



รายงานผลการวิจัย มหาวิทยาลัยแม่โจ้

เรื่อง

การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวล้านนาจังหวัดเชียงใหม่
(Analysis on quality of life of Lanna elderly people in Chiang Mai)



โดย

มธุรส สว่างบำรุง รุ่งกานต์ ใจวงศ์ยะ สุวรี ศิวะแพทย์

2553



รายงานผลการวิจัย

มหาวิทยาลัยแม่โจ้

เรื่อง

การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวล้านนาจังหวัดเชียงใหม่
(Analysis on quality of life of Lanna elderly people in Chiang Mai)



ได้รับการจัดสรรงบประมาณวิจัย ประจำปี 2551 จำนวน 246,000 บาท

หัวหน้าโครงการ
ผู้ร่วมโครงการ

นางสาวมธุรส สว่างบำรุง
นางรุ่งกานต์ ใจวงศ์ยะ
นางสุวรี ตีวะแพทย์

งานวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์

29 ตุลาคม 2553

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดียิ่ง โดยได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากงบประมาณประจำปี 2551 โดยสำนักวิจัยและส่งเสริมวิชาการการเกษตร มหาวิทยาลัยแม่โจ้ และความเห็นชอบของคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ผู้วิจัยและคณะ จึงขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

คุณค่าและความสำเร็จของผลงานวิจัยเกิดขึ้นได้จากการได้รับความร่วมมือและให้การเอื้อเฟื้อภาพประกอบเป็นอย่างดี จากกลุ่มผู้สูงอายุล้านนา จังหวัดเชียงใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มประธานชมรมผู้สูงอายุระดับอำเภอ ระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และกลุ่มผู้สูงอายุโดยทั่วไปที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอสันทราย อำเภอแมริม และ อำเภอพร้าว ที่ได้สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นจริงของคุณภาพชีวิตในปัจจุบัน ผู้วิจัยคาดหวังว่า ผลงานวิจัยจะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยนำเสนอข้อเท็จจริงปรากฏแก่สังคม อันจะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยผลักดันให้เกิดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุล้านนาให้ดีขึ้นได้ในหนทางหนึ่ง ผู้วิจัยและคณะ จึงขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านมา ณ โอกาสนี้ และขออำนาจคุณพระศรีรัตนตรัยจงดลบันดาลให้ผู้สูงอายุทุกท่านเหล่านี้ มีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์แข็งแรง มีช่วงชีวิตที่ยืนยาว และมีความสุขโดยถ้วนหน้ากันทุกท่าน

ขอขอบคุณ ผู้ช่วยนักวิจัย นายอาทิตย์ ธาณี และเพื่อนๆ ที่เป็นกำลังสำคัญทำให้การดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยในหลายเขตพื้นที่ และการลงรหัสข้อมูลวิจัยประสบความสำเร็จและบรรลุวัตถุประสงค์ในแต่ละส่วน

และขอขอบคุณหน่วยงานต้นสังกัดทุกหน่วยงานของผู้วิจัยและคณะที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้สถานที่ปฏิบัติงานวิจัย และ ให้การสนับสนุนทางด้านวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ตลอดจนบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายจนทำให้งานวิจัยประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี

ผู้วิจัยและคณะ

29 ตุลาคม 2553

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	(2)
สารบัญ	(3)
สารบัญตาราง	(5)
สารบัญภาพ	(8)
บทคัดย่อภาษาไทย	(19)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(21)
บทที่ 1 บทนำ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	5
คำจำกัดความ	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต (Quality of life)	8
กรอบแนวคิดผู้สูงอายุ (The elderly people)	14
กรอบแนวคิดวัฒนธรรมล้านนา (Lanna Culture)	32
งานวิจัยในประเทศ และต่างประเทศ	40
บทที่ 3 การดำเนินงานวิจัย	60
ชุมชนล้านนา : จุดเริ่มต้นการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sampling)	68
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	70
การวิเคราะห์ข้อมูล	72
ข้อจำกัดในงานวิจัย	72
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ	74
ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ	74
ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	95

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา	241
สรุปผลการวิจัย และการอภิปรายผล	241
ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย	265
เอกสารอ้างอิง	267
ภาคผนวก	280
การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์	290



สารบัญตาราง

	หน้า
ตาราง 1.1 จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามรายอายุ ปี พ.ศ.2552 และ พ.ศ.2568	2
ตาราง 2.1 แสดงตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตในระดับสากล	12
ตาราง 3.1 แสดงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา	69
ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาสูงสุด	75
ตาราง 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการพักอาศัย	76
ตาราง 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัว	76
ตาราง 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้/เดือน	77
ตาราง 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามที่มาของรายได้หลัก	77
ตาราง 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดเห็นด้านรายได้	78
ตาราง 4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ	78
ตาราง 4.8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัว	79
ตาราง 4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการประเมินสุขภาพของตนเอง	80
ตาราง 4.10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแหล่งที่ใช้บริการสุขภาพ	80
ตาราง 4.11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพ	81
ตาราง 4.12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป	82
ตาราง 4.13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ	82
ตาราง 4.14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผู้ที่ออกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	83
ตาราง 4.15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกิจกรรมทางสังคมที่สนใจเข้าร่วมประจำ	83

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตาราง 4.16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตำแหน่งทางสังคม	84
ตาราง 4.17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพึงพอใจใน วัฒนธรรมชุมชน และสิ่งแวดล้อมทางสังคมต่อการสร้างเสริมคุณภาพชีวิต	85
ตาราง 4.18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดเห็นในการพึ่งพาผู้อื่น	85
ตาราง 4.19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดเห็นในเรื่องการสร้าง เครือข่ายชุมชน หรือ สังคมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น	86
ตาราง 4.20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหน่วยงานที่มีในชุมชน	86
ตาราง 4.21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการแสดงบทบาท ต่อสังคม	87
ตาราง 4.22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับรางวัลทางสังคม	87
ตาราง 4.23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสาเหตุในการเข้าร่วมกิจกรรม ทางสังคม	88
ตาราง 4.24 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสัดส่วนการให้ความร่วมมือ เข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนและสังคม	89
ตาราง 4.25 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความสุขต่อคุณภาพชีวิต ในปัจจุบัน	89
ตาราง 4.26 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกิจกรรมที่เลือกพักผ่อน	90
ตาราง 4.27 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการได้รับการยกย่องหรือ ยอมรับจากคนในชุมชนและสังคม	90
ตาราง 4.28 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิต	91
ตาราง 4.29 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น จากการเข้าถึงสวัสดิการสังคมจากหน่วยงานภาครัฐ	91
ตาราง 4.30 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความต้องการการสนับสนุน จากภาครัฐ	92

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตาราง 4.31 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อดีของสวัสดิการสังคมที่ได้รับประโยชน์	93
ตาราง 4.32 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความต้องการเบี่ยงชีฟเพิ่ม	93
ตาราง 4.33 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนเงินงบประมาณของชมรมผู้สูงอายุที่ต้องการ	94
ตาราง 4.34 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดเห็นในประเด็นการมีระดับคุณภาพอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุลำานา	94



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 2.1 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายอย่างมีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ ตลอดช่วงวัย	21
ภาพ 2.2 ลำดับชั้นความต้องการของ Maslow	25
ภาพ 3.1 บางพื้นที่ในชุมชนยังคงมีการปลูกพืชเศรษฐกิจหลัก เช่น ลำไย ในขณะที่ บางพื้นที่เริ่มนิยมปลูกดอกมะลิขายทดแทน เป็นส่วนหนึ่งของการ ขับเคลื่อนเศรษฐกิจชุมชน	64
ภาพ 3.2 เมื่อใกล้ถึงเวลานัดพบเพื่อสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุต่างทยอยเดินทางมาตามนัด ผู้วิจัยขับรถผ่านมาและเชิญให้ขึ้นรถ แต่ผู้สูงอายุมีความประสงค์จะเดินมาเอง ตามลำพังเนื่องจากสถานที่ไม่ไกล	64
ภาพ 3.3 การสัมภาษณ์ในรอบบ่ายท่ามกลางอากาศร้อน ผู้สูงอายุต่างพากันหาอุปกรณ์ ปกป้องร่างกาย	65
ภาพ 3.4 ผู้สูงอายุทุกเพศ ทุกวัยใช้รถจักรยานทุกรูปแบบที่มีใช้ในบ้าน	65
ภาพ 3.5 “รถถีบ” พาหนะคู่ใจยอดนิยมของผู้สูงอายุ	66
ภาพ 3.6 ขากลับมีการซื้ออาหารจักรยานและจักรยานยนต์ของผู้คนที่มาเข้าร่วม สนทนากลุ่มด้วยกัน	66
ภาพ 3.7 การสำรวจของผู้สูงอายุหลายรูปแบบทั้งเดิน และถีบจักรยาน	66
ภาพ 3.8 ผู้สูงอายุที่ยังเคยชินกับการขี่จักรยานยนต์และมีความพร้อมของร่างกาย ยังคงมีความสะดวกต่อการใช้พาหนะนี้อยู่	67
ภาพ 3.9 ส่วนหนึ่งของผู้สูงอายุเพศชายนิยมการใส่หมวกและเพศหญิงนิยมการนุ่งผ้าถุง (ซิ่น)	68
ภาพ 3.10 การใส่หมวกนั้น เป็นความนิยมของคนเหนือเห็นว่ามืองค์ประกอบที่เหมาะสม กับการแต่งกาย หรือสิ่งที่มาคู่กัน เพื่อ ปกป้องความร้อนจากแสงแดด และเคยชิน ที่ปฏิบัติเป็นประจำเมื่อต้องออกไปข้างนอกบ้าน เช่น ไปไร่ ไปสวน ที่ทุ่งนา ฯลฯ หากเป็นสมัยก่อนจะไม่ได้ใส่หมวกเพียงอย่างเดียว มีการสวมนูหรือผ้าโพกศีรษะ และ คาดผ้าชะม้านี้ที่ต้องใช้ควบคู่กันเสมอ	70

สารบัญภาพ (ต่อ)

หน้า

ภาพ 3.11 ศาลาหมู่บ้าน เป็นศูนย์กลางแห่งหนึ่งของชุมชนในการทำกิจกรรมทางสังคมต่างๆ รวมถึงเป็นสถานที่นัดสัมภาษณ์ผู้สูงอายุซึ่งจะมีความสะดวกและใกล้ต่อการมาของผู้สูงอายุ	72
ภาพ 4.1 เครือข่ายสัจจกรผู้สูงอายุสัจจกรจากจังหวัดอยุธยา เดินทางมาทัศนศึกษา ดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้สูงอายุ ณ ตำบลหนองหาร เขตอำเภอสันทราย โดยมีคณะกรรมการผู้สูงอายุล้านนาได้ให้การต้อนรับด้วยไมตรีจิต	116
ภาพ 4.2 สมาชิกชมรมผู้สูงอายุจากจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (ภาพซ้าย) และ ผู้สูงอายุล้านนาให้การต้อนรับ เป็นที่สังเกตว่า ผู้สูงอายุล้านนายังคงแสดงเอกลักษณ์การแต่งกายด้วยการนุ่งซิ่นกันทุกคน (ภาพขวา)	117
ภาพ 4.3 แสดงลีลาการเต้นอย่างคล่องแคล่วประกอบเพลง “เด็กดอยใจดี” ของผู้สูงอายุล้านนา พร้อมการแต่งกายด้วยชุดชาวพื้นที่สูง (ภาพซ้าย) และ ชุดกรุงศรีอยุธยาของผู้สูงอายุ (ภาพขวา) ให้ความรู้สึกละแวกและอารมณ์ที่แตกต่างกัน แต่แฝงไว้ด้วยความภาคภูมิใจทางประวัติศาสตร์และการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม แต่ละภูมิภาค	117
ภาพ 4.4 กลุ่มผู้สูงอายุล้านนาถ่ายภาพหมู่ร่วมกัน ภายหลังเสร็จสิ้นการแสดง (ภาพซ้าย) และได้จัดทำซุ้มสืบชะตาตามประเพณีล้านนาเพื่อความเป็นสิริมงคลในชีวิตให้แก่แขกผู้มาเยือน (ภาพขวา)	117
ภาพ 4.5 ตัวแทนผู้สูงอายุจากจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและผู้แทนผู้สูงอายุล้านนามอบของที่ระลึกให้แก่กัน และกัน	118
ภาพ 4.6 ภายในบริเวณได้จัดจำหน่ายสินค้าพื้นเมือง และผลิตภัณฑ์อาชีพที่ผู้สูงอายุล้านนาผลิตขึ้น อาทิเช่น น้ำพริกหนุ่ม แคบหมู ข้าวแต่นี้น้ำพริก เครื่องจักสาน การสาธิตการทอผ้า ฯลฯ (ภาพซ้าย) รวมถึงการสาธิตสิ่งประดิษฐ์ที่ผู้สูงอายุสร้างขึ้น (ภาพขวา)	118
ภาพ 4.7 พ่ออุ้ย อายุ 85 ปีแต่งกายสุภาพ กับ รถถีบ (จักรยาน) ภูมิใจให้ความสนใจเดินทางไปในตำบลระยะสั้นและระยะไกลเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุสัจจกรระดับตำบล และร่วมให้การต้อนรับผู้สูงอายุสัจจกรจากจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	118

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพ 4.8 พิธีเปิดงานแข่งขันกีฬาพื้นบ้านของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งจัดขึ้นเป็นประจำทุกปี จัดโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่ (อบจ.) และเครือข่ายผู้สูงอายุทุกอำเภอ	119
ภาพ 4.9 ตัวแทนของผู้สูงอายุ จาก 25 เขตอำเภอเข้าร่วมการแข่งขันกีฬา และเป็นกองเชียร์ ทีมนักกีฬาของตนเองด้วยความสนุกสนาน	119
ภาพ 4.10 กองเชียร์แต่ละทีมส่งแรงเชียร์ท่ามกลางอากาศที่ร้อนจัด	120
ภาพ 4.11 การแข่งขันวิ่งกระสอบ กับอิริยาบถของความสุขสนุกรานของผู้สูงอายุที่ไม่เน้นการแข่งขันแบบเอาจริง เอาจัง การแข่งขันกีฬามุ่งเน้นความสามัคคีและการสร้างสรรค์พลังของกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า	120
ภาพ 4.12 การแข่งขันหาบเปี้ยด หรือหาบล่น นำมะพร้าวใส่ตะกร้า พร้อมนักกีฬาต้องนั่งผ้าชิ้นเข้าร่วมแข่งขัน	120
ภาพ 4.13 การออกแรงวิ่งหาบเปี้ยด พร้อมเสียงเชียร์ติดขอบสนาม ส่วนอีกภาพ นักกีฬาเตรียมพร้อมลงสนามแข่งขัน	121
ภาพ 4.14 กีฬาปิดตาตีหม้อ (ภาพซ้าย) และการแข่งขันวิ่งกะลา (ภาพขวา)	121
ภาพ 4.15 การแข่งขันชักกะเย่อจากผู้สูงอายุ 2 เขตอำเภอ พร้อมกองเชียร์ต่างลุ้นเอาใจช่วยอย่างเต็มที่	121
ภาพ 4.16 เต้นที่ที่พักนักกีฬาและผู้ที่เกี่ยวข้อง (ภาพซ้าย) และ การใส่เสื้อทีมของผู้สูงอายุอำเภอ แม่เมาะ (ภาพขวา)	122
ภาพ 4.17 บรรยายากลางสนาม (ภาพซ้าย) และผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์พื้นที่สูง (ภาพขวา)	122
ภาพ 4.18 พิธีการมอบเหรียญรางวัลให้แก่ผู้สูงอายุที่ชนะใน 3 อันดับ และการจัดน้ำดื่มบริการ	122
ภาพ 4.19 การประชุมระดับอำเภอโดยมีประธานผู้สูงอายุระดับอำเภอ คณะกรรมการผู้สูงอายุ และ ประธานชมรมผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้านในเขตอำเภอเข้าร่วมประชุมมีกำหนดการ 2 เดือนต่อ 1 ครั้ง	123

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพ 4.20 บรรยายภาคการเข้าร่วมประชุมเป็นทางการ และผู้สูงอายุบางท่านแสดงศักยภาพการเรียนรู้ด้วยการใช้คอมพิวเตอร์	123
ภาพ 4.21 ตารางปฏิทินการทำงานการประชุมผู้สูงอายุสังฆะระดับตำบลซึ่งจะจัดให้มีการหมุนเวียนเป็นเจ้าภาพในแต่ละหมู่บ้าน โดยมีจุดประสงค์ให้ผู้สูงอายุในเขตตำบลเดียวกันได้มาพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน	124
ภาพ 4.22 คณะกรรมการผู้สูงอายุระดับตำบลต่างใส่เสื้อทีมเป็นหมู่คณะ และมีการจำหน่ายหัตถกรรมในงานประกอบ	125
ภาพ 4.23 ในงานสังฆะผู้สูงอายุ มีการให้บริการตรวจสุขภาพชั่งน้ำหนัก และวัดความดันโลหิตสูงโดย อสม.	125
ภาพ 4.24 ป้ายรณรงค์ให้เห็นถึงความสำคัญของสุขภาพจากหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข	125
ภาพ 4.25 กิจกรรมแสดงการออกกำลังกายประกอบเพลง และสมาชิกผู้สูงอายุมาร่วมงานจำนวน 350 คน	126
ภาพ 4.26 บริเวณเต็นท์ด้านนอกและผู้มาร่วมงานจำนวนมาก	126
ภาพ 4.27 ในงานมีการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา	126
ภาพ 4.28 ของถวายพระสงฆ์ และการฟิงเทศน์	127
ภาพ 4.29 การบรรยายการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุข (ภาพซ้าย) และ ถาดจัดเลี้ยงอาหารกลางวันแก่ผู้สูงอายุที่มาร่วมงาน (ภาพขวา) โดยชมรมผู้สูงอายุของหมู่บ้านที่จัดงานเป็นเจ้าภาพอำนวยความสะดวกหมุนเวียนไปทุกหมู่บ้านในระดับตำบล	127
ภาพ 4.30 ผังการบริหารงานแบ่งโครงสร้างของหมู่บ้านการทำงานแต่ละส่วนย่อย	128
ภาพ 4.31 ตัวอย่างป้ายชมรมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่	128
ภาพ 4.32 การประชุมร่วมขับเคลื่อนพัฒนาการเมืองภาคประชาชน ได้ใช้สถานที่วัดเป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมโดยมีผู้สูงอายุและสมาชิกชุมชนกลุ่มอื่นๆต่างเข้าร่วมประชุม และมีเจ้าอาวาสเป็นผู้ร่วมเสวนา	132

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพ 4.33 การทำหน้าที่เป็นผู้จัดรายการวิทยุชุมชนของผู้สูงอายุในวันพุธและวันพฤหัสบดี ต่อสัปดาห์เพื่อประชาสัมพันธ์ข่าวสารข้อมูลแก่ชุมชนก็ได้รับความสนใจจาก ผู้ฟังโทรศัพท์มาสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม	132
ภาพ 4.34 นโยบายการรับเบี้ยยังชีพของเทศบาลตำบลแต่ละแห่งแตกต่างกัน บางแห่ง ใช้นโยบายเชิงรุกและอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในเขตที่รับผิดชอบโดย ให้บริการจ่ายเบี้ยยังชีพ ณ จุดนัดพบศูนย์กลางของหมู่บ้าน เช่น ศาลาหมู่บ้าน วัด หรือ แม่แต่บ้านของผู้สูงอายุ	136
ภาพ 4.35 อายุ 70 ปี รับจ้างเอาหญ้าออกจากแปลงพริกค่าจ้างวันละ 150 บาท (ภาพซ้าย) และ อายุ 83 ปี ขายผักในรั้วบ้าน (ภาพขวา)	148
ภาพ 4.36 บริการรถสามล้อรับจ้าง (ภาพซ้าย) และขายปลาทุ (ภาพขวา)	149
ภาพ 4.37 ผู้สูงอายุอายุ 70 กว่าใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง และขับรถรับจ้างเลี้ยงชีพตนเอง (ภาพซ้าย) และผู้สูงอายุนำพืชผักสวนครัวมาขายเป็นประจำในตลาด ตอนเย็น ลูกหลานมาส่งและรับกลับจากการขายของที่ตลาดเนื่องจากอยู่คนละเขต อำเภอแต่อยู่ใกล้ๆกัน (ภาพขวา)	149
ภาพ 4.38 สองสามีภรรยา กับสุนัขในรถ หาเลี้ยงชีพโดยสามีเป็นผู้เก็บผักต่างๆ แบ่ง หน้าที่ให้ภรรยาเป็นผู้ขาย	149
ภาพ 4.39 ผู้สูงอายุอายุ 77 ปีพักอาศัยอยู่ในวัดเพียงลำพังมาร่วมกิจกรรมงานในวัน ผู้สูงอายุ พร้อมทั้งรับแจกเบี้ยยังชีพ ขณะเดียวกันอาศัยช่วงเวลาในงาน เก็บขยะ บริเวณงานเพื่อนำไปขายเลี้ยงชีพ	150
ภาพ 4.40 การขายเครื่องปั้นดินเผาประเภทต่างๆ (ภาพซ้าย) และการขายข้าวแต่น และอื่นๆ (ภาพขวา)	150
ภาพ 4.41 การขายข้าวแต่น (ภาพซ้าย) และสินค้าผ้าทอ (ภาพขวา)	150
ภาพ 4.42 อาชีพ ขายน้ำเต้าหู้ (ภาพซ้าย) และอาชีพขายกับข้าวประเภทการแปรรูป ปลาชนิดต่างๆ (ภาพขวา)	151
ภาพ 4.43 อาชีพขายข้าวสาร (ภาพซ้าย) และแม่ผู้ช่วยลูกหลานขายของ (ภาพขวา)	151

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพ 4.44 ผู้สูงอายุดูแลควบคุมการทำงานและขายอุปกรณ์ก่อสร้างและน้ำ ส่วนบุตร ทำหน้าที่ขับรถ ส่งน้ำ (ภาพซ้าย) และอายุ 67 ปี ขายอุปกรณ์จักสาน (ภาพขวา)	151
ภาพ 4.45 อาชีพรับจ้างขับรถให้แก่เจ้าอาวาส (ภาพซ้าย) และขายเครื่องจักสาน (ภาพขวา)	152
ภาพ 4.46 ชายชนมจีนน้ำเงี้ยวในวัด โดยมีรางวัลคุณภาพของชนมจีน (ภาพซ้าย) และ แม่อยู่วัย 83 ปี ช่วยหลานขายของและเฝ้าร้าน (ภาพขวา)	152
ภาพ 4.47 ถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดเรื่องสายตา แต่ผู้สูงอายุหลายรายในหมู่บ้านก็นิยมการ ร้อยดอกมะลิเป็นรายได้เสริม เพราะในหมู่บ้านมีการปลูกต้นมะลิหลายพื้นที่	152
ภาพ 4.48 ชายของในงานวัด	153
ภาพ 4.49 จำหน่ายผลิตภัณฑ์ต่างๆ และกระเป๋	153
ภาพ 4.50 สองคนคู่ชีวิต หารายได้เสริมเลี้ยงชีพผลิตภัณฑ์ไม้สัก (ภาพซ้าย) และผู้สูงอายุที่แข็งแรงยังคงยึดอาชีพทำไร่ทำสวนเพื่อหารายได้เลี้ยงชีพตนเอง และครอบครัว (ภาพขวา)	153
ภาพ 4.51 ผู้สูงอายุเพศชายอายุกว่า 70 ปี ยังคงปลูกผักเลี้ยงชีพ ส่วนภรรยานำไปขายที่ ตลาดใกล้บ้าน	154
ภาพ 4.52 การขายของที่บ้าน (ภาพซ้าย) และพืชผักต่างๆ (ภาพขวา)	154
ภาพ 4.53 ผู้สูงอายุกำลังสาธิตการทำไม้กวาดและจักสานอื่นๆ ในยามว่าง ให้แก่ผู้วิจัย	154
ภาพ 4.54 อาชีพขายของพบเห็นได้ทั่วไปในผู้สูงอายุ (ภาพซ้าย) และ การผลิตถั่วเน่าขาย (ภาพขวา)	155
ภาพ 4.55 การรวมกลุ่มทำผลิตข้าวกล้องโดยมีอุปกรณ์เป็นเครื่องตำข้าวแบบโบราณและ เครื่องสีข้าวแบบสมัยใหม่	155
ภาพ 4.56 การทำดอกไม้จันทน์และตุ๊กตาล้านนา	156
ภาพ 4.57 ผลิตภัณฑ์ไม้ไผ่ขัดโดยกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ	156
ภาพ 4.58 การผลิตมะรุ้มแคปซูล และกลุ่มทำด้ายสายสิญจน์	156
ภาพ 4.59 ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างอย่างมีความสุขในการผลิตตุ๊กตาล้านนาและผลิตภัณฑ์อื่นๆ ของกลุ่ม	157
ภาพ 4.60 น้ำยา EM ยามองน้ำ (ภาพซ้าย) และผลิตภัณฑ์อื่นๆอีก สิบกว่ารายการ	157

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพ 4.61 การสาธิตการทำก๋วยจั๊วกุ้งสดของกลุ่มผู้สูงอายุในหมู่บ้านเมื่อมีงานประเพณีต่างๆในท้องถิ่น และได้นำความรู้ภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อการอนุรักษ์สืบทอดต่อสังคม บางครั้งยังเป็นอาชีพเสริมรับจ้างทำเพื่อให้ประกอบพิธีกรรมต่างๆ	158
ภาพ 4.62 สมุดคู่มือสมาคมมาปนกิจสงเคราะห์ที่ผู้สูงอายุสมัครเป็นสมาชิกและ การบันทึกรายจ่ายแต่ละครั้ง	161
ภาพ 4.63 ตัวอย่างการปลูกพืชผักพื้นบ้านนานาชนิดในรั้วบ้านของผู้สูงอายุที่เอื้อต่อการ บริโภค	163
ภาพ 4.64 ผู้สูงอายุเพศชายต่างร่วมกลุ่มทำสวดประกอบพิธีกรรมงานศพ	172
ภาพ 4.65 ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงมีหน้าที่จัดเตรียมส่วนอื่นๆ “ดาคร้ว” ที่เกี่ยวข้องกับพิธี กรรมแบบล้านนา	172
ภาพ 4.66 ตู้งสามหาง สัญลักษณ์ของงานศพ และถูงย่ามใส่เสบียงอาหารให้แก่ผู้ที่เสียชีวิต ผู้ที่ถือตุ้ง เดินนำหน้าแห่นาขบวนส่งศพ มีความเชื่อว่า ห้ามพูดจา ห้ามหันไป มองข้างหลัง	172
ภาพ 4.67 ฟัวสนั่น (มะขามคั่ว) และเมี่ยงเป็นของใช้ต้อนรับแขก หรือ ใช้อมแทน หมากเมื่อรับประทานอาหารเสร็จ ชาวล้านนาไม่นิยมรับประทานของหวาน หลังอาหาร แต่ชอบอมเมี่ยงและสูบบุหรี่ชื้อโยแทน และแสดงอาหารจัดเลี้ยงใน งานศพตอนช่วงเพลที่มีรายการเป็นอาหารเหนือจัดอย่างเรียบง่าย เช่น แก้งป่าหนูน (แกงขนุน) น้ำพริกมะเขือส้ม มีข้าวเหนียวเป็นหลัก	173
ภาพ 4.68 ประสาทแห่ศพด้วยการลากจูงที่มีปอยล้อ	173
ภาพ 4.69 ประสาทใส่โลงศพตามประเพณีล้านนาสามารถพบเห็นโดยทั่วไปหลายเขตพื้นที่ เชื่อว่า ผู้ที่เสียชีวิตจะได้ไปจุติ ยังชั้นวิมานของภพภูมิต่างๆบนสรวงสวรรค์ จะได้ มีที่อยู่ใหม่ในภพชาติใหม่ต่อไป (ภาพซ้าย) และ บางครั้ง พบเห็นรูปแบบประสาท สมัยใหม่มีการดัดแปลงที่นั่งเรือนไม้ทดแทนแบบเดิม (ภาพขวา)	173
ภาพ 4.70 ขณะให้สัมภาษณ์ ผู้สูงอายุหลายคนได้ร่วมการสาธิตทำก๋วยจั๊วกุ้งสดซึ่งเป็น ส่วนหนึ่งของภูมิปัญญาพื้นบ้านที่ใช้ในงานประเพณีได้สืบทอดกันมา	176

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพ 4.71 การจัดงานวันขึ้นปีใหม่ 1 มกราคมของทุกปี ในวัดบางแห่งจะมีการจัดงานพิธี สืบทอด และมีการตั้งอายุมาช่วยงานที่วัด	176
ภาพ 4.72 สะตวงวันเกิดให้เขียนวัน เดือน ปี เกิด ใส่ไว้ในสะตวงเพื่อการสะเดาะเคราะห์ สืบทอด	176
ภาพ 4.73 การวางสะตวงสะเดาะเคราะห์จำแนกตามวันเกิด	177
ภาพ 4.74 ผู้สูงอายุต่างนั่งทำสะตวง และสวดดอกเพื่อใช้ประกอบพิธีการทำบุญให้แก่ พุทธศาสนิกชนที่มาวัด	177
ภาพ 4.75 การมีขี้มโคและตุ้งตามประเพณีล้านนาประกอบพิธีการจัดงานที่วัด	177
ภาพ 4.76 สะตวง 108 และขันแก้วทั้ง 3 ประกอบด้วย ขันขอสีล ขันน้ำทาน และขันฮอมบุญ	178
ภาพ 4.77 บรรยากาศ และส่วนต่างๆประกอบพิธีสืบทอด	178
ภาพ 4.78 ประธานผู้สูงอายุเป็นผู้นำทางด้านในพิธีกรรม (ภาพซ้าย) และขี้มโคสืบทอด (ภาพขวา)	179
ภาพ 4.79 ผู้สูงอายุต่างมาร่วมงานและกำลังประกอบพิธีกรรมทางศาสนา	179
ภาพ 4.80 ผู้สูงอายุนำด้ายสายสิญจน์มาพันศีรษะเพื่อสืบทอด สะเดาะเคราะห์ต่ออายุ	180
ภาพ 4.81 การรับฟังบทสวดมนต์ และพระสงฆ์พรมน้ำมนต์	180
ภาพ 4.82 ภายหลังการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ผู้สูงอายุต่างรับประทานอาหาร กลางวันร่วมกันซึ่งเป็นรูปแบบอาหารล้านนา ได้แก่ ไส้จืด แคหมู น้ำพริกมะเขือส้ม ผักต้ม และข้าวเหนียว	180
ภาพ 4.83 การร่วมรับประทานอาหารเหนือของผู้สูงอายุแบบนั่งโต๊ะอาหารเหมาะสมสำหรับ ผู้มีปัญหาเรื่องเข่าข้อ	181
ภาพ 4.84 ป้ายประชาสัมพันธ์การจัดงานปีใหม่เมืองในหลายเขตพื้นที่	182
ภาพ 4.85 ผู้สูงอายุจำนวน 800 กว่าคนมาร่วมงานวันผู้สูงอายุ และมีการจัดกิจกรรม ภายในงานต่างๆ	183
ภาพ 4.86 การจัดกิจกรรมภายในงานได้ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม	184
ภาพ 4.87 การเตรียมของที่ระลึกมอบให้แก่ผู้สูงอายุ น้ำส้มป่อย จอกลึง และเครื่องดำหัว ปีใหม่เมือง	185

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพ 4.88 การจัดเลี้ยงอาหารกลางวันให้แก่ผู้สูงอายุ	185
ภาพ 4.89 ผู้สูงอายุร่วมขบวนแห่บวชลูกแก้ว และสงฆ์พระในเขตชุมชน	186
ภาพ 4.90 ตามความเชื่อปีศาจมารดาจะนับถือลูกแก้วในฐานะผู้นำกุศลมาให้ (ภาพซ้าย) และขบวนแห่ไม้ค้ำ (ภาพขวา)	187
ภาพ 4.91 ผู้สูงอายุทำหน้าที่ขับร้องในขบวนแห่	187
ภาพ 4.92 ขบวนแห่เนื่องในวันสงกรานต์ของหมู่บ้าน	187
ภาพ 4.93 กาด (ตลาด) ในชุมชนมีการวางจำหน่ายน้ำอบน้ำหอม ส้มป่อย และตุ่ง 12 ราศี	188
ภาพ 4.94 ตุ่ง (หรือเรียก ชง ในภาคกลาง) ใช้ประกอบพิธีกรรมทางพุทธศาสนา ตามงานมงคลและอวมงคลต่างๆ ถวายเป็นพุทธบูชา ทำบุญอุทิศให้แก่ผู้ที่ล่วงลับไปแล้ว หรือ สร้างกุศลในภพหน้า เมื่อสิ้นบุญจะได้เกาะชายตุ่งขึ้นสวรรค์ และนำตุ่งมาปักบนกองเจดีย์ทราย	188
ภาพ 4.95 การदानขันข้าวถวายพระเพื่ออุทิศส่วนกุศลให้แก่ญาติผู้ล่วงลับไปแล้ว	188
ภาพ 4.96 วันพญาวัน และการทำบุญมีพิธีสืบทอดแบบล้านนา โดยมีผู้สูงอายุเป็นมัคทายก	189
ภาพ 4.97 การร่วมพิธีสืบทอดภายในศาลา และที่นั่งภายนอก	190
ภาพ 4.98 การนำด้ายสายสิญจน์สืบทอดมาปั้นปอน (ให้พร) ผูกข้อมือซึ่งกันและกันระหว่างผู้สูงอายุ	190
ภาพ 4.99 ต่อท้ายด้วยพิธีรดน้ำคำหัวและขอพรจากผู้สูงอายุบริเวณลานวัด	190
ภาพ 4.100 กลองหลวงล้านนามีการจัดเก็บไว้ที่วัด นิยมตีในเทศกาลงานบุญ และนำมาจัดประเพณีการแข่งขัน	191
ภาพ 4.101 กติกาการแข่งขันมหกรรมกลองหลวงล้านนานั้น คือ การตีกลองให้มีเสียงดัง กังวานที่สุดเปรียบเสมือนกีฬาของชาวล้านนาที่มีทั้งความสนุกสนานและความตื่นเต้น	191
ภาพ 4.102 กลองหลวงล้านนาเป็นตัวแทน หรือชื่อเสียงของหมู่บ้านที่ช่วยประกาศศักดิ์ศรี ความภาคภูมิใจมายังพวกพ้อง และกลุ่มผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่เป็นผู้แทนชุมชน มาพร้อมกับวัด ติดตามมาร่วมกิจกรรมการแข่งขันและนั่งรวมกลุ่มพบปะสนทนากันในระหว่างชมการแข่งขัน	192

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพ 4.103 หมอนแต่งงานที่มีการเก็บรักษาเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลา 53 ปีจนถึงปัจจุบัน แสดงให้เห็นถึงความรักความผูกพันที่มีต่อครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก (ภาพซ้าย) และผู้สูงอายุมีความสุขอยู่กับสมาชิกในครอบครัว (ภาพขวา)	194
ภาพ 4.104 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 95 ปี พักอาศัยอยู่ตามลำพัง แต่ได้รับการเกื้อหนุนจาก เครือญาติพี่น้องบ้านใกล้ๆ	204
ภาพ 4.105 ทีมนักวิจัยแสดงบทบาทหน้าที่คล้ายกับนักสังคมสงเคราะห์ไปเยี่ยมเยียน ผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ตามลำพัง พร้อมมอบของที่ระลึก ได้แก่ ผ้าชะม้าน้ำ ยาหอม เบี้ยยังชีพ (งบส่วนบุคคล) และได้รับคำอวยพรจากผู้สูงอายุ	204
ภาพ 4.106 ผู้สูงอายุ อายุ 77 ปี พักอาศัยอยู่ภายในวัด โดยมีทางวัดให้การเกื้อหนุน ทางสังคม พร้อมๆกับการสงเคราะห์กันในกลุ่มชน เมื่อทีมนักวิจัยไปเยี่ยมเยียน ก็จะมีความต้องการที่จะสนทนาหรือบอกเล่าชีวิตส่วนบุคคลเสมือนต้องการ คลายความเหงาจากเพื่อนเนื่องจากใช้ชีวิตอย่างเรียบง่ายตามลำพังเป็นส่วนใหญ่	205
ภาพ 4.107 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปี มีการดำรงชีพแบบเรียบง่ายโดยได้รับการช่วยเหลือจาก ญาติพี่น้อง และ เพื่อนบ้าน	205
ภาพ 4.108 ในบางโอกาส กลุ่มผู้สูงอายุหลายพื้นที่มีการไปเยี่ยมเยียน ถามไถ่สารทุกข์ หรือ นำสิ่งของไปมอบให้แก่ผู้สูงอายุที่ประสบความเดือดร้อน หรือ มีอาการ เจ็บป่วยเพื่อแสดงความมีน้ำใจ ความห่วงใยเอื้ออาทรต่อกัน และยังเป็นการ ให้กำลังใจกันภายในชุมชน	206
ภาพ 4.109 การประชุมในแต่ละรอบ 1 เดือน ของชมรมผู้สูงอายุ หรือ เครือข่ายในระดับ ตำบล จะมี อสม. หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาอำนวยความสะดวกเบื้องต้น ให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การวัดความดันโลหิต และ บริการชั่งน้ำหนักส่วนพ้อยวัย 85 ปี มีสุขภาพที่แข็งแรงระดับความดันโลหิตอยู่ที่ 120/80 มม.ปรอท	213
ภาพ 4.110 ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผู้สูงอายุมิบัตรประจำตัวแต่ละบุคคล	213
ภาพ 4.111 สถานีนอนามัยที่ตั้งอยู่ในเขตชุมชน เป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุจะไปใช้บริการเป็น ลำดับแรก	216

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพ 4.112 ตารางการปฏิบัติงานศูนย์แพทย์ชุมชน ณ สถานีอนามัยที่เปิดบริการคลินิกแก่ผู้สูงอายุและส่วนอื่นๆ สอดคล้องกับความคิดของผู้สูงอายุรายอื่น	216
ภาพ 4.113 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจัดตั้งที่วัดให้บริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก พร้อมทั้งมีบอร์ดการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ	219
ภาพ 4.114 ลีลาท่าทางการออกกำลังกายประเภท กีฬาเปตอง (Pétanque) ของกลุ่มผู้สูงอายุเป็นจุดร่วมสร้างสังคมสุขภาพในหมู่ชุมชน และถ้วยรางวัลชนะเลิศจากการแข่งขันกีฬานี้ คือ รางวัลความภาคภูมิใจแห่งสุขภาพของผู้สูงอายุ	227
ภาพ 4.115 กลุ่มผู้สูงอายุออกกำลังกายแบบผสมผสานกิจกรรมหลายประเภท ในช่วงเย็น โดยใช้สถานที่วัดเป็นจุดนัดพบของสมาชิกกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ	227

บทคัดย่อ

การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวล้านนาจังหวัดเชียงใหม่ครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลโดยทั่วไป วิเคราะห์ผลจากการได้รับสวัสดิการทางสังคมและการดำเนินงานจากหน่วยงานภาครัฐ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรม ประเพณี การเกื้อหนุนจากครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพ ศึกษาปัญหาอุปสรรค และความคาดหวังของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มประธานชมรมผู้สูงอายุ และผู้นำชุมชน หรือ ผู้นำท้องถิ่น จำนวน 106 คน และ กลุ่มผู้สูงอายุโดยทั่วไปที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 408 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 514 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาข้อมูลโดยทั่วไป พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.2 มีอายุระหว่าง 60 -70 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.1 สำเร็จการศึกษาระดับสูงสุดชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 81.1 พักอาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 71.0 รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต คิดเป็นร้อยละ 59.5 ประเมินสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.3 มีความพึงพอใจต่อนโยบายสวัสดิการด้านสุขภาพของรัฐ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 47.5 มีการตรวจสุขภาพทุกปี คิดเป็นร้อยละ 64.0 ใช้สวัสดิการของรัฐ คิดเป็นร้อยละ 76.5 มีความพึงพอใจในวัฒนธรรมชุมชนและสิ่งแวดล้อมทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 54.3 มีความสุขต่อคุณภาพชีวิตในปัจจุบัน อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.9 อุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต คือ รายได้น้อย คิดเป็นร้อยละ 77.8 ข้อดีของสวัสดิการสังคมที่ได้รับประโยชน์ คือ การมีสุขภาพจิต สุขภาพกายดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 86.6 มีความต้องการให้เพิ่มเบี้ยยังชีพ คิดเป็นร้อยละ 90.6 โดยมีจำนวนเงินขั้นต่ำ 1,000 - 1,500 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 96.8 และมีความคิดเห็นต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวล้านนาอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 76.9

ผลการวิเคราะห์จากการจัดสวัสดิการทางสังคมและการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการยกระดับคุณภาพชีวิตให้เกิดการรวมกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุในทุกระดับ เกิดการสร้างเครือข่ายทางสังคมกับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรต่างๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีบทบาทใหม่ทางสังคม มีการพัฒนาตนเอง และแสดงศักยภาพทางสังคมของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ส่วนนโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละหน่วยงานในชุมชนมีผลทำให้ผู้สูงอายุชาวล้านนามีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน หากได้รับการส่งเสริมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนั้น ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในชีวิตเพิ่มขึ้นจากหลักประกันในเรื่องรายได้เบี้ยยังชีพ รวมถึง

มีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดีจากการได้รับสวัสดิการด้านหลักประกันสุขภาพ **คุณภาพชีวิตด้านปัจจัยทางเศรษฐกิจ** พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ระดับพอระดับประคองให้อยู่รอดได้ ต้องอาศัยจากสมาชิกครอบครัว และสวัสดิการเบี้ยยังชีพ มีรายจ่ายหลักเพื่อการทำบุญ และจ่ายค่าสมาชิกฌาปนกิจสงเคราะห์ ไว้การระการเผ่นชำระหนี้ มีการบริโภคอาหารตามวิถีพื้นบ้าน ในอัตราส่วนที่น้อยลง ส่งผลให้ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านอาหาร **คุณภาพชีวิตด้านวัฒนธรรมประเพณี** พบว่า ผู้สูงอายุได้แสดงบทบาทเป็นผู้นำทางด้านวัฒนธรรมประเพณีในชุมชนและเป็นต้นแบบในการอนุรักษ์มรดกทางสังคมให้สืบทอดต่อไป วัฒนธรรมประเพณีทำให้เกิดการรวมกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุอย่างไม่เป็นทางการ และได้สร้างความภาคภูมิใจและมีสุขภาพจิตที่ดี **คุณภาพชีวิตด้านความเกื้อหนุนจากครอบครัว** พบว่า วัฒนธรรมครอบครัวล้านนามีค่านิยมที่ดีในการแสดงความกตัญญูแก่บิดามารดา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความอบอุ่นมั่นคงในชีวิต ส่วนใหญ่ครอบครัวมีส่วนเกื้อหนุนด้านต่างๆในระดับปานกลาง แต่ระบบเครือญาติ เครือข่ายเพื่อนบ้านในชุมชนให้การเกื้อหนุนทางสังคมทดแทนระบบครอบครัวเมื่อผู้สูงอายุต้องอยู่ห่างไกลจากครอบครัว หรือ พักอาศัยตามลำพัง **ส่วนคุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมสุขภาพ** พบว่า ผู้สูงอายุมีความรัก เอาใจใส่สุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น ต้องการไปพบแพทย์บ่อยครั้ง ถึงแม้ว่าจะปรากฏอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยๆ และไปพบตามนัดอย่างสม่ำเสมอ มีการปรับตัวพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพสูงขึ้นสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมสมัยใหม่สามารถประยุกต์ความรู้เพื่อใช้ประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวันได้ดี และการออกกำลังกายถือเป็นศูนย์รวมแห่งการสร้างสังคมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นปัญหาสำคัญที่กระทบต่อคุณภาพชีวิต และการดำเนินงานของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสร้างความไม่เสมอภาคด้านคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ในด้านอื่นๆ พบว่า มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

ปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุล้านนา ได้แก่ ปัญหาหมอกควันในเขตภาคเหนือ ความเชื่อและวิถีการปฏิบัติในการเผาศพของผู้สูงอายุเอง ปัญหามลภาวะสิ่งแวดล้อมในระบบนิเวศชุมชน ปัญหาเสพติดในชุมชน ปัญหาความขัดแย้งระดับท้องถิ่นของกลุ่มผู้สูงอายุและความขัดแย้งภายในชุมชน ปัญหาแรงงานต่างด้าวในชุมชน และปัญหาสวัสดิภาพและความปลอดภัยในการสัญจรบนถนน **ส่วนความคาดหวังของผู้สูงอายุ** คือ ต้องการให้รัฐบาลเพิ่มจำนวนเงินเบี้ย ยังชีพขึ้นต่ำอย่างน้อย จำนวน 1,000 บาทต่อเดือน และต้องการให้ภาครัฐสนับสนุนเงินงบประมาณการลงทุนเพื่อส่งเสริมรายได้ในการประกอบผลิตภัณฑ์อาชีพของกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ พร้อมทั้งจัดหาตลาดส่งออกสินค้าผลิตภัณฑ์อาชีพอย่างเป็นทางการในระดับจังหวัด หรือ ระดับประเทศ

Abstract

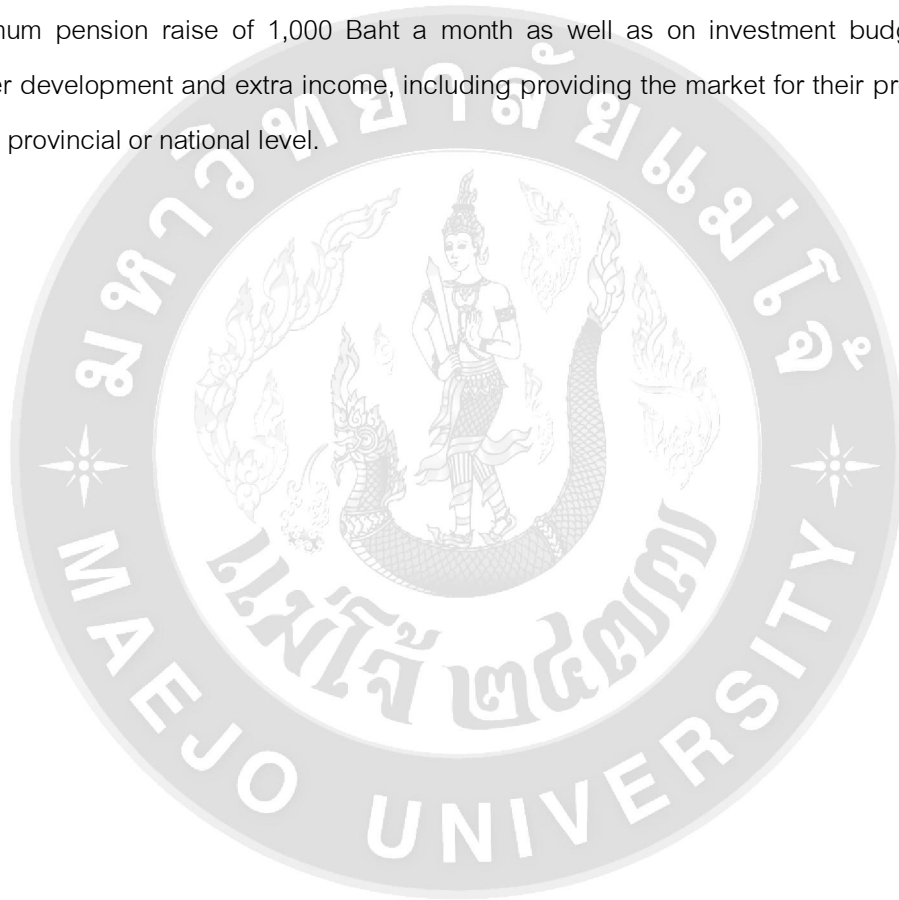
This analytic study on the quality of life of Lanna elderly people in Chiang Mai province is both qualitative and quantitative. It aims to investigate general information of elderly people as well as to analyse qualities of social welfare and the government sectors working procedure, as well as elderly people's economic conditions, culture and tradition, family support, and health behaviour. The study also focuses on elderly people's problems and obstructions and their expectations. The sample group was 514 people, 106 of whom were chairpersons of elderly people's clubs, community chiefs, and local administrative heads, and 408 members of elderly people's clubs. The data were analysed with the use of descriptive statistics and content analysis.

The study revealed that 57.2 % of the elderly people studied were female, 55.1 % were aged between 60 and 70 years old, 81.1 % were Grade-4 educated, 71.0 % were living with family members. Fifty nine point five percent had insufficient income, 62.3 % had average health self-estimation, 47.5 % had average satisfaction for the government sector's health welfare policies, 64.0 % had an annual health check-up, 76.5 % used a health insurance card issued by the government, 54.3 % were satisfied with cultural and social environments in their communities, 67.9 % were averagely happy with the existing quality of life. Obstruction affecting the quality of life of the elderly people was low income, which was calculated as 77.8 %. The benefit of social welfare received was improved physical and mental health, which was calculated as 86.6 %. Ninety point six percent of the elderly people wanted to have pension increased at least 1,000-1,500 Baht a month. Seventy six point nine percent of the sample group saw the quality of life of Lanna elderly people at an average level.

The findings of the analysis on social welfare service and on the working procedure of the government sectors revealed that overall quality of life of the elderly people of all levels of social groups was elevated. Social networking amongst the elderly people themselves and with organisations in the government sector was established, resulting in the elderly people's new social role, self-development, and significant establishment of their improved social status. Besides, policies of local administrative

organisations in different communities regulated different results of the well being of Lanna elderly people, to whom if supports were appropriately given, a better quality of life would be guaranteed. Furthermore, the elderly people were more secure in their life through pension assurance and their physical and mental health improved through health insurance. On economic condition, it revealed that the majority of the elderly people had a surviving rate of income with supports from their family members and government pension. Their principal expenses were for merit making and funeral fund. They did not have debt. Food consumption in a traditional habit amongst the elderly people reduced and resulted in an economical expense in food. On account of cultural and traditional life quality, it was founded that the elderly people played a leading role in the cultural life of the community and could become a role model for social heritage conservation. Cultural activities led to informal social gathering and networking amongst the elderly people and resulted in their improved self-esteem and mental health. In the aspect of family support, it revealed that Lanna family culture has provided a good social value in that the senior members in the family are always given high respect and good treatment. This value promoted security and warmth in life amongst the elderly people. However, family was found to have average contribution to improved condition of the elderly people. The kinship systems and neighbours were found to be the substitutes of family support for those elderly people who lived away from their family or on their own. In the aspect of health behaviour, the elderly people were found to be more conscious of their health. They frequently visited a doctor, however small a symptom, and never missed an appointment. They showed increased knowledge of health care relevant to the changing situation of modern society and could apply the knowledge for taking care of themselves in daily life. Exercising was central for the elderly people to keep fit and maintain their healthiness. It, therefore, concluded that the economic condition was the main problem that had effects on the quality of life of the elderly people and the working of the local administrative organisations created inequality in the quality of life of the elderly, though their quality of life in other aspects were in a good level.

The problems and obstructions found to have affected Lanna elderly people's quality of life were smog pollution in the northern region during the dry season, their habitual practice of burning rubbish in the open air, other environmental pollutions affecting the community ecosystem, addicted drugs in the community, conflicts between the elderly people's different social groups and other community conflicts, foreign migrant workers in the community, and unsafe transportation and use of roads. The elderly people's expectations were to have support from the government sector on a minimum pension raise of 1,000 Baht a month as well as on investment budget for career development and extra income, including providing the market for their products in the provincial or national level.



บทที่ 1

บทนำ

1. ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

“ผู้สูงอายุ (The elderly people)” ได้ชื่อว่าเป็นช่วงวัยสำคัญที่ได้พัฒนามาตามกระบวนการขั้นตอนสุดท้ายของชีวิตที่สมบูรณ์แบบของพัฒนาการมนุษย์ (human development) และหลายคนได้มีโอกาสพัฒนาการมาจนถึงช่วงวัยนี้ โดยได้ผ่านการปรับตัวของช่วงวัยต่างๆ มีการสะสมความรู้ประสบการณ์อันทรงคุณค่า และได้ทำประโยชน์แก่สังคมและประเทศชาติในอดีตเป็นอย่างดี ในปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุเริ่มมีบทบาทความสำคัญกับนานาประเทศเพราะนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 จากรายงานการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ระบุตัวเลขจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ปี ค.ศ.1975 (พ.ศ.2518) มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 350 ล้านคน ปีค.ศ.2000 (พ.ศ.2543) มีจำนวน 590 ล้านคน ซึ่งให้เห็นว่า มีการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ด้วยเหตุนี้ องค์การอนามัยโลก จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญและได้กำหนดให้เป็นปีแห่งสุขภาพของผู้สูงอายุ (The Year of Health Care for the Elderly) (สุรกุล เจนอบรม 2541)

ในส่วนของประเทศไทย พบว่า โครงสร้างของประชากรประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วง 10 ปี โดยพิจารณาจากอัตราเกิดของประเทศไทยที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 42.2 คน ในปี 2507 เป็น 10.9 คน ต่อประชากรพันคนในปี 2548 ทำให้ประชากรวัยเด็กอายุ 0-14 ปี มีจำนวนลดลง ในขณะที่ประชากรวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มมากขึ้น โครงสร้างของประชากรจึงมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ในปี 2550 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุประมาณ 7.1 ล้านคน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มอายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 58.8 กลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 31.7 และกลุ่มอายุ 80 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 9.5 โดยมีประชากรมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ขณะที่ประเทศญี่ปุ่นได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมาแล้วถึง 30 ปี ประเทศสิงคโปร์เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี 2543 และในปี 2550 นี้ ประเทศญี่ปุ่นมีผู้สูงอายุร้อยละ 29 สิงคโปร์มีผู้สูงอายุร้อยละ 11.9 ขณะที่ประเทศไทยมีผู้สูงอายุร้อยละ 10.7 ของประชากรทั้งประเทศ (www.ryt9.com) และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 13.4 ในปี 2558 และร้อยละ 15.3

ในปี 2563 ตามลำดับ โดยปัญหาจะเริ่มรุนแรงขึ้นตั้งแต่ปี 2550(www.thaicentenarian.mahidol.ac.th) โดยมีสาเหตุเพราะความเจริญทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ โภชนาการอาหาร ตลอดจนประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองและเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์ให้กับตัวเอง ประกอบกับอัตราการเกิดลดลง เพราะประชากรส่วนใหญ่แต่งงานช้า จากสภาพทางเศรษฐกิจและความเครียดในการดำรงชีวิต (www.lib.ru.ac.th) ทั้งหมดล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุขึ้นเรื่อยๆทุกปีดังแสดงในตาราง 1.1

ตาราง 1.1 จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำแนกตามรายอายุ ปี พ.ศ.2552 และ พ.ศ. 2568

กลุ่มอายุ	2552			2568		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
60-69	1,963.1	2,228.7	4,191.8	3,515.8	4,178.4	7,694.2
70-79	1,032.1	1,315.8	2,347.9	1,685.9	2,183.1	3,869.0
80+	297.9	436.3	734.2	532.4	805.5	1,337.9
รวม	3,293.1	3,980.8	7,273.9	5,734.1	7,167.0	12,901.1

ที่มา : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2549

ที่มา : www.thai.centenarian.mahidol.ac.th

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ เป็นปรากฏการณ์ที่ส่งผลกระทบทางลบแก่ผู้สูงอายุทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม นอกจากนี้ประชากรผู้สูงอายุก็มีปัญหาสุขภาพมากขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายเข้าสู่วัยผู้สูงอายุและผลแทรกซ้อนของความเจ็บป่วยในช่วงชีวิตก่อนหน้านี้ทำให้ผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงการบริการและการดูแลจากผู้อื่นมากบ้างน้อยบ้างในแต่ละช่วงเวลา (www.thaicentenarian.mahidol.ac.th) ประกอบกับวัฒนธรรมตะวันตกส่งผลโดยตรงกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคมไทยจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมีแนวโน้มมากขึ้นทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังเฉพาะสามีภรรยาหรือต้องอยู่คนเดียวมากขึ้นจากเดิมผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งถูกทอดทิ้ง เพราะครอบครัวไม่สามารถรับภาระได้ ภาครัฐไม่มีโครงการในประเทศเพื่อให้ความเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่ยังคงมีความสามารถและประกอบกิจกรรมทาง

เศรษฐกิจได้ (www.cps.chula.ac.th) ทั้งที่ข้อมูลพบว่า มีผู้สูงอายุ 1 ใน 3 ยังไม่ยอมเกษียณตัวเองจากการทำงาน นอกจากนี้ ยังพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งต้องทำงานเลี้ยงตัวเองและครอบครัว งานที่ทำ ส่วนใหญ่เป็นงานภาคการเกษตร และงานบริการ (ที่นี้ประเทศไทย 2552) และ สุรกุล เจนอบรม (2541) กล่าวว่า ค่านิยมได้กำหนดบทบาทของผู้สูงอายุไว้เพียงการ ฟังเทศน์ การเฝ้าบ้านและเลี้ยงหลานเท่านั้น โดยมองข้ามคุณค่าของความรู้และประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุได้สะสมมาตลอดชีวิต โดยเฉพาะความรู้ด้านวัฒนธรรมขนบธรรมเนียม ประเพณี คุณธรรมและจริยธรรม หากได้มีการถ่ายทอดและรับไว้ได้อย่างเหมาะสมก็จะทำให้ได้รับประโยชน์จากผู้สูงอายุ และเป็นการเพิ่มบทบาทของผู้สูงอายุให้กับครอบครัวและสังคมอีกด้วย และทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดจำเป็นที่จะต้องวางแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาต่างๆของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับความต้องการ

และจากความสำคัญของระดับการพัฒนาคนของประเทศไทยเปรียบเทียบกับนานาประเทศโดยดัชนีวัดผลการพัฒนา (Human Development Index : HDI) ของ UNDP ที่วัดด้าน สาธารณสุข การศึกษาและมาตรฐานความเป็นอยู่ สรุปได้ว่า ประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีการพัฒนาคนระดับกลาง โดยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ค่าดัชนีการพัฒนาคคนของประเทศ ไทยมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากค่าดัชนี 0.614 ในปี 2518 เป็น 0.74 ในปี 2538 และในปี 2548 มีค่าดัชนีเท่ากับ 0.778 อยู่อันดับที่ 73 จาก 177 ประเทศ ซึ่งสูงกว่าจีน (85) เวียดนาม (108) แต่ต่ำกว่าหลายประเทศในภูมิภาคเอเชีย อาทิ ญี่ปุ่น (11) เกาหลี (18) และสิงคโปร์ (25) ดังนั้น การพัฒนาคนจึงต้องเริ่มต้นที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี (good quality of life)

ในปัจจุบัน คุณภาพชีวิต ได้รับการกำหนดให้เป็นเป้าหมายสูงสุดในการพัฒนาประเทศ ดังนั้น เป้าหมายของการพัฒนาทุกด้านไม่ว่าจะเป็นในด้านสังคม เศรษฐกิจ การปกครอง ฯลฯ ล้วนมุ่งไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของมนุษย์ในสังคม เนื่องจาก คุณภาพชีวิต เป็นสิ่งที่มีคุณค่า มีความสำคัญและจำเป็นต่อบุคคลและสังคม เป็นสิ่งที่มนุษย์สามารถกำหนดการสร้างเกณฑ์ มาตรฐานเพื่อให้ระดับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ และเพื่อการทำให้การพัฒนาตนเองและสังคม ไปสู่เป้าหมายที่ปรารถนาบุคคลแต่ละคน และแต่ละครอบครัวจึงมีการพัฒนาตนเองในด้าน การศึกษา การมีแนวคิดและเจตคติที่ดี การรู้จักบริหารตนเอง การมีความเอื้ออาทรต่อบุคคล

อื่น การมีอาชีพ มีรายได้ มีคุณธรรมและศีลธรรม ฯลฯ หากทุกคนในสังคมสามารถปฏิบัติได้ เช่นนี้ ก็เท่ากับว่า สามารถช่วยยกระดับทั้งของตนเองและสังคมให้มีคุณค่า มีความเจริญงอกงาม พัฒนาไปสู่สังคมอุดมคติ ปัญหาต่างๆในสังคมจะลดลง หรือ หหมดไป เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาโสเภณี ปัญหาอาชญากรรม ปัญหามลภาวะเป็นพิษ ฯลฯ ดังนั้น ประเทศต่างๆ จึงใช้ความพยายามอย่างเต็มที่ในการยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรในประเทศ เพื่อช่วยให้สมาชิกในสังคมทุกคนมีความกินดี อยู่ดี มีความสุขสมบูรณ์

รัฐบาลจึงเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาประชากรผู้สูงอายุ ได้กำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ รวมถึงจัดสรรงบประมาณต่างๆเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้เพิ่มมากขึ้น โดยมีเป้าหมาย คือ การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ให้ผู้สูงอายุได้รับสวัสดิการที่เหมาะสม ได้รับการดูแลเอาใจใส่และเคารพ ยกย่องจากลูกหลานและสังคมมีบทบาทและส่วนร่วมในการพัฒนาสังคมและประเทศชาติตามความสามารถและความเหมาะสม หนึ่งในปัจจุบันเป้าหมายในการพัฒนาประชาชนให้มีมาตรฐานการครองชีพที่ดีได้เปลี่ยนแปลงไป และคาดหวังให้อายุเฉลี่ยของคนไทยยืนยาวออกไปอีก คือ ชาย 68 ปี หญิง 75 ปี (สมพร เทพสิทธา 2549)

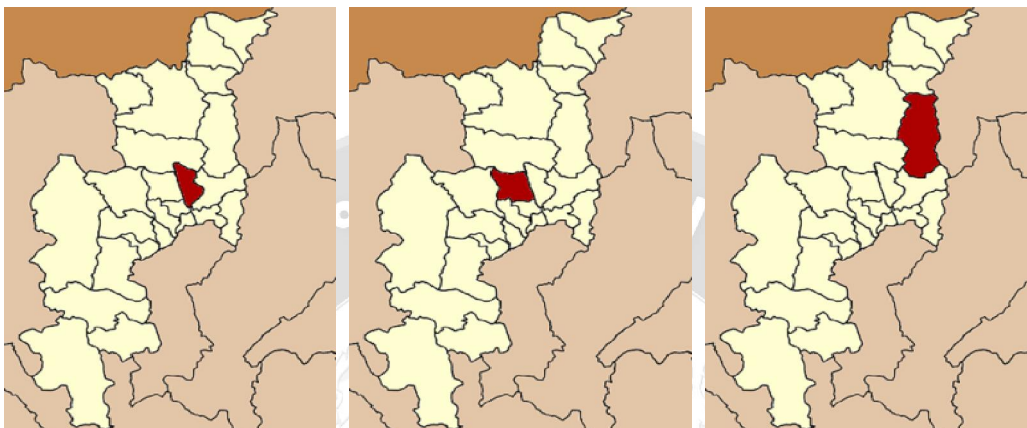
เมื่อพิจารณาผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนบนซึ่งมีจังหวัดเชียงใหม่เป็นศูนย์กลางของวัฒนธรรมล้านนาอันมีเอกลักษณ์อันโดดเด่นแตกต่างจากภูมิภาคอื่นอย่างชัดเจน ผู้สูงอายุเหล่านี้ต่างมีช่วงชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ท่ามกลางบริบททางวัฒนธรรมและสังคมเป็นแบบฉบับของตนเอง และองค์ประกอบอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นหลัก การวิจัยนี้จึงมุ่งที่จะวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวล้านนาในปัจจุบันเป็นอย่างไร ซึ่งจะได้สะท้อนความจริงในอีกด้านหนึ่งของสังคมไทยให้ปรากฏ

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลโดยทั่วไปของผู้สูงอายุชาวล้านนา จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อวิเคราะห์ผลจากการได้รับสวัสดิการสังคมและการดำเนินงานจากหน่วยงานภาครัฐ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรมประเพณี การเกื้อหนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวล้านนา จังหวัดเชียงใหม่

3. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค และความคาดหวังที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ผู้สูงอายุชาวล้านนา จังหวัดเชียงใหม่

3. ขอบเขตของการวิจัย



ภาพ 1.1 แสดงแผนที่ตั้งอำเภอสันทราย อำเภอแมริม และ อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่

ที่มา : www.wikipedia.org/wiki/2553

ประชากร คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มิถุนาลำเนาอยู่ในเขต 25 เขต อำเภอ ของจังหวัดเชียงใหม่ มีวิถีชีวิตภายใต้บริบทวัฒนธรรมและสังคมล้านนา ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 188,344 คน การศึกษานี้ กำหนดขอบเขตการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำแนกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ กล่าวคือ กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย ประธานผู้สูงอายุระดับอำเภอ ระดับ ตำบล และระดับหมู่บ้าน คณะกรรมการผู้สูงอายุ ประธานสภาวัฒนธรรมระดับตำบล (ผู้สูงอายุ) ผู้นำชุมชน (พ่อหลวง แม่หลวง) และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และ กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้สูงอายุโดยทั่วไปที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่ 3 อำเภอ ของจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ อำเภอสันทราย อำเภอแมริม และอำเภอพร้าว ซึ่งทั้ง 3 เขตนี้มีพื้นที่ค่อนข้างจะมีความเป็น ชนบท ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพหลักทางการเกษตรกรรม เป็นแหล่งอุตสาหกรรมการผลิต การคมนาคมสะดวก แต่ยังคงดำรงไว้ซึ่งวิถีแห่งวัฒนธรรมชุมชน ไว้อย่างเด่นชัด โดยขอบเขตของ พื้นที่อำเภอสันทราย และอำเภอแมริมจะมีอาณาเขตที่ตั้งติดกัน ส่วนพื้นที่ของอำเภอพร้าวมีอาณา

เขตที่ตั้งอยู่ห่างถัดไป สำหรับเขตอำเภอ สันทราย มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเป็นอันดับที่ 3 ของจังหวัดเชียงใหม่ (จำนวน 12,193 คน) อำเภอแมริม อันดับที่ 7 (จำนวน 9,603 คน) และ อำเภอพร้าว จัดอยู่ในอันดับที่ 12 (จำนวน 6,912 คน) โดยจำแนกกลุ่มผู้นำผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มผู้นำผู้สูงอายุ จำนวน 106 คน และ กลุ่มผู้สูงอายุโดยทั่วไป จำนวน 408 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 514 คน

4. รูปแบบงานวิจัย

งานวิจัยเชิงปริมาณ และงานวิจัยเชิงคุณภาพ

5. คำจำกัดความ

คุณภาพชีวิต (quality of life) หมายถึง การปรับตัวให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น มีความพึงพอใจ และมีความสุขภายใต้ผลการจัดสวัสดิการทางสังคมและการดำเนินงานของภาครัฐ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ วัฒนธรรมประเพณี การเกื้อหนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมและสังคมล้านนาเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริม หรือ อาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้สูงอายุ (the elderly people) หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ที่มีภูมิปัญญาอาศัยอยู่ในเขตชุมชน และมีวิถีชีวิตอยู่ภายใต้วัฒนธรรมและสังคมล้านนาในเขตจังหวัดเชียงใหม่

ล้านนา (Lanna) หมายถึง อาณาจักรที่มีพัฒนาการความเป็นมาทางประวัติศาสตร์อันยาวนานในอดีต โดยมีเมืองเชียงใหม่เป็นราชธานี มีรากเหง้าของการหลอมรวมวัฒนธรรมและกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน คนล้านนาในปัจจุบันมีแสดงอัตลักษณ์โดยการขานนามตนเองว่า “คนเมือง” และมีวิถีการดำเนินชีวิตตามบริบทสังคมวัฒนธรรมล้านนา ไม่ว่าจะเป็นประเพณีพื้นบ้าน ภาษา การแต่งกาย อาหาร ศิลปกรรม วรรณกรรม โบราณสถาน และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถสะท้อนคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมของผู้สูงอายุชาวล้านนาจังหวัดเชียงใหม่ในปัจจุบัน
2. ทำให้รับรู้ถึงสภาวะคุณภาพชีวิตในปัจจุบันของผู้สูงอายุจากการได้รับสวัสดิการสังคม การดำเนินงานจากหน่วยงานภาครัฐ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรมประเพณี การเกื้อหนุนของครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพ ในการที่จะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นต่อไป หรือแก้ไข ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต
- 3.ชี้ให้เห็นถึง ปัญหาอุปสรรค และความคาดหวังของผู้สูงอายุที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวล้านนา จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งจะเป็นฐานข้อมูลที่สำคัญเพื่อนำไปสู่การกำหนด แผนยุทธศาสตร์พัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับจังหวัด นโยบายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต่อ การพัฒนาประชากรกลุ่มผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในปัจจุบัน และกำหนดทิศทางในอนาคต
4. เป็นส่วนหนึ่งของผลการวิจัยที่ศึกษาผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือตอนบนร่วมกับภูมิภาคอื่นที่สามารถช่วยกำหนดแนวทางนโยบายระดับชาติ เพื่อส่งเสริมและยกระดับคุณภาพชีวิตของ ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต

บทที่ 2

กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยได้อาศัยกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิต (Quality of life)

1.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

สุมาลย์ รอดนางบัว (2551) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ชีวิตที่ไม่เป็นภาระและไม่ก่อปัญหาทางสังคมเป็นชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ มีความคิดและความสามารถที่จะดำรงสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองได้อย่างถูกต้อง แก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่สลับซับซ้อนได้สามารถหาวิธีการอันชอบธรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ตนเองพึงประสงค์ภายใต้เครื่องมือและทรัพยากรที่มีอยู่ หรือ สภาพแวดล้อมของชีวิตที่สมดุลกันทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม ตลอดจนทั้งศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี และค่านิยมในสังคมที่ทำให้สมาชิกในชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ส่วน Taylor (2003) นิยามว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบหลายประการประกอบด้วย หน้าที่การทำงานทางสรีระ สภาวะสุขภาพจิต บทบาททางสังคม และ พยาธิสภาพของโรคและการรักษาที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่ Dean (1985) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในชีวิต ความรู้สึกมีค่าในตนเอง ภาวะสุขภาพที่ดี การปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ความสุขสบายทางกายและใจ ชีวิตที่มีความหมาย และมีคุณค่า และภาระหน้าที่ของบุคคล นอกจากนั้น Fayers and Machin (2007) ระบุว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง สุขภาพทั่วไป หน้าที่ทางด้านร่างกาย อาการทางร่างกายและความเสื่อมหน้าที่อารมณ์ หน้าที่การคิด หน้าที่บทบาท หน้าที่และความผาสุกทางสังคม หน้าที่ทางเพศ และมิติส่วนการมีชีวิตประเด็นอื่นๆ นอกจากนั้น ยังเป็นมิติทางจิตวิทยา ทางจิตวิญญาณ การจัดการกับความเจ็บป่วย และความพึงพอใจในชีวิต

จากที่กล่าวมาทั้งหมด คุณภาพชีวิต หมายถึง การที่บุคคลได้รับโอกาสทางสังคมให้เกิดการพัฒนาชีวิต หรือ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ของชีวิตโดยทั่วไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยได้รับการส่งเสริมในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิทธิประโยชน์ และส่วนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ส่งผลต่อการปรับตัว

ให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตที่ดี มีความพึงพอใจ ความคาดหวังในชีวิต และมีความสุขตามวิถีชีวิตของตน รวมถึงทำให้บุคคลสามารถบริหารชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับศักยภาพของช่วงวัย

1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต

Baltus (1997) ระบุว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตมี 3 ประการ ได้แก่ การควบคุมสิ่งแวดล้อม (environment control) ความเกี่ยวข้องกับชุมชน (community involvement) และความสัมพันธ์ทางสังคม (social relations) โดยที่การควบคุมสิ่งแวดล้อมสามารถอ้างอิงถึงวิถีชีวิตของบุคคล และเป็นทางเลือก และการควบคุมส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตว่าเป็นอิสระอย่างไร รวมถึงการใช้ชีวิตอย่างไร จำนวนปีที่มากขึ้นไม่ได้เป็นเครื่องประกันถึงคุณภาพหรือระดับของความพึงพอใจในชีวิตของบุคคล และความหมายในชีวิต อย่างไรก็ตาม บุคคลปรารถนาที่จะมีชีวิตที่ยืนยาว ความคาดหวังในปัจจุบันนี้ มีคุณค่ามากขึ้น ความคาดหวังในชีวิต มีความเกี่ยวข้องกับค่าเฉลี่ยของจำนวนปีของบุคคลที่คาดหวังว่าจะมีชีวิตภายใต้ช่วงอายุปัจจุบัน นอกจากนั้นยังเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ภูมิหลังทางเศรษฐศาสตร์สังคม การควบคุมเชื้อโรค และกระบวนการชรา การปลูกถ่ายอวัยวะ เทคนิคการศัลยกรรมใหม่ๆ และการปรับปรุงเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมให้มีช่วงชีวิตที่ดีขึ้น

1.3 แนวคิดคุณภาพชีวิต

ทฤษฎีคุณภาพชีวิตได้พัฒนามาจากนักทฤษฎี 2 คน ดังนี้ (อัจจวรา นวจินดา 2549)

Sharma (1988) ได้เสนอแนวคิด Sharma's Hierarchy Human Needs and Quality of Life ที่มีระดับความพึงพอใจ (satisfaction) เป็นดัชนีวัดระดับคุณภาพชีวิต (quality of life) โดยแบ่งระดับตามการได้รับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการ 3 ประเภท คือ ระดับหนึ่งได้แก่ความต้องการเชิงชีวกายภาพ (bio-physical needs) ระดับสอง คือ ความต้องการเชิงจิตสังคม (psycho-social needs) และระดับสามคือ ความต้องการบรรลุอุดมการณ์ของชีวิต (individual aspiration needs) ถ้าบุคคลได้รับสิ่งที่ต้องการระดับหนึ่ง ระดับสองและระดับสาม ก็จะเกิดความ

พึงพอใจระดับต่ำ ระดับกลาง และระดับสูง ตามลำดับและความพึงพอใจจะสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ระดับหนึ่งระดับสองและระดับสามด้วยตามลำดับเช่นกัน

E. Barbieri Masini (1972,1975) ได้อธิบายเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์โดยจำแนกออกเป็นความต้องการใน 3 มิติ ดังนี้

1. มิติด้านกายภาพของมนุษย์ (man's biophysical area) ซึ่งเป็นความต้องการในการอยู่รอดและปลอดภัย ประกอบด้วย อาหาร บ้าน เสื้อผ้า เพศสัมพันธ์ สุขภาพ และความปลอดภัยด้านร่างกาย

2. มิติด้านจิตวิทยามนุษย์ (man's psychological area) ประกอบด้วย ความต้องการเกี่ยวกับตัวตน (needs for the ego) ได้แก่ การศึกษา การรู้หนังสือ ความมีวินัย การนับถือตนเอง และได้รับการนับถือจากผู้อื่น และความต้องการเกี่ยวกับความสัมพันธ์ เช่น การสื่อสาร การมีส่วนร่วม การรวมเป็นกลุ่มสมาคมและความรัก

3. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (the spirit area) เป็นความต้องการในการแสวงหาความจริงเกี่ยวกับธรรมชาติ ความสัมพันธ์ และการดำรงอยู่ของมนุษย์ ธรรมชาติ โลก และจักรวาล ส่วน J. McHale and M.Cordell McHale (1975,1977) ได้จำแนกความต้องการออกเป็น 3 ประเภท คือ ความต้องการจำเป็น เป็นความต้องการด้านกายภาพที่ทำให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ความต้องการที่เพียงพอสามารถดำรงชีพได้อย่างมีมาตรฐานในระดับที่พึงปรารถนา และความต้องการเจริญเติบโตปรารถนาพัฒนาตนเองเพื่อสร้างความพึงพอใจทางจิต

1.4 เกณฑ์ประเมินและการวัดคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิตมีการให้ความหมาย หรือมุมมองที่หลากหลายดังจะได้นำเสนอดังต่อไปนี้ (วิริยะ สว่างโชติ 2550)

แนวคิดเชิงจิตวิทยา ได้จำแนกเกณฑ์หลายส่วน คือ การมีงานทำ การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การหลับนอน การติดต่อทางสังคม การเป็นพ่อแม่ที่มีครอบครัว การประกอบอาชีพที่มีรายได้มั่นคง ความรัก สิ่งแวดล้อม และการยอมรับตนเอง

ส่วนการประเมินคุณภาพของคนไทยขั้นพื้นฐาน คือ กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะในปริมาณที่เพียงพอ มีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีงานทำอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ได้รับการบริการพื้นฐานที่จำเป็น มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน มีการผลิตที่พอเพียง มีส่วนร่วมในการปกครองท้องถิ่น สามารถควบคุมช่วงเวลาการมีบุตรและจำนวนบุตร ประพฤติตามขนบธรรมเนียมประเพณีหลักธรรมศาสนา และรักษาส่งเสริมกิจกรรมทางศิลปวัฒนธรรม

UNESCO (1980) กำหนดเกณฑ์ประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้านดังนี้

1. ด้านวัตถุวิสัย (objective) วัดได้โดยอาศัยข้อมูลต่างๆที่เป็นรูปธรรมสามารถมองเห็นได้ นับได้วัดค่าได้เช่นด้านเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม
2. ด้านจิตวิสัย (subjective) ประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยาซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับชีวิต การรับรู้สภาพต่อการเป็นอยู่ การดำรงชีวิตรวมทั้งสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและความพึงพอใจในชีวิต

องค์การยูเนสโกในภูมิภาคเอเชียได้กำหนดเกณฑ์ของบุคคลและชุมชนจาก อาหารและโภชนาการ สุขภาพ การศึกษา สภาพแวดล้อมและรายได้ การมีงานทำ และสถานภาพสตรี

ในปี 1974 Wallance เขียนหนังสือชื่อ “ Identific of Quality of Life Indicators for Use in Family Planning” ระบุเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตที่ดีประกอบด้วย มีสุขภาพและสวัสดิการ มีการติดต่อสื่อสารกันในสภาพสิ่งแวดล้อมของตน เป็นทรัพยากรมนุษย์ สามารถติดต่อกับบุคคลได้ทุกคน มีสติปัญญา ร่างกาย และอารมณ์ดี มีการพัฒนาเศรษฐกิจ และมีความมั่นคงปลอดภัย (www.igetweb.com/www.socialscience/index)

สุขภาพที่แท้จริงเป็นเรื่องของคุณภาพชีวิต ปัจจุบันแม้จะมีการพัฒนากรอบความคิดใหม่ๆที่เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและการส่งเสริมสุขภาพมีการรณรงค์ชักชวนให้มีการส่งเสริมสุขภาพด้วยงบประมาณจำนวนมากทั้งจากภาครัฐ เอกชน และองค์กรระหว่างประเทศ จึงมองว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นส่วนย่อยส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิต การพัฒนาคุณภาพชีวิตจะมีผลทางบวกต่อความเป็นอยู่ที่ดีของประชากร ประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพจะเป็นปัจจัยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสังคมอย่างยั่งยืน อย่างไรก็ตาม การสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถทำได้

โดยการกำหนดความเข้าใจที่ชัดเจนทั้งบุคคลและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการเตรียมความพร้อมเพื่อให้
เกิดความเข้าใจในปฏิริยาระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมเหล่านั้น ไม่อาจหา ตัวแบบที่เป็นสูตร
สำเร็จได้ (วิริยะ สว่างโชติ 2550)

ตาราง 2.1 แสดงตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตในระดับสากล

องค์การ ESCAP	องค์การ UNESCO (1975)	UN (1990)
1.ความมั่นคงปลอดภัยทางเศรษฐกิจ	1.อาหารและโภชนาการ	1.สุขภาพอนามัย
2.สุขภาพ	2.สุขภาพ	2.ที่อยู่อาศัย
3.ชีวิตด้านการใช้สติปัญญา	3.การศึกษา	3.สิ่งแวดล้อม
4.ชีวิตการทำงาน	4.สภาพแวดล้อม	4.การศึกษา
5.สภาพแวดล้อมทางกายภาพ	5.รายได้	5.วัฒนธรรม
6.ชีวิตครอบครัว	6.การมีงานทำ	6.ความปลอดภัยของสาธารณะ
7. ชีวิตในชุมชน	7.สถานภาพสตรี	7.การจ้างงานและชีวิตการทำงาน
	8.ที่อยู่อาศัย	8.รายได้
		9.สวัสดิการสังคม

ที่มา : สุมาลย์ รอดนางบัว 2551

Fayers and Machin (2007) กล่าวว่า การวัดคุณภาพชีวิตก็เพื่อประโยชน์ต่างๆและเพื่อ
การบรรเทา รักษา ที่คาดว่าจะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิต การวัดคุณภาพชีวิตมีบทบาทดังนี้

1. เพื่อนำไปสู่การรักษาทางคลินิกและสามารถรักษาได้ โดยมีเหตุผลที่ชัดเจนคือ เป็นจุด
ตัดสินใจที่สำคัญในการรักษาโรคภัยไข้เจ็บที่ร้ายแรง หรือทำให้มีชีวิตรที่ยืนยาวขึ้น
2. ต้องการบรรเทาชีวิต เป็นหนึ่งในผลลัพธ์ของสังคมผู้สูงอายุเพราะการรักษาโรค
บางอย่างอาจไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่สามารถช่วยปรับปรุงความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วย
ด้วยการรักษาทำให้มีโอกาสในการรักษาโรคที่เรื้อรังได้มากกว่า เป็นการช่วยบรรเทาโดยรวม
3. สามารถปรับปรุงบรรเทา ดูแล หรือ กลับคืนดังเดิม ในทางการแพทย์มุ่งไปที่การบรรเทา
อาการ ซึ่งมีความสำคัญต่อผู้ป่วย

4. อำนวยความสะดวกให้กับบุคคล มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อสื่อสารกับบุคคลในอนาคต ซึ่งให้เห็นว่า บุคคลควรมีส่วนร่วมและเข้าใจในผลของความเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาต่างๆ บนพื้นฐานถึงการแสดงออกถึงความปรารถนาที่ได้มาจากการวิจัยที่ศึกษาถึงคุณภาพชีวิตในหลายมิติ

5. ความปรารถนาของบุคคล เป็นสิ่งที่ช่วยประเมินตนเองออกจากความแตกต่างกับบุคคลอื่นๆ อย่างไรก็ตาม คุณภาพชีวิตควรวัดจากแนวคิดของบุคคลด้วย

6. ปกป้องการปรับตัวทางจิตสังคมที่ล่าช้า อาจมีส่วนทำให้มองข้ามไป

7. การตัดสินใจทางการแพทย์ คุณภาพชีวิตสามารถทำนายการรักษาที่ประสบความสำเร็จและการศึกษาต่างๆ ได้พบปัจจัยที่ครอบคลุมคุณภาพชีวิตทุกด้าน เช่น สุขภาพอนามัย อารมณ์ และความเจ็บปวด ที่ช่วยทำนายความสำคัญนี้

1.5 ปัญหาและอุปสรรคการพัฒนาคุณภาพชีวิต

สมพร เทพสิทธา (2549) กล่าวว่า ปัญหาดังกล่าวมีอยู่หลายประการดังนี้

1.5.1 ประชาชนยังขาดการเฝ้าพัฒนาตนเอง ไม่กระตือรือร้นในการแสวงหาความรู้ ส่วนใหญ่สนใจในเรื่องความบันเทิงและความสนุกสนานมีค่านิยมในการบริโภคขาดค่านิยมผู้ผลิตหลายคนตกเป็นทาสของอบายมุข

1.5.2 ประชาชนขาดจิตสำนึกในหน้าที่และความรับผิดชอบของตน เช่น หน้าที่ของพ่อที่ดี แม่ที่ดี ลูกที่ดี ครูที่ดี ข้าราชการที่ดี นักการเมืองที่ดี มักจะเรียกร้องแต่สิทธิและผลประโยชน์ และบิดความรับผิดชอบไปให้คนอื่น

1.5.3 บริการสาธารณสุขูปโภคและบริการสาธารณะในด้านต่างๆ ยังไม่ดีพอและยังไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะประชาชนในชนบท เช่น การรักษาพยาบาล ถนนหนทาง ไฟฟ้า น้ำประปา โทรศัพท์

1.5.4 มีมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยและชีวิตความเป็นอยู่ เช่น อากาศเป็นพิษ น้ำเสีย เป็นต้น

1.5.5 ขาดความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน คดีอาชญากรรมมีมากขึ้น และมีความรุนแรงยิ่งขึ้น มีข่าวการฆ่ากันตายอยู่เสมอ

1.5.6 ประชาชนยังขาดปัจจัยในการครองชีพที่เหมาะสมค่าครองชีพเพิ่มสูงขึ้น รายได้ไม่เพียงพอรายจ่าย หลายคนต้องเป็นหนี้สิน บางคนหาทางออกโดยการฆ่าตัวตาย

1.5.7 ยังมีช่องว่างในสังคม (social disparity) ระหว่างคนมีและคนจน คนในเมืองและคนในชนบท คนที่ได้รับการศึกษาและคนที่ด้อยโอกาสทางการศึกษาและสังคมยังขาดความเป็นธรรม (social justice) ผู้บริหารประเทศ ผู้บังคับบัญชาและผู้ใหญ่หลายคนไม่ได้ใช้ธรรมเป็นอำนาจ แต่ใช้อำนาจเป็นธรรม ใช้อำนาจในการแสวงหาประโยชน์ส่วนตน แทนที่จะช่วยบำบัดทุกข์และบำรุงสุขแก่ประชาชนกลับบำบัดสุขและบำรุงทุกข์แก่ประชาชน

2. กรอบแนวคิดผู้สูงอายุ (The elderly people)

2.1 นิยามผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” มีการกล่าวไว้หลายคำ ที่เรียกกันโดยทั่วไปในสังคมไทยทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ เช่น ผู้สูงอายุ คนชรา คนแก่ ผู้เฒ่า คนเฒ่า วัยทอง เป็นต้น และภาคภาษาอังกฤษ เช่น วิทยาการว่าด้วยผู้สูงอายุ เรียกว่า Gerontology หรือ วิทยาการด้านการแพทย์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เรียกว่า Geriatrics medicine หรือ องค์การสหประชาชาติ เรียกว่า older persons ส่วนคำอื่นๆใช้แตกต่างกันไป เช่น aging, elderly, older person, senile people, senior citizen เป็นต้น (www.lib.ru.ac.th) สำหรับงานวิจัยนี้ขอกำหนดตามแบบภาษาเรียกทางการเป็นผู้สูงอายุ (the elderly aging) และถือตัวเลขอายุเป็น 60 ปีขึ้นไปตามหลักสากล

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2541) ได้นิยามว่า ผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิง ซึ่งในการศึกษารวบรวมข้อมูลประชากรผู้สูงอายุได้แบ่งผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุตอนต้น และผู้สูงอายุตอนปลาย ผู้สูงอายุตอนต้น หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 - 69 ปี ทั้งชายและหญิง ส่วนผู้สูงอายุตอนปลาย หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ส่วนองค์การสหประชาชาติ (2525) ได้ให้ความหมายผู้สูงอายุว่า บุคคลทั้งเพศชาย และ เพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและได้พิจารณาประเด็นสำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ 3 ประการ คือ ด้านมนุษยธรรม ด้านพัฒนา และด้านการศึกษา และ สุรกุล เจนอบรม (2541) กล่าวว่า คนชรา หรือ ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิตซึ่งวงจรชีวิตนั้น เริ่มตั้งแต่วัยทารก

วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา ในสังคมดั้งเดิมได้กำหนดการเป็นผู้สูงอายุโดยใช้บทบาทที่บุคคลนั้นๆ ทำอยู่ในสังคมเป็นเกณฑ์ซึ่งบทบาทเหล่านี้มักจะเป็นบทบาทที่แสดงถึงความเป็นผู้นำ ความรับผิดชอบสูงในสังคม ส่วนในปัจจุบันมักจะใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความหมายของการเป็นผู้สูงอายุ การใช้อายุเป็นเกณฑ์นี้ก็มักจะแตกต่างกันไปในสังคมของแต่ละประเทศ

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประกอบไปด้วย 2 ช่วงของการพัฒนาการได้แก่ ผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 60 - 69 ปี และผู้สูงอายุตอนปลายมีอายุระหว่าง 70 ปี ขึ้นไปมีลักษณะเด่นของพัฒนาการความเสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและด้านอื่นๆ อย่างชัดเจน

2.2 หลักเกณฑ์การพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ

บุคคลที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ (gerontologists) ได้กำหนดหลักเกณฑ์ไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้ (สุรกุล เจนอบรม 2541)

2.2.1 พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ (chronological aging) ความสูงอายุลักษณะนี้ เป็นไปตามอายุขัยของมนุษย์โดยดูตั้งแต่ปีที่เกิด ดังนั้น บุคคลอายุ 75 ปี ย่อมจะมีความเป็นผู้สูงอายุมากกว่าบุคคลที่มีอายุ 40 ปี เหล่านี้เป็นต้น ให้พิจารณาที่จำนวนปี หรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทิน โดยไม่นำเอาเรื่องของสุขภาพ ความสามารถ สถิติปัญญา บทบาททางสังคม ฯลฯ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเลย

2.2.2 พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ จากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (physiological aging หรือ biological aging) ความเป็นผู้สูงอายุลักษณะนี้ได้จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น ผมเริ่มขาว ผิวหนังเหี่ยวย่นตกร่อง สายตาเริ่มยาว ศีรษะเริ่มล้าน ฯลฯ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายนี้จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุไขที่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี

2.2.3 พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุ จากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (psychological aging) พิจารณาได้จากกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุ เช่น ซึมเศร้า จุกจิกจู้จี้ ขี้บ่น น้อยใจ หรือบางคนอาจจะสนุกสนาน ร่าเริง ใจเย็น มีความ

สงบสุขมากขึ้น ฯลฯ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญาด้วย เช่น ระบบความจำเปลี่ยนไป การรับรู้และการเรียนรู้เริ่มลดถอยลง สิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นจากกระบวนการของความสูงอายุนี้จะแสดงออกมาให้เห็นทางด้านบุคลิกภาพและพฤติกรรมของบุคคลอย่างเห็นได้ชัด

2.2.4 พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (sociological aging) พิจารณาจากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น อาจจะมีมากขึ้นหรือลดน้อยลง การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลอื่นๆ รวมไปถึงด้านครอบครัว เพื่อน ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานและบทบาททางสังคมด้านอื่นๆด้วย

2.3 ประเภทของผู้สูงอายุ

สามารถกำหนดได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

2.3.1 ความชราภาพแบบปฐมภูมิ (primary aging) เป็นความสูงอายหรือความชราภาพที่เกิดขึ้นและเป็นไปตามธรรมชาติ หลีกเลียงไม่ได้ กล่าวคือ เมื่ออวัยวะ และเซลล์ต่างๆ ในร่างกายถูกใช้งานมานานก็ย่อมจะเกิดความเสื่อมโทรมหรือเสื่อมสภาพไปตามอายุขัยของการใช้งาน ซึ่งการเสื่อมโทรมของร่างกายนี้จะเห็นได้ชัดขึ้นทีละน้อยเมื่ออายุขัยเพิ่มมากขึ้น ความเสื่อมที่ปรากฏให้เห็นเช่น ผิวหนังเริ่มเหี่ยวย่น ผมเริ่มเปลี่ยนเป็นสีขาว สายตาเริ่มยาว กำลังเริ่มลดน้อยถอยลง

2.3.2 ความชราภาพแบบทุติยภูมิ (secondary aging) เป็นความชราภาพที่มนุษย์เราสามารถหลีกเลี่ยงได้ มักเกิดจากการปล่อยปละละเลยไม่สนใจหรือไม่รักษาสุขภาพของร่างกาย เช่น การใช้ร่างกายทำงานหนักจนเกินไป การรับประทานอาหารมากเกินไป ดื่มสุราจัด สูบบุหรี่จัด พักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่ออกกำลังกาย หรือแม้กระทั่งการมีโรคภัยไข้เจ็บมาเบียดเบียน เป็นต้น สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะก่อให้เกิดความชราภาพแบบทุติยภูมิได้

2.4 การแบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุ

นักวิชาการได้แบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุเป็น 4 ช่วงดังนี้ (Craig 1991; Hoffman et al.1988)

2.4.1 ช่วงไม่ค่อยแก่ (the young - old) อายุ 60-69 ปี เป็นช่วงที่คนต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤติหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของมิตรสนิท คู่ครอง รายได้ลดลง การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม โดยทั่วไปบุคคลยังเป็นคนที่แข็งแรง แต่อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง อย่างไรก็ตาม สำหรับบุคคลที่มีการศึกษาสูงรู้จักปรับตัว ช่วงนี้ยังเป็นช่วงที่เราจะมีสมรรถภาพด้านต่างๆใกล้เคียงกับคนหนุ่มสาวมาก

2.4.2 ช่วงแก่ปานกลาง (the middle-aged old) อายุตั้งแต่ 70-79 ปี เป็นช่วงที่คนเริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้เคียงกันอาจเริ่มล้มหายตายจากมากขึ้นเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง การปรับตัวในวัยนี้มักเป็นไปในรูปแบบ “disengagement” คือไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัวและสังคมมากนักอีกต่อไป

2.4.3 ช่วงแก่จริง (the old-old) อายุประมาณ 80-90 ปี ผู้มีอายุยืนถึงระดับนี้ ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมให้ยากขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนอายุถึงขั้นนี้ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ไม่วุ่นวาย แต่ก็ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นความมีสมรรถภาพในแง่ต่างๆตามวัย ผู้สูงอายุนี้นี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมา เริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากขึ้น

2.4.4 ช่วงแก่จริงๆ (the very old old) จะอยู่ในช่วงอายุ 90-99 ปี หรือ มากกว่านี้ ผู้ที่มีอายุยืนถึงระดับนี้มีจำนวนค่อนข้างน้อย ความรู้ต่างๆด้านชีววิทยา สังคมและจิตใจของคนวัยนี้ยังไม่ได้มีการศึกษามากนัก แต่อาจกล่าวได้ว่า เป็นระยะที่มักมีปัญหาทางสุขภาพผู้สูงอายุนี้นี้ควรทำกิจกรรมที่ไม่ต้องมีการแข่งขัน ไม่ต้องมีการบีบคั้นเรื่องเวลาที่ต้องทำให้เสร็จ ควรทำกิจกรรมอะไรที่พอออกพอใจและอยากทำในชีวิต สำหรับผู้สูงอายุก่อนหน้านี้ที่ได้พบผ่านวิกฤติต่างๆของชีวิตมาแล้วด้วยดีมากมาย จะเป็นคาบระยะแห่งความสุขสงบพอใจในตนเอง

ส่วนคนไทยภาคเหนือแบ่งคนออกเป็นช่วงๆของวัยดังนี้ (จินตนา สงค์ประเสริฐ 2550)

10 ปี อานน้ำบ่หนาว

20 ปี แอ่วสาวบ่ก้าย (เที่ยวผู้หญิงไม่รู้เบื่อ)

30 ปี บ่หน่ายสงสาร (ไม่เบื่อใดก็ย)

40 ปี เยี้ยะการเหมือนฟ้าผ่า (ทำงานเหมือนฟ้าผ่า ทำงานรวดเร็ว)

50 ปี สาวน้อยด่าบ่เจ็บใจ

60 ปี ไอเหมือนฟานโซก (ไอเสียงเหมือนกับกวาง หรือ ฟานไอ)

70 ปี เป็นปะโหกเต็มตัว (ตามตัวมีแต่โรค)

80 ปี ไคหัวเหมือนให้ (หัวเราะเหมือนร้องไห้)

90 ปี ไขก็ตาย บไขก็ตาย

2.5 ความต้องการของผู้สูงอายุ

ความต้องการของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 5 ประการดังนี้ (สมพร เทพสิทธา 2549)

2.5.1 ความต้องการทางร่างกาย ได้แก่ ความต้องการที่อยู่อาศัย สุขภาพอนามัยที่ดี ผู้สูงอายุย่อมมีร่างกายทรุดโทรมตามวัย มีความจำเสื่อม ถูกโรคภัยต่างๆเบียดเบียนผู้สูงอายุจึงต้องการความเอาใจใส่เพิ่มขึ้นในเรื่องสุขภาพอนามัย

2.5.2 ความต้องการทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ความต้องการอาชีพ และรายได้ปรากฏว่า ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 40 หลังจากอายุ 60 ปีขึ้นไป ยังทำงานเพื่อหารายได้ประจำ

2.5.3 ความต้องการความรู้ ผู้สูงอายุยังต้องการความรู้ เพื่อปรับปรุงตนเองให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของวัยและสิ่งแวดล้อม ความรู้ในการรักษาตน และความรู้เพื่อทำตนให้ทันต่อเหตุการณ์ไม่เป็นคนล้าสมัย แต่ปรากฏว่า เด็กมักไม่ยอมรับความคิดของผู้ใหญ่มาก่อน ผู้สูงอายุก็ไม่พอใจในสภาพสังคมและรูปแบบของวัฒนธรรมที่เด็กพอใจ จึงทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัย และการไม่ยอมรับของกันและกันทั้ง 2 ฝ่าย จึงควรปรับตัวเข้าหากัน

2.5.4 ความต้องการทางสังคม ได้แก่ ความต้องการการยอมรับและการยกย่อง จากสังคม และความต้องการที่จะทำประโยชน์แก่ผู้อื่นและสังคม

2.5.5 ความต้องการทางจิตใจ ได้แก่ ความต้องการความรักและความเอาใจใส่ การเคารพ ยกย่องและการแสดงความกตัญญูต่เวทีจากลูกหลาน นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ซึ่งได้แก่ ศาสนา หรือธรรมะ เพื่อทำให้จิตใจสงบพ้นจากความวิตกกังวล ด้วยเหตุนี้ ผู้สูงอายุส่วนมากจึงหันหน้าเข้าวัดและหันมาสนใจเรื่องศาสนา เพื่อเอาศาสนาเป็นที่พึ่ง จิตแพทย์ชาวอเมริกันคนหนึ่งได้กล่าวว่า ผู้ที่เข้าวัยชรา มักจะมองอดีตอย่างมีความสุข แต่มองอนาคตอย่างวิตกกังวล เพราะเป็นวัยที่ใกล้เผชิญกับความตาย ไม่สามารถหาเลี้ยงตัวเองได้ วิตกกังวลว่าจะถูกทิ้งให้มีชีวิตอยู่ตามยถากรรม

2.6 การปรับตัวในวัยผู้สูงอายุ

Insel and Roth (2002) กล่าวว่า การเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของช่วงวัยทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวหลายประการมีดังต่อไปนี้

2.6.1 การวางแผนสำหรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (planning for social changes)

การปลดเกษียณ หรือ พ้นภาระจากการทำงานหลัก เป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งยิ่งใหญ่ในช่วงที่สองของชีวิตซึ่งจะมีความเกี่ยวข้องกับการสร้างความสัมพันธ์ การพัฒนาความสนใจที่ชื่นชอบหลังจากการทำงาน และการประหยัดรายได้ให้เพียงพอต่อการเกษียณ ผู้สูงอายุที่มีงานยามว่างจะมีการพัฒนาปรับตัวได้ดีกว่า บุคคลที่สนใจการทำงานหลังเกษียณน้อย การเปลี่ยนแปลงที่พบมีดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงในบทบาทและความสัมพันธ์ (changing roles and relationships) มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องชื่อเสียง การยอมรับนับถือตนเอง การสูญเสียคุณค่า ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องเกิดการปรับตัว การเกษียณและสิ้นสุดบทบาทการเลี้ยงบุตร อาจรวมถึงการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส โดยมีช่วงเวลาที่อยู่ร่วมกันมากขึ้นและกิจกรรมต่างๆจะเปลี่ยนแปลง อาจต้องการระยะเวลาในการปรับตัวเพื่อรู้จักซึ่งกันและกันอีกครั้งการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นรูปแบบของกิจกรรมที่สามารถจะช่วยให้แลกเปลี่ยนความสนใจและมีอิสระในกิจกรรมการแสดงออก

2) เวลาว่างเพิ่มขึ้น (increased leisure time) ถึงแม้ว่า การเกษียณจะส่งผลต่อการมีเวลาว่าง มีอิสระเสรีจากข้อกำหนดต่างๆ การแข่งขัน และความเครียด หลายคนอาจไม่ทราบว่า จะจัดการเวลาว่างเหล่านี้ให้เกิดความสนุกสนานได้อย่างไร ถ้าสามารถพัฒนาความสนใจที่หลากหลาย การเกษียณก็สามารถก่อให้เกิดความสนุกสนาน เต็มเต็มส่วนของชีวิตมากขึ้น เป็นโอกาสที่จะทำให้เกิดกิจกรรมใหม่ และสร้างสังคมกลุ่มใหม่ การทำงานด้วยจิตอาสาในชุมชนสามารถช่วยเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง และมีส่วนช่วยเหลือในบทบาทของสมาชิกสังคม

3) เศรษฐกิจของการเกษียณ (the economics of retirement) ทำให้พบว่า การเกษียณมีส่วนทำให้พบกับสถานการณ์ทางเศรษฐกิจแบบใหม่ อาจหมายถึง การจำกัดในเรื่องรายได้อย่างมาก หรือเป็นไปได้ว่า เกิดความไม่พึงพอใจทางรายรับ หากไม่ได้เตรียมเก็บเงิน หรือวางแผนไว้ก่อน การวางแผนเรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับผู้เกษียณควรเริ่มต้นในตอนต้นของชีวิตตั้งแต่อายุ 21 ปี -

30 ปี ประมาณการเงินที่ใช้จ่ายในชีวิต คำนวณรายรับ และเริ่มต้นออมทรัพย์ ซึ่งจะเพียงพอต่อการเกษียณ

2.6.2 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (adapting to physical changes)

ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1) ความเสื่อมการได้ยิน (hearing loss) ปรากฏโดยธรรมชาติต่อชีวิตของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และสามารถนำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยวและซึมเศร้า ถ้าบุคคลรู้สึกเดือดร้อนว่าถ้อยคำยากต่อความเข้าใจ เสี่ยงคำพูดของบุคคลอื่นๆ ได้ยินไม่ชัดเจนหรือพูดเสียงดังไม่พอ ผู้สูงอายุจะลำบากต่อการได้ยิน อาจปรับเสียงวิทยุและโทรทัศน์ดังขึ้น

2) ความเสื่อมการมองเห็น (vision changes) มักมีความเสื่อมลงตามช่วงวัยของอายุ เกิดโรคต้อกระจก (glaucoma หรือ age-related macular degeneration (AMD) ที่ต้องนำไปสู่การรักษาทางการแพทย์

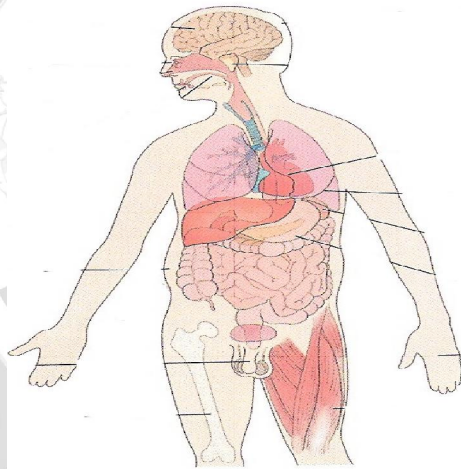
3) โรคข้ออักเสบ (arthritis) ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 65 ปีขึ้นไป จะประสบกับปัญหาโรคข้ออักเสบ ที่แสดงให้เห็นถึงความเสื่อมของโรค ที่เป็นเหตุให้มีอาการบวมและอักเสบของข้อนำไปสู่การเจ็บปวดที่เรื้อรัง บวม เคลื่อนไหวลำบาก

4) ความเสื่อมฮอร์โมน (menopause) ในเพศหญิงเกิดภาวะการหมดประจำเดือน การหยุดทำงานของรังไข่ และประจำเดือน ประมาณ 85 % จากประสบการณ์ของเพศหญิงจะแสดงอาการร้อนวูบวาบ ช่องคลอดแห้ง และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ต่างๆซึ่ง ไม่ถือว่าเป็นความเจ็บป่วย แต่เป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติที่เป็นส่วนหนึ่งของวงจรในเพศหญิง ที่ทำให้ค้นพบ โอกาสพลังงานใหม่ การค้นพบตนเอง และการพัฒนาต่างๆ

