



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถิติประชากรโลกปี พ.ศ. 2518 พบว่า มีพลโลก 4.1 พันล้านคน คาดคะเนตามหลักประชากรศาสตร์จะเพิ่มเป็น 8.2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2568 สำหรับประชากรผู้สูงอายุ จากการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2518 พบว่า มีจำนวน 346 ล้านคน คาดว่าเมื่อถึงปี พ.ศ. 2568 จะมีประชากรผู้สูงอายุ 1,121 ล้านคน (บรรลุ ศิริพานิช 2526 : 2) จากสถิติจะเห็นว่าในช่วงระยะ 50 ปีที่จำนวนประชากรเพิ่มขึ้นร้อยละ 100 ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 224 สำหรับประเทศไทยผู้สูงอายุได้เพิ่มจำนวนจากอัตราร้อยละ 4.66 ใน พ.ศ. 2513 เป็นอัตราร้อยละ 4.96 ในปี พ.ศ. 2523 ในปี พ.ศ. 2524 ประชากรสูงอายุมี 2.5 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2543 จะมีประชากรผู้สูงอายุ 4.8 ล้านคน คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ 7.02 ของประชากรทั้งประเทศ (บรรลุ ศิริพานิช 2528 : 1) นอกจากนี้จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นแล้ว เมื่อพิจารณาอายุขัยของผู้สูงอายุ พบว่าประชากรผู้สูงอายุมีอายุขัยเพิ่มขึ้นไม่ว่าชาติไหน เช่น ประเทศสวีเดน ในปี พ.ศ. 2443 เฉลี่ยอายุขัยของประชากรหญิง 57.0 ปี ประชากรชาย 54.4 ปี ต่อมา ปี พ.ศ. 2519 เฉลี่ยอายุขัยของประชากรหญิง 78.6 ปี ประชากรชาย 72.4 ปี (บรรลุ ศิริพานิช 2528 : 6) ในประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2518-2523 อายุขัยเฉลี่ยของประชากรหญิง 63 ปี ชาย 59 ปี และระหว่าง พ.ศ. 2524-2528 อายุขัยของประชากรหญิง 65 ปี ชาย 61 ปี (กระทรวงสาธารณสุข 2529 : บทนำ) จะเห็นว่าโครงสร้างประชากรได้เปลี่ยนไป โดยที่แนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุจะมีอัตราส่วนการเพิ่มประชากรมากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั้งหมดและมีอายุขัยเพิ่มขึ้น เพื่อไม่ให้ชีวิตที่ยืนยาวออกไป เป็นชีวิตที่ไร้ความหมาย ไร้ค่า หรือเป็นแค่เพียงชีวิตที่ยืนยาวออกไปเพื่อรอความตายเท่านั้น จึงควรรักษาถึงคุณค่า และให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตมากมาย และมีความรู้ความสามารถในด้านใดด้านหนึ่งเป็นอย่างดี เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขรอบคอบ มองเห็น

เหตุการณ์ไกล คาคการณ์ได้ไกลเคียงความจริง และมีการตัดสินใจที่ดี (ศึกษา วิโรจนรัตน์ และ สักขณา ธรรมไพโรจน์ 2525 : 49) ผู้สูงอายุบางท่านยังแข็งแรง มีความพร้อมทั้ง ด้านร่างกาย และมีกำลังใจที่จะทำประโยชน์ให้สังคม นับ เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าที่ไม่ควร ละเลย อาจเปรียบเทียบความสำคัญของผู้สูงอายุมือต่อสังคมได้ว่า (ชงศ์ วงษ์พันธ์ 2527 : 7)

สังคมเราเหมือนกอไม้ กอไม้จะแน่นต้องมีกอไม้ คือไม้ไม้แก่ ๆ ที่เขาตัดเอาลา ไปใช้แล้วเหลือโคนอัดกันแน่น ลำพืดต้นไม้นั้นเดี๋ยวแม่จะแข็งแรงแค่นั้นถ้าไม่มีกอไม้ ประคองกันอยู่ก็อยู่ไม่ได้ กอไม้นั้น เปรียบได้กับคนแก่ ถึงแม่จะเอาไม้ใช้ประโยชน์ ไม่ได้แล้วแต่ก็ช่วยอัดต้นไม้มันให้ตั้งตรงอยู่ได้

