

1

บทที่ 1

บทนำ

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมและการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรไทยได้ลดลงอย่างรวดเร็ว ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าทางด้านทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้สุขภาพอนามัยของประชาชนดีขึ้นและอายุขัยของคนยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ประชากรวัยเด็กลดลง แต่ประชากรสูงอายุกลับเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2553) จนปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว (Aging society) โดยมีประชากรสูงอายุประมาณร้อยละ 11 ของประชากรทั้งหมด และมีการคาดการณ์ไว้ว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมด ภายในปี พ.ศ. 2568 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2549)

ในกลุ่มผู้สูงอายุมีการแบ่งผู้สูงอายุออกตามอายุเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2553) เนื่องด้วยอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยเพิ่มขึ้นจากเมื่อ 50 ปีที่แล้วคนไทยมีอายุขัยเฉลี่ย 58 ปี แต่ในปัจจุบันคนไทยมีอายุขัยเฉลี่ย 73 ปี และที่น่าสนใจคือผู้สูงอายุคนไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยที่ยังเหลืออยู่ หรือจะมียืนยาวขึ้นหลังจากอายุ 60 ปี อีกประมาณ 21 ปี (ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, 2553) นั่นหมายถึงผู้สูงอายุไทยวัยปลายก็จะมีแนวโน้มสูงมากยิ่งขึ้น โดยในปี พ.ศ. 255 2 จากข้อมูลการสำรวจผู้สูงอายุระดับชาติ พบว่ามีผู้สูงอายุวัยปลาย ถึง 9 แสนกว่าคน หรือประมาณร้อยละ 12 .6 ของประชากรสูงอายุ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และศิริวรรณ ศิริบุญ, 2553) และจากการคาดการณ์ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations) ชี้ว่าประชากรผู้สูงอายุไทยวัยปลายจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า หรือประมาณ 24 เปอร์เซ็นต์ ของประชากรสูงอายุ ในปีพ.ศ. 2593 (Knodel & Chayovan, 2008)

เมื่อพิจารณาอัตราประชากรสูงอายุหรือร้อยละของจำนวนประชากรสูงอายุในแต่ละภาคต่อจำนวนประชากรทั้งหมดในภาคนั้นๆ พบว่าภาคเหนือมีอัตราผู้สูงอายุสูงสุด คือร้อยละ 12.6 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ (ร้อยละ 10.7) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือร้อยละ 10.7 ภาคกลางและภาคใต้มีอัตราผู้สูงอายุใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 10.3 และ ร้อยละ 10.0 ตามลำดับ) กรุงเทพมหานครมีอัตราผู้สูงอายุต่ำสุด คือร้อยละ 9.4 โดยจังหวัดที่มีอัตราประชากรสูงอายุมากที่สุด 5 ลำดับแรกของประเทศ ก็อยู่ในภาคเหนือทั้งหมด คือ จังหวัดพิจิตร ลำพูน แพร่ สุโขทัย และลำปาง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) จากการมีอายุที่ยืนยาวขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือ ทำให้มีสัดส่วนของผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นสูงมากอย่างรวดเร็วเช่นกัน โดยในปี พ.ศ. 2553 มีสัดส่วนของผู้สูงอายุวัยปลายร้อยละ 12.8 ของผู้สูงอายุทั้งหมด ซึ่งมีค่าสัดส่วนเฉลี่ยสูงกว่าในระดับประเทศ และเป็นที่ยอมรับว่าผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือจะมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 13.6 หรือประมาณ 2 ล้านกว่าคนในปี พ.ศ. 2553 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2549) ดังนั้น

การมีสัดส่วนประชากรสูงอายุวัยปลายที่สูงขึ้นอย่างรวดเร็วของภาคเหนือ จึงเป็นความท้าทายอย่างมากที่หน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสนใจ

การที่ประชากรสูงอายุมียุวัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ไม่ได้หมายความว่า จะมีสุขภาพดีขึ้นหรือมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้เนื่องมาจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมลงตามอายุช้อย่างเห็นได้ชัด ประกอบกับผู้สูงอายุไทยยังขาดการเตรียมตัวทางด้านสุขภาพก่อนถึงวัยสูงอายุ และละเลยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การตรวจเช็คร่างกายประจำปี เป็นต้น (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2551) ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ ตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ได้ง่ายโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 พบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ของประชากรผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังประจำตัว ซึ่งพบเพิ่มสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ปัญหาโรคเรื้อรังจึงพบมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลาย (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์ , 2549) ส่งผลกระทบอย่างสำคัญต่อความต้องการบริการด้านสาธารณสุข และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นผลให้รัฐต้องเพิ่มภาระในการดูแลจัดบริการต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของครอบครัว และเศรษฐกิจของประเทศโดยรวมอีกด้วย

นอกจากผู้สูงอายุวัยปลายจะมีปัญหาทางด้านสุขภาพกายแล้ว จากการสำรวจระดับชาติหลายโครงการในประเทศไทยก็ยังพบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุวัยอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายงานในต่างประเทศที่ชี้ว่าผู้สูงอายุวัยปลายมีปัญหาทางด้านสภาวะอารมณ์และจิตใจ เช่น การมีภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า เหงาว่าเหว หรือขาดความผาสุกทางใจ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีวัยอ่อนกว่า (Blazer, 2000; Jeon & Dunkle, 2009; Lee & Dunkle, 2010; Von Heideken et al., 2005) จากการสำรวจผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่แสดงให้เห็นถึงความรู้สึกที่เกิดกับผู้สูงอายุเป็นประจำสูงสุดคือ รู้สึกเบื่ออาหารหรือความอยากอาหารลดลง (ร้อยละ 4.0) รองลงมาคือคิดมาก วิตกกังวลใจ (ร้อยละ 3.4) หงุดหงิดรำคาญใจ (ร้อยละ 2.9) เหงา (ร้อยละ 2.6) รู้สึกไม่มีความสุข/เศร้า หมองและหมดหวังในชีวิตเท่าๆ กัน (ร้อยละ 1.8) และรู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า (ร้อยละ 1.6) โดยความรู้สึกต่างๆ ดังกล่าวจะเพิ่มมากขึ้นตามวัยที่สูงขึ้น ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนของความรู้สึกต่างๆ ที่กล่าวมาสูงกว่าผู้สูงอายุชาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551)

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุวัยปลาย นำไปสู่ภาวะพึ่งพาและความจำเป็นของความต้องการผู้ดูแล ในสังคมไทยครอบครัวเป็นสถาบันหลักในการดูแลผู้สูงอายุ โดยบุตรเป็นผู้ดูแลหลักในการให้การดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตประจำวันให้มีภาวะความเป็นอยู่ที่ดี ไม่ว่าจะเป็นการเกื้อหนุนทางด้านวัตถุสิ่งของ ด้านอารมณ์จิตใจ การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ และการช่วยเหลือทางสังคม (ชาย โพธิ์สิตา, 2550; Knodel & Chayovan, 2009; Thanakwang, 2009) แต่จากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในปัจจุบันที่พยายามพัฒนาจากประเทศเกษตรกรรมสู่ประเทศอุตสาหกรรม ส่งผลให้ประชากรวัยทำงานมีการย้ายถิ่นเข้าสู่ตลาดแรงงานในโรงงานอุตสาหกรรม หรือการทำงานภาคการค้าและบริการในเมืองใหญ่เพื่อแสวงหาชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น จากการศึกษาของจอนห์ โนเดล และนภาพร ชัยวรรณ พบว่า ผู้สูงอายุไทยที่มีบุตรอย่างน้อย 1 คน ย้ายถิ่น เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.4 ในปีพ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 35.6 ในปีพ.ศ. 2550 โดยเฉพาะ

ผู้สูงอายุในชนบทมีบุตรย้ายถิ่น เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.0 ในปีพ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 37.6 ในปีพ.ศ. 2550 (Knodel & Chayovan, 2008) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวไทยที่เปลี่ยนมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น มีผลกระทบต่อรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับบุตรอย่างน้อย 1 คน ในครัวเรือนเดียวกัน หรือบุตรจะอาศัยอยู่ใกล้เคียงกัน (นภาพร ชโยวรรณ และจอนห์ โนเดล, 2542 ; Knodel & Chayovan, 1997; Knodel, Amornsirisoorn, & Khiewyoo, 1997) แต่แนวโน้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรกลับลดลง โดยมีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรืออยู่กับคู่สมรสเท่านั้น มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (Knodel & Chayovan, 2009) การย้ายถิ่นของบุตรและขนาดของครอบครัวที่เล็กลงล้วนมีผลต่อรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ รวมทั้งการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยบุตร จากการสำรวจผู้สูงอายุระดับชาติ พบว่าภาคเหนือเป็นภาคที่มีร้อยละของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพังคนเดียวมากที่สุด คือ ร้อยละ 9.6 (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2551) และมีร้อยละของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มตามอายุที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในผู้สูงอายุหญิง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุภาคเหนือมีร้อยละของผู้ดูแลต่ำที่สุด (ร้อยละ 6.5) ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีสัดส่วนที่มีบุตรเป็นผู้ดูแลของผู้สูงอายุต่ำเป็นอันดับที่ 2 รองจากกรุงเทพ (ร้อยละ 56.3) อย่างไรก็ตามถึงภาคเหนือจะมีสัดส่วนบุตรที่ดูแลค่อนข้างต่ำ แต่กลับมีสัดส่วนที่มีญาติอื่นๆเป็นผู้ดูแลสูงที่สุด (ร้อยละ 12.1) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการย้ายถิ่นไปทำงานในเมืองใหญ่ของบุตร แต่ถึงอย่างไรผู้สูงอายุก็มีญาติพี่น้องอื่นๆดูแลทดแทน

ในบริบทของภาคเหนือมีเอกลักษณ์เฉพาะไม่ว่าจะเป็น ภาษา วัฒนธรรม ชนบทรรมนิยม ประเพณีต่างๆ รวมทั้งความเชื่อ ค่านิยม ที่ผูกติดเชื่อมโยงกับความเชื่อทางศาสนา และทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน สังคมของคนภาคเหนือจึงเป็นลักษณะความสัมพันธ์ทางเครือญาติค่อนข้างสูง ซึ่งจะเห็นเด่นชัดในสังคมชนบท ความเป็นเครือญาติเดียวกันถือเป็นกลุ่มระดับพื้นฐานของประชาชน และเป็นความสัมพันธ์เบื้องต้นที่นำไปสู่ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันของคนในแต่ละชุมชน การเป็นสังคมแบบรวมกลุ่ม ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนจึงเป็นแบบการพึ่งพาอาศัยกัน และความสัมพันธ์ต่างตอบแทนที่เห็นได้อย่างเข้มแข็งแจ่มชัดในบริบทของครอบครัวและเครือญาติ ที่การพึ่งพาช่วยเหลือเกื้อกูลกันและความสัมพันธ์ต่างตอบแทนที่มองเห็นได้จากความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ลูก หรือพี่น้องในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งมีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือด นอกจากนี้ด้วยความสัมพันธ์เชิงเครือญาติและความสัมพันธ์ในลักษณะของเพื่อนบ้าน ที่ทุกคนในหมู่บ้านจะรู้จักกัน มีการไปมาหาสู่กัน และช่วยเหลือกัน ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมสาธารณะของหมู่บ้าน หรือกิจกรรมส่วนตัวของคนในชุมชน ก็จะมีการพึ่งพาอาศัยกัน ใหว่วานกันได้ (กัตติกา ณะชว่าง และคณะ, 2553) ในด้านการเกื้อหนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุไทยในภาคเหนือที่มีอายุมากๆ เป็นหน้าที่หลักของบุตรหลาน หรือ ญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นเครือข่ายทางสังคมที่ใกล้ชิดและเป็นแหล่งทรัพยากรพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้เพื่อนบ้านหรือชุมชน ก็มีบทบาทในการดูแลเกื้อหนุน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่แก่มากๆ ยากจน หรือขาดคนดูแล มีการศึกษาหลายงานที่ชี้ว่าบุตรยังเป็นผู้ดูแลหลักต่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีอายุแก่มากๆ หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (Cowgill, 1972; Knodel & Chayovan, 2009) แต่ด้วยการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัวภายใต้กระแสของระบบทุนนิยม บริโภคนิยม และการแข่งขันทาง ด้านวัตถุ ส่งผลให้วิถีชีวิตของครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ความยากจน การตกงาน และปัญหาสุขภาพเสถียร ล้วนส่งผลกระทบต่อปัญหาภายใน

ครอบครัว ความรุนแรงในครอบครัว และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัจจุบันมีนักวิชาการหลายคนเชื่อว่าความอ่อนแอภายในครอบครัวจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอาจส่งผลให้ระบบการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป (ชาย โปธิสิตา, 2550 ; ดุชนิ ดามี, เกรียงศักดิ์ ชื่อเลื่อม และปราณี สุทธิสุขคนธ์, 2551) ถึงแม้ในปัจจุบัน จะมีผู้สูงอายุที่ถูกบุตรหลานทอดทิ้งไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัวค่อนข้างน้อย แต่ก็มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพหรือการดำเนินชีวิตปกติได้ ผู้สูงอายุบางรายถูกละเมิดหรือถูกทำร้าย จากบุคคลในครอบครัวไม่ทางตรงก็ทางอ้อม (อัจฉราพร สิริหิรัญวงศ์ และคณะ, 2544) ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่ถูกซ่อนเร้นอยู่ ผู้สูงอายุที่ถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจ ส่วนใหญ่เป็นการกระทำของผู้ใกล้ชิดคือ บุตรและคู่สมรส โดยปัจจัยที่เร่งให้เกิดความรุนแรง คือ ปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว ความเครียดที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือต้องพึ่งพา (จิราพร เกศพิชญพัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2552) ดังนั้นรูปแบบการอยู่อาศัย ลักษณะของผู้ดูแล สัมพันธภาพและการเกื้อหนุนดูแลภายในครอบครัว จึงมีความสัมพันธ์ต่อภาวะความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุก (well-being) ของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความผาสุกทางใจ มีหลายการศึกษาที่ชี้ว่า สัมพันธภาพและการเกื้อหนุนดูแลภายในครอบครัวผู้สูงอายุ มีอิทธิพลต่อสภาวะทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ (จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ, 2544; Ingersoll-Dayton et al., 2001) ทั้งในมิติด้านลบ เช่น ความว้าเหว ความเครียด และภาวะซึมเศร้า หรือในมิติด้านบวกที่เป็นความสุข ความพึงพอใจ เป็นต้น (จิราพร เกศพิชญพัฒนา และคณะ, 2543; จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ, 2544; Ryff & Keyes, 1995)

การศึกษาเกี่ยวกับเครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคม และความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุวัยปลาย มีการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวางทั้งการศึกษาภาคตัดขวางและการศึกษาระยะยาวในประเทศตะวันตก (Davies et al., 2010; Jeon & Dunkle, 2009) และบางประเทศในแถบเอเชียที่มีปัญหาผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่น จีน ญี่ปุ่น และเกาหลี (Arai et al., 2010; Li, Zhang, & Liang, 2009; Lee & Dunkle, 2010) อย่างไรก็ตามการศึกษาวัยในประเทศไทยที่ศึกษามุ่งเน้นเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัดมาก ทำให้ขาดองค์ความรู้ในหลายมิติเกี่ยวกับผู้สูงอายุวัยปลายในประเทศไทย การศึกษาวัยที่มุ่งเน้นในผู้สูงอายุไทยวัยปลายจึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจโดยเฉพาะประเด็นทางด้านสังคมวัฒนธรรม และความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ

ปัจจุบันนี้เครือข่ายทางสังคมและการเกื้อหนุนทางสังคม ในผู้สูงอายุวัยปลายที่ส่งผลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุ เป็นประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจในยุคสมัยที่สังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากกระแสโลกาภิวัตน์ (Globalization) และความเป็นสมัยใหม่ (Modernization) เนื่องจากผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่มีแนวโน้มต้องพึ่งพาคือบุคคลในครอบครัวและต้องการการดูแลระยะยาว อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีการศึกษาวัยที่เจาะลึกในกระบวนการและปรากฏการณ์ของเครือข่ายทางสังคม และการเกื้อหนุนทางสังคมในผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ดังนั้นการศึกษาเครือข่ายทางสังคม และการเกื้อหนุนทางสังคม ในบริบทที่แท้จริงของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ และเงื่อนไขปัจจัยด้านเครือข่ายและการเกื้อหนุนดูแลเหล่านี้ที่ส่งผลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลาย จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจ เพื่อเป็นข้อมูลที่ก่อให้เกิดองค์ความรู้ที่สามารถกำหนดรูปแบบหรือกรอบแนวคิด (Concept) ของเครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุวัยปลายในลักษณะองค์รวมได้ชัดเจนขึ้น สามารถสะท้อนถึงสภาพของเครือข่ายทาง

สังคมและรูปแบบการเกื้อหนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุวัยปลายได้รับ ปริมาณและคุณภาพของการเกื้อหนุนดูแลในความเป็นจริง และความพึงพอใจต่อการได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมในบริบทที่แท้จริงของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือที่กำลังได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม และความเป็นสมัยใหม่ อันจะนำไปสู่การกำหนดนโยบาย และการปฏิบัติการในการส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างวัยภายในครอบครัว และระบบการดูแลผู้สูงอายุวัยปลายในชุมชน ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุวัยปลายเกิดความผาสุกและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยนี้ มีดังต่อไปนี้

- 1) เพื่อศึกษาวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ ประเทศไทย
- 2) เพื่อศึกษาลักษณะเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ ในประเด็นของ ขนาดของกลุ่มสังคม ชนิดของความสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่มสังคม ระยะเวลาในการติดต่อกัน ความถี่ในการติดต่อ และวิธีที่ใช้ในการติดต่อ
- 3) เพื่อศึกษาการเกื้อหนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือที่ได้รับจากกลุ่มเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ การเกื้อหนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การเกื้อหนุนด้านอารมณ์ จิตใจ และการเกื้อหนุนด้านสิ่งของและการช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ
- 4) เพื่อศึกษาความผาสุก ในมิติทั้งอารมณ์ความรู้สึกด้านบวก ได้แก่ ความผาสุกทางใจ และอารมณ์ความรู้สึกด้านลบ ได้แก่ ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ
- 5) เพื่อศึกษาเงื่อนไขปัจจัยทางด้านประชากร สุขภาพ เครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ

คำถามการวิจัย

- 1) วิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ ประเทศไทย เป็นอย่างไร
- 2) เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ในประเด็นของ ขนาดของกลุ่มสังคม ชนิดของความสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่มสังคม ระยะเวลาในการติดต่อกัน ความถี่ในการติดต่อ และวิธีที่ใช้ในการติดต่อ เป็นอย่างไร
- 3) การเกื้อหนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ได้รับจากกลุ่มเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ การเกื้อหนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การเกื้อหนุนด้านอารมณ์ จิตใจ และการเกื้อหนุนด้านสิ่งของและการช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ เป็นอย่างไร
- 4) ลักษณะและระดับความผาสุกในมิติทั้งอารมณ์ความรู้สึกด้านบวก ได้แก่ ความผาสุกทางใจ และอารมณ์ความรู้สึกด้านลบ ได้แก่ ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ เป็นอย่างไร
- 5) เงื่อนไขปัจจัยทางด้านประชากร ภาวะสุขภาพ และเครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคมใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ มีความสัมพันธ์ในลักษณะไหนอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาแบบผสมวิธี (Mixed method) โดยใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) เป็นหลัก และใช้การวิจัยเชิงปริมาณเป็นตัวเสริม ผู้วิจัยได้จำกัดขอบเขตของการวิจัยไว้ดังนี้

1) ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ศึกษาเป็นชุมชน 16 ตำบล ในเขตเมือง 8 ตำบล และเขตชนบท 8 ตำบล จาก 4 จังหวัด ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย (ภาคเหนือตอนบน 2 จังหวัด และภาคเหนือตอนล่าง 2 จังหวัด) โดยเลือกพื้นที่ในการศึกษาแบบเจาะจง

2) ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาคือผู้สูงอายุวัยปลาย ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงจากคุณสมบัติที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ โดยกำหนดตำบลละ 10 คน รวมทั้งหมด 160 คน ทั้งนี้ในการศึกษาคือผู้วิจัยใช้การเลือกตัวอย่างครอบคลุมผู้สูงอายุวัยปลายแบบหลายกลุ่มหรือหลายมิติ (dimensional sampling) ทั้งกลุ่มปกติ (regular case) และกลุ่มเปราะบาง (vulnerable case) เช่น ผู้สูงอายุที่ขาดคนดูแล ยาจนขาดสน หรือมีปัญหาสุขภาพที่ต้องพึ่งพา

3) ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยนี้มุ่งเน้น (focus) ประเด็นเนื้อหา ดังนี้คือ

3.1 ภาวะสุขภาพ และวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือประเทศไทย

3.2 ลักษณะเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือในประเด็นเกี่ยวกับ ขนาดของกลุ่มสังคม ชนิดของความสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่มสังคม ระยะเวลาในการติดต่อกัน ความถี่ในการติดต่อ และวิธีที่ใช้ในการติดต่อ

3.3 ลักษณะการเกื้อหนุนทางสังคม ได้แก่ การเกื้อหนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การเกื้อหนุนด้านอารมณ์ จิตใจ และการเกื้อหนุนด้านสิ่งของและการช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้สูงอายุวัยปลายได้รับจากเครือข่ายทางสังคมทั้งกลุ่มญาติ และกลุ่มที่ไม่ใช่ญาติ

3.4 ความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลาย ในมิติทั้งอารมณ์ความรู้สึกด้านบวก ได้แก่ ความผาสุกทางใจ และอารมณ์ความรู้สึกด้านลบ ได้แก่ ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุวัยปลาย

3.5 ความสัมพันธ์เชื่อมโยงของเงื่อนไขปัจจัยทางด้านประชากร ภาวะสุขภาพ และเครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้สูงอายุวัยปลาย หมายถึง ผู้สูงที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศและภาวะการเจ็บป่วย ไม่มีปัญหาในการฟังและการพูด โดยฟังได้ดี และพูดเข้าใจ ไม่จำเป็นต้องอ่านออกเขียนได้ และเป็นสมาชิกถาวรของชุมชน โดยอาศัยอยู่ในชุมชนเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป

วิธีการดำเนินชีวิต หมายถึง รูปแบบการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุวัยปลาย ที่แสดงออกหรือสังเกตเห็นได้จากลักษณะของพฤติกรรมต่างๆ ตลอดจนถึงทัศนคติ ค่านิยม และมุมมองต่อการมีชีวิตที่ยืนยาว และการใช้ชีวิตในปัจจุบันของผู้สูงอายุ

เครือข่ายทางสังคม หมายถึง รูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคม หรือสายใยของความสัมพันธ์ทั้งที่เป็นทางตรงและทางอ้อม ระหว่างผู้สูงอายุวัยปลายและบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในครอบครัวและชุมชน ผ่านรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในรูปแบบต่างๆ เช่น กิจกรรม การสื่อสารความร่วมมือ การพึ่งพาอาศัย การแลกเปลี่ยน การเรียนรู้ ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีโครงสร้างและรูปแบบที่หลากหลาย ตลอดจนถึงเป้าหมายร่วมกัน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบได้แก่ ขนาดของกลุ่มสังคม ชนิดของความสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่มสังคม ระยะเวลาในการติดต่อกัน ความถี่ในการติดต่อ และวิธีที่ใช้ในการติดต่อ

1. ขนาดของกลุ่มสังคม หมายถึง จำนวนคนในกลุ่มสังคมซึ่งผู้สูงอายุวัยปลายมีความสัมพันธ์ด้วย
2. ชนิดของความสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่มสังคม ได้แก่
 - กลุ่มญาติ คือ สามี ภรรยา บุตรหลาน ญาติพี่น้อง
 - กลุ่มไม่ใช่ญาติ คือ เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน
3. ระยะเวลาในการติดต่อกัน คือ จำนวนปีที่รู้จักสนิทสนมกัน
4. ความถี่ในการติดต่อ หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้สูงอายุติดต่อกับบุคคลในกลุ่มสังคมของตน
5. วิธีที่ใช้ในการติดต่อ มี 2 แบบคือ
 - การติดต่อแบบทางเดียว คือ การสื่อสารที่ผู้ส่งสารส่งสารไปยังผู้รับสารโดยตรง เป็นการสื่อสารที่ผู้รับสารไม่มีโอกาสตอบโต้กลับมา
 - การติดต่อแบบสองทาง คือ การสื่อสารที่ผู้รับสารมีปฏิริยาโต้ตอบกลับมายังผู้ส่งสาร

การเกื้อหนุนทางสังคม หมายถึง ความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุวัยปลายได้รับจากเครือข่ายทางสังคม หรือการได้รับตอบสนองความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคมของผู้สูงอายุวัยปลาย ที่ทำให้เกิดความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ประกอบด้วยมิติต่างๆ ดังนี้

การเกื้อหนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการดำรงชีวิต และการชี้แนะแนวทาง ที่ควรปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

การเกื้อหนุนด้านอารมณ์ จิตใจ หมายถึง การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์หรือจิตใจ การแสดงออกของบุคคลที่ทำให้ผู้สูงอายุวัยปลายเชื่อว่าเขาได้รับความรัก ความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า มีความใกล้ชิด ความผูกพันและมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

การเกื้อหนุนด้านสิ่งของและการช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือเกื้อหนุนหรือช่วยทำกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม การช่วยเหลือด้านแรงงาน สิ่งของ เงินทอง

เครื่องใช้ ตลอดจนช่วยฟื้นฟูแรงต่าง ๆ หรือกิจกรรมอื่นๆ เช่น ทำงานบ้าน ช่วยเหลือเรื่องการเดินทาง พาไปเยี่ยมญาติ ไปสถานพยาบาล หรือไปเที่ยวในสถานที่ต่างๆ

ความผาสุก หมายถึง อารมณ์ความรู้สึกของบุคคลต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่เปรียบเทียบกับสภาวะการณ์ที่คาดหวังอยากให้เป็น โดยบุคคลจะประเมินความผาสุกของตนเองจากการมองภาพรวมทั้งหมดของความพึงพอใจในชีวิต ตามการรับรู้ เป้าหมาย การให้คุณค่าและความเชื่อของตนเอง ซึ่งอาจเป็นไปได้ในทางด้านบวกหรือด้านลบ โดยความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาความรู้สึกด้านบวก ได้แก่ ความผาสุกทางใจ และความรู้สึกด้านลบ คือ ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้า

ความผาสุกทางใจ หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ตามสภาพความเป็นจริงที่ตนเผชิญอยู่ โดยผ่านกระบวนการทางปัญญา เกิดการรับรู้และประมวลภาพรวมเป็นแนวคิดของตนเอง ความผาสุกทางใจประกอบด้วยหลายมิติทั้งความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเองและความสุขที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยประเมินจากแบบวัดความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย ของ อินเกอซอล เดย์ตัน และคณะ (จिरาพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ, 2543; Ingersoll-Dayton et al., 2004)

ความว่าเหว หมายถึง ความทุกข์ทรมานทางจิตใจของผู้สูงอายุที่เกิดจากการสูญเสียสัมพันธภาพที่มีความหมายหรือมีความสำคัญกับบุคคลอื่น ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดที่พึ่ง สงสารตนเอง รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ประเมินโดยใช้แบบวัดความว่าเหวของวัลลา โคลีตานนท์ (254 2) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดความว่าเหวของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนียแห่งเมืองลอสแอนเจลิส (UCLA Loneliness Scale)

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองของผู้สูงอายุ ต่อเหตุการณ์หรือภาวะแวดล้อมที่แสดงออกมาในรูปแบบของความเปราะบางทางด้านจิตใจและอารมณ์ ความเปราะบางด้านความคิด และการรับรู้ รวมทั้งความเปราะบางทางด้านร่างกาย และพฤติกรรม ซึ่งเป็นภาวะอารมณ์และความรู้สึกในแง่ลบ เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เชื่องช้า มีความคิดในทางลบต่อตนเอง วัดได้จากแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ที่พัฒนาโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (นิพนธ์ พวงรินทร์ และคณะ, 2537)

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และกรอบแนวคิดของการวิจัย

เบิร์กแมน และคณะ (Berkman et al., 2000) ได้เสนอรูปแบบแนวคิดความสัมพันธ์ของเครือข่ายทางสังคมกับสุขภาพ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชิงเหตุผลตั้งแต่เงื่อนไขกลไกทางสังคมในระดับมหภาคจนถึงระดับปัจเจกบุคคล ซึ่งมีความเกี่ยวพันเชื่อมโยงกันแบบพลวัต และมีอิทธิพลต่อความผาสุกและสุขภาพของบุคคล โดยปัจจัยทางสังคมในระดับโครงสร้าง เช่น ทุนทางสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ปัจจัยทางการเมือง การเปลี่ยนแปลงทางสังคม รวมทั้งเครือข่ายทางสังคมที่การก่อตัวกับการคงอยู่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขกลไกทางสังคมในระดับโครงสร้าง ปัจจัยเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อกลไกทางจิตสังคมอันประกอบด้วย การมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม การรวมกลุ่ม และการเกื้อหนุนทางสังคม ซึ่งจะมีผลต่อเนื่องไปถึงกลไกในระดับบุคคล ทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพ และ สภาวะการณ์ด้าน

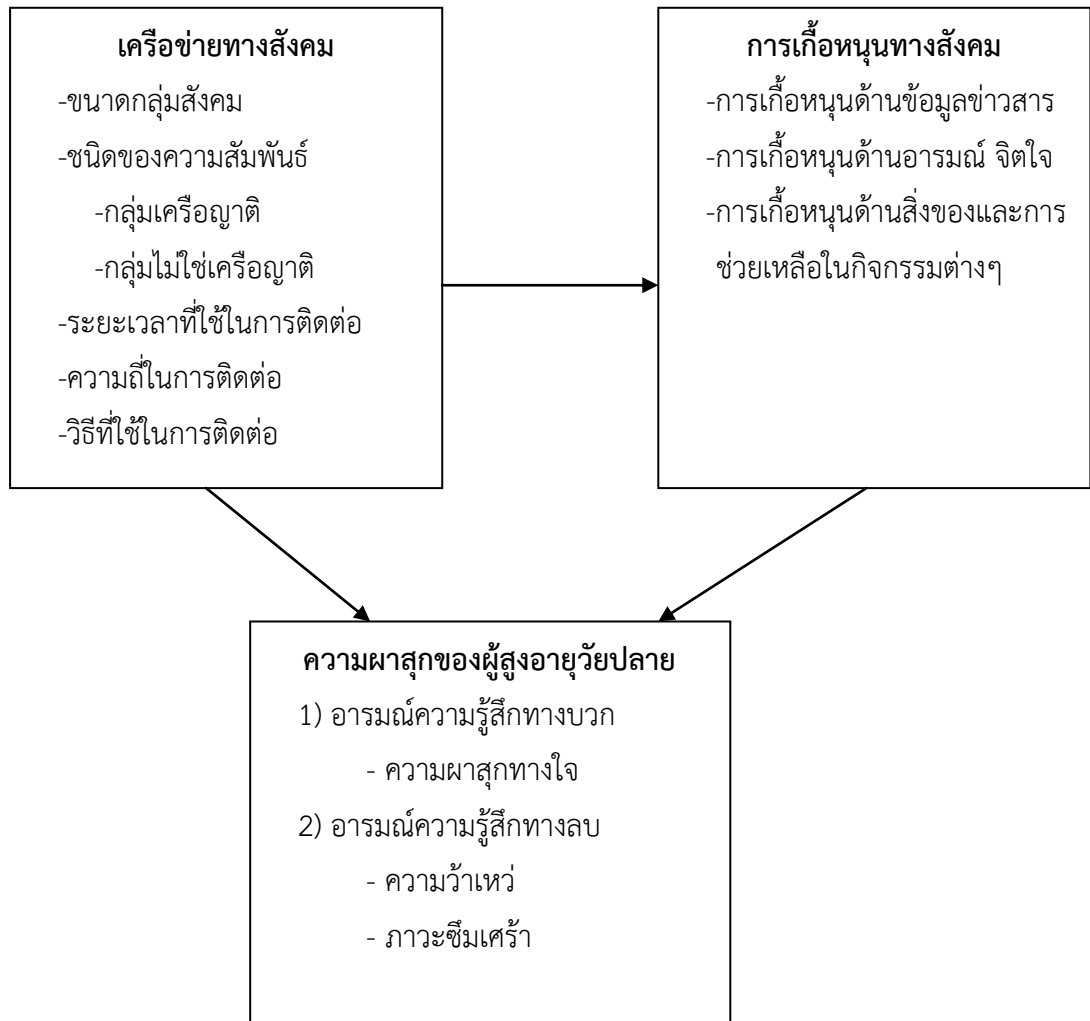
จิตใจ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หรือความผาสุกทางใจ ซึ่งเป็นตัวแปรใกล้ชิดที่ส่งผลต่อสุขภาพของปัจเจกบุคคล

เครือข่ายทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ทางสังคมที่บุคคลมีต่อกันและกัน อันจะนำไปสู่ปฏิสัมพันธ์กันในสังคม และการสื่อสารเชื่อมโยงระหว่างผู้ให้กับผู้รับการเกื้อหนุน ดังนั้นเครือข่ายทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการเกื้อหนุนทางสังคมอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ บุคคลจะได้รับการเกื้อหนุนผ่านเครือข่ายต่างๆ ในสังคมที่ตนเองอยู่ เครือข่ายทางสังคมจะสามารถอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และชี้ให้เห็นปัจจัยเกื้อหนุนได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2541 ; Berkman et al., 2000)

เคราส์ และมากิเดส (Krause & Makides, 1990) กล่าวถึงการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ มีทั้งการเกื้อหนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม ครอบคลุมถึงการเกื้อหนุนทางด้านอารมณ์ การเกื้อหนุนด้านข่าวของเครื่องใช้ และการให้ความช่วยเหลือที่เห็นเป็นรูปธรรม และการเกื้อหนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร คุณภาพของการเกื้อหนุนทางสังคมเหล่านี้ส่งผลต่อความพึงพอใจในความสัมพันธ์และคุณภาพการเกื้อหนุนที่ได้รับ และความคาดหวังที่จะได้รับการเกื้อหนุนดูแล (anticipated support) จากเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ (Krause, 2007)

ความผาสุกในผู้สูงอายุวัยปลายนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการทั้งตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน ชุมชน และสังคม ที่มีความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์เป็นเครือข่ายทางสังคมในระบบนิเวศ (human ecology) มีทฤษฎีและงานวิจัยเชิงประจักษ์จำนวนมาก สนับสนุนว่า เครือข่ายทางสังคม ทุนทางสังคม และการช่วยเหลือเกื้อกูลทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะเครือข่ายทางสังคม (social networks) และการเกื้อหนุนทางสังคม (social support) มีอิทธิพลต่อการรับรู้ อารมณ์และจิตใจ และสมรรถนะแห่งตนของผู้สูงอายุ (Berkman & Glass, 2000)

การศึกษาในโครงการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างกันในสังคมของ Berkman (Berkman et al., 2000) แนวคิดเครือข่ายทางสังคม ของ Boissevain (Boissevain, 1974) และแนวคิดการเกื้อหนุนทางสังคม ของ Krause (Krause, 2007; Krause & Makides, 1990) มาเป็นแนวทางและสร้างเป็นกรอบแนวคิดเบื้องต้นสำหรับการศึกษาค้นคว้า โดยประเด็นที่ผู้วิจัยมีความสนใจทำการศึกษาค้นคว้ามุ่งทำความเข้าใจสภาพและลักษณะของเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลาย โดยพิจารณาในประเด็น ขนาดของกลุ่มเครือข่ายทางสังคม ชนิดของความสัมพันธ์ของเครือข่ายกับผู้สูงอายุซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆคือ กลุ่มเครือญาติ กับกลุ่มไม่ใช่เครือญาติ ตลอดจนระยะเวลาในการติดต่อกัน ความถี่ในการติดต่อ และวิธีที่ใช้ในการติดต่อระหว่างเครือข่ายทางสังคมกับผู้สูงอายุวัยปลาย ในรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างกันในสังคม เครือข่ายทางสังคมเป็นแหล่งทรัพยากรที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุวัยปลาย ลักษณะการเกื้อหนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับจากเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ การเกื้อหนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การเกื้อหนุนด้านอารมณ์ จิตใจ และการเกื้อหนุนด้านสิ่งของและการช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ โดยเครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับเหล่านี้ส่งผลความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายทั้งมิติด้านบวก และมิติด้านลบ ดังแสดงในภาพที่ 1



แผนภูมิที่

1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ได้ทราบถึงสภาพเครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคม และความผาสุกในปัจจุบันของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ เพื่อเป็นข้อมูลแก่ผู้กำหนดนโยบาย หรือผู้ทำงานเกี่ยวข้องนำมาใช้กำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติในการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุวัยปลาย
- 2) การวิจัยครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงตัวแปรหรือปัจจัยด้านต่างๆ ที่ครอบคลุมและสามารถสะท้อนถึงระบบการเกื้อหนุนทางสังคมในผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ
- 3) ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่อื่นๆ ได้ตามความเหมาะสมต่อไป และสามารถนำไปสู่การวางแผนพัฒนาภาวะความเป็นอยู่ที่ดี และความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลาย โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็น องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด หรือองค์กรในระดับประเทศ เช่น หน่วยงานต่างๆ ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ หรือกระทรวงวัฒนธรรม เป็นต้น

- 4) เป็นประโยชน์ในเชิงวิชาการ โดยข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปเผยแพร่ต่อสาธารณชน ทั้งในรูปแบบการเผยแพร่ในการประชุมทางวิชาการ และการตีพิมพ์รายงานการวิจัยในวารสารทั้งระดับประเทศและระดับนานาชาติ
- 5) เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถนำมาใช้ต่อยอดในการวิจัยหรือการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) ของผู้สูงอายุวัยปลาย (the oldest old) ในภาคเหนือ ประเทศไทย

2

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาคณะผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคม
2. แนวคิดเกี่ยวกับการเกื้อหนุนทางสังคม
3. แนวคิดทุนทางสังคม
4. แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุก
5. เครือข่ายทางสังคมและการเกื้อหนุนทางสังคมกับความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลาย

แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคม

เครือข่ายทางสังคม หมายถึง กลุ่มของความสัมพันธ์ที่บุคคลกลุ่มหนึ่งมีต่อกัน โดยลักษณะของความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมีทั้งที่เป็นโครงสร้างและการทำหน้าที่ของกลุ่มทางสังคม ส่งผลต่อกลไกทางจิตสังคมที่สามารถนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมและสภาวะการณ์ด้านจิตอารมณ์ของบุคคล (Berkman et al., 2000) เครือข่ายทางสังคมจึงเป็นสายใยของความสัมพันธ์ทางสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อมระหว่างบุคคลคนหนึ่งกับบุคคลอื่นๆหลายๆคน จึงมีหลายระดับของความชิดใกล้และความห่าง เครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคม ช่วยให้เห็นพฤติกรรมต่างๆของบุคคลในสังคมที่มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ในหลายๆด้าน ดังนั้นแนวคิดเครือข่ายทางสังคมจึงเน้นให้เห็นถึงพฤติกรรมของบุคคลด้วย ในลักษณะที่เคลื่อนไหว เปลี่ยนแปลงและหลากหลาย (ชาติชาย ณ เชียงใหม่, 2533) ดังนั้นการศึกษาเครือข่ายทางสังคมจึงจำเป็นที่จะต้องเริ่มที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งที่ถือว่าเป็นจุดกลาง และดูว่าบุคคลนั้นมีความสัมพันธ์กับใครบ้าง มีความสัมพันธ์กันอย่างไร และทิศทางความสัมพันธ์หรือการมีอิทธิพลต่อกันอย่างไร

ประเวศ วะสี (254 2) กล่าวถึงเครือข่ายทางสังคมที่มีการขยายตัวออกไปว่า เครือข่ายทางสังคมจะคล้ายเครือข่ายในสมอง โดยโครงสร้างของสมองนั้นจะทำให้เกิดการเรียนรู้ในระดับที่สูงเพื่อการมีชีวิตรอด และโครงสร้างทางสังคมจะมีวิวัฒนาการไปเหมือนโครงสร้างทางสมองมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสังคม จากสังคมใช้อำนาจไปเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ และการที่จะเกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ได้ โครงสร้างทางสังคมต้องปรับเปลี่ยน จากโครงสร้างอำนาจในแนวตั้ง ไปเป็นเครือข่ายสังคมที่มีการโยงใยความสัมพันธ์ในทุกทิศ และสรุปว่าเครือข่ายทางสังคม คือสังคมแห่งกัลยาณมิตรหรือเครือข่ายสังคมแห่งการเรียนรู้ (learning social networks) โดยเครือข่ายสังคมจะต้องมีความสามารถปรับตัวให้อยู่ในดุลยภาพได้

พระมหาสุทนต์ อาภากร (2547) ได้กล่าวถึงความหมายของเครือข่ายว่า เครือข่ายนั้นได้ถูกนำมาอธิบายในมิติของความสัมพันธ์และปรากฏการณ์ทางสังคมมนุษย์มากกว่าการอธิบาย ในมิติของความสัมพันธ์และความเปลี่ยนแปลงของสรรพสิ่งในเชิงชีววิทยา ตามทัศนะของวิทยาศาสตร์กระบวน

ทัศน์ใหม่ โดยเป็นการกล่าวถึงความร่วมมือระหว่างปัจเจกบุคคล กลุ่มองค์กรที่มีกิจกรรมคล้ายคลึงกัน และขยายผลการทำงานหรือแนวคิดไปสู่กลุ่ม องค์กรอื่นๆ เพื่อเสริมสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาและการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่างๆ โดยผ่านระบบการสื่อสารที่ทำให้สมาชิกในเครือข่ายมีโอกาสในการรับรู้ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน นอกจากนี้ ยังได้พยายามอธิบายถึงคุณค่าแห่งความสัมพันธ์ ความเท่าเทียม ความร่วมมือ การต่อสู้ขัดแย้ง และการเชื่อมโยงที่เป็นทั้งแนวคิด หลักการ เครื่องมือ และวิธีการปฏิบัติ ที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายร่วมกันของทุกฝ่าย

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543) กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่ายว่ามี องค์ประกอบที่สำคัญ 7 ประการ คือ

1) การรับรู้มุมมองร่วมกัน (common perception) หมายถึง การที่สมาชิกที่เข้ามาอยู่ในเครือข่าย ต้องมีความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ร่วมกันถึงเหตุผลการเข้าร่วมเป็นเครือข่าย อาทิ มีความเข้าใจในปัญหา มีสำนึกในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และมีความต้องการความช่วยเหลือในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกเครือข่ายเกิดความรู้สึกผูกพันในการดำเนินกิจกรรม บางอย่างเพื่อแก้ปัญหาคความเดือนร้อนที่เกิดขึ้น

2) การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (common vision) หมายถึง การมองเห็นจุดหมายในอนาคต ร่วมกันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม การรับรู้เข้าใจถึงทิศทางเดียวกัน และการมีเป้าหมายที่จะดำเนินไปด้วยกัน จะช่วยให้ชบวนการเคลื่อนไหวของเครือข่ายมีพลัง เกิดเอกภาพ และช่วยบรรเทาความขัดแย้งอันเกิดจากมุมมองที่แตกต่างลงไป

3) การมีผลประโยชน์และความสนใจร่วมกัน (mutual interests/benefit) หมายถึง การที่สมาชิกแต่ละคนมาร่วมกันเพื่อประสานผลประโยชน์และความต้องการซึ่งผลประโยชน์ และความต้องการนั้นจะไม่สามารถบรรลุผลสำเร็จได้หากสมาชิกต่างคนต่างอยู่ ดังนั้นจึงมีการรวมตัวกันบนฐานของผลประโยชน์ร่วมที่มากเพียงพอจะดึงดูดให้รวมเป็นเครือข่าย

4) การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายอย่างกว้างขวาง (all stakeholder participation) การมีส่วนร่วมของสมาชิกมีความสำคัญต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย เพราะกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการร่วมรับรู้ ร่วมความคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมลงมือกระทำอย่างแท้จริง ดังนั้นสมาชิกในเครือข่าย จึงควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ในลักษณะของความเท่าเทียมกัน และในฐานะหุ้นส่วนของเครือข่าย และควรสานต่อความสัมพันธ์ในแนวราบ

5) กระบวนการเสริมสร้างซึ่งกันและกัน (complementary relationship) หมายถึง การที่สมาชิกในเครือข่ายต่างก็ต้องเสริมสร้างกระบวนการทำงานของกันและกัน โดยที่ใช้ จุดแข็งของฝ่ายหนึ่งไปช่วยเหลืออีกฝ่ายหนึ่งที่มี จุดอ่อน ซึ่งจะทำให้เกิดการประสานผลประโยชน์ร่วมกัน การเสริมสร้างต่อกันนั้นเกิดขึ้นจากการรวมตัวเป็นเครือข่าย

6) การพึ่งพิงร่วมกัน (interdependence) คือ การเติมเต็มในส่วนที่ขาดของแต่ละ ฝ่าย เนื่องจากทุกฝ่ายต่างก็มีข้อจำกัดในกระบวนการทำงาน และมีความรู้ประสบการณ์ที่แตกต่าง ดังนั้นจึงมีการพึ่งพาอาศัยกันระหว่างสมาชิกในเครือข่าย

7) การปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน (interaction) หมายถึง การที่สมาชิกในเครือข่ายมีการทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก และผลการปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนระหว่างกันนั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเครือข่ายตามมาด้วย

สังคมมนุษย์ย่อมมีการพบปะไปมาหาสู่กัน หมู่บ้านหนึ่งในสังคมไทยนอกจากจะมี ระบบความสัมพันธ์ที่เกี่ยวพันกันหลายชั้นหลายระดับ ความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มีทั้งทางตรง และทางอ้อมซึ่ง เรียกว่าเครือข่ายทางสังคม ดังที่ชาติชาย ณ เชียงใหม่ (25 43) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ บุคคลหนึ่งมีต่อผู้อื่นอาจมองได้ว่าเป็นเครือข่ายสังคมหนึ่ง เครือข่ายสังคมนี้อาจจะแสดงให้เห็นภาพได้ ว่าเปรียบเสมือนจุดต่างๆ ที่มีการเชื่อมโยงด้วย เส้นตรงหลายๆ เส้น จุดคือบุคคลและเส้นตรงคือสาย สัมพันธ์ บุคคลแต่ละคนจึงเป็นเสมือน จุดศูนย์กลางที่มีสายสัมพันธ์ต่างๆ กับจุดหรือบุคคลอื่น และ บุคคลเหล่านี้บางคนอาจมี สายสัมพันธ์อื่นๆ ซึ่งบุคคลที่เป็นจุดศูนย์กลางไม่รู้จัก

จึงกล่าวได้ว่า เครือข่ายทางสังคม สายใยความสัมพันธ์ ของบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลอื่นๆ ที่ สัมพันธ์กันรู้จักกันโดยตรงหรือโดยอ้อม เช่น รู้จักผ่านบุคคลอื่นก็ได้ เครือข่ายทางสังคมจึงมีหลาย ระดับของความใกล้ชิดและความห่าง

เครือข่ายทางสังคม เป็นแนวคิดที่มีหลายองค์ประกอบร่วมกัน หรือเป็นผลรวมของ องค์ประกอบหลายองค์ประกอบ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ขนาดของกลุ่มสังคม ความถี่ในการพบปะกันของสมาชิกในกลุ่มสังคม ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ระยะเวลาในการติดต่อ เป็นต้น เครือข่ายทางสังคมจะแสดงให้เห็นถึงสัมพันธภาพของบุคคลในสังคม โดยที่บุคคลจะมีการ ติดต่อและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการตอบสนองความต้องการของบุคคล (Berkman et al., 2000) สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าเครือข่ายทางสังคมเป็นสื่อกลาง ที่ทำให้บุคคลมีความสัมพันธ์กับ บุคคลอื่น เพราะการติดต่อกับบุคคลอื่นทำให้บุคคลได้รับการช่วยเหลือเกื้อหนุนด้านต่างๆ และเกิด ความพึงพอใจ (Antonucci, Birditt, & Akiyama, 2009; Kahn & Antonucci, 1980)

องค์ประกอบของเครือข่ายทางสังคม

องค์ประกอบของเครือข่ายทางสังคมได้มีนักวิชาการเสนอแนวคิดไว้หลายรูปแบบ ดังต่อไปนี้
Gottlieb (1985) ได้แบ่งระดับของเครือข่ายทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกว้าง (Macro Level) คือการวัดโดยพิจารณาถึงกิจกรรมร่วม และการมีส่วนร่วมในสังคม โดยวัดจากลักษณะต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับ บุคคลต่างๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (Mezzo Level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของ เครือข่ายสังคมด้วยการวัดอย่างเฉพาะเจาะจง ถึงกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่มเพื่อน ชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมระดับนี้คือ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัตถุ ความเป็นมิตร และการสนับสนุนด้านอารมณ์

3. ระดับแคบ หรือระดับเล็ก (Micro Level) คือ การวัดที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม มาจากการให้การสนับสนุนทาง อารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น ภรรยา สามี หรือคนที่รัก

Pender (1987) แบ่งเครือข่ายทางสังคมออกเป็น 5 ประเภทตามลักษณะของบุคคลในกลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มธรรมชาติ ได้แก่ บิดา มารดา บุตร คู่ครอง ญาติพี่น้อง

2. กลุ่มบุคคลใกล้ชิดได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน บุคคลสำคัญหรือบุคคลใกล้ชิดเพื่อน
3. กลุ่มบุคคลทางศาสนา ได้แก่ พระ หรือผู้นำทางศาสนาต่างๆ
4. กลุ่มบุคลากรวิชาชีพ ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่ประกอบอาชีพที่ให้บริการทางสังคม เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หนายความ

5. กลุ่มอื่นๆที่ให้การสนับสนุน ได้แก่ กลุ่มที่ให้ความช่วยเหลือกันในชุมชน

Caplan (1974) แบ่งเครือข่ายทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ได้แก่ คู่ครอง
2. บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง เช่น ปู่ย่า ตายาย พ่อแม่ ลูก
3. บุคคลที่อยู่ในครอบครัวใกล้ชิดกัน เช่น เพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน
4. กลุ่มวิชาชีพ เช่นบุคลากรวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

ส่วน Kahn และ Antonucci (1980) ได้เสนอ Convoy model ในความสัมพันธ์ของเครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคมของบุคคลกับบุคคลอื่นๆ รอบข้าง ทั้งสมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือบุคคลอื่นๆ ที่เป็นแหล่งทรัพยากรในการช่วยเหลือเมื่อบุคคลต้องการ โดยมีบุคคลนั้นเป็นแกนกลาง โครงสร้างและขนาดของเครือข่ายทางสังคมใน Convoy model ประกอบด้วย 3 วง (circles) ตามระดับความใกล้ชิด ความผูกพันและความสัมพันธ์ ได้แก่ เครือข่ายบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดที่สุด (inner circle) บุคคลที่อยู่ใกล้ชิดในระดับกลางๆ (middle circle) และบุคคลที่ใกล้ชิดในระดับรอบนอกๆ (outer circle) โดยบุคคลที่เป็นแกนกลางเป็นผู้รายงานตามการรับรู้ อารมณ์ความรู้สึก และประสบการณ์ ในการวางตำแหน่งของบุคคลรอบข้างที่มีความสัมพันธ์กับบุคคลนั้น กลุ่มบุคคลที่อยู่วงในสุดจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่สุดในการดูแลช่วยเหลือที่บุคคลที่เป็นแกนกลางให้ความสำคัญหรือขาดไม่ได้ ส่วนบุคคลอีก 2 วงรอบนอก ก็จะมีค่าความสำคัญรองๆ ลงไป ดังนั้นใน Convoy model จึงประกอบด้วย เครือข่ายทางสังคม การเกื้อหนุนทางสังคม และความพึงพอใจต่อการเกื้อหนุนที่ได้รับ (Antonucci, Birditt, & Akiyama, 2009)

Boissevain (1974) และ Berkman และคณะ (Berkman & Glass, 2000; Berkman et al., 2000) วิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมโดยใช้เกณฑ์ลักษณะโครงสร้างและลักษณะความสัมพันธ์ กำหนดขอบเขตของเครือข่ายทางสังคม อธิบายให้เราทราบถึงพฤติกรรมและเนื้อหาของความสัมพันธ์กันภายในเครือข่ายทางสังคมของบุคคล การที่บุคคลจะมีเครือข่ายทางสังคมมากหรือน้อยเกี่ยวข้องกับลักษณะโครงสร้างและลักษณะความสัมพันธ์ สรุปได้ดังนี้คือ

1. ขนาดของกลุ่มสังคม เนื่องจากมนุษย์ต้องอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม มนุษย์จึงได้ชื่อว่า เป็นสัตว์สังคม ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันในการตอบสนองความต้องการต่างๆ ตั้งแต่เกิดขึ้นมาจนตาย ขนาดของกลุ่มสังคมหมายถึง จำนวนคนในกลุ่มสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กัน ขนาดของกลุ่มสังคมจะเล็กหรือใหญ่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ชนิดของความสัมพันธ์ ลักษณะความห่างไกลทางภูมิศาสตร์ ลักษณะวัยของบุคคลในกลุ่ม ขนาดกลุ่มสังคมขึ้นอยู่กับช่วงวัยของบุคคล โดยวัยเด็ก กลุ่มสังคมส่วนใหญ่จะเป็นเครือญาติหรือบุคคลในครอบครัว เมื่อเติบโตเข้าสู่วัยรุ่นกลุ่มเครือข่ายเพื่อนก็จะมามากขึ้น วัยทำงานจะมีกลุ่มทางสังคมมากขึ้นทั้งกลุ่มเพื่อน เพื่อนร่วมงาน และกลุ่มวิชาชีพ เมื่อถึงวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยเกษียณจากการทำงานขนาดของกลุ่มสังคมจะเล็กลงเรื่อยๆ (Kahn & Antonucci, 1980)

2. ลักษณะของความสัมพันธ์ เป็นขอบเขตความผูกพันซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่มสังคม ลักษณะของบุคคลที่ผูกพันด้วย หมายถึง คุณสมบัติเฉพาะบุคคลซึ่งสัมพันธ์กัน ความผูกพันต่อกันนี้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะดังนี้

1) กลุ่มเครือญาติ เป็นกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์กันทางชีวภาพและตามกฎหมาย สมาชิกในกลุ่มนี้จะใช้เวลาาร่วมกันมาก มีชนิดของกิจกรรมและปฏิสัมพันธ์หลายชนิด อาจมีความถี่ในการติดต่อสูง มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารซึ่งกันและกัน กลุ่มเครือญาติในครอบครัวไทยนับเป็นกลุ่มสังคมที่มีบทบาทสำคัญต่อบุคคล เนื่องจากครอบครัวจัดเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดของสังคม และครอบครัวก็เป็นแหล่งทรัพยากรพื้นฐานในบทบาทหน้าที่ของการดูแลผู้สูงอายุไทย

2) กลุ่มไม่ใช่ญาติ เป็นบุคคลที่เรามีสิทธิ์ในการเลือกคบด้วยเหตุผลส่วนตัว เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน คนข้างเคียงที่ต้องพบปฏิสัมพันธ์กันบ่อย หรือมีความสนใจร่วมกัน หรือมีค่านิยมร่วมกัน กลุ่มเพื่อนเหล่านี้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้มีอายุ เพศ และระดับการดำเนินชีวิตคล้ายคลึงกัน กลุ่มเพื่อนซึ่งมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุพบปะเพื่อนวัยเดียวกัน มีความสนใจในสิ่งเดียวกัน ทำให้ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนความรู้สึกต่าง ๆ ที่มีต่อกัน (กัตติกา ณะขว่าง และคณะ, 2553)

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อ ระยะเวลาที่บุคคลรู้จักหรือติดต่อกันเป็นช่วงเวลา บุคคลเริ่มทำความรู้จักกัน และดำเนินชีวิตสัมพันธ์กันเรื่อยมา ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อกันและกัน แสดงให้เห็นถึงความมั่นคงต่อกัน หากบุคคลมีความสัมพันธ์กันอย่างแน่นแฟ้น และรู้จักกันในระยะเวลาอันนานก็จะทำให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น โดยเมื่อบุคคลรู้จักและติดต่อกันในระยะเวลาอันนานขึ้น ก็ทำให้มีความสนิทสนมกันมากขึ้น ทำให้เกิดการช่วยเหลือกันมากขึ้นตามไปด้วย

4. ความถี่ในการติดต่อ ความถี่ในการติดต่อกันเป็นความบ่อยครั้งที่บุคคลติดต่อกัน ความถี่ในการติดต่อกันจะแสดงให้เห็นถึงความมั่นคงและความผูกพันมั่นคงเหนียวของสังคมนั้นๆ ลักษณะเครือข่ายทางสังคมที่ดี บุคคลจะต้องพบปะกันบ่อย ยิ่งบ่อยเท่าใดยิ่งดีขึ้นไปนั้น ทั้งนี้เพราะการพบปะกัน ทำให้บุคคลมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนสิ่งของ บริการ และได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ขณะเดียวกันการพบปะกันอย่างสม่ำเสมอจะดำรงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ดี

5. วิธีที่ใช้ในการติดต่อ การติดต่อสื่อสารเป็นขบวนการที่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นความต้องการอย่างหนึ่งของมนุษย์ การติดต่อสื่อสารมีหลายชนิด เช่น จดหมาย โทรศัพท์ พบปะพูดคุย เป็นต้น การติดต่อกันระหว่างบุคคลจะนำไปสู่การมีสัมพันธ์ภาพทางสังคมของบุคคล ซึ่งสัมพันธ์ภาพทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการหลายอย่าง

เล็ก สมบัติ (2549) แบ่งเครือข่ายทางสังคม (Social networks) ตามความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน เป็นเครือข่าย 2 ประเภทใหญ่ ๆ ได้แก่

1. เครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการ (Informal networks) เป็นเครือข่ายของกลุ่มเบื้องต้นที่มีสัมพันธ์ภาพใกล้ชิดกัน ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และเพื่อนบ้าน ที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือทั้งเรื่องทั่วไปและจิตใจ การช่วยเหลือกัน เกิดจากความรู้สึกผูกพันกันเป็นเวลานาน เป็นความรับผิดชอบเกิดจากแรงผลักดันหรือแรงกระตุ้นจากปัจจัยหนึ่ง ๆ หรือหลายปัจจัย ได้แก่ ความรักที่มีต่อกัน บรรทัดฐานทางสังคมที่ต้องแสดงความรับผิดชอบซึ่งกันและกัน หรือแม้แต่ความต้องการหลีกเลี่ยงการทำความผิดเหล่านี้ เป็นต้น ถึงแม้ว่าการให้บริการโดยปกติขึ้นอยู่กับคุณลักษณะทั้งผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแล

ก็ตาม โดยทั่วไปผู้สูงอายุค่อนข้างจะชอบการช่วยเหลืออย่างไม่เป็นทางการจากบุคคลผู้ใกล้ชิดมากกว่า และเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องมากที่สุด ในชีวิตประจำวันของเขา ซึ่งผลการศึกษาหลายเรื่องพบว่า ผู้ที่เป็นเครือญาติ ซึ่งได้แก่ คู่สมรส และบุตร ตามด้วยเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน จะเป็นที่ต้องการของผู้สูงอายุมากเรียงตามลำดับ

2. เครือข่ายอย่างเป็นทางการ (Formal networks) เป็นลักษณะของเครือข่ายอ้อมลักษณะหนึ่ง เป็นการทำหน้าที่ของบุคคล องค์กร สถาบัน ในลักษณะของการบริการที่มีจุดมุ่งหมายในการจัดขึ้นเพื่อให้บริการเฉพาะอย่างหรือเพื่อช่วยเหลือครอบครัวให้สามารถทำหน้าที่ต่อไปได้ เครือข่ายประเภทนี้บางครั้งมีการคิดค่าบริการด้วยเครือข่ายอย่างเป็นทางการของผู้สูงอายุเป็นลักษณะของการให้บริการในที่อยู่อาศัยและการจัดบริการโดยชุมชน เช่น การดูแลส่วนบุคคล การดูแลโดยศูนย์บริการกลางวัน การดูแลโดยเพื่อนบ้านรวมถึงการดูแลในระยะสุดท้าย ด้วยหน้าที่ของเครือข่ายอย่างเป็นทางการจะเกิดขึ้น ต่อเมื่อเครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้แล้วจึงถูกส่งต่อมาให้ทำหน้าที่ของเครือข่ายอย่างเป็นทางการ คือลักษณะของการจัดการอย่างถาวรสำหรับผู้สูงอายุให้อาศัยอยู่ในสถานพยาบาลหรืออยู่ในสภาวะแวดล้อมที่มีความเป็นส่วนตัวน้อย ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการจะเป็นผู้กำหนดวิธีการดำเนินชีวิตและช่วยกำหนดความคาดหวังต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุด้วย

ในบริบทของผู้สูงอายุไทย เครือข่ายทางสังคมมีอยู่หลายระดับ ทั้งเครือข่ายใกล้ชิดซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความผูกพันตามธรรมชาติ ได้แก่ บุตร หลาน บุคคลในครอบครัว หรือญาติพี่น้อง เครือข่ายรอง ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน ที่ไปมาหาสู่กันในชุมชน และเครือข่ายขยาย ได้แก่ กลุ่มบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุในกิจกรรมบางอย่าง เช่น บุคลากรวิชาชีพ ที่ให้บริการทางด้านสุขภาพหรือด้านสังคม จากองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย เครือข่ายทางสังคมที่สำคัญที่สุดคือ เครือข่ายเครือญาติหรือครอบครัว ได้แก่ บุตร หลาน หรือญาติพี่น้อง เนื่องจากยิ่งสูงอายุมาก ความเสื่อมตามกาลเวลา การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และการประสบกับข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวหรือการได้ยินมองเห็น ก็จะเพิ่มมากขึ้นด้วย (Robine, 2007) ผู้สูงอายุวัยปลายจึงมีอัตราพึ่งพาค่อนข้างสูง จากการศึกษาของ จอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ (Knodel & Chayovan, 2009) พบว่าอัตราการอยู่อาศัยกับบุตรพบมากที่สุดในผู้สูงอายุวัยปลาย (ร้อยละ 68) แม้แต่บุตรที่ย้ายถิ่นไปอยู่ที่อื่นส่วนใหญ่จะย้ายถิ่นกลับมาอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันเมื่อผู้สูงอายุบิดามารดามีปัญหาทางด้านสุขภาพหรือมีภาวะพึ่งพา (Zimmer & Knodel, 2010) อย่างไรก็ตามเพื่อนบ้านหรือชุมชนก็เป็นกลุ่มเครือข่ายทางสังคมหนึ่งที่มีบทบาทในการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุทั้งที่เป็นการดูแลแทนหรือช่วยเหลือกรณีที่บุตรอยู่ที่อื่น หรือดูแลช่วยเหลือในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีใครดูแลหรือประสบกับความยากลำบาก (Subgranon & Lund, 2000)

ดังนั้นดังนั้นสรุปได้ว่า ลักษณะความสัมพันธ์การช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการด้านต่างๆของบุคคลภายในเครือข่ายทางสังคม จึงขึ้นอยู่กับขนาดและจำนวนสมาชิกของกลุ่มสังคมที่อาศัยอยู่ มีเครือข่ายทางสังคมที่ดี ความสัมพันธ์ที่มีต่อกันอย่างลึกซึ้งแน่นแฟ้น มีการติดต่อสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอ การศึกษาเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือของประเทศไทยจึงมุ่งศึกษาในหลายองค์ประกอบครอบคลุมประเด็นเครือข่ายทางสังคม 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มเครือญาติ เช่น คู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติพี่น้อง และกลุ่มที่ไม่ใช่ญาติ ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือชุมชน และ

หน่วยงานภาครัฐต่างๆ ขนาดและจำนวนสมาชิกของกลุ่มสังคมเหล่านี้ที่ผู้สูงอายุวัยปลายอาศัยอยู่ ความสัมพันธ์ที่มีต่อกันอย่างลึกซึ้งซึ่งแน่นแฟ้น มีความถี่และระยะเวลาของการติดต่อสื่อสารกันและวิธีการติดต่อสื่อสารกันอย่างไร ซึ่งอาจจะกล่าวได้ว่า การที่ผู้สูงอายุวัยปลายจะได้รับความช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ มาจากลักษณะของโครงสร้างและลักษณะของความสัมพันธ์ของตนเองกับเครือข่ายทางสังคม

แนวคิดการเกื้อหนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านสังคมที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุ คือ การได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว บุตร หลานญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และชุมชน ทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า เครือข่ายทางสังคมมีหน้าที่ให้การเกื้อหนุนทางสังคม ดังนี้

1. ด้านการช่วยเหลือดูแล บุคคลในเครือข่ายทางสังคมจะช่วยให้อีกบุคคลหนึ่งบรรลุเป้าหมายที่ต้องการหรือปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ โดยเครือข่ายทางสังคมจะเป็นแหล่งให้การเกื้อหนุนในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1.1 ให้สิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต ได้แก่ เงิน สิ่งของที่ต้องการ

1.2 ให้การประคับประคองด้านจิตใจ ได้แก่ การให้ความรัก ความอบอุ่น

2. ด้านการให้คำแนะนำ บุคคลในเครือข่ายทางสังคมจะเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือแนวทางที่กระทำในเรื่องต่างๆ เพื่อช่วยให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

3. ด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับ บุคคลในเครือข่ายทางสังคมจะเป็นผู้ประเมินสิ่งต่างๆ ที่อีกบุคคลหนึ่งได้กระทำลงไป และให้คำติชมที่เป็นประโยชน์สามารถใช้เพื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลง หรือปรับปรุงตนเองให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ

Kahn และ Antonucci (1980) แบ่งการเกื้อหนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การให้ความช่วยเหลือ (aid) เป็นการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม ในรูปแบบของวัสดุ สิ่งของ เงินทอง รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่างๆ

2. การให้ความรักและสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (affection) เป็นการแสดงออกซึ่งการให้การยอมรับ ยกย่อง เคารพนับถือ หรือด้วยความรัก ความเอาใจใส่

3. การให้การรับรอง (affirmation) เป็นการแสดงออกซึ่งการให้การยอมรับ ถึงคุณค่าของบุคคล และเห็นด้วยในความคิดและการกระทำของบุคคลว่าถูกต้องเหมาะสม

Krause และ Markides (1990) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นข้อมูลและการแสดงออกที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่าซึ่งมักจะได้รับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2. การให้ความช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรม (tangible support) เป็นการช่วยเหลือเกื้อหนุนหรือช่วยทำกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม เช่น ช่วยเหลือเรื่องการเดินทางหรือรับส่ง เช่น พาไป

เยี่ยมญาติ ไปสถานพยาบาล หรือไปเที่ยวในสถานที่ต่างๆ ช่วยทำงานบางอย่างให้เสร็จ เช่น งานบ้าน หรืองานต่างๆ ภายในบ้าน และการช่วยเหลือในการพาไปจับจ่ายซื้อของ

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (informational support) เป็นการให้คำแนะนำ ข้อมูล และการชี้แนะแนวทาง ที่ควรปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหา ที่ทำให้เรื่องยากๆ เป็นเรื่อง ที่เข้าใจได้ง่าย รวมทั้งวิธีการปฏิบัติที่ได้ผลมาแล้วเมื่อเจอสถานการณ์ที่ตึงเครียดซึ่งคล้ายกับที่ผู้สูงอายุ กำลังประสบอยู่

เล็ก สมบัติ (2549) แบ่งการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ ออกเป็นหลายลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

1) การเกื้อหนุนทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในครอบครัว แม้ผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะมีปัจจัย เกื้อหนุนทางสังคมอ่อนแอกว่าประชากรวัยอื่นก็ตามแต่ผู้สูงอายุเกือบทุกคนมีระบบเกื้อหนุนบางอย่าง อยู่บ้าง ระบบดังกล่าวมีความสำคัญต่อการช่วยให้การดำเนินต่อไปได้แท้ที่จริงและสมาชิกใน ครอบครัวเป็นผู้ให้ความเกื้อหนุนอย่างมากและเป็นตัวแทนเครือข่ายและทรัพยากรทางสังคมที่ สำคัญของผู้สูงอายุครอบครัวเป็นระบบเกื้อหนุนทางสังคมที่สำคัญระบบหนึ่งของผู้สูงอายุเป็นระบบที่ สร้างการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมและโดยเฉพาะ อย่างยิ่งในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ครอบครัวมีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุด้าน ต่างๆ อาทิ การทำกิจกรรมร่วมกัน การยกย่องเคารพนับถือ

2) การเกื้อหนุนทางอารมณ์ และจิตใจ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต่างได้รับการเกื้อหนุนทางด้าน อารมณ์ และจิตใจ จากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคคลในชุมชนและจากกลุ่มของผู้สูงอายุ ด้วยกันเอง สำหรับครอบครัวนั้นผู้ที่ให้การเกื้อหนุนมากที่สุด คือ คู่สมรส (ภรรยา เป็นผู้ดูแล และ ช่วยเหลือผู้สูงอายุมากกว่าบุคคลอื่น) ลักษณะการเกื้อหนุนทางอารมณ์และจิตใจ เป็นการแสดงออก โดยการแสดงความรักความห่วงใย การเอาใจใส่ การยอมรับ รับฟัง พุดคุยด้วยเหตุและผล เป็นต้น

3) เกื้อหนุนด้านสิ่งของและบริการ ลักษณะการสนับสนุน ด้านสิ่งของและบริการต่าง ๆ นั้น ครอบครัวมีส่วนในการสนับสนุนด้านการเงิน เสื้อผ้าและของใช้ในชีวิตประจำวันมากกว่าอย่างอื่น รวมทั้งด้านอาหารการกิน การสนับสนุนด้านการเงินนั้นเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุปรารถนามากกว่าการ สนับสนุนอย่างอื่นส่วนการสนับสนุนเกี่ยวกับเสื้อผ้า ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะได้รับนาน ๆ ครั้ง บางรายเพียงปีละ 1 ครั้งนั้น แต่เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจมาก การเกื้อหนุนด้านบริการนั้น พิจารณาจากบริการสวัสดิการสังคมที่จัดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุโดยภาครัฐและเอกชน ซึ่งบริการ สวัสดิการสังคมที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุด คือ บริการด้านสาธารณสุข ซึ่งเป็นบริการด้านการป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ บริการสวัสดิการสังคมด้านอื่น ๆ นั้น เป็นบริการที่เกิด จากการจัดขึ้นเป็นครั้งคราว โดยภาครัฐและภาคเอกชน บริการอีกประเภทหนึ่ง เป็นบริการที่เกิดจาก สิทธิของความเป็นผู้สูงอายุที่รัฐให้ได้แก่ การมีสิทธิในการได้รับบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ การสงเคราะห์ เบี้ยยังชีพหรือบริการที่จัดขึ้นเฉพาะกลุ่มที่เป็นสมาชิก ได้แก่ ฌาปนกิจสงเคราะห์ บริการเงินกู้เพื่อ ประกอบอาชีพ และบริการอื่น ๆ ที่กลุ่มจัดขึ้นในโอกาสสำคัญต่าง ๆ ซึ่งจะเห็นว่า บริการสวัสดิการ สังคมสำหรับผู้สูงอายุยังมีน้อย ไม่ครอบคลุมทุกประเภท

4) การเกื้อหนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัวค่อนข้างน้อยมาก เมื่อเทียบกับการเกื้อหนุนด้านอื่น ๆ แต่ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่ง สามารถแสวงหาได้ด้วยตนเอง โดย

เปิดรับจากสื่อต่างๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในการรับรู้ข่าวสารต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมนับเป็นการสร้างการเรียนรู้

มีผู้กล่าวจนเป็นที่รับรู้ทั่วกันว่าการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเป็นสิ่งที่มียุอยู่ในสังคมไทย อันเป็นสังคมแห่งพุทธศาสนา ผู้คนมีจิตใจเมตตา เผื่อแผ่อุปถัมภ์ซึ่งกันและกัน แนวคิดการเกื้อหนุนทางสังคมนี้ สามารถนำมาอธิบายความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลต่างๆ ที่อยู่อาศัยในชุมชนเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน รวมทั้งหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยการช่วยเหลือที่ได้รับนี้อาจจะเป็นรูปธรรม เช่น อาหาร เงิน เสื้อผ้า เป็นต้น หรือนามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การยอมรับ ความรู้ ข่าวสาร เป็นต้น การช่วยเหลือเกื้อหนุนจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และมีความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งครอบครัวเป็นแหล่งเกื้อหนุนทางสังคม ที่มีความสำคัญและใกล้ชิดต่อผู้สูงอายุมากที่สุด รองลงมาจะเป็นกลุ่มญาติพี่น้องและกลุ่มเพื่อน แต่อย่างไรก็ตาม ความต้องการสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ จะมีมากน้อยต่างกัน ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคล ดังนั้นครอบครัว จึงเป็นหน่วยทางสังคมพื้นฐานที่เป็นแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุไทย (จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ, 2544 ; Subgranon & Lund, 2000) อันมีพื้นฐานมาจาก ความเชื่อ การให้คุณค่า และหลักธรรมคำสอนของพุทธศาสนา ในภาระหน้าที่ของบุตรหลาน (filial obligation) และเรื่องความกตัญญู กตเวที (ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ, 2555; Kespichayawattana, 1999) ที่มีต่อบุพการี

กล่าวโดยสรุป การเกื้อหนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุมีหลากหลายมิติ ทั้งการเกื้อหนุนทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม รวมทั้งด้านจิตวิญญาณ โดยครอบครัวเป็นแหล่งทรัพยากรหรือสถาบันหลักในการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีเครือข่ายทางสังคมอื่นๆ ที่มีบทบาทในการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุ เช่น เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน องค์กรต่างๆ ของรัฐ และนักวิชาชีพ เป็นต้น การบูรณาการการเกื้อหนุนทางสังคมที่เชื่อมโยงตั้งแต่ครอบครัว เพื่อนบ้าน และชุมชน รวมทั้งองค์กรวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้ระบบการเกื้อหนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุ มีคุณภาพและมีความเข้มแข็งมากขึ้น

มีนักวิชาการหลายคนชี้ว่าการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุโดยครอบครัวเป็นชุดความรู้ที่เกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคมและวัฒนธรรม ของประชาชนในแต่ละบริบท (Albert, 1990; Cowgill, 1972) อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างวัย (Intergenerational relations) ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาครอบครัวและวัฒนธรรมในประเทศตะวันตก (Johnson, 1995) จึงทำให้มีแบบวัดการเกื้อหนุนทางสังคมหลายแบบวัดที่พัฒนามาจากความสัมพันธ์ระหว่างกันในบริบทวัฒนธรรมตะวันตก ที่นักวิชาการไทยส่วนใหญ่นำมาใช้ แต่ด้วยความแตกต่างของบริบทที่สังคมไทยผูกยึดกับความเชื่อทางศาสนาพุทธ ความกตัญญู กตเวที อันอาจมีผลต่อรูปแบบการการเกื้อหนุนทางสังคมต่อสูงอายุโดยบุตรหลาน หรือบุคคลรอบข้าง จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมานอกจากพบว่าการศึกษาที่มุ่งเน้นเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลายมีน้อยมากแล้ว ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับเครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายที่มาจากมุมมองหรือการรับรู้จากตัวผู้สูงอายุเอง โครงการศึกษาวิจัยมุ่งเน้นศึกษาเครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายในบริบทของผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือ เพื่อเติมเต็มในส่วนขาดขององค์ความรู้เหล่านี้ และเพิ่มความเข้าใจที่ลึกซึ้งถึงระบบการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือได้

แนวคิดทุนทางสังคม

หลักการพื้นฐานของทุนทางสังคม เชื่อว่าจะช่วยให้เกิดเครือข่ายทางสังคมขึ้น และเชื่อว่า ทุนทางสังคมเป็นกระบวนการที่มีความเป็นพลวัตสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระดับ และกระบวนการดังกล่าวอาจได้รับอิทธิพลจากภายนอกด้วยก็ได้ ซึ่งกระบวนการที่เกิดขึ้นนี้เป็นผลมาจากคนที่มีการปรับเปลี่ยนระบบวิถีคิด และวิถีปฏิบัติ ที่สอดคล้องกับศีลธรรม ทั้งในระดับปัจเจก กลุ่ม/องค์กร ชุมชน และสังคม และเชื่อว่าเป้าหมายสุดท้ายของกระบวนการทุนทางสังคม จะทำให้เกิดการจัดสรร การกระจายทรัพยากร ให้กับสมาชิกในสังคมอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ช่วยสร้างพลังในการขับเคลื่อนงานต่างๆ หรือช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนได้ (วรฤทธิ โรมรัตน์พันธ์, 2548)

ทุนทางสังคม มีความเชื่อมโยงกับโครงสร้างทางสังคม เช่น เครือข่ายและการเชื่อมสัมพันธ์กับรูปแบบการรับรู้ของทุนทางสังคม ความเชื่อมโยงกับความเป็นวัตถุ เช่น เครือข่ายสังคม (Social networks) ประชาสังคม ชุมชน หรือองค์ประกอบที่จับต้องไม่ได้ เช่น ความไว้วางใจ (Trust) การต่างตอบแทน (Reciprocal) การมีส่วนร่วม (Participation) และความเข้มแข็งทางสังคม (Social cohesion) (Putnam, 2000; Baum & Ziersch, 2003) การสร้างตัวชี้วัดทุนทางสังคมส่วนใหญ่จึงเกี่ยวข้องกับ ความไว้วางใจ การมีจิตสาธารณะ การมีส่วนร่วม และเครือข่ายทางสังคม เช่น คาวาชิ และคณะ (Kawachi, Kennedy, & Glass, 1999) ได้กำหนดตัวชี้วัดทุนทางสังคม 3 ตัวคือ ความไว้วางใจระหว่างบุคคล บรรทัดฐานของการต่างตอบแทน และรายได้ต่อหัวของสมาชิก/กลุ่มอาสาสมัคร ส่วนอานันท์ กาญจนพันธ์ (2541) ได้กล่าวถึงทุนทางสังคมในสังคมไทยว่าอยู่ภายใต้หลักการที่สำคัญ 2 ประการ คือ หลักการตอบแทนกัน (reciprocity) และหลักการใช้ประโยชน์ร่วมกัน (communality)

ทุนทางสังคมในประเทศไทย มีนักวิชาการให้ความหมายที่หลากหลาย โดยส่วนใหญ่ให้ความหมายของทุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องค่านิยม จิตใจ ปรัชญา และทรัพยากรธรรมชาติ (พระวี สีเหลืองสวัสดิ์, 2545)

อรทัย ศรีทองธรรม (Srithongtham, 2009) กล่าวถึงการให้ความหมายทุนทางสังคมในแนวคิดของนักวิชาการไทย นั้นมีความหลากหลาย ตั้งแต่การให้ความหมายที่เกี่ยวกับระบบความสัมพันธ์ และสถาบันทางสังคมที่นำไปสู่การจัดการ ทรัพยากร ที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรม ภูมิปัญญา จารีตประเพณี และทรัพยากรสังคม และสมาชิกในชุมชนสามารถใช้เพื่อต่อรองกับบุคคลภายนอกชุมชนได้ การให้ความหมายแบบบูรณาการและเป็นนามธรรมมากคือระบบความรู้ วิธีคิด จิตใจ และจิตวิญญาณที่ใช้เพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีความสุข ถือเป็นผลรวมของสิ่งที่ดีงามที่มีในสังคม อันเกิดจากการสั่งสม ต่อยอด รวมทั้งการรวมตัวของคนที่มีความดีเพื่อสร้างประโยชน์ส่วนรวมบนพื้นฐานความไว้วางใจ เชื่อใจ สายใยผูกพันและวัฒนธรรมที่ดีงาม และการให้ความหมายโดยมองที่ผลลัพธ์ของทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิมในสังคมไทย ที่ใช้ในการจัดการปัญหาของชุมชน

เสรี พงศ์พิศ (2546) ให้ความหมายของทุนทางสังคมที่ครอบคลุมทั้งส่วนที่เป็นระบบความสัมพันธ์ และสถาบันทางสังคม โดยระบุว่าทุนทางสังคมประกอบด้วย

1) คุณค่าและระบบคุณค่าทางสังคม หมายถึงกฎเกณฑ์ทางสังคม จารีต ประเพณี วิถีปฏิบัติ ในชุมชน ระบบการจัดการชีวิตและทรัพยากร ความเป็นพี่น้อง ความไว้วางใจกัน ความรัก ความซื่อสัตย์ การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน คุณค่าซึ่งร้อยรัดผู้คนให้อยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว เป็นชุมชนให้พึ่งพาอาศัยกัน

2) สถาบันทางสังคม หมายถึงครอบครัว ชุมชน ศาสนา สถาบันต่างๆ การเมืองการปกครอง กฎหมาย องค์กร ชมรม สมาคม ประชาคม ประชาสังคม และเครือข่าย

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2548) ได้ให้ความหมายของทุนทางสังคมที่เป็นภาพรวมของประเภทหลายๆ ทุน ที่สำคัญไม่มีการแยกออกจากกัน โดยให้ความหมายว่าทุนทางสังคม คือ ผลรวมของสิ่งที่ดีงามที่มีในสังคม อันเกิดจากการสั่งสม ต่อยอด รวมทั้งการรวมตัวของคนที่มีความดี เพื่อสร้างประโยชน์ส่วนรวมบนพื้นฐานความไว้วางใจ เชื่อใจ สายใยผูกพันและวัฒนธรรมที่ดีงาม ซึ่งหากนำมาพัฒนาและใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสมแล้ว จะเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติ และสังคม ให้เกิดความสมดุลและยั่งยืน สำหรับองค์ประกอบของทุนทางสังคมนั้นควรประกอบด้วย

1) ทุนมนุษย์ ที่มีคุณภาพ มีความรู้ สติปัญญาและทักษะ มีคุณธรรม มีวินัย และความรับผิดชอบ มีทัศนคติที่ดีในการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการรวมกลุ่ม และสร้างเครือข่าย เพื่อสร้างประโยชน์ให้ส่วนรวม

2) ทุนที่เป็นสถาบัน ได้แก่ สถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา ศาสนา การเมืองรวมทั้งองค์กรที่ตั้งขึ้นมา เช่น องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน สมาคมวิชาชีพ

