edited by P.L. Chinn. p. 285-293. Rockville: An Appen Publication, 1986.
- McSweeney, A. and others. "Life Quality of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease," Arch Intern Med. 142(3) : 473 ; 1982.

- Muhlenkamp, A.F. and J.A. Sayles. "Self-Esteem, Social Support and Positive Health Practices," Nursing Research. 35: 334-337; 1986.
- National Society for the Prevention of Blindness, Estimated Statistics on Blindness and Vision Problem. New York : National Society of the Prevention of Blindness, Inc., 1973.
- Neugarten, G., R. Havinghusts and S. Tobin. "The Measure of Life Satisfaction," Journal of Gerontology. 16: 134; 1961.
- Norbeck, J.S., A.M. Lindsey and V.L. Carrieri. "The Development of and Instrument of Measure Social Support." Nursing Research. 30: 264-268; 1981.
- Norbeck, J.S. "The Use of Social Support in Clinical Practice," Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service. 20: 22-29; 1982.
- Norris, C.M. "Self-Care," American Journal of Nursing. 19: 486-489; March 1977.
- O'Brien, John D. and Donna L. Wagner. "Help Seeking by the Frail Elderly: Problems in Network Analysis," The Gerontologist. 20: 78-83; 1980.
- Okun, Morris A. and others. "Health and Subjective Well-Being: A Meta-Analysis," International Journal of Aging and Human Development. 19(2) : 111-132; 1984.
- Orem, D.E. Nursing ; Concepts of Practice. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Book Company, 1985.
- Orem, D. E. Nursing: Concepts of Practice. 4th ed.St. Louis : Mosby-Year Book., Inc., 1991.
- Orth-Gomer, Kristina and Anna-Lena Unden. "The Measurement of Social Support in Population Surveys." Social Science and Medicine. 24: 83-94; 1987.
- Orth-Gomer, Kristina, Anna-Lena Unden and Mary-Ellen Edwards. "Soical Isolation and Mortality in Ischemic Heart Disease," Acta Medicaa Scandinavica. 224: 205-215; 1988.

- Orth-Gomer, Kristina and Jeffery V. Johnson. "Social Network Interaction and Mortality: A Six Year follow-up Study of a Random Sample of the Swedish Population." Journal of Chronic Disease. 40: 949-957; 1987.
- Osberg, J. Scott., and others. "Life Satisfaction and Quality of Life Among Disabled Ederly Adults." Journal of Gerontology. 42 : 228-230 ; 1987.
- Owen, Robert G. Organizational Behavior in Education. 3rd. ed. New Jersey : Prentice-Hall, Inc., 1987.
- Padilla, G. and others. "Quality of Life Index for Patients with Cancer," Research in Nursing Health 6 : 117 ; 1983.
- Palmore, E.B., G. Walsh., J. McKinna and W. Greening. "Adjuvant Chemotherapy for Breast Cancer : Side Effects and Quality of Life," Br Med J. 281(6253): 1594; 1980.
- Palmore, E.B. and V. Kivett. "Change in Life Satisfaction : A Longitudinal Study of Persons aged 46-70," Journal of Gerontology. 32: 311; 1977.
- Palmore, E.B. and C. Luikart. "Health and Social Factors Related to Life Satisfaction," Journal of Health and Social Behavior. 13: 68; 1972.
- Palmore, E.B. and others. Retirement, Causes and Consequences. New York: Springer, 1985.
- Payne, Roy L. and J. Graham Jones. "Measurement and Methodological Issues in Social Support." in Stress and Health : Issues in Research Methodology. edited By S.V. Kasl and C.L. Cooper. Chichester : John Wiley and Sons, 1987.
- Patterson, W.B. "The Quality of Survival in Response to treatment," JAMA. 233(3): 280; 1975.
- Pearlin, Leonard L. and others. "The Stress Process." Journal of Health and Social Behavior. 22: 337-356; 1981.
- Penda, Nola J. Health Promotion in Nursing Practice. Norwalk, Connect. : Appleton-Century-Crofts, 1982.

- Revicki, Dennis A. and Jim P. Mitchell. "Strain, Social Support, and Mental Health in Rural Elderly Individuals," Journal of Gerontology. 45(6): 267-274; 1990.
- Rippers, V. "Scaling the Seriousness of illness: A Methodological Study," J Psychosom Res. 20(6): 567; 1976.
- Robb, Susanne S. "Theory in Aging and Theory-Related Issues," in The Aged Person and the Nursing Process, edited by Yurick and others. 2nd ed. p.78. Appleton-Century-Crofts, 1984.
- Savage, Alicia P. "Societal Role Perceptions of Older Adults : Three Contrasting Cultures," Lifelong Learning. 1(8) : 12-15, 24-25; 1978.
- Seeman and others. "Social Network Ties and Mortality among the Elderly in the Alameda County Study," American Journal of Epidemiology. 126: 714-723; 1987.
- Shock, Nathan W. "Biological Theories of Aging," in Handbook of the Psychology of Aging, edited by J.E. Birren and K.W. Schaie. p.103-115. New York : Van Nostrand Reinhold Company, 1977.
- Soldo, Beth and Kenneth G. Manton. "Health status and Service Needs of the Oldest Old: Current Patterns and Future Trends," Milbank Quarterly. 63: 286-323; 1985.
- Somchit Hanucharurnkul. Social Support, Self Care and Quality of Life in Cancer Patients Receiving Radiotherapy in Thailand. A dissertation of the requirements of the degree of doctor of philosophy (nursing) in the Graduate school of Wayne State University, 1988.
- Soper, W. "Relationships between Subjectively and Statistically Determined Contributors of Life Satisfaction for Male University Faculty," Psychol Rep. 46 : 731 ; 1980.
- Spitzer, Walter O. "State of Science 1986 : Quality of Life and Functional Status as Target Variables for Research," Journal of Chronic Diseases. 40: 465-471; 1987.

- Strogatz, David S. and Sherman A. James. "Social Support and Hypertension among Blacks and Whites in a Rural Southern Community," American Journal of Epidemiology. 124: 949-956; 1986.
- Stromborg, Marilyn F. "Single Instruments for Measuring Quality of Life," in Instruments for Clinical Nursing Research. edited by Marilyn F. Stromborg. p.79-95. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange, 1988.
- Suggs, Patricia K. "Predictors of Association Among Older Sibling : A Black/white Comparision," ABC. 33 : 70-80; 1989.
- Thoits, Peggy A. "Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Soical Support as a Buffer Against Life Stress," Journal of Health and Social Behavior. 23: 145-159; 1982.
- Thompson, L.S. and others. "Senescence and Visual Identification of Tactual-kinesthetic Forms," Journal of Gerontology. 20 : 244-249; 1965.
- Townsend, Peter. "The Effects of Family Structure on the Likelihood of Admission to an Institution in Old Age : The Application of a General Theory," in Social Structure and the Family. edited by E. Shanas and G.F. Streib. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1965.
- Townsend, Peter and Dorothy Wedderburn. The Aged in the Welfare State. London: Beel, 1965.
- Turner, R. "Social Support as a Contringency in Psychological Well-being," Journal of Health And Social Behavior. 22: 357-367; 1981.
- Umberson, Debra. "Relationships with Children Explaining Parents' Psychological Well-Being," Journal of Marriage and the Family. 51:999-1012; 1989.
- Verbrugge, Louis. "Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence," Journal of Health and Social Behavior. 26: 156-182; 1985.
- Wan, Thomas T.H. and Barbara G. Odell. "Factors Affecting the Use of Soical and Health Services for the Edlerly," Ageing and Society. 1: 95-115; 1981.