ความสำคัญของผู้สูงอายุได้ประจักษ์ชัดขึ้นเป็นลำดับ ดังจะเห็นได้จากการให้ความ สนใจ ตลอดจนการให้บริการผู้สูงอายุทั้งต่างประเทศและภายในประเทศ เช่น การให้บริการ ผู้สูงอายุในประเทศสวีเดน ที่จะให้เงินบำนาญเมื่อเกษียณอายุ (65 ปี) ให้เพียงพอในการ ใช้ชีวิตอย่างมีความสุข มีอาหาร มีที่อยู่อาศัย สามารถเดินทางไปต่างประเทศเพื่อทัศนศึกษา ได้ (บรรลุ ศิริพานิช 2528 : 8) ในประเทศไทยก็ได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุมากขึ้น โดยจะเห็นได้จากการดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐาน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุข มูลฐาน 2529 : 27) ที่กล่าวถึงแผนงานในการพัฒนาคุณภาพของประชากรไว้ว่า

การส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนที่ได้ดำเนินงานมาแล้วในงานสาธารณสุขมูลฐาน ยังไม่ได้เน้นถึงประชาชนอีกวัยหนึ่ง คือ "วัยสูงอายุ" ฉะนั้นการที่จะให้ประชาชนทุกคน มีสุขภาพอนามัยดีถ้วนหน้าจำเป็นต้องมีการส่งเสริมสุขภาพอนามัยทุกเพศ ทุกวัย ไปพร้อม ๆ กัน กระทรวงสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องจัดให้มีการส่งเสริมอนามัยของ ผู้สูงอายุให้มีบทบาทและคุณค่าของความรู้หรือประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุได้สะสมมาตลอดชีวิต โดยเฉพาะความรู้ด้านวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี คุณธรรม จริยธรรม หากได้มีการถ่ายทอดและรับไว้อย่างเหมาะสม ก็จะทำให้ได้ประโยชน์จากผู้สูงอายุ และเป็น การเพิ่มบทบาทผู้สูงอายุให้กับครอบครัวและสังคมอีกด้วย อีกประการหนึ่งต้อง ส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทร่วมมือในการพัฒนาและช่วยเหลือผู้สูงอายุในชนบทไทยให้มีคุณค่า และสำคัญสำหรับลูกหลานต่อไป

จากข้อความข้างต้นจะเห็นว่า การพัฒนาคุณภาพของประชาชนจะต้องครอบคลุมทุก ช่วงวัย โดยเฉพาะในวัยสูงอายุจะเป็นการส่งเสริมคุณค่าและให้ความสำคัญในบทบาทต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เพื่อให้บุคคลในช่วงวัยสุดท้าย เป็นประชากรที่มีคุณภาพ ซึ่งหมายความว่า จะต้อง

มีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากผลการวิจัยเรื่องความทันสมัยและภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองของคนชรา (พีรสิทธิ์ คำนำณศิลป์, ลินี กมลวาทิน และประสิทธิ์ รักไทยดี 2523 : 263) พบว่าปัญหาเด่นของคนชราไทยคือปัญหาทางด้านจิตใจและการปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดปัจจุบันในวงการสุขภาพที่ว่า สุขภาพกายที่ดีย่อมมาจากสุขภาพจิตที่ดี ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี ย่อมมีชีวิตในสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีความสุข ดังคำขวัญที่ว่า "สุขภาพจิตดี ชีวิตยืนยาว" (กรมการแพทย์ 2529 : 2)

