

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความพึงพอใจในบทบาทการดูแลเด็ก การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม ความผาสุกของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจในบทบาทการดูแลเด็ก การรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับความผาสุกของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า มีดังนี้

1. ความผาสุกของผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกในผู้สูงอายุ
3. บทบาทผู้สูงอายุในครอบครัว
4. ผู้สูงอายุกับการดูแลเด็ก แรกเกิด – 5 ปี
5. ความพึงพอใจในบทบาทการดูแลเด็ก
6. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
7. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความผาสุกของผู้สูงอายุ

ความผาสุก(well-being)เป็นหลักสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรบุคคลของแต่ละประเทศ เพราะมนุษย์ทุกคนปรารถนาที่จะดำรงชีวิตด้วยความผาสุก รวมทั้งบุคลากรด้านสุขภาพก็ใช้ความผาสุกก็เป็นหลักสำคัญในการดูแลและพัฒนาผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเช่นกัน ดังนั้นจึงมีผู้สนใจและกล่าวถึงความผาสุกไว้หลายมุมมองดังนี้คือ

Orem (2001: 186) กล่าวถึงความผาสุกกับสุขภาพว่ามีความแตกต่างกันในคำสองคำนี้ แต่มีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ สุขภาพเป็น สภาวะ ของบุคคลที่มีความสมบูรณ์ดีหรือปราศจากโรคภัย ที่สามารถดำรงหรือพัฒนาโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ ส่วนความผาสุกใช้ในการรับรู้ถึงความรู้สึกในชีวิตของบุคคล ความผาสุกเป็นสภาวะ ที่รับรู้จากประสบการณ์ ความพอใจ สนุกสนานเพลิดเพลิน และความรู้สึกเป็นสุข เป็นกรรับรู้ทางจิตวิญญาณในการบรรลุถึงความสมปรารถนาในความคิดและความเชื่อมั่นในตัวบุคคล แต่อย่างไรก็ตามความผาสุกกับ

สุขภาพก็มีความสัมพันธ์กัน คนจะรู้สึกผาสุกเมื่อมีความพยายามและความพึงพอใจในสิ่งนั้น ถึงแม้ในภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงไปของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายหรือมีความรุนแรงของโรค แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและความผาสุกมีความเกี่ยวข้องกันที่จะบอกได้ถึงความชัดเจนในความสมบูรณ์ของมนุษย์

Cantril (1965 cited in Mckeehan, Cowling & Wykle, 1986) กล่าวว่าความผาสุกของบุคคล เป็นการมองภาพรวมทั้งหมดของความพึงพอใจในชีวิต ตามการรับรู้เป้าหมายการให้คุณค่าและความเชื่อของตนเอง โดยมีแนวคิดที่ว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นการรับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างความปรารถนาและความสำเร็จของบุคคล

Campbell (1976 and 1981 cited in Friedman, 1993: 407) กล่าวถึงความผาสุกในชีวิตของบุคคลว่า เป็นประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้ต่อสภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง เปรียบเทียบกับเหตุการณ์ที่บุคคลต้องการหรือปรารถนาให้เป็นอาจมองในแง่ของความพึงพอใจและไม่พึงพอใจก็ได้ ความผาสุกมีทั้งผลด้านบวกและด้านลบ หากบุคคลเกิดความพึงพอใจมากก็อาจเป็นเครื่องบ่งชี้ได้ว่า มีความผาสุกมากตามมาด้วย

Dirksen (1989) ได้ให้ความหมายของความผาสุกว่าเป็นการรับรู้ถึงคุณค่าในชีวิตปัจจุบัน และเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงความหมายของชีวิต

Miller (1995) and Spirduso (1995) มีแนวคิดเกี่ยวกับความหมายของความผาสุก คือ ความสุข หรือความพึงพอใจในชีวิต

Dupuy (1977 cited in McDowell & Newell, 1987) มองว่าความผาสุกเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ ที่เป็นอยู่ ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกทั้งทางด้านบวกและทางด้านลบ ถ้าบุคคลมีความรู้สึกทางบวกมาก ก็มีความผาสุกในชีวิตมากตามมาด้วย

Kaplan et al. (1984) กล่าวว่าความผาสุกมาจากการปฏิบัติหน้าที่ประจำวันของบุคคล การประกอบกิจกรรมต่าง ๆ และกิจกรรมต่อสังคม

Lawton (1983) ได้ให้ความหมายของความผาสุกของผู้สูงอายุว่า เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการมีคุณภาพชีวิต มีความผาสุกทางใจ และมองสภาพแวดล้อมในแง่ดี

Antonovsky (1987); Dean (1985) and Zhan (1992) ให้แนวคิดในลักษณะคล้ายคลึงกันว่าความผาสุกมีความหมายใกล้เคียงกับคุณภาพชีวิตหรือความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สถานะสุขภาพ ความสุข การปรับตัว คุณค่าและความหมายของชีวิตและภาระหน้าที่ของบุคคล

Pender (1987 cite in Hogtel, 1990: 96) กล่าวว่าความผาสุกเป็นความรู้สึกที่ยอมรับความจริงและการแสดงออกถึงความสมดุลงานของธรรมชาติ ด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณของบุคคล ในการป้องกัน และส่งเสริมภาวะสุขภาพ

Wykle and Musil (Cited in Smyer M.A., 1993: 3) กล่าวว่าความผาสุกของผู้สูงอายุ มักจะมองด้านสุขภาพจิต เพราะในกลุ่มผู้สูงอายุจะมีความแตกต่างไปจากคนกลุ่มอื่นทั้งในด้าน ร่างกาย จิตใจ และ ด้านสังคม ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยภายในตัวผู้สูงอายุ และความคาดหวังจาก ครอบครัว

จิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (2543) สรุปแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย เป็น 5 มิติ คือ ความสามัคคีปรองดอง (Harmony) การพึ่งพาอาศัยกันและกัน (Interdependence) ความสงบสุขและการยอมรับ (Acceptance & Calmness) การเคารพนับถือ (Respect) และ ความเบิกบาน (Enjoyment)

จากแนวคิดแนวคิดเกี่ยวกับความผาสุก ช่างต้นที่มีผู้กล่าวถึงไว้แตกต่างหลายด้านแต่พบความคล้ายคลึงกัน สามารถสรุปได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีแนวคิดที่ว่าความผาสุกเป็นการรับรู้หรือความรู้สึกของบุคคล ซึ่งบุคคลจะมีความสุขมีความพึงพอใจในชีวิตขึ้นอยู่กับ การรับรู้ถึงความแตกต่างของบุคคล มีความเชื่อของตนเอง (Cantril, 1965) เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์หรือเหตุการณ์จริงเปรียบเทียบกับสิ่งที่ตนปรารถนาแล้วแสดงออกมาถึงความพึงพอใจหรือไม่พอใจก็ได้ ถ้าบุคคลมีความพึงพอใจมากก็เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงความผาสุกมาก (Campbell, 1976)

ดังนั้นความผาสุก หรือการรับรู้ถึงคุณค่าชีวิตปัจจุบัน หรือความหมายของชีวิต (Dirksen, 1989) เป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลต่อเหตุการณ์ หรือ สถานการณ์ที่เป็นอยู่ ซึ่งประกอบด้วยความรู้สึกของแต่ละบุคคลต่อเหตุการณ์ หรือสถานการณ์เป็นอยู่ มีทั้งความรู้สึกทางบวกและด้านลบ ถ้าบุคคลมีความรู้สึกทางบวกมากก็จะบ่งบอกถึงความผาสุกในชีวิตมากด้วย (Dupuy, 1977 cite in McDowell & Newell, 1978)

2. กลุ่มที่มีแนวคิดที่ว่าความผาสุกเป็นผลจากการกระทำ หรือผลจากการปฏิบัติตัวของบุคคล บุคคลจะมีความผาสุกได้เมื่อสามารถปฏิบัติหน้าที่ประจำวัน ประกอบกิจกรรมต่างๆ และ กิจกรรม ต่อสังคม (Kaplan, 1984) ซึ่งพฤติกรรมที่แสดงออกถึงคุณภาพชีวิต มีความผาสุกทางใจ และมองสภาพแวดล้อมในแง่ดี (Lawton, 1983)

ดังนั้นความผาสุกจึงเป็นสภาวะของบุคคล จากผลการกระทำการดูแลตนเองในการดำรง และพัฒนาบุคลิกภาพอย่างต่อเนื่องและแสดงออก โดยความพึงพอใจในชีวิต โดยรวมถึงความสุขแบบต่างๆ ทั้งด้านจิตใจ (Orem, 2001) จากแนวคิดความผาสุกโดยทั่วไป (General Well-being) ของ Dupuy (1977 cited in McDowell & Newell, 1987: 125 – 132 and 1996:

206 - 213) สามารถสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกของผู้สูงอายุที่ดูแลเด็กที่เกิดขึ้นภายในจิตใจมากกว่าความรู้สึกเกี่ยวกับสภาวะภายนอก (external conditions) เช่น รายได้ สิ่งแวดล้อมในการทำงาน เพื่อนบ้าน เป็นต้น ความผาสุกโดยทั่วไป (General Well-being) เป็นการกล่าวโดยรวมหรือโดยสรุปถึงความรู้สึกภายในใจของบุคคล แต่จะเป็นการบอกอย่างเด่นชัดถึงความรู้สึกของบุคคลเอง (subjective feelings) ในความรู้สึกเป็นสุข และความรู้สึกเครียด (Dupuy, 1977 cited in McDowell & Newell, 1996: 206) ความรู้สึกภายในจิตใจบุคคลนั้นมีทั้งความรู้สึกด้านบวกและด้านลบ ซึ่งสามารถสะท้อนหรือบ่งบอกได้ถึงความผาสุกโดยทั่วไปของบุคคล ดังนั้นความผาสุกจึงครอบคลุมความรู้สึกภายในจิตใจ 6 ความรู้สึก คือ ความมีชีวิตชีวา ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความรู้สึกเป็นสุข ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และความห่วงใยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไป การที่บุคคลจะมีความรู้สึกเป็นสุขนั้นจะขึ้นกับความรู้สึกในตัวของบุคคลนั่นเอง (individual feels about his " inner personal state") ตามแนวคิดความผาสุกของ Dupuy ซึ่งมีรายละเอียดครอบคลุมความรู้สึก 6 ความรู้สึกในจิตใจในการประเมินความผาสุกมีดังนี้

ความรู้สึกวิตกกังวล (Anxiety) จะถามเกี่ยวกับ ความหวาดกลัว (nervousness) ความเครียด ความกดดัน (strain, stress or pressure) ความกังวลใจ เป็นทุกข์ เป็นห่วง ว่าวุ่นใจ (anxious, Worried, upset) และ ความรู้สึกผ่อนคลาย ความรู้สึกตึงเครียด (relaxed, tense)

ความรู้สึกซึมเศร้า (Depression) จะถามเกี่ยวกับ ความรู้สึกเสียใจ ท้อใจ หมดกำลังใจ หมดหวัง (sad, discouraged, hopeless) ความรู้สึกเศร้าหมอง โศกเศร้า (down-hearted, blue) และความรู้สึกซึมเศร้า (depressed)

ความรู้สึกเป็นสุข (Positive well-being) จะถามเกี่ยวกับ ความรู้สึกโดยทั่วไป (feeling in general) ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต (happy, satisfied with life) และ ความเอาใจใส่หรือความน่าสนใจในชีวิตประจำวัน (interesting daily life)

ความรู้สึกในความสามารถควบคุมตนเอง (Self-control) จะถามเกี่ยวกับวุฒิภาวะทางอารมณ์และการแสดงพฤติกรรม (firm control of behavior, emotions) ความรู้สึกกลัวเสียใจ หรือสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง (afraid losing mind, or losing control) และความไม่หวั่นไหวในอารมณ์ ความรู้สึกมั่นใจในตนเอง (emotionally stable, sure of self)

ความรู้สึกมีชีวิตชีวา (Vitality) จะถามเกี่ยวกับ ความรู้สึกตื่นตัว สดชื่นแจ่มใส การพักผ่อน (waking fresh, rested) ความรู้สึกเหนื่อย เลื่อมสมรรถภาพ (feeling tired, worn out) และความรู้สึกในพลังกำลัง (energy level)

ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (General health) จะถามเกี่ยวกับ ความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (bothered by illness) และความรู้สึกวิตกกังวลเป็นห่วงเกี่ยวกับสุขภาพ (concerned, worried about health)

การประเมินความผาสุกโดยวัดความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคลคนนั้น แต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจหรือตามสภาพการรับรู้ของคนนั้น โดยที่บุคคลที่มีความผาสุกสูง จะมีความรู้สึกมีชีวิตชีวา มีความสามารถในการควบคุมตนเอง มีความรู้สึกเป็นสุขมากกว่าความรู้สึกวิตกกังวล ความรู้สึกซึมเศร้า และความรู้สึกห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป

Dupuy (1977 cited in McDowell & Newell, 1996: 206) กล่าวว่า การวัดความผาสุกของบุคคลนั้น จะต้องวัดให้ได้ถึงความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคล มากกว่าที่จะวัดเพียงความรู้สึกภายนอก จึงได้สร้างเครื่องมือวัดความผาสุกโดยทั่วไปขึ้น (General Well-being Schedule) เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความรู้สึกภายในจิตใจ 6 ความรู้สึกที่กล่าวมาข้างต้น Dupuy ได้พัฒนาเครื่องมือวัดความผาสุกโดยทั่วไป มาจากแบบสอบถาม U.S. Health and Nutrition Examination Survey (HANES) ซึ่งต้นฉบับมี 68 ข้อ แต่ Dupuy นำมาเพียง 18 ข้อ ที่มีเนื้อหาตรงกับการประเมินความผาสุก และทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ ของเครื่องมือ พบว่า ความรู้สึก 6 ความรู้สึก ประกอบด้วยความรู้สึกเป็นสุข 3 ความรู้สึก และความรู้สึกทุกขโศก 3 ความรู้สึก และผ่านการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดย Facio (1977 cited in McDowell & Newell, 1987: 128) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.91 ในผู้ชาย 79 คน และ 0.95 ในผู้หญิง 116 คน Monk (1981 cited in McDowell & Newell, 1987: 127) ได้หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการทดสอบซ้ำจากนั้นอีก 3 เดือนใน 195 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.68 และ 0.85 และสมจิต หนูเจริญกุลและคณะ(2532: 177) ได้แปลเครื่องมือเป็นภาษาไทยและทดสอบกับพยาบาลประจำการ 30 คน ได้ค่า Cronbach alpha = .92 สำหรับการศึกษาค่า สัมประสิทธิ์แอลฟา 0.91 ส่วนจันทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539) ได้นำแบบวัดความผาสุกของ Dupuy ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.85 และ จันทนา เตชะคฤห (2540) ได้นำแบบวัดความผาสุกนี้ไปใช้กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.83

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกแนวคิดการวัดความผาสุกของ Dupuy มาเป็นแนวทางในการประเมินความผาสุกของผู้สูงอายุที่ดูแลเด็ก เนื่องจากเป็นแบบประเมินความรู้สึกเกี่ยวกับความผาสุกภายในจิตใจที่ครอบคลุมความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบ

ดังนั้นแนวคิดความผาสุก หมายถึง ความรู้สึกมีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต วัดได้จากความสุขในการดำรงชีวิตประจำวัน ความรู้สึกกระฉับกระเฉง ความสดชื่นแจ่มใสมีชีวิตชีวา มีพลังกำลัง มีอารมณ์มั่นคงมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเอง รู้สึกมีความมั่นใจในตนเอง และมีความรู้สึกผ่อนคลาย มากกว่า มีความรู้สึกเครียด หรือกังวลใจ หรือว่าบ่นใจ หรือท้อใจ หมดกำลังใจ หรือหมดหวัง หรือซึมเศร้า หรือเป็นทุกข์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกในผู้สูงอายุ

จากหลายมุมมองในแนวคิดของความผาสุกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกก็สามารถมองได้หลากหลายเช่นกัน ดังมีผู้กล่าวถึงปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2540: 126 – 127, 132) กล่าวว่าผู้สูงอายุจะมีความภาคภูมิใจและมีความพึงพอใจมาก เมื่อได้ทำกิจกรรมและมีบทบาทในสังคม ผู้สูงอายุจะใช้เวลาร่างให้เกิดประโยชน์ แล้วการมีงานทำยังช่วยลดปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะการทำงานทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองมีค่า มีความหมายกับครอบครัว และสังคม

สนธยา พิชัยกุล (2533) เกศรินทร์ ศรีสง่า (2534) และจันทร์ทิรา ไตรรงค์จิตเหมาะ (2539) ศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความผาสุก

Larson (1978 cited in Spirdso, 1995) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกเป็นระยะเวลา 30 ปี พบว่าภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลรองลงมา คือ สถานภาพสมรส เพศ เชื้อชาติ และอายุ

Riff (1989 cited in Spirdso, 1995) ศึกษาในกลุ่มวัยกลางคนและผู้สูงอายุ เกี่ยวกับทัศนคติต่อความผาสุกทางใจ พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ คือ ภาวะสุขภาพ และปรัชญาชีวิต

Dirksen (1989) ศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความผาสุกของผู้ป่วยโรคเนื้องอกชนิดร้ายแรง คือ อำนาจภายในตน (internal locus of control) และความมีคุณค่าในตนเอง (self – esteem)

Zhan (1992) กล่าวว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความสุข ได้แก่ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และศาสนา

Pender (1987 cited in Hogstel et al., 1990) กล่าวถึงความสุขของผู้สูงอายุใน 3 ด้าน คือ กาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ความสุขด้านร่างกาย (physical well – being) ขึ้นอยู่กับ การออกกำลังกาย โภชนาการ การนอน ช่วงการตรวจสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนความสุขทางจิตสังคม (psychosocial well-being) ปัจจัยที่มีอิทธิพล คือ สิ่งแวดล้อม โครงสร้างสังคม และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยมุ่งประเด็นที่มี อิทธิพล คือ การเปลี่ยนแปลงบทบาท การเปลี่ยนแปลงชีวิต การเปลี่ยนแปลงกลุ่มสังคมและ พฤติกรรมเสี่ยง ส่วนความสุขทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being)จะมีอิทธิพลมาจากความสุขทั้ง 2 ด้าน ที่กล่าวมา คือ ความสุขทางกาย และทางจิตสังคม

Wykle & Musil (in press cited in Smyer, 1993) กล่าวว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในผู้สูงอายุ คือ สังคม และวัฒนธรรม รวมถึง ปัจจัยภายในตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัว ปัจจัยภายใน ได้แก่ เพศ เชื้อชาติ เศรษฐฐานะ เหตุการณ์ร้ายในชีวิต และ สภาพร่างกาย ส่วนครอบครัวมีอิทธิพลในด้าน การสนับสนุนทางสังคม ครอบครัวและสังคม

Dupuy (1977 cited in McDowell & Newell, 1987: 125, 1996: 206 – 207) กล่าวว่า ความสุขโดยทั่วไปขึ้นอยู่กับอิทธิพลความรู้สึก ภายในจิตใจบุคคลมากกว่าอิทธิพลภายนอกซึ่ง ได้แก่ รายได้ สภาพแวดล้อมการทำงาน หรือ เพื่อนบ้าน

Szinovacz et al. (1999) ศึกษาพบปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความสุขของปู่ ย่า ตา ยาย ที่ดูแลเด็ก ทั้งมีผลโดยตรง คือ เพศ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต 4 ด้าน คือ สุขภาพกาย รายได้ การสนับสนุนทางสังคม และการติดต่อกับสังคม

George (1990 cited in Szinovacz et al., 1999) กล่าวว่าความสุขใน ปู่ ย่า ตา ยาย (grandparents' psychological well – being) มีอิทธิพลมาจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็น ผู้ดูแลเด็ก เป็นสำคัญ ซึ่งประกอบด้วยความเครียด เนื่องจาก การดูแลเด็ก ต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ ข้อจำกัด ด้านสุขภาพกาย และการสนับสนุนของสังคม หรือ การติดต่อกับสังคม และยังมี ปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา

Ensel & Lin (1991 cited in Martin et al., 2001) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสุข คือ ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม และมีปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุ สภาพะสุขภาพ เศรษฐฐานะ และ ลักษณะครอบครัว

จากนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลหรือมีความเกี่ยวข้องกับความสำเร็จดังปรากฏข้างต้น สามารถกล่าวได้ว่า ความสำเร็จ ซึ่งเป็นความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกของตัวบุคคลนั่นเอง ปัจจัยภายในบุคคลที่มีอิทธิพลกับความสำเร็จ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา ภาวะสุขภาพกาย โรคประจำตัว สถานภาพสมรส รายได้ บทบาทหน้าที่หรือการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ พฤติกรรมความสามารถ และ ทักษะของบุคคล เป็นต้น ส่วนปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรม บุคคลในครอบครัว บุคคลในสังคม เป็นต้น

บทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัว

บทบาทของผู้สูงอายุไทยต่อครอบครัวในอดีตและปัจจุบันมีความแตกต่างและเปลี่ยนแปลงไป ก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 ผู้สูงอายุไทยจะมีสถานภาพทั้งในครอบครัวและต่อสังคมภายนอกค่อนข้างสูง จะมีบารมี และอิทธิพลในการ ชี้ผิดชี้ถูก เหตุก็เพราะ อดีตสังคมไทยเป็นสังคมเกษตรกรรมการเรียนรู้ทางวิชาชีพของบุคคลใดก็ตาม ได้รับการปลูกฝังอบรมจากผู้สูงอายุ หรือผู้ใหญ่ แทบทั้งสิ้น ผู้สูงอายุจะเป็นบรรพบุรุษหรือมีสายเลือดสืบต่อกันมาแล้ว ยังมีบทบาทเป็นครูผู้ประสาทวิชาชีพ จึงนับว่าท่านเป็นผู้มีพระคุณอย่างสูง แต่ ปัจจุบัน ประเทศไทยเริ่มพัฒนาอย่างรวดเร็วในทุกด้าน รวมทั้งด้านการศึกษา จึงเป็นโอกาสทางการศึกษาสำหรับเด็กรุ่นใหม่ในการศึกษา ณ สถาบันการศึกษา และเป็นค่านิยมที่จะต้องมีการศึกษาระดับสูง ส่วนผู้สูงอายุยังคงมีความรู้เท่าเดิม เว้นแต่ผู้เฝ้าหาเรียนรู้ด้วยตนเอง แต่มีน้อย และยังบ้านเมืองพัฒนาไปตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจ เมืองไทยค่อยๆ เปลี่ยนจากสังคมเกษตรมาสู่สังคมอุตสาหกรรม ผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ฝึกสอนอาชีพให้แก่เด็กรุ่นลูกรุ่นหลานจึงหมดบทบาทนี้ไป โดยสิ้นเชิง

ปัจจุบันบทบาทของผู้สูงอายุที่จะชี้ให้เห็นถึงศักยภาพ และความสามารถด้านต่างๆ ที่ผู้สูงอายุมีต่อบุคคลอื่น เพื่อชี้ให้เห็นว่า บทบาทของผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน มีความแตกต่างจากอดีต และคาดว่าในอนาคต ผู้สูงอายุจะมีบทบาทต่างๆ เพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษา และประมวลประเด็น พบว่า ผู้สูงอายุ มีบทบาทหลักในครอบครัว ดังนี้ คือ

1. บทบาทด้านอาชีพ และการหารายได้
2. บทบาทในการเป็นกำลังสำคัญของครอบครัว
3. บทบาทในฐานะผู้ได้รับการอุปการะดูแล

ในที่นี้จะขอกล่าวถึงใน 2 บทบาทแรกที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ คือ บทบาทด้านอาชีพ การหารายได้ และบทบาทในการเป็นกำลังสำคัญของครอบครัว ดังนี้

บทบาทด้านอาชีพและการหารายได้

ผู้สูงอายุ ในลักษณะของสังคมไทยปัจจุบัน ควรจะเป็นผู้พ้นจากการทำงานอาชีพแล้ว โดยการยุติการทำงาน เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เป็นวิกฤตสำหรับผู้ที่ต้องการเตรียมตัวด้านต่างๆ เพราะอาชีพเป็นเครื่องหมายของความเป็นผู้ที่มีศักดิ์ศรีในตนเอง ความเป็นอยู่อย่างรับผิดชอบต่อชีวิตของตนเอง มีความมั่นคงทางใจ อารมณ์ มีความพอใจว่าสามารถพึ่งตนเองได้ ในสังคมเกษตรกรรม การยุติการทำงานอาชีพไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ของชีวิต เพราะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ค่อยเป็น ค่อยไป เป็นไปตามความสมัครใจ ด้วยข้อจำกัดของร่างกาย และสุขภาพ การยุติการทำงานอาชีพใน สังคมเช่นนี้เป็นแต่เพียงลดการทำงานลงทีละน้อย และเลิกไปในที่สุด แต่ยังมี ผู้สูงอายุบางกลุ่มที่ ยังคงทำงานต่อไป เท่าที่ความสามารถทำได้ หากต้องการทำ และจะยุติทันทีหากไม่ต้องการทำ

ในสังคมเมืองและสังคมอุตสาหกรรม งานอาชีพมักเป็นงานรับจ้าง การยุติการทำงานเป็นไป ตามที่นายจ้างกำหนด ถ้าอายุของผู้ถูกจ้างเป็นตัวกำหนดว่านายจ้างจะยุติการว่าจ้าง เรียกว่าการออก จากงานโดยเกษียณอายุ ทั้งที่ผู้สูงอายุบางท่านยังมีความรู้ความสามารถในการทำงานเป็นอย่างดี และมีสุขภาพดี การเกษียณอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงสถานภาพชีวิต สังคม เศรษฐกิจ การใช้เวลา ว่าง และอื่นๆ จากการศึกษา (รัชนี ฝนทองมงคล, 2538: 70 – 71 อ้างใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2540: 114) พบว่า ร้อยละ 69 ไม่ได้มีการประกอบอาชีพ ส่วนผู้ประกอบอาชีพหลังเกษียณอายุ ร้อยละ 25 เป็นเจ้าของกิจการ ร้อยละ 18.2 ค้าขาย นอกนั้น เป็นการรับจ้างทั่วไป และเป็นทั้งปรึกษาบริษัทต่างๆ ในกรุงเทพมหานคร พบว่า ร้อยละ 78.9 ไม่ได้ประกอบอาชีพมีเพียงร้อยละ 21.1 เท่านั้นที่ทำงาน โดย ร้อยละ 8.1 ทำงานเกี่ยวกับการค้า ร้อยละ 5.2 งานป่าไม้ และเกษตรกรรมเลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 3.1 ช่าง หรือผู้ปฏิบัติงานในกระบวนการผลิต และในจำนวนที่เท่ากัน ปฏิบัติงานในฐานะกรรมการและงาน บริการ มีเพียงร้อยละ 1.4 ที่เป็นงานในวิชาชีพ และ 0.2 เป็นงานบริหาร / จัดการ (ศิริวรรณ ศิริบุญ และ มาลินี วงษสิทธิ์, 2535: 1 อ้างใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2540: 114) ส่วนในกลุ่มที่ยากจนในเมือง นั้น ที่พบเห็น คือ ผู้สูงอายุจำนวนมากยังคงต้องประกอบอาชีพเลี้ยงตัว ตั้งแต่การนั่งขายของกระจาด เล็กๆ ขั้บรถสามล้อ รับจ้างต่างๆ ไปจนถึงการเก็บของตามกองขยะ เพื่อขายให้กับร้านรับซื้อของเก่า และการขอทานอยู่บริเวณสะพานในที่ชุมชน (น. พิริยะ, 2533: 36 อ้างใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2540: 114) ในสภาพสังคมปัจจุบันผู้สูงอายุยังมีบทบาทในด้านอาชีพอยู่เป็นจำนวนมาก และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

บทบาทในการเป็นกำลังสำคัญของครอบครัว

สภาพการทำงานของผู้สูงอายุ เป็นตัวแปรสำคัญที่เป็นตัวกำหนดบทบาททางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในครอบครัว คราวเรือนโต ที่ผู้สูงอายุยังคงทำงานอาชีพอยู่ครั้นเรือนั้น ก็จะมีผู้สูงอายุเป็นกำลังสำคัญในการหาเลี้ยงครอบครัว งานวิจัยของ ศิริวรรณ และมาลินี ระบุว่า ผู้สูงอายุที่กำลังทำงานเกือบร้อยละ 60 รายงานว่า ตนเองเป็นกำลังสำคัญในการหาเลี้ยงครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีรายได้จากเงินบำเหน็จ บำนาญ หรือเงินออมของตน เป็นกลุ่มที่ รายงานว่าตนเป็นกำลังสำคัญในการหาเลี้ยงคนในครอบครัว ในสัดส่วนที่สูงที่สุด สำหรับผู้สูงอายุที่ยังคงมีทรัพย์สินสมบัติ เป็นของตนเองโดยยังไม่ยกทรัพย์สินให้แก่บุตรหลานจะเป็นกลุ่มที่ยังคงมีบทบาทสำคัญในการหาเลี้ยงคนในครอบครัว การที่ผู้สูงอายุยังคงมีอาชีพ ทรัพย์สิน และรายได้ดังกล่าวมาแล้วนั้น ทำให้ผู้สูงอายุยังคงสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัวได้อย่างชัดเจน

บทบาทอีกด้านหนึ่ง ที่มีการศึกษาพบเป็นอย่างมาก คือ บทบาทในการอบรมดูแลหลานหรือเด็กในครอบครัว การเลี้ยงดูเอาใจใส่ผู้เยาว์ให้เติบโต อยู่รอดและมีสุขภาพเป็นหน้าที่ประการหนึ่งของครอบครัว ที่สมาชิกในครอบครัวต้องกระทำ ในครอบครัวปัจจุบัน บุตรสาว บุตรชาย จะรับภาระทางด้านเศรษฐกิจในการหาเลี้ยงครอบครัว ผู้สูงอายุจะช่วยเหลือในการรับภาระการดูแลหลาน ซึ่งนอกจากการดูแลปกติแล้ว ในเวลาเจ็บป่วย ผู้สูงอายุก็จะเป็นผู้ดูแลรักษาด้วย (เสริมพันธุ์ นิตยัณธา, 2534: 37 อ้างใน อ้างใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2540: 118) สำหรับผู้สูงอายุในภาคกลางนั้น มีบทบาทในการดูแลเด็กและหลานในครอบครัวเช่นกัน โดยร้อยละ 35.6 มีภาระในการเลี้ยงหลาน/เหลน ในครอบครัวและในจำนวนเท่ากัน มีภาระในการทำงานบ้านทุกอย่างรวมทั้งเลี้ยงหลานในครอบครัวด้วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2539: 36 อ้างใน 2540: 118) นักวิชาการได้ระบุถึงผลดีของการที่ผู้สูงอายุดูแลหลานว่า การช่วยดูแลหลานจะเป็นงานที่ทำกันมากที่สุด เพราะเหมาะสมหลายประการ ปู่ ย่า ตา ยาย รักหลานอยู่แล้ว บางว่ารักยิ่งกว่าลูก จากการศึกษาวิจัยในรอบ 20 กว่าปีที่ผ่านมา ทำให้ทราบแล้วว่า สิ่งแวดล้อมและการดูแลในวัยแรกเกิดจนถึง 5 - 6 ปี เป็นตัวกำหนดว่าจะทำให้เด็กโง่หรือเด็กฉลาด เป็นคนเห็นแก่ตัวหรือไม่เห็นแก่ตัว เป็นคนดีมีความทุกข์หรือความสุข เพราะฉะนั้นสิ่งแวดล้อม และการดูแลในช่วงวัยเด็กนี้ จึงเท่ากับกำหนดอนาคตของเด็กและอนาคตสังคม ตรงประเด็นนี้เป็นเรื่องของผู้สูงอายุหรือ ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นคนกำหนดอนาคตของประเทศชาติทีเดียว (ประเวศ วะสี, 2537: 4 อ้างใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2540: 118)

นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทำงานบางอย่างในครอบครัว ได้แก่ การหุงหาอาหาร และการดูแลบ้านเรือน เป็นหลัก ซึ่งผู้สูงอายุเพศหญิงมีบทบาทด้านนี้มากกว่าเพศชาย ร้อยละ 35.6 ทำงานบ้านทุกอย่าง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, และคณะ, 2539: 36 อ้างใน 2540: 119) ซึ่งตรงกับงานวิจัยของ วราภรณ์ พบว่าผู้สูงอายुर้อยละ 57.5 รับผิดชอบงานในบ้านมากกว่า 1 ประเภทขึ้นไป โดยในจำนวนนี้ ร้อยละ 40 ช่วยทำงานบ้านและเฝ้าบ้าน ร้อยละ 11.7 ช่วยดูแลหลาน ทำงานบ้านและเฝ้าบ้าน (วราภรณ์ แสงวัชร, 2537: 52 อ้างใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2540: 119)

จากการประมวลประเด็นต่างๆ ที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุ ยังคงเป็นกำลังสำคัญ ทั้งทางเศรษฐกิจและด้านแรงงานแก่ครอบครัวและเป็นการรับภาระต่างๆ ด้วยความเต็มใจ และความผูกพันต่อครอบครัวตน

สภาพผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร

สภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม ความแตกต่างระหว่างถิ่นที่อยู่อาศัยส่งผลถึงการรับรู้สภาวะทางสมรรถภาพที่แตกต่างกันหรือความคาดหวังที่ไม่เท่ากันของประชากรผู้สูงอายุในถิ่นต่างๆ ในขณะที่เดียวกันสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะในเขตเมืองจะเป็นอุปสรรคต่อสมรรถภาพ สิ่งแวดล้อมภายในเขตเมืองมีอิทธิพลสูงต่อผู้สูงอายุในการออกนอกบริเวณที่พักอาศัย ซึ่งจะต้องประสบกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่เป็นมิตร การขยายตัวของเขตเมือง (urbanization) มีการดำเนินอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน จึงอาจกล่าวได้ว่าการขยายตัวหรืออัตรานัยหนึ่งมีการระบาดของโรคเรื้อรังอันจะเป็นปัญหาต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุ กล่าวให้ง่ายคือ “อัตราอุบัติการณ์ตามกลุ่มอายุ (age-specific rate)” มีการขยายตัวตามสังคมเมืองนั่นเอง (สุทธิชัย จิตพันธ์กุล, 2542) จากการศึกษาของ สุทธิชัย จิตพันธ์กุลและคณะ (2542) พบว่า โอกาสที่ไม่เท่าเทียมกันในสังคม (inequality) ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครจะมีความชุกของปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุในสังคมชนบท แต่ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครจะได้รับบริการแบบเบ็ดเสร็จโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการระดับปฐมภูมิในชุมชน และจากการศึกษาของ นภาพร ชัยวรรัตนและจอร์น โนเดล เมื่อเดือนธันวาคม 2539 รายงานสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งประเมินสุขภาพตนเองโดยการตอบคำถามที่ถามว่า “ท่านรู้สึกว่าคุณภาพกายโดยทั่วไปของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร” พบว่าผู้สูงอายุประเมินตนเองว่าแข็งแรงมากและค่อนข้างแข็งแรง ร้อยละ 9.3

และ 25.5 ตามลำดับ ประเมินตนเองว่าปานกลางร้อยละ 29.9 และประเมินตนเองว่าค่อนข้างอ่อนแอและอ่อนแอร้อยละ 24.5 และ 10.5 ตามลำดับ ผู้สูงอายุในเมืองรวมทั้งกรุงเทพมหานคร ประเมินตนเองแข็งแรงกว่าผู้สูงอายุในชนบท

ในสังคมที่แตกต่างกันการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมต่างๆ ของผู้สูงอายุก่อแตกต่างกัน แต่สิ่งที่ไม่แตกต่างกันของผู้สูงอายุทั้งสังคมเมืองและสังคมชนบทเมื่อมีอายุมากขึ้นคือความเสื่อมลงของสังขารร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรมหรือบทบาทต่างๆ ในสังคม

ผู้สูงอายุกับการดูแลเด็กแรกเกิด - 5 ปี

บทบาทการเป็นกำลังสำคัญของครอบครัวที่มีความสำคัญต่อความผาสุกของผู้สูงอายุอีกบทบาทหนึ่งที่มีการปฏิบัติกันมากในภาคกลางคือบทบาทการดูแลเด็ก (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, และคณะ, 2539: 36 อ้างใน 2540: 118) ซึ่งบทบาทการดูแลเด็กวัยปฐมวัยหรือเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี (วรารภรณ์ รักวิจัย, 2533: 61) เป็นวัยทองของชีวิต เป็นวัยที่ปูพื้นฐานสำคัญที่สุดของการพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา การอบรมดูแลเด็กในวัยนี้ จะเป็นผลให้เด็กพัฒนาต่อไปในภายหน้า การดูแลจึงจำเป็นต้องอย่างต่อเนื่อง (รติชน พีรยสิทธิ์, 2543: 59) ในการดูแลเด็กนั้นได้มีผู้วางแนวทางในการดูแลเด็กหรือเด็กปฐมวัยไว้ดังนี้

การอบรมดูแลเด็กตามแนวทางพระพุทธศาสนา (นิตยา คชภักดี, 2543: 50) การพัฒนาเด็กทั้ง 4 ด้านไปพร้อมกัน ตามแนวทางพระพุทธศาสนานั้น ดังระบุไว้ในหนังสือ "เติบโตใหญ่ ไกลัธรรม" และ "รักลูกให้ถูกทาง" ได้แก่

1. ด้านร่างกาย การเติบโตของร่างกายต้องอาศัยอาหารทางกาย (กวจิการอาหาร) อาหารคือสิ่งสำคัญสำหรับการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย ควรประกอบด้วยอาหารเหลวและอาหารย่อยง่ายที่มีคุณค่าทางโภชนาการ

2. ด้านสัมผัส การรับรู้โดยผ่านประสาทสัมผัส (ผัสสาหาร) อากาโร คือ การรับรู้ที่เกิดจากผัสสะหรือการรับรู้โลกภายนอกทางตา หู จมูก ลิ้น ผิวกาย และการรับรู้ความรู้สึกทางใจโดยการคิด

3. ด้านอารมณ์หรือใจ ความรู้สึกนึกคิดในตัวเด็กที่เกิดจากการกระทบต่อการรับรู้ (มโนสัญเจตนาหาร) อาหารคือความรู้สึกนึกคิดที่เกิดขึ้นเป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือจากประสบการณ์ทางผัสสะต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วในข้อ 2 เป็นบ่อเกิดของ "กรรม" คือการกระทำ การพูด และการคิด

4. ด้านจิตสำนึก การที่เด็กรู้จักจดจำ รู้จักคิดและแก้ปัญหาได้ (วิญญาณาหาร) อาหารคือ ความสำนึกที่เกิดจากสัมผัส หรือความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องของรูปทรง แสง เสียง รส กลิ่น รูปธรรมและสิ่งที่จับต้องไม่ได้ คือ นามธรรม ซึ่งเป็นความสำนึก ซึ่งเป็นขั้นสูงขึ้นไป

การมีชีวิตของเด็กขึ้นกับการดูแลของผู้ใหญ่ วิธีการดูแลมีความสัมพันธ์กับสุขภาพ การพัฒนาความสามารถและบุคลิกภาพของเด็ก เด็กจะเจริญเติบโตขึ้นอย่างมีคุณภาพชีวิต ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งร่างกาย และจิตใจ อารมณ์ สติปัญญาและสังคมก็ด้วยการอบรมดูแลอย่าง เหมาะสม มีเหตุมีผล ด้วยความรักความเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอจากผู้ดูแล ได้รับการตอบสนอง ความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจให้เหมาะสมกับวัยและระดับพัฒนาการของเด็ก โดยผู้ดูแล จำเป็นต้องปรับวิธีการดูแลให้สอดคล้องกับธรรมชาติของเด็ก และการดำเนินชีวิตครอบครัวใน สังคมของตนอีกด้วย (นิตยา ศุภภัคดี, 2531: 95) หลักการดูแลเด็กนั้นผู้ดูแลควรปฏิบัติดังนี้ (กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์, 2529: 24 – 25)

1. ผู้ดูแล จะต้องเข้าใจว่าเด็กแต่ละคนมีความสามารถ ความสนใจ และอายุที่แตกต่างกัน เด็กจะมีเอกลักษณ์ของตนเองและแตกต่างจากคนอื่น ดังนั้นในการอบรมเด็กจะต้องคำนึงถึง พัฒนาการ และความต้องการของเด็กด้วยซึ่งจะเริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยรุ่น ว่าแต่ละวัยนั้นจะ สามารถทำอะไรได้บ้าง ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับหลักจิตวิทยาการเรียนรู้ด้วย เพื่อการดูแลที่ เหมาะสมกับพัฒนาการ

2. การดูแลเด็กจะต้องมีความต่อเนื่อง ไม่ทำเป็นบางโอกาสและต้องถือประโยชน์ของเด็กเป็นหลัก

3. ผู้ดูแลต้องใกล้ชิดและมีสัมพันธภาพที่ดีกับเด็ก ทำให้เด็กมีความรู้สึกรัก ไว้วางใจ และยอมรับนับ ถือ เชื่อฟังการอบรมสั่งสอน ถ้าผู้ดูแลมีการลงโทษเด็กบ่อยๆ เด็กจะมีความรู้สึกต่อต้านและไม่ยอมรับนับถือ

4. ผู้ดูแลต้องมีอารมณ์คงที่ ไม่ใช้อารมณ์ของตนเองเป็นใหญ่ มีหลักการเดียวในการดูแล เด็กป้องกันเด็กสับสนและวิตกกังวล การวางกฎระเบียบต่างๆ ในการดูแลต้องอยู่บนฐานของเหตุ และผล มีการเปิดโอกาสและความเป็นอิสระกับเด็กอย่างเหมาะสมและมีขอบเขต

5. ผู้ดูแลเป็นแบบอย่างที่ดี เนื่องจากเด็กจะมีการเลียนแบบผู้ที่ใกล้ชิด เมื่อสอนเด็กไม่ให้ กระทำการใดผู้เลี้ยงดู ต้องไม่ทำสิ่งนั้นด้วย ดังนั้นผู้เลี้ยงดูเห็นว่าสิ่งใดที่ตนบกพร่องก็ควรปรับปรุง แก้ไขตนเองก่อนการอบรมเลี้ยงดูเด็ก

การดูแลเด็กปฐมวัย หรือวัยเด็ก (แรกเกิด – 5 ปี) นั้นมีความสำคัญกับการเจริญเติบโต สมบูรณ์ทั้งกาย ใจ สติปัญญา (เบญจา แสงมลิ นักศึกษาไทยที่มีชื่อเสียงในด้านการศึกษาศึกษาเด็ก อ่างใน รติชน พีรยสธ, 2543: 64) และถ้าได้รับการส่งเสริมดังนี้