- Webb, S. and M. Powers. "Evaluation of Life Satisfaction and Sexual Function in Female Patients Post Renal Transplant," Dial Transplant. 11: 799; 1982.
- Weiss, R. "The Provision of Social Relationships," in Doing unto Other. edited by Zick Rubin. p.17-26. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1974.
- Wenger, G. Clare. "Care in the Community Changes in Dependency and Use of Domiciliary Services : A Longitudinal Perspective," Ageing and Society. 5: 143-159; 1985.
- Wheaton, Blair. "Models for the Stress-Buffering Functions of Coping Responses," Journal of Health and Social Behavior. 26: 352-364; 1985.
- Williams, Ann W., James E. Ware and Cathy A. Donald. "A Model for Mental Health, Life Events, and Social Supports Applicable to General Populations." Journal of Health and Social Behavior. 22: 324-336; 1981.
- Williamson, Z. and K. Danaher. Self-Care in Health. London: Croom Helm, 1978.
- Wellisch, D. "Work, Social, Recreation, Family, and Physical Status," Cancer. 53(10): 2290; 1984.
- Withey, S. "Measure Social-Life Feeling," American Journal of Sociology. 91(2): 446-448; 1985.
- Wolk, S. "Situational Constraint as a Moderator of the Locus of Control-Adjustment Relationship," Journal of Consulting And Clinical Psychology. 44: 420-427; 1976.
- Wolk, S. and J. Kurtz. "Positive Adjustment and Involvement During Aging and Expectancy for Internal Control," Journal of Consulting and Clinical Psychology. 43 : 173-178 ; 1975.
- Ziegler, M. And D.W. Reid. "Correlates of Changes in Desired Control Scores and in Life Satisfaction Scores Among Elderly Persons," International Journal of Aging and Human Development. 2 : 135-146; 1983.

ภาคผนวก

สวัสดิการและองค์การเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย

รัฐบาลไทยพิจารณาเห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบปัญหาความทุกข์ยาก ขาดแคลนไม่มีผู้เลี้ยงดูเท่าที่ควรจะได้รับ และได้ถือเป็นภาระหน้าที่ในการให้ความสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับประชาชนผู้ได้รับความเดือดร้อนทั่ว ๆ ไป หรือผู้ด้อยโอกาส ในปัจจุบันรัฐบาลได้กำหนดทิศทางและนโยบายการสงเคราะห์แก่ประชาชนกลุ่มนี้ ดังที่ปรากฏในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ในด้านสวัสดิการสังคม รัฐบาล ได้กำหนดวัตถุประสงค์ที่จะให้มีการส่งเสริมให้ผู้ด้อยโอกาสและประสบทุกข์ยากในสังคมสามารถช่วยเหลือตนเองทั้งนี้ภายใต้ข้อจำกัดในด้านการเงินและการคลังของประเทศ โดยให้กระทรวงมหาดไทยรับผิดชอบดำเนินงาน (ประมวล จันทรจำนง. 2533 : 1-25)

ตามแผนงานสวัสดิการสังคมในแผนมหาดไทยฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2530-2534) ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) กระทรวงมหาดไทย ได้กำหนดเป็นนโยบายให้มีการสงเคราะห์และคุ้มครองประชาชนผู้ทุกข์ยากเดือดร้อนผู้ด้อยโอกาส คนชรา คนพิการ ทูพพลภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองหรือผู้ที่ตกอยู่ในภาวะคับแค้นด้านจิตใจให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในสังคม โดยให้กรมประชาสงเคราะห์รับผิดชอบดำเนินงาน โดยกำหนดแนวทางการดำเนินการมุ่งให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ขาดความมั่นคงในการดำรงชีวิต เนื่องจากไม่ได้รับการเอาใจใส่เลี้ยงดู หรือถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กำหนดเป้าหมายในช่วง 5 ปีของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ที่จะสงเคราะห์ผู้สูงอายุไว้ 203,000 คน และกำหนดแนวทางหลักในการดำเนินงานให้การสงเคราะห์ไว้ 5 แนวทางดังต่อไปนี้

1. ขยายบริการในรูปศูนย์บริการและหน่วยสงเคราะห์คนชราเคลื่อนที่ให้มากขึ้น นอกเหนือจากการสงเคราะห์ในรูปแบบสถานสงเคราะห์ซึ่งจัดไว้สำหรับผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งอย่างแท้จริงเท่านั้น
2. ระดมความร่วมมือจากภาคเอกชนให้มาช่วยจัดบริการสวัสดิการสังคมให้แก่คนชราในรูปแบบต่าง ๆ ให้เพียงพอและทั่วถึง
3. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุ
4. ส่งเสริมการดำเนินงานเกี่ยวกับการให้ความคุ้มครองแก่คนชราในด้านต่าง ๆ

5. ปรับทัศนคติของประชาชนให้ทัศนคติที่ดีและพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุเท่าที่จะสามารถทำได้โดยเข้าสถานศาสนา สื่อมวลชน โรงเรียนและสถาบันครอบครัว ช่วยกลมเกลียวจิตใจประชาชนให้รู้จักเคารพและมีความกตัญญูแก่ผู้สูงอายุ

กระทรวงมหาดไทย โดยกรมประชาสงเคราะห์จัดการดำเนินงานและสนับสนุนให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 ลักษณะ คือ การสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์ของรัฐ การสงเคราะห์ในรูปของศูนย์บริการของรัฐ และการสงเคราะห์จากภาคเอกชน แต่ละลักษณะมีรายละเอียดการดำเนินงานดังนี้

การสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์ การสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์เป็นบริการที่รัฐจัดให้ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา ความเดือดร้อน เช่นมีฐานะยากจนไร้ญาติ ไม่มีที่อยู่อาศัยหรืออยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข เป็นบริการให้จำกัดเฉพาะผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และชายอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยรัฐรับเข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์ต่าง ๆ ทั่วประเทศ และให้ความอุปการะ รวมทั้งให้บริการประเภทอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตในหลายด้าน เช่นการรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด งานอดิเรก ศาสนกิจ สังคมสงเคราะห์ เป็นต้น ผู้สูงอายุที่เข้ามาอยู่ในสถานสงเคราะห์แบ่งออกเป็น 3 ประเภทได้แก่

1. ประเภทสามัญ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่รัฐให้บริการอุปการะเลี้ยงดูและบริการประเภทอื่น ๆ โดยไม่เสียค่าบริการใด ๆ ทั้งสิ้น

2. ประเภทเสียค่าบริการ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่รัฐจัดบริการไว้ในรูปหอพักโดยเสียค่าบริการห้องเดียว 550 บาทต่อเดือน และห้องคู่ 1,060 บาทต่อเดือน และผู้สูงอายุได้รับบริการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตจากรัฐ

3. ประเภทพิเศษ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่รัฐจัดบริการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้แต่ขอความร่วมมือจากผู้สูงอายุลูกบ้านตามแบบแปลนที่ทางราชการกำหนดในที่ดินของทางราชการ โดยมีสัญญาผูกพันว่าเมื่อตนเองหรือคู่สมรสถึงแก่กรรมต้องยกกรรมสิทธิ์ให้กรมประชาสงเคราะห์

กรมประชาสงเคราะห์ได้เริ่มดำเนินการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในรูปแบบสถานสงเคราะห์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2496 จนถึงปัจจุบันได้ขยายสถานสงเคราะห์เพิ่มเป็น 12 แห่ง ให้บริการได้ประมาณปีละ 2,000-2,500 คน สถานสงเคราะห์คนชราต่าง ๆ ดังกล่าวได้แก่

1. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค กรุงเทพมหานคร
2. สถานสงเคราะห์คนชราภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

3. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมบรณ์โพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา
4. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมบรณ์วัดม่วง จังหวัดนครราชสีมา
5. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมบรณ์ จังหวัดเชียงใหม่
6. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านทักษิณ จังหวัดยะลา
7. สถานสงเคราะห์คนชราเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์
8. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี
9. สถานสงเคราะห์คนชราบ้านอุ้มทอง จังหวัดชุมพร
10. สถานสงเคราะห์คนชราภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดมหาสารคาม
11. สถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
12. สถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดนครปฐม

สถานสงเคราะห์คนชรา 12 แห่งนี้ให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุประเภทสามัญทุกแห่ง ส่วนการสงเคราะห์ผู้สูงอายุประเภทเสียค่าบริการมีเพียงแห่งเดียวที่สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และการสงเคราะห์ผู้สูงอายุประเภทพิเศษมีเฉพาะสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค และสถานสงเคราะห์คนชราภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