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลง โดยที่การเปลี่ยนแปลงนั้นจะไปในลักษณะของการเสื่อมถอย ผู้สูงอายุจะมีความอ่อนแอด้านร่างกาย มีการเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความสามารถในการทำงานลดลง (อรทิพย์ ดันสกุล 2528 : 8) ความเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เช่น การรับรู้ต่อสิ่งใหม่ยากขึ้น รู้สึกท้อแท้ง่าย น้อยใจง่าย อารมณ์หวนไหวง่าย มีความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง (เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ 2528 : 5-19) จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นผลให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ทรุดโทรม และเป็นปัญหามากกว่าคนวัยอื่น แต่ความรุนแรงของปัญหาจะแตกต่างกันตามองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ถิ่นที่อยู่อาศัย ตลอดจนสภาพแวดล้อมทางการเมือง (Aiken 1982 : 921) ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุคือ ขาดบุตรหลานดูแลเอาใจใส่ มีความหวาดระแวง ความคิดหมกหมุ่น กลัวถูกทอดทิ้ง (กาญจนา นิรมานนิตย์ 2524 : 19-20) เกิดความว่าเหว มีความรู้สึกถูกกีดกันในชีวิตประจำวัน และปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ยาก (ประสพ รัตนากร 2525 : 18) ด้านความต้องการของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุต้องการความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยกย่อง ยอมรับนับถือ มีผู้เห็นคุณค่า ต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจเนื่องจากทำงานไม่ได้ (สมพร อินทร์แก้ว 2529 : 41) หากผู้สูงอายุได้รับความเข้าใจและการตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสมจากบุตรหลานและสังคมก็จะช่วยลดปัญหาทางด้านจิตใจเป็นการชดเชยความเสื่อมถอยของร่างกายให้เป็นไปอย่างเชื่องช้า ทำให้เกิดการปรับตัวที่เหมาะสมและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

แนวคิดที่น่าสนใจเกี่ยวกับการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นตลอดจนการตอบสนองความต้องการของบุคคล ก็คือ โครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม โครงสร้างเครือข่ายทางสังคม หมายถึง ลักษณะการติดต่อที่บุคคลมีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะต้องพิจารณาาร่วมกันหลายด้าน เช่น ขนาดของกลุ่มสังคม ชนิดของความสัมพันธ์ของบุคคลในกลุ่มสังคม ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อกัน ความถี่ในการพบปะกัน วิธีการที่ใช้ในการติดต่อกัน (Kaplan, Cassel and Gore 1977 : 53-55) โครงสร้างเครือข่ายทางสังคม เป็นสื่อกลางที่จะทำให้บุคคลเกิดการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การติดต่อกับบุคคลอื่น จะทำให้บุคคลนั้นได้รู้จักและเข้าใจตนเอง ได้รับความรัก ความช่วยเหลือต่าง ๆ ตลอดจนได้รับความสำคัญจากบุคคลอื่น (Jeger and Slotnick 1982 : 319-320) โครงสร้างเครือข่ายทางสังคมจะมีผลต่อการรับรู้ภาวะเครียดและการตอบสนองภาวะเครียดของบุคคล (McNett 1987 : 99) โครงสร้างเครือข่ายทางสังคมมีความสำคัญต่อการปรับตัวของบุคคล โดยเปรียบเทียบสะพานที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างบุคคลกับครอบครัวและบุคคลกับสังคม (Jeger and Slotnick 1982 : 319-320) นอกจากนี้โครงสร้างเครือข่ายทางสังคมจะเป็นปัจจัยที่จะทำให้เกิดความแปรปรวนด้านจิตใจ โครงสร้างเครือข่ายทางสังคมที่เหมาะสมจะส่งผลให้สุขภาพจิตดี ในทางตรงข้ามหากโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมไม่เหมาะสมก็จะทำให้สุขภาพจิตไม่ดี (Mueller 1980 : 148 quoted in Turner 1981 : 357) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทรอยส์ (Thoits 1982 : 154) ที่พบว่า โครงสร้างเครือข่ายทางสังคมจะมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติด้านจิตใจ เช่น พบว่าในผู้ป่วยจิตเวชขนาดของกลุ่มสังคมจะเล็ก ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่สนิทสนมต่อกัน จะเห็นได้ว่าโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมทำให้เกิดการติดต่อระหว่างบุคคล ซึ่งการติดต่อจะทำให้ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการที่เหมาะสมปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ส่งเสริมการปรับตัวที่ดีทำให้สุขภาพจิตดี

