

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการปรับตัวหลังเกษียณของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการศึกษาตามลำดับดังนี้

1. การเกษียณ

1.1 ความหมายของการเกษียณ

1.2 ระยะเวลาของการเกษียณ

1.3 ผลกระทบของการเกษียณ

2. การปรับตัวหลังเกษียณของผู้สูงอายุ

2.1 ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

2.2 การประเมินการปรับตัว

2.3 การปรับตัวหลังเกษียณของผู้สูงอายุตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย

การเกษียณ

ความหมายของการเกษียณ

ราชบัณฑิตยสถาน (2525) ให้ความหมายของการเกษียณว่า หมายถึงการครบกำหนดอายุรับราชการ สิ้นกำหนดเวลารับราชการหรือทำงาน

ชูศรี วงศ์เครือวัลย์ (2533) ให้ความหมายการเกษียณว่า หมายถึงการออกจากตำแหน่งทางสังคมหรือหน้าที่การงานตามอายุ เป็นการพิจารณาความมีอายุตามกฎหมายซึ่งกำหนดตามปฏิทินและมีความแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ

สุรกุล เชนอบรม (2534) ให้ความหมายการเกษียณว่า เป็นกระบวนการทางสังคมในการประกอบอาชีพ ที่กำหนดให้บุคคลที่ได้รับการจ้างงานต้องออกจากงานเมื่อถึงช่วงอายุที่กำหนดหรือเป็นการถอนตัวออกจากภาวะการหนึ่ง ไปสู่อีกภาวะการหนึ่ง จากสิ่งแวดล้อมหนึ่งไปสู่สิ่งแวดล้อมใหม่

พุนทรัพย์ จรรยาสุภาพ (อ้างใน คารณีย์ ศรีสวัสดิ์กุล, 2539) ให้ความหมายของการเกษียณว่าเป็นการถอนตัวออกจากภาวะการหนึ่งไปสู่อีกภาวะการหนึ่ง เช่น การว่างจากสังคมหรือสิ่งแวดล้อมหนึ่งไปสู่อีกสังคมหนึ่ง เป็นการถอนตัวออกจากบทบาทในหน่วยงานเพื่อไปมีบทบาทอีกบทบาทหนึ่งกับครอบครัว หรือถอนตัวจากงานในหน่วยงานหนึ่งเพื่อไปมีตำแหน่งหน้าที่ในหน่วยงานอื่นหรือมีธุรกิจส่วนตัว เป็นต้น

ชวอท์ส (Schwartz อ้างใน มาลี ใหญ่สูงเนิน, 2535) ได้กล่าวถึงการเกษียณว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงระบบความเป็นอยู่หรือย้ายแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งปกติมักเกี่ยวข้องกับบทบาท ค่านิยม และความสนใจที่เปลี่ยนแปลงไป

ทอร์สัน (Thorson, 1995) ได้ให้ความหมายการเกษียณว่าเป็นการสูญเสียสถานภาพและบทบาทของบุคคล แต่ก็เป็นการออกจากงานตามอายุที่แต่ละหน่วยงานกำหนดไว้ โดยที่บุคคลยังสามารถทำงานอื่น ๆ ได้

คอกเกอร์แฮม (Cockerham, 1997) ได้ให้ความหมายของการเกษียณว่าเป็นการที่ทำให้สถานภาพหลักซึ่งได้แก่ สถานะ อำนาจ สิทธิพิเศษ และชื่อเสียงอิทธิพลหลุดพ้นไป เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ

แอตชลีย์ (Atchley, 1994 cited in Cockerham, 1997) ได้ให้ความหมายการเกษียณว่าเป็นกระบวนการทางสังคมในการประกอบอาชีพที่กำหนดให้มีระบบการแทนที่ทางบทบาทและหน้าที่ของบุคคล และยังเป็นกระบวนการในการให้แต่ละบุคคลจัดเตรียมชีวิตเพื่อการเริ่มแสวงหาเพื่อการปรับตัวหรือมีกิจกรรมอื่น ๆ หรือแม้แต่การปลีกตัวออกจากสังคม

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การเกษียณเป็นการเปลี่ยนแปลงสถานภาพในการประกอบอาชีพที่กำหนดให้บุคคลที่ได้รับการจ้างต้องออกจากงาน เมื่อถึงอายุตามที่กฎหมายหรือหน่วยงานกำหนด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบความเป็นอยู่ แผนการดำเนินชีวิตรวมทั้งการปรับตัว เพื่อที่จะมีกิจกรรมอื่น ๆ มาทดแทนหรือการปลีกตัวออกจากสังคมก็ตาม

ระยะของการเกษียณ

แอตชลีย์ ได้แบ่งระยะต่าง ๆ ของการเกษียณอายุออกเป็น 6 ระยะดังนี้ (Atchley, 1994 cited in Cockerham, 1997)

1. ระยะก่อนเกษียณ (pre - retirement phase) แบ่งออกเป็น 2 ช่วงคือ

1.1 ระยะไกล (remote phase) ระยะนี้การเกษียณยังอยู่ห่างไกลบุคคลมากแต่ทุกคนมีความต้องการที่จะเกษียณด้วยกันทั้งนั้น ไม่มีใครอยากทำงานจนกระทั่งวันสุดท้ายของ

ชีวิต ทุกคนอยากทำงานในช่วงเวลาหนึ่งและหยุดพักก่อนในช่วงที่ตนต้องเกษียณ ในระยะนี้ สามารถเริ่มได้ตั้งแต่ตอนต้นก่อนวัยทำงาน หรือเริ่มเมื่อวัยทำงาน สิ่งที่ต้องเตรียมมากในระยะนี้ได้แก่ การเงินที่ต้องมีการเตรียมในระยะยาว การใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และการดูแลสุขภาพ

1.2 ระยะใกล้ (near phase) ระยะนี้เริ่มเมื่อบุคคลรู้สึกตัวว่าการเกษียณใกล้เข้ามาถึงตนเองแล้ว เช่น อาจเห็นสามีเกษียณ หรือเพื่อนร่วมงานวัยใกล้เคียงกันเกษียณ สิ่งที่ต้องเตรียมในระยะนี้ได้แก่ ด้านจิตใจในการยอมรับสิ่งที่สูญเสียจากการเกษียณ และทัศนคติต่อการเกษียณ

2. ระยะน้ำผึ้งพระจันทร์ (honey moon phase) เป็นระยะแรกหลังการเกษียณที่ไม่ต้องทำงาน ช่วงหลังเกษียณใหม่ ๆ ได้รับอิสระทั้งทางด้านเวลาและการทำงาน สามารถทำอะไรก็ได้ตามความต้องการของตน เป็นระยะที่มีความสุขใจ สุขกาย ดูเหมือนว่าโลกนี้เป็นของเรา ผู้เกษียณส่วนใหญ่จะใช้เวลาและเงินไปกับการท่องเที่ยว และในระยะนี้จะไม่มีผลกระทบสำหรับผู้ที่มีภาวะเศรษฐกิจที่ดี ในทางกลับกันผู้ที่เกษียณบางส่วนอาจมีการทำกิจกรรมลดลงจากก่อนเกษียณ แต่จะกลับเข้าสู่ระดับเดิมอีกครั้งหลังจากเกษียณ 3 ปี และที่สำคัญคือระยะนี้เป็นระยะที่ผู้เกษียณทุกคนต้องผ่าน (Atchley, 1994 cited in Cockerham, 1997) ซึ่งแต่ละบุคคลอาจอยู่ในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน บางคน 1 - 5 ปี หรือบางคนอาจจะน้อยกว่า 1 ปี

3. ระยะรู้ความจริง (disenchantment phase) เป็นระยะที่บุคคลเริ่มเบื่อหน่ายการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งบางคนอาจไม่ผ่านระยะนี้และข้ามไปสู่ระยะคงที่เลย โดยแต่ละบุคคลก็จะใช้เวลาแตกต่างกันไป ทั้งนี้ถ้าหากผู้เกษียณคิดฝันสิ่งที่ไม่สามารถเป็นจริงในระยะก่อนเกษียณมากเท่าใดก็จะยิ่งรู้ความจริงมากเท่านั้น ทำให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจต่อชีวิตที่ดำเนินอยู่ มีความเหงาขาดเพื่อน หงุดหงิดง่าย เกิดภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงได้ และถ้าหากมีความเจ็บป่วย หรือ การตายของคู่สมรสเกิดขึ้นก็จะทำให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจต่อการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ และปรับตัวไม่ได้ต่อการเปลี่ยนแปลงจะทำให้รู้สึกว่ระยะนี้ยาวนานมาก และไม่สามารถดำเนินไปสู่ระยะคงที่ได้เลย ซึ่งระยะนี้ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 1-3 ปีหลังเกษียณ

4. ระยะไคร่รวน (re - orientation phase) เป็นระยะของการพิจารณาถึงความจริงทั้งหลายเพื่อเลือกทางที่พอใจในการนำไปปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงให้เข้ากับแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันหลังเกษียณ จะเริ่มกลับเข้าสู่สังคมอีกครั้งหนึ่งมีการทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนและครอบครัวมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ช่วงหลังเกษียณมาแล้ว 3 ปี

5. ระยะคงที่ (stabilization phase) เป็นระยะที่มีการปรับตัวได้ดีแล้วเข้าใจในบทบาทของตน มีความเคยชินต่อการดำเนินชีวิตหลังเกษียณ บางคนเข้าสู่ระยะนี้หลังจากผ่านระยะน้ำผึ้งพระจันทร์โดยตรงเลย บางคนไม่มาถึงระยะนี้ได้เลย

6. ระยะสิ้นสุด (termination phase) เป็นระยะสุดท้ายของการดำเนินชีวิตหลังเกษียณ ผู้ที่เกษียณต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และระยะนี้จะรวมไปถึงการสิ้นสุดวงจรชีวิตในวาระสุดท้ายด้วย

ในระยะเวลาของการเกษียณนั้น ผู้ที่เกษียณไม่จำเป็นต้องผ่านทั้ง 6 ระยะ บางคนอาจจะไม่สามารถเข้าสู่ระยะคงที่หรือระยะที่สามารถปรับตัวได้ อาจจะอยู่แค่ระยะรู้ความจริงจึงทำให้เกิดปัญหามากมายจากการไม่สามารถปรับตัวได้ แต่บางคนจะผ่านระยะนำฝั่งพระจันทร์เข้าสู่ระยะคงที่ได้เลย และเวลาในแต่ละระยะของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงจากการเกษียณ และปัจจัยต่างๆของผู้เกษียณแต่ละบุคคลที่จะมีผลส่งเสริมหรือขัดขวางการปรับตัวของผู้เกษียณ

ผลกระทบของการเกษียณ

เมื่อเกษียณก็ย่อมหมายถึงการเข้าสู่วัยสูงอายุด้วยเช่นกัน ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้เกษียณ 4 ด้าน คือ (สุรกุล เจนอบรม, 2534 และ บรรลุ ศิริพานิช, 2536)

1. **ด้านร่างกาย** เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจึงเกิดความเสื่อมของอวัยวะต่างๆในร่างกายทำให้สุขภาพทรุดโทรมและเกิดโรคตามมา (สุรกุล เจนอบรม, 2534) และยิ่งนานวันเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ความเสื่อม และโรคก็มากขึ้นด้วย (Berkow, 1995) ปัญหาที่เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ได้แก่ ปัญหาเรื่องสุขภาพ การปรับตัวและปัญหาด้านจิตใจ ซึ่งมักเกิดขึ้นจากการที่ไม่สามารถยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (สมประสงค์ ศิริวงศ์, 2539) ดังเช่นการศึกษาของรรณี ฝนทองมงคล (2538) ที่ศึกษาการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังการเกษียณ พบว่า ปัญหาที่สำคัญที่สุดหลังจากเกษียณคือ ปัญหาด้านสุขภาพ ในอีกแง่มุมหนึ่งการเกษียณเองก็ส่งผลดีต่อสุขภาพ ทำให้ผู้เกษียณมีเวลาพักผ่อนได้อย่างเต็มที่หลังจากที่ทำงานหนักมานาน และมีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเต็มที่ (Cockerham, 1997)

2. **ด้านจิตใจ** นับว่ามีผลกระทบค่อนข้างมาก ทั้งนี้เพราะจากผลการเกษียณจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในอาชีพและรายได้ ทำให้รายได้น้อยลง บทบาทที่เคยแสดงในสังคมถูกจำกัดลง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ตามตำแหน่งหน้าที่หมดไป การยอมรับจากบุคคลอื่นลดลง ทำให้มองภาพพจน์ตัวเองต่ำลง รู้สึกไร้คุณค่าจนอาจถึงกับฆ่าตัวตายได้ (สมประสงค์ ศิริวงศ์, 2539) และยังเป็นผลทำให้เกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ขึ้นมาได้ ซึ่งอาการผิดปกติทางจิตที่อาจพบได้หลังการเกษียณ ได้แก่ อาการเหงาหรือว้าเหว่ซึ่งอาจพบอาการเจ็บป่วยทางร่างกายร่วมด้วยได้ อาการหวาดระแวง

และอาการซึมเศร้าซึ่งพบได้มากในผู้สูงอายุที่ขาดความอบอุ่นในครอบครัวมาก่อน อาการผิดปกติทางจิตนี้จะมากขึ้นแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (Kart, 1994)

3. ด้านสังคม การเกษียณเป็นการถอนบทบาททางสังคมภายนอก ทำให้ผู้เกษียณมีแต่สังคมในบ้าน ขาดการพบปะกับเพื่อนร่วมงาน การเข้าร่วมในสังคมลดลงทำให้เกิดความเหงา ว้าเหว่ (Cook, 1996) เพราะว่าในขณะที่บุคคลยังประกอบอาชีพอยู่เขาได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูงหลังเลิกงาน หรือสุดสัปดาห์มีโอกาสได้พูดคุยเล่นกีฬาร่วมกัน แต่เมื่อเกษียณแล้วความเป็นเพื่อนนั้นบางส่วนยังคงเหลืออยู่ บางส่วนที่คบหากันในขณะที่ทำงานก็เป็นเพียงเพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการติดต่อทางด้านการงานเท่านั้น นอกจากนั้นการเหินห่างจากเพื่อนฝูงอาจเนื่องมาจากความสัมพันธวงศ์เดิมและสถานภาพทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุเอง ทำให้เกิดความรู้สึกลำบากใจที่จะไปพบเพื่อน และเกิดความว้าเหว่เมื่อเพื่อนฝูงต้องตายจากไป ทำให้ผู้สูงอายุหลังเกษียณมีการแยกตัวออกจากสังคม (อาภา ใจงาม, 2536) ดังนั้นผู้สูงอายุหลังเกษียณจึงควรรักษาการติดต่อกับสังคมไว้ โดยเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมที่ตรงกับความสนใจของคนเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ศรีสว่าง (2535) ที่ศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมและความคาดหวังของข้าราชการเกษียณในประเทศไทย พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 เข้าร่วมกิจกรรมหลังเกษียณ เช่น งานอดิเรก การร่วมสมาชิกของสมาคม หรือกลุ่มการทำงานเพิ่มรายได้ โดยบางคนทำกิจกรรมลักษณะเดียวบางคนทำทั้ง 3 ลักษณะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แกรนเนย์ (Graney, 1975 อ้างใน กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ, 2527) ที่ศึกษาความสุขและการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ โดยศึกษาผู้สูงอายุที่มีระหว่าง 52 - 88 ปี จำนวน 60 คน พบว่าความสุขจะมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทางสังคมที่เพิ่มขึ้น โดยพิจารณาได้จากเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมสังคมในทางตรงกันข้ามถ้าผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมน้อยโดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมสังคมน้อยก็จะมีความสุขลดลงด้วย แต่ในทางกลับกันการเกษียณทำให้ผู้สูงอายุมีสังคมในบ้านมากขึ้น มีการใช้เวลาร่วมกันในการทำกิจกรรมของครอบครัวมากขึ้น ทำให้เกิดความผูกพันในครอบครัวมากขึ้น ซึ่งอาจมากกว่าตอนที่ทำงานอยู่ (Cockerham, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ม่วงศิริ (2540) ที่ศึกษาความพึงพอใจในการเกษียณอายุพบว่า ผู้เกษียณอายุที่ทำกิจกรรมในครอบครัว กิจกรรมในสังคมมากมีความพึงพอใจในการเกษียณสูงกว่าผู้ที่ทำกิจกรรมในครอบครัวและกิจกรรมในสังคมน้อย และการศึกษาของรัชนี ฝนทองมงคล (2538) ที่ศึกษาถึงการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุภายหลังเกษียณอายุพบว่า ปัจจุบันส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร สัมพันธภาพในครอบครัวดำเนินไปในทางบวก และทัศนคติต่อชีวิตภายหลังการเกษียณก็จะเป็นไปในทางบวกด้วย

