

305.26

ศ. ๑๖๐

๕๓

การเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุงและในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี

ปริญญานิพนธ์

ของ

ตำรวจจิต สุนทราภิรมย์สุข

๒๕ พ.ค. 2540

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ

มีนาคม 2540

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๒๕๔๐

การเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ในสถานสงเคราะห์คนชรารับานบางละมุงและในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี

บทคัดย่อ

ของ

ตำรวจจิต สุนทราภิรมย์สุข

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ

มีนาคม 2540

การศึกษาครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อเปรียบเทียบความหวังในชีวิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ตัวแปรต้นที่นำมาศึกษาได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 410 คน ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จำนวน 200 คน และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 210 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ ความหวังในชีวิต และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตรฐานค่า สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การทดสอบที (t-test) และการทดสอบเอฟ (F-test) ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีความหวังในชีวิตแตกต่างกับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อจำแนกตามปัจจัยพบว่า ความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุไม่มีความแตกต่างทาง เพศ และสถานภาพสมรส แต่แตกต่างกันทางอายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพในครอบครัวกับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

2. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรามีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันทางอายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัว แต่ไม่แตกต่างกันทางเพศ และสถานภาพสมรส กับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

A COMPARATIVE STUDY OF HOPE AND SELF CARE OF THE AGED
IN BANGLAMUNG HOME FOR THE AGED AND ELDER
CLUB IN CHON-BURI HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
SAMROUMCHIT SUNTARAPIROMSUK

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Developmental Psychology
at Srinakharinwirot University

March 1997

The purpose of this study was to compare hope and self-care between two groups of the aged in Banglamung Home for the Aged and in the Elder Club of Chon-Buri Hospital. The independent variables studied in the research were age, sex, marital status, educational level, economic and family status. Subjects were four hundred and ten elderly persons, sixty years old and over. Two hundred elderly persons living in Banglamung Home for the Aged and two hundred and ten who were members of Elder Club at Chon-Buri Hospital. The hope and the self-care practice questionnaires were the instruments for gathering data. The data were analysed by t-test and F-test. The results were as follows:

The elderly persons who were members of the Elder Club and who were living in Home for the Aged were significantly different in hope at the .01 level. In terms of the hope in life the members in the Elder Club were not significantly different from those who were living in Home for the Aged in sex and marital status, but they were different in age, educational level, economic and family status.

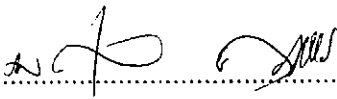
The elderly persons who were members of Elder Club and who were living in Home of the Aged were significantly different in self-care at the .01 level. The self-care of the members in Elder Club were significantly different in age, educational level, economic and family status. However, there were no differences in sex and marital status.

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอก จิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

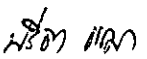

.....
(ดร. ปรีชา ชรรมา)

ประธาน

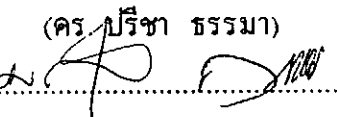

.....
(ผศ. มยุรี กุลแพทย)

กรรมการ

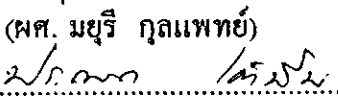
คณะกรรมการสอบ


.....
(ดร. ปรีชา ชรรมา)

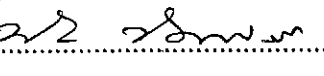
ประธาน


.....
(ผศ. มยุรี กุลแพทย)

กรรมการ

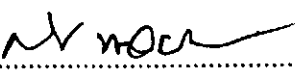

.....
(ผศ. ประณต คำนิม)

กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม


.....
(ดร. นิยะดา จิตจรัส)

กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ


.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ดร. ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

วันที่ 13 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2540

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปรีชา ธรรมา และผู้ช่วยศาสตราจารย์มยุรี กุลแพทย์ อาจารย์ผู้ควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประณต แก้วนิม และอาจารย์ ดร.นิยะดา จิตต์จรัส กรรมการสอบปริญญานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำเสนอข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่สนับสนุน และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ กมลรัตน์ กรีทอง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษยา ตันติผลาชีวะ และอาจารย์ มรรยาท เจริญสุขโสภณ ที่กรุณาให้คำแนะนำและให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล นายแพทย์ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้ตรวจการพยาบาล และเจ้าหน้าที่ประจำชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรีทุกท่าน พร้อมทั้งผู้อำนวยการสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางละมุง นักสังคมสงเคราะห์และเจ้าหน้าที่ ตลอดจนท่านผู้สูงอายุทุกท่านทั้งในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ที่กรุณาอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้

คุณประโยชน์ และความดีทั้งหมดที่เกิดจากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่คุณนก สุนทราภิรมย์สุข รวมทั้งบุตรธิดาทั้งสามคน ที่เอื้ออาทรให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ให้ความช่วยเหลือและให้โอกาสในการศึกษาจนสำเร็จสมความปรารถนาทุกประการ

ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบพระคุณอาจารย์และเจ้าหน้าที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรีทุกท่าน เพื่อน ๆ และน้อง ๆ ร่วมหลักสูตรจิตวิทยาพัฒนาการ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ จนทำให้ปริญญานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

สำรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	6
ความสำคัญของการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	12
ความหมายและลักษณะของผู้สูงอายุ.....	13
ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ.....	17
การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ.....	20
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ.....	22
ปัจจัยทางชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ.....	23
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง.....	25
ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม.....	26
ความสามารถในการดูแลตนเอง.....	31
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ.....	33
แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง.....	36
ความหมายของความหวัง.....	36
กลไกของความหวัง.....	41
ความหวังของผู้สูงอายุ.....	44
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวัง.....	45
สมมติฐานของการวิจัย.....	47
กรอบความคิดของการวิจัย.....	48

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	50
ประชากร.....	50
กลุ่มตัวอย่าง.....	50
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	53
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	57
การรวบรวมข้อมูล.....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
สัญลักษณ์และอักษณย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
5 สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	82
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	82
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	83
กลุ่มตัวอย่าง.....	83
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	84
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	84
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	85
อภิปรายผล.....	88
ข้อเสนอแนะ.....	103
บรรณานุกรม.....	107
ภาคผนวก.....	116
ประวัติของผู้วิจัย.....	136

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศและสถานที่.....	51
2	จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในชมรม และในสถานสงเคราะห์ จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัว.....	51
3	เปรียบเทียบคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรม และในสถานสงเคราะห์.....	61
4	เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรม และในสถานสงเคราะห์.....	62
5	เปรียบเทียบคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในชมรม และในสถานสงเคราะห์ที่แตกต่างกันด้านเพศ.....	63
6	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรม และในสถานสงเคราะห์จำแนกตามระดับอายุ.....	63
7	เปรียบเทียบคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรม และในสถานสงเคราะห์ที่แตกต่างกันตามช่วงอายุ.....	64
8	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีช่วงอายุต่างกันเป็นรายคู่.....	64
9	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรม และในสถานสงเคราะห์ จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	65
10	เปรียบเทียบคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในชมรม และในสถานสงเคราะห์ที่แตกต่างกันทางสถานภาพสมรส.....	65
11	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรม และในสถานสงเคราะห์ จำแนกตามระดับการศึกษา.....	66
12	เปรียบเทียบคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในชมรม และในสถานสงเคราะห์ที่แตกต่างกันทางระดับการศึกษา.....	66
13	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรม และในสถานสงเคราะห์ที่มีระดับการศึกษาต่างกันเป็นรายคู่.....	67
14	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมและในสถานสงเคราะห์ จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ.....	68

15	เปรียบเทียบคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในชมรม และในสถานสงเคราะห์ที่แตกต่างกันตามฐานะทางเศรษฐกิจ.....	68
16	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันเป็นรายคู่.....	69
17	เปรียบเทียบคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในชมรม และในสถานสงเคราะห์ที่แตกต่างกันตามสถานภาพในครอบครัว.....	70
18	เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งในชมรม และในสถานสงเคราะห์ที่แตกต่างกันด้านเพศ.....	71
19	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรม และในสถานสงเคราะห์จำแนกตามระดับอายุ.....	72
20	เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรม และในสถานสงเคราะห์ที่มีความแตกต่างกันตามระดับอายุ.....	72
21	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่มีระดับอายุต่างกันเป็นรายคู่.....	73
22	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรม และในสถานสงเคราะห์ จำแนกตามสถานภาพสมรส.....	73
23	เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งในชมรม และในสถานสงเคราะห์ ที่แตกต่างกันทางสถานภาพสมรส.....	74
24	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรม และในสถานสงเคราะห์จำแนกตามระดับการศึกษา...	74
25	เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรม และในสถานสงเคราะห์ที่แตกต่างกันทางการศึกษา.....	75
26	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมที่แตกต่างกันทางการศึกษาเป็นรายคู่.....	75
27	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน เป็นรายคู่.....	76
28	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรม และในสถานสงเคราะห์ จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ....	77

ตาราง	หน้า
29 เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรม และใน สถานสงเคราะห์ที่แตกต่างกันตามฐานะเศรษฐกิจ.....	77
30 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมที่มี ฐานะเศรษฐกิจต่างกันเป็นรายคู่.....	78
31 เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรม และใน สถานสงเคราะห์ที่แตกต่างกันทางสถานภาพในครอบครัว.....	78
32 เปรียบเทียบระดับคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรม ที่มีระดับ คะแนนต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกัน.....	79
33 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความหวังในชีวิตของ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์จำแนกตามกลุ่มความหวังในชีวิต.....	80
34 เปรียบเทียบระดับคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในสถาน สงเคราะห์ที่ระดับคะแนนต่างกันมีการดูแลตนเองต่างกัน.....	80
35 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุใน สถานสงเคราะห์เป็นรายคู่.....	81

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงลักษณะของพลังมนุษย์ และการดูแลตนเอง.....	33
2 แบบแผนการเปรียบเทียบระดับความหวังในชีวิต และการดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุในชมรม และในสถานสงเคราะห์.....	49

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาประเทศไทยในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีโดยเฉพาะด้านการแพทย์และการสาธารณสุขส่งผลให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น อายุขัยของประชากรยาวขึ้น การคาดคะเนอายุขัยโดยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 - 2544 ของเพศชายเท่ากับ 68.15 ปี และเพศหญิงเท่ากับ 72.39 ปี (สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) การที่คนมีอายุยืนยาวขึ้นเป็นผลให้มีการเพิ่มประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น และโครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือประชากรวัยสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต สำนักงานสถิติสาธารณสุขรายงานว่า จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2530 มีจำนวนถึง 3.1 ล้านคนและคาดว่าจะในอีก 20 ปี ข้างหน้าคือ พ.ศ. 2550 จะมีประชากรผู้สูงอายุเป็น 2 เท่า คือ 5.9 ล้านคน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2531 : 22 - 25) และข้อมูลจากคณะกรรมการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข สำนวนพบว่าจำนวนประชากรวัยสูงอายุทั่วประเทศเพิ่มจากเดิมคือ ในปี พ.ศ. 2533 ประมาณ 4.2 ล้านคนหรือมีจำนวนร้อยละ 6.1 คาดว่าในอีก 10 ปีข้างหน้าคือ ในปี พ.ศ. 2543 จะมีประชากรผู้สูงอายุถึง 7.3 ล้านคนหรือร้อยละ 7.6 (แผนพัฒนาการสาธารณสุข. 2535 : 1)

การเปลี่ยนแปลงของประชากรดังกล่าว ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคม และส่งผลในทางลบต่อระบบครอบครัวดั้งเดิมและค่านิยม หรือความเชื่อเกี่ยวกับความกตัญญูของบุตรต่อบิดาและมารดาหรือญาติผู้สูงอายุ ประเพณีปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลบิดามารดาหรือญาติผู้สูงอายุที่เป็นมาแต่เดิมในประเทศไทย คือ สังคมคาดหวังให้บุตรหรือครอบครัวเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือบิดามารดา หรือญาติผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันบิดามารดาโดยทั่วไปก็คาดหวังว่าบุตรจะเป็นแหล่งพึ่งพิงยามที่ตนเองอยู่ในวัยสูงอายุ แต่ภายใต้สภาพการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว กล่าวคือ การขยายตัวของเมือง การย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เมืองของคนหนุ่มสาว การทำงานนอกบ้านของสตรี ประกอบกับการแพร่อย่างรวดเร็วของอิทธิพลตะวันตก ซึ่งเน้นการพึ่งพิงตัวเองภายใต้การสื่อสารยุคโลกาภิวัตน์ เป็นที่เชื่อกันว่าทำให้ค่านิยมหรือประเพณีปฏิบัติเกี่ยวกับความกตัญญูต่อบิดามารดาอ่อนแอลง ครอบครัว

ขยายแบบเดิมค่อยๆหมดไปเป็นครอบครัวเดี่ยวเข้ามาแทนที่ความผูกพันในครอบครัวไม่เข้มแข็งเหมือนแต่ก่อน บุตรทอดทิ้งบิดามารดาสูงอายุมากขึ้น (นภาพร ชโยวรรณ. 2538 : 49) และเกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก ประกอบกับผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง (สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. 2536) ทำให้มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายและถ้าเจ็บป่วยจะใช้เวลารักษานาน อาการจะเรื้อรัง(สุรกุล เจนอบรม. 2524 : 16) และเกิดความพิการ และทุพพลภาพขึ้นปัญหาสุขภาพและผลการเปลี่ยนแปลงระบบครอบครัวดังกล่าว มีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการพัฒนาระบบการพึ่งพาตนเองเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองตามขีดจำกัดที่พึงกระทำได้

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวนมากตามที่อารมณ วุฒิพฤษกุลและคณะ (2532 : 45) ศึกษาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเมืองของกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยถึงร้อยละ 50.38 ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคตา โรคหัวใจ ไอเรื้อรังและหอบหืด จะเห็นได้ว่าโรคที่เกิดกับผู้สูงอายุไทย ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต เช่นเดียวกับที่ ศรีจิตรา บุนนาค (2532 : 252) พบว่าร้อยละ 40 ของการตายในผู้สูงอายุไทยเกิดจากโรคหัวใจ วัณโรคปอด มะเร็งและเนื้องอก และโรคหลอดเลือดในสมอง โรคเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นโรคที่ไม่ติดเชื้อ (Noncommunicable Disease) ขึ้นกับพฤติกรรมของบุคคลลักษณะนิสัยสภาวะแวดล้อมส่วนใหญ่เป็นโรคที่ป้องกันได้ดังที่ อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม (2528 : 33 - 34) กล่าวถึงสาเหตุที่สำคัญที่สุดของโรคหัวใจคือการมีวิถีชีวิตที่ผิดๆ เช่น ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ รับประทานอาหารมากเกินไป อ้วนเกินไปและออกกำลังกายน้อยเกินไป สอดคล้องกับกิลเบิร์ต (Gilbert. 1986 : 38 - 45) กล่าวว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุอย่างน้อยมีโรคเรื้อรัง 1 โรค ได้แก่ ข้ออักเสบ ความดันโลหิตสูง หูเสื่อม โรคเกี่ยวกับหัวใจ และส่วนใหญ่ป้องกันได้ถ้ามีการปรับเปลี่ยนให้มีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดี โดยการควบคุมพฤติกรรมด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การใช้ยาอย่างปลอดภัย การระวังอุบัติเหตุ การเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและความผาสุกแก่ผู้สูงอายุ และจากการศึกษาของนภาพร ชโยวรรณและคณะ (2530 : 98) เกี่ยวกับปัญหาเฉพาะโรคและโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุยังขาดความเข้าใจและมีการดูแลสุขภาพของตนเองไม่ดีพอ ผู้สูงอายุจำนวนมากเป็นโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อ โครงสร้างและ

เนื้อเยื่อเสริม โรคระบบย่อยอาหาร ปวดข้อ ท้องผูก ริดสีดวงทวาร ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนไม่ถูกสุขลักษณะ

ในภาวะปกติผู้ใหญ่มักจะดูแลตนเอง (Self Care) ได้ ส่วนผู้สูงอายุอาจต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถทางด้านร่างกายเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดหรือความบกพร่องในการดูแลตนเอง (นภาพร ชโยวรรณ. 2530 : 98) แนวความคิดของโอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2534 : 8; อ้างอิงมาจาก Orem. 1991 : 117) การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate Action) ความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้เมื่อความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเอง เนื่องจากความเสื่อมของสภาพร่างกายและจิตใจตามวัยในขณะนั้น ด้วยเหตุจูงใจนี้ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราและชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี เพื่อต้องการเห็นถึงความแตกต่างของความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรามีความหวัง มีการดูแลตนเองและมีความต้องการความช่วยเหลืออย่างไร ในสภาพที่อยู่ห่างไกลจากลูกหลานและญาติแตกต่างหรือเหมือนกันกับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุได้เตรียมตัววางแผนการดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีความสุขในวัยสูงอายุ ตลอดจนเป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ลูกหลานและญาติสามารถปรับตัวเข้ากับผู้สูงอายุโดยมีความผูกพันรักใคร่มีความอบอุ่นในครอบครัว รวมทั้งเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีหน้าที่รับผิดชอบได้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีชีวิตที่มีความสุขและยืนยาวต่อไป

มิติหนึ่งที่มีความสำคัญในการดำเนินชีวิตของบุคคลโดยเฉพาะผู้สูงอายุก็คือความหวัง (Hope) โดยปกติคนเราจะมี ความหวังอยู่เสมอ เช่น หวังว่าจะมีบ้านเป็นของตนเอง หวังว่าจะประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน หวังว่าเมื่อเป็นผู้สูงอายุก็จะมีบุตรหลานคอยดูแลช่วยเหลือและมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข หรือในผู้ที่เจ็บป่วยก็หวังว่าจะหายจากโรค ความหวังจึงเป็นปัจจัยสำคัญของชีวิต ที่สามารถทำให้บุคคลรู้สึกในทางที่ติดอนาคต และเป็นแรงผลักดันให้แสวงหาประสบการณ์ใหม่รวมทั้งการดูแลตนเอง (ทศนา ชูวรรณปกรณ. 2531 : 2) ความหวังจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่กำลังคุกคามตนว่าไม่ใช่สิ่งรุนแรงเกินไป มีกำลังใจและมี

ทางเป็นไปได้ในการที่จะแก้ไขปัญหานั้น เพราะความหวังซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะตัวของแต่ละบุคคลนั้นเป็นสื่อกลางที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการรับรู้ของบุคคล ซึ่งผลของความหวังไม่ว่าจะเป็นความสำเร็จหรือความล้มเหลวจะถูกรวบรวมเป็นแบบแผนของการรับรู้ของบุคคลในการแปลความหมายของสิ่งเร้าต่างๆ (ฤทธา ตงศิริ. 2531: 4; อ้างอิงมาจาก Elise. 1987 : 997) ความหวังนั้นเป็นการมุ่งอนาคต บุคคลที่มีความหวังจะต้องมีความต้องการเปลี่ยนแปลงสภาพชีวิตของตนเอง จึงพยายามทำให้ดีที่สุดในปัจจุบันโดยไม่ทอดทิ้งความเป็นไปได้ ความหวังมีความสัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่นในระยะที่ปัจเจกภายในตัวบุคคลไม่เพียงพอหรือลดลงไป เมื่อบุคคลมีความหวังก็จะมีเชื่อมั่น ศรัทธา มีแรงคลใจและตั้งใจ แต่หากเกิดความสิ้นหวังก็จะนำมาซึ่งความโศกเศร้า และกลายเป็นความซึมเศร้าได้หากยังไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (มรรยาท เจริญสุขโสภณและนางลักษณ์ เศรษฐักคิจิต. 2537 : 2; อ้างอิงมาจาก Beck, Rawlins and William. 1984 : 501) ความหวังเป็นส่วนประกอบจำเป็นสำหรับคุณภาพของชีวิต และเป็นมิติสำคัญในการตอบสนองต่อการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตเมื่อไม่มีความหวัง มีผลอย่างลึกซึ้งในความผาสุกทางจิตใจ การตอบสนองต่อการรักษา และการหายจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (Jacobson ,Ann and Pillar. 1992) ความหวังเป็นแรงจูงใจในชีวิต (Curl, Eileen and Deges. 1992) ซึ่งมีพลังอยู่ในตัวมันเองที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมปรับตัวได้ในผู้ป่วยดังหลักเบื้องต้นของจิตวิทยาที่ว่าพฤติกรรมเกือบทุกพฤติกรรมจะต้องมีสิ่งเร้า กล่าวคือถ้าไม่มีอะไรมาเร้าร่างกายของเรา การแสดงพฤติกรรมใดๆ ก็ไม่ควรจะเกิดขึ้น เราจึงถือได้ว่าสิ่งเร้าที่เป็นตัวการสำคัญหรือองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมขึ้นนั้น เป็นตัวจูงใจทำให้พฤติกรรมเกิดขึ้น ซึ่งเรียกว่า “แรงจูงใจ” (ทัศนาศูววรรณปะกรณ์. 2531 : 3; อ้างอิงมาจาก เดโซ สวานานนท์ : 2518) ความหวังจึงเป็นแรงจูงใจที่สำคัญยิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีพัฒนาการทางจิตสังคมดีขึ้นตามขั้นพัฒนาการทางจิตสังคมอีริกสัน (Erikson Psycho- social Stage) โดยอธิบายถึงพัฒนาการทางจิตสังคมในวัยสูงอายุว่า ผู้สูงอายุอาจมีความรู้สึกถึงความมั่นคงสมบูรณ์ในชีวิต (Sense of Integrity) หรือมีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังขมขื่นใจ (Sense of Despair) ก็ได้(Curl, Eileen and Deges.1992) เราควรระลึกว่าวัยชราหรือวัยสูงอายุมิได้เป็นระยะเวลาที่ควรหมดหวัง ที่ควรแยกอยู่อย่างโดดเดี่ยวและสิ้นหวังในชีวิตแต่ประการใดเลย (ศรีทิพย์ทิพย์ พานิชพันธ์. 2525 : 26) วิลเลียม ฟาร์ (ฟิรลิทธี คำนวนศิลป์. 2523 : 7; อ้างอิงมาจาก William Farr. n.d) กล่าวว่าบุคคลวัย 60 ปี ถึง 80 ปีเป็นวัยที่ยังมีความหวัง จะได้รับมัลลัคอกไม้แห่งความสำเร็จ ชีวิตในบั้น

ปลายมิได้ไร้ซึ่งคุณค่าหรือความหวังเสียเลยทีเดียว ตรงกันข้ามวัยชราเป็นวัยแห่งความมีเกียรติและสมหวังในชีวิต

ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่หมดหวังจะมีสภาพจิตใจที่เสียระบบ มีแต่ความทุกข์ความเจ็บปวด ความรู้สึกหม่นหมองทางช่วยเหลือตัวเอง ชีวิตหมดความหมายถ้าร่างกายอยู่ในสภาพทรุดโทรม มีการเจ็บป่วยไม่ว่าจะเป็นโรคทางกายหรือทางจิตอาการก็มีแต่จะทรุดหนัก และตายได้ในที่สุด ดังนั้นการหวังจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อชีวิตและการเจริญ (อุบล นิวัติชัย. 2532 : 1091 - 1092) ความรู้สึกสิ้นหวังเป็นความรู้สึกจากการกระทำที่เคร่งครัดไม่ยืดหยุ่น ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความเป็นไปไม่ได้เป้าหมายในชีวิตถูกขัดขวาง ความสามารถในการปฏิบัติตัวลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (Robert. 1976 : 176) นอกจากนี้ยังพบว่า บุคคลที่สิ้นหวังจะไม่มีจินตนาการและความคาดหวังใด ๆ จึงไม่เกิดการกระทำต่อภาวะบีบคั้นที่กำลังเผชิญอยู่ ความสิ้นหวังจึงเป็นลักษณะของการยอมแพ้ อันเนื่องมาจากขาดแรงจูงใจ อาการต่างๆ เหล่านี้ เรียกว่า “ปมพ่าย” หรือ “ปมหน่ายชีวิต” (Giving - up ; Given - up Complex) (ลออ หุตางกูร. 2529 : 109 ; Beck. 1984 : 499 - 500) ทำให้กิจกรรมในการดูแลตนเองที่เป็นการปรับตัวไปสู่เป้าหมายลดลง ดังนั้นความหวังในผู้สูงอายุจึงเป็นปัจจัยสำคัญ และมีความจำเป็นต่อการดูแลตนเองและเป็นพลังใจส่งเสริมให้ชีวิตของผู้สูงอายุมีความสุขและมีชีวิตยืนยาวต่อไป

อนึ่งเนื่องจากการร่วมทำกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุ แต่เดิมมีลักษณะเป็นไปตามลักษณะของครอบครัวและงานอาชีพที่รวมกันอยู่เป็นหน่วยเดียวกัน ผู้สูงอายุจะมีโอกาสร่วมทำกิจกรรมและมีการติดต่อสัมพันธ์กับคนในครอบครัวและคนอื่นๆ ในชุมชนได้โดยง่าย และสม่ำเสมอเมื่อสภาพสังคมไทยกำลังเปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมเมืองอุตสาหกรรมโดยเฉพาะจังหวัดชลบุรีกำลังได้รับการพัฒนาทางสังคมเศรษฐกิจตามแผนพัฒนาชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก (Eastern Sea Board) สภาพการอยู่อาศัยและงานอาชีพเริ่มไม่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ร่วมทำกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัวและคนในชุมชน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดำเนินชีวิตอยู่ในวงแคบจำกัด การร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ลดน้อยลงไปเรื่อยๆ ผู้สูงอายุบางคนต้องอยู่ตามลำพังตลอดเวลาเพราะลูกหลานญาติสนิทแยกย้ายไปตั้งครอบครัวประกอบอาชีพของตน ทำให้ขาดการติดต่อสัมพันธ์กันเป็นบางครั้ง สั้นบ้าง ยาวบ้าง ผู้สูงอายุจึงอยู่อย่างโดดเดี่ยวสภาพแวดล้อมและสังคมไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิต ในปัจจุบันมีองค์กรที่ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางเป็นแหล่งเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับสังคมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ ศูนย์บริการทางสังคม สมาคม และชมรมผู้สูงอายุ ทั้งภาครัฐและเอกชน

เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ได้เป็นการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และช่วยป้องกันการเกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์จากการสูญเสียสิ่งต่างๆ ของผู้สูงอายุได้ นาง พี แอล เอ็ม เดอ ซอลซา (PLM de Zoysa . 2538: 9 - 16) จากองค์การช่วยเหลือผู้สูงอายุระหว่างประเทศชาวศรีลังกากล่าวว่า ศูนย์บริการทางสังคมเป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐจัดบริการช่วยเหลือ ซึ่งการอยู่ร่วมกันในครอบครัวของผู้สูงอายุ เป็นความปรารถนาของผู้สูงอายุเองและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุทั้งหลาย ต้องการที่จะเห็นผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างสุขสงบในครอบครัวมากกว่าการส่งผู้สูงอายุเข้าไปอยู่อาศัยในสถานสงเคราะห์

ในการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาผู้สูงอายุปกติในสภาพแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติคือการอยู่อาศัยกับครอบครัว และมีการทำกิจกรรมทางสังคมบ้าง เปรียบเทียบกับผู้สูงอายุปกติในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งไม่มีผู้ดูแลเลี้ยงดูและช่วยเหลือในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างจากสภาพครอบครัวและสังคมเดิม เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่เป็นจริงตามธรรมชาติและข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นอยู่จริงในสถานสงเคราะห์คนชรา ในเขตจังหวัดชลบุรี และน่าจะเป็นประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมควรได้ทำการศึกษา เพื่อความกระจ่างชัดในเรื่องความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการเป็นข้อมูลพื้นฐานทางวิชาการ และทางการวิจัยรวมทั้งเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดกิจกรรมทางสังคมเกี่ยวกับผู้สูงอายุและเพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในที่สุด

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความหวังในชีวิตและการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรานบ้านบางละมุง และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบความหวังในชีวิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรานบ้านบางละมุง และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ตามตัวแปรเพศ อายุ ระดับการศึกษาสถานภาพสมรส ฐานะเศรษฐกิจ และ สถานภาพในครอบครัว
3. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรานบ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ที่มีระดับความหวังต่างกัน

ความสำคัญของการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าจะให้ประโยชน์ดังต่อไปนี้

1. ทำให้ทราบถึงความหวัง และการดูแลตนเอง อันเป็นข้อมูลที่เป็นฐานของความเข้าใจกลุ่มประชากรผู้สูงอายุทั้งในครอบครัวและหน่วยงานของรัฐ ให้สามารถหาวิธียกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมสภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ วางแผนงานให้ความช่วยเหลือดูแล และพัฒนาการจัดกิจกรรมทางสังคมได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง รวมทั้งทำให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจตนเอง สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่น มีความสงบสุขในบั้นปลายของชีวิต
2. เป็นประโยชน์ในการช่วยให้ประชาชนทั่วไป ลูกหลาน และญาติของผู้สูงอายุ ได้ตระหนักถึงความสำคัญและความต้องการของผู้สูงอายุ ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุหรือส่งให้ไปอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราตามลำพัง
3. เพื่อเป็นแนวทางชี้แนะให้แก่คนวัยหนุ่มสาวและคนในวัยผู้ใหญ่กลางคนว่าควรเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุอย่างไร และมีเป้าหมายในชีวิตเมื่อเป็นผู้สูงอายุในวันข้างหน้า
4. เพื่อเป็นพื้นฐานทางวิชาการและแนวทางการวิจัยแก่ผู้ที่มีความสนใจด้านนี้ต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. ประชากร คือ ผู้สูงอายุไทยในเขตจังหวัดชลบุรี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกของสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง อ.บางละมุง จ.ชลบุรี จำนวน 319 คน และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 315 คน รวมจำนวนทั้งหมด 634 คน
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุไทยในเขตจังหวัดชลบุรี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกของสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง อ.บางละมุง จ.ชลบุรี และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี พ.ศ. 2539 รวมจำนวนทั้งสิ้น 410 คนได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)
3. ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย
 - 3.1 ตัวแปรต้น ได้แก่

สภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และชมรมผู้

สูงอายุ โรงพยาบาลชลบุรี จำแนกตามลักษณะดังนี้

3.1.1 อายุ แบ่งเป็น

อายุ 60 ปี - 64 ปี

อายุ 65 ปี - 69 ปี

อายุ 70 ปี - 74 ปี

อายุ 75 ปีขึ้นไป

3.1.2 เพศ แบ่งเป็น

เพศชาย

เพศหญิง

3.1.3 สถานภาพสมรส แบ่งเป็น

มีคู่และอยู่ด้วยกัน

มีคู่แต่ไม่อยู่ด้วยกัน

ไม่มีคู่

3.1.4 การศึกษา แบ่งเป็น

ไม่ได้เรียนหนังสือ

ระดับประถมศึกษา

ระดับมัธยมศึกษา

ระดับอาชีวศึกษา-อุดมศึกษา

3.1.5 ฐานะทางเศรษฐกิจ แบ่งเป็น

รายได้ไม่พอกับรายจ่าย

รายได้เพียงพอกับรายจ่าย

รายได้มากกว่ารายจ่าย

3.1.6 สถานภาพในครอบครัว แบ่งเป็น

เป็นเจ้าของบ้าน

เป็นผู้อาศัย

3.1.7 ความหวัง แบ่งเป็น

ความหวังต่ำ

ความหวังปานกลาง

ความหวังสูง

✓ 3.2 ตัวแปรตาม 'ได้แก่'

3.2.1 ความหวัง

3.2.2 การดูแลตนเอง

หมายเหตุ ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาความหวังในฐานะตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม

✓ นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งเป็นสมาชิกสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ปี พ.ศ. 2539

✓ 2. อายุ หมายถึง อายุจริงของผู้สูงอายุซึ่งคิดเป็นจำนวนปีเต็มตามปฏิทินจากปีเกิด จำแนกได้ดังนี้ (สำนักงานกลางทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย 2535)

2.1 อายุ 60 ปี - 64 ปี

2.2 อายุ 65 ปี - 69 ปี

2.3 อายุ 70 ปี - 74 ปี

✓ 2.4 อายุ 75 ปีขึ้นไป

3. การศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดที่ผู้สูงอายุได้รับแบ่งเป็น 4 ระดับ

3.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ หมายถึง ไม่ได้รับการศึกษาภาคบังคับ

✓ 3.2 ระดับประถมศึกษา หมายถึง ได้รับการศึกษาชั้นประถมปีที่ 4

3.3 ระดับมัธยมศึกษา หมายถึง ได้รับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจนถึงชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

3.4 ระดับอาชีวศึกษา - อุดมศึกษา หมายถึง ได้รับการศึกษาระดับอาชีวะจนถึงระดับอุดมศึกษา

4. สถานภาพสมรส หมายถึงฐานะหรือตำแหน่งทางสังคมเกี่ยวกับการมีคู่ครองหรือการใช้ชีวิตร่วมกันเป็นสามีภรรยา แบ่งเป็น

4.1 มีคู่และอยู่ด้วยกัน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ยังมีสามีหรือภรรยาอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน

4.2 มีคู่แต่ไม่อยู่ด้วยกัน หมายถึง ผู้สูงอายุที่ยังมีสามีหรือภรรยาแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกันในปัจจุบัน

4.3 ไม่มีคู่ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่มีสามีหรือภรรยาอยู่ด้วยกันในปัจจุบันได้แก่ โสด, หม้าย, หย่า

5. สถานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง สภาพทางการเงินที่ผู้สูงอายुरายงานเกี่ยวกับรายได้และรายจ่ายแบ่งเป็น 3 ระดับ

5.1 ระดับต่ำ หมายถึง สภาพทางการเงินที่ผู้สูงอายुरายงานว่ารายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย

5.2 ระดับปานกลาง หมายถึง สภาพทางการเงินที่ผู้สูงอายुरายงานว่ารายได้เพียงพอกับรายจ่าย

5.3 ระดับสูง หมายถึง สภาพทางการเงินที่ผู้สูงอายुरายงานว่ารายได้มากกว่ารายจ่าย

6. สถานภาพในครอบครัว หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในครอบครัวแบ่งเป็น

6.1 เป็นเจ้าของบ้าน หมายถึง ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ในครอบครัวในฐานะเจ้าของบ้านที่มีความสะดวกสบายในการดำเนินชีวิต

6.2 เป็นผู้อาศัย หมายถึง ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ในครอบครัวในฐานะสมาชิกต้องพึ่งพา หรือ ทั้งให้และได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าของบ้าน

