

สุขภาพจิตกับทัศนคติต่อความรักและความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ

สารนิพนธ์
ของ
อรุณี ลออวิไล

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2550

สุขภาพจิตกับทัศนคติต่อความรักและความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ

สารนิพนธ์
ของ
อรุณี ลออวิไล

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2550

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความสามารถอย่างสูงจาก รองศาสตราจารย์ ดร.นवलลออ สุภาผล อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ความเอาใจใส่ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆ ในการทำวิจัย ตลอดจนให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา ข้าพเจ้ารู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ และขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ประณต เค้าฉิม ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัฒนา ศรีสัตย์วาจา กรรมการบริหารหลักสูตร ซึ่งเข้าร่วมเป็นกรรมการสอบ สารนิพนธ์ฉบับนี้พร้อมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำและข้อเสนอแนะอันมีค่ายิ่งในการจัดทำสารนิพนธ์ ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ในภาควิชาจิตวิทยาพัฒนาการทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้และพัฒนารูปแบบการคิด ทำให้ผู้วิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตและการทำงาน

กราบขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการกรอกแบบสอบถามซึ่งเป็นผลให้ เครื่องมือวิจัยมีความสมบูรณ์และเป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบรำลึกถึงพระคุณบิดา มารดา ที่เป็นผู้จุดประกายให้ข้าพเจ้าสนใจ ศึกษาระดับมหาบัณฑิตและช่วยเหลือสนับสนุนทุนการศึกษาตั้งแต่ต้นจนจบ ตลอดจนสมาชิกใน ครอบครัวทุกคนที่ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยในการศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงได้ ขอขอบคุณค่าและประโยชน์ จากสารนิพนธ์ฉบับนี้ แต่บิดาและมารดาของผู้วิจัย ตลอดจนครูอาจารย์ทุกท่านที่มีส่วนร่วมสร้าง พื้นฐานการศึกษาให้แก่ผู้วิจัย

อรุณี ลออวิไล

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	5
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	5
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะของตัวแปร.....	8
นิยามปฏิบัติการตัวแปร.....	9
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	11
สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
เอกสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	15
เอกสารเกี่ยวกับทัศนคติ.....	30
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีวสังคม กับทัศนคติต่อความรัก.....	35
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีวสังคม กับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ.....	50
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต.....	54
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตต่อความรักของผู้สูงอายุ.....	60
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ.....	63
3 วิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	65
การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	65
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	65
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	72
การจัดกระทำวิเคราะห์ข้อมูล.....	72

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	74
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
ผลการศึกษาค้นคว้า.....	76
5 สรุปผล อภิปรายผล ข้อเสนอแนะ.....	92
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	92
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	92
การดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	95
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	96
อภิปรายผล.....	98
ข้อเสนอแนะ.....	105
บรรณานุกรม.....	106
ภาคผนวก.....	122
ประวัติผู้วิจัย.....	129

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรชีวิตสังคม.....	76
2 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรเพศ.....	78
3 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรอายุ.....	79
4 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปร ระดับการศึกษา.....	79
5 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรรายได้....	80
6 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปร สถานภาพสมรส.....	80
7 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปร ที่อยู่อาศัย.....	81
8 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรอาชีพ.....	81
9 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปร การออกกำลังกาย.....	82
10 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรการ มีโรคประจำตัว.....	82
11 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี และผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดี.....	83
12 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุจำแนก ตามตัวแปรเพศ.....	84
13 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุจำแนก ตามตัวแปรอายุ.....	84
14 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุจำแนก ตามตัวแปรระดับการศึกษา.....	85
15 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุจำแนก ตามตัวแปรรายได้.....	85

บัญชีตาราง(ต่อ)

ตาราง	หน้า
16 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรสถานภาพสมรส.....	86
17 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวที่อยู่อาศัย.....	86
18 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรอาชีพ.....	87
19 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรการออกกำลังกาย.....	88
20 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรการมีโรคประจำตัว.....	88
21 แสดงการเปรียบเทียบทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีและผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดี.....	89
22 แสดงตัวแปรอิสระที่ทำนายทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุ.....	89
23 แสดงตัวแปรอิสระที่ทำนายทัศนคติต่อความความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ.....	90
24 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความรักและทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ.....	91

สุขภาพจิตกับทัศนคติต่อความรักและความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ

บทคัดย่อ

ของ

อรุณี ลออวิไล

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2550

อรุณี ลอวี่โล. (2550). *สุขภาพจิตกับทัศนคติต่อความรักและความสัมพันธ์*

ทางเพศของผู้สูงอายุ. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ : รองศาสตราจารย์ ดร. นवलละออสุมาน

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย 1) เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุตามปัจจัยทางชีวสังคม และสุขภาพจิต 2) เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุตามปัจจัยทางชีวสังคม และสุขภาพจิต 3) เพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถทำนายทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ รายได้ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว และสุขภาพจิต 4) เพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถทำนายทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ รายได้ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว และสุขภาพจิต 5) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความรักกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้สูงอายุในสวนลุมพินีฯ จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 4 คือ แบบสอบถามปัจจัยทางชีวสังคม แบบสอบถามสุขภาพจิต แบบสอบถามทัศนคติต่อความรัก แบบสอบถามทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ การทดสอบ ค่า t การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น และการหาความสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า

1. ลักษณะทางชีวสังคมกับทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุมีสมมุติฐาน 9 ข้อ ซึ่งพบผลการวิจัยดังนี้

1.1 ผู้สูงอายุเพศชายกับผู้สูงอายุเพศหญิงมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน

1.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกับผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน

1.4 ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

1.5 ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสกับผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรสมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน

1.6 ผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองกับผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน

1.7 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้แรงงานมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้ทักษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งผลนี้กลับกันกับสมมุติฐาน

1.8 ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.9 ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว 4 โรคต่อไปนี้ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและข้อกับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 4 โรคดังกล่าวมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน

2. ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านสุขภาพจิตกับทัศนคติต่อความรักมีสมมุติฐาน 1 ข้อ ซึ่งพบผลการวิจัยดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

3. ลักษณะทางชีวสังคมกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ มีสมมุติฐาน 9 ข้อซึ่งพบผลการวิจัยดังนี้

3.1 ผู้สูงอายุเพศชายกับผู้สูงอายุหญิงมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน

3.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกับผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน

3.3 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกับผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน

3.4 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งผลนี้กลับกันกับสมมุติฐาน

3.5 ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.6 ผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองกับผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง มีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน

3.7 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้ทักษะกับผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้แรงงานมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน

3.8 ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งผลนี้กลับกันกับสมมุติฐาน

3.9 ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว 4 โรคต่อไปนี้ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและข้อ กับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 4 โรคดังกล่าวมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน

4. ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านสุขภาพจิตกับทัศนคติต่อความความสัมพันธ์ทางเพศ มีสมมุติฐาน 1 ข้อ ซึ่งพบผลการวิจัยดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีกับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดีมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน

5. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 2 ตัวแปรคือ สุขภาพจิต และรายได้ ตามลำดับ โดยสุขภาพจิตสามารถทำนายได้ 13.70 เปอร์เซ็นต์ และรายได้ทำนายได้ 1.00 เปอร์เซ็นต์

6. ตัวแปรที่สามารถทำนายทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 คือรายได้ โดยทำนายได้ 2.70 เปอร์เซ็นต์

7. ทัศนคติต่อความรักกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ผลการวิจัยเรื่องนี้ สรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย รายได้สูง มีอาชีพใช้แรงงาน ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และมีสุขภาพจิตดี มีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก รายได้ต่ำ มีอาชีพใช้ทักษะ ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ และสุขภาพจิตไม่ดี ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ มีคู่สมรส และออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ มีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง ไม่มีคู่สมรส และออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตัวทำนายทัศนคติต่อความรักคือสุขภาพจิตและรายได้ ส่วนตัวทำนายทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศคือรายได้

MENTAL HEALTH AND ATTITUDE TOWARDS LOVE AND SEX IN OLD AGE

AN ABSTRACT

BY

ARUNEE LAORVILAI

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Master of Education degree in Developmental Psychology
at Srinakharinwirot University

May 2007

Arunee Laorvilai. (2007). *Mental health and Attitude towards love and sex in old age*. Master 's Project. M.Ed. (Developmental Psychology). Bangkok: Graduate School. Srinakharinwirot University. Project Advisor: Assoc. Prof. Dr. Nuanla-or Supapon

The purposes of this research were (1) to compare attitude towards love in old age on their biosocial factors, mental health, (2) to compare attitude towards sex in old age on their biosocial factors, mental health, and (3) to find the predictor variable for predicting the attitude towards love in old age from sex, age, level of education, income, marital status, family status, occupation, physical exercise, disease, mental health, (4) to find the predictor variable for predicting the attitude towards sex in old age from sex, age, level of education, income, married status, family status, occupation, physical exercise, disease, mental health, and (5) to find relation of attitude towards love and sex. A sample consisted of 400 subjects who were the old age in Lumpinee park. The research instruments were (a) the questionnaires on biosocial factors, (b) the mental health test, (c) the love attitude test, and (d) the sex attitude test. The statistical procedures for analyzing the data were t-test, stepwise regression analysis and correlation.

The findings were as follows :

1. Biosocial factors and attitude towards love in old age were found in 9 items :

(1.1) no significant difference in the love attitude was found between the female and male old age ; (1.2) the younger old age' s favorable love attitude was found to be more than that of the older old age at the .05 level of significance ; (1.3) no significant difference in the love attitude was found between the low level education and the high level education old age ; (1.4) the high income old age' s favorable love attitude was found to be more than that of the low income old age at the .001 level of significance; (1.5) no significant difference in the love attitude was found between the married status and single marital status old age ; (1.6) no significant difference in the love attitude was found between the ownership and nonownership of the house in old age; (1.7) the non - professional skill old age' s favorable love attitude was found to be more than that of the professional skill labour old age at the .01 level of significantce;

(1.8) the regular exercise old age's favorable love attitude was found to be more than the irregular exercise old age at the .05 level of significance; (1.9) no significant difference in the love attitude was found between the unhealthy and healthy old age.

2. Psychological factors and attitude to love in old age were found in 1 item: the good mental health old age's favorable love attitude was found to be more than that of the non - good mental health old age at the .001 level of significance.

3. Biosocial factors and attitude to sex in old age were found in 9 items: (3.1) no significant difference in the sex attitude was found between the female and male old age. (3.2) no significant difference in the sex attitude was found between the younger old age and the older old age. (3.3) no significant difference in the sex attitude was found between the low level education and the high level education old age. (3.4) the low income old age's favorable sex attitude was found to be more than that of the high income old age at the .001 level of significance. (3.5) the married status old age's favorable sex attitude were found to be more than that of the single marital status old age at the .05 level of significance. (3.6) no significant difference in the sex attitude was found between the ownership and nonownership of the house in old age. (3.7) no significant difference in the sex attitude was found between the professional skill and the non - professional skill old age. (3.8) the irregular exercise old age's favorable sex attitude was found to be more than that of the regular exercise old age at the .01 level of significance. (3.9) no significant difference in the sex attitude was found between the unhealthy and healthy old age.

4. Psychological factors and attitude to sex in old age were found in 1 item: no significant difference in the sex attitude was found between the good mental health and the non-good mental health old age.

5. Mental health and income were predictor variables that could significantly predict the old age's favorable love attitude at the .05 level, and at 14.70 percent.

6. Income was a predictor variable that could significantly predict the old age's favorable sex attitude at the .01 level. at 2.70 percent.

7. The old age's favorable love attitude and sex attitude were positively correlated at the .01 level of significance.

The findings clearly indicated that the young , the high income , the non - professional skill and the regular exercise old age' s favorable love attitudes were found to be more than those of the old age , the low income old age , the professional skill and the irregular exercise old age ;and the low income old age , the married status old age ,and the irregular exercise old age' s favorable sex attitudes were also found to be more than those of the high income , the single marital status old age and the regular exercise old age. The predictor of attitude towards love were mental health and income. The predictor of attitude towards sex was income.

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

สภาพสังคมปัจจุบันมีความเจริญด้านต่างๆ มากมาย รวมทั้งมีวิวัฒนาการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ก้าวหน้าขึ้นจากการใช้เทคโนโลยีในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ประกอบกับประชาชนในปัจจุบันมีการศึกษาสูงขึ้นมีความใส่ใจในด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เป็นผลทำให้ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ทำให้ขนาดและสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากการควบคุมอัตราการเกิดของประชากร จากการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ได้ผลดีในปัจจุบัน และความเจริญของการแพทย์ในปัจจุบันทำให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น และจากการลดอัตราการเกิดของประชากรมีผลโดยตรงต่อโครงสร้างทางอายุของประชากร ทำให้สัดส่วนประชากรส่วนใหญ่ของประเทศที่เคยเป็นประชากรที่มีอายุน้อยเปลี่ยนไปเป็นผู้ที่อยู่ในวัยเรียนและวัยทำงานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในระยะ 30-50 ปีข้างหน้า ประชากรกลุ่มนี้จะกลายเป็นผู้สูงอายุ (สุมาลย์ โทมัส. 2534:92-93) ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปซึ่งมี 5 ล้านคนในปี พ.ศ.2541 จะเพิ่มมากกว่าเท่าตัวในปี พ.ศ.2563 (ปราโมทย์ ประสาทกุลและคณะ.2542)

จากการที่จำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ย่อมมีผลกระทบต่อสังคมไทยเป็นอย่างมากทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว ชุมชนและสังคม ผลกระทบที่เกิดต่อผู้สูงอายุนั้นมีหลายประการเพราะเป็นวัยของชีวิตที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยวเพียงลำพัง ไม่ได้ได้รับความสนใจเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด จมอยู่ในความคิดท้อแท้ ขาดความกระตือรือร้น (เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. 2534:88) นอกจากนี้ผู้สูงอายุเกิดความคับข้องใจในบทบาทที่มีต่อกันในครอบครัว ผลจากการกระทำหน้าที่บทบาทในเรื่องความรัก ความอบอุ่น สายใยความผูกพัน ความเข้าใจลดบทบาทลงเกิดความสัมพันธ์กันน้อยลงทำให้สถาบันครอบครัวอ่อนแอ (เพ็ญแข ประจันปัจจนึก. 2544:29)

นอกจากปัญหาด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วเพศสัมพันธ์ก็เป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งของผู้สูงอายุ ซึ่งบุคคลส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่าผู้สูงอายุนั้น ไม่มีความต้องการทางเพศแล้ว ซึ่งเป็นความคิดที่ผิด เพราะผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรงนั้นยังมีความต้องการทางเพศและสามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ ซึ่งนักวิจัยทางเพศอย่าง คินเซ่ เรย์มอนด์ เวิร์ล เอ.แอล.ฟิงเคิล จี นิวแมน และ ซี อาร์ นิโคล ได้รายงานตรงกันว่าความต้องการทางเพศของหญิงและชายยังมีอยู่ตราบเท่าที่ร่างกายยังมีสุขภาพสมบูรณ์ (บริบูรณ์ พรพิบูลย์. 2542:70-109) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุเพศชาย ซึ่งความต้องการทางเพศนั้นจะยังมีอยู่ตลอดชั่วชีวิต หากเป็นบุคคลที่มีสุขภาพกายและจิตใจแข็งแรง (สรรค์ศรีเพ็ญ.2518) พบว่าผู้สูงอายุบางรายหลังเกษียณอายุแล้วมีความต้องการทางเพศมากขึ้น ซึ่งกรณีนี้

พบว่าอาจจะเป็นเพราะ สภาพกายและจิตใจในระยะนี้ดีขึ้น ด้วยการออกกำลังกายและการปล่อยวาง ไม่เคร่งเครียด มีเวลาพักผ่อนเพียงพอ ความรู้สึกทางเพศโดยเฉพาะอย่างยิ่งความตื่นตัวทางเพศ อาจจะดีกว่าตอนยังทำงานอยู่ (แจก ธนะสิริ .2536: 90) และจากประสบการณ์ของนายแพทย์ อนันต์ สุรบถ พบว่าผู้สูงอายุไทยเพศชาย อายุ 60 ปี ขึ้นไป ยังมีความต้องการทางเพศอยู่เกือบ 100% (อนันต์ สุรบถ. 2539:129) นอกจากนั้นยังมีงานวิจัยหลายชิ้นที่รายงานว่าผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ยังแสวงหาความสุขในเพศสัมพันธ์ (บุญศรี นุกฤต ,ปาลิรัตน์ พรทวีภักธาและคณะ. 2545:188)

ในทัศนะของนักจิตวิทยาการมีเพศสัมพันธ์ไม่ถือว่าเป็นการเรียนรู้ แต่เป็นสัญชาตญาณอย่างหนึ่งของมนุษย์ที่พร้อมจะแสดงออกเมื่อร่างกายถึงวุฒิภาวะ ซึ่งผู้สูงอายุก็เป็นมนุษย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ สังคม ดังตัวอย่างผู้สูงอายุที่ยังมีความต้องการทางเพศ ที่ ดร.คอลลีเวลล์ ได้ยกตัวอย่างไว้ คือ โทมัส พาร์รี่ ผู้ซึ่งเกิดในประเทศอังกฤษเมื่อปี พ.ศ. 2026 และมีอายุยืนถึง 152 ปี ในตอนหนุ่มเขาได้ชื่อว่าเป็นนักล่าผู้หญิงตัวฉกาจ และไม่จริงจังกับใครเลย เมื่ออายุได้ 80 ปี เขาจึงตัดสินใจได้ว่าจะแต่งงานสักที เขาแต่งงานอยู่กินกับภรรยาอย่างถูกต้องตามกฎหมายคนแรกนี้เป็นเวลา 32 ปี แล้วเธอก็ตายจากเขาไปเมื่อเขาอายุ 112 ปี แปดปีต่อมาเมื่ออายุ 120 ปี เขาก็แต่งงานอีกครั้งหนึ่ง และเขาก็มีลูกกับภรรยาทั้งคนแรกและคนหลัง จากตัวอย่างเป็นการแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางเพศอยู่ แต่ในปัจจุบันยังพบว่ามีความสนใจของผู้สูงอายุบางกลุ่มยังมีความเข้าใจในเรื่องเพศไม่ดีพอและยังมีวิธีการตอบสนองความต้องการทางเพศที่ไม่สมควร และการที่ผู้สูงอายุยังมีความต้องการทางเพศอยู่นั้น บุคคลที่มักคิดว่าผู้สูงอายุไม่มีความต้องการดังกล่าวจึงอาจไม่สนใจและไม่เห็นความสำคัญ จึงมักเกิดกรณีที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุชาย ซึ่งมีผู้ดูแลที่เป็นเด็กสาวหรือสาวใช้ต้องเสียที่แก่ผู้สูงอายุจำพวก “เฒ่าหัวงู” ได้ (บริบูรณ์ พรพิบูลย์. 2542:105) ดังเช่นที่ได้เห็นจากข่าวทางหน้าหนังสือพิมพ์อยู่บ่อยๆ ซึ่งโดยส่วนมากแล้วจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ส่วนในผู้สูงอายุหญิงที่ยังมีความต้องการทางเพศอยู่นั้น ก็มักจะเก็บความรู้สึกไว้เนื่องจากไม่เป็นที่ยอมรับได้ในสังคมไทย จากการศึกษาของคินเซย์ ในหญิงสูงอายุชาวอเมริกันพบว่าการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง โดยความบ่่อยอาจจะลดลง ซึ่งผู้ที่เป็นโสด คู่ชีวิตตายหรือเลิกกันจะกระทำบ่อยกว่า อันเนื่องมาซึ่งมีความรู้สึกและความต้องการทางเพศอยู่และจากการศึกษาของ ดร.วูลฟ์ พบว่าในวัยหมดประจำเดือนผู้หญิงบางคนกลับมีความต้องการทางเพศมากขึ้น เพราะไม่ต้องกลัวว่าจะมีการตั้งครรภ์อีก (สรรค์ ศรีเพ็ญ.2518) ผู้ที่ใช้วิธีตอบสนองความต้องการทางเพศที่ไม่เหมาะสมนั้นมักจะเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีการศึกษา และมีสถานภาพทางเศรษฐกิจค่อนข้างต่ำ เพราะในกลุ่มนี้ไม่มีเงินที่จะไปใช้ในสถานที่บริการทางเพศทั่วไป จึงแสดงโดยทางที่ไม่ถูกต้อง

จากสถิติของหนังสือพิมพ์ในสหรัฐอเมริกา (Purade Magazine) ที่ได้ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม ของชายและหญิงสูงอายุจำนวน 1,604 คน พบว่าเฉลี่ยแล้วความถี่ของเพศสัมพันธ์ของ

กลุ่มนี้ (อายุเกิน 65 ปี) ยังอยู่ที่ประมาณ 2.5 ครั้งต่อเดือน หนึ่งในสามของสตรีกล่าวว่า มีความสุขในเรื่องเพศสัมพันธ์ และ 16 เปอร์เซ็นต์ของสตรีในกลุ่มนี้ กล่าวว่า เรื่องของเพศสัมพันธ์ยังเป็นสิ่งสำคัญสำหรับเธอ แต่จำนวนสตรีที่ถือเรื่องการอยู่เป็นเพื่อนคู่ชีวิตสำคัญกว่าเรื่องเพศมีถึง 90 เปอร์เซ็นต์ โดยผู้สูงอายุหญิงส่วนใหญ่จะมีปัญหาเกี่ยวกับเรื่อง ความต้องการทางเพศลดลงอย่างมาก ช่องคลอดขาดน้ำหล่อเลี้ยง การไม่มีความสุขและเกิดอาการเจ็บปวดเวลามีการร่วมเพศ (จันทรา เจณณวาสนิ นิตยสารหมอชาวบ้าน. 2540)

มนุษย์เรามีความแตกต่างจากสัตว์และมีคุณสมบัติอันประเสริฐหลายประการ ดังเช่นในสัตว์นั้นมีการผสมกันเป็นฤดูกาล แต่ในมนุษย์ไม่มีฤดูกาล การผสมนั้นอาจมีเมื่อไรก็ได้ ส่วนเรื่องเพศของผู้สูงอายุในคนปกติหรือไม่มีการเจ็บป่วย จึงเป็นเรื่องธรรมดา (บรรลุ ศิริพานิช. 2528:132) แต่ยังพบว่าในผู้สูงอายุส่วนมากอายุที่จะพูดคุยในเรื่องเพศสัมพันธ์ ไม่กล้าขอคำปรึกษาเพราะคิดว่าเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องของคนหนุ่มสาวเท่านั้น ซึ่งอาจจะมีผลกระทบโดยตรงกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอีกด้วย นายแพทย์ไพศาล กล่าวว่า เช็กซีไม่ใช่เป็นเรื่องสำหรับคนหนุ่มสาวเท่านั้น ผู้สูงอายุก็ยังมีคามต้องการได้เหมือนเดิมตราบใดที่ผู้สูงอายุท่านนั้นยังมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์ดี ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาครอบครัวที่ทำให้กังวลใจ และจากการศึกษาวิจัยพบว่าทั้งหญิงและชายสามารถมีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับที่ตัวเองพอใจได้จนถึงวัย 90 ปี เช็กซีหรือการมีเพศสัมพันธ์ ไม่ได้หมายถึงการร่วมเพศระหว่างชายหญิงเท่านั้น แต่การแสดงออกอันได้แก่ การกอด การจูบ การแสดงความรัก การเอื้ออาทรต่อกัน ก็ถือเป็นกิจกรรมเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ได้ (คอลัมน์ คู่กันวันเสาร์กับหมอไพศาล. เดลินิวส์. 2548)

นอกจากเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้นแล้วในเรื่องของความรักความผูกพันระหว่างผู้สูงอายุก็จัดได้ว่าเป็นความต้องการที่จำเป็นของผู้สูงอายุด้วยเช่นกันซึ่งความต้องการทางจิตใจ เช่น ความรัก ความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ จะส่งผลต่อความเป็นอยู่ระหว่างผู้สูงอายุอีกด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สามี - ภรรยาในผู้สูงอายุอาจจะไม่ได้อยู่ในรูปแบบของเพศสัมพันธ์เสมอไป แต่อาจจะเป็นในรูปแบบของการอยู่ร่วมกันแบบเพื่อนยามแก่เฒ่า เป็นที่พึ่งยามเจ็บป่วย เป็นเพื่อนคู่ชีวิต เป็นเพื่อนคู่คิดกัน ซึ่งเห็นได้ทั่วไปในสังคมปัจจุบัน ด้วยเหตุที่บุคคลทั่วไปยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับธรรมชาติของผู้สูงอายุ ในเรื่องความรักและความต้องการทางเพศ และบางกรณียังก่อให้เกิดเหตุการณ์ที่เป็นผลเสียหรือผลกระทบต่อบุคคลอื่นที่ไม่ให้ความสำคัญกับเรื่องเหล่านี้เท่าที่ควร ช่วงวัยนี้ของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นมากมาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องปรับตัวให้ดำรงอยู่ในสังคมโดยใช้ชีวิตอย่างเป็นปกติสุข การที่ผู้สูงอายุจะสามารถปรับตัวได้เพียงใดนั้นสิ่งที่สำคัญคือการมีสุขภาพจิตดี มีผู้ให้ความหมายสุขภาพจิตไว้มากมาย เช่น จาโฮดา (Jahoda. 1970 : 28-35) กล่าวว่า การมีสภาวะทางจิตที่สมบูรณ์ และ

ปรับตัวได้ บุหงา วชิระศักดิ์มิ่งคล (2527 : 2) กล่าวว่า ภาวะของจิต ของแต่ละคน ซึ่งสามารถที่จะอยู่กับตัวเองได้อย่างเป็นสุข และอยู่กับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี เป็นที่ยอมรับของสังคม หรือเป็นผู้ที่มีความสมดุลระหว่างตนกับสังคม

ได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเช่น ซัทเทอร์เลย์ และ ดอนเนลลี่ (Sutterley and Donnelly. 1982 : 92) ได้ศึกษาการสูญเสียคู่สมรส ซึ่งถือเป็นการสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ในช่วงชีวิต โดยเฉพาะการตายจาก จะสร้างความกระทบกระเทือนใจได้สูงมาก การอยู่อย่างโดดเดี่ยวเดี๋ยวเดียวจะทำให้จิตใจหดหู่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตสูง ประกอบกับวัยสูงอายุ เพื่อนฝูงหรือคนใกล้ชิดสนิทสนมที่อยู่ในวัยเดียวกัน จะมีการพรากหรือสิ้นชีวิตไปก่อนที่เหลือกักขาการไปมาหาสู่ ผู้ที่เป็นหม้ายจะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตสูงมาก จำพรรณ ภัทรนิตย์ (2529) ได้ศึกษาผลของการใช้เวลาที่มีต่อสุขภาพจิตในกลุ่มข้าราชการบำนาญ พบว่า การใช้เวลามีผลต่อสุขภาพจิตในกลุ่มข้าราชการบำนาญ เกษียณอายุ และมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตสูง บังอรรัตน์ สุขตระกูล (2532 : 77) ศึกษาเกี่ยวกับสถานสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าเพศมีความสัมพันธ์ต่อสถานะสุขภาพด้านจิตใจ โดยผู้สูงอายุเพศชายจะมีความเครียดน้อยกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

จากงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่า เป็นการศึกษาด้านสุขภาพจิตทั่วไปโดยยังไม่ปรากฏว่ามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวข้อระหว่างสุขภาพจิตกับความรักและความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ ดังนั้น งานวิจัยครั้งนี้จึงมีความสนใจศึกษาความเกี่ยวข้องของสุขภาพจิตกับความรักและความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ โดยศึกษาว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตต่างกันมีทัศนคติต่อความรักและความสัมพันธ์ทางเพศต่างกันหรือไม่ การศึกษาทัศนคติมีความสำคัญเพราะแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มหรือความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม (Action Tendency) ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ดี หรือมีทัศนคติทางบวก (Positive Attitude) ต่อความรักและความสัมพันธ์ทางเพศย่อมมีพฤติกรรมที่พร้อมจะเข้าหาหรือพอใจในความรักและความสัมพันธ์ทางเพศ และในทางตรงกันข้ามผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ไม่ดีหรือมีทัศนคติทางลบ (Negative Attitude) ในความรักและความสัมพันธ์ทางเพศย่อมมีพฤติกรรมที่พร้อมจะถอยหนีหรือหลีกเลี่ยงไม่ชอบและไม่พอใจต่อความรักและต่อความสัมพันธ์ทางเพศได้เช่นกัน

ผู้สูงอายุในสวนลุมพินี เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯ ที่มาทำกิจกรรมร่วมกันที่สวนลุมพินี เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายและจิตใจสมบูรณ์เพียงพอ และมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองได้ ทางด้านความคิดอ่านของบุคคลในกลุ่มนี้จะมีความคิด ความรู้ ความสนใจ ค่านิยม และทัศนคติของตนเองแตกต่างกันตามสภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาทัศนคติต่อความรักและต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ จากปัจจัยทางจิตวิทยาคือสุขภาพจิตและปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่

เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือผู้สูงอายุและเป็นข้อมูลสำหรับการเตรียมตัวทั่วไปก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีเกี่ยวกับความรักและความสัมพันธ์ทางเพศของบุคคลดังกล่าว

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุโดยพิจารณาจากปัจจัยทางชีวสังคม
2. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุโดยพิจารณาจากปัจจัยทางชีวสังคม
3. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุโดยพิจารณาจากสุขภาพจิต
4. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุโดยพิจารณาจากสุขภาพจิต
5. เพื่อศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัวและปัจจัยทางจิตวิทยา คือ สุขภาพจิต ที่สามารถทำนายทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุ
6. เพื่อศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัวและปัจจัยทางจิตวิทยา คือ สุขภาพจิต ที่สามารถทำนายทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ
7. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความรักกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ

ความสำคัญของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาธรรมชาติและความแตกต่างในด้านความรักและความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว และปัจจัยทางจิตวิทยา ด้าน สุขภาพจิต
2. เพื่อเป็นข้อมูลให้บุคคลในวัยต่างๆได้ศึกษา โดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่เพื่อเป็นการเตรียมตัวสู่วัยสูงอายุและทำความเข้าใจธรรมชาติและความแตกต่างของวัยผู้สูงอายุ
3. หน่วยงานภาครัฐและเอกชนสามารถนำผลการศึกษามาใช้ส่งเสริมความรู้ ความ

เข้าใจและทัศนคติต่อธรรมชาติและ ความแตกต่างของวัยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการเสริมสร้างสถาบันครอบครัวให้มีความมั่นคงเป็นปึกแผ่น อันจะเป็นการจรรโลงและแก้ไขปัญหาสังคมต่อไปในอนาคต

4. เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจธรรมชาติของตนเอง และปรับตัวอย่างเหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพกายและใจที่สมบูรณ์ แข็งแรง

5. เป็นการเพิ่มพูนหลักฐานทางวิชาการ ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติต่อความรักและความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการศึกษาเชื่อมโยงกับทฤษฎีอื่นๆอันจะเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี จำนวน 400 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจงซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มาทำกิจกรรมที่สวนลุมพินีเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายและใจสมบูรณ์เพียงพอ และมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองได้

ตัวแปรที่ใช้ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ แบ่งเป็นดังนี้

1.1 ปัจจัยทางชีวสังคม

1.1.1 เพศ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- เพศชาย

- เพศหญิง

1.1.2 อายุ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- อายุน้อย คือ อายุต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มคือต่ำกว่า 71ปี

- อายุมาก คือ อายุสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มคือสูงกว่า 71ปี

1.1.3 ระดับการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- การศึกษาสูง คือ กลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น

- การศึกษาต่ำ คือ กลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและต่ำกว่า

มัธยมศึกษาตอนต้น

1.1.4 รายได้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- รายได้สูง คือ กลุ่มที่มีรายได้สูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มคือสูงกว่า 8500 บาท
- รายได้ต่ำ คือ กลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มคือต่ำกว่า 8500 บาท

1.1.5 สถานภาพสมรส แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- มีคู่สมรส
- ไม่มีคู่สมรส (คู่สมรสเสียชีวิต, หม้าย, หย่า, แยก)

1.1.6 ที่อยู่อาศัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- ที่อยู่อาศัยของตนเอง
- อาศัยอยู่กับผู้อื่น

1.1.7 อาชีพ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่มใช้ทักษะ ได้แก่ รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ คำขาย / ธุรกิจ
- กลุ่มใช้แรงงาน ได้แก่ รับจ้างทั่วไป กรรมกร เกษตรกร

1.1.8 การออกกำลังกาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ คือ ออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์
- ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ คือ ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์

1.1.9 โรคประจำตัว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- กลุ่มโรคที่เป็นอุปสรรคต่อความรักและความสัมพันธ์ทางเพศ คือโรคหัวใจ

โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มโรคกระดูกและข้อ

- ไม่มีโรคประจำตัวหรือกลุ่มโรคที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อความรัก และ

ความสัมพันธ์ทางเพศ

1.2 ปัจจัยทางจิตวิทยา ได้แก่ สุขภาพจิต แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- สุขภาพจิตดี คือ มีความรู้สึกและการกระทำที่แสดงถึงความมั่นใจทางจิตใจ ช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ปรับตัวเข้ากับครอบครัวและผู้อื่นอย่างเหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น

- สุขภาพจิตไม่ดี คือ ไม่มีความรู้สึกและการกระทำที่แสดงถึงความมั่นใจทางจิตใจทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับครอบครัวและผู้อื่นอย่างเหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อบุคคลอื่น

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

2.1 ทักษะคิดต่อความรัก

2.2 ทักษะคิดต่อความสัมพันธ์ทางเพศ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯ ที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี จำนวน 400 คน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มาทำกิจกรรมที่สวนลุมพินีเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายและใจสมบูรณ์เพียงพอ และมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง

2. **ลักษณะทางชีวสังคม** หมายถึง ลักษณะทางชีวภาพและสังคมของกลุ่มตัวอย่างซึ่งมี 9 ประการคือ

1. เพศ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศชาย และ เพศหญิง
 2. อายุแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ อายุน้อย คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มคือต่ำกว่า 71ปี และอายุมาก คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มคือสูงกว่า 71ปี
 3. ระดับการศึกษา แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ การศึกษาสูง คือ กลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น และการศึกษาต่ำ คือ กลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น
 4. รายได้ แบ่งเป็น 2กลุ่ม ได้แก่ รายได้สูงคือ กลุ่มที่มีรายได้สูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มคือสูงกว่า 8500 บาท และรายได้ต่ำคือ กลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มคือต่ำกว่า 8500 บาท
 5. สถานภาพสมรส แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ มีคู่สมรส และไม่มีคู่สมรส ซึ่งผู้ที่ไม่มีคู่สมรสหมายรวมถึงผู้ที่เป็นโสด หม้าย หย่าร้าง และแยกกันอยู่
 6. ที่อยู่อาศัย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ มีที่อยู่อาศัยของตนเอง และไม่มีที่อยู่อาศัยของตนเอง โดยอาศัยอยู่กับผู้อื่น
 7. อาชีพ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มใช้ทักษะ (Professional skill labour) คือผู้ที่ประกอบอาชีพรับราชการ รัฐวิสาหกิจ ทำธุรกิจ ค้าขาย และกลุ่มใช้แรงงาน (non Professional skill labour) คือผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป กรรมกร เกษตรกร
 8. การออกกำลังกาย แบ่งเป็น 2กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ คือออกกำลังกาย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และกลุ่มที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ คือ ออกกำลังกายน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
 9. โรคประจำตัว แบ่งเป็น 2กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มโรคที่เป็นอุปสรรคต่อความรักและความสัมพันธ์ทางเพศ คือโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มโรคกระดูกและข้อ และไม่มีโรคประจำตัวหรือกลุ่มโรคที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อความรักและความสัมพันธ์ทางเพศ
3. **ความรักของผู้สูงอายุ** หมายถึงการแสดงออกด้านอารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับความรักระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิง เช่น ความรู้สึกผูกพัน สนุกสนม ชื่นชอบ เข้าใจ ให้อภัย การดูแล

กันและกัน การอยู่ใกล้ชิดเป็นเพื่อนคู่คิด เป็นคู่ชีวิต ทำกิจกรรมต่างๆร่วมกันด้วยความเอื้ออาทร ห่วงใย ทะนุถนอมกันและช่วยเหลือกันตลอดเวลา

4. ความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ หมายถึง การแสดงออกระหว่างผู้สูงอายุเพศชาย และเพศหญิง เป็นความผูกพันทางกายภาพ ซึ่งหมายถึงการร่วมเพศและ ความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุยังหมายถึงการแสดงออกอย่างอื่น เช่น การกอด การจูบ การหอมแก้ม การแสดงความเอื้ออาทรต่อกัน การเอาใจใส่ดูแลกันแลกัน ความห่วงใยและสุนทรียภาพต่อกันและกันไม่เสื่อมคลาย

นิยามศัพท์ปฏิบัติการของตัวแปร

1. ทักษะติดต่อความรัก หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเชิงประมาณค่าที่ผู้สูงอายุได้รับมา รวมทั้งความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด หรือแนวโน้มที่ผู้สูงอายุมีท่าทีในการตอบสนองในเรื่องความรัก ระหว่างเพศ ซึ่งทักษะติดต่อความรักระหว่างเพศ ของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1. ด้านความรู้ ความเข้าใจเชิงประเมินค่าในเรื่องความรักระหว่างเพศว่ามีประโยชน์ หรือไม่มีประโยชน์

2. ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือ ไม่นยินดี / ไม่พอใจต่อความรัก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ที่มีต่อความรักระหว่างเพศว่าเป็นสิ่งที่น่าพึงพอใจ น่ายินดี เห็นด้วย หรือไม่พึงพอใจ ไม่น่ายินดีและไม่เห็นด้วย

3. ความพร้อมที่จะปฏิบัติต่อความรัก หมายถึง ความพร้อม ความโน้มเอียงที่จะแสดง หรือไม่แสดงความรักระหว่างเพศซึ่งสอดคล้องกับความรู้เชิงประเมินค่าและความยินดีไม่น่ายินดี

ตัวแปรนี้วัดโดยแบบวัดทักษะติดต่อความรักของผู้สูงอายุโดยใช้มาตราส่วนประเมินค่า 5 หน่วย จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งมีจำนวน 23 ข้อ โดยคะแนนคำตอบแต่ละข้อมี 5 ระดับ คะแนนจึงมีพิสัยระหว่าง 23-115 คะแนน ในข้อที่แสดงถึงทัศนคติทางลบ จะได้คะแนนต่ำส่วนข้อที่แสดงทัศนคติทางบวก จะได้คะแนนสูงในกรณีนี้แบ่งผู้ตอบเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อความรัก ใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเป็นเกณฑ์ ผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มจัดว่าเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ไม่ดีและผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มจัดว่าเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดี

2. ทักษะติดต่อความสัมพันธ์ทางเพศ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเชิงประมาณค่าที่ผู้สูงอายุได้รับมา รวมทั้งความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด หรือแนวโน้มที่ผู้สูงอายุมีท่าทีในการตอบสนองในเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งทักษะติดต่อความสัมพันธ์ทางเพศ ของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1. ด้านความรู้ ความเข้าใจเชิงประเมินค่าว่าความความสัมพันธ์ทางเพศเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ หรือไม่ดี/ไม่มีประโยชน์

2. ความรู้สึกยินดี/พอใจ หรือไม่น่ายินดี / ไม่พอใจต่อความสัมพันธ์ทางเพศ หมายถึง

ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อความสัมพันธ์ทางเพศ ว่าเป็นสิ่งที่น่าพึงพอใจ น่ายินดี เห็นด้วย หรือไม่พึงพอใจ ไม่น่ายินดี และไม่เห็นด้วย