3) ทุนทางปัญญาและวัฒนธรรม ครอบคลุมถึงระบบคุณค่า เช่น คุณธรรม วินัย จิตสำนึกสาธารณะ วัฒนธรรมไทยและภูมิปัญญาท้องถิ่น แหล่งประวัติศาสตร์ โบราณคดี ฯลฯ

อมรา พงศาพิชญ์ และเบญจมา ยอดดำเนิน แอดดิก (2543) ให้ความหมายของทุนทางสังคมที่เชื่อมโยงระหว่างระบบความสัมพันธ์กับวัฒนธรรม โดยให้ความหมายทุนทางสังคมว่า หมายถึงความสัมพันธ์ทางสังคมทั้งในแนวราบและแนวตั้ง ระหว่างบุคคล สถาบัน และ/หรือองค์กรต่างๆ ทั้งในรูปปัจเจก กลุ่ม และเครือข่าย ทั้ง ค่านิยม บรรทัดฐานที่สังคมยึดถือซึ่งมีผลต่อวิถีการผลิตในระดับครอบครัว ชุมชน และประชาสังคม นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงทุนทางสังคมโดยเชื่อมโยงกับความสัมพันธ์ในระบบอุปถัมภ์ที่มีค่านิยมในการตอบแทนบุญคุณ ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนแบบไม่เท่าเทียมกัน รวมทั้งการมีเครือข่ายการตอบแทนและใช้ประโยชน์ร่วมกัน

สำหรับการให้ความหมายทุนทางสังคมที่เป็นนามธรรม ที่มองว่าทุนทางสังคมเป็นระบบความรู้ วิธีคิด จิตใจ และจิตวิญญาณที่ใช้เพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคม ดังที่อานันท์ กาญจนพันธุ์ (2544) ให้ความหมายว่าเป็น “ระบบความรู้ วิธีคิด คุณธรรมในการดำรงชีพ บรรทัดฐาน ที่เอื้อให้ชุมชนปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การเป็นชุมชน สิทธิในการอยู่ร่วมกัน และการทำบุญเป็นต้น ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการให้ความหมายโดย อเนก นาคะบุตร (2545) ที่ให้ความหมายว่า “ทุนทางสังคม คือจิตวิญญาณ จิตใจ ความรู้สึกสำนึก ความภาคภูมิใจในตนเอง และความเมตตากรุณา การเกาะเกี่ยวกันทางสังคม การรวมกลุ่มองค์กร หรือการจัดตั้งเป็นเครือข่ายต่างๆ เช่น กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มเกษตรผสมผสานเครือข่ายโรงสีชุมชน เป็นต้น โดยทุนทางสังคมมีสองระดับคือ ทุนทางสังคมของปัจเจกและทุนทางสังคมของชุมชน เช่น ความเสียสละ และการร่วมมือกันในชุมชน ทุนทางสังคมสามารถดูได้จากหลายสิ่ง เช่นรอยยิ้มของคนในสังคม วัด และสถานที่ส่วนรวม

เป็นต้น” (พระรวี สีเหลืองสวัสดิ์, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับ ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม (2542) ที่อธิบายว่า ทูทางสังคม ถือว่าเป็นนามธรรม หมายถึง ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่น ความสามัคคี การรวมพลัง การมีองค์กร มีหน่วยที่จะจัดการ จัดระบบต่างๆ ในชุมชน มีศิลปวัฒนธรรม มีจิตรวมใจ มีศีลธรรม มีความสมัครสมานรักใคร่กลมเกลียวกัน สิ่งเหล่านี้ เรียกว่า ทูทางสังคม ซึ่งจะ เป็นพื้นฐานของท้องถิ่นและชุมชนให้เกิดการพัฒนาที่เข้มแข็งอย่างจริงจังและยั่งยืน เช่นเดียวกับ ประเวศ วะสี (2542) ที่มองเป็นภาพรวมของสังคมว่า ทูทางสังคม หมายถึง การเป็นกลุ่มก้อนทางสังคม การที่คนมารวมกัน เอาความดีมารวมกัน และเอาความรู้มารวมกัน ซึ่งทูทางสังคมนี้จะ เป็นพลังทางสังคมในการแก้ปัญหาของสังคม

มีนักวิชาการไทยและนักพัฒนาอีกจำนวนหนึ่งให้ความหมายทูทางสังคมแบบบูรณาการและการให้ความหมายเป็นนามธรรม ซึ่งมักครอบคลุมระบบคิด ค่านิยม และความเชื่อของคนในสังคม โดยมองว่าทูทางสังคมเป็นสิ่งที่ทำให้คนในสังคมอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข ดังที่บัณฑูร อ่อนดำ ให้ความหมายว่า “ทูทางสังคมคือวัฒนธรรมที่สามารถเอื้อให้มนุษย์อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข เช่น ศีลธรรม จริยธรรม ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ สำนึกร่วม และความเป็นชุมชน ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีอยู่แล้วในชุมชน และบางส่วนก็สามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้ภายในชุมชน ” ส่วน ขบ ยอดแก้ว ให้ความหมายว่า “ทูทางสังคมหมายถึง ทูทางวัฒนธรรม ทูทางจิตใจ สำหรับสังคมไทยแล้ว ศาสนา พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อน และสิ่งต่างๆที่เอื้อให้เกิดภูมิปัญญาในการคิด การทำกิจกรรม และการดำรงชีวิตล้วนเป็นทูทางสังคมทั้งสิ้น” (พระรวี สีเหลืองสวัสดิ์, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับ เสน่ห์ จามริก (2543) ที่ให้ความหมายเพิ่มเติมถึงเรื่องการใช้ทรัพยากรเพื่อการต่อรองกับภายนอกว่า ทูทางสังคม คือวัฒนธรรม ภูมิปัญญา จารีตประเพณี ความสัมพันธ์ และทรัพยากรของสังคม ที่สมาชิกในชุมชนนั้นๆ สามารถใช้เพื่อต่อรองกับบุคคลภายนอกชุมชนได้ เช่น ทูทางสังคมอาจเป็นเครื่องมือของประเทศกำลังพัฒนา ในการดำรงอยู่ในกระแสโลกาภิวัตน์ เป็นต้น

นิธิ เอียวศรีวงศ์ (254 3) กล่าวว่า ทูทางสังคมไม่ใช่เรื่องที่จะต้องสร้างขึ้น มา โดยอาศัยมาตรฐานของตะวันตก ทูทางสังคมมีอยู่แล้วในสังคมไทยเพียงแต่เราหาทางพัฒนาทูทางนั้นให้เข้มแข็งขึ้น ความสัมพันธ์ในครอบครัวและเครือญาติในชนบทก็เป็นทูที่สำคัญไม่อาจมองข้ามไปได้ เราจะ สามารถปรับและสนับสนุนความสัมพันธ์ในครอบครัวและเครือญาติอย่างไร ให้สามารถมีบทบาทใน เศรษฐกิจและสังคมสมัยใหม่ได้

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น กรอบคิดในการวิเคราะห์ทูทางสังคม จึงประกอบด้วยทูทาง วัฒนธรรมชุมชน ทูกลุ่ม/องค์กรต่างๆ ในชุมชน ทูเครือข่ายซึ่งมีทั้งระบบเครือญาติระบบ ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนกับนอกชุมชน ทูปัญญาต่างๆ ในการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ การจัดการทรัพยากรของชุมชน รวมถึงทูบุคคลที่เป็นผู้อาวุโส ปราชญ์ชาวบ้าน และผู้นำต่างๆ ในชุมชน ทูทางสังคมเมื่อเกิดขึ้นแล้ว จะสามารถดำรงอยู่ได้ยาวนานเพียงไร ขึ้นอยู่กับคนและสถาบันต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคม ว่าได้มีการสืบสานความสัมพันธ์อันดีงานทั้งหมดที่ได้กล่าวมาหรือไม่ หากตอบว่าใช่ ในการสืบสานเพื่อดำรงความเป็นทูทางสังคมให้คงอยู่ได้นั้น จะมีเรื่องของความเชื่อการเห็นคุณค่า ประเพณีวัฒนธรรม และกติกามารยาต่างๆ ที่สังคมกำหนดกฎเกณฑ์ ขึ้นมาเป็นสะพาน เชื่อมโยงสายสัมพันธ์ของคนในสังคมให้แนบแน่น สังคมจึงสามารถนำพลังบวก ที่มีอยู่นี้ไปสร้างสรรค์ กิจกรรมต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมได้

ทุนทางสังคมดังที่กล่าวมาเป็นกระบวนการวัฒนธรรมอย่างหนึ่งของสังคมที่ค่อนข้างจะตกผลึกและปฏิบัติในสังคมมา ทั้งในรูปแบบของวิถีชีวิตและในรูปแบบของกระบวนการที่ถูกผลิตซ้ำโดยระบบราชการหรือระบบการศึกษาหรือระบบสื่อสารมวลชน เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่เป็นมาอย่างต่อเนื่อง แนวคิดการพัฒนาหลายครั้งได้ใช้เศรษฐกิจนำหน้าสังคมนำหรือแนวทางพัฒนาอื่นๆ ที่ถูกนำเข้ามาจากข้างนอกนำหน้า แต่มีหลายกิจกรรมเหมือนกันที่พยายามใช้แนวคิดวัฒนธรรมชุมชน จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมองทุนทางสังคมภายใต้เงื่อนไขวัฒนธรรมชุมชนเช่นเดียวกัน

โดยสรุปภาพรวมความหมายของทุนทางสังคมทั้งแนวคิดของตะวันตกและของประเทศไทย พบว่า มีความสอดคล้องกันที่การมองถึงระบบความสัมพันธ์ทั้งในระดับปัจเจกและระดับกลุ่ม เป็นพลังที่มีอยู่ในชุมชน และสังคม ซึ่งเกิดจากการรวมตัวของกลุ่ม คนเพื่อที่จะอยู่ร่วมกัน ทำงานร่วมกัน บนพื้นฐานของความไว้วางใจ (Trust) การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน (Reciprocals) การมีส่วนร่วม (Participation) การมีบรรทัดฐาน (Norm) และค่านิยมร่วมกัน (Value) การสนับสนุนทางสังคมและการช่วยเหลือทางสังคม (Social Support/Assistance) เครือข่ายทางสังคม (Social Network) และเรื่องขององค์กร /สถาบันทางสังคม (Social Institute) และการเข้าถึงและการจัดการทรัพยากรร่วมกัน ส่วนความแตกต่างของทุนทางสังคมตามแนวคิดของไทยที่แตกต่างจากแนวคิดตะวันตกคือ การให้ความหมายในเชิงบูรณาการ ได้แก่เรื่องความเชื่อวัฒนธรรม จิตใจ ความรู้ ความดี ความงาม และความเป็นเครือญาติ และวัฒนธรรมที่ดึงมาของสังคมไทย ซึ่งให้ความหมายทั้งส่วนที่เป็นกระบวนการ และผลลัพธ์ที่เกิดจากการมีทุนทางสังคม

แนวคิดเกี่ยวกับความผาสุก

ความผาสุกในชีวิตเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา และเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากรของประเทศต่าง ๆ ในปัจจุบัน ความผาสุกมีความหมายใกล้เคียงกับคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สุขภาวะ ความสุข คุณค่าของชีวิต และความหมายของชีวิต (Campbell, 1976; McDowell & Newell, 1987) แนวคิดของความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตจึงมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือเมื่อบุคคลมีความพึงพอใจในชีวิตมากย่อมมีความสุขมากตามไปด้วย (Gray et al., 2008)

มีนักวิชาการหลายท่าน ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกไว้คล้ายคลึงและแตกต่างกันหลายแนวคิด พอสรุปได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มที่มีแนวคิดว่าความผาสุกเป็นการรับรู้หรือความรู้สึกของบุคคล ความผาสุกเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสภาวะการณ์ที่เป็นอยู่ โดยมีการแสดงออกในลักษณะของความชื่นชมยินดี ความพึงพอใจ และการมีความสุขทางใจ แนวคิดของความผาสุกในกลุ่มนี้จึงเป็นแบบอัตวิสัย (subjective well-being) ที่เกิดจากการประเมินตนเองของบุคคลตามความรู้สึกนึกคิด ความพึงพอใจ ตลอดจนอารมณ์ของปัจเจกบุคคลเอง ดังเช่น Campbell (1976) กล่าวถึงความผาสุกในชีวิตของบุคคลว่า เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้ต่อสภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เปรียบเทียบกับเหตุการณ์ที่บุคคลต้องการหรือปรารถนาให้เป็น ซึ่งการประเมินนี้อาจออกมาในแง่ของความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจก็ได้ หากบุคคลเกิดความพึงพอใจมากก็อาจเป็นเครื่องบ่งชี้ได้ว่ามีความผาสุกมากตามไปด้วย เช่นเดียวกับ Dupuy (Dupuy, 1967 cited in McDowell & Newell, 1987) ที่ชี้ว่า

ความผาสุกเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เป็นอยู่ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกทั้งทางด้านบวกและด้านลบ ถ้าบุคคลมีความรู้สึกทางบวกมากก็จะบ่งบอกถึงความผาสุกในชีวิตมากตามไปด้วย ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีความรู้สึกทางลบมากก็จะบ่งบอกถึงการลดลงของความผาสุกในชีวิตด้วยเช่นกัน ส่วน Cantril (Cantril, 1965 cited in McKeehan, Cowling & Wykle, 1986) กล่าวว่าความผาสุกของบุคคล เป็นการมองภาพรวมทั้งหมดของความพึงพอใจในชีวิต ตามการรับรู้เป้าหมาย การให้คุณค่า และความเชื่อของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับ Miller (Miller, 1995) ที่ได้ให้แนวคิดความผาสุกว่ามีความหมายถึง ชีวิตที่มีคุณค่ามีความหมาย ความสุข หรือความพึงพอใจในชีวิต

2. กลุ่มที่มีแนวคิดที่ว่าความผาสุกเป็นผลมาจากการกระทำ หรือผลจากการปฏิบัติตัวของบุคคล ดังเช่น Kaplan คณะ (Kaplan, Atkins, & Timms, 1984) มองว่าความผาสุกเป็นผลมาจากการปฏิบัติหน้าที่ประจำวันของบุคคล การประกอบกิจการต่างๆ และกิจกรรมต่อสังคม Lawton (1983) ได้กล่าวถึงความผาสุกของบุคคลว่า เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงความสามารถในการแสดงพฤติกรรม (behavioral competence) คุณภาพของสิ่งแวดล้อม (environmental quality) การรับรู้ถึงคุณภาพชีวิต (perceived quality of life) และมีความผาสุกทางใจ (psychological well-being) และ Orem (Orem, 1985) ให้ความหมายของความผาสุกว่าเป็น ภาวะที่บุคคลรับรู้ต่อสภาพการณ์และเงื่อนไขที่เป็นอยู่ แสดงออกโดยความพึงพอใจในชีวิต และความสุขแบบต่าง ๆ ทั้งด้านจิตใจ และการบรรลุถึงบูรณาการแห่งตนในการดำรงและพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ความผาสุกเป็นสภาวะ (state) ของบุคคลจากผลการกระทำการดูแลตนเอง เช่นเดียวกับภาวะสุขภาพดี (health) ที่บุคคลมีความผาสุกได้ แม้ในภาวะที่มีความเป็ยงเบนทางสุขภาพ มีโรค ความผิดปกติ มีความพิการ สูญเสียโครงสร้าง หรือหน้าที่บางอย่างของร่างกายไป

จะเห็นได้ว่าความผาสุก เป็นสิ่งที่มีความเป็นนามธรรมสูง เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อสภาวะการณ์ที่เป็นอยู่ หรือเป็นผลมาจากการกระทำ หรือผลจากการปฏิบัติตัวของบุคคลนั้นๆ โดยมีการแสดงออกทางด้านบวกในลักษณะของความชื่นชมยินดี ความพึงพอใจ การบรรลุถึงความสำเร็จในตนเองตามที่ใฝ่ฝันไว้ บุคคลจึงมีความผาสุกได้ ถึงแม้จะมีสุขภาพดีหรือมีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ ซึ่งถ้าการรับรู้ต่อสภาวะการณ์ที่เป็นอยู่ไปในทางตรงกันข้าม อารมณ์ความรู้สึกนั้นก็จะเป็นไปในด้านลบ ดังนั้นที่ผ่านมามีการศึกษาถึงภาวะความความผาสุกของผู้สูงอายุในนิยาม (definition) และรูปแบบการวัดที่หลากหลาย เช่น ความผาสุกทางใจ (psychological well-being) (Ingersoll-Dayton et al., 2004) ความสุข (happiness) (Gray et al., 2008) ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) (Berg et al., 2006; Bowling & Browne, 1991) ขวัญและกำลังใจ (morale) (Von Heideken Wagert et al., 2005) และในรูปแบบอารมณ์ความรู้สึกด้านลบ เช่น ความกังวล (worry) ความเครียด (stress) ความว่าเหว่ (loneliness) และภาวะซึมเศร้า (depression) เป็นต้น (Bondevik & Skogstad, 1998; Dunkle, Robert, & Haung, 2001; Jeon & Dunkle, 2009; Lee & Dunkle, 2010) จึงอาจกล่าวได้ว่าความผาสุกของผู้สูงอายุสามารถมองได้ใน 2 มิติที่ตรงข้ามกัน นั่นคือมิติที่หนึ่งเป็นมิติด้านบวกที่เทียบได้กับความสุข และมิติที่สองเป็นมิติด้านลบที่เทียบได้กับความทุกข์ (รศรินทร์ เกรย์, วรชัย ทองไทย และเรวดี สุวรรณพเก้า, 2553)

ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นประเด็นของความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายทั้งความรู้สึกด้านบวก ได้แก่ ความผาสุกทางใจ และความรู้สึกด้านลบ คือ ความว้าเหว่ และภาวะซึมเศร้า เนื่องจากจากการสำรวจระดับชาติหลายโครงการในประเทศไทยก็ยังพบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตมากกว่าผู้สูงอายุวัยอื่น โดยเฉพาะในด้านความเหงาว้าเหว่ และภาวะซึมเศร้า (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ , 2551; วิชัย เอกพลากร, 2553; Wangtongkum et al., 2008)

ความผาสุกทางใจ

ความผาสุกทางใจ (psychological well-being) เป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ และเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา เพราะเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงการมีคุณภาพชีวิต และการมองสภาพแวดล้อมในแง่ดี บุคคลจะรับรู้ความผาสุกทางใจต่อสภาวะของตนในลักษณะของความสุขและความพึงพอใจในชีวิตที่ปรากฏอยู่จริง ผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางใจจะเป็นผู้ที่มีความสุข ความยินดี และมีความพึงพอใจกับชีวิตไม่มีภาวะบีบคั้นทางจิตใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงการเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful aging) การศึกษาเกี่ยวกับความผาสุกของผู้สูงอายุไทย Ingersoll-Dayton และคณะนักวิจัยในประเทศไทย (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ, 2543 ; จันท์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ, 2544; Ingersoll-Dayton et al., 2001; Ingersoll-Dayton et al., 2004) กล่าวถึงความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทยมีทั้งความรู้สึกสุขที่เกิดจากความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง (Interpersonal psychological well-being) และความสุขทางใจที่เกิดจากภายในตนเอง (Intrapersonal psychological well-being) ทั้งนี้เนื่องจากสังคมไทยมีบริบททางสังคมวัฒนธรรมที่เป็นแบบสังคมรวมหมู่ (collectivism) ที่คนในสังคมพึ่งพาอาศัยและมีอิทธิพลต่อกัน ความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุจึงมีมิติทั้งความสุขที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากสมาชิกในครอบครัว และเพื่อนบ้าน และความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากความรู้สึกพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในตนเอง ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุตามสภาพความเป็นจริงที่ตนเผชิญอยู่ ซึ่งขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ สิ่งแวดล้อม สังคมวัฒนธรรมของบุคคลนั้นๆ บุคคลที่มีความผาสุกทางใจสูง จึงมีภาวะอารมณ์จิตใจทางบวกและมีความพึงพอใจในชีวิตสูง ในทางตรงกันข้ามจะมีภาวะอารมณ์จิตใจทางด้านลบต่ำ ดังเช่นการศึกษาของ อินเกอซอล-เดย์ตัน และคณะ (Ingersoll-Dayton et al., 2004) ที่พบว่าความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับภาวะซึมเศร้า

นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงความผาสุกทางใจซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

แคมป์เบลล์ (Campbell, 1976) กล่าวถึงความผาสุกว่าประกอบด้วยความรู้สึก 2 มิติ คือ ด้านอารมณ์ (affective) และความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction) ส่วนแรกเป็นด้านอารมณ์ ประกอบด้วยความรู้สึกด้านบวกกับด้านลบ ซึ่งความรู้สึกทั้งสองด้านนี้ มีความอิสระต่อกัน ในส่วนย่อยของความรู้สึกด้านบวกนั้นเป็นความรู้สึกของการตื่นตัว กระตือรือร้น มีการกระทำกิจกรรม และมีพลัง ส่วนความรู้สึกด้านลบมีลักษณะของการมีอาการกระสับกระส่าย กลัว โกรธ และกังวล ส่วนในมิติที่ 2 เป็นการประเมินชีวิตของบุคคลนั้น ซึ่งมีอิทธิพลจากสถานการณ์ ปัจจุบันและผลจากการดำเนินชีวิตจนกระทั่งปัจจุบันประเมินในลักษณะของความพึงพอใจในชีวิต

ลอร์ตัน (Lawton, 1983) ได้กล่าวถึงความผาสุกของผู้สูงอายุว่า เป็นพฤติกรรมที่แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความผาสุกทางจิตใจ และมองสภาพแวดล้อมในแง่ดี ซึ่งความผาสุกที่ลอร์ตันเสนอไว้ ประกอบด้วยความรู้สึก 4 ส่วน

1. ความรู้สึกทางลบ (Neuroticism or Negative affect) ได้แก่ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า กระวนกระวาย การมองโลกในแง่ร้าย (pessimism) และความบีบคั้นทางจิตใจที่แสดงอาการออกทางระบบประสาท

2. ความรู้สึกทางบวก (Positive affect) เป็นการแสดงออกของอารมณ์พึงพอใจในขณะนั้น ซึ่งมักจะเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้น ๆ

3. ความสมดุลระหว่างความปรารถนากับการได้รับการตอบสนองตามความปรารถนา (congruence between desired and attained goals) ซึ่งเป็นขั้นเบื้องต้นของความพึงพอใจในชีวิต ผู้ที่มีความผาสุกทางใจจะมีความสมดุลระหว่างความรู้สึกทางด้านบวก และความรู้สึกทางด้านลบ ความสุข (happiness) เป็นการประมวลความรู้สึกดี ๆ ที่ผ่านมากในชีวิต เป็นอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของความเบิกบาน และความยินดี ซึ่งสะท้อนให้เห็นความรู้สึกที่คนเรารู้สึกต่อสภาพของเรื่องต่าง ๆ

ไรฟ์ (Ryff, 1995) ศึกษาความผาสุกทางใจในประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งต่อมามีนักวิชาการหลายท่านได้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีและแบบวัดความผาสุกทางใจของเธอในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยไรฟ์ได้แบ่งความผาสุกทางใจออกเป็น 6 มิติ ดังนี้

1. การยอมรับตนเอง (Self acceptance) หมายถึง การมีสุขภาพจิตที่ดี มีความพึงพอใจต่อคุณลักษณะของตนเอง และมีความพร้อมทางวุฒิภาวะด้วย ซึ่งการมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ส่งผลต่อการทำงานของจิตใจในแง่บวก

2. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (Positive relation with others) ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ มีความไว้วางใจในผู้อื่น ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีมักจะมีความรู้สึกที่ดีและเห็นใจต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน มีความรัก และมิตรภาพที่ดีให้แก่ผู้อื่นเสมอ จึงเป็นสิ่งสำคัญอีกสิ่งหนึ่งของความผาสุก

3. ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) แสดงถึงความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเองมีความคิดเป็นอิสระในการกระทำในสิ่งที่ตนเห็นว่าดีที่สุดแล้ว

4. ความสามารถในการควบคุมจัดกระทำกับสิ่งแวดล้อม (Environmental mastery) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเลือกสรรสภาพแวดล้อมให้สอดคล้องกับเงื่อนไขของตนเป็นคุณสมบัติอย่างหนึ่งของการมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งการพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้นต้องการบุคคลที่มีความสามารถในด้านการสร้างสรรค์ หรือควบคุมสภาพแวดล้อมที่สลับซับซ้อนได้

5. จุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in life) หมายถึง การมีเป้าหมายและทิศทางในการดำเนินชีวิต ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความมุ่งมั่นที่จะดำเนินไปสู่เป้าหมายเหล่านั้น อันเป็นสิ่งสนับสนุนให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าการมีชีวิตของตนมีความหมายมาก

6. ความเจริญทั้งด้านร่างกายและจิตใจของบุคคล (Personal Growth หมายถึง การพัฒนาที่ต่อเนื่องทั้งร่างกายและจิตใจ รู้ว่าตนเองเจริญเติบโตขึ้น เปิดโอกาสให้ตนเองรับรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ รับรู้ถึงศักยภาพของตน เข้าใจพฤติกรรม การปรับปรุง และเปลี่ยนแปลงของตนเองตลอดเวลา

จากกรอบแนวคิดความผาสุกทางใจของโรฟท์ ซึ่งพัฒนามาจากฐานคิดของสังคมตะวันตกที่ความสุขทางใจเกิดจากการมองหรือยึดตนเองเป็นสำคัญ (Self-oriented) ซึ่งแตกต่างจากสังคมไทยที่เป็นลักษณะของสังคมรวมกลุ่มและพึ่งพาอาศัยกัน (Other-oriented) อินเกอซอล เดย์ตัน และคณะ นักวิจัยในประเทศไทย (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ, 2543 ; จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ, 2544; Ingersoll-Dayton et al., 2001; Ingersoll-Dayton et al., 2004) จึงได้พัฒนากรอบแนวคิดความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย ที่สอดคล้องกับบริบทความเป็นจริงของสังคมไทย ผลการศึกษาพบว่า ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทยมีทั้งความรู้สึกละเอียดที่เกิดจากความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง (Interpersonal psychological well-being) และความสุขทางใจภายในตนเอง (Intrapersonal psychological well-being) โดยได้นิยามความผาสุกทางใจว่าเป็นความรู้สึกละเอียดตามการรับรู้ของบุคคลขึ้นอยู่กับสภาพสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ ซึ่งมีผลต่อความรู้สึก และการรับรู้ในมิติที่ต่างกันไป ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทยประกอบด้วย 5 มิติ คือ

1. ความสามัคคีปรองดอง (Harmony) เป็นเรื่องของผู้สูงอายุไทยให้ความสำคัญมากเมื่อกล่าวถึงความสุขทางใจ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลในครอบครัว สังคม มีความกลมเกลียวรักใคร่ ไม่ทะเลาะเบาะแว้งกัน ความสามัคคีที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลในครอบครัว เช่น ลูกหลาน การเป็นมิตรที่ดีต่อกันระหว่างเพื่อน เพื่อนบ้าน ตลอดจนความสำเร็จ ความก้าวหน้าของบุคคลในครอบครัว ลูกหลาน นำมาซึ่งความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ

2. การพึ่งพาอาศัยกันและกัน (Interdependence) ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจมีความสุขในการที่ตนเองได้ทำตนให้เป็นประโยชน์ หรือช่วยเหลือลูกหลาน บุคคลในครอบครัว ในขณะที่เดียวกันบุคคลในครอบครัว หรือลูกหลานตอบแทนผู้สูงอายุโดยการเลี้ยงดู ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในยามเจ็บป่วย ความรู้สึกสบายใจ เกิดจากความมีคุณค่าในตนที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการตนเองยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และตนยังมีคุณค่าเป็นที่พึ่ง เป็นบุคคลที่มีประโยชน์แก่ลูกหลาน

3. ความสงบสุขและการยอมรับ (Calmness & acceptance) การทำใจให้ยอมรับและหาความสงบในจิตใจเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะกล่าวถึงการปล่อยวาง ความคิดที่ทำให้ไม่สบายใจ ทำใจให้ยอมรับ หรือบางครั้งปลงกับสิ่งที่ตนเอง ไม่สามารถขัดขวาง หรือควบคุมได้ การทำใจให้สงบไม่คิดมาก อารมณ์เสีย กลุ่มกับสิ่งที่ทำให้รู้สึกไม่สบายใจ จะเป็นวิธีหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุใช้เพื่อให้เกิดความสงบทางใจ

4. การเคารพนับถือ (Respect) การเคารพนับถือที่นำไปสู่ความสุขทางใจของผู้สูงอายุ คือการที่ผู้สูงอายุรับรู้ มีความรู้สึกกับการเคารพให้เกียรติ หรือคำแนะนำที่ให้แก่ผู้อาวุโสหน่อยกว่า มีผู้รับฟัง หรือปฏิบัติตาม การเคารพนับถือที่ผู้สูงอายุ ได้รับจากบุคคลอื่นๆ แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในชีวิตของผู้สูงอายุ การดำเนินชีวิตที่ดีเป็นที่เคารพและนับถือของบุคคลในชุมชนนั้นๆ

5. ความเบิกบาน (Enjoyment) ความเบิกบานนำมาซึ่งความสุขใจของผู้สูงอายุทำให้เกิดความรู้สึกสดชื่น มีชีวิตชีวา และสนุกสนาน รื่นรมย์กับสิ่งรอบตัว ความเบิกบานอาจเกิดจากการทำกิจกรรมกับเพื่อน หรือกลุ่มผู้สูงอายุวัยเดียวกัน เช่น ร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ไปวัด หรืออาจเป็นความเบิกบานจากการทำสิ่งที่ตนเองชอบ งานยามว่าง หรือเก็บเกี่ยวความสุขเล็กๆ น้อยๆ ที่อยู่รอบตัว รวมทั้งการมีอารมณ์ขัน ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกเบื่อ เหงา หรือโดดเดี่ยว

มีการศึกษาหลายงานที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความผาสุกทางใจในระดับสูง เช่น จากการศึกษาในผู้สูงอายุไทย (Ingersall-Dayton et al., 2004; Thanakwang, Ingersoll-Dayton, & Soonthornhdada, 2012) จากการศึกษาของ Von Heideken Wagert et al. (2005) ในผู้สูงอายุวัยปลายประเทศสวีเดน พบว่ามีความผาสุกทางใจหรือขวัญและกำลังใจอยู่ในระดับสูง โดยปัจจัยกำหนดสำคัญคือ การไม่มีความเศร้า ไม่เหงา ว่าเหว และการมีสุขภาพดี

ความว่าเหว (Loneliness)

ความว่าเหวเป็นสภาวะการณ์ที่บุคคลรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง จากการขาดสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น และการแยกตัวเองออกจากสังคม (Victor et al., 2000) ความว่าเหวจึงมักจะสัมพันธ์กับสภาวะการณ์ทางด้านจิตใจและอารมณ์ด้านอื่นๆ เช่น ความเศร้า (Karnick, 2005) และความรู้สึกแยกจากสังคม (social isolation) อย่างไรก็ตามบุคคลอาจจะรู้สึกเหงา หรือว่าเหวได้ แม้ว่าจะอยู่ท่ามกลางผู้คนมากมาย (Victor et al., 2000) Weiss (Weiss, 1973 cited in Russell et al., 1984) ได้นิยามความหมายของคำว่า ความว่าเหว คือ สถานะทางความรู้สึกและอารมณ์ของบุคคลที่มีระดับความไม่พึงพอใจต่อความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งส่งผลต่อการแยกตัวจากสังคมในที่สุด ภาวะความว่าเหวเป็นผลมาจากการขาดรูปแบบของความสัมพันธ์ภายใน 6 ลักษณะ ดังนี้ 1) ขาดความรู้สึกปลอดภัยในการเป็นสมาชิกคนหนึ่งในสังคม (attachments) 2) ขาดการมีเครือข่ายความสัมพันธ์ในสังคมทั้งจากครอบครัวหรือเพื่อน (social integration) 3) ขาดความรู้สึกรับผิดชอบต่อการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม (opportunity for nurturance) 4) ขาดการได้รับการยอมรับในทักษะหรือความสามารถของบุคคล (reassurance of worth) 5) ขาดการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม (reliable alliance) และ 6) ขาดการได้รับคำแนะนำปรึกษาจากบุคคลอื่นในสังคม (guidance) จากแนวคิดของ Weiss สามารถแบ่งความว่าเหวออกได้เป็น 2 ประเภทคือ 1) ความว่าเหวทางด้านอารมณ์ (emotional loneliness) เป็นความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว จากการขาดบุคคลใกล้ชิด หรือบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้รู้สึกอ้างว้าง ว่างเปล่า จากการขาดสัมพันธ์ภาพที่มีความหมายหรือพึงพอใจ และ 2) ความว่าเหวทางด้านสังคม (social loneliness) เป็นสถานการณ์ที่บุคคลไม่มีเครือข่ายทางสังคม หรือรู้สึกไม่พึงพอใจในเครือข่ายทางสังคมที่ตนอยู่ ขาดการติดต่อ ปฏิสัมพันธ์ และบูรณาการกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมนรอบข้าง หรือขาดสัมพันธ์ภาพทางสังคมกับบุคคลอื่น (Russell et al., 1984) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีอายุมากๆ ส่วนใหญ่เพื่อน หรือพี่น้อง มักจะเสียชีวิตไปก่อน ทำให้ขนาดของเครือข่ายทางสังคมยิ่งเล็กลง ส่งผลให้เกิดความว่าเหวตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Mullins & Mushel, 1992) อุบัติการณ์ของความว่าเหวจึงพบสูงมากในผู้สูงอายุวัยปลาย (Dykstra, 2009; Dykstra, van Tilburg, & de Jong Gierveld, 2005; Wenger & Burholt, 2004)

จากการศึกษาของ Bondevik & Skogstad (1998) ในผู้สูงอายุวัยปลายประเทศนอร์เวย์ พบว่า การมีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกว่าเหวในผู้สูงอายุวัยปลาย และความถี่ของการมาเยี่ยมเยียนพูดคุยจากเครือข่ายทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่าเหวของผู้สูงอายุทั้ง ความว่าเหวทางด้านอารมณ์ และความว่าเหวทางด้านสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ความถี่บ่อยของการมาเยี่ยมเยียนจากเครือข่ายทางสังคมยังสามารถเป็นตัวกันชน (buffer) ช่วยลดผลกระทบของการมี

ข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่มีต่อ ความว่าเหวในผู้สูงอายุวัยปลายได้ เนื่องจากภาวะสุขภาพและและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีอิทธิพลอย่างมากต่อ ความผันแปรของอารมณ์ความรู้สึกของผู้สูงอายุวัยปลาย (Bowling & Browne, 1991) และความพึงพอใจในชีวิต โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีอายุมากๆ และผู้ที่มีฐานะทางด้านเศรษฐกิจและสังคมต่ำ (Bowling, 1990; Bowling et al., 1993) จากการศึกษาระยะยาวของ Dykstra, van Tilburg, & de Jong Gierveld (2005) พบว่า ความเสื่อมถอยและการมีข้อจำกัดทางด้านสุขภาพ และการสูญเสียคู่ครอง เป็นปัจจัยกำหนดที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อความว่าเหวในผู้สูงอายุวัยปลาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพของ Graneheim & Lundman (2010) ที่พบว่าความว่าเหวในผู้สูงอายุวัยปลาย เกิดจากการอยู่อย่างสูญเสีย (living with losses) และรู้สึกถูกทอดทิ้งให้อยู่อย่างเดียวดาย (feeling abandoned)

ปัจจุบันนี้ความว่าเหวในผู้สูงอายุได้รับความสนใจในการค้นหาปัจจัยกำหนดและผลกระทบของความว่าเหว มีการศึกษาหลายงานทั้งในต่างประเทศที่พบว่าความว่าเหวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Barg et al., 2006; Stek et al., 2004) จากการศึกษาของโสภณ แสงอ่อน และคณะ (2550) ในผู้สูงอายุไทย พบว่าความว่าเหวมีความสัมพันธ์ในระดับสูงและเป็นปัจจัยทำนายที่มีอำนาจมากที่สุดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพบกับเหตุการณ์สูญเสียหลายอย่างที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ไม่ว่าจะเป็นคู่ชีวิต หรือญาติสนิท การสูญเสียบทบาทต่างๆ ในสังคม และการขาดปฏิสัมพันธ์กับสังคม ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเหงา โดดเดี่ยว มักจะเก็บตัว หมกมุ่นอยู่กับตัวเอง มองตนเองในด้านลบ และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า โดยถ้าความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนาน ก็จะทำให้เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง และส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด

ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะเบี่ยงเบนทางด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านความคิดและการรับรู้ รวมทั้งความเบี่ยงเบนทางด้านร่างกายและพฤติกรรม ซึ่งเป็นภาวะอารมณ์ ความคิด และความรู้สึกในแง่ลบ เช่น โศกเศร้า ท้อแท้ โดดเดี่ยว อ้างว้าง เชื่องช้า เบื่อหน่าย และวิตกกังวล ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบข้าง มีความคิดในทางลบต่อตนเอง เช่น ต่ำหนืดตนเอง มีพฤติกรรมถดถอย ต้องการที่จะหลีกเลี่ยง แยกตัวจากสังคม ลงโทษตนเองหรืออยากตาย ไม่มีความสุขหรือความพอใจในชีวิต และมีกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไปจากเดิม (Blazer, 2003)

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะหนึ่งพบบ่อยในผู้สูงอายุ เพราะเป็นวัยที่มีการสูญเสียหลายด้าน และเป็นวัยที่ต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของชีวิตอย่างมาก รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม การมีค่านิยมทางวัฒนธรรมมากกว่าจิตใจ ทำให้บุตรหลานมีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไป มองเห็นคุณค่าผู้สูงอายุลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า น้อยใจ ท้อแท้ และเบื่อหน่ายชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง มักมองตนเองในแง่ลบ ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง และยากต่อการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2546 ; โสภณ แสงอ่อน และคณะ, 2550) ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุ จะส่งผลเสียต่อสุขภาพหลายประการ เช่น พฤติกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การดำเนินโรคที่เป็นอยู่ไม่ดี

หรือรุนแรงยิ่งขึ้น ร่างกายยิ่งเสื่อมถอยเร็วยิ่งขึ้น ต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษา เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ภาวะแทรกซ้อนของโรคเพิ่มขึ้น และคุณภาพชีวิตลดลง (Chachamovich et al., 2008)

จากการศึกษาหลายชิ้นในประเทศตะวันตก พบภาวะซึมเศร้าจะพบในผู้สูงอายุ ตั้งแต่ร้อยละ 2.3 ถึง 32.6 (Gallo & Lebowitz, 1999) ซึ่งจะพบในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2546; Bergdahl et al., 2007) จากการศึกษาของ Bergdahl et al. (2007) พบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลาย ร้อยละ 29.2 โดยพบในผู้สูงอายุวัยปลายในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง (ร้อยละ 33.9 และ 26.9 ตามลำดับ) Lee and Dunkle (2010) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลายประเทศเกาหลี พบอุบัติการณ์ร้อยละ 34.2 และจากการศึกษาของ Hedberg et al. (2010) พบอุบัติการณ์ร้อยละ 26.9 ในผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือของประเทศสวีเดน จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในจังหวัดเชียงใหม่ ของศุภรัตน์ วังทองคำ และคณะ (Wangtongskum et al., 2008) พบว่าประชากรผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าถึง ร้อยละ 31.6 ซึ่งพบมากขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลาย พบภาวะซึมเศร้าสูงที่สุดโดยพบถึงร้อยละ 43.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zarit et al. (1999) ที่พบสัดส่วนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลายในประเทศสวีเดน อยู่ระหว่างร้อยละ 38 ถึงร้อยละ 50

ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอุบัติการณ์ค่อนข้างสูง แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังขาดโอกาสในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น รวมทั้งขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ (Anderson, 2001; Blazer, 2003; Law, Laidlaw, & Peck, 2010) มีการศึกษาหลายงานที่พบว่า การมีข้อจำกัดทางด้าน การปฏิบัติกิจกรรม การเคลื่อนไหว การมีโรคเรื้อรัง และสุขภาพไม่ดี (Calderon, 2001; Chou & Chi, 2005; Haynie et al., 2001; Zarit et al., 1999) รวมทั้งขาดเครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคม (Fiori et al., 2006; Lee & Dunkle, 2010) เช่น จากครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน และชุมชนเป็นปัจจัยกำหนดสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลาย สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Chang-Quan et al. (2010) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการมีโรคเรื้อรังประจำตัว เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมากต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ นอกจากนี้การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (purpose in life) ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลาย (Hedberg et al., 2010)

เครือข่ายทางสังคมและการเกื้อหนุนทางสังคมกับความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลาย

นอกจากเครือข่ายทางสังคมจะมีความสัมพันธ์กับการเกื้อหนุนทางสังคมแล้ว ยังมีความสัมพันธ์กับความผาสุกหรือความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) ของผู้สูงอายุวัยปลายด้วย จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความพึงพอใจต่อความสัมพันธ์และการเกื้อหนุนทางสังคม ในประเด็นของความเพียงพอ คุณภาพ และเวลาที่เกื้อหนุน มีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้สูงอายุ (Chipperfield, 1996) การศึกษาของ Antonucci และ Akiyama (1987) ชี้ว่าคุณภาพของการเกื้อหนุนมีความสำคัญมากกว่าปริมาณ และมีอิทธิพลอย่างมากต่อความผาสุกของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิง ยิ่งมีความพึงพอใจต่อการเกื้อหนุนมากก็ยิ่งส่งผลต่อระดับของสุขภาพจิตที่ดีและความสุขทางใจของผู้สูงอายุ (Cornman et al., 2003; Krause, 2007)

จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Pinquart & Silva (2000) พบว่า คุณภาพของการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ มากกว่าปริมาณของการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม คุณภาพของความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อความผาสุกของผู้สูงอายุ (Fiori, Smith, & Antonucci, 2007) การศึกษาของ Long and Martin (2000) ชี้ว่า การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ จากบุตรหลาน มีผลช่วยลดความว้าเหวของผู้สูงอายุ วัยปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาระยะยาวของ Dykstra, van Tilburg, & de Jong Gierveld (2005) พบว่า ขนาดของเครือข่ายสังคมมีความสัมพันธ์กับความว้าเหวในผู้สูงอายุวัยปลาย และมีการศึกษาหลายงานที่ชี้ว่า ปัจจัยทางด้านข้อจำกัดหรือความเสื่อมด้านสุขภาพ และการขาดเครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคม เป็นปัจจัยกำหนดสำคัญของความว้าเหวในผู้สูงอายุ (Cohen-Mansfield, Shmotkin, & Goldberg, 2009; Graneheim & Lundman, 2010; Victor et al., 2005) จากการศึกษาของ Tiikkainen & Heikkinen (2005) พบว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมและการได้รับการเกื้อหนุนทางสังคม โดยเฉพาะการเกื้อหนุนทางด้านอารมณ์จิตใจ สามารถช่วยลดความว้าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลายได้ นอกจากนี้มีการศึกษาหลายชิ้นที่พบว่า ความว้าเหวเป็นปัจจัยทำนายสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลาย (โสภณ แสงอ่อน และคณะ, 2550; Bergdahl et al., 2007; Chou & Chi, 2005; Tiikkainen & Heikkinen, 2005) โดยผู้สูงอายุวัยปลายที่ประสบกับทั้งภาวะซึมเศร้าและมีความว้าเหว มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึง 2 เท่า (Stek et al., 2005)

จากการศึกษาในระยะยาว (longitudinal study) ของ Lee and Dunkle (2010) พบว่าการเกื้อหนุนทางสังคมจากครอบครัว ได้แก่ การเกื้อหนุนดูแลทางด้านอารมณ์ การเกื้อหนุนด้านข่าวของเครื่องใช้และการทำกิจกรรมต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลายในประเทศเกาหลี โดยการเกื้อหนุนดูแลทางด้านอารมณ์ สามารถเป็นตัวที่ช่วยผ่อนเบา (moderator) ผลกระทบระหว่างความวิตกกังวลกับกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาในระยะยาวในผู้สูงอายุวัยปลายของ Berg และคณะ (Berg et al., 2009) พบว่าการสูญเสียคู่สมรส และอาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการลดลงของระดับของความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคมกับความผาสุกหรือความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) ของผู้สูงอายุวัยปลายหลายงานที่ชี้ว่าเครือข่ายการเกื้อหนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลาย เช่นการศึกษาในผู้สูงอายุวัยปลายในประเทศสวีเดนของ Berg และคณะ (Berg et al., 2006) พบว่าโครงสร้างและการทำหน้าที่ของเครือข่ายทางสังคม และการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาในผู้สูงอายุวัยปลายประเทศอังกฤษของ Bowling และ Browne (1991) ที่พบว่า เครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการให้การเกื้อหนุนช่วยเหลือด้านข่าวของเครื่องใช้และกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ และส่งผลต่อความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงวัยปลาย

สำหรับการศึกษาคความผาสุกทางใจในประเทศไทย พบว่าเครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ, 2543 ; จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ , 2544; Ingersoll-dayton et al., 2001, 2004) โดยเฉพาะเครือข่าย

ครอบครัวและการเกื้อหนุนดูแลโดยครอบครัวมีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ มากกว่า เครื่องช่วยและการเกื้อหนุนทางสังคมโดยเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน (Thanakwang, Ingersoll-Dayton, & Soonthornhdada, 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาของ พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ (2552) ที่ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัวและเพื่อนมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตชนบท แต่ครอบครัวมีขนาดอิทธิพลมากกว่าเพื่อน ดังนั้นเครื่องช่วยครอบครัวและการเกื้อหนุน ดูแลจากบุคคลในครอบครัว เช่น คู่สมรส บุตร หลาน เขยสะใภ้ หรือญาติพี่น้อง จึงมีความสำคัญเป็น อย่างมากต่อความผาสุกและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุไทย (จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ , 2544; Thanakwang, 2008) โดยจากการศึกษาของ โสภิณ แสงอ่อน และคณะ (2550) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยทำนายสำคัญต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย

3

บทที่ 3

ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

บทที่ 3

ระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา เชิงผสมวิธี (mixed method) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) เป็นหลัก ทำการศึกษาในประเด็นเครือข่ายทางสังคม และการเกื้อหนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือของประเทศไทย โดยงานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลทางวัฒนธรรมและสังคม ศึกษาบริบททางสังคม กระบวนการ และปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงของผู้สูงอายุวัยปลาย โดยพิจารณาปรากฏการณ์จากสภาพแวดล้อมความเป็นจริงทุกมิติทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้การศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative research) เป็นตัวเสริม ทำให้ได้ข้อมูลจากวิธีวิจัยทั้งสองประเภทมาเสริมกัน เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงได้ละเอียดชัดเจนมากขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมความพร้อมของคณะผู้วิจัย

ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ตัวผู้วิจัยถือเป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญที่สุด (ชาย โพรสิตา, 2547) ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อดำเนินการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1.1 การเตรียมความพร้อมด้านระเบียบวิธีวิจัย เนื่องจากผู้ที่จะทำวิจัยเชิงคุณภาพ จำเป็นต้องมีความรู้ด้านวิจัยเชิงคุณภาพและระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาหลักการเชิงทฤษฎีของวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการศึกษาจากการเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการวิจัยเชิงคุณภาพ ร่วมด้วยกับการอ่านเอกสาร ตำรา ผลงานวิจัยเชิงคุณภาพด้านสังคมศาสตร์ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และขอคำปรึกษาจากที่ปรึกษาที่มีความชำนาญในการทำวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติม

1.2 การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาและแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ เกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคมและการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลาย

1.3 การเตรียมทักษะด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยเชิงคุณภาพ การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เจาะลึก เป็นวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญ ผู้วิจัยจำเป็นต้องมีทักษะในการสัมภาษณ์เชิงลึก ทักษะการฟัง การสร้างสัมพันธภาพ การใช้เทคนิคและศิลปะในการสัมภาษณ์เพื่อการเก็บข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถดำเนินการสัมภาษณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพก็คือ ความคุ้นเคยในสนามวิจัยและการสื่อสารโดยใช้ภาษาเดียวกันของผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล และประสบการณ์ของผู้วิจัยในเรื่องที่ทำการศึกษา จึงเป็นการเตรียมพร้อมในเรื่องของความน่าเชื่อถือในด้านตัวผู้วิจัย

ขั้นที่ 2 การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 พื้นที่ในการศึกษา

พื้นที่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกแบบเจาะจงใน 4 จังหวัด ในเขตภาคเหนือ โดยเลือกจังหวัดในเขตภาคเหนือตอนบน 2 จังหวัด และจังหวัดในเขตภาคเหนือตอนล่าง 2 จังหวัด ทั้งนี้ในแต่ละจังหวัดผู้วิจัยเลือกพื้นที่ในการศึกษาจังหวัดละ 2 อำเภอ โดยแต่ละอำเภอเลือกพื้นที่ศึกษา 2 ตำบล โดยเลือกตำบลที่เป็นเขตเมือง 1 ตำบล และตำบลที่เป็นเขตชนบท 1 ตำบล รวมพื้นที่ในการศึกษาทั้งหมดเป็น 16 ตำบล

การเลือกพื้นที่ศึกษาในแต่ละตำบลเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยเลือกศึกษากลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายในชุมชน โดยมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษา รวมทั้งสะดวกในการเดินทางและ มีจำนวนกลุ่มประชากรเป้าหมายเป็นจำนวนมาก โดยเหตุผลประกอบในการเลือกชุมชนมีดังนี้คือ

1. เป็นพื้นที่สอดคล้องกับประเด็น และวัตถุประสงค์ของการศึกษาในการศึกษาครั้งนี้ โดย มีจำนวนผู้สูงอายุวัยปลายที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่สามารถเป็นประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้มีจำนวนมากกว่า 100 คนขึ้นไป และมีผู้สูงอายุวัยปลายในลักษณะที่หลากหลายกลุ่มทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มที่เปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุที่ขาดคนดูแล ยากจนขัดสน หรือมีปัญหาสุขภาพที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

2. เป็นตำบลที่สะท้อนภาพของสังคมที่เป็นเขตเมืองอย่างชัดเจน เช่นในเขตเทศบาลนครหรือเทศบาลเมือง ส่วนตำบลเขตชนบทเป็นตำบลที่สะท้อนภาพของสังคมวัฒนธรรมที่เป็นชนบทอย่างชัดเจน

3. ภาษาที่ใช้ในชุมชน คือ ภาษาพื้นเมืองทางภาคเหนือ หรือภาษาไทยกลาง ซึ่งเป็นภาษาที่ใช้ทั่วไป ในการศึกษาเชิงคุณภาพนั้น ผู้วิจัยจำเป็นต้องเข้าใจภาษาของผู้ถูกศึกษา เนื่องจากภาษาเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความคิด ความเชื่อ ทัศนคติ และพฤติกรรมของคนในชุมชนที่ศึกษา การที่ผู้ศึกษาและผู้ถูกศึกษาสามารถสื่อสารกันได้ด้วยภาษาเดียวกัน ทำให้ไม่มีอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูล

4. การคมนาคมเข้าถึงสะดวก สามารถที่จะเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้เป็นอย่างดี ซึ่งเป็นการประหยัดเวลา และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

5. เป็นพื้นที่ที่มีผู้แนะนำ การมีผู้ที่คนในชุมชนรู้จัก และเชื่อถือเป็นผู้นำวิจัยเข้าไปในชุมชน ทำให้ง่ายในการสร้างความสัมพันธ์ และได้รับการไว้วางใจจากคนในชุมชน

โดยพื้นที่ที่ศึกษาใน 4 จังหวัด ในเขตภาคเหนือ ที่ได้รับการคัดเลือก ดังแสดงรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรผู้สูงอายุ จำนวนผู้สูงอายุวัยปลาย และจำนวนผู้สูงอายุวัยปลายกลุ่มตัวอย่าง ในเขตภาคเหนือตอนบน แยกตามพื้นที่ศึกษา*

จังหวัด	อำเภอ	ตำบล	จำนวนประชากรผู้สูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุวัยปลาย	ผู้สูงอายุวัยปลายกลุ่มตัวอย่าง
น่าน	เมือง	ในเวียง	2,940	434	10
		ถืมตอง	998	134	10
	ปัว	ปัว	1,210	185	10
		วรรณคร	812	115	10
ลำปาง	เมือง	สบตุ๋ย	3,875	642	10
		พิชัย	2,989	591	10
	ห้างฉัตร	ห้างฉัตร	1,341	258	10
		วอแก้ว	737	140	10
พิษณุโลก	เมือง	พระองค์ขาว	2,728	415	10
		สมอแข	1,174	141	10
	พรหมพิราม	พรหมพิราม	2,188	331	10
		วงษ์อ่อง	1,515	242	10
ตาก	เมือง	เมืองตาก	2,679	294	10
		วังหิน	1,726	313	10
	แม่สอด	แม่สอด	2,358	343	10
		พระธาตุผาแดง	936	142	10

* ข้อมูลผู้สูงอายุปีพ.ศ. 2555 จากสถานบริการทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมาย

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น

1) ผู้สูงอายุวัยปลาย (the oldest old) ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดตำบลละ 10 คน รวมทั้งหมด 160 คน ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การเลือกตัวอย่างผู้สูงอายุวัยปลายแบบหลายกลุ่มหรือหลายมิติ (dimensional sampling) ทั้งกลุ่มปกติ (regular case) และกลุ่มเปราะบาง (vulnerable case) เช่น ผู้สูงอายุที่ขาดคนดูแล ยากจนขัดสน หรือมีปัญหาสุขภาพที่ต้องพึ่งพา โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลหลักที่ต้องการตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อให้ได้ผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีประสบการณ์ตรงในประเด็นที่ต้องการศึกษา ซึ่งการวิจัยนี้ผู้ให้ข้อมูลหลักคือผู้สูงอายุวัยปลาย โดยกำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1.1 มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

- 1.2 อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตามที่คัดเลือกมาอย่างน้อย 1 ปี
 - 1.3 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะสมองเสื่อมรุนแรง สามารถสื่อสารได้
 - 1.4 มีการได้ยินที่ปกติ สามารถพูดและเข้าใจภาษากับผู้วิจัยได้ดี
 - 1.5 สม่ครใจที่จะให้ความร่วมมือในการตอบการสัมภาษณ์
- 2) ผู้นำชุมชน ทั้งผู้นำที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการในชุมชน
 - 3) กลุ่มเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มเครือข่าย และกลุ่มที่ไม่ใช่เครือข่าย

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

เครื่องมือเชิงคุณภาพ

- 1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก (Interview guideline)
- 2) แบบบันทึกภาคสนาม (field note) ใช้ในการบันทึกการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม
- 3) เครื่องบันทึกเสียง และม้วนเทปบันทึกเสียง และมีความพร้อมในการใช้งาน

การสร้างแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกนั้น ผู้วิจัยสร้างโดยกำหนดข้อคำถามตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เขียนแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดเป็นประเด็นต่างๆที่เกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคม การเกื้อหนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับจากเครือข่ายทางสังคม และปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม รวมทั้งความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลาย ในมิติทั้งด้านความสุข และความทุกข์ โดยมีความยืดหยุ่นตามการสนทนา และใช้คำถามเจาะลึก (probe) ในประเด็นที่น่าสนใจหรือยังไม่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถตอบคำถามได้ตรงตามความต้องการและความรู้สึกที่แท้จริง และให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่ครอบคลุม ตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา

เครื่องมือเชิงปริมาณ

- 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุวัยปลาย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ผู้ดูแลหลัก ภาวะสุขภาพ และรูปแบบการอยู่อาศัย เครือข่ายทางสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม เช่น การติดต่อสื่อสาร และการเยี่ยมเยียน
- 2) แบบวัดสมรรถนะทางกาย (Physical function) โดยใช้แบบวัดสมรรถนะทางกายของกัตติกา ธนะขว้าง (Thanakwang, 2008) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรขั้นพื้นฐาน (Activity of Daily Living) และแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรที่ซับซ้อน (Instrumental Activity of Daily Living) และแบบวัดความสามารถในการเคลื่อนไหว ของ Katz et al. (1970) และ Lawton and Brody (1969) จำนวนทั้งหมด 16 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้
 1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรขั้นพื้นฐาน จำนวน 6 ข้อ
 2. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรที่ซับซ้อน จำนวน 7 ข้อ
 3. ความสามารถในการเคลื่อนไหว จำนวน 3 ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ โดยการให้ความหมายและคะแนนดังนี้

ต้องช่วยเหลือเต็มที่ /ทำเองไม่ได้เลย หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุวัยปลาย ต้องมีคนช่วยเหลือเต็มที่หรือช่วยเหลือทั้งหมด ให้คะแนน 1 คะแนน

ต้องควบคุม/ช่วยเหลือเล็กน้อย หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุวัยปลาย ต้องมีคนช่วยเหลือเล็กน้อยหรือบางส่วน ให้คะแนน 2 คะแนน

ทำได้เองโดยสมบูรณ์ หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุวัยปลายสามารถทำได้ด้วยตนเองไม่ต้องมีคนช่วยเหลืออะไร ให้คะแนน 3 คะแนน

การแปลผลคะแนนแบ่งตามระดับความสามารถในการปฏิบัติหรือความต้องการความช่วยเหลือทั้งรายข้อและโดยรวมในแต่ละด้าน

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 16 - 48 คะแนน โดยแบ่งตามเกณฑ์การให้คะแนนมี 3 ระดับดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

ระดับสูง มีคะแนนระหว่าง	38.01 - 48.00 คะแนน
ระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง	27.01 - 38.00 คะแนน
ระดับต่ำ มีคะแนนระหว่าง	16.00 - 27.00 คะแนน

3) แบบวัดสมรรถนะทางด้านสมอง (Cognitive function) โดยใช้แบบวัดสมรรถนะทางด้านสมอง Thai Mini-Mental State Examination - version 2002 (TMSE-2002) ที่พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549) ซึ่งวัดสมรรถนะทางสมอง จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ 1) Orientation for time (5 คะแนน), 2) Orientation for place (5 คะแนน), 3) Registration (3 คะแนน), 4) Attention/Calculation (5 คะแนน), 5) Recall (3 คะแนน), 6) Naming (2 คะแนน), 7) Repetition (1 คะแนน), 8) Verbal command (3 คะแนน), 9) Written command (1 คะแนน), 10) Writing (1 คะแนน), และ 11) Visuoconstruction (1 คะแนน) โดยมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน ซึ่งในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือหรือเรียนไม่จบประถมศึกษาปีที่ 4 จะไม่ได้ทำข้อ 4, 9, และ 10 (คะแนนเต็ม 23)

การแปลผลคะแนน โดยแบ่งผู้สูงอายุที่สงสัยอาจจะมีภาวะสมองเสื่อม (Cognitive impairment) ตามจุดตัดคะแนน ดังนี้คือ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2549)

-คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 14 คะแนน ในผู้สูงอายุไม่ได้เรียนหนังสือหรือไม่จบประถมศึกษาปีที่ 4 (คะแนนเต็ม 23)

-คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน ในผู้สูงอายุเรียนจบประถมศึกษาปีที่ 4 (คะแนนเต็ม 30)

-คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน ในผู้สูงอายุเรียนจบสูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 (คะแนนเต็ม 30)

4) แบบวัดการปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม (Social networks) เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ ของ กัตติกา ณะชว่าง (Thanakwang & Soonthorndhada, 2011) ซึ่งแปลมาจากแบบวัดเครือข่ายทางสังคมของ

Lubben et al. (2006) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ประเมินการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายครอบครัว จำนวน 3 ข้อ และประเมินการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน จำนวน 3 ข้อ โดยประเมินจำนวนคนที่ปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) จำนวนคนที่ได้พบหน้าและพูดคุยอย่างน้อยเดือนละครั้ง, 2) จำนวนคนที่รู้สึกสนิทใจที่จะขอความช่วยเหลือได้ และ, 3) จำนวนคนที่รู้สึกสบายใจที่จะพูดคุยถึงเรื่องที่อยู่ในใจหรือเรื่องส่วนตัวได้ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้คือ 0 (ไม่มีเลย), 1 (1 คน), 2 (2 คน), 3 (3-4 คน), 4 (5-8 คน), และ 5 (9 คนขึ้นไป) คะแนนรวมของการปฏิสัมพันธ์กับแต่ละเครือข่ายทางสังคม อยู่ในช่วง 0 - 15 คะแนน ซึ่งคะแนนสูงหมายถึงผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมสูง

5) แบบวัดความผาสุกทางใจ (Psychological well-being) โดยใช้แบบวัดความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุไทย ที่พัฒนาโดย อินเกอซอล เดย์ตัน และคณะ (Ingersoll-Dayton et al., 2004) ประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ คือ ความผาสุกทางใจในปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal psychological well-being) จำนวน 9 ข้อ และความผาสุกทางใจที่รู้สึกข้างใน (Intrapersonal psychological well-being) จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่จริง (1) จริงบางครั้ง (2) ค่อนข้างจริง (3) จริงตลอดเวลา (4) ซึ่งแต่ละข้อจะเป็นข้อคำถามความเห็นทางบวกทั้งหมด โดยกำหนดการให้คะแนนดังนี้ การแปลผลคะแนนความผาสุกทางใจจากการตอบแบบสอบถาม นำคะแนนของผู้ตอบแต่ละคนมารวมกันหาค่าเฉลี่ย โดยแบ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมและแปลงให้อยู่ในช่วงคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน สามารถแบ่งระดับความผาสุกทางใจ ตามระดับคะแนน เป็น 3 ระดับ ตามแบบของ ประคอง กรรณสูต (2542) ดังนี้

ความผาสุกทางใจระดับสูง มีคะแนนระหว่าง	3.01 - 4.00	คะแนน
ความผาสุกทางใจระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง	2.01 - 3.00	คะแนน
ความผาสุกทางใจระดับต่ำ มีคะแนนระหว่าง	1.00 - 2.00	คะแนน

6) แบบวัดความว้าเหว (Loneliness) โดยผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบวัดความว้าเหวในผู้ป่วยสูงอายุ ของวัลลภา โคสิตานนท์ (254 2) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัด The University of California at Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale Version 3 ของ รัสเซลล์ (Russell et al., 1996) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ โดยเป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 9 ข้อ และทางลบ จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่าตามแบบของลิเคิร์ต (Likert's rating scale) 4 ระดับ ซึ่งมีเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละระดับดังนี้

ระดับความเห็น (คะแนน)	คำถามทางลบ	คำถามทางบวก
ไม่เคย	1	4
นานๆครั้ง	2	3
บ่อย	3	2
บ่อยมาก/เป็นประจำ	4	1

ซึ่งคะแนนรวมอยู่ในช่วง 24 – 96 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงผู้สูงอายุมีความว่าเหว่สูง การแปลคะแนนความว่าเหว่ของผู้สูงอายุวัยปลาย สามารถแบ่งระดับความว่าเหว่ ตามระดับคะแนน เป็น 3 ระดับ ตามแบบของ ประคอง กรรณสูต (2542) ดังนี้

มีความว่าเหว่ในระดับสูง คะแนนระหว่าง	72.01 – 96.00	คะแนน
มีความว่าเหว่ในระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง	48.01 – 72.00	คะแนน
มีความว่าเหว่ในระดับต่ำ คะแนนระหว่าง	24.00 – 48.00	คะแนน

7) แบบวัดภาวะซึมเศร้า (Depression) ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale - TGDS) ที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2537) ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา จิตเวชศาสตร์ แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พยาบาลจิตเวช และนักจิตวิทยา จาก 14 สถาบันทั่วประเทศ แบบวัดนี้มีจำนวน 30 ข้อ ให้เลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 0 – 30 คะแนน เป็นการประเมินความรู้สึกของผู้สูงอายุในช่วงหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทยได้นำแบบวัดนี้ไปศึกษาความตรงของเครื่องมือในประชากรกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-70 ปี เพศหญิงจำนวน 154 คน เพศชายจำนวน 121 คน รวมเป็นจำนวน 275 คน ผลการรวบรวมและวิเคราะห์คะแนนจากแบบวัดภาวะซึมเศร้านี้พบว่ามีความเที่ยงตรงภายใน (internal consistency) ในเพศหญิงเท่ากับ 0.94 เพศชายเท่ากับ 0.91 และโดยรวมเท่ากับ 0.93

การคิดคะแนน

ข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 และ 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน

ข้อที่เหลือ ถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

แบ่งกลุ่มคะแนนตามระดับของภาวะซึมเศร้า ดังนี้คือ

<u>ระดับภาวะซึมเศร้า</u>	<u>คะแนน</u>
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0-12
ซึมเศร้าเล็กน้อย	13-18
ซึมเศร้าปานกลาง	19-24
ซึมเศร้ารุนแรง	25-30

2.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของแบบแบบสัมภาษณ์ซึ่งเป็นแบบกึ่งโครงสร้างโดยนำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณา จากนั้นนำไปปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำไปทดลองใช้ เพื่อทดสอบความครอบคลุม ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ลำดับของคำถาม ปฏิกริยาของผู้ให้ข้อมูลและความเข้าใจในคำถาม โดยทดสอบในผู้สูงอายุวัยปลาย จำนวน 5 ราย หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาปรึกษากับทีมวิจัยและที่ปรึกษาโครงการวิจัยอีกครั้ง เพื่อวิเคราะห์และพัฒนาทักษะในการสัมภาษณ์ของผู้วิจัยรวมทั้งปรับปรุงและแก้ไขแนวคำถามให้เหมาะสมก่อนนำไปปฏิบัติจริง

ส่วนแบบวัดเชิงปริมาณผู้วิจัยนำเครื่องมือ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องเหมาะสมของ ภาษา ความครอบคลุมของข้อความถาม จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมด มาปรับปรุงแก้ไขตาม คำแนะนำ และนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบ ความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดสอบ (try-out) กับผู้สูงอายุวัยปลาย จำนวน 30 คน ใน ชุมชนหนึ่งของอำเภอปัว จังหวัดน่าน ที่ไม่ใช่หมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลมาคำนวณหาความ เที่ยง (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาค ดังนี้

แบบวัดสมรรถนะทางกาย เท่ากับ 0.79

แบบวัดการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม เท่ากับ 0.93

แบบวัดความผาสุกทางใจ เท่ากับ 0.91

แบบวัดความจำเท่า เท่ากับ 0.88

แบบวัดภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 0.85

2.5 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

2.5.1 ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้ บริหาร เพื่อขออนุญาตประสงค์ของการวิจัย และขอ อนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ณ พื้นที่ทำการคัดเลือก

2.5.2 ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวต่อผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนของพื้นที่ที่ ทำการศึกษาเพื่อขออนุญาตประสงค์ พร้อมทั้งเสนอเค้าโครงร่างงานวิจัยและร่างแนวคำถามที่ใช้ในการ วิจัย

2.5.3 ประสานงานกับผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละชุมชน เพื่อขอความร่วมมือในการสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุวัยปลาย และขอความร่วมมือในการสอบถามตามความสมัครใจของผู้สูงอายุที่ยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูลหลักใน การศึกษา

2.5.4 เมื่อทราบกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษารั้งนี้แล้ว ผู้วิจัยได้ ขอข้อมูลของผู้ที่มีคุณสมบัติเข้าข่ายเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก และทำการติดต่อนัดหมายวัน เวลาในการ สัมภาษณ์ และเลือกสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลหลักสะดวกในให้สัมภาษณ์ และทำการคัดกรองผู้สนใจเป็น ผู้ให้ข้อมูลหลักเบื้องต้น โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับเบื้องต้นฉบับภาษาไทย และ ตรวจสอบคุณสมบัติอื่นๆ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2.5.5 วิธีการที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นการสัมภาษณ์เดี่ยว (Individual Interview) คือ การสนทนาอย่างมีจุดหมายเป็นหลักเป็นรายบุคคล เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีความยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ตามสถานการณ์และสามารถสังเกตพฤติกรรมปฏิกิริยาของผู้ให้สัมภาษณ์ได้ จะช่วยให้ การค้นหาคำตอบของการศึกษามีความน่าเชื่อถือมากขึ้นในการศึกษารั้งนี้ ใช้การสัมภาษณ์อย่างไม่ เป็นทางการ (Informal Interview) โดยศึกษาเกี่ยวกับสภาพทั่วไปของชุมชน การตั้งบ้านเรือน โครงสร้างของครอบครัว สภาพทั่วไปของผู้สูงอายุวัยปลาย และลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางสังคม

โดยสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการผู้นำชุมชน และใช้การสัมภาษณ์ระดับเจาะลึก (In-depth Interview) กับตัวผู้สูงอายุวัยปลาย รวมทั้งเครือข่ายทางสังคมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กลุ่มเครือญาติคนในครอบครัว และกลุ่มเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน โดยในการศึกษาในแต่ละครั้ง การสัมภาษณ์เพียงอย่างเดียวคงจะไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุดสามารถเก็บข้อมูลที่ต้องการศึกษาในทุกประเด็น ในการศึกษารั้งนี้ จึงใช้การสังเกตร่วมด้วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากขึ้น

2.5.6 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ บทบาทผู้วิจัย และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ถามความพร้อมของผู้ให้ข้อมูลหลักในการสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลประเมินตนเองว่ามีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจในการให้สัมภาษณ์หรือไม่ ดังนี้

2.5.6.1 กรณีที่ผู้วิจัยสังเกตพบว่าผู้ให้ข้อมูลอยู่ในภาวะไม่พร้อมที่จะให้การสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะยุติการสัมภาษณ์ทันทีและสอบถามความพร้อมในการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป

2.5.6.2 กรณีผู้ให้ข้อมูลมีความพร้อมให้ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแนวคำถาม และขออนุญาตทำการบันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้เทปบันทึกเสียง และแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลหลักทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะเก็บเป็นความลับในการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลหลัก และเทปบันทึกเสียงจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นตามกระบวนการหลังจากนั้นทำการสัมภาษณ์ตามแนวทางการสัมภาษณ์ที่ได้กำหนดไว้ และการสัมภาษณ์จะสิ้นสุดลงเมื่อได้เนื้อหาตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา โดยทั้งนี้ผู้วิจัยพิจารณาจากระยะเวลาการสนทนาที่กำหนดไว้ และยึดความพร้อม ความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นเกณฑ์ในการสิ้นสุดการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง ก่อนจบการสนทนาผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ได้จากการสนทนาคร่าวๆ และกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลหลัก และทำการนัดเพื่อสนทนาครั้งต่อไปถ้ายังได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

2.5.7 ในส่วนการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม ผู้วิจัย ทำการเก็บข้อมูลโดยการอ่านแบบสอบถามแล้วให้ผู้สูงอายุตอบ โดยใช้เวลาเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามต่อรายประมาณ 30 นาที ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถาม และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

2.6 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยนเรศวร ตามเอกสารเลขที่โครงการ 54 02 04 0041 (ภาคผนวก ข) ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ รวมทั้งอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจว่า การเข้าร่วมในการศึกษารั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้ให้ข้อมูล โดยการลงนามยินดียเข้าร่วมงานวิจัย ถ้าไม่สมัครใจสามารถเลิกทำการให้ข้อมูลทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยไม่ต้องให้คำอธิบายใด ๆ และจะไม่เกิดผลกระทบเสียหายต่อผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงลักษณะการวิจัยเป็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และขออนุญาตบันทึกเสียงนั้นจะถูกเก็บเป็นความลับ และลบทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ซึ่งข้อมูลทุกอย่างที่ได้จาก

การศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะนำเสนอผลของการศึกษาออกมาในลักษณะภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ตามกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มต้นเก็บข้อมูลจนสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการเก็บข้อมูลจากหลายวิธี (triangulation) ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสังเกต และบันทึกภาคสนาม รวมทั้งมีการตรวจสอบข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งกลุ่มเครือข่าย กลุ่มไม่ใช่เครือข่าย และผู้นำชุมชน การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1.1 ภายหลังจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยทำการถอดข้อความจากเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนา (transcribe) อ่านบทสนทนา ร่วมกับการฟังเทปซ้ำเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และอ่านบทสนทนาซ้ำหลาย ๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจ ร่วมกับบันทึกสนทนาเพื่อทบทวนเหตุการณ์และเติม (supply) ข้อมูลที่หายไป พร้อมทั้งอ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัด (line by line) และให้รหัสข้อมูล (code units of data)

3.1.2 ผู้วิจัยทำการจัดกลุ่มข้อมูลตามรหัสข้อมูล โดยแยกข้อมูลที่มีรหัสคล้ายคลึงกันรวมไว้เป็นกลุ่มเดียวกัน พร้อมทั้งเลือกบทสนทนาที่มีรหัสข้อมูลนั้นออกไว้ตามกลุ่มข้อมูลเช่นเดียวกัน

3.1.3 ต่อจากนั้นผู้วิจัยอ่านและทำความเข้าใจในความหมายที่เป็นไปได้ของบทสนทนาในแต่ละกลุ่มข้อมูล เพื่อทำการวิเคราะห์หาความเชื่อมโยง และความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของข้อมูล พร้อมทั้งทำการตีความกลุ่มข้อมูลที่ได้ตามความเหมาะสม เพื่อสร้างหมวดหมู่ของข้อมูล

3.1.4 ทำการสร้างหมวดหมู่ของข้อมูล (developing categories) โดยเริ่มจากการแยกเป็นหมวดหมู่ย่อย (subcategories) หมวดหมู่ข้อมูลสำคัญ (categories) และประเด็น (theme) จากการศึกษา

3.1.5 ผู้วิจัยทำการเขียนอธิบายความหมายหมวดหมู่ของข้อมูลที่ได้จากการตีความ และเลือกบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีความชัดเจนและสอดคล้องในการให้ความหมายหมวดหมู่ของข้อมูลมาสนับสนุนการเขียนอธิบาย

3.1.6 เขียนสรุปรายงานการวิจัย โดยอธิบายความ เชื่อมโยงและความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเชิงคุณภาพกับข้อค้นพบจากข้อมูลเชิงปริมาณ และนำเสนอเป็นรายงานที่สมบูรณ์ เข้าใจง่าย ชัดเจน และนำไปใช้ประโยชน์ได้ในลักษณะการพรรณนา (descriptive explanation)

4

บทที่ 4

ผลการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการดำเนินการวิจัย เรื่องเครือข่ายทางสังคม การเกื้อหนุนทางสังคม และความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลาย ในเขตภาคเหนือ ประเทศไทย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล จำแนกเป็น 4 ตอน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุวัยปลายกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 วิธีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ

ตอนที่ 3 เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ

ตอนที่ 4 การเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ

ตอนที่ 5 ความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ ทั้งมิติด้านบวก ได้แก่ ความผาสุกทางใจ และมิติด้านลบ ได้แก่ ความว้าเหว และภาวะซึมเศร้า

ตอนที่ 6 เจ็อนไขปัจจัยทางด้านเครือข่ายทางสังคม และการเกื้อหนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุวัยปลายกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. ลักษณะทางด้านประชากรและสังคมของผู้สูงอายุวัยปลาย
2. ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุวัยปลาย
3. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุวัยปลาย

1. ลักษณะทางด้านประชากรและสังคมของผู้สูงอายุวัยปลาย

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามคุณลักษณะทางด้านประชากรและสังคม (n = 160)

คุณลักษณะทางด้านประชากรและสังคม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- หญิง	102	63.8
- ชาย	58	36.2
อายุ		
- 80 – 89 ปี	125	78.1
- 90 ปี ขึ้นไป	35	21.9
Mean = 86.2, Max = 101 , Min = 80 , SD. = 4.24		
สถานภาพสมรส		
- หม้าย	118	73.7
- คู่	39	24.4
- โสด	2	1.3
- หย่า/แยก	1	0.6
ระดับการศึกษา		
- ไม่ได้เรียน	64	40.0
- ประถมศึกษาปีที่ 4	55	34.4
- ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 (1-3 ปี)	22	13.8
- สูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4	19	11.8
การนับถือศาสนา		
- พุทธ	158	98.7
- ศาสนาคริสต์	2	1.3

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายกลุ่มตัวอย่างเกือบ 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 63.8 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับสัดส่วนเพศของผู้สูงอายุวัยปลายจากการสำรวจผู้สูงอายุระดับชาติ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555) ส่วนใหญ่มีอายุ 80-89 ปี คิดเป็นร้อยละ 78.1 และรองลงมาคือ 90 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 21.9 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 86 ปี (SD.=4.2) ส่วนมากมีสถานภาพเป็นหม้าย คิดเป็นร้อยละ 73.3 รองลงมาคือสถานภาพคู่ ร้อยละ 24.4 ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมาคือเรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 34.4 และเกือบทั้งหมด ร้อยละ 98.7 นับถือศาสนาพุทธ

2. ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุวัยปลาย

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามคุณลักษณะทางด้านเศรษฐกิจ (n = 160)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การทำงาน		
- ไม่ได้ทำงาน	135	84.4
- ยังทำงานอยู่	25	15.6
รายได้ต่อเดือน		
- 500 – 1,000 บาท	64	40.0
- 1,001 – 2,000 บาท	54	33.8
- 2,001 – 5,000 บาท	25	15.6
- มากกว่า 5,000 บาท	17	10.6
การมีหนี้สิน		
- ไม่มีหนี้สิน	157	98.1
- มีหนี้สิน	3	1.9
แหล่งรายได้*		
- เบี้ยยังชีพ	146	91.3
- จากบุตรหลาน	120	75.0
- จากการทำงาน	25	15.6
- เบี้ยพิการ	16	10.0
- เงินบำนาญ	13	8.1
- ดอกเบี้ยเงินฝาก	10	6.3
- จากค่าเช่าต่างๆ	4	2.5
ความเพียงพอของรายได้		
- พอแต่ไม่มีเก็บ	77	48.1
- พอและเก็บได้บ้าง	42	26.3
- ไม่เพียงพอ	33	20.6
- พอและเก็บได้ตลอด	8	5.0
ความจนเปรียบเทียบ		
- ไม่ยากจน	82	51.3
- ยากจนพอกๆกับเพื่อนบ้าน	52	32.5
- ยากจนกว่าเพื่อนบ้าน	26	16.3

*ผู้สูงอายุบางคนมีรายได้จากหลายแหล่ง

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน คิดเป็นร้อยละ 84.4 มีรายได้ 500-1,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมา มีรายได้ 1,001 – 2,000 บาท บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 33.8 เกือบทั้งหมด ร้อยละ 98 ไม่มีหนี้สิน แหล่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากเบี้ยยังชีพของรัฐบาล คิดเป็นร้อยละ 91.3 รองลงมาคือได้จากบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 7 5.0 ในด้านความเพียงพอของรายได้ ส่วนใหญ่รายงานว่าพอแต่ไม่มีเก็บ คิดเป็นร้อยละ 48.1 ตามมาด้วยเพียงพอและเก็บได้บ้าง คิดเป็นร้อยละ 26.3 และไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 20.6 และในด้านความจนเปรียบเทียบ ประมาณครึ่งหนึ่งรายงานว่าไม่ยากจน คิดเป็นร้อยละ 51.3 ตามมาด้วยยากจนพอกๆกับเพื่อนบ้านคิดเป็นร้อยละ 32.5

3. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุวัยปลาย

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามภาวะสุขภาพ (n = 160)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การมีโรคเรื้อรังประจำตัว		
- มี	129	80.6
- ไม่มี	31	19.4
ชนิดของโรคเรื้อรัง		
- โรคความดันโลหิตสูง	75	46.9
- โรคปวดข้อ/ข้อเสื่อม/รูมาตอยด์	35	21.9
- โรคอื่นๆ	31	19.4
- โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต	21	13.1
- โรคเบาหวาน	15	9.4
- โรคหัวใจ	14	8.8
- อาการปวดทางร่างกาย ปวดหลัง เอว กล้ามเนื้อ	13	8.1
- โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	12	7.5
- โรคเกี่ยวกับสายตา	10	6.3
- โรคหรืออาการเกี่ยวกับทางเดินอาหาร	4	2.5
การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง		
- ปานกลาง	68	42.5
- แข็งแรงดี	47	29.4
- แย่	35	21.9
- แย่มากๆ	5	3.1
- แข็งแรงดีมาก	5	3.1

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพเปรียบเทียบกับช่วงปีที่ผ่านมา		
- พอๆกัน	74	46.3
- แย่กว่า	61	38.1
- ดีกว่า	24	15.0
- ดีกว่ามาก	1	0.6
ภาวะสุขภาพเปรียบเทียบกับคนวัยเดียวกัน		
- พอๆกัน	66	41.2
- ดีกว่า	56	35.0
- แย่กว่า	32	20.0
- ดีกว่ามาก	6	3.8
การเจ็บป่วยที่ต้องนอนในโรงพยาบาลในปีที่ผ่านมา		
- ไม่เคย	123	76.9
- เคย	37	23.1
จำนวนวันนอนเฉลี่ย 8.97 วัน (Min = 1, Max = 30)		

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค คิดเป็น ร้อยละ 80.6 โดยส่วนใหญ่เกือบครึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 46.9 รองลงมาได้แก่ โรคปวดข้อ/ข้อเสื่อม/รูมาตอยด์ ร้อยละ 21.9 และโรคเรื้อรังอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 19.4 ในด้านการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพตนเอง พบว่าส่วนใหญ่เกือบครึ่ง รายงานภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมาคือ แข็งแรงดี คิดเป็นร้อยละ 29.4 และสุขภาพแย่ คิดเป็นร้อยละ 21.9 ในส่วนของภาวะสุขภาพเปรียบเทียบ ในด้านภาวะสุขภาพเปรียบเทียบกับช่วงปีที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุวัยปลายรายงานว่าสุขภาพดีพอๆกับปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 46.3 รองลงมาคือ แย่กว่าปีที่ผ่านมา ร้อยละ 38.1 ในด้านภาวะสุขภาพเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุวัยเดียวกัน พบว่า ส่วนใหญ่รายงานว่าสุขภาพดีพอๆกัน คิดเป็นร้อยละ 41.2 รองลงมาคือ ดีกว่า คิดเป็นร้อยละ 35.0 และพบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 23.1 เคยเจ็บป่วยและนอนในโรงพยาบาลในช่วงปีที่ผ่านมา

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (n = 160)