7. สถานสงเคราะห์คนชรา หมายถึง สถานที่รับผู้สูงอายุไว้เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไร้ญาติขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ประสบความทุกข์ยากเดือดร้อน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรืออยู่ในครอบครัวไม่มีความสุข ในที่นี้ศึกษาเฉพาะสถานสงเคราะห์คนชรabanบางละมุง จังหวัดชลบุรี

8. ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มบุคคลผู้สูงอายุที่มารวมตัวกันโดยมีจุดมุ่งหมายตรงกันที่จะพัฒนาผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม งานวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

ความหวัง ในที่นี้คือความหวังในชีวิตอันหมายถึง สภาวะทางจิตใจ ความคิดความรู้สึกที่เป็นความปรารถนาและสามารถบรรลุความปรารถนานั้นอย่างเป็นไปได้ ครอบคลุม

ลักษณะดังต่อไปนี้ ความหวังเป็นการมุ่งอนาคตที่จะได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น และเชื่อว่าตนเองยังมีทางเลือก มีความปรารถนาให้ตนเองบรรลุในสิ่งที่มุ่งหวัง มีความไว้วางใจว่าคนอื่นมีความสามารถที่จะช่วยตนเองได้เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่รุนแรง และมีความอดสาหัสที่จะดำเนินการกระทำที่มุ่งไปสู่การแก้ปัญหา มีความกล้าที่จะยังคงยืนกรานต่อเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งสามารถวัดได้ด้วยแบบวัดความหวังที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดระดับความหวังของผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะของ มรยาท เจริญสุขโสภณและนงลักษณ์ เชษฐภักดีจิต (2537 : 152 - 158) โดยแบ่งระดับความหวังออกเป็น ๓ ระดับได้แก่

ความหวังในชีวิตระดับต่ำ หมายถึง ภาวะที่ท้อแท้สิ้นหวังไม่มีความหวังเลยถึงมีความหวังเพียงเล็กน้อย ได้คะแนนตามเกณฑ์ระหว่าง 24.00 ถึง 59.99

ความหวังในชีวิตระดับปานกลาง หมายถึง ภาวะที่มีความหวังในชีวิตปานกลางค่อนข้างมาก ได้คะแนนตามเกณฑ์ระหว่าง 60.00 ถึง 83.99

ความหวังในชีวิตระดับสูง หมายถึง ภาวะที่มีความหวังในชีวิตสูงมาก ได้คะแนนตามเกณฑ์สูงสุดระหว่าง 84.00 ถึง 96.00

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความผาสุกของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจมีเป้าหมาย มีแบบแผน มีลำดับขั้นตอน และการกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล ซึ่งวัดโดยแบบวัดการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับลักษณะกิจกรรมการดูแลตนเองของบุคคลของ โอเร็ม (Orem, 1980 ; 41) โดยกำหนดประเภทของกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคลออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) กิจกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป 2) กิจกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และ 3) กิจกรรมการดูแลตนเองจากภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ และได้แบ่งการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 3 ระดับได้แก่

ระดับต่ำ หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ถึงดูแลตนเอง

นาน ๆ ครั้งได้คะแนนตามเกณฑ์ระหว่าง 26.00 ถึง 64.99

ระดับปานกลาง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองบ่อย ๆ ครั้ง

ได้คะแนนตามเกณฑ์ระหว่าง 65.00 ถึง 90.99

ระดับสูง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเป็นประจำทุกวัน

ได้คะแนนสูงสุดตามเกณฑ์ระหว่าง 91.00 ถึง 104.00

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์
คนชราและในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรีนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
โดยนำเสนอตามลำดับหัวข้อดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายและลักษณะของผู้สูงอายุ

ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม

ความสามารถในการดูแลตนเอง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

3. แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง

ความหมายของความหวัง

กลไกของความหวัง

ความหวังของผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวัง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความสูงอายุหรือความชราภาพ (Aging) เป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อนและน่าสนใจ
ซึ่งเราทุกคนต้องประสบ เพราะกระบวนการทางความสูงอายุเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทาง
กายภาพ ทางอารมณ์ ทางสติปัญญาและทางเศรษฐกิจ ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้มีอิทธิพลต่อสภาพการ

ดำเนินชีวิตลักษณะการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ดังคำกล่าวที่ว่า “ยิ่งอายุมากขึ้นเท่าไรก็ยิ่งจะแตกต่างกันมากขึ้นเท่านั้น”

✓ ความหมายและลักษณะของผู้สูงอายุ

การกำหนดว่าบุคคลใดคือผู้สูงอายุและผู้สูงอายุเริ่มเมื่ออายุเท่าใดนั้น ได้มีผู้ให้ความหมายและลักษณะของผู้สูงอายุไว้หลายแนวคิด โดยพิจารณาจากเกณฑ์ของกระบวนการผู้สูงอายุฮอลล์ (Hall D.A. 1976 : 3-4) ได้แบ่งการสูงอายุของมนุษย์ออกเป็น 4 ประเภทคือ

1. การสูงอายุตามวัย (Chronological Aging) หมายถึง การสูงอายุตามปีปฏิทิน โดยการนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป และบอกได้ทันทีว่าใครมีอายุมากน้อยเพียงใด

2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านสภาพและกระบวนการหน้าที่ที่ปรากฏขณะที่มีอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกายลดน้อยลง เป็นผลจากการเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุซึ่งเป็นไปตามอายุขัยของแต่ละคน

3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ เซวณปัญญา และลักษณะบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่างๆ ของชีวิตแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น

4. การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม รวมทั้งความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้นซึ่งเกี่ยวกับอายุ การแสดงออกตามคุณค่า และความต้องการของสังคม

ศาสตราจารย์ ดร. อัลเฟรด เจ. คาห์น แห่งมหาวิทยาลัยโคลัมโบได้อธิบายว่า ผู้สูงอายุนั้นมิได้มีกลุ่มเดียวและมีได้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน แต่มีลักษณะที่แตกต่างกันตามปฏิทินอายุถึง 3กลุ่มคือ (ศรีทับทิม พานิชพันธ์. 2525 : 27)

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (The “Young” Elderly) ซึ่งมีอายุต่ำกว่า 74 ปี
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางคน (The “Middle-aged” Elderly) ซึ่งมีอายุระหว่าง 75 ถึง 84 ปี
3. กลุ่มผู้สูงอายุวัยสุดท้าย (The “Old” Elderly) ซึ่งมีอายุ 85 ปีขึ้นไป

ผลจากการศึกษาพบความแตกต่างของผู้สูงอายุใน 3 กลุ่มดังกล่าวนี้ โดยเฉพาะมีความแตกต่างอย่างมากระหว่างผู้สูงอายุวัยต้นกับผู้สูงอายุวัยสุดท้าย (Field and Minkler, 1988 ; Neugarten, 1977)

นายแพทย์ประสพ รัตนากร (2525 : 66-67) ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่าผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศเขตร้อนโดยมากตั้งแต่อายุ 55 ปีขึ้นไป เช่นมาเลเซีย อาฟริกา สำหรับสากลทั่วไปใช้อายุ 60 ปี แต่บางประเทศที่มีคนอายุยืนมากๆ เช่น สวีเดน นอร์เวย์ เดนมาร์ก ใช้อายุ 70 ปี ในอเมริกา ยุโรป 65 ปี แต่ผู้สูงอายุเป็นที่เข้าใจกันว่าอายุ 60 ปีขึ้นไปคือผู้สูงอายุ และนอกจากจะดูตัวอายุแล้วยังต้องดูถึงความแปรปรวนของร่างกายและจิตใจว่าเป็นอย่างไรบ้าง ซึ่งพิจารณาจากลักษณะดังนี้

1. เกิดอาการอ่อนเพลียโดยไม่ได้ออกกำลังกายหรือออกกำลังกายแต่น้อย แต่อ่อนเพลียมากกว่าปกติ
 2. มีอาการเจ็บปวดอันไม่ใช่มาจากความพิการและจะเปลี่ยนที่ไปเรื่อยๆ
 3. เสียงพูดจะแปรไปไม่สดใส เสียงหยาบและเสียงจะจก
 4. การเดิน ผู้สูงอายุจะเดินชอยเท้าถี่ หัวทิ่ม เดินหัวปักไปข้างหน้า เพราะความเกร็งของกล้ามเนื้อ
 5. ผู้สูงอายุจะนอนน้อยลง ไม่ค่อยนอนเอาทีเดียว หรือนอนแล้วตื่นเร็ว
 6. ความจำ เรื่องปัจจุบันจำไม่ค่อยได้เหมือนแต่ก่อน แต่จำเรื่องเก่าๆ
 7. เกิดอาการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการแทรกซ้อน เช่น เป็นลม ตัวเย็น มีอาการกระตุกหายใจไม่ออกเหมือนกับถูกโจมตี มีหลายสิ่งรวมเข้าไหมด
 8. อารมณ์เศร้า หดหู่ ระแวงง่าย ใจน้อย
- สรุปคุณลักษณะของผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ ดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีสุขภาพดี (Good Health)
2. เป็นผู้ที่ไม่เคยหมดหวัง (Hopefulness)
3. เป็นผู้ที่มีความขยันขันแข็ง (Activeness)
4. เป็นผู้ที่ทำตัวดี (Charming Personality)
5. เป็นผู้ที่เชื่อถือได้ (Trustworthiness)
6. เป็นผู้ที่มีเกียรติในตนเอง (Dignity)
7. เป็นผู้ที่มีความสุภาพ (Nobility)

คุณลักษณะของผู้สูงอายุทั้ง 7 ประการดังกล่าว ปรากฏว่า เซอร์วิลสตันเซอร์ซิด เป็นผู้ที่ได้รับการยกย่องว่า เป็นผู้ที่มีคุณลักษณะครบถ้วนบริบูรณ์ (ประสบ รัตนกร. 2529 : 18)

ศรีทับทิม พานิชพันธ์ (2525 : 27) ให้ความหมายของคำว่า “คนชรา” หรือ “ผู้สูงอายุ” ในต่างประเทศหมายถึง ชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปซึ่งเป็นวัยเกษียณจากงาน แต่ในประเทศไทยถือเอาอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นเกณฑ์ในการปลดเกษียณราชการ และถือว่าการเริ่มต้นของวัยชรา

ศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ได้อธิบายไว้ว่าคนแก่มีหลายอย่าง อาทิ “แก่อย่างสงอด” และ “แก่อย่างสง่า”

คน “แก่อย่างสงอด” ป่วยออกแอด ทำอะไรไม่ไหว ช่วยตัวเองไม่ได้ เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม เป็นที่รังเกียจและรำคาญ

คน “แก่อย่างสง่า” อายุมากแล้วสุขภาพยังดี มีสมรรถภาพทำงานได้ ช่วยตัวเองไม่ต้องพึ่งใคร มีเมตตาสมเป็นผู้ใหญ่ ไม่ระราน ไม่อวด ไม่หงุดหงิด คิดช่วยผู้อื่น ทำประโยชน์ให้แก่สังคม

ยิ่งกว่านั้นท่านยังได้อธิบายต่อไปว่าตำราแห่งความชราหรือความแก่ แบ่งออกเป็น 4 ประการคือ

1. แก่โดยอายุ คือแก่เพราะเกิดมานาน
2. แก่โดยสังขาร คือแก่ตามสภาพร่างกาย
3. แก่โดยจิตใจ คือแก่ไปตามความคิดนึก
4. แก่โดยสังคม คือแก่เพราะเหตุแวดล้อม เช่น ตำแหน่งหน้าที่การงาน

ทั้ง 4 ประการนี้ แก่โดยสังขารเป็นแก่ที่เด็ดขาดที่สุดและแก้ไขได้ยาก

กรมประชาสงเคราะห์ได้ให้ความหมายของคำว่า ความสูงอายุ (Aging) หมายถึง การพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงอายุของมนุษย์ ความสูงอายุนี้อาจเริ่มตั้งแต่เกิดมาและดำเนินต่อเนื่องไปจนสิ้นสุดอายุขัยของสิ่งมีชีวิตนั้นๆ จากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุที่ประชุมได้กำหนดเกณฑ์อายุ 60ปีขึ้นไปทั้งชายและหญิงว่าเป็นผู้สูงอายุ (Elderly)

ในปัจจุบันระบบบริการสาธารณสุขเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ทำให้การป้องกันโรคและการรักษาโรคดีขึ้นกว่าเดิม จึงเป็นการยากที่จะกำหนดได้ว่าลักษณะเช่นใดจะเรียกว่าผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทยนั้นได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุโดยชมรมผู้สูงอายุว่าเป็นบุคคลผู้ที่มี

อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอยเชิงซ้ำ เป็นผู้ที่เหมาะสม
ให้การอุปการะและเป็นผู้ที่มีโรคสมควรได้รับความช่วยเหลือ (กุลยา ตันติผลาชีวะ.2525 : 2)

พล.ต.ต. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ได้บัญญัติคำว่า "ผู้สูงอายุ" ขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่างๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 จนเป็นที่เข้าใจ ขอมรับและใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน มีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอยเชิงซ้ำ
3. เป็นผู้ที่มีสมควรให้ความอุปการะ
4. เป็นผู้ที่มีโรคควรได้รับความช่วยเหลือ

คนชราหรือผู้สูงอายุหมายถึงบุคคลในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งวงจรชีวิตนั้นเริ่มตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่และวัยชรา การกำหนดว่าเมื่อใดจึงจะเรียกว่าผู้สูงอายุนั้นในสังคมดั้งเดิมได้กำหนดความเป็นผู้สูงอายุโดยใช้บทบาทที่บุคคลนั้นๆ ทำอยู่ในสังคมเป็นเกณฑ์ซึ่งบทบาทเหล่านี้มักจะเป็นบทบาทที่แสดงถึงความเป็นผู้นำ ความรับผิดชอบสูงในสังคม ส่วนในปัจจุบันมักจะใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความหมายของการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งการใช้อายุเป็นเกณฑ์นี้แตกต่างกันไปในสังคมของแต่ละประเทศ เช่น บางประเทศกำหนด 55 ปี 65 ปี หรือ 70 ปี และตัวเลขเหล่านี้คือเกณฑ์อายุที่จะปลดเกษียณตัวเองจากการปฏิบัติงานตามที่แต่ละประเทศกำหนดขึ้นไว้นั่นเอง (สุรกุล เจนอบรม. 2534 : 3-4) การกำหนดกฎเกณฑ์ดังกล่าวแตกต่างกันไป จึงเป็นการยากที่จะทำให้มีการยอมรับกันได้ในทุกๆ ประเทศ ดังนั้นที่ประชุมสมัชชาโลก ว่าด้วยผู้สูงอายุ (World Assembly on Aging) จึงได้กำหนดให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปถือว่าเป็นผู้สูงอายุ (Elderly) และให้ใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก สำหรับประเทศไทยก็ได้กำหนดลักษณะของผู้สูงอายุว่าหมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพื่อให้สอดคล้องกับเจตนาของที่ประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุและใช้เป็นเกณฑ์การปลดเกษียณอายุราชการด้วยเช่นกัน

จากความคิดเห็นของนักวิชาการที่น่าเสนอมาแล้วนี้จะเห็นว่า การกำหนดความหมายของผู้สูงอายุนั้น มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย จิตใจ และสถานภาพทางสังคมของแต่ละบุคคลและแต่ละประเทศ แต่มีลักษณะใกล้เคียงและคล้ายคลึงกันคือ การกำหนดอายุที่พ้นจากวัยทำงานเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ ซึ่งในภาครัฐบาลของประเทศไทยก็ใช้เกณฑ์นี้เช่นเดียวกัน โดยกำหนดผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงใช้เกณฑ์อายุ 60 ปีดังกล่าว

✓ ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ

จากการที่มีผู้ให้ความสนใจและอธิบายถึงความหมายและลักษณะต่างๆ ของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุนั้นมากมาย ซึ่งไม่มีทฤษฎีใดจะสามารถอธิบายถึงปัจจัยและที่มาของการสูงอายุได้อย่างชัดเจนตามลำพัง จึงมีหลายทฤษฎีและนักทฤษฎีกล่าวถึงการสูงอายุในแง่ต่างๆ กันดังนี้

1. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) เน้นคนเป็นสิ่งมีชีวิตที่มีการวิวัฒนาการอยู่เสมอและจะอยู่รอดได้แม้ในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่ออายุมากขึ้นก็ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้

2. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า มนุษย์ประกอบขององค์ประกอบใหญ่ๆ 3 อย่าง คือ เซลล์ที่สามารถเพิ่มตัวเองตลอดชีวิต , เซลล์ที่ไม่สามารถแบ่งตัวเองและองค์ประกอบอื่นๆ ที่ไม่ใช่เซลล์ ทฤษฎีนี้แบ่งออกเป็นทฤษฎีย่อยได้ 7 ทฤษฎี คือ

2.1 ทฤษฎีว่าด้วยสารที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free Radical Theory) กล่าวถึงการใช้ออกซิเจนของเซลล์และการเผาผลาญพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและอื่นๆ จะทำให้เกิดอนุมูลของสารประกอบ (Free Radical) อันเป็นสารที่ทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลง

2.2 ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen Cross - linkage Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจนและไฟบรัส โปรตีนจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเกิดการจับตัวมากขึ้น ทำให้เส้นใย (Collagen Fiber) หดสั้นเข้าในวัยชราทำให้เกิดความสูญเสียการยืดหยุ่น เช่น ผิวหนัง และ เส้นเลือด มีรอยย่นปรากฏขึ้น

2.3 ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunologic Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าการสูงอายุก่อจากความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมไม่ได้จึงเกิดความเจ็บป่วยง่ายและมักจะเป็นอันตรายรุนแรงถึงชีวิต

2.4 ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงและการผิดพลาดของเซลล์ของร่างกาย (Somatic Mutation and Error Theories) ภาวะการแบ่งตัวผิดปกติของเซลล์ร่างกาย เซลล์ที่ผิดปกตินี้จะมีโครโมโซมที่ผิดปกติเพิ่มมากขึ้น ความผิดปกติของโครโมโซมจะทำให้ยีนส์หรือ DNA บกพร่องเป็นสาเหตุให้เซลล์ตายเร็ว และทฤษฎีนี้เชื่อว่าการสูงอายุก่อจากการสะสมความผิดพลาดเกี่ยวกับส่วนประกอบระดับโมเลกุลของเซลล์ในร่างกายทำให้เซลล์หรือเนื้อเยื่อค่อย ๆ เสื่อมสภาพและตายไป

2.5 ทฤษฎีการถ่ายทอดพันธุกรรม (Genetics Theory) เชื่อว่าการสูงอายุเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามกรรมพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนในร่างกาย คล้ายคลึงกันหลายช่วงอายุคนเมื่ออายุมากขึ้น เช่น ลักษณะศีรษะล้าน ผมหงอกเร็ว เป็นต้น ซึ่งลักษณะดังกล่าวจะพบในคนบางคนเท่านั้นแม้จะมีอายุเท่ากัน

2.6 ทฤษฎีว่าด้วยการใช้และเสื่อมไป (Wear and Tear Theory) เชื่อว่าถ้าหน้าที่ของร่างกายทั้งโครงสร้างมีการใช้ก็จะทำให้เกิดการหมดอายุ ถ้ามีการใช้มากมีผลทำให้เกิดการสูงอายุเร็วขึ้น

2.7 ทฤษฎีว่าด้วยความเครียด (Stress Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลทำให้เซลล์ตายได้ บุคคลที่ต้องเผชิญกับความเครียดอยู่บ่อย ๆ จะทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็วขึ้น

3. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) เป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเจริญทางด้านจิตใจ ดังที่ Jung (Jung) กล่าวว่าความสำคัญของช่วงชีวิตในครึ่งหลังจะมีผลมาจากครึ่งแรกของชีวิตอันเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป แยกเป็นทฤษฎีย่อย 2 ทฤษฎี ดังนี้

3.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าผู้สูงอายุจะเป็นสุขหรือทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคง อบอุ่น มีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของผู้อื่น รักผู้อื่นและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุข สามารถอยู่กับลูกหลานหรือผู้อื่นได้โดยไม่เดือดร้อนใจ แต่ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เติบโตขึ้นมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้ใด ใจคับแคบ ถือว่าตัวใครตัวมันและรู้สึกว่าตัวเองทำคุณกับใครไม่ขึ้น ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีความสุขชีวิตบั้นปลายมักจะเศร้าสร้อย น่าสงสาร

3.2 ทฤษฎีความปราชัย (Intelligence Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปราชัยและยังคงความเป็นปราชัยอยู่ได้ด้วยการเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องต่างๆ อยู่ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีเงินใช้สอยโดยไม่เดือดร้อนเป็นเครื่องเกื้อหนุน

4. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory) เป็นทฤษฎีที่พยายามวิเคราะห์เหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีสถานะทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งพยายามที่จะช่วยให้มีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ทฤษฎีนี้เชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงรวดเร็วจะทำให้สถานะของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วยและสถานะผู้สูงอายุในสังคมใดจะเป็น

อย่างไรขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้สูงอายุ(ดวงฤดี ลาสุขะ. 2528 : 14) นอกจากนั้นยังได้แนะนำให้ผู้สูงอายุยอมรับว่าเมื่อถึงวัยสูงอายุถูกหลานและชุมชนมักจะให้ความสนใจและความสำคัญน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนี้ก็ควรจะลดความรับผิดชอบและลดความห่วงใยถูกหลานลงบ้างพยายามทำให้เป็นตัวของตัวเองและรักษาสุขภาพไว้ให้ดีเพื่อจะได้ใช้ชีวิตบั้นปลายอย่างมีความสุข ซึ่งมีทฤษฎีสองแนวทางที่เสนอแนะการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในสังคม ดังนี้

4.1 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) กล่าวว่าเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นสถานภาพทางสังคมจะลดลง บทบาทเก่าจะถูกถอนตัวออกไป ดังนั้น ผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมต่อเนื่องจากวัยที่ผ่านมา ควรพอใจในการร่วมกิจกรรม สนใจและร่วมเป็นสมาชิกในกิจกรรมต่างๆ เพราะกิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขดีทั้งกายและใจ กิจกรรมจึงมีความสำคัญต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุ (Barrow and Smith. 1979 : 53)

4.2 ทฤษฎีไร้การผูกพัน (Disengagement Theory) กล่าวว่าผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพที่เสื่อมถอย รวมทั้งคิดถึงความตายที่ค่อยๆ มาถึง ผู้สูงอายุจึงหลีกเลี่ยงและถอนตัวออกจากสังคมเพื่อลดความเครียดและพอใจกับการไม่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกันระหว่างตนเองกับสังคมอีกต่อไป (Dowd. 1975 : 587)

4.3 ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson 's Epigenetic Theory) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงการพัฒนาของคน ซึ่งแบ่งได้เป็น 8 ระยะตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุ ซึ่งในระยะที่ 7 และที่ 8 เป็นช่วงที่ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแล ระยะที่ 7 อยู่ในช่วงอายุ 25 ถึง 65 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความทะเยอทะยาน มีความคิดสร้างสรรค์ต่างๆ ต้องการสร้างความสำเร็จในชีวิต ถ้าผู้สูงอายุประสบความสำเร็จดีจะรู้สึกพอใจในความมั่นคง ภาคภูมิใจตัวเองและสืบทอดต่อไปยังรุ่นลูกหลาน อีริกสันเรียกกลุ่มนี้ว่า Generativity แต่ถ้าไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ผู้สูงอายุจะเงื่องหงอย เบื่อ ขาดความกระตือรือร้น กลุ่มนี้เรียกว่า Stagnation สำหรับระยะที่ 8 นับตั้งแต่อายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุที่มีความเจริญมั่นคงในชีวิต จะมีการประเมินผลเกี่ยวกับความสำเร็จและความล้มเหลวตลอดเวลา กลุ่มนี้เรียกว่า Integrity แต่ถ้าทำงานไม่ประสบความสำเร็จ จะรู้สึกว่าชีวิตนี้ไม่มีความหมาย เสียเวลาไปโดยเปล่าประโยชน์ และทอดถอนใจ หวัง กลุ่มนี้อีริกสันเรียกว่า Despair การพัฒนาการในวัยสูงอายุจะดีได้ก็ควรเป็นไปตามขั้นตอน และต่อเนื่องกันตามพัฒนาการของชีวิต ซึ่งผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จหรือไม่ ย่อมขึ้นกับประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาในวัยต่างๆ ของแต่ละบุคคล

4.4 ทฤษฎีของเพค (Peck 's Theory) โรเบิร์ต เพค (Robert Peck) ได้แบ่ง

ผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (Young Old) อยู่ในช่วงอายุ 55 - 75 ปี และวัยปลาย (Old Old) อยู่ในช่วงอายุ 75 ปีขึ้นไป ซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้จะมีความแตกต่างกันทั้งทางด้านกายภาพและจิตสังคม และเพศได้แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

1. ความรู้สึกของผู้สูงอายุ ขึ้นกับงานที่มีทำอยู่ ผู้สูงอายุจะรู้สึกภาคภูมิใจ และเห็นว่าตนเองมีคุณค่า แต่เมื่อเกษียณอายุแล้ว ความรู้สึกนี้จะลดลง ฉะนั้นบางคนจะสร้างความพึงพอใจต่อไป โดยการหางานอื่นทำทดแทน เช่น ปลูกต้นไม้
2. ผู้สูงอายุควรยอมรับว่า เมื่ออายุมากขึ้นสมรรถภาพของร่างกายย่อมลดลงและชีวิตจะมีความสุข ถ้าสามารถยอมรับและปรับความรู้สึกนี้ได้
3. ยอมรับว่าร่างกายต้องมีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ และยอมรับเรื่องความตายโดยไม่รู้สึกหวาดกลัว

การเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพและจิตสังคม เป็นกระบวนการของความสูงอายุ ซึ่งเกี่ยวข้องและเกี่ยวพันซึ่งกันและกัน ฉะนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุควรจะทราบถึงการเปลี่ยนแปลง และสามารถประเมินปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อนำมาวางแผนให้การดูแลและให้บริการแก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับสถานพักฟื้น จัดคลินิกพักฟื้น จัดคลินิกผู้สูงอายุ โดยการวางแผนในการจัดกิจกรรมแก่ผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและช่วยให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

จากทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุก่อนหน้านี้แล้วนั้นล้วนแต่อธิบายถึงเหตุที่ทำให้เกิดการสูงอายุซึ่งเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ แต่การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นไม่เท่ากันทุกคน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นพอประมวลได้ 3 ด้านคือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Biological Change) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุนั้นเป็นไปตามกระบวนการสูงอายุ (Aging Process) โดยทั่วไปจะมีการแบ่งตัวของเซลล์ช้าลง ความสามารถในการเจริญเติบโตของเซลล์ การซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ความสามารถในการสร้างภูมิคุ้มกันลดลง ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อต่างๆ และกล้ามเนื้อต่างๆ ลดกำลังลงอัตราการเผาผลาญของร่างกายลดลง มีการเสื่อมของระบบประสาทการมองเห็น การได้ยินความสนใจ ความจำลดลง รวมทั้งความสามารถของร่างกายในการ

รักษาสสมดุล (Homeostasis) ของระบบชีวิตลดลง จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก่อให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย มีโรคประจำตัวหรือปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ผู้สูงอายุคนหนึ่งอาจมีปัญหาสุขภาพหลายอย่าง เช่น ปัญหาเกี่ยวกับโรคทางเดินอาหารอาจเกี่ยวข้องกับภาวะของร่างกายที่มีฟันหรือไม่มีฟันจะเคี้ยวอาหาร ต้องการฟันปลอมหรือฟันปลอมไม่เหมาะสม ทำให้รับประทานอาหารไม่ได้ (บรรณศิริพานิช, 2534 : 24) ดังนั้นปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจึงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญทุกคน

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ (Psychological Change) สภาพทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุจะมีส่วนสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอยู่มาก ดังนั้นเมื่อสภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง สภาพทางจิตใจและอารมณ์ย่อมได้รับความกระทบกระเทือนตามไปด้วย ซึ่งรวมทั้งความเสื่อมทางสติปัญญา ความจำในผู้สูงอายุจะเสื่อมมากทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อารมณ์หงุดหงิด ขี้หงุดหงิด ขี้บ่น ขี้จู้จี้ บางครั้งซึมเศร้า มีความรู้สึกที่ตัวเองถูกทอดทิ้ง ต้องการให้มีคนเอาใจใส่เหมือนเด็กๆ และเกิดความกลัว เนื่องจากรู้สึกถึงความเสื่อมถอยภายในตนเอง (เขียวศรี วิวิธศิริ, 2527 : 57) รวมทั้งการสูญเสียสิ่งต่างๆ เช่น การสูญเสียคู่สมรส เพื่อนฝูงหรือคนใกล้ชิดสิ้นชีวิตไปก่อน หรือที่เหลือนอยู่อาจจะห่างเหินขาดการไปมาหาสู่เพราะต่างก็สูงวัยด้วยกัน เข้าใจจะมีโรคภัยไข้เจ็บทำให้ขาดการติดต่อไปมาหาสู่ไม่สะดวก ขาดการสังสรรค์ ทำให้จิตใจผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปได้ง่าย ผู้ที่เป็นหม้ายพบว่าเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตสูง นอกจากนั้นยังทุกข์ใจถึงความตายที่ตนเองจะต้องเผชิญในไม่ช้าและยังพลอยเป็นทุกข์ใจถึงอนาคตของคนที่อยู่ข้างหลัง (ฉันทนา กาญจนพนัง, 2530 : 27; อ้างอิงมาจากธระ สุขวณิช, 2525 : 22) จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2525 : 43-48) กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุดังนี้

2.1 ด้านความกลัวความแก่เพราะจะเป็นสาเหตุให้ความสามารถ ความจำ ความสวยงามลดลง และคิดต่อไปว่าถ้าแก่แล้วลูกหลานจะรังเกียจ ไม่เอาใจใส่ ไม่เป็นที่นับถือ กลัวเป็นภาระแก่ครอบครัว กลัวไม่มีใครเลี้ยงดูและกลัวความตาย

2.2 ขาดความสนใจสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกิดจากความกลัวว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับ นับถือในสังคม มีความกังวลในหลายๆ ด้าน

2.3 ต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น กลัวถูกทอดทิ้งและรู้สึกช่วยตนเองไม่ได้ น้อยใจโกรธ ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ไม่ค่อยมีเหตุผล บางครั้งจึงดูเหมือนกลายเป็นเด็กที่ต้องการดูแลเอาใจใส่

2.4 ยึดมั่นในความคิดตนเอง เนื่องจากความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เสียไปและความกังวลที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ

2.5 ต้องการผู้ร่วมสนทนามากขึ้น ถ้าปล่อยให้อยู่คนเดียวจะน้อยใจว่าถูกทอดทิ้ง

2.6 พฤติกรรมทางเพศอาจเปลี่ยนแปลงไป ในสตรีรู้สึกที่ไม่สวยงามเหมือนแต่ก่อนเกิดความอาย ในบุรุษอาจเกิดความรู้สึกกังวลว่าจะไม่มีสมรรถภาพ อาจแสดงออกด้วยการ ใช้อ้วด เข้าซื้อ

3. การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomical Change) เป็นการเปลี่ยนแปลงในเรื่องของความสัมพันธ์ทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยภาระบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้สูงอายุลดลงจากข้อจำกัดทางร่างกายประกอบกับการเกษียณอายุจากการทำงาน หรือถูกปลดออกจากงาน ทำให้สูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน อำนาจ รายได้ลดลง ผู้สูงอายุจะเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้มาเป็นผู้รับรวมทั้งการยอมรับของสังคมต่อการสูงอายุมักเป็นไปในทางลบเพราะสังคมประเมินความสามารถในแง่การปฏิบัติงานและความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุลดน้อยลง ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนได้แสดงให้เห็นว่าการสูงอายุมิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาทและหน้าที่ทางสังคมก็ตาม นอกจากนี้ รายได้ที่ลดลงอย่างต่อเนื่องยังทำให้การติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นต้องถูกจำกัดไปด้วย ทั้งนี้เพราะในบางครั้งการมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น อาจต้องอาศัยเงินเป็นปัจจัยบ้าง (มารศรี นุชแสงพลี. 2532 : 30-32)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

จากการศึกษาผลงานวิจัยพบว่าแหล่งที่มาของรายได้ของผู้สูงอายุประกอบด้วยแหล่งรายได้ที่สำคัญคือ จากสมาชิกในครอบครัวซึ่งนับรวมญาติพี่น้องด้วย เงินบำนาญ เพื่อนและการกุศล จากการศึกษาของนิศา ชูโต (2525 : 26-17) พบว่า ผู้สูงอายุได้รับเงินค่าใช้จ่ายจากบุตร เช่นเดียวกับนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช (2525 : 8) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาอาศัยและได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัว อันได้แก่ คู่สมรส บุตร และญาติ สอดคล้องกับการศึกษาของพิชญ์ประเสริฐสิทธิ (2523 : บทคัดย่อ) พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการเลี้ยงดูจากบุตรหลาน และมาลี ธรรมลิขิตกุล (2526 : 24) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับเงินเลี้ยงดูจากคู่สมรสหรือบุตรส่วนน้อยดำรงชีพอยู่ได้ด้วยเงินบำนาญ อุตราพร บุณนาถ (2518 : 19) ศึกษาผู้สูงอายุที่พักอยู่ในบ้านพักคนชราของรัฐ พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางด้าน

การเงินจากญาติ สอดคล้องกับเจมิกา ยามะรัต (2527 : 117) ศึกษาพบว่า ข้าราชการมีรายได้เลี้ยงชีพจากเงินบำนาญเพียงแหล่งเดียวเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาวิจัยอีกหลายโครงการที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีรายได้ (ศิริวรรณ ศิริบุญ. 2535 : 913)

✓ ปัจจัยทางชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

ปัจจัยทางชีวสังคมที่เลือกศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัว ของผู้สูงอายุที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคลที่จะบอกถึงระดับของความหวังและการดูแลตนเอง หรือความต้องการการพึ่งพาผู้อื่นช่วยเหลือของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงขอกล่าวถึงรายละเอียดแต่ละปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