3. ความพร้อมที่จะปฏิบัติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ หมายถึง ความพร้อม ความโน้มเอียงที่จะแสดงหรือไม่แสดงความสัมพันธ์ทางเพศซึ่งสอดคล้องกับความรู้เชิงประเมินค่าและความยินดีไม่ยินดี

ตัวแปรนี้วัดโดยแบบวัดทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ โดยใช้มาตราส่วนประเมินค่า 5 หน่วย จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งมีจำนวน 26 ข้อ โดยคะแนนคำตอบแต่ละข้อมี 5 ระดับคะแนน จึงมีพิสัยระหว่าง 26-130 คะแนน ในข้อที่แสดงถึงทัศนคติทางลบ จะได้คะแนนต่ำ ส่วนข้อที่แสดงทัศนคติทางบวกจะได้คะแนนสูงในกรณีนี้แบ่งผู้ตอบเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ที่มีทัศนคติที่ดีต่อความสัมพันธ์เพศใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มเป็นเกณฑ์ ผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มจัดว่าเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ไม่ดี และผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มจัดว่าเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดี

3. **สุขภาพจิต** หมายถึง สภาวะทางจิตที่อยู่ในสภาพสมดุลหรือไม่สมดุล โดยสุขภาพจิตที่ดี หมายถึง สภาวะทางจิตที่อยู่ในสภาพสมดุล ส่วนสุขภาพจิตที่ไม่ดี หมายถึง สภาวะทางจิตที่ไม่อยู่ในสภาพไม่สมดุล ซึ่งจะมีลักษณะต่อไปนี้ ระดับความวิตกกังวลอันประกอบด้วยความกลัวในเรื่องต่างๆ โดยปราศจากเหตุผลอันสมควร ความกลัวใจ ความโกรธง่าย ความตื่นเต้นขาดสมาธิและกลัวผิด ตัวแปรด้านนี้วัดจากแบบวัดสุขภาพจิตซึ่งวัดความวิตกกังวลต่างๆสร้างขึ้นโดย ดวงเดือน พันธุมนาวินและ เพ็ญแข ประจวบจันทน์ (2524) โดยใช้ประโยคประกอบด้วยมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก มากที่สุด ถึง น้อยที่สุด มีจำนวน 20 ข้อ คะแนนจึงมีพิสัยระหว่าง 20 – 100 คะแนน ผู้ที่ปฏิเสธว่ามีอาการที่เกิดจากความวิตกกังวลเหล่านี้จะได้คะแนนสูง ซึ่งแสดงว่ามีความวิตกกังวลน้อยและมีสุขภาพจิตดี ส่วนผู้ที่ตอบรับว่ามีอาการแสดงว่าวิตกกังวลมากจะได้คะแนนน้อยเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี ในการแบ่งผู้ตอบออกเป็นสองประเภทตามคะแนนความวิตกกังวลนี้ ใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ได้คะแนนสูงกว่าคะแนนเฉลี่ย จัดเป็นผู้มีสุขภาพจิตค่อนข้างสูง ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย จัดเป็นผู้มีสุขภาพจิตค่อนข้างต่ำ

กรอบแนวความคิดในการทำวิจัย

จากการรวบรวมข้อมูลงานวิจัย ผู้วิจัยมุ่งศึกษาทัศนคติต่อความรักและต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ กับปัจจัยทางชีวสังคม และสุขภาพจิต ซึ่งสรุปเป็นกรอบแนวความคิดในการทำวิจัย ดังนี้

ตัวแปรอิสระ

ลักษณะทางชีวสังคม

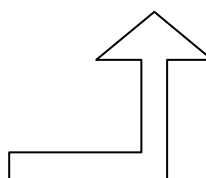
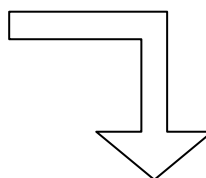
- เพศ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- รายได้
- สถานภาพสมรส
- ที่อยู่อาศัย
- อาชีพ
- การออกกำลังกาย
- โรคประจำตัว

จิตลักษณะ

- สุขภาพจิต

ตัวแปรตาม

- ทัศนคติต่อความรัก
- ทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ



สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า

สมมุติฐานด้านทัศนคติต่อความรักมีดังนี้

สมมุติฐานข้อที่ 1 เป็นสมมุติฐานด้านลักษณะทางชีวสังคม มี 9 ข้อ ดังนี้

- 1.1 ผู้สูงอายุเพศชายมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง
- 1.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก
- 1.3 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ
- 1.4 ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ
- 1.5 ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส
- 1.6 ผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับผู้อื่น
- 1.7 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้ทักษะมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้แรงงาน
- 1.8 ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ
- 1.9 ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรค

สมมุติฐานข้อที่ 2 เป็นสมมุติฐานด้านสุขภาพจิตมี 1 ข้อ ดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดี

สมมุติฐานด้านทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศมีดังนี้

สมมุติฐานข้อที่ 3 เป็นสมมุติฐานด้านลักษณะทางชีวสังคมมี 9 ข้อ ดังนี้

- 3.1 ผู้สูงอายุเพศชายมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง
- 3.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก
- 3.3 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ
- 3.4 ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ
- 3.5 ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส
- 3.6 ผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง
- 3.7 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้ทักษะมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้แรงงาน

3.8 ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่า
ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ

3.9 ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว มีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรค
ประจำตัวที่เป็นอุปสรรค

สมมุติฐานข้อที่ 4 เป็นสมมุติฐานด้านสุขภาพจิตมี 1 ข้อ ดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีมี
ทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดี

สมมุติฐานข้อที่ 5 ปัจจัยทางชีวสังคมคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพ
สมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว และปัจจัยทางจิตวิทยา คือ
สุขภาพจิต สามารถทำนายทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุได้อย่างน้อย 1 ตัวแปร

สมมุติฐานข้อที่ 6 ปัจจัยทางชีวสังคมคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพ
สมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว และปัจจัยทางจิตวิทยา คือ
สุขภาพจิต สามารถทำนายทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุได้อย่างน้อย 1 ตัวแปร

สมมุติฐานข้อที่ 7 ทัศนคติต่อความรักกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ
มีความสัมพันธ์เชิงบวก

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

- 1.1 ความหมายและทฤษฎีผู้สูงอายุ
- 1.2 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

2. เอกสารเกี่ยวกับทัศนคติ

- 2.1 ความหมายของทัศนคติ
- 2.2 ประเภทของทัศนคติ
- 2.3 องค์ประกอบของทัศนคติ

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางชีวสังคมกับทัศนคติต่อความรัก

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางชีวสังคมกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

- 5.1 ความหมายของสุขภาพจิต
- 5.2 ประเภทของสุขภาพจิต
- 5.3 ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง
- 5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างสุขภาพจิตกับทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุ
- 5.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างสุขภาพจิตกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ

1. ผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายและทฤษฎีผู้สูงอายุ

ความหมายของคำว่า "ผู้สูงอายุ" มีหลากหลายและผันแปรไปในแต่ละประเทศขึ้นอยู่กับอายุเฉลี่ยของการทำงานหรือสภาพร่างกาย รวมทั้งสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ เพื่อให้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาผู้สูงอายุเพื่อนำมาใช้ในการกำหนดการเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่ง รุงโรจน์ พุ่มริ้ว (2527:13) ได้รวบรวมไว้ โดยจัดประเภทดังนี้

ประการที่ 1 การจำแนกอายุตามกาลเวลา (Chronological Age) ซึ่งเกณฑ์ที่ใช้ในการเกษียณอายุราชการหรือการให้หยุดงานเนื่องจากสูงอายุ (Retirement) เช่น ในประเทศไทยใช้เกณฑ์ 60 ปี ในขณะที่องค์การระหว่างประเทศใช้เกณฑ์ 65 ปีสำหรับชายและ 60 ปี สำหรับหญิง นอกจากนี้ National institution of America ยังได้กำหนดแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ Young old อายุ 60-74 ปี และกลุ่ม Old Old อายุ 75 ปีขึ้นไป

ประการที่ 2 การจำแนกอายุตามสรีรวิทยา (Physiological Age) โดยคำนึงถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ก็อาจใช้เป็นหลักในการกำหนดการเป็นผู้สูงอายุได้ โดยใช้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับบุคคลเป็นสำคัญ เช่น สมรรถภาพทางด้านร่างกาย และการทำงานของอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะการรับรู้ การได้ยิน การมองเห็น การสูญเสียความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวของร่างกาย การบดเคี้ยวอาหาร การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างทางร่างกาย เช่น หลังค่อม ไหล่ห่อ ผมหงอก ฟันร่วง ผิวหนังเหี่ยวย่น รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานของร่างกายจิตใจและการทำกิจกรรม

การให้ความหมายของผู้สูงอายุโดยจำแนกอายุตามกาลเวลา เป็นเกณฑ์ในการกำหนดความเป็นผู้สูงอายุ มีผู้ให้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

ชุตินา หุตัย (2531:1) ให้ความหมายว่า ผู้สูงอายุหมายถึง สภาวะที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความอ่อนแอทางร่างกายและจิตใจ อาจเจ็บป่วยหรือความพิการเกิดร่วมกัน เป็นวัยที่เกิดความเปลี่ยนแปลงสู่ความเสื่อมทางร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม และภาวะโภชนาการ

ประพิณ วัฒนกิจ (2531: 8) ให้ความหมายผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี เป็นวัยที่พ้นจากการทำงานของข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจหรือสำนักงานของภาคเอกชนบางแห่ง โดยทั่วไปผู้ที่ก้าวสู่วัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอย่างเห็นได้ชัด

ละออง สุวิทยากรณ์ (2534: 10) กล่าวว่า การที่จะกำหนดว่าเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุเมื่อใด ขึ้นอยู่กับความแตกต่างทางเศรษฐกิจ และสังคมของแต่ละประเทศ เช่น ในสหรัฐอเมริกา ถือเอาอายุ 65 ปี กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย ถือเอาอายุ 67 ปี สำหรับประเทศไทยได้ถือว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปี

ขึ้นไปตามเกณฑ์การปลดเกษียณ ซึ่งตรงกับการประชุมสมัชชาโลก ว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ณ กรุง เวียนนา ประเทศออสเตรีย ในปี พ.ศ.2525 ตกลงให้ใช้อายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์มาตรฐานโลกในการ กำหนดผู้ที่เรียกว่าผู้สูงอายุ

ศรีธรรม ธนะภูมิ (2535:105) กล่าวว่า ผู้สูงอายุหรือวัยชราเริ่มตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ภาวะ ความชรามีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับการดูแลร่างกาย พันธุกรรม และการ พัฒนาในอดีต วัยชราเป็นระยะสุดท้ายของชีวิตอาจยาวนาน 10-20 ปีหรือมากกว่านั้นแตกต่างกัน ถ้า มีการเตรียมตัวเตรียมใจก่อนเข้าสู่วัยนี้ล่วงหน้ามาตั้งแต่วัยกลางคนจะสามารถปรับตัวรับบทบาทของ วัยชราได้แต่ตามสมควรของฐานะ วัยสูงอายุเป็นวัยของการพักผ่อนอย่างสงบ มีการพัฒนาจิตใจ สามารถปรับตัวต่อสภาพต่างๆ ในชีวิตได้อย่างภาคภูมิใจ

ส่วนการพิจารณาความสูงอายุของบุคคล โดยการจำแนกตามอายุสรีรวิทยามีผู้ให้รายละเอียด ไว้หลายท่านดังต่อไปนี้

ไบร์เรนและเรนนอร์ (Birren and Renner. 1977:45) ได้อธิบายกระบวนการสูงอายุหมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นธรรมดาของชีวิตที่มีวุฒิภาวะแล้วภายใต้สภาวะสิ่งแวดล้อม และจะ เปลี่ยนแปลงมากขึ้นตามอายุ แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบคือ

1.ความสูงอายุทางร่างกาย (Biological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดน้อยลง อันเป็นผลจากความเสื่อม ตามกระบวนการสูงอายุซึ่งเป็นไปตามอายุขัยของแต่ละบุคคล

2.ความสูงอายุทางจิตใจ (Psychological Aging) หมายถึงความสามารถในการปรับตัวตาม สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้มากยิ่งขึ้นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ การรับรู้ การแก้ปัญหา เจตคติ ตลอดจนบุคลิกภาพ สิ่งเหล่านี้มีการพัฒนามากขึ้น

3.ความสูงอายุทางสังคม (Sociological Aging) หมายถึงบทบาทสถานภาพในครอบครัว และการงาน รวมทั้งความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้น ซึ่งเกี่ยวกับอายุ การแสดงออกตามคุณค่า และความต้องการของสังคม (ขวัญใจ ดันติวัฒนสิทธิ์.2534:18;อ้างอิงมาจาก Birren and Renner .1997)

เกษม และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528:1) ให้รายละเอียดดังนี้

1.พิจารณาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นสภาพต่างๆทางด้าน ร่างกายจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ผมหงอก สายตายาวขึ้น ความสามารถในการทำงานของ กล้ามเนื้อลดลง

2. พิจารณาความมีอายุทางด้านจิตใจ ผู้ที่ได้ชื่อว่าเป็นคนมีอายุจะมีลักษณะใจน้อย

ไม่ยอมรับรู้ ยึดมั่นในความตนเองเป็นหลัก ไม่ค่อยยอมรับความรู้ใหม่ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีอารมณ์ไม่มั่นคง จู้จี้ขี้บ่น หงุดหงิดง่ายหรือท้อแท้

3. พิจารณาความมีอายุในแง่สังคม ความมีอายุทำให้ผู้สูงอายุมีสถานะทางด้านสังคมกว้างขึ้น และมีความสำคัญในฐานะผู้มีประสบการณ์ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกรณีปฏิบัติสัมพันธ์ ทางสังคมของบุคคลนั้นๆ ด้วย แม้สังคมจะกว้างขึ้น ซึ่งหมายถึงมีคนรู้จักมาก เห็นโลกกว้างกว่า รู้ทิศทางทางสังคมมากกว่า แต่บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการทำงานจะลดลง เนื่องจากความจำกัดของอายุและความสามารถ

อภิญา โสมสินและคณะ (2532:31) ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่าหมายถึง ผู้ที่อยู่ในวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของร่างกายตลอดจนการทำงานของสรีระลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพันธุกรรม และภาวะโภชนาการที่ได้รับ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่ผ่านมา

ในการพิจารณาตัดสินความเป็นผู้สูงอายุของบุคคล ถ้าพิจารณาทั้ง 2 อย่างควบคู่กัน เช่น พล.ต.ท. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ได้บัญญัติ คำว่า " ผู้สูงอายุ " เป็นครั้งแรกในผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ.2506 กล่าวว่าผู้สูงอายุต้องมีลักษณะดังนี้ (กัลยา ตันติผลาชีวะ.2524:2)

1. เป็นผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอยเชิงซ้ำ
3. เป็นผู้ที่สมควรให้ความอุปการะ
4. เป็นผู้ที่มีโรคควรได้รับความช่วยเหลือ

จากความหมายของผู้สูงอายุดังกล่าวสรุปได้ว่า "ผู้สูงอายุ" หมายถึงบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจไปสู่ความเสื่อมอาจมีความอ่อนแอหรือเจ็บป่วยเกิดขึ้นอยู่กับพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม ความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน โรคภัยและภาวะสุขภาพจิตของแต่ละบุคคล และเป็นวัยเกษียณอายุราชการหรือออกจากงานประจำ ภาวะคุณภาพชีวิตจะเปลี่ยนจากดีไปสู่ภาวะที่ไม่ดี

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

อัลเฟรด เจ คาห์น (ศรีทับทิม รัตนโกศลพานิชพันธ์. 2525:27;อ้างอิงมาจาก Alfred J. Kahn 1997) อธิบายว่า ผู้สูงอายุมีได้มีกลุ่มเดียวและมีได้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน แต่มีลักษณะที่แตกต่างกันตามปฏิทินอายุถึง 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (The "young" elderly) มีอายุต่ำกว่า 74 ปี
2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (The "middle age" elderly) มีอายุระหว่าง 75-84 ปี
3. กลุ่มผู้สูงอายุวัยสุดท้าย (The "old" elderly) มีอายุ 85 ปีขึ้นไป

ยูริก และคณะ (Yuric , et al .1980: 81) แบ่งผู้สูงอายุออกตามสถาบันผู้สูงอายุแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (Young old) มีอายุ 60-74 ปี ยังไม่ชรามาก เป็นวัยที่ยังทำงานได้ถ้ามีสุขภาพกายและจิตดี

2. กลุ่มผู้สูงอายุวัยท้าย (Old old) มีอายุ 75 ปีขึ้นไป ถือว่าเป็นวัยชราแท้จริง

ฟิลด์ และมิงค์เคอร์ (Field and minkler .1988:100) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุจะมีลักษณะแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ

1. วัยสูงอายุตอนต้น (Young - old age) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 75 ปี ซึ่งผู้สูงอายุในช่วงวัยนี้จะเป็นวัยที่สามารถทำงานได้ตามปกติเหมือนวัยผู้ใหญ่กลางคน

2. วัยสูงอายุตอนกลาง (Old - Old age) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 75-84 ปี

3. วัยสูงอายุตอนปลาย (Oldest - old age) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป

ในประเทศที่มีความเจริญทางการแพทย์พบว่า ผู้ที่มีอายุถึง 60 ปี แล้วยังแข็งแรงและยังมีความสามารถทำงานได้ดี องค์การอนามัยโลกจึงได้แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้นดังนี้

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60-74 ปี

2. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75-90 ปี

3. คนชรามาก (Very old) มีอายุ 90 ปี ขึ้นไป

บรรลุ ศิริพานิช (2538:125) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม และภาวะสุขภาพต่างๆ ไปคือ

1. ผู้สูงอายุระดับต้น มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยา ยังเปลี่ยนแปลงไปไม่มาก ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เป็นส่วนใหญ่

2. ผู้สูงอายุระดับกลาง มีอายุระหว่าง 71-80 ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพ และทางสรีรวิทยาเริ่มเปลี่ยนแปลงไปแล้วเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การช่วยเหลือส่วนใหญ่มักพร่อง เริ่มต้องการความช่วยเหลือในบางอย่าง

3. ผู้สูงอายุระดับปลาย มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีรวิทยาเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัดบางคนมีความพิการ บางคนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ บางอย่างจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ

ตามหลักเกณฑ์ตามลักษณะจิตสังคม ชีววิทยา แบ่งช่วงสูงอายุเป็น 4 ช่วง ดังต่อไปนี้

1. ช่วงไม่ค่อยแก่ (The young - old) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ช่วงนี้เป็นบุคคลที่ยังแข็งแรง แต่อาจต้องพึ่งพาผู้อื่นบ้าง

2. ช่วงแก่ปานกลาง (The middle - aged old) มีอายุระหว่าง 70-79 ปี เป็นช่วงที่คนเริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้ๆ กันอาจเริ่มล้มหายตายจากมากขึ้น

3. ช่วงแก่จริง (The old - old) มีอายุระหว่าง 80-90 ปี ระยะเวลาที่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าวัยที่ผ่านมา เริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากขึ้น

4. ช่วงแก่จริงๆ (The very old - old) อายุระหว่าง 90-99 ปี เป็นระยะที่มีปัญหาทางสุขภาพ ในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุต้องมีเกณฑ์ร่วมกันว่า จะใช้อายุเท่าไรเป็นตัวกำหนดเพื่อจะได้สื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุได้ตรงกัน สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามยูริคและคณะ

ทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีอยู่มากมายแต่อาจสรุปได้ดังนี้ คือ

1. ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่ง วรมนต์ ตีรพรหม (2534 : 22-30) ได้รวบรวมแบ่งได้ออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1.1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับยีน (Genome based theory)

1.1.1 ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution theory) กล่าวว่า ความสูงอายุเป็นการปรับตัวตามวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิตสร้างสรรคสิ่งที่ดีกว่า เพื่อความอยู่รอดในสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ความสูงอายุเป็นสิ่งผนวกเข้ามาในช่วงชีวิตของการเจริญและแพร่พันธุ์ ช่วงระยะของการมีชีวิตจะสั้นลง เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม ความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง

1.1.2 ทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ (Watch spring theory) กล่าวว่ากลไกความสูงอายุถูกกำหนดไว้แล้ว โดยมีรหัสอยู่ในยีนซึ่งภายในขบวนการความสูงอายุนี้ประกอบด้วย การเจริญเติบโตการพัฒนาและเสื่อมลงจนกระทั่งตายไปในที่สุด เป็นวัฏจักรที่เกิดขึ้นภายในช่วงระยะเวลาหนึ่งซึ่งมีการกำหนดไว้เรียบร้อยแล้ว ทำให้เซลล์ต่างๆ ของร่างกายหรือระบบบางระบบชราลงเมื่อถึงกาลเวลาที่กำหนดไว้

1.1.3 ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic mutation theory) กล่าวว่า ความสูงอายุเกิดจากการที่เซลล์แบ่งตัวผิดปกติ ทำให้เกิดการสะสมของเซลล์ที่ผิดปกติหรือเซลล์ผ่าเหล่า ทำให้มีการสังเคราะห์ของสารชีวโปรตีนที่ผิดปกติมากขึ้นแสดงลักษณะใหม่ของเซลล์ที่ผิดปกติออกมา ทำให้ระบบที่ติดอยู่แล้วผันแปรไปโดยลดการทำงานของเซลล์ และประสิทธิภาพของอวัยวะในที่สุด อันเป็นต้นเหตุของความสูงอายุ โรคเสื่อมสภาพต่างๆ และมะเร็ง

1.1.4 ทฤษฎีสารสะสมความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Errors theory) กล่าวว่า ความสูงอายุเกิดจากการสะสมความผิดพลาดหรือข้อบกพร่องเกี่ยวกับส่วนประกอบของระดับโมเลกุล

ของเซลล์ในร่างกาย เซลล์และเนื้อเยื่อที่มีชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงหมุนเวียนสร้างใหม่ตลอดเวลา รวมไปถึงการสร้างสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต ได้แก่ เอนไซม์ ฮอโมน และสารสื่อประสาทในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการทางชีวเคมี มีโอกาสเกิดความผิดพลาด ถ้าความผิดพลาดเหล่านี้สะสมจนกระทั่งถึงระดับหนึ่ง เซลล์หรือเนื้อเยื่อจะค่อยๆเสื่อมสภาพและตาย หรือ แม้ว่าตัวเซลล์ยังมีชีวิตอยู่ แต่การทำหน้าที่ของเซลล์จะหยุดชะงัก ทำให้ภาวะการควบคุมความ สมดุลของร่างกายแปรปรวนไป โดยเฉพาะเซลล์สมอง

1.1.5 ทฤษฎีว่าด้วยพันธุกรรม (Genetic theory) กล่าวว่า การสูงอายุนั้นเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามพันธุกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้นคล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุคน เช่น ลักษณะศีรษะล้าน ผมหงอกเร็ว เป็นต้น ลักษณะดังกล่าวจะพบในบางคนเท่านั้นแม้อายุจะเท่ากัน

1.2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอินทรีย์ (Organ theory)

1.2.1 ทฤษฎีการเสื่อมและถดถอย (Wear and Tear theory) กล่าวว่า โครงสร้างและการทำงานของร่างกายเสื่อมสภาพไปหลังการใช้งาน ถ้ามีการใช้งานมากยิ่งมีผลให้สูงอายุก่อนวัย ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมมากขึ้นโดยไม่เท่ากันในแต่ละคนแม้ว่าอายุจะเท่ากัน

1.2.2 ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (The neuroendocrine theory) กล่าวว่า สิ่งที่เป็นต่อการดำรงชีวิตและคงสภาพสมดุล (homeostasis) ทางร่างกาย คือ ประสาทและฮอโมน ความสูงอายุนั้นเกิดจากการทำงานลดลงของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ

1.2.3 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (The immunological theory) กล่าวว่า ความสูงอายุเกิดจากความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน เชื่อว่าเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติน้อยลง พร้อมกับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคไม่ดีเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย

1.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องด้านสรีรวิทยา (Physiological theory)

1.3.1 ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress adaptation theory) กล่าวว่า ปฏิกริยาของร่างกายต่อความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลรบกวนการทำงานของเซลล์ และทำให้เซลล์ตายได้บุคคลที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อยๆจะทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่วัยสูงอายุก่อนวัย

1.3.2 ทฤษฎีการเชื่อมโยงของคอลลาเจน (The cross - linkage theory of aging) กล่าวว่า ความสูงอายุเกิดจากส่วนประกอบของคอลลาเจนและโปรตีนจากเส้นใย (Fibrous protein) มีการจับตัวกันมากขึ้นเส้นใยหดสั้นเข้ายึดหยุ่นน้อยลงแข็งจืดขาดง่าย

1.3.3 ทฤษฎีการสะสมของเสียในเซลล์(Waste - product accumulation theory) กล่าวว่า ความสูงอายุเป็นการแสดงถึงการคั่งค้างสะสมของเสียไว้ในเซลล์เป็นระยะ

เวลานานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและหน้าที่ของเซลล์ จนกระทั่งความสามารถของเซลล์ลดลงหรือทำให้เซลล์ตาย เช่น การสะสมของเสียจากเมตาบอลิซึมทั้งในเซลล์และระหว่างเซลล์ซึ่งจัดเป็นส่วนหนึ่งของขบวนการสูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเซลล์ร่างกายที่ไม่มีการแบ่งตัวได้อีกจึงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงตัวเอง เช่น เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ เซลล์ประสาทสมอง ไขสันหลังและเซลล์ไต

1.3.4 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (The free radical theory) กล่าวว่า ความสูงอายุเกิดขึ้นจากอนุมูลอิสระที่เกิดขึ้นในร่างกายจากการใช้ออกซิเจนของเซลล์และการเผาผลาญพวกโปรตีนคาร์โบไฮเดรตและอื่นๆ จะมีความไวต่อการทำปฏิกิริยาทางเคมีเป็นอย่างมาก เป็นตัวทำให้เกิดความผิดปกติของยีน ทำให้คอลลาเจนและอีลาสตินซึ่งเป็นโปรตีนองค์ประกอบสำคัญของเนื้อเยื่อยึดเหนี่ยวมีความเสื่อมจนเสียความยืดหยุ่น

2. ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตสังคมในผู้สูงอายุ (Psychosocial theory) จิตใจและสังคมเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาวอย่างมีคุณภาพ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุมักเกิดร่วมกันและส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกันทั้งทางด้านสุขภาพและบุคลิกภาพของบุคคล ทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวกับจิตสังคม สรุปได้ดังนี้ คือ

2.1 ทฤษฎีการถดถอยจากสังคม (Disengagement theory) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ค่อยๆ ถดถอยจากสังคมทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มวัยอื่นๆ ด้วย เพื่อเป็นการลดภาวะ การกดดันทางสังคม บางประการ ซึ่งมีแนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุต้องทิ้งบทบาทเดิม เช่น การเกษียณอายุราชการ ทำให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานเดิมลดลงไป บุตรแยกครอบครัวออกไป คู่สมรสเสียชีวิต ตนเองหมดสภาพครอบครัว สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุถดถอยจากสังคม

2.2 ทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน (The activity theory) กล่าวว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขทั้งร่างกายและจิตสังคม จากการมีกิจกรรมร่วมกัน และการเคลื่อนไหวอยู่ตลอดเวลา ทำให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างกระฉับกระเฉง และมีความรู้สึกว่าเป็นประโยชน์ต่อสังคม และมีความเชื่อว่าสุขภาพมีผลต่อการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม และถ้ากิจกรรมในสังคมหนึ่งสังคมลดลง ก็จะมีผลให้สังคมหนึ่งลดลงด้วย ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี หรือได้ทำประโยชน์ให้กับสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุมีการพัฒนาตนเองต่อบทบาทใหม่อยู่เสมอ ซึ่งมีแนวคิดที่ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะดำเนินชีวิตเหมือนช่วงที่อยู่วัยกลางคน และจะปฏิเสธที่จะใช้ชีวิตแบบผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมได้เท่าวัยกลางคน โดยสนับสนุนให้มีกิจกรรมต่างๆ ให้มีความสนใจเกี่ยวข้องกับสมาชิกวัยเดียวกันการมีกิจกรรมจะทำให้สภาวะร่างกาย จิตใจ สังคมดีขึ้นมาก

บาร์ โรว์ และสมิท (Barrow and Smith.1979 : 53-55) กล่าวถึงนักทฤษฎีกิจกรรมหลายท่านที่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับแนวคิดนักทฤษฎีกิจกรรม ดังนี้

เลมอน , เบงท์สันและปีเตอร์สัน (Lemon and Bengtson and Peterson. 1972:520) กล่าวว่าผู้สูงอายุยิ่งเสียบทบาทมากยิ่งขึ้นเท่าใด ความพึงพอใจในชีวิตจะยิ่งต่ำลงเท่านั้น

ฮาร์วิกเอ็ทส์และอัลเบอชท์ (Harvighurst and Albrecht. 1953:107) กล่าวว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมสูงจะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และผู้สูงอายุที่สามารถรักษา ระดับของตนเองไว้ตามบทบาทและสถานภาพ รู้สึกว่าตนเป็นคนที่มีบทบาทและมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับ ของสังคมจะมีความสุขและมีความพอใจในชีวิตสูง

เอลลิปโพลิส (Eliopoulos. 1979 :28) กล่าวว่าผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมต่อเนื่องจากวัยที่ผ่านมา ควรพอใจในการร่วมกิจกรรม สนใจและร่วมเป็นสมาชิกในชมรมต่างๆ นอกจากนั้น ยังมีข้อเสนอแนะ อีกว่า การคงไว้ซึ่งกิจกรรมในปัจจุบันเป็นสิ่งที่ดีควรทำเพื่อชดเชยความสูญเสียต่างๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจาก กระบวนการสูงอายุ เช่น การใช้สติปัญญาแทนการออกกำลังกายเมื่อความสามารถทางร่างกายลดลง การมีงานหรือบทบาทใหม่แทนงานเก่าหลังเกษียณอายุ หาเพื่อนใหม่แทนเพื่อนเก่าที่เสียชีวิตไป ทำชีวิตให้ร่าเริงสดชื่นเพื่อการยอมรับของสังคม เป็นต้น

เดคเคอร์ (Decker. 1990:133) กล่าวสนับสนุนว่า กิจกรรมของสังคมเป็นแก่นแท้ของชีวิตและ จำเป็นสำหรับทุกวัย กิจกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งทฤษฎีกิจกรรมยืนยันว่าผู้สูงอายุ ที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจสูงสุด มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองใน ด้านบวก และลองกินและคณะ (Longino, et al.1980) กล่าวเพิ่มเติมว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมและมี Self - conception สูง จะไม่มีความหว่าเหวเกิดขึ้น

3. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) กล่าวว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขได้ต่อเมื่อได้ กระทำกิจกรรมหรือปฏิบัติดังเช่นได้ทำมาแต่ก่อน บุคคลใดได้คุ้นเคยการอยู่ร่วมกับคนหมู่มากก็กระทำ ต่อไป บุคคลใดพอใจกับชีวิตที่สงบสันโดษ ก็อาจแยกออกมาอยู่ตามลำพัง

4. ทฤษฎีของอีริคสัน (Erikson theory) กล่าวถึงการพัฒนาทางจิตสังคมของคนในสูงอายุ ว่าเป็นช่วงที่มีชีวิตที่รู้สึกว่ามีคุณค่า มั่นคงหรือท้อแท้ หมดหวัง สำหรับคนที่รู้สึกว่ามีชีวิตนั้นมี คุณค่ามีความมั่นคง ก็จะมี ความพึงพอใจในผลสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมาและเกิดความรู้สึกสุขสงบ ทางใจ และสามารถยอมรับได้ว่า ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ในทางตรงข้ามคนที่ไม่ยอมรับก็มี ความรู้สึกว่ามีชีวิตนั้นมีโอกาสเลือกได้น้อยและต้องการให้มีชีวิตยืนยาวต่อไปอีก เกิดความท้อแท้ สิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าตนไร้ค่าและความสามารถที่จะเผชิญความสูงอายุลดลง

5. ทฤษฎีของเพค (Peak's development theory) เขามีความเชื่อว่าผู้สูงอายุมีพัฒนาการ 3 ประการ คือ ความสามารถแยกความแตกต่างของตนกับช่วงชีวิตที่ผ่านมาความสามารถของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติกับร่างกายที่แข็งแรง เมื่อครั้งยังทำงานอยู่และยอมรับว่าร่างกาย ของตนเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติกับสภาพร่างกายก่อนสูงอายุ (อาภา ใจงาม. 2533:288-290)

ทฤษฎีต่างๆ ที่กล่าวข้างต้นนี้ ยังมีข้อจำกัดในแต่ละทฤษฎีที่จะใช้อธิบายความสูงอายุของแต่ละบุคคล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งกาย จิตใจ และสังคมของบุคคลแต่ละคนมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมทั้งที่มีชีวิต ไม่มีชีวิต และปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมของแต่ละบุคคล

1.2 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ประสพ รัตนากร (2537:3,8 -12) กล่าวว่า ในทางชีววิทยาความแก่หรือความชรา(Aging) หมายถึง ความสูญเสียความสามารถทำงานทางสรีรวิทยาของร่างกายที่เสื่อมถอยลงจนในที่สุดทำให้สิ่งมีชีวิตถึงแก่ความตาย ความเสื่อมของอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆในร่างกายไม่ได้เสื่อมในอัตราเดียวกัน แต่แต่ละคนจะมีอัตราเร็วของความชราต่างกันและในคนคนเดียวก็แตกต่างกันแต่อวัยวะก็มีอัตราเร็วของการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราต่างกันด้วย มนุษย์จะสูญเสียความสามารถในการทำงานไปประมาณ 1 เปอร์เซ็นต์ต่อปีตั้งแต่ปีที่ 30 เป็นต้นไป จะเห็นเป็นความเสื่อมหรือแก่อย่างชัดเจนเมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไป ยังมีความแตกต่างของอัตราความแก่ในแต่ละบุคคลและประชากรต่างเผ่าพันธุ์ ท่านมีแนวคิดมองการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในลักษณะ 3 ด้านคือ

1. การเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพและสรีรวิทยา (Anatomical and Physiological change)

เป็นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายในระบบต่างๆ ประกอบด้วย

1.1 ระบบประสาทและสมอง น้ำหนักของสมองจะสูงสุดราว 1400 กรัม ที่อายุ 20 ปี และคงที่จนถึงอายุประมาณ 40-50 ปี จากนั้นลดลงราว 2-3% ต่อ 10 ปี จนกระทั่งอายุ 80 ปี น้ำหนักสมองจะลดลงราว 10 % จากในวัยหนุ่มสาว เนื่องจากเซลล์ประสาทลดจำนวนลงทำให้ขนาดของสมองเหี่ยวลง ช่องว่างระหว่างกลีบสมองกว้างขึ้น สมองบางส่วนจะฝ่อตัวมากกว่าส่วนอื่น เช่น ส่วนที่รับผิดชอบเกี่ยวกับความคิดอ่าน สติปัญญาที่กลีบสมองส่วนหน้า หรือส่วนที่รับผิดชอบเกี่ยวกับความจำที่ Temporal cortex จะมีการสูญเสียเซลล์ประสาทมากที่สุดกว่าส่วนอื่นขณะที่ก้านสมองและไขสันหลังไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลง

- การรับรสและกลิ่น เนื่องจากต่อมรับรสที่ลดลงจำนวนลงประกอบกับน้ำลายจะเข้มข้นทำให้ช่องปากแห้งได้ง่าย ทำให้ความสามารถในการรับรสด้วยประสิทธิภาพของผู้สูงอายุจึงมักรับประทานรสจัดขึ้น โดยเฉพาะรสเค็มและรสหวาน

- การมองเห็น มีการเปลี่ยนแปลงที่เปลือกตาบนจะตกเล็กน้อย น้ำตาในเบ้าตามากขึ้น เนื่องจากการอุดตันของท่อทางเดินน้ำตาและอาการเคืองตาเมื่อผู้ที่มีต่อมกระจกอยู่ในที่ๆ มีแสงสว่างจ้า ม่านตามีขนาดเล็กลงเนื่องจากกล้ามเนื้อส่วนที่ควบคุมการขยายตัวขนาดลดลง แก้วตาหรือเลนส์จะขุ่นขึ้นจากการสะสมโปรตีนที่เสื่อมสภาพทำให้แสงผ่านเซลล์ลดลง นอกจากนั้นการมองเห็นสีจะลดลง 25% เมื่ออายุ 50 ปี และจะลดลงถึง 50% เมื่ออายุ 70 ปี ผู้สูงอายุจึงมักชอบที่สดสว่างมากกว่าสีอื่น

- การได้ยิน มีการเปลี่ยนแปลงของหูชั้นในที่เรียกว่า Cochler ทำให้ความสามารถในการได้ยินเสียงความถี่สูงขึ้น แต่ยังสามารถได้ยินเสียงความถี่ต่ำเหมือนวัยหนุ่มสาวที่เรียก Presbycusis

- การทรงตัว พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงโดยเส้นประสาทที่รับผัสชอบอยู่ใกล้เคียงกับส่วนที่รับผัสชอบ การได้ยินอาการเวียนศีรษะรู้สึกว่ำบ้านหมุน จึงเป็นสิ่งที่ผิดปกติเสมอโดยเฉพาะเวลาที่เปลี่ยนท่าทางและทิศทางของศีรษะอย่างรวดเร็ว

- สติปัญญา พบว่าผู้สูงอายุจะสูญเสียความจำระยะสั้น ต้องใช้เวลานานขึ้นในการนึกบททวน ขณะที่ความจำระยะยาวหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนานมาแล้วจะจำได้ดีกว่าความสามารถในการแก้ปัญหาทางตรรกวิทยาลดลง ส่วนความสามารถในการเรียนรู้จะลดลงเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป ปฏิกริยาของร่างกายในการตอบสนองทันทีต่อสิ่งเร้าลดลงในคนอายุมากกว่า 70 ปี ด้วย

- การนอน พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าสมองขณะหลับ ทำให้ระยะเวลาที่อยู่ในระดับหลับสนิทสั้นลง ทำให้ตื่นกลางดึกได้บ่อยๆ โดยเฉพาะในคนอายุ 65-95 ปี ผู้สูงอายุจึงมักรู้สึกว่ำตนเองนอนหลับเคลิ้ม เหมือนนอนไม่เต็มอิ่มพยายามพียงานนอนหลับมากเกินไป

- ระบบประสาทอัตโนมัติจะลดประสิทธิภาพลง มีผลต่ออาการผิดปกติที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น อาการหน้ามืดเมื่อลุกขึ้นยืนหรือนั่งเร็วๆ จากความดันโลหิตที่ลดลง อาการปัสสาวะราด และการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งพวกรไม่เพิ่มมากกว่าเท่าที่ควรเมื่อมีการออกกำลังกาย ทำให้สมรรถภาพในการออกกำลังกายมีขีดจำกัด

1.2 ระบบต่อมไร้ท่อ

- ต่อมไทรอยด์ มักไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงในวัยชราแต่ที่มีความสำคัญ คือ เมื่อผู้สูงอายุได้มีภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยกว่าปกติจะมีลักษณะอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง และบางครั้งทำให้คิดว่าเกิดจากความชรานั้นเอง เช่น เคลื่อนไหวช้าลง น้ำหนักขึ้น สติปัญญาลดต่ำลง ท้องผูก ขณะเดียวกันผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมไทรอยด์มากเกินไปผิดปกติที่เรียกว่า ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ อาจมีอาการเซื่องซึมสับสน หรือหอบเหนื่อยจากภาวะหัวใจวาย แทนที่จะมีอาการตาโปน อุณหภูมิกายสูงกว่าปกติ รับประทานอาหารมาก แต่ผอมลงเหมือนวัยหนุ่มสาว

