

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ

ซิงเกอร์ (Singer, 1982, p. 303) ได้กล่าวถึงความหมายของแบบแผนชีวิต (life style) ว่าเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตที่บุคคลใช้ในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับ ชูลท์ (Shultz, 1984, p. 271) กล่าวว่า เป็นพฤติกรรมหรือนิสัยส่วนบุคคลที่ใช้ปฏิบัติเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ซึ่งมีผลต่อสุขภาพได้ทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งคล้ายกับชาล์มเมอร์ และ ฟาเรลล์ (Chalmers & Farrell, 1985, p. 311) กล่าวว่า เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการตัดสินใจทั้งหมดของบุคคล ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมได้ อาจจะมีมากหรือน้อย รวมไปถึงการกระทำต่างๆ ที่มีผลเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ส่วนคูลบ็อกซ์, เอิร์ลส์ และ มอนท์โกเมอรี (Kulbox, Earls, & Montgomery, 1988, p. 25) และเพนเดอร์และเพนเดอร์ (Pender & Pender, 1987, p. 135) กล่าวว่า เป็นพฤติกรรมการดำเนินชีวิตซึ่งบุคคลแสดงออกมา โดยมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายของบุคคลนั้นได้ทั้งทางบวกและทางลบ อุกุมพร จามรมาน (2528, อ้างในพรวิณี ปานเทวัญ, 2533, หน้า 17) กล่าวว่า แบบแผนชีวิตเป็นลักษณะทางจิตและสังคม ซึ่งคนที่อาศัยในชุมชนนั้นประพฤติปฏิบัติ

แบบแผนชีวิต เป็นพฤติกรรมหรือลักษณะนิสัยการดำเนินชีวิตของบุคคลที่ประพฤติเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีผลต่อสุขภาพของบุคคล ได้ทั้งทางบวก และทางลบ แบบแผนชีวิตถือเป็นส่วนหนึ่งของพลวัตความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งแบบแผนชีวิตนี้จะเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก และได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยสภาพความเป็นอยู่ในครอบครัว ลักษณะของครอบครัว กลุ่มเพื่อน ตลอดจนสังคมและวัฒนธรรม (Hetzel & McMichael, 1987, pp. 17, 20, 22) แบบแผนชีวิต หรือพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป วอล์คเกอร์, วอลแกน, ซีไคร์ส, และเพนเดอร์ (Walker, Volkan, Sechrist, & Pender, 1988, p. 76) พบว่า การมีแบบแผนชีวิตและรูปแบบการดำเนินชีวิตของแต่ละคนนั้น มีผลต่อภาวะสุขภาพและการมีอายุยืนยาว โดยพฤติกรรมที่ดีจะส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี ช่วยลดอุบัติเหตุในการเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้อายุยืนยาวขึ้น และลดความต้องการในการใช้บริการทางสุขภาพ (Brown & McCreedy, 1986, pp. 317-318) วอล์คเกอร์, วอลแกน, ซีไคร์ส, และเพนเดอร์ (Walker, Volkan, Sechrist, & Pender, 1988, p. 78) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี พบว่า พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ มี 7 ประการ คือการนอนหลับคืนละ 7-8 ชั่วโมง การรับประทานอาหารเข้า การไม่รับประทานอาหารจุกจิกระหว่างมื้อ การออกกำลังกาย งดดื่มสุราหรือดื่มเพียงเล็กน้อย งดสูบบุหรี่ และการควบคุมน้ำหนักตัว นอกจากนี้จากการศึกษาของแคปแลน, ซีแมน, โคเฮน, คูดเซน, และกูราลนิค (Kaplan, Seeman, Cohen, Knudsen, & Guralnik, 1987, pp. 307-312) เกี่ยวกับพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคลที่มีต่ออัตราการตายในผู้สูงอายุ พบว่า การสูบบุหรี่ การไม่มีเวลาพักผ่อน ขาดการออกกำลังกาย และการไม่รับประทานอาหารเช้า เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อัตราการตายในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพราะการสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ (Kannel, 1987, p. 213)

เพนเดอร์และเพนเดอร์ (Pender & Pender, 1987, pp. 134-143) ได้สร้างเครื่องมือเพื่อประเมินแบบแผนชีวิตและนิสัยประจำวันของบุคคล จากแนวคิดของเบลลอคและเบรสโลว์ (Belloc & Breslow, 1972, pp. 409-421) และของเอลบอร์ม (Oelbaum, 1974, p. 1623) โดยแบ่งพฤติกรรมแบบแผนชีวิตออกเป็น 10 ด้าน คือ

1. ความสามารถในการดูแลตนเอง (general competence in self-care) เป็นการประเมินความสามารถของบุคคลในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขวิทยาส่วนบุคคล การสังเกตอาการของโรคมาเร็ง 7 ประการ ตลอดจนการตรวจเต้านมอย่างถูกต้องในผู้หญิง
2. การปฏิบัติทางโภชนาการ (nutritional practices) เป็นการประเมินในเรื่องการรู้จักเลือกและรับประทานอาหารได้ถูกต้อง เหมาะสม มีคุณค่าทางโภชนาการ ซึ่งเพนเดอร์และเพนเดอร์ (Pender & Pender, 1987, pp. 331-339) กล่าวถึงปัญหาที่เกิดขึ้นมักจะเกี่ยวข้องกับการขาดสารอาหาร หรือมีน้ำหนักตัวมากเกินไป นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการบวนการผลิต วิธีการเก็บถนอมอาหาร เทคนิคในการเตรียมและเติมสารเจือปนต่าง ๆ ในอาหารไม่ถูกต้อง
3. การออกกำลังกายเพื่อพักผ่อนและเสริมสร้างสมรรถนะของร่างกาย (physical or recreational activity) เป็นการประเมินในเรื่องการออกกำลังกาย การวางท่าทางที่ถูกต้องในอิริยาบถต่างๆ ทั้งการนั่งและการยืน เพนเดอร์และเพนเดอร์ (Pender & Pender, 1987, pp. 285-289) กล่าวว่า การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่สำคัญของชีวิต ถ้าขาดการออกกำลังกายเป็นเวลานาน จะเป็นสาเหตุหรือปัจจัยเสริมที่สำคัญ ซึ่งมีผลทำให้เกิดมีการเสื่อมสภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆของร่างกาย
4. รูปแบบการนอนหลับ (sleep patterns) เป็นการประเมินระยะเวลาที่ควรจะได้รับพักผ่อนนอนหลับ ปัญหาในการนอนหลับ
5. การจัดการกับอารมณ์และความเครียด (stress management) เป็นการประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคลว่า มีความเหมาะสมเพียงใด
6. ความประจักษ์ในผลงานและสมรรถนะเฉพาะตน (self - actualization) เป็นการประเมินความพึงพอใจในความสำเร็จของชีวิต ได้รับการยอมรับยกย่องจากบุคคลอื่น
7. การมีจุดมุ่งหมายของชีวิต (sense of purpose) เป็นการประเมินถึงการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และกำหนดเป้าหมายชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาวไว้
8. การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (relationships with others) เป็นการประเมินถึงการคบหาสมาคมกับบุคคลอื่น มีประโยชน์มากในการทำให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม โดย

ช่วยลดความเครียด ช่วยในการแก้ปัญหาต่างๆ และกระตุ้นพฤติกรรมป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพได้

9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม (environmental control) เป็นการประเมินในด้านการป้องกัน ไม่ให้เกิดอันตรายจากอากาศเป็นพิษ เนื่องจากสารพิษและควันพิษ ตลอดจนการดูแลที่พักอาศัย

10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (use of health care system) เป็นการประเมินเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์เมื่อมีการเจ็บป่วย มีความกระตือรือร้นในการแสวงหาข้อมูลด้านสุขภาพอนามัยรวมทั้งเข้ารับการตรวจร่างกาย เช่น ตรวจเต้านม การตรวจทวารหนัก และการตรวจปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การเปลี่ยนแปลงของทุกระบบในร่างกายนั้นอยู่ในรูปความเสื่อมถอยมากกว่าการเจริญเติบโต (วรมนต์ ตรีพรหม, 2534, หน้า 22 ; Patrick, Wood, Craven, Rokosky, & Bruno, 1991, p. 59) สำหรับผู้สูงอายุชาย การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเหล่านี้มีผลกระทบโดยตรงต่อแบบแผนชีวิต และสุขภาพ โดยทำให้บทบาทบุรุษเพศตามค่านิยมสมัยอดีตลดลง มีการเปลี่ยนแปลงในแง่ของอัตมโนทัศน์ ความมีศักดิ์ศรีในการเป็นผู้นำ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดในแต่ละด้านดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

1.1 การเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูก

พบว่าผู้สูงอายุมักมีกล้ามเนื้อเหี่ยว กระดูกมีความแข็งแรงลดลง เพราะหักง่ายและติดขัด บางคนอาจมีหลังค่อม หลังโก่ง การทรงตัวไม่ดี มีการเคลื่อนไหวช้า ไม่กระฉับกระเฉง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ก่อให้เกิดความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจในศักดิ์ศรีลดลง มีความคับข้องใจ และแยกตัวออกจากสังคม (Hunter, 1992, p. 17 ; Rosenkoetter, 1985, pp. 21-24) ซึ่งทำให้