เพศ

โดยทั่วไปเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกันในภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ทั้งทางสรีระและจิตใจ สังคม ดังการศึกษาของรุท (โคภาพรรณวิมลรัตน์. 2537 : 48; อ้างอิงมาจาก Ruth. 1973 : 24-25) ให้ทัศนะว่าการเปลี่ยนแปลงทางสรีระของเพศหญิงมีความสลับซับซ้อนมากกว่าเพศชาย ซึ่งเพศเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของการเจ็บป่วย เนื่องจากเพศชายมีความแข็งแรง ความเป็นชายชาติรี ทำให้ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยง่ายๆและมองว่าการเจ็บป่วยเป็นสัญญาณลัษณ์ของความอ่อนแอและความเป็นหญิง และเพศหญิงมักรายงานว่าตนอยู่ในภาวะเจ็บป่วยสูงกว่าเพศชาย และการศึกษาของนภาพร ชโยวรรณ (2538 : 26) พบว่าผู้สูงอายุชายทั่วไปมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุหญิง ซึ่งน่าจะเป็นเหตุผลชี้ให้ผู้สูงอายุมีความสนใจในการมีความหวังและการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

อายุ

ระดับของอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่อาจส่งผลทั้งทางบวกและทางลบต่อการตั้งความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพราะในแต่ละช่วงอายุนั้นความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่างๆ และความเจริญของร่างกายจะแตกต่างกัน โดยเฉพาะในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่ไม่เจริญแล้ว จึงมีสภาพทรุดโทรม เจ็บป่วยง่าย และเสี่ยงต่อโรคภัยไข้เจ็บตลอดเวลา ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุก็จะเสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น

เป็นผลจากการดูแลตนเองดังที่ โสภณพรณ วิมลรัตน์ (2537 : บทคัดย่อ) ศึกษาถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับช่วงอายุต่ำกว่า มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่มีระดับช่วงอายุสูงกว่า ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน จึงน่าจะมีความหวัง มีการดูแลตนเองในระดับที่แตกต่างกัน

✓ ระดับการศึกษา

ผู้มีการศึกษาคำมักพบปัญหาที่จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดโรค การดูแลรักษาสุขภาพตนเอง กลุ่มผู้สูงอายุก็เช่นกัน ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาดำกว่า (โสภณพรณ วิมลรัตน์. 2537 : บทคัดย่อ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2526 : 37) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีระดับภาวะสุขภาพกายดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ และระดับภาวะสุขภาพกายต่ำสุดในผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน น่าจะมีผลให้มีความเอาใจใส่ในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

✓ สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของคน โดยเฉพาะในด้านความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ รวมถึงความหวังและการดูแลตนเองตามพัฒนาการของชีวิต ซึ่งพบว่า วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสจะมีความสามารถทางหน้าที่ร่างกายดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย หย่า แยก ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ชีวิต หรือไม่มีคู่ชีวิตจะมีผลอย่างมากต่อภาวะจิตใจ อารมณ์ เพราะขาดผู้ใกล้ชิดขาดเพื่อนซึ่งเข้าใจกันดีเป็นเวลานาน การสูญเสียเป็นสาเหตุให้การทำงานของระบบต่างๆ อ่อนล้าลง (จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. 2526 : 67-68) สอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรา นพพรพันธุ์ (2534 : 16) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส มักจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่ ที่ต้องอยู่คนเดียว จึงขาดแรงจูงใจ และการกระตุ้นให้เกิดความหวังในการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง

✓ สถานภาพในครอบครัว

จากการศึกษาของ ทิพวัลย์ ขาวสำอาด (2535 : 162) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสภาพความเป็นอยู่ต่างก็มีแบบแผนชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ทั้งนี้ เพราะเมื่ออย่างเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากผู้อื่น เช่นการศึกษาของ มยุรา นพพรพันธุ์ (2534 : 94) พบว่า ผู้สูงอายุที่ตนเองหรือคู่สมรสเป็นเจ้าของบ้าน มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้

สูงอายุที่อาศัยบ้านของบุตรหลานหรือญาติ หรืออยู่บ้านเช่า หรือบ้านที่หน่วยงานจัดให้ ดังนั้น บทบาทของผู้สูงอายุที่แตกต่างกันในครอบครัวน่าจะมีผลต่อการตั้งความหวังและการดูแลตนเอง

✓ ฐานะทางเศรษฐกิจ

ฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งที่แสดงถึงสถานภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งคาดว่ามีอิทธิพลต่อระดับความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้และฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งรายได้เกี่ยวข้องกับปริมาณเงินที่ผู้สูงอายุได้รับประจำในแต่ละเดือน เช่น รับจากเงินบำนาญ จากการทำงาน จากบุตรหลาน หรือค่าเช่าทรัพย์สิน เป็นต้น รายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของบุคคลที่จะสนองความต้องการด้านต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุได้เป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความหวัง มีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง หรือได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วย

จากการศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีการสูงอายุและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุที่กล่าวไว้ข้างต้นพอจะสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป การสูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างโดยอาศัยทฤษฎีต่างๆ อธิบาย ได้แก่ ทฤษฎีวิวัฒนาการ ทฤษฎีชีววิทยา ทฤษฎีด้านจิตวิทยาและทฤษฎีทางด้านสังคมวิทยาซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุนั้นเกิดขึ้นไม่เท่ากันทุกคนทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคมเศรษฐกิจ ดังนั้นจึงเป็นแนวทางให้เข้าใจบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุได้มากขึ้น

✓ 2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

อดตา หิ อดตโน นาโถ	เราต้องพึ่งตัวเราเอง
โก หิ นาโถ ปโร สีขา	คนอื่นใครเล่าจะเป็นที่พึ่งได้
อดตนา หิ สุทนต์	บุคคลผู้ฝึกตนดีแล้ว
นาถั ลภติ พุทธภัก	ย่อมได้ที่พึ่งอันได้แสนยาก

(นิตรวลีย์ โจอารีย์, 2533 ; อ้างอิงมาจากชมรมพุทธศาสนา 7 สถาบัน)

จากพุทธวจนะดังกล่าวเป็นสิ่งที่จริงเสมอและมีความสำคัญสำหรับทุกชีวิตมนุษย์ เพราะการพึ่งตนเองหรือการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่จะช่วยพัฒนาให้บุคคลบรรลุเป้าหมายของชีวิตและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทั้งในยามที่ปกติและเมื่อเจ็บป่วย

โดยทั่วไปบุคคลแต่ละคนดำเนินชีวิตอยู่เพื่อตนเอง มีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเอง และรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง การดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับบุคคล เป็นความสามารถที่เป็นผลมาจากประสบการณ์ของเขาเกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อมและการถ่ายทอดความคิดของตนซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ทำให้มนุษย์มีเอกลักษณ์เฉพาะและแตกต่างจากสิ่งมีชีวิตกลุ่มอื่น

การดูแลตนเองหมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ (Pender. 1982 : 150)การดูแลตนเองจึงต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่อง และเมื่อใดที่ได้กระทำอย่างถูกต้องครบถ้วนจะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลตนเองมากขึ้นเท่านั้น

✓ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem)

การดูแลตนเองเป็นแนวคิดที่สำคัญของทฤษฎีการดูแลตนเองซึ่งโอเร็ม (Orem) เป็นผู้สร้างและพัฒนาทฤษฎีนี้มาตั้งแต่ ค.ศ. 1960 เป็นทฤษฎีที่เน้นถึงศักยภาพของบุคคลที่มีต่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การดูแลตนเองของโอเร็มได้ถูกนำมาใช้และพัฒนาเรื่อยมาจนเป็นที่นิยมและแพร่หลายมาก ถือว่าสอดคล้องกับแนวคิดของการบริการสุขภาพในปัจจุบัน ที่มุ่งให้ประชาชนได้พึ่งพาตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2533 : 128) โอเร็ม (1980 ; 41) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะกิจกรรม เพื่อการดูแลตนเองของบุคคลจะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. ควบคุมและควบคุมกระบวนการของชีวิตและส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ
2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของชีวิตให้เป็นไปตามปกติ
3. ป้องกัน ควบคุมหรือรักษาโรค
4. ป้องกันความพิการหรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป

กิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองของบุคคลต้องเป็นกิจกรรมที่ทำให้การดำรงชีวิตเป็นไปตามปกติ ทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพปกติและอยู่ในเกณฑ์ปกติทั้งในด้านกายภาพและสรีระวิทยา เพื่อเอื้ออำนวยให้พัฒนาการทางกายภาพ จิตสังคมและอารมณ์ ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพเต็มกำลังความสามารถ ช่วยป้องกันอันตรายจากการเกิดพยาธิสภาพทางร่างกายและจิตใจของบุคคลส่งเสริมให้เกิดการควบคุมจำกัดข้อบกพร่อง และผลกระทบจากพยาธิสภาพ

ของร่างกาย และต้องเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการหายจากโรค กำจัดโรคและพยาธิสภาพของร่างกายอีกด้วย

จากรายงานกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองดังกล่าว สามารถกำหนดประเภทของกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคลได้เป็น 3 ประเภทใหญ่ ๆ คือ (ฟาริดา อิบราฮิม. 2535 : 137)

1. กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและการดูแลตนเองเหล่านี้ได้แก่ การดูแลตนเองในเรื่องของการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การคงไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะในร่างกาย การคงไว้ซึ่งการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพอันเนื่องมาจากความเสื่อมของร่างกาย กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ โดยเลือกบริโภคอาหารให้เพียงพอ กับหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติและคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในภายนอก และการเลือกอากาศหายใจที่บริสุทธิ์ การดื่มน้ำและรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการจับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ โดยการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลตลอดจนสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกลักษณะการฝึกสุขนิสัยการจับถ่ายและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการจับถ่าย

1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน โดยเลือกกิจกรรมให้มีการออกกำลังกาย และการพักผ่อนได้ตามความสามารถ ความสนใจถนัด และ สามารถสนองตอบต่ออารมณ์ สติปัญญาได้อย่างเหมาะสม

1.4 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่มตลอดจนรู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมเมื่อจำเป็น

1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ โดยสนใจและรับรู้ ต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้น สามารถป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่เป็นอันตราย รวมทั้งหลีกเลี่ยง และควบคุมเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบของสังคม และความสามารถของตนเอง โดยการพัฒนาและรักษาไว้ ซึ่งอัตมโนทัศน์แห่งตนการปฏิบัติ

กิจกรรมเพื่อส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมการพัฒนาของตนเองการสนใจค้นหาสิ่งผิดปกติของร่างกายที่อาจเกิดขึ้น

2. กิจกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์หรือการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิตเป็นต้น หรืออาจเป็นการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต เมื่อเข้าสู่วัยชราดูแลป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการที่เกิดจากปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย เป็นต้น แบ่งเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเข้าสู่วุฒิภาวะในระหว่างที่อยู่ในครรภ์มารดาและการคลอดตลอดจนวัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่นจนถึงวัยชรา

2.2 ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการ โดยการจัดการเพื่อบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสีย ญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตและความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย การที่จะต้องตาย

จะเห็นได้ว่าการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการเป็นเรื่องที่สำคัญมากในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว การดูแลตนเองจำเป็นสำหรับวัยรุ่นในการป้องกันสิ่งเสียดังกล่าวมีผลเสียต่อพัฒนาการตนเอง ผู้สูงอายุจำเป็นต้องดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองท่ามกลางลักษณะของครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น (สมจิต หนูเจริญกุล. 2534 : 15-16)

3. กิจกรรมการดูแลตนเองจากภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิดหรือความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายจากการวินิจฉัยและการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ ได้แก่

3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อการพัฒนาการ ของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้ และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

3.5 คัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการปรับบทบาทหน้าที่และการพึ่งพาบุคคลอื่นในการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ ต่อสู้กับผลของสุขภาพที่เบี่ยงเบนไป เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตประจำวันในสภาพที่เจ็บป่วยและในสภาพที่เป็นผลจากโรคและการรักษาเพื่อให้อาจพัฒนาการต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง เมื่อการดูแลที่จำเป็นทั้ง ๓ อย่างได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลจะได้รับในสิ่งต่อไปนี้

- 1) การรอดชีวิตหรือการตายอย่างสงบเมื่อถึงเวลา
- 2) การคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล
- 3) ได้รับการสนับสนุนเรื่องการพัฒนาการตามความสามารถของบุคคล
- 4) ส่งเสริมให้มีการปรับตัวและควบคุมผลจากการบาดเจ็บและจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น

5) มีส่วนส่งเสริมต่อการรักษาการควบคุมพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น

6) ส่งเสริมสวัสดิภาพซึ่งทั้งหมดเป็นเป้าประสงค์สูงสุดในการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างหนึ่งที่เริ่มพัฒนาดังแต่วัยเด็กและค่อยๆ พัฒนาเต็มที่ในวัยที่สามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ การที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้นั้นต้องอาศัยปัจจัย 3 ประการ คือ 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง 2) แนวความคิดที่บุคคลมีเกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพของตน 3) ทักษะในการทำกิจกรรมการดูแลตนเอง แต่ความสามารถดังกล่าวจะลดลงเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นภายในร่างกายหรือมีการสูญเสียอวัยวะของร่างกายเกิดขึ้น หรือกรณีที่การดูแลตนเองถูกจำกัดจากความรู้ความชำนาญและ/หรือขาดแรงจูงใจกิจกรรมการดูแลตนเองก็จะไม่เกิดขึ้น(Orem. 1980 : 136) ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือมีขีดจำกัดต่าง ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ บุคคลเหล่านี้

ได้แก่ เด็ก คนชรา คนเจ็บป่วยและคนพิการจึงต้องการความช่วยเหลือเรื่องการดูแลตนเองเพียงบางส่วนหรือทั้งหมดแล้วแต่กรณีสำหรับคนเจ็บป่วยนั้นอาจต้องการความช่วยเหลือเรื่องการดูแลตนเองเพียงบางส่วนหรือทั้งหมดในรูปของการสอนหรือคำแนะนำ ซึ่งขึ้นอยู่กับสถานะสุขภาพหรือการช่วยให้เขาได้รับผิชอบด้านความสามารถที่ตนมีอยู่ (Orem. 1980 : 6) การดูแลตนเองจึงมีผลโดยตรงต่อกระบวนการดำรงชีวิตของมนุษย์และคงไว้ซึ่งรูปร่างและหน้าที่ในภาวะปกติ เป็นการพัฒนามุคลิกภาพ และศักยภาพของมนุษย์ และป้องกันอันตราย ตลอดจนพยาธิสภาพต่าง ๆ ทั้งยังสามารถควบคุมผลอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพต่าง ๆ ได้ (Orem. 1980 : 41)

✓ ระยะเวลาของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่กระทำโดยตั้งใจ มีขั้นตอนในการปฏิบัติดังนี้คือ

ระยะที่ 1 มีการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การดูแลตนเองต้องการการตัดสินใจที่เหมาะสมในการปฏิบัติภายใต้สถานการณ์ที่เป็นจริง การตัดสินใจต้องมีข้อตัดสินใจทั้งสิ่งที่ควรปฏิบัติและข้อควรหลีกเลี่ยงและสิ่งที่สำคัญในการตัดสินใจคือการดูแลตนเองก็คือ ความรู้ต่อความเป็นจริง ซึ่งประกอบด้วยภาวะต่อไปนี้

ก. มีความรู้ต่อสภาพภายในและภายนอกร่างกายที่มีผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่อันดี เช่น รู้ถึงสภาพของการหายใจลำบากหมายถึงรู้ว่าลักษณะอาการหรือความรู้สึกอะไรบ้างที่บอกถึงสิ่งนี้

ข. รู้ถึงลักษณะเฉพาะของสภาพการณ์ต่างๆ เช่น รู้ถึงความรุนแรงของการหายใจลำบากที่มีผลต่อร่างกายและการหายใจลำบากที่รุนแรงยิ่งขึ้น

ค. รู้ถึงลักษณะของร่างกายที่มีสุขภาพดีและมีความเป็นอยู่ดี เช่น รู้ถึงสภาพที่แสดงว่าการทำงานของปอดและหัวใจดีขึ้นหรือเลวลงไปอีก

ง. รู้ถึงประโยชน์หรือโทษที่เกิดจากการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างจริงจัง ซึ่งจำเป็นต้องนำไปปรึกษาเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์และพยาบาล

เมื่อบุคคลรู้และเข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมจะทำให้เขาสามารถบอกได้ สิ่งที่ได้และรู้กลไกการป้องกันตัว ความต้องการการดูแลตนเองที่จะนำไปสู่ความสำเร็จคือ การทำงานของร่างกายมนุษย์ในลักษณะผสมผสานอย่างปกติ

ระยะที่ 2 มีการปฏิบัติเพื่อให้ได้รับผลสำเร็จของการดูแลตนเอง (Action to Accomplish Self-Care) ระยะนี้จะเริ่มเมื่อได้ข้อตัดสินใจแล้วนั่นคือ มีข้อควรปฏิบัติและไม่ควรปฏิบัติเมื่อจบระยะที่ 1 จากข้อที่เลือกมานำมากำหนดวัตถุประสงค์ของระยะที่สอง และพิจารณาประเด็นต่างๆ เช่น จะนำข้อที่เลือกไปปฏิบัติอย่างไร ต้องทำอะไรบ้าง มีทรัพยากรอะไรบ้างที่ต้องการ จะปฏิบัติข้อเหล่านั้นได้ถูกต้องหรือไม่ มีประสิทธิภาพหรือไม่ ในเวลานั้นและเวลาต่อๆ ไปมีสิ่งอื่นมาเกี่ยวพันหรือไม่ จะรู้ได้อย่างไรว่าปฏิบัติไปอย่างถูกต้องแล้ว มีกฎเกณฑ์อะไรที่ควรยึดถือบ้าง รู้ได้อย่างไรว่ามีผลอะไรเกิดขึ้น ใครที่จะมาช่วยได้บ้างเมื่อต้องการความช่วยเหลือ จากคำถามเหล่านี้จะมุ่งความสนใจไปสู่กิจกรรมที่ปฏิบัติ กิจกรรมนั้นอาจจะหยุดไปเมื่อรู้ว่าการดูแลตนเองประสบผลสำเร็จแล้วหรืออาจต้องเปลี่ยนแปลงวิธีถ้าได้ผลไม่เป็นที่พอใจ

✓ ความสามารถในการดูแลตนเอง

ความสามารถประกอบกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งในสภาพปกติ สภาพที่ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงและสภาพเจ็บไข้ได้ป่วยย่อมต้องอาศัยปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ 3 ประการ ซึ่งเป็นคุณสมบัติผสมผสานกันระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพราะคนเป็นทั้งหมดของสิ่งแวดล้อมสิ่งแวดล้อมภายในจึงเป็นสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องและเนื่องมาจากคน ส่วนสิ่งแวดล้อมภายนอกถือเป็นเรื่องของสังคมแวดล้อมบุคคลโดยตรง ปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวจะเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเองตามลำดับขึ้น ได้แก่ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคลถือเป็นปัจจัยเรื่องแรกที่คุณต้องมีอยู่ จึงจะทำให้เกิดปัจจัยต่อไปคือ 2) พลังความสามารถเมื่อมีปัจจัยทั้ง 2 ประการเป็นพื้นฐานที่ต่อเนื่องกันแล้วจึงผลักดันให้เกิด 3) ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการตามกิจกรรมทั้ง 3 ประการดังกล่าว (Gast and Other, 1989 : 27)

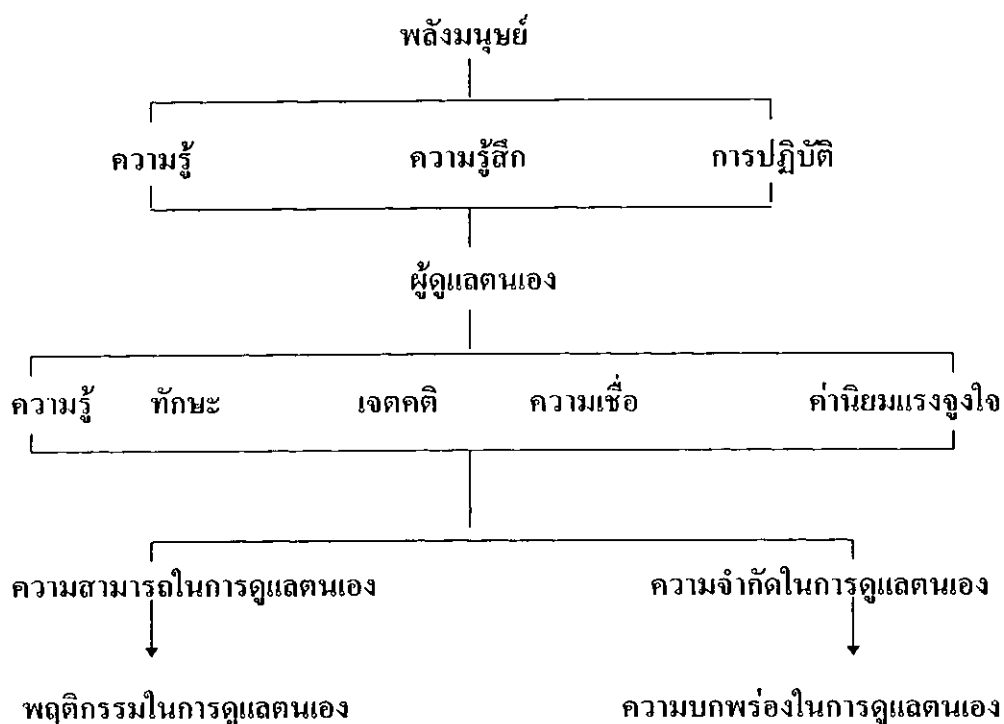
ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่บุคคลจำเป็นต้องมี จะนำมาสู่ความรู้และความสามารถกระทำของบุคคล เช่น ความสามารถในการเรียนรู้ อ่าน เขียน ท่องจำ และอภิปรายในเชิงเหตุและผล ความสามารถรับความรู้สึกทางประสาทสัมผัส การรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตัวเอง การมองเห็นคุณค่าของตนเอง ลักษณะนิสัย ความตั้งใจ ความเข้าใจตัวเอง ความหวังใจตัวเอง การยอมรับตัวเอง ความสามารถลำดับความสำคัญของกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเหมาะสม ตลอดจนความสามารถจัดการเกี่ยวกับตนเอง

พลังความสามารถ 10 ประการซึ่งถือเป็นแรงผลักดันจากคุณสมบัติขั้นพื้นฐานดังกล่าวได้แก่

1. มีความสนใจ ตั้งใจและระมัดระวังรักษาสุขภาพอย่างจริงจัง
2. มีการควบคุมพลังงานของร่างกายให้เพียงพอในการที่จะดูแลตนเอง
3. มีความสามารถในการที่ดูแลร่างกายและอวัยวะต่างๆ ให้สามารถเคลื่อนไหวได้เพื่อจะทำได้สามารถเริ่มต้นกระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองได้
4. มีความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง
5. มีแรงจูงใจเพียงพอ
6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
7. มีความสามารถในการที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติกิจกรรมการดูแลและสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้
8. มีทักษะในการดูแลตนเอง
9. มีความสามารถในการจัดระบบในการดูแลตนเอง
10. มีความสามารถในการผสมผสานกิจกรรมการดูแลตนเอง เข้ากับแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน

ความสามารถในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง แสดงออกใน 3 ลักษณะ คือ สามารถตรวจสอบสถานการณ์ในด้านตนเองและสิ่งแวดล้อม ความสามารถตัดสินใจกระทำการกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง และความสามารถเลือกกระทำการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมดได้ครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่เพียงใด ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุซึ่งมาจากสภาพสังคม วัฒนธรรมที่แตกต่างกันย่อมมีความต้องการการดูแลตนเองและย่อมจะตอบสนองต่อความเจ็บป่วยต่างกันด้วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจะต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความรู้ ทักษะและทัศนคติ ค่านิยมและแรงจูงใจ โดยปัจจัยดังกล่าวพัฒนามาจากพลังมนุษย์ (Human Agency) ซึ่งเป็นความรู้หรือเป็นพลัง (Power) หรือความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรม โดยมีองค์ประกอบสำคัญคือ ความรู้ ความจำ ความรู้สึกนึกคิดและพัฒนาสู่การปฏิบัติ ดังแผนภูมิต่อไปนี้ (มรรยาท เจริญสุขโสภณ. 2537 : 44)



ภาพประกอบ 1 แสดงลักษณะของพลังมนุษย์และการดูแลตนเอง

✓ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้มีผู้สนใจศึกษา เช่น คันนิงแฮม (โศภาพรรณ วัฒนรัตน์. 2537: 54; อ้างอิงมาจาก Cunningham. 1989 : 131) ได้ทำการวิจัยเรื่องพฤติกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองในชุมชนผู้สูงอายุ (Health Promoting Self-Care Behavior in the Community Older Adult) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแทนของผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้รูปแบบตามทฤษฎีของโอเร็นนำเสนอการผสมผสานระหว่างมโนทัศน์ของตัวแทนผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับการส่งเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานที่ว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแทนผู้สูงอายุที่มีการดูแลสุขภาพตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังได้แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ความรู้ทางสุขภาพ ความรับผิดชอบทางสุขภาพและแรงจูงใจในเรื่องของสุขภาพ ทั้งหมดนี้ล้วนแต่มีส่วนในการดูแลสุขภาพที่ส่ง

เสริมสุขภาพด้วยทั้งนั้น ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับ คอคค (อารีย์ ธีรประมุข. 2534 : 27; อ้างอิงมาจาก Dodd. 1983) ได้ศึกษาแบบทดลองประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง สำหรับผลข้างเคียงในการรักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง และได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการจัดการกับผลข้างเคียงของยามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาอาการ สูงกว่าก่อนทดลอง และมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการกับผลข้างเคียงของเคมีบำบัด และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการผลข้างเคียงของเคมีบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในประเทศไทย สมจิต หนูเจริญกุลและพิกุล วิญญาเญือก (2534 : 1-7) ทำการ ศึกษาถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนในการดูแลตนเองต่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดและ ความพึงพอใจต่อการพยาบาล ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมีการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดดีกว่าและมีความพึงพอใจต่อการพยาบาลที่ได้รับสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุลี ทองวิเชียรและพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2532 : 8) เรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการดูแลตนเองในระดับปานกลางค่อนข้างดี พัฒนาการทางด้านร่างกายผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายมีปัญหาเรื่องสายตา หู เหนืออกและฟัน มีโรคประจำตัวและโรคที่มีบทบาทมาก คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534 : 47-48) ได้ศึกษาเรื่องอัตรานวัตกรรมความสามารถในการดูแลตนเองและ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมีอัตรานวัตกรรม มีความสามารถในการดูแลตนเอง และมีคุณภาพชีวิตดี ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรนาท วิทย์โชคศิริคุณ (2534 : 50-51) เรื่องความสามารถในการดูแลตนเองของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าสถานภาพสมรรถนะมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ จากการรายงานของ มณฑนา เจริญกุล (2534 : บทคัดย่อ) เรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์ ธีรประมุข (2534) ในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่นเดียวกันกับ

การศึกษาของประภาพร จินันทยา (2536 : บทคัดย่อ) เรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมของผู้สูงอายุดินแดง พบว่าร้อยละ 85 มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำและปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ โรคประจำตัว ภาวะหนี้สินและการทำประกัน ร้อยละ 15 มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง

นอกจากนั้นแล้วปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถ และความต้องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอีกประการหนึ่ง คือ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล อันจะส่งผลให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้นหรือลดน้อยลง ปัจจัยพื้นฐานที่นำมาศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ของครอบครัว ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองในแต่ละช่วงอายุไม่เท่ากัน โดยอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งชี้ถึงความต้องการความช่วยเหลือเมื่อเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ในแต่ละช่วงอายุ เช่น วัยเด็กยังไม่พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเทียบเท่าวัยผู้ใหญ่ ส่วนผู้สูงอายุความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536 : 51; อ้างอิงมาจาก Orem. 1991 : 136-137) และจากรายงานการศึกษาของรจนารถ ร่วงลือ (2536 : 76) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปีมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ส่วนสถานภาพการสมรสและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem 1985 in Hanucharurnkul 1988 : 16) ถือเป็นแหล่งประโยชน์ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง สถานภาพสมรสเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม และสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการร่วมกิจกรรมและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ (ฉันทนา กาญจนัง. 2529 : 53 ; นิรนาท วิทย์โชติภคิณ. 2534 : 50 ; สุวิมล พนาวัฒน์กุล. 2534 : 32) ส่วนปัจจัยด้านระดับการศึกษาและรายได้ของครอบครัว โอเร็ม (Orem. 1985 : 120, 175) กล่าวว่าการศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญาทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่างๆได้ดี สามารถเรียนรู้เรื่องโรคและแผนการรักษา จึงปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้ดี ความพร่องในการดูแลตนเองจึงน้อยลง และการศึกษาสูงยังเป็นพื้นฐานสำคัญที่ทำให้รายได้ของครอบครัวดีขึ้นเพราะมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดีกว่า จากการศึกษาพบว่ารายได้มีส่วนสัมพันธ์ทางบวกกับระดับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ (สุวิมล พนาวัฒน์กุล. 2534 : 42) และพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง หรือมีความสามารถในการดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่มีรายได้ปานกลางหรือมีรายได้ต่ำ (รจนารถ ร่วงลือ. 2536 : 76 ; สุวิมล พนาวัฒน์กุล. 2534 : 32)

การนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้ในการวิจัยดังกล่าวมาเป็นการทดสอบความตรงทางทฤษฎีของโอเร็ม ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ การดูแลตนเองเป็นบทบาทของบุคคลที่ต้องตัดสินใจในการริเริ่มกระทำด้วยตัวเอง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ที่มีภาวะพร่องในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ พยาบาลหรือผู้รับผิชอบดูแลช่วยเหลือเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้แนะนำและสนับสนุนช่วยเหลือให้มีความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเพียงพอกับความต้องการ

3. แนวคิดเกี่ยวกับความหวัง

มนุษย์เราทุกคนไม่ว่าผู้ดีหรือขอทานย่อมมีความหวังในเรื่องความต้องการความอยากได้อยู่ในใจเสมอโดยไม่มีที่สิ้นสุด แต่ความหวังนั้นจะสำเร็จหรือเปลี่ยนสภาพเป็นความหวังที่แท้จริงได้ก็โดยอาศัยความพยายาม มีมานะ อดทน ซึ่งต่างกับโอกาส (Chance) โอกาสมาถึงตัวเราโดยมิได้นึกมิได้ฝันมาก่อน แต่ความหวังนั้นจะเกิดมีขึ้นได้ก็ต่อเมื่อเรามีความต้องการ ทั้งนี้เป็นความต้องการของปวงปวงชนทั่วไป ในเมื่อมีความต้องการหรืออยากจะได้ในสิ่งใดด้วยความสมัครใจหรือเห็นชอบด้วยแล้ว จะพยายามมีมานะอดทนเพื่อบรรลุผลดังที่ตนปรารถนา แม้จะต้องฝ่าอุปสรรคใดๆ ก็ตาม (บัว ศาลิคุปต์. 2523 : 30)

ความหวังเป็นพลังคลอบคลุมบุคคลให้มีพลังกำลัง มีความอดทน มีความพยายามที่จะปรับสภาพต่างๆ ของร่างกายและจิตใจ มุ่งไปสู่ความมีสุขภาพสมบูรณ์ ถ้าสูญเสียซึ่งความหวังบุคคลก็จะรู้สึกท้อถอยขาดกำลังใจ ไม่มีจิตใจจะคิดแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งๆ ที่บางครั้งเป็นเรื่องที่ไม่ร้ายแรง มีคนจำนวนมากที่ไม่สามารถดำรงความหวังของตนไว้ได้จึงทำให้การแก้ปัญหาขาดความสมบูรณ์เท่าที่ควรจะเป็น (อุบล นิวัติชัย. 2532 : 1095)

ความหมายของความหวัง

ความหวัง (Hope) ได้มีการอธิบายความหมายของความหวังไว้มากมาย ซึ่งความหมายโดยทั่วไปตามพจนานุกรมเว็บสเตอร์ (Webster's Dictionary) ให้ความหมายว่าความหวังเป็นความรู้สึกของบุคคลซึ่งแสดงออกถึงการคาดหมายว่าในอนาคตจะได้มาซึ่งสิ่งดีงามที่บุคคลต้องการมิตเลอร์ (กฤษฎา ตงศิริ. 2531 : 13; อ้างอิงมาจาก Miller. 1983 : 287)

กล่าวว่าความหวังเป็นแหล่งพลังที่สำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เป็นการคาดหมายถึงอนาคตว่าจะบรรลุความสำเร็จในสิ่งที่ปรารถนาแม้จะมีความไม่มั่นใจปะปนอยู่ด้วย ซึ่งความหวังนี้เปรียบเสมือนความพร้อมภายในตัวของบุคคลที่จะก่อให้เกิดการแสดงออกในเรื่องต่างๆ ดังนั้น ความหวังจึงเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของบุคคลและในวรรณกรรมทางจิตวิทยาบาลได้กล่าวถึง “ความหวัง” ว่าเป็นความต้องการทางจิตวิญญาณ (Spiritual need) ที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของกาลเวลาซึ่งเป็นจินตนาการถึงอนาคตและเป็นพลังทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลที่ช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่า (Hind. 1984 : 359) ทั้งนี้ แลง (Lange. 1978 : 171) เปรียบว่าความหวังนั้นเป็นเสมือนแสงสว่างที่อยู่ปลายสุดของถ้ำมืด เพราะความหวังนั้นก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะกระทำการใด ๆ หรือก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่ย่างยาก ความเครียด รวมทั้งการปรับตัวต่อความเศร้าโศก ความพลัดพราก ความล้มเหลว ความเบื่อหน่าย ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความทุกข์ทรมานต่างๆ ได้ (Travelbee. 1971 : 77.)