- เบาหวาน พบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงที่เซลล์ส่วนของฮอริโมนอินซูลินไปออกฤทธิ์ ทำให้อินซูลินไปออกฤทธิ์ไม่เต็มที่ จึงพบอุบัติการณ์ของเบาหวานเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน

- ต่อมหมวกไต แม้ว่าน้ำหนักต่อมจะลดลงหลังอายุ 50 ปี แต่ก็สามารถทำงานได้ปกติ ยกเว้นส่วนที่เกี่ยวกับการหลั่งฮอริโมน Aldosterone ซึ่งทำหน้าที่ดูดซึมโซเดียมจากไตลดลงตามอายุที่

เพิ่มขึ้น เมื่อผู้สูงอายุสูญเสียเกลือแร่จากร่างกาย เช่น ขณะที่มืออากรท้องร่วง จึงทำให้ความดันโลหิตลดต่ำกว่าคนทั่วไป

1.3 ระบบภูมิคุ้มกัน เป็นระบบของร่างกายที่ประกอบด้วยระบบย่อยๆ อีกหลายระบบเป็นการทำงานประสานกันในการต่อสู้กับเชื้อโรคที่มีอยู่แล้วในร่างกายหรือเพิ่งเข้ามาใหม่ ระบบที่มีความเปลี่ยนแปลงชัดเจนจากความชรา คือ ระบบภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ การที่ผู้สูงอายุมีความบกพร่องในระบบนี้เองทำให้อุบัติการณ์ของวัณโรคและมะเร็งในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีข้อชี้ว่าอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ที่เพิ่มขึ้นก็น่าจะมีสาเหตุมาจากระบบภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ที่ด้อยประสิทธิภาพลง การที่ร่างกายของผู้สูงอายุมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแปลกปลอมที่ระบบภูมิคุ้มกันที่ผิดปกติออกไป ทำให้อาการและอาการแสดงหลังการเจ็บป่วยต่างไปจากผู้ป่วยทั่วไปด้วย เช่น ภาวะที่อุณหภูมิในร่างกายไม่สูงขึ้นหรือกลับต่ำลงในการติดเชื้อในกระแสโลหิต เป็นต้น

1.4 ระบบทางเดินอาหาร

- ช่องปากและฟัน เยื่อช่องปากและฟันบางลง แต่ยังสามารถแบ่งตัวเป็นปกติ น้ำลายลดลงบ้าง เนื้อฟันในผู้สูงอายุจะลดความที่บดลง เหงือกถอนจากคอฟันเนื่องจากการร่นของ alveolar bone ขณะที่กระดูกขากรรไกรหดลงเรื่อยๆ ทำให้ฟันโยกคลอนได้ง่าย และเมื่อมีหินปูนมาเกาะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ซ้ำเติม

- หลอดอาหาร การไหลผ่านของอาหารจากลำคอสู่กระเพาะอาหารช้าลง

- กระเพาะอาหาร น้อย่อยจากกระเพาะอาหารลดความเป็นกรดลง

- ตับ น้ำหนักของตับจะลดลงถึง 25 % จากอายุ 20-70 ปี เนื่องจากเซลล์ตับลดจำนวนลง ปริมาณเลือดที่ไหลเวียนผ่านตับจึงลดปริมาณลงถึง 35 % จากอายุ 20-90 ปี ทำให้การกำจัดยาที่เข้าสู่ร่างกายช้าลง

- ลำไส้ มีการเคลื่อนตัวช้าลง ทำให้ท้องผูกได้ง่าย ส่วนความสามารถในการดูดซึมอาหารไม่ลดลง โดยเฉพาะการดูดซึมไขมันไม่ลดลงเหมือนวัยหนุ่มสาว แต่การดูดซึมคาร์โบไฮเดรตและโปรตีนลดลงเล็กน้อย

1.5 ระบบหัวใจและหลอดเลือด

- หัวใจ เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจลดจำนวนลง มีเนื้อเยื่อพังผืดเพิ่มมากขึ้น ในคนที่มีความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ก็จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหนาขึ้น เซลล์ที่กำหนดการเต้นของหัวใจลดต่ำลงลง ทำให้จังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติในผู้สูงอายุบางราย

- ลิ้นหัวใจ โดยเฉพาะลิ้นที่ทำงานหนัก จะเกิดความเสื่อม มีหินปูนมาเกาะในที่สุด ทำให้การเปิดปิดของลิ้นหัวใจผิดปกติและไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร โดยเฉพาะลิ้นเอออร์ติก

- หลอดเลือดแดง เซลล์กล้ามเนื้อเรียบที่ผนังหลอดเลือดแดงเพิ่มจำนวนขึ้น เกิดมีหย่อมของหินปูนมาเกาะตามผนัง ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งสามารถจับได้เป็นลิ่มและอุดตันได้ง่ายเกิดการขาดเลือดมาเลี้ยงยังอวัยวะปลายทางได้

1.6 ระบบหายใจ

- ทรวงอก กระดูกสันหลังที่เป็นแกนของทรวงอกบางลงจากภาวะกระดูกพรุน ซึ่งพบได้เสมอในผู้สูงอายุ ทำให้กระดูกสันหลังคดง ขณะเดียวกันกระดูกสันหลังยุบหน้าตัวเข้าหากัน ทำให้การยืดขยายของทรวงอก ขณะที่มีการหายใจเข้าไม่เต็มที่เท่าที่ควร จึงต้องอาศัยกระบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจเพิ่มจากกล้ามเนื้อหน้าอก เมื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนทางการหายใจหลังการผ่าตัดได้ง่าย ขณะเดียวกันการหายใจออก ซึ่งต้องอาศัยการตีกลับของเนื้อเยื่อ elastic ในปอดที่เสื่อมลง ทำให้มีอากาศหลงเหลืออยู่ในปอดมากกว่าปกติ ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนระหว่างอากาศที่หายใจเข้ากับเลือดที่ไหลเวียนมารับออกซิเจนที่ปอด ด้อยประสิทธิภาพลง

- หลอดลม ไม่ค่อยมีการเปลี่ยนแปลงมากนัก ยกเว้นในผู้ที่สูบบุหรี่เรื้อรัง

- เนื้อปอด จะสูญเสียความยืดหยุ่น เมื่อร่วมกับสภาวะที่ทรวงอกขยายตัวไม่ได้เต็มที่ ทำให้การไหลเวียนของก๊าซในปอดไม่ดีเท่าที่ควร เกิดการคั่งของก๊าซในปอดส่วนที่ไม่มีการเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ นอกจากนั้นผนังที่เป็นทางผ่านของก๊าซทั้ง 2 หนาตัวขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุที่ทนต่อสภาวะที่ต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นไม่ดีเท่าที่ควร เช่น ขณะออกกำลังกาย

1.7 ระบบทางเดินปัสสาวะ

- ไต เป็นอวัยวะที่มีการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุที่ชัดเจนที่สุดอวัยวะหนึ่ง เพราะผู้สูงอายุเกือบทุกรายแสดงความผิดปกติในการทำงานของไต เมื่อร่างกายต้องการปรับดุลย์น้ำและกรดต่างในภาวะผิดปกติ น้ำหนักไตจะลดลงราว 20-30 % โดยเฉพาะส่วนที่ทำหน้าที่กรองของเสียต่างๆ ออกไป ทำให้การกำจัดยาออกจากร่างกายลดลง จึงเป็นอีกปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพิษจากยาได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป

- กระเพาะปัสสาวะจะมีความจุลดลง จำนวนปัสสาวะเพิ่มมากขึ้นหลังการถ่ายปัสสาวะ ทำให้ต้องปัสสาวะบ่อยหรือปัสสาวะราดได้บ่อย

- ต่อมลูกหมากจะหนาตัวขึ้นจนอุดตันท่อทางเดินปัสสาวะทำให้ผู้สูงอายุชายปัสสาวะบ่อย โดยเฉพาะเวลากลางคืน ถึงกับทำให้นอนไม่หลับได้บ่อยๆ และถ้าต้องเบ่งปัสสาวะมากเป็นเวลานาน ทำให้มีไส้เลื่อนหรือริดสีดวงตามมา

1.8 ระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่างๆ พบลักษณะการฝ่อของกล้ามเนื้อโดยเฉพาะที่ส่วนขา กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อจะลดลงตามลำดับหลังอายุ 30 ปี และลดลงเร็วขึ้นหลังอายุ

50 ปี ส่วนกระดูกจะมีการเปลี่ยนแปลง อย่างชัดเจนที่เรียกว่าภาวะ " กระดูกพรุน " ซึ่งนอกจากจะขึ้นกับอายุแล้วยังขึ้นกับเชื้อชาติ เพศ การเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันอีกด้วย ทำให้กระดูกเปราะหักง่ายเมื่อมีการบาดเจ็บเมื่ออายุยังน้อย เช่น หลังจากผู้สูงอายุหกล้ม มักจะมีกระดูกหักที่ข้อมือ ข้อสะโพกและกระดูกสันหลัง เป็นต้น

1.9 ผิวหนัง ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลงปริมาณไขมันที่สะสมในผิวหนังก็ลดลง ทำให้ผิวหนังเป็นรอยเหี่ยวย่นเซลล์ที่ผิวหนังแบ่งตัวช้าลง ทำให้การหายของบาดแผลหายช้าลง นอกจากนั้นต่อมเหงื่อและต่อมไขมันในผิวหนังก็จะทำงานลดลงทำให้ผิวหนังแห้งและคันได้บ่อยๆ โดยเฉพาะฤดูหนาวที่ความชื้นของอากาศลดลงหรือผู้สูงอายุที่อาบน้ำอุ่นวันละหลายหนทำให้มีการชะล้างไขมันที่เคลือบผิวหนังออกไป

1.10 ระบบสืบพันธุ์ หน้าที่ของระบบสืบพันธุ์มีการเปลี่ยนแปลงไปมากในผู้สูงอายุ เมื่อมนุษย์มีอายุยืนขึ้นก็ย่อมจะทำให้เกิดปัญหาตามมามากขึ้น ดังนั้นจึงมีผู้ให้ความสนใจสรีรวิทยาของระบบนี้มากเป็นพิเศษ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของระบบสืบพันธุ์ในเพศหญิงและเพศชายก็มีความแตกต่างกันมากด้วย

1.10.1 ระบบสืบพันธุ์ในเพศหญิง (Sex organ) การเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่จะเกิดกับอวัยวะที่อยู่ภายใต้อิทธิพลของฮอร์โมน การเปลี่ยนแปลงจะแตกต่างกันไปในแต่ละรายขึ้นอยู่กับความรุนแรงและระยะเวลาในการขาดฮอร์โมน ขนาดและจำนวนของเซลล์จะลดลง มีการเปลี่ยนแปลงในนิวเคลียสคือจะประกอบด้วย nucler chromatin ที่อัดกันหนาแน่นขึ้น เยื่อคอลลาเจนจะพองและเกิด hyalins ขึ้น เส้นใยอีลาสติกจะแตกเป็นเส้นๆ และมีเม็ดสี lipochrome สะสมในเซลล์

- Vulva จะเหี่ยวย่นทำให้ landmark ต่างๆ ลดความเด่นชัดลง Introitus ก็จะมีการเหี่ยวย่น ไขมันใต้ผิวหนังก็จะลดลงและ Pubic hair จะบางลง

- Vagina Rugae จะหายไปหรือตื้นขึ้น ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางและความยืดหยุ่นจะลดลง น้ำหล่อต่างๆ จะลดลง ทางด้านแบคทีเรียจะพบว่าเป็น mix flora แต่มีจำนวน lactobacillus ลดลง การทำ pap smear จะพบ Superficial epithelial จะลดลงแต่ parabasal และ basal cell จะเพิ่มขึ้น

- Cervix จะมีขนาดเล็กลง รอยต่อ squamocolumnar จะร่นขึ้นไปอยู่ใน cervical canal จะแคบลงและสารหลังจาก endocervix จะลดลง

- Corpus uteri มดลูกจะมีขนาดเล็กลงมาก พร้อมกับมีเยื่อพังผืดและแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น เยื่อบุมดลูกจะเสื่อมลงเยื่อจะบุด้วยเซลล์รูป cuboid เพียงชั้นเดียว และจำนวนต่อมจะลดลง เยื่อ stoma ก็จะกลายเป็นพังผืดและบางบริเวณจะเกิด hyalinization

- Ovaries รังไข่จะมีขนาดเล็กลง และ atretic follicles จะค่อยๆ หายไป และจะพบพังผืดได้ทั่วไป

- Fallopian tube ท่อนำรังไข่จะมีเส้นผ่านศูนย์กลางและความยาวลดลง เมื่อเยื่อบุจะเสื่อมลง cilia จะหายไปมีเยื่อพังผืดเพิ่มขึ้น

1.10.2 ระบบสืบพันธุ์ในเพศชาย (sex organ)

- Seminiferous tubular function ; Talbert (ค.ศ.1977) ได้รายงานไว้ในระยะเวลาที่ใช้ในการเจริญเติบโตของ mature spermatozoa เป็น spermatogonia ไม่ได้เปลี่ยนแปลงตามอายุ ในมนุษย์จะใช้เวลา 10 สัปดาห์ ในทางตรงกันข้ามเพศหญิงจะเกิดพร้อมกับไข่ทั้งหมดไม่มีการสร้างเพิ่มเติมขึ้นอีก ไข่เหล่านี้มีโอกาสที่จะได้รับ mutagens ไปจนกระทั่ง oovulation สิ่งนี้จึงเป็นเหตุผลที่ว่าอายุของพ่อมีความสำคัญน้อยกว่าอายุของแม่ในการเกิด chromosomal aneuploidy แต่อย่างไรก็ตามพบว่ามีจำนวนของ sperm ที่มี 2y เพิ่มขึ้นจาก sperm ในผู้สูงอายุ (Bynum และคณะ . ค.ศ.1982)

- male accessory organ ; prostate ,seminal vesicles และ epididymids เป็น accessory organ ที่สำคัญ prostate จะหลังเอ็นไขว้หลายชนิด , กรดซิติคและสังกะสี เมื่ออายุมากกว่า 40 ปี columnar ซึ่งทำหน้าที่หลังเอ็นไขว้เหล่านี้จะค่อยๆ ถูกแทนที่ด้วย collagen โดยทั่วไปเมื่ออายุมากขึ้นชายเกือบทุกคนจะเกิด benign prostatic nodular hyperplasia ซึ่งประกอบด้วย การเจริญของ stroma และเนื้อเยื่อต่อมเพิ่มขึ้นเป็นหย่อมๆ การเปลี่ยนแปลงตอนแรกจะเริ่มต้นที่รอบๆ ท่อปัสสาวะ แล้วจะขยายออกไปทาง lateral และ medial lobe สาเหตุที่แท้จริงทำให้เกิด prostate hyperplasia ยังไม่ทราบ

- Epididymids ทำหน้าที่เก็บและ capacitate spermatozoa ซึ่งขบวนการนี้จำเป็นในการปฏิสนธิ เมื่ออายุมากขึ้นเยื่อบุ columnar เปลี่ยนรูปร่างมาเป็น cuboidal และมีเม็ดสีเพิ่มขึ้น น้ำอสุจิ ซึ่งหลังจาก seminal vesicles จะมีฤทธิ์เป็นด่างและประกอบด้วย fructose, prostaglandins protien , คาร์โบไฮเดรตอื่นๆ , เอ็นไซม์และโปแตสเซียม ในคนสูงอายุต่อมและ secretory surface ลดลงอย่างมาก ความจุของอวัยวะนี้จะลดลงจาก 5 ml . เมื่ออายุ 60 ปี เหลือ 2.2 ml. เมื่ออายุ 80 ปี

2. การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตใจ (Psychology change) คนวัยสูงอายุมีการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่นคู่ชีวิต เพื่อนวัยเดียวกันทำให้เกิดความรู้สึกถูกแยกจากคนรักเกิดความเศร้าและสูญเสีย ความสัมพันธ์ทางสังคมและเศรษฐกิจลดลงเนื่องจากเกษียณ เมื่อถึงวัยที่ต้องออกจากงานทำให้รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ไร้ประโยชน์ สูญเสียความสัมพันธ์ภายในครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว เจ็บเหงา เบื่อหน่ายและซึมเศร้า รับรู้สิ่งใหม่ช้าและมักจะยึดติดกับความคิด และเหตุผลของตนเองมีการสร้างวิถีชีวิตของตนเองมุ่งสร้างชีวิตที่ดีให้ชีวิตสงบ ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าชีวิต

ของตนมีคุณค่ามีความมั่นคงจะพึงพอใจในความสำเร็จของชีวิตที่ผ่านมา รวมทั้งเกิดความสุขและความสงบทางใจ มีความสามารถที่จะเผชิญความชรา (พรัซต์ อินทรโกเศศ. 2535:30)

ศรীরรรณา ตันศิริ และคณะ (2535:33) กล่าวว่าความซึมเศร้า (Depression) เป็นปัญหาที่พบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุโดยพบประมาณร้อยละ 12 – 20 ของผู้สูงอายุที่มีมากกว่า 65 ปี สาเหตุจากปัจจัยทางด้านจิตสังคมเป็นสำคัญโดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุไทยพบว่า มีความซึมเศร้าถึงร้อยละ 80 ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะ การเจ็บป่วยเป็นโรคจิตในวัยสูงอายุได้

นันทิกา ทวีราชชาติและคณะ (2534:196) การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุ ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ขาดความมั่นใจในตนเองอารมณ์เปลี่ยนแปลงได้ง่ายเกิดความเหงา (Loneliness) ซึ่งปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยในวัยชราได้แก่

- ความวิตกกังวล แสดงออกโดยมีความกลัวหรือความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ เช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด เครียด แสดงอาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ท้องอืด กลัวจะเป็นโรคร้ายแรง อาจกังวลมากขึ้นเมื่อมีภาวะกดดันเช่น เจ็บป่วย ย้ายที่อยู่ ได้รับอุบัติเหตุ

- อารมณ์ซึมเศร้า พบบ่อยมากอาจมีอาการอ่อนเพลีย กินไม่ได้ นอนไม่หลับ สมาธิเสีย ตัดสินใจไม่ได้ ละเลยการดูแลตนเอง หลงลืมข่าวของแล้วโทษว่ามีคนมาขโมย

- สับสน ความจำเสื่อม อาจสับสนเรื่องบุคคล เวลา สถานที่ หลงลืม ส่วนมากมีสาเหตุจากความเสื่อมของสมอง

- นอนไม่หลับ การนอนไม่หลับทำให้คนชราหงุดหงิด อาจรบกวนสมาชิกในครอบครัวซึ่งสาเหตุเกิดจากไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย นอนหลับตอนกลางวันนานเกินไปเป็นผลของความกังวลและอารมณ์เศร้า อาจมีโรคทางกายเช่นท้องผูกหรือลูกขึ้นปัสสาวะบ่อย

วัฒนธรรมประเพณีไทยต่อบทบาทของผู้สูงอายุนั้นเป็นวัฒนธรรมประเพณีอันดีงามสืบทอดกันมาในเรื่องการเคารพยกย่องผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ การพึ่งพาผู้อื่น ผู้สูงอายุบางคนต้องใช้เวลามากกว่าจะยอมรับบทบาทนี้ได้ โดยเฉพาะผู้ที่เคยมีความสามารถและพึ่งพาตนเองมาตลอด ไม่พอใจที่บุตรหลานคอยควบคุมไม่ให้ตนเองทำอะไรเหมือนตนเองเป็นเด็กเล็กๆ

3 การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social and Cultural change) มีส่วนเกี่ยวข้องกับสาเหตุของปัญหาทางกายและจิตของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมของไทยมีแนวโน้มไปทางตะวันตกมากขึ้นย่อมเกิดผลกระทบต่อผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้แก่

3.1 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เนื่องจากสังคมปัจจุบันมีลักษณะกีดกันผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงาน ตลอดจนบทบาทในครอบครัว ผู้สูงอายุเคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว เป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องกลับกลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี (Brearley 1977:13) การเปลี่ยนแปลง

บทบาทมาเป็นผู้อาศัยในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ตนเองหมดความสำคัญ บทบาทใหม่ที่ผู้สูงอายุได้รับคือ คนเลี้ยงเด็กแทนที่บทบาทผู้นำและผู้แนะนำ ทinker (1981:156) กล่าวว่าถ้าคนเรารู้สึกว่าไม่มีบทบาทสำคัญเช่นเดิมและยังต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดความอับอาย คิดว่าตนเองเป็นต้นปัญหาหรือเป็นภาระของสังคม

3.2 การถูกทอดทิ้งผลของการเปลี่ยนแปลงสังคมจากสังคมแบบดั้งเดิมไปสู่สังคมสมัยใหม่ ทำให้เกิดการขยายตัวหรือการเติบโตของชุมชนเมือง (urbanization) ระบบการผลิตเปลี่ยนจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุที่เป็นภาระหรือไม่สามารถประกอบอาชีพอื่นใดหรือไม่มีคุณค่าทางเศรษฐกิจมักจะถูกทอดทิ้ง (พีรสิทธิ์ คำนวนคิปี และคณะ. 2523:3) ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถูกทอดทิ้งซึ่งจะก่อให้เกิดความว้าเหว่

3.3 การเสื่อมความเคารพ ในสมัยก่อนผู้สูงอายุได้รับการเคารพนับถือจากคนหนุ่มสาวในฐานะที่เป็นผู้มีประสบการณ์ ผู้แนะนำสั่งสอนแต่ในปัจจุบันค่านิยมเหล่านี้กำลังเปลี่ยนไปตามอย่างสังคมตะวันตกที่ยึดถืออิสรภาพส่วนบุคคลและความคิดว่าผู้สูงอายุเป็นคนที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์ ผู้สูงอายุควรอยู่ส่วนผู้สูงอายุ ส่วนคนหนุ่มสาวก็อยู่ตามทางของคนหนุ่มสาว (สุพัตรา สุภาพ. 2531:63) ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยขึ้นจะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุดังกล่าวเป็นเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญในชีวิตของวัยสูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจและความว้าเหว่ (Cruze. 1986:22-27) ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง

2. ทักษะคดี

2.1 ความหมายของทักษะคดี

นักการศึกษาและนักจิตวิทยาได้ให้ความหมายของทักษะคดีไว้อย่างสอดคล้องกันดังนี้

คอบ (Cobb.1954:128) ให้ความคิดเห็นว่า ทักษะคดีเป็นความรู้สึกเอนเอียงของจิตใจที่มีต่อประสบการณ์ที่มนุษย์เราได้รับเข้ามา ทักษะคดีจะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม 2 ลักษณะ คือ การแสดงออกในลักษณะของความพอใจ เห็นด้วยหรือไม่ เทอร์สโตน (Thurstone.1967:479) ได้มีความเห็นสอดคล้องกับคอบเช่นกันคือ ทักษะคดีเป็นความโน้มเอียงทางด้านจิตใจ และจะแสดงออกให้เห็นทางพฤติกรรมและนอกจากนั้น เทอร์สโตน (Thurston) ได้กล่าวเพิ่มเติมว่าทักษะคดีเป็นตัวแปรทางจิตวิทยาชนิดหนึ่งที่ไม่สังเกตได้โดยง่าย ดังนั้นการวัดทักษะคดีจึงวัดโดยแบบไม่ได้ แต่สามารถวัดได้โดยในรูปของความคิดเห็นหรือการแสดงออกทางภาษา และการวัดนี้อาจจะเกิดความไม่แน่นอนได้ หากผู้ตอบบิดเบือนหรือตอบไม่ตรงความจริง ส่วนอีกท่านหนึ่งได้ให้ความหมายแตกต่างออกไปแต่ก็เป็นไปในทำนองเดียวกัน เช่น กู๊ด(Good.1959:810) ได้ให้ความหมายของทักษะคดีว่า เป็นความพร้อม

ที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดๆ ออกมาในขณะใดขณะหนึ่งต่อสภาพการณ์หนึ่งๆ อาจเป็นการเข้าข้างหรือต่อต้านก็ได้ ซึ่งขึ้นกับความรู้สึกที่บุคคลมีต่อสภาพการณ์นั้นสอดคล้องกับ อัลพอร์ต (Allport. 1953 :810) ที่ได้ให้ความหมายทัศนคติว่า เป็นความเชื่อที่มีต่อบุคคลสิ่งของและสถานการณ์บางอย่างซึ่งทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะตอบสนองโดยแสดงพฤติกรรมเฉพาะต่อบุคคลสิ่งของหรือสถานการณ์นั้นเป็นพิเศษ (รุจิรา สูงใหญ่.2539:37-38) ส่วนในบางความเห็นเช่นนิวคอมม์และคอนเวอร์ (T.M. Newcomb; R.H. Tumer;& P.E. Converse. 1965 : 41-42) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า “แนวความคิดของทัศนคตินั้นได้รับพื้นฐานมาจากประสบการณ์ในอดีตซึ่งเก็บสะสมและมีการจัดโครงสร้างได้เมื่อเจอสถานการณ์ใหม่ๆ ก็จะนำมาประเมินและตีค่าสถานการณ์ใหม่นั้น” ทริแอนดริส (Triandis. 1971 : 3) ได้ให้ความหมายทัศนคติว่า เป็นความคิดอย่างหนึ่งที่มีอารมณ์เป็นตัวนำทำให้บังเกิดจิตใจโน้มเอียงก่อให้เกิดการกระทำแบบหนึ่งต่อสถานการณ์ทางสังคมเฉพาะแบบนั้น

ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2518 : 41) ได้ให้ความหมายว่าทัศนคติคือความพร้อมในการกระทำของบุคคลต่อสิ่งใดต่อบุคคลใด ความพร้อมดังกล่าวของบุคคล เห็นได้จากพฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงต่อสิ่งนั้นว่าชอบหรือไม่ชอบ ส่วนความหมายในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานนั้น (2525: 389) ได้ให้ความหมายของคำว่าทัศนคติว่าหมายถึง ความรู้สึกส่วนตัวที่เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ซึ่งเป็นคำสมาสระหว่างคำว่า ทัศนะ ซึ่งแปลว่า ความเห็น กับคติ ซึ่งแปลว่า แบบอย่างหรือลักษณะ เมื่อรวมกันแปลว่า ลักษณะของความเห็น. กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ (2528: 172) กล่าวว่าทัศนคติหมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่ได้จากการเรียนรู้และประสบการณ์แล้วแสดงภาวะร่างกายและจิตใจในด้านความพร้อมที่จะตอบสนองต่อบุคคลหรือสิ่งต่างๆในลักษณะใดลักษณะหนึ่งในสองลักษณะ กล่าวคือแสดงความพร้อมที่จะเข้าหาเมื่อเกิดความรู้สึกชอบเรียกว่าทัศนคติที่ดีหรือทางบวก หรือ แสดงความพร้อมที่จะหลีกเลี่ยงเมื่อเกิดความรู้สึกไม่ชอบ

โดยสรุปทัศนคติเป็นเรื่องของจิตใจความรู้สึก มีผลมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล เป็นแนวโน้มในการที่จะแสดงหรือมีปฏิกิริยาในทางบวกหรือในทางลบต่อสิ่งหนึ่ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความชอบหรือไม่ชอบซึ่งจะก่อให้เกิดแนวโน้มพฤติกรรมของบุคคลที่จะแสดงออก

ลักษณะของทัศนคติ

ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2529:20,212) ได้กล่าวถึงลักษณะทัศนคติมีความสำคัญดังนี้

1. ทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้หรือเป็นผลที่ได้รับมาจากประสบการณ์ต่างๆกันในประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากสิ่งแวดล้อม ภายนอกมากกว่าที่จะเป็นสิ่งที่มาหรือติดตัวมาตั้งแต่เกิดและมีใช้แรงขับทางร่างกาย เช่น ความหิว

2. ทักษะคิดเป็นความพร้อมกระทำ เช่น เกิดพฤติกรรมได้ตอบ (Persist position to Respond) ต่อเหตุการณ์หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยเฉพาะ หรืออาจจะเรียกว่า เป็นสภาวะพร้อมที่จะมีพฤติกรรมจริง

3. ทักษะคิดเป็นสภาวะทางจิตใจ โดยเป็นเครื่องกำหนดหรือชี้แนวทางในการก่อหรือแสดงพฤติกรรม นั่นคือทักษะคิดมีคุณสมบัติของแรงจูงใจ ในอันที่จะทำให้บุคคลประเมินเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งจะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรม หรือการกำหนดทิศทางของพฤติกรรมที่แท้จริง กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีทักษะคิดในทางบวกหรือทักษะคิดที่ดี พฤติกรรมที่บุคคลนั้นแสดงออกจะมีแนวโน้มที่จะเข้าหา ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นมีทักษะคิดในทางลบหรือทักษะคิดที่ไม่ดี พฤติกรรมที่แสดงออกจะมีแนวโน้มที่จะถอยหนีหรือหนีออกห่าง หรือไม่เข้าหาสิ่งนั้นๆ ทั้งนี้ทักษะคิดยังขึ้นอยู่กับค่าประเมินของความคิดรวบยอด (Concept) เกี่ยวกับลักษณะทางวัตถุอย่างดิ่งนั้นๆ

4. ทักษะคิดเป็นตัวแปรแฝงที่นำไปสู่ความสอดคล้องระหว่างพฤติกรรมกับความรูสึกนึกคิด ไม่ว่าจะเป็นในรูปการแสดงออกโดยวาจาหรือการแสดงออกถึงความรูสึก ตลอดจนกระทั่งที่ต้องเผชิญหรือหลีกเลี่ยงต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

5. ทักษะคิดมีสิ่งที่ย้ำอิงทางสังคม หรือกลุ่มอ้างอิงที่เฉพาะเจาะจง

6. ทักษะคิดสามารถถ่ายทอดจากบุคคลหนึ่งไปสู่บุคคลหนึ่งได้ เช่น บิดามารดาไม่ชอบบุคคลหนึ่ง ย่อมมีแนวโน้มที่จะทำให้บุตรไม่ชอบบุคคลนั้นด้วย

7. ทักษะคิดเป็นสิ่งที่มีความมั่นคง คงทนถาวร และจะมีความคงตัวอยู่ในช่วงระยะเวลา (Persistent Overtime) ซึ่งมีได้หมายความว่าทักษะคิดจะไม่มีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้เพราะสิ่งจูงใจทางอารมณ์และจิตเจ้านั้นเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างช้าๆ

8. ทักษะคิดสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากทักษะคิดเป็นสิ่งที่ได้รับมาของบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงไป ทักษะคิดย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย ซึ่งทักษะคิดดังกล่าวจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่องตามคุณภาพและความเข้มข้น หรือความแข็งแกร่งจากค่าบวกผ่านค่ากลางไปค่าลบ

9. ทักษะคิดมีปริมาณ ความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอยู่ไม่มากก็น้อย ทั้งนี้ทักษะคิดมีค่าประเมินของความคิดรวบยอด (Concept) รวมกันอยู่ นั่นก็คือ มีความคล้ายคลึงกันเกี่ยวกับวัตถุอ้างอิงและค่าบวกลบ

10. บุคคลสามารถเกิดทักษะคิดกับทุกสิ่งได้ เช่นเกิดกับบุคคล วัตถุของสถาบัน ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นต้น

11. ทักษะคิดเป็นพื้นฐานหรืออย่างน้อยเป็นส่วนหนึ่งซึ่งจะเป็นแรงผลักดันอันก่อให้เกิดลักษณะนิสัย

นอกจากทัศนคติดังกล่าวแล้ว ยังมีลักษณะหนึ่งที่เป็นสามัญที่นักจิตวิทยาสังคมนิยมวัดตามที ศักดิ์ สุนทรเสข(2531:6-7) กล่าวถึง 2 ประการ ได้แก่

1. ทิศทาง (Direction) หมายถึง การประเมินค่าความรู้ ความรู้สึกและความพร้อมที่จะกระทำว่ามีคุณประโยชน์ มีโทษ ดี เลว กล่าวคือ เป็นการวัดทัศนคติของบุคคลว่าบุคคลนั้นมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นๆว่าดี เลว ในกรณีที่ว่าองค์ประกอบทางด้านความรู้ นอกจากนี้ยังวัดบุคคลนั้นว่ามี ความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ พอใจหรือพร้อมกระทำหรือตอบสนองต่อสิ่งนั้นๆ บุคคลนั้นๆเป็นอย่างไร ซึ่งเป็นการวัดสำหรับองค์ประกอบทางด้านความรู้สึกและองค์ประกอบทางด้านความพร้อมที่จะทำตามลำดับ การวัดทัศนคติเกี่ยวกับทิศทางนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือทัศนคติทางบวก และทัศนคติทางลบ

2. ปริมาณหรือความเข้มข้น(Magnitude) หมายถึง ความเข้มข้นหรือปริมาณความรุนแรงของทัศนคติในทิศทางบวก คือ ชอบ พอใจ และทิศทางลบคือ ไม่ชอบ ไม่พอใจ ว่ามีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด

2.2 ประเภทของทัศนคติ

กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ (2527:181-182) ได้แบ่งประเภทของทัศนคติไว้ดังนี้

1. ทัศนคติทางบวก (Positive Attitude) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่พร้อมเข้าหาเมื่อเกิดความรู้สึกชอบ หรือพอใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น การคบเพื่อน ถ้าเราพอใจหรือชอบเพื่อนคนใด ก็คบหาและสนิทสนมกับเพื่อนคนนั้น เป็นความรู้สึกชอบ ฟังเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือ

2. ทัศนคติทางลบ (Negative Attitude) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่พร้อมจะถอยหนีหรือหลีกเลี่ยง เมื่อเกิดความรู้สึกไม่ชอบหรือ ไม่พอใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เช่น นักเรียนไม่ชอบครูเพราะครูดุ นักเรียนผู้นั้นก็จะพยายามหลบหน้าหรือไม่เข้าไปหาครู

2.3 องค์ประกอบของทัศนคติ

การที่บุคคลจะมีทัศนคติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้นั้นจะต้องประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ซึ่ง แมคไกว (Me Guire.1968:11-15)

1. องค์ประกอบทางด้านพุทธิปัญญา หรือทางด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Components) คือ ความรู้ ความเข้าใจ ความคิด รวมทั้งความเชื่อต่างๆ ของบุคคลที่มีสิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งในเชิงประเมินค่าว่ามีคุณประโยชน์หรือมีโทษในสิ่งต่างๆ อันจะก่อให้เกิดทัศนคติต่อสิ่งต่างๆนั้นในทางบวก (ทัศนคติที่ดี) และในทางลบ (ทัศนคติที่ไม่ดี) โดยถ้าบุคคลใดมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งในทางที่ดีแล้ว บุคคลนั้นจะมีทัศนคติที่ดีกับสิ่งนั้นๆ หรือบุคคลนั้นๆในทางบวก ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลนั้นมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้นๆ หรือบุคคลนั้นๆไม่ดี ย่อมจะทำให้บุคคลนั้นมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้นๆในทางลบ

2. องค์ประกอบทางด้านความรู้ ความรู้สึก (The Feeling Component) คือ ความรู้สึก ความชอบหรือไม่ชอบ รักหรือเกลียดหรือกลัว ซึ่งเป็นการตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ถ้าบุคคลมีทัศนคติในแง่ดีต่อสิ่งใดก็จะมีความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้น ทัศนคติจะแสดงออกมาในรูปของความรัก ความโกรธ ความชอบ ความพอใจ เป็นต้น

3. องค์ประกอบทางด้านแนวโน้มในเชิงพฤติกรรม (The Action Tendency Component or The Behavioral Component) คือแนวโน้มในอันที่จะมีพฤติกรรม (Action Tendency) หรือความพร้อมที่จะกระทำอันเป็นผลเนื่อง จากความคิด และความรู้สึก ซึ่งออกมาในรูปของพฤติกรรม การประพฤติปฏิบัติในการยอมรับ หรือปฏิเสธ และเป็นการกระทำที่สามารถสังเกตได้

หน้าที่ของทัศนคติ (The Function of Attitude)

ลัดดา กิติวิภาดา (2525: 9-10) ได้สรุปหน้าที่ ของทัศนคติที่นักจิตวิทยากล่าวไว้มี 3 ประการ

1. ทัศนคติมีหน้าที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจโลกหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัวเรา
2. ทัศนคติมีหน้าที่ช่วยป้องกันตนเอง (Self - Defensive Function) หรือช่วยทำให้บุคคลไม่ถูกลูกตัวเอง แต่เกิดการภาคภูมิใจโดยการสร้างทัศนคติอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้นเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งไม่ดี หรือปกปิดความจริงบางอย่างอันจะนำความไม่พอใจมาสู่ตนเอง
3. ทัศนคติมีหน้าที่ช่วยให้บุคคลสามารถแสดงออกถึงค่านิยมของตนเอง (Self- Expressive Function) คือสิ่งที่แสดงว่าทัศนคตินั้นนำความพอใจมาให้บุคคลนั้นโดยการแสดงทัศนคติอย่างหนึ่งอย่างใดออกมานั้น เป็นการสร้างความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self Concept) (รุจิรา สูงใหญ่. 2539:37-42)

ทัศนคติต่อความรัก หมายถึงความรู้ความเข้าใจเชิงประมาณค่าที่ผู้สูงอายุได้รับมา รวมทั้งความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด หรือแนวโน้มที่ผู้สูงอายุมีท่าทีในการตอบสนองในเรื่องความรักระหว่างเพศของผู้สูงอายุ ซึ่งทัศนคติต่อความรักระหว่างเพศ ของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ

1. ด้านความรู้ ความเข้าใจเชิงประเมินค่าในเรื่องความรักระหว่างเพศว่ามีประโยชน์หรือไม่มีประโยชน์ หมายถึง ความรู้ที่ผู้สูงอายุได้รับมาซึ่งจะรวมทั้งความเชื่อในเรื่องความรักระหว่างเพศของผู้สูงอายุ
2. ความรู้สึกยินดี พอใจ หรือ ไม่นยินดี / ไม่พอใจต่อความรัก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุที่มีต่อความรักระหว่างเพศ โดยแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ ฟังพอใจ กับไม่ฟังพอใจ หรือ เห็นด้วยกับไม่เห็นด้วย ยินดีหรือไม่ยินดี
3. ความพร้อมที่จะปฏิบัติต่อความรัก หมายถึง ความพร้อม ความโน้มเอียง ของผู้สูงอายุที่จะแสดงพฤติกรรมความรักที่มีต่อความรักระหว่างเพศของผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับความรู้สึกของตนแบ่ง

ออกเป็น 3 ลักษณะคือ ความโน้มเอียงในทิศทางที่สนับสนุน,พฤติกรรมการณ์มีความรักระหว่างเพศของผู้สูงอายุ, และทิศทางที่คัดค้านพฤติกรรมการณ์มีความรักระหว่างเพศของผู้สูงอายุ

ทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ หมายถึง ความรู้ความเข้าใจเชิงประมาณค่าที่ผู้สูงอายุได้รับมารวมทั้งความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด หรือแนวโน้มที่ผู้สูงอายุมีท่าทีในการตอบสนองในเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุซึ่งทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 3 ด้านคือ

1. ด้านความรู้ ความเข้าใจเชิงประมาณค่าว่าความความสัมพันธ์ทางเพศเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ หรือไม่ดี/ไม่มีประโยชน์ หมายถึง ความรู้ที่ผู้สูงอายุได้รับมาซึ่งจะรวมทั้งความเชื่อในเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ

2. ความรู้สึกยินดี/พอใจ หรือไม่ยินดี / ไม่พอใจต่อความสัมพันธ์ทางเพศ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของผู้สูงอายุที่มีต่อความสัมพันธ์ทางเพศ โดยแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ พึงพอใจ กับไม่พึงพอใจ หรือเห็นด้วยกับไม่เห็นด้วย ยินดีหรือไม่ยินดี

3. ความพร้อมที่จะปฏิบัติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ หมายถึง ความพร้อม โน้มเอียงของผู้สูงอายุที่จะแสดงพฤติกรรมการณ์มีความความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างเพศของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับความรู้สึกของตนแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะคือ ความโน้มเอียงในทิศทางที่สนับสนุน, พฤติกรรมการณ์มีความความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ, และทิศทางที่คัดค้านพฤติกรรมการณ์มีความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ

3. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางชีวสังคมกับทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุ

ความรักของผู้สูงอายุ

ความรักนั้นมีความหมายกว้างมากมีหลายแบบหลายมุมมอง เช่น รักพ่อแม่ รักคนรัก รักลูก รักเพื่อน รักบ้านเมือง รักศาสนา รักกษัตริย์ รักครู รักนักร้องมีชื่อ และ/หรือนักประพันธ์บางคน รักกีฬา รักความถูกต้อง รักเกียรติรักศักดิ์ศรี ฯลฯ ล้วนเป็นความรักที่แตกต่างกันมาก ยากจะบรรยายได้ครบถ้วนตามความรู้สึก แต่มีสิ่งหนึ่งในความแตกต่างที่ค่อนข้างเหมือนกันคือ การมีความรู้สึกเข้าไปเกี่ยวข้องอย่างอาทรและนำเข้ามาผูกพันกับตัวเอง ด้วยเหตุนี้ จึงอาจใช้ความรักเป็นเครื่องมือในการเกื้อกูลเพื่อนมนุษย์ด้วยกันได้เป็นอย่างดี ผู้สูงอายุที่ยังมีความรักไม่ว่าจะเป็นความรักชนิดใด ย่อมทำให้ผู้อื่นเห็นว่าเขาเป็นผู้สูงอายุที่ใช่ได้ เพราะแสดงว่าเขายังผูกพันกับสิ่งรอบตัวของเขาอยู่ ถ้าความรักที่เขาให้เป็นตัวบุคคล ก็ถือว่าเขายังประเสริฐ และถ้าเขายังรักดนตรี รักความสุนทรีย์ รักที่จะฟัง รักที่จะคิดและรักที่จะเขียน รวมทั้งรักที่จะทำประโยชน์ให้แก่ผู้อื่นด้วยก็จะทำให้เขามีความรู้สึกว่า ชีวิต

ของเขายังมีค่าต่อตัวเองและต่อผู้อื่น ความรักที่ผู้สูงอายุควรจะให้เกิดและบำรุงให้งอกงามคือความรักที่จะช่วยผู้ชรา ที่ด้อยโอกาส และความรักที่อยากจะทำดีทอดประสพการณ์ที่ตัวมีอยู่ไว้ให้กับลูกหลานและผู้อื่น ซึ่งประสพการณ์ที่ได้ถ่ายทอดไว้นี้จะเป็นประโยชน์และกลายเป็นสมบัติของมนุษยชาติสืบต่อไป

ความรักในผู้สูงอายุนั้น มีการสลับบทบาทระหว่างสามี-ภรรยา

มีการศึกษาหลายชิ้นในสหรัฐอเมริกา (Craig.1991;Papalia& Old.1995; Lefrancois. 1993) รายงานว่า ชีวิตสมรสที่เป็นสุขยามสูงวัยนั้นคือ ชีวิตสมรสที่มีการสลับบทบาท ระหว่างสามี-ภรรยา กล่าวคือ ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลางคน สามีมักจะได้รับการคาดหวังจากสังคมและครอบครัวให้มีบทบาทนำหรือเหนือภรรยาในประการต่างๆ อาทิ ความสามารถในการแสวงหาเงินทอง ความมั่นคงทางอารมณ์ ผู้นำทางความคิด และการตัดสินใจ แต่บทบาทของชายเหล่านี้จะต้องถ่ายทอดไปให้ภรรยาในยามสูงอายุ เพราะหญิงมักจะมีพลังทางกายมากกว่าชาย ชายในวัยสูงอายุมักรู้สึกที่ตนต่ำต้อยลง ฝ่ายหญิงสูงอายุมักจะรู้สึกว่าตนมีพลังน้อยกว่าชาย ดังนั้นชายสูงอายุจึงต้องการผูกพันทางอารมณ์จากหญิง มากกว่าหญิงต้องการจากชาย ทั้งนี้รวมไปถึงการเอาอกเอาใจ และการเล้าประโลม หญิงสูงอายุคนใดที่สามารถสนองตอบความต้องการทางอารมณ์และจิตใจให้แก่ชายคู่สมรสได้ในแง่มุมดังกล่าว มักจะทำให้ชีวิตสมรสในวัยสูงอายุมีความมั่นคงยั่งยืน มีความสุขจนกว่าจะตายจากกันไป(ศรีเรือน แก้วกังวาน. 2545:568)

งานวิจัยที่เกี่ยวกับลักษณะทางชีวสังคมกับทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องของระหว่างลักษณะทางชีวสังคมกับความรักของผู้สูงอายุ ปรากฏว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพอที่จะนำมาอ้างอิงได้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงดังนี้

วิภาดา สําราทุทรัพย์สิน (2546) ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวสังคม และบุคลิกภาพ เก็บตัว-แสดงตัว กับทัศนคติในการมีคู่ครองของพนักงานเอกชนด้านสื่อสารเทคโนโลยี พบว่า เพศหญิงมีทัศนคติในการมีคู่ครองดีกว่าเพศชาย, และพนักงานที่มีการศึกษาระดับปานกลางมีทัศนคติในการมีคู่ครองดีกว่าพนักงานที่มีการศึกษาระดับสูง

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั่วไปเช่นงานวิจัยของ

ชนิษฐา โพชนุกูล (2521) ศึกษาทัศนคติของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยต่อการมีคู่ครองและการวางแผนครอบครัวพบว่า เพศชายมีความคิดว่าการมีคู่ครองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตมากกว่าเพศหญิง

เกสรี โปรดธนสาร (2546) ศึกษาปัจจัยชีวสังคม โอกาสในการสร้างมิตรภาพและสุขภาพจิต ที่มีต่อทัศนคติในการมีคู่ครองของพนักงานการสื่อสารแห่งประเทศไทย พบว่า เพศชายมีทัศนคติดีกว่าเพศหญิง,อายุน้อย รายได้น้อย มีทัศนคติดีกว่า อายุมาก รายได้มาก ตามลำดับ

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นแม้จะไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับทัศนคติต่อความรักแต่อาจพิจารณาความเกี่ยวข้องที่ว่าทัศนคติต่อการมีคู่ครองย่อมมีความรักระหว่างเพศร่วมอยู่ด้วยซึ่งผลการวิจัยข้างต้นปรากฏผลส่วนใหญ่ว่าผู้ที่มีลักษณะทางชีวสังคมต่อไปนี้มีทัศนคติที่ดีต่อการมีคู่ครอง โดยเพศชายดีกว่าเพศหญิง อายุยิ่งน้อยกว่าอายุมาก รายได้น้อยดีกว่ารายได้มาก และผู้ที่มีการศึกษาปานกลางดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับสูง

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงระหว่างลักษณะทางชีวสังคมกับทัศนคติต่อความรักได้แก่งานวิจัยนำร่องของ อรุณีและคณะ (อรุณี ลอทวีไล และคณะ.2547) โดยงานวิจัยนี้ได้ศึกษาลักษณะทางชีวสังคมกับทัศนคติต่อความรักและความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มาทำกิจกรรมร่วมกันในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเนเกล้า กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีอายุระหว่าง 60 – 75 ปี สรุปได้ว่าลักษณะทางชีวสังคมที่มีผลต่อทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุมิฉะนั้นประการแรกได้ผลการวิจัยอย่างชัดเจนคือมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขึ้นไปมี 3 ตัวแปรดังนี้

- (1) **รายได้** ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ
- (2) **อาชีพ** ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกันมีทัศนคติต่อความรักแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีอาชีพข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ (ค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อความรัก=3.81), ค้าขาย/ นักธุรกิจ (ค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อความรัก=3.62) มีทัศนคติต่อความรักสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป และผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ (ค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อความรัก=3.05)
- (3) **สถานภาพในครอบครัว** ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวต่างกันมีทัศนคติต่อความรักแตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพครอบครัวเป็นเจ้าของบ้าน (ค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อความรัก=3.80) มีทัศนคติต่อความรักสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตร (ค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อความรัก=3.58)

ส่วนตัวแปรทางด้านชีวสังคมด้านอื่นนั้นไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มที่เปรียบเทียบกันปรากฏดังนี้

- (1) **เพศ** ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนพบว่าผู้สูงอายุเพศชาย มีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อความรักสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง (ค่าเฉลี่ย =3.68 และ 3.61 ตามลำดับ) จากคะแนนค่าเฉลี่ยนี้จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุเพศชายมีแนวโน้มของทัศนคติที่ดีต่อความรักมากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง
- (2) **อายุ** ผู้สูงอายุที่มีอายุต่างกัน มีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อความรักสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (ค่าเฉลี่ย =3.80 และ 3.53 ตามลำดับ) จากคะแนนค่าเฉลี่ยนี้จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มของทัศนคติที่ดีต่อความรักมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก

(3) **ระดับการศึกษา** ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อความรักสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ค่าเฉลี่ย = 3.86 และ 3.59 ตามลำดับ) จากคะแนนค่าเฉลี่ยนี้ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมีแนวโน้มของทัศนคติที่ดีต่อความรักมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ

(4) **สถานภาพสมรส** ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อความรักสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด, หม้าย, หย่า, แยก (ค่าเฉลี่ย 3.96, 3.57, 3.07 และ 3.17 ตามลำดับ) จากคะแนนค่าเฉลี่ยนี้ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีแนวโน้มของทัศนคติที่ดีต่อความรักมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่าและแยกกันอยู่

จากผลการวิจัยนำร่องเกี่ยวกับลักษณะทางชีวสังคมกับทัศนคติต่อความรักสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มต่อไปนี้มีทัศนคติต่อความรักมากกว่าอีกกลุ่มหนึ่งตามลำดับดังนี้ ผู้สูงอายุ 7 กลุ่มต่อไปนี้มีรายได้สูง อาชีพข้าราชการ ค้าขาย สถานภาพในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้าน เพศชาย อายุน้อย การศึกษาสูง สถานภาพการสมรสคู่ มีทัศนคติต่อความรักมากกว่าผู้สูงอายุ 7 กลุ่มต่อไปนี้มีรายได้ต่ำ อาชีพรับจ้างและไม่มีอาชีพ สถานภาพในครอบครัวอาศัยอยู่กับบุตร เพศหญิง อายุมาก การศึกษาต่ำ และมีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยกตามลำดับ

ผู้วิจัยจึงนำผลการวิจัยส่วนนี้ไปตั้งสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุเพศชายมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง
 2. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก
 3. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ
 4. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ
 5. ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส
 6. ผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับผู้อื่น
 7. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้ทักษะมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้แรงงาน
- ส่วนการออกกำลังกายและโรคประจำตัวนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาเพิ่มเติมโดยเห็นว่าปัจจัยดังกล่าวน่าจะมีผลต่อทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุ ซึ่งเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายและโรคประจำตัวกับทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุโดยตรงนั้นยังไม่มี มีเพียงเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้องดังนี้

การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายนั้นเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจาก

1. ช่วยให้ระบบไหลเวียนของเลือดทำงานได้ดี ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ได้มากขึ้น ป้องกันโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตต่ำ มีภูมิคุ้มกันของร่างกายดีขึ้น และป้องกันโรคต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคข้อเสื่อม

2. ช่วยในการควบคุมน้ำหนัก การทรงตัว และทำให้เคลื่อนไหวคล่องแคล่วขึ้น

3. ช่วยให้ระบบขับถ่ายทำงานได้ดีขึ้น

4. ช่วยลดความเครียดและทำให้การนอนหลับพักผ่อนดีขึ้น ในการออกกำลังกายทุกครั้ง

ผู้สูงอายุควรจะประเมินความเหมาะสมและความสามารถก่อน บางคนที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ ควรปรึกษาแพทย์ว่าควรออกกำลังกายประเภทใด และมากน้อยเพียงใด การเริ่มออกกำลังกายนั้นควรเริ่มจากการศึกษาหลักการให้ถูกต้องก่อนแล้วค่อยๆเริ่ม ไม่ควรหักโหมมากในครั้งแรกๆ เพื่อเป็นการปรับสภาพร่างกาย การออกกำลังกายที่ดี ควรเป็นการออกกำลังกายที่ต่อเนื่องไม่ใช่หักโหมทำเป็นครั้งคราว ควรเริ่มจากการอุ่นร่างกาย (ประมาณ 5 -10 นาที) ออกกำลังกาย (15-20 นาที) และจบด้วยการผ่อนคลาย (5-10 นาที) ทุกครั้งในการออกกำลังกาย ไม่ควรล้าเหนื่อย หรือสูดลมหายใจอย่างแรง ควรหายใจเข้าและออกยาวๆเพื่อช่วยระบบการหายใจของร่างกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมของผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของแต่ละคน ตัวอย่างของการออกกำลังกายแบบต่างๆ ได้แก่

- เดิน เวลาเดินออกกำลังกาย ผู้สูงอายุควรเดินให้เร็ว เพื่อให้หัวใจมีการเต้นเพิ่มขึ้น และควรแกว่งแขนเบา ๆ ไปมา เพื่อบริหารกล้ามเนื้อส่วนอื่น ๆ หากเดินเร็วมากไม่ได้ ต้องเพิ่มเวลาในการเดินให้มากขึ้น ควรใช้รองเท้าที่เหมาะสม และคามเดินในตอนเช้าในที่ที่อากาศบริสุทธิ์ ปลอดภัย

- วิ่ง ควรวิ่งช้า ๆ เฉพาะผู้ที่มีข้อเท้าดี และเลือกใส่รองเท้าที่เหมาะสมกับการวิ่ง ถ้ารู้สึกเหนื่อยมาก ควรหยุด หรือเปลี่ยนเป็นเดินเมื่อหายเหนื่อยแล้วจึงวิ่งต่อ ถ้าร่างกายแข็งแรงควรวิ่งให้นานขึ้น ควรเพิ่มระยะเวลาวิ่งดีกว่าเพิ่มความเร็วในการวิ่ง

- โยคะ การออกกำลังกายแบบโยคะ จะเป็นการออกกำลังกายที่ผสมผสานไปกับการหายใจให้ออกซิเจนได้เข้าสู่ร่างกายดีขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้สูงอายุการทำสมาธิ และมีจิตใจที่ปลอดภัยแจ่มใสด้วย อย่างไรก็ตามควรฝึกกับครูผู้ชำนาญ เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้

- รำมวยจีน การรำมวยจีนนั้นคล้ายกับการฝึกโยคะในแง่ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุฝึกสมาธิไปในตัว จะเน้นการเคลื่อนไหวอย่างช้า ๆ ของร่างกายทุกส่วน เหมาะกับผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่มีปัญหาเรื่องข้อเท้า ควรฝึกภายใต้การดูแลของครูผู้ชำนาญเช่นกัน

- รำไม้พลอง จะช่วยในการรักษาความสามารถการเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ในร่างกาย แต่อาจไม่เหมาะกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องกระดูกสันหลัง ควรปรึกษาแพทย์ หรือนักกายภาพก่อนเลือกทำที่เหมาะสม

- การขี่จักรยาน หรือการใช้อุปกรณ์ในการออกกำลังกาย

- ว่ายน้ำ หรือออกกำลังกายในน้ำ

- การบริหารท่าต่าง ๆ หรือกีฬาที่เป็นประเภท ควรปรึกษาแพทย์ก่อนว่ากีฬาหรือท่าบริหารใดเหมาะกับท่าน เพื่อให้ได้รับประโยชน์สูงสุด

การออกกำลังกายกับความรักของผู้สูงอายุ

การออกกำลังกาย ทำให้พลังทางเพศดีขึ้น เชื่อว่า การออกกำลังกายที่เหมาะสมพอดี ทำให้พลังทางเพศดีขึ้น แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น ต้องไม่ออกกำลังกายจนเกินขนาดไป ซึ่งจะให้ผลทางตรงข้าม (บรูลู ศิริพานิช.2541:16) นอกจากนั้นการออกกำลังกายยังมีผลดีต่อด้านจิตใจซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีจิตใจดีแล้วก็จะยอมทำให้เกิดความรักต่อคนใกล้ชิดและคนรอบข้างได้ เพราะการออกกำลังกายให้ผลดีต่อจิตใจดังนี้คือ (บรูลู ศิริพานิช .2541:9-10)

1. บรรเทาหรือลดความเศร้า
2. ทำให้อารมณ์และจิตใจดีขึ้น
3. ลดความเครียดและความกระวนกระวายใจ
4. ทำให้เป็นตัวของตัวเองและสามารถดูแลตนเองได้
5. ทำให้ความสนใจ ความเอาใจใส่ และความจำดีขึ้น
6. ความเจ็บปวดลดลง
7. ลดอุบัติการณ์การเกิดโรคทางกายอันเกิดจากความผิดปกติของระบบประสาท

(Psychosomatic disorder)

8. เพิ่มความมั่นใจในตนเอง และความพึงพอใจในตนเอง
9. ทำให้มีความพอใจต่อการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว เป็นการกระตุ้นการเรียนรู้
10. ทำให้ความรู้สึกนึกคิดที่ว่าตนแก่แล้ว และมีความอ่อนแอ ลดลงหรือหายไป

เนื่องจากการออกกำลังกายนั้นยังไม่มีการวิจัยและเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุ แต่ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะมีสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์กว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอจะมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำมาตั้งสมมุติฐานงานวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ

โรคประจำตัวในผู้สูงอายุ

1. **ข้อเสื่อมในผู้สูงอายุ** เมื่อกล่าวถึงโรคในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ หรือคนในวันทองด้วยแล้ว ส่วนใหญ่มักจะนึกถึงภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) ซึ่งเป็นภาวะที่ร่างกายดูดซึมแคลเซียมได้น้อยลง โดยสาเหตุหลักอันหนึ่งเกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ซึ่งมีผลทำให้การดูดซึมแคลเซียมเข้าสู่ร่างกายได้น้อยลง ดังนั้นการแนะนำให้ทานแคลเซียมเสริมในผู้สูงอายุจึงนับว่าเป็นทางออกที่ดีทางหนึ่งได้ แต่ยังมีปัญหาอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งไม่สามารถละลายในผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานอย่างหนักมาตลอดชีวิตนั้นคือภาวะข้อเสื่อม (Deterioration of Joints) ซึ่งเป็นภาวะที่ข้อต่อโดยเฉพาะข้อเข่า และข้อเท้า ซึ่งต้องรองรับน้ำหนักมากที่สุดเสื่อมสภาพไป ทำให้เยื่อเมือกหล่อเลี้ยงข้อต่อ (Synovial Fluid) ลดน้อยลง เกิดการเสียดสีของกระดูกในขณะที่มีการเคลื่อนไหว ระบบโครงสร้างร่างกาย (Skeleton Structure) ของมนุษย์เรานั้นประกอบด้วยกระดูกแข็ง (Bones) ซึ่งประกอบด้วยแคลเซียม และฟอสฟอรัสเป็นแกนหลัก โดยส่วนปลายกระดูก หรือบริเวณข้อต่อจะมีส่วนที่เรียกว่าปลายนกระดูก (Cartilages) ครอบอยู่ ซึ่งกระดูกอ่อนส่วนนี้จะทำหน้าที่เสมือนเป็นเกราะป้องกันการเสียดสีของกระดูกแข็งเวลาที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย และบริเวณข้อต่อนี้เองจะมีเอ็นยึดกระดูก (Tendons) ที่ทำหน้าที่ยึดกระดูกให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมต่อการเคลื่อนไหวของร่างกาย นอกจากนี้เนื้อเยื่อบริเวณข้อต่อกระดูกดังกล่าว ยังสามารถสร้างเยื่อเมือกหล่อเลี้ยงข้อต่อ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการลดการเสียดสีกันทั้งของกระดูกแข็ง และกระดูกอ่อนบริเวณข้อต่ออีกทางหนึ่งด้วย ปัญหาเรื่องข้อเสื่อมนี้ ในทางการแพทย์พบว่าเป็นปัญหาที่สามารถพบได้บ่อยมาในผู้สูงอายุที่ผ่านการทำงานมาอย่างหนัก ทั้งเพศชาย และเพศหญิง และจะก่อให้เกิดภาวะกระดูกแข็ง แตกหักง่าย หรือเดินไปไหนมาไหนลำบาก เกิดภาวะข้อแข็ง เกร็ง และปวดข้ออย่างรุนแรงตามมา ในปัจจุบันพบว่ามีการใช้ยาในการรักษาภาวะข้อเสื่อมนี้เป็นจำนวนมากรองจากยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) โดยเฉพาะยาแก้อักเสบในกลุ่ม NSAIDs (Non-Steroid Anti-inflammatory Drugs) ซึ่งส่วนมากเป็นการรักษาอาการปวดที่ปลายเหตุเสียมากกว่า และมักจะมีผลเสียในการก่อให้เกิดปัญหาเรื่องแผลในกระเพาะอาหารตามมา ดังนั้นวิธีการที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหาเรื่องข้อเสื่อมนี้คือ การป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดภาวะดังกล่าวนี้ให้นานที่สุด โดยข้อปฏิบัติดังต่อไปนี้เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยยืดอายุของข้อต่อและระบบโครงสร้างของร่างกายเราให้ใช้งานได้เนิ่นนานขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1. หมั่นออกกำลังกายในลักษณะการยืดเส้นยืดสาย พร้อมการฝึกสมาธิ หรือลมปราณควบคู่กันไป เช่น การวิ่ง การว่ายน้ำ การรำมวยจีน การฝึกโยคะ ฯลฯ เพื่อเป็นการบริหารข้อต่อให้ใช้งานที่ไม่หนักแต่ใช้สม่ำเสมอเพื่อให้มีเยื่อเมือกหล่อเลี้ยงข้อต่อตลอดไปและป้องกันไม่ให้ข้อยึดติดกัน
2. ฝึกท่าทางการนั่ง การยืน การเดิน ให้ถูกสุขลักษณะที่ดี คือ ไม่ให้ข้อส่วนใดส่วนหนึ่งแบกรับน้ำหนักมากเกินไป การยืนตรง การนั่งหลังตรงไม่นั่งหลังงอ การยกของหนักด้วยท่าที่ถูกต้อง ห้ามให้หลังรับน้ำหนักในการยกเป็นอันตราย การใช้ที่นอนที่นุ่มจนเกินไปอาจทำให้กระดูกสันหลังงอและรับน้ำหนักมากไปจนเกิดอาการปวดหลังและกลายเป็นหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมได้
3. ควบคุมน้ำหนัก ไม่ปล่อยให้ร่างกายโยกเยกจนจนอ้วนได้ จะเป็นภาระกับกระดูกหัวเข่าทั้งสองข้างที่ต้องแบกรับน้ำหนักร่างกาย
4. งด หรือลดการบริโภคแอลกอฮอล์ หรือการสูบบุหรี่ที่มีผลต่อสุขภาพของกระดูกและข้อต่อในระยะยาว หรือแม้กระทั่งการใช้ยาบางประเภท เช่น Steroids ซึ่งมีผลให้ข้อเสื่อม และกระดูกผุได้ หากจำเป็นต้องใช้ควรอยู่ในความดูแลของแพทย์
5. รับประทานอาหารที่มีส่วนในการเสริมสร้าง และซ่อมแซมกระดูกอ่อนที่ข้อต่อ คือ Glucosamine Sulfate และ Chondroitin Sulfate ร่วมกัน เพื่อร่างกายนำไปใช้ในการสร้างโปรตีนคอลลาเจน (Collagen) สำหรับกระดูกอ่อนและเอ็น รวมถึงกระตุ้นการสร้างเยื่อเมือกหล่อเลี้ยงข้อต่อ ข้อต่อที่ขาดปลายกระดูกอ่อน และเยื่อเมือกหล่อเลี้ยงนั้นย่อมไม่สามารถใช้งาน หรือเคลื่อนไหวได้อย่างง่ายดาย ยิ่งถ้าเกิดการอักเสบและปวดบวมด้วยแล้ว ประสิทธิภาพของร่างกายและสุขภาพของคุณคงจะถดถอยลงไปมาก ส่งผลให้การดำรงชีวิตประจำวัน การทำงาน การใช้ความคิดความอ่านและสมาธิได้ไม่เต็มที่ ฉะนั้นการบริหารข้อวันละนิด จะมีผลดีต่อสุขภาพร่างกายของคุณไปได้อีกนาน (ที่มา : เอกสาร LiveWell)หลักปฏิบัติของการออกกำลังกายของผู้สูงอายุซึ่งมีดังนี้
 1. จัดให้งานอดิเรกเป็นการออกกำลังกาย เช่น การปลูกและดูแลต้นไม้ การทำสวนขุดพรวนดินเล็กๆ น้อยๆ ถือเป็นการใช้กำลังกายในชีวิตประจำวันอย่างหนึ่ง ซึ่งจะได้ผลในแง่ของจิตใจด้วยที่ทำให้เพลิดเพลินแต่ต้องระวังการก้มงอหรือการหกล้มซึ่งถือว่าการฝึกฝนร่างกายให้คงสภาพอยู่ได้
 2. การฝึกกายบริหาร โดยทำเหมือนการฝึกพลศึกษาในเด็ก การรำมวยจีน การฝึกโยคะ โดยให้ทำด้วยความนุ่มนวลไม่เร่งรีบ เพื่อหวังผลให้มีการเคลื่อนไหวของข้อต่อได้เต็มที่ โดยขอสุดและเหยียดสุด จะทำให้ไม่มีข้อจำกัดในการใช้ชีวิตประจำวัน
 3. การเล่นกีฬา ที่ไม่ต้องมีการปะทะ สามารถควบคุมความหนักเบาได้ด้วยตนเอง ควรเล่นกับผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกันและไม่ควรถือการแข่งขันเป็นสำคัญ
 4. การออกกำลังกายที่มีผลทำให้ระบบการหายใจ ระบบหัวใจ และการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น

สำหรับคนสูงอายุอาจได้แก่ การเดินเร็ว การเดินรำในบางจังหวัด ซึ่งในผู้ที่มีปัญหาเรื่องข้อเข่า ข้อกระดูกสันหลังเสื่อมอาจทำไม่ได้ แต่อาจใช้จักรยานอยู่กับที่มีผลต่อข้อต่อไม่มากก็สามารถทำได้

1.1 ข้อกระดูกเสื่อม

ข้อกระดูกเสื่อมเป็นโรคที่พบบ่อยสุดในบรรดาโรคที่เกี่ยวกับข้ออักเสบ ข้อกระดูกเสื่อมมีสาเหตุมาจากการใช้งานข้อนั้นๆ มาเป็นเวลานาน เกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวข้อกระดูก ซึ่งมักจะสัมพันธ์กับการเข้าสู่วัยสูงอายุการเปลี่ยนแปลงของข้อกระดูกเสื่อม จะเกิดขึ้นกับกระดูกอ่อนของปลายกระดูกที่มาประกบกันเป็นข้อ ขอยกตัวอย่างให้เห็นภาพได้ชัดเจนว่า กระดูกอ่อนคือส่วนปลายกระดูก สีขาวมัน เหมือนเช่น เวลาเราจับประทุนขาไก่ เราจะเห็นกระดูกอ่อนที่เป็นส่วนปลาย สีขาวมัน ผิวมีลักษณะเรียบ ซึ่งลักษณะแบบนี้ก็เหมือนกระดูกอ่อนในคนอายุไม่มาก เวลาข้อกระดูกเสื่อมผิวที่เรียบนี้จะขรุขระ เพราะมีการทำลายกระดูกอ่อนจนลงไปถึงตัวกระดูกข้างใต้ เวลาที่มีการเคลื่อนไหวจะมีอาการปวด และจะชัดเวลาเริ่มมีการเคลื่อนไหว ข้อกระดูกที่เคยได้รับอุบัติเหตุมาก่อนก็จะเสื่อมเช่นนี้ได้เร็วกว่าปกติข้อกระดูกเสื่อมเป็นโรคที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะไม่มีทางหายขาด ถือเป็นโรคเรื้อรังที่จะต้องคอยประคับประคอง ไม่ให้มีการเสื่อมมากขึ้นไปอีก วิธีที่ช่วยชะลอข้อกระดูกเสื่อม คือการควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพราะน้ำหนักเป็นสาเหตุที่ทำให้ข้อกระดูกเสื่อมได้ เนื่องจากรับแรงมากกว่าปกติ การบริหารร่างกายเฉพาะส่วนเช่น การบริหารกล้ามเนื้อหลัง จะช่วยชะลอข้อสันหลังเสื่อมได้

1.2 ข้อเข่าเสื่อม

ข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคข้อกระดูกเสื่อม ที่พบได้บ่อยมาก ในบรรดาข้อกระดูกเสื่อมทั้งหลาย จะเกิดขึ้นในผู้สูงอายุเกือบทุกคน เพราะการใช้งานตั้งแต่คนเราเริ่มเดินตั้งแต่อายุ 1 ขวบ เดิน วิ่ง กระโดด โลดเต้น ล้วนแล้วแต่มีแรงไปกระทำที่ข้อเข่าทั้งสิ้น น้ำหนักตัวมากเกินไป ยิ่งทำให้ข้อเข่าเสื่อมได้รวดเร็วกว่าวัยอันสมควรนอกจากนี้ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุบริเวณข้อเข่า เช่น กระดูกบริเวณข้อเข่าหัก หรือเอ็นที่ยึดข้อเข่าขาด แล้วไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องก็มีส่วนทำให้ข้อเข่าเสื่อมเร็วขึ้นไปอีก การเปลี่ยนแปลงของข้อเข่าเสื่อมที่เกิดขึ้นคือ ผิวของกระดูกอ่อนหายไป จนทำให้ผิวข้อส่วนนั้นกลายเป็นเนื้อกระดูก ไม่ใช่กระดูกอ่อนที่มาสัมผัสกันเวลาข้อเข่าเคลื่อนไหว ซึ่งทำให้เกิดความเจ็บปวดมาก และบางครั้งทำให้ข้ออักเสบ บวม มีน้ำในข้อเข่า และต้องไปรับการเจาะเอาน้ำออก ข้อเข่าที่เสื่อมนี้เวลางอเข่ามากๆ เช่นนั่งยองๆ นั่งพับเพียบ หรือนั่งขัดสมาธิ ผิวข้อยิ่งเบียดกันมาก จะยังมีอาการปวดมากจนบางครั้งไม่สามารถงอเข่ามากๆ ได้ การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาโดยการเหยียดเข่าตรงแล้วยกขึ้นเพื่อให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง จะช่วยลดแรงที่ลงไปที่กระดูกข้อเข่าในกรณีที่ข้อเข่าเสื่อมมากๆ อาจ

จำเป็นต้องได้รับการรักษาทางกายภาพบำบัด การรักษาอาจใช้วิธีส่องกล้องเข้าไปในข้อเข่า เพื่อผ่าตัดทำให้ข้อเข่าเรียบขึ้น หรืออาจใช้การผ่าตัดจัดข้อเข่าให้ตรงขึ้นในรายที่ข้อเข่าโก่ง และบางรายที่ข้อเข่าเสื่อมมากๆ อาจจำเป็นต้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมจึงจะทำให้หายปวดได้

2. โรคหัวใจในผู้สูงอายุ

โรคหัวใจที่พบในผู้สูงอายุ พอจะแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 เป็นโรคหัวใจที่มักเกิดในคนวัยหนุ่ม,สาว หรือ เด็ก แต่โรคนี้เป็นไม่มาก ผู้ที่นั้นจึงรอดชีวิตมาจนอายุสูงขึ้น จึงอาจจะพบได้ในผู้สูงอายุ โรคเหล่านี้ได้แก่ โรคหัวใจรูห์มาติก (ซึ่งทำให้ลิ้นหัวใจรั่ว หรือตีบก็ได้) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจบางชนิด เนื่องจากผู้ที่เป็โรคหัวใจที่กล่าวข้างบนนี้มักจะเสียชีวิตก่อนในวัยที่อายุยังน้อยเพราะฉะนั้นจึงพบได้ไม่บ่อยในผู้สูงอายุ

ประเภทที่ 2 เป็นโรคหัวใจชนิดที่อาจจะเกิดขึ้นได้ทั้งในผู้ที่อยู่ในวัยอายุน้อยและผู้สูงอายุ โรคเหล่านี้ได้แก่ โรคหัวใจที่เนื่องจากโรคปอดเรื้อรัง และ โรคหัวใจที่เนื่องจากแรงดันโลหิตสูง

ประเภทที่ 3 เป็นโรคหัวใจของผู้สูงอายุโดยแท้ คือ โรคขาดเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ หรือโรคหัวใจโคโรนารี ซึ่งบางครั้งมักเรียกว่า โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจวาย หรือโรคไขมันเกาะในหัวใจ

ซึ่งนายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช (2528:35-41)ได้กล่าวถึงรายละเอียดของโรคหัวใจโคโรนารีหรือโรคขาดเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจไว้ดังนี้

ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับหัวใจ

เนื่องจากหัวใจนั้นประกอบขึ้นด้วยกล้ามเนื้อเป็นส่วนใหญ่ ข้างในหัวใจนั้นเป็นโพรงบรรจุเลือดอยู่เต็ม เพื่อหัวใจจะได้สูบฉีดให้ไหลเวียน ไปสู่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เลือดที่บรรจุอยู่ภายในห้องหัวใจนั้นไม่สามารถที่จะเข้าไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ เพื่อส่งอาหารและออกซิเจนแก่กล้ามเนื้อหัวใจได้ เพราะระหว่างเลือดกับกล้ามเนื้อหัวใจนั้นมีผนังกันขวางอยู่ เพราะฉะนั้นการที่กล้ามเนื้อหัวใจจะได้รับเลือดไปเลี้ยงเพื่อจะได้อาหารและออกซิเจน จึงต้องมีหลอดเลือดหนึ่งเรียกชื่อว่า หลอดเลือดโคโรนารี ซึ่งเป็นหลอดเลือดที่แยกแขนงจากหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ออกมาจากหัวใจด้วยวิธีการนี้กล้ามเนื้อหัวใจจึงจะได้รับเลือด วัตถุประสงค์อาหาร และออกซิเจนโดยตรง และทำให้หัวใจสามารถทำงานได้โดยปกติสมบูรณ์เหมือนอย่างอวัยวะอื่น ๆ ของร่างกาย

สาเหตุของการเกิด โรคขาดเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ

โรคนี้เกิดจากการที่หลอดเลือดโคโรนารีที่กล่าวนี้ จำนวน 1 หรือ 2 แขนง เกิดการ “แข็งตัว” หรือตีบ ความจริงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับหลอดเลือดนี้ไม่ใช่การแข็งตัว ที่แท้จริงเป็นการตีบ หรือแคบลงของรู ของหลอดเลือด เป็นเหตุให้เลือดไหลผ่านเข้าไปในหลอดเลือดนี้ได้ปริมาณที่น้อยลงกว่าปกติ

สาเหตุที่ทำให้หลอดเลือดโคโรนารีแข็งตัวหรือตีบ

จากการศึกษาของแพทย์ พบว่าการแข็งตัว หรือตีบของหลอดเลือดนี้ เกิดขึ้นที่บริเวณผนังชั้นในที่สุดของหลอดเลือด พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นนั้น ก็คือผนังชั้นในจะหนาขึ้น เพราะว่ามีเกาะตัว หรือมีการสะสมของไขมันคอเลสเตอรอล, ธาตุแคลเซียม และมีการเพิ่มจำนวนของเซลล์พังผืด เมื่อเป็นเช่นนี้จึงทำให้รูของหลอดเลือดเล็กลง เพราะฉะนั้นเลือดที่จะไหลผ่านเข้าไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ จะมีปริมาณลดลง จึงทำให้เกิดเป็นโรคขาดเลือดเลี้ยงหัวใจขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงก่อให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็ง

1. การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่ (โดยเฉพาะมากกว่า 1 ซอง หรือ 20 ตัวขึ้นไป ต่อวัน) จะเกิดเป็นโรคขาดเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบ่อยกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ถึงเกือบ 2 เท่า บางคนเชื่อว่ามากกว่านี้ สันนิษฐานว่าการสูบบุหรี่ทำให้มีการเพิ่มของคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือด สารวัตนีนี้มีพิษทำให้เกิดการบวมสลายของผนังชั้นในของหลอดเลือดโคโรนารี และเปิดทางให้ไขมันคอเลสเตอรอลและธาตุแคลเซียมซึ่งมีอยู่แล้วในกระแสเลือดเข้าไปเกาะตัวอยู่ที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดนี้ได้โดยสะดวก

2. แรงดันเลือดสูง ผู้ที่มีแรงดันเลือดสูงจะเกิดโรคนี้ได้บ่อยกว่าคนที่มีแรงดันเลือดปกติ เข้าใจว่าภาวะแรงดันเลือดสูงจะเป็นแรงผลักดันให้ไขมันคอเลสเตอรอลเข้าไปเกาะตัวที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดนี้ได้โดยง่าย

3. การมีจำนวนไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ผู้ที่มีระดับไขมันชนิดนี้สูงผิดปกติ จะเกิดเป็นโรคนี้ได้บ่อยกว่าผู้ที่มีระดับไขมันปกติ เนื่องจากกระแสเลือดที่มีคอเลสเตอรอลสูงก็จะมีโอกาสเข้าไปฝัง หรือเกาะตัวที่ผนังชั้นในของหลอดเลือดได้ง่ายกว่าคนธรรมดา

นอกจากนั้นยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่

1. ความสูงอายุ เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคของผู้สูงอายุ แม้จะไม่สูบบุหรี่ ไม่มีภาวะไขมันในเลือดสูง แต่ไขมันที่มีอยู่แล้วเป็นปกติในกระแสเลือดจะเข้าไปเกาะ หรือสะสมที่ผนังของหลอดเลือดโคโรนารีได้เหมือนกัน ทั้งนี้ โดยการที่มีภาวะเครียด ต่อหลอดเลือดติดต่อกัน เป็นเวลานานหลายสิบปี

2. กรรมพันธุ์ โรคนี้อาจถ่ายทอดกันได้ทางกรรมพันธุ์ แม้จะไม่ค่อยเด่นชัดนักก็ตาม

3. เพศ เพศชายเป็นโรคนี้ได้บ่อยกว่าเพศหญิง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากฮอร์โมน

4. เชื้อชาติ คนที่มีเชื้อชาติตะวันตก จะเป็นโรคนี้ได้บ่อยกว่าคนตะวันออก

5. โรคเบาหวาน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมักเกิดภาวะหลอดเลือดแข็งบ่อยกว่าคนปกติและมักเกิดขึ้นก่อนถึงวัยสูงอายุ

6. ภาวะอารมณ์เครียด ผู้ที่มีบุคลิกชนิดนี้ย่อมเสี่ยงต่อโรคนี้ได้มากกว่าผู้ที่มีจิตใจสงบ

7. ผู้ที่ดำรงชีวิตประจำวันชนิดที่สบายมากเกินไป โดยไม่ทำอะไรเลย เสี่ยงต่อโรคนี้มากกว่าผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำอยู่เสมอ

อาการที่บ่งชี้ว่าเป็นโรคขาดเลือดเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ หรือ โรคหัวใจโคโรนารี

1. ชนิดที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชั่วคราว พวกนี้ถึงแม้หลอดเลือดจะตีบอยู่แล้วก็ตาม แต่ในขณะที่ไม่ได้ออกแรง จำนวนเลือดที่ผ่านหลอดเลือดที่ตีบนี้ก็เพียงพอเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้พอเพียงและไม่เกิดอาการแต่อย่างใด แต่เมื่อผู้ป่วยออกแรงก็ดี, เกิดอารมณ์เครียดก็ดี, กระทบความเย็น เช่น อาบน้ำเย็นในตอนเช้า ขณะที่อากาศยังหนาวก็ดี, รับประทานอาหารอิมใหม่ ๆ แล้วก็มีอาการเคลื่อนไหวก็ดี ก็จะทำให้เกิดอาการขึ้น อาการที่เกิดได้เป็นประจำก็คือ อาการเจ็บแน่นหน้าอก