ทางกาย ให้ได้รับการดูแลอย่างถูกวิธี ให้เด็กเล่นทั้งในร่มและกลางแจ้ง เพื่อส่งเสริมกล้ามเนื้อใหญ่ กล้ามเนื้อเล็กในการเคลื่อนไหวต่างๆ

ทางอารมณ์ ให้เด็กได้มีความอบอุ่น แจ่มใส ร่าเริง รู้จักควบคุมอารมณ์ของตนเองได้

ทางปัญญา ให้เด็กรู้จักสิ่งต่างๆ รอบตัว จดจำได้ สังเกตเปรียบเทียบ รู้เหตุผลพอควรคิด เป็น มีความคิดสร้างสรรค์ และเรียนรู้สิ่งที่ควรรู้ตามวัยของตน

รติชน พิทยสถ์ (2543: 65) ได้กล่าวถึงหลักที่ผู้ดูแลเด็กควรปฏิบัติในการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ดังนี้ คือ

1. ให้ความรัก ความอบอุ่น สนใจและเอาใจใส่เด็ก
4. คำนึงถึงความต้องการ และธรรมชาติของเด็ก
5. คำนึงถึงความแตกต่างของเด็ก และยอมรับเด็ก
6. คำนึงถึงความรู้สึกของเด็ก
7. ผู้อบรมเลี้ยงดูต้องทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดี
8. ผู้อบรมดูแลต้องมีอารมณ์มั่นคง และมีความสม่ำเสมอในการอบรมดูแล
9. ผู้อบรมดูแลต้องรู้จักการใช้แรงเสริมที่ถูกต้องเหมาะสม
10. การเลี้ยงดูต้องคำนึงถึงพัฒนาการ และส่งเสริมพัฒนาการเด็กทั้ง ด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา

ส่วนในบทบาทการดูแลเด็กของผู้สูงอายุนั้น Jendrek (1993) กล่าวถึงประเภทการดูแลเด็ก (type of care) ของ ปู่ ย่า ตา ยาย ไว้ใน 3 ลักษณะคือ กลุ่มที่ดูแลทุกด้าน กลุ่มที่อยู่ด้วยกับเด็ก และกลุ่มที่ดูแลเฉพาะกลางวัน

1. กลุ่มที่ดูแลทุกด้าน (custodial grandparent) หมายถึง การเป็นผู้อุปถัมภ์ เป็นผู้ปกครอง ตลอดไป หรือเป็นผู้ปกครองชั่วคราว และเด็กจะอยู่ในความคุ้มครอง การดูแล เลี้ยงดู มีอำนาจหน้าที่เป็นเสมือนบิดา มารดา ที่จะตัดสินใจในเรื่องการอบรมดูแลเด็ก (Schulman & Pitt, 1982, p.540 cited in Jendrek, 1993) การเรียน การรับการรักษาเมื่อเด็กเจ็บป่วย และสอนระเบียบวินัยแก่เด็ก มีอำนาจในร่างกายของเด็กตามกฎหมาย (Schulman & Pitt, 1982, p.540 cited in Jendrek, 1993) ในกรณีที่บิดามารดาเด็กยินยอมยกให้ตามกฎหมาย

2. กลุ่มที่อยู่กับเด็ก (living with grandparent) หมายถึง การที่ปู่ ย่า ตา ยายอยู่ด้วยกับเด็ก แต่ไม่มีอำนาจในข้อใดข้อหนึ่งตามกฎหมาย มีหน้าที่ในบทบาทการดูแลเด็ก แต่ไม่มีอำนาจการตัดสินใจตามกฎหมาย แม้เด็กจะถูกทอดทิ้งจากบิดามารดา แต่บิดามารดาสามารถกลับมาเรียกร้องสิทธิในตัวเด็กได้ตลอดเวลา อาจจะมีบิดาหรือมารดาอยู่ด้วยก็ได้

3. กลุ่มที่ดูแลเฉพาะกลางวัน (day – care grandparent) หมายถึง การดูแลเด็กทั่วไป ตามปกติโดยกลุ่มนี้ผู้สูงอายุก็ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับเด็กตามกฎหมาย การดูแลเด็กเฉพาะช่วงกลางวัน โดยที่เด็กยังอยู่กับบิดาหรือมารดา เสมือนการฝากดูแล เมื่อบิดามารดาไปทำงาน เมื่อกลับจากทำงานก็มารับเด็กไป หรือ อาจเป็นในลักษณะที่บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย อยู่ในครอบครัวเดียวกันก็ได้

ตามแนวคิดของ เอเบอโซ และแฮส คาเรน และสตีวเกอร์ ชิโนวาค และ ฟาสเฮอดี (Ebersole & Hess, 1990: 595; Karen & Stweker, 1998; Szinovacz, 1998 and Flaherty, 1985) มีแนวคิดบทบาทหน้าที่ในการดูแลเด็กของผู้สูงอายุที่คล้ายคลึงกัน และสามารถจำแนกบทบาทได้หลายบทบาทกล่าวคือ หน้าที่ในการจัดการ หน้าที่ดูแล หน้าที่สอน หน้าที่ประเมิน หน้าที่ให้ความรัก หน้าที่ในการกำหนดบทบาทและหน้าที่คอยชี้นำ

หน้าที่การจัดการ (Managing) ประกอบด้วย ดูแลจัดเตรียมทุกอย่าง เช่น ตาราง กิจกรรมการเงิน หรือหน้าที่ทุกอย่างที่ครอบครัวต้องการ

หน้าที่ดูแล (Caretaking) ประกอบด้วย ดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ของหลานโดยตรง เช่น การกิน การอาบน้ำ การนอน การเล่น อบรมสอนเด็ก ฯลฯ

หน้าที่สอน (Coaching) ประกอบด้วย คอยให้คำแนะนำ สอน เป็นแบบอย่างให้กับบุตร ในการดูแลหลาน

หน้าที่ประเมินผล (Assessing) คอยดูแลความสามารถในบทบาทการเป็นมารดาของบุตร ประเมินทัศนคติการเป็นมารดาของบุตร

หน้าที่ให้ความรัก (Nurturing) คือ คอยให้ความรัก ความอบอุ่น ให้กำลังใจ ให้ความเมตตาเอื้ออาทรต่อบุตรและหลาน

หน้าที่ในการกำหนดบทบาท (Assigning) คอยกำหนดบทบาทในการเป็นมารดาแต่แรก เพราะเชื่อในพฤติกรรม ความคิดและพฤติกรรมตอบสนองของการยอมรับเป็นเจ้าของในตัวหลานของมารดาแต่แรก

หน้าที่คอยชี้นำ (Patrolling) ผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์มาก่อนจะเห็นการไกลจะคอยแนะนำบุตรในวิธีการดำเนินชีวิตและจุดมุ่งหมายของชีวิต

จากการศึกษาสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีบทบาทในการดูแลเด็ก ผู้สูงอายุจะดูแลความรู้สึก มีความสุข มีความยินดีของผู้สูงอายุกับบทบาทของตนในการทำหน้าที่ดูแลเด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี ในการทำหน้าที่การอบรมสั่งสอน การฝึกหัดเด็กตามวัย การให้ความรักความอบอุ่นกับเด็ก การดูแลเด็กเมื่อเด็กเจ็บป่วย การดูแลความปลอดภัยของเด็ก การรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็ก รวมถึงการดูแลกิจกรรมต่างๆ ของเด็ก เช่น การดูแลการกิน การดูแลการนอน การดูแลการเล่น การดูแลเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับเด็ก การดูแลการอาบน้ำและการทำความสะอาดร่างกายเด็ก หน้าที่เหล่านี้เป็นบทบาทที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการปฏิบัติ แม้จะเป็นภาระสำหรับท่าน

ภาระการดูแลเด็กแรกเกิด – 5 ปี

เด็กแรกเกิด – 5 ปี เป็นช่วงเวลาสำคัญที่สุดของการวางรากฐานชีวิตจิตใจของมนุษย์ เพราะร่างกายเติบโตเร็วโดยเฉพาะสมองเจริญเติบโตสูงสุดในช่วงนี้เท่านั้น เด็กมีความรู้สึกรับรู้สัมผัสทั้งรูป รส กลิ่น เสียง กายสัมผัส และยังเลียนแบบอย่างตั้งแต่แรกเกิด เด็กจะเรียนรู้จากการดูแล และสภาวะแวดล้อม และฝึกฝนในจิตใจ การดูแลเด็กวัยนี้จึงส่งผลทั้งคุณและโทษแก่ชีวิตได้ในอนาคต เด็กวัยนี้จะมีชีวิตรอดและเติบโตได้ก็ด้วยการพึ่งพาผู้ดูแลอย่างเข้าใจเด็ก พร้อมกับตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัยอย่างสมดุลทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และสังคมแล้ว เด็กก็จะเติบโตแข็งแรง แจ่มใส มีความมั่นคงทางใจ รู้ภาษา ใฝ่รู้ และใฝ่ดี พร้อมทั้งจะพัฒนาตนเองต่อไป (นิติยา คชภักดี อ่างใน สายสุรี จุติกุล, 2543: 90–91) เด็กแรกเกิด–5 ปี มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเนื่องจากการพัฒนาการ และความสามารถด้านร่างกายยังไม่พร้อมที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง (สุภาวดี หาญเมธี, 2539: 1–319) การตอบสนองความต้องการจึงต้องพึ่งพาคู่คนอื่น (Orem, 2001: 285)

ความต้องการของเด็ก

ความต้องการของแต่ละคนจะแตกต่างกันตามอายุ ชีวิตแรกเกิดความต้องการที่มีอยู่คือ ความต้องการทางกายและจิตใจ ส่วนความต้องการทางสังคมจะยังไม่มีเพราะทารกยังไม่ต้องสังคมกับใครในวัยเด็ก ความต้องการกิน การนอน การขับถ่าย ความมั่นคงปลอดภัย ความรัก มีอยู่มากเมื่อคนเราโตขึ้นเรื่อยๆ ความต้องการทางสังคมจะมีมากขึ้นและความต้องการทางกายจะลดลง พฤติกรรมจึงออกมาในรูปที่ว่าต้องการอยาก เต้นอยากดัง อยากทำตนให้เป็นคนมีค่าในสังคม

ความต้องการพื้นฐานของแต่ละคนแตกต่างกันขึ้นอยู่กับกรอบดูแลความต้องการพื้นฐานในชั้นสูงจะเกิดหรือไม่ขึ้นอยู่กับความต้องการในชั้นต่ำได้รับการตอบสนองเพียงพอหรือไม่ เด็กที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการในชั้นต่ำได้เพียงพอไม่ว่าเขาจะอายุมากขึ้นเพียงใดก็ตาม ความต้องการทางกายจะยังมีอยู่ ความต้องการพื้นฐานทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะแสดงพฤติกรรมได้โดยที่ความต้องการพื้นฐานทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะทำพฤติกรรมนั้น ความต้องการชั้นต่ำมีพลังที่จะผลักดันให้เกิดพฤติกรรมน้อยกว่าแรงจูงใจที่เกิดจากความต้องการพื้นฐานชั้นสูง แรงจูงใจชั้นต่ำจะเกิดได้ง่าย เช่น ความต้องการการกิน จะทำให้เกิดแรงจูงใจคือ ความหิวซึ่งผลักดันให้เกิดพฤติกรรมการกิน แต่แรงจูงใจที่เกิดจากความต้องการชั้นสูงจะเกิดขึ้นต่อเมื่อความต้องการชั้นต่ำได้รับการสนองตอบอย่างพอเพียงแล้ว

เด็กจะเริ่มพัฒนาความต้องการทางกายก่อน และพฤติกรรมส่วนใหญ่ที่แสดงออกมา ก็เพื่อสนองตอบความต้องการทางร่างกายเมื่อเด็กโตขึ้น เด็กจะเริ่มพัฒนาความต้องการทางด้าน อารมณ์และสังคมต่อไป การแสดงพฤติกรรมก็จะสลับซับซ้อนขึ้นเรื่อยๆ เด็กจะมีความต้องการ พื้นฐานเหมือนผู้ใหญ่ คือ ความต้องการอาหาร ความต้องการน้ำ ความต้องการอุณหภูมิที่ พอเหมาะ ความต้องการที่จะเคลื่อนไหวและการพักผ่อน ความต้องการขับถ่าย เป็นต้น ความต้องการพื้นฐานนี้ ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองที่พอเพียงหรือเหมาะสม เช่น การกินอาหาร ประเภทโภชนา การบังคับให้เด็กนั่งนิ่งๆ เป็นเวลานานๆ เหล่านี้จะส่งผลถึงพฤติกรรมของเด็กได้ ส่วนความต้องการทางสุขภาพจิตนั้น เด็กต้องการความรัก ความอบอุ่น ความอยากรู้อยากเห็น และต้องการเป็นที่ยอมรับในสังคมเช่นกัน ส่วนความต้องการด้านสติปัญญา เด็กวัยก่อนเรียน จะเริ่มเรียนรู้ภาษาพูด และใช้ภาษาพูดเป็นเครื่องมือในการถามตอบปัญหาต่างๆ และแสดงออก ในรูป กิจกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมกับวัยของเด็ก ส่วนความต้องการความปลอดภัย และเสรีภาพ ในวัยเด็กความเอาใจใส่จากผู้ดูแล หรือผู้ใหญ่ จะต้องตอบสนองความต้องการของเด็กได้เป็นอย่างดี แต่เมื่อเด็กโตขึ้นจะต้องการอิสระและมีความสามารถในการดูแลตนเองมากขึ้น และความต้องการ ด้านการพัฒนาทางอารมณ์ ของเด็กจะพัฒนาขึ้นโดยวุฒิภาวะและการเรียนรู้ เด็กทารกจะร้องตั้ง แต่เกิด เมื่อโตขึ้นจะหัวเราะ เด็กจะเรียนรู้ถึงการแสดงพฤติกรรมทางด้านอารมณ์ เมื่อเด็กโตขึ้น เรื่อยๆ เด็กจะเริ่มเรียนรู้บางอย่างเกี่ยวกับการร้องเพื่อตอบสนองเมื่อต้องการความเอาใจใส่หรือ ความเห็นใจจากผู้ดูแล แต่การแสดงอารมณ์ของเด็กทารกแรกเกิดนั้นจะมีขอบเขตจำกัดจะมีอย่าง เดียว คือ จะแสดงอารมณ์ตื่นเต้นซึ่งประกอบด้วยการร้องไห้ การเจ็บปวด การดิ้นอย่างแรง ฯลฯ เป็นภาวะอารมณ์ที่ไม่ปรารถนาส่วนภาวะการหยุดนิ่งของเด็กแรกเกิดนี้จะเป็นอารมณ์เฉยๆ หรือปกติ

ลูกมนุษย์เป็นลูกที่ต้องพึ่งพาพ่อแม่มากที่สุดในบรรดาลูกน้อยของสัตว์ทั้งหลายในโลก เด็กไม่สามารถจะพึ่งตนเองได้โดยสิ้นเชิง ตั้งแต่แรกเกิด เมื่อต้องการสิ่งใด เด็กก็จะนอนดิ้น และ ร้องรอผู้ที่จะมาทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการ ไม่ว่าจะเป็นการป้อนอาหาร การดูแลทางกาย หรือการสะสมความรู้ในเรื่องต่างๆ เมื่อเด็กเติบโตขึ้น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองจะ เพิ่มขึ้น เริ่มตักข้าวใส่ปากได้เอง เดินได้เอง หยิบคว่ำของเล่นได้เอง เข้าห้องน้ำขับถ่ายได้เอง เป็นต้น (สุภาวดี หาญเมธี, 2539: 1 – 2) การดูแลเด็กจึงต้องเป็นการตอบสนองต่อความต้องการ ของเด็กที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การดูแลเด็กจึงเป็นภาระหน้าที่ที่มีคุณค่า (นิตยา คชภักดี, 2543: 90 – 91)

ดังนั้นการดูแลเด็กเป็นบทบาทที่มีคุณค่าสำหรับผู้ดูแล และเป็นบทบาทที่มีความสำคัญในการสร้างเด็กให้เป็นบุคคลที่มีคุณภาพและศักยภาพในอนาคต เด็กวัยแรกเกิด - 5 ปีเป็นเด็กที่ยังต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดมากกว่าเด็กวัยอื่น เพราะเด็กวัยนี้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองยังมีน้อย และยังมีพัฒนาการของร่างกาย จิตใจที่ต้องได้รับการดูแล ส่งเสริม ให้มีคุณภาพและความสามารถในการที่จะดูแลตนเองต่อไป เพราะฉะนั้นในการดูแลเด็กนี้จึงต้องมีหลักและการปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อให้เด็กที่ดูแลได้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ และเป็นความภาคภูมิใจสำหรับผู้ดูแล

บทบาทการดูแลเด็กของผู้สูงอายุ

ด้านพัฒนาการร่างกาย ได้แก่ การดูแลในเรื่องอาหาร สุขภาพร่างกาย การเจ็บป่วย การนอน การพักผ่อน การขับถ่าย การเล่น การนุ่งห่มของเด็ก เป็นต้น เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของเด็กตามวัยที่เหมาะสม

ด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ การให้ความรักความอบอุ่น การตอบสนองความต้องการของเด็กทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ ของเด็กให้เหมาะสมตามวัยและพัฒนาการสติปัญญา

ในบทบาทการดูแลเด็กของผู้สูงอายุที่ตอบสนองความต้องการของเด็กนี้เป็นบทบาทที่ต้องรับภาระหรือต้องปฏิบัติที่มีความต่อเนื่อง โดยตัวของบทบาทเองเนื่องจากเด็กวัยนี้ต้องได้รับการดูแลส่งเสริมและเฝ้าระวังอันตรายอย่างใกล้ชิด การปฏิบัติบทบาทจึงต้องใช้เวลา การใช้เวลาในการดูแลเด็กทำให้ผู้สูงอายุใช้เวลาที่ตนเองมีอยู่ให้เกิดประโยชน์ การที่ผู้สูงอายุมีเวลาในการทำกิจกรรมการดูแลเด็กทำให้ผู้สูงอายุมีการถ่ายทอดประสบการณ์ในการอบรมสั่งสอน การให้ความรักความอบอุ่น ความเอื้ออาทร และความเมตตาต่อเด็กซึ่งเป็นวัยที่มีความน่ารักน่าเอ็นดู ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในการปฏิบัติบทบาทดูแลเด็ก ซึ่งการปฏิบัติบทบาทการดูแลเด็กนี้ก็จะส่งผลทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อความผาสุกของผู้สูงอายุได้ คือ ทางตรงผู้สูงอายุที่ยังสามารถปฏิบัติทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลเด็ก จะมีความสุข มีความภาคภูมิใจในการทำหน้าที่ของตนในการเลี้ยงเด็ก คลายความเหงา ซึมเศร้า มีเพื่อนไม่โดดเดี่ยว เมื่อมีเด็กอยู่ด้วย ส่วนในทางอ้อมคือ ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ จะได้ออกกำลังกายไปในตัว ทำให้ผู้สูงอายุมีร่างกายที่แข็งแรงกระฉับกระเฉง แม้จะมีความเหน็ดเหนื่อยบ้าง แต่ทำให้ผู้สูงอายุได้เคลื่อนไหว ทำให้มีร่างกายที่แข็งแรงทำให้ความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพน้อยลงหรือหมดไป หรือมีเวลาคิดถึงเกี่ยวกับเรื่องการดูแลเด็กมากกว่าความคิดเหงา ซึมเศร้า โดดเดี่ยวหมดคุณค่าในตนเอง เพราะฉะนั้นบทบาทในการดูแลเด็กของผู้สูงอายุจะมีความสัมพันธ์กับความผาสุกของ ผู้สูงอายุ คือรู้สึกถึงบทบาทที่มีคุณค่า เป็นที่ยอมรับกับสังคม เป็นการช่วยเหลือและเป็นกำลังสำคัญให้กับครอบครัว มีความภาคภูมิใจในบทบาทการดูแลเด็ก

ความพึงพอใจในบทบาทการดูแลเด็ก

ความพึงพอใจในบทบาท เป็นปรากฏการณ์ภายในของบุคคล (intrapersonal phenomenon) เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกและรับรู้ได้ด้วยตนเองถึงความรู้สึกยินดี มีความชอบใจ มีความสุขในบทบาทที่ปฏิบัติ หรือมุ่งให้ความสำคัญกับคุณภาพบทบาท หรือในอีกด้านหนึ่งของความพึงพอใจในบทบาทเป็นระดับความรู้สึกของบุคคลที่สอดคล้องกันระหว่างความคาดหวังในบทบาทกับรางวัลหรือประโยชน์ที่บุคคลได้รับ จากการปฏิบัติบทบาท โดยประโยชน์ที่บุคคลได้รับมีมากเท่ากับหรือเกินกว่าระดับที่บุคคลรับรู้ (Burr, et al., 1973: 67)