5) โรคกระดูกพรุน (osteoporosis) คือ เงื่อนไขที่กระดูกอยู่ในสภาวะเปราะบางมากและแตกง่าย เป็นอันตรายอย่างยิ่ง เสี่ยงต่ออัตราการเสียชีวิต และปัญหาอื่นๆที่ตามมาได้แก่ ความสูงลดลง โอกาสกระดูกสันหลังแตกหักง่าย ปวดหลังและสะโพก นอกจากนั้น ยังมีปัญหาต่อระบบหายใจ ที่มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุเพศหญิง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุนมากกว่าเพศชาย อันเนื่องมาจากมีมวลกระดูกน้อยกว่า 10 - 25 %

2.6.3 การรับมือต่อการเปลี่ยนแปลงของจิตใจและสติปัญญา (handling psychological and mental changes) ผู้สูงอายุจะแสดงภาวะอาการหลงลืม คิดช้า มีความสับสนเล็กน้อย มีการลืมเป็นครั้งคราว ที่ชี้ให้เห็นว่า ข้อมูลในสมองทำงานหนักเป็นครั้งคราว หรือ เมื่อยล้า

1) โรคเสื่อม (dementia) นับเป็นความเสื่อมของสมองในระดับที่รุนแรงในผู้สูงอายุ ประมาณ 7 % ที่มีอายุต่ำกว่า 80 ปี และเพิ่มสูงขึ้นที่ผู้ที่มีอายุ 80 ปี และ 90 ปี มีการรบกวนต่อความสามารถในความเข้าใจสถานการณ์ในขณะนั้น พัฒนาการของความเสื่อมมีเพิ่มขึ้น ความล้มเหลวในความจำเริ่มชัดเจนขึ้น อาจลืมคำพูด เหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน ส่วน อาการของความจำเสื่อมที่ปรากฏในผู้สูงอายุอีกประเภทหนึ่ง เรียกว่า โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ประสาท และการเปลี่ยนแปลงของการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงสมองที่ทำลายเนื้อเยื่อสมอง



ภาพ 2.1 การเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายอย่างมีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆตลอดช่วงวัย

ที่มา : Insel and Roth ,2002

2) ความเศร้าโศก (grief) การเปลี่ยนแปลงของจิตใจและอารมณ์มีความเกี่ยวข้องกับ ความเศร้าโศกและการไว้ทุกข์ ผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับความสูญเสีย เช่น การสูญเสียเพื่อนๆ สภาพร่างกาย และสุขภาพ เป็นต้น ความเศร้าโศกเป็นกระบวนการผ่านความเจ็บปวดและเป็น หนึ่งในความโดดเดี่ยวที่สุดที่มีความตึงเครียดในชีวิตของบุคคล อาจใช้เวลาเป็นปี หรือ สองปี หรือ

มากกว่า ต่อการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ถ้าไม่สามารถขจัดความซึมเศร้าออกไปจากจิตใจได้ สามารถนำไปสู่ความรุนแรงของร่างกายและจิตใจที่สัมพันธ์กันได้ หรือสุขภาพอารมณ์และต้องได้รับความช่วยเหลือจากทางการแพทย์

3.) โรคซึมเศร้า (depression) กรณีที่ความทุกข์โศกไม่สามารถเบาบางลงได้ จะเกิดโรคซึมเศร้าขึ้นซึ่งมักพบได้โดยทั่วไปในผู้สูงอายุ จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากจิตแพทย์ อาการที่พบ คือ สูญเสียความสนใจในกิจกรรมที่ชื่นชอบ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เหนื่อยล้า และรู้สึกหมดคุณค่าซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของความซึมเศร้า

2.7 แนวคิดผู้สูงอายุ

การอธิบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีแนวคิดที่ต่างมุมมองกันออกไปดังจะได้เรียบเรียงนำเสนอเพียงบางส่วนดังนี้

ความสูงอายุป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อนและเป็นประเด็นที่ถกเถียงกันมานานนับตั้งแต่สมัยกรีกโบราณ คนส่วนใหญ่เชื่อว่า ความสูงอายุเริ่มต้นเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป แต่ตามความเป็นจริงแล้วความสูงอายุเริ่มต้นตั้งแต่เรายังอยู่ในครรภ์ของมารดาซึ่งในระยะ 20 ปีแรกการเจริญเติบโตของมนุษย์จะเป็นไปอย่างรวดเร็วและความเสื่อมโทรมของร่างกายจะเป็นไปอย่างช้าๆ ต่อมาเมื่อมนุษย์มีอายุมากขึ้นความสามารถในการเจริญเติบโตจะลดลงแต่ความเสื่อมโทรมของร่างกายกลับมีมากขึ้น จนทำให้อวัยวะต่างๆ สูญเสียหน้าที่ในการทำงานและมนุษย์ต้องถึงแก่วิตไปในที่สุด มีนักวิทยาศาสตร์หลายท่านพยายามหาทฤษฎีมาอธิบายปรากฏการณ์นี้ ณ ปัจจุบัน พบว่า ยังไม่มีทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งที่สามารถอธิบายความสูงอายุได้อย่างครอบคลุม การอธิบายความสูงอายุจึงจำเป็นต้องใช้หลายๆ ทฤษฎีมารวมกันทั้งทฤษฎีเชิงชีวภาพ จิตวิทยา และสังคมวิทยา (ปัทมา สุริต 2550) จากภาพรวมของทฤษฎีดังกล่าวที่พยายามที่จะอธิบายความเป็นผู้สูงอายุในมิติต่างๆ อย่างหลากหลายแนวคิด ทฤษฎีกลุ่มใหญ่ๆ ที่มีทฤษฎีแยกย่อยมาก แต่ ณ ที่นี้จะนำเสนอเพียงบางส่วนในแต่ละกลุ่มใหญ่เท่านั้น ดังต่อไปนี้

2.7.1 แนวคิดความสูงอายุเชิงชีววิทยา (biological theories of elderly person)

Madison (2000) กล่าวว่า ความสูงอายุเชิงชีวภาพ (biological theories of aging) เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการทางชีวภาพที่เกิดขึ้นกับสิ่งมีชีวิตทุกชนิดเมื่อมีอายุมากขึ้น โดยจะเน้นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นระดับโมเลกุล เซลล์ หรือระบบ แนวคิดของทฤษฎีนี้สรุปดังนี้

- 1) ผลของความเสื่อมทำให้การทำหน้าที่ของสิ่งมีชีวิตลดลง
- 2) เมื่อการทำหน้าที่ของสิ่งมีชีวิตลดลงจะมีผลทำให้เกิดความล้มเหลวของอวัยวะ หรือระบบต่างๆทั่วร่างกาย
- 3) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความสูงอายุจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆและมากขึ้นเรื่อยๆตามกาลเวลา
- 4) อวัยวะต่างๆจะมีการเปลี่ยนแปลงในอัตราที่ไม่เท่ากัน และอวัยวะชนิดเดียวกันในบุคคลที่แตกต่างกันก็จะมีเปลี่ยนแปลงในอัตราที่ไม่เท่ากัน

ทฤษฎีทางด้านชีวมีหลายทฤษฎี กล่าวคือ เสื่อมตามโปรแกรมที่ตั้งไว้ (biological clock หรือ programmed elderly person theory) หมายถึง ในวงจรชีวิตของคนหรือสัตว์ทั้งหลายได้มีการตั้งเวลาไว้ก่อนแล้วว่า อายุขัยของสิ่งมีชีวิตแต่ละประเภทนั้น ควรจะประมาณกี่ปี (จรัสพล รินทระ 2551) และ Madison (2000) กล่าวว่า ทฤษฎีนี้ถูกค้นพบครั้งแรกในปี 1961 โดย Hayflick และ Moorehead มีพื้นฐานความเชื่อของทฤษฎีว่า ความสูงอายุถูกกำหนดไว้แล้วโดยรหัสพันธุกรรม ซึ่งกำหนดให้เซลล์ อวัยวะ หรือระบบต่างๆเจริญเติบโต เสื่อม และตาย ภายในช่วงระยะเวลาหนึ่งที่กำหนด และสิ่งมีชีวิตแต่ละประเภทจะมีการคาดอายุขัยเฉลี่ย (life expectancy) ไม่เท่ากัน เช่น หนูมีอายุขัยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี สุนัข 10-20 ปี และคน 50-100 ปี นอกจากนี้พบว่า เซลล์ไม่สามารถแบ่งตัวได้ตลอดชีวิต และเซลล์ที่เหลืออยู่จะมีลักษณะที่แตกต่างไปจากเดิม ทำให้การทำหน้าที่ตามปกติของเซลล์ลดลง

ส่วนระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (neuroendocrine theory) จะทำงานประสานกันและควบคุมซึ่งกันและกันเพื่อให้ร่างกายสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามปกติ แต่เมื่อคนมีอายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของไฮโปทาลามัส เซลล์ประสาท ต่อมใต้สมอง และอวัยวะอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการหลั่งฮอร์โมนในร่างกาย ทำให้ฮอร์โมนหลังได้น้อยลงหรืออาจหยุดหลั่ง มีผลทำให้

ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆผิดปกติ ยกตัวอย่าง เช่น ในวัยสูงอายุตับอ่อนจะผลิตอินซูลินได้น้อยลงทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคเบาหวานได้มากขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่า การทำหน้าที่ของอวัยวะสืบพันธุ์ลดลง และไม่สามารถมีบุตรได้ สูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น

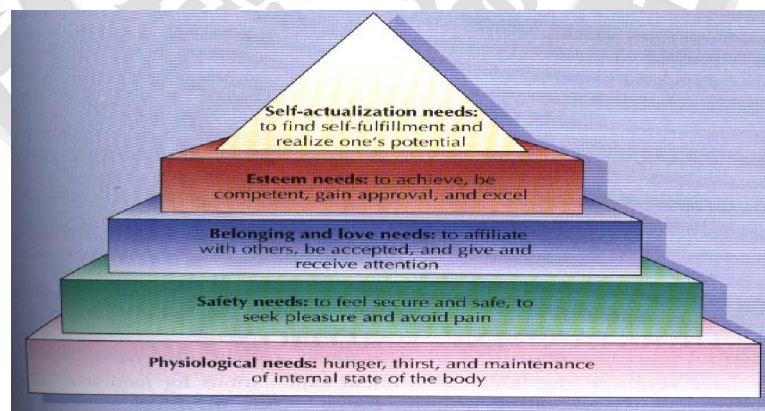
Hess (2004) อธิบายว่า ปกติยีน (gene) ของสิ่งมีชีวิตจะมีอยู่ 2 ชนิดคือ juvenescent gene และ senescent gene โดย juvenescent gene เป็นยีนที่ช่วยให้เกิดความแข็งแรงและสมบูรณ์ ส่วน senescent gene เป็นยีนที่ทำให้เกิดความเสื่อมของโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกาย ซึ่ง juvenescent gene จะทำงานในช่วงวัยเด็กเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ senescent gene จะทำงานมากหลังจากผ่านวัยกลางคนไปแล้ว ซึ่งเชื่อว่าจะมียืนมากกว่า 1 ตัว ที่เป็นยีนอันตราย และเป็นสาเหตุทำให้เกิดความสูงอายุ

แนวคิดหลักความผิดพลาด (error theory or error catastrophe theory) เชื่อว่าเมื่อเซลล์มีอายุมากขึ้น จะเกิดการเปลี่ยนแปลงในนิวเคลียสของเซลล์ซึ่งเป็นส่วนที่ใช้บรรจุรหัสทางพันธุกรรม (genetic code) และสร้างยีน โดยความผิดพลาดจะเกิดขึ้นในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของการถ่ายทอดข้อความ (transcription) ในกระบวนการสังเคราะห์โปรตีนของ deoxyribonucleic acid (DNA) และ ribonucleic acid (RNA) ทำให้โปรตีนที่ถูกสร้างขึ้นใหม่ (polypeptide) และเอนไซม์มีลักษณะผิดไปจากเดิม ผลที่ตามมาคือ เซลล์เกิดการเปลี่ยนแปลงและไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ

ทัศนะของแนวคิดผ่าเหล่า (somatic mutation theory) มีความเชื่อคล้ายคลึงกับทฤษฎีความผิดพลาด แต่เพิ่มเติมว่า ปัจจัยภายนอก เช่น รังสีเอกซ์เรย์ และสารเคมี มีผลต่อการถ่ายทอดข้อความในกระบวนการสังเคราะห์โปรตีนของ DNA ทำให้โครโมโซมเกิดความผิดปกติ และเซลล์ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ เกิดกระบวนการที่เรียกว่า “ การผ่าเหล่า ” ขึ้น กระบวนการนี้จะเกิดขึ้นอย่างช้าๆและสะสมมากขึ้นเรื่อยๆตามกาลเวลา ซึ่งความผิดปกติในการทำหน้าที่ของเซลล์หรืออาจรวมถึงอวัยวะจะปรากฏชัดเจนเมื่อคนย่างเข้าสู่วัยผู้สูงอายุเซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก เช่น เซลล์สมอง และเซลล์กล้ามเนื้อ จะถูกทำลายหรือตายเร็วขึ้น ส่วนเซลล์ที่สามารถแบ่งตัวได้ เช่น เซลล์เม็ดเลือด และเซลล์ผิวหนัง มีโอกาสเกิดการผ่าเหล่าในการแบ่งตัวครั้งต่อไป

แนวคิดความเสื่อมโทรม (wear and tear theory) นี้พัฒนาขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1882 โดยนักชีววิทยาชาวเยอรมันชื่อ Dr. August Weisman มีพื้นฐานของความเชื่อว่า เซลล์เปรียบเหมือนกับเครื่องจักรที่มีความเสื่อมโทรมตามกาลเวลาจากการถูกใช้งานเป็นเวลานาน และถึงแม้เซลล์บางชนิดจะสามารถสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนได้แต่ความสามารถดังกล่าวมีขีดจำกัด เช่น เซลล์ผิวหนัง เซลล์เม็ดเลือด เซลล์เยื่อบุทางเดินอาหาร เป็นต้น เมื่อเซลล์สะสมความเสื่อมโทรมจนถึงระดับหนึ่งจะทำให้ร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้อีกต่อไป ความเสื่อมโทรมของเซลล์นั้นจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพันธุกรรมและการดูแล หากบุคคลมีการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น บริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน หรือ แอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ได้รับรังสีอัลตราไวโอเลต มีภาวะเครียด เป็นต้น จะทำให้เซลล์เสื่อมเร็วขึ้น และ เซลล์ของมนุษย์ได้ถูกตั้งโปรแกรมไว้มีขอบเขตการสร้างปริมาณเซลล์อย่างจำกัดจนกระทั่งหมดสภาพในที่สุด ส่วนใหญ่เซลล์มนุษย์จะหมดอายุการทำงานเป็น 2 เท่าภายหลังจากอายุ 50 ปีขึ้นไป ภายใต้งี๋นไขต่างๆ บางครั้งเซลล์อาจเป็นไปไม่เต็มที่ อันเนื่องการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างหนัก (Pettijohn 1992 quoted in Hayflick 1980)

2.7.2.แนวคิดความสูงอายูเชิงจิตวิทยา (psychological theories of elderly person)



ภาพ 2.2 ลำดับขั้นความต้องการของ Maslow

ที่มา : Huffman 2002

Abraham Maslow (1908 -1970) กล่าวว่า ความต้องการสามารถ ที่จะจัดกลุ่มได้ในแต่ละประเภทด้วยการจัดให้เป็นไปตามลำดับขั้น (hierarchical) เริ่มต้นจากความต้องการปฐมภูมิ (primary needs) พัฒนาความต้องการไปจนถึงขั้นสูงสุด

1) ความต้องการทางสรีระ (physiological needs) เป็นความต้องการที่มนุษย์ทุกคนจะต้องตอบสนอง ได้แก่ ความหิว ความกระหาย และการรักษาความสมดุลของสภาวะของร่างกาย

2) ความต้องการความปลอดภัย (safety needs) คือ ความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจแสวงหาความพึงพอใจ ต้องการความปลอดภัยจากอันตรายต่างๆ และหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด

3) ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งและความต้องการความรัก (belongingness and love needs) บุคคลจะมีความปรารถนาที่ต้องการผูกพันใกล้ชิดกับบุคคลอื่น ต้องการการยอมรับและเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิก รวมถึงความต้องการดูแลเอาใจใส่

4) ความต้องการเกียรติยศศักดิ์ศรี (esteem needs) ต้องการประสบความสำเร็จมีความสามารถ มีอำนาจ ได้รับการยกย่อง

5) ความต้องการพัฒนาศักยภาพ (self - actualization) คือ การค้นพบความสำเร็จด้วยตนเอง และตระหนักถึงศักยภาพของตน

Erik Erikson (1902-1994) ได้เสนอแนวคิดพัฒนาการอารมณ์สังคม (Socioemotional Development) ที่อธิบายพัฒนาการของบุคคลตลอดช่วงชีวิตนับจากวัยเด็กจนถึงวัยชรา ในขณะที่พรอยดมุงเน้นการอธิบายพัฒนาการใน 5 ขวบแรกของชีวิตเท่านั้น โดย Erikson ได้ระบุว่า ใน 4 ขั้นแรกจะเป็นช่วงวัยเด็กและ 4 ขั้นต่อมาจะเป็นช่วงของวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ทั้งนี้ในแต่ละขั้นจะกล่าวถึงพัฒนาการประจำวัยที่สำคัญ หรือ วิกฤติที่บุคคลจะต้องเผชิญ ศักยภาพจุดเปลี่ยนแปลงชีวิตที่สำคัญของบุคคล หรือ จุดอ่อนแอของบุคคลซึ่งได้แบ่งไว้เป็น 8 ขั้นดังนี้ (Santrock 2003)

1) ขั้นไว้วางใจและไม่ไว้วางใจ (trust versus mistrust) อายุ 0 - ½ ปี เด็กจะ เรียนรู้ความไว้วางใจหากได้รับการตอบสนองความสุขทางด้านร่างกายอย่างเพียงพอ และมีความรู้สึกกลัวต่อสิ่งรอบตัวน้อย ความต้องการพื้นฐานเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้จากการตอบสนองของผู้เลี้ยงดู หรือ มารดา

2) ขั้นเป็นตัวของตัวเอง และ ละอาย หรือสงสัย (autonomy versus shame and doubt) อายุ 1 ½ - 3 ปี ภายหลังจากที่พัฒนาความรู้สึกไว้วางใจจากผู้เลี้ยงดู เด็กจะเริ่มค้นหาลักษณะต่างๆ ด้วยตนเอง มีการแสดงออกซึ่งความรู้สึกเป็นตัวของตัวเอง หรือ เป็นอิสระ ถ้าเด็กถูกควบคุมหรือ

ถูกลงโทษมากเกินไปจะก่อให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกละอายและสงสัย

3) ^{ขั้น}ความคิดริเริ่มและความรู้สึกผิด (initiative versus guilt) อายุ 3 – 5 ปี เป็นช่วงของวัยเด็กตอนต้น หรือ วัยก่อนเข้าโรงเรียน ซึ่งในช่วงนี้จะมีการพัฒนาการเรียนรู้ทางด้านสังคมอย่างกว้างขวาง มีสิ่งท้าทายในชีวิตมากมาย และเด็กเรียนรู้ที่จะประสานความต้องการ เข้ากับข้อเรียกร้องต่างๆ เหล่านั้น ความรู้สึกรับผิดชอบจะได้รับการพัฒนาขึ้น ในขณะที่ความรู้สึกผิดมักปรากฏเมื่อเด็กขาดความรับผิดชอบและถูกทำให้รู้สึกหงุดหงิดใจ

4) ^{ขั้น}ความรู้สึกละอาย และความรู้สึกมีปมด้อย (industry versus inferiority) อายุ 6 ปี – วัยแรกเริ่ม เด็กจะมีความรู้สึกกระตือรือร้น มากกว่าช่วงสิ้นสุดวัยเด็กตอนต้นที่มีจินตนาการมากมาย นับว่าเป็นช่วงที่เด็กเข้าโรงเรียน และมีการแสดงออกของพลังแห่งความรู้ หรือความสามารถทางเชาวน์ปัญญา การไร้ซึ่งความสามารถจะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกมีปมด้อย

5) ^{ขั้น}การรู้จักอัตลักษณ์ และสับสนในอัตลักษณ์ (identity versus identity confusion) อายุ 10 – 20 ปี อยู่ในพัฒนาการของวัยรุ่น ที่มีการค้นหาตนเอง หรือ ค้นหาชีวิตของตนเอง ความสำคัญจะอยู่ที่การสำรวจทางเลือกต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสำรวจอาชีพ

6) ^{ขั้น}ความใกล้ชิด และความอ้างว้าง (intimacy versus isolation) อายุ 20 -30ปี จัดเป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นงานประจำหลักคือ การสร้างสัมพันธภาพอย่างใกล้ชิดกับผู้อื่น

7) ^{ขั้น}รับผลิตชอบ และความรู้สึกเฉื่อยชา (generativity versus stagnation) อายุ 40- 60 ปี อยู่ในช่วงวัยกลางคน ที่มีพัฒนาการในการช่วยเหลือ หรือ สนับสนุนบุคคลที่มีอายุน้อยกว่า และมีการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า

8) ^{ขั้น}มั่นคง และสิ้นหวัง (integrity versus despair) อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป บุคคลจะอยู่ในช่วงวัยชรา โดยที่บุคคลจะมีการประเมินคุณค่าตนเองย้อนหลังว่า ได้ทำสิ่งใดในชีวิตที่ผ่านมา การหวนคิดถึงเหตุการณ์ในอดีตสามารถเป็นประสบการณ์ทั้งในทางบวกและลบ

2.7.3 ความสูงอายูเชิงสังคมวิทยา (Sociological Theories of elderly)

แนวคิดบทบาท (role theory) อธิบายถึงบทบาทหน้าที่ซึ่งในช่วงชีวิตหนึ่งของคนเราจะมี การแสดงออกที่หลากหลาย เช่น พ่อ แม่ ลูก สามีภรรยา ผู้บริหาร หัวหน้างาน ลูกจ้าง เป็นต้น แต่ละบทบาทมีความสัมพันธ์กับอายุที่เปลี่ยนแปลงไป โดยบรรทัดฐานด้านอายุ (age norm) จะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคล ณ อายุต่อนั้น ควรมีบทบาทอย่างไร นอกจากปัญหาที่เกิดจากบรรทัดฐานด้านอายุแล้ว ผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับการสูญเสียบทบาทด้วย เช่น การสูญเสียบทบาทในหน้าที่การงานจากการเกษียณราชการ หรือการสูญเสียบทบาทของการเป็นคู่สมรสเนื่องจาก

สูญเสียสามี หรือ ภรรยา ซึ่งในวัยผู้สูงอายุการสูญเสียบทบาทมักมีมากกว่าการได้รับบทบาทใหม่ และบทบาทที่สูญเสียไปแล้วมักไม่ได้กลับคืนมา นอกจากนี้ พบว่า ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาในควบคุมเครื่องของบทบาท เช่น มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว แต่กลับต้องพึ่งพาการเลี้ยงดูจากลูกหลาน ทำให้ไม่สามารถบอกได้ว่า บทบาทที่แท้จริง คืออะไร

แนวคิดการถดถอยจากสังคม (disengagement theory) ทฤษฎีนี้มีความเชื่อพื้นฐานว่า ความสามารถของบุคคลจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุและบุคคลจะเตรียมพร้อมเพื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยของการสูญเสียทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ผู้สูงอายุจึงพยายามที่จะแยกตัวออกจากสังคม (withdrawal) และปล่อยวางเป็นอิสระจากความคาดหวังของสังคมและการแก่งแย่งแข่งขันที่เคยมีในอดีต เพื่อให้มีเวลาดำเนินหาตนเองสัจจะธรรมในชีวิต (inner life)

ทฤษฎีความต่อเนื่องเป็นผลจากการศึกษาเพื่อหาข้อขัดแย้งของทฤษฎีการถดถอยออกจากสังคมและทฤษฎีการมีกิจกรรม โดยพบว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมต่อเนื่องขึ้นอยู่กับลักษณะบุคลิกภาพและวิถีการดำเนินชีวิตที่เคยปฏิบัติมา ซึ่งลักษณะบุคลิกภาพเป็นหัวใจสำคัญของการปรับตัวของบุคคล (ปัทมา สุริต 2550)

นอกจากแนวคิดหลักๆ ที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น จรัสพล รินทระ (2551) ยังกล่าวว่า ความสูงอายุ ยังเสื่อมจากอุบัติเหตุ หรือปัจจัยภายนอก (accidental or environment aging) ซึ่งหมายถึงการเสื่อมหรือการสิ้นอายุขัยที่เราทำขึ้นมาเอง เช่น อุบัติเหตุ สิ่งแวดล้อม การไม่ดูแลใส่ใจในสุขภาพตนเอง เป็นต้น

2.8 นโยบายผู้สูงอายุ

การกำหนดนโยบายผู้สูงอายุได้มีการเรียบเรียงเป็นบางส่วนดังต่อไปนี้

ในสมัย จอมพล ป.พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี ได้กำหนดนโยบายที่สำคัญประการหนึ่งในอันที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี มีคุณภาพและดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขจึงได้มอบให้กรมประชาสงเคราะห์จัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราขึ้น เพื่อให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่เด็กรุ่นมีความทุกข์ยาก ประสบปัญหา

ปี พ.ศ.2525 รัฐบาลมีแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2525-2544) ครอบคลุมประเด็นต่างๆดังนี้ (www.cps.chula.ac.th)

1.ด้านการบริการสุขภาพอนามัย ได้แก่ การจัดระบบบริการสุขภาพทั้งการรักษา ป้องกัน และฟื้นฟูอนามัยของผู้สูงอายุและจัดตั้งคลินิกสำหรับผู้สูงอายุในสถานอนามัยทั่วประเทศ

2. ด้านการศึกษา ได้แก่ โครงการส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุซึ่งเป็นการศึกษานอกระบบ

3. ด้านอาชีพและรายได้ ได้แก่ การจัดเตรียมและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถประกอบอาชีพและมีรายได้ตามความสามารถ

4. ด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ การส่งเสริมและอนุรักษ์ค่านิยมในการเคารพผู้สูงอายุ ส่งเสริมประเพณีนิยมเรื่องระบบครอบครัว ส่งเสริมให้ชุมชนยอมรับบทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและจัดตั้งศูนย์กลางของชุมชนเพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ

5. ด้านสวัสดิการสังคม ได้แก่ การส่งเสริมให้องค์กรและภาคเอกชนร่วมดำเนินการและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุและปัญหาต่างๆที่อาจเกิดขึ้น คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อ วันที่ 14 ธันวาคม 2525 อนุมัติให้วันที่ 13 เมษายน ของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุ และได้เลือก “ดอกคำءวน” เป็นสัญลักษณ์ของผู้สูงอายุ

รัฐบาลสมัยนายอานันท์ ปันยารชุน เป็นนายกรัฐมนตรี ได้กำหนดนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535 -2554)ดังนี้ (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2542)

1.ให้ผู้สูงอายุได้รับบริการพื้นฐานด้านต่างๆอย่างกว้างขวางและทั่วถึงโดยสนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น

2.จัดสวัสดิการสังคมและให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุตามความต้องการและความจำเป็น

3.มาตรการจัดสวัสดิการทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ดังนี้

3.1 ด้านสวัสดิการสุขภาพอนามัย โดยให้การรักษายาแบบให้เปล่าแก่ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้หรือมีรายได้น้อยในสถานพยาบาลของรัฐ ให้ค่าตอบแทนพิเศษและสวัสดิการแก่บุคลากรที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3.2 ด้านสวัสดิการสาธารณูปโภคในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยจัดสำรองที่นั่งพิเศษสำหรับผู้สูงอายุบนรถโดยสารประจำทาง รถไฟ และเรือ ลดอัตราค่าโดยสารรถประจำทาง รถไฟ และเรือ ในที่สาธารณะให้จัดทำราบบันไดทางเดิน และราวห้อยน้ำสำหรับผู้สูงอายุ

3.3 ด้านสวัสดิการเกี่ยวกับที่พักอาศัย สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ และนันทนาการ ในการสร้างอาคารให้มีการจัดสรรให้มีโครงสร้างที่อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุและให้มีห้อง/เนื้อที่เพิ่มอย่างเหมาะสมสำหรับครอบครัวผู้สูงอายุอยู่ด้วย จัดบริการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้และไม่มีผู้อุปการะ สนับสนุนหน่วยงานเอกชนในการจัดสร้างที่พักอาศัยตามความต้องการและความเหมาะสมของอายุ จัดบริเวณและอุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกายและการพักผ่อนหย่อนใจสำหรับผู้สูงอายุ ลดอัตราค่าผ่านประตูในการเข้าชมมหรสพและบันเทิง และส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ การบันเทิง และการพักผ่อน หย่อนใจ

3.4 ด้านอื่นๆ ดำเนินการเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีหลักฐานเพื่อสามารถรับสิทธิประโยชน์รัฐบาลสมัยพันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร ได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฎหมาย เล่ม 120 ตอนที่ 130 ก วันที่ 31 ธันวาคม 2546 เริ่มบังคับใช้ 1 ม.ค.2547 (www.lib.ru.ac.th)

แผนนโยบายของรัฐที่เกี่ยวกับงานผู้สูงอายุ ได้กำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ยุทธศาสตร์ของแผนดังนี้ (www.oppo.opp.go.th)

1. ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 3 มาตรการหลัก

- 1.1 มาตรการหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยผู้สูงอายุ
- 1.2 มาตรการการให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต
- 1.3 มาตรการการปลูกจิตสำนึกให้คนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

2. ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 6 มาตรการหลัก

- 2.1 มาตรการส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันดูแลตนเองเบื้องต้น
- 2.2 มาตรการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ

2.3 มาตรการส่งเสริมด้านการงานและการหารายได้ของผู้สูงอายุ

2.4 มาตรการสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

2.5 มาตรการส่งเสริมสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และสามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ

2.6 มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

3. ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก

3.1 มาตรการคุ้มครองรายได้

3.2 มาตรการหลักประกันด้านสุขภาพ

3.3 มาตรการด้านครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง

3.4 มาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

4. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 มาตรการหลัก คือ

4.1 มาตรการการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติ

4.2 มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

5. ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนางานความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ประกอบด้วย 4 มาตรการหลัก

5.1 มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมให้หน่วยงานวิจัยดำเนินการประมวล และพัฒนางานความรู้ด้านผู้สูงอายุที่จำเป็นสำหรับการกำหนดนโยบายและการพัฒนาการบริการหรือการดำเนินการที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ

5.2 มาตรการสนับสนุนและส่งเสริมการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุ โดยเฉพาะที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบาย การพัฒนาการบริการและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเหมาะสม

5.3 มาตรการดำเนินการให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติที่มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

5.4 มาตรการพัฒนาระบบข้อมูลทางด้านผู้สูงอายุให้เป็นระบบและทันสมัย

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ระบุว่า “ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม” ได้ระบุปรัชญาพื้นฐานของการจัดทำแผนดังนี้ 1. การสร้างหลักประกันในผู้สูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม 2. ผู้สูงอายุมีคุณค่าและศักยภาพ สมควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม 3. ผู้สูงอายุมีศักดิ์ศรีและสมควรดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผลและสมวัย 4. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคมและถึงแม้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะประสบความทุกข์ยากและต้องการการเกื้อกูลจากสังคมและรัฐ แต่ก็ยังเป็นเพียงบางช่วงเวลาของวัยผู้สูงอายุเท่านั้น ได้กำหนดยุทธศาสตร์ 5 ด้าน ได้แก่ 1. ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ 2. ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ 3. ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ 4. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ 5. ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ (www.oppo.opp.go.th)

3. กรอบแนวคิดวัฒนธรรมล้านนา (Lanna Culture)

3.1 ความหมายวัฒนธรรม

อรุณี ต้นศิริ (2549) กล่าวว่า วัฒนธรรม หมายถึง วิถีการดำเนินชีวิต (the way of life) ของตนในสังคม นับตั้งแต่วิถีกิน วิถีอยู่ วิถีการแต่งกาย วิถีทำงาน วิถีพักผ่อน วิถีแสดงอารมณ์ วิถีสื่อความ วิถีจรรยาและขนบ วิถีอยู่ร่วมกันเป็นหมู่คณะ วิถีแสดงความสุขทางใจและหลักเกณฑ์การดำเนินชีวิต โดยแนวทางการแสดงออกถึงวิถีชีวิตนั้น อาจเริ่มมาจากเอกชนหรือ คณะบุคคล ทำเป็นต้นแบบแล้วต่อมาคนส่วนใหญ่ก็ปฏิบัติสืบต่อกันมาและอาจมีการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุง หรือพัฒนาให้วัฒนธรรมเป็นไปตามความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ วัฒนธรรมมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุในการกำหนดแบบแผนของชีวิตและการแสดงออก ในสังคมที่อยู่โดยเกี่ยวพันกับศาสนา ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี ระเบียบสังคมต่างๆ เป็นมรดกทางสังคมของการหล่อ

รวมชาติพันธุ์ แต่อาจเป็นสิ่งที่สังคมไม่สามารถปรับเปลี่ยนตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมเพื่อความอยู่รอดและเหมาะสม จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารวัฒนธรรมล้านนามีที่มาของรากเหง้าทางประวัติศาสตร์และการหล่อหลอมวัฒนธรรมผสม และมีความเชื่อมโยงกับพัฒนาการตามลำดับดังนี้

3.2 ประวัติศาสตร์อาณาจักรล้านนา

เมื่อย้อนประวัติศาสตร์วัฒนธรรมสมัยอาณาจักรล้านนา ตั้งอยู่ในดินแดนภาคเหนือของประเทศไทยบริเวณที่ราบลุ่มแม่น้ำปิง วัง ยม น่าน มีพื้นที่กว้างขวางอุดมสมบูรณ์ ก่อนที่จะรวมกันเป็นอาณาจักรใหญ่ ชาวไทยล้านนาแบ่งแยกการปกครองตนเองเป็นเมืองใหญ่น้อย ประมาณ 60 เมือง ในจำนวนเมืองใหญ่น้อยก็มีอาณาจักรที่สำคัญอยู่ 3 อาณาจักร ได้แก่ หิรัญจินยาง-เชียงแสน อาณาจักรกุฎกามยาว-พะเยา และอาณาจักรสุโขทัย แต่ระหว่างอาณาจักรสุโขทัยและอาณาจักรกุฎกามยาวนั้น มีอาณาจักรหิรัญชัย ซึ่งเป็นอาณาจักรเล็กๆ แต่เจริญรุ่งเรืองมากอยู่ด้วย มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับอาณาจักรทวารวดี ต่อมาเมื่อพญามังราย กษัตริย์เชียงแสนตีหิรัญชัยได้ในปี พ.ศ. 1825 ทรงรวบรวมเมืองใหญ่น้อย สถาปนาเป็นอาณาจักรล้านนา เมื่อปี พ.ศ. 1839 โดยให้พระสุริยวงศาธิบดีเจ้าเมืองเชียงใหม่ เป็นศูนย์กลางการปกครองและวัฒนธรรม เมืองเชียงใหม่เมื่อแรกสร้างมีผังเมืองเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า กว้างเมืองกว้าง 900 วา ยาว 1,000 วา แต่เรื่องกำแพงเมืองและลักษณะของผังเมืองเชียงใหม่ นั้น เป็นปัญหาที่ไม่ยุติ เนื่องจากร่องรอยของกำแพงเมืองที่ปรากฏมีอยู่ในทุกวันนี้มีอยู่ 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นกำแพงเมืองรูปสี่เหลี่ยมที่มีป้อมหรือแจ่งสี่มุมเมือง และมีคูน้ำล้อมรอบที่มักเรียกกันโดยทั่วไปว่า เมืองชั้นใน อีกส่วนหนึ่งเป็นกำแพงเมืองชั้นนอกที่ก่อดล้อมเมืองรูปสี่เหลี่ยมไว้ทางด้านทิศใต้และตะวันออก ซึ่งยังเป็นปัญหาที่ถกเถียงกันว่า กำแพงเมืองทั้งสองส่วนสร้างขึ้นมาแต่ละครั้งใด และส่วนไหนสร้างขึ้นก่อนกัน อย่างไรก็ตาม นักวิชาการส่วนมากค่อนข้างจะเชื่อว่า เมืองเชียงใหม่ที่พระเจ้ามังรายโปรดฯ ให้สร้างขึ้นนั้น ควรเป็นเมืองรูปสี่เหลี่ยม หลังจากที่พระเจ้ามังรายสิ้นพระชนม์แล้ว ในระหว่าง พ.ศ. 1854-1877 กษัตริย์ล้านนาองค์ต่อมาได้ย้ายไปประทับอยู่ที่เมืองเชียงราย และเชียงแสน ส่วนเมืองเชียงใหม่มีฐานะเป็นลูกหลวงเป็นที่ประทับของพระราชโอรสและพระมหาอุปราช ดังนั้นในระยะแรกๆคงเป็นเมืองเล็กๆ ทั้งนี้เพราะศูนย์กลางทั้งทางการเมือง การเศรษฐกิจ และการพระศาสนา ไปอยู่ที่เมืองเชียงแสน

เป็นส่วนใหญ่ ด้วยเหตุนี้ โบราณสถานที่มีอายุอยู่ในช่วงพุทธศตวรรษที่ 19 ยุคต้น จึงปรากฏหลักฐานค่อนข้างน้อย และนับตั้งแต่ พ.ศ. 1879 เป็นต้นมา เมืองเชียงใหม่ได้มีความสำคัญอีกครั้ง เพราะกษัตริย์ล้านนาได้เสด็จมาประทับที่เมืองเชียงใหม่ ตั้งแต่นั้นเป็นต้นไป จึงมีฐานะเป็นราชธานีอย่างแท้จริงตลอดมา นับเป็นจุดเริ่มต้นของความเจริญรุ่งเรืองของเมืองเชียงใหม่และอาณาจักรล้านนาในเวลาต่อมา (สุรพล ดำริห์กุล 2550)

หลังจากนั้น อาณาจักรล้านนาก็รุ่งเรืองมาโดยตลอด ยุคที่อาณาจักรล้านนามีความเจริญสูงสุดในทางวัฒนธรรมได้แก่ สมัยพระเจ้าเกือนา พระเจ้าสามฝั่งแกน พระเจ้าติโลกราช กล่าวได้ว่า ศิลปวัฒนธรรมของอาณาจักรล้านนาทุกแขนงล้วนแฝงไว้ด้วยคติความเชื่อทางพุทธศาสนา หรือสร้างขึ้นเพื่ออุทิศแด่พุทธศาสนา ศิลปวัตถุที่มีชื่อเสียงมาจนปัจจุบันได้แก่ พระธาตุดอยสุเทพ พระปาดาลน้อย วัดสวนดอก และวัดอื่นๆ ซึ่งมีความล้ำค่าและงดงามทางศิลปอยู่มากมายทั่วทั้งเมือง วรรณกรรมที่สำคัญและมีชื่อเสียงได้แก่ เวสสันดรที่ปณี จักรวาลที่ปณี มังคลัตถที่ปณี ปฐมสมโพธิกถา พระอัฐตรามเถระ และปัญญาสชาดก ธรรมเนียมประเพณีของชาวล้านนาที่ยังคงถือปฏิบัติกันมาก็ได้แก่ การทำบุญสลากภัตต งานบุญตานก๋วยสลาก การตั้งธรรมหลวง (เทศน์มหาชาติ) ต่อมางดะตีด เตือนยี่เป็ง (เทศกาลลอยกระทง) งานเลี้ยงขันโตก การฟ้อนเล็บ การเล่นดนตรีสะล้อ ซอ ซึง การไหว้ผีปู่ย่า เป็นต้น เมืองเชียงใหม่ได้รับการก่อสร้างกำแพงเมืองครั้งใหญ่ด้วยการก่ออิฐเสริมความมั่นคงแข็งแรงในสมัย พระเจ้าเมืองแก้ว เมื่อ พ.ศ. 2060

อาณาจักรล้านนาเจริญรุ่งเรืองมาโดยตลอด แต่ต้องมาเสียเอกราชให้กับพม่าเมื่อปี พ.ศ. 2101 เมื่อพระเจ้าบุเรงนองยกทัพมาตี นับตั้งแต่นั้นศิลปวัฒนธรรมล้านนาก็ถูกผสมกลมกลืนไปกับวัฒนธรรมของพม่า ในทำนองเดียวกันพม่าก็รับเอาวัฒนธรรมล้านนาไปผสมกับวัฒนธรรมของตนด้วยเช่นกัน อาณาจักรล้านนาตกเป็นเมืองขึ้นของพม่า จนกระทั่งพระเจ้าตากสินมหาราช กษัตริย์แห่งกรุงธนบุรี ทรงมีพระบัญชาให้เจ้าพระยาจักรี (รัชกาลที่ 1 แห่งกรุงรัตนโกสินทร์) ยกกองทัพไปตีอาณาจักรล้านนาคืนมาจากพม่าได้ และโปรดเกล้าฯ แต่งตั้งพระยาภาวดีจะเป็นเจ้าเมืองเชียงใหม่ ซึ่งได้มีการยกไปตีกวาดต้อนผู้คนจากเมืองต่างๆ ในดินแดนตอนเหนือ และที่ราบลุ่มริมฝั่งแม่น้ำสาละวิน ซึ่งมีกลุ่มชนชาวเงี้ยว (ไทใหญ่) ไทลื้อ ไทยอง ไทเขิน ข่า ลัวะ และยาง (กระเหรี่ยง) เข้ามาเป็นพลเมืองสำคัญในการบูรณะบ้านเมืองที่ทรุดโทรมให้ฟื้นกลับคืนมาอีกครั้ง นับตั้งแต่อาณาจักรล้านนาก็ถูกรวมให้เป็นส่วนหนึ่งของอาณาจักรไทยจนถึงปัจจุบันนี้ กระทั่งถึง

ปี พ.ศ. 2476 ประเทศไทยมีการปฏิรูปการปกครอง รัฐบาลได้ประกาศให้ยุบเมืองเชียงใหม่ ซึ่งจากเดิมเป็นนครรัฐ ให้เป็นเพียงจังหวัดหนึ่งของประเทศไทย อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ความหลากหลายทางชาติพันธุ์ในประเทศไทย วิถีชีวิตคนไทยไม่ได้เหมือนกันทั้งประเทศ แม้จะอยู่ในเมืองหรือชนบทก็ตามที่ ด้วยสาเหตุที่แต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างที่เกิดทั้งจากสภาพทางภูมิศาสตร์ ทรัพยากรธรรมชาติ สภาพแวดล้อม ประวัติศาสตร์ หรือ ภูมิหลังของแต่ละท้องถิ่นที่ได้ก่อให้เกิดวัฒนธรรมท้องถิ่นที่สืบทอดและต่อเนื่องกันมาจนถึงปัจจุบันนี้

3.3 กลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆในดินแดนล้านนา

3.3.1 ยุคก่อนการตั้งอาณาจักรล้านนา

เมื่อ 600,000 ปีมาแล้ว ก่อนประวัติศาสตร์แบบหินเก่า เชื่อว่า กลุ่มชนผู้เป็นเจ้าของเครื่องมือหินเหล่านี้ เป็นพวกโปรโตเมลานีเซียน (Protomelanesian) และเป็นกลุ่มชนที่มีลักษณะผสมของพวกคอเคซอยด์ (Caucasoid) มองโกลอยด์ (Mongoloid) และนีกรอยด์ (Negroid) ที่ปรากฏมีในประเทศไทย ได้แก่ พวกละว้า ขมุ ข่าถิ่น ข่าฮ่อ และมราบริ (ผีตองเหลือง) เป็นต้น เมื่อศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆในดินแดนล้านนา มีพัฒนาของกลุ่มชาติพันธุ์จนถึงปัจจุบันดังนี้

ลัวะ หรือ ละว้า น่าจะเป็นชนกลุ่มดั้งเดิมกลุ่มใหญ่ที่อาศัยในดินแดนนี้มาก่อน มีถิ่นฐานอยู่ในแถบภูเขาและที่ราบเชิงเขาในเขตจังหวัดเชียงราย นอกจากนี้ บริเวณที่ราบลุ่มแม่น้ำปิงที่บริเวณแถบดอยสุเทพก็ได้มีชาวลัวะอาศัยอยู่แล้ว และเป็นกลุ่มใหญ่พอสมควร ค่อนข้างมีบทบาทสำคัญต่อการบูรณาการทางสังคมและวัฒนธรรมของล้านนาในเวลาต่อมา

ขอม หรือ กรอม คือ ชนกลุ่มหนึ่งที่มีถิ่นอยู่ดั้งเดิมในประเทศลาวตอนใต้เป็นชนชาติในตระกูลมอญเขมร เป็นบรรพบุรุษโดยตรงของเขมร ความเป็นมาที่ปรากฏในภาคเหนือตอนบนขยายอาณาเขตขึ้นมาทางเหนือตามลำน้ำโขง และได้สร้างเมืองสุวรรณโคมคำหลวงขึ้นเป็นศูนย์กลางอยู่ในภาคเหนือ เชื่อกันว่าที่ตั้งเมืองสุวรรณโคมคำนั้นอยู่บนเกาะใหญ่ริมแม่น้ำโขงฝั่งประเทศลาว ตรงดอนเมืองเยื้องปากแม่น้ำกกกลงไปทางใต้เล็กน้อย และอยู่ตรงข้ามบ้านสวนดอก อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงรายในปัจจุบัน นับเป็นชนสำคัญกลุ่มหนึ่งที่อาศัยในดินแดน

แถบนี้มาแต่โบราณและถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของพลเมืองในแคว้นโยนกและแคว้น
หริภุญชัยในอดีตก่อนที่จะมาเป็นล้านนา

มอญ หรือ เมงคบุตร เป็นชนพื้นเมืองอีกกลุ่มหนึ่งที่อยู่ในดินแดนแถบนี้มานาน
แล้วและวัฒนธรรมมอญจะมีความเกี่ยวพันกับเมืองหริภุญชัยอย่างใกล้ชิด จนนักวิชาการเชื่อว่า
พลเมืองของแคว้นนี้เป็นชาวมอญ ในพื้นที่ราบลุ่มแม่น้ำปิงได้มีชนชาติมอญอาศัยอยู่ค่อนข้างมาก
และอาจเป็นชนกลุ่มใหญ่ จึงทำให้วัฒนธรรมของแคว้นหริภุญชัยยุคก่อนข้างจะใกล้เคียงกับศิลปะ
มอญเป็นอย่างมาก

กะเหรี่ยง หรือยาง อาศัยอยู่ในดินแดนทางเหนือตอนบนมานานแล้ว แต่ไม่ค่อยมี
บทบาทสำคัญเกี่ยวข้องอยู่ในประวัติศาสตร์ล้านนามากนัก

ชาวละโว มีเอกสารแสดงให้เห็นผลจากการเคลื่อนย้ายเข้ามาของกลุ่มชนในเขต
ภาคกลาง หรือที่ราบลุ่มแม่น้ำเจ้าพระยาเข้าสู่ดินแดนแถบนี้ และได้นำวัฒนธรรมและ
ศิลปวิทยาการต่างๆมาด้วย

คนไต หรือ ไท กลุ่มชนที่เคลื่อนมาจากนครไทยเทศในทางตอนเหนือเข้ามาสู่
บริเวณที่ราบลุ่มจังหวัดเชียงราย โดยมีถิ่นที่อยู่เดิมอยู่ในเขตมณฑลยูนนาน ประเทศจีน หรืออาจจะ
อยู่ในแถบลุ่มน้ำอิรวดี – สาละวิน สำหรับแถบที่ราบลุ่มแม่น้ำปิงได้สะท้อนให้เห็นถึงคนไต หรือชน
ชาติที่อยู่ในตำนานสุวรรณคำแดง

3.3.2 ยุคที่สอง พัฒนาการของคนยวนในอาณาจักรล้านนา

จากการรวมชาติพันธุ์ที่หลากหลายตามที่ราบลุ่มแม่น้ำสายสำคัญต่างๆ ในภาคเหนือ
ตอนบน ก่อให้เกิดความสัมพันธ์และมีการสังสรรค์กันทั้งในทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม
เกิดการผสมผสานและมีการบูรณาการไปตามลำดับ แต่ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มชนในดินแดนเหล่านี้มี
พัฒนาการและหล่อหลอมให้เป็นชาวล้านนาที่มีแบบแผนทางวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกันได้นั้น
จะสัมพันธ์กับพัฒนาการทางการเมืองที่รวบรวมบ้านเมืองในแต่ละเขตที่ราบลุ่มเข้าไว้เป็นอันหนึ่ง
อันเดียวกันและก่อตั้งรัฐ หรืออาณาจักรล้านนาขึ้น จะมีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดบูรณาการและหล่อ
หลอมผู้คนในล้านนาให้กลายเป็นชนที่มีวัฒนธรรมร่วมกันไปในที่สุด

การเกิดขึ้นของอาณาจักรล้านนาและพัฒนาการของชาวล้านนา เริ่มตั้งแต่เมื่อพระเจ้ามังรายขึ้นครองราชย์ในแคว้นโยนก หรือ หิรัญนครเงินยาง เมื่อ พ.ศ. 1802 ที่ทรงรวบรวมบ้านเมืองต่างๆของแคว้นโยนกเดิมให้ไว้ในพระราชอำนาจ ในที่สุดได้ทรงสร้างเมืองแห่งใหม่อีกครั้งในบริเวณที่ราบเชิงดอยสุเทพ เมื่อ พ.ศ.1839 คือ เมืองเชียงใหม่เป็นราชธานี ถือเป็นจุดเริ่มต้นของอาณาจักรล้านนาอย่างแท้จริง แล้วมีการขยายดินแดนและรวมเอาบ้านเมืองเขตลุ่มแม่น้ำวังเป็นส่วนหนึ่งของล้านนาตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา มีผลทำให้ประชาชนของทั้งสองพื้นที่คือ ชาวโยนกกับชาวหิรัญชัยได้มีความสัมพันธ์และมีการสร้างสรรค์กันอย่างใกล้ชิดกันมากขึ้น ทั้งในด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ต่อมา พ.ศ. 1881 สมัยพระเจ้าคำฟูกษัตริย์ล้านนา และช่วงปลายพุทธศตวรรษที่ 20 สมัยของพระเจ้าติโลกราช ได้มีการขยายดินแดนและทำบ้านเมืองให้เจริญในทุกด้านทำให้ล้านนามีความมั่นคงมาก การรวบรวมพลเมืองของดินแดนต่างๆภายใต้การปกครองเดียวกัน มีผลสำคัญต่อบุรณการทางสังคมและวัฒนธรรม ทำให้เกิดการหล่อหลอมผู้คนพลเมืองในบริเวณภาคเหนือตอนบนให้มีแบบแผนทางวัฒนธรรมร่วมกันและกลายเป็นชนกลุ่มเดียวกันในที่สุด

จากเอกสารวรรณกรรมเรื่อง ลิลิตยวนพ่าย ที่กล่าวถึงสงครามระหว่างกรุงศรีอยุธยา กับ ล้านนาในช่วงต้นพุทธศตวรรษ ที่ 21 ได้เรียกชาวล้านนา ว่า **ยวน** หรือ **ชาวยวน** นอกจากนี้ ชาวไทใหญ่พูดถึงชาวไทยพ่ายเรียกว่า “โย่น หรือ ไตโย่น (คือโยน หรือไทโยน)” และเรียกอาณาจักร ล้านนาทั้งหมดว่า “เม็งโย่น (เมืองโยน คือ เมืองโยนก) ”และชาวสิบสองปันนามักเรียกชาวล้านนาว่า “ยวน หรือ ยวน” โดยเรียกชาวเชียงใหม่ว่า ยวนเจงใหม่ (คนยวนเชียงใหม่) ด้วยเหตุนี้พลเมืองของล้านนา หรือชาวล้านนา จะเรียกตนเอง และถูกเรียกโดยคนต่างกลุ่มว่า ชาวยวน หรือ คนยวน หรือ โยน นับตั้งแต่พุทธศตวรรษที่ 22 เป็นต้นมา อาณาจักรล้านนาเข้าสู่ยุคเสื่อมตกเป็นเมืองขึ้นของพม่า ทำให้เกิดการล่มสลายในช่วงต้นพุทธศตวรรษ ที่ 24 พลเมืองเกิดการถ่ายเทเคลื่อนย้ายถิ่นครั้งใหญ่ คนยวนในล้านนากระจัดกระจายไปตามที่ต่างๆกัน พัฒนาการสู่จุดการเปลี่ยนแปลงอีกครั้งหนึ่ง

3.3.3 ยุคที่สาม พัฒนาการของ “คนเมือง” ในล้านนายุคฟื้นฟู หรือยุคหลัง

ยุคนี้มีพัฒนาการมาจากการขาดแคลนไพร่พลพลเมืองที่จะเป็นกำลังในการฟื้นฟูบ้านเมือง ดังนั้นพระยาภาววิไลเจ้าเมืองเชียงใหม่ในขณะนั้น จึงยกพลไปโจมตีบ้านเมืองต่างๆ 22 ครั้ง จำนวนประมาณ 50,000 – 70,000 คน เพื่อกวาดต้อนผู้คนให้เป็นพลเมืองของเมืองเชียงใหม่ เหตุการณ์นี้เรียกว่า “เก็บผักใส่ซ้า เก็บข้าใส่เมือง” และมีการรวมพลเมือง หรือเชลยศึกที่กวาดต้อนมา สมัยหลังจากนั้นอีก 4 ครั้ง รวมได้หลายกลุ่ม เช่น ไทเขิน ลื้อ เจี้ยวหรือไทใหญ่ มอญ พม่า และยวน ฯลฯ เป็นต้น และเชื่อว่า เมื่อราวปี พ.ศ. 2386 ประมาณ 30-40 % ของประชาชนในเมืองเชียงใหม่และในแคว้นล้านนาทั้งหมดอาจสืบเชื้อสายมาจากเชลยศึกเหล่านั้น

อย่างไรก็ตามคนล้านนาในทุกวันนี้จะไม่เรียกตนเองว่าคนยวน เหมือนเช่นในอดีต แต่จะเรียกตนเองว่า **คนเมือง** และเรียกภาษาที่ตนพูดว่า คำเมือง โดยมีที่มาจาก ชาวเมืองได้อพยพหลบหนีไม่ยอมอยู่ภายใต้อำนาจพม่า มีการแบ่งเรียกพม่าว่า พวกม่าน และเรียกชาวเมืองพวกเดียวกันว่า คนเมือง หรือ นักวิชาการอื่น เชื่อว่า เป็นการจัดตั้งทางสังคมเดียวกัน และทำหน้าที่ตอบโต้การถูกเหยียดหยามจากกลุ่มอื่น เช่น คนไทยภาคกลาง และพม่า นอกจากนี้ ยังมีเหตุผลเป็นคำเรียกหาตนเองของคนในภาคเหนือ ที่แสดงออกถึงการตอบโต้ชี้แจง โดยเฉพาะคนในภาคกลางที่มักเรียกว่า ลาว ดังนั้นเพื่อเป็นการแบ่งแยกชาติพันธุ์ หรือ นักวิชาการท่านอื่นระบุว่า เพื่อแสดงตนให้เห็นว่าเป็นไพร่บ้านไทยเมืองเป็นพลเมืองหรือ เป็นชาวเมือง คือ มิได้เป็นข้าทาสหรือเชลยศึกที่ถูกกวาดต้อนมาเหมือนเช่นชาวเมืองกลุ่มอื่นๆ อย่างไรก็ตาม คำนี้คงได้รับความนิยมเรียกตนเองในเมืองอื่นๆและกลุ่มอื่นๆด้วย ตั้งแต่นั้นมา จึงมีการใช้คำว่า คนเมืองเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อขัดแย้งในความคิดเห็นระหว่างนักวิชาการในประเด็นการก่อกำเนิดวิวัฒนาการและเหตุผลที่เรียกตนเองของชาวล้านนาว่า คนเมือง ถึงแม้ว่าจะมีการรวมกลุ่มความเป็นคนเมือง แต่ก็พบว่า ยังมีชนกลุ่มอื่น ที่เรียกว่า ชนกลุ่มน้อย หรือ ชาวเขา แบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ พวกทิเบต – พม่า และ พวกจีนเดิม ที่อาศัยอยู่อย่างแปลกแยกกับคนทั่วไป

กล่าวโดยสรุป คนยวนที่ต่อมาพัฒนาการมาเป็นคนเมืองนั้น เป็นผลมาจากการเคลื่อนไหวปรับเปลี่ยนทางสังคม วัฒนธรรม และการเมืองของชนเผ่า และชนชาติหลายกลุ่ม ในบ้างหลักล้อมทางสังคมของภูมิภาคแถบนี้ซึ่งมีการใช้ภาษาไท (ยวน หรือ คำเมือง) เป็นสื่อในการดำรงชีวิต ด้วยเหตุนี้จึงเห็นได้ว่า ความเป็นคนยวน และคนเมืองหรือคนไทยล้านนาในเขต

ภาคเหนือตอนบนในทุกวันนี้ จะมีลักษณะเป็นชนชาติ (nation) ที่ประกอบรวมตัวของเผ่าชน (tribe) ต่างๆ ในกรอบวัฒนธรรม (culture) เดียวกัน (สุรพล ดำริห์กุล 2550)

3.3.4 วัฒนธรรมยุคปัจจุบัน

ล้านนาได้ชื่อว่าเป็นดินแดนที่อุดมไปด้วยมรดกทางศิลปวัฒนธรรมและประเพณี ซึ่งล้วนแล้วแต่มีความงดงามที่แสดงออกถึงเอกลักษณ์เป็นของตนเอง ปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติที่เหมาะสมกับพัฒนาการทางประวัติศาสตร์อันยาวนาน ตลอดจนสภาพทางการเมืองที่มั่นคงเป็นเอกภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่หล่อหลอมให้ผู้คนที่ย้ายอยู่ในดินแดนแห่งนี้มีวิถีชีวิตและแบบแผนทางวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกัน ปัจจุบันร่องรอยของมรดกทางศิลปวัฒนธรรมที่ปรากฏเหลืออยู่เหล่านี้จะมีโบราณศิลปวัตถุ โบราณสถานเป็นจำนวนมาก ขณะเดียวกันมรดกทางศิลปะเหล่านี้ก็ยังมีพัฒนาการสืบทอดต่อมาจนเป็นแบบแผนของงานศิลปะสถาปัตยกรรมของล้านนาในทุกวันนี้ เกือบทั้งหมดจะเป็นศิลปะเนื่องในพุทธศาสนา ที่มีความเจริญรุ่งเรืองเป็นอย่างมากอยู่ในล้านนามาก่อน ส่วนประเพณีพื้นเมืองของล้านนานั้นได้สะท้อนให้เห็นถึงวิถีการดำเนินชีวิต ความคิด ความเชื่อของชาวล้านนาได้เป็นอย่างดี ผ้าและการแต่งกายของชาวล้านนากับศิลปะการแสดงพื้นเมืองล้านนาอันเป็นมรดกทางวัฒนธรรมประเภทหนึ่งที่มีแบบแผนและมีเอกลักษณ์เป็นของตนเอง รวมถึงประเพณีพื้นเมืองของชาวล้านนาที่ยังคงถือปฏิบัติสืบทอดมาจนทุกวันนี้ (สุรพล ดำริห์กุล 2550)

ในปัจจุบันชาวไทยในภาคเหนือส่วนใหญ่ มีวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ในกรอบของวัฒนธรรมท้องถิ่นที่ปัจจุบัน เรียกว่า วัฒนธรรม “คนเมือง” หรือ “คนล้านนา” ชาวเหนือมีความศรัทธาต่อพุทธศาสนา คำพูดภาษาคำเมือง ภาษาก่อนช้อย มีความเป็นกันเองกับภาคอื่นๆ ให้การต้อนรับบุคคลภายนอกด้วยดี มีอุปนิสัยอ่อนโยนจึงเป็นเสน่ห์ของคนในท้องถิ่นที่คนทั่วไปชื่นชม การแสดงพื้นบ้าน เช่น ฟ้อนเล็บ ฟ้อนเทียน ฟ้อนดาบ การตีกลองสะบัดชัย เพลงซอ สะล้อ ซอ ซึ่ง ฯลฯ ส่วนด้านสถาปัตยกรรมแบบล้านนามีเอกลักษณ์ “กาแล” ที่หลังคาเรือน หากพิจารณาการแบ่งส่วนของวัฒนธรรมที่มี 2 ประเภท คือ วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับวัตถุ(material culture) เช่น สิ่งประดิษฐ์และสถาปัตยกรรม และ วัฒนธรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับวัตถุ (non-material cultural) เช่น วัฒนธรรมในลักษณะขนบธรรมเนียมประเพณีและความเชื่อ ค่านิยม ภาษา โดยเฉพาะส่วนนี้

พบว่า ผู้สูงอายุมักจะมีบทบาทเป็นผู้นำและมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดมากกว่า ประเพณีท้องถิ่น หรือพื้นบ้านสำคัญหลายอย่าง เช่น ประเพณีงานปอยหลวง ปอยน้อย (งานบวชลูกแก้ว) ประเพณีดำหัว ประเพณีเข้าอินทขิล ประเพณีสลากภัตร “ป่าเวณีตานก้วยสลาก” ส่วนอาหารเหนือ มีมรดกทางวัฒนธรรมด้านอาหารของต้นตระกูลไทยที่แท้จริง คือ ลาบดิบ หรือจิ้นลาบ แกงอ่อม แกงแค ส่วนอาหารที่ได้รับอิทธิพลจากชาติพม่า ได้แก่ แกงฮังเล ข้าวซอย อิทธิพลจากจีนฮ่อ นอกจากนั้น ยังมีวัฒนธรรมการรับประทานอาหารในรูปขันโตก เป็นภาชนะสำหรับใส่กับข้าว มีหลายประเภท เช่น ขันโตกหลวง สำหรับใช้ในราชสำนัก ในคุ้มในวัง สำหรับถวายพระสงฆ์ ขันโตกฮามสำหรับคนบ่ดี หรือคนในครอบครัวใหญ่ หรือถวายพระสงฆ์ และขันโตกน้อย สำหรับครอบครัวชาวบ้านทั่วไป ในขันโตกก็จะประกอบด้วยอาหารหลายอย่างในสำรับ เช่น น้ำพริกช่อง แคหมู แกงฮังเล ลาบ แกงแค จิ้นทอด เป็นต้น (อรุณี ตันศิริ 2549)

4. งานวิจัยในประเทศ และต่างประเทศ

การศึกษาได้รวบรวมและทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

4.1 งานวิจัยในประเทศ

ลัดดา ดำริการเลิศ (2551) วิจัยเรื่อง โครงการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตสำหรับผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำความรู้จากการวิจัยและการจัดการความรู้ในช่วง 5 ปีแรกของเครือข่ายวิจัยสุขภาพไปต่อยอดใช้ประโยชน์ทั้งในระดับนโยบายและปฏิบัติโดยเน้นการเตรียมเข้าสู่สังคมสูงอายุ 4 ด้านคือ ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระบบการเรียนรู้เพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (พหุฒิพลัง) การดูแลปรับสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุและหลักประกันด้านเศรษฐกิจสำหรับผู้สูงอายุ การทำงานด้านระบบบริหารผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ เรื่องการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบการประกันคุณภาพผู้ดูแล และการดูแลระยะสั้นในสถาบันเพื่อสนับสนุนการดูแลในครอบครัว การทำงานวิชาการในเรื่องคุณภาพผู้ให้บริการ และมุ่งให้องค์กรปกครองท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมจัดบริการในชุมชน และร่วมกับเครือข่ายพัฒนารูปแบบแนวทางการผลิตบุคลากรและมาตรฐานบริการที่มีคุณภาพ สำหรับการเตรียมการผู้สูงอายุ ได้รับการสนับสนุนให้พัฒนาความรู้รูปแบบการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต และผลักดันเข้าไปในแผนส่งเสริม

การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับ 10 (2550-2554) ของกระทรวงศึกษาธิการ

การดูแลปรับสภาพแวดล้อมที่การปรับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือศูนย์บริการสาธารณสุขและสถานีนอามัยในชุมชนให้เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุและได้พิมพ์เขียวการออกแบบที่สามารถนำไปปรับใช้ได้ทันทีและเพื่อพัฒนารูปแบบของหลักประกันทางรายได้สำหรับผู้สูงอายุ โครงการได้สนับสนุนให้วิเคราะห์องค์ความรู้ 2 ส่วนคือ การจัดตั้งระบบบำนาญแห่งชาติและการสงเคราะห์เพื่อการยังชีพและนำเสนอผ่านเวทีนโยบายสาธารณะเพื่อกระตุ้นความสนใจของสังคมและนำเสนอสู่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติและกระทรวงการคลังเพื่อดำเนินการศึกษาในรายละเอียดต่อไป

กิตติพงษ์ เร่งถนอมทรัพย์ (2550) ศึกษาประสิทธิภาพการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุศึกษาเฉพาะกรณี เทศบาลตำบลยางน่อง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทราบถึงความต้องการทางด้านบริการสวัสดิการสังคม สภาพการจัดบริการ สวัสดิการสังคม เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและผลของการจัดสวัสดิการสังคมของเทศบาลตำบลยางน่องที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คนผลการศึกษาพบว่า การจัดบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุเป็นการบริหารจัดการที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุเพราะนโยบายของคณะผู้บริหารเทศบาลตำบลยางน่องได้ให้ความสนใจและเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุมากขึ้น การพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการจ่ายเบี้ยยังชีพให้กับผู้สูงอายุเป็นความต้องการของผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากจึงน่าจะเพิ่มวงเงินให้สูงขึ้นด้วย ปัญหาของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่ใหญ่ที่ไม่อาจแก้ไขให้หมดไปได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรได้รับความช่วยเหลือจากภาครัฐมากขึ้นอันจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น

ฐิตะวงษ์ ลาเสน (2548) วิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทไทยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทไทย ในเขตอำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทไทย และเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทไทย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 330 คน ผลการวิจัยพบว่า

ระดับคุณภาพชีวิตสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ โดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านสุขภาพกาย อยู่ในระดับปานกลางและสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง การทดสอบสมมติฐานพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายสุขภาพจิตได้แก่ ด้านเพศ ด้านรายได้ในครอบครัว ด้านสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านความยากจนในครอบครัว และด้านการรับรู้ข่าวสาร ส่วนปัจจัยที่ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตได้แก่ ด้านอายุ ด้านสถานภาพสมรส ด้านอาชีพ และด้านภาระหนี้สินในครอบครัว

พรเทพ มนต์วีชรินทร์ (2547) วิจัยเรื่อง การสำรวจคุณภาพชีวิตและความต้องการด้านการศึกษ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตและความต้องการด้านการศึกษ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร สุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 450 คน ผลการวิจัยพบว่า 1. คุณภาพชีวิตที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าอยู่ในระดับดีมี 1 ด้าน คือ ด้านคุณธรรม ระดับปานกลาง 4 ด้าน คือ ด้านสติปัญญา สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สุขภาพอนามัย และสังคม ส่วนคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับพอใช้ 2. ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านการศึกษ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ คุณธรรม สติปัญญา และสังคม ในระดับปานกลาง ขณะที่ความต้องการด้านการศึกษ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับน้อย 3. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระหว่างผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาต่างกันด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ กรรมสิทธิ์ในบ้านพักอาศัย เขตที่อยู่อาศัย ภาวะพึ่งพา โรคประจำตัว หลักประกันสุขภาพ และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 4. ผลการเปรียบเทียบความต้องการด้านการศึกษ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระหว่างผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาต่างกันด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ กรรมสิทธิ์ในบ้านพักอาศัย เขตที่อยู่อาศัย ภาวะพึ่งพา และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ 5. ผู้สูงอายุเสนอแนวทางว่า ควรจัดกิจกรรมด้านข่าวสารข้อมูลมากที่สุด รองลงมาคือ กิจกรรมด้านการฝึกทักษะ และกิจกรรมด้านความรู้พื้นฐาน ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ต้องการข่าวสารข้อมูลเพื่อทันโลก ทันเหตุการณ์และนำมาปรับ

ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สติปัญญา คุณธรรมและสังคม

ศรีเมือง พลัทธิ (2547) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัว และชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ครอบครัว และชุมชนกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และ เพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยบุคคล ครอบครัวและชุมชน มีขนาดตัวอย่างเชิงปริมาณ 415 คน และเชิงคุณภาพ จำนวน 48 คน ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านความพอใจ และพบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 16 ตัวสามารถอธิบายการแปรผันคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม จิตใจ และด้านความพอใจได้ร้อยละ 33.8, 17.9, 13.2, 9.7, และ 9.3 ตามลำดับ โดยตัวแปรอิสระ 12 ตัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ด้าน

แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ต้องการในระดับบุคคลประกอบด้วยเตรียมเรื่องความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กต่อเนื่องถึงวัยผู้สูงอายุ การเตรียมเรื่องการเงิน โดยการออมเงินเข้ากองทุนตั้งแต่วัยทำงานเพื่อเอื้อต่อการเป็นผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้และการเป็นผู้สูงอายุที่กระฉับกระเฉงเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน ส่วนในระดับครอบครัวนั้นบุตรหลานควรมีความกตัญญู ให้ความรักความอบอุ่น ให้การเลี้ยงดูเกื้อหนุนช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่โดยสมาชิกในครอบครัวควรมีความรู้และการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพเพื่อสามารถให้คำแนะนำข่าวสารข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้านและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม อีกทั้งสนับสนุนและส่งเสริมผู้สูงอายุให้ยังคงมีบทบาทเข้าร่วมกิจกรรมทั้งในครอบครัวและชุมชน สำหรับในระดับชุมชนควรเน้นหลักการชุมชนเข้มแข็งประกอบด้วย การสนับสนุนและกระตุ้นผู้นำชุมชน และประชาชนให้ร่วมกันคิดร่วมกันสร้างกิจกรรมตามความต้องการและสอดคล้องกับวิถีชีวิตโดยอาศัยภูมิปัญญาและทรัพยากรท้องถิ่นการเป็นแบบอย่างที่ดีเน้นการทำงานเชิงรุกในการพัฒนาองค์ความรู้และความร่วมมือกันดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

สมพร ใจสมุทร (2547) วิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เขตลาดกระบัง เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 405 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสามารถในการช่วยตนเองดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ร้อยละ 87.7 และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในเกณฑ์ 3 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 76.5 ส่วนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับดี ร้อยละ 53.8 ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและข้อเสื่อม และโรคเบาหวาน ด้านสุขภาพจิตพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาการเหงา ว้าเหว มีการป้องกันและปฏิบัติตนโดยการนั่งสมาธิและพูดคุยกับคนรอบข้าง จากการศึกษาความแตกต่างของปัจจัยต่างๆกับพฤติกรรมการดูแลตนเองพบว่า อายุ รายได้ และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุกับความสามารถในการช่วยตนเองดำเนินกิจวัตรประจำวัน เพศและสิทธิในการรักษาพยาบาล กับการบริโภคอาหาร อายุ ระดับการศึกษา และการเข้าถึงบริการสุขภาพกับการออกกำลังกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสภาวะสุขภาพกับความสามารถในการช่วยตนเองและผู้อื่น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเรื่องคุณภาพชีวิตพบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และการเข้าถึงบริการสุขภาพความสามารถในการช่วยตนเองและการออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต

อมรา พรหมใหม่ (2547) ศึกษาสิ่งแวดล้อมทางสังคม การบรรลุนตามขั้นพัฒนาการ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่สาทรณสุข เขต 2 วัดอุปประสงค์เพื่อศึกษาสิ่งแวดล้อมทางสังคม การบรรลุนตามขั้นพัฒนาการ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เปรียบเทียบความแตกต่างของการบรรลุนตามขั้นพัฒนาการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับสิ่งแวดล้อมทางสังคมต่างกัน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบรรลุนตามขั้นพัฒนาการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน จากจังหวัดลพบุรี สระบุรี และสิงห์บุรี ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุได้รับสิ่งแวดล้อมทางสังคมด้านครอบครัวระดับมากและได้รับสิ่งแวดล้อมทางสังคมด้านชุมชนระดับปานกลาง ผู้สูงอายุมีการบรรลุนตามขั้นพัฒนาการในระดับมาก ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในระดับมาก ผู้สูงอายุที่ได้รับสิ่งแวดล้อมทางสังคมด้านครอบครัวและด้านชุมชนต่างกันจะบรรลุน

งานตามขั้นพัฒนาการแตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่ได้รับสิ่งแวดล้อมทางสังคมต่างก็มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน และการบรรลุนานตามขั้นพัฒนาการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .480

อำนาจ วังจัน (2546) ศึกษาเรื่องดัชนีคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากร และศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านร่างกายและสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจและด้านสังคม ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ลักษณะการดำเนินชีวิต กิจกรรมในชีวิตประจำวัน และความต้องการของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 ราย ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก ด้านสุขภาพร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ด้านจิตใจ เศรษฐกิจ และด้านสังคมอยู่ในระดับมาก ส่วนปัจจัยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมี 6 ปัจจัย คือ อายุ ภูมิฐานะเดิม สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาขั้นสูงสุด ฐานะทางด้านการเศรษฐกิจและสวัสดิการที่รัฐจัดให้ โดยความผันแปรที่ต่างกันระหว่างกลุ่มภายในของตัวแปรอิสระทั้ง 6 ปัจจัยจะทำให้เกิดความผันแปรต่อระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เจษฎา บุญทา (2545) ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลแม่หอพระ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 255 คน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.49 เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านร่างกายมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 68.95 ด้านจิตใจมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.93 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.20 และด้านสิ่งแวดล้อมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 81.21

สุรพงษ์ คณานุรักษ์ (2545) ศึกษาการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีเทศบาลยะลา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลตนเองและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองที่เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน ผลการศึกษพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองที่เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ ปัจจัยพื้นฐานได้แก่ อายุเพศ สถานภาพการสมรส ระดับ

การศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านต่างๆ ที่สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุได้ ส่วนลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวซึ่งมีความสัมพันธ์น้อยกับการดูแลตนเองเช่นเดียวกับปัจจัยแวดล้อมซึ่งได้แก่สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพในครอบครัวและการรับรู้ข่าวสาร

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2541) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ บริการสวัสดิการสังคมที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการ รวมทั้งความพึงพอใจและความคาดหวังของผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 250 คน สรุปได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกื้อหนุนตนเองค่อนข้างมาก ทั้งในการประกอบอาชีพและการดำเนินชีวิตประจำวัน ในขณะที่เดียวกันก็ได้รับการเกื้อหนุนทางด้านอารมณ์จากครอบครัวมากเช่นกัน เพื่อนบ้านและชุมชนมีส่วนในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุในระดับปานกลาง บริการสวัสดิการสังคมที่ผู้สูงอายุไปใช้มากที่สุด คือ บริการด้านการรักษาพยาบาล ซึ่งเป็นบริการที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดมีความคาดหวังที่จะได้รับเงินเพื่อใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและคาดหวังที่จะให้บุตรได้ดูแลในยามที่ชราภาพ จนช่วยตนเองไม่ได้

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2541) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการเกื้อหนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ บริการสวัสดิการสังคมที่ผู้สูงอายุไปใช้รวมทั้งความพึงพอใจและความคาดหวังของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมืองอุทัยธานี อำเภอกัททัน จังหวัดอุทัยธานี และอำเภอแม่ลาว อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย จำนวน 250 คน ผลการศึกษาพบว่า สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี มีความยากลำบากกว่าผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงรายได้รับการเกื้อหนุนทุกด้านจากครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากบุตรค่อนข้างมาก ส่วนผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานีต้องเกื้อหนุนตนเองในเรื่อง เพื่อนบ้านและชุมชนมีส่วนในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุในระดับปานกลางแต่กิจกรรมกลุ่มในจังหวัดเชียงรายมีส่วนในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุเป็นอย่างมากบริการสวัสดิการสังคมที่ผู้สูงอายุไปใช้มากที่สุดคือ บริการด้านการรักษาพยาบาลจากสถานีนามัยและเป็นบริการที่ผู้สูงอายุมีความ

พึงพอใจ ผู้สูงอายุมีความคาดหวังต่อสิ่งต่างๆค่อนข้างน้อย และคิดว่าตนสามารถยืนหยัดได้ด้วยตนเองและเครือข่ายที่ตนมีอยู่

สุภาลักษณ์ เขียวขำ (2543) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษา ลักษณะการสนับสนุนทางสังคมต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต และความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 350 ราย พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีคุณภาพชีวิตระดับต่ำ ยังไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน ชมรมผู้สูงอายุองค์กรภาครัฐและเอกชนอย่างทั่วถึง เช่น ผู้สูงอายุที่ยากจนมีที่อยู่อาศัยไม่คงทนถาวร ไม่ได้รับการส่งเสริมในด้านการประกอบอาชีพ มีปัญหาทางจิตใจและไม่ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ

เพ็ญศรี มานิตยศิริกุล (2537) ศึกษาเรื่องดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์คือ ต้องการศึกษาดัชนีชี้วัดความมีคุณภาพชีวิตและเปรียบเทียบรูปแบบจำลองของความมีคุณภาพชีวิตระหว่างเพศ รวมทั้งหมด 514 คน ผลการวิจัยพบว่า ที่อยู่อาศัยและเพศ เป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความแตกต่างระหว่างลักษณะประชากร เศรษฐกิจ และจิตวิทยา ส่วนความสัมพันธ์ต่อลักษณะทางสังคมเมื่อทดสอบค่าเฉลี่ยพบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน วิเคราะห์ด้วยการทดสอบความแปรปรวน พบว่า ตัวแปรอิสระ 9 ตัว คือ เพศ สถานภาพสมรส การมีงานทำ การอุปการะจากหลาน ภาระหนี้สิน การครอบครองที่อยู่อาศัย การร่วมงานทางศาสนา การดูแลเฝ้าบ้าน และทำอาหารสำหรับสมาชิกในครัวเรือน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับตัวแปรตามคือ คะแนนคุณภาพชีวิต เมื่อนำตัวแปรอิสระที่ได้ไปสร้างแบบจำลองหรือตัวดัชนีชี้วัดความแตกต่างที่มีผลต่อคะแนนความมีคุณภาพชีวิต พบว่าแบบจำลองมีความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง และคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทั้งในเมืองและชนบทมีระดับสูงเกินกว่าร้อยละ 50

4.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Hildon et al. (2010) กับการทดสอบความสามารถของคุณภาพชีวิตในมิติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และอุปสรรคทางด้านจิตสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ : อะไรคือส่วนที่ถูกต้อง เกี่ยวกับแนวทางที่ควรจะเป็น ได้มุ่งความสนใจที่ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและอุปสรรค จุดประสงค์หลักเพื่อต้องการแบ่งแยกพื้นฐานของอุปสรรค ลักษณะความสามารถส่วนบุคคล และสิ่งสนับสนุนที่จะสามารถช่วยบรรเทาผลกระทบต้ออุปสรรค ความสามารถนี้หมายถึง ความสมบูรณ์โดยปราศจากอุปสรรค การวิเคราะห์ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 68 และ 82 ปี โดยใช้ข้อมูลจากแบบสอบถาม มีการจำแนกในกลุ่มที่มีความสามารถสมบูรณ์และกลุ่มที่มีอุปสรรค บนพื้นฐานของคุณภาพชีวิตที่สูงหรือต่ำแบ่งคะแนนเป็น 2 ส่วน การวิเคราะห์สิ่งสนับสนุนอุปสรรคในเชิงลบได้ใช้หลักการถดถอย อุปสรรคเป็นชนิดของข้อจำกัด ที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตไม่สมบูรณ์ในมิติของสุขภาพ ความเครียด และมิติการดำเนินชีวิตโดยทั่วไป รวมถึงเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ศักยภาพด้านคุณภาพชีวิตมีแนวโน้มที่จะรายงานพบว่า มีอุปสรรคต่างๆค่อนข้างน้อย ได้ชี้ให้เห็นว่าต่างได้รับการดูแลปกป้อง ที่ปกป้องถึงผลลัพธ์ของศักยภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่รวมถึงความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตในทางที่ดี รวมถึงชุมชน พัฒนาการการจัดการ และการปรับตัวต่อการจัดการชีวิต ทั้งหมดเป็นผลที่ชี้ให้เห็นว่า นโยบายต่างๆของรัฐมีส่วนสำคัญในการดูแลและช่วยลดอุปสรรคต่างๆให้น้อย ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่า จะทำให้ส่งเสริมศักยภาพดีขึ้น

Parra et al. (2010) สนใจศึกษาการรับรู้และเป้าหมายของชุมชนเพื่อนบ้านที่สามารถกำหนดสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มผู้สูงอายุที่ Bogota Colombia ที่ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมที่เป็นเพื่อนบ้าน ที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการดูแลตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ใน Bogota, Colombia การรับรู้และลักษณะของสิ่งแวดล้อมเพื่อนบ้านได้ถูกประเมินในภาคตัดขวางที่ออกแบบหลายระดับกับกลุ่มผู้สูงอายุจำนวน 1966 คน ในกลุ่ม 50 ชุมชนเพื่อนบ้าน ตัวแปรรวมมิติสุขภาพกายและสุขภาพจิตและการดูแลตนเอง วัดกับรูปแบบสเปนด้วยรูปแบบสั้น ตัวแปรอิสระรวมการรับรู้และลักษณะเป้าหมายของชุมชนเพื่อนบ้าน โดยให้รายงานตนเองเกี่ยวกับระดับการเดิน รูปแบบสมการถดถอยนำมาใช้วิเคราะห์ ผลพบว่า ความปลอดภัยจากการจราจร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ และการดูแลตนเอง การมีสถานที่จอดรถที่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับด้านสุขภาพจิตและการดูแลตนเอง เสียงการสัญจรบนท้องถนนมีความสัมพันธ์เชิงลบทั้งสองส่วน พื้นที่อาศัยที่มีมากกว่า 8 % ของพื้นที่มีสิ่งอำนวยความสะดวกสาธารณะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง นอกจากนี้ การรับรู้และเป้าหมายของชุมชน สามารถช่วยส่งเสริมศักยภาพภายในกลุ่มผู้สูงอายุเขตชุมชนเมืองใน Latin America

Phillips et al. (2010) เสนองานวิจัยในเรื่องสิ่งแวดล้อมกับบุคคล สามารถกำหนดรูปแบบและความผาสุกทางด้านสุขภาพจิตภายในกลุ่มผู้สูงอายุ ณ Hong Kong ความคิดรวบยอดของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ถูกทดสอบในส่วนของสิ่งแวดล้อมด้านที่อยู่อาศัย ใน Hong Kong เปรียบเทียบกับ 3 รูปแบบ ได้แก่ ความกลมกลืน ความดั้งเดิม และปรับรูปแบบจาก Massam (2002) มีจุดมุ่งหมายเพื่อทดสอบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความเข้มแข็งกับสิ่งแวดล้อมชีวิตความเป็นอยู่ใน Hong Kong ที่พักอาศัยที่เก่าแก่ในสังคมเมืองแบบดั้งเดิม และเมืองใหม่นำมาเปรียบเทียบกับว่า ได้รับประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมอย่างไร มิติสิ่งแวดล้อม 3 รูปแบบ (โครงสร้าง ไม่เป็นทางการ และทางการ) ได้ช่วยประเมินความเข้มแข็งของบุคคลกับสิ่งแวดล้อมซึ่งวัดตัวแปรโดยรูปแบบถดถอย พิจารณาถึงตัวแปรการศึกษาประชากร และที่ตั้งของสถานที่ชุมชน รูปแบบความกลมกลืนจะถูกนำมาพิจารณามากที่สุด

Krause (2010) วิจัยคุณภาพชีวิตในส่วนเพื่อนสนิท การแสดงความรู้สึก และความผาสุกทางด้านจิตใจในกลุ่มผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์ 2 ส่วน ซึ่งสัมพันธ์กับการแสดงความรู้สึกที่เป็นความสามารถอย่างเต็มที่ของบุคคลและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เป้าหมายแรกเพื่อต้องการศึกษาการแสดงความรู้สึกเพื่อลดอาการซึมเศร้า ส่วนที่สองเพื่อจะพิจารณาว่า กลุ่มเพื่อนสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุแสดงออกถึงศักยภาพอย่างเต็มที่ ผลจากข้อมูลในงานวิจัยต่างๆที่ศึกษาผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มผู้สูงอายุสามารถพบทางออกของศักยภาพ จะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่บรรลุถึงศักยภาพ ข้อค้นพบยังเกี่ยวข้องกับว่า ผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนในทางที่ดีจะมีการแสดงออกในแง่ของระดับความรู้สึกของตนเองที่สูงกว่า

Hsieh (2009) มุ่งศึกษาเรื่องสุขภาพ คุณภาพของการดูแล และคุณภาพชีวิต : ศึกษากรณีผู้สูงอายุที่อ่อนแอ ได้สำรวจความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพ คุณภาพการดูแลของความเสื่อมถอยในแง่ของการจัดการ และคุณภาพชีวิต เพื่อจุดมุ่งหมายความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการจัดการภาวะความเสื่อมถอย ข้อมูลการสำรวจได้มาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่อ่อนแอ ประเมินจากความสัมพันธ์บนพื้นฐานของ 2 สมมติฐาน การศึกษาชี้ให้เห็นถึงคุณภาพการดูแลด้านการจัดการความชรา ซึ่งวัดจากความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ที่ไม่ได้ปรับระหว่างสุขภาพกับคุณภาพชีวิต (วัดจากความพึงพอใจในชีวิต) พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างคุณภาพของการดูแลการจัดการความเสื่อมถอยกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ถึงแม้ว่า จะพบความสัมพันธ์ดังกล่าวแต่ก็ไม่สามารถปรับได้โดยทั้งสุขภาพตนเอง หรือ การบอกเล่าถึงระดับกิจกรรมทางสรีระซึ่งสามารถพิจารณาจากความพึงพอใจสุขภาพ งานวิจัยนี้จึงเป็นข้อค้นพบในเบื้องต้นที่สนับสนุนความคิดที่เกี่ยวกับคุณภาพการจัดการความเสื่อมถอยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ

Schwengel et al. (2009) ค้นพบ การทำงานอย่างต่อเนื่อง และความสมัครใจกับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ : การศึกษาระยะยาวของผู้สูงอายุในสิงคโปร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบผลของภาระในบั้นปลายชีวิตในด้านการทำงานอย่างต่อเนื่อง หรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยความสมัครใจระหว่างการปลดเกษียณที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดี วิธีการศึกษาข้อมูลได้มาจากการศึกษาระยะยาวกับกลุ่มผู้สูงอายุในสิงคโปร์ จำนวน 2,716 คน ที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป บนพื้นฐานและมีการติดตามผล จำนวน 1,754 คน เป็นระยะเวลา 2 ปี โดยมีพยาบาลฝึกหัดเป็นผู้สัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่าง (ผู้ที่ไม่ได้ปลดเกษียณโดยความสมัครใจ กลุ่มผู้ปลดเกษียณ และกลุ่มผู้ที่ยังทำงานอยู่)บนพื้นฐานของสภาวะสุขภาพจิต (มาตรวัดด้านความรู้สึกซึมเศร้ากับความเสื่อมถอยมีการทดสอบกับสภาวะสุขภาพจิตในเบื้องต้น ความมีสุขภาพจิตเชิงบวก และความพึงพอใจในชีวิต) งานวิจัยแสดงให้เห็นว่า 88 % ของผู้สูงอายุ ที่เกษียณ (78% กลุ่มที่ไม่สมัครใจ ,10 % สมัครใจ) และ 12 % ยังคงทำงานที่มีการจ้างงานอยู่ หรือ เป็นด้านธุรกิจ บนพื้นฐานการติดตามย้อนหลัง 2 ปี โดยมีได้คำนึงถึงสภาวะของสุขภาพร่างกาย กลุ่มที่เกษียณ กับกลุ่มผู้ทำงานอยู่มีคะแนนสภาวะสุขภาพจิต แบบแผนการคิดดีกว่า มีอาการซึมเศร้าน้อยกว่า และมีสุขภาพจิตและความพึงพอใจในชีวิตดีกว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ปลดเกษียณโดยไม่สมัครใจ กล่าวโดยสรุป ผลของ

การศึกษาชี้ให้เห็นว่า การทำงานอย่างต่อเนื่อง หรือ ตามความสมัครใจ ได้หยิบยกโอกาสในด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมให้สุขภาพจิตดีขึ้น

Idler, McLaughlin, and Kasl (2009) นำเสนอผลการวิจัยในประเด็นศาสนา กับคุณภาพชีวิตในช่วงบั้นปลายของชีวิตว่า ศาสนามีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุปรากฏอย่างคงที่ไปจนกระทั่งช่วงสุดท้ายของชีวิตสะท้อนให้เห็นถึงแบบแผนในตอนต้นของชีวิต มีความแตกต่างในคุณภาพชีวิตหรือไม่กับผู้สูงอายุที่มีความเกี่ยวข้องกับศาสนาในช่วงปีสุดท้ายของชีวิตเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่เกี่ยวข้อง สัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 499 คนที่คาดว่าจะเสียชีวิตภายในระยะเวลา 1 ปี ได้ทำการทดสอบความคิดที่เกี่ยวกับศาสนาที่ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของสุขภาพกายกับคุณภาพชีวิตทางด้านจิตสังคมรวมถึงสภาวะสุขภาพและหน้าที่ความสามารถในภาพรวมครอบคลุม เครือข่ายทางสังคม ความซึมเศร้า และความผาสุก แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีความผูกพันกับศาสนาอย่างเหนียวแน่นมีความปรารถนาจะพบเพื่อน และมีสุขภาพที่ดีขึ้น มีความซึมเศร้าน้อยลง ซึ่งสามารถค้นพบจากการสัมภาษณ์ที่เห็นว่าชีวิตมีสีสันมากกว่ากลุ่มที่สนใจศาสนาน้อย ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความเข้มแข็งและเกิดประโยชน์สุขจะรายงานว่ามี ความตระหนักถึงความเจ็บป่วยน้อยกว่า โดยส่วนใหญ่ผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอจะมีการพบปะสังสรรค์งานเลี้ยง ก่อให้เกิดการปรับตัวเรื่องภาวะสุขภาพตามมาซึ่งมีนัยสำคัญถึงปฏิสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องนี้ ดังนั้น คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุในช่วงปีสุดท้ายของชีวิตเป็นประสบการณ์เชิงบวกที่เกี่ยวพันกับศาสนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติแห่งห้วงความคิด

Shiovitz-Ezra et al. (2009) วิจัยเรื่อง คุณภาพของชีวิตและตัวชี้วัดสุขภาพจิตในโครงการ National Social Life ,Health, and Aging (NSHAP) ได้ศึกษาตัวชี้ของคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิต 7 ด้าน การวัดใช้เกณฑ์ความสุข ความภาคภูมิใจในตนเอง ความซึมเศร้า ความโดดเดี่ยว ซึ่งกำหนดในงานวิจัย ในทางกลับกันจะวัดความวิตกกังวล ความเครียด และการบอกล่าสุขภาพอารมณ์ตนเองนำมาปรับใช้กับโครงการนี้ จุดประสงค์ของงานวิจัยเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตโดยรวม เป็นหลักฐานของการวัดที่เหมาะสม ขั้นตอนแรกทดสอบคุณสมบัติการวัด ของตัววัดที่ปรับ ส่วนที่สอง การวัดคุณภาพชีวิตได้นำมาทดสอบความตรงของการวัดร่วมกัน สุดท้ายความแตกต่างด้านเพศ และกลุ่มอายุได้ถูกนำมาทดสอบในแต่ละตัววัด ตัวชี้วัดความวิตกกังวล

แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมั่นภายในและความตรงร่วมกันที่ดี ความคงที่ของงานวิจัย พบว่า โครงสร้างปัจจัยเดียวมีความเหมาะสมกับข้อมูล ความเครียดเป็นที่น่าพึงพอใจในแง่ของความตรงร่วมกันแต่มีความคงที่ภายในเพียงอย่างเดียว การรายงานเกี่ยวกับสุขภาพอารมณ์แสดงให้เห็นถึงความตรงที่ดี และความตรงภายนอกในระดับปานกลาง สรุปว่า โครงการนี้ชี้ให้เห็นว่า มีแนวโน้มที่จะแสดงความคงที่ภายในที่ดีและความตรงร่วมกัน การวัดต่างๆ เหล่านี้สามารถมีความเชื่อมั่นที่จะถูกนำมาใช้ในการสำรวจคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กัน

Kaiser (2009) ได้วิเคราะห์พลวัตของผู้สูงอายุ : ภายใต้มนทัศน์ของการขนส่ง การศึกษาการเคลื่อนที่ของผู้สูงอายุมีส่วนสำคัญในการเพิ่มคุณภาพชีวิต อันเนื่องมาจากว่า ประชากรผู้สูงอายุในสังคมสมัยใหม่ มีแนวโน้มที่จะอยู่ระหว่างกระบวนการปรับเปลี่ยนและการเคลื่อนที่ที่เพิ่มขึ้นในข้อค้นพบของงานวิจัยพื้นฐานนี้ แท้จริงแล้ว งานวิจัยจำนวนมากต่างชี้ให้เห็นถึงอุปสรรคต่างๆ ที่มีในกลุ่มผู้สูงอายุ อาทิ อุปสรรคส่วนบุคคล (การขาดแรงจูงใจ ไข้ส่ามฤทธิ์ โรคภัย หรือส่วนด้อยต่างๆ) และ อุปสรรคในเรื่องสิ่งแวดล้อม (อุปสรรคด้านร่างกาย ความสับสนทางเทคนิค) การได้มาซึ่งอุปสรรคเหล่านี้มิได้เป็นเครื่องประกันการเคลื่อนที่ที่ปราศจากปัญหา และการเพิ่มขึ้นของคุณภาพชีวิตภายใต้เงื่อนไขของเรื่องยวดยานพาหนะที่มุ่งเน้นในเรื่องของความต้องการที่สามารถตอบสนองทางด้านอารมณ์ แรงจูงใจ และมิติทางด้านสังคมที่กำลังมีการขับเคลื่อนมากกว่า ผู้ศึกษาอาจเปรียบเสมือนนักวิทยาศาสตร์ที่จะเผชิญหน้ากับสิ่งที่ไม่คาดคิด และมิติทางสังคมที่ไม่ชัดเจน กับข้อเรียกร้องที่พิศวงทางสังคมศาสตร์ ทางจิตวิทยา สังคมวิทยา รัฐศาสตร์ และแม้แต่วงการศึกษา

Lewis, Edwards, and Burton (2009) มุ่งวิจัยเรื่องการจัดการกับการเกษียณ : ความผาสุก สุขภาพ และศาสนา ระบุว่า Lee (2000) นำข้อมูลการศึกษาระยะยาว เป็นระยะเวลา 6 ปี กับการศึกษาผู้พักอาศัยในชุมชนจำนวน 7,527 คนกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป และเปรียบเทียบกับ การค้นพบจากการประเมินสุขภาพตนเองวัดจากสภาวะหน้าที่ที่ประเมินเรื่อง สุขภาพ และบริการทางสังคมอื่นๆ ส่วนการค้นพบนี้ ได้ชี้ในบทบาทของศาสนา และ จิตวิญญาณที่มีความน่าสนใจโดยเฉพาะ เพราะว่า ต่างได้รับการเสนอแนะที่สัมพันธ์กับสุขภาพ และการเป็นผู้เกษียณอายุที่กระฉับกระเฉง ตัวแปรต่างๆ เหล่านี้ นำมาจัดการกลไกทางพุทธิภูมิ

ที่มากกว่ากลไกปฐมนิเทศ และการศึกษาอื่นๆที่รายงานตรงกันว่า เน้นถึงความสำคัญของศาสนา การซึ่งเป็นการจัดการที่อาจจะมีผลสอดคล้องกับบุคคลในแง่ของอายุและความเปราะบาง อย่างสูง

Cabrera and Ozcivelek (2009) เผยแพร่งานวิจัยเรื่อง การเปลี่ยนแปลงของครอบครัว กับประชากรผู้สูงอายุ ได้ระบุว่า Information and Communication Technologies (ICT) มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มกลยุทธ์ความสำเร็จโดยมีวัตถุประสงค์ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตทุกด้านให้สูงขึ้น ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ พัฒนาการ และมีมติเชิงสังคมร่วมด้วย ICT ทำงานอย่างอิสระบนพื้นฐานการบริการชีวิต (ILS) อาทิ ระบบรวม ที่สามารถช่วยให้บุคคลมีการดำรงชีวิตที่อิสระและ การมีส่วนร่วมได้อื่นๆซึ่งได้สะท้อนให้เห็นถึงนโยบายที่หลากหลายเพิ่มขึ้น ICT ประกอบด้วย ระดับต่างๆของความจำแนก ถึงแม้ว่า จะมีความเกี่ยวข้องกับภาวะการถดถอยในปัจจุบัน แต่ก็ยังไม่มี หลักฐานที่ยืนยันที่จะเพิ่มอุปสงค์กับอุปทานให้สมดุลกัน ข้อมูลชี้ให้เห็นว่า ยังไม่กว้างขวางที่จะ ถูกนำมาใช้ การประเมินเชิงลึกเห็นว่า ยังมีความสลับซับซ้อนและมีผลต่อแนวโน้มนโยบายที่แตกต่าง กัน ปัจจุบันนี้ การประเมินนโยบายต่างๆยังมีการนำออกมาใช้น้อย

Dodge et al. (2008) อธิบายสุขภาพการคิดของผู้สูงอายุและกิจกรรมเวลาว่างในกลุ่ม ผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น : การศึกษา Takashima โดยกล่าวว่า มีส่วนน้อยที่จะทราบว่า ระดับ ของกิจกรรมยามว่างในกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุมากเป็นปัจจัยที่จะอธิบายว่า อายุมีความสัมพันธ์กับ การทำกิจกรรมต่างๆที่ลดลง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวน 303 คนในชุมชนที่ยังสามารถปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ ในเมือง Shiga ทั้งนี้ได้ทดสอบธรรมชาติและความถี่ของกิจกรรมยาม ว่างเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุมาก กับกลุ่มผู้สูงอายุที่อ่อนกว่า ศึกษาปัจจัยที่อธิบายความ แตกต่างของช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับความถี่ในการประกอบกิจกรรมต่างๆ และสุดท้ายคือ การศึกษามิติทางความคิดที่สัมพันธ์กับกิจกรรม โดยสรุปคะแนนเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ตัวชี้วัดงาน อดิเรกที่ต้องอาศัยสรีระกับไม่ต้องอาศัยสรีระมาก และตัวชี้วัดกิจกรรมทางสังคม ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป แสดงให้เห็นถึงมีคะแนนความถี่ต่ำลงในการ ประกอบกิจกรรมโดยรวมทั้งหมดอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบผลของผู้สูงอายุที่มีอายุอ่อน กว่าราวๆ 65 -74 ปี ความเร็วในการก้าวเดิน หรือการเคลื่อนไหวโดยรวมทั้งหมด อธิบายให้เห็น ถึงอายุมีความสัมพันธ์กับการลดระดับกิจกรรมต่างๆลงในกลุ่มผู้ที่มีอายุมาก ในขณะที่ความเสื่อม

ของการมองเห็น หรือการได้ยิน และอาการซึมเศร้า อธิบายได้ว่าการลดลงในกิจกรรมทางสังคมแต่เพียงอย่างเดียว ส่วนความถี่ของงานอดิเรกที่ไม่ต้องอาศัยร่างกายมากมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการทดสอบมิติความคิด ดังนั้น การที่ได้รู้ถึงปัจจัยที่อธิบายว่าอายุมีความสัมพันธ์กับกิจกรรมที่ลดลง สามารถช่วยให้สามารถวางแผนกลยุทธ์ต่างๆที่จะช่วยรักษาระดับกิจกรรมภายในกลุ่มผู้สูงอายุ

Wang et al. (2008) แสดงผลการศึกษาเครือข่ายทางสังคม และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีนที่มีความเสี่ยงในเรื่องของการมองเห็น ได้ทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม ภาวะสุขภาพการมองเห็นมีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มผู้สูงอายุในเมืองที่มีปัญหาในเรื่องการมองเห็น จำนวน 167 คน (N=167) ได้ถูกสัมภาษณ์ด้วยการใช้แบบสอบถามที่มีโครงสร้างให้ผู้สูงอายุรายงานถึงการมองเห็น สุขภาพโดยทั่วไป เครือข่ายทางสังคม และสุขภาพการมองเห็นที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต การวัดการมองเห็นได้รับการตรวจวัดโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านสายตาในแง่ของความชัดเจนของสายตายาว ข้อค้นพบสะท้อนว่า อายุมีความเกี่ยวข้องกับการสูญเสียการมองเห็นอย่างมีนัยสำคัญ ที่สัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์สมการถดถอย แสดงให้เห็นว่า เครือข่ายทางสังคมมีความเกี่ยวข้องน้อยกับคุณภาพชีวิตในการมองเห็นและสามารถทำนายว่ามีนัยสำคัญหลังจากที่ควบคุมตัวแปรอื่นๆที่เครือข่ายมีอิทธิพลสามารถทำนายถึงความมีนัยสำคัญ รวมถึงเครือข่ายครอบครัว งานวิจัยอื่นได้นเน้นย้ำถึงความสำคัญของเครือข่ายครอบครัว ในขณะที่การศึกษานี้ค้นพบว่า เครือข่ายมีอิทธิพลมีความสัมพันธ์มากกับคุณภาพชีวิตในการมองเห็นในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการมองเห็น งานวิจัยนี้จึงมีความจำเป็นต้องขยายการศึกษาในส่วนของระบบครอบครัวต่อไป

Blane, Netuveli, and Montgomery (2008) ทำการศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิต สุขภาพ และ สภาวะทางจิต และการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการบอกเล่าสภาวะสุขภาพกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงตลอดด้วยการศึกษาระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ ณ ประเทศอังกฤษ ในส่วนที่เป็นด้านคุณภาพชีวิตในเชิงบวกวัดด้วย CASP-19 ส่วนการศึกษาภาคตัดขวางวิเคราะห์ส่วนปอดและความอ่อนแอไม่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิต ซึ่งสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์เหล่านี้วิเคราะห์ในแนว

ทางการเชื่อมต่อในหน้าที่เดิมแต่มีความยืดหยุ่นกว่า และเฉพาะกับหน้าที่ของปอดกับความรู้สึก ซึมเศร้า การศึกษาระยะยาวพบว่า มีความคงที่และระยะยาวต่อคุณภาพของปอดและภายในกลุ่ม เพศหญิง มวลรวมของร่างกาย ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป มีการ ติดตามผลเป็นระยะเวลานานก็พบความกระจ่างกระบวนการเหล่านี้ โดยรวมทั้งหมด การวิจัย ชี้ให้เห็นว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกับคุณภาพชีวิตต่างมีความเกี่ยวข้องกับศักยภาพทาง จิตใจที่เป็นข้อจำกัดของมิติทางสุขภาพที่สำคัญบนแนวทางความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และ ภาวะความซึมเศร้าทางคลินิกอาจกลายเป็นเรื่องที่สำคัญระหว่างข้อจำกัดในหน้าที่กับคุณภาพ ชีวิต

L Xu (2008) ศึกษาทัศนคติผู้สูงอายุชาวจีน : บทบาทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในชีวิต ได้ทำการทดสอบการรับรู้ของผู้สูงอายุชาวจีน ว่า คิดอย่างไรกับสุขภาพตนเอง (SRH) การสนับสนุนทางสังคม (SS) และความพึงพอใจในชีวิต (LS) ที่มีผลต่อความสูงวัย ข้อมูลได้มาจากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างกับกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ทั้งในเขตชนบทและเมือง ประเทศจีน จำนวน 2,000 คน กลุ่มตัวอย่างต่างชาติจำนวน 20,500 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทัศนคติต่อความชราวัดด้วยมาตรวัด 11 หัวข้อ ($\alpha=.71$) และ SS วัด 7 หัวข้อ ($\alpha=.89$) ผลการวิจัยชี้ว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าเป็นเพศชาย มีความชราเมื่อเข้าสู่อายุ 63.7 ปี ($SD=5.7$) และเพศหญิง เมื่ออายุ 59.8 ปี ($SD=6.1$) ส่วนใหญ่พิจารณาตนเองอายุเฉลี่ย อยู่ที่ 61.4 ปี ($SD=5.9$) สถิติ MANOVA ชี้ให้เห็นว่า ทั้ง 3 ส่วน มีนัยสำคัญต่อทัศนคติของผู้สูงอายุชาวจีน และมีเพียงปฏิสัมพันธ์ระหว่าง SRH และ LS เท่านั้น ส่วน SS อธิบาย เป็น 4 % และ SRH กับ LS เป็น 3 % ของความแปรปรวนของทัศนคติ งานวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ทัศนคติที่มีต่อ ความสูงวัยในกลุ่มผู้สูงอายุชาวจีน สามารถสนับสนุนให้เพิ่มขึ้นในด้านสภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและความพึงพอใจในชีวิต

Stevens- Ratchford (2008) วิเคราะห์ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ : ความสัมพันธ์ของ การสร้างสรรค์ชีวิตเพื่อคุณภาพชีวิต โดยมีจุดประสงค์ของงานวิจัยเพื่อที่จะทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างการประกอบอาชีพอย่างต่อเนื่อง การเป็นผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ และคุณภาพชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 278 คน จากชุมชน การมีอาชีพเป็นกิจกรรมที่มีคุณค่าต่อสังคม หรือ

ชุมชน ส่วนผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จจัดเป็นประสบการณ์ของการมีสุขภาพที่ดี อย่างต่อเนื่อง มีการรู้คิดและสรีระในระดับสูง รวมถึงความมีชีวิตชีวา คุณภาพชีวิตโดยรวม และการประสบความสำเร็จที่มีองค์ประกอบของสภาวะสุขภาพ หน้าที่ของร่างกาย และความผาสุกทางด้านจิตสังคม การวัดการมีอาชีพอย่างต่อเนื่อง (LSOM) ถูกวัดคุณค่า และช่วงเวลาของการมีความหมายแห่งอาชีพ การออกแบบมาตรวัดผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (SAP) ใช้ตามแนวคิดของ Likert 4 ส่วน นำมาประเมินการรับรู้สุขภาพ หน้าที่และกิจกรรมการมีส่วนร่วม มาตรวัดคุณภาพชีวิต (QOLS) ใช้ประมาณค่า 7 ส่วน เพื่อวัดการรับรู้ในเรื่องความผาสุกและคุณภาพชีวิต ข้อค้นพบ LSOM ,SAP และ QOLS นำมาวิเคราะห์ด้วย Spearman rho ผลการวิจัยพบว่า มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางในกลุ่มผู้ที่ประกอบอาชีพอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ และคุณภาพชีวิต ความสัมพันธ์อยู่ระหว่าง LSOM กับ SAP ค่า $r=0.41$ ความสัมพันธ์ของ LSOM และ QOLS คือ $r=0.46$ กลุ่มตัวอย่างนี้มีส่วนทำกิจกรรมต่างๆที่ทำงานตามความสมัครใจและทำสวน งานวิจัยนี้เสนอแนะว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่าง การมีกิจกรรมและคุณภาพชีวิต

Davey (2007) วิจัยเรื่อง ผู้สูงอายุกับพาหนะ : การจัดการโดยปราศจากการใช้รถ งานวิจัยเชิงสำรวจได้รับการสนับสนุนโดยสำนักประชากรผู้สูงอายุแห่งรัฐบาลนิวซีแลนด์ ใช้วิธีการเผชิญหน้าการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างกับคู่สมรส 28 คู่ และ กลุ่มคนโสด จำนวน 43 คน กลุ่มตัวอย่างได้ผ่านการคัดเลือกมาทางอาสาสมัครในชุมชน และมาจากเมืองหลวง ในเมืองเล็กๆ และพื้นที่ทางชนบท ค่าเฉลี่ยอายุเพศชายอยู่ที่ 84.5 ปี และผู้หญิง 81.4 ปี โดยที่ทั้งหมดไม่ได้ใช้พาหนะส่วนบุคคลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน การสัมภาษณ์ชี้ให้เห็นถึงประสบการณ์และความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่สามารถจัดการชีวิตตนเองโดยไม่ใช้รถยนต์ และสอบถามว่าส่งผลต่อวิถีชีวิตและคุณภาพชีวิตอย่างไร รวมถึงผู้สูงอายุสามารถแสวงหาความต้องการพาหนะอย่างไร การค้นพบเกี่ยวข้องกับตัวแปรเพศ ภาวะสุขภาพ และภาพลักษณ์ทางบุคลิกภาพรวมถึง ความมีอิสระและค่าตอบแทน ในขณะที่ความต้องการพาหนะอย่างแรงกล้าอาจมีความเกี่ยวข้องกับทางเลือกที่หมายถึง ดุลยพินิจที่เป็นการเดินที่คล่องตัว มีนัยสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตที่ทำให้สูญเสียการใช้พาหนะส่วนบุคคลที่ไม่สามารถทำได้ ข้อค้นพบยังมี

ความสัมพันธ์กับท้องถิ่น และนโยบายของรัฐ การวางแผน และขอบเขตของยานพาหนะ นอกจากนั้นยังมีกระบวนการกีดกันทางสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ

Hsu (2007) วิจัยเรื่อง การสำรวจแนวคิดของผู้สูงอายุในประเด็นผู้สูงอายุที่มีความสมบูรณ์แบบในประเทศ Taiwan การเก็บข้อมูลได้รวบรวมในปี ค.ศ.2004 จากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป สุ่มความน่าจะเป็นจากการประมาณขนาดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจะถูกถามเกี่ยวกับ “คุณคิดอย่างไรเกี่ยวกับองค์ประกอบสำคัญของอุดมคติและความพึงพอใจในชีวิตอย่างสูงสุดของผู้สูงอายุ” นอกนั้นยังยังถูกถามความคิดในมิติความสำคัญของ 23 องค์ประกอบ เป็นคำถามปลายเปิดซึ่งจัดกลุ่มเป็น 6 ลักษณะ ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย และความมีอิสระ ความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ภาระในชีวิต ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และ สิ่งแวดล้อมกับนโยบายสวัสดิการทางสังคมของภาครัฐ ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญเกี่ยวกับแนวคิดผู้สูงอายุที่สมบูรณ์แบบนั้น ต้องมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีความอิสระแห่งชีวิต การมีชีวิตโดยปราศจากโรคภัยไข้เจ็บที่เรื้อรัง การอยู่กับครอบครัว และการได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์เป็นอย่างดี การให้ข้อมูลทั้งหมดนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบและ 5 องค์ประกอบประมาณ 58.7 % นำไปวิเคราะห์ความแปรปรวน ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม องค์ประกอบใหญ่โดยรวมของชีวิต สุขภาพ ความเพลิดเพลินแห่งชีวิต รวมถึง ความเป็นตัวของตัวเอง จากการศึกษารูปได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในไต้หวันให้คุณค่าความสำคัญที่สุขภาพและความมีอิสระ สถานะความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ การส่งเสริมจากครอบครัว ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุด้วยกันทั้งสิ้น นอกจากนั้นยังเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมทางสังคม และนโยบายสวัสดิการของภาครัฐที่ชี้ให้เห็นถึงการตระหนักรู้และความขัดแย้งในเรื่องสังคม การเมืองที่สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

Anonymous (2006) ศึกษาเรื่อง ศาสนา จิตวิญญาณ และผู้สูงอายุ : มุมมองในมิติงานทางสังคม งานวิจัยชี้ให้เห็นถึงว่า ศาสนา และจิตวิญญาณสามารถช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ นักวิจัยต่างตระหนักส่วนนี้ กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มองโลกในเชิงบวกและยังพิจารณาว่าทั้งสองส่วนสามารถส่งผลต่อการฝึกปฏิบัติตนเองของผู้สูงอายุ กรณีเช่นนี้ แสดงให้เห็นถึง

ความคิดในเชิงบวกได้ส่งผลที่ได้รวมเอาศาสนาและจิตวิญญาณในชีวิตของผู้สูงอายุทำให้มีความ
ผาสุกในด้านร่างกายและจิตใจ กลวิธีต่างๆนี้ ได้ช่วยสนับสนุนการมีภาพชีวิตที่กระฉ่างแจ่ม

Marie (2006) มุ่งเน้นการศึกษาเรื่อง กิจกรรม และเพศของผู้สูงอายุ : การศึกษาชุมชนที่
เกษียณอายุ จากการที่อัตราการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุสูงขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อ
มองในภาพรวม การขยายอัตราที่มีความสำคัญที่ต้องเข้าใจปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่อการปรับตัวและ
ความผาสุกของประชากรกลุ่มนี้ บรรดาปัจจัยต่างๆมีหนึ่งปัจจัยที่สุดต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล
ในทุกกลุ่มอายุ นั่นคือ สุขภาพทางเพศ งานวิจัยได้แสดงให้เห็นถึงการสำรวจความต้องการในมิติ
ของสุขภาพทางเพศของกลุ่มผู้สูงอายุ เรื่องเพศ เป็นส่วนหนึ่งของความสมบูรณ์ชีวิตมนุษย์และมี
บทบาทสำคัญที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุ มีการวิจัยส่วนน้อยที่ได้
ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสบการณ์ของการเปลี่ยนแปลงในชีวิตผู้สูงอายุบนพื้นฐานระดับมิติ
ต่างๆ จุดประสงค์งานวิจัยนี้จึงต้องการทดสอบผลกระทบแห่งสังคมวิทยา(sociological) วัฒนธรรม
(cultural) และปัจจัยทางจิตวิทยา (psychological factors) ที่อธิบายความแปรปรวนภายใต้
ชีววิทยาเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีอิทธิพลต่อศักยภาพของผู้สูงอายุ ชุมชนที่เกษียณไปแล้วนั้นได้
อาศัยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 222 คน โดยโปรแกรม SAS ข้อมูลได้ทดสอบการใช้
Cronbach, Pearson product – moment correlations กระบวนการสถิติทั้งหมดใช้วิธีการ
วิเคราะห์ห้อยค์ประกอบ ค่าความถี่ ไคสแควร์ สมการถดถอย และการถดถอยอื่นๆ(multiple
regression) วิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นเพศ ด้วยระดับนัยสำคัญที่ $p < .05$ ข้อค้นพบทั้งหมดได้
เพิ่มเติมส่วนของงานวิจัยผู้สูงอายุ สุขภาพทางเพศ และคุณภาพชีวิต งานวิจัยทางวิทยาศาสตร์ที่
ศึกษากระบวนการชราบนพื้นฐานชีว-จิต-สังคม (biopsychosocial) ที่สามารถกำหนดศักยภาพ
อันสูงสุดของประชากรผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา

Steeverink and Lindenberg (2006) ได้ตั้งคำถามว่า ความต้องการทางสังคมใดที่มี
ความสำคัญต่อความผาสุก และเกิดอะไรขึ้นกับกลุ่มผู้สูงอายุ จึงได้กำหนดประเด็นการวิจัยด้วย
การสืบสวนว่ามีระดับความพึงพอใจ พฤติกรรม และสถานภาพต่างๆอย่างไร มองในส่วนของ
ความต้องการทางสังคมของมนุษย์ 3 ประการ ความเกี่ยวข้องกับอายุ การสูญเสียความเสื่อม
ร่างกาย และความผาสุกของบุคคล โดยทำการศึกษาต่อกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 883 คน ที่มีอายุ

ตั้งแต่ 65 -98 ปี ที่แสดงระดับของความสัมพันธ์สูง และสภาวะ ว่า 1) มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ทุกกลุ่มอายุและการสูญเสียกลุ่ม ส่วนพฤติกรรมแสดงว่า อายุเป็นค่าลบและการสูญเสียได้ส่งผลถึง แต่สามารถทำนายการสูญเสียได้ดีกว่า 2)ความต้องการ 3 ประการมีความเกี่ยวพันอย่างแตกต่าง ที่สามารถเป็นตัวชี้วัดถึงความผาสุกของบุคคล ได้แก่ ความอบอุ่น และพฤติกรรมมีความเกี่ยวพันอย่างทางบวกต่อความพึงพอใจในชีวิต สภาวะ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อผลทางบวกและทางลบ ที่มีต่อผลกระทบทางลบ สรุปได้ว่า ความต้องการของร่างกายมีความยุ่งยากที่จะก่อให้เกิดความพึงพอใจในระดับสูงในด้านการสูญเสียทางสรีระ แต่อย่างไรก็ตาม ความต้องการทางสังคมมีความสำคัญน้อยกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า

Hsieh (2005) ได้เผยแพร่งานวิจัยเรื่อง อายุ และมิติใหญ่ที่สำคัญของชีวิต บนพื้นฐานคุณภาพชีวิต ที่รวมกระบวนการเปรียบเทียบมิติต่างๆ สันนิษฐานแนวคิดด้วยระบบของตนเอง การศึกษานี้ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการเปรียบเทียบมิติต่างๆ กับกลุ่มบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ด้วยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ การเปรียบเทียบมิติต่างๆ ได้ถูกวัดโดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่างให้จัดลำดับ 8 มิติในชีวิตที่สำคัญ การวิเคราะห์ใช้รูปแบบการถดถอยสำหรับ มิติ 8 ประการ มีสิ่งสำคัญที่สุดคือ สุขภาพ รองลงมา คือ ชีวิตครอบครัว ศาสนา มิตรภาพ สภาวะทางเศรษฐกิจ ช่วงเวลาว่าง เพื่อนบ้าน และ การทำงาน งานวิจัยชี้ให้เห็นว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเปรียบเทียบมิติต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญที่สามารถช่วยสนับสนุนกระบวนการเปรียบเทียบมิติต่างๆ ด้วยระบบตนเอง

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับกรอบแนวคิดทั้งหมด จึงเป็นส่วนที่สำคัญที่จะสามารถมองเห็นภาพของความเชื่อมโยงเมื่อวิเคราะห์ในเชิงคุณภาพชีวิตที่มีความสัมพันธ์กับความสูงอายุ และบริบททางวัฒนธรรมล้านนา

บทที่ 3

การดำเนินงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยได้กำหนดการออกแบบการวิจัยเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (quantitative research) เป็นหลักและผสมผสานด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ (qualitative research) ด้วยความมุ่งหวังที่จะศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวล้านนาโดยการตีความจากข้อมูลและสร้างบทสรุปของประเด็นที่ศึกษา พร้อมทั้งเน้นการแสวงหาข้อเท็จจริงต่างๆที่ต้องการศึกษาโดยเฉพาะดังจะได้นำเสนอในลำดับต่อไป

1. ชุมชนล้านนา : จุดเริ่มต้นการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

ประเด็นการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตั้งคำถามในงานวิจัยว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุซึ่งมีพื้นฐานชีวิตเกี่ยวข้องกับชุมชนท้องถิ่น (community) ทำอย่างไร ถึงจะเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาได้ การออกแบบความคิดจึงเกิดขึ้น โดยกำหนดขอบเขตของพื้นที่ที่ต้องการศึกษาใน 3 เขตอำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ที่มีลักษณะคงความเป็นวิถีแห่งชนบท (rural) ได้แก่ อำเภอสันทราย มีสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเป็นอันดับที่ 3 ของจังหวัด (จำนวน 12,193 คน) ซึ่งเป็นพื้นที่ที่นักวิจัยค่อนข้างคุ้นเคยกับสถานที่ต่างๆภายในชุมชนมากที่สุด เนื่องจากมีบ้านพักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอนี้ มาเป็นระยะเวลา 17 ปี ก่อให้เกิดความสะดวกด้วยเหตุผลหลายประการ รองลงมา คือ อำเภอแมริม อันดับที่ 7 (จำนวน 9,603 คน) เป็นอำเภอที่มีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอสันทราย และอำเภอพร้าว จัดอยู่ในอันดับที่ 12 (จำนวน 6,912 คน) เหตุผลที่ต้องการเลือกอำเภอที่มีพื้นที่ห่างไกลจาก 2 อำเภอนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อต้องการเปรียบเทียบว่า พื้นที่ห่างไกลจะมีผลต่อความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไรกับ 2 อำเภอที่มีเขตติดต่อกัน เมื่อกำหนดความคิดที่ชัดเจน ก็เริ่มมุ่งความสนใจไปที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความใกล้ชิดกับชุมชนในวงนโยบายเชิงปฏิบัติเพื่อพัฒนาความเจริญก้าวหน้า ในชุมชนทุกส่วนงาน ผู้วิจัยได้ทำหนังสือราชการติดต่อกับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือบางแห่งได้ยกฐานะเป็นเทศบาลตำบลแล้ว เพื่อขอทราบข้อมูลรายละเอียดที่จะสามารถติดต่อกับประธานชมรม

ผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านของเขตตำบลนั้นๆนำไปสู่การวางแผนการดำเนินการประสานตามขั้นตอนต่อไป

เมื่อได้ข้อมูลจากเทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบลเรียบร้อยแล้ว ปรากฏว่าบางแห่งมีการจัดเก็บข้อมูลรายละเอียดของประธานชมรมผู้สูงอายุครบถ้วน ผู้วิจัยสามารถดำเนินการติดต่อได้โดยตรง แต่บางแห่งมีข้อมูลเพียงรายชื่อพร้อมเบอร์โทรศัพท์เฉพาะส่วนของประธานระดับตำบลเท่านั้น หรือ ประธานชมรมผู้สูงอายุบางคนก็ไม่มีเบอร์โทรศัพท์ติดต่อกฎดังกล่าวนี้ ต้องแก้ปัญหาด้วยการขอความร่วมมือจากประธานผู้สูงอายุที่มีรายชื่ออยู่ทำหน้าที่เป็นผู้ติดต่อประสานงานแทนผู้วิจัย โดยขั้นตอนการเก็บข้อมูลจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มและ 2 ลักษณะของการวิจัย กล่าวคือ เริ่มต้นจากการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม (focus group) กับกลุ่มประธานผู้สูงอายุ และผู้นำส่วนท้องถิ่น จัดเป็นกลุ่มที่หนึ่งเพื่อศึกษาข้อมูลกับกลุ่มที่มีคุณลักษณะเทียบเคียงระดับเดียวกัน ทั้งนี้ป้องกันการสับสนที่สัมภาษณ์กลุ่มที่สองไปพร้อมๆกัน ที่สำคัญยังเป็นการจัดระบบการทำงานวิจัยและสร้างความสัมพันธ์ (rapport) ให้ผู้นำเหล่านี้ได้รู้จักกับนักวิจัยก่อนจะนำไปสู่การสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลแก่กลุ่มผู้สูงอายุภายในหมู่บ้านซึ่งเป็นกลุ่มที่สองต่อไปได้ง่าย สถานที่สัมภาษณ์เป็นบริเวณที่วัด และชมรมผู้สูงอายุ อันเป็นศูนย์รวมของทุกหมู่บ้าน หรือคนส่วนใหญ่ ส่วนบรรยากาศการสนทนากลุ่ม มักสนทนาด้วยภาษาคำเมืองเพื่อความถนัดในการให้ข้อมูลมากกว่าการใช้ภาษาไทยกลาง ส่วนใหญ่มีลักษณะให้ข้อมูลค่อนข้างที่จริงจัง รอบคอบ และกลั่นกรองความคิดสอดคล้องกับบทบาทผู้นำทางสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุ หลังจากการสนทนาให้ข้อมูลต่างๆเสร็จสิ้น ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้กรอกข้อมูลในแบบสอบถาม และผู้วิจัยอ่านข้อความให้ผู้สูงอายุตอบกรณีที่มีข้อจำกัดในการอ่าน ภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการเก็บข้อมูลของประธานผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มย่อย โดยผู้วิจัยได้มอบของที่ระลึกพิเศษคือ ยาหอม พร้อมทั้งผ้าชะมั่ว (ผ้าขอขมา คำโบราณล้านนา) สำหรับมอบแก่กลุ่มเพศชาย และผ้าขนหนูขนาดกลางให้แก่ผู้นำกลุ่มเพศหญิงเพื่อเป็นการแสดงความขอบคุณที่ได้เสียสละเวลามาให้ข้อมูลซึ่งสังเกตเห็นว่า กลุ่มประธานเหล่านี้ หลายคน แสดงออกถึงความพึงพอใจ สิ้นหนัาดีใจ ยิ้มแย้ม มีความสุขที่ได้รับของที่ระลึกถูกใจ บางคนถึงกับเอ่ยปากว่า “ กำลังใช้ยี่ห่อนี้อยู่พอดี รสชาติดีกว่ายี่ห่ออื่น ใช้ประจำเลย” หรือ “เอามาตำหัวผู้สูงอายุหรือเปล่า” หรือ “ เลือกลงได้

เหมาะกับผู้สูงอายุมาก ได้ใช้ประโยชน์ได้ๆ " หรือ " กำลังมีอาการแน่นหน้าอก กัดต้องพอดี " พร้อมทั้งนำมือไปสัมผัสที่อก และบางคนรีบเปิดใช้ยาหอมทันทีโดยไม่รีรอ

การดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป คือ การเข้าพื้นที่ไปสัมผัสกับชุมชนหมู่บ้านแต่ละแห่ง อย่างแท้จริง มีการวางแผนการเก็บข้อมูลในชุมชนทุกวันแบ่งเป็นภาคเช้า และภาคบ่าย โดยตลอด โดยการสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้สูงอายุโดยทั่วไป หรือเรียกว่า "พ่ออ้อย" "แม่อ้อย" ซึ่งผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์ให้ประธานชมรมผู้สูงอายุของหมู่บ้านในกลุ่มแรก ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ เพื่อนัดหมาย วัน เวลา และกำหนดสถานที่นัดพบตามความเหมาะสม ส่วนใหญ่มักเป็นศูนย์กลางของชุมชนที่ใกล้ สะดวกต่อการมาเข้าร่วมกลุ่มของทุกคน เช่น ชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน ศาลาเอนกประสงค์ของหมู่บ้าน บ้านประธานชมรมผู้สูงอายุ วัด บ้านประธานผู้นำชุมชน (พ่อหลวง) และ สถานีอนามัย เมื่อใกล้ถึงเวลานัดหมาย ผู้สูงอายุต่างทยอยมาด้วยวิธีการเดินทางที่แตกต่างกัน บางคน ขับรถจักรยานมา ขับขี่รถจักรยานยนต์ ให้ลูกหลานมาส่ง หรือหลายคนเดินมาเป็นแถวตอนเรียงหนึ่ง เนื่องจากถนนในชุมชนมีขนาดเล็ก แคบ เกรงอันตรายที่จะเกิดขึ้น และสะดวกต่อการสัญจรของผู้อื่น

วิธีการเก็บข้อมูลใช้กระบวนการเช่นเดียวกันกับกลุ่มแรก โดยเฉพาะจุดนัดพบคือ บ้านประธานชมรมผู้สูงอายุบางราย และชมรมผู้สูงอายุบางแห่ง ที่ผู้วิจัยไม่เคยคาดคิดมาก่อนว่า จะมีการต้อนรับผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอย่างดีตามศักยภาพทางเศรษฐกิจของประธาน โดยการจัดเตรียมอาหารมื้อกลางวัน หรือ อาหารว่างให้การต้อนรับ อาทิ ขนมจีน แกงเขียวหวาน ไก่ ต้มไก่ ข้าวเหนียว น้ำอ่อม มะละกอ หรือ บางแห่งผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มผู้สูงอายุในบริเวณวัดท่ามกลางบรรยากาศการจัดพิธีงานศพ เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ เจ้าภาพได้นำอาหาร ข้าวตอก (อาหารมื้อกลางวัน) มาเลี้ยงแขกที่มาในงาน ประเภทอาหารเมือง ได้แก่ แกงป่าหนูนํ้าพริกมะเขือส้มข้าวหนึ่ง (ข้าวเหนียว) และยกถาดอาหารมาให้คณะผู้วิจัยด้วยทั้งๆ ที่ไม่ได้มาช่วยงานศพแต่อย่างใด สิ่งต่างๆ เหล่านี้ ล้วนบ่งบอกถึงความมีน้ำใจ ความเอื้อเฟื้อตามแบบสังคมชาวเหนือ และสะท้อนให้เห็นอุปนิสัย (characteristic) บางส่วนของสมาชิกในชุมชนนี้ได้ดี

โดยธรรมชาติของกลุ่ม ส่วนใหญ่จะพูด ภาษา"คำเมือง" ที่แสดงถึงความเป็นอัตลักษณ์ล้านนา ผู้สูงอายุต่างรู้สึกสะดวกใจที่จะให้ข้อมูลเป็นคำเมืองมากกว่าและค่อนข้างวางตัวแบบตามสบาย ไม่เกร็ง ยิ่งถ้ามีผู้สูงอายุในกลุ่มบางคนเป็นนักพูด อุ่ม้วน ใช้คำศัพท์ที่เป็นคำเมืองล้วนๆ หรือ คำที่ดั้งเดิม เช่น คำว่า "โป่งๆ ก๊วๆ " หรือ "ป่างกะด่าง" แสดงความคิดเห็นแบบตรงประเด็น หรือ "อื้อซื่อๆ" ตามความรู้สึกนึกคิดที่แสดงถึงความเป็นตัวตน ไม่มีการสร้างภาพลักษณ์ให้ดูดี

แต่อย่างไร ยังทำให้บรรยากาศการสนทนามีอรรถรสมากขึ้น สมาชิกในกลุ่มเกิดความรู้สึกชื่น สนุกสนานเฮฮา มีส่วนร่วมในการสนทนาอย่างจดจ่อ แต่ก็มีผู้สูงอายุบางรายในทุกกลุ่มแสดง กิริยาอาการหวาดคล้ายง่วงนอนไปด้วย ส่วนการตอบแบบสอบถาม พบว่า บางรายอ่านคล่อง แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักพบปัญหาการที่ผู้สูงอายุอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้อันเนื่องจากสาเหตุ ธรรมชาติของวัยผู้สูงอายุ เช่น มีปัญหาความเสื่อมทางสายตา ไม่ได้นำแว่นตามา หรือ มีความ ล่าช้าในการอ่านคำถามแต่ละข้อ เป็นต้น ผู้วิจัยและคณะ รวมถึงผู้ช่วยนักวิจัย ต่างทำหน้าที่เป็น ผู้ดำเนินการสอบถามแล้วให้ผู้สูงอายุตอบข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลช่วยให้ประหยัดเวลายิ่งขึ้น และลดความคับข้องใจ (frustration) ของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถจะอ่านข้อความในแบบสอบถามได้ ด้วยตนเอง สังเกตว่า ผู้สูงอายุค่อนข้างรู้สึกโล่งใจมากกว่าเมื่อวิธีการเป็นเช่นนั้นและบรรลุลความ ตั้งใจเหมือนเช่นสมาชิกในกลุ่มคนอื่นๆ บางคนใช้วิธีให้ประธานชมรมผู้สูงอายุช่วยอ่านข้อมูลให้ ข้อจำกัดในงานวิจัยอีกส่วนหนึ่ง คือ เรื่องของการแปลความภาษาถิ่นระหว่างการสนทนา สาเหตุ จากผู้วิจัยมิใช่เป็นคนในพื้นที่มาโดยกำเนิด ก็ค่อนข้างมีอุปสรรคในด้านความเข้าใจภาษาคำเมือง อยู่บ้าง โดยเฉพาะถ้าผู้สูงอายุเลือกใช้คำศัพท์บางคำ ที่ไม่เคยได้ยินมาก่อน หรือเป็นคำแปลกๆหู มีความเป็นดั้งเดิม (original) มาก จำเป็นต้องสอบถามความหมายและเรียนรู้เพิ่มเติมจากกลุ่ม แม้กระนั้นก็ยังสามารถนำไปสู่ความเข้าใจที่ถูกต้องได้ ในขั้นตอนสุดท้าย งานวิจัยมีการมอบของที่ ระลึกเฉพาะส่วนยาหอมเพื่อแสดงความขอบคุณที่ให้ข้อมูลแก่งานวิจัย เพียงเท่านี้ ก็รับรู้ได้ว่า บรรดาผู้สูงอายุได้ใช้ประโยชน์กันถ้วนหน้า

ก่อนกลับ “พ่ออู๋” “แม่อู๋” บางคนได้เชื้อเชิญให้ผู้วิจัยไปแอ่วบ้านต่อไปเพื่อไปชมบ่อปลา การทำไม้กวาด ชมผักพื้นบ้านที่ปลูกในบ้านมากมาย มีการนำน้ำมะพร้าวอ่อนในสวนมาให้ดื่ม ไปชมการออกกำลังกายในหมู่บ้าน พร้อมๆกับการสังเกตภูมิทัศน์ทางกายภาพของชุมชนร่วมด้วย ในขณะที่ผู้วิจัยช่วยอุดหนุนสินค้าที่ผู้สูงอายุผลิต เช่น ไม้กวาด น้ำหมักชีวภาพ ฯลฯ ประธาน บางท่าน มอบของที่ระลึกเป็นไม้หีน (ขอนไม้ที่แปรสภาพเป็นก้อนหิน) ให้แก่ผู้วิจัย ต่อจากนั้น ผู้วิจัย มีความประสงค์ไปเยี่ยมผู้สูงอายุในหมู่บ้านที่ใช้ชีวิตตามลำพัง ไร้ญาติ มีฐานะยากจน เพื่อ ไปสังเกตการณ์ ชักถามถึงการดำเนินชีวิตความเป็นอยู่ในปัจจุบัน ทำให้ดูเหมือนว่า ผู้วิจัยกำลัง ทำหน้าที่คล้ายกับนักสังคมสงเคราะห์ (social worker) ไปพร้อมๆกัน และ พบว่า บ้างก็อยู่วัด (อายุ 77 ปี) บ้างก็อาศัยอยู่บ้านเก่าๆเล็กๆ (อายุ 85 ปี) บางรายก็อยู่บ้านหลังสวน (อายุ 95 ปี)

ใกล้ผู้ฟังเต็มที่ สภาพแวดล้อมภายในบ้านขาดสุขอนามัย ดูก่อนข้างรก ของใช้ค่อนข้างเก่าชอมซ่อ หรือ มีปัญหาสุขภาพ เมื่อมีคนไปเยี่ยมบ้านก็จะคุยจ้อไม่หยุด และบางคนเอ่ยปากว่า “ไม่เคยมีใครเข้ามาแอ่วในบ้านนี้เลย ” ก่อนลาได้มอบของที่ระลึก และแจกเบี้ยยังชีพ(งบส่วนบุคคล) ให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งถึงกับแสดงท่าทีประหลาดใจ ดีใจที่ได้รับเบี้ยยังชีพจากนักวิจัย พร้อมกับบ่นปอน (ให้พร) กันทุกคน ภายหลังเสร็จสิ้นภารกิจของการลงพื้นที่ในแต่ละวัน บางครั้ง คำพูด หรือ บางประโยคของบทสนทนาที่เป็นคำเมืองล้วนๆ เหล่านั้น ก็ยังก้องอยู่ในภวังค์ของผู้วิจัยเป็นบางเวลา เหมือนๆกับว่า ผู้วิจัยได้เข้าคอร์สอย่างหนักเพื่อเรียนรู้การฝึกหัดฟัง ฝึกอู้คำเมือง ตลอดจนการเก็บข้อมูลครั้งนี้



ภาพ 3.1 บางพื้นที่ในชุมชนยังคงมีการปลูกพืชเศรษฐกิจหลัก เช่น ลำไย ในขณะที่บางพื้นที่เริ่มนิยมปลูกดอกมะลิขาย ทดแทน เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนเศรษฐกิจชุมชน



ภาพ 3.2 เมื่อใกล้ถึงเวลานัดพบเพื่อสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุต่างทยอยเดินทางมาตามนัด ผู้วิจัยขับรถผ่านไปและเชิญให้ขึ้นรถ แต่ผู้สูงอายุมีความประสงค์จะเดินมาเองตามลำพังเนื่องจากสถานที่ไม่ไกล



ภาพ 3.3 การสัมภาษณ์ในรอบป้ายท่ามกลางอากาศร้อนผู้สูงอายุต่างพากันหาอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย



ภาพ 3.4 ผู้สูงอายุทุกเพศ ทุกวัยใช้รถจักรยานทุกรูปแบบที่มีใช้ในบ้าน



ภาพ 3.5 “รถถีบ” พาหนะคู่ใจยอดนิยมของผู้สูงอายุ



ภาพ 3.6 ชากลับมีการซ้อนท้ายรถจักรยานและจักรยานยนต์ของผู้คนที่มาเข้าร่วมสนทนากลุ่มด้วยกัน



ภาพ 3.7 การสัญจรของผู้สูงอายุหลายรูปแบบทั้งเดิน และถีบจักรยาน



ภาพ 3.8 ผู้สูงอายุที่ยังเคยชินกับการขี่จักรยานยนต์ และมีความพร้อมของร่างกายยังคงมีความสะดวกต่อการใช้พาหนะนี้อยู่

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Population and Sampling)

ประชากรหลัก ที่ศึกษาในงานวิจัย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปเป็นผู้ที่มีสามารถช่วยเหลือตนเองได้โดยทั่วไป มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในเขตจังหวัดเชียงใหม่ และมีวิถีชีวิตภายใต้สังคมวัฒนธรรมล้านนา จังหวัดเชียงใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 188,344 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มาจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไป (60 - 89 ปี) จำแนกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ 1. **กลุ่มประธานผู้สูงอายุ และ ผู้นำส่วนท้องถิ่น** ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทต่อการขับเคลื่อนพลังของกลุ่มผู้สูงอายุ และกำหนดนโยบายส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ประธานผู้สูงอายุระดับอำเภอ ประธานผู้สูงอายุระดับตำบล ประธานผู้สูงอายุระดับหมู่บ้าน (แต่ละหมู่บ้าน) คณะกรรมการผู้สูงอายุ ประธานสภาวัฒนธรรมระดับตำบล (ผู้สูงอายุ) ผู้ใหญ่บ้าน หรือ ผู้นำชุมชน (พ่อหลวง แม่หลวง) รวมถึง นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) รวมจำนวน 106 คน และ 2. **กลุ่มผู้สูงอายุโดยทั่วไป** ที่มีบทบาทของการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้าน จำนวน 408 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 514 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างเจาะจง (purposive sampling) ในเขตพื้นที่ 3 อำเภอ ของจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ อำเภอสันทราย อำเภอแมริม และอำเภอพร้าว ซึ่งมีพื้นที่เป็นลักษณะกึ่งชนบทที่ยังคงความมีอัตลักษณ์ทางสังคมวัฒนธรรมล้านนาอย่างโดดเด่นชัดเจน ทำให้สามารถเข้าถึงปรากฏการณ์ทางสังคมของผู้สูงอายุล้านนาได้ โดยจำแนกขนาดตัวอย่างที่ศึกษาดังตารางที่ 3.1



ภาพ 3.9 ส่วนหนึ่งของผู้สูงอายุเพศชายนิยมการใส่หมวกและเพศหญิงนิยมการนุ่งผ้าถุง (ขึ้น)

ตาราง 3.1 แสดงข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มที่	ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informant)	จำนวน (คน)	สถานที่เก็บข้อมูล สัมภาษณ์และ แบบสอบถาม
1.	กลุ่มประธานผู้สูงอายุ และ ผู้นำ ส่วนท้องถิ่น 1.1 นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 1.2 ประธานผู้สูงอายุระดับอำเภอ 1.3 ประธานผู้สูงอายุระดับตำบล 1.4 ประธานผู้สูงอายุระดับหมู่บ้าน 1.5 คณะกรรมการผู้สูงอายุ 1.6 ประธานสภาวัฒนธรรมระดับ ตำบล (ผู้สูงอายุ) 1.7 ผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้นำชุมชน (พ่อหลวง แม่หลวง)	1 1 5 75 12 2 10	- ชมรมผู้สูงอายุใน หมู่บ้าน - ชมรมผู้สูงอายุระดับ ตำบล - ศาลาเอนกประสงค์ ของหมู่บ้าน - วัด - เทศบาลตำบล - สถานีอนามัยตำบล - มหาวิทยาลัย
	รวม	106	
2.	กลุ่มผู้สูงอายุโดยทั่วไปเป็นสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุระดับหมู่บ้าน	408	- ชมรมผู้สูงอายุใน หมู่บ้าน - ศาลาเอนกประสงค์ ของหมู่บ้าน - บ้านประธาน ผู้สูงอายุ - วัด - บ้านประธานผู้นำ ชุมชน
	รวมทั้งสิ้น	514	



ภาพ 3.10 การใส่หมวกนั้น เป็นความนิยมของคนเหนือเห็นว่ามืองค์ประกอบที่เหมาะสมกับการแต่งกาย หรือสิ่งที่มาคู่กัน เพื่อ ปกป้องความร้อนจากแสงแดด และเคยชิน ที่ปฏิบัติเป็นประจำเมื่อต้องออกไปข้างนอกบ้าน เช่น ไปไร่ ไปสวน ท่งนา ฯลฯ หากเป็นสมัยก่อนจะไม่ได้ใส่หมวกเพียงอย่างเดียว มีการสูบบุหรี่ขี้เฝ้ายม และ คาดผ้าชะม้ ที่ต้องใช้ควบคู่กันเสมอ

3.วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลได้พิจารณาใช้วิธีการเก็บข้อมูลในหลายวิธี ซึ่งมีความนิยมใช้ในทางการศึกษาได้อาศัยวิธีการอยู่ 5 วิธีการดังนี้

3.1 การศึกษาข้อมูลจากเอกสาร โดยการค้นคว้าเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participation observation) คือ วิธีการที่ผู้วิจัยใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 และการรับรู้ (perception) ฝึการศึกษาติดตามความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์ชีวิตทางสังคมของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นในช่วงใดช่วงหนึ่ง และเมื่อลงพื้นที่ภาคสนามเข้าไปในเขตหมู่บ้านชุมชนแต่ละแห่ง ผู้วิจัยเปิดเผยบทบาททำให้ชุมชนรับทราบขณะเดียวกันก็มีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุบางกิจกรรม แต่ไม่ได้สร้างความสนิทสนมกับสมาชิก หรือบริบทของชุมชนมากนัก เพราะคำนึงถึงการปกป้องความรู้สึก ลดอคติ ความผูกพันต่างๆ กิจกรรมที่มีส่วนร่วม อาทิ ลักษณะทางกายภาพของชุมชน การเข้าร่วมพิธีสืบชะตาสะเดาะเคราะห์ของล้านนา การสืบชะตาช่วงเทศกาลปีใหม่ การร่วมงานวันสงกรานต์ของผู้สูงอายุ การแจกเบี้ยยังชีพ การประชุมผู้สูงอายุในระดับตำบล การแข่งขันกีฬาผู้สูงอายุระดับจังหวัด การสัญจรข้ามจังหวัด การประชุมผู้สูงอายุ

ระดับอำเภอ และคณะกรรมการย่อย ประเพณีการแข่งขันกลองหลวง และการประกอบอาชีพส่วนบุคคล หรือ กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น

3.3 การสัมภาษณ์ (interview) เป็นแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interviews)

ส่วนใหญ่เป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด (Fayers and Machin 2007) เพราะมีการตั้งคำถามปลายเปิดที่ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความอิสระที่จะตอบ พร้อมทั้งกำหนดคำถามประเด็นหลักที่สำคัญโดยเฉพาะที่อยู่ในส่วนของการวิจัยที่ต้องการมุ่งศึกษา ประกอบด้วยส่วนคำถามที่เตรียมไว้แล้ว ถ้าพิจารณาว่าข้อมูลการสัมภาษณ์ยังไม่กระจ่างทางความคิด มีบางส่วนที่น่าสนใจมีความเกี่ยวข้องร่วมกัน หรือควรค่าแก่การขยายความเพิ่มเติม นอกเหนือจากประเด็นที่ได้กำหนดไว้ ก็สามารถสืบค้นข้อมูลต่อไปได้เพื่อให้เกิดความลุ่มลึกรอบด้าน อย่างไรก็ตาม การสัมภาษณ์ทุกครั้งนักวิจัยจะได้รับการขออนุญาตบันทึกเทปข้อมูลการสัมภาษณ์ซึ่งผู้สัมภาษณ์สามารถเก็บข้อมูลได้อย่างละเอียดครบถ้วนเมื่อนำมาถอดเทปภายหลัง

3.4 การสนทนาแบบกลุ่ม (focus group interview) คือ รูปแบบของกลุ่มที่มีสมาชิกที่มีลักษณะหรือคุณสมบัติใกล้เคียงในแต่ละบุคคล จัดให้มาพบปะ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ซึ่งจะเกิดประโยชน์ต่อการสร้างความเข้าใจร่วมกัน และนำไปสู่ความสอดคล้องเกี่ยวกับประเด็นเฉพาะอย่าง นักวิจัยจะเป็นเพียงผู้ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกการประชุม (moderator) ให้แก่กลุ่ม และเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำพากลุ่มไปสู่การร่วมแลกเปลี่ยนทัศนะความคิดเห็นได้โดยปราศจากการมีอิทธิพลต่อความคิดเห็นที่บุคคลแสดงออกมา การให้กำลังใจ หรือสนับสนุนปฏิสัมพันธ์ต่อสมาชิกในกลุ่มทุกคนอย่างเสมอภาค การสนทนาแบบกลุ่มมีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยผู้ช่วยนักวิจัยที่ทำหน้าที่อำนวยความสะดวก (facilitator or providers) อาทิ จัดเตรียมสถานที่การสัมภาษณ์ จัดเตรียมที่นั่งให้สมาชิกในกลุ่มอยู่ในลักษณะการล้อมวงสนทนาร่วมกัน การทำความสะอาดโต๊ะเก้าอี้ที่เปื้อนฝุ่น การบริการน้ำดื่มแบบแก้วพลาสติกแจกเป็นรายบุคคล การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์บันทึกเทปการสัมภาษณ์ และการถ่ายรูป เป็นต้น

ผู้วิจัยกำหนดจำนวนสมาชิกกลุ่มเป็นจำนวน 2 กลุ่มใหญ่ กลุ่มละไม่เกิน 12 คน ดังได้กล่าวในเบื้องต้นแล้ว การสนทนาได้ขออนุญาตถ่ายภาพบรรยากาศ และบริบทต่างๆ ประกอบงานวิจัย พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลโดยบันทึกเทปการสัมภาษณ์เพื่อให้สะดวกต่อการนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ภายหลังจากการเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์



ภาพ 3.11 ศาลาหมู่บ้าน เป็นศูนย์กลางแห่งหนึ่งของชุมชนในการทำกิจกรรมทางสังคมต่างๆรวมถึงเป็นสถานที่นัดสัมภาษณ์ผู้สูงอายุซึ่งจะมีความสะดวกและใกล้ชิดต่อการมาของผู้สูงอายุ

3.5 แบบสอบถาม (questionnaire) คือ ข้อคำถาม หรือข้อความที่มีการจัดระบบของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล และความคิดเห็น ความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตแต่ละส่วนในปัจจุบัน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

4.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสำรวจ ใช้สถิติเชิงพรรณนา แปลค่า ด้วยร้อยละ

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้มีการจำแนกออกเป็น 3 ขั้นตอน ใหญ่ๆได้แก่ การจัดเตรียมข้อมูล การจำแนกแยกแยะข้อมูล และการจัดกระทำข้อมูล นำไปสู่บทสรุปต่อไป

5. ข้อจำกัดในงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยมีข้อจำกัดที่พบในหลายส่วน ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องสายตาและการมองเห็น ส่งผลต่อการอ่านข้อมูลในแบบสอบถามไม่ได้ มีส่วนน้อยที่นำแว่นตาไปประกอบการอ่าน หรือ ส่วนใหญ่มีความล่าช้าในการอ่าน ดังนั้น จึงต้องอาศัยการอ่านให้แก่ผู้สูงอายุฟังแล้วให้ตอบคำถามตามความคิดเห็นส่วนบุคคล

2. การสนทนาของผู้สูงอายุทั้งหมดในทุกประโยค ส่วนใหญ่มีการใช้ภาษาถิ่นล้านนา (คำเมือง) ที่แสดงอัตลักษณ์ของความเป็นล้านนา จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยไม่อาจเข้าใจคำศัพท์ดั้งเดิมโดยทั้งหมด เนื่องจากผู้วิจัยมีพื้นเพเป็นคนภูมิภาคอื่น แต่อาศัยอยู่ในท้องถิ่นนี้มาเป็นระยะเวลา 17 ปี อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้พยายามทำความเข้าใจและสร้างความชัดเจนในความหมายของคำศัพท์บางคำก็สามารถนำไปสู่ความเข้าใจที่ถูกต้องได้ในระดับหนึ่ง

3. เนื่องจากงานวิจัยนี้ได้มุ่งศึกษาไวยากรณ์และการสะกดคำตามหลักภาษาคำเมืองล้านนา ดังนั้น คำพูด หรือ บทสนทนาที่นำมาแสดงในงานวิจัยได้จากการถอดเทปบันทึกและแปลงข้อมูลให้เป็นภาษาเขียนจากผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งอาจมีผิดพลาดในแง่ของการได้ยิน และการใช้ภาษาเขียนที่ไม่ถูกต้องตามหลักไวยากรณ์การเขียนของภาษานี้



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอเป็น 2 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุล้านนา จังหวัดเชียงใหม่ จากการสุ่มเก็บข้อมูลโดยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิชนิดสุ่มอย่างง่าย (stratified random sampling) โดยใช้ช่วงอายุ เป็นเกณฑ์ในการแบ่งประชากรผู้สูงอายุออกเป็น 3 ชั้นภูมิ ประกอบด้วยช่วงอายุ 60-70 ปี 71-80 ปี และ 81 ปี ขึ้นไป การกำหนดขนาดตัวอย่างในครั้งนี้ ใช้วิธีการของ Taro Yamane ด้วยความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง 5 % ได้ขนาดตัวอย่าง 400 คน และการจัดสรรขนาดตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิโดยใช้วิธีการจัดสรรตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละช่วงอายุ แต่เพื่อให้ความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างลดลง คณะวิจัยจึงได้เก็บข้อมูลเพิ่มเติมโดยได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 514 คน ซึ่งนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.2 และเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 42.8 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 60 – 70 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.1 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 71 – 80 ปี และ 81 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 38.7 และ 6.2 ตามลำดับ ส่วนสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีครอบครัวแล้ว คิดเป็นร้อยละ 48.9 รองลงมาเป็นหม้าย / หย่าร้าง และแยกกันอยู่ กับเป็นโสดเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 44.9 และ 3.1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 81.1 รองลงมาไม่ได้เรียนหนังสือ และมีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 7.2 และ 4.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.1

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษาสูงสุด

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	294	57.2
ชาย	220	42.8
อายุ	514	100.0
60 – 70 ปี	283	55.1
71 – 80 ปี	199	38.7
81 ปี ขึ้นไป	32	6.2
สถานภาพสมรส	514	100.0
มีครอบครัว	251	48.9
หม้าย / หย่าร้าง	231	44.9
แยกกันอยู่	16	3.1
โสด	16	3.1
ระดับการศึกษาสูงสุด	514	100.0
ไม่ได้เรียนหนังสือ	37	7.2
ประถมศึกษาปีที่ 4	417	81.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	14	2.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	23	4.5
ปวช. / ปวส.	7	1.4
อนุปริญญา	2	0.4
ปริญญาตรี	14	2.7
รวมทั้งสิ้น	514	100.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 71.0 รองลงมาอยู่
กับคู่ชีวิต และอยู่ตามลำพัง คิดเป็นร้อยละ 22.6 และ 10.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.2

ตาราง 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการพักอาศัย

ลักษณะการพักอาศัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อยู่กับสมาชิกในครอบครัว	365	71.0
อยู่กับคู่ชีวิต	116	22.6
อยู่ตามลำพัง	54	10.5
อยู่กับญาติ	36	7.0
อยู่วัด	10	1.9
อยู่สถานสงเคราะห์	1	0.2

หมายเหตุ : คำถามนี้ตอบได้หลายคำตอบ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.7 รองลงมาอยู่ในระดับมากและระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 25.8 และ 7.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.3

ตาราง 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัว

ระดับการเกื้อหนุนจากครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	38	7.5
ปานกลาง	339	66.7
มาก	131	25.8
รวม	508	100.0

หมายเหตุ : มีผู้ไม่ตอบคำถามข้อนี้ จำนวน 6 คน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้จากเบี้ยยังชีพ 500 บาท คิดเป็นร้อยละ 51.7 รองลงมา มีรายได้ 1,001 – 5,000 บาท และต่ำกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.0 และ 15.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.4

ตาราง 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้/เดือน

จำนวนเงินรายได้ /เดือน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จากเบี้ยยังชีพ 500 บาท	260	51.7
ต่ำกว่า 1,000 บาท	77	15.3
1,001 – 5,000 บาท	131	26.0
5,001 – 10,000 บาท	17	3.4
10,001 – 15,000 บาท	5	1.0
มากกว่า 15,000 บาท	13	2.6
รวม	503	100.0

หมายเหตุ : มีผู้ไม่ตอบคำถามข้อนี้ จำนวน 11 คน

กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้จากเบี้ยยังชีพ ถึงร้อยละ 82.7 รองลงมา มีรายได้จากบุตร / สามี / ภรรยา และเกษตรกร / รับจ้าง / ค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 47.9 และ 19.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.5

ตาราง 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามที่มาของรายได้หลัก

ที่มาของรายได้หลัก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เงินบำนาญ / เงินสะสม	25	4.9
เบี้ยยังชีพ	425	82.7
เกษตรกร / รับจ้าง / ค้าขาย	100	19.5
บุตร / สามี / ภรรยา	246	47.9

หมายเหตุ : คำถามนี้ตอบได้หลายคำตอบ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่า มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ คิดเป็นร้อยละ 59.5 และเห็นว่า มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ คิดเป็นร้อยละ 40.5 ดังตารางที่ 4.6

ตาราง 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดเห็นด้านรายได้

ความคิดเห็นด้านรายได้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ	306	59.5
เพียงพอต่อการดำรงชีพ	208	40.5
รวม	514	100.0

กลุ่มตัวอย่างที่เห็นว่ามีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ ส่วนใหญ่เห็นว่ามีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.4 รองลงมา เห็นว่ามีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพในระดับน้อย และระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 26.4 และ 7.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.7

ตาราง 4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ

ระดับรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย	55	26.4
ระดับปานกลาง	138	66.4
ระดับมาก	15	7.2
รวม	208	100.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 46.5 รองลงมาเป็นโรคข้อ เข่า และโรคทางสายตา คิดเป็นร้อยละ 41.4 และ 33.1 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.8

ตาราง 4.8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัว

โรคประจำตัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	239	46.5
โรคข้อ เช้า	213	41.4
โรคทางสายตา	170	33.1
โรคระบบทางเดินอาหาร	78	15.2
ไขมันในเลือดสูง	65	12.6
เบาหวาน	58	11.3
ปวดเมื่อย	20	3.9
ภูมิแพ้	19	3.7
โรคหัวใจ	16	3.1
เวียนศีรษะ	9	1.8
ถุงลมโป่งพอง	8	1.6
โรคตับ	5	1.0
ต่อมลูกหมากโต	5	1.0
โรคไต	5	1.0
ริดสีดวงทวาร	3	0.6
โรคมะเร็ง	3	0.6
ไทรอยด์	3	0.6
กระดูกทับเส้น	3	0.6
โรคโลหิตจาง	2	0.4
ความดันโลหิตต่ำ	2	0.4
ต่อมทอมซิลโต	1	0.2
โรคผิวหนัง	1	0.2
โรคระบบทางเดินหายใจ	1	0.2

หมายเหตุ : คำถามนี้ตอบได้หลายคำตอบ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพของตนเองว่าอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.3 รองลงมาประเมินสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับดี และไม่ค่อยดี คิดเป็นร้อยละ 24.5 และ 10.1 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.9

ตาราง 4.9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการประเมินสุขภาพของตนเอง

ระดับการประเมินสุขภาพของตนเอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ค่อยดี	52	10.1
ปานกลาง	320	62.3
ดี	126	24.5
ดีมาก	16	3.1
รวม	514	100.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้บริการสถานีนอนามัยใกล้บ้าน คิดเป็นร้อยละ 58.6 รองลงมาใช้บริการโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลประจำจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 38.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.10

ตาราง 4.10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามแหล่งที่ใช้บริการสุขภาพ

แหล่งที่ใช้บริการสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานีนอนามัยใกล้บ้าน	301	58.6
โรงพยาบาลชุมชน	257	50.0
โรงพยาบาลประจำจังหวัด	199	38.7
คลินิก	48	9.3
ใช้สมุนไพร / ยาแผนโบราณ	45	8.8
หมอเมือง	14	2.7
โรงพยาบาลเอกชน	12	2.3
ศูนย์สุขภาพชุมชน	2	4.0
ซื้อยามารับประทานเอง	1	0.2

หมายเหตุ : คำถามนี้ตอบได้หลายคำตอบ และมีผู้ตอบว่าไม่เคยเจ็บป่วย จำนวน 11 ราย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในนโยบายสวัสดิการด้านสุขภาพของรัฐ ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 47.5 รองลงมา มีความพึงพอใจในระดับมาก และมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.5 และ 14.0 ตามลำดับ และในด้านหน่วยงานองค์กรที่ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55.3 รองลงมา มีความพึงพอใจในระดับมาก และน้อย คิดเป็นร้อยละ 32.3 และ 6.4 ตามลำดับ ส่วนความก้าวหน้าทางการแพทย์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในความก้าวหน้าทางการแพทย์ในระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.5 รองลงมา มีความพึงพอใจในระดับมาก และปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.7 และ 2.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.11

ตาราง 4.11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความพึงพอใจในการใช้บริการสุขภาพ

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ				
	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	รวม
1.นโยบายสวัสดิการด้านสุขภาพของรัฐ	26 (5.1)	244 (47.5)	172 (33.5)	72 (14.0)	514 (100.0)
2. หน่วยงานองค์กรที่ดูแลผู้สูงอายุ	33 (6.4)	284 (55.3)	166 (32.3)	31 (6.0)	514 (100.0)
3. ความก้าวหน้าทางการแพทย์	2 (0.4)	11 (2.4)	204 (44.7)	239 (52.5)	456 (100.0)

หมายเหตุ : ตัวเลขในเครื่องหมายวงเล็บ คือ ค่าร้อยละ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิธีการดูแลสุขภาพโดยการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 79.8 รองลงมา ดูแลสุขภาพโดยการควบคุมอาหาร และ ทำงานบ้าน นวดแผนโบราณ ทานยาบำรุง คิดเป็นร้อยละ 62.3 และ 3.9 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.12

ตาราง 4.12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามวิธีการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป

วิธีการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การออกกำลังกาย	410	79.8
การควบคุมอาหาร	320	62.3
ทำงานบ้าน นวดแผนโบราณ ทานยาบำรุง	20	3.9

หมายเหตุ : คำถามนี้ตอบได้หลายคำตอบ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพทุกปี คิดเป็นร้อยละ 64.0 รองลงมา นาน ๆ ตรวจ 1 ครั้ง และ ตรวจทุกเดือน คิดเป็นร้อยละ 9.1 และ 7.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.13

ตาราง 4.13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการตรวจสุขภาพ

พฤติกรรมการตรวจสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เคยตรวจ	13	2.5
ตรวจทุกเดือน	39	7.6
ตรวจทุก 2 – 3 เดือน	34	6.6
นาน ๆ ตรวจ 1 ครั้ง	47	9.1
ตรวจบางปี	28	5.5
ตรวจทุกปี	329	64.0
ตรวจเมื่อมีความผิดปกติของร่างกาย	19	3.7
ตามแพทย์นัด	5	1.0
รวม	514	100.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ใช้สวัสดิการของรัฐในการรักษาพยาบาล ถึงร้อยละ 76.5 รองลงมา สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่ออกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และ ผู้สูงอายุเองเป็นผู้ที่ออกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 32.1 และ 13.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.14

ตาราง 4.14 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามผู้ที่ออกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

ผู้ที่ออกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ใช้สวัสดิการของรัฐ	393	76.5
สมาชิกในครอบครัว	165	32.1
ตนเอง	70	13.6
บริษัทประกันชีวิต	10	1.9
ญาติ พี่น้อง	9	1.8
ไม่เคยเจ็บปวดที่ต้องมีค่าใช้จ่าย	3	0.6

หมายเหตุ : คำถามนี้ตอบได้หลายคำตอบ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางสังคมโดยไปวัด คิดเป็นร้อยละ 88.9 รองลงมาเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ และ เข้าร่วมกิจกรรมในหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 83.9 และ 78.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.15

ตาราง 4.15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกิจกรรมทางสังคมที่สนใจเข้าร่วมประจำ

กิจกรรมทางสังคมที่สนใจเข้าร่วมประจำ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไปวัด	457	88.9
ชมรมผู้สูงอายุ	431	83.9
ร่วมกิจกรรมในหมู่บ้าน	402	78.2
การเข้าร่วมประชุม	374	72.8
ชมรมฉาปนกิจสงเคราะห์	348	67.7
กิจกรรมตัวแทนหมู่บ้าน	195	37.9
ไปชมรมกีฬาจังหวัด ไปโบสถ์	2	0.4

หมายเหตุ : คำถามนี้ตอบได้หลายคำตอบ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งทางสังคม หรือ บทบาททางสังคมโดยเป็นสมาชิก คิดเป็นร้อยละ 66.3 รองลงมาเป็นกรรมการ และ เป็นประธานหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 21.4 และ 11.1 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.16

ตาราง 4.16 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตำแหน่งทางสังคม

ตำแหน่งทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สมาชิก	341	66.3
กรรมการ	110	21.4
ประธานหมู่บ้าน	57	11.1
ประธานชมรมผู้สูงอายุ	54	10.5
ต้นแบบ ภูมิปัญญาชาวบ้าน	31	6.0
หัวหน้ากลุ่ม	27	5.3
พ่อหลวง	7	1.4
ประธานชมรมผู้สูงอายุระดับอำเภอ	3	0.6
รองประธานชมรมผู้สูงอายุ	3	0.6
เหรียญกษมรมผู้สูงอายุ	3	0.6
อสม.	2	0.4
อื่นๆ *	15	2.9

หมายเหตุ : คำถามนี้ตอบได้หลายคำตอบ

* อื่นๆ ได้แก่ กรรมการเครดิตยูเนียน, ตัวแทนผู้เก็บเงินฌาปนกิจสงเคราะห์, ที่ปรึกษาชมรมผู้สูงอายุ, ประชาสัมพันธ์ของชมรมผู้สูงอายุ, ประธาน อสม., ประธานกลุ่มคอนกรีตสำเร็จรูป, ประธาน ฌาปนกิจสงเคราะห์, ประธานตำบล, ประธานที่ปรึกษาของวัด และหมู่บ้าน, ประธานประปาหมู่บ้าน, ประปาหมู่บ้าน, ผู้ดูแลงานสัจจของหมู่บ้าน, รองประธานหมู่บ้าน, ผู้ฝึกสอนฟ้อนรำต่าง ๆ, เหรียญกษาปณิกสงเคราะห์ อย่างละ 1 ราย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพอใจในวัฒนธรรมชุมชน และสิ่งแวดล้อมทางสังคมต่อการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.3 รองลงมาพอใจในระดับมาก และมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.8 และ 9.9 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.17

ตาราง 4.17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความพึงพอใจในวัฒนธรรมชุมชน และสิ่งแวดล้อมทางสังคมต่อการสร้างเสริมคุณภาพชีวิต

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	5	1.0
ปานกลาง	279	54.3
มาก	179	34.8
มากที่สุด	51	9.9
รวม	514	100.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าการพึ่งพาผู้อื่นในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.1 รองลงมา มีการพึ่งพาในระดับน้อย และ มาก คิดเป็นร้อยละ 17.9 และ 15.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.18

ตาราง 4.18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดเห็นในการพึ่งพาผู้อื่น

ระดับความคิดเห็นในการพึ่งพาผู้อื่น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	92	17.9
ปานกลาง	304	59.1
มาก	79	15.4
มากที่สุด	39	7.6
รวม	514	100.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสร้างเครือข่ายชุมชน หรือ สังคมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.2 รองลงมาเห็นว่าการสร้างเครือข่ายชุมชนในระดับมาก และมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 29.6 และ 9.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.19

ตาราง 4.19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดเห็นในเรื่องการสร้าง
เครือข่ายชุมชน หรือ สังคมในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น

ระดับการสร้างเครือข่ายชุมชน หรือ สังคม ในการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	23	4.5
ปานกลาง	289	56.2
มาก	152	29.6
มากที่สุด	50	9.7
รวม	514	100.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีหน่วยงานในชุมชน คือ ชมรมผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 87.9 รองลงมา คือ ฌาปนกิจสงเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 73.5 ลำดับสาม คือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ อสม. เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 19.6 ดังตารางที่ 4.20

ตาราง 4.20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามหน่วยงานที่มีในชุมชน

หน่วยงานที่มีในชุมชน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ชมรมผู้สูงอายุ	452	87.9
ฌาปนกิจสงเคราะห์	378	73.5
อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ	101	19.6
อสม.	101	19.6
ศูนย์สงเคราะห์ประจำหมู่บ้าน	67	13.0
อื่น ๆ *	5	0.9

หมายเหตุ : คำถามนี้ตอบได้หลายคำตอบ

* อื่น ๆ ได้แก่ เงินออมเพื่อสวัสดิการ 2 ราย และ เงินสงเคราะห์หมู่บ้าน , ศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุ
สหกรณ์ออมทรัพย์แม่บ้าน อย่างละ 1 ราย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการแสดงบทบาทต่อสังคมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.0 รองลงมา มีการแสดงบทบาทต่อสังคมอยู่ในระดับน้อย และ มาก คิดเป็นร้อยละ 16.0 และ 14.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.21

ตาราง 4.21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการแสดงบทบาทต่อสังคม

ระดับการแสดงบทบาทต่อสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	82	16.0
ปานกลาง	360	70.0
มาก	72	14.0
รวม	514	100.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับรางวัลทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 88.7 และเคยได้รับรางวัลทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 11.3 ดังตารางที่ 4.22

ตาราง 4.22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับรางวัลทางสังคม

การได้รับรางวัลทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เคยได้รับ	456	88.7
เคยได้รับ	58	11.3
รวม	503	100.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเนื่องจากคลายความเหงา คิดเป็นร้อยละ 61.7 รองลงมา ต้องการให้ชุมชนเกิดการพัฒนา และ มีเวลาว่าง คิดเป็นร้อยละ 49.0 และ 46.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.23

ตาราง 4.23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสาเหตุในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

สาเหตุในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คลายความเหงา	317	61.7
ต้องการให้ชุมชนเกิดการพัฒนา	252	49.0
มีเวลาว่าง	240	46.7
ต้องการความมั่นคงทางด้านจิตใจ	181	35.2
ต้องการการยอมรับจากเพื่อนร่วมวัย	177	34.4
ต้องการพึ่งพาผู้อื่น	131	25.5
มีความสุข	130	25.3
ต้องการแสดงความสามารถส่วนบุคคล	82	16.0
ต้องการการยอมรับจากสังคมอื่น ๆ	71	13.8
เพิ่มความสามัคคี	11	2.1
คลายเครียด	7	1.4
ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	6	1.2
แลกเปลี่ยนประสบการณ์	6	1.2

หมายเหตุ: คำถามนี้ตอบได้หลายคำตอบ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัดส่วนการให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนและสังคมปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.5 รองลงมามีสัดส่วนการให้ความร่วมมือมาก และ น้อย คิดเป็นร้อยละ 38.5 และ 5.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.24

ตาราง 4.24 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสัดส่วนการให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนและสังคม

สัดส่วนการให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนและสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	26	5.0
ปานกลาง	290	56.5
มาก	198	38.5
รวม	514	100.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสุขต่อคุณภาพชีวิตในปัจจุบันระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.9 รองลงมาอยู่ในระดับมาก และมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.7 และ 6.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.25

ตาราง 4.25 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความสุขต่อคุณภาพชีวิตในปัจจุบัน

ระดับความสุขต่อคุณภาพชีวิตในปัจจุบัน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	9	1.8
ปานกลาง	349	67.9
มาก	122	23.7
มากที่สุด	34	6.6
รวม	514	100.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกนอนหลับเป็นกิจกรรมที่พักผ่อน คิดเป็นร้อยละ 72.0 รองลงมาสนทนากับเพื่อนร่วมวัย และสนทนาธรรม คิดเป็นร้อยละ 70.2 และ 38.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.26

ตาราง 4.26 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกิจกรรมที่เลือกพักผ่อน

กิจกรรมที่เลือกพักผ่อน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
นอนหลับ	370	72.0
สนทนากับเพื่อนร่วมวัย	361	70.2
สนทนาธรรม	197	38.3
ดูโทรทัศน์	117	22.8
ฟังวิทยุ	110	21.4
อ่านหนังสือ	100	19.4

หมายเหตุ : คำถามนี้ตอบได้หลายคำตอบ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการได้รับการยกย่องหรือยอมรับจากคนในชุมชนและสังคมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.5 รองลงมาต้องการได้รับการยกย่องหรือยอมรับในระดับมาก และในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 27.4 และ 3.1 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.27

ตาราง 4.27 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการได้รับการยกย่องหรือยอมรับจากคนในชุมชนและสังคม

ระดับการได้รับการยกย่องหรือยอมรับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	16	3.1
ปานกลาง	357	69.5
มาก	141	27.4

รวม	514	100.0
-----	-----	-------

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าการไม่มีรายได้ หรือ มีรายได้น้อยเป็นอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต คิดเป็นร้อยละ 77.8 รองลงมาได้แก่ ขาดงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ และ ปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชน คิดเป็นร้อยละ 51.6 และ 51.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.28

ตาราง 4.28 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

อุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีรายได้ หรือ รายได้น้อย	400	77.8
ขาดงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ	265	51.6
ปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชน	264	51.4
การรวมกลุ่มทางสังคมของชุมชนน้อย	183	35.6
ขาดการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว	68	13.2
มีปัญหาด้านสังคมชุมชน	32	6.2
ไม่ได้รับการยอมรับหรือยกย่องจากสังคม	26	5.1
อื่นๆ ได้แก่ น้ำไม่พอใช้ มีร้านค้าราอิกะเสียงดัง บ้านข้างเคียงเสียงดัง มีสัตว์เลี้ยงส่งเสียงรบกวน	7	1.4

หมายเหตุ : คำถามนี้ตอบได้หลายคำตอบ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นเป็นผลจากการเข้าถึงสวัสดิการสังคมจากหน่วยงานภาครัฐในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.2 รองลงมาอยู่ในระดับมาก และในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 23.5 และ 11.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.29

ตาราง 4.29 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นจากการเข้าถึงสวัสดิการสังคมจากหน่วยงานภาครัฐ

ระดับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	59	11.5
ปานกลาง	294	57.2
มาก	121	23.5
มากที่สุด	40	7.8
รวม	514	100.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าต้องการการสนับสนุนจากภาครัฐในการเพิ่มเบี้ยยังชีพถึงร้อยละ 90.6 รองลงมา คือการจัดตั้งงบประมาณให้แก่ชมรมผู้สูงอายุ และ เพิ่มงาน เพิ่มรายได้แก่ผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 65.8 และ 54.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.30

ตาราง 4.30 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความต้องการการสนับสนุนจากภาครัฐ

ความต้องการการสนับสนุนจากภาครัฐ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพิ่มเบี้ยยังชีพ	466	90.6
จัดตั้งงบประมาณชมรมให้แก่ผู้สูงอายุ	339	65.8
เพิ่มงาน เพิ่มรายได้แก่ผู้สูงอายุ	281	54.7
มีกองทุนผู้สูงอายุในชุมชน	213	41.4
จัดตั้งหน่วยรักษาความปลอดภัยของชุมชน	105	20.4
สงเคราะห์ที่อยู่อาศัยแก่ผู้ยากไร้ ขาดญาติ	141	27.4
จัดตั้งชมรมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	158	30.7
จัดตั้งสหกรณ์ผู้สูงอายุในชุมชน	136	26.5
จัดตั้งตลาดย่อยในหมู่บ้าน	34	6.6
จัดตั้งศูนย์สารสนเทศในหมู่บ้าน	74	14.4

หมายเหตุ : คำถามนี้ตอบได้หลายคำตอบ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าข้อดีของสวัสดิการสังคม คือ ทำให้มีสุขภาพจิต สุขภาพกาย ดีขึ้น ถึงร้อยละ 86.6 รองลงมา มีกิจกรรมและเครือข่ายทางสังคมมากขึ้น และสิ่งแวดล้อมในชุมชน ดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 54.9 และ 37.9 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.31

ตาราง 4.31 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อดีของสวัสดิการสังคมที่ได้รับประโยชน์

ข้อดีของสวัสดิการสังคมที่ได้รับประโยชน์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีสุขภาพจิต สุขภาพกาย ดีขึ้น	445	86.6
มีกิจกรรมและเครือข่ายทางสังคมมากขึ้น	282	54.9
สิ่งแวดล้อมในชุมชนดีขึ้น	195	37.9

หมายเหตุ : คำถามนี้ตอบได้หลายคำตอบ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการเบี้ยยังชีพเพิ่มเป็น 1,000 – 1,500 บาท คิดเป็นร้อยละ 96.8 และต้องการเบี้ยยังชีพเพิ่มเป็น 1,501 – 3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 3.2 ดังตารางที่ 4.32

ตาราง 4.32 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความต้องการเบี้ยยังชีพเพิ่ม

จำนวนเงินเบี้ยยังชีพที่ต้องการเพิ่ม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1,000 – 1,500 บาท	451	96.8
1,501 – 3,000 บาท	15	3.2
รวม	466	100.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการจำนวนเงินจัดตั้งงบประมาณชมรมผู้สูงอายุ 25,001 – 50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.7 รองลงมาอยู่ในช่วง 10,001 – 25,000 บาท และ น้อยกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.6 และ 13.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.33

ตาราง 4.33 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนเงินงบประมาณของชมรมผู้สูงอายุที่ต้องการ

จำนวนเงินงบประมาณของชมรมผู้สูงอายุที่ต้องการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อยกว่า 10,000 บาท	46	13.6
เป็น 10,001 – 25,000 บาท	114	33.6
เป็น 25,001 – 50,000 บาท	172	50.7
มากกว่า 50,000 บาท	7	2.1
รวม	339	100.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าผู้สูงอายุล้านนามีระดับคุณภาพ อยู่ดีมีสุข ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 76.9 รองลงมาอยู่ในระดับมาก และมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15.3 และ 3.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.34

ตาราง 4.34 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความคิดเห็นในประเด็นการมีระดับคุณภาพอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุล้านนา

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
น้อย	17	3.4

ปานกลาง	387	76.9
มาก	77	15.3
มากที่สุด	22	4.4
รวม	503	100.0

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุชาวล้านนา

กลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่างมาจากเขตพื้นที่ของอำเภอสันทรายเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือ อำเภอแมริม และอำเภอพร้าว ตามลำดับ เฉพาะส่วนข้อมูลในเขตพื้นที่อำเภอสันทราย พบว่า มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 12,500 คน จัดระเบียบตามระเบียบของสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยของจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีข้อมูลพื้นฐานของชุมชนทั้งหมดจำนวน 125 หมู่บ้าน 12 ตำบล และมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 126 ชมรม มีสาธารณสุขพื้นฐานหลายแห่ง ได้แก่ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพ มีสถานีนามัยทั้งหมด 14 แห่ง ซึ่งมีบทบาทหน้าที่เป็นศูนย์ส่งเสริมสุขภาพพร้อมด้วย มีโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 แห่ง ประกอบด้วยแพทย์ชุมชนอีกจำนวน 2 แห่ง ได้แก่ สถานีนามัยบ้านท่อ ตั้งอยู่ในเขตสันทรายหลวง และสถานีนามัยร่มหลวง ตั้งอยู่ในเขตตำบลแม่แฝก มีแพทย์ประจำอยู่ 1 คน ส่วนงบประมาณในกิจกรรมชมรมได้รับการจัดสรรจาก องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เทศบาลตำบล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล มีสมาคมฉนวนกีสงเคราะห์เกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ รวมถึงการสงเคราะห์ช่วยเหลือกรณีเกิดภัยพิบัติต่างๆ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ

มีสถานภาพเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน และในแต่ละหมู่บ้านจะมีศาลาหมู่บ้าน เป็นแหล่งศูนย์รวมการประกอบกิจกรรมของสมาชิกภายในชุมชน

ลักษณะทางภูมิศาสตร์ของชุมชนแต่ละแห่งมักตั้งอยู่ในเขตชุมชนชนบทกึ่งเมืองซึ่งมีความแตกต่างตามสภาพแวดล้อมของชุมชน บางแห่งเป็นพื้นที่ทางการเกษตร บางแห่งอยู่ในย่านบริเวณโรงงานอุตสาหกรรม หรือ การสัญจรที่ค่อนข้างคับคั่งไปด้วยยานพาหนะต่างๆ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีสมาชิกบุตรหลานคอยดูแล ในอดีตเคยประกอบอาชีพเกษตรกร ทำไร่ ทำนา ทำสวน ใช้ร่างกายมาอย่างสมบุกสมบัน และมีอาชีพรับจ้างทั่วไปมาก่อน จากด้วยความเสื่อมถอยของวัยที่เพิ่มขึ้นทุกปี ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพหลายประการ อาทิเช่น เหนื่อยง่าย หอบ พลังกำลังในการทำงานลดลง ขาดความคล่องแคล่วในการเคลื่อนไหว มีโรคประจำตัว เป็นต้น กลายเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดังเดิม อาจกล่าวว่ เป็นการปลดเกษียณอาชีพไปโดยธรรมชาติของวัย ดังการให้ข้อมูลของผู้สูงอายุ รายหนึ่งดังนี้

“ปลดสังเวียนละ (หัวเราะ) อยู่บ้านปลูกผัก ปลูกหยั่งฟองปลูกผักกาด ปลูกบวบถั่ว อยู่บ้านน่ะกะ แกะ บำม่วงหิมพานต์ บำได้ทำหยั่งสักอย่าง บำมีไผ่จำหละ (หัวเราะ) ไปกบ่าได้หละ แข่งขาบ่าดี (หัวเราะ) ต่หมู่นำนาเป็นกมีอยู่อันตีหมูไปได้กไปได้ หมูตีไปได้กไปได้เจ้า ลูกหลานเป็นเลี้ยง ตักอย่างอันบมีตักบได้หยั่งนมีกะ (หัวเราะ) ตักบ่าลื้อบตื้อบตื้อบ (หัวเราะ)”

ฐานะทางเศรษฐกิจในการดำรงชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มาจากรายได้ 2 ส่วน กล่าวคือ รายได้หลักที่มาจากสมาชิกในครอบครัวจนเจือตามฐานะทางเศรษฐกิจและดูแลตามอัตราภาพของบุตรหลาน ถึงแม้ว่าจะได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวบางส่วน ก็ไม่อาจพึ่งพิงได้ทั้งหมดเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมีภาระที่ต้องรับผิดชอบส่วนอื่น ความเป็นไปได้ผู้สูงอายุ มักจะหากิจกรรมเพื่อเป็นรายได้เสริมเล็กน้อย อาทิ การปลูกพืชผักสวนครัว รั้วกินได้ขาย ในขณะเดียวกัน ก็มีการแบ่งปันกันหมู่บ้านกับสมาชิกในชุมชน การรวมกลุ่มกับเพื่อนๆร่วมวัย ประกอบผลิตภัณฑ์อาชีพประเภทเบาแรงของชมรมผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้าน เช่น การทำตุ๊กตดอกไม้จันทน์ การทำมะรุ้มแคปซูล การทำยาหม่องน้ำ ฯลฯ หรือยังคงประกอบอาชีพเล็กน้อยๆ ตามสภาพร่างกายที่จะเอื้ออำนวย บางคนยังแข็งแรงอยู่ก็รับจ้างทำนา ด้วยเหตุผลทางด้านเศรษฐกิจที่ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต และต้องการลดการพึ่งพาบุตรหลาน พร้อมทั้งเพิ่มคุณค่าให้แก่ตนเอง ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่พักอาศัยและใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังมักพบเป็นจำนวนน้อย

เนื่องด้วยสาเหตุปัจจัยคุ้มครองเสียชีวิต บุตรหลานไปทำงานต่างจังหวัด ไม่มีบุตรหลาน มีสถานภาพโสด หรือ อื่นๆที่เกี่ยวข้องเช่นนี้ จึงจำเป็นอย่างยี่งที่จะต้องผืนร่างกายหาเลี้ยงชีพด้วยตนเอง ไม่สามารถพึ่งพาผู้อื่นได้มากนัก ทั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีรายได้ ไม่แตกต่างกัน และส่วนที่สอง รายได้หลักมาจากการได้รับเบี้ยยังชีพ จำนวน 500 บาทต่อเดือนจากสวัสดิการทางสังคมของภาครัฐ ส่วนหนึ่งผู้สูงอายุที่เข้าหลักเกณฑ์ในรุ่นก่อนจะได้รับเบี้ยยังชีพตลอดชีพ ในทางตรงกันข้าม อีกกลุ่มหนึ่งที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการขึ้นทะเบียนในรุ่นหลัง มีระยะเวลาสิ้นสุดการได้รับเบี้ยยังชีพเป็นช่วงๆในรอบปีงบประมาณ ดังนั้น ต้องรอนงบประมาณจากภาครัฐเพื่อเบิกจ่ายซึ่งยังคงมีทิศทางและแนวโน้มของรายได้ส่วนนี้ที่ไม่แน่นอน ถึงแม้ว่าจะเป็นจำนวนน้อยไม่สอดคล้องกับสภาวะทางเศรษฐกิจในปัจจุบัน แต่ก็ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขดีขึ้นในระดับหนึ่ง

ภายหลังจากการปฏิบัติการกิจในช่วงเช้าตรู่ของแต่ละวัน การใช้เวลาว่างของผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบว่า มักจะดำเนินชีวิตอยู่บ้านตามลำพังในเวลากลางวัน บ้างก็เลี้ยงหลานทำงานบ้าน ทำความสะอาดรอบบ้านเล็กๆน้อยๆโดยทั่วไป เช่น การกวาดใบไม้ใบหญ้า ใบลำไย ใบมะม่วง การเผาขยะ เป็นต้น ส่วนสมาชิกในครอบครัวต่างออกไปปฏิบัติหน้าที่ต่างๆในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ไปทำงาน เรียนหนังสือ เป็นต้น มีการออกไปพบปะกับสมาชิกคนอื่นๆบ้าง อาทิ การเข้าชมรม การช่วยงานประกอบกิจกรรมทางศาสนาและประเพณีในหมู่บ้านและละแวกใกล้เคียง นอกจากนั้น ยังใช้เวลาในการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคมในชุมชน หมู่บ้าน วัด หรือ หมู่บ้านละแวกใกล้เคียง เช่น งานศพ งานปอยของหมู่บ้าน กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศาสนา วัฒนธรรม ประเพณีต่างๆ เป็นต้น ซึ่งช่วยให้สามารถผ่อนคลายความเหงาจากการพบปะสมาชิกเพื่อนร่วมวัยได้เป็นอย่างดี และยังเป็นการสืบสานวัฒนธรรมประเพณีล้านนาให้คงอยู่สืบต่อไป ส่วนสัมพันธ์ภาพทางสังคมในชุมชน หรือหมู่บ้าน พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันจะมีความสัมพันธ์ทางสังคมในลักษณะใกล้ชิดผูกพัน รู้จักคุ้นเคยกันทุกครัวเรือนท่ามกลางวิถีชีวิตแบบชนบท

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบประมาณ ร้อยละ 70 มีปัญหาสุขภาพหลายประการ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคเข่าข้อ เก๊าท์ ปัญหาทางสายตา เป็นต้น การเข้ารับการตรวจสุขภาพในเบื้องต้น จะไปรับบริการตรวจรักษาตามสถานอนามัยใกล้บ้าน หรือในชุมชนซึ่งโดยปกติจะมีแพทย์ตรวจประจำเป็นบางวันที่เกี่ยวเนื่องกับโรคเฉพาะ เช่น โรคความดันโลหิตสูง คลินิกเบาหวาน หรือ ให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามขั้นตอนและระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข กรณีที่ผู้สูงอายุมี

อาการของความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นจะมีกระบวนการส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลประจำจังหวัด และ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามลำดับ

ส่วนการบริโภคอาหารนั้น ผู้สูงอายุมักมีวิธีการประกอบอาหารเหินตามรูปแบบวัฒนธรรมชุมชนดั้งเดิม หรือตามสภาพของท้องถิ่น เป็นส่วนใหญ่ อาทิ แกงคั่วแค แกงขนุน น้ำพริกมะเขือส้ม ข้าวเหนียว ฯลฯ และมีการปลูกผักพื้นบ้านในท้องถิ่นโดยทั่วไป มีการซื้อผักบางชนิด ซึ่งมีราคาค่อนข้างถูก และมีปริมาณมากเพียงพอประกอบอาหารในแต่ละมื้อ อาทิ มะเขือยาวมัดละ 5 บาท ผักป๋มมัดละ 5 บาท เป็นต้น เหล่านี้จะมีราคาค่อนข้างถูก นอกจากนั้น ยังใช้ชีวิตผูกพันกับประเพณีวัฒนธรรมล้านนา และมักจะอุทิศเวลาเพื่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา

2.2 ผลจากการได้รับสวัสดิการทางสังคมและการดำเนินงานจากหน่วยงานภาครัฐ ด้านเศรษฐกิจ ด้านวัฒนธรรมประเพณี ด้านการเกื้อหนุนจากครอบครัว และด้านพฤติกรรมสุขภาพที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวล้านนา จังหวัดเชียงใหม่

จากการศึกษาข้อมูลจะได้นำเสนอการวิเคราะห์ในแต่ละประเด็นตามลำดับดังต่อไปนี้

2.2.1 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจากการได้รับสวัสดิการทางสังคมและการดำเนินงานจากหน่วยงานภาครัฐ

นับตั้งแต่การก้าวเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 หลายประเทศพบปัญหาของการมีวิกฤตการณ์ประชากรผู้สูงอายุ ดัชนีชี้บ่งภาวะวิกฤตนี้คือ ภาวะประชากรผู้สูงอายุ หรือ การมีสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไปเกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด และความเร็ว หรือเวลาที่ใช้ในการเพิ่มประชากรสูงอายุเป็นสองเท่าตัว (จากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14) คาดว่าประเทศสิงคโปร์และประเทศไทย จะเข้าสู่ภาวะวิกฤตนี้ในปี ค.ศ.2020 ประเทศไทยจะมี ประชากรผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) เพิ่มจากร้อยละ 7 ในปีค.ศ.1987 เป็นร้อยละ 14 ราวปี ค.ศ.2017 หรือใช้เวลา 32 ปี ในการเพิ่มเป็น 2 เท่า เมื่อเทียบระยะเวลาในการเพิ่มประชากรสูงอายุของประเทศไทยกับประเทศอังกฤษที่ใช้ฐานข้อมูลประชากร 60 ปีขึ้นไป วิกฤตสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยดูจะหนักขึ้นอีก เมื่อได้ภาพว่าการเพิ่มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเป็นสองเท่าอย่างประเทศไทยเผชิญอยู่นี้ ประเทศอังกฤษใช้เวลานานถึงกว่า 100 ปี (ค.ศ. 1835-1942 หรือ 107 ปี) หรือนานกว่าประเทศไทยถึง 3 เท่า ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยไม่เพียงแต่จะเข้าภาวะวิกฤตในไม่ช้านี้ แต่ยังมีเวลาที่สั้นมากในการเตรียมการรับมือกับการขยายตัวอย่างมากของภาวะวิกฤตการณ์ผู้สูงอายุด้วย แม้ว่าประเทศไทยจะเผชิญกับภาวะประชากรสูงอายุนี้อันหลังสุด แต่ก็เกินไปในอัตราที่เร็วมาก และ

มีแนวโน้มจะเกิดวิกฤตมากขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน เมื่อสถานการณ์และแนวโน้มในทิศทางเช่นนี้ จุดร่วมของแนวคิดการมองผู้สูงอายุของหลายประเทศจะมุ่งเน้นการพัฒนาในมิติของคุณภาพชีวิต (quality of life) ความผาสุก (well-being) สถานะสุขภาพ หรือ สุขภาวะ (health) ทำให้เห็นว่า มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดเดิมจากความเจ็บป่วย (illness model) ไปสู่แนวคิดสุขภาวะโดยรวม (health model) แม้มิติที่ทุกประเทศมองผู้สูงอายุจะเหมือนกันแต่องค์ประกอบและดัชนีชี้วัดของแต่ละประเทศยังหลากหลายแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละประเทศ แต่มีจุดร่วมหลักใน 2 ด้าน คือ 1) ด้านประชากรผู้สูงอายุ เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม วิถีชีวิตผู้สูงอายุ และการเกื้อหนุนของครอบครัวและชุมชน การเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ และ active and productive aging และ 2) ด้านภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการใช้บริการสุขภาพ (วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และคณะ 2545)

และเพื่อจัดเตรียมความพร้อมในการรองรับปัญหาผู้สูงอายุที่จะเกิดขึ้น รัฐบาลจึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมในเชิงนโยบายหลายเรื่อง ได้แก่ การสร้างหลักประกันด้านรายได้ ยามชราภาพ การสร้างระบบเพื่อสนับสนุนการดูแลระยะยาว เช่น การรักษาพยาบาล หรือการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (long term care) เป็นต้น ดังเช่น มีการประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีในราชกิจจานุเบกษา เรื่อง กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ตามความในมาตรา 11 มาตรา 23 และมาตรา 24 แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 นายกรัฐมนตรีในสมัยของพันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ ออกประกาศกำหนดให้หน่วยงานเป็นผู้มีอำนาจรับผิดชอบโดยให้รัฐมนตรีผู้รับผิดชอบประกาศกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการคุ้มครอง ส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุในเรื่องต่างๆซึ่งในงานวิจัยนี้จะขอลำถึงหน่วยงานหลักที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. ให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบร่วมกับหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ เรื่อง การบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษตามมาตรา 11(1) นอกจากนั้นยังมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนไทย

2. ให้กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงวัฒนธรรม เป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบร่วมกับหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ เรื่องการศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตตามมาตรา 11(2)

3. ให้กระทรวงแรงงาน เป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบร่วมกับหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการ เรื่อง การประกอบอาชีพ หรือฝึกอาชีพที่เหมาะสมตามมาตรา 11 (3)

4. ให้กระทรวงคมนาคม เป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบร่วมกับหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการเรื่อง การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุใน ยานพาหนะ และการช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสมตามมาตรา 11(5) และ (6)

5. ให้กระทรวงยุติธรรม เป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบร่วมกับหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการ เรื่อง การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในคดีตามมาตรา 11 (9)

6. ให้กระทรวงมหาดไทย เป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบร่วมกับหน่วยงานของรัฐที่ เกี่ยวข้องในการดำเนินการ 2 เรื่อง ได้แก่ การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ตามมาตรา 11 (5) และ การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็น อย่างทั่วถึงและเป็นธรรมตามมาตรา 11 (11)

7. ให้กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา เป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบร่วมกับหน่วยงานของ รัฐที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ เรื่อง การจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกสถานที่ท่องเที่ยว และ การจัดกิจกรรมกีฬาและนันทนาการตามมาตรา 11 (13)

8. ให้กระทรวงวัฒนธรรม เป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบร่วมกับหน่วยงานของรัฐที่ เกี่ยวข้องในการดำเนินการ เรื่อง การจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกด้านพิพิธภัณฑ์ โบราณสถาน หอจดหมายเหตุ ฯ และการจัดกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรมตามมาตรา 11 (13)

9. ให้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบ ร่วมกับหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ เรื่อง 1.การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วม ในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่าย หรือชุมชนตามมาตรา 11(4) 2.การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในการบริการสาธารณะอื่นตามมาตรา 11 (5) 3. การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือ ถูกแสวงหาประโยชน์โดย มิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้งตามมาตรา 11 (8) 4. การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่น ที่เกี่ยวข้องในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัวตามมาตรา 11 (9) 5. การจัดหาที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงตามมาตรา 11 (10) 6. และการสงเคราะห์ในการ จัดการศพตามประเพณี ตามมาตรา 11 (12)

นอกจากนั้น นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุรัฐบาลสมัยที่ท่านนายกอานันท์ ปันยารชุน เป็นนายกรัฐมนตรี ได้กำหนดนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุ ระยะยาว (พ.ศ.2535-2554) ให้ผู้สูงอายุได้รับบริการพื้นฐานด้านต่างๆ อย่างกว้างขวางและทั่วถึงโดย สนับสนุนให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น จัดสวัสดิการสังคมและให้การสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ตามความต้องการและความจำเป็น มาตรการ จัดสวัสดิการทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้าน ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ การบันเทิง และการพักผ่อน หย่อนใจเพื่อวางระบบเครือข่ายพลังทางสังคมของผู้สูงอายุให้เข้มแข็ง ขึ้น และสามารถจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาสังคมของผู้สูงอายุได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น เหล่านี้ หากวิเคราะห์ในประเด็นกลไกขับเคลื่อน ปรากฏชัดเจนว่ายุทธศาสตร์สามเหลี่ยมของไทย ยังไม่สามารถเชื่อมโยงเขาของงานด้านผู้สูงอายุได้ ด้วยยังมีจุดอ่อนด้านกลไกขับเคลื่อนโดยเฉพาะ กลไกกลาง และกลไกการเมือง ยังขาดประสิทธิภาพ แม้กลไกวิชาการจะมีความเข้มแข็ง และกลไก สังคมเริ่มมีพลังขับเคลื่อน แต่ยังไม่เพียงพอที่จะประสานให้เกิดการขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพได้ การปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงต่างๆ ในขณะนี้ กลับมีแนวโน้มแยกส่วนงานด้านผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งจะทำให้งานด้านผู้สูงอายุยังเป็นการฝักหรืองานแฝงต่อไป และ อาจเกิดความชะงักงันของ งานด้านผู้สูงอายุอย่างมากอีก เมื่อเปรียบเทียบกับอีกหลายประเทศ อาทิ ประเทศออสเตรเลีย อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา ทุกกลไกต่างมีความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนสามเหลี่ยมทุกด้าน โดยมีกลไกการเมืองเป็นแรงผลักดันที่สำคัญ ส่วนประเทศญี่ปุ่นมีกลไกสังคมของหน่วยงาน ภาครัฐเป็นกลไกหลักที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนที่รวดเร็วทันการณ์ แต่ประเทศสิงคโปร์มีการแยก กระทรวงที่รับผิดชอบหลากหลาย จึงต้องอาศัยกลไกกลาง คือ Inter-Ministerial Committee (IMC) on the aging population เป็นกลไกหลักที่สำคัญ ร่วมกับกลไกอื่นที่เข้มแข็งทำให้งานด้าน ผู้สูงอายุขับเคลื่อนได้เร็ว เมื่อพิจารณาในส่วนประเทศไทยแล้ว ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นตรงกันว่า ต้องการกลไกกลางที่มีประสิทธิภาพ ที่จะทำให้นโยบายและแผนงานที่มีอยู่ นำสู่การปฏิบัติได้จริง อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุในประเทศไทยก็มีหลักการประกันความชราภาพมากกว่ากลุ่มอื่น

และจากการศึกษาผลงานวิจัยเรื่อง แนวทางและมาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับสวัสดิการ ผู้สูงอายุในประเทศไทย ของ ช.ชยรินทร์ เพ็ชรญีไพศิษฐ์ (2544) สะท้อนความคิดว่า แนวคิดและ ความเป็นมาเกี่ยวกับสิทธิผู้สูงอายุในประเทศไทย อิงอยู่กับวัฒนธรรมและจารีตประเพณีเป็น สำคัญ และบัญญัติอยู่ในกฎหมายบางส่วน และเริ่มชัดเจนในแนวนโยบายของรัฐ รัฐธรรมนูญ ตลอดจนระเบียบและกฎเกณฑ์ต่างๆ แต่ยังไม่มีความหมายผู้สูงอายุซึ่งบัญญัติรับรองสิทธิโดยเฉพาะ

รูปแบบและการจัดองค์กรในการบังคับใช้กฎหมายในประเทศไทย รัฐควรเน้นถึงการแก้ไขปัญหาการจัดสรรและการใช้งบประมาณให้เพียงพอ กำหนดนโยบายในการจัดสวัสดิการแก่ผู้สูงอายุในทิศทางที่ชัดเจนให้เกิดความหลากหลายและเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุที่มีพื้นฐานที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม ควรจัดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 2 ประเภทคือ ประเภทที่ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ หรือยากไร้ และประเภทที่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ โดยมีรูปแบบการจัดสวัสดิการที่แตกต่างกัน กำหนดนโยบายแห่งชาติ จัดตั้งองค์กรที่มีหน้าที่กำกับดูแลในระดับประเทศและท้องถิ่น ยกย่องความสำคัญของสภาผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุ สนับสนุนให้องค์กรเอกชนมีส่วนร่วมในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ และกำหนดให้ชุมชนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนวิริยะ สว่างโชติ (2550) ได้แสดงทัศนะว่า สิ่ง que เพิ่มเข้ามาในโครงสร้างของคุณภาพชีวิตมี 5 ประเด็นที่ผ่านมา คือ ระดับทักษะของแต่ละบุคคล ผ่านการกระทำทางชุมชน และการให้บริการสาธารณสุข ครอบคลุมถึงสภาพแวดล้อม นโยบาย และที่เกี่ยวข้องกับระบบนิเวศ

จากประมวลแนวนโยบายของรัฐ และบทบาทของแต่ละกระทรวงที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตจังหวัดเชียงใหม่โดยองค์รวมจะ พบว่า มี องค์กรหลักซึ่งมีบทบาทการทำงานอย่างเด่นชัดและเป็นรูปธรรมมากที่สุดต่อการผลักดันให้เกิดการบริหารจัดการระบบพัฒนาและส่งเสริมในด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบบสมบูรณาญาสิทธิราชมาเป็น การปกครองในระบบประชาธิปไตยเมื่อวันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ.2475 จากแนวคิดเรื่องการกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ประชาชน และจากมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2542 ได้บัญญัติถึงอำนาจและหน้าที่ของเทศบาลตำบลในการพัฒนาพื้นที่ และโดยเฉพาะมาตรา 50 (7)ของกฎหมายเทศบาล และมาตรา 16 (10)ได้กล่าวถึงการทำหน้าที่ของเทศบาลตำบลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคมสงเคราะห์ให้แก่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ว่า เทศบาลตำบลมีหน้าที่ที่ต้องทำในการส่งเสริมและพัฒนา กลุ่มสตรี เด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ และผู้พิการ ทั้งนี้ย่อมมีเป้าหมายสำคัญอยู่มีประชาชน หรือกลุ่มเป้าหมายที่มาใช้บริการตามที่ได้ปรากฏอยู่ในพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546 (พงษ์ไพบูลย์ ศิลาวราเวทย์ และ ทิฆัมพร คุ่มวงศ์ 2549) ปัจจุบันแบ่งโครงสร้างหน่วยงานย่อยที่สำคัญส่วนหนึ่ง คือ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่ (อบจ.) เทศบาลตำบล และ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานเทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) สังกัดกระทรวงมหาดไทยซึ่งเป็นองค์กรที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ชุมชน ที่มีหน้าที่

บริหารจัดการชุมชนบนพื้นฐานแนวคิดชุมชน (community - based) เนื่องจากมีความใกล้ชิด ความเข้าใจพื้นฐานทางสังคม และ สภาพปัญหาที่แตกต่างของบริบททางชุมชนแต่ละแห่งในการ อำนวยประโยชน์สุขแก่ท้องถิ่นได้ดี สามารถตอบสนองความต้องการของคนในพื้นที่และผู้สูงอายุ ได้มากกว่าหน่วยงานอื่น โดยมีการประสานการทำงานร่วมกับที่หน่วยงานอื่นๆทุกภาคส่วนทั้ง ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค อาทิ ที่ว่าการอำเภอ ศาลากลางจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีหน่วยงาน ระดับจังหวัดเชียงใหม่เป็น ผู้ขับเคลื่อนการทำงานส่วนต่างๆ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานท้องถิ่นอำเภอสันทราย สำนักงานส่งเสริมการ ปกครองท้องถิ่น สถานีกาชาด ที่ 3 เชียงใหม่ สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และองค์กรภาคีเครือข่าย เป็นต้น ทั้งนี้องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีหน้าที่รับผิดชอบในการเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุ และมีแผนการจัดให้มีสิ่ง อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุและคนพิการในพื้นที่สาธารณะเพื่อการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์ ได้ โดยให้เป็นไปตามกฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการ หรือ หุพพลภาพและคนชรา พ.ศ.2548 อาทิ ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ และคนพิการในอาคาร สำนักงาน ตลาดสด หรือสถานที่สาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทางเดินลาดพร้อมราวบันได สำหรับคนพิการและผู้สูงอายุในอาคารสถานที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

ในทางปฏิบัติกลับพบว่า หน่วยงานดังกล่าวยังคงมีการดำเนินการในส่วนนี้น้อยมาก พบเห็นได้บางเทศบาลตำบลเท่านั้นที่มีการดำเนินการจริง และเนื่องด้วยมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2550 เรื่อง นโยบายด้านการคุ้มครองสถานภาพผู้สูงอายุ โดยการขยายผล การดำเนินงานโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) กำหนดเป็นนโยบายด้านผู้สูงอายุ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นองค์กรหลักในการดำเนินงานร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมในท้องถิ่น และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็น หน่วยงานสนับสนุนด้านวิชาการเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสังคมและคนรอบข้าง มากยิ่งขึ้น นโยบายดังกล่าวนี้ ในหลายพื้นที่ที่ศึกษาก็ยังไม่ปรากฏให้มีการดำเนินงานเป็นรูปธรรม อย่างแท้จริง ยังคงมีปัญหาในด้านความล่าช้าในเชิงปฏิบัติ หรือเป็นโครงการที่บรรจุอยู่ในระหว่าง การดำเนินการของแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาในรอบ 3 ปี เพื่อรอดำเนินการต่อไป เท่าที่ประเมิน ในแต่ละชุมชนในรอบปี 2553 นี้ มีเพียงแต่อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งทำหน้าที่ดูแลใน หลายส่วนรวมถึงการเกี่ยวเนื่องกับผู้สูงอายุด้วยเท่านั้น มิได้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ในชุมชน หรือหมู่บ้านเพื่อทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง คาดการณ์ว่าอาจมีการ ดำเนินการเพื่อผลักดันให้มีการการทำงานเป็นรูปธรรมจริงต่อไป

ปัจจัยสำคัญของการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะก่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนในทุกมิติโดยเฉพาะส่วนงานคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีผลมาจากการได้รับอิทธิพลจาก 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านงบประมาณที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับการจัดสรรในรอบปีงบประมาณในสัดส่วนที่มากน้อยแตกต่างกันออกไป อาทิ บางแห่งได้รับงบประมาณในแต่ละรอบปีเป็นจำนวน 100 ล้านบาทขึ้นไป หรือบางแห่งมีจำนวนน้อยกว่าหลายเท่า เป็นต้น โดยมีข้อได้เปรียบเสียเปรียบในด้านอาณาเขตพื้นที่การปกครอง หรือ สัดส่วนจำนวนประชากร หรือ องค์ประกอบอื่นๆที่เป็นเกณฑ์พิจารณา่วมในการการจัดสรรงบประมาณของภาครัฐ สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งซึ่งมีความผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่จะได้รับโอกาสในการพัฒนาแตกต่างกันในแต่ละเขตพื้นที่ นั่นคือ แนวคิดในเชิงการบริหารงานของนายกเทศมนตรี หรือ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ที่มีต่องบประมาณที่ได้รับการจัดสรรแล้วให้น้ำหนักหรือจัดลำดับความสำคัญในการนำงบประมาณไปใช้ประโยชน์ตามหลักการบริหารงานในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแตกต่างกัน ถึงแม้ว่า หน่วยงานดังกล่าวนี้จะ ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาชุมชนในรอบ 3 ปี ก็จะมีการลดทอนอัตราส่วนในการได้รับการจัดสรรงบประมาณ ดังตัวอย่างเช่น ยุทธศาสตร์การพัฒนาของเทศบาลตำบลบางแห่งได้กำหนดแผนการพัฒนาพร้อมทั้งกำหนดแผนการจัดกิจกรรม โครงการต่างๆให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ในแต่ละด้านดังนี้

1. ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐานและผังเมือง ประกอบด้วยแนวทางการพัฒนาระบบการวางระบบผังเมืองและการใช้ที่ดิน ก่อสร้าง ปรับปรุงถนน ผิวจราจร ทางเท้า สะพานและระบบการระบายน้ำ พัฒนาระบบจราจรและการขนส่ง พัฒนาระบบไฟฟ้าและแสงสว่าง และพัฒนาระบบประปา
2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านการส่งเสริมเศรษฐกิจชุมชน ประกอบด้วยแนวทางการพัฒนาส่งเสริมการสร้างงานและพัฒนารายได้ ส่งเสริมการผลิตและพัฒนาสินค้าชุมชน และการเพิ่มศักยภาพการผลิตทางการเกษตร
3. ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสังคมและคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยแนวทางการพัฒนาส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานให้ได้มาตรฐาน การส่งเสริมการเรียนรู้ตามอัธยาศัยและการศึกษานอกระบบ ส่งเสริม สนับสนุนการกีฬาและนันทนาการ ส่งเสริมความ

เข้มแข็งของชุมชน สนับสนุนการให้การสงเคราะห์และสร้างสวัสดิการสังคม ส่งเสริมการจัดกิจกรรมทางศาสนา พัฒนาอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรม ประเพณีและเอกลักษณ์ท้องถิ่น ส่งเสริมการให้บริการทางสาธารณสุขและสุขภาพอนามัยของประชาชน ควบคุมสุขภาพโรงเรียน วัด ร้านค้า ร้านอาหาร ตลาด แผงลอย และสถานประกอบการต่างๆ ให้มีมาตรฐาน รวมถึง การป้องกันการแพร่ระบาดของยาเสพติด โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อของคนและสัตว์

4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย แนวทางการพัฒนา ส่งเสริมและรักษาสภาพแวดล้อมเพิ่มพื้นที่สีเขียวและสวนสาธารณะรอบเมือง ป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม และพัฒนาประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล

5. ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาการเมืองและการบริหาร ประกอบด้วยแนวทางการพัฒนา ปรับปรุงพัฒนาสถานที่และเครื่องมือเครื่องใช้ในการปฏิบัติงาน พัฒนาประสิทธิภาพในการบริหารงาน บุคลากรและการปฏิบัติงาน เพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาความสงบเรียบร้อย ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน และประชาสัมพันธ์ข่าวสารและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนกับเทศบาล

อย่างไรก็ตาม การกระจายงบประมาณไปใช้ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา ในเขตชุมชนที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงขึ้นอยู่กับนโยบายและทิศทางการบริหารงานของนายกเทศมนตรี หรือ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เป็นหลักที่จะให้ความสำคัญต่อการพัฒนายุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสังคมและคุณภาพชีวิตของทรัพยากรมนุษย์ มากน้อยเพียงใด ประเด็นนี้เป็นข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนให้เห็นถึงความถนัดในการสร้างโอกาสการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในหลายเขตพื้นที่ ดังพบว่า ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดสรรงบประมาณหลายส่วนในแนวทางที่แตกต่างกัน มากบ้าง น้อยบ้าง หรือ มีการสนับสนุน น้อยมาก หรือแม้กระทั่งไม่จัดสรรงบประมาณให้ในแต่ละรอบปี กรณีที่มีการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิต พบได้ว่า มีการกระจายงบประมาณในการพัฒนาชุมชนเป็นหลายส่วน จำแนกเป็นส่วนของหมู่บ้าน ส่วนของชมรมผู้สูงอายุ หรือส่วนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งมีงบประมาณ ส่วนกลางที่นอกเหนือไปจากโครงการ หรือ กิจกรรมของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านในเขตพื้นที่การปกครองให้ผู้สูงอายุนำไปบริหารกิจกรรมชมรมขับเคลื่อนพลังทางสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุมากน้อย แตกต่างกันไป อาทิ จัดสรรงบประมาณให้แก่ชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 20,000 - 30,000 บาท ต่อปี มีการจัดโครงการอบรมผู้สูงอายุ ทัศนศึกษาเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆให้แก่ผู้สูงอายุ พร้อมทั้งมีนโยบายเชิงรุกเข้าถึงประชาชนทุกระดับ มีวิสัยทัศน์อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการพัฒนา

ชุมชนและสังคมอย่างยั่งยืน การส่งเสริมการสัจจกรของผู้สูงอายุหมุนเวียนกันในแต่ละหมู่บ้าน เป็นต้น แต่บางเขตพื้นที่กลับพบว่า ชุมชนผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านไม่ได้จัดสรรงบประมาณแต่อย่างใด ทำให้ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันในด้านการพัฒนาตน การรวมกลุ่มทางสังคม การพัฒนาสังคมผู้สูงอายุ การส่งเสริมคุณค่าของผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่นๆ ปรัชญาการณเช่นนี้ สอดคล้องกับ รายงานประจำปีผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2551 ที่ระบุว่า จุดอ่อนของการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ การจัดลำดับความสำคัญของงานด้านผู้สูงอายุไว้ในลำดับท้ายๆ มักให้ความสำคัญกับงานโครงสร้างพื้นฐานมากกว่างานด้านคุณภาพชีวิต และด้านผู้สูงอายุ ขาดบุคลากรที่มีความรู้ด้านผู้สูงอายุที่ทำงานได้อย่างต่อเนื่อง ขาดข้อมูลพื้นฐานหรือข้อมูลในรายละเอียดเกี่ยวกับคุณลักษณะต่างๆของผู้สูงอายุ และขาดการทำงานในเชิงรุก ผนวกจากการให้ข้อมูลของผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นท่านหนึ่งได้แสดงทัศนะเกี่ยวกับการบริหารงานในบทบาทการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดังนี้

“ ตรงนี้เราก็แบ่งไปเป็นกลุ่ม ๆ ก็มีกลุ่มผู้สูงอายุอยู่แล้ว ทาง นี้ก็มีการอุดหนุนกันเฉพาะเกี่ยวกับอาชีพเสริมของผู้สูงอายุเป็นพวกตุ้ง งานดอกไม้ ผู้สูงอายุก็จะทำดอกไม้จันทน์ ดอกไม้บายั กระดาษทิตู กระดาษย่น แล้วแต่ว่าแต่ละหมู่บ้านจะขออะไรไปเพราะท่านผู้บริหารก็จะออกไปตรวจสอบตลอดเวลาจะให้เงินมาทางนี้ ทางนี้เค้าก็จะอบรมกันเองครับ หมู่บ้านละ 20,000 บาทต่อปี กิจกรรมอื่นก็อีกต่างหาก แล้วแต่นโยบายของผู้บริหารว่าจะจัดแบบไหน จะให้มากให้น้อยอยู่ที่ผู้บริหาร จัดงานปีใหม่ ก็จะมีเงินอีกก้อนหนึ่งที่จะให้หมู่บ้านละ 5,000 บาท ให้กับกรรมการผู้สูงอายุ ต้องเขียนโครงการไป ครับ ต้องติดตามผลงานตลอดครับใช่ จะฝึกไว้เลยว่าปีนี้ต้องได้เท่าไร ทางนี้จะได้ทุกกลุ่มครับ อสม. ก็ให้ผู้สูงอายุก็ให้แม่บ้านก็ให้ สภาวัฒนธรรมก็ให้อีกส่วนหนึ่งก็จะแบ่งเป็นส่วน ๆ ไป เราจะพัฒนาไปด้วยกันเลย...ที่อื่นเขาก็ลงโครงสร้างพื้นฐานมากไป ไม่ดูแลคุณภาพชีวิตเราก็จะแบ่งไปอย่างนี้ว่าหมู่บ้านเราเป็นยังงี้มั่ง เกษตรกร ผู้เฒ่าผู้แก่เจ็บป่วยอะไรมั่ง ทางสาธารณสุขเราก็ให้วันนั้นมั่งก็ให้ไป 30,000 เพราะเขาจะเอาไปจัดงานวันกีฬา อสม. ให้งบไป 30,000 ก็ไปเราก็พยายามให้อีกาสผู้สูงอายุ เราเป็นคนพื้นที่ พ่อแม่พี่น้องเรารู้จัก ต้องการอะไรบอกเรา คือ...บางที่เนี่ยะ โรงพยาบาลจะเอานักเรียนพยาบาลมากก็จะสนับสนุนงบประมาณ เลี้ยงอาหารกลางวัน เรื่อง break ต่าง ๆ แล้วก็เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล ไปที่ไหนเราก็จะเอารถไปส่งเงินสดเลย มีบางคนประมาณสัก 10 รายที่เอาเข้าแบงค์รับนอกนั้นผมเบิกมาจ่ายหมดเลย คือดีใจที่เดือนหนึ่งได้พบปะผู้สูงอายุ จะจ่ายไม่เกินวันที่ 10 ของทุกเดือนครับ มีมากครับ แล้วแต่นโยบายของแต่ละที่ ถ้าเราลงตรงนี้ปี เราจะได้รู้ว่าชาวบ้านพอใจอะไร ยังไงผลตอบรับมันดีมาก ถ้าเราไปทำอย่างอื่นมากมันก็อย่างงั้นแหละ แต่ถ้าเราลงคุณภาพชีวิต ลงความเป็นอยู่หรือการอยู่ดีกินดีเนี่ยะ มันจะมีคุณภาพและผลตอบกลับดีมากครับ ส่วนหนึ่งความรู้สึกของชาวบ้านคือไม่ถูกทอดทิ้งอะครับ เพราะยังมีคนดูแลอยู่..... เราเป็นผู้บริหารเรารู้ว่างบประมาณไหน ๆ จุดตรงช่องว่างตรงนี้มันมี เพราะชาวบ้านไม่รู้วิธีการจะเอาเงินตรงนี้มายังไง ก่อนที่จะทำงบประมาณแต่ละปี เราก็มีการประชุมหมู่บ้านก่อนแต่ละกลุ่มก็เสนอความคิดและเอาไปรวมกลุ่มกันว่าปีนี้กลุ่มนี้จะเอาอะไร ก็ทำโครงการเข้ามา ทำเป็นแผนงาน

ของแต่ละปี แผนละ 3 ปี แต่ว่าเราสามารถดึงออกมาเป็นแผนการแต่ละปีได้ จะมีแจกเสื้อกันหนาว แล้วก็ผ้าห่ม ปีละ 1 ครั้งครับ ประมาณ 2,000 แต่ว่าเน้นที่ผู้สูงอายุครับ เอาคนที่จนที่สุดก่อนจะตั้งงบประมาณตรงนี้ไว้สำหรับผู้สูงอายุ เด็ก แบบเนี้ยะครับ ปีนี้จะเป็นเสื้อ ปีแล้วเป็นผ้าห่ม เราจะเปลี่ยนไปตลอดละครับ สับไปสับมา บางทีเวลาเราไปไหนมาไหน เห็นพี่น้องชาวบ้านใส่เสื้อที่เราแจก เราก็ภูมิใจ.....”

การจัดสวัสดิการทางสังคมที่ภาครัฐจัดให้แก่ผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สำคัญประการหนึ่งคือ ระบบเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่ประสบความเดือดร้อนทางเศรษฐกิจ จัดเป็นโครงการที่รัฐได้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบริการจากในสถาบัน (institutional care) มาสู่ระบบภายนอกสถาบัน (deinstitutional care) และดึงการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาของชุมชนเอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุนั้นสามารถที่จะอยู่ร่วมกับครอบครัว หรือโดยลำพังในชุมชนได้ โดยไม่ต้องพึ่งบริการของรัฐในสถานสงเคราะห์คนชรา ในอดีตโครงการนี้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2536 โดยอยู่ในความรับผิดชอบของกรมประชาสงเคราะห์โดยการคัดเลือกผู้สูงอายุที่ยากจน ไร้ญาติ ขาดคนดูแล จากทุกหมู่บ้านละ 5 คน ความพึงพอใจผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยทุกคนมีความพอใจ แม้เงินที่ได้รับจะน้อยมากจนไม่เพียงพอต่อการยังชีพที่แท้จริงได้ (อภิญา เวชชัย 2544)

ภายหลังต่อมาสืบเนื่องจากนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลงบประมาณรายจ่ายเพิ่มเติมประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2552 เรื่อง การจัดสรรเงินเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป วงเงินงบประมาณ 9,000 ล้านบาทแก้ปัญหาตามแบบนโยบายประชานิยม (populism) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลช่วยเหลือบรรเทาความเดือดร้อนและสามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์ได้อย่างทั่วถึง ทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่มีคุณค่า มีเกียรติภูมิ คงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มีชีวิตที่ไม่แปลกแยกจากชุมชนและอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติสุข ได้มีการกำหนดเปิดให้มีการขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ปี 2553 โดยระบุคุณสมบัติผู้สูงอายุสัญชาติไทยที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ก่อนวันที่ 1 เม.ย.2492 มาลงทะเบียนพร้อมกัน ทั่วประเทศ ระหว่างวันที่ 26 ก.พ.2552 – 15 มี.ค. 2552 (รอบที่ 1) ตามระเบียบคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2552 และ ผู้ที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ก่อนวันที่ 1 ตุลาคม 2552 และไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐและท้องถิ่น ยกเว้น ผู้พิการและผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์ 2548 มาลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (รอบ 2) พร้อมกันทั่วประเทศ ระหว่างวันที่ 17-31 สิงหาคม 2552 นั้น โดยเบิกจ่ายเป็นรายเดือนๆละ 500 บาท ตั้งแต่เดือนเมษายน 2552 เป็นต้นไป ในส่วนภูมิภาคยื่นคำขอขึ้นทะเบียนที่เทศบาล / อบต.ที่มีชื่อตามทะเบียนบ้านและดำเนินการตามแนวทางการ

ปฏิบัติงาน จ่ายเป็นรายเดือนให้แก่ผู้สูงอายุโดยวิธีการรับเงินสดด้วยตนเอง โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้สูงอายุที่มีสิทธิรับเงิน และโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรจากผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับเงิน ผลจากการเปิดนับลงทะเบียนผู้สูงอายุในรอบแรก มีผู้สูงอายุทั่วประเทศมาขึ้นทะเบียน รวมจำนวนทั้งสิ้น 3,576,661 คน (รวม 75 จังหวัด กรุงเทพฯ และพัทยา) มีการเบิกจ่ายงบประมาณ 6,019,597,500 คน ผลจากการดำเนินการดังกล่าวมีผู้สูงอายุเกือบ 6 ล้านคน ทั่วประเทศ มีหลักประกันรายได้และมีความมั่นคงในการดำเนินชีวิตเพิ่มมากขึ้น การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพจะจ่ายตลอดชีวิตโดยการแก้ไขระเบียบกระทรวงมหาดไทยให้สอดคล้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกับระเบียบของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พ.ศ.2552 ทั้งนี้เป็นไปตามสิทธิและการให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ (กรมโยธาธิการและผังเมือง 2552) นอกจากนี้ ยังให้มีการกู้ยืมเงินกองทุนผู้สูงอายุ จาก จำนวน 15,000 บาท เป็น 30,000 บาท โดยได้ออกประกาศคณะกรรมการบริหารกองทุนผู้สูงอายุ เรื่องหลักเกณฑ์ และเงื่อนไขอื่นที่ให้การสนับสนุนทางการเงินจากกองทุนผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2 เมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2552

นอกเหนือจากภาระดังกล่าว กระทรวงการพัฒนาสังคมฯ มีนโยบายด้านสังคมและคุณภาพชีวิตส่วนหนึ่งของนโยบายในหลายๆด้านที่ต้องรับผิดชอบคือ นโยบายสวัสดิการสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ประกอบด้วย ดังนี้

1. แก้ไขปัญหาความยากจน โดยการจัดหาที่ดินทำกินให้แก่ผู้มีรายได้น้อย ส่งเสริมอาชีพและสร้างรายได้ประสิทธิภาพการทำงานขององค์กร
2. ปรับปรุงการบริหารจัดการองค์กรภาครัฐด้านการเคหะและการอยู่อาศัยของผู้มีรายได้น้อยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานขององค์กร รวมถึงพิจารณาจัดตั้งองค์กรในลักษณะดังกล่าวเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อมของชุมชนผู้มีรายได้น้อยให้ดียิ่งขึ้น
3. สร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเน้นบทบาทของสถาบันทางสังคม ชุมชน และเป็นเครือข่ายในการคุ้มครองทางสังคมและการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมการนำศักยภาพผู้สูงอายุมาใช้ในการพัฒนาประเทศ การถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาสู่สังคม ส่งเสริมการออม และสร้างระบบประกันสุขภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมั่นคง
4. ส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างชายหญิง ขจัดการกระทำความรุนแรง และการเลือก

ปฏิบัติต่อเด็ก สตรี และผู้พิการให้คุ้มครองและส่งเสริมการจัดสวัสดิการทางสังคมที่เหมาะสมแก่ผู้ยากไร้ ผู้พิการ หรือ ทูพพลภาพ และผู้ที่อยู่ในภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นพึ่งตนเองได้

ผลจากนโยบายจัดสวัสดิการและหลายหน่วยงานต่างร่วมทำหน้าที่ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้แผนการดำเนินงานของแต่ละส่วนงาน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านดี หลายด้าน ดังจากการวิเคราะห์ต่อไปนี้

1. เกิดการรวมกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุในทุกระดับ สร้างเครือข่ายทางสังคมกับองค์กร หรือ หน่วยงานต่างๆ

ดังที่รัฐบาลและหลายหน่วยงานมีนโยบายให้การสนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ และจัดสวัสดิการทางสังคมเพื่อรองรับกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุที่มีปริมาณจำนวนประชากรเพิ่มขึ้น หากพิจารณาเฉพาะในเขตพื้นที่อำเภอสนทวายและอำเภอแมริมแล้วมีจำนวนชมรมผู้สูงอายุ รวมจำนวนทั้งสิ้น 200 กว่าชมรม การรวมกลุ่มจัดตั้งชมรมนี้ นักสังคมวิทยาเรียกว่า เป็นกลุ่มประเภทสมาคม (associational group) ที่มีความสำคัญที่สุดในสังคม เพราะเป็นกลุ่มที่มีการจัดระเบียบ หรือองค์การ เป็นกลุ่มที่มีโครงสร้างอย่างเป็นทางการ กลุ่มสมาคมจึงเป็นกลุ่มที่มีลักษณะครบถ้วนในความหมายทางสังคมวิทยา คือ สมาชิกมีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน มีการปะทะสังสรรค์ทางสังคมและมีการจัดกลุ่มอย่างมีระเบียบ เพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่ม เช่น สมาชิกสหกรณ์ สมาชิกชมรมสังคมศาสตร์ สมาชิกของสมาคมนักเรียนเก่า เป็นต้น เป็นกลุ่มทุติยภูมิ หรือกลุ่มขนาดใหญ่ (ทศนีย์ ทองสว่าง 2549)

สิ่งที่อยู่เบื้องหลังการรวมกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุ นอกเหนือจากปัจจัยข้างต้นแล้วแนวคิดของ สนธยา พลศรี (2545) ยังกล่าวว่า สาเหตุการเกิดสังคม หรือการที่มนุษย์อยู่ร่วมกันเป็นสังคมนั้น มีสาเหตุสำคัญหลายประการ ได้แก่ แรงขับทางธรรมชาติ (drives) ความต้องการหลีกเลี่ยงจากภาวะต่างๆ (aversion) มนุษย์มีระยะเวลาแห่งการเป็นทารกนาน มนุษย์มีความสามารถทางสมอง มนุษย์มีความถนัด หรือความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ แตกต่างกันไป มนุษย์มีความสามารถในการสร้างวัฒนธรรมต่างๆ มนุษย์มีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร และมนุษย์มีลักษณะบางอย่างเช่นเดียวกับสัตว์โลกชนิดอื่นๆ โดยที่สังคมมีหน้าที่โดยทั่วไป คือ การนำมนุษย์มาอยู่ร่วมกันในเวลาและสถานที่เดียวกัน จัดสื่อ หรือวิธีการติดต่อที่มีระบบอย่างเพียงพอในระหว่างกลุ่มคน ช่วยให้เกิดการประหยัดในเรื่องเวลาและพลังสำหรับ

สมาชิกแต่ละคนในการดำรงชีวิตและรักษาแบบแผนพฤติกรรมหรือการกระทำร่วมกัน รวมถึงการจัดระบบการจัดช่วงชั้น สถานภาพเพื่อให้สมาชิกมีตำแหน่งเป็นที่ยอมรับและมีความมั่นคง

หากวิเคราะห์โดยอ้างอิงถึงทฤษฎีการมีส่วนร่วมทางสังคม (social participation theories) การเข้าร่วมกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุ เรียกว่า การปะทะสังสรรค์ทางสังคม (social interaction) หรือ การที่บุคคลทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในชมรมด้วยการอาสาสมัครโดยตรง และการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาคมก็เป็นไปด้วยความสมัครใจ แนวความคิดของการมีส่วนร่วมทางสังคมนั้นมีลักษณะคล้ายคลึงกับแนวคิดของการพัฒนาชุมชนที่ต้องเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจ การมีส่วนร่วมในการกระทำทางสังคมอาจแบ่งออกเป็น 4 ประการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการยอมรับความคิดและการปฏิบัติใหม่ๆ การมีส่วนร่วมในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมของชุมชน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และ การเยี่ยมเยียนเพื่อนบ้าน ส่วนองค์ประกอบของการมีส่วนร่วม 5 ประการ ประกอบด้วย การเป็นสมาชิก (membership) การเข้าร่วมประชุม (attendance) การสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ (contribution) การเป็นกรรมการ (membership on committees) และการดำรงตำแหน่งต่างๆ (holding offices) และงานวิจัยของ ทรัพย์ สิมะวงศ์ (2546) วิจัยเรื่อง ลักษณะการรวมตัวของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองเชียงใหม่ พบว่า การรวมตัวแบบเป็นทางการเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามนโยบายของรัฐ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกันสะดวกต่อการให้บริการและการของบประมาณสำหรับผู้สูงอายุ กิจกรรมสำคัญคือ การอบรมด้านสุขภาพการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ สำหรับเงื่อนไขในการรวมตัวแบบเป็นทางการ ได้แก่ ความต้องการได้รับการช่วยเหลือด้านสวัสดิการ ด้านความรู้ในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุและการชักชวนจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ

ผลจากการรวมกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุจำนวนมากนับจากจุดเริ่มต้นโครงสร้างในระดับจังหวัดเชียงใหม่ ระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน หรือตั้งแต่ระดับบนจนถึงระดับล่าง ซึ่งจะมีบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกให้ทำหน้าที่เป็นตำแหน่งประธาน คณะกรรมการ และเลขานุการ ในแต่ละระดับโดยมีความเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement) เป็นรูปธรรมทั้งในแนวดิ่งและแนวราบโดยการประสานการทำงานร่วมกันทุกส่วนงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในเขตจังหวัดเชียงใหม่ รูปแบบนี้ก่อให้เกิดการจัดระเบียบทางสังคม (social organization) ในกลุ่มของผู้สูงอายุเกิดขึ้นโดยเฉพาะ ดังที่ Service (1960) กล่าวว่า การจัดระเบียบทางสังคม คือ เครือข่ายของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมหนึ่งๆต่อบุคคลอื่นๆในสังคมเดียวกัน ส่วน Selby (1975) มองเห็นการจัดระเบียบของสังคมมนุษย์อยู่ในกรอบของ

เครือข่ายความสัมพันธ์ของพฤติกรรมมนุษย์ในสังคมที่แสดงตอบต่อกันในลักษณะของพฤติกรรมสัญลักษณ์ (symbolic behavior) ซึ่งถูกควบคุม (constraints) ด้วยสิ่งแวดล้อมทั้งทางธรรมชาติและทางสังคม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของบุคคลต่างๆในสังคมซึ่งบุคคลเหล่านี้ต่างก็มีตราประทับตนอยู่ อันได้แก่ ฐานะภาพ บทบาทและหน้าที่ ซึ่งต่างก็ต้องแสดงตอบโต้ต่อกันอยู่ตลอดเวลา จากความสัมพันธ์ส่วนย่อยสุดจนขยายออกไปเป็นข่ายข่ายของความสัมพันธ์กันทั้งสังคมของผู้สูงอายุ เรียกความสัมพันธ์แบบนี้ว่า “ความผูกพันทางสังคม (social ties)” (Keesing 1962) ประโยชน์ของการเข้ากลุ่มวัยเดียวกันยังมีผลดีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตหลายประการ อาทิ ทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ผู้สูงอายุสมัยใหม่เรียนรู้มารยาทในการปรับเข้าสังคมได้ดีขึ้น เกิดการพัฒนาตน พัฒนาความคิด การสร้างสรรค์กิจกรรมกลุ่ม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความกว้างไกลของสังคมรอบด้าน มีแนวคิดใหม่ๆ มีการปรับตัวเข้าหาสังคมเพิ่มขึ้น มีการพึ่งพากัน และยังรู้จักรายละเอียดชีวิตผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องอีกด้วย

“ดีที่ว่าคนเฒ่าเข้าสังคมมานัก ผู้สีกที่ว่าหูตากว้างไกล ไปถึงจังหวัด ไปต่างจังหวัด ไปเห็นงานของเป็น ไปหลายตีหลายแห่งมาละ ก่อคือมันได้พัฒนาตัวเอง ได้ทำกิจกรรมร่วมกันได้ ได้รับความรู้จากที่ ปู่เคยรู้ แนะนำทางให้ แต่ก่อนก่อยู่กันไป ต่างคนต่างอยู่ เดียวนี้บ่ได้ละมันมีอะไรเข้ามา ผู้สูงอายุนี้ขึ้น ต้องยะก่านตลอด ชมรมกิจกรรมอะยังตลอด เป็นมีก่านออกกำลัง มาชุมนุมกัน ปอถึงเวลากะปาเป็นไปดูงานแ่่นดูงานนี้ เป็นก็มีความภูมิใจดีเป็นได้มาร่วมกันก่ว่าดีขึ้น เขาก่อมีความสุข อบอุ้นใจคงจะเหมือนกันหมดอะ คุณภาพชีวิตดีขึ้น ที่ได้รับการสนับสนุนมีการพบปะสังสรรค์ มีรู้จักกันกว้างขวางขึ้นอย่างเรื่องอาหารการกินความเป็นอยู่ การใช้ชีวิตร่วมกัน มีก่านเอื้อเฟื้อกัน ไปพ้อง นักขนาดผู้สูงอายุมีบทบาทนัก คนเฒ่าคนแก่ต้องทำตัวหือเป็นประโยชน์เพราะเวลามีก่านมีงานยังคนแก่กะจะไปนักขึ้นมา แล้วคนเฒ่าบ่เดวเขาถ้ามาเขาอยู่ฮ้อเขาจะมีมารยาทโดยเนาะ บ่เดวนี้อันเป็นมาก่อไหว มันพัฒนาขึ้นเยอะ เออๆ คนเฒ่านี้ก่อจะมีอแข็ง ตะก่อนนี้จะเยะหยั่งนี้อ้ายเอียนหนา จะไหวกันนี้อ้าย บ่เดวเขาพัฒนากันมาแล้ว ฮ่าๆๆ ถ้าเป็นเปื้อนกันเป็นยังก้อจั่งปะกันมันต้องไหวกัน ปรับพฤติกรรมตัวเก่า มาตางจะอ้อก่อยู่กั้บหมู่กั้บฝูงนัก แม่พัฒนาขึ้นจ้านักกะอันใดดีเฮาบ่าฮู้บ่าหันเฮาก่อได้ฮู้ได้หัน เปลี่ยนๆหลายอย่าง ให้ จ้าว บ้านเฮา จะฮู้จักกัน อย่างอยู่หมู่ 3 มีร้อยกว่าหลังคาเนี่ยหนา จะฮู้จักหมด นี่เป็นการยกระดับคุณภาพบ่อแม่รู้จักเครือข่ายในชุมชนนักขึ้น ผสานกันเป็นมากมายเชื่อมโยงช่วยเหลือพึ่งพา มีเงินน้อยเฮาก่อซื้อข้าวน้อยไข่กะนมกะไปเยี่ยม บ่มีเฮาก่อไปก่าตัวอะนะเฮา น้ำใจไป พัฒนาขึ้นอย่างเยอะ คือ เก่งหลายๆอย่าง กิจกรรม ออกกำลังกาย แข่งกีฬา ก่อเหมือนกันหมดนะจะฮู้หมดเลยน่อ ถึงแม้วว่าได้เบี่ยยังชีพน้อยเดวแต่ว่าเฮาก่อถือว่าเฮามีคุณภาพดีกว่า”

ตามแนวคิดทางมานุษยวิทยาได้อธิบายการจัดระเบียบทางสังคมของมนุษย์มีความเชื่อจากหลายแนวคิด ดังที่ นิยพวรรณ วรรณศิริ (2550) อธิบายว่า ตามแนวคิดความจำเป็นพื้นฐาน (basic need theory) เชื่อว่า ขบวนการ (process) หรือสถาบัน (institutions) ในสังคมใดก็ตาม

เกิดมาจากการสร้างสรรค์ของมนุษย์ทั้งสิ้น และ สิ่งที่มีมนุษย์สร้างมันขึ้นมาก็คือ ความจำเป็นพื้นฐานในด้านต่างๆ ที่ทำให้มนุษย์อยู่รอดเป็นคนที่มนุษย์ไม่สามารถที่จะหาทุกอย่างมาจุนเจือตัวเองให้อยู่รอดได้โดยลำพังตนเองแต่ผู้เดียว ต้องแบ่งแยกหน้าที่การทำงาน ทำให้ต้องมีการปะทะสังสรรค์กันอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น การจัดและสร้างระบบระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆ ขึ้นมาก็คือการจัดการให้บุคคลแต่ละคนแต่ละกลุ่มได้รู้จักตำแหน่ง ฐานะภาพ สิทธิและหน้าที่ของตนในการปฏิบัติการใดต่อผู้อื่น ปฏิกริยาโต้ตอบไปมานั้นก็จะเป็นระบบระเบียบ นอกจากนั้น มนุษย์ยังมีความต้องการพื้นฐานด้านอื่นๆ อีก เช่น ความต้องการอยู่ร่วมกันเป็นหมวดหมู่และเผ่าพันธุ์ ความต้องการที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และความต้องการจรรโลงในด้านต่างๆ เป็นต้น

ส่วนทฤษฎีความสัมพันธ์ทางสังคม (social relations theory) อธิบายว่า การจัดระเบียบสังคมเกิดมาแต่ความรู้สึกอันเป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ว่า คนเรามักจะทำความสัมพันธ์ด้วยความรู้สึกทางใจต่อคนที่ใกล้ชิดที่สุดไปหาคนที่ไกลตัวที่สุด ถัดจากบุคคล (an individual) ก็คือกลุ่มคนในครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) พัฒนาไปสู่ครอบครัวขยาย (extended family) ไปสู่กลุ่มครัวเรือน (domestic groups) ไปสู่หมู่บ้านเครือญาติ (kin village) และหมู่บ้านปกติ (village) ในที่สุด แต่สำหรับความผูกพันของบุคคลที่ไม่ได้ผูกพันกันโดยสายเลือด หรือยีนส์ มนุษย์ยังคงมีความสัมพันธ์กันอยู่ได้ โดยใช้ความสัมพันธ์นี้ใช้ระยะถี่ – ห่าง หรือ ใกล้ – ไกล ตามพื้นที่เป็นหลักในการแบ่งเขตความสัมพันธ์ เริ่มจากความสัมพันธ์จากหมู่บ้าน (village) ตำบล (commune) อำเภอ (district) จังหวัด (province) ภาค (region) ประเทศ (country) และโลก (world) ความสัมพันธ์ต่อกันตามเขตแดนนี้ก็คือ การจัดระเบียบทางสังคมในรูปแบบการเมืองการปกครอง ส่วนความเป็นไปทางพัฒนาการของกลุ่มสังคมจะมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องมีพัฒนาการของกลุ่มจากสถานการณ์ที่ทำให้บุคคลมีความสนใจร่วมกัน มีการพบปะสนทนากันในเรื่องนั้น มีการอธิบายขยายความในเรื่องที่สนใจเกี่ยวกับเหตุที่ต้องทำ ผลที่จะได้รับและบทบาทที่ควรแสดง เกิดการสร้างบรรทัดฐานเพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติร่วมกัน รวมทั้งแบบแผนในการดำเนินงานร่วมกัน มีการแบ่งงาน มอบหมายภาระหน้าที่ให้บุคคลปฏิบัติตามประสพการณ์และความสามารถ ดำเนินงานตามบรรทัดฐานและแบบแผนที่กำหนดเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน (ถรงค์ เสงี่ยมประชา 2541) และจากงานวิจัยของ เจษฎา บุญทา (2545) เรื่องคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลแม่หอพระ อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 85.20 ดังนั้น การจัดระเบียบทางสังคมของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่จะมีการประสานการทำงานเป็นไปตามลำดับ ดังนี้

“ อาจจะดึงมาจากใครก็ได้แต่กรรมการผู้สูงอายุของระดับจังหวัด มันจะมีโครงสร้างตั้งแต่จังหวัด หมดจะมีประธานใหญ่ระดับจังหวัดก็มีกรรมการของเป็น พอลงจากส่วนตรงนี้ปั๊บก็จะเป็นส่วนของอำเภอ อำเภอก็มาประธานระดับอำเภอก็จะมีของเป็นไข่ม้อยอีกชุดหนึ่งไข่ม้อยซะ อย่างผมก็จะเป็นรองประธานอำเภอ เค้กก็ตั้งในกลุ่มที่เครือข่ายฮะเครือข่าย แล้วพอจากอำเภอก็จะเป็นระดับตำบล แล้วก็มีชมรมย่อยแต่ละหมู่บ้าน พอจากหมู่บ้านก็จะมีย่อยของเป็นแม่กรรมการแต่ละสาขามีระดับบนถึงล่างเลย นี่เป็นเครือข่ายตั้งแต่ระดับ จังหวัดจนถึงนี้เลยในรอบอันนี้ เราจะมีเรื่องข่าวสารต่างๆ จากทางอำเภอไปเอาข้อมูลจากสภา มีกิจกรรม การจัดกิจกรรมอะไรต่างๆเค้กเรียกอะไร การมีการประชุมทางด้านศักยภาพผู้สูงอายุ ทำให้แข็งแรง สามารถช่วยเหลือตัวเองเกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ ภาพรวมส่วนใหญ่ดีขึ้นที่มันประชุมกันบ่อยๆ เราต้องมีการชี้แจง เรื่องราวข่าวสารต่างๆ มีวิวัฒนาการไปอย่างไรบ้าง สภาแห่งประเทศไทยมีอะไรก็จะส่งมาทางสภาจังหวัด เขามีความสุขหลายอย่างทางรัฐบาลก็มาช่วยเบี่ยยังชีพการอันเนี่ยผู้สูงอายุก็ได้มีส่วนร่วมจิตร่วมใจกันไปสัจจะ ได้รู้จักกันเคยกันมีความสามัคคีกันต่างวัฒนธรรมเขาก็บอได้หลายสิบเนื่องกันมาเออดีดีก็บอได้ห่างมีงาน ตลอดผู้สูงอายุ บัดเดวินไปโดยกันรู้จักกันเคยกันหมดทุกทายกัน ก่อแต่ ก่อย13 บัด เดว18 มาหมดครบมาทุก หมู่บ้านมาดีพุทธที่ 3 ของเดือนเฉพาะประธานผู้สูงอายุในตำบล18 หมู่บ้านตั้งป่าไผ่ตั้งหนองจิมเอี่ยมานั่งคุยกัน ว่าเออว่าเดือนหน้าจะจัดอะหยังๆเอี่ยมาปรึกษาหารือกันเครือข่ายของโฮงยาสน์ทรายรู้จักกันหมดมีความมั่นคง มันก็ดีคุณภาพชีวิตก็ดีขึ้น เขามันก็เดือนอันหนึ่งอันเดียวของเครือข่ายของสนทรายเอี่ยมาก็กิจกรรมมีกานัด สุขภาพมีหมอได้เข้าร่วมกันน้อยมีพึ่งเทศน์ร่วมกันน้อยยังไ้กะภูมิใจหน้าดีเป็นดูแลเขาโดยเรื่องสุขภาพน้อยต่าง สาธารณะสุขเศรษฐกิจอย่างใดเขาก็อุ้นใจอยู่ผู้ต่อไปร่วมกันรวมกันเป็นอันหนึ่งอันเดียวมีหน่วยงานที่สนับสนุน น้อยมันก็เลยทำให้อุณหภูมิชีวิตดีขึ้นเทศบาลเรื่องงบประมาณเป็นก็อื้อต่างหมอบเป็นก็อื้อได้นัดสุขภาพ ”

ขอบเขตเครือข่ายทางสังคม (social network) ของผู้สูงอายุได้จำกัดเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ในส่วนระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน เท่านั้น ยังมีการประสานการทำงานร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของผู้สูงอายุ อาทิเช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ การดำเนินงานส่วนหนึ่ง ได้เชิญประธานผู้สูงอายุไปนำเสนอ ตัวอย่างหมู่บ้านชุมชนที่เข้มแข็ง จากเครือข่าย 17 จังหวัดภาคเหนือ หรือโรงพยาบาลชุมชนมา ให้บริการตรวจสุขภาพฟันของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน โดยมีบางหมู่บ้านเป็นโครงการนำร่อง มีการริเริ่มจัดกองทุนสวัสดิการภาคชุมชน เป็นต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวทางสังคมไป ในทิศทางที่พัฒนาศักยภาพทางสังคมมากขึ้น ดังที่ ประธานผู้สูงอายุรายหนึ่งสะท้อนถึงเครือข่ายทางสังคมก่อให้เกิดการพัฒนาตนเองดังนี้

“ มีเครือข่ายนักขึ้นเจ้า เพราะงานนักขึ้นอะ บ่ได้หยุดเลยอะโดยเฉพาะ ในลักษณะอย่างนี้ก็ต้องไปต่างเทศบาล สาธารณสุขเนี่ย เป็นไปบ่อยที่สุด เจ้า เออ.. ตะก่อนสบายเล้าะ ไปตะกะก่อไคละ บ่เดวินไปตะกะ บ่ได้ละ เออ ตั้งหน่วยนั้นหน่วยนี้ขึ้นมาละ ต้องไปอบรมอะหยัง อบรมถ่วงอกอบรมอะหยัง หื้อ..สวัสดิการลง

มามันก่อนเลยมีเครือข่ายทางสังคมขึ้น บางหน่วยงานนี้เป็นมองเห็นคนเฒ่าอยู่บ่ดายเอี้ยะ เกี่ยวกับสัจจวันนี วันติดนี้จะไปตีเทศบาล แม่นละหมู่ขนาดนี้หนะ อย่างตางหมอลึงมาตางคนเฒ่าพ่อง คนเฒ่าอยู่บ่ดายดี ๆ ตาง อสม. เน่งงานนัก เน้นเอาตางคนเฒ่าเป็นหลัก อะหยังก่อคนเฒ่า ก่อดีคือว่ามันบ่ได้เครียดเหงาเนาะ แต่ ก่อดีเลาะ ทุกอย่าง ถ้าเฮาหยุดอยู่กับตี่เนะเฮาจะบู้ในด้านการสังคมมันจะก้าวไกลไปอย่างใด ๆ เฮาบู้เลาะ อือ ตี่เฮาไปนี้เฮาต้องอยู่เย็นตลอด สมองเฮาบได้อยู่หนึ่งอะ บ่าเดวได้คิดอันนั้นเนี้ย ถ้าสมองเฮาอยู่หนึ่งอะ มันจะ เป็นอัลไซเมอร์ อะหยังตีหมอลึงว่า สมองเฮาบได้อยู่หนึ่ง ต้องคิดตลอด เดวได้คิดส่วนตัวของเฮา ได้คิดในครอบครัว ของเฮา เดวจะต้องไปคิดของหมอนั้น เดวจะต้องไปคิดของนายก เออ บ่อดี เป็นเตรียมงานนั้น โน่นนี้ อือ คือ แต่ก่อนต้องเสียสละอะเจ้า เพราะบางทีครอบครัวบ่มีเวลาเนาะ เขามามัวแต่บ่าใจ ว่ามัวแต่เฮาจะต้องไปตาง ด้านนี้ทางด้านการสังคมนี้มากกว่า แม่นก่อ เฮาทำนานอ.. สมมติวันที่เด้าอันเฮาจะต้องไปเฮาต้องเร่ง เร่งทำของเฮา เออๆ จะต้องฮือเสร็จก่อนตี่เฮาจะไป เฮาต้องเร่ง เฮาต้องเอาของเฮาฮือแล้ว บางวันนีสามงานก่อนมีเนาะ เมื่อเจ้า เมื่อตอน เมื่อค่ำ แหมเอี้ย ไหนจะงานจาวบ้านเอี้ยเนาะ บิดทำบุญนั้น บิดดาอันนี้ ก่อหยังวันนั้นเนาะ รางวัล สังคมดีเด่น อันนี้คือกานตีแม่มองว่าแม่ได้รับประโยชน์ เออคือมันๆ..เฮาบ่าได้เครียดงอ อือๆ มันท่อม่วนดี เหมือนกันลู่ ม่วนดีเหมือนกัน อีแม่หนะแม่ก่ออวดเป็นว่าแม่เนี้ย แม่บ่มีความดัน บ่มีเบาหวาน คือมันบ่ได้ไป คิดถึงตรงนี้ มันมาไปคิดอะหยังบู้ ฮ่าๆๆ อ้อ แต่กะ มันตอมาคิดปัญหาของตัวเองเก่า เฮาก่อบ่มีสตาจค์ก่อบ่ ต้องมาคิด ฮ่าๆๆ วันทุกจะไปตีอัน เขาถามว่าได้เงินเดือนอะหยัง แต่ว่าได้ก่าซีไคติดคอเสื้อ ฮ่าๆๆ นี่เรางานสังคม เนาะ ยืมกันไปมีตั้งบ่มีตั้งก่อยืมกันไป เฮาก่อต้องยืมลู่เฮาหน้าบูตหน้างเฮาก่อคิดบ่ออก ก่อหยังบ่เดวนี้กะ เครียดอะลงแม่บ่ตลกเหยียน้อยบ่าได้ไคหัวละ ไข่ละฮ่าๆ เฮาบ่ต้องไปเครียด สบายๆ บ่มี แต่แม่นี้ได้เป็น หน่วยอาสาเยี่ยมบ้านเลยอะ อ้อทำหลายอย่างและก่อดีโดย ได้แบบว่าศูนย์นี้ได้รางวัลก่อเพราะหมู่ที่ 11 อ้อ รางวัลยังอะตี่เขาได้ของสาธารณสุขของตี่เขาได้อะ โครงการเยี่ยมบ้านอะ นี่เป็นเป็นคนบันทึกโละ เป็น เลขาละ เฮานี้เป็นประธานอู่เนี้ย แต่มีผลสำเร็จโดย มีผลสำเร็จหลายๆด้าน แม่แบ่งงานหลายอย่าง แม่ได้ รางวัลได้หลายๆด้าน อะเฮ้อๆ ไปเป็นพิธีกร โอะหลายอย่าง นำทุกอย่างเลย ไปแอ้ว การเยี่ยมใช้ ที่แรกเฮา จะทำอย่างใดถึงเกิดผลตรงนี้ อายุเหลือน้อยเฮาควรทำประโยชน์ตรงนี้อุดมดีสุด ทะลอกการแก็ไปเรื่อย ๆ ดูแล สุขภาพตามที่เป็นว่ามาเนาะ 67 ละยังทำนาได้อยู่ บ่แข็งแรงใดเนาะ อ้อเป็นทำนาได้เน้อ ..."

จากการที่ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกับการกิจกรรมของกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุและเครือข่าย ต่างๆแนวคิดเกี่ยวกับศักยภาพของผู้สูงอายุ มองว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลกลุ่มหนึ่งในสังคมซึ่งมี พลังความคิด มีความสามารถและมีประสบการณ์สูงในการพัฒนาตนเองและสังคมส่วนรวม มีข้อสรุปดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ควรจะได้รับกรยกย่องนับถือ และการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
2. ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ควรจะต้องได้รับการดูแล และการเอาใจใส่ในด้านสุขภาพ พละนาถัยและการใช้ความรู้ ประสบการณ์ของตนให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม

3. ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่ต้องมีโอกาสเข้าทำงาน และเข้าร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของสังคมตามกำลังความสามารถและความต้องการของตน

จากแนวคิดพื้นฐานดังกล่าว ทำให้เกิดมีความเชื่อในศักยภาพของผู้สูงอายุออกมาในเรื่องการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุโดยการนำเอาทฤษฎีกิจกรรม (activity theory) มาใช้อธิบายและสนับสนุนความเชื่อดังกล่าว คือ โดยทั่วไปแล้ว กิจกรรม (activity) นั้น หมายถึงการที่บุคคลพอใจและกระทำการต่างๆ ในชีวิตประจำวันของตน มีความเชื่อว่า กิจกรรมเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับกลุ่มคนทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยสูงอายุ เนื่องจากกิจกรรมเป็นสิ่งที่ทำให้สุขภาพของผู้สูงอายุดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ กิจกรรมจึงมีความสำคัญและจำเป็นต่อผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตทั้งนี้เพราะการที่ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมใด ๆ ก็ตาม หมายถึง ผู้สูงอายุนั้นได้มีสถานภาพและบทบาทที่อยู่ในระดับหนึ่งในสังคม จากการที่ผู้สูงอายุได้มีสถานภาพและบทบาทเหล่านั้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับจากสังคม สามารถที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ในสังคมได้โดยไม่เป็นผู้ไร้บทบาท นักจิตวิทยาคนหนึ่งได้อธิบายว่าการที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเหวและถูกทอดทิ้งเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุพยายามจะแยกตัวหนีออกจากสังคมซึ่งทำให้ผู้สูงอายุคิดว่า บทบาทของตนเป็นบทบาทที่ต่ำต้อย กว่าบทบาทของคนหนุ่มสาว ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าตนไม่มีประโยชน์กับสังคมและไม่เท่าเทียมกับคนกลุ่มอื่นๆ ทฤษฎีกิจกรรมจะช่วยให้ผู้สูงอายุพยายามรักษากิจกรรมของตนเมื่ออยู่ในวัยกลางคนให้มากที่สุด กล่าวคือ การที่ผู้สูงอายุจะใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขได้นั้น จะต้องพยายามรักษาระดับของกิจกรรมทางสังคมของตนไว้ กิจกรรมและบทบาทใดๆ ของบุคคลที่ถูกผลักดันให้เลิกกระทำ จะต้องมีการมีกิจกรรมใหม่ๆ มาทดแทน ทฤษฎีนี้เชื่อว่า หากบุคคลใดสามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมของตนไว้ได้ จะเป็นบุคคลที่สามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข และเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในชีวิต นอกจากนั้น กิจกรรมจะเป็นสิ่งที่ทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น โดยการแนะนำให้ผู้สูงอายุที่รู้สึกเหงาและคิดว่าตนเป็นคนไร้ประโยชน์ให้เปลี่ยนแปลงทัศนคติของตนเป็นการกลับเข้าสู่ชีวิตสังคมและมีกิจกรรมในด้านต่างๆ เพิ่มขึ้นตามลำดับ (วรรณนิภา บุญระยอง 2552) นอกจากนี้ คุณภาพของกิจกรรมยังมีบทบาทสำคัญ การทำกิจกรรมบางเวลาเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มภาพของตนเองและความนับถือตนเอง และเพิ่มความรู้สึกของบุคคลของ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีอีกด้วย และ ปัทมา สุริต (2552) กล่าวว่า ทฤษฎีนี้มีพื้นฐานของความเชื่อว่า ผู้สูงอายุที่ชอบทำกิจกรรมจะมีความพึงพอใจในชีวิตและสามารถปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการทำกิจกรรมน้อย และส่วนใหญ่จะพยายามรักษากิจกรรมให้คงอยู่เช่นเดียวกับที่เคยมีในช่วงวัยกลางคน หรือพยายาม

ยามหากิจกรรมใหม่มาทดแทนกิจกรรมเดิมที่สูญเสียไป ซึ่งการทำกิจกรรมถือเป็นการส่งเสริมให้เกิดอัตมโนทัศน์ (self-concept) ในผู้สูงอายุ

หรือมีเหตุผลอีกประการหนึ่งที่สำคัญ คือ การที่ผู้สูงอายุมักจะมีอารมณ์เหงามากกว่าผู้ใหญ่วัยอื่นๆ ทั้งนี้เพราะความเสื่อมทางอารมณ์และจิตใจมักควบคู่กับความเสื่อมทางกาย ความเสื่อมสมรรถภาพทางกายมักทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเป็นบุคคลไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น ประกอบการสูญเสียอำนาจ ตำแหน่งหน้าที่การงาน บทบาทในสังคมด้วยแล้ว ผู้สูงอายุจึงมีอารมณ์กังวล ใจน้อย และกระเทาะกระเทือนใจได้ง่าย ดังที่ Papalia and Olds (1995) อธิบายว่า อารมณ์เหงาและว้าเหวเป็นอารมณ์ที่มักเกิดร่วมกัน อารมณ์เหงาเกิดขึ้นกับคนวัยผู้สูงอายุได้ง่าย มีการศึกษาที่อธิบายว่า คนวัยผู้สูงอายุเหงามากกว่าคนวัยอื่นๆ ถ้าหากไม่รู้จักจัดการกับชีวิตของตนเอง เพราะมีเวลาว่างจากอาชีพและภารกิจต่างๆ มากกว่าคนวัยอื่น ได้ประสบการณ์พลัดพรากจากกันไปของผู้ที่อยู่ใกล้ชิดรวมทั้งสิ่งของสัตว์เลี้ยงและอื่นๆ หลายครั้งหลายคราตลอดเวลายาวนาน ส่วน Paterson et al. (1991) กล่าวว่า ผู้สูงอายุมักเหงามากกว่าวัยอื่นๆ เพราะสาเหตุหลายประการ ได้แก่ สุขภาพโดยทั่วไปเริ่มไม่ดี ขาดกิจกรรมที่ตนชอบ สายตาและหูไม่ดี ต้องขังตัวเองอยู่แต่ในบ้าน และคำอธิบายทฤษฎี desolution ระบุว่า ผู้สูงอายุเหงาเพราะสูญเสียเพื่อนและญาติสนิท ฯลฯ ตามมาพร้อมๆ กับการขาดกิจกรรมทางสังคม เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่สำคัญ ซึ่งมีการปรับตัวยังไม่เข้ารูปเข้ารอย ผลจากการรวมกลุ่มทางสังคมและการสร้างเครือข่ายกับองค์กรต่างๆ สร้างวิถีชีวิตในรูปแบบใหม่ให้แก่ผู้สูงอายุ ได้มีการรวมกลุ่มปะทะสังสรรค์ทางสังคมในการดำเนินงานแก่ผู้สูงอายุ มีความใกล้ชิดผูกพันกันมากขึ้น มีความรักสามัคคีในกลุ่ม ช่วยเสริมสุขภาพจิตที่ดี ผ่อนคลายความเครียด และความเหงา ทำให้ผู้สูงอายุบางรายที่ค่อนข้างมีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว เริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคล้อยตามกลุ่มในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้สูงอายุต่างๆ และผู้สูงอายุรายหนึ่งได้บอกเล่าถึงผลดีของการรวมกลุ่มทางสังคมและเครือข่าย

“ บได้หยงเหงา เป็นเครือข่ายมาทำร่วมกัน ม่วนปะหมุ่เดียวกันก่อดีขึ้นคลายเครียดต่าง ต่างกะ แต่ก่อนมันบ่ใจเป็นอย่างอื้อละดูแลบได้ไปไหน บ่มีหยังมาดูแล อยู่กันแบบบ้านไหนก่ออยู่บ้านนั้นไปโฮไปสวนเหี้ย บัดเดียนี๋ มันซักเปลี่ยนเปลี่ยนเหี้ยนอ้อ ถ้าประกาศก็ม่วน จะไปวัดเนีย ดึงมา มาวัดกะ เมินๆ มาเหม่เตือมี ประเพณีกามาเหี้ยครั้ง บัดเดียนี๋มา วันๆๆพรง วันฮือปอยหลวงหมุ่ 7 นี๋วัดโนเป็นจะมีปอยหลวงละ บ้านเฮาวัดตางนอก ไปจ้วยเป็นเป็นฮ้องวัดบู้วัดน้อ มีการรวมคนเม่านักขึ้นสุขภาพกาย จิดใจสบายคล้ายว่า ตั้งชมรมนี้เป็นจิตศูนย์กลาง แต่ละโปรเจ็คก่อมาร่วมงานกัน อย่างดีจิดกิจกรรมลัฏจรีนีสมีทุกเดือนเหี้ย ตอนแรก แต่ละประธานแต่ละหมุ่บ้านมาประชุม ออกเสียงตามสาย อย่างหนองจ้อมประชุม วันที่ชาวสี่นี้ไป

งานสัจจร รกจอดที่ยืนที่นั่นนอกจากเขาจะใช้เสียงตามสาย หรือโทรศัพท์เขาก็บอกกันนี่กะหื้อใส่เสื้อสีนั้นเนื้อห้ามใส่เหลืองใส่แดงเนื้อ ใส่ขาวหมัดเลยก็อันประกวดกันออกกำลังกายนี้กะ คนใดฮ้องเพลงได้ก็ฮ้องเพลงเป็นหื้อตั้งคัหนา นายกอะนายก เป็นส่งเสริมปล้ำบาก การอยู่นี้ก่อดีขึ้นกว่าเก่านัก บ่เหมือนก่อนๆ มา ก่อนๆ มานี้มันอยู่ไผ่อยู่มัน นีบได้ไปไหนกัน บ่ได้ไปปะกัน บ่อได้ไปแอ่วกัน บัดเดี๋ยวนีเฮาได้ไปแอ่วหานั่งฮู้กัน อะหยันนี้มันก่อ ฮู้ซึกว่ามันจะดีขึ้นกว่าเก่านักก่อดีขึ้นมาจัดนัก ประมาณซัก ดึกกว่าเก่าเยอะ ก่อคือ.. องค์กรที่เข้ามาร่วม ส่งเสริมนี้หนา องค์กรทุกองค์กร แต่ก่อนนี้บ่อค่อยมี ก่อสุขภาพจิตดีดี หลายๆ อย่าง มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีการให้ความรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งนะ คนบ้านเฮา อยู่กัน เปนพี่เปนน้อง ”

ระดับกลุ่มทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุล้านนาในเขตจังหวัดเชียงใหม่ สามารถ จำแนกออกเป็น 5 ระดับดังนี้

1) ตัวอย่างกลุ่มทางสังคมและเครือข่ายผู้สูงอายุสัจจรนอกเขตจังหวัดเชียงใหม่

จากการลงพื้นที่ภาคสนาม พบว่า ผู้สูงอายุในเขตอำเภอสันทรายมีการประสานเครือข่ายนอกเขตจังหวัดเชียงใหม่ ตัวอย่าง เช่น เครือข่ายผู้สูงอายุสัจจรจากจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เดินทางมา ทำศึศึกษาและดูงานกิจการด้านผู้สูงอายุ ณ วัดห้วยเกียง ในเขตพื้นที่ตำบลหนองหาร อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 250 คน โดยมีประธานผู้สูงอายุระดับอำเภอสันทราย คณะกรรมการฝ่ายแต่ละฝ่าย และผู้สูงอายุจากชมรมต่างๆ ให้การต้อนรับส่งผลดีให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้ทางด้านสังคมวัฒนธรรม และประกอบกิจกรรมร่วมกัน ดังภาพประกอบข้างล่างนี้



ภาพ 4.1 เครือข่ายสัจจรผู้สูงอายุสัจจรจากจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เดินทางมาทัศนศึกษาดูงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้สูงอายุ ณ ตำบลหนองหาร เขตอำเภอสันทราย โดยมีคณะกรรมการผู้สูงอายุ ล้วนนำได้ให้การต้อนรับด้วยไมตรีจิต



ภาพ 4.2 สมาชิกชมรมผู้สูงอายุจากจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (ภาพซ้าย) และ ผู้สูงอายุล้วนนำให้การต้อนรับ เป็นที่สังเกตว่า ผู้สูงอายุล้วนนำยังคงแสดงเอกลักษณ์การแต่งกายด้วยการนุ่งซิ่นกันทุกคน (ภาพขวา)



ภาพ 4.3 แสดงลีลาการเต้นอย่างคล่องแคล่วประกอบเพลง “เด็กคอยใจดี” ของผู้สูงอายุล้วนนำ พร้อม การแต่งกายด้วยชุดชาวพื้นถิ่นที่สูง (ภาพซ้าย) และ ชุดกรุงศรีอยุธยา ของผู้สูงอายุ (ภาพขวา) ให้ความรู้สึกและ อารมณ์ที่แตกต่างกัน แต่แฝงไว้ด้วยคุณค่าทางประวัติศาสตร์และการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมแต่ละภูมิภาค



ภาพ 4.4 กลุ่มผู้สูงอายุด้านนาถ่ายภาพหมู่ร่วมกัน ภายหลังจากเสร็จสิ้นการแสดง (ภาพซ้าย) และได้จัดทำซุ้มสืบชะตาตามประเพณีด้านนาเพื่อความเป็นสิริมงคลในชีวิตให้แก่แขกผู้มาเยือน (ภาพขวา)



ภาพ 4.5 ตัวแทนผู้สูงอายุจากจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและผู้แทนผู้สูงอายุด้านนา มอบของที่ระลึกให้แก่กัน และกัน



ภาพ 4.6 ภายในบริเวณได้จัดจำหน่ายสินค้าพื้นเมือง และผลิตภัณฑ์อาชีพที่ผู้สูงอายุด้านนาผลิตขึ้น อาทิเช่น น้ำพริกหนุ่ม แคบหมู ข้าวแต่นี ผักทอด เครื่องจักสาน การสาธิตการทอผ้า ฯลฯ (ภาพซ้าย) รวมถึงการสาธิตสิ่งประดิษฐ์ที่ผู้สูงอายุสร้างขึ้น (ภาพขวา)



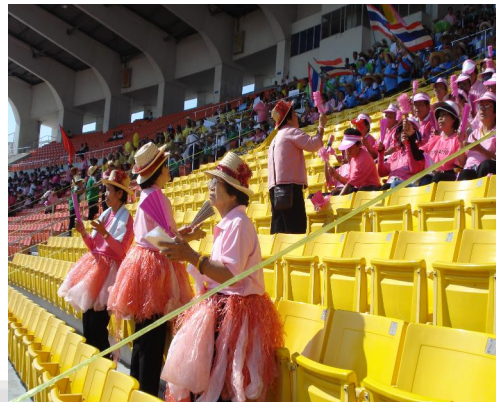
ภาพ 4.7 พ่ออุ้ย อายุ 85 ปี แต่งกายสุภาพ กับ รถถีบ (จักรยาน) คูใจให้ความสนใจเดินทางไปในระยะสั้นและระยะไกลในตำบลเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุสัญจรระดับตำบล และร่วมให้การต้อนรับผู้สูงอายุสัญจรจากจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

2) ตัวอย่างกลุ่มทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมผู้สูงอายุกับองค์กรระดับจังหวัด

เครือข่ายระดับจังหวัดมีหลายส่วนกิจกรรมที่จัดเป็นประจำทุกปี อาทิเช่น การจัดงานพิธีรดน้ำดำหัวให้แก่ผู้สูงอายุ ใน 17 จังหวัดภาคเหนือ วันที่ 30 เมษายน 2553 โดยเชิญตัวแทนผู้สูงอายุและองค์กรต่างๆเข้าร่วมพิธี ณ หอประชุมใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ งานมหกรรมกีฬาพื้นบ้านผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ จัดในวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2553 ณ สนามกีฬาเชียงใหม่ 700 ปี เป็นต้น



ภาพ 4.8 พิธีเปิดงานแข่งขันกีฬาพื้นบ้านของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งจัดขึ้นเป็นประจำทุกปี จัดโดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่ (อบจ.) และเครือข่ายผู้สูงอายุทุกอำเภอ



ภาพ 4.9 ตัวแทนของผู้สูงอายุ จาก 25 เขตอำเภอเข้าร่วมการแข่งขันกีฬา และเป็นกองเชียร์ทีม นักกีฬาของตนเองด้วยความสนุกสนาน



ภาพ 4.10 กองเชียร์แต่ละทีมส่งแรงเชียร์ท่ามกลางอากาศที่ร้อนจัด



ภาพ 4.11 การแข่งขันวิ่งกระสอบ กับอิริยาบถของความสุขสนานของผู้สูงอายุที่ไม่เน้นการแข่งขันแบบเอาจริง เอาจัง การแข่งขันกีฬามุ่งเน้นความสามัคคีและการสร้างสรรค์พลังของกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า



ภาพ 4.12 การแข่งขันหาบเปี้ยด หรือหาบล่น นำมะพร้าวใส่ตะกร้า พร้อมนักกีฬาต้องนั่งผ้าขึ้นเข้าร่วมแข่งขัน



ภาพ 4.13 การออกแรงวิ่งหาบเปี้ยด พร้อมเสียงเชียร์ติดขอบสนาม ส่วนอีกภาพ นักกีฬาเตรียมพร้อมลงสนามแข่งขัน



ภาพ 4.14 กีฬาปิดตาตีหม้อ (ภาพซ้าย) และการแข่งขันวิ่งกะลา (ภาพขวา)



ภาพ 4.15 การแข่งขันชักกะเย่อจากผู้สูงอายุ 2 เขตอำเภอ พร้อมกองเชียร์ต่างลุ้นเอาใจช่วยอย่างเต็มที่



ภาพ 4.16 เต้นทรีที่พนักกีฬาและผู้ที่เกี่ยวข้อง (ภาพซ้าย) และ การใส่เสื้อทีมของผู้สูงอายุอำเภอแม่เมาะ (ภาพขวา)



ภาพ 4.17 บรรยายกลางสนาม (ภาพซ้าย) และผู้สูงอายุกลุ่มชาติพันธุ์พื้นที่สูง (ภาพขวา)



ภาพ 4.18 พิธีการมอบเหรียญรางวัลให้แก่ผู้สูงอายุที่ชนะเลิศใน 3 อันดับ และการจัดน้ำดื่มบริการ
3) ตัวอย่างกลุ่มทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุระดับอำเภอ

เครือข่ายระดับอำเภอจะกำหนดช่วงวันเวลาแตกต่างกัน อย่างเช่น กำหนดวันพุธที่ 3 ของทุก 2 เดือน จะมีการประชุมกันส่วนของประธานผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน คณะกรรมการเพื่อรับทราบข่าวสารข้อมูล การวางแผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป หรือพิจารณาปรึกษาหารือร่วมกันตามวาระต่างๆ พร้อมทั้งกระจายภาระงานให้แก่ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมากจะมีการดำเนินการก่อนที่จะจัดให้มีการประชุมผู้สูงอายุผู้สูงอายุในระดับตำบลและใช้สถานที่เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)



ภาพ 4.19 การประชุมระดับอำเภอโดยมีประธานผู้สูงอายุระดับอำเภอ คณะกรรมการผู้สูงอายุ และประธานชมรมผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้านในเขตอำเภอเข้าร่วมประชุมมีกำหนดการ 2 เดือนต่อ 1 ครั้ง



ภาพ 4.20 บรรยายภาคการเข้าร่วมประชุมเป็นทางการ และผู้สูงอายุบางท่านแสดงศักยภาพการเรียนรู้ด้วยการใช้คอมพิวเตอร์

4) ตัวอย่างกลุ่มทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุระดับตำบล

ส่วนใหญ่จะเป็นการประชุมผู้สูงอายุสัญจรในทุกวันขึ้นอยู่กับบางพื้นที่ที่กำหนดกฎเกณฑ์ร่วมกันเป็นช่วงวันเวลา และสถานที่แห่งใด อาทิ บางแห่งกำหนด วันที่ 1 ของเดือนมีกิจกรรมธรรมะสัญจรแก่ผู้สูงอายุ หมุนเวียนไป 7 หมู่บ้าน หรือ กำหนดวันพุธที่ 4 ของทุกเดือนใช้เวลาประมาณครึ่งวัน บางตำบลมีจำนวน 18 หมู่บ้าน ก็จะจัดให้มีการประชุมผู้สูงอายุสัญจรในรอบเดือน เป็น 1 หมู่บ้านซึ่งจะหมุนเวียนเปลี่ยนไปในแต่ละหมู่บ้าน สถานที่มักจะเป็นศาลาอเนกประสงค์ ชมรมผู้สูงอายุ และวัด ส่วนตำบลที่อยู่ในเขตอำเภอรอบนอก มีรูปแบบกิจกรรม

ภายในงานประกอบไปด้วยเนื้อหาสาระความรู้ข่าวสารที่ประธานผู้สูงอายุระดับตำบลมาชี้แจง ถ่ายทอดข่าวสารการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในรอบ 1 เดือน และแผนงานต่างๆ กิจกรรมออกกำลังกาย การฟิสิกส์ การบรรยายให้ความรู้เรื่องสุขภาพ และการจำหน่าย ผลิตภัณฑ์อาชีพของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามรูปแบบการประชุมของผู้สูงอายุก็อาจมีความแตกต่างกันไประหว่างพื้นที่ในเขตอำเภอเมืองและอำเภอรอบนอก

ตารางประชุมคณะกรรมการ, คณะกรรมการผู้สูงอายุ, คณะกรรมการ, คณะกรรมการ, 2552-2553

ครั้งที่	เดือน, พ.ศ.	ประธาน	สมาชิก	เลขที่	สถานที่	วัน, เวลา	หัวข้อ
14	ก.ค. 52	-	1 ก.ค. 52	3	วัดหัวตะกั่ว	...	...
15	ก.ค. 52	พุธวันที่ 18	อาทิตย์วันที่ 29	11	วัดหัวตะกั่ว	...	...
16	ก.ค. 52	พุธวันที่ 15	พุธวันที่ 22	5	วัดหัวตะกั่ว	...	...
17	ก.ค. 52	พุธวันที่ 20	พุธวันที่ 27	7	วัดหัวตะกั่ว	...	...
18	ก.ค. 52	พุธวันที่ 17	พุธวันที่ 24	2	วัดหัวตะกั่ว	...	...
19	ก.ค. 52	พุธวันที่ 15	พุธวันที่ 22	10	วัดหัวตะกั่ว	...	...
20	ก.ค. 52	พุธวันที่ 19	พุธวันที่ 26	4	วัดหัวตะกั่ว	...	...
21	ก.ค. 52	พุธวันที่ 16	พุธวันที่ 23	1	วัดหัวตะกั่ว	...	...
22	ก.ค. 52	พุธวันที่ 21	พุธวันที่ 28	6	วัดหัวตะกั่ว	...	...
23	ก.ค. 52	พุธวันที่ 18	พุธวันที่ 25	9	วัดหัวตะกั่ว	...	...
24	ก.ค. 52	พุธวันที่ 16	พุธวันที่ 23	7	วัดหัวตะกั่ว	...	...
25	ก.ค. 52	พุธวันที่ 20	พุธวันที่ 27	8	วัดหัวตะกั่ว	...	...
26	ก.ค. 52	พุธวันที่ 17	พุธวันที่ 24	13	วัดหัวตะกั่ว	...	...
27	ก.ค. 52	พุธวันที่ 17	พุธวันที่ 24	12	วัดหัวตะกั่ว	...	...
28	ก.ค. 52	พุธวันที่ 21	พุธวันที่ 28	5	วัดหัวตะกั่ว	...	...
29	ก.ค. 52	พุธวันที่ 19	พุธวันที่ 26	10	วัดหัวตะกั่ว	...	...
30	ก.ค. 52	พุธวันที่ 16	พุธวันที่ 23	13	วัดหัวตะกั่ว	...	...
31	ก.ค. 52	พุธวันที่ 21	พุธวันที่ 28	4	วัดหัวตะกั่ว	...	...

ภาพ 4.21 ตารางปฏิทินการทำงานการประชุมผู้สูงอายุสังฆกรรมระดับตำบลซึ่งจะจัดให้มีการหมุนเวียนเป็นเจ้าภาพในแต่ละหมู่บ้าน โดยมีจุดประสงค์ให้ผู้สูงอายุในเขตตำบลเดียวกันได้มาพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีกิจกรรมทางสังคมร่วมกัน



ภาพ 4.22 คณะกรรมการผู้สูงอายุระดับตำบลต่างใส่เสื้อทีมเป็นหมู่คณะ และมีการจำหน่ายสินค้า
หัตถกรรมในงานประกอบ



ภาพ 4.23 ในงานสัณจรผู้สูงอายุ มีการให้บริการตรวจสุขภาพซั้งน้ำหนัก และวัดความดันโลหิตสูงโดย อสม.



ภาพ 4.24 ป้ายรณรงค์ให้เห็นถึงความสำคัญของสุขภาพจากหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข



ภาพ 4.25 กิจกรรมแสดงการออกกำลังกายประกอบเพลง และสมาชิกผู้สูงอายุมาร่วมงาน จำนวน 350 คน



ภาพ 4.26 บริเวณเต็นท์ด้านนอกและผู้มาร่วมงานจำนวนมาก



ภาพ 4.27 ในงานมีการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา



ภาพ 4.28 ของถวายพระสงฆ์ และการฟังเทศน์

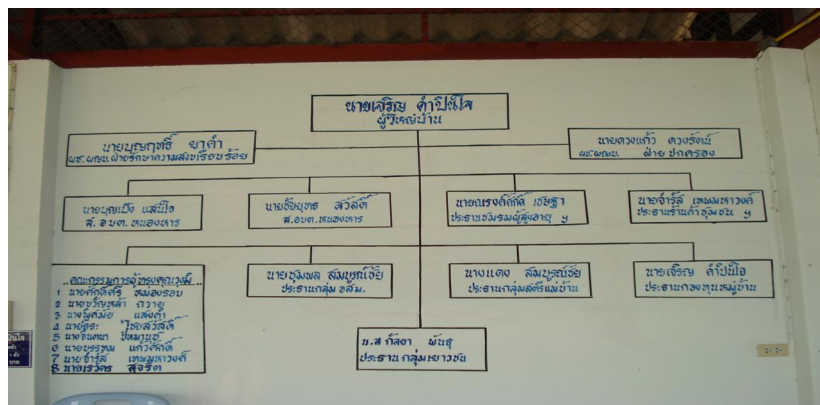


ภาพ 4.29 การบรรยายการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุข (ภาพซ้าย) และ ถาดจัดเลี้ยงอาหารกลางวันแก่ผู้สูงอายุที่มาร่วมงาน (ภาพขวา) โดยชมรมผู้สูงอายุของหมู่บ้าน ที่จัดงานเป็นเจ้าภาพอำนวยความสะดวกหมุนเวียนไปทุกหมู่บ้านในระดับตำบล

5) ตัวอย่างกลุ่มทางสังคมและเครือข่ายทางสังคมของผู้สูงอายุระดับหมู่บ้าน

ในระดับหมู่บ้านจะมีการแบ่งโครงสร้างออกเป็นแต่ละฝ่ายซึ่งจะมีการแบ่งหน้าที่และบทบาทกันอย่างชัดเจน เฉพาะในส่วนของชมรมผู้สูงอายุซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารกิจการหมู่บ้านจะมีการแต่งตั้งคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วย ประธาน รองประธาน คณะกรรมการ เหนรัญญิก ประชาสัมพันธ์ และเลขานุการ แต่ไม่ได้กำหนดจำนวนคณะกรรมการที่ชัดเจน ขึ้นอยู่

กับการพิจารณาและเห็นชอบร่วมกันของสมาชิกผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่โดยมีการคัดเลือกและเสนอชื่อขึ้นมาทำหน้าที่ดำเนินงานผู้สูงอายุของหมู่บ้าน และมีจิตอาสาของชมรมไปเยี่ยมเยียนสมาชิกผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วย



ภาพ 4.30 ผังการบริหารงานแบ่งโครงสร้างของหมู่บ้านการทำงานแต่ละส่วนย่อย



ภาพ 4.31 ตัวอย่างป้ายชมรมผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่

2. การแสดงบทบาททางสังคม และการพัฒนาสังคมของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับการพัฒนาส่งเสริมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

การดำเนินของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยเฉพาะเป็นผลมาจากการดำเนินงานกรณีนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนทั้งในด้านงบประมาณและปัจจัยด้านอื่นๆที่เกื้อหนุนซึ่งพบการเปลี่ยนแปลงคุณภาพชีวิตในเชิงบวกเป็น 2 ระดับ กล่าวคือ ระดับ

หนึ่ง ระดับที่เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลให้การสนับสนุน ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ อาทิ บางเทศบาลให้การสนับสนุนงบประมาณบริหารชมรมผู้สูงอายุเป็นจำนวน 20,000 - 25,000 บาทต่อปี หรือ การจัดกิจกรรมโครงการพัฒนาผู้สูงอายุในแต่ละรอบปี เช่น โครงการธรรมะในสวน การไปทัศนศึกษาต่างพื้นที่เพื่อเปิดโลกทัศน์ของผู้สูงอายุได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายทางสังคมอื่นๆ โครงการอบรม การจัดประชุมแต่ละรอบเดือนที่มีการเชิญประธานผู้สูงอายุ กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ฯลฯ อีกทั้งการอำนวยความสะดวกด้านสถานที่ การดูแลทุกข์สุขของประชาชนในเขตพื้นที่ในลักษณะการบริการประชาชน อาทิ จัดรถพาส่งสถานพยาบาล การสร้างที่พักให้แก่ผู้ยากไร้ หรือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การจัดหาพื้นที่และสร้างศาลาหมู่บ้านให้แก่ชุมชน สนับสนุนงบประมาณเยี่ยมผู้ป่วยนอกเหนือจากงบประมาณชมรมที่ได้ตั้งไว้ แจกผ้าห่มกันหนาว แจกเสื้อผ้า บริการน้ำในงานศพ การสร้างห้องน้ำให้แก่ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ต่างๆเหล่านี้ เป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชน หรือชมรมผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมในบทบาทของการพัฒนาชุมชน ท้องถิ่นร่วมกับเทศบาลตำบล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบลอย่างเต็มที่ตามศักยภาพสะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ผู้สูงอายุมีบทบาทต่อสังคมมากขึ้นเกิดการรวมกลุ่มทางสังคม (social group) ของผู้สูงอายุอย่างแน่นแฟ้นช่วยลดช่องว่างทางสังคมของผู้สูงอายุกับกลุ่มทางสังคมอื่นๆ นับว่าผู้สูงอายุในยุคปัจจุบันได้รับโอกาสการพัฒนาตนเอง พัฒนาความรู้ พัฒนาทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และการพัฒนาชุมชนให้เพิ่มมากขึ้นกว่าการมีคุณภาพชีวิตดั้งเดิมในอดีตที่พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุเป็นแบบต่างคนต่างอยู่ ไม่พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ใฝ่บ้าน รู้สึกเจ็บเหงาหวาดหวาดองค์กรให้การสนับสนุนดูแล นอกเหนือนั้นยังมีงบประมาณจากหน่วยงานอื่นที่ให้การสนับสนุนเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี อาทิเช่น งบประมาณจากสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ผู้สูงอายุระบุว่า มีกระบวนการและการตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณโดยละเอียดส่งผลต่อการเบิกจ่าย จึงกลายเป็นปัญหาที่ประธานชมรมผู้สูงอายุรู้สึกลำบากใจและไม่พร้อมที่จะเสนอโครงการต่างๆเพื่อขอใช้งบดังกล่าวในรอบปีถัดๆไป อีกหลายส่วนได้รับการสนับสนุนจากการศึกษาออกโรงเรียน (กศน.) หรือหน่วยงานจากกระทรวงพัฒนาสังคมและมนุษย์ เป็นต้น ขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็ยังประสบปัญหาจากการไม่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ ดำเนินการของกิจกรรมจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่ (อบจ.) ในบางปี จำเป็นต้องขอรับบริจาคในการประกอบกิจกรรมร่วมระดับจังหวัด อาทิ ประเพณีรดน้ำดำหัวของผู้สูงอายุ การแข่งกีฬาพื้นบ้าน เป็นต้น

นอกจากนั้นตามนโยบายหลายแห่งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการกำหนดให้สมาชิกในหมู่บ้านที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป มาเป็นบุคคลสำคัญในการช่วยเหลือการดำเนินการกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุต่างๆ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในด้านสุขภาพร่างกาย อาทิ เช่น การเดิน การจัดหาวัสดุอุปกรณ์เพื่อจัดเตรียมกิจกรรม การตั้งเต็นท์เตรียมสถานที่และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่นนี้ จึงจะสามารถทำให้ผู้สูงอายุสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการได้ ดังคำพูดของประธานชมรมผู้สูงอายุท่านหนึ่งที่ได้สะท้อนบทบาทการทำงานของเทศบาลตำบลในสภาพการณ์ปัจจุบันต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดังนี้

“ ทุกวันนี้ผู้สูงอายุมีความสุขเพราะเทศบาลทุกอย่าง ดูแลทั่วถึง ดี ดีขึ้น ดูแลทุกอย่าง สุขภาพชีวิต สุขภาพจะดียังทุกอย่าง สิ่งแวดล้อมดี เออ อันนี้เป็นอันดับ 1 ของประเทศในระดับตำบล นายกได้รางวัล มาอะของประเทศ รางวัลที่ 1 ของลานกีฬา ละก็เป็นที่ 1 ระดับประเทศความขัดแย้ง ไม่มีเลยเพราะว่าเป็นที่รักของพวกเรา ต้องให้เลยนะเทศบาลอะ ต้องยกให้เลย เวลาไปประชุมเมื่อวานไปประชุมมาพูดเวลานายกพูดนะจะยิ้มแย้ม เป็นกันเอง เราจะเออะอะไรพร้อมหมดเลย หาให้หมด จะเออะอะไรดีอะไรไม่ดีเอามาถกกันสรุปให้หมดเลย คล้ายๆกับพวกเราอะอะไรให้หมดเลยอะ ตามใจหมดทุกอย่างเลย ดีดีมากเลย ชมเชยได้ คือเลือกตั้งเมื่อไหร่ก็ได้อะว่าชุดนี้นะ ผมว่าเค้าเข้าถึงจริงๆเลยอะ เข้าถึงจริงๆ ดูแลดีมากบริการดีมากเลย ”

จากเวทีประชาคมองค์กรเอกชนชุมชนด้านผู้สูงอายุ 4 ภาค ที่ดำเนินการโดยมูลนิธิพัฒนาผู้สูงอายุ ได้สรุปเปรียบเทียบศักยภาพผู้สูงอายุในอนาคต พบว่า มีศักยภาพดีขึ้นในด้านการได้รับความช่วยเหลือดูแลจากสังคมมากขึ้น รัฐบาลเอาใจใส่ผู้สูงอายุและมีนโยบายในแผนพัฒนาประเทศ ด้านสวัสดิการมีแนวโน้มจะดีขึ้น การคุ้มครองผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสมากขึ้นเพราะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และมีการรวมตัวกันเพื่อทำประโยชน์ ทำกิจกรรมเสริมรายได้ให้แก่ครอบครัว ไม่เป็นภาระครอบครัว ทำให้มีความภาคภูมิใจในศักดิ์ศรี มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในขณะที่ผู้สูงอายุรายอื่นสะท้อนข้อคิดเห็นดังนี้

“ ตะกอนนี้มันบ่มีเทศบาลเนาะ มาตอนหลังนี้เป็นมีเทศบาล กะคือเป็นกะเลยจัดกลุ่มกันขึ้นมา ได้หลายปีมานี้แหละดีเป็นทำนะ เป็นกะจะเชิญหมู่ประธานผู้สูงอายุหื้อเกาะกลุ่มกัน กะมีกิจกรรม พอถึงเวลามาเฮากไปเอียะกะ กะว่าดีที่สุดอะ กะดีใจเจ้าดี ดีได้ไปดูสิ่งแวดล้อมอื่น เพราะมันได้หันเนาะ ถ้ามันบ่มีอย่างอ้อเฮากบ่ได้ไปไหน อยู่กำบ้านเรื่องสุขภาพกะดี แข็งแรงขึ้นมาน้อย พัฒนาตัวเก่า พัฒนาตึงบ้านอะและ กะพัฒนาตึง จิตใจคนเฮา ”

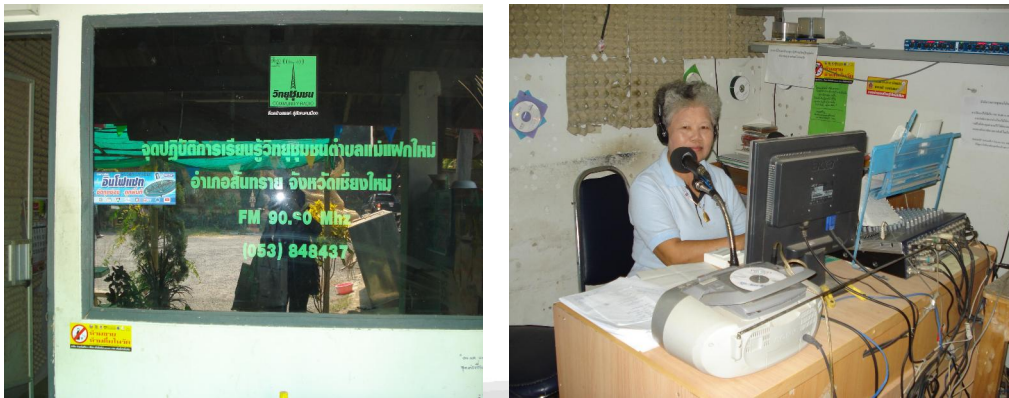
การพัฒนาสังคมผู้สูงอายุอีกระดับหนึ่งเกิดขึ้นจากการในกรณีที่ชมรมผู้สูงอายุมีการนำงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรในแต่ละรอบปี ไปจัดประชุมเพื่อพิจารณาร่วมกันระหว่างคณะกรรมการชมรมฯและสมาชิกผู้สูงอายุ ถึงงบประมาณที่จะนำไปใช้จ่ายให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาความก้าวหน้าของงานผู้สูงอายุในชุมชน การสร้างสรรค์แนวคิดจากการประชุมต่างๆนี้พบว่า จะมีความแตกต่างกันในชมรมผู้สูงอายุของแต่ละหมู่บ้านที่มีความอิสระ ความสนใจและความถนัดร่วมกัน โดยมากนำมาจัดกิจกรรมออกกกำลังกาย ธรรมะสัญจร การไปทัศนศึกษาทั้งภายในจังหวัด ต่างจังหวัด หรือแม้แต่ไปต่างประเทศ เช่น บางพื้นที่มีโอกาสได้ไปทัศนศึกษา ณ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนลาว กิจกรรมสหกรณ์หมู่บ้าน ฼าปนกิจสงเคราะห์ เป็นต้น มีจิตอาสาสำหรับของเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชนที่มีสภาวะเจ็บป่วย การทำผลิตภัณฑ์อาชีพผู้สูงอายุในหลายประเภท ได้แก่ ทำตุ้ง ดอกไม้จันทน์ มะรุมแคปซูล ไข่เค็ม ยาหม่องน้ำ น้ำยา EM จักสานก๊วยผักกาด ลูกประคบ ข้างกล้อง ดอกไม้ประดิษฐ์ เป็นต้น ส่วนใหญ่ผลิตภัณฑ์อาชีพมักจะขึ้นอยู่กับศักยภาพและความพร้อมทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่จะสามารถรองรับปริมาณงานต่อวันได้ ก่อนข้างเป็นงานที่มีลักษณะเบา สบายจิตใจ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน หรือไม่มีปริมาณที่มากจนเกินไป และเกี่ยวข้องกับประเพณีวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่เคยปฏิบัติสืบทอดกันมาการประกอบกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ หรือในหมู่บ้านส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความขับเคลื่อนทางสังคมอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็ง เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ (active aging) มีความรักความสามัคคีในหมู่คณะ ส่วนใหญ่สะท้อนการดำเนินชีวิตว่า มีความสุขในชีวิตยิ่งขึ้น คลายความเหงา มองตนเองอย่างมีคุณค่าต่อสังคม มีการพัฒนาสติปัญญาความรู้ให้กว้างไกล และมีความสุขยิ่งขึ้นจากการพบปะสังสรรค์กับเพื่อนร่วมวัยในการประกอบกิจกรรมต่างๆร่วมกัน ในปัจจุบันจะพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ยังสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมได้อย่างดีแตกต่างจากผู้สูงอายุในสมัยก่อนที่ถึงแม้ว่าจะมีอายุน้อยกว่า แต่มีปัญหาด้านสุขภาพมากกว่า ดังที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต่างประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองดังนี้

“ ก่อดีรับแบบว่าดีมากเลยก่อเฮาดูวิถีชีวิตชาวบ้านผู้สูงอายุหมู่เ็นียก่อดีขึ้นเป็นก่อโดยกันเฮาผ่อแล้วเฮาู้สึกว่า....ดีขึ้นนะเวลาจะนัดมาประชุมกันนี่ก่อมาพร้อมเพียงกัน เวลาสัญจรนี่ก่อไปกัน เฮาดูจากภาพถ้าว่าผู้สูงอายุไปกันไปรวมกันเป็นหมู่เ็นียถือว่าสุขภาพดีขึ้นยังก่อดีขึ้นดูจากสภาพแล้วถึงเวลาออกกำลังกายก่อมา อย่างประกาศวันนี้ไปประชุมผู้สูงอายุเ็นียไปสัญจรเ็นียแล้วกระตือรือร้นแล้วมันก่อดีหนาแล้วผู้สูงอายุก่อบ่อได้เครียดโดยบ่อได้ยังโดยพบปะกันเ็นียไปปะกันมันก่อสุขภาพดีขึ้นดูแล้วคนเ็นียเป็นมีความสุขขึ้น ถ้าบ่อดีอยู่ไปไหนก่อเหงาๆโงๆเหอะๆเ็นียไปดีขึ้นไปกะ ในเมื่อสุขภาพดีจิตใจก่อดีขึ้นโดยกันแข็งแรงขึ้นร้อ...มันอยู่ที่สุขภาพจิต.....หมู่บ้านเฮามันก่ดีทุกคนอะ แล้วก็บ่อใจด้วยดีทางนายกเป็นหื้อความร่วมมือ พอเฮาขอหยังไป

เป็นก๋พยายามตีจะจ่วยเกือบจะทุกอย่าง ครับ กลุ่มเฮาเนี้ยะผมู้สึกว่ามีความสามัคคีกัน เวลาจะทำหยัก่
ปรึกษากัน จ่วย ๆ กันทำ ถ้าแล้วก็ลงมือทำกิจกรรมหมู่เนี้ หมู่บ้านผมก็มีกิจกรรมหลายอย่างมันมีชมรมมันได้
ออกสังคมฮะ มันทำฮื้อบ่เครียด สุขภาพจิตสุขภาพร่างกายก่อดีเอี้ย อย่างคนเฒ่าบั้งคนเนี้ย 80 90 ก๋อยยัง
ไปไหนได้อยู่เนาะ แต่ถ้ามาฮื้อถึงสมัยก่อน สมัยก่อนนี้มันจะไปไหนบ่ได้ละอยู่กำบ้าน 60 ปายแก่ละ ตะก่อน
60 เนี้แก่ขนาด ตุ่มผ้าตวบไปกาด ฮ่า ๆ ๆ "



ภาพ 4.32 การประชุมร่วมขับเคลื่อนพัฒนาการเมืองภาคประชาชน ได้ใช้สถานที่วัดเป็นศูนย์กลางใน
การจัดกิจกรรมโดยมีผู้สูงอายุและสมาชิกชุมชนกลุ่มอื่นๆต่างเข้าร่วมประชุม และมีเจ้าอาวาสเป็นผู้ร่วมเสวนา



ภาพ 4.33 การทำหน้าที่เป็นผู้จัดรายการวิทยุชุมชนของผู้สูงอายุในวันพุธและวันพฤหัสบดีต่อสัปดาห์ เพื่อประชาสัมพันธ์ข่าวสารข้อมูลแก่ชุมชนก็ได้รับความสนใจจากผู้ฟังโทรศัพท์มาสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

แม้กระนั้นคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุส่วนหนึ่งอาจยังมีข้อแตกต่างในบางพื้นที่ที่ทางเทศบาลตำบลหรือองค์การบริหารส่วนตำบลมีนโยบายให้สนับสนุนงบประมาณเป็นจำนวนส่วนหนึ่งซึ่งมีจำนวนที่ลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรในพื้นที่อื่นอันส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุได้ อาจไม่เพียงพอต่อการจัดกิจกรรมของผู้สูงอายุภายในรอบปี เช่น จำนวน 15,000 บาท ต่อปี หรือ จำนวน 20,000 บาทต่อปีนำไปเฉลี่ยแต่ละหมู่บ้านซึ่งมีทั้งหมด 14 หมู่บ้าน จำนวน 2,000 บาท และมีงบประมาณเสริมในกิจกรรมย่อยเพียงเล็กน้อยเท่านั้น แต่ก็ยังมีหน่วยงานอื่นให้การสนับสนุนอย่างเข้มแข็ง นอกเหนือจากองค์การบริหารส่วนตำบลซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในพื้นที่ ได้แก่ หน่วยงานพัฒนาสังคม และ วัดซึ่งเป็นองค์กรทางศาสนาซึ่งมีบทบาทต่อการพัฒนาชุมชนเป็นอย่างยิ่งโดยมีเจ้าอาวาสเป็นผู้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของผู้สูงอายุหลายด้านนอกจากโครงการของกลุ่มเยาวชน สตรี ผู้พิการและผู้ติดเชื้อในชุมชน และมีบทบาทเป็นนักพัฒนาสังคมและชุมชน ผลักดันส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทุกด้าน อาทิ การช่วยเขียนโครงการเสนอแก่เทศบาลตำบลซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความรู้ความเข้าใจในกระบวนการนำเสนอโครงการให้เป็นไปตามระเบียบราชการ การให้การสนับสนุนงบประมาณส่วนหนึ่งในการดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ หรือการดำเนินงานของชุมชนในส่วนอื่นๆ ยิ่งไปกว่านั้นยังได้มีการติดต่อประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชน เหล่านี้สามารถทำให้เกิดการประสานการทำงานเป็นเครือข่ายทางสังคมและการสร้างสรรค์กิจกรรมที่ก่อให้เกิดการพัฒนาชุมชนในทุกมิติ

ในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งบางพื้นที่ของทุกหมู่บ้านไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในรอบปีจากเทศบาลตำบล หรือองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อดำเนินกิจกรรมของชมรมแต่อย่างใด หรืออาจกล่าวได้ว่า ไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีบทบาททางสังคมต่อชุมชนน้อย ขาดการส่งเสริมอบรม ขาดโอกาสที่จะได้รับการพัฒนาศักยภาพของตนเองและสังคมผู้สูงอายุให้เข้มแข็งเหมือนเช่นผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อื่นๆ ส่งผลต่อการรวมกลุ่มทางสังคมเป็นโครงสร้างหลวมๆ ไม่เกาะกลุ่มอย่างชัดเจน มีการดำเนินชีวิตที่เงยบเหวา ขาดความมั่นคงทางด้านจิตใจ ไม่สามารถจัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรมได้เพราะขาดปัจจัยเกื้อหนุนเรื่องงบประมาณเป็นหลัก บางแห่งต้องอาศัยงบประมาณส่วนบุคคลเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการเดินทางไปทัศนศึกษาร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งที่ในเชิงการปฏิบัติแล้วการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุเป็นการรวมตัวกันอย่างเป็นทางการซึ่งได้จัดตั้งชมรมตามนโยบายของรัฐโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมร่วมกัน สะดวกต่อการให้บริการ และการของบประมาณสำหรับผู้สูงอายุ (ทรัพย์ สิมะวงศ์ 2546) และจากงานวิจัยของทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล และ นุชนาฏ ยูฮันเงาะ (2544) ที่ระบุว่า กลไกระดับท้องถิ่นจะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพให้เข้มแข็ง ปรับโครงสร้าง อบต. ให้รองรับการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ควรมีผู้สูงอายุและบุคคลหลายวัยเข้าร่วมทำหน้าที่ในการดูแล จัดสวัสดิการ กิจกรรมให้ผู้สูงอายุ เป็นตัวแทนผู้สูงอายุในการทำหน้าที่พิทักษ์ปกป้องคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับแนวคิดของ ศาสตราจารย์ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2553) ที่กล่าวว่า ขณะที่มีรัฐบาลเองจะต้องมีการวางระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวรองรับสังคมผู้สูงอายุในวันข้างหน้า เพราะสังคมไทยเหลือเวลาน้อยมากในการปรับตัวกับโครงสร้างประชากรใหม่ ที่มีจำนวนผู้สูงอายุในสัดส่วนที่มาก อย่างไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน อันจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมและด้านอื่นๆต่อไป รัฐบาลจึงควรกำหนดผลักดันแผนผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติเพื่อให้ประเด็นผู้สูงอายุได้รับความสนใจ โดยเพิ่มบทบาทให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพราะเป็นองค์กรที่อยู่ในพื้นที่ ใกล้ชิดชาวบ้าน มีความเข้าใจและดูแลผู้สูงอายุได้ดี

และตามธรรมชาติของผู้สูงอายุมักมีความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ (physical and psychological) ความต้องการทางด้านปัจจัย 4 ความมั่นคงปลอดภัย การยอมรับนับถือ (recognition needs) ความต้องการก้าวหน้า (opportunity needs) โดยเฉพาะความสำเร็จในบั้นปลายชีวิต และความต้องการด้านสังคม (social needs) การยกย่องนับถือ (sense of

recognition) ความสำคัญ (sense of importance) ความเป็นเจ้าของ (sense of belonging) ทำในสิ่งที่ปรารถนา (sense of opportunity) หากอธิบายตามทฤษฎีทางจิตวิทยาว่าด้วยกิจกรรม (activity theory) เชื่อว่า หากโลกและสังคมละทิ้งผู้สูงอายุในความเป็นจริงส่วนลึกของจิตใจแล้ว ผู้สูงอายุยังต้องการสังคม จะรู้สึกพอใจและมีความสุขในตนเองถ้ายังคงทำกิจกรรมในสังคมและเพื่อสังคม ความสุขในยามสูงวัยตัดสินใจได้จากความสามารถที่ผู้สูงอายุสามารถประกอบกิจกรรมให้แก่สังคมได้มากน้อยเพียงใด และทฤษฎีตำแหน่งบทบาท (role theory) มองในแง่สังคมวิทยา มีฐานคิดว่า มนุษย์มักผูกพันความสุขความพอใจของตนกับตำแหน่งบทบาททางสังคม บุคคลมีบทบาทและตำแหน่งต่างๆก่อนวัยผู้สูงอายุทั้งเชิงสังคมในบ้าน นอกบ้าน ในงานอาชีพ แต่ต้องลดบทบาทลงเมื่อสูงวัย ทำให้เสียความมั่นคงของชีวิตด้านต่างๆ ดังนั้น วิธีการปรับตัวที่ดีก็คือ การหาบทบาทตำแหน่งใหม่ๆต่อไป เช่น หาความสนใจใหม่ๆ หากกลุ่มสังคมใหม่ๆ หางานใหม่ๆ แนวคิดของทฤษฎีนี้ก็คือ อัตลักษณ์ (identity) ของบุคคลตระหนักรู้ได้จากบทบาทตำแหน่งของตน และคนเราจะปรับตัวได้เมื่อผูกพันตนเองกับบทบาทเท่านั้น (ศรีเรือน แก้วกังวาล 2540) และงานวิจัยของ กฤตศิลป์ อินทชัย (2551) ได้ศึกษาบทบาทผู้สูงอายุตำบลฟ้าฮ่ามต่อการพัฒนาท้องถิ่น ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ปัญหาอุปสรรคการแสดงบทบาทและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นของผู้สูงอายุที่สำคัญคือ องค์ประกอบของส่วนท้องถิ่นไม่ได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุในการร่วมกันพัฒนาท้องถิ่นโดยจะดำเนินการและจัดกิจกรรมเอง อีกทั้งไม่ได้มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารในเรื่องต่างๆ สอดคล้องกับที่ประธานผู้สูงอายุได้ให้ข้อมูลดังนี้

“งบประมาณผู้สูงอายุนี้นำไปได้อะไร บ่ได้ยังเลย ได้ยินข่าวว่าโครงการดีเทศบาลจะได้เหมือนกันแล้ว มันบ่เห็นได้มา มันบ่ได้ มันเสียปลายอย่างผมนั่นนะ ฮ้าๆ....(หัวเราะ) เก้าจัดดี อิม ปลายมันบ่อดิบดี บ่มีบ่มี ถ้าได้มากะคนเฒ่าคนแก่เพื่อก่อจะจัดสรรเป็นส่วนๆทำอะไรใครได้อย่างอิมกิจกรรมยังของผู้สูงอายุ เนี่ย จักรสานกา เอาทุนมาหื้อเป็นสานหยั่งขายอันกะ...บ่เป็นบ่ได้หื้อผู้สูงอายุไปร่วมประชุม ร่วมกิจกรรม หยั่งซักอย่างรู้.. ถ้าไปเจิญผู้สูงอายุไปร่วมกิจกรรมเพื่อจะทำกิจกรรมต่างๆเป็นต้องว่าอ๊ะกะแม่นกะ ได้กะทำโครงการนี้ได้แน่ว่าโครงการได้ แต่มันบ่มีคำสั่งบ่มีหยังออกมานี้กะ คือมาประชุมมาเสนอว่าผู้สูงอายุอยากได้อะไร ก็ร้องเรียนอยากได้เครื่องจักสานมันก้อบ่เอามาหื้อ เป็นบ่รู้จักก็บ่แล้ว....เฮอ อยากหื้อเป็นมึงบ่ประมาณ มาไว้หมู่บ้าน อยากจะหื้อมึงบ่ประมาณมาตางเทศบาลคือว่าจ่วยเหลือจวบ้านเฮาผู้สูงอายุมันจะได้หะ ฮ้าๆๆๆ (หัวเราะ) มันจะบ่ค่อยได้หนา ขนาดมาตางเทศบาลถ้าเป็นบ่บอกมาเฮายังได้ทำอันนั้นไป..... ขนาดขอ ยังบ่ได้ ก่อทั้งตำบลเนี่ยมันไปได้อะไรเฮา 50,000 เฮาเนี่ยบ่ฮ้องว่าเลี้ยงหมาหลายเมื่อว้อฮ้าๆๆๆ (หัวเราะ) 50,000 เนี่ยการบริหารการจัดการในชุมชนก้าผู้สูงอายุนี้นำไปบ่มีไซ้แนะนำไปเดื้อ งบประมาณบ่มีเดื้อเทศบาลบ่มีบ่มาหื้อ....เขาบ่เคยชี้แจงเลยว่าบ่มีงบประมาณของผู้สูงอายุมิได้”

นอกจากนั้น บางตำบลริเริ่มมีการจัดระบบสวัสดิการภาคประชาชนโดยใช้เงินออมวันละ 1 บาทโดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วม มีการจัดทำเป็นบางพื้นที่ยังไม่ครอบคลุมทั้งหมดจึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันกับส่วนผู้ที่ได้รับประโยชน์

3. ผู้สูงอายุมีความมั่นคงในชีวิตระดับหนึ่งจากหลักประกันในเรื่องรายได้ เบี้ยยังชีพที่รัฐบาลให้การสนับสนุนผู้สูงอายุอย่างถ้วนหน้า ถึงแม้ว่าจะเป็นจำนวนเงินที่น้อยแต่สามารถสร้างความสุขทางด้านจิตใจได้

ในแต่ละเดือน รัฐบาลมีนโยบายให้เบี้ยยังชีพ จำนวนเงิน 500 บาท /คน/เดือนแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งยังจัดอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำกว่าเกณฑ์เส้นความยากจน (poverty line) ที่มีค่าประมาณ 1,300 บาท /คน/เดือน อันเป็นเกณฑ์มาตรฐานการดำรงชีพขั้นต่ำที่คำนวณจากเกณฑ์มาตรฐานความต้องการบริโภคอาหารและสินค้าจำเป็นขั้นต้นเพียงพอต่อการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล ดังที่ อภิญา เวชยชัย (2544) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพมีความพึงพอใจในชีวิต แม้เงินที่ได้รับจะน้อยมากจนไม่เพียงพอต่อการยังชีพที่แท้จริงได้สำหรับผู้สูงอายุยากจนแท้จริงที่ได้รับเบี้ยยังชีพ รู้สึกว่าตนมีหลักประกันมากขึ้น มีเครดิตทางสังคม มีศักดิ์ศรีในตนเองมากขึ้น เงินจำนวนดังกล่าวยังสามารถตอบสนองในเรื่องค่านิยม ความเชื่อทางวัฒนธรรมของตน และยังช่วยให้มีความสุขในชีวิตมากขึ้น อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุได้ประเมินคุณภาพชีวิตของตนในปัจจุบันอย่างภาคภูมิใจว่าเป็นผู้สูงอายุที่มีค่า มีราคาต่อสังคม และจากงานวิจัยของ นลินี โลหะชัยฤทธิ์ (2549) สะท้อนว่าผู้สูงอายุมีระดับความพึงพอใจต่อผลการดำเนินงานสวัสดิการด้านเบี้ยยังชีพอยู่ในระดับมาก

การได้รับเบี้ยยังชีพตามระเบียบราชการผู้สูงอายุจะต้องได้รับไม่เกินวันที่ 10 ของทุกๆ เดือน โดยมีเทศบาลตำบล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้รับผิดชอบในการจ่ายเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุซึ่งจะมีการอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุโดยการนำไปมอบให้ ณ ศาลาหมู่บ้านของแต่ละหมู่บ้าน จ่ายให้ที่บ้านผู้สูงอายุ เข้าบัญชีธนาคาร และสามารถมารับได้ที่เทศบาลตำบล หรือองค์การบริหารส่วนตำบลทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความประสงค์ของผู้สูงอายุ การได้รับเบี้ยยังชีพถือเป็นการตอบสนองความต้องการทางด้านเศรษฐกิจ (economical needs) ของผู้สูงอายุ คือการได้รับความช่วยเหลือทางการเงินเพื่อสะสมไว้ใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน มีความต้องการที่จะมีบทบาททางเศรษฐกิจโดยมีเป้าหมายที่สำคัญเกี่ยวข้องกับการพึ่งพาตนเองและหลุดพ้นจากสภาวะการบีบคั้นทางด้านเศรษฐกิจถ้าได้รับอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และจากงานวิจัยของ กิตติพงษ์ เร่งถนอมทรัพย์ (2550) พบว่า การจัดบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

ของกลุ่มผู้สูงอายุในเทศบาลตำบลยางเนิ้งเป็นการบริหารจัดการที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุ เพราะนโยบายของคณะบริหารได้ให้ความสนใจและเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุมากขึ้น การพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการจ่ายเบี้ยเลี้ยงให้กับผู้สูงอายุเป็นความต้องการของผู้สูงอายุเป็นอย่างมากจึงน่าจะเพิ่มวงเงินให้สูงขึ้นด้วย



ภาพ 4.34 นโยบายการรับเบี้ยยังชีพของเทศบาลตำบลแต่ละแห่งแตกต่างกัน บางแห่งใช้นโยบายเชิงรุกและอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนในเขตที่รับผิดชอบโดยให้บริการจ่ายเบี้ยยังชีพ ณ จุดนัดพบศูนย์กลางของหมู่บ้าน เช่น ศาลาหมู่บ้าน วัด หรือ แม่แต่บ้านของผู้สูงอายุ

จากการประกาศของรัฐบาลให้ผู้สูงอายุมาขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพในรอบที่ 1 และ 2 นั้น พบปัญหาในเรื่องรัฐบาลยังไม่ได้จัดสรรงบประมาณเบี้ยยังชีพมาอย่างส่วนท้องถิ่น ส่งผลต่อการเบิกจ่ายงบประมาณไม่ได้ตามเวลาที่กำหนด มีระยะเวลาที่ไม่แน่นอน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในรุ่นหลังนี้จึงต้องตกอยู่ในสภาพชีวิตที่ลุ่มๆดอนๆ พร้อมกับความไม่มั่นใจ แสดงความวิตกกังวลกับความไม่มั่นคงของงบประมาณที่จะได้รับต่อเดือนว่าจะได้รับเบี้ยยังชีพไปตลอดชีวิตหรือไม่ การแก้ไขปัญหาในเบื้องต้น ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งมีนโยบายแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าโดยการเบิกจ่ายจากเงินสะสมของหน่วยงานจ่ายสำรองทดแทนไปก่อนอย่างน้อย 1 เดือน แนวคิดนี้ขึ้นอยู่กับผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นผู้พิจารณาช่วยเหลือเป็นการชั่วคราวหรือไม่ซึ่งพบว่าอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละเขตพื้นที่ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุได้สะท้อนมุมมองต่อเบี้ยยังชีพดังนี้

“จะหือปอมันก่บ่ปอ มันก่ดีกว่าบ่ได้ รายใจมันนั้ก เดียวของก่มาแฮ่มเม๊าะ จะหือมันกุ่มก่บ่กุ่ม สองสามวันก่ หมด ยังแควน มันก่าเฮาหันน้อย บ่ฮ้ายบ่ดี เนี่ยกะเป็นก่านจ่วยเหลือคนเฒ่า แต่มันก่ยังบ่เพียงพอ เตื่อ ไข่ได้หม่น้อยบั่ว (หัวเราะ) มันก่ดีขึ้นเรื่อย ๆ สมัยก่อนประมาณ 10 กว่าปีบ่ามีครบก่ใจได้ ก่ดีขึ้นในระดับหนึ่ง อย่างน้อยก่ได้ 500 สภาพผู้สูงอายุในหมู่บ้านเฮาก่บ่ฮับจ่างได้อยู่ ป่ลูกผักป่ลูกไม้ได้อยู่ แต่จะหือมันบ่

แต่กับบ่อ มอก 60 ปายนี้เป็นยังทำงานได้อยู่คนเดียวนี้ก็กินอยู่กับลูกหลานนะ ถ้าลูกหลานบ่หื้อจะไปกินกับไผ ก่ำตางค์ 500 มันจะไปบ่อหยัง 500 นี่มันตึงบ่อ ก่อนถ้างานบุญมี 5 หลัง ๆ ละ 100 ก่หมดละ บ่ได้ กินแหล่ แล้วได้เยอะๆก่ภูมิใจ คีละๆตะก่อนเฮาบ่มีเฮายังอยู่ได้ ก่าบ่อคุ่มหนาแต่เป็นฮื้อเฮาก่อดีใจละ ว่าฮื้อเนาะ เป็นเห็นผู้สูงอายุเนื่อเป็นยังเอาใจใส่เฮา..”

4. สวัสดิการทางด้านสาธารณสุขส่งผลต่อการมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดีของผู้สูงอายุ มีองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพมากขึ้น มีหลักประกันความมั่นใจในเรื่องการรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย สร้างความรู้สึกพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานให้สอดคล้องกับการขับเคลื่อนทางสังคมไทยต่อผู้สูงอายุในการดูแลและพัฒนาสุขภาพผู้สูงวัยเป็นไปตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ที่ได้กำหนดยุทธศาสตร์ออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1 การเตรียมความพร้อมของประชากรเมื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ด้านที่ 2 การส่งเสริมผู้สูงอายุ ด้านที่ 3 ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ด้านที่ 4 การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากร และ ด้านที่ 5 การประมวลและพัฒนางานองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ดังนั้น การดูแลและพัฒนาสุขภาพผู้สูงวัยจำเป็นต้องควบคู่กันทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และควบคุมโรค การบำบัดรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง (healthy elderly) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายที่ดี ปราศจากโรคและไม่เป็นผู้ทุพพลภาพ มีสุขภาพจิตที่ดี ปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ ถือเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถและดำรงชีพได้ด้วยตนเอง ไม่พึ่งผู้อื่น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนดูแลคนในครอบครัวและในสังคมได้ ซึ่งการรักษาและพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวมจะประสบผลสำเร็จได้ก็ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ ตลอดจนความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเพื่อส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุต่อไป (พวงเพ็ญ ชื่นประเสริฐ 2550)

ผลจากการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค) หรือบัตรทอง พบว่า ผู้สูงอายุต่างรู้สึกพึงพอใจเป็นอย่างยิ่งต่อระบบการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุในปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับสมัยอดีตที่มีข้อแตกต่างกันมาก และรุ่นบรรพบุรุษยังขาดโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเหมือนเช่นในยุคปัจจุบันนี้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุทุกคนไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ทั้งส่วนการรักษาพยาบาลและการรับยาตามการวินิจฉัยของโรคที่พบ โดยเฉพาะกรณีเมื่อผู้สูงอายุ

มีความเจ็บป่วยอาการหนักต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลเป็นเงินจำนวนมากผู้สูงอายุไม่สามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายเหล่านี้ และส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายของสมาชิกในครอบครัวได้ นับว่าเป็นสวัสดิการทางสังคมที่สามารถตอบสนองสภาพความเป็นจริงบนพื้นฐานทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดีและช่วยคลายความวิตกกังวลต่อภาระค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตมากขึ้น และสิ่งสำคัญสามารถเอื้อประโยชน์ต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ดังที่ ฟิริลท์ คำนวณศิลป์ และคณะ (2542) กล่าวว่า ความสำเร็จของการสาธารณสุขในประเทศไทยมีผลทำให้อัตราการตายและอัตราการเกิดของประชากรลดลงซึ่งส่งผลให้ทั้งจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุแต่ละคนมีอายุโดยเฉลี่ยยืนยาวหรือนานขึ้น ซึ่งจำเป็นจะต้องมีการดูแลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุรายหนึ่งได้บอกเล่าถึงประโยชน์ของการที่ใช้บริการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ดังนี้

“ ยานี้เฝ้าไปเอาของเป็น เป็นแจกหื้อบ่ตาย 30 บาทนะกะมี เป็นส่งตัวไปอันนี้แม่เลี้ยงแสนปาย ผ่าตัดถ้าบ่มี 30 บาทกะจะเอาหยังมาจ่ายเป็นหื้อก่าบำรุงเหี้ย 500 โรคกะเพาะฮั่ว แสนปายนะก่าโรงบาลอยู่โรงบาลได้ 15 วัน บ่ได้จ่ายหยัง หื้อก่าบำรุงเหี้ย 500 บาทบ่ได้อยู่ห้องพิเศษ อิม.. อยู่ห้องธรรมดา ดีใจกะ บ่อันจะเอาตังค์ไหนมาหื้อ ปันหนี้จ้อกะ มันบ่เตรียมตัวตายละ (หัวเราะ) บ่มีเงินหื้อ มันตึงบ่รอดละมันเข้าห้องผ่าตัด 2 วัน 2 คืน บ่รู้คิงอะยาดี คนจะบ่ตายง่ายเหมือนตะกอน มีบัตรทองบัตรเดียว บ่เสีย ค่าธรรมเนียม 10 บาท ฟรีหมด พอใจ พอใจมาก พอใจกะ มากที่สุด ถ้าบ่มีต้องเสียเงินเข้าโรงบาลบ่ต้องเสียตังเป็นหมื่น ฟรีหมด เข้าโรงบาลเดือหมดเป็นหมื่นเป็นแสน พอใจมาก ถ้าบ่มีบัตรนี้ตายจากนัก มะเร็งมดลูก ดีทุกอย่าง เรายังบ่ตาย ถ้าบ่มีนี้ตายหมด แต่เนอะมันก่อดีขึ้น คนเฒ่าดีเป็นบ่มีสตาจ้อก่อได้ต่อชีวิตไป ”

ในจำนวนโครงการหนึ่งซึ่งได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 ได้แก่ โครงการให้บริการรักษาฟรีแก่ผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าจะได้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องแต่ยังขาดการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานจึงทำให้ไม่อาจทราบได้ว่า การดำเนินงานที่ผ่านมามีตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหรือไม่ มีอัตราการครอบคลุมน้อยเพียงใด มีปัญหาในเรื่องความเหมาะสมของวิธีการดำเนินงานหรือไม่ (ฟิริลท์ คำนวณศิลป์ และคณะ 2542) จากงานวิจัยนี้พบปัญหาส่วนหนึ่งที่เกิดจากการให้บริการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้สะท้อนข้อเท็จจริงจากมุมมองของผู้สูงอายุในหลายเขตพื้นที่ก็คือ เมื่อสูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยโดยทั่วไปได้ไปขอรับบริการตรวจรักษาเบื้องต้นที่สถานอนามัยชุมชนใกล้บ้านมากที่สุด เช่นเดียวกับงานวิจัยของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2541) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของ

ผู้สูงอายุในประเทศไทยในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือพบว่า บริการสวัสดิการสังคมที่ผู้สูงอายุไปใช้มากที่สุดคือ บริการด้านการรักษาพยาบาลจากสถานีนามัยเป็นบริการที่ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจมาก ส่วนงานวิจัยนี้พบว่า ขอรับบริการจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งมักได้รับการวินิจฉัยและได้รับยาที่มีลักษณะเป็นยาสามัญประจำบ้าน ประเภทยาแก้ปวดเป็นส่วนใหญ่ อาทิเช่น พาราเซตามอล ส่งผลการรักษาที่ยังไม่ตรงจุดของการเกิดโรค ทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีความเจ็บป่วยและแสดงอาการของโรคอยู่ การรับประทานยาบรรเทาอาการปวด เป็นเพียงการระงับความเจ็บปวดชั่วคราวครั้งชั่วคราวมิได้หายขาดโดยสิ้นเชิง การแก้ไขปัญหาแบบเร่งด่วนของผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องพึ่งพาการใช้บริการตามคลินิกเอกชน หรือโรงพยาบาลเอกชนเนื่องจากเห็นผลจากการรักษาได้ชัดเจนกว่าและมีอาการทุเลาลงในระดับที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้สูงอายุถึงแม้ว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเองก็ตาม แต่ถ้ากรณีผู้สูงอายุมีอาการของโรคเด่นชัดเป็นภาวะของโรคที่พบในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่และมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่จะเกิดขึ้น อาทิ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น ก็จะได้รับยาที่วินิจฉัยตรงกับกลุ่มอาการของโรคมารับประทานเป็นประจำพร้อมนัดหมายการตรวจในรอบต่อไป ในความปรารถนาของผู้สูงอายุมีความประสงค์ที่จะให้ยาที่ได้รับจากสถานพยาบาลของรัฐได้มาตรฐานเช่นเดียวกับสถานพยาบาลจากโรงพยาบาลเอกชน เมื่อประเมินตามความรู้สึกผู้สูงอายุมีการรับรู้ว่ายาที่ได้รับมีความด้อยประสิทธิภาพกว่า และมีโอกาสในการหายเจ็บป่วยช้า เน้นนานกว่าหรือมีความเรื้อรังของโรคเกิดขึ้น ในฐานะที่เป็นคนไทยควรได้รับสิทธิการคุ้มครองของการรักษาพยาบาลเรื่องยาที่มีมาตรฐานมากกว่ากลุ่มแรงงานต่างด้าวซึ่งพบว่ามารับการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมากทั้งที่มิได้เสียภาษีแต่อย่างใด หรือเป็นแรงงานผิดกฎหมายส่งผลต่องบประมาณในการรักษาต้องเจือจางให้แก่แรงงานต่างด้าวกลุ่มนี้

“ โง่ยามันหื้อยามาเต็มตี้ เพราะส่วนใหญ่จะเป็นพารา เป็นหยังก่หื้อก่าพารา เจ็บต้องก่พารา เจ็บหัวก่พารา ปวดแขนก่พาราเอี้ยะกะ (หัวเราะ) อย่างเก่งก็พาราเซตามอล เปน อัน ไล่ตั้ง บ่อดีตาย กระเพาะ อื้อ จะบอกหื้ออยู่เจ็บอึดตาย แก้วปอจะดีตาย ตรวจบัดเดี๋ยวนี ”

การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ สถานีนามัยชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข เป็นอีกหนึ่งส่วนที่ได้ให้ การสนับสนุนให้สมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมออกกำลังกาย ส่งเสริมวัดให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพชุมชนและจัดสถานที่เอื้อโอกาสต่อผู้สูงอายุในโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จาก

การออกกำลังกายโดยประเมินสุขภาพตนเองดีขึ้น ส่วนหนึ่งจะใช้เวลาออกกำลังกายตั้งแต่วันจันทร์-วันศุกร์ ตั้งแต่เวลาประมาณ 17.00 -18.00 น. การออกกำลังกายมีหลายวิธี เช่น ฟ้อนเจิงรำไม้ตะบอง กับสลับมือ เล่นเปตอง เป็นต้น การรวมกลุ่มกันออกกำลังกายของผู้สูงอายุทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้เรื่องสุขภาพระหว่างกัน และผ่อนคลายความตึงเครียดในจิตใจลง นอกจากนี้ จะมีหน่วยงานสาธารณสุขชุมชนได้กำหนดให้บริการตรวจสุขภาพทุกเดือน และมีการติดตามผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวโดยตลอดให้แก่ผู้สูงอายุหมุนเวียนในแต่ละหมู่บ้านทำให้ผู้สูงอายุได้รับโอกาสในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ ในระดับเชิงรุก ลดความเสี่ยงในเรื่องอัตราการเสียชีวิต มีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดีขึ้น แต่สำหรับผู้สูงอายุบางรายก็ไม่สามารถมารับบริการตรวจในชุมชนได้เนื่องจากขาดสมาชิกในครอบครัวพามาอาจทำให้การเข้าถึงบริการเป็นไปอย่างไม่ทั่วถึง ส่วนกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือ การไปตรวจโรคติดต่อเรื้อรัง เทศบาลตำบลบางแห่งมีนโยบายสนับสนุนการจัดรถบริการนำส่งโรงพยาบาล พร้อมทั้งเตรียมเสบียงอาหารให้พร้อมเพียง ในขณะที่บางแห่งยังไม่มีนโยบายส่วนนี้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องตกอยู่ในสภาพที่พึ่งพาตนเอง อันเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่ส่งผลต่อความล่าช้าในการรับบริการรักษาของผู้สูงอายุ ประกอบกับในปัจจุบันสถานีนามัยชุมชนให้บริการดูแลที่สะดวกรวดเร็ว มีระบบและขั้นตอนการส่งต่อไปรักษาไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งผู้สูงอายุมองว่ามีกระบวนการหลายขั้นตอนมากเกินไปทำให้มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ควรลดขั้นตอนต่างๆลงจะทำให้การรักษามีความรวดเร็ว ปลอดภัยในชีวิตและสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลา โดยภาพรวม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้สึกพึงพอใจจากการได้รับการบริการทางการแพทย์จากบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทุกส่วนงาน

การจัดให้มีช่องทางเหมาะสำหรับผู้สูงอายุ แยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก คือ หน่วยบริการในระดับโรงพยาบาลของรัฐ ทั้งในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลประจำจังหวัด จัดเป็นส่วนแนวคิดในเชิงนโยบาย จากสภาพความจริงในระดับปฏิบัติแล้วยังพบว่า ยังไม่ได้แยกช่องทางในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุก่อนแต่อย่างใด ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังต้องไปเข้ารับบริการตามลำดับก่อนหลังร่วมกับผู้ป่วยรายอื่นๆ ด้วยข้อจำกัดของสุขภาพและวัยอาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหนื่อยล้าและหมดความอดทนในการขอรับบริการได้ง่ายกว่า ดังนี้

“ก็เคยไปขอยาทาตลอดเลย ยังคิวยาวยี้ดเลย ยืนกันจนบอกว่าไม่เอาแล้วนะหนแล้วไปผู้สูงอายุนะ ก็เขาบอกยาย ไปขอปะเกีย มี ผู้อายุเฒ่าบ่มี จัดคิวบ่หมี รอบเดียวเหมือนคนอื่น เขียนป้ายว่า คนสูงอายุก่อน แหมบ่พอไปแข่งมาลวงหน้าบ่มีบ่ใจฟัง ลู๋ยากจะตาย ดีๆกันแต่แรกว่าที่โรงบาลนะ ที่ว่า บริการผู้สูงอายุก่อนนี้ มันไม่มี มันรวมกันไปหมดเลย เคื่อกำลังเลือกกันอยู่ เอาตามคิวว่า ฮะ แล้วเขาเขียนว่า บริการผู้สูงอายุก่อน มันก็ไม่มีอยู่ มีแต่ป้าย แต่ปฏิบัติบ่แน่นอน เอาบางคนคนไข้มา ให้อ้อ ออกละ

ไม่ไหวแล้ว มันต้องรอคิว เขาน่าจะแยกเออ เอาคนแก่คนเฒ่าก่อนน้อ แต่เขาเขียนป้ายเบ้อเรอเลย
 เหนอ ทุกที่ ดูเอาเหอะ โรงพยาบาลนะตามคิว ..คนแก่ไปโรงพยาบาลขอหื้อพิเศษหน่อยวัยทองนี่หนาเพราะจะได้กลับ
 บ้านเร็ว จะได้มาพักผ่อนสุขภาพจะดีอย่างที่พูดเนี่ยทางด่วนแล้วไม่มีคนยักขา ทางด่วนเปล่าๆ ไม่ได้เรียกร้อง
 อย่างอื่น ขอๆ เห็นใจอย่างจี้ สุขภาพจะไปต่อแถวไอ้ไฮยาเลย ยาวทางด่วนๆ ผู้สูงอายุ คือ คนเฒ่าจะได้ไป
 พักผ่อนเออ 3 โมง 4 โมง ไปเอาคิวบ่ไหว 4 โมง 5 โมง ลำบากแต่ มันหมด หมดด้วย...”

นอกเหนือจากการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย และ
 กระทรวงสาธารณสุขแล้ว อีกหน่วยงานหนึ่งที่มีบทบาททรงลงมาได้แก่ บทบาทของกระทรวง
 พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยมีสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
 จังหวัดเชียงใหม่เป็นหน่วยงานที่คอยเกื้อหนุนการทำงานของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและ
 ประสานการทำงานร่วมกัน แต่ก็สามารถดำเนินงานทำได้ในระดับหนึ่งในบางพื้นที่ ส่วนพื้นที่อื่นๆ
 ต้องมีการขยายขอบเขตการทำงานให้เพิ่มขึ้นเพื่อจะทำให้การทำงานเป็นไปอย่างทั่วถึงและตรงกับ
 กลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้สูงอายุ สิ่งสำคัญการดำเนินการช่วยเหลือมักจะมีรายละเอียดของเอกสาร
 มากหากผู้สูงอายุต้องการยื่นความจำนงขอรับบริการ เป็นผลให้ตัดสินใจไม่ขอรับบริการดังกล่าว

2.2.2 คุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุล้านนา

เศรษฐกิจ (economy) เป็นสิ่งที่อยู่คู่กับมนุษย์ทุกยุคทุกสมัย และไม่ว่าระบบเศรษฐกิจจะมีความซับซ้อนมากน้อยเพียงใด แต่ทุกสังคมย่อมต้องมีกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องกับเรื่องปาก เรื่องท้อง การกินการใช้ เมื่อเรื่องปากท้องเป็นความจำเป็นของมนุษย์ มนุษย์จึงต้องตอบสนองต่อความต้องการของตนเองด้วยการใช้ทรัพยากรต่างๆ (ยุทธพงศ์ จันทรวรินทร์ 2550) และ นิยพวรรณ วรรณศิริ (2550) แสดงทัศนะว่า นักมานุษยวิทยาเศรษฐกิจทุกคนถือว่า มนุษย์ในสมัยใดๆก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นคนป่า คนเมือง คนสมัยเก่า คนสมัยใหม่ ย่อมมีความเกี่ยวข้องกับระบบเศรษฐกิจทั้งสิ้น เศรษฐกิจ คือ ระบบการเลือกปฏิบัติอย่างมีเหตุผลที่สุด โดยการทำมาหากินจากระบบสังคมอื่นๆเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและเพื่อความอยู่รอดของสมาชิกทุกคนในสังคม และเศรษฐกิจยังเป็นระบบวัฒนธรรม หรือพฤติกรรมทางวัฒนธรรมระบบหนึ่ง เพราะมนุษย์มีความต้องการพื้นฐานอันดับแรกคือ ความต้องการอาหารเพื่อบำบัดความหิวโหย ความต้องการพื้นฐานในจุดนี้เองเป็นที่มาของขบวนการทางเศรษฐกิจทุกอย่างในสังคม

Chatfield (1977) วิเคราะห์ว่า ในสังคมปัจจุบัน ภาวะเศรษฐกิจนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลที่จะสนองความต้องการในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นบ้านที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง อุปกรณ์อำนวยความสะดวกแก่ตนเองตลอดจนส่งผลไปถึงการเลือกทำกิจกรรมเนื่องจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางอย่างต้องอาศัยเงินเป็นปัจจัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ปัญหาเศรษฐกิจกลับเป็นปัญหาหลักเนื่องจากข้อจำกัดของการประกอบอาชีพอันเนื่องมาจากความมีอายุ ทำให้รายได้ลดน้อยลง ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ และส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น รายได้จะเป็นตัวลดปัญหาสุขภาพ และยกระดับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับความคิดของ สมพร เทพสิทธิ (2549) กล่าวว่า ปัญหาของผู้สูงอายุที่สำคัญบางประการ เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มีฐานะไม่ดี ไม่มีลูกหลาน อุปการะเลี้ยงดูอาจจะไม่มีรายได้ หรือมีรายได้ไม่เพียงพอสำหรับการครองชีพ อาจไม่มีที่อยู่อาศัยทำให้ได้รับความลำบาก และปัญหาด้านความรู้ ผู้สูงอายุอาจไม่มีโอกาสได้รับความรู้เพื่อพัฒนาตนเองให้ทันสมัยอยู่เสมอ และเพื่อปรับตัวตนเองให้เหมาะสมกับวัย สังคมที่เปลี่ยนแปลงเพื่อให้เข้ากันได้กับเยาวชนรุ่นใหม่ และยังมีการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการมองเห็น หรือปัญหาสุขภาพในด้านอื่นๆและผู้สูงอายุมีความต้องการเหมือนเช่นบุคคลในวัยอื่นๆ รวมถึงความรู้สึกมีความต้องการว่าชีวิตมีความหมาย ความต้องการพึ่งพิงคนอื่นในชีวิตประจำวัน และการใช้ยานพาหนะเป็นความยุ่งยากที่หลายคนจะยอมรับ ผู้ดูแลจะจูงใจด้วยความรักและความรับผิดชอบทำให้ดีที่สุด อาจโดยสารไป

กับเพื่อน หรือญาติ อย่างไรก็ตาม บางครั้งอาจมีความเกี่ยวข้องกับอันตราย ร่างกาย หรือ ทางด้านเศรษฐกิจ (Insel and Roth 2002)

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้สูงอายุล้านนา พบว่า มีคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจดังนี้

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับพอระดับประคองให้อยู่รอดได้
 เกี่ยวเนื่องจากปัญหาเป็นผู้ไม่มีรายได้ รายได้หลักต้องอาศัยจากสมาชิกครอบครัวเป็น
 ผู้รับภาระในการดูแล และสวัสดิการเบี้ยยังชีพ

จากการที่สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2549) ได้สำรวจการทำงานของผู้สูงอายุในระดับประเทศ พบว่า ปัจจุบันผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากที่ยังคงทำงานและเป็นส่วนหนึ่งของการแรงงานของประเทศซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 2.6 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 38.8 ของผู้สูงอายุทั่วประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมีผลทำให้บทบาทผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคต ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในปี 2548 ผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องผู้สูงอายุหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงกว่าเพศชาย และคาดว่าในปี 2552 ผู้สูงอายุหญิงจะมีสูงถึงร้อยละ 12.4 ส่วนชายมีร้อยละ 10.2 มากกว่าครึ่งของผู้สูงอายุทั้งหมดเป็นหญิง ร้อยละ 55.2 ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการจ้างแรงงานเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด ซึ่งผู้สูงอายุในภาคใต้มีส่วนร่วมในการจ้างแรงงานสูงกว่าภาคอื่นๆ คือ ร้อยละ 46.3 ในปี 2548 ขณะที่ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีส่วนร่วมในการจ้างแรงงานต่ำสุด ร้อยละ 18.7 อัตราการมีส่วนร่วมในการจ้างแรงงานของผู้สูงอายุชายมีมากกว่าหญิงทั้งในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล และในทุกๆภาคของประเทศ มากกว่าครึ่งของผู้สูงอายุทำงานในภาคเกษตรกรรม ร้อยละ 65.2 ผู้สูงอายุประกอบธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 60.3 รองลงมาคือ ช่วยธุรกิจครัวเรือน และเป็นลูกจ้างเอกชนร้อยละ 20.0 และ 13.1 ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะทำงานประมาณ 40-49 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ รายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 41.9 ผู้สูงอายุหญิงจะมีร้อยละของรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทสูงกว่าชายเกือบ 2 เท่า

ตารางที่ 4.35 แสดงแหล่งรายได้สำคัญของผู้สูงอายุทั้งที่ทำงาน/ไม่ทำงานปี พ.ศ.2550

แหล่งที่มาของรายได้	จำนวน (ร้อยละ)
การทำงาน	95.7
เงินบำเหน็จบำนาญ	2.4
เบี้ยยังชีพ	20.1
เงินออม	32.6
คู่สมรส	34.6
บุตรชายโสด	14.2
บุตรหญิงโสด	12.6
บุตรชายสมรส	46.4
บุตรหญิงสมรส	50.3

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ : ทำงาน (ร้อยละ 36.4) และไม่ทำงาน (ร้อยละ 63.6)

เอกสารและงานวิจัยหลายชิ้นที่ยืนยันว่าผู้สูงอายุประสบปัญหาทางด้านเศรษฐกิจที่ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ดังข้อค้นพบของ อารมณีย์ ปัญญาจุล (2551) วิจัยเรื่อง ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ของการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุของประชากรในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนลดลงจาก 8,391.25 บาท เหลือเพียง 1,980.56 บาทเนื่องจากส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงานหลังเกษียณ และมีรายได้หลักจากบุตรมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 47.25 ส่วนรายจ่ายมียอดลดลง เพราะบางส่วนได้ย้ายมาอาศัยกับบุตรซึ่งช่วยรับภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน แต่กลับพบว่า มีปัญหาสุขภาพมากขึ้นทำให้มีค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นโดยบุตรรับภาระมากถึงร้อยละ 80 มีเงินออมจาก 1015.00 บาท เหลือเพียง 18.75 บาท เพราะส่วนใหญ่มีรายได้ที่ลดลง จะมีการออมเฉพาะผู้ที่มั่งคั่งเท่านั้น ปัญหาสำคัญหลังวัยเกษียณ คือ ปัญหาด้านการเงินคิดเป็นร้อยละ 63.50 รองลงมาคือ ปัญหาด้านสุขภาพและครอบครัว ร้อยละ 17.75 และ 5.5 ตามลำดับ ผู้สูงอายุในเมืองมีสัดส่วนประสบปัญหาด้านการเงินสูงกว่าอำเภออื่นๆ ส่วนอำเภออื่นประสบปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าอำเภอเมือง ส่วนวิจัยของ พิทักษ์ณา สุภานุสร (2546) ศึกษาเรื่อง กลไกทางวัฒนธรรมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุของชุมชนชนบท พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพและการอยู่ร่วมกับลูกหลาน ปัญหาด้านเศรษฐกิจเกิดจากการที่ผู้สูงอายุ

ไม่มีรายได้หรือรายได้ที่ได้รับจากลูกหลานเป็นครั้งคราวไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ ผู้สูงอายุบางคนต้องทำงานรับจ้างเล็กๆน้อยๆเพื่อหารายได้ต้องการมีเงินใช้ มีเงินทำบุญ ต้องการให้หน่วยงานของรัฐช่วยเหลือค่าครองชีพและค่ารถไปโรงพยาบาล สอดคล้องกับงานวิจัยของ รุ่งโรจน์ วงศ์ไย (2547) ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกับเด็กในชุมชนภาคเหนือ ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุมีความเครียดและวิตกกังวลเรื่องการเงิน อนาคตของตนเอง และอนาคตของหลาน และ ฉัตรสุมน พุฒิภิญโญ (2546) วิจัยเรื่องการทำงานของผู้สูงอายุไทยที่พบว่า กระบวนการทำงานของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงทางการเงิน และศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบได้แก่ การแข่งขันทางการตลาด ความรู้ที่ใช้ในกิจกรรมการผลิต ระบบบัญชี ลักษณะกายภาพของผู้สูงอายุเองและการใช้เทคโนโลยี นอกจากนี้ ไรพัตย์ สุนทรวิภาต (2549) ศึกษาการปรับตัวทางด้านสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีบุตรน้อยจะประสบปัญหาเกี่ยวกับรายได้ไม่เพียงพอต่อตนเองจึงออกไปหารายได้เลี้ยงตัวเองเพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนลูกหลาน ปัญหาและอุปสรรคที่มีต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพ คือ ปัญหาในเรื่องเศรษฐกิจ ปัญหาเรื่องสังคม ปัญหาเรื่องจิตใจ ปัญหาเรื่องการขาดผู้รู้แนะนำ ปัญหาด้านการบริหารเวลา ปัญหาการสูญเสียบทบาททางสังคม และปัญหาการสร้างค่านิยมผิดๆให้แก่ผู้สูงอายุ

และงานวิจัยของ ชูเพ็ญศรี วงศ์พุทธา และ พุฒิพงษ์ พุกกะมาน (2542) วิจัยเรื่อง การสำรวจอาชีพของแรงงานผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนได้จำนวนตัวอย่าง 353 ครั้วเรือน จากอำเภอเมือง อำเภอหางดง อำเภอสันกำแพง และ อำเภอสารภี จำนวน 125, 102, 84, และ 42 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมืองส่วนใหญ่มีอาชีพด้านการบริการร้อยละ 49 และผลิตสินค้าในครั้วเรือนร้อยละ 48 ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเมืองมีอาชีพทางเกษตรกรรมสูงถึงร้อยละ 82 ด้านเศรษฐกิจ พบว่ารายได้เฉลี่ยต่อครั้วเรือนต่อเดือนเท่ากับ 5,040 บาท โดยกลุ่มอาชีพรับราชการ/บำนาญ จะมีรายได้เฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 23,704 บาท และกลุ่มอาชีพงานบริการจะมีรายได้เฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 1,372 บาท ส่วนลักษณะข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเมืองและนอกเมือง มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ความพอใจด้านการดำเนินชีวิต โดยภาพรวมร้อยละ 86 จะพอใจในการดำเนินชีวิตของตน ผู้สูงอายุที่อยู่ในเมืองจะมีความพอใจมากกว่าผู้อยู่นอกเมือง (93 % > 81 %)

ด้วยเหตุผลพอใจที่อยู่ดูแลเฝ้าบ้านร้อยละ 77 และพอใจที่ได้ร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มพัฒนากิจกรรมทางศาสนาร้อยละ 70 ความพอใจด้านสุขภาพร่างกาย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พอใจที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61 เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนไม่หลับร้อยละ 52 และไม่เคยป่วยหนักหรือเจ็บออก แอดร้อยละ 37 ด้านสุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุมีบุตรหลานพึงได้ร้อยละ 74 มีความพอใจในการร่วมกิจกรรมทางศาสนา ร้อยละ 50 มีกิจกรรมบันเทิงต่างๆ ร้อยละ 19 คุณภาพชีวิตโดยรวมทั้ง 3 ด้าน พบว่า มีความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุในเมือง และนอกเมืองเพียงเล็กน้อย ยกเว้น คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต ผู้สูงอายุนอกเมืองมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุในเมือง จากผลงานวิจัยต่างๆ ในข้างต้นนี้ อาจสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งยังคงต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ และด้วยเหตุผลต่างๆ ในทุกยุคสมัย

เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุที่ศึกษามีภูมิหลังที่มาจากสังคมชนบท (rural society) หรือเขต อำเภอรอบนอกเป็นส่วนใหญ่ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีสภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคม ชนบททั้งเมืองมากขึ้น เคยประกอบอาชีพทางด้านเกษตรกรรม ได้แก่ ทำนา ทำไร่ ทำสวน เพาะปลูก และเลี้ยงสัตว์ เป็นรายได้หลักเพื่อการยังชีพมาจากการประกอบอาชีพในอดีตดังกล่าว โดยอาศัยน้ำจากแม่น้ำลำคลองและฝนตามธรรมชาติ ดังที่ผลการสำรวจการทำงานของผู้สูงอายุ ไทยของมหาวิทยาลัยมหิดลปี 2546 พบว่า สำหรับเขตเมือง ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายมี สถานภาพทำงานส่วนตัว ลูกจ้าง และค้าขายสูงกว่าในเขตชนบท ส่วนในเขตชนบท กลับพบว่า การทำงานของผู้สูงอายุมีสูงในหมวดอาชีพเกษตรกรรม ช่าง และงานอาชีพ กระบวนการทำงาน ของผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางเศรษฐกิจ ความมั่นคงทางการเงิน และศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ ได้แก่ การแข่งขันทางการตลาด ความรู้ที่ใช้ในกิจกรรมการผลิต ระบบบัญชี ลักษณะกายภาพของ ผู้สูงอายุเองและการใช้เทคโนโลยี และการศึกษาวิจัยของนักเศรษฐศาสตร์ส่วนใหญ่ของไทย พบว่า เกษตรกรของไทยส่วนใหญ่ต้องเผชิญกับความยากจน มีรายได้เพื่อเลี้ยงครอบครัวค่อนข้างต่ำเมื่อ เปรียบเทียบกับภาคอุตสาหกรรม นอกจากนั้น การที่เกษตรกรขาดความรู้และความชำนาญในการ ทำการเพาะปลูกพืชบางอย่าง ขาดเงินทุนและเทคโนโลยีที่ทันสมัยนั้น ทำให้เกษตรกรสามารถ ผลิตพืชผลได้ในระดับต่ำไม่เพียงพอในการเลี้ยงชีพ หรือ แบ่งปันเพื่อใช้ในการลงทุนในปีต่อไป หรือขายเพื่อให้ได้มาใช้ในการดำเนินชีวิต (ทัศนีย์ ทองสว่าง 2549)

ในปัจจุบัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีได้มีรายได้หลักมาจากการประกอบอาชีพดั้งเดิม เป็นผล มาจากความเสื่อมของสุขภาพร่างกายจึงทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ รายได้หลักในการ ดำเนินชีวิตได้จากการเกื้อหนุนของครอบครัวและ เบี้ยยังชีพที่เป็นสวัสดิการทางสังคมมอบให้แก่

ผู้สูงอายุ จำนวนเงิน 500 บาทต่อเดือน ซึ่งไม่อาจเพียงพอแก่การดำรงชีวิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีคุณภาพชีวิตแบบพอที่จะประคับประคองชีวิตได้ พยายามปรับตัวตามสภาพชีวิตเท่าที่เป็นอยู่ การกินอยู่เป็นไปตามสมาชิกในครอบครัว ดังการให้ข้อมูลนี้

“ มันกลุ่ม ๆ ตอน ๆ อะกะ จะหิวมันดีเลิศกินไปไม่ได้ อยู่ไม่ได้ก็ต้องอยู่หิวได้อะกะ จะอย่างใดก็ต้องอยู่ไปตามธรรมชาติอะกะ (หัวเราะ) มันก็อย่างอ่ากะ บ่ใจว่าจะเสมอไป จาวบ้านกะอยู่ไปเรื่อย ๆ ปลุกผัก หละ ผักแคบ ขายพอง ลูกหลานก็หิวพอง บางทีจួយตัวเองพอง (หัวเราะ) ได้ทำการบ้านจ๊อก ๆ แจ็ก ๆ ไปเรื่อย ๆ นะกะ ทำงานในบ้านเนี่ยกะ ถ้าหิวไปรับจ้างตีอื่นนี่บ่ไปหรอก ไม้เป็นจะมาจ้างเฮา (หัวเราะ) แล้วเฮาเองกับไหวด้วย ”

บรรเทิง พาพิจิตร (2547) ได้กล่าวว่า ความยากจน (poverty) เป็นปัญหาเก่าแก่มาตั้งแต่ครั้งโบราณกาล และกำลังเป็นปัญหาสำคัญของประเทศกำลังพัฒนา (developing countries) ความยากจนมีผลเชื่อมโยงถึงความทุจริตของคุณภาพชีวิตของประชาชน สาเหตุความยากจนมีหลายสาเหตุ แต่ในกรณีข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 โอกาสในการประกอบอาชีพที่มีรายได้สูงจึงมีน้อยลงตามลำดับ ในอดีตเคยประกอบอาชีพทางด้านเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ผลผลิตทางการเกษตรไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง และในปัจจุบันด้วยข้อจำกัดของวัยทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดังเดิม รายได้หลักในชีวิตประจำวันต้องอาศัยการพึ่งพิงจากการเกื้อหนุนของสมาชิกในครอบครัว และเบี้ยยังชีพ จำนวน 500 บาทต่อเดือนมากกว่า ซึ่งไม่ค่อนเพียงพอแก่การค่าใช้จ่ายเพื่อดำรงชีวิต ทั้งส่วนการอุปโภค บริโภค และส่วนอื่นๆ ขณะที่การส่งเสริมอาชีพในยามว่างก็มีน้อย

“ ตึก... บ่มีรายได้ฮ้าๆ (หัวเราะ) เศรษฐกิจ ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาทรัพยากร เศรษฐกิจมันบ่มีรายได้หนะบ่มีรายได้บ่มีงานทำ โรคที่มันแก้บ่ได้คือ โรคทรัพยากร ฮ้าๆ (หัวเราะ) ทรัพยากรโรคดีแก้บ่ได้ ปัญหานี้ อยากให้แกผู้สูงอายุเป็นจะมาช่วยสมมติว่ามีโครงการยังขอหื้อตำบลขยายให้บ่อเนี้ยไปพึ่งตำบลแล้วก่อเอามาขยายในหมู่บ้านนี้บ่อเขาต้องการแบบอ้อมันเสียขึ้นมาน้อยอันเดอะ จะว่าน้อยกะบ่อน้อยปานกลางนะ ปัญหาแก้คือ เงินหาบ่กอดัน เคว้นี้มันบ่อปอคนเฒ่าก่อหาบ่ตัน ”

ขณะที่อีกส่วนหนึ่งที่เป็นกลุ่มน้อยของสังคมผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพเป็นรายบุคคลต้องประสบกับปัญหาในเรื่องการมีรายได้ที่ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต โดยขาดการสนับสนุนจากครอบครัว หรือได้รับการสนับสนุนน้อย ผสมผสานกับเงื่อนไขต่างๆ ในชีวิตของแต่ละบุคคล และความต้องการเสริมคุณค่าในตนเองว่า สามารถที่จะพึ่งพาตนเองได้โดยอิสระ สามารถหาเลี้ยงชีพด้วยความภาคภูมิใจให้แก่ตนเอง หรือแม้แต่ การลดภาระบุตรหลานให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ เป็นการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวได้หนทางหนึ่ง หรือ การใช้ชีวิตตามลำพัง จำเป็นต้องพึ่งตนเอง ดังนั้น จึงพบว่า ผู้สูงอายุ ยังคงประกอบอาชีพ ต่างๆ เช่น ค้าขาย รับจ้างที่เกี่ยวข้องกับงานทางด้านการเกษตร เป็นต้น ส่วนการประกอบอาชีพแบบรวมกลุ่มเกิดขึ้นจากแนวคิดของชมรมผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่นํางบประมาณที่ได้รับการจัดสรรในแต่ละรอบปีงบประมาณจากหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โดยมีเหตุผลนำมาใช้ประโยชน์ต่อการสร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์อาชีพของกลุ่ม เป็นจุดศูนย์รวมในการประกอบกิจกรรมร่วมกันในยามว่าง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่าต่อสังคม เป็นรายได้เสริม และ ยังเป็นการผ่อนคลายความเครียดในจิตใจ อย่างไรก็ตาม การทำงานในลักษณะนี้ ยังไม่ได้เต็มรูปแบบของระบบการจัดการบริหารในเชิงธุรกิจเนื่องจากประสบปัญหาทางด้านการตลาด และข้อจำกัดทางร่างกายที่จะสามารถรองรับปริมาณการทำงานที่เพิ่มมากขึ้น

ตัวอย่างการประกอบอาชีพรายบุคคล



ภาพ 4.35 อายุ 70 ปี รับจ้างเอาหญ้าออกจากแปลงพริกค้าจ้างวันละ 150 บาท (ภาพซ้าย) และ อายุ 83 ปี ขายผักในหมู่บ้าน (ภาพขวา)



ภาพ 4.36 บริการรถสามล้อรับจ้าง (ภาพซ้าย) และขายปลาทุ (ภาพขวา)



ภาพ 4.37 ผู้สูงอายุอายุ 70 กว่าใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง และขับรถรับจ้างเลี้ยงชีพตนเอง (ภาพซ้าย) และผู้สูงอายุนำพืชผักสวนครัวมาขายเป็นประจำในตลาดตอนเย็น ลูกหลานมาส่งและรับกลับจากการขายของที่ตลาดเนื่องจากอยู่คนละเขตอำเภอแต่อยู่ใกล้ๆกัน (ภาพขวา)



ภาพ 4.38 สองสามีภรรยาทำกับสุนัขคู่ใจในรถ หาเลี้ยงชีพโดยสามีเป็นผู้เก็บผักต่างๆ แบ่งหน้าที่ให้ภรรยาเป็นผู้ขาย



ภาพ 4.39 ผู้สูงอายุอายุ 77 ปี พักอาศัยอยู่ในวัดเพียงลำพัง มาร่วมกิจกรรมงานในวันผู้สูงอายุ พร้อมทั้งรับแจกเบี้ยยังชีพ ขณะเดียวกัน อาศัยช่วงเวลาในงาน เก็บขยะบริเวณงานเพื่อนำไปขายเลี้ยงชีพ



ภาพ 4.40 การขายเครื่องปั้นดินเผาประเภทต่างๆ (ภาพซ้าย) และการขายข้าวแตน และอื่นๆ (ภาพขวา)



ภาพ 4.41 การขายข้าวแตน (ภาพซ้าย) และสินค้าผ้าทอ (ภาพขวา)



ภาพ 4.42 อาชีพ ขายน้ำเต้าหู้ (ภาพซ้าย) และอาชีพขายกับข้าวประเภทการแปรรูปปลาชนิดต่างๆ (ภาพขวา)



ภาพ 4.43 อาชีพขายข้าวสาร (ภาพซ้าย) และแม่ผู้ช่วยลูกหลานขายของ (ภาพขวา)



ภาพ 4.44 ผู้สูงอายุดูแลควบคุมการทำงานและขายอุปกรณ์ก่อสร้างและน้ำ ส่วนบุตรทำหน้าที่ขับรถส่งน้ำ (ภาพซ้าย) และ อายุ 67 ปี ขายอุปกรณ์จักสาน (ภาพขวา)



ภาพ 4.45 อาชีพรับจ้างขับรถให้แก่เจ้าอาวาส (ภาพซ้าย) และขายเครื่องจักสาน (ภาพขวา)



ภาพ 4.46 ขายขนมจีนน้ำเงี้ยวในวัด โดยมีรางวัลคุณภาพของขนมจีน (ภาพซ้าย) และ แม่อุ้ยวัย 83 ปี
ช่วยเหลืองานขายของและเฝ้าร้าน (ภาพขวา)



ภาพ 4.47 ถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดเรื่องสายตา แต่ผู้สูงอายุหลายรายในหมู่บ้านก็นิยมการร้อยดอกมะลิ
เป็นรายได้เสริม เพราะในหมู่บ้านมีการปลูกต้นมะลิหลายพื้นที่



ภาพ 4.48 ขายของในงานวัด



ภาพ 4.49 จำหน่ายผลิตภัณฑ์ต่างๆ และกระเป๋า



ภาพ 4.50 สองคนคู่ชีวิต หารายได้เสริมเลี้ยงชีพผลิตภัณฑ์ไม้สัก (ภาพซ้าย) และผู้สูงอายุที่แข็งแรง ยังคงยึดอาชีพทำไร่ทำสวนเพื่อหารายได้เลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว (ภาพขวา)



ภาพ 4.51 ผู้สูงอายุเพศชายอายุกว่า 70 ปี ยังคงปลูกผักเลี้ยงชีพ ส่วนภรรยานำไปขายที่ตลาดใกล้บ้าน



ภาพ 4.52 การขายของที่บ้าน (ภาพซ้าย) และพืชผักต่างๆ (ภาพขวา)



ภาพ 4.53 ผู้สูงอายุกำลังสาธิตการทำไม้กวาดและจักสานอื่นๆในยามว่าง ให้แก่ผู้วิจัย



ภาพ 4.54 อาชีพขายของพบเห็นได้ทั่วไปในผู้สูงอายุ (ภาพซ้าย) และ การผลิตถั่วเน่าขาย (ภาพขวา)

ตัวอย่างการรวมกลุ่มประกอบผลิตภัณฑ์อาชีพ



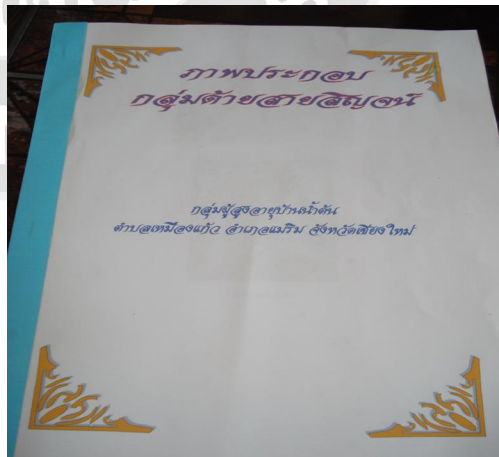
ภาพ 4.55 การรวมกลุ่มทำผลิตข้าวกล็องโดยมีอุปกรณ์เป็นเครื่องตำข้าวแบบโบราณและเครื่องสีข้าวแบบสมัยใหม่



ภาพ 4.56 การทำดอกไม้จันทน์และตุ๊กตานา



ภาพ 4.57 ผลิตภัณฑ์ไม้ไผ่ดโดยกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ



ภาพ 4.58 การผลิตมะรุมแคปซูล และกลุ่มทำด้ายสายสิญจน์



ภาพ 4.59 ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างอย่างมีความสุขในการผลิตตุ๊กต่านาและผลิตภัณฑ์อื่นๆของกลุ่ม



ภาพ 4.60 น้ำยา EM ยามองน้ำ (ภาพซ้าย) และผลิตภัณฑ์อื่นๆอีกสิบกว่ารายการ



ภาพ 4.61 การสาธิตการทำกวยสังฆทานของกลุ่มผู้สูงอายุในหมู่บ้านเมื่อมีงานประเพณีต่างๆในท้องถิ่น และได้นำความรู้ภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อการอนุรักษ์สืบทอดต่อสังคม บางครั้งยังเป็นอาชีพเสริมรับจ้างทำเพื่อใช้ประกอบพิธีกรรมต่างๆ

2. รายจ่ายเพื่อการทำบุญ ค่าสมาชิก฼ปาณกิจสงเคราะห์เป็นภาระที่สำคัญและจำเป็นในช่วงบั้นปลายของชีวิต และไร้ภาระในการผ่อนชำระหนี้สินใดๆทั้งสิ้น

ท่ามกลางการดำรงชีวิตของมนุษย์ ศาสนาเป็นสิ่งที่มากับค่านิยม (values) บรรทัดฐาน (norms) และวัฒนธรรม (culture) ของมนุษยชาติ โดยที่ศาสนามีความสัมพันธ์กับชีวิตมนุษย์ทุกคน และมีความสัมพันธ์ต่อปรากฏการณ์ต่างๆในสังคมมนุษย์เป็นอย่างมาก เนื่องจากศาสนาเป็นสื่อระหว่างมนุษย์กับปรากฏการณ์ทางธรรมชาติที่มีอำนาจเหนือมนุษย์ ฉะนั้นศาสนาจึงเป็นที่รวมของความเคารพนับถือสูงสุดของมนุษย์ เป็นที่พึ่งทางด้านจิตใจและเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตเพื่อให้เข้าถึงสิ่งสูงสุดตามอุดมการณ์ หรือความเชื่อถือนั้นๆ คนไทยส่วนใหญ่มักจะนับถือตามบรรพบุรุษของตน ศาสนาที่คนไทยนับถือมากเรียงตามลำดับมี 4 ศาสนา คือ ศาสนาพุทธเป็นศาสนาที่คนไทยนับถือมากที่สุดถึงร้อยละ 95.4 ของคนไทย รวมทั้งคนล้านนาเชียงใหม่ รองลงไปได้แก่ ศาสนาอิสลาม คริสต์ ฮินดู หรือพราหมณ์ และอื่นๆ พุทธศาสนาเป็นศาสนาหลักที่มีความสำคัญต่อสังคมไทยเป็นอย่างมากเพราะศาสนาพุทธ ได้ผูกมัดจิตใจคนไทยทั้งชาติให้รักสันติ รักอิสระ มีนิสัยโอบอ้อมอารี มีความเมตตากรุณา เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน ด้วยอิทธิพลของหลักธรรมในพระพุทธศาสนาทำให้จิตใจของคนไทยแสดงออกมาในลักษณะที่เยือกเย็นมีความเกื้อกูลปรองดองกัน ให้การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน และทำให้คนไทยพอใจในการดำรงชีวิตอย่างสงบสุขมาจนกระทั่งทุกวันนี้ โดยสรุปห้วงชีวิตของพุทธศาสนิกชนต้องเกี่ยวข้อง

กับพุทธศาสนาตลอดเวลา และพุทธศาสนาสอนว่า การกระทำใดทำแล้วเบียดเบียนตน ไม่เบียดเบียนผู้อื่น ทั้งไม่เดือดร้อนใจในภายหลัง การกระทำนั้นเป็นความดีมีความสุขและเป็นบุญ ติดตัวไปในชาติหน้า ส่วนการกระทำอย่างตรงกันข้ามเป็นความชั่ว มีความทุกข์ และเป็นบาป การเกิดมามีชีวิตไม่ว่าภพภูมิไหนย่อมเป็นทุกข์ทั้งทุกข์กายทุกข์ใจ จากผลงานวิจัยของ ชูเพ็ญศรี วงศ์พุทธา และ พุฒิพงษ์ พุกกะมาน (2542) พบว่า ข้อมูลคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเมืองและนอกเมือง พบว่า มีความพอใจในการร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น การไปวัด ทุกวันพระ วันสำคัญทางศาสนา และการใส่บาตรทุกเช้าร้อยละ 50 ผู้สูงอายุนอกเมือง มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุในเมือง

การทำบุญจัดเป็นวิถีทางแห่งความสุขทางด้านจิตใจที่มีคุณค่าเป็นอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มักจะให้ความสำคัญต่อการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนามากกว่าวัยอื่นๆ และถือเป็นช่วงสุดท้ายของชีวิตที่จะมีโอกาสสะสมบุญบารมีตามหลักความเชื่อของพุทธศาสนา และการพึ่งพาศาสนานี้ยังก่อให้เกิดจิตใจที่สงบสุข ปล่อยวางชีวิตและลดการยึดติดสิ่งต่างๆ แต่เดิมอดีตสังคมล้านนามีพื้นฐานทางวัฒนธรรมเป็นเมืองแห่งพุทธศาสนา ดังนั้น จึงมีเรื่องของวัฒนธรรมประเพณีตามแบบล้านนาต่างๆ มากมายที่เข้ามาเกี่ยวข้องช่วยให้เกิดการดำรงคงอยู่ของศาสนาและ มีความสืบทอดต่อกันมาจวบจนถึงกระทั่งถึงปัจจุบัน ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสรอบด้านที่จะเกี่ยวข้องกับการทำบุญได้ง่าย คือ สาเหตุที่ผู้สูงอายุต้องมีรายจ่ายเพื่อการทำบุญ และพร้อมที่จะอุทิศเวลาไปเข้าร่วมหรือช่วยกิจการงานบุญเหล่านี้ ได้แก่ การทำบุญในหมู่บ้าน หรือละแวกใกล้เคียง งานศพ งานปอยหลวง ฯลฯ ดังที่ ภิรมย์ จงคำอาจ (2545) วิจัยเรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงวัยในชนบทยังคงยึดมั่นกับวิถีชีวิตตามอย่างบรรพบุรุษของตนเป็นส่วนมาก ผู้สูงอายุที่สนใจช่วยกิจกรรมต่างๆ ของวัดและออกกำลังพอประมาณทุกวัน มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีกว่าผู้ที่อยู่กับบ้านเฉยๆ หนึ่งผู้สูงอายุส่วนมากในชนบทใช้เวลาว่างอยู่ที่วัดประจำชุมชนซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุมาร่วมในพิธีทำบุญและงานประเพณีต่างๆ ดังนั้น ผู้สูงอายุประเภทนี้จึงอยู่อย่างมีความสุขและมีสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ค่อยจะเข้าร่วมในงานทำบุญดังกล่าว

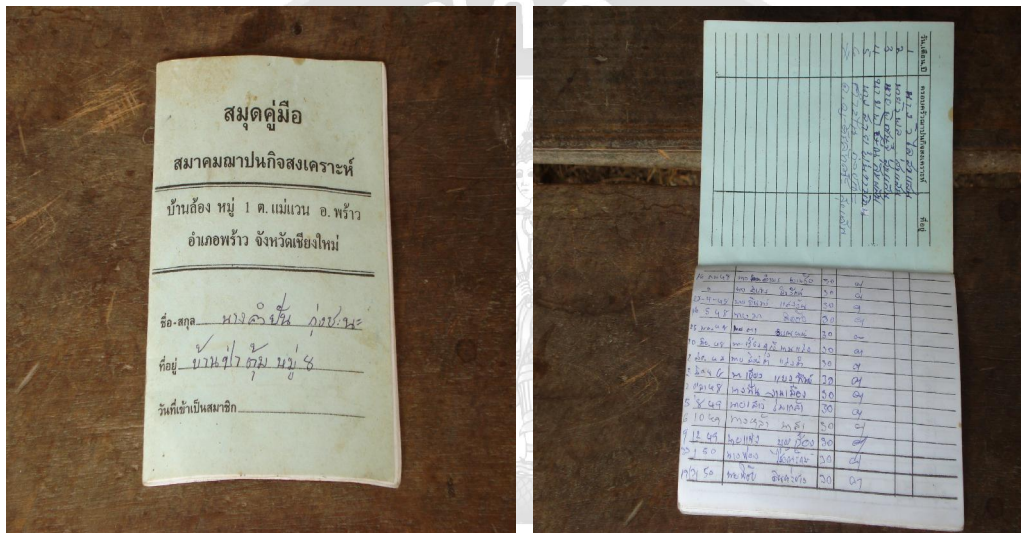
นางสาวใจบุญเพราะมันเอือมเฟือแผ่กันไดอะ อาศัยซิงกันและกัน บ้านไกลเรือนเคอะ
ได้ มันเป็นบั้นปลายของชีวิตแล้วเพราะว่าเธออยู่มาเมินละ ต่อสู้ชีวิตมานักละ
บุญพ่อง เพื่อหวังไปภพหน้าเธอคิดว่า จวนถ้ามันบ่พ่วนกล้ำ มันกับได้ปลุก
ทานอะกะ เธอคิดว่าอะ ทำบุญนัก ๆ จะได้เกิดบ่ได้เกิดบ่สู้มันตั้งหมู่ ต
บ่สู้่นะ (หัวเราะ)"

อีกฉบับกิจสงเคราะห์ คือ ร่ายจ่ายอีกส่วนหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้
ผู้สูงอายุนั้นใหญ่โตมีความวิตกกังวลว่า หากตนเองสิ้นชีวิตแล้ว ลูก
ครอบครัวจะเดือดร้อน หรือมีความยุ่งยากลำบากต่อเรื่องภาระค่าใช้จ่ายใน
ความประเพณี ที่ในปัจจุบันมีค่าใช้จ่ายในพิธีงานศพโดยเฉลี่ยขั้นต่ำประ
ค่าใช้จ่ายที่สูงมากสำหรับบุคคลทั่วไป เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว แ
อุ่นใจหลังการเสียชีวิต ผู้สูงอายุจึงสร้างหลักประกันความมั่นใจโดยมีก
มฉบับกิจสงเคราะห์อย่างน้อย 2 แห่ง ซึ่งคาดว่าจะได้จำนวนเงิน
บาทเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายต่างๆในการจัดงานพิธี หากมีจำนวนเงินเหลือ
โยชน์ต่อครอบครัวในภายหลังได้ การเป็นสมาชิกฉบับกิจสงเคราะห์

สมาชิกฌาปนกิจสงเคราะห์ คือ รายจ่ายอีกส่วนหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต่างมีความวิตกกังวลว่า หากตนเองสิ้นชีวิตแล้ว ลูกหลาน หรือสมาชิกในครอบครัวจะเดือดร้อน หรือมีความยุ่งยากลำบากต่อเรื่องภาระค่าใช้จ่ายในการจัดงานศพให้เป็นไปตามประเพณี ที่ในปัจจุบันมีค่าใช้จ่ายในพิธีงานศพโดยเฉลี่ยขั้นต่ำประมาณ 1 แสนบาท ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมากสำหรับบุคคลทั่วไป เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว และเพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจหลังการเสียชีวิต ผู้สูงอายุจึงสร้างหลักประกันความมั่นใจโดยมีการสมัครเป็นสมาชิกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์อย่างน้อย 2 แห่ง ซึ่งคาดว่าจะได้จำนวนเงินฌาปนกิจศพเป็นหลักแสนบาทเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายต่างๆในการจัดงานพิธี หากมีจำนวนเงินเหลือ ก็สามารถนำมาใช้ประโยชน์ต่อครอบครัวในภายหลังได้ การเป็นสมาชิกฌาปนกิจสงเคราะห์อาจเริ่มต้นหลายแห่ง ได้แก่ ส่วนของหมู่บ้าน จะเป็นส่วนเงินสงเคราะห์ประจำหมู่บ้าน มีหลักเกณฑ์การเก็บค่าสมาชิกแตกต่างกันในแต่ละหมู่บ้าน เช่น จำนวน 20 บาท หรือ 30 บาท หรือ 100 บาท ต่อ 1 ศพ หรือ จำนวนเงิน 20 บาท หรือ 30 บาท ต่อหลังคาเรือน เป็นต้น และส่วนกองทุนสงเคราะห์ผู้สูงอายุประจำหมู่บ้าน ส่วนของธนาคารเพื่อการเกษตร และสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) ส่วนของสหกรณ์เครดิตยูเนี่ยน ส่วนของอำเภออื่น เช่น อำเภอแม่ริม เป็นต้น โดยเฉลี่ยในรอบ 1 เดือน

ผู้สูงอายุอาจมีภาระค่าใช้จ่ายส่วนนี้มากขึ้นขึ้นอยู่กับจำนวนผู้เสียชีวิต และระเบียบหลักเกณฑ์การหักค่าสมาชิกต่อเดือนของสมาคมต่างๆ

“ ฅาปนกิจเล้าะ โห! อันนั้นข้า้าย เขียงนั้ก ปี่หนึ่งหลายตั้งค้เนื้อ คนเดียวสมัครตีเดียวบมี อย่างน้อยต้องสองตีเ็นาะ กลัวต่อนตายบมีสตาจค์เผาผีอะกะ เป็นห่วงตัวเก๋าต่อนตาย สมัครนั้กได้สตาจค์นั้ก เป็นแสนสองแสน กิ้นกิ้นนั้ก ต่ายก้าก่ลาบเลย แงอ้อม วันหนึ่งก่ 3 คาบ เงินต่ายมีนั้ก เงินกิ้นบมี ศพยังบ่ตันเข้าบ้าน เตื่อ ก่ปากันลาบจิ้นกิ้นแล้ว บ่จ่ายไปได้อย่างใด (หวัเราะ) ของกิ้นนี้เปะได้ สมาชิกนี้เปะบ่ได้เปะเป็นก่จะตัดหัวคนเฒ่ากั่วเป็นหนี้บุญ หย๊ะใดได้อะ มันก่จำเ็นทำอะเฮาเป็นผู้สูงอายุ ”



ภาพ 4.62 สมุดคู่มือสมาคมฅาปนกิจสงเคราะห์ที่ผู้สูงอายุสมัครเป็นสมาชิกและการบันทึกการจ่ายแต่ละครั้ง

เมื่อผู้สูงอายุมีภาระรายจ่ายที่จำเป็นในชีวิตดังกล่าวข้างต้น ปัญหาเรื่องการมีภาระหนี้สินเกี่ยวกับการครอบครองทรัพย์สิน หรือวัตถุนิยมต่างๆ อาทิ การผ่อนบ้าน ผ่อนรถ โทรศัพท์ หรือเครื่องเสียง ฯลฯ ที่ต้องผ่อนชำระในแต่ละงวดหรือรายเดือนนั้นจึงไม่เกิดขึ้น โดยมากเป็นหน้าที่หรือภาระของสมาชิกบุตรหลาน ในครอบครัว ที่ยังมีความต้องการสิ่งอำนวยความสะดวกให้แก่ชีวิตเหล่านี้ สาเหตุเพราะการมีรายได้ทางเศรษฐกิจโดยภาพรวมไม่ค่อยจะเพียงพอค่อนข้างลุ่มๆ ดอนๆ และในชีวิตปัจจุบันไม่ต้องการสิ่งฟุ้งเฟ้อในช่วงบั้นปลายชีวิตเทียบเท่าบุคคลวัยอื่น สิ่งที่ปรารถนาจะทำขณะนี้ เป็นเพียงการผ่อนชีวิตเพื่อให้ผ่านพ้นไปเรื่อยๆ ในแต่ละวัน

3. การบริโภคอาหารน้อยลง ปรับตามวิถีพืชผักพื้นบ้าน ส่งผลให้ประหยัดค่าใช้จ่ายด้านอาหารลดลงส่วนหนึ่ง

การเปลี่ยนแปลงทางด้านความเสื่อมของร่างกายของผู้สูงอายุอย่างชัดเจนมีหลายส่วน โดยเฉพาะระบบอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการย่อยอาหารประกอบไปด้วย ฟัน อวัยวะรับความรู้สึก (ลิ้น จมูก) ระบบการย่อยอาหาร รวมถึงระบบขับถ่ายของเสียซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ดังจะพบว่า ฟันมีสีเหลืองมากกว่าวัยหนุ่มสาว มีฟันหัก หรือ หลุด เหงือกกรัน หรือ มีโรคทางปริทันต์หลายลักษณะ และสุขภาพของช่องปากและฟันกระทบการรับประทานอาหาร การพูด การย่อยอาหาร ปลายประสาทที่ลั่นลดจำนวนลง ทำให้การรับรสชาติเปลี่ยนแปลงไปรับความรู้สึกได้น้อยลง ความสามารถของจมูกในการรับรู้เรื่องกลิ่นมีความไวลดลง มีความเสื่อมของเยื่อระบบทางเดินอาหาร การหลั่งน้ำย่อยลดลง เป็นเหตุให้การย่อยอาหารและการดูดซึมน้อยลงไปด้วย และอาจเกิดอาการท้องผูกได้ง่าย ดังนั้น ทำให้ผู้สูงอายุบริโภคอาหารได้น้อยลง การรับประทานอาหาร ครบทุกมื้อ แต่อัตราส่วนลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงชีวิตในวัยหนุ่มสาว ตัวอย่างอาหารล้านนา (ศัพท์ภาษาคำเมือง) ที่ผู้สูงอายุรับประทานตามวิถีชีวิตพื้นบ้านและสอดคล้องกับฤดูกาล ได้แก่ แก้งผักฮ้วน แก้งกะหล่ำ ยำผักฮี้ แก้งรวม แก้งเตาสาหร่าย แก้งป่า แก้งผักชะอม เจี้ยวเต็งมดส้ม แก้งหน่อส้ม ตำบ่าเต็ด แก้งบ่าฟัก แก้งบ่าหนูน ผัดผัก จอผัก แก้งผักกาด ส้าบ่าแตง ปลาทอด แก้งผักหวาน ลาบคั่ว ตำส้มบ่าม่วง น้ำพริกฮอง แก้งผักทอง แก้งหยวกกล้วย แก้งผักเหือด ผัดถั่ว น้ำพริกฮ้า น้ำพริกตำแดง น้ำพริกผักลวก แก้งคั่วแค บ่าขามหวาน หรือ บ่าม่วงสุกกับข้าวสวย คั่วบ่าถั่วบ่าเชื้อ แก้งบ่าค้อนก้อม ฯลฯ และส่วนใหญ่นิยมรับประทานข้าวเหนียวมากกว่าข้าวสวย ดังการให้ข้อมูลของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ดังนี้

“เหมือนได้มันจะตันละ (หัวเราะ) ไล่ต้น บ่ฮ้ายปดี่เนี้ยะ กินน้ำมันก็จะกิดล้าไป จะกินอย่างหนุ่ม ๆ กับได้หละ (หัวเราะ) เป็นหนุ่มนี้กินนักฟอง ซ้าเขียว ลูเหมือนกันหมด เฒ่ามาอะยังกะลุ่มด เขากินแล้วกับได้ไปหยะกานดีไหนอะ กินเล็ก ๆ น้อย ๆ ก้อมแล้วเรื่องกินนี้กินกูคาบอะ แต่มันกับบ่ได้นัก กินยังไปมันก้อมแล้วส่วนมากจะกินอาหารปั้นเมือง ข้าวนี้ อาหารแบบไทย ๆ นี้บ่ค่อยเต้าใด บ่แบ่งเต้าใด ก่ำละ 5 บาท ถ้าอยู่กินหลายคนก่คาบเดียว คาบเดียวอะกะ มัดหนึ่งนะบ่เป็นผักนัก มันบ่ได้ซื้อเจ้า ปลูกผักกินเอง ผักมันมีอยู่ในบ้านแล้วมีปะเลอะในดอกฮั่ว ซ้อก่าจิ้นอย่างเดียว เดียวนี้จะหื้อมันเขียงน้อยแต่ ๆ ทำจะเป็นไปบ่ได้คนเฒ่านี้บ่ถ้าว จิ้นนี้บ่เคยเขียงนักจิ้นนี้บ่ค่อยมักคนบ่เต๋ยวั้นมันกินกระดุก จิ้นแต่บ่ค่อยกิน ต้มกินก่าน้ำอะกะ มันขบบ่เข้า (หัวเราะ) บ้านเฮานี้ยังเสาะหาผักไม่ได้เครือตำฮั่วได้อยู่ ผักแคบตำฮั่วก็ยังมิอยู่ ดอกก่งดอกกแก ก่มิอยู่ปอดี้จะใช้กินได้อยู่คืออาหารทางเราบ่บ่ยังกินได้อยู่บางคนก็มีผักหละมาขายแฮมซ้า ทุกบ้านจะมีที่เราเรียกกันว่า ผักสวนครัวรั้วกินได้บางวันเฮาก่ชอกกัน บางวันเฮาก่ซื้อเองมันบ่ป้อใจ อย่างผาปนกิจบางทีเดือนเดียวต่าย

3 (หัวเราะ) ภาชีสังคมสิ่งแวดล้อมมักนั ก่่ากินแต่บ่าเปี้ยง มันตึงบ่ปอ มันก่กินตามสภาพส่วนมากมันจะกินผัก
 นักผู้สูงอายุเป็นบ่ค่อยเต้าไดในเรื่อังก่กิน "



ภาพ 4.63 ตัวอย่างการปลูกพืชผักพื้นบ้านนาชนิดในร้วบ้านของผู้สูงอายุที่เอื้อต่อการบริโภค

การบริโภคพืชผักพื้นบ้านต่างๆเหล่านี้ซึ่งส่วนใหญ่ชุมชนทางเหนือสามารถหาได้ง่ายใน
 บริเวณบ้านของผู้สูงอายุช่วยให้สามารถประหยัดรายจ่ายลงไปได้มาก อย่างไรก็ตาม ยังมีรายจ่าย
 ส่วนอื่นๆในชีวิตที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้านเศรษฐกิจ

2.2.3 คุณภาพชีวิตด้านวัฒนธรรมประเพณีของผู้สูงอายุ

Hess, Markson and Stein (1996) กล่าวว่า วัฒนธรรม หมายถึง แบบแผนของชีวิตที่รวบรวมสิ่งที่มีสมาชิกในสังคมมีการแลกเปลี่ยนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติร่วมกันและภาษา ความรู้สึก รับผิดชอบต่อบุคคลอื่น ถือว่าเป็นการสร้างอัตลักษณ์ของเฉพาะกลุ่มตน ส่วน Tylor (1958) ได้นิยาม วัฒนธรรม คือ ผลรวมของระบบความรู้ ความเชื่อ ศิลปะ จริยธรรม กฎหมาย ประเพณี ตลอดจนความสามารถและอุปนิสัยต่างๆซึ่งเป็นผลมาจากการเป็นสมาชิกของสังคม

จากการศึกษาเปรียบเทียบวัฒนธรรมต่างๆทั่วโลก นักมานุษยวิทยาได้สรุปลักษณะพื้นฐานที่สำคัญของวัฒนธรรมไว้ 6 ประการด้วยกัน ดังนี้ (ยศ สันตสมบัติ 2544)

1. วัฒนธรรมเป็นความคิดร่วม (shared ideas) และค่านิยมทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดมาตรฐานของพฤติกรรม
2. วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่มนุษย์เรียนรู้ (culture is learned) ที่ละเล็กทีละน้อยจากการเกิดและเติบโตในสังคมแห่งหนึ่ง วัฒนธรรมเปรียบเหมือน “มรดกทางสังคม” ได้รับการถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปสู่คนอีกรุ่นหนึ่งโดยผ่านกระบวนการถ่ายทอดทางวัฒนธรรม (enculturation) รวมทั้งการอบรมสั่งสอนของพ่อแม่ ครูอาจารย์ และประสบการณ์ต่างๆที่มนุษย์ได้รับสั่งสมมาจากการเป็นสมาชิกสังคม
3. วัฒนธรรมมีพื้นฐานมาจากการใช้สัญลักษณ์ (symbol) พฤติกรรมของมนุษย์มีต้นกำเนิดมาจากการใช้สัญลักษณ์ชีวิตประจำวันของเราเกี่ยวข้องกับสัญลักษณ์ต่างๆ
4. วัฒนธรรมเป็นองค์รวมของความรู้และภูมิปัญญา ในลักษณะนี้ วัฒนธรรมมีหน้าที่สนองตอบความต้องการพื้นฐานของมนุษย์
5. วัฒนธรรม คือ กระบวนการที่มนุษย์กำหนดนิยามความหมายให้กับชีวิตและสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัวเรา
6. วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ไม่หยุดนิ่ง หากแต่มีการเปลี่ยนแปลงปรับตัวอยู่ตลอดเวลา เช่น การเปลี่ยนแปลงอาจเป็นผลมาจากการแพร่กระจายทางวัฒนธรรม (diffusion)

การศึกษาพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมล้านนาแตกต่างจากวัฒนธรรมสากลโดยทั่วไปที่นิยมการนับสายพ่อ (patriarchal society) เช่น อินเดีย จีน หรือตะวันตก ชาวล้านนามีโครงสร้างพื้นฐานเป็นสังคมสายแม่ (matriarchal society) ให้ความสำคัญกับเพศหญิง เนื่องจากผู้หญิงทำหน้าที่หลักในเรื่องดูแลการกินอยู่และความอยู่รอดของครอบครัว และผู้หญิงส่วนมากไม่ค่อยย้ายถิ่นฐาน ดังนั้นจึงเป็นผู้มีความรู้และความทรงจำเกี่ยวกับชุมชนตลอดจนความเป็นมาของตนได้ดี ผู้หญิงมักเล่าเรื่องและสืบสานภูมิปัญญาสู่ลูกหลาน ในสมัยที่ยังไม่มีการใช้นามสกุล ยายหรือแม่

จะเป็นผู้สั่งสอนให้ลูกหลานรู้จักเรื่องราวและเครือญาติของตน โดยการลำดับญาติไล่เรียงเชื้อสายข้างแม่ก่อน และแนะนำข้างพ่อให้รู้จักภายหลัง ดังนั้น ประเพณีต่างๆจึงถูกถ่ายทอดจากผู้เป็นแม่ อาทิ การแต่งงานที่เรียกว่า กินดอง หรือ กินแขก ตามประเพณีผู้ชายจะต้องย้ายไปอยู่บ้านผู้หญิง และผู้หญิงจะเป็นฝ่ายดูแลบ้านเรือนทุกอย่างรวมทั้งเป็นเจ้าของทรัพย์สินสมบัติที่มีอยู่ ผู้หญิงจึงเป็นผู้กำหนดรูปแบบการดำรงชีวิต การกิน การอยู่ จารีตประเพณี ความเชื่อ และพิธีกรรมต่างๆในบ้านเรือนและครอบครัว ชาวล้านนานิยมกินข้าวเหนียวเป็นอาหารหลัก บางครั้งนักวิชาการจึงเรียกชาวล้านนาว่าเป็นสังคม วัฒนธรรมข้าวเหนียว ซึ่งผู้สืบสานวัฒนธรรมเมื่อนี้ปัจจุบันก็ยังพบอย่างกว้างขวางในแถบรัฐฉานของเมียนมาร์ สิบสองปันนา เชียงรุ่ง เชียงตุง สิบสองจุไท ประเทศลาว ตลอดจนล้านนา และภาคอีสานตอนบนของไทย

ชาวล้านนาเป็นสังคมเกษตรกรรมที่ใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่กับธรรมชาติ รู้จักสังเกตความเปลี่ยนแปลงในธรรมชาติแล้วนำมาปรับใช้อย่างเหมาะสม ลักษณะของชาวล้านนา เป็นคนที่มีบุคลิกภาพคล่องแคล่ว ร่าเริง สนุกสนาน ไม่เคร่งเครียด ถ้อยทีถ้อยอาศัย หน้าตายิ้มแย้ม พูดเก่ง ชอบตั้งชุมชน และบ้านเรือนใกล้แหล่งน้ำ ชาวเมืองล้านนาเชื้อสายไทยยวนในภาคเหนือเป็นกลุ่มคนที่มีระบบการจัดการปกครองค่อนข้างดี รวมทั้งยังมีการพัฒนาตนเองให้เข้ากับวัฒนธรรมที่มีอยู่เดิมและรับสิ่งใหม่ได้เสมอ ทำให้อยู่รอดผ่านวิกฤตการณ์ต่างๆมาได้โดยตลอด แม้จะมีการผสมผสานและรับวัฒนธรรมหลายอย่างจากแหล่งอื่นเข้ามา แต่ก็ยังยึดถือแบบแผนวัฒนธรรมข้างแม่เป็นหลัก ยังคงให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้หญิงและนิยมดำเนินชีวิตแบบสังคมชนบทมากกว่าสังคมเมือง

การเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ของชาวล้านนาค่อยๆเกิดขึ้น เมื่อคนท้องถิ่นปรับตัวเข้ากับสังคมพ่อเลี้ยงแม่เลี้ยงคนกลุ่มนี้มีความใกล้ชิดและเข้าใจอุปนิสัยชาวบ้านได้ดีจึงเป็นตัวกลางเชื่อมชาวบ้านกับหน่วยงานราชการที่มาใหม่ ทำให้ชาวล้านนาเริ่มรู้จักระบบสังคมที่เป็นสากลและเศรษฐกิจยุคใหม่มีผลที่ให้ความสำคัญกับสายแม่ค่อยๆเปลี่ยนเป็นสายพ่อ มีการใช้นามสกุลของพ่อตามข้อบังคับทางราชการให้ผู้ชายเป็นผู้นำและต้องรับผิดชอบครอบครัวทั้งหมด ความสับสนของบทบาทผู้หญิงผู้ชายมีมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องเกี่ยวข้องกับทรัพย์สินและการถือครองที่ดินแต่ลึกๆแล้วผู้หญิงล้านนายังคงตระหนักสำนึกรับผิดชอบมากกว่าฝ่ายผู้ชาย และต้องทำงานในบ้านหนักเช่นเดิม สำนึกส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม ระบุว่า ผลจากความเจริญด้านการสื่อสารและเทคโนโลยีซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่ต้นคริสต์ศตวรรษ ที่ 1990 เป็นต้นมา โลกาภิวัตน์ (globalization) เป็นสิ่งตกย้ำให้แต่ละประเทศตื่นตัวเพื่อปรับเปลี่ยนให้ทันกับโลกยุคไร้พรมแดน เนื่องจากโลกาภิวัตน์เป็นสิ่งที่ส่งผลกระทบไปทุกพื้นที่ ปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องเผชิญ เพราะโลกาภิวัตน์เป็นวิวัฒนาการทางเศรษฐกิจ และยุทธศาสตร์ของโลกาภิวัตน์ คือ การเรียกร้องให้เกิดการ

ยอมรับตอนนโยบายการเปิดการค้าเสรี เมื่อมีการพัฒนาเทคโนโลยีด้านสารสนเทศ และเครือข่ายโทรคมนาคม หัวเมืองล้านนาในอดีตจึงเปลี่ยนสภาพไปจากเดิมค่อนข้างมาก ทั้งการคมนาคม อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว สินค้าก็คือ วัฒนธรรม แต่วัฒนธรรมในยุคที่ถูกปรับเปลี่ยนให้เป็นสินค้าขายได้นั้น กลับมีความแตกต่างจากวัฒนธรรมดั้งเดิมอย่างสิ้นเชิง (วิถี พานิชพันธ์ 2548) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม (culture change) ไปเรื่อยๆ นี่เพราะการเปลี่ยนแปลงเป็นลักษณะสำคัญอย่างหนึ่งของวัฒนธรรม

อาจกล่าวได้ว่า วัฒนธรรมล้านนา มีระดับของวัฒนธรรมเป็นวัฒนธรรมย่อย (sub specific หรือ subculture) ของสังคมไทยที่เรียกว่า เป็นวัฒนธรรมเฉพาะ (specific) ซึ่งมีลักษณะวิถีชีวิตของสังคมหนึ่งสังคมใดโดยเฉพาะ ในสังคมวัฒนธรรมล้านนาส่วนหนึ่งมีประเพณีต่างๆ ที่ช่วยทำให้เกิดความมีระเบียบในสังคม บางอย่างมีการกำหนดวันเวลาอย่างชัดเจน บางอย่างเป็นการกำหนดอย่างคร่าวๆ ไม่ตายตัว สามารถจัดเป็นปฏิทินโดยสังเขปจำแนกตามเดือนปฏิทินล้านนา ดังนี้

เดือนห้า (กุมภาพันธ์) งานศพพระสงฆ์ เจ้านาย ขุนนางชั้นผู้ใหญ่ งานปอยหลวง งานตานตุง ประเพณีไหว้พระธาตุดอยตุง

เดือนหก (มีนาคม) งานปอยหลวง สมโภชวันวิสาข อารามปอยช้างลึงค์ ประเพณีพ่อนฝีมด ฝีมิ่ง ประเพณีไหว้พระธาตุหกกบึง (พระธาตุซ่อแฮและพระธาตุแช่แห้ง)

เดือนเจ็ด (เมษายน) สงกรานต์ปีใหม่ การสงฆ์พระพุทธรูป ดำหัวพระสงฆ์ ดำหัวผู้เฒ่าผู้แก่ พ่อแม่ และญาติผู้ใหญ่ดำหัวภูกระต๊อบรรพบุรุษ ก่อเจดีย์ทราย ตานขันข้าว สืบชะตาบ้านเรือน สะเดาะเคราะห์

เดือนแปด (พฤษภาคม) สร้างบ้านเรือน งานบวชลูกแก้ว แต่งงาน ขึ้นบ้านใหม่ งานแข่งขันบอกไฟ หมั้นบอกไฟแสน ประเพณีไหว้พระธาตุแปดเป็ง (พระธาตุดอยสุเทพ พระธาตุหริภุญชัย พระธาตุศรีจอมทอง)

เดือนเก้า (มิถุนายน) ประเพณีเลี้ยงผีเมือง ฝีมี่เจ้านาย เลี้ยงผีขุนน้ำ งานไหว้ครู การหว่านกล้า ช่อมฝาย เลี้ยงผีฝาย

เดือนสิบและสิบเอ็ด (กรกฎาคม - สิงหาคม) ประเพณีเข้าพรรษา แยกนา การดำนาปลูกข้าว

เดือนสิบสอง (กันยายน) ตานก๋วยสลาก ประเพณีแข่งเรือ

เดือนเกย้ง (ตุลาคม) ออกพรรษา ประเพณีตานก๋วยสลาก ตานธรรม ตั้งธรรมหลวง ตานโคมลอย สะเปา เกี้ยวช้างคอ

เดือนยี่ (พฤศจิกายน) ลอยสะเปา ตั้งธรรมหลวง งานบูชาพระธาตุลำปางหลวง ประเพณียี่เป็ง

เดือนสาม (ธันวาคม) เกี้ยวช้างปี ประเพณีสู่ขวัญควาย สู่ขวัญข้าว การเก็บข้าวใส่ยุ้ง

เดือนสี่ (มกราคม) กวนข้าวทิพย์ ตานข้าวใหม่ ตานหลวงหิงไฟพระเจ้า

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตด้านวัฒนธรรมประเพณีของผู้สูงอายุสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุมีบทบาทเป็นผู้นำทางด้านวัฒนธรรมประเพณีในชุมชน และเป็นต้นแบบในการอนุรักษ์มรดกทางสังคมให้สืบทอดต่อไป

วัฒนธรรมมีความเกี่ยวข้องกับสมาชิกทุกคนในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุกับวัฒนธรรม เป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กันมาก วัฒนธรรมได้ช่วยสร้างความเข้าใจพัฒนาการของความดั้งเดิม (Maconis 1998) สอดคล้องกับแนวคิดของ สุรกุล เจนอบรม (2541) ที่กล่าวว่า บทบาททางสังคมของผู้สูงอายุนั้น จากอดีตจนถึงปัจจุบัน ผู้สูงอายุมีบทบาทสูงในด้านศาสนา ศิลปวัฒนธรรม โดยมีผู้สูงอายุนั้นเป็นผู้ที่นำการสะสมประสบการณ์ความรู้และวัฒนธรรมประเพณีที่ถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษมาสู่คนรุ่นหลังๆ ให้เกิดการเรียนรู้โลกแห่งวัฒนธรรมประเพณีให้คงอยู่ต่อไป ซึ่งเรียกว่า “การขัดเกลาทางสังคม (socialization)” หรือการรับวัฒนธรรมเข้ามาไว้ในตัวเรา (enculturation) ก่อให้เกิดความตระหนักถึงวิถีชีวิต ความคิด ความเชื่อ และการมีแบบแผนทางพฤติกรรมร่วมกัน โดยทั่วไปการทำความเข้าใจการขัดเกลาทางสังคมในปัจจุบันนักสังคมศาสตร์ได้ให้ความสำคัญต่อการศึกษาระบบการขัดเกลาทางสังคมที่เกิดขึ้นในวัยผู้ใหญ่มากขึ้นเนื่องจากได้มีการปรับเปลี่ยนเชิงทฤษฎีที่มีต่อแนวคิดการขัดเกลาทางสังคมในแง่มุมใหม่เพิ่มขึ้นว่า กระบวนการดังกล่าว เป็นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมตลอดชีวิตของปัจเจกบุคคลและเป็นกระบวนการทางวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องผ่านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในระดับต่างๆ ที่แตกต่างกันหลากหลายในระดับชีวิตประจำวัน (วสันต์ ปัญญาแก้ว 2543)

แนวทัศนคติวิทยาเชิงการเรียนรู้ทางสังคมเชื่อว่า การขัดเกลาทางสังคมเป็นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมโดยเน้นให้ความสำคัญต่อการพิจารณาระบบกลไกการเรียนรู้ (mechanism of learning) เป็นหลักโดยมองว่า กลไกการเรียนรู้ของมนุษย์และสัตว์นั้นไม่ได้แตกต่างกัน การมุ่งให้ความสำคัญต่อกิจกรรมการทำงานดังกล่าว มีความสนใจในเนื้อหามากขึ้น และเห็นว่าเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์ ประสบการณ์ชีวิตของปัจเจกและสิ่งแวดล้อมทางสังคมนั้นล้วนมีส่วนอย่างสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมของปัจเจกบุคคล และตามหลักทฤษฎี อรรถิภาวนิยม (existentialism) มีความเชื่อว่า มนุษย์ดำรงชีพอยู่ได้ด้วยเห็นความหมายของการใช้ชีวิต คนแต่ละ

คนต่างแสวงหาความหมายของชีวิตตามที่ตนเห็นดีเห็นงาม การเห็นคุณค่าของชีวิต มีความหมายเป็นพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ การย้อนคิดถึงอดีตเป็นวิธีหนึ่งที่ผู้สูงอายุประเมินคุณค่าหรือ แสวงหาความหมายของการมีชีวิต ถ้าเห็นชีวิตที่ผ่านมาเต็มไปด้วยความหมายและคุณค่าจะทำให้เขามีขวัญดีในการเป็นผู้สูงอายุ (Keawkungwal 1989)

ส่วนหนึ่งของประเพณีท้องถิ่นตามบริบทสังคมล้านนา และส่วนที่ชุมชนเป็นผู้กำหนดขึ้นมีทั้งงานที่เป็นสิริมงคลและอัปมงคล อาทิ 1. ประเพณีงานปอย ได้แก่ปอยหลวง เป็นงานฉลองใหญ่ๆ เช่น ฉลองโบสถ์ วิหาร ศาลาบาตร ศาลาการเปรียญ เป็นต้น ส่วนมากคนเหนือมีงานปอยหลวงระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม หลังเก็บเกี่ยวแล้วงานมีตั้งแต่ 3 - 7 วัน แล้วแต่ฐานะของวัด ผู้สูงอายุมีความรู้ 2. งานปอยน้อย คืองานบวชลูกแก้ว (บวชเณร) ทางเหนือมีการบวชสองอย่าง คือ บวชพระและบวชเณร 3. ประเพณีดำหัว เป็นประเพณีในการแสดงออกถึงการขอภัย การให้อภัย การเคารพนับถือกันในหมู่สังคมเดียวกัน 4. ประเพณีเข้าอินทิล คือ การบูชาเสาหลักเมือง 5. ประเพณีสลากภัต หรือ “ป่าเวณิदानก้วยสลาก” เป็นการทำบุญถวายพระโดยไม่เจาะจง โดยชาวบ้านเตรียมสำรับไว้ พร้อมกับระบุว่าถวายทานผลบุญจากการทำทานนี้ไปถึงผู้ใด เป็นต้น (อรุณี ต้นศิริ 2549) การสืบชะตา และงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

งานประเพณีเหล่านี้ เมื่อถึงช่วงเวลางานประเพณีใดๆ หรือ การจัดงานตามพิธีกรรมทางศาสนา ก็จะมีการรวมกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุอย่างไม่เป็นทางการขึ้นเป็นกลุ่มแรก ณ สถานที่จัดงาน เช่น วัด ศาลาหมู่บ้าน เทศบาลตำบล บ้านเจ้าภาพ หรือสถานที่อื่นๆ ดังเช่นงานวิจัยของ ทศนีย์ ทองสว่าง (2549) แสดงให้เห็นว่า วัดเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมต่างๆที่ชาวชนบทจะมีความเกี่ยวข้องกับวัดมาก วัดเป็นที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาและตั้งกระจายอยู่ทั่วไป ระยะทางจากบ้านไปสู่วัดไม่ไกลนัก การปกครองของหมู่บ้านสามารถจัดทำได้สะดวกในอาณาเขตของวัดชาวชนบทยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณีอย่างเคร่งครัด

หน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดงานประเพณีมีกันหลายส่วน ดังพบว่า ผู้สูงอายุมีหน้าที่หลักสำคัญในการนำความรู้ที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมประเพณีท้องถิ่นตั้งแต่การจัดเตรียมสิ่งของที่ต้องใช้ประกอบพิธีกรรม หรือ ที่เรียกว่า “ดาครัว แต่งดา” ศาสนพิธี ขั้นตอนหรือรายละเอียดของการทำพิธีต่างๆ ตลอดจนรูปแบบที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบพิธีการภายในงาน ทั้งนี้ได้มีการ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุที่มาด้วยกันช่วยงาน บทบาทของผู้สูงอายุดังกล่าวนี้ นับว่าเป็นผู้นำทางด้านวัฒนธรรมประเพณีทุกส่วนในการถ่ายทอดความรู้มรดกทางวัฒนธรรม ร่วมสืบสานวัฒนธรรมต่างๆให้เกิดความสมบูรณ์ หรือได้มีส่วนสำคัญในการอนุรักษ์ประเพณี ดั้งเดิมให้คงอยู่สืบต่อไป นอกจากนั้น ยังเป็นแบบอย่างทางสังคมให้บุคคลรุ่นหลังๆได้เกิดการ เรียนรู้ (learning) ทางสังคม โดยการสังเกต เลียนแบบ และปฏิบัติตาม สำหรับหน้าที่อื่นๆที่ เกี่ยวข้องกับการจัดงานประเพณี เช่น กลุ่มวัยผู้ใหญ่เพศชายทำหน้าที่จัดเตรียมสถานที่ และกลุ่ม สตรีแม่บ้านทำหน้าที่ประกอบอาหาร เป็นต้น เป็นบทบาทหน้าที่ของบุคคลวัยอื่นที่รับผิดชอบได้ เหมาะสมกว่าและสอดคล้องกับคุณลักษณะของงาน เทศ และวัย เป็นที่สังเกตว่า งานที่เกี่ยวข้อง กับวัฒนธรรมประเพณีในทุกพื้นที่จะมีการแบ่งหน้าที่ทางสังคมของกลุ่มคนวัยต่างๆโดยปริยาย

“ มันเป็นประเพณีมาแต่ดั้งเดิมมันจะเกี่ยวเนื่องมาจากของพม่าเชียงใหม่สูง เขาตั้งอนุรักษ์วัฒนธรรม ของเขาเป็นภูมิปัญญาของชาวบ้านเขาทำมาตั้งแต่ดึกดำบรรพ์สมัยปู่ตายายสืบทอดกันมา ปักกะเตือนกันไว้ เพี้ยจากรุ่นนี้ก่อรุ่นลูกรุ่นหลานต่อไปแหล่สืบๆตามกันมันติดกันไปพยายามอนุรักษ์ไว้ให้รุ่นลูกหลานได้รู้ว่า ประเพณีล้านนาเขาจะอย่างไรเขาก็จะส่งเสริมแล้วเขาก็จะปฏิบัติตามไปทั้งหื้อลูกหลานทุกคนยึดถือแล้วก็สืบ ต่อไป ส่วนมากจะเป็นผู้สูงอายุที่มีบทบาท มีความรู้มากที่สุด ละอ่อนมีความรู้น้อย ก็คือจะเป็นผู้นำในเรื่องของ การสืบสานวัฒนธรรม เพราะว่าเป็นคนจัดการทำทั้งหมด ตะก่อนนี้ตอนเป็นบ่าวนี้สังกรานต์ได้แล้ว แต่แต่เดี๋ย เปนผู้สูงอายุได้แล้วเลยไหนจะต้องขนทราย สานเสวียง ไปวัด ไปดำหัว ทุกอย่างเป็นกิจกรรมหมดโดยมากจะ เขาจะไม่กำ โบราณแต่ เขาก็จะส่งเสริมแล้วเขาก็จะปฏิบัติตามไปทั้งหื้อลูกหลานทุกคนยึดถือแล้วก็สืบต่อไป นี่คือ ประเพณี ดีดีดีสุดแล้ว ดีี่เขาจะต้องรักษาไว้บั้งของเก่าเพราะว่าเขาเป็นคนเมือง เมืองเต็มร้อย แท้ด้วย ปัญญา ความรู้อันนี้ก็เป็นชะปะ”

องค์ความรู้ทางด้านประเพณีทุกอย่างที่แสดงถึงความเป็นอัตลักษณ์ของสังคมล้านนา ล้วนแล้วแต่เป็นการถ่ายทอดระบบคุณค่าร่วม (shared belief and value) ของสังคมที่ถูกเรียนรู้ ส่งผ่านและถ่ายทอด สิ่งที่เป็นตัวคิด อารมณ์และความรู้สึกที่ผูกอยู่กับความคิด และพฤติกรรมที่ แปรความคิดออกมาเป็นการกระทำ วัฒนธรรมจึงมีทั้งด้านที่เป็นนามธรรม คือ ตัวระบบคิด โลกทัศน์ หรือความเชื่อ ซึ่งแสดงออกเป็นรูปธรรมในหลายลักษณะ ตั้งแต่วัตถุสิ่งของเครื่องใช้ สิ่งก่อสร้าง งานศิลปะ พิธีกรรม หรือ ธรรมเนียมแบบแผนของความประพฤติร่วม (อภิญา เพื่องฟูสกุล 2543) และยังเป็นการแสดงบทบาท (role) พฤติกรรมที่คาดหวังสำหรับผู้ที่อยู่ใน

สถานภาพต่างๆจะต้องปฏิบัติอย่างไร (role expectation) เป็นบทบาทที่คาดหวังโดยกลุ่มคนหรือสังคมเพื่อให้คู่สัมพันธ์มีการกระทำระหว่างกันทางสังคมได้ (งามพิศ สัตย์สงวน 2543) การถ่ายทอด

“อย่างสืบชะตาหลวงมันก็ สดว 108 ลดกว่านั้นก็ได้ เทียนที่เอาไปจุดก็ 108 ต้องสีเดียวกัน สีอื่นมาปนไม่ได้ สมมติ เออประเพณีแต่งงานจะอะยังเอี้ย งานศพจะทำอะยังเอี้ยมันต้องแยกแยะกันอย่างน้อยก็ต้องไปหาเมื่อสิ้นวันดีมาเอี้ยต้องหาเมื่อหาวันมา วันดีก็บ่อดีวันเก๊าวันไฟวันแมงก่อกันไปถ้าสมมติว่ามีงานศพเอี้ยเนาะเป็นก่จะทำหื้อมันละเอี้ยดละอย่างบ้านศพเนี้ยะ ถ้าเป็นจะเอาไปก่ต้องมีก้านดาสะตวง เต้าตวงสีแล้วก่สะตวงถอน แล้วก่ก่องสะลือทราย ตานปราสาทอันยังหื้อหมด อย่างตังก่องสะลือทราย 108 เนี้ยะเป็นจะหื้อก่อนตี่จะเอาศพขึ้น.....”

ประเพณีบางอย่างอาจพบได้ในบางพื้นที่ หรือพบน้อยลง เช่น การบวชลูกแก้ว เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมทำให้บุคคลรุ่นหลังๆต้องมีการะหน้าที่เรื่องการเรียนหนังสือ การทำงาน ต่างๆซึ่งแตกต่างจากสมัยก่อนที่บุคคลมีโอกาสได้เรียนหนังสือน้อย ดังนั้นผู้สูงอายุเกรงว่าประเพณีโบราณจะเกิดการสูญหาย วิธีที่จะถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมประเพณีผู้สูงอายุก็จะมีการให้บุคคลวัยอื่นที่มีอายุน้อยกว่าเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อจะได้เกิดการเรียนรู้ตามแนวทางปฏิบัติแห่งประเพณี อาทิ การให้वानให้เด็กไปตัดไม้ค้ำตันโพธิ์ เตรียมดิน กาบกล้วย หมาย ฯลฯ ก็จะทำให้เกิดการเรียนรู้ไปในตัว หรือในหลายพื้นที่ได้มีโครงการสืบสานทางวัฒนธรรม “อุ้ยสอนหลาน ” ให้บุคคลรุ่นใหม่ได้สืบทอดประเพณีต่อไป

2. เกิดการร่วมกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุอย่างไม่เป็นทางการในการสร้างความร่วมมือร่วมใจอนุรักษ์และสืบสานประเพณีท้องถิ่น

ข้อดีของการจัดงานที่เกี่ยวข้องกับประเพณีส่งผลให้เกิดปรากฏการณ์ทางสังคมในการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุซึ่งมีการร่วมกันหลายลักษณะ จนอาจกล่าวได้ว่า จัดเป็นกลุ่มทางสังคม (social group) กลุ่มประเภทนี้ มีการติดต่อทางสังคม และมีการปะทะสังสรรค์ทางสังคม กล่าวคือสมาชิกในกลุ่มมักจะคบหาสมาคมกัน มีความสัมพันธ์ต่อกัน เช่น เพื่อนบ้าน เป็นต้น กลุ่มประเภนี้นี้ขาดการจัดระเบียบทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความร่วมมือร่วมใจในการสืบสานประเพณีท้องถิ่นให้คงอยู่สืบต่อไปภายภาคหน้า หรือ เรียกว่า กลุ่มวงใน

(in-group) คือ กลุ่มที่สมาชิกมีความรู้สึกไปในลักษณะเดียวกันและมักเข้าใจว่ากลุ่มของตนมีอะไรหลายอย่างที่ดีกว่าและเหนือกว่ากลุ่มอื่น เช่น การแสดงถึงอัตลักษณ์ความเป็นล้านนา จัดเป็นกลุ่มแบบสมัครใจ (voluntary groups) หมายถึง กลุ่มที่มีสมาชิกเข้ามารวมตัวกันด้วยความสมัครใจ และตามความพอใจของตนเอง (ทัศนีย์ ทองสว่าง 2549) มีอิสระขึ้นอยู่กับเงื่อนไขส่วนบุคคลที่ จะต้องการมีส่วนร่วมมากน้อยเพียงใด นอกจากนั้นงานวิจัยของ ทรัพย์ สิมะวงศ์ (2546) พบว่า การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเป็นการรวมกลุ่มแบบไม่เป็นทางการ มีลักษณะการรวมตัวเป็นไปตามวิถีชีวิต เป็นการรวมตัวที่เกิดจากความเชื่อ ระบบเครือญาติความสัมพันธ์ในชุมชน มีกิจกรรมการรวมตัว ได้แก่ การทำบุญที่วัด การทำบุญตามบ้าน การร่วมงานศพ การเลี้ยงผี การคุยกันตาม ละครแวกบ้าน การพบกันที่ร้านขายของ การปันดินกระเบื้องและการออกกำลังกาย ดังนั้น การรวมกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุเช่นนี้ จึงเป็นการรวมกลุ่มตามวาระของการจัดงานประเพณี และพิธีกรรมทางศาสนาต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของสังคมวัฒนธรรมล้านนาที่ค่อนข้างให้ความสำคัญกับการแสดงออกในการนับถือพุทธศาสนาเป็นอย่างยิ่ง ดังจะเห็นว่า มีความโดดเด่นของงานประเพณีต่างๆอย่างต่อเนื่องตลอดทั้งปี และมีการรวมกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้บ่อยครั้งมากกว่าสังคมอื่นๆ และมีการนำสิ่งของที่เกี่ยวข้องกับประเพณีตามบ้านของแต่ละบุคคลมารวมกันเพื่อใช้ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา มีการศึกษาจำนวนมากที่ยืนยันผลการศึกษาว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา มักมีความว่าเหว่น้อยกว่า ผู้ไม่มีกลุ่มศาสนาใดเป็นที่ยึดเหนี่ยว (Schwartz and Peterson 1990) สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ ด้วยลักษณะของชุมชนเป็นสังคมที่ค่อนข้างชนบท มีพื้นฐานของความเชื่อเพื่อช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีอัธยาศัยไมตรีต่อกัน สามารถพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกันได้ ดังคำบอกเล่าของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชุมชน หรือหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ดังนี้

“ ล้านนาของเฮานี้มัน ประเพณีบ้านเฮา กำนักรักษาขนบธรรมเนียม ประเพณี สดุดยกอดก้อย กำนันมีงานบุญ งานศพ งานหยั่งอิ้นนา บ้านเฮามีมาช่วยกัน วัฒนธรรมช่วยกันเอี้ยกะตึงช่วยกันตึงบ้าน ในสังคมนี้หนา คนเฒ่าคนแก่เนี้ยกะ ถ้ารู้ว่าบ้านนั้นมืงานกะปากันมาละ มาช่วยแบ่งส่วยแบ่งหยั่ง ผู้เฒ่าผู้แก่สำคัญที่สุดเป็นตึงมาช่วยกันอันบ้านเฮานี้มันดีกว่าที่อื่นเอาดอกเอาตองเอาหยั่งมาช่วยกันเนี้ยกะใบตองดอกไม้ทุกอย่างแบบว่าเฮาไปช่วยเป็นเหมือนว่าเฮาไปเอามือเอาวันเป็นเพราะว่าเฮาไปช่วยเป็นแล้วเฮาก่อคือดีใจว่า ได้ช่วยเป็น ถ้าว่าถึงเฮาเป็นกะจะมาช่วยอย่างอันหนะไปปฏิบัติงานช่วยกัน สังเกตผ่อบ้านเฮานี้ ผู้สูงอายุจะนัก

ผู้สูงอายุจะหลาย งานบ้านเฮานี้หนา เวลาไปน้อยนี้บ่มีส่วนมากจะเป็นแม่เฒ่านักเหลื่อบ่จาย แม่เฒ่า โสด
แม่เฒ่าก่อมี นี่นะ ”



ภาพที่ 4.64 ผู้สูงอายุเพศชายต่างร่วมกลุ่มทำสะตวงประกอบพิธีกรรมงานศพ



ภาพ 4.65 ส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงมีหน้าที่จัดเตรียมส่วนอื่นๆ “ดาครัว” ที่เกี่ยวข้องกับพิธีกรรมแบบล้านนา



ภาพ 4.66 ตุ้งสามหาง สัญลักษณ์ของงานศพ และถุงย่ามใส่เสบียงอาหาร ให้แก่ผู้ที่เสียชีวิต ผู้ที่ถือตุ้ง
เดินนำหน้าแห่ขบวนสงศพ มีความเชื่อว่า ห้ามพูดจา ห้ามหันไปมองข้างหลัง



ภาพ 4.67 ฟ้ายสนั่น (มะขามคั้ว) และเมี่ยงเป็นของใช้ต้อนรับแขก หรือ ใช้มอบแทนหมากเมื่อรับประทานอาหารเสร็จ ชาวล้านนาไม่นิยมรับประทานของหวานหลังอาหาร แต่ชอบอมเมี่ยงและสูบบุหรี่ชี่โยแทน และแสดงอาหารจัดเลี้ยงในงานศพตอนช่วงเพลที่มีรายการเป็นอาหารเหนือจัดอย่างเรียบง่าย เช่น แกงป่าหนูน (แกงขนุน) น้ำพริกมะเขือส้ม มีข้าวเหนียวเป็นหลัก



ภาพ 4.68 ประสาทศพด้วยการลากจูงที่มีปอยล้อ



ภาพ 4.69 ประสาทใส่โลงศพตามประเพณีล้านนาสามารถพบเห็นโดยทั่วไปหลายเขตพื้นที่ เชื่อว่า ผู้ที่เสียชีวิตจะได้ไปจุติ ยังชั้นวิมานของภพภูมิต่างๆบนสรวงสวรรค์ จะได้มีที่อยู่ในภพชาติใหม่ต่อไป (ภาพซ้าย) และ บางครั้งพบเห็น รูปแบบประสาทมัยใหม่มีการดัดแปลงที่นั่งเรือนไม้ทดแทนแบบเดิม (ภาพขวา)

3. สร้างความภาคภูมิใจและมีสุขภาพจิตที่ดีที่ได้ทำหน้าที่สืบสานวัฒนธรรม ประเพณีต่อสังคม

การเข้ากลุ่มเข้าสังคมแต่ละครั้งของงานประเพณีและพิธีกรรมทางศาสนามีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจใน 4 ด้าน กล่าวคือ 1. ภูมิใจจากการที่ผู้สูงอายุได้นำองค์ความรู้ประเพณีล้านนามาสืบสานวัฒนธรรมในแต่ละกิจกรรมและถ่ายทอดแก่นุคคลรุ่นหลังๆ ให้เกิดการเรียนรู้และเป็นแบบอย่างทางสังคมได้ปฏิบัติตาม มิเช่นนั้นจะเกิดความรู้สึกไม่สบายใจและขาดความสุขในชีวิต ที่มีได้ทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์แบบในช่วงบั้นปลายชีวิต ดังนั้นต้องพยายามทำหน้าที่ในบทบาทนี้ต่อไปอย่างเต็มศักยภาพ 2. ภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการทำบุญและประกอบพิธีกรรมตามหลักศาสนาพุทธ 3. ภูมิใจในความเป็นเอกลักษณ์อันทรงคุณค่าของชุมชนท้องถิ่นซึ่งมีความแตกต่างไปจากชุมชนอื่นๆ 4. ภูมิใจจากความสำเร็จลุล่วงของการจัดงานให้ถูกต้องตามขนบธรรมเนียมประเพณีท้องถิ่น

ผลจากการทำหน้าที่สืบสานวัฒนธรรมประเพณีและการรวมกลุ่มทางสังคมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี และเกิดการปะทะสังสรรค์ทางสังคมระหว่างกัน มีจิตใจที่อ่อนโยน เบิกบาน มีความสุขใจ สบายใจ อารมณ์ดี มีกำลังใจในชีวิต คลายความเหงา ลดความเศร้าหมองในจิตใจ ได้แลกเปลี่ยนสารทุกข์สุกดิบซึ่งกันและกัน และเชื่อว่าจะช่วยสามารถยืดอายุให้ยืนยาวขึ้น ดังที่ Hooyman and Kiyak (1988) กล่าวว่า กิจกรรมทางสังคมจำเป็นสำหรับทุกวัย ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงและอัตโนมัติตนเองในทางบวก นอกจากนั้นยังเป็นการทดแทนบทบาทที่เสียไปจากการเกษียณอีกด้วย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าเป็นที่ต้องการและที่ยอมรับของสังคม ซึ่งจะช่วยให้ชีวิตมีความสุขมีความพึงพอใจ สอดคล้องกับ Insel and Roth (2002) ที่กล่าวว่า ความแตกต่างของทรัพยากรในชุมชนอาจมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตชีวา เป็นกุญแจแห่งความสำเร็จที่จะจัดบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคคล อาทิ ศูนย์ผู้สูงอายุ อาจมีการทานอาหาร กิจกรรมทางสังคม และบริการตรวจสุขภาพ จะได้ไม่อยู่ตามลำพังในช่วงเวลากลางวัน อาสาสมัครพยาบาล ทำหน้าที่บริการสุขภาพ การเยี่ยมเยียนเพื่อนบ้าน หรือมีศูนย์พยาบาลชุมชน บริการรักษาสุขภาพ และจากงานวิจัยของชมพร สีเงิน (2547) ผลการวิจัยพบว่า เหตุผลในการเข้าร่วมปฏิบัติแต่ละกิจกรรมของผู้สูงอายุ คือ

เพื่อต้องการสืบสานประเพณีดั้งเดิม หวังผลให้ได้บุญจากการไปวัด ความสบายใจ การได้พบปะสังสรรค์ พูดคุยกับคนวัยเดียวกัน และมีรายได้จากการรับจ้างทำกิจกรรม ทำให้เกิดการร้อยรัดความสัมพันธ์โดยผ่านเนื้อหา ความรู้และคน ผลจากการปฏิบัติผู้สูงอายุได้พัฒนาตัวตนจนเกิดอัตลักษณ์ภายนอกที่สังเกตเห็นได้ คือ การสวมชุดสีขาวเพื่อไปปฏิบัติธรรมที่วัด การแสดงออกที่สำรวมหรือการตระเตรียมอุปกรณ์เพื่อไปตัดแต่งหอม ส่วนอัตลักษณ์ภายใน คือ ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ใจบุญ มีความเสียสละ ผลจากการปฏิบัติแสดงถึงศักยภาพของผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และกลไกทางวัฒนธรรมด้านหลักธรรมะในพุทธศาสนา ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ความเป็นผู้นำทางพิธีกรรมและผู้นำทางจิตวิญญาณในการช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยกัน เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์กับลูกหลานและด้านสังคม (พิทักษณา สุภานุสร 2546)

“โอ๊ะ .. มันมันแล้วละ มีความสุข ตื่นเต้นเตรียมงาน ถึงเหนื่อยก็มีความสุข ทำจิตใจเป็นบุญเป็นกุศล มันจะทำออร่ากายเฮา จิตใจเบิกบานมีความสุขก่อดี อารมณ์ดี เฮาบ่อได้เศร้าหมองบ่อได้เครียด บ่อได้โหด เป็นห้ามโหดโดยหนา มันก่อสร้างทอดกันมาขึ้นหมองขึ้นม่อง มันก็ดีแล้วสืบทอดกันมารักษาเอาไว้ไม่ให้สูญหาย ภูมิใจ กะคือ ภูมิใจประเพณีเก่าๆเนาะ เป็นเอกลักษณ์ของหมู่เฮา มีความสุข ใครหัวกันมันบ่อเหงาเอี้ยบ่อเหงา คนเฒ่าคนแก่หนุ่มเฒ่ามานั่งเกาะเงาะกันเนี่ย อุ้กะพากันเยะหยังดีหาต่อไปเฮาะละตางคใดมาจบบมาจ่ายอุ้กันเอี้ยกะ มีอะหยังกะมาอุ้กันแลกเปลี่ยนกันเฮาใครได้สตาจคตางใดหาเอี้ยอยู่บะดาตึงวันๆกินข้าวบะดาบ่อได้สตาจคชักบาท ปลอดภัยกัน เฮาสั่งเกตผ่อเนาะ ลงมาก่ออ้อมลงมาก่ออ้อมแอ้มแจ่มใส มันบ่เหงา อยู่บ้านคนเดียววนะถ้าบ่มีผู้สูงอายุ คนเฒ่าเหงาเนะมันทำหื้อมัน มันมีความสุขดี มีความสุขดีนี่ถึงอดีต เออ นี่ก็ถึงอดีตมีความสุขอย่างนั้กะมีแต่ทำให้เราได้ร่วมกับกิจกรรมคล้ายๆ ว่า สร้างหื้อลูกหลาน เปนตัวอย่าง เช่นพ่อเช่นแม่ เป็นมาอย่างอัน รุ่นเฮานี้ทำหื้อมีความสุข ได้มาร่วมกัน ตามประเพณีแต่ละภาคเหนือมีประเพณีนี้เฮาก่อเลอยู่กันอย่างมีความสุข ”



ภาพ 4.70 ขณะให้สัมภาษณ์ ผู้สูงอายุหลายคนได้ร่วมการสาธิตทำกล้วยสังฆทานซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ ภูมิปัญญาพื้นบ้านที่ใช้ในงานประเพณีได้สืบทอดกันมา

ตัวอย่างงานวัฒนธรรมประเพณีล้านนา

1) เทศกาลงานบุญ หรือวันขึ้นปีใหม่ของไทย



ภาพ 4.71 การจัดงานวันขึ้นปีใหม่ 1 มกราคมของทุกปี ในวัดบางแห่งจะมีการจัดงานพิธีสืบชะตา และมีผู้สูงอายุมาช่วยงานที่วัด



ภาพ 4.72 สะตวงวันเกิดให้เขียนวัน เดือน ปี เกิด ใส่ไว้ในสะตวงเพื่อการสะเดาะเคราะห์สืบชะตา



ภาพ 4.73 การวางสดวงสะเดาะเคราะห์จำแนกตามวันเกิด



ภาพ 4.74 ผู้สูงอายุต่างนั่งทำสดวง และสวดดอกเพื่อใช้ประกอบพิธีการทำบุญให้แก่พุทธศาสนิกชนที่มาวัด



ภาพ 4.75 การมีขุมโคมและตุ้มตามประเพณีล้านนาประกอบพิธีการจัดงานที่วัด

2) พิธีสืบชะตา

การสืบชะตาคนเป็นประเพณีมงคลที่สำคัญอย่างหนึ่งของชาวล้านนา ที่นิยมทำกันในหลายโอกาสเช่น วันเกิด วันได้รับยศศักดิ์ ฯลฯ เพื่อสะเดาะต่ออายุให้คลาดแล้วจากโรคภัย มักจะทำที่บ้านหรือที่วัด การทำพิธีจะนิมนต์พระสงฆ์มาสวดมนต์ตามบทสวดสืบชะตาของล้านนา ผู้สืบชะตาจะนั่งอยู่ในซุ้มชะตาที่จัดเตรียมไว้ จุดเทียนชัย และจุดเทียนสืบชะตา หลังจากนั้น พระสงฆ์สวดจบแล้วจะผูกมือผู้สืบชะตาด้วยด้ายสายสิญจน์และพรมน้ำพระพุทธรณ์ หลังจากนั้นจะถวายภัตตาหารและไทยทาน



ภาพ 4.76 สะตวง 108 และชั้นแก้วทั้ง 3 ประกอบด้วย ชั้นขอศีล ชั้นนำทาน และชั้นหอมบุญ



ภาพ 4.77 บรรายากาศ และส่วนต่างๆประกอบพิธีสืบชะตา



ภาพ 4.78 ประธานผู้สูงอายุเป็นผู้นำทางด้านพิธีกรรม (ภาพซ้าย) และผู้สืบชะตา (ภาพขวา)



ภาพ 4.79 ผู้สูงอายุต่างมาร่วมงานและกำลังประกอบพิธีกรรมทางศาสนา



ภาพ 4.80 ผู้สูงอายุนำด้วยสายสิญจน์มาพันศีรษะเพื่อสืบชะตา สะเดาะเคราะห์ต่ออายุ



ภาพ 4.81 การรับฟังบทสวดมนต์ และพระสงฆ์พรมน้ำมนต์



ภาพ 4.82 ภายหลังการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ผู้สูงอายุต่างรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน ซึ่งเป็นรูปแบบอาหารล้านนา ได้แก่ ไส้อั่ว แคบหมู น้ำพริกมะเขือส้ม ผักต้ม และข้าวเหนียว



ภาพ 4.83 การร่วมรับประทานอาหารเหนือของผู้สูงอายุแบบนั่งโต๊ะอาหารเหมาะสมสำหรับผู้มีปัญญา
เรื่อง เช้าช้อ

3) งานประเพณีสงกรานต์และปีใหม่เมือง

เทศกาลสงกรานต์นี้ ชาวล้านนาเรียกว่า ปะเวณีปีใหม่ (อ่านป้าเวณีปีใหม่) ในช่วงเทศกาล
กินเวลา 5 วัน ชาวล้านนาจะหยุดงานทั้งสิ้นเพื่อเฉลิมฉลองวาระนี้ทั้งในแง่ศาสนาและพิธีกรรมโดย
ตลอดวันที่ 13 เมษายน เปรียบเหมือนวันที่ 31 ธันวาคม ของทุกปี เรียกว่า วันสังขารล่อง หรือ วัน
สังขารไป หมายถึง วันแห่งการก้าวไป หรือเคลื่อนไปครั้งใหญ่ ชาวเชียงใหม่จะรีบตื่นแต่เช้า เพื่อ
ทำความสะอาดบ้านเรือน พอตักปายก็อาบน้ำ สระผม ถือเป็นการล้างชวย และขับไล่เคราะห์โศก
โรคภัย ให้ละลายหายไปกับวันสิ้นปี วันที่ สอง เรียกว่าวันเนา วันเนาวันเนา หรือวันดา ถือตาม
ความเนาเปื่อยร่างกายของท้าวมหาพรม คนโบราณห้ามไม่ให้พูดคำหยาบ ด่า หรือ ทะเลาะกัน
ห้ามดื่มสุราหรือทำความชั่วต่างๆ และมีการแต่งดาไทยทานสำหรับไปถวายพระภิกษุสงฆ์ในวัน
ต่อไป จะมีการซื้อข้าวของเครื่องใช้ที่จะเอาไปทำบุญ ตอนบ่ายทำขนมต้มแกงต่างๆ เช่น ห่อหมก
ฮังเล ลาบ แกงอ่อม ขนมจ็อก (ขนมเทียน) และขนมปาด (ขนมที่ทำด้วยแป้ง) ตอนบ่ายพากันไป
ขนทรายเข้าวัด ถือเป็นกุศลที่สำคัญ ส่วนทางวัดมีการทำเจดีย์ทราย คือเอาไม้ไผ่มาสานเป็นรูปกับ
เจดีย์ลำดับชั้นกันขึ้นไป และซ้อนกันขึ้นอย่างเจดีย์ ประชาชนนำเอาทรายใส่เจดีย์จนเต็มพร้อมทั้ง
อธิษฐานขอพรต่างๆ ในวันรุ่งขึ้นเป็นวันพญาวัน หรือวันเถลิงศกเปลี่ยนศักราชใหม่ ถือเป็นวันที่
ใหญ่กว่าวันทั้งหลาย มีการไปทำบุญที่วัดตอนเช้า ทำพิธีกรรมทางศาสนา ทำบุญถวายขันข้าว
ที่วัด ถวายตุ่งและไม้ค้ำศรี (ต้นโพธิ์) เพื่ออุทิศส่วนกุศลให้แก่วิญญูณบรรพบุรุษ และเพื่อเป็น

อานิสงส์บุญสำหรับตนเอง พร้อมนำตุง น้ำส้มป่อย ทำบุญก่อพระทราย สร้างน้ำพระพุทธรูป ต่อจากนั้น นำอาหารห่อหมากพลูและเสื้อผ้า ไปดำหัวผู้สูงอายุ พร้อมกับเล่นรดน้ำกันไปอย่าง สนุกสนาน ต่อมาเป็นวันปากปี เป็นวันปากแห่งปีใหม่นี้ มีการปล่อยสัตว์ รดน้ำดำหัวคนแก่ คนเฒ่าอีกเช่นเคย ถัดมาเป็นวันปากเดือน และปากวันตามลำดับ เป็นวันคู่กันระหว่างปากปี ปากเดือน ปากวัน มีการดำหัวครูบาอาจารย์ ผู้เฒ่าผู้แก่โดยทั่วไป เมื่อพ้นจากวันนี้ ต่างคนต่าง ประกอบธุรกิจต่อไป (สังคีต จันทนะโพธิ 2538)



ภาพ 4.84 ป้ายประชาสัมพันธ์การจัดงานปีใหม่เมืองในหลายเขตพื้นที่



ภาพ 4.85 ผู้สูงอายุจำนวน 800 กว่าคนมาร่วมงานวันผู้สูงอายุ และมีการจัดกิจกรรมภายในงานต่างๆ

การจัดงานวันผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อื่นๆ



ภาพ 4.86 การจัดกิจกรรมภายในงานได้ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม



ภาพ 4.87 การเตรียมของที่ระลึกมอบให้แก่ผู้สูงอายุ น้ำส้มป่อย จองลิ่ง และเครื่องดำหัวปีใหม่เมือง



ภาพ 4.88 การจัดเลี้ยงอาหารกลางวันให้แก่ผู้สูงอายุ



ภาพ 4.89 ผู้สูงอายุร่วมขบวนแห่บวชลูกแก้ว และสงฆ์น้ำพระในเขตชุมชน



ภาพ 4.90 ตามความเชื่อปิตามารดาจะนับถือลูกแก้วในฐานะผู้นำกุศลมาให้ (ภาพซ้าย) และขบวนแห่ไม้ค้ำ (ภาพขวา)



ภาพ 4.91 ผู้สูงอายุทำหน้าที่ขับรถในขบวนแห่



ภาพ 4.92 ขบวนแห่เนื่องในวันสงกรานต์ของหมู่บ้าน

4) พิธีทำบุญตามประเพณีปีใหม่เมือง (วันสงกรานต์)



ภาพ 4.93 กาด (ตลาด) ในชุมชนมีการวางจำหน่ายน้ำอบน้ำหอม ส้มป่อย และตุ่ง 12 ราศี



ภาพ 4.94 ตุ่ง (หรือเรียก ธง ในภาคกลาง) ใช้ประกอบพิธีกรรมทางพุทธศาสนา ตามงานมงคลและอวมงคลต่างๆ ถวายเป็นพุทธบูชา ทำบุญอุทิศให้แก่ผู้ล่วงลับไปแล้ว หรือ สร้างกุศลในภพหน้า เมื่อสิ้นบุญจะได้เกาะชายตุ่งขึ้นสวรรค์ และนำตุ่งมาปักบนกองเจดีย์ทราย



ภาพ 4.95 การदानขันข้าวถวายพระเพื่ออุทิศส่วนกุศลให้แก่ญาติผู้ล่วงลับไปแล้ว



ภาพ 4.96 วันพญาวัน และการทำบุญมีพิธีสืบชะตาแบบล้านนา โดยมีผู้สูงอายุเป็นมัคทายก



ภาพ 4.97 การรวมพิธีสืบชะตาภายในศาลา และที่นั่งภายนอก



ภาพ 4.98 การนำด้ายสายสิญจน์สืบชะตามาปั่นปอน (ให้พร) ผูกข้อมือซึ่งกันและกันระหว่างผู้สูงอายุ



ภาพ 4.99 ต่อทำด้วยพิธีรดน้ำดำหัวและขอพรจากผู้สูงอายุบริเวณลานวัด

5) การแข่งขันกลองหลวงล้านนา



ภาพ 4.100 กลองหลวงล้านนามีการจัดเก็บไว้ที่วัด นิยมตีในเทศกาลงานบุญ และนำมาจัดประเพณีการแข่งขัน



ภาพ 4.101 กติกาการแข่งขันมหกรรมกลองหลวงล้านนานั้น คือ การตีกลองให้มีเสียงดังกังวานที่สุด เปรียบเสมือนกีฬาของชาวล้านนาที่มีทั้งความสนุกสนานและความตื่นเต้น



ภาพ 4.102 กลองหลวงล้านนาเป็นตัวแทน หรือชื่อเสียงของหมู่บ้านที่ช่วยประกาศศักดิ์ศรีความภาคภูมิใจมายังพวกพ้อง และกลุ่มผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่เป็นผู้แทนชุมชนมาพร้อมกับวัด ติดตามมาร่วมกิจกรรมการแข่งขันและนั่งรวมกลุ่มพบปะสนทนากันในระหว่างชมการแข่งขัน

2.2.4 คุณภาพชีวิตด้านการเกื้อหนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุ

ครอบครัว (family) คือ สถาบันที่สำคัญที่สุดของสังคมเพราะเป็นสถาบันมูลฐานหรือเป็นสถาบันแรกของการวิวัฒนาการของสังคมมนุษย์ซึ่งเป็นหน่วยองค์การที่มีขนาดเล็กที่สุดของสังคม (Davis 1969) ครอบครัวมีอิทธิพลต่อจิตใจของบุคคลตั้งแต่แรกเกิดไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ครอบครัว หมายถึง ความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัย ความไว้วางใจ ดังนั้น ครอบครัวจึงมีความหมายต่อจิตใจของผู้สูงอายุมาก ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเห็นเข้าหาครอบครัวของตนเองเป็นลำดับแรกเมื่อเกิดปัญหา (Black 1976) ครอบครัวเป็นที่พึ่งพิงโดยตลอดชีวิตของผู้สูงอายุ จึงเป็นที่พึ่งสุดท้ายที่มีความหมายและมีคุณค่าทางด้านจิตใจต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ในการลงพื้นที่ประสานผู้สูงอายุท่านหนึ่งได้สะท้อนความรู้สึกเกี่ยวกับครอบครัว ผ่านบทกลอน ดังนี้

โปรดเห็นใจผู้สูงอายุ	โปรดเกิด หากสงสาร อย่ากล่าวหาจนให้เข้าใจ
คนแก่ชราวัย	ย่อมเพลอไผลเป็นแน่นอน
ถ้าไม่รักก็ไม่ว่า	ขอเมตตาเอื้ออาทร
ให้ได้กินให้ได้นอน	ให้พักผ่อนพอสุขภาพ

จากงานวิจัยนี้พบว่า ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่กับสมาชิกครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ และส่วนน้อยที่พักอาศัยอยู่ตามลำพัง ผลการวิเคราะห์ทัศนภาพชีวิตปรากฏผลดังนี้

1. ลักษณะของครอบครัวล้าสมัยมีค่านิยมที่ดีในการทดแทนบุญคุณบิดามารดาและไม่ทอดทิ้ง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่อบอุ่นมั่นคง

ตามโครงสร้างทางครอบครัวทางภาคเหนือที่ได้มีการถ่ายทอดค่านิยมในการเลี้ยงดูบุพการีมาตั้งแต่บรรพบุรุษจวบจนกระทั่งรุ่นลูกรุ่นหลานในยุคปัจจุบันที่มักจะได้รับ การอบรมสั่งสอนให้การสงเคราะห์บิดามารดาอย่างเต็มที่ ปลูกฝังให้มีจิตใจอ่อนโยน มีเมตตาศีลธรรมตามธรรมชาติ เมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นผู้สูงอายุจึงมีข้อจำกัดในด้านต่างๆ ที่มาพร้อมๆกับการเปลี่ยนแปลงของช่วงวัย ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุต้องตกอยู่ในสภาพของการพึ่งพิงผู้อื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกภายในครอบครัวเป็นหลัก ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการประกอบกิจกรรมและศักยภาพในการทำงานลดลงตามไปด้วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่โดยภาพรวมยังคงใช้ชีวิตในบ้านปลายอยู่ท่ามกลางสมาชิกในครอบครัว บุตรหลาน อย่างอบอุ่นใจ มีความรักและความผูกพันกับครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง ชีวิตของผู้สูงอายุจะมีความหมายและทรงคุณค่าทางจิตใจหากผู้สูงอายุได้รับการยอมรับรักใคร่ดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวด้วยดี ถึงแม้ว่าในช่วงเวลาภาคกลางวัน บุตรหลานจะมีความจำเป็นในบทบาทภารกิจหน้าที่ทางสังคมในการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพังเป็นส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุจะชดเชยความรู้สึกอ้างว้างด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การแวะเยี่ยมเยือนเพื่อนบ้านในละแวกเดียวกัน และประกอบกิจกรรมภายในบ้านเล็กๆน้อยๆตามศักยภาพของร่างกายเท่าที่จะกระทำได้ การทอดทิ้งบิดามารดาให้ใช้ชีวิตตามลำพังโดยปราศจากการเกื้อหนุนจากครอบครัวค่อนข้างเป็นเรื่องที่ปรากฏพบเห็นได้เป็นเพียงบางรายเท่านั้น ทั้งนี้มีวัฒนธรรมตามประเพณีล้านนาเป็นกรอบทางสังคมกำหนดที่เอื้อต่อการแสดงออกในการให้ความเคารพและกตัญญูต่อบิดามารดา หรือระบบอาวุโสในชุมชน อาทิ ประเพณีรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุ หรือ การจัดงานศาสนาพิธีต่างๆ เป็นต้น เช่นนี้โอกาสที่จะละเลยหรือทอดทิ้งผู้สูงอายุให้ดำรงชีพอยู่ในสภาพชีวิตความเป็นอยู่ที่ลำบากจึงมีน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ

ตามแนวคิดพื้นฐานครอบครัว อธิบายว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่ใกล้ชิดตัวและมีความสำคัญยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ การได้รับการเกื้อหนุนดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวยังคงมีบทบาท อีกทั้งสภาพแวดล้อมในบ้านดี จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร 2544) ดังที่ผู้สูงอายุหลายรายได้บอกเล่าข้อมูลด้านการเกื้อหนุนจากครอบครัวดังนี้

“ บ้านเฮาบ่ค่อยมีคนตางเหนือเฮาฮักพ่อแม่เฮาเอ็นดูก่อดีมากคนเหนือใจดี ละอ่อนกตัญญูดีทางเหนือบ่มีเนาะที่ทอดทิ้งพ่อแม่ ฮ่าๆ ดีมีความสุขเฮาก่อบ่ได้จนอะหยั่งนี้กะ บ่ได้ไปเซาะไปหาไหนลูกฮื้อมาสถานสงเคราะห์ไปก่ บ่าไป โห จะไดผมก่ไป มั่นบ่ม่วน บ่าเอา (หัวเราะ) บ่าไหวก่า ให้ะ บ่าเอา อยู่บ้านสบายใจกว่า เอรอดหื้อหมก่ก่ไป (หัวเราะ) ผมว่าอยู่ฮื้อมันก่สบายแล้ว สบายใจ มีอิสระโดยคนเมืองเฮานี้เนะ มันฮักกันแต่หนะ ฮื้อเมือง มันเอากันแต่ ฮักบ่ฮักแม่ ฮักบ่ฮักพ่อ ผมมาหน้ในทีวี ส่วนนักมันจะเป็นคนตางได้นะ คนเมืองเฮานี้บ่ค่อยมีเนะ มันเบ๊กกันอาศัยกัน มีกะแต่มันมีส่วนน้อยมากบ่าใจว่าบ่ามี มีความสุข บ่อยมาก ออกบ้านไปไหน ลูกเด้าก่ผ่อกอยลูกแล อยู่สบายและอีกอย่างเฮากได้อยู่กับลูกกับหลานแหลม หลานแหลม หลานจายแหลม ให้ะเซบ๊อบฮื้อกะ เพราะลูกบ่าวเฮากมี เฮากฮื้อกับลูกเฮาเนี้ยกะเซบ๊อบได้ไปเยี่ยมไปใจเอาดีสถานสงเคราะห์ละ (หัวเราะ) ถ้าจะไปอยู่แต่ขอไปกินยาตายก่อนเตอะ ฮ่าๆๆ (หัวเราะ) ”



ภาพ 4.103 หมอนแต่งงานที่มีการเก็บรักษาเป็นอย่างดีตลอดระยะเวลา 53 ปีจนถึงปัจจุบัน แสดงให้เห็นถึงความรักความผูกพันที่มีต่อครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก (ภาพซ้าย) และผู้สูงอายุมีความสุขอยู่กับสมาชิกในครอบครัว (ภาพขวา)

แม้กระนั้นการอยู่ร่วมกันภายในครอบครัวก็อาจมีเรื่องที่กระทบกระเทือนจิตใจแก่ผู้สูงอายุ สร้างความรู้สึกน้อยใจ หรือ เกิดการขัดแย้งเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง บางครา แต่ผู้สูงอายุสามารถทำจิตใจให้ยอมรับในส่วนนี้ได้ด้วยเหตุผลที่ต้องอาศัยพึ่งพาบุตรหลานเป็นหลัก และถือว่าเป็นปกติวิสัยของชีวิตที่จะต้องดำเนินต่อไปโดยยึดถือคติประจำใจ 4 จอ เป็นข้อเตือนใจ 4 ประการ กล่าวคือ 1. จอจ่ม (ห้ามบ่น) 2. จอจี (ห้ามตระหนี่) 3. จอจ้ง (ห้ามเกลียดชัง) และ จอแจ่ง (ห้ามสาบแช่ง) สิ่งสำคัญต้องรู้จักปล่อยวางชีวิต หลีกเลียงการสะสมอารมณ์เครียด หรือไม่พยายามที่จะนำมาใส่ใจ คิดมากแต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม ก็ยังรับรู้ถึงความรู้สึกอบอุ่นใจที่ได้รับจากเขาใจใส่จากสมาชิกภายในครอบครัวมากกว่าเมื่อวิเคราะห์โดยภาพรวม แต่สิ่งที่คาดไม่ถึงเมื่อพบข้อมูลว่า ปัญหาครอบครัวมีอิทธิพลให้ผู้สูงอายุอำเภอนี้จำนวน 1 ราย ได้ตัดสินใจกระทำ

อัตวิบาตกรรมเกิดขึ้นในชุมชน ทำให้เจ้าหน้าที่อาสาพัฒนาสังคมระดับตำบล บุคลากรฝ่ายอื่นๆ และหน่วยงานจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดเชียงใหม่ ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานในเชิงรุกมากขึ้นเพื่อเข้าไปดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างใกล้ชิด

ข้อค้นพบงานวิจัยของ Janzen, Paterson and Blashko (1989) ได้อธิบายว่า ปัญหาครอบครัวของผู้สูงอายุที่ได้มีการศึกษากันนั้นมีหลายประการ อาทิเช่น การไม่ให้เกียรติกัน การขาดความเคารพนับถือ การไม่เคารพสิทธิของกันและกัน การจัดการทรัพย์สินเงินทองไม่ลงตัว การขาดความสนใจต่อกันและกัน การขาดความเกื้อกูลต่อกันและกัน ฯลฯ ส่วน Craig (1991) ชี้ว่าการแก้ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้สูงอายุหลายกรณีเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยากเพราะความสูงวัยของผู้สูงอายุ ความเติบโตเป็นผู้ใหญ่ของบุตรหลาน การแก้ปัญหาเป็นการ “หยิกเล็บเจ็บเนื้อ” ดังนั้น หลายกรณีผู้สูงอายุต้องเลี่ยงไปมีความสัมพันธ์กับเพื่อนชดเชยความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เป็นปัญหาแก้ยากเพราะสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนมีลักษณะที่เสมอภาคกัน เข้าใจและเคารพซึ่งกันและกันมากกว่า ส่วนการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมาจากการที่สมาชิกภายในครอบครัวประกอบอาหาร หรือซื้ออาหารมาจากภายนอกซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องรับประทานตามพฤติกรรมการบริโภคของบุตรหลาน และอาจนำไปสู่ปัญหาทางด้านสุขภาพได้ หรืออีกส่วนหนึ่งเกิดขึ้นจากการที่ผู้สูงอายุเลือกประกอบอาหารรับประทานเองตามแบบวิถีพื้นบ้านส่วนมากจะเป็นพืชผักและข้าวเหนียวเป็นส่วนใหญ่

ส่วนผู้สูงอายุรายที่ต้องใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังโดยตลอด อาจเกิดจากการที่คู่ชีวิตเสียชีวิตไปก่อน หรือ อาจมีคู่สมรสอยู่ร่วมด้วยโดยปราศจากการอยู่ร่วมกับบุตรอย่างใดอย่างหนึ่ง สาเหตุหลักเกิดจากปัจจัยของการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ระบบการศึกษาที่เอื้อต่อประชากรในรุ่นหลังๆ และการเติบโตของภาคเศรษฐกิจ อุตสาหกรรม ได้ส่งผลต่อรูปแบบวิถีการดำรงชีวิตของบุคคลภายในสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากโครงสร้างเดิม เป็นเหตุให้บุตรหลานต้องอพยพเคลื่อนย้ายไปประกอบอาชีพสร้างครอบครัวในดินแดนต่างถิ่นมีลักษณะการแยกจากครอบครัวขยาย (the extended family) ไปเป็นครอบครัวเดี่ยว (nuclear family) มากขึ้น แนวโน้มสภาพสังคมไทยในปัจจุบันและอนาคตอาจเพิ่มพูนอารมณ์เหงาให้แก่ผู้สูงอายุเพราะสาเหตุต่างๆ อาทิ สภาพครอบครัวเดี่ยว พ่อแม่มีลูกหนึ่ง หรือ สองคน เมื่อลูกเป็นหนุ่มเป็นสาวจากไปศึกษาต่อ หรือ แต่งงานแยกครอบครัวไป หรือ ประกอบอาชีพต่างถิ่น พ่อแม่ผู้สูงวัยมักต้องอยู่ตามลำพัง หากพ่อหรือแม่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเจ็บไข้หรือต้องเสียชีวิต ผู้สูงอายุที่ยังมีชีวิตอยู่ต้องประสบกับความเหงาค่อนข้างรุนแรง ส่วนมากผู้สูงอายุมักมีความผูกพันและมีความสุขกับถิ่นที่อยู่อาศัยดั้งเดิม และสภาพแวดล้อมของสังคมชุมชน ไม่ปรารถนาไปอยู่ร่วมครอบครัวกับบุตรหลานที่จากไปประกอบอาชีพ หรือมีครอบครัวอยู่ถิ่นอื่นๆ อาจเกรงจะเป็นภาระของบุตรหลานเพิ่มขึ้น เหล่านี้ล้วนอาจ

ส่งผลต่อความยุ่งยากในการปรับตัวต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ในรูปแบบใหม่ซึ่งแตกต่างจากวิถีดั้งเดิมโดยสิ้นเชิง การตัดสินใจที่จะเลือกใช้ชีวิตโดยอิสระตามลำพังจะมีความเหมาะสมที่สุด เพราะถึงอย่างไร ยังสามารถแสวงหาความสุขทางด้านจิตใจได้จากเครือข่ายการสนับสนุนในชุมชนที่ดำรงอยู่ได้ ในทางตรงข้าม กรณีดังกล่าวนี้ ท่ามกลางสังคมของผู้สูงอายุชาวล้านนา กลับพบว่า การอยู่ห่างไกลจากบุตรหลานมิได้เป็นอุปสรรคต่อการติดต่อสื่อสารระหว่างกันกับผู้สูงอายุ บุตรหลานยังคงให้การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องตามศักยภาพฐานะทางเศรษฐกิจและปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องโดยเลือกใช้วิธีการแสดงออกถึงความรัก ความห่วงใยด้วยการส่งจำนวนเงินมาให้เพื่อการใช้จ่ายในการดำรงชีพในชีวิตประจำวัน การแวะมาเยี่ยมเยียนเป็นบางครั้งตามความเหมาะสม การติดตามโทรศัพท์มาได้ถามสารทุกข์สุกดิบ การกลับมาบ้านในช่วงเทศกาลวันหยุดต่างๆ และการนำสิ่งของเครื่องใช้มามอบให้ เหล่านี้ได้สร้างความรู้สึกรักให้แก่ผู้สูงอายุมิใช่น้อยถึงแม้ว่าจะไม่ได้อยู่ด้วยกันก็ตาม ผู้สูงอายุจะทดแทนความรู้สึกเหงาใจ หว้าเหว่ ต้องการมีเพื่อนพูดคุยสนทนา ด้วยการมีสัมพันธภาพกับบุคคลภายในชุมชน ภายใต้เงื่อนไขของเพื่อนบ้าน การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และอาศัยการส่งเสริมให้พึ่งพิงจากระบบเครือญาติพี่น้องซึ่งก็สามารถแบ่งปันความช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้เป็นอย่างดีในระดับหนึ่งภายในชุมชน

จากผลงานวิจัยของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2553) ซึ่งให้เห็นว่า ปัจจุบันผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังมากขึ้น จากร้อยละ 3.6 ในปี 2537 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 7.6 ในปี 2550 ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสลำพังมีร้อยละ 11.6 ในปี 2537 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.3 ในปี 2550 ขณะที่แนวโน้มที่น่ากังวลคือ สัดส่วนของผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่กับลูกลดลงตามลำดับ จากร้อยละ 73.6 ในปี 2537 เหลือ 65.7 ในปี 2545 และเหลือร้อยละ 60.2 ในปี 2550 ผู้สูงอายุที่อยู่กันลำพังมากขึ้น อยู่ห่างจากครอบครัว ห่างจากลูก ทำให้การแสดงความรักความห่วงใยลดลง โอกาสใกล้ชิดกับคนในครอบครัวลดลง การแสดงความรักต้องพึ่งพาเทคโนโลยีการสื่อสารอย่างโทรศัพท์มือถือมากขึ้น เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลเอาใจใส่ รวมทั้งจากความสุขในการใช้ชีวิตบั้นปลายกับลูกหลานและญาติพี่น้อง ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปและผู้สูงอายุที่พิการ ที่ต้องการการพึ่งพาในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน แต่อย่างไรก็ตาม ปรากฏการณ์เช่นนี้ยังบ่งบอกถึงลักษณะของความเป็นครอบครัว 4 ประการ ได้แก่ 1.ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลที่มาร่วมกันโดยการสมรส หรือความผูกพันทางสายเลือด 2.สมาชิกของครอบครัวเหล่านี้อยู่รวมกันภายในครัวเรือนเดียวกัน หรือบางครั้งก็แยกกันอยู่ต่างหาก 3.ครอบครัวเป็นหน่วยของการติดต่อ ได้ตอบระหว่างบุคคล ได้แก่ พ่อ แม่ ลูก พี่น้องและญาติ โดยสังคมได้กำหนดหน้าที่และบทบาทของสมาชิกแต่ละครอบครัวไว้ซึ่งขึ้นอยู่กับขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ เช่น ความรัก ความผูกพันความเอาใจใส่

ต่อกัน ความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน และ 4. ครอบครัวถ่ายทอดการอนุรักษ์วัฒนธรรม กอปรกับสมาชิกในครอบครัวจะถ่ายทอดและรักษารูปแบบของการประพฤติปฏิบัติต่อกันระหว่างพ่อแม่ลูก ด้วยวัฒนธรรมประจำชาตินั้นๆ มรดกทางสังคมจะอยู่รอดได้ก็ต้องอาศัยพลังจากพ่อแม่ช่วยอบรมสั่งสอนลูก โดยการถ่ายทอดวัฒนธรรมทั้งทางด้านจิตใจและทางด้านวัตถุสมาชิกในครอบครัวตลอดมา

อีกนัยยะหนึ่ง ได้สร้างความเข้าใจให้เห็นถึงระบบของครอบครัวที่เข้าสู่วัฏจักรของครอบครัว ในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะสุดท้าย ที่เรียกว่า ระยะครอบครัวเป็นปึกแผ่นมั่นคง (the contracting stage) กล่าวคือ ระยะที่บุตรธิดาสำเร็จการศึกษาออกประกอบอาชีพเป็นปึกแผ่นมั่นคง อาจออกไปประกอบอาชีพในท้องที่ซึ่งห่างไกลกับภูมิลำเนาเดิม และต่อจากนั้นก็จะได้แต่งงานแยกครอบครัวออกไปอยู่เป็นอิสระต่างหาก จึงทำให้ครอบครัวเดิมมีขนาดเล็กลง อาจเหลือแต่พ่อแม่กับลูกคนเล็ก หรือลูกคนที่ไม่ได้แต่งงานก็ได้ บางทีเรียกครอบครัวในระยะนี้ว่า “ระยะครอบครัวหดตัว” ความสัมพันธ์ในครอบครัวจึงเน้นไปในทางการให้ความช่วยเหลือในการประกอบอาชีพ ช่วยสนับสนุนด้านการเงินเพื่อการลงทุนในโอกาสที่จำเป็น ความสำเร็จในอาชีพการงานนำความชื่นชมยินดีมาสู่พ่อแม่เป็นอย่างมาก แต่ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเดิมมิได้หมดภาระหน้าที่เกื้อกูลกันไปเลยทีเดียว บางครอบครัวพ่อแม่ยังต้องมีความผูกพันคอยช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ต่อหลานๆ ที่เกิดมาใหม่ด้วยความรักความสมัครใจ เพราะหลานที่เป็นสมาชิกใหม่นี้เกิดขึ้นมาในช่วงที่วัฏจักรของครอบครัวเดิมหดตัวลงขณะที่ลูกๆ แยกตัวออกไปสร้างครอบครัวใหม่แล้ว พ่อแม่ก็เฝ้าบงการห่างเหินจากการเลี้ยงลูกเล็กเหมือนในระยะเริ่มต้นครอบครัวมานาน ดังนั้น การเอาหลานมาเลี้ยงดูจึงทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความตึงเครียดไม่เฝ้าบงการขึ้นมาอีกครั้งหนึ่ง เมื่อลูกๆ แยกครอบครัวออกไปแล้ว มีอาชีพการงานทำเป็นหลักแหล่ง กันแล้ว วัฏจักรของครอบครัวก็จะเข้าสู่ช่วงสุดท้าย คือ ระยะพักผ่อน (retirement period) เป็นช่วงที่พ่อแม่เริ่มเข้าสู่วัยชรา ภาระหน้าที่สำคัญๆ ที่ต้องรับผิดชอบมีน้อยลง ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวช่วงสุดท้าย ของวัฏจักรชีวิตนี้จะแตกต่างกันไปตามลักษณะของครอบครัวในแต่ละท้องถิ่นแต่ละสังคม ลูกหลานจะปฏิบัติตนต่อพ่อแม่ ปู่ย่าตายาย แตกต่างไปตามค่านิยม ตามสภาพแวดล้อมและขนบธรรมเนียม ครอบครัวไทยพบว่า ได้มีบทบาทกำหนดให้บุตรหลานมีความเชื่อฟังและเคารพผู้ใหญ่ ผู้อาวุโสกว่า การเชื่อฟังความคิด เชื่อฟังคำสั่งสอนของผู้ที่ให้ความอุปการะเลี้ยงดูถือว่าการแสดงออกซึ่ง “ความกตัญญู” จนได้รับคำยกย่องสรรเสริญจากสังคม (ทัศนีย์ ทองสว่าง 2549)

ส่วนแนวคิดของ วารุณี ภูริสินสิทธิ์ (2543) กล่าวว่า ในช่วงแรกๆ ที่สังคมต่างๆ เปลี่ยนจากสังคมเกษตรเป็นสังคมอุตสาหกรรมได้มีการกล่าวกันว่า ครอบครัวขยายจะเปลี่ยนเป็นครอบครัว

เดี๋ยวมามากขึ้น เพราะการพัฒนาอุตสาหกรรม ทำให้คนต้องออกไปหางานทำในที่ที่ไกลจากครอบครัว ซึ่งมีผลทำให้ความผูกพันระหว่างเครือญาติที่จำเป็นต้องไปมาหาสู่กันมีน้อยลง ทำให้ครอบครัวขยายดำรงอยู่ไม่ได้ อย่างไรก็ตาม ในเวลาต่อมา ได้มีการเสนอว่า การพัฒนาอุตสาหกรรมอาจไม่จำเป็นที่ทำให้รูปแบบครอบครัวขยายเปลี่ยนไป กรณีสังคมไทย แม้คนในชนบทจำนวนไม่น้อยเคลื่อนย้ายไปทำงานในเมืองใหญ่ หรือในต่างประเทศ แต่ยังคงรักษาสภาพความสัมพันธ์แบบครอบครัวขยายอยู่ โดยส่งรายได้ให้กับครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ กลับไปเยี่ยมครอบครัวเป็นประจำ ในงานเทศกาลที่สำคัญของหมู่บ้าน ช่วยเหลือคนในหมู่บ้านเดียวกันที่มาหางานทำในเมือง และเมื่อต้องออกจากงานที่ทำในเมืองก็จะกลับมาอยู่กับเครือญาติเดิมที่ชนบท หรือเมื่อตั้งหลักแหล่งได้ในเมืองก็อาจนำเครือญาติมาอยู่รวมกัน ถ้าพิจารณาในลักษณะนี้ ความเป็นครอบครัวขยาย หรือการให้ความสัมพันธ์กับเครือญาติ ก็ยังไม่หมดไปในสังคมไทย โดยเฉพาะในเขตชนบท

2. ครอบครัวมีส่วนเกื้อหนุนปัจจัยต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุในระดับปานกลาง

การที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ส่วนหนึ่งมาจากบทบาทของครอบครัวเป็นที่พึ่งสุดท้ายที่ผู้สูงอายุหวังจะพึ่งพิงในช่วงบั้นปลายชีวิตที่เหลืออยู่ในทั้งแง่ของการตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพจิตและสุขภาพกายให้แก่ผู้สูงอายุ ด้วยเหตุผลที่ Miller (1986) ได้กล่าวว่า เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุ จากสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการทำงานประกอบอาชีพดังเช่นวัยที่ผ่านมา ทำให้ผู้สูงอายุต้องเลิบทบาทในการทำงาน ผู้สูงอายุจึงเปลี่ยนจุดสนใจไปยังครอบครัวหาบทบาทใหม่ให้กับตนเอง ด้วยการเป็นผู้ให้คำปรึกษาแนะนำ ช่วยดูแลลูกหลานภายในบ้าน และในทางกลับกันลูกหลานในครอบครัวสามารถเป็นที่พึ่งทางด้านเศรษฐกิจ และกำลังใจให้แก่ผู้สูงอายุด้วย ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการความรัก ความเอาใจใส่จากครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง จากปัญหาสุขภาพ ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุมีคู่สมรส หรือบุตรหลานเป็นผู้คอยดูแลทุกข์สุขคอยช่วยเหลือ หรือให้ความเคารพนับถือยกย่อง ให้ความสำคัญ ทำให้รู้สึกว่าเป็นบุคคลที่มีความหมายต่อครอบครัว ด้วยเหตุนี้ ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวจึงมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุบุคคลภายนอกก็มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตเช่นเดียวกันญาติ หรือเพื่อนที่มีความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีความหวังดีคอยให้ความช่วยเหลือ เห็นอกเห็นใจและสามารถปรับทุกข์กันได้ทำให้ผู้สูงอายุสามารถยอมรับสภาพกับความรู้สึกที่ต้องสูญเสียสถานภาพทางสังคม เดิม หรือสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ซึ่งรูปแบบความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ จะนำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมาก

โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลาน ความอบอุ่นความรัก และความสนใจจากทั้งบุคคลในครอบครัวและบุคคลในสังคมซึ่งบุคคลเหล่านี้เปรียบเสมือนโยงใยสนับสนุนทางสังคม (social net work support) ในอันที่จะช่วยกันประคับประคองสภาพจิตใจของผู้สูงอายุซึ่งจะเป็นการยกระดับคุณค่าในชีวิต ตลอดจนความเชื่อมั่นในตนเอง และยังเป็นการช่วยรักษาความสมดุลระหว่างจิตใจ และอารมณ์ของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวคิดของ เดิมศักดิ์ คทวณิช (2546) กล่าวว่า คนในวัยชราที่บอบช้ำและความสำคัญทางสังคมจะถูกจำกัดลง ทั้งนี้เนื่องจากถูกมองว่า สุขภาพไม่แข็งแรง เจ็บป่วย และเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เดินทางไปไหนก็ไม่สะดวก ต้องเป็นการระลึกลาน จึงทำให้ผู้สูงอายุมักจะถูกทอดทิ้งให้อยู่กับบ้านตามลำพังซึ่งมีผลทำให้คนชรารู้สึกว่าตนเองหมดคุณค่าและไร้ความหมายโดยเฉพาะผู้สูงอายุบางคนที่เคยพึ่งตนเองมาตลอด เป็นที่พึ่งให้กับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้อื่น แต่กลับต้องมาเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ ดังนั้น ถ้าบุตรหลานและผู้ใกล้ชิดไม่ให้ความเข้าใจและดูแลเอาใจใส่อย่างดีแล้ว อาจทำให้คนวัยนี้เกิดอาการซึมเศร้า บางคนอาจหนีออกจากบ้าน ถ้ารุนแรงมากอาจฆ่าตัวตายได้

ความสำคัญของบทบาทครอบครัวที่มีต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุปรากฏเริ่มอย่างชัดเจนเมื่อผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาทใหม่โดยเป็นผู้รอคอยความช่วยเหลือจากบุตรหลานในด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันเพื่อการดำรงชีพหรือเพื่อวัตถุประสงค์อื่นๆ การดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วย การให้บริการตามความประสงค์ของผู้สูงอายุ นอกเหนือไปจากภาระที่สมาชิกในครอบครัวต้องรับผิดชอบส่วนอื่นร่วมด้วย ความเป็นไปได้ที่จะเกื้อหนุนในระดับใดนั้น อาจมีความเกี่ยวเนื่องกับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบหลัก รวมถึงด้านบทบาทภาระหน้าที่ทางสังคม ความสามารถบริหารจัดการภายใน บุคลิกภาพส่วนบุคคล ศักยภาพความพร้อมของครอบครัว จำนวนบุตร และปัญหาของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น จากความเกื้อหนุนทางครอบครัว

ดังนั้น หากผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนจากสมาชิกในครอบครัวในระดับดี ก็จะมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามไปด้วยซึ่ง Insel and Roth (2002) วิเคราะห์ประเด็นนี้ว่า ครอบครัวมีบทบาทในเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมาก ครอบครัวส่วนใหญ่จะไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุเมื่อต้องการความช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ โดยงานวิจัยต่างๆแสดงให้เห็นว่าประมาณ 3 ใน 4 ส่วน พบว่า ลูกสาว หรือ ลูกสะใภ้ จะให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อาจพาไปเลี้ยงดูที่บ้าน หรือ ช่วยให้อยู่บ้านของตนเองหรือมีทางเลือกในบ้านพักอาศัยต่างๆ เป็นต้น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเปรียบเสมือนรางวัลแต่เป็นภาระที่หนัก ถ้าพบประสบการณ์ความเครียดเป็นเวลานาน สมาชิกในครอบครัวอาจแสดงอารมณ์หงุดหงิด อาจต้องปรึกษาสถานบริการ ไม่แตกต่างจากรายงานการวิจัยของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2541) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศ

ไทยในประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ได้รับการเกื้อหนุนทุกด้านจากครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุตรค่อนข้างมาก และกิจกรรมกลุ่มมีส่วนในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก และข้อค้นพบของ กัญญา มะลิแก้ว (2546) สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวดีจะทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

นอกจากนั้น เพ็ญศรี มานิตยศิริกุล (2537) ได้วิจัยเรื่อง ดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ตัวแปรอิสระ 9 ตัว คือ เพศ สถานภาพสมรส การมีงานทำ การอุปการะจากบุตรหลาน ภาระหนี้สิน การครอบครองที่อยู่อาศัย การรวมงานทางศาสนา การดูแลเฝ้าบ้าน และการทำอาหารสำหรับสมาชิกในครัวเรือน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคะแนนคุณภาพชีวิต และ ชลลดา ภักดีประพฤทธิ (2541) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางครอบครัว กับการได้รับการตอบสนองจากครอบครัวตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร พบว่า ส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองจากครอบครัวตามความต้องการพื้นฐาน ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง การได้รับการตอบสนองจากครอบครัวตามความต้องการด้านร่างกาย และด้านความสำเร็จสมหวังในชีวิต อยู่ในระดับมาก ด้านความรักอยู่ในระดับมาก และระดับน้อยใกล้เคียงกัน ด้านความมั่นคงปลอดภัยอยู่ในระดับปานกลาง และด้านความยอมรับนับถืออยู่ในระดับน้อย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการได้รับการตอบสนองจากครอบครัวตามความต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุ ด้านปัจจัยส่วนบุคคล คือ รายได้ผู้สูงอายุ ความพอเพียงของรายได้ผู้สูงอายุ และภาวะสุขภาพ ด้านปัจจัยทางครอบครัว คือ ความพอเพียงของรายได้ครอบครัว และสัมพันธภาพในครอบครัว

ส่วน พรพจน์ กิ่งแก้ว (2538) วิจัยองค์ประกอบทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุมีสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 4-6 คน เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 49.0 และครอบครัวขยายร้อยละ 51.0 กรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพแต่มีรายได้จากบุตรหลาน รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 2000 บาท ซึ่งบางครั้งไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย อยู่ในครอบครัวขยาย และในครอบครัวเดี่ยวมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีและบทบาทของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ มะลิวัลย์ บุษบงค์ (2544) วิจัยเรื่อง การปรับตัวด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุ ในด้านสังคม พบว่า ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมลดลง ความสัมพันธ์ในครอบครัว

อบอุ่นดีเช่นเดิม สมาชิกในครอบครัวให้ความเคารพนับถือ และเห็นว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประโยชน์ต่อครอบครัว ดังจากการให้ข้อมูลที่สำคัญของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ดังนี้

“ ก่อบอกว่าในเรื่องเศรษฐกิจ เขาคิดว่าอย่างลูกเค้าหลานเหลนเอี้ยหาเงินหาทองบ่ได้เอาละผู้สูงอายุเดือดร้อนแหมคนฮ้ายๆ (หัวเราะ) ผู้สูงอายุมันหาเงินบ่ไ้ได้ เศรษฐกิจบ่ดีก็ต้องอาศัยลูกโดยอ้อมไป ผู้สูงอายุสัจจะเอื้อะ เดียวลูกเค้าหื้อแล้ว 20 - 30 บาท ไปทำบุญเหี้ยถ้าเศรษฐกิจบ่ดีลูกเค้าบ่หื้อเดือดร้อนแหมแล้วส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเหมือนกัน 500 บาท เขาก่อมาจนเจือเหมือนกันถ้าลูกเค้าบ่หื้อ เงิน 500 ก่อบ่กิน ถ้าบ่มีลูก ก่อคนเฒ่ามันจะเอาฮยังมากินนะ มื้อก่ปานกลางเนี้ยแหละ ก่อลูกหลานเขาฮื้ออ้อพ่อง คนละเล็กละน้อยแล้วแต่คนมีลูกน่ก่ก่อนัก ถ้าเขาบ่มีลูกหลายเฮาก่อได้น้อยน้อย ก่อมีส่วน คุณภาพชีวิตมันมาจากครอบครัว แต่ครอบครัวผู้สูงอายุ ก่อดี ดีขึ้นมา แต่คนบ้านเฮาจะเกื้อกูลสังคม มีก่านมืงาน ประเพณีจะช่วยกัน แต่ส่วนน้อยแต่อันทางภาคเหนือกับภาคอีสาน ที่ออกข่าวนี้ มันต่างกันทางเหนือเฮาล้านนาของเฮาเนี้ยส่วนใหญ่จะตึกบ่าตาย หมูบ้านเฮาเนี้ยหนา...ตึกแต่มันจะตึกแต่ๆ มันบ่ฮู้จัก..แต่ทางภาคอีสานนี้มันตึก...ตึกขนาด..ตึกแต่ๆ ฮ่าๆ ”

3. ระบบเครือญาติและเพื่อนบ้านในชุมชนให้การเกื้อหนุนทางสังคมทดแทนระบบครอบครัวเมื่อผู้สูงอายุต้องอยู่ห่างไกลจากสมาชิกครอบครัว หรือใช้ชีวิตเพียงลำพัง

ระบบเครือญาติ (kinship systems) มีบทบาทสำคัญในการเกื้อหนุนทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุได้สำรองอีกหนทางหนึ่งนอกจากการสนับสนุนส่วนของครอบครัวในเบื้องต้นยามที่ผู้สูงอายุอยู่ห่างไกลจากบุตรหลาน หรือใช้ชีวิตลำพัง เช่นที่ ยศ สันตสมบัติ (2544) สรุปว่าจากการศึกษาสังคมวัฒนธรรมต่างๆทั่วโลก นักมานุษยวิทยาพบว่า ครอบครัวมิได้เป็นหน่วยอิสระที่เป็นเอกเทศและสมบูรณ์พร้อมในตนเอง หากแต่ครอบครัวเป็นเพียงส่วนหนึ่งของระบบเครือญาติซึ่งกำหนดนิยามความสัมพันธ์ทางสายเลือดและความสัมพันธ์ทางการแต่งงานของสมาชิกสังคมกลุ่มหนึ่งเอาไว้ กลุ่มเครือญาติเป็นพื้นฐานสำคัญของข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมภายในชุมชนตลอดมาทุกยุคทุกสมัย นอกเหนือไปจากพ่อแม่พี่น้องและลูกหลานซึ่งเป็นสมาชิกของครอบครัวขยาย กลุ่มเครือญาติของชาวบ้านแต่ละคนจะประกอบไปด้วยบรรดาผู้สืบเชื้อสายจากบรรพบุรุษหรือปู่ย่าตายาย ของคนๆนั้น รวมทั้งลุงป้าน้าอา และลูกๆของคนเหล่านี้ซึ่งมักจะถูกเรียกรวมๆกันว่าเป็น “ญาติ” หรือ “อาว” สมาชิกของกลุ่มเครือญาติที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันและหมู่บ้านใกล้เคียงจะเป็นผู้ที่ชาวบ้านให้ความใกล้ชิดสนิทสนม สนับสนุนและช่วยเหลือเกื้อกูลมากกว่าเพื่อนบ้านหรือชาวบ้านอื่นๆ ที่มิได้เกี่ยวดองด้วยสายสัมพันธ์ทางเครือญาติ ตามปกติแล้ว

กลุ่มเครือญาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครือญาติข้างแม่ เช่น พี่สาว น้องสาว และลูกหลานของคนเหล่านี้ มักจะปลูกบ้านเรือนอยู่อาศัยในละแวกเดียวกัน คอยสอดส่องดูแลทุกข์สุขและให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลา สมาชิกของกลุ่มเครือญาติภายในหมู่บ้านจะแวะเวียนมาเยี่ยมเยียนเพื่อสืบถามชีวิตความเป็นอยู่ มีการพูดคุยเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลความรู้และข่าวคราวเกี่ยวกับเครือญาติคนอื่นๆอยู่เสมอ ในช่วงเวลาเทศกาลสำคัญ เช่น ปีใหม่ งานบุญงานกุศล หรือช่วงเวลาสำคัญของชีวิต เช่น งานแต่งงาน งานบวช หรืองานศพ รวมทั้งการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว กลุ่มเครือญาติทั้งในและนอกหมู่บ้านจะมาเยี่ยมเยียนเพื่อให้ความช่วยเหลือทั้งในด้านของแรงงานและเงินทองแก่ญาติของตน เมื่อมีความจำเป็นต้องปลูกสร้างบ้านหลังใหม่ กลุ่มเครือญาติจะเป็นคนกลุ่มแรกที่เสนอตัวเข้ามาช่วย เมื่อเกิดการทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น กลุ่มเครือญาติจะกลายเป็นสมัครพรรคพวกที่ให้การสนับสนุนอย่างเปิดเผย กลุ่มเครือญาติยังเป็นพื้นฐานของการแลกเปลี่ยนแรงงานในภาคเกษตร และความช่วยเหลือเกื้อกูลในด้านอื่นๆ ซึ่งครอบคลุมความสัมพันธ์ทางสังคมแทบทั้งหมด ในชุมชนชาวนา ความสัมพันธ์ทางเครือญาติได้ครอบคลุมสมาชิกแทบทั้งหมดของชุมชนเอาไว้ หมู่บ้านชาวนามักจะประกอบไปด้วยกลุ่มเครือญาติเพียง 4-5 กลุ่ม แต่ละกลุ่มปลูกสร้างบ้านเรือนอยู่ในละแวกเดียวกัน ความสัมพันธ์ทางการแต่งงานระหว่างกลุ่มเครือญาติกลุ่มต่างๆอีกทั้งการนับญาติทั้งสองฝ่าย คือทั้งฝ่ายพ่อและฝ่ายแม่ ทำให้ลูกหลานของกลุ่มเครือญาติเหล่านี้มีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นและสามารถสืบสาวสายสัมพันธ์เชิงเครือญาติกันได้แทบทั้งหมู่บ้าน ไม่ว่าจะเป็นการนับญาติทางสายโลหิตหรือญาติทางการแต่งงาน คำเรียกขานญาติที่ใช้กันในชุมชนชาวนาไทยภาคเหนือเป็นคำที่ใช้เรียกญาติทั้งฝ่ายพ่อและแม่เหมือนกัน เด็กในรุ่นราวคราวเดียวกันจะเรียกผู้ชายรุ่นพ่อแทบทั้งหมดในหมู่บ้านว่า “พ่อ” ตามด้วยชื่อของชายคนนั้นเช่นเดียวกัน เช่น พ่อมา พ่อขวัญ เป็นต้น เด็กในรุ่นนี้จะเรียกผู้หญิงแทบทั้งหมดในหมู่บ้านว่า “แม่” ตามด้วยชื่อของผู้หญิงคนนั้นเช่นเดียวกัน และจะเรียกคนในรุ่นปู่ย่าตายายว่า “อู๋ย” เหมือนกันหมดโดยไม่มีการแบ่งแยกเพศ หรือการเป็นญาติทางฝ่ายพ่อหรือแม่คนรุ่นเดียวกัน จะใช้คำเรียกหาที่แสดงความแตกต่างกันด้วยอายุ โดยไม่มีการแบ่งเพศ คนหนึ่งๆ จะเรียกทั้งผู้ชายและผู้หญิงที่อายุมากกว่าว่า “พี่” หรือในบางครั้งอาจเรียกขานคนในรุ่นเดียวกันซึ่งมีอายุใกล้เคียงกันว่า “อาว” ตามด้วยชื่อของคนๆนั้น เช่น อาวดำ อาวเดช เป็นต้น และทัศนีย์ทองสว่าง (2549) ได้สนับสนุนแนวคิดนี้ว่า ครอบครัวไทยเป็นครอบครัวขนาดเล็ก ในปัจจุบันนี้ครอบครัวไทยเป็นครอบครัวเดี่ยว เป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะในสังคมเมืองมักจะไม่ค่อยมีญาติพี่น้องมาอาศัยอยู่ด้วย การที่ครอบครัวเดี่ยวกลายเป็นครอบครัวที่สำคัญของสังคมปัจจุบัน เพราะเป็นครอบครัวที่ย้ำถึงความเป็นอิสระ และความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งสอดคล้องกับคุณค่าของสังคมไทยในปัจจุบันนี้ แต่ก็ยังปรากฏว่า มีครอบครัวแบบขยายอีกเป็นจำนวนมากในสังคม

ชนบทที่มีลักษณะญาติพี่น้องอาศัยอยู่ในย่านเดียวกัน หรือปลูกบ้านใกล้เคียงกันแม้จะแต่งงานแล้วก็ตาม ญาติพี่น้องผู้อาวุโสมีอำนาจเหนือสมาชิกทุกคนในครอบครัวและเป็นผู้ชี้ขาดมีการให้ความช่วยเหลือกันภายในครอบครัว ทั้งกำลังทรัพย์และกำลังแรงงานด้วย

วิเคราะห์ตามหลักทฤษฎีระบบครอบครัว House (1985) อธิบายว่า ทฤษฎีระบบครอบครัว เชื่อว่า ครอบครัวไม่ได้เป็นระบบปิดแต่เป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอกด้วย ด้วยเหตุนี้ การเชื่อมโยงสนับสนุนที่ครอบครัวได้รับจากสังคมล้วนมีความสัมพันธ์กับความเป็นไปภายในครอบครัว เหล่านี้ คือ เครือข่ายทางสังคมซึ่งอาจจะเป็นเพื่อนบ้าน กลุ่มเพื่อน หรือสมาชิกในครอบครัวเอง เช่น สามี ภรรยา หรือบุตร การสนับสนุนทางสังคมเป็นการติดต่อสื่อสารที่ตอบสนองความต้องการให้กับบุคคลอื่น ทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจ เกิดกำลังใจ การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่เพื่อทำให้เกิดความมั่นใจที่จะเผชิญกับความทุกข์ยาก หรือปัญหาต่างๆ โดยผ่านการให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนั้น ครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง หากครอบครัวได้มีการเอาใจใส่ต่อกัน การให้คำมั่นต่อกัน การรับฟังและยอมรับซึ่งกันและกัน มีความยืดหยุ่นและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่ผ่านเข้ามาในชีวิต รวมถึง มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างครอบครัวกับชุมชน ก็จะส่งผลให้ครอบครัวนั้นมีความเข้มแข็งโดยพิจารณาจากความเครียดในครอบครัว สุขภาพจิตของครอบครัว ความสัมพันธ์ที่ดีของสมาชิกในครอบครัว การติดต่อสื่อสารในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ การได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมภายนอก รวมถึงระบบความเชื่อและค่านิยมของสังคมภายนอกมีส่วนช่วยให้เกิดความเข้มแข็งของครอบครัวได้ (Epstein, Bishop, and Baldwin 1984) และ อีรพงษ์ แก้วหาวงษ์ (2543) กล่าวว่า หากนำแนวคิดพื้นฐานชุมชนมาอธิบายสาระสำคัญที่ว่า ชุมชนต้องเข้มแข็ง โดยการรวมตัวของประชาชน ผู้นำ องค์กรต่างๆ เพื่อพัฒนาและสร้างเครือข่าย การผสมผสานภูมิปัญญา การใช้ทรัพยากร สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี ข้อมูลข่าวสาร เพื่อสร้างความรู้อย่างต่อเนื่อง อันเป็นการสร้างโอกาสและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข เช่นนี้ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้อีกส่วนหนึ่ง

“ กยังมียาย มีน้อง มีหลาน มีลูกเต้า อยู่ครบ เป็นตี่งดูแล ตระกูลเดียวกัน มันเป็นการเอื้ออาทร ซึ่งกันและกันเนาะ แล้วก็เป็นแบบเครือญาติเนาะส่วนมากจะดี ดี มีความอบอุ่น มีความผูกพันบ้านใกล้เรือนเคียงก็เป้งกันได้ถึงแม้จะมีคนต่างจังหวัดมาอยู่ เขาก็รับเนาะ เจ็บไข้ได้ป่วยก้อไปเยี่ยมกัน ดูแลกัน อย่างเจ็บไข้ได้ป่วยเอี้ยก้อมีของติดไม้ติดมือไปฝากไปหยั่ง บ่ใจทุกลักทุกเลอกในทีวี บ่มีบ้านเฮาอะบ่มีบ่มี? บ้านเฮาบ่มีก็อยู่ก้ออยู่ตลอด บ่มีเนาะตี่คนในหมู่บ้านจะเข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์ แทบจะบ่มีเคยนะ บ่มีบ่มีใจวอดนะบ้านนี้ ก้อบ่มี.. (หัวเราะ)”

“ ถึงแม้ว่าปอจะอยู่คนเดียว ก็ยังมีความสุขอยู่ เพราะว่าความสุขจากไหนจากพี่น้องสิบขวบบ้านเป็น
 ดูแลกัน เป็นดูแลกันเป็นบ่อใจปล่อยไว้คนเดียวเออ.. อย่างลุงจันลุงน้อยแม้ครอบครัวเป็นบ่ออยู่เป็นก้อยังดูแลกัน
 อยู่สงเคราะห์ซึ่งกันและกันอยู่ คือก(ไอ) มีหยังปรักษาหารือกันไปหากันอู้จากันเอี้ยมีความสุขเออเลี้ยงกันได้
 หนะเลี้ยงกัน เออสงเคราะห์ในเครือขายผู้สูงอายุแล้วถึงมีความสุขถึงเข้าหากันอู้กันได้ปรักษาหารือกันได้
 อันลูกหลานนี้หมายความว่า เป็นอยู่คนเดียวอะ ลูกหลานเวลามาเป็นก้อมีอะหยังมาเลี้ยงมาดูกันเอี้ยกะธรรมดา
 เขาก้อเลี้ยงเฮาตามเขามีนะ โปบ่อน้อยใจธรรมดา แต่ก้อมีเป็นบางครั้ง ส่วนมากคนเหนือนี้มันบ่อกิดหยังนักว่
 ถ้าลูกเต้าใหญ่ขึ้นมาส่งอำเสียนมาลูกเต้าไปทำการทํางานปอแม่ก้อปอใจปอใจอย่างใดปอใจได้ลูกเต้ามีการมี
 งานทำเออมีความสุขมีความสุขก๊าวหน้าในหน้าที่การงานเฮาก้อสบายใจเอี้ยตนตางเหนือมันจะกิดอืหนา
 ก้อบ่อใจว่าอยากหื้อลูกมาอยู่โดยหนาแต่ก่อนนี่ยะไฮะนาร้อต้องหื้อลูกมาทํานามาเลี้ยงปอเลี้ยงแม่ บัดเดวนบ่อ
 ใจอันวิถีชีวิตเปลี่ยนไปลูกเสียนหนังสือทำการทํางานมีการมีงานทำก้อปอใจแล้วปอแม่ก้อมีความสุขเออมันจะ
 อืหนานั่น หนะวิถีชีวิตมันเปลี่ยนไป ”



ภาพ 4.104 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 95 ปี พักอาศัยอยู่ตามลำพัง แต่ได้รับการเกื้อหนุนจากเครือญาติพี่น้องบ้านใกล้เคียง



ภาพ 4.105 ทีมนักวิจัยแสดงบทบาทหน้าที่คล้ายกับนักสังคมสงเคราะห์ไปเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่พ
 ักอาศัยอยู่ตามลำพัง พร้อมมอบของที่ระลึก ได้แก่ ผ้าชะมั่ว ยาหอม เบี้ยยังชีพ (งบส่วนบุคคล) และได้รับ
 คำอวยพรจากผู้สูงอายุ



ภาพ 4.106 ผู้สูงอายุ อายุ 77 ปี พักอาศัยอยู่ภายในวัด โดยมีทางวัดให้การเกื้อหนุนทางสังคม พร้อมๆกับการสงเคราะห์กันในชุมชน เมื่อทีมนักวิจัยไปเยี่ยมเยือนก็จะมีความต้องการที่จะสนทนาหรือบอกเล่าชีวิตส่วนบุคคลเสมือนต้องการคลายความเหงาจากเพื่อนเนื่องจากใช้ชีวิตอย่างเรียบง่ายตามลำพังเป็นส่วนใหญ่



ภาพ 4.107 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปี มีการดำรงชีพแบบเรียบง่ายโดยได้รับการช่วยเหลือจากญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน



ภาพ 4.108 ในบางโอกาส กลุ่มผู้สูงอายุหลายพื้นที่มีการไปเยี่ยมเยือน ตามไถ่สารทุกข์ หรือนำสิ่งของไปมอบให้แก่ผู้สูงอายุที่ประสบความเดือดร้อน หรือมีอาการ เจ็บป่วยเพื่อแสดงความมีน้ำใจ ความห่วงใยเอื้ออาทรต่อกัน และยังเป็นการให้กำลังใจกันภายในชุมชน

2.2.5 คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุล้านนา

ตามทฤษฎีการอนามัยโลก (WHO) กำหนดว่า สุขภาพ (Health) เป็น “สภาวะความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมความเป็นอยู่ทางสังคม ซึ่งมีไ้แต่เพียงการไม่มีโรค หรือ ไม่ทุพพลภาพเท่านั้น” การมีสุขภาพที่ดี (good health) นั้นคือ ส่วนหนึ่งของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (good quality of life) และเป็นพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อชีวิตของบุคคลทุกเพศทุกวัยเพราะช่วยให้มีการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข สร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี ได้มีช่วงชีวิตที่ยืนยาว ลดอัตราการเสียชีวิตให้น้อยลง การมีสุขภาพที่ดีนั้นต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่าง อาทิ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ดังคำกล่าวที่ว่า “ You are what you eat ” รูปแบบชีวิตที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพ ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่กระทบต่อสุขภาพ พฤติกรรมการนอนหลับ นโยบายสุขภาพของภาครัฐ เป็นต้น ปัญหาการเจ็บป่วยต่างๆที่เกิดขึ้นกับบุคคล เขาลักษณะ ฤทธิสรไกร (2551) กล่าวว่า นอกจากจะเป็นปรากฏการณ์ทางชีววิทยาแล้ว ตามแนวคิดของแพทย์แผนปัจจุบันแล้ว เช่น อาจเกิดจากความบกพร่อง หรือ ความอ่อนแอด้านร่างกาย หรือ อาจเกิดจากปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น เชื้อโรค ตลอดจนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมด้านอื่นๆแล้ว สำหรับนักมานุษยวิทยาการแพทย์และสาธารณสุข มีแนวความคิดว่า ภาวะทางสุขภาพ โรคและการเจ็บป่วย ระบบและแบบแผนพฤติกรรมดูแลสุขภาพนับว่า เป็นปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรมและสังคมพอๆ กับที่เป็นปรากฏการณ์ทางชีววิทยา ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมมนุษย์เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อภาวะด้านสุขภาพอนามัยและการเจ็บป่วย รูปแบบการกระทำ ความคิด ความเชื่อและค่านิยมอาจนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ และปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยได้

ในทางตรงกันข้าม ทฤษฎีทางระบาดวิทยา มีความเชื่อว่า การเกิดโรค หรือการเจ็บป่วยเกิดจากองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ เรียกว่า ปัจจัยสามทางระบาดวิทยา ซึ่งได้แก่ 1. สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (agent) เป็นปัจจัยทางกายภาพ (physical agent) เช่น ความร้อน แสง เสียง รังสี ปัจจัยทางชีวภาพ (biological agent) ได้แก่ แบคทีเรีย เชื้อโรค พืชหรือแมลงบางชนิด ฯลฯ ปัจจัยทางเคมี (chemical agent) เช่น สารพิษ สารก่อมะเร็ง สิ่งระคายเคือง ยารักษาโรค เป็นต้น ปัจจัยสารอาหาร (nutritional agent) 2. มนุษย์ (host) คือ องค์ประกอบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโฮสต์ (host) และผลกระทบต่อความไวในการเกิดโรค เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ พันธุกรรม ภาวะภูมิคุ้มกันของโฮสต์ องค์ประกอบด้านสรีรวิทยา และองค์ประกอบด้านพฤติกรรม เป็นต้น 3. สิ่งแวดล้อม

(environment) ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ จำแนกเป็น 4 ประเภท คือ สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ สิ่งแวดล้อมทางเคมี สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และจิตวิทยา

แนวทัศน์ทางด้านจิตวิทยา จะมองความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นโรคและความเจ็บป่วยกับความเปราะบางของคนทุกคน และเชื่อว่า การเป็นโรคและการเจ็บป่วยเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นๆ เช่น ภาวะทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงของสารต่างๆในร่างกาย ความเจ็บป่วยเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของการดำรงชีวิต และเป็นส่วนหนึ่งของการปรับตัวต่อสภาวะความรุนแรงในชีวิต หรือการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม เป็นวิถีธรรมชาติของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อันเป็นผลเนื่องมาจากความเครียด ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยมากกว่าโรค แต่ในทางตรงข้าม แนวทัศน์ของนักสังคมวิทยา หรือสังคมวัฒนธรรม เชื่อว่า สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นส่วนหนึ่งของปรากฏการณ์ทางสังคม มองปัญหาสุขภาพในลักษณะที่เป็น dynamic interaction process และพิจารณาถึงองค์ประกอบต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับความเจ็บป่วย

แต่ละแนวทัศน์นอกจากการอธิบายในมุมมองที่แตกต่างกันแล้ว ยังพบว่า ระบบบริการสาธารณสุข ก็มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพ การเกิดโรค และการกระจายของปัญหาสุขภาพในชุมชน เช่น หากมีระบบบริการสาธารณสุขในชุมชนที่ดี การเกิดปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยและการกระจายของปัญหาสุขภาพในชุมชนจะไม่รุนแรงหรืออาจไม่เกิดขึ้น ในทางกลับกัน หากระบบบริการสาธารณสุขไม่ดี ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และการกระจายปัญหาสุขภาพในชุมชน อาจรุนแรงจนยากแก่การควบคุมได้ (เชาวลัทธินิพนธ์ ฤทธิสรไกร 2551) ดังนั้น พฤติกรรมมนุษย์จัดเป็นพฤติกรรมทางสังคม เพราะโครงสร้างใหญ่ของสังคมมีส่วนกำหนดแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ เช่น ระบบการศึกษา ระบบการเมืองการปกครอง นโยบายด้านสุขภาพ ระบบการสาธารณสุข ระบบเศรษฐกิจ โครงสร้างทางประชากร โครงสร้างทางสังคม สิ่งแวดล้อมทางชุมชนสังคม และความเชื่อ วัฒนธรรมต่างๆ ปัจจัยทางด้านเชื้อโรค สารพิษ และเคมี ต่างๆเหล่านี้ เป็นปัจจัยที่สามารถส่งผลต่อการดูแลพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่แตกต่างกัน

ตามทัศนะ ของ Weiss and Lonquist (1994) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) ว่า กิจกรรมบางอย่างที่บุคคลกระทำลงไปเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพโดยมีความเชื่อว่าจะทำให้ตัวเขาเองมีสุขภาพที่ดี หรือ หมายถึงการป้องกันใน 2 ส่วน กล่าวคือ

1. การป้องกันเบื้องต้น (primary preventive) เช่น การออกกำลังกาย การรักษาน้ำหนักตัว การควบคุมอาหาร และไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น 2. การป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary preventive) ได้แก่ การรับวัคซีนป้องกันโรคติดต่อ และการให้แพทย์ตรวจร่างกายเพื่อตรวจหาการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่ไม่ปรากฏอาการ และวางแผนป้องกันโรคเพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมตั้งแต่เนิ่นๆ เพื่อไม่ให้เชื้อโรคมาเบียดเบียนสุขภาพ นอกจากนี้ ยังอาจเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ควบคุมปัจจัยต่างๆ อันเป็นการลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในลักษณะต่างๆ อีกด้วย

นักวิชาการด้านสุขภาพคนอื่น เช่น Orem (1991) กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่จำเป็นโดยทั่วไป ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันโดยทั่วไป โดยการดูแลสุขภาพตนเองด้าน อาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่าย การออกกำลังกาย การพักผ่อน การปฏิบัติตนเพื่อใช้เวลาส่วนตัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่างๆ ในชีวิต รวมถึงการส่งเสริมความปกติสุขของชีวิตโดยรวม

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ได้แก่ การปฏิบัติ กิจกรรมตามพัฒนาการของช่วงวัยตามหลักของพัฒนาการช่วงชีวิต (life span development)

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่จำเป็นตามภาวะการเบี่ยงเบนของสุขภาพ ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อบรรเทาภาวะการเบี่ยงเบนของสุขภาพในสภาพที่ไม่ปกติ หรือ ประคับประคองภาวะการเบี่ยงเบนของสุขภาพที่เกิดขึ้นให้เป็นไปในทิศทางบวกให้มากที่สุด หรือ การส่งเสริม สุขภาพให้กลับคืนสู่สภาพปกติตามภาวะการเบี่ยงเบนของสุขภาพนั้นๆ โดยวิธีการต่างๆ

ไม่ว่าจะมีรูปแบบในลักษณะใด สุขภาพและความเจ็บป่วยก็มีผลกระทบต่อสุขภาพของวัยผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่มากกว่าวัยอื่นๆ เป็นที่ทราบกันว่า วัยนี้จะเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังกันมาก นอกจากปัจจัยอื่นๆ ที่สะสมมาโดยตลอดแล้ว พบว่า ปัญหาความเสื่อมของสุขภาพในทุกะบบของร่างกายจะปรากฏอย่างเด่นชัดเมื่อบุคคลย่างเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ซึ่งตามแนวคิดของ Bengtson (1973) แสดงทัศนะเรื่อง สุขภาพ (health) ว่า ผู้สูงอายุมักประสบกับปัญหาสุขภาพที่ทรุดโทรมลงเนื่องจากความมีอายุ ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของการเสื่อมถอย เป็นผลให้ความสามารถทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุลดน้อยลง และเป็นปัญหาสุขภาพ

ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องพึ่งพิงผู้อื่น และการพึ่งพิงผู้อื่นนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความด้อยในสายตาของบุคคลทั่วไป ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวนี้ จะทำให้อัตมโนทัศน์ในทางบวกลดลง ทั้งนี้เพราะอัตมโนทัศน์ (self concept) มีส่วนสำคัญอย่างสูงกับการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตนเองและท้ายที่สุดจะส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ในวัยที่พ้นจากการทำงาน หรือหลังปลดเกษียณ บทบาทตามสถานภาพทางการทำงานที่ได้รับจากสังคมถูกลดลง ยิ่งทำให้ตนเองไม่มีประโยชน์ ต้องการความรักและการเอาใจใส่จากคนรอบข้าง สภาพเหล่านี้ย่อมมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุได้ และความสุขมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังข้อค้นพบของ นิรมล พึ่งธรรมเดช (2551) พบว่า ความสุขในชีวิตในทัศนะของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การมีครอบครัวที่อบอุ่น 2) การมีเงินใช้จ่ายอย่างเพียงพอ ไม่มีหนี้สิน 3) การมีอิสระทั้งด้านความคิดและการกระทำ การปฏิบัติศาสนกิจที่นับถือ การมีจิตใจที่สงบ 4) การที่ไม่มีเรื่องทุกข์ใจ หรือกังวลใจ และได้อยู่ในชุมชนที่ปลอดภัย 5) การมีเพื่อนที่สามารถพูดคุย ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และ 6) การที่มีร่างกายแข็งแรงไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ สุรพงษ์ คณานุรักษ์ (2545) ศึกษาการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีเทศบาลยะลา ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองที่เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุคือ ปัจจัยพื้นฐานได้แก่ อายุเพศ สถานภาพ การสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านต่างๆ ที่สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้สูงอายุได้ ส่วนลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวที่มีความสัมพันธ์น้อยกับการดูแลตนเองเช่นเดียวกับปัจจัยแวดล้อมซึ่งได้แก่สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย สัมพันธภาพในครอบครัวและการรับรู้ข่าวสาร

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุปรากฏผลดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในช่วงวัยมีความรัก เอาใจใส่สุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้นกว่าอดีต และมีการไปพบแพทย์บ่อยครั้งเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ หรือ ไปพบตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงในหลายส่วน ได้แก่ การลดบทบาทในการทำงานลง และกิจกรรมทางสังคมที่เกี่ยวข้องอันเนื่องมาจากการเกษียณอายุในการทำงานทั้งในระบบและนอกระบบ ทำให้มีเวลารว่างมากขึ้นที่จะใส่ใจสุขภาพตนเอง ผนวกกับ

การเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการความเสื่อมถอยของร่างกายที่ปรากฏอย่างชัดเจนในวัยผู้สูงอายุ มากกว่าวัยอื่นๆ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพหลายส่วน การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่นี้ เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยากเพราะเป็นผลจากความเสื่อมของสภาพร่างกายโดยตรง ดังจะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะการเกิดโรคประจำตัวในหลายกลุ่มอาการ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงส่วนอื่นๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม โรคทางสายตา โรคระบบทางเดินอาหาร การมองเห็นเสื่อมลง การเคลื่อนไหวเฉื่อยชา ไม่กระฉับกระเฉง กล้ามเนื้อหย่อน สมรรถภาพ ความคิดความจำ ฯลฯ ซึ่งมีผลกระทบต่องสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุไม่มากนักน้อยแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของการเกิดโรค และพื้นฐานสุขภาพของแต่ละบุคคล ดังที่ สุชา จันทน์เอม (2539) กล่าวว่า ปัญหาที่วัยนี้ประสบมาก คือ ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งไม่ทางตา หู จมูกก็อวัยวะส่วนอื่น มักบ่นเจ็บที่นั่นปวดที่นี่ ขัดยอกตรงนั้นตรงนี้อยู่เสมอ ความต้องการที่เป็นจุดใหญ่ คือ ความต้องการซ่อมแซมร่างกาย

ความวิตกกังวลในห้วงความคิดคำนึงของผู้สูงอายุเกี่ยวกับสุขภาพมีหลายประการ ได้แก่ ความเสี่ยงต่ออัตราการเสียชีวิตได้ง่ายหากขาดการดูแลเอาใจใส่สุขภาพโดยรวมไม่ดีเพราะเป็นช่วงสุดท้ายของพัฒนามนุษย์ ความต้องการมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างสงบสุข การเจ็บป่วยที่มากขึ้นของผู้สูงอายุอาจส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเป็นภาระในการดูแล การขาดงานพร้อมกับค่าใช้จ่ายส่วนอื่นๆ ที่จะต้องสิ้นเปลืองเพื่อการดูแลรักษาสุขภาพ และความต้องการลดภาระการพึ่งพิงบุตรหลานให้น้อยที่สุด มีอิสระที่จะประกอบกิจกรรมต่างๆ ตามความสนใจสะดวกกาย เช่นนี้แล้ว ส่งผลช่วยให้มีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าหากปฏิบัติดูแลตนเองได้ดี เหตุผลสำคัญดังกล่าวนี้ จึงทำให้มีความตระหนักถึงความรักสุขภาพตนเอง คำนึงถึงปัญหาสุขภาพและการดูแลสุขภาพมากขึ้นในทุกวิถีทางที่จะเกิดผลดีต่อสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการป้องกันตนเอง (prevent) ด้วยการส่งเสริมสุขภาพ พยายามหลีกเลี่ยงผลเสียต่อสุขภาพ หรือ การงดเว้นไม่กระทำ หรือ ไม่ปฏิบัติที่จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพมากยิ่งขึ้น การรักษาสุขภาพและความเจ็บป่วย (treatment) รวมถึงการบำรุงรักษาประคับประคองควบคุมโรคต่างๆ (maintenance) มิให้มีความรุนแรงจนยากแก่การรักษา ดังนั้น ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กันไปทั้งสามส่วนเป็นแบบการดูแลแบบองค์รวม (holistic views) อยู่ในระดับดี

เริ่มต้นจากการที่ตระหนักถึงสุขภาพตนเองโดยพิจารณาจากการที่ผู้สูงอายุมองเรื่องของสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นเรื่องใกล้ตัวที่ตนเองจะต้องเผชิญ ความคิดความรู้สึกนี้กลับยิ่งมีพลังทางสังคมมากขึ้นเมื่อพบว่า เพื่อนร่วมวัยต่างประสบปัญหาสุขภาพไม่แตกต่างกัน มีการสนทนาแลกเปลี่ยนสภาวะความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลในชุมชน หรือ กลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุอย่างเนืองๆ ได้ผลักดันให้เกิดแรงจูงใจ (motive) เพื่อสุขภาพ มุ่งเน้นการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองดีขึ้น

มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพในหลายๆด้านโดยเฉพาะ การหลีกเลี่ยง หรือ ลดการบริโภคอาหารที่จะก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บ แม้แต่การควบคุมอาการของโรค เช่น อาหารรสเผ็ด อาหารมันๆ รสเค็ม รสหวานจัด อาหารดิบ การดื่มสุรา แอลกอฮอล์ บุหรี่ การปรับเปลี่ยนการบริโภคจากข้าวสวย หรือข้าวเจ้า แทนข้าวเหนียวซึ่งเป็นอาหารหลักที่มีรสชาติ ความอร่อยสอดคล้องกับของรูปแบบอาหารทางวัฒนธรรมล้านนาที่ผู้สูงอายุเคยชินกับการบริโภค มาตลอดชีวิต ถึงแม้จะเป็นเรื่องที่ยากลำบาก ส่วนหนึ่งก็ได้มีการปรับลดการบริโภคลง หรือ กระทำได้ในระดับหนึ่ง ฯลฯ

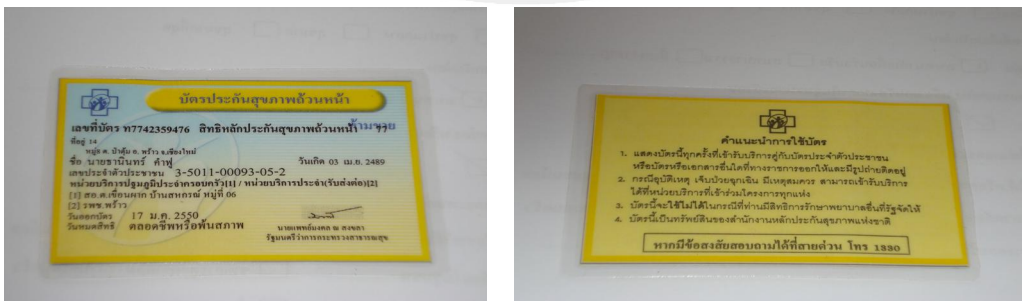
“เฮาเฒ่าละ มันกะฮัก ฮักตัวเองหมู่เฮาบ่อฮักตัวเฮาแล้วไผมาฮักเฮา โห บัดเดียวสมอง เฮาได้พัก พอง เฮาก่อต้องฮักตัวเก่า เฮาบ่อฮักเฮาไผตึงมาฮักเฮาเต้าเฮา แม่น ถ้าหลัง 60 มามันจะเริ่มเป็นนั่นเป็นนี่ อ่อนแอไปพอง เจ็บออก ๆ แอด ๆ พองอะกะมันบ่าใช้แข็งแรงแต่ใจหนุ่มยังเก่าเด้อ (หัวเราะ) อยากทำแต่ว่าทำ บ่าได้ กายมันบ่าพร้อม เปลี่ยนกะๆ เชี่ยวก่อเคี้ยวข้าวบ่อได้เจ็บแข็งขาบ่อดิ้นตักบ่อค้อยดีมันบ่อเปลี่ยนไป ตามวัยต้องๆนักขึ้นไปตึกๆอะบัดเดวเนี้ยน้อยลง จะกินเหมือนเมื่อเฮาหนุ่มบ่อได้แล้วน้อเชียวบ่อดีกินยังบ่อ บ่อได้ บัดเดวเนี้ยถึงบ่อกินบ่อเจ็บเชียวหนาบัดเดวเนี้ยมันอยู่กะบ่อม่วนเฮาสูงอายุมาเฮากฮักนักกะ เมื่อตอนหนุ่มเฮาบ่าได้สนใจู้ตอนหนุ่มทำงานทำยังบ่าได้ฮักชาติตัวเก่าตอนวัยรุ่นเขาว่าเหล้ากินบ่าดี เขายังกินบ่าเดียว คนเฒ่ามันเริ่มกั้วละ ดิบนี้บ่าค้อยกินละ ต้องคั้วก่อนในทีวีเป็นกตึงบอกลู้ ว่าบ่ดีกินดิบ เฮากบ่ากินอะกะ เฮากินมาเมินแล้วลู้ สมัยก่อนน้อเหล้าบ่หรี ติดยาสูบ (หัวเราะ) บุหรี่ขี้โย ครอบถ้วนเอาหมัด บ่าเดียวนี้ก็เล็ก ๆ กัน ไปพองอะเล็ก มันโห มันลงปอด ย่างมา 5 ปีเพราะร่างกายเฮาใจสุขภาพเฮาไปบ่อไหวบ่อฮักตัวเฮาก่อพักแล้ว เฮาต้องฮักสุขภาพของเฮา อย่างลดข้าวนี้ ลดจิ้นลาบ ลงก่อ ฮู้กันชื่อๆ กินเป็นอาหารตางบ้านเฮา จากบ่อเคย กินข้าวจ้าวกอกินฮ้าๆๆ (หัวเราะ) แล้วกินข้าวเจ้ามันบ่อค้อยได้หนามันบ่อค้อยลงฮ้าๆๆ (หัวเราะ) เพราะว่า อาหารเฮาเป็นอาหารเมือง เอออาหารเฮามันบ่อใจอาหารกินกับข้าวเจ้า เวลากินยังแล้วทำหื้อร่างกายเป็นนั่น เป็นนี่ อย่างคนนั้นเป็นโรคเก๊า ถ้ากินนี้เข้าไปจะเจ็บกั มันตึงฮู้ตัวละ กินอันนั้นบ่าได้ มันตึงบ่ากินแล้ว (หัวเราะ) นักขึ้นเฮากินบ่าได้ เฮากินแล้วเฮาเจ็บเฮาปวด เฮากบ่ากินอะกะ ”

ผลจากการเอาใจใส่สุขภาพตนเองมากขึ้นทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการพบแพทย์ บ่อยขึ้น เมื่อมีความผิดปกติใดๆที่เกิดขึ้นแก่ร่างกาย หรือ มีอาการเจ็บปวด เมื่อยล้า อ่อนแรง แม้แต่เริ่มปรากฏอาการเล็กๆน้อยๆ และ การพบแพทย์ตามที่กำหนดนัดหมายเป็นระยะๆ กับการ ตรวจรักษารับยามารับประทาน เพื่อควบคุมและเฝ้าระวังความแทรกซ้อนของโรคประจำตัว ผู้สูงอายุล้านนา ส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญโดยรีบไปพบแพทย์ เพื่อทำการตรวจวินิจฉัยรักษาในเบื้องต้น ณ สถานเอนามัยที่ตั้งอยู่ภายในเขตชุมชนเป็นลำดับแรก เพราะมีความใกล้ และสะดวก

ต่อการเดินทาง หรือต่อจากนั้น อาจไปรับการรักษา ณ โรงพยาบาลชุมชน โดยทันทีหรือไม่ หรือ ประวิงเวลาให้มีอาการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น จนอาจลุกลามไปสู่การเกิดโรคที่ร้ายแรง และเรื้อรังอย่างใด อย่างหนึ่ง ทั้งนี้เพื่อลดความรู้สึกวิตกกังวล บรรเทาความเจ็บปวด ไม่สบายใจ ไม่สบายกาย และ ส่งผลต่อการขาดความสุขในการดำรงชีวิตตามปกติวิสัย พฤติกรรมการพบแพทย์นี้ยังมีความ เกี่ยวเนื่องกับความเจริญก้าวหน้าทางด้านการสาธารณสุขที่ให้บริการแก่ประชาชนในทุกชุมชน การคมนาคมที่มีความคล่องตัวและสะดวกในการสัญจร ที่สำคัญ ถึงแม้ว่า ผู้สูงอายุจะเป็นผู้ที่ไม่มี รายได้เป็นส่วนใหญ่ ต้องพึ่งพิงจากครอบครัว แต่ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองในเรื่องการได้รับสิทธิ การรักษาสุขภาพตลอดชีพจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใน การรักษาพยาบาล เป็นการเพิ่มความมั่นใจและลดความวิตกกังวลในเรื่องนี้ให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่าง ล้นเชิง โอกาสพบแพทย์ได้จึงกระทำได้ตามความประสงค์มากยิ่งขึ้น ผลจากการเอาใจใส่สุขภาพ อนามัยและการไปพบแพทย์อย่างต่อเนื่องนับว่า เกิดประโยชน์โดยตรงต่อสภาวะสุขภาพจิต สุขภาพกายที่ดีขึ้น ถือเป็นการปรับตัวในรูปแบบใหม่ที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ อย่างสมดุล



ภาพ 4.109 การประชุมในแต่ละรอบ 1 เดือน ของชมรมผู้สูงอายุ หรือ เครือข่ายในระดับตำบล จะมี อสม. หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาอำนวยความสะดวกตรวจสอบเบื้องต้นให้แก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การวัดความดันโลหิต และ บริการ ชั่งน้ำหนัก ส่วนพ่อผู้วัย 85 ปี มีสุขภาพที่แข็งแรงระดับความดันโลหิตอยู่ที่ 120/80 มม.ปรอท



ภาพ 4.110 ตัวอย่างบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ผู้สูงอายุมีบัตรประจำตัวแต่ละบุคคล

“บ่าเดียวนี้ถ้าเป็นหยังน้อยจะไปหาหมอละ คนเฒ่ามันโลกสมัยใหม่ดีกว่าเก๋ารู้สึกเป็นจะใส่ใจสุขภาพ ตัวเก๋านักกว่าเก๋ เพราะว่าเป็นอะหยังนิดหน่อยก็ไปหาหมอ หมอเป็นก๋อได้แนะนำหื้อเอี้ยกะถ้าเป็นหยังก๋อไปหาหมอ สมัยก่อนบ่าก๋อหมอละแต่ก๋อเงิน แต่ถ้าบ่าเดียวนี้ยะเป็นหยังน้อยก็ไปหาหมอละเพราะมันบ่าแข็งเงิน ตั้งแต่ 30 บาทมานี้ยะ ฮู้สึกว่าดีเพราะแต่ก่อนนี้ต้องขายบ้าน (หัวเราะ) ขายดี ขายนา ขายสวน หรือว่าต้องเอาไปจำนอง ใจกะ กบัตร์ทองกะ 30 บาท เป็นมีหื้อตลอดชีพลู้ มีบัตรทองหมด บ่าเดียวนี้มันทันสมัยผู้สูงอายุ เป็นตึงฮู้เลาะว่าหมอนัดวันนั้นวันนั้นเน้อ เป็นตึงจำต่อนี้ยะผู้สูงอายุใส่ใจสุขภาพมากขึ้น รักษาเวลาดีเวลาหมอนัดเวลาเฮาเจ็บเฮาเป็นหยัง เฮากะไปหาหมอละ กะถ้ามันตึงบ่าแข็งตึงค้ตะก่อนปอแม่เฮาอายุ 50 ก๋อตายละ บ่าเดียวนี้เฮา 70 ยังตืออยู่เลย (หัวเราะ) กะเพราะมีหมอ มียา เวลาเป็นหยังหมอกะบอก เฮาได้ฮักษาบ่าเดียวนี้ ยากันเต็มตืออะ มีก้านตรวจร่างกาย เป็นหยังกะได้ระวัง หมอกก็หื้อคะแนะนำมาหมอบ่าเดียวนี้ตรวจเลือดนักกะ ผู้สูงอายุจะตระหนักเกี่ยวกับก้านเจ็บก้านไข้ นัก บ่าเดียวนี้ถ้าเจ็บฮอด ๆ แอ็ด ๆ หน่อย บ่าเกิน 20 นาที เขาจะพาไปหาหมอละ (หัวเราะ) อย่างน้อยกะต้องไปนอนมายเพราะว่าสังขารเฮามันบ่อใจอยู่ตือเฮาเจ็บนั้นมันจะขึ้น มาแล้วปวดหลังปวดแหวเฮาก๋อต้องไปปะหมอ เดือนบัดเดวต้ามึงๆใครไปหาหมอแหลแล้วเอี้ยกะ เดียวก๋อเจ็บหัว เดียวนี้โรคภัยมันเยอะแต่มันบ่อค่อยมีแล้วเรื่องของอาหารการกินโดยกินบางตือมันจะเป็นยาเป็นหยังบ่อฮู้ร้อ สะสมไว้สารเคมีกะเป็นเครื่องปรุงกับข้าวกา บอั้นก็กะ ปางกระด้าง บ่อมีแล้ว เรียบร้อยเสียชีวิตอะกะ หมดแล้ว หมดแล้วร้อ..หมดสภาพแล้วบ่อได้หนาคนเฒ่า..”

2. ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพสูงขึ้นสามารถประยุกต์ใช้ประโยชน์เพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองในการดำรงชีวิตประจำวัน

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุยุคใหม่พบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นเป็นผลจากการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขหลายประการ ได้แก่ ดำเนินงานตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มาตรา 54 มาตรา 80 ตามปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2540 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 -2564) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมของประชากรเมื่อวัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการส่งเสริมผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากร และยุทธศาสตร์ที่ 5 การประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการ ทั้งหมดทุกส่วนนี้ ได้มีการควบคุมเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและการควบคุมโรค การบำบัดรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง (healthy elderly)

และจากบทบาทการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลชุมชน และระดับจังหวัด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการของกรมการแพทย์ การมีสถานเฝ้าระวังตั้งอยู่ในเขตชุมชน ซึ่งจัดให้มีบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุ มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ หน่วยงานนี้ ให้บริการใกล้ชิดกับชุมชนมีการออกเยี่ยม บ้านรักษาพยาบาลทั่วไป ยังมีโรงพยาบาลชุมชนอีกหน่วยงานหนึ่งที่ทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในรอบ 1 เดือน โดยมีสถานที่นัดตรวจสุขภาพในชุมชน พร้อมทั้งออกเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะติดตามการรักษา ให้ความรู้เรื่องสุขภาพ นอกจากนั้น ยังมีบุคลากรส่วนอื่นๆที่มี ช่วยส่งเสริมความรู้การดูแลพฤติกรรมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุอีกหนทางหนึ่ง เฉพาะในหมู่บ้านหรือชุมชนจะมี อสม.ที่ได้รับการฝึกอบรมมาเพื่อดูแลสุขภาพสมาชิกในชุมชน หรือมีนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล นักศึกษาเภสัช และหน่วยงานอื่นๆที่หมุนเวียนเปลี่ยนลงพื้นที่สำรวจตามชุมชนต่างๆในการให้บริการตรวจรักษาสุขภาพ ให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตนในการป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพครอบคลุมในทุกมิติแก่ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้สูงอายุ ผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพในจากทุกภาคส่วนนี้ ผสมผสานเข้ากับการให้ความร่วมมือในการรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกันทั้งสองฝ่ายโดยการมาตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำ เช่นนี้ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดีขึ้น เกิดความรู้สึกพึงพอใจอย่างมากต่อการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ ผลลัพธ์อีกด้านหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุในปัจจุบันนี้ ได้มีการพัฒนาความรู้ในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเองสูงขึ้นอย่างชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในสมัยก่อนในหลายลักษณะ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ บ่าเดียวนี้มีการพัฒนาอีกตัวเก่าขึ้นมันจะมีอนามัยดีเป็นส่วนร่วมในกานดูแลผู้สูงอายุเป็นหยั่งน้อยขอหื้อมีการถึบ ปอใจละสมัยก่อนมันตัวไผตัวมันลู้ คิดก่าอยู่ก่ากินไปวัน ๆ อะ สมัยนี้มันมีคนมาแนะนำหื้อเข้าทำเนาะก่าออกก่าล้างฟ่อง ยึดเส้นยึดสาย ตะก่อนลูกนอน ๆ บ่าตาย แต่บ่าเดียวตื่นมาเฮากียึดเส้นยึดสายฟ่องห้อยบาห้อยโหนดเนาะกะ กู้สิกว่าบ่าตัวขึ้น ตะก่อนลูกมากำลังหน้า แล้วไปหื้อกะกันเหี้ย มันบ่าได้เพิ่มแรงเพิ่มหยั่ง อันนี้เฮามาบิ๊ดแอ้นบิ๊ดนี้ กิดขึ้น เฮาต้องจ่วยตัวเองมีคนมาแนะนำหื้อลู้วิธีหายใจเข้าออก อย่างใดเป็นก่ตึงแนะนำหื้อ อย่างปอเนี่ยะเป็นหืด เป็นก่แนะนำวิธีกานหายใจหื้อลู้ สมัยก่อนอยู่ไปเรื่อย ๆ คำดีเป็นมาแนะนำคล้ายว่ามันเป็นยาต้านทานเหี้ย เดี่ยวนี้สาธารณสุขมันก่เจริญขึ้นมา ได้ฮับกานดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รัฐบาลเป็นก่เอาใจใส่ เป็นมาเยี่ยมบ้านปวดแข้งปวดขา ต้องไปฉีดยา แตกต่างกันนัก คือบ่าเดียวนี้เป็นดูแลเฮา สุขภาพดีขึ้นนักสมมติว่าปอไปโรงพยาบาล หมอกันดเฮาเดือนหน้ามาเนื่อ มาเอายา มันบ่ามีไผแนะนำ บ่าเดียวนี้มีแต่คนแนะนำต่อนี้ดีขึ้น ตะก่อนนี้บ่าลู้ว่าเป็นหยั่ง....ก่อดีมีความสุขดีเพราะเฮาไปตางใดหันหน้าผู้สูงอายุเป็นกะยืมแยมแยมใสกันเดินเดินคุณภาพชีวิตดีขึ้น ”



ภาพ 4.111 สถานีอนามัยที่ตั้งอยู่ในเขตชุมชน เป็นสถานที่ผู้สูงอายุจะไป ใช้บริการเป็นลำดับแรก

ตารางการปฏิบัติงานศูนย์แพทย์ชุมชนร่มหลวง ตำบลแม่แฝก อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

วัน	เวลา 8.30-12.00 น.	12.00 - 13.00 น.	เวลา 13.00-16.30 น.	เวลา 16.30-18.30 น.
จันทร์	คลินิกโรคเบาหวาน คลินิกทันตกรรม	รพ.แม่แฝก	เข็มนบ้าน/รักษาพยาบาลทั่วไป	รักษาพยาบาลฉุกเฉิน
อังคาร	คลินิกความดันโลหิตสูง คลินิกฝากครรภ์		เข็มนบ้าน/รักษาพยาบาลทั่วไป	รักษาพยาบาลฉุกเฉิน
พุธ	คลินิกสุขภาพตามกลุ่มอายุ		เข็มนบ้าน/รักษาพยาบาลทั่วไป	รักษาพยาบาลฉุกเฉิน
พฤหัสบดี	คลินิกวางแผนครอบครัว		เข็มนบ้าน/รักษาพยาบาลทั่วไป	รักษาพยาบาลฉุกเฉิน
ศุกร์	คลินิกรักษาพยาบาล/ผู้สูงอายุ		เข็มนบ้าน/รักษาพยาบาลทั่วไป	รักษาพยาบาลฉุกเฉิน
เสาร์	รักษาพยาบาลฉุกเฉิน		บันทึกข้อมูล/สรุปรายงาน	-
อาทิตย์	รักษาพยาบาลฉุกเฉิน		บันทึกข้อมูล/สรุปรายงาน	-

ผู้ป่วยที่มารับบริการนอกเวลาทำการของ สถานีอนามัยบ้านร่มหลวง ให้ไปรับบริการได้ที่โรงพยาบาลสันทราย

ภาพ 4.112 ตารางการปฏิบัติงานศูนย์แพทย์ชุมชน ณ สถานีอนามัยที่เปิดบริการคลินิกแก่ผู้สูงอายุและส่วนอื่นๆ

สอดคล้องกับความคิดของผู้สูงอายุรายอื่น

“ผมว่านักกะสมัยก่อนนี้บ่ค่อยเต้าใด แต่บ่เตี้ยวันนี้จะมีก้านส่งเสริม อย่างโยงบาลจังหวัดเป็น กะจะมาหื้อความรู้เรื่องถุงลมโป่งพอง เรื่องสุขภาพต่าง ๆ เขาจะมาให้ความรู้กับอสม. ก่อนจากนั้น อสม. ก็มาขยายสู่หมู่บ้าน เพราะผู้สูงอายุจะไม่ไปรวมที่ อบต. หากเอาผู้สูงอายุไปก็ต้องมีปัญหาเรื่องรถอีก งบประมาณ แต่ว่าที่นี้ดีหน่อยจะมีหมอมารักษาทุกวันพุธ ถ้าวันพุธนี้คนตื่อนามัยจะนั่ง ก่ตรวจโรคทั่วไปอะ ส่วนมากเป็นจะมารักษาบิดมาตีวัดก่อน เสรีแล้วเขาก็จะนัดไปอนามัยอีกทีก็รู้สึกดีใจที่เขามาใกล้ชิด ดีใจที่เป็นมาใกล้ชิด ดูแล มาหื้อความจ่วยเหลือ ไปกะไป...”