ตำแหน่งของอาการเจ็บแน่นหน้าอก มักอยู่บริเวณตรงกลางอก ส่วนล่างๆ บางรายอาจจะเจ็บค่อนข้างได้เล็กน้อยแต่ก็ไม่ไกลไปจนถึงบริเวณหัวนมข้างซ้ายหรือรักแร้ข้างซ้าย นอกจากนั้น อาการเจ็บแน่นนี้อาจจะแผ่กระจายไปสู่บริเวณอื่นของร่างกายได้อีกเช่น แผ่ไปที่บริเวณหัวไหล่ข้างซ้าย ด้านในของต้นแขนซ้าย, ปลายแขนซ้ายและฝ่ามือข้างซ้าย อาจแผ่ไปที่หน้าอกส่วนบน ลูกกระเดือก ขากรรไกร และฟันล่างนานๆ สักครั้งจะพบว่าอาการเจ็บอาจจะแผ่ไปสู่หัวไหล่ข้างขวา หรือต้นแขนขวา ได้ในผู้ป่วยบางราย

ลักษณะของการเจ็บหน้าอกในผู้ป่วย แต่ละคนก็อาจจะไม่เหมือนกัน เช่น อาจจะเป็นแบบ "เจ็บ", "แน่น" "ปวด" "บีบ" หรือ "เสบ" แต่ในบางรายก็ไม่สามารถจะบอกได้ว่าเจ็บแบบไหน อย่างไรก็ตาม อาการเจ็บออกจากโรคนี้ มักจะไม่ใช่อาการแบบ "จี๊ด" หรือ "แปล็บ" คล้ายกับเข็มแทงหรือมีดแทง ความนานของอาการเจ็บหน้าอกชนิด "แองไจนา" จะกินเวลานานหลายนาที แต่มักจะไม่เกิน 10 หรือ 15 นาที

2. ชนิดที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยถาวร เป็นภาวะนี้เกิดมีการลดลงของจำนวนเลือดที่ไหลผ่านหลอดเลือดโคโรนารีเป็นอย่างมาก จนถึงขนาดที่ทำให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจเป็นบางส่วน อาการก็คือ เจ็บหน้าอกเหมือนกันกับ "แองไจนา" แต่มักจะรุนแรงกว่า และเจ็บนานเกินกว่าครึ่งชั่วโมงขึ้นไป นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างที่ทำให้ตายได้ เช่น หัวใจอาจจะหยุดเต้นทันที ทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรมอย่างปัจจุบันทันด่วน อาจเกิดภาวะช็อค อาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ชนิดมีเลือดคั่งในปอด (หอบ นอนราบไม่ได้ และไอมีเลือดปนในเสมหะ)

การป้องกันและรักษาโรคขาดเลือดเลี้ยงหัวใจ

การป้องกันในระยะแรก ก็คือ การป้องกันไม่ให้เกิดมีการแข็งตัว หรือตีบตัวของหลอดเลือดโคโรนารี การป้องกันทำได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ถ้าสูบบุหรี่ ก็ให้งดสูบบุหรี่ ถ้ามีแรงดันเลือดสูงก็ต้องรักษา ถ้าไขมันในเลือดมีปริมาณสูงก็อาจจะต้องรักษาด้วยยา หรือเลือกกินอาหารบางประเภท ที่อาจช่วยลดปริมาณของไขมันในเลือดได้ เช่นการกินไขมันไม่อิ่มตัว ซึ่งได้แก่น้ำมันพืช ชนิดต่าง ๆ ยกเว้นกะทิ เพราะมีคอเลสเตอรอลสูง นอกจากนั้น ควรหมั่นออกกำลังกายให้สม่ำเสมอ และเป็นประจำ หรือฝึกตัวเองไม่ให้มีอารมณ์เครียด ถ้าอ้วน ควรลดน้ำหนักตัวลง การป้องกันหรือ

ควบคุมปัจจัยเสี่ยงนี้สามารถยับยั้งไม่ให้เกิดการดำเนินของโรคครุดหน้าต่อไปมาก นอกจากนั้นก็สามารถทำให้มีการลดลงของอัตราการตายในผู้ป่วยโรคนี้ได้เป็นอย่างดีที่พอใจ

3. โรคความดันโลหิตสูง

เป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุซึ่งพบในเขตเมืองมากกว่าในเขตชนบทและอัตราการป่วยในผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2540 : 22)

สาเหตุการเกิดความดันโลหิตสูง

สาเหตุการเกิดส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ไม่ทราบสาเหตุแน่นอน เพียงร้อยละ 10 ที่พบเกิดจากพยาธิสภาพของไต เช่น หน่วยไตอักเสบ กรวยไตอักเสบ ไตวายเรื้อรัง หรือเกิดจากความเสื่อมของหลอดเลือด เช่น ภาวะผนังหลอดเลือดแดงใหญ่แข็งตัว หรือเกิดจากต่อมไร้ท่อ เช่น โรคคอกพอกเป็นพิษ นอกจากนี้ ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเนื่องจากความเสื่อมของหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น ส่งเสริมให้เกิดความดันโลหิตสูงง่ายขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่

1. ความเครียด เมื่อเกิดความเครียด ความไม่สบายใจ โกรธ หงุดหงิด กังวล หรือตกอยู่ในสภาพที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ๆ ร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนอะดรีนาลีนจากต่อมหมวกไต ฮอร์โมนมีผลต่อการทำงานของหัวใจทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นหลอดเลือดหดแคบลงทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้น

2. การบริโภคอาหารที่มีรสเค็มจัด การกินเกลือโซเดียมมากๆมีผลต่อการเสียสมดุลระหว่างเกลือโซเดียมและโปตัสเซียม ซึ่งเกลือทั้งสองตัวนี้มีผลต่อการส่งผ่านอาหารและของเสียเข้าออกเซลล์ ทำให้เซลล์ทำงานผิดปกติ น้ำนอกเซลล์เพิ่มปริมาณขึ้นเกิดการบวมตามตัว อาการบวมมีผลต่อการบีบรัดตัวของเส้นเลือดทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

3. อาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง มีไขมันสูง ไขมันไปเกาะตามผนังหลอดเลือดทำให้เลือดไหลผ่านได้ยากขึ้นทำให้หัวใจบีบรัดตัวแรงขึ้นเพื่อให้เลือดไหลเวียนไปอวัยวะต่างๆได้ มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต

4. การสูบบุหรี่จัด บุหรี่ทำให้หลอดเลือดหดตัวแคบลง แรงดันที่จะให้เลือดผ่านจึงต้องเพิ่มขึ้น

5. ความอ้วน น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการทำงานของหัวใจที่ต้องการหลอดเลือดฝอยมาเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้นเพื่อเพิ่มแรงดันให้มากขึ้น

6. กรรมพันธุ์ หากมีประวัติคนในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นความดันโลหิตสูง

7. การมีอายุมาก มีโอกาสเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าคนอายุน้อย

8. เพศ เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูงมากกว่าเพศหญิง แต่เพศหญิงวัยหลังหมดประจำเดือนมีความเสี่ยงต่อการเป็นความดันโลหิตสูง มากกว่าเพศชายในวัยเดียวกัน

อาการของโรคความดันโลหิตสูง

1. ปวดศีรษะ หรือหนักศีรษะ โดยเฉพาะในตอนเช้า ตื่นนอนใหม่
2. เมื่อยเอว ปวดหลัง
3. หูอื้อ มีเสียงดังในหู
4. หน้ามืดตาลาย วิงเวียน โดยเฉพาะตอนเปลี่ยนท่า เช่น จากนอนเป็นยืน
5. มีเลือดกำเดาไหลบ่อยครั้ง
6. หัวใจเต้นช้าหรือเร็ว
7. ปัสสาวะบ่อย
8. มือเท้าชาเปลี่ยน
9. ขาสองข้างบวม
10. เหนื่อยเพลียผิดปกติ

แนวทางการป้องกัน

1. เรียนรู้วิธีหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่จะสร้างความเครียด โดยพยายามเลี่ยงความเร่งรีบ ความโกรธความวิตกกังวล อารมณ์เสียต่างๆ และเรียนรู้วิธีคลายเครียดเช่น การผ่อนคลาย ความเครียดด้วยวิธีต่างๆ การทำสมาธิ การออกกำลังกาย การหางานอดิเรกในเชิงสร้างสรรค์ทำ
2. ต้องสนใจในการบริโภคอาหาร คือเลือกบริโภคอาหารจำพวกผักสดทุกชนิด ผลไม้สดทุกชนิด
3. ต้องสนใจเรื่องการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หรืออย่างน้อยวันเว้นวัน การออกกำลังกาย ที่ดี ได้แก่ การเดินแบบต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 20 – 30 นาที โดยบนพื้นราบ

4. โรคเบาหวาน

เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง เนื่องจากการขาดอินซูลินหรือมีอินซูลินแต่ออกฤทธิ์ไม่ได้ เป็นผลให้เกิดความผิดปกติในการเผาผลาญสารอาหารคาร์โบไฮเดรต ไขมัน และโปรตีน แต่ความผิดปกติที่เด่นชัด คือ ร่างกายไม่สามารถใช้น้ำตาลได้ตามปกติ เพราะการเผาผลาญน้ำตาลในร่างกายผิดปกติไป จึงมีผลทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เกินกว่าที่ไตจะสกัดกั้นไว้ได้ น้ำตาลจึงถูกขับถ่ายออกมาทางปัสสาวะ ทำให้เกิดอาการที่เรียกว่าเบาหวาน

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน

1. ความอ้วน ในคนอ้วนร่างกายต้องการอินซูลินมากขึ้น เพราะปริมาณอาหารที่รับประทานเข้าไปมีมากขึ้น

2. อาหาร โดยเฉพาะอาหารที่มีรสหวานจัดเช่น ขนมหวานต่าง ๆ น้ำอัดลม น้ำหวาน อาหารเหล่านี้มีกลูโคสมากทำให้ร่างกายดูดซึมได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นการกระตุ้นการหลั่งอินซูลินอย่างเฉียบพลัน ถ้าตับอ่อนถูกกระตุ้นการทำงานเช่นนี้บ่อย ๆ เป็นเวลานาน ๆ ก็จะทำให้เกิดความเสื่อมของเซลล์ตับอ่อนในการหลั่งอินซูลิน จึงเป็นสาเหตุให้เกิดโรคเบาหวาน

3. ความเครียด เมื่อมีความเครียดรุนแรงหรือเป็นระยะเวลาสั้น ๆ ร่างกายจะหลั่งฮอร์โมนคอร์ติโคสเตอรอยด์ (Corticosteroid) และฮอร์โมนแคทีคอลามีน (Catecholamine) ออกมา ซึ่งฮอร์โมนทั้งสองชนิดนี้จะทำให้ปริมาณกลูโคสในเลือดเพิ่มขึ้น

4. การดื่มสุรา การดื่มสุราเป็นประจำอาจทำให้จำนวนเบต้าเซลล์ลดลง หรือเบต้าเซลล์ทำงานผิดปกติ ทำให้มีการหลั่งอินซูลินลดน้อยลง

5. เกิดจากการขาดการออกกำลังกาย

อาการและอาการแสดงของโรคเบาหวาน

1. ปัสสาวะมากกว่าปกติ
2. กินน้ำมากกว่าปกติ
3. กินอาหารมากขึ้น แต่ผอมลง

นอกจากนี้ยังมีอาการอื่น ๆ แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ได้แก่ อ่อนเพลียง่าย เป็นแผลง่าย แต่หายยาก คันตามตัวและบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ชาตามปลายมือปลายเท้า ตามัวลงเป็นต่อกระจก ในรายที่เป็นมากจะมีการเผาผลาญอาหารประเภทไขมันผิดปกติไปด้วย ทำให้เกิดการคั่งของสารคีโตน (Ketone) ซึ่งเป็นพิษต่อระบบประสาท ทำให้คนไข้หมดสติและเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (Acidosis) ทำให้มีอาการหายใจ หอบลึก หรือสลับไป

การป้องกันและการควบคุมโรคเบาหวาน

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดูแลรักษาจึงมุ่งที่จะป้องกันการเกิดปัญหาแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และพยายามขจัดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ระวังไม่ให้ร่างกายอ้วน คนอ้วนมักมีแนวโน้มเป็นโรคเบาหวาน และยิ่งเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคอื่น ๆ เช่นโรคหัวใจขาดเลือด ฉะนั้นผู้สูงอายุต้องระวังอย่าให้อ้วน

2. ควบคุมการรับประทานอาหารให้ถูกต้องส่วน ผู้สูงอายุทุกคนต้องสนใจเรื่องโภชนาการเป็นพิเศษ อย่ากินอาหารจำพวกข้าวแป้งมากเกินไป ควรลดอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ติดมัน ไขมันที่ได้จากสัตว์ อาหารทอด อาหารที่มีกะทิ ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลมทุกชนิด แต่ควรเพิ่มอาหารจำพวกผักและผลไม้ที่มีรสไม่หวาน เช่น มะละกอ แดงโม ส้ม มะม่วง สับปะรด เป็นต้น

3. หลีกเลี่ยงความเครียดด้วยวิธีการต่าง ๆ

4. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละ 30 นาที ทุกวัน

จากโรคประจำตัวของผู้สูงอายุรวม 4 โรคดังกล่าวข้างต้นเมื่อพิจารณาจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคประจำตัวบางโรค อาจทำให้ขาดความกระตือรือร้นหรือมีอาการของโรคที่ทำให้สุขภาพทางกายและทางจิตใจไม่ร่าเริงสดชื่น ซึ่งอาจยับยั้งความรู้สึกด้านความรักระหว่างเพศซึ่งอาจกล่าวโดยละเอียดดังนี้ ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัวย่อมจะมีสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์กว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและข้อ ดังนั้นผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวย่อมจะมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เกี่ยวกับ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและข้อ เพราะโรคดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อความรัก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำมาตั้งสมมุติฐานดังนี้ ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรค

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางชีวสังคมกับทัศนคติต่อ

ความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ

ปัญหาทางเพศสัมพันธ์ที่พบในผู้สูงอายุ

1. ปัญหาที่พบบ่อยในเพศชายคือ องคชาติไม่ยอมแข็งตัว หรือแข็งตัวไม่ดีพอที่จะประกอบกิจกรรมทางเพศให้บรรลุเป้าหมายได้จนเพียงพอให้เกิดความสุขจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ แต่เดิมเรียกว่าภาวะหมดสมรรถภาพทางเพศ (Impotent) ซึ่งทำให้ผู้ชายรู้สึกสูญเสียความเป็นชายปัจจุบันเปลี่ยนมาใช้คำว่า Erectile dysfunction หรือ ED

2. ไม่มีความต้องการทางเพศหรือต้องการน้อยปัญหานี้จะทำให้คู่สมรสอีกฝ่ายหนึ่งเกิดความเดือดร้อน เช่น ภรรยากล่าวหาสามีว่ามีความบกพร่องทางเพศไม่สนใจภรรยา ส่วนสามีก็อาจกล่าวหาภรรยาว่าไม่ตอบสนองทางเพศหรือกามตายด้าน (Frigidity) สาเหตุของปัญหานี้ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของจิตใจและความขัดแย้งในครอบครัว

3. มีความต้องการทางเพศ แต่มีปัญหาในทางปฏิบัติ ปัญหาในการร่วมเพศนั้นแตกต่างกันระหว่างฝ่ายชายและฝ่ายหญิง ปัญหาฝ่ายชายมักเป็นเรื่องการไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศ หรือแข็งตัวไม่นานเพียงพอที่จะร่วมเพศจนสำเร็จ หรือการหลังเร็ว หรือหลังช้า หรือการไม่หลั่งน้ำอสุจิ ส่วนปัญหาฝ่ายหญิงคือการไม่ตอบสนองทางเพศหรือกามตายด้าน มีความเจ็บปวดเวลาร่วมเพศ ช่องคลอดเกร็งไม่สามารถร่วมเพศได้ และฝ่ายหญิงไม่บรรลุจุดสุดยอด

4. การมีโรค หรือภาวะทางกายที่เป็นสาเหตุของปัญหาทางเพศ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรัง (สิริสุดา ชาวคำเขต .2545:189-202)

งานวิจัยที่เกี่ยวกับลักษณะทางชีวสังคมกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของ ผู้สูงอายุ

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างลักษณะทางชีวสังคมกับความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุปรากฏว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพอที่จะนำมาอ้างอิงได้และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงดังนี้

นภาพร ชโยวรรณและจอร์น โนเดล ศึกษาวิจัยเรื่อง กิจกรรมทางเพศของคนสูงอายุไทย: อิทธิพลของอายุ เพศ และสุขภาพ ของ งานวิจัยนี้ศึกษากิจกรรมทางเพศของประชากรไทยอายุ 50 ปี และมากกว่าโดยพิจารณาถึงอิทธิพลของอายุ เพศและภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาชี้ว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุไทยที่สมรสไม่น้อยยังคงมีกิจกรรมทางเพศ แต่สัดส่วนดังกล่าวต่ำกว่าในประเทศตะวันตก ทั้งในชายและหญิงสมรส กิจกรรมทางเพศและความต้องการทางเพศลดลงอย่างต่อเนื่องตามอายุที่เพิ่มขึ้น และในทุกกลุ่มอายุ ระดับการมีกิจกรรมทางเพศและความต้องการทางเพศของหญิงสูงอายุน้อยกว่าชายสูงอายุ โดยรวมความต้องการทางเพศของสามีเป็นปัจจัยกำหนดการมีเพศสัมพันธ์ในคู่สมรสมากกว่าความต้องการของภรรยา ภาวะสุขภาพที่ไม่ดีทำให้กิจกรรมทางเพศและความต้องการทางเพศลดลง ผู้สูงอายุไทยที่สมรสทั้งชายและหญิง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมทางเพศที่สอดคล้องกับความต้องการ พบว่าความไม่สอดคล้องระหว่างพฤติกรรมและความต้องการทางเพศในหญิงสูงอายุน้อยกว่าชาย และเป็นความไม่สอดคล้องของการมีกิจกรรมทางเพศที่ไม่ได้มีความต้องการเป็นหลัก

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั่วไปเช่นงานวิจัยของ

สุภาพร วิวัฒน์อัศวิน (2546: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยทางชีวสังคม อัตมโนทัศน์ และ ความฉลาดทางอารมณ์กับทัศนคติในการมีคู่ครอง ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรที่เป็นโสดและปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 180 คน ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรเพศหญิงมีทัศนคติในการมีคู่ครองดีกว่าบุคลากรเพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยบุคลากรที่มีอายุมากมีทัศนคติในการมีคู่ครองดีน้อยกว่าบุคลากรที่มีอายุน้อย. บุคลากรที่มีระดับการศึกษาสูงกับปานกลางมีทัศนคติในการมีคู่ครองไม่แตกต่างกัน บุคลากรที่มีอายุงานมากมีทัศนคติในการมีคู่ครองดีน้อยกว่าบุคลากรที่มีอายุงานน้อย

อรนุช (อรนุช จันทรสุริยะเจษฎา. 2547) ซึ่งศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมกับทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสของพนักงานบริษัทในนิคมอุตสาหกรรมเมืองใหม่บางพลี พบว่า เพศชายมีทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสดีกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01, พนักงานที่มีอายุมากกว่าและพนักงานที่มีอายุน้อยกว่ามีทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสไม่แตกต่างกัน พนักงานที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน และมีสภาพการพักอาศัยแตกต่างกันมีทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสแตกต่างกัน

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้นแม้จะไม่เกี่ยวข้องโดยตรงกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ แต่อาจพิจารณาความเกี่ยวข้องที่ว่า ทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ย่อมมีความสัมพันธ์ทางเพศรวมอยู่ด้วยซึ่งผลการวิจัยข้างต้นปรากฏผลส่วนใหญ่ว่า ผู้ที่มีลักษณะทางชีวสังคมต่อไปนี้มีทัศนคติที่ดีต่อการมีเพศสัมพันธ์ โดยเพศชายดีกว่าเพศหญิง อายุน้อยดีกว่าอายุมาก

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงระหว่างลักษณะทางชีวสังคมกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศได้แก่งานวิจัยนำร่องของ อรุณีและคณะ (อรุณี ลออวิไล และคณะ.2547) โดยงานวิจัยนี้ได้ศึกษาลักษณะทางชีวสังคมกับทัศนคติต่อความรักและความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มาทำกิจกรรมร่วมกันในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีอายุระหว่าง 60 - 75 ปี สรุปได้ว่าลักษณะทางชีวสังคมที่มีผลต่อทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุมีดังนี้ ประการแรกได้ผลการวิจัยอย่างชัดเจนคือมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขึ้นไปมี 3 ตัวแปรดังนี้

- (1) **เพศ** ผู้สูงอายุเพศชายมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง
- (2) **อายุ** ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่ามีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า
- (3) **ระดับการศึกษา** ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาตรีมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ประถมศึกษา และผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา (ค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ 2.88, 2.63, 2.43 และ 2.42 ตามลำดับ)
- (4) **อาชีพ** ผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับราชการ / รัฐวิสาหกิจ มีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพค้าขาย / รับจ้างทั่วไป (ค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ 2.86, 2.44 และ 2.31)

ส่วนตัวแปรทางด้านชีวสังคมด้านอื่นนั้นไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนของกลุ่มที่เปรียบเทียบกับปรากฏดังนี้

- (1) **รายได้** ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง มีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ (ค่าเฉลี่ย 2.56 และ 2.37 ตามลำดับ) จากคะแนนค่าเฉลี่ยนี้จะเห็นว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีแนวโน้มของทัศนคติที่ดีต่อความสัมพันธ์ทางเพศมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ
- (2) **สถานภาพสมรส** ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพคู่ มีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด, หม้าย, หย่า, แยก (ค่าเฉลี่ย 2.68, 2.47, 2.31 และ 2.47 ตามลำดับ) จากคะแนนค่าเฉลี่ยนี้จะเห็นว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพคู่มีแนวโน้มของทัศนคติที่ดีต่อความสัมพันธ์ทางเพศมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด, หม้าย, หย่า, แยก

(3) **สถานภาพในครอบครัว** ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวต่างกันมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัว มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง มีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวที่อาศัยอยู่กับผู้อื่นหรือไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง (ค่าเฉลี่ย 2.61 และ 2.50 ตามลำดับ) จากคะแนนค่าเฉลี่ยนี้จะเห็นว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัว มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองมีแนวโน้มของทัศนคติที่ดีต่อความสัมพันธ์ทางเพศ มากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพในครอบครัวที่อาศัยอยู่กับผู้อื่นหรือไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง

จากผลการวิจัยนำร่องเกี่ยวกับลักษณะทางชีวสังคมกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุกลุ่มต่อไปนี้มีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศมากกว่าอีกกลุ่มหนึ่งตามลำดับดังนี้ ผู้สูงอายุ 7 กลุ่มต่อไปนี้เป็นเพศชาย อายุน้อย การศึกษาปานกลาง อาชีพข้าราชการ ค่าขาย รายได้สูง สถานภาพสมรสคู่ สถานภาพการในครอบครัวเป็นเจ้าของบ้าน มีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศมากกว่าผู้สูงอายุ 7 กลุ่มต่อไปนี้เป็นตามลำดับ เพศหญิง อายุมาก การศึกษาสูงและไม่ได้รับการศึกษา อาชีพรับจ้างและไม่มีอาชีพ รายได้ต่ำ สถานภาพโสด หม้าย หย่า แยก สถานภาพภายในครอบครัวอาศัยอยู่กับบุตรหรือไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง

ผู้วิจัยจึงนำผลการวิจัยส่วนนี้ไปตั้งสมมุติฐานการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุเพศชายมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง
2. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก
3. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ
4. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ
5. ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส
6. ผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง
7. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้ทักษะมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้แรงงาน

ส่วนโรคประจำตัวและการออกกำลังกายนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาเพิ่มเติมโดยเห็นว่าปัจจัยดังกล่าวน่าจะมีผลต่อทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ ซึ่งเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคประจำตัวและการออกกำลังกายกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ โดยตรงนั้นยังไม่มี แต่ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอจะมีสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์กว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีการ

ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ย่อมจะมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำมาตั้งสมมุติฐานงานวิจัยดังนี้ ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ

จากโรคประจำตัวของผู้สูงอายุรวม 4 โรคดังกล่าวข้างต้นเมื่อพิจารณาจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคประจำตัวบางโรคอาจทำให้ขาดความกระตือรือร้นหรือมีอาการของโรคที่ทำให้สุขภาพทางกายและทางจิตใจไม่แจ่มใสซึ่งอาจยับยั้งความรู้สึกด้านความสัมพันธ์ทางเพศซึ่งอาจกล่าวโดยละเอียดดังนี้ ผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ย่อมจะมีสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์กว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและข้อ ดังนั้นผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวย่อมจะมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เกี่ยวกับโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและข้อ เพราะโรคดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อความสัมพันธ์ทางเพศ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำมาตั้งสมมุติฐานดังนี้ ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรค

5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

5.1 ความหมายของสุขภาพจิต

มีผู้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้มากมาย ดังต่อไปนี้

มูลีย์ (Mouley. 1965 : 165-167) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่าสุขภาพจิต หมายถึง การกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อสนองความต้องการของบุคคล เพื่อลดความตึงเครียดทางอารมณ์เพื่อการปรับตัว เพื่อสัมพันธ์ภาพที่ดีงามระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เช่น เพศ วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสภาพสังคม

จาโฮดา (Jahoda. 1970 : 28-35) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า สุขภาพจิต หมายถึง การที่มีสภาวะทางจิตที่สมบูรณ์ และการมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ของแต่ละคนนั้น จะต้องพิจารณาองค์ประกอบต่างๆ ทั้ง 6 ประการ ได้เสนอไว้คือ เจนคติที่มีต่อตนเอง การสร้างความเจริญเติบโตและพัฒนาการให้บังเกิดขึ้นแก่ตนเอง การสร้างบุรณการแห่งบุคลิกภาพของตนเอง การมีอิสรภาพในการปกครองตนเอง การรับรู้ความเป็นจริงและความรอบรู้ในสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว

จันทิมา จารณศรี (2539 : 21) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิต หมายถึง สภาวะของบุคคลด้วยความรู้สึกที่มีต่อตนเอง มีต่อผู้อื่น การปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง ตลอดจนความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข และแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้ (Well Adjusted Person) และผู้ที่ปรับตัวได้ไม่ดี หรือผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี (Mal Adjusted

Person) สามารถจำแนกออกได้ 2 ระดับ คือผู้ที่มีอาการโรคจิตหรือบ้า (Psychotic Person) และผู้ที่มีอาการโรคประสาท (Neurotic Person)

สุรางค์ จันทร์โอม (2527 : 2) กล่าวว่า สุขภาพจิตคือสุขภาพของจิตใจที่ดีของมนุษย์ หรือ การมีสุขภาพที่ดี เช่น การมีจิตใจเบิกบานแจ่มใสอยู่เสมอไม่มีความวิตกกังวลใดๆ มีแนวความคิด ถูกต้อง ส่วนบุคคลที่มีสุขภาพจิตเสื่อมย่อมนหมายถึงบุคคลที่มีสุขภาพจิตผิดปกติมีความกังวลทุกข์ร้อน อยู่เสมอ ตลอดจนมีแนวความคิดพฤติกรรมผิดไปจากปกติธรรมดา

จากเอกสารดังกล่าวข้างต้นพอสรุปความหมายของคำว่า สุขภาพจิต หมายถึงเป็นสภาวะของบุคคลที่สามารถปรับตัวของแต่ละบุคคลที่มีต่อตนเองและต่อสังคมภายนอก สุขภาพจิตแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ สุขภาพจิตดีจะมีความรู้สึกและการกระทำที่แสดงถึงความมั่นคงทางจิตใจ ช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ปรับตัวเข้ากับครอบครัวและผู้อื่นอย่างเหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น และสุขภาพจิตไม่ดีจะมีลักษณะตรงข้ามกับสุขภาพจิตดี

5.2 ประเภทของสุขภาพจิต

สุขภาพจิตแบ่งเป็น 2 ลักษณะ

1. ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี

ได้มีผู้ให้ความคิดเห็นเดียวกันกับลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดีไว้หลากหลาย ดังนี้ กรมการแพทย์ (2529 : 1) ได้กล่าวถึงผู้ที่มีสุขภาพจิตดี จะมีลักษณะดังนี้

1. ไม่มีโรคทางร่างกายและทางจิต
2. สามารถสร้างความสัมพันธ์และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้
3. สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่เปลี่ยนแปลงให้พออยู่ได้ หรือสามารถทำประโยชน์แก่ตนเอง และชุมชนได้ตามควรแก่สภาพตน
4. สามารถปรับจิตใจให้พอและมั่นคงได้เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้น

เอกเบิร์ต (สุจินต์ ปรีชาสามารถ. 2535 : 39-40 ; อ้างอิงจาก Egbert. 1980 : 11) กล่าวว่า ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี จะมีลักษณะดังนี้ คือ

1. รู้จักตัวตน สามารถพัฒนาบุคลิกภาพผสมผสานกันได้เหมาะสมกับความเป็นจริง
2. เป็นผู้ที่ตั้งความหวังไปในทางที่เป็นจริงได้
3. เป็นผู้ที่เข้าใจชีวิตและจุดหมายในชีวิต
4. เป็นผู้ที่มีพลังในการดำรงชีวิต สามารถก่อให้เกิดความหวังในชีวิต
5. มีความสามารถในการปรับความคิดพฤติกรรมตามประสบการณ์ของชีวิต แต่ละช่วงได้
6. สามารถเปิดเผยตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้

โจฮาดา (Johada. 1958 : 22-24) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง การมีสภาวะทางจิตที่ สมบูรณ์ และการมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ของแต่ละบุคคล จะต้องพิจารณาองค์ประกอบต่างๆ ทั้ง 6 ประการดังต่อไปนี้

1. การมีเจตคติที่ดีต่อตนเอง สามารถที่จะยอมรับตนเอง สามารถที่จะยอมรับความอ่อนแอ และความบกพร่องของตนเอง มีความมั่นใจในตนเอง มีความภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง เคารพตนเองตลอดทั้งเข้าใจและยอมรับสภาพของตนเอง

2. การเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคลเป็นไปอย่างสมปรารถนา และสอดคล้องกับ ศักยภาพของตนเอง สามารถประสบความสำเร็จและความมุ่งหวังที่พึงประสงค์ ตลอดทั้งสามารถ พัฒนาความสามารถของตนเต็มที

3. ความประสมประสานขององค์ประกอบบุคลิกภาพเป็นไปอย่างกลมกลืนราบรื่น มี สติสัมปชัญญะไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลของจิตใจไร้สำนึก มีความสามารถที่จะทนต่อความวิตกกังวล และความบีบคั้นภายใต้สภาวะการณ์ใดสภาวะการณ์หนึ่งได้

4. ความเป็นตัวของตัวเอง และความเป็นอิสระในการที่จะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด อันเป็นสิ่งที่พึง ประสงค์ มีความเป็นอิสระจากอิทธิพลของสังคมในการที่จะตัดสินใจ โดยยึดมาตรฐานที่เป็นหลัก ประจำใจของตนเองมากกว่าที่จะขึ้นอยู่กับการบีบคั้นของอิทธิพลภายนอก

5. การยอมรับและการเผชิญกับความเป็นจริง ไม่หลงงมงายในความพ้อฝัน หรือความ ปรารถนาของตนเอง ขณะเดียวกัน มีความพอใจเอาใจใส่ในสวัสดิภาพของบุคคลอื่นๆ ด้วย

6. ความสามารถที่จะเอาชนะอุปสรรคและสิ่งแวดล้อม โดยสามารถที่จะรักและให้ความรัก แก่ผู้อื่นได้ สามารถที่จะรับความรักจากบุคคลอื่น สามารถที่จะอุทิศเวลาให้แก่งานตลอดทั้งการละเล่น มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีสามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม มีความพอใจในสภาพแวดล้อมของ ตนเอง เต็มใจที่จะหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาตลอดทั้งอุปสรรค ที่จะต้องเผชิญในชีวิตของตน

สุภาพรพรณ โคจรจรัส (2527 : 114-116) ได้กล่าวถึงผู้มีสุขภาพจิตดี มีลักษณะดังนี้

1. ด้านปัญหาความคิดความเข้าใจ เป็นผู้ที่มีการรับรู้ที่ตรงตามความเป็นจริงในสติปัญญา ในการพิจารณาตนเองและสิ่งแวดล้อม คิดและทำอย่างมีเหตุผล รับรู้และเผชิญปัญหา ตามความ เป็นจริง เต็มใจที่จะใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยตรงในการเผชิญปัญหา

2. ด้านประสบการณ์ทางอารมณ์ สามารถเผชิญความตึงเครียดและความกดดันต่างๆ ได้ เป็นอย่างดี เมื่อเผชิญปัญหาจะไม่กระทบกระเทือนเกินกว่าเหตุ รักษาอารมณ์ไว้ได้ในระดับสม่ำเสมอ แสดงอารมณ์ได้เหมาะสมกับสภาพการณ์ มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถเอาชนะความขัดแย้ง ทั้งภายในและภายนอกได้

3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ไม่แยกตัวอยู่คนเดียว หรือแสวงหา

กิจกรรมทางสังคมมากจนเกินไป จนทำให้มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นเพียงผิวเผิน หรือเพียงฟัง ผู้อื่นจนรู้สึกเป็นภาระ ไม่ได้คบผู้อื่นเพื่อหวังผลประโยชน์ส่วนตัว ยอมรับและเข้าใจใน ตนเองและผู้อื่นอย่างแท้จริง มีความจริงใจ มีสัมพันธภาพที่อบอุ่น

4. ด้านการงาน ทำงานได้เต็มความสามารถ เลือกรับงานได้ตรงกับความสนใจและความสามารถของตน รับผิดชอบ และรู้สึกว่าเป็นประโยชน์กับสังคม มีคุณค่า มีความกระตือรือร้นในชีวิต มีแรงบันดาลใจ มีพลังในการทำงาน

5. ด้านความรัก สามารถรักได้อย่างแท้จริง เป็นความรักในมนุษยชาติ เป็นความรักที่ประกอบด้วยความรักเพื่อพ่อแม่ ความเชื่อถือ ไว้วางใจ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความพึงพอใจ เมื่อเห็นผู้ที่ตนรักมีความสุข รวมทั้งความรักทางเพศ

6. ด้านตน มีความเข้าใจในตนเอง รู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง รู้ว่าตนคือใคร และต้องการอะไรในชีวิต ยอมรับข้อบกพร่อง และภาคภูมิใจในส่วนตัวของตน สามารถเปิดเผยตัวจริงของตนเอง รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมโดยไม่สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง สามารถพัฒนาตนได้อย่างดีที่สุดในศักยภาพของตนเอง

7. ด้านการเผชิญและควบคุมสิ่งแวดล้อม มีประสิทธิภาพในการเผชิญและควบคุมสิ่งแวดล้อมใช้สติปัญญาในการเผชิญปัญหา มีอารมณ์มั่นคงสม่ำเสมอ แสดงออกอย่างเหมาะสม กล่าวโดยสรุปได้ว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตดีนั้น จะต้องมีการแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัย ต้องเข้าใจตนเอง มีความคาดหวัง และความคิดไปในทางที่จะเป็นจริงได้ มีการแสดงออกของอารมณ์และพฤติกรรมได้เหมาะสมกับสภาวะการณ์ต่างๆ สามารถมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้ มีความกระตือรือร้นในชีวิต สามารถใช้ศักยภาพของตนได้อย่างดี และสามารถเผชิญปัญหาในชีวิตได้

2. ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี

ปราณี รามสูต (2528 : 253-254) ได้กล่าวถึง ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี ดังนี้ คือ

1. ขาดความสามารถในการควบคุมตนเองเท่าที่ควร มีอารมณ์อ่อนไหวเปลี่ยนแปลงได้ง่ายดีเดียวร้าย และการแสดงออกซึ่งอารมณ์จะรุนแรงมาก ตื่นเต้นตกใจง่ายทุกซื่หรืออังกวลงเกินกว่าเหตุ

2. ไม่รู้จักและเข้าใจตนเองเท่าที่ควร มักมองตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง ไม่เชื่อมั่นในความ เป็นตัวเอง ซ่อนความรู้สึกอยู่ภายใน มักปรับตัวแบบทดแทนเพื่อให้ผู้อื่นเข้าใจผิด มักคิดว่าตนเอง มีปมด้อย

3. พัฒนาทางสังคมไม่ดี ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นไม่ค่อยได้ ไม่ค่อยยอมรับความจริง ขี้ระแวง มองคนในแง่ร้าย และมักเก็บตัวมากจนเกินไป

มุกดา สุขสมาน (2537 : 190-191) กล่าวถึง อาการแสดงของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะมี อาการที่ตนเองรู้สึกได้เองหรืออาการแสดงที่ผู้อื่นสังเกตได้ อาการเหล่านี้ได้แก่

1. อาการทางกาย มีอาการของการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ความวิตกกังวล ทำให้ระบบหัวใจ ผิดปกติ มีอาการใจสั่น ใจเต้น ระบบหายใจปรากฏอาการของการหอบ ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ท้องอืด ท้องเฟ้อ ความกังวลทำให้รับประทานอาหารไม่ได้ หรือรับประทานอาหารมากเกินไป นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ปัสสาวะบ่อย ท้องผูก ท้องเดิน ประจำเดือนขาด ความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะ เป็นลม ชักเกร็ง ปวดตามข้อ ปวดหลัง เป็นต้น

2. อาการทางใจ ได้แก่ อาการที่แสดงออกทางด้านความรู้สึก ความคิด อารมณ์ ความจำ สติ เช่น ในเรื่องความรู้สึก ได้แก่ รู้สึกไม่สบายใจ น้อยใจ รู้สึกรักใคร่ หลงตัวเอง ความคิด ได้แก่ หมกมุ่น ฟุ้งซ่าน สับสน คิดมาก คิดในเรื่องไม่มีเหตุผล ฝันกลางวัน หลงผิด ประสาทหลอน หนูแว่ว เบื่อชีวิต คิดอยากตาย มีความคิดแปลกๆ อารมณ์กังวล ซึมเศร้า อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายจนเกินไป อารมณ์ไม่สอดคล้องกับความคิดหรือเรื่องที่พูด อารมณ์ไม่เหมาะสม ความจำและสติเสื่อมไป จำอะไรไม่ได้ ลืมบ่อย เป็นต้น

3. อาการทางพฤติกรรม ได้แก่ การแสดงออกทางความประพฤติที่แตกต่างไปจากปกติ หรือในลักษณะที่สังคมไม่ยอมรับ เช่น ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายผู้อื่น ซึม แยกตัว ติดเหล้า ติดยาเสพติด พฤติกรรมทางเพศ เป็นคนเจ้าระเบียบจนเกินไป ย้ำคิดย้ำทำ แต่งกายไม่เหมาะสมกับเพศกับวัย ชอบฟังพาดูคนอื่น ชอบต่อต้านผู้อื่น ลักษณะ ทุพบุคลิกภาพ เป็นต้น

4. การเจ็บป่วยทางจิต แบ่งเป็น 2 ชนิด

4.1 โรคประสาท (Neurosis) คือ โรคที่มีความวิตกกังวลเป็นลักษณะสำคัญมีประชากรที่เป็นโรคนี้นับว่าจำนวนมาก ผู้ที่ป่วยเป็นโรคนี้นักจะได้รับความทุกข์จากการสูญเสีย การปรับตัวจากสภาพปกติ มีบุคลิกภาพที่เปลี่ยนแปลงไป แต่ไม่เกิดภาพลวงหรือภาพหลอน การเป็นโรคประสาทนี้ที่สาเหตุใหญ่หรือรากฐานมาจาก ความวิตกกังวล ความกลัวความอาย และมีอารมณ์อ่อนไหวมากเกินไป เวลาที่มีอารมณ์เสีย หัวใจจะเต้นแรง ไม่เป็นจังหวะ ระบบย่อยอาหารจะถูกรบกวน ปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุสำคัญของโรคนี้คือ ภาวะขัดแย้งทางอารมณ์ กรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ประสบการณ์ในอดีต และสุขภาพที่เสื่อมโทรม