เบคและคณะ (Beck and Others. 1984 : 501) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ความหวัง” ไว้ว่าเป็นสภาวะทางจิตใจที่แสดงออกในลักษณะของความปรารถนาที่จะได้มาหรือประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย เป็นความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ (Sense of Possible) บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่าถ้าหากสิ่งที่เขาปรารถนานั้นบรรลุความมุ่งหมาย ชีวิตของเขาก็จะเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นหรือสามารถแก้ไขปัญหาดังๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้

ลินช (มารยาท เจริญสุข โสภณและนงลักษณ์ เชษฐภักดีจิต. 2537 : 15; อ้างอิงมาจากRoberts. 1976 : 159) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ความหวัง” ไว้ว่า เป็นความรู้สึกและเป็นพื้นฐานของความรู้สึกที่ว่าตนเองจะมีหนทางหลุดพ้นจากความลำบากได้ สามารถที่จะทำบางสิ่งบางอย่างที่ทำให้ตนเองรู้สึกปลอดภัยได้เพราะคิดว่าเมื่อมีความหวังย่อมมีทางออกในการแก้ไขปัญหา บุคคลที่มีความหวังย่อมเกิดแรงจูงใจที่จะไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายของตน

แมคกี (Mc Gee อ้างอิงใน Yarcheski and Others. 1994 : 288) ได้ให้ความหมายของ “ความหวัง” ไว้ว่าความหวังเป็นความสามารถในการคาดหมาย การรักษาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเพียงพอ เป็นการสนับสนุนให้บุคคลมีความหวัง

โพเวลล์ (ทัศนาศูววรรณปะกรณ์. 2531 : 10; อ้างอิงมาจาก Powell. 1983 : 432) ได้อ้างอิงความเห็นของอีริกสัน (Erikson) ว่าความหวังเป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การปฏิบัติเป็นบ่อเกิดแห่งความเชื่อถือ ความหวังทำหน้าที่ในการรักษา ความหวังในทางบวกทำให้เกิด

ความรู้สึกที่ดี มีหวัง มีความรู้สึกพินิจจากสภาพผิดปกติทางกายและใจ ในภาวะเครียด ความหวังจะทำให้มองเห็นปัญหาความยุ่งยากได้และสามารถอดทนต่อความรู้สึกเครียดหรือพยายามอยู่อย่างปราศจากความเครียด ทั้งนี้เพราะความหวังมีลักษณะเช่นเดียวกับความเชื่อในศาสนา กล่าวคือจะคอยปกป้องจิตใจและวิญญาณของคนเราให้เข้มแข็งต่อการเผชิญกับปัญหาต่างๆ โดโนแวน (Donovan. 1976 : 8) เปรียบเทียบความหวังว่าเป็นเสมือนกุญแจดอกสำคัญของการดำรงชีวิตอยู่ เพราะความหวังมีลักษณะของบทบาทหน้าที่เช่นเดียวกับแรงจูงใจ

แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง เจือใจหรือสภาวะภายในอินทรีย์ที่กระตุ้นให้อินทรีย์เกิดพฤติกรรม หรือทำให้พฤติกรรมที่เกิดขึ้นคงอยู่อย่างมีเป้าหมายประสงค์ ดังจะเห็นว่าบางขณะบุคคลบางคนจะสามารถกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้เป็นเวลานานติดต่อกันโดยปราศจากอาการเหนื่อยล้า ทั้งนี้เพราะ บุคคลนั้นมีเป้าหมายประสงค์ ที่คอยกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นไม่ลดละของการกระทำ (Persistence of Action) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าบุคคลนั้นมี “ความหวัง” การศึกษาเกี่ยวกับความหวังจึงเป็นการศึกษาเกี่ยวกับทิศทางของการ กระทำ และความมุ่งมั่นไม่ลดละของการกระทำส่วนเจือใจใดๆ ของอินทรีย์ที่มีผลต่อความพร้อมที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมหรือทำให้พฤติกรรมดำเนินต่อไปนั้น เรียกว่า “ตัวจูงใจ” (Motives) แรงจูงใจแบ่งแยกออกเป็น 2 ประเภท คือ 1. แรงจูงใจทางสรีระ เช่น แรงจูงใจที่ทำให้บุคคลกินและดื่ม เป็นต้น 2. แรงจูงใจทางจิตวิทยา เช่น แรงจูงใจที่จะรักและถูกรัก แรงจูงใจที่จะสำรวจและแรงจูงใจที่จะกระทำให้สำเร็จ เป็นต้น (ทศนา ขววรรณะปกรณ์. 2531 : 10; อ้างอิงมาจาก โยธิน ศันสนยุทธ. 2525 : 33)

บัว ศาลิคุปต์ (2523 : 32) ได้สรุปความหมายของ “ความหวัง” ว่า ความหวังเป็นของมีค่าล้นเหลือ ไม่มีอะไรเปรียบได้ ความหวังไม่จำกัดอายุคน อย่าคิดว่าเราแก่แล้วถ้าขึ้นทำไปจะต้องล้มละลายแน่ หรืออย่าคิดว่าเรายังหนุ่มความคิดอ่านยังไม่เพียงพอถ้าทำไปจะสู้คนแก่ไม่ได้ เหล่านี้ล้วนไปด้วยความคิดที่ผิด เมื่อมีความหวังแล้วไม่มีสิ่งใดจะมากีดกันหรือกีดขวางได้ผู้มีความหวังควรจะพึงภูมิใจยิ่ง เพราะความหวังจะมีอยู่เฉพาะในตัวผู้ที่ขยันขันแข็งเท่านั้นความหวังจะไม่มีอยู่ในตัวมนุษย์ผู้อ่อนแอและเกียจคร้านเลย ความหวังไม่ใช่โชค โชคมาถึงตัวเราโดยไม่ได้นึกได้ฝันเช่นเดียวกับโอกาส ความหวังจะอำนวยให้ผู้ที่ขยันขันแข็งมีความพยายามและอดทน แต่โชคและโอกาสนั้นเป็นสิ่งที่ไม่น่าอนอาจอำนวยให้ผู้ที่ขยันขันแข็งหรือเกียจคร้านทุจริตก็ได้

อินทรา ปัทมินทร์ (2537 : 43-44) ได้ให้ความหมายของ “ความหวัง” ว่า ความหวังคือความรู้สึกที่รุนแรงที่เกิดขึ้นในระหว่างที่ชีวิตกำลังสูญเสียทุกสิ่งทุกอย่าง ความหวัง

คือ การที่เชื่อว่าสิ่งต่างๆ ควรจะเป็นไปตามที่มันควรจะเป็น แต่เมื่อใดที่มันไม่เป็นไปตามนั้น ก็จะรู้สึกสิ้นหวังความหวังคือ มายาอันวิเศษ เป็นสิ่งลวงตาชั้นเลิศ มันจะให้คำมั่นสัญญาถึงอนาคต แต่มันจะทำให้เรามีความทุกข์เมื่อถึงเวลาที่เรากำลังทำอะไรสักอย่างแต่กลับไม่ได้ทำ ความหวัง ทำให้เราเชื่อในสิ่งที่ยู่นอกเหนือความสามารถของตัวเอง เป็นความเชื่อว่าจะมีสิ่งดีกลับมาบันดาลให้เราได้รับในสิ่งที่เราต้องการอยากจะได้ ในเวลานี้เราจึงเหมือนนักโทษของความหวัง เราตกเป็นเหยื่อของมันเข้าแล้ว และในไม่ช้าเราจะต้องหมดหวังอย่างสิ้นเชิง

ทัศนา บุญทอง (2532 : 941) ได้ให้ทัศนะเกี่ยวกับการมีความหวัง (Hopefulness) ว่าเจตคติต่อความรู้สึกไม่สิ้นหวังเป็นสิ่งจำเป็น เป็นการมองสถานการณ์ในทางที่ดีที่จะช่วยให้เกิดความรู้สึกมีกำลังใจ ซึ่งมีผลก่อให้เกิดความมานะพยายามปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ความหวังจึงเป็นความมุ่งมั่นต่อชีวิต ต่อการเจริญเติบโตและความเชื่อมั่นในอนาคต เป็นความมุ่งมั่นที่จะก่อให้เกิดการไม่หยุดนิ่งในการที่จะหาหนทางไปสู่สิ่งที่ดีที่สุดในชีวิต ความหวังจึงตั้งอยู่บนความพร้อมที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปสู่สิ่งใหม่ซึ่งได้พิจารณาเลือกสรรแล้ว การเจริญพัฒนาทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมของมนุษย์ตั้งต้นด้วยความหวังทั้งสิ้น ปราศจากความหวังบุคคลจะหมดความสุขและไร้ค่า ความหวังของมนุษย์เกิดได้จากบรรยากาศที่บุคคลสามารถคิดได้อย่างอิสระ ชื่อสัตย์และตระหนักว่าเป้าหมายอยู่ที่ไหน ในบรรยากาศเช่นนี้บุคคลจะได้ใช้ตนเองให้เป็นประโยชน์ที่สุด

อุบล นิวัติชัย (2532 : 1091-1092) ได้อธิบายความหมายและความสำคัญของความหวัง ดังนี้

“หวัง” (Hope) เป็นคำอธิบายให้เห็นชัดเจนได้ยาก ทั้งนี้เนื่องจากเป็นเรื่องของอารมณ์และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่อยู่ลึกๆ เป็นศูนย์กลางของความเชื่อ ความศรัทธาว่า มีหนทางทำให้ความต้องการที่จำเป็นต่อชีวิตได้รับการสนองตอบ โดยทั่วไปจะพบว่ามีการใช้คำที่มีความหมายแทน “หวัง” อยู่หลายคำ เช่น ประสงค์ (Wish) คาดหมาย (Expectation)ปรารถนา (Desire) เป็นต้น แต่คำเหล่านี้เมื่อพิจารณาโดยละเอียดแล้วจะพบว่ามีความแตกต่างกัน ดังนี้

“หวัง” กับ “ประสงค์” ต่างกันตรงที่ ประสงค์แสดงถึงการไม่ได้รับสิ่งที่ต้องการ และสิ่งที่ต้องการนั้นอาจไม่จำเป็นสำหรับชีวิต ความเป็นไปได้ของสิ่งที่ประสงค์อาจจะต่ำมากก็ได้ แต่ถ้าเกิดได้ตามประสงค์ก็นับว่าเป็นเรื่องอัศจรรย์ คนที่ได้สมประสงค์ก็จะสุขใจพอใจ ส่วนความต้องการในสิ่งที่หวังจะต้องเป็นเรื่องที่จำเป็นแก่ชีวิต และสะท้อนถึงสิ่งประสงค์หลายๆอย่างที่ควรได้รับจริง เช่น หวังว่าการเจ็บป่วยของตนจะดีขึ้น หวังว่าตนอาจ

จะต้องประสบความสำเร็จ บุคคลเมื่อหวังแล้วก็จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมุ่งมั่นไปสู่สิ่งที่หวัง และถ้าสมหวังก็จะรู้สึกโล่งอก หมดความคับข้องใจมากกว่าจะรู้สึกอึดอัดใจ แต่เมื่อสิ่งที่หวังหลุดลอย ความรู้สึกที่อึดอัดให้ความหมายจะเกิดขึ้นอย่างมากมาย

“หวัง” กับ “คาดหมาย” ต่างกันตรงที่ คาดหมาย มีระดับการคาดคะเนในอนาคตว่าจะเกิดขึ้นสูงมากทั้งเรื่องในทางบวกและทางลบ เช่น คาดหมายว่าตนจะได้รับจดหมาย การคาดหมายเกี่ยวข้องกับอารมณ์และความรู้สึกน้อยกว่าเมื่อเทียบกับ หวัง

“หวัง” กับ “ปรารถนา” ต่างกันตรงที่ สิ่งปรารถนาไม่จำเป็นสำหรับชีวิตมากนัก เช่น “ฉันปรารถนาที่จะเป็นเจ้าของรถคันใหม่นี้เหลือเกิน มันถูกใจฉันจริงๆ” ความปรารถนาเป็นเพียงความอยากได้ อยากให้เกิดขึ้นเท่านั้น

คำวลีที่ใช้อธิบายเกี่ยวกับ “หวัง” มีหลายคำ เช่น หวังว่าจะดีที่สุด หวังอย่างแน่วแน่ หวังทั้งๆที่ไม่ศรัทธา หวังที่สูงส่ง หวังในสิ่งผิดๆ มุ่งมั่นในความหวัง ส่วนวลีที่อธิบายการสิ้นหวัง ได้แก่ หมดหวัง ความหวังป้อป่น หาประโยชน์ไม่ได้ ใจเหี่ยว อนาคตมืดมน และการมองในส่วนที่เป็นทางลบ เป็นต้น

“หวัง” เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ซับซ้อน การหวังเป็นหนทางทำให้บุคคลใกล้ชิดกับความต้องการที่จำเป็น ในภาวะที่ปัจจุบันและอนาคตเต็มไปด้วยความไม่แน่นอน เมื่อคนมีความหวังความอดทนจะเพิ่มขึ้นเหมือนมองเห็นชัยชนะอยู่ข้างหน้า การหวังมีพลังกระตุ้นอยู่ในตัว จัดเป็นการป้องกันความเสี่ยงสมดุลของจิตใจและร่างกาย บุคคลที่หมดหวังจะมีสภาพจิตใจที่เสียระบบ มีแต่ความทุกข์ความเจ็บปวด ความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือตนเอง ชีวิตหมดความหมาย ถ้าสภาพร่างกายอยู่ในภาวะการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นโรคทางกายหรือทางจิตอาการก็มีแต่จะทรุดหนักและตายได้ในที่สุด ดังนั้นการหวังจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อชีวิตและการเจริญ

กล่าวโดยสรุปแล้ว ความหวัง หมายถึง แรงจูงใจที่เป็นสิ่งกระตุ้นแห่งการกระทำที่ตอบสนองต่อปัญหา เป็นความรู้สึก ความคิดของบุคคลที่มีลักษณะเป็นการคาดหมายหรือภาวะการณ์ที่ปรารถนาถึงการประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตั้งตามนั้น และเป็นสิ่งกระตุ้นที่มีพลังอยู่ในตัวของมันเองที่สำคัญของการมีชีวิตอันเป็นเรื่องเฉพาะตัวบุคคล ความหวังเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการตราบเท่าที่ยังมีชีวิตอยู่ และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญยิ่งของความรู้สึกอิมเมมในชีวิตของบุคคล เพราะความหวังจะทำให้บุคคลมองโลกในแง่ดีและก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นสุขในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่า มีความหมาย ความพึงพอใจในชีวิต แม้ว่าจะเป็นวาระสุดท้ายของชีวิตก็ตาม กฤษดา ดงสิริ (2531 : 1516) กล่าวว่าตราบเท่าที่บุคคลยังมีความหวัง ความ

ทุกข์ต่างๆก็ดูเหมือนจะบรรเทาเบาบางลงและบุคคลก็ยังพึงพอใจกับการดำเนินชีวิตท่ามกลางความทุกข์นั้น

กลไกของความหวัง

กลไกของความหวังประกอบด้วยกลไกในด้านที่เกี่ยวกับสรีรวิทยา และกายวิภาคศาสตร์ของระบบประสาท และกลไกด้านพัฒนาการของความหวังซึ่งพอจะสรุปได้ ดังนี้

กลไกด้านที่เกี่ยวกับสรีรวิทยาและกายวิภาคศาสตร์ของระบบประสาทที่เกี่ยวกับความหวังได้มีการพัฒนามาตามลำดับ ในเบื้องต้นการศึกษามุ่งที่จะทำความเข้าใจและค้นหาริเวณที่เกี่ยวกับการอยู่ดีมีสุขและการมีความหวัง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การวิวัฒนาการของสมองจะสร้างความสามารถในการให้เหตุผล ความสามารถในทางเทคนิคและการสร้างความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลในขณะที่สมองมีขนาดเพิ่มขึ้นสมองก็จะสร้างความซับซ้อนขึ้นเรื่อยๆ และยังสร้างจินตนาการของความเบิกบานใจรวมทั้งเรื่องราวแปลกๆ ที่ตนชื่นชอบ ในปัจจุบันนักวิจัยกำลังศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลของศูนย์ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์ให้มากที่สุดต่อไป (Beck and Others. 1984 : 502) กลไกด้านพัฒนาการความรู้สึกรู้ของการมีความหวังจะมีการพัฒนามาตั้งแต่ในวัยเด็กตอนต้น โดยเฉพาะประสบการณ์ของเด็กที่สัมพันธ์กับความไว้วางใจ ตามที่อีริกสันได้กล่าวเอาไว้ว่าความหวังเกิดจากการประสบความสำเร็จ ในการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งระหว่างความไว้วางใจและความไม่ไว้วางใจ เด็กจะเกิดการเรียนรู้ที่จะมีความหวัง ถ้าสิ่งแวดล้อมเหมาะสมต่อการพัฒนาความไว้วางใจ เด็กจะเรียนรู้ความไว้วางใจจากการดา พื้นฐานที่เป็นไปได้ของความไว้วางใจคือการเรียนรู้ว่าความช่วยเหลือกำลังจะมาถึงในเวลาที่ต้องการ ความหวังในขอบข่ายนี้จึงไม่ใช่สิ่งที่อยู่โดดเดี่ยวแต่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังในความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ อีกด้วย (Erikson; อ้างอิงมาจาก Beck and Others. 1984 : 502) ถ้าเด็กได้รับการอบรมเลี้ยงดู โดยมีการเอื้อให้ประสบความสำเร็จในกิจกรรมเล็กๆ น้อยๆ ครั่ง แม้จะมีการล้มเหลวทำให้เกิดความคับข้องใจมากในบางครั้งก็ตาม เด็กยังมีความรู้สึกปลอดภัย ได้เรียนรู้ ได้มีประสบการณ์ควบคุมสิ่งแวดล้อมนอกตัวและในตัวได้พอสมควร การเลี้ยงดูลักษณะนี้จะช่วยให้เด็กเป็นตัวของตัวเอง มีความภาคภูมิใจในตัวเองและมีประสบการณ์หวังมากขึ้น (อุบล นิวัติชัย. 2531 : 1094) ส่วนความหวังในผู้ใหญ่จะดำรงอยู่ได้นั้นมีองค์ประกอบร่วมอยู่หลายประการ เช่น สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง พื้นฐานประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา เป้าหมายชีวิตในอนาคตของแต่

ละบุคคล ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ทำงานกันอย่างซับซ้อนเกินกว่าจะอธิบายได้ อย่างไรก็ตาม มักจะพิจารณาที่โครงสร้างของความหวังว่ามีส่วนใดบกพร่องจนเป็นเหตุให้บุคคลสิ้นหวัง

โครงสร้างของความหวังตามแนวของแลนจ์ (อุบล นิวัติชัย, 2531 : 1094; อ้างอิงมาจาก Selvia Prodan Lange) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ อารมณ์กับการรู้คิด

อารมณ์ (Affective Component) อารมณ์ของแต่ละบุคคลจะมีอิทธิพลให้เกิดการหวังและสิ้นหวังอย่างไรนั้นก่อตัวมาจากความศรัทธา ความไว้วางใจ ความเชื่อมั่นในตนเอง และโชคชะตา ซึ่งเป็นพื้นฐานองค์ประกอบที่สำคัญของบุคลิกภาพ องค์ประกอบเหล่านี้มีบทบาทในการกระตุ้น ชี้นำ หนุนเนื่องและสนับสนุนให้บุคคลมีความหวังหรือสิ้นหวังในระดับที่ต่างกัน

การรู้คิด (Cognitive Function) การรู้คิดหรือกระบวนการใช้เหตุผลด้วยปัญญาที่แต่ละคนมีอยู่นั้นจะทำหน้าที่พิจารณาไตร่ตรองประเมินสภาพที่เกิดขึ้นทั้งหมด นอกจากนั้นยังทำหน้าที่ประสานและควบคุมส่วนของอารมณ์ โครงสร้างส่วนนี้นับได้ว่าเป็นส่วนสำคัญที่สุดที่จะทำให้บุคคลหวังหรือสิ้นหวัง การที่บุคคลเลือกรับข้อมูลบางอย่างมาเป็นส่วนประกอบในการคิดนั้น ถ้าเลือกรับมาเฉพาะส่วนที่ค่อนข้างไปในทางลบ บุคคลจะรู้สึกถูกคุกคาม รู้สึกท้อแท้จนไม่อาจจะรับได้ต่อไป กลไกทางจิตเพื่อป้องกันตัวเองจะถูกดึงมาใช้ทันที เช่น ปฏิเสธ ไม่ยอมรับสภาพที่เกิดขึ้นหรือเพิ่มความศรัทธาแบบขาดเหตุผล

ลักษณะของความหวัง

ความหวังตามแนวความคิดของเบคและคณะ (Beck and Others, 1984 : 501) มีลักษณะดังนี้

1. ความหวังเป็นการมุ่งอนาคต บุคคลที่มีความหวังจะมีความต้องการเปลี่ยนแปลงสภาพชีวิตของตนเอง และอาจจะพอใจหรือค้นหาความสุขเล็กๆ น้อยๆ หรือความรื่นรมย์ในชีวิตประจำวัน การกระทำของบุคคลนั้นจึงเป็นการใช้ปัจจุบันให้เป็นวิถีทางที่จะสร้างอนาคต เขาจึงพยายามทำให้ดีที่สุดในปัจจุบันโดยไม่ทอดทิ้งถึงความเป็นไปได้ ดังเช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็งซึ่งหันมาส่งเสริมคุณภาพชีวิตของตนเองในชีวิตประจำวันให้ดีขึ้นแทนการที่จะหมกหมุ่นวิตกกังวลอยู่กับความจริงที่ว่า โรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

2. ความหวังมีความสัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น ดังเช่นคนเราโดยทั่วไปต้องพึ่งพาผู้อื่นเพื่อความอยู่รอด บุคคลที่เจ็บป่วยย่อมต้องพึ่งพาคนอื่นๆ และหวังในความช่วยเหลือจาก

ผู้อื่นในระยะที่ปัจจัยภายในตัวบุคคลไม่เพียงพอหรือลดลงไป ถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างก็จะเกิดความหวังขึ้นมาได้

3. ความหวังมีความสัมพันธ์กับทางเลือก บุคคลที่มีความหวังจะเชื่อว่า ตนเองยังมีทางเลือก การที่คนเรายังมีทางเลือกอยู่บ้างในสถานการณ์ที่ลำบากเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลนั้นมีความรู้สึกที่เป็นอิสระในตนเอง ถึงแม้ว่าทางเลือกนั้นจะไม่ใช่ว่าหนทางที่จะนำไปสู่เป้าหมายได้โดยตรงก็ตาม แต่บุคคลนั้นก็ยังใช้ความเป็นอิสระในการเลือกและตัดสินใจเพื่อตนเองด้วยความจริงดังกล่าวนี้นำให้บุคคลมีความรู้สึกในความเป็นตัวตนในการควบคุมชีวิตของตนเอง

4. ความหวังมีความสัมพันธ์กับความปรารถนา ความหวังและความปรารถนามีความคล้ายคลึงกันแต่แตกต่างกันบ้างในเรื่องพื้นฐานและโอกาสที่จะบรรลุในสิ่งที่ตนมุ่งหวัง ความหวังทำให้บุคคลนั้นมีการวางแผนการที่จะไปสู่เป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อให้สิ่งที่หวังนั้นสำเร็จดังเป้าหมายที่ตนต้องการ

5. ความหวังมีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจกับความอดสาเห มีความเชื่อว่าบุคคลอื่นๆ จะมีความสามารถและช่วยเหลือตนเองได้เมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤต ส่วนความอดสาเหเป็นความสามารถในการกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งไปสู่การแก้ปัญหาที่จะช่วยหยุดยั้งความทรมานหรือเปลี่ยนแปลงสภาพที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้น ความอดสาเหจึงทำให้คนเราสามารถเผชิญกับปัญหาได้โดยไม่สูญเสียกำลังใจ

6. ความหวังมีความสัมพันธ์กับความกล้า ความหวังทำให้บุคคลนั้นยังคงยืนกรานต่อเป้าหมายของตนเอง ถึงแม้ว่าการที่จะไปถึงเป้าหมายนั้นมีความไม่แน่นอนรอคอยอยู่บุคคลที่มีความกล้าก็อาจจะมีความกลัวอยู่บ้างแต่ก็สามารถมองข้ามความกลัวนั้นไปได้เพื่อแสวงหาความสำเร็จตามเป้าหมาย เขาจะแสดงความสามารถในการยืนหยัดมั่นคงในบางโอกาสและพยายามควบคุมความกลัวให้ได้ ถึงแม้จะไม่ประสบความสำเร็จแต่ตนเองจะรู้สึกพอใจที่ตนไม่ได้ปฏิเสธหรือวิ่งหนีปัญหา ในที่สุดบุคคลนั้นก็จะสามารถรับมือกับสถานการณ์ได้เป็นอย่างดี ถ้าคนเราปราศจากความกล้าและความอดสาเหแล้วความหวังก็จะเป็นเพียงความปรารถนาเท่านั้น

ความหวังทั้ง 6 ลักษณะพอสรุปได้ว่าบุคคลจะมีความหวังในสถานการณ์ ดังต่อไปนี้

1. ภาวะเครียด เช่น การสูญเสียหรือภาวะที่ถูกคามความหวัง
2. บุคคลจะให้ความช่วยเหลือคนอื่นบรรเทาความเดือดร้อนและให้กำลังใจคนอื่น

3. บุคคลจะให้ความไว้วางใจคนอื่นที่สามารถเป็นที่พึ่งได้
4. บุคคลจะรู้สึกว่ามีข้อเท็จจริงและไม่สิ้นหวัง ที่จะสัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมายที่เป็นไปได้
5. ความหวังคือการดำรงไว้

ระดับของความคาดหวัง

ความหวังที่พบในบุคคลโดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 3 ระดับ (ทัศนา ชูวรรณะปกรณ์. 2531 : 12; อ้างอิงจาก Miller. 1983 : 287) ดังนี้

ระดับที่ 1 เป็นความหวังแบบผิวเผิน หากความหวังในระดับนี้ไม่ประสบผลสำเร็จ จะเกิดความรู้สึกหมดหวังและเสียกำลังใจไปเล็กน้อยเท่านั้น

ระดับที่ 2 เป็นความหวังต่อการมีสัมพันธภาพ ต่อการพัฒนาตนเอง และต่อความสำเร็จของตนเอง หากความหวังในระดับนี้มีอุปสรรคขัดขวาง บุคคลนั้นจะเกิดความรู้สึกหมดหวัง ก่อให้เกิดพฤติกรรมไปในทางวิตกกังวล ความวิตกกังวลนี้จะบรรเทาลงได้เมื่อมีเป้าหมายใหม่เกิดขึ้น ความสูญเสียกำลังใจต่อความหวังในระดับนี้จะมากกว่าสูญเสียความหวังในระดับที่หนึ่ง

ระดับที่ 3 เป็นความหวังที่ไม่ต้องการพบความยุ่งยากใดๆ ความหวังในระดับนี้เป็นสถานการณ์ที่ล่อแหลมต่อความรู้สึกสิ้นหวังหรือต่อความรู้สึกพ่ายแพ้อย่างมาก ความหวังในระดับนี้ใช้พลังสูงหากประสบกับความล้มเหลวจะเกิดความรู้สึกสิ้นหวังและสูญเสียกำลังใจมาก

นอกจากนี้แนวคิดเกี่ยวกับความหวังและความสิ้นหวังมีลักษณะเป็นแกนของความต่อเนื่องปลายด้านหนึ่งของความต่อเนื่องนี้จะเป็น "ความหวัง" (Hope) ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่อมั่น ความศรัทธา การมีแรงคล้อย และความตั้งใจ ส่วนอีกปลายหนึ่งของแกนความต่อเนื่องเป็น "ความสิ้นหวัง" (Hopelessness) ประกอบด้วยความหมดหนทาง ความแกล้งใจ ความทุกข์ใจ ความเห็นอกเห็นใจ ความโศกเศร้า ความซึมเซาอยากฆ่าตัวตาย ในบางครั้งบุคคลที่สิ้นหวังอาจจะเกิดความหวังขึ้นมาใหม่อีกก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยในตัวบุคคล ความแตกต่างระหว่างบุคคลที่มีความหวังจะสามารถประเมินได้ 5 มิติ คือ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ความฉลาด ด้านสังคม และความมีแรงคล้อย (Beck and Others. 1984 : 500)

ความหวังของผู้สูงอายุ

ความหวังของคนไม่มีที่สิ้นสุดและจะคงอยู่ตลอดไปจนอายุขัย วยสูงอายุยังเป็นวัยที่

มีความหวัง แต่เป็นความหวังที่แตกต่างจากวัยอื่น กล่าวคือ

1. หวังที่จะมีอายุยืนยาวให้เห็นลูกหลานและความสำเร็จของเขาเหล่านั้น
 2. หวังที่จะดำรงชีวิตบั้นปลายได้อย่างมีความสุข อาจจะอยู่คนเดียวหรืออยู่กับครอบครัวก็ได้
 3. หวังที่จะมีพละนามัยที่สมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยมาเบียดเบียน มีการพักผ่อนเต็มที่และถูกต้อง
 4. หวังที่จะมีส่วนร่วมกับสังคม หรือใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างสมบูรณ์
 5. หวังที่จะได้เป็นผู้มีสิทธิในสมบัติ หน้าที่การงานของครอบครัว และมีอำนาจในการสั่งงานได้พอสมควร
 6. การหวังได้รับเกียรตินิยมชื่นชมในบั้นปลายของชีวิต เพราะจะทำให้เขามีความสุขมากและถือว่าชีวิตสมบูรณ์จริง
 7. หวังการตายอย่างสงบไม่ทรมาน
- ความหวังของผู้สูงอายุ เป็นความหวังที่มักจะถูกเตรียมมาก่อนทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจตั้งแต่วัยกลางคนเป็นต้นมา เช่น หวังซื้อเสียงก็จะมุ่งมั่นทำงานที่ให้ชื่อเสียง เป็นต้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหวัง

จะเห็นได้ว่าความหวังเป็นสิ่งกระตุ้นให้มีการดำรงชีวิตอยู่ ความหวังจะช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีพลังต่อสู้เพื่อให้ชีวิตยืนยาวด้วยการดูแลสุขภาพของตนเอง มีแรงจูงใจที่จะช่วยเหลือตัวเองให้มีสุขภาพดีขึ้น ดังเช่นการศึกษาวิจัยของ นิตยา ภิญโญคำ (2531 : 102) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความหวัง ความซึมเศร้า และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม ผลการวิจัยพบว่า ระดับความหวังของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ มรรยาท เจริญสุขโสภณ และ นงลักษณ์ เชษฐภักดีจิต (2537 : จ.) ที่ศึกษากระบวนการสร้างสัมพันธภาพ ระดับความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ โรงพยาบาลชลบุรี พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียอวัยวะ และจากการรายงานผลการศึกษาของ กฤษฎา ดงศิริ (2531 : ข) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับ

รังสีรักษา พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีความสัมพันธ์ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ทัศนาศูววรรณะปกรณ (2531 : ข) ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต ผลการศึกษาพบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต และจากการศึกษาของ คาร์ล , อีลิน คิง (Curl , E.D. 1992) เกี่ยวกับความหวังในผู้สูงอายุ พบว่า ความหวังของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในภาวะมีความทุกข์ ความหวังจะเป็นตัวบ่งชี้ทัศนคติในอนาคต และสอดคล้องกับการศึกษาของ ยาเชสกี อีเคลาและคณะ (Yarcheski , A. and Others. 1994) เรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมและความผาสุกในวัยรุ่นโดยใช้บทบาทของความหวังในการสื่อสาร ผลการศึกษาพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทั่วไปของวัยรุ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ รอลิน รัชพามิลี (Rawlins , Ruth Parmelee 1991) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง หรือความไม่สมหวัง ความภาคภูมิใจในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมและเหตุการณ์ในชีวิตของเด็กวัยรุ่น ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่มีความสิ้นหวังในระดับต่ำมีความภาคภูมิใจในตนเองปานกลางและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์สูงที่สุดกับความหวังหรือความสิ้นหวัง เช่นเดียวกับการศึกษาของ คาสเปอร์ , ที ดี (Casper, Tracy Danials. 1991) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความหวังและการตอบสนองภูมิคุ้มกันโรคในผู้ป่วยเอดส์ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและความหวังของผู้ป่วยเอดส์ สอดคล้องกับการศึกษาของ แอนเดอร์สัน เจ อาร์ (Anderson , John Richard 1989) เรื่องบทบาทของความหวังในการประเมินค่า , การตั้งเป้าหมาย , การคาดหวังเกี่ยวกับความสำเร็จในอนาคตและการเผชิญปัญหา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีความหวังสูงเผชิญกับความรู้สึทางบวกและความรู้สึกท้าทายในการตั้งเป้าหมายมากกว่ากลุ่มที่มีความหวังปานกลางและต่ำ กลุ่มที่มีความหวังสูงมีความมุ่งมั่นต่อความสำเร็จมากกว่ากลุ่มที่มีความหวังปานกลางและต่ำ และเช่นเดียวกับการศึกษาของ โบลเมอร์ แอล ซี. (Bloemer , Lauru Craven. 1992) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและการเผชิญปัญหาในครอบครัวของผู้ป่วยในไอซียูผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความหวังและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวโดยสรุปแล้วการเสริมสร้างความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุสามารถทำได้หลายวิธีโดยสอดคล้องกิจกรรมต่างๆ เป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความหวัง เช่น การจัดกลุ่มในการช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) การจัดหน่วยดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ให้เหมือนบ้านมากที่สุด (Hospice Care) ซึ่ง

เป็นการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตในช่วงสุดท้ายได้อย่างมีความสุขและภาคภูมิใจ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น และเนื่องจากการศึกษาเรื่องความหวังและการดูแลตนเอง ในผู้สูงอายุยังไม่มีผู้ศึกษาโดยตรง ผู้วิจัยจึงคิดว่าน่าจะตั้งสมมติฐานของการวิจัยดังนี้

๑. สมมติฐานในการวิจัย

จากการประมวลเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยสามารถตั้งสมมติฐานดังนี้

1. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา และในชมรมผู้สูงอายุมีความหวังในชีวิตแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา
3. ผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษานฐานะเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัว มีความหวังในชีวิตต่างกัน
 - 3.1 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
 - 3.2 ผู้สูงอายุที่มีระดับอายุต่ำกว่ามีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับอายุสูงกว่า
 - 3.3 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่ มีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่มีคู่
 - 3.4 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุ ที่มีระดับการศึกษาดำกว่า
 - 3.5 ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่ามีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำกว่า
 - 3.6 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้าน มีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัย
4. ผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษานฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัว มีการดูแลตนเองต่างกัน
 - 4.1 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
 - 4.2 ผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุต่ำกว่า มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุสูงกว่า

4.3 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่ มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่มีคู่