4. ด้านเศรษฐกิจ เมื่อเกษียณแล้วรายได้ต่าง ๆ จะลดลง ผู้เกษียณที่มีภาระรับผิดชอบต่อครอบครัวภายหลังการเกษียณย่อมถูกกระทบกระเทือน (Cook, 1996) อีกด้านหนึ่งอาจเป็น

สาเหตุมาจากความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการใช้ชีวิตเหมือนวัยทำงานไม่เปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองให้เหมาะสมกับวัยได้ และจากการที่สภาวะเศรษฐกิจของผู้สูงอายุลดลง ทำให้ประสบกับความลำบากมากมายหลายประการ ชีวิตในสังคมและการพักผ่อนหย่อนใจถูกจำกัดลดลง ถ้าหากรายได้ลดลงเรื่อยๆตามสภาวะของเศรษฐกิจในสังคม และอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะทุโภชนาการและค่ารักษาสุขภาพไม่เพียงพอทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรอนุนาภิรักษ์ (2538) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม ความพึงพอใจในชีวิต และภาวะสุขภาพกับสมรรถนะแห่งตนหลังเกษียณอายุ พบว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะแห่งตนหลังเกษียณอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ส่วนด้านที่อยู่อาศัยเมื่อรายได้ลดลงก็ไม่สามารถซ่อมแซมให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัยได้เท่าที่ควร (อาภา ใจงาม, 2536) ดังนั้นผู้สูงอายุต้องมีการวางแผนเกี่ยวกับรายได้และค่าใช้จ่ายของตนเองอย่างรอบคอบและอาจต้องมีการปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิตให้เหมาะสมกับรายได้ จะช่วยให้รู้สึกภูมิใจในตัวเองซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุทุกคนปรารถนา (Buckley & Schmidt, 1971)

กล่าวโดยสรุปคือ การเกษียณจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ตามมา ไม่ว่าจะเป็นสถานภาพและบทบาทในสังคม การเข้าร่วมสังคม การพบปะเพื่อนฝูง แบบแผนการดำเนินชีวิต และรายได้ที่ลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดการของผู้สูงอายุแต่ละคน

การปรับตัวหลังเกษียณของผู้สูงอายุ

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

แอนดรูส์และรอย (Andrews & Roy, 1991) ได้ให้ความหมายการปรับตัวว่าเป็นกระบวนการตอบสนองทางบวกของบุคคลที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทั้งภายนอกและภายในร่างกาย เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงของร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยมีเป้าหมายในการปรับตัวเพื่อการเจริญเติบโต (growth) การมีชีวิตรอดอยู่รอด (survival) การถ่ายทอดเผ่าพันธุ์ (reproduction) และความสำเร็จ จากการชนะอุปสรรค (mastery) บุคคลมีองค์ประกอบเป็นองค์รวมซึ่งประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม มีความสัมพันธ์เป็นหน่วยเดียวกันไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เมื่อมีสิ่งมากระทบต่อหน่วยใดก็จะส่งผลกระทบต่อระบบอื่น ๆ และเป็นการตอบสนองร่วมกันทั้งทางร่างกายและจิตใจ สิ่งใดก็ตามที่ส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย ก็จะส่งผลกระทบไปถึงจิตใจและสังคมด้วย นอกจากนี้บุคคลยังถือได้ว่าเป็นระบบเปิดที่จะต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่มี

การเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และการปรับตัวของบุคคลนั้นเป็นกระบวนการปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลตั้งแต่เกิดจนกระทั่งเสียชีวิต

ทฤษฎีการปรับตัวของรอยได้พัฒนาขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1964 โดยมีแนวคิดทฤษฎีพื้นฐานมาจากทฤษฎีระบบ ทฤษฎีการปรับตัวของเฮลสัน ปรัชญามนุษยนิยม ปรัชญาธรรมชาติของมนุษย์ ทฤษฎีความเครียดและทฤษฎีบทบาท (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529) ระบบการปรับตัวของบุคคลตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยประกอบด้วย (Andrews & Roy, 1991)

1. สิ่งนำเข้า (input)

1.1 สิ่งเร้า (stimuli) หมายถึง สิ่งที่กระตุ้นการปรับตัวของบุคคลเพื่อก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัวของบุคคล แบ่งได้เป็น 3 ชนิดคือ

1.1.1 สิ่งเร้าตรง (focal stimuli) เป็นสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกที่มีผลต่อบุคคลมากที่สุด เป็นสิ่งที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น

1.1.2 สิ่งเร้าร่วม (contextual stimuli) เป็นสิ่งเร้าอื่นที่อยู่ในสภาพการณ์นั้นด้วยและมีผลต่อสิ่งเร้าตรง ซึ่งจะเป็นสิ่งที่อยู่ในตัวบุคคลหรือภายนอกตัวบุคคลก็ได้ โดยจะเป็นปัจจัยที่อาจมีผลทั้งทางบวกและทางลบต่อการจัดการกับสิ่งเร้าตรงของบุคคล สิ่งเร้าร่วมทางบวกจะช่วยลดอิทธิพลจากสิ่งเร้าตรงช่วยให้บุคคลมีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมยิ่ง ส่วนสิ่งเร้าร่วมทางลบจะเสริมความรุนแรงของสิ่งเร้าตรง ทำให้บุคคลมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมขึ้นได้

1.1.3 สิ่งเร้าแฝง (residual stimuli) เป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจจะ มีหรือไม่มีผลต่อสถานการณ์ขณะนั้น ซึ่งบุคคลไม่ค่อยได้ใส่ใจต่ออิทธิพลจากสิ่งเร้านี้หรือบางครั้งอาจจะ ไม่สังเกตได้อย่างแน่ชัดสิ่งเร้านี้มีอิทธิพล

1.2 ระดับการปรับตัว (adaptation level) เป็นขอบเขตที่แสดงถึงอาณาเขตของการกระตุ้นโดยสิ่งเร้า ที่จะนำมาสู่การตอบสนองทางบวกต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งเป็นผลมาจากสิ่งเร้าทั้ง 3 ชนิดที่กล่าวมา โดยถ้าหากสิ่งเร้าที่เข้ามาตกอยู่ในขอบเขตของระดับการปรับตัวบุคคลจะตอบสนองทางบวกคือ ปรับตัวได้เหมาะสม แต่ถ้าตกอยู่นอกขอบเขตบุคคลจะไม่สามารถตอบสนองในทางบวกได้จึงปรับตัวได้ไม่เหมาะสม ซึ่งในแต่ละบุคคลจะมีระดับการปรับตัวที่แตกต่างกันไป

2. กลไกการควบคุม (control mechanism)

เป็นกลไกตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสิ่งนำเข้าของระบบการปรับตัว โดยใช้กลไกการเผชิญความเครียด (coping mechanism) ซึ่งเป็นกลไกภายในร่างกายและกลไกนี้อาจมีมาตั้งแต่กำเนิด (innate coping mechanism) เป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่ได้รับจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม เป็นสิ่งทั่วไปที่เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติและเป็นสิ่งที่บุคคลไม่ได้สนใจ หรืออาจเป็นสิ่งที่

เกิดขึ้นในภายหลัง (acquired coping mechanism) ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ของบุคคล โดยกลไกทั้ง 2 นี้มีความสัมพันธ์กันทำงานควบคู่กันเสมอ ทั้งนี้รอยได้จำแนกกลไกการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 ระบบย่อย คือ

2.1 ระบบย่อยของการควบคุม (regulator subsystem) ส่วนใหญ่จะเป็นผลมาจากการทำงานร่วมกันของระบบประสาท สารเคมี และต่อมไร้ท่อ ซึ่งแสดงออกมาในรูปของการรับรู้และการตอบสนองอย่างอัตโนมัติ เพื่อที่จะควบคุมการทำงานของร่างกายให้อยู่ในสภาวะสมดุลมักจะเป็นการปรับตัวทางด้านสรีรวิทยา

2.2 ระบบย่อยของการรับรู้ (cognator subsystem) เป็นกลไกการตอบสนองที่เกิดจากประสบการณ์และการเรียนรู้ซึ่งเกี่ยวข้องกับกระบวนการทางจิตสังคมที่บุคคลใช้เพื่อการปรับตัว โดยผ่านกระบวนการ ทั้ง 4 อย่างคือ กระบวนการรับรู้หรือกระบวนการรับข้อมูล (perceptual/information processing) ซึ่งเกี่ยวกับกิจกรรมการพิจารณาเลือกในสิ่งที่คาดว่าดีและเหมาะสมที่สุด รวบรวมจดจำในสิ่งที่บุคคลนั้นสนใจ กระบวนการเรียนรู้ (learning) เป็นการลอกเลียนแบบของบุคคลในสิ่งที่เห็นว่าดีและเหมาะสม รวมทั้งเป็นการเสริมแรงทางบวกและการหยั่งรู้ที่ลึกซึ้ง กระบวนการตัดสินใจ (judgment) เป็นกิจกรรมของทางเลือกในการแก้ปัญหา กระบวนการตอบสนองทางอารมณ์ (emotion) เป็นการใช้กลไกการป้องกันทางจิตที่บุคคลใช้เพื่อบรรเทาหรือคลายความวิตกกังวลและประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น การทำงานของกลไกทั้ง 2 ระบบส่งผลให้เกิดการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน (adaptive mode) ซึ่งแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตและประเมินได้ โดยประกอบไปด้วย (Andrews & Roy, 1991)

1. การปรับตัวด้านสรีรวิทยา (physiological mode)

เป็นการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานของบุคคล ในการรักษาไว้ซึ่งความมั่นคงทางด้านสรีระ (physiologic integrity) ได้แก่ความต้องการด้าน ออกซิเจน โภชนาการ การขับถ่าย การทำกิจกรรมการพักผ่อนและการป้องกัน รวมทั้งปรับตัวทางด้านสรีรวิทยาของกระบวนการที่ซับซ้อน คือ การทำหน้าที่ของระบบประสาท การรับรู้ความรู้สึก น้ำและอิเล็กโทรไลต์ และการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self - concept mode)

เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาไว้ซึ่งความมั่นคงทางจิตใจ (psychic integrity) ซึ่งเป็นพื้นฐานของภาวะสุขภาพ ปัญหาที่เกิดจากการปรับตัวในด้านนี้จะส่งผลต่อความสามารถของบุคคลในการรักษาและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี การปรับตัวในด้านนี้จะเกี่ยวข้องกับเจตคติ ความคิด ความรู้สึก ความสำนึกที่บุคคลมี ทั้งยังเป็นความเชื่อ และความรู้สึกที่บุคคลยึดเกี่ยวกับตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง

ซึ่งเกิดจากการรับรู้ภายในตนเองหรือการรับรู้จากปฏิกิริยาที่แสดงจากบุคคลอื่น ๆ ที่มีต่อตนเอง โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

2.1 อัตมโนทัศน์ส่วนกายภาพ (physical self) เป็นการปรับตัวที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับต่อร่างกาย รูปร่าง บุคลิกภาพของตนเองรวมทั้งการหาหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งอัตมโนทัศน์ส่วนกายภาพจะประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

2.1.1 ด้านการรับรู้ความรู้สึกที่มีต่อร่างกาย (body sensation) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับสถานะและสมรรถภาพของร่างกาย

2.1.2 ด้านภาพลักษณ์ (body image) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับขนาด รูปร่าง หน้าตาและท่าทางของตนเอง

2.2 อัตมโนทัศน์ส่วนตัว (personal self) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองด้านความเชื่อ ค่านิยม คุณคคติ ความหวังและการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน

2.2.1 ด้านความสม่ำเสมอแห่งตน (self - consistency) เป็นการที่บุคคลมีการปรับตัวเพื่อรักษาไว้ซึ่งความรู้สึกมั่นคงและปลอดภัยในตนเองหรือมีความสม่ำเสมอในชีวิต หากบุคคลไม่มั่นคงในความรู้สึกนี้จะทำให้เกิดความกลัว ความวิตกกังวลและความไม่แน่ใจ

2.2.2 ด้านปณิธานแห่งตน (self - ideal) เป็นความคาดหวังที่บุคคลมีต่อเป้าหมายในชีวิตตามคุณคคติที่ตนเองยึดถือ รวมทั้งความคาดหวังของผู้อื่นซึ่งมีผลต่อความคาดหวังของตัวบุคคลเอง ถ้าบุคคลไม่สามารถกระทำตามเป้าหมายที่ตนเองมุ่งหวังไว้และไม่สามารถปรับตัวในด้านนี้ได้จะมีความรู้สึกโทษตัวเองสูญเสียพลังอำนาจ และทำให้การมองเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง เกิดความท้อแท้และสิ้นหวัง

2.2.3 ด้านศีลธรรมจรรยาและจิตวิญญาณแห่งตน (moral-ethical-spiritual self) บุคคลจะใช้ศีลธรรมจรรยาของตนเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาตัดสินและกระทำในสิ่งหนึ่ง ๆ ที่เกี่ยวกับตนเองหรือผู้อื่นว่า สิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ดีหรือเลว ถูกต้องหรือผิด ความเชื่อที่บุคคลมีอยู่จะเป็นพื้นฐานที่ช่วยในการตัดสินใจด้วยเช่นกัน เมื่อบุคคลรู้สึกว่าได้ฝ่าฝืนกฎเกณฑ์หรือมาตรฐานทางศีลธรรมจรรยาที่ได้กำหนดไว้ จะทำให้เกิดความรู้สึกผิดและลงโทษตนเอง