การพัฒนาความรู้ที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุมีพื้นฐานมาจากการได้รับคำแนะนำข้อมูล การให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องตั้งแต่การป้องกันตนเอง การรักษาดูแลควบคุมโรค การปรับประคับประคองสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพในทุกส่วน ตลอดจนการกระตุ้นให้ปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีที่มีความเกี่ยวข้องกับการบริโภคอาหารที่เกิดประโยชน์ มีปริมาณที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน การหลีกเลี่ยงอาหารที่เกิดโทษต่อร่างกาย หรือโรคภัยไข้เจ็บที่กำลังมีอาการอยู่ การปฏิบัติตนในการมาพบแพทย์เป็นประจำ การรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพและวัย การผ่อนคลายสุขภาพจิตและส่วนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ของผู้สูงอายุที่ได้สะสมมากขึ้นเรื่อยๆ นี้ มิได้มาจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเพียงส่วนเดียว ยังมีช่องทางการเรียนรู้ในช่องทางอื่นๆอีกที่จะสามารถเชื่อมโยงความรู้ในทุกส่วนอย่างบูรณาการให้เกิดการเรียนรู้อย่างยั่งยืน ได้แก่ เกิดจากการที่ผู้สูงอายุได้มีพบปะสังสรรค์ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเมื่ออยู่ในกลุ่มทางสังคม (social group) ในรูปแบบของชมรมผู้สูงอายุและเครือข่ายทางสังคมซึ่งได้จัดให้มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกันโดยตลอดทำให้เกิดการพัฒนาความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน สามารถที่จะดูแลปฏิบัติตนเองได้ในระดับดี พร้อมทั้งสามารถแนะนำ บอกต่อเพื่อนร่วมวัยได้อีกด้วย อย่างไรก็ตาม ในเบื้องต้นผู้สูงอายุมีความสนใจที่จะดูแลสุขภาพตนเองเป็นทุนเดิมอยู่แล้วตามเหตุผลที่กล่าวไป ยิ่งอยู่ท่ามกลางสถานการณ์การเรียนรู้จากสังคมในหลายส่วนกลับยิ่งทำให้มีทัศนคติ (attitudes) ทางบวกต่อการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะองค์ประกอบด้านความคิดความเข้าใจ (cognitive component) ที่มีความคิด ความเชื่อว่า การมีสุขภาพที่ดีก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองอย่างยิ่ง หากมีการปฏิบัติตนอยู่ในระดับที่ดี มีความสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของโรค เพื่อการป้องกัน การรักษา และการประคับประคองมิให้ปรากฏความรุนแรงของโรคลุกลามเพิ่มขึ้น และมีความสมดุลกับสิ่งแวดล้อม

“เอ๋อดีขึ้นมีความรู้มากขึ้นเพราะว่าหมอ หรือ อสม. ในหมู่บ้านเป็นก่หื้อคำแนะนำมีนั้ก เพราะว่าเขาตึงมาหื้อคำแนะนำ หมอสุขภาพชุมชนนี้มาคอยแนะนำเรื่องสุขภาพ เบาหวาน ความดัน โคลเรสเตอรอลไขมันในเลือดแนะนำเรื่องอาหารการกินแนะนำทุกอย่าง เปลี่ยนอาหารหุคอาหารไปตึงเฮากินบ่อได้เฮาก่อหยุดไปเลยเอี้ย ถ้าบ่อฟังคำหมอกินมันก่บ่อเจ็บฮั่นปวคนีนี้เนี้ยเฮาก่อตึงฟังคำหมอโดยเพราะสุขภาพของเฮาเนี้ยกะ หมอว่าไดถ้าบ่อเปลี่ยนวิธีการกินหนา บ่ออยู่ได้บ่อเมินฮ้าๆๆๆ (หัวเราะ) ฮู้กันฮื้อเอี้ยเฮาบ่อก่กินอย่างหมอนแนะนำเนี้ยหนา ..เอออายุของบ่อไป ตางหน้าแล้วเออมีตุงรอกแล้ว เออบ่ออยู่แล้วหมอเป็นตึงว่าสั่งคุมตัวเก่าคุมบ่อได้กะเออบ่อฮู้จะว่าโดยขนาดตัวเก่ายังคุมบ่อได้ .ถูกคนตึงฮักษาตัวเก่าสุขภาพตัวเก่าบ่อตึงพยายามวิ่งเดินตัวเก่าไปหาหมอไปหาหยั่งทุกอย่าง คนเฒ่าก่ฮู้อยู่แล้วถ้าเฮาบ่อสบายก่ตึงแล้วก็หมุ่เดียวกันถ้าปะกันก็จะแนะนำให้ไปไปที่อนามัย.เมื่อก่อนนี้บ่อค่อมีความฮู้เตาใด สมัยนี้ตึงกว่าเก่าตึงกว่าเป็นฮู้สีกกว่าเป็นจะสนใจสุขภาพเป็นนั้กกว่าก่อนน้อถ้ามีน้อน้อยก่ไปหาหมอแต่ก่อนบ่อไปกันละเหลิงเอี้ยกะละเหลิงฮ้าๆๆๆ (หัวเราะ) เดียวนี้การประชาสัมพันธ์มันดีขึ้นมา คนเฒ่าคนแก่ก่ฮู้การพัฒนาตัวเอง แต่ก่อนนี้บ่อแม่เฮาเป็นบ่อไปฮ่วมกันร้ออยู่บ่อไปบ่อมันแล้วบัดเดวินั้นได้ฮ่วม ฮ่วมได้ฮู้กันไปแลกความรู้กันไปเอี้ยกะแล้วบัดเดวินั้นพัฒนาขึ้นมาคนแต่ก่อนรุ่นบ่อรุ่นแม่เฮามันบ่อได้พัฒนาตัวเก่าไปฮู้หาความฮู้ได้ตัวพอง เป็นทำประเพณีหยั่งกะงานหยั่งเป็นก่ฮู้กันบัดเดวินั้นพัฒนาขึ้นน้อแม่นแลเปลี่ยนข่าวสารเออฮั่นเป็นหยั่งเป็นหยั่งก่มาฮู้กัน คือกๆ (ไอ) คุณภาพชีวิตก่อดีขึ้นมาแล้วก่มันบ่อมีโรคเบียดเบียนคนมันพยาธิดีขึ้นคนใดมีพยาธิก็ก่ฮู้กันไป ”

Kowalski and Westen (2005) ได้กล่าวว่า มีทฤษฎีจำนวนมากที่มุ่งเน้นการอธิบายในประเด็นความเชื่อ (belief) ต่างๆที่บุคคลตระหนักถึงสุขภาพตนเองถูกคุกคาม และการรับรู้ของบุคคลต่อการถูกคุกคามนั้นๆ ตัวอย่างเช่น แนวทัศน์รูปแบบความเชื่อสุขภาพ (health belief model) ระบุว่า พฤติกรรมสุขภาพสามารถทำนายได้จาก 4 ปัจจัย ประกอบด้วย 1. การรับรู้เร็วว่าสุขภาพตนเองถูกคุกคาม 2. การรับรู้ว่าการถูกคุกคามนั้นร้ายแรง 3. การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคต่อพฤติกรรมสุขภาพ และ 4. หนทางที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ ส่วนทฤษฎีแรงจูงใจในการรักษาสุขภาพ (protection motivation theory of health) หรือ อาจเรียกว่า ประสิทธิภาพตนเอง (self - efficacy) เป็นความเชื่อในความสามารถของบุคคลว่า จะกระทำ หรือ แสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพด้วยความประสบความสำเร็จ หากมองการวิเคราะห์ตามทฤษฎีเหตุผลในการปฏิบัติ (theory of reasoned action) ส่วนใหญ่จะเริ่มจากความตั้งใจของบุคคลเป็นกระบวนการแรกที่จะนำไปสู่การปฏิบัติในที่สุด พฤติกรรมความตั้งใจจะมีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรม คือ ความเชื่อที่มีต่อพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะช่วยให้ก่อประโยชน์ โดยเฉพาะและบุคคลจะประเมินคุณค่าจากผลประโยชน์ หรือผลลัพธ์นั้น และเกณฑ์ของบุคคลที่แวดล้อมพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลว่า พฤติกรรมนั้นมีความสำคัญต่อผู้อื่นอย่างไร

แรงจูงใจนั้นขึ้นอยู่กับความปรารถนาของผู้อื่น นอกจากนั้น ทฤษฎีของการวางแผนพฤติกรรม (theory of planned behavior) จะรวมองค์ประกอบทั้งหมดของทฤษฎีเหตุผลในการปฏิบัติ รวมถึงประสิทธิผลตนเอง หรือ การรับรู้ควบคุมพฤติกรรมตนเอง เมื่อองค์ประกอบทางความคิด ความเข้าใจมีการบูรณาการความรู้ในทุกมิติจากแนวทัศน์เหล่านี้ สิ่งที่มาคือ องค์ประกอบด้านความรู้สึก (affective component) ที่ดีต่อการดูแลสุขภาพ ส่งผลต่อการเกิดองค์ประกอบด้านพฤติกรรม (behavioral component) เป็นความโน้มเอียงที่จะนำไปสู่การดูแลปฏิบัติตนให้ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ตามศักยภาพ

การยกระดับความรู้ยังเกิดจากข่าวสารต่างๆตามแหล่งสื่อทางด้านวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ สื่อสิ่งพิมพ์ ป้าย บอร์ด ฯลฯ คือ ช่องทางหนึ่งที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ (perception) และการเรียนรู้ (learning) อย่างมากในยุคปัจจุบันนี้ ในการสร้างเสริมองค์ความรู้ในเรื่องของสุขภาพและชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุได้เกิดการเรียนรู้ในช่องทางอื่นที่จะทำให้การพัฒนาตนดีขึ้นสามารถนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง และบุคคลที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพรัช ดันอุด (2549)พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนหัวฝายมีการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี ในภาวะปกติผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองจากการสั่งสมประสบการณ์ความเชื่อที่ได้รับการถ่ายทอดมารุ่นก่อน เรียนรู้ด้วยตนเอง สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับเพศ การศึกษา บริบทของชุมชน โดยตนเอง สมาชิกในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน ชนบทธรรมเนียมประเพณี ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ทั้งนอกชุมชนและในชุมชน โดยทางตรงและทางอ้อม



ภาพ 4.113 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจัดตั้งที่วัดให้บริการตรวจสุขภาพเบื้องต้น ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก พร้อมทั้งมีบอร์ดการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

“เปลี่ยนๆ ฟังคำแนะนำจากหมอห้อง สื่อวิทยุโทรทัศน์ห้อง อาหารที่เขากินบ้างค่อยได้เบา ๆ ไปเหยียจะเป็นพวกเด้ง เด้งก็ดีเอื้อ เพราะถ้าเด้งนี้มันจะไปเกี่ยวกับลำไส้ ถ้าเด้งมันก็จะเกี่ยวกับไตของเขากับสื่อ นะ สื่อนี้มีส่วนมาก การประชาสัมพันธ์ นักๆ นักเลอะ เพราะว่ามีสื่อหยังมันมีนัก สมมติว่าอย่างเขาเปิดทีวีดู เอื้อเอื้อนะ กำนอกกำลังกายจะอันจะอัน้แม้กระทั่งภาคใต้เป็นก่อกำมาออกทีวี เขาก็ได้เห็นของเป็น มีความรู้ก่ ก่อทุทีวีห้อง สารด้านอันนั้น ด้านอันนี้ดูแต่ทีวีมีประโยชน์บ่ใจว่ากำละคร..ทำให้อารมณ์กายเขาแข็งแรงเอื้อ ยิ้มแย้มแจ่มใส บ่อนั่งเหงากกกก ที่ว่าก่กักัน กำนสะอาด ล้างมือ รู้ว่ากักันพักผ่อน แต่ก่อนนี้ บ่อผู้จ้งหะ มันพักผ่อน หลับดึก หลับเมื่อวัน หลับบ่อมีเวลานะ กักันก่เหมือนกัน เปนล้ำๆ ลาบๆ กักันของนูดของเน่า อ่า เดี๋ยวนี้มันบ่อมีแล้วแต่ก่อนนี้มีกักันมีงาน ใจ.. ถ้าบ่อได้ลาบ นี่เสียใจจ้.. นี่บ่อค่อยมีละ ค่อยอย่างเดียวนะ เอาใจใส่ตัวเองหมอบเป็นก่ตึงรู้เรื่องสิ่งแวดล้อม บัดเดียนี่มาอยู่ประชุม ดีขึ้นกว่าก่อนนัก ดีขึ้น คือว่าบัดเดียนี่ มันก่ มันเข้าร่วมการประชุมกันหลายๆ ครั้ง มีอะหยังๆ เขาก่อได้ปรึกษากัน มันมีความเข้าใจสิ่งไหนบ่อดีบ่อดี สิ่งไหนจะควรทำควรจะทำปฏิบัติละเขาก่อทำไป มันอู้วะ..คือ..มันอู้วะ บะเดียว มีความรู้เพิ่มขึ้น อะหยังเขาก่อ ต้องล้าง อย่างล้างมือเอื้อ หมอบอกว่าล้างมือให้สะอาด เขาก่อต้องทำตามเวลาจะกักันฝึกกักัน หยัง กักันฝึกเขาก่อต้องแจ้เกลือ เขาแจ้นั้นแจ้นี้ อะหยังหมอบ่อหยังนะมีอะหยัง เขาก่อต้องแจ้ชื้อมาเปนหมู เปนผักต้องแจ้ 15 นาที ถ้าเขาบ่อมีไอโอดีนอะหยังเขาบ่อมี ล้างล้างน้ำไหลได้ห้ามแจ้ทันสมัยเขาก่อต้องโดยห้อมันตันน้อยน้อย ความอู้เขาเนี่ย เขาบ่อมีอันยา น่นบ่อมีอันสารมีอะหยังเก๊าะ ยานันเป็นห้อมมาใส่นั้นหนาแพ้เบสให้เขาเกลือเข้า ใส่จ้วยได้เบสนี้ไปอนามัยเป็นมีเปนถุงขายคือเขาก่อต้อง คือว่ามันได้รู้ คนนั้นรู้ คนนี้รู้ เขาก่อไปละ สังคมแล้ว บัดเดียว เขาไปอันนะ เนี่ย อย่างเขาล้างผักลูกเขามาเนี่ย น้องเขามาเนี่ยน่อ ก่อมาแนะนำห้อมเขาก่ออู้ภาษา เอื้อ ความอู้เขามันมี เอื้อ น่นนะ เขาฟังวิทยุก่จัดดีอะ วิทยุก่ดี เขาก่อได้ความอู้โทรทัศน์บางเตื่อเจ้าก่เทศเอื้อ เป็นก่สั่งก่สอน เขาก่อฟังไป เขาฟังเขาก่อต้อง แนะนำไปทางที่บ่อดี ทางที่ดีเขาก็เอาข้อมูลมา ปรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเก่าตัวเขาตัวของเขาต้องปฏิบัติก่อน...ก่อนดีจะไปแนะนำคนอื่น..”

ความรู้ที่สะสมเพิ่มพูนในกลุ่มผู้สูงอายุยังมีการสร้างเสริมความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกที่เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อม มลภาวะ การปนเปื้อนของสารพิษในอาหาร พืชผัก เนื้อสัตว์ต่างๆ ที่ส่งผลกระทบทางลบโดยตรงคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของมวลมนุษยในสังคม การเกิดปัญหาสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารเพื่อลดความเสี่ยง หรือหลีกเลี่ยงต่อการได้รับสารพิษตกค้างในร่างกาย และปัญหาสิ่งแวดล้อมรอบกาย หรือ แม้แต่การออกกำลังกายเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงยิ่งขึ้น ดังที่ผู้สูงอายุได้แสดงทัศนะการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกดังนี้

“ คนเฒ่าสมัยใหม่บัดเดวมันป่วยโยยกินเนี้ยผักมันกะมุกกะมับก่อนมันเจ็บหัวเข้าแปดบวมันก่อเจ็บ หลังก่องอปวดเดวนี่หนา รุนเก่ามันบ่อมีเนาะเจ็บหัวเข้ามันบ่อมีจะหลังเกาะหลังก่อมันกะบ่อมีแล้วปวด 5 ปี 6 ปีก่อใครไปแล้วน้อ อาหารเป็นพิษนักผงทูลสนักเสี่ยงของกินดีว่าลำๆนะที่ไปกินกองผงทูลสนะมันลำ ฮ้าๆๆๆ (หัวเราะ) ปอมาอยู่บ้านจะไปใส่เนื่อผงทูลสนฮ้าๆๆ (หัวเราะ) ขมนจ๊อกตองห่อจ๊อกสมัยก่อนบ่อมีพิษ บ่าเดียวนี้ผักกะยังบ่าใจธรรมชาติเลย เพราะต้องมียามีสารใส่ สมัยก่อนเนาะจ๊อผักกาดนี้หนะ ลำงได้ลำงเหนือ ก็นั้นได้แล้ว บ่าเดียวต้องแจ่นน้ำน้ำฮ้อน แจ่งต่างทับทิม มันต่างกัน บ้านเฮาบ่าเดียวนี้ฮ้อนยังกะเปลี่ยนแปลงไป กำนเผาะกะเหมือนกันตะก่อนเผาก่าไบไม้ เผาไปมันกะบ่ามีพิษเต้าใด เหายังเผาโฮมตัวเก่าเลยไล่ยุ่งไล่แมง เพราะว่ามันบ่ามีพิษ บ่าเดียวนี้มันมีทั้งถุงพลาสติก เกือก ฟองน้ำ ฮ้อนยังหมู่นี้อะ จำพวกรายรถฟอง ฮ้อนหมู่นี้ มันเป็นพิษ ตะก่อนนี้ที่บ้านไหนกะเผาหมด บ่าเดียวนี้ยังบ่าถึงขนาดนั้นกะกำเผา แต่มันก็มีพิษนักกว่าตะก่อน มันเป็นตอมมันเลยปั่นพั่วปารธรรมชาติ ยังบ่ามีเลย เป็นปาล้างอาหารตังนั้น อาหารกะต้องมีสารพิษอยู่แหละ แม้แต่จิ้นหมูจิ้นวัว จิ้นควาย กะยังเป็นสารพิษนะ ถึงแม้ฮัวควายบ้านเฮาได้จัดหยัง แต่มันก็กินหญ้าที่ดีดีสารพิษ เนาะมันกะล่อยกันมานะ คนเฮามันกะลวกมาแหม หัววิธีกะไขกันแหม สมัยก่อนคนมันบ่าจ๊อลวกจะอู้ลู่เป็นกำผสม ฮ้อนยังนักหนาบ่าฮ้อนสมัยก่อนมีกำไบไม้ฮ้อน มันบ่ามีพิษมีภัยหยัง เหาโฮมฮ้อนฮัวฮ้อนควาย เหากะโฮมดวยแต่ว่า เดียวนี้บ่าได้หนา มันส่งผลต่อสุขภาพเฮา ”

3. การออกกำลังกาย คือ ศูนย์รวมแห่งการสร้างสังคมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ

การออกกำลังกาย (exercise) เป็นกลุ่มคือ การแสดงออกของรูปแบบกิจกรรมทางสังคม อย่างรูปธรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) ควบคู่กับการแสดง พฤติกรรมทางสังคม (social behavior) ที่ผู้สูงอายุมักจะปฏิบัติเป็นประจำในหลายเขตพื้นที่ ศึกษา ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยปกป้องสุขภาพกายและสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีแก่บุคคลในวัยที่สูงขึ้น โดยเฉพาะการออกกำลังกายที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อต้องการส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้มีความแข็งแรง ด้านทานต่อความเจ็บป่วยได้ดี สามารถควบคุมน้ำหนักร่างกาย ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ควบคุมระดับความดันโลหิตสูง เผาผลาญแป้งและไขมัน สอดคล้องกับสภาพความเจ็บป่วยและ ความเหมาะสมกับลักษณะของ วัยผู้สูงอายุที่ต้องการปรับตัวต่อความเสื่อมโทรมสุขภาพกายที่ ทวีคูณมากขึ้นทุกขณะสัมพันธ์กับจำนวนปี หรือ จำนวนอายุที่เพิ่มขึ้นด้วยความคาดหวังว่า การออกกำลังกายจะช่วยให้สามารถยืดอายุยืนยาวขึ้นไปอีก กรณีนี้ แนวคิดของ ศรีเรือน แก้วกังวาล (2540) กล่าวว่า ความมีอายุยืนยาว (longevity) ของผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็น เครื่องหมายชี้ให้เห็นพัฒนาการทางกายของผู้สูงอายุที่เป็นไปในแง่บวก กล่าวคือ ผู้สูงอายุรู้จัก รักษาอนามัย อีกทั้งความก้าวหน้าทางการแพทย์และการสาธารณสุข สามารถยืดชีวิตของคน ออกไปได้ยาวนานขึ้นจนกว่าจะถึงอายุขัย มีการศึกษากันมากกว่า มีปัจจัยใดบ้างที่บุคคลจะมีชีวิตได้

ยืนยาว ซึ่งอาจเป็นความปรารถนาของคนโดยทั่วไป พบว่า มีปัจจัยต่างๆมากมาย ได้แก่ อาหาร ยา อากาศ ที่อยู่อาศัย การดำเนินชีวิตในวัยที่ผ่านมา การรักษาจิตใจไม่ให้ขุนมีกังวล ไม่ซึมเศร้า การรู้จักออกกำลังกาย การปรับตัวที่เหมาะสมกับบุคลิกภาพและชีวิตของตน และคนอื่นๆ

เหตุผลหลักที่ต้องปรับตัวใหม่เกิดขึ้นจากปัจจัยปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยา กลไกระบบอวัยวะร่างกายแล้ว ที่ผู้สูงอายุจะต้องเผชิญกับความเสื่อมถอยของร่างกายในทุกส่วน ดังที่ เดิมศักดิ์ คทวณิช (2546) อธิบายว่า การเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกาย ส่วนนอก ผิวหนังเหี่ยวแห้ง สีผิวจะเกิดจุดด่างขาวและตกรั้ว ผิวหนังแตกแห้งและมีอาการคันเนื่องจากขาด น้ำมาหล่อเลี้ยง เส้นเลือดฝอยแตกง่ายทำให้เกิดรอยฟกช้ำตามตัวได้อยู่เสมอ ผมและขนเริ่มเปลี่ยนเป็นสีขาวเป็นส่วนใหญ่และหลุดร่วงง่าย กล้ามเนื้อลีบลง ร่างกายฟื้นตัวยาก กระดูกเปราะบาง แตกหักง่าย บางรายกระดูกบริเวณหลังเสื่อมจนเกิดอาการหลังโก่งได้ ส่วนสภาพการทำงานของผู้วัยต่างๆ พบว่า ลดประสิทธิภาพลงอย่างเห็นได้ชัด ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากโลหิตที่หมุนเวียนไปเลี้ยงอวัยวะทั้งหลายเหล่านั้นเริ่มลดน้อยลง จึงมีผลต่อการทำงานของสมองให้ช้าลง จำเรื่องใหม่ให้น้อยลง คิดช้า ตัดสินใจช้า หลงลืมง่าย ประสาทสัมผัส เช่น ตา หู จมูก ลิ้น ผิวหนังรับสัมผัสได้น้อย ระบบย่อยอาหารและระบบขับถ่ายทำงานได้ไม่เต็มที่ ทำให้ท้องอืด เพื่อ เกิดลมในกระเพาะอาหาร หรือ ท้องผูกได้ ตับและไตขับของเสียออกจากร่างกายได้ไม่ดี ต่อมาโรคต่างๆเสื่อมสภาพจนผลิตฮอร์โมนที่มีความสำคัญต่อร่างกายได้ไม่เพียงพอ จนอาจก่อให้เกิดโรคต่างๆ ได้หลายอย่าง เช่น โรคเบาหวาน โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ หรือ โรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น นอกจากนี้ โลหิตจะเริ่มเข้มข้นขึ้น ทำให้การหมุนเวียนของโลหิตไม่ดีเท่าที่ควร ผนังหลอดเลือดแข็งตัวไม่ยืดหยุ่น ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักในการสูบฉีดโลหิต แต่กล้ามเนื้อหัวใจกลับอ่อนแอลง ซึ่งทำให้เกิดปัญหาโรคหัวใจ ไขมันในเส้นเลือด และระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้กับคนในวัยสูงอายุ

“ ดีขึ้นพอง ดีขึ้นนัก เพราะว่ามีหนึ่งตื่นตัวโดย อื่นหนึ่งออกกำลังกายโดย อื่นหนึ่งเข้ากลุ่มโดย มีสุขภาพจิตดี ตะกอนอะคนเฒ่าเขาไปผ้าเคียนหัว เสื้อลายอะโหล่งไถ่ไถ่ สุขภาพดีขึ้น คนเฒ่าผู้เฒ่าจะออก กำลังกายบ่มี ตะกอนนี้มันยังไต่บ่รู้จักหมกก่อน หันละอ่อนเดิ่นอะสลิดยังวอก ฮ่าๆๆ ละบ่เดวเอาละ เขาเต็นตวยละอ่อนละ ฮ่าๆๆ คนเฒ่าเป็นวอกเฒ่าละ เออ เป็นวอกเฒ่า อะมันโดยสมัย กลายเป็นคนเฒ่า เริ่มหัดดูแลตัวเก่านักขึ้น เป็นตึงว่าสุขภาพดีบ่มีชายต้องเสาะคนเดวเขา อ้อ มี ถ้ามีจะมีจันทร์ พุท สุกร วันละหนึ่งชั่วโมง เลือดฝาดดี ตอนนีเห็นคนนี้ก่อทำคนนั้นก่อทำก่อเลย ตื่นตัวกันดีพอง เออมันม่วนเนาะได้ออกกำลังกาย ”

อาจกล่าวได้ว่า การปรับตัว เป็นกระบวนการที่จำเป็นและสำคัญต่อการมีชีวิตที่เป็นสุขในทุกๆวัย เพราะชีวิตมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผู้สูงอายุที่มีความสุขคือ ผู้สามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับวัย การปรับตัวในผู้สูงอายุมีรูปแบบและลักษณะค่อนข้างจำเพาะ (unique) ผิดกับวัยอื่นๆ เพราะการปรับตัวในช่วงนี้ เป็นการปรับตัวต่อภาวะวิกฤติที่เป็นความเสื่อมถอย การพลัดพราก การปิดฉาก คาบสุดท้ายของชีวิต การปรับตัวในยามสูงอายุมี 2 ประเภทกว้างๆ คือ การปรับตัวภายนอก ได้แก่ ส่วนที่สามารถมองเห็นได้ เช่น การรักษาสุขภาพอนามัย การมีงานอดิเรกที่ตนสนใจ การปรับตัวภายใน เช่น การรู้จักปลง การยอมรับความชรา การยอมรับการพลัดพราก การมีอารมณ์เยือกเย็นขึ้น การปรับตัวภายนอกง่ายกว่าการปรับตัวภายใน การปรับตัวไม่ว่าแบบไหน จะดีมากหรือน้อยเพียงไร ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น สุขภาพทางกาย ทัศนคติของสังคมและวัฒนธรรมในการปฏิบัติต่อคนสูงอายุ ทัศนคติส่วนตัวของคนสูงอายุเกี่ยวกับตนเอง ความชรา โลก และชีวิต เหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสามารถในการปรับตัว

สภาวะทางอารมณ์ของคนในวัยนี้จะสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เสื่อมลงจนไม่สามารถจะทำอะไรด้วยตนเองได้เช่นแต่ก่อน จึงจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยบุตรหลาน ประกอบกับบางรายอาจพบกับความสูญเสียบุคคลที่รักและใกล้ชิด เช่น สามีภรรยาที่เคยร่วมทุกข์ร่วมสุขกันมาร่วมทั้งการขาดการเอาใจใส่จากคนในครอบครัว หรือถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง จึงทำให้เกิดปัญหาทางอารมณ์กับคนวัยนี้ได้ อารมณ์ที่มักจะพบบ่อย ได้แก่ อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ เหนงา เศร้าโศก น้อยใจง่าย สิ้นหวัง มีอาการเครียด หงุดหงิดง่าย วิตกกังวลเกี่ยวกับลูกหลาน ขี้บ่น ถ้ารุนแรงมากอาจมีอาการทางจิต เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หวาดระแวง เป็นต้น ดังนั้น การรู้จักสงบจิตใจ ทำใจให้เบิกบาน ก็จะช่วยลดปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ในระดับหนึ่งโดยที่ผู้สูงอายุเลือกการปรับตัวด้วยวิธีการออกกำลังกาย เมื่อบุคคลมีความต้องการความปลอดภัย (safety need) แบบเดียวกัน คือ ต้องการห่างไกลจากโรคภัยไข้เจ็บที่มาเบียดเบียน จึงเกิดการรวมกลุ่มทางสังคมได้โดยง่าย ในขณะเดียวกันก็ยังมีความต้องการความรัก และเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกกลุ่ม (love and belonging need) กับบุคคลในวัยเดียวกันก็จะทำให้เกิดความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน ระบายความทุกข์โศกในจิตใจให้กัน ความเห็นอกเห็นใจกันซึ่งกันและกัน ความสามัคคีในกลุ่มผู้สูงอายุ มีความเข้าใจกัน อาจมีการแนะนำให้คำปรึกษา กันต่างช่วยผ่อนคลายความรู้สึก ตึงเครียด คลายความเหงา มีความสนุกสนาน และยังเป็น การเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมนอกบ้านซึ่งก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนอารมณ์ ปรับเปลี่ยนความคิดบางขณะหนึ่งของชีวิต ปลดปล่อยสุขภาพจิตที่ไม่ดีให้กลายเป็นสุขภาพจิตที่ดี สดชื่นแจ่มใส มีความหวังความสุขในชีวิตต่อไป

“เปลี่ยนผู้ที่จะดีขึ้น อย่างในหมู่ 1 นี้ เป็นก้อมีคน ตอนเย็นนะซัก 5 โมงเย็น 4 โมง 5 โมง บางทีก็ 6 โมง จะมาออกกำลังกันชั่วโมงหนึ่งนะ ตีศาลาเป็นจะมารวมกัน โดยมากเป็นผู้สูงอายุ และส่วนมากเป็นแม่เฒ่า อ้อ เป็นแอโรบิค ตามจังหวะ แต่บอไ้ว่าไว เ็นๆนี้เข้านักหมู่ 9 นี้ ใหม่ๆ นี้มีทุกวัน สามสี่สิบคน เริ่ม 5 โมง ออกกำลังกายตั้งวัน ตอนเย็น ผู้สูงอายุมีดี และก้อมแม่บ้านมีดีของหมู่ 9 ของคนเฒ่า มีหลายอย่าง สุขภาพจิตใจจะดี ถ้ามีอย่างอื่นหา มีการออกกำลังกาย มีหยั่งต่อหยั่ง เขาไปปะกันละก็ แลกเปลี่ยน ได้หัวเราะ ยิ้มใส่กันเหี้ย มีความสุขหนา ไม่เครียด เข้ามาก่อ ยิ้มแย้มแจ่มใสใส่กัน หัวเราะใส่กัน ก้อม่วน กลางคืนมาก่อลิม หลับมาเหี้ย ลิมต้องลิมอะหยั่งไปฟองเหี้ย ”

ผลจากการรวมกลุ่มทางสังคมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อออกกำลังกายร่วมกันนี้เริ่มต้นมาจากจำนวนผู้สูงอายุเพียงไม่กี่คน ได้ขยายเครือข่ายเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้นกว่าในช่วงแรกจากในกลุ่มหมู่บ้านเดียวกัน หรือบางพื้นที่มีการขยายกิจกรรมการออกกำลังกายเป็นในหลายหมู่บ้าน ผู้สูงอายุบางคนไปร่วมกิจกรรมออกกำลังกายกับหมู่บ้านอื่น การออกกำลังกายของผู้สูงอายุจัดเป็นพฤติกรรมทางสังคมในลักษณะหนึ่งของการสร้างสังคมสุขภาพ (health social group) ให้เกิดขึ้น การรวมกลุ่มดังกล่าวเพื่อออกกำลังกายเป็นประจำ ทำให้เกิดการปรับตัวแบบคล้อยตามกลุ่ม (conformity) โดยต่างมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีความนิยมชมชอบ กลมเกลียวทางความคิดซึ่งกันและกัน ยอมรับมาตรฐานของกลุ่มที่แสดงออก โดยที่ Crooks and Stein (1991) อธิบายว่าการคล้อยตามกลุ่ม คือ แนวโน้มของการเปลี่ยน หรือ ปรับแต่ง (modify) ความเชื่อของตน หรือ พฤติกรรมให้สอดคล้องกับบุคคลอื่นๆ โดยที่ทั้งความคิดและพฤติกรรมเป็นไปตามทำนองเดียวกันอย่างน้อยในระดับหนึ่ง ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากบรรยากาศหรือความกดดันจากกลุ่ม (social pressure) ส่วน Aronson, Wilson, and Akert (1997) แสดงทัศนะว่าการคล้อยตามกลุ่ม (conformity) และการยอมตาม (obedience) หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่ตกลงยินยอมร่วมกัน (agreement) หรือ มีการกลมกลืนด้วยบรรทัดฐาน (norms) หรือ สอดคล้องกับพฤติกรรมของบุคคลอื่นๆในกลุ่ม หรือ มีการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน หรือ เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอันเนื่องมาจากอิทธิพลของผู้อื่นๆ ส่วนใหญ่บุคคลจะได้รับรางวัลด้วยการยอมรับ หรือเห็นพ้องในการลงรอย ถ้าผลจากการไม่ลงรอยต่อกลุ่มนำไปสู่การปฏิเสธ (rejection) หรือ การเยาะเย้ย (ridicule) ปฏิกริยาเช่นนี้ เรียกว่า บทลงโทษกลุ่ม (group sanctions) หมายถึง รางวัล หรือ การลงโทษ ที่ควบคุมโดยกลุ่ม ซึ่งปรากฏการณ์เช่นนี้มีทิศทางแสดงออกได้น้อย ความเป็นไปได้ที่แสดงออกจึงเป็นออกมาในรูปแบบการคล้อยตามกันมากกว่าที่จะแสดงปฏิกริยาขัดขึ้นกลุ่มเพราะผู้สูงอายุมีความเห็นพ้องกันในเรื่องความสำคัญ of สุขภาพที่มีต่อตนเอง

ปรากฏการณ์ทางสังคม (social facilitation) ยังสามารถพบได้จากการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุได้เช่นกัน นักจิตวิทยาสังคม พบว่า ขณะที่บุคคลกำลังกระทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง แล้วมีคนอื่นอยู่ด้วยในสิ่งแวดล้อมนั้น ผลของการแสดงออกของพฤติกรรมไม่ว่าจะเป็นลักษณะทางบวกหรือลบจะดีมากกว่าไม่มีคนอื่นอยู่ด้วยการหนุนทางสังคมมักจะมีอิทธิพลต่องานที่เป็นปัจเจกบุคคล มากกว่า ในขณะที่แนวคิดของ Robert Zajonc ได้แย้งว่า การมีบุคคลอื่นอยู่ด้วยจะช่วยกระตุ้นบุคคล ให้เกิดพลังงานและการหนุนทางสังคมพฤติกรรมในกลุ่ม แต่ถ้าการกระตุ้นนั้นอยู่ในระดับสูง บุคคลจะไม่สามารถที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ หรือ ทำงานยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ บุคคลจะได้รับคำแนะนำด้วยตนเองก่อนที่จะพยายามในกลุ่ม ดังนั้น การรวมเพื่อสร้างสังคมสุขภาพจึงเป็นการสร้างพลังกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุให้เข้มแข็งขึ้น และมีความมั่นใจในความเป็นเอกภาพของกลุ่มมากขึ้น

กิจกรรมของการออกกำลังกายของผู้สูงอายุมีหลายประเภท ได้แก่ การรำมวยจีน รำไม้พลอง การเต้นแอโรบิคแบบลดแรงกระแทก การฟ้อนเจิง การเล่นเปตอง การออกกำลังกายประกอบเสียงเพลง เป็นต้น ได้จัดให้มีการออกกำลังกายประเภทกิจกรรมต่างๆนี้หมุนเวียนเปลี่ยนไปในรอบ 1 สัปดาห์ ตามเงื่อนไขข้อตกลงในแต่ละเขตพื้นที่ นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังเป็นส่วนหนึ่งอยู่ในรูปแบบของกิจกรรมธรรมชาติหรือบางแห่งเรียกว่า ผู้สูงอายุสัญจรในระดับกลุ่มใหญ่ คือ ระดับตำบล โดยที่ชมรมผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้านได้หมุนเวียนการเป็นเจ้าภาพการจัดงานในแต่ละรอบ 1 เดือน หรือ 2 เดือนต่อครั้งตามข้อตกลงของกลุ่มที่มีการพบปะสังสรรค์ระหว่างสมาชิกภายในกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุ กิจกรรมภายในงานส่วนอื่นๆ ประกอบด้วย การตรวจสุขภาพเบื้องต้น บุคลากรทางการแพทย์มาบรรยายให้ความรู้ การออกกำลังกายร่วมกัน การฟังพระเทศน์ การรับประทานอาหารร่วมกัน หรือ อาจมีการแข่งขันกีฬาผู้สูงอายุในภาคบ่าย การออกกำลังกายของผู้สูงอายุปรากฏในรูปของระดับกลุ่มย่อยเฉพาะในเขตหมู่บ้านของตน และในระดับตำบลซึ่งประกอบด้วยหลายหมู่บ้าน หลายชมรมผู้สูงอายุ มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิต (quality of life = QOL) ด้านสุขภาพร่างกาย การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้มีการปรับตัวทางด้านสังคมอย่างมีความสุข มีคุณค่าต่อสังคม สุขกายสุขใจ มีช่วงชีวิตที่ยืนยาวขึ้น และมีความสุขในชีวิตรอคคัลลิ่งกับบริบทของสังคมนั้นๆ

“ อู๋ถึงบ่าเตี่ยวนี้สุขภาพผู้สูงอายุมันดีกว่าตะก่อน เพราะเขาหันได้ว่าจากตะวาวันขึ้นประมาณได้ 1 เดือนมีก้านแข่งขันกีฬาคนเฒ่าโดย ตีโองเฮียนเนี้ยะป้อไปเป็นหัวหน้าทีมงานผู้นำ (หัวเราะ) จักชะเย่อ ดีกะ ม่วนขนาด (หัวเราะ) อยู่บ้านกะอยู่ป่าตาย เอาคนเฒ่ามาแข่งกีฬา ม่วน (หัวเราะ) แต่ก่อนนี้บ่ามีฮะ มันจะมี เฉพาะตีคนเฒ่าไปแข่งในเมืองทุกวัยเลย รวมกัน 3 วัย ละอ่อน คนเฒ่า คนหนุ่ม แตกต่างครับ ผู้สูงอายุบ่าเตี่ยว นี้มีการพัฒนาอีกตัวเก่านักขึ้น คือ เขาหันได้จากคนตะก่อนอายุ 60, 70 นี่มันเฒ่าแล้ว บ่าเตี่ยวนี้อายุ 60, 70 ผมยังดำอยู่ ไปไหนกะสะดวกสบายกว่าเก่า ตะก่อนนี้ 60, 70 กะใจไม้ได้แล้วอะ ”

ข้อดีของการออกกำลังกายมีประโยชน์หลายประการเพื่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (health for all = HFA) อาทิ ควบคุมน้ำหนัก ช่วยให้อารมณ์ดี มีความแข็งแรง ลดอาการท้องผูก ควบคุม ความดันโลหิตสูง ลดไขมันในเลือด ช่วยให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ชะลอความชรา ระบบ ต่างๆทำงานอย่างสมดุล เพิ่มประสิทธิภาพความจำของสมอง สมรรถภาพทางร่างกายโดยรวมดี ขึ้น ชะลอการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ สามารถฟื้นฟูอวัยวะที่เสื่อม หรือ โรคต่างๆให้ดีขึ้น และยังมี ช่วยทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เป็นต้น ดังที่ ผู้สูงอายุได้การตระหนักถึงผลลัพธ์ของการออกกำลังกายที่มี ต่อการฟื้นฟูของโรคต่างๆ ดังนี้

“ สุขภาพกายก็ดีไม่ค่อยป่วยเป็นโรคอะไรมาหาหมอเจ้า แต่พอหันเป็นเล่นเบตองกะวะมาแข็งแรงแต่ ๆ เจ้า โดยเฉพาะยาปากเนี้ยะเจ้านับถือแต่ ๆ เลยก่ายใจเนี้ยะกะ (หัวเราะ) ตอนแรกเจ้าเป็นนิ้วล็อคเจ้า พอได้มา ออกกำลังกายมันกะหายไปเจ้า หมอเป็นบอกว่าจะฉีดยา จะผ่าตัดเจ้า แต่ตัวเจ้าบ่าผ่า เลยมาออกกำลังกายเอง มันก็ดีขึ้น เริ่มหายแล้วเจ้า กะดีใจเจ้าสุขภาพดีกะหะฮือสบายใจ ”

หรือ สอดคล้องกับผู้สูงอายุรายอื่นที่ได้สะท้อนความคิด ดังนี้

“ ดีมากเลย ก่ออย่างที่ผมว่านะ ถ้ารักลูกหลานเนี้ย ถ้าพ่อเป็นลูกก้อลำบากใจจะบ่าฮือเป็นอะยัง ก่อต้องมาออกกำลังกาย เขา ก่อตึงบอก เนี้ยะฟังนะผมจะยกชีวิตผมนะครับผมเป็นมา 4 ครั้ง 1.ผมเป็นโรคทีบี มาเป็นเมื่อปี 43 ครั้งที่ 2 ผมไปผ่าดูทหลังมา ครั้งที่ 3 ผมไปผ่าต่อมลูกหมาก ครั้งที่ 4 ผมไปผ่านิ้วมาในถุง กระเพาะเยี่ยว ผมออกกำลังกายนะผมฟื้นมาเดี๋ยวนี้นผม 78 แล้วร่างกายผมปกติ โอ้โฮ ความดันไม่มี ไข้ไม่มี เยี่ยมๆ เพราะสุขภาพจิตสุขภาพในครอบครัวผมพร้อมมีกำลังใจทุกอย่าง ถ้าผมไม่ออกกำลังกายทุกเช้า ผมเป็นประธานสนาม ผมนำเครื่องเสียงไปวางทุกเช้าเนี้ยะนี่เป็นประธานผู้สูงอายุ ก้อผมไปผ่าตัดมาหนหลัง ผมไปผ่าตัดมา 2 เดือนครั้งหลังผมออกกำลังกายฟื้นปกติ อันเนี้ยผมยกย่องเลย ออกกำลังกาย แจ้งมาปะ หนังกันละจะสู้กันไค้หัว สดชื่นกะ ต้องเอาเครื่องไปวางทุกเช้าเลย เล่นกันอย่างละอ่อนนิ ฮ่า ดีๆผมตึงว่า สุขภาพดีหาซื้อบ่าได้ ”



ภาพ 4.114 สีสันทนาการออกกำลังกายประเภท กีฬาเปตอง (Pétanque) ของกลุ่มผู้สูงอายุเป็นจุดร่วมสร้างสังคมสุขภาพในหมู่ชุมชน และด้วยรางวัลชนะเลิศจากการแข่งขันกีฬานี้ คือ รางวัลความภาคภูมิใจแห่งสุขภาพของผู้สูงอายุ



ภาพ 4.115 กลุ่มผู้สูงอายุออกกำลังกายแบบผสมผสานกิจกรรมหลายประเภทในช่วงเย็น โดยใช้สถานที่วัดเป็นจุดนัดพบของสมาชิกกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ

3. ปัญหาอุปสรรค และความคาดหวังที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวล้านนา จังหวัดเชียงใหม่

การศึกษาในวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 นี้ จำแนกหมวดหมู่การนำเสนอออกผลการวิจัยเป็น 2 ประเด็น ดังต่อไปนี้

3.1 ปัญหาและอุปสรรคที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวล้านนา

3.1.1 ปัญหาหมอกควันในเขตภาคเหนือ

ตลอดระยะเวลาประมาณ 4 - 5 ปี ที่ผ่านมา จังหวัดเชียงใหม่ได้รับผลกระทบจากการเกิดปัญหาหมอกควันที่ปรากฏความรุนแรงอย่างชัดเจนในทุกช่วงภาคฤดูร้อนเป็นระยะเวลาประมาณ 2-3 เดือน โดยเกิดจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ การเผาเศษใบไม้พืชพรรณทางการเกษตรต่างๆ การลักลอบเผาขยะ การเผาป่า การเผาเพื่อให้เกิดการงอกของพืชพรรณอาหารตามความเชื่อบางชนิด เช่น เห็ด ผักหวาน เป็นต้น ไฟไหม้ป่าตามธรรมชาติอันเกิดจากสภาพอากาศที่แห้งแล้ง ต้นไม้ใบไม้เกิดการเสียดสีรูกไหม้ลุกลามจนยากแก่การควบคุม หรือ เกิดการเผาป่าจากประเทศเพื่อนบ้าน เป็นต้น เมื่อรวมหลายๆสาเหตุกัน ผลจากการเผาไหม้ได้ส่งผลให้เกิดควันไฟกลายเป็นหมอกควันลุกลามปกคลุมสภาพภูมิอากาศหลายจังหวัดทางภาคเหนือ โดยเฉพาะจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งมีลักษณะทางภูมิศาสตร์ที่ตั้งเป็นแอ่งกระทะ ทำให้มวลอากาศปิดมีการถ่วงเทอากาศได้ยาก การรณรงค์เพื่อป้องกันจึงเกิดขึ้นและมีการประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน แม้กระนั้น ก็ยังคงพบว่า มีปริมาณฝุ่นละอองของหมอกควันในปริมาณที่มากในหลายเขตพื้นที่เกินค่ามาตรฐานที่กำหนด ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตบุคคลทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะการเกิดปัญหาสุขภาพในหลายลักษณะแก่วัยผู้สูงอายุซึ่งมีร่างกายอ่อนแอ ความต้านทานต่อสภาพแวดล้อมที่ไม่ดีมีน้อย และนำมาซึ่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตขาดความสุขไปส่วนหนึ่งในการดำรงชีวิตตามปกติ

“ ปัญหาหมอกควัน หยะหื้อสแปดตำ สแปดค สแป มั่นก่สแปอยู่ ตะกอนมีกะ แต่บ่าเดวบมีแล้ว เพราะเป็นจะปรับ ตางเพ้เผาได้เด้อ ถ้าเผาเป็นจะปรับหัว มีนะมันมี ว่าบมีบได้ มันตึงมีอยู่บ่าเดียวนี้หนา เจียงใหม่เฮาเนี้ยหนา เจอปัญหาหมอกควัน หยะหื้อ สแปดตำ สแปดค หยะหื้อไข่ลับ หยะหื้อหายใจบ่โล่งหายใจผ็ด สแปดตำ สุขภาพบ่าค้อยดีมันหายใจบ่าค้อยม่วน มันอึดอัดตำเฮามองอันหยังบ่ค้อยเห็น มันมั่ว มันสแป ”

3.1.2 ความเชื่อและวิถีการปฏิบัติในการเผาขยะของผู้สูงอายุ

ในงานวิจัย พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุล้านนาที่มีความสัมพันธ์กับความเชื่อและวิถีปฏิบัติสืบต่อกันมาในเชิงความคิดและพฤติกรรมเกี่ยวกับการเผาขยะกองเล็กๆประเภทเศษใบไม้ ใบลำไย ใบมะม่วง ใบหญ้าต่างๆ กะลามะพร้าว ฯลฯ บริเวณภายในบ้านซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน โดยมีเหตุผลจากความเคยชินที่เคยปฏิบัติ หรือ เป็นกิจกรรมกระทำในยามว่างเมื่อพิจารณาเห็นว่า เศษใบไม้เหล่านี้ จะทำให้บ้านดูรกตา นำมาซึ่งการไม่สามารถหักห้ามความคิด ความรู้สึกที่จะไม่ต้องการเผาได้ การเผาขยะที่นำมาเก็บกวาดรวมกันต่างๆ ให้เรียบร้อยส่งผลให้เกิดความรู้สึกสบายตา สบายใจ และมีการรับรู้การเผาขยะเป็นเรื่องปกติในสังคมผู้สูงอายุที่พึงกระทำได้ บางพื้นที่มีการที่จัดเก็บเป็นระบบ โดยทุกหลังคาเรือน เก็บอัตราค่าบริการ จำนวน 30 บาท ต่อเดือน ปริมาณการเผาขยะก็มีน้อยลง และ อบต.หรือเทศบาลตำบลมีกฎระเบียบข้อห้ามบดบังโทษในการเผาขยะ แต่กระทำไม่ได้ไม่จริงจังกนัก เนื่องจากยังเป็นสังคมที่ต้องอะลุ่มอล่วย บางครอบครัวกลับหลีกเลี่ยงจ่ายค่าบริการรายเดือน ยังคงมีการลักลอบเผาขยะอยู่เนืองๆ ในขณะที่บางพื้นที่ยังขาดการดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมตามนโยบายในการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม แก้ไขปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม และพัฒนาประสิทธิภาพในการจัดการปัญหาขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล การขาดที่ทิ้งขยะและการจัดเก็บให้ถูกสุขลักษณะ ส่งผลให้ผู้สูงอายุอาจนำมาเป็นเหตุผลกล่าวอ้างในการเผาทำลายเศษขยะเหล่านี้

ด้วยผลพวงจากความเจริญทางด้านเทคโนโลยีและวัตถุ การเปลี่ยนแปลงทางสภาพสังคมเศรษฐกิจและจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นในยุคปัจจุบันนี้ ทำให้ขยะมีปริมาณมากขึ้น ประกอบกับผลิตภัณฑ์ที่ใช้ได้มุ่งเน้นความสะดวกสบายต่อการใช้งานมากขึ้น เช่น ถุงพลาสติก เศษวัสดุ โลหะเหลือใช้ ฯลฯ ที่มีส่วนผสมของสารเคมี สารพิษเจือปนนานาชนิดแตกต่างจากยุคสมัยก่อน วัสดุที่เผาส่วนมากจะเป็นเศษใบไม้ที่ร่วงหล่น เศษหญ้าแห้งต่างๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อนสุขภาพน้อยกว่า ในปัจจุบันนี้ ถึงแม้ว่าจะมีข้อดีในบางพื้นที่ช่วยให้บ้านเรือนมีความสะอาดเรียบร้อย แต่การเผาขยะแต่ละครั้ง ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงอันตรายที่มีต่อการสูดดมควันพิษจากการเผาไหม้ได้ ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพตามมา หรือ อาจทำให้มีสภาวะความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นไม่มากนักน้อย ค่อยๆสะสมเพิ่มขึ้นตามลำดับ เมื่อผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดความเชื่อและวิถีปฏิบัติเช่นนี้ ประเมินสถานการณ์ทั้งในสภาพปัจจุบันและอนาคตมีแนวโน้มว่า จะเป็นการสร้างให้เกิดมลภาวะทางอากาศของสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่ส่งผลกระทบต่อนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้โดยตลอดอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก

“ ก่อวัยคนเฒ่าเนี้ยเฒ่าหนักที่สุด (หัวเราะ) เออคนเฒ่าเนี้ยกะกวาดๆ เกยท่ามาสมัยก่อนแล้วมันชินมันเคยชินคนเฒ่าคนแก่ ถ้าไปไม่มันตมมันเฮี้ยคนเฒ่าคนแก่อยู่ปะดาเยก้อเอาสลาดเอาอยู่ไล่กวาด กวาดๆ เขี่ยกวาดๆ แล้วก้อเผลอความสะอาดในบ้านไปไม่มันจำเป็นได้เภา กองมือก้ออื่นๆ ถ้าเป็นมาอบรมว่าจะเอาไปไม้ไปทำนุ้ยหมักนุ้ยหยั่งอย่างอื่นอย่างอื่น นี่เป็นกะบ่อได้บอกบ่อได้แนะนำหยั่งชก้อย่างอ้อ บางที่เป็นซื้อหนานเป็นซื้อรับซื้อไปไม้เนี้ยเป็นแยกขยะเป็นเอาไปทำนุ้ยหมัก ก้อเอาดีทิ้งขยะมาแร่เป็นยังบ่อเก็บเตื่อ เฮาบ่อได้มีหยั่งเออ เฮาก้อเผลออย่างเดวหนะกะธรรมชาติเฒ่ามันอ้อ....นี่หน้านี้เภากูกันนี้ะอาจจะหนักกว่านั้นกะหาเกินกะมันก้อเภาน้อยๆ บ่อใจเภาหนักแต่รวมๆ กันบ้านนั้นเภาบ้านนี้ก้อมีขึ้นมาน้อย มันเหม็น เภากะ มันเหม็นขนาด มันอยู่ป่าดาเยมันตึงใช้เภาเหมือนกันหมดอะ แต่เมื่อเภาแล้วมันเหม็น หายใจป่าไผ่ออก เจ็บหัวน้ำตาจะไหลออก ตะกอนนี้ป่าเป็นหยั่งป่าเดียวนี้ป่าดาเยมันสะสมขึ้นมา ตะกอนนี้ป่ามีถุงยาง ป่าเดียวนี้มีกาถุงยาง ตะกอนเป็นใจป่าต้อง ใจป่าไปซื้อของก้อแบบนี้จั่งๆ ยุคนี้มันเป็นธรรมชาติเจ้าก็เภา...ยะได้มันหละจำเป็นอ้อเฮาก้ออู้กันซื้อๆ เนี่ย ”

3.1.3 ปัญหามลภาวะสิ่งแวดล้อมในระบบนิเวศชุมชน

มนุษย์และสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่แยกกันไม่ออก เพราะมนุษย์และสิ่งแวดล้อมจำเป็นต้องมีอยู่ควบคู่กัน ผลจากการเพิ่มของประชากร การขยายตัวของเมืองและอุตสาหกรรม และการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่อย่างไม่เหมาะสม คือสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นพิษในหลายประเภท (บรรเทิง พาพิจิตร 2547) และภาวะมลพิษ หมายความว่า สภาวะที่สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลง หรือ ปนเปื้อน โดยมลพิษทำให้คุณภาพสิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรมลง เช่น มลพิษทางน้ำ (water pollution) คือ น้ำทิ้งที่มีแหล่งกำเนิดจากแหล่งต่างๆ เช่น โรงงาน อุตสาหกรรมประเภทต่างๆ และกิจกรรมทางการเกษตร เช่น การพ่นสารปราบศัตรูพืช การใช้ปุ๋ย และกิจกรรมที่ทำกันในชุมชน เหล่านี้ มีส่วนทำให้น้ำในแม่น้ำลำคลองเน่าเสียได้ ส่วน มลพิษทางอากาศ (air pollution) อากาศเสียที่มีแหล่งกำเนิดจากโรงงานอุตสาหกรรมเกิดจากการเผาไหม้เชื้อเพลิงทำให้เกิดเขม่า ก๊าซพิษ กลิ่นและฝุ่นละออง ส่งผลให้คุณภาพอากาศเสื่อมโทรมลง และมลพิษในดิน (soil pollution) การเกิดมลพิษของดินนั้นแตกต่างกันแต่ละต้นกำเนิด เช่น กากของเสียอันตราย เช่น สารไวไฟ สารกัดกร่อน สารพิษ สารระเบิด สารกัมมันตรังสี การใช้สารปราบศัตรูพืช ทำให้เกิดการสะสมสารพิษในดิน (อนามัย เทศกะทีก 2550) จากการศึกษาพบว่าในระบบนิเวศชุมชน (community ecosystem) ของผู้สูงอายุหลายเขตพื้นที่ต่างประสบปัญหาภาวะมลพิษทางอากาศเป็นส่วนใหญ่ รองลงมา คือ มลพิษทางน้ำที่มีการรับรู้ในระดับที่มากน้อยแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความรุนแรง โดยมักเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ 1. สถานประกอบการหรือ โรงงานเลี้ยงไก่ สุกร โค และอื่นๆ ที่มีทั้งขนาดกลางและขนาดใหญ่มีระบบการป้องกันจัดเก็บมูลถ่าย หรือกำจัดสิ่งปฏิกูลที่เกี่ยวข้องไม่ดี มีปริมาณแอมलगวันตอม และยูง เป็นจำนวนมาก นำมูลสุกรไหลเข้าไปสร้างความเสียหายให้แก่พืชสวนไร่นาทางการเกษตรสร้างความเดือดร้อนไปทุกส่วน

2. โรงงานอุตสาหกรรมหลายแห่งในชุมชนปล่อยน้ำเสีย จากกระบวนการผลิตระบายไปตามแม่น้ำ ลำคลองผ่านย่านที่อยู่อาศัยของชุมชน ทำให้เกิดปัญหาน้ำเสีย (water pollution) หรือ โรงงาน อุตสาหกรรมบางแห่งประกอบกิจการประเภทโม่พลาสติกทำให้เกิดมลภาวะทางเสียง (noise pollution) และมีฝุ่นละอองสีดำขนาดเล็กฟุ้งกระจายไปในอากาศ ลอยไปติดเสื้อผ้าที่ ชักตากไว้ สร้างความเดือดร้อนให้แก่ผู้ที่พักอาศัยในละแวกใกล้เคียง 3. การขาดแคลนน้ำในบาง พื้นที่ ลักษณะน้ำมีสีแดง สกปรก ส่งผลกระทบต่อการใช้บริโภค บริโภค และการเพาะปลูกพืช 4. การเผาขยะในชุมชนทำให้อากาศเป็นพิษ และ 5. บางพื้นที่ได้รับผลกระทบจากน้ำท่วม ต่างๆ เหล่านี้ ล้วนส่งผลกระทบทางด้านสุขภาพจิต สุขภาพชีวิต และได้รับความเดือดร้อนต่อการ ดำเนินชีวิตในวิถีที่ไม่ปกติสุข โดยตรงต่อสมาชิกชุมชนที่อยู่ในละแวกใกล้เคียง รวมถึงผู้สูงอายุ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่โดยทั่วไป

“ฟาร์มหมู ไร่ เกือบเจ้ายืนเลยอะ เกือบจะทุกวันตลอดปีเลย มันมีส่วนดีส่วนเสีย มันรู้สึกว่าเจ็บต้อง เจ็บหัว เกือบจะทุลักทุเลยืนเลยอะ ห่างประมาณเกือบจะกิโล จากบ้านผมไปหาฟาร์มหมู บ้านนี้บ่ตายมันจะมี ผลกระทบต่อหลายหมู่บ้าน มันจะมีมันจะมาถึงกัน อากาศจะลอย ขึ้นมุ้งขึ้นมุ้งจะมามันจะไปตามลม มันบ่ ใจว่าจะมีดีเดวหนะ มันมาเป็นฮ่อมเป็นฮ่อม มีแควไปหมดทุกหมู่บ้านอะ หมู่เนี้ยะ โดนกะ โดนหมดอะหนแล้วนี้ น้ำขึ้นมุ้งไปเข้านาเป็น เลยบ่ได้ผล อันนี้แน่นอนที่สุด 50 กว่าปีละตีผมมาอยู่เนี่ย ก่อน ๆ นี้จุกผมจะบ่สาบหยัง เลย แล้วบ่เดี๋ยวนี้ผมเอาพาหนะ ผู้สีกว่าได้กลิ่นอันยังมาพองละรู้สึกหายใจบ่ออก หายใจผิด มันบ่บอกไม่ถูก อารมณ์เสีย หงุดหงิด ดังนั้นผลกระทบด้านกลิ่นมันก่อเพิ่มมากขึ้น ทั้งสุขภาพจิต ทั้งสุขภาพชีวิต เพราะ สุขภาพชีวิตบางคนนี่ บางคนนี่ก่อนเป็นภูมิแพ้ เป็นหืดเป็นหอบทุกวัยด้วย ละก่อนก่อนเป็นภูมิแพ้ อ้อ เป็นภูมิแพ้ ตลอด สุขภาพจิตเฮาก็อลูหมัดนะกะ มันบ่มีความสุข ยังใจจะอยู่ได้อย่างสุขสบายละะ อยู่ไปตาม ยถากรรมอะกะ”

3.1.4 ปัญหายาเสพติดในชุมชน

การแพร่ระบาดของยาเสพติดกำลังเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติด้วย ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ของประเทศไทยมีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านซึ่งมีชนกลุ่มน้อย จำนวนหลายกลุ่มเหล่านี้ได้มีการจัดตั้งโรงงานผลิตยาเสพติดประเภทแอมเฟตามีน หรือยาบ้าเป็น ส่วนใหญ่ และยาเสพติดประเภทอื่นๆตามแนวตะเข็บชายแดนของประเทศไทย ความเป็นไปได้ที่ จะมีการขนย้ายยาเสพติดโดยผ่านทางประเทศไทยหลายช่องทางไปยังประเทศในภูมิภาคโลกอื่น ปัจจุบันนี้สถานการณ์ของยาเสพติดมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากหลายปัจจัย ทำให้ยา

เสพติดโดยเฉพาะยาบ้าเริ่มกลับเข้ามาสู่ชุมชนอีกครั้ง ดังพบว่า มีการจำหน่ายซื้อขายยาบ้า หรือ มีบุคคลในชุมชนติดยาเสพติด ซึ่งนำไปสู่ปัญหาทางด้านสังคมอื่นๆตามมา อาทิ ปัญหาการลักขโมย ปัญหาอาชญากรรม ปัญหาความไม่ปลอดภัยในสวัสดิภาพและทรัพย์สิน เป็นต้น สอดคล้องกับ ยุทธพงศ์ จันทรวรินทร์ (2550) กล่าวว่า ปัจจุบันปัญหายาเสพติดทวีความรุนแรงมากขึ้นกว่าในอดีตมาก โดยเปรียบเทียบเมื่อ 40 ปี ก่อน พบว่า ผู้ติดยามีอายุ ระหว่าง 50-64 ปี แต่ปัจจุบันกลุ่มเสพยาไม่จำกัดเฉพาะกลุ่มผู้ใช้แรงงาน แต่รวมไปถึงกลุ่มเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 16-25 ปี จากการลงพื้นที่บางแห่ง พบว่า ผู้สูงอายุบางคนรู้สึกสะเทือนใจ ทุกข์ใจ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาที่หลานชายวัยรุ่นเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด และรับภาระในการอุปถัมภ์ เนื่องจากมีพื้นฐานมาจากครอบครัวแตกแยกขาดภูมิคุ้มกันทางด้านจิตใจจนต้องหันไปพึ่งพาติดยาเสพติด และเป็นเหตุให้ต้องโทษในเรือนจำอยู่ในปัจจุบัน ทางออกของปัญหาที่ผู้สูงอายุจะสามารถกระทำได้ คือ ทำงานสร้างรายได้เพื่อนำสิ่งของไปเยี่ยมเยียนและจุนเจือหลานชายเป็นประจำ อย่างไรก็ตาม กรณีดังกล่าวนี้ หากเกิดขึ้นกับครอบครัวใด แม้กระทั่งผู้สูงอายุรายอื่นๆยอมส่งผลต่อความรู้สึกวิตกกังวล หมดความสุขในชีวิตที่บุคคลใกล้ชิดติดตกอยู่ในสภาพที่น่าเป็นห่วงและเสี่ยงต่ออนาคตการศึกษาในภายภาคหน้า

“อ้อมีกะ ยับตะววันขึ้นหน้าวัดเนี้ยเนาะ เออมันไปลักเป็นมาแล้ว ละชี้ยานัก เรื่องความปลอดภัย ยาเสพติด จับทุกวันยาเสพติดบ้างยาบ้าบ้างในชุมชนแต่ไม่รู้ว่าเป็นใครส่วนมากนี้ขโมยมีน้อยหนึ่งไม่เยอะไม่มี แต่คือ คนที่เสพยาก็หาเงินได้เขาก็เสพยาเองเขาหาเงินเองซื้อเองเราก็กลัวมันลูกหลานมาหาคนอื่นกลัวเขาดึงคนนั้นไปคนนั้นก็กลัวจะเจอกับลูกกับหลาน เดียวนี้กลับมาแล้วยาบ้าเริ่มมาเดี๋ยวนี้ในหมู่บ้านก็มีไอพวกตั้งกลุ่มกัน ขอบรักษาความปลอดภัยในหมู่บ้านมือปราบมาดูแล ตีกระทบคนเข่านอกจากเป็นลูกหลานคนเนี้ย มันบ่าหลับ บ่านอนละ มันเป็นห่วงหลานมันเฮ้ย อ้อ ถ้ามันบ่าใจลูกหลานเฮา..เฮาก้อหลับสบาย”

3.1.5 ปัญหาความขัดแย้งระดับท้องถิ่นของกลุ่มผู้สูงอายุและภายในชุมชน

ปัญหาความขัดแย้งระดับท้องถิ่น ภายในกลุ่มผู้สูงอายุอาจเป็นสิ่งที่หลายคนไม่คาดคิดว่า จะมีส่วนสำคัญที่สามารถส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุขาดการพัฒนาอย่างสมควร ลักษณะปัญหาจะมีความเกี่ยวเนื่องกันกับผู้นำทางสังคมของผู้สูงอายุในประเด็นการเลือกตั้งโดยกลุ่มผู้สูงอายุ และการแต่งตั้งผู้นำโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีได้ผ่านความเห็นชอบของกลุ่ม ทำให้เกิดความคิดเห็นไม่ลงรอยกัน ขาดความสามัคคี แบ่งฝ่ายทำงาน นำไปสู่การขาดการ

ประสานงานที่ดีต่อกัน การบรรลุวัตถุประสงค์และความสำเร็จของกลุ่มกระทำได้อย่างเป็นอุปสรรคต่อการทำงานกลุ่ม ทั้งนี้เพราะการทำงานเป็นกลุ่ม เป็นทีม คือ หัวใจสำคัญของทุกองค์การและทุกสังคมไม่ว่าจะเป็นกลุ่มลักษณะใด ผู้นำกลุ่ม มีบทบาททางสังคมอย่างมากที่จะทำให้เกิดความก้าวหน้าในการทำงานร่วมกัน เช่นที่ จูทาร์ตัน เอื้ออำนวย (2549) กล่าวว่า กลุ่มเกือบทุกกลุ่มมีผู้นำอย่างเป็นทางการ (formal leadership) มีการศึกษาวิจัยหลายชิ้น บ่งชี้ว่าบุคลิกภาพและภาวะผู้นำมีอิทธิพลต่อการกระทำของกลุ่มและผลผลิตของกลุ่ม นอกจากนี้ยังพบว่า การมีส่วนร่วมของผู้นำในการทำงานของกลุ่มจะทำให้กลุ่มทำงานบรรลุเป้าหมายด้วยความพึงพอใจสูงกว่าการที่ผู้นำใช้รูปแบบวิธีการแบบอำนาจนิยม คือ สั่งอย่างเดียวแต่ไม่ลงมือทำ ผู้นำแต่ละคนมีการแสดงเอกลักษณ์ของบทบาท (role identity) ในทิศทางที่ควรกระทำตามการรับรู้บทบาทของตนเอง ในขณะที่สมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุต่างมีความคาดหวังในบทบาทผู้นำที่คาดหวัง (role expectations) ว่าควรจะแสดงออกในทุกส่วนอย่างไรที่จะมีการพัฒนางานและเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

“ มันมาเสียปลายประสานงาน หมู่บ้านก็แตกบ่ค่อยไปหากันเคี้ยการเลือกตั้งมันแตกต่างกันเพราะการเลือกตั้งต้องเอาผู้สูงอายุเป็นคนเลือกตั้งแต่ละหมู่บ้านเนี่ยก็หมู่บ้านต้องไปรวมตัวกันเลือกตั้งนี่เป็นแต่งตั้งขึ้นโดยพลการเทศบาลเป็นแต่งตั้งกันเองแต่ต่างเพ้อได้ผู้นำถ้าได้แล้วหื้อตางเพ้ไปประชุมกำ ไปแต่งตั้งประชุมกำบ่ได้เข้าใจแต่โครงการเก๋มันมีแต่ปลายมันบ่มีนั้นกะ ตั้งประธานพร้อมแล้วก่อไปเยี่ยมบ้านหนาเออทำโครงการขอเงินเทศบาล งบมันนำโดยกันแล้วเงินบ่มาเอี้ย มันมีดีไหน...มันบ่ถึง ”

การที่ประธานผู้สูงอายุในระดับใดระดับหนึ่ง เช่น ประธานผู้สูงอายุระดับตำบล มิได้ผ่านมติความเห็นชอบในการเลือกตั้งตามหลักประชาธิปไตยจากบรรดาผู้สูงอายุในเขตชุมชนด้วยคะแนนเสียงเป็นที่ยอมรับของผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ แต่ได้รับการแต่งตั้งอภิสิทธิ์จากเทศบาลตำบล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล ให้ทำหน้าที่ในบทบาทประธานผู้สูงอายุ ซึ่งกรณีดังกล่าวนี้ได้สร้างความรู้สึกไม่พึงพอใจแก่ผู้สูงอายุบางส่วนและเกิดอคติ (bias) ต่อกันถึงจุดเริ่มต้นของการได้มาซึ่งตำแหน่งผู้นำ ขณะเดียวกัน ประธานผู้สูงอายุที่ได้รับการแต่งตั้งก็มีได้ทำหน้าที่ในบทบาทที่สมบูรณ์และยังขาดการประสานการทำงานในแต่ละชมรมผู้สูงอายุระดับหมู่บ้าน ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการทำงานระหว่างสมาชิก คลาดเคลื่อนทางความคิด ขาดความเข้าใจที่ดีต่อกัน

การทำงานไม่ก้าวหน้ามีการรับรู้ในวงแคบ รวมถึงการกระจายงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรไม่ทั่วถึงเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบางพื้นที่ รวมถึง การขับเคลื่อนกิจกรรมทางสังคมจึงเกิดขึ้นน้อยไม่ประสบความสำเร็จต่อการพัฒนากลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุ

นอกจากนั้น ยังมีความเกี่ยวข้องกับการเลือกตั้งผู้นำชุมชน (พ่อหลวง) คนใหม่อาจไม่เป็นที่ยอมรับของฝ่ายสมาชิกคนเก่า ส่งผลให้ขาดความร่วมมือในการทำงานร่วมกัน ความสามัคคีกันมีน้อย ในขณะที่บางพื้นที่พบว่า เกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกภายในชุมชนโดยมีความสัมพันธ์กับปัญหาการเมืองในระดับประเทศที่มีการแบ่งสี แบ่งฝ่าย เกิดความแตกแยกทางความคิดทำให้การประสานงานที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางสังคมของหมู่บ้านขาดความร่วมมือร่วมใจ ขาดความสามัคคี ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการทำงานได้โดยง่าย เช่นนี้จึงมีผลกระทบต่อการรวมกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ต้องอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนเป็นพลังสำคัญ

3.1.6 ปัญหาแรงงานต่างด้าวในชุมชน

จากปัญหาภายในประเทศเพื่อนบ้านซึ่งมีอาณาเขตที่ตั้งใกล้กับประเทศไทย โดยเฉพาะประเทศสหภาพพม่า พบว่า มีปัญหาสำคัญหลายประการ เช่น ปัญหาทางการเมือง ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจความยากจน ปัญหาการกดขี่ ข่มเหง และลิดรอนสิทธิของประชากรพม่าที่มีหลายกลุ่มชาติพันธุ์ด้วยกันซึ่งบางส่วนยังไม่ได้ได้รับการรับรองสิทธิความเท่าเทียมกันในฐานะประชาชนพลเมืองพม่าตามหลักสิทธิมนุษยชน ฯลฯ ในทางตรงกันข้ามประเทศไทยมีการขยายตัวทางภาคเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมทำให้เกิดความต้องการแรงงานไร้ฝีมือ (unskilled labor) เป็นจำนวนมาก มีความขาดแคลนแรงงานกลุ่มนี้ ดังนั้น จึงทำให้เกิดการหลั่งไหลอพยพของแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่าที่มีจำนวนกลุ่มใหญ่มากกว่าสัญชาติอื่นๆ เข้ามาทำงานภายในประเทศไทยแบบผิดกฎหมาย รัฐบาลได้พยายามแก้ปัญหาด้วยการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวอย่างเป็นระบบโดยในปี พ.ศ.2547 เปิดให้มีแรงงานต่างด้าวมารายงานตัวจำนวนนับล้านคน เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นแรงงานต่างด้าวถูกกฎหมายและให้มีการอนุญาตให้พักอาศัยในประเทศไทยเป็นการชั่วคราวเพื่อรอการส่งกลับประเทศ ถึงแม้ว่าจะมีการเปิดให้มีการต่อใบอนุญาตเข้าทำงานอย่างถูกกฎหมาย ผลปรากฏว่า ระยะเวลา แรงงานต่างด้าวเข้าสู่ระบบน้อยลงไปเรื่อยๆ

ส่วนใหญ่แรงงานต่างด้าวในปัจจุบันนี้จึงอยู่ในฐานะแรงงานผิดกฎหมาย ไม่ได้รับการรับรองสิทธิคุ้มครองใดๆ

จังหวัดเชียงใหม่ได้ชื่อว่าเป็นศูนย์กลางทางด้านเศรษฐกิจของทางภาคเหนือ พร้อมมีปัจจัยเอื้อหลายประการที่แรงงานกลุ่มนี้จะใช้เป็นช่องทางหลบหนีเข้ามาหางานทำโดยเฉพาะแรงงานต่างด้าวจากแคว้นรัฐฉานซึ่งจัดเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ไทใหญ่ มีรากเหง้าประวัติศาสตร์ทางชาติพันธุ์และวัฒนธรรมประเพณีใกล้เคียงกับวัฒนธรรมล้านนาเชียงใหม่ ทำให้มีการปรับตัวเพื่อการใช้ชีวิตในสังคมล้านนา และกลายสมาชิกส่วนหนึ่งของสังคม สำหรับปัญหาที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีหลายประการ กล่าวคือ 1. ปัญหาความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน เช่น การลักขโมย การก่อคดีอาชญากรรมดังปรากฏตามข่าวที่พบในบางพื้นที่นี้ หรือมีสถานที่พักชั่วคราวที่นายจ้างจัดให้แรงงานต่างด้าวพักอาศัยอยู่ภายในชุมชน สร้างความรู้สึกหวาดระแวงมีมากเพราะในเวลาช่วงกลางวันส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะอยู่บ้านเพียงลำพัง โดยที่บุตรหลานออกไปประกอบภารกิจในชีวิตประจำวัน โอกาสเสี่ยงในด้านนี้สูง 2. ปัญหาการดื่มสุราแล้วมีอาการมึนเมาอาละวาดผู้อื่น 3. ปัญหาการขับขี่ยวดยานพาหนะจนก่อให้เกิดอุบัติเหตุต่อผู้ขับขี่สัญจรตามท้องถนนโดยทั่วไป บางสูงอายุบางรายได้รับผลจากการที่แรงงานต่างด้าวขโมยมอเตอร์ไซด์เฉี่ยวชนเป็นสาเหตุให้ได้รับการบาดเจ็บ 4. ปัญหาการสร้างครอบครัวและมีบุตรไร้สัญชาติของแรงงานต่างด้าวเป็นจำนวนมากที่ได้คุมกำเนิด บุตรที่เกิดมาได้รับการเรียนหนังสือโรงเรียนในชุมชน แต่บุตรหลานของผู้สูงอายุต้องไปเรียนในโรงเรียนอื่นที่ห่างไกลออกไปด้วยเกรงกลัวความไม่ปลอดภัยจากเชื้อโรคและโรคติดต่อ ปัญหาอื่นๆ หรือ อาจรู้สึกด้อยทางสังคมหากต้องเรียนหนังสือร่วมกับแรงงานต่างด้าว สื่อนัยยะของการลดระดับทางสังคมเทียบเท่าคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างด้าว 5. ปัญหาการแย่งชิงทรัพยากรที่ดินของบุคคลในพื้นที่ด้วยการลักลอบเข้าไปครอบครองอย่างผิดกฎหมายกลายเป็นกรณีพิพาทระหว่างเจ้าของพื้นที่กับแรงงานต่างด้าว และทรัพยากรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง และ 6. ปัญหาการทิ้งขยะในชุมชนโดยหลีกเลี่ยงการเสียค่าบริการรายเดือนให้แก่เทศบาลตำบล ทำให้มีปริมาณขยะสะสมตกค้างเพิ่มขึ้นในชุมชน อันจะเป็นบ่อเกิดแหล่งเชื้อโรคต่างๆและปัญหามลภาวะสิ่งแวดล้อม

“ ะให้ มีกู๋หมู่บ้านเลยเป็นพม่า เยอะ มีกิ่งคอนโป้นเลยบ้าอู้ มานักล้าไป แล้วเขาเมีย แล้วหม่นอย มันบ่อมีเมืองทองนั้นหนา มันเอารองไปปัก บัดเดียวต้อนลุมวัด พม่าละ ตูเจ้าเรียกไป มันปักธงละ ตีของมันละ เนี่ยที่ชกกันเนี่ยมันมาเบ่ง เออ บัด แล้วก็ขี่รถป่าเป็นระเบียบเขาเดียวไปเรื่อย ขี่รถอะตัดหน้า ขี่รถอย่างงูอะเขาใช้เลี้ยวกะ ไปอะ บ่าอู้ชายอู้ชาขี่รถขี่ราไม่มีมารยาท เชนก่อกะเชงคือมันไม่รู้โงะเบียบอะ บ่มี ถ้าตา ละรถมัน มันกลัวเข้าคุกมากกว่า บางครั้งมันจะมาจนเฮานะ มันไม่สนละมันขี่ไปเรื่อย อยู่ไหนต้องระวัง วันนั้นก็ชน ฝนก็ตกครับ ชนเลย ยังไม่หายเลย ดูๆ มีมือตัวเองหัว จักรยานมา เขาจะเข้าขอขยครับ พม่าเจ้าหน้าที่เราก็ก๊ไปปกป้องเขาด้วย ขนาดมันบ ไขขั้บี่เป็นอย่างไร แต่มันขับรถได้ พอดมันก็ไปชนรั้ว รถมันพังเลย ระวังนะ มันไม่ก นำเข้ามาละ รับช่วงจากตรงนี้ แค้นมันตัดหน้ารถเฮานี้ละ มันได้ดบ้อละ เออ.. บ่ออ มันค่อยมานะ ตัดหน้า...”

“ ะให้ มีกู๋หมู่บ้านเลยเป็นพม่า เยอะ มีกิ่งคอนโป้นเลยบ้าอู้ มานักล้าไป แล้วเขาเมีย แล้วหม่นอย มันบ่อมีเมืองทองนั้นหนา มันเอารองไปปัก บัดเดียวต้อนลุมวัด พม่าละ ตูเจ้าเรียกไป มันปักธงละ ตีของมันละ เนี่ยที่ชกกันเนี่ยมันมาเบ่ง เออ บัด แล้วก็ขี่รถป่าเป็นระเบียบเขาเดียวไปเรื่อย ขี่รถอะตัดหน้า ขี่รถอย่างงูอะเขาใช้เลี้ยวกะ ไปอะ บ่าอู้ชายอู้ชาขี่รถขี่ราไม่มีมารยาท เชนก่อกะเชงคือมันไม่รู้โงะเบียบอะ บ่มี ถ้าตา ละรถมัน มันกลัวเข้าคุกมากกว่า บางครั้งมันจะมาจนเฮานะ มันไม่สนละมันขี่ไปเรื่อย อยู่ไหนต้องระวัง วันนั้นก็ชน ฝนก็ตกครับ ชนเลย ยังไม่หายเลย ดูๆ มีมือตัวเองหัว จักรยานมา เขาจะเข้าขอขยครับ พม่าเจ้าหน้าที่เราก็ก๊ไปปกป้องเขาด้วย ขนาดมันบ ไขขั้บขี่เป็นอย่างไร แต่มันขับรถได้ พอดมันก็ไปชนรั้ว รถมันพังเลย ระวังนะ มันไม่ก นำเข้ามาละ รับช่วงจากตรงนี้ แค้นมันตัดหน้ารถเฮานี้ละ มันได้ดบ้อละ เออ.. บ่ออ มันค่อยมานะ ตัดหน้า...”

มหาวิทยาลัยสุโขทัยและเทคโนโลยีในการศึกษาวิจัยในประเทศไทยได้รับการจัดอันดับที่ 5 ของโลก ที่พบว่า มีอัตรา

มหาวิทยาลัยสุโขทัยและเทคโนโลยีในการศึกษาวิจัยในประเทศไทยได้รับการจัดอันดับที่ 5 ของโลก ที่พบว่า มีอัตรา

และการมองเห็น ประสิทธิภาพทางการคิด การตัดสินใจ และความเชื่อเข้าในการเคลื่อนไหวร่างกาย ความเป็นไปได้เป็นเหตุให้มีความเสี่ยงจากการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

ด้วยผลจากปัญหาดังกล่าว ท่ามกลางการดำเนินชีวิตประจำวันโดยทั่วไป เมื่อผู้สูงอายุมีความประสงค์หรือมีความจำเป็นจะไปประกอบกิจกรรม และปฏิบัติกิจธุระส่วนบุคคลทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาด้านความปลอดภัยในการขี้นยานพาหนะต่างๆ และเผชิญปัญหากับการข้ามถนนด้วยความยากลำบาก ต้องรอคอยโอกาสที่คาดว่าจะปลอดภัย จึงจะสามารถข้ามผ่านพ้นไปได้ ยิ่งถ้าหากว่าถนนมีหลายช่องทางการจราจร หลายเส้นขนานกัน หรือเป็นช่วงเวลาชั่วโมงแห่งการทำงานทั้งขาไป และขากลับ นอกเหนือจากการใช้สัญจรของบุคคลทั่วไปแล้ว จะเป็นช่วงที่มีการขี้นขี้นยานพาหนะในการใช้ถนนมากกว่าปกติ โอกาสในการข้ามถนนก็จะล่าช้าลงกว่าเดิม เพื่อต้องการลดอันตรายที่จะเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม ตามพื้นที่หลายแห่ง ยังพบว่า ผู้สูงอายุจำนวนหลายรายได้รับบาดเจ็บอุบัติเหตุจากการใช้ถนน อาทิ ปวดเข่า ปวดกระดูก บาดเจ็บที่ไหล่ หรือไหล่ฉีก เป็นต้น และบางรายถึงแก่เสียชีวิต ดังนั้น คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจึงมีความสัมพันธ์กับปัญหาความปลอดภัยในการสัญจรและการใช้ถนนในสังคม

“ โห๊ะ ลำบาก บางครั้งเวลาไปไหนมาไหนผู้สูงอายุจะข้ามถนนนี้ลำบากอย่างวัดเนี้ยนะ จะเข้าไปในวัดไปทำบุญทำทาน จะต้องมีเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือ โบกธงโบกหยั้วเอี้ยะ ถ้าบ่อันนั้นอันตรายข้ามถนนยากฝั่งมันไปยากมันตึงลำบากรถนักจะข้ามถนนอยู่แสนยากคนเฒ่าข้ามบ่ค่อยได้เป็นส่วนมาก รถมันนักคนเฒ่าเขาบ่ค่อยไปไหน ทุ่มสองทุ่มก้อบ่อยากออกบ้านแล้วคนเฒ่า อย่างเวลาจะข้ามถนนเตื่อเนี้ยะ ก้ต้องรอแล้วรออีก รอผ่อซ้ายผ่อขวา กว่าจะได้ข้ามเนี้ยะนะ ถ้ามีสะพานลอยข้าดีเลย อย่างตางซูเปอร์เนี้ยะตนเฒ่าจะไปจะมามันก้ลำบากบางเตื่อถ้าจะข้ามถนนได้ก้ต้องรอเบ้นกึ่งชั่วโมง ถ้าสักประมาณ 4 - 5 โมงแม่จะข้ามบ่ได้ละ เพราะวารถมันนักมันอันตราย หน้ากาดนี้หลายศพละ มีปัญหาอยู่อะ (ไอ) โอแม่ตึงบ่ออกไปกั๊วรถมันนักบางเตื่อเกิดรถบ๊ิด เด็กมันขี้นบ่ค่อยระวัง เอารถเครื่องไปบ๊ิดคนเฒ่า มีหมู่ต๊ี่สัญจร หมู่ที่ต๊ี่นี้ก้อเมื่อแลงมากาด ตะวานนี้ก้อโดนไปรายหนึ่ง หน้าวัด คนเฒ่า จะข้ามมากาด 70 60 ปาย ตะวานี้ ”

3.2 ความคาดหวังของผู้สูงอายุที่มีต่อความต้องการยกระดับคุณภาพชีวิต

ภายหลังจากนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2552 ได้จัดสรรเงิน เบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปทุกคน จำนวน 500 บาท ต่อเดือน แต่เงินจำนวนนี้ยังมี ค่าทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่าเส้นมาตรฐานความยากจนของประเทศที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากร แม้กระนั้นผู้สูงอายุต่างได้รับประโยชน์จากจำนวนเงินดังกล่าวที่นำไปใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน แต่บางช่วงเวลาของการเบิกจ่ายงบประมาณเบี้ยยังชีพยังมีปัญหาในเรื่อง ระบบการรับเงินที่ไม่ต่อเนื่องทางองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องชะลอการเบิกจ่ายงบประมาณที่ได้รับ การจัดสรรเป็นรอบๆจากรัฐบาลซึ่งไม่อาจมั่นใจได้ว่าจะยังคงสามารถได้รับการจัดสรรตลอดไป หรือไม่ บางครั้งผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพขาดช่วง อาจสร้างผลกระทบในด้านการนำมาเป็น ค่าใช้จ่ายส่วนหนึ่งตามปกติ เพราะรายได้ขาด ต้องมีการปรับตัวใหม่ด้วยการพึ่งพาตนเอง และ ครอบครัวยากขึ้น ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุได้สะท้อนความคาดหวังที่ต้องการให้รัฐบาลเพิ่มเบี้ยยังชีพขึ้น ต่ำเป็นเงินจำนวน 1,000 ต่อเดือน เพราะเบี้ยยังชีพที่ได้รับในปัจจุบันไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ ทางเศรษฐกิจในยุคปัจจุบันที่มีอัตราสินค้า ค่าใช้จ่ายต่างๆเพิ่มขึ้นทุกส่วนทำให้มีมาตรฐาน คุณภาพชีวิตแบบลุ่มๆดอนๆ และคาดหวังจะได้รับเงินเบี้ยยังชีพจำนวนนี้ตลอดไป หากรัฐบาล สามารถจัดสรรได้ตามความประสงค์ ถึงแม้ว่าข้อเสนอนี้จะไม่ได้รับการตอบสนองจากรัฐบาลก็ ขอให้พิจารณาจัดสรรเงินเบี้ยยังชีพ จำนวน 500 บาท นี้สามารถเบิกจ่ายจวบจนสิ้นอายุขัยของผู้สูงอายุ

“ มันก็ดีขึ้น ได้เป็นขวัญกำลังใจของคนเฒ่าคนแก่บ้านเฮา ถ้ามีกิจกรรมอย่างนี้ตลอดไป ก่อขวัญ กำลังใจของคนเฒ่าคนแก่ก็จะดีขึ้นมาดึกๆ ถ้าได้รับการช่วยเหลือมันก็คุณภาพชีวิตเศรษฐกิจนี้ก็จะดีขึ้นอะ ถ้าทำเป็นกิจกรรมต่อเนื่องนี้จะดีหนา.. คนเฒ่าคนแก่มันก็จะได้ประสานงานได้รู้ได้จกกัน มียังปรึกษาหารือ กันได้ตลอด นี่มันบ่มีหยั่งเตื่อ เดวก่อหายแล็บไปเอี้ยๆมันบ่ต่อเนื่อง มันเหมือน ยาหอมแปะฮูดัง ดีพองเสีย พอง ลุ่มๆดอนๆหนะกะก่อแต่เรือ..หันใจผู้สูงอายุ ไม้ไผ่ลั้ง นี่ ล้มเมื่อใดบ่ฮู้ คนเฒ่าคนแก่นี้ฮู้ความจริงหนา บ่ฮู้ฮู้วอกหนา มันเป็นความจริง มาถามถูกคนเตอะมันจะเป็นอย่างอี่ทั้งนั้น ต่อไปอยากหื้อภาครัฐหื้อช่วยเหลือ ผู้สูงอายุเสมอต้นเสมอปลายมันบ่ต่อเนื่องมันขาด มันอย่างป่อว่านี่เอายาหอมมาแปะฮูดังแล้วก่อหนีไป อยากฮื้อช่วยเหลือเดวอะเรื่องเงินอะ ฮ่าๆๆ (หัวเราะ) ปัญหาบ่มีเงินเนี่ยกะเพิ่มๆเสนออยากให้เพิ่มเบี้ยยังชีพ เป็นปัน บำรุงชีวิต บันขอปัน 500 นี่บ่ปอ 500 ยังลู่ดัด ฮ่าๆๆ(หัวเราะ) หำร้อยนี้มันบ่ปอกุ้มหนาเบี้ยยังชีพมัน ใครน้อยไปน้อยมันน้อยมันบ่ปอมาตรฐานของชีวิตที่จะอยู่ได้ต้องวันละ 50 บาท บันก่อยังดีฮื้อได้ตลอดชีพฮู้ ถึงผมว่านะ เศรษฐกิจสมัยนี้ 1,000 มันยังน้อยไปยังก่อแพงอยากฮื้อรัฐบาลช่วยเหลือเหมือนกับต่างประเทศ

อารยประเทศดีเป็นเจริญแล้ว มีสวัสดิการอย่างต่างประเทศ เป็อนจ่วยเป็อน เป็นมีเบี้ยผู้สูงอายุ เป็นบ่ใจยะ
 กานละเป็นจะเอาเบี้ยของเป็นนั้นแล้ว อื้อ หยั่งดีเฮาหันนะ คนเฒ่าดีว่าอันต่างประเทศ ญี่ปุ่นกะ ฝรั่งเศสดีมา
 อยู่ตวยเฮาอะ เป็นมีเงินอะ มาอยู่มาบ้านเฮาอะ เดือนหนึ่งเป็นได้คิดถึงเงินไทย ต่างจากเฮาเนาะบ่มีเงินเนาะ
 เฮาเน่เงิน กินตังวันนี้เฮาก่อจ่วยตัวเอง กินตามฮั่วพ่อง หำร้อยบ่ปอ ถ้าลูกบ่ฮื้อนี้ไปแล้วไหนบ่าได้ ถ้าได้นี้ ให้อ...
 มีความซุก สืบอายุไปหมะหมินกะ เอ่อ 70-80 นี้ใครได้เป็น 100 ปูน "

ความต้องการให้ภาครัฐเป็นผู้จัดมีตลาดส่งออกอย่างเป็นทางการ (formal market) ในการ
 จำหน่ายผลิตภัณฑ์อาชีพ และภูมิปัญญาพื้นบ้านที่กลุ่มผู้สูงอายุส่วนหนึ่งในหลายพื้นที่รวมกลุ่ม
 กันผลิตขึ้นมา หลายประเภท อาทิ มะรุมแคปซูล ยาหม่องน้ำ น้ำยา EM ด้ายสายสิญจน์ ไข่เค็ม
 ตุง ข้าวกลิ้ง ดอกไม้จันทร์ เป็นต้น และ ความต้องการที่จะได้รับการส่งเสริมด้านงบประมาณใน
 การลงทุนสร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์อาชีพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีรายได้อย่างยั่งยืน คือ ความคาดหวังอัน
 สูงสุดที่ผู้สูงอายุมีความประสงค์จะให้หน่วยงานของภาครัฐที่เกี่ยวข้องได้ให้ความสำคัญต่อการ
 ประกอบอาชีพหลังวัยเกษียณอายุ และเร่งดำเนินการให้ความช่วยเหลืออย่างเป็นรูปธรรมในเรื่องนี้
 เท่าที่พบ ผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพแข็งแรงต้องการมีรายได้เพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน
 นอกเหนือจากการพึ่งพาเบี้ยยังชีพที่มีสถานการณ์ไม่มั่นคง และครอบครัว แสดงให้เห็นถึงความ
 ต้องการมีอิสระ มีคุณค่าในการหารายได้ด้วยตนเอง สร้างความภาคภูมิใจในชีวิต นอกจากนั้น
 การประกอบผลิตภัณฑ์อาชีพ ยังเป็นกิจกรรมในยามว่างที่ผู้สูงอายุแสดงออกให้เห็นถึงความมี
 คุณค่าต่อสังคม พร้อมยังได้รับประโยชน์จากการเข้ากลุ่ม ได้มีโอกาสสร้างสังคมเพื่อประกอบ
 กิจกรรมร่วมกัน รวมถึงคลายความเหงาในจิตใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จรินทร์พรณ เลรามัญ
 (2543) ที่ศึกษาการฝึกวิชาชีพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อมีรายได้ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่า
 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เห็นว่า ควรมีการจัดการด้านการตลาดและจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์หลังสำเร็จ
 การฝึกอบรม และควรมีการแนะนำให้มีการรวมตัวของผู้สูงอายุที่ผ่านการฝึกอบรมเพื่อจัดตั้ง
 ร้านค้า สหกรณ์ สำหรับจำหน่ายผลผลิตและร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องต่อไป

ในปัจจุบันสินค้า หรือ ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตขึ้นมาเหล่านี้ ยังคงมีจำนวนตกค้างจำหน่ายใน
 ชุมชนผู้สูงอายุหลายแห่ง ซึ่งมีการดำเนินการผลิตออกมาส่วนหนึ่งในปริมาณไม่มาก และจะ
 สามารถจำหน่ายได้เฉพาะในเขตชุมชนที่อาศัยอยู่ หรือนำไปจำหน่ายในวงแคบเล็กๆน้อยๆตาม
 กิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ หรืองานประเพณีในท้องถิ่นเท่านั้น ด้วยยังคงมีข้อจำกัดในเรื่อง
 งบประมาณในการลงทุน และสภาพร่างกายไม่เอื้ออำนวยที่จะทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถผลิต
 ขึ้นงานได้อย่างต่อเนื่อง เต็มรูปแบบ และ มีปริมาณที่มากเพียงพอกับความต้องการของตลาด
 ผลงานที่ผลิตออกมาส่วนหนึ่งได้กลายเป็นการสร้างปัญหาให้แก่ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถหาตลาดเพื่อ

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา

จากผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุล้านนาจังหวัดเชียงใหม่ที่ได้ดำเนินการศึกษาด้วยงานวิจัยเชิงปริมาณ และงานวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่กัน โดยมุ่งเน้นการอธิบายในเชิงคุณภาพเป็นหลัก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลโดยทั่วไปของผู้สูงอายุชาวล้านนา จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อวิเคราะห์ผลจากการได้รับสวัสดิการทางสังคมและการดำเนินงานจากหน่วยงานของภาครัฐ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ วัฒนธรรมประเพณี การเกื้อหนุนจากครอบครัว และพฤติกรรมสุขภาพ ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวล้านนา จังหวัดเชียงใหม่ และเพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค และความคาดหวังที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชาวล้านนา จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาประกอบด้วย 2 กลุ่มใหญ่ กล่าวคือ กลุ่มประธานชมรมผู้สูงอายุ ระดับอำเภอ ระดับตำบล ระดับหมู่บ้าน คณะกรรมการผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน 106 คน และกลุ่มผู้สูงอายุโดยทั่วไปที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 408 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 514 คน การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการการค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง การสนทนากลุ่ม และการใช้แบบสอบถาม ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา การจัดเตรียมข้อมูล (data preparation) การจำแนกแยกแยะข้อมูล (data identification) และการจัดกระทำข้อมูล (data manipulation)

1. สรุปผลการวิจัย และการอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย นำเสนอเป็น 2 ส่วนดังต่อไปนี้

1. **ผลงานวิจัยเชิงสำรวจ** พบว่า ข้อมูลโดยทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.2 มีอายุระหว่าง 60 -70 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.1 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 48.9 สำเร็จการศึกษาระดับสูงสุดชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 81.1 พักอาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 71.0 ได้รับการเกื้อหนุนจากครอบครัวระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือนจากเบี้ยยังชีพ จำนวน 500 บาท คิดเป็นร้อยละ 51.7 รายได้หลักมาจาก เบี้ยยังชีพ คิดเป็นร้อยละ 82.7 ซึ่งไม่เพียงพอต่อการ

ดำรงชีวิต คิดเป็นร้อยละ 59.5 มีโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 46.5 ประเมินสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 62.3 สถานื่อนามัยใกล้บ้านเป็นแหล่งที่เข้าถึงสถานบริการสุขภาพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.6 มีความพึงพอใจต่อนโยบายสวัสดิการด้านสุขภาพของรัฐ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 47.5 มีความพึงพอใจต่อหน่วยงานองค์กรที่ดูแลผู้สูงอายุ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 55.3 และมีความพึงพอใจต่อความก้าวหน้าทางการแพทย์ระดับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.5 วิธีการดูแลสุขภาพร่างกายโดยทั่วไป คือ การออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 79.8 มีการตรวจสุขภาพทุกปี คิดเป็นร้อยละ 64.0 ใช้สวัสดิการของรัฐ คิดเป็นร้อยละ 76.5 กิจกรรมทางสังคมที่สนใจเข้าร่วม คือ การไปวัด คิดเป็นร้อยละ 88.9 มีตำแหน่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 66.3 มีความพึงพอใจในวัฒนธรรมชุมชนและสิ่งแวดล้อมทางสังคมในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 54.3 มีการพึ่งพาผู้อื่นปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.1 มีการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น คิดเป็นร้อยละ 56.2 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 87.9 มีการแสดงบทบาทต่อสังคมระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70 ไม่เคยได้รับรางวัลทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 88.7 สาเหตุการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม คือ การคลายความเหงา คิดเป็นร้อยละ 61.7 ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมกับชุมชนและสังคม ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.5 มีความสุขต่อคุณภาพชีวิตในปัจจุบัน อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 67.9 กิจกรรมที่เลือกพักผ่อนส่วนใหญ่คือ นอนหลับ คิดเป็นร้อยละ 72.0 ได้รับการยกย่องและยอมรับจากคนในชุมชนและสังคม ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 69.5 อุปสรรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต คือ ไม่มีรายได้ หรือ รายได้น้อย คิดเป็นร้อยละ 77.8 การเข้าถึงสวัสดิการจากหน่วยงานภาครัฐมีระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 57.2 ข้อดีของสวัสดิการสังคมที่ได้รับประโยชน์ คือ การมีสุขภาพจิตสุขภาพกายดีขึ้น คิดเป็นร้อยละ 86.6 มีความต้องการให้เพิ่มเบี้ยยังชีพ คิดเป็นร้อยละ 90.6 จำนวนเงินเบี้ย ยังชีพที่ต้องการเพิ่มขึ้นต่อน้อย จำนวน 1,000 - 1,500 บาท คิดเป็นร้อยละ 96.8 จำนวนเงินที่ต้องการให้สนับสนุนกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 25,001-50,000 บาท ต่อปี คิดเป็นร้อยละ 50.7 และมีความคิดเห็นว่า ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุล้าหน้าอยู่ใน ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 76.9

2. ผลงานวิจัยเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ที่ได้จำแนกการนำเสนอในแต่ละประเด็นดังต่อไปนี้

2.1 คุณภาพชีวิตด้านการจัดสวัสดิการทางสังคมและการดำเนินงานจากหน่วยงานของภาครัฐ ที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุล้าหน้า หากอธิบายในมิติเชิงการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (social change) ปรากฏผลว่า มีการยกระดับคุณภาพชีวิตให้เกิดการ

รวมกลุ่มทางสังคม (social group) ของผู้สูงอายุในทุกระดับ เกิดการสร้างเครือข่ายทางสังคมกับองค์กร หรือหน่วยงานต่างๆ เชื่อมโยงประสานงานกันทุกส่วน ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีบทบาทใหม่ทางสังคม และมีการพัฒนาสังคมของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งแตกต่างจากวิถีชีวิตดั้งเดิมในอดีตที่ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตแบบเรียบง่าย ขาดความร่วมมือพึ่งพาอาศัยกันและกัน และมีการเก็บตัวอยู่บ้านมากกว่า การเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงมีน้อย ไม่เป็นรูปธรรม โดยจุดเปลี่ยนเริ่มต้นจากนโยบายในแผนพัฒนาประเทศเพื่อการเตรียมความพร้อมด้านสวัสดิการ การคุ้มครองผู้สูงอายุ มีหลักประกันสามารถพึ่งตนเองได้ และด้านอื่นๆ ในการรองรับแนวโน้มปัญหาผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และได้กำหนดบทบาทหน้าที่หน่วยงานรับผิดชอบในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ได้จัดสรรงบประมาณการดำเนินงาน และส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นพลังขับเคลื่อนทางสังคมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับที่ดียิ่งขึ้น ส่วนหนึ่งก็คือ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม ในแต่ละหมู่บ้าน ครอบคลุมพื้นที่ทั้งประเทศไทย ได้สร้างโอกาสให้เกิดการรวมกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการโดยมีการรวมสมาชิกเป็นกลุ่มย่อยที่มีจำนวนตั้งแต่หลักร้อย หรือ หลักพันคนขึ้นอยู่กับปริมาณผู้สูงอายุและความประสงค์สมัครใจเข้าร่วมเป็นสมาชิกในแต่ละหมู่บ้าน ส่วนใหญ่ต่างเข้าร่วมการเป็นสมาชิก บทบาทการรวมกลุ่มได้มีการขยายความสัมพันธ์และสร้างเครือข่ายการทำงานไปสู่ระดับตำบล ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับประเทศ ร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชน และเครือข่ายผู้สูงอายุส่วนอื่นๆ นับเป็นความสำเร็จของภาครัฐที่ได้กำหนดนโยบายและการดำเนินงานตามนโยบาย ถึงแม้การดำเนินงานจากหน่วยงานของภาครัฐจะถูกประเมินว่าต่างฝ่ายต่างดำเนินงานแบบแยกส่วนโดยที่ยังขาดองค์กรกลางเป็นศูนย์รวมการบริหารงาน ดังที่ ดร.ณิ ทายะดิ (2549) กล่าวว่า การดูแลผู้สูงอายุไทยที่กำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติมีความชัดเจน การกำหนดมาตรการชัดเจนแต่การนำไปสู่การปฏิบัติ ยังเป็นไปได้ยาก ทั้งนี้เพราะขาดความเชื่อมโยง และการประสานงานร่วมกัน ขาดองค์กรกลางที่จะเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ เชื่อมโยงแผนและโครงการให้สอดคล้องซึ่งกันและกัน ซึ่งจะช่วยให้การตรวจสอบและติดตาม ประเมินผลเป็นผลดียิ่งขึ้น ดังนั้น การจัดทำแผนปฏิบัติจึงเป็นลักษณะต่างฝ่ายต่างทำ บางกิจกรรมมีความซ้ำซ้อน

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานแบบแยกส่วนก็ยังสามารถจัดระบบกลไกการทำงานที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ตามเป้าประสงค์มากยิ่งขึ้น ผนวกเข้ากับการดำเนินงานของภาครัฐหลายหน่วยงานตามบทบาทหน้าที่โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือเทศบาลตำบลในหลายเขตพื้นที่ที่ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณหลักให้แก่ชมรมผู้สูงอายุในรอบปีงบประมาณ ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสังคมและคุณภาพชีวิต 3 ปี ผลักดันให้เกิด

การดำเนินงานของผู้สูงอายุในแต่ละระดับ และมีองค์กรอื่นๆ ที่ให้การสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานของผู้สูงอายุร่วมด้วย เป็นที่น่าสังเกตว่า บางพื้นที่ เทศบาลตำบลซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความใกล้ชิดกับชุมชนมีบทบาทต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบค่อนข้างน้อย โดยประเมินจากการที่ชมรมผู้สูงอายุแต่ละหมู่บ้านมิได้รับการจัดสรรงบประมาณในแต่ละรอบปีเพื่อให้เกิดการดำเนินการขับเคลื่อนกิจกรรมทางสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุแต่อย่างใด ขาดการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เข้ามามีบทบาทส่วนร่วมในการบริหารงานระดับภาคประชาชน ไม่เปิดโอกาสให้มีการสร้างความเข้าใจร่วมกันในลักษณะต่างๆ เช่น การชี้แจงเรื่องงบประมาณของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งการส่งเสริมการเขียนโครงการเพื่อของบประมาณในการจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา เป็นต้น และยังขาดความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างผู้บริหารกับกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุกลายเป็นสังคมปิด (closed social) เมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่นที่เป็นสังคมเปิด (opened social) เพราะได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในองค์กรรูปแบบเดียวกันอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนทุกกลุ่ม การขับเคลื่อนกิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุจึงมีความเป็นไปได้สูงที่จะเกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีในหลายด้าน สอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤตศิลป์ อินทชัย (2551) พบว่า ปัญหาอุปสรรคการแสดงบทบาทและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นของผู้สูงอายุที่สำคัญคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุในการร่วมกันพัฒนาท้องถิ่นโดยจะดำเนินการและจัดกิจกรรมเอง อีกทั้งไม่ได้มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารในเรื่องต่างๆ ดังนั้นควรจะมีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แสดงบทบาทเข้าไปมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นในด้านต่างๆ โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน นอกจากนั้น ยังต้องส่งเสริมให้เข้ามาร่วมแสดงความคิดเห็นในการวางแผน หรือ บริหารท้องถิ่นด้วย

และโดยตามหลักพื้นฐานธรรมชาติของพฤติกรรมมนุษย์ แท้จริงแล้ว มนุษย์ต้องอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีการพึ่งพาอาศัยให้ประโยชน์แก่กันและกัน มิเช่นนั้นแล้วจะไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ การอยู่ร่วมกับผู้อื่นไม่ว่าจะเป็นกลุ่มใหญ่ กลุ่มเล็ก คือ การอยู่ในสังคม ซึ่งลักษณะนี้มนุษย์จึงเป็นสัตว์สังคม (social animal) วิธีการอยู่ร่วมกันนั้นก็คือ การเรียนรู้โครงสร้างทางสังคมในด้านสังคมวิทยา จะประกอบไปด้วยส่วนต่างๆ เช่น สถาบัน ชนชั้น กลุ่มสังคม สถานภาพ บทบาท และบรรทัดฐานเป็นต้น (บรรเทิง พาพิจิตร 2547) เช่นนี้ การรวมกลุ่มทางสังคมจึงเกิดขึ้นได้ง่ายเนื่องจากมีลักษณะพื้นฐานร่วมกัน การรวมกลุ่มขนาดเล็ก ขยายไปในแต่ละระดับของผู้สูงอายุ ช่วยให้เกิดการบรรลุวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานตามทิศทางของกลุ่มอย่างชัดเจน มีกิจกรรมทางสังคมของกลุ่มอย่างต่อเนื่องโดยที่สมาชิกร่วมกันคิด กระทำร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความ

คิดเห็นเพื่อนำไปสู่บทสรุปร่วมกัน มีการวางแผนวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติติดต่อกันในกลุ่ม มีการกำหนดบทบาทและสถานภาพของสมาชิกในกลุ่ม เช่น ประธานผู้สูงอายุ รองประธาน คณะกรรมการผู้สูงอายุ ประชาสัมพันธ์ เลขานุการ ฯลฯ และสมาชิกมีความผูกพันในการกระทำร่วมกันทุกลักษณะ ดังเช่น งานวิจัยของ สายอรุณ บุญคำแสน (2548) พบว่า ชมรมผู้สูงอายุ มีคณะกรรมการที่เข้มแข็ง มีโครงสร้างการบริหารงานที่ชัดเจน มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และสมาชิกให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีความคิดริเริ่มกิจกรรมของชมรม และมีการระดมเงินทุนตั้งเป็นกองทุนเพื่อประโยชน์ของสมาชิก การรวมกลุ่มทางสังคมในรูปแบบชมรมผู้สูงอายุนี้ ก่อให้เกิดการปะทะสังสรรค์กันอย่างต่อเนื่องสร้างผลดีต่อความเป็นเอกภาพของกลุ่มผู้สูงอายุในการสร้างสรรค์ประโยชน์ทางสังคมแก่ผู้สูงอายุและยังช่วยสร้างเสริมความภาคภูมิใจในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

จากการดำเนินงานในแต่ละกลุ่มย่อย หรือ แต่ละระดับมิได้เป็นการทำงานในเชิงเดียวที่ต่างฝ่ายต่างกระทำ หากแต่ การรวมกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุได้มีพัฒนาการประสานการทำงานในทุกส่วนที่เกี่ยวข้องก่อให้เกิดการสร้างเครือข่ายทางสังคม (social network) ในรูปแบบเครือข่ายเชิงพื้นที่ (area network) เครือข่ายเชิงประเด็นกิจกรรม (issue network) เช่น เครือข่ายผู้สูงอายุ และเครือข่ายแบ่งตามโครงสร้างหน้าที่ (structure network) เช่น เครือข่ายภาคีรัฐ ภาคประชาชน ภาคธุรกิจเอกชน ฯลฯ เป็นระบบขยายวงกว้างซึ่งเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคม (pattern of social relationship) ของปัจเจกบุคคล ทั้งแบบทางการ และไม่เป็นทางการ ตามบทบาทหน้าที่ (individual) กลุ่ม (group) และองค์กร (organization) ผ่านรูปแบบของปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction) ในรูปแบบต่างๆ เช่น มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน กิจกรรมการสื่อสารภายในเครือข่าย ความร่วมมือ การพึ่งพาอาศัย (dependence) การมีปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน การแลกเปลี่ยน การเรียนรู้ การสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีโครงสร้างและรูปแบบที่หลากหลาย ตลอดจนมีเป้าหมายในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเชื่อมต่อกัน การสร้างเครือข่ายทางสังคมนี้มีพื้นฐานมาจากแนวคิดทฤษฎีการแลกเปลี่ยน (exchange theory) ที่อธิบายว่า เป็นการเชื่อมโยง (link) จุลภาคกับมหภาค ซึ่งเกี่ยวพันไปถึง โครงสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยน (exchange network structure) คือ ศูนย์กลางการเชื่อมโยงจุลภาคกับมหภาค ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงปัจเจกบุคคลให้กลายเป็นกลุ่มและพัฒนาสู่การเป็นหมู่คณะที่ใหญ่ขึ้น เช่น องค์กร หรือ พรรคการเมือง (Ritzer 2003) ในเครือข่ายสังคม จะประกอบไปด้วยบุคคลหรือ ตัวแสดง (actor) ที่มีความสัมพันธ์ (relation) ซึ่งกันและกันตามบทบาทหรือหน้าที่ของแต่ละคนหรือ คู่ความสัมพันธ์มีอยู่ ซึ่งแต่ละคนนั้นมิได้มีเพียงบทบาทเดียว หากแต่มีหลายบทบาทที่จะต้องแสดงต่อสังคมในชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในเครือข่ายสังคม เพราะบุคคลไม่เพียงแต่

ทำตามบทบาทหน้าที่ที่คาดหวังในสังคม หรือตามบรรทัดฐานที่ได้รับการถ่ายทอดมาเท่านั้น แต่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลยังขึ้นอยู่กับพื้นฐานของการรับรู้และการตัดสินใจในการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันระหว่างคู่ความสัมพันธ์ ทั้งด้านวัตถุ ด้านจิตใจ รวมถึงอำนาจและการพึ่งพา (power and dependence) ภายในเครือข่าย และ จากแนวคิด Boissevain (1974) อธิบายว่า ความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายแบ่งเป็น 4 ลักษณะ คือ ความสัมพันธ์เชิงซ้อน (multiplexity) หลายบทบาทหน้าที่ เช่น บุคคลคนเดียวทำหน้าที่ประธานชมรมผู้สูงอายุหมู่บ้าน และ เป็นคณะกรรมการผู้สูงอายุระดับตำบล เป็นต้น ความสัมพันธ์บนพื้นฐานของการแลกเปลี่ยน (transactional contact) ความสัมพันธ์ทางสังคมในลักษณะที่เท่าเทียมกันและไม่เท่าเทียมกัน (directional flow) และความถี่และระยะเวลาของความสัมพันธ์ (frequency and duration of relationship) นอกจากนั้น ต้องมีการใช้ชุมชนเป็นฐานในการพัฒนา ดังที่ ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์ (2543) สนับสนุนว่า แนวคิดชุมชนเป็นฐาน จากสาระสำคัญที่ว่า ชุมชนต้องเข้มแข็ง โดยการรวมตัวกันของประชาชน ผู้นำ องค์กรต่างๆ เพื่อพัฒนาศักยภาพและสร้างเครือข่าย การผสมผสานภูมิปัญญา การใช้ทรัพยากร สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี ข้อมูลข่าวสาร เพื่อสร้างความรู้อย่างต่อเนื่อง อันเป็นการสร้างโอกาสและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

ผลลัพธ์จากการรวมกลุ่มเป็นชมรมผู้สูงอายุ และการสร้างเครือข่ายทางสังคมทำให้สังคมของผู้สูงอายุล้านนาในยุคนี้เกิดการพัฒนาตนเอง พัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุมีการปรับตัวสู่บทบาทใหม่เพื่อการพัฒนาสังคมผู้สูงอายุ ดังที่ พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุศย์ (2538) กล่าวว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องสูญเสียบทบาทต่างๆ ตลอดจนสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก นอกจากนั้น ยังสูญเสียอำนาจทางเศรษฐกิจ และบทบาทสำคัญในสังคมจากการเกษียณอายุ และบุตรหลานอาจแยกตัวออกไปสร้างครอบครัวใหม่ตามวัฏจักรของครอบครัว บทบาทข้างหน้าครอบครัวก็หมดลงไปด้วย ถ้าบุคคลไม่สามารถหาบทบาทใหม่อันเป็นที่ยอมรับได้ ก็ต้องหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ เช่น ธรรมะ เพื่อให้จิตใจสงบและมีสติไตร่ตรองยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวัฏจักรได้ และ สายอรุณ บุญคำแสน (2548) แสดงให้เห็นว่า บทบาทใหม่คือ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ทั้งทักษะด้านสุขภาพ ทักษะด้านสังคม ทักษะการดำเนินชีวิต การแก้ปัญหาและการเผชิญต่อภาวะอารมณ์ และทักษะการทำงานเป็นทีม การมีบทบาททางสังคมดังกล่าวนี้ ช่วยพัฒนาสังคมในทิศทางบวก สร้างสรรค์ให้เกิดพลังทางสังคมที่เข้มแข็งขึ้น เป็นกำลังสำคัญในการมีบทบาทร่วมกับภาครัฐ ก่อให้เกิดความร่วมมือกันจากบุคคล ไปสู่ระดับที่สูง หรือสภานวณายงาน องค์กรต่างๆ ที่ช่วยส่งเสริมเสริมสร้างความสำเร็จและเป้าหมายของกลุ่มผู้สูงอายุและเครือข่ายที่มีต่อกัน สะท้อนให้เห็นถึงการที่ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือดูแลจากภาครัฐ ครอบครัว ชุมชน และองค์กร

เอกชนมากขึ้น ขณะเดียวกันเป็นการพึ่งพาทางสังคมระหว่างเครือข่ายทางสังคมร่วมด้วย และยังเป็นการแสดงออกให้เห็นถึงการที่ผู้สูงอายุเกิดการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมยุคได้ดีขึ้น วิวัฒนาการของโลกสมัยใหม่ได้ช่วยพัฒนาบุคลิกภาพของผู้สูงอายุหลายด้านทั้งแบบเปิดเผย มีความกล้าแสดงออก (extraverted) ชอบออกสังคม (sociable) มีชีวิตชีวา (lively) และมีบุคลิกภาพความเป็นผู้นำ (leadership) มีความสุขในชีวิตพร้อมที่จะพัฒนาสังคมผู้สูงอายุให้ก้าวหน้าต่อไปสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก

ส่วนผลจากการจัดสวัสดิการเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่มีความมั่นคงระดับหนึ่งจากหลักประกันในเรื่องรายได้เบี้ยยังชีพ จำนวน 500 บาทที่รัฐบาลให้การสนับสนุนผู้สูงอายุอย่างถ้วนหน้า ถึงแม้ว่าจะเป็นจำนวนเงินเพียงส่วนน้อย แต่สามารถสร้างความสุขทางด้านจิตใจได้ จากการศึกษาปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาหลักของผู้สูงอายุในทุกพื้นที่ การไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เป็นสาเหตุทำให้รายได้ลดน้อยลง อาจมีความพึงพอใจในชีวิตน้อยลง เพราะอาจต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น จากผลการวิจัยของ อารมณีย์ ปัญญาจุล (2551) ที่ศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุมีรายจ่ายที่ลดลง บุตรได้เข้ามาช่วยรับภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันทดแทนรายได้เดิมที่เคยมี หรือเคยทำงาน อาจเป็นการสร้างความสมดุลในสิ่งที่ขาดหายในชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ พร้อมๆกับการได้เบี้ยยังชีพมาช่วยเสริมชีวิตที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องปรับตัวตามสภาพความเป็นจริงทางสังคม ตามข้อเท็จจริงแล้ว การดำเนินชีวิตในช่วงบั้นปลายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไม่ได้ต้องการสิ่งหรูหรา ฟุ่มเฟือย หรือเพียบพร้อมไปด้วยวัตถุนิยมเสมอไป เพียงเพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงพื้นฐาน 3 ด้านในระดับที่พอเพียงเหมาะสม เท่านั้น หรือ มีผลกระทบน้อยที่สุด ดังที่ Masini (1975) กล่าวคือ ความต้องการมิติด้านกายภาพของมนุษย์ (man's biophysical area) จัดเป็นความต้องการในการอยู่รอด ปลอดภัย เช่น อาหาร บ้าน สุขภาพ เป็นต้น ความต้องการมิติจิตวิทยามนุษย์ (man's psychological area) ได้แก่ ความต้องการเกี่ยวกับตัวตน (needs for the ego) เช่น การนับถือตนเอง และได้รับจากผู้อื่น ความต้องการความเกี่ยวกับความสัมพันธ์ เช่น การมีส่วนร่วม การรวมเป็นกลุ่ม และ ความต้องการด้านจิตวิญญาณ (the spirit area) เช่น การทำบุญ เข้าร่วมพิธีกรรมทางศาสนา เป็นต้น เช่นนี้ ได้สร้างความสุขทางด้านร่างกายและจิตใจให้ยั่งยืนต่อไป ส่วนผลจากนโยบายด้านอื่นยังไม่เห็นผลเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน เช่น การส่งเสริมการออมในกลุ่มผู้สูงอายุเริ่มมีการดำเนินการในบางพื้นที่และภาครัฐยังมีบทบาทต่อการผลักดันให้มีการดำเนินการน้อย เป็นต้น

ผลจากการได้รับสวัสดิการด้านหลักประกันสุขภาพของผู้สูงอายุให้ความคุ้มครองในระยะยาว โดยการให้บริการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือบัตรทอง และการดำเนินงานด้าน

สาธารณสุขในนโยบายเชิงรุกเพื่อการป้องกัน การรักษา และการประคับประคองโรค นั้น ซึ่งเป็นสวัสดิการทางด้านสาธารณสุขที่ให้บริการแบบให้เปล่าได้สร้างให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดีขึ้น มีหลักประกันความมั่นใจในเรื่องการรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วย โดยที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น การจัดสวัสดิการส่วนนี้ได้สร้างความรู้สึกพึงพอใจให้แก่ผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ที่สามารถลดรายจ่ายส่วนนี้ลงไปได้ทั้งหมดที่กลับจะต้องมีภาระส่วนนี้มากขึ้นอันเนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกายที่มีมากตามลำดับ ตามที่ พิรลธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ (2542) ได้ศึกษาการประเมินนโยบายและแผนงานด้านสาธารณสุขของผู้สูงอายุ ส่วนงานกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ความสำเร็จของการสาธารณสุขในประเทศไทย มีผลทำให้อัตราการตายและอัตราการเกิดของประชากรลดลง ซึ่งส่งผลให้ทั้งจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว แต่ทุกคนยังมีอายุโดยเฉลี่ยยืนยาว หรือนานขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องมีการดูแลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพที่ดี ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและปัญหาทางด้านจิตใจ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดนโยบายที่จะให้บริการสุขภาพ หรือส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนและส่งเสริมให้มีบริการสุขภาพ ทั้งทางด้านรักษา และป้องกันแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโครงการให้บริการรักษาฟรีแก่ผู้สูงอายุซึ่งได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ถึงแม้จะมีปัญหาในระบบบางส่วนอยู่บ้าง แม้กระนั้น ผู้สูงอายุจึงได้รับโอกาสในการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

2.2 คุณภาพชีวิตด้านปัจจัยทางเศรษฐกิจ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับพอประคับประคองให้อยู่รอดได้เกี่ยวเนื่องจากปัญหาเป็นผู้ไม่มีรายได้ รายได้หลักต้องอาศัยจากสมาชิกครอบครัวเป็น ผู้รับภาระในการดูแล และสวัสดิการเบี้ยยังชีพ มีรายจ่ายเพื่อการทำบุญ ค่าสมาชิกฌาปนกิจสงเคราะห์ เป็นภาระที่สำคัญและจำเป็นในช่วงบั้นปลายของชีวิต และ ไร้ภาระในการผ่อนชำระหนี้สินใดๆทั้งสิ้น นอกจากนั้น มีการบริโภคอาหารน้อยลง ปรับตามวิถีพืชผักพื้นบ้าน ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายด้านอาหารลดลงส่วนหนึ่ง แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลำบากในด้านเศรษฐกิจ ยังอยู่ในระดับไม่เพียงพอแก่การดำรงชีวิต ที่จะสามารถใช้จ่ายได้ตามสภาพคล่องอย่างที่ควรจะเป็น เนื่องจากต้องพึ่งพาภาระจากการทำงานที่มีรายได้หลักในภาคการเกษตรเป็นส่วนใหญ่ ค่าใช้จ่ายโดยทั่วไปในปัจจุบันต้องพึ่งพาอาศัยบุตรหลาน หรือ ขึ้นอยู่กับสมาชิกภายในครอบครัวที่จะให้การเกื้อหนุนมากนักน้อยเพียงใด สอดคล้องกับผลงานวิจัยหลายชิ้น อาทิเช่น งานวิจัยของ อภรณ์ ปัญญาจุล (2551) พบว่า อาชีพหลักของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ก่อนเกษียณ คือ อาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 64.75 ของประชากรทำงานทั้งหมด ภายหลังเข้าสู่วัยผู้สูงอายุแล้วส่วนใหญ่มีรายได้หลักจากบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.25 ผู้สูงอายุมีรายจ่ายที่ลดลง บุตรได้เข้ามารับภาระค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ปัญหา

สำคัญหลังเข้าสู่วัยเกษียณ คือ ปัญหาด้านการเงิน คิดเป็นร้อยละ 63.50 ในขณะที่ ศศิพรรณ ักญะสิงห์ (2547) ศึกษารูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า มีรายได้บุคคลต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท หรือ ต่ำกว่า มีแหล่งรายได้ประจำมาจากบุตรหลาน และงานวิจัยของ ศิราณี บันคำ (2543) ชี้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเงินอยู่ในระดับไม่ดีถึงระดับปานกลาง ส่วน รุ่งโรจน์ วงศ์โย (2547) ที่ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกับเด็กในชุมชนภาคเหนือ พบว่าปัญหาที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุมีความเครียดและวิตกกังวล เรื่อง การเงิน

งานวิจัยอื่น อาทิเช่น พิทักษณา สุภานุสร (2546) วิจัยเรื่อง กลไกทางวัฒนธรรมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุของชุมชนชนบท ชี้ว่า ผู้สูงอายุ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ที่เกิดจากไม่มีรายได้หรือรายได้ที่ได้รับจากลูกหลานเป็นครั้งคราว ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต บางคนต้องทำงานรับจ้างเล็กน้อยเพื่อหารายได้ อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่น่าสนใจที่ศึกษา จะเป็นผู้ที่มิได้ประกอบอาชีพใดๆ เนื่องจากปัจจัยทางข้อจำกัดด้านร่างกายไม่เอื้อต่อการทำงานเหมือนเดิมในอดีต และมีความคาดหวังว่าเป็นหน้าที่ของบุตรหลานที่ต้องตอบแทนบุญคุณในช่วงบั้นปลายชีวิต ดังนั้น จึงมีการดำเนินชีวิตแบบเศรษฐกิจพอเพียง ใช้ชีวิตแบบประมาณที่จะปรับตัวเพื่อการดำรงชีพ ดังที่ งานวิจัยของ รสพร หม้อศรีใจ (2544) ศึกษาการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท พบว่า การได้รับเงินจากบุตรเป็นครั้งคราว ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ได้ และ ใช้เวลาว่างอยู่บ้าน พบปะรวมกลุ่มกับผู้สูงอายุในชุมชนในบางครั้ง บางครา หรือประกอบกิจกรรมทางสังคมของหมู่บ้าน แต่ยังพบว่า มีส่วนน้อยที่ยังคงประกอบอาชีพอยู่บ้างด้วยหลายเหตุผลของการไม่มีบุตรเกื้อหนุน ต้องการเพิ่มคุณค่าให้แก่ตนเอง อาชีพเสริมยามว่าง ได้แก่ การร้อยดอกมะลิ การขายผลผลิตทางการเกษตร การทำไร่ทำสวน เป็นต้น หรือ มีการรวมกลุ่มของชมรมผู้สูงอายุเพื่อประกอบกิจกรรมผลิตภัณฑ์อาชีพจำหน่าย

ถึงแม้ว่า ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจจะมีส่วนทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงเกี่ยวข้องโดยตรงกับการที่ ผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน (poverty line) อันเป็นเกณฑ์มาตรฐานการดำรงชีพขั้นต่ำที่คำนวณจากเกณฑ์มาตรฐานความต้องการบริโภคอาหาร และสินค้าจำเป็นขั้นต่ำอันเพียงพอต่อการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล (ภาณุเบศร์ มหาเรื่อนขวัญ 2553) ความยากจนเป็นเรื่องของปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่สำคัญประการหนึ่ง ดังที่ แนวคิดของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2550) ระบุว่า ปัญหาความยากจนของคนไทยนั้นได้เกิดขึ้นมานาน และ เป็นปัญหาที่รัฐบาลทุกสมัยให้ความสนใจที่จะแก้ไข หรือ บำบัดให้พ้นไป แต่จนกระทั่งปัจจุบันไม่สามารถแก้ไขปัญหานี้ให้หมดไปได้ ผู้ที่ประสบปัญหาความยากจนมักจะมีผลกระทบอื่นๆตามมา เช่น การเจ็บป่วย และการขาดแคลนในทุกๆด้าน ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ปัญหาความยากจนก็ยิ่งส่งผลกระทบรุนแรงต่อการดำเนินชีวิต การตกอยู่ในสภาวะยากไร้

ขาดแคลนทรัพย์สิน และเงินทองที่จะเป็นหลักประกันยามชราภาพ จึงเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุตกอยู่ในสถานะที่ยากลำบาก รัฐไม่มีโครงการในระดับประเทศเพื่อให้ความเกื้อหนุน ผู้สูงอายุที่ยังคงมีความสามารถและประกอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจได้ต่อไปทั้งที่ผู้สูงอายุเหล่านี้สามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ให้แก่ผู้อื่นได้ โดยส่วนมากเป็นผู้ยากจนโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทซึ่งไม่สามารถประกอบอาชีพและดูแลตนเองได้ เพราะอายุมากและมีปัญหาสุขภาพ เช่นนั้น รัฐควรมีโครงการต่างๆ เพื่ออบรมให้ผู้สูงอายุมีความชำนาญ และทักษะในการประกอบอาชีพ สอดคล้องกับแนวคิดของ ศรีเมือง พลัณฑุ์ (2550) ที่กล่าวว่า รัฐบาลควรมีมาตรการเรื่องการเงินสำหรับผู้สูงอายุ โดยการหักภาษีผู้มีรายได้แล้วจ่ายเงินเมื่อเป็นผู้สูงอายุ อีกทั้งการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุ โดยในระยะแรกรัฐบาลควรเป็นผู้ดำเนินการ ควรสมทบร่วมด้วย อีกทั้งรัฐบาลควรส่งเสริมหรือจูงใจให้ประชาชนมีการออม และการส่งเสริมอาชีพโดยรัฐบาลควรเป็นผู้ฝึกอาชีพ และหาตลาด ให้การแก้ไขความยากจนโดยการจัดหาที่ดินทำกินให้แก่ผู้มีรายได้น้อย ส่งเสริมอาชีพ ส่งเสริมงบประมาณสร้างงานสร้างอาชีพยังมีน้อย ส่งเสริมการออม และสร้างระบบประกันความชราที่มั่นคง ถ้าสามารถดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมก็จะสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตให้ผ่านพ้นปัญหาทางด้านเศรษฐกิจให้เบาบางลงได้และสร้างความอยู่ดีมีสุขในชีวิตเพิ่มขึ้น

ค่าใช้จ่ายประจำ 2 รายการส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุจะต้องแบ่งไปเพื่อการทำบุญการกุศลโดยมีการบริจาคเงินขั้นต่ำ จำนวน 20 บาท เพียงเล็กน้อยๆตามศักยภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พัทธกษณา สุภานุสร (2546) ที่พบว่า ผู้สูงอายุต้องการมีเงินใช้ เพื่อการทำบุญ และค่าสมาชิกมาปณิกศพที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นสมาชิก ทั้ง 2 รายการนี้ เป็นรายจ่ายที่เกิดจากความเต็มใจ เปี่ยมด้วยความสุขใจ และเป็นการวางแผนการป้องกันค่าใช้จ่ายที่จะตามมาภายหลังจากการเสียชีวิตของตนเพื่อเป็นหลักประกันเรื่องรายได้โดยที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวน้อย ส่วนเรื่องการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการบริโภคอาหารในสัดส่วนที่น้อยลง ใช้พลังงานน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับวัยหนุ่มสาว หรือวัยผู้ใหญ่ สาเหตุเพราะระบบการย่อยอาหารและลำไส้เปลี่ยนแปลง ดังที่ เต็มศักดิ์ คพวนิช (2546) อธิบายว่า ระบบย่อยอาหาร และระบบขับถ่ายทำงานได้ไม่เต็มที่ ทำให้ท้องอืดเฟ้อ เกิดลมในกระเพาะอาหาร หรือท้องผูกได้ ประกอบกับต้องการหลีกเลี่ยงอาหารที่เสี่ยงต่อโรคต่างๆตามคำแนะนำของแพทย์ การบริโภคอาหารในแต่ละมื้อ จึงมักมีความสัมพันธ์กับลักษณะอาหารพื้นเมืองของวัฒนธรรมทางภาคเหนือซึ่งเป็นรสนิยมที่ถูกใจเป็นส่วนใหญ่ที่มีส่วนประกอบจำพวก

พืชผักในท้องถิ่นที่สามารถหาซื้อได้ง่าย ราคาค่อนข้างถูก และส่วนใหญ่แต่ละบ้านจะมีการปลูกไว้ภายในบริเวณบ้าน นอกจากนั้น สังคมล้านนายังเป็นสังคมที่เกื้อกูลกัน สามารถที่จะแบ่งปันได้ตามอัธยาศัย สิ่งเหล่านี้สามารถทำให้ผู้สูงอายุประหยัดค่าใช้จ่ายไปได้ค่อนข้างมาก สำหรับการผ่อนชำระหนี้สินได้นั้น เป็นหน้าที่ของบุตรที่ต้องรับผิดชอบมากกว่า เพราะผู้สูงอายุไม่มีกำลังทรัพย์เพียงพอที่จะผ่อนชำระดังกล่าว อาจกล่าวได้ว่า เป็นการผ่อนชีวิตที่เหลืออยู่ให้ผ่านพ้นไป

2.3 คุณภาพชีวิตด้านวัฒนธรรมประเพณี พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่ได้แสดงบทบาทเป็นผู้นำทางด้านวัฒนธรรมประเพณีในชุมชนและเป็นต้นแบบในการอนุรักษ์มรดกทางสังคมให้สืบทอดต่อไป วัฒนธรรมประเพณีทำให้เกิดการรวมกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุอย่างไม่เป็นทางการเพื่อทำหน้าที่อนุรักษ์และสืบสานวัฒนธรรมประเพณีต่อสังคม และสร้างภาคภูมิใจและให้คุณค่าทางจิตใจเป็นแก่ผู้สูงอายุอย่างยิ่ง หากมองย้อนกลับไปทบทวนประวัติศาสตร์ล้านนา ชนกลุ่มล้านนาได้รวมตัวกันจนเกิดความสัมพันธ์อย่างกลมเกลียวในทุกด้าน เช่น ด้านการเมือง เชื้อชาติ ศาสนา ประเพณี และศิลปวัฒนธรรมโดยมีเมืองเชียงใหม่เป็นศูนย์กลางการปกครอง มีความเจริญรุ่งเรืองมากในศตวรรษที่ 20 และ 21 ประวัติศาสตร์อันยาวนานของล้านนาก็ได้หล่อหลอมให้ผู้คนที่นี่อาศัยอยู่มีแบบแผนทางศิลปวัฒนธรรม ประเพณีต่างๆจนกลายเป็นลักษณะของตนเองอย่างเห็นได้ชัด เช่นเดียวกับภาคอื่นของไทย (สีมา อนุรักษ์ และ ประชิด สกฤษณ์พัฒน์ 2551) โดยเฉพาะวัฒนธรรมที่ไม่ใช่วัตถุ (non-material culture) คือ ส่วนที่จับต้องไม่ได้ แต่มีอิทธิพลต่อชีวิตมนุษย์มาก เป็นวัฒนธรรมประเภทควบคุมทางสังคม ช่วยให้เกิดระเบียบทางสังคมอย่างเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ ในที่นี้ขอกล่าวถึงวัฒนธรรมเฉพาะส่วนศาสนา ความเชื่อทางสังคม ประเพณี และพิธีกรรมต่างๆ ที่พบว่า มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมากที่สุด และแต่ละส่วนมีความสัมพันธ์กันไม่สามารถจำแนกออกจากกันได้ อนึ่งวัฒนธรรมประเพณีล้านนาในปัจจุบันเป็นสมบัติของบุคคลจำนวนมากในสังคมเชียงใหม่ที่ถึงแม้ว่าสมาชิกของสังคมแบ่งออกเป็นหลายพวก (heterogeneous society) เนื่องจากมีบุคคลต่างถิ่นเข้ามาอาศัยเป็นจำนวนมาก แต่แบบแผนวัฒนธรรมประเพณีหลายอย่างยังคงดำรงอยู่ถ่ายทอดสู่สังคมอย่างเด่นชัด

งามพิศ สัตย์สรวง (2543) แสดงทัศนะว่า วัฒนธรรมเป็นมรดกทางสังคม ที่เกิดจากการเรียนรู้ จะถูกถ่ายทอดจากคนในชั่วชีวิตหนึ่งไปยังคนในอีกรุ่นหนึ่ง การถ่ายทอดอาจทำได้หลายลักษณะ เช่น การพูด การเขียน และการกระทำ เป็นต้น ซึ่งบุคคลที่ทำหน้าที่สำคัญในการถ่ายทอดความรู้วัฒนธรรมเหล่านี้ในสังคม คือ กลุ่มผู้สูงอายุล้านนา โดยกระบวนการขัดเกลาทางสังคม (socialization) ด้วยการเป็นตัวแบบทางสังคม (social model) หรือ วิธีอื่นๆ อันเกิดจากผลของการเรียนรู้สะสมที่ผ่านมาในอดีตของผู้สูงอายุที่ได้รับถ่ายทอดมาจากบุคคลรุ่นบรรพบุรุษ และเป็นวิถีชีวิตของบุคคลที่ดำเนินรอยตามแบบแผนทางพฤติกรรมดั้งเดิมที่เคยปฏิบัติสืบต่อกันมาที่จะเป็นเครื่องกำหนดกรอบทางความคิดและพฤติกรรมในการแสดงออกต่อวัฒนธรรมประเพณีนั้นๆ ในชุมชนหนึ่งๆ พบว่า กิจกรรมที่แสดงออกถึงวัฒนธรรมประเพณีล้านนามีการจัดขึ้นโดยตลอดทั้งปี และจะเห็นได้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุจะมีการรวมกลุ่มทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ (informal social group) ด้วยการแสดงบทบาทหน้าที่เป็นผู้นำวัฒนธรรมประเพณี พิธีกรรมทางศาสนา ถ่ายทอดความเชื่อทางสังคมต่างๆ ให้รุ่นหลังได้เกิดการเรียนรู้ธรรมเนียมที่เคยปฏิบัติสืบต่อกันมาว่าเป็นอย่างไร และกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มแรกที่ต้องมีการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับงานประเพณีอย่างเคร่งครัด ตามจำนวนชนิด หรือประเภทที่ต้องการใช้เพื่อประกอบพิธีกรรมทางศาสนา อาทิ การทำสวด การทำสวดดอก (กรวยดอกไม้) ฯลฯ ส่วนบุคคลกลุ่มอื่นจะทำหน้าที่ทางสังคมในลักษณะอื่น อาทิ กลุ่มแม่บ้านสตรีจะทำหน้าที่เป็นผู้ประกอบอาหารให้แก่ผู้ที่มาร่วมงานพิธี กลุ่มวัยผู้ใหญ่เพศชาย จะเป็นฝ่ายจัดเตรียมสถานที่ เป็นต้น เช่นนี้เป็นนัยยะของการแบ่งหน้าที่ทางสังคม (social functions) ที่สามารถพบได้โดยทั่วไป เมื่อต้องมีการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมประเพณีต่างๆ วิเคราะห์ว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีทางด้านสังคมที่ได้รับการยกย่องนับถือให้มีบทบาทการเป็นผู้นำที่ทางด้านวัฒนธรรมประเพณีมากกว่ากลุ่มวัยอื่นไม่ว่าจะผ่านไปกี่ยุคสมัยใดก็ตาม ดังที่ มะลิวัลย์ นุชบงค์ (2544) พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นชนชั้นกลางระดับล่างจะมีบทบาทด้านประเพณีและวัฒนธรรมมากกว่าผู้สูงอายุชนชั้นกลางระดับบนสอดคล้องกับงานวิจัยของ พิทักษ์ณา สุภานุสร (2546) พบว่า กลไกทางวัฒนธรรมด้านหลักธรรมะในพุทธศาสนา ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ความเป็นผู้นำทางพิธีกรรมและผู้นำทางจิตวิญญาณ และ สมหมาย เปรมจิตต์, ชัยชนะ ปิ่นเงิน, และศรีเลา เกษพรหม (2550) วิจัยเรื่องครอบครัวสบายสไบล้านนา : วิถีชีวิตและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงวัยในชนบทยังคงยึดมั่นกับวิถีชีวิตตามอย่างบรรพบุรุษของตนเป็นส่วนมาก ผู้สูงอายุที่สนใจช่วยกิจกรรมต่างๆ ของวัด และออกกำลังพอประมาณทุกวัน มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีกว่าผู้ที่อยู่กับบ้านผู้สูงอายุส่วนมากในชนบทใช้เวลาว่างอยู่ที่วัดประจำชุมชน ซึ่งเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุมาร่วมในพิธีทำบุญและ

งานประเพณีต่าง ๆ ดังนั้นผู้สูงอายุประเภทนี้จึงอยู่อย่างมีความสุข และมีสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ค่อยเข้าร่วมในการทำบุญดังกล่าว

งานวิจัยต่างประเทศหลายชิ้นได้ยืนยันความสัมพันธ์ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับวัฒนธรรมทางศาสนา อาทิ จากข้อค้นพบของ Idler, McLaughlin, and Kasl (2009) วิจัยเรื่องศาสนา กับคุณภาพชีวิตในช่วงบั้นปลายของชีวิต พบว่า ศาสนามีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุปรากฏอย่างคงที่ไปจนกระทั่งช่วงสุดท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุที่มีความผูกพันกับศาสนาอย่างเหนียวแน่นมีความปรารถนาจะพบเพื่อน และมีสุขภาพที่ดีขึ้น มีความซึมเศร้าน้อยลง ผู้สูงอายุรับรู้ถึงความเข้มแข็งและเกิดประโยชน์สุข มีความตระหนักถึงความเจ็บป่วยน้อยกว่า โดยส่วนใหญ่ผู้ที่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอจะมีการพบปะสังสรรค์ ก่อให้เกิดการปรับตัวเรื่องภาวะสุขภาพตามมาซึ่งมีนัยสำคัญถึงปฏิสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องนี้ คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุในช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นประสบการณ์เชิงบวกที่เกี่ยวข้องกับศาสนาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติแห่งห้วงความคิด ส่วน Lowis, Edwards, and Burton (2009) วิเคราะห์เรื่องการจัดการกับการเกษียณ : ความผาสุก สุขภาพ และศาสนา ผู้สูงอายุได้ชี้ในบทบาทของศาสนา และจิตวิญญาณที่มีความน่าสนใจโดยเฉพาะที่สัมพันธ์กับสุขภาพ และการเป็นผู้เกษียณอายุที่กระฉับกระเฉง เน้นถึงความสำคัญของศาสนาซึ่งเป็นการจัดการที่อาจจะมีความสอดคล้องกับบุคคลในแง่ของอายุ และงานวิจัยของ Anonymous (2006) นำเสนอประเด็นเรื่อง ศาสนา จิตวิญญาณ และผู้สูงอายุ : มุมมองในมิติทางสังคม งานวิจัยชี้ว่า ศาสนา และจิตวิญญาณสามารถช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มองโลกในเชิงบวกและยังพิจารณาว่า ทั้งสองส่วนสามารถส่งผลต่อการฝึกปฏิบัติตนเองของผู้สูงอายุ ความคิดในเชิงบวกได้ส่งผลที่ได้รวมเอาศาสนาและ จิตวิญญาณในชีวิตของผู้สูงอายุทำให้มีความผาสุกในด้านร่างกายและจิตใจ ได้ช่วยสนับสนุนการมีคุณภาพชีวิตสงบสุข นอกจากนั้น Hsieh (2005) แสดงผลวิจัยเรื่อง อายุ และมิติใหญ่ที่สำคัญของชีวิต บนพื้นฐานคุณภาพชีวิต ที่รวมกระบวนการเปรียบเทียบมิติต่างๆ พบว่า มีสิ่งที่สำคัญที่สุดตามลำดับ คือ สุขภาพ ชีวิตครอบครัว ศาสนา มิตรภาพ สภาวะทางเศรษฐกิจ ช่วงเวลาว่างเพื่อนบ้าน และ การทำงาน ฉะนั้น กล่าวโดยสรุปว่า ภาวะสำคัญในช่วงบั้นปลายของชีวิตของผู้สูงอายุที่ต้องกระทำ คือ การทำหน้าที่บทบาทสำคัญในการสืบทอดมรดกทางวัฒนธรรมประเพณี

ให้ตกทอดแก่รุ่นหลังๆ นับว่าได้สร้างความภาคภูมิใจ และมีความสุข สุขกาย ได้เข้าร่วมกลุ่มทางสังคมกับบุคคลวัยเดียวกันแลกเปลี่ยนสารทุกข์สุกดิบแก่กัน โดยมีวัฒนธรรมประเพณีเป็นสื่อกลางให้ได้รับประโยชน์หลายส่วน แต่จุดประสงค์หลักคือ การที่ผู้สูงอายุได้ทำหน้าที่ดังกล่าวอย่างสมบูรณ์ก่อนที่จะหมดวาระหน้าที่สำคัญสืบต่อไป

2.4 คุณภาพชีวิตด้านความเกื้อหนุนจากครอบครัว พบว่า ลักษณะของวัฒนธรรมครอบครัวล้านนามีค่านิยมที่ดีในการแสดงความกตัญญูแก่บิดามารดา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่อบอุ่นมั่นคง ส่วนใหญ่ครอบครัวมีส่วนเกื้อหนุนด้านต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุในระดับปานกลาง และระบบเครือญาติและเพื่อนบ้านในชุมชนให้การเกื้อหนุนทางสังคมทดแทนระบบครอบครัวเมื่อผู้สูงอายุต้องอยู่ห่างไกลจากสมาชิกครอบครัว หรือพักอาศัยตามลำพัง จากการวิจัยนี้กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว มีเพียงจำนวนผู้สูงอายุส่วนน้อยที่พักอาศัยอยู่ตามลำพัง ด้วยสาเหตุต่างๆ เช่น คู่สมรสเสียชีวิต บุตรแยกไปสร้างครอบครัวใหม่ หรือมีสถานภาพชีวิตโสด เป็นต้น ต่างสะท้อนว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีในประเด็นวัฒนธรรมครอบครัวเหนือ (north family culture) ที่ส่วนใหญ่บุตรหลานชาวเหนือจะมีลักษณะเด่นในเรื่องการมีค่านิยมความกตัญญูต่อบุพการีผู้สูงอายุ โดยบุตรหลานให้ความเคารพรัก การเอาใจใส่ ไม่ทอดทิ้ง โดยปราศจากการเหลียวแล ละเลย ให้ใช้ชีวิตอยู่ตามลำพัง หรือ นำไปส่งสถานสงเคราะห์ บุตรจะทำหน้าที่เป็นผู้รับอุปการะเกื้อหนุนในด้านต่างๆ ภายในครอบครัวตามกำลังฐานะทางเศรษฐกิจ อาทิ ค่าใช้จ่ายการบริโภคอาหาร สนับสนุนรายจ่ายเพื่อการทำบุญ การดูแลสุขภาพและความเจ็บป่วย การพาไปพบแพทย์ หรือ สถานพยาบาล การอำนวยความสะดวกในการเดินทาง เป็นต้น ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในความรักความผูกพันที่มีต่อครอบครัวเป็นอย่างมาก ประเมินว่าได้อาศัยอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น ในมโนสำนึกแล้วครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ เป็นที่พึ่งพาแห่งแรก และแห่งสุดท้ายที่ผู้สูงอายุจะระลึกถึงเป็นลำดับแรก ถึงแม้ว่า การอยู่ร่วมกันในครอบครัวจะมีเรื่องที่ต้องกระทบกระทั่งกันจิตใจผู้สูงอายุบ้างในบางครั้ง นับเป็นเรื่องปกติที่ผู้สูงอายุสามารถที่จะปรับใจยอมรับได้

บทบาทของครอบครัวมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิต ดังที่ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2544) กล่าวว่าในประเด็นแนวคิดพื้นฐานครอบครัวว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่ใกล้ชิดตัวและมีความสัมพันธ์ยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ การได้รับการเกื้อหนุนดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัวยังคงมีบทบาท อีกทั้งสภาพแวดล้อมในบ้านดี จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ส่วน ศรีเรือน แก้วกังวาล (2540) เสนอแนะแนวคิดที่ว่า สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรหลาน จะต้องปรับตัวให้เข้ากันได้กับชีวิตของบุตรหลาน โดยอาจต้องลดบทบาทในครอบครัวของตนลง และ

เปลี่ยนลักษณะความสัมพันธ์ของตนกับบุตรที่โตเป็นผู้ใหญ่ เขย สะใภ้ ผู้สูงอายุในครอบครัวมักต้องใช้ชีวิตร่วมกับลูกๆหลานๆ ซึ่งมีอายุน้อยกว่าตน ในระยะวัยผู้ใหญ่ตอนต้นบทบาทครอบครัวคือ พ่อบ้าน แม่เรือน หัวหน้าครอบครัว ผู้ให้ความดูแลคุ้มครองและเจือจุนผู้อื่น ระยะวัยกลางคนอาจเปลี่ยนฐานะเป็นที่ปรึกษาของบุตร และบุตรเริ่มสนใจช่วยเหลือเกื้อกูลบ้างตามกำลังถึงระยะนี้บทบาทในฐานะ หัวหน้า หรือ ผู้นำในครอบครัว อาจมีบุตรทำหน้าที่แทนและอาจต้องเปลี่ยนสภาพจากผู้ใหญ่ที่เคยให้ผู้อื่นพึ่งพิงมาเป็นผู้พึ่งพิงผู้อื่น ครอบครัวควรช่วยเหลือเกื้อกูลผู้สูงอายุให้มีชีวิตที่มีความสุขตามสมควร เป็นต้นว่า พยายามให้รู้สึกว่ามีประโยชน์และยังเป็นที่ต้องการ ให้ความนับถือ ไม่เหยียบย่ำดูหมิ่นดูแคลน ฝ่ายผู้สูงอายุก็ต้องพยายามทำตนให้ลูกหลานยกย่องด้วย ให้ความอนุเคราะห์แก่ผู้สูงอายุที่เป็นรูปธรรม เช่น เงินบำนาญของขั้ว การช่วยเหลือยามเจ็บไข้ และให้ความเพลิดเพลินแก่ผู้สูงอายุ เช่น งานอดิเรก การท่องเที่ยว ดนตรี ฯลฯ สอดคล้องกับ งานวิจัยของ ศรีเมือง พลึงฤทธิ์ (2550) ที่พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้มากสำหรับการให้การเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุ ลูกหลานต้องมีจิตสำนึก มีความกตัญญูให้การเกื้อหนุนและช่วยเหลือ ดูแล รุนพ่อแม่ต้องอบรมสั่งสอนปลูกฝังให้ลูกหลานรู้จักกตัญญู ทดแทนบุญคุณ และรุนพ่อรุนแม่ควรเป็นตัวอย่างที่ดี รวมทั้งการสร้างความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การยังคงมีบทบาททั้งในครอบครัวและชุมชน การเข้าร่วม หรือ ทำกิจกรรมทั้งหมด จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขใจสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ในงานศึกษาของสำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (2541) ที่วิจัยเรื่องคุณภาพชีวิตของคนในเขตเมืองภาคเหนือ พบว่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี กล่าวคือ คนในเขตเมืองเหนือโดยภาพรวมแล้ว มีความพึงพอใจในด้านครอบครัว มีความเกื้อกูลอาทรต่อกัน ส่วนมูลนิธิพัฒนาผู้สูงอายุ (2543) ระบุว่า ผลจากเวทีประชาคมองค์กรเอกชนชุมชนด้านผู้สูงอายุ 4 ภาค ได้แก่ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และ ภาคใต้ ในประเด็นที่มีการสรุปเปรียบเทียบภาพลักษณ์ ผู้สูงอายุไทยในอนาคต แสดงแนวโน้มว่า ศักยภาพที่เห็นว่าจะดีขึ้น คือ การที่ผู้สูงอายุได้รับความรัก และการยอมรับจากครอบครัว มีลูกหลานเอาใจใส่ดีขึ้น ส่วน ผลการศึกษาของ จัตรทอง ปัญญาบัง (2550) พบว่า บทบาทสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดลำพูน ด้านความรักใคร่ ผูกพัน ใกล้ชิดสนิทสนมอยู่ในระดับมาก สำหรับงานวิจัยของมะลิวัลย์ บุษบงค์ (2544) พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเมืองเชียงใหม่มีความอบอุ่นดี เช่นเดิม และ งานวิจัยของ วิฐะวงษ์ ลาเสน (2548) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด นอกจากนั้น สิริสุตา ชาวคำเขต

(2541) พบว่า ผู้สูงอายุที่กระตือรือร้นได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง

อนึ่งในปัจจุบันปัญหาภาวะความผันผวนทางเศรษฐกิจทั้งของประเทศไทยและโลก ได้มีผลกระทบโดยตรงต่อทุกส่วน และการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคม ดังที่ อัมพร เบญจพลพิทักษ์ (2545) กล่าวว่า ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา จนกระทั่งถึงภาวะวิกฤติเศรษฐกิจรุนแรง นอกจากนั้น คือ ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศ คอมพิวเตอร์และการสื่อสาร มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องมุ่งทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัวซึ่งอาจทำให้ภาวะความอยู่ดีมีสุขของสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลง เพราะผู้สูงอายุต้องพึ่งพาฐานะทางเศรษฐกิจจากบุตรหลานที่มีภาระรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆอาจมีส่วนสำคัญให้ผู้สูงอายุได้รับการเกื้อหนุนในระดับปานกลาง บุตรต้องใช้เวลาส่วนหนึ่งไปประกอบอาชีพการงานเพื่อหาเลี้ยงชีพและมาจุนเจือสมาชิกครอบครัว การใช้เวลาอยู่กับครอบครัวและผู้สูงอายุอาจน้อยลงตามภาวะความจำเป็นของชีวิต แต่ไม่ว่าบุตรจะมีภารกิจอย่างไร ก็ยังพักอาศัยอยู่ท่ามกลางสมาชิกครอบครัวและผู้สูงอายุได้เช่นเดิม

การที่บุตรต้องไปประกอบอาชีพในถิ่นอื่น หรือ แยกครอบครัวออกไปนั้น อาจเป็นส่วนที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง รู้สึกว่าเหงา เจ็บเหงา คิดถึงบุตรหลานที่อยู่ไกล งานวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนนี้ยังคงได้รับการสนับสนุนเกื้อกูลจากบุตรอย่างสม่ำเสมอ บุตรจะมีวิธีการดูแลผู้สูงอายุโดยการแวะไปเยี่ยมเยียนในบางโอกาส บางเทศกาล มอบเงินให้เป็นค่าใช้จ่าย ซื้อสิ่งของมาฝาก การโทรศัพท์มาหาเป็นประจำ ผู้สูงอายุสามารถแสวงหาความเกื้อหนุนจากสังคมทดแทนจากระบบเครือญาติ (kinship systems) ที่มีความสัมพันธ์ทางสังคมใกล้ชิดตรงมาจากครอบครัว โดยมีหลักความสัมพันธ์จำแนกเป็น 2 หลักใหญ่ ได้แก่ จากทางสายโลหิต (consanguinal relations) หรือ ทางมานุษยวิทยา เรียกว่า การสืบทอดทางพันธุกรรม (genealogical principles) และ เครือญาติที่มีความสัมพันธ์ทางการแต่งงาน (affinal relations) (นิยพรณ วรณศิริ 2550) การพักอาศัยอยู่ร่วมกันบางส่วนในชุมชน โดยเฉพาะสังคมล้านนาทางภาคเหนือที่ระบบเครือญาติมีความรักใคร่ผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้นในเรื่องความสัมพันธ์อันดีต่อกัน เช่นที่ งามพิศ สัตย์สงวน (2543) กล่าวว่า ระบบเครือญาติ นอกจากหน้าที่เพื่อการคงอยู่ต่อไปของชั่วอายุต่างๆ แล้ว ยังทำหน้าที่พึ่งพาอาศัยและขอความช่วยเหลือให้การดูแลซึ่งกันและกัน และ Plotnik (1998) ให้ทัศนะว่า การให้ความช่วยเหลือในการแก้ปัญหา การพูดให้คำปรึกษา คำแนะนำการให้ ความรัก ความอบอุ่น การสนับสนุนทางสังคมส่วนนี้ช่วยเพิ่มการยกย่องนับถือในตนเอง ความเชื่อมั่นและความรู้สึกว่าคุณค่า ซึ่งสิ่งเหล่านี้ช่วยเสริมให้เกิดการปรับตัวทางด้านจิตวิทยาของบุคคลนั้นได้ดียิ่งขึ้น และ จากงานวิจัยของ สายอรุณ บุญคำแสน (2548) พบว่า อิทธิพลของเครือญาติยังมี

ผลต่อการรวมกลุ่มเป็นชมรมผู้สูงอายุ เกิดจากความสัมพันธ์อันดีที่เครือญาติซึ่งมีความผูกพันทำให้เกิดความร่วมมือ ร่วมใจในการรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือระหว่างกันซึ่งเป็นลักษณะวัฒนธรรมของชุมชนชนบท โอกาสและความเป็นไปได้ที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ก็สามารถที่จะพึ่งพา และมีความสุขจากญาติพี่น้องได้ รวมถึงผู้สูงอายุที่ไม่มีครอบครัว หรือ ต้องพักอาศัยอยู่ตามลำพัง ก็จะมีเครือข่ายญาติพี่น้อง และสมาชิกในชุมชน แวะเวียนไปเยี่ยมเยียนให้ความช่วยเหลือต่างๆ อาทิเช่น การรวมกลุ่มกันนำของไปเยี่ยมเยียนเมื่อยามเจ็บป่วย หรือ ไปแสดงการให้กำลังใจโดยไม่ได้อะไรตอบแทน การแบ่งปันพืชผักเพื่อประกอบอาหาร หรือ ให้ความช่วยเหลือด้านอื่น เป็นต้น อย่างน้อยที่สุดแม้ไม่ได้อยู่กับครอบครัว ผู้สูงอายุก็ยังได้รับการดูแลและไม่ถูกทอดทิ้งจากเครือญาติซึ่งพบเห็นได้ง่ายในสังคมล้านนา

2.5 คุณภาพชีวิตด้านพฤติกรรมสุขภาพ

พบว่า ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในช่วงวัย ให้ความรัก เอาใจใส่สุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น กว่าอดีต ต้องการไปพบแพทย์บ่อยครั้ง เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ หรือ ไปพบตามนัดอย่างสม่ำเสมอ มีการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพสูงขึ้นสามารถประยุกต์ใช้ประโยชน์เพื่อการดูแลพฤติกรรมสุขภาพตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันได้ดี และการออกกำลังกาย คือ ศูนย์รวมแห่งการสร้างสังคมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในด้านพฤติกรรมสุขภาพนี้แสดงให้เห็นว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุความเปลี่ยนแปลงของความเสื่อมของร่างกายในทุกระบบ ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้น ที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต่างรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายส่วน ดำรงชีวิตอยู่ท่ามกลางการเผชิญกับความเสี่ยงของอัตราการเสียชีวิตที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในไม่ช้านี้ การตระหนักเห็นถึงคุณค่า ความหมายของชีวิต และการรักตนเอง (self - love) มีมากขึ้น มีความใส่ใจตนเองเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุเลือกแนวทางชีวิตที่จะก่อประโยชน์แก่ตนเองในการดูแลสุขภาพให้มากที่สุดในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ของชีวิต เช่นที่ Butler (1990) ได้อธิบายตามทฤษฎีการทบทวนชีวิต (life review) ว่า การนึกถึงอดีตของผู้สูงอายุ มีทั้งคุณและโทษ ในด้านมีคุณค่า คือ ผูกพันความจำ ดึงความคิดความรู้สึกในจิตใจได้สำนึกให้มาสู่จิตสำนึก เพิ่มพูนความภาคภูมิใจในตน และความมีสติสัมปชัญญะ คุณค่าเหล่านี้มีความจำเป็นต่อการปรับตัวในวัยผู้สูงอายุ และต่อการเตรียมตัวตาย ในขณะที่ ทฤษฎีอัตถิภาวนิยม (existentialism) เชื่อว่า มนุษย์ดำรงชีพอยู่ได้ด้วยเห็นถึงความหมายของการมีชีวิต คนแต่ละคนต่างแสวงหาความหมายของชีวิตตามที่ตนเห็นว่าดีงาม การเห็นคุณค่าของชีวิต มีความหมายเป็นพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ (Keawkungwal 1989)

การเห็นคุณค่าของชีวิตส่วนใหญ่จะแสดงออกโดยการรับรู้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่อตนเองได้รวดเร็ว ทั้งในแง่ของการดำเนินชีวิตตามปกติ ความต้องพึ่งพาอาศัยเป็นภาระของสมาชิกครอบครัวทุกด้านมากขึ้นหากเจ็บป่วย ความเสื่อมของสุขภาพจิต ขาดความภาคภูมิใจตนเอง และความท้อแท้ชีวิต ผู้สูงอายุจึงได้มีการปรับพฤติกรรมสุขภาพตนเองด้วยการใส่ใจต่อสุขภาพทั้งในสภาพปกติ หรือ ถ้าพบว่ามีคามผิดปกติใดๆ แก่ร่างกายในระดับที่ต่ำก็มีความประสงค์จะไปพบแพทย์ที่สถานีนอนมัยใกล้บ้านถี่ขึ้นโดยไม่รอช้า ผู้สูงอายุมักใช้เวลาตัดสินใจในช่วงระยะเวลาอันสั้นง่ายขึ้น เมื่อพิจารณาว่า สามารถใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่โดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลแต่อย่างใด และให้ความร่วมมือ ร่วมใจในการตรวจสุขภาพเบื้องต้นมากขึ้น หากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาให้บริการตรวจสุขภาพภายในหมู่บ้าน หรือชุมชน นอกจากนั้น ยังไปพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อรับยารับประทาน ปฏิบัติตนในการควบคุมโรคอย่างเคร่งครัด และยังเป็นการเฝ้าระวังการคุกคามของโรคที่อาจจะเพิ่มขึ้นในอนาคต สอดคล้องกับ งานวิจัยของ ศรีสุตา แซ่อึ้ง (2542) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีการงดอาหารที่เป็นข้อห้ามเฉพาะโรคและดูแลสุขภาพชีวิตส่วนบุคคลถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ มีการดูแลตนเองในเรื่องการพักผ่อนร้อยละ 85 การไปตรวจตามนัดและรับประทานยาสม่ำเสมอร้อยละ 80 แต่ยังต้องการความช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยร้อยละ 95 และไปขอรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 85 ส่วนแนวคิดทฤษฎีของ Machanic (1978) ยังกล่าวว่า การที่บุคคลมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การรับรู้และตระหนักถึงความเจ็บป่วย การคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอันตรายของความผิดปกติ การประเมินระดับของความเจ็บป่วย ความถี่ของการปรากฏอาการผิดปกติ ระดับของความอดทนต่ออาการ หรือ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นขึ้นประมวลความรู้ การประเมินระดับความสำคัญของปัญหาความเจ็บป่วย กับบทบาทภาระหน้าที่อื่นๆ การให้ความหมายของโรค หรือความเจ็บป่วย และ การมีโอกาสเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ

ในปัจจุบันโลกได้เข้าสู่ยุคเทคโนโลยีข่าวสาร (information technology) บุคคลในสังคมสามารถที่จะรับรู้ความเป็นไปของสังคมโลกที่ไร้พรมแดนได้อย่างรวดเร็วผ่านจากช่องทางสื่อต่างๆ ไม่เว้นแม้แต่กับผู้สูงอายุที่อาจดูเหมือนว่า จะมีการรับรู้ข่าวสารต่างๆ ได้ช้าที่สุดกว่ากลุ่มอื่น แต่กลับพบว่า ผู้สูงอายุมีการพัฒนาตน พัฒนาความรู้ไม่แตกต่างกัน โดยเฉพาะการมีความรู้ทางด้านสุขภาพที่สูงขึ้น ถ้าสาระเนื้อหาที่จดจำนั้นมีความสำคัญและมีความหมายต่อชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุโดยตรง เหตุผลนี้ ศรีเรือน แก้วกังวาล (2540) กล่าวอธิบายว่า นักจิตวิทยาเรียนรู้อยอมรับว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการจำสิ่งที่เรียนใหม่ๆ ได้ด้อยกว่าคนหนุ่มสาว สิ่งสำคัญสำหรับการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ คือ ผู้สูงอายุต้องใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อจำที่แตกต่างกับวัยหนุ่มสาวและต้องใช้

สถานการณ์ไม่เหมือนกันด้วย การเรียนรู้ที่ผู้สูงอายุทำได้ดี จำได้ดี เรียนได้เร็ว คือการเรียนรู้ที่เจาะจงเฉพาะอย่างๆ ไปโดยไม่เร่งรัดแต่เป็นไปตามกำลังของตน (self- paced) การเรียนรู้แบบเร่งรัดทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถนำสิ่งที่ได้เรียนไปเก็บไว้ในคลังความจำได้ หรือ เอาออกจากคลังความจำมาใช้ไม่ได้ โดยทั่วไป ผู้สูงอายุจะชะงักตันตัวกับการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ถ้ามีสิ่งใหม่ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุสนใจได้เรียน และที่สำคัญ ผู้สูงอายุมีโอกาสเรียนรู้วิทยาการต่างๆ มากขึ้นในโลกสมัยใหม่ ที่จะต้องมีการปรับตัวเพื่อการเปลี่ยนแปลงทุกด้าน ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสใช้สมองอยู่ตลอดเวลา ยังปรากฏด้วยว่า ในสมัยปัจจุบันสังคมเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุเห็นคุณค่าตนเอง จึงมีโปรแกรมการศึกษาที่ว่า การศึกษาต่อเนื่อง (life – long education หรือ education for the elderly) ซึ่งเปิดสอนให้แก่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะ การศึกษานี้มีขึ้นในประเทศต่างๆ รวมทั้งประเทศไทย

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้สูงอายุในยุคนี้จึงได้พัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากหลายช่องทางการเรียนรู้รอบตัว ได้แก่ การให้คำแนะนำจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ผู้สูงอายุต้องไปขอรับบริการสุขภาพเป็นประจำ ในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่จะก่อให้เกิดโรค การเรียนรู้จากเครือข่ายทางสังคมผู้สูงอายุและสมาชิกในชุมชน สื่อโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ข่าวสารต่างๆ เป็นต้น สร้างเสริมให้ผู้สูงอายุมีการนำความรู้เรื่องสุขภาพไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและบุคคลที่เกี่ยวข้องให้อยู่ในระดับที่ดีได้ สอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้น ได้แก่ งานวิจัยของ ไพรัชล ตันนุต (2549) ค้นพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุนั้นมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ทั้งนอกชุมชน และในชุมชน โดยทางตรงและทางอ้อม

ส่วนงานวิจัยของ ประมวญ พิรัชพันธุ์ (2543) พบว่า สื่อ หรือวิธีการที่ต้องการรับรู้มากที่สุด คือ โทรทัศน์ รองลงมาคือ วิทยุ การสัมมนากลุ่มระหว่างผู้สูงอายุเอง การอบรมบรรยาย และงานวิจัยของ ไพรัชล ตันนุต (2549) พบว่า การเผยแพร่คู่มือส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ปรากฏว่า ผู้สูงอายุมีการปรับตัวเนื่องมาจากการรับรู้ ทศนคติ ค่านิยม และการสนใจที่ดี จึงมีผลให้เกิดการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตรมาโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพา และส่งผลต่อการปรับตัวในพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการบริโภค และด้านพฤติกรรมเสี่ยง เหล่านี้ จึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุมีการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนและนำไปใช้ประโยชน์กับการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับที่ดี

และการออกกำลังกาย จัดเป็นส่วนหนึ่งของการแสดงออกถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ โดยการรวมกลุ่มเพื่อออกกำลังกาย สะท้อนให้เห็นถึง การเปิดพื้นที่ทางสังคมด้วยการสร้างสังคมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุให้เป็นศูนย์กลางที่จะมาพบปะกันในหลายพื้นที่โดยมี

วัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสุขภาพกายและสุขภาพจิตให้แข็งแรงอยู่เสมอ ลดความเสี่ยงการเกิดโรคภัยต่างๆ เป็นแหล่งเรียนรู้ร่วมกัน และการสรรค์สร้างเครือข่ายสุขภาพให้ดำรงอยู่ต่อไป

3. ปัญหาอุปสรรค และความคาดหวังที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุล้านนา จังหวัดเชียงใหม่

3.1 ปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุล้านนา

ผู้สูงอายุได้สะท้อนถึงปัญหาอุปสรรคที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในหลายด้านทั้งมิติสุขภาพกาย จิต และสังคม ดังต่อไปนี้

3.1.1 ปัญหาหมอกควันในเขตภาคเหนือ

ในปัจจุบัน จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคเหนือตอนบนที่ได้รับผลกระทบในเรื่องปัญหาหมอกควัน ฝุ่นละอองขนาดเล็กปกคลุมโดยทั่วภูมิภาค และมีแนวโน้มจะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นในทุกๆปีโดยมีหลายสาเหตุหลักเกิดจาก ไฟป่าตามธรรมชาติที่เกี่ยวข้องจากสภาพอากาศที่ร้อนและแห้งแล้ง การเผาป่าโดยทั่วไป การเผาขยะ และเศษวัสดุทางการเกษตร การเผาป่าเพื่อให้เกิดการแตกออกของพืชพรรณธรรมชาติต่างๆ และการเผาป่าจากประเทศเพื่อนบ้าน เหล่านี้ ปรากฏความรุนแรงอย่างชัดเจนในช่วงหน้าแล้งประมาณเดือนธันวาคม - เมษายน ของทุกปี ซึ่งจะมีค่าปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กเกินค่ามาตรฐานที่กำหนดโดยค่ามาตรฐานอยู่ที่ 120 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร มีความรุนแรงในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจของประชาชนในพื้นที่และจะมีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปอดเพิ่มขึ้น กลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายมากกว่ากลุ่มอื่น ได้แก่ ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ หืดหอบ ผู้ป่วยมะเร็งปอด เป็นต้น ทำให้เกิดความเจ็บป่วยต้องไปรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก และยังกระทบต่อทัศนวิสัยในการสัญจรบนท้องถนน การท่องเที่ยวของจังหวัดเชียงใหม่ การแก้ปัญหาของหน่วยงานภาครัฐ มุ่งเน้นไปที่มาตรการลดการเผาเป็นหลัก และมาตรการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าด้วยการรณรงค์ไม่เผาเศษขยะ หรือวัสดุต่างๆ ปรับผู้กระทำผิด และการทำฝนเทียมเพื่อบรรเทาปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนั้น ปัญหาหมอกควัน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัญหามลภาวะทางอากาศที่เกิดขึ้นนี้ จึงมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุล้านนาที่อาจเป็นสิ่งที่ต้องป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงได้ยาก หากต้องดำรงชีวิตอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมเช่นนี้ต่อไป

3.1.2 ความเชื่อและวิถีการปฏิบัติในการเผาขยะของผู้สูงอายุล้านนา

ความเชื่อและวิถีการปฏิบัติที่สำคัญประการหนึ่ง ของผู้สูงอายุล้านนาส่วนใหญ่ต่างมีความยึดมั่น หรือ นิยมปฏิบัติในดำเนินกิจวัตรประจำวันของตนได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรงอย่างไม่คาดคิด นั่นคือ การเผาทำลายขยะกองเล็กๆ ภายในบริเวณบ้านพักเป็นประจำ ขยะเหล่านี้ได้จากการเก็บกวาดจำพวกเศษใบไม้ มะม่วง ลำไย กะลามะพร้าว ทุงพลาสติก เศษวัสดุที่เหลือใช้ต่างๆ หรือ การทำความสะอาดตามลานบ้านด้านนอกโดยรอบ ผู้สูงอายุรู้สึกไม่สบายใจ เมื่อรับรู้ว่ามีบ้านกำลังอยู่ในสภาพที่มองดูรกไม่สะอาดตา และคิดว่าเป็นความเคยชินในชีวิตที่ได้เคยการปฏิบัติมานานนับหลายปี ถึงแม้ว่า การเผาขยะในแต่ละครั้งจะใช้ระยะเวลาในการเผาไหม้ไม่นาน แต่ผลจากการเผาขยะนั้นได้ส่งผลข้างเคียงต่อสุขภาพและระบบทางเดินหายใจของผู้สูงอายุเอง รวมถึงปัญหามลภาวะอากาศ และอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ส่งกลิ่นเหม็นฟุ้งกระจายไปในบริเวณใกล้เคียง ทำให้มีอาการแสบตา เวียนศีรษะ หายใจลำบาก และอาจมีการสะสมปริมาณสารพิษในร่างกายเพิ่มขึ้นนำไปสู่การเกิดโรคมะเร็งได้ ในอนาคต จะเห็นได้ว่าในยุคสมัยปัจจุบันนี้ ขยะจะเป็นเศษวัสดุต่างๆ มีส่วนประกอบของสารเคมี สารพิษที่เป็นอันตรายมากกว่าการเผาเศษวัสดุทางธรรมชาติในรูปแบบเดิม บางเขตพื้นที่ที่มีเทศบาลตำบล หรือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อำนาจการแก้ปัญหาขยะในชุมชนด้วยการบริการเก็บขยะภายใน 1 สัปดาห์ ทำให้อัตราการเผาขยะลดน้อยลง ในทางตรงข้าม หากไม่มีการเก็บขยะในชุมชน สมาชิกในชุมชนก็ต่างจัดการแก้ปัญหาด้วยตนเอง และเป็นเหตุให้การเผาขยะในชุมชนของผู้สูงอายุจะยังคงมีต่อไป หากไม่มีการรณรงค์ปรับเปลี่ยนความเชื่อ วิธีคิด และใช้รูปแบบการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมภายในชุมชนดำเนินการควบคู่กันให้ยั่งยืนต่อไป

3.1.3 ปัญหามลภาวะสิ่งแวดล้อมในระบบนิเวศชุมชน

ผู้สูงอายุยังมีคุณภาพชีวิตที่เสี่ยง จากปัญหาบริบทสิ่งแวดล้อมในชุมชนแต่ละแห่ง พบว่า ค่อนข้างจะประสบปัญหามลพิษทางอากาศ (air pollution) มากเป็นอันดับหนึ่ง นอกเหนือจากปัญหาที่ได้กล่าวไปในข้างต้นแล้ว รองลงมา ได้แก่ ปัญหาในเรื่องมลพิษทางน้ำ (water pollution) และปัญหาในเรื่องมลพิษทางเสียง (noise pollution) ตามลำดับ โดยชุมชนบางแห่งจะมีลักษณะเป็นสังคมชนบทที่อุตสาหกรรมที่มีโรงงานอุตสาหกรรม สถานประกอบการตั้งอยู่หลายแห่งดำเนินการผลิตตามประเภทของธุรกิจ ได้สร้างมลภาวะทางอากาศโดยเฉพาะในเรื่องของกลิ่นที่สถานประกอบการมีการเลี้ยงสุกร ไก่ โค และอื่นๆ มีระบบการกำจัดของเสีย หรือสิ่งปฏิกูลที่ไม่ดี สร้างผลกระทบให้แก่ประชาชนในชุมชนบริเวณใกล้เคียง รวมถึงพื้นที่ทางการเกษตร ในประเด็นนี้ยังมีความเกี่ยวข้องในเรื่องของแมลงต่างๆที่มีปริมาณมากขึ้นอย่างผิดปกติมารบกวน

การดำเนินชีวิตประจำวัน อาทิ แมลงวัน ยุง เป็นต้น หรือ มีปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กสัปดาห์เกิดจากกระบวนการผลิตของโรงงานลอยหนาแน่นในมวลอากาศ ส่วนปัญหามลพิษทางน้ำเกิดจากโรงงานอุตสาหกรรมระบายน้ำเสียผ่านแหล่งน้ำที่ไหลผ่านบางหมู่บ้าน ทำให้น้ำมีกลิ่นเหม็น มีการสูดดมอากาศที่ไม่บริสุทธิ์ สัตว์น้ำไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ หรือ ไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้ และบางพื้นที่ประสบปัญหาการขาดแคลนน้ำ และน้ำไม่เหมาะแก่การบริโภค อุปโภค ใช้ในการเพาะปลูกพืชไร่ต่างๆ ในขณะที่บางพื้นที่ได้รับผลกระทบเสี่ยงดังจากโรงงานอุตสาหกรรม เมื่อรวมๆปัญหามลภาวะสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ ได้ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพทางกาย สุขภาพจิต และวิถีชีวิตความเป็นอยู่โดยทั่วไปของบุคคลในละแวกชุมชนและผู้สูงอายุ

3.1.4 ปัญหายาเสพติดในชุมชน

ในบางหมู่บ้านเริ่มพบว่า มีการแพร่ระบาดของปัญหายาเสพติดโดยเฉพาะ ยาบ้า หรือ แอมเฟตามีน และยาเสพติดประเภทอื่นๆที่กำลังกลับเข้ามาสู่ชุมชนอีกครั้งหนึ่ง ภายหลังจากที่มีการแพร่ระบาดอย่างหนักเมื่อหลายปีที่ผ่านมา การที่มียาเสพติดอยู่ในชุมชนย่อมมีความเกี่ยวข้องกับ ผู้ค้า ผู้เสพ สวัสดิภาพและความปลอดภัยของสมาชิกในชุมชน ความเสี่ยงต่อครอบครัวและบุตรหลาน ปัญหาการลักขโมย ปัญหาอาชญากรรม และอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งตามปกติผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่บ้านตามลำพังในเวลากลางวัน ที่สมาชิกในครอบครัวมีการจินอกบ้านในชีวิตประจำวัน และบางท่านต้องรับผิดชอบดูแลหลานชายที่ได้รับโทษอยู่ในเรือนจำ ด้วยสาเหตุจากยาเสพติด เช่นนี้ ก็ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในหลายด้านเช่นกัน

3.1.5 ปัญหาความขัดแย้งระดับท้องถิ่นของกลุ่มผู้สูงอายุและภายในชุมชน

ความขัดแย้งระดับท้องถิ่นของกลุ่มผู้สูงอายุ พบได้ใน 2 สาเหตุ กล่าวคือ ประการแรก มีจุดเริ่มต้นอันเกี่ยวเนื่องจากนโยบายในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีต่อการดำเนินการของกลุ่มผู้สูงอายุ ได้มีการแต่งตั้งผู้นำผู้สูงอายุระดับตำบลโดยที่ไม่ได้ผ่านความเห็นชอบตามมติของผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่ ไม่เปิดโอกาสให้มีการเลือกตั้งตามแบบประชาธิปไตยที่ผู้สูงอายุควรมีสิทธิเลือกผู้นำกลุ่มทางสังคมของกลุ่มตามความคิดเห็นและความชื่นชอบ ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ทราบ หรือขาดการรับรู้โดยทั่วถึงกัน นำไปสู่การมีทัศนคติในเชิงลบเกิดขึ้น ที่สำคัญบทบาทการทำงานของผู้นำกลุ่มต่อการพัฒนาสังคมของผู้สูงอายุยังไม่เป็นที่ยอมรับในหลายส่วน อาทิเช่น ขาดการชี้แจง การแจ้งข่าวสารข้อมูลทุกส่วนที่เกี่ยวข้องมีการประสานการทำงานกันน้อย หรือ อาจมีการรับรู้ความเคลื่อนไหวทางสังคมระดับ

กลุ่มย่อยเพียงบางกลุ่มเท่านั้น กลายเป็นปมความขัดแย้งกระบวนการภายในกลุ่มของผู้สูงอายุที่ส่งผลกระทบต่อเอกภาพการทำงานของกลุ่ม ความสามัคคีร่วมมือร่วมใจในการทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ การพัฒนาศักยภาพตนเองและทางสังคมของผู้สูงอายุ เช่นนี้กลายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น

อีกกรณีหนึ่งมีสาเหตุจากการเลือกตั้งผู้นำชุมชน ได้สร้างความรู้สึกไม่พึงพอใจให้แก่ผู้นำคนเก่าและผู้ที่ยืนขึ้นชอบในชุมชน เมื่อมีกิจกรรมทางสังคม หรืองานที่เกี่ยวข้องกับชุมชนก็ทำให้เกิดการขาดความสามัคคี การทำงานไม่ราบรื่น เกิดการแบ่งแยกสิ่งของต่างๆ และนำไปสู่การไม่ให้ความร่วมมือในการทำงานเพื่อชุมชน ความเป็นเอกภาพและการพัฒนาชุมชนให้มีความเจริญก้าวหน้าจึงเกิดขึ้นได้ยาก นอกจากนั้น บางพื้นที่พบ ปัญหาความขัดแย้งกันในชุมชนโดยมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับปัญหาการเมืองที่มีความแตกแยกในระดับชาติส่งผลให้สมาชิกในชุมชนขาดความสามัคคี เกิดการแบ่งฝ่าย ไม่ลงรอยกัน ดังนั้น จึงกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นยิ่งทำให้ขาดโอกาสของการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างที่ดีควรจะได้พัฒนา

3.1.6 ปัญหาแรงงานต่างด้าวในชุมชน

จังหวัดเชียงใหม่จัดเป็นเขตพื้นที่มีปัญหาแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่าอพยพเข้ามาโดยผิดกฎหมายจำนวนมาก ถ้าประเมินภาพรวมในระดับประเทศ จะมีแรงงานต่างด้าวไม่ต่ำกว่า 2 ล้านคน โดยมีจำนวนแรงงานสัญชาติพม่า ลาว และเขมร มากที่สุดเรียงตามลำดับ ถึงแม้ว่าทางภาครัฐจะเปิดให้มีการลงทะเบียนเข้าสู่ระบบการทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย แต่ก็มีสัดส่วนของแรงงานต่างด้าวที่มีการต่ออายุใบอนุญาตเข้าทำงานจำนวนลดลงอย่างเห็นได้ชัด แรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่ได้กลายเป็นแรงงานผิดกฎหมายและไม่สามารถเข้าถึงสิทธิการคุ้มครองได้ สถานการณ์ในปัจจุบันนี้ และแนวโน้มในอนาคตจะมีแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้ามาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เป็นปัญหาความมั่นคงในระดับชาติ และปัญหาสังคมในมิติต่างๆ ดังจะพบเห็นได้ว่าแรงงานพม่าได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกในสังคมล้านนา ทั้งในด้านการทำงาน การพักอาศัย การดำเนินชีวิตในเขตชุมชน นำมาซึ่งการสร้างผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลในพื้นที่และกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะปัญหาความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ปัญหาการดื่มสุราทะเลาะวิวาท ปัญหาการขับซี้รถมอเตอร์ไซด์ผิดกฎหมายจนทำให้ผู้สูงอายุบางรายได้รับอุบัติเหตุ ปัญหาบุตรแรงงานต่างด้าวไร้สัญชาติเรียนหนังสือในโรงเรียนชุมชนมีจำนวนมากขึ้นทำให้ครอบครัวผู้สูงอายุต้องส่งหลานไปเรียนหนังสือ ณ โรงเรียนที่ห่างไกลจากชุมชนด้วยเหตุการณ์การก่อวินาศกรรมที่ร้ายแรง และอาจเป็นการลดระดับทางสังคมเช่นเดียวกับแรงงานต่างด้าว ปัญหาการ

แย่งชิงทรัพยากรกับบุคคลในพื้นที่ เช่น ที่ดิน และอื่นๆ นอกจากนั้น ยังมีปัญหาที่แรงงานต่างด้าว ทั้งชายและหญิงในชุมชนโดยไม่ยอมเสียค่าบริการเก็บขยะรายเดือน กลายเป็นแหล่งเพาะเชื้อโรค และส่งกลิ่นเหม็นไปทั่วบริเวณใกล้เคียง

3.1.7 ปัญหาสวัสดิภาพและความปลอดภัยในการสัญจรบนถนน

สำหรับผู้สูงอายุแล้ว การขับขี่ยานยนต์ หรือ การสัญจรโดยทั่วไปบนถนนสายหลัก และสายย่อยในชุมชนเมื่อมีความจำเป็นต้องไปปฏิบัติกิจธุระนอกบ้าน อาจมองเป็นเรื่องที่ยุ้งยากลำบากมากกว่าบุคคลวัยอื่นอันเนื่องมาจากความเสื่อมของประสิทธิภาพร่างกาย ความสามารถในการคิดและตัดสินใจ ความรวดเร็วในการรับรู้ ปัญหาทางการมองเห็นและการได้ยิน และความคล่องแคล่วของการเคลื่อนไหวร่างกายที่ช้าลง ผู้สูงอายุต่างสะท้อนถึงปัญหานี้ที่กระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันในลักษณะของการข้ามถนนที่ต้องรอคอยและใช้ระยะเวลานานกว่าจะข้ามไปได้ การใช้พาหนะส่วนใหญ่ อาทิเช่น จักรยาน จักรยานยนต์ ร่วมกับผู้ขับขี่คนอื่นที่ขับด้วยความรวดเร็ว และมีปริมาณจำนวนผู้ใช้รถอย่างหนาแน่นบนท้องถนน เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุหลายรายได้รับอุบัติเหตุ บาดเจ็บ ในหลายพื้นที่ รวมถึงพบว่า มีการเสียชีวิตเกิดขึ้น

3.2 ความคาดหวังของผู้สูงอายุที่มีต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ความคาดหวังที่มีความต้องการต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตที่เสนอแก่ภาครัฐให้ช่วยเหลือ ประกอบด้วย 2 เรื่องใหญ่ กล่าวคือ ความต้องการที่จะให้รัฐบาลเพิ่มเงินเบี้ยยังชีพจากจำนวน 500 บาท ต่อเดือน ไปเป็นขั้นต่ำอย่างน้อย จำนวน 1,000 บาท ต่อเดือน เนื่องจากมีค่าต่ำกว่าเส้นมาตรฐานความยากจนของระดับประเทศ จำนวนเงินเบี้ยยังชีพที่ได้รับนั้นไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ไม่มีรายได้ หรือรายได้น้อย จึงมีคุณภาพชีวิตในด้านเศรษฐกิจแบบกลุ่มๆ ดอนๆ ต้องพึ่งพาจากบุตรเป็นส่วนใหญ่ และขาดความสุขในชีวิต

ส่วนที่ 2 คือ ความต้องการให้ภาครัฐมีนโยบายในเรื่องการสนับสนุนเงินงบประมาณการลงทุนเพื่อส่งเสริมรายได้ในการประกอบผลิตภัณฑ์อาชีพของกลุ่มชมรมผู้สูงอายุที่ยังขาดแคลนงบประมาณในการลงทุนอยู่ การส่งเสริมอบรมให้ความรู้ในเรื่องอาชีพและรูปแบบการผลิตสินค้าที่เป็นที่ต้องการของผู้บริโภคและตลาด พร้อมทั้งจัดหาตลาดส่งออกสินค้าผลิตภัณฑ์อาชีพอย่างเป็นทางการในระดับจังหวัด หรือ ประเทศ เพื่อให้มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์อาชีพของกลุ่มผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและมุ่งเน้นเป็นเศรษฐกิจหมุนเวียนในชุมชนที่จะเป็นช่องทางให้เกิดการพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในปัจจุบันนี้ กลุ่มชมรมผู้สูงอายุต่างประสบปัญหางบประมาณในการลงทุน ถึงแม้จะมีการรวมกลุ่มเพื่อผลิตสินค้าเป็นบางส่วน อาทิเช่น ยาหม่องน้ำ

มะรุมแคปซูล ดอกไม้จันทร์ ตุง เครื่องจักสาน เป็นต้น แต่ไม่สามารถหาตลาดส่งออกได้ ทำให้สินค้ายังคงตกค้างอยู่ในชมรมหลายประเภท การแก้ปัญหาในเบื้องต้นทำได้โดยมีการนำไปจำหน่ายภายในชุมชน และกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ

2. ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. รัฐบาลควรส่งเสริม ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้กลไกการพัฒนาผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วมพัฒนาท้องถิ่นในบทบาทภาคประชาชนทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง มีมาตรการในการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ให้ เป็นไปตามตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านสังคมและคุณภาพชีวิต และควรกำหนดเกณฑ์ มาตรฐานที่หน่วยงานดังกล่าวจะต้องส่งเสริมพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในแต่ละด้านให้เป็นไป ตามเป้าหมาย นอกจากนี้ ควรผลักดันให้มีการจัดทำฐานข้อมูลการรวมกลุ่มทางสังคมของชมรม ผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านอย่างเป็นระบบ อาจเป็นรูปแบบเว็บไซต์หรืออื่นๆ

2. รัฐบาลควรมีนโยบายให้กระทรวงพาณิชย์เป็นหน่วยงานหลักรับผิดชอบร่วมกับ หน่วยงานของภาครัฐในการดำเนินการเรื่อง การหาตลาดกลางอย่างเป็นทางการและเต็มรูปแบบ จำหน่ายผลิตภัณฑ์อาชีพและภูมิปัญญาของกลุ่มชมรมผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างรายได้ให้แก่ ผู้สูงอายุ

3. รัฐบาลควรสนับสนุนงบประมาณในการลงทุนในช่วงแรกให้แก่กลุ่มผู้สูงอายุเพื่อ ประกอบผลิตภัณฑ์อาชีพของผู้สูงอายุ และผลักดันให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการส่งเสริม และฝึกอาชีพอย่างเป็นรูปธรรม

4. รัฐบาลควรเพิ่มบทบาทหน้าที่ของกระทรวงศึกษาธิการ และการทรวงวัฒนธรรมร่วมกับ หน่วยงานของภาครัฐในการส่งเสริมองค์ความรู้ทางด้านอัตลักษณ์ของวัฒนธรรมโดยให้แต่ละพื้นที่ มีผู้สูงอายุทำหน้าที่ในบทบาทปราชญ์ชาวบ้าน หรือผู้นำทางด้านวัฒนธรรมประจำแต่ละชุมชน

5. รัฐบาลควรส่งเสริมให้มีระบบการออมและสวัสดิการด้านอื่นของกลุ่มผู้สูงอายุในทุก พื้นที่

6. รัฐบาลควรให้หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการตรวจสอบควบคุมและแก้ปัญหา มลภาวะสิ่งแวดล้อมในชุมชน

ข้อเสนอแนะงานวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในประเด็นสำคัญทาง ด้านปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาความขัดแย้งภายในชุมชน และปัญหาสังคมที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองกับผู้สูงอายุในเขตชนบท



เอกสารอ้างอิง

เอกสารภาษาไทย

- กฤตศิลป์ อินทชัย. 2551. “บทบาทผู้สูงอายุตำบลฟ้าฮ่ามต่อการพัฒนาท้องถิ่น.” รายงานการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง (ร.ม.) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- “เกณฑ์ประเมินคุณภาพชีวิต.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.igetweb.com> สืบค้น 3 เมษายน 2553.
- กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ . 2538. “การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2533 - 2563.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.cps.chula.ac.th> สืบค้น 10 เมษายน 2553.
- กัญญา มะลิแก้ว. 2546. “การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนไต โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่.” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กิตติพงษ์ เร่งถนอมทรัพย์. 2550. “ประสิทธิภาพการบริหารงานขององค์กรปกครองท้องถิ่น ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณี เทศบาลตำบลยางเนิ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่.” รายงานการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง (ร.ม.) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- งานพัฒนาและจัดการสารสนเทศ ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศห้องสมุด. “แผนนโยบายของรัฐที่เกี่ยวกับงานผู้สูงอายุ.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.lib.ru.ac.th/journal/apr> สืบค้น 10 เมษายน 2553.
- งามพิศ สัตยสงวน. 2543. หลักมานุษยวิทยาวัฒนธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : บริษัทรามการพิมพ์ จำกัด.
- จรัสพล รินทระ. 2550. “ทฤษฎีว่าด้วยความชรา (Theory of Aging).” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.clinicneo.co.th> สืบค้น 9 เมษายน 2553.
- จินตนา สงค์ประเสริฐ. 2550. ผู้สูงอายุ. เชียงใหม่ : พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์.
- จรินทร์พรณ เลวามัญ. 2543. “การฝึกวิชาชีพสำหรับผู้สูงอายุเพื่อมีรายได้ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่.” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย. 2549. จิตวิทยาสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.

- เจษฎา บุญทา. 2545. “คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในตำบลแม่หอพระ อำเภอแม่แตง จังหวัด เชียงใหม่.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฉัตรทอง ปัญญาปิง. 2550. “บทบาทสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในหมู่บ้านป่าสัก ตำบลบ้านธิ จังหวัดลำพูน.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ฉัตรสุนัน พดุมิปัญญา. 2546. รายงานการวิจัยเรื่อง การทำงานของผู้สูงอายุไทย.
กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ช.ชยรินทร์ เพ็ชฌุไพศิษฐ์. 2544. “รายงานการวิจัยเรื่อง แนวทางและมาตรการทางกฎหมาย เกี่ยวกับสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทย.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก:
<http://dspace.hsri.or.th/dspace/items> สืบค้น 6 มกราคม 2553.
- ชมพร สีเงิน. 2547. “ชุมชนการปฏิบัติของผู้สูงอายุกับการส่งเสริมสุขภาพ.” วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชลลดา ภักดีประพจน์. 2541. “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางครอบครัวกับ การได้รับการตอบสนอง จากครอบครัว ตามต้องการพื้นฐานของผู้สูงอายุในเขตเมือง กรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูเพ็ญศรี วงศ์พุทธา และ พุฒิพงษ์ พุกกะมาน. 2542. รายงานการวิจัยเรื่อง การสำรวจอาชีพของ แรงงานผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ : ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เชาวลักษณ์ ฤทธิสรไกร. 2551. สังคมศาสตร์สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : ศูนย์หนังสือ มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- ฐิตะวงษ์ ลาเสน. 2548. “คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทไทย : กรณีศึกษา อำเภอแก่งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ณรงค์ เส็งประชา. 2541. มนุษย์กับสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : โอเดียนสโตร์.
- ดรุณี ทายะติ. 2549. รายงานการวิจัยเรื่อง นโยบายและการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุของประเทศ ออสเตรเลียและไทย. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เดมศักดิ์ คทวนิช. 2546. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : ซีเอ็ดดูเคชั่น.
- ทรัพย์ สิมะวงศ์. 2546. “ลักษณะการรวมตัวของผู้สูงอายุในชุมชนชนเมืองจังหวัดเชียงใหม่.”
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนีย์ ทองสว่าง. 2549. สังคมวิทยา. กรุงเทพมหานคร : โอ.เอส. พรีนติ้ง.

ทิพาภรณ์ โพธิ์ถวิล และ นุชนาฏ ยูธินเงาะ. 2544. รายงานการวิจัยเรื่อง กลไกการบริหารระบบสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

ธีรพงษ์ แก้วหาวงษ์. 2543. กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง. พิมพ์ครั้งที่ 6. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.

ไธพทย์ สุนทรวิภาต. 2549. “การปรับตัวทางด้านสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่.” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นลินี โลหะชัยฤทธิ์. 2549. “การประเมินผลการดำเนินงานสวัสดิการสังคมด้านเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่.” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

“นโยบายและการวางแผน.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.cps.chula.ac.th> สืบค้น 8 มกราคม 2553.

นัยพรธณ วรณศิริ. 2550. มานุษยวิทยาสังคมและวัฒนธรรม. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ธนาเพรส จำกัด.

นิรมล พิงธรรมเดช. 2551. รายงานการวิจัยเรื่อง ความสุขในชีวิตในทัศนะของผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

“บทความวิจัย.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.lib.ru.ac.th> สืบค้น 28 มกราคม 2553.

บรรเทิง พาพิจิตร. 2547. สังคมวิทยา. กรุงเทพมหานคร : โอ.เอส. พรีนติ้ง เฮาส์.

ประมวญ พิรัชพันธุ์. 2543. รายงานการวิจัยเรื่อง การวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมไทยด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม. [ม.ป.ท.]

ปัทมา สุริต. 2550. ทฤษฎีความสูงอายุ. เอกสารประกอบการสอนวิชา 250 213: การพยาบาลสุขภาพผู้สูงอายุ. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

“แผนนโยบายด้านผู้สูงอายุ.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://oppo.opp.go.th> สืบค้น 28 มีนาคม 2553.

พงษ์ไพบูลย์ ศิวาราวเวทย์ และ ทิฆัมพร คุ่มวงศ์. 2549. “รายงานการวิจัยเรื่อง ความพึงพอใจของผู้รับบริการจากเทศบาลตำบลท่าล้อ อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.lib.kru.ac.th/rOil/uploads/cccc/101.doc> สืบค้น 28 มีนาคม 2553.

- พรเทพ มนตร์วิชรินทร์. 2547. “การสำรวจคุณภาพชีวิตและความต้องการด้านการศึกษานักเรียนเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.” วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรพจน์ กิ่งแก้ว. 2538. “องค์ประกอบทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตำบล
ช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่.” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. 2538. จิตวิทยาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- “พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.lib.ru.ac.th> สืบค้น
30 มีนาคม 2553.
- พวงเพ็ญ ชื่นประเสริฐ. 2550. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง การดูแลและพัฒนาสุขภาพ
ผู้สูงอายุไทย นำเสนอในการสัมมนาเรื่อง เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร :
รัฐสภา.
- พิทักษ์ธนา สุภานุสร. 2546. “กลไกทางวัฒนธรรมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุของชุมชนชนบท.”
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิธีสิทธิ์ คำนวนตศิลป์ และคณะ. 2542. รายงานการวิจัยเรื่อง การประเมินนโยบายและแผนงาน
ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์ .
- เพ็ญศรี มานิตยศิริกุล. 2537. “ดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่.” วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไพรัช ดันอุต. 2549. “การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนห้วยฝาย.” วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภานุเบศร์ มหาเรือนขวัญ. 2553. “เบี่ยยังชีพผู้สูงอายุ : ยุทธวิธีที่เข้าถึงความกตัญญู?”
[ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: www.onknow.blogspot.com สืบค้น 30 มีนาคม 2553.
- ภิรมย์ จงคำอาจ. 2545. “ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพของกลุ่ม
ผู้สูงอายุในชนบทภาคเหนือ.” วิทยานิพนธ์ ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มะลิวัลย์ บุษบงศ์. 2544. “การปรับตัวด้านเศรษฐกิจและสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเมือง
เชียงใหม่.” วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- มูลนิธิพัฒนาผู้สูงอายุ. 2543. “เวทีประชาคมองค์กรเอกชน ชุมชนด้านผู้สูงอายุ 4 ภาค เรื่อง
วิสัยทัศน์และแนวทางในการปฏิรูประบบสาธารณสุขเพื่อผู้สูงอายุไทยในอนาคตมุมมอง
จากประชาคม องค์กร ชุมชนด้านผู้สูงอายุ.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: [http://dspace.
hsri.or.th](http://dspace.hsri.or.th) สืบค้น 30 มีนาคม 2553.
- ยศ สันตสมบัติ. 2544. มนุษย์กับวัฒนธรรม. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ยุทธพงศ์ จันทรวรินทร์. 2550. มนุษย์กับสังคม : ทฤษฎีและหลักประยุกต์. กรุงเทพมหานคร :
สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- รสาพร หม้อศรีใจ. 2544. “การพึ่งตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท.” วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งโรจน์ วงศ์ไย. 2547. “ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกับเด็กในชุมชนภาคเหนือ.”
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- “ลงทะเบียนเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: www.gcc.go.th สืบค้น
25 มีนาคม 2553.
- ลัดดา ดำริการเลิศ. 2551. รายงานการวิจัยเรื่อง โครงการเพื่อคุณภาพชีวิตสำหรับสังคมสูงอายุ.
กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย และเครือข่ายวิจัยสุขภาพ
มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- วรรณนิภา บุญระยอง. 2553. “แนวคิดในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้
จาก: www.otat.org สืบค้น 2 พฤษภาคม 2553.
- วรรณภา ศรีธีรรัตน์ และคณะ. 2545. รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการ
ปฏิรูประบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ.[ม.ป.ท.]
- วระเศม สุวรรณระดา. 2550. รายงานการวิจัยเรื่อง ระบบประกันความมั่นคงสำหรับผู้สูงอายุไทย.
[ม.ป.ท.]
- วสันต์ ปัญญาแก้ว. 2543. “การขัดเกลาทางสังคม.” ใน แนวความคิดพื้นฐานทางสังคมและ
วัฒนธรรม. เชียงใหม่ : นพบุรุษการพิมพ์.
- วารุณี ภูริสินสิทธิ์. 2543. “ครอบครัว.” ใน แนวความคิดพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรม.
เชียงใหม่ : นพบุรุษการพิมพ์เชียงใหม่.

วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. 2553. “อำเภอสันทราย อำเภอแมริม อำเภอพร้าว.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้

จาก: <http://www.wikipedia.org/wiki> สืบค้น 20 เมษายน 2553.

วิถี พานิชพันธ์. 2548. วิถีล้านนา. เชียงใหม่: สำนักพิมพ์ซิลค์เวอร์ม.

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2542. ข้อมูลผู้สูงอายุที่น่าสนใจ.

กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิริยะ สว่างโชติ. 2553. “คุณภาพชีวิตและการส่งเสริมสุขภาพ : (การพยายาม) หาคู่เชื่อมบน

ความต่างกิจกรรมทฤษฎีและวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับวัยชรา.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก:

www.scumdoctor.com สืบค้น 2 พฤษภาคม 2553.

ศรีเมือง พลังฤทธิ์. 2547. “การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัวและชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศรีเมือง พลังฤทธิ์. 2550. “แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา : การศึกษาเชิงคุณภาพ.” วารสารประชากรศาสตร์ 23, 2 : 80.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2540. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศรีสุดา แซ่อึ้ง. 2542. “พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุบ้านซาง ตำบลชีเหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศศิพรรณ กัญญาสิงห์. 2547. “รูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่.”

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2541. รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยใน ประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.

กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2541. รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยใน ประเด็นการเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุพื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ. กรุงเทพมหานคร :

มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2544. สวัสดิการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2550. “เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ.” ใน เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง

- การดูแลและพัฒนาผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน : ข้อเสนอเชิงนโยบายบูรณาการ,
กรุงเทพมหานคร : รัฐสภา.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. 2553. “วิจัยเผย คนยุคใหม่ทิ้งพ่อแม่ให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น.” [ออนไลน์].
เข้าถึงได้จาก: <http://www.bloggang.com> สืบค้น 1 กันยายน 2553.
- ศิริภาณี บันคำ. 2543. รายงานการวิจัย เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ ความเครียด
กับระดับความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. 2541. “รายงานการวิจัยเรื่อง คุณภาพชีวิตของคนในเขตเมือง
ภาคเหนือ.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://rc.nida.ac.th/research> สืบค้น 1 กันยายน
2553.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. “จำนวนผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป
จำแนกตามรายอายุปี พ.ศ.2552 และ พ.ศ.2568.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.thaicentenarian.mahidol.ac.th> สืบค้น 1 มีนาคม 2553.
- “สถิติสำคัญผู้สูงอายุไทย.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ryta.com> สืบค้น 15 มีนาคม
2553.
- สนธยา พลศรี. 2545. หลักสังคมวิทยา. กรุงเทพมหานคร : โอ.เอส.พรี้นติ้ง เฮ้าส์ .
- สมพร ใจสมุทร. 2547. “พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตลาดกระบัง.”
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- สมพร เทพสิทธิ์า. 2549. แก้อย่างมีคุณค่า ชราอย่างมีสุข. กรุงเทพมหานคร : สมชายการพิมพ์.
- สมหมาย เปรมจิตต์, ชัยชนะ ปิ่นเงิน, และศรีเลา เกษพรหม. 2550. รายงานการวิจัย เรื่อง
ครอบครัวสบายสไตส์ล้านนา: วิถีชีวิตและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ. เชียงใหม่ :
สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สังคีต จันทนะโพธิ. 2538. เปิดกรุล้านนาร่วมสมัย. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์เคล็ดไทย.
- สายอรุณ บุญคำแสน. 2548. “การประเมินผลแบบมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านส่งเสริม
สุขภาพของชมรมผู้สูงอายุวัดอินทาราม อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่.”
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2541. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : บริษัท พี.เอ.ลีฟ

วึ่ง จำกัด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2549. รายงานการวิจัยเรื่อง ผู้สูงอายุกับการทำงาน. กรุงเทพมหานคร :

สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สิริสุดา ชาวคำเขต. 2541. “การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่
กระดุกสะโพกหัก.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สีมา อนุรักษ์ และ ประชิด สกณะพัฒน์. 2551. มรดกคนล้านนา ประเพณีและวิถีชีวิต. [ม.ป.ท.] :

หจก.ซี แอนด์ เอ็น.

สุชา จันทน์เอม. 2539. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.

สุภาลักษณ์ เขียวขำ. 2543. “ การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหา
บัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุมาลย์ รอดนางบัว. 2551. รายงานการไปประชุม ดูงาน อบรม สัมมนา ของศูนย์การแพทย์
สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ. [ม.ป.ท.]

สุรกุล เจนอบรม. 2541. วิสัยทัศน์ผู้สูงอายุและการศึกษานอกระบบสำหรับผู้สูงอายุไทย.

กรุงเทพมหานคร : นิชนแอตเวอร์ไทซิงกรุ๊ป.

สุรพงษ์ คณานุรักษ์. 2545. “การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณี เทศบาล
นครยะลา.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สุรพล ดำริห์กุล. 2550. ล้านนา สิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม. [ม.ป.ท.]

อนามัย เทศกะทีก. 2550. ความเป็นพิษในระบบนิเวศ และสุขภาพมนุษย์. กรุงเทพมหานคร :

สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.

อภิญา เพื่องฟูสกุล. 2543. “ศาสนา.” ใน แนวความคิดพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรม.

เชียงใหม่ : นพบุรีการพิมพ์เชียงใหม่.

อภิญา เวชยชัย. 2544. รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาโครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการ

ผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน “โครงการเบี้ยยังชีพ. [ม.ป.ท.]

อมรา พรหมใหม่. 2547. “สิ่งแวดลอมทางสังคม การบรรลูนตามขั้นพัฒนาการและคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุในพื้นที่สาธารณสุขเขต 2.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย

รามคำแหง.

อรุณี ดันศิริ. 2549. วัฒนธรรมถิ่น วัฒนธรรมไทย. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

- อัจฉรา นวจินดา. 2549. “ทฤษฎีคุณภาพชีวิตตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง.” [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaipopulation.org/> สืบค้น 1 มีนาคม 2553.
- อัมพร เบญจพลพิทักษ์. 2545. “สุขภาพจิตครอบครัว สุขภาพจิตสังคม.” วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 10, 3.
- อาภรณ์ ปัญญาจุล. 2551. “ผลกระทบทางเศรษฐกิจของการเข้าสู่ผู้สูงอายุของประชากรในจังหวัดเชียงใหม่.” รายงานการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง (ศ.ม.) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อำนาจ วังจีน. 2546. รายงานการวิจัยเรื่อง ดัชนีคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร : สำนักวิชาการศึกษาทั่วไป มหาวิทยาลัยศรีปทุม วิทยาเขตบางเขน.

เอกสารภาษาอังกฤษ

- Anonymous. 2006. “Religion ,Spirituality, and Aging: A Social Work Perspective.” [Online] . Available: <http://proquest.umi.com/pqdweb> Retrieved May 11,2010.
- Aronson, Elliot .; Wilson, Timothy D.; and Akert, Robin M. 1997. Social Psychology. 2nd ed. [n.p.]: Addison - Wesley Educational Publishers.
- Baltus, Rita K.1997. Personal Psychology for Life and Work. 4th ed. OH: McGraw-Hill.
- Bengtson,V.L.1973. The Social Psychology of Aging. New York: The Babbbs-Merrill.
- Black,D. 1976. “The Older Person in the Family.” In S.H. Zarit (ed.), Reading in aging and Death : Contemporary Perspective. New York : Harper and Row.
- Blane, David.; Netuveli, Gopalakrishnan. ; and Montgomery, Scott M. 2008. “Quality of life, health And physiological status and change at older ages.” [Online] . Available: <http://proquest.umi.com/pqdweb> Retrieved June 10,2010.
- Boissevain, Jeremy. 1974. Friends of Friends : Network, Manipulators and Coalitions. Oxford: Basil Blackwell.
- Butler,R.N. 1990. Why survive ? Being Old in America. 4th ed. New York: Harper & Row.
- Chatfield,W.F. 1977.“Economic and Sociological Factors Influencing Life Satisfaction of the Aged.” Journal of Gerontology. 5,593-599.
- Craig,G.J.1991. Human Development. 6th ed. New Jersey: Prentice –Hall

- Crooks,R.L. and Stein,J. 1991. Psychology : Science, Behavior, and life. 2nd ed. Forth Worth: Holt,Reinehart & Winston.
- Davey, Judith A. 2007. "Older people and transport : coping without a car. " [Online] . Available: <http://proquest.umi.com/pqdweb> Retrieved June 10,2010.
- Dodge ,Hiroko H.et al. 2008. "Healthy Cognitive Aging and Leisure Activities Among The Oldest Old in Japan : Takashima Study." [Online]. Available: <http://proquest.umi.com/pqdweb> Retrieved June 10,2010.
- Epstein, N.B.; Bishop, D.S.; and Baldwin, L.M. 1984. " McMaster Model of Family Functioning. A View at the Normal Family." In F. Walsh (Ed.), Normal Family Process. New York: Guildford.
- Fayers,Peter M. and Machin, David. 2007. Quality of Life. 2nd ed .West Sussex : John Wiley.
- Hess, Beth B.; Markson, Elizabeth W.; and Stein, Peter J.1996. Sociology. 5th ed. Boston: Allyn & Bacon.
- Hess,P.2004.Theories of aging. In Ebersole,P.,Hess,P.,& Luggen, A.S. (Eds.),Toward healthy aging : Human needs and nursing response. St.Louis Mosby.
- Hoffman, L. et al.1988. Development Psychology Today. 5th ed. New York ; Mc Graw -Hill Inc.
- Hooyman, N.R. and Kiyak, H Asuman.1988. Social Gerontology: A multidisciplinary perspective. Massachusetts: Allyn and Bacon.
- House, J.S.1985. Work Stress and Social Support. Reading, M.A.: Addison - Wesley
- Hsieh, Chang-ming. 2005. " Age and relative importance of major life domains." [Online] . Available: <http://proquest.umi.com/pqdweb> Retrieved June 10,2010.
- Hsu, Hui-Chuan. 2007. "Exploring elderly people's perspectives on successful ageing in Taiwan." [Online]. Available: <http://proquest.umi.com/pqdweb> Retrieved June 10,2010.
- Huffman, Karen. 2002.Psychology in Action. 6th ed. New York: John Wiley & Sons.
- Idler, Ellen L.; McLaughlin,Julie.; and Kasl, Stanislav . 2009 ."Religion and the Quality of life in the Last Year of Life. " [Online]. Available:<http://proquest.umi.com/pqdweb>

Retrieved June 10,2010.

Insel, Paul M. and Roth, Walton T. 2002. Core Concepts in Health. 9th ed. [n.p.]: McGraw-Hill.

Janzen, H.; Paterson, J.; and Blashko, L.,1989. That's Living. Alberta: Three Pears Publishing.

Kaiser, Heinz Juergen . 2009. " Mobility in Old Age : Beyond the Transportation Perspective." [Online]. Available: <http://proquest.umi.com/pqdweb> Retrieved June 10,2010.

Keawkungwal,S. 1989. Buddhism and Existential Psychology : An Introduction for Laymen. Bangkok : Duangkamol.

Keesing, Robert M. 1962. Cultural Anthropology : A Contemporary Perspective. New York: Holt,Rinehart and Winston.

Kingsley, David. 1969. Human Society. New York: The Macmillian Co.

Kowalski, Robin M. and Westen, Drew. 2005. Psychology. 4th ed .New Jersey : John Wiley & Sons.

Krause, Neal. 2010. "Close Companion Friends, Self-Expression, and Psychological Well-Being in Late Life." [Online]. Available: <http://proquest.umi.com/pqdweb> Retrieved June 10,2010.

Lewis, Michael J.; Edwards, Anthony C.; and Burton, Mary. 2009. "Coping With Retirement: Well-Being,Health,and Religion." [Online]. Available: <http://proquest.umi.com/pqdweb> Retrieved June 10,2010.

L Xu,I Chi..2008. "Attitudes Towards Aging Among Chinese Elders :The Role of Self-Rated Health,Social Support and Life Satisfaction. " [Online].

Available: <http://proquest.umi.com/pqdweb> Retrieved June 10,2010.

Maconis, John J.1998. Society the Basics. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall.

Madison, H.E. 2000. Theories of aging. In Lueckenotte, A.G.(Ed.), Gerontologic nursing. St.Louis : Mosby.

Mechanic,D. 1978. Medical Sociology. New York: Free Press.

Miller,S.S.et al. 1986. Life span plus: The definitive guide to health and well-being for

the rest of your life. New York: Macmillan.

- Orem , D.E.1991. Nursing Concepts of Practice. 4th ed . St. Louis: Mosby Year Book.
- Papalia, D.E.,and Olds,S.W.1995. Human Development. 6th ed. New York: Mc Graw-Hill.
- Parra, Diana C .et al. 2010. "Perceived and objective neighborhood environment
Attributes And health related quality of life among the elderly in Bogota
Colombia." [Online]. Available: <http://proquest.umi.com/pqdweb> Retrieved
June 10,2010.
- Penhollow ,Tina Marie.2010. "Activity, aging and sexuality : A Study of an active
retirement community. " [Online] . Available: <http://proquest.umi.com/pqdweb>
Retrieved June 10,2010.
- Pettijohn, Terry F. 1992. Psychology A Concise Introduction.3rd ed.: the Dushkin
Publishing Group,Inc.
- Phillips, David R. et al. 2010. "Person-Environment (P-E) Fit Models and Psychological
Well-Being Among Older Persons in Hong Kong." [Online] . Available:
<http://proquest.umi.com/pqdweb> Retrieved June 10,2010.
- Plotnik,B.R. 1998. Introduction to Psychology. New York: Random House Organization
Stress.
- Ritzer, George. 2003. Contemporary Sociological Theory and Its Classical Roots :
The Basics. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Santrock, John W. 2003. Psychology. 7th ed. [n.p.]: McGraw – Hill.
- Schwartz.A.N.,and Peterson,J..A.1990. Introduction to Gerontology. 4th ed. New York:
Holt Rinechart and Winston.
- Schwingel, Andiana et al.2009. "Continued work employment and volunteerism and
mental well-being of older adults: Singapore longitudinal ageing studies."
[Online] . Available: <http://proquest.umi.com/pqdweb> Retrieved May 11,2010.
<http://proquest.umi.com/pqdweb>.
- Service, Alman. 1960. Evolution and Culture. Ann Arbor : University of Michigan Press.

Sharma,R.C. 1988. Population,Resources Environment and Quality of Life .Handbook of Pedagogical Aspects and Knowledge Base of Population Education . 2nd ed.

Delhi: Dhampat Rai & Son Education.

Shiovitz-Ezra, Sharon. et al. 2009. " Quality of Life and Psychological Health Indicators in the National Social Life,Health, and Aging Project. " [Online]. Available: <http://proquest.umi.com/pqdweb> Retrieved June 10,2010.

Stevens-Ratchford, R. 2008. "Successful Aging: The Relation of Productive Living To Quality of Life." [Online] . Available: <http://proquest.umi.com/pqdweb> Retrieved June 10,2010.

Steverink ,Nardi and Lindenberg, Siegart. 2006. "Which Social Needs Are Important for Subjective Well-Being? What Happens to Them With Aging?" [Online]. Available: <http://proquest.umi.com/pqdweb> Retrieved June 10,2010.

Taylor, Shelley E. 2003. Health Psychology .5th ed. New York: McGraw-Hill.

Tylor, Edward B. 1958. Primitive Culture. New York: Harper Torchbooks.

Wang, Chong- Wen.et al.2008. "Social Networks and Health-Related Quality of life Among Chinese Older Adults With Vision Impairment. " [Online]. Available: <http://proquest.umi.com/pqdweb> Retrieved June 10,2010.

Weiss,Gregory L. and Lonngquist, Lynne E. 1994. The Sociology of Health, Healthy, and Illness. Englewood,Cliffs: Prentice-Hall.