ความพึงพอใจในบทบาทจึงเป็นแนวคิดที่จะประเมินความพึงพอใจในบทบาท ซึ่งเป็นการประเมินของบุคคล (subjective assessment) เกี่ยวกับความสอดคล้องกันของสิ่งที่เกิดขึ้นจริงจากการทำหน้าที่ กับสิ่งที่คาดหวังจากการทำหน้าที่นั้นๆ ในการวิจัยครั้งนี้ จะประเมินความพึงพอใจในบทบาทการดูแลซึ่งเป็นบทบาทที่ผู้สูงอายุดูแลเด็ก ได้มีการศึกษามากขึ้นในบทบาทของผู้สูงอายุที่ดูแลเด็ก หรือบทบาทการเป็น ปู่ ย่า ตา ยาย อันจะเป็นตัวบ่งชี้ให้ตระหนักถึงการวิจัย และทฤษฎีที่น่าสนใจถึงความสัมพันธ์ และเป็นที่ยอมรับกันว่า บทบาทการดูแลเด็กของ ปู่ ย่า ตา ยาย มีความสำคัญกับเด็ก Gutmann (1989 cited in Ebersole & Hess, 1990: 471) กล่าวว่า เมื่อผู้สูงอายุปลดเกษียณ จะแยกตัวจากบทบาทการเป็นผู้เลี้ยงดู แต่ในความเป็นจริงแล้วผู้สูงอายุจะยังคงเป็นผู้คอยให้คำแนะนำและสนับสนุนครอบครัวในการดูแลเด็กอยู่อย่างต่อเนื่อง และในปัจจุบันนี้ ร้อยละ 50 ของ ผู้สูงอายุที่เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย มีความสำคัญยิ่งในการเป็นกำลังสำคัญของชีวิตเด็ก (Hagestad, 1987 cited in Ebersole & Hess, 1990: 471) เนื่องด้วยหน้าที่นี้มีคุณค่ามาก เป็นหน้าที่ ที่ต้องมีความอดทนและเป็นการดูแลที่ยาวนานคือดูแลตั้งแต่บุตรจนถึงดูแลหลาน ความสำคัญของบทบาทการดูแลเด็กของผู้สูงอายุจะเพิ่มความสำคัญมากขึ้นโดยเฉพาะครอบครัวที่มีเพียงบิดาหรือมารดาคนเดียว ผู้สูงอายุจะเป็นผู้ที่มีอิทธิพลในบทบาทการดูแลมากขึ้น เปรียบเสมือนผู้ประสานงาน และผู้บริหาร เครือข่ายครอบครัว (Ebersole & Hess, 1990: 471)

ความพึงพอใจในบทบาทการดูแลเด็กของผู้สูงอายุ ดูเหมือนจะเป็นสายสัมพันธ์ที่ดี และมีความสำคัญในสัมพันธภาพระหว่างหลานกับครอบครัว ผู้สูงอายุกับเด็กจะมีการพัฒนาสายสัมพันธ์อันลึกซึ้ง ผู้สูงอายุจะเปรียบเสมือนการเป็นหุ้นส่วนในชีวิต และมีความสนใจของเด็ก เพราะฉะนั้น ผู้สูงอายุจะเป็นคนที่มีคุณค่ามากสำหรับเด็กและครอบครัว (Antonucci, 1985 cited in Ebersole & Hess, 1990: 471) และจากที่กล่าวมาเบื้องต้นถึงบทบาทของผู้สูงอายุมากมาย รวมถึงบทบาทในการดูแลเด็กนั้น ผู้สูงอายุ จะมีความรู้สึกยินดี มีความชอบใจ มีความสุขใน

การปฏิบัติบทบาทการดูแลเด็กหรือไม่ Lawton et al. (1984 cited in Miller, 1995: 129) กล่าวว่า ความสุขนั้นมีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ความสุขจะเป็นกำลังใจ ความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุกความสำเร็จของผู้สูงอายุ และเป็นชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นส่วนที่อยู่ระหว่างความต่อเนื่องของการประเมินตนเองของบุคคล อยู่ในช่วงบวกลงและช่วงลบนของชีวิต และเป็นสภาวะภายในจิตใจ

Lawton et al. (1984 cited in Miller, 1995: 129) ได้กล่าวอีกว่า ความสุขนั้นสามารถสังเกตได้จากความพึงพอใจในชีวิต เป็นอารมณ์ของความสมปรารถนาในขณะที่ความพึงพอใจเป็นการรับรู้ถึงความสำเร็จ ซึ่งจะเป็นความแตกต่างระหว่างคำ สองคำ คือ ความสุข (happiness) จะเป็นแนวโน้มของความรู้สึก ส่วน ความพึงพอใจ (satisfaction) จะเป็นความพอใจในชีวิตทั่วไป เป็นความรู้สึกธรรมในการมองโลกในแง่ดีหรือแง่ร้ายในอนาคต Lawton (1984: 94 cited in Miller, 1995: 129) สรุปว่าบุคคลมีความสุขเพราะปราศจากโรคและประเมินตนในทางดี หรือมีความพึงพอใจภายนอกมาก ส่วนบุคคลจะมีความพึงพอใจในชีวิตจะประกอบด้วย มีสุขภาพดี (good health) มีความเครขรฐานะเพียงพอ (adequate finances) และ ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลอื่น (someone to be with and confide in) ส่วน Othaganont , et al. (2002: 24-29) กล่าวในลักษณะคล้ายกัน ถึงความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทยว่า ขึ้นอยู่กับกิจวัตรประจำวัน 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และ ด้านเศรษฐกิจ และในการประเมินความพึงพอใจในชีวิตนั้น (Life satisfaction cited in Miller, 1995: 130) มีดังนี้

การประเมินความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction)

1. ประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย
2. ประเมินสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
3. ประเมินแหล่งสนับสนุนทางสังคม

จากแนวคิดความพึงพอใจ ที่กล่าวมาเบื้องต้น จะเห็นได้ว่า ความพึงพอใจจะเกี่ยวข้องกับสิ่งที่บุคคลทำหน้าที่นั้นอยู่และประสบความสำเร็จหรือมีคุณภาพ ส่วนความพึงพอใจในบทบาทจะเป็นความพึงพอใจในบทบาทเกี่ยวกับบทบาทหลักในการดูแล ของผู้สูงอายุที่ดูแลเด็ก จึงอาศัยแนวคิดความพึงพอใจที่กล่าวมารวมกับแนวคิดบทบาทหน้าที่ของปู่ ย่า ตา ยาย เป็นแนวคิดในการประเมินความพึงพอใจในบทบาทการดูแลโดยสามารถสรุป ได้ว่า ความพึงพอใจในบทบาทการดูแลเด็ก หมายถึง ความรู้สึกมีความสุข มีความยินดีของผู้สูงอายุกับบทบาทของตนในการทำหน้าที่ ดูแลเด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี ในการทำหน้าที่การอบรมสั่งสอน การฝึกหัดเด็กตามวัย การให้ความรักความอบอุ่นกับเด็ก การดูแลเด็กเมื่อเด็กเจ็บป่วย การดูแลความปลอดภัยของเด็ก

ของเด็ก การรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็ก รวมถึงการดูแลกิจกรรมต่างๆ ของเด็ก เช่น การดูแลการกิน การดูแลการนอน การดูแลการเล่น การดูแลเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่มอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับเด็ก การดูแลการอาบน้ำและการทำความสะอาดร่างกายเด็ก ประเมินได้โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความพึงพอใจ ของ Lawton et al. (1984 cited in Miller, 1995: 129) ร่วมกับแนวคิดบทบาทของผู้สูงอายุในการดูแลเด็กของ Ebersole&Hess (1990: 595)

ประเมินได้โดยเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความพึงพอใจ ของ Lawton et al. (1984 cited in Miller, 1995: 129) ร่วมกับแนวคิดบทบาทของผู้สูงอายุในการดูแลเด็กของ Ebersole&Hess (1990: 595)



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

การสูงอายุกับภาวะสุขภาพ

การกำหนดว่าอายุเท่าใดถึงจะเข้าสู่วัยสูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับแต่ละสังคม เกณฑ์อันดับแรกที่สังคมกำหนดคือผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีอายุวัดด้วยปฏิทินเวลาจึงเป็นเครื่องชี้วัดตัวหนึ่ง แต่จะจำแนกว่าควรเป็นอายุเท่าใดนั้นขึ้นอยู่กับสังคมนั้นๆ ในประเทศสหรัฐอเมริกาใช้วัยสูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ส่วนในประเทศอินโดนีเซียกำหนดให้ผู้สูงอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทย บรรลุ ศิริพานิช (2542) ได้กำหนดให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับตามอายุปฏิทิน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่องค์การระหว่างประเทศตกลงกัน ให้เป็นมาตรฐานสากลในการกำหนดอายุเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ ส่วนในการวิจัยครั้งนี้ ได้พิจารณาและวิเคราะห์ด้วยเหตุและผลในการเลือกอายุกลุ่มตัวอย่างเป็น อายุ 55 ปี โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาดังนี้คือ

จากการพิจารณาการเป็นผู้สูงอายุ ฮอกส์เทล (Hogstel, 1995: 79) กล่าวว่าเกณฑ์ในการพิจารณาผู้สูงอายุมีดังนี้

1. มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว หรือการมีครอบครัวใหม่เกิดขึ้น
2. ความแข็งแรง และ สุขภาพ
3. การมีส่วนร่วมในสังคม
4. การปลดเกษียณ และการเปลี่ยนแปลงรายได้
5. คุณค่าในตัวเอง
6. การเตรียมตัวในชีวิต
7. การสูญเสียคู่ชีวิต เพื่อน (ตายจาก)
8. หวนคิดถึงอดีต
9. เผชิญหน้ากับความตาย

จากหลักเกณฑ์ในการพิจารณาทั้ง 9 ข้อ เมื่อพิจารณาในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุที่มีบทบาทใหม่ในครอบครัวหรือ บทบาทการเป็น ปู่ ย่า ตา ยาย ในสังคมสหรัฐอเมริกา อายุการเป็น ย่า ยาย อยู่ระหว่าง 49 - 51 ปี และอายุการเป็น ปู่ ตา อยู่ระหว่าง 51 - 53 ปี (อ้างใน จรรยา สุวรรณทัต และคณะ, 2529) ส่วนในสังคมไทยไม่มีการยืนยันที่ชัดเจนถึงอายุของการเป็น ปู่ ย่า ตา ยาย แต่จากการศึกษา โดย เฉลี่ยแล้ว จะเริ่มเมื่ออายุ 40 - 49 ปี หรืออายุเฉลี่ยส่วนมาก ในการเริ่มเป็น ปู่ ย่า ตา ยาย คือ 55 ปี (ชนินทร์ จารุจันทร์, 2541)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ในการกำหนดความเหมาะสมของอายุกลุ่มตัวอย่างจึงใช้เกณฑ์ข้างต้นในการพิจารณาอายุผู้สูงอายุที่ดูแลเด็ก เป็น อายุ 55 ปี เพราะผู้ที่อยู่ในวัยนี้เป็นวัยที่เริ่มมี

การเปลี่ยนแปลงบทบาท คือ เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย และมีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายที่เห็นได้ชัดเจนจากภายนอก

สิ่งมีชีวิตมีอายุขัยจำกัดและปรากฏลักษณะของความชราเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ดังนั้นโดยทั่วไป ได้กำหนดความชราโดยใช้เวลา (อายุ) เป็นหลัก หรือเรียกว่า “ความชราตามเวลา” (chronological) ความชรามีความสัมพันธ์หลากหลายกับกระบวนการชรา สิ่งมีชีวิตชนิดเดียวกันจะมีความชราตามชีวภาพ (biological age) แตกต่างกันไป (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542: 24)

กระบวนการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อมีอายุมากขึ้นจัดได้ว่าเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน เป็นกระบวนการเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล ถึงแม้การเสื่อมลงของหน้าที่ทางสรีระวิทยาจะเกิดขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น (บรรลุ ศิริพานิช, 2542: 59) จากการวิจัยของ Baltimore สามารถแบ่ง การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นได้ 5 ชนิด ดังนี้

1. ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเลยหรือมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมาก เช่น บุคลิกภาพ อัตราการเต้นของหัวใจขณะพัก
2. การเปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วย ไม่ใช่เพราะอายุมากขึ้นอย่างเดียว
3. การเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน เช่น อัตราของหัวใจสูงสุดลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น cardiac out put คงที่เพราะมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อชดเชยโดยหัวใจพองโตขึ้นทำให้ stroke volume มากขึ้น
4. การเปลี่ยนแปลงตามกาลเวลาไม่เกี่ยวกับอายุ เช่น ระดับ คอเลสเตอรอลในเลือด
5. การเปลี่ยนแปลงจากการมีอายุมากขึ้น อวัยวะต่างๆ ทำหน้าที่ลดลงหรือสมรรถภาพลดลง เช่น ไตจะทำหน้าที่ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น

ผลของการเปลี่ยนแปลงอวัยวะต่างๆ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ได้มีผู้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงและการทำหน้าที่ของร่างกายเมื่อเป็นผู้สูงอายุไว้หลายท่าน ดังจะกล่าวโดยสรุปได้ดังนี้ (คุณนันทา มาระเนตร, 2542; ทองกษัตริย์ ศลโกสม, 2543: 127 – 132; มานี ปิยะอนันท์ และอนุพันธ์ ต้นตวงศ์, 2542: 296; บรรลุศิริพานิช, 2542: 59 – 85; สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542: 24 – 42; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2543: 134 – 135; Ebersole and Hess, 1990: 63 – 75 and Foredyce, 1999: 3 – 17)

ความเปลี่ยนแปลงระบบภูมิคุ้มกัน มีการฝ่อของต่อมธัยมัสหลังจากเป็นวัยรุ่น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงระบบภูมิคุ้มกัน ในผู้สูงอายุจะมีการติดเชื้อง่ายขึ้น เนื่องจาก การสร้างแอนติบอดีลดลง และ /หรือ การเสื่อมของระบบภูมิคุ้มกันเซลล์ (cell-mediated immunity) มีการลดลงของ

T- helper cells และ lymphokines ทำให้การตอบสนอง ต่อการติดเชื้อช้าลง เป็นผลให้ไม่แสดงอาการไข้เมื่อติดเชื้อ และมีการลดลงของ Natural killer cells ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ของมะเร็งวัยสูงอายุได้

ความเปลี่ยนแปลงในระบบโครงร่าง และผิวหนัง ลักษณะรูปร่าง เมื่ออายุมากขึ้นหลังจะโค้งงอ หัวเข่าและสะโพกงอเล็กน้อย ทำให้ส่วนสูงของร่างกายลดลง ก่อให้เกิดปวดหลัง ปวดเข่า เมื่อเดินหรือทำกิจกรรมต่างๆ การเคลื่อนไหวช้า จมูกกว้างขึ้น ไหล่แคบลง ทรวงอกมีความลึกเพิ่มขึ้น ทำให้เหนื่อยง่ายกว่าตอนอายุน้อยเมื่อทำกิจกรรมตามปกติ กระดูกเชิงกรานกว้างขึ้น เกิดรอยย่นบนใบหน้า เกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อและไขมันใต้ผิวหนังและความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง

การเปลี่ยนของกระดูกและข้อ ปริมาตรของกระดูกที่บริเวณแกนกลางสูญเสียเร็วกว่าบริเวณรอบนอก ความหนาแน่นของกระดูกลดลง พบมากในสตรีช่วงวัยหมดประจำเดือน เมื่อมีการหักล้มหรือประสบอุบัติเหตุ ทำให้เกิดกระดูกหักง่าย

การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง หนึ่งกำพร้าผู้สูงอายุมีความชื้นลดลง ผิวแตกง่าย ผิวหนังแห้งสากบางอย่างได้ง่าย หลอดเลือดลดน้อยลงทำให้ผิวหนังซีด เหงื่อออกน้อย การควบคุมอุณหภูมิร่างกายทำไม่ได้ดี การดูดซึมสารต่างๆ ทางผิวหนังลดลง ไขมันให้ผิวหนังลดลง บริเวณหน้าและหลังมือ แต่เพิ่มมากขึ้นบริเวณหน้าท้องและต้นขา อัตราการงอกของผมลดลง เส้นผมจะมีขนาดเล็กลงด้วย เส้นผมบนศีรษะลดน้อยลง แต่มีขนเพิ่มขึ้น บริเวณหู คิ้ว รูขุมขน ส่วนมากผู้สูงอายุจะมีภาวะขนร่วง สีผมและขนจะเปลี่ยนเป็นขาวมากขึ้น

ความเปลี่ยนแปลงในระบบสมองและประสาทการรับรู้ความรู้สึกของผู้สูงอายุจะลดน้อยลง การสนองตอบต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมก็ลดลง การเปลี่ยนแปลงในระบบสมองและประสาทเมื่อสูงอายุพบว่าการเปลี่ยนแปลงทั้งสมองส่วนกลางและประสาทส่วนรอบนอก น้ำหนักของสมองจะลดลง เนื่องจากเซลล์ประสาทซึ่งเป็นส่วนประกอบของสมองตายและสูญเสียไป ความจำทันทีทันใด (Immediate memory) จะยังคงมีความจำดี เมื่ออายุมากขึ้น (แต่จำไม่ได้นาน) ส่วนความจำระยะยาว ยังคงจำได้ การเปลี่ยนแปลงของประสาทรับรู้ความรู้สึก ความคมชัดของการมองเห็นลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงที่เลนส์ และประสาทรับสัมผัสลดลง รูม่านตาก็ลดลง ทำให้ความไวต่อแสงลดลง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูญเสียความสามารถในการได้ยิน การรับรู้การทรงตัวจะเสื่อมลง ทำให้ร่างกายไม่มีความสมดุลที่ดี ความสามารถในการรับกลิ่นลดน้อยลง แต่พบว่าความสามารถของผู้สูงอายุหญิงจะดีกว่าชายการรับรู้รสน้อยลงโดยเฉพาะรสเค็มในผู้ชายจะน้อย

ลงมากเนื่องจากตุ่มรับรสลดลง การสัมผัสทางกายเล็กลงการรับรู้ของผู้สูงอายุในการมองการฟัง การไต่กลิ่น จึงลดประสิทธิภาพลงส่งผลให้เกิดอันตรายหรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น การเปลี่ยนแปลงของประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nerve) จำนวนเซลล์ประสาทซิมพาเทติกใน ไขสันหลังลดลง รูปร่างตามีขนาดเล็กลง การตอบสนองต่อแสงน้อยลง ส่วนความเลื่อมของการ ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายนั้น มีอาการหนาวสั่นได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทสั่งการ (Motor nerve) เซลล์ประสาทลดลง ทำให้หน้าที่การทำงานในผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป

ความเปลี่ยนแปลงในระบบกล้ามเนื้อ พบว่าเมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการออกกำลัง ภายจะลดลง มีการขาดไปแคลเซียมในกล้ามเนื้อของผู้สูงอายุจะทำให้การหดตัวสูงสุดของกล้ามเนื้อ น้อยลง ส่วนการหดตัวของเส้นใยกล้ามเนื้อก็จะลดลง ผลรวมของการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ส่งผลให้ กำลังของกล้ามเนื้อลดลง เมื่ออายุมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ มีข้อจำกัด

ความเปลี่ยนแปลงในระบบหัวใจและหลอดเลือด มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านกายภาพของ หัวใจ ทางสรีระวิทยาของหัวใจและการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจ มีความยืดหยุ่นลดลง ประสิทธิภาพของการหดและคลายตัวของหัวใจลดลง น้ำหนักของหัวใจลดลง ลิ้นหัวใจและหลอดเลือดแดงโคโรนารีพบที่มีการสะสมไขมัน และ แคลเซียมใน fibrous strome มีผลทำให้ลิ้นหัวใจเคลื่อนไหวน้อยลง ส่วนระบบสื่อนำของ หัวใจ (conductive system) พบที่มีการลดลงของ pacemaker cell ใน Sino-atrial node การเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของหัวใจ เช่น อัตราการเต้นของหัวใจลดลง การไหลเวียนเลือดเข้าสู่ Ventricle ช้าช้าลง และ Stroke volume ลดลง เป็นต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ จะเหนื่อยง่าย การเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด เมื่ออายุมากขึ้นผนังหลอดเลือดจะลดความยืดหยุ่นลงและเพิ่มความแข็งขึ้น โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากชั้นในสุดของหลอดเลือดซึ่งหนาขึ้นและมีการแตกสลาย มีโปรตีนและแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้เส้นเลือดแข็งตัว ความยืดหยุ่นน้อยลง แรงดันเลือด ซีสโตลิกและไดแอสโตลิกจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ และพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นความดัน เลือดสูงจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคต่างๆ มากขึ้น

ความเปลี่ยนแปลงในระบบหายใจ การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของกระดูกซี่โครงจะ เคลื่อนไหวได้น้อยลงกว่ากระบังลม และกล้ามเนื้อผนังหน้าท้อง ผู้สูงอายุจะหายใจแบบใช้กล้ามเนื้อ หน้าท้อง (abdominal type) ทำให้การหายใจออกถูกจำกัดและมีการเคลื่อนไหวน้อยกว่าการ หายใจเข้า Trachea จะมีเส้นผ่าศูนย์กลางเพิ่มขึ้น มีความแข็งมากขึ้นเนื่องจากมีแคลเซียมมาเกาะ สะสม เมื่ออายุมากขึ้นถุงลมจะแบนและบางลง ยืดหยุ่นขยายตัวได้น้อยลง ผนังของถุงลมจะ