2.2.4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) เป็นส่วนสำคัญต่อความมั่นคงทางจิตใจ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณค่าในตนเองว่ายังมีคนเคารพ ถ้าบุคคลสามารถปรับตัวหรือพึงพอใจในอัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย ความสม่ำเสมอแห่งตน ปณิธานแห่งตน ศีลธรรมจรรยา และจิตวิญญาณแห่งตนอย่างเหมาะสม ก็จะทำให้ความรู้สึกความมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้นด้วย

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode)

เป็นการปรับตัวเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านสังคม (social integrity) ซึ่งการที่บุคคล

จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขนั้นขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพของตนเองกับผู้อื่นว่า บุคคลนั้นมีบทบาทอะไรในสังคมที่ตนอยู่และแสดงบทบาทได้มากน้อยเพียงใด เป็นที่ยอมรับของสังคมหรือไม่ โดยบทบาทของบุคคลในแต่ละสังคมจะแตกต่างกัน แต่ทั้งนี้จะต้องปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ของตนเองและตามที่แต่ละสังคมกำหนดไว้อย่างเหมาะสม โดยแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมตามบทบาท (instrumental behavior) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกถึงการปฏิบัติตามหน้าที่ที่สังคมกำหนดไว้ พฤติกรรมแสดงเจตคติ (expressive behavior) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก จากทัศนคติ ความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ทั้งนี้ได้แบ่งบทบาทของบุคคลเป็น 3 ระดับ คือ

3.1 บทบาทปฐมภูมิ (primary role) เป็นบทบาทหลักที่ติดมากับตัวบุคคล ซึ่งจะ เป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสมของบุคคลในช่วงหนึ่ง ๆ ของชีวิต ได้แก่ อายุ เพศ และระยะ พัฒนาการ เช่น บทบาทเด็ก วัยรุ่น ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ

3.2 บทบาททุติยภูมิ (secondary role) เป็นบทบาทที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมใน สถานการณ์ต่าง ๆ กัน ที่เกี่ยวกับบทบาทปฐมภูมิและ พัฒนาการ ซึ่งบทบาทนี้มักไม่คงที่จะมีการ เปลี่ยนแปลงได้ในช่วงเวลาหนึ่ง บทบาทในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ บุตร หรือบทบาทตามการ ประกอบอาชีพ เช่น อาจารย์ นักเรียน แพทย์ พยาบาล วิศวกร เป็นต้น ทั้งนี้ปัญหาเกี่ยวกับการทำ หน้าที่ในบทบาทมักเกิดกับบุคคลขณะดำรงบทบาททุติยภูมิ

3.3 บทบาทตติยภูมิ (tertiary role) เป็นบทบาทชั่วคราวที่บุคคลได้รับหรืออาจ สามารถเลือกที่จะดำรงบทบาทนั้นได้ เช่น บทบาทสมาชิกของชมรมต่าง ๆ บทบาทผู้ป่วย เป็นต้น

ถ้าหากบุคคลดำรงบทบาทใด ๆ แล้วสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมเป็นที่ยอมรับ ของสังคม ก็จะทำให้มีความสุขในการดำรงชีวิต แต่ถ้าหากไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทนั้นได้ อย่างเหมาะสม ก็จะก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ โดยปัญหาที่แสดงออกคือ

(1). การไม่สามารถปรับบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ineffective role transition) เป็นการที่บุคคลแสดงบทบาทออกมาแต่พฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นไม่เหมาะสมตาม ที่สังคมกำหนดไว้ ซึ่งสาเหตุอาจมาจากการไม่มีแม่แบบ การขาดความรู้หรือขาดการศึกษาที่ช่วยใน การแสดงบทบาทให้เหมาะสมได้

(2). การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง (role distance) เป็นการที่ บุคคลแสดงบทบาทได้ถูกต้องตามพฤติกรรมที่สังคมกำหนดไว้ และมีความเหมาะสม แต่ไม่ตรง กับความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง เช่น ผู้สูงอายุรู้สึกเหน็ดเหนื่อยไม่สบายแต่ยังทำตัวสดชื่นทำ กิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองเพราะไม่อยากให้ลูกหลานเป็นห่วง เป็นต้น

(3). ความขัดแย้งในการแสดงบทบาท (role conflict) เป็นการที่บุคคลไม่สามารถแสดงพฤติกรรมให้เหมาะสมต่อบทบาทของตนเองได้อย่างเต็มที่ จึงเกิดความรู้สึกขัดแย้งในบทบาทขึ้น ซึ่งอาจเป็นการขัดแย้งการแสดงบทบาทภายใน (intrarole conflict) เป็นการขัดแย้งในบทบาท เนื่องจากไม่สามารถกระทำตามที่บุคคลอื่นคาดหวังได้อย่างเหมาะสม การขัดแย้งการแสดงระหว่างบทบาท (interrole conflict) เป็นการที่เมื่อบุคคลมีหลายบทบาทแต่ไม่สามารถกระทำหน้าที่ในแต่ละบทบาทได้อย่างเต็มที่ เช่น การที่ผู้หญิงต้องทำงานนอกบ้านเพื่อหาเงินและจำเป็นต้องเลี้ยงลูกที่ยังเล็กด้วย ทำให้รู้สึกมีความขัดแย้งในบทบาทของตน

(4). ความล้มเหลวในการแสดงบทบาท (role failure) เป็นการที่บุคคลไม่สามารถแสดงบทบาทของตนเองได้ตามที่ควรจะเป็นได้เลย เช่น อาจารย์ที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตภายหลังเกษียณได้ เกิดปัญหาสุขภาพกาย และจิตใจที่รุนแรงขึ้น

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (interdependence mode)

เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคมของบุคคล เน้นความสัมพันธ์ของบุคคลในการให้และรับความรัก การยอมรับและการมองเห็นคุณค่ากับบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต (significant others) และบุคคลที่เกี่ยวข้องในระบบของการเกื้อหนุน (support systems) โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมในด้านนี้เป็น 2 แบบ คือพฤติกรรมการรับ (receptive behavior) และพฤติกรรมแสดงความช่วยเหลือ (contributive behavior) ทั้งนี้เพื่อสนองความต้องการพื้นฐานคือความรู้สึกปลอดภัยในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (affectional adequacy)

หากบุคคลมีการปรับตัวที่เหมาะสม คือคงความสมดุลระหว่างการพึ่งพาตนเอง (independence) และการพึ่งพาผู้อื่น (dependence) ก็จะสามารถปรับตัวได้ อยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข แต่หากมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดปัญหาในการแสดงพฤติกรรม โดยปัญหาพฤติกรรมที่แสดงออกในด้านนี้คือ

4.1 พฤติกรรมพึ่งพาผู้อื่นไม่เหมาะสม (dysfunction dependence) เป็นการที่บุคคลต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากเกินไป จนอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองทั้งทางด้านร่างกาย พัฒนาการและระดับวุฒิภาวะ ซึ่งในผู้สูงอายุมักจะพบได้บ่อย

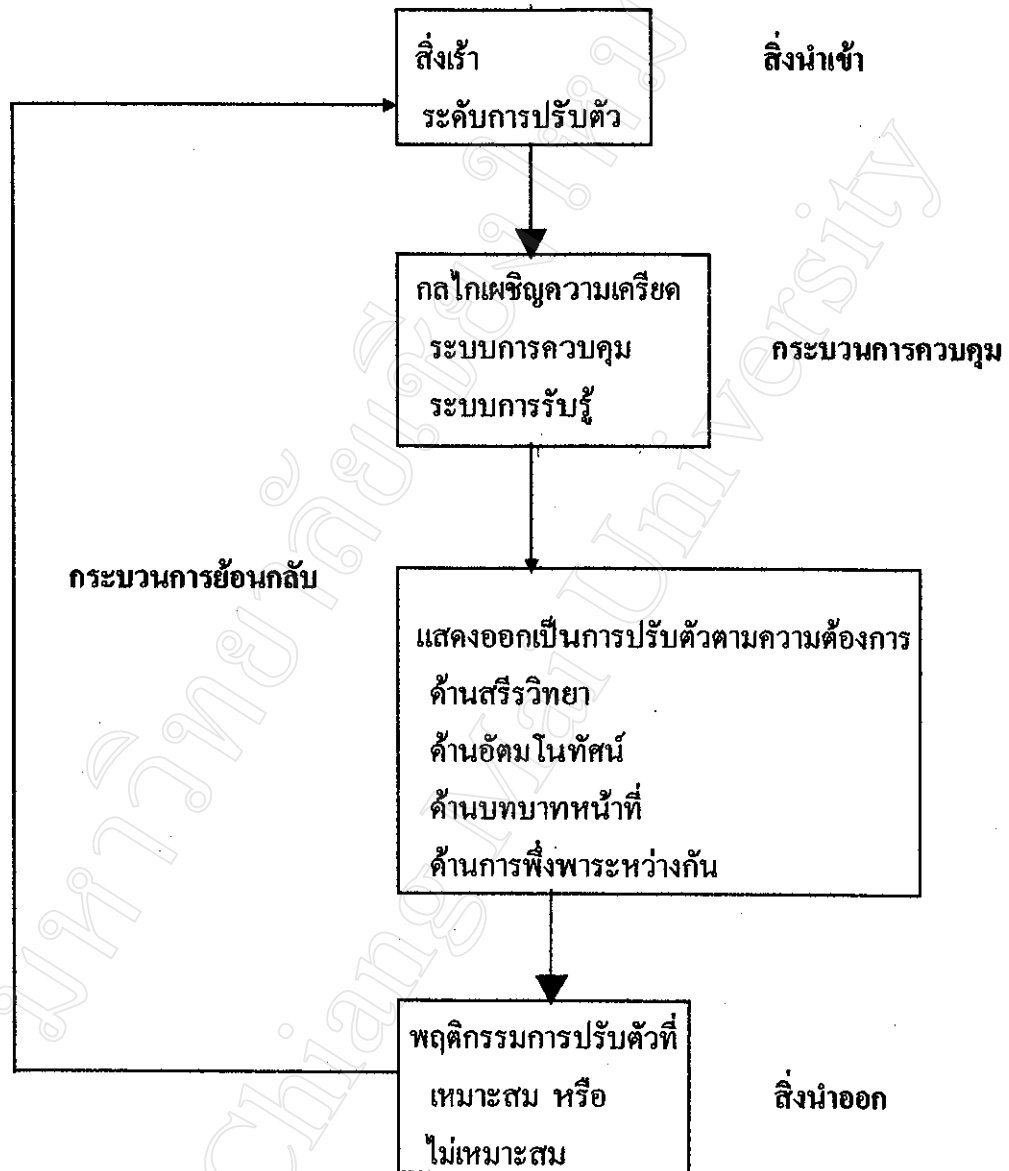
4.2 พฤติกรรมพึ่งพาตนเองไม่เหมาะสม (dysfunction independence) เป็นพฤติกรรมความขัดแย้งที่บุคคลไม่มีอิสระในการให้การช่วยเหลือตนเองได้ตามที่ต้องการ ดังนั้นจึงทำให้เกิดการขัดแย้งแล้วแสดงพฤติกรรมที่ก้าวร้าว แยกตัวเอง เฉยเมยออกมาได้ เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้รู้สึกอึดอัดและโกรธได้

3. สิ่งนำออก (output)

เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าทั้งภายนอกและภายใน ซึ่งแสดงออก

มาเป็นพฤติกรรมการปรับตัว (adaptive response) ที่สามารถสังเกต ตรวจสอบได้และบอกได้ ไม่
 ว่าจะเป็นการแสดงออกทางกาย สีหน้า ท่าทาง การพูดจา การสัมผัสหรืออื่นๆ ก็ตาม จุดมุ่งหมาย
 หลักที่สำคัญของการปรับตัวก็เพื่อเสริมความมั่นคงของบุคคลในการมีชีวิตอยู่รอด การเจริญเติบโต
 การถ่ายทอดเผ่าพันธุ์และความสำเร็จจากการชนะอุปสรรค ซึ่งหากมีการปรับตัวที่เหมาะสม
 (adaptive behavior) ก็จะสามารถบรรลุเป้าหมายดังที่กล่าวมาได้ แต่ถ้าหากมีการปรับตัวที่ไม่มี
 ประสิทธิภาพหรือไม่เหมาะสม (ineffective behavior) ก็จะทำให้เกิดปัญหาที่เกิดจากการปรับตัว
 ตามมาได้เช่นกัน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าจากการที่มีสิ่งเร้าใด ๆ ก็ตามผ่านเข้ามา ไม่ว่าจะเป็นสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้า
 ร่วมหรือสิ่งเร้าแฝงก็ต้องผ่านกระบวนการควบคุม โดยแต่ละบุคคลจะมีระดับการปรับตัวที่
 แตกต่างกันไป สิ่งเร้าและระดับการปรับตัวจัดได้ว่าเป็นสิ่งนำเข้าของระบบการปรับตัวโดยจะต้อง
 ผ่านกลไกการเผชิญความเครียด ซึ่งประกอบด้วยระบบกลไกการควบคุมและระบบกลไกการรับรู้
 แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัวของบุคคลทั้ง 4 ด้าน ดังที่ได้กล่าวมา ซึ่งการปรับตัวทั้ง 4
 ด้านนั้น จะมีความสัมพันธ์กันแต่มีลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล พฤติกรรมการปรับตัวจัดเป็นตัว
 สิ่งนำออกของระบบการปรับตัว ถ้าหากพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลช่วยส่งเสริมให้เกิดความ
 มั่นคงตามเป้าหมายของการปรับตัวจัดว่าเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม แต่ถ้าพฤติกรรมนั้น
 ตอบสนองออกมาในทางตรงกันข้ามจัดได้ว่าเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม โดยที่
 พฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสมและพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมนั้น จะย้อนกลับเป็น
 สิ่งนำเข้าสู่ระบบเพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งสามารถแสดงดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงระบบการปรับตัวของบุคคล (Andrews & Roy, 1991:8)

การประเมินการปรับตัว

การปรับตัวสามารถประเมินได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกของแต่ละบุคคลตามสิ่งเร้า ด้วยการสังเกตได้หรือไม่สามารถสังเกตได้ ซึ่งต้องพิจารณาถึงชนิดของพฤติกรรมที่แสดงออกและผู้ประเมินจะต้องทราบว่าประเมินพฤติกรรมเหล่านั้นได้อย่างไร และนำไปพิจารณาคัดสินว่าพฤติกรรมที่แสดงออกมานั้นมีผลต่อความมั่นคงของบุคคล โดยแบ่งการประเมินเป็น 4 ด้าน ดังนี้คือ (Roy, 1991)

1. การประเมินการปรับตัวด้านสรีรวิทยา (physiological mode)

1.1 ด้านออกซิเจน การระบายอากาศสามารถประเมินได้จากการหายใจ, เสียงลมหายใจ, รีเฟล็กซ์การไอ การจาม และลักษณะของเสมหะ การแลกเปลี่ยนก๊าซสามารถประเมินได้โดยการมอง การฟัง การสัมผัสและการใช้เครื่องมือ ส่วนการขนส่งก๊าซสามารถประเมินได้จากสีพอง ความคันโลหิต เสียงหัวใจ หรือจากการสังเกตสีผิว เยื่อเมือก เล็บ

1.2 ด้านโภชนาการ สามารถประเมินได้จากการรับประทานอาหาร, น้ำหนักและส่วนสูง, แบบแผนการรับประทานอาหาร, การแพ้อาหารและลักษณะของช่องปาก