4.2 โรคจิต (Psychosis) มีอาการคือ ระบบประสาทถูกรบกวนจนกระทั่งไม่สามารถทำตัวให้เป็นปกติในชีวิตประจำวันได้ มีการเกิดภาพลวง ไม่สามารถจะรับรู้สิ่งที่จริงได้ มีความรู้สึกรุนแรง มีพฤติกรรมที่ต้องการทำร้ายตนเอง และผู้อื่นต้องมีผู้ดูแล อาการทางโรคจิตมีแตกต่างกันมาก ขึ้นกับบุคลิกภาพที่แตกต่างกันไปบางครั้งการเจ็บป่วยทางจิตใจนี้มีสาเหตุจากร่างกาย และบางครั้งได้รับการรบกวนจากเซลล์ที่สมองผิดปกติไป ทำให้มีอาการต่างๆ เกิดขึ้น ผลก็คือจะทำให้บุคลิกผิดไปจากเดิม เช่น คนที่มีไข้สูง อาจจะมีอาการเพ้อคลั่ง และไม่รู้สึกรู้ใจได้ หรือผล

ของแอลกอฮอล์ที่ทำให้มีอาการมึนเมาและมีบุคลิกผิดไปจากปกติรวมทั้งยาเสพติด เช่น แอลกอฮอล์ จะทำให้คนปกติมองเห็นแสงสีต่างๆ เกิดขึ้น ซึ่งผิดจากความจริง

สรุปจากที่กล่าวข้างต้นได้ว่าผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดีหรือปรับตัวได้ไม่ดีนั้น จะเป็นบุคคลที่มีลักษณะตรงกันข้ามกับผู้ปรับตัวได้ดีนั่นเอง คือไม่รู้จักรักและเข้าใจตนเองได้ดี ไม่รู้จักรักและเข้าใจผู้อื่น ตลอดจนไม่สามารถเผชิญกับปัญหาและความจริงแห่งชีวิตได้ ทำให้ไม่สามารถจะดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

5.3 ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

การที่บุคคลสามารถดูแลรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพแห่งตนได้ ย่อมมีประโยชน์ต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Development) พัฒนาคุณภาพชีวิต (Quality Life Development) พัฒนาสิ่งแวดล้อมของมนุษย์ (Human Environment Development) และเชื่อมโยงไปถึงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Health care delivery system) ทั้งนี้เพราะบุคคลต้องใช้ความรู้ ประสบการณ์ และทักษะต่างๆ ที่สั่งสมมาในการตัดสินใจที่จะทำการในสถานการณ์ที่ตนกำลังเผชิญอยู่ พฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ (Learned Behavior) ไม่ได้เกิดจากสัญชาตญาณ หรือปฏิกิริยาสะท้อนกลับของระบบประสาทและมนุษย์จะแสวงหาทางที่ดีที่สุดสำหรับตน ตามหลักจิตวิทยาการกระทำพฤติกรรมใดๆ ของบุคคลจะต้องประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ เช่น ความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ความต้องการที่จะกระทำ ความพร้อมที่จะกระทำ ความเพียรพยายามที่จะกระทำให้สำเร็จ (Wischel and Michel.1967:85)

ในประเทศไทยได้มีงานวิจัยอยู่จำนวนหนึ่งที่วิเคราะห์สาเหตุของการกระทำพฤติกรรมที่น่าพึงปรารถนาของคนไทย เช่น พฤติกรรมการรักษาสุขภาพอนามัย พฤติกรรมอาสาพัฒนาชนบท พฤติกรรมซื้อสัตย์ เป็นต้น ผลของการวิจัยทั้งหมดสามารถให้ข้อสรุปจนรวมเป็นทฤษฎีต้นไม้อัจฉริยะ ซึ่งนำเสนอโดย ดวงเดือน พันธุมนาวิน ใน พ.ศ. 2523 และ พ.ศ. 2530 (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2531:16-17) ทฤษฎีนี้ได้กล่าวว่า พฤติกรรมของการเป็นคนแกร่ง คนเก่ง และคนดี กล่าวคือ การเป็นคนมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพจิตดี รู้จักปรับตัวให้เหมาะกับสภาพแวดล้อม การเป็นผู้มีสติปัญญาดี มีความเฉลียวฉลาดรับการศึกษา และมีทักษะในการประกอบอาชีพเป็นที่พึงของตนเอง และครอบครัว และการเป็นผู้มีศีลธรรม จริยธรรมอันดีงาม ก่อประโยชน์แก่ส่วนรวม ช่วยพัฒนาประเทศได้นั้นจะต้องเป็นบุคคลที่มีองค์ประกอบทางจิตเกี่ยวข้องอยู่ 8 ประการ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ลักษณะที่เป็นพื้นฐานทางจิตใจ 3 ประการ และจิตลักษณะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอีก 5 ประการ ผู้วิจัยอ้างอิงเฉพาะลักษณะพื้นฐานทางจิต 3 ประเภทที่เป็นรากแก้วของต้นไม้ได้แก่ 1) สติปัญญา ความเฉลียวฉลาด การรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง แม่นยำ รู้จักคิดแบบนามธรรมนอกเหนือจากการคิดแบบรูปธรรม 2) สุขภาพจิตดี มีความวิตกกังวลแต่น้อยหรือมีอยู่ในปริมาณที่เหมาะสมกับเหตุการณ์

3) ประสบการณ์ทางสังคมสูง คือเป็นการได้รู้ได้เห็นเกี่ยวกับสภาพการดำเนินชีวิต อุปสรรคและปัญหาความต้องการของคนประเภทต่างๆในสังคม ตลอดจนสภาพแวดล้อมทั้งกายภาพและทางสังคมของคนเหล่านี้เพื่อให้ทราบว่า การกระทำของคนจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางดีและทางไม่ดีแก่ผู้อื่นได้อย่างไร ในส่วนรากแก้วของต้นไม้จริยธรรมจะผลิดอกออกผล อันหมายถึงพฤติกรรมของการเป็นคนแกร่ง คนเก่งและคนดี ซึ่งผู้วิจัยสนใจเฉพาะส่วนสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยอ้างอิงจากงานวิจัยของ ดวงเดือน พันธุมนาวิน (ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2531:16 -17)

5.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างสุขภาพจิตกับทัศนคติต่อความรัก

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตกับทัศนคติต่อความรักโดยตรงมีค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงค้นคว้างานวิจัยที่ใกล้เคียงพอสรุปได้ดังนี้

งานวิจัยต่างประเทศ ผู้วิจัยได้ศึกษาการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุในต่างประเทศไว้ดังนี้

มาร์แชล (จำพรณ ภัทรนิตย์. 2529 : 15 ; อ้างอิงจาก Marshall. 1975) ศึกษาความสุขและการมีส่วนร่วมในสังคม (การมีส่วนร่วมในสังคมคือการปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคม) ของผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 62 ถึง 82 ในผู้หญิงจำนวน 60 คน ใช้วิธีศึกษาระยะยาวต่อเนื่องในช่วงเวลา 4 ปี พบว่า ถ้าใช้เวลากับกิจกรรมมากจะมีความสุขมาก สุขภาพในช่วงอายุนี้จะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมสังคม ซึ่งได้แก่ การดูโทรทัศน์ทุกวัน ฟังวิทยุทุกวัน อ่านหนังสือทุกวันไปเยี่ยมเยียนเพื่อผู้สูงอายุและเพื่อนบ้าน การมีโทรศัพท์ถึงทุกวัน การบริหารทางศาสนา Voluntary Association Attendance และ Voluntary Association Membership และพบว่าอายุต่างกันทำให้กิจกรรมแตกต่างกันไปด้วย

เบลซเซอร์ (Blazer. 1982 : 69) ได้ศึกษาสาเหตุที่ทำให้เกิดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุเช่น การสูญเสียการรับรู้การได้ยินและการมองเห็น ซึ่งมีความสำคัญในการสื่อความหมายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การลดลงของการมองเห็นและการได้ยิน อาจทำให้ผู้สูงอายุตีความหมายของสิ่งแวดล้อมผิดไปรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้งจากวงสนทนาสร้างความคับข้องใจ อึดอัดใจและอาจเกิดอาการหวาดระแวงขึ้นได้ ผลการศึกษาเกี่ยวกับความซึมเศร้าของผู้สูงอายุ พบว่าการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเป็นสาเหตุของการซึมเศร้าด้วย

ซัทเทอร์เลย์ และ ดอนเนลลี่ (Sutterley and Donnelly. 1982 : 92) ได้ศึกษาการสูญเสียคู่สมรส ซึ่งถือเป็นการสูญเสียครั้งยิ่งใหญ่ในช่วงชีวิต โดยเฉพาะการตายจากความเจ็บป่วยในช่วงสั้น จะสร้างความกระทบกระเทือนใจได้สูงมาก การอยู่อย่างโดดเดี่ยวเดียวดายจะทำให้จิตใจหดหู่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตสูง ประกอบกับวัยสูงอายุ เพื่อนฝูงหรือคนใกล้ชิดสนิทสนม

ที่อยู่ในวันเดียวกันจะมีการพรากหรือสิ้นชีวิตไปก่อน ที่เหลือก็ขาดการไปมาหาสู่ ผู้ที่เป็นหมายจะเสียดอกการเจ็บป่วยทางจิตสูงมาก

ไวเกล (Vogel. 1982 : 213 – 216) ได้ศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ คือ ความวิตกกังวล ความเจ็บเหงาและความซึมเศร้า ซึ่งทำให้ปัญหาทางกายตามมา เช่นเดียวกัน ปัญหาทางด้านจิตสังคมอื่นๆ โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ด้วยกัน เพื่อนวัยเดียวกันมักถึงแก่กรรมแล้วเป็นส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุจึงต้องหาเพื่อนใหม่ ไม่ใช่เรื่องที่ทำกันได้ง่ายๆ เพราะผู้สูงอายุ มักไม่ค่อยมีโอกาสได้ออกไปติดต่อกับสังคมภายนอก ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องการเพื่อนในสถานสงเคราะห์ด้วยกัน หากมีปัญหาในการคบเพื่อน จึงก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจและส่งเสริมให้เกิดความซึมเศร้าได้

วินด์เลย์ และคนอื่น (Windley and Others. 1982 : n.d) ทำการศึกษารูปแบบเส้นทางความสัมพันธ์ของภาวะแวดล้อมทางนิเวศวิทยาต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งอาศัยอยู่ในเขต F เมืองเล็ก ๆ รัฐแคนซัส สหรัฐอเมริกา จำนวน 989 คน ตัวแปรตามคือสุขภาพจิต กิจกรรมความปลอดภัย การสมาคมกับเพื่อนและการสมาคมกับญาติ ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและอิทธิพลทางจิตสังคมซึ่งได้แก่ลักษณะความเป็นอยู่ ความบีบรัดของสังคม ความพึงพอใจในชุมชนที่อยู่ ความเกี่ยวข้องกับชุมชนและการแยกตัวเอง ผลของการวิเคราะห์ที่ได้ว่า ตัวแปรที่มีผลต่อสุขภาพจิตได้ร้อยละ 17 และพบว่าการศึกษาและอายุ มีผลทางตรงต่อการแยกตัวของผู้สูงอายุ สามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 5 ส่วนลักษณะความเป็นอยู่ แยกตัวเองและการเกี่ยวข้องกับชุมชนมีผลโดยตรงกับความพึงพอใจในชุมชนและอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 28

เมเยอร์ (Myers. 1992 : n.d) ได้ศึกษาซึ่งการศึกษานี้ออกแบบเพื่อตอบคำถามวิจัยเกี่ยวกับความเครียดของคนสูงอายุ สภาพเศรษฐกิจ แรงสนับสนุนจากสังคม อายุขัยเฉลี่ย สภาพการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เศรษฐกิจและสังคมการสูญเสียสถานภาพทางสังคม ข้อมูลได้จากผู้สูงอายุในเมือง Cleveland ,Ohio โดยสำนักงานสถิติของรัฐบาลสหรัฐอเมริกา ในปี 1975 และจากการสัมภาษณ์ตามรายละเอียดด้านบนในปี 1984 ใช้กลุ่มตัวอย่าง 1,834 คน จากการสุ่มตัวอย่าง มีตัวแทนร้อยละ 65 และมากกว่าประชากรของเมือง Cleveland ในปี 1975 เริ่มศึกษาแหล่งบริการผู้สูงอายุของอเมริกา (OARS) ปรับปรุงเครื่องมือวิจัยที่มหาวิทยาลัย Duke ในปี 1970 กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุในเมือง Cleveland มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ มีการระบาดของความเครียดและมีความสัมพันธ์กับสภาพเศรษฐกิจ และการวัดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อความเครียดและอัตราการตายสูง ระหว่างปี 1975 และ 1984 มีเพียงร้อยละ 4.50 ของผู้ที่มีชีวิตอยู่ในการขาดปัจจัยทั้งสองอย่าง การสำรวจในปี 1984 มีแรงสนับสนุนจากสังคมมาก เพื่อชดเชยกับสภาพเศรษฐกิจที่เสื่อมลง แต่ในทางตรงกันข้าม รูปแบบที่ปรากฏกลับไม่เป็นจริง

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญบางอย่างถูกค้นพบระหว่างปี 1975 และ 1984 ไม่เพียงประเมินสุขภาพจิตตนเองของผู้สูงอายุว่าไม่เสื่อมลง แต่ยังเป็นการสังเกตแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถอธิบายความเปลี่ยนแปลงได้ มีข้อโต้แย้งถึงความล่าช้า ระหว่างการสังเกตและการคาดคะเนโดยธรรมชาติของตัวชี้ วัดว่าเป็นการขัดขวางข้อสรุปขั้นสุดท้าย

การวิจัยในประเทศ ผู้วิจัยได้ศึกษาการวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุไว้ดังนี้

พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคนอื่นๆ (2523) ได้ศึกษาความทันสมัย ภาพพจน์ที่เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา พบว่า คนชราส่วนใหญ่มีความสุขกับการที่ได้อยู่ภายในครอบครัวที่แวดล้อมไปด้วยบุตรหลาน และเชื่อว่าตนเองเป็นคนที่มึประโยชน์กับครอบครัวและสังคม สำหรับปัญหาของคนชราที่พบได้แก่ ปัญหาในด้านการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งปัญหาในการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับความตาย นอกจากนี้ยังพบว่าคนชรามีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ(รายได้ไม่พอกับค่าใช้จ่าย) และปัญหาด้านสุขภาพ

นิตา ชูโต (2525) ได้ศึกษาคนไทยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยสุ่มตัวอย่างจากทั่วประเทศ จำนวน 1,000 คน พบว่าปัญหาสำคัญของคนชรา คือ ปัญหาเศรษฐกิจ สุขภาพทรุดโทรม รู้สึกโดดเดี่ยวเพราะขาดเพื่อนรุ่นเดียวกันที่ยังคงทำงานอยู่มีประมาณร้อยละ 40 มีคนชราเป็นส่วนน้อยที่เข้าร่วมกับกิจกรรมสังคม กิจกรรมที่เข้าร่วมเป็นกิจกรรมศาสนาและกิจกรรมส่วนตัว เช่น ฟังวิทยุ เดินเล่น ทำสวนเสียเป็นส่วนใหญ่ กิจกรรมทางการเมืองมีบ้าง ได้แก่ กิจกรรมลูกเสือชาวบ้าน และกล่าวว่า การจัดหางานให้โอกาสและแรงจูงใจ คนชราได้ทำงานตามอัธยาศัยเป็นสิ่งสำคัญยิ่งและควรสนับสนุนให้มีการศึกษาอย่างกว้างขวาง ในการทำงานช่วงหลังของชีวิต คือ หลังอายุ 40 ปี เพื่อประโยชน์ในอนาคต

รำพรรณ ภัทรนิตย์ (2529) ได้ศึกษามลของการใช้เวลาที่มีต่อสุขภาพจิตในกลุ่มข้าราชการบำนาญเกษียณอายุในจังหวัดขอนแก่น และมีอายุระหว่าง 60-70 ปี เป็นการศึกษาระยะกรณี ทำการศึกษาในช่วงเดือน มีนาคมถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2529 พบว่า การใช้เวลามีผลต่อสุขภาพจิตในกลุ่มข้าราชการบำนาญ เกษียณอายุ และมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตสูง รองจากตัวแปรความรู้สึกสูญเสีย การใช้เวลาในการทำกิจกรรม สภาวะร่างกายเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการเกษียณอายุ และความรู้สึกสูญเสีย เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต ส่วนปัจจัยด้านการใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่มีผลต่อสุขภาพจิต ได้แก่ เล่นกีฬาออกกำลังกาย ซ่อมแซมบ้าน หรือเครื่องมือเครื่องใช้ในบ้านและอ่านหนังสือเพื่อส่งเสริมความรู้

สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2536) ได้ศึกษาผู้สูงอายุในแต่ละช่วงจะมีสภาพร่างกายและจิตสังคมที่แตกต่างกัน โดยผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60-69 ปี) มีสุขภาพและจิตสังคมค่อนข้างดี การ

ติดต่อกับสัมพัทธ์กับบุคคลอื่นค่อนข้างสูง ผู้สูงอายุตอนกลาง (อายุ 70-79 ปี) สิ่งที่น่าประหลาดใจในวัยสูงอายุตอนต้นจะลดลง เกิดภาวะเสื่อมถอย และในผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ภาวะเสื่อมถอยปรากฏตัวชัดเจน

เขมิกา ยามะรัต (2527) ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา การศึกษากรณีข้าราชการบำนาญกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด หม้าย และหย่า

เบญจมา เลาหุนรังสี (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ของการเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุราชการกับการปรับตัวภายหลังเกษียณอายุราชการของข้าราชการพลเรือน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ สมรสโสด หม้าย หย่า แยก

ปราโมทย์ วงสะอาด (2530) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีสุขภาพจิตดีกว่าที่มีสถานภาพสมรสโสดหม้ายหย่า

เชอริ ทองเพ็ญ (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวสภาพการสูงอายุ ความเข้มแข็งในการมองโลกการระลึกถึงความหลัง การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคม กับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า สถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์กับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความผาสุกในชีวิตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่มีคู่ ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุ โสด หม้าย หย่า

ฉะนั้น ในส่วนนี้ ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมุติฐานการวิจัยว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดี

5.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างสุขภาพจิตกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศโดยตรงยังไม่มี ผู้วิจัยจึงค้นคว้างานวิจัยที่ใกล้เคียงพอสรุปได้ดังนี้

งานวิจัยของอรนุช (อรนุช จันทรสุริยะเฉษฐา. 2547) ซึ่งศึกษาเรื่องมโนภาพแห่งตนและชีวสังคมที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสของพนักงานบริษัทในนิคมเมืองใหม่บางพลี ซึ่งผลการศึกษาพบว่า พนักงานที่มีมโนภาพแห่งตนปานกลาง มีทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสดีกว่าพนักงานที่มีมโนภาพแห่งตนสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ด้านความสัมพันธ์พบว่า ในกลุ่มรวมทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรส มีความสัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับมโนภาพแห่งตนด้านรวม มโนภาพแห่งตนด้านครอบครัว และมโนภาพแห่ง

ตนด้านคุณธรรม (มโนภาพแห่งตนหมายรวมถึงการเข้าใจตนเองคือผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ซึ่งเป็นพฤติกรรมเชิงบวก)

จากงานวิจัยของ อรณัฐ ดังกล่าวข้างต้นนั้น ผู้ที่มีมโนภาพสูงมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศในด้านของความถูกต้องตามทำนองครองธรรม นั่นเอง ผลการวิจัยส่วนนี้ จึงสรุปได้ว่าผู้ที่มีอัตมโนทัศน์สูงจะมีพฤติกรรมเชิงบวก ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมุติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดี

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยย้อนประสบการณ์ (Experience Post Factor) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาสุขภาพจิตกับทัศนคติต่อความรักและต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยที่กล่าวถึงหัวข้อต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้วิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯ ฯ ที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯ ฯ ที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี จำนวน 400 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มาทำกิจกรรมที่สวนลุมพินีเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายและใจสมบูรณ์เพียงพอ และมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีการวัดตัวแปรต่างๆ ได้แก่ ตัวแปรอิสระ มี 2 ตัวแปร คือ ปัจจัยทางชีวสังคมและสุขภาพจิต กับตัวแปรตามของการวิจัยซึ่งมี 2 ตัวแปร คือ ทัศนคติต่อความรัก และทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ จากการศึกษาพบว่าบางตัวแปรต่างมีเครื่องมือที่น่าเชื่อถือ โดยอรุณีและคณะได้นำแบบวัดตัวแปรตามมาใช้และปรับปรุงบางส่วนเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง โดยได้จัดทำแบบสอบถามเป็น 4 ชุด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม 4 ชุดคือ

ตอนที่ 1 แบบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 แบบสอบถามสุขภาพจิต

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อความรัก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ

1. ขั้นตอนการสร้างแบบสอบถามปัจจัยทางชีวสังคม

แบบสอบถามปัจจัยทางชีวสังคม ซึ่งสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบสอบถามข้อมูลรายละเอียดส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยสอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว

ตัวอย่างแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย (/) หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านและเติมข้อความในข้อ 2 และ 4

1 เพศ

() ชาย

() หญิง

2 อายุ.....ปี

3 ท่านจบการศึกษาระดับ

() ไม่ได้ศึกษา

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษา

() อนุปริญญา (ปวช. , ปวส. , ปกศ.)

()ปริญญาตรี

() สูงกว่าปริญญาตรี

() อื่นๆโปรดระบุ.....

4 รายได้ต่อเดือนของท่าน.....บาท

5 สถานภาพสมรส

() มีคู่สมรส

() ไม่มีคู่สมรส (คู่สมรสเสียชีวิต,หย่า,หม้าย,ไม่มีคู่สมรส)

6 ที่อยู่อาศัย (ที่พักอาศัยของท่านในปัจจุบัน)

() มีที่อยู่อาศัยของตนเอง

() ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง (อาศัยผู้อื่น ,เช่า ,บ้านพักคนชรา ,สถานสงเคราะห์)

7 อาชีพ

- () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- () ค้าขาย/ธุรกิจ
- () เกตรกรรม
- () รับจ้างทั่วไป
- () อื่นๆ โปรดระบุ.....

8 การออกกำลังกาย

- () สม่ำเสมอ (สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ 30 นาที)
- () ไม่สม่ำเสมอ (น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์)

9 โรคประจำตัว

- () เป็นโรคกระดูกและข้อ
- () เป็นโรคความดันโลหิตสูง
- () เป็นโรคเบาหวาน
- () เป็นโรคหัวใจ
- () ไม่มีโรคประจำตัว

2. แบบวัดสุขภาพจิต

แบบวัดสุขภาพจิตนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดของ ดวงเดือน พันธมนาวินและพิญแข ประจวบจัน นิก (2524) ที่สร้างขึ้นซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุม ระดับความวิตกกังวลอันประกอบด้วยความกลัวใน เรื่องต่างๆ โดยปราศจากเหตุผลอันสมควร ความกลัวใจ ความโกรธง่าย ความตื่นเต้น ขาดสมาธิ และกลัวผิด และนำมาประยุกต์ใช้

ลักษณะแบบวัดสุขภาพจิต เป็นแบบสอบถามให้ชดตอบมีจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อ ประกอบด้วยประโยคคำถาม 1 ประโยค และมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จาก “เห็นด้วยมากที่สุด” ถึง “เห็นด้วยน้อยที่สุด” ในการตอบแบบวัดนี้ ผู้ตอบแต่ละคนจะได้คะแนนแต่ ละข้อจาก 1-5 คะแนน และคะแนนรวม 20-100 คะแนน คะแนนที่ได้เป็นคะแนนรวมของสุขภาพจิต ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีสุขภาพจิตที่ดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงว่ามีสุขภาพจิตที่ไม่ดี

ตัวอย่างแบบวัดสุขภาพจิต

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อ	ข้อความ	เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็นด้วย มาก	ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	น้อยที่สุด
0	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าเป็นคน ตื่นตัวง่าย					
00	ข้าพเจ้ามีเรื่องกลุ่มใจอยู่ เสมอ					
000	ข้าพเจ้ารู้สึกกลัวโดยไม่รู้ว่ กลัวอะไรอยู่บ่อย ๆ					

เกณฑ์ในการให้คะแนนแบบวัดสุขภาพจิต จะให้คะแนนในการตอบแบบสอบถามรายข้อ ดังนี้

- สำหรับข้อความทางบวก ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน
- สำหรับข้อความทางลบ ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้ 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมายคะแนน

- สุขภาพจิตไม่ดี คือ กลุ่มที่มีคะแนนสุขภาพจิตต่ำกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม
- สุขภาพจิตดี คือ กลุ่มที่มีคะแนนสุขภาพจิตสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่ม

วิธีการหาคุณภาพแบบวัดสุขภาพจิต

1. ได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยา คือ รศ.ดร.นวลละออ สุภาผล กรุณาตรวจสอบและแก้ไขความเที่ยงตรงของข้อมูลเนื้อหาในแบบสอบถามให้เหมาะสม

2. ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อและหาค่าความเชื่อมั่น ของแบบวัดสุขภาพจิต จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน โดยหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Correlation total item) ใช้สูตรของเพียร์สัน ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อระหว่าง .21 -.68 และหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach ซึ่งค่าความเชื่อมั่น มีค่าเท่ากับ .85

3. แบบวัดทัศนคติต่อความรัก

1. ผู้วิจัยศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติต่อความรัก นอกจากนี้ยังได้ศึกษาข้อมูลจากหนังสือ เอกสารวิชาการต่างๆ และข่าวสารข้อมูลทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Internet) ที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อความรัก เพื่อประกอบการศึกษา

2. กำหนดนิยามปฏิบัติการของทัศนคติต่อความรัก

3. ผู้วิจัยนำแบบวัดทัศนคติต่อความรักไปหาความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์ (Face Validity) ตรวจสอบความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา ข้อคำถามและภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ ซึ่งแบบวัดนี้ผู้วิจัยใช้ปรับมาจากแบบวัดทัศนคติต่อความรักของอรุณีและคณะ (อรุณีและคณะ.2547)

ลักษณะแบบวัดทัศนคติต่อความรัก เป็นแบบสอบถามให้ขีดตอบมีจำนวน 23 ข้อแต่ละข้อประกอบด้วยประโยคคำถาม 1 ประโยค และมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จาก “เห็นด้วยมากที่สุด” ถึง “เห็นด้วยน้อยที่สุด” โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้ความเข้าใจเชิงประเมินค่าในการมีความรัก ความรู้สึกพอใจและไม่พอใจในการมีความรัก และความพร้อมในการมีความรัก ในการตอบแบบวัดนี้ ผู้ตอบแต่ละคนจะได้คะแนนแต่ละข้อจาก 1 – 5 คะแนน และคะแนนรวม 23 – 115 คะแนน คะแนนที่ได้เป็นคะแนนรวมของทัศนคติต่อความรักของแต่ละคน ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีทัศนคติต่อความรักที่ดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงถึง ทัศนคติต่อความรักที่ไม่ดี แบบวัดนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวความคิดที่รวบรวมได้จากทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ความรู้ความเข้าใจเชิงประมาณค่าในการมีความรัก ความรู้สึกพอใจและไม่พอใจในการมีความรัก และความพร้อมในการมีความรัก ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อและหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทัศนคติต่อความรัก จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน โดยหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Correlation total item) ใช้สูตรของเพียร์สัน ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อระหว่าง .25-.80และหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach ซึ่งค่าความเชื่อมั่น มีค่าเท่ากับ .89 โดยมีตัวอย่างแบบวัด ดังนี้

ตัวอย่างแบบวัดทัศนคติต่อความรัก

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย (/) ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
0.	ความรักระหว่างเพศทำให้					
00.	ท่านจิตใจเบิกบาน					
	ท่านพอใจในความรัก					
	ระหว่างเพศของท่าน					
000.	ท่านพร้อมที่จะดูแลคนรัก					
	ของท่าน					

เกณฑ์ในการให้คะแนนของแบบวัดทัศนคติต่อความรัก จะให้คะแนนการตอบแบบสอบถามรายข้อ ดังนี้

1. สำหรับข้อความทางบวก ให้คะแนนดังนี้

- | | |
|--------------------|-------------|
| เห็นด้วยมากที่สุด | ให้ 5 คะแนน |
| เห็นด้วยมาก | ให้ 4 คะแนน |
| เห็นด้วยปานกลาง | ให้ 3 คะแนน |
| เห็นด้วยน้อย | ให้ 2 คะแนน |
| เห็นด้วยน้อยที่สุด | ให้ 1 คะแนน |

2. สำหรับข้อความทางลบ จะให้คะแนนตรงกันข้ามกับข้อความทางบวก ดังนี้

- | | |
|--------------------|-------------|
| เห็นด้วยมากที่สุด | ให้ 1 คะแนน |
| เห็นด้วยมาก | ให้ 2 คะแนน |
| เห็นด้วยปานกลาง | ให้ 3 คะแนน |
| เห็นด้วยน้อย | ให้ 4 คะแนน |
| เห็นด้วยน้อยที่สุด | ให้ 5 คะแนน |

4. แบบวัดทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ

- ผู้วิจัยศึกษาทฤษฎีและงานวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ นอกจากนี้ยังได้ศึกษาข้อมูลจากหนังสือ เอกสารวิชาการต่างๆ และข่าวสารข้อมูลทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Internet) ที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ เพื่อประกอบการศึกษา
- กำหนดนิยามปฏิบัติการของทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ

3. ผู้วิจัยนำแบบวัดทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไปหาความเที่ยงตรงเชิงประจักษ์ (Face Validity) ตรวจสอบความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหา ข้อคำถามและภาษาที่ใช้ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ ซึ่งแบบวัดนี้ผู้วิจัยใช้ปรับมาจากแบบวัดทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ ของอรุณีและคณะ (อรุณีและคณะ. 2547) ลักษณะแบบวัดทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ เป็นแบบสอบถามให้ชิตตอบมีจำนวน 26 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยประโยคคำถาม 1 ประโยค และมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จาก "เห็นด้วยมากที่สุด" ถึง "เห็นด้วยน้อยที่สุด โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้ความเข้าใจเชิงประเมินค่าต่อความสัมพันธ์ทางเพศ ความรู้สึกพอใจและไม่พอใจต่อความสัมพันธ์ทางเพศ และความพร้อมต่อความสัมพันธ์ทางเพศ ในการตอบแบบวัดนี้ ผู้ตอบแต่ละคนจะได้คะแนนแต่ละข้อจาก 1 - 5 คะแนน และคะแนนรวม 26 - 130 คะแนน คะแนนที่ได้เป็นคะแนนรวมของทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของแต่ละคน ผู้ที่ได้คะแนนสูงแสดงว่ามีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศที่ดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำแสดงถึง ทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศที่ไม่ดี แบบวัดนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวความคิดที่รวบรวมได้จากทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ความรู้ความเข้าใจเชิงประมาณค่าต่อความสัมพันธ์ทางเพศ ความรู้สึกพอใจและไม่พอใจต่อความสัมพันธ์ทางเพศ และความพร้อมต่อความสัมพันธ์ทางเพศ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อและหาค่าความเชื่อมั่น ของแบบวัดทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน โดยหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Correlation total item) ใช้สูตรของเพียร์สัน ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อระหว่าง .21 - .65 และหาค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach ซึ่งค่าความเชื่อมั่น มีค่าเท่ากับ .87 โดยมีตัวอย่างแบบวัด ดังนี้

ตัวอย่างแบบวัดทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
0.	การมีเพศสัมพันธ์ทำให้					
00.	ท่านมีความสุข					
	ท่านพอใจที่จะมี					
	เพศสัมพันธ์					
000.	ท่านพร้อมที่จะมี					
	เพศสัมพันธ์เมื่อมีความ					
	ต้องการตอบสนอง					

เกณฑ์ในการให้คะแนนของแบบวัดทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ จะให้คะแนนการตอบแบบสอบถามรายชื่อ ดังนี้

1. สำหรับข้อความทางบวก ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน

2. สำหรับข้อความทางลบ จะให้คะแนนตรงกันข้ามกับข้อความทางบวก ดังนี้

เห็นด้วยมากที่สุด	ให้ 1 คะแนน
เห็นด้วยมาก	ให้ 2 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้ 4 คะแนน
เห็นด้วยน้อยที่สุด	ให้ 5 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามไปแจกด้วยตัวเอง โดยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย อายุตั้งแต่ 60 - 75 ปี
2. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับเพื่อนำไปตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละส่วน
3. นำคะแนนมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติที่กำหนดไว้ต่อไป

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ ข้อมูล เริ่มต้นด้วยการ ตรวจสอบความสมบูรณ์ ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ และตรวจให้คะแนนแบบสอบถามทุกข้อ โดยใช้เกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ นำไปวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ SPSS มีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุแยกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ รายได้ การออกกำลังกายและโรคประจำตัว โดยใช้สถิติพื้นฐานหาค่าร้อยละ

2.วิเคราะห์คะแนนทัศนคติต่อความรักและคะแนนทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติพื้นฐานค่าคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.ใช้สถิติ t-test เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1 - 4

4.ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) แบบเพิ่มตัวแปรทีละตัว (Stepwise) ทำนายทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุและทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุจากตัวแปรทำนาย คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว และปัจจัยทางจิตวิทยา คือ สุขภาพจิต เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 5-6

5.ใช้สถิติวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) หาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความรักกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุเพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 7

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์และแปลผล

ในการวิเคราะห์และแปลความหมายของผลการวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมายและเพื่อความสะดวกต่อการนำเสนอข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
X	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
S.D.	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t- distribution
R	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R ²	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ของการทำนาย
R ² change	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่เปลี่ยนแปลงเมื่อเพิ่มตัวทำนายทีละตัว
b	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนาย ซึ่งทำนายในรูปคะแนนดิบ
B	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนายซึ่งทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน
P	แทน	ค่าระดับการมีนัยสำคัญทางสถิติ
*	แทน	ค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	ค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
**	แทน	ค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามตัวแปรต่างๆ ดังต่อไปนี้คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว และสุขภาพจิต

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามตัวแปรต่างๆ ดังต่อไปนี้คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว และสุขภาพจิต

ตอนที่ 4 วิเคราะห์เพื่อค้นหาตัวทำนายที่สามารถทำนายทัศนคติต่อความรักและทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มทีละตัว (Multiple Regression Analysisแบบ Stepwise)

ตอนที่ 5 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความรักกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Correlation Coefficient)

การนำเสนอผลการศึกษาค้นคว้า

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลความหมาย ผู้วิจัยแบ่งเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว และสุขภาพจิต

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบ คะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามตัวแปรต่างๆ ดังต่อไปนี้คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว และสุขภาพจิต

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบ คะแนนทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามตัวแปรต่างๆ ดังต่อไปนี้คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว และสุขภาพจิต

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์เพื่อค้นหาตัวทำนายที่สามารถทำนายทัศนคติต่อความรักและทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความรักกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรชีวิตสังคม

ตัวแปร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	197	49.2
หญิง	203	50.8
รวม	400	100.0
.....		
2. อายุ		
อายุน้อย	216	54.0
อายุมาก	184	46.0
รวม	400	100.0
.....		
3. ระดับการศึกษา		
การศึกษาต่ำ	223	55.7
การศึกษาสูง	177	44.3
รวม	400	100.0
.....		
4. รายได้		
รายได้ต่ำ	199	49.8
รายได้สูง	201	50.2
รวม	400	100.0
.....		