4.4 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

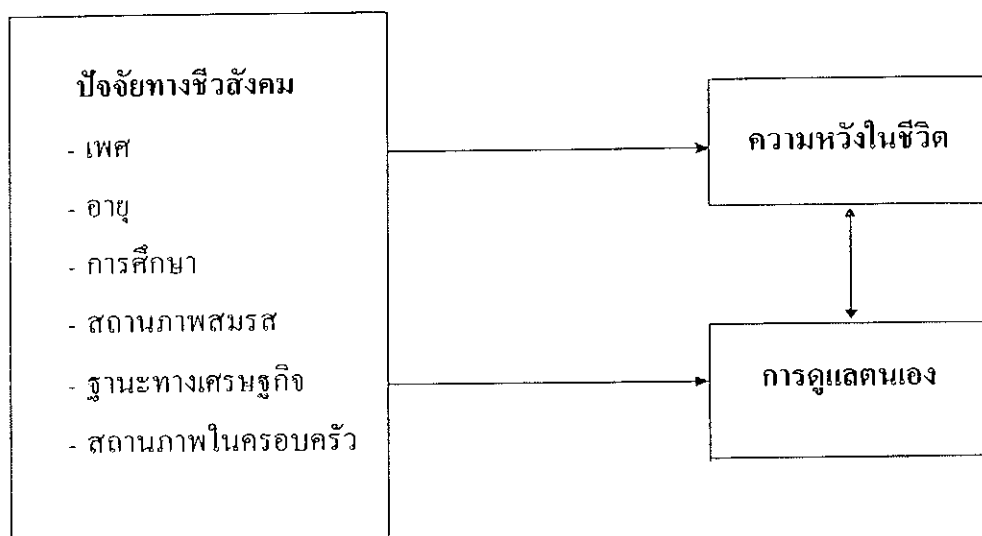
4.5 ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำกว่า

4.6 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้าน มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัย

5. ผู้สูงอายุที่มีระดับความหวังในชีวิตต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกัน

กรอบความคิดของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าผลการเปรียบเทียบระดับความหวังในชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จะช่วยวิเคราะห์ปัญหาและทราบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น แล้วนำข้อมูลที่ได้มาช่วยแก้ปัญหา และช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีความหวังในชีวิตและการดูแลตนเองที่เหมาะสมยิ่งขึ้น และอาจแสดงเป็นแผนภูมิของการเปรียบเทียบระดับความหวังในชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราและชมรมผู้สูงอายุ ตามเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัว ดังนี้



ภาพประกอบ 2 แบบแผนการเปรียบเทียบระดับความหวังในชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราและชมรมผู้สูงอายุ

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การเปรียบเทียบความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรีนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยภาคสนาม (Field Study Research) ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือผู้สูงอายุไทยในเขตจังหวัดชลบุรีทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นสมาชิกของสถานสงเคราะห์คนชราร้านบางละมุง อ. บางละมุง จ. ชลบุรี จำนวน 319 คน เป็นเพศชาย 111 คน เพศหญิง 208 คน และเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 315 คน เป็นเพศชาย 85 คน เพศหญิง 230 คนรวมจำนวนประชากรทั้งสิ้น 634 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการและพักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราร้านบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พ.ศ. 2539 จำนวน 200 คน เป็นเพศชาย 80 คน และเพศหญิง 120 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่ายตามสัดส่วนหญิงต่อชายเท่ากับ 1.5 : 1 และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี พ.ศ. 2539 จำนวน 210 คน เป็นเพศชาย 70 คน เพศหญิง 140 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่ายตามสัดส่วน หญิงต่อชายเท่ากับ 2 : 1 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชายมีจำนวนน้อยกว่าหญิงมาก ทั้งนี้โดยเทียบหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างกับขนาดของประชากรจากตาราง คริจิจิและมอร์แกน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (ผจงจิต อินทสุวรรณ .2534 : 43 อ้างอิงมาจาก Krejcie and Morgan. 1970 : 607-610) ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศและสถานที่

สถานที่	ประชากร			กลุ่มตัวอย่าง		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง	111	208	319	80	120	200
ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี	85	230	315	70	140	210
รวม	196	438	634	150	260	410

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี และในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ในชมรมผู้สูงอายุ		ในสถานสงเคราะห์		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ						
ชาย	70	33.3	80	40.0	150	36.58
หญิง	140	66.7	120	60.0	260	63.42
รวม	210	100	200	100	410	100
2. อายุ						
60 - 64 ปี	83	39.5	11	5.5	94	22.93
65 - 69 ปี	62	29.5	39	19.5	101	24.63
70 - 74 ปี	35	16.7	46	23.0	81	19.76
75 ปีขึ้นไป	30	14.3	104	52.0	134	32.68
รวม	210	100	200	100	410	100
3. สถานภาพสมรส						
มีคู่และอยู่ด้วยกัน	112	53.4	5	2.5	117	28.54
มีคู่แต่ไม่อยู่ด้วยกัน	82	39.0	165	82.5	247	60.24
ไม่มีคู่	16	7.6	30	15.0	46	11.22
รวม	210	100	200	100	410	100

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ในชมรมผู้สูงอายุ		ในสถานสงเคราะห์		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
4. ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียนหนังสือ	26	12.4	75	37.5	101	24.63
ระดับประถมศึกษา	129	61.4	81	40.5	210	51.22
ระดับมัธยมศึกษา	34	16.2	39	19.5	73	17.80
ระดับอาชีวะ-อุดมศึกษา	21	10.0	5	2.5	26	6.35
รวม	210	100	200	100	410	100
5. ฐานะทางเศรษฐกิจ						
รายได้ไม่พอกับรายจ่าย	61	29.0	71	35.5	132	32.20
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	116	55.3	120	60.0	236	57.56
รายได้มากกว่ารายจ่าย	33	15.7	9	4.5	42	10.24
รวม	210	100	200	100	410	100
6. สถานภาพในครอบครัว						
เป็นเจ้าของบ้าน	167	79.5	2	1.0	169	41.22
เป็นผู้อาศัย	43	20.5	198	99.0	241	58.78
รวม	210	100	200	100	410	100
รวมทั้งสิ้น	210	100	200	100	410	100

จากตาราง 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี และในสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านบางละมุง ทั้งหมด 410 คน เป็นเพศชาย 150 คน เพศหญิง 260 คน

อายุ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุส่วนมากร้อยละ 39.5 อายุน้อย (60 - 64 ปี) ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราส่วนมากร้อยละ 52.0 อายุมาก (75 ปีขึ้นไป)

สถานภาพสมรส ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายुर้อยละ 53.4 มีคู่และอยู่ด้วยกันเป็นส่วนมาก ในสถานสงเคราะห์คนชราส่วนมากร้อยละ 82.5 มีคู่แต่ไม่อยู่ด้วยกัน

ระดับการศึกษา ส่วนมากระดับประถมศึกษาทั้งในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชรา ร้อยละ 61.4 และ 40.5 ตามลำดับ

ฐานะทางเศรษฐกิจ ส่วนมากรายได้เพียงพอกับรายจ่ายทั้งในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชรา คิดเป็นร้อยละ 55.3 และ 60.0 ตามลำดับ

สถานภาพในครอบครัว ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุส่วนมากร้อยละ 79 เป็นเจ้าของบ้าน และในสถานสงเคราะห์คนชราส่วนมากร้อยละ 99 เป็นผู้อาศัย

อัตราส่วนผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุต่อผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราเท่ากับ 210 : 200 คน คิดเป็นร้อยละ 51.22 : 48.73 ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเนื้อหาเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยทางชีวสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร 6 ตัว ได้แก่ เพศ , อายุ , ระดับการศึกษา , สถานภาพสมรส , ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัว ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเติมข้อความและเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เพื่อวัดความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดระดับความหวังของผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ ของ มรณาท เจริญสุข โสภณ และ นงลักษณ์ เชษฐภักดีจิต (2537 : 152 - 158) ที่สร้างขึ้นตามเกณฑ์ของทฤษฎีเกี่ยวกับความหวังของเบคและคณะ (Beck and Others. 1984 : 501 - 502) ประกอบด้วยข้อความที่เป็นแบบวัดความหวัง 6 ด้าน ด้านละ 4 ข้อความ ได้แก่ ด้านความหวังที่เป็นการมุ่งอนาคต , ความหวังที่มีความสัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น , ความหวังที่มีความสัมพันธ์กับทางเลือก , ความหวังที่มีความสัมพันธ์กับความปรารถนา , ความหวังที่มีความสัมพันธ์กับความไว้วางใจและความอดสาหัส และความหวังที่มีความสัมพันธ์กับความกล้า แบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วยคำถามปลายปิดเป็นข้อความทางบวกทั้งหมดจำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

เป็นความจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของผู้ตอบทั้งหมด

เป็นความจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของผู้ตอบเพียงครึ่งหนึ่ง

เป็นความจริงเล็กน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย

ไม่เป็นความจริงเลย หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงของผู้ตอบเลย

การให้คะแนนกำหนดดังนี้

ตัวเลือกตอบ	เป็นความจริงมากที่สุด	ได้	4	คะแนน
ตัวเลือกตอบ	เป็นความจริงปานกลาง	ได้	3	คะแนน
ตัวเลือกตอบ	เป็นความจริงเล็กน้อย	ได้	2	คะแนน
ตัวเลือกตอบ	ไม่เป็นความจริงเลย	ได้	1	คะแนน

ดังนั้น คะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุมีค่าต่ำสุด 24 คะแนน ค่าสูงสุด 96 คะแนน คะแนนสูงกว่าแสดงว่า มีความหวังมากกว่าคะแนนที่ต่ำกว่า

เกณฑ์การให้คะแนนระดับความหวัง

คะแนนระหว่าง 24.00 - 35.99	หมายความว่า	ไม่มีความหวังเลย
คะแนนระหว่าง 36.00 - 59.99	หมายความว่า	มีความหวังในชีวิตเพียงเล็กน้อย
คะแนนระหว่าง 60.00 - 83.99	หมายความว่า	มีความหวังในชีวิตปานกลาง ค่อนข้างมาก
คะแนนระหว่าง 84.00 - 96.00	หมายความว่า	มีความหวังในชีวิตสูงมากที่สุด

ตัวอย่าง แบบสัมภาษณ์เพื่อวัดความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อความ	เป็นความจริงมากที่สุด	เป็นความจริงปานกลาง	เป็นความจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นความจริงเลย
(0) ท่านคิดว่าท่านยังมีความสามารถที่จะทำในสิ่งที่ต้องการได้อายุเสมอ				
(00) ท่านคิดว่า ท่านยังมีบุตรหลานคอยให้ความช่วยเหลือท่านตลอดเวลา				

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวความคิดของ Orcom ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป ได้แก่ การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ , อาหาร , การจับถ่ายให้เป็นปกติ ความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ ได้แก่ กระบวนการพัฒนาของชีวิตในวัยชรา การปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ ได้แก่ การแสวงหาแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย แบบสัมภาษณ์นี้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ลักษณะของข้อความมีทั้งความหมายในทางบวกและลบ ข้อความในทางบวก ได้แก่ ข้อ 1 2 3 4 5 6 8 9 10 11 12 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 และ ข้อ 26 ข้อความในทางลบ ได้แก่ ข้อ 7 และ ข้อ 13

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

ทำทุกวัน หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับการทำกิจกรรมนั้น เป็นประจำทุกวัน

ทำบ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับการทำกิจกรรมนั้นบ่อย ๆ หรือเกือบทุกวัน

ทำนานๆครั้ง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับการทำกิจกรรมนั้นนาน ๆ ครั้ง

ไม่เคยทำ หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับการไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย

การให้คะแนนกำหนดดังนี้

ข้อความที่เป็นความหมายทางบวก

เลือกตอบ	ทำทุกวัน	ได้	4	คะแนน
เลือกตอบ	ทำบ่อยครั้ง	ได้	3	คะแนน
เลือกตอบ	ทำนาน ๆ ครั้ง	ได้	2	คะแนน
เลือกตอบ	ไม่เคยทำ	ได้	1	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

เลือกตอบ	ทำทุกวัน	ได้	1	คะแนน
เลือกตอบ	ทำบ่อยครั้ง	ได้	2	คะแนน
เลือกตอบ	ทำนาน ๆ ครั้ง	ได้	3	คะแนน
เลือกตอบ	ไม่เคยทำ	ได้	4	คะแนน

ดังนั้น คะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีค่าต่ำสุด 26 คะแนน และสูงสุด 104 คะแนน คะแนนสูงกว่า แสดงว่า มีการดูแลตนเองดีกว่าคะแนนต่ำกว่า

เกณฑ์การให้คะแนนระดับการดูแลตนเอง

คะแนนระหว่าง 26.00 - 38.99 หมายถึงว่า ไม่ได้ดูแลตนเอง

คะแนนระหว่าง 39.00 - 64.99 หมายถึงว่า มีการดูแลตนเองนาน ๆ ครั้ง

คะแนนระหว่าง 65.00 - 90.99 หมายถึงว่า มีการดูแลตนเองบ่อย ๆ เกือบทุกวัน

คะแนนระหว่าง 91.00 - 104.00 หมายถึงว่า มีการดูแลตนเองเป็นประจำทุกวัน

ตัวอย่างแบบสอบถามการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ข้อความ	ทำทุกวัน	ทำบ่อยครั้ง	ทำนาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยทำ
(0) ท่านรับประทานอาหารประเภท ผัก ผลไม้ต่าง ๆ				
(00) ท่านปฏิเสธการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
(000) เมื่อรู้สึกไม่สบายท่านไปรับการตรวจรักษากับแพทย์				

✕ การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ซึ่งใช้วัดความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นหรือแปลและเรียบเรียงปรับปรุงมาหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยาและสังคมวิทยาจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจแก้ไขเนื้อหาตามนิยามปฏิบัติการของตัวแปรต่าง ๆ ดังกล่าว เพื่อให้สามารถวัดได้ตรงกับเรื่องที่ศึกษา พร้อมทั้งภาษาในข้อความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมถูกต้องตามเกณฑ์ 2 ใน 3 ก่อนนำไปใช้

2. การหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่หาความเที่ยงตรงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำผลมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item Test Correlation) โดยใช้สูตรของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) ดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 322)

$$r = \frac{N \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2] [N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ r แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
 X แทน คะแนนเป็นรายข้อของแต่ละคน
 Y แทน คะแนนรวมทุกข้อของแต่ละคน
 N แทน จำนวนคนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

แล้วเลือกข้อที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สูงตั้งแต่ .20 ขึ้นไปไว้เพื่อไปหาค่าความเชื่อมั่น

3. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดตัวแปรต่าง ๆ ดังกล่าวโดยใช้วิธีหาความคงที่ภายใน (Internal Consistency) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (α - Coefficient) ดังสูตร (ลิวน สายยศและอังคณา สายยศ . 2524 : 171)

$$\alpha = \frac{n}{n - 1} \left[1 - \frac{S_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ α แทน สัมประสิทธิ์อัลฟา

n แทน จำนวนข้อของเครื่องมือวัด

S_i^2 แทน ความแปรปรวนของเครื่องมือวัดเป็นรายข้อ

S_t^2 แทน ความแปรปรวนของเครื่องมือวัดทั้งฉบับ

ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.83 และ 0.77 ตามลำดับ

การรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมผู้สัมภาษณ์ ผู้วิจัยประชุมร่วมกับผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวิธีการสัมภาษณ์ และการใช้แบบสอบถาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการใช้แบบสอบถามได้อย่างถูกต้องและตรงตามวัตถุประสงค์เดียวกัน

2. เก็บรวบรวมข้อมูล โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงอธิบดีกรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี และประธานชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการสร้างความคุ้นเคยกับกลุ่มตัวอย่างก่อนแล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูล โดยภายหลังการสัมภาษณ์ในแต่ละวัน ผู้วิจัยจะตรวจสอบข้อมูลทั้งหมดให้สมบูรณ์ เพื่อเตรียมไว้สำหรับการวิเคราะห์ในขั้นต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for the Social Science) โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์หาข้อมูลดังนี้

1. หาค่าสถิติพื้นฐาน โดยนำปัจจัยทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง อันได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัว มาคิดเป็นค่าร้อยละและหาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานในการศึกษาคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

2. ทดสอบความแตกต่างของระดับความหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชราและชมรมผู้สูงอายุ โดยการทดสอบค่าเฉลี่ย t-test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 2

3. การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 และข้อที่ 4 หากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทำการทดสอบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ (Pair-Wise Comparisons) ด้วยวิธีเชฟเฟ (Scheffe's Method)

4. การวิเคราะห์ความแปรปรวน 2 ทาง (Two-Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 5 หากพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจะทำการทดสอบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe's Method)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 210 คน และผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี จำนวน 200 คน นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้นำเสนอเป็นตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี และในสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านบางละมุง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี และในสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านบางละมุง

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของระดับคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี และในสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านบางละมุง ที่มี ความแตกต่างกันตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัว

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี และในสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านบางละมุง ที่มีความแตกต่างกันตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัว

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี และในสถานสงเคราะห์คนชรารบ้านบางละมุง

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในบทนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการแปลผล และความหมายของการวิเคราะห์ได้ตรงกัน ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

N	แทน	จำนวนผู้สูงอายุในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
SD	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา ใน t-distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean-square)
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความหวังในชีวิตและการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี และในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง ตามที่ตั้งสมมติฐานไว้ว่า “ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา มีความหวังในชีวิตแตกต่างกัน”

ตาราง 3 เปรียบเทียบความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

แหล่งข้อมูล	N	ความหวังในชีวิต			t
		$\bar{X}$	ระดับ	SD	
ชมรมผู้สูงอายุ	210	84.50	สูง	23.506	10.99**
สถานสงเคราะห์คนชรา	200	68.30	ปานกลาง	9.58	

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (t = 2.576)

จากตาราง 3 ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ มีความหวังในชีวิตแตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ มีระดับความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับการดูแลตนเองและการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี และในสถานสงเคราะห์คนชราร้านบางละมุง ตามที่ตั้งสมมติฐานไว้ว่า “ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุดูแลตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา”

ตาราง 4 เปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา

แหล่งข้อมูล	N	การดูแลตนเอง			t
		$\bar{X}$	ระดับ	SD	
ชมรมผู้สูงอายุ	210	79.24	สูง	7.803	15.0016 **
สถานสงเคราะห์คนชรา	200	67.71	ปานกลาง	7.760	

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t = 2.576$)

จากตาราง 4 ผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ดูแลตนเองแตกต่างจากผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 2

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชราร้านบางละมุง ที่มีความแตกต่างกันตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ฐานะเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัว เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกดังนี้

3.1 เปรียบเทียบคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีความแตกต่างกัน ด้านเพศ ตามสมมติฐานข้อ 3.1 ที่ตั้งไว้ว่า “ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย” ดังแสดงในตารางที่ 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีความแตกต่างกันด้านเพศ

เพศ	ความหวังในชีวิต (ในชมรม)				ความหวังในชีวิต (ในสถานสงเคราะห์)			
	N	$\bar{X}$	SD	t	N	$\bar{X}$	SD	t
ชาย	70	90.02	38.805	1.77	80	67.11	10.324	- 1.08
หญิง	140	81.73	7.761		120	68.64	9.049	

จากตาราง 5 ผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายทั้งในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชรา มีความหวังในชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 3.1

3.2 เปรียบเทียบคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีความแตกต่างกันตามระดับอายุ ตามสมมติฐาน ข้อ 3.2 ที่ตั้งไว้ว่า “ผู้สูงอายุที่ระดับอายุต่ำกว่ามีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับอายุสูงกว่า” ดังแสดงในตารางที่ 6 - 7

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา จำแนกตามระดับอายุ

อายุ	ความหวังในชีวิต (ในชมรม)			ความหวังในชีวิต (ในสถานสงเคราะห์)		
	N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD
60 - 64 ปี	83	86.69	36.2702	11	68.09	11.3000
65 - 69 ปี	62	82.24	7.4475	39	71.97	9.3541
70 - 74 ปี	35	85.02	7.4616	46	68.93	9.7146
75 ปีขึ้นไป	30	82.46	7.1474	104	66.14	9.0376

ตาราง 7 เปรียบเทียบคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีความแตกต่างกันตามระดับอายุ

แหล่งข้อมูล	แหล่งความแปรปรวน	df	SS.	MS	F.
ในชมรมผู้สูงอายุ	ระหว่างกลุ่ม	3	851.2211	283.7404	.5099
	ภายในกลุ่ม	206	114631.2789	556.4625	
	รวม	209	115482.500		
ในสถานสงเคราะห์คนชรา	ระหว่างกลุ่ม	3	1014.2957	338.0986	3.8390*
	ภายในกลุ่ม	196	17261.5243	88.0690	
	รวม	199	18275.820		

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 6 - 7 ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุที่มีระดับอายุต่างกัน มีความหวังในชีวิตไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีระดับอายุต่างกัน มีความหวังในชีวิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นำผลการวิเคราะห์จากตาราง 7 ไปตรวจสอบค่าความแตกต่างเป็นรายคู่ เพื่อดูความแตกต่างของความหวังในชีวิตตามระดับอายุของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe) ดังแสดงผลในตาราง 8

ตาราง 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีระดับอายุต่างกัน เป็นรายคู่

ช่วงอายุ	N	$\bar{X}$	75 ปีขึ้นไป	60 - 64 ปี	70 - 74 ปี	65 - 69 ปี
			66.14	68.09	68.93	71.97
75 ปีขึ้นไป	104	66.14	-	1.9467	2.7906	5.8302*
60 - 64 ปี	11	68.09		-	0.8439	3.8835
70 - 74 ปี	46	68.93			-	3.0396
65 - 69 ปี	39	71.97				

ค่าวิกฤต (S) = 3.99

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 8 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีอายุระหว่าง 65 - 69 ปี มีความหวังในชีวิตสูงสุด และสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.3 เปรียบเทียบคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีความแตกต่างกันทางสถานภาพสมรส ตามสมมติฐานข้อ 3.3 ที่ตั้งไว้ว่า “ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่ มีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่มีคู่” แสดงผลในตาราง 9 - 10

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	ความหวังในชีวิต (ในชมรม)			ความหวังในชีวิต(ในสถานสงเคราะห์)		
	N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD
มีคู่และอยู่ด้วยกัน	112	86.78	31.3542	5	71.40	18.8361
มีคู่แต่ไม่อยู่ด้วยกัน	82	81.51	7.2030	165	67.70	9.2111
ไม่มีคู่	16	83.81	7.4496	30	69.26	9.8644

ตาราง 10 เปรียบเทียบคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีความแตกต่างกันทางสถานภาพสมรส

ความหวัง ในชีวิต	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS.	MS	F.
ในชมรม ผู้สูงอายุ	ระหว่างกลุ่ม	2	1324.7176	662.3588	1.201
	ภายในกลุ่ม	207	114157.7824	551.4869	
	รวม	209	115482.500		
ในสถานสง เคราะห์คนชรา	ระหว่างกลุ่ม	2	120.3048	60.1524	.6527
	ภายในกลุ่ม	197	18155.5152	92.16	
	รวม	199	18275.820		

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 9 - 10 ผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความหวังในชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 3.3

3.4 เปรียบเทียบคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3.4 ที่ตั้งไว้ว่า “ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาดำกว่า” แสดงผลในตาราง 11 - 12

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ความหวังในชีวิต (ในชมรม)			ความหวังในชีวิต(ในสถานสงเคราะห์)		
	N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD
ไม่ได้เรียนหนังสือ	26	78.69	8.9298	75	66.98	7.1386
ระดับประถมศึกษา	129	85.41	29.3813	81	66.61	10.1113
ระดับมัธยมศึกษา	34	84.97	5.8387	39	72.89	10.4725
อาชีวะ,อุดมศึกษา	21	85.28	6.5585	5	68.60	15.7258

ตาราง 12 เปรียบเทียบคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีความแตกต่างกันทางระดับการศึกษา

ความหวัง ในชีวิต	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS.	MS	F.
ในชมรม ผู้สูงอายุ	ระหว่างกลุ่ม	3	1006.3099	335.4366	.6063
	ภายในกลุ่ม	206	114476.1901	555.7097	
	รวม	209	115482.500		
ในสถานสง เคราะห์คนชรา	ระหว่างกลุ่ม	3	1168.9078	379.6359	4.4642**
	ภายในกลุ่ม	196	17106.9122	87.2802	
	รวม	199	18275.82		

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 11 - 12 ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความหวังในชีวิต ไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีระดับความหวังในชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นำผลการวิเคราะห์จากตาราง 12 ไปตรวจสอบค่าความแตกต่างเป็นรายคู่ เพื่อดูความแตกต่างของความหวังในชีวิตตามระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราโดยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe) ดังแสดงผลในตาราง 13

ตาราง 13 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน เป็นรายคู่

ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	ประถมศึกษา	ไม่ได้เรียนหนังสือ	อุดมศึกษา	มัธยมศึกษา
			66.61	66.98	68.60	72.89
ประถมศึกษา	81	66.61	-	0.3694	1.9827	6.2801*
ไม่ได้เรียนหนังสือ	75	66.98		-	1.6133	5.9107*
อาชีวะ, อุดมศึกษา	5	68.60			-	4.2974-
มัธยมศึกษา	39	72.89				

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 13 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความหวังในชีวิตสูงสุด และสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.5 เปรียบเทียบคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 3.5 ที่ตั้งไว้ว่า “ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า มีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า” ดังแสดงในตาราง 14 - 15

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุ ใน
ชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ

ฐานะเศรษฐกิจ	ความหวังในชีวิต (ในชมรม)			ความหวังในชีวิต(ในสถานสงเคราะห์)		
	N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD
รายได้ไม่พอกับรายจ่าย	61	85.52	42.282	71	67.73	9.0458
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	116	83.98	7.3603	120	67.34	9.1169
รายได้มากกว่ารายจ่าย	33	84.42	7.6813	9	79.55	13.2204

ตาราง 15 เปรียบเทียบคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุ และใน
สถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีความแตกต่างกันตามฐานะทางเศรษฐกิจ

ความหวัง ในชีวิต	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS.	MS	F.
ในชมรม ผู้สูงอายุ	ระหว่างกลุ่ม	2	95.2608	47.6304	.0854
	ภายในกลุ่ม	207	115387.2392	557.4263	
	รวม	209	115482.5		
ในสถานสง เคราะห์คนชรา	ระหว่างกลุ่ม	2	1258.6906	629.3453	7.2857**
	ภายในกลุ่ม	197	17017.1294	86.3814	
	รวม	199	18275.8200		

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 14 - 15 ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความหวังในชีวิต ไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความหวังในชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นำผลการวิเคราะห์จากตาราง 15 ไปตรวจสอบค่าความแตกต่าง เป็นรายคู่ เพื่อดูความแตกต่างของความหวังในชีวิตตามฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe) ดังแสดงผลในตาราง 16

ตาราง 16 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน เป็นรายคู่

ฐานะทางเศรษฐกิจ	N	$\bar{X}$	รายได้เพียงพอกับรายจ่าย 67.34	รายได้ไม่พอกับรายจ่าย 67.73	รายได้มากกว่ารายจ่าย 79.55
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	120	67.34	-	0.3854	12.2085**
รายได้ไม่พอกับรายจ่าย	71	67.73	-	-	11.8232**
รายได้มากกว่ารายจ่าย	9	79.55			-

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 16 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา กลุ่มรายได้มากกว่ารายจ่าย มีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอกับรายจ่าย และผู้สูงอายุที่รายได้เพียงพอกับรายจ่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.6 เปรียบเทียบความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีสถานภาพในครอบครัว แตกต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 3.6 ที่ตั้งไว้ว่า “ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัว เป็นเจ้าของบ้าน มีความหวังในชีวิต สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัว เป็นผู้อาศัย ดังแสดงในตาราง 17

ตาราง 17 เปรียบเทียบคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีความแตกต่างกัน ตามสถานภาพในครอบครัว

สถานภาพในครอบครัว	N	คะแนนความหวังในชีวิต		t
		$\bar{X}$	SD	
ในชมรมผู้สูงอายุ				
- เป็นเจ้าของบ้าน	167	84.92	26.152	.51
- เป็นผู้อาศัย	43	82.86	6.549	
ในสถานสงเคราะห์คนชรา				
- เป็นเจ้าของบ้าน	2	87	-	2.02*
- เป็นผู้อาศัย	198	67.85	9.475	

จากตาราง 17 ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้าน มีความหวังในชีวิต แตกต่างกับผู้สูงอายุที่เป็นผู้อาศัย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีสถานภาพในครอบครัว เป็นเจ้าของบ้าน มีระดับความหวังในชีวิต แตกต่างกับผู้สูงอายุที่เป็นผู้อาศัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยผู้สูงอายุ ที่มีสถานภาพในครอบครัว-เป็นเจ้าของบ้าน มีระดับความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัว เป็นผู้อาศัย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 3.6

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี และในสถานสงเคราะห์คนชรabanบางละมุง ที่มีความแตกต่างกันตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัว เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกดังนี้

4.1 เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีความแตกต่างกันด้าน เพศ ตามสมมติฐาน ข้อ 4.1 ที่ตั้งไว้ว่า “ผู้สูงอายุเพศหญิง มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย” ดังตาราง 18

ตาราง 18 เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีความแตกต่างกันด้านเพศ

เพศ	N	คะแนนการดูแลตนเอง		t
		$\bar{X}$	SD	
ในชมรมผู้สูงอายุ				
ชาย	70	79.15	7.434	- .12
หญิง	140	79.28	8.007	
ในสถานสงเคราะห์คนชรา				
ชาย	80	68.15	7.456	.67
หญิง	120	67.40	7.981	

จากตาราง 18 ผู้สูงอายุเพศหญิง และเพศชาย ทั้งในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชรา มีคะแนนการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4.1

4.2 เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีความแตกต่างกันตามระดับอายุ ตามสมมติฐานข้อ 4.2 ที่ตั้งไว้ว่า “ผู้สูงอายุที่มีระดับอายุต่ำกว่า มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับอายุสูงกว่า” ดังแสดงในตาราง 19 - 20

ตาราง 19 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา จำแนกตามระดับอายุ

อายุ	การดูแลตนเอง (ในชมรม)			การดูแลตนเอง (ในสถานสงเคราะห์)		
	N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD
60 - 64 ปี	83	78.73	7.7430	11	61.63	6.5463
65 - 69 ปี	62	79.90	8.1858	39	71.05	7.6775
70 - 74 ปี	35	79.45	7.2976	46	69.45	8.2292
75 ปีขึ้นไป	30	79.03	8.0107	104	66.31	7.0356

ตาราง 20 เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และในสถาน
สงเคราะห์คนชรา ที่มีความแตกต่างกันตามระดับอายุ

การดูแล ตนเอง	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS.	MS	F.
ในชมรม ผู้สูงอายุ	ระหว่างกลุ่ม	3	51.3739	17.1246	.2783
	ภายในกลุ่ม	206	12675.24	61.5303	
	รวม	209	12726.6143		
ในสถานสง- เคราะห์คนชรา	ระหว่างกลุ่ม	3	1183.2102	394.4034	7.1482**
	ภายในกลุ่ม	196	10814.3848	55.1754	
	รวม	199	19997.5950		

จากตาราง 20 ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีระดับอายุต่างกัน มีการดูแลตนเอง
ไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีระดับอายุแตกต่างกันมีการดู
แลตนเองต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นำผลการวิเคราะห์จากตาราง 20 ไปตรวจสอบค่าความแตกต่างเป็นรายคู่ เพื่อดูความ
แตกต่างของการดูแลตนเองตามระดับอายุ โดยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe) ดังแสดงผลใน
ตาราง 21

ตาราง 21 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์
คนชราที่มีระดับอายุต่างกัน เป็นรายคู่

ช่วงอายุ	N	$\bar{X}$	60 - 64 ปี	75 ปีขึ้นไป	70 - 74 ปี	65 - 69 ปี
			61.63	66.31	69.45	71.05
60 - 64 ปี	11	61.63	-	4.6809*	7.8201*	9.4149*
75 ปีขึ้นไป	104	66.31	-	-	3.1392	4.7340*
70 - 74 ปี	46	69.45	-	-	-	1.5948
65 - 69 ปี	39	71.05	-	-	-	-

ค่าวิกฤต (S) = 3.99

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 21 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีอายุ 65 - 69 ปี มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุ 60 - 64 ปี และอายุ 75 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป และอายุ 70 - 74 ปี มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุ 60 - 64 ปี ทั้งนี้ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

4.3 เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีความแตกต่างกันทางสถานภาพสมรส ตามสมมติฐานข้อ 4.3 ที่ตั้งไว้ว่า “ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีคู่ มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส ไม่มีคู่” ดังแสดงผลในตาราง 22 - 23

ตาราง 22 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา จำแนกตามสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	การดูแลตนเอง (ในชมรม)			การดูแลตนเอง (ในสถานสงเคราะห์)		
	N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD
มีคู่และอยู่ด้วยกัน	112	79.32	8.2322	5	68.00	9.9247
มีคู่แต่ไม่อยู่ด้วยกัน	82	78.47	7.3472	165	67.93	7.6574
ไม่มีคู่	16	82.62	6.3232	30	66.40	8.1520

ตาราง 23 เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีความแตกต่างกันทางสถานภาพสมรส

การดูแลตนเอง	แหล่งความแปรปรวน	df	SS.	MS	F.
ในชมรมผู้สูงอายุ	ระหว่างกลุ่ม	2	231.9845	115.9922	1.9217
	ภายในกลุ่ม	207	12494.6298	60.3605	
	รวม	209	12726.6143		
ในสถานสงเคราะห์คนชรา	ระหว่างกลุ่ม	2	60.1283	30.0642	.4961
	ภายในกลุ่ม	197	11937.4667	60.5963	
	รวม	199	11997.595		

จากตาราง 22 - 23 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีสถานภาพสมรส มีคู่และอยู่ด้วยกัน มีคู่แต่ไม่อยู่ด้วยกัน และไม่มีคู่ มีการดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4.3

4.4 เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4.4 ที่ตั้งไว้ว่า “ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีการดูแลตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาดำกว่า” ดังแสดงในตาราง 24 - 25

ตาราง 24 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	การดูแลตนเอง (ในชมรม)			การดูแลตนเอง (ในสถานสงเคราะห์)		
	N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD
ไม่ได้เรียนหนังสือ	26	71.88	7.1907	75	64.81	7.3956
ระดับประถมศึกษา	129	79.33	7.1111	81	67.95	7.0123
ระดับมัธยมศึกษา	34	81.05	6.7372	39	71.97	7.4002
อาชีวะ,อุดมศึกษา	21	84.85	8.0018	5	73.80	10.0846

ตาราง 25 เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และในสถาน
สงเคราะห์คนชรา ที่มีความแตกต่างกันทางการศึกษา