1.3 ด้านการขับถ่าย การขับถ่ายอุจจาระสามารถประเมินได้ โดยการสังเกตลักษณะอุจจาระและแบบแผนการขับถ่าย, การเคลื่อนไหวของลำไส้, ความเจ็บปวด และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การขับถ่ายปัสสาวะสามารถประเมินได้โดยการสังเกตลักษณะของปัสสาวะและแบบแผนการขับถ่าย, ความเจ็บปวด และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1.4 ด้านการทำการกิจกรรมและการพักผ่อน การมีกิจกรรมสามารถประเมินได้จากชนิดและความบ่อยของการมีกิจกรรมรวมทั้งการทำงานของกล้ามเนื้อ กระดูก และการเคลื่อนไหว ส่วนการพักผ่อนสามารถสังเกตได้จากปริมาณและคุณภาพของการพักผ่อน, แบบแผนการนอนและอาการของการนอนหลับที่ผิดปกติ

1.5 ด้านการป้องกัน สามารถประเมินได้จากลักษณะของผิวหนัง, หน้าที่ศีรษะและผม, การระบายของผิวหนัง, การรับรู้ความรู้สึกเจ็บและการรับอุณหภูมิ, การเจ็บปวดและลักษณะผิวหนังหลังการได้รับการผ่าตัดและภาวะภูมิคุ้มกันด้านทานของร่างกาย

1.6 ด้านการทำหน้าที่ของระบบประสาท สามารถประเมินได้จากระดับความรู้สึกและการรับรู้ข้อมูล

1.7 ด้านการรับรู้ความรู้สึก สามารถประเมินได้จากการสังเกตและการใช้เครื่องมือในการประเมิน

1.8 น้ำและอิเล็กทรอนิกส์ สามารถประเมินได้จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับอาการที่มีผลต่อระบบนั้นๆ

1.9 ด้านการทำหน้าที่ของระบบคอมพิวเตอร์ สามารถประเมินได้โดยการสังเกต พฤติกรรมที่การทำหน้าที่ของคอมพิวเตอร์นี้จะกระทบ โดยจากการสัมภาษณ์หรือการใช้เครื่องมือประเมิน หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (self - concept mode)

การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์สามารถประเมินได้โดย การสังเกต การสัมภาษณ์ และการวัดปฏิกิริยาตอบสนอง เช่น การตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษต่าง ๆ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (role function mode)

บุคคลที่ดำรงบทบาทใดๆแล้วสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมเป็นที่ยอมรับของสังคม ก็จะทำให้มีความสุขในการดำรงชีวิต แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวต่อบทบาทนั้นได้อย่างเหมาะสม ก็จะก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ซึ่งสามารถประเมินได้โดยการสังเกตและการสัมภาษณ์

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน (interdependence mode)

บุคคลที่มีการปรับตัวที่เหมาะสม คือคงความสมดุลระหว่างการพึ่งพาตนเอง (independence) และการพึ่งพาผู้อื่น (dependence) ก็จะสามารถปรับตัวได้ อยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข แต่หากมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมจะทำให้เกิดปัญหาในการแสดงพฤติกรรม ซึ่งสามารถประเมินได้โดยการสังเกตและการสัมภาษณ์

พฤติกรรมที่แสดงออกว่าเป็นการปรับตัวที่เหมาะสมสามารถตัดสินได้จากการที่ต้องส่งเสริมความมั่นคงหรือภาวะการมีสุขภาพที่ดีของบุคคลโดยมีเป้าหมายหลักคือ การมีชีวิตรอด, การเจริญเติบโต, การสืบทอดเผ่าพันธุ์ และการเอาชนะอุปสรรค ส่วนพฤติกรรมที่แสดงถึงการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมคือพฤติกรรมที่ขัดขวางต่อการไปถึงเป้าหมายของบุคคลและยังทำให้เกิดความไม่มั่นคงในชีวิตของบุคคลอีกด้วย

จากการศึกษางานวิจัยพบว่า มีผู้ใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอยในการประเมินการปรับตัวของผู้สูงอายุได้แก่การศึกษาของ ดวงฤดี ลาสุขะ (2527) ที่ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบคัดสรรกับการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 120 คน โดยคัดแปลงจากเกณฑ์ประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยมีอาสรีเนียราริของ วารุณี ศิริณวัฒนากุล (2526) ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปรับตัวเหมาะสมปานกลาง ร้อยละ 70.83 การศึกษาของ อำไพรัตน์ กลิ่นขจร (2533) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้สูงอายุ

กระดูขาหักที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ 100 คน โดยสร้างจากแบบประเมินการปรับตัวของผู้สูงอายุของ ดวงฤดี ลาสุยะ (2527) ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีจะมีพฤติกรรมการปรับตัวดี การศึกษาของ ทศนีย์ เกริกกุลธร (2535) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุ 170 คน ในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ การศึกษาของ จิตติมาน แก้วขาว (2539) ได้ศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชรจำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่าในเขตเมืองผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่เหมาะสมทุกด้าน ส่วนในเขตชนบทมีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์เท่านั้นที่ไม่เหมาะสม การเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้สูงอายุในเมืองและชนบทพบว่า การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 การศึกษาของเปรมฤดี ศรีราม (2539) ที่ศึกษาความว้าเหวและการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดอ่างทองจำนวน 250 คน โดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการปรับตัวของผู้สูงอายุของ ทศนีย์ เกริกกุลธร (2536) ผลการศึกษาพบว่าความว้าเหวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปรับตัวของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 ความว้าเหว รายได้ รวมทั้งสถานภาพสมรส สามารถทำนายการปรับตัวของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และการศึกษาของปานจิต เครื่องกำแพง (2541) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช จำนวน 92 คน ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุโดยรวมมีระดับคะแนนอยู่ในช่วงปรับตัวได้มาก ในด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ และด้านบทบาทหน้าที่ปรับตัวได้มาก ส่วนด้านการพึ่งพาอาศัยผู้อื่นปรับตัวได้ปานกลาง จำนวนครั้งที่มาศูนย์สามารถพยากรณ์การปรับตัวด้านร่างกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และกิจกรรมที่ชอบในการเข้าร่วมชมรมสามารถพยากรณ์การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการประเมินพฤติกรรมการปรับตัวนั้นสามารถทำได้หลายวิธี ซึ่งอาจแตกต่างกันไปในแต่ละด้าน และทั้งนี้ต้องอาศัยทักษะการสังเกต การรวบรวมข้อมูลของผู้ประเมินร่วมด้วย จึงจะสามารถประเมินพฤติกรรมที่แสดงออกได้อย่างถูกต้องมากยิ่งขึ้น

การปรับตัวหลังเกษียณของผู้สูงอายุตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ภาวะสูงอายุเป็นพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ที่ต้องดำเนินไปตามกาลเวลา ในช่วงวัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ การเกษียณเป็นสิ่งเร้าตรงอย่างหนึ่งซึ่งมีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุเป็นอย่างมากและมีความสูงอายุเป็นสิ่งเร้าร่วม ถ้าผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่เหมาะสม พฤติกรรมที่แสดงออกมาก็จะถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงตามปกติของวัยสูงอายุ

จะทำให้พัฒนาการของผู้สูงอายุเป็นไปด้วยดี เกิดความมั่นคงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ก็จะมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดไปจากการเปลี่ยนแปลงตามปกติ ซึ่งจะก่อให้เกิดปัญหาขึ้น ดังนั้นพฤติกรรมการปรับตัวของผู้สูงอายุจะแสดงออกดังนี้คือ (Andrews & Roy, 1991)

1. การปรับตัวด้านสรีรวิทยา เมื่อเกษียณจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นไปในทางที่เสื่อมลง และเมื่อระยะเวลาผ่านไปหรืออายุมากขึ้นความเสื่อมก็จะเพิ่มมากขึ้นด้วย เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรับตัวที่เหมาะสม ถ้าหากการปรับตัวล้มเหลวจะเกิดผลทางลบขึ้น ซึ่งการปรับตัวในด้านนี้ประกอบไปด้วยหลายส่วน ดังนี้

1.1 ด้านออกซิเจน เมื่ออายุเพิ่มขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างตลอดจนการทำงานของอวัยวะต่างๆ คือ การที่หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมทำให้หลังโก่ง ความยืดหยุ่นของผนังทรวงอกมีความแข็งตัวมากขึ้น กระดูกซี่โครงเคลื่อนไหวน้อยกว่า กระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้อง ดังนั้นกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้องจึงมีผลต่อการหายใจมากกว่า ประกอบกับความยืดหยุ่นของเนื้อปอดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจลดลง เมื่อหุ้มปอดแข็ง การขยายตัวและการหดตัวของปอดจึงลดลง และจะพบว่าผู้สูงอายุจะมีหน้าอกค่อนข้างเหมือนถังเบียร์ เส้นผ่าศูนย์กลางจากด้านหน้าถึงด้านหลัง (antero - posterior) ของทรวงอกเพิ่มขึ้นจากการที่ข้อต่อระหว่างกระดูกซี่โครงและกระดูกสันหลัง (costovertebral joint) มีการเคลื่อนไหวลดลง ทำให้กระดูกหน้าอก (sternum) เคลื่อนที่ไปข้างหน้าและถูกดันขึ้นข้างบน ขณะที่หายใจเข้า (Carnevali & Patrick, 1993) ผู้สูงอายุจึงมีการหายใจแบบใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ (abdominal type) การหายใจออกถูกจำกัดและมีการเคลื่อนไหวน้อยกว่าการหายใจเข้า (รัชนิพร ภูกร, 2538) ดังนั้นปริมาตรอากาศคงค้างในปอดจึงมีมากขึ้นเพราะการระบายอากาศน้อยลง (Luggen, 1996) จึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของปริมาตรปอด (lung volume) โดยพบว่ามีปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าออกแต่ละครั้ง (tidal volume) ลดลงเล็กน้อยหรือปกติประมาณ 500 มิลลิลิตร ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัวและอายุด้วย ปริมาณของอากาศที่หายใจเข้าเต็มที่หลังจากที่หายใจเข้าธรรมดา (inspiratory reserve volume) ลดลงเหลือ 2,800 มิลลิลิตร ปริมาตรของอากาศที่หายใจออกเต็มที่หลังจากที่หายใจออกธรรมดา (expiratory reserve volume) ลดลงเหลือ 1,000 มิลลิลิตร ปริมาตรอากาศที่เหลืออยู่ในปอดหลังจากการหายใจออกเต็มที่ (residual volume) มีค่าเพิ่มขึ้นเป็น 1,800 มิลลิลิตร และปริมาตรของอากาศที่หายใจออกได้เต็มที่ภายหลังจากการหายใจเข้าเต็มที่ (vital capacity) ลดลงเหลือ 4,300 มิลลิลิตร (Matteson, 1997) ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการหายใจชดเชยโดยการหายใจเร็วขึ้นแต่จะเป็นการหายใจแบบเร็ว ตื้น บางคนหายใจไม่สม่ำเสมอ

เสมอ แต่อัตราการหายใจของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็จะเหมือนวัยผู้ใหญ่คือ 12 - 20 ครั้ง / นาที (Berkow, 1995)

นอกจากนั้นการแพร่กระจายของออกซิเจนเข้าสู่เส้นเลือดของปอดน้อยลง เพราะการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมไม่ดี ถุงลมมีขนาดใหญ่ขึ้นแต่จำนวนลดลง ผนังถุงลมแตกง่าย ทำให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง อัตราส่วนระหว่างการระบายอากาศและการกำซาบเลือดไม่ได้สัดส่วนกัน (ventilation / perfusion mismatching) ดังนั้นเปอร์เซ็นต์อิ่มตัวของออกซิเจนในฮีโมโกลบิน (oxygen saturation) ลดลงเหลือประมาณร้อยละ 93 - 94 และ ค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) มีค่า 75 - 80 มิลลิเมตรปรอท ส่วนค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (PaCO_2) ไม่เปลี่ยนแปลง จะมีค่าระหว่าง 35-45 มิลลิเมตรปรอท (Stanley & Beare, 1995) เนื่องจากอัตราการซึมผ่านของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์สูงกว่าออกซิเจนถึง 20 เท่า และการระบายอากาศหายใจยังเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (Matteson, 1997) สำหรับทางเดินหายใจพบว่าเซลล์ขนกวัด (cilia) ลดลง การสร้างเสมหะมีมากขึ้นและความสามารถในการไอเพื่อขับเสมหะลดลง (Luggen, 1996) ซึ่งทั้งหมดที่ได้กล่าวมาถือเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ แต่ถ้าหากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ได้เหมาะสมก็จะทำให้เกิดความผิดปกติหรือพยาธิสภาพเกิดขึ้นซึ่ง ได้แก่ การอักเสบและติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การที่มีเสมหะสะสมผิดปกติไป การหายใจเร็วหอบเหนื่อยหรือช้ากว่าปกติ อาการไอบ่อย มีเลือดปนเสมหะหรือแม้แต่การลดลงอย่างผิดปกติของปริมาตรปอดหรือปริมาณออกซิเจนในเลือด

ส่วนด้านระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดในผู้สูงอายุนั้นก็มีการเปลี่ยนแปลงคือหัวใจมีขนาดโตขึ้น โดยทั่วไปผนังของหัวใจห้องล่างซ้ายจะหนาขึ้นประมาณร้อยละ 25 ในช่วงอายุ 30 - 80 ปี (Carnevali & Patrick, 1993) ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้นเพราะมีแคลเซียมมาเกาะ การปิดเปิดของลิ้นหัวใจผิดปกติ ทำให้เกิดโรคลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ กล้ามเนื้อหัวใจมีความไวต่อสิ่งเร้าลดลง ทำให้อัตราการทำงานของหัวใจไม่สามารถเพิ่มขึ้นได้ในภาวะฉุกเฉิน หรือในภาวะเครียด ดังเช่น คนในวัยหนุ่มสาว กำลังสำรองของหัวใจลดลง จำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีจึงไม่เพียงพอปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงประมาณร้อยละ 1 ต่อปี (Eliopoulos, 1993) ทำให้เกิดภาวะหัวใจวายแบบเฉียบพลันได้ การไหลเวียนเลือดสู่อวัยวะส่วนปลายลดลงเนื่องจากผนังหลอดเลือดแดงแข็งตัว และจากการที่ผนังหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัวขึ้นจึงทำให้ฟังเสียงหัวใจผิดปกติเหมือนการมีภาวะหัวใจโต ซึ่งถือได้ว่าเป็นภาวะปกติในผู้สูงอายุ นอกจากนี้อาจได้ยินเสียง S_4 ได้ (Matteson, 1997) อัตราการเต้นของหัวใจช้าลงเหลือประมาณ 60 - 90 ครั้ง / นาที (Bower & Thompson, 1992) เนื่องจากการนำกระแสประสาทจาก SA node ไปยัง AV node ช้าลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่อาจพบในผู้สูงอายุอาจพบว่ามีช่วง PR interval และ QT interval นานขึ้น มีการ