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากการติดต่อกับบุคคลในสังคม อาจเป็นการติดต่อรายบุคคล รายกลุ่ม หรือเป็นชุมชนขนาดใหญ่ (Lin, et al. 1979 : 109) ซึ่งโดยธรรมชาติบุคคลทุกช่วงวัยจะมีความต้องการการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

หากจะ
พูดถึง
โครงสร้าง

ยิ่งอายุมากขึ้นความต้องการการช่วยเหลือก็มากขึ้น (Fillenbaum, 1985 : 30) เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอยของร่างกาย ความสามารถในการพึ่งตนเองลดน้อยลง ดังนั้นการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นจึงมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับคำกล่าวที่ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ (Talbot 1985 : 42) การขาดการสนับสนุนทางสังคมและขาดการติดต่อกับสิ่งแวดล้อมจะเป็นผลให้บุคคลขาดความมั่นใจในตนเอง (Ravish 1985 : 10-11) การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัวและการตอบสนองภาวะเครียดของบุคคล ทำให้บุคคลสามารถควบคุมตนเองได้ และทำให้แก้ปัญหาได้ตรงจุด (McNett 1987 : 98-102) การแยกตัวจากสังคมมีผลต่อจิตใจ เช่น บุคคลจะมีความรู้สึกซึมเศร้าหรืออาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น ลดการแยกตัวจากสังคม สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการมีสุขภาพจิตดี (Berkman and Syme 1979 : 202) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฮับบาร์ดและคณะ (Hubbard, Muhlenkamp and Brown 1984 : 266-267) ที่ว่า "ความมีสุขภาพจิตดีและชีวิตยืนยาวมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม"

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า โครงสร้างเครือข่ายทางสังคมกับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตดีของผู้สูงอายุ แต่ยังไม่มียุคใดศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยได้ทำการศึกษาเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร" เหตุผลของการศึกษาผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากกรุงเทพมหานคร มีลักษณะเป็นสังคมเมือง มีความเจริญของวัตถุโดยทั่วถึง ลักษณะสังคมโดยทั่วไป ไม่ใช่สังคมเกษตรเช่นจังหวัดอื่น มีการติดต่อ ปรมาหากันได้สะดวก ซึ่งสภาพเหล่านี้ทำให้ประชากรผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีความแตกต่างจากประชากรต่างจังหวัด การเลือกศึกษาประชากรในชมรมผู้สูงอายุเนื่องจากชมรมผู้สูงอายุเป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ เป็นสถานที่ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการพบปะกับบุคคลวัยเดียวกัน มีกิจกรรมร่วมกัน และชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร มีหลายแห่ง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมได้ทั่วถึง เมื่อพิจารณาถึงความ เป็นมา

ของชมรมผู้สูงอายุกล่าวได้ว่า ชมรมผู้สูงอายุจัดตั้งครั้งแรกในประเทศไทย เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม 2506 โดยพระยาวิชิตเวชการ องคมนตรีและกรรมการมูลนิธิวิจัยประสาท ในพระบรมราชูปถัมภ์ เป็นประธาน พร้อมด้วย ศาสตราจารย์หลวงพิณพาทย์พิทยาเกท และ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสพ รัตนากร เป็นกรรมการเลขานุการ เป็นการริเริ่มของ มูลนิธิวิจัยประสาทในพระบรมราชูปถัมภ์ ซึ่งขณะนั้นพระวรวงศ์เธอกรมหมื่นพิทยลาภพฤฒิยากร ประธานองคมนตรี ทรงเป็นองค์ประธาน การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในครั้งนี้ใช้ชื่อว่า "ชมรมผู้สูงอายุ" วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรม คือ ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุมีโอกาสพบปะกัน และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุบำเพ็ญประโยชน์เพื่อสังคม (สำนักงานโครงการเฉพาะกิจ บริการสุขภาพผู้สูงอายุ 2524 : 1)