กิจวัตรประจำวัน	1.ต้องช่วยเหลือเต็มที่		2.ต้องช่วยเหลือเล็กน้อย		3.ทำเองได้โดยสมบูรณ์	
	n	%	n	%	n	%
1. อาบน้ำ	20	12.5	12	7.5	128	80.0
2. แต่งตัว / ใส่เสื้อผ้า	18	11.3	13	8.1	129	80.6
3. ใช้ห้องสุขา และทำความสะอาดหลังขับถ่าย	18	11.3	14	8.8	128	80.0
4. ลุกนั่ง/ลุกจากที่นอน เติง หรือเก้าอี้	15	9.4	17	10.6	128	80.0
5. กินอาหาร	8	5.0	12	7.5	140	87.5
6. อุจจาระ/ปัสสาวะรด (1=ประจำ, 2=ครั้งคราว, 3=ไม่เคย)	12	7.5	39	14.4	109	68.1
7. เดินขึ้นบันได 2-3 ชั้น	45	28.1	16	10.0	99	61.9
8. ยกของหนักประมาณ 5 กิโลกรัม	59	36.9	31	19.4	70	43.8
9. เดินระยะทาง 1 กิโลเมตร	58	36.3	32	20.0	70	43.8
10. การใช้โทรศัพท์ เช่น หมุนโทรศัพท์, รับโทรศัพท์, บอกกล่าวข้อความที่ส่งมาได้	60	37.5	54	33.8	46	28.8
11. ใช้รถ/การเดินทางโดยขึ้นรถหรือลงเรือคนเดียว	67	41.9	49	30.6	44	27.5
12. จับจ่ายซื้อของ เลือกซื้ออาหารหรือเสื้อผ้า ในร้านค้าหรือร้านขายของชำ	58	36.3	47	29.4	55	34.4
13. การหุงหาอาหาร ความสามารถในการทำกับข้าวเองหรืออุ่นอาหารที่ทำเสร็จแล้ว	59	36.9	47	29.4	54	33.8
14. การทำงานบ้าน ทำความสะอาดดูแลบ้านเรือน	49	30.6	46	28.8	65	40.6
15. หยิบยากินเอง	20	12.5	51	31.9	89	55.6
16. การจัดการเรื่องเงิน หรือทอนเงิน	32	20.0	45	28.1	83	51.9

จากตารางที่ 5 พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุวัยปลาย ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily Living) ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว ไปห้องน้ำ ลุกจากเตียง และกินอาหาร ได้เองโดยสมบูรณ์ แต่ความสามารถในการเคลื่อนไหว (Physical function) เริ่มลดลง โดยประมาณครึ่งหนึ่ง สามารถเดินขึ้นบันได เดินระยะทาง 1 กิโลเมตร และยกของหนักประมาณ 5 กิโลกรัม โดยตนเองได้โดยสมบูรณ์ ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (Instrumental Activity of Daily Living) ได้แก่ การใช้โทรศัพท์ การเดินทางโดยรถ การจับจ่ายซื้อของ การหุงหาอาหาร ทำงานบ้าน การหยิบยา กิน และการจัดการเรื่องเงิน ส่วนใหญ่ต้องมีผู้ช่วยเหลือเต็มที่หรือช่วยเหลือเล็กน้อย

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (n = 160)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	Range	\bar{X}	SD.	ระดับ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	6 - 18	16.19	3.48	สูง
ความสามารถในการเคลื่อนไหว	3 - 9	6.48	2.46	ปานกลาง
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน	7 - 21	14.57	4.77	ปานกลาง
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวม	16 - 48	37.24	9.73	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily Living) อยู่ในระดับสูง (\bar{X} =16.19, SD.=3.48) ความสามารถในการเคลื่อนไหว (Physical function) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (Instrumental Activity of Daily Living) อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =6.48, SD.=2.46; \bar{X} =14.57, SD.=4.77 ตามลำดับ) และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =37.24, SD.=9.73)

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละ ของสมรรถนะทางด้านสมอง ของผู้สูงอายุวัยปลาย (n = 160)

สมรรถนะทางด้านสมอง	จำนวน	ร้อยละ
มีภาวะสมองเสื่อม	45	28.1
ไม่มีภาวะสมองเสื่อม	115	71.9

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายมีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 28.1 และไม่มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 71.9

ตอนที่ 2 วิธีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ

2.1 วิธีการดำเนินชีวิตประจำวัน

จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุวัยปลาย พบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ยังมีผู้สูงอายุวัยปลายบางส่วนที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง โดยมีวิถีชีวิตที่หลากหลายแตกต่างกันตามบริบท พอจะสรุปวิถีชีวิตของผู้สูงอายุวัยปลาย ในเขตภาคเหนือ ได้ดังต่อไปนี้

1) วิถีชีวิตแบบพึ่งพาตนเองทั้งหมด

ผู้สูงอายุวัยปลายบางส่วนมีวิถีชีวิตโดย การพึ่งพาตนเองทั้งหมด โดยพบว่าผู้ที่ผู้สูงอายุวัยปลายต้องช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมทุกอย่างในการดำเนินชีวิต ได้แก่ กิจกรรมในวิถีชีวิตที่ผู้สูงอายุวัยปลายกระทำเป็นประจำทุกวันหรือกระทำแทบทุกวัน เช่น การทำงานบ้าน การใช้ห้องน้ำ การเดินทางไปจ่ายตลาด การประกอบอาหาร เป็นต้น รวมทั้งการพึ่งพาตนเองในเรื่องเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุวัยปลายจำเป็นต้องประกอบอาชีพสร้างรายได้ อาทิ ค้าขาย การทำสวน การรับจ้างทั่วไป การปลูกพืชผักสวนครัว เงินที่ได้จากการประกอบอาชีพจะนำมาใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน

การพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุวัยปลายเป็นการแสดงให้เห็นถึงความพยายามในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในแต่ละวันด้วยตัวเอง ไม่ต้องการเป็นภาระของผู้อื่น ทั้งนี้เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุวัยปลายที่อยู่เพียงลำพังไม่มีบุตรหลานให้พึ่งพา หรือเป็นผู้สูงอายุวัยปลายที่มีสุขภาพแข็งแรง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตื่นหกโมง ตื่นขึ้นมาก่อนไปวิ่งไปเดินออกกำลังกาย แล้วก่อเย็บก้าน เย็บก้านทำไส้ใส่สวน ไปปลูกหอมปลูกพริก เสร็จแล้วก่อมาโป๊ะหัวโป๊ะไม้อัน หมูนั่น เกือกเกือก เสร็จแล้วช่วยกันเย็บเนาะ(ทำอาหาร) ปั่นได้กินน้ำ(ได้กินเร็วดี) ละฮื้อคนใดคนหนึ่งก่อจ้ออันแน่นานได้กิน ต้องช่วยกันฮื้อนะ”IDI-OOM นาน5-8

“ตื่นเช้าก็ลุกไปตลาด...ไปขายของ อ้อยก็ไล่(หา)ผักขายเป็นผักแกลงแกลง...พอกินพออยู่ บางครั้งก็ได้ร้อยปลาย บางวันก็ได้สองร้อย Q แล้วซื้อเขามาที่บาท A บางครั้งก็ซื้อข้าว(ยี่สิบ) บางครั้งก็ซื้อสามสิบ สี่สิบ ปิกมาบ้าน ก็มานั่งข้าว มาถึงบ้านประมาณแปดโมง เก้าโมง มาถึงก็จะหลับซักยาม(สักพัก) แล้วก็ลุกนั่งข้าว กินข้าว แล้วก็โละแอว(ออกไปเที่ยว) กินข้าวเช้าเสร็จแล้วก็หลับต่อ ตื่นมาอีกครั้งบางครั้งก็ป่วยๆ ตื่นมาก็โละแอว(ไปเที่ยว) เขี่ยยามกลับมากินข้าวตอนบ่ายโมง หรือบ่ายสองโมง กินข้าวแล้วก็ใช้(เด็ด)ผัก เตรียมไว้เพื่อนำไปไปขายตลาดวันผูก(วันรุ่งขึ้น)...เราก็จะทำยังงี้ทุกวัน”IDI-OOF นาน6-7

“ลุกขึ้นมาหุงข้าว ภูบ้าน กวาดบ้าน ตีลี้ก็ตื่นมาเก็บข้าวต้มไปส่งเค้าณะก็มาบ้านเนอะ อืม ทำเองหมดไม่มีใครมาแทนไม้แทนมือได้” IDI-OOF ตาก28-5

“ตื่นมาก็ล้างหน้าทำกับข้าว จากนั้นก็ตายหญ้า กวาดบ้าน หิวก็กิน...หลังเที่ยง ก็บางที่พีก่อนที่หนึ่ง ซักครึ่งชั่วโมงก็ออกออกกำลัง ไปตัดหญ้ามัด ที่ข้างในรอกมากก็จบตายมัด บางทีก็ไปถางที่สวนกล้วยมัด...แต่ว่าก็ทำประจำ คือ งานตายที่พระโธรมมา เป็นมัดตายก...”IDI-OOM พิษณุโลก9-6

“พอจะไปไหนก็ไปคนเดียว ขับมอเตอร์ไซด์ได้อยู่ไปถึงในเมืองเลยนะ ถึงบ้านทุ่งกล้วย ทุ่งหกเลยนะ บางทีก็ยังไม่ตัดหญ้านะ ตัดหญ้าสวนก็ยังไปนะ รับจ้างตัดอีกนะ ก็ใจมันยังไปได้นะ ไม่เหนื่อยช่วยเหลือตัวเองไปก่อน”IDI-OOM ลำปาง7-132

“ตื่นมาก็ทำงานทุกอย่าง ทำกับข้าว กวาดภูบ้าน แล้วก็ห่อข้าวต้มขาย ได้เดือนประมาณ 3,000 นะ...ยายต้องรับภาระทั้งหมดในบ้านลูกขับสามล้อมได้เงินมาก็ซื้อเหล้ามาทุกวัน...” IDI-OOF ตาก3-39

2) วิถีชีวิตแบบพึ่งพาตนเองได้บางส่วน

ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่จะมีวิถีชีวิตแบบ “กึ่งพึ่งพา” โดยการพึ่งพาตนเองบางส่วน และต้องพึ่งพาญาติหรือบุคคลในครอบครัวบางส่วน เนื่องจากปัญหาการเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัย และข้อจำกัดของปัญหาสุขภาพ เช่นปวดตามข้อ ปวดหลัง ปวดเอว ตามองเห็นไม่ชัด เป็นต้น จะใช้ชีวิตแบบนั่งๆนอนๆ อยู่ภายในบ้าน กิจกรรมที่ผู้สูงอายุวัยปลายต้องช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างในการดำเนินชีวิต ได้แก่กิจกรรมในวิถีชีวิตที่ผู้สูงอายุวัยปลายกระทำเป็นประจำ เช่น การใช้ห้องน้ำ การทำกิจธุระส่วนตัว หรือการทำงานบ้านเล็กๆน้อยๆ แต่กิจกรรมบางอย่างที่ต้องใช้สมรรถภาพร่างกาย เช่นการเดินทางไปจ่ายตลาด การประกอบอาหาร การประกอบ

อาชีพสร้างรายได้ รวมทั้งการไปร่วมประกอบพิธีกรรมทางศาสนาต่างๆ จึงเป็นหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว (บุตร หลาน) และญาติพี่น้องที่จะให้การเกื้อหนุน ส่วนใหญ่จึงยอมรับสภาพความเสื่อมตามวัยที่เกิดขึ้นและมีชีวิตอยู่ไปแบบวันๆ โดยไม่คิดอะไร ดังคำกล่าวที่ว่า

“ยะหยัง ตื่นล้างหน้าล้างตาเหี้ย ทกโมงก็ตื่นแล้วมันตึงตึง แล้วก้อกวาดหอย กวาดเฮือน ละอ่อนฮ้องกินข้าวก็กินข้าว กินข้าวแล้วก้อยู่บ่ตาย มันเยี้ยยะหยังบ่ได้ ก็นั่งๆ นอนๆ ถึงเวลากินข้าวก็กินหนะข้างเหียง ข้างแลง ทิวก็บ่ได้ดู ตาบ่หันถึ หูได้ยินบ่องบ่ได้ยินบ่อง” IDI-OOF หน้า 12-11

“...ตื่นมาก่อลงมาล้างหน้าแปรงฟันหยังเสร็จเรียบร้อยแล้วก็ไปนั่งฮั่นนั่งนี้ ฟังทิว ดูก้อบ่หันหน้า ฟังเอา เปิดทิวก็มาหุงข้าวคนเดียวหนา กำกินแต่ยะบ่เป็น ยะบ่ได้เหี้ยละ กำกินแต่ลูกสาวส่งทุกมือเลย วันนึ่งก็ส่งไปละ แล้วก้อลงมากินข้าวกินข้าวนี้เสร็จแล้วก็กินยา แล้วก็ขึ้นไปนั่งฟังทิว ปั้นอ้อมันร้อนเฮาก็ลงมาอยู่ข้างล่าง ก็ยะยะหยัง นั่งเล่นนั่งจุก(นั่งเฉยๆ)อยู่จะเนี้ยะก็นั่งตึงนั่งจุกอยู่จะเนี้ยะ บ่ได้คิดหยังแหละ แล้วก็กินข้าวเหียงเหี้ย เขาตึงเอามาส่งตอนเช้าเผื่อไว้เลย ข้าวแลงก้อเป็นเอาส่งเผื่อไว้บ่...ถ้ามีคนมาแอวก้อก็แอวหากันเหี้ยซักบิตซักเมื่อ เขากลับเฮาก็ขึ้นบน ขึ้นไปนอนเนี้ยะกะ ไปฟังทิวซักบิตซักเมื่อ ซักหุ่ม หุ่มบ่บายอยู่ก็ตึงขึ้นนอนแล้ว” IDI-OOF หน้า 13-6

“อ้อยเข้านอนสามหุ่ม...ยะกานตำหมู่บ้านตำหมู่จอง ไชนั่งกอนั่ง ไชนอนกอนอน... ลูกมาก่อยะยะหยังนะ ส่วยหน้า ส่วยตา ก่อมานั่งบ่ตาย บ่ตายเนี้ยนะ กำกินลูกก้อกินข้าว...ก่ายก่ตึงจะอั้น บ่ก่ายก่ตึงจะอั้น ไชนอนกอนอน ก่ายนอนกอนั่งไปวันๆ” IDI-OOM หน้า 22-10

“ตั้งวันนี้ โอ้ บ่ได้ยะหยัง ลูกมาก่อล้างหน้า บ้วนปาก แต่งเนื้อแต่งตัวหยังเหี้ย อั้นนะ ก่อบ่ได้ยะหยังแฉะ กบ่ข้าวกบ่ปลาบ่ได้ยะ ถึงเวลาเขาก่อเอามาหื้อกินเหี้ยลูกสาวเป็นเอามาตั้งวันนะ...แล้วก้อเดินไป เดินมากะ เฮาจะนั่งอยู่บ่ได้ อยู่กับแข่งขาของเฮาถ้าเฮานั่งอยู่อ้อมันก้อ แหม่น้อยมันจะเดินค้อบแค้...นอนน้ก ก่อก่าย อย่างบ่อง เตี้ยบ่อง...ลงลุ่ม ลงล่าง ลงคันไคยาก ลงไปแล้วลงแต่ได้น้อ ตอนขึ้นนึ่งก่ตั้งมีจ้วยกันเอาขึ้นถ้าไปโรงบาล แควนฮ้ายนะ ละอ่อนอ้อม ถ้าลงจะเตี้ยขึ้น เตี้ยขึ้น เขาอ้อมลงไปใส่รถ ไปปุ้นเป็นหังเอารถมาใส่ บ่ได้ลงขี้บ่เอะขี้ดิน อี้เตือะ” IDI-OOF หน้า 25-36

“ไม่ได้ทำอะไร นอนหลับตื่นเข้าเย็นนุ่นหนะจะตื่น นอนหลับลูกกินนะ ลูกสาวทำกับข้าวให้หมดนะ เราทำไม่ค่อยไหวมันเหน้อย (หัวเราะ)” IDI-OOM ตาก 39-308

“ยายก็ช่วยจัดหม้อหุงข้าวเสร็จเรียบร้อย ก็ให้ลูกไปจ่ายกับข้าวที่ตลาด แล้วก็ซักผ้าด้วย เอาผ้าใส่เครื่องแล้วก็ถูบ้าน ถ้าซักผ้าเสร็จก็ลูกกลับมาที่มาตากผ้า ยายไม่ชอบอยู่เฉยๆ วันๆ ต้องทำงานให้เป็นการฆ่าเวลาไปนะ หางานใส่ตัวบ้าง ก็เฝ้าบ้าน เวลาผ้าขาด ก็ใช้จักรเย็บ” IDI-OOF ลำปาง 8-12

“เดินไม่ไหว ขามันซาไปหมดเนี้ยะ ล้างหน้าทำเอาเองไม่มีใครทำให้ ข้าวตักกินเอง แต่ต้องนอนกินนึ่งไม่ค่อยไหว นึ่ง นอน เมื่อยก็ลูกมานั่ง เดินไม่ได้ เข้าห้องน้ำก็ต้องกระเถิบไป...มีแต่วิทย์ ทิวดูไม่ได้ตามองไม่ค่อยเห็น ก้อยู่มันไปจะอ้อก้า” IDI-OOM พิษณุโลก 5-92

3) วิถีชีวิตแบบพึ่งพาผู้อื่นอย่างสมบูรณ์

ผู้สูงอายุวัยปลายบางส่วนต้องมีวิถีชีวิตโดย การพึ่งพาผู้อื่นอย่างสมบูรณ์ เนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุวัยปลายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมทุกอย่างในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว พิการ ต้องนอนและนั่งติดเตียงตลอดเวลา หรือใช้รถเข็นในการเคลื่อนไหว เช่นผู้สูงอายุวัยปลายที่เจ็บป่วยเป็นอัมพาตครึ่งท่อน เนื่องจากปัญหาการเสื่อมสภาพตามวัย การเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และภาวะทุพพลภาพ กิจกรรมในวิถีชีวิตที่ผู้สูงอายุวัยปลายกระทำเป็นกิจวัตรประจำวันหรือกระทำแทบทุกวัน เช่น การทำงานบ้าน การใช้ห้องน้ำ การประกอบอาหาร รวมทั้งการพึ่งพาตนเองในเรื่องเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพสร้างรายได้ เป็นต้น ต้องกลายเป็นภาระของครอบครัวหรือผู้ดูแลทั้งหมด ทั้งนี้จึงมีชีวิตอยู่ไปวันๆ ตามสังขารร่างกาย และไม่ยอมให้มีชีวิตอยู่เพราะเบื่อหน่ายกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเองที่ต้องเป็นภาระกับคนอื่น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ ตื่นมาเป็นก่อนจะ ล้างหน้าแปรงฟัน เป็นก่อนใส่เสื้อใส่ผ้า ตาแปงจะเนี่ย นั่งรอกินข้าว ก่อนเอาข้าวมาส่ง บางวันเขาเอาข้าวมาหื้อเป็น เป็นก่อนปลุกเตื่อ เขาก่อเอาวางนี้ ผาชีควบหื้อเป็นเหยีย เป็นตื่นมาเป็นหาจะหากินคนเดียวเป็น กินหยงกินได้... เสียวอยู่อย่างเป็นเดินบได้ อันนะ เดินบได้ย่างบได้ เทเหยียว เทหยง เจ้าทั้งนั้นนะ กับข้าว กับปลา เจ้าซ้อหื้อตั้งเที่ยง ตั้งเช้าเลย แล้วมะแลงแหลมต่างหาก เขาซ้อแหลมต่างหาก ซ้อตอนเจ้าต้องกุมสองคาบ เพราะเจ้าบได้อยู่ เจ้าไปทำงาน... เสื้อผ้า ผ้าปูหยงหมุ่นี อาทิตยเตื่อ เจ้ายะหมดนะ เพราะว่าเขามอบหื้อเจ้าเลี้ยง เจ้ายะหมด เจ้า ทำหมดเลย ทุกอย่าง ทุกอย่างและ เพราะเป็นยะคนเดียวบได้น้อ ไปบได้...ต่อนี้ อยู่กะบ้าน บไปไหน ไปไหนบได้แห่น นั่งอยู่ที่นี่ บันเป็นอยู่ในห้องซังอี้เตื่อะน้ำ ไปตางใดก้อไปบได้ บได้ไปคลุกคลีหยงกับใคร กินแล้วก่อนนอน นอนแล้วก้อกินจะนี้เจ้า ถ้ามีบุตรหลานบเอาหยงมาหื้อกินก้อบได้กินนะ” IDI-OOF ญาติบ้าน 11-25

“บได้ยะหยงนะ ย่างบได้ นอนกับหลับ นอนก่ายก็ลุกนั่งฮั้น ย่างบได้ ไชยงตักละ เจ็บเหยียน นอนเตียงนี้ ลุกบได้ บได้ไปไหนนะ ย่างได้บได้น้อ ถีบนั่งรถนั้น(รถเข็น) โล๊ะได้นั่งไป...” IDI-OOF บ้าน 30-3

“...บางครั้งก็ละแ็ดไปจะอันเนอะแล้วแต่เป็นจะไป...เขาก็ใส่แพมเพิส แต่จะใส่หมั่นก็เอ็นดูเป็นใส่กะมะคั้นหนะมะคั้นหนะ มะคั้นเป็นลงบได้ มะวันเขาบใส่เนอะเขาก็แก้ผ้าแก้หยงเป็น มานอนนี้ เอาผ้าไปซักหยงเรียบร้อย ซักเรียบร้อยก่อน กำนี่ก็ลงไปบ้าน เยี่ยมกับข้าวกับหยง เตรียมกับข้าวกับหยงไว้ฮื้อเป็น...” IDI-OOF ญาติบ้าน 30-23

“กินข้าวก็นอน นอนอย่างนี้ แต่แกพลิกตัวอะไรเองได้ บางทีพีกจับพลิก พิกูแลตลอดเลย 24 ชั่วโมง อาหารก็ให้ทางสาย ถ้าเป็นขนมบางวัน ถ้าอ่อนๆ ก็จะป้อนทางปาก น้ำทางปาก ถ้าแกหิวน้ำนะ เอา syringe หยอด ขนมอ่อนก็เอาป้อน ผลไม้อย่างส้ม อย่างอะไรอย่างนี้ก็เอาป้อน...เซ็ดตัวเคยอาบอยู่ เคยอุ้มแกออกไปอาบน้ำเหมือนกับอันนี้ยังไม่หายดี แล้วแกบ่นเจ็บ” IDI-OOM ญาติพิษณุโลก 8-66

“อยากตาย มันทรมาณ เมื่อไหร่จะตายซึกทีอย่างนี้เหรอ คิดอย่างนี้ทุกวัน อยู่ไปมันก็ทรมาณ ลำบากเค้าๆต้องดูแลเราทุกอย่าง เบื่อแ่แล้วเนี่ยะ ไปไหนก็ไม่ได้ เดินไม่ไหว” IDI-OOM ญาติพิษณุโลก 5-82

2.2 มุมมองต่อความสูงอายุและการเป็นผู้สูงอายุนวัยปลาย

จากการศึกษาความคิดความรู้สึกต่อความสูงอายุ และการเป็นผู้สูงอายุนวัยปลาย ส่วนใหญ่จะเป็นไปในทางลบ ตั้งแต่การมีชีวิต อยู่ไปวันๆโดยไม่คิดอะไร กลัวเป็นภาระของครอบครัว ไปไหนไม่ได้ จนกระทั่งเบื่อหน่ายกับสังขารตนเอง ซึ่งพบรายละเอียดของมุมมองต่อความเป็นผู้สูงอายุนวัยปลายในแต่ละประเด็น ดังนี้

1) มีชีวิตอยู่ไปวันๆ โดยไม่คิดอะไร

ผู้สูงอายุนวัยปลายส่วนใหญ่รู้สึกเฉยๆ ธรรมดา ไม่คิดอะไร เข้าใจสัจธรรมความไม่เที่ยงของชีวิตว่าเกิด แก่ เจ็บ ตายเป็นของธรรมดา ยอมรับสภาพความเสื่อมของร่างกายตามวัย จึงมีชีวิตอยู่ไปวันๆ นิ่งๆ นอนๆ ตามสภาพสังขารร่างกาย ไม่มีจุดหมายในชีวิตอะไร รอการดับไปของชีวิต ตายไปเมื่อไหร่ก็เมื่อนั้น โดยไม่กลัวความตายที่จะมาถึง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็รู้สึกธรรมดา ไม่มีอะไร ธรรมดา แล้วเราก็อายุมากแล้ว ก็เป็นไปตามสังขาร” IDI-OOM หน้า 2-3

“อยู่ไปจะนี่ตามกำหนดบุญ บ่ได้กั๊ดหยั่งซักอย่าง” IDI-OOF หน้า 6-100

“เฉยๆ มันเป็นธรรมดา เกิด แก่ เจ็บ ตายอันไหนจะ แค่นี้ตายอันไหนจะ ห้ามก็บ่อยู่ กั๊ดอเลาะ อะหยั่งจะเกิดก็ฮือมันเกิด ตายเป็นของธรรมดา ตายก็เอาไปเผาเหี้ย บ่มีหยั่งนะ” IDI-OOM หน้า 3-36

“ไม่คิดอะไรหรอกนะ เราอยู่ไปวันๆแท้ๆไม่รู้จะตายเมื่อไหร่ก็เมื่อนั้น อย่าไปคิดอะไร บอกว่าคิดเรื่องตายไป กว่าจะใช้บุญกรรมก็ทำมาแค่นั้นเนอะ แล้วแต่เรามีบุญก็อยู่ได้นาน อายุจนปานนี้แล้ว 80 กว่าแล้ว” IDI-OOF หน้า 9-15

“มันก้อเฉย ๆ นะ คนเฮาก้อเหมือนกันทุกคน เกิดมาละไปหนทางเส้นเดียว ไปอยู่ดี เดียวกันหันเหี้ย ก้อหนีบับัน บ่ตายวันนี้ก้อตายวันหน้าบ่คิดอะหยั่ง” IDI-OOF หน้า 25-24

“ก็ไม่รู้จะคิดยังงั้น นอนไปอย่างนั้นเอง ไม่ได้คิด อยู่ไปวันๆ ไม่หวังอะไรหรอก กั๊ดนอนรอวันตาย” IDI-OOM พิษณุโลก 5-434

“ก็ไม่ได้คิดอะไร กั๊ดสุดแล้วแต่อายุไซ ของใครของมันนี่ซี เวรกรรมของใครของมัน อยู่ นานถึง 90 ก็ไปไหนไม่ได้ แล้วแต่บุญเนอะ สร้างมาถึงไหนก็ถึงนั่นแหละ” (หัวเราะ) IDI-OOM ตาก 39-72

“ไม่คิดอะไร ก็อยู่ไปตามกรรมนะ ง่ายๆ ถึงวันมันต้องมาเอาเราไป คนเราเกิดมาก็ต้องไป” IDI-OOF ตาก 33-234

2) กลัวเป็นภาระของบุคคลอื่น

โดยพบว่าผู้สูงอายุนวัยปลายจะมีความรู้สึกกลัวเป็นภาระกับคนอื่น โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว บุตรหลานญาติพี่น้อง กับสภาพความเสื่อมของร่างกายตามวัยและต้องมีวิถีชีวิตแบบกึ่งพึ่งพาไปจนถึงพึ่งพา ด้วยการต้องเป็นภาระของบุคคลอื่นดังกล่าวจึงไม่ยอมมีชีวิตที่จะอยู่ต่อไป นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุนวัยปลายที่อยู่เดี่ยวความรู้สึกกลัวๆ ภายในใจก็ยังอยากจะมีชีวิตอยู่รวมเป็นครอบครัวเดียวกันกับบุตรหลาน แต่กลัวจะเพิ่มภาระของบุตรหลาน และปัญหาเกี่ยวกับเขย หรือสะใภ้ที่จะตามมา เพื่อความสบายใจของทั้งสองฝ่ายจึงยอมที่จะใช้ชีวิตอยู่เดี่ยว ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็อยากนั่นแหละ(อยากอยู่กับลูกกับหลาน) แต่ว่ามันจำเป็นของเรา ไม่อยากไป
รบกวนลูก ให้มันเดือดร้อน เพราะเราเห็นมาแล้ว พ่อแม่แม่พ่ออยู่กับลูกสะใภ้ ไม่ค่อยจะชอบ
เหมือนกัน อ้าวมีนะ มีจริง เดี่ยวจะมาทะเลาะเบาะแว้งกันเพราะเรานี่ เพราะเราเป็นต้นเหตุ
ผมนะจึงไม่อยากจะไปอยู่ด้วย” IDI-OOMหน้า2-241

“บ่อยากเป็นภาระใคร อยู่คนเดียวสบายใจ ไปอยู่ด้วยเป็นแล้วกลัวมีปัญหาไปต่าง
หน้า(ไปข้างหน้า)(ถาม:ปัญหาอะหยิ่งดี๊กล้ว) ปัญหาบางครั้งก็ลูกเขยจะจิ้ง หยิ่งหู้ต่างหน้า ก็ดี
เอาคนเดียวนั่นเนาะ”IDI-OOFหน้า6-71

“ไอ้ บุตรหลานบานใจจะหน้ายกะ(มีชีวิตอยู่นาน) หมู่เป็นตายตึก ๆ(เพื่อนตายจาก
ไปเรื่อย ๆ) เจ้าบ่ตาย ไซ่ตายหือตึก เลี้ยงดี นี้ละนี้ ก่อมันจะไปไหนบ่ได้เลาะ บ่จ้างจะว่าอยู่ไป
จะนี้อยู่ไปวัน ๆ”IDI-OOMหน้า15-109

“เบื่อเหมือนกันแหละ ก็อายุเรามากแล้ว ทำอะไรก็ได้ ร้าคาญนะเนอะ ต้อง
ลำบากลูกหลานมาดูแล เบื่อกับชีวิตเหมือนกันนะ...”IDI-OOFลำปาง10-28

“ไม่ต้องการอะไรแล้ว ขออย่าให้ได้เจ็บป่วยก็พอใจแล้ว ถ้าป่วยก็ตายไปเลย กลัวไม่มี
ใครมาเฝ้า”IDI-OOFพิษณุโลก18-98

3) ไม่ได้ไปไหนมาไหน

ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่มีความคิดว่าตนเองถูกจำกัดพื้นที่ อยู่ที่บ้าน ไม่ได้ไปไหน
มาไหน ไม่ได้ทำงาน เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้าน การเคลื่อนไหว ปัญหาสุขภาพที่เสื่อมตามวัย
ลูกหลานจึงไม่อนุญาตให้ไปไหนมาไหน ไม่ให้ทำอะไรเพียงลำพัง เพราะกลัวจะประสบอุบัติเหตุ หรือ
เจ็บป่วย การทำงานและกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายจึงลดลง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก่อนนั้นนะ เขา(ลูก)บ่หื้อไปนั้นนะ(ไม่ให้ไปทำงาน) กลัวไปตัวไปตี้อยากไปป่า ไป
เปียงนะกะเป็นสองปีแล้ว บ่ได้ไป บ่ได้หันป่า หันเมน” IDI-OOMหน้า15-78

“...พวกลูกเขาไม่ให้ทำ เขาให้อยู่เฉยๆ แต่ยายทำเอง นั่งตามข้างรั้วถ้าหญ้ามันพัน เอา
เคียวเกาะมั่งอะไรมั่ง ลูกบอกอย่าทำนะแม่ จะไปติดเชือกเขาล้ม ไม่มีใครเห็น เขาให้แต่กิน
กับนอนอย่างเดียวไม่ให้ไปไหน” IDI-OOFพิษณุโลก3-11

“ทุกวันนี้ไม่ได้ไปไหน ไม่มีอะไรทำ ผมก็จุกจิกเหมือนกันแหละ ถ้ามีงานทำผมก็อยาก
ทำด้วยเช่นตัดฟัน” IDI-OOMพิษณุโลก7-34

“แจะกวาดตามนี้มั่ง ฟันฟันมั่ง เมื่อก่อนจะมีกองฟัน ก็บอกแจะไม่ต้องทำหрок แก็ทำ
อยู่อย่างนั้นแหละ จ้าแจะช่วย แก็ทำอะไรได้ก็ทำ ทำตลอด เราห้ามไว้ไม่ให้ทำ ให้อยู่เฉยๆทุก
วันนี้ก็กินอยู่กับลูกหลานอยู่แล้ว” IDI-OOMญาติพิษณุโลก7-34

“เมื่อ อายุประมาณ 70 มา ลูกไม่ให้ออกไปไหน จะไปไหนก็ต้องลูกพาไป ไม่ได้ไปเจอ
เพื่อน ไม่ค่อยได้คุยกับใคร ก็เลี้ยงสุนัขด้วยครับ เค้าเจอมมนะเค้าจะต้องยืนสองเท้า เดินมา
เกาะที่เอวเป็นประจำเลย เป็นเหมือนเพื่อน”IDI-OOMลำปาง12-165

4) เบื่อหน่ายกับปัญหาสุขภาพ

ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่จะมีปัญหาการเสื่อมไปของสภาพร่างกายตามวัย โรคเรื้อรังประจำตัว และมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว รวมไปถึงคุณภาพ รู้สึกเบื่อหน่าย และมีความคิดอยากตายให้พ้นไปจากสภาพร่างกายที่เสื่อมไปตามสังขารและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากตายเจ้า ก็นึกก็ได้ก็นึก หุก็บ่ได้ยินดี ทำหยั่ง แขนขาข้างนี้ก็บ่ไชดี หูบางเต๋อก็ไต่ยินแก้ว ตั่งปลายบ่ไต่ยิน เต๋อไต่ยินตั่งปลาย ตั่งแก้วบ่ไต่ยิน ท่อยากตายคืออยากพ้นอยากพ้นพยาธิ” IDI-OOF นำน 8-24

“ก็ไชเกียด(โกรธ)มาก็ไชตายและ ไชตาย(อยากตาย) บ่ได้เกียดฮื้อไผเกียดฮื้อตัวคนเดียวหนะ บ่มีไผว่าหยั่งฮื้อนะ เอ้อ เกียดฮื้อเจ็บฮั้นเจ็บนี้ ถ้าไชเกียดมาเรื่องนี้น้อ เจ็บฮั้นเจ็บนี้ ก็ไชตาย บ่กลัวตาย มันลำบาก เขาไปไหนได้ก้อดี ปัด ตะก่อนหาบข้าว แบกหลัวทำได้หมด ” IDI-OOF นำน 10-60

“ก้อดี แต่มันเป็นเจ็บฮั้นเจ็บนี้ เจ็บแหว เจ็บหลัง เจ็บปวดแข้งปวดขา ปวดหลังปวดแหว เจ็บหัวกะ ต่ำมัวต่ำฟาง จ่มอยู่คนเดียวนะ มันแก่ละน้อ โรคมหาหลุบๆ คนหนุ่มกว่าเขายังลุกอย่างบ่ได้ ผ่องกะ แม่ขาว แม่หวิน แม่ขิ้น แม่เป็งตายมิด เบื่อหน่ายตัวเก่า ยะจะไต่มันมันเป้นไปจะอ้อแล้ว ไถ่เป็นตายกันง่าย ๆ ตัวบ่ตาย อี้น้อ กิดใจ ปี่แล้วนี้ หัวหวิดพัน ไถ่ ตายก้อบ่ตาย กินข้าวได้อยู่” IDI-OOF นำน 11-9

“มันอด อดก้อคือ ขึ้นดอยก้อหู้ห่า หู้ห่า ยายว่าเฒ่าอยู่ก้อมีประโยชน์หยั่ง อยู่ไปก้อก้าย ไปไหนก้อก้าย กินหยั่งก้อก้าย แตกะ กินหยั่งก้อบ่ไชล่า เขี้ยวก้อไชร่น ” IDI-OOF นำน 14-60

“อยากตายแยแล้วหมอ ไม่ตายซักที ฉันทบ่อยากนอน ไม่ไหวแล้ว...บ่าไม่รู้จะทำไมแล้วลูก มันก็ช่วยบ่าไปเถิด อยากให้ลงมารับ(อยากให้สามีที่ตายไปแล้วลงมารับไปอยู่ด้วย)” IDI-OOF พิษณุโลก 2-185

2.3 การเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุวัยปลาย

ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่ไม่ได้เตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่การเป็นวัยสูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการเตรียมตัวด้านเงินทอง ด้านสุขภาพ ด้านที่อยู่อาศัย และการเตรียมตัวตาย เพราะช่วงวัยทำงานมีความจำเป็นในการหาเงินให้เพียงพอเพื่อยังชีพในแต่ละวัน รวมไปถึงการส่งเสียเลี้ยงดู ให้การศึกษาของบุตรหลาน จึงไม่ได้เตรียมตัวไว้สำหรับตนเองในบั้นปลายของชีวิต เนื่องจากเชื่อว่าได้ลงทุนไปกับบุตรหลานแล้ว เมื่อแก่ตัวไปแล้ว ลูกหลานจะมาดูแลเกื้อหนุนตอบแทน ปัจจุบันผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่จึงมีชีวิตที่ผูกติดกับครอบครัว การตัดสินใจเรื่องต่างๆ ขึ้นอยู่กับครอบครัว บุตรหลาน ดังข้อมูลสนับสนุนที่ว่า

“บ่ได้เตรียมหยั่งและ ก้อยู่แบบใช้ชีวิตทำมาหากินไปเป็นวันๆจะอี้น้อ ” IDI-OOF นำน 6-50

“บ่ บ่คิดและ เงินทองบ่คิดหยั่งและ บ่ได้คิดและ แก่ลงแก่ลงไปตามนั้น เขาจะแปลงบ้านจะฮื้อจะแดกก็แล้วแต่เขา” IDI-OOF นำน 10-54

“เป็นจะอยู่จะแดก็อยู่ได้มีตนะ ลูกจะแปลงจะไต่ก็แล้วแต่ลูก บ่ฮื้อเป็นหนี บ่ฮื้อลูก เป็นตุกเท่าอัน” IDI-OOFน่าน10-55

“บ่ได้เตรียมตัวหยั่งน้อ บ่ได้คิดไว้ว่าจะเตรียมนั้นเตรียมนี้” IDI-OOFน่าน13-20

“ไม่ได้เตรียมอะไรซักอย่างนะ ทำงานเลี้ยงดูลูกหลานเป็นวันๆไป” IDI-OOFลำปาง 10-39

“ก็อย่างนี้เนอะ ผมคิดว่า ผมไม่ได้คายนะ แต่ก่อนอยู่บ้านยางขาด ก่อนจะย้ายมา เนี่ยะ ผมคิดว่าในหมู่นี้ เงินล้าน ผมได้เก็บก่อนเขา ก็มาทีหลังลูกเรียนกันอะไรกัน ก็ส่งเขา เรียนกันมั่งอะไรมั่ง มันก็หมด หมดไป...ตามลูกนะเนอะ อยากให้ลูกได้ตีก็ส่งลูกเรียนกันไปจะ หมดเท่าไรไม่ว่า เราจะยากเย็นเท่าไรไม่ว่า แต่สุดท้ายแล้วแต่เขาจะส่งมาเนอะตอนนี้เฮาก็มี แล้ว” IDI-OOMพิษณุโลก9-25

ซึ่งพบข้อมูลการเตรียมตัวสำหรับผู้สูงอายุวัยปลายในด้านต่างๆ สามารถแบ่งได้เป็น ประเด็นดังต่อไปนี้

1) ด้านที่อยู่อาศัย : ส่วนใหญ่จะปลูกบ้านหรือมีบ้านเป็นของตนเองตั้งแต่ยังอยู่ในวัย ทำงาน การอยู่อาศัยในปัจจุบันส่วนใหญ่จะอยู่บ้านเก่าของตนเอง หรือลูกสร้างใหม่ในสถานที่เดิม โดย มีความคิดว่าบ้านได้สร้างไว้เมื่อตอนเป็นหนุ่มแล้ว ณ ปัจจุบันไม่คิดสร้างอะไรอีก มีผู้สูงอายุวัยปลาย บางส่วนที่มีการจัดสรรมรดกที่ดินที่มีอยู่แบ่งปันให้ลูกหลานไว้ปลูกบ้าน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ที่อยู่อาศัยก็มีพร้อมแล้ว บ้านก็มีแล้ว บ่ต้องเตรียมหรือต้องสร้างอะหยั่งแฮ่มละ ” IDI-OOMน่าน3-58

“บ่กิดสร้างหยั่งแล้ว เงินทองก็อย่างว่านั้นนะ หาเอาเอง ถ้าบ่หา ก็บ่มีจ่ายและ บ่จ่าย ไปขอใผเนาะ” IDI-OOFน่าน6-48

“เมื่อหยั่งหนุ่มหนา เลื่อยไม้ อะหยั่งฮอมไว้ แบ่งปันหลัง อาตตาดันน้อ...แต่ว่าแล้วก็บ่ ฮื้อจะเตรียมจะสร้างอะหยั่งแฮ่ม” IDI-OOMน่าน17-20

“ซื้อบ้าน ที่ดิน ก็ลูกโตมาเป็นหนุ่มเป็นสาว มีก็แบ่งให้ คนไหนมีครอบครัวก็แบ่งให้ ก่อน ใครมีครอบครัวทีหลังก็แบ่งให้ทีหลัง ไม่มีทีก็ถ้าถูกใจก็เอาเงินซื้อให้ ก็ช่วยมันไปเงินเรา บ้าง เงินพวกมันบ้าง ช่วยกันทำนะ” IDI-OOFตาก33-215

“เออ ก็บ้านตาสร้างเองเนอะ ก็ทำมานะไม้สักทั้งนั้น เออ ปูนเม็ดหนึ่งไม่มีนะ ตาไม่ คิดสร้างอีก” IDI-OOMตาก39-362

2) การเตรียมตัวด้านการเงิน : ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการเตรียมตัวเลยด้านนี้ด้วยข้อจำกัด ทางด้านเศรษฐกิจและภาระการใช้จ่ายเพื่อการเลี้ยงดู ส่งเสียด้านการศึกษาของบุตร ตอนช่วงอยู่ในวัยทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่ที่เคยมีอาชีพเกษตรกร หรือรับจ้าง ไม่ได้มีการออมเงินเพื่อ เก็บไว้ใช้จ่ายยามชรา ปัจจุบันจึงต้องอาศัยเงินที่มาจาก การเกื้อหนุนจากบุตรหลาน เงินเบี้ยยังชีพ และเงิน รายได้จากการประกอบอาชีพของตนในการใช้จ่ายเลี้ยงชีวิตไปในแต่ละวัน แต่ผู้สูงอายุวัยปลายที่เป็น ข้าราชการบำนาญจะมีเงินรายได้แบ่งเก็บบางส่วนไว้ที่ธนาคาร และการเตรียมตัวทางด้านเงินที่พบได้ ส่วนใหญ่ก็คือเป็นสมาชิกฌาปนกิจสงเคราะห์ของหมู่บ้าน ในกลุ่มข้าราชการบำนาญจะเป็นสมาชิก

เพิ่มตามสายการประกอบอาชีพ เช่นชมรมทหารสี่เหล่าทัพ สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์ครูไทย เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเตรียมความพร้อมด้านการเงินไว้เมื่อเสียชีวิตไม่ให้เกิดภาระแก่ครอบครัวในการใช้เงินจัดการศพ ดังคำกล่าวที่ว่า

“รายได้ได้จากไมและ หาเอา ป้ายตีน ป้ายมือ ขายผัก ขายไม้ แล้วก็เงินผู้สูงอายุ วยปลายเหี้ย ...ก็กุ่มกินกุ่มจ่ายไปวันๆ” IDI-OOFหน้า6-19

“ไม่ได้เก็บเงินเก็บทองไว้ใช้ยามแก่เลย หาได้ก็กินไปวันๆ” IDI-OOMตาก39-105

“เมื่อก่อนนะ เตรียมเหมือนกันนะ ลูกมันเยอะ คนนั้นแต่งงานไปๆ หาเองทุกอย่าง เลยนะในชีวิตนี้นะ แต่ให้ลูกไปหมด เออ ลูกคนนี้ก็ไปเอาเมียไปแต่งงานอะไรให้ไป เก็บไว้ ตอนแก่ไม่ได้ แต่คนเฒ่าก็อดที่จะเอาให้ลูกไม่ได้ ก็เลยไม่มีเก็บ” IDI-OOFตาก28-290

“อู๊ย...มันไม่ค่อยมีเงินตั้งแต่ก่อนนะ จนนะ จินจน จนแท้แท้” IDI-OOFตาก17-107

“ก่อนมันตั้ง ก่อนนั้นมันหังรับจ้าง ได้เล็กได้น้อยอืดอะ มันป้ใจ เหมือนปะเดี่ยวนี่ ได้เตี่ยชาวห้า สามสิบ กินก้อปอกิน ซ้อก้อป้อซ้อ บ่เดี่ยวนี่มันเงินเพื่อ ก้อย่างแคะ ลงไปวัน ร้อยห้าสิบละ” IDI-OOMหน้า17-23

“นั่นกะสตั้งคเบี้ยเลี้ยงชีพเป็น ต้องซ้อกินนู โอ ลูกเตื่อก้อเอามาหื้อ เตื่อสิบเตื่อชาว จะนั่นนะ นะอ่อนเขาจะหื้อนั้ เขาก้อซ้า บ่มีน้อ บ่กุ่มเขา หื้อเฮาก้อ เต่าหื้อเฮาก้อบ่ว่าหยัง บ่ หื้อเฮา เฮาก้อบ่ว่าหยังหื้อ เขาเลี้ยงกินกุ่มเตื่อะ IDI-OOMลำปาง17-57

“เตรียมตัวจะแด ตังค์ก็อยู่ธนาคารกรุงไทย มีรายได้เดือนหนึ่งก็มีอยู่เงินบำนาญ 12,000 ประมาณนี้ เป็นข้าราชการบำนาญตำรวจ ไปรับเอาที่กรุงไทยนี้ครึ่ง 11,000 จ่าย เหลือ 2,000 3,000 ก็เก็บไว้ฮั้น” IDI-OOMหน้า3-56

“ไปเป็นสมาชิกชมรมสี่เหล่าทัพของทหารหนะ...ในบ้านก็เข้าชมรมกลุ่มบ้านดอน ละ ก้อเข้าสมาชิกตำรวจนอกราชการ ตามที่มาปนกิจกรรมเหี้ยอันนะ” IDI-OOMหน้า3-75

“ก่อนเกษียณ เป็นตั้งมีหื้อสหกรณ์ สหกรณ์ของจังหวัด ของในประเทศไทย ของใน จังหวัด ชคน. ถ้าตายก้อไปเอา...บ่ห้วงแล้วอื้อเนาะ...แล้วมีเงินเฮาฝากแหม IDI-OOFหน้า25-32

“ไม่มีคิดว่าเราจะเก็บเงินก่อนนั้น ก่อนนี้ไม่มี คือลูกเค้ามีรายได้หมดแล้ว ก็แล้วแต่ ลูก” IDI-OOMลำปาง12-118

3) การเตรียมตัวตาย : ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่ (ทุกราย) ไม่กลัวตาย มีทัศนคติต่อความ ตายว่าเป็นเรื่องธรรมดา ผู้สูงอายุวัยปลายที่มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยเรื้อรังและการเสื่อมไป ของร่างกายตามวัย จึงมองว่าความตายเป็นการพ้นจากทุกข์ มีการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายโดยทำ ใจยอมรับได้ต่อความตายที่จะมาถึง และมีความพร้อมต่อการตายในทุกขณะ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตายนื้อยากจะฮื้อไว้ซึก 3 วัน แม้วว่า 3 วันนื้ออย่างนั้แล้ว คือว่าสวดแต่ละคืนมันก็ กำเดียวกำเก่านั้นหนะหนา...” IDI-OOMหน้า3-64

“ไม่กลัว จะตายเมื่อไหร่ ไม่ได้คิดว่ากลัวตาย ไม่กลัวธรรมดาแท้ๆเนอะ เมื่อไหร่ก็ เมื่อนั้น” IDI-OOFหน้า9-19

“ยายว่าเฒ่าอยู่ก่อนมีประโยชน์หยั่ง ไปไหนก่อน่าย ก็นัยก่อน่าย แต่กะ อยู่ไปก่อน่าย ก็นัยก่อน่าย ไช่ล่ำ ไช่ล่ำ ไช่ล่ำ ไช่ล่ำ” IDI-OOF นำนาน 14-59

“พร้อมหมด จะไปวันไหนก็ได้ตายนะ ไหว้พระอะไรจบก็นอนนะ ปวนจะไปไหนก็ไปเถอะนะ ไม่ห้วงแล้วนะ ขอจิตวิญญาณของแกไปสู่สุคตินะ ไปดีเถิดนะ(บอกวิญญาณสามี)” IDI-OOF ลำปาง 5-84

“ก็ทำบุญ ทำตอนมีชีวิต ตายไปแล้วใครทำใครได้คิดทำบุญลูกเดียว หาของใส่บาตรเท่านั้นมันจะตายเมื่อไรก็ได้แล้วแต่เวรกรรม ว่ามันมาตอนไหน หมดลมหายใจก็เรื่องของมัน” IDI-OOF พิษณุโลก 18-149

ผู้สูงอายุวัยปลายบางส่วนมีการเตรียมตัวตายในด้านต่างๆ เช่น การเตรียมเงินไว้จัดการศพ การเตรียมอุปกรณ์ เสื้อผ้า ข้าวของเครื่องใช้ ไม้ใส่เรือนทาน การเตรียมไม้ไว้สร้างเรือนทาน เตรียมฝากเงินไว้เพื่อจัดการงานศพ รวมทั้งการเตรียมมะนาวและเงินห่อกระดาษเงินกระดาษทองไว้โปรยหน้าศพ ส่วนใหญ่ไม่มีการทำพิธีกรรมชีวิต แต่มีแค่การส่งเสียเรื่องจำนวนวันจัดงานศพ แต่ก็มีผู้สูงอายุวัยปลายบางส่วนไม่ได้เตรียมอะไรไว้ คิดว่าเมื่อตายไปบุตรหลานสามารถจัดการได้ และถูกห้ามการเตรียมหรือพูดถึงความตายของบุตรหลาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ไปได้เตรียมหยั่งนะห่อ แล้วจะเกิดอะหยั่งขึ้นก็บ่กลัว จะตายเมื่อใดก็พร้อมเสมอ นั้นเนาะสุดแล้วแต่เขาเตอะ ตานหยั่งไปหื้อก่อนตามนั้น” IDI-OOM นำนาน 5-107

“เตรียมคั่ว เตรียมหยั่ง ลูกเค้าบ่ฮ้อยะ บุตรหลานบ่ฮ้อยะ กลัวเฮาตายเร็ว อ้ายน้อยๆ นั้นเป็นเหลน ตายแล้วบ่ฮ้อยเอาไปเผา ถ้าเอาไปเผาจะอาละวาด กัดผ่อกำ เป็นเหลน เอ่อ ก็ได้สั่งว่าถ้าตายเอาชิ้นผีนั่นนึ่ง เลื้อผีนั่นนึ่ง เขาว่าจะไปสั่ง บ่ฮ้อยสั่ง บ่ฮ้อยว่า เขาว่าบ่ฮ้อยนึ่งหยั่งนะเวลามาจะนั้นยังมีหยั่งติดตาม” IDI-OOF นำนาน 8-40

“อ้อยห่อสตังค์ผู้มะนาวตวย เตรียมไว้หมดละ ห่อกระดาษน้ำเงิน กระดาษห่อไว้เอาผู้มะนาว” IDI-OOF นำนาน 30-15

“บ่ได้บ่บอกอะหยั่ง แต่ยายอ้อยไว้กับเพื่อนบ้านตีมาแอ้วหา สั่งว่าตายไปแล้ว บ่ต้องไว้เมิน เอาไว้คั้นเดียวก่อนเอาแล้ว เอาไว้วัดบูน ลำบาก” IDI-OOF นำนาน 11-3

“อ้อ บ่กลัว ต่ายวันนี้ก่อนได้ ต่ายวันผูกก่อนได้ พร้อมหมดและ พร้อมหมด ยายก่อนหาไว้หมดนะ ต่อยู่ต่อนอน ของตานในเฮือนหนา หม้อนึ่งให้ข้าวก่อนหื้อหมดแล้ว ” IDI-OOF นำนาน 14-16

“การตายนี้อ้อยได้เตื่อตร้อนกับลูก เตรียมชะปะ เป็นไม้ก่อนเอื้อยไว้ ซ้อยไว้ ตีจะแบ่งห่อผ้า ห่อ เฮือนตาน เตรียมพร้อม เป็นเงินเป็นหยั่งนี่ก่อนเตรียมไว้” IDI-OOM ลำปาง 4-17

“ฝากไว้ตอนเราตาย สิ้นชีวิตชิ ก็เอาเงินนั้นแหละมาทำ เอาไว้ให้ลูกเป็นเงินจัดศพ มีก็จ่ายไป ถ้ามันเหลือก็แบ่งกัน ถ้าไม่เหลือก็จ่ายหมด ทุกวันนี้เราก็กินไม่ได้ใช้กินเยอะ กินก็กินน้อย มันไม่อยากกินอะไรนะ” IDI-OOF ตาก 33-237

“สั่งลูกไว้ว่าตายให้ใส่ชุดนี้ ชุดอื่นไม่เอาเอาชุดขาว ชุดไปวัด” IDI-OOF ตาก 10-244

4) การเตรียมตัวด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่ส่วนใหญ่ไม่ได้เตรียมตัวและใส่ใจในการดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมเสี่ยงเช่น การดื่มสุรา บุหรี่ มาตั้งแต่วัยหนุ่มสาว และมาเลิกเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ หรือมีปัญหาสุขภาพแล้ว ตั้งคำถามที่ว่า

“ยามสาวก็กินซี เหล้ากินกับยาเนอะ มันเป็นอย่างนี้ กินกับเหล้า เออ อยู่เดือนไฟ ลมัยก่อน แก่มากก็หยุด” IDI-OOF ลำปาง 10-58

“บุหรี่ยี่สูบมาตั้งแต่หนุ่มตอนนี่เลิกแล้ว แต่เหล้านี่กินตอนเย็น กินกับเหล้าตองยา ไปตรวจกับหมออะไรนะ คำถามว่าพ่อสูบบุหรี่หรือ คำบอกให้เลิกเราก็กินเล็ก ได้หลายปีแล้ว” IDI-OOM ลำปาง 11-77

“...เป็นชอบกินเหล้า ก่อนกินข้าวก็จะกินก๊อกหนึ่ง เป็นว่ามันเจริญอาหารแล้วก็หลับดี” IDI-OOF น่าน 10-73

“โถ๊ะ หยังมาเป็นชาว สามสิบปีนี่กำหมอบเป็นสังหยั่งหมดนะ เหล้า บุรีก๋อไซหยังบุรีตองแห้งเนี้ยเตี้ยนี้หยังแล้ว กินกะเมียงอันเดียวอันนะ อมตั้งวันน้อ” IDI-OOM น่าน 17-27

“ไอ้ กิน เหล้าไม่กิน บุหรี่ยี่กินเนาะ กินมาตั้งแต่เป็นสาว มาหยุดตอนอายุห้าหกสิบ แต่ป๋มโรครภัยไข้เจ็บ” IDI-OOF ตาก 1-20

2.4 การดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุวัยปลาย

จากการศึกษาเกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุวัยปลาย ส่วนใหญ่ตระหนักถึงความเสื่อมตามวัย และมีการจัดการในชีวิตประจำวันที่แสดงถึงการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง รวมทั้งแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตของผู้สูงอายุวัยปลาย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ความสามารถในการพึ่งพาตนเองและความอยู่รอดของชีวิต ผู้สูงอายุวัยปลายบางส่วนมีวิธีการดูแลตนเองโดยอาศัยประสบการณ์ของตน ร่วมกับการแสวงหาความรู้ คำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ ทำให้มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีและมีความสุขในชีวิต อย่างไรก็ตามมีการศึกษาส่วนหนึ่งพบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายบางรายไม่เห็นความสำคัญของภาวะสุขภาพ ทำให้ละเลยการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุวัยปลายไม่เอาใจใส่ตนเอง และด้วยข้อจำกัดของการเคลื่อนไหว และปัญหาการเสื่อมสภาพตามวัยทำให้เกิดการพรัองในการดูแลตนเอง ซึ่งพบรายละเอียดของผลการศึกษาดูแลตนเองในชีวิตประจำวันในแต่ละด้านดังต่อไปนี้

2.4.1 พฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุวัยปลายในประเด็นต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การดื่มสุรา สูบบุหรี่ การดูแลทางด้านจิตใจ เป็นต้น ส่วนใหญ่พบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายมีปัญหาสุขภาพ เนื่องมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และการเสื่อมสภาพตามวัย เช่น ตาฟาง หูตึง ปวดตามกระดูกและข้อ เดินลำบาก ฟันร่น เป็นต้น ตั้งคำถามที่ว่า

“มีเกี้ยวลำบากหยังอีแหนะ จิ้นเหนียวหยังอีก่อมี” IDI-OOF น่าน 12-41

“สุขภาพก่อจะว่าอ่อนแอก็บ่อ่อนหนา มันจ้งปวดอันหนะ ปวดแข้งปวดหัวเข้าเท่าอันหนะ ก่อนนั้นแต่ตั้งหลังถึงหัวบ่เคยเจ็บปวดเลย” IDI-OOF น่าน 13-19

ผู้สูงอายุวัยปลายมีการใส่ใจในการดูแลสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจที่แตกต่างกันไป ตามบริบทและข้อจำกัดของแต่ละคน มีรายละเอียดในแต่ละประเด็น ดังนี้

1) การบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่จะบริโภคอาหารตามที่ลูกหลานจัดให้ โดยผู้สูงอายุวัยปลายส่วนน้อยให้ความสำคัญกับการเลือกชนิดของอาหาร ที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์ กับวัย ป้องกันอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นจากการบริโภคอาหาร ไม่นิยมบริโภคอาหารจากตลาด ชนิดอาหารที่ผู้สูงอายุวัยปลายเลือกรับประทานเป็นประจำทุกวัน คือ อาหารประเภทผักชนิดต่างๆ และผลไม้ เช่น กล้วยน้ำว้า มะละกอ เพราะเป็นอาหารดังกล่าวมีกากใยสูง อาหารรสชาติไม่จัดจ้าน รวมทั้งการดื่มน้ำมากๆช่วยทำให้ระบบขับถ่ายเป็นเวลา ลดอาการไม่สุขสบายของระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องอืด แน่นท้อง ส่วนอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ส่วนใหญ่เลือกบริโภคเนื้อปลา เพราะย่อยง่าย เหมาะกับวัยสูงอายุ ซึ่งมักจะมีปัญหาในระบบย่อยอาหาร ดังคำกล่าวที่ว่า

“กลางวันไขล่ำกินข้าว เพราะว่ามันเกี่ยวกับการขับถ่าย เขามันกินข้าวหนักปดมันอัด ท้อง ข้าวนี้ตั้งปอกิน กินข้าวจ้าว เตื่อละอ่อนก็ซื้อโจ๊กมาซื้อ กินเหี้ย” IDI-OOM นาน 1-22

“ของกินอ้วนนะมีก่า คนเฒ่าอ้วนอ มีกล้วย มีผลไม้ มะเตด มะหยังก่อหื้อกิน จะอ้วนจะ อี้เจ้าก้อจะยะของตีว่า คนเฒ่ากินได้อี้แหะ” IDI-OOM ญาตินาน 17-61

“อาหารกานกินก้อ เลือกคะ กินอาหารที่มีประโยชน์ อาหารที่มีประโยชน์ก็บักกิน อย่างน้ำบูบักินบได้ก็บักินอี้แหะหน่อไม้้อี้แหะ มันย่อยยากก็บักินอี้แหะกินอาหารที่มันย่อย ง่ายๆพวกผัก พวกมะเขือหยั่งอี้แหะ พวกปลาพวกไข่” IDI-OOF ตาก 26-21

“กินไม่ค่อยได้เผ็ด ชอบกินผักกะหมอนะ เวลาแม่เขาแกงทำกับข้าว ต้มฟักทองอย่าง นี้ กินข้าวที่ บางทีกินสับประรด แตงโมอย่างนี้กินนะ กินปลา แต่กินไม่มาก สองชิ้น กินชิ้น หนึ่ง ข้าว ปกติทัพพีหนึ่งแต่แกกินบ่อยไป ถ้าเป็นผลไม้อะไร ส้ม กิน แม่เขาต้มผัก ตำน้าพริก ต้มฟักทองเขาก็เดินไปหยิบกิน” IDI-OOM พิษณุโลก 8-134

“ส่วนมากก็ไม่ค่อยซื้อ ถ้าไม่จำเป็นจริงๆ แกงถุงก็ไม่ค่อยกิน บางทีก็ยอดกระถินมั่ง ยอดชะอมมั่ง อย่างว่าหยวกมั่ง บางทีก็ข้ามไปตัดเองมาหักจิ้มน้ำพริก มะเขือกรอบมั่งกิน แล้วยะบายดี” IDI-OOM พิษณุโลก 9-58

“เนื้อนี้กินไม่ค่อยได้ ท้องไม่ค่อยดีหะ ถ้ากินผักกินอย่างอื่นนี่พอได้” IDI-OOM ลำปาง 1-74

ในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ จะเลือกรับประทานอาหารให้มีความเหมาะสมตามภาวะของโรคเรื้อรังแต่ละโรค และตามคำแนะนำจากทีมสุขภาพในสถานบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุวัยปลายไปใช้บริการ รวมทั้งจะมีการรับประทาน “อาหารแสง” ซึ่งเป็นอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคตามความเชื่อของผู้สูงอายุวัยปลาย ดังเช่น ผู้สูงอายุวัยปลายที่มีโรคความดันโลหิตสูง ประเภทหน่อไม้ น้ำปู ของหมักดอง นอกจากการงดอาหารแสงเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยแล้ว ยังพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายใส่ใจในการเลือกบริโภคอาหารโดยการหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น เค็มจัด เผ็ดจัด หรือหวานจัดรวมทั้งอาหารที่มีไขมันสูง น้ำอัดลม เนื่องจากผู้สูงอายุวัยปลายได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐหรือศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนที่ผู้สูงอายุวัยปลายไปใช้บริการตรวจรักษา ดังคำกล่าวที่ว่า

“ลูกยะฮือกินหมดเลย อันของแสดง เจ้าก็บ่กิน พวกแกงเบ็ด แกงหยังเจ้าบ่กิน พริกเกลือเจ้าบ่กินแหวะ หมอโรงพยาบาลเป็นสั่งน้อ เป็นบ้อฮือกินพริก กินเกลือ บ้อฮือกินหวานก็บ่กิน และ” IDI-OOFหน้า8-11

“ที่แรกเจ้าเป็นความดัน โรคเบาหวานแต่บ่มีกัอันที่เจ้าปะแล็ดโต๊ะนั่ง เจ้าไปโรงพยาบาล หมอใหญ่เป็นบอกกับเจ้าว่า เอวบตีแล้วหละ กระจุกนุเจ้า เป็นบ้อฮือทำงานหยังละ เป็นฮือพักน้อ กระจุกนุน้อ เรื่องความดันเป็นบ้อฮือกินเค็ม นี้ก็มีหมูแม่เลี้ยงเป็นวัดความดัน ก็บ่มีซึกที่เตี่ยวนี้บ่ได้กินแล้วน้อ ความดันหนะ” IDI-OOFหน้า8-13

“อาหารคุมกะ...ของมันยายไม่กินหรือก เขาห้ามแล้วไม่กินหรือก อย่างอื่นกินหมด เราไม่อยากบางทีมันเปื้อนไข่ เป็นตับ ปลา หมูนี้ได้ ไก่กินไม่ได้ หน่อไม้ ผักอะไรก็กินหมด ”IDI-OOFลำปาง9-10

“เป็นเบาหวาน ต้องกินลดเค็ม แต่ลูกก็ชอบกินนะ บางทีลูกก็ไม่ค่อยอดนะ บางคนนี้เขาเป็นเบาหวานก็ไม่กินหวานเลย แต่เราก็กินพอประมาณ ไม่ได้กินอะไรมากเกินไป เราก็รูโรคประจำตัวเราก็มี่ใช่ะ เราก็กินเอาสุขภาพเราก่อน” IDI-OOMตาก7-156

“ต้องคุมอาหารก็ไม่กินของมัน ของดอง ไม่ให้กินน้ำอัดลมเนอะไม่กินซึกอย่าง ของเค็มก็ไม่กิน กินจืดไปอย่างนี้แหวะ ถ้าหิว ของกินที่เค็ม เผ็ดก็กินไม่ได้ มันชินแล้วกับการกินจืด”IDI-OOFตาก28-163

ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่ไม่สามารถเลือกการบริโภคอาหารได้ เนื่องจากการประกอบอาหารเป็นหน้าที่ของบุตร หลาน ญาติพี่น้อง จึงต้องรับประทานตามอาหารที่บุตร หลานได้จัดหาไว้ ซึ่งเป็นอาหารที่มีการปรุงรสตามปกติ ยังมีผู้สูงอายุวัยปลายบางส่วนซื้ออาหารมารับประทานจากตลาด ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากอะไรก็กินตามนั้น ไม่ได้คุมอาหารครับ เราอยู่คนเดียว อยากกินอะไรก็ซื้อเอา อยากกินอะไรก็ซื้อเอา” IDI-OOMหน้า2-110

“ซื้อเอา มาทำไม่ไหว ซี้เกียจไม่ไหวมานั่งทำก๊อก ก๊อก ก๊อก ซื้อเค้าที่เดียวเค้าก็ทำให้แล้วซื้อสักสองอย่างก็เรียบร้อย อยากจะกินไอนั้น หรืออะไรดี ๆ เดินไปตลาดหน่อยก็ได้แล้ว ” IDI-OOMพิษณุโลก2-112

“...ตั้งวันนี้ก็แกงผักนั้นผักนี้ผ่องน้อ วันนี้ก็ผัดเห็ดมาส่งฮือ ตามที่ลูกเอามาส่งบ่ได้เลือกอาหาร เอาหยังมาส่งก็กินจะนั้น”IDI-OOFตาก13-11

“พวกอาหารส่วนมากเราก็กินไม่ค่อยสนใจเท่าไร เค้าทำให้ ก็กิน ไม่ค่อยได้สนใจ ก็ถามจะกินอะไร เราก็กินไม่ค่อยบอกว่าจะกินอะไร เค้าทำยังงี้ก็กิน มีหมู ก็ กินหมู แต่หมูจะบ่่อยน้อย ต้องเป็นหมูสับ เป็นชิ้น เคี้ยวไม่ได้” IDI-OOMตาก14-105

ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่หยุดสูบบุหรี่ และหยุดดื่มสุราแล้วเนื่องจากได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพ แต่ยังมีอาการเมื่อยอยู่ และมีส่วนน้อยมากที่สูบบุหรี่และดื่มสุราย่อย (ประมาณ 1-3คน) จะดื่มสุรายาดอง ปริมาณการดื่มวันละประมาณ 1ดื่มมาตรฐาน (30 ml) และดื่ม

ทุกวันก่อนรับประทานอาหาร เพื่อช่วยให้เจริญอาหารและหลับสบาย ส่วนบุหรี่ยะสูบบุหรี่ยาฉุนวันละประมาณ 1-2 มวน ดังคำกล่าวที่ว่า

“พ่อแต่บ่เอา กินเข้าสังคมกินนั๊กเฮฮู้ตัวเอา เดี่ยวนี้บ่เอาละ หยุตมาตั้งแต่ยังบ่ออก ตำรวจเตื่อ ตอนที่ไปเป็นหัวหน้าธานีตำบลนาปรังก็หยุตเลย บ่เอา” IDI-OOM นำนาน 1-144

“ธรรมดาหนะ จะกินข้าวมากก็กินเทียบก้อหนึ่ง (แก้ว 30ml) กินแล้วหลับสบาย ” IDI-OOF นำนาน 10-73

“เหล้าแต่บ่กิน บุรีสูบอยู่ตั้งแต่สมัยเป็นนะอ่อน ต้องแห้ง บุรียาคั้น ยาเส้นบางเตื่อก่อน มวนหนึ่งบางเตื่อก่อนสองมวน ต้องแห้ง ปั้นคนเดียว เหล้าก้อ เลิกแล้ว” IDI-OOM นำนาน 15-19

“ไอ้ ก่อนนั้นกินกะกินเหล้า บุรี โถ้ บุรีนี้เหน็ดมือ่ง ยามหนุ่มหนายาบคั้น บ่กินนะ กินเหล้าตั้งแต่ไปหาหมอ หมอเป็นสั่งหยั่ง เต้าวันนี้ บ่สนใจ” IDI-OOM ลำปาง 17-26

“เหล้านี้ไม่กินเลย ไม่เอา เมื่อก่อนก็กิน ตอนหนุ่ม ตั้งแต่ป่วยไม่เอา ตั้งแต่ อายุได้ 51” IDI-OOM ตาก 14-120

“แต่ก่อนมันก็ต้องกินเหล้าแหละครึบก็คือทำงานช่างไม้ ช่างปูน เหนื่อยอ่อน เพื่อนกิน ก็กินซี ก็เอาเอง มันอย่างนี้ก็อย่างว่าเนอะเดี๋ยวนี้มันเลิกได้เพราะรายได้เราไม่ค่อยจะมีสุขภาพเราก็ไปไหนไม่ไหว ถ้าขึ้นกินไปแล้วสุขภาพมันก็แย่ ก็มันแก่แล้วอะไรมันก็ข้าวปลาอาหารเราก็กินได้น้อยลงแล้ว กำลังวังชามันก็น้อยลงมันไม่แข็งแรง” IDI-OOM พิษณุโลก 1-56

2) การออกกำลังกาย ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดของการเคลื่อนไหว ปัญหาสุขภาพ และการเสริมสภาพร่างกายตามวัย สำหรับวิธีการออกกำลังกายของผู้สูงอายุวัยปลายแต่ละรายอาจมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถของร่างกายของผู้สูงอายุวัยปลายรวมทั้งการตัดสินใจเลือกวิธีที่ตนชอบและสะดวกในการปฏิบัติ ประเภทการออกกำลังกายที่ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่ทำก็คือการเดิน การแกว่งแขน แกว่งขา ยืดเหยียด การเล่นเปตอง ปั่นจักรยาน ระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย ประมาณ 20-30 นาที บางรายออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวัน

“ออกกำลังกายไม่ค่อยได้ออกนะครึบ ร่างกายไม่ค่อยไหว อ่อนเพลีย และก็เหมื่อยล้า” IDI-OOM นำนาน 2-115

“ออกตีวันนะ ตอนเช้าเขาเดินอยู่แล้วหนา ที่นี้ออกกำลังกายประมาณซักหก โมงปายๆ ออกกำลังหลังกินข้าวแล้วอืดอะออกกำลังแขน กำลังขาหยั่งนี้หนา ออกทุกวัน” IDI-OOM ลำปาง 3-11

“ออกบ่เมิน ซักบ่เกินสามสิบนาที ชวานาที่” IDI-OOM ตาก 3-13

“ออกทุกวัน เล่นเปตอง ปั่น บ้านหมวดหนึ่ง ตีวัดฮิ้น เล่นกับเพื่อน ๆ ไปเล่นก่อดี มีเพื่อนมีก้อ(มีเพื่อนฝูง) ได้อู้อู้อย่าง สนุกสนาน รื่นเริงดี” IDI-OOM นำนาน 4-29

“ไขไปเหมือนกันเนอะ แต่มันไปบ่ได้ อ่อนอะลือบต๊อบแต่บ่หมด เจ็บหัวเข่าเหมือนอย่างว่า เข้าบ่ไขดี มันตึงอ่อนอะหล่องต้องแต่ง ไขไปแต่ขาไปบ่ได้” IDI-OOF นำนาน 7-17

“ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายนะ ออกเล็กๆน้อยๆ เดินไปบางที่ก็เดินไปตลาด เดินไปแต่ขึ้นรถกลับมาตอนขากลับ มันเดินมาก มันเมื่อยขา เขาก็ให้ออกกำลังนะหมอ ให้ออกกำลังข้างขาจะได้ดี แต่เราก็ไม่ได้ทำตลอด”IDI-OOFพิษณุโลก9-9

“ไม่ได้ออก นั่งๆ นอนๆ ไม่ออกซักที ก็มีเดินตามบ้านบ้าง” IDI-OOMลำปาง6-75

“ออกทุกวัน ปั่นจักรยานอย่างเดียว บางที่ก็ซ่อมอะไรบ้าง ปลุกต้นกล้วยบ้างนะ”IDI-OOMลำปาง7-52

“แต่ก่อนออก รำกระบอง เดือนหนึ่งก็ทุกวันนะ มารำด้วยกัน สี่โมงถึงห้าโมง อะ ตอนนี้อยู่บ้านยกแข้งยกขา นอนคว่ำนอนหงายนะซี ออกเองที่นอนเราเนี่ยะ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เออ แล้วก็งอขึ้นข้างหลังเนี่ยะ ทำวันละ 9 ถึง 10 นาที ยกอย่างนี้ 10 ครั้ง ยกข้างหลังอีก 10 ครั้ง”IDI-OOFตาก33-151

3) การพักผ่อน ผู้สูงอายุวัยปลายมีภารกิจในครอบครัวน้อยจึงมีเวลาในการพักผ่อนนอนหลับได้อย่างเต็มที่และเพียงพอต่อการมีสุขภาพดี โดยแบบแผนการพักผ่อนในช่วงเวลากลางวันจะมีลักษณะนอนเร็ว ตื่นเช้า (นอนประมาณ 2-3 ทุ่ม ตื่นประมาณ 4-5 โมงเช้า) ระยะเวลาในการนอนเฉลี่ยประมาณ 8 ชั่วโมง และมีการนอนพักในช่วงเวลากลางวันทั้งช่วงเช้าและช่วงบ่ายที่ว่าง ส่วนใหญ่จะไม่มีปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปมีโรคหทัยครับ กลางคืนมากี่หลับดี” IDI-OOMน่าน1-24

“ตั้งแต่เช้ากะ...ถ้ามันง่วงก็งีบไปหลับไป ประมาณ 10 โมง 11 โมง...จนทุ่มถึงสองทุ่ม สองทุ่มกว่าน้อยๆก็เข้าห้องนอนแล้ว ตื่นมาประมาณตี 4 ตี 4 ตื่นละ ตี 5 กวาก็ออกจากบ้านละ 5 โมงกว่า 5 โมง ถึง 6 โมงกว่าก็ไปตลาดละ เดินตลาด” IDI-OOMลำปาง3-5

“ตื่นหกโมง ตื่นมากี่เหยียะกิน ทำกับข้าวเอง...สามทุ่มปลายหนะก็หลับละ ”IDI-OOFตาก7-12

“ตื่นมาตีห้า ปากอมาลูกหนึ่งข้าวเหี้ย ก่อไปซื้อกับข้าวมาใส่บาตรหน้าบ้านเหี้ย...กินแล้วก่อพับถุง ป้ายปตีก่อไปนอนหลับ นี้ยามก่อจะปิดประตูหลับละ ตื่นมากินข้าวเที่ยง กินข้าวมาแล้วก่อ เตื่อก่อปิกไปนอนเหี้ย ตื่นมาแล้วซักสี่โมง ยายก่อไปเล่นเปตองเหี้ย...เตื่อก่อสามทุ่ม เตื่อก่อสองทุ่มป้าย ผ่อข้าวแล้วก่อหลับ เป็นจะอี่ตั้งวันนะ” IDI-OOFน่าน14-8

“ไอ้ เข้ามาตื่นแล้ว แล้วถ้าขี้เกียจตื่นก็ยังไม่ตื่น ก็นั่งนอนอยู่เฉยๆ นะ เค้าประกาศเสียงตามสายก็ตื่นชะ โมงครึ่งกินข้าวแล้วก็ออกมาทำงานตรงนี้ เที่ยงวันก็หยุด กลับไปบ้านก็ไปนอน”IDI-OOFตาก33-31

“ตื่น 6 โมง ตื่นแต่ว่าไม่อย่ากลุก นอนเล่นเฉย ๆ เย็นมากก็ไม่ทำอะไร หมดเวลาแล้วก็หุงข้าวกิน อาบน้ำ แล้วก็ไปนอน นอน 2 ทุ่ม ง่วงไม่ง่วงก็ต้องนอน ก็นอนเล่นอยู่อย่างนี้ เปิดเพลงฟัง” IDI-OOFตาก19-37

4) การจัดการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ผู้สูงอายุวัยปลาย เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรืออาการไม่สุขสบาย จะดูแลสุขภาพด้วยการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยให้บุตรหลานพาไปส่ง และการรับประทานยาตามคำสั่งการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวที่ว่า

“จัดกินเอง สองเม็ดก่อนนอน เขาเรียกว่ายาอะไรนะ อ้อยาลดไขมัน กินก่อนนอนนะ สองเม็ดก่อนนอน” IDI-OOF พิษณุโลก 9-6

“ก็เป็นบ่อยอยู่พักหลังๆมานี้ แต่ก็ทานยาทุกวัน ยาที่หมอโรงพยาบาลเขาให้มา ให้กิน สามเดือนก็ไปเอาอีกครั้ง (เป็นยาลดความดันโลหิตสูง)” IDI-OOM น่าน 2-105

“ครับ ผมดูแลสุขภาพโดยกินยาทุกวันละครับ เช้า กลางวัน เย็นตามหมอสั่ง บໍได้ขาด” IDI-OOM ตาก 2-106

“โรคประจำตัวบໍมีหย้ซ้กอัน มีแต่เจ็บหัวเข่า ไปตรวจเป็นเอายาหื้อกิน เขาก็กินหย้ยอื่นนะ” IDI-OOM น่าน 4-28

“ถ้าเห็นท่าไม่ดี มีนหัวนึ ก็ต้องเข้าเชค คนที่บ้านเราหลังไม่ค่อยดี ก็ต้องพาไปรยณต์มัน้อยู่ไกล เด็กๆมันอยู่ไกล จะไปตรวจหมอนัด ได้ยามา ก็ให้เด็กจากในเมืองม้ง พวกน้องๆ ม้ง ให้ลูกชายม้ง ถ้าใครว่างก็พาไป IDI-OOM พิษณุโลก 9-63

5) การใส่ใจดูแลสุขภาพด้านจิตใจ มีส่วนใหญใ่ใจดูแลสุขภาพด้านจิตใจโดยการนำคำสอนของศาสนา มาผสมผสานในการดำเนินชีวิตและเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจทำให้เกิดปัญญา (เป็นการพัฒนามิติทางจิตวิญญาณ) และปล่อยวางความทุกข์ได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ฟังธรรมแล้วฮู้สึกครับ เป็นสอนดีเหมือนกัน ตุ้เจ้าเป็นสอนดี สอนว่าเฮาอายุแก่แล้วฮื้อปลงใจ ต้องปลง บໍต้องเป็นห้วงอะหย้ซ้กอย่าง บໍต้องเครียด ฮื้อความบอบอู่กับลูกกับเต้าตั้งวันนี้ผมก็อยู่จะฮื้อ ลูกเต้าหลานเหลนก็มีน้กอยู่ ผมก็มีความสุขดีบໍทุกขีใจจะหย้ย ” IDI-OOM น่าน 1-9

“คนมีความสำคัญมากที่สุดในชีวิตยาก็คือ พระเยซู ศาสนาเคร่งนะ เรารักพระเจ้า พระเจ้านั้นรักเรามากกว่า จนกระทั่งเอาชีวิตเอาเลือดของพระองค์ญาติ คือแกยอมสละงิให้ลูกๆของพระองค์ พระเจ้าไม่เคยทอดทิ้งเลย คิดถึงพระเจ้าเราก้มีความสุข” IDI-OOF ตาก 20-246

“ตั้ง นะโม 3 จบ แล้วก็นะโมแคล้วคลาด ธรรมโมแคล้วคลาด แล้วก็พุทโธ 3 หน แล้วนั่งสมาธิ ไม่ได้อะไรก็พุทโธ ตั้งใจทุกคินเลยถ้าไม่อย่างนั้นแล้วนอนไม่หลับ” IDI-OOF พิษณุโลก 26-33

2.5 การใช้เวลารว่างและงานอดิเรก

ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุวัยปลาย พบว่า ส่วนใหญ่จะใช้เวลารว่างไปกับการนั่งๆนอนๆ เพื่อรอปฏิบัติกิจวัตรตามเวลาให้ผ่านไปในแต่ละวัน มีบางส่วนที่มีกิจกรรมอื่นทำในเวลารว่าง ประเภทกิจกรรมที่ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่นิยมทำก็คือการไปเยี่ยมเยียนพูดคุยกับเพื่อนบ้าน การดูหรือฟังโทรทัศน์ และการฟังวิทยุชุมชน และมีส่วนน้อยมากที่ทำงานอดิเรก ซึ่งงานอดิเรกที่ทำ คือ การเลี้ยงไก่ เลี้ยงปลา จักสานตั้งข้อมูลสนับสนุนต่อไปนี้

“อย่างอื่นบໍหย้ยจะหย้ย เตื่อก้พักม่อน นอนพักม่อน” IDI-OOM น่าน 1-44

“ไม่ได้ทำอะไรเลย ไม่มีอะไรทำ จะมีก็นี้แหละ เลี้ยงไก่หน่อย เลี้ยงไก่ห้าหกตัว โหเมื่อก่อนเลี้ยงตั้งสามสี่สิบ เล้าใหญ่ รือไปแล้ว ไม่เอาแล้ว เลิกเลี้ยง มันไม่ค่อยไหวแล้ว ปลาเก้

มีนะครับ ก็เลี้ยง มีบ่อปลาด้วย ตอนนี่เล็กเลี้ยงแล้ว ตอนนี่ไก่เหลืออยู่ห้าหกตัว ก็เลี้ยงไว้จั้นแหละ ผมไม่เคยฆ่าไก่กินหรอก ผมไม่เคยทำบาป ปลาผมยังไม่ฆ่าเลย ปลาเป็น ๆ ” IDI-OOM นำนาน2-124

“ว่างๆจะแอ้วเหี้ย แอ้วบไกล แอ้วบ้านนี้ อู้กันไป...” IDI-OOFนำนาน6-31

“ก็อยู่ปดาย นอนฟอง ดูทีวีฟองบางครั้งก็ดู บางครั้งก็ปดู” IDI-OOFลำปาง7-8

“ทีวีผอปได้ลายตาป่าดเทาะ อ้อยฟังข่าววิทยุชุมชนคลื่น 102 บ้านเฮานี้... เตื่อกันั้นทะ แม่เลี้ยงว่า เฮากัฟัง ฟังข่าวน้ำท่วม น้ำหยัง ไปจะนั้น...” IDI-OOFลำปาง8-6