ตาราง 1 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน(คน)	ร้อยละ
5. สถานภาพสมรส		
มีคู่สมรส	203	50.8
ไม่มีคู่สมรส	197	49.2
รวม	400	100.0
.....		
6. ที่อยู่อาศัย		
มีที่อยู่อาศัยของตนเอง	204	51.0
ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง	196	49.0
รวม	400	100.0
.....		
7. อาชีพ		
ใช้ทักษะ	203	50.8
ใช้แรงงาน	197	49.2
รวม	400	100.0
.....		
8. การออกกำลังกาย		
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	211	52.8
ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ	189	47.2
รวม	400	100.0
.....		
9. โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	238	59.5
ไม่มีโรคประจำตัว	162	40.5
รวม	400	100.0

จากตาราง 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 400 คน พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวน 203 คิดเป็นร้อยละ 50.8 โดยส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 71 ปี

มีจำนวน 216 คน คิดเป็นร้อยละ 54.0 เป็นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำเป็นส่วนใหญ่มียุคนับจำนวน 223 คน คิดเป็นร้อยละ 55.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้สูง จำนวน 201 คน คิดเป็นร้อยละ 50.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคู่สมรสจำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 50.8 มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองจำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 51.0 มีอาชีพใช้ทักษะเป็นส่วนใหญ่จำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 50.8 มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 52.8 และ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวจำนวน 238 คน คิดเป็นร้อยละ 59.5

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุ

2.1 จำแนกตามตัวแปรทางชีวสังคม คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว ดังแสดงในตารางที่ 2-10 เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1.1-1.9

2.2 จำแนกตามตัวแปรทางจิตวิทยา คือ สุขภาพจิต ดังแสดงในตารางที่ 11 เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2

สมมติฐานข้อที่ 1.1 ผู้สูงอายุเพศชายมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุหญิง

ในการทดสอบสมมติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ t-test ของคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรเพศ

เพศ	N	\bar{X}	SD	t	P
ชาย	197	82.910	4.096		
หญิง	203	82.860	4.150	.125	.450

จากตาราง 2 พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุหญิงมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์นี้จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1.1

สมมติฐานข้อที่ 1.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก

ในการทดสอบสมมติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ t-test ของคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรอายุ

อายุ	N	\bar{X}	SD	t	p
อายุน้อย	216	83.250	4.008	1.889*	.030
อายุมาก	184	82.470	4.215		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตาราง 3 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ผลการวิเคราะห์นี้จึงเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1.2

สมมติฐานข้อที่ 1.3 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ

ในการทดสอบสมมติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ t-test ของคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	\bar{X}	SD	t	p
การศึกษาสูง	177	82.850	3.789		
การศึกษาต่ำ	223	82.910	4.370	-.151	.440

จากตาราง 4 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกับต่ำมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์นี้จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1.3

สมมติฐานข้อที่ 1.4 ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ

ในการทดสอบสมมติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ t-test ของคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรรายได้

รายได้	N	\bar{X}	SD	t	p
รายได้สูง	201	83.680	4.342		
รายได้ต่ำ	199	82.100	3.730	3.912***	.000

***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 5 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ผลการวิเคราะห์นี้จึงเป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 1.4

สมมุติฐานข้อที่ 1.5 ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส

ในการทดสอบสมมุติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ t-test ของคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	N	\bar{X}	SD	t	p
มีคู่สมรส	203	83.130	4.229		
ไม่มีคู่สมรส	197	82.640	3.996	1.187	.118

จากตาราง 6 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสกับผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรสมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์นี้จึงไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 1.5

สมมุติฐานข้อที่ 1.6 ผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง

ในการทดสอบสมมุติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ t-test ของคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรที่อยู่อาศัย

ที่อยู่อาศัย	N	\bar{X}	SD	t	p
มีที่อยู่อาศัยของตนเอง	204	83.040	4.390		
ไม่มีที่อยู่อาศัยของตนเอง	196	82.730	3.819	.751	.226

จากตาราง 7 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยของตนเองกับผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่อาศัยของตนเองมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์นี้จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1.6

สมมติฐานข้อที่ 1.7 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้ทักษะมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้แรงงาน

ในการทดสอบสมมติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ t-test ของคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรอาชีพ

อาชีพ	N	\bar{X}	SD	t	p
ใช้ทักษะ	203	82.370	3.965		
ใช้แรงงาน	197	83.420	4.214	-2.572**	.005

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 8 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้แรงงานมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้ทักษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ผลการวิเคราะห์นี้จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1.7 โดยผลที่ได้กลับกันกับสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1.8 ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ

ในการทดสอบสมมติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ t-test ของคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย	N	\bar{X}	SD	t	p
สม่ำเสมอ	211	83.210	3.783		
ไม่สม่ำเสมอ	189	82.530	4.445	1.651*	.05

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ผลการวิเคราะห์นี้จึงเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1.8

สมมติฐานข้อที่ 1.9 ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรค

ในการทดสอบสมมติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ t-test ของคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรการมีโรคประจำตัว

โรคประจำตัว	N	\bar{X}	SD	t	p
มีโรคประจำตัว	238	83.010	3.916		
ไม่มีโรคประจำตัว	162	82.700	4.403	.736	.231

จากตาราง 10 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวกับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์นี้จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1.9

สมมติฐานข้อที่ 2. ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุ ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี

ในการทดสอบสมมุติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ t-test ของคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีและผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดี

สุขภาพจิต	N	\bar{X}	SD	t	p
สุขภาพจิตดี	196	84.400	3.969		
สุขภาพจิตไม่ดี	204	81.430	3.722	7.728***	.000

***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

จากตาราง 11 พบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ผลการวิเคราะห์นี้จึงเป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 2

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ

3.1 จำแนกตามตัวแปรทางชีวสังคม คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว ดังแสดงในตารางที่ 12-20 เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 3.1-3.9

3.2 จำแนกตามตัวแปรทางจิตวิทยา คือ สุขภาพจิต ดังแสดงในตารางที่ 21 เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 4

สมมุติฐานข้อที่ 3.1 ผู้สูงอายุเพศชายมีทัศนคติต่อความความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

ในการทดสอบสมมุติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ t-test ของคะแนนทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรเพศ

เพศ	N	\bar{X}	SD	t	p
ชาย	197	76.410	5.731	-1.147	.126
หญิง	203	77.070	5.740		

จากตาราง 12 พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิงมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์นี้จึงไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 3.1

สมมุติฐานข้อที่ 3.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย มีทัศนคติต่อความความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก

ในการทดสอบสมมุติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ t-test ของคะแนนทัศนคติต่อความความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรอายุ

อายุ	N	\bar{X}	SD	t	p
อายุน้อย	216	76.790	6.343	.176	.430
อายุมาก	184	76.690	4.951		

จากตาราง 13 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกับผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีทัศนคติต่อความความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์นี้จึงไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 3.2

สมมุติฐานข้อที่ 3.3 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีทัศนคติต่อความความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ

ในการทดสอบสมมุติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ t-test ของคะแนนทัศนคติต่อความความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 14

ตาราง 14 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	X	SD	t	p
การศึกษาระดับสูง	177	76.770	5.433		
				.072	.471
การศึกษาระดับต่ำ	223	76.730	5.981		

จากตาราง 14 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกับต่ำมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์นี้จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3.3

สมมติฐานข้อที่ 3.4 ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ

ในการทดสอบสมมติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ t-test ของคะแนนทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 15

ตาราง 15 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรรายได้

รายได้	N	\bar{X}	SD	t	p
รายได้สูง	201	75.810	4.595		
				3.307***	.001
รายได้ต่ำ	199	77.690	6.575		

***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากตาราง 15 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ผลการวิเคราะห์นี้จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3.4 โดยผลที่ได้กลับกันกับสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 3.5 ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส

ในการทดสอบสมมติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ t-test ของคะแนนทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 16

ตาราง 16 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	N	\bar{X}	SD	t	p
มีคู่สมรส	203	77.320	5.898		
				2.043*	.021
ไม่มีคู่สมรส	197	76.150	5.521		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 16 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิเคราะห์นี้จึงเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 3.5

สมมติฐานข้อที่ 3.6 ผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง

ในการทดสอบสมมติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ t-test ของคะแนนทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 17

ตาราง 17 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรที่อยู่อาศัย

ที่อยู่อาศัย	N	\bar{X}	SD	t	p
มีที่อยู่อาศัยของตนเอง	204	76.950	5.930		
				.732	.232
ไม่มีที่อยู่อาศัยของตนเอง	196	76.530	5.537		

จากตาราง 17 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยของตนเองกับผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่อาศัยของตนเองมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์นี้จึงไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 3.6

สมมุติฐานข้อที่ 3.7 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้ทักษะมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้แรงงาน

ในการทดสอบสมมุติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ t-test ของคะแนนทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 18

ตาราง 18 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุจำแนกตามตัวแปรอาชีพ

อาชีพ	N	\bar{X}	SD	t	p
ใช้ทักษะ	203	76.440	5.493	-1.085	.139
ใช้แรงงาน	197	77.060	5.977		

จากตาราง 18 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้ทักษะกับผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้แรงงานมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์นี้จึงไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 3.7

สมมุติฐานข้อที่ 3.8 ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ

ในการทดสอบสมมุติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ t-test ของคะแนนทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุที่มีอาชีพแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 19

ตาราง 19 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุจำแนกตาม
ตัวแปรการออกกำลังกาย

การออกกำลังกาย	N	\bar{X}	SD	t	p
สม่ำเสมอ	211	75.980	4.950	-2.799**	.005
ไม่สม่ำเสมอ	189	77.600	6.412		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 19 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ผลการวิเคราะห์นี้จึงไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 3.8 โดยผลที่ได้กลับกันกับสมมุติฐาน

สมมุติฐานข้อที่ 3.9 ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรค

ในการทดสอบสมมุติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ t-test ของคะแนนทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 20

ตาราง 20 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศรักของผู้สูงอายุจำแนกตาม
ตัวแปรการมีโรคประจำตัว

โรคประจำตัว	N	\bar{X}	SD	t	p
มีโรคประจำตัว	238	76.930	5.695	.793	.214
ไม่มีโรคประจำตัว	162	76.470	5.807		

จากตาราง 20 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวกับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์นี้จึงไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 3.9

สมมุติฐานข้อที่ 4 ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดี

ในการทดสอบสมมติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ t-test ของคะแนนทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุที่มีแตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 21

ตาราง 21 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี และผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดี

สุขภาพจิต	N	\bar{X}	SD	t	p
สุขภาพจิตดี	196	77.100	7.155	1.207	.114
สุขภาพจิตไม่ดี	204	76.400	3.911		

จากตาราง 21 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีกับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดีมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์นี้จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 4

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์เพื่อค้นหาตัวทำนายที่สามารถทำนายทัศนคติต่อความรักและทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง

สมมติฐานข้อที่ 5 ปัจจัยทางชีวสังคมคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรสที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว และ ปัจจัยทางจิตวิทยา คือ สุขภาพจิตสามารถทำนายทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุได้อย่างน้อย 1 ตัวแปร

ในการทดสอบสมมติฐาน ผู้วิจัยนำตัวแปรอิสระทั้ง 10 ตัว กับตัวแปรตามคือทัศนคติต่อความรัก นำมาเข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละตัวเพื่อวิเคราะห์หาตัวแปรทำนาย โดยใช้ Multiple Regression แบบ Stepwise ดังแสดงในตารางที่ 22

ตาราง 22 แสดงตัวแปรอิสระที่ทำนายทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุ

ลำดับที่การทำนาย	b	B	R	R ²	R ² change	t	p
สุขภาพจิต	-.231	-.343	.37	.137	.137	-7.145***	.000
รายได้	-.857	-.104	.383	.147	.010	-2.17*	.031

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

จากตาราง 22 พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 2 ตัวแปรคือ สุขภาพจิต รายได้ ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์นี้จึงเป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 5

ในลำดับแรก ตัวแปรที่เข้าสู่สมการทำนาย คือ สุขภาพจิต ซึ่งสามารถทำนายทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 13.7 ($R^2 = .137$) ตัวแปรที่เข้าสู่สมการทำนายได้เป็นลำดับต่อไปคือ รายได้ ซึ่งร่วมกับสุขภาพจิต สามารถทำนายทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 1.0 ($R^2 \text{ change} = .010$) รวมเป็นร้อยละ 14.7 ($R^2 = .147$) อย่างไรก็ดี เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบว่าตัวแปรใดสำคัญที่สุดในการทำนายทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุพบว่า สุขภาพจิตเป็นลำดับแรก และรองลงมาคือ รายได้ ซึ่งมีค่า B เป็น $-.343$ และ $-.104$ ตามลำดับ

สมมุติฐานข้อที่ 6 ปัจจัยทางชีวสังคมคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัวและปัจจัยทางจิตวิทยา คือ สุขภาพจิต สามารถทำนายทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุได้อย่างน้อย 1 ตัวแปร

ในการทดสอบสมมุติฐาน ผู้วิจัยนำตัวแปรอิสระทั้ง 10 ตัว กับตัวแปรตามคือทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ นำมาเข้าสมการถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละตัวเพื่อวิเคราะห์หาตัวแปรทำนาย โดยใช้ Multiple Regression แบบ Stepwise ดังแสดงในตารางที่ 23

ตาราง 23 แสดงตัวแปรอิสระที่ทำนายทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ

ลำดับที่การทำนาย	b	B	R	R^2	R^2 change	t	p
รายได้	-1.877	-.164	.164	.027	.027	-3.313**	.001

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

จากตาราง 23 พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 1 ตัวแปรคือ รายได้ ซึ่งสามารถทำนายทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 2.7 ($R^2 = .027$) เมื่อพิจารณาความสำคัญในการทำนายทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุพบว่า มีค่า B เป็น $-.164$ ผลการวิเคราะห์นี้จึงเป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 6

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความรักกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ

สมมุติฐานข้อที่ 7 ทัศนคติต่อความรักกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวก

ในการทดสอบสมมุติฐานใช้การวิเคราะห์สถิติ โดยการนำคะแนนมาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยใช้วิธีของเพียร์สัน(Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ในการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความรักกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งปรากฏผลดังตาราง 24

ตาราง 24 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความรักและทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	ทัศนคติต่อความรัก (r)	ทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ (r)
ทัศนคติต่อความรัก	-	.186**
ทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ	.186**	-

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

จากตาราง 24 พบว่า ทัศนคติต่อความรัก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .186 ผลการวิเคราะห์นี้จึงเป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 7

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ทักษะติดต่อความรักและทักษะติดต่อความสัมพันธ์ทางเพศ กับ ปัจจัยทางชีวสังคมและตัวแปรทางจิตวิทยา โดยตัวแปรทางชีวสังคมที่นำมาศึกษาครั้งนี้ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัวและตัวแปรทางจิตวิทยา คือ สุขภาพจิต

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบทักษะติดต่อความรักของผู้สูงอายุโดยพิจารณาจากปัจจัยทางชีวสังคม
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะติดต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุโดยพิจารณาจากปัจจัยทางชีวสังคม
3. เพื่อเปรียบเทียบทักษะติดต่อความรักของผู้สูงอายุโดยพิจารณาจากสุขภาพจิต
4. เพื่อเปรียบเทียบทักษะติดต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุโดยพิจารณาจากสุขภาพจิต
5. เพื่อศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัวและปัจจัยทางจิตวิทยา คือ สุขภาพจิต ที่สามารถทำนายทักษะติดต่อความรักของผู้สูงอายุ
6. เพื่อศึกษาปัจจัยทางชีวสังคมคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัวและปัจจัยทางจิตวิทยา คือ สุขภาพจิต ที่สามารถทำนายทักษะติดต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ
7. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทักษะติดต่อความรักกับทักษะติดต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ

ความสำคัญของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาธรรมชาติและความแตกต่างในด้านความรักและความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว และปัจจัยทางจิตวิทยาด้าน สุขภาพจิต
2. เพื่อเป็นข้อมูลให้บุคคลในวัยต่างๆได้ศึกษา โดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่เพื่อเป็นการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุและทำความเข้าใจธรรมชาติและความแตกต่างของวัยผู้สูงอายุ

3. หน่วยงานภาครัฐและเอกชนสามารถนำผลการศึกษามาใช้ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติต่อธรรมชาติและ ความแตกต่างของวัยผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการเสริมสร้างสถาบันครอบครัวให้มีความมั่นคงเป็นปึกแผ่น อันจะเป็นการจรรโลงและแก้ไขปัญหาดังกล่าวต่อไปในอนาคต

4. เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าใจธรรมชาติของตนเอง และปรับตัวอย่างเหมาะสมเพื่อให้มีสุขภาพกายและใจที่สมบูรณ์ แข็งแรง

5. เป็นการเพิ่มพูนหลักฐานทางวิชาการ ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติต่อความรักและความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการศึกษาเชื่อมโยงกับทฤษฎีอื่นๆ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯที่มีอายุระหว่าง 60-75 ปี จำนวน 400 คน ได้โดยการสุ่มแบบเจาะจง ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มาทำกิจกรรมที่สวนลุมพินีเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายและจิตใจสมบูรณ์เพียงพอ และมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมต่างๆด้วยตนเองได้

สมมุติฐานงานวิจัย

สมมุติฐานด้านทัศนคติต่อความรักมีดังนี้

สมมุติฐานข้อที่ 1 สมมุติฐานด้านลักษณะทางชีวสังคมมี 9 ข้อดังนี้ คือ

- 1.1. ผู้สูงอายุเพศชายมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง
- 1.2. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก
- 1.3. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับ

การศึกษาค่ำ

- 1.4. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ
- 1.5. ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส
- 1.6. ผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีที่

อยู่อาศัยเป็นของตนเอง

1.7. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้ทักษะมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้

แรงงาน

1.8. ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ

1.9. ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรค

สมมุติฐานข้อที่ 2 สมมุติฐานด้านจิตวิทยา คือสุขภาพจิตมีดังนี้ คือผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดี

สมมุติฐานด้านทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศมีดังนี้

สมมุติฐานข้อที่ 3 สมมุติฐานด้านลักษณะทางชีวสังคมมี 9 ข้อดังนี้ คือ

3.1. ผู้สูงอายุเพศชายมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

3.2. ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก

3.3. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ

3.4. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ

3.5. ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส

3.6. ผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง

3.7. ผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้ทักษะมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้แรงงาน

3.8. ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ

3.9. ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นอุปสรรค

สมมุติฐานข้อที่ 4 สมมุติฐานด้านจิตวิทยา คือสุขภาพจิตมีดังนี้ คือผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดี

สมมุติฐานข้อที่ 5 ปัจจัยทางชีวสังคมคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส

ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว และปัจจัยทางจิตวิทยา คือ สุขภาพจิต สามารถทำนายทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุได้อย่างน้อย 1 ตัวแปร

สมมุติฐานข้อที่ 6 ปัจจัยทางชีวสังคมคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัวและปัจจัยทางจิตวิทยา คือ สุขภาพจิต สามารถทำนายทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุได้อย่างน้อย 1 ตัวแปร

สมมุติฐานข้อที่ 7 ทัศนคติต่อความรักกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัวรวมทั้งหมด 9 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถาม สุขภาพจิต มีลักษณะเป็นแบบสอบถามให้ขีดตอบ มีจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยประโยคคำถาม 1 ประโยค และมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (Rating scale) จาก “เห็นด้วยมากที่สุด” ถึง “เห็นด้วยน้อยที่สุด” โดยมีเนื้อหาครอบคลุมระดับความวิตกกังวล อันประกอบด้วยความกลัวในเรื่องต่างๆโดยปราศจากเหตุผลอันสมควร ความกลัวใจ ความโกรธง่าย ความตื่นเต้น ขาดสมาธิและกลัวผิด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อความรัก มีลักษณะเป็นแบบสอบถามโดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจต่อความรัก มี 8 ข้อ ความรู้สึกพอใจไม่พอใจต่อความรัก 9 ข้อ และความพร้อมในการมีความรัก 6 ข้อ รวม ทั้งหมด 23 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศมีลักษณะเป็นแบบสอบถามโดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจต่อความสัมพันธ์ทางเพศ มี 8 ข้อ ความรู้สึกพอใจไม่พอใจต่อความสัมพันธ์ทางเพศ 9 ข้อ และความพร้อมในการมีความสัมพันธ์ทางเพศ 9 ข้อ รวม ทั้งหมด 26 ข้อ

การดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามไปแจกด้วยตัวเอง โดยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย อายุตั้งแต่ 60 - 75 ปี
2. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับ เพื่อนำไปตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละส่วน

3. นำคะแนนมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติที่กำหนดไว้ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ ข้อมูล เริ่มต้นด้วยการ ตรวจสอบความสมบูรณ์ ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ และ ตรวจสอบให้คะแนนแบบสอบถามทุกข้อ โดยใช้เกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ นำไปวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์ SPSS มีขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัวของผู้สูงอายุแยกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกายและโรคประจำตัว โดยใช้สถิติพื้นฐานหาค่าร้อยละ

2. วิเคราะห์คะแนนทัศนคติต่อความรักและคะแนนทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติพื้นฐานค่าคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ใช้สถิติ t-test เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1-4

4. ใช้วิธีการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) แบบเพิ่มตัวแปรทีละตัว (Stepwise) ทำนายทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุและทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ จากตัวแปรทำนาย คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว และปัจจัยทางจิตวิทยา คือ สุขภาพจิต เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 5-6

5. ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Correlation Coefficient) หาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความรักกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุเพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 7

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 400 คน โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวน 203 คิดเป็นร้อยละ 50.8 โดยส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 71 ปี มีจำนวน 216 คน คิดเป็นร้อยละ 54.0 เป็นผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำเป็นส่วนใหญ่มีจำนวน 223 คน คิดเป็นร้อยละ 55.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้สูง จำนวน 201 คน คิดเป็นร้อยละ 50.3 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคู่สมรสจำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 50.8 มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองจำนวน 204 คน คิดเป็นร้อยละ 51.0 มีอาชีพใช้ทักษะเป็นส่วนใหญ่จำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 50.8 มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ จำนวน 211 คน คิดเป็นร้อยละ 52.8 และ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวจำนวน 238 คน คิดเป็นร้อยละ 59.5

1. ลักษณะทางชีวสังคมกับทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุมีสมมุติฐาน 9 ข้อ ซึ่งพบผลการวิจัยดังนี้

- 1.1 ผู้สูงอายุเพศชายกับผู้สูงอายุเพศหญิงมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน
 - 1.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 - 1.3 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกับผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน
 - 1.4 ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
 - 1.5 ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสกับผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรสมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน
 - 1.6 ผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองกับผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน
 - 1.7 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้แรงงานมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้ทักษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผลที่ได้กลับกันกับสมมุติฐาน
 - 1.8 ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
 - 1.9 ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว 4 โรคต่อไปนี้ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและข้อกับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 4 โรคดังกล่าวมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน
2. ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านสุขภาพจิตกับทัศนคติต่อความรักมีสมมุติฐาน 1 ข้อ ซึ่งพบผลการวิจัยดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001
3. ลักษณะทางชีวสังคมกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ มีสมมุติฐาน 9 ข้อซึ่งพบผลการวิจัยดังนี้
- 3.1 ผู้สูงอายุเพศชายกับผู้สูงอายุเพศหญิงมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน
 - 3.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกับผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน
 - 3.3 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกับผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน
 - 3.4 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยผลที่ได้กลับกันกับสมมุติฐาน

3.5 ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.6 ผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองกับผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน

3.7 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้ทักษะกับผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้แรงงานมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน

3.8 ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผลที่ได้กลับกันกับสมมุติฐาน

3.9 ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว 4 โรคต่อไปนี้ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกและข้อ กับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว 4 โรคดังกล่าวมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน

4. ปัจจัยทางจิตวิทยาด้านสุขภาพจิตกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ มีสมมุติฐาน 1 ข้อ ซึ่งพบผลการวิจัยดังนี้ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีกับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดีมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน

5. ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มี 2 ตัวแปรคือ สุขภาพจิต และรายได้ ตามลำดับ โดยสุขภาพจิตสามารถทำนายได้ 13.70% และรายได้ทำนายได้ 1.00 % ทั้งนี้สุขภาพจิต และรายได้ ร่วมกันทำนายได้ 14.70 %

6. ตัวแปรที่สามารถทำนายทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 คือ รายได้ โดยทำนายได้ 2.7%

7. ทัศนคติต่อความรักกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย เรื่อง สุขภาพจิตกับทัศนคติต่อความรักและความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ ตัวแปรที่นำมาศึกษาครั้งนี้มี 10 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ รายได้ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว และสุขภาพจิต ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ 1) เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุตามปัจจัยทางชีวสังคม และสุขภาพจิต 2) เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุตามปัจจัยทางชีวสังคม และสุขภาพจิต 3) เพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถทำนายทัศนคติต่อความรัก

ของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ รายได้ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว และสุขภาพจิต 4) เพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถทำนายทัศนคติต่อความความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย อาชีพ รายได้ การออกกำลังกาย โรคประจำตัว และสุขภาพจิต ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายทั้งทัศนคติต่อความรักและทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ คือ รายได้ 5) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อความรักกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าทัศนคติต่อความรักกับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในทางบวก โดยผลที่ได้สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

อภิปรายผลตัวแปรที่ศึกษา กับทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุ

รายได้ เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายทัศนคติต่อความรัก และจากการศึกษาครั้งนี้ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.4 จึงอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีความพร้อมในด้านเศรษฐกิจ การเงิน ไม่มีความเคร่งเครียดต่อการหารายได้ในชีวิตประจำวัน มีความมั่นคงทางใจ และมั่นใจว่าตนเองจะไม่เดือดร้อนในการดำรงชีวิตเพราะไม่ต้องเป็นภาระให้กับครอบครัวและในผู้สูงอายุบางรายที่มีรายได้พอที่จะอุปการะบุตรหลานด้วยแล้วจะทำให้รู้สึกที่ตนเองยังมีคุณค่าอยู่ ในขณะที่มีผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ อาจจะต้องพึ่งพาบุตรหลานและเป็นภาระแก่ครอบครัวทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองลดต่ำลงได้ซึ่งจะส่งผลให้มีความผาสุกในชีวิตน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า (เซอร์ ทงเพ็ญ.2537:100) จากเหตุผลดังกล่าวจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงเพียงพอมีทัศนคติที่ดีต่อความรัก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนำร่องของ อรุณีและคณะ (อรุณี และคณะ. 2547) และ งานวิจัยของ เหมิกา ยามะรัต(2527.118) ซึ่งพบว่าข้าราชการบำนาญซึ่งมีรายได้สูงจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงและจากการศึกษาของแชตฟิลด์ (Chatfield.1977:627) ได้ศึกษาพบเช่นกันว่าความพึงพอใจในชีวิตที่ต่ำของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากรายได้ต่ำ เพราะปัจจัยทางการเงินจะมีส่วนเชื่อมโยงไปสู่ตัวแปรอื่นไม่ว่าจะเป็นความสุขในบ้าน ความมั่นคงในสมรส สถานภาพทางสังคม (เซอร์ ทงเพ็ญ.2537:100)

อายุ เป็นตัวแปรที่พบว่ามีผลต่อทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุและจากการศึกษาครั้งนี้ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า มีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.2 และจากการศึกษาของ สุภาพร วิวัฒน์อัศวิน (สุภาพร วิวัฒน์อัศวิน . 2546) พบว่าบุคคลกรที่มีอายุน้อยมีทัศนคติต่อการมีคู่ครองดีมากกว่าบุคคลกรที่มีอายุมาก เช่นเดียวกับงานวิจัยของ เกสรี ไปรตธนสาร (เกสรี ไปรตธนสาร. 2546) ศึกษาปัจจัยชีวิตสังคม โอกาสในการสร้างมิตรภาพและสุขภาพจิตที่มีต่อทัศนคติใน

การมีคูครองของพนักงานสื่อสารในประเทศไทยพบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามีทัศนคติดีกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า

อาชีพ เป็นตัวแปรที่พบว่ามีผลต่อทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุและจากการศึกษาค้นคว้าซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้แรงงานมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้ทักษะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1.7 โดยผลที่ได้กลับกันกับสมมติฐาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษานำร่องของอรุณีและคณะ (อรุณี และคณะ .2547) พบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับราชการ / รัฐวิสาหกิจ (อาชีพใช้ทักษะ) มีทัศนคติต่อความรักสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป (อาชีพใช้แรงงาน) และผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 การได้ผลไม่ตรงกันในงานวิจัยทั้ง 2 ครั้ง ดังกล่าวนี้จึงควรศึกษาวิจัยในตัวแปรนี้ซ้ำอีกเพื่อให้ได้ผลชัดเจนว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพประเภทใดมีทัศนคติต่อความรักดีกว่ากัน

การออกกำลังกาย เป็นตัวแปรที่พบว่ามีผลต่อทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุและจากการศึกษาค้นคว้าซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1.8 และสอดคล้องกับการศึกษาของ บรรลุ ศิริพาณิชย์และคณะ. (2531:34) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่ชอบออกกำลังกายตั้งแต่เด็กจะมีร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์กว่ากลุ่มที่ไม่ชอบออกกำลังกายตั้งแต่เด็ก อันแสดงถึงการออกกำลังกายสม่ำเสมอจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีร่างกายและจิตใจที่แข็งแรงแต่เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สนใจที่จะออกกำลังกาย เพราะว่าตนเองแก่แล้วร่างกายไม่อำนวยในการออกกำลังกาย(จินตนา สงค์ประสงค์ .2538:25) จึงทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจไม่สมบูรณ์เท่าที่ควรจึงส่งผลต่อทัศนคติต่อความรักไม่ดีตามมา

สุขภาพจิต เป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจมาศึกษาในครั้งนี้ซึ่งผลการวิจัยพบว่าเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายทัศนคติต่อความรักได้เป็นลำดับแรกและผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีมีทัศนคติต่อความรักดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร (สุภาพร วิวัฒน์อัศวิน.2546) ที่พบว่าบุคลากรที่มีอัตราในทัศนคติสูงมีทัศนคติต่อการมีคูครองมากกว่าบุคลากรที่มีอัตราในทัศนคติต่ำ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ รุจิรา (รุจิรา สูงใหญ่.2539) ซึ่งพบว่าพยาบาลที่มีการยอมรับเชิงจิตสูงคือมีทัศนคติต่อผู้อื่นดีเยี่ยมจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยทั้งนี้ทัศนคติต่อความรักอาจมองได้ว่าเป็นคุณภาพชีวิตด้านหนึ่ง

เพศ เป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจมาศึกษาในครั้งนี้ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุเพศชายกับผู้สูงอายุเพศหญิงมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1.1 โดยผลคล้ายคลึงกับการศึกษาของรัตน สนิธิภาพ (2541.86) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอันเนื่องมาจากผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงมีโอกาส ได้รับการพัฒนาทางด้าน

ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม มีการทำกิจกรรมร่วมกัน พุดคุยปรึกษาปัญหาต่าง ๆ มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นประจำและอยู่ในสภาพแวดล้อมคล้ายคลึงกัน (รัตนา สันธิธรรมา.2541; อ้างอิงจาก Lipman.1961:256-271) จึงทำให้ทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของสังฆมุนีจิต สุนทรภักขม (2540:91) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายมีความพร้อมที่จะดูแลตนเอง รักตนเองรวมทั้งให้ความรักและช่วยเหลือผู้อื่นในชีวิตไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา เป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจในการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกับผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.3 และสอดคล้องกับการวิจัยนำร่องของอรุณีและคณะ(อรุณีและคณะ.2547) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกันทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความรักเป็นความต้องการทางธรรมชาติของมนุษย์ซึ่งสอดคล้องกับ นิยม บุญมี (2534:7) กล่าวว่าครอบครัวมีกำเนิดพื้นฐานที่สำคัญคือความต้องการทางด้านความมั่นคง ความรัก ความปลอดภัย ซึ่งรวมเป็นความต้องการทางด้านจิตใจ ดังนั้น มนุษย์ส่วนใหญ่ไม่จำกัดว่าต้องมีการศึกษาระดับใดจึงมีการตอบสนองของความต้องการขั้นพื้นฐานนี้เช่นกัน (สุภาพร วิวัฒน์อัศวิน.2546:76)

สถานภาพสมรส เป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจในการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสกับผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรสมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.5 และสอดคล้องกับการวิจัยของ อรุณีและคณะ (อรุณีและคณะ.2547) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน

ที่อยู่อาศัย เป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจในการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองกับผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.6 อาจเนื่องมาจากความรักเป็นความต้องการทางธรรมชาติของมนุษย์ซึ่งสอดคล้องกับ นิยม บุญมี (2534:7) กล่าวว่าครอบครัวมีกำเนิดพื้นฐานที่สำคัญคือความต้องการทางด้านความมั่นคง ความรัก ความปลอดภัย ซึ่งรวมเป็นความต้องการทางด้านจิตใจ ดังนั้น มนุษย์ส่วนใหญ่ไม่จำกัดว่าต้องมีการศึกษาระดับใดจึงมีการตอบสนองของความต้องการขั้นพื้นฐานนี้เช่นกัน (สุภาพร วิวัฒน์อัศวิน.2546:76)

โรคประจำตัว เป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวกับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1.9 อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีโรคประจำตัวยังไม่มีอาการของโรคอย่างรุนแรงซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นโรคที่เกิดขึ้นตาม สภาวะการณ์ของชีวิตและเพียงแต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามวัยของผู้สูงอายุจึงไม่ก่อให้เกิดผลทางด้านร่างกายและจิตใจเพราะฉะนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวกับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวจึงมีผลทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีปัจจัยชีวสังคมคือ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย โรคประจำตัว ต่างกันไม่มีผลต่อความรักอันเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จึงส่งผลให้การปรับตัวได้น้อยเพราะมีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายมีความสูญเสียทางด้านจิตใจ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงเกิดภาวะตั้งเครียดทำให้การปรับตัวไม่ได้คล้ายคลึงกับการศึกษาของพัชรี แซ่จิ่ง (2549:67)

อภิปรายผลตัวแปรที่ศึกษา ตามทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ

รายได้ เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศได้เพียงตัวเดียวและจากการศึกษาครั้งนี้ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3.4 โดยผลที่ได้กลับกันกับสมมติฐาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษานำร่องของอรุณีและคณะ (อรุณีและคณะ .2547) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีแนวโน้มของทัศนคติที่ดีต่อความสัมพันธ์ทางเพศมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งเมื่อศึกษาเพิ่มเติมในงานวิจัยครั้งนี้พบว่ารายได้มีผลต่อทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001 การได้ผลไม่ตรงกันในงานวิจัยทั้ง 2 ครั้ง ดังกล่าวนี้อาจควรศึกษาวิจัยในตัวแปรนี้ซ้ำอีกเพื่อให้ได้ผลชัดเจนว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพประเภทใดมีทัศนคติต่อความรักดีกว่ากัน

สถานภาพสมรส เป็นตัวแปรที่พบว่า มีผลต่อทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ และจากการศึกษาครั้งนี้ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3.5 จากการศึกษา นำร่องของอรุณีและคณะ (อรุณีและคณะ .2547) พบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีแนวโน้มของทัศนคติที่ดีต่อความสัมพันธ์ทางเพศมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพโสด ,หม้าย , หย่าและแยกกันอยู่ ซึ่งเมื่อศึกษาเพิ่มเติมในงานวิจัยครั้งนี้พบว่าสถานภาพสมรสคู่ มีผลต่อทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 การที่ผู้สูงอายุมีคู่ชีวิตจะช่วยให้มีที่ปรึกษาเมื่อมีเรื่องทุกข์ร้อนหรือไม่สบายใจ ช่วยปลดปล่อยซึ่งกันและกันให้ความช่วยเหลือกันได้ (เชอริทองเพ็ญ.2537:101) ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรส ย่อมมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและกล้าเปิดเผยความรู้สึกในทุกเรื่อง รวมทั้งเรื่องเพศสัมพันธ์ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องส่วนบุคคลที่มีรายละเอียดแตกต่างกันในแต่ละคู่

การออกกำลังกาย เป็นตัวแปรที่พบว่า มีผลต่อทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ และจากการศึกษาครั้งนี้ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ มีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3.8 โดยผลที่ได้กลับกันกับสมมติฐาน และจากการศึกษาพบว่าการออกกำลังกายที่เหมาะสมพอดีทำให้พลังทางเพศดีขึ้น และส่งผลดีต่อจิตใจ (บรรลุ ศิริพานิช .2541)

และเมื่อผู้สูงอายุมีจิตใจที่ดีแล้วนั้นก็ย่อมมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศตามมา ผลการวิจัยที่พบเช่นนี้ควรศึกษาเพิ่มเติมอีกว่า ผู้สูงอายุที่ไปออกกำลังกายสม่ำเสมอมีสุขภาพแข็งแรงกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอหรือไม่เพราะร่างกายที่แข็งแรงน่าจะมีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศ จึงควรมีการวิจัยตัวแปรนี้ซ้ำอีก

เพศ เป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจในการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุเพศชายกับผู้สูงอายุเพศหญิงมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3.1 เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุไม่เอื้ออำนวยในการปฏิบัติกิจกรรมทางเพศซึ่งคล้ายคลึงกับ นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล พบว่าทั้งผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีกิจกรรมทางเพศและความต้องการทางเพศลดลงอย่างต่อเนื่องตามอายุที่เพิ่มขึ้น (นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล .2545:7)

อายุ เป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจในการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า กับผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่ามีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3.2 ซึ่งคล้ายคลึงกับงานวิจัยของ เซอร์รี่ ทองเพ็ญ (2537:98) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอายุไม่ได้เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตถึงแม้ว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากแต่ก็สามารถที่จะทำกิจกรรมได้เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า

ระดับการศึกษา เป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจในการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกับผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3.3 อาจเนื่องมาจากความต้องการทางเพศเป็นความต้องการทางธรรมชาติของมนุษย์ซึ่งสอดคล้องกับ นิยม บุญมี (2534:7) กล่าวว่าครอบครัวมีกำเนิดพื้นฐานที่สำคัญคือความต้องการพื้นฐานทางด้านสรีรวิทยาของมนุษย์ คือความต้องการทางเพศ ความต้องการทางด้านความมั่นคง ความรัก ความปลอดภัย ซึ่งรวมเป็นความต้องการทางด้านจิตใจ ดังนั้น มนุษย์ส่วนใหญ่ไม่จำกัดว่าต้องมีการศึกษาระดับใดจึงมีการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานนี้เช่นกัน (สุภาพร วิวัฒน์ศวิน.2546:76)

ที่อยู่อาศัย เป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจในการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองกับผู้สูงอายุที่ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกันซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3.6 และสอดคล้องกับการวิจัยนำร่องของ อรุณีและคณะ (อรุณีและคณะ.2547) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพครอบครัวแตกต่างกันมีทัศนคติต่อความรักไม่แตกต่างกัน

อาชีพ เป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจในการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้ทักษะกับผู้สูงอายุที่มีอาชีพใช้แรงงานมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3.7 อาจเนื่องมาจากความต้องการทางเพศเป็นความต้องการทางธรรมชาติของมนุษย์

ซึ่งสอดคล้องกับ นิยม บุญมี (2534:7) กล่าวว่าครอบครัวมีกำเนิดพื้นฐานที่สำคัญคือความต้องการพื้นฐานทางด้านสรีรวิทยาของมนุษย์ คือความต้องการทางเพศ ความต้องการทางด้านความมั่นคง ความรัก ความปลอดภัย ซึ่งรวมเป็นความต้องการทางด้านจิตใจ ดังนั้น มนุษย์ส่วนใหญ่ไม่จำกัดว่าต้องมีการศึกษาระดับใดจึงมีการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานนี้เช่นกัน (สุภาพร วิวัฒน์ อัครวิน.2546:76)

โรคประจำตัว เป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจในการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งผลการศึกษาวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวกับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นอุปสรรคที่มีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 3.9 อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีโรคประจำตัวยังไม่มีอาการของโรคอย่างรุนแรงเป็นเพียงการเปลี่ยนแปลงที่เสื่อมลงตามวัย เช่น เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้นหลอดเลือดจะหนาขึ้นและมีแคลเซียมมาจับที่ผนังทำให้รูของหลอดเลือดแคบ ไม่ยืดหยุ่น ขยายตัวได้น้อย (ศรีเรือน แก้วกังวาล.2545:543)มีความแข็งแรงตัวมากขึ้นทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าเป็นโรคที่เกิดขึ้นตามสภาวะการณของชีวิต และเพียงแต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามวัยของผู้สูงอายุจึงไม่ก่อให้เกิดผลทางด้านร่างกายและจิตใจเพราะฉะนั้นกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวกับไม่มีโรคประจำตัวจึงมีผลทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน

สุขภาพจิต เป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าสนใจในการศึกษาในครั้งนี้ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีกับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดีมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 4. และไม่สอดคล้องกับการงานวิจัยของ แสงดาว วัฒนาสกุลเกียรติ (2547:107) กล่าวว่าเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนโดยรวมของนักเรียนวัยรุ่นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มกับนักเรียนกลุ่มควบคุมที่ ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เป็นเพราะว่างานวิจัยดังกล่าวเป็นการวิจัยในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆ โดยได้มีส่วนร่วม อภิปรายกลุ่ม แสดงความคิดเห็นในเรื่องเพศสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาทางด้านสังคม อารมณ์ และเจตคติ และสามารถตัดสินใจเลือกสิ่งที่เหมาะสมกับตัวเองได้แต่ในขณะที่ผู้สูงอายุมีความอายที่จะพูด หรือแสดงความคิดเห็นปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความรู้ในเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศเพราะเป็นเรื่องที่น่าอาย เป็นเรื่องของวัยหนุ่มสาว (บรรลุ ศิริพาณิชย์.2428:132) จึงส่งผลต่อสุขภาพจิตใจทำให้เกิดการยับยั้งทัศนคติดังเช่นของ คมเพชร ฉัตรศุภกุล (2530:15-19) ที่กล่าวว่าคุณค่าของกิจกรรมของกลุ่มที่เกิดขึ้น คือการพัฒนาด้านทัศนคติ จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดีกับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตไม่ดีมีทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาพบว่าตัวแปรชีวสังคมคือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ที่อยู่อาศัย อาชีพ โรคประจำตัว และตัวแปรทางจิตวิทยา คือ สุขภาพจิต ไม่มีผลต่อทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของ

ผู้สูงอายุ เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ได้รับการศึกษาน้อยอันเนื่องจากสังคมไทยในอดีตไม่ส่งเสริมให้ผู้หญิงได้รับการศึกษาและเน้นบทบาทการเป็นแม่บ้าน ที่มีความสามารถในด้านการบ้านการเรือนมากกว่า และได้รับการปลูกฝังอบรมเลี้ยงดูในเรื่องของการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและประเพณี เช่น การรักษานวลสงวนตัว ไม่แสดงออกในเรื่องความรัก ความสัมพันธ์มากนัก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้ให้ข้อมูลใหม่ทางด้านจิตวิทยาในวัยผู้สูงอายุ คืออายุระหว่าง 60-75ปี ในเรื่องทัศนคติต่อความรักและต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุไทยซึ่งไม่มีผู้ใดได้ทำวิจัยเรื่องนี้มาก่อน ผลที่ได้จากการวิจัยเรื่องนี้จึงให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับวัยดังกล่าวให้เข้าใจถึงทัศนคติต่อความรักและความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิจัยได้แสดงให้เห็นว่า ความรักและความสัมพันธ์ทางเพศยังเป็นปัจจัยหนึ่งในการดำเนินชีวิตในช่วงวัยสูงอายุ ทำให้ทราบถึงธรรมชาติในเรื่องนี้ชัดเจนยิ่งขึ้นซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อสังคมและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้เข้าใจ และหาวิธีการตอบสนองต่ออารมณ์และความรู้สึกของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมโดยไม่ไปจำกัดขอบเขตว่าความรักและสัมพันธ์ทางเพศนั้นมีเฉพาะในวัยรุ่นหรือวัยหนุ่มสาวเท่านั้น โดยให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองต่อความรักและสัมพันธ์ทางเพศอย่างเหมาะสมตามวัยและเป็นไปในทางสร้างสรรค์ เพื่อป้องกันไม่ให้เก็บกดและตอบสนองอย่างไม่ถูกต้อง เพราะถ้าสังคมและบุคคลที่ใกล้ชิดได้ทราบธรรมชาติของอารมณ์และความรู้สึกดังกล่าวก็อาจหาวิธีย้ายแหล่งทดแทนที่ให้ประโยชน์ ซึ่งจะเป็นสิ่งจรรโลงใจให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตด้วยความสุขสดชื่นตลอดช่วงอายุนี้

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ หล้าสูงวงศ์. (2524). *สุขภาพจิตในโรงเรียน*. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์มหามกุฏราชวิทยาลัย.
- กมลรัตน์ หล้าสูงวงศ์. (2527).*จิตวิทยาสังคม*. กรุงเทพฯ:ภาควิชาการแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กมลรัตน์ หล้าสูงวงศ์. (2528). *จิตวิทยาการศึกษา*. กรุงเทพฯ:ภาควิชาจิตวิทยาแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กรมการแพทย์. (2529).*ดรชหนึ่งงานวิจัยอนามัยแม่และเด็ก*.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์การศาสนา.ศูนย์ประมวลข่าวสารกองอนามัย ครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์. (2529). *คู่มือสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์การศาสนา.
- กรรณิการ์ ชมลัมพีและคณะ. (2538). *ประมวลประเด็นการวิจัยผู้สูงอายุในประเทศไทย*.
กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ก่อ สวัสดิพาณิชย์. (2519). *ความสัมพันธ์ในครอบครัว*. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชย์.
- กึ่งกาญจน์ กาบเครือ. (2546).*ปัจจัยทางพุทธศาสนาต่อพฤติกรรมทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการกรุงเทพฯ*.ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ .
ถ่ายเอกสาร.
- เกียรติวรรณ อมาตยกุล. (2528). *ชีวิตการแต่งงานและความสุข*.กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สันติภาพ.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2534). *108 แผนชีวิตสูตรต้านวิกฤตวัยชรา*. กรุงเทพฯ :บริษัทซัคเซส มีเดีย จำกัด.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2545). *ความคิดเชิงมโนทัศน์*. กรุงเทพฯ: บริษัทซัคเซสมีเดีย จำกัด.
- เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ. (2528). *การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ*. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- เกษม ตันติผลาชีวะ. (2538). *สุขภาพจิตครอบครัว*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิวแบงก์.
- เกสรี โปรตธนสารและคณะ. (2544). *ทัศนคติในการเลือกคู่ครองของบุคคลวัยทำงาน*.ปริญญา นิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ . ถ่ายเอกสาร.
- เกสรี โปรตธนสาร. (2546). *โอกาสในการสร้างมิตรภาพและสุขภาพจิตที่มีต่อทัศนคติในการมี คู่ครองของบุคคลวัยทำงาน*.ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ . ถ่ายเอกสาร.

- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2524). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล .
- กัญชวลี ศรพรหม. (2541).*เจตคติต่อการสอนเพศศึกษาของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในโรงเรียนสังกัดกรมศึกษา จังหวัดลพบุรี*.ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ . ถ่ายเอกสาร.
- ขนิษฐา โพนนุกุล. (2521). *ทัศนคติของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยต่อการเลือกคู่ครองและการวางแผนครอบครัว*. วิทยานิพนธ์ สส.ม. (สังคมวิทยาและมนุษยวิทยา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.ถ่ายเอกสาร.
- ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร.(2534). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามการรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ* วิทยานิพนธ์. ว.ทบ. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย . ถ่ายเอกสาร.
- เขมิกา ยามะรัต.(2527).*ความพึงพอใจในชีวิตของคนชราศึกษาระณีข้าราชการบำนาญกระทรวงเกษตรและสหกรณ์* วิทยานิพนธ์. (สังคมศาสตร์) กรุงเทพฯ :บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- งามตา วนินทานนท์. (2544, 1 พฤษภาคม). การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงเหตุของคุณภาพชีวิตสมรสในครอบครัวไทย. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*. 7(1) : 83-85.
- จริยา วิไลวรรณ. (2532). *ผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อเจตคติต่อการเรียนวิชาพลศึกษาของนักเรียนชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพลศึกษาจังหวัดลำปาง*.ปริญญาานิพนธ์.กศ.ม.(จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จิตร จิรรัตน์สถิต . (2534) . *ปรัชญาแพทย์เรื่องเบาหวาน* . โครงการตำราหน่วยวิชาการ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ .
- จินตนา สงค์ประสงค์ . (2538) . *ผู้สูงอายุ*. ฝ่ายจิตวิทยา โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทิมา จารณศรี.(2539). *สุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร*. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณและคณะ (2540). *สุขภาพผู้สูงอายุไทย*. กรุงเทพฯ:สถาบันวิจัยสาธารณสุข.
- จารุณี สงขกุล. (2523). *เอกสารประกอบการสอนวิชาสุขภาพในครอบครัว = Family Health*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จารุวรรณ เหมะธรและพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2527,มิถุนายน). ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ. *วารสารสุขศึกษา*.8 (31) : 5

- จุฑานาฏ ผดุงเจริญ. (2543). อิทธิพลของรูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัวที่มีต่อทัศนคติในการเลือกคู่ครองและการสมรส. ศึกษาเฉพาะนักศึกษาปริญญาโท ของมหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สส.ม. (สื่อสารมวลชน) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- เชก ธนะสิริ. (2536). การเพิ่มประสิทธิภาพชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 6 กรุงเทพฯ :บริษัท แปลนพับลิชชิง จำกัด.
- ชัยวัฒน์ ปัญญาพงษ์. (2521). ประชากรศาสตร์และประชากรศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิชย์.
- เซอร์ ทองเพ็ญ. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวสภาพการสูงอายุ ความเข้มแข็งในการมองโลกการระลึกถึงความหลัง การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางชีวสังคมกับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เชิดศักดิ์ โฉวาสินธุ์. (2520). การวัดทัศนคติและบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชุตินา หลุทัย. (2531, เมษายน). นโยบายคุณภาพชีวิตตามแผนพัฒนาสาธารณสุข. วารสารกองพยาบาล. 4(15) :3
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2535). การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน. กรุงเทพฯ : ศุภานิชการพิมพ์.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2538, มกราคม). ความแข็งแรงในผู้สูงอายุ. ตากสินเวชสาร. 5(33) :10
- ดวงมัลย์ เริกสำราญ. (2519). สุขภาพจิตศึกษา. กรุงเทพฯ : แผนกเผยแพร่และนิเทศความรู้ ศูนย์สุขวิทยาจิต. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2518, เมษายน). วิธีอบรมเลี้ยงดูแบบเด็กไทย ตอน 1. ลักษณะที่เอื้อต่อการพัฒนาประเทศ. วารสารคหเศรษฐศาสตร์. 35-41
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2523). พฤติกรรมศาสตร์ 1. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2529) . เอกสารประกอบการฝึกอบรมการวิจัยขั้นสูงของพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดวงเดือน พันธุมนาวินและเพ็ญแข ประจันปัจจุบัน. (2524). ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับสุขภาพจิต. รายงานการวิจัย กรุงเทพฯ : สถาบันพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (26) . ถ่ายเอกสาร.
- ทวีร์สมิ์ ธนาคม. (2524). ครอบครัวสัมพันธ์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วิบูลย์กิจการพิมพ์.
- ทวีร์สมิ์ ธนาคม. (2529). ตำราครอบครัวสัมพันธ์. กรุงเทพฯ : สมาคมคหเศรษฐศาสตร์ แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- เทพ หิมะทองคำ . (2546). ความรู้เรื่องเบาหวานฉบับสมบูรณ์ . กรุงเทพฯ : วิทยาพัฒนาการพิมพ์.

- ธาดา วิมลวัตรเวที. (2542). *เอกสารคำสอนวิชาสุขศึกษาสุขภาพผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ : ภาควิชา
 สุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ธัญญา สนิทวงศ์ ณ. อยุธยา. (2540). *การศึกษาด้านความมั่นคงทางครอบครัวของกลุ่มแรงงานในภาคอุตสาหกรรม พาณิชยกรรมและบริการในจังหวัดสมุทรปราการ*. รายงานการ
 วิจัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. ถ่ายเอกสาร.
- นวลศิริ เปาโรหิตย์. (2543). *รักให้เป็น*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ดับเบิลยูเอ็น พรีนติ้ง จำกัด.
- นวลละออ สุภาผล. (2523). *เอกสารประกอบการสอนวิชาจิตวิทยาพัฒนาการเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ :
 ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นวลละออ สุภาผล. (2534). *ผลการฝึกทักษะในการปรับตัวในธรรมชาติที่มีต่อคุณลักษณะของนักเรียนนาย
 ร้อยตำรวจ.ปริญญาโท กศ.ด. (พัฒนศึกษาศาสตร์)*. กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.ถ่ายเอกสาร.
- นภาพร ชโยวรรณ และคนอื่นๆ. (2533). *ประชากรผู้สูงอายุไทย ลักษณะทางประชากรและสังคม
 จากแหล่งข้อมูลทางการ*. กรุงเทพฯ :จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ. (2528). *รายงานวิจัยแนวโน้มและลักษณะของประชากร สังคม และสุขภาพจิต
 ของผู้สูงอายุในประเทศไทย*.เอกสารประกอบการสัมมนาผู้สูงอายุในประเทศไทย.กรุงเทพฯ :
 สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.ถ่ายเอกสาร.
- นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. (2532). *สรุปผลโครงการวิจัย
 ผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : สถาบัน
 ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล. (2545). *สรุปผลโครงการวิจัยกิจกรรมทางเพศของคนสูงอายุ
 ไทย*. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิกา ทวิชาชาติ และคณะ. (2534,กันยายน). *การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมต่อ
 ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเปรียบเทียบในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดอุทัยธานี*.
 จุฬาลงกรณ์วารสาร. 9(30) :5
- นิยม บุญมี. (2534). *ครอบครัวสัมพันธ์*. ภาควิชาคหกรรมศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตมหาสารคาม.
- นิตา ชูโต. (2525). *รายงานวิจัยคนชราไทย*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บริบูรณ์ พรพิบูลย์.(2526). *โลกยามชราและแนวทางการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข*. พิมพ์ครั้งที่ 3.
 เชียงใหม่: พระสังฆ์การพิมพ์.
- บริบูรณ์ พรพิบูลย์.(2542). *โลกยามชราและแนวทางการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข*. พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพฯ: พระสังฆการพิมพ์.

บรรลุ ศิริพานิช. (2528). *สุขภาพผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสงฆ์.โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

บรรลุ ศิริพานิช. (2538). *คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.

บรรลุ ศิริพานิช. (2541). *การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้านสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ. *คู่มือการวิจัย การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.

บุญศรี นุเกตุ ,ปาลิรัตน์ พรทวีภัณฑา และคณะ. (2545). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: บริษัทยุทธรินทร์ การพิมพ์ จำกัด.

เบญจมา เลหาพูนรังษี.(2534). *ความสัมพันธ์ของการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการพลเรือนจังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ ว.ทบ. (พยาบาลสาธารณสุข).กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.ถ่ายเอกสาร.

ประสพ รัตนกร.(2527, กรกฎาคม-กันยายน.). *วิจัยพัฒนา.วารสารสุขศึกษา*.(27) 7:5-11.

ประพิณ วัฒนกิจ. (2531,สิงหาคม).*มโนคติเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต.วารสารกองการพยาบาล*.3(15)6

ปราณี วงษ์เทพ. (2544). *เพศและวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

ปราณี รามสุคร. (2528). *จิตวิทยาการศึกษา*.พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :เจริญกิจ.

ปราโมทย์ ประสาทกุลและคณะ . (2542) . *โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปราโมทย์ วังสะอาด.(2530). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์*. วิทยานิพนธ์ ว.ทบ. (ประชากรศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ปิยะดา ชื่นครุฑ.(25436). *ผลการใช้กิจกรรมเพื่อปรับทัศนคติทัศน ความวิตกกังวลจากการพลาจจากและความผูกพันต่อบุตรของมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนด*.ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ) กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

รัชณี ไลศิริ. (2532) . *ผลของการสอนเพศศึกษาต่อระดับความวิตกกังวลในวัยรุ่นตอนต้น*.

ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์. (2530). *สุขภาพจิตเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ :ตำราอุดมศึกษา โครงการส่งเสริมการแต่งตำรา ทบวงมหาวิทยาลัย.

- แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535 - 2539 (2533). *สภาพปัญหาสาธารณสุข*
นโยบายและกลวิธีการพัฒนาสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- ฝน แสงสิงแก้ว. (2522). *เรื่องของสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน.(2525). กรุงเทพฯ:ไทยวัฒนาพานิชย์.
- พรรษต์ อินทรโกเศศ. (2535). *ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและปัจจัยต่างๆทางครอบครัว*.
 รายงานการวิจัย กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลเลิดสิน. ถ่ายเอกสาร.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2530). *จิตวิทยาครอบครัว*. เอกสารประกอบคำสอนวิชา 417
 กรุงเทพฯ :คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2540). *จิตวิทยาครอบครัว*. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ :
 สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิมพ์วรรณ สุรนนท์. (2535). *คุณภาพชีวิตสมรส : ศึกษาเฉพาะกรณีข้าราชการสังกัดกรม*
ประชาสัมพันธ์ กรมการพัฒนาชุมชนและสำนักผังเมือง.วิทยานิพนธ์ สส.ม. (สังคม
วิทยา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- พิศวง ธรรมนนทา. (2523). *สังคมวิทยาเบื้องต้น (สังคม 101)*. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.
- พิธีสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ. (2523). *ความทันสมัยภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบาง*
ประการของคนชรา. รายงานการวิจัย กรุงเทพฯ :สำนักวิจัยสถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์.
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- พะยอม อิงคตานุวัฒน์.(2527). *สุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ :ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญแข ประจวบปัจฉิม. (2544). *คู่มือผู้สูงอายุและคนในครอบครัว รู้จักผู้สูงอายุเหมือนรู้จัก*
ตัวเราเอง. กรุงเทพฯ :โครงการศูนย์สูงอายุศึกษาภาควิชาการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พัฒน์ สุจ้านงค์. (2540). *ชีวิตการครองเรือน*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์วิบูลย์กิจ.
- พัฒน์ สุจ้านงค์. (2540). *จิตวิทยาครอบครัว*. กรุงเทพฯ :สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มติชน. (2533 ,27 พฤษภาคม). *มติชนโผนิง* หน้า 92.
- ไพบูลย์ จาตุรปัญญา . (2542) . *ธรรมชาติบำบัดความดันในเลือดสูง* . กรุงเทพฯ: รามทรรค์.
- มานี ชูไทย. (2525). *สุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ :ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัย
 ศรีนครินทรวิโรฒ.
- มุกดา สุขสมาน.(2537). *มนุษย์:ภาวะกายและจิต*.กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- โยธิน คันสนยุท. (2533). *จิตวิทยา*. กรุงเทพฯ : ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- รุจิรา สูงใหญ่. (2539). *อัถมโนทัศน์ ทศนคติต่อผู้ป่วยและการยอมรับเชิงจิตกับคุณภาพชีวิตและคุณภาพการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจ.ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ)กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว.(2537,เมษายน). *ผู้สูงอายุ.วารสารศึกษา 7:12*
- เรืองใจ เฉลิมชัยกร. (2523). *ความคิดเห็นของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหงชั้นปีที่ 4 ที่มีต่อการเลือกคู่ครอง (ศึกษาเฉพาะกรณีนี้ศึกษาคณะศึกษาศาสตร์รหัส 204.).* วิทยานิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาสังคม) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.
- รัชณี โลศิริ. (2532).*ผลของการสอนเพศศึกษาต่อระดับความวิตกกังวลในวัยรุ่นตอนต้น. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- รัตนา ลินธิธรรมา.(2541). *ตัวแปรที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมุทรปราการ.ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.ถ่ายเอกสาร.*
- ราพรรณ ภัทรนิตย์. (2529). *ผลของการใช้เวลาต่อสุขภาพจิตในข้าราชการบำนาญเกษียณอายุในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(พยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.*
- ละออง สุวิทยภรณ์.(2534). *ปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในชนบทกรณีศึกษาเฉพาะอำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.ถ่ายเอกสาร.*
- วรมนต์ ตริพรหม.(2534,เมษายน-มิถุนายน). *ทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายในผู้สูงอายุ.พยาบาลสาร.18(2);22-30.*
- วารุณี บิณฑสันต์. (2521). *แนวทางไปสู่ความสำเร็จในชีวิตครอบครัว. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชย์.*
- วารุณี บิณฑสันต์. (2525). *จิตวิทยาครอบครัวและสวัสดิภาพเด็ก. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชย์.*
- วิภาดา สํารามทรัพย์สิน.(2546). *ปัจจัยทางชีวสังคมและบุคลิกภาพกับตัว-แสดงตัว กับทัศนคติในการมีคู่ครองของพนักงานเอกชนด้านสื่อสารเทคโนโลยี.ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม.(จิตวิทยาพัฒนาการ) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.ถ่ายเอกสาร.*
- วิภาเพ็ญ เจียสกุล. (2542, 4 กรกฎาคม – กันยายน). *เคล็ดดูแลรักษาความรักเพื่อเลือกคู่และใช้*

ชีวิตคู่.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม. 3(4) : 71-72.

วิระ ไชยศรีสุข. (2533). สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ :สำนักพิมพ์แสงศิลป์.

วิริยา สุขวงศ์. (2545). ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพฯ. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

วัฒนา ศรีสัตย์วาจา. (2534). จิตวิทยาทัศนคติ. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ศรันยา เผือกผ่อง. (2542, 4 กรกฎาคม- กันยายน). สัมพันธภาพของกลุ่มสตรี. *คหเศรษฐศาสตร์*. 42(42):7

ศรีทัฬหิม รัตนโกศลพานิชพันธ์. (2525). บริการสังคมกับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ครูปริทัศน์.

ศรีธรรม ธนะภูมิ. (2535). พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ. *คณะแพทยศาสตร์*. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์.

ศรีวรรณ ตันศิริ. (2535). ผลการใช้กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ต่อการลดความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาระเวศน์. จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ ว.ทบ. (สาธารณสุขศาสตร์) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2530). คู่มือการใช้แบบทดสอบ;LSIA(ความพอใจในชีวิต)และ Life Experience Test(พฤติกรรม-สังคม)สำหรับผู้สูงอายุ. เชียงใหม่: ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2536). จิตวิทยาพัฒนาการพฤติกรรมศาสตร์ตลอดช่วงชีวิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.

ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2545). จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจริญผล.

ส. อินทรสุขศรี. (2543). นำชีวิตคู่สู่สุข. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์พิมพ์ทอง.

สงวนศรี วัชชัย. (2527). จิตวิทยาสังคมเพื่อการศึกษา. กรุงเทพฯ : ศึกษาพรการพิมพ์.

สมชาย แสงถนอม. (2540). การเปรียบเทียบผลเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและการให้การศึกษาแบบกลุ่มที่มี ทัศนคติต่อการเรียนลูกเสือ – เนตรนารี ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนสาขาสุทธิอุปถัมภ์จังหวัดสมุทรปราการ. ปรินูญานิพนธ์. กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

สมดูล ชาญนุวงศ์. (2533). การศึกษาคุณลักษณะทางจิตใจของประชากรไทยที่อาศัยอยู่ในมหาวิทยาลัยที่มีระดับการพัฒนาต่างกัน. ปรินูญานิพนธ์ .กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- สรรรค์ ศรีเพ็ญ .(2518). *ความรักและกามารมณ์ในวัยหนุ่มสาวและวัยชรา*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯการพิมพ์.
- สารเนตร ไวกกุล. (2535). *ความเจ็บปวดเรื้อรัง*. กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯการพิมพ์.
- สวาทรี ลิมชัยอรุณเรือง. (2535). *ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต*.
ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุโขทัยธรรมาธิราช. (2532). *จิตวิทยาทั่วไป*. พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช.
- สุจินต์ ปรีชาमारถ. (2535). *สุขภาพจิตเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุชาดา ตริสิงหวงศ์. (2547). *ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกระทำด้วย
เหตุผลต่อพฤติกรรมเรื่องทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนสังกัดกรมสามัญ
ศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ กรุงเทพฯ ฯ.ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา)
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.*
- สุพรรณณี นันทชัย. (2534) *ความสัมพันธ์ระหว่างความว้าเหวและการภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ*.
วิทยานิพนธ์ ว.ทบ. (พยาบาลศาสตร์) เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- สุพัตรา สุภาพ. (2531) *สังคมและวัฒนธรรมไทย ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี*.พิมพ์ครั้งที่6
กรุงเทพฯ :โรงพิมพ์วัฒนาพานิชจำกัด.
- สุภาวดี เตชาเกรียงศักดิ์. (2535). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจัดสรรกับความพึงพอใจในชีวิต
สมรสของสตรีสมรสวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ทำงานแล้วในเขตกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์
ศศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
ถ่ายเอกสาร.
- สุภาพรรณ โคตรจรัส. (2525). *สุขภาพจิตในการดำรงชีวิตเล่ม 1*.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : คณะครุ
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรางค์ จันทรม. (2527). *สุขวิทยาจิต*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดอักษรบัณฑิต.
- สุรางค์ จันทรม. (2527). *จิตวิทยาการศึกษา*. กรุงเทพฯ : แพรวพิทยา.
- สุมาลย์ โทมัส.(2527,กุมภาพันธ์.).*ผู้สูงอายุในประเทศไทย สถานภาพ แนวโน้ม และปัญหา*. *วารสาร
ธรรมศาสตร์* 16(1) : 89 – 107.
- แสงดาว วัฒนาสกุลเกียรติ.(2547). *การศึกษาเจตคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักเรียน*

- วัยรุ่นโดยใช้กิจกรรมกลุ่ม.ปริญญาานิพนธ์. กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สาริณี พงษ์เจริญชัย.(2534).ผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อทัศนคติการสูบบุหรี่ ของนักเรียนชาย ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนสันติราษฎร์วิทยาลัย กรุงเทพมหานคร.ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุภาพร วิวัฒน์อัศวิน .(2546) . ปัจจัยทางชีวสังคม อัตมโนทัศน์ และความฉลาดทางอารมณ์กับทัศนคติในการมีคู่อุปการของบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน รพ. ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ . ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุภาภค ผ่องน้อย.(2544). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการศึกษา โดยประยุกต์ใช้กระบวนการแนะแนวเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนกุลนทีรุทธรามวิทยาคม. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สำรวมจิต สุนทรภักดิ์สุข .(2540) . การเปรียบเทียบความคาดหวังและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุงและในชมรมผู้สูงอายุ รพ. ชลบุรี . ปริญญาานิพนธ์. กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา).กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุรพงษ์ ชูเดช . (2527) . ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ในมหาวิทยาลัยกับจิตลักษณะที่สำคัญ ของนิสิต . ปริญญาานิพนธ์.กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุรีย์วรรณ ภูริปัญญาคุณ.(2539). ผลของการให้คำแนะนำการเป็นมารดาในระยะก่อนคลอดที่มีต่อความรักความผูกพันของมารดาต่อทารกในกลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีสัมพันธ์ภาพกับคู่สมรสต่างกัน. ปริญญาานิพนธ์.กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุวรรณี ทองรัมย์ากุล.(2539).การอบรมเลี้ยงดู การส่งเสริมประสบการณ์ทางสังคมจากครอบครัว และลักษณะทางชีวสังคมที่มีผลต่อความสามารถในการหยั่งลึกทางสังคมของเด็กก่อนวัยรุ่น (10 -12 ปี). ปริญญาานิพนธ์.กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สิรินุช เกื้อกุล. (2539). สุขภาพจิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนที่คลินิกวัยหมดประจำเดือน

- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์. (2518). สุขภาพจิตเบื้องต้น. โครงการตำรามหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ พิษณุโลก.
- แสงเทียน ธรรมลิขิตกุล. (2541). วิทยานิพนธ์การทดลองให้โปรแกรมประยุกต์เพื่อเปลี่ยน
ทัศนคติต่อผู้ป่วยโรคเอดส์และต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ของนักศึกษาพยาบาล
ชั้นปีที่3วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์.ปริญญาโท กศ.ม.(จิตวิทยาการศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.ถ่ายเอกสาร.
- สำนักวิจัยมติชน. (2539, 4 กรกฎาคม – พฤศจิกายน). ความรักและการเลิกคู่. กรุงเทพฯ :
หนังสือพิมพ์มติชนรายสัปดาห์.
- อรุณี ลอววิล. (2547).ทัศนคติต่อความรักและความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ.รายงานการ
วิจัยภาคจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อภิญา ไสมสิน. และคณะ. (2532,มีนาคม-เมษายน.). นักสังคมสงเคราะห์กับการมีส่วนร่วม
แก้ปัญหาผู้ป่วยสูงอายุ.นิตยสารการประชาสงเคราะห์. 7(1) : 31
- อรนุช จันทรสุริยะเฉษฐา. (2547). มโนภาพแห่งตน และชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติต่อการมี
เพศสัมพันธ์ก่อนสมรสของพนักงานบริษัทในนิคมอุตสาหกรรมเมืองใหม่บางพลี จังหวัด
สมุทรปราการ. ปริญญาโท กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อัญชลี อัญพรหม . (2543). ความรู้และเจตคติของผู้ปกครองนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่4 โรงเรียนราช
วินิตมัธยม กรมสามัญศึกษา กรุงเทพ ฯที่มีต่อการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน.ปริญญาโท
กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
ถ่ายเอกสาร.
- อดิศักดิ์ ภูมิรัตน์.(2535). ผลของการใช้กิจกรรมกลุ่มที่มีต่อเจตคติเชิงจริยธรรมด้านความซื่อสัตย์ของ
นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6.ปริญญาโท กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อุทัยรัตน์ เนียรเจริญสุข . (2544) . ปัจจัยทางชีวิตสังคม ลักษณะทางพุทธิจิตลักษณะที่มีผลต่อ
พฤติกรรมการทำงานของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมเครื่องประดับ . วิทยานิพนธ์.
กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
ถ่ายเอกสาร.
- อานนท์ กาสยาม. (2537). สตรีวัยทองชีวิต ความรัก เพศสัมพันธ์.กรุงเทพฯ:ไทยวัฒนาพานิชย์.

- อาภา ใจงาม.(2533,ตุลาคม-ธันวาคม.).ผู้สูงอายุไทยในยุคนี้. วารสารพยาบาล.3(4):288-290.
- อัญชลี อยู่พรหม. (2543). *ความรู้และเจตคติของผู้ปกครองที่มีต่อการสอนเพศศึกษาของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนราชวินิตมัธยม กรมสามัญศึกษา กรุงเทพฯ .*ปริญญาานิพนธ์. กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อัมพร โอตระกุล. (2543). *สุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิทย์พัฒนา.
- อุบลรัตน์ พิชญ์ชยะนนท์. (2531). *คุณภาพชีวิตสมรส : ศึกษาเฉพาะกรณีข้าราชการสังกัดกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ สส.ม. (สังคมวิทยาและมนุษยวิทยา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- เอมอร มณีวัฒนา. (2538). *สัมพันธ์ภาพกับคุณภาพชีวิตของคู่สมรส*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (คหกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ฮาโรลด์ ไชร์ย็อค เอ็ม. เอ. , เอ็มดี. (2541). *เคล็ดลับความสุขในชีวิตสมรส*. สนิทวงศ์ แปลและเรียบเรียง สำนักพิมพ์ข่าวประเสริฐ.
- Allport, Gordon Willard. (1953). *Becoming Basic Consideration for Psychology of Personality*. New Haven : Yale Univ. Press.
- Barrow,G.M. and P.A. (1979). *Smith.Aging, Ageism and Society*. Minesota : West Publishing Company.
- Birren, J.E. and V.J. Renner. (1977) .*Research on the Psychology of Aging, In Handbook of the Psychology of Aging* . Edited by J.E. Birren and K.W. Schaie. New York: Jan Nostrand Reinhwld.
- Bell, Robert. R. (1963). *Marriage and Family*. The Dorsey Press Inc.London:Sege Publication.
- Blazer II.D.G. (1982). *Depression in late life*. St.Louis :The C.V. Mosby company. London:Sege Publication.
- Brearily, CP. (1977). *Resident work with the elderly*, London : Routledge & Kegan Paul.
- Burgress, Ernest W. & Lock , Harvey J. (1950). *The family*. New York : American Book Co.
- Burr, Wesley R. (1973). *Theory Construction and the Sociology of the Family*. New York : Harper & Son.
- Burr, Wesley R. (1979). *Contemporary Theories About the Family : Research – Based*

- Theories. New York : Free Press.
- Cavan, Shonle Ruth. (1965). *Marriage and Family in the Modern World*. Second Edition. New York : Harper & Son.
- Chatfield, W.F. (1977). Economic and Sociological factors influencing Life Satisfaction of the Aged. *Journal of Gerontology*. 32:74-78.
- Clark, Alfred C. (1952). *An Examination of the operation of residential Propinquity As a factor in mate Selection*. American Sociological Review.
- Cruz, A.D. (1986). On Loneliness and the Elderly. *Journal of Gerontology Nursing*.12 :22-27
- Cobb,S. Social Support as a Moderator of Life Stres. (1976). *Phychosomatic Medicine*. 30:64-66.
- Coombs, R.H. (1961). *A Value Theory of Mate Selection*. The Family Life Coordinator. (10) : 51 – 54.
- Davi ,Robert Gene. (1988). *A Study on the Effect of Study Use of Selected Group Skills on Student Achievment and Attitude During A Seventh Grade Cooperation Learning Mathematics Problem Solving Unit*, Dissertation Abstracts International . 49(11) :2263 – A.
- Decker David L. (1980). *Social Gerontology*. Canada:Little, Brown & Company.
- Evans E. (1964, February) .*Sociometry in School II Application*. The Educationnal Research VI .
- Elipoulos, Charlotte. (1979). *Geriatric Nursing*.London: Harpen & Row Ltd.
- Field, D. and M. Minkler. (1988). Continuity and Change in Social Support between Young – Old and Old –Old or Very – Old Age. *Journal of Gerontology*. 43:100-106
- Freedman, Comb. (1970, February). Marital Satisfaction over the Family Life Cycle. *Journal of Marriage and The Family*. 45:13-15.
- Good, C.V. (1973) *Dictionary of Education* . New York: McGraw – Hill Company.
- Goodenough, N.H. (1966).*Cooperation in Change Part*. New York :John Wiley and Sons Inc.
- Hanvighurst RJ and Albrecht R. (1953). *Older people*. New York:Long-mans>Green and company.
- Hofland, S.L. & Power, J. (1996). Sexaul dysfunction in the menopausal woman,

- Hormone causes and management issue. *Geriatric Nursing*. 17:161.
- Johnson, B.K. (1999). Sexuality and Aging. In M, Stanley & P.G, Beare (Eds),
Gerontological Nursing : A health promotion/protection approach.
Philadelphia: Davis. 9pp.293-300.
- Johnson, B.K. (1996). A multidimensional perspective. *Journal Gerontological Nursing*.22(2):6.
- Jahada, Maric. (1958). *Current Concepts of Postion Mental Health*. New York: New York Book Company Pubsisher Inc.
- Jahada, Maric. (1970). *The Psychological Meaning of Various Criteria of Pasitive Mantal Health*.Social Psychology and Mental Health. New York :Holt Rin chart and Winstan Inc.
- Katzat, L. (1990). Chronic illness and sexuality. *Amarican Journal of nursing*.90(1):55.
- Kinsey, Alfred c. (1953) *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: Saunders.
- Kephart, Willism M. (1961). *The Family Society*. and The Individual. Boston : Houghton Mifflin Co.
- Kerckhoff, Alan C. (1962). *Socialization and Social Class*. Englewood Cliffs , N.J. Prentice Hall , Inc. New York : The Ronald Press Company.
- Kirkpatrick, Clifford. (1955). *The Family*. New York : The Ronald Press Company.
- Landis & Landis. (1975). *Building a Successful Marriage*. Second Edition Prentice Hall Inc , Englewood Cliffs , N.J. Boston : Houghton Mifflin Co.
- Landis, Paul H. (1975). *Making the Most of Marriage*. 4th ed.,. : Englewood Cliffs , N.J. Prentice Hall , Inc. New York : The Ronald Press Company.
- Lemon BW. Bengtson VL and Peterson JA. (1978). An exploration of the activity theory of aging:Activity types and life satisfaction among in-Movers to a retirement community. *Journal of Gerontology*. 27:511-523.
- Longino, Charles F.Jr. and Cary S.Kart. (1979). Explicating Activity Theory. A Formal Replication. *Journal of Gerontology*.45:76-84.
- Mouley, G.J. (1965). *Psychology for Effective Teaching*. New York:Holt. Rinehart and Winstan Inc.

- Myers, John Earl. (1992). *Aging and Psychological distress:Assessing the importance of conomic resources and social support*. Case Western Reseve University.
- T.M. Newcomb, R.H. Tumer and P.E. Converse. (1965). *Social Psychology*. New York:Holt Thurstone . *American Journal of Sociology*. 19 :46-68.
- Tinke , Autha. (1981) . *The Elderly in Modern Sociely*. New York : Longman
- Sprecher, S., Sullivan , Q., & Hatfield , E. (1994). Mate Selection preferences : Gender Differences examined in a national sample. *Journal of Personality and Social Psychology* . 66: 1074-1080.
- Sprecher, Susan. (1993). *Sexuality*. Newbury Park : Sage.
- Stinnett, Nick. (1984). *Relationships in Marriage and the Family*. 2nd ed., New York : Macmilan.
- Sutterley, D.C. and Donelly C.F. (1982). *Coping with Stress*. London: Aspen Systems Corporation.
- Tinker, Autha. (1981). *The Elderly in modern Society*. New York : Longman.
- Vogel,C.H. (1982). Anxiety and Depression among the Elderly. *Journal of Gerentological Nursing*. 56:118-242.
- Wells, J Gipson. (1984). *Choices in Marriage & Family*. Piedmont Press. New York : Longman.
- Willcoxon, S.A. and Hovestandt, A.J. (1983). Percieve Health and Similarity of Family of Origin Experiences as Predictors of Dyadic Adjustment for Married Couples. *Journal of Marital and FamilyTherapy*. 78: 34-78.
- Winch, Robert F., and Others. (1974). *Selected Studies in Marriage and the Family*. 4th ed. New York : Holt, Ringhart and Winston.
- Yurick, A.G. et al. (1980). *The Aged Person and The Nursing Process*. Connecticut : Appleton Century-Crofts, New York : Longman.

ภาคผนวก

แบบสอบถามทัศนคติของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับปริญญาโท ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร โดยผู้วิจัยต้องการทราบข้อมูลของผู้สูงอายุเพื่อนำมาศึกษา ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวจะสำเร็จลงได้โดยได้รับความร่วมมือจากทุกท่านในการให้ข้อมูลตรงตามความเป็นจริง ผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลต่างๆ ที่ท่านได้ตอบมานี้จะถือเป็นความลับและนำเสนอในรูปแบบผลรวม มิใช่นำเสนอเฉพาะข้อมูลของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างมาก ท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามมีทั้งหมด 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 9 ข้อ
ตอนที่ 2 แบบสอบถามสุขภาพจิต	จำนวน 20 ข้อ
ตอนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุ	จำนวน 23 ข้อ
ตอนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติต่อความสัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ	จำนวน 26 ข้อ

2. ข้อมูลที่ได้จากการทำแบบสอบถามจะนำมาเสนอในภาพรวมซึ่งจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล และจะนำผลที่ได้ไปใช้ประกอบการศึกษาเท่านั้น

3. โปรดตอบแบบสอบถามให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงและขอความกรุณาให้ตอบทุกข้อ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยทางชีวสังคม

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย (/) หน้าข้อความที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน และเขียนตอบในข้อ 2 และ ข้อ4

1. เพศ
 - () ชาย
 - () หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ท่านจบการศึกษาระดับ
 - () ประถมศึกษา
 - () อนุปริญาตรี
 - () อนุปริญา
 - () อื่นๆ โปรดระบุ.....
4. รายได้ต่อเดือนของท่าน.....บาท/เดือน
5. สถานภาพสมรส
 - () มีคู่สมรส
 - () ไม่มีคู่สมรส (โสด, หม้าย, หย่า, แยกกันอยู่)
6. สถานภาพในครอบครัว (ที่พักอาศัยของท่านในปัจจุบัน)
 - () มีที่อยู่อาศัยของตนเอง
 - () ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง (อาศัยผู้อื่น ,เช่า ,บ้านพักคนชรา ,สถานสงเคราะห์)
7. อาชีพ
 - () รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 - () ค้าขาย/ธุรกิจ
 - () เกษตรกรรม
 - () รับจ้างทั่วไป
 - () อื่นๆ โปรดระบุ.....
8. การออกกำลังกาย
 - () สม่ำเสมอ (สัปดาห์ละ 3 ครั้ง /ครั้งละ 30 นาที)
 - () ไม่สม่ำเสมอ (น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์)
9. โรคประจำตัว
 - () เป็นโรคกระดูกและข้อ
 - () เป็นโรคความดันโลหิตสูง
 - () เป็นโรคเบาหวาน
 - () เป็นโรคหัวใจ
 - () ไม่มีโรคประจำตัวดังกล่าวข้างต้น

ตอนที่ 2 แบบสอบถามสุขภาพจิต

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อมูล	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าเป็นคนตื่นตัวง่าย					
2. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองสนใจอะไรได้ไม่นาน					
3. เวลาทำงานถ้าใครมาส่งเสียงดังข้างๆข้าพเจ้าจะทำงานต่อไปไม่ได้					
4. ข้าพเจ้ามีเรื่องกลุ้มใจอยู่เสมอ					
5. ข้าพเจ้ารู้สึกลำบากใจถ้าจะต้องตัดสินใจทำอะไรด้วยตนเอง					
6. ถ้ามีคนขัดใจหรือยั่วเพียงเล็กน้อยข้าพเจ้าจะโกรธเอาง่ายๆ					
7. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลใจกลัวไม่มีใครรัก					
8. เมื่อมีคนมาถามคำถาม ถึงจะตอบได้ข้าพเจ้าก็ไม่กล้าตอบ					
9. ข้าพเจ้ารู้สึกกลัว โดยไม่รู้ว่าจะกลัวอะไรอยู่บ่อยๆ					
10. ข้าพเจ้าบังคับตนเองไม่ค่อยได้					
11. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองเป็นคนตกใจง่าย					
12. เวลาดีใจข้าพเจ้ารู้สึกดีใจมาก และเวลาเสียใจก็รู้สึกเสียใจมาก					
13. ข้าพเจ้าไม่ค่อยกล้าพูดกับคน ซึ่งไม่เคยรู้จักมาก่อน					
14. ข้าพเจ้าไม่ชอบพูดเล่นเลย					
15. บางครั้งข้าพเจ้ารู้สึกว่าตัวเองทำอะไรผิดอยู่เสมอ					
16. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าหวาดกลัวอยู่เสมอ เกรงว่