ต่อมากรมประชาสงเคราะห์ได้เห็นความสำคัญของการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ จึงพิจารณาสนับสนุนให้มีการจัดตั้ง "ชมรมผู้สูงอายุ" ขึ้นทั่วประเทศ อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง โดยมีวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งชมรมคือ 1) เป็นแหล่งพบปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุ 2) เป็นศูนย์กลางในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในชุมชน ในบ้านต่าง ๆ เช่น บริการด้านสวัสดิการสังคม บริการด้านการจัดกิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกาย แก่ผู้สูงอายุ บริการเยี่ยมเยียนและช่วยเหลือสมาชิกที่ประสบปัญหาการเจ็บป่วย เป็นต้น 3) เป็นศูนย์กลางด้านข่าวสารที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ 4) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ร่วมกันทำกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม (กรมประชาสงเคราะห์ 2527 : 1-2)

สำหรับในกรุงเทพมหานครได้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นหลายแห่ง คือ ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสงฆ์ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ชมรมข้าราชการบำนาญเกษียณอายุกรุงเทพมหานคร และศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง แต่ละชมรมจะมีการดำเนินงานและรูปแบบกิจกรรมเหมือนกัน คือ 1) บริหารงานโดยประธานและคณะกรรมการชมรม ซึ่งจะมีการประชุมคณะกรรมการชมรมประมาณเดือนละ 1 ครั้ง 2) สมาชิกของชมรมจะต้องเป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 3) วัตถุประสงค์ของชมรมต่าง ๆ เป็นไปตามที่ที่กรมประชาสงเคราะห์กำหนดไว้ดังกล่าวข้างต้น 4) กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุคล้ายคลึงกัน คือ มีการจัดบรรยายหรืออภิปรายด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือ

อภิปรายด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือเรื่องอื่น ๆ แก่ผู้สูงอายุเป็นประจำ เช่น ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจจะจัดสัปดาห์ละครั้งทุกวันพุธ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสงฆ์ จะจัดเดือนละครั้งทุกวัน เสาร์แรกของเดือน มีการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายเป็นประจำทุกวัน เช่น กายบริหาร รำมวยจีน แอโรบิคครันซ์ มีการร่วมกันออกพัฒนาชุมชนหรือทำประโยชน์กับสังคม เช่น ปลูกต้นไม้ตามถนนหนทาง เลี้ยงอาหารเด็กกำพร้า มีการบริการตรวจสุขภาพให้ผู้สูงอายุ เช่น ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง จะมีแพทย์ตรวจรักษา สัปดาห์ละครั้งทุกวันศุกร์ นอกจากนี้ชมรมต่าง ๆ ยังมีการติดต่อส่งข่าวสารถึงกัน (กรมประชาสงเคราะห์ 2527 2 : 3 ; คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสงฆ์ 2526 : 1-3) จะเห็นว่ากิจกรรมต่าง ๆ ของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครแต่ละชมรมคล้ายคลึงกัน ดังนั้นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุใดก็ตามจะได้รับบริการที่คล้ายกัน หากการเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในวัยนี้ การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครทุกชมรมจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงไม่แตกต่างกัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมกับการสนับสนุนทางสังคม โครงสร้างเครือข่ายทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

แนวเหตุผลและสมมติฐานของการวิจัย

1. ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมกับการสนับสนุนทางสังคม
 ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมได้มีผู้ให้ความสนใจและศึกษาหลายท่าน แมค เนทท์ (McNett 1978 : 99) และ เทินเนอร์ (Turner 1981 : 357) มีความเห็นเช่นเดียวกันว่า โครงสร้างเครือข่ายทางสังคมจะมีความเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของโครเนนเวทท์ (Cronenwett 1984 : 77) ที่ว่า บุคคลจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยการติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคมนั้น ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม เมื่อโครงสร้าง

เครือข่ายทางสังคม เปลี่ยนไปก็ย่อมส่งผลให้การสนับสนุนทางสังคม เปลี่ยนไป แต่เนื่องจาก โครงสร้างเครือข่ายทางสังคม เป็นมโนคติที่ประกอบด้วยหลายมิติ เช่น ความถี่ในการพบปะกัน ระยะเวลาที่รู้จักกัน หรือลักษณะของกลุ่มสังคม เป็นต้น (Mitchell quoted in Gallo 1984 : 13) ดังนั้นจึงจะกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมในมิติต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1.1 ขนาดของกลุ่มสังคม

ขนาดของกลุ่มสังคมก็คือจำนวนคนในกลุ่มสังคมนั้น ขนาดของกลุ่มสังคม จะส่งผลถึงการตอบสนองความจำเป็นของกลุ่ม เช่น กลุ่มเล็กมากก็มีข้อจำกัดไม่สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกซึ่งต้องการความช่วยเหลือมากและนาน (MacElveen 1978 : 322) จากคำกล่าวของแมคเอลเวินจะเห็นว่า หากขนาดของกลุ่มสังคมเล็กก็จะทำให้การสนับสนุนทางสังคมน้อย และเมื่อขนาดของกลุ่มสังคมมากขึ้น ก็จะทำให้โอกาสที่จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีมากขึ้น

1.2 ชนิดของความสัมพันธ์

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อาจแบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ กลุ่มเครือญาติ ได้แก่ สามีภรรยา บุตรหลาน และญาติ และกลุ่มที่ไม่ใช่เครือญาติ ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน (MacElveen 1978 : 327) คุณสมบัติของกลุ่มบุคคลในสังคมจะมีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันแน่นแฟ้น มักจะได้รับการช่วยเหลือ เมื่อเกิดความจำเป็นมากกว่ากลุ่มที่มีความสัมพันธ์ไม่แน่นแฟ้น (Norbeck 1982 : 22-24) สำหรับผู้สูงอายุนั้นจะผูกพันกับบุคคลที่เป็นญาติร้อยละ 80 (Cronenwett 1984 : 21) ดังนั้นโอกาสที่ผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมาจากญาติเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับที่ซัสแมน (Sussman quoted in Boettcher 1985 : 30) กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับบุคคล 2 กลุ่ม คือบุคคลในครอบครัวซึ่งประกอบด้วยบุตรหลานหรือญาติ และบุคคลภายนอกครอบครัว ครอบครัว เป็นแหล่งสำคัญที่จะให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และการดูแลเอาใจใส่ในด้านต่าง ๆ นอกจากการสนับสนุนจากครอบครัวแล้วผู้สูงอายุยังต้องการแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นกับบุคคลในสังคม อย่างไรก็ตามครอบครัวยังจัดเป็นศูนย์กลางที่จะให้การดูแลทุกอย่างสำหรับผู้สูงอายุ จะเห็นว่าผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุนทางสังคม

จากบุคคลในกลุ่ม เครือญาติ เป็นส่วนใหญ่ หากจำนวนกลุ่ม เครือญาติมากขึ้นก็จะได้รับการสนับสนุนทางสังคม เพิ่มขึ้นตามไปด้วย

1.3 ระยะเวลาในการติดต่อกัน

ระยะเวลาในการติดต่อกันจะบอกถึงความสัมพันธ์ของบุคคลกับสมาชิกในกลุ่มสังคมของตนว่ามีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใด ระยะเวลาในการติดต่อกันนี้จะแสดงให้เห็นถึงความมั่นคงของกลุ่มสังคม นอร์เบค (Norbeck 1982 : 23-24) ศึกษาพบว่า ความมั่นคงในกลุ่มมีความสำคัญต่อการทำนายผลของการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้น หากบุคคลรู้จักกันหรือมีความสัมพันธ์กันมานาน ก็ทำให้ความมั่นคงของกลุ่มสังคมมีมากขึ้น ทำให้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับมากขึ้นด้วย

1.4 ความถี่ในการติดต่อกัน

ความถี่ในการติดต่อกันจะบอกถึงความมั่นคงของกลุ่มสังคม เช่นเดียวกับระยะเวลาในการติดต่อกัน (Norbeck 1982 : 23-24) ดังนั้น เมื่อบุคคลได้ติดต่อกันมากขึ้น ก็ทำให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนสิ่งต่าง ๆ ต่อกันมากขึ้น จึงทำให้การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับมากขึ้นตามไปด้วย

1.5 วิธีการที่ใช้ในการติดต่อกัน

การติดต่อสื่อสารเป็นขบวนการที่ต่อเนื่องซึ่ง เป็นความต้องการของมนุษย์ การติดต่อสื่อสารมีหลายวิธี เช่น จดหมาย โทรศัพท์ พบปะพูดคุย เป็นต้น การพบปะพูดคุย จะทำให้ผู้สนทนามีความ เข้าใจกันมากขึ้น เพราะนอกจากฟังน้ำเสียงแล้วยังมีโอกาสเห็น พฤติกรรมอื่นอีกด้วย (สมิต สัจฉกร 2527 : 19-23) สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2527 : 66) กล่าวว่า "การติดต่อระหว่างบุคคลจะนำไปสู่สัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งสัมพันธภาพของบุคคล ในสังคมทั่วไป เกิดขึ้นได้เมื่อมีการรวมตัวกัน สัมพันธภาพทำให้บุคคลได้สนองตอบความต้องการ หลาย ๆ อย่าง นอกจากนี้วิธีการที่ใช้ในการติดต่อกันจะมีผลต่อสัมพันธภาพและการสนับสนุน ที่บุคคลจะได้รับ" แมคเอลวิน (MacElveen 1978 : 321) กล่าวว่า การพบปะกัน เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการที่จะทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านต่าง ๆ จะเห็นว่าการพบปะพูดคุยเป็นวิธีการติดต่อที่จะทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการ มากกว่าวิธีอื่น หากบุคคลในกลุ่มสังคมมีการพบปะพูดคุยกันมากก็ย่อมทำให้การสนับสนุนทาง สังคมมีมากขึ้น

2. ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้าง เครือข่ายทางสังคมกับสุขภาพจิต

แม้ว่าการศึกษาด้านความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้าง เครือข่ายทางสังคม

กับภาวะสุขภาพของบุคคลไม่กว้างขวางนัก แต่จากการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านพบว่า โครงสร้าง เครือข่ายทางสังคมเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความแปรปรวนด้านจิตใจ ดังเช่นการศึกษาของแมคเนทท์ (McNett 1987 : 99) พบว่า โครงสร้าง เครือข่ายทางสังคม จะมีผลต่อการรับรู้ภาวะ เครียดและการตอบสนองต่อภาวะ เครียดของบุคคล เช่นเดียวกับการศึกษาของมุลเลอร์ ที่พบว่า โครงสร้าง เครือข่ายทางสังคมเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะก่อให้เกิดความแปรปรวนด้านจิตใจ โดยที่โครงสร้าง เครือข่ายทางสังคมจะส่งผลกระทบต่อปัจจัยทางสังคม หากโครงสร้าง เครือข่ายทางสังคมไม่เพียงพอหรือเกิดการแตกหักทางสังคม ก็จะทำให้ ปัจจัยทางสังคมไม่ดี และส่งผลให้สุขภาพจิตไม่ดี ในทำนองเดียวกันหากโครงสร้าง เครือข่ายทางสังคมดีก็จะทำให้สุขภาพจิตดีด้วย (Mueller 1980 : 148 quoted in Turner 1981 : 359) จากการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านสรุปได้ว่าโครงสร้าง เครือข่ายทางสังคม มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต โดยที่เมื่อโครงสร้าง เครือข่ายทางสังคมน้อยจะทำให้สุขภาพจิตไม่ดี เมื่อโครงสร้าง เครือข่ายทางสังคมมากขึ้นก็จะทำให้สุขภาพจิตดีขึ้น เป็นลำดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิต

จากการศึกษาของแมคเนทท์ (McNett 1987 : 98-102) พบว่า

การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัวหรือการตอบสนองภาวะ เครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำหรือไม่มีเลย ทำให้บุคคล เกิดความ เครียดและส่งผลในทางลบต่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เทินเนอร์ (Turner 1981 : 357) และ เบอร์กแมนและซิม (Berkman and Syme 1979 : 202) ที่ว่า "การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับสุขภาพจิตที่ดี" เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่า ความมีสุขภาพจิตดีและชีวิตยืนยาว มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ (Hubbard, et al. 1984 : 267) จะเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตโดยที่เมื่อการสนับสนุนทางสังคมน้อยจะทำให้สุขภาพจิตไม่ดี และ เมื่อการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้นสุขภาพจิตก็จะดีขึ้น

จากแนวคิดและเหตุผลที่กล่าวข้างต้นจึงสรุปสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

1. โครงสร้างเครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับการสนับสนุนทางสังคม
2. โครงสร้างเครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาสภาพปัจจุบันของผู้สูงอายุในด้านโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิต ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครไม่คำนึงถึงระยะเวลาที่เป็นสมาชิกและสังกัดชมรม และจะต้องเป็นผู้ที่มีสภาพร่างกายดี คือ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่มีปัญหาด้านการฟังและการพูด โดยฟังได้ดี, พูดเข้าใจ ไม่จำเป็นต้องอ่านออกเขียนได้

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. โครงสร้างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิตวัดได้จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ
2. ตัวอย่างประชากรประเมินโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิตของตนได้ถูกต้อง และตอบคำถามตามความเป็นจริง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โครงสร้างเครือข่ายทางสังคม (Social Network Structure) หมายถึง ลักษณะของการติดต่อที่ผู้สูงอายุมีกับบุคคลในกลุ่มสังคมของตน ซึ่งจะวัด 5 ด้านดังนี้

1. ขนาดของกลุ่มสังคม
2. ชนิดของความสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่มสังคม ได้แก่

กลุ่มญาติ คือ สามีภรรยา บุตรหลาน ญาติ

กลุ่มไม่ใช่ญาติ คือ เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน



3. ระยะเวลาในการติดต่อกัน คือ จำนวนวันที่รู้จักสนิทสนมกัน
 4. ความถี่ในการติดต่อกัน หมายถึง จำนวนครั้งที่ผู้สูงอายุติดต่อกับบุคคลในกลุ่มสังคมของคนใน 1 เดือน
 5. วิธีการที่ใช้ในการติดต่อกัน มี 3 วิธี คือ พบปะพูดคุย โทรศัพท์ จดหมาย
- การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึง การได้รับการตอบสนองความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคมของตน ซึ่งการตอบสนองความต้องการที่ได้รับมี 5 ด้าน ดังนี้
1. การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ มีความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพันและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน
 2. การตอบสนองความต้องการด้านการได้รับการยอมรับ ยกย่อง และมีผู้เห็นคุณค่า หมายถึง ได้รับการทักทายและได้รับการแสดงความเคารพจากผู้อ่าน การยอมรับต่อการแสดงออก การได้รับการให้อภัยและโอกาสในการปรับปรุงตนเอง
 3. การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การปฏิบัติสัมพันธ์กับสังคม และความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน
 4. การได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่าง ๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน
 5. การได้รับการช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ เครื่องใช้ ตลอดจนการช่วยหนุนแรงต่าง ๆ

การสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้ (Perceived Social Support) หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการซึ่งได้จากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มของสังคมตน ซึ่งได้แก่ การรับรู้ต่อการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับ ยกย่อง และมีผู้เห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน

สุขภาพจิต หมายถึง สภาพจิตที่เป็นสุข สามารถมีสัมพันธภาพและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นไว้ได้ ตลอดจนสามารถวางตัวได้อย่างเหมาะสม และดำรงชีพอยู่ได้ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ปราศจากอาการของโรคทางจิต

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ มีสภาพร่างกายดี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุได้ ไม่มีปัญหาด้านการฟังและการพูดโดยฟังได้ดีและพูดเข้าใจ ไม่จำเป็นต้องอ่านออกเขียนได้ และเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เข้าใจความจำเป็นพื้นฐานที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
2. เข้าใจบทบาทของสังคมที่มีผลต่อผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยเน้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างเหมาะสม
3. ข้อมูลที่ได้สามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตและให้บริการด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทั่วไป
4. เป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่บุคลากรด้านสุขภาพ และบุคคลอื่นซึ่งใกล้ชิดผู้สูงอายุ เพื่อที่จะช่วยกันส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