เปลี่ยนแปลงของ R และ S wave amplitude รวมทั้ง QRS Complex อาจจะแคบกว่าในวัยผู้ใหญ่ (Matteson, 1997) ความดันโลหิตของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเพราะแรงต้านทานของหลอดเลือดสูงขึ้น เนื่องจากรหลอดเลือดตีบแคบลง จึงทำให้เกิดโรคทางสมองและหัวใจเนื่องจากการขาดเลือดได้ง่าย อัตราการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ เช่น สมอง หัวใจ ไต ลดลง ทำให้การทำงานลดลง เลือดและเสียไปในที่สุด (Needham, 1993) โดยมักพบว่าความดันซิสโตลิกจะสูงขึ้น ส่วนความดัน ไดแอสโตลิกไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ทำให้ช่วงความดัน (pulse pressure) ในผู้สูงอายุกว้าง ในภาวะปกติความดันโลหิตของผู้สูงอายุจะอยู่ในช่วง 100 / 60 ถึง 140 / 90 มิลลิเมตรปรอท (Bower & Thompson, 1992) ในผู้สูงอายุอาจพบภาวะโลหิตจางได้เนื่องจากการสร้างเม็ดโลหิตลดลงร้อยละ 50 (Matteson, 1997) เซลล์เม็ดเลือดแดงอายุคงที่แต่การสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเซลล์เก่ามีน้อยลง ทำให้จำนวนเซลล์และความเข้มข้นของฮีโมโกลบินลดลงด้วย ดังนั้นผู้สูงอายุจะไม่ทนต่อการเปลี่ยนแปลงท่าทางถ้ายืนนานเกินไปเลือดที่ไปเลี้ยงสมองก็ลดลง ผู้สูงอายุจึงมีอาการวิงเวียนศีรษะ หน้ามืดเป็นลม และมีจ้ำเลือดตามผิวหนังได้ง่ายอีกด้วย ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่เหมาะสมของผู้สูงอายุ ส่วนการแสดงออกถึงพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมในส่วนนี้ของผู้สูงอายุได้แก่ การมีความดันโลหิตสูงกว่าปกติ หัวใจเต้นผิดจังหวะ หลอดเลือดตีบ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ซึ่งอาจแสดงออกโดยมีอาการอ่อนเพลีย เจ็บหน้าอก ใจสั่น หรือการเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองแตกจากความดันโลหิตสูง จะพบอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยร่วมด้วยภาวะซึมเศร้าผิดปกติ หรือภาวะหัวใจวายซึ่งอาจแสดงอาการโดยการนอนราบตอนกลางคืนไม่ได้ หอบเหนื่อย เหนียว ปลายมือปลายเท้า เป็นต้น

1.2 ด้านโภชนาการ จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุได้แก่การที่ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง ฟันผุ โย่งง่าย ค่อมน้ำลายผลิตเอ็นไซม์ลดลง รวมทั้งดื่มน้ำบริวารลดลงด้วย จึงทำให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารได้น้อยลงเมื่ออาหาร (Berkow, 1995) เกิดอาการลำบากในการเคี้ยวจากกล้ามเนื้อหรือกระดูกของหลอดอาหาร หาย่อยตัว การเคลื่อนไหวของหลอดอาหารและกระเพาะอาหารลดลงจึงทำให้อาหารอยู่ในกระเพาะนานขึ้น การผลิตเอ็นไซม์และน้ำย่อยในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กลดลงทำให้การดูดซึมแร่ธาตุ แคลเซียมและธาตุเหล็กลดลง (Eliopoulos, 1993) และทำให้เกิดการอัดแน่นท้องได้ ทั้งนี้จากภาวะการดูดซึมสารอาหารลดลงทำให้เกิดการขาดสารอาหารได้ ซึ่งพฤติกรรมแสดงออกดังกล่าวมาเป็นการปรับตัวตามวัยของผู้สูงอายุ แต่ทั้งนี้สามารถประเมินการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมในด้านนี้ได้โดยการสังเกตถึงสุขภาพนั้นและภายในช่องปากว่ามีฟันผุ โย่ง เจ็บปาก ลิ้น ซึ่งเป็นปัญหาต่อการรับประทานอาหารหรือไม่ นอกจากนี้ยังต้องประเมินภาวะท้องผูกบ่อยๆ หรือท้องเสีย อาการอัดแน่น จุกเสียดบริเวณหน้าอก อาการปวดท้องที่สัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร ที่สำคัญต้อง

ประเมินถึงภาวะการขาดสารอาหารโดยประเมินจากค่าดัชนีมวลน้ำหนัก (body mass index : BMI) ภาวะปกติในผู้สูงอายุคือ เพศชาย 20 - 27 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ เพศหญิง 20 - 24 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (Merck, 1995) ถ้ามากกว่าถือว่าผิดปกติหรืออ้วนแต่หากน้อยกว่าปกติก็เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ หรือการวัดความหนาของชั้นไขมันนำไปเทียบกับเกณฑ์ปกติ (Merck, 1995) จากการสำรวจของกองโภชนาการกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2533 (พรรณวดี พุรวัณณะ, 2539) ได้สำรวจผู้สูงอายุในสถานพักฟื้นคนชรารอบบ้านบางแคและจังหวัดอื่นๆ จำนวน 386 คน พบว่าร้อยละ 32.7 มีภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน ร้อยละ 80 -90 บริโภคพลังงานโดยเฉลี่ยน้อยกว่าที่ควรได้รับ และร้อยละ 20 มีภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งหากผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมแสดงออกที่แตกต่างจากปกติสิ่งที่กล่าวถึงคือการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจได้แก่ การที่มีน้ำหนักมากหรือน้อยเกินไป เป็นต้น

1.3 ด้านการขับถ่าย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารจากการที่ผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพในการเคี้ยวอาหารลดลง การเคลื่อนไหวของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง ความเสื่อมของระบบอื่น ๆ ที่ก่อให้เกิดการจำกัดการเคลื่อนไหว รวมทั้งการได้รับน้ำและอาหารไม่ถูกต้องและเพียงพอ สิ่งเหล่านี้มักเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดภาวะท้องผูกได้ในผู้สูงอายุ ซึ่งพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสมในด้านนี้คือการมีภาวะท้องผูกซึ่งได้แก่ การไม่ถ่ายอุจจาระภายใน 4 วัน และเมื่อถ่ายอุจจาระออกมามีลักษณะแข็งและแห้ง (Carignan, 1995) บางครั้งปวดท้องและกดเจ็บ ซึ่งหากไม่ถ่ายอุจจาระหลายวันเป็นเวลานานครั้งก็อาจทำให้เกิดริดสีดวงทวารและมีเลือดออกทางทวารหนักได้ (Matteson, 1997) อัตราการเกิดท้องผูกในผู้สูงอายุพบว่ามีมากกว่าร้อยละ 35 และมากกว่าร้อยละ 25 ในวัยชรา (Clark & Valasi อ้างใน อรรพรรณ อุทัยเสน, 2540) จากการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะคือ น้ำหนักและขนาดของไตลดลง การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงไตและอัตราการกรองของไตลดลงร้อยละ 50 ในช่วงอายุ 20 - 90 ปี (Eliopoulos, 1993) ขนาดของกระเพาะปัสสาวะลดลง กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง ปริมาณของปัสสาวะที่คงค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ซึ่งถือว่าเป็นภาวะผิดปกติที่พบในผู้สูงอายุ การมีปัสสาวะเล็ด (urinary incontinence) ในผู้ชายส่วนใหญ่มักเกิดจากการต่อมลูกหมากโต ส่วนในผู้หญิงนั้นมักเกิดจากการที่มีกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนยาน จึงมีการเล็ดของปัสสาวะขณะไอ จามหรืออุกนั่ง ซึ่งในเรื่องนี้จะถือว่าเป็นปัญหาเมื่อส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุได้แก่ การเข้าสังคมไม่ได้ บุคคลรอบข้างรังเกียจ การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและที่สำคัญคือมีการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะซึ่งได้แก่ อาการแสบขัดเวลาปัสสาวะ สีและกลิ่นที่ผิดปกติไป ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังสามารถประเมินได้โดยการคำถามว่าต้องหลังถ่ายปัสสาวะว่ามีก้อนหรือไม่ หรือการวัด

จำนวนปัสสาวะที่ตกค้างหลังถ่ายปัสสาวะทันที (post voided residual : PVR) ถ้ามมากกว่า 50 - 100 มิลลิลิตร (Berkow, 1995) ถือว่าเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม

1.4 ด้านการทำกิจกรรมและการพักผ่อน ในวัยสูงอายุมีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมลดลงไป ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุเองที่มีการเสื่อมลง ระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อประสิทธิภาพลดลง ผู้สูงอายุจะมีภาวะกระดูกพรุนเพิ่มขึ้น เนื่องจาก กระดูกบาง มีความเปราะสูง กระดูกหักได้ง่ายมาก เนื่องจากการสลายตัวของแคลเซียมออกจากกระดูก เพราะร่างกายได้รับวิตามินดีน้อยลง และร่างกายต้องรักษาระดับแคลเซียมในเลือดให้คงที่แต่การดูดซึมแคลเซียมจากลำไส้ลดลง รวมทั้งการที่ฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งออกฤทธิ์กระตุ้นการทำงานของออสติโอเบลาสต์ที่มีปริมาณลดลง ต่อมาพาราไธรอยด์ทำงานน้อยลง จะทำให้การสร้างกระดูกลดลง เมื่อถูกน้ำหนักตัวกดทับกระดูกสันหลังส่วนหน้าจะยุบตัวแคบลงเป็นรูปลิ้น ทำให้หลังโก่งและตัวเตี้ยลง (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2530) ความสูงจะลดลงประมาณ 2 นิ้ว จากอายุ 20 - 70 ปี (Eliopoulos, 1993) กระดูกอ่อนบริเวณข้อเสื่อม น้ำในไขข้อลดลง ทำให้กระดูกข้อที่เคลื่อนไหวที่มีการสัมผัสกัน ข้อจึงเสื่อมมากยิ่งขึ้นจนเคลื่อนไหวไม่สะดวก ข้อติดแข็งและอักเสบได้ง่าย (Barbara, 1994) จำนวนและขนาดเส้นใยกล้ามเนื้อลดลงทำให้กล้ามเนื้อฝ่อลีบ กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลงทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ความคล่องตัวในการเคลื่อนไหวก็ลดลง ซึ่งภาวะกระดูกพรุนนี้พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 8 เท่า (McMahon, Peterson & Schike, 1992 อ้างใน วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2539) และยังพบว่าร้อยละ 16 ทำให้เกิดภาวะกระดูกสะโพกหัก (มยุรี ปัตตพงศ์, 2541) นอกจากนี้ปัญหาเกี่ยวกับสายตา การได้ยินที่เสื่อมไปก็เป็นเหตุที่ทำให้การทำกิจกรรมลดลง (Eliopoulos, 1993) และปัจจัยอื่น ๆ อาจได้แก่ ภาวะทางจิตใจ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลก็อาจมีผลต่อการทำกิจกรรมลดลงด้วยเช่นกัน (Stanley & Beare, 1995) จากการศึกษาของ เซลิกสัน, คาร์มัส และฮาเมอร์แมน (Selikson, Damus, and Hamerman, cited in Stanley & Beare, 1995) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ พบว่าภาวะติดแข็งของข้อ, สายตามองเห็นไม่ชัด, ประวัติการมีสะโพกและขาหักและภาวะสมองเสื่อมอย่างรุนแรง นับเป็นปัจจัยที่มีผล ซึ่งพฤติกรรมที่กล่าวมานับว่าเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวในด้านนี้ควรมีการทำกิจกรรมเท่าที่สามารถทำได้ ไม่ว่าจะเป็นการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองก็ถือว่าเป็นการปรับตัวที่เหมาะสม (Eliopoulos, 1993) และสิ่งที่ผู้สูงอายุควรกระทำอย่างยิ่งคือการออกกำลังกาย เพราะการออกกำลังกายนั้นก่อให้เกิดประโยชน์มากมายด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นระบบไหลเวียนโลหิต กล้ามเนื้อและกระดูก การเผาผลาญพลังงานภายในร่างกาย (Schilk, 1991) และยังมีประโยชน์ต่อการขับถ่าย การนอนหลับที่มีประสิทธิภาพดีขึ้น จิตใจสดชื่นแจ่มใสขึ้นด้วย (รัชนิพร ภูกร, 2538)

ดังนั้นผู้สูงอายุควรมีการออกกำลังกายโดยต่อเนื่องอย่างน้อย 15 - 20 นาทีต่อวันและ 3 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์ (Berkow, 1995) ทั้งนี้ไม่ควรมีอาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยมากหรือปวดข้อจากการออกกำลังกายด้วย หากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการทำงานและการออกกำลังกายที่ถูกต้องดังที่กล่าวมาก็ถือว่าเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสม

ส่วนในด้านของการพักผ่อนนั้น ยังเป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการพักผ่อนด้วยวิธีใด ๆ ก็ตาม แต่การพักผ่อนที่ร่างกายได้มีการผ่อนคลายทุกส่วนก็คือการนอนหลับ เพราะการนอนหลับมีประโยชน์อย่างยิ่งในการซ่อมแซมร่างกาย หรือการจัดเก็บข้อมูลของระบบสมอง (คาร์ลนี โพซารส, 2539) พบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ 45 ที่มีปัญหาการนอนหลับ (Ham & Sloane, 1992) การนอนหลับของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงคือ เวลานอนจะลดลง ใช้เวลานานในการทำให้นอนหลับ ตื่นกลางคืนบ่อย ไร้อารมณ์สงบ ส่วนใหญ่มักตื่นเช้าและจับหลับช่วงกลางวันเพิ่มขึ้น (Foreman & Wykle, 1995) ชั่วโมงในการนอนหลับที่ถือว่าเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่เหมาะสมในผู้สูงอายุควรอยู่ในช่วง 5 - 9 ชั่วโมงต่อคืน ใช้เวลาในการทำให้นอนหลับไม่เกิน 30 นาที ไม่ตื่นตอนกลางคืนบ่อย จับหลับในช่วงกลางวัน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง และควรตื่นมาด้วยความรู้สึกสดชื่นไม่มีอาการปวดศีรษะตอนเช้า (Ham & Sloane, 1992) ทั้งนี้ควรมีการส่งเสริมการนอนหลับด้วยวิธีต่าง ๆ ตามสมควรด้วย ไม่ว่าจะเป็นการสวดมนต์ นั่งสมาธิ อาบน้ำอุ่น ดื่มนมเป็นต้น ซึ่งถ้าหากผู้สูงอายุมีพฤติกรรมนอกเหนือจากที่กล่าวมา รวมทั้งมีอาการแสดงถึงการนอนหลับไม่เพียงพอคือ ตาแดง ตาปรือ หนังตาบวม มีรอยคล้ำรอบดวงตา หาวบ่อย มือสั่น หงุดหงิดเฉื่อยชา ขาดสมาธิ จัดได้ว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมในด้านนี้