แบบแผนชีวิตเปลี่ยนไป

1.2 การเปลี่ยนแปลงทางผิวหนัง

พบว่าผู้สูงอายุมีผิวหนังแห้งหยาบ เหี่ยวยุบ เนื่องจากไขมันใต้ผิวหนังลดลง ความยืดหยุ่นลดลง มีตกกระ ฝ้าแดดเหี่ยวยุบ ผู้สูงอายุชายส่วนมากหัวล้าน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านภาพลักษณ์ และเอกลักษณ์ของตนเอง ผู้สูงอายุที่ไม่ยอมรับรูปร่างของตนเอง จะมีความวิตกกังวล ตับข้องใจ และความภาคภูมิใจในตนเองลดลง

1.3 การเปลี่ยนแปลงของประสาทสัมผัส

พบว่าความสามารถในการมองเห็น การได้ยิน การรับรู้รส และกลิ่นลดลง โดยเฉพาะการเสื่อมของการมองเห็น และการได้ยิน จะทำให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น อาจมีการแปลความหมายของสิ่งแวดล้อมผิด บางครั้งก่อให้เกิดความรู้สึกระแวงบุคคลอื่น มีการแยกตัวจากสังคม สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง และมีภาวะซึมเศร้า ตามมา (Blixen, 1988, p. 11 ; Kane, Ouslander, & Abrass, 1984, cited in Hunter, 1992, p. 17 ; Patrick, Wood, Craven, Rokosky, & Bruno, 1991, p.58)

1.4 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท

พบว่าการเสื่อมและการตายของเซลล์สมอง โยประสาทมีจำนวนลดลงและมีแคลเซียมมาเกาะที่ผนังหลอดเลือด โดยเฉพาะหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ผู้สูงอายุจึงมีอาการหลงลืม ความคิดอ่านช้า ความจำเลอะเลือนและสับสนง่าย บางรายกลายเป็นคนจู้จี้ ขี้บ่น ขี้ทำ จากการศึกษาของลาร์สัน, เรฟเฟอร์, และซุมิ (Larson, Reiffer, & Sumi, 1985, cited in Hawranik, 1991, p. 22) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีจำนวนถึงร้อยละ 5 ที่ได้รับความทุกข์จากการเสื่อมของการนึกคิด ซึ่งอาจทำให้นุตรหลานรำคาญและปล่อยให้อยู่ตามลำพัง ก่อให้ผู้สูงอายุเกิดความน้อยใจ รู้สึกไม่ได้รับการยกย่องจากบุตรหลาน

1.5 การเปลี่ยนแปลงของระบบหายใจ

พบว่าเนื้องอกและหลอดเลือด มีการเสี่ยความยืดหยุ่น จากการเกิดพังผืด (fibrosis) มาเกาะบริเวณดังกล่าว อีกทั้งกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจอ่อนสมรรถภาพ ทำให้ทรวงอกขยายตัวได้น้อย สมรรถภาพในการหายใจ และการแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง ผู้สูงอายุจึงมักอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าง่าย (Patrick, Wood, Craven, Rikosky, & Bruno, 1991, p. 60) มีการจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น ตลอดจนความสามารถในการออกกำลังกายลดลง

1.6 การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด

พบว่าผนังหลอดเลือดแข็งตัวและหนาขึ้น จากการมีแคลเซียมมาเกาะ ทำให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไป เลือดไหลเวียนไม่สะดวก เป็นเหตุให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดขึ้น เสี่ยงต่อการเป็นอัมพาตในผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยตัวเองได้ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

1.7 การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร

พบว่า มีการเสื่อมของเยื่อทางเดินอาหาร การหลั่งน้ำย่อยอาหารลดลง ทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหารไม่ดี เกิดอาการท้องอืด แน่นท้อง ก่อให้ความเครียด ผู้สูงอายุอาจเบื่ออาหาร ทำให้แบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนไป เกิดภาวะการบริโภคอาหารไม่ถูกต้องส่วนและภาวะขาดอาหารได้

1.8 การเปลี่ยนแปลงของระบบขับถ่าย

พบว่า ผู้สูงอายุบางรายควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้ไม่ดี จะเกิดความละอายในการเข้าสังคม ซึ่งนำไปสู่ความคับข้องใจ และแยกตัวออกจากสังคม

1.9 การเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์

โดยผู้สูงอายุชายมักประสบปัญหาอวัยวะเพศแข็งตัวช้า การหลั่งน้ำกามลดลง ส่วนผู้สูงอายุหญิงเมื่อถึงวัยหมดประจำเดือน ช่องคลอดเริ่มเหี่ยวเนื่องจากต่อมที่ทำหน้าที่ขับสารหล่อลื่นน้อยลง เมื่อมีเพศสัมพันธ์จะเกิดการระคายเคืองช่องคลอด การเปลี่ยนแปลงนี้จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีความต้องการทางเพศอยู่ เกิดความคับข้องใจและเกิดปัญหาทางจิตใจตามมา

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีความเสื่อมเพิ่มขึ้น ประกอบกับการสูญเสียคู่สมรส ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีชีวิตโดดเดี่ยว ขาดความคิด ซึมเศร้ามีอารมณ์ไม่มั่นคง และว้าเหว่ (Christ & Hohloch, 1988, p. 32 ; Creecy, Berg, & Wright, 1985, อ้างในสุพรรณิ นันทชัย, 2534, หน้า 18) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไบรเซน (Blixen, 1988, p. 11) ครูซ (Cruz, 1986, pp. 24-25) แมทเทอร์สันและแมคคอนเนล (Matterson & McConnell, 1985, pp. 559 - 562) พบว่าการสูญเสียชีวิตและการสูญเสียอื่นๆ ที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเศร้าโศกเสียใจ รู้สึกตนเองอยู่ในภาวะสูญเสียอำนาจ (powerlessness) ตนเองไม่มีคุณค่า เกิดความรู้สึกซึมเศร้า สิ้นหวัง ไม่มีจุดหมายในชีวิตและอยากตาย จากการศึกษาของวิจิตร นุชชะโหดระ (2534, หน้า 17) พบว่า จิตใจที่เฉื่อยชา ไม่อยากคิด ไม่อยากทำอะไรทั้งนั้น เป็นมารร้ายต่อชีวิต ซึ่งจะก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ฮอกสเทล (Hogstel, 1981, อ้างในเกษม ตันติผลาชีวะ และ กลยา ตันติผลาชีวะ, หน้า 80) ได้ศึกษาพบว่าร้อยละ 22.5 ของคู่สมรสที่มีชีวิตอยู่มักจะตายตามไปภายใน 6 เดือนแรกหลังจากคู่สมรสเสียชีวิตไป เนื่องจากไม่สามารถยอมรับ และปรับตัวให้เข้ากับการสูญเสียนั้นได้ นอกจากนี้บัควอลเตอร์ (Buckwalter, 1989, cited in Hunter, 1992, pp. 20-22) ทาวน์เซนด์ (Townsend, 1968, cited in Ryan & Patterson, 1987, p. 10) พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และอัตราการฆ่าตัวตายพบสูงที่สุดในผู้สูงอายุชายผิวขาวที่มีอายุมากกว่า 85 ปี การเปลี่ยนแปลงของจิตใจและอารมณ์นี้ ก่อให้สุขภาพจิตเลวลง ผู้สูงอายุจะซึมเศร้า เบื่อหน่ายในชีวิต ไม่สนใจกับการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ในผู้สูงอายุชายอาจมีพฤติกรรมการดื่มสุราเพิ่มขึ้น แยกตัวเองออกจากสังคม สุขภาพจิตของผู้สูงอายุจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับ ความสามารถในการปรับตัว เตรียมตัว เตรียมใจของแต่ละบุคคล ในการยอมรับถึงความร่วงโรยของสังขาร วัฏจักรของชีวิต ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆของชีวิต (ณรงค์ศักดิ์ ตระละภฏ, โอบุรุ วารีย์รักษ์, ฉลวย จตุกุล, วิภา อินทร์ยงค์, และดวงมาลัย เริกสำราญ, 2529, หน้า 25)

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

ในวัยสูงอายุ การปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะเริ่มลดลง ทั้งนี้จากภาระหน้าที่และบทบาทในสังคมลดน้อยลง ดังนั้นสังคมของผู้สูงอายุจะแคบลงกว่าวัยหนุ่มสาวและวัยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัว เพื่อนสนิทและวัดเท่านั้น (Hogstel, 1981, อ้างในเกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ, 2528, หน้า 28) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมที่มีผลต่อแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ มีดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงของ โครงสร้างและความผูกพันภายในครอบครัว

โครงสร้างของครอบครัวในสังคมไทยสมัยก่อน มักอยู่แบบครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวใหญ่ที่มีความผูกพันระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว มีการเคารพเชื่อฟังผู้สูงอายุ ถือว่าผู้สูงอายุเป็นที่ปรึกษาและเป็นศูนย์รวมใจภายในครอบครัว แต่ในสังคมไทยปัจจุบัน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมเป็นสังคมอุตสาหกรรมแทนสังคมการเกษตร มีการพัฒนาทั้งทางเศรษฐกิจ การลงทุน และด้านเทคโนโลยี ตลอดจนมีการแข่งขันในสังคมเพิ่มมากขึ้น ทุกคนต่างดิ้นรนต่อสู้ค่าครองชีพที่สูงขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนย้ายของกลุ่มผู้ใช้แรงงานจากชนบทเข้าสู่เมือง ละทิ้งผู้สูงอายุไว้ที่หมู่บ้านหรือชุมชนเดิม อีกทั้งบุตร หลาน เมื่อแต่งงานต่างแยกย้ายไปสร้างครอบครัวใหม่ กลายเป็นครอบครัวเดี่ยวแทนที่มากขึ้น (Cowgill, 1972, อ้างในจำเริญ กุระสุวรรณ, 2532, หน้า 6) ผู้สูงอายุซึ่งเคยใช้ชีวิตที่อบอุ่นในอดีตกับบุตรหลาน ประสบกับปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับสังคมสมัยใหม่ ต้องใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังมากขึ้น ก่อให้เกิดความวิตกกังวล หดหู่ใจ น้อยใจ ว้าเหว่ และปัญหาสุขภาพจิตตามมา

3.2 การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อตนเอง

วัยสูงอายุ เป็นวัยที่ได้รับการกระทบกระเทือนใจอยู่เสมอจากการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท เพื่อนสนิท ซึ่งการสูญเสียคู่ชีวิตนับเป็นการสูญเสียที่กระทบต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุมากที่สุด โดยเฉพาะผู้สูงอายุชาย ทั้งนี้เมื่อภรรยาตายจากไป ทำให้ขาดคนปรนนิบัติดูแล ก่อให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้า ว้าเหว่ โดดเดี่ยว (Berg & et al., 1981; Sheldon, 1948, cited in Ryan & Patterson, 1987, p. 8) นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไม่สนใจตนเอง (Davis, 1985, cited in McIntosh, Shifflett, & Picou,

1989, pp. 141-143)

3.3 การเกษียณอายุราชการ

การเกษียณอายุราชการ ถือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ชายที่เคย์รับราชการหรือมีบทบาททางสังคม ทั้งนี้เพราะการเกษียณอายุทำให้ผู้สูงอายุรู้สึก ถูก แยกออกจากงาน เพื่อนร่วมงาน บทบาทและหน้าที่ในสังคมลดลง ตลอดจนเป็นการลดบทบาท บทบาทในการเป็นผู้นำ ผู้หาเลี้ยงครอบครัว ผู้สูงอายุจึงรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง (Blixen, 1988, p. 11 ; Cowling III & Campbell, 1986, p. 79 ; Hunter, 1992, p.18) นอกจากนี้การเกษียณอายุทำให้ผู้สูงอายุขาดรายได้ประจำ มีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมน้อยลง ขาดการพบปะติดต่อกับบุคคลอื่น แยกตัวออกจากสังคม รูปแบบการ ดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป จากการศึกษาของกิโอเอลลาและบีวิล (Gioiella & Bevil, 1985, cited in Cowling III & Campbell, 1986, p. 79) พบว่าการเกษียณอายุราชการ เป็นสาเหตุหนึ่งของการฆ่าตัวตาย ในผู้สูงอายุชายอายุระหว่าง 65-69 ปี โดยพบถึง 5 เท่าของ ผู้สูงอายุหญิง

3.4 การเปลี่ยนแปลงทางชนธรรมนิยม ประเพณี วัฒนธรรม

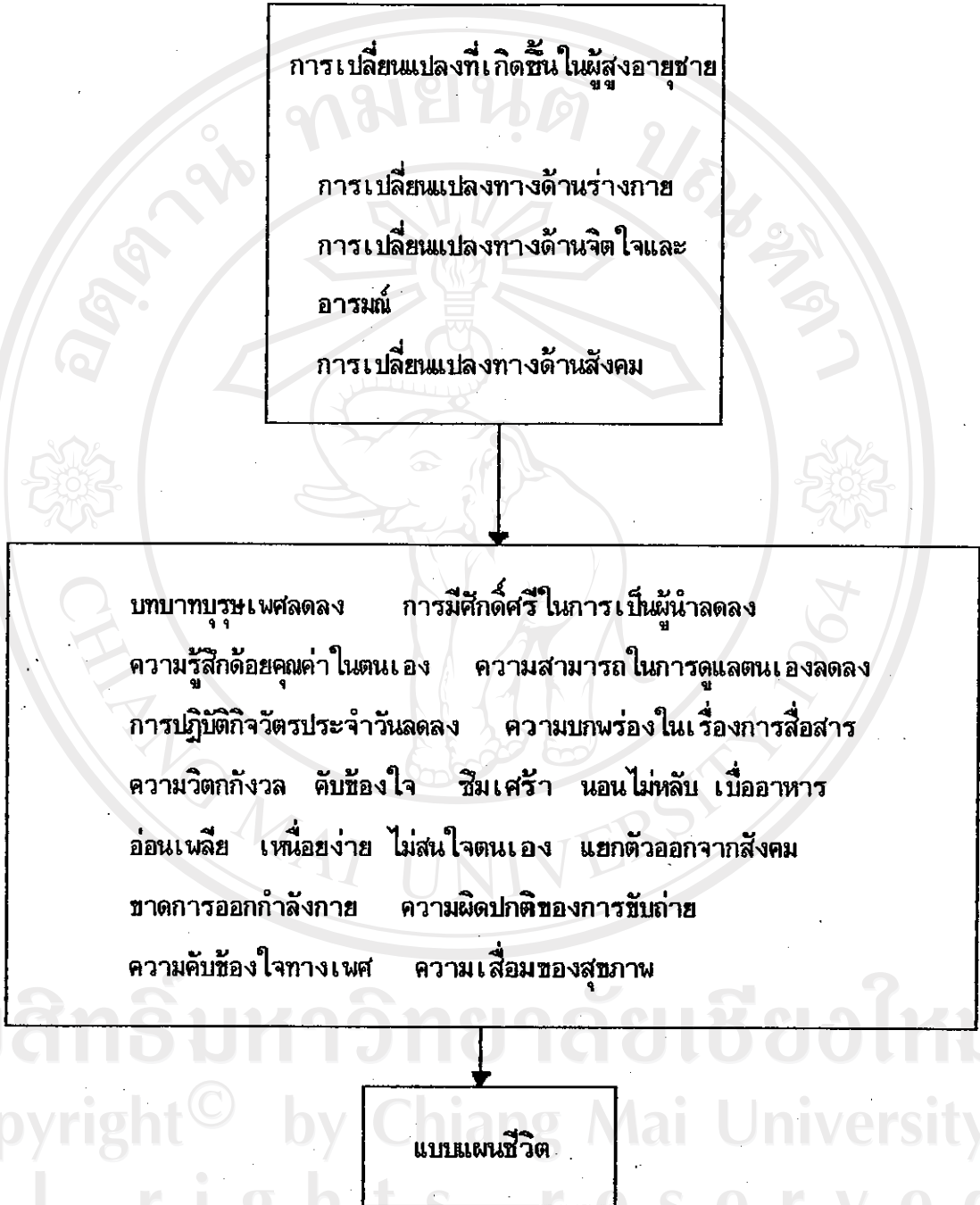
จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม อันเนื่องมาจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี ทำให้สภาพชีวิต และความเป็นอยู่ในสังคมไทยเปลี่ยนไปในลักษณะคล้ายกับสังคม ประเทศตะวันตกมากยิ่งขึ้น และการเผยแพร่ของวัฒนธรรมตะวันตกมายังสังคมไทยนี้ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาเกี่ยวกับครอบครัว มีความขัดแย้งกันระหว่างค่านิยมและพฤติกรรมต่างๆ ของคนหนุ่มสาวในปัจจุบัน กล่าวคือ ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความคิดอ่านเปลี่ยนแปลงได้ยาก และยึดมั่น ต่อชนธรรมนิยม ประเพณี วัฒนธรรมดั้งเดิม จากการศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญญาหงษ์, สุรีย์ บุญญาหงษ์, และสมศักดิ์ จันทะ (2533, หน้า 89) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตชุมชนร้อยละ 70 และผู้สูงอายุในเขตเมืองร้อยละ 50 ไม่เห็นด้วยกับวัฒนธรรมเกี่ยวกับการแสดงออกกระหว่างเพศ ของคนหนุ่มสาวสมัยปัจจุบัน เช่นการจับมือ การจูบมือ การไปไหนมาไหนด้วยกันระหว่างคนต่างเพศ เหตุการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาระหว่างวัย ผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าเป็นผู้ล้าสมัย บุคคลที่ไม่รู้เรื่อง ใหม่ๆ ชนรุ่น บุตรหลานไม่เอ่อยากเข้าใกล้ ทำให้ผู้สูงอายุน้อยใจ เกิดความเครียด แยกตัวเอง ขาด

สัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในครอบครัว โดยรู้สึกว่าคุณเองไม่มีความหมาย บุตรหลานไม่ยำเกรง เป็นส่วนเกินของครอบครัว เกิดความท้อแท้และเบื่อหน่ายในชีวิต (จำเรียง กุระมะสุวรรณ, 2532, หน้า 10 ; พัทยา สายหุ, 2524, หน้า 94-96 ; วิจิตร บุญยะไพฑูริ, 2533, หน้า 9-13)

ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุดังกล่าว มีผลต่อแบบแผนชีวิต ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved



แผนภูมิที่ 1 แสดงผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุชายต่อแบบแผนชีวิต

ปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของบุคคลแตกต่างกันไป จากการศึกษาของประภิต วาทีสา-ชกกิจ (2531, หน้า 571-572) มานพ ศิริมหาราช (2530, หน้า 286) มัลลิกา มัติโก (2534, หน้า 117) เฮ็ทเซลและแมคไมเคิล (Hetzl & McMichael, 1987, pp. 22-27) ฮอลแลนด์และบริซ (Holland & Breeze, 1986, p. 384) มุห์เลนแคมป์และไบรเออแมน (Muhlenkamp & Broerman, 1988, p. 643) รอสแมน (Rossman, 1986, pp. 169-170) พบว่ามีปัจจัยหลายประการทั้งปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางสังคม ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การสนับสนุนทางสังคม มีส่วนเกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิต ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

อายุ ความมีอายุเพิ่มขึ้นเป็นสิ่งที่บ่งชี้หลายประการในตัวบุคคล ที่เป็นทั้งความภาคภูมิใจ ความตื่นเต้น ความพอใจ และความหดหู่ บางคนพอใจในการเป็นผู้สูงอายุ เพราะเห็นเป็นความสง่างามและน่าภาคภูมิใจ บางคนกลับหดหู่ ท้อแท้ ไม่กล้ายอมรับ สิ่งที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ไบรดี (Brody, 1980, อ้างในนริศรา ลีลามานิตย์, 2534, หน้า 9) ได้แบ่งวัยของผู้สูงอายุเป็น 3 ช่วง คือ อายุ 60-74 ปี เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น ช่วงอายุ 75-84 ปี เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง และอายุ 85 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มผู้สูงอายุวัยท้าย นอกจากนี้ อายุยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การรับรู้ การแปลความหมาย การเข้าใจ การตัดสินใจ และเป็นข้อกำหนดความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ตลอดจนความสามารถในการดูแลของบุคคลนั้น ทั้งเมื่ออยู่ในภาวะปกติหรือภาวะเจ็บป่วย (Orem, 1985, pp. 255 - 256) ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรม การดำเนินชีวิตของบุคคล ผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น ความแข็งแรงของร่างกายก็ลดลง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดความขัดแย้งในใจ ดับข้องใจ

(วิทิต วัฒนาวิบูล, 2534, หน้า 81) สำหรับผู้สูงอายุที่เพิ่งเกษียณอายุราชการใหม่ๆ ในช่วง 5 ปีแรก ยังคงเข้าร่วมทำงานหรือทำประโยชน์ต่อสังคม บางคนได้รับการต่ออายุราชการ ทำให้มีวิถีชีวิตเช่นเดียวกับก่อนเกษียณอายุราชการ โดยใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงาน ส่วนผู้สูงอายุวัย 66-70 ปี มักใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัว เลี้ยงดูบุตรหลาน และมักใช้เวลาในการทบทวนเรื่องราวชีวิตในอดีต พฤติกรรมการดำเนินชีวิตจึงไม่รีบเร่ง (เกษม ตันติผลลาชีวะ และกุลยา ตันติผลลาชีวะ, 2528, หน้า 27 ; วิทิต วัฒนาวิบูล, 2534, หน้า 81) เวลาในแต่ละวันจะมีว่างมากขึ้น ผู้สูงอายุบางรายอาจประสบปัญหาเรื่องเกี่ยวกับการจัดการกับเวลาว่างของตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ อีกทั้งการเกษียณอายุราชการ จะทำให้ขาดอำนาจ หน้าที่ ขาดความหมายในสังคม ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ทำให้พฤติกรรมของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป บางคนแสดงออกในรูปแบบพฤติกรรมดื้อรั้นเพิ่มมากขึ้น ซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้มีผลบั่นทอนสุขภาพ

เพศ บทบาททางเพศมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาระการดำเนินชีวิตประจำวันของมนุษย์ ในสมัยอดีตเพศหญิงมักถูกมองว่าเป็นผู้ตาม เป็นช้างเท้าหลัง ต้องอยู่กับบ้าน ดูแลบ้านและบุตร ส่วนเพศชายนั้นมีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ดังนั้นบทบาทในสังคมของเพศชายจึงมีมากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ความเชื่อในบทบาททางเพศที่ว่า การเป็นชายชาติวีร ต้องมีการสู้รบห้ำหั่น ดื้อรั้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพทางลบนั้น จึงเป็นสาเหตุทำให้เพศชายมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคตับแข็งมากกว่าเพศหญิงถึง 2 เท่า และมีอายุขัยสั้นกว่าเพศหญิง (Cowling III & Campbell, 1986, p. 78) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช (2533, หน้า 432) พบว่า ในปัจจุบันเพศชายมีอายุขัยเฉลี่ยน้อยกว่าเพศหญิง กล่าวคือ ผู้สูงอายุชายไทย มีอายุขัยเฉลี่ย 61.75 ปี ในขณะที่ผู้หญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 67.50 ปี นอกจากนี้ผู้สูงอายุชายเมื่อเกษียณอายุราชการ หน้าที่และบทบาทในสังคมลดน้อยลง เวลาว่างในแต่ละวันเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุชายจึงมีปัญหากับการจัดการกับเวลาว่างในแต่ละวันของตนเอง ผู้สูงอายุบางรายอาจรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง เนื่องจากความสามารถในการทำงานลดลง บางรายมีอาการซึมเศร้า หดหู่ใจ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิต

เปลี่ยนไป ซึ่งแตกต่างกับผู้สูงอายุหญิง ซึ่งตลอดชีวิตก็ยังคงมีบทบาทการเป็นผู้ดูแลบ้านและบุตร
ตั้งนั้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ก็ยังคงทำหน้าที่ตามบทบาทเดิมของตน (Matterson & McConnell,
1988, p. 512) จากการศึกษาของฮักและ โพล์มาร์ (Haug & Folmar, 1986, pp. 332-
345) ซึ่งทำการศึกษาคณาภชีวิตในผู้สูงอายุที่พักอยู่ที่บ้าน ทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี
ขึ้นไป จำนวน 647 คน ติดตามผลนาน 9 ปี พบว่า ผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 92 ปี จะมีการ
ดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้น้อยกว่าผู้สูงอายุชาย ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุหญิงมีความ
สามารถในด้านการนึกคิดลดลง ขาดการได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส รายได้ไม่เพียงพอและ
มีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้สูงอายุชาย จากการศึกษาของมูห์เลนแคมป์และ โบรเออร์แมน
(Muhlenkamp & Broerman, 1988, p. 637) ซึ่งศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกคน
ด้านสุขภาพ ค่านิยมทางด้านสุขภาพกับแบบแผนชีวิต พบว่า ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตามีความ
สัมพันธ์ทางลบกับแบบแผนชีวิต เพศหญิงมีการปฏิบัติตัวทางสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร
และการออกกำลังกายดีกว่าเพศชาย ทั้งนี้เพราะเพศหญิงมีการควบคุมพฤติกรรมในด้านการรับประทาน
อาหารและการออกกำลังกาย เพื่อให้มีรูปร่างสวยงาม

สถานภาพสมรส มีส่วนเกี่ยวข้องกับ โดยเฉพาะในด้านความรู้สึก ความคิด และความเชื่อ
รวมถึงการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ
ของชีวิต และมักพบการตายจากไปของคู่สมรส จากการศึกษาของเดียนเนอร์ (Diener, 1984,
cited in Sherbourne & Hays, 1990, p. 328) พบว่าคนที่ไม่มีคู่สมรส มีแนวโน้มที่จะมีภาวะ
สุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีปัญหาสุขภาพน้อยกว่าคนที่ไม่มีคู่สมรส ส่วนในผู้สูงอายุที่มี
สภาพหม้ายและเกษียณอายุ เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม การเป็นอยู่ในชีวิตเปลี่ยนไป
จะรู้สึกตัวเองไร้ค่า เพราะไม่มีตำแหน่งหน้าที่ รู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง ซึมเศร้า (Blixen,
1988, p. 11) แบบแผนการนอนหลับและการรับประทานอาหารเปลี่ยนไป (Davis, 1985,
cited in McIntosh, Shifflett, & Picou, 1989, pp. 141-143) ทั้งนี้เพราะ
คู่สมรสจะมีส่วนช่วยผ่อนแรงในการทำงานบ้าน เพิ่มแรงจูงใจ และส่งเสริมให้มีความต้องการที่
จะมีสุขภาพดีขึ้น (Caplan, 1979, cited in Hilbert, 1985, p. 217)

ระดับการศึกษา การศึกษามีผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติ เป็นผลทำให้บุคคลมีการดำเนินชีวิตและมีพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก (Nelson, 1988, pp. 34-35) นอกจากนี้การศึกษายังพัฒนาทัศนคติที่ต่อการดูแลตนเอง โดยสามารถเรียนรู้ถึงความต้องการในการดูแลตนเองโดยทั่วไป และความต้องการดูแลตนเองตามความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Orem, 1985, p. 86) จากการศึกษาของเขาวาลักษณ์ มหาสิทธิ์วัฒน์ (2529, หน้า 60) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต และสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโอกาสในการศึกษาสูง ย่อมจะมีโอกาสที่จะได้รับการนับหน้าถือตามากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย ตามค่านิยมไทย และผู้ที่มีการศึกษาสูงมี โอกาสที่จะประสบความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมามากกว่า ผู้ที่ด้อยโอกาสในการศึกษา ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูง มองย้อนกลับไปในชีวิตที่ผ่านมา ย่อมมีโอกาสนิ่งพอใจ สุขใจ และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย นอกจากการศึกษาสูงจะทำให้บุคคลมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อยกว่า (Muhlenkamp & Sayles, 1986, p. 336) ซึ่งตรงกับการศึกษาวิลลิสส์และไครเดอร์ (Willits & Crider, 1988, p. 174) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและรายได้สูง สามารถแสวงหาอาหาร และแหล่งบริการทางสุขภาพ ได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและรายได้น้อย ทั้งนี้เพราะการศึกษาเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการมีรายได้ บุคคลที่มีการศึกษาสูงย่อมจะมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดี ซึ่งทำให้มีรายได้สูงขึ้น และบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา มีความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี รู้จักใช้ความรู้และทักษะที่เคยมีมาแก้ปัญหา (Jalowiec & Powers, 1981, pp. 10-15) ในขณะที่ผู้มีการศึกษาน้อยจะมีข้อจำกัดในการนำข้อมูลที่ได้รับมาแก้ปัญหา หรือป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำอีก (Jenkins, 1978, cited in Jalowiec & Powers, 1981, p. 14) ซึ่งสอดคล้องกับเบรงค์ เกียนส์ (2519, หน้า 696) ที่กล่าวว่า การขาดความรู้ ทำให้บุคคลไม่สามารถจะตัดสินใจทำอะไรได้อย่างมีเหตุผล ไม่สามารถเพิ่มพูนรายได้ และไม่สามารถจะแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยได้

รายได้ การมีฐานะทางเศรษฐกิจดีทำให้บุคคลมีอำนาจในการซื้อเพิ่มขึ้น กอปรกับมีฐานะทางเศรษฐกิจดี มักมีโอกาสเรียนสูง และสามารถแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่อสุขภาพได้ (McElmurry & LiBrizzi, 1986, p. 164) จากการศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญบุญพงศ์, สุรีย์ บุญบุญพงศ์, และสมศักดิ์ จันทะ (2533, หน้า 18) พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ ถึงร้อยละ 30 ที่ยังคงต้องทำงานเพื่อหารายได้ประทังชีวิต เนื่องจากขาดคนอุปถัมภ์ดูแลทางด้านการเงิน บุตรหลานต่างก็มีภาระหน้าที่ในการประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองจนไม่มีเวลาเอาใจใส่ผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุยังคงต้องดิ้นรนช่วยเหลือตนเอง จากสภาพร่างกายที่แข็งแรงลดลง ทำให้ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ก่อให้เกิดความคับข้องใจ และความไม่มั่นคงทางอารมณ์ขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของสุรีย์ บุญบุญพงศ์ (2534, หน้า 32-33) ได้ศึกษาสภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาสภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่างกัน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ยังต้องเหน็ดเหนื่อยกับภาระหน้าที่ในการทำงานต่างๆ ภายในบ้าน ทั้งนี้เพราะต้องอาศัยรายได้จากบุคคลอื่นๆ ในบ้านเป็นเครื่องค้ำจุนชีวิต ส่วนผู้สูงอายุที่มีฐานะปานกลาง พอมีรายได้ส่วนตัวบ้าง ก็ช่วยเหลือบุตรหลานในการทำการค้า ส่วนผู้สูงอายุที่มีฐานะดี ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องหารายได้ เพราะมีเงินเก็บสะสม ในแต่ละวันเกือบจะไม่ต้องทำอะไรเลย เมื่อถามถึงความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน ไม่ค่อยพอใจกับชีวิตในแต่ละวัน ส่วนผู้สูงอายุที่มีฐานะปานกลาง และดี พบว่ามีชีวิตที่เป็นไปตามที่ตนเองคาดหวัง การศึกษานี้สอดคล้องกับของแมคอินทอช, ชีฟเฟลท, และพิกู (McIntosh, Shifflett, & Picou, 1989, p. 143) พบว่า สภาพเศรษฐกิจที่รัดตัว ก่อให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ และจากการศึกษาของครีซี, เบิร์ก, และไรท์ (Creezy, Berg, & Wright, 1985, pp. 487-493) พบว่า การมีรายได้จำกัด ทำให้ผู้สูงอายุขาดการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม ทำให้แบบแผนชีวิตเปลี่ยนไป ดังนั้นรายได้ จึงเป็นตัวบ่งชี้สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม สามารถทำนายอาชีพและการศึกษาของบุคคลนั้นด้วย (Hollingshead, 1983, cited in Hanucharurnkul, 1988, p. 16) กล่าวคือ บุคคลที่มีการศึกษาสูง มักมีรายได้สูง ในขณะที่บุคคลที่มีการศึกษาดำเนินชีวิตได้น้อย นอกจากนี้ รายได้ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับ การดำเนินชีวิต ในด้านการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล

ตลอดจนการกำหนดความพึงพอใจในชีวิตที่แตกต่างกัน (Cameran, 1973, 1974, cited in Burkhardt, 1985, p. 28) รวมทั้งเป็นแหล่งปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem, 1985, p. 175)

โรคประจำตัว ผู้สูงอายุ เป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยของสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคติดเชื้อต่างๆ เช่น โรคปอดบวม โรคท้องร่วง นอกจากนี้ยังมี โรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคกระดูกและข้อ โรคจิตประสาท โรคไต โรคตาและโรคหู เป็นต้น รอสแมน (Rossman, 1986, pp. 169-170) กล่าวว่า การเกิดโรคในผู้สูงอายุนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุมีแบบแผนชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และขาดการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม จากการศึกษาของจาร์วรมัน เหมะชรร, สมใจ ทนกุล, และจรรยา เสี่ยงเสนาะ (2534, หน้า 83) เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุถึงร้อยละ 15.7 เป็นโรคความดันโลหิตสูง และร้อยละ 3.6 เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งทั้งนี้เกิดจากรูปแบบการบริโภคไม่เหมาะสม ผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมการบริโภคตามความเคยชิน ซึ่งสัมพันธ์กับขนบธรรมเนียม ประเพณีนิยมและความเชื่อต่างๆ ทำให้เปลี่ยนแปลงยาก นอกจากนี้จากการศึกษาคูร์บ, รีด, มิลเลอร์, และยานอ (Curb, Reed, Miller, & Yano, 1990, p. 206-211) ซึ่งศึกษาในผู้สูงอายุชายชาวญี่ปุ่นที่อาศัยอยู่ในแคลิฟอร์เนีย พบว่า ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยมาก คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 43 โรคข้ออักเสบร้อยละ 33 โรคเบาหวานร้อยละ 13 โรคเก๊าท์ร้อยละ 9 และมีแนวโน้มว่า โรคความดันโลหิตสูงและโรคมะเร็ง จะเพิ่มสูงขึ้นในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และอาการเจ็บเค้นอก จะพบในผู้สูงอายุชายที่มีอายุระหว่าง 75-81 ปี และจากการศึกษาของบลอค, โรเซนเบอร์เกอร์, บลอสซัม, และแพทเทอร์สัน (Block, Rosenberger, Blossom, & Patterson, 1988, p. 1150) พบว่า โรคมะเร็งและโรคหลอดเลือดหัวใจ มีส่วนเกี่ยวข้องกับการบริโภค เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันมากและการสูบบุหรี่ ซึ่งโรคเหล่านี้ เป็นสาเหตุการตายของผู้สูงอายุ