การดูแล ตนเอง	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS.	MS	F.
ในชมรม ผู้สูงอายุ	ระหว่างกลุ่ม	3	2188.84	272.6133	14.2158**
	ภายในกลุ่ม	206	10543.7743	51.1834	
	รวม	209	12726.6143		
ในสถานสง- เคราะห์คนชรา	ระหว่างกลุ่ม	3	1528.6315	509.5438	9.5397**
	ภายในกลุ่ม	196	10468.9635	53.4131	
	รวม	199	11997.595		

จากตาราง 24 - 25 ผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มี
ระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4.4

นำผลการวิเคราะห์จากตาราง 25 ไปตรวจสอบค่าความแตกต่างกันเป็นรายคู่ เพื่อดู
ความแตกต่างของการดูแลตนเองตาม ระดับการศึกษา โดยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe) ดัง
แสดงผลในตาราง 26 - 27

ตาราง 26 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันเป็นรายคู่

ระดับการศึกษา (ในชมรม)	N	$\bar{X}$	ไม่ได้เรียน หนังสือ 71.88	ประถม ศึกษา 79.33	มัธยม ศึกษา 81.05	อาชีวะ- อุดมศึกษา 84.85
ไม่ได้เรียนหนังสือ	26	71.88	-	7.4487*	9.1742*	12.9725*
ประถมศึกษา	129	79.33	-	-	1.7255	5.5238*
มัธยมศึกษา	34	81.05	-	-	-	3.7983
อาชีวะ-อุดมศึกษา	21	84.85	-	-	-	-

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในตาราง 26 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีการศึกษา ในระดับอาชีวะ-อุดมศึกษา มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุ ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่ได้เรียนหนังสือ ส่วนผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมและประถมศึกษา มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ทั้งนี้ ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ตาราง 27 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน เป็นรายคู่

ระดับการศึกษา (ในสถานสงเคราะห์)	N	$\bar{X}$	ไม่ได้เรียน หนังสือ 64.81	ประถม ศึกษา 67.95	มัธยม ศึกษา 71.97	อาชีวะ- อุดมศึกษา 73.80
ไม่ได้เรียนหนังสือ	75	64.81	-	3.1376	7.1611*	8.9867*
ประถมศึกษา	81	67.95	-	-	4.0235*	5.8491*
มัธยมศึกษา	39	71.97	-	-	-	1.8256
อาชีวะ-อุดมศึกษา	5	73.80	-	-	-	-

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 27 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีการศึกษาในระดับอาชีวะ-อุดมศึกษา มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ และระดับประถมศึกษา ส่วนผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีการดูแลตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ และระดับประถมศึกษา ทั้งนี้ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4.6

4.5 เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4.5 ที่ตั้งไว้ว่า “ ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่ามีการดูแลตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า” ดังแสดงในตาราง 28 - 29

ตาราง 28 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุ และสถานสงเคราะห์คนชรา จำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ

ฐานะเศรษฐกิจ	การดูแลตนเอง (ในชมรม)			การดูแลตนเอง (ในสถานสงเคราะห์)		
	N	$\bar{X}$	SD	N	$\bar{X}$	SD
รายได้ไม่พอกับรายจ่าย	61	74.60	7.3241	71	67.50	7.3773
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	116	81.13	7.4657	120	67.34	7.7671
รายได้มากกว่ารายจ่าย	33	81.15	6.2506	9	74.11	8.8097

ตาราง 29 เปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์
คนชราที่มีความแตกต่างกันด้านเศรษฐกิจ

การดูแล ตนเอง	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS.	MS	F.
ในชมรม ผู้สูงอายุ	ระหว่างกลุ่ม	2	1848.0214	924.0107	17.5823**
	ภายในกลุ่ม	207	10878.5929	52.5536	
	รวม	209	12726.6143		
ในสถานสง- เคราะห์คนชรา	ระหว่างกลุ่ม	2	387.968	193.984	3.2917
	ภายในกลุ่ม	197	11609.627	58.9321	
	รวม	199	11997.595		

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 28 - 29 แสดงว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีการดูแลตนเอง แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ แตกต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

นำผลการวิเคราะห์ข้อมูล จากตาราง 29 ในส่วนของชมรมผู้สูงอายุไปตรวจสอบค่าความแตกต่างเป็นรายคู่ เพื่อดูความแตกต่างของการดูแลตนเองตามฐานะทางเศรษฐกิจ โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) ดังแสดงในตาราง 30

ตาราง 30 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน เป็นรายคู่

ฐานะทางเศรษฐกิจ	N	$\bar{X}$	รายได้ไม่พอ 67.50	รายได้เพียงพอ 67.34	รายได้มากกว่า 74.11
รายได้ไม่พอกับรายจ่าย	61	67.50	-	0.1653	6.6041*
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	116	67.34		-	6.7694*
รายได้มากกว่ารายจ่าย	33	74.11			-

ค่าวิกฤต (S) = 3.49

ผลวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 30 พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ ในระดับรายได้มากกว่ารายจ่าย มีการดูแลตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่รายได้ไม่พอกับรายจ่าย และรายได้เพียงพอกับรายจ่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.6 เปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีสถานภาพในครอบครัวแตกต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4.6 ที่ตั้งไว้ว่า “ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัว เป็นเจ้าของบ้าน มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัว เป็นผู้อาศัย” ดังแสดงเป็นตาราง 31

ตาราง 31 เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีความแตกต่างกันทางสถานภาพในครอบครัว

สถานภาพในครอบครัว	N	คะแนนการดูแลตนเอง		t
		$\bar{X}$	SD	
ในชมรมผู้สูงอายุ				
เป็นเจ้าของบ้าน	167	79.88	7.855	2.38*
เป็นผู้อาศัย	43	76.74	7.148	
ในสถานสงเคราะห์คนชรา				
เป็นเจ้าของบ้าน	2	83	-	1.99*
เป็นผู้อาศัย	198	67.59	7.714	

จากตาราง 31 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้าน มีคะแนนการดูแลตนเองมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4.6

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี และในสถานสงเคราะห์คนชราร้านบางละมุง ที่มีระดับความหวังในชีวิตต่างกัน ตามสมมติฐานข้อ 5 ที่ตั้งไว้ว่า “ผู้สูงอายุที่มีระดับความหวังในชีวิตต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกัน” ดังแสดงในตาราง 32 - 34

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 4 ระดับ แต่จากการศึกษาและเก็บข้อมูลจริง พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรีมีความหวังในชีวิต 2 ระดับ คือ ระดับสูงและระดับปานกลาง ส่วนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราร้านบางละมุง พบว่ามีความหวังในชีวิตทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ

ตาราง 32 เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีระดับความหวังในชีวิตต่างกัน

กลุ่ม	N	$\bar{X}$	SD	t
ระดับความหวังในชีวิตสูง	111	81.78	6.947	- 5.31**
ระดับความหวังในชีวิตปานกลาง	99	76.39	7.758	

จากตาราง 32 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีระดับความหวังในชีวิตต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5

ตาราง 33 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จำแนกตามระดับความหวังในชีวิต

กลุ่ม	N	$\bar{X}$	SD
ความหวังในชีวิตระดับสูง	11	87.54	2.6595
ความหวังในชีวิตระดับปานกลาง	158	69.65	5.9582
ความหวังในชีวิตระดับต่ำ	31	52.80	5.2878

ตาราง 34 เปรียบเทียบระดับคะแนนการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางละมุง ที่มีระดับความหวังในชีวิตต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	1900.8431	950.4216	18.5439**
ภายในกลุ่ม	197	10096.7519	51.2525	
รวม	199	11997.595		

จากตาราง 34 ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีระดับความหวังในชีวิตต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นำผลการวิเคราะห์จากตาราง 34 ไปตรวจสอบค่าความแตกต่างเป็นรายคู่ เพื่อดูความแตกต่างของระดับการดูแลตนเองตามระดับความหวังในชีวิต ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราโดยวิธี เชฟเฟ (Scheffe) ดังแสดงผลในตาราง 35

ตาราง 35 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์
คนชราที่มีระดับความหวังในชีวิตแตกต่างกัน เป็นรายคู่

ระดับความหวังชีวิต	N	$\bar{X}$	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
			61.9355	68.2542	76.3636
กลุ่มต่ำ	31	61.9355	-	6.3187*	14.4281*
กลุ่มปานกลาง	158	68.2542		-	8.1094*
กลุ่มสูง	11	76.3636			-

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 35 แสดงว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา มีระดับความหวังในชีวิตสูง มีการดูแลตนเองดีกว่าจากผู้สูงอายุที่มีระดับความหวังในชีวิตระดับปานกลาง และผู้สูงอายุที่มีความหวังในชีวิตระดับปานกลาง มีการดูแลตนเองดีกว่าจากผู้สูงอายุที่มีความหวังในชีวิตในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความหวังในชีวิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบความหวังในชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ฐานะเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัว
3. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ที่มีระดับความหวังในชีวิตต่างกัน

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ คนชราและในชมรมผู้สูงอายุมีความหวังในชีวิตแตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา
3. ผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัวมีความหวังในชีวิตต่างกัน
 - 3.1 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
 - 3.2 ผู้สูงอายุที่มีระดับอายุต่ำกว่า มีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุสูงกว่า
 - 3.3 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่ มีความหวังในชีวิตสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่มีคู่
 - 3.4 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีความหวังในชีวิต สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

3.5 ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่ามีความหวังในชีวิตสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า

3.6 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัว เป็นเจ้าของบ้าน มีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัย

4. ผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัว มีการดูแลตนเองต่างกัน

4.1 ผู้สูงอายุเพศหญิง มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

4.2 ผู้สูงอายุที่มีระดับอายุต่ำกว่ามีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับอายุสูงกว่า

4.3..ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่มักมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่มีคู่

4.4 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

4.5 ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า มีการดูแลตนเองดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า

4.6 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้าน มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัย

5. ผู้สูงอายุที่มีระดับความหวังในชีวิตต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน ในปี พ.ศ. 2539 และผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการและพักอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ในปี พ.ศ. 2539 ซึ่งวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายโดยสุ่มจากชมรมผู้สูงอายุตามสัดส่วนหญิงต่อชายเท่ากับ 2 : 1 ได้จำนวนเพศหญิง 140 คน เพศชาย 70 คน รวมเป็น 210 คน สุ่มจากผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราตามสัดส่วนหญิงต่อชาย เท่ากับ 1.5 : 1 เป็นเพศหญิง 120 คน เพศชาย 80 คน

รวม 200 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชายมีจำนวนน้อยกว่าเพศหญิง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 410 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งมีทั้งหมด 3 ส่วนด้วยกันคือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทางปัจจัยทางชีวสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เพื่อวัดความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดระดับความหวัง ของผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะของมรราช เจริญสุขโสภณ และนงลักษณ์ เชษฐภักดีจิต (2537 : 152 - 158) ที่สร้างขึ้นตามเกณฑ์ของทฤษฎีเกี่ยวกับความหวังของเบคและคณะ (Beck . 1984 : 501 - 502) จำนวน 24 ข้อ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ส่วนนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของโอเร็ม (Orem. 1980 : 41) จำนวน 26 ข้อ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ ส่วนนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ

3. หากคุณภาพเครื่องมือโดย แบบสัมภาษณ์ทั้งสามส่วนครอบคลุมเนื้อหาจากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อน นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าอำนาจจำแนก โดยนำข้อที่ค่าอำนาจจำแนกสูงกว่า .20 ขึ้นไป ในแบบสัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.83 และ 0.77 ตามลำดับ

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 3 ท่าน ซึ่งผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจคำถาม คำตอบ และวิธีการสัมภาษณ์เป็นอย่างดี ก่อนที่จะดำเนินการสัมภาษณ์ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณคนละ 15 - 20 นาที ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 6 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์มาลงรหัสในแบบรายการ เพื่อนำไปวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC และทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวสังคมวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งที่อยู่ใน

ชมรมผู้สูงอายุและอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยใช้ t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ และอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยใช้ t-test

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความหวังในชีวิต และคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ทั้งที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุและอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา เมื่อจำแนกตามเพศ และสถานภาพในครอบครัว โดยใช้ t-test

5. วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว เพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนความหวังในชีวิตและคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีความแตกต่างกันทางอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และฐานะทางเศรษฐกิจ โดยใช้สถิติ F-test และตรวจสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธี เชฟเฟ (Scheffe) ในกรณีที่พบว่า F-test มีนัยสำคัญทางสถิติ

6. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความหวังในชีวิต กับคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้ t-test

7. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความหวังในชีวิต กับคะแนนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา สามระดับ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว และใช้สถิติ F-test ตรวจสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธี เชฟเฟ (Secheffe) ในกรณีที่พบว่า F-test มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1 ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรabanบางละมุง มีความหวังในชีวิตและการดูแลตนเองในระดับปานกลาง ส่วนสูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี มีความหวังในชีวิตและการดูแลตนเองในระดับสูง

2 ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุมีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1

3 ผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในชมรมผู้สูงอายุดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2

4. ความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชรา เมื่อพิจารณาจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และ

สถานภาพในครอบครัวพบว่า

4.1 ไม่พบความแตกต่างของความหวังในชีวิตระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ในผู้สูงอายุที่อยู่ทั้งในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.1

4.2 ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุที่มีระดับอายุต่างกัน มีความหวังในชีวิตไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีระดับอายุต่างกันมีความหวังในชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65 - 69 ปี มีความหวังในชีวิตสูงที่สุดและสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป

4.3 ผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุและอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีระดับความหวังในชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.3

4.4 ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความหวังในชีวิตไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความหวังในชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความหวังในชีวิตสูงสุด และสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

4.5 ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความหวังในชีวิตไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีความหวังในชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่ารายจ่าย มีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย และรายได้เพียงพอกับรายจ่าย

4.6 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้าน มีความหวังในชีวิตไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัย ส่วนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้าน มีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัย

5. ผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุและอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ดูเลตนเองแตกต่างกันเมื่อพิจารณาจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัว พบว่า

5.1 ผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายทั้งในชมรมผู้สูงอายุและอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา มีการดูเลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4.1

5.2 ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุที่มีระดับอายุต่างกันดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีระดับอายุต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่า ผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 65 - 69 ปี มีการดูแลตนเองดีที่สุดและดีกว่าระดับอายุอื่น ยกเว้นกลุ่มอายุ 70 - 74 ปี ซึ่งพบผลไม่แตกต่างกัน

5.3 ผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุและอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่ดูแลตนเอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4.3

5.4 ผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุและอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอาชีวะ-อุดมศึกษา ทั้งอยู่ในชมรมผู้สูงอายุและอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถม ศึกษาและกลุ่มไม่ได้เรียนหนังสือ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4.4

5.5 ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับมีรายได้มากกว่ารายจ่าย ดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับต่ำกว่า ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

5.6 ผู้สูงอายุที่อยู่ทั้งในชมรมผู้สูงอายุและอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีสถานภาพในครอบครัวต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้าน ดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4.6

6. ผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุและอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีความหวังในชีวิตระดับสูงดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความหวังในชีวิตระดับปานกลางและระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีความหวังในชีวิตระดับสูงและปานกลางไม่พบระดับต่ำ

อภิปรายผล

การเปรียบเทียบความหวังในชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง และในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ผลการศึกษาที่ได้มีทั้งตอบรับและสนับสนุนสมมติฐานวิจัยบางส่วน ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาตามลำดับดังนี้

1. ความแตกต่างของความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราและในชมรมผู้สูงอายุ ผลการศึกษากครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา มีความหวังในชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีความหวังในชีวิต สูงกว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุสูงกว่าหรือต่ำกว่านั้นขึ้นกับปัจจัยหลายด้านต่อไปนี้

1.1 ด้านร่างกาย ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการบริการด้านการตรวจสุขภาพเป็นประจำ ซึ่งช่วยในการค้นหาโรคตลอดจนป้องกันโรคและรักษาได้ทันทั่วทั้ง ที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ซึ่งชมรมต่างๆ จัดขึ้นทุกเดือน ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนให้เหมาะสม จากการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุและสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ (ดวงฤดี ลาสุขะ. 2528 : 56) ดังนั้นบริการที่ผู้สูงอายุได้รับจากชมรมในลักษณะของการให้ความรู้ต่างๆ จึงเป็นส่วนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม นอกจากนี้ชมรมยังจัดกิจกรรมการบริหารร่างกายและก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน เมื่อบุคคลมีสภาพร่างกายที่แข็งแรงก็จะส่งผลต่อจิตใจด้วย ซึ่งเป็นปัจจัยหรือพลังให้เกิดความหวัง (Hope) ตามมาด้วยและในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราซึ่งมีโอกาสได้รับบริการต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นน้อยกว่า ผู้สูงอายุไม่ค่อยสนใจในเรื่องสุขภาพของตนเองมากนัก ไม่เคยตรวจเช็คร่างกายของตนเอง ร่างกายอ่อนแอและเจ็บป่วยซึ่งส่งผลต่อจิตใจในการเกิดความหวังในชีวิตในระดับต่ำได้

1.2 ด้านจิตใจ ปัญหาด้านจิตใจเป็นปัญหาสำคัญที่สุดในผู้สูงอายุ (พิรสิทธิ์ คำวนศิริปและคณะ. 2528:263) ผู้สูงอายุจะรู้สึกท้อแท้ เจ็บเหงาและถูกทอดทิ้ง ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุต้องการการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน และจะรู้สึกอบอุ่นใจเมื่ออยู่ท่ามกลางบุตรหลานสามีภรรยาเป็นส่วนใหญ่ได้รับความเอาใจใส่และได้รับความเคารพยำเกรงจากบุตรหลาน ซึ่งสังคมไทยโดยทั่วไปยังให้ความสำคัญยกย่อง และเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุเมื่อบุตรหลานให้ความเคารพยกย่องดูแลเอาใจใส่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า เป็นที่ต้องการของบุตรหลาน มีความสำคัญ เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เกิด

ความหวังในชีวิตมากขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุในชมรมที่อยู่กับครอบครัวปกติย่อมได้รับการตอบสนองด้านจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่ไม่มีบุตรหลาน สามีภรรยาให้ความช่วยเหลือเอาใจใส่ส่งผลถึงระดับความหวังในชีวิตที่ดีกว่าได้

1.3 การมีส่วนร่วมทางสังคม การที่ผู้สูงอายุชอบแยกตัว ชอบอยู่คนเดียว มีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อย ขาดการติดต่อกับผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในตนเอง ขาดความเชื่อมั่นและไว้วางใจต่อบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม ซึ่ง อีริกสัน (Erikson, 1978:24) กล่าวว่า ความหวังนั้นมีพื้นฐานมาจาก ความเชื่อมั่นไว้วางใจที่บุคคลมีต่อบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม หากเกิดความไว้วางใจจะเกิดการเรียนรู้ว่าความช่วยเหลือกำลังจะมาถึงในเวลาที่ต้องการ ความหวังจึงมีความสัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่น ในระยะที่ปัจเจกภายในตัวบุคคลไม่เพียงพอหรือลดลงไปเพื่อมุ่งไปสู่การแก้ไขปัญหาที่จะช่วยหยุดยั้งความทรมานทรมาย หรือเปลี่ยนแปลงสภาพที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้น ถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ก็จะเกิดความหวังขึ้นมาได้ (Beck and Others, 1984:501-502) ผู้สูงอายุในชมรมมีส่วนร่วมทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คน ชรา ตามสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมจึงน่าจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมสูงกว่า

จากปัจจัยด้านต่างๆ ดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุนั้น แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจที่เสื่อมถอยไปตามวัยแล้วก็ตาม แต่ผู้สูงอายุเหล่านี้ยังมีโอกาสได้รับการพัฒนาตนเอง ด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ทางชมรมจัดให้แก่ผู้สูงอายุ ได้มีการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น ได้พบปะกับบุคคลในวัยเดียวกัน ทำให้มีความเข้าใจอารมณ์ ความรู้สึกของกันและกัน ได้ระบายความรู้สึกอัดอั้นใจก่อให้เกิดความสบายใจขึ้น พร้อมทั้งผู้สูงอายุยังได้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ทำให้ไม่รู้สึกเหงาหรือว่าเหว่ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า ดังนั้นกิจกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่ทำให้มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพชีวิตของตนเอง มีความหวังที่เป็นการมุ่งอนาคต เกิดการปรับตัวให้ชีวิตมีความสุข ดังเช่นการศึกษาของ อัมพร วรวัฒนชัย (2532) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของข้าราชการบำนาญสังกัดกรุงเทพมหานครซึ่งอยู่ในและนอกชมรมผู้สูงอายุ พบว่าข้าราชการบำนาญซึ่งอยู่ในชมรมผู้สูงอายุมีการปรับตัวดีกว่าข้าราชการบำนาญที่อยู่นอกชมรมผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤษดา ตงศิริ (2531) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจ ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ความซึมเศร้าสิ้นหวังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค

มะเร็ง (กฤษดา ดงศิริ; อ้างอิงมาจาก Whitlock & Siskind. 1979:747-752) และพบว่าความหวังรวมทั้งจิตที่สงบมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ทำให้เกิดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งลดลง เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมจะมีส่วนในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความหวังในชีวิตมากขึ้นกว่าผู้สูงอายุที่มีโอกาสได้ร่วมกิจกรรมต่างๆ น้อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราซึ่งมีข้อจำกัดการเข้าร่วมกิจกรรมจากภาวะสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม ซึ่งไม่เอื้อต่อการทำกิจกรรม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุจะมีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

2. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จากผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในชมรมสูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชราดูแลตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จากลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรามีบ้านบางละมุงส่วนใหญ่มีอายุมาก อายุ 75 ปี ขึ้นไปถึงร้อยละ 52 ส่วนผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลชลบุรี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มอายุ 60 - 65 ปี ร้อยละ 39.5 อายุ 75 ปีขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 14.3 เท่านั้น ผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีความพร้อมในการดูแลตนเองมากขึ้นและความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง และแนวคิดของโอริเอมที่กล่าวว่าอายุเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงความต้องการการช่วยเหลือเมื่อเกิดความพร้อมในการดูแลตนเองในแต่ละช่วงอายุ เช่นวัยเด็กพึ่งอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ส่วนผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเมื่อความสามารถทางร่างกาย และสติปัญญาเสื่อมถอยลงตามวัย ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง โดยที่ความสูงอายุนั้นเป็นกระบวนการเสื่อมของสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม (สุรกุล เจนอบรม 2534:11) ความเสื่อมเหล่านี้จะทวีมากขึ้นเรื่อยๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น และผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีระดับการพึ่งพาผู้อื่นสูง (Hanlon & Pickett. 1984:433-434) สอดคล้องกับการศึกษาของรจนารถ รุ่งลือ (2536:76) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า และโดยที่สภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันน่าจะเป็นปัจจัยส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในสถาบันครอบครัวและชุมชน โดยสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมกิจกรรม กับผู้สูงอายุในการเสริมสร้างทัศนคติ และเอาใจใส่ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและในส่วนของชุมชนผู้สูงอายุจะมีส่วนร่วมในชุมชนตามความถนัดและความสนใจรวมทั้งให้บริการต่างๆ แก่สังคมด้วย (ประนอม โททกานนท์ และจิราพร เกศพิชญวัฒนา.

2537:43-47; อ้างอิงมาจาก พุฒินันท์ เหลืองไพบูลย์. 2530) สำหรับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา นั้นเป็นผู้สูงอายุที่มีลักษณะทาง สภาพร่างกายและจิตใจทั้งปกติและมีปัญหา สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมในสถานที่อยู่อาศัยที่ไม่ใช่บ้านของตนเองตามปกติ ไม่มีบุตรและหลาน และญาติคอยดูแลช่วยเหลือ และร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ความสามารถในการดูแลตนเองมีขีดจำกัด ดังนั้นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจึงดูแลตนเอง ดีกว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา

3. ความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชรา แตกต่างกันตามลักษณะด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีความหวังในชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ทั้งด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพในครอบครัว ส่วนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา มีความหวังในชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 , .01, .01 และ .05 คือด้าน อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัว ตามลำดับ (ตาราง 7 12 15 และ 17 ตามลำดับ) และมีความหวังในชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติคือ ด้านเพศ และสถานภาพสมรส อภิปรายผลได้ดังนี้คือ

เพศ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนความหวังในชีวิตระหว่างผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายที่อยู่ทั้งในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชรา ไม่พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง มีความหวังในชีวิตไม่แตกต่างกัน และผู้สูงอายุเพศหญิงมีระดับความหวังในชีวิตไม่สูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ซึ่งไม่สอดคล้องหรือตอบรับสมมติฐานข้อ 3.1 ผลการศึกษากครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ (2531:64) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง และการปรับตัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบโลหิต พบว่าผู้ป่วยที่มีเพศและอายุต่างกัน มีความหวังไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัมพา วรวัฒนชัย(2532 :บทคัดย่อ) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของข้าราชการบำนาญ สังกัดกรุงเทพมหานครซึ่งอยู่ในและนอกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ข้าราชการบำนาญ ที่มีอายุหรือเพศต่างกัน มีการปรับตัวไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับงานวิจัย ของ เฮอร์รี่ ทองเพ็ญ (2536:97) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวสภาพการสูงอายุ ความเข้มแข็งในการมองโลก การระลึกถึงความหลัง การสนับสนุนทางสังคมกับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ และไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีความผาสุกในชีวิตไม่แตกต่างกัน บุคคลที่มีความหวังย่อมเกิดแรงจูงใจที่จะไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายในชีวิตของ

คน ทำให้เกิดความผาสุกในชีวิตได้ ดังนั้นผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายที่มีความหวังในชีวิต ไม่แตกต่างกันอาจจะเนื่องจาก สภาพการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งในชมรมผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชายจะร่วมทำกิจกรรมกันอย่างสม่ำเสมอ บริการที่ทางชมรมจัดให้แก่ผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกันได้ทั้งเพศหญิงและเพศชาย และในทำนองเดียวกัน ที่พบว่าในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่เพศชายและเพศหญิงมีความหวังในชีวิตไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่เจ้าหน้าที่ของสถานสงเคราะห์จัดสำหรับผู้สูงอายุนั้นเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติร่วมกันได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง รวมทั้งสภาพแวดล้อมในสถานที่พักของผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกัน

อายุ ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ที่มีช่วงอายุต่างกันมีความหวังในชีวิตไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน มีความหวังในชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65-69 ปี มีความหวังในชีวิตสูงสุด ตอบรับสมมติฐานข้อ 3.2 และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีความหวังในชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.2 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับอายุต่ำกว่ามีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับอายุสูงกว่าสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิตยา ภิญโญคำ (2531: บทคัดย่อ) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความหวัง ความซึมเศร้า และระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม พบว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียมที่มีอายุแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยความหวังและความซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับงานวิจัยของ กฤษดา ดงศิริ (2531:87) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับการรักษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันด้านอายุ มีความพึงพอใจในชีวิตไม่แตกต่างกันสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัมพา วรวัฒน์ชัย (2532:102) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของข้าราชการบำนาญ สังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งอยู่ในและนอกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ข้าราชการบำนาญในชมรมผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีการปรับตัวรวมไม่แตกต่างกันทั้งด้านอารมณ์และด้านสังคม ซึ่งความหวังเป็นแรงจูงใจ ที่กระตุ้นให้เกิดการกระทำตามความมุ่งหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรภาพ เกิดความกระตือรือร้น และเตรียมพร้อมต่อการเผชิญปัญหาต่างๆ (กฤษดา ดงศิริ; อ้างอิงมาจาก Simonton, 1978:91) ดังนั้นอายุมิได้เป็นอุปสรรคต่อการตั้งความหวังในการดำเนินชีวิต ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากก็สามารถที่จะร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชมรมเช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่ามีโอกาสได้พัฒนาดตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมนอกจากที่กล่าวมาแล้วไม่พบว่ามีระบบอาวุโสในการเป็นผู้นำกลุ่มประกอบ

กิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา แต่ขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะประกอบกิจกรรม ถึงแม้ว่าจะมีอายุน้อยกว่าก็ได้รับการยอมรับให้เป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรมนั้นๆ ได้เท่าเทียมกันทุกอายุ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มอายุได้มีโอกาสพัฒนาความสามารถตามศักยภาพของตนได้เต็มที่เท่าเทียมกัน จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกันมีความหวังในชีวิตไม่แตกต่างกัน

สถานภาพสมรส ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่มีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่มีคู่ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ และอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความหวังในชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่ตอบรับและสนับสนุนกับสมมติฐาน ข้อ 3.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนา ชูวรรณะปกรณ (2531:65) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง และการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต พบว่าผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีความหวังไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ รอลเลห์ (Raleigh 1980: 1314-B) ที่พบว่าครอบครัวและเพื่อนเป็นสังคมหน่วยหนึ่งที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในการเผชิญปัญหาต่างๆ ประกอบกับสังคมไทย บุตรหลานยังให้ความเคารพยกย่องและเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า เป็นที่ต้องการของบุตรหลาน ได้รับความรักความอบอุ่นและการช่วยเหลือสนับสนุนให้มีความหวังและกำลังใจในการดำเนินชีวิต (พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ. 2523:13) ทำให้ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่และไม่มีคู่ มีความหวังไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีคู่แต่ไม่อยู่ด้วยกัน ถึงร้อยละ 82.5 มีความหวังในชีวิตไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้สูงอายุทุกคนมีสถานภาพสมรสเหมือนกันคือแยกจากคู่สมรสเข้ามาอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราเหมือนกัน ลักษณะและสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกัน ได้รับการช่วยเหลือดูแล และรับบริการการสนับสนุน จากเจ้าหน้าที่ของสถานสงเคราะห์และผู้สูงอายุด้วยกัน ช่วยเหลือพึ่งพาซึ่งกันและกัน ดังนั้นจึงมีความหวังในชีวิตไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความหวังในชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุระดับการศึกษาอื่น ตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ที่ระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความหวังในชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนา

ชววรรณปกรณ์ (2531:64) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความหวังไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ กฤษดา ดงศิริ (2531:87) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ใช้รังสีรักษา พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตไม่แตกต่างกัน และความหวังมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุไม่เป็นอุปสรรคต่อการร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ของชมรม และเนื่องจากการเผยแพร่ความรู้และข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิกในชมรมเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุอย่างเท่าเทียมกัน ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 61.4 มีความรู้ระดับประถมศึกษา และอาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุไม่อยากรู้ไม่สนใจเสาะแสวงหาความรู้ไม่ค่อยมีข้อซักถาม ใช้วิธีนิ่งเฉย ซึ่งคนที่มีการศึกษาสูง จะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล มีการซักถามปัญหา (ประภาเพ็ญ สุวรรณ.2526:182) ดังนั้นผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาเท่ากันจึงมีความหวังในชีวิตไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความหวังในชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีความหวังในชีวิตสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอื่นๆ ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ เซอร์ ทองเพ็ญ (2537:100) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวสภาพการสูงอายุ ความเข้มแข็งในการมองโลก การระลึกถึงความหลัง การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีความผาสุกในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาปานกลางและต่ำ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางบวก มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความไว้วางใจ เป็นคนฉลาด กระฉับกระเฉง และทำสิ่งต่างๆ ได้ดี การศึกษาเป็นหนทางนำไปสู่ความก้าวหน้า หรือความสำเร็จในสิ่งที่มุ่งหวังสามารถจัดการกับปัญหา หรือแก้ไขสถานการณ์ต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม (มารศรี นุชแสงพลี 2532:27 อ้างอิงมาจาก The National Council on the Aging. 1974) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีระดับความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ

ฐานะทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่ามีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันมีความหวังในชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผู้สูง

อายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันมีระดับความหวังในชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากกว่ารายจ่าย มีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจกลุ่มอื่นๆ สนับสนุนสมมติฐานข้อ 3.5 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530:81) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้ กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ประจำของตนเองมากกว่า 4000 บาทต่อเดือน ทำให้ไม่เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจ ไม่ต้องพึ่งพาอาศัยบุตรหลาน หรือบุคคลอื่นซึ่งสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ คือผู้สูงอายุต้องการพึ่งพาตนเองไม่ต้องการรบกวนบุตรหลาน หากสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้โดยไม่เป็นภาระต่อบุตรหลานก็จะทำให้มีความสุข เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในด้านเศรษฐกิจจึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความหวังในชีวิตระดับสูง และในส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุที่ไม่พบความแตกต่างของฐานะทางเศรษฐกิจ กับความหวังในชีวิต น่าจะอธิบายได้ว่าฐานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญต่อการมีศักยภาพในการเผชิญกับการเจ็บป่วย (ทัศนาศูววรรณะปรกรณ์. 2531:65; อ้างอิงมาจาก Pender. 1982:161-162) แต่การศึกษากครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีความหวังในชีวิตไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ มีครอบครัวและบุตรหลาน คอยให้การดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนค่าใช้จ่ายต่างๆ ประกอบกับทั้งนโยบายของโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งศึกษาครั้งนี้ สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจจะได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานสังคมสงเคราะห์อีกด้วยทำให้ไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการศึกษากครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ริเดอท์ (Rideout. 1986:437) ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันมีความหวังไม่แตกต่างกัน

สถานภาพในครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้าน มีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัย จากการศึกษากพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวแตกต่างกันมีความหวังในชีวิตแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีสถานภาพในครอบครัวแตกต่างกันมีระดับความหวังในชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้าน มีความหวังในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัย แต่เนื่องจากการศึกษากครั้งนี้ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ร้อยละ 99 เป็นผู้ที่มิมีสถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัยซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังในชีวิตระดับต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีสถาน

ภาพในครอบครัว เป็นเจ้าของบ้าน ที่มีความหวังในชีวิตสูงกว่า ดังนั้นสถานภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราจะไม่เป็นปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้ระดับความหวังในชีวิตแตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวแตกต่างกัน มีความหวังในชีวิตไม่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่ร้อยละ 79.5 มีสถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้าน (ตาราง 17) ซึ่งผู้สูงอายุที่ตนเองและคู่สมรสเป็นเจ้าของบ้านเองจะมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดี มีภาวะสุขภาพดี (โสภภาพรณ วิมลรัตน์. 2537:50) ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากบุตรหลาน มีความภาคภูมิใจในตนเอง ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้าน มีความหวังในชีวิตไม่แตกต่างกัน

4. ผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัวมีการดูแลตนเองต่างกัน จากผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ตัวแปรที่มีความแตกต่างกันคือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันทางด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส และมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 .01 และ .05 ได้แก่ด้านระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัวตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราดูแลตนเองไม่แตกต่างกันคือด้านเพศ สถานภาพสมรส และฐานะทางเศรษฐกิจ และดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 .01 และ .05 ทางด้านอายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพในครอบครัวตามลำดับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เพศ ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายทั้งในสถานสงเคราะห์คนชราและในชมรมผู้สูงอายุดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐาน ข้อ 4.1 แสดงว่าผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534:50-51) ได้ศึกษาเรื่องความสามารถในการดูแลตนเองของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยวิธีสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง จากการศึกษาของ ฌฐกร อ่วมบำรุง (2534:บทคัดย่อ) ศึกษาการรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแคกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน เชอริ ทองเพ็ญ (2537:97) ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ เพศชายและเพศหญิงมีความผาสุกในชีวิตไม่แตกต่างกัน ผู้วิจัยคาดว่าผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายต่างเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุและสมาชิกของสถานสงเคราะห์คนชรา จึงมีโอกาสได้ร่วมกิจกรรมภายนอกครอบครัว ได้พบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

และได้รับความรู้ในการดูแลตนเองจากบุคคลากรในโรงพยาบาลคล้ายคลึงกัน ได้ร่วมทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจและสนใจสุขภาพของตนเอง ก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมือนกัน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

อายุ ผู้สูงอายุที่มีระดับอายุต่ำกว่า มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับอายุสูงกว่า จากการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีระดับอายุแตกต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่ผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 65-69 ปี มีการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ส่วนผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีช่วงอายุแตกต่างกันมีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือผู้สูงอายุที่ช่วงอายุต่างกันดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน จากแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1991:132-133) กล่าวถึงการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมภายนอกโดยเฉพาะกับบุคคลนั้นจะก่อให้เกิดความใกล้ชิดผูกพัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ และได้รับความช่วยเหลือ อำนวยประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต ให้มีความสามารถดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น จึงเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีระดับอายุต่างกันดูแลตนเอง ไม่แตกต่างกัน

สถานภาพสมรส ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่ มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่มีคู่ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐาน ข้อ 4.3 และผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิต ศุกระแพทย์ (2539:78; อ้างอิงมาจาก ชลธิชา วังวิเวก, 2535:88) ที่พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ แพรวระพี เรืองเดช (2534:92) และ จิรประภา ภาวิไล (2535:99) พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรและผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐกร อ่วมบำรุง (2534:บทคัดย่อ) ที่พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรานานบางแค ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาดำกว่า จากการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุและอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอาชีวศึกษาและอุดมศึกษา มีการดูแลตนเอง

ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอื่นที่ต่ำกว่า ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อ 4.4 และสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1985:56) ที่กล่าวว่า การศึกษาเป็นสิ่งสำคัญต่อการพัฒนาความรู้และทักษะและเจตคติต่อการดูแลตนเอง ทำให้สามารถที่จะเรียนรู้ความต้องการ การดูแลตนเองโดยทั่วไป ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และความต้องการการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้ โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้และการปฏิบัติตนที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าคนที่มีการศึกษาค่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526:182) โดยคนที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล การซักถามปัญหา ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าคนที่มีการศึกษาน้อยกว่า สอดคล้องกับ มูเลมแคมป์ และเซย์เลส (Muhlemkamp and Sayles, 1980:336) ซึ่งกล่าวว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูล ซักถามปัญหาและมีความเข้าใจในแผนการรักษา ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาค่ำกว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีนั้น จำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ และความต้องการการดูแลตนเองที่เพิ่มมากขึ้น หรือเปลี่ยนแปลงไปตามวัย ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถเข้าใจและปฏิบัติกรดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534:บทคัดย่อ) พบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534:44) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ แพรวระพี เรืองเดช (2534:91) และน้อมจิตต์ สกุลพันธ์ (2535:85) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวรและผู้ป่วยเบาหวาน

ฐานะทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่ามีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า จากการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 โดยที่ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ ในระดับรายได้มากกว่ารายจ่าย มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่รายได้ไม่พอกับรายจ่าย และรายได้เพียงพอกับรายจ่าย ส่วนผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นั่นคือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน ดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน เนื่องจากในสถานสงเคราะห์คนชราได้จัด

บริการทุกด้านเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล สุขภาพอนามัย ด้านโภชนาการ และอาชีวบำบัด แก่ผู้สูงอายุที่เข้ารับการบริการและพักอยู่ในสถานสงเคราะห์อย่างเท่าเทียมกัน เมื่อเจ็บป่วยจะได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลจากทางโรงพยาบาลของรัฐบาล ซึ่งเป็นการช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้เอาใจใส่ในการดูแลตนเอง มีการเตรียมตนเองให้มีสุขภาพดี ดังเช่นการศึกษาของ ณัฐกร อ่วมบำรุง (2534:92) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพไม่แตกต่างกัน และโดยที่ผู้สูงอายุมีภาวะทางสุขภาพที่เสื่อมโทรมโดยธรรมชาติอยู่แล้วย่อมจะมีความระมัดระวังที่จะปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อเป็นการป้องกันตนเองจากโรคภัยต่างๆ จึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับรายได้มากกว่ารายจ่าย มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า (รายได้เพียงพอกับรายจ่าย และรายได้น้อยกว่ารายจ่าย) สามารถอธิบายได้ว่า รายได้คือแหล่งประโยชน์ เป็นสิ่งอำนวยความสะดวกให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้ ตลอดจนสามารถเข้าถึงแหล่งบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย เพนเดอร์ (Pender, 1982:161) กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง ผู้มีรายได้น้อยจะมีข้อจำกัดในเรื่อง อาหาร ยา และที่อยู่อาศัย เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รจนารถ รุ่งลือ (2536:76) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ การศึกษาของ สุวิมล พนารัตนกุล (2536:32) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535:51) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยในด้านความสามารถทางหน้าที่ร่างกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และรัตนากฤษณาธาร (2535:20) พบว่าผู้มีรายได้สูง จะมีโอกาสเลือกใช้บริการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจากสถานบริการของเอกชน เพราะมีความสามารถในการจ่ายค่าบริการ ส่วนผู้ที่มีรายได้ปานกลาง และรายได้ต่ำ จะเลือกการรักษาพยาบาลที่มีราคาถูก เช่น โรงพยาบาลของรัฐ สถานีอนามัย แพทย์แผนโบราณ ซื้ยยากินเอง และไม่รับการรักษาพยาบาล จึงสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับ รายได้มากกว่ารายจ่าย ดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่รายได้เพียงพอกับรายจ่ายและรายได้น้อยกว่ารายจ่าย

สถานภาพในครอบครัว ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้าน มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัย จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุทั้งที่

อยู่ในชมรมผู้สูงอายุและอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้าน มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องและสนับสนุนสมมติฐานข้อ 4.6 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีสถานภาพในครอบครัวส่วนใหญ่ร้อยละ 99 เป็นผู้อาศัย และมีสถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้านเพียงร้อยละหนึ่ง จึงน่าจะพิจารณาได้ว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา จะมีการดูแลตนเองในระดับใกล้เคียงกัน ซึ่งบรรยากาศการพึ่งพาและช่วยเหลือซึ่งกันและกันของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราเป็นส่วนมาก และผู้สูงอายุแทบทุกคนเข้ามาพักอาศัยและรับบริการจากสถานสงเคราะห์คนชราในฐานะผู้อาศัย ไม่มีบ้านพักเป็นของตนเองโดยเฉพาะ จึงทำให้ต้องดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดีเหมือนกัน

ส่วนผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จากลักษณะข้อมูลเป็นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้านเป็นส่วนมากถึงร้อยละ 79.5 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้านเป็นปัจจัยหนึ่งที่สนับสนุนว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะความเป็นอยู่ที่ดี มีความสุขมีความมั่นคงในชีวิต เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง สามารถร่วมกิจกรรมการดูแลตนเองในชมรมได้อย่างเหมาะสม ดังเช่นการศึกษาของ มยุรา นพพรพันธ์ (2534:94) พบว่า ผู้สูงอายุที่ตนเองหรือคู่สมรสเป็นเจ้าของบ้านเอง มีภาวะสุขภาพดีกว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยบ้านของบุตรหลาน หรือญาติหรืออยู่บ้านเช่าหรือบ้านที่หน่วยงานจัดให้ ดังนั้นสถานภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุที่เป็นเจ้าของบ้าน จึงน่าจะมีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัย

5. ผู้สูงอายุที่มีระดับความหวังในชีวิตต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกัน จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุทั้งที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราและในชมรมผู้สูงอายุที่มีความหวังในชีวิตระดับสูง มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความหวังในชีวิต ระดับปานกลางและระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐาน ข้อ 5 สามารถอธิบายได้ว่า ความหวังในชีวิตเกิดจากการประสบผลสำเร็จในการแก้ไขปัญหาและความขัดแย้งระหว่างความไว้วางใจและไม่ไว้วางใจ ซึ่งหากเกิดความไว้วางใจ จะเกิดการเรียนรู้ว่าความช่วยเหลือกำลังจะมาถึงในเวลาที่ต้องการความหวังในชีวิต จึงมีความสัมพันธ์กับการพึ่งพาผู้อื่นในระยะที่ปัจจัยภายในตัวบุคคลไม่เพียงพอหรือลดลงไป เพื่อมุ่งไปสู่การแก้ปัญหาที่จะช่วยลดยังความทรมานทรมาย หรือเปลี่ยนแปลงสภาพความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น ถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างก็จะเกิดความหวังในชีวิตขึ้นมาได้ (Beck and Others. 1984:501-502) จึงอาจกล่าวได้ว่าความหวังในชีวิตเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้มีการดำรงชีวิตอยู่ เป็นแรงจูงใจที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพตน

เองอย่างมากของผู้สูงอายุ เป็นแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองให้มีสุขภาพดี และในทางตรงกันข้ามหากผู้สูงอายุ เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness) เกิดความรู้สึกว่าตนเองด้อยหรือคุณค่าของตนเองลดลง ความไว้วางใจที่จะได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างจะลดลงด้วย ซึ่งส่งผลให้ความสนใจในการดูแลตนเองลดลงตามไปด้วย การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ที่มีอยู่ในตัวมนุษย์ทุกคน เริ่มตั้งแต่มีพัฒนาการในวัยเด็กความสามารถในการดูแลตนเองค่อยๆ พัฒนาขึ้นโดยอาศัยปัจจัยด้าน ความรู้ ทักษะ ทักษะ ทศนคติ ค่านิยม และแรงจูงใจนั่นเอง (มรรยาท เจริญสุขโสภณ และนงลักษณ์ เชษฐภักดีจิต 2537:32; อ้างอิงมาจาก Mechanic. 1968) ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภิญโญคำ (2531:บทคัดย่อ) ที่พบว่าระดับความหวังของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ (2531:70) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิต โดยที่ผู้ป่วยมะเร็งระบบโลหิตที่มีความหวังในระดับค่อนข้างสูงมีการปรับตัวอยู่ในเกณฑ์ดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ กฤษดา ตงศิริ (2531:105) ที่พบว่าความหวังของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ มรรยาท เจริญสุขโสภณ และนงลักษณ์ เชษฐภักดีจิต (2537:บทคัดย่อ) พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ และอาจกล่าวได้ว่าเมื่อ บุคคลมีความหวังเกิดขึ้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองจะเกิดขึ้น ในทางกลับกันถ้าหากเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ ความรู้สึกที่ตนเองด้อย หรือคุณค่าในตัวเองจะลดลง ในทำนองเดียวกัน มโนทัศน์เกี่ยวกับความหวังและความสิ้นหวังมีลักษณะเป็นแกนของความต่อเนื่อง ปลายข้างหนึ่งของความต่อเนื่องนี้จะเป็นความหวัง (Hope) ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่อมั่น ความศรัทธา การมีแรงคลใจและความตั้งใจ ส่วนอีกปลายข้างหนึ่งของแกนความต่อเนื่องนี้ เป็นความสิ้นหวัง (Hopelessness) ประกอบด้วย ความหมดหนทาง ความคลางแคลงใจ ความทุกข์ใจ ความโศกเศร้า (Beck and Others. 1984:500) ซึ่งทฤษฎีการเรียนรู้ อธิบายไว้ว่า บุคคลที่ตกอยู่ในอารมณ์เศร้าไม่ว่าระดับใดก็ตาม จะเกิดความรู้สึกว่าอยู่ในภาวะที่แก้ไขสถานการณ์หลายๆ อย่างไม่ตก ช่วยตัวเองไม่ได้และไม่สนใจที่จะดูแลตนเอง จึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความหวังในชีวิตต่างกัน มีการดูแลตนเองต่างกัน และผู้สูงอายุที่มีความหวังในชีวิตระดับสูงกว่าดูแลตนเองดีกว่าผู้สูงอายุที่มีความหวังในชีวิตระดับต่ำ

ดังนั้นการศึกษาระดับความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุ และในสถานสงเคราะห์คนชรา จะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยส่งเสริมบทบาทในการกระตุ้นเตือนลูกหลานในครอบครัวของผู้สูงอายุเกิดความสนใจ เอาใจใส่ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจสังคมสิ่งแวดล้อม ไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุให้อยู่ตามลำพัง หรือต้องเข้าไปพึ่งพิงสถานสงเคราะห์คนชราในบ้านปลายของชีวิต

โดยภาพรวมแล้ว ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีความแตกต่างกันด้านเพศ และสถานภาพสมรส มีความหวังในชีวิตไม่แตกต่างกันและดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชรามีความคล้ายคลึงกัน ซึ่งเป็นกิจกรรมจากเจ้าหน้าที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทั้งเพศหญิงและเพศชายตามความเหมาะสม และผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราส่วนใหญ่มีสภาพสมรสมีคู่แต่ไม่อยู่ด้วยกัน และสภาพสมรสไม่มีคู่ และผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคู่และอยู่ด้วยกัน แต่ขณะที่ไปเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมจะแยกจากคู่สมรส ซึ่งบุคคลในวัยสูงอายุชอบความสงบและอิสระ ต้องการพึ่งพิงบุตรหลานมากกว่าพึ่งพิงคู่สมรสซึ่งอยู่ในวัยเสื่อมทางด้านร่างกายและจิตใจเช่นกันในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน เพศและสถานภาพสมรสจึงไม่เป็นตัวแปรที่ทำให้ความหวังในชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มแตกต่างกัน แต่ความหวังในชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุและสถานสงเคราะห์คนชราแตกต่างกันด้านอายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัว เนื่องจากตามข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุต่ำกว่า 74 ปี) ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (อายุ 75 ปีขึ้นไป) รวมทั้งสภาพแวดล้อมในสถานที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ในสภาพครอบครัวปกติกับบุตรหลานและญาติ ได้รับการดูแลช่วยเหลือเอาใจใส่จากบุตรหลานในการดำเนินชีวิตประจำวันแตกต่างจากผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่ต้องพึ่งพิงบริการสงเคราะห์จากเจ้าหน้าที่ของสถานสงเคราะห์เป็นส่วนใหญ่หรือทั้งหมด จึงน่าจะเป็นเหตุผลให้มีความหวังในชีวิตและการดูแลตนเองแตกต่างกัน สำหรับข้อแตกต่างทางด้านระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มที่แตกต่างกันมีความหวังในชีวิตและการดูแลตนเองแตกต่างกันนั้น เมื่อพิจารณาจากลักษณะข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ชรา เป็นผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ และเป็นผู้ที่มีรายได้ไม่พอกับรายจ่ายจำนวนมากว่าผู้

สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีความรู้และสามารถแสวงหาข้อมูลและแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย และยังสามารถปฏิบัติงานมีรายได้ในระดับสูงเพียงพอหรือมากกว่ารายจ่าย ซึ่งรายได้เป็นเครื่องชี้ถึงฐานะทางเศรษฐกิจ เมื่อฐานะทางเศรษฐกิจดีจะเป็นแหล่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต ทำให้มีความเป็นอยู่ที่ดี มีความสะดวกสบายในการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นผลให้มีชีวิตที่มีความสุข ความหวังในชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจึงแตกต่างกับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ส่วนสถานภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุทั้งในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชราที่เป็นปัจจัยให้ความหวังในชีวิตและการดูแลตนเองแตกต่างกันนั้น จากลักษณะของข้อมูลของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้าน และผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราจะเป็นผู้อาศัยซึ่งอาศัยพักพิงในสถานสงเคราะห์คนชรา และบุคคลที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้านจะเป็นผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่าผู้มีสถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัย ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ มีความมั่นใจในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามความถนัดและสมัครใจ จึงเป็นเหตุผลสนับสนุนว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวต่างกัน มีความหวังในชีวิตและการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งต่อไปดังนี้

1. ข้อเสนอแนะตามผลการวิจัย

1.1 จากผลของการวิจัย ได้ผลวิเคราะห์ค่อนข้างสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ นั่นคือมีความแตกต่างกันทั้งในด้านความหวังในชีวิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชรา แต่อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์ในบางตัวแปรซึ่งไม่มีความแตกต่างกันนั้น เช่น ตัวแปรเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาระดับทางเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่แตกต่างกันมีความหวังในชีวิตไม่แตกต่างกันเลย อาจเป็นเพราะการเก็บข้อมูลที่จำกัดเฉพาะเจาะจงในชมรมผู้สูงอายุเพียงแห่งเดียว ดังนั้นควรมีการเก็บข้อมูลในชมรมผู้สูงอายุหลาย ๆ แห่งเพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมยิ่งขึ้น

1.2 จากการวิเคราะห์ผลของการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัวแตกต่างกัน มีความหวังในชีวิตไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีการปฏิบัติกิจกรรม ร่วมกันสม่ำเสมอ และกิจกรรมที่ชมรมจัดให้รวมทั้งสภาพแวดล้อมในครอบครัวไม่แตกต่างกัน โดยมีบุตรหลาน คอยดูแลช่วยเหลือและมีเพื่อนวัยสูงอายุที่สามารถแลกเปลี่ยนความรู้ทัศนคติได้ กว้างขวาง ดังนั้นควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่มเติม เช่น ศาสนา จำนวนบุตร อาชีพปัจจุบันของผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อระดับความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุ

1.3 จากการวิเคราะห์ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพในครอบครัวแตกต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ซึ่งระดับการศึกษาจะมีผลต่อการดูแลตนเอง โดยที่ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูง จะสามารถรับความรู้ และถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ดี เป็นผลให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ถูกต้องเหมาะสมและเป็นผู้มีสุขภาพดีที่สุดในที่สุด ฐานะทางเศรษฐกิจ ที่รายได้มากกว่ารายจ่าย จะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถมีกำลังในการซื้ออาหาร และสิ่งจำเป็นต่อการดูแลตนเอง ส่วนสถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้านจะมีผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง มีความหวังในชีวิตและการดูแลตนเองดี ดังนั้นจึงควรได้ศึกษาถึงความเหมาะสมในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ผู้สูงอายุตามระดับความรู้ และศึกษาถึงการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ รวมทั้งบริการที่ชมรมจัดให้โดยยกเว้นค่าบริการตรวจรักษาพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่พอจ่าย และศึกษาสถานภาพในครอบครัวที่มีผลกระทบต่อ การดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างเจาะลึกต่อไป

1.4 จากการวิเคราะห์ผลของการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้าน บางละมุง ที่มีอายุ ระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความหวังในชีวิตแตกต่างกัน และมีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อาจเนื่องจากสภาพแวดล้อมด้านที่อยู่อาศัยที่เหมือนกัน การจัดกิจกรรมในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่คล้ายคลึงกัน แต่ผู้สูงอายุที่อายุมากไม่สามารถเรียนรู้และปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างเท่าเทียมกัน และระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีประสบการณ์ และการเรียนรู้ต่างกัน การดูแลตนเองจึงแตกต่างกัน ดังนั้นเจ้าหน้าที่ในสถานสงเคราะห์คนชรา จำเป็นต้องเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องความต้องการบริการสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ของผู้สูงอายุเป็นอย่างดี และสามารถปฏิบัติต่อผู้สูงอายุแต่ละคนอย่างใกล้ชิด ด้วยความรักความห่วงใย ทั้งยังควรได้ศึกษาความเป็นไปได้ในการจัดให้มีเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล ประจำสถานสงเคราะห์คนชราอย่างเพียงพอ

1.5 จากการวิเคราะห์ผลการวิจัย พบว่าสถานภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุใน

สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง ส่วนมากมีสถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัย ซึ่งมีระดับความหวังในชีวิตและระดับการดูแลตนเองค่อนข้างต่ำ อาจเพราะว่าสิ่งแวดล้อมในด้านที่พักอาศัยไม่แตกต่างกัน และไม่มีบุตรหลานคอยดูแลเอาใจใส่ใกล้ชิด ดังนั้นจึงควรได้จัดบริการที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเอื้ออาทรต่อกัน หรือได้รับความเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ของสถานสงเคราะห์คนชราอย่างใกล้ชิด และควรมีจำนวนเจ้าหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดให้ทั่วถึงและเพียงพอ

2. ข้อเสนอแนะทั่วไป

เรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ กล่าวคือผู้สูงอายุจัดเป็นบุคคลที่อยู่ในปัจฉิมวัยซึ่งเต็มไปด้วยความเสื่อมโทรมของสภาพร่างกาย สภาพทางสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่เพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับ การดูแลตนเองเป็นสำคัญทั้งผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา ซึ่งเป็นบุคคลที่ขาดทั้งทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต้องการความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจให้ความช่วยเหลือดูแล ส่วนความหวังในชีวิตเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อมั่น ความศรัทธา ความไว้วางใจ และเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นแรงบันดาลใจให้เกิดการปฏิบัติ การดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความหวังในชีวิตระดับสูงและมีการดูแลตนเองที่ดีทั้งในชมรมผู้สูงอายุและในสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้วิจัยใคร่ขอเสนอแนะแนวทางในการเสริมสร้างความหวังในชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพื่อให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ดังนี้

2.1 จัดรูปแบบและกระบวนการในการให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุ ให้สามารถดูแลตนเอง สอดคล้องกับระดับการศึกษาของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

2.2 จัดบริการที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีความหวังในชีวิตระดับสูง และเสริมสร้างทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

2.3 จัดให้มีการถ่ายทอดความรู้ในการดูแลตนเอง และมีทัศนคติที่ดีเกิดความหวังในชีวิตมากขึ้นในผู้สูงอายุโดยการใช้สื่อสารมวลชน หรือสื่อที่เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

2.4 ค้นหาศักยภาพในตัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้แสดงออก อันจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ เห็นคุณค่าในตนเอง และมีความรู้สึกเป็นที่ยอมรับของสังคม

2.5 จัดให้มีแพทย์พยาบาล หรือนักสุขศึกษา ประจำสถานสงเคราะห์คนชรา ทั้งนี้ เพื่อให้มีการพัฒนาระบบการเรียนรู้ทางด้านการดูแลตนเอง และประสบการณ์ ความหวังในชีวิต

แก่ผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพตามหลักวิชาชีพ

2.6 สมาชิกในครอบครัวสนับสนุนและให้กำลังใจ พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุให้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุและกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ

2.7 รัฐควรสนับสนุน บุตรหลานที่รับผิดชอบรับภาระเลี้ยงดูบิดามารดาหรือญาติผู้สูงอายุด้วยการให้ได้รับการลดหย่อนภาษีเงินได้ ซึ่งเป็นการช่วยผู้สูงอายุทางอ้อม ไม่ให้ถูกบุตรหลานทอดทิ้งในบ้านปลายชีวิต

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับผู้ที่จะศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความหวังในชีวิต และการดูแลตนเองในครั้งต่อไป ผู้วิจัยใคร่ขอเสนอประเด็นเพื่อการวิจัยดังนี้

3.1 ควรศึกษาระดับความหวังในชีวิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุให้ครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุในภาคตะวันออกทั้งหมด เพื่ออ้างอิงไปสู่ประชากรในภาคต่างๆ ได้

3.2 ควรศึกษาระดับความหวังในชีวิต และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราที่มีสถานภาพในครอบครัวเป็นผู้อาศัยโดยเฉพาะ เพื่อให้ได้ผลการวิจัยชัดเจนยิ่งขึ้น

3.3 ควรมีการศึกษาติดตามความหวังในชีวิต และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้รับเป็นข้อมูลในการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุต่อไป

3.4 ควรมีการศึกษาวิจัยความหวังในชีวิตและการดูแลตนเองในประชากรกลุ่มอื่น เช่น ความหวังในชีวิต และการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ หรือกลุ่มอายุวัยกลางคน เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ

3.5 ควรมีการศึกษาวิจัยความหวังในชีวิตโดยการเพิ่มตัวแปรให้มากขึ้น เช่น ความวิตกกังวล ความสิ้นหวัง ความภาคภูมิใจในตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยทำนายการดูแลตนเองได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กฤษฎา ดงศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญกิจ, 2524.
- เกริกศักดิ์ บุญญานุพงษ์ และคณะ. ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่ : สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2533.
- เขมิกา ยามะรัต. ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา : ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญกระทรวงเกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527. อัดสำเนา
- คณะกรรมการการวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข, แผนพัฒนาการสาธารณสุขตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
- จรงค์ สุภกิจเจริญ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อัดสำเนา.
- จรัสวรรณ เทียนประภาส พัทรี ดันศิริ บรรณธิการ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3, กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. รายงานการวิจัยเรื่อง ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์ “แก่อย่างมีความสุข,” งามาธิปดี. 18 : 43 - 48 ; กันยายน 2525.
- ฉัตรวลัย ใจอารีย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง, วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- ฉันทนา กาญจนพจน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. พ.ศ. 2530.
- เฉก ธนะสิริ. ทำอย่างไรชีวิตจะยืนยาวและมีความสุข. (ฉบับพิสดาร พิมพ์ครั้งที่ 1) กรุงเทพฯ : ธนวิทย์การพิมพ์, 2532.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย, (ฉบับปรับปรุงใหม่ล่าสุด) พิมพ์ครั้งที่ 5, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534.

ดวงฤดี ลาสุขะ. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบคัดสรรกับการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัด เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528. อัดสำเนา.

ทัศนาศู ชูวรรณะปกรณ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งระบบ ไตชนิด, วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.

ทัศนาศู บุญทอง. “พยาบาลจิตเวชกับการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดทางจิต,” เอกสารการสอนชุดวิชา กรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดาทารกและการพยาบาลจิตเวช. มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมมาธิราช, 2532.

ทิพวัลย์ ขาวสำอาด. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรคผู้ป่วย นอก โรงพยาบาลรามาธิบดี, วิทยานิพนธ์ กศ.ม.กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.

นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทยในเอกสารการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2530 โรงแรมอิมพีเรียล. กรุงเทพมหานคร: 2530.

นภาพร ชโยวรรณ. “ผู้สูงอายุไทยถูกทอดทิ้งมากขึ้นจริงหรือ?,” วารสารประชากรศาสตร์. ปีที่ 11: ฉบับที่ 1; มีนาคม 2538.

นภาพร ชโยวรรณ และคณะ. สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและ ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.

นวลละออ สุภาพส. ทฤษฎีบุคลิกภาพ. ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2527.

นิตยา ภิญโญคำ. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความหวัง ความเข้มแข็งและระดับการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการรักษาด้วยไตเทียม. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531. ถ่ายเอกสาร.

นรินทร์ วิทยโชคกิตติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

นิศา ชูโต. “คนชราไทย,” รายงานการวิจัยสถาบันวิจัยสังคม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.

บรรลุ ศิริพานิช. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2533.

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข, 2531.

บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. ระบาดวิทยาของคนพิการและผู้สูงอายุในประเทศไทย. ม.ป.ท., 2525.

บริบูรณ์ พรพิบูลย์. โลกยามชรา อันดับ 2 : ปัญหาปริทัศน์, เชียงใหม่ : พระสังกการพิมพ์, 2527.

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คู่มือการเขียนบทนิพนธ์. กรุงเทพมหานคร : หจก. ไอเดียสแควร์, 2534.

บัว ศาลิคุปต์. “ความหวัง,” เรื่องน่ารู้ตลอดอายุครบ 80 ปี เชื้อ ชนนานพ. กรุงเทพมหานคร : บัณฑิตการพิมพ์, 2523.

ประพิศ จันทร์พุดกษา. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพและการมีส่วนร่วมในสังคมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทยในเขตกรุงเทพมหานคร. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม., กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.

ประภาพร จินันทุยา. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง. วิทยานิพนธ์ วท.ม., กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา

ประสพ รัตนกร. “สุขภาพจิตผู้สูงอายุ,” คุรุปริทัศน์ ฉบับพิเศษ : ขานรับปีสุขภาพผู้สูงอายุ. 66-67; 2525.

ประสพ รัตนกร. “สุขใจในวัยงาม,” คนไทยอายุยืน. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2529.

ผจงจิต อินทสุวรรณ. “การใช้ตารางเพื่อช่วยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง”, วารสารการวัดผลการศึกษา. ปีที่ 13 ฉบับที่ 38: กย.-ธ.ค. 2534.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. การจัดบุคลากรเพื่อคุณภาพการดูแล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ไทยเกษม, 2522.

Ms. P.L.M. de Zoysa. “การดูแล : การจัดตั้งศูนย์บริการผู้สูงอายุ,” วิถีชีวิต 3. Help Age International คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ฉบับที่ 3: 9-16 ; พฤษภาคม 2538.

พิชญ์ ประเสริฐสิทธิ์. ความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์ ภาควิชาพยาบาลศึกษา, กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523. ถ่ายเอกสาร.

พิธีสิทธิ์ คำนวนศิลป์, สินี กมลนาวิน และประเสริฐ รักไทยดี. รายงานการวิจัยเรื่องความทันสมัยภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2523.

- พุทธทาสภิกขุ. แก่อย่างฉลาดและเป็นสุข. กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ป.
- ฟาริดา อิบราฮิม. สาระแห่งวิชาชีพการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- มณฑนา เจริญกุล. แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ วิทยานิพนธ์ วท.ม., กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- มยุรา นพพรพันธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534. อัดสำเนา.
- มรรยาท เจริญสุขโสภณ และนางลัดกษณ์ เชษฐภักดีจิต. รายงานวิจัยเรื่องศึกษาระบบการร่ำรับสัมพันธภาพ ระดับความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้าและระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะโรงพยาบาลชลบุรี. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์. ทักษะการดูแลสุขภาพของหนุ่มสาวไทย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- มาลี ธรรมลิขิตกุล. การศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มารับบริการด้านการรักษาพยาบาล. โครงการวิจัยหลักสูตร คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2526.
- รจนารถ ร่วงลือ. การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536.
- ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพมหานคร : อักษรเจริญทัศน์, 2525.
- ล่อ หุตางกูร. “ปัญหาทางจริยธรรมในการพยาบาล,” จรรยาสำหรับพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2522.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. หลักการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3, กรุงเทพมหานคร : ทวีกิจการพิมพ์, 2524.
- วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และโยชิน แสงวงศ์. ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการมีโครงการพัฒนาที่มีต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. งานวิจัยเรื่องข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของชนหนุ่มสาวไทย. โครงการเผยแพร่ผลงานวิจัย ฝ่ายวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- ศรีจิตรา บุญนาค. “ปัญหาสุขภาพและแนวความคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ,” แพทย์สภาสาร 18. เมษายน 2532.

ศรีทับทิม พานิชพันธ์. “บริการสังคมกับผู้สูงอายุ,” คู่มือปฏิบัติฉบับพิเศษ : ขนรับปีสุขภาพผู้สูงอายุ, หน้า 26-35, 2525.

ศรีเรือน แก้งกังวาล. ความสัมพันธ์และทัศนคติของเด็กไทยพุทธต่อผู้ใหญ่นุ่มสาวและสูงอายุ. ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.

โสภารณ วัฒนรัตน์. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสาคร. ปรินญา นิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.

สมจิต หนูเจริญกุล และพิกุล วิญญาเจือก. “การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดและความพึงพอใจต่อพยาบาล,” พยาบาลสาร, 18 หน้า 1-7; มกราคม-มีนาคม 2534.

สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต. ปรินญา นิพนธ์ กศ.ด., กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.

สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (บรรณาธิการ) กระบวนการพยาบาลทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 8 ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์, 2537.

สุรกุล เจนอบรม. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. รายงานการวิจัยเรื่องการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ม.ป.ป.

สุวิมล พนาวัฒน์กุล. อัตมโนทัศน์ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. ปรินญานิพนธ์ วท.ม., กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.

อรทิพย์ ดันสกุล. “ผู้สูงอายุ : ผู้ให้และผู้รับบริการแก่สังคม,” คู่มือปฏิบัติสุขภาพผู้สูงอายุ 25. ฉบับพิเศษขนรับปีสุขภาพผู้สูงอายุ, 2525.

อารมณ วุฒิพุกษ์ และคณะ. การศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง. รายงานการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529, 2530, 2531.

อารีย์ เขียวประมุข. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2524. อัดสำเนา.

- อินทรา ปัทมินทร แปลและเรียบเรียง. สร้างสุขกับงาน (ศิลปะในการทำงานที่ตนเองรักและรักงานที่ตนเองทำ). กรุงเทพมหานคร : บริษัทเวิลด์การพิมพ์จำกัด, พ.ศ. 2537.
- อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม. วัง...สู่ชีวิตใหม่. กรุงเทพมหานคร : เอช.เอน. การพิมพ์, 2528.
- อุตตราพร บุณนาค. ปัญหาและความต้องการของคนชรา ในสถานสงเคราะห์คนชรารับบางแค. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยนพนธ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2518. อัดสำเนา.
- อุบล นิวัติชัย. “ความหวังและบทบาทของพยาบาล,” เอกสารการสอนชุดวิชากรณีเลือกสรร การพยาบาลมารดาทารกและการพยาบาลจิตเวช. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2532.