โป่งพองมากขึ้น ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าและออกในแต่ละครั้งของผู้สูงอายุจะมีค่าลดลง เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอดและทรวงอกลดน้อยลง หลอดลมมีพังผืดเพิ่มขึ้นและแข็งตัวมากขึ้น กล้ามเนื้อกระบังลมและกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงมีประสิทธิภavn้อยลง การหายใจเร็วขึ้นและเป็นแบบตื้นๆ ปริมาตรการหายใจออกมีปริมาณลดลง และปริมาตรอากาศที่เหลือค้างในปอดจะมีค่าเพิ่มขึ้น ปอดจะมีความยืดหยุ่นลดลง และถุงลมใหญ่ขึ้นทำให้ความดันของปอดเพิ่มขึ้น สมรรถภาพการแลกเปลี่ยนออกซิเจนระหว่างถุงลมและเลือดลดลง ส่งผลให้เมื่อทำกิจกรรมต้องมีการหยุดพัก เนื่องจากเหนื่อย และหายใจไม่สะดวก

ความเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินอาหาร พันของผู้สูงอายุจะมีการหลุดไป ในกระเพาะอาหารจะมีการหลังกรด และน้ำย่อยลดลงทำให้สมรรถภาพในการย่อยอาหารในผู้สูงอายุลดลง ลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อยลง มีการดูดซึมสารอาหารคาร์โบไฮเดรตและไขมันลดลงส่วนโปรตีนคงเดิม เยื่อผนังลำไส้ใหญ่จะฝ่อลีบลง อาหารผ่านลำไส้ใหญ่ช้าลง ทำให้มีเศษอาหารค้างค้างได้นาน ผู้สูงอายุอาจมีอาการท้องผูกง่าย ท้องอืด อุจจาระลำบาก หรือเป็นริดสีดวงทวารได้ ตับอ่อนมีพังผืดเพิ่มขึ้นและมีไขมันเข้าแทรกมากขึ้นต่อตับอ่อนโต ส่วนตับจะมีขนาดเล็กลง เลือดไหลเข้าสู่ตับน้อยลง เซลล์ตับมีการตายมากขึ้น ความสามารถทำลายสารพิษของตับ ในผู้สูงอายุลดลง

ความเปลี่ยนแปลงในระบบทางเดินปัสสาวะ พบว่าเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงไตลดลง ทำให้อัตราการกรองของเสียออกจากเลือดลดลงด้วย การขับถ่ายปัสสาวะของผู้สูงอายุมีสมรรถภาพลดลง ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้นาน อาจทำให้ปัสสาวะเล็ด หรือ การกลั้นปัสสาวะไม่ได้

ความเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อ เมื่ออายุเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบต่อมไร้ท่อหรือระบบเอ็นโดไครน์ จะมีการเสื่อมสมรรถภาพของการทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดกลับเข้าสู่ภาวะปกติภายหลังได้รับกลูโคสเข้าไป จึงพบว่าระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้สูงอายุจะสูงกว่าคนอายุน้อย ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นเบาหวานได้

ความเปลี่ยนแปลงระบบสืบพันธุ์ ระบบสืบพันธุ์เพศชาย อัณฑะจะมีขนาดเล็กลง การสร้างสเปิร์มในแต่ละวันของผู้สูงอายุจะน้อยลง การเคลื่อนไหวของสเปิร์มน้อยลง การสร้างฮอร์โมน testosterone มีการสร้างน้อยลง ต่อมลูกหมากจะขยายโตขึ้น ถุงเก็บน้ำอสุจิจะมีขนาดเล็กลง ความสามารถในการแข็งตัวขององคชาติจะลดลง ผู้สูงอายุชายส่วนใหญ่ 1 ใน 3 จะเป็นต่อมลูกหมากโต ทำให้การขับถ่ายปัสสาวะลำบาก ส่วนระบบสืบพันธุ์หญิง พบว่าอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเหี่ยวยุบ ไขมันให้ผิวหนังจะลดลง ขนในที่ลับบางลง ช่องคลอดมีพื้นผิวบางลง

และความยืดหยุ่นลดลง น้ำหนักต่างๆ จากผิวช่องคลอดลดลง ปากมดลูกจะมีขนาดเล็กลง ประจำเดือนจะมีรอบสั้นลง และหมดไป เมื่ออายุประมาณ 45 – 50 ปี สตรีวัยหมดประจำเดือนจะมีอาการร้อนวูบวาบตามใบหน้าและผิวหนัง ฮอริโมนของสตรีส่วนใหญ่มาจากรังไข่ ซึ่งเมื่อสูงวัยรังไข่จะฝ่อเล็กน้อย และหยุดสร้างฮอริโมนเอสโตรเจน

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองจะลดน้อยลงตามสภาพร่างกายที่เสื่อมลง มีการเจ็บป่วยบ่อยครั้งหรือมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามอายุตามที่กล่าวมาข้างต้น แต่ผู้สูงอายุบางรายแม้อายุเพิ่มมากขึ้นความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง หรือดูแลคนบุคคลอื่น หรือช่วยเหลือกิจกรรมในครอบครัว ก็ยังมีมากอยู่ในปัจจุบัน (ศศิพัทธ์น์ ยอดเพชร, 2540: 118) ความเสื่อมของร่างกายกับความผาสุกของผู้สูงอายุ แม้จะสามารถแยกออกจากกันได้หรือมีความแตกต่างกันในคำสองคำนี้ แต่มีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ สุขภาพเป็น สภาวะ ของบุคคลที่มีความสมบูรณ์ดีหรือปราศจากโรคภัยที่สามารถดำรงหรือพัฒนาโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตใจ ส่วนความผาสุกเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกในชีวิตของบุคคล ความผาสุกเป็นสภาวะ ที่รับรู้จากประสบการณ์ ความพอใจ สนุกสนานเพลิดเพลิน และความรู้สึกเป็นสุข เป็นการรับรู้ทางจิตวิญญาณในการบรรลุถึงความ สมปรารถนาในความคิดและความเชื่อมั่นในตัวบุคคล แต่อย่างไรก็ตามความผาสุกกับสุขภาพก็มีความสัมพันธ์กัน คนจะรู้สึกผาสุกเมื่อมีความพยายามและความพึงพอใจในสิ่งนั้นถึงแม้ในภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงไปของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย หรือมีความรุนแรงของโรค แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพและความผาสุกมีความเกี่ยวข้องกันที่จะบอกได้ถึงชัดเจนในความสมบูรณ์ของมนุษย์ (Orem, 2001: 186) ในผู้สูงอายุที่มีบทบาทในการดูแลเด็ก ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกพึงพอใจกับบทบาท มีความรู้สึกเป็นสุข มีความภาคภูมิใจในคุณค่าของตนเอง (ชนินทร จารุจันทร์, 2541) แต่ด้วยสภาพร่างกายที่เสื่อมลง ความเหน็ดเหนื่อย ความสามารถที่มีจำกัด กับบทบาทหรือกิจกรรมที่ทำประจำวันนี้ เป็นภาระสำหรับท่าน (Dowell, 1995 and Pearson, 1997) สภาวะความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของผู้สูงอายุ ใน 6 มิติ (Dupuy, 1977) จะบ่งบอกถึงความผาสุกของผู้สูงอายุเป็นอย่างไร

แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ (Perception) เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคลที่สำคัญ เพราะถ้าบุคคลปราศจากการรับรู้แล้วจะไม่สามารถมี “ความจำ” หรือ “การเรียนรู้” ได้เลย ดังนั้น การรับรู้ คือ การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง (New Webster's Dictionary, 1975: 1100) นอกจากนี้ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการรับรู้ไว้หลายท่านดังนี้

Chaplin (cited in Bunting, 1988: 169) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ว่า เป็นกระบวนการภายในของบุคคลที่สามารถตระหนักได้ เป็นการรับรู้ความรู้สึกและให้ความหมายโดยประมวลเข้ากับเหตุการณ์ในอดีตซึ่งต้องอาศัยการวินิจฉัย เป็นความสามารถของมนุษย์ในการพินิจพิเคราะห์สิ่งต่างๆ ที่กระทบและเป็นการรู้แจ้งโดยสัญชาตญาณหรือความเชื่อในสิ่งหนึ่งที่เกิดขึ้นทันทีทันใดมาประเมินร่วมกัน

Garrison & Magoon (1972: 607) ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการที่สมองตีความหมาย หรือแปลข้อความที่ได้จากสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นสิ่งเร้าโดยผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของร่างกาย ทำให้เราทราบว่าสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมนั้นเป็นอะไร มีความหมายและลักษณะอย่างไร ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์ของเราเป็นเครื่องมือช่วยในการตีความหรือแปลความ

King (1984: 24 อ้างใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528: 33) กล่าวว่า การรับรู้หมายถึงกระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจของมนุษย์ เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมายและแรงผลักดันการรับรู้ของแต่ละบุคคล เป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่างๆ ของบุคคลนั้น โดยกระบวนการรับรู้นี้จะทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับจากภายนอกทางประสาทสัมผัสและความจำ

Roy (1991: 166) ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นการแปลความหมายของสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นและความรู้สึกเกี่ยวกับสิ่งนั้นภายใต้สติสัมปชัญญะ อันเป็นผลมาจากการทำงานของเซลล์ประสาทในสมองส่วนคอร์เทกซ์

Kozier, et al (1989: 1172 อ้างใน สุพร พริงเพริศ, 2538) กล่าวว่า การรับรู้เป็นประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึก การแปลความหมาย และความเข้าใจต่อสิ่งต่างๆ ในโลก การรับรู้เป็นลักษณะที่เฉพาะของแต่ละบุคคลและเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล

จิราภรณ์ ตั่งกิติภรณ์ (2532: 86) ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการที่อินทรีย์ หรือสิ่งมีชีวิตพยายามทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อม โดยผ่านทางประสาทสัมผัสกระบวนการจะเริ่มจากอวัยวะสัมผัส (Sensory organ) สัมผัสกับสิ่งเร้าแล้วส่งกระแสไปยังระบบประสาทส่วน

กลาง จากนั้นสมองจะอาศัยประสบการณ์เดิม แรงจูงใจ อารมณ์ สติปัญญา เพื่อแปลความหมายของการสัมผัส (Sensation) ออกมาเป็นการรับรู้

มาลี สอนนิเทศริน (2519: 179) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ ทั้งที่อยู่รอบตัวและภายในตัวโดยอาศัยประสาทสัมผัส คือ การเห็น การได้ยิน การรู้สึกรส การลิ้มรส การสัมผัส

แสงสุรีย์ สัมภาษณ์กุล (2528: 121) ให้ความหมายของการรับรู้ว่าการรับรู้หมายถึงการที่บุคคลใช้ระบบภายในของเขารับเอาข้อมูลจากระบบภายนอกเข้ามาอย่างกระตือรือร้น (Active) โดยจิตวิสัย (Subjective) และมีการสร้างสรรค์ (Creative) ซึ่งมีการเกิดกระบวนการ 3 อย่าง คือ การเลือกสิ่งเร้า (Selective) การจัดหมู่ให้เข้ากับสิ่งเร้า (Organization) และการตีความหรือการประเมินค่า (Interpretation or Evaluation) หรืออาจกล่าวได้ว่าการรับรู้เป็นเหตุการณ์ภายในจิตใจของบุคคลหรือประสบการณ์ทางจิตใจในขณะใดขณะหนึ่ง โดยประสาทสัมผัสรับสิ่งเร้าเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลางเพื่อผสมผสานให้เกิดความเข้าใจ และความเข้าใจที่เกิดขึ้นโดยการรับรู้อย่างเดียวเกิดจากการใช้สติปัญญา การคิด การรู้ มากกว่าการใช้อารมณ์ และแรงจูงใจ

นอกจากนี้ King (1981: อ้างใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528: 378) ได้ศึกษาและรวบรวมแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับการรับรู้ และสรุปลักษณะของการรับรู้ไว้ 4 ข้อดังนี้ คือ

1. การรับรู้เป็นเอกภาพ (Universal) คิงกล่าวว่ามนุษย์ทุกคนสามารถรับรู้ต่อบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมตั้งแต่เกิดจนตาย โดยจัดเรียงลำดับจากรูปธรรมและให้ความหมายต่อสิ่งเร้าหลังจากนั้นก็เก็บไว้ในความทรงจำของแต่ละบุคคล เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าเดิมอีกครั้ง มนุษย์ก็จะดึงประสบการณ์ในอดีตมาช่วยพิจารณาและให้ความหมายต่อสิ่งเร้าเช่นเดียวกับที่ผ่านมาซึ่งก็คือการรับรู้ของบุคคลนั่นเอง

2. การรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกเฉพาะสำหรับตนเอง (Selective and Subjective) ถึงแม้จะเป็นการรับรู้ในเหตุการณ์เดียวกันแต่เราไม่สามารถสรุปได้ว่า แต่ละบุคคลจะรับรู้ในเหตุการณ์นั้นเหมือนกัน เนื่องจากบุคคลย่อมมีภูมิหลัง และประสบการณ์ที่ต่างกัน

3. การรับรู้เป็นสิ่งที่แสดงออกในภาวะปัจจุบัน (Action oriented in the present) เนื่องจากข้อมูลที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ทำให้บุคคลต้องมีการรับรู้ในสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นและทำให้เกิดการเรียนรู้ควบคู่ไปด้วยเสมอ

4. การรับรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายแน่นอน (Transaction) เราสามารถสังเกตถึงการรับรู้ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ก็ต่อเมื่อบุคคลมีการแสดงออกระหว่างหลายคนหรือภายในกลุ่มจึงจะทำให้มองเห็นได้ชัดเจนว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ในสถานการณ์นั้นอย่างไร

กล่าวโดยสรุปการรับรู้หมายถึงกระบวนการคิดและความรู้สึกที่บุคคลจะต้องแปลความหมายจากสิ่งเร้าที่มาสัมผัสกับบุคคล โดยมีแรงผลักดันจากการอาศัยความรู้เดิม และประสบการณ์เป็นเครื่องช่วย แล้วแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมายจะเป็นไปในทางบวกหรือลบก็ได้ขึ้นอยู่กับความเข้าใจของบุคคลอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ แต่จะเป็นสภาพทางจิตวิทยาของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่บุคคลใส่ใจอย่างไม่หยุดนิ่ง จึงเกิดขึ้นภายใต้อาสาจากความใส่ใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม เป็นพื้นฐานในการที่จะนำข้อมูลต่างๆ ของสิ่งเร้าที่เข้าสู่กระบวนการรับรู้ โดยผ่านประสาทสัมผัสของร่างกาย เมื่อข้อมูลต่างๆ ถูกป้อนเข้าสู่ระบบความคิดแล้ว บุคคลจะเลือกจัดระบบข้อมูลและมีกระบวนการจดจำและการแปลความหมายของข้อมูลเกิดขึ้น โดยอาศัยคุณสมบัติภายในตัวของบุคคลเป็นตัวกลางในการกลั่นกรองการแปลความนั้น ซึ่งจะทำให้บุคคลตัดสินใจและประเมินคุณค่าของผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการดังกล่าว และมีพฤติกรรมแสดงออกตามคุณค่าที่ตนตัดสินใจ และผลจากการแสดงออกเป็นข้อมูลป้อนกลับสู่กระบวนการรับรู้อีกครั้ง

ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้อีก ได้แก่ คุณสมบัติของผู้รับรู้ ความต้องการหรือ แรงขับคุณค่า ความสนใจ ประสบการณ์เดิม ความยึดมั่น ความเชื่อ สมรรถภาพของอวัยวะรับสัมผัส เช่น ตา หู จมูก ปาก ลิ้น และผิวหนัง ฯลฯ ความสามารถของสมองและระบบประสาทสัมผัสที่จะรับประมวล และตอบสนอง รวมทั้ง ลักษณะ ขนาดและชนิดของสิ่งเร้า บุคคลจะรับรู้ สิ่งเร้าได้ดีและรวดเร็ว ถ้าสิ่งเร้ามีความเข้มมาก ขนาดของสิ่งเร้าใหญ่และสะดุดตา โดยเฉพาะสิ่งเร้าใหม่ๆ ที่เราไม่เคยเคย บุคคลจะใส่ใจและเกิดการรับรู้หากพบว่ามีแตกต่างของสิ่งเร้าเกิดขึ้นและหากสิ่งเร้าเกิดขึ้นซ้ำๆ และมีการเคลื่อนไหวบุคคลจะรับรู้ต่อสิ่งเร้าได้ดีและรวดเร็ว

การรับรู้ภาวะสุขภาพ

โดยทั่วไปแล้วผู้ที่บอกได้ว่าสุขภาพขณะนั้นของคนหนึ่งดีหรือไม่ดีก็ขึ้นกับตัวบุคคลนั้นเองจะเป็นผู้รับรู้หรือตัดสินใจในสุขภาพของตนเอง (Orem, 2000: 185) บุคคลจะเป็นผู้ตัดสินใจในการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพนี้จะขึ้นกับประสบการณ์ภายในของคนนั้น (inner experience) พฤติกรรม ความตั้งใจ (behaviors and conduct) มีการเปรียบเทียบในคนวัยเดียวกันหรือสถานการณ์เหมือนกัน และความเป็นตัวของตนเอง (solitary endeavors) ในความพยายามที่จะรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเอง (Orem, 2001: 185) ส่วนในความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพนั้น Wang & Laffrey (2001) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุว่า หมายถึง การที่ผู้สูงอายุบอกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเอง

ทั้งภาวะสุขภาพปัจจุบัน ภาวะสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาและภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลวัยเดียวกัน ส่วน Speak, Cowart and Pellet (1989: 95) ให้ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพว่า หมายถึง ความคิดของบุคคลที่รวบรวมขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงการประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปของเขาเหล่านั้น ดังนั้นจึงมีความเห็นว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นความรู้สึกความคิดเห็นหรือการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตน

การเบี่ยงเบนทางสุขภาพจะนำไปสู่ความรู้สึกรับรู้ต่อการเจ็บป่วยและความรู้สึกที่ร่างกายไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ซึ่งความรู้สึกนี้อาจจะเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปก็ได้ ความรู้สึกนี้เองที่มีผลต่อสิ่งที่ผู้ป่วยเลือกกระทำ และเนื่องจากภาวะสุขภาพของบุคคลนั้น ประกอบด้วยภาวะที่มีสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วยสลับกันหรือต่อเนื่องกันไปและเป็นประสบการณ์ชีวิตของมนุษย์ทุกคนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนนั้นจะดำเนินไปตามแกนความต่อเนื่องของภาวะสุขภาพดี และภาวะเจ็บป่วยเช่นกันแต่การรับรู้นั้นจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล กล่าวคือบางคนอาจมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยนั้นเป็นเพียงสิ่งผิดปกติเล็กน้อย และไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตของเขา ดังนั้นตามการรับรู้ของบุคคลเหล่านี้ความเจ็บป่วยจึงเป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นในกระบวนการพัฒนาการและความเจริญเติบโตของมนุษย์ ในขณะที่บางคนอาจรู้สึกว่าความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามต่อชีวิตของเขาเป็นอย่างมาก ทำให้เขาต้องเสียความเป็นบุคคลไป ผลที่ตามมาก็คือ ความกลัว ความท้อแท้ทุกครั้งที่เจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกันนี้ มีอิทธิพลต่อกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาที่เข้ามารบกวนชีวิตของ แต่ละบุคคลได้แตกต่างกัน (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2528: 374)

การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จะเกิดขึ้นเมื่อผู้สูงอายุได้รับสัมผัสจากสิ่งแวดล้อม มีการแปลความหมายโดยใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมเกี่ยวกับสุขภาพว่าหมายถึงอะไร McDowell & Newell (1987: 14 – 16) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพของบุคคลจะวัดได้จากการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจวินิจฉัยต่างๆ โดยแพทย์หรืออาจจะวัดได้จากการประเมินตนเองมีสุขภาพตนเองของบุคคลอาจประเมินได้จาก การประเมินรายงานความรู้สึกทั่วไปของความผาสุก การประเมินรายงานอาการแสดงต่างๆ ของการเจ็บป่วย และจากการที่บุคคลสามารถทำหน้าที่ได้เต็มที่ และกล่าวว่าการประเมินสุขภาพด้วยตนเองมีความแตกต่างจากข้อมูลที่ได้โดยแพทย์เพียงเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายรายที่พบว่า การประเมินสุขภาพด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับการประเมินสุขภาพโดยแพทย์ (Ferraro, 1980: 377 – 393 อ้างถึงใน ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535)

จากการศึกษา การรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ Wang และ Laffrey (2001) ทำการศึกษา รูปแบบเพื่อทำนายความผาสุกพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความผาสุก โดยกล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่จะบ่งบอกถึงความรู้สึกผาสุกในผู้สูงอายุนั้นผู้สูงอายุ จะบอกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเอง ทั้งภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (present general health) ภาวะสุขภาพในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (general health compared with one year ago) และสุขภาพโดยทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลวัยเดียวกัน (general health compared to others of the same age) ในผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี จะมีความผาสุก มากด้วยเช่นกัน และการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถวัดได้โดยการประเมินสุขภาพของตนเอง ใน 3 มิติ (Wang and Laffrey, 2001: 126) คือ

1. สุขภาพโดยทั่วไปในปัจจุบัน (present general health)
2. สุขภาพโดยทั่วไปในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (general health compared with one year ago)
3. สุขภาพโดยทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลวัยเดียวกัน (general health compared to others of the same age)

และจากแนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Wang and Laffrey ซึ่งมีแนวคิดในการวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Speake, Cowart และ Pellet (1989: 93 – 100) ซึ่งได้ทำการศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 55 – 93 ปี และได้พิจารณาการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยทั่วไป 3 ด้าน คือ

1. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในอดีต (past health)เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา
2. การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพในปัจจุบัน (present health)เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพของ บุคคลในปัจจุบัน
3. การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่าๆ กัน (compared to other your age) เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่มีอายุเท่าๆ กัน

Wang และ Laffrey (2001: 122 - 132) ได้ทำการศึกษาปัจจัยเพื่อทำนายความผาสุก ของ ผู้สูงอายุ โดยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งในการทำนาย Wang และ Laffrey (2001) ได้พัฒนาแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพ (Pender's revised health promotion model) ของ Pender (1996) และ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Orem's self – care theory) ของ Orem (1995) มา พัฒนาเป็นแนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ในปัจจุบัน สุขภาพโดยทั่วไปในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และสุขภาพโดยทั่วไปเมื่อเปรียบเทียบกับ

บุคคลวัยเดียวกัน ส่วนเครื่องมือในการวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ นั้น Wang และ Laffrey (2001) ได้สร้างเครื่องมือโดยใช้แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพดังที่กล่าวมาแล้ว ในการประเมิน มี 3 ข้อ ให้ผู้สูงอายุประเมินตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไป โดยมีการให้คะแนน เมื่อผู้สูงอายุตอบว่าไม่ดี ให้คะแนน 1 คะแนน ปานกลาง ให้คะแนน 2 คะแนน และ ดี ให้คะแนน 3 เพราะฉะนั้น คะแนนรวมอยู่ในช่วง 3 – 9 คะแนน คะแนนมากแสดงว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองดี คะแนนน้อยแสดงว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองไม่ดี เครื่องมือนี้ได้หา content validity และ reliability โดย ผู้เชี่ยวชาญในการพยาบาล 5 ท่านในสาขา การศึกษาสุขภาพ สาธารณสุข จิตวิทยา และสังคมวิทยาและเป็นที่ยอมรับให้เป็นเครื่องมือในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Alpha coefficients of .81 and .84 and test- retest reliability coefficient of .88 และหาความสัมพันธ์ของ Alpha reliability coefficient โดยใช้ Spearman – Brown formula = .77)

จากการศึกษางานวิจัยต่างๆ พบว่า การวิจัยหลายงานประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยประเมินจากคำถามรวมเพียง 1 – 3 คำถาม เช่น งานวิจัยของ น้ำค้าง ว่องเกษฎา (2540) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูญเสียแขนขา โดยประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้วยข้อคำถาม 3 ข้อ ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินของ Lawton, Moss, Fulcomer&Kleban (1982) โดยประเมินภาวะสุขภาพของตนเองตามความคิดเห็น หรือความรู้สึกทั่วไปจากภาวะสุขภาพ อยู่ในระดับ ดีมาก ดี พอใช้ หรือไม่ดี ดังมีตัวอย่างแบบสอบถาม ดังนี้

ข้อ 1 ปัจจุบันท่านคิดว่าสุขภาพโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร

ดีมาก ดี พอใช้ ไม่ดี

ข้อ 2 ท่านคิดว่าขณะนี้ท่านมีปัญหาด้านสุขภาพเพียงใด

มีมาก มีปานกลาง มีน้อย ไม่มี

ข้อ 3 เมื่อเปรียบเทียบกับสุขภาพของท่านกับคนที่มีอายุใกล้เคียงกันและมีความพิการด้วย ท่านคิดว่า สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

ดีมาก ดี พอใช้ ไม่ดี

และแปลคะแนนพิจารณาคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (3 – 7คะแนน) ระดับปานกลาง (8 – 10 คะแนน) ระดับสูง (11 – 12) และคุณภาพเครื่องมือนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ความเที่ยงทดลอง try out ที่ศูนย์ สิรินคร จำนวน 44 คน แล้วคำนวณหาความเชื่อมั่นแบบ สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha – coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ได้ค่าความเที่ยง .78

Pender, et al. (1990: 326 – 332) ใช้การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยภาพรวม โดยใช้คำถามเพียง หนึ่งคำถาม เช่น ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพโดยทั่วไปเป็นอย่างไร และมีระดับการตอบ เป็น 4 ระดับคือ ดีมาก ดี ปานกลาง ไม่ดี และยังมีการศึกษาวิจัยของหลายท่านที่ใช้แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยใช้คำถามในภาพรวมก็สามารถประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ เช่น ท่านคิดว่าภาวะสุขภาพของท่านอยู่ในระดับใด ดีมาก ดี ปานกลาง ไม่ดี (Frank-Stromborg, et al.1990: 1159 – 1168; Ferraro 1980: 377 – 383; Melanson, P.M. and Downe – Wanbolat B. 1987: 29 34; Maddox and Douglass 1973: 87 – 93; Fillenbaum 1979: 45 – 51; อารมณีย์ วุฒิพิฤกษ์ และคณะ 2531 อ้างใน ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535: 48 และ Speak, Cowart, Pellet 1989: 93 – 100)

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของ Wang and Laffrey (2001: 122 - 132) มาใช้สร้างแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งแนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Wang and Laffrey (2001: 126) เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพในภาพรวมและนำมาเป็นตัวแปรในการทำนายหรือบอกความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความผาสุกของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ (Wang and Laffrey 2001: 128 - 129) ซึ่งเป็นการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ภาวะสุขภาพกับการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กัน กับความผาสุก โดยความผาสุกนั้นจะใช้ในความรู้สึกของบุคคลในการรับรู้ ภาวะที่ดำรงอยู่ของสุขภาพ ความผาสุกเป็นประสบการณ์ ความพอใจ ความสบายใจ และรู้สึกเป็นสุข เป็นความรู้สึกด้านจิตใจในการบรรลุถึงสิ่งที่ต้องการหรือมีความสำเร็จ (Orem,2000:186) ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไร โดยอาศัยแนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Wang and Laffrey (2001: 126) มาสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้

สรุปการรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้สูงอายุบอกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ โดยทั่วไปของตนเอง ประกอบด้วยความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนในปัจจุบัน ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพตนเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลวัยเดียวกัน สามารถประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Wang และ Laffrey (2001)

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญทางจิตสังคม และมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและความผาสุกของบุคคล โดยเฉพาะ การสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกของผู้สูงอายุ จึงมีนักวิชาการทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมศาสตร์สนใจศึกษาไว้จำนวนมาก ดังนี้

Caplan (1974) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ในการสนับสนุนแหล่งประโยชน์ หรือช่วยให้บุคคลเผชิญภาวะวิกฤติ หรือเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือ เป็นแหล่งต้านความเครียด ซึ่งมีผลกับความผาสุกของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม

Cobb (1979 cited in Ebersole and Hess, 1990: 42) ให้ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นข้อมูล ที่จะทำให้ผู้ได้รับการสนับสนุน เชื่อว่าตนเองได้รับการดูแล เอาใจใส่ ได้รับความรัก ความอบอุ่น มีคุณค่า ในตนเอง เป็นที่ยอมรับและไว้วางใจซึ่งกันและกัน การสนับสนุนทางสังคมนั้น ผู้สูงอายุจะปรารถนาจากบุคคลใกล้ชิดและครอบครัว ในการสนับสนุนทั้งทางสุขภาพและความผาสุกของผู้สูงอายุแต่ละคน

Friedman (1993; 1994) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นการสนับสนุนทั้งจากครอบครัวและเพื่อนฝูง ทั้งด้านวัตถุสิ่งของ และด้านอารมณ์ ความรู้สึกด้านจิตใจ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตและความผาสุกทางใจของผู้รับ

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การให้การดูแล และการให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิดการตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การยอมรับนับถือและเห็นถึงความมีคุณค่าเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และมีการช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การให้ข้อมูล คำแนะนำ วัตถุสิ่งของ หรือ บริการต่างๆ ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับ และข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Rook (1984 cited in Friedman, 1994: 407) กล่าวถึงความแตกต่างระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับสัมพันธ์ภาพทางสังคมว่า สัมพันธ์ภาพทางสังคมมีทั้งด้าน บวกและด้านลบ แต่การสนับสนุนทางสังคม มีแต่ด้านบวก

วันทนีย์ วาสิกะลินและคณะ (2537: 99) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม ว่า การที่บุคคลในสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ได้รับการยกย่อง มีความรู้สึกมีส่วนร่วมในสังคม ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น การให้คำแนะนำ การให้สิ่งของ การประเมินเพื่อให้ปรับปรุงให้ดีขึ้น ให้ความคิดเห็น ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้เวลา เป็นต้น การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อ อารมณ์ จิตใจ มีความครอบคลุมทั้งการให้และการรับจากบุคคลต่างๆ เช่น บิดามารดา คู่สมรส ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน คนในชุมชน บุคลากรวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ (2541: 49) กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ หมายถึง ความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลต่างๆ ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกันไม่ว่าจะเป็น บุคคลในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้านหรือบุคคลอื่นๆ โดยความช่วยเหลือที่ได้รับนี้อาจจะมี ลักษณะเป็นรูปธรรม เช่น อาหาร เงิน เสื้อผ้า หรือ ในลักษณะนามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การยกย่อง การยอมรับ รวมทั้งข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่างๆ

จากหลายแนวคิดของนักวิชาการที่กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมจะเห็นได้ว่า การศึกษา ส่วนใหญ่ มักจะศึกษา ในแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง คือ ทฤษฎีกันชน (the buffer theory) และ ทฤษฎีความผูกพันรักใคร่ (the attachment theory)

ทฤษฎีกันชน (the buffer theory) แนวคิดนี้ เสนอว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นองค์ ประกอบที่สำคัญในการป้องกันและรักษาภาวะเจ็บป่วย เป็นตัวแปรที่ทำหน้าที่เสมือนตัวกันชน และรองรับสถานการณ์เครียดที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคลและเป็นแหล่งประโยชน์ ในการต้านทานความเครียดของบุคคล

ทฤษฎีความผูกพันรักใคร่ (the attachment theory) แนวคิดนี้ กล่าวว่า การสนับสนุนทาง สังคมเป็นสิ่งที่แสดงถึงความรักใคร่ ความผูกพัน ความรักใคร่มั่นคงปลอดภัยสร้างขึ้นในวัยเด็ก คือ พื้นฐานของความสามารถของบุคคลจะสร้างสัมพันธภาพของการสนับสนุนทางสังคมในวัยผู้ใหญ่

จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมจะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจะประกอบด้วย แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมหรือเครือข่ายทางสังคม และประเภทของการสนับสนุน ส่วน ในผู้สูงอายุการสนับสนุนทางสังคมแต่ละประเภทจะมีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับเครือข่ายทาง สังคมเป็นอย่างมาก ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ (2541: 43) ได้แบ่งเครือข่ายทางสังคมของ ผู้สูงอายุ ออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่

1. เครือข่ายประเภทครอบครัว
2. เครือข่ายประเภทเครือญาติ
3. เครือข่ายประเภทเพื่อน/เพื่อนบ้าน
4. เครือข่ายประเภทผู้นำชุมชน
5. เครือข่ายประเภทนักวิชาชีพ

แต่ละเครือข่ายประกอบด้วยบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ดังนี้

1. เครือข่ายประเภทครอบครัว ประกอบด้วย มารดาของผู้สูงอายุ พ่อตา แม่ยาย คู่สมรส บุตรสาว บุตรชาย บุตรเขย บุตรสะใภ้ พี่สาว พี่เขย น้องสาว น้องเขย น้องชาย หลานชาย หลาน สาว หลานเขย หลานสะใภ้ และเหลน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้สูงอายุ

2. เครือข่ายประเภทเครือญาติ ประกอบด้วย ลูกพี่ลูกน้อง ลุง ป้า อา พี่/น้องของคู่สมรส เขย/สะใภ้ของญาติ หลานของคู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง เครือญาติบางคนอยู่บ้านใกล้กับผู้สูงอายุ จึงเป็นเครือข่ายในประเภทเพื่อนบ้านด้วย

3. เครือข่ายประเภทเพื่อน/เพื่อนบ้าน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คบหาสมาคมกับคนในวัยเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ นอกจากนั้น ผู้ที่อยู่บ้านใกล้เคียงกัน

4. เครือข่ายประเภทผู้นำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กำนัน สารวัตร กำนัน อาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการหมู่บ้าน พระ และข้าราชการบำนาญ เป็นต้น

5. เครือข่ายประเภทนักวิชาชีพ ประกอบด้วย ครู อาจารย์ เจ้าหน้าที่/บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สัตวแพทย์ ปศุสัตว์ ปศุสัตว์อำเภอ เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง เกษตรอำเภอ เจ้าพนักงานที่ดิน

จากการศึกษาของFriedman & King (1994) ได้กล่าวถึง การสนับสนุนทางสังคม สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ หมายถึง ความช่วยเหลือที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุคคลต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้านหรือบุคคลอื่นๆ โดยความช่วยเหลือที่ได้รับนี้อาจจะมีลักษณะเป็นรูปธรรม เช่น อาหาร เงิน เสื้อผ้า หรือ ในลักษณะนามธรรม เช่น การให้กำลังใจ การยกย่อง การยอมรับ รวมทั้งข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่างๆ โดย แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support)
2. การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการต่างๆ (Instrumental Support)
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support)

การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบทั้งหมดของชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การเปลี่ยนแปลงในระบบประสาทและสมอง ซึ่งระบบนี้จะค่อยๆ เสื่อมลง ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของสมองและประสาทลดลง มีการเปลี่ยนแปลงหรือเกิดวิกฤติการณ์ทางจิตใจและอารมณ์หลายประการ เช่น มีสภาพจิตใจที่สับสน มีความวิตกกังวลสูง กลัวตาย กลัวภัย กลัวการไม่เท่าเทียมกับผู้อื่นรู้สึกสังคมไม่ต้องการตน มีอาการซึมเศร้าและอารมณ์อ่อนไหวง่าย ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจมีความต้องการได้รับการตอบสนอง 2 ประการ ได้แก่ ความต้องการความมั่นคงและปลอดภัย (Security needs) ความต้องการได้รับการยกย่อง เห็นความสำคัญ (Recognition needs)

ดังนั้นการสนับสนุนด้านอารมณ์ของผู้สูงอายุจึงอยู่บนพื้นฐานการตอบสนองความต้องการ 2 ประการนี้เป็นสำคัญ

การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการต่างๆ (Instrumental Support) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลในระบบเครือข่ายทางสังคมได้ช่วยเหลือผู้สูงอายุ ในรูปวัสดุสิ่งของ เวลา เงิน หรือแรงงาน เพื่อช่วยบรรเทาปัญหาของผู้สูงอายุหรือเพื่อพยายามตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานหรือความต้องการปัจจัยสี่อัน ได้แก่ อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย และการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องการเงินเพื่อการยังชีพ

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) ตามแผนปฏิบัติการเพื่อผู้สูงอายุของประเทศไทย ได้กำหนดแนวคิดพื้นฐานเพื่อการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุหลายประการ ในเรื่องของข้อมูลข่าวสาร ได้ระบุว่า ผู้สูงอายุควรจะได้รับข่าวสารข้อมูลรวมทั้งคำแนะนำวิธีการป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง และในกรณีที่เจ็บป่วยควรจะได้รับ การดูแลรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังควรได้รับข่าวสารที่เกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพความเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านั้นได้วัตถุประสงค์สำคัญของการเกื้อหนุนทางสังคมด้านข่าวสารแก่ผู้สูงอายุนั้น คือ ส่งเสริมให้เกิดความคงอยู่ของการติดต่อทางสังคม (To maintain appropriate levels of social contract) เป็นความต้องการที่จะให้ผู้สูงอายุยังคงมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และคงปฏิสัมพันธ์กับสังคมไว้เช่นเดิม

ผลของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความผาสุก นั้นดังที่กล่าวมาแล้วว่ามีทั้งผลทางตรงและทางอ้อม (Caplan, 1974 cited in Friedman & King, 1994) พอสรุปได้ดังนี้คือ

ผลโดยตรงต่อความผาสุก (the direct effect on well-being) เป็นผลที่เกิดขึ้นโดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รักและได้รับการดูแลเอาใจใส่ มีส่วนร่วมหรือมีความเกี่ยวพันในสังคม เกิดระหว่งการสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นการกระตุ้นหรือการส่งเสริมความผาสุกให้เกิดขึ้น ความผาสุกซึ่งเกิดจากการปรับผลที่เกิดจากภาวะเครียด หรือเป็นตัวกันชนต่อผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด (modifying the deleterious effect of stress or the buffering hypothesis) ซึ่งผลของการสนับสนุนทางสังคมนั้น อาจลดความเครียดด้วยตัวเอง หรืออาจช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัว เผชิญกับปัญหาและภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสม เพิ่มความอดทนต่อปัญหา (mastery of stress) ได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลถึงความผาสุกโดยทางอ้อม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสภาพของสังคมได้เปลี่ยนแปลงไปครอบครัวไทย ได้มีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม แต่มีบางสิ่งที่ยังแสดงถึงเอกลักษณ์ และลักษณะของครอบครัวไทย คือ บุตร หลาน จะให้ความเคารพ รักใคร่ สนใจ และอุปการะเมื่อบิดามารดาชราภาพ แสดง

ความกตัญญูทวนเวียนที่ เพื่อตอบแทนบิดา มารดาผู้มีพระคุณ มีความเคารพยกย่อง ไม่ละทิ้งการ แสดงออกของบุคคลในครอบครัวและบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกสุขใจ มีการดูแลช่วยเหลือเกื้อหนุนปัจจัยต่างๆ ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย เงินทอง ตลอดจนดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย และอุปกรณ์ต่างๆ ตามความสามารถ และกำลังทรัพย์ของบุตรหลาน หรือผู้ใกล้ชิด (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2541: 43 – 66) เพื่ออำนวยความสะดวกสบายแก่ผู้สูงอายุให้ดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

ในผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน เช่น สุขภาพกาย ที่เสื่อมลง มีการเจ็บป่วยบ่อยครั้ง ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงแต่ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีย่อมส่งผลต่อความสุขได้ ส่วนบทบาทหน้าที่ทางสังคมหรือพร้อมทั้งเครือข่ายทางสังคมก็จะลดลงเช่นกัน แต่ผู้สูงอายุนั้นจะมีความภาคภูมิใจและมีความพึงพอใจมากเมื่อได้ทำกิจกรรม และมีบทบาทในสังคม ผู้สูงอายุจะใช้เวลารว่างให้เกิดประโยชน์ และการมีงานทำยังช่วย ลดปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะการทำงาน ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า มีความหมายกับครอบครัวและสังคม (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2540: 126 – 127; 132)

ดังที่กล่าวมาแล้วเมื่อผู้สูงอายุ อายุมากขึ้น บทบาทต่างๆ และเครือข่ายทางสังคมจะลดน้อยลง แต่บทบาทหนึ่งที่ผู้สูงอายุ เมื่ออายุประมาณ 50 ปีขึ้นไป บุตรจะมีการแต่งงานและมีครอบครัวใหม่ บทบาทหนึ่งที่ผู้สูงอายุจะได้รับ คือ บทบาทการเป็น ปู่ ย่า ตา ยาย ของหลาน ผู้สูงอายุ บางรายไม่เพียงแต่ดำรงบทบาทนี้เท่านั้น ยังมีหน้าที่ในการดูแลเด็ก อายุตั้งแต่ แรกเกิด ถึงวัยก่อนเข้าเรียนหรือ เด็กแรกเกิด – 5 ปี ซึ่งผู้สูงอายุจะมีบทบาทในการดูแล สนับสนุน และเป็นบุคคลสำคัญหรือเป็นเพื่อนที่ดีสำหรับหลาน (Ebersole & Hess,1990: 594) ผู้สูงอายุ บางรายได้รับบทบาทการดูแลหลานเป็นหลัก แต่บางรายจะช่วยเหลือบิดามารดาเด็กดูแลเฉพาะบางเวลา การดูแลแรกเกิด – 5 ปี ของผู้สูงอายุ เป็นบทบาทหนึ่งในสังคมไทยปัจจุบัน ถือว่าผู้สูงอายุมีบทบาทในการเป็นกำลังสำคัญของครอบครัว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2540: 118) มีนักวิชาการหลายท่านได้ระบุถึงผลดีของการที่ผู้สูงอายุเลี้ยงเด็กว่า การช่วยเลี้ยงเด็กเป็นงานที่ทำกันมากที่สุด เพราะเหมาะสมหลายประการ ปู่ ย่า ตา ยาย รักหลานและบางครั้งรักมากกว่ารักลูก

บทบาทการดูแลเด็กของผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สุขใจ มีกำลังใจในการทำงาน มีความหวังในชีวิต รู้สึกภาคภูมิใจที่ได้รับความไว้วางใจจากบุตร (ชนินทร จารุจันทร์, 2541; ศุกรี ศิริบุรณ์, 2541) ซึ่งความพึงพอใจกับบทบาทและหน้าที่นี้ก่อให้เกิดความคลายเหงา มีความสุข ลดความรู้สึกว่าเหว่ (ชนินทร จารุจันทร์, 2541) ลดความซึมเศร้า เพิ่ม

ความพึงพอใจในชีวิตในผู้สูงอายุเพศชายที่ดูแลเด็ก (Szinovacz et al., 1999) และในทางกลับกัน บทบาทในการดูแลเด็กย่อมส่งผลต่อสุขภาพกาย อันเนื่องมาจากความเสื่อมโทรมอยู่เดิม และความเครียดของผู้สูงอายุ (Flaherty, 1985) โดยเฉพาะความเครียดในบทบาทการดูแล (Lazarus, 1966; Kelley, 1993; Dowdell, 1995; Solomon & Mar, 1995; Pruchno, 1999 and Szinovacz et al., 1999) นอกจากความเครียดแล้ว ผู้สูงอายุเพศหญิงที่ดูแลเด็กจะพบว่ามีความ ซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเมื่อรับภาระดูแลเด็ก (Szinovacz et al., 1999) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเศรษฐกิจหรือ มีปัญหาการรับรู้ภาวะสุขภาพ หรือต้องมีภาระอื่นที่ต้องกระทำยิ่งไปกว่านั้น ผู้สูงอายุบางรายนอกจากจะมีบทบาทในการดูแลตนเองแล้ว ในแต่ละวันผู้สูงอายุอาจมีภาระกิจอื่นๆ อีก (จันทรพิชญ์ ประภาวรรณ, 2543: 186) เพราะฉะนั้นการดูแลเด็ก ย่อมส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ (ชินินทร จารุจันทร, 2541; Jendrek, 1993 and Szinovacz et al., 1999) ทั้งในทางเพิ่มขึ้นและ ลดลง ในทางเพิ่มขึ้น คือ กิจวัตรประจำวัน แผนตารางเวลาที่ต้องมีภาระบทบาทเพิ่มขึ้น มีความเหนื่อยล้าทางกายมากขึ้น ในทางลดลง คือ เวลาความเป็นส่วนตัว เวลาพักผ่อน เวลาทำงานอื่น ความสัมพันธ์กับเพื่อน น้อยลง (Jendrek, 1993) ในการดูแลเด็กของผู้สูงอายุ พบว่า จะมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ เวลาในการทำงาน รายได้และสังคม (Szinovacz et al., 1999) เพราะฉะนั้นบทบาทในการดูแลเด็กของผู้สูงอายุจึงสามารถส่งผลทั้งโดยตรงและทางอ้อม กับความผาสุกของผู้สูงอายุ (Szinovacz et al., 1999)

การรับบทบาทในการดูแลเด็กของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาในการติดต่อกับสังคม ลดลง หรือขาดเครือข่ายในการสนับสนุนทางสังคม (Minkler & Roe, 1993; Poe, 1992; Pruchno, 1999) ทั้งนี้ขึ้นกับลักษณะบทบาทในการดูแลหรือประเภทที่แตกต่างกัน (Jendrek, 1993; Ebersole & Hess, 1990:595; Karen & Stweker, 1998; Szinovacz, 1998 and Flaherty, 1985) การที่ ผู้สูงอายุต้องรับผิดชอบในการดูแลเด็กทุกด้าน ประกอบด้วย ดูแลเรื่อง อาหาร การนอน การอาบน้ำ การเล่นเกม การทำกิจกรรมต่างๆ การอบรม การแนะนำ การสอน การให้ความรักความอบอุ่น การดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย รวมถึงการจัดเตรียมสิ่งของหรือสิ่งจำเป็น สำหรับเด็ก ทำให้ผู้สูงอายุมีเวลาในการทำกิจกรรมของตนเอง น้อยกว่าผู้สูงอายุที่ดูแลเด็กเฉพาะ บางเวลา หรือเวลาที่บิดามารดาไม่อยู่ (Jendrek, 1993; Szinovacz et al., 1999) เพราะฉะนั้น บทบาทในการดูแลเด็กของผู้สูงอายุจึงสามารถส่งผลโดยตรงต่อความผาสุก คือ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึก มีความภาคภูมิใจ มีคุณค่าในตนเอง ได้รับการไว้วางใจจากบุตรหลานและรู้สึกถึงการเป็นที่ยอมรับ ของสังคม ส่วนผลกระทบของวิถีชีวิตในผู้สูงอายุจากบทบาทการเลี้ยงดูเด็ก ในด้านการเงิน ด้านสุขภาพกาย ด้านการติดต่อกับสังคมและการสนับสนุนทางสังคม เป็นผลกระทบทางอ้อมที่ จะส่งผลถึงความผาสุกในผู้สูงอายุที่มีบทบาทการดูแลเด็ก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาความผาสุกของผู้สูงอายุได้มีผู้ศึกษาวิจัยดังนี้

รุ่งทิพย์ แแบ่งใจ (2542) ศึกษาการสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสในชุมชนเมือง จังหวัดน่าน จำนวน 200 ราย วัดความผาสุกโดยใช้แบบวัดความผาสุกของแคนทริล ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีทดสอบซ้ำในระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ ได้ความเชื่อมั่น เท่ากับ .95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับแบบสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความผาสุกของผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ในระดับสูง และการสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้สูงอายุในระดับต่ำ ($r_s = .264, p < .01$)

อัญชลี กลิ่นอวล (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายต่อสมรรถภาพทางกายและความผาสุกของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี การศึกษาใช้แบบวัดความผาสุกของ Cantril (1965) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง มีความผาสุกภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 14.55, p < .01$) และกลุ่มทดลองมีความผาสุกมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\mu = 39.00, p = .01$)

จุฑากานต์ กิ่งเนตร (2539) ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดโลหิตขาวที่ได้รับเคมีบำบัด ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ จำนวน 20 ราย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้แบบวัดความผาสุกของ Cantril ผลการวิเคราะห์ พบว่าภายหลังได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ กลุ่มทดลองมีความผาสุกในชีวิต เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความผาสุกในชีวิตมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับความผาสุกพบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกนั้นมีหลายปัจจัย ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำปัจจัยส่วนบุคคล ความพึงพอใจในบทบาทการดูแลเด็ก การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มาเป็นตัวแปรที่ศึกษาความผาสุกของผู้สูงอายุ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกในผู้สูงอายุพบว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในผู้สูงอายุดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลที่นำมาศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และ เศรษฐฐานะ ปัจจัยเหล่านี้ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกและมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

เพศ

คอสตา และคณะ (Costa et al., 1987 อ้างใน อัญชลี กลิ่นอรุณ, 2544) ศึกษาพบว่าเพศเพศหญิงจะมีความผาสุกในชีวิตต่ำกว่าเพศชาย ซึ่งอาจเนื่องมาจากการที่เพศหญิงมักประสบปัญหาทางด้านสุขภาพมากขึ้นภายหลัง จากการที่ร่างกายของเพศหญิงหยุดการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจน

Szinovacz et al. (1999) ศึกษาผลกระทบในการดูแลเด็กกับความผาสุกของ บู่ ย่า ตายาย จำนวน 1,789 คน ผลกระทบต่อวิถีชีวิต แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ การสนับสนุนจากสังคม และการติดต่อกับสังคม ซึ่งเป็นผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ขึ้นกับปัจจัยอื่นอีก เช่น เพศ และเชื้อชาติ จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเมื่อเด็กอาศัยอยู่ด้วย ส่วนเพศชายจะมีภาวะซึมเศร้าเมื่อเด็กจากไป ส่วนเพศและเชื้อชาติไม่มีผลต่อความพึงพอใจ จากการศึกษาความแตกต่างของความผาสุกในเพศชายและเพศหญิงคือ เพศชายจะมีความผาสุกมากกว่าเพศหญิงเมื่อมีเด็กอยู่ด้วย โดยแสดงออกในความซึมเศร้าน้อย ความพึงพอใจมาก ส่วนเพศหญิงจะมีความผาสุกน้อยเมื่อเด็กอยู่ด้วยโดยจะแสดงออกโดยความซึมเศร้ามาก และความพึงพอใจน้อย แต่ก็พบว่าเพศหญิงสามารถดูแลเด็ก และเอาใจใส่เด็กได้เป็นอย่างดี

อุไรวรรณ คิ่งสุขเกษม และคณะ (2541) ศึกษาแบบแผนการดูแลลูกของพ่อที่เป็นคนงานในโรงงานอุตสาหกรรมในกรุงเทพมหานคร จำนวน 455 ราย ชาย 336 คน หญิง 119 คน ที่มีบุตรอายุ 0 -12 ปี พบว่า แม่มีบทบาทในการดูแลลูกมากที่สุด ส่วนผู้ที่มีบทบาทรองลงมา คือ ย่า ยาย โดยที่สัดส่วนของ ย่า ยาย สูงกว่า ย่า ในทุกช่วงอายุของหลาน และพบว่า ย่า ยาย จะเป็นผู้ดูแลบุตรคนแรกมากกว่าบุตรคนอื่นๆ ย่า ยาย จะเป็นผู้ดูแลเลี้ยงเด็กวัยก่อนเรียนจนถึงวัยที่เข้าโรงเรียนแล้ว พ่อ แม่ ก็จะมารับกลับไปอยู่ด้วย จากเหตุผลว่าพ่อ แม่ ไม่มีเวลาดูแลเพราะต้องออกไปทำงาน หรือหาคนเลี้ยงลูกไม่ได้ หรือหาคนเลี้ยงลูกที่ไว้ใจได้ยาก และเป็นการลดค่าใช้จ่าย เนื่อง

จากรายได้ไม่ค่อยพอเพียง นอกจากนี้ ยังพบอีกว่า ร้อยละ 20.2 ย่า ยาย จะเป็นที่ปรึกษาในการเลี้ยงลูกของพ่อ แม่

กนกวรรณ เพียงเกต (2541) ได้ศึกษา บทบาทของผู้สูงอายุในการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ที่ต้องดูแลเด็กที่บิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ทั้งคู่ จำนวน 20 ราย เป็นผู้สูงอายุหญิง 17 ราย และชาย 3 ราย มี อายุระหว่าง 63 – 70 ปี จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเอาใจใส่ดูแลเด็กเป็นอย่างดี ผู้สูงอายุหญิงจะให้การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดมากกว่าผู้สูงอายุชาย

Keith (1995) ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผู้ดูแลและระบบการดูแลในครอบครัว ศึกษาในผู้ดูแลเป็นบุตรเพศหญิงและเพศชายที่มารดาเจ็บป่วยและช่วยเหลือตนเองได้น้อย จำนวน 57 คน จาก 31 ครอบครัว พบว่า ในครอบครัวที่มีทั้งบุตรหญิงและบุตรชาย บุตรหญิงจะเป็นผู้ที่มีบทบาทและทำหน้าที่ในการดูแลมารดามากกว่าบุตรชาย

ศุกรี ศิริบุรณ์ (2542) ศึกษาสุขภาพจิตของปู่ ย่า ตา ยาย ที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 300 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.7 และเพศชายร้อยละ 20.3 ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงพบว่า ผู้สูงอายุ หญิงเป็นผู้ดูแลหลักของเด็กมากกว่า ผู้สูงอายุชาย

Burnette, D. (1999) ศึกษา บทบาทของ ปู่ ย่า ตา ยาย ที่เป็นผู้ดูแลหลาน ในเมืองนิวยอร์ก จำนวน 74 ราย พบว่า บทบาทเป็นผู้ดูแลหลาน ร้อยละ 93.2 เป็นเพศหญิง อาจเนื่องมาจากเพศหญิงเป็นเพศสำหรับการดูแล

Somary, K. & Stricker, G. (1998) ได้ทำการศึกษา ในบทบาทของปู่ ย่า ตา ยาย จำนวน 152 ราย ที่มีหลานคนแรก ตั้งแต่เด็กอยู่ในครรภ์มารดา พบว่า เพศของปู่ ย่า ตา ยาย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยที่เพศหญิงจะมีความพึงพอใจในบทบาทใหม่ของการเป็นย่า ยาย มากกว่าเพศชาย และเพศหญิงพร้อมที่จะเป็นผู้ดูแลหลานหรือช่วยเหลือหลานมากกว่าเพศชาย

Thomson, E. & Minkler, M. (2001) ศึกษาระยะเวลาใน ปู่ ย่า ตา ยาย จำนวน 3,260 ราย ในปี ค.ศ. 1992–1994 พบว่า ปู่ ย่า ตา ยาย ที่ไม่มีหน้าที่ในการดูแลหลานเลย มีจำนวน 1,319 ราย ในจำนวนนี้ทั้งเพศหญิงและเพศชายมีจำนวน ใกล้เคียงกัน คือ เพศหญิง ร้อยละ 52 เพศชาย ร้อยละ 48 ส่วน ปู่ ย่า ตา ยายที่มีบทบาทในการดูแลเด็ก ทั้งเป็นการดูแลบางครั้งดูแลปานกลางมีส่วนร่วมในการดูแลและเป็นผู้ดูแลหลัก พบว่าเพศหญิงจะรับบทบาทในการดูแลมากกว่าเพศชาย

เพศมีความสัมพันธ์กับบทบาทในการดูแล พบว่าเพศหญิงจะมีบทบาทสำคัญในการดูแล นอกจากนี้เพศยังบ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย ความสามารถทางหน้าที่ร่างกาย

เพศชายจะมีความสามารถทางด้านหน้าที่ร่างกายได้ดีกว่าเพศหญิง เพศที่แตกต่างกันจะมีความเชื่อและทัศนคติที่แตกต่างกันอีกด้วย

ระดับการศึกษา

กนกวรรณ เพียงเกต (2541) ศึกษา บทบาทของผู้สูงอายุในการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเอาใจใส่ดูแลเด็กเป็นอย่างดี แต่การศึกษาของผู้ส่วนใหญ่จบการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 ซึ่งอ่านหนังสือได้เพียงเล็กน้อย ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการพัฒนาศักยภาพ และสุขภาพ และส่งผลถึงความผาสุกได้

ศุภรี ศิริบุรณ (2542) ศึกษาใน ปู่ ย่า ตา ยาย ที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 300 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.3 และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของ ปู่ ย่า ตา ยาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ด้วยสถิติการถดถอยพหุแบบลอจิสติก เพื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่น พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของปู่ ย่า ตา ยาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .0286$) แสดงว่า ปู่ ย่า ตา ยาย ที่ไม่ได้เรียนหนังสือมีสภาวะสุขภาพจิตไม่ดีมากกว่า ปู่ ย่า ตา ยาย ที่มีการศึกษาอยู่ระดับ ประถมศึกษา และมัธยมศึกษา

Szinovacz et al. (1999) สัมภาษณ์ผลกระทบบนการดูแลเด็กกับความผาสุกของ ปู่ ย่า ตา ยาย จำนวน 1,789 คน ผลกระทบต่อวิถีชีวิต พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับความผาสุกของปู่ ย่า ตา ยาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สามารถทำนาย ความผาสุกได้

Burnette, D. (1999) ศึกษา บทบาทของ ปู่ ย่า ตา ยาย ที่เป็นผู้ดูแลหลาน ใน เมืองนิวยอร์ก จำนวน 74 ราย พบว่า การศึกษาของผู้ดูแลที่เป็น หญิงจะค่อนข้างต่ำ ด้วยเหตุผลที่ว่า เพศหญิงจะเป็นเพศผู้ดูแลมาแต่ยังเด็กจึงมีการเสียสละจากการเรียน หรือฐานะทางบ้านยากจน ต้องทำงานแต่อายุยังน้อย จึงเรียนหนังสือน้อย

Glaser & Tomassini (2000) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความใกล้ชิดกับหลานของผู้สูงอายุหญิง ในประเทศ อังกฤษ-สกอตแลนด์ กับ ประเทศอิตาลี อายุระหว่าง 60 – 74 ปี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาต่ำ ระดับการศึกษาต่ำมีผลทางบวก ($p < .01$)กับผู้สูงอายุหญิงในประเทศ อิตาลี คือผู้ที่มีการศึกษาต่ำจะอยู่ใกล้หลานมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับสูง ส่วนใน

ประเทศ อังกฤษ-สกอตแลนด์ ระดับการศึกษาต่ำจะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางลบ ($p < .01$) คือ ระดับการศึกษาต่ำจะพักอาศัยอยู่ไกล

ละออง สุวิทย์ภรณ์ (2534) ศึกษาปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบท: กรณีศึกษาเฉพาะในอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง ในปี พ.ศ. 2534 ผู้สูงอายุจำนวน 131 คน ผลการศึกษพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีสุขภาพจิตและความพึงพอใจในชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

จากการศึกษางานวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมิพบทบทในการดูแลเด็กจะมีระดับการศึกษาเข้ามาเกี่ยวข้องที่จะส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสภาพความรู้สึก ความเป็นสุข หรือความผาสุกของ ผู้สูงอายุ เพราะการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญ ในการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลตนเองและบุคคลอื่น นอกจากนี้ ยังเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูล ข่าวสาร มีการเรียนรู้ และสามารถตัดสินใจพิจารณาในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองและบุคคลอื่นได้ ผู้วิจัยจึงเลือก ระดับการศึกษามาเป็นตัวแปรหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้

สถานภาพสมรส

ศุกรี ศิริบุญรณ์ (2542) ศึกษาสุขภาพจิตของปู่ ย่า ตา ยาย ที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 0 - 5 ปี จำนวน 300 คน จากการศึกษาพบว่า ปู่ ย่า ตา ยาย ที่มีสถานภาพสมรสเดียว (หม้าย หย่า แยก) มีสภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 48 และปู่ ย่า ตา ยาย ที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีสภาวะสุขภาพจิตไม่ดีร้อยละ 32.4 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ ด้วยการวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของปู่ ย่า ตา ยาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .015$) โดย ปู่ ย่า ตา ยาย ที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีสภาวะสุขภาพจิตดีมากกว่า ปู่ ย่า ตา ยาย ที่มีสถานภาพสมรสเดียว

รุ่งทิพย์ แแบ่งใจ (2542) ศึกษาการสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในชุมชน เขตเมือง จังหวัดน่าน จำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส จะมีคะแนนสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของหรือบริการและการสนับสนุนด้านอารมณ์ อยู่ในระดับสูง คะแนนความผาสุกของผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ในระดับสูง และการสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้สูงอายุในระดับต่ำ ($r_s = .264, p < .01$)

Szinovacz et al. (1999) ศึกษาผลจากการเป็นผู้ดูแลเด็ก ต่อ ความผาสุกของ ปู่ ย่า ตา ยาย จำนวน 1,789 คน พบว่า สถานภาพสมรสเป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถทำนายความผาสุกของ

ผู้สูงอายุที่ดูแลเด็ก เนื่องจาก ภาวะสุขภาพผู้สมรส หรือการสนับสนุนจากผู้สมรส และจากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยที่ปู่ ตา ร้อยละ 82 ที่เป็นรับบทบาทดูแลเด็กจะมีสถานภาพสมรสคู่ และจะ เลิกจากการไปเที่ยวนอกบ้าน หันมาดูแลเด็ก และมีความพึงพอใจที่มีเด็กอยู่ด้วย ส่วนย่า ยายจะรู้สึกเป็นภาระที่จะต้องดูแลทั้งผู้สมรสและเด็ก

Dowdell (1995) ศึกษาภาระของ ย่า ยาย ในการเลี้ยงเด็กที่มีความเสี่ยง จำนวน 154 คน อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุ 54.8 ปี และอายุเด็กที่เลี้ยง 6 เดือน – 15 ปี พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 กับการสนับสนุนจากครอบครัวและภาวะสุขภาพไม่ดีในผู้ที่เป็นโสด และพบว่า ภาระในการดูแล ด้านคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ และตารางเวลา มีความสำคัญกับระดับความเครียด ร้อยละ 45 ของย่า ยาย ที่บอกว่าตนเองมีปัญหาสุขภาพกายหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีความเครียดมากขึ้นเมื่อเป็นผู้ดูแลเด็ก

Jenderk (1993) ศึกษาผลกระทบต่อวิถีชีวิตของปู่ ย่า ตา ยายที่ดูแลหลานจำนวน 114 คน ใช้วิธีการศึกษาในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ในแง่ของผลกระทบต่อวิถีชีวิต ผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคู่ครอง ในแง่ของความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยที่ระดับความพึงพอใจในสัมพันธภาพจะลดลงในกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลเด็กเป็นหลัก ส่วนในกลุ่มที่ดูแลเฉพาะช่วงกลางวันจะมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพผู้สมรส

สถานภาพสมรสถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของบุคคล บุคคลที่มีคู่ชีวิตจะมีการช่วยเหลือค้ำจุนกัน ช่วยแบ่งเบาภาระ และลดภาวะเครียดต่างๆ รวมทั้งส่งเสริมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลอื่น

จากการศึกษางานวิจัย พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ และไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุก ในส่วนที่มีความสัมพันธ์นั้นคือ จะเป็นแหล่งสนับสนุน ทั้งด้านอารมณ์จิตใจ ในการเป็นที่ปรึกษาแก้ปัญหาหรือเผชิญความเครียดส่งผลถึงความผาสุก ส่วนไม่มีความสัมพันธ์คือ เพิ่มภาระในการดูแล เมื่อผู้สมรสเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย

เศรษฐฐานะ

กนกวรรณ เพียงเกต (2541) ได้ศึกษา บทบาทของผู้สูงอายุในการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป ที่ต้องดูแลเด็กที่บิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ทั้งคู่ จำนวน 20 ราย เป็นผู้สูงอายุหญิง 17 ราย และชาย 3 ราย มี อายุระหว่าง 63 – 70 ปี จากการศึกษพบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหลักในการดำรงชีวิต เพราะผู้สูงอายุจะต้องรับภาระในค่าใช้จ่ายต่างๆ

ชนินทร จารุจันทร์ (2541) ศึกษาแบบแผนชีวิตและการปรับตัวของยายเลี้ยงหลานกรณีศึกษาบ้านภูเหล็ก หมู่ 6 ตำบลภูเหล็ก อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ศึกษาใน ย่า (3 คน) และยาย (16 คน) อายุ 40 – 69 ปี จำนวน 19 ราย ที่ดูแลเด็กอายุ 0 – 6 ปี ซึ่งแบ่งยายออกเป็น 2 กลุ่มคือ ยายที่ทำงาน และยายที่เกษียณงาน ยายที่ดูแลหลานต้องรับภาระในเรื่องภาระกิจการดูแลและในเรื่องการใช้จ่าย แต่ในการรับบทบาทการเลี้ยงหลานผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อลูกหลาน และมีความเต็มใจและมีความสุขในการได้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลเด็ก

ศุภรี ศิริบุญรอด (2542) ศึกษาสุขภาพจิตของปู่ ย่า ตา ยาย ที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 300 คน พบว่า ปู่ ย่า ตา ยายที่ดูแลเด็กส่วนใหญ่มีรายได้ไม่พอเพียง ร้อยละ 75 มีรายได้พอเพียงร้อยละ 25 กลุ่มตัวอย่างได้รับเงินหรือสิ่งของจากพ่อแม่เด็กไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 20 และ ไม่ได้รับเลย ร้อยละ 28.3 ทำให้ประสบปัญหาด้านการเงิน เพราะการเป็นผู้ดูแลเด็กนั้นต้องมีภาระทางด้านค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม และจากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่ารายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิตของ ปู่ ย่า ตา ยาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .0001$) แต่เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยพหุแบบลอจิสติก พบว่า รายได้ครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพจิต ของปู่ ย่า ตา ยาย ($p = .1258$) แสดงว่า ปู่ ย่า ตา ยาย ที่มีรายได้เพียงพอไม่เพียงพอ มีสภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

Szinovacz et al. (1999) สำรวจผลกระทบในการดูแลเด็กกับความผาสุกของ ปู่ ย่า ตา ยาย จำนวน 1,789 คน ผลกระทบต่อวิถีชีวิต แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ สภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ การสนับสนุนจากสังคม และการติดต่อกับสังคม ซึ่งผลกระทบใน 4 ด้านนี้จะส่งผลต่อความผาสุกของ ปู่ ย่า ตา ยาย จากการศึกษาพบว่า ผลกระทบจากการดูแลเด็ก ด้านรายได้ ความสัมพันธ์โดยอ้อม กับความผาสุกของ ปู่ ย่า ตา ยาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

Kelley (1993) ศึกษาความเครียดใน ปู่ ย่า ตา ยาย ที่ดูแลหลาน จำนวน 41 คน อายุเฉลี่ย 55 ปีอายุเด็กเฉลี่ย 5 เดือน–12 ปี (อายุเฉลี่ย 6 ปี) จากการศึกษาพบว่าปู่ ย่า ตา ยาย ที่รับบทบาทในการดูแลเด็กมีความเครียดด้านเศรษฐกิจร้อยละ 56 การดูแลเด็กจะต้องมีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น

รายได้หรือ เศรษฐฐานะครอบครัวเป็นตัวบ่งชี้ถึงสภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เศรษฐฐานะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการตอบสนองของความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล ถ้าบุคคลมีเศรษฐฐานะ ที่เพียงพอต่อการใช้จ่ายก็จะไม่ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ มีความยากลำบากในการดำรงชีวิต และจะส่งผลถึงความผาสุกของบุคคลได้

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกของผู้สูงอายุที่มีบทบาทในการดูแลเด็กพบว่า เศรษฐฐานะ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความผาสุก โดยที่ผู้สูงอายุที่มีรายได้พอเพียงกับรายจ่ายหรือมีความสมดุลย์ของรายรับรายจ่ายจะมีความผาสุก ส่วนผู้สูงอายุที่

มีรายจ่ายไม่พอเพียงจะรู้สึกมีความเครียด ซึ่งจะส่งผลทางอ้อมต่อความผาสุกได้ ผู้วิจัยจึงนำ เศรษฐฐานะ มาเป็นตัวแปรหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้

การศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในบทบาทการดูแลเด็กของผู้สูงอายุ

บทบาทการดูแลเด็กมีความสำคัญ เป็นการตอบสนองต่อความต้องการของเด็กที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ การดูแลเด็กจึงเป็นภาระหน้าที่ที่มีคุณค่า (นิตยา คชภักดี, 2543: 90-91) ถึงแม้การดูแลเด็กจะต้องรับภาระ หรือผลกระทบต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ (Jenderk, 1993) ดังมีผู้ศึกษาวิจัยดังนี้

กนกวรรณ เพียงเกต (2541) ได้ศึกษา แล้วพบว่า มีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อบทบาทของผู้สูงอายุ ดังนี้ เพศ ผู้สูงอายุหญิงจะให้การดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดมากกว่าผู้สูงอายุชาย อายุของผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีผลต่อการแสดงบทบาท ปู่ ย่า ตา ยาย ที่มีอายุมากเกินไป ก็จะทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยได้ และความสามารถในการดูแลเด็กก็จะน้อยไปด้วย การศึกษาของผู้ส่วนใหญ่จบการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 4 ซึ่งอ่านหนังสือได้เพียงเล็กน้อย ทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการพัฒนาศักยภาพ และสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และสามารถทำงานได้ ผู้สูงอายุจะสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้เป็นอย่างดี ผู้สูงอายุในบทบาทการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ พบว่าผู้สูงอายุสามารถให้การดูแลและตอบสนองต่อความต้องการของเด็กได้ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ และด้านสังคม ซึ่งขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาด้วยการเลี้ยงเด็กของ ผู้สูงอายุถึงแม้จะเป็นภาระแต่ก็ทำให้ผู้สูงอายุมีจุดหมายในชีวิต

ชนินทร จารุจันทร์ (2541) ศึกษาแบบแผนชีวิตและการปรับตัวของยายเลี้ยงหลานกรณีศึกษาบ้านภูเหล็ก หมู่ 6 ตำบลภูเหล็ก อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ศึกษาใน ย่า (3 คน) และ ยาย (16 คน) อายุ 40 - 69 ปี จำนวน 19 ราย ที่ดูแลเด็กอายุ 0 - 6 ปี ซึ่งแบ่งยายออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ยายที่ทำงาน และยายที่เกษียณงาน พบเงื่อนไขพร้อมสำคัญที่ยาย ต้องมาเลี้ยงหลาน 3 ประการ คือ ต้องการสนับสนุนให้ลูกทำงานหารายได้ อยากรับแม่อีกครั้ง และความรู้สึกผูกพันทางสายเลือด และเมื่อยายต้องมารับบทบาทการเป็นแม่อีกครั้งจะต้องมีการปรับวิถีชีวิตในแง่มุม 3 ประการคือ ในเรื่องการทำงาน ในเรื่องภาระกิจการดูแล และในเรื่องการใช้จ่าย ในการรับบทบาทการเลี้ยงหลาน ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อลูกหลาน

มยุรี ยกตรี (2540) สัมภาษณ์พบว่าในครอบครัวที่สมาชิกป่วยเป็นโรคเอดส์เมื่อเสียชีวิตแล้ว ในครอบครัวจะเหลือเพียงผู้สูงอายุและเด็กซึ่งเป็นลูกของผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ และพบว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นด้วย

ศิริจันทร์ ชัชวรัตน์ (2534) ศึกษาเรื่องบทบาทและการปฏิบัติของยายในการดูแลเด็กของมารดาที่มีบุตรคนแรกในครอบครัวขยาย กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 23 คน พบว่า การเป็น ปู่ ย่า ตา ยาย เริ่มตั้งแต่อายุ 45 ปี เป็นส่วนใหญ่ และยายจะเป็นผู้ที่สามารถให้การช่วยเหลือและแบ่งเบาภาระของมารดาได้เป็นอย่างดี

ศุภกร ศิริบุรณ (2542) ศึกษาสุขภาพจิตของปู่ ย่า ตา ยาย ที่เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ในเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 300 คน ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน ของปู่ ย่า ตา ยาย ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ครอบครัว และสภาวะสุขภาพกาย ปัจจัยด้านเด็ก ประกอบด้วย อายุ สภาวะสุขภาพเด็ก และจำนวนเด็กอายุระหว่าง 0 – 5 ปี ที่อยู่ในความดูแล และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของ ปู่ ย่า ตา ยาย ($p < 0.0001$ และ 0.0286 ตามลำดับ) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะ สุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ครอบครัว สภาวะสุขภาพเด็ก และ ความรู้สึกเป็นภาระ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 79.7 เป็นเพศหญิงอายุเฉลี่ย 53 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมสร้อยละ 75 ศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.3 ส่วนใหญ่ยังยังคงประกอบอาชีพ ร้อยละ 62.3 ร้อยละ 75 รายได้ไม่พอเพียงต่อการใช้จ่าย และร้อยละ 79.7 มีสภาวะสุขภาพกายดี ส่วนลักษณะทั่วไปของเด็กอายุน้อยสุด คือ 2 เดือน มากสุดคือ 5 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.5 มีภาวะสุขภาพดี จำนวนเด็กที่อยู่ในความดูแล 1 คน ร้อยละ 84 ผู้สูงอายุที่ดูแลเด็ก ร้อยละ 65.7 รู้สึกเป็นภาระปานกลาง ส่วนสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ร้อยละ 63.7 มีสภาวะสุขภาพจิตดี และผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจกับบทบาทในการดูแลหลาน

สมณิ พิจิตรศิริ (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุ 0 – 5 ปี ของผู้สูงอายุ พบว่าอายุแรกเกิด – 5 ปี จำนวน 613 คน (ร้อยละ 10.53) ได้รับการดูแลโดยบุคคลที่มีอายุ ตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป โดยที่บิดามารดาเด็กอพยพไปทำงานต่างถิ่นนานกว่า 3 เดือนใน 1 ปี

Flaherty (1985) ศึกษาบทบาทหน้าที่ของ ย่า ยาย ชาวผิวดำ จำนวน 635 คน สามารถแบ่งหน้าที่ของย่า ยาย ได้ 7 หน้าที่ ประกอบด้วย หน้าที่จัดเตรียมทุกอย่าง (ร้อยละ 29) เช่น ตาราง กิจกรรม การเงิน หรือหน้าที่ทุกอย่างที่ครอบครัวต้องการ หน้าที่ดูแล (ร้อยละ 19) หน้าที่สอน หน้าที่ประเมิน หน้าที่ให้ความรัก หน้าที่ในการกำหนดบทบาท และหน้าที่คอยชี้แนะ

Jenderk (1993) ศึกษาผลกระทบต่อวิถีชีวิตของปู่ ย่า ตา ยาย ที่ดูแลหลาน จำนวน 114 คน ใช้วิธีการศึกษาในเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ในแง่ของผลกระทบต่อวิถีชีวิต ผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับคู่ครอง ซึ่งอายุก่อให้เกิดความเครียดได้ใน 2 ด้าน คือ การเปลี่ยนแปลงอายุ และการเปลี่ยนแปลงการสนับสนุนทางสังคม และการขาดการติดต่อสัมพันธ์จากเพื่อนและครอบครัว ผลกระทบต่อวิถีชีวิตจะแบ่งตามบทบาทการดูแล หลานของปู่ ย่า ตา ยาย คือ กลุ่มที่ดูแลทุก

ด้าน กลุ่มที่อยู่ด้วยกับเด็ก และกลุ่มที่ดูแลเฉพาะกลางวัน พบว่า การดูแลเด็กมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตในทางเพิ่มขึ้นและลดลง ผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับเพื่อนน้อยลงตามการดูแล ผลกระทบต่อครอบครัวและชีวิตสมรสไม่พบปัญหา

Kelley (1993) ศึกษาความเครียดใน ฟูย่า ตายาย ที่ดูแลหลาน จำนวน 41 คน อายุเฉลี่ย 55 ปี อายุเด็กเฉลี่ย 5 เดือน - 12 ปี (อายุเฉลี่ย 6 ปี) ร้อยละ 73 ดูแลเด็ก 1 คน ร้อยละ 68 เป็นหญิง พบว่า ความเครียดในการดูแลเด็กมี 4 ด้าน คือ ข้อจำกัดในด้านบทบาท ด้านการแยกจากสังคม ด้านความสัมพันธ์กับคู่สมรส และด้านความเครียดในชีวิต พบอีกว่าอายุเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

Szinovacz et al. (1999) สำรวจผลกระทบในการดูแลเด็กกับความผาสุกของ ฟูย่า ตายาย จำนวน 1,789 คน ผลกระทบต่อวิถีชีวิต แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ การสนับสนุนจากสังคม และการติดต่อกับสังคม ซึ่งเป็นผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ขึ้นกับปัจจัยอื่นอีก เช่น เพศ และเชื้อชาติ จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงจะมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเมื่อเด็กอาศัยอยู่ด้วย ส่วนเพศชายจะมีภาวะซึมเศร้าเมื่อเด็กจากไป ส่วนเพศและเชื้อชาติไม่มีผลต่อความพึงพอใจ จากการศึกษาความแตกต่างของความผาสุกในเพศชายและเพศหญิงคือ เพศชายจะมีความผาสุกมากกว่าเพศหญิงเมื่อมีเด็กอยู่ด้วย โดยแสดงออกในความซึมเศร้าน้อย ความพึงพอใจมาก ส่วนเพศหญิงจะมีความผาสุกน้อยเมื่อเด็กอยู่ด้วยโดยจะแสดงออกโดยความซึมเศร้ามาก และความพึงพอใจน้อย แต่ก็พบว่าเพศหญิงสามารถดูแลเด็ก และเอาใจใส่เด็กได้เป็นอย่างดี

จากการศึกษาวิจัยที่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีบทบาทในการดูแลเด็ก การรับบทบาทนี้จะส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความผาสุกของผู้สูงอายุ ทางตรงคือ ผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในบทบาทการดูแล ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจ รู้สึกตนเองมีคุณค่า คลายความเหงา ใช้เวลาให้เกิดประโยชน์กับครอบครัว และได้รับความไว้วางใจจากครอบครัวในการดูแลเด็ก ส่วนผลทางอ้อมต่อความผาสุกคือ ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากบทบาทการดูแลเด็ก ทำให้มีการติดต่อกับสังคมน้อยลง ช่วงเวลาพักผ่อนน้อยลง เพิ่มชั่วโมงในการทำงาน อ่อนเพลีย ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นสิ่งเหล่านี้ เป็นภาระที่เพิ่มขึ้นจากบทบาทการดูแลเด็ก ซึ่งจะส่งผล ถึงความผาสุกของผู้สูงอายุ

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

สภาพร่างกาย และจิตใจมีความสัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เมื่อสิ่งหนึ่งกระทบกระเทือน ย่อมส่งผลกระทบต่ออีกด้านด้วย หรือกล่าวได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพดี ย่อมนำมาซึ่งความผาสุกของบุคคลนั้น ดังมีงานวิจัยที่กล่าวไว้ คือ

มธุรส จันทร์แสงศรี (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 143 คน พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ชลธิชา สงวนวงศ์ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านโภชนาการ ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ภาวะสุขภาพทางกาย กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้สูงอายุจำนวน 144 ราย การศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพกายไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรอนงค์ สัมปัญญา (2539) ศึกษาปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศึกษาที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลอานันทมหิดล โรงพยาบาลลพบุรี และโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี จำนวน 275 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

ดาวรุ่ง สุภากรณ์ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่างศึกษาในโรงพยาบาลรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2059, p < .01$)

เนตรนภา คู่พันธ์วี (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์โรคเรื้อรังเขต 12 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 160 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = 0.5348$)

กฤษฎดา ตงศิริ (2531) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา

กลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษาจำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ชมพู่ วิสุทธิเมธีกร (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 397 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รวีวรรณ ยศวัฒน์ (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ บทบาทหน้าที่ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ศึกษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทหน้าที่ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0001 ($r = .40, p < .0001$)

มณฑกานต์ สุ่มปาน (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการศึกษาวิชาการพยาบาล ความพึงพอใจต่อสภาพแวดล้อมสถาบัน และการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาของรัฐ กรุงเทพมหานคร จำนวน 412 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของนักศึกษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ไฉนพร ชื่นใจเรือง (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 120 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ($r = .51$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สุพร พริ้งเพิศ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดหลอดเลือดแดงโคโรนารี ($r = .55$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เกษก่อง สีหะวงษ์ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล กับการรับรู้ภาวะสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร จำนวน 143 คน ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ไมตรี ดิยะรัตนกุล (2535) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ในปี 2535 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 234 ราย จากการศึกษาพบว่า สุขภาพกายมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) โดยผู้สูงอายุที่มีสภาวะสุขภาพกายแข็งแรงจะมีความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสภาวะสุขภาพกายไม่แข็งแรง

Heidrich and Friedman (1993) พบว่าสิ่งที่มีผลต่อความผาสุกคือ สภาวะสุขภาพโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพกาย เช่น ปวดตามข้อ ข้อติดแข็ง และผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ความผาสุกก็ลดลงด้วย

Dowdell (1995) ศึกษาภาระของ ย่า ยาย ในการเลี้ยงเด็กที่มีความเสี่ยง จำนวน 154 คน อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุ 54.8 ปี และอายุเด็กที่เลี้ยง 6 เดือน - 15 ปี พบว่าสุขภาพกายเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญตัวแปรหนึ่ง ที่มีความสัมพันธ์กับระดับของควมมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โดยที่ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายที่แข็งแรงจะมีระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ส่วนในผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายไม่แข็งแรงระดับความเครียดจะสูง

บุคคลจะรู้สึกผาสุกเมื่อมีความเข้าใจและความพึงพอใจในสิ่งนั้น ถึงแม้ในสภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงไปของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย หรือมีความรุนแรงของโรค การรับรู้สภาวะสุขภาพจึงมีความสำคัญกับความผาสุก ดังนั้นแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สภาวะสุขภาพและความผาสุกมีความเกี่ยวพันกันที่จะบอกได้ถึงถึงความชัดเจนในความสมบูรณ์ของมนุษย์ (Orem, 2001: 186) จากการศึกษางานวิจัยพบว่า การรับรู้สภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความผาสุกของผู้สูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุจะมีสภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงและสมรรถภาพการทำหน้าที่น้อยลงกว่าวัยอื่น แต่การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง อีกทั้งยังมีส่วนในการช่วยเหลือครอบครัวและสังคม และรับรู้สุขภาพโดยทั่วไปดี บุคคลก็จะดำรงอยู่ด้วยความผาสุกอย่างสมบูรณ์ ในการวิจัยนี้การรับรู้สภาวะสุขภาพเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุก ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรในการศึกษา

การศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นเครือข่ายทางสังคมที่บุคคลจะดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข ดังมีการวิจัยที่บ่งบอกว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความผาสุกดังนี้

รุ่งทิพย์ แสงใจ (2542) ได้ศึกษาการสนับสนุนจากคู่สมรส กับความผาสุกของผู้สูงอายุ ในชุมชนเมือง จังหวัดน่าน จำนวน 200 ราย และหาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับแบบสเปียร์แมน ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกของผู้สูงอายุในระดับต่ำ ($r_s = .264, p < .01$) โดยที่ ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีคะแนนการสนับสนุนจากคู่สมรสโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ หรือบริการ และ การสนับสนุนด้านอารมณ์ อยู่ในระดับสูง คะแนนความผาสุกของผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ในระดับสูง

Dowdell (1995) ศึกษาภาระของ ย่า ยาย ในการเลี้ยงเด็กที่มีความเสี่ยง จำนวน 154 คน อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุ 54.8 ปี และอายุเด็กที่เลี้ยง 6 เดือน – 15 ปี พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .01$) กับการสนับสนุนจากครอบครัวและภาวะสุขภาพไม่ดีในผู้ที่เป็นโสด การสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญกับระดับความเครียด โดยที่ ย่า ยาย ที่มีการสนับสนุนจากคู่สมรสและครอบครัว จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และจะมีความรู้สึกยอมรับในบทบาทการดูแลเด็กดีกว่า ซึ่งความรู้สึกในด้านบวกจากการสนับสนุนทางสังคมส่งผลถึงความผาสุกของผู้สูงอายุได้

Friedman (1993) ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกในผู้สูงอายุหญิงที่เป็นโรคหัวใจ ที่มีอายุ 55 ปี ขึ้นไป จากผลการศึกษา พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีความผาสุกมากกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยที่ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยจะต้องการการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก และมีความพึงพอใจในการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของจากครอบครัวมากกว่าบุคคลอื่น

จากการศึกษาวิจัยพบว่าความผาสุกในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม ในผู้สูงอายุที่มี เพื่อน คู่สมรสหรือบุคคลอื่นในสังคมคอยช่วยเหลือ หรือให้ความสำคัญ ผู้สูงอายุจะรู้สึกมีคุณค่ามีความสุข

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุก ในผู้สูงอายุจะเห็นได้ว่าความผาสุกในผู้สูงอายุที่ดูแลเด็กนั้นมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ คือ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส เศรษฐฐานะ บทบาทการดูแลเด็ก การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถนำมาเขียนความสัมพันธ์เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