“...กินข้าวตอนอ้อมกับหิวละ มะค้ำมากก็เอานมกินเหี้ย แล้วก่ออาบน้ำเหี้ย ก็เอานมมาตวยกินบนปูน นมแต่กันั้นตั้งวันบ่ขาดนะ กันั้นเฮาขึ้นไปบนแล้วมันเข้าอยู่กัดูทีวี ฟังทีวี กายกัปิดเหี้ย หุ่ม สองหุ่มกัหลับแล้ว” IDI-OOFตาก13-9

“เวลาว่างยะหยัง เป็นจะเปิดวิทยุฟังเพลง ฟังข่าว ฟังเพลง เตื่อวันกัก็ยังพับบุงกระดาชอยู่เป็นบางครั้ง หลังจากนั้นกันั้นนอนเป็นส่วนใหญ่” IDI-OOFญาดินานาน10-35

“ฟังเพลงวิทยุชุมชนหรือ มี นาน ๆ กัฟังที ที่แรก มากันอนฟัง เปิดเพลงฟัง นอนเล่น ๆ เป็นค้อย ๆ ไม่ค้อยได้ยีน ไม่..ฟังเพลงวิทยุไปเรื่อย เฉื่อยบางทีกักลับไปบ้าง ตื่นขึ้นมากัหิวกัไปกินข้าว” IDI-OOFตาก17-202

“กัसानรอบ สานไซให้มัน สานลุ่มไก่ ลุ่มไรกัทำได้ แต่จะไม่สวย แต่ว่ามันทำไม่ค้อยไหว จักตอกไม่ค้อยได้เลยเพลาลง” IDI-OOMพิษณุโลก7-35

2.6 การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุวัยปลายที่เกี่ยวข้องกับด้านศาสนา

การปฏิบัติโดยการนำคำสอนของศาสนามาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุวัยปลายมีการปฏิบัติหลายวิธี ดังนี้

1) ผู้สูงอายุวัยปลายที่สามารถดูแลตนเองได้ ไปร่วมประกอบพิธีกรรมทางศาสนาที่วัดในวันพระ โดยการทำบุญตักบาตรในช่วงเช้า และนั่งสมาธิ ฟังพระธรรมเทศนาในช่วงเย็น บางคนกลับมามีปฏิบัติในการสวดมนต์ไหว้ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง มีบางส่วนที่มีการทำสมาธิร่วมด้วยโดยใช้ระยะเวลาไม่นานนักในการนั่งสมาธิแต่ละครั้ง ดังคำกล่าวที่ว่า

“อ้อยก่อไปวัด ไปตั้งวันนะ ที่เป็นวันศีล แปดค้ำ ไปตักบาตร ตักหยัง นั่งสมาธิ ฟังธรรม ที่บ้านจะใส่ข้าวบูจาแล้วกัไหว้ตอนเช้าเท่อัน” IDI-OOMนำนาน4-36

“ไปทุกวัน เอ้อ ทุกวันศีลนะ ตั้งแต่เข้าพรรษามาหนา บ่ขาดซักศีลนะ จบสามเดือนแล้วก่อปุ่นเนาะ เดือนเกียงเบ็งก่อหยังเนาะ พ่ออ้อยบ่ได้ทำสมาธิซักเตื่อก้า บ่ไปครับไปก้าตอนเช้าเอา...ตอนแลง ไปฟังเทศน์ ทำสมาธิ ไปตอนเจ้านี้แต่ไปตักบาตรแล้วก่อเล็กกั ” IDI-OOMลำปาง5-28

“ตอนเจ้ากัไปใส่บาตรเหี้ย ตอนบ้ายกัไปฟังธรรมโดยเป็นในวันพระ ไปเฉพาะวันพระ ถ้าไปตลาด กัไปเหี้ยเลยและ ถ้าเป็นวันพระ กัไปกาด ในพรรษาอ้อยบ่ไปกาด กันั้นเป็นวันพระนะ...อยู่บ้านจะไหว้พระแล้วกันั่งสมาธิเหี้ย กล่าวคำพระนะโมตัสสะ แล้วกัไหว้ นั่งสมาธิซักสามนาที่ ทำทุกวัน (หัวเราะ)” IDI-OOFนำนาน6-41

“ไปโดยเฉพาะอย่างว่าสงกรานต์ คีลใหญ่ก็ไป เข้าพรรษา ออกพรรษา ก่อนจะหลับ จะนอนก็ไหว้พระ สวดมนต์นะก็เท่านั้นแหละ” IDI-OOM ตาก39-208

“ไปนะ วันพระวันเจาก็ไม่เคยขาด ไปทำบุญตักบาตร ฟังเทศน์ ฟังธรรม นั่ง เข้าพรรษานั่ง เทศน์บ่ายสองโมง ก็มีหลานกัณฑ์นะ อย่างเข้าพรรษาหลายกัณฑ์นะ เพราะเป็นคีลใหญ่ วันธรรมดาก็กัณฑ์เดียว คำสวดก็สวด ก่อนนอนก็ต้องไหว้พระ ก็พระอยู่ใน บ้านนี้แหละ” IDI-OOF ตาก33-201

2) ผู้สูงอายุวัยปลายในกลุ่มที่พึ่งพาผู้อื่น และกึ่งพึ่งพาผู้อื่น มีความต้องการเข้าร่วม ทำบุญประกอบพิธีกรรมทางศาสนาที่วัด เพราะเคยปฏิบัติมาตลอดแต่เพิ่งมาหยุดเมื่อเข้าสู่วัยปลาย ของชีวิต เนื่องจากข้อจำกัดและอุปสรรคในการเคลื่อนไหวร่างกาย ปัญหาสุขภาพ ระยะ ทางไปวัดอยู่ ไกล และเป็นดอยลาดชัน จึงไม่สามารถไปด้วยตนเอง ต้องอาศัยบุตรหลานในการรับส่งถึงจะได้ไป และส่วนใหญ่ลูกหลานมักไม่ให้ไปไหนมาไหน เพราะกลัวลำบากในการเดินทาง และอาจเกิดอุบัติเหตุ ผู้สูงอายุจึงมีการสวดมนต์ไหว้พระหน้าพระพุทธรูปที่บ้าน บางส่วนกราบไหว้ในที่นอน เพื่อขอพรสิ่ง คักดีสิทธ์ในการปกป้องรักษาให้อยู่เย็นเป็นสุข แต่ไม่เข้าใจความหมายของบทสวดมนต์และคำสอนตาม หลักศาสนาที่ลึกซึ้ง ดังคำกล่าวที่ว่า

“แต่ก่อนนี้ ไม่ได้หยุดเลยไหว้พระทุกวัน ไหว้พระไปวัดจนเขาให้ใบชมเชยเลย ทำบุญเก่ง ชอบทำบุญ คนในหมู่บ้านจะรู้ว่าเราชอบทำบุญมากอายุมันมากแล้ว มันอ่อนเพลีย จะตื่นเช้ามากก็ตื่นไม่ไหว แล้วเดินก็จะเดินมากไม่ได้ เดินไม่ค่อยไหวแล้ว ขึ้นดอยวัดขึ้นไม่ได้ ก็เลยไม่ไป ทางไปวัดมันชันเป็นดอยสูง ทางบันไดก็ไม่ดี โอ้โห กระโดดขึ้นไปอย่างนี้เลย... กระโดดดี ๆ เขาก็ถมซะ ที่นี้ทำหัวกระโดด เอาไม่ไปตอก กว่าจะเดินขึ้นได้ พอขึ้นไปถึง ยืนหอบ จนหน้าจะมืดเอา ผมกลัวนะคราวนี้ ถ้าหน้ามืด เดี่ยวเป็นลมล่ะ ตายท่าเลย เลยไม่เอา ลูกก็ ห้ามไม่ให้ไป...ไหว้พระจะไหว้ที่บ้านเนีย ที่หิ้งพระมีที่หน้าบ้านและในห้องนอน มีสองที่” IDI-OOM นำนาน2-14

“อ้อ ไปไปได้และไปวัด) ก็รู้ว่าเขาเอารถเครื่องต่างไปก็ไปได้ ไปนั่งนานๆมันเจ็บหลัง แหน่ฮ้อ นั่งนานบ่ได้ ยายลูกมาตอนเช้าก็มาหัว เวลาลูกมันจะโก้นจะอึ้นะ อย่าง(เดิน)คนเดียว บ่ได้ละ มันเมาหัวนะ ก็นั้นเขาไปส่งก็ไปวัดก็ได้ไปวัดหนา ว่างไปบ่ไหว” IDI-OOF นำนาน10-36

“ไปกำ วันพระก็ไป ก็เดินไป ถ้าเดินไหวก็ไปวันนั้นวันออกพรรษาเตรียมตัวเดินไปถึง แค่กาดก็เดินไปบ่ไหวเหนื่อย ฝ่อคนหมู่นี้เป็นไป เป็นซัรตแต่เฮาบมีรถ บ่มีซักร้อย่าง เดินบ่ใช่ ไหวหละมันไกล สองคีลมานี้กำบ่ได้ไป วันที่ 1 ตุลาคมก็ไปสี่ชะตาวัดกุ้คำ หมู่หลานพาไป ไป คนเดียวบ่ไหวหละ บุตรหลานเอารถไปส่ง เดินบ่ไหวหละ” IDI-OOM นำนาน3-16

“ไปบ่ได้สองปีหละ(ไปวัด) มันตึงอ่อนแข็งอ่อนขา ไปบ่ไหว ไหวได้ ไปบ่ได้ ไซไป เหมือนกันเนอะ แต่มันไปบ่ได้ อ่อนอะลือบต้อบแต่บหมด เจ็บหัวเขาเหมือนอย่างว่า เข้าบ่ใช่ ดี มันตึงอ่อนอะหล่องต่องตั่ง ไซไปแต่เข้าไปบ่ได้ จะใส่บาตรหน้าบ้าน ลูกจูงไปใส่ ใจแต่ไซไป วัด แล้วก่อไหว้พระ ไหว้หิ้งพระที่อยู่หลังฮั้น ตอนเช้าไหว้บ่ตาย สวดมนต์แต่บ่บัก่อนกำ ไหว้กุ้ คีน” IDI-OOF นำนาน8-18

“ปมีพระพุทธรูปไว้ไหว้และ ไหว้เอาเองนะ ก่อนจะเข้าหลับมาก็ไหว้พระเหี้ย ไหว้กลางตื่นนอนหัน” IDI-OOF ตาก6-37

“ไปก่า(ไปวัด) เมื่อก่อนไถ่คุ้มคัวชาวอยู่วัดเป็นพรรษา กู้ศีลนะ เดี่ยวนี้ศีลใหญ่ไป ลูกเอารถไปส่ง เดินไปเองบได้แล้ว ไปก่าไปนั่งเก้าอี้ เบาะนั่งนุ่ม นั่งขัดสมาธิได้แล้วลุกยกที่วัดมีมีเก้าอี้หื้อ แต่ก่อนเดินไป เดี่ยวนี้ย่างคนเดียวบได้ เป็นนี้สองปีสามปีนี่ ” IDI-OOM ลำปาง 21-18

“อ่า เมื่อก่อนก็ไปทุกวันพระ ตอนนีไปไม่ได้ อยากรไปแต่มันไปไม่ได้ บาทกรก็ได้ใส่ ออกไปไม่ค่อยจะไหว ไม่ได้ใส่ราวๆ สอง สามปี นั่งไม่ค่อยได้แต่นอนกัว่าไป” IDI-OOM พิษณุโลก7-54

“ก็ตั้งแต่เจ็บมาก็ยังไม่เคยไป เมื่อสองสามวันแกกับ่น ไปยังนั่งรถเข็นกันไปกันมัย แบบว่าสงกรานต์เขาจะมีงานบวชนาคหนุ่ม แกกัพูดนะว่าให้พีไปทอดกฐินนะ...อาเขากับอกว่าไปมัยปู่..จะพาไป” IDI-OOM ญาติพิษณุโลก8-28

การสวดมนต์ส่วนใหญ่ไม่ได้สวดตามบทสวดต่างๆ และไม่ทราบเนื้อหาบทสวดมนต์ มีแต่กราบพระเฉยๆ สวดบทพระพุทธรุคุณห้องเดียว หรือกล่าวคำนัมัสการพระรัตนตรัยโดยสวด 3 จบ จากนั้นก็อธิษฐานขอพรโดยระลึกถึงคุณพระศรีรัตนตรัย คุณบิดามารดา และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่สูงอายุ เคารพนับถือให้มาช่วยคุ้มครองปกป้องรักษา มีส่วนน้อยที่นึ่งสมาธิร่วมด้วย แต่นึ่งไม่นานประมาณ 15 นาที ดังคำกล่าวที่ว่า

“กันะโมนั้นกะอย่างเดียว อย่างอื่นบได้ว่า แล้วก้ออธิษฐานฮื้อป้อมแม่ อันที่สว่างลับไป แล้วฮื้อมาคุ้มครองฮักษา พระพุทธรุ พระธรรม พระสงฆ์ พระเจ้ามาจ้วยฮักษา สวดตั้งวันนะ พอเข้านอนเฮากัเอามุ้งลง เฮากับอกเป็นเหี้ยว่าพุทธรุรักษา ธรรมะรักษา สังฆังรักษา เอามุ้งลงสวมเลย เอ่อ ยามกัหลับ” IDI-OOF ลำปาง13-17

“ไม่นั่งครับ(นั่งสมาธิ) กอนนอนเรากัมายืนตรงนี้(ตรงหน้าหิ้งพระ) จูดรูป พนมมือ แล้วก็โมตัสสะสามครั้ง แล้วขอให้หลวงพ่อกปกป้องรักษาเรา ให้ดูแลร่างกายอย่าให้เจ็บป่วยเลยขอให้มีความสุขภาพแข็งแรง ขอให้หลวงพ่อกช่วยปกป้องรักษาร่างกายอย่าให้เจ็บป่วยเลย ขอให้มีความสุขภาพแข็งแรง ขอให้หลวงพ่อกช่วยปกป้องรักษาลูกด้วย” IDI-OOM พิษณุโลก2-118

“เตื่อนอนกัสวดมนต์ไหว้พระ มีหิ้งพระที่บ้าน ไหว้พระเสร็จแล้วกัไปหลับ ประมาณซักรสามทุ่มกัหลับละ” IDI-OOM ตาก1-26

“มีกะ สวดกะ สวดอะระหัง สัมมาสัมพุทโธ นะโมตัสสะ ภาคะวะโต อะระหะโต สัมมาสัมพุทโธสะ อิมานิ มะยังพันเต ขอฮื้ออยู่สุขสบาย มีแต่ความเจริญ แล้วกันอน” IDI-OOF น่าน7-14

“บางเตื่อก้อไหว้ บางเตื่อก้อบไหว้ ถ้าสวดก้อว่าอิติปิโส ก้อว่าสุปะติปันโน ว่าคำสวดก้านั้นนะ” IDI-OOM ลำปาง22-34

“สวดแต่อิติปิโส สวดคุณหลวงนะ อิติปิโส ภาคะวะ นังสมาธิ 15 นาที อิระชา คคะระสา ที่คนเกิดวันจันทร์ ท่องเป็นประจำเรากัท่องอย่างนั้นแหละ มือขวาทับมือซ้าย” IDI-OOF ตาก33-204

“มีหิ้งพระมัย พระหลวงพ่อชินราช แก้วมรกต แม่ยงแม่ย่าก็อยู่พร้อมกันนี้ ใหว่ สวดมนต์ทุกคืน แต่ว่ามันได้ไม่ครบจำ มันวนยังงไม่รู๊ เป็นลม หายแล้ว บางทีก็หนีออก บางทีก็หนีไม่ออก โอ้ มันเลื่อมหมดแล้วนะ” IDI-OOF พิษณุโลก 3-107

นอกจากนี้ยังมีการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนา โดย รับประทานอาหารเทศนา ผ่านทางสื่อวิทยุชุมชน หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน การใส่บาตรพระที่หน้าบ้านตน และการรวมกลุ่มเพื่อนั่งสมาธิ อบรมธรรมะ รับประทานอาหารเทศนา ดังคำกล่าวที่ว่า

“... ไซไปวัดขนาดนี้ วันหนึ่งเป็นมาอ่านธรรมหาราชแล้วออกเสียงตามสาย เจ้ากั๊นัง นอกเนี่ยะ เอาแก้วอ้อมานั่ง เจ้ากั๊นัง” IDI-OOF น่าน 8-47

“ฟังเทป ฟังวิทยุเอาเวลาพระเทศน์ ก็เป็นบางวัน มาเทศน์นะพระไม่บ่อย” IDI-OOF ลำปาง 3-30

ตอนที่ 3 เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ

3.1 รูปแบบการอยู่อาศัย

ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุวัยปลาย ส่วนใหญ่ ร้อยละ 67 จะอาศัยอยู่กับลูกคนใดคนหนึ่ง โดยมากจะเป็นลูกสาว รูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ สรุปได้ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ของรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ (n=160)

รูปแบบการอยู่อาศัย	จำนวน	ร้อยละ
1. อยู่คนเดียว	29	18.1
2. อยู่กับเฉพาะคู่สมรส	15	9.4
3. อยู่กับคู่สมรส และบุตร หลาน	21	13.1
4. อยู่บุตรหลาน โดยไม่มีคู่สมรส	90	56.3
5. อยู่กับญาติพี่น้อง	3	1.9
6. อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	2	1.3

จากตารางจะเห็นว่าผู้สูงอายุวัยปลายมากกว่า 1 ใน 4 ที่อยู่คนเดียวหรืออยู่เฉพาะกับคู่สมรสในบ้านเดิม อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรืออยู่เฉพาะกับคู่สมรส ส่วนใหญ่บุตรก็จะอาศัยอยู่ละแวกใกล้ๆ เช่น อยู่บ้านถัดไปหรืออยู่คุ้มบ้านเดียวกัน หรืออาศัยอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนเดียวกัน โดยจากการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า บุตรที่อาศัยอยู่นอกครัวเรือนผู้สูงอายุวัยปลาย ส่วนใหญ่จะอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 64.4 หรืออาศัยอยู่นอกหมู่บ้านแต่ตำบล /อำเภอเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 41.3 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายมากกว่าครึ่งที่มีบุตรย้ายถิ่นไปทำงานที่ต่างจังหวัดหรือต่างประเทศ คิดเป็นร้อยละ 61.3 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 9

ในครอบครัวของลูก จึงรู้สึกเกรงใจและมีความปรารถนาดีต่อครอบครัวของบุตรไม่ยากให้ตนเองเป็นต้นเหตุของปัญหาดังกล่าว ดังคำกล่าวที่ว่า

“เขา(ลูก)จะบอกว่าเป็นห่วง เตี้ยอยากอยู่นี่เขาดูแลไม่ได้ ไม่รู้เตี้ยจะเป็นอะไรมั้ง ก็ไม่รู้อยากให้เตี้ย กลับมาอยู่นี่เลย(อยู่กรุงเทพ) บ้านนะทิ้งไว้แบบนี้แหละ ผมบอกไม่เอา ...ผมชี้แจงไปรบกวนนะ ไปอยู่กับเค้า เค้าก็เป็นห่วงเรา เค้าก็ทำโน่นทำนี่ให้เรา เราก็เกรงใจ ลูกสะใภ้... ลูกสะใภ้ก็บอกเหมือนกันว่าเตี้ยมาเถอะ หนูไม่มีอะไรหรอก เตี้ยก็แก่แล้ว ก็บอกลูกไปว่าไม่เป็นไรหรอกลูก ลูกสะใภ้ก็ดี แต่เราไม่เอาไม่ไปเอง กลัวเราไปอยู่เดี่ยวเค้าทะเลาะกัน มันไม่ดีนะ เราไปอยู่แล้วถ้าเราทำอะไรไม่ดี...เตี้ยทำให้เขาทะเลาะกัน เตี้ยมีเรื่องมีราวอะไร เราเกรงใจลูก ไม่อยากให้ลูกเดือดร้อน อยากให้อยู่กันอย่างสบายๆIDI-OOMหน้า2-53”

“อ้อยอยู่คนเดียวมันสบายกว่า สะบาย คือเขาจะกินจะหลับจะนอนอะหยังทุกอย่าง มันลำบาก มันบ่มีไผมาว่ามาขัดขวาง บ่มีไผมาขัดใจอ้อเตอะน้ำ เขาอายุหนักแล้ว ถ้าหากมีอะหยังขัดใจมันจะคิด มันจั่งคิดอั้นนอะ ถ้าปล่อยฮือ ว่างๆ จิตว่างก็ต้องมาคิดหยังกินได้นอนหลับสบาย อยู่คนเดียวสบายใจดี” IDI-OOMลำปาง3-9

“ชีวิตคือว่าบ่มีไผอยู่ด้วยน้อ ตอนนี้น้หนา อยู่คนเดียวบ่มีไผอยู่ด้วย แต่ว่าอยู่คนเดียวก็สบายไปอย่างหนึ่งเนื้อหนู มันบ่มีอะหยังมารบกวนหัวใจเฮา”IDI-OOFหน้า13-46

3) การยึดติดกับบ้านเดิมและด้วยความเชื่อบางประการ ผู้สูงอายุวัยปลายที่อยู่เดี่ยวอันเนื่องมาจากการเสียชีวิตของคู่สมรส จะมีบ้านเป็นของตนเองในสมัยที่ยังอยู่รวมครอบครัวกับคู่สมรส เมื่อบุตรแยกครอบครัวไป หรือย้ายถิ่นไปอยู่ที่อื่น ก็จะไม่ยอมไปอยู่กับบุตรหลาน เนื่องจากยึดติดกับบ้านเดิม จะขอตายที่บ้านเดิม แม้จะต้องพึ่งพาคนอื่นก็ตาม รวมทั้งมีความเชื่อบางประการเช่น ความเชื่อตามคำโบราณที่บอกต่อกันมาว่าถ้าไปอยู่กับบุตรหลานทั้งบ้านเดิมไว้จะส่งผลให้สมาชิกครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เขาก็อ้อยู่ เปาะปุ้นเนาะ แต่บ่ไป ก็อันนี้มันเป็นเฮือนเก่า(บ้านหลังแรก)น้อ เวลาไปก็กลัวจะวุ่นวาย กลัวบ่ลำบาก ดึงลูกดึงเต้า ดึงหลานอะหยังจะอ้อ เมื่อปอเป็นตายที่แรกปุ้นนะ เขาบอก มาขออ๊แม่ไปอยู่โดย มันจะอ้อเนาะ เป็นว่ามาหนา เตเฮือนเก่า ไปอยู่เฮือนป้าย มันจะอยู่บ่สบาย ดึงเป็นดึงตัวนั้นนะ บ่เหลือน้อง ฮือไปอยู่ ก็บ่ไป น้องก็อยู่ใกล้นี้ บ่ไปเฮาต้องอยู่เฮือนเก่าของเฮานี้แหละ กำมะเก่า(คำโบราณ)เป็นว่าไว้ว่า ว่าหนีตายไว้ ให้อวยเฮย น้ำตาจั่งเจ็ดหัวเช่า อยู่คนเดียวดีกว่าอ้อ สบายใจดี” IDI-OOFหน้า6-69

“อยู่คนเดียวสบายใจ ลูกจะรับไปอยู่ด้วยก็ไม่ไป ไม่ใช่บ้านเกิดเมืองนอนเรานะ ก็ไปทางนั้นนี้เค้าพูดลาวกันใช่ปะ เขาพูดลาวเราก็ฟังไปอย่างนั้นแหละ มันไม่สนุกไม่ยากไป อิม อยู่คนเดียวสบายใจ ไม่ได้น้อยใจนะ เค้าไปทำงานอยู่นี้มันไม่มีงานทำ อิม อยู่คนเดียวมีความสุข อยู่บ้านเดิมเรานี้แหละมีความสุข มีเพื่อนบ้านข้างๆตั้งมาดูแลกันบ่สบายก็ไปส่งโรงพยาบาล...” IDI-OOFตาก11-45

3.2 ขนาดของกลุ่มสังคม

กลุ่มสังคมหลักของผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัว ผู้สูงอายุวัยปลายมีบุตรเฉลี่ย 5.3 คน (พิสัย 0-14 คน) และบุตรยังมีชีวิตอยู่โดยเฉลี่ยประมาณ 4.2 คน (พิสัย 0-10 คน) บุตรส่วน

ใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่จนถึงวัยผู้สูงอายุ กลุ่มสังคมในครอบครัวของผู้สูงอายุวัยปลายจึงมีหลายรุ่นวัยทั้งรุ่นลูก รุ่นหลาน จนถึงรุ่นเหลน ซึ่งต่างก็แยกย้ายกันไปมีครอบครัว มีทั้งอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน ตั้งบ้านเรือนอาศัยอยู่ใกล้ๆ อยู่ในหมู่บ้านเดียวกันหรือชุมชนเดียวกัน จนถึงอยู่ต่างอำเภอ ต่างจังหวัด หรือต่างประเทศ

จำนวนคนในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ โดยเฉลี่ยประมาณ 3 คน (พิสัย 0-8 คน) โดยมากกว่าครึ่ง จะมีคนอาศัยร่วมกับผู้สูงอายุวัยปลายประมาณ 3 คน และน้อยกว่า ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวน ร้อยละ ของจำนวนคนในครอบครัวของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ (n=160)

จำนวนคนในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
อยู่คนเดียว	28	17.5
อยู่ 2 คน	46	28.8
อยู่ 3 คน	32	20.0
อยู่ 4 คน	27	16.9
อยู่ 5 คน	17	10.6
อยู่ 6 คน ขึ้นไป	10	6.3

และการอาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุวัยปลายจะมีหลายรุ่นวัย โดยมากกว่าครึ่ง จะเป็นรุ่นวัยเดียวหรือสองวัย นั้นแสดงนัยยะถึงขนาดครอบครัวของผู้สูงอายุวัยปลายจะมีแนวโน้มเล็กลง ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวน ร้อยละ ของรุ่นวัยในครอบครัวของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ (n=160)

รุ่นวัยในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
รุ่นวัยเดียว	46	28.8
รุ่นสองวัย	51	31.9
รุ่นสามวัย	56	35.0
รุ่นสี่วัย ขึ้นไป	7	4.4

ดังนั้นกลุ่มสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายส่วนมากจึงเป็นกลุ่มคนในครอบครัวเป็นหลัก ส่วนกลุ่มเพื่อนจะมีค่อนข้างน้อย เนื่องจากส่วนใหญ่จะเสียชีวิตไปก่อนแล้ว เพื่อนจึงเป็นเพื่อนบ้านหรือญาติพี่น้องที่มีการไปมาหาสู่กันบ้าง

3.3 ความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม

3.3.1 ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและเครือญาติ

เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ ที่เห็นเด่นชัดคือ เครือข่ายครอบครัวและเครือญาติ ซึ่งได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน เขยหรือสะใภ้ ญาติพี่น้องที่เกี่ยวข้องกันทาง

สายเลือด หรือเกี่ยวดองจากการแต่งงาน จากการศึกษาความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุวัยปลายกับบุคคลในครอบครัวหรือเครือญาติ ทั้งสถานภาพและบทบาท รวมทั้งความสัมพันธ์ที่มีอยู่ พบประเด็น ดังนี้

1) ความสัมพันธ์ที่อบอุ่นใกล้ชิด

โดยพบว่าลักษณะความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่อบอุ่นใกล้ชิด พบได้เป็นส่วนใหญ่ในสังคมภาคเหนือ โดยเฉพาะสังคมบริบทแบบล้านนาหรือภาคเหนือตอนบน ความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติ เป็นลักษณะเด่นของความเกี่ยวพันกันทางสังคม ที่เป็นสายสัมพันธ์ของบุคคลที่อยู่รวมกลุ่มกันในชุมชนหรือหมู่บ้านที่ค่อนข้างแน่นเหนียว ซึ่งจะเห็นได้จากในแต่ละหมู่บ้านจะมีนามสกุลเหมือนๆ กัน เป็นจำนวนมาก นั่นคือมีการสืบเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษเดียวกัน ความเป็นเครือญาติเดียวกัน ถือเป็นกลุ่มระดับพื้นฐานของประชาชนในชุมชน และเป็นความสัมพันธ์เบื้องต้นที่นำไปสู่ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันของคนในแต่ละชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถพบเห็นได้ทั่วไปในทุกหมู่บ้าน โดยในแต่ละหมู่บ้านจะมีวงศ์ตระกูลหลักที่เป็นเครือญาติกัน ประมาณ 2-3 นามสกุลใหญ่ๆ ซึ่งนามสกุลเหล่านี้สืบเชื้อสายมาจากบิดา สภาพสังคมในชุมชนภาคเหนือ ส่วนใหญ่เป็นสังคมเกษตรกรรม การแต่งงานจะเป็นแบบการแต่งงานที่ฝ่ายชายเข้ามาอยู่ในบ้านของฝ่ายหญิง ซึ่งในอดีตจะมีการแต่งงานกันระหว่างตระกูล หรือในตระกูลเดียวกัน ทั้งภายในหมู่บ้านเดียวกัน หรือต่างหมู่บ้านที่อยู่ใกล้กัน ปัจจุบันนี้ในแต่ละหมู่บ้านจะมีนามสกุลใหญ่ๆ ดังกล่าวเหล่านี้กระจายกันไป จึงทำให้เห็นภาพของความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติที่สืบเชื้อสายตามนามสกุลไม่เพียงมีเฉพาะในหมู่บ้านเดียวกันเท่านั้น แต่ยังมีต่างหมู่บ้านหรือแม้กระทั่งต่างอำเภอหรือต่างจังหวัดอีกด้วย ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนที่มีพื้นฐานมาจากการเป็นเครือญาติพี่น้อง ความเชื่อเรื่องผีบรรพบุรุษ เป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน พึ่งพาอาศัยกันได้ชุมชน

ด้วยพื้นฐานความสัมพันธ์แบบเครือญาติ ที่ก่อให้เกิดความรักความผูกพัน และการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน อันเป็นผลมาจากความเชื่อในต้นตอของบรรพบุรุษเดียวกัน ความผูกพันกันทางสายเลือด ความเชื่อในจารีตวัฒนธรรมประเพณี และทางด้านศาสนาพุทธ ผู้สูงอายุวัยปลายในภาคเหนือ จึงถือว่าเป็นศูนย์รวมทางใจของบุตรหลานและเครือญาติ ผู้สูงอายุวัยปลายที่ยังคงอาศัยอยู่กับบุตรหลาน หรืออาศัยอยู่ใกล้เคียงกับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง จึงได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี แม้ว่าจะสูญเสียบทบาทผู้นำครอบครัวแต่ก็ยังได้รับการยอมรับและเคารพจากสมาชิกครอบครัว มีการพูดคุยกันในครอบครัวสม่ำเสมอ และเป็นที่ปรึกษาให้กับบุตรหลาน จึงเป็นผู้สูงอายุวัยปลายที่มีความสุข เพราะได้อยู่กับครอบครัวที่รักและเข้าใจ บุตรหลานมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ครอบครัวไม่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง ซึ่งความสัมพันธ์แบบนี้ส่วนใหญ่เกิดจากบุคลิกภาพใจดีของผู้สูงอายุวัยปลาย และวัฒนธรรมการเคารพผู้อาวุโส ความกตัญญูตเวที โดยบุตรหลาน ให้ความรักและเคารพ กราบไหว้ และร่วมสืบสานประเพณีอันดีงามที่สำคัญที่ปฏิบัติมาอย่างต่อเนื่องทุกปี เช่น ประเพณีไหว้ผีบรรพบุรุษ ประเพณีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุในวันสงกรานต์ โดยทำเป็นกิจกรรมในครอบครัว ซึ่งมีบุตรหลาน ญาติพี่น้องมารวมกันเพื่อประกอบพิธีดำหัว สู่ขวัญ ขอขมา และขอพรจากผู้สูงอายุวัยปลายถึงแม้บุตรหลานจะอยู่ไกลหรืออยู่ต่างอำเภอหรือต่างจังหวัด ในวันสงกรานต์ส่วนใหญ่ก็จะกลับมาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุ จึงอาจถือได้ว่าวันสงกรานต์ก็คือวันรวมญาตินั่นเอง นอกจากนี้ยังมีบางครอบครัวถือปฏิบัติตามเทศกาลวันสำคัญ เช่น วันพ่อ วันแม่ แสดงออกโดยการมาหากราบไหว้ และนำของขวัญมาให้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ครับเขาก็เคารพเสาคี มาก่อมาไหว้ไปก่อไหว้น้อ เขาบอกหยั่งก่อเจือหมคกะบ เหลือก้าน้อ บอกหื้อเยี้ยะนั่นน้อ เยี้ยะนี่น้อ เขาก่อไปเยี้ยะเหี้ยเนาะ ปีใหม่ก่มาชะเกล้าดำ หัวนั่นเนาะ ไหว้สากัน มาดำหัวลู่วัฒนเป็น ช่วงสงกรานต์น้อ มากันหมคนะ ” IDI-OOMหน้า 5-72

“ปีใหม่เต็มหมคนะ หมูนี่ เต็มเลยตั้งบ้าน ตั้งลูกหลาน ลูกศิษย์ ลูกหา ตีเฮาเกยสอน มา เขาก่อมา เป็นตั้งว่าอยู่ฮั้น ว่ามาขอโทษ ขอภัยดีได้ว่า ได้เสียหื้อเป็น หรือว่าก่อได้ว่าก่อดี หยั่งก่อดี เฮาก่อยกโทษ ยกโทษหยิงหุ ปันปอนหื้อเขาเหี้ย ก่าเต้าฮั้นนะเขาก่อยกมือไหว้ เอา” IDI-OOFหน้า 25-45

“ตอนสงกรานต์เขามาดำหัวทุกคนนะ ลูกหลานมาหมค มาเต็มบ้าน ก็บอกว่าบ้านใหญ่ถ้าบ้านเล็กก็อยู่ไม่ได้มันเต็ม คนมาก็อยู่กลางบ้างอยู่บนบ้างก็ลูกหลานก็มาหมค คนอื่นมาบ้าง ญาตินับถือกันบ้าง เพราะสมัยแต่ก่อนนี้พ่อแม่ก็แม่เป็นคนแม่ระมาดพ่อเป็นคนแม่สอด” IDI-OOFตาก 21-45

“ผมถือว่าโชคดีของผม ดีที่สุดมีบุตรหลานห้วง มีภูชีวิตเป็นกู่ทุกข์กู่ยาก IDI-OOM หน้า 23-28”

“แฟน...เค้ารักแม่เค้ามาก ห่วงมาก เป็นห่วง เค้าว่าอะไรก็ช่าง เขาขอให้แม่เขาสบาย IDI-OOFญาติบ้าน 1-51”

“บุตรหลานอยู่ตวยกันดี ก่อไปว่าฮ้อกัน เพราะมันอะลุ่มอล่วย ญาติพี่น้องเนีย อะลุ่มอล่วยกันอยู่เนี่ย ปมีคำว่าฮ้ายว่าดีฮ้อกัน บุตรหลานนี้มันก่ต้องมาอยู่มาหากันตั้งวัน มะแลงหรือวันอาทิตย์วันเสาร์มันก่มาโลละ มาอยู่เนี่ยหมค IDI-OOM หน้า 4-133”

“แม่เป็นคนใจดี ฮักลูกฮักหลาน บุตรหลานคนแต่มากก็บั้นตั้งฮ้อฮ้อ บุตรหลานก็ฮัก มาถึงก็กอดก็หอมมาย” IDI-OOFลำปาง 10-27

(ถามว่าบุตรหลานเคารพใหม่) “เคารพก่า บ่ไผ่ดำ่ว่าฮักคนนะ แม่ก็บ่เคยดำ่ว่าบุตรหลานเลย จะแจ่งจะฮั้นจะฮี้ ปมี” IDI-OOF หน้า 10-65

“บ้านนี้ลูกก็มันฮักกันฮั้นแหนะ หลานก็ฮักกัน แล้วก่จ่วยเหลือกันหนา ถ้าคนนี้บ่มีตั้งค์ คนนี้ก็ฮ้อฮี้ม คนนี้บ่มีตั้งค์เขาจะจ่วยเหลือ มาบ้านหลานๆเขาประจบบายแหนะ ฮั้นก้อ นี้ไปแอ้วพทยาแหนะ (เอารูปไปเทียบมาให้ดู เป็นภาพรูปถ่ายหลานๆกอดและหอมแก้มมาย) IDI-OOF หน้า 10-80”

“พี่น้องไปมาหาสู่กันอยู่ในบ้านเนีย ไม่ได้ไปไหน เดินหากันทุกวัน ยายก็เนียเดินมา กิน มากินกัน พวกหลานนี้เขามาเยี่ยมมาเยือนมาคุยด้วย บางครั้งก็เขามิงงานเขาก็ไม่ได้มา วานไปส่งไปไหน ไปไหนได้หมค” IDI-OOFตาก 2-129

“ลูกหลานก็รักกันดีครับ ไม่มีทะเลาะ มีอะไรเค้าก็ช่วยกันครับ เค้าไปมาหาสู่กัน เรื่อยนะ ผมอยู่ชุมชนวรรณ ลูกสาวนี้อยู่บ้านตลาดพระบาท ลูกของลูกสาวไปอยู่อเมริกา สองคน เหลือลูกของลูกสาวคนเล็กอยู่ขอนแก่นเป็นครูเหมือนกัน ครอบครัวยุบฮั้นครับ ทั้งลูก ทั้งหลานสนิทสนิทมากเค้าก่ตัญญูใส่ใจพ่อดีครับทั้งหลาน ทั้งลูกเลย ใส่ใจพ่อดีมาก” IDI-OOM ลำปาง 12-202

2) ความสัมพันธ์แบบห่างเหิน ชัดแย้ง

ถึงแม้ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือจะมีความสัมพันธ์ที่อบอุ่น ใกล้ชิดกับบุตรหลาน ญาติพี่น้อง แต่ก็มีบางครอบครัวที่ความสัมพันธ์ที่ห่างเหิน ชัดแย้งกับผู้สูงอายุวัย ปลาย โดยที่บุตรหลานไม่ได้เกื้อหนุนด้านเงินทอง และดูแลด้านต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน บุตรหลานไม่ค่อยได้ไปมาหาสู่กัน หรือมาหาสู่กันตามหน้าที่เช่นการนำอาหารมาให้แต่ไม่ได้มีการ พุดคุยถามไถ่ทุกข์สุขซึ่งกันและกัน และจะมาดูแลยามเจ็บป่วยเท่านั้น บางรายแม้ยามเจ็บป่วยก็พึ่งพา บุตรหลานไม่ได้ ผู้สูงอายุวัยปลายจึงต้องรับภาระภายในบ้านด้วยตนเองทั้งหมด และสิ่งที่ทำให้ สัมพันธภาพห่างเหิน ชัดแย้งเนื่องมาจากบุตรมีพฤติกรรมไม่ดี เช่นดื่มสุราเป็นประจำ ไม่ทำงาน รวมทั้งการทะเลาะกันในครอบครัวด้วยปัญหาต่างๆ เช่นการจัดสรรมรดก เป็นต้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“...บ่มีความสัมพันธ์อะหยิ่งเท่าใด เขาปล่นใจเขา เขาก็ปล่นใจเฮา แต่เขาเจ็บเป็นเฮา ก็ไปใจหาเหีย(ไปเยี่ยม) ...ต่างคนก็ต่างอยู่ไป บุญบ่มีต่ายปุ่นนะ ชาวบ้านเป็นติงจะมาหา IDI-OOF หน้า 6-57

“(ถามเรื่องลูกเขย) จะอันนะ อยู่บ่ต่ายจะอี่ บ่มาแหละ ถ้าเจ็บป่วยถึงมาหาติงลูก เฮาตวย IDI-OOF หน้า 6-72”

“ดูแล ก็ดูแลไกลๆ น้อ บ่ใจได้ดูแลใกล้ ลูกเก็บนี่เฉพาะเจ็บป่วยถึงจะมาดูแลมาผ่อ มากอย กำบกกำกิน นี่ก็มี ที่เอามาอื้อ สตางค์ก็มีหลานป็นอื้อแต่บ่หื้อบ่อยและ ปีหนึ่งก็มากำ หนึ่ง เขาไปทำงานล่าพุนปุ่น เอาติงมาบ่นหื้อบางครั้งก็ป่น(พัน) บางครั้งก็ห่าร้อย นอกนั้นอ้อย หาเอาเอง หากินเอาเอง IDI-OOF หน้า 6-2”

“...ลู้ติงกันกะ(แย่งมรดกที่ดิน) ของตี่แม่อยู่ยี่เล้าะ แบ่งหื้อไผอั้น ของแม่อยู่ยี่ คือ เป็นอยู่ยี่กะ เป็นของพ้ออัย ของพ้ออัยแก้ว เป็นมีลูกสาม ลีคน แบ่งลี้ส่วน IDI-OOF หน้า 11-16”

“ไม่น้อยใจ..ก็เขาไม่ยอมมาหาเราจะไปทำไผ่ได้ พี่น้องก็ไม่ได้ติดต่อ ตัดกันไปเลยก็ ไ้อ้ลูกสาวมันบอกว่าถ้าแม่กตตายก็บ่บอกมึงก็ว่างั้น” IDI-OOF ตาก 17-147

“ลูกที่อยู่แม่สอดก็ไม่เคยมาหา ถ้าเค้าเอ็นดูเราก็กมาหาเรา อิม คนนี้(คนที่อยู่ด้วย) กินเหล้าทุกวันเลย บางทีก็ไวยวายบางทีก็ไม่ไวยวาย ถ้าเมามากก็ไวยวาย ถ้าเมาน้อยก็ไม่ไวยวาย แม่ใจไม่ดี ใจไม่สนุก เงินก็ไม่พอใช้พอจ่าย เครียด กินยาคุมความดันไว้เรื่อยๆ หมอ เค้าให้กินนะความดันขึ้นเยอะนะ เวลาไปโรงบาล บางทีก็ไปกับลุงเหลิม(เป็นอสม.) ถ้าไม่มีลุง เหลิมก็บางทีก็จ้างสามล้อเค้าไป ทุกวันทุกขใจไม่มีความสุขทำงานหนักก็ไม่ไหว มันทุกขใจ เรื่องเงินนี่แหละ เดี่ยวค่าน้ำมันค่าน้ำ ค่าวก็ได้อ้อกิน ค่าน้ำ ค่าไฟอีกหละ ลูกก็ไม่ทำงานกิน แต่เหล้า ยายต้องรับภาระหมดเนี่ยะ ต้อง หุงข้าว ทำกับข้าวทำให้ทุกอย่าง เมานะ ชับสามล้อ ได้เงินมาก็ซื้อเหล้ากิน” IDI-OOF ตาก 3-49

“...มัน(ลูกหลาน)ไม่ค่อยอยากใกล้ เค้าเอาข้าวมาส่งแล้วก็รีบกลับเลย ไม่คุยอะไร ไม่เห็นถามสารทุกข์สุกดิบอะไรเลย เราก็ออยู่ของเรา” IDI-OOM พิษณุโลก 5-46

“(ถาม)ยายรู้ลี้กยังงี้ที่ลูกไม่มาหาก็เสียใจเหมือนกันนะ ก็ไม่รู้จิกทำไปบางที กลางคืนก็นอนน้ำตาไหล น้อยใจเค้า (ร้องไห้)” IDI-OOF พิษณุโลก 8-45

3) ช่องว่างระหว่างวัย

ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายบางราย จะเกิดช่องว่างทางความคิดและมุมมองระหว่างผู้สูงอายุวัยปลายกับบุตรหลานที่ยังเป็นเด็กหรือวัยรุ่น ผู้สูงอายุวัยปลายกับเด็กมีเวลาอยู่ด้วยกันและมีกิจกรรมที่ทำร่วมกันน้อย และมีความสนใจในเรื่องต่างๆ ที่แตกต่างกัน โดยบุตรหลานจะมีรู้สึกว่าการแนะนำของผู้สูงอายุวัยปลายคือการบ่น ดังคำกล่าวที่ว่า

“กั้นเฮาต่ำ เฮาว่าหนะ ก็ว่าแม่จ๋มยัง จ๋มหยงนะ ตึงว่าจะอันหนะ คนว่ามันบ่ดี ตึงตึงเหยีย ว่าฮือบ่ฟัง” IDI-OOF นาน 7-29

“คนแก่ยังงี้ ก็ต้องธรรมดา มันก็มีบางครั้งเนาะ ทั้งอารมณ์เราเนาะก็แล้วแต่ แต่ก่อนทะเลาะกันบ่อย แต่เดี๋ยวนี้ไม่ค่อยทะเลาะ คำเริ่มเอง ไม่ใช่เราเริ่ม” IDI-OOF ลำปาง 11-13

“ก่อน... ลูกสาว กับหลานนั้นแหละ เขาไม่ค่อยชอบเรา... คำเป็นวัยรุ่นเนาะ... ทำโน้นทำนี่ เลอะเทอะเต็มบ้าน คือเราก่อนต้องว่า กินแล้วก็ทิ้งไว้ เราก็บ้างเนาะ... เราก็บ้าง นี่แหละ คือเขาไม่พอใจ เขาก็ว่าบ้านเค้า เค้าจะทำยังไงก็ได้ มันไม่ใช่ เหมือนประตุนี้อะ ถอยรถ ตุ่มต๋าม ๆ ประตูแตก เค้าทำได้ แต่เค้าไม่คิดว่า คือเค้าไม่ได้เป็นคนซื้อคนทำเนาะ เค้าไม่รู้ แต่เราซื้อถ้าพังมา ก็ไม่มีใครมาซ่อมให้เรา เราอยู่เราก็ต้องซ่อม” IDI-OOF ตาก 21-20

“ไซเกียด(โกรธ) ก็ต่ำผ่อง ต่าหลานว่าจะไปด้านจะนั้น จะไปด้านจะนี้ จะไปไปฮั้น จะไปไปนี้ ฮืออยู่บ้าน แม่ฮักเขากะ” IDI-OOF นาน 7-27

3.3.2 ความสัมพันธ์กับเครือข่ายชุมชน

ความสัมพันธ์กับเครือข่ายชุมชน ซึ่งเป็นบุคคลนอกวงศ์เครือญาติ ได้แก่ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน หรือคนในชุมชน ผลการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุวัยปลายกับบุคคลนอกวงศ์เครือญาติ ซึ่งได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน และคนในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่จะไม่มีเพื่อนเนื่องจากเพื่อนวัยเดียวกันส่วนใหญ่ได้เสียชีวิตไปเป็นจำนวนมากแล้ว ที่เหลืออยู่เป็นส่วนน้อยและไปมาหาสู่กันลำบากด้วยปัญหาสุขภาพที่เสื่อมตามวัย จะมีแต่เพื่อนบ้านและคนในชุมชนเท่านั้นที่ยังคงมีความสัมพันธ์กันอยู่ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ส่วนใหญ่เพื่อนตายหมดละ รุ่นแปดสิบป้ายตายหมดละ เดี่ยวนี้ก่อนจะมีเพื่อนดีอ่อนกว่า...” IDI-OOM นาน 16-50

“...ไปเที่ยวบ้านเหนือบ้านใต้ ไปบ้าง ไปไม่บ่อย ส่วนใหญ่เค้าจะมาเที่ยวหาครับ บางทีแดร์ร้อนๆ เราไม่อยากไป ส่วนใหญ่รุ่นพ่อเค้าก็ตายไปกินเยอะแล้ว ไม่ค่อยมีนะ ไปมาหากันส่วนใหญ่ก็ข้างบ้านเป็นเพื่อนบ้าน คล้ายกับว่าถือว่าเป็นพี่น้องกัน” IDI-OOM ลำปาง 7-120

“...ไม่เคยมีระหองระแหงกับเพื่อนบ้านไปมาหาสู่กันอยู่ คนแก่ก็มาหาบ้าง เค้าก็ใช้ไม้เท้าเหมือนกันไปมาหากันก็ลำบาก” IDI-OOM ลำปาง 1-125

ซึ่งพบลักษณะของความสัมพันธ์กับเครือข่ายชุมชน ซึ่งได้แก่ เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน สรุปได้ดังนี้

1) ความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือเกื้อกูล และต่างตอบแทน

เนื่องจากบริบทสังคมของภาคเหนือ ส่วนใหญ่เป็นลักษณะแบบสังคมชนบท ที่เป็นสังคมแบบรวมกลุ่ม ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนจึงเป็นแบบการพึ่งพาอาศัยกัน และความสัมพันธ์ต่างตอบแทน ที่เห็นได้อย่างเข้มแข็งแจ่มชัดในบริบทของเครือญาติ ที่การพึ่งพาช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และความสัมพันธ์ต่างตอบแทนที่มองเห็นได้จากความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ลูก หรือพี่น้องในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งมีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือด นอกจากความสัมพันธ์เชิงเครือญาติแล้ว ยังมีความสัมพันธ์ในลักษณะของเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ที่ทุกคนในหมู่บ้านจะรู้จักกัน มีการไปมาหาสู่กัน และช่วยเหลือกัน ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมสาธารณะของหมู่บ้าน หรือกิจกรรมส่วนตัวของคนในชุมชน ก็จะมีการพึ่งพาอาศัยกัน ไหว้วานกันได้ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์แบบต่างตอบแทน “เธอช่วยฉัน ฉันช่วยเธอ” เช่นเมื่อบ้านไหนมีงานบุญ เช่น งานขึ้นบ้านใหม่ งานแต่งงาน หรืองานบวช เพื่อนบ้านก็จะไปช่วยงาน ไม่ว่าจะเป็นงานที่ต้องใช้แรงงาน หรือใช้เงินช่วยงาน การพึ่งพาอาศัยกัน และความสัมพันธ์ต่างตอบแทน เป็นทั้งการให้และการรับในปฏิสัมพันธ์ของคนในชุมชน ทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม ที่สัมผัสรับรู้กันด้วยใจหรือความรู้สึก ความไว้วางใจกันเป็นความสัมพันธ์ทางบวกของคนในชุมชนที่มีต่อกัน ด้วยการที่มีความรู้จักมักคุ้นกันดี รู้ต้นลึกหนาบาง เทือกเขาเหล่ากอของคนในหมู่บ้าน ซึ่งคนส่วนใหญ่จะเกิดที่นี่ โตที่นี่ และรู้จักคุ้นเคยกันมาเป็นเวลานาน ประกอบกับความสัมพันธ์ทางด้านภาษา วัฒนธรรม ประเพณี การนับถือศาสนาที่เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธเหมือนกัน ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความเป็นพวกพ้อง เนื่องจากพูดภาษาเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นการพูดคำเมือง หรือการพูดภาษาท้องถิ่นนั้น อันเป็นเสมือนหนึ่งว่าคนที่พูดภาษานี้จะเป็นพวกพ้องเดียวกันทั้งหมด ทำให้เกิดความไว้นื้อเชื่อใจกันและเกิดความคุ้นเคยกันได้ง่ายขึ้น

ด้วยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่คนวัยหนุ่มสาวในหมู่บ้านส่วนใหญ่ย้ายถิ่นไปทำงานที่อื่น ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น หรืออยู่กับหลาน จึงเป็นภาพที่เห็นได้ทั่วไปในทุกหมู่บ้านชนบท แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุก็ไม่ได้โดดเดี่ยว หรือขาดคนดูแล ถึงแม้จะไม่มีบุตรอยู่ด้วย เพื่อนบ้าน ก็สามารถดูแลช่วยเหลือและเป็นที่พึ่งพาของผู้สูงอายุได้ จึงเห็นได้ว่าในสังคมชนบท แม้ผู้สูงอายุจะยากไร้ หรือไม่มีบุตรดูแล เพื่อนบ้านหรือชุมชน ก็เป็นแหล่งประโยชน์หนึ่งที่ทำให้การช่วยเหลือเกื้อกูล ความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุวัยปลายกับบุคคลนอกวงศ์เครือญาติ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเพื่อนบ้านใกล้ชิดกัน มีความสัมพันธ์กันดี ให้ความเคารพนับถือ ให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลกันดี มีการพูดคุยพบปะสังสรรค์กันเสมอ มีการช่วยเหลือกันในยามเจ็บป่วย ดังจะเห็นได้จากเมื่อผู้สูงอายุวัยปลายป่วย พักรักษาที่โรงพยาบาล ก็จะมีเพื่อนบ้าน ไปส่งโรงพยาบาลและไปเยี่ยมเยียนมากมาย มาดูแลให้กำลังใจเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งเห็นได้ชัดในบริบทของสังคมชนบท นอกจากนี้ยังมีการซื้อของมาฝากกัน การเก็บผักหาปลาฝากกัน แบ่งปันอาหารกัน การขอปันพืชผักสวนครัวข้างบ้านกันได้ การปรึกษาหารือกันในยามมีปัญหา เป็นต้น ความผูกพันของกลุ่มเพื่อนบ้านของผู้สูงอายุวัยปลายอาจมีหลายระดับตามอัธยาศัยของผู้ที่คบหากันใกล้ชิดกันมากจนถึงน้อย ไว้วางใจมากจนถึงน้อย ซึ่งการคบหากันนั้นวางอยู่บนพื้นฐานเหตุผลส่วนตนประกอบด้วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“เพื่อนบ้านแต่มีปะเลื้อนោះ เขาก็ดีกะ มีหยั่งก็มาอุ้อัยกัน อย่างสมมุติว่าอย่างไปวัดไปวาไปไหนไปปะกัน ก็นั่งอุ้อัยกันอย่างอี มีหยั่งก็จ้วยเหลือกัน” IDI-OOM หน้า 1-82

“ปมกับหยิ่งนะ เพื่อนบ้านหนา สนิทสนมดี เตื่อเฮามีกำนมีงานก่บต้องไปบอกเขา เขาที่เขาตังมา เจ็บป่วยเป็นหยิ่งเขากี่มาหา” IDI-OOM นำนาน 4-66

“คนในหมู่บ้านนี้ดี เจอก็ยกมือไหว้ไฮก้อไหว้ตอบเขา เขาก้อไหว้เฮา จะนั่นนะ” IDI-OOM ลำปาง 5-63

“เป็นเพื่อนเดียวกันเนี่ย แต่เฮาอายุแก่แล้ว มันหนุ่มมันยังทกลีบปายอยู่ อ้อยแปด ลีบปาย มีคนนี้แหละที่ไปมาหาสู่ แอ้วหากันทุกวัน” IDI-OOF นำนาน 6-56

“เคารพกะ ลูกหลานถ้าในบ้านในจอนี้เขาก็เคารพนะ เป็นนับถือก็อย่างว่าเป็นก็มา เป็นก็ฮ้องเป็นแม่เนอะ แม่กะ แม่ฮ้อยกะ ฮ้อยกะเตื่อก็เอานั่นเอานี้มาฮ้อยกัน” IDI-OOF นำนาน 13-29

“เพื่อนบ้านที่มาหาบ่อยๆ ก็มีลูกของพี่ผัว ชื่อทูนนี่นะ มาเที่ยวหาสองคนเท่านั้นแหละ ชื่อทูนกับพงษ์ มาเที่ยวเฉยๆ คุยกันไปให้หายเหงาไป คนแก่เหมือนกันอายุ 80 กว่าเหมือนกัน ถ้ามันเป็นอะไรายากก็วิ่งไปหา มัน มีอะไรก็แบ่งปันกันกิน ถ้ายายเป็นอะไรมันก็วิ่งมาหา ยาย ดูแลกัน” IDI-OOF ตาก 28-122

“หลานอยู่บ้านข้างๆ ก็แบ่งกับข้าวมาให้กินมาให้ บางทีกลางคืนเค้าก็มาพักหนึ่งแต่เค้าไม่นอนหรอก พอเราจะนอนเค้าก็กลับบ้านเอง มาคุยด้วยแทบทุกวันแหละ ดูแลดีกว่าลูกแท้ๆอีกเนอะ คิดแล้วก็น่าเสียใจเหมือนกันเนอะ (ร้องไห้)” IDI-OOM พิษณุโลก 8-112

2) ความสัมพันธ์กันแบบหลวมๆ

ความสัมพันธ์แบบหลวมๆ ไม่ได้ใกล้ชิดมากมาย มีความห่างเหิน บางครั้ง ให้ความช่วยเหลือกันตามหน้าที่และโอกาสเท่านั้น พบมากในสังคมเมืองและกึ่งเมือง และในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีเศรษฐกิจฐานะยากจน หรือผู้สูงอายุที่อยู่เดี่ยว เนื่องมาจากปัญหาการจัดสรรแบ่งปันที่ดิน และการมีมรดกน้อยเรื่องเศรษฐกิจของตนเองเมื่อเทียบกับเพื่อนบ้าน จึงไม่กล้าที่สร้างสัมพันธ์มาก่อน คิดว่าถ้าไปสร้างสัมพันธ์มาก่อนกับเขาก่อนกลัวถูกมองว่าไปขอพึ่งพาอาศัยเขา ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตังบไปเยี่ยมอะหยิ่งเขานะ บไปขอไปเยี่ยมหยิ่งของไผและ อยากรปลุกอะหยิ่งก็ปลุกเอาไว้กินเหี้ย ตังบไปผ่องไปคุย(ไปยุ่ง)อะหยิ่งของไผนะ เฮาบไซเข้าใกล้เป็นน้อ ก็บ่าจจะเข้าเป็นเนาะ คิดว่าฐานะเฮาบไซดี แม่ก็คิดจะอั้น ฐานะเฮาบเปียงปอ สุดแล้วแต่ เพื่อนเป็นจะฮักมาบ่นอะหยิ่งฮ้อยก็มีเต้าอัน จะหื้อไปขอ ไปแอ้วหา กลัวเป็นว่าไปขอเป็นกิน...” IDI-OOF นำนาน 6-77

“...ลุงจะอยู่คนเดียวเป็นส่วนใหญ่ ก็อย่างนั้นแหละ เราไม่ได้ไปยุ่งยากกับใคร แต่เค้าก็ดี อะแหละ เขาก็เกรงใจเรานั้นแหละ” IDI-OOM นำนาน 2-194

“(มีปัญหา)เรื่องดีเรื่องตาง อ้อยบมีตางเดิน ขอตางเดินเป็นหันน้อ หล่ายคันไคขึ้นไปหาถนน แลกแล้ว แลกดีเป็นแล้ว เป็นบยอมแลก เขาก็จวนไปที่ดินแล้ว ไปโอนที่ดิน เป็นบยอมแลก เลยเกียดหื้อกันเต้าบเดี่ยว ได้มาประมาณสิบกว่าปีนี่ เป็นบอภัยหื้อเฮา บ้านอยู่ใกล้กันแต่บอภัยกันเลย” IDI-OOF นำนาน 6-96

“เค้า(ผู้สูงอายุ)ก้อไม่มีใคร ก็มีพวกพี่พัน พวกบ้านอม คนเฒ่าบางที่เขากี่มา นาน ๆ ทีและ แกก้อยของแก ส่วนใหญ่อยู่คนเดียว คือเป็นอย่างนี้แหละ” IDI-OOF ญาติบ้าน 1-39

“...แต่ผมอยู่ชุมชนวรรณ(บ้านจัดสรร)นะมันเป็นบ้านใคร บ้านใครครับ บ้านใกล้ๆ ยังไม่เคยปราศรัยกันเลย ...กับข้างบ้านนี้ก็บ้านใครบ้านมัน ตอนผมอยู่ที่สมุทรสงครามหัวคลองท้ายคลอง ชายชนมรู้จักหมดเลย อ้าวครุครับ อาจารย์ครับ รู้จักกันตลอดเลย ถ้าอยู่ในหมู่บ้านนั้นแหละ บ้านใคร บ้านมัน ต้องมาหาเพื่อนในชมรมผู้สูงอายุ เพราะว่าเพื่อนบ้านนี้หายาก” IDI-OOMลำปาง12-238

3.3.3 สถานภาพและบทบาทของผู้สูงอายุวัยปลายในสังคม

ผู้สูงอายุวัยปลายมีบทบาทในกลุ่มเพื่อน เพื่อนบ้าน หรือชุมชน ผลการศึกษาพบว่า มีสองกลุ่มใหญ่ๆ คือ กลุ่มที่มีบทบาททางสังคม และกลุ่มที่ไม่มีบทบาททางสังคม ดังนี้

1) กลุ่มที่มีบทบาททางสังคม โดยพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายมีส่วนน้อยที่มีบทบาททางสังคม กลุ่มที่มีบทบาทคือกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายที่มีสุขภาพดี บทบาททางสังคมที่เห็นเด่นชัดคือการทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านพิธีการทางศาสนา การหาฤกษ์มงคลและคอยช่วยเหลืองานส่วนรวมที่เกี่ยวข้องกับพิธีกรรมเสริมสร้างกำลังใจตามความเชื่อของชุมชน มีบางรายการได้รับแต่งตั้งให้เป็นมัคทายกประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้พบว่ามีกรรวมกลุ่มของผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ แต่ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่ไม่มีบทบาทในด้านการนำหรือการบริหารจัดการ ส่วนใหญ่จะเข้าร่วมเป็นสมาชิกทำกิจกรรมตามกลุ่ม มีส่วนน้อยมากที่ผู้สูงอายุวัยปลายจะมีบทบาทในกลุ่ม เช่น การเป็นผู้เก็บรวบรวมเงินฌาปนกิจสงเคราะห์ เป็นต้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“รวมกลุ่ม(กลุ่มผู้สูงอายุ)ทำความสะอาดร่วมกัน พ่อเป็นสมาชิก ในกลุ่มก็มีหยิ่งโดยมากก็เฮาก็ออกกำลังตวยเขา เยี้ยะหยิ่งตวยเขาไปจะนั่น แต่ปได้เป็นหัวหน้า บ่เอาแล้วเฮาแก้ตัวแล้ว เขาจะเอาผมหลายเตื่อแล้ว ผมขอตัว (หัวเราะ)” IDI-OOMน่าน1-58

“เป็นที่ปรึกษาพิธีทางศาสนาเขามาถามว่าจะยะจะไค่ผ่องเฮาก่อบอกไปเขาก็ยะตามนั้น และก่อในส่วนพี่น้องจาวบ้าน มีกานมีงานก่อไปจ่วยร่วมงานเป็น เตื่อเป็นบ่บอกเฮาก่อไปร่วมเป็นฮั้นนะ ไปฮอมเป็น” IDI-OOMน่าน5-70

“กับเพื่อนบ้านก็ดี ถ้าเค้าจะแต่งงานกันก็มาให้ดูวันให้ว่าวันไหนดี เราก็ดูให้ จะสร้างบ้านสร้างเรือนก็มาดูวัน” IDI-OOFตาก33-284

“...ถ้ามีผู้สูงอายุตายเค้าก็มาเอาเงินมาให้ที่บ้าน เพราะพ่อเป็นคนเก็บเงินกลุ่มผู้สูงอายุนะ” IDI-OOFตาก33-272

“...แต่ว่าก็ทำประจำ คือ งานตามที่พระโทรมา อีกวันสองวันก็ไปประจำ เป็นมัคทายกครับ...” IDI-OOMพิษณุโลก9-6

2) กลุ่มที่ไม่มีบทบาททางสังคม โดยพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่จะไม่มีบทบาททางสังคม ส่วนใหญ่จะรวมกลุ่มเพื่อไปร่วมงานประเพณีตามเทศกาลต่างๆของชุมชน และเพื่อรับเบี้ยยังชีพ การที่ผู้สูงอายุวัยปลายไม่แสดงบทบาททางสังคมเนื่องจากมีปัญหาสุขภาพและการเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัย ซึ่งจำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้อื่น และบุตรหลานขอร้องให้ถอนตัวจากสังคมหรือให้อยู่แต่ในบ้าน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปได้ไปหาเขา แต่เป็นมีกานมีงาน สิบจะต่ากะ ทำนั้นทำนี่กะ ก็จะไปจ่วยกัน(ถ้าไปได้)” IDI-OOFน่าน6-78

“กลุ่มสูงอายุมี ลุงก่อเข้า แต่ก็ไม่ได้ทำอะไร ส่วนมากจะรวมตัวกันเพื่อรับเบี้ยยังชีพ ยังไม่ได้ทำกิจกรรมอะไรนะ” IDI-OOM ลำปาง 2-197

“ตอนนี้ อยู่กะบ้าน ปไปไหน ไปไหนปได้ไหน นั่งอยู่นี่ ป็นเป็น อยู่ในห้องซังอ้อเตอะ น้ำ ไปตางใดก่อไปปได้ ปได้ไปคลุกคลีหยังกับใคร กินแล้วก่อนนอน นอนแล้วก่อนกินจะนี่เจ้า ถ้า มีลูกหลานบ่เอาหยังมาหื้อกินก่อปได้กินนะ” IDI-OOF ญาติลำปาง 11-24

จากข้อมูลเชิงปริมาณที่ประเมินจากแบบวัดความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม ทั้งเครือข่าย เครือญาติ ได้แก่ บุคคลในครอบครัว บุตรหลาน ญาติพี่น้อง และเครือข่ายชุมชน ได้แก่ เพื่อน เพื่อน บ้าน หรือคนในชุมชน ผู้สูงอายุวัยปลายมีความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเครือข่ายเครือ ญาติหรือเครือข่ายครอบครัว มากกว่าเครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ดังแสดงการเปรียบเทียบใน ตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ร้อยละ ของความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม ของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ (n=160)

จำนวนคน / ร้อยละ	พบหน้าพูดคุยอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง		สนิทใจที่จะขอความช่วยเหลือได้		สบายใจที่จะพูดคุยเรื่องที่เป็นส่วนตัวได้	
	ครอบครัว	เพื่อน / เพื่อนบ้าน	ครอบครัว	เพื่อน / เพื่อนบ้าน	ครอบครัว	เพื่อน / เพื่อนบ้าน
ไม่มีเลย	1.9	19.4	1.3	33.1	1.9	48.8
1 คน	1.9	23.8	8.8	26.9	13.1	20.0
2 คน	8.8	18.1	30.0	16.9	34.4	11.3
3-4 คน	45.0	25.6	42.5	17.5	38.1	15.0
5-8 คน	30.0	7.5	15.0	3.8	10.6	3.8
9 คน ขึ้นไป	12.5	5.6	2.5	1.9	1.9	1.3
Mean	3.37	2.69	2.48	1.95	1.38	1.09

3.4 การติดต่อ การมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม

การติดต่อ มีปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุวัยปลายกับเครือข่ายทางสังคม ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุวัย ปลายจะอาศัยอยู่กับบุตร หรือมีบุตรอาศัยอยู่ใกล้ๆ โดยสถานที่/ระยะทางของบุตรชายคนใดคนหนึ่ง ที่ อยู่ใกล้ที่สุด ได้แก่ อยู่หมู่บ้าน/ชุมชนเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 36.3 และอยู่บ้านเดียวกัน คิดเป็นร้อย ละ 23.8 ส่วนบุตรสาวคนใดคนหนึ่ง จะอยู่บ้านเดียวกันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.4 รองลงมาคือ อยู่หมู่บ้าน/ชุมชนเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 22.5 ส่วนหลาน/เขย/สะใภ้คนใดคนหนึ่ง จะอยู่บ้าน เดียวกันมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.9 รองลงมาคือ อยู่หมู่บ้าน/ชุมชนเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 31.9 พี่น้องของผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่จะเสียชีวิตหมด คิดเป็นร้อยละ 41.9 ส่วนเพื่อนส่วนใหญ่จะอาศัย อยู่หมู่บ้าน/ชุมชนเดียวกัน คิดเป็นร้อยละ 48.1 และเสียชีวิตหมดแล้ว คิดเป็นร้อยละ 37.5 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ร้อยละ ของสถานที่ /ระยะทางของบุคคลที่อยู่ใกล้ที่สุด ของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ (n=160)

สถานที่/ระยะทางของบุคคลที่อยู่ใกล้ที่สุด	บุตรชาย	บุตรสาว	หลาน / เขย/สะใภ้	พี่น้อง	ญาติ	เพื่อน
ไม่มี/หรือเสียชีวิตหมด	13.1	12.5	0.6	41.9	11.9	37.5
อยู่บ้านเดียวกัน	23.8	49.4	46.9	5.0	10.0	-
อยู่หมู่บ้าน/ชุมชนเดียวกัน	36.3	22.5	31.9	27.5	52.5	48.1
อยู่ต่างอำเภอ/ต่างจังหวัด	26.9	15.6	20.6	25.6	25.6	14.4

การติดต่อ การมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมของ ผู้สูงอายุวัยปลาย ได้แก่ บุตรหลาน ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้าน การใช้อุปกรณ์ติดต่อสื่อสาร เช่นโทรศัพท์ มีน้อยมาก เนื่องจากข้อจำกัดของความสามารถของอวัยวะร่างกายตามวัย เช่น หูตึง ตาฝ้าฟางมองเห็นตัวเลขไม่ชัด ส่วนใหญ่จะเป็นการติดต่อสื่อสารแบบตั้งรับรอคอยการมาเยี่ยมเยียน พุดคุยที่บ้าน และจะเป็นบุตรหลาน หรือเพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้ ส่วนบุตรหลานที่อยู่ไกล สมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่จะใช้บริการสืบสานวัฒนธรรม ประเพณีในเทศกาลสำคัญ เช่นวันสงกรานต์เป็นวันมาเยี่ยมเยียนรวมญาติ เพื่อมาพบปะพุดคุยแสดงความรักและความเคารพต่อผู้สูงอายุวัยปลาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ล้มมากระวะอ้อยมาฮ้างข้าวตอกดอกไม้ เอนทือล้มมากระวะอ้อย ม่อนกะ หยังกะ เขามามาสู่ขวัญหมมIDI-OOMน่าน17-40”

“จะมาหากันวันสำคัญก็มาพร้อมหน้า เช่นตกลีปีใหม่ เมษาเขาก็มากระวะเหี้ย ตามธรรมเนียม แต่ว่าบุตรหลานบ้านนี้จะมาตลอดIDI-OOFลำปาง10-70”

“ลูกก็โทรบ่อย แต่ถามแม่จะคุยกับเค้ามั๊ย แม่ไม่คุยบอกว่าไม่ได้ยิน” IDI-OOFตาก 19-126

“ คนที่อยู่กรุงเทพลูกชายนะเขาก็มา มาบ้านถ้าเขามาบ้านนี้บางทีเขาก็มาหา มาก็ไม่บ่อย ถ้าหลายเดือนละครึ่ง สองครั้งบางทีก็สงกรานต์ที่เขาก็มารดน้ำที่”IDI-OOFตาก17-131

“ญาติๆเขามาเอง มาทุกเย็น มารวมกันหมดเลยเจ็ดคน อ่า ตอนเย็น ๆ เขาจะมารวมกันที่นี่ ไม่ต้องโทรแล้ว อยู่บ้านติด ๆ กัน ก็เจอกันทุกวัน” IDI-OOMตาก7-162

“เวลาลูกหลานเค้ามาหา เค้ามานั่งพุดเท่านั้นแหละ ไม่นาน บางคนก็มาแป็บเดียว บางคนก็อยู่เมิน(นาน) บางทีอยากไปแอ้วบ้านลูกบ้านหลานนี้ไป แล้วไกลๆ ก็ไม่ไป เดินๆไปพร้อมกับไม้เท้าเหล็กลำบาก ต้องรอเขามาหา”IDI-OOFลำปาง4-108

การได้พุดคุยแบบพบหน้ากันกับบุคคลคนใดคนหนึ่งในรอบปีที่ผ่านมาของผู้สูงอายุวัยปลาย เกือบครึ่งหรือคิดเป็นร้อยละ 58.6 จะได้พุดคุยแบบพบหน้ากันทุกวันกับบุตรชายคนใดคนหนึ่ง มากกว่าครึ่งหรือคิดเป็นร้อยละ 64.2 จะได้พุดคุยแบบพบหน้ากันทุกวันกับหลาน /เขย/สะใภ้ คนใดคนหนึ่ง และประมาณ 3 ใน 4 หรือคิดเป็นร้อยละ 74.6 จะได้พุดคุยแบบพบหน้ากันทุกวันกับบุตรสาวคนใดคนหนึ่ง ส่วนพี่น้อง ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้านจะได้พุดคุยแบบพบหน้ากันทุกวันกับคนใดคนหนึ่ง ประมาณร้อยละ 16.2 – 17.5 รายละเอียดดังแสดงตามตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ร้อยละ ของความบ่อยของการได้พูดคุยแบบพบหน้ากันกับบุคคลในรอบปีที่ผ่านมา ของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ (n=160)

การได้พูดคุยแบบพบหน้ากันกับบุคคลคนใดคนหนึ่ง	บุตรชาย	บุตรสาว	หลาน / เขย/สะใภ้	พี่น้อง	ญาติ	เพื่อน	เพื่อนบ้าน
ไม่เคย	4.9	4.2	1.3	6.2	4.9	16.2	10.6
ทุกวัน	48.6	74.6	64.2	17.5	16.8	16.2	17.5
2-3 ครั้งในสัปดาห์	10.6	4.9	7.5	11.3	16.1	18.9	21.3
อย่างน้อยทุกสัปดาห์	6.3	2.8	6.3	12.4	17.5	11.7	18.8
อย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์	3.5	1.4	0.6	3.1	3.5	7.2	11.3
อย่างน้อยทุกเดือน	5.6	4.9	8.8	13.4	20.3	19.8	16.9
ทุก 2-5 เดือน	3.5	2.1	4.1	6.2	3.5	-	2.4
ทุก 6 เดือน	10.6	0.7	3.1	9.3	7.0	3.6	-
ปีละครั้ง	6.3	4.2	3.8	20.6	10.5	6.3	1.3

สำหรับการติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์กับคนใดคนหนึ่งที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุวัยปลายจะไม่เคยพูดคุยติดต่อทางโทรศัพท์ ทั้งนี้เนื่องจากการมีปัญหาทางด้านการติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุ และส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุวัยปลายจะไม่เคยใช้โทรศัพท์หรือใช้ไม่เป็น การติดต่อทางโทรศัพท์กับผู้สูงอายุของบุตรหลานคนอื่นที่อยู่ไกล ส่วนใหญ่จะติดต่อถามไถ่ทางโทรศัพท์กับบุตรหลานที่อยู่ใกล้ๆ เท่านั้น จากการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า มากกว่าครึ่งของผู้สูงอายุวัยปลายไม่เคยติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์กับบุตรชาย บุตรสาว หรือหลาน /เขย/สะใภ้คนใดคนหนึ่งที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 54.1, 57.1 และ 68.2 ตามลำดับ) และมากกว่าร้อยละ 80 ไม่เคยติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์กับพี่น้อง ญาติ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน รายละเอียดดังแสดงตามตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ร้อยละ ของความบ่อยของการได้พูดคุยทางโทรศัพท์กับคนใดคนหนึ่งที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ในรอบปีที่ผ่านมา ของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ (n=160)

การได้พูดคุยทางโทรศัพท์กับคนใดคนหนึ่งที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	บุตรชาย	บุตรสาว	หลาน / เขย/สะใภ้	พี่น้อง	ญาติ	เพื่อน	เพื่อนบ้าน
ไม่เคย	54.2	57.1	68.2	83.5	88.0	89.1	94.6
ทุกวัน	2.1	3.6	2.5	-	-	0.9	0.7
2-3 ครั้งในสัปดาห์	7.0	4.3	1.9	1.0	2.1	2.7	2.0
อย่างน้อยทุกสัปดาห์	7.0	10.0	3.8	-	-	-	1.4
อย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์	2.1	3.6	1.9	1.0	-	-	-
อย่างน้อยทุกเดือน	18.3	11.4	11.5	3.1	2.1	3.6	0.7
ทุก 2-5 เดือน	2.1	4.3	3.1	4.1	0.7	1.8	-
ทุก 6 เดือน	4.2	5.7	5.7	3.1	4.2	1.8	-
ปีละครั้ง	2.8	-	1.3	4.1	2.8	-	0.7

สำหรับการไปเยี่ยมเยียนกับเครือข่ายทางสังคมทั้ง บุตรหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน พบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนมากจะไม่เคยไปเยี่ยมเยียน คิดเป็นร้อยละ 72.3 – 80.9 นั้นหมายถึงผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่จะไม่ได้ไปไหนมาไหน อยู่แต่ภายในบ้าน รอให้เพียงแต่บุตรหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือเพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียนเท่านั้น รายละเอียดดังแสดงตามตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ร้อยละ ของความบ่อยของการไปเยี่ยมกับคนใดคนหนึ่งที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ในรอบปีที่ผ่านมา ของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ (n=160)

การไปเยี่ยมกับคนใดคนหนึ่งที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	บุตรชาย	บุตรสาว	หลาน / เชย/สะใภ้	พี่น้อง	ญาติ	เพื่อน	เพื่อนบ้าน
ไม่เคย	72.3	74.5	77.4	79.6	80.9	74.5	75.7
ทุกวัน	3.5	7.1	4.4	5.1	2.8	5.5	6.8
2-3 ครั้งในสัปดาห์	3.8	2.1	1.3	3.1	2.8	5.5	6.8
อย่างน้อยทุกสัปดาห์	3.5	2.8	3.8	3.1	4.3	3.6	4.1
อย่างน้อยทุก 2 สัปดาห์	0.7	0.7	1.3	1.0	0.7	0.9	1.4
อย่างน้อยทุกเดือน	4.3	2.8	4.4	1.0	3.5	9.1	4.1
ทุก 2-5 เดือน	2.8	2.1	2.5	1.0	0.7	-	-
ทุก 6 เดือน	2.1	2.1	1.9	3.1	0.7	-	0.7
ปีละครั้ง	7.8	5.7	3.1	3.1	3.5	0.9	0.7

3.5 การสื่อสารความต้องการของผู้สูงอายุกับเครือข่ายทางสังคม

การสื่อสารความต้องการของผู้สูงอายุวัยปลายกับสมาชิกครอบครัวหรือชุมชน จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายที่มีเศรษฐกิจดี มีความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนที่ดี สามารถสื่อสารความต้องการให้กับครอบครัวและบุตรหลานทราบโดยตรง ประเด็นที่สื่อสารส่วนใหญ่เป็นเรื่อง อาหาร เสื้อผ้า ที่ความต้องการของผู้สูงอายุวัยปลายที่ไม่ตรงกับบุตร หลาน รวมทั้งการสื่อสารเพื่อให้คำแนะนำในเรื่องความประพฤติของบุตรหลาน แต่ก็มีบางประเด็นที่ไม่กล้าบอก เช่น การออกไปทำงานโดยไม่บอกให้บุตรหลานรู้ กลัวว่าจะไม่ให้ไปทำอีก ดังคำกล่าวที่ว่า

“บ่มี(ที่ไม่กล้าบอก) พ่อจะบอกลูกไปตรงๆเลย เดือนเขาได้ถ้าทำบ่ถูก ”IDI-OOM น่าน1-128

“ก็บอกไปเลย เขาว่าถ้าบ่ฟังคำก็แล้วแต่ ที่ผ่านมาก็ได้ว่ากันซึกเต๋บุตรหลานดีบ่มี ปัญหาเพียงแต่ว่าไว้บ่ตาย ละอ่อนเขาบ่ได้ทำฮื้อเดือร้อนหยังกับเป็น”IDI-OOMน่าน4-111

“เป็นยังแข็งแรงทำงานได้ บางทีก็ลัก(แอบ)ไปสวน ซี่รถเครื่อง(รถมอเตอร์ไซด์)ไปแล้วเอารถไปลง เจ็บหัวเข้าแต่บ่ยอมบ่บอกลูก ลักไปเยี่ยะก่าน”IDI-OOMญาติน่าน4-123

“วันก่อนลูกก็โทรมาถามจะเอาเสื้อหนาวก้อ ก็บอกว่าบ่เอาละเสื้อกรุงเทพ ปะโล่งโต่งต่าง บ้านเฮามีบ่เลื้อนอะฮื้อ หื้อฮื้อแม่ไปโล๊ะซื้อเอาเองเฮาคิดก้อ ถูกใจมากกว่า เตื่อซื้อมาบ่จับสิเหยีย คนแก่คนเฒ่าแล้ว ถ้าเอาสิแดงสีขาวมาเหยีย บ่เหน็ดนะคนเฒ่ามันต้องสีหม่อน ๆ กะ ” IDI-OOMลำปาง5-80

“...ได้ บอกมัน(บอกลูก)เน๊าะ ถ้าซื้อมาปลำ อันนี้ปดี ก็บอกเขาเน๊าะ ปต้องซื้อมาอัน นั้นมันปลำ อี้เนาะ ลูกก้อปซื้อมาฮื้อแฮ่มน้อ ลูกก้อบเกียดเตะ” IDI-OOMตากล5-96

“ ถ้าเราอยากกินอะไร เราก็บอกลูกหลานได้” IDI-OOMพิษณุโลก14-169

“ บางทีก็ถามแม่จะกินอะไรนะ เราจะกินเราก็บอกเราจะกินอันนั้นอันนี้...เราบอก เค้า เค้าให้ วันนี้นะซื้ออันนั้นให้หน่อยนะ เค้าก็ซื้อให้ ยายอยากให้ไปส่ง ยายก็บอกเอา เขาก็ ไปส่ง ไปไหนก็บอกจะไปส่ง” IDI-OOFตากล10-209

ผู้สูงอายุวัยปลายที่มีเศรษฐกิจฐานะยากจน หรือผู้สูงอายุวัยปลายที่อยู่เดี่ยวที่มี ความสัมพันธ์ในครอบครัวแบบห่างเหิน หรือมีภาวะพึ่งพาบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น ส่วนใหญ่ จะไม่ค่อยสื่อสารความต้องการให้บุตร หลานในครอบครัวทราบ เนื่องจากรับรู้ถึงภาวะการเงิน ลูกหลานว่าขัดสนและลำบาก บางรายต้องอยู่แบบเจียมตัวจำทนรับสภาพที่เกิดขึ้นเนื่องจากกลัวบุตร หลานเกลียดชัง รวมไปถึงปัญหาความไม่เข้าใจกันของผู้สูงอายุวัยปลายกับบุตรสะใภ้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปได้บอกหยังซักอย่าง ปจางจะบอก บอกก่ามาผ้อบ้านหื้อ ดูแลบ้านหื้อ ดีโตมันหื้อ (ร้ว) มันนั้นก็มาแปง มาซ้อมหื้อ” IDI-OOFน่าน6-61

“เฮ้อ ปบอก ปได้ยุ่งกับเขา เขาจะว่าไปใจเขาจะอันจะอี้ อันกวนที่เขายะก้านยะ หยังอี้ กั้นเฮว่านั่นว่านี่ เขาจะว่าเขาได้ ปอยากกวนลูก เกรงใจลูก มีเฒ่าแม่อยากกินหยังก็ บอก จะซื้อมาฮื้อกิน แม่มีก้อจะหยัง เตื่อก้อต้อมจิดกะหยังไปจะนั่นเนอะ” IDI-OOFน่าน8-56

“ปไปได้(เงินลูก) อิดูเขา เขาอยู่ห่างไกลกัน ลำบากเงินเขาปมีก้อ ซื้อไว้ซ้อกินก้อปมี ละ อิดูเขา” IDI-OOMลำปาง15-87