กรมประชาสงเคราะห์จัดให้บริการในรูปแบบสถานสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุขึ้นในภาคต่าง ๆ ของประเทศนั้นมีข้อจำกัดเรื่องบริเวณเนื้อที่ งบประมาณและบุคลากร ทำให้กรมประชาสงเคราะห์ให้บริการผู้สูงอายุได้ในจำนวนจำกัดและไม่ดีเท่าที่ควร การดำเนินงานต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง เมื่อคิดเฉลี่ยเป็นรายบุคคล ประกอบกับแนวคิดในการให้บริการสงเคราะห์แก่บุคคลกลุ่มต่าง ๆ นั้น ในปัจจุบันรัฐบาลสนับสนุนให้ทุกคนได้มีโอกาสอยู่กับครอบครัวของตนให้มากที่สุดและการให้การสงเคราะห์ในรูปแบบสถานสงเคราะห์ควรเป็นทางเลือกสุดท้าย ด้วยเหตุผลนี้กรมประชาสงเคราะห์จึงได้ขยายบริการด้านผู้สูงอายุจากการให้บริการในรูปแบบสถานสงเคราะห์เป็นการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวในรูปแบบบริการทางสังคมผู้สูงอายุแทน

การสงเคราะห์ในรูปแบบศูนย์บริการ การสงเคราะห์ในรูปแบบศูนย์บริการเป็นบริการทางสังคมและสวัสดิการที่รัฐจัดให้ผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุมารับบริการจากศูนย์แต่ยังคงอยู่ร่วมกับครอบครัวของตน กรมประชาสงเคราะห์ได้เริ่มทดลองให้บริการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล และกายภาพบำบัดแก่ผู้สูงอายุที่อยู่กับครอบครัวในบริเวณรัศมีห่างจากสถานสงเคราะห์ ประมาณ 1 กิโลเมตร โดยเริ่มทดลองเปิดศูนย์บริการที่สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคเป็นแห่งแรก

ต่อมาจึงขยายไปยังสถานสงเคราะห์คนชราแห่งอื่น ๆ รวมทั้งมีการขยายขอบเขตของการบริการ และประเภทของการบริการมากขึ้นปัจจุบันศูนย์บริการสำหรับผู้สูงอายุมีบริการการส่งเสริมชีวิตครอบครัวของผู้สูงอายุ ป้องกันแก้ไขปัญหายุ่งยากและให้บริการแก่ผู้สูงอายุชาย หญิงวัย 60 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยกับครอบครัว ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด ศาสนกิจ สังคมสงเคราะห์ การส่งเสริมประเพณีและวัฒนธรรม การให้ความรู้ด้านวิชาการ เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพร่างกาย จิตใจและความรู้อื่น ๆ ด้านนันทนาการ กีฬาและทัศนศึกษา ด้านอาชีพบำบัด และด้านเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังมีบริการบ้านพักฉุกเฉินซึ่งจัดที่พักชั่วคราวสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านจิตใจ ครอบครัว และเดือดร้อนเรื่องที่อยู่อาศัย ศูนย์บริการทั้งสี่แห่งนี้มีจำนวน 9 ศูนย์ ซึ่งคาดว่าจะให้บริการได้ ประมาณปีละ 60,000 คน ศูนย์เหล่านี้ได้แก่

1. ศูนย์บริการคนชราบางแค กรุงเทพมหานคร
2. ศูนย์บริการคนชราโพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา
3. คลินิกผู้สูงอายุโพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา
4. ศูนย์บริการคนชราทักษิณ จังหวัดยะลา
5. ศูนย์กายภาพบำบัดผู้สูงอายุภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่
6. ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง กรุงเทพมหานคร
7. ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุจังหวัดลพบุรี
8. ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุศรีสุคต จังหวัดพิษณุโลก
9. ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุปิยะมัลย์ จังหวัดเชียงใหม่

การสงเคราะห์จากภาคเอกชน นอกจากรัฐจะจัดสวัสดิการสังคมสงเคราะห์ผู้สูงอายุโดยตรงแล้ว รัฐบาลยังสนับสนุนและขอความร่วมมือจากภาคเอกชนในการจัดสวัสดิการสังคมสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้วย ผลจากการดำเนินงานดังกล่าวก่อให้เกิดองค์กรที่เป็นการสงเคราะห์จากภาคเอกชนขึ้น องค์กรเกี่ยวกับผู้สูงอายุซึ่งภาคเอกชนให้การสนับสนุนเป็นศูนย์รวมการพบปะสังสรรค์และดำเนินกิจกรรมบางอย่างร่วมกันที่เป็นที่ยอมรับในกลุ่มผู้สูงอายุในขณะนี้คือ ชมรมผู้สูงอายุ สมาคมผู้สูงอายุ และสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย

ชมรมผู้สูงอายุแห่งแรกในประเทศไทยคือ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสงฆ์ (คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ. 2531) การถือกำเนิดของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสงฆ์เกิดขึ้นเนื่องในโอกาสที่กรมการแพทย์มีโครงการบริการสุขภาพผู้สูงอายุและจัดให้มีการให้สุศึกษาแก่ผู้

สูงอายุที่โรงพยาบาลสงฆ์ เป็นประจำโดยวิธีการอภิปรายในหัวข้อทางการแพทย์ต่าง ๆ ปรากฏว่า ผู้สูงอายุให้ความสนใจมากและสม่ำเสมอ ในการนี้ได้มีคณะบุคคลกลุ่มหนึ่งพิจารณาเห็นว่าสมควรจัดตั้งชมรม ผู้สูงอายุขึ้นเป็นเอกเทศให้ชื่อว่าชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสงฆ์จึงได้จัดการประชุมปรึกษาหารือในการจัดตั้งคณะกรรมการและการร่างระเบียบข้อบังคับของชมรมขึ้นหลายครั้ง และมีความเห็นว่าเพื่อให้การดำเนินการเป็นไปด้วยดีสมควรให้ข้าราชการจากกรมการแพทย์เข้าร่วมเป็นกรรมการบริหารชมรมโดยการแต่งตั้ง และในที่สุดเมื่อวันที่ 2 กรกฎาคม 2526 ที่ประชุมจึงลงมติให้มี ระเบียบข้อบังคับชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสงฆ์ขึ้นเป็นแห่งแรก ต่อมาได้เกิดการรวมกลุ่มของ ผู้สูงอายุในชุมชนต่าง ๆ มากขึ้นและได้มีการจัดตั้งเป็นชมรมผู้สูงอายุ ขณะนี้จำนวนชมรมผู้สูงอายุมีเป็นจำนวนมากทั้งในกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด ผู้สูงอายุบางกลุ่มรวมตัวกันจัดตั้งเป็นชมรมบางกลุ่มตั้งเป็นสมาคม อาทิ สมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย เป็นต้น

ชมรมผู้สูงอายุในประเทศไทยมิได้เป็นองค์กรของรัฐแต่มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับองค์กร และบุคลากรของรัฐค่อนข้างใกล้ชิดเช่นโรงพยาบาล กรมประชาสัมพันธ์ เป็นต้น แต่ละชมรมมีวัตถุประสงค์ ระเบียบข้อบังคับ การบริหารจัดการ กิจกรรม และอื่น ๆ แตกต่างกันไปบ้าง แต่โดยหลักการแล้วชมรมผู้สูงอายุต้องเป็นของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุ เพื่อผู้สูงอายุและสังคม (ฝ่ายส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ. 2532)

ชมรมผู้สูงอายุ เกิดขึ้นจากการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีจุดประสงค์เพื่อประโยชน์บางประการ ร่วมกัน ในแต่ละชุมชนแต่ละชมรมมีความเป็นเอกเทศในการบริหาร จัดการ ดำเนินงาน จัดกิจกรรม ฯลฯ ตามความสามารถ ความสมัครใจของสมาชิกเฉพาะกลุ่ม ต่อมาเมื่อจำนวนชมรมผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้นทั่วประเทศต่างมีความเห็นพ้องต้องกันว่า สมควรจะได้มีสถาบันอันมีชื่อองค์กรของรัฐบาล ก่อตั้งขึ้นเพื่อเป็นศูนย์กลางประสานประโยชน์สมาคม ชมรม และองค์กรเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเทศไทย และดำเนินการในเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งหมด จึงก่อตั้ง "สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย" ขึ้นตามข้อบังคับใช้ชื่อย่อว่า สสท. และชื่อภาษาอังกฤษว่า Senior Citizens Council of Thailand ใช้ชื่อย่อว่า SCCT มีเครื่องหมายเป็นรูปวงกลม 3 ชั้น ชั้นในสุด เป็นรูปต้นโพธิ์ ชั้นกลางเป็นรูปดอกกลีาดวน 9 ดอก ชั้นนอกสุดมีคำว่าสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย (สสท) และ Senior Citizens Council of Thailand (SCCT) เป็นเครื่องหมายของ สภาฯ (ข้อบังคับสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2532)

สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยกำหนดวัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

1. เพื่อทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางระหว่างสมาคม-ชมรมผู้สูงอายุในประเทศ และหน่วยงาน ทั้งรัฐและเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุตลอดจนผู้สนใจในกิจกรรมผู้สูงอายุในอันที่จะร่วมมือดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ
2. เพื่อศึกษาหาความรู้และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้สูงอายุและ/หรือองค์กรเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทั้งในประเทศและนานาชาติในอันที่จะสร้างเสริมพัฒนาความมั่นคงให้แก่ผู้สูงอายุในทุกด้าน
3. เพื่อปฏิบัติงาน ร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานอื่นที่ดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในอันที่จะอำนวยความสะดวกผู้สูงอายุทั้งในทางมนุษยธรรมและด้านการพัฒนา
4. เสนอแนวความคิดเห็นต่อรัฐและองค์กรเอกชน ในเรื่องอันเกี่ยวเนื่องและบังเกิดประโยชน์ต่อผู้สูงอายุที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ
5. ให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนบุคคลและสมาชิกองค์กรในเรื่องต่าง ๆ อันเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
6. ส่งเสริมเผยแพร่และจำหน่ายแจกข้อความรู้และประสบการณ์ ตลอดจนผลการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ทางสื่อสารมวลชนทุกประเภท
7. ไม่ดำเนินการใด ๆ เกี่ยวกับการเมือง
8. ไม่มีนโยบายหรือเจตนาจัดตั้งโต๊ะบิลเลียดเพื่อเล่นการพนัน พนันเอาทรัพย์สินกัน
9. ไม่มีนโยบายหรือเจตนาหาผลกำไรแบ่งปันกัน

องค์กรของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ประกอบด้วย ที่ประชุมใหญ่ คณะกรรมการบริหารคณะกรรมการดำเนินการ และคณะกรรมการฝ่ายต่าง ๆ ผลการปฏิบัติงานขององค์กรสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ที่สำคัญคือผลงานของคณะกรรมการฝ่ายส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุซึ่งได้วิเคราะห์ชมรมผู้สูงอายุเท่าที่ปรากฏในขณะนี้ และจำแนกประเภทของชมรมเป็น 4 แบบ พร้อมทั้งเสนอความคิดเห็นในด้านจุดเด่นจุดด้อยของชมรมแต่ละแบบเพื่อเป็นแนวทางในการจัดตั้งชมรมด้วย ประเภทของชมรม 4 แบบ ได้แก่ แบบ ก ชมรมที่เกิดขึ้นจากการริเริ่มของทางราชการแบบ ข. ชมรมที่สมาชิกกลุ่มอาชีพเดียวกันเป็นผู้ริเริ่มก่อตั้ง แบบ ค. ชมรมที่เกิดจากการรวมตัวของอดีตผู้บริหารระดับสูง และแบบ ง. ชมรมที่เกิดจากการรวมตัวอย่างไม่เป็นทางการของสมาชิกรายละเอียดแต่ละแบบมีดังนี้

ชมรมแบบ ก. ชมรมแบบ ก. เป็นชมรมผู้สูงอายุที่ตั้งขึ้นโดยทางราชการริเริ่มและสนับสนุนหน่วยราชการที่ริเริ่มและสนับสนุนในการตั้งชมรมอยู่ 2 หน่วยงานคือ โรงพยาบาลและกรมประชาสัมพันธ์ ลักษณะของชมรมที่เกิดจากหน่วยราชการทั้ง 2 หน่วยงานแตกต่างกันในรายละเอียดของกิจกรรม คณะกรรมการ ฝ่ายส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ จึงได้แยกเป็น 2 ประเภท คือแบบ ก. หนึ่ง และแบบ ก. สอง

ชมรมแบบ ก. หนึ่ง คือชมรมผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลริเริ่มจัดตั้ง โดยให้ใช้สถานที่ของโรงพยาบาลเป็นศูนย์กลางดำเนินกิจกรรมของชมรม โรงพยาบาลริเริ่มเรื่องนี้ขึ้นด้วยวัตถุประสงค์ในการให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ต้องการบริการสุขภาพจะสมัครเป็นสมาชิกชมรมทำให้มีจำนวนสมาชิกค่อนข้างมาก สมาชิกในชมรมมีความแตกต่างกันในเรื่องสถานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพทางการศึกษา และที่อยู่ห่างไกลกันค่อนข้างมาก การดำเนินการของชมรมมักจะมีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นผู้เกี่ยวข้องช่วยดำเนินการให้ กิจกรรมส่วนใหญ่จะมุ่งแต่เรื่องสุขภาพเป็นสำคัญ

ข้อดีของชมรมผู้สูงอายุแบบ ก. หนึ่ง นี้ คือ ผู้สูงอายุไม่ต้องทำอะไรมาก มีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นผู้ชี้แนะ ดำเนินการให้ ผู้สูงอายุได้ประโยชน์เมื่อมีปัญหาสุขภาพก็ขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลได้ทันที บางแห่งมีบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้สูงอายุเข้ารับบริการเป็นเสมือนคนไข้ของโรงพยาบาลนั้น ส่วนข้อด้อยของชมรมแบบนี้ คือมักมีผู้สูงอายุจำนวนมาก สถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม ความรู้แตกต่างกันสูงทำให้การรู้จักความใกล้ชิดน้อย การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ มีเจ้าหน้าที่ชี้แนะดำเนินการ ผู้สูงอายุจึงไม่ได้แสดงบทบาทอะไรมาก คล้ายชมรมเป็นของโรงพยาบาลถ้าเจ้าหน้าที่เอาใจใส่ยืนยันดำเนินการชมรมก็คึกคัก ถ้าเจ้าหน้าที่ไม่เอาใจใส่ ชมรมก็ซบเซา ในบางแห่งผู้ดำเนินการพยายามจัดให้สมาชิกมีการสังสรรค์กัน แต่เนื่องจากสมาชิกมีความแตกต่างกันมากจึงยากจะรวมกันได้ เช่น ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลต่าง ๆ

ชมรมแบบ ก. สอง คือชมรมผู้สูงอายุที่กรมประชาสัมพันธ์ริเริ่มขึ้น มักจะอยู่ในส่วนภูมิภาค กระทรวงมหาดไทยเคยมีหนังสือแจ้งไปยังจังหวัดสนับสนุนให้จังหวัดจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นงานจึงตกอยู่ที่ประชาสัมพันธ์จังหวัดเป็นกรณีเริ่ม ชักชวนผู้สูงอายุในจังหวัด ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะชักชวนผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมืองมาร่วมตั้งเป็นชมรมขึ้น สมาชิกชมรมมีจำนวนมากพอสมควรส่วนใหญ่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดี ในการดำเนินงานเจ้าหน้าที่ของประชา-

ส่งเคราะห์จังหวัดเป็นพี่เลี้ยง สถานที่มักใช้โรงเรียน สถานที่ราชการตามความเหมาะสม กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นเรื่องการฟังบรรยาย และร่วมกันทำงานการกุศล

ข้อดีของชมรมแบบ ก. สองคือ เจ้าหน้าที่กรมประชาสงเคราะห์ช่วยชี้แนะ มักเริ่มจากการชักชวนและชักชวนผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงเป็นส่วนใหญ่ ข้อด้อยคือเมื่อได้รับการสนับสนุนจากทางการมักจะฮือฮากันในระยะแรก ในระยะหลัง ๆ มักชะงักเซาและไม่ต่อเนื่องเพราะสมาชิกเป็นเพียงผู้ตาม เมื่อเจ้าหน้าที่ของทางการไม่สนใจไม่เอาใจใส่ งานของชมรมจะน้อยลง ชมรมก็มักมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ยากไร้เป็นครั้งคราว ไม่มีกิจกรรมประจำ ตัวสมาชิกชมรมมักเป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ และดำเนินกิจกรรมในด้านสังคมสงเคราะห์ที่เป็นส่วนใหญ่ซึ่งมักจะขาดความต่อเนื่องเมื่อเจ้าหน้าที่ดำเนินการโยกย้ายไป และคนใหม่ที่ย้ายมาไม่สนใจกิจการนี้มากพอ ชมรมจะเจียบเหงา ทั้งนี้เพราะชมรมมิได้ดำเนินการโดยผู้สูงอายุแต่เป็นเครื่องมือของทางราชการเท่านั้น

ชมรมแบบ ข. ชมรมแบบ ข. เกิดขึ้นจากความคิดร่วมกันของสมาชิกชมรมที่มีอาชีพเดียวกัน สมาชิกในชมรมมักเป็นกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น เป็นข้าราชการที่สังกัดกรมหรือกระทรวงเดียวกันที่เกษียณอายุราชการแล้วร่วมกันจัดตั้งขึ้น บางแห่งจดทะเบียนเป็นสมาคม สถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม ความรู้ของสมาชิกไม่แตกต่างกันมากนัก กิจกรรมส่วนใหญ่ดำเนินไปในทางสนับสนุนการตามความสนใจของสมาชิกที่เป็นแกนนำ สถานที่มักใช้สถานที่เอกชน

ข้อดีของชมรมแบบ ข. คือสมาชิกเป็นผู้ริเริ่มเองจึงมีความรู้สึกว่าเป็นของตัวเอง จึงจะมีระเบียบข้อบังคับชัดเจนแน่นอน ข้อด้อยคือสมาชิกมักเป็นคนกลุ่มอาชีพเดียวกันเท่านั้น เช่น เป็นข้าราชการ หรือเป็นข้าราชการกระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง ทำให้อยู่ในวงจำกัด เช่น สมาคมข้าราชการบำนาญมหาดไทย

ชมรมแบบ ค. ชมรมแบบ ค. เกิดได้จากการรวมตัวของอดีตผู้บริหารระดับสูง สมาชิกเป็นกลุ่มบุคคลที่เคยทำงานระดับสูง มาร่วมกันเพื่อดำเนินกิจการที่เห็นว่าเป็นประโยชน์แก่สังคม ชมรมชนิดนี้มีไม่มากสมาชิกเป็นระดับผู้นำในหน่วยงานราชการมาก่อน สมาชิกที่สนใจมักจะมีลูกมือช่วยในการดำเนินกิจกรรม สถานที่มักใช้สถานที่ทางราชการหรือสถานที่เอกชน

ข้อดีของชมรมประเภทนี้คือสมาชิกเป็นผู้ริเริ่มเอง รู้หลักเกณฑ์ต่าง ๆ ดี เสียสละ มีกลไกในการดำเนินการเข้มแข็ง ส่วนข้อด้อยคือชมรมชนิดนี้น้อย เพราะสมาชิกที่มีคุณภาพ ดังกล่าวนั้นมีจำนวนจำกัด เช่น สมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย

ชมรมแบบ ง. ชมรมแบบนี้เกิดขึ้นเองโดยธรรมชาติ ชมรมแบบนี้เกิดจากผู้สูงอายุ ตามหมู่บ้านหรือชุมชนที่ไปร่วมกิจกรรมทางศาสนาตามวัด หลังกิจกรรมทางศาสนาเสร็จสิ้นแล้ว ผู้สูงอายุก็มักจะปรึกษากันหรือกินตามเวลาอันสมควร บางครั้งปรึกษากันยืดยาว บางครั้งก็สั้น ชมรมแบบนี้เกิดขึ้นเองและเป็นไปตามความสะดวกใช้วัดเป็นสถานที่ตั้งชมรม มักมีแต่กิจกรรมทางศาสนาเป็นหลัก ชมรมแบบนี้มีมากในชนบทไม่ค่อยเป็นที่รู้จักในคนรุ่นใหม่และไม่ค่อยแสดงบทบาทในทางสังคม

นอกจากชมรมแบบต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วอาจมีแบบอื่น ๆ ได้อีกซึ่งอาจเป็นแบบที่ผสมผสานกันระหว่างแบบต่าง ๆ ชมรมทุกรูปแบบต่างก็ให้ประโยชน์ต่อสมาชิกทั้งสิ้น การก่อตั้งหรือสมัครเป็นสมาชิกชมรมใดก็ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ความเหมาะสมและ/หรือความพึงพอใจของผู้สูงอายุเอง ผู้สูงอายุบางท่านเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมากกว่าหนึ่งแห่ง

ในการจัดตั้งและดำเนินการชมรมผู้สูงอายุในชุมชน สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยได้เสนอแนะแนวทางดังต่อไปนี้

1. การหาสมาชิกหรือหาพวกซึ่งหมายถึงคนอายุรุ่นเดียวกันตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไปที่น่าสนใจ เรื่องการตั้งชมรมผู้สูงอายุ การที่สมาชิกมีอายุต่าง ๆ กันเพื่อช่วยกันดำเนินการคนอายุน้อยกว่าจะเป็นกำลังแรงงานให้ชมรมได้อย่างคล่องแคล่ว เพราะงานบางอย่างต้องอาศัยแรงคนอายุน้อยกว่า ถ้ามีแต่คนอายุสูงมาก ๆ ทั้งหมดอาจไม่สามารถดำเนินการของชมรมให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เมื่อได้พวกแล้วต้องพูดจาทำความเข้าใจกันว่าตั้งชมรมเพื่อทุกคนในชมรมต้องช่วยเหลือกันจะเข้าชมรมเพื่อหาผลประโยชน์แต่ฝ่ายเดียวมิได้ สมาชิกต้องช่วยตัวเองเพื่อให้ชีวิตในวัยสูงอายุมีชีวิตชีวา

2. การจัดหาสถานที่ ซึ่งขึ้นอยู่กับชุมชนอาจเป็นโรงเรียน วัด หรือสถานที่ที่เหมาะสมอื่นที่สมาชิกสะดวก และชมรมจะต้องเป็นของกลางของสมาชิกทุกคน

3. การจัดหาตัวกลไก ซึ่งในที่นี้ตัวกลไกหมายถึงบุคคลที่ช่วยเป็นเลขานุการนัดหมายและอื่น ๆ ทำหน้าที่คล้ายเลขานุการ ซึ่งควรเป็นบุคคลอายุน้อยในกลุ่มและมีความคล่องแคล่วสามารถทำงานจริงจังและประสานงานกับบุคคลต่าง ๆ ได้ บุคคลคนนั้นมีความสำคัญที่จะช่วยให้

ชมรมดำรงอยู่ได้ เพราะผู้สูงอายุมาก ๆ มักไม่ชอบทำงานจุกจิก การประสานงานล้มเหลวเป็นสาเหตุให้ชมรมล้มเหลวไปด้วย และควรมีการจัดหาตัวกลไกที่อายุน้อยขึ้นมาทำหน้าที่แทนคนเก่าเป็นระยะเมื่อคนเก่าอายุสูงขึ้น

4. การเริ่มต้นชมรม เมื่อได้พบ สถานที่ ตัวกลไกแล้วก็นัดหมายคุยกันเมื่อทุกคนเห็นพ้องต้องกันแล้วในกลุ่มเล็ก ๆ อาจเป็น 5-6 คน ต่อไปจึงเริ่มชักชวนผู้สูงอายุอื่นเข้ามาร่วมคุยด้วย

5. การจัดการก่อตั้ง เมื่อผ่านขั้นตอนขั้นที่ 4 มาแล้ว ตัวกลไกจะนัดหมายผู้สูงอายุที่เห็นชอบด้วยมาเสวนาเพื่อก่อตั้งชมรม อาจมีการเลือกประธานกรรมการดำเนินการชมรมได้เรียบร้อยในครั้งแรกนี้หรือในการประชุมหารือครั้งต่อไป

6. การดำเนินการชมรม ชมรมจะดำรงอยู่ได้ยากหากไม่มีกิจกรรม สมาชิกผู้สูงอายุได้ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินการอย่างกว้าง ๆ ดังต่อไปนี้

6.1 ชมรมควรมีเป้าหมายพอสมควรและเหมาะสมกับสถานะภาพของชมรม การตั้งเป้าหมายสูงเกินไปเมื่อทำได้สำเร็จจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเบื่อหน่ายและเห็นว่าไม่มีประโยชน์ ในที่สุดสมาชิกจะไม่สนใจชมรมอาจลาออก การสร้างเป้าหมายระยะแรกควรเป็นเป้าหมายง่าย ๆ ให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมสร้างสรรค์ เสวนา ยามว่าง เมื่อสมาชิกมีกำลัง ความสามารถมากขึ้นจึงทำกิจกรรมมากขึ้น

6.2 กิจกรรมต่าง ๆ ที่อาจจัดดำเนินการได้ เช่น การเล่นเกมในร่ม การออกกำลังกายกลางแจ้ง การทำงานสังคมเพื่ออาสาสมัคร การเล่นดนตรี ฯลฯ การดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ นี้ให้เลือกตามที่สมาชิกริเริ่มชมชอบและสามารถร่วมกิจกรรมนั้นได้โดยยึดหลักที่ว่าเมื่อผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมแล้วเกิดความสบายใจเป็นประโยชน์แก่ตัวผู้สูงอายุเองและสังคม อย่าทำกิจกรรมบ่อยเกินไปเพราะสมาชิกจะเบื่อ แต่ก็อย่าละเลยจนไม่ทำอะไรเลย อย่างน้อยเดือนหนึ่งสมาชิกริเริ่มจะได้มาร่วมเสวนากันสักครั้งจะเป็นการดี

6.3 การดำเนินการของชมรมควรมีการบันทึกไว้เพื่อเป็นประวัติและกันลืม

6.4 ชมรมควรมีการติดต่อกับองค์กรอื่นบ้างโดยเฉพาะสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เพื่อรับข้อมูลข่าวสารความก้าวหน้า สนับสนุนสมาชิกของชมรมสมัครเป็นสมาชิกสภาผู้สูงอายุตามสิทธิ

6.5 ประธานและกรรมการดำเนินการของชมรมควรได้รับการผลิตเปลี่ยนเพื่อช่วยเหลือกันทำงาน

6.6 เรื่องการเงิน ควรดำเนินการด้วยความระมัดระวังรอบคอบ สมาชิกไม่ควรต้องเสียเงินเกินสภาพของแต่ละคน ชมรมควรจะมีทั้งตนเองได้ ไม่ควรหวังพึ่งองค์กรอื่น การใช้จ่ายควรอยู่ในงบดุลที่แท้จริง หากไม่มีเงินสมาชิกก็สามารถมาพบปะสังสรรค์ด้วยกันหรือเล่นเกมก็ทำได้ไม่จำเป็นต้องจัดกิจกรรมที่ต้องใช้เงิน และชมรมไม่มีเงินจ่าย

รายละเอียดเกี่ยวกับชมรมผู้สูงอายุควรได้นำเสนอมาทั้งหมดอาจสรุปได้ว่า ชมรมผู้สูงอายุ คือกลุ่มผู้สูงอายุที่มาร่วมกันจัดตั้งเป็นกลุ่มขึ้นโดยมีหลักการและแนวความคิดร่วมกันในการดำเนินการของชมรม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของตนเองให้ดีขึ้นและพัฒนาสังคม ชมรมผู้สูงอายุมีได้มีฐานะ เป็นนิติบุคคลตามกฎหมาย ถ้าต้องการมีฐานะ เป็นนิติบุคคลจะต้องจดทะเบียนต่อทางราชการเป็นสมาคม

ลักษณะเด่นของชมรมผู้สูงอายุได้แก่ การจับกลุ่มร่วมกันเป็นชมรมผู้สูงอายุ มีหลักการสำคัญเพื่อดำเนินกิจกรรมอันจะก่อประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมโดยรวมทั่วไป การร่วมกันเป็นกลุ่มเป็นชมรมผู้สูงอายุเป็นการดำเนินการของผู้สูงอายุเอง โดยผู้สูงอายุเพื่อผู้สูงอายุ และสังคมซึ่งเป็นหลักการช่วยเหลือตนเองที่ดียิ่งที่สุด ทั้งยังก่อให้เกิดพลังและความเอื้ออำนวยอีกด้วย (แนวทางการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ. 2532)

สำหรับต่างจังหวัด เช่น จังหวัดสงขลา ปรากฏว่ามีชมรมผู้สูงอายุที่จัดกิจกรรมแก่สมาชิกอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลาและชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลหาดใหญ่

ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลาได้เป็นชมรมตามแบบใดแบบหนึ่งดังได้นำเสนอมาแต่ชมรมนี้ก่อเกิดขึ้นสืบเนื่องจากความดำริของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาสภาได้จังหวัดสงขลา ริเริ่มโครงการตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2523 เพื่อช่วยเหลือดูแลรักษาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุให้มีร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมเป็นปกติ เหมาะกับวัย เพื่อจะได้ใช้ชีวิตให้เป็นประโยชน์ต่อลูกหลานและญาติมิตรไม่เป็นภาระแก่สังคม สมาคมพยาบาล สาขาสภาได้จึงจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นใช้ชื่อว่า "ชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา" ซึ่งมีผู้สูงอายุเป็นผู้ดำเนินการกิจการชมรมกันเอง และวิทยาลัยพยาบาลสงขลาอำนวยความสะดวกและให้การสนับสนุนร่วมมือในการจัดกิจกรรมบางประการ ชมรมนี้ตั้งอยู่ที่วิทยาลัยพยาบาลสงขลา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา จำนวนสมาชิกของชมรมขณะนี้ประมาณ 500 คน กำหนดนัดหมายพบปะสังสรรค์หรือจัดกิจกรรมทุกวันศุกร์ เวลา 8.00-11.00 น.

ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลหาดใหญ่ เป็นชมรมลักษณะแบบ ก. หนึ่ง ที่ทำการชมรมตั้ง
อยู่ที่โรงพยาบาลศูนย์อำเภอหาดใหญ่ จำนวนสมาชิกประมาณ 500 คน กำหนดนัดหมายพบปะ
สังสรรค์หรือจัดกิจกรรมของสมาชิกคือทุกวันพุธแรกของเดือน เวลา 8.00-12.00 น.

แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต

ชื่อ.....นามสกุล.....สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ.....
 บ้านเลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....
 วันที่สัมภาษณ์.....เดือน.....พ.ศ. เวลาสัมภาษณ์..... น. ถึง..... น.

ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ.....
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส.....
 - 3.1 ท่านแต่งงานครั้งแรกอายุ..... ปี
 - 3.2 ถ้าเป็นหม้าย หย่า แยกกันอยู่มาแล้ว..... ปี
 - 3.3 จำนวนบุตรชาย..... คน
 - 3.4 จำนวนบุตรหญิง..... คน
 - 3.5 หลาน..... คน
 - 3.6 บุตรแยกครอบครัวครั้งแรกเมื่อใด.....
4. ศาสนา.....
5. การศึกษา(เรียนจบชั้นอะไร).....
6. ท่านเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเมื่อท่านมีอายุ.....ปี ตั้งแต่พ.ศ.
7. ท่านร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ () ทุกสัปดาห์
 () อื่น ๆ ระบุ.....
8. ท่านเข้าร่วมกิจกรรมใดของชมรมผู้สูงอายุบ่อยมากที่สุด.....
 เพราะเหตุใด.....
9. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร(ประจำ).....
 ที่ไหน อำเภอ.....จังหวัด.....
 ท่านมีห้องพักส่วนตัวหรือไม่

10. ระยะทางจากบ้านพักของท่านมาถึงที่ทำการชมรมผู้สูงอายุท่านกัน
.....กิโลเมตร
11. อาชีพหลักเดิมก่อนอายุ 60 ปี
ตำแหน่งครั้งสุดท้าย.....
อาชีพรอง(อาชีพเสริมอื่น).....
12. อาชีพปัจจุบัน.....
ตำแหน่ง.....
อาชีพรอง(อาชีพเสริมอื่น).....
13. ปัจจุบันท่านมีรายได้ประมาณเท่าใด(เฉลี่ยต่อเดือน).....บาท
ท่านได้รับจากใคร.....
พอใช้จ่ายหรือไม่.....
ถ้าไม่พอท่านทำอย่างไร.....
14. ท่านได้รับสิ่งต่อไปนี้จากใครมากหรือบ่อยที่สุด
เงิน..... ข่าวสาร..... ความรัก.....
สิ่งของ..... การเยี่ยมเยียน..... การช่วยเหลือ.....

แนวคำถามเพื่อสัมภาษณ์ระดับลึก

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ
 - 1.1 ร่างกายของท่าน อวัยวะใดบ้างที่มีการเปลี่ยนแปลง เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อครั้งท่านยังเป็นหนุ่มสาว
(ผิวหนัง ตา หู จมูก ลิ้น ฟัน กล้ามเนื้อ และกระดูก อวัยวะสืบพันธุ์)
 - 1.2 ท่านมีอาการหรือความรู้สึกถึงการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเหล่านั้นครั้งแรกเมื่อใด
 - 1.3 อวัยวะที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง
(ลักษณะรูปร่าง ขนาด การทำหน้าที่ การใช้งาน เพิ่มขึ้น เท่าเดิม หรือลดน้อยลง)
 - 1.4 ท่านรู้สึกอย่างไร (เช่น เครียด วิตกกังวล กลัว น้อยใจ โกรธ ปลง...)

- 1.5 ท่านทำอะไร ทำไมท่านจึงทำเช่นนั้น
- 1.6 ท่านบอกเล่าอาการ ความรู้สึกเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ เหล่านี้ให้ใครฟังบ้าง ทำไมจึงบอกคนเหล่านั้น ถ้าไม่บอกใคร ทำไมจึงไม่บอก
- 1.7 อวัยวะใดมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด
- 1.8 อวัยวะใดมีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด
- 1.9 ท่านรู้สึกเหงา ว่าเหว หรือโดดเดี่ยว บ้างหรือไม่ ท่านทำอะไร
- 1.10 ท่านเคยคิดถึงเรื่อง "ความตาย" หรือ "การอยู่รอดตาย" หรือไม่
ท่านคิดถึงเรื่องนี้ตั้งแต่เมื่อใด
- 1.11 ท่านคิดว่าคนแก่หรือผู้สูงอายุมีลักษณะอย่างไร
ผู้สูงอายุหญิงและชายต่างกันอย่างไร
- 1.12 ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นผู้สูงอายุเมื่อใด
(อายุเท่าใด ลักษณะพิเศษอะไรบ้างที่แตกต่างจากเมื่อครั้งเป็นหนุ่มสาว
ที่สังเกตเห็นได้ชัด)
2. ความสามารถในการดูแลตนเอง การร่วมกิจกรรม และการสนับสนุนทางสังคม
- 2.1 กิจกรรมประจำวัน (ส่วนตัว) ใดบ้างที่ท่านสามารถปฏิบัติด้วยตนเองตาม
ลำพัง และใช้เวลาเท่าใดในการทำแต่ละกิจกรรม
(อาบน้ำ แปรงฟัน แต่งตัว รับประทานอาหาร การขับถ่าย เดินและ
เดินทาง นอนพักผ่อน)
- 2.2 กิจกรรมประจำวัน (ส่วนตัว) ใดบ้างที่ท่านปฏิบัติด้วยตนเอง และต้องมี
ผู้อื่นช่วยเหลือ เพราะเหตุใด
- 2.3 ท่านปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้น้อยลง เพราะเหตุใด (เปรียบเทียบกับที่แล้ว
กับปัจจุบัน)
(ความคล่องแคล่ว ว่องไว้น้อยลง ต้องใช้เวลามากขึ้น)

2.4 ท่านเลือกใครเป็นผู้ช่วยเหลือท่านในการทำกิจกรรมประจำวัน เพราะเหตุใด ท่านต้องการให้ช่วยเหลืออย่างไร

(บอกชื่อบุคคลหรือตำแหน่งของบุคคลที่ท่านเลือกให้ช่วยเหลือ บอกความสัมพันธ์ระหว่างท่านกับบุคคลนั้น สาเหตุที่เลือกบุคคลนั้น การช่วยเหลือท่านต้องการให้ช่วยเหลือทั้งหมดส่วนใหญ่หรือส่วนน้อยของกิจกรรม)

2.5 ท่านรู้สึกอย่างไรในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของท่าน

(ความรู้สึกพึงพอใจ ความสุข)

2.6 อาการเจ็บป่วยอะไรบ้างที่ท่านคิดว่าเป็นอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ท่านทำอย่างไร ทำไมจึงทำเช่นนั้น

(ช่วยเหลือดูแลตนเอง หรือไปพบแพทย์ หรือถามครอบครัว/เพื่อน ถึงวิธีการรักษา การช้ยา.....)

2.7 อาการเจ็บป่วยอะไรบ้างที่ท่านคิดว่าเป็นอาการเจ็บป่วยหนัก ท่านทำอย่างไร ทำไมจึงทำเช่นนั้น

2.8 เมื่อท่านทราบว่าคนในครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านเจ็บป่วย ท่านทำอย่างไร ทำไมจึงทำเช่นนั้น

(คำแนะนำ ปรีกษา การตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษา เขายอมรับและปฏิบัติตามหรือไม่)

2.9 ในอดีตท่านเคยมีอาการเจ็บป่วยอย่างไรบ้าง

ปัจจุบันท่านมีอาการเจ็บป่วยอย่างไรบ้าง

2.10 กิจกรรมในครอบครัวที่ท่านทำประจำหรือบ่อยครั้งกว่ากิจกรรมอื่น คืออะไร (ลักษณะกิจกรรมนั้น ท่านใช้เวลาเท่าใดในการทำกิจกรรม)

2.11 ท่านรู้สึกอย่างไรในการร่วมทำกิจกรรมในครอบครัว

2.12 ท่านทำกิจกรรมนอกครอบครัวชนิดใดบ้าง ใครแนะนำชักชวน

(กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมอื่นนอกชมรมผู้สูงอายุ)

2.13 ทำไมท่านจึงเลือกเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ

2.14 ท่านไปชมรมผู้สูงอายุทุกวันนัดหรือไม่ เพราะเหตุใด

- ถ้าไม่ได้ไปทุกวันนัด เพราะเหตุใด ท่านรู้สึกอย่างไร

2.15 ท่านสนใจและพอใจเข้าร่วมกิจกรรมใดบ้าง ท่านได้ประโยชน์อะไรจากการร่วมกิจกรรม ท่านรู้สึกอย่างไร

(เรียงตามลำดับความสนใจและพอใจ จากมากไปน้อย 3 ลำดับ)

(กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ และ/หรือกิจกรรมนอกชมรมผู้สูงอายุ)

2.16 ในแต่ละกิจกรรมมีสมาชิกกลุ่มเท่าใด (กิจกรรมตามข้อ 2.15)

(ท่านทำหน้าที่อะไร ทำงานร่วมกับใคร ท่านเลือกเองหรือไม่)

ท่านใกล้ชิดสนิทสนมกับใครในกลุ่มบ้าง เขาเป็นใคร ทำหน้าที่อะไร

ในกลุ่มเคยรู้จักกับท่านมาก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มนี้หรือไม่ ถ้ารู้จัก

มาก่อน รู้จักมานานเท่าใด (ถ้าไม่ตอบว่าสนิทกับใคร ให้สังเกตจาก

การเข้ากลุ่มว่านั่งใกล้ใครเป็นประจำ หรือถามว่าเวลามาชมรม ท่าน

นั่งใกล้ใครบ่อย หรือประจำ ถ้าเป็นกิจกรรมนอกชมรมผู้สูงอายุ ท่าน

มักนั่งใกล้หรือคุยกับใครมากที่สุด)

2.17 นอกเวลาทำกิจกรรมกลุ่ม ท่านติดต่อสัมพันธ์ใกล้ชิดสนิทสนมกับบุคคลที่ท่านรู้สึกใกล้ชิดด้วยในการทำกิจกรรมหรือไม่ อย่างไร

(คนที่ท่านสนิทด้วยในกลุ่มกิจกรรมปกติเมื่ออยู่นอกชมรมหรือนอกกลุ่ม

ท่านยังติดต่ออย่างใกล้ชิดสนิทกันไหม)

2.18 ในบรรดาบุคคลที่ท่านติดต่อสัมพันธ์ด้วยทั้งหมด ทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว มีใครบ้างที่ท่านรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมด้วย

(ถามรายละเอียดของการติดต่อสัมพันธ์ดังนี้ เป็นใคร (ญาติ เพื่อน)

ความถี่ห่างของการติดต่อ กิจกรรมที่ร่วม ระยะเวลา ความเท่าเทียมกัน

ในการติดต่อ ความใกล้ชิด ความรู้สึกผูกพัน เพศเดียวกันหรือไม่ ความ

สม่ำเสมอในการติดต่อให้ถามชื่อบุคคลหรือตำแหน่งความสัมพันธ์นั้น จาก

มากที่สุดถึงคน ก็ได้ตามที่ผู้สูงอายุรู้สึกใกล้ชิด)

2.19 ท่านติดต่อกับลูก-หลาน แต่ละคนอย่างไร

2.20 ท่านติดต่อกับญาติ-พี่น้องของท่านอย่างไร

2.21 ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่จากใครบ้าง โดยวิธีใด

2.22 ท่านรู้สึกอย่างไรกับการติดต่อสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดสนิทสนมกับบุคคล

จำนวนหนึ่ง (เพียง 2-3 คน)

2.23 ท่านพึงพอใจที่จะติดต่อสัมพันธ์กับคนจำนวนน้อยหรือจำนวนมาก ทำไม
จึงเป็นเช่นนั้น

3. การรับรู้คุณภาพชีวิต

- 3.1 ท่านรู้สึกอย่างไรกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่ขณะนี้ ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น
(มีความสุข/ความพึงพอใจหรือไม่ เปรียบเทียบกับอะไร)
- 3.2 ท่านคิดว่าเพราะเหตุใด ท่านจึงมีสภาพชีวิตความเป็นอยู่คง เช่นปัจจุบัน
(สาเหตุเพราะการดำเนินชีวิตในอดีตหรือปัจจุบัน ปัจจัยใดบ้าง)
- 3.3 เมื่อเปรียบเทียบท่านกับคนรุ่นเดียวกับท่าน ท่านคิดว่าสภาพอนามัย
ของท่านเป็นอย่างไร ระดับใด (ท่านพึงพอใจหรือไม่ เพียงใด)
- 3.4 ท่านพึงพอใจในการติดต่อสัมพันธ์กับเพื่อนหรือบุคคลอื่น หรือไม่ อย่างไร
- 3.5 ท่านคิดว่าผู้สูงอายุควรมีทรัพย์สิน เงินทอง จำนวนมากไว้ใช้ในตอนแก่
หรือไม่ อย่างไร
- 3.6 ท่านเก็บทรัพย์สิน เงินทอง สำหรับให้คนที่ทำหน้าที่ดูแลท่านตอนแก่
อย่างไร
- 3.7 ท่านเคยได้รับทรัพย์สิน เงินทองหรือมรดก จากบิดามารดาของท่าน
หรือไม่ รับเมื่อใด
- 3.8 ท่านคิดแบ่งทรัพย์สินของท่านแก่บุตรหลานเมื่อใด และแบ่งอย่างไร
- 3.9 ท่านชอบทำอะไรในเวลาว่าง
- 3.10 ในแต่ละวัน (ปัจจุบัน) ท่านใช้เวลาส่วนใหญ่ทำอะไรมากที่สุด
- 3.11 ท่านคิดว่าผู้สูงอายุควรมีบทบาท (ทำอะไร) อย่างไรในสังคม
- 3.12 ท่านคิดว่าเด็กรุ่นใหม่ให้ความเคารพ นับถือ ผู้สูงอายุสมัยนี้เหมือนสมัย
ท่านเป็นเด็กหรือไม่ อย่างไร
- 3.13 ท่านพึงพอใจอะไรมากที่สุดในชีวิต
(อดีต, ปัจจุบัน)
- 3.14 ท่านมีความสุขกับ (เรื่อง, สิ่งใด) อะไรมากที่สุด (อดีต, ปัจจุบัน)

3.15 ตามความคิดเห็นของท่าน ท่านคิดว่า การมีชีวิตรอยู่อย่างมีคุณภาพ ควรเป็นอยู่อย่างไร

3.16 คุณภาพชีวิตของท่านเป็นอย่างไร อยู่ระดับใด

ประวัติย่อของผุ้วิจัย

ชื่อ	นางสาวสาวตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง
เกิดวันที่	4 เดือน กุมภาพันธ์ พุทธศักราช 2494
สถานที่เกิด	จังหวัดพิษณุโลก ประเทศไทย
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	71/1 ถนนกาญจนวนิชย์ ตำบลคอหงษ์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	อาจารย์ ระดับ 6
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2515-2518	วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย อนุปริญญาการพยาบาลและอนามัย ประกาศนียบัตรผดุงครรภ์ชั้นสูง
พ.ศ.2519-2521	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ครุศาสตรบัณฑิต (พยาบาลศึกษา)
พ.ศ.2521-2524	มหาวิทยาลัยมหิดล สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (ประชากรศาสตร์ : ประชากรศาสตร์การแพทย์)
พ.ศ.2530-2536	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ การศึกษาศาสตรบัณฑิต (พัฒนศึกษาศาสตร์)

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต

บทคัดย่อ

ของ

สาวตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาพัฒนศึกษาศาสตร์

มีนาคม 2536

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาว่ากระบวนการสูงอายุของบุคคลเริ่มเมื่อใด กระบวนการสูงอายุมีการดำเนินการหรือการเปลี่ยนแปลงในลักษณะใดบ้าง และปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กลุ่มเป้าหมายของการศึกษาคือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลสงขลา การเลือกผู้สูงอายุผู้ให้ข้อมูลเป็นการเลือกแบบเจาะจง ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงธันวาคม 2535 โดยการสัมภาษณ์ระดับลึก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม The Ethnograph

ผลการศึกษาค้นพบว่า

1. ผู้สูงอายุรับรู้กระบวนการสูงอายุของตนเริ่มต้น เมื่อผู้สูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมทั้งด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาเกิดขึ้นในขณะที่มีอายุสูง 50-60 ปีขึ้นไป

2. กระบวนการสูงอายุมีการดำเนินการและการเปลี่ยนแปลงดังนี้ คือ การมีอายุสูงขึ้น ภาวะสุขภาพกายเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมพบได้เด่นชัดกว่าด้านจิตและด้านสังคม ผู้สูงอายุยังคงสภาพและบทบาทการเป็นผู้นำครอบครัวด้านสังคม ส่วนด้านเศรษฐกิจลดลง ในสังคมนอกครอบครัวผู้สูงอายุมีสภาพเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีบทบาทให้ความช่วยเหลือสังคมตามโอกาสร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุโดยตรงได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง การทำกิจกรรม ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลโดยอ้อมได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษาและรายได้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตโดยตรงได้แก่ กระบวนการสูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง การทำกิจกรรม ส่วนปัจจัยที่ส่งผลโดยอ้อมได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษาและรายได้

FACTORS AFFECTING PERCEIVED AGING PROCESS
AND QUALITY OF LIFE

AN ABSTRACT

BY

SAWITRI LIMCHAIARUNRUANG

Presented in Partial fulfillment of the requirements for
the Doctor of Education degree in Development Education
at Srinakharinwirot University

March 1993

The purposes of this research are to investigate the beginning of aging process, the changing of aging process and factors affecting the perceived aging process and quality of life.

The qualitative method was used for the investigation. The respondents are 26 elderly members of Songkhla Nursing College Association selected by purposive sampling. Data were collected between April and December 1992 using the in-depth interview technique. The Ethnograph, a package programme for analysing qualitative data, is used for the analysis.

The results are as follows:

1. The elderly persons perceived the beginning of aging process when they perceived their physical and physiological degeneration which usually occurred at age 50-60 year.

2. The observed changes of aging process are age advanced and physical degenerated which is more evident than changing in psychological and social status. The elderly persons still maintain the status and role as family leaders, socially, though, not economically. In the society, the elderly persons are members of the Elderly Association. They occasionally assist the Association to do social work.

3. Factors directly affecting perceived aging process are social support, self-care and activity involvements. Factors indirectly affecting the perceived aging process are age, sex, marital status and education of the elderly persons. Factors affecting the perceived quality of life directly are aging process, social support, self-care and activity involvements. Factors affecting the quality of life indirectly

are the same set as those affecting the perceived aging process indirectly and income.