1.5 ด้านการป้องกัน ผิวหนังในผู้สูงอายุนั้นจะบางลงมากและเซลล์ผิวหนังจะลดลงถึงร้อยละ 50 (Matteson, 1997) ประกอบกับขนาดของต่อมน้ำมันในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นแต่น้ำมันที่หล่อออกมาจะมีเพียงร้อยละ 40 - 50 เท่านั้น (ชูศักดิ์ เวชแพทย, 2538) จึงทำให้มีผิวหนังแห้ง คัน แดงง่าย และจากการยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี ปริมาณของไขมันใต้ผิวหนังลดลง การไหลเวียนเลือดก็ลดลงด้วย จึงเป็นผลให้เกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุได้ง่ายเช่นกัน (Eliopoulos, 1993) ซึ่งจากการศึกษาของ ไพเปอร์ (Piper, 1997) เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับพบว่าความสูงอายุเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด นอกจากนั้นค่าน้ำตาลกลูโคสในเลือดสูงทำให้การระบายความร้อนไม่ดี เกิดอาการลมแดดและแพ้แดดได้ง่ายด้วย (Berkow, 1995) เซลล์สร้างเม็ดสี (melanocytes) ลดลงร้อยละ 8 - 20 (Matteson, 1997) ทำให้สีผิวจางลงอาจมีตกราะเป็นบางแห่ง อัตราการเจริญเติบโตของผมและขนลดลงตามอายุที่เพิ่ม จึงมีการร่วงมากขึ้นทำให้จำนวนลดลง เมลานินที่ผลิตจากเซลล์สร้างสีของผมลดลง ทำให้ผมและขนสีจางลงเป็นสีเทาหรือสีขาว (อรรณณ อุทัยเสน, 2540) สิ่งเหล่านี้ที่กล่าวมานั้นจัดได้ว่าเป็นพฤติกรรมการปรับตัวปกติของผู้สูงอายุ แต่หากผู้สูงอายุเกิด

อาการซึ่งได้แก่ การมีผื่นคัน การอักเสบ มีแผลพุพอง แสบคัน การเกิดแผลกดทับหรือการที่ผื่นขึ้น ร่วงมากเป็นหย่อมๆ จัดเป็นพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม จากการศึกษาของเรณู โคตรจรัส (2538) พบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 3.9 เป็นโรคผิวหนัง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการติดเชื้อและการแพ้จากการสัมผัส

การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง การกำจัดเชื้อสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ ลดลง ซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย โดยปกติอุณหภูมิร่างกายของผู้สูงอายุจะต่ำกว่า 98.6 องศาฟาเรนไฮต์ (สมพร รักความสุข, 2538) หรืออยู่ในช่วง 36 - 37 องศาเซลเซียส (Wold, 1993). ดังนั้นหากผู้สูงอายุมีการติดเชื้อหรือจากการที่อุณหภูมิต่ำกว่าหรือสูงกว่าปกติ ก็จัดว่าเป็นพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมเช่นกัน

1.6 ด้านการรับรู้รู้สึก ในส่วนของระบบนี้ประกอบไปด้วย การมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส การรับรส และการได้กลิ่น ในด้านการมองเห็นในผู้สูงอายุนั้น พบว่ารูม่านตาเล็กลง ปฏิกริยาการตอบสนองต่อแสงลดลง หนังตาตก แก้วตาขุ่นมัว รอบกระจกตาจะมีไขมันสะสมเห็นเป็นวงสีขาวหรือเทา ลานสายตาแคบความไวในการมองเห็นลดลง สายตายาวขึ้นการมองเห็นภาพใกล้ไม่ชัด การมองในที่มืดไม่ดี ความสามารถในการเทียบสีลดลง (Berkow, 1995) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นภาวะปกติของผู้สูงอายุ อาการที่แสดงว่าเกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นในผู้สูงอายุได้แก่ การเกิดต้อหิน จะมีอาการปวดตามาก น้ำตาไหล ปวดศีรษะ ตาสู้แสงไม่ได้ ตาอักเสบมีขี้ตา ตาแดงหรือภาวะต้อกระจก ทำให้การมองเห็นแย่ง อาจทำให้ตาบอดลงได้ (Carnevali & Patrick, 1993) ในด้านการได้ยินพบว่าการได้ยินลดลง หูตึงมากขึ้น การได้ยินระดับเสียงสูงจะเสียการได้ยินมากกว่าระดับเสียงต่ำ ทั้งนี้ยังทำให้การทรงตัวไม่ได้ดีเพราะมีการฝ่อลีบของคอเคลีย (cochlea) อาการที่แสดงว่าเกิดความผิดปกติของการได้ยินคือ การที่ไม่สามารถได้ยินเสียงดัง ๆ หรือไม่ได้ยินเสียงเวลาพูดใกล้ ๆ การมีหนองไหลจากหู ปวดหู และการสูญเสียการทรงตัวซึ่งเกี่ยวข้องด้วย ด้านการสัมผัสพบว่าการรับรู้รู้สึกต่ออุณหภูมิ การสัมผัสเย็นและความเจ็บปวดลดลง เนื่องจากผิวหนังของผู้สูงอายุบางลงและมีเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงน้อย จึงทำให้เกิดแผลและอุบัติเหตุได้ง่าย (Stanley & Beare, 1995) อาการผิดปกติที่พบในการสัมผัสจะพบว่าผู้สูงอายุมีอาการชา ไม่รู้สึก บอกไม่ถูกถึงความแหลมหรือทุ้งของสิ่งที่สัมผัส ไม่สามารถประเมินอุณหภูมิว่าร้อนหรือเย็นได้เลย

ในด้านการรับรสจะพบว่าต่อมรับรสทำหน้าที่ลดลง มีจำนวนลดลงและมีปลายประสาทรับรสลดลงประมาณร้อยละ 50 (ราชันิพร ภูกร, 2538) ทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรสเสียไป โดยทั่วไปการรับรสหวานจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว รสขมหรือเค็ม จะพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุมีการรับรสพร่องไปถึงร้อยละ 40 (Berkow, 1995) นอกจากนั้นยังทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหารมากขึ้นเกิดภาวะการ

ขาดสารอาหารได้ (Matteson, 1997) อาการผิดปกติของการรับรสคือการที่ผู้สูงอายุไม่สามารถรับรู้เลยว่าลิ้นสัมผัสกับรสอะไร ส่วนในด้านการไ้กลืนจะพบว่าการไ้กลืนไม่ดีเพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก ประสาทรับกลิ่นทำงานลดลง (Stanley & Beare, 1995) ซึ่งทำให้เกิดอันตรายได้ง่าย และจากการศึกษาของดีวอร์ (Devore, 1992 cited in Matteson, 1997) พบว่าผู้สูงอายุมีความผิดปกติของการไ้กลืนร้อยละ 39 ซึ่งอาการที่แสดงถึงความผิดปกติในการไ้กลืนนี้คือ การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถรับกลิ่นได้เลยหรือรับกลิ่นผิดพลาด อาการผิดปกติที่กล่าวมาของแต่ละด้านนี้ จัดได้ว่าเป็นพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

1.7 ด้านน้ำและอิเล็กโตรไลต์ จะพบว่าน้ำในร่างกายจะลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ปริมาณน้ำทั้งหมดภายในร่างกายลดลงเหลือประมาณร้อยละ 55 - 60 (ชูศักดิ์ เวชแพทย, 2538) ประกอบกับการดื่มน้ำของผู้สูงอายุลดลงด้วย จึงทำให้เกิดภาวะการขาดน้ำ (dehydration) ซึ่งทำให้ความเข้มข้นของอิเล็กโตรไลต์ต่างๆ เปลี่ยนไปด้วย ซึ่งโดยปกติผู้สูงอายุควรได้รับน้ำประมาณ 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน (Eliopoulos, 1993) ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมคือการมีภาวะขาดน้ำซึ่งอาจแสดงอาการโดยมีริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ ผิวหนังแห้งไม่ชุ่มชื้น ความยืดหยุ่นลดลง ลิ้นสีน้ำตาล แก้มบุ๋มลึก ปัสสาวะสีเข้มหรือมีอาการสับสน (Eliopoulos, 1993) หรืออาจแสดงภาวะน้ำเกินจากพยาธิสภาพต่างๆ ของระบบไหลเวียนโลหิตหรือการเสียน้ำที่ของดับ จะมีบวม กดบุ๋มหรือท้องโต อึดแน่นท้อง น้ำหนักเพิ่มมากกว่าปกติ เป็นต้น ในด้านของอิเล็กโตรไลต์นั้นอาจพบความไม่สมดุลของโซเดียม ในกรณีที่ดื่มน้ำคั้งในร่างกายจะพบภาวะโซเดียมต่ำ (hyponatremia) (Berkow, 1995) อาการแสดงของภาวะโซเดียมต่ำได้แก่ อ่อนเพลีย ง่วงซึม เกิดตะคริวบริเวณกล้ามเนื้อ เมื่ออาหารและคลื่นไส้อาเจียน อาจมีการสับสน ชัก กรณีที่มีการขาดน้ำจะเกิดภาวะโซเดียมสูง (hypernatremia) (Berkow, 1995) อาการของภาวะโซเดียมสูงได้แก่ อาการของภาวะขาดน้ำและการอ่อนเพลีย ชัก (Berkow, 1995) นอกจากนี้ยังพบการไม่สมดุลของโปแตสเซียมในผู้สูงอายุ มีการลดของปริมาณของโปแตสเซียมในร่างกาย จึงอาจทำให้เกิดภาวะโปแตสเซียมต่ำ (hypokalemia) ซึ่งอาจมีอาการดังนี้คือ อ่อนเพลีย สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรงและเป็นตะคริว หากรุนแรงอาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะและหัวใจวายได้ (Berkow, 1995) ซึ่งอาการผิดปกติจากความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโตรไลต์จัดได้ว่าเป็นพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม

1.8 ด้านการทำหน้าที่ของระบบประสาท ในผู้สูงอายุจะมีน้ำหนักสมอง จำนวนเซลล์สมองและเซลล์ประสาท และการเผาผลาญของสมองลดลง สมองจะแฟบเนื่องจากส่วนประกอบของสมองน้อยลง โดยน้ำหนักของสมองจะลดลงประมาณ 200 กรัม จากน้ำหนักเดิม 1300 -1400 กรัม (Yurick, Spier, Robb & Ebert, 1980 อ้างในวิไลวรรณ ทองเจริญ, 2536) จำนวนเซลล์และปริมาตรเลือดที่ไปเลี้ยงสมองรวมทั้งการใช้ออกซิเจนของสมองจะลดลง การสลายตัวของ

เซลล์ประสาทสูงแต่ไม่มีเซลล์ใหม่ทดแทนทำให้ประสิทธิภาพของสมองต่ำ การสื่อสารของประสาทช้าลงเป็นผลให้การตอบสนองต่อสิ่งเร้าลดลง กระบวนการทางความคิดจะช้าสติปัญญาเสื่อมถอย ด้านความจำ (memory) ในผู้สูงอายุจะมีความทรงจำระยะยาวหรือความจำในอดีต (remote memory) ดีกว่าความทรงจำระยะสั้นหรือความจำในเหตุการณ์ปัจจุบัน (recent memory) การที่มีความทรงจำลดลงบ้างเล็กน้อยถือเป็นเรื่องปกติของความสูงอายุ แต่ถ้าหากว่ามีความจำเสื่อมที่รุนแรงกว่าปกติอาจเกิดจากพยาธิสภาพของสมอง (สิริพรรณ วิกรานตเสวี, 2540) ซึ่งเรียกว่า ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) อาการของโรคนี้ได้แก่ มีความจำเสื่อม สูญเสียความทรงจำระยะสั้นและระยะยาว უნงง การตัดสินใจผิดพลาด หลงลืม มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพหรืออาจมีความผิดปกติของการพูด การคิด (วรรณนิภา บุญระยอง, 2539) จากการศึกษาของยุคล กาญจนรักษ์ (ยุคล กาญจนรักษ์, 2537) ที่ศึกษาภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลอินทร์บุรี พบว่ามีจำนวนถึงร้อยละ 7.57 นอกจากนี้สารนอร์อีพิเนฟริน (norepinephrine) และการเพิ่มของโมโนเอมีนออกซิเดส (monoamine oxidase : MAO) ยังเป็นเหตุให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ และพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าถึงร้อยละ 10-25 (Matteson, 1997) อันจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุได้ (Carignan, 1995) อาการแสดงออกของอาการซึมเศร้าคือ การมีสีหน้าหมองเศร้า นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร การกระทำการและการพูดช้ากว่าปกติ ซึ่งภาวะซึมเศร้านี้มักเกิดควบคู่กับภาวะสมองเสื่อม (Matteson, 1997) ส่วนด้านการเรียนรู้ (learning) ในผู้สูงอายุจะไม่มีเปลี่ยนแปลงมากนักตามอายุที่เพิ่มขึ้น แต่จากการส่งกระแสประสาทสมองที่ช้าลงมีการรับรู้บกพร่องหรือความเจ็บป่วยจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเรียนรู้ รอว์และเบสดีน (Raw & Besdine อ้างในพัชรี ต้นศิริ, 2536) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุจะมีความรู้ที่กวดักกัวลมากเมื่อถูกทดสอบการเรียนรู้ในระยะเวลาที่เร่งรัด

ด้านสติปัญญา (intelligence) เมื่อสูงอายุขึ้น ความปราดเปรื่องทางด้านเชาว์ปัญญาอาจจะลดลงเนื่องจากการที่ระบบประสาทส่วนกลางมีประสิทธิภาพการทำงานลดลง ประสิทธิภาพในการใส่ใจต่อสิ่งเร้าไม่ว่าหรือดีเท่ากับคนอายุน้อย (จินตนา ศรีมูล, 2535) ผู้สูงอายุจะสามารถจัดการกับปัญหาได้ดีเมื่อให้เวลามากพอสมควรโดยไม่เร่งรัด ได้มีผู้ทำการวัดระดับสติปัญญาของผู้สูงอายุโดยใช้แบบวัดสติปัญญาในผู้ใหญ่ของ เวชสเลอร์ (Wechsler Adult Intelligence Scale : WAIS) พบว่าระดับสติปัญญาจะสูงสุดในช่วงเริ่มเข้าสู่วัยกลางคน จนถึงช่วงอายุ 50 - 60 ปี พออายุ 70 ปี จะเริ่มลดลงเล็กน้อย (Matteson, 1997) และจากเครื่องมือนี้ พบว่าในผู้สูงอายุที่ไม่มีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งเป็นผู้ที่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี อาจมีระดับสติปัญญาเสื่อมถอยไปบ้างแต่เพียงเล็กน้อย หรือบางรายระดับสติปัญญาจะไม่เสื่อมถอยเลย เพียงแต่มีการถดถอยบ้างด้านความรู้และการใช้ทักษะ (พัชรี ต้นศิริ, 2536)