“...ปว่า(ไม่บอกความต้องการ)อิดูเขา...มันหาเงินปได้นัก ...ไปรบกวนเขา ปเหมาะ ” IDI-OOMลำปาง15-90

“...ไม่อยากบอก ไม่คิดจะรบกวน กลัวเป็นภาระเขาใจ ตอนนีเราหาได้ ถ้าเราทำ ไม่ได้เราค้อยไปหาเขา เหนอ เหนอ” IDI-OOFตากล10-83

“ ยายอยากได้อะไร ยายก็ซื้อเอง ไม่บอก(ลูกหลาน) เขามีครอบครัวแล้ว เราก็ดูแล ตัวเองได้ ทำเอง สบายใจกว่า สบายใจดี...ตอนนี้ก็ไม่หวังอะไรนะหนู ก็อยู่ไปอย่างเงี้ยะ ” IDI-OOFตากล2-300

“ เวลาตาอยากกินนั้นกินนี้ อยากรได้อัน นั้นอันนี้ ไม่ได้บอกหรือ มั่น(ลูกหลาน)ไม่ ค้อยอยากไกล เค้าเอาข้าวมาส่งแล้วก็รีบกลับเลย ไม่คุย ไม่เห็นถามว่าตาสบายดีไหม อยากร ไปตรวจ อยากรไปรักษา มันไม่ไปนะ ไม่รู้ทำไปเหมือนกัน เราเลยไม่กล้าบอก อย่างซักผ้าก็ ไม่ได้บอกหรือว่าซักให้หน่อย เพราะมันก็รู้แล้วว่าเราทำไม่ได้” IDI-OOMพิษณุโลก5-402

“อิม เขาทำอะไรมาให้ก็กินอันนั้นแหละ (ถาม: ตาทำไมไม่บอกว่ายากกินอันนั้น อันนี้ ทำทำไมไม่บอก) ซี้ก็เกียดบอก กลัวเค้าเกลียด ทุกวันนี้อยู่อย่างเจียมตัว ไม่ทำอะไรให้ เค้าเกลียดชังไม่ว่าอะไรเค้า ตอนนีก็ไม่อยากได้อะไรแล้ว” IDI-OOMลำปาง6-195

การสื่อสารความต้องการการเกื้อหนุนทางสังคมจากแหล่งอื่นๆ นอกจากครอบครัว สำหรับผู้สูงอายุวัยปลายยังมีน้อย พบว่าผู้สูงอายุวัยปลายที่มีเศรษฐกิจฐานะยากจน คิดว่าตนเองมีปมค้อย

ไม่กล้าที่ร้องขอความช่วยเหลือจึงได้แต่รอคอยการสนับสนุนช่วยเหลือโดยที่ไม่มี ความชัดเจนว่าจะมีหน่วยงานใดมาดูแล ดังคำกล่าวที่ว่า

“(ถ้ามายพื่อใจมัยกับการสนับสนุนการดูแล การเกื้อหนุนทางสังคมต่างๆที่ได้รับ ตอนนั้) ไม่มี รอบนอกไม่มีใครช่วยเหลือ เราก็อยู่ของเราIDI-OOFน่าน9-39”

“ไม่รู้ณะไม่ยอกยุง ไม่ให้เขามายุงกับเรา มันลำบากเขา รบกวนเขา อยู่ไปวันๆนี้ แหละ มีไรกินก็กิน กินแล้วกินนอนอยากดูหนังก็ดู ไม่มีอะไรกินนอน อืม นอนมากก็ไม่ดี นั่งนาน ก็ไม่ดี” IDI-OOFลำปาง8-89”

“(ถามการเกื้อหนุนทางสังคม คิดว่าพึงพอใจใหม่) ก็ตั้งแล้วบ่จางจะก็ค้หาไฟ สุด แล้วแต่เป็นจะอิดู บ่ได้คาคหวังอะหยังกับไฟสุดแล้วแต่เป็นจะอิดู เพราะเฮือนเฮาก์ลู(ซำรุด) ไปอู้เป็น กลัวเป็นปลสนใจ กลัวเป็นว่า อยู่คนเดียวก็สุดแล้วแต่ อู้ยคิดเอาคนเดียวหนา ก็อยู่ไป จะอี่นะ ตั้งบ่ขอพึ่งไฟ สุดแล้วแต่เป็นจะอิดู(สงสาร)เป็นจะเอาอะหยังมาหื้อ จะเป็นเงินเป็นทอง เป็นข้าวเป็นของก็แล้วแต่เป็นจะอิดูIDI-OOFน่าน6-91”

ตอนที่ 4 การเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ

ผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือส่วนใหญ่จะมีบุตรเป็นผู้ดูแลหลัก คิดเป็นร้อยละ 73.8 รองลงมาได้แก่ หลาน คิดเป็นร้อยละ 10.6 และคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 9.4 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายถึงร้อยละ 5 ที่ไม่มีใครดูแล รายละเอียดดังแสดงตามตารางที่ 17

ตารางที่ 17 จำนวน ร้อยละ ของผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ (n=160)

ผู้ดูแลหลัก	จำนวน	ร้อยละ
บุตร	118	73.8
หลาน	17	10.6
คู่สมรส	15	9.4
ไม่มี	8	5.0
คนอื่นที่มีโชญาติ	2	1.3

4.1 การเกื้อหนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุวัยปลายได้รับจากกลุ่มเครือข่ายทางสังคม จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าผู้สูงอายุวัยปลาย ได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญคือ เครือข่ายเครือญาติ ซึ่งประกอบด้วยคู่สมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง และเครือข่ายชุมชน ซึ่งได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน รวมทั้งนักวิชาชีพ และองค์กรต่างๆ ดังนี้

4.1.1 การเกื้อหนุนทางสังคมที่ได้รับจากเครือข่ายเครือญาติ

บุตรหลานส่วนใหญ่มีบทบาทสำคัญในการเกื้อหนุนให้ผู้สูงอายุวัยปลายสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นปกติสุข ซึ่งรูปแบบการเกื้อหนุนจะเป็นการตอบสนองความต้องการทางด้านปัจจัยสี่ ซึ่งได้แก่อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรคซึ่งเป็นการดูแลด้านสุขภาพ

ทางกาย และจิตใจ นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนด้านการเงิน รวมไปถึงเป็นผู้ดูแล (care giver) ให้ผู้สูงอายุวัยปลายสามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามบริบทวิถีชีวิตของแต่ละบุคคลดังนี้

1) ช่วยเหลือดูแลให้ผู้สูงอายุวัยปลายสามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามบริบทวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล เป็นตอบสนองการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุวัยปลาย เช่นการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การดูแลเรื่องเสื้อผ้าการแต่งตัว การอาบน้ำ เป็นต้น ซึ่งอาหารที่บุตรหลานให้การกื้อหนุนจะเป็นอาหารที่รับประทานตามปกติประจำวันและอาหารเสริม เช่น นม เป็นต้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ส่วนใหญ่คนเฒ่านี้ เรื่องมือจะบ่ไขดีละเนาะ...ใส่กระดุมเสื้อก้อหยั่ง บ่จับบ่ถูกมาใส่ ถ้าจะนั้นเสื้อ มาต้อง ลูกมาใส่ห้อมมาใส่กระดุมเสื้อก้อ สิบหัวลง” IDI-OOF นำนาน 25-37

“ที่ดูแล เพราะเรารับผิดชอบในบ้าน แม่เราก็รับผิดชอบอยู่แล้ว อะไร อะไรเราก็ดู... เสื้อผ้าซักให้หมดเลย ข้าวเราก็หุง เราก้ทำให้” IDI-OOF ญาติ นำนาน 1-37

“เขา(ลูก)ทำกับข้าวเสร็จแล้วก็เรียกพ่อไปกินข้าว ถ้าไม่มีลูกก็ไม่มีกินเนอะ อันอื่นก็ไม่ได้ซื้ออะไร เป็นผ้าเป็นเสื้อนี้ลูกซื้อให้เนะ ลูกคนสุดท้องอยู่บ้าน อยู่อำเภอตะเคียน แล้วไปทำงานอยู่บ้านกรุงเทพนั้นนะตอนนี้ ทำกับข้าวกินกับคนนั้นเนอะ ทุกมื้อเลย เวลามาหากก็เสื้อนั้น แหละมาให้” IDI-OOM ตาก 39-152

“...อาบน้ำกินข้าว ก็ช่วยกัน แต่ลูกหลานเค้าเยอะ เดินไม่ได้ ก็ช่วยดูแล อาหารการกินลูกเขาก้ส่งมาให้ มาให้ตั้งค้บ่างไปซื้อกินอะไรนั้นแหละ ส่วนมากจะครอบครัวดูแลกันเอง” IDI-GOF ตาก 12-183

“มีลูกซื้อ พวคนม มากันแต่ละทีเยอะเยอะ” IDI-OOM ตาก 14-156

“ส่วนใหญ่ที่เขา(ลูก)จะเอามาให้คือเรื่อง อาหารการกิน เช่น ขนม ถั่วต้ม ผลไม้ อะไรกับข้าวอะไรบางที ซื้อมา ไปโน้นไปนี่เขาก้พาไปส่ง” IDI-OOF ตาก 2-172

“ตอนนี้คือได้ 1,000 ได้เบี้ยผู้พิการ 1,000 บาท นั้งๆ นอนๆ อย่างนี้ไม่ได้ออกไปไหนเลย บางทีได้เปลี่ยนบรรยากาศถ้าหลานมา ถ้ามาก็เอาออกไปอาบน้ำ อาบน้ำ” IDI-OOF พิษณุโลก 4-90

2) การกื้อหนุนด้านการเงิน บุตรหลานที่ให้การสนับสนุนด้านการเงินแก่ผู้สูงอายุวัยปลายโดยส่วนใหญ่ได้เงินมาจากบุตรหลานที่อยู่ไกล หรือบุตรหลานที่ทำงานต่างจังหวัด บางรายได้รับเป็นรายเดือน บางรายจะได้เป็นครั้งคราวไม่สม่ำเสมอตามสภาพความเป็นอยู่ของบุตรหลาน หรือโอกาสที่บุตรหลานมาเยี่ยมเยือน แต่จะได้มากช่วงสงกรานต์ ตอนที่บุตรหลานมารดน้ำดำหัว ดังคำกล่าวที่ว่า

“บางเตี้ยก้อสองพัน สามพัน ...แต่ว่าหื้อเป็นครั้งๆ บ่ได้หื้อก้อเดือน” IDI-OOM นำนาน 24-39

“กั้นว่าเป็นปีใหม่ ปีหยั่งเนาะก้มีคมือตื้อแขนกะ เงินทองบั้นฮื้อจ่าย ฮอมกันฮื้อได้ ประมาณพันสองพันเจ้า” IDI-OOF ลำปาง 8-35

“ตอนนี้ลูกๆเขาให้เงินประจำเดือนก็บางคน คนที่อยู่ขอนแก่นนะให้บ่อย มาแวะเข้ามาที่ก็ให้บางทีเขาก็ส่งมาให้ ลัก 2พัน 3พันทีให้มา ให้เรื่อยแหละ แต่คนนี้(คนที่อยู่ด้วย)เขาซื้อกับข้าวให้มากิน”IDI-OOFตากล17-229

“ลูกหลานก็เอาเงินให้เหมือนกัน แล้วแต่บางที่มีใช้ก็ให้ บางคนไม่ได้ให้ทุกเดือน แต่บางคนให้ทุกเดือนก็มี คนที่มีงานทำ คนที่ไม่มีงานทำเขาก็ไม่ให้” IDI-OOFตากล10-119

3) การเกื้อหนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนสิ่งของเครื่องใช้ เป็นประเภทเสื้อผ้าทั้งช่วงเทศกาลและไม่ใช่เทศกาล สำหรับสิ่งของเครื่องใช้ที่เป็นสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น เช่น โทรศัพท์มือถือ โทรทัศน์ พัดลม จะให้ตามโอกาสและความต้องการใช้ ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับจากบุตรหลานที่อยู่ใกล้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ลูกสาว ลูกบ่าวก็ซื้อมาซื้อ สองตู้สามตู้เต็มหมดนะ... เสื้อผ้า เงินทองเขาก็เอามาซื้อผ่อนนะมันเป็นบางครั้ง เต็มผมก็เอาไปทำบุญเหี้ยที่วัด...IDI-OOMน่าน1-97”

“หลานเป็นส่งมือถือใหม่ซื้อ(เอาออกมาโชว์) เป็นอยู่ระยอง เพราะว่าวันเกิดถ้ามลุนอยากได้อะหยั่งเขาก็เลยส่งมาซื้อIDI-OOMน่าน3-87”

“เราก้ซื้อให้ เราก้ทำให้นะ บางทีห้องแม่ไม่มีพัดลม เราก้ซื้อให้นะ วันก่อนจะดูทีวีไปทำทีวีเสีย ยังไม่ได้ไปซ่อม ทีวีเราก้ซื้อให้ สมัยก่อนนะ ผ้าห่มนอน พี่ซื้อมาตั้งพันเจ็ด ที่นอนก็ซื้อให้แถม... IDI-CGน่าน1-79”

“มีหมูลูกอื่นนะ จ่างมา วันพ่อ วันแม่หนา มาไหว้ มากراب เอาของมาฝาก เป็นของขวัญของหยั่งอี่แหนด” IDI-OOMลำปาง5-76

“มี ถ้าวันเกิดยายก่อ เขามาเยี้ยะกำน้อ ปีไหนเตืออี่เตือะ ยายเกิดวันตีสิบห้าเมษา วันสงกรานต์น้อ เขาก่อมาการะวะ คำหัวน้อ เอาเสื้อผ้ามามาหื้อ”IDI-OOFน่าน14-34

4) การให้ความรักความห่วงใย เพื่อเสริมสร้างความสุขทางใจให้ผู้สูงอายุวัยปลาย โดยการไปเยี่ยมเยือน พูดคุยถามไถ่ทุกข์สุข มารับประทานอาหารร่วมกัน มาดูแลเมื่อเจ็บป่วย รวมทั้งการให้ของขวัญและการดอวยพร ดังคำกล่าวที่ว่า

“ด้านจิตใจก่อคือ ไปมาหาสู่...ถามไถ่ทุกข์สุขตลอดเลย เจ็บไหนผ่อน เป็นหยั่งผ่อน เป็นหยั่งก็โทรไปบอกน้อ ถ้าบ่สบายน้อ เตือก่อ หมอนัดไปฮับยา จะอันจะอี่ก่อ โทรไปบอกมา” IDI-OOMน่าน5-83

“หลานเจียงใหม่ปุ่น...เป็นก็ส่งมาตลอดของขวัญ นีหลานเขียนมาซื้อจากระยอง(เป็นการดอวยพร) ดีใจขนาดเอาเก็บไว้” IDI-OOMน่าน3-90

“เค้ารักมากนะ เป็นห่วงมากนะ...ที่มา มาเพราะแม่ ...เขาต้องนั่งคุย ต้องกินข้าวอะไรกับแม่” IDI-OOFตากล31-53

“ลูกที่ไม่มาดูแลยายเลย ไม่มีหรือก ดีทุกคนลูกหลานนะ คนนี้โทรกันนะ ป่าเยาว์ยายไม่ค่อยสบายเดี่ยวเขาก็มากันทุกคน” IDI-OOFพิษณุโลก3-203

“ถามไถ่สารทุกข์สุขดิกับเราครับ พอใจมากที่ลูกเอาใจใส่นะ แต่เราก้ไม่ได้เป็นภาระของลูก ทุกสิ่งทุกอย่างเราก้ไม่ได้เป็นภาระของลูก” IDI-OOMลำปาง12-203

5) การช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย โดยการพาไปรับการรักษา โรคขณะเจ็บป่วยและการไปตรวจตามการนัดของสถานพยาบาลต่างๆ หรือไปรับยาแทน รวมทั้งการ ให้คำแนะนำการปฏิบัติในโรคที่เป็น เช่นโรคเบาหวานก็จะแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารไม่ให้ รับประทานรสหวานและรสเค็ม เป็นต้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“...ถ้าหมอนัดแม่วันไหน จะรู้เลย ลูกเขาต้องมา มาพาแม่เค้าไปโรงพยาบาล รถไม่มี ถ้า เค้ามานะ เค้าจ้างสองแถวออกมาเลย...” IDI-CG หน้า 1-53”

“ เวลาเขาเจ็บเป็นป่วยไข้หรือว่าปัสสาวะโทรศัพทหา ฮือไปส่งโรงพยาบาล มันดึงเอารถ มารับส่งไปเลย” IDI-OOM หน้า 3-98”

“ พวกยูยกยาอะไรพวกนี้ ลูกเบิกมาให้” IDI-OOM ตาก 7-97

“ลูก ๆ ก็ห้าม พ่อห้ามกินหวานนะ ห้ามกินเค็ม เราต้องรู้ตัวเราเอง ของเงี้ย เพราะว่าเราเป็นเบาหวานไข่ม้อย” IDI-OOM ตาก 7-155

“ ยายเป็นเบาหวาน ไปเอายาบ่อยหนะ แต่ลูกสาวไปเอาให้” IDI-OOF พิษณุโลก 4-179

4.1.2 การเกื้อหนุนทางสังคมที่ได้รับจากเครือข่ายชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า การเกื้อหนุนทางสังคมที่ได้รับจากเครือข่ายชุมชน ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน และองค์กรต่างๆ ผู้สูงอายุวัยปลายได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมทางด้านสิ่งของ เครื่องใช้ เสื้อผ้า อาหาร การเงิน อารมณ์และจิตใจ ข้อมูลข่าวสาร แต่โดยปกติทั่วไปสำหรับผู้สูงอายุวัยปลาย พบว่าความช่วยเหลือหลักจะเป็นหน้าที่ของครอบครัว รองลงมาจะเป็นเพื่อนหรือเพื่อนบ้านที่สนิทสนมกันที่ยังไปมาหาสู่เยี่ยมเยียนกัน ส่วนชุมชนโดยรวม สังคม และองค์กรภาครัฐต่างๆ แทบจะไม่มีบทบาทเลย หรือหากมีก็เป็นส่วนน้อย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ โรงพยาบาล เค้าไม่มี ไม่มามาหา ไม่มาวัดความดันอะไรเลย อบต.ก็ไม่มีมา อบต.ไม่ มาเลย” IDI-OOM ตาก 39-261

“ยายไม่ค่อยได้เห็นว่ามีหรือว่าเทศบาลมาดู ไม่เห็น ส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของ ครอบครัว นาน ๆ เทศบาล สาธารณสุขมาจะดูที่” IDI-OOF ตาก 10-182

“ไม่มีเลย ไม่มีหมอมายเยี่ยม เพิ่งจะมีมาที่คนแรกนี้แหละจะที่มาเยี่ยม มีนะหมอนคน แรกมา อสม.ก็ไม่มีหรือก อบต.ก็ไม่มีมา IDI-OOF ญาติพิษณุโลก 2-308

โดยจัดแบ่งประเภทการเกื้อหนุนช่วยเหลือจากเครือข่ายชุมชน ว่าเป็นเครือข่ายทางสังคม ที่ไม่ใช่ญาติ ได้แก่ เพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน หรือเพื่อนบ้าน กับองค์กรภาครัฐต่างๆ มีให้เห็นดังนี้

1) การเกื้อหนุนจากเพื่อนบ้าน พบว่าภาวะปกติมีการช่วยเหลือแบ่งปัน อาหาร เก็บเสื้อผ้าให้เมื่อไม่อยู่บ้าน รวมทั้งช่วยเหลืองานบ้านงานสวน ในกลุ่มเพื่อนบ้านที่อยู่บ้านใกล้ เรือนเคียง สำหรับยามเจ็บป่วยมีการเยี่ยมไข้เป็นครั้งคราว นอกจากนี้ยังมีการสืบสานประเพณีอันดี งาม เช่นรดน้ำดำหัว ให้ของขวัญในวันสงกรานต์ ดังคำกล่าวที่ว่า

“...เป็นมีอาหาร เป็นทำหยังกินเป็นก็แบ่งหื้อเฮา เฮาทำกำกิน ก็แบ่งหื้อเป็น อ้อยจะมี เพื่อนที่อยู่ละแวกบ้านนี้ 2 หลังที่แบ่งแกงฮ้อกันกิน” IDI-OOF หน้า 6-43

“... ปีมี้ก้า (ข้าวของเครื่องใช้)มาเยี่ยมตอนป่วยเฮี้ยเต้าอันเนอะ” IDI-OOM นำนาน4-91
“บางครั้งเป็นก๋อว่ามีหยังก๋อฮ้องเน้อก๋อบอกเน้อ อี้เนาะ ...สมมุติถ้าตากผ้าไว้ (แล้วไม่
อยู่บ้าน) บางครั้งเจ้าปได้บอกแคะ เป็นก๋อมากู้หื้อ(เก็บเสื้อผ้า)” IDI-CG นำนาน2-12
“ก็มีเนี้ย คนเนี้ย(มีผู้ช่วยวัยประมาณ 50 กว่าเคินเข้ามา) เขามาช่วยตัดกิ่งไม้ ต้นไม้
ถ้ามันวาง มันเห็นอะไรก๋อทำให้” IDI-OOM นำนาน2-25
“มีกะ สงกรานต์ก็มีจาวบ้านมาสดน้ำคำหัว เยี้ยะหยังกันอันนะ มีของขวัญฮื้อ แล้วละ
อ่อนเขามาคารวะมาเยี้ยะหยังฮื้อ ตามประเพณี” IDI-OOM ลำปาง1-91
“เพื่อนบ้านเวลาเค้ามีกับข้าวเค้าแบ่งมาให้กิน” IDI-OOF พิษณุโลก4-186
“เพื่อนบ้านข้างๆ มี เขาก็มาเยี่ยมกัน มีอีจิต ใครมั่ง ใครมั่งที่มาเยี่ยม เค้ามาเยี่ยมก็
ชราๆ แล้ว มาบ่อย วันก็หลายๆ หน (ญาติ) นานๆ ถึงจะมีที บางทีก็มีญาติทางโรงน้ำตาล
เค้าก็เอากล้วยมาให้” IDI-OOF พิษณุโลก2-267

2) การเกื้อหนุนจากกลุ่มเพื่อนผู้สูงอายุ โดยพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายบางส่วน
จะเป็นสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุทั้ง 3 วัย (วัยต้น วัยกลาง และวัยปลาย)
ซึ่งการรวมกลุ่มกันที่เป็นรูปแบบนี้ได้รับสนับสนุนจากสถานบริการด้านสุขภาพ เช่นโรงพยาบาล หรือ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีจัดกิจกรรมในกลุ่มที่หลากหลาย ตั้งแต่การเยี่ยมพบปะพูดคุย
การทำกิจกรรมทางศาสนา โดยการสวดมนต์ไหว้พระ การทำกิจกรรมสันทนาการที่บ้านตามความ
ถนัด เช่นการจ้อย การชอ การร้องรำทำเพลง รวมทั้งการออกกำลังกายเล่นกีฬา ซึ่งจะมีการรวมกลุ่ม
เดือนละครั้ง ในกรณีที่ผู้สูงอายุวัยปลายเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุและเกิดการเจ็บป่วย จะให้การ
สนับสนุนเงินเยี่ยมไข้ปีละ 1 ครั้ง หรือแกนนำผู้สูงอายุจะไปเยี่ยมเยียนถึงที่บ้านเวลาเจ็บป่วยมาก
นอกจากนี้ยังพบ 1 พื้นที่ที่มีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมสร้างอาชีพหารายได้ เช่นกลุ่มทำ
ดอกไม้จันทน์ ที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ดังคำกล่าวที่ว่า

“กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายกรณีนอนโรงพยาบาลฮื้อเตอะน้อ ได้ปีละสองร้อย ปีหนึ่งหื้อต่อ
เดียว” IDI-OOM นำนาน4-90

“กลุ่มผู้สูงอายุก๋อมีเนาะ เขาตั้งไว้ในหมู่บ้าน ดึงเจ็ดแปดหมู่ ดึงตำบลเนี้ย เป็น
ลักษณะเสี้ยวแแล้วหาเสี้ยว (เพื่อนเที่ยวหาเพื่อน) กำหนดเวลาไว้ว่าบ้านนี้ วันที่นั้น ไปหากัน
ไปอู้ไปเอยกัน สนุกสนาน ร้องเพลงหยัง บ้านเฮานี้ ก่อปูน ตีสามคม ตีศาลา ตีเป็นแปงปูน มี
ไปออกกำลังผ่อง มีก้านจ้อย ชอ อะหยัง สนุกสนานกันจะนี้ ม่วนดี ชอบนะ ก่อไขหื้อมีหมั้น ๆ
นะ เพราะมันได้จ้อยได้ชอ” IDI-OOM นำนาน4-38

“บางครั้งก็เล่นกีฬา เป็นครั้งคราว เดือนไหนก็มีครั้งหนึ่ง เล่นเป็นหมู่บ้านเดือน
เดือนไหนก็มีหมู่บ้านหนึ่ง ก็ไปร่วมเป็น อู้บ่ค่อยได้ไปหมั้น ตีไกลๆ ก็ขอเป็น ถ้าเมื่อเขาไป
กีฬาโดยเป็นเหยีย ก็ขาดรายได้” IDI-OOF ลำปาง6-27

“มีแต่หมอเป็นบอกหื้อว่า ผู้สูงอายุเหมือนกันนี้ คนใดเจ็บเป็นไปไปได้ หื้อกลุ่ม
ผู้สูงอายุนั้น ไปใจหาจูบ้านจูเฮือนหมอเป็นหาตั้งกลุ่มไว้ ดูแลกัน เขาบ่เจ็บบ่ป่วย เป็นกับมา
ดู” IDI-OOF นำนาน6-106

“เป็นจัดในรูปของตำบล เป็นก่อนจะมีผู้สูงอายุ ทุกหมู่บ้านเป็นมาปะกันนั้นกะ เวียนกันไปทุกหมู่บ้าน ถ้าอย่างอนามัยนี่เป็นของหมู่สาม ไปรวมกลุ่มไปเข้าชมรม ก่อไปเดิน ไปรำ ไปร้องเพลงห่อข้าวไปโดยเหี้ย ไปแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ไปปะเพื่อน ปะฝูง ห่อข้าวไปชุกรกัน” IDI-OOMญาติบ้าน16-43

“กลุ่มผู้สูงอายุ สัมครเข้ามาทำ แต่ก่อนให้ทำดอกไม้จันทร์ บ้านแม่แดงไม่มีใครทำ ไม่มีใครทำเก่งเท่าเรา กลุ่มผู้สูงอายุก็ทำดอกไม้จันทร์อย่างเดียวที่ทำเป็น รวมกลุ่มกันเอง ก่อนพอหอมอนามัยเห็นก็สนับสนุนเงินช่วยเหลือ” IDI-OOFตาก33-288

“ผู้สูงอายุในชุมชน มันเป็นชมรมผู้สูงอายุ มารวมกันที่วัดมันเยอะนะ 20 ชุมชนนะ” IDI-OOFตาก28-260

“ไม่ได้ไปนะ นอกจากชมรมที่โรงพยาบาล เดือนหนึ่งก็ไปครั้งหนึ่ง ไปก็ไปเป็นหัวหน้านำสวดมนต์ ไปออกกำลังเค้าก็ออก ไปออกกำลังเล่นดนตรี ตีฉิ่ง ตีฉาบไป สนุก ยามเขาออกกำลังก็รำมั่ง อะไรเค้าไป” IDI-OOMพิษณุโลก9-7

3) การเกื้อหนุนโดยหน่วยงานภาครัฐ โดยพบว่าการเกื้อหนุนทางสังคมของหน่วยงานภาครัฐต่อผู้สูงอายุ ที่เห็นเด่นชัดมี 2 องค์กร ดังนี้

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล ปกครองอำเภอ และแกนนำชุมชนมีการช่วยเหลือโดยการแจกสิ่งของ เครื่องนุ่งห่มซึ่งเป็นการช่วยเหลือเป็นครั้งคราวประมาณปีละ 1 ครั้ง และการแจกเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือน ดังคำกล่าวที่ว่า

“...มีกำอำเภอเป็นมาจ่ายผ้าห่มกันหนาวฮื้อ อย่างอื่นบ่มีหยัง” IDI-OOFน่าน12-24

“...มีผู้ใหญ่บ้านกับหมู่ อบต.เอาผ้าห่มมาแจกคนเฒ่า ได้อันเดียว” IDI-OOFน่าน8-46

“อบต.เอามาแจก นานๆ ที เออ วันนี่ยะแจกอะไรแจกเสื้อนะ แจกเสื้อพร้อมกับเบี้ยยังชีพนะ” IDI-OOMตาก39-290

“แต่ทางเทศบาลก็ดูแลนะ เค้าจะมีผ้าห่ม มีให้ มีงบมาก็ให้ ซ้อข้าวสารให้เหมือนกัน” IDI-GOFตาก12-304

“อบต.ก็รับเงินมาให้ฉันทุกเดือนเลย อย่างอื่นไม่มีถึงเวลาเค้าก็เอามาให้ ไม่ต้องไปลูกหลานไม่ต้องเดือดร้อน อบต.เอามาให้ทุกเดือน” IDI-OOFพิษณุโลก3-258

หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข จะสนับสนุนอุปกรณ์ช่วยเดินและมีทีม อสม. และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ที่เป็นจิตอาสาคอยทำหน้าที่ตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุวัยปลายในชุมชน และการติดตามเยี่ยมบ้านในบางพื้นที่ด้วยภาระงานที่มากทำให้ไม่สามารถดูแลได้ทั่วถึง นอกจากนี้พบ 1 พื้นที่ที่หน่วยงานสาธารณสุขสนับสนุนเงินสมทบกลุ่มทำดอกไม้จันทร์ โดยประสานงบประมาณในการช่วยเหลือไปยังองค์การบริหารส่วนตำบลและแกนนำชุมชนในพื้นที่ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ (โรงบาล ครู หมอ)บ่ได้จ่วยหยัง และ อสม...จะมีก็แต่ฮ้องไปจ้งน้ำหนัก กวาดเลือดเหี้ย เจาะเลือดเหี้ย” IDI-OOFน่าน6-85

“อนามัยกำเป็นว่าเอา(วอกเกอร์)ไปใจก่อนเตอะ” IDI-OOFน่าน18-19

“ฮอดนั่นแต่ ผู้สูงอายุ หมอกะจั่งมาน้อมมาเยี่ยมคนป่วย คนนั้นคนนี้ หมอนามัย นั้นหนะ” IDI-OOF นำนาน 12-28

“มีกะอะไร อสม. แหละ มาตุลูกน้ำ เอาทรายมาใส่โองให้เงี้ยะ แล้วเขาก็รู้ว่าหุไม่ ค่อยดี เขาก็ทำหุอย่างนี้ เขาก็ทำอย่างนั้นอย่างนี้ เอายามาฉีค ปู้ดๆๆๆๆ ฉีดยุงอะไร” IDI-OOF พิษณุโลก 3-272

“แต่นี้หมอนั้น หมอนามัยเอามาให้ทำ ใครจะรับยกมือ คนเป็น 100 นะ เสร็จแล้ว ก็ไปทำ ก็เอาไปซื้อกระดาษนะ ที่แม่สอดไม่มีขาย ต้องไปซื้อที่ตากนั้นนะ หมอนามัยก็ช่วย เรื่องทุนนะ เอาไปซื้อกระดาษมาทำดอกจันทน์ หมอนั้นช่วย 1,000 อบต. ช่วย 10,000 กำนันช่วย 10,000 สบทบนะ” IDI-OOF ตาก 33-293

“มี หมอนามัย หมอนั้น ไปเยี่ยมถ้าเราไม่สบายก็ไป” IDI-OOF ตาก 33-300

“บางทีก็ว่านั่นแหละ ถ้าไม่มีใครไปส่งก็โทรไปหาลุงเหลิม(สูงอายุจิตอาสา) ลุงเหลิมก็ โทรไปโรงพยาบาลให้รถโรงพยาบาลมารับ อิม เค้าเขียนเบอร์โทรไว้ให้ ลุงเหลิมมาคูป๋อย สาม สี่วันก็ มาแล้ว IDI-OOF ตาก 28-125

“ผมไปบ่อยไปเยี่ยมบ้านกับโรงพยาบาลแม่สอด ผมจะไปทุกวันอังคาร เขาจะเซต เยี่ยมบ้านผมจะเยี่ยมบ้านไม่ใช่เฉพาะผู้สูงอายุ มีหลายๆอย่างระยะสุดท้ายอะไรพวกนี้ หรือ ว่าบางคนใส่สาย ปัสสาวะ หรือว่าแผล แต่นาน ๆ จะมีเคสที่ว่า เคสแบบนี้ นาน ๆ ที่จะมี พยาบาลโรงพยาบาลลงมาเยี่ยมที” IDI-GOF ตาก 12-171

“ชุมชนดูแลในด้าน เอ้อ สุขภาพ คือไปจะมี อสม. เออ แล้วจะมีเบี้ยผู้สูงอายุแค่นี้ แหละ” IDI-GOF ตาก 12-220

“พีคิดว่าดูแลไม่ทั่วถึงคะในชุมชน ไม่ทั่วถึงคะ อสม. ก็ช่วยวัดความดัน อิม ส่วนใหญ่ ณะคะ ก็จะมีวัดความดัน ประเมินลูกน้ำ ยิ่งงาน HA เข้ามา งานคุณภาพต้องเขียนไอ้โน้น เขียนไอ้นี้ มันก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เรา lost อย่าง case ยายกุหลาบนี้ บางครั้งคนไข้มา เราไม่ได้ติดตามก็มีส่วนเหมือนกันคะ ตอนบ่ายต้องมานั่งลงคอมกัน ตอนเช้าตรวจคนไข้ไป” IDI-GOF พิษณุโลก 1-70

“ระบบที่โรงพยาบาลเชื่อมโยงกับ อสม. เชื่อมโยงกับผู้ป่วย นี้อย่างไม่เห็นเป็นรูปธรรม เท่าไหร่ใช้มัยพี แต่ตอนนี้พีเพิ่งได้โครงการที่ว่าชมรมผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลเค้า ที่เราทำ โครงการไป ที่ได้มานะ ชีวิตสดใสอะไรนะ เดี่ยวก่อน โครงการพลังชุมชน พลังสังคม ดูแลผู้สูง วัย ใสใจสุขภาพเนี้ย พีเพิ่งได้โครงการนี้มา พีทำไปทั้งหมดทำกิจกรรมตั้งแต่ผ่านมานี้ละ เดี่ยว เค้าก็ไปถามความต้องการอะไร เราก็ออ ผู้สูงอายุต้องการให้หมอนี้ลงมาที่ชุมชน” IDI-GOF ตาก 12-154

4.2 การให้การเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลาย

จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายไม่ได้เป็น “ผู้รับ” การเกื้อหนุนทาง สังคมจากบุตรหลาน ญาติพี่น้อง หรือจากเพื่อนหรือเพื่อนบ้านเท่านั้น ยังเป็น “ผู้ให้” ที่ให้การ เกื้อหนุนดูแลแก่บุคคลรอบข้างด้วย การให้การเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลาย ซึ่งเป็นการ เกื้อหนุนทางด้านสิ่งของ เครื่องใช้ เสื้อผ้า อาหาร การเงิน อารมณ์และจิตใจ ข้อมูลข่าวสาร ด้าน

สุขภาพและการเจ็บป่วยรวมทั้งด้านอื่นๆที่ผู้สูงอายุวัยปลายมีให้กลุ่มเครือข่ายสังคม พบผลการศึกษาดังต่อไปนี้

4.2.1 การให้การเกื้อหนุนภายในครอบครัว

ผู้สูงอายุวัยปลายจะอาศัยรวมอยู่กับครอบครัวขยายเป็นส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี บุตรหลานให้ความเคารพนับถือ และดูแลเอาใจใส่ สถานภาพและบทบาทในครอบครัวที่สำคัญคือการช่วยเหลือหลาน และการให้คำแนะนำสั่งสอนบุตรหลานและช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน ดังนี้

1) ช่วยเลี้ยงหลานและให้คำแนะนำสั่งสอน โดยพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายบางส่วนให้การเกื้อหนุนต่อครอบครัวด้วยการช่วยเหลือหลานที่ยังอยู่ในระดับปฐมวัย ประถมศึกษาโดยดูแลเรื่องอาหาร การแต่งตัว การส่งไปโรงเรียน รวมทั้งการให้คำแนะนำสั่งสอนบุตรหลานที่เป็นวัยรุ่นโดยคอยสังเกตความประพฤติของหลาน และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับวัย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตั้งวันนี้ก็เรามีบทบาทโดยมากเขาก็เอาใจเขาละอ่อนหนะ เขาก็สังเกตว่าเขาเย้ะหยังปดี เขาก็มือ ก็สอน ก็จ้ออันนะครับ โดยมากละอ่อนมันจะชอบไปเล่นเกมเล่นหยังนี้หนะ บอกว่าไปเล่นเกมมันปดี บอกเขาก็ฟัง” IDI-OOM หน้า 1-75

“ครึบมา(หลาน)ก่อกมาไหว้น้อ เขาบอกหยังก่จื่อหมดกะปะเหลือกำน้อ บอกหื้อเย้ะนั่นน้อ เย้ะนี่น้อ เขาก่อไปเย้ะเหยเนาะ” IDI-OOM ลำปาง 5-55

“ทำกับข้าวให้หลานแต่บางครั้งก็ตาเป็นคนไปซื้อกับข้าวตามที่หลานบอก ถ้าหลานอยากทานวันนี้ก็บอก ทานข้าวมันไก่ หรือว่าทานข้าวต้ม โจ๊ก ตาก็จะออกไปซื้อให้หยังก็เป็นคนจัดใส่ จัดให้หลานรับประทานเตรียมเสื้อผ้าให้หลานเรียบริ้อย แล้วก็หลานก็ไปโรงเรียน” IDI-OOF ตาก 26-4

“ก่ช่วยเหลือหลานฮื้อ พ่อแม่เขาไปเย้ะก่าน(ทำงาน)” IDI-OOF ลำปาง 26-51

2) ช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานในบ้าน โดยผู้สูงอายุวัยปลายที่มีสุขภาพดีจะพยายามช่วยเหลือแบ่งเบาภาระในบ้านเท่าที่ตนเองจะทำได้ เช่น ช่วยงานบ้าน กวาดบ้าน ทำกับข้าว ซักผ้า รีดผ้า ตัดหญ้าเป็นต้น รวมทั้งการจัดการกิจวัตรประจำวันของตนเองเพื่อลดภาระของบุตรหลาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“จ่วยกันเนาะ เตื่อก่ลูกนึ่งข้าวเหย ตม่น้ำ กินโอวัลตินเหย จ่วยกันหมด ใครตันหยังก่จ่วยกันน้อ” IDI-OOM หน้า 5-42

“มีส่วนร่วมทุกอย่าง(ญาติพูดเสริมว่าทำทุกอย่างและ เย้ะหยังก่จ่วยกันหมด)” IDI-OOM ลำปาง 5-40

“เราทำไว้นะกับข้าวมัน(ลูกหลาน)จะกินไม่กินก็เรื่องของมัน เป็นอย่างนี้นะยายอยู่ทุกวัน” IDI-OOF ตาก 28-245

“ช่วยลูกไปก่อน เวลาทำเองไม่ได้ก่อนถึงจะหยุดนะ อันนั้นก็เรื่องหนึ่ง ทำได้ทำไปก่อนบางทีลูกเขยซื้อเครื่องตัดหญ้าไว้เฉยๆ ลูกเขยไม่ได้ตัด เค้าไปทำงาน แม่ต้องทำงานบ้านแทน นั่นแหละ ซักผ้า รีดผ้าเรียบริ้อยหมดเลย” IDI-OOF ลำปาง 8-22

3) การให้คำปรึกษา คำแนะนำด้านพิธีกรรมทางศาสนา แก่บุตรหลาน โดยพบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายจะให้การเกื้อหนุนต่อครอบครัว บุตรหลานโดยเป็นที่ปรึกษาทางด้านพิธีกรรมทางศาสนา การหาฤกษ์มงคล ในงานมงคลต่างๆเช่นการสร้างบ้านใหม่ งานแต่งงาน เป็นต้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“แต่บุตรหลานอย่างเขามีอะหังเขาก็มาปรึกษา อย่างเช่นเยี้ยะหังจะทำบุญจะเยี้ยะหัง ทำนั้นทำนี้เขาก็มาบอก มาปรึกษาว่าจะทำดีกะปดี เขาก็ฮือความเห็นเขาไป”
IDI-OOMหน้า1-156

“ลูกหลาน ชาวบ้าน ถ้าเค้าจะแต่งงานกันก็มาให้ดูวันให้ว่าวันไหนดี เราก็ดูให้ จะสร้างบ้านสร้างเรือนก็มาดูวัน จะมาถามวันนั้นดี วันนี่ดี ก็คำ ก็คำก็ดูในตำราเนี่ย พิธีทำยังไงก็มีถาม ก็ช่วยเค้าไป”IDI-OOFตอก33-286

4) การช่วยสนับสนุนเงินทอง และข้าวของเครื่องใช้ ให้ลูกหลาน โดยพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายบางส่วนที่พอมีเงินเก็บและทรัพย์สินสมบัติ จะช่วยแบ่งเบาภาระของลูกโดยการช่วยสนับสนุนเงินทอง และข้าวของเครื่องใช้ ให้ลูกหลาน ส่งเรียนหนังสือ รวมไปถึงการยกทรัพย์สินสมบัติเป็นมรดกให้ลูกหลาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“เฮามีตังค์ก็ฮือเขาไปฝากไปจะนั้นนะ ละอ่อน(หลาน)มันก็มีเข้าโรงเรียนกันหนะ” IDI-OOMหน้า1-72

“มะเดียนี่ก็ฮือยอมเงินสัจจะฮือลูกทุกคนอี่ไหนะวันละบาท เดือนหนึ่ง 30 วันก็ 30 บาทยอมฮือทุกคนหนะ”IDI-OOFหน้า26-52

“ก็ว่านั่นแหละ (หัวเราะ) เอาเงินให้เค้า(หลาน) เดือน 1,000 นะ เขาก็ลำบากอยู่ ส่งลูกอีก จะฮืออะไรให้ลูกก็บอกหมดนะบอกพื้มันนะ เออ จะไปฮือก็ไปฮือชะ ก็บอกเท่านั้นแหละ” IDI-OOMตอก39-385

“ก็ได้ส่งหลานเรียนด้วยเหมือนกัน ส่งทั้งสองคนพื้นอง ดูแลช่วยส่งเสียเขาเรียนหนังสือ”IDI-OOFตอก2-188

“ทรัพย์สินสมบัติของยาย ยายยกให้หลาน” IDI-OOFลำปาง5-65

“ตอนนี้มีเงินก็ส่งให้ลูกให้หลานไปเรียนหนังสือหนะ”IDI-OOFลำปาง8-44

4.2.2 การช่วยเหลือสังคม

การมีช่วยเหลือทางสังคม หรือการให้การเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายที่มีให้กับเพื่อน เพื่อนบ้าน และองค์กรวิชาชีพต่างๆ โดยพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่ไม่สามารถไปช่วยสังคมได้แล้วเนื่องจากปัญหาด้านสุขภาพที่เสื่อมไปตามวัย กิจกรรมการช่วยเหลือสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายที่ยังคงมีอยู่ คือการไปร่วมเป็นผู้อาวุโสในงานพิธีต่างๆของชุมชน เช่นงานศพ งานขึ้นบ้านใหม่ งานแต่งงาน เป็นต้น บริจาคทุนทรัพย์เพื่อทำบุญ และยังทำหน้าที่ช่วยสืบสานประเพณีและภูมิปัญญาท้องถิ่น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ร่วมงานบุญพิธีต่างๆของชุมชนในฐานะผู้อาวุโส และพบว่าผู้สูงอายุวัยปลาย บางส่วนยังได้รับการยอมรับจากชุมชนให้เป็นที่ปรึกษาด้านพิธีกรรมทางศาสนา และหาฤกษ์มงคลตั้ง ค่ำกล่าวที่ว่า

“เขามาทบอกจุ๋ห่อ จุ๋เฮือนก่อไป ป่ละบ่ขวัง เก่าก่านจะนี้ ไปเป็นเฒ่าเป็นแก่ นั่งฮั้น”
IDI-OOMหน้า17-37

“เขามีก่านมีงาน ก่อไปนะ ทุงงาน บ่ว่างงานศพ ขึ้นเฮือนใหม่ แต่งงาน หยั่งนี้ เขาตัง มาบอก ไปหมตนะบ่ใจกะบ้านเฮา ต่างบ้านแหมม ต่างบ้าน ไปเหมือนกันหมด ” IDI-OOMหน้า 4-70

“เตี้ยเขาจะยะหยัง ทำบุญนั่นนี่กะ บ้านกะ ขึ้นหอ ขึ้นเฮียนใหม่กะ เขาก่อมาบอกมา กล่าว หื้ออ้อยไปเนื้อ เตี้ยเขาก่อเอาธมาฮับเอา”IDI-OOMหน้า17-45

“บ้านเฮาโดยมากจะมีกิจกรรมหยั่งเกาะเชิญคนเฒ่าคนแก่ไปปร่วม อย่างทำบุญขึ้น บ้านใหม่กะ อี้กะเชิญเป็นไปร่วมอันนั้น อย่างอันบ่ไซมีหยั่งนะ”IDI-OOMล่ำปาง1-89

“ไปทุกที่ ไปช่วยงานเค้า ช่วยงานก็ไปเล็ก ๆ น้อย ๆ เวลาเค้าตายก็ไปช่วยเค้าทำ ดอกไม้” IDI-OOFตาค28-102

“ไปช่วยเค้าตลอด ถ้ามีงาน เป็นงานวัด อะไรเราต้องไปช่วย งานวัด งานบ้านนี้ไป ช่วยทั้งนั้นนะ เช่นพวกจัดของถวายพระ” IDI-OOFตาค10-201

“ลูกหลาน ชาวบ้าน ถ้าเค้าจะแต่งงานกันก็มาให้ดูวันให้ว่าวันไหนดี เราก็ดูให้ จะ สร้างบ้านสร้างเรือนก็มาดูวัน จะมาถามวันนั้นดี วันนี้ดี ก็คำ ก็คำก็ดูในตำรานี้ พิธีทำยังงี้ก็มี ถาม ก็ช่วยเค้าไป”IDI-OOFตาค33-286

2) ร่วมทำบุญโดยการบริจาคทานประเภททุนทรัพย์ในงานบุญพิธีต่างๆของชุมชน โดยพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้ร่างกายช่วยงานได้ จึงได้ร่วมทำบุญในงานบุญพิธี ต่างๆของชุมชนและยังช่วยอุปถัมภ์พระพุทธรูปศาสนา โดยการฝากปัจจัยไปร่วมทำบุญที่วัดหรืองานบุญ พิธีงานต่างๆ และพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายบางส่วน ยังมีการบริจาคทานประเภทสิ่งของเสื้อผ้าให้กับคน ยากจนรวมทั้งการบริจาคที่ดินเพื่อก่อสร้างสถานพยาบาล เป็นต้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“เงินทองเขาก็เอามาฮื้อผ่อง... เตื่อผมก็เอาไปทำบุญเหี้ยที่วัด เป็นออกหยั่งกันก็ ออก” IDI-OOMหน้า1-98

“อย่างวัดเป็นมีกิจกรรมหยั่งเกาะออกเงินออกทองเขาก็จ่วยเป็น เป็นก็มีใบนั้นมาฮื้อ ใบหยั่งเกาะ (ใบอนุโมทนาบัตร)ตุ่เจ้าเป็นเขียนออกมา อย่างไปเสี่ยภาชี เป็นก็ลัด” IDI-OOM หน้า1-86

“ไปบ่ได้ ตั้งแต่เฒ่ามานี้ไปไหนบ่ได้ เมื่อก่อนงานแต่งงาน งานหยั่งก็ได้ไป จ่วยหมด เตี้ยวนี้้อยู่แต่ในนี้(ในบ้าน) ญาติเสริมว่า ผมแต่ไปอยู่ แต่พอถ้าจำเป็นก็ไป เขาเชิญก็ไป ”IDI-OOFหน้า12-25

“แต่แสงกายแต่บ่ไหวแล้วน้อ จะช่วยฝากไปฮอม ไปร่วมงานก็บ่ไหวหนะ อย่างใส่ ของเขาก็บอกเขาว่าเซ็นชื่อแม่ไปเหี้ย”IDI-OOFล่ำปาง13-43

“มีงานบุญงานศพก็เอาเงินไปออกด้วยร่วมทำบุญ ถ้ามีเงินเยอะก็ออก 100 ถ้าไม่มีเงินก็ออก 50 บาท” IDI-OOF ตาก 28-103

“มีที่ดินบริจาคให้อนามัยเขาไป 1 ไร่แล้วก็ซื้อไร่หนึ่ง, อนาคตเขาซื้อไร่ที่เหลือก็แบ่งปันลูกหลาน” IDI-OOF ตาก 20-90

“เดี๋ยวนี้ไม่ค่อยได้ไปครับ(ไปร่วมงาน) เวลาที่มีถิ่น ผ่าป่า ได้ใส่ของไปร่วมทำบุญ เมื่อวานนี้เค้ามานี้ ผมก็ใส่ไปครับ 20 บาท 30 บาท” IDI-OOM พิษณุโลก 6-347

3) ทำหน้าที่ช่วยสืบสานประเพณีและภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมไปถึงการดำรงส่งเสริมสุขภาพตามแนวการแพทย์พื้นบ้าน โดยพบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายบางส่วนยังช่วยสืบสานประเพณีอันดีงามและภูมิปัญญาท้องถิ่น ต่างๆตามความรู้ความสามารถของตนที่มี เช่น การจักสานเครื่องครัวทานในงานศพ การทำบายศรี และดูแลสุขภาพตามแนวการแพทย์พื้นบ้าน เช่นการเป็นหมอทำขวัญ ส่งเคราะห์สะเดาะเคราะห์นาม เป็นต้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ช่วยเขา บอกกล่าวเขา สานนั้น สานนี้ มีศพ มีเม่น สานก้วยกะ สานกระเปาะไปบอกไปกล่าวเขา จะนั่นเนาะ เขาเผาแล้วเล้าะ ของมะเก่า” IDI-OOM น่าน 17-34

“ไปช่วยเขาเนาะ...เต๋อก่อปาดมะป้าวชุ่มกะ เหลาไม้ ไปบ้านปอย ไปช่วยห้างเนี้ยน้อ” IDI-OOM ลำปาง 5-67

“ไอ้ไปแห้วบ้านสันพยอมบูนไปหมดและถ้าแม่ไปได้ไป เขาก่อมาโดยหา ...ไปตัดดอกยะบายศรี” IDI-OOM น่าน 24-30

“ก็ไปช่วยเค้าทำบุญ เค้าทำบุญบ้านใหม่แล้วก็ทำพิธีตั้งศาลพระภูมิให้เค้านะ เป็นหมอทำขวัญ ตายกศาลพระภูมิได้ สู้ขวัญได้ เออ สะเดาะเคราะห์ ต่อชะตาด้วย อืม นานๆ มีที่ ตัดแก้ให้เด็กร้องไห้ตอนค่ำตอนกลางคืนก็เอาไปตัดแก้ให้” IDI-OOM ตาก 39-19

ตอนที่ 5 ความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ

ความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือมีทั้งมิติด้านบวก ได้แก่ สุขภาพ หรือความผาสุกทางใจ และมีมิติด้านลบ ได้แก่ ความทุกข์ จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบประเด็นต่างๆ ดังนี้

5.1 ทุกข์ของผู้สูงอายุวัยปลาย

ความทุกข์ หรือปัญหาต่างๆที่ผู้สูงอายุวัยปลายประสบอยู่ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายบางส่วนมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีปัญหาหรือความทุกข์ที่สะสมอยู่ สามารถดูแลและพึ่งพาตนเองได้ แต่ผู้สูงอายุวัยปลายอีกบางส่วนยังมีความทุกข์หรือปัญหาที่ประสบอยู่ดังนี้

1) ทุกข์ภาวะจากโรคเรื้อรัง เนื่องจากข้อจำกัดการทำหน้าที่ของร่างกายจากโรคเรื้อรังประจำตัว การเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัย และภาวะทุพพลภาพ การเคลื่อนไหวไม่สะดวก ทำให้บางครั้งไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและภารกิจงานได้ตามปกติ จำเป็นต้องพึ่งพาคือคนอื่น จึงต้องจำทนยอมรับสภาพ และเบื่อหน่าย มีความคิดอยากตายเพื่อหนีจากสภาพความเจ็บป่วยดังกล่าว ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก่อนมันบ่ค่อยสบายเจ็บตัว ตามัวหันบ่ชัดเจน ยะอะหยั่งก็ลำบาก ต่าบ่หันลี่ เดินบ่ค่อยได้ ว่างไปตั้งใดก็ได้ ลูกก็ลำบาก เตื่อก็เกาะบันลुकคนแก่หนะ” IDI-OOF ลำปาง 12-2

“บ่มีความสุขกับพยาธินี้ มันต้งบ่หาย แต่ไขต่ายกับพยาธิตื่อพันเหยีย ลูกก็หาว่าเฮาหน่ายแต่ เฮาจ้งเป็น บ่ได้จ้ง แต่จ้งพยาธิตื่อพันเหยียอย่างเดียว ไม่ใกล้ฝั่งแล้ว ไขหล่นก็บ่หล่น ไขหล่นฮื้อมันพันพยาธิตื่อ” IDI-OOF น่าน 8-59

“เรื่องบ่สบายใจแต่บ่มีหยั่งเนอะ เรื่องเดียวคือไขจากลูกจากหลาน แต่บ่ได้หน่าย บ่ได้จ้ง เจ้าจ้งพยาธิตื่อพันเหยีย มีอย่างเดียวนั้นะ กินกำกินเข้าไปก็แก่นข้าว มันเป็นจะฮื้อแม่เลี้ยงหน่ายละจะนี่ก็เลยไขต่าย ไขพัน อย่างอื่นแต่บ่มีหยั่งน้อ” IDI-OOF น่าน 8-58

“ไชยะ จักตอก ก่อมือมือลั่นเนาะ ต้งสองเบียงนี้ไชยะ แต่ยะบ่ได้” IDI-OOM ตาก 15-120

“โอ้ย เวรกรรมอะไรของกู กูทำเวรทำกรรมอะไรไว้ตรงไหนเว้ย มันมีเวรมีกรรมนั้น มีแต่ความทุกข์ไม่มีความสุข เลยตั้งแต่ป่วยเดินไม่ได้” IDI-OOF พิษณุโลก 4-243

“...ไปอยู่โรงบาลก็อยู่คนเดียว ป่วย เดินไม่ได้แล้ว มาอยู่บ้านนี้ ก็มาหัดเดิน มาไต่ราว มั่ง ผมก็หัดตัวเอง เอาไม้มัดแล้วก็เดินไต่ราว ตอนนั้นก็เดินไม่ได้เลยครับ มาอยู่ที่นี่ เอาไม้มัดให้แล้วเราก็อหัดเดินไต่ราว เราก็อต้องทนอยู่ไปอย่างนี้แหละเกรงใจเขามาดูแล” IDI-OOM พิษณุโลก 7-28

“ให้ ไม่มีความสุขหรอก วันๆ ก็นอน เดินก็ไม่ได้” IDI-OOF พิษณุโลก 4-203

2) ทุกข์จากขาดแคลนทรัพยากรเกื้อหนุน คือ การที่ผู้สูงอายุวัยปลายไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุตรหลานญาติพี่น้องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากขาดการช่วยเหลือด้านการเงินจากบุตรหลาน หรือได้รับการช่วยเหลือเป็นครั้งคราวไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ผู้สูงอายุวัยปลายบางรายต้องรับภาระในการหารายได้และค่าใช้จ่ายในบ้านเองทั้งหมด และรายได้หลักส่วนหนึ่งมาจากค่าเบี้ยยังชีพรายเดือนที่รัฐบาลจ่ายให้ซึ่งก็ยังไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ส่งผลต่อสุขภาพจิต เช่น หงุดหงิด กลุ้มใจ เป็นความทุกข์เรื้อรัง จนบางรายมีความคิดอยากตายให้พ้นไปจากสภาพความขาดแคลนด้านการเงินที่เกิดขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“เดี๋ยวนี้บ่ก่อคือบ่มีรายได้ ได้ก่าเบี้ยยังชีพ เอ้อ หำร้อย ได้มาบับ เดียวก่องานนั้น บ่พอแหละ” IDI-OOF น่าน 32-21

“...ถ้ามีบ่เงินจ่ายมันก็หงุดหงิดผ่องหนา บ่ฮู้จะกินจะได เฮามีเงินต้องการกินหยั่งใช้หยั่งก็เอาเงินนี้ไปจ่าย เงินมันใช้สารพัด เป็นแก้วสารพัดนึกถ้าขาดเงินบ่มีจ่ายก็แขวนคอตายไปเมินแล้ว อยู่ก็ลำบากใจน้อ บ่มีเงินจ่ายมันต้งคิด อยู่เป็นคนมันทรมาณ มันบ่มีกินมิใช่ อ้อยตายดีกว่าอ้อแหนะ นีตี้รัฐบาลเพิ่มเงินยังชีพเหมือนต่ออายุเขา” IDI-OOM น่าน 3-131

“เดียวค่านันมาค่านีมา ข้าวก็ได้ซ้อกิน ค่าน้ำ ค่าไฟอีกทะเล ภาระบ่หมดยายเนี้ยะ” IDI-OOF ตาก 28-78

“บางทีก็มีความรู้สึกอยากตายให้รู้แล้วรู้รอดไป(หัวเราะ) บางทีมันกลุ้มใจเรื่องเงินนะ เดียวค่านันมาค่านีมาไม่มีเงินนี่ซิ แต่บางทีก็คิดว่าตายไปเถอะเกิดมาเป็นคนเนี้ยะ

ทุกข์มาก มันทุกข์งาน ทุกข์ใจก็เลยคิดตายให้รู้แล้วรู้รอดไปทุกข์งานนี้ไม่กลัวนะทำได้หมด ทุกข์ใจนี่สิ เงินไม่มีนี่ปัฐจะทำจะได” IDI-OOFตากล28-276

“...ทุกข์ที่บ่มีเงิน เดียวสังคมบ้านนั้นมาบ้านนี้มา เราก็ไปรวม เดียวก็สังคมบ้านหนองบัว สังคมเทศบาล ดอนชัยนะ เป็นสังคมฉาปนกิจ เข้าไปไว้หลายที่ คนตายเค้าก็มาเก็บค่าฉาปนกิจ เงินไม่พอใช้ ได้เงินผู้สูงอายุมาเก็บไว้ ที่กินก็หากินไปนะสิ ถ้าเค้ามาเก็บก็เอาให้เค้าไป เดียวก็ค่าน้ำค่าไฟค่าสารพัด ไม่มีเงินนะแย่มาก ยายต้องหากินเดียว ถ้าตายก็พันทุกข์ไปนะ...” IDI-OOFตากล3-55

3) วิตกกังวล ห่วงลูกหลาน โดยพบว่าความวิตกกังวล ของผู้สูงอายุวัยปลายเกิดจากความรูสึกกังวลใจเกี่ยวกับความเป็นห่วงบุตรหลานในการใช้ชีวิตในแต่ละวัน เกี่ยวกับปัญหาความเจ็บป่วยของบุตรหลาน ปัญหาภัยธรรมชาติที่เกิดขึ้น เช่นอุทกภัย เป็นต้น แสดงออกด้วยอาการย้ำคิดย้ำทำตนเองหรือบุตรหลานใครจะเสียชีวิตก่อน คิดมาก นอนไม่หลับ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ห่วงคนสุดท้องมันขับรถเครื่องไปขายของกลัวหนตาง แสมคนนั้นก็เป็นเบาหวาน เขาจะตายก่อนเขาจะว่าเขาจะตายก่อนเขา กิดไปจะอื่ กิดไปจะอื่” IDI-OOFน่าน10-85

“ มีแต่ห่วงลูกห่วงหลาน ที่ผ่านมาน้ำท่วม หลานก็บอกว่าหลับดินอนดีเด้ออ้อย บ่ต้องเป็นห่วง ลูกใหญ่แล้วละเอาตัวรอดได้ ว่าจะเอื้อะ แต่มันก็ห่วงเขา เขาก็บ่ฮือห่วง เขาทำใจฮือสบาย หลับดินอนดี แต่มันตึงห่วง” IDI-OOFน่าน8-61

“เป็นห่วงหลานชาย ฟังอายุสิบห้า มันเกร ไม่ยอมเรียนหนังสือ หนึ่งหา แม่มันไม่อยู่ไปทำงานต่างจังหวัด ..ชอบขี่มอเตอร์ไซด์เที่ยว กินเหล้า ยายทุกข์ใจมาก กลัวมันไปเจ็บไปล้ม” IDI-OOFพิษณุโลก14-76

4) ความสัมพันธ์และความประพฤติของบุตรหลานในครอบครัวไม่ดี โดยพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัว แบบห่างเหิน หรือขัดแย้ง บุตรหลานไม่เชื่อฟังหรือปฏิบัติตัวไม่ดี การไม่ได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัว ก่อให้เกิดความทุกข์ความไม่สบาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“ทุกข์เรื่องลูกนะ แต่ก่อนพ่ออยู่ก็พ่อควบคุมนะพ่อก็ทุบมัน เดียวนี้ยายก็เอาไม่ไหว” IDI-OOFตากล28-236

“...ถ้าเราไปข้างนอกแล้วโล่งใจ ถ้าเราเข้ามาตรงนี้(อยู่ในบ้าน)เราก็เป็นทุกข์ ถ้าเราไม่ปล่อยวางไม่ได้ยิ่งทุกข์ อิมตอนนี้ปล่อยได้ ลูกจะไปไหนก็ปล่อยมันถ้าคิดมันมีแต่ทุกข์(ลูกตีแม่เหล้าทุกวันไม่ทำมาหากิน)...” IDI-OOFตากล3-59

“เออ มันบ่มันใจ(ทุกข์ใจ)แหนะกู่เตื่ออยู่กับลูกบ่าวคนนี้อัหนา คือว่าตะก่อนนี้บ่บ่ใจว่าเล้าขวัญลูกอื่บ่ อื่บ่ลูกบ่าวคนแก้นั้นเนอะมันกินเหล้า มันติดเหล้าเนอะ กั้นกินเหล้ามาก็ได้หลับตึงคีนหนะ เตื่อก็ค่อนคีน ค่อนแจ้ง มันบ่หลับ มันเดือคมันแสมหยัง เวลามันมาหมา กั้นเฮว่าหยังบ่ได้หน่าจ้งโหยดใส่(กระโดดเข้าใส่) กลัวมันหยังเฮา เดียวนี้ไปอยู่กรุงเทพฯสิ ห้าเดือนหละมันก็ปีกมา อ้อยก็บ่จางจะได้น้อ เมื่อใดมันจะคิดจะได้น้อฮื้อมันไปก็ได้จางมันเรียน หมดตึงค่างรถ ค่างราง ตึงคนทีไปหนะ หมดไป 3,000 เอามันไปเฮียน เดียวนี้เอาไปส่งกรุงเทพฯบ่หนะ เฮาสบายใจ อยู่คนเดียวตึงเมาะ” IDI-OOFน่าน13-47

“...ใคร(ลูกหลาน)จะมาไม่มากที่สุดแล้วแต่ มีงานก็ทำ มีบุญก็ไป ไม่อยากคิดอะไรแล้ว” IDI-OOM พิษณุโลก 9-84

“ เหงา ใครไม่มาเที่ยวหากก็เหงา ลูกหลานไม่รู้กับมันเหมือนกันไม่ค่อยมาหา วันๆ ยายไม่ทำอะไร นั่งนี่ นอนนี่ ทุกวันนี้ก็ไม่สบายใจ ” IDI-OOF ลำปาง 4-10

5) ขาดสังคม ไม่มีเพื่อนคุย โดยพบว่าทุกข์ของผู้สูงอายุวัยปลายส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่มีเพื่อน เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุวัยปลายที่ไม่มีบุตรหลาน เพื่อนตายจากและการจากไปของกลุ่มสมรส รวมทั้งการถูกทิ้งให้อยู่บ้านคนเดียว นั่งๆนอนๆไม่มีกิจกรรมทำ เนื่องจากบุตรหลานต้องไปทำงาน หรือเรียนหนังสือ และด้วยความหวังเฝ้ารอของบุตรหลานกลัวว่าผู้สูงอายุวัยปลายจะประสบอุบัติเหตุหกล้ม จึงห้ามไม่ให้ออกไปไหน ให้อยู่แต่ในบ้าน ดังคำกล่าวที่ว่า

“กินข้าวเสร็จ ก่ออยู่จะอันนะ ฮ้ายดีก่ออยู่ลุ่ม(อยู่ใต้ถุนบ้าน) ฮ้ายดีก่อไปบนเฮือน (อยู่บนบ้าน) เขา(ลูก)ก่อไปนาไปไฮ้ไปสวนเหย เขาบ่หื้อไปแอ่ว หื้ออยู่เฝ้าเฮือนนี้ ไปไหนก่อบ่ได้ไป กลัวพ่อไปตัวว(หกล้ม) ได้เจ็บได้ใหม่ แขนเถอะ แขนเถิก(แขนถลอก) จะเป็นกำนไปนอนโรงบาลกันเป็นเลือดเป็นยาง กลัวพ่อได้เจ็บจะนั้น” IDI-OOM น่าน 22-5

“ตอนที่ตาเขาตายลุงเขาตายไป ทุกข์ ทุกข์ ทุกข์ใจจริง ๆ เนี่ยจะอยู่กับใครน้า อะไรเนี่ย ตอนนั้นนะ” IDI-OOF ตาก 2-256

“ร้องให้ทุกวันเลย ทุกวันเลย มันเสียใจ ก็เสียใจลูกมันไม่มี แต่ก็มีหลาน ตอนกลางวันเขาไปทำงานอยู่คนเดียวไม่รู้จะคุยกับใคร กลับมาก็ซื้อขนมมาฝาก เค้กดี เลี้ยงดีทั้งแม่ทั้งลูก เค้ก” IDI-OOF พิษณุโลก 2-207

“เหงา แล้วฉันเป็นห่วงคนที่คุ้นๆ เคยๆ กัน เค้กก็ไม่มาเยี่ยมเรา เค้กก็ไม่สบาย คนแก่แถวนี้เป็นก็เป็นพร้อมกันเลยจ๊ะ คนแก่หลายคน บ้านนี้เค้กก็ตาย” IDI-OOF พิษณุโลก 2-333

“อยู่คนเดียวมันเหงา ไม่มีเพื่อนคุย ไม่มีเพื่อนไร ก็เดินไปไรไป คุยกับคนโน้นมั่งคนนี่มั่ง มันหายเหงา” IDI-OOM พิษณุโลก 6-346

“ทุกข์ใจเพราะว่าเหงา อยู่คนเดียว มองหาว่าเมื่อไหร่เค้กจะมาจากการทำงาน ไม่มีใครมาหา” IDI-OOF ลำปาง 9-234

5.2 ความว้าเหวของผู้สูงอายุวัยปลาย

5.2.1 ความว้าเหว

ความว้าเหวหรือความเหงาของผู้สูงอายุวัยปลาย เกิดจากความเบื่อหน่ายปัญหาด้านสุขภาพ การขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดคู่ชีวิต การตายจากไปของกลุ่มเพื่อน การถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านคนเดียวไม่มีเพื่อนคุย เนื่องจากบุตร หลานต้องออกไปทำงานนอกบ้านจึงขาดคนมาสนทนาด้วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“มะเดี๋ยวนี้คนตายหมั่น ง่อม คนเฒ่าก็ตายไปจากนั้ก (การตายจากของกลุ่มเพื่อนสูงอายุด้วยกัน) วันวาวันซันก็ตายคนหนึ่ง” IDI-OOF น่าน 10-46

“เขา(ผู้สูงอายุ)จะบ่นว่าลูก เอ้อ ไม่มาน้อย ทำงานทั้งปี ไม่มา เราก็พยายามอธิบาย เนาะ ว่าต่างคนต่างก็มีภาระเนาะ มันอยู่ไกล น้ำมันน้ำมันก็แพง แกก็ยอมรับฟังนะ แต่ก่อนบ่น ถ้าลูกมาแกจะดีใจ” IDI-CGหน้า1-57

“เบื่อหน่ายตัวเก่า ยะจะได้มัน ... โถ้เป็นตายกันง่าย ๆ ตัวบ่ตายอัน้อ กิดใจบ่แล้วนี้ หัวหวัดพื้น โถ้ตายก่อนตาย กินข้าวได้อยู่...มันบ่ถึงเวลา IDI-OOFหน้า11-8”

“บางครั้งเป็นก๋อเหงาอยู่คนเดียวเนาะ บ่หู้จะ จะไดกับเป็น เขาจะอยู่เป็นเพื่อนเป็น ตลอดก๋อบ่ได้ ต้องทำงานนะ คำมาเขาก๋อมาบ้าน เอากับข้าว กับปลาหื้อเป็นเหยีย ก๋อไป บ้านเขาก๋อ เป็นก๋อหลังละอีเนาะ” IDI-CGหน้า11-37

“ก็มีเหงาเหมือนกัน เหงาแน่ มันเคยอยู่สองคน แล้วก็มันมาอยู่คนเดียว ไม่มีเพื่อน มาคุยด้วย อยู่คนเดียวถ้าลูกอยู่ กลางคืนยังมีเพื่อน มีลูกอยู่ด้วย ที่นี้ลูกไปแล้ว ไปอยู่โน้นได้ แพนแล้วก็ไปลูกคนนี้เขาให้มานะ ลูกสาวคนนี้” IDI-OOMหน้า2-257

“เหงาซี เพราะว่าเป็นคู่สร้างคู่สม คู่ทุกข์คู่ยากกันมา เค้าไปหาเงินได้ 1 บาทก็เอามาให้ แล้วเราไม่คิดถึงได้ยังงี้แหละ คิดถึงซี เค้าตายไปทำบุญให้หมดไปประมาณ 100,000” IDI-OOFลำปาง5-33

อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุวัยปลายบางส่วนไม่มีความว่าเหว เนื่องจากยังมีกลุ่ม เครือข่ายสังคม การได้รับความเอาใจจากครอบครัว บุตรหลาน และการนำหลักธรรมะ พระพุทธศาสนา มาปรับใช้ในการดำเนินชีวิต รวมทั้งพอใจในการใช้ชีวิตอยู่ไปวันๆ โดยไม่คิดอะไร ดัง คำกล่าวที่ว่า

“ป้าเป็นคนสังคมใจ ปมี ปมี ปมี(ความเหงา)ในสมอง” IDI-OOFหน้า32-72

“มีความสุข มีเพื่อนคุยเยอะ ลูกหลานเพื่อนฝูงมาเที่ยวหา มาเยี่ยมเยียนมิเคยขาด เวลาชุมชนมีงานมีกิจกรรมอะไร ยายก็เข้าร่วมมิเคยขาด ทุกวันนี้ไม่ได้เหงาปากหรอก” IDI-OOFพิษณุโลก32-71

“ปมีครับ(ไม่มีความเหงา) มันก็แล้วแต่ด้านจิตใจของเฒ่าของย่าแหละ พ้ออยู่ไปตาม สุขภาพของตัวเอง โดยมากมันจะเข้าไปทางธรรมะ ธรรมโมเนดีที่ลุดเลยหนามะเดี่ยวนี่ ” IDI-OOMหน้า1-158

“ไม่มีความเหงา ไม่มีความเครียดเลย ไม่มีเลย ไปทำบุญที่วัดก็จะไม่มีความทุกข์กาย ทุกข์ใจเลยนะครับ” IDI-OOMลำปาง1-185

จากข้อมูลเชิงปริมาณที่ประเมินจากแบบสอบถาม พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุวัยปลายในเขต ภาคเหนือ มีความเหงาหรือว่าเหวอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.5 และมีผู้สูงอายุวัยปลาย เกือบหนึ่งในสาม (ร้อยละ 30.6) ที่มีความว่าเหวในระดับสูง นั่นคือผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 88 มีความว่าเหว รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 จำนวน ร้อยละ ของระดับความว่าเหวของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ (n=160)

ระดับความว่าเหว	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	19	11.9
ระดับปานกลาง	92	57.5
ระดับสูง	49	30.6

5.2.2 การจัดการกับว่าเหว

การจัดการกับความว่าเหวของผู้สูงอายุวัยปลาย มีดังนี้

1) อดทนยอมรับ ผู้สูงอายุวัยปลายบางส่วนไม่รู้วิธีการจัดการกับความเหงาหรือความว่าเหวที่เกิดขึ้น จึงต้องอดทนยอมรับสภาพความเหงาที่เกิดขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก็ว่าเหวเหมือนกัน เหงาเหมือนกันแหละ แต่ไม่รู้จะทำไง เราก็อยุไปเฉยๆ” IDI-OOM หน้า 2-45

“อยู่ไปจะนี่ตามกำตามบุญ บได้ก็คิดหยังซักอย่าง” IDI-OOF ลำปาง 6-98

“อย่างมีหังอมนั้นเนาะ อดเอา อดเอา เป็นมือเป็นวันไป” IDI-OOF หน้า 28-15

“ถ้าเหงา ว่าเหวจะไปไหนได้ นั้นนะสิจะไปไหนก็นั่งนอนอยู่คนเดียว อยากรมีเพื่อน บ้านมาคุยมาเล่นกัน คนแก่แล้ว ถ้าเหงาจะไปไหนได้แล้ว ใครมาหากก็คุยด้วยไป ไม่มีใครมาก็ อยู่ไปอย่างนี้” IDI-OOF พิษณุโลก 9-47

“ อืม น้อยใจแหละ อยู่กับหมากับแมวไป เออ หายเหงาบ้างไปวันๆนะ ไม่เรียกร้องอะไรซักอย่างนะ อยู่ไปนั้นแหละ ตายเมื่อไหร่ก็ตายซะ สุดท้ายก็ตายนั้นแหละ อย่างนั้นแหละ ว่าเค้ามากเค้าก็เกลียดซัง ทุกวันนี้เหงามาก อืม ทำไม่ได้แหละ” IDI-OOM ลำปาง 6-103

2) เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น การสวดมนต์ไหว้พระ การเล่นกีฬา ร้องรำทำเพลง การพบปะพูดคุยในกลุ่มเพื่อน หรือเพื่อนบ้าน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ก่อนมีเป็นบางวันก่อนห่มผ่อง เหงาผ่อง เป็นบางวัน เป็นเล่นไปหยังโดยหมู่โดยจุมเหี้ย ก่อเบิกบานมา” IDI-OOM หน้า 4-129

“เฮาก็ไปเล่นไปหยัง ไปเล่นเปตองผ่อง เข้าหมู่ เข้าพวกเข้าสมาคมเหี้ย ไปเล่นเปตองเหี้ย ไปอู้กันเล่นกันเหี้ยมันก็หายไปเอง” IDI-OOM หน้า 1-34

“ไปชุมชนนี้ทุกๆ เดือน เออ เจอคนนั้นคนนี้ไปประชุม ไปทุกเดือนเลยนะไม่ขาด ไปแล้วรู้สึกสบายใจ ยกมือกัน ร้องเพลงกัน อยู่บ้านก็เครียด ไปรวมกลุ่มไหว้พระสวดมนต์ นั่งสมาธิ แล้วก็คุยกัน รำวงกัน” IDI-OOF ตาก 3-65

3) การได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น โดยพบว่าการจัดการความเหงาของผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน มาช่วยเยียวยาทางด้านจิตใจ เช่น การมาเยี่ยมเยียนพูดคุยด้วย ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุจะรอคอยการกลับมาของบุตรหลาน หรือหากมีคนมาเยี่ยมก็จะคลายเหงาไปได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยู่คนเดียวเนาะมันง่อม(เหงา) แต่มะแลงบุตรหลานกลับมาที่บ่เหงาแล้วละ”. IDI-OOMน่าน4-130

“มันง่อมมันเหงา บ่มีคนมาแอ้วหาเท่าอันเนอะ มันเหงามันง่อม กั้นมีคนมาแอ้วหา เกาะหาเหงา เอ้อ เตื่อก็โรงเรียนปีดกะ วันดีวันเสาร์กะ หลานน้อยมาก็ครึกครื้นดี ” IDI-OOFลำปาง13-55

“ ถ้าเหงามันพอลูกเต้ามาคุย มันก็ดี คนแก่เนอะ พออยู่คนเดียวก็เจ็บบมันเหงานะ เหงามาก ” IDI-OOFตาก25-108

“ เหงา กลัวเค้าทิ้ง เวลาเค้าไปไหนนานๆ ก็เป็นห่วง ให้กลับมาไวไวหน่อย ถ้าเค้าไม่มาซักทีก็ทูกขี้ใจเพราะว่าเหงา อยู่คนเดียว มองหาว่าเมื่อไหร่เค้าจะมาจากการทำงาน ถ้ามีใครมาหาที่หายเหงา”IDI-OOFลำปาง9-234

“ไม่เหงา เราชอบไปเที่ยวหาเพื่อนๆ นะ ถ้าเจอเพื่อนๆ ก็มีความคิดที่ว่าเหงาก็หายไปในะ เราจะทำอะไรเราก็เลยไม่เหงานะ”IDI-OOMลำปาง2-27

4) หางานอดิเรกทำ ผู้สูงอายุวัยปลายบางส่วนหางานอดิเรกทำเพื่อช่วยคลายเหงา เช่น การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ การทำงานจักสาน และออกกำลังกาย เป็นต้น ดังคำกล่าวที่ว่า “ถ้ามันเหงาอะไรก็เอาหนังสือมานั่งอ่านนะ เอาอันนั้นมาดู เอาหนังสือมาอ่าน” IDI-OOMตาก39-350

“ถ้าเราเหงา ก็สานไซ ก็สานกระบุง (กล้วย) นั่งจักตอกคนเดียวก็เพลินไป ก็สานให้เสร็จ เจ็บหลังเจ็บเอวก็ต้องทน” IDI-OOFตาก33-338

“ ถ้าเราเหงาก็เปิดทีวีดู เหมือนมีเพื่อนนะ”IDI-OOFลำปาง8-118

“ก็ไม่รู้จักทำไงครับ บางทีเราก็ออกกำลังกาย หออะไรจุกจิกทำ เราอย่างงี้มันก็ทำให้เราหายเหงาได้” IDI-OOMพิษณุโลก6-536

5.3 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลาย

ถึงแม้ผู้สูงอายุวัยปลายจะมีความว่าเหว ในระดับสูง แต่ก็มีภาวะซึมเศร้ามัคนข้างน้อย จากข้อมูลเชิงปริมาณที่ประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้า พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 76.3 มีความเศร้าในระดับต่ำ ร้อยละ 17.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.6 และมีความเศร้าระดับรุนแรง เพียงร้อยละ 0.6 เท่านั้น รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 จำนวน ร้อยละ ของระดับความเศร้าของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ (n=160)

ระดับความเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความเศร้า	122	76.3
ระดับต่ำ	28	17.5
ระดับปานกลาง	9	5.6
ระดับรุนแรง	1	0.6

5.4 ความสุขของผู้สูงอายุวัยปลาย

จากการสำรวจเชิงปริมาณโดยใช้แบบวัดความพึงพอใจของผู้สูงอายุวัยปลาย พบว่า ความพึงพอใจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ได้แก่ ด้านความสามัคคีปรองดอง ด้านการช่วยเหลือระหว่างกัน ด้านการเคารพนับถือ ด้านความสงบสุข และด้านความสนุกสนาน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความพึงพอใจในผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ (n=160)

ความพึงพอใจ	\bar{X}	SD.	ระดับ
ด้านความสามัคคีปรองดอง	3.31	0.65	สูง
ด้านการช่วยเหลือระหว่างกัน	3.29	0.62	สูง
ด้านการเคารพนับถือ	3.34	0.60	สูง
ด้านความสงบสุข	3.33	0.77	สูง
ด้านความสนุกสนาน	3.22	0.70	สูง
ความพึงพอใจโดยรวม	3.30	0.53	สูง

ในส่วนความพึงพอใจในชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับพอใจถึงพอใจมาก โดยพอใจ คิดเป็นร้อยละ 66.2 พอใจมาก คิดเป็นร้อยละ 23.8 และไม่พอใจ คิดเป็นร้อยละ 10.0 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 จำนวน ร้อยละ ของระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ (n=160)

ความพึงพอใจในชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
พอใจ	106	66.2
พอใจมาก	38	23.8
ไม่พอใจ	16	10.0

จากการศึกษาความพึงพอใจทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ กล่าวสรุปได้ว่าผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือส่วนใหญ่มีความสุขและมีความพึงพอใจในชีวิต และส่วนใหญ่มีความไว้ใจ แต่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

**ตอนที่ 6 เจื่อนไขปัจจัยทางด้านเครือข่ายทางสังคม และการเกื้อหนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อความ
ผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ**

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่าผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านประชากร เครือข่ายทางสังคม กับความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลาย พบว่าผู้สูงอายุวัยปลายเพศหญิง มีความว่าเหว และภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย อายุยิ่งมากขึ้นก็จะมีคำว่าเหวมมากขึ้น การศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่าเหว และภาวะซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ นั้นแสดงถึงผู้สูงอายุวัยปลายที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีความว่าเหว และภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าผู้สูงอายุวัยปลายที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี และผู้สูงอายุวัยปลายที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีความผาสุกทางใจ มากกว่าผู้สูงอายุวัยปลายที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี

ในด้านสุขภาพ พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความว่าเหว และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลาย แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ นอกจากนี้ การมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายเพื่อน กับเครือข่ายครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความว่าเหว และภาวะซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายเพื่อนมีอิทธิพลต่อการลดความว่าเหวและความเศร้าของผู้สูงอายุวัยปลาย มากกว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายครอบครัว ในขณะที่การมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายครอบครัวมีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุวัยปลายมากกว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายเพื่อน นอกจากนี้ยังพบว่าความว่าเหวมีความสัมพันธ์ทางบวกค่อนข้างสูงกับภาวะซึมเศร้า และความว่าเหว และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านประชากร เครือข่ายทางสังคม กับความ
ผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ (n=160)

ตัวแปร	ความว่าเหว	ภาวะซึมเศร้า	ความผาสุกทางใจ
1.เพศ (หญิง vs ชาย)	0.17*	0.18*	-0.10
2.อายุ	0.16*	0.10	-0.10
3.การศึกษา	-0.28***	-0.27***	0.22**
4.รายได้	-0.27***	-0.27***	0.26**
5.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	-0.40***	-0.64***	0.29***
6.ภาวะสุขภาพ	-0.47***	-0.61***	0.38***
5.ปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายครอบครัว	-0.18*	-0.22**	0.45***
6.ปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายเพื่อน	-0.42***	-0.33***	0.31***
7. ความว่าเหว		0.69***	-0.65***
8. ภาวะซึมเศร้า			-0.57***