ในสหรัฐอเมริกาถึงร้อยละ 70 สอดคล้องกับการศึกษาของเมินวอล ศรีจาด (2534) พบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภค เป็นปัจจัยร่วมทำนายการมีอายุยืนของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 โรคประจำตัวที่เกิดในผู้สูงอายุเหล่านี้ ถือเป็นปัญหาที่สำคัญ เพราะทำให้เกิดความพร่องในหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้เพียงพอ อีกทั้งเป็นการลดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย (Herr, 1992, p. 7) กล่าวคือเมื่อผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยขึ้น การรักษาจะต้องใช้เวลายาวนาน โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง อัมพาต โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งต้องจำกัดกิจกรรมบางอย่างลงไป ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง การเป็นโรคในผู้สูงอายุ ไม่ใช่เป็นสิ่งที่ต้องเกิด แต่อาจเกิดและสามารถป้องกันได้ ดังนั้นการให้ความสนใจและการตรวจสอบสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุเป็นประจำ จึงเป็นสิ่งจำเป็นมาก และควรมีบันทึกการตรวจสอบสุขภาพไว้เป็นประจำ (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2524, หน้า 52) ส่วนปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มักเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทั้งในเรื่องความคิด ความจำ การฟัง การมองเห็นและอื่นๆ ตลอดจนการสูญเสียคู่สมรส เพื่อนสนิท และงานอาชีพ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองถูกแยกออกจากสังคมและสิ่งแวดล้อม (Blixen, 1988, p. 11) จากการศึกษาของสุวรรณ ศุภรัตน์ภิญโญ และ นิรมล พัจจนสุนทร (2534, หน้า 11) เกี่ยวกับผู้ป่วยนอกสูงอายุที่มีปัญหาทางจิตเวชในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อมร้อยละ 23.4 รองลงมาคือ โรคซึมเศร้าเรื้อรังร้อยละ 20.8 และจากการศึกษาของฮารานิค (Haranik, 1991, p. 23) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13-20 ดังนั้นการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี จึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง โดยการให้การยอมรับนับถือผู้สูงอายุ ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2524, หน้า 52) ซึ่งการปรับตัวของผู้สูงอายุจะสำเร็จมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับการยอมรับและตระหนักถึงสภาพที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Abram, 1972, อ้างในดวงฤดี ลาสุชะ, 2528, หน้า 57)

การสูบบุหรี่ บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุข โดยเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจและโรคปอด ทั้งนี้เพราะบุหรี่ประกอบด้วยสารหลายชนิดที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย เช่น นิโคติน ซึ่งสารตัวนี้จะไปกระตุ้นระบบประสาท หัวใจ ทำให้หัวใจเต้นเร็ว หลอดเลือดตีบ

เกิดโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง แผลในกระเพาะอาหาร และก่อให้เกิดการเสียดับหฐ์ ทาร์หรือน้ำมันดิน เป็นสารก่อมะเร็ง เช่น มะเร็งของกล่องเสียง ปอด หลอดลมโต กระเพาะปัสสาวะและอื่นๆ ส่วนคาร์บอนมอนอกไซด์ ซึ่งเกิดจากการเผาไหม้ไม้สนบุงรณ ทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถขนส่งออกซิเจนได้ เกิดอาการเหนื่อยง่าย (กองแพนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 2531, หน้า 237-238) นอกจากนี้ตัวนบุงรณ ยังก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหลอดลม ฤงลมปอด เกิดโรคหลอดลมอักเสบและฤงลมโป่งพอง (วิไล พัววิไล, 2529, หน้า 129-131) และก่อให้เกิดความรำคาญแก่บุคคลใกล้เคียงด้วย จากการศึกษาของยูบาคาตาและคณะ (Ubakata, & et al., 1987, อ้างในวาสนา ปุรณณวีวัฒน์, 2532, หน้า 2) เกี่ยวกับความสัมพันธ์การเกิดมะเร็งกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิตในชาวเกาหลีและชาวญี่ปุ่น พบว่าการเกิดมะเร็งมีความสัมพันธ์กับสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร การสูบบุงรณ และการดื่มสุรา ซึ่งการสูบบุงรณนั้นเป็นพฤติกรรมสุขภาพทางลบ มักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และอยู่ในวัยรุ่น สำหรับวัยผู้ใหญ่กลางคนและกลุ่มที่มีความรู้และวิชาชีพสูง จะมีอัตราการสูบบุงรณลดลง (ประกิต วาที่สาชกกิจ, 2531, หน้า 571-572) สูบแล้วบุงรณมีโทษมากกว่าคุณ และเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ ในปัจจุบันมีการรณรงค์เพื่อการเลิกสูบบุงรณของหน่วยงานต่างๆชั้นและองค์การอนามัยโลก ได้มีการจัดให้วันที่ 31 พฤษภาคมของทุกปี เป็นวันงดสูบบุงรณโลก (World-No Tobacco Day) ทั้งนี้เพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชน และเป็นการรักษาสิ่งแวดล้อมโลกอีกด้วย

การดื่มสุรา การดื่มสุราเป็นพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการสูบบุงรณ ปัจจุบันแนวโน้มการดื่มสุราเพิ่มขึ้น จากการสำรวจค่าเฉลี่ยของการดื่มสุราของประชากรไทย เพิ่มขึ้นถึง 7.2 ลิตรต่อคนต่อปี ซึ่งเพิ่มจากเดิม คือ เดิมอยู่ในระดับ 6.0 ลิตรต่อคนต่อปี (หมอชาวบ้าน, ตุลาคม 2535, หน้า 14) สำหรับการเพิ่มจำนวนของคนที่ดื่มสุรา โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างยิ่ง ในสหรัฐอเมริกา พบผู้ที่มีอายุมากกว่า 55 ปี ดื่มสุราถึง 3 ล้านคน (Lasker, 1986, p. 16) จากการศึกษาของสถาบันหัวใจ ปอดและเลือด(NHLBI) ซึ่งศึกษาในชาวฮาวาย จำนวน 8,000 คน ที่มีอายุระหว่าง 45-68 ปี เป็นเวลานาน 12 ปี พบว่า

คนที่ตมสุราหนักจะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีการตกเลือดในสมอง มากกว่าคนที่ไม่ตมสุรา ถึง 3 เท่า และคนที่ตมสุราเพียงเล็กน้อย มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่ตมสุรา ถึง 1 เท่า (หมอชาวบ้าน, พฤษภาคม 2535, หน้า 42) นอกจากนี้สุรายังก่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อมเร็วขึ้นในผู้สูงอายุ อีกทั้งยังปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ ตลอดจนปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ ในสังคมไทยค่านิยมที่ชอบมีการเลี้ยง ไม่ว่าจะเป็นงานมงคล เช่น งานแต่งงาน งานโกนจุก งานบวชขนาด หรือแม้กระทั่งงานศพ ก็มีการเลี้ยงสุรา บางครั้งมีการเสียใจ ผิดหวัง ก็อาศัยสุราเป็นเครื่องปลอบใจ ช่วยลดความกังวล (มานพ ศิริมหาราช, 2530, หน้า 286) ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมสุขภาพทางลบ ควรมีการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ตมสุราและสร้างเสริมพฤติกรรมที่ดีให้แก่เยาวชนรุ่นต่อไป เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (หมอชาวบ้าน, ตุลาคม 2535, หน้า 14)

การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม ถือเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมมนุษย์ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย คอบบ์ (Cobb, 1976, หน้า 300-301) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า ได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง มีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ซึ่งมีการติดต่อและผูกพันซึ่งกันและกัน มอสส์ (Moss, 1973, cited in Pender & Pender, 1987, p. 396) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการบอกถึงความรู้สึกของการเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับและเป็นที่ต้องการ ได้รับความรัก การยอมรับนับถือ และให้คุณค่า ซึ่งสอดคล้องกับไวส์ (Weiss, 1984, cited in Weinert, 1987, pp. 273-277) ที่กล่าวว่า เป็นความรู้สึกอึดใจหรือพึงพอใจต่อความต้องการ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการส่งเสริมให้มีการพัฒนา เห็นคุณค่าในตนเอง และได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำ

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

ประเภทของการสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็นหลายด้าน ตามแนวคิดที่มนุษย์ศึกษาไว้ดังนี้
คอบบี้ (Cobb, 1979, p. 93) แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น

3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะ ได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน
2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนี้เห็นคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่า
3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนี้เป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เซฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer & et.al, 1981, อ้างในจิรภา หงษ์ตระกูล, 2532, หน้า 18 ; เนตรนาถ คู่พันธ์วี, 2534, หน้า 43) ได้แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นการสนับสนุนที่ทำให้บุคคลมีความผูกพัน อ่อนโยน ใจดี เชื่อถือและไว้วางใจบุคคล
2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหา และเป็นการให้ข้อมูลป้อนกลับถึงสิ่งที่บุคคลได้กระทำไปแล้ว
3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ เป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านสิ่งของเงินทองหรือบริการ

ไวส์ (Weiss, 1984, cited in Weinert, 1987, pp. 273-277) แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน คือ

1. ความใกล้ชิด เป็นความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม ซึ่งมีผลต่ออารมณ์ของบุคคล โดยทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์เช่นนี้จะพบในคู่สมรส เพื่อนสนิท หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน

2. การมีส่วนร่วมในสังคม ซึ่งเป็นการทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมาย มีความเป็นเจ้าของ และได้รับการยอมรับว่าตนเองมีคุณค่าต่อกลุ่ม

3. พฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบ เป็นการสนับสนุนที่ผู้ใหญ่อุบัติความรับผิดชอบต่อความเจริญเติบโตและสุขภาพของผู้น้อย แล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่า เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้หนึ่งพาได้ ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่ จะทำให้เกิดความคับข้องใจ

4. การได้รับการยอมรับ เป็นการได้รับการยอมรับในสถาบันครอบครัวหรือเพื่อนเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

5. การได้รับความช่วยเหลือ เป็นการได้รับการช่วยเหลือด้านคำแนะนำ ชี้แนะหรือได้รับกำลังใจ เพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

สมจิต ทนเจริญกุล (Hanucharurnkul, 1988, p. 64) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ให้คำแนะนำในการแก้ปัญหา และให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับความประพฤติและปฏิบัติของบุคคล

2. การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ได้แก่ การให้ความสำคัญ การให้ความมั่นใจ ความรู้สึกที่สามารถจะพึ่งพาและไว้วางใจผู้อื่น ซึ่งทำให้เขารู้สึกว่าได้รับความเอาใจใส่หรือความรัก

3. การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม คือการให้ความช่วยเหลือโดยตรง หรือการให้สิ่งของหรือการให้บริการ

การสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลที่แสดงออกถึงความสนใจ ความเอาใจใส่ ช่วยเหลือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกต่างๆซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมที่ได้รับจากการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะช่วยให้บุคคลปลอดภัยจากความรุนแรงของภาวะเครียด หรือเป็นการป้องกันไม่ให้ความเครียดนั้นมากระทบจนเกิดความผิดปกติ

- สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้ยึดหลักแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ เซฟเฟอร์และคณะ ซึ่งครอบคลุมการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของบุคคล ดังนี้
1. การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน และไว้วางใจซึ่งกันและกัน
 2. การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง การได้รับการทักทายและการแสดงความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออก การได้รับการให้อภัย และให้โอกาสในการปรับปรุงตนเอง
 3. การได้รับการตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและความรู้สึกเป็นเจ้าของ ในสังคมของตน
 4. การช่วยเหลือด้านข่าวสาร ข้อมูล หมายถึง การได้รับข้อมูล ข่าวสาร หรือคำแนะนำต่าง ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน
 5. การช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน และบริการ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและการได้รับการบริการ

การสนับสนุนทางสังคมกับแบบแผนชีวิต

ผู้สูงอายุ เป็นบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุ มักพบในรูปการเสื่อมถอยมากกว่าการเจริญเติบโต (วรมนต์ ตรีพรหม, 2534, หน้า 22) ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้ง่าย อีกทั้งเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ ความสามารถในการทำงานลดลง สถานภาพและบทบาทในสังคมเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า มีความรู้สึกซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม ไม่พูดจากับใคร ไม่สนใจตนเอง ทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่อเนื่องกันไป นอกจากนี้จากสภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวจากลักษณะครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุห่างเหินกัน ผู้สูงอายุจะเกิดความรู้สึกเหงา อ้างว้าง ขาดที่พึ่ง ผู้สูงอายุบางรายอาจรู้สึกคล้าย

กับอยู่คนเดียวในโลก มีอาการเหม่อลอย ว้าเหว่ ซึ่งสอดคล้องกับที่ ไรอัน และแพทเทอร์สัน (Ryan & Patterson, 1987, อ้างใน สุพรรณิ นันทชัย, 2534, หน้า 9) กล่าวว่า ความว้าเหว่เกิดจากการขาดสัมพันธ์ภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่น ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีใครรักและเอาใจใส่ มีความรู้สึกโดดเดี่ยวและอยากแยกตัวออกจากสังคม จากการศึกษานี้ของเกริกศักดิ์ บุญยานพวงศ์, สุรีย์ บุญยานพวงศ์, และสมศักดิ์ จันทะ (2533, หน้า 69) พบว่า ครอบครัวและสัมพันธ์ภาพที่ตระหว่งบุตรหลานกับผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ซึ่งทั้งนี้เพราะครอบครัวและความสัมพันธ์ต่างๆ ของสมาชิกในครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญต่อบุคคล ถือว่าเป็นระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (natural support system) ซึ่งจะถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ พฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ แบบแผนการดำเนินชีวิต ตลอดจนการปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต (Linberg, Hunter, & Kruszewski, 1990, p. 126) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบิร์คแมนและไซม์ (Berkman & Syme, 1979, pp. 186-204) ซึ่งศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพ พบว่าบุคคลที่มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีโอกาสปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง ทั้งนี้เพราะบุคคลที่ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม จะขาดคนคอยแนะนำบอกกล่าว จึงมีโอกาส มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรืออุบัติเหตุได้ง่าย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา นอกจากนี้จากการศึกษาของลูคและเดนบิก (Luke & Denbigh, 1981, cited in Arling, 1984, p. 108) พบว่า การขาดการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมทางจิตเปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดีน, โคลโลดี, และวูด (Dean, Kolody, & Wood, 1990, pp. 148-161) พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอ มีแนวโน้มจะทำให้เพิ่มอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ตรงกันข้าม ถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุลง ทั้งนี้เพราะการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับตัวหรือการตอบสนองความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคล อันเนื่องมาจากความเสื่อมทางด้านร่างกายและจิตใจ (McNett, 1987, pp. 98-102) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคม จึงมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข มีคนคอยแนะนำให้เห็นคุณค่าของการมีสุขภาพดี พยายามปรับปรุงสุขนิสัยและแบบแผนชีวิตที่ไม่ถูกต้อง

เพื่อการมีสุขภาพดีและการมีอายุยืน (Berkman & Breslow, 1983, cited in Walker, Volkan, Sechrist, & Pender, 1988, p. 76)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บรรลุ ศิริพานิช (2531) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่ยืนยาว และแข็งแรง พบว่า ปัญหาที่พบบ่อยมากที่สุดของผู้สูงอายุ คือ ปัญหาสุขภาพ ซึ่งพบการปวดข้อมากที่สุด ปัญหารองลงมา คือ ปัญหาเศรษฐกิจ ส่วนเรื่องแบบแผนการรับประทานอาหาร ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุรับประทานได้ทุกชนิด ชอบอาหารรสจืด รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ไม่ดื่มชา กาแฟ สุรา ผู้สูงอายุมักเคี้ยวหมาก ใช้การเดินเป็นรูปแบบการออกกำลังกาย ไม่เคยตรวจร่างกายประจำปี

วันดี โปสกุล (2531) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อายุยืนและแข็งแรง พบว่า ผู้สูงอายุไทยที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปี ขึ้นไป มีความสมบูรณ์ของร่างกาย เพียงร้อยละ 15.50 อีกร้อยละ 84.50 มีสุขภาพไม่แข็งแรง ส่วนพฤติกรรมในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายจะมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ในการตรวจร่างกายประจำปี พบว่า ผู้สูงอายุไม่เคยตรวจร่างกายประจำปี มีถึงร้อยละ 8.10

เกริกศักดิ์ บุญานพวงศ์, สุรีย์ บุญานพวงศ์, และ สมศักดิ์ ฉันทะ (2533) ได้ศึกษาชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิงหม้าย มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อาศัยอยู่กับลูกหลาน กิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมมากที่สุด คือ กิจกรรมทางศาสนา วิธีการดำเนินชีวิตมีหน้าที่หลักในการช่วยดูแลบ้านหรือเด็ก ๆ เวลาที่เหลือมักใช้ในการพักผ่อน โดยการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบได้บ่อยคือปัญหาเรื่องสุขภาพ โดยพบว่า ผู้สูงอายุในสังคมเมือง มักเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ในอัตราที่สูงกว่าผู้สูงอายุในชนบท ซึ่งมักมีปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมของร่างกาย เช่น ปวดข้อ นอนไม่หลับ

จินตนา วาฤทธิ์ (2533) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม ของผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพ

อยู่กับลูกหลาน ส่วนปัญหาสุขภาพที่พบเป็นโรคทางหูและตา ร้อยละ 20 โรคทางกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 16 โรคเมเร็งร้อยละ 16 ซึ่งส่วนมากเป็นเมเร็งปอด ในด้านโภชนาการ ผู้สูงอายุได้รับอาหารโปรตีน จากเนื้อสัตว์ ไข่ นมสด น้ำเต้าหู้ บางคนยังดื่มสุรา เบียร์ ร้อยละ 11.6 ผู้สูงอายุมักไปร่วมพิธีทำบุญทางศาสนา ไปวัด คุสกับเพื่อนบ้าน กิจกรรมยามว่างชอบเลี้ยงสัตว์ ปลูกต้นไม้ อ่านหนังสือ และทัศนศึกษา

นิมมวล ศรีจาด (2533) ได้ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนในชุมชนเชียงใหม่ พบว่า ปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบมาก คือปัญหาสุขภาพ และปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพที่พบคือ ปัญหาเกี่ยวกับโรคกระดูก และการนอนไม่หลับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมบริโภคที่ทำให้เกิดการติดสิ่งเสพติด คือ หมาก เมียง บุหรี่ และสุรา และพบว่า ภาวะสุขภาพจิต และเข้าวิญญามีความสัมพันธ์เป็นปฏิภาคกับอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีอายุยืน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 สูงสุดคือ ภาวะสุขภาพจิต รองลงมาคือ พฤติกรรมการบริโภค และปัจจัยทางด้านพันธุกรรมตามลำดับ

พรทิพย์ ชลิ่งสุทธิ (2533) ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการของคนชราในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ในแง่สุขภาพกาย สุขภาพจิต สภาพเศรษฐกิจ สังคม ตลอดจนการประเมินค่าตนเองของคนชรา พบว่า ปัญหาสุขภาพกาย พบเป็นโรคปวดข้อ โรคความดันโลหิตสูง และโรคเวียงศีรษะ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่มีปัญหาทางสุขภาพจิต เพราะปรับจิตใจให้ยอมรับสภาพของตนเอง และยอมรับว่า วาระสุดท้ายของชีวิตคือ ความตาย มีความรู้สึกสงบและยอมรับได้ ส่วนในแง่ความต้องการ ผู้สูงอายุต้องการอยู่กับลูกหลาน ให้ลูกหลานดูแลเอาใจใส่ ในด้านการประเมินค่าตนเอง ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มองตนเองว่าเป็นคนมีคุณค่า มีความมั่นใจในการเผชิญชีวิต รวมทั้งมีความพอใจและยอมรับสภาพของตนเอง

ไวลีย์ และคามาโช (Wiley & Camacho, 1980). ศึกษาความสัมพันธ์ของแบบแผนชีวิตและภาวะสุขภาพในอนาคต ในประชาชนเมืองอลามาตา มลรัฐแคลิฟอร์เนีย โดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 3,892 คน ซึ่งเป็นคนผิวขาว อายุน้อยกว่า 70 ปี เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย จำนวนชั่วโมงของการนอนหลับในเวลากลางคืน น้ำหนักที่ความสัมพันธ์กับส่วนสูง และการประเมินภาวะสุขภาพ ซึ่งพบว่าคนที่ภาวะสุขภาพไม่ดีในระยะเริ่มต้น

ถ้ามีการปรับเปลี่ยนแผนชีวิตไปในทางที่ดี จะทำให้คะแนนของภาวะสุขภาพดีขึ้น

คอคเคอร์แฮม, कुन्ซ, และลูเชิน (Cockerham, Kunz, & Lueschen, 1988) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะชนชั้นในสังคมกับแบบแผนชีวิตด้านสุขภาพ ในกลุ่มคนอเมริกัน มลรัฐจูลิโนฮอยส์ จำนวน 804 คน และคนเยอรมันในนอร์ทไรท์-เวสฟาเลีย จำนวน 802 คน โดยใช้วิธีสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ พบว่า ปัจจัยทางด้านระดับการศึกษาจะเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดต่อแบบแผนชีวิตด้านสุขภาพ และปัจจัยทางด้านรายได้ จะเป็นอีกปัจจัยที่ส่งเสริมการคอยหมั่นตรวจสุขภาพร่างกายด้วยตนเอง

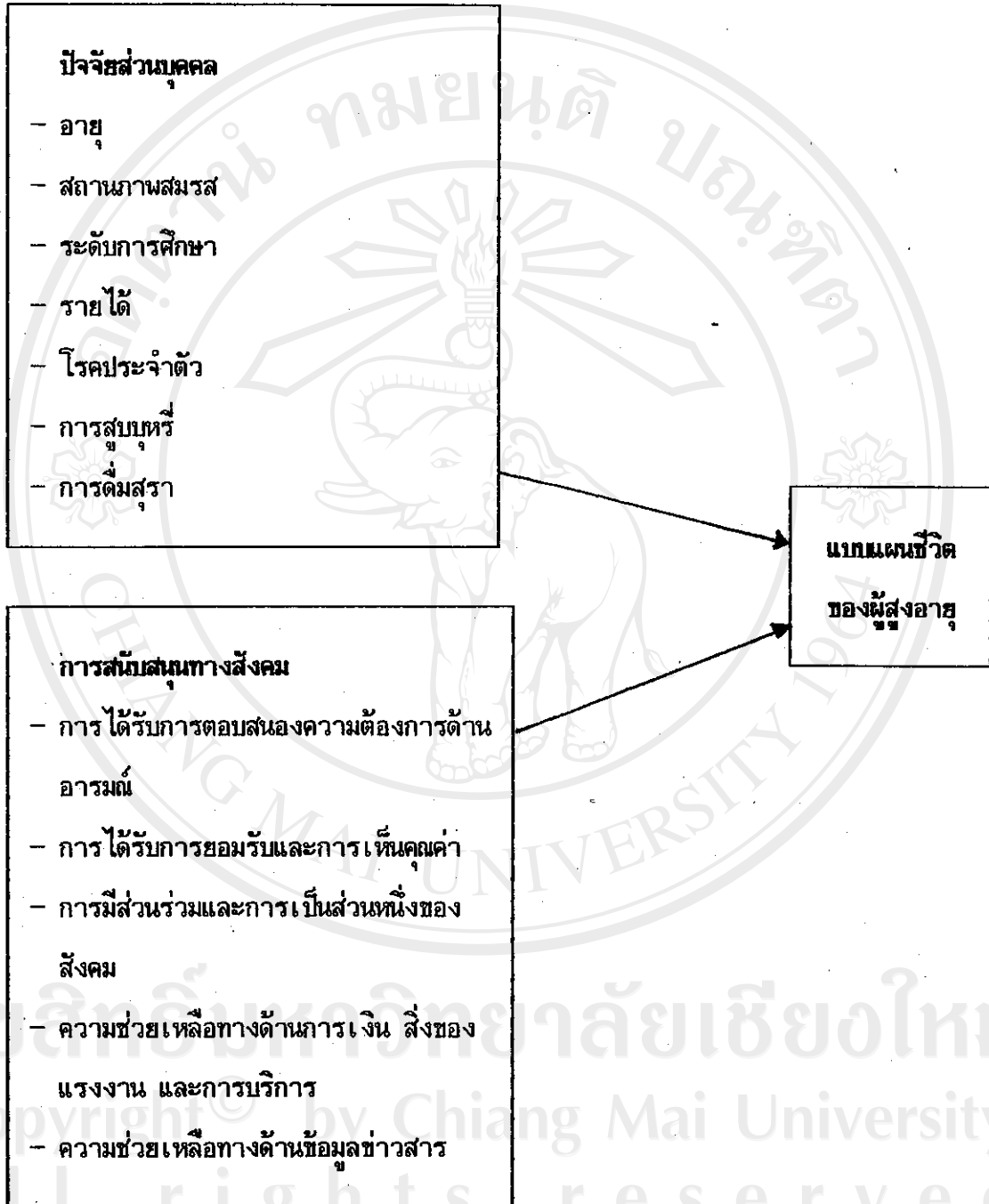
วอล์คเกอร์, วอลแกน, ซีไครซ์, และเพนเดอร์ (Walker, Volkan, Sechrist, & Pender, 1988) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและความแตกต่างของแบบแผนชีวิต ในผู้สูงอายุ วัยกลางคน และวัยรุ่น โดยมีการเลือกตัวอย่างตามความสะดวก จำนวน 452 คน เป็นเพศชาย 155 คน เพศหญิง 297 คน โดยมีอายุตั้งแต่ 18-88 ปี พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ด้านอาหาร และด้านการจัดการกับความเครียดดีกว่ากลุ่มวัยรุ่น และวัยกลางคน

สปีค, โควาท, และเพลเลท (Speake, Cowart, & Pellet, 1989) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของแนวความคิดเกี่ยวกับแบบแผนชีวิตด้านสุขภาพ 6 ด้าน กับปัจจัยต่างๆ ของสังคม ในผู้สูงอายุ จำนวน 297 คน พบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ และการควบคุมสุขภาพ เป็นตัวทำนายที่มีนัยสำคัญต่อแบบแผนชีวิตด้านสุขภาพ

สรุปจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหญิงหม้าย มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจร่างกายประจำปี ปัญหาที่พบมากคือปัญหาสุขภาพ รองลงมาคือปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุด คือโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคนอนไม่หลับ พฤติกรรมเสี่ยงที่พบมาก คือการเคี้ยวหมาก อมเมียง สูบบุหรี่ และดื่มสุรา ส่วนการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับประทานอาหารได้ทุกชนิด รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ชอบอาหารรสจืด มักใช้การเดินเป็นรูปแบบการออกกำลังกาย อาศัยอยู่กับลูกหลาน กิจกรรมในยามว่าง คือการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ปลูกต้นไม้ ส่วนกิจกรรมทางศาสนา เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมมากที่สุด โดยมักไปวัด

ทำบุญ ตักบาตร ฟังเทศน์ นอกจากนี้ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยอมรับถึงความชราของตนเอง มองตนเองว่าเป็นคนมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีความมั่นใจในการเผชิญชีวิต นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพไม่ดีในระยะเริ่มต้น ถ้ามีการปรับแบบแผนชีวิตไปในทางที่ดี จะทำให้ ภาวะสุขภาพดีขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางเศรษฐกิจและการศึกษามีส่วนเกี่ยวข้อง ตลอดจนการรับรู้ ภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล

จากการทบทวนวรรณกรรม จึงกล่าวได้ว่า บุคคลจะมีสุขภาพอนามัยที่แข็งแรงสมบูรณ์ทั้ง ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมนั้น มีความเกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งจะ แตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล และสังคม คือ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ โรคประจำตัว การสูบบุหรี่ การดื่มสุราและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถเขียนกรอบแนว คิดในการวิจัยครั้งนี้ ได้ดังนี้ (แผนภูมิที่ 2)



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิด ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม กับ
 แผนแผนชีวิตของผู้สูงอายุ