ด้านความตั้งใจและความสนใจ (attention span) ผู้สูงอายุจะมีความสนใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวแคบลง สนใจตนเองมากขึ้น สนใจในสิ่งและเหตุการณ์ที่ใกล้ตัวมากกว่าสิ่งหรือเหตุการณ์ที่ไกลตัว และความสนใจในการเรียนรู้จะลดลง ความสามารถในการตั้งใจหรือสนใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งจะนานที่สุดเพียง 45 นาทีเท่านั้น (Eliopoulos, 1993) ผู้สูงอายุจะถูกรบกวนได้ง่ายต่อสิ่งเร้า ทำให้ขาดความสนใจได้ ส่วนในด้านความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (creativity) ผู้สูงอายุสามารถมีความคิดริเริ่มในสิ่งใหม่ได้โดยมักจะนำประสบการณ์ที่สะสมมาใช้ในการแก้ไขหรือหาแนวทางใหม่ๆ ในการแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ใดๆก็ตาม เพื่อให้เป็นไปในระดับที่ซับซ้อนมากยิ่งขึ้น แต่มักจะหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่ต้องเสี่ยงหรือต้องตัดสินใจอย่างรวดเร็ว ดังนั้นพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุในด้านนี้คือ การที่มีความจำเสื่อมอย่างรุนแรง สติปัญญา การรับรู้ การเรียนรู้ต่างๆบกพร่องจนทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพขึ้น

1.9 ด้านการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ จากการที่ฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองส่วนหน้าลดลง ต่อมมีขนาดเล็กลง การไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงต่อมลดลง ทำให้มีอาการเบื่ออาหารอ่อนเพลีย (สิริพรรณ วิกรานตเสวี, 2540) การทำงานของต่อมธัยรอยด์ลดลงจึงเป็นผลให้มีการหลั่งฮอร์โมนธัยรอกซินน้อยลงด้วย และพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะไฮโปธัยรอยด์ (hypothyroid) ร้อยละ 1 - 4 (Stanley & Beare, 1995) ซึ่งอาการผิดปกตินี้คือ การเบื่ออาหารรวมทั้งตาฝ้าฟางและง่วงมัว ผิวหนังหยาบ ซีด เย็นชื้น ผมแห้งหยาบ เป็นต้น แต่อาการของไฮเปอร์ธัยรอยด์ (hyperthyroid) ก็สามารถพบได้ในผู้สูงอายุแต่อาการไม่เด่นชัดเหมือนวัยหนุ่มสาว (อรรณ อุทัยเสน, 2540) อาการแสดงคืออารมณ์เปลี่ยนแปลง ซึมเศร้าเร็วขึ้น กระวนกระวาย อาจมีอาการเจ็บหน้าอก ขาบวม หัวใจเต้นผิดปกติและพบอาการตาโปนได้ (Stanley & Beare, 1995) ส่วนฮอร์โมนที่สำคัญอีกชนิดหนึ่งคือฮอร์โมนอินซูลินที่หลั่งจากตับอ่อนลดลงและตัวรับที่อยู่ในเนื้อเยื่อที่จับอินซูลินมีประสิทธิภาพลดลง จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคเบาหวานได้ง่าย (Matteson, 1997) โดยทั้งนี้ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุจะมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะความทนต่อระดับน้ำตาล (Eliopoulos, 1993) โดยปกติแล้วระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากงดอาหาร 2 ชั่วโมงควรมีค่าระหว่าง 140 - 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (Stanley & Beare, 1995) ซึ่งหากมากกว่านี้ถือว่ามีความเสี่ยงของโรคเบาหวาน โดยมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วยคือ อ่อนเพลีย น้ำหนักลด ปัสสาวะบ่อยมีมดค่อม กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ความดันโลหิตต่ำ การติดเชื้อที่บาดแผลง่าย ตาฝ้า ส่วนต่อมเพศจะทำงานลดลงไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง รังไข่หยุดทำงาน ในผู้หญิงจะเกิดผลมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สาเหตุเกิดจากการที่รังไข่ทำงานลดลงระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนลดลงทำให้หมดประจำเดือน มดลูกและช่องคลอดเหี่ยวแฟบ เยื่อบุช่องคลอดบางลง การผลิตเมือกหล่อลื่นลดลง รอยย่นและความยืดหยุ่น

ของช่องคลอดลดลง ทำให้รู้สึกเจ็บเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (Matteson, 1997) กล้ามเนื้อภายในอุ้งเชิงกรานหย่อนยานลง ส่วนอารมณ์ก็จะหงุดหงิดโมโหง่าย แต่ในเพศชายการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนจะเป็นไปช้า ๆ ค่อมลูกหมากมักจะโต ลูกอัณฑะเหี่ยวและมีขนาดเล็กลง การผลิตเชื้ออสุจิลดลงความสามารถของอสุจิในการผสมกับไข่ลดลง (Berkow, 1995) แต่ความรู้สึกและความต้องการทางเพศอาจจะคงที่ เพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ (ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2538) การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุที่อาจจะพบได้คือ การเกิดพยาธิสภาพของโรค เช่น เบาหวาน ค่อมลูกหมากโต วัณโรคเป็นพิษ ช่องคลอดอักเสบ เป็นต้น

2. ด้านอัตมโนทัศน์ ผู้สูงอายุจะมีการมองและรับรู้เกี่ยวกับตนเองที่แตกต่างไปจากวัยอื่น ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในด้านดี จะมีความเชื่อมั่น และมองเห็นว่าตนเองมีคุณค่า (self esteem) ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในด้านลบจะขาดความเชื่อมั่นและมองไม่เห็นคุณค่าของตนเอง (low self esteem) ซึ่งในการเกษียณนั้นอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอัตมโนทัศน์ในตัวเองไปในทางลบ ซึ่งมักเกิดในผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเกษียณหรือไม่ยอมรับสภาพความเป็นจริงของการเกษียณ ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตัวเองด้อยคุณค่า ไร้ประโยชน์ เป็นภาระของคนอื่น ซึ่งอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น (Andrews & Roy, 1991)

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านกายภาพ เป็นการปรับตัวที่เกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อรูปร่างหน้าตา การทำหน้าที่ ความรู้สึก ภาวะสุขภาพและสมรรถภาพทางเพศของตนเอง ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

2.1.1 การรับรู้ความรู้สึกที่มีต่อร่างกาย ความเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุและการต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเจ็บป่วยง่าย ไม่แข็งแรง มีโรครุมเร้ามากมาย จึงทำให้รู้สึกท้อแท้หมดหวัง และผู้สูงอายุที่เกษียณก็มักจะรับรู้ว่าคุณภาพร่างกายที่เสื่อมถอยลง ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ดังนั้นจึงไม่สามารถทำงานต่อได้ ซึ่งถ้าผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อภาวะนี้ได้เหมาะสมก็จะให้ความสนใจและเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเองอย่างสม่ำเสมอ ไม่มีความรู้สึกท้อแท้หรือสิ้นหวังเกี่ยวกับสภาพร่างกายของตนเองที่เปลี่ยนไป

2.1.2 ด้านภาพลักษณ์ จากความเสื่อมตามวัยทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าร่างกายของตนเองเหี่ยวช่น ทрудโทรม ความสวยงามลดลงและสมรรถภาพทางเพศก็ลดลงด้วย จึงทำให้เกิดความวิตกกังวลได้ พฤติกรรมบกพร่องในการปรับตัวด้านนี้ได้แก่ การรู้สึกว่าหน้าตาตนเองน่าเกลียด ไม่น่าดู ไม่น่าชื่นชมมากผิดปกติ วิตกกังวลเกี่ยวกับการเสื่อมของร่างกายมากผิดปกติไม่ยอมรับความชราภาพ (อุไร ศรีแก้ว, 2535) ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึกยอมรับและไม่วิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จะทำให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางได้อย่างเหมาะสม

2.2 อัตมโนทัศน์ส่วนตัว เป็นมโนทัศน์ส่วนบุคคลที่มีอยู่ เกี่ยวกับตนเองตามความเชื่อ ค่านิยม ความคาดหวังและการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ทุกอย่างที่บุคคลยึดอยู่จะมีความสำคัญต่อการปรับตัวของบุคคลอย่างมาก โดยบุคคลสภาพหรือพฤติกรรมที่แสดงออกมาส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากอัตมโนทัศน์ของตนเอง (Matteson, 1997) ประกอบด้วย

2.2.1 ความสม่ำเสมอแห่งตน การที่ผู้สูงอายุ ได้รับความเคารพ ความรักอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางด้านจิตใจ และเมื่อเกษียณอายุ ลาภยศสรรเสริญ อำนาจต่าง ๆ จะหมดไปหรือลดน้อยลง ความรู้สึกไม่มั่นคงและปลอดภัยหรือไม่แน่ใจในความสม่ำเสมอของชีวิตจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความไม่มั่นคงทางด้านจิตใจ และจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจและการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นมาได้ (Eliopoulos, 1993) กรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวในด้านนี้ได้จะเกิดความรู้สึก กลัว วิตกกังวล ไม่มั่นคงขึ้นมาได้ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีการปรับตัวในด้านนี้ได้เหมาะสม ไม่ควรมีความรู้สึก กลัว วิตกกังวลมากเกินไป เพราะความรู้สึก กลัว วิตกกังวลมากเกินไปจะก่อให้เกิดปัญหาทางจิตขึ้นได้ โดยพบว่าอัตราการป่วยทางจิตในผู้สูงอายุจะสูงกว่าวัยอื่น ๆ ในบ้านพักคนชราพบว่าร้อยละ 70 - 80 ที่มีปัญหาของโรคทางจิต (Merck, 1995) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงภาวะการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ

2.2.2 ปณิธานแห่งตน การเกษียณอายุจะทำให้ผู้สูงอายุอาจมีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจได้ เพราะมีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถกระทำได้ตามที่ตนเองมุ่งหวัง ร่วมกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ความเคารพนับถือจากบุคคลรอบข้างก็ลดลงไป การออกคำสั่ง การจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ไม่อยู่ในอำนาจของตนเองที่จะกระทำได้เหมือนเคย และถ้าผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังร่วมด้วยประกอบกับรายได้ลดลง ไม่มีคนจุนเจือจะยิ่งทำให้มีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจมากยิ่งขึ้นและเพิ่มความเครียดทางด้านจิตใจ ความเหงา ความอ้างว้างจะเพิ่มขึ้น อารมณ์ผิดปกติต่าง ๆ เช่น ความกลัว ความเศร้า ความวิตกกังวลจะสูงขึ้น (Matteson, 1997) ผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวได้เหมาะสมจะไม่เกิดความรู้สึกท้อแท้และหมดหวังรวมทั้งมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (สิริพรรณ วิกรานตเสวี, 2540)

2.2.3 ศีลธรรมจรรยาและจิตวิญญาณแห่งตน ศาสนาเป็นตัวช่วยในการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ (Matteson, 1997) ผู้สูงอายุมีค่านิยมทางศีลธรรม จรรยา โดยยึดหลักศาสนา มีความเชื่อว่าทำบุญแล้วจะได้ขึ้นสวรรค์ ทำให้แนวการปฏิบัติตนก็จะยึดหลักสิ่งที่ตนเชื่อเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติ และไม่ยากยอมรับสิ่งที่ขัดกับความเชื่อของตน จากการศึกษาของ นิศา ชูโต (2525) ศึกษาเรื่อง คนชราไทย พบว่าสภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุไม่ค่อยมีความหว้าวามักเพราะศาสนามีส่วนช่วยอย่างมากที่ทำให้จิตใจบริสุทธิ์และ

มุ่งหวังการมีชีวิตที่ดีในชาติหน้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทองอยู่ แก้วไทรระ (จินตนา สงค์ประเสริฐ, 2539) ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในสังคมไทย พบว่ากิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ นอกจากเฝ้าบ้านแล้วคือการทำบุญที่วัด ซึ่งพบว่าเป็นความสุขอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ ในผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวในด้านนี้ได้เหมาะสม จะทำบุญ เข้าวัด ฟังธรรม ยึดมั่นปฏิบัติตนให้อยู่ในกรอบศีลธรรม มีความสงบ

2.2.4 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกที่คิดว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น เนื่องจากความเสื่อมของด้านต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกตนเองมีคุณค่าลดลงเพราะต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นและช่วยเหลือบุตรหลานได้น้อยลง แต่ในผู้สูงอายุที่ได้รับการเสริมแรงทางบวกในการปรับตัวเพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองโดยการให้มีบทบาทที่มีประโยชน์และได้รับการยอมรับ มีโอกาสพูดถึงความสำเร็จที่ผ่านมาจะทำให้รู้สึกมีคุณค่า (อุไร ศรีแก้ว, 2535) การที่ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นประโยชน์ต่อสังคม (จินตนา วาฤทธิ์, 2533 อ้างใน สิริพรรณ วิกรานตเสวี, 2540) จากการศึกษาของทองอยู่ แก้วไทรระ (จินตนา สงค์ประเสริฐ, 2539) ศึกษาผู้สูงอายุในสังคมไทยพบว่า ร้อยละ 99 ยังมีความต้องการช่วยบุตรหลานทำกิจกรรมต่าง ๆ และร้อยละ 90 ต้องการช่วยเหลือสังคม และจากการศึกษาของ วรณี จันทรสว่าง (2533 อ้างใน สิริพรรณ วิกรานตเสวี, 2540) ที่ทำการศึกษานักสูงอายุ 220 คน พบว่าเกี่ยวกับแบบแผนการรับรู้และอัตมโนทัศน์นั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยอมรับถึงความสูงอายุนของตนเองและมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองทางบวก โดยคิดว่าตนเองเป็นคนดี ภูมิใจในตนเองและเห็นว่าตนเองยังมีประโยชน์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิรสิทธิ์ คำวนะศิลป์ (2531) ที่ศึกษาเรื่อง ความทันสมัย ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา พบว่าส่วนใหญ่ยังมีความเชื่อมั่นในตนเอง มีการประเมินค่าของตนเองทางบวก รู้สึกว่าตนเองว่ายังมีคุณค่าต่อบุตรหลาน ครอบครัวและสังคม แต่ก็มองว่าตนเองมีสถานภาพทางสังคมต่ำกว่าแต่ก่อน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุค่อนข้างมีการปรับตัวที่เหมาะสมในด้านนี้ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวในด้านนี้ได้เหมาะสม จะรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองมีชีวิตอย่างเบื่อหน่าย เศร้าซึม แต่หากมีการปรับตัวที่เหมาะสมจะเป็นผู้ที่ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมตามความต้องการและตามความเหมาะสม

3. ด้านบทบาทหน้าที่ บทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนแปลงไปเมื่อเกษียณอายุโดยมีการเปลี่ยนแปลงบทบาททั้ง 3 ระดับ บทบาทปฐมภูมิที่เข้าสู่ผู้สูงอายุ บทบาททุติยภูมิที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวหาเลี้ยงครอบครัว กลับต้องมาเป็นเพียงสมาชิกในครอบครัวเท่านั้น รวมทั้งบทบาทตติยภูมิที่เคยเป็นผู้นำของชมรมหรือองค์กรต่าง ๆ ต้องมาเปลี่ยนแปลงไป การแสดงบทบาทเป็นการสนองตอบความต้องการทางสังคม บุคคลจะต้องปรับตัวเพื่อให้เข้ากับบทบาทที่ตนดำรงอยู่

จะสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การปรับตัวของแต่ละบุคคล จากการศึกษาของ พิชญาภรณ์ มุลสิลปี (2537) ที่ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุภายหลังเกษียณอายุพบว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุทั้งโดยส่วนรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นการปรับตัวด้าน บทบาทหน้าที่และด้านอารมณ์อยู่ในระดับปรับตัวได้มาก การเปลี่ยนแปลงบทบาททำให้เกิดภาวะ วิกฤติได้ อายุที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบทบาท เช่น ชำราชการต้องเกษียณอายุเมื่ออายุ 60 ปีเป็นต้น บทบาทของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบทบาทของผู้ที่ออกจากงานแล้ว เช่น บทบาทของพ่อแม่ ปู่ย่า ตาแม่ยาย เป็นหม้าย เป็นญาติ เป็นเพื่อน เป็นพลเมือง หรือเป็นผู้ป่วย (อุไร ศรีแก้ว, 2535) พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความพร้อมในการปรับตัวตามบทบาทหน้าที่ จำแนกได้ 4 ด้านคือ (Andrews & Roy, 1991)

3.1 การไม่สามารถปรับบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุที่ออกจากงาน แล้ว แต่ยังไม่สามารถทิ้งบทบาทเดิมได้ก็ยังคงไปปฏิบัติงานเช่นเดิมในบทบาทเดิม เพราะไม่มี บทบาทใหม่มาทดแทน และจากการที่ผู้สูงอายุเคยเป็นผู้นำในครอบครัวหรือที่ทำงาน เมื่อต้องออก จากการทำงานเนื่องจากการเกษียณอายุกลับต้องมาอยู่บ้านเฉยๆ และดำรงบทบาทเป็นเพียงผู้อาศัย ทำให้ผู้สูงอายุดำรงบทบาทใหม่นี้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ แสดงบทบาทหน้าที่ไม่ตรงกับความรู้สึก ที่แท้จริง เช่น ผู้สูงอายุที่ต้องช่วยครอบครัวหารายได้ ทำงานบ้าน เลี้ยงหลาน โดยทำงานต่าง ๆ ที่รับ ผิดชอบได้อย่างสมบูรณ์แต่กลับรู้สึกไม่พอใจกับงานที่ทำ

3.2 การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง ผู้ที่เกษียณจะรู้สึกว่าตัวเอง ไม่มีคุณค่าแต่พยายามทำตัวให้มีส่วนร่วมในสังคมดั้งเดิม หรือแสดงให้บุคคลอื่นเห็นว่าตนเอง สามารถทำใจยอมรับต่อการเกษียณได้และรู้สึกว่าได้พักผ่อน ทั้งที่ความรู้สึกที่แท้จริงกลับมีทัศนคติ ที่ไม่ดีต่อการเกษียณและมีความรู้สึกไม่อยากออกจากงานที่เคยทำ ดังนั้นแสดงให้เห็นถึงการแสดง บทบาทที่ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของผู้สูงอายุหลังเกษียณ

3.3 ความขัดแย้งในการแสดงบทบาท ความขัดแย้งในบทบาทที่เกิดขึ้นในผู้สูง อายุหลังเกษียณจะเกิดจากการที่ถึงแม้ว่าได้ออกจากงานไปแล้ว และยังคงการทำงานแต่บุตรหลาน อาจจะเห็นว่าผู้สูงอายุควรพักผ่อนหลังจากทำงานมาเป็นเวลานาน หรือจากการที่มีรายได้ลดลงแต่ยัง ต้องมีภาระในการเลี้ยงดูบุตรหลาน ทำให้มีความรู้สึกขัดแย้งในบทบาทของตน รู้สึกตนเองไม่ สามารถปฏิบัติหน้าที่เป็นที่พึงของครอบครัวได้ จึงทำให้มีการขัดแย้งทะเลาะกับบุคคลในครอบครัว เสมอ (บรรลุ ศิริพานิช, 2536)

3.4 ความล้มเหลวในการแสดงบทบาท ผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมทางร่างกายทำให้ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ บทบาทในหน้าที่การงานก็ไม่ประสบผลสำเร็จ เช่น ผู้สูงอายุที่เป็น ผู้นำครอบครัวต้องการให้ความมั่นคงทางเศรษฐกิจแก่ครอบครัว แต่ปรากฏว่าภายหลังเกษียณยังไม่

สามารถสร้างฐานะและความมั่นคงให้แก่ครอบครัว จึงรู้ดีกว่าตนเองยังไม่ประสบความสำเร็จในบทบาทที่ผ่านมาทำให้ผู้สูงอายุไม่บรรลุความต้องการด้านความมีคุณค่าในตนเอง และความต้องการประสบความสำเร็จในชีวิตจนตนเองรู้ดีว่าเป็นภาระต่อครอบครัวและผู้อื่น ส่วนผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวได้นั้น จะแสดงออกโดยการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมหรือองค์กรต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ อีกทั้งยังสามารถที่จะเป็นผู้ให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาแก่คนรุ่นหลังได้ด้วยคามภูมิใจจากการศึกษาของกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2527) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการในเขตอำเภอเมืองและอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลาจำนวน 176 คน พบว่าผู้เกษียณอายุราชการส่วนใหญ่ปรับตัวได้ดีภายหลังเกษียณอายุ ผู้ที่มีส่วนร่วมในสังคมจะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มีส่วนร่วมในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เขมิกา ยามะรัต (2527) ศึกษาถึงความพอใจในชีวิตคนชราของข้าราชการบำนาญ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ พบว่าคนชราส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจสูงในเมื่อคนเรานั้นยังมีกิจกรรม มีบทบาทในการทำงานและมีส่วนร่วมในสังคมสูง ข้าราชการบำนาญที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง จะมีส่วนร่วมทางสังคมสูง มีความสัมพันธ์ทางสังคมดีและมักจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพและมีรายได้ที่ค่อนข้างสูง

4. ด้านการพึ่งพาหะหว่างกัน ผู้สูงอายุจะแสดงพฤติกรรมเป็น 2 ลักษณะ คือ (Andrews & Roy, 1991)

4.1 การพึ่งพาผู้อื่น การปรับตัวที่เหมาะสมในด้านนี้ของผู้สูงอายุหลังเกษียณควรมีความเต็มใจและยอมรับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในกิจกรรมบางอย่างที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองเช่น ด้านเงินทองในการใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ซึ่งแสดงถึงการพึ่งพาผู้อื่นที่เหมาะสม แต่ถ้าผู้สูงอายุหลังเกษียณสามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้แต่ไม่ยอมปฏิบัติด้วยตนเอง มีการพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลาซึ่งสาเหตุอาจมาจากการที่ผู้สูงอายุหลังเกษียณต้องเผชิญกับการสูญเสียต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการเสื่อมของร่างกาย การสูญเสียบุคคลที่รัก การสูญเสียบทบาทหน้าที่ (อรรณพ อุทัยเสน , 2540) ผู้สูงอายุจึงต้องการความรัก ความยกย่องเป็นอย่างมาก กลัวการเจ็บป่วย ความตาย ดังนั้นจึงเป็นการยากที่ผู้สูงอายุจะมีอารมณ์แจ่มใสตลอดเวลา ผู้สูงอายุบางคนมักยึดถือตนเองเป็นใหญ่ เอาแต่ใจตนเอง ทำให้เข้ากับบุคคลอื่นได้ยาก (Matteson, 1997) ซึ่งถือได้ว่ามีพฤติกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาผู้อื่นที่ไม่เหมาะสม

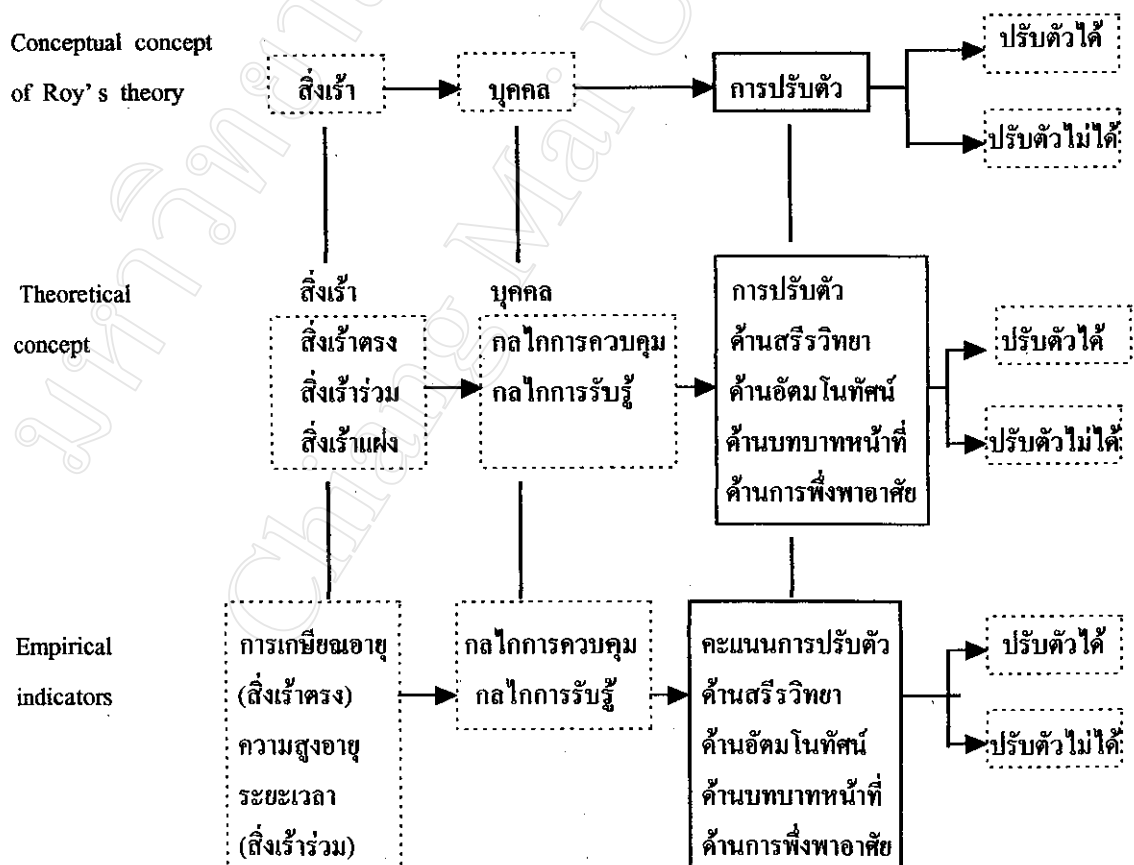
4.2 การพึ่งพาตนเอง การปรับตัวที่เหมาะสมในด้านนี้อาจจะแสดงออกโดย ในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างที่ผู้สูงอายุสามารถกระทำได้และกระทำได้ด้วยตนเองถึงแม้ว่าจะเกษียณอายุแล้วก็ตามเช่น บริหารค่าใช้จ่ายของตนเอง หัดสมรส การทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ เพื่อหารายได้เสริม นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางคนที่ยังมีความสามารถอยู่และให้ผู้อื่นได้พึ่งพาตามความเหมาะสมได้อีกด้วยการเป็นที่ปรึกษาแก่บุตรหลาน องค์กรในชุมชนเป็นต้น แต่ถ้าในกรณีที่ผู้สูงอายุมีการพึ่งพาตนเอง

จนเกินกำลังความสามารถ ซึ่งอาจมาจากสาเหตุการขาดแคลน เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงทางด้าน อารมณ์ในผู้สูงอายุที่เกิดควบคู่ไปกับการเปลี่ยนแปลงของจิตใจและร่างกาย ซึ่งโดยปกติด้วยสูงอายุ จะเป็นวัยที่รักสงบ แต่ในปัจจุบันผู้สูงอายุต้องมีการช่วยตัวเองให้มากที่สุดเพราะบุตรหลานต้อง ทำงาน หากผู้สูงอายุยอมรับได้สภาพจิตใจอารมณ์ก็จะสงบ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้าน โครงสร้างของครอบครัว ซึ่งสาเหตุอาจมาจากวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา และจริยธรรม ทำให้ครอบครัวขยายในอดีตที่มีปู่ ย่า ตา ยายคอยดูแลบุตรหลานต้องกลายมาเป็น ครอบครัวเดี่ยวที่ต่างแยกย้ายกันอยู่ (จรรยา สุวรรณทัต, 2539) จึงทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งต้องอยู่ คนเดียว ทำให้เกิดความเหงา เปล่าเปลี่ยวเกิดขึ้น และขาดคนคอยดูแล เช่น ผู้สูงอายุที่ยกของ หนักไม่ค่อยไหวหรือทำงานหนักไม่ค่อยได้ แต่ฝืนกระทำเกินกำลังของตน เพราะ ไม่มีใครช่วย เหลืออาจทำให้เกิดอุบัติเหตุและเป็นอันตรายได้ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้จ่าย แต่ไม่ยอมรับ ความช่วยเหลือจากบุตรหลานเพราะรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง จึงต้องทำงานหนักทั้งที่สภาพร่างกาย ของตนเองอาจจะทำไม่ไหว จึงทำให้เกิดผลเสียทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสัมพันธภาพใน ครอบครัวได้ ซึ่งจัดได้ว่ามีพฤติกรรมการปรับตัวด้านการพึ่งพาตนเองที่ไม่เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าการ เกษียณเป็นสิ่งเร้า ซึ่งก่อผลกระทบแก่ผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและ เศรษฐกิจ ซึ่งหากผู้สูงอายุมีการเตรียมตัวหรือปัจจัยอื่น ๆ ที่ช่วยเสริมทางบวกก็จะช่วยให้การปรับ ตัวของผู้สูงอายุเป็นไปได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น ซึ่งระยะเวลาภายหลังการเกษียณก็อาจมีผลต่อการ ปรับตัวด้วยเช่นกัน โดยเมื่อผู้สูงอายุเผชิญกับสิ่งเร้าข้างต้นที่กล่าวมา ผู้สูงอายุก็จะเกิดกระบวนการ ควบคุมสิ่งเร้าหรือกลไกเผชิญความเครียดขึ้นมา ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมปรับตัวทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาหว่ากัน ซึ่งอาจเป็น พฤติกรรมที่แสดงถึงการปรับตัวที่เหมาะสมหรือไม่เหมาะสมก็ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา การปรับตัวในแต่ละด้านของผู้สูงอายุหลังเกษียณ ทั้งนี้เพื่อที่จะได้นำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริม สุขภาพแก่ผู้สูงอายุหลังเกษียณต่อไป โดยสามารถนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยจะเห็นได้ว่า การเกษียณเป็นสิ่งเร้าโดยตรงของผู้สูงอายุ หลังเกษียณ โดยมีความสูงอายุเป็นสิ่งเร้าร่วม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งเมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามาผู้สูงอายุก็ต้องมีการปรับตัวเพื่อที่จะคงสภาพ สมดุลไว้ โดยการปรับตัวของผู้สูงอายุต้องผ่านกลไกการควบคุมและกลไกการรับรู้ จึงจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ซึ่งแต่ละคนจะมีการปรับตัวที่ไม่เหมือนกัน บางคนก็จะสามารถ ปรับตัวได้เหมาะสมและบางคนก็ปรับตัวได้ไม่เหมาะสม ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับระยะเวลาภายหลัง การเกษียณด้วยเช่นกัน โดยกรอบแนวคิดในการวิจัยได้สร้างขึ้นตามกรอบทฤษฎีของรอยดิงแสดง ในแผนภูมิต่อไปนี้ (Andrews & Roy, 1991)



แผนภูมิที่ 2 แสดงกรอบแนวคิดในงานวิจัย