*P<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าเงื่อนไขปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุวัยปลายมีความสุข และมีความพึงพอใจในชีวิต ประกอบด้วย 3 ปัจจัยใหญ่ๆ คือ ปัจจัยภายในตนเอง เช่น การมีสุขภาพดี การมองโลกในแง่บวก รู้จักปล่อยวาง ปัจจัยภายนอก ได้แก่ การได้รับการเกื้อหนุนดูแลจากบุตรหลาน และปัจจัยทางด้านศาสนา โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1 ปัจจัยภายในตนเองที่ก่อให้เกิดความสุขของผู้สูงอายุวัยปลาย

6.1.1 สุขจากมีสุขภาพดี การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ถือว่าเป็นปัจจัยภายในที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุวัยปลายมีความสุข และความพอใจในชีวิต เพราะสามารถทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น รวมไปถึงการช่วยบุคคลอื่นได้ด้วย ดังคำกล่าวที่ว่า

“สุขภาพดีก่อพอใจ ที่ว่าถ้ามันป่วย...เอายานี้มากินเหี้ย มันหายก็พอใจแหละ หมอจ่ายฮือ เจ็บเป็นป่วยใช้หมอจ่ายฮักษาฮั้นนะ บุตรหลานก็ไปพาหมอน้อ เงินทองก็มีใช้แล้ว” IDI-OOM หน้า 3-135

“ปวดคบ่หยั่ง ลำบายใจ ดีอีก ดีใจ” IDI-OOM ลำปาง 17-80

“ตอนนี้ก็สบายดีมีความสุข อยากไปไหนก็เดินไปเมื่อก็ไปเยี่ยมคนแก่ก็ว่าอยู่นานแล้วไม่ได้ไปเยี่ยมเขาสักที เรายังแข็งแรงก็ไม่ได้มีทุกข์อะไร” IDI-OOF ตาก 17-207

“ก็พอใจละ เพราะว่าเรายังแข็งแรงอยู่นะ ช่วยเหลือตัวเองได้ก็ช่วยเหลือคนอื่นก็ได้” IDI-OOF ตาก 10-210

“ ก็ไม่มีปัญหาสุขภาพอะไรนะทุกวันนี้ สุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่ทุกข์ใจ ไม่ทุกข์ใจ ซักอย่าง ไม่มีกังวล ไม่เครียดเลย” IDI-OOM ลำปาง 11-182

6.1.2 มองโลกในแง่บวก รู้จักปล่อยวาง รวมทั้งการปลดปล่อยภาระความรับผิดชอบ ทำให้การใช้ชีวิตในแต่ละวันอย่างไม่คิดมาก และมีอารมณ์ขัน พอใจในสิ่งที่ตนเองมีและเป็นอยู่ในปัจจุบัน ดังคำกล่าวที่ว่า

“มีความสุข บกิดยังแหนะ กินอ๋มนอนหลับ มีตั้งค์ซื้อฮื้อกินก็กินเหี้ย ไขกินหยังก่อได้กิน” IDI-OOF ลำปาง 10-83

“ก็มีความสุขตั้งวัน ก็อยู่ไปจะนั่นแหละ แล้วเขาบ่ต้องไปคิดหยั่งนั้ก บ่ต้องไปคิดหยั่งแล้ว เขาปลง ปลงทุกอย่าง เขาปลงหมดเลย อย่างสวนอย่างหยั่งเขาก็มอบฮื้อลูกไปเหี้ยหมด” IDI-OOM หน้า 1-69

“แม่นี้ 90 แล้ว แต่เป็นยังดูแข็งแรงอยู่เพราะเป็นเป็นคนดีอารมณ์เป็นชอบตลกจะอั้นนะ เป็นชอบขี้เล่น ลูกหลานก้อฮักมาหาก่อกวดก่ฮวัน (บุตรหลานมาหาจะกอด)” IDI-OOF ญาติบ้าน 10-38

“ทุกวันนี้ปล่อยวาง ปล่อย เป็นยังไ่ข้างมัน มันให้มาเรากก็พอกินพอใช้ไว้ทำบุญ ก็พอทำบุญที่ไหนเรากก็ไป ไปวัดไปวา นอกนั้นไม่ดูแลก็ข้างมันปล่อยมัน มันให้ก็เอา มันไม่ให้ก็ไม่เอา เป็นอย่างนี้แหละชีวิตยายนะ ปล่อยอย่างนี้แล้ว เราไม่ต้องอะไรกับมัน เฉยๆ วางเฉย สุขใจเรานั้นแหละ ใจดีนี้แหละ ถ้าเราไปข้างนอกแล้วโล่งใจ ถ้าเราเข้ามาตรงนี้(เข้ามาบ้าน)ถ้า

เราไม่ปล่อยวางไม่ได้ ต้องปล่อยวาง เออ ทุกวันนี้ปล่อยได้ ใครจะทำอะไรก็ช่าง ลูกจะไปไหน ก็ปล่อยมัน” IDI-OOFตลก28-312

“เรื่องเงินก็พอมีพอกิน มันก็อยู่ไปกันนั้นเนาะ ก็มีความสุขตามนั้นนะ(สุขตาม อรรถภาพ) ป้าไม่นึกคิดอะไร นึกปลงไป คล้าย ๆ ว่าเราแก่แล้ว เราก็ปลง ปล่อยวางทุกอย่างนะ ทุกข์นี่ไม่มีนะ ปลงอย่างเดียว ไม่เศร้าเนาะ ไม่มีท้อแท้สิ้นหวังนี่ไม่มี” IDI-OOFตลก2-317

“ทุกวันนี้ก็พอใจ คือว่าเราไม่โลภ ไม่โกงใคร ใครมีให้เท่าไรก็ยินดี ไม่เป็นหนี้ใคร พอใจแล้ว ความสุขก็มีเท่านี้ครับ เท่าที่ว่าไม่เป็นหนี้ใครก็พอแล้วสบายใจ ถ้ามีเราก็กินเหลือ ถ้าไม่มีเราก็กินใคร” IDI-OOMลำปาง1-188

6.2 ปัจจัยภายนอกที่ก่อให้เกิดความสุขของผู้สูงอายุวัยปลาย

6.2.1 ความสัมพันธ์อันดีของลูกหลาน พบว่าสิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุวัยปลายต้องการคือความรักใคร่กลมเกลียว การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และความสามัคคีปรองดอง การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันของบุตรหลาน รวมทั้งการได้อยู่กับครอบครัวที่รักและเข้าใจ ครอบครัวที่ไม่มีปัญหาทะเลาะกัน เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุวัยปลายมีความสุข ดังคำกล่าวที่ว่า

“พ่อคิดเหมือนกัน ว่าบุตรหลานบ่ทะเลาะเบาะแว้งกันหนะ อยู่ด้วยกันดี คือหันกัน เป็นปีเป็นน้องกันตลอดไป รู้สึกว่าสบายใจ มีการทะเลาะเบาะแว้งกัน รู้สึกว่าบ่สบายใจ เขาแกตัวละมันจะคิดนึก บางคนนี่หนาจะคิดนึก แต่พ่อบ่คิดนะ เห้อ. บางคนก็เอามือก่ายหน้าผาก ลูกจะไปจะนั่นจะนี่ ลูกผู้นั้นเป็นจะนั่นเป็นจะนี่ เขาตัดไฟแต่ต้นลมเลย โดยสอนเขาตลอดว่า ขอโทษเตอะ เอาตีนย่ำหัวกันออกมาสูบฮักกันได้จะได คนคนเดียวกันนั้นนะ พ่อเดี่ยวแม่เดี่ยวกัน ต้องฮักกัน” IDI-OOMน่าน1-161

“...ลูกเต้าหลานเหลนอยู่โดยกันดี เป็นเรื่องเป็นดีแล้ว โห้ะเหมือนได้ฉีดยาสองสามเข็ม ฉีดยาก็เหมือนการเพิ่มพลังความสุขอ้อหนา ถ้าบุตรหลานอยู่โดยกันดี บ่ว่าหยิ่งหื้อกันเหมือนฉีดยาหลายเข็ม มีความสุข มันสำราญใจ อะหยิ่งจาดนั้ก กันว่าลูกเต้ามาผิดเถียงกันใจเฮาบ่ดี” IDI-OOMน่าน4-134

“เออ เพราะลูกหลานดี ก็มีความสุข ทุกวันนี้ที่ลูกมาดูแลก็พอใจแล้ว มาคุยเล่นด้วยก็ดี ทุกวันนี้ไม่เหงา สนุกดี ลูกมากกลางวันก็คุยเล่น ไม่ทุกข์ สบาย ไม่ทุกข์ไม่ร้อนอะไร” IDI-OOFตลก19-196

“ยายมีความสุข ลูกก็สบายแล้ว หลานก็สบายแล้ว เป็นเด็กดีกันหมด ลูกหลานรักใคร่กันดี ครอบครัวก็อบอุ่น” IDI-OOFตลก1-50

“พอใจที่ลูกหลานดูแลใกล้ชิดสนิทสนมกันดี รักใคร่ปรองดองกัน พอใจ พอใจมาก” IDI-OOFพิษณุโลก17-171

“ชีวิตทุกวันนี้มีความสุขไม่ต้องคิดอะไรอย่างอื่น ความสุขจากที่เราเห็นญาติพี่น้องเห็นลูกก็ตืออย่างนั้นนะ ที่มันรักกัน เราก็กินอะไรที่มันต้องมาบ่นแล้ว ถ้าจะมีความสุขก็อย่างนี้แหละ” IDI-OOFลำปาง8-117

“ทุกวันนี้ไม่ต้องทำอะไรทั้งสิ้น ต้องการให้ลูกปรองดอง เค้ามีความสุขกันทั้งลูกทั้งหลาน แค่นั้นเราก็กินพอใจมากแล้ว” IDI-OOMลำปาง12-253

6.2.2 การให้ความเคารพนับถือ กตัญญู กตเวทิตะ และความห่วงใยของลูกหลาน โดยพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับครอบครัว บุตรหลาน มีผู้สูงอายุวัยปลายที่อยู่คนเดียวไม่มาก บุตรหลานยังคงให้ความเคารพนับถือ มีความกตัญญูกตเวทิตะต่อผู้สูงอายุวัยปลายด้วยการดูแลเอาใจใส่ช่วยเหลือเกื้อหนุนปัจจัยต่างๆที่จำเป็นในการดำรงชีวิต รวมทั้งขอคำปรึกษาเวลามีปัญหาเชิญไปร่วมงานบุญพิธีต่างๆ เช่นทำบุญขึ้นบ้านใหม่ในฐานะผู้อาวุโส โดยเฉพาะประเพณีสำคัญที่ปฏิบัติสืบทอดกันมาอย่างต่อเนื่องทุกปี คือ ประเพณีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุในวันสงกรานต์ โดยทำเป็นกิจกรรมรวมของชุมชน และกิจกรรมในครอบครัว ดังคำกล่าวที่ว่า

“ความสุขจากลูกจากหลานที่มาดูแล บุตรหลานเข้าใจ” IDI-OOFหน้า8-59

“มีครับ(มีความสุข) โดยมากเขา(บุตรหลาน)จะปลอบใจกะ มาอยู่ด้วยกะบ่ขาดเลย ครับ เตื่อเฮามีสตั้งค์ก็ฮื้อเขาไปผ่องไปจะนั่นหนะ ละอ่อน(หลาน)มันก็มีเข้าโรงเรียนกั้นหนะ ” IDI-OOMหน้า1-71

“ให้ มีสุขกะ สุขกิน สุขอยู่ กำกั้นกับข้าวกับปลา กินเรื่องกินหยังนะ ปได้เยี่ยะหยัง เงินทองลูกก็เอาฮื้อ มีความสุขเท่าอันนะ คนนั้นจ่ายฮื้อเดือน 1000 เงินผู้สูงอายุแหม เดือนรวมๆก็ได้ประมาณ 2000 บาท บมีหนี้สินอะหยัง ลูกๆเขาไปหามาก็บ้นฮื้อแม่ ก็ฮื้อมาสู่กั้นกั้นนี่” IDI-OOFลำปาง10-24

“จะมาหากัน วันสำคัญก็มาพร้อมหน้า เช่นตกลีปีใหม่ เมษาเขาก็มาการะวะเหยียตามธรรมเนียม แต่ว่าบุตรหลานบ้านนี้จะมาตลอด ว่างก็มา เพื่อมาดูแลเป็น ” IDI-OOFญาติ หน้า10-70

“มากะ ปีใหม่นี้ โฟ โฟ เนี่ยมาลัมมาการะวะฮื้อมาฮ้างข้าวตอกดอกไม้ เอนฮื้อลัมมาการะวะฮื้อ ม่อนกะ หยังกะ เขามาสู่ขวัญแหม” IDI-OOMลำปาง17-41

“เรามีความสุขกับลูก ใครว่าเราไม่ได้เดื่อคร้อนอะไร ไม่มีอะไรกั้นกับเค้า เจอกันทุกวันก็เพราะอย่างนั้นละฮื้ออายุยืน เดี่ยวนี้มันก็ไม่ค่อยมีนะความทุกข์ไม่เอา แต่มีความสุขมาก ๆ ไม่เคยมีความเหงา ความเศร้าอะไร พอใจมากกับชีวิต” IDI-OOMตาก7-217

“ดีมีความสุข ก็เขา(ลูก)ไม่ให้อดหนะ เป็นห่วงคอยเตือนอย่าไปไหนหนะ ไอ้คนนั้น ไอ้คนนี้บอกอยู่ตลาด เข้าป่าหนะ เชือกเขามันจะพันตีนลัม พวกลูกหลานเขาไม่ให้เข้าป่า ช่วงนี้ไม่ให้เข้าป่าเลยบอกกินอ้มแล้วไม่ให้ทำอะไร ให้นอนอยู่กับบ้าน นอนหลับกลางวันให้ใส่กลอนบ้าน” IDI-OOFพิษณุโลก3-321

6.2.3 สุขเพราะมีทรัพยากรเกื้อหนุนทางด้านเศรษฐกิจ โดยพบว่าความสุขที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งนั่นก็คือ การมีเงินเพียงพอใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ใช้ชีวิตอยู่แบบไม่ขัดสน โดยเฉพาะการไม่มีหนี้สิน ดังคำกล่าวที่ว่า

“เฮามีเงินต้องการกินหยัง ใช้หยังก็เอาเงินนี้ไปจ่าย...เป็นแก้วสารพัดนึกถ้าขาดเงิน บมีจ่ายก็แขวนคอตายไปเมินแล้ว อยู่ก็ลำบากใจนี่” IDI-OOMหน้า3-129

“ มันก็ไม่มีปัญหาอะไรนะ เงินทองก็มีใช้ ก็ไม่ทุกข์อะไร ” IDI-OOMตาก14-178

“ไม่มีปัญหาเศรษฐกิจ ไม่มีปัญหาเงินไม่พอใช้ ไม่มี ยายมีความสุขดีเพราะว่ายายพร้อมทุกอย่างช่วยเหลือตัวเองได้เราก็โล่งใจละ ยายไม่มีทุกข์อะไร ” IDI-OOFตาก10-240

“ทุกวันนี้ย้ายมีความสุขมากที่สุดในชีวิตแล้วละ มีเงินใช้ อะไรๆก็มีใช้” IDI-OOF
ลำปาง9-230

6.3 สุขอยู่กับการปฏิบัติตามหลักคำสอนศาสนา โดยพบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ และมีการใช้หลักธรรมะของพระพุทธเจ้า และคำสั่งสอนของพระสงฆ์ มาเยียวยา ทางด้านจิตใจ คือมีการนำคำสอนของพุทธศาสนามาผสมผสานในการดำเนินชีวิต เนื่องจากผู้สูงอายุ วัยปลายเชื่อว่า ธรรมะเป็นหลักสำคัญที่สุดในการดูแลด้านจิตใจ และจะทำให้ชีวิตมีความสุข ทั้งใน ภาวะปกติและเจ็บป่วย โดยผู้สูงอายุวัยปลายนำธรรมะมาปรับใช้กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใน ชีวิตประจำวัน การศึกษาธรรมะทำให้ผู้สูงอายุวัยปลายเข้าใจว่า การเจ็บป่วยของร่างกายเป็นสิ่งที่ เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เมื่อร่างกายเสื่อมถอยย่อมเจ็บป่วยเป็นธรรมดา ไม่สามารถฝืนกฎธรรมชาติได้ ผู้สูงอายุวัยปลายจึงไม่เกิดความทุกข์ทางจิตใจเมื่อร่างกายเจ็บป่วย เพราะสามารถทำใจยอมรับกับ ภาวะเจ็บป่วยที่เกิด อะไรที่จะเกิดขึ้นมาในชีวิตของตนก็ยอมรับได้ ทำให้ผู้สูงอายุวัยปลายมีเหตุผล และมีสติในการดำเนินชีวิต เมื่อนำมาใช้กับบุคคลรอบข้าง ทำให้สัมพันธภาพระหว่างบุคคลไปเป็น อย่างราบรื่นมีความสุข และมี 1 รายที่นับถือศาสนาคริสต์ จะใช้พระเจ้า(พระเยซูคริสต์) เป็นที่พึ่งทาง ใจทำให้ปล่อยวางจากสิ่งใดๆได้ชีวิตมีความสุข ดังคำกล่าวที่ว่า

“...มันก็แล้วแต่ด้านจิตใจของเฒ่าของมันนะ พ้ออยู่ไปตามสุขภาพของตัวเอง โดยมากมันจะเข้าไปทางธรรมะ ธรรมโมณะดีที่สุดเลยหนามะเดี๋ยวนี้ เดี่ยวนี้เป็นสอนดี เอาละ อ่อนมาสอนนู เอาเข้าวัดเขาวกันั้น...ตุ้เจ้าเป็นว่าหนಾಯ่างวันพระฮื้อจวนลูกจวนหลานมาวัด มาวา” IDI-OOM น่าน1-157

“บ่ฮู้สึกจะแค ฮู้สึกเฉยๆ บ่ได้คิดหยั่งซอกอย่างนะ เฮาบได้แคเรียดบได้หยั่ง ตุ้เจ้า(พระ) เป็นก็ตั้งว่าบ่ต้องไปแคเรียดไปหยั่งกับไผนะ ไผจะเหยยะหยังก็เหยยะไปเตอะ แต่ต้องยังมีอยู่เสมอ เน้อ” IDI-OOM ลำปาง2-32

“...พระพุทธเจ้าว่า ทั้งเกียด ทั้งโกรธ พระเป็นมาเทศน์ฮื้อฟังก้อ ถ้าคนใดติดินนิทา ก็จ้างมันเตอะ บ่ต้องโกรธ ต้องตอบเขานะ คิดว่าจ้างมันเตอะ ลูกว่าหยั่งฮื้อก็จ้างมันเตอะ พอ ฟังเทศน์แล้วเจ้า อารมณ์ก็ดี ตุ้เจ้าเป็นสอนไว้ว่า จะไปสนมันเตอะ ใครว่าฮ้ายก็จ้างมัน ใครว่า ดีก็จ้างมันเตอะ เขาก็ไม่ไกลฝั่งแล้ว สุกเต็มทีแล้ว จะหล่นวันใดบ่ฮู้ อ้อยบ่มีจะโกรธ จะดำ ว่า หยั่งไซ” IDI-OOF น่าน8-21

“หว่างก่อนแต่ไปกะ(ไปวัด) เมื่อลูกได้...อันเดี๋ยวนี้บ่ได้ไปวัดแล้ว อ้อยอยู่บ้านไหว้ตั้ง วันนะ เมื่อเฮาเจ็บนี้ เฮาเจ็บนี้ นั่งยุบหนอ พองหนอ ยุบหนอ พองหนอ สวดมนต์แล้วก้อไหว้ พระใจเฮาก้อจะสบายบ่ต้องไปกึดกับที่เจ็บ” IDI-OOF ตาก11-5

“ ครับ เป็นสอนดีเหมือนกัน ตุ้เจ้าเป็นสอนดี สอนว่าเฮาอายุแก่แล้วฮื้อปลงใจ ต้อง ปลง บ่ต้องเป็นห่วงอะหยั่งซอกอย่าง บ่ต้องแคเรียด ฮื้อความอบอุ่นกับลูกกับเต้า ตั้งวันนี้ผมก้อยู่ จะอ้อ...” IDI-OOM น่าน1-9

“ก็มีความสุขกับชีวิตดีเนาะ ไม่เคยทุกข์เลย มีความสุขกับพระเจ้า(พระเยซูคริสต์)” IDI-OOF ตาก20-245

5

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย การอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง เครือข่ายทางสังคม การเกื้อหนุนทางสังคม และความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลาย ในเขตภาคเหนือ ประเทศไทย เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods research) ซึ่งในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ สามารถสรุปผลการศึกษา อภิปรายผลและมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

จากการดำเนินงานวิจัย ให้ข้อค้นพบประเด็นสำคัญ สามารถสรุปได้ดังตารางที่

ตารางที่ ข้อค้นพบประเด็นสำคัญจากการศึกษาวิจัย

ลำดับ	ประเด็นสำคัญ	รายละเอียด
1	ลักษณะทางด้านประชากรและสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ	<ul style="list-style-type: none">- ส่วนใหญ่เกือบ 1 ใน 3 เป็นเพศหญิง และเกือบ 1 ใน 4 มีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย จากที่คู่สมรสได้เสียชีวิตไปก่อน ส่วนใหญ่เกือบครึ่งไม่ได้เรียนหนังสือ มากกว่าร้อยละ 80 ไม่ได้ทำงาน รายได้หลักมาจากเบี้ยยังชีพของรัฐบาล และมาจากบุตรหลาน มากกว่า 1 ใน 3 รู้สึกเพียงพอกับรายได้เงินทองที่ได้รับ- การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเอง (self-rated health) ส่วนใหญ่เกือบครึ่งรายงานว่าสุขภาพดีอยู่ในระดับปานกลาง ประมาณ 1 ใน 4 รายงานว่าสุขภาพแย่มาก- ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 มีโรคเรื้อรังประจำตัว โดยเกือบครึ่งเป็นโรคความดันโลหิตสูง และตามมาด้วยโรคปวดข้อหรือข้อเสื่อม- ส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน อยู่ในระดับสูง แต่ความสามารถในการเคลื่อนไหว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน อยู่ในระดับปานกลาง และประมาณร้อยละ 28 มีภาวะสมองเสื่อม
2	วิถีการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุวัยปลาย	<p>พบเห็นได้ 3 รูปแบบ คือ</p> <ol style="list-style-type: none">1) วิถีชีวิตแบบพึ่งพาตนเองทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุวัยปลายที่อยู่เพียงลำพัง หรือมีสุขภาพแข็งแรง2) วิถีชีวิตแบบพึ่งพาตนเองได้บางส่วน เนื่องจากปัญหาการเสื่อมสภาพของร่างกายตามวัย ปัญหาสุขภาพ และข้อจำกัดของการเคลื่อนไหว จึงต้องพึ่งพาครอบครัวในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำรงชีวิตประจำวันบางส่วน

ลำดับ	ประเด็นสำคัญ	รายละเอียด
		<p>3) วิถีชีวิตแบบพึ่งพาผู้อื่นอย่างสมบูรณ์ จากการที่ผู้สูงอายุวัยปลายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมทุกอย่างในการดำเนินชีวิต ต้องนอนและนั่งติดเตียง หรือใช้รถเข็นในการเคลื่อนไหว จึงต้องพึ่งพาครอบครัวในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำรงชีวิตประจำวันทั้งหมด</p>
3	<p>ความคิดความรู้สึกต่อการเป็นผู้สูงอายุวัยปลาย</p>	<p>- ส่วนใหญ่จะมองตนเองเป็นไปในทางลบหรือเฉยๆ ไม่คิดอะไร ขาดการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต โดยพบมุมมองของผู้สูงอายุคือ อยู่ไปวันๆ นั่งๆ นอนๆ ไม่คิดอะไรเพราะแก่มาแล้ว เบื่อหน่ายกับปัญหาสุขภาพ กลัวเป็นภาระลูกหลาน และไม่ได้ไปไหนมาไหน ถูกแยกตัวออกจากสังคมและกิจกรรมทางสังคมที่เคยทำมา</p> <p>- ในเรื่องการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่วนใหญ่มีเพียงการเตรียมด้านที่อยู่อาศัยที่สร้างบ้านเป็นของตนเองเมื่ออยู่ในวัยทำงาน อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ขาดการเตรียมตัวทางด้านสุขภาพ และการเตรียมตัวทางด้านเศรษฐกิจ และบางส่วนมีการเตรียมตัวสำหรับการตาย</p>
4	<p>เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ</p>	<p>- เครือข่ายทางสังคมที่เป็นเครือข่ายหลักของผู้สูงอายุวัยปลายคือครอบครัว โดยผู้สูงอายุวัยปลายมีบุตรเฉลี่ย 5.3 คน (พิสัย 0-14 คน) และบุตรยังมีชีวิตอยู่โดยเฉลี่ยประมาณ 4.2 คน (พิสัย 0-10 คน) บุตรส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่จนถึงวัยผู้สูงอายุ กลุ่มสังคมในครอบครัวของผู้สูงอายุวัยปลายจึงมีหลายรุ่นวัยทั้งรุ่นลูก รุ่นหลาน จนถึงรุ่นเหลน ซึ่งประมาณร้อยละ 70 ผู้สูงอายุวัยปลายจะอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลาน หรือถึงแม้จะอยู่คนเดียวหรืออยู่กับเฉพาะคู่สมรส ส่วนใหญ่ก็จะมีบุตรหลานอยู่ใกล้ๆ หรือตั้งครัวเรือนอยู่รอบๆ บริเวณบ้าน หรืออยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน ดังนั้นเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลาย จึงเป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นสมาชิกครอบครัวและเครือญาติ ซึ่งเป็นเครือข่ายใกล้ชิดกับผู้สูงอายุเป็นเครือข่ายหลัก ที่ให้การเกื้อหนุนดูแลแก่ผู้สูงอายุซึ่งเป็นบุพการีหรือญาติผู้ใหญ่</p> <p>- ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวมีทั้งความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่อบอุ่นใกล้ชิด ความสัมพันธ์แบบห่างเหิน ขัดแย้ง รวมทั้งมีช่องว่างระหว่างวัยกับหลาน</p> <p>- การติดต่อปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ส่วนใหญ่จะเป็นการพบปะพูดคุยแบบพบหน้ากับบุตรหลานที่อยู่ครัวเรือนเดียวกัน หรืออยู่ใกล้ๆ ในบริเวณหรือหมู่บ้านเดียวกัน บุตรหลานส่วนใหญ่จะมาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่บ้าน บุตรหลานที่อยู่ไกลหรือต่างจังหวัดก็จะมาเยี่ยมเยียนอย่างน้อยปีละครั้ง ตอนช่วงสงกรานต์ การมาเยี่ยมเยียนจึงเป็นบุตรหลานที่มาเยี่ยมผู้สูงอายุ มีส่วนน้อยที่ผู้สูงอายุวัยปลายไปเยี่ยมบุตรหลานที่อยู่ต่างถิ่น ส่วนการติดต่อสื่อสารพูดคุยทางโทรศัพท์กับบุตรหลานหรือญาติพี่น้องก็มีส่วน</p>

ลำดับ	ประเด็นสำคัญ	รายละเอียด
		<p>น้อยมาก การมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรหลานจึงเป็นการพูดคุยแบบพบหน้าที ลูกหลานมาเยี่ยมเยียนถึงที่บ้าน มากกว่าการพูดคุยสื่อสารทางโทรศัพท์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่วนเครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน และคนในชุมชนพบว่าส่วนใหญ่จะ ไม่ค่อยมีเพื่อนเนื่องจากเพื่อนวัยเดียวกันส่วนใหญ่ได้เสียชีวิตไปเป็น ส่วนมากแล้ว จะมีแต่เพื่อนบ้านและคนในชุมชนเท่านั้นที่ยังคงมี ความสัมพันธ์กันอยู่ ขนาดเครือข่ายทางสังคมของเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน จึงมีขนาดเล็กกว่าเครือข่ายครอบครัว - ความสัมพันธ์กับเครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน พบว่ามีความสัมพันธ์กัน แบบหลวมๆ แต่ยังพบเห็นความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือเกื้อกูลกัน โดยเฉพาะในสังคมชนบท ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ส่วนใหญ่ จะเป็นการไปมาหาสู่เยี่ยมเยียนพูดคุยกัน - นอกจากนี้ผู้สูงอายุวัยปลายยังมีเครือข่ายทางสังคมอื่นๆในชุมชน เช่น องค์กรต่างๆในชุมชน และองค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สถานบริการ สาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล องค์การ บริหารส่วนตำบล เป็นต้น - โดยสรุปแล้วเครือข่าย ทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลาย แบ่งได้เป็น 2 ระบบเครือข่ายใหญ่ๆ คือ 1) ระบบเครือข่าย ครอบครัวและ เครือญาติ ได้แก่ ครอบครัว คู่สมรส บุตรหลาน ญาติพี่น้อง ที่สืบสายเลือดทางบรรพ บุรุษเดียวกัน และเกี่ยวข้องโดยการแต่งงาน และ 2) ระบบเครือข่าย ชุมชน หรือเครือข่ายไม่ใช่ญาติ ได้แก่ เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน องค์กรต่างๆ ในชุมชน และองค์กรภาครัฐในท้องถิ่น เช่น เทศบาล อบต. สถานบริการ สาธารณสุข
5	การเกื้อหนุนทางสังคม	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุวัยปลาย ได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมจากทั้งบุตรหลาน ญาติพี่ น้อง และจากเพื่อน เพื่อนบ้าน นักวิชาชีพ และองค์กรต่างๆ โดยบุตร หลานเป็นแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมหลัก ซึ่งรูปแบบการเกื้อหนุนมีทั้ง การ ช่วยเหลือดูแลความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตประจำวัน การเกื้อหนุน ทางด้านเงินทอง การเกื้อหนุนทางด้านสิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน การให้ความรัก ความห่วงใย และการช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพ - ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะพึงพอใจกับการได้รับการเกื้อหนุนดูแลจากบุตร หลาน และยอมรับในปริมาณการเกื้อหนุนที่ได้รับโดยไม่เรียกร้องหรือร้อง ขออะไร - ส่วนการเกื้อหนุนทางสังคมที่ได้รับจากเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน พบว่าส่วน ใหญ่จะเป็นการให้คำแนะนำในกลุ่มที่อยู่บ้านใกล้เรือนเคียง มีการ ช่วยเหลือให้วุ่นกันันได้ แบ่งปันอาหาร ช่วยเหลือเวลาว่างงานบุญ และมา เยี่ยมไข้เมื่อยามเจ็บป่วย ส่วนการเกื้อหนุนโดยหน่วยงานภาครัฐ พบว่า มี

ลำดับ	ประเด็นสำคัญ	รายละเอียด
		<p>2 องค์กรใหญ่ๆ ที่ให้การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุวัยปลาย คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล หรือองค์การบริหารตำบล ซึ่งมุ่งเน้นให้การดูแลด้านสวัสดิการสังคม เช่น เบี้ยยังชีพ และการช่วยเหลือโดยการแจกสิ่งของ เครื่องนุ่งห่มซึ่งเป็นการช่วยเหลือเป็นครั้งคราว และหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้ง อสม.ในชุมชน ที่ให้การดูแลทางด้านสุขภาพเป็นหลัก แต่ส่วนใหญ่เป็นการดูแลในผู้สูงอายุวัยปลายที่มีปัญหาโรคเรื้อรังรุนแรง พิการหรือติดเตียง เช่น การเยี่ยมบ้าน แต่ผู้สูงอายุวัยปลายทั่วไปหรือผู้ที่ไม่ได้มีปัญหาสุขภาพรุนแรง มักจะถูกกละเลยในการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข</p> <p>- นอกจากผู้สูงอายุวัยปลายจะเป็นผู้รับการเกื้อหนุนทางสังคมจากเครือข่ายทางสังคมต่างๆ แล้ว ยังเป็นผู้ให้การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้อื่นด้วย โดยการเกื้อหนุนที่ผู้สูงอายุวัยปลายเป็นผู้ให้ มีทั้งการเกื้อหนุนแก่ครอบครัว ได้แก่ ช่วยเลี้ยงหลาน ช่วยเหลือแบ่งเบาภาระงานในบ้าน การให้คำปรึกษา แนะนำ แก่บุตรหลาน และช่วยเหลือด้านเงินทอง เป็นต้น ส่วนการช่วยเหลือสังคม ได้แก่ การไปร่วมเป็นผู้อาสาในงานพิธีต่างๆ ของชุมชน เช่นงานศพ งานขึ้นบ้านใหม่ งานแต่งงาน เป็นต้น การบริจาคทุนทรัพย์เพื่อทำบุญ และทำหน้าที่ช่วยสืบสานประเพณีและภูมิปัญญาท้องถิ่น</p>
6	ความทุกข์ของผู้สูงอายุวัยปลาย	<p>- ความทุกข์ของผู้สูงอายุวัยปลายเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ทุกขภาวะจากโรคเรื้อรัง ทุกข์จากขาดแคลนทรัพยากรเกื้อหนุน วิตกกังวล ห่วงลูกหลาน และความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี และทุกข์จากขาดสังคม ไม่มีเพื่อนคุย ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่จึงมีความ ว่าเหว่ โดยความ ว่าเหว่ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาด้านสุขภาพ การขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดคู่ชีวิต การตายจากไปของกลุ่มเพื่อน การถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านคนเดียวไม่มีเพื่อนคุย โดยประมาณร้อยละ 31 มีความว่าเหว่อยู่ในระดับสูง</p> <p>- การจัดการกับความเหงา หรือความว่าเหว่ ของผู้สูงอายุวัยปลาย คือ อดทนยอมรับ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม พูดคุยสื่อสารกับคนอื่น และหางานอดิเรกทำ ถึงแม้ผู้สูงอายุวัยปลายจะมีความว่าเหว่ ในระดับสูง แต่ก็มีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างน้อย โดยพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายมีภาวะซึมเศร้าประมาณร้อยละ 24</p>
7	ความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลาย	<p>- พบว่าความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงทุกด้าน และผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในชีวิต โดยมีความพึงพอใจในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 66.2</p>

ลำดับ	ประเด็นสำคัญ	รายละเอียด
		<p>- โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุวัยปลายมีความสุข และมีความพึงพอใจในชีวิต มี 3 ปัจจัยใหญ่ๆ คือ ปัจจัยภายในตนเอง ได้แก่ การมีสุขภาพดี และการมองโลกในแง่บวก ปัจจัยการได้รับการเกื้อหนุนดูแลจากบุตรหลาน ได้แก่ ความสามัคคีปรองดองของลูกหลาน และการเคารพนับถือ กตัญญูตเวทีของบุตรหลาน และปัจจัยทางด้านศาสนา ได้แก่ สุขจากความเชื่อมั่นศรัทธาในศาสนา และการได้ทำบุญ ทำความดี</p>
8	<p>เงื่อนไขและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลาย</p>	<p>- จากการวิเคราะห์วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านประชากร ภาวะสุขภาพ เครือข่ายทางสังคม กับความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลาย พบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายเพศหญิง มีความ ว่าเหว และภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย อายุยิ่งมากขึ้นก็จะเหงา หรือว่าเหว มากขึ้น การศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความ ว่าเหว และภาวะซึมเศร้า แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ นั้นแสดงถึงผู้สูงอายุวัยปลายที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีความ ว่าเหว และภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุวัยปลายที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี และผู้สูงอายุวัยปลายที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะมีความผาสุกทางใจ มากกว่าผู้สูงอายุวัยปลายที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี</p> <p>- ในด้านสุขภาพพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความว่าเหว และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลาย แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ</p> <p>- นอกจากนี้ การมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายเพื่อน กับเครือข่ายครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความ ว่าเหวและภาวะซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายเพื่อนมีอิทธิพลต่อการลดความ ว่าเหวและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุวัยปลายมากกว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายครอบครัว ในขณะที่การมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายครอบครัวมีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุวัยปลายมากกว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายเพื่อน</p>

อภิปรายผล

จากการศึกษาเครือข่ายทางสังคม การเกื้อหนุนทางสังคม และความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ ประเทศไทย พบประเด็นที่สำคัญนำมาอภิปรายได้ดังนี้

1. ความเปราะบางทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม

จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ตกอยู่ในสภาวะที่มีความเปราะบางทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม จากการประสบกับปัญหาทางด้านสุขภาพ มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว และมีโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่มีฐานะยากจน โดยมากกว่าครึ่งมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน (รายได้ต่ำกว่า 20,000 บาทต่อปี โดยอิงกับเส้นความยากจนของประชากรไทยในปี พ.ศ.2550 ที่ 1,443 บาทต่อเดือน) ต้องพึ่งพาทางการเงินกับบุตรหลาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิพรรณ ประจวบเหมาะ (2551) ที่พบว่าผู้สูงอายุภาคเหนือมีสัดส่วนของความยากจนมากที่สุดของประเทศ (ร้อยละ 44.5) ความเปราะบางสะท้อนถึงโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับความเสียหายหรือไม่ได้รับการป้องกันจากการที่จะเกิดความเสียหายซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหรือภาวะที่ดีของผู้สูงอายุเอง (นภาพร ชโยวรรณ, 2548) นั้นแสดงถึงผู้สูงอายุวัยปลายอาจมีภาวะเสี่ยงต่อการตกอยู่ในสภาพที่เปราะบาง จากการศึกษาของนภาพร ชโยวรรณ (2548) ระบุว่าผู้สูงอายุวัยปลาย มีแนวโน้มที่มีความเปราะบางทั้ง ทางด้านประชากรและสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพ มากกว่าผู้สูงอายุวัยอื่น โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิง และผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย และการศึกษาต่ำ ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่จึงจัดเป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงหรือเป็นกลุ่มที่ติดบ้าน เมื่อจำแนกตามประเด็นด้านสุขภาพและด้านสังคม (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ, 2553)

ความเปราะบางของผู้สูงอายุวัยปลายนี้อาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่ขาดการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเฉพาะการเตรียมตัวทางด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ ในปัจจุบันนี้ ถึงแม้จะมีแผนระยะยาวสำหรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ที่ได้กำหนดยุทธศาสตร์สำคัญประการหนึ่งคือยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ, 2551) แต่อย่างไรก็ตามกลับพบว่าผู้สูงอายุไทยมีการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุค่อนข้างน้อย (ดวงภา จิระเดชประไพ, 2554; ศรีเมือง พลังฤทธิ์, 2550) โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลายพบว่าการเตรียมการเพื่อยามสูงอายุ น้อยที่สุด (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2553) จากการสำรวจผู้สูงอายุระดับชาติใน ด้านการเตรียมความพร้อมที่ถาม มี 3 ด้าน ได้แก่ การเงิน ที่อยู่ อาศัย และสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ และสุขภาพ โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 88 มีมีการเตรียมความพร้อมด้านที่อยู่อาศัยเท่านั้นคือการมีบ้านหรือที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545) การขาดการเตรียมตัวหรือเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในวัยสูงอายุ ย่อมส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะตอนที่อายุมากๆ การส่งเสริมการเตรียมตัวตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุ โดยเฉพาะการเตรียมด้านสุขภาพ เตรียมการเงิน เตรียมพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด จะช่วยส่งเสริมให้มีสุขภาพดี มีความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ และมี คุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงบั้นปลายของชีวิต (ศรีเมือง พลังฤทธิ์ , 2550) ดังนั้นนโยบายการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุ ควรมีการกำหนดยุทธศาสตร์ วางแผน และจัดกระทำอย่างจริงจังและต่อเนื่อง เนื่องจาก เป็นกระบวนการสำคัญ ในการส่งเสริมให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ หรือผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful aging) เป็นพหุผลพลั่งหรือเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (active aging) โดยการเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นเรื่องที่ต้องทำตั้งแต่ก่อน เข้าสู่วัยสูงอายุ และทำต่อเนื่อง แม้เมื่ออยู่ในวัยสูงอายุแล้ว

2. วายาคติต่อผู้สูงอายุวัยปลาย

แม้จะมีอายุที่ยืนยาว แต่มุมมอง ต่อตนเองในการ เป็นผู้สูงอายุ ที่อายุยืน ส่วนใหญ่จะเป็นไปในทางลบ หรือ เฉยๆ ไม่คิดอะไร ขาดการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ส่วนใหญ่จึงมีชีวิต อยู่ไปวันๆ นั่งๆ นอนๆ ไม่ได้ทำอะไร เนื่องจากบุตรหลานไม่ให้ทำ หรือมีข้อจำกัดทางด้านสุขภาพ สุขภาพไม่ดี เบื่อหน่ายกับปัญหาสุขภาพ ชีวิตจึงอยู่แต่ในบ้าน ไม่ได้ไปไหนมาไหน ถูกแยกตัวออกจากสังคมและ กิจกรรมทางสังคมที่เคยทำมา เช่น การไปเยี่ยมเยียนเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ การไปวัดหรือโบสถ์ การออกจากบ้านหรือไปมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จึงขึ้นอยู่กับครอบครัวอนุญาติหรือเห็นด้วย เนื่องจากบุตรหลานส่วนใหญ่จะเชื่อว่าอายุมากแล้ว ควรพักผ่อน ไม่ต้องทำอะไร และไม่ยากให้ออกนอกบ้าน เนื่องจาก กลัวหกล้ม เกิดอุบัติเหตุ รถชน หรือลำบากบุตรหลานที่ต้องไปรับไปส่ง ประกอบกับบุตรหลานต้องทำงานหาเลี้ยงชีพ ผู้สูงอายุวัย ปลายส่วนใหญ่จึงอยู่บ้านคนเดียว หรืออยู่กับคู่สมรส ในช่วงที่บุตรหลานไปทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ พรทิพย์ มาลาธรรม และ คณะ (2552) ที่พบว่าบุตรหลานส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ปกป้องผู้สูงอายุ เช่น ไม่อยากนำปัญหามาปรึกษาผู้สูงอายุ เพราะไม่ต้องการให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่สบายใจ และคิดว่าปัญหาในครอบครัว หรือปัญหาต่าง ๆ นั้น บุตรหลานสามารถจัดการแก้ปัญหาเองได้ นอกจากนี้ เมื่อผู้สูงอายุต้องการทำกิจกรรมที่ไม่ใช่กิจวัตรประจำวัน เช่น ไปทำบุญที่ไกลๆ บุตรหลานมักแสดงความห่วงใย และบางครั้งก็ไม่สนับสนุน ซึ่งการมีทัศนคติแบบนี้ของครอบครัวอาจเป็น เจตคติเชิงลบ โดยไม่ได้ตั้งใจ ดังที่ วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ (2553: 26-32) กล่าวถึง ความเชื่อแบบเดิมๆ ที่คิดว่า “สูงอายุแล้ว มีแต่ความเจ็บป่วยอ่อนแอ และไม่แข็งแรง จึงไม่ควรทำงานใดๆ หรือ ออกนอกบ้านควรอยู่แต่ในบ้านเฉยๆ เป็นกำลังใจให้ลูกหลานก็พอ ” เหล่านี้ ล้วนเป็นความเชื่อแบบเดิมๆ ที่มักจะนำไปสู่เจตคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุทั้งสิ้น นอกจากนี้เจตคติทางลบของผู้สูงอายุต่อตนเองและต่อความสูงอายุ เช่น “คนแก่ไม่มีอะไรดีเลย อยู่ต่อไปก็เป็นภาระของลูกหลาน” หรือ “คนแก่ที่หมดสิ้นทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิต จะอยู่หรือไปก็ไม่แตกต่างกัน ” ก็อาจส่งผลต่อจิตใจ อารมณ์ความรู้สึกของผู้สูงอายุที่ตีตราตนเองเป็นไปในทางลบ มองคุณค่าในตนเองต่ำ และขาดจุดมุ่งหมายในชีวิต

มีนักวิชาการหลายท่านชี้ว่า การมีจุดมุ่งหมายในชีวิตของผู้สูงอายุวัยปลาย มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมที่มีความหมายในชีวิตประจำวัน การคิดบวก และความยึดมั่นศรัทธา ในศาสนาหรือสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ (Hedberg, Brulin, & Alex, 2009) นอกจากนี้มุมมองต่อความสูงอายุของตนเอง (attitude toward own aging) เป็นปัจจัยทำนายสูงสุดต่อการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งผู้สูงอายุวัยปลายหญิงและชาย โดยมุมมองด้านลบก็จะส่งผลต่อสุขภาพจิตทางลบ (Hedberg, Gustafson, & Brulin, 2010) ดังนั้นจึงไม่แปลกใจที่พบว่าส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือจะมีความว่าเหว่ โดยมีความว่าเหว่ในระดับสูงถึงร้อยละ 31 จากการศึกษาของ Bondevik and Skogstad (2000) ชี้ว่าความว่าเหว่มีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (purpose and meaning in life) รวมทั้งการมีภาวะซึมเศร้าจะส่งผลต่อการขาดการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตในระยะยาว (Hedberg et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาหลายชิ้นที่พบว่าผู้สูงอายุวัยปลายบางส่วนที่มีชีวิตอยู่อย่างธรรมดาไปวันๆ ขาดจุดมุ่งหมายในชีวิต (Hedberg, Brulin, & Alex, 2009) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sarvimäki & Stenbock-Hult (2000) ที่พบว่าผู้สูงอายุวัยปลายที่มี

อายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป มีจุดมุ่งหมายในชีวิตหรือรู้สึกชีวิตมีความหมาย ต่ำกว่าผู้สูงอายุวัยต้นหรือวัยกลางที่มีอายุน้อยกว่า 79 ปี ดังนั้นการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ควรเป็นประเด็นสำคัญในการพิจารณาสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุวัยปลาย จากการศึกษาระยะยาวของ Krause (2009) พบว่าการรู้สึกถึงชีวิตมีความหมาย (meaning in life) มีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อการลดอัตราการตายในผู้สูงอายุ

ดังนั้นมุมมองต่อการเป็นผู้สูงอายุที่อายุยืนยาวของตัวผู้สูงอายุเอง กับทัศนคติต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุวัยปลายของครอบครัว อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตหรือการมีชีวิตที่มีความหมายของผู้สูงอายุวัยปลาย ซึ่งภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรตระหนักและให้ความสนใจ ในการหามาตรการแก้ไขทั้งในระดับบุคคลคือตัวผู้สูงอายุเอง และระดับครอบครัวหรือสังคมโดยรวมในมุมมองต่อผู้สูงอายุที่มีอายุมากๆ เพื่อป้องกัน วายาคติ หรือเจตคติเชิงลบ (ageism) ต่อผู้สูงอายุ (สุชาติ ทวีสิทธิ์, 2553; Hedberg, Gustafson, & Brulin, 2010) มุมมองด้านลบต่อคุณค่าและศักดิ์ศรีของตนเอง ความเปราะบางทางด้านสุขภาพและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ที่ต้องพึ่งพาครอบครัว บุตรหลานเป็นสิ่งสำคัญ ประกอบกับทัศนคติ การสรุปรวมของครอบครัวและสังคมต่อผู้สูงอายุวัยปลายในทิศทางลบ ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุไปอยู่ชายขอบ (marginalized) ของสังคมได้ ดังที่ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ (2555) ได้ให้มุมมองที่น่าสนใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุคนหนึ่งในที่จะถูกผลักให้ไปอยู่ชายขอบ ว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่จะผลักดันให้ผู้สูงอายุกลายเป็นคนชายขอบ ปัจจัยผลักดันเหล่านั้น ได้แก่ วายาคติ ความยากจน ความเจ็บป่วย การอยู่ตามลำพัง รวมทั้งสิ่งก่อสร้างพื้นฐานและบริการสาธารณะที่ไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะประเด็นเรื่อง วายาคติ ต่อผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวในสังคมไทยในปัจจุบัน ก็ยังเป็นไปในทิศทางลบอยู่ไม่น้อย ทั้งด้านภาพลักษณ์ภายนอกที่เป็นไปแนวทางเสื่อมลง สุขภาพไม่ดี และความสามารถในการทำงานลดถอยลง จากการศึกษาของกาญจนา ตั้งชลทิพย์ และคณะ (2553) พบว่า ทั้งวัยทำงานและวัยนักเรียนมองผู้สูงอายุในวัยปลายที่เป็นลบมากกว่าผู้สูงอายุตอนต้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสภาวะความเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุในวัยตอนปลายที่มีมากกว่า ผู้สูงอายุไทยจึงถูกวาดภาพให้เป็น “คนอ่อนแอ หมดพลังในการทำงาน ไม่สามารถทำงานได้อีกต่อไป และกลายเป็นภาระต้องพึ่งพาคนวัยแรงงาน ” (ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ, 2555: 110) การมีวายเป็นเจตคติเชิงลบ ต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ (ageism) เป็นผลมาจากการมีความเชื่อแบบเดิมต่อความสูงอายุ (myth of aging) ทำให้เกิดการสร้างภาพประทับแบบตายตัว หรือ มีทัศนคติแบบเหมารวม (stereotype) ว่าผู้สูงอายุทุกคนเป็นอย่างนั้นไปทั้งหมด อันอาจนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสม (mistreatment) จนถึงการกระทำความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ (elder abuse) ของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุอย่างคาดไม่ถึงหรือไม่เจตนาได้ โดยเฉพาะการละเลย เพิกเฉย หรือ ทอดทิ้งผู้สูงอายุ (neglect) หรือ การทารุณกรรมด้านจิตใจ ซึ่งปัจจุบันพบว่ามีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และลัดดา ดำริการเลิศ, 2553) จากการศึกษาของครอบครัวต่อผู้สูงอายุวัยปลายที่ไม่อยากให้ผู้สูงอายุทำอะไร หรือไปไหนมาไหน หรือออกนอกบ้าน เป็นความเชื่อที่เกิดจากความกตัญญู กตเวที หรือ มีวายเป็นเจตคติเชิงลบต่อความสูงอายุ หรือความกลัวที่จะต้องรับภาระหรือเสียเวลาและค่าใช้จ่ายหากเกิดอุบัติเหตุกับผู้สูงอายุที่เป็นบุพการี อาจจะเป็นประเด็นที่ควรมีการศึกษาต่อไปในค่านิยมและทัศนคติต่อผู้สูงอายุของสังคมไทยใน

ปัจจุบันและอนาคต ซึ่งจากผลการศึกษายังพบว่าตัวผู้สูงอายุวัยปลายก็มีมุมมองต่อการมีอายุยืนยาว คือ “กลัวเป็นภาระ” ต่อครอบครัวด้วยเช่นกัน

3. เครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ

จากข้อค้นพบในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยสรุปแล้ว กลไกความสัมพันธ์ของเครือข่าย การเกื้อหนุนทางสังคมที่มีผลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือของประเทศไทยนั้น เครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายสามารถแบ่งได้เป็น 2 ระบบ ใหญ่ๆ คือ 1) ระบบเครือข่าย ครอบครัวและเครือญาติ และ 2) ระบบเครือข่ายชุมชน หรือเครือข่ายไม่ใช่ญาติ

1) ระบบเครือข่าย ครอบครัวและเครือญาติ เป็นเครือข่ายที่สำคัญ ของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุวัยปลายมีลูกหลายคน และมีชีวิตยืนยาว จนมี บุตรหลาน หลายรุ่นวัย ผู้สูงอายุวัย ปลายบางคนมีเครือญาติไปจนถึงรุ่นเหลน หรือรุ่นโหล่น โดยระบบเครือข่ายเครือญาติ เป็นเครือข่าย ทางสังคมที่เห็นเด่นชัด ใน สังคมวัฒนธรรมของภาคเหนือ โดยเฉพาะภาคเหนือตอนบนที่มีวัฒนธรรม แบบล้านนา นั่นคือ สังคมส่วนใหญ่จะเป็นสังคมเกษตรกรรม คนมีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย และผูกพันกับ ธรรมชาติ ผู้คนมีการพึ่งพาอาศัยกัน ผูกพันกับศาสนา จารีตประเพณีวัฒนธรรมที่มีอยู่ดั้งเดิม โดย ความผูกพันฉันทเครือญาติ ถือว่าเป็นลักษณะที่โดดเด่นและเป็นเอกลักษณ์ของคนภาคเหนือ คนใน ชุมชนส่วนใหญ่มีการสืบเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษเดียวกัน และมีการแต่งงานระหว่างตระกูลใน หมู่บ้านเดียวกันหรือในหมู่บ้านใกล้เคียง จึงทำให้คนในชุมชนนับญาติกันไม่ว่าจะเป็นทางสายเลือด เดียวกัน หรือจากการแต่งงานที่ครอบครัวมาเกี่ยวข้องกัน สังคมเครือญาติจึงเป็นเครือข่ายที่มีขนาด ใหญ่ โดยมีผู้สูงอายุที่เป็นบุพการี หรือญาติผู้ใหญ่เป็นศูนย์กลางหรือศูนย์รวมของการรวมกลุ่มทำ กิจกรรมทางประเพณีที่สืบทอดกันมา ความเชื่อในวิญญาณบรรพบุรุษที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับ โครงสร้างอำนาจภายในครอบครัว ระบบเครือญาติเป็นพื้นฐานของระบบความเชื่อในสังคม วัฒนธรรมที่ครอบครัวและระบบเครือญาติเป็นแกนกลางในการตัดสินใจ โครงสร้างครอบครัวและ เครือญาติมีการรวมตัวเป็นปึกแผ่นและแน่นแฟ้น วิถีชีวิตดังกล่าวมีการแสดงออกในรูปของประเพณี และพิธีกรรมทางศาสนา เช่น การรดน้ำคำหัวผู้สูงอายุ ในวันสงกรานต์ ซึ่งจะเป็วันที่ลูกหลาน ญาติที่ นื่องมาร่วมกันแสดงความกตัญญูทเวที่ต่อผู้สูงอายุ และให้การเกื้อหนุนเสื้อผ้า อาหาร ของเครื่องใช้ และเงินทอง

ความสัมพันธ์แบบเป็นเครือญาติ เป็นความสัมพันธ์ทางสังคมที่เชื่อมโยง และ รวมกลุ่มกันตามสายสัมพันธ์ของญาติพี่น้อง ความเป็นเครือญาติกันของคนในชุมชนทำให้ความ ปกครองกันและกันเป็นไปโดยง่าย ด้วยการให้ความเคารพนับถือญาติผู้ใหญ่ ความผูกพันในการปฏิบัติ ต่อกันในทางที่ดีงาม การสั่งสอน และการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในกิจกรรมต่างๆ สิ่งเหล่านี้เป็น วัฒนธรรมชุมชนถือว่าเป็นสิ่งดีงามอันก่อให้เกิดการปฏิบัติต่อกันในทางที่ดี มีความสำคัญต่อวิถีชีวิต การดำรงอยู่ของคนในชุมชน ระบบเครือญาติเป็นระบบสังคมที่เด่นมากของหมู่บ้าน ของภาคเหนือ โดยเฉพาะสังคมชนบท ในแต่ละหมู่บ้านมักมีเครือญาติร่วมฝึ บรรพบุรุษเดียวกัน หมู่บ้านนอกจากมีคำ ว่าญาติแล้ว ยังมีคำว่า สังคญาติ เพื่อแสดงเครือข่ายการนับญาติทุกชั่วโคตร ระบบครอบครัวเช่นนี้ แสดงถึงความศรัทธาและความเชื่อในความผูกพันระหว่างสายเลือด ทำให้แรงยึดเหนี่ยวในหมู่บ้านยิ่ง มั่นคงมากขึ้น

จากการศึกษาพบว่าครอบครัว และเครือญาติพี่น้อง เป็นเครือข่ายสำคัญที่ใกล้ชิดกับ ผู้สูงอายุมากที่สุด เครือข่ายเครือญาติจึงเป็นแหล่งทรัพยากรหลักในการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุวัย ปลาย โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่เป็นบุตร หลาน หรือญาติทางสายโลหิต สอดคล้องกับ การศึกษาหลายงานทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ชี้ตรงกันว่าครอบครัว เป็นเครือข่ายทางสังคม ใกล้ชิด มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุมากที่สุด (จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ, 2544; พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ, 2552; เล็ก สมบัติ, 2549; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552; Berg et al., 2006; Bowling & Browne, 1991; Hedberg, Gustafson, & Brulin, 2010; Lee & Dunkle, 2010; Thanakwang & Soonthornhada, 2011) ครอบครัวจึงเป็นจุดศูนย์กลางของ เครือข่ายในการดูแลเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุ แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในสังคมและในโครงสร้าง และองค์ประกอบของครัวเรือนที่มีขนาดเล็กลงและเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่ก็ยังอาศัยอยู่กับบุตรคนใดคนหนึ่งทั้งบุตรที่สมรสแล้วหรือบุตรที่ยังเป็นโสด หรือถึงแม้ผู้สูงอายุ จะอยู่คนเดียวหรืออยู่เฉพาะกับคู่สมรส แต่ก็จะมีบุตรตั้งบ้านเรือนอยู่ใกล้ๆ หรืออยู่รอบๆ หรืออยู่ใน หมู่บ้านหรือชุมชนเดียวกัน นอกจากนี้ญาติพี่น้องที่สืบเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษเดียวกัน ส่วนใหญ่ก็ ตั้งบ้านเรือนอยู่ใกล้ๆ ในบริเวณหรือหมู่บ้านเดียวกัน ซึ่งจะไปมาหาสู่กันอยู่เสมอ เครือข่ายเครือญาติ จึงถือว่าเป็นเครือข่ายทางสังคมและเป็นสถาบันที่สำคัญที่ให้การดูแล ผู้สูงอายุ เป็นแหล่งที่ให้ความรัก ความคุ้มครอง และความมั่นคงทางจิตใจแก่ ผู้สูงอายุทั้งในภาวะปกติและภาวะพึ่งพา (เล็ก สมบัติ, 2549; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552) ทั้งนี้เนื่องด้วยพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์เครือญาติ ที่เป็นทุนทางสังคมอย่างหนึ่งที่ร้อยรัดให้กลุ่มบุคคลมีความผูกพันช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และพึ่งพา อาศัยกันได้ จากกลไกของวัฒนธรรมต่างตอบแทน (reciprocity) พึ่งพาอาศัยกัน ตามบทบาทหรือ หน้าที่แต่ละคนหรือคู่ความสัมพันธ์ที่มีอยู่ในสังคมเครือญาติที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา โดยเฉพาะการตอบ แทนผู้มีพระคุณที่ได้ช่วยเหลือเกื้อกูลบุคคลนั้นๆ มาก่อน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเครือข่ายทางสังคม มี พัฒนาการมาจากพื้นฐานของทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (exchange theory) โดยมีหลักการที่ว่า ใน เครือข่ายสังคมจะประกอบไปด้วยบุคคลที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ตามบทบาทหรือหน้าที่ที่แต่ละ คนหรือคู่ความสัมพันธ์มีอยู่ บุคคลไม่เพียงแต่ทำตามบทบาทหน้าที่ที่คาดหวังในสังคม หรือตาม บรรทัดฐานที่ได้รับการถ่ายทอดมาเท่านั้น แต่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลยังขึ้นอยู่กับพื้นฐานของการ รับรู้และการตัดสินใจในการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ทั้งในด้านวัตถุและทางด้านจิตใจ (Berkman et al., 2000; Cook & Whitemeyer, 1992)

ดังนั้นเครือข่ายเครือญาติของผู้สูงอายุวัยปลาย จึงเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญในบริบท ของผู้สูงอายุไทยในเขตภาคเหนือ การเกาะเกี่ยวกันเป็นเครือข่าย ใกล้ชิดเหนียวแน่น มีพื้นฐานมาจาก ทุนทางสังคมและทุนทางวัฒนธรรมที่เป็นคุณค่า ค่านิยม และบรรทัดฐานทางสังคมที่ยึดถือและปฏิบัติ สืบทอดกันมา ในการยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางทางจิตใจของบุตรหลานและผู้ที่ย้อนอาวุโสกว่า ทั้งนี้อาจ มาจากสังคมไทยยังมีความเชื่อในจารีตประเพณีที่มีการปฏิบัติสืบทอดกันมาจนฝังแน่นในความทรงจำ จนเกิดเป็นประเพณีวัฒนธรรมประจำกลุ่มชนนั้นๆ ในดินแดนภาคเหนือจึงมีฮีตเมือง และปาเวณีเมือง หลายอย่างที่ยังปฏิบัติกันมาจนทุกวันนี้ ซึ่งสอดคล้องเชื่อมโยงกับความเชื่อความศรัทธาใน พระพุทธศาสนา ตลอดจนความนิยมของคนในสังคม และความเคารพนับถือผู้อาวุโส ครู อาจารย์ เป็นต้น (ศูนย์ศิลปวัฒนธรรม สถาบันราชภัฏเชียงใหม่, 2541) คนภาคเหนือจึง ยึดถือค่านิยมเรื่อง

“กตัญญูทเวที” ถือว่าการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการดำรงชีวิตประจำวันเป็นบทบาทหน้าที่ของลูกหลานในครอบครัวเป็นหลัก ผู้สูงอายุจึงเปรียบเหมือน ร่มโพธิ์ร่มไทรที่สมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพนับถือ (ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ, 2555; เล็ก สมบัติ, 2549) ผู้สูงอายุวัยปลายถึงแม้จะไม่มีบุตร แต่ก็ยังมีหลานหรือญาติพี่น้องที่เป็นเครือข่ายครอบครัวที่จะให้การดูแลเกื้อหนุน ด้วยความเชื่อในจารีตประเพณี ความเชื่อทางพุทธศาสนา ในการเคารพ ดูแลตอบแทนบุญคุณ การแสดงความกตัญญูทเวที ก็เป็นทุนทางสังคมวัฒนธรรมอย่างหนึ่งในการส่งเสริมให้ครอบครัวต้องดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่เป็นบุพการี การทอดทิ้งผู้สูงอายุที่เป็นบุพการี ถือเป็นข้อห้ามทางสังคมที่สังคมภาคเหนือจะยอมรับไม่ได้ ดังนั้นจึงไม่ค่อยเห็นภาพที่บุตรหลานทอดทิ้ง ไม่เหลียวแลผู้สูงอายุที่เป็นบุพการีในบริบทของภาคเหนือ

การเกื้อหนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุวัยปลายได้รับก็มาจากเครือข่าย เครือข่ายเครือญาติที่เห็นเด่นชัดที่สุด โดยรูปแบบการเกื้อหนุนมีทั้ง การช่วยเหลือดูแลความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตประจำวัน การเกื้อหนุนทางด้านเงินทอง การเกื้อหนุนทางด้านสิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน การให้ความรัก ความห่วงใย และการช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพ เช่นการดูแลเมื่อเจ็บป่วย หรือพาไปหาหมอหรือไปโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกตติกา ธนะขว้าง (Thanakwang, 2008; Thanakwang & Soonthornhadada, 2011) ที่พบว่า การเกื้อหนุนทางสังคมของครอบครัวประกอบด้วย การเกื้อหนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การเกื้อหนุนด้านอารมณ์จิตใจ การเกื้อหนุนด้านข่าวของเครื่องใช้และการทำกิจกรรม และการเกื้อหนุนด้านการเงิน โดยการเกื้อหนุนการเงินจากสมาชิกในครอบครัวถือว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญของการเกื้อหนุนทางสังคมในบริบทสังคมวัฒนธรรมแบบตะวันออกที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะพึ่งพาบุตรหลานหรือบุคคลในครอบครัว (Komjakraphan et al., 2009) ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2541) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเกื้อหนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต่างได้รับการเกื้อหนุนทางด้านอารมณ์ รองลงมาคือ การเกื้อหนุนทางด้านสิ่งของและบริการ โดยส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนทางด้านการเงิน เสื้อผ้าและของใช้ในชีวิตประจำวันมากกว่าอย่างอื่น ด้านอาหารการกิน พบว่า บุตรผู้สูงอายุจะเป็นผู้จัดหาให้ผู้สูงอายุในชีวิตประจำวันอยู่แล้ว จึงไม่สามารถตีค่าเป็นตัวเงินและค่าใช้จ่ายได้ ประเด็นสุดท้ายคือ การเกื้อหนุนด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่า บุคคลในครอบครัวและกลุ่มผู้สูงอายุเอง ต่างเป็นเครือข่ายในการสนับสนุนข่าวสารเป็นสำคัญมีความสนใจในเรื่องข้อมูล ข่าวสารต่าง ๆ เป็นสำคัญ ส่วนการศึกษาของ เล็ก สมบัติ (2549) พบว่า ลักษณะการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุยังได้รับการดูแลในทุกด้าน คือ ด้านสุขภาพอนามัย อาหารและโภชนาการ ด้านการเงิน เครื่องนุ่งห่มอุปโภคบริโภค และด้านที่พักอาศัย นอกจากนี้สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสำคัญต่อระบบการเกื้อหนุนทางสังคมโดยครอบครัว (พรทิพย์ มาลาธรรม จิราพร คงเอี่ยม และประคอง อินทรสมบัติ, 2552; เล็ก สมบัติ, 2549) สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยภายในของครอบครัว และเป็นเสมือนสายสัมพันธ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกันครอบครัวใดมีความสัมพันธ์ที่ระหว่างกันสมาชิกในครอบครัวก็จะอยู่อย่างมีความสุข มีความเอื้ออาทรและพึ่งพาอาศัยกันได้

2) ระบบเครือข่ายชุมชน หรือเครือข่ายไม่ใช่ญาติ

นอกจากเครือข่ายครอบครัวที่เป็นเครือข่ายทางสังคมหลักของผู้สูงอายุวัยปลายแล้ว ยังมีเครือข่ายชุมชนหรือเครือข่ายไม่ใช่ญาติ เช่น เครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน เครือข่ายองค์กรต่างๆ ในชุมชน และเครือข่ายองค์กรภาครัฐ โดยเครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ที่ยังมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุวัยปลาย แต่เครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้านจะมีขนาดกลุ่มสังคม และการมีปฏิสัมพันธ์ติดต่อสื่อสาร น้อยกว่าเครือข่ายครอบครัว ผู้สูงอายุวัยปลายจะมีเพื่อนน้อยเนื่องจากส่วนใหญ่จะเสียชีวิต และการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนก็น้อยเช่นกัน เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องสุขภาพและด้านการเคลื่อนไหวที่ไปมาหาสู่กันลำบาก เครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้านของผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่จึงเป็นเพื่อนบ้านหรือผู้สูงอายุที่อายุน้อยกว่าที่เป็นเพื่อนบ้านหรือชมรมผู้สูงอายุในชุมชน ที่เป็นฝ่ายมาเยี่ยมเยียน หรือไปมาหาสู่กันในละแวกบ้านใกล้เคียง ซึ่งส่วนใหญ่ก็จะจะเป็นเครือญาติกัน มาเยี่ยมบ้าน ชวนคุย อยู่เป็นเพื่อน และช่วยให้คำปรึกษา หรือช่วยเหลือตอนที่เจ็บป่วย การเกาะเกี่ยวกันเป็น เครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน การช่วยเหลือกันในชุมชน ก็มีพื้นฐานมาจากทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน จากความเกี่ยวพันที่เชื่อมแน่นในสังคม ที่ส่วนหนึ่งมาจากความสัมพันธ์อันดีเครือญาติ การเป็นสังคมนวมกลุ่มคนในชุมชน ต้องมีการพึ่งพาอาศัยกัน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกันที่เป็นลักษณะของความสัมพันธ์ต่างตอบแทน (reciprocity) ซึ่งเป็นการพึ่งพาซึ่งกันและกันในชุมชนที่มีทั้งการให้และการรับในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้วยการที่มีความรู้จักมักคุ้นกันดี ประกอบกับความสัมพันธ์ทางด้านภาษา วัฒนธรรม ประเพณี การนับถือศาสนาที่ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธเหมือนกัน ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความเป็นพวกพ้อง เกิดความไว้วางใจเชื่อใจกัน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในชุมชน ภาคเหนือ จึงเป็นแบบสังคมที่มีการพึ่งพาอาศัยกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน บนพื้นฐานของความไว้วางใจเชื่อใจ กัน โดยความเป็นคนกลุ่มเดียวกัน ความไว้วางใจกัน ความรัก ความซื่อสัตย์ การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน คุณค่าซึ่งร้อยรัดผู้คนให้อยู่ร่วมกันในสังคม เป็นชุมชนให้พึ่งพาอาศัยกัน เป็นระบบความสัมพันธ์ เป็นทุนทางสังคมที่เป็นระบบคุณค่าทางสังคม (เสรี พงศพิศ, 2546) นอกจากนี้ อมรา พงศาพิชญ์ และเบญญา ยอดดำเนิน แอ๊ดติก (2543) ยังได้กล่าววาทุนทางสังคมเป็นสิ่งที่เชื่อมโยงกับความสัมพันธ์ในระบบอุปถัมภ์ที่มีค่านิยมในการตอบแทนบุญคุณ ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมทั้งการมีเครือข่ายการตอบแทนและใช้ประโยชน์ร่วมกัน ดังนั้นเครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้านจึงมีส่วนช่วยเสริมเครือข่ายครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลผู้สูงอายุวัยปลายให้มีความเป็นอยู่ที่ดี

สำหรับการเกื้อหนุนทางสังคม เพื่อนหรือเพื่อนบ้านก็เป็นแหล่งทรัพยากรหนึ่งที่ทำให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุวัยปลายในชุมชน โดยส่วนใหญ่จะเป็นการมาพูดคุยเยี่ยมเยียน ช่วยเหลืองานกิจกรรมต่างๆ แบ่งปันอาหาร และให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสารต่างๆ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาหลายงานทั้งในประเทศไทย (พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ , 2552; เล็ก สมบัติ, 2549; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552; Subgranon & Lund, 2000; Thanakwang & Soonthorndhada, 2011; Thanakwang, Ingersoll-Dayton, & Soonthorndhada, 2012) และในต่างประเทศ (Berkman et al., 2000; Fiori et al., 2006; Nocon & Pearson, 2000; Zunzunegui et al., 2004) ที่บ่งชี้ตรงกันว่าเพื่อนหรือเพื่อนบ้านก็เป็นแหล่งทรัพยากรสำคัญในการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ขาดเครือข่ายครอบครัว หรือเครือญาติ เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนิน

ชีวิตของผู้สูงอายุ สังคมอุตสาหกรรมและสังคมเมืองมีส่วนทำให้ระบบครอบครัวแบบดั้งเดิมต้องมีการเปลี่ยนแปลงไป จากการที่บุตรหลานต้องย้ายถิ่นเพื่อการทำงาน นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวและการสูญเสียคู่สมรส ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มต้องอยู่ตามลำพังมากขึ้น ส่งผลให้มีผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุลดลงเกือบทั่วประเทศ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, และระพีพรรณ คำหอม, 2541) ดังนั้นการเกื้อหนุนทางสังคมจากเพื่อนหรือเพื่อนบ้านจึงมีบทบาทเพิ่มขึ้นในการสนับสนุนผู้สูงอายุ อันเป็นการช่วยตอบสนองความต้องการและการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ผู้สูงอายุต้องการเพื่อนเมื่อมีความวิตกกังวลหรือโดดเดี่ยว เพื่อนเป็นทั้งผู้ให้และผู้สนับสนุนทางด้านอารมณ์และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ในสถานการณ์ที่วิกฤติ เพื่อนสนิทจะให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโครงสร้างทางสังคมและครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมพื้นฐานที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทย ดังนั้น การเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุไทยจึงมาจากทั้งครอบครัวและเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน (พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ, 2552; เล็ก สมบัติ, 2549; ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552; Subgranon & Lund, 2000; Thanakwang & Soonthornhdada, 2011; Thanakwang, Ingersoll-Dayton, & Soonthornhdada, 2012) แต่รูปแบบการช่วยเหลืออาจแตกต่างกันไป

นอกจากเครือข่ายครอบครัว เครือญาติ และเครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้านที่เป็นเครือข่ายทางสังคมที่โดดเด่นของผู้สูงอายุวัยปลายแล้ว ยังมีเครือข่ายทางสังคมอื่นๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุวัยปลาย ได้แก่ องค์กรอย่างไม่เป็นทางการในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีการไปมาหาสู่ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุวัยปลาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลายที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว พิกการหรือมีโรคเรื้อรัง ไปไหนมาไหนไม่ได้ นอกจากนี้ก็มีองค์กรของรัฐในท้องถิ่น เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และนักวิชาชีพต่างๆ เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และนักพัฒนาสังคม แต่อย่างไรก็ตามการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายเหล่านี้ ส่วนใหญ่มาตามนโยบายของรัฐหรือของท้องถิ่น นั้นๆ ที่มุ่งเน้นการดูแลด้านสวัสดิการสังคม เช่น เบี้ยยังชีพ และสังคมสงเคราะห์ และด้านสุขภาพ เช่น การเยี่ยมบ้าน (Home visit) หรือการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียง หรือมีภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง การมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมเหล่านี้ของผู้สูงอายุวัยปลายโดยทั่วไปจึงมีค่อนข้างน้อย และเป็นครั้งคราวเท่านั้น ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เล็ก สมบัติ (2549) ที่พบว่าเครือข่ายทางสังคม ภายนอกในการดูแลผู้สูงอายุนั้น โดยภาพรวมอยู่ในระดับที่ไม่ดี มีระดับการได้รับบริการและไม่ได้รับบริการในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน บริการจากเครือข่ายความช่วยเหลือจากภายนอกที่ครอบครัวและผู้สูงอายุได้รับมากที่สุด คือบริการด้านสุขภาพ ส่วนบริการที่ได้รับน้อยที่สุด คือ บริการด้านสังคม ได้แก่ การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ การเยี่ยมเยียนโดยอาสาสมัครและการสงเคราะห์ด้านต่างๆ ดังนั้นรูปแบบการดูแลจึงแตกต่างกันไปตามศักยภาพและจุดมุ่งเน้นของแต่ละพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ (2552) ที่ชี้ว่าทุกพื้นที่มีการจัดบริการสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคม แต่ความครอบคลุมของบริการและความเข้มข้นต่างกัน ตามบริบทของชุมชน ศักยภาพของท้องถิ่นและชุมชน มีการจัดบริการสุขภาพสำหรับ

ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิงค่อนข้างครอบคลุม แต่ยังคงมีปัญหาด้านคุณภาพบริการ ส่วนบริการด้านสังคมยังมีลักษณะแบบสังคมสงเคราะห์เป็นหลัก ขาดความเชื่อมโยงและต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น บริการที่เป็นรูปธรรมทั้งด้านสุขภาพและสังคมยังมีจำกัดมาก ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) กล่าวว่า การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้น มีองค์ประกอบสำคัญหลายประการ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน ชุมชน สถาบันทางวิชาชีพ และบริการสนับสนุนต่างๆ ซึ่งครอบครัวเป็นองค์ประกอบแรกที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมากที่สุด ส่วนปัจจัยที่อยู่ภายนอกครอบครัว ได้แก่ นักวิชาชีพ เพื่อนบ้าน ผู้นำในชุมชน รวมทั้งสถาบันที่เป็นทางการ ได้แก่ อำเภอ โรงพยาบาล อบต. และอื่นๆ ซึ่งมีความสำคัญในฐานะเป็นสถาบันที่ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการดูแล การสนับสนุนบริการ งบประมาณ และบุคลากร โดยสถาบันเหล่านี้มีบทบาทในระดับมหภาคมากกว่าบทบาทระดับจุลภาค หรือการให้บริการโดยตรง ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือจึงมีเครือข่ายเครือญาติเป็นหลัก มีเครือข่ายชุมชนเป็นเครือข่ายรอง โดยเฉพาะเครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ส่วนเครือข่ายองค์กรต่างๆ ในชุมชนทั้งที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ และองค์กรภาครัฐ เป็นเพียงเครือข่ายเสริมเป็นครั้งคราวเท่านั้น

4. ความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ

4.1 ความผาสุกในมิติด้านบวก: ความผาสุกทางใจ

ในด้านความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ พบว่าในมิติด้านบวก ผู้สูงอายุวัยปลายมีความผาสุกทางใจ (psychological well-being) อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาหลายงานในผู้สูงอายุไทยที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความผาสุกทางใจในระดับสูง (Ingersoll-Dayton et al., 2004; Thanakwang, Ingersoll-Dayton, & Soonthornhadha, 2012) จากการศึกษาของ Von Heideken Wagert et al. (2005) ในผู้สูงอายุวัยปลายประเทศสวีเดน พบว่ามีความผาสุกทางใจหรือขวัญและกำลังใจอยู่ในระดับสูงเช่นกัน การรายงานว่ามีความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุวัยปลายเป็นผลมาจากทั้งปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ การมีสุขภาพกายและใจดี การรู้จักปล่อยวาง บุตรหลานมีความสามัคคีปรองดอง มีความกตัญญู กตเวทิตะ และความยึดมั่นศรัทธาในศาสนา ปัจจัยการได้รับการเกื้อหนุนดูแลจากบุตรหลาน และปัจจัยทางด้านศาสนา ความสุขของผู้สูงอายุวัยปลายจึงเกี่ยวข้องตั้งแต่ปัจจัยภายในตนเอง การดูแลเกื้อหนุนจากบุตรหลาน และปัจจัยทางด้านศาสนา สอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุวัยปลาย คือ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายครอบครัวมีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุวัยปลายมากกว่าเครือข่ายเพื่อน ซึ่งอธิบายได้ว่า ในสังคมไทยผู้สูงอายุมักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับบุตรหลาน ในงานวิจัยนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่บ้านเดียวกับคู่สมรสและ /หรือ บุตรหลาน ส่วนเพื่อนหรือเพื่อนบ้านเป็นแหล่งประโยชน์ที่ใกล้ชิดรองลงมา ดังข้อมูลที่พบว่าผู้สูงอายุวัยปลายยังมีการพึ่งพาซึ่งกันและกันกับเพื่อนบ้าน เช่น การแบ่งปันอาหารและของใช้ ยานพาหนะการเดินทาง การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น ส่วนเพื่อนที่รู้จักในอดีต อาจไม่ค่อยได้พบกันเพราะอยู่ห่างไกลกัน การเดินทางไม่สะดวก หรือเมื่อมีอายุมากขึ้นทำให้บางรายมีปัญหาสุขภาพ ความแข็งแรง

ลดลง จึงไม่สามารถไปพบเพื่อนบ่อยๆ ได้ ดังนั้นจึงไม่แปลกใจที่เครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคม โดยครอบครัวจะส่งผลต่อความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุวัยปลายมากกว่าเครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคมโดยเพื่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายงานที่ผ่านมาที่ชี้ว่า เครือข่ายครอบครัวมีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจ (Thanakwang, Ingersoll-Dayton, & Soonthornhdhada, 2012) และความพึงพอใจในชีวิต (พรทิพย์ มาลาธรรม และคณะ, 2552) มากกว่าเครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน อย่างมีนัยสำคัญ

การเกื้อหนุนทางสังคม ได้แก่ การมีสัมพันธภาพอันดีกับครอบครัว เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน สัมพันธภาพกับคนที่ดูแลหรือญาติที่ดูแลนับว่ามีความสำคัญยิ่งต่อผู้ป่วยสูงอายุวัยปลาย ซึ่งการมีสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุไทย ส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุจะเข้ากับสมาชิกครอบครัวได้ดี เนื่องจากตามสภาพสังคมไทย ครอบครัว และบุตรหลาน มีบทบาทสำคัญที่ต้องเลี้ยงดูเมื่อพ่อแม่เข้าสู่วัยสูงอายุ และผู้สูงอายุส่วนใหญ่อีกหวังพึ่งพาบุตรหลานในบั้นปลายของชีวิตหรือเมื่อยามเจ็บป่วย ดังนั้นผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่จึงมีสมาชิกในครอบครัว คือ คู่สมรสหรือบุตรหลานเป็นผู้ดูแลและใกล้ชิด เป็นที่พึ่งในเวลาที่ยเจ็บป่วย เป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหา รวมทั้งเป็นผู้ช่วยเหลือด้านเงินทอง ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นเมื่ออยู่ท่ามกลางบุตรหลาน และมีความผาสุกทางใจในปฏิสัมพันธ์และการได้รับการช่วยเหลือเกื้อหนุนจากครอบครัว (จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ, 2544 ; Ingersoll-Dayton et al., 2001) จากลักษณะดังกล่าว จึงมีผลในการปรับตัวเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นการได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาหลายงานที่ชี้ว่าเครือข่ายการเกื้อหนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลาย (Berg et al., 2006; Thanakwang, Ingersoll-Dayton, & Soonthornhdhada, 2012) เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้สูงอายุวัยปลายประเทศอังกฤษของ Bowling และ Browne (1991) ที่พบว่า เครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการให้การเกื้อหนุนช่วยเหลือด้านข่าวของเครื่องใช้และกิจกรรมที่เป็นรูปธรรมต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ และส่งผลต่อความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงวัยปลาย

การเกื้อหนุนทางสังคมการเกื้อหนุนทางสังคมโดยเฉพาะการเกื้อหนุนทางด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมากกับความผาสุกของผู้สูงอายุ (Israel & Antonucci, 1987) การศึกษาในประเทศไทยพบว่าการเกื้อหนุนทางสังคมจากบุตรหลาน เช่น การดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย การเคารพยกย่อง แสดงความกตัญญู กตเวทีก การโทรศัพท์พูดคุย และการเยี่ยมเยียน ส่งผลต่อขวัญและกำลังใจและความผาสุกทางใจและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ (จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย และคณะ, 2544; Ingersoll-Dayton et al., 2001, 2004; Knodel & Saengteinchai, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพของการเกื้อหนุนและความสัมพันธ์ที่ดีมีอิทธิพลทางบวกต่อความรู้สึกถึงความพึงพอใจและความผาสุกของผู้สูงอายุ (Chen & Silverstein, 2000; Fiori, Antonucci, & Cortina, 2006; Takahashi, Tamura, & Tokoro, 1997) จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณของ Pinquart & Silva (2000) พบว่า คุณภาพของการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ มากกว่าปริมาณของการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม คุณภาพของความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมจึงมีอิทธิพลอย่างมากต่อความผาสุกของผู้สูงอายุ (Fiori, Smith, & Antonucci, 2007) อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์และการเกื้อหนุนในสังคม มีผลทั้งด้านบวกและด้านลบ (Antonucci,

Lansford, & Akiyma, 2001; Silverstein, Chen, & Heller, 1996) ยิ่งมีความสัมพันธ์ทางลบต่อกันสูงจะส่งผลต่อการลดลงของความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ (Krause, 2007) โดยความสัมพันธ์ทางลบของระบบการเกื้อหนุนทางสังคมอาจมีความแตกต่างตามบทบาททางเพศ ซึ่งพบว่าเพศหญิงมักจะประสบกับความรู้สึกถึงหรืออ่อนไหวกับการมีความสัมพันธ์ทางลบ โดยเฉพาะกับบุคคลใกล้ชิด มากกว่าเพศชาย (Antonucci, Lansford, & Akiyma, 2001; Chipperfield, 1996)

4.2 ความผาสุกในมิติด้านลบ: ความว้าเหว และภาวะซึมเศร้า

ในส่วนความผาสุกในมิติด้านลบพบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือมีความเหงาหรือว้าเหวค่อนข้างสูงมาก และบางส่วนประมาณ 1 ใน 4 มีภาวะซึมเศร้า ความเหงาและความเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลายถือว่าเป็นความทุกข์ที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ทุกขภาวะจากโรคเรื้อรัง ทุกข์จากขาดแคลนทรัพยากรเกื้อหนุน ทุกข์จากการเป็นห่วงลูกหลาน สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี และการขาดสังคม ไม่มีเพื่อนคุย ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่พบว่า ความเหงาหรือว้าเหว พบในผู้สูงอายุวัยปลายหญิง ผู้สูงอายุที่แก่มาก ผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขภาพไม่ดี และขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายครอบครัว หรือเครือข่ายเพื่อน ส่วนภาวะซึมเศร้า พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเป็นเพศหญิง ผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขภาพไม่ดี และขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายครอบครัว หรือเครือข่ายเพื่อน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ การศึกษาหลายงานที่ผ่านมาที่พบว่า ปัจจัยทางด้านข้อจำกัดหรือความเสื่อมด้านสุขภาพ และการขาดเครือข่าย และการเกื้อหนุนทางสังคม เป็นปัจจัยกำหนดสำคัญของความว้าเหวในผู้สูงอายุ (Cohen-Mansfield, Shmotkin, & Goldberg, 2009; Graneheim & Lundman, 2010; Victor et al., 2005) การศึกษาของ Long and Martin (2000) ชี้ว่า การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ จากบุตรหลาน มีผลช่วยลดความว้าเหวของผู้สูงอายุวัยปลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาระยะยาวของ Dykstra, van Tilburg, & de Jong Gierveld (2005) พบว่า ขนาดของเครือข่ายสังคมมีความสัมพันธ์กับความว้าเหวในผู้สูงอายุวัยปลาย และ จากการศึกษาของ Tiikkainen & Heikkinen (2005) พบว่าการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมและการได้รับการเกื้อหนุนทางสังคม โดยเฉพาะการเกื้อหนุนทางด้านอารมณ์จิตใจ สามารถช่วยลดความว้าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลายได้ และจากการศึกษาของ Chou and Chi (2005) ชี้ว่า การมีความลำบากด้านการเงิน สุขภาพไม่ดี ความเหงา และการเป็นโรคเรื้อรัง เป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลาย จากการศึกษาในระยะยาว (longitudinal study) ของ Lee and Dunkle (2010) พบว่าการเกื้อหนุนทางสังคมจากครอบครัว ได้แก่ การเกื้อหนุนดูแลทางด้านอารมณ์ การเกื้อหนุนด้านข่าวของเครื่องใช้และการทำกิจกรรมต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลายในประเทศเกาหลี โดยการเกื้อหนุนดูแลทางด้านอารมณ์ สามารถเป็นตัวที่ช่วยผ่อนเบา (moderator) ผลกระทบระหว่างความวิตกกังวลกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นปัจจัยกำหนดสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความเหงาและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลาย คือ ภาวะสุขภาพ การมีโรคเรื้อรังประจำตัว เครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคม

นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงปริมาณยังพบว่าผู้สูงอายุวัยปลายที่มีความเหงาหรือว่าเหว มีความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r=0.69$) กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายงานที่ชี้ว่า ความว่าเหวเป็นปัจจัยทำนายสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลาย (โสภณ แสงอ่อน และคณะ, 2550; Bark et al., 2006; Bergdahl et al., 2007; Chou & Chi, 2005; Tiikkainen & Heikkinen, 2005) ดังนั้นความเหงาหรือว่าเหวในผู้สูงอายุวัยปลายจึงเป็นประเด็นที่สำคัญที่นักวิชาการด้านผู้สูงอายุตระหนักและให้ความสำคัญเนื่องจากอุบัติการณ์ของความว่าเหวมักจะพบมากในผู้สูงอายุที่แก่มาก (Bark et al., 2006; Chou & Chi, 2005; Dykstra et al., 2005; Victor et al., 2005) และเป็นประเด็นที่ทำนายสำหรับภาครัฐหรือผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องหามาตรการ หรือจัดการกระทำ (intervention) กับปัจจัยกำหนดต่างๆ ในการลดปัญหาความ ว่าเหว ในผู้สูงอายุวัยปลาย ทั้งนี้ ผู้สูงอายุในชุมชนที่ถูกทอดทิ้งให้ว่าเหว เหงา ซึมเศร้า อาจส่งผลให้คิดมากจนถึงขั้นอยากฆ่าตัวตายได้ (ศรีเมือง พลังฤทธิ์, 2540) การปล่อยให้ผู้สูงอายุวัยปลายประสบกับการมีความ ว่าเหว เรื้อรัง จะมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตได้ โดยเฉพาะถ้าผู้สูงอายุวัยปลายประสบกับทั้งความ ว่าเหว และภาวะซึมเศร้า จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตถึง 2 เท่า (Stek et al., 2005)

กลไกทางสังคมวัฒนธรรมของภาคเหนือที่มีผลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลาย

จากข้อค้นพบในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยสรุปแล้วกลไกความสัมพันธ์ของเครือข่ายการเกื้อหนุนทางสังคมที่มีผลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือของประเทศไทยนั้น เริ่มจากเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลาย ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ระบบสำคัญ คือ 1) ระบบเครือข่ายครอบครัวและเครือญาติ และ 2) ระบบเครือข่ายชุมชนหรือเครือข่ายไม่ใช่ญาติ ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยเครือข่าย ครอบครัวและเครือญาติที่สำคัญคือ ครอบครัวบุตรหลาน และญาติพี่น้อง ทั้งที่สืบสายเลือดโดยตรง และการเกี่ยวดองจากการแต่งงาน ระบบสังคมเครือญาติจึงเป็นเครือข่ายที่มีขนาดใหญ่ และเป็นแกนหลักสำคัญของเครือข่ายการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุวัยปลายในสังคมวัฒนธรรมของภาคเหนือ ความผูกพันฉันท์เครือญาติ ถือว่าเป็นลักษณะที่โดดเด่นและเป็นเอกลักษณ์ของคนภาคเหนือ โดยมีผู้สูงอายุที่เป็นบุพการี หรือญาติผู้ใหญ่เป็นศูนย์กลางหรือศูนย์รวมของการรวมกลุ่ม โดยการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุวัยปลายจะอาศัยอยู่กับบุตรคนใดคนหนึ่ง หรือมีบุตรตั้งบ้านเรือนอยู่ใกล้ๆ อยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนเดียวกัน นอกจากนี้ญาติพี่น้องส่วนใหญ่ก็ตั้งบ้านเรือนอยู่ใกล้ๆ ในบริเวณหรือหมู่บ้านเดียวกัน ซึ่งจะไปมาหาสู่กันอยู่เสมอ การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมาจากครอบครัว บุตรหลานหรือญาติพี่น้องเป็นหลัก ด้วยพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์ในระบบเครือญาติ ที่เป็นทุนทางสังคมอย่างหนึ่งที่ร้อยรัดให้กลุ่มบุคคลมีความผูกพันช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความผูกพันมันเหนียวเป็นปึกแผ่น ไว้น้ำใจเชื่อใจ และพึ่งพาอาศัยกันได้ จากกลไกของวัฒนธรรมต่างตอบแทน (Reciprocity) และความเชื่อในจารีตประเพณีที่เชื่อมโยงกับหลักธรรมคำสอนของพุทธศาสนา ในการให้หรือตอบแทนแก่ผู้มีบุญคุณ ให้ความเคารพนับถือ และมีความกตัญญูต่อบุคคล

นอกจากเครือข่ายครอบครัวและเครือญาติแล้ว ยังมีเครือข่ายชุมชนหรือเครือข่ายที่ไม่ใช่ญาติทางสายโลหิตหรือมีการเกี่ยวดองจากการแต่งงาน อันประกอบด้วย เครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน องค์กรในชุมชน และองค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ถึงแม้ผู้สูงอายุวัยปลายจะไม่ค่อยมีเพื่อนเนื่องจาก

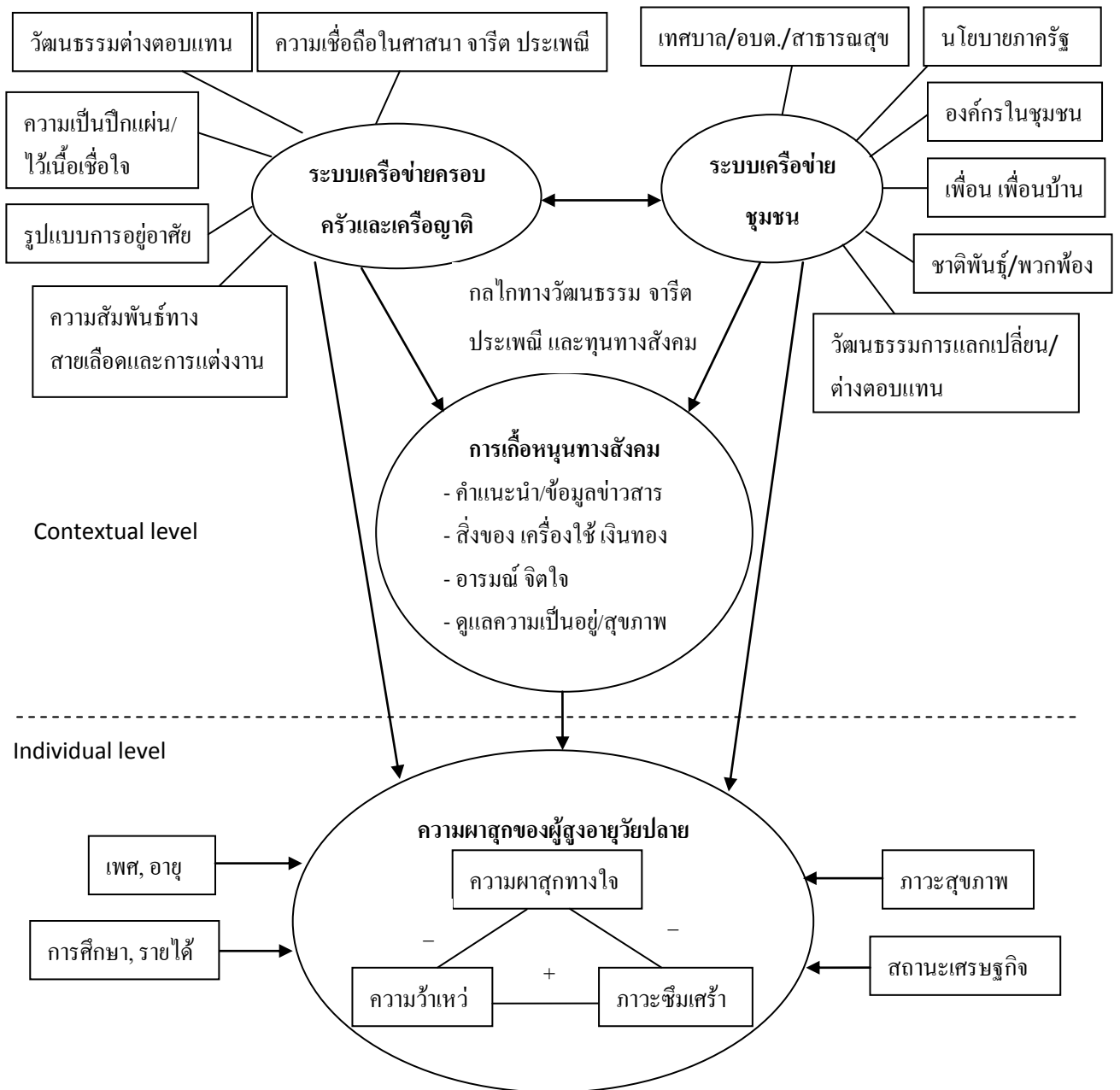
เพื่อนวัยเดียวกันได้เสียชีวิตไปเป็นส่วนมากแล้ว แต่จะมีเพื่อนเป็นผู้สูงอายุที่อ่อนวัยกว่า เพื่อนบ้าน และคนในชุมชนเท่านั้นที่ยังคงมีความสัมพันธ์กันอยู่ ขนาดเครือข่ายทางสังคมของเพื่อนหรือเพื่อนบ้านจึงมีขนาดเล็กกว่าเครือข่ายครอบครัวและเครือญาติ โดยความสัมพันธ์กับเครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน พบว่ามีความสัมพันธ์กันแบบหลวมๆ แต่ยังพบเห็นความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เครือข่ายองค์กรในชุมชน ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และองค์กรทางศาสนา ส่วนใหญ่มีบทบาทในการดูแลทางด้านสุขภาพ และการทำกิจกรรมทางสังคม และกิจกรรมทางศาสนา ส่วนเครือข่ายองค์กรภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรการบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล และสถานบริการทางด้านสาธารณสุข มีบทบาทในการดูแลทางด้านสวัสดิการสังคม และด้านสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายองค์กรภาครัฐเหล่านี้ของผู้สูงอายุวัยปลาย โดยทั่วไปมีค่อนข้างน้อยและเป็นครั้งคราวเท่านั้น

การเกื้อหนุนทางสังคม ผู้สูงอายุวัยปลายได้รับการเกื้อหนุนทางสังคมจากทั้งครอบครัวและญาติพี่น้อง และจากเพื่อน เพื่อนบ้าน นักวิชาชีพ และองค์กรต่างๆ โดยครอบครัวและญาติพี่น้องเป็นแหล่งเกื้อหนุนทางสังคมหลัก ซึ่งรูปแบบการเกื้อหนุนมีทั้ง การช่วยเหลือดูแลความเป็นอยู่ในการดำรงชีวิตประจำวัน การเกื้อหนุนทางด้านเงินทอง การเกื้อหนุนทางด้านสิ่งของเครื่องใช้ในชีวิตประจำวัน การให้ความรัก ความห่วงใย และการช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะพึงพอใจกับการได้รับการเกื้อหนุนดูแลจากครอบครัวและญาติพี่น้อง และยอมรับในปริมาณการเกื้อหนุนที่ได้รับโดยไม่เรียกร้องหรือร้องขออะไร ส่วนการเกื้อหนุนทางสังคมที่ได้รับจากเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน พบว่าส่วนใหญ่จะเป็นการให้คำแนะนำในกลุ่มที่อยู่บ้านใกล้เรือนเคียง มีการช่วยเหลือให้หวานกันได้ แบ่งปันอาหาร ช่วยเหลือเวลาว่างมาเยี่ยมไข้เมื่อยามเจ็บป่วย ส่วนการเกื้อหนุนโดยหน่วยงานภาครัฐ พบว่า ส่วนใหญ่มาตามนโยบายของรัฐหรือของท้องถิ่นนั้นๆ ที่มุ่งเน้นการดูแลด้านสวัสดิการสังคม เช่น เบี้ยยังชีพ และสังคมสงเคราะห์ และด้านบริการสุขภาพเป็นหลัก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการดูแลในผู้สูงอายุวัยปลายกลุ่มติดเตียง แต่ผู้สูงอายุวัยปลายกลุ่มติดบ้าน มักจะถูกกละเลยในการดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

เครือข่ายทางสังคมและการเกื้อหนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลาย ทั้งมิติด้านบวก ได้แก่ ความผาสุกทางใจ และมิติด้านลบ คือ ความว้าเหว และภาวะซึมเศร้า โดยความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุวัยปลายอยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุวัยปลายมีความสุข มี 3 ปัจจัยใหญ่ๆ คือ ปัจจัยภายในตนเอง ได้แก่ การมีสุขภาพดี และการมองโลกในแง่บวก ปัจจัยการได้รับการเกื้อหนุนดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน และปัจจัยทางด้านศาสนา ส่วนความทุกข์ของผู้สูงอายุวัยปลายเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ ทุกข์จากระจากโรคเรื้อรัง ทุกข์จากขาดแคลนทรัพยากรเกื้อหนุน วิตกกังวล ห่วงลูกหลาน และความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี และทุกข์จากขาดสังคม ไม่มีเพื่อนคุย ผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่จึงมีความว้าเหว โดยความว้าเหวส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาด้านสุขภาพ การขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณ 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุวัยปลายมีภาวะซึมเศร้า โดยพบว่า ผู้สูงอายุวัยปลายเพศหญิง มีความว้าเหว และภาวะซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย อายุยิ่งมากขึ้นก็จะเหงามากขึ้น การศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหงา และภาวะซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ ในด้านสุขภาพพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความว้าเหว

และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลาย แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ นอกจากนี้ การมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ เครือข่ายเพื่อน กับเครือข่ายครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหงา และภาวะซึมเศร้า และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุวัยปลาย

รูปแบบกลไกความสัมพันธ์ของเครือข่ายและการเกี่ยวพันทางสังคมกับความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ สามารถสรุปได้ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 รูปแบบกลไกความสัมพันธ์ของเครือข่ายและการเกี่ยวพันทางสังคมกับความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ

ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ชี้ชัดว่าความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายขึ้นกับเครือข่าย และการเกื้อหนุนทางสังคมของ 2 ระบบเครือข่ายหลักๆ คือ เครือข่ายครอบครัวและเครือข่าย และ เครือข่ายชุมชน โดยมี กลไกทางวัฒนธรรม จารีต ประเพณี และทุนทางสังคม ในบริบทของภาคเหนือ ในการช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ความสัมพันธ์แบบเครือข่าย เป็นความสัมพันธ์ที่มีอยู่ในชุมชนของ ภาคเหนือมาเป็นเวลานาน ซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์ 2 รูปแบบคือ ความสัมพันธ์ที่เกิดจากสายเลือด และความสัมพันธ์ที่เกิดจากการแต่งงานหรือที่เรียกว่าเป็นญาติโดยการ “เกี่ยวดอง” โดยความเป็น เครือญาติจะต้องช่วยเหลือเกื้อกูลกัน แบ่งปันทั้งน้ำใจและสิ่งของให้แก่กัน ประารถนดีต่อกัน ทุกข์สุข ร่วมกัน การช่วยเหลือในหมู่เครือญาติ ทำให้ผู้สูงอายุวัยปลายเกิดความรู้สึกรอบอบและปลอดภัย ผู้ที่เป็นเครือญาติจะไปมาหาสู่ พบปะเยี่ยมเยียนกัน และมีความห่วงใยเอื้ออาทรต่อกัน เวลาประสบ ปัญหาที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์แบบเครือข่ายจะเห็นได้ชัดเจนจากการเข้าร่วม กิจกรรมสำคัญในชีวิตของคน เช่น การเกิด การแต่งงาน และการตาย รวมทั้งประเพณีวัฒนธรรมของ ชุมชนที่ปฏิบัติสืบทอดกันมา เช่น การรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ เพื่อแสดงความเคารพนับถือ และขอพรให้มี ความสุขความเจริญก้าวหน้าในปีใหม่ ในประเพณีสงกรานต์

ส่วนความสัมพันธ์แบบไม่เป็นเครือญาติในเครือข่ายชุมชน เป็นความสัมพันธ์ระหว่างคน ในชุมชน โดยทั่วไปสะท้อนให้เห็นความคิดของคนในการอยู่ร่วมกันเป็นสังคมที่ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกัน และกัน ช่วยกันแก้ปัญหา และเผชิญปัญหาาร่วมกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุวัยปลายกับเครือข่ายทางสังคม โดยเฉพาะเครือข่ายเครือ ญาติ กับเครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้านในชุมชน ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากการ ติดต่อกับชุมชนภายนอก การไหลบ่าของวัฒนธรรมแบบทุนนิยม การพัฒนาของรัฐทางด้านเศรษฐกิจ และเทคโนโลยี และการเจริญเติบโตสู่ความเป็นเมือง ส่งผลให้วิถีชีวิตของคนในชุมชนต้อง เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากการรับความรู้และเทคโนโลยีใหม่เข้ามาใช้ในชีวิตประจำวันมากขึ้น โดยเฉพาะวิถีการผลิต แต่จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า การปรับเปลี่ยน วัฒนธรรมตามวิถีการผลิตนั้น เกิดขึ้นจริง แต่วัฒนธรรมทุนนิยมที่เข้าไปถึงหมู่บ้านหรือชุมชน รวมทั้งอำนาจรัฐต่างๆ ไม่สามารถ ทำลายวัฒนธรรมของชาวบ้านได้ แม้ว่าวิถีการผลิตจะถูกปรับเปลี่ยนให้เข้ากับกระแสวัฒนธรรมทุน นิยม การผลิตเพื่อขาย ทำให้การพึ่งพาแรงงานของญาติ และเพื่อนบ้านลดน้อยลง แต่ความสัมพันธ์ ระหว่างเครือญาติและเพื่อนบ้านในชุมชนยังคงดำรงอยู่ค่อนข้างเหนียวแน่น ที่เป็นเช่นนี้เพราะว่ามี ปัจจัยและเงื่อนไขบางอย่างในชุมชนภาคเหนือที่เอื้ออำนวย ดังนี้คือ

ประการแรก ความป็นชาติพันธุ์เดียวกัน จากการสืบทอดมาจากบรรพบุรุษเดียวกัน ซึ่ง หมายถึงบรรพบุรุษทางสายเลือด และบรรพบุรุษทางวัฒนธรรม ผู้ที่อยู่ในกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกันจะมี ความรู้สึกผูกพันทางสายเลือดและทางวัฒนธรรมพร้อมๆกันไป และความรู้สึกผูกพันนี้จะช่วย เสริมสร้างเอกลักษณ์ของกลุ่ม ชาติพันธุ์ และในขณะเดียวกันสามารถเร้าอารมณ์ความรู้สึกให้เกิด ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อยู่ในกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกัน พูดภาษาเดียวกัน และนับถือศาสนาเดียวกัน ซึ่งส่วนใหญ่จะพบในชุมชนชนบท หรือกึ่งชนบท

ประการที่สองคือ การดำรงอยู่ของวัฒนธรรม ประเพณี และความเข้มแข็งของ ครอบครัวและเครือญาติ สถาบันศาสนา ส่งผลให้การถ่ายทอดและผลิตซ้ำความเชื่อและคุณค่า เกี่ยวกับความเป็นพวกพ้องเดียวกัน ความเชื่อเรื่องผีบรรพบุรุษ คุณค่าเกี่ยวกับการพึ่งพาอาศัยมี

ประสิทธิภาพ ซึ่งการถ่ายทอดและผลิตซ้ำนี้จะเป็นกลไกให้เกิดการดำรงอยู่ของสิ่งต่างๆ ความสัมพันธ์แบบเป็นเครือข่าย เป็นความสัมพันธ์ทางสังคมที่เชื่อมโยง และรวมกลุ่มกันตามสายสัมพันธ์ญาติพี่น้อง ความเป็นเครือญาติกันของคนในชุมชนทำให้ความปกครองกันและกันเป็นไปได้โดยง่าย ด้วยการให้ความเคารพนับถือญาติผู้ใหญ่ ความผูกพันในการปฏิบัติต่อกันในทางดีงาม การสั่งสอน ช่วยเหลือเกื้อกูลในกิจกรรมต่างๆ คนในชุมชนล้วนแต่เป็นญาติและเสมือนญาติกัน บรรพบุรุษของคนในชุมชนเป็นตระกูลเดียวกัน ถือว่าเป็นสายเลือดเดียวกัน และมีการเชื่อมโยงเกี่ยวพันในลักษณะของการแต่งงานกับคนในชุมชนและหมู่บ้านใกล้เคียง ทำให้ความเป็นเครือญาติในแต่ละตระกูลมีความเกี่ยวพันกันสูง ความเป็นสังคมเครือญาติ ทำให้สมาชิกแต่ละคนในหมู่บ้านหรือชุมชนสนใจและห่วงใยในความเป็นไปในชีวิตของคนอื่น จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้สมาชิกในชุมชนอยู่ร่วมกันโดยการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การช่วยเหลือกันในกิจกรรมต่างๆ ทั้งส่วนตัวและส่วนรวม โดยเฉพาะการเข้าร่วมในประเพณี พิธีกรรม งานบุญต่างๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน เพราะเชื่อว่าการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ นั้น จะได้รับบุญกุศล ตลอดจนได้แสดงออกถึงความมีน้ำใจ ในฐานะเป็นเครือญาติและเป็นสมาชิกในชุมชน สิ่งเหล่านี้เป็นวัฒนธรรมชุมชนถือว่าเป็นสิ่งดีงามอันก่อให้เกิดการปฏิบัติต่อกันในทางที่ดี มีความสำคัญต่อวิถีชีวิตการดำรงอยู่ของคนในชุมชน

ระบบคิด ในด้านความเชื่อ และคุณค่าต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นความเชื่อเรื่องผีบรรพบุรุษ ที่ก่อให้เกิดความเป็นพวกพ้อง ความมั่นคงในหมู่เครือญาติ คุณค่าของการพึ่งพาอาศัย ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา คุณค่าเรื่องความกตัญญูรู้คุณ ที่เป็นปัจจัยสำคัญให้ชุมชนสามารถปรับตัว และรับมือกับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ แก้ปัญหาได้ ไม่ล่มสลายไปกับกระแสวัฒนธรรมภายนอกที่เข้ามากระทบ แบบแผนพฤติกรรมที่เป็นทั้งวิถีประเพณีและจารีตที่ปฏิบัติกันในหมู่บ้านนั้น ประเพณีการตอบแทนเลี้ยงดูผู้สูงอายุได้ปฏิบัติกันมานานจนเป็นลักษณะครอบครัวอุปถัมภ์ ในสังคมภาคเหนือนั้นได้กำหนดบรรทัดฐานให้สมาชิกในสังคมต้องปฏิบัติต่อผู้สูงอายุในฐานะผู้อาวุโสในหมู่บ้าน ต้องมีความเคารพนับถือ มีความกตัญญูรู้คุณ ผู้สูงอายุวัยปลายจึงยังคงได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดี แม้ว่าจะสูญเสียบทบาทความเป็นผู้นำครอบครัว แต่ส่วนมากยังคงได้รับความเคารพนับถือเช่นเดิม โดยถือเป็นหน้าที่ที่ต้องตอบแทนบุญคุณ แม้จะไม่มีบทบาทสำคัญทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวแล้วก็ตาม สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลาน หรือมีบุตรหลานแต่บุตรหลานไม่ได้อยู่ด้วย จะได้รับการดูแลจากญาติพี่น้องที่อยู่ในชุมชน หรือสมาชิกในชุมชนที่เป็นเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน หรือองค์กรต่างๆ ในชุมชน

ทั้งนี้ทุนทางสังคมในชุมชน ของภาคเหนือนั้นเป็นการ แสดงถึงระบบคิดด้านความเชื่อ และประเพณีปฏิบัติที่ช่วยกำหนดระบบความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติของคนในชุมชนอันประกอบด้วย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือเกื้อกูล การให้โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน ความสามัคคีและการมีส่วนร่วม และเครือข่ายทางสังคมในชุมชน มีความสำคัญต่อการรวมกลุ่ม ความเป็นพวกพ้อง อันส่งผลต่อการทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกัน และ การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เนื่องจากชุมชนโดยเฉพาะในเขตชนบทของประเทศไทย มีวัฒนธรรม ประเพณีที่สะท้อนถึงโครงสร้างทางความคิด และแนวทางการมีปฏิสัมพันธ์อันดีของคนในชุมชน ดังนั้นทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน ของภาคเหนือ จึงเป็นส่วนสำคัญที่เป็นพื้นฐานต่อการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม เป็นเครือข่ายของคนในชุมชน ทั้งเครือข่ายครอบครัวเครือญาติ และเครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ซึ่ง เป็นประเด็นที่ที่น่าสนใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่ควรตระหนัก

และพิจารณาถึงการใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชน มาเป็นพื้นฐานและต่อยอดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุวัยปลายในชุมชน

ดังนั้นเอกลักษณ์โดดเด่น ของระบบเครือข่ายการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ คือ เรื่องความเป็นครอบครัวที่เข้มแข็งมีระบบเครือญาติ และสายใยผูกพันมาช้านาน อาจกล่าวได้ว่า “เครือข่ายเครือญาติ” เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญในการ เป็นระบบเครือข่ายการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ เป็นสายใยความผูกพันที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ ที่ร้อยรัดด้วยกลไกทางวัฒนธรรม ความเชื่อใน จารีต ประเพณี และ หลักธรรมคำสอนในพระพุทธศาสนา และค่านิยมเรื่องความกตัญญูต่อบุคคลที่มีบุญคุณ ซึ่งมีผลทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากคนในครอบครัวและเครือญาติเป็นหลัก โดยมีเครือข่ายเพื่อนหรือเพื่อนบ้าน หรือเครือข่ายชุมชน ที่เป็นเครือข่ายรองใน ระบบเครือข่ายการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายในชุมชน ซึ่งร้อยรัดด้วยกลไกทางวัฒนธรรมในเรื่องความเป็นพวกพ้อง ความไว้น้ำใจเชื่อใจ และการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ต่างตอบแทน และแบ่งปัน ซึ่งเป็น พัฒนาการมาจากพื้นฐานของทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (Exchange theory) ทั้งในระดับครอบครัวเครือญาติ และระดับชุมชน ที่ บุคคลไม่เพียงแต่ทำตามบทบาทหน้าที่ที่คาดหวังในสังคม หรือตามบรรทัดฐานที่ได้รับการถ่ายทอดมาเท่านั้น แต่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลยังขึ้นอยู่กับพื้นฐานของการรับรู้และการตัดสินใจในการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ทั้งในด้านวัตถุ การช่วยเหลือกิจกรรม และทางด้านจิตใจ

จากข้อค้นพบครั้งนี้ที่พบว่า เครือข่ายเครือญาติของผู้สูงอายุ เป็นลักษณะเด่นที่พบในระบบเครือข่ายการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ ซึ่ง สามารถนำไปปรับใช้ในภูมิภาคอื่นของประเทศไทยได้ทั้งประเทศ ด้วยเหตุที่ สังคมไทยที่มีเอกลักษณ์โดดเด่นในเรื่องความเป็นครอบครัวที่เข้มแข็งมีระบบเครือญาติ และสายใยผูกพันมาช้านานโดยสังคมไทยให้ความสำคัญกับครอบครัวในฐานะที่เป็นสถาบันหลักในการทำหน้าที่ดูแลคุ้มครองและตอบสนองความต้องการของบุคคล ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ สถาบันครอบครัวจึงเป็นเสมือนทุนทางสังคมที่มีศักยภาพในการ ดูแลช่วยเหลือ ส่งเสริม ป้องกัน แก้ไขปัญหา ให้ผู้สูงอายุมีความอยู่ดีมีสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การส่งเสริมสนับสนุน และเสริมสร้างเครือข่ายครอบครัวและเครือญาติผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็ง มีความผูกพันแน่นเหนียวและเป็นปึกแผ่น โดยการส่งเสริมกลไกทางสังคมวัฒนธรรมและทุนทางสังคมที่มีอยู่ในสังคมวัฒนธรรมนั้นๆ จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมุ่งเน้น

อย่างไรก็ตามแม้ ปัจจุบันครอบครัวและผู้สูงอายุต้องเผชิญกับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงของสังคมที่รวดเร็ว และรุนแรงตามกระแสโลก จึงทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัว ทั้งเชิงโครงสร้างบทบาท และหน้าที่ แต่ขณะเดียวกันครอบครัวยังคงรักษาประเพณีวัฒนธรรมในการดูแลซึ่งกันและกัน รวมทั้งคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัว ให้เป็นเครื่องมือในการดูแลผู้สูงอายุ วัยปลายให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม ทั้งนี้การดูแลผู้สูงอายุเป็นลักษณะพื้นฐานที่สำคัญของแต่ละสังคม เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบ ค่านิยม วัฒนธรรม และประเพณีปฏิบัติที่มีต่อกัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีสภาวะทางร่างกายที่อ่อนแอกว่าให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ซึ่งผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลนี้ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกใน เครือข่ายครอบครัวและเครือญาติ โดยอาจมีเครือข่ายชุมชนเป็นเครือข่ายรองในการ ดูแลให้การสนับสนุน เช่น เพื่อนบ้าน เครือญาติ กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน

และที่มิวิชาชีพอื่นๆ ซึ่งการดูแลในครอบครัวต้องอาศัยบริการหลากหลายประเภท ทั้งจากชุมชนและสถาบันเข้ามาสนับสนุนให้การดูแลนั้นมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น แต่การดูแลจะบรรลุผลเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วิธีการและกลวิธีการดูแลที่แต่ละครอบครัวและชุมชนมีความแตกต่างกัน ทั้งเชิงปัจจัยส่วนบุคคล เชิงค่านิยมเชิงการจัดการ และเชิงความแตกต่างของ บริบทและสังคมวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ ซึ่งประเด็นเหล่านี้ภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็ควรตระหนักด้วย

ประเด็นที่น่าสนใจอีกประเด็นหนึ่งคือ ถึงแม้เครือข่ายครอบครัวและเครือข่ายจะเป็นเครือข่ายการเกื้อหนุนทางสังคมหลักของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ และเป็นระบบเครือข่ายที่เข้มแข็ง ที่ส่งผลกระทบทางบวกต่อความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลาย ในกลไกทางสังคมวัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา จารีตประเพณี และค่านิยมของความกตัญญูกตเวที ซึ่งกลไกทางสังคมวัฒนธรรมเหล่านี้ควรที่จะส่งเสริมและอนุรักษ์ให้คงอยู่ต่อไปในการเป็นระบบคุ้มครองทางสังคมแก่ผู้สูงอายุวัยปลาย แต่อย่างไรก็ตามกลไกทางสังคมวัฒนธรรมเหล่านี้ก็มีผลกระทบทางลบต่อความผาสุกของผู้สูงอายุเช่นกัน นั่นคือความเชื่อหรือมุมมองของครอบครัวต่อผู้สูงอายุวัยปลายซึ่งเป็นวัยที่แก่กว่า เป็นวัยที่สมควรพักผ่อน ไม่ต้องทำอะไร และให้อยู่ที่บ้าน อยากรได้สิ่งไหนก็ให้บอกลูกหลาน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายที่เปราะบางด้านสุขภาพ ดังที่กล่าวมาแล้วในส่วนการอภิปรายผล มุมมองและความเชื่อของครอบครัวเหล่านี้ก่อให้เกิดวาทคติต่อผู้สูงอายุวัยปลายทั้งที่ตั้งใจและไม่ตั้งใจ ดังที่สุชาติ ทวีสิทธิ์ (2553) กล่าวว่า สังคมไทยมีค่านิยมว่าลูกสาวหรือลูกชายผู้ใหญ่ที่ดีที่กตัญญู ต้องช่วยเหลือดูแลพ่อแม่ยามที่พ่อแม่แก่เฒ่า ลูกชายผู้ใหญ่ที่ดีเหล่านี้เมื่อคิดว่าพ่อแม่ของตัวเองแก่แล้ว ก็มักคิดว่าพ่อแม่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ต้องพึ่งพาอาศัยลูกๆ ค่านิยมความเชื่อเรื่องความกตัญญู และการตอบแทนบุญคุณโดยไม่ให้ทำอะไรหรือไปไหนมาไหน จะทำให้ผู้สูงอายุวัยปลายจะถูกแยกจากสังคม ลดทอนคุณค่าลง และไร้พลังอำนาจ ซึ่งจากข้อค้นพบในการศึกษานี้พบว่าผู้สูงอายุวัยปลายบางส่วนขาดการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีชีวิตอยู่ไปวันๆเท่านั้น และส่วนใหญ่ตกอยู่ในสภาวะที่มีความเหงาหรือว่าเหว โดย สุชาติ ทวีสิทธิ์ (2553: 7) ให้ข้อเสนอแนะว่า การที่เราปลูกฝังให้คนรุ่นหลังมีความคิดว่าพวกเขาต้องดูแล พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย อาจนำมาสู่การมองข้ามศักยภาพและความรู้เท่าทันชีวิตที่ผู้สูงอายุมียู่ในตัวเอง เพราะผู้สูงอายุจำนวนมากมีภูมิปัญญาและมีความสามารถที่จะช่วยเหลือคนรุ่นลูกหลานเหลน ดูแลชุมชน ให้คำแนะนำ และหยิบยื่นมิตรภาพแก่คนวัยอื่นได้ด้วย ดังนั้นเราจะต้องตีความประเด็นเรื่องการเห็น “คุณค่า” ของผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมกว้างขวางกว่าการเห็นเพียงแค่มิติของการให้ความนับถือยกย่อง หรือการดูแลเอาใจใส่ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ การตีความควรไปไกลให้ครอบคลุมถึงมิติของการเห็นศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุที่เท่าเทียมกับคนวัยอื่น

นอกจากนี้ ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ (2555) เสนอแนะว่านอกจากภาครัฐต้องมี มาตรการเข้มขันในการทำนุบำรุงวัฒนธรรมประเพณีอันดีงามที่มีผู้สูงอายุเกี่ยวข้องด้วยให้เข้มแข็งยั่งยืนต่อไปแล้ว ควรต้องมีการรักษาค่านิยมของสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุในทางบวก ผ่านโครงการ “พหุมิติศึกษา” (ageing education) กับประชาชนทุกช่วงวัยตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยสูงอายุเพื่อ สร้างสังคมไทยในอนาคตให้เป็นสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับ เป็นสังคมที่มีอคติต่อผู้สูงอายุน้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้ ให้ข้อเสนอแนะในส่วนของระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติ และการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะในระดับนโยบาย

1. รัฐต้องมีการเตรียมการรองรับสังคมสูงวัย ในประเด็นที่สังคมไทยที่สัดส่วนของผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ถึงแม้รัฐได้มีการกำหนดให้ยุทธศาสตร์ “การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมสูงอายุ ” เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลักของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 อีกทั้งยังได้จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ขึ้นเพื่อกำหนดทิศทางของนโยบายและการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในระยะยาว ไว้แล้ว แต่การเตรียมการรองรับสังคมสูงวัย (Ageing society) ที่มีประชากรสูงอายุแก่มาากๆ ควรได้รับการและมุ่งเน้นและให้ความสำคัญจากผู้กำหนดนโยบาย และกำหนดนโยบายที่ชัดเจนทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม และความมั่นคงในชีวิต ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุวัยปลายมีสุขภาพดี และมีความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ไม่เปราะบาง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. รมรณรงค์ส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ รวมทั้งองค์กรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุ และองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล เกิดความตระหนัก ให้ความร่วมมือในการดำเนินการ เตรียมแผนงาน กิจกรรมการดำเนินการที่ตอบสนองกับลักษณะของสังคมที่จะมีผู้สูงอายุวัยปลายเพิ่มขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคต ทั้งนี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่สังคมไทยในทุกระดับต้องตื่นตัว ทราบถึงสถานการณ์ของผู้สูงอายุวัยปลาย เพื่อให้เกิดการตื่นตัว หรือจัดกิจกรรมต่างๆ ทั้งการช่วยเหลือในปัจจุบัน และการป้องกัน การเกิดปัญหาในอนาคต

3. กำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุวัยปลาย ที่ครอบคลุมทั้ง สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณ โดยเฉพาะจากการศึกษาครั้งนี้ชี้ว่าผู้สูงอายุวัยปลายส่วนใหญ่ประสบปัญหาสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยมุ่งเน้น ในผู้สูงอายุวัยปลายที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีข้อจำกัดทางด้านการทำงาน กิจกรรม หรือพิการ และผู้สูงอายุวัยปลายที่ประสบกับความว้าเหว่ หรือมีภาวะซึมเศร้า

4. กำหนดนโยบายส่งเสริมสายใยรักและผูกพันในครอบครัวและเครือข่ายเครือญาติ กำหนดมาตรการเกี่ยวกับการส่งเสริม การสร้างเครือข่ายและการเกื้อหนุนทางสังคมของครอบครัว ความเข้มแข็งของครอบครัว ความผูกพันมันเหนียวของบุตรหลานกับผู้สูงอายุวัยปลาย (Intergenerational solidability) และความเป็นปึกแผ่นของครอบครัว โดยส่งเสริมและสนับสนุนความเข้มแข็งของทุนทางสังคม ที่มีในบริบทของสังคมภาคเหนือ ส่งเสริมประเพณีวัฒนธรรมในการเกื้อกูลกันในชุมชน เพื่อส่งเสริมความผาสุกในผู้สูงอายุวัยปลาย จากการมีเครือข่ายครอบครัวหรือเครือญาติที่เข้มแข็ง มีการเยี่ยมเยียนติดต่อ และการเกื้อหนุนดูแลของบุตรหลาน มาตรการดังกล่าว เช่น ส่งเสริมค่านิยมความกตัญญูกตเวทิต์ วัฒนธรรมประเพณีที่เคารพยกย่องผู้สูงอายุให้เข้มแข็งยั่งยืนต่อไป ส่งเสริมให้สื่อต่างๆ ยกย่องเผยแพร่ความดีของบุตรหลานที่ใส่ใจดูแลผู้สูงอายุ การลดค่าโดยสารกึ่งหนึ่งสำหรับบุตรหลานสายตรงที่กลับมาเยี่ยมบ้านหรือเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุวัยปลายที่เป็นบุพการี เป็นต้น

5. รัฐจะต้องกำหนด มาตรการและวิธีต่างๆ โดยเฉพาะการสื่อสารประชาสัมพันธ์ กับ ประชาชนที่จะขจัด “วัยาคติ” หรือเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุ (Ageism) ในสังคมไทย โดยเฉพาะเจตคติหรือมุมมองของครอบครัว บุตรหลานในการดูแลผู้สูงอายุที่แก่มาดั่งนี้

5.1 มาตรการการรื้อถอนภาพลักษณ์เชิงลบ ที่เป็นสาเหตุของการเลือกปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ อีกทั้งเสนอให้เราช่วยกันผลิตภาพลักษณ์ผู้สูงอายุ วัยปลาย ในลักษณะบวกมากขึ้น เช่น ภาพลักษณ์ผู้สูงอายุที่มีร่างกายแข็งแรง สุขภาพดี มีศักยภาพในการสร้างคุณูปการต่อส่วนรวม มีความภาคภูมิใจในตัวเอง มองเห็นคุณค่าของตัวเอง หรือไม่เป็นภาระลูกหลานและสังคม โดยผ่านสถาบันในสังคม เช่น สื่อมวลชน ศาสนา ครอบครัว โรงเรียน มหาวิทยาลัย ที่ทำงาน เป็นต้น การรื้อถอนภาพแทนผู้สูงอายุแบบลบออกไปได้สำเร็จ ย่อมหมายถึงว่าเราประสบความสำเร็จในการทำลายอคติและมายาคติที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีชีวิตตนเองหมดคุณค่าได้ อีกทั้งจะเปลี่ยนแปลงทัศนคติของคนในสังคมให้มอง เห็นศักยภาพของผู้สูงอายุวัยปลายได้มากขึ้น

5.2 ส่งเสริมโครงการ พหุฒิสึกษา (Ageing education) ให้เกิดขึ้นในสังคมไทย ดังที่ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ (2555) ได้เสนอว่าควรจะให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับ กระบวนการสูงอายุ สิ่งที่เป็นมายาคติ (Myth) และข้อเท็จจริง (Reality) ของการมีอายุสูงขึ้น โดยดำเนินการ ทั้งในระบบการศึกษาในโรงเรียนและนอกโรงเรียน ทั้งอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ และเผยแพร่ในทุกช่วงวัยของประชากร รวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุเอง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย นอกจากให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพแล้ว ควรมุ่งเน้นที่การพัฒนาตนเองให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ มีความภูมิใจ รู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง และมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

6. กระทรวงสาธารณสุข ปรับเปลี่ยนนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างประชากร โดยเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพที่บ้าน ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุวัยปลาย ให้มากยิ่งขึ้น โดยดำเนินการดังนี้

6.1 การทบทวนกรอบการให้บริการเยี่ยมบ้าน (Home visit) และการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) ที่เป็นปัจจุบัน เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลใหม่โดยพิจารณา ขยายการดูแลจากกลุ่ม “ติดเตียง” ให้ครอบคลุมผู้สูงอายุวัยปลายที่อยู่ “ติดบ้าน” เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะถูกแยกตัวออกจากสังคม และขาดการเข้าถึงการบริการทางด้านสุขภาพ เพื่อดูแลทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต และสามารถคัดกรองและวินิจฉัยปัญหาสุขภาพได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

6.2 กำหนดแนวทางและเงื่อนไขความสำเร็จของบริการ เชิงรุกเข้าสู่ชุมชน โดยมีเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุวัยปลาย ภายใต้ระบบการดูแลถึงที่บ้าน

6.3 กำหนดนโยบายการสร้างความร่วมมือกับ ครอบครัวผู้สูงอายุ และ เครือข่ายสุขภาพ และสังคมในชุมชนให้ชัดเจน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) องค์กรต่างๆในชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ และสร้างระบบการประสานงานที่ดี

7. รัฐจะต้องมีนโยบายที่ในการสร้างสรรสิ่งแวดลอมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จัดสิ่งแวดลอมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุทั้งการเดินทาง และใช้บริการสาธารณะ โดยเฉพาะพื้นที่ที่เป็นชุมชน ในหมู่บ้าน ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือสภาพแวดลอมทางกายภาพไม่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลาย รัฐและองค์กรการปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล องค์กรการบริการส่วน

ตำบล (อบต.) ควรมีการออกแบบหรือปรับปรุงสิ่งปลูกสร้างสาธารณะที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ อันจะทำให้ผู้สูงอายุวัยปลายไปไหนมาไหนสะดวกมากขึ้น เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุวัยปลายสามารถออกจากบ้านและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้มากขึ้น นอกจากนี้ควรสร้างศูนย์เอนกประสงค์ หรือ ศูนย์ดูแลกลางวัน (Day care) ในชุมชน เพื่ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุวัยปลายมารวมกลุ่มทำกิจกรรม หรือมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนผู้สูงอายุได้มากขึ้น

8. กำหนดมาตรการส่งเสริมการเตรียมตัวเพื่อการสูงวัย (Preparation for ageing) เพื่อความมั่นคง ผาสุก ในบั้นปลายของชีวิต โดยเฉพาะการเตรียมทางด้านสุขภาพ และด้านการเงิน ส่งเสริมให้ประชาชนคนไทย เตรียมตนให้พร้อม สามารถพึ่งตนเองได้นานที่สุดยามสูงวัย โดยยึดหลักความพอเพียงในการดำเนินชีวิต และการพึ่งตนเองให้มากที่สุด โดยกำหนดยุทธศาสตร์ แผนงาน และกิจกรรม ผ่านทั้งในระบบการศึกษาในโรงเรียนและนอกโรงเรียน ทั้งอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ มุ่งเน้นประชากรทุกช่วงวัยตั้งแต่ วัยเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน จนถึงวัยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) ควรมุ่งเน้นในการเตรียมตัวในการเข้าสู่ผู้สูงอายุวัยปลาย เนื่องจากส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุวัยต้นยังคงทำงานอยู่

9. ถึงแม้ปัจจุบันรัฐให้เบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุตามขั้นบันได โดยผู้สูงอายุวัยปลายที่อายุ 80-89 ปี ได้รับเดือนละ 800 บาท เท่ากันทุกคน อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเปราะบางทางด้านสุขภาพ จะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นภาระค่อนข้างมากของครอบครัว อันส่งผลกระทบต่อความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ รวมทั้งกลุ่มที่ยากจน ขาดคนดูแล รัฐควรพิจารณากำหนดเกณฑ์ให้เบี้ยยังชีพตามความจำเป็น โดยควรเพิ่มให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ให้ได้เบี้ยยังชีพสูงสุดเท่ากับผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปี ขึ้นไป คือ 1,000 บาท หรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความพิการได้รับขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ เพื่อให้สามารถเบิกเบี้ยคนพิการได้อีกทางหนึ่ง

ข้อเสนอแนะในระดับปฏิบัติ

ควรมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานในระดับท้องถิ่นให้สามารถรองรับกับปัญหาการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุวัยปลายในชุมชน โดยพิจารณาดำเนินการ ดังนี้

1. จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุวัยปลายที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โดยบูรณาการร่วมกันหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในท้องถิ่นนั้น เช่น เทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หรือโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น และให้สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดบริการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุวัยปลายในชุมชนได้

2. จัดตั้งทีมการดูแลและส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุวัยปลายในชุมชน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักพัฒนา ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ชมรมผู้สูงอายุ โดยทำงานแบบบูรณาการเชื่อมโยงกันเป็นภาคีหุ้นส่วน โดยเฉพาะกับครอบครัวผู้สูงอายุวัยปลาย

3. กำหนดเกณฑ์หรือตัวชี้วัดในการจัดแบ่งผู้สูงอายุวัยปลาย ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยดูในทุกมิติทั้งทางด้านรายได้ สุขภาพ สังคม เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดบริการการดูแลให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ ตัวอย่างเช่น การแบ่งผู้สูงอายุวัยปลายเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มติดสังคม เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี 2) กลุ่มติดบ้าน เป็นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว และพึ่งพา

บางส่วน และ 3) กลุ่มติดเตียง เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือ จัดแบ่งตามภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้สัญลักษณ์สีติดที่บ้านผู้สูงอายุ เพื่อการวางแผนในการดูแลที่เหมาะสม คือ ภาวะปกติ (สีเขียว) ภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง (สีเหลือง) และภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จนถึงต้องนอนติดเตียง (สีแดง) โดยให้การบริการตามชุดบริการ (Service package) ตามลักษณะทางสุขภาพและสังคมที่ต่างกัน ของกลุ่มผู้สูงอายุ ให้มีความครอบคลุม มีคุณภาพ เชื่อมโยงและบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม

4. มุ่งเน้นการดูแลช่วยเหลือในผู้สูงอายุวัยปลายกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในการแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพทางด้านร่างกาย ได้แก่ การจัดการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง การควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อน และการจัดหาอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนที่ เนื่องจากผลการศึกษาชี้ว่าการมีปัญหาด้านสุขภาพทางด้านร่างกายมีอิทธิพลเป็นอย่างมากต่อการเกิดความเหงาหรือความว้าเหว และภาวะซึมเศร้า รวมทั้งลดความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุวัยปลาย

5. จัดบริการและส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายเพื่อนของผู้สูงอายุวัยปลายในชุมชน ภายใต้การสนับสนุนและการจัดการขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ จัดตั้งศูนย์เอนกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ หรือศูนย์การเรียนรู้ของผู้สูงอายุในชุมชน จัดกิจกรรมการพบปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุ สนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรม จัดรถรับส่งผู้สูงอายุ จัดหาเครื่องมือ อุปกรณ์ในการทำกิจกรรมกลุ่มหรือสหันทนาการ จัดเตรียมสื่อหรืออุปกรณ์ที่ส่งเสริมการเรียนรู้ เป็นต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุวัยปลายมีโอกาสพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และได้รับคำแนะนำให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพตนเอง เป็นการสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมแม้จะมีภาวะพึ่งพิง และเป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมในลักษณะของ “เพื่อนช่วยเพื่อน”

6. จัดทำกิจกรรมทางศาสนา หรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตวิญญาณที่สัมพันธ์กับความเชื่อความศรัทธาทางศาสนา สร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุวัยปลายที่อยู่ติดบ้านได้ใกล้ชิดกับศาสนาที่นับถือศรัทธา เช่น การจัดหาพระมาบิณฑบาตที่บ้าน หรือเชิญพระสงฆ์มาร่วมเป็นทีมเยี่ยมบ้านร่วมกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข การจัดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ร่วมทำบุญกับพุทธศาสนา

7. ให้ความรู้ แก่ครอบครัว และชุมชน เกี่ยวกับกระบวนการที่ประชากรมีอายุสูงขึ้น ซึ่งมีสาระครอบคลุมสถานการณ์ แนวโน้ม สาเหตุ และผลที่ตามมาของการมีอายุสูงขึ้นของประชากร รวมทั้งความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ สาระเกี่ยวกับการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ เพื่อสร้างความเข้าใจ และลด วยาคติ หรือเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุวัยปลายตลอดจนเสริมให้ครอบครัวมีความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนหรือศักยภาพของผู้สูงอายุ ในการมีเจตคติและมีการปฏิบัติที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุยิ่งขึ้น ปรับเปลี่ยนแนวคิด และวิถีคิดของครอบครัว ในแนวคิดเชิงบวกต่อผู้สูงอายุวัยปลาย โดยมองที่ศักยภาพและคุณค่าของผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้

8. ให้ความรู้กับผู้สูงอายุวัยปลาย เกี่ยวกับเจตคติต่อตนเองและการปฏิบัติที่เหมาะสม ร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้ผู้สูงอายุ วัยปลาย ให้ความภูมิใจในตนเอง มีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความเชื่อในศักยภาพและความสามารถแห่งตน รวมถึง การเรียนรู้และใช้กลวิธีที่เหมาะสมในคงสมดุลระหว่างการพึ่งพาตนเองและการพึ่งพาบุคคลอื่นตามความเหมาะสม ตลอดจนการแสวงหาข้อมูลและทางเลือกในการดูแลตนเอง

9. พัฒนาความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน และวัฒนธรรมการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคม โดยส่งเสริมและสนับสนุนความเข้มแข็งของทุนทางสังคมที่มีในสังคมไทย ทั้งในด้าน คนสถาบัน (ครอบครัว ชุมชน ศาสนา องค์กรต่างๆในชุมชน) วัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่น สร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายครอบครัวและเครือข่าย และเครือข่ายชุมชน บนพื้นฐานทุนทางสังคมและวัฒนธรรมที่ชุมชนมี ทุนทางสังคมจึงเป็นทั้งศักยภาพของชุมชน เป็นกระบวนการขับเคลื่อนและเป็นเป้าหมายของการขับเคลื่อนที่จะกลายเป็นศักยภาพของชุมชนในการรองรับสังคม คนสูงวัยมากๆในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

10. พัฒนาระบบเครือข่ายช่วยเหลือด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ วัยปลายในชุมชนให้มีการดำเนินงานได้ นับตั้งแต่ ครอบครัวผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครพัฒนาสังคม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล ที่จะสามารถสนับสนุนซึ่งกันและกันได้อย่างเป็นเอกภาพ

11. สำรวจและคัดกรองภาวะว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลายอย่างสม่ำเสมอ ทุก 6 เดือน รวมทั้งมีพัฒนาการจัดกระทำ (Interventions) ในรูปแบบต่างๆ ในการลดความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลาย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเชิงสำรวจถึงสุขภาวะ และภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ หรือทั้งประเทศ ที่มีการสุ่มตัวอย่างให้เป็นตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุวัยปลาย เพื่อให้ทราบสัดส่วนที่แท้จริงของ กลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง และสุขภาวะของผู้สูงอายุวัยปลาย

2. ศึกษาถึง ประเด็น ความเปราะบางของผู้สูงอายุวัยปลายในหลากหลายมิติ และพัฒนาเป็นดัชนีชี้วัดความเปราะบางที่เหมาะสมกับสังคมไทย

3. ศึกษาปัจจัยทำนาย อื่นๆที่มีอิทธิพลต่อ ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุวัยปลาย หรือศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความว่าเหว และภาวะซึมเศร้า

4. ศึกษาถึงมุมมองของครอบครัวหรือบุตรหลานต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุวัยปลาย เพื่อให้ทราบถึง วยาคติ ของบุตรหลานที่มีต่อบุพการีที่อายุมากๆ

5. ศึกษาถึงรูปแบบพฤติกรรมการศึกษา (Ageing education) ในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อผู้สูงอายุวัยปลายหรือผู้สูงอายุที่แก่หลายๆ ให้กับประชาชนไทย เพื่อหารูปแบบ หลักสูตรและเนื้อหาการสอนที่เหมาะสมกับช่วงวัยประชากร ทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ

6. ศึกษาถึงภาวะสุขภาพจิตด้านอื่นๆ ของผู้สูงอายุวัยปลาย เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่โดดเด่นและส่งผลกระทบต่อมากในผู้สูงอายุวัยปลาย เช่น ความวิตกกังวล (Anxiety) ความเครียด (Stress) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem) ความคิดอยากตาย (Suicidal idea) เป็นต้น

7. ศึกษาถึงคุณลักษณะหรือภาพลักษณ์ทางบวกของผู้สูงอายุวัยปลาย เช่น ผู้สูงอายุวัยปลายที่ประสบความสำเร็จ (Successful ageing) หรือเป็นผู้สูงอายุที่มีพละกำลัง หรือมีศักยภาพ (Active ageing)

8. ศึกษาพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ วัยปลายใน ชุมชน ให้มีความครอบคลุม มีคุณภาพ มีความเชื่อมโยง และบูรณาการ กับทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยควรดำเนินการในลักษณะของการนำร่อง (Pilot study) ที่มีความหลากหลายของรูปแบบ สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ กาย จิตใจ และสังคม พร้อมทั้งให้มีการประเมินผลอย่างเป็นระบบ ก่อนจะขยายไปยังพื้นที่อื่นต่อไป เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพของสังคมไทย

บรรณานุกรม

- กัตติกา ธนะขว้าง, จินตนา รัตนวิฑูรย์, จามจุรีย์ ทนุรัตน์, พิมลพรรณ คุณสิทธิ์ และทัศนาศูววรรณ
ปกรณ์. (2553). *การพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อการสูง
วัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลวรรณคร อำเภอบัว จังหวัดน่าน*. กรุงเทพฯ : สำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- กาญจนา ตั้งชลทิพย์ และคณะ. (2553). คุณค่าผู้สูงอายุ: ภาพสะท้อนมุมมองจากคนสองวัย. ใน
สุชาดา ทวีสิทธิ์ และสรวีย์ บุญยमानนท์ (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม 2553: คุณค่า
ผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย* (หน้า 29-56). เอกสารวิชาการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข 372. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2543). *การจัดการเครือข่าย: กลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการปฏิรูป
การศึกษา*. กรุงเทพฯ: บริษัทซัคเซสมิเดีย จำกัด.
- จันท์เพ็ญ แสงเทียนฉาย จิราพร เกศพิชญวัฒนา ยุพิน อังสุโรจน์ และ Berit Ingersoll-Dayton.
(2544). ความสัมพันธ์ระหว่างการช่วยเหลือเกื้อหนุนในครอบครัวกับความผาสุกทางใจของ
ผู้สูงอายุไทย. *วารสารประชากรศาสตร์* 17(2), 1-18.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, จันท์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, ยุพิน อังสุโรจน์ และ Berit Ingersoll-Dayton.
(2543). ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ : การศึกษาเชิงคุณภาพ. *วารสารพหุวิทยาและเวช
ศาสตร์ผู้สูงอายุ* 1(3), 21-28.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2552). *ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุไทย : การทบทวน
องค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.
ผส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- ชาติชาย ณ เชียงใหม่. (2533). *การเปลี่ยนแปลงทางสังคมกับพฤติกรรมทางการเมืองของชาวนาใน
ภาคเหนือ*. กรุงเทพฯ: สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ชาติชาย ณ เชียงใหม่. (2543). *การบริหารการพัฒนาชนบทเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน*.
กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์.
- ชาย โปธิสิตา. (2547). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับ
ลิชชิ่ง.
- ชาย โปธิสิตา. (2550). หอมกลิ่นลำตวน เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ. ในชิ่งนุทัย กาญจนจิตรา
(บรรณาธิการ), *สุขภาพคนไทย 2550*. (หน้า 87-125). กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- ดวงภา จิระเดชประไพ. (2554). การศึกษาการเตรียมตัวก่อนเข้าวัยสูงอายุ การปรับตัวและความพึง
พอใจในชีวิต ของผู้สูงอายุตอนต้นเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. *วารสารรามคำแหง* (ฉบับ
พิเศษ), 28(1), 612-624.
- ดุชนิ คำมี, เกรียงศักดิ์ ชื่อเลื่อม และปราณี สุทธิสุนทร. (2551). ทบทวนปัญหาของครอบครัวคน
ไทย. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา* 6(3): 121-126.
- นภาพร ชัยวรรณ. (2548). ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย. *วารสารประชากรศาสตร์* 21(1):
1-24.

- นภาพร ชัยวรรณ และจอห์น โนเดล. (2542). *การอยู่อาศัยและการเกื้อหนุนโดยครอบครัวของผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิธิ เอียวศรีวงศ์ (254 3). *ทุนทางสังคม หนังสือชุดชุมชนเข้มแข็งลำดับที่ 3*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม และธนาคารออมสิน.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2537). *แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุไทย*. *สารศิริราช* 46(1), 1-9.
- เล็ก สมบัติ. (2549). *ภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวไทยในปัจจุบัน*. กรุงเทพฯ : มิสเตอร์ก๊อปปี้.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. (2530). *เครือข่ายทางสังคมกับการดูแลสุขภาพตนเอง*. ใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ กวี วงศ์ประเสริฐ และอรัญญา ปุณฺณัน (บรรณาธิการ). *การดูแลสุขภาพตนเอง ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม*. (หน้า 143-200). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แสงแดด.
- พรทิพย์ มาลาธรรม จิราพร คงเอี่ยม และประคอง อินทรสมบัติ. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท*. *รามาศิลป์พยาบาลสาร*, 15(3), 431-448.
- พระระวี สีเหลืองสวัสดิ์. (2545). *การศึกษาเรื่องทุนทางสังคมจากมุมมองแบบไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาชนบทศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พระมหาสุทิตย์ อภาโร. (2547). *เครือข่ายธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ*. กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างความรู้เพื่อชุมชน(สรส).
- ไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม (2542). *ชุมชนเข้มแข็ง ทุนทางสังคมไทย หนังสือชุดชุมชนเข้มแข็งลำดับที่ 1*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม และธนาคารออมสิน.
- ปราโมทย์ ประสาท และปัทมา ว่าพัฒนางศ์. (2553). *นิยามผู้สูงอายุด้วยช่วงชีวิตข้างหน้า*. ในสุชาดา ทวีสิทธิ์ และสรวีย์ บุญยमानนท์ (บรรณาธิการ), *ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย*(หน้า 15-28). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราโมทย์ ประสาท ศุทธิดา ชวนวัน และกาญจนา เทียนลาย. (2555). *ผู้สูงอายุ : คนวงในที่จะถูกผลักให้ไปอยู่ชายขอบ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- ประเวศ วะสี. (2542). *ชุมชนเข้มแข็ง ทุนทางสังคมของไทย*. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม และธนาคารออมสิน.
- เยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญรัตนพันธ์. (2551). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 1(2), 98-115.
- รศรินทร์ เกรย์, วรชัย ทองไทย และเรวดี สุวรรณพเก้า. (2553). *ความสุขเป็นสากล*. กรุงเทพฯ : บริษัทจรัสสินทวงศ์การพิมพ์ จำกัด.
- รวรรณ โรมรัตนพันธ์. (2548). *ทุนทางสังคม*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และถัดดา ดำริการเลิศ (บรรณาธิการ). (2553). *การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล : แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

- วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). (2553). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2553) ภาพรวมประชากรสูงอายุในประเทศไทย. ใน ชื่นตา วิชชาวุธ และคณะ (บรรณาธิการ), *การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550*. (หน้า 19-60) กรุงเทพฯ: บริษัท คิว พี จำกัด.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ นภาพร ชโยวรรณ มาลินี วงษ์สิทธิ์ ศิริวรรณ ศิริบุญ บุศริน บางแก้ว และชเนตตี मिलินทรากูร. (2551). *รายงานการศึกษาโครงการสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564)*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัลลภา โคลิตานนท์ . (2542). *ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวพิจารณาเหตุผล อารมณ์และพฤติกรรมต่อการลดความหวาดในผู้สูงอายุ* . วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2541). *โครงการระบบการดูแลระยะยาวในครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, ปรียานุช โชคนวนวิชัย, และธนิกานต์ ศักดาพร. (2552). *ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนชนบทไทย* . กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, กาวานา พัฒนศรี, เล็ก สมบัติ และคณะ. (2541). *การเกี่ยวพันทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ : พื้นที่การศึกษาในเขตภาคเหนือ*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, เล็ก สมบัติ, และระพีพรรณ คำหอม. (2541). *การพัฒนาสถาบันครอบครัว : ปัจจัยสำคัญในการเกี่ยวพันผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: เจปรีนซ์การพิมพ์.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2546). *ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงวัยกลางคน : มิติทางวัฒนธรรมในการพยาบาลจิตเวช*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรีเมือง พลังฤทธิ์. (2550). *แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยบุคคล ครอบครัว และชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา*. *วารสารประชากรศาสตร์*, 23(2), 67-85.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศน์. (บรรณาธิการ) (2551). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2550* . กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพี จำกัด.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธ์ สาสัตย์, และขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ (2552). *รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน* . *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว* , 22-31, URL: http://ihppthai.gov.net/publication/publication_research_show.php?id=122
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2549). *การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548-2568*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

- โสภณ แสงอ่อน พรเพ็ญ สำเภา และพรทิพย์ มาลาธรรม. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความว่าเหว และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. *รามาศิษย์พยาบาลสาร* 13(1), 54-68.
- สุชาดา ทวีสิทธิ์. (2553). บทบรรณาธิการ: การเปลี่ยนกระบวนทัศน์เพื่อการวิจัยผู้สูงอายุ . ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์ และ สวรัย บุญยमानนท์ (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม 2553: คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย* . เอกสารวิชาการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข 372. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- เสน่ห์ จามริก. (2543). *สิทธิมนุษยชน: เส้นทางสู่สันติประชาธรรม*. นครปฐม: สำนักงานสิทธิมนุษยชนศึกษาและการพัฒนาทางสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *ผู้สูงอายุไทย 2550 มุมมอง/เสียงสะท้อนจากข้อมูลสถิติ*. กรุงเทพฯ: พี. เอ. สีฟวิ้ง จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ . (2548). *ทุนทางสังคมกับการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน : ร่วมเรียนรู้ ร่วมขับเคลื่อน ร่วมพัฒนา*. เอกสารสรุปผลการสัมมนา วันที่ 27 เมษายน 2548 ณ โรงแรมปรีณิพาเลส กรุงเทพมหานคร.
- เสรี พงศ์พิศ. (2546). *วิธีคิด วิธีทำ แผนชีวิตเศรษฐกิจชุมชน*. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: ภูมิปัญญาไท.
- อเนก นาคะบุตร. (2545). *ทุนทางสังคมและประชาสังคมในเมืองไทย* . กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนเพื่อสังคม.
- อมรา พงศาพิชญ์ และเบญจา ยอดดำเนิน แอดดิก. (2543). *การตรวจสอบทางสังคมประเทศไทย : ทุนทางสังคมและวิกฤต*. ธนาคารโลก, องค์การยูนิเซฟ, วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ศิริอร สินธุ, โรจน์ จินตนาวัฒน์ และวารี กังใจ. (2544). การทารุณกรรมผู้สูงอายุสตรีในสังคมไทย. *วารสารพหุวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* 2(3): 3-12.
- อานันท์ กาญจนพันธ์. (2544). “*ทุนทางสังคมกับสิทธิชุมชน*” *มติชุมชน: วิถีท้องถิ่นเกี่ยวกับสิทธิอำนาจ และการจัดการทรัพยากร*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนเพื่อสนับสนุนการวิจัย.
- Albert, S.M. (1990). Caregiving as a cultural system: Conceptions of filial obligation and parental dependency in urban America. *American Anthropologist*, 92: 319-331.
- Anderson, D. N. (2001). Treating depression in old age: the reasons to be positive. *Age and Ageing*, 30, 13-17.
- Antonucci. T. C., & Akiyama, H. (1987). An Examination of Sex Differences in Social Support Among Older Men and Women. *Sex Roles*, 17(11-12): 737-749.
- Antonucci, T. C., Birditt, K. S., & Akiyama, H. (2009). Convoys of social relations: An interdisciplinary approach. In V. L. Bengtson (ed.), *Handbook of Theories of Aging* (pp. 247-260). (2nd edition). New York: Springer Publishing Company.

- Antonucci. T. C., Lansford, J. E., & Akiyama, H. (2001). Impact of Positive and Negative Aspects of Marital Relationships and Friendships on Well-Being of Older Adults. *Applied Developmental Science*, 5(2): 68-75.
- Arai, Y., Linuma, T., Takayama, M., Takayama, M., Abe, Y., Fukuda, R. et al. (2010). The Tokyo Oldest Old Survey on Total Health (TOOTH): A longitudinal cohort study of multidimensional components of health and well-being. *BMC Geriatrics*, 10, 35-46.
- Bark, F. K., Huss-Ashmore, R., Wittink, M. N., Murray, G. F., Bogner, H. R., & Gallo, J. J. (2006). A mixed-methods approach to understanding loneliness and depression in older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 61B(6), S329-S339.
- Baum, F. E., & Ziersch, A. M. (2003). Social Capital. *J Epidemiol Community Health*, 57, 320-323.
- Berkman, L. F. & Glass, T. (2000). Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. In Lisa F. Berkman and Ichiro Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology*. (pp. 137-173). New York: Oxford University Press, Inc.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843-857.
- Berg, A. I., Hassing, L.B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging & Mental Health*, 10(3), 257-264.
- Berg, A. I., Hoffman, L., Hassing, L.B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2009). What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. *Aging & Mental Health*, 13(2), 191-201.
- Bergdahl, E., Allard, P., Lundman, B., & Gustafson, Y. (2007). Depression in the oldest old in urban and rural municipalities. *Aging & Mental Health*, 11(5), 570-578.
- Blazer, D. G. (2000). Psychiatry in the Oldest Old. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 1915-1924.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *J Gerontology Series A: Biological Science & Medical Science* 58A(3), 249-265.
- Bowling, A., & Browne, P. D. (1991). Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. *Journal of Gerontology: Social Science*, 46(1), S20-32.
- Boisevain, J. (1974). *Friends of Friends: Network, Manipulators and Coalitions*. Oxford: Basil Blackwell.

- Bondevik, M. & Skogstad, A. (1998). The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *Western Journal of Nursing Research*, 20(3), 325- 343.
- Bondevik, M. & Skogstad, A. (2000). Loneliness, religiousness, and purpose in life in the oldest old. *Journal of Religious Gerontology*, 11(1), 5-11.
- Bowling, A. (1990). Associations with life satisfaction among very elderly people living in a deprived part of inner London. *Social Sciences & Medicine*, 31(9), 1003-1011.
- Bowling, A. & Browne, P. D. (1991). Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. *Journal of Gerontology*, 46(1), S20-32.
- Bowling, A. & Farguhar, M., Grundy, E., & Formby, J. (1993). Changes in life satisfaction over a two and a half year period among the very elderly people living in London. *Social Sciences & Medicine*, 36(5), 641-655.
- Calderon, K. S. (2001). Making the connection between depression and activity levels among the oldest-old. *Activities, Adaptation & Aging*, 25(2), 59 — 73.
- Caplan, G. (1974). *Support Systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.
- Campbell, A. (1976). Subjective measure of well-being. *American Psychologist*, 31(2), 117-1244.
- Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K., & Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample older adults. *The Gerontologist* 48(5), 593-602.
- Chang-Quan, H., Xue-Mei, Z., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Ji-Rong, Y., & Qing-Xiu, L. (2010). Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age and Ageing*, 39, 23-30.
- Chen, F., & Short, S. E. (2008). Household context and subjective well-being among the oldest old in China. *Journal of Family Issues*, 29(10), 1379-1403.
- Chen, X., & Silverstein, M. (2000). Intergenerational Social Support and the Psychological Well-Being of Older Parents in China. *Research on Aging*, 22: 43-65.
- Chipperfield, J. G. (1996). Perceived Adequacy of Instrument Assistance: Implications for Well-Being in Later Life. *Journal of Aging and Health*, 8(1): 72-95.
- Chou, K-L., & Chi, I. (2005). Prevalence and correlates of depression in Chinese oldest-old. *Int J Geriatr Psychiatry* 20, 41–50.
- Cohen-Mansfield, J., Shmotkin, D., & Goldberg, S. (2009). Loneliness in old age: longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. *International Psychogeriatrics*, 21(6), 1160-1170.
- Cook, K. S., & Whitmeyer, J. M. (1992). Two Approaches to Social Structure: Exchange Theory and Network Analysis. *Annual Review of Sociology*, 18, 109-127.

- Cornman, J. C., Goldman, N., Gleib, D. A., Weinstein, M., & Chang, M-C. (2003). Social ties and Perceived Support: Two Dimensions of Social Relationships and Health Among the Elderly in Taiwan. *Journal of Aging and Health*, 15(4): 616-644.
- Cowgill, D.O. (1972). The role and status of the aged in Thailand. In Cowgill, D.O., & Holmes, L.D.(Eds), *Aging and Modernization*. (p. 91-101). New York : Appleton-Century-Crofts.
- Davies, K., Collerton, J. C., Jagger, C., Bond, J. Barker, S. AH, Edwards, J., et al. (2010). Engaging the oldest old in research: lessons from the Newcastle 85+ study. *BMC Geriatrics*, 10, 64-72.
- Dunkle, R. E., Robert, B. L., & Haung, M. R. (2001). *The oldest old in everyday life: Self perception, coping with change, and stress*. New York: Springer Publishing Company.
- Dykstra, P. A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6, 91-100.
- Dykstra, P. A., van Tilburg, T. G., & de Jong Gierveld, J. (2005). Changes in older adult loneliness: Results from a seven-year longitudinal study. *Research on Aging*, 27(6), 725-747.
- Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Cortina, K. S. (2006). Social Network Typologies and Mental Health Among Older Adults. *Journal of Gerontology: Psychological sciences*, 61B(1): P25-P32.
- Fiori, K. L., Smith, J., & Antonucci, T. C. (2007). Social network types among older adults: A multidimensional approach. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 62(6), P322-P330.
- Gallo, J. J., & Lebowitz, B. D. (1999). The epidemiology of common late-life mental disorders in the community: Themes for the new century. *Psychiatric services* 50, 1158-1166.
- Gottlieb, B. H. (1985). Social support and the study of personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 2: 351-375.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2010). Experiences of loneliness among the very old: The Umea° 85Y project. *Aging & Mental Health*, 14(4), 433-438.
- Gray, R. S., Rukamnuaykit, P, Kittisuksathit, S., & Thongthai, V. (2008). Inner happiness among Thai elderly. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 23(3), 211-224.
- Haynie, D. A., Berg, S., Johansson, B., Gatz, M., & Zarit, S. H. (2001). Symptoms of Depression in the Oldest Old: A Longitudinal Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 56 (2): P111-P118.

- Hedberg, P., Brulin, C., & Alex, L. (2009). Experiences of Purpose in Life When Becoming and Being a Very Old Woman. *Journal of Women & Aging*, 21(2), 125-137.
- Hedberg, P., Gustafson, Y., Alex, L., & Brulin, C. (2010). Depression in relation to purpose in life among a very old population: A five-year follow-up study. *Aging & Mental Health*, 14(6), 757 — 763.
- Hedberg, P., Brulin, C., Alex, L., & Gustafson, Y. (2011). Purpose in life over a five-year period: a longitudinal study in a very old population. *International Psychogeriatric*, 23(5), 806-813.
- Hedberg, P., Gustafson, Y., & Brulin, C. (2010). Purpose in life among men and women aged 85 years and older. *The International Journal of Aging and Human Development*, 70(3), 213-229.
- Ingersoll-Dayton, B., Saengtienchai, C., Kespichayawattana, J., & Aunguroch, Y. 2001. Psychological well-being Asian style: The perspective of Thai elders. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 16(3): 283-302.
- Ingersoll-Dayton, B., Saengtienchai, C., Kespichayawattana, J., & Aunguroch, Y. 2004. Measuring Psychological well-Being: Insights from Thai Elders. *The Gerontologist*, 44(5): 596-604.
- Israel, B. A., & Antonucci, T. C. (1987). Social Network Characteristics and Psychological Well-Being: A Replication and Extension. *Health Education Quarterly*, 14(4), 461-481.
- Jeon, H-S., & Dunkle, R. E. (2009). Stress and depression among the oldest old: A longitudinal analysis. *Research on Aging*, 31(6), 661-687.
- Johnson, C.L. (1995). Cultural diversity in the late-life family. In R. Blieszner & V. H. Bedford (Eds), *Handbook of aging and the family*. (p. 307-331). Westport, CT : Greenwood Press.
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys Over the Life Course: Attachment, Roles and Social support. In P. B. Baltes and O. G. Brim (Eds.), *Lifespan Development and Behavior* Vol. 3 (pp. 253-286). New York: Academic Press.
- Kaplan, R. M., Atkins, C. J., & Timms, R. (1984). Validity of a quality of well-being scale as an outcome measure in COPD. *Journal of Chronic Disease*, 37, 85-95.
- Karnick, P. M. (2005). Feeling lonely: Theoretical perspective. *Nursing Science Quarterly* 18, 7-12.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89: 1187-1193.

- Kespichayawattana, J. 1999. Katanyu Katavedi and caregiving for frail elderly parents: A perspective of Thai families in metropolitan Bangkok. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 11(3): 51-64.
- Knodel, J. & Chayovan, N. 1997. Family support and living arrangements of Thai elderly. *Asia Pacific Population Journal*, 12: 51-68.
- Knodel, J., Amornsirisomboon, P., & Khiewyoo, J. (1997). *Living arrangements, family support and the welfare of the elderly: Implications of the 1994 Survey of Elderly in Thailand*. Research Report No. 97-43, Population Studies Center, University of Michigan.
- Knodel, J., & Chayovan, N. (2008). *Population Ageing and the Well-being of Older Persons in Thailand*. Population Studies Center Research Report 08-659, University of Michigan.
- Knodel, J., & Chayovan, N. (2009). Intergenerational relationships and family care and support for Thai elderly. *Ageing International*, 33: 15-27.
- Knodel, J., & Saengtienchai, J. (2007). Rural Parent with Urban Children: Social and Economic Implications of Migration on the Rural Elderly in Thailand. *Pop. Space & Place*, 13: 193-210.
- Komjakraphan, P., Isalamalai, S., Boonyasopun, U., & Schneider, J. K. (2009). Development of the Thai family support scale for elderly parents (TFSS-EP). *Thai Journal of Nursing Research*, 13(2), 118-132.
- Krause, N. (2007). Longitudinal study of social support and meaning in life. *Psychology and Aging* 22(3): 456-469.
- Krause, K. (2009). Meaning in life and mortality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 64B (4), 517-527.
- Krause, N., & Markides, K. S. (1990). Measuring social support among older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 30: 37-53.
- Law, J., Laidlaw, K., & Peck, D. (2010). Is depression viewed as an inevitable consequence of age? The “understandability phenomenon” in older people. *Clinical Gerontologist*, 33, 194-209.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23(4), 349-357.
- Lee, I., & Dunkle, R. E. (2010). Worries, psychosocial resources, and depressive symptoms among the South Korean oldest old. *Ageing & Mental Health*, 14(1), 57-66.
- Li, L. W., Zhang, J., & Liang, J. (2009). Health among the oldest-old in China: Which living arrangements make a difference? *Social Science & Medicine*, 68, 220-227.

- Long, M. V., & Martin, P. (2000). Personality, relationship closeness, and loneliness of oldest old adults and their children. *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, 55(5), P311-P319.
- McDowell, I., & Newell, C. (1987). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- McKeehan, K. M., Cowling, W. R., & Wykle, M. L. (1986). Cantril self-anchoring ladder: Methodological considerations for nursing science. In Chinn, P. L. (ed.), *Nursing research methodology* (pp. 285-294). Maryland: An Aspen Publication.
- Miller, C. A. (1995). *Nursing care of older adults*. (2nd ed.). New York: J.B. Lippincott.
- Mullins, L. C., & Mushel, M. (1992). The existence and emotional closeness of relationships with children, friends and spouses: the effect on loneliness among older persons." *Research on Aging* 14, 448-70.
- Nogon, A., & Pearson, M. (2000). The roles of friends and neighbours in providing support for older people. *Ageing and Society*, 20, 341-367.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby.
- Pinquart, M., & Silvia, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187-224.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster.
- Robine, J-M. (2007). Research Issues on Human Longevity. In Robine, J-M. , Crimmins, E., Horiuchi, S., & Yi, Z. (eds.), *Human Longevity, Individual Life Duration, and the Growth of the Oldest-Old Population*, (p. 7-42). Dordrecht, The Netherlands: Springer.
- Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J., & Yurko, K. (1984). Social and emotional loneliness: An examination of Weiss's typology. *Journal of Personality and Social Psychology* 46(6), 1313-1321.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1025-1033.
- Silverstein, M., Chen, X., & Heller, K. (1996). Too Much of a Good Thing? Intergenerational Social Support and Psychological Well-Being of Older Parents. *J Marriage and the Family*, 58: 970-982.

- Srithongtham, O. (2009). *Social capital process of the community care for people living with HIV/AIDS*. Unpublished Doctoral Dissertayion, Mahidol University, Thailand.
- Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Van Der Mast, R. C., Beekmen, A.T. F., & Westendorp, R.G. J. (2006). Natural history of depression in the oldest old: Population-based prospective study. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 65-69.
- Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Beekmen, A.T. F., Van Der Mast, R. C., & Westendorp, R.G. J. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? *American Journal of Psychiatry*, 162, 178-180.
- Stek, M. L., Gussekloo, J., Beekman, A. T. F., van Tilburg, W., & Westendorp, R. G. J. (2004). Prevalence, correlates and recognition of depression in the oldest old: the Leiden 85-plus study. *J of Affective Disorders* 78(3): 193-200.
- Subgranon, R., & Lund, D. A. (2000). Maintaining Caregiving at Home: A Culturally Sensitive Grounded Theory of Providing Care in Thailand. *J of Transcultural Nursing*, 11(3): 166-173.
- Takahashi, K., Tamura, J., & Tokoro, M. (1997). Patterns of Social Relationships and Psychological Well-being among the Elderly. *Int. Journal of Behavioral Development*, 21(3): 417-430.
- Thanakwang, K. (2008). Social Networks and Social Support Influencing Health-Promoting Behaviors among Thai Community-Dwelling Elderly. *Thai Journal of Nursing Research*, 12(4): 243-258.
- Thanakwang, K. (2009). Social relationships influencing positive perceived health among Thai older persons: A secondary data analysis using the national elderly survey. *Nursing & Health Sciences*, 11(2): 144-149.
- Thanakwang, K., & Soonthorndhada, K. (2011). Mechanisms by which social support networks influence healthy aging among Thai community-dwelling elderly. *Journal of Aging & Health*, 23(8): 1352-1378.
- Thanakwang, K., Ingersoll-Dayton, B., & Soonthorndhada, K. (2012). The relationships among family, friends, and psychological well-being for Thai elderly. *Ageing & Mental Health*, 16(8): 993-1003.
- Tiikkainen, P., & Heikkinen, R-L. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Ageing & Mental Health*, 9(6), 526-534.

- Victor, C. R., Scambler, S. J., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews of Clinical Gerontology* 10, 407-417.
- Victor, C. R., Scambler, S., Bowling, A., & Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing & Society*, 25, 357-375.
- Von Heideken Wagert, P., Ronnmark, B., Rosendahl, E., Lundin-Olsson, L., Gustavsson, J. M.C., Nygren, B., et al. (2005). Morale in the oldest old: the Umea 85+ study. *Age and Ageing*, 34, 249-255.
- Wenger, G. and Burholt, V. (2004). Changes in levels of social isolation and loneliness among older people in a rural area: a twenty-year longitudinal study. *Canadian Journal on Aging*, 23, 115-127.
- Wangtongkum, S., Sucharitakul, P., Wongjaroen, S., & Maneechompoo, S. (2008). Prevalence of Depression among a Population Aged over 45 Years in Chiang Mai, Thailand. *J Med Assoc Thai* 91(12), 1812-1817.
- Yu, J., Li, J., Cuijpers, P., Wu, S., & Wu, Z. (2012). Prevalence and correlates of depressive symptoms in Chinese older adults: a population-based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 305-312.
- Zarit, S. H., Femia, E. E., Gatz, M., Johansson, B. (1999). Prevalence, incidence and correlates of depression in the oldest old: the OCTO study. *Ageing & Mental Health*, 3(2), 119-128.
- Zimmer, Z., & Knodel, J. (2010). Return migration and the health of older aged parents: Evidence from rural Thailand. *Journal of Aging and Health*, 22(7), 955-976.
- Zunzunegui, M.V., Kone, A., Johri, M., Beland, F., Wolfson, C., & Bergman, H. (2004). Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations aged 65. *Social Science & Medicine*, 58, 2069-2081.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาเครื่องมือวิจัย

1. รศ. ดร. กุศล สุนทรธาดา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผศ. ดร. นิคม มูลเมือง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. อ.ดร. ประกาย จิโรจน์กุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

ภาคผนวก ข



เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ชื่อโครงการ	เครือข่ายทางสังคม การเกื้อหนุนทางสังคม และความผาสุกของผู้สูงอายุ วัยปลายในเขตภาคเหนือ ประเทศไทย Social Networks, Social Support, and Well-Being among the Oldest Old in Northern Thailand.
ชื่อผู้ดำเนินการวิจัย	ผศ.ดร.นงนุช โอบะ
เลขที่โครงการ/รหัส	54 02 04 0041
สังกัดหน่วยงาน/คณะ	พยาบาลศาสตร์
การรับรอง	ขอรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวข้างบนนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ครั้งที่ 10/2554 เมื่อวันที่ 21 กันยายน 2554
วันสิ้นสุดการรับรอง	วันที่ 21 กันยายน 2555
ประเภทการรับรอง	รับรองแบบเร่งรัด

ลงนาม

(นายแพทย์สมบูรณ์ ต้นสุภสวัสดิ์กุล)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ภาคผนวก ค

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์และสนทนาพูดคุยกับผู้สูงอายุวัยปลาย

1. ให้ท่านเล่าถึงชีวิตประจำวันของท่าน
2. วิธีการดำเนินชีวิต และการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร
 - 1) ทักษะต่อความสูงอายุของท่านเป็นอย่างไร
 - 2) ภารกิจในครอบครัวของผู้สูงอายุ
 - 3) การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ในด้านเงินทอง สุขภาพ และที่อยู่อาศัย
 - 4) พฤติกรรมสุขภาพ
 - 5) การใช้เวลาว่างและงานอดิเรก
 - 6) การประกอบกิจกรรมทางศาสนา
3. ความสัมพันธ์กับบุคคลในวงศ์เครือญาติ
 - 1) ท่านมีบุตร หลาน ญาติพี่น้อง ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน ที่อยู่บ้านใกล้กัน อยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน หรืออยู่ที่อื่น มีจำนวนเท่าไร
 - 2) ความสัมพันธ์กับสมาชิกครอบครัว บุตรหลาน และญาติพี่น้อง เป็นอย่างไร
 - 3) ท่านมีสถานภาพและบทบาทอย่างไรในครอบครัว
 - 4) การติดต่อกับสมาชิกครอบครัว บุตรหลาน และญาติพี่น้อง เป็นอย่างไร
 - ระยะเวลาในการติดต่อ
 - ความถี่ในการติดต่อ
 - วิธีที่ใช้ในการติดต่อ
4. ความสัมพันธ์กับบุคคลนอกวงศ์เครือญาติ ได้แก่ เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน หรือบุคคลอื่นๆ
 - 1) ท่านมีเพื่อน หรือเพื่อนบ้านมากไหม จำนวนเท่าใด
 - 2) ท่านมีเพื่อน หรือเพื่อนบ้านที่สนิทสนม หรือไม่
 - 3) ความสัมพันธ์กับเพื่อน หรือเพื่อนบ้าน หรือบุคคลอื่นๆ เป็นอย่างไร
 - 4) ท่านมีบทบาทอย่างไรในกลุ่มเพื่อน เพื่อนบ้าน หรือในชุมชน
 - 5) การติดต่อกับเพื่อน หรือเพื่อนบ้าน หรือบุคคลอื่นๆ เป็นอย่างไร
 - ระยะเวลาในการติดต่อ
 - ความถี่ในการติดต่อ
 - วิธีที่ใช้ในการติดต่อ
5. มีวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่ออะไรที่ครอบครัว ชุมชน หรือสังคม ที่ยึดถือปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ (เช่น ระบบเครือญาติ ระบบอาวุโส ศาสนา การดำหัวในวันสงกรานต์ วันพ่อ วันแม่ เป็นต้น)
6. การเกื้อหนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัว ญาติพี่น้อง รับจากใคร เป็นอย่างไรบ้าง
 - 1) ด้านสิ่งของ เครื่องใช้ เสื้อผ้า อาหารการกิน หรือการช่วยทำกิจกรรม
 - 2) ด้านเงินทอง

- 3) ด้านอารมณ์และจิตใจ
 - 4) ด้านข้อมูลข่าวสาร
 - 5) ด้านอื่นๆ
7. การเกื้อหนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับจากเพื่อน เพื่อนบ้าน นักวิชาชีพ และองค์กรต่างๆ รับจากใคร เป็นอย่างไรบ้าง
- 1) ด้านสิ่งของ เครื่องใช้ เสื้อผ้า อาหารการกิน หรือการช่วยทำกิจกรรม
 - 2) ด้านเงินทอง
 - 3) ด้านอารมณ์และจิตใจ
 - 4) ด้านข้อมูลข่าวสาร
 - 5) ด้านอื่นๆ
8. ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมอย่างไร หรือให้การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน และองค์กรต่างๆ อย่างไรบ้าง
- 1) ด้านสิ่งของ เครื่องใช้ เสื้อผ้า อาหาร หรือการช่วยทำกิจกรรม
 - 2) ด้านเงินทอง
 - 3) ด้านอารมณ์และจิตใจ
 - 4) ด้านข้อมูลข่าวสาร
 - 5) ด้านอื่นๆ
9. ท่านพอใจกับการเกื้อหนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ที่ท่านได้รับ หรือไม่ อย่างไร และคาดหวังอย่างไรในอนาคต
10. ท่านมีความต้องการ และขออย่างไรในการอยู่ร่วมกับสมาชิกครอบครัว หรืออยู่ในชุมชนนี้ ท่านสื่อสาร บอกเล่าความต้องการกับคนอื่นๆ รอบข้างอย่างไร
11. ปัญหาต่าง ๆ ที่ประสบในการเป็นผู้สูงอายุวัยปลาย มีอะไรบ้าง
12. ท่านมีความพึงพอใจในชีวิต หรือมีความสุข หรือไม่อย่างไร พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจในเรื่องใดบ้าง
13. ท่านเคยรู้สึกเหงา ว้าเหว หรือเศร้า หรือไม่อย่างไร ในชีวิตบั้นปลายนี้ สาเหตุมาจากเรื่องใด และทำอย่างไรให้คลายเหงา
14. เครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ลูก หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน มีความสำคัญต่อท่านอย่างไร มากน้อยเพียงใด
15. ความสัมพันธ์ และการเกื้อหนุนทางสังคมแบบไหน ลักษณะอย่างไร ที่มีอิทธิพลต่อความ ผาสุกของท่าน และมีความสำคัญมากน้อยเพียงใด

แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์กลุ่มเครือข่ายใกล้ชิดของผู้สูงอายุวัยปลายในชุมชน

1. ให้ท่านเล่าชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุวัยปลายคนหนึ่งที่ท่านพบเห็น
2. ท่านคิดว่าขนาดของกลุ่มสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายคนนี้เป็นอย่างไร มีลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน ที่ยังไปมาหาสู่กัน มากน้อยแค่ไหน
3. ท่านคิดว่าของผู้สูงอายุวัยปลายคนนี้มีการติดต่อกับใครบ้าง ทั้งด้านระยะเวลา และความถี่ และวิธีการติดต่อระหว่างผู้สูงอายุกับลูก หลาน ญาติพี่น้อง เป็นอย่างไรบ้าง
4. ท่านมีความสัมพันธ์ในฐานะไหนกับผู้สูงอายุคนนี้ และให้ความช่วยเหลือเกื้อหนุนต่อผู้สูงอายุวัยปลายคนนี้ ในด้านใดบ้าง อย่างไร
5. ในความรู้สึกของผู้สูงอายุ ท่านคิดว่าผู้สูงอายุรู้สึกอย่างไรกับสถานภาพและบทบาททางสังคมของตน
6. ท่านให้ความช่วยเหลือต่อผู้สูงอายุในการแสดงออก ให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าได้ได้รับความรัก ความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่อย่างไรบ้าง
7. ปัญหาหรือผลกระทบในการดูแลผู้สูงอายุวัยปลายมีหรือไม่ อย่างไร
8. ความคาดหวังต่อลูก หลาน ญาติพี่น้อง ของผู้สูงอายุวัยปลายในความคิดเห็นของท่านเป็นอย่างไร
9. ท่านคิดว่าผู้สูงอายุวัยปลายคนนี้ มีความสุขหรือไม่ มีอาการเศร้า เหงาหรือไม่ อย่างไร
10. ทำอย่างไรที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุวัยปลายมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบคลุมและชุมชนควรมีบทบาทอย่างไร

หมายเหตุ

เมื่อถึงเวลาสัมภาษณ์และสนทนากับผู้สูงอายุและเครือข่าย ทางสังคมของผู้สูงอายุจริงๆ ผู้วิจัยมักจะดัดแปลงคำถามให้ดูเป็นการสนทนาพูดคุยและใช้คำศัพท์ง่าย ๆ ในการสื่อสารกับผู้ถูกสัมภาษณ์ โดยหลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางวิชาการดังกล่าว แต่จะเป็นการใช้นิยามหรือความหมายที่ฟังเข้าใจง่าย แต่ไม่ผิดความหมายจากคำศัพท์ที่เป็นทางการต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น เช่นคำว่า เครือข่ายทางสังคม ผู้วิจัยจะใช้คำพูดว่า ลูกหลาน เพื่อน เพื่อนบ้าน เป็นต้น

แนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม/สัมภาษณ์ กลุ่มเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายใน
ชุมชน

1. เครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน และเพื่อนบ้าน เป็นอย่างไร มีมากน้อยแค่ไหน
2. ระบบการเกื้อหนุนดูแลผู้สูงอายุวัยปลาย เป็นอย่างไร ใครเป็นผู้ดูแลหลัก ดูแลเกื้อหนุนอะไรบ้าง ทั้งผู้สูงอายุวัยปลายที่มีสุขภาพดี หรือผู้สูงอายุวัยปลายที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อการดูแลเกื้อหนุนผู้สูงอายุวัยปลายหรือไม่ อย่างไร
4. มีหน่วยงานหรือองค์กรไหนในชุมชน หรือองค์กรของรัฐ ที่ให้การช่วยเหลือหรือดูแลผู้สูงอายุวัยปลาย ดูแลในลักษณะไหน อย่างไร
5. ทำอย่างไรที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุวัยปลายมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบคลุมและชุมชนควรมีบทบาทอย่างไร
6. ในชุมชนมีนโยบายที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุวัยปลายในชุมชนมีหรือไม่ อย่างไร

ภาคผนวก ง

แบบสอบถาม

เลขที่แบบสอบถาม.....

เครือข่ายทางสังคม การเกื้อหนุนทางสังคม และความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขต
ภาคเหนือ ประเทศไทย

ชื่อผู้ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถให้ข้อมูลได้ทั้งหมด ให้ถามจากบุคคลใกล้ชิดเพิ่มเติม แล้วระบุ

1. บันทึกความสัมพันธ์กับบุคคลในครัวเรือนนี้
2. เหตุผลที่บุคคลในครัวเรือนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

บ้านเลขที่ หมู่ที่ หมู่บ้านชื่อ ตำบล

อำเภอ จังหวัด เบอร์โทรศัพท์

แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 7 ส่วน ได้แก่

- ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 : ข้อมูลทางด้านสุขภาพ
- ส่วนที่ 3 : ข้อมูลเครือข่ายทางสังคม
- ส่วนที่ 4 : แบบวัดความผาสุกทางใจ
- ส่วนที่ 5 : แบบวัดความไว้ใจ
- ส่วนที่ 6 : แบบวัดความเศร้า
- ส่วนที่ 7 : แบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

วันที่สัมภาษณ์ เดือน พ.ศ.....

เริ่มเวลา สิ้นสุดเวลา รวมเวลา นาที

ผลการสัมภาษณ์ 1. เสร็จ 2. ไม่เสร็จ 3. ไม่ได้

เหตุผลที่สัมภาษณ์ไม่ได้หรือไม่เสร็จคือ.....

ชื่อผู้สัมภาษณ์

หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย (informed consent form)

โครงการวิจัยเรื่อง เครือข่ายทางสังคม การเกื้อหนุนทางสังคมและความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขต
ภาคเหนือ ประเทศไทย

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี
บัตรประชาชน/ข้าราชการเลขที่.....
อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ได้รับฟังคำอธิบายจาก...ดร.กัตติกา ณะขว้าง.....เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง เครือข่ายทาง
สังคม การเกื้อหนุนทางสังคม และความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ ประเทศไทย ได้รับทราบถึง
รายละเอียดของโครงการวิจัยเกี่ยวกับ

- วัตถุประสงค์ว่าการศึกษาเป็นการศึกษาลักษณะเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุวัยปลายในเขต
ภาคเหนือ การเกื้อหนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือที่ได้รับจากกลุ่มเครือข่ายทางสังคม ความผาสุก
ของผู้สูงอายุวัยปลายทั้งด้านบวกและด้านลบ และเงื่อนไขปัจจัยทางด้านเครือข่ายทางสังคม และการเกื้อหนุนทาง
สังคม ที่ส่งผลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลายในเขตภาคเหนือ

- ขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติตัวที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติตามคือต้องลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้า
ร่วมโครงการวิจัยแสดงว่าตกลงโดยความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ข้อมูลตามแบบสอบถามและการ
สัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่เป็นทางการ

- ผลประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับ คือได้รับค่าตอบแทนเป็นของที่ระลึกราคาประมาณ 100 บาท

- ผลข้างเคียงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ ได้แก่ อาจทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย เครียด
เสียเวลา และหากเกิดมีอาการข้างเคียงขึ้น ข้าพเจ้าจะรายงานให้ผู้วิจัยทราบทันที

- ข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยไม่มีการเสียสิทธิ์ใดๆ ทั้งสิ้น

- ผู้วิจัยและ/หรือผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยขอให้คำรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็นความลับ
และจะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นการสรุปการวิจัย โดยไม่ระบุตัวบุคคลผู้เป็นเจ้าของข้อมูล และหากเกิดอันตราย
หรือความเสียหายอันเป็นผลจากการวิจัยต่อข้าพเจ้า ผู้วิจัยและ/หรือผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยจะจัดการ
รักษาพยาบาลให้จนกลับคืนสภาพเดิม และจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษาพยาบาลรวมทั้งค่าใช้จ่าย
ค่าเสียหายอื่นถ้าหากมี

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจคำอธิบายข้างต้นแล้ว จึงได้ลงนามยินยอมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัย
ดังกล่าว

ลายมือชื่ออาสาสมัคร.....

(.....)

ลายมือชื่อผู้ให้ข้อมูล.....

(ดร.กัตติกา ณะขว้าง)

พยาน.....(ไม่ใช่ผู้อธิบาย)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : ในกรณีที่อาสาสมัครไม่สามารถ อ่านหนังสือ/ลงลายมือชื่อได้ ให้ใช้การประทับลายมือแทนดังนี้ :

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในแบบคำยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจน
เข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงประทับตราลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบคำยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



ประทับลายนิ้วมือขวา

ลายมือชื่อผู้อธิบาย.....

(ดร.กัตติกา ณะขว้าง)

พยาน.....(ไม่ใช่ผู้อธิบาย)

(.....)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

- 1.1 ท่านเกิดเมื่อใด (บันทึก วัน เดือน ปีเกิด)อายุ.....ปี
- 1.2 เพศของผู้ให้สัมภาษณ์ 1. ชาย 2. หญิง
- 1.3 ท่านนับถือศาสนาอะไร 1. พุทธ 2. อื่นๆ ระบุ.....
- 1.4 ท่านเชื้อชาติอะไร 1. ไทย 2. อื่นๆ ระบุ.....
- 1.5 สถานภาพสมรส
1. โสด 2. แต่งงาน และอยู่กับคู่สมรส 3. หม้าย
4. หย่า 5. แยก 6. แต่งงานแต่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส
- 1.6 ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด (ให้บันทึกจำนวนปีที่เรียนหนังสือสูงสุด)ปี
- 1.7 ท่านทำงานหรือไม่
1. ทำงาน ระบุประเภทลักษณะของงาน
2. ไม่ทำงาน
- 1.8 ท่านมีรายได้ต่อ เดือน ประมาณเท่าไร (รวมรายได้ทั้งหมดจากทุกแหล่ง)
- ไม่มีรายได้ 5,001 – 10,000 บาท
- 500 – 1,000 บาท 10,001 – 20,000 บาท
- 1,001 – 2,000 บาท 20,001 – 50,000 บาท
- 2,001 – 5,000 บาท > 50,000 บาท
- 1.9 ที่มาของเงินรายได้ของท่านมาจากแหล่งใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- จากการทำงาน จากบุตร/หลาน
- เงินบำนาญ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ
- กองทุนทหารผ่านศึก ค่าเช่าต่างๆ เช่น ค่าเช่าที่ ค่าเช่าบ้าน
- ดอกเบี้ยเงินฝาก อื่นๆ.....
- 1.10 ท่านมีหนี้สินที่เป็นภาระของท่านประมาณเท่าไร
- ไม่มีหนี้สิน 5,001 – 10,000 บาท
- 500 – 1,000 บาท 10,001 – 20,000 บาท
- 1,001 – 2,000 บาท 20,001 – 50,000 บาท
- 2,001 – 5,000 บาท > 50,000 บาท
- 1.11 ท่านคิดว่ารายได้ทั้งหมดที่ได้รับ เพียงพอต่อการดำรงชีพหรือไม่
1. ไม่เพียงพอ 2. เพียงพอแต่ไม่มีเก็บ
3. เพียงพอและเก็บได้บ้าง 4. เพียงพอและเก็บได้ตลอด
- 1.12 ท่านคิดว่าท่านมีฐานะยากจนหรือไม่เมื่อเทียบกับเพื่อนบ้าน
1. ยากจนกว่าเพื่อนบ้าน 3. ไม่ยากจน
2. ยากจนพอๆ กับเพื่อนบ้าน N. ไม่ตอบ
- 1.13 ท่านอาศัยอยู่ในเขต 1. เทศบาล 2. นอกเขตเทศบาล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทางด้านสุขภาพ

2.1 ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ 1. ไม่มี 2. มี (โรคอะไร – ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> อัมพาต / อัมพฤกษ์ |
| <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> โรคปวดข้อ ข้อเสื่อม รูมาตอย |
| <input type="checkbox"/> โรคความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> โรคทางสายตา ระบุ..... |
| <input type="checkbox"/> โรคปอดอักเสบ หรือหอบหืด | <input type="checkbox"/> โรค หรืออาการ เกี่ยวกับทางเดินอาหาร โรค
กระเพาะ |
| <input type="checkbox"/> มะเร็งหรือเนื้อร้ายอื่น ๆ | <input type="checkbox"/> การเจ็บปวดทางร่างกาย ปวดหลัง ปวดเอว ปวด
กล้ามเนื้อ |
| <input type="checkbox"/> โรคหลอดเลือดสมอง | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ |

2.2 ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านคิดว่าสุขภาพโดยทั่วไปของท่านอยู่ในระดับใด

1. แย่มาก 2. แย่ 3. ปานกลาง 4. ดี 5. ดีมาก

2.3 เปรียบเทียบกับช่วง 1 ปีที่แล้ว ท่านคิดว่าสุขภาพโดยทั่วไปของท่านอยู่ในระดับใด

1. แย่กว่า 2. พอๆกัน 3. ดีกว่า 4. ดีกว่ามาก

2.4 เปรียบเทียบกับคนอื่นในวัยเดียวกัน ท่านคิดว่าสุขภาพโดยทั่วไปของท่านอยู่ในระดับใด

1. แย่กว่า 2. พอๆกัน 3. ดีกว่า 4. ดีกว่ามาก

2.5 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือไม่

1. ไม่เคย 2. เคย
ถ้าเคยระบุจำนวนวัน)กี่วัน.....(วัน

ท่านเจ็บป่วยเป็นอะไรระบุอาการหรือโรค.....

2.6 ส่วนใหญ่เมื่อท่านเจ็บปวดหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ ท่านเลือกใช้บริการสุขภาพอย่างไร

- ไปสถานพยาบาลที่มีแพทย์
 ไปสถานพยาบาลที่ไม่มีแพทย์
 ไปรักษาที่บ้าน /หาหมอที่บ้าน)แผนโบราณ(
 ซื้อมากินเอง /รักษาตัวเอง

2.7 ท่านได้รับการตรวจร่างกายประจำปีโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือไม่

- ไม่ได้รับการตรวจ ได้รับการตรวจโปรดระบุ)✓ หน้าข้อที่ท่านเป็น(
.....ด้านช่องปากด้านการเห็น
.....ด้านการได้ยินด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด
.....ด้านระบบทางเดินหายใจความดันโลหิต
.....เบาหวานไขมันในเลือด
.....อื่นๆ ระบุ.....

2.8 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของท่าน

กิจวัตรประจำวัน	1. ต้องช่วยเหลือเต็มที่/ทำเองไม่ได้เลย	2. ต้องควบคุม / ช่วยเหลือเล็กน้อย	3. ทำได้เองโดยสมบูรณ์
1. อาบน้ำ			
2. แต่งตัว / ใส่เสื้อผ้า			
3. ใช้ห้องสุขา และทำความสะอาดหลังขับถ่าย			
4. ลุกนั่ง/ลุกจากที่นอน เติง หรือเก้าอี้			
5. กินอาหาร			
6. อุจจาระ/ปัสสาวะรด (1 = ประจำ, 2 = ครั้งคราว, 3 = ไม่เคย)			
7. เดินขึ้นบันได 2-3 ชั้น			
8. ยกของหนักประมาณ 5 กิโลกรัม			
9. เดินระยะทาง 1 กิโลเมตร			
10. การใช้โทรศัพท์ เช่น หมุนโทรศัพท์, รับสายโทรศัพท์, บอกกล่าวข้อความที่ส่งมาทางโทรศัพท์ได้ (ถ้ามีโทรศัพท์)			
11. ใช้รถ / การเดินทางโดยขึ้นรถหรือลงเรือคนเดียว			
12. จับจ่ายซื้อของ เลือกซื้ออาหารหรือเสื้อผ้า ในร้านค้าหรือร้านขายของชำ			
13. การหุงหาอาหาร ความสามารถในการทำกับข้าวเองหรืออุ่นอาหารที่ทำเสร็จแล้ว			
14. การทำงานบ้าน ทำความสะอาดดูแลบ้านเรือน			
15. หยิบยากินเอง			
16. การจัดการเรื่องเงิน หรือทอนเงิน			

ส่วนที่ 3 เครือข่ายทางสังคม บุตร หลาน ญาติพี่น้อง และ เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน (เครือข่ายในครัวเรือน และในหมู่บ้าน)

3.1 ปัจจุบันท่านอยู่อาศัยกับใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- อยู่คนเดียว
- อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น
- อยู่กับบุตรโสด จำนวน..... คน
- อยู่กับบุตรสมรส.....คน หลาน.....คน หรือ บุตรเขย /สะใภ้.....คน
- อยู่กับญาติ พี่น้อง คน
- อยู่กับคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ ระบุ..... คน

รวมทั้งหมด.....คน

แบบสรุปรูปแบบการอยู่อาศัย

ครัวเรือนนี้มีทั้งหมด ... คน สมาชิกที่อยู่ในปัจจุบันมี คน ลักษณะครัวเรือนของผู้สูงอายุที่ถูกสัมภาษณ์

- .0 ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว .1 ผู้สูงอายุอยู่กับคู่สมรส .2 ผู้สูงอายุอยู่กับลูก หรือ เขย/สะใภ้ และคู่สมรส)อาจจะมีคนอื่นอยู่ หรือไม่อยู่ด้วยก็ได้ .3 (ผู้สูงอายุอยู่กับลูก หรือ เขย/สะใภ้ แต่ไม่มี คู่สมรส)อาจจะมีคนอื่นอยู่ หรือไม่อยู่ด้วยก็ได้
- 4. อื่นๆ ระบุ.....

3.2 บ้านที่ท่านอยู่ในปัจจุบันเป็นของใคร

- 1. ตัวท่านเอง/คู่สมรส
- 2. บุตร
- 3. บุตรเขย/สะใภ้
- 4. หลาน
- 5. ญาติพี่น้อง

3.3 ท่านอยู่ในครัวเรือนในสถานะใด

- 1. หัวหน้าครัวเรือน
- 2. สามี/ภรรยา ของหัวหน้าครัวเรือน
- 3. บิดา/มารดา ของหัวหน้าครัวเรือน
- 4. ญาติ
- 5. ผู้อยู่อาศัย

3.4 ใครเป็นผู้ดูแลหลักของท่านในชีวิตประจำวัน

- ไม่มีใคร
- คู่สมรส
- บุตร ระบุ
- หลาน/บุตรเขย/สะใภ้ ระบุ.....
- ญาติ /พี่น้อง ระบุ
- คนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ ระบุ.....

3.5 ท่านมีบุตร (รวมทั้งบุตรบุญธรรม/บุตรเลี้ยง) กี่คน

- 1. จำนวนบุตรทั้งหมด.....คน
- 2. จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่คน

3.6 ท่านมีบุตร (รวมทั้งบุตรบุญธรรม/บุตรเลี้ยง) ที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันและนอกหมู่บ้านประมาณกี่คน

- 1. ในหมู่บ้านเดียวกัน (ไม่รวมที่อยู่บ้านเดียวกัน)คน
- 2. นอกหมู่บ้านแต่ตำบล/อำเภอเดียวกัน.....คน
- 3. นอกหมู่บ้านแต่ต่างอำเภอคน
- 4. นอกหมู่บ้านแต่ต่างจังหวัด.....คน /ต่างประเทศ.....คน

สถานที่ การเดินทาง และการพูดคุยแบบพบหน้ากัน การโทรศัพท์และการเยี่ยมเยียน ของบุคคล
ต่อไปนี้ (ถามทุกคนที่อยู่ในรายการ)

ลำดับ	บุคคล	3.7 สถานที่หรือ ระยะทางของบุคคล ต่อไปนี้ <u>ที่อยู่ใกล้ที่สุด</u> (ดูรหัส)	3.8 ในปีที่ผ่านมาท่าน ได้พูดคุยแบบพบ หน้ากันกับ <u>คนใดคนหนึ่งก็ได้</u> บ่อยแค่ไหน (ดูรหัส)	3.9 ในปีที่ผ่านมาท่าน ได้พูดคุยทาง โทรศัพท์กับ <u>คนใดคนหนึ่งก็ได้</u> <u>ที่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน</u> บ่อยแค่ไหน (ดูรหัส)	3.10 ในปีที่ผ่านมาท่านได้ ไปหรือมาเยี่ยม กับ..... <u>คนใดคนหนึ่งก็ได้</u> <u>ที่</u> <u>ไม่ได้อยู่ด้วยกัน</u> บ่อยแค่ไหน (ดูรหัส)
1	คู่สมรส				
2	บุตรชาย				
3	บุตรสาว				
4	หลาน/เหลน				
5	พี่สาว/ น้องสาว หรือ พี่ชาย/ น้องชาย				
6	ญาติ (ไม่รวม (1)-(5))				
7	เพื่อน				
8	เพื่อนบ้าน				

รหัสข้อ 3.7:

0. ไม่มี/ เสียชีวิตหมด 1. อยู่บ้านเดียวกัน 2. อยู่หมู่บ้านเดียวกัน/ อยู่ในระยะทางที่เดิน
ไปมาหาสู่ได้ (ไม่เกิน 1 ก.ม.) 3. อยู่ทีอื่นๆ ให้บันทึกระยะทาง.....ก.ม.
3.1. หากไม่รู้ระยะทาง ให้บันทึก หมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ/จังหวัด.....
8. อาศัยอยู่ต่างประเทศ

รหัสข้อ 3.8, 3.9, 3.10:

0. ไม่เคย 1. ทุกวัน 2. 2-3 ครั้งในสัปดาห์ 3. อย่างน้อยทุกสัปดาห์ 4. อย่างน้อยทุก 2
สัปดาห์ 5. อย่างน้อยทุกเดือน 6. ทุก 2 เดือน 7. ทุก 3 เดือน 8. ทุก 4 เดือน 9. ทุก
5 เดือน 10. ทุก 6 เดือน 11. ปีละครั้ง 99. ไม่เข้าข่าย

3.11 ความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคม

(1) บุคคลในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร หลาน รวมทั้งเขย สะใภ้ และญาติพี่น้อง

1. บุคคลในครอบครัว ที่ท่านได้พบหน้าและพูดคุยอย่างน้อยเดือนละครั้ง มีกี่คน
0 ไม่มีเลย 1. 1 คน 2. 2 คน 3. 3 ถึง 4 คน 4. 5 ถึง 8 คน 5. 9 คนขึ้นไป
2. บุคคลในครอบครัวประมาณกี่คน ที่ท่านจะขอความช่วยเหลือได้อย่างสนิทใจ
0 ไม่มีเลย 1. 1 คน 2. 2 คน 3. 3 ถึง 4 คน 4. 5 ถึง 8 คน 5. 9 คนขึ้นไป
3. บุคคลในครอบครัวประมาณกี่คน ที่ท่านจะพูดคุยถึงเรื่องที่อยู่ในใจหรือเรื่องส่วนตัวได้อย่างสบายใจ
0 ไม่มีเลย 1. 1 คน 2. 2 คน 3. 3 ถึง 4 คน 4. 5 ถึง 8 คน 5. 9 คนขึ้นไป

(2) เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ได้แก่ เพื่อนที่สนิท หรือเพื่อนบ้านที่สนิทสนมที่ไปมาหาสู่กันเสมอ

4. เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ที่ท่านได้พบหน้าและพูดคุยอย่างน้อยเดือนละครั้ง มีประมาณกี่คน
0 ไม่มีเลย 1. 1 คน 2. 2 คน 3. 3 ถึง 4 คน 4. 5 ถึง 8 คน 5. 9 คนขึ้นไป
5. เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ที่ท่านที่รู้สึกสนิทใจที่จะขอความช่วยเหลือได้ มีประมาณกี่คน
0 ไม่มีเลย 1. 1 คน 2. 2 คน 3. 3 ถึง 4 คน 4. 5 ถึง 8 คน 5. 9 คนขึ้นไป
6. เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ที่ท่านที่รู้สึกสบายใจที่จะพูดคุยถึงเรื่องที่อยู่ในใจหรือเรื่องส่วนตัวได้ มีประมาณกี่คน
0 ไม่มีเลย 1. 1 คน 2. 2 คน 3. 3 ถึง 4 คน 4. 5 ถึง 8 คน 5. 9 คนขึ้นไป

ส่วนที่ 4 แบบวัดความผาสุกทางใจ

คำชี้แจง ความผาสุกทางใจหรือความสุขของผู้สูงอายุเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี หรือผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ ต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกในด้านความผาสุกทางใจของท่าน ขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตัวท่าน

- | | | |
|--------------|---------|---|
| ไม่จริง | หมายถึง | เหตุการณ์นั้นไม่จริงเลย หรือแทบจะไม่จริงเลย |
| จริงบางครั้ง | หมายถึง | เหตุการณ์นั้นจริงเป็นบางครั้ง |
| ค่อนข้างจริง | หมายถึง | เหตุการณ์นั้นค่อนข้างจริง |
| จริงตลอดเวลา | หมายถึง | เหตุการณ์นั้นเป็นจริงตลอดเวลา |

โปรดใส่เครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่างขวามือ ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

รายการ	ไม่จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริง ตลอด เวลา
ความสามัคคีปรองดอง				
1. ลูกหลาน ญาติพี่น้องของท่านมีความปรองดองกัน				
2. ลูกหลาน ญาติพี่น้องของท่านดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน				
3. ในหมู่บ้านหรือละแวกบ้านของท่าน ผู้คนอยู่กันอย่างเป็นมิตร ต่อกัน				

รายการ	ไม่จริง	จริง บางครั้ง	ค่อนข้าง จริง	จริง ตลอดเวลา
การพึ่งพาอาศัยกัน				
4. ลูกหลาน ญาติพี่น้องในครอบครัวของท่านต่างพึ่งพาอาศัยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน				
5. ลูกหลาน ญาติพี่น้องของท่านดูแลท่าน				
6. ในหมู่บ้านหรือละแวกบ้านของท่าน เพื่อนบ้านต่างพึ่งพาอาศัยกันได้				
ความเคารพนับถือ				
7. ลูกหลานของท่าน หรือผู้อื่นที่มีอายุน้อยกว่าเชื่อฟังท่านเมื่อท่านสั่งสอน				
8. ลูกหลานของท่าน หรือผู้อื่นที่มีอายุน้อยกว่าแสดงกิริยาวาจาที่สุภาพต่อท่าน				
9. ลูกหลานของท่าน หรือผู้อื่นที่มีอายุน้อยกว่าให้ความเคารพท่านในฐานะที่ท่านเป็นผู้อาวุโส				
ความสงบสุข				
10. ท่านเป็นคนที่ไม่เก็บเรื่องเล็กๆ น้อยๆ มาเป็นกังวลใจ				
11. เมื่อมีปัญหาเล็กๆ น้อยๆ ที่ทำให้รำคาญใจ ท่านทำใจให้เรื่องผ่านไปได้				
12. เมื่อมีสิ่งไม่ดีเกิดขึ้นในชีวิตท่าน ท่านยอมรับและปล่อยวางได้				
ความเบิกบานใจ				
13. ท่านเป็นคนมีอารมณ์ขัน มองสิ่งต่างๆ ให้เป็นเรื่องขำ หรือเรื่องตลกได้				
14. ท่านเป็นคนหัวเราะง่าย				
15. ท่านรู้สึกสนุกหรือยินดีเมื่ออยู่กับผู้คนต่างๆ				

16. โดยภาพรวมทั้งหมดในขณะนี้ ท่านมีความพึงพอใจในชีวิตของท่านเป็นอย่างไร

1. ไม่พอใจมาก 2. ไม่พอใจ 3. พอใจ 4. พอใจมาก

ส่วนที่ 5 แบบวัดความว่าเหว่

คำชี้แจง ข้อความในแบบสอบถามนี้บรรยายถึงความรู้สึกที่คนโดยทั่วไปจะรู้สึกได้ในบางครั้ง

ขอให้ท่านตอบข้อความในแต่ละข้อว่าบ่อยเพียงใดที่ท่านรู้สึกเช่นนี้ ตามความรู้สึกของท่าน

ไม่เคยเลย หมายถึง ท่านไม่เคยรู้สึกตรงตามเหตุการณ์ข้อนั้นเลย

นานๆ ครั้ง หมายถึง ท่านรู้สึกว่าเหตุการณ์ข้อนั้นจริงเป็นบางครั้ง

บ่อย หมายถึง ท่านรู้สึกถึงว่าเหตุการณ์ข้อนั้นเกิดขึ้นบ่อย

บ่อยมาก/เป็นประจำ หมายถึง ท่านรู้สึกถึงว่าเหตุการณ์ข้อนั้นเกิดขึ้นบ่อยมาก/เป็นประจำ

โปรดใส่เครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่างขวามือ ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ความรู้สึก	ไม่เคยเลย	นานๆ ครั้ง	บ่อย	บ่อยมาก/เป็นประจำ
1. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าท่านเข้ากันได้ดีกับคนรอบข้าง				
2. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีเพื่อน				
3. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าไม่รู้จะหันหน้าไปหาใครดี				
4. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าเหมือนอยู่ตัวคนเดียว				
5. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเพื่อน				
6. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าตัวท่านมีหลายๆ อย่างเหมือนกับคนรอบข้าง				
7. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าท่านไม่สนิทสนมกับใครอีกแล้ว				
8. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าความสนใจหรือความคิดของท่านไม่ตรงกับคนรอบข้าง				
9. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าอยากพบปะพูดคุยและผูกมิตรกับคนอื่น				
10. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกสนิทสนมกับคนอื่น				
11. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง				
12. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าความสัมพันธ์ของท่านกับคนอื่น ไม่มีความหมาย				
13. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าไม่มีใครรู้จักท่านอย่างแท้จริง				
14. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกโดดเดี่ยว เดี่ยวดาย				
15. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าท่านหาเพื่อนได้เสมอเมื่อท่านต้องการ				
16. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่ามีคนเข้าใจท่านจริงๆ				
17. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่ามีคนอยู่รอบข้างท่าน แต่กลับไม่เข้าใจท่าน				
18. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่ามีคนที่ท่านสามารถหาหรือพูดคุยด้วยได้				
19. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่ามีคนที่ท่านสามารถหันหน้าไปปรึกษาได้				
20. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าไม่อยากสูงส่งกับใคร				
21. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าไม่มีเรื่องจะคุยกับคนรอบข้าง				
22. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าคนรอบข้างชอบนินทาท่าน				
23. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าไม่อยากพูด เพราะไม่ต้องการมีเรื่อง				
24. บ่อยไหมที่ท่านรู้สึกว่าอยากเก็บความไม่สบายใจไว้เอง				

ส่วนที่ 6 แบบวัดภาวะซึมเศร้า

คำชี้แจง โปรดประเมินความรู้สึกของท่าน ในช่วงเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา ใส่เครื่องหมายถูก (✓) ลง ในช่องว่างขวามือ ที่ตรงกับการความรู้สึกของท่านมากที่สุด - ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับ ความรู้สึกของท่าน - ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. ท่านพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ตอนนี้		
2. ท่านไม่ชอบทำอะไรในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ		
3. ท่านรู้สึกชีวิตของท่านช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร		
4. ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ		
5. ท่านหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันข้างหน้า		
6. ท่านมีเรื่องกังวลอยู่ตลอดเวลาและเลิกคิดไม่ได้		
7. ส่วนใหญ่แล้วท่านรู้สึกอารมณ์ดี		
8. ท่านรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีเกิดขึ้นกับท่าน		
9. ส่วนใหญ่ท่านรู้สึกมีความสุข		
10. บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกไม่มีที่พึ่ง		
11. ท่านรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ		
12. ท่านชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน		
13. บ่อยครั้งที่ท่านรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า		
14. ท่านคิดว่าความจำของท่านไม่ดีเท่าคนอื่น		
15. การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบันนี้ เป็นเรื่องที่น่ายินดี		
16. ท่านรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ		
17. ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านค่อนข้างไม่มีคุณค่า		
18. ท่านรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา		
19. ท่านรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก		
20. ท่านรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นทำอะไรใหม่ๆ		
21. ท่านรู้สึกกระตือรือร้น		
22. ท่านรู้สึกสิ้นหวัง		
23. ท่านคิดว่าคนอื่นดีกว่าท่าน		
24. ท่านอารมณ์เสื่อง่ายกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ อยู่เสมอ		
25. ท่านรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ		
26. ท่านมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน		
27. ท่านรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า		
28. ท่านไม่ชอบพบปะพูดคุยกับคนอื่น		
29. ท่านตัดสินใจอะไรได้เร็ว		
30. ท่านมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน		

ส่วนที่ 7 สมรรถภาพทางสมอง

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย(Mimi-Mental State Examination: MMSE - Thai 2002) (ในกรณีที่ถูกทดสอบอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10)

บันทึกคำตอบไว้ทุกครั้ง คะแนน
(ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด)

1. Orientation for time (5 คะแนน)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 1.1 วันนี้วันที่เท่าไร
- 1.2 วันนี้วันอะไร
- 1.3 เดือนนี้เดือนอะไร
- 1.4 ปีนี้ปีอะไร
- 1.5 ฤดูนี้ฤดูอะไร

2. Orientation for place (5 คะแนน)

(ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)

- 2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และบ้านเลขที่เท่าไร
- 2.2 ที่นี้หมู่บ้าน หรือละแวก/คุ้ม/ย่าน/ถนนอะไร
- 2.3 ที่นี้อยู่ในอำเภอ/เขตอะไร
- 2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.5 ที่นี้ภาคอะไร

3. Registration (3 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบความจำ ผม (ดิฉัน) จะบอกชื่อของ 3 อย่าง คุณ (ตา, ยาย.....) ตั้งใจฟังให้ดีนะ เพราะจะบอกเพียงครั้งเดียว ไม่มีการบอกซ้ำอีก เมื่อผม (ดิฉัน) พูดจบ ให้คุณ (ตา, ยาย.....) พูดทบทวนตามที่ได้ยิน ให้ครบทั้ง 3 ชื่อ แล้วพยายามจำไว้ให้ดีเดียว ผม (ดิฉัน) จะถามซ้ำ

*การบอกชื่อแต่ละคำให้ห่างกันประมาณหนึ่งวินาที ต้องไม่ช้าหรือเร็วเกินไป (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

๑ ดอกไม้ ๑ แม่น้ำ ๑ รถไฟ

4. Attention/Calculation (5 คะแนน) (ให้เลือกทำข้อใดข้อหนึ่ง)

ข้อนี้เป็นการคิดเลขในใจเพื่อทดสอบสมาธิ คุณ (ตา, ยาย.....) คิดเลขในใจเป็นไหม?

ถ้าตอบคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1 ถ้าตอบคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 “ให้คิดในใจเอา 100 ตั้ง แล้วลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรให้บอกมา”
.....

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 แล้วตอบไม่ได้ ก็คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องย้ายไปทำข้อ 4.2

4.2 “ผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่า มะนาว ให้คุณ (ตา, ยาย.....) ฟัง แล้วให้คุณ (ตา, ยาย.....) สะกด

ถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรกคำว่ามะนาวสะกดว่า มะม้า-สระอะ นอหนู-สระอา-วอแหวน ไหนคุณ (ตา, ยาย.....) สะกดถอยหลัง ให้ฟังซิ”

ว า น ะ ม

5. Recall (3 คะแนน)

“เมื่อสักครู่นี้ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหมมีอะไรบ้าง” (ตอบถูก 1 คำได้ 1 คะแนน)

☞ ดอกไม้ ☞ แม่น้ำ ☞ รถไฟ

6. Naming (2 คะแนน)

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

6.2 ชี้นำพิก้าข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูและถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร”

7. Repetition (1 คะแนน)

(พูดตามได้ถูกต้องได้ 1 คะแนน)

“ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย.....) พูดตามผม (ดิฉัน)

จะบอกเพียงเที่ยวเดียว” “ใครใคร่ขายไก่ไข่”

8. Verbal command (3 คะแนน)

“ฟังดีๆ นะเดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา, ยาย.....) รับผิดชอบขวา พับครึ่ง แล้ววางไว้ที่.....” (พื้น, โต๊ะ, เติง)

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ-4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

☞ รับผิดชอบขวา ☞ พับครึ่ง ☞ วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เติง).....

9. Written command (1 คะแนน)

ต่อไปนี้เป็นคำสั่งที่เขียนเป็นตัวหนังสือ ต้องการให้คุณ (ตา, ยาย...) อ่าน แล้วทำตาม คุณ (ตา, ยาย.....) จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา” ☞ หลับตาได้

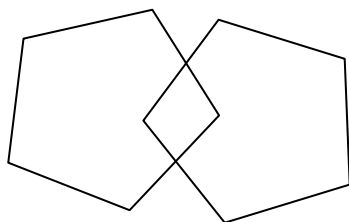
10. Writing (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “ให้คุณ (ตา, ยาย.....) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่อง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค”

☞ ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction (1 คะแนน)

ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง” (ในที่ว่างด้านข้างของภาพตัวอย่าง).....



คะแนนรวม.....

ประวัติและผลงานวิจัยที่สำคัญของนักวิจัย

1. ดร. กัตติกา ณะขว้าง

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์

หน่วยงานและสถานที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

111 ถนนมหาวิทยาลัย ตำบลสุรนารี อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

หมายเลขโทรศัพท์ 044-223520 โทรสาร 044-223506

มือถือ 087-9713663 Email: kattika@sut.ac.th

ประวัติการศึกษา

- 1) ปริญญาตรี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์
- 2) ปริญญาโท สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 3) ปริญญาเอก สาขาวิชาประชากรศาสตร์ (นานาชาติ) มหาวิทยาลัยมหิดล

ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

โครงการวิจัยที่ทำสำเร็จแล้ว

- 1) โครงการวิจัยเรื่อง “Social Networks, Social Support, and Healthy Aging among Thai Older Persons” ได้รับทุนจาก POSCO Foundation ประเทศเกาหลี, พ.ศ. 2551
- 2) โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพในการดูแลตนเองในการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุ ต.วรนคร อ.บัว จ.น่าน” ได้รับทุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), พ.ศ. 2552
- 3) โครงการวิจัยเรื่อง “ชีวิตการทำงาน สุขภาพ และการบาดเจ็บและการเจ็บป่วยที่สัมพันธ์กับการทำงานของพยาบาลสูงวัยในประเทศไทย ” ได้รับทุนจาก สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program, Thailand - IHPP), พ.ศ. 2553
- 4) โครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายด้วยการรำไม้พลองประยุกต์กับการฟิตร่างกายของเมืองน่านสำหรับผู้สูงอายุ” ได้รับทุนจากมูลนิธิเวชดุสิต, พ.ศ. 2554
- 5) โครงการวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลของการรำไม้พลองมองเชิงเมืองน่านต่อ สมรรถภาพทางกายและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหญิงที่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ ” ได้รับทุนจาก สภาการพยาบาล, พ.ศ. 2554
- 6) โครงการวิจัยเรื่อง “เครือข่ายทางสังคม การก้อหนุนทางสังคม และความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลาย ในเขตภาคเหนือ ประเทศไทย” ได้รับทุนจากสำนักงาน คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.), พ.ศ. 2554

โครงการวิจัยที่กำลังดำเนินการ

1) โครงการวิจัยเรื่อง “Perspectives on productive ageing among older adults in Northeastern Thailand: A qualitative study. ได้รับทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี , พ.ศ. 2555

2) โครงการวิจัยเรื่อง “เครือข่ายการเกื้อหนุนทางสังคม สุขภาพ และความผาสุกของผู้สูงอายุวัยปลาย ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย ” ได้รับทุนวิจัยจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี, พ.ศ. 2556

3) โครงการวิจัยเรื่อง “ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ในประเทศไทย (Depression among Older Adults with Diabetes in Thailand)” ได้รับทุนวิจัยจาก สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส), ปี พ.ศ. 2556

ผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสาร

1. กัตติกา ณะขว้าง . (2548). พฤติกรรมการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์กับระดับ Thyroid Stimulating Hormone (TSH) ในทารกแรกเกิด ของจังหวัดน่าน . *วารสารส่งเสริมสุขภาพ*, 2(3-4): 19-28.
2. Thanakwang, K and Soonthorndhada, K. (2006). Prevalence and risk factors for hypertension: Evidence from non-communicable disease screening project in Nan Province, Thailand. *Journal of Population and Social Studies*; 14(2): 111-131.
3. Thanakwang, K. and Soonthorndhada, K. (2006). Attributes of Active Ageing among Older Persons in Thailand: Evidence from the 2002 Survey. *Asia-Pacific Population Journal*, 21(3): 113-135.
4. Thanakwang, K. and Soonthorndhada, K. (2007). Determinants of Economic Security among Thai Elderly: Evidence from a Cross-Sectional National Survey. *Asia Journal of Global Studies*, 1(2): 35-49.
5. Thanakwang, K. and Soonthorndhada, K. (2008). Family Relations and Health-Promoting Behaviors among the Older Persons in Nan Province. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 91(7): 1102-1108.
6. Thanakwang, K. (2008). Social Networks and Social Support Influencing Health-Promoting Behaviors among Thai Community-Dwelling Elderly. *Thai Journal of Nursing Research*, 12(4): 243-258.
7. กัตติกา ณะขว้าง . (2551). การคลอด: จากวิถีธรรมชาติสู่กระบวนการครบวงจรทางการแพทย์ . *วารสารสังคมศาสตร์*, 20(1): 209-233.
8. Thanakwang, K. and Soonthorndhada, K. (2009). Migration experience of pregnant women and iodine deficiency disorder in newborns in Nan Province, Thailand. *Journal of Population and Social Studies*, 17(2): 25-46.

9. **Thanakwang, K.** and Pimonphan Kunasit. (2009). Unawareness and Uncontrolled Blood Pressure of Hypertension among Older Adults in Rural Communities, Nan Province. *Journal of Health Sciences*, 18(1): 10-17.
10. **Thanakwang, K.** (2009). Social relationships influencing positive perceived health among Thai older persons: A secondary data analysis using the national elderly survey. *Nursing & Health Sciences*, 11(2): 144-149.
11. **กัตติกา ณะขว้าง และจิราพร เกศพิชญพัฒนา.** (2552). ปัจจัยกำหนดและผลกระทบที่ตามมาของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน : การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 10(3): 25-38.
12. **Jamjan, L.** and **Thanakwang, K.** (2010). Anywhere and Anytime: An Effective ICT to Support Primary Care Health Workers. In Health Systems Research Institute, **Never Ending Stories of the Development of an Effective HIS in Thailand.** (p. 33-42). Bangkok: Sahamitr Printing & Publishing Co., Ltd.
13. **กัตติกา ณะขว้าง จิราพร เกศพิชญพัฒนา และชนกพร จิตปัญญา** (2553). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 28(3): 60-68.
14. **กัตติกา ณะขว้าง.** (2553). การวิเคราะห์ห่อภิมาณ : แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการวิจัยทางการแพทย์. *วารสารสภากาพยาบาล*, 25(4): 10-22.
15. **กัตติกา ณะขว้าง จินตนา รัตน์วิฑูรย์ และจามจุรีย์ ทนุรัตน์** (255 4). การพัฒนาเครือข่าย เพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อการสูงวัยอย่างมีสุข ภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 5(3): 381-391.
16. **กัตติกา ณะขว้าง.** (2554). การวิเคราะห์ห่อภิมาณงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 12(2): 30-36.
17. **Thanakwang, K., & Soonthorndhada, K.** (2011). Mechanisms by which social support networks influence healthy aging among Thai community-dwelling elderly. *Journal of Aging & Health*, 23(8): 1352-1378.
18. **กัตติกา ณะขว้าง, ผ่องใส กันทเสน และรัตนกร ยศอินทร์** (2555). การพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยการรำไม้พลองประยุกต์กับการฟ้อนมอญเชิงเมื่อนานต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ. *วารสารสภากาพยาบาล*, 27(2): 81-93.
19. **Thanakwang, K., Ingersoll-Dayton, B., & Soonthorndhada, K.** (2012). The relationships among family, friends, and psychological well-being for Thai elderly. *Ageing & Mental Health*, 16(8): 993-1003.
20. **Thanakwang, K., Soonthorndhada, K., & Mongkolprasoet, J.** (2012). Perspectives on healthy aging among older Thai adults: A qualitative study. *Nursing & Health Science*, 14(4): 472-479.

21. กัตติกา ธนะขว้าง. (2556). ผลของการรำไม้พลองมองเชิงเมื่อนานต่อสมรรถภาพทางกาย และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหญิงที่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ . *พยาบาลสาร*, (Accepted, Forthcoming).
22. Thanakwang, K., Isaramalai, S. (2013). Productive engagement among older adults: A concept analysis. *Nursing & Health Science*, (Accepted, Forthcoming).
23. Thanakwang, K. (2013). Poverty, Perceived Economic Strain and Psychological Distress among Older Thai Adults, In Yeung Wei-Jun, Jean (ed.). *Economic Stress and Families in Asia*, Springer. (Accepted, Forthcoming).
24. Thanakwang, K., Saweangdee, K., Tangchareonsatien, V. & Teerawit, T. (2013). Health-Related Quality of Life among Thai Female Registered Nurses: A National Cross-Sectional Study. *International of Nursing Studies*, (Under review)

2. ผศ.ดร. นงนุช โอบะ

ตำแหน่งปัจจุบัน: ผู้ช่วยศาสตราจารย์

หน่วยงานที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร อ. เมือง จ. พิษณุโลก 65000 โทรศัพท์ 055-966-710 และโทรสาร 055-966-709 e-mail : Nongnut@nu.ac.th
โทรศัพท์มือถือ 089-6396140

ประวัติการศึกษา

ปีพ.ศ.ที่จบ	วุฒิ	สถานที่ศึกษา
2523	วท.บ.(พยาบาลศาสตร์)	มหาวิทยาลัยมหิดล
2534	วท.ม.(สรีรวิทยา)	มหาวิทยาลัยมหิดล
2545	กศ.ด. (การบริหารการศึกษา)	มหาวิทยาลัยนเรศวร
2549	พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)	มหาวิทยาลัยนเรศวร

สาขาที่มีความชำนาญพิเศษ: การพยาบาลครอบครัวและชุมชน

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การอนามัยโรงเรียน

ผลงานวิจัยในอดีต

Suwanprasert, B., Jintanasonti, R. Kumrod, K. & Oba, N. (2001). Semi-distance teaching in mathematics I to nurse student at Naresuan University. *Naresuan University Journal*. 9(1), 1-8.

นงนุช โอบะ และ นิพนธ์ กินาวงศ์. (2545). องค์ประกอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพและความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพกับปัจจัยคัดสรรบางประการของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *Naresuan University Journal*. 10(2), 53-61.

- มัลลิกา ตั้งค้วานิซ พัทธพร สุคนธสรรพ์ **นงนุช โอบะ** รัมภ์รดา บุญน้อยยกอ และชูลีกร ด่านยุทธศิลป์. (2545). ความเชื่อด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่น จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารพยาบาล*. 51(3), 136-144.
- นงนุช โอบะ** ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์ และสมจิตร ชัยรัตน์. (2549). ประสบการณ์ความเจ็บป่วยผู้ป่วยโรคเบาหวาน *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*. 2(1),
- จรรยา สันตยากร ประภา ลิ้มประสูติ **นงนุช โอบะ** และอัจฉรา ปุราคม (2549). การวิเคราะห์ระบบบริการพยาบาลศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดพิษณุโลก . *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์*. 3(1), 20-31.
- ภัทรมนัส มณีจิราการ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ สุรีย์ภรณ์ สุวรรณโอสถ และ **นงนุช โอบะ**. (2549). ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตสาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์* 3(1) , 32-41.
- นงนุช โอบะ** ปัญญารัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา ประภา ลิ้มประสูติ และทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์. (2550). ประสิทธิภาพของการพยาบาลแบบตั้งเป้าหมายร่วมกันต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะควบคุมโรคของบุคคลโรคเบาหวานที่อยู่ร่วมกับครอบครัว. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร*. 15(2), 105-116.
- สุพิมพ์ อุ่นพมพ์ **นงนุช โอบะ** และนุศรา วิจิตรแก้ว. (2550) ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานวัยผู้ใหญ่. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร* 1(1),100-111.
- ทรรศนีย์ สิริวัฒน์พรกุล **นงนุช โอบะ** สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา .(2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร* 1(2),57-67.
- ทรรศนีย์ บุญอริยเทพ **นงนุช โอบะ** และศิริเกษม ศิริลักษณ์ . (2550) ผลของการเดินเร็วอย่างมีแบบแผนต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีในผู้ป่วยเบาหวาน *วารสารการวิจัยและพัฒนาชุมชน* 1(2),11-19.
- ปิยมาลัย อาษาสันติสุข **นงนุช โอบะ** นุศรา วิจิตรแก้ว . (2551). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินในผู้ป่วยเบาหวาน *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร* 2(1), 66-77.
- นงนุช โอบะ** สมจิตร ชัยรัตน์ และชูลีกร ด่านยุทธศิลป์ . (2551). ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร* 2(1), 78-90.
- Oba, N., Suntayakorn, C., Sangkaewsri,R., Longchupol, C., Lohitpintu, I., Kumsri, T. (2010). The Enhancement of Adaptation and Psychological Well-Being among Victims of Flooding and Landslide in Thailand. *Journal of The Medical Association of Thailand*. 93(3); 351-357.

3. ดร. ถาวร ล้อกา

Educational qualifications:

Bachelor of Nursing Science (BNS) (Nursing and Midwifery), Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand 1992

Master of Clinical Nursing (MCinNur) (Gerontic Nursing), School of Nursing, La Trobe University, Australia, 2000

Doctor of Philosophy (PhD), School of Nursing and Midwifery, La Trobe University, Australia, 2004

Other trainings:

Health Policy and Systems Research Workshop, Alliance for Health Policy and Systems Research, WHO, Geneva, 2001

Comprehensive Systematic Review and Evidence-Based Practice, Joanna Briggs Institute (JBI), Australia, 2005

Clinical Practice Improvement Methodology, Australian Centre for Evidence-Based Aged Care, 2007

Current job title:

Lecturer: Adult and Geriatric Nursing & Community Health Nursing

Chief Officer: International and Public Relation Affairs

Boromrajonani College of Nursing Nakhon Lampang

Consultancy/Workshop:

Systematic review and evidence-based practice

Clinical practice improvement

Grounded theory methodology and qualitative research methodologies

Quality improvement research

Other achievements:

Founding of CARE (Complementing Alliance for Research and Evidence in Health) covering 6 districts in Lampang

Contact details:

Boromrajonani College of Nursing Nakhon Lampang

268 Pakham Road, Huawiang, Muang, Lampang, Thailand, 52000

Phone: 054-226 254 Fascimile: 054-225 020

Website: www.bcnlp.ac.th Email: thaworn.lorga@gmail.com

Research profiles:

Title	Involvement	Status (year of completion/to be completed)	Funding	Remarks
Sexuality in older males	Principal investigator	In progress	BCNLP (Thai Baht 30,000)	-
Sexuality in older females	Consultant	Completed	BCNLP (Thai Baht 30,000)	PI: Atchara Sittiruk
Older persons' perspective on living with their children and grandchildren	Consultant	Completed	BCNLP (Thai Baht 30,000)	PI: Payom Tinuan
Grandchildren perspective on living with their grandparents	Consultant	Completed	BCNLP (Thai Baht 30,000)	PI: Dr Prissana Naunboonreung
Adult children's perspective on living with older persons	Consultant	Completed	BCNLP (Thai Baht 30,000)	PI: Sirirat Sripattarangkul
Views of secondary school students on nurses' and nursing images	Consultant	Completed	BCNLP (Thai Baht 30,000)	PI: Orathai Kiatsuwan
Developing a curriculum for nursing students on: Culturally sensitive care for men who have sex with men, gender-diverse population and PLWHA	Co-investigator	Completed	UNESCO (US\$ 26,000)	PI: Dr Suvinee Wiwatvanich
Optimising Korean expatriates' experiences with Thai health services	Co-investigator	Completed	N-Net and KOICA (Thai Baht 90,000)	PI: Pensri Phongprapan
Assessment for needs for capacity building in management among primary care service providers in Lampang and Mae Hong Son	Principal	Completed	UNFPA (Thai Baht 200,000)	(Presented at Health and the Changing World Conference, BKK 2008)

Capacity building in evidence-based practice among Thai nurses	Principal investigator	Completed (September, 2008)	ATI (AUD 43,500)	-
-Perceptions and misconceptions about EBP among Thai nurses: a qualitative study	Co-investigator		ATI	(Presented at Health and the Changing World Conference, BKK 2008)
-EBP competencies among Thai nurses: a nation-wide survey	Co-investigator		ATI	(Presented at Health and the Changing World Conference, BKK 2008)
-Enteral feeding among Thai nurses: a nation-wide survey	Co-investigator		ATI	(Presented at Health and the Changing World Conference, BKK 2008)
-Development, implementation and outcomes of evidence-based practice guideline for preventing falls in hospitalized older persons	Consultant	2008	ATI	(Presented at Health and the Changing World Conference, BKK 2008)
-Development, implementation and outcomes of evidence-based practice guideline for prevention and management of neonatal hypothermia	Consultant	2008	ATI	(Presented at Health and the Changing World Conference, BKK 2008)

-Development, implementation and outcomes of evidence-based practice guideline for non-pharmacological management of labour pain	Consultant	2008	ATI	(Presented at Health and the Changing World Conference, BKK 2008)
-Development, implementation and outcomes of evidence-based practice guideline for pin site care	Consultant	2009 (March)	ATI	(Presented at Health and the Changing World Conference, BKK 2008)
-Development, implementation and outcomes of evidence-based practice guideline for managing urinary incontinence in older persons	Consultant	2009 (on going)	ATI	
-Development, implementation and outcomes of evidence-based practice guideline for preventing the progression to type II DM among at risk people	Co-investigator	2009	ATI	Presented at Revitalising Primary Health Care Symposium, the Philippines
Knowledge, attitude and practice concerning prevention of liver fluke infestation and status of liver fluke infestation among 600 villagers	Co-investigator	2009 (March)	Mae Kua Tambon Administration Organisation	
Effective educational practice (EEP): Past experiences and future expectations Among first-year students at Boromrajonani College of Nursing Nakhon Lampang	Co-investigator	2010	BCNLP	Reviewing process

AHPSR:	Alliance for Health policy and Systems Research
BCNLP:	Boromrajonani College of Nursing Nakhon Lampang
N-Net:	The Northern Network of Nursing and Public Health Colleges (under the jurisdiction of Praboromrajanock Institute for Health Workforce Development, Ministry of Public Health, Thailand)
KOICA	Korean International Cooperation Agency, Thailand
ATI	Australia-Thailand Institute

4. ดร.ปริศนา นวลบุญเรือง

Name: Prissana Naunboonruang

Educational qualifications:

Certificate in Nursing and Midwifery Equivalent to Bachelor of Nursing Science (BNS), Boromrajonani College of Nursing, Budhachinraj, Pisanuloke, Thailand 1981

Master of Education (Nursing Administration) , Chulalongkorn University, Thailand, 1991

Doctor of Science in Nursing (Nursing Education), School of Nursing, The University of Alabama at Birmingham, Alabama, USA, 2002

Other trainings:

Clinical Practice Improvement Methodology, Australian Centre for Evidence-Based Aged Care, 2007

Professional qualifications/appointments:

Registered Nurse (RN), Thailand

Current job title:

Lecturer: Maternal and Child Health, Research Methodology, and Ethics in Nursing

Chair of Research Unit

Boromrajonani College of Nursing Nakhon Lampang

Consultancy/Workshop:

Clinical practice improvement

Quality improvement research

Research Methodology

Other achievements:

Volunteer for Alternative Care in Patients with Cancer

Contact details:

Boromrajonani College of Nursing Nakhon Lampang
 268 Pakham Road, Huawiang, Muang, Lampang, Thailand, 52000
 Phone: 054-226 254 Fascimile: 054-225 020
 Website: www.bcnlp.ac.th Email: prissanana@yahoo.com

Research profiles:

Title	Involvement	Status (year of completion/to be completed)	Funding	Remarks
Sexuality in older females	Co-investigator	Completed (2006)	BCNLP (Thai Baht 30,000)	PI: Atchara Sittiruk
Grandchildren perspective on living with their grandparents	Principal investigator	Completed (2006)	BCNLP (Thai Baht 30,000)	(Presented at Health and the Changing World Conference, BKK 2008)
Developing a curriculum for nursing students on: Culturally sensitive care for men who have sex with men, gender-diverse population and PLWHA	Co-investigator	Completed	UNESCO (US\$ 26,000)	PI: Dr Suvinee Wiwatvanich
Optimising Korean expatriates' experiences with Thai health services	Co-investigator	Completed	N-Net and KOICA (Thai Baht 90,000)	PI: Pensri Phongprapapan
Assessment for needs for capacity building in management among primary care service providers in Lampang and Mae Hong Son	Co-investigator	Completed	UNFPA (Thai Baht 200,000)	(Presented at Health and the Changing World Conference, BKK 2008)
Capacity building in evidence-based practice among Thai nurses	Co-investigator	Completed (September, 2008)	ATI (AUD 43,500)	-

-Development, implementation and outcomes of evidence-based practice guideline for preventing falls in hospitalized older persons	Consultant	2008	ATI	(Presented at Health and the Changing World Conference, BKK 2008)
- Development, implementation and outcomes of evidence-based practice guideline for prevention and management of neonatal hypothermia	Consultant	2008	ATI	(Presented at Health and the Changing World Conference, BKK 2008)
-Development, implementation and outcomes of evidence-based practice guideline for non-pharmacological management of labour pain	Consultant	2008	ATI	(Presented at Health and the Changing World Conference, BKK 2008)
-Competencies for evidence-based practice in PCU health care providers in Lampang province, Thailand	Principal investigator	2008	ATI	(Presented at Revitalizing Primary Health Care: A Global Symposium, Dumaguete, Philippines, 2009)
-Experiences of women with the reproductive system cancer	Principal investigator	2009-2010	BCNLP	Data analysis
-Experiences of post partum women who have traditional care	Principal investigator	2010	BCNLP	Data collection
-Development of the client-centered care assessment tool	Principal investigator	2010	BCPN	Data analysis

N-Net:	The Northern Network of Nursing and Public Health Colleges (under the jurisdiction of Praboromrajanock Institute for Health Workforce Development, Ministry of Public Health, Thailand)
KOICA	Korean International Cooperation Agency, Thailand
ATI	Australia-Thailand Institute

5. นางสาวจิราพร มงคลประเสริฐ

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก โรงพยาบาลเวียงสา ตำบลกลางเวียง

อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน หมายเลขโทรศัพท์ 054-752012-3 ต่อ 139

โทรศัพท์มือถือ 081-7461551 โทรสาร 054-752197 e-mail :

chiraphorn09@gmail.com

ประวัติการศึกษา	2513-2520	ประถมศึกษาตอนปลาย	โรงเรียนเทศบาลบ้านพระเนตร
	2520-2525	มัธยมศึกษาตอนปลาย	โรงเรียนสตรีศรีน่าน
	2525-2529	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และการผดุงครรภ์ชั้นสูง	วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก
	2531-2533	ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	2537-2539	ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์)	มหาวิทยาลัยมหิดล

สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

- อนามัยครอบครัว
- โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ

ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

หัวหน้าโครงการวิจัย

- 1) โครงการวิจัย: ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพ กับการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีวัยหมดประจำเดือนอำเภอนาหมื่น, งานวิจัยทำเสร็จแล้วในปี พ.ศ.2541 ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากมูลนิธิ พอ.สว.
- 2) โครงการวิจัย: ผลของการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาต่อการรับรู้บทบาทหญิงชายและการปรับตัวในระยะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน, งานวิจัยทำเสร็จแล้วในปี พ.ศ.2544 ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก UNFPA ร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- 3) โครงการวิจัย: การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนวัดคำเรือ อำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน, งานวิจัยทำเสร็จแล้วในปี พ.ศ.2545 ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจาก สกว.
- 4) โครงการวิจัย: การส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน, งานวิจัยทำเสร็จแล้วในปี พ.ศ.2547 ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

5) โครงการวิจัย: ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อโรคความดันโลหิตสูงกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน, งานวิจัยทำเสร็จแล้วในปี พ.ศ.2552 ได้รับสนับสนุนจากโรงพยาบาลเวียงสา

6) โครงการวิจัย: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ที่มีภาวะอ้วน โรงพยาบาลเวียงสา จังหวัดน่าน, งานวิจัยทำเสร็จแล้วในปี พ.ศ.2553 ได้รับสนับสนุนจากโรงพยาบาลเวียงสา

งานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์

1) จิราพร มงคลประเสริฐ. (2544). ผลของการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาต่อการรับรู้บทบาทหญิงชายและการปรับตัวในระยะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 อำเภอนาหมื่น จังหวัดน่าน. ใน บุปผาศิริศรีศรี, จรรยา เศรษฐบุตร บรรณาธิการ, รายงานการวิจัยโครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ชุดที่ 2. (หน้า 1-35). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

2) จิราพร มงคลประเสริฐ. (2548). การส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. วารสารสร้างเสริมสุขภาพ, 2 (ฉบับที่ 3-4), หน้า 29-42.

6. นางสาว จินตนา รัตนวิฑูรย์

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงานและสถานที่อยู่ติดต่อได้สะดวก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว

อ.ปัว จ.น่าน 55120 โทรศัพท์ 054-791104 , 054-756407 ต่อ 2217,
3303 โทรสาร. 054-791225 โทรศัพท์มือถือ 089-9506043

e-mail Rattanawitoon@hotmail.com, J_witoon@yahoo.com

ประวัติการศึกษา

ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

พะเยา

ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ปริญญาโท รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์(นิด้า)

สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ (แตกต่างจากวุฒิการศึกษา) ระบุสาขาวิชาการ

การส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุ

ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

1. หัวหน้าโครงการ : ชื่อโครงการ พลเมืองจิตอาสาพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนบ้านเก็ด ต.วรรณคร อ.ปัว จ.น่าน ปี 2550 โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน(สพช) จำนวน 100,000 บาท(หนึ่งแสนบาทถ้วน)

2. ผู้ร่วมวิจัย: ชื่อโครงการวิจัย การพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพการดูแลตนเองในการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะของผู้สูงอายุในชุมชน ต. วรรณคร อ. ปัว จ. น่าน ปี 2552

3. งานวิจัยที่ทำเสร็จแล้ว : การพัฒนาเครือข่ายเพื่อนช่วยเพื่อนและศักยภาพการดูแลตนเองในการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ต. วรนคร อ. ปัว จ. น่าน ปีที่สำเร็จ พศ.2553

4 งานวิจัยที่กำลังทำ :

4.1.หัวหน้าโครงการ วิจัยขนาดเล็ก ชื่อ โครงการวิจัย การศึกษาการเลี้ยงดูเด็ก 0-1 ปี ที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ของมารดาที่มาคลอด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว อำเภอปัว จังหวัดน่าน งบประมาณ รพ.ปัว จำนวน 3000 บาท ทำวิจัยไปแล้ว ประมาณร้อยละ 60

4.2. ผู้ร่วมทีมวิจัยโครงการพัฒนาระบบการดูแลและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อำเภอปัว จ.น่าน (อยู่ระหว่างการขอทุน ของชมรมพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย)

7. นางสาวกชพร เชื้อนธนะ

ตำแหน่งปัจจุบัน : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงานและสถานที่ติดต่อได้สะดวก

ที่อยู่ : โรงพยาบาลเชียงใหม่กลาง 116 ถ.อดุลย์เดชจรัส ต.เชียงใหม่กลาง อ.เชียงใหม่กลาง จ.น่าน 55160

โทรศัพท์มือถือ : 0861971325 โทรสาร : 054-797123

e-mail : patpimpa@yahoo.com

ประวัติการศึกษา

การศึกษาระดับประกาศนียบัตร

- ประกาศนียบัตร การพยาบาลพื้นฐานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุข ชมรมพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลแห่งประเทศไทยร่วมกับสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ปี 2546
- การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2548
- หลักสูตรวิจัยเชิงคุณภาพของชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย ปี 2548-2549

การศึกษาระดับปริญญาตรี

- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลอูตรดิตถ์ ปี 2536
- สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ปี 2539

การศึกษาระดับปริญญาโท

- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปี 2553

สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

- การวิจัยเชิงคุณภาพ
- การควบคุมการติดเชื้อ
- สุขภาพจิต

ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดน่าน ปี 2548-2549 เป็นผู้ร่วมวิจัย (หัวหน้าโครงการวิจัย นส.วิลาวัลย์ หมอมูล) ได้รับทุนจากชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย จำนวน 10,000 บาท ไม่ได้ตีพิมพ์
2. การลดการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ของเยาวชน ตำบลเชียงกลาง จังหวัดน่าน ปี 2549 เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย ได้รับทุนจากโรงพยาบาลเชียงใหม่ จำนวน 2,000 บาท งานวิจัยได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่นของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2549 ตีพิมพ์ในหนังสือรวบรวมผลงานวิชาการดีเด่นของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2549
3. การพัฒนาพฤติกรรมล้างมือเพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดน่าน ปี 2550 เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย ได้รับทุนจากโรงพยาบาลเชียงใหม่ จำนวน 2,000 บาท ไม่ได้ตีพิมพ์
4. สังเคราะห์งานวิจัย ปัญหาเด็กและเยาวชนเรื่องเพศ สุรา และการใช้ความรุนแรง เป็นผู้ร่วมวิจัย สรุปผลการสังเคราะห์ตีพิมพ์เป็นหนังสือ หน้าประถมน มหามหาวิทยาลัย เพื่อสื่อสารให้ผู้ปกครองได้รู้และเข้าใจวัยรุ่น ปี 2550
5. ผู้ร่วมวิจัยประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยศึกษาในส่วนของผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่ หัวหน้าโครงการวิจัย ศ.ดร.สมจิต หนูเจริญกุล ปี 2552
6. การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดน่าน(Situational Analysis of Caring for Persons with Alcohol Dependence Receiving Services at Chiangklang Hospital, Nan Province) ปี 2553 เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย ไม่ได้รับทุน ยังไม่ได้ตีพิมพ์
7. การวิเคราะห์สถานการณ์ พฤติกรรมและผลกระทบของผู้ที่เป็นโรคติดสุราที่มารับบริการในโรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดน่าน ปี 2553 เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย ไม่ได้รับทุน ยังไม่ได้ตีพิมพ์

8. ดร.ทวิวรรณ ชาลีเครือ

ตำแหน่งปัจจุบัน อาจารย์

หน่วยงานและสถานที่ติดต่อ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา เลขที่ 12 หมู่ 2 ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000 โทร. 054-466666 ต่อ 3298

โทรสาร 054-466690

Email: toonchal@yahoo.com

ประวัติการศึกษา

ระดับปริญญาตรี

1. ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เทียบเท่าปริญญาตรี)

Diploma in Nursing Science (Equivalent to Bachelor Degree in Nursing) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พิษณุโลก

2. สบ.(สาธารณสุขศาสตร์)

Degree of Bachelor of Public Health มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ระดับปริญญาโท

วทม.(การเจริญพันธุ์วางแผนประชากร)

M.Sc. (Human Reproduction and Population Planning)

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ระดับปริญญาเอก

ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ประชากรศึกษา)

Ph.D. (Population Education)

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สาขาวิชาการที่มีความชำนาญพิเศษ

1. ด้านมิติสุขภาพกับประชากรศึกษา ได้แก่ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพประชากร
2. ด้านวิธีวิทยาการวิจัยด้านสุขภาพ อาทิเช่น การวิจัยเชิงปฏิบัติการ การวิจัยผสมวิธี (Mix-methodology) และการวิจัยประเมินผล เป็นต้น
3. ด้านการเลือกใช้สถิติขั้นสูงในการวิจัยด้านสุขภาพ

7. ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

รายการ	ภาษาไทย	ภาษาอังกฤษ
1. - ชื่อเรื่องวิจัย (Title)	การพัฒนาเครือข่ายและการติดตามประเมินผลการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์อย่างมีส่วนร่วมจังหวัด เพชรบูรณ์	Development of network evaluation on AIDS prevention and participation solving in Phetchabun province.
- ประเภทงานวิจัย (Type of Research)	การวิจัยประเมินผล	Evaluation research
- สถานภาพ (Status)	เสร็จสมบูรณ์	Completed
- ปีที่เสร็จ (year)	พ.ศ. 2543	2000 A.D.
- การเผยแพร่งานวิจัย (Presentation)	หอสมุดแห่งชาติ (ISBN 974-293-968-3) การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 8 วันที่ 11-13 กรกฎาคม 2544 ณ อิมแพคเมืองทองธานี	National Library, Thailand

รายการ	ภาษาไทย	ภาษาอังกฤษ
- แหล่งทุน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์	Phetchabun Provincial Public Health Office
2. - ชื่อเรื่องวิจัย (Title)	การพัฒนาเครือข่ายการรณรงค์เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง : กรณีศึกษาอำเภอหล่มสัก	Development of network campaign for Diarrhea : a case of Lomsak District
- ประเภทงานวิจัย (Type of Research)	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ	Action research
- สถานภาพ (Status)	เสร็จสมบูรณ์	Completed
- ปีที่เสร็จ (year)	พ.ศ. 2547	2003 A.D.
- การเผยแพร่งานวิจัย (Presentation)	หอสมุดแห่งชาติ (ISBN 974-506-339-8)	National Library, Thailand
- แหล่งทุน	กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข	Division of Health Education, Ministry of Public Health
3. - ชื่อเรื่องวิจัย (Title)	องค์ความรู้เรื่องการจัดการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่งสถานพยาบาล	The management of pre-hospital care.
- ประเภทงานวิจัย (Type of Research)	การวิจัยเอกสาร	Documentary research
- สถานภาพ (Status)	เสร็จสมบูรณ์	Completed
- ปีที่เสร็จ (year)	พ.ศ. 2550	2007 A.D.
- การเผยแพร่งานวิจัย (Presentation)	การสัมมนาทางวิชาการในแผนงานทางประชากรศึกษา วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2550 ณ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	
- แหล่งทุน	ไม่มี	ไม่มี
4. - ชื่อเรื่องวิจัย (Title)	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดหน่วยกู้ชีพตำบล	Factors influencing with readiness of Local Administrative Organization to set up Tambol Responder Team.
- ประเภทงานวิจัย (Type of Research)	การวิจัยเชิงปริมาณ	Quantitative research
- สถานภาพ (Status)	เสร็จสมบูรณ์	Completed
- ปีที่เสร็จ (year)	พ.ศ. 2552	2009
- การเผยแพร่งานวิจัย	วารสารสำนักงานป้องกันและควบคุม	The Office of Disease

รายการ	ภาษาไทย	ภาษาอังกฤษ
(Presentation)	โรคติดต่อเขตที่ 7 ปีที่ 7 ฉบับที่ 4 กรกฎาคม 2552	Prevention and Control 7 th Journal . Vol 7 No. 4 July- September 2009
- แหล่งทุน	การสัมมนาระดับชาติเรื่องระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินเขตพระเกียรติบูรณา การแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย วันที่ 6-8 กุมภาพันธ์ 2551 ณ โรงแรมเวียง ทอง ลำปาง สำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	Bureau of Emergency Medical Service System
5. - ชื่อเรื่องวิจัย (Title)	Comprehensive needs assessment for management pre-hospital care : a case study of remote area in Phetchabun province	Comprehensive needs assessment for management prehospital care : a case study of remote area in Phetchabun province
- ประเภทงานวิจัย (Type of Research)	วิจัยประเมินผล	Evaluation research
- สถานภาพ (Status)	เสร็จสมบูรณ์	Completed
- ปีที่เสร็จ (year)	พ.ศ. 2552	A.D. 2007
- การเผยแพร่งานวิจัย (Presentation)	The First Annual International Graduate Research Conference on Social Science and Humanities.	The First Annual International Graduate Research Conference on Social Science and Humanities.
- แหล่งทุน	มูลนิธิพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวและ สมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี	- The King Prajadhipok and Queen Ramphai Barni Memorial Foundation
6. - ชื่อเรื่องวิจัย (Title)	การพัฒนารูปแบบการจัดการ อาสาสมัครฉุกเฉินโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ในการดูแลผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินก่อนนำส่ง สถานพยาบาล	Development of a community-based pre- hospital care management model for emergency volunteers
- ประเภทงานวิจัย (Type of Research)	การวิจัยและพัฒนา	Research and development
- สถานภาพ (Status)	เสร็จสมบูรณ์	Completed

รายการ	ภาษาไทย	ภาษาอังกฤษ
- ปีที่เสร็จ (year)	พ.ศ. 2553	2010A.D.
- การเผยแพร่งานวิจัย (Presentation)	XIV World Conference of Comparative Education Societies, Istanbul 2010 14-18 June 2010, Turkey.	XIV World Conference of Comparative Education Societies, Istanbul 2010 14-18 June 2010, Turkey.
- แหล่งทุน	-มูลนิธิพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวและสมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี	- The King Prajadhipok and Queen Ramphai Barni Memorial Foundation
10. - ชื่อเรื่องวิจัย (Title)	การประเมินผลการดำเนินงานไปปฏิบัติ : กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาล ในจังหวัดเพชรบูรณ์	Evaluation of Implementation Policy: Health Security Fund for Local Administration Organization (LAO) in Phetchabun Province
- ประเภทงานวิจัย (Type of Research)	การวิจัยประเมินนโยบาย	Policy evaluation research
- สถานภาพ (Status)	กำลังดำเนินการ	On process
- ปีที่เสร็จ (year)	ตุลาคม 2553	October 2010
- การเผยแพร่งานวิจัย (Presentation)	-	-
- แหล่งทุน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาจังหวัดเพชรบูรณ์	National Health Security Office, Phetchabun Province