- Anderson, John Richard. “The Role of Hope in Appraisal, Goal Setting, Expectancy about Future Success and Coping,” Dissertation Abstracts. DAI-B, 50/02 : 740; Aug 1989.
- Beck, C.M. Rawlins, R.P. and Williams, S.R. “A Holistic Life Cycle Approach,” Mental Health-Psychiatric Nursing. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1984.
- Bloemer, Luara Cravan. “Relationship between Hope and Coping in Families of Patients Admitted to the Intensive Care unit,” Dissertation Abstracts. MAI, 30/01: 93; Spring 1992.
- Brandt P.A. and Weinert C. “The PRO-a Social Support Measure,” Nursing Research. 30: 277-280 ; September/October 1980.
- Casper, Tracy Daniels. “The Relationship between Social Support, Hope and the Immune Response in Patients with AIDS,” Dissertation Abstracts. MAI, 29/03: 430; Fall 1991.
- Curl, Eileen Deges. “Hope in Elderly : Exploring the Relationship between Psychological Development Residual and Hope,” Dissertation Abstracts. DAI-B , 53/04:1782; Oct 1992.
- Erikson, E. Identify : Youth and Crisis. New York : Norton, 1968.
- Field, D. and M. Minkler. “Continuity and Change in Social Support between Young-Old and Old-Old or Very Old Age,” Journal of Gerontology. 43 : 100-106 ; 1988.
- Gast H., et al. “Self-Care Agency : Conceptualizations and Operationalizations,” Advances in Nursing Science. 12(1): 26-38; 1989.
- Gilbert, S.B. “Health Promotion for Older American,” Health Values. Vol 10: 38-46; May/June, 1986.

- Hall, D.A. The Aging of Connective Tissue. New York : Academic Press, 1976.
- Hall, C.S. and G. Lindzey. Theories of Personality. 2nd ed. New York : John and Sons Inc., 1970.
- Hanucharunkul, S. Social Support, Self-Care and Quality of Life in Cancer Patient Receiving Radiotherapy in Thailand. Unpublished Doctoral Dissertation, Wayne State University, Detroit. Michigan, 1988.
- Jacobson, Ann Pillar. 'Hope and Aids,' Dissertation Abstracts. DAI-B, 52/11:p.6086; May, 1992.
- Joseph, L.S. "Self-Care and Nursing Process," Nursing Clinic of North America. 15: March, 1980.
- Neufelde, V. and Guralnik, D. Webster's New World Dictionary. Third College edition, New York : Prentice Hall, 1994.
- Neugarten, B.L. "Personality and Aging," Handbook of the Psychology of Aging. p. 625-649 New York : J.E. Birren and K.W. Schaie (Eds.) Van Nostrand Reinhold, 1977.
- Neugarten, B.L. "Age Groups in American Society and the Rise of the Young-Old," The Annals of the American Academy of Political and Social Science. 415 : 187-198 ; 1974.
- Neugarten, B., Havighurst, R.J., and Tobin S.S. in B.L. Neugarten (Ed.) , Personality and Patterns of Aging in Middle and Aging. p.173-177 Chicago : University of Chicago Press, 1968.
- Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 3rd ed. New York : Mc.Graw-Hill Book Company, 1980.
- Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice 3rd ed. New York : Mc.Graw-Hill Book Company, 1985.
- Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 4th ed. New York : Mc.graw-Hill Book Company, 1991.
- Pender N.J. Health Promotion in Nursing Practice, Norwalk : Appleton-Cenjury Crafts, 1982.
- Phipp. W.J., and Other. "Concepts and Clinical practice," Medical and Surgical Nursing. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1983.

- Rawlins, Ruth Parmelee. "The Relationship among Hope/Hopeless, Self-Esteem, Perceived Social Support, and Life Events in Adolescents," Dissertation Abstracts. DAI-B, 52/06: 2987; Dec, 1991.
- Roberts, S.L. Behavior Concepts and the Critical Ill Patient. New York : Prentice-Hall Inc., 1976.
- Yarcheski, A, Scolovens M.A. and Mahon N. "Social Support and Well-being in Adolescents : the Mediating Role of Hopefulness," Nursing Research. Vol.43, No.5: 288-292; Sept/Oct, 1994.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ความหวังในชีวิตและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ทั้ง 3 ส่วน ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และเป็นผู้เขียนเครื่องหมาย / ลงใน
ช่องว่างที่กำหนดไว้ ตามคำตอบของผู้ให้สัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ ☐ 60 - 64 ปี ☐ 65 - 69 ปี
3. การศึกษา ☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ
☐ ระดับประถมศึกษา
☐ ระดับมัธยมศึกษา
☐ ระดับอาชีวศึกษา - อุดมศึกษา
4. สถานภาพสมรส ☐ มีคู่ และอยู่ด้วยกัน
☐ มีคู่ แต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน
☐ ไม่มีคู่
5. เศรษฐกิจ ☐ รายได้ไม่พอจากรายจ่าย
☐ รายได้เพียงพอจากรายจ่าย
☐ รายได้มากกว่ารายจ่าย
6. สถานภาพในครอบครัว ☐ เป็นเจ้าของบ้าน
☐ เป็นผู้อาศัย

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ระดับความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อความ	เป็นความจริงมากที่สุด	เป็นความจริงปานกลาง	เป็นความจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นความจริงเลย
1. ท่านต้องการให้มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่ดีขึ้น				
2. ท่านคิดว่าความเป็นอยู่ทุกวันนี้ท่านมีความสุขดีตามอัธยาศัยของท่าน				
3. ท่านคิดว่าการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของท่านในขณะนี้ จะช่วยให้ท่านมีสุขภาพดีขึ้นในอนาคต				
4. ท่านคิดว่าการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพของท่านขณะนี้ จะทำให้คนอื่น ๆ ในครอบครัวมีความสุขไปด้วย				
5. ท่านคิดว่าแพทย์และพยาบาลจะต้องดูแลท่านอย่างใกล้ชิดเมื่อท่านเข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล				
6. ท่านคิดว่าสมาชิกในครอบครัวและญาติสนิทจะให้ความช่วยเหลือท่าน เมื่อท่านช่วยตัวเองไม่ได้				
7. ท่านคิดว่าสมาชิกในครอบครัว ญาติสนิทและเพื่อน ๆ จะช่วยเป็นกำลังใจให้ท่านได้เมื่อท่านต้องการ				
8. ท่านคิดว่าญาติสนิทและเพื่อน ๆ จะให้ความช่วยเหลือในด้านการเงินเมื่อมีความจำเป็น				

ข้อความ	เป็นความจริงมากที่สุด	เป็นความจริงปานกลาง	เป็นความจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นความจริงเลย
9. ท่านเลือกที่จะมีชีวิตอยู่ด้วยตัวของท่านเองถึงแม้จะต้องประสบความลำบาก				
10. ท่านเลือกวิธีการรักษาที่ดีที่สุดเพื่อให้มีชีวิตอยู่อย่างปลอดภัย				
11. ท่านคิดว่าท่านสามารถปฏิบัติงานได้ดีกว่าเดิม หรือดีที่สุดกว่าผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน				
12. ท่านคิดว่า ท่านยังมีโอกาสที่จะทำในสิ่งที่ต้องการเกี่ยวกับหน้าที่การงานและครอบครัว				
13. ท่านเข้ารับการตรวจ - รักษาสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพราะท่านปรารถนาให้มีอายุยืน				
14. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล เพื่อที่จะช่วยให้ท่านสุขสบายและไม่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น				
15. ท่านปรารถนาที่จะเป็นคนมีสุขภาพดีปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ				
16. ท่านยังคิดหาวิธีที่จะทำให้ตนเองมีความสุขสบายขึ้นอยู่เสมอ				
17. ท่านเชื่อว่าแพทย์และพยาบาลมีความสามารถสูงในการดูแลช่วยเหลือ เมื่อท่านเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษา				
18. ท่านเชื่อว่าแพทย์และพยาบาลจะช่วยเหลือท่านอย่างเต็มที่เมื่อท่านเจ็บป่วยและอาการน่าเป็นอันตราย				

ข้อความ	เป็นความจริงมากที่สุด	เป็นความจริงปานกลาง	เป็นความจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นความจริงเลย
19. ท่านคิดว่าสมาชิกในครอบครัวของท่านมีความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือดูแลท่าน เมื่อท่านเจ็บป่วยอยู่ที่บ้าน				
20. ท่านพยายามที่จะปฏิบัติตนเองให้ถูกต้อง เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยและอันตรายต่อสุขภาพ				
21. ท่านมีความพร้อมเสมอที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ เมื่อมีอายุสูงขึ้น				
22. ท่านยังคงปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อความมีสุขภาพดีในวันข้างหน้า				
23. ท่านพอใจที่ตนเองมีความอดทนต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้ท่านขาดความสุข				
24. ท่านพร้อมที่จะทำให้สิ่งใหม่ ๆ ที่จะช่วยให้ท่านมีสุขภาพดี และอายุยืน				

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการเล่นเองของผู้สูงอายุ

ข้อความ	ทำทุกวัน	ทำบ่อย ครั้ง	ทำนาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยทำ
1. ท่านอยู่ในบ้านเรือนที่มีอากาศถ่ายเท สะดวกไม่แออัด				
2. ท่านปฏิเสธการสูบบุหรี่ และไม่อยู่ ใกล้คนที่สูบบุหรี่				
3. ท่านไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
4. ท่านเอาใจใส่สุขภาพของตนเองเมื่ออายุมากขึ้น				
5. ท่านเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบทั้ง 5 หมู่				
6. ท่านรับประทานอาหารบำรุงหรืออาหารเสริม ให้ร่างกายแข็งแรง				
7. ท่านชอบรับประทานอาหารชนิดเดียวกันซ้ำ ๆ				
8. ท่านรับประทานอาหารจำพวก ผัก ผลไม้ เป็นส่วนใหญ่				
9. ท่านดื่มนมช่วยให้กระดูกแข็งแรง				
10. ท่านดื่มน้ำสะอาดวันละ 6 - 8 แก้ว				
11. ท่านถ่ายอุจจาระเป็นเวลาสม่ำเสมอ				
12. ท่านแก้ไขอาการท้องผูกด้วยการรับประทาน อาหารที่ช่วยระบายท้อง				
13. ท่านแก้ไขอาการท้องผูกโดยการให้ยาระบาย หรือสวนอุจจาระ				
14. ท่านดูแลความสะอาด เล็บมือ เล็บเท้า และตัดให้สั้น				
15. ท่านใช้ครีมหรือโลชั่นทาผิวที่แห้งแตกตาม มือ แขน ขา เท้า				
16. ท่านงีบหลับ ในเวลากลางวันนานประมาณ 20 - 30 นาที				
17. ในเวลากลางคืนท่านนอนหลับดี โดยไม่ ต้องใช้ยานอนหลับช่วย				

ข้อความ	ทำทุกวัน	ทำบ่อย ครั้ง	ทำนาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยทำ
18. ท่านสังเกตความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในตัวท่านเอง				
19. ท่านสนใจหาความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพของท่านจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ หนังสือ วิทยุ โทรทัศน์				
20. ท่านใช้เวลาว่างในการพักผ่อนด้วยการดู โทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ ปลูกต้นไม้				
21. ท่านออกกำลังกายโดยวิธี เดิน ว่ายน้ำ วิ่งเหยาะ ๆ ภายหลังบริหาร เล่นกีฬา				
22. ท่านควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน หรือ ผอมเกินไป				
23. ท่านชอบทำกิจกรรมนอกบ้านร่วมกับญาติ หรือ เพื่อน				
24. ท่านวางแผนการทำงานให้เสร็จทันเวลา โดยไม่รีบเร่งหรือหักโหม				
25. ท่านสวดมนต์หรือนั่งสมาธิช่วยให้จิตใจ สงบ				
26. ท่านไปตรวจสุขภาพกับแพทย์ตามนัด เสมอ				

ภาคผนวก ข.
แสดงค่าสถิติของเครื่องมือ

ค่าอำนาจจำแนก (Correlation) ของแบบสัมภาษณ์ความหวังในชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อ	r	ข้อ	r
1	.2191	13	.0527
2	.1668	14	.3651
3	.5430	15	.2929
4	.3967	16	.1061
5	.4145	17	.3828
6	.4261	18	.4036
7	.3567	19	.3669
8	.2002	20	.2494
9	.1661	21	.2245
10	.2434	22	.2663
11	.1183	23	.2636
12	.3120	24	.0959

ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา

(Alpha - Coefficient) เท่ากับ .7676

ค่าอำนาจจำแนก (Correlation) ของแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้สูงอายุ

ข้อ	r	ข้อ	r
1	.2864	14	.4970
2	.4192	15	.3097
3	.2113	16	.0104
4	.3801	17	.0119
5	.3134	18	.4785
6	.2405	19	.4116
7	.2470	20	.4878
8	.3419	21	.3974
9	.4878	22	.3884
10	.4075	23	.1475
11	.3030	24	.4119
12	.3216	25	.3162
13	.0917	26	.2944

ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา

(Alpha - Coefficient) เท่ากับ .7676

ภาคผนวก ค.
การสเคราะห์คนชรา
ชมรมผู้สูงอายุ

การสงเคราะห์คนชรา
ของ
กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงมหาดไทย

รัฐบาลได้กำหนดนโยบายที่สำคัญประการหนึ่งในอันที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี มีคุณภาพ และดำรงชีพอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข รัฐบาลได้เห็นความสำคัญ และความจำเป็นของการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ เพราะเป็นผู้ที่มีส่วนรับผิดชอบในการช่วยเหลือบ้านเมือง ในฐานะคนหนุ่มสาวในอดีต ฉะนั้นจึงสมควรได้ทดแทนคุณงามความดี เมื่อบุคคลเหล่านี้ไม่สามารถช่วยตนเองได้ เป็นแห่งแรกในปี พ.ศ.2496 คือ บ้านบางแค วัตถุประสงค์ของการสงเคราะห์คนชรา มีดังนี้คือ

1. เพื่อให้การสงเคราะห์คนชราที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน ยากจน ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้
2. เพื่อให้บริการแก่คนชราที่อยู่กับครอบครัวของตน แต่มีความต้องการรับบริการสงเคราะห์คนชราบางอย่าง เช่น การรักษาพยาบาล กายภาพบำบัด นันทนาการ
3. เพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัวผู้มีรายได้น้อย หรือยากจนที่ไม่สามารถจะอุปการะเลี้ยงดูคนชราไว้ในครอบครัวได้
4. เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวอันเกี่ยวกับคนชรา ไม่ให้เร่ร่อนทำความเดือดร้อนรำคาญแก่สังคม และให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างผาสุกตามสมควรแก่อัธยาศัย
5. เพื่อเป็นการตอบแทนคุณความดีที่คนชราได้ทำประโยชน์ให้แก่ประเทศชาติ
6. เพื่อผู้สูงอายุจะได้คลายวิตกกังวลเมื่อชราภาพ ไม่สามารถประกอบอาชีพต่อไปได้ แล้วทางรัฐบาลมีหน้าที่จะเป็นผู้อุปการะเลี้ยงดูต่อไป

ประเภทของการสงเคราะห์คนชรา

การสงเคราะห์คนชราของกรมประชาสงเคราะห์ได้ให้บริการเป็น 2 ประเภท ดังนี้คือ

1. การสงเคราะห์คนชราภายใน ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2496 จนถึงปัจจุบัน มีสถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 12 แห่ง โดยรับคนชราที่มีความทุกข์ยากเดือดร้อนตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ การสงเคราะห์ประเภทนี้ ได้แยกเป็น 3 ประเภทคือ

1.1 ประเภทสามัญ ให้การอุปการะเลี้ยงดู โดยไม่เสียค่าบริการใด ๆ อาศัยอยู่รวมกันห้องละหลายคน ชายหญิงไม่ปะปนกัน

1.2 ประเภทเสียค่าบริการ จัดให้อยู่ในห้องพักคนชรา ชำระค่าบริการประเภทเตียงเดี่ยว อัตราคนละ 550.- บาทต่อเดือน ประเภทเตียงคู่ อัตรา 1,060.- บาทต่อเดือน มีเฉพาะที่สถานสงเคราะห์คนชรabanบางแคแห่งเดียว จำนวน 40 ห้อง

1.3 ประเภทพิเศษ โดยปลูกบ้านอยู่เองตามแบบแปลนที่กรมประชาสงเคราะห์กำหนด ในที่ดินของสถานสงเคราะห์ โดยทำสัญญาปลูกสร้างเสร็จ แล้วยกกรรมสิทธิ์ให้ทางราชการ และผู้ปลูกสร้างอยู่อาศัยได้จนตลอดชีวิต ขณะนี้มีที่สถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์ จ.อยุธยา เพียงแห่งเดียว ราคาหลังละ 420,000 - 650,000 บาทขึ้นไป ติดต่อบริษัทได้ที่สถานสงเคราะห์ดังกล่าว

การจัดบริการสวัสดิการต่าง ๆ ให้แก่คนชราที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ได้รับจากเงินงบประมาณประจำปี และการสนับสนุนจากภาคเอกชน ดังนี้คือ

1. ให้บริการเลี้ยงดูด้วยอาหาร 3 มื้อ
2. เสื้อผ้า เครื่องนอน เครื่องใช้ประจำตัว ตามความจำเป็น และเหมาะสม
3. ให้บริการตรวจสอบสุขภาพทั่วไป การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย และการรักษาด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู
4. บริการให้คำปรึกษา และแก้ไขปัญหาด้านทางอารมณ์ จิตใจ และการปรับตัว โดยนักสังคมสงเคราะห์
5. บริการจัดกิจกรรมนันทนาการ งานรื่นเริงในวันนักขัตฤกษ์ต่าง ๆ รวมทั้งภาคเอกชน และหน่วยงานต่าง ๆ ภายนอกสถานสงเคราะห์ได้มาจัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่คนชรา
6. บริการด้านศาสนกิจ สนับสนุนให้คนชราประกอบพิธีทางศาสนาตามลัทธิที่ตนนับถือ
7. บริการฌาปนกิจศพให้คนชราที่ไม่มีญาติ

2. การสงเคราะห์คนชราภายนอก เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2522 เนื่องจากเห็นว่าปัจจุบันคนชราที่มีจำนวนมากขึ้น การสงเคราะห์ภายในสถานสงเคราะห์มีค่าใช้จ่ายสูงมาก และเพื่อเป็นการส่งเสริมให้คนชราได้ดำรงชีวิตอยู่มีความสุข และอบอุ่นในบ้านปลายชีวิตอยู่กับครอบครัว

กรมประชาสงเคราะห์ได้จัดตั้งศูนย์บริการคนชราขึ้นแล้ว จำนวน 9 แห่ง การดำเนินงานศูนย์จะจัดขึ้นเอง และได้ขอความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐบาลและเอกชน กิจกรรมที่ได้จัดให้มีดังนี้ คือ

1. บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป สัปดาห์ละ 2 วัน
 2. การตรวจรักษาทางกายภาพบำบัด และฟื้นฟูสมรรถภาพ สัปดาห์ละ 5 วัน
 3. ให้คำปรึกษาหารือแก่ผู้สูงอายุ ตลอดจนสมาชิกคนอื่นในครอบครัว เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว และปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในครอบครัว
 4. บริการด้านออกกำลังกาย การเล่นเกม การพักผ่อนหย่อนใจ การนันทนาการ การทำงานอดิเรก ทัศนางร ตลอดจนกิจกรรมทางศาสนา และห้องสมุด
 5. บริการหน่วยเคลื่อนที่ ออกไปเยี่ยมเยียนให้คำปรึกษา ช่วยเหลือผู้สูงอายุตามบ้าน
 6. บริการบ้านพักฉุกเฉิน เพื่อให้การช่วยเหลือคนชราที่ประสบปัญหาเดือดร้อนทางด้านจิตใจกับครอบครัว ต้องการแยกตัวออกมาชั่วคราว ผู้สูงอายุจากต่างจังหวัดที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร และไม่มีที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานคร หรือได้รับการรักษาแล้วรอญาติรับกลับ ผู้สูงอายุที่รอเข้าสถานสงเคราะห์ รวมทั้งผู้สูงอายุจากต่างจังหวัดที่เข้ามาติดต่อยุติกรกิจ หรือทำกิจกรรมในกรุงเทพมหานคร การเข้าพักที่บ้านพักฉุกเฉินนี้เป็นการพักอาศัยชั่วคราวไม่เกิน 15 วัน โดยให้บริการปัจจัย 4 และบริการทางด้านสังคมสงเคราะห์
- ผู้สูงอายุสามารถขอรับบริการได้ที่ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง และศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุลพบุรี

คุณสมบัติของคนชราที่ขอรับบริการ

1. สำหรับคนชราที่จะขอเข้ารับการสงเคราะห์ในสถานสงเคราะห์ ได้กำหนดคุณสมบัติไว้ดังนี้
 - 1.1 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ตั้งแต่ 7 มกราคม 2537)
 - 1.2 ไม่มีโรคเรื้อน หรือโรคติดต่ออันตราย
 - 1.3 ไม่พิการทุพพลภาพ หรือจิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ
 - 1.4 ต้องมีความจำเป็นอย่างใดอย่างหนึ่ง
 - 1) มีความเดือดร้อนทุกข์ยาก ไม่มีผู้อุปการะ ชาติที่อยู่อาศัย
 - 2) มีที่อยู่อาศัย แต่ขาดผู้ดูแล และให้ความช่วยเหลือ
 - 3) ไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้
2. สำหรับผู้สูงอายุที่จะขอเข้าใช้บริการที่บ้านพักฉุกเฉิน ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ ได้กำหนดคุณสมบัติไว้ดังนี้
 - 2.1 ผู้สูงอายุหญิงมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุชายต้องมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป

2.2 ต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นโรคติดต่อ สามารถช่วยเหลือตนเองได้
ในกิจวัตรประจำวัน

2.3 เป็นผู้สูงอายุจากต่างจังหวัด เข้ามาทำธุระในกรุงเทพมหานคร

2.4 ผู้สูงอายุที่บุตรหลานไปทำธุระที่อื่นไม่มีเวลาดูแล นำมาฝากไว้ชั่วคราว

2.5 ผู้สูงอายุต่างจังหวัดที่มีปัญหาทางร่างกาย ต้องเข้ารับการตรวจรักษาจาก
โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร แต่ไม่ถึงขั้นต้องนอนโรงพยาบาล และมีความสามารถช่วยเหลือ
ตนเองได้ในการเดินทางไปตรวจรักษา

2.6 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ ต้องการอยู่ห่างจากจากครอบครัวชั่วคราว
ระหว่างรอส่งไปยังสถานสงเคราะห์

หลักฐานในการขอรับการสงเคราะห์

1. สำเนาทะเบียนบ้าน หรือบัตรประชาชน
2. ผลเอ็กซเรย์ปอด

วิธีขอรับการสงเคราะห์

1. ส่วนกลางหรือกรุงเทพมหานคร ติดต่อได้ที่ศูนย์สงเคราะห์ช่วยเหลือประชาชนใน
ปัญหาทางสังคม ซึ่งอยู่ภายในบริเวณกรมประชาสงเคราะห์ ศูนย์ฯ จะส่งเรื่องไปยังกองสวัสดิการ
สงเคราะห์ เพื่อพิจารณารับเข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ต่อไป

หรือสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ฝ่ายสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์ โทร.2814157
และ 2824817 ได้ทุกวัน และเวลาราชการ

2. ส่วนภูมิภาคหรือในต่างจังหวัด ติดต่อได้ที่ทำการประชาสงเคราะห์ทุกจังหวัดใน
บริเวณศาลากลางจังหวัด หรือในจังหวัดที่มีสถานสงเคราะห์คนชราตั้งอยู่ ให้ติดต่อโดยตรงที่สถาน
สงเคราะห์

3. สำหรับผู้สูงอายุที่หน่วยราชการ และเอกชนส่งตัวเข้ารับการสงเคราะห์จะได้พิจารณา
ตามความเดือดร้อน และจำเป็นราย ๆ ไป

การพิจารณาให้การสงเคราะห์

1. รับคำร้องและใบสมัครจากคนชราหรือผู้ฝาก หรือผู้นำส่ง
2. นักสังคม หรือเจ้าหน้าที่ประชาสงเคราะห์ ทำการสัมภาษณ์สอบข้อเท็จจริงตามแบบ
ที่กำหนดไว้ เขียนแผนที่ทางเข้าบ้าน

3. เยี่ยมบ้านผู้ร้อง และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตรวจสอบฐานะความเป็นอยู่ของครอบครัวผู้ร้อง สอบมูลเหตุของปัญหาความเดือดร้อน
4. พิจารณาหลักฐานต่าง ๆ เช่น ผลเอ็กซเรย์ปอด สำเนาทะเบียนบ้าน หรือบัตรประจำตัวประชาชน คำรับรองของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง
5. พิจารณาให้ความช่วยเหลือส่งเข้าสถานสงเคราะห์ หากมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ หรือส่งไปหน่วยงานอื่นตามความเหมาะสมต่อไป
6. ในส่วนกลางอธิบดีกรมประชาสงเคราะห์เป็นผู้พิจารณาอนุญาตให้เข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์ ในส่วนภูมิภาคคณะกรรมการการสงเคราะห์คนชราประจำจังหวัดเป็นผู้พิจารณาคุณสมบัติ และหลักฐานตามใบสมัครแล้วมีอำนาจส่งผู้สมัครเข้าสถานสงเคราะห์คนชรา

สถานสงเคราะห์คนชราของกรมประชาสงเคราะห์ 14 แห่ง

1. สถานสงเคราะห์คนชรabanบางแค กรุงเทพมหานคร
2. สถานสงเคราะห์คนชรabanธรรมปกรณ วัดม่วง นครราชสีมา
3. สถานสงเคราะห์คนชรabanธรรมปกรณ จังหวัดเชียงใหม่
4. สถานสงเคราะห์คนชรabanธรรมปกรณ โพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา
5. สถานสงเคราะห์คนชรabanบางละมุง จังหวัดชลบุรี
6. สถานสงเคราะห์คนชรabanทักษิณ จังหวัดยะลา
7. สถานสงเคราะห์คนชรabanเขาบ่อแก้ว จังหวัดนครสวรรค์
8. สถานสงเคราะห์คนชรabanจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี
9. สถานสงเคราะห์คนชรabanอุทอง-พนังดัก จังหวัดชุมพร
10. สถานสงเคราะห์คนชรามหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม
11. สถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศน์ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
12. สถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดนครปฐม
13. สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์ จังหวัดเชียงใหม่
14. สถานสงเคราะห์คนชรabanภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต

ศูนย์บริการคนชรา 8 แห่ง

1. ศูนย์บริการคนชรabanบางแค กรุงเทพมหานคร
2. ศูนย์บริการคนชราโพธิ์กลาง จังหวัดนครราชสีมา
3. ศูนย์บริการคนชรabanทักษิณ จังหวัดยะลา

4. ศูนย์กายภาพบำบัดผู้สูงอายุภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่
5. ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง กรุงเทพมหานคร
6. ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุลพบุรี จังหวัดลพบุรี
7. ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุศรีสุคต จังหวัดพิษณุโลก
8. ศูนย์ผู้สูงอายุปิยะมัลย์ เชียงใหม่

ชมรมผู้สูงอายุ

ในประเทศไทย ชมรมผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมทางสังคมอย่างหนึ่งที่รัฐได้จัดให้กับผู้สูงอายุ โดยเริ่มก่อตั้งครั้งแรกเมื่อ วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ.2506 โดยพระยาบริรักษ์เวชกร และคณะกรรมการมูลนิธิวิจัยประสาท ในพระบรมราชูปถัมภ์ได้เล็งเห็นความสำคัญที่จะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ ดังนั้นชมรมผู้สูงอายุแห่งแรกจึงตั้งขึ้นในโรงพยาบาลประสาท พญาไท และค่อยแผ่ขยายไปยังจังหวัด และกระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ

ชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่จัดตั้งขึ้นมักจะอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ตามกระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ จึงได้เปรียบผู้สูงอายุในต่างจังหวัด ซึ่งอยู่ในเขตอำเภอ ในหมู่บ้าน ซึ่งไม่มีใครดูแล การเดินทางมารับบริการในเมืองจึงควรที่จะตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในหมู่บ้าน เมื่อปี พ.ศ.2527 ได้มีการทดลองจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น 5 หมู่บ้าน ใน 7 จังหวัดคือ ภาคกลาง 2 แห่ง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ภาคละ 1 แห่ง ซึ่งก็เป็นไปได้ด้วยดี ทั้งนี้เพราะว่าในหมู่บ้านหนึ่งมีผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประมาณ 30 - 40 คน โดยเฉลี่ยและที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุในหมู่บ้านมีสถานภาพทางเศรษฐกิจ การเมือง ความรู้ใกล้เคียงกัน และแกนนำที่ดีที่สุดคือ เจ้าอาวาส โดยมีวัดเป็นศูนย์กลางของชมรม ต่อมาหลังจากที่ทดลองจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น 5 แห่งแล้ว ได้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เพราะตระหนักถึงประโยชน์ที่ทั้งสมาชิก และหมู่บ้านจะได้รับ (บรรลุ ศิริพานิช 2529 : 66)

ศาสตราจารย์เทพ ไสยานนท์(2529 : 70 - 71) ได้ให้ความเห็นว่า ปัจจุบันผู้สูงอายุได้รวมตัวกันจัดตั้งเป็นชมรมมากขึ้น ซึ่งถ้าพิจารณาลักษณะสมาชิกก็อาจแบ่งชมรมผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม

1. กลุ่มข้าราชการผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มนี้บางคนส่วนใหญ่ยังสามารถประกอบอาชีพตามความรู้ ความสามารถที่ปฏิบัติราชการมาในอดีตได้ หรือประกอบอาชีพอื่นที่ควบคู่ไปขณะปฏิบัติราชการ เพราะฉะนั้นกลุ่มนี้จึงมีเวลาว่างน้อย แต่ก็มียู่บ้างที่บางคนเกษียณอายุแล้วไม่ได้ประกอบอาชีพอะไรเลย

2. กลุ่มที่มีอาชีพส่วนตัว เช่น ธุรกิจ ค้าขาย บริษัทต่าง ๆ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ถึงแม้จะมีวัยสูงอายุ แต่ก็ยังมีบทบาท หรือดำเนินการต่อเนื่องกันอยู่ตลอดเวลา ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอาชีพ หรือมีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากหลังจากได้เกษียณอายุแล้ว จึงนับว่าเป็นส่วนสำคัญที่เป็นกำลังในการจัดตั้งชมรมเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการเงิน หรือปัจจัยอื่น ๆ

3. กลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ ที่กล่าวมาแล้ว ส่วนมากจะไม่ค่อยมีความรู้ เป็นพวกชาวบ้าน ชาวไร่ ชาวนา เมื่ออย่างเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว กำลังวังชาก็ลดถอยลง จึงไม่ค่อยได้ทำงานอะไรเป็นส่วนใหญ่ เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุในกลุ่มนี้จึงมักมีปัญหาในการดำรงชีวิตในวัยสูงอายุและต้องการความช่วยเหลือจากสังคมแทบทุกบ้าน

ในปัจจุบันกลุ่มผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครที่มีการรวมกันเป็นชมรม ซึ่งปรากฏชื่อที่กรมประชาสัมพันธ์มีอยู่ 11 ชมรมด้วยกัน คือ

1. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
2. ชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง
3. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ
4. ชมรมที่ปรึกษาอาวุโส
5. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสงฆ์
6. ชมรมผู้สูงอายุมูลนิธิวิจัยประสาท โรงพยาบาลประสาท
7. ชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร
8. สมาคมข้าราชการบำนาญมหาดไทย
9. ชมรมผู้สูงอายุลาดกระบัง
10. ชมรมข้าราชการบำนาญสำนักพระราชวัง
11. ชมรมผู้สูงอายุศูนย์บริการสาธารณสุข 29 ช่วง นุชเนตร

ในจำนวน 11 ชมรมนี้ ชมรมที่มีการร่วมตัวค่อนข้างเป็นกลุ่มใหญ่มี 5 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุแห่งโรงพยาบาลประสาท พญาไท ชมรมผู้สูงอายุแห่งโรงพยาบาลสงฆ์ สมาคมข้าราชการบำนาญกระทรวงมหาดไทย สมาคมข้าราชการบำนาญทหาร และชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร

ในด้านบทบาท และวัตถุประสงค์ของชมรมผู้สูงอายุนั้น นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช (2529 : 74) กล่าวว่า บทบาทที่ชมรมผู้สูงอายุที่ควรจะทำคือ

1. พัฒนาตนเอง

1.1 พัฒนาร่างกายให้แข็งแรง

1.2 พัฒนาจิตใจให้มีจิตใจผ่องใส

1.3 พัฒนาความรู้ต้องหาความรู้ใส่ตัว โดยเฉพาะเรื่องการเมือง เพื่อรักษา

ผลประโยชน์ของผู้สูงอายุ เช่น การออกกฎหมายด้านสวัสดิการของผู้สูงอายุ

2. พัฒนาสังคม ชมรมผู้สูงอายุจะต้องเป็นแกนในเรื่องศาสนา วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียม

สรุปแล้ววัตถุประสงค์ของชมรมผู้สูงอายุที่มีร่วมกันคือ

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ให้แก่สังคมตามความสามารถของแต่ละบุคคล

2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการตามความจำเป็น

3. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาตนเองไปในทางที่ถูกต้อง

จะเห็นได้ว่า ชมรมผู้สูงอายุมีส่วนช่วยรักษาบทบาททางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ ทั้งเป็นผู้ได้รับและผู้ให้ แต่บทบาทการเป็นผู้ให้นั้นมีความหมายแก่ผู้สูงอายุมากกว่าเป็นผู้รับ ชมรมผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีกิจกรรมทางสังคมอยู่ ไม่ละทิ้งสังคมเสียทีเดียว จึงน่าจะมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุในชมรมมีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่นอกชมรม ซึ่งสอดคล้องกับคำอธิบายตามทฤษฎีกิจกรรม แต่ขณะเดียวกันบทบาทของชมรมผู้สูงอายุก็ขัดแย้งกับคำอธิบายและข้อเสนอแนะตามทฤษฎีไร้อาระผูกพัน

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวรวมจิต สุนทราภิรมย์สุข
เกิดวันที่	30 ตุลาคม 2485
สถานที่เกิด	จังหวัดนครราชสีมา
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 15/8 หมู่ 3 ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพ (ด้านการสอน) ระดับ 8 รองผู้อำนวยการ (ฝ่ายบริหารงานทั่วไป)
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2504	มัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนดอนเมือง “ทหารอากาศบำรุง” กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2508	ประกาศนียบัตรพยาบาล ผดุงครรภ์ และอนามัย จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
พ.ศ. 2511	อนุปริญญาพยาบาลสาธารณสุข จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2521	ศิลปศาสตรบัณฑิต (พยาบาล) จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พ.ศ. 2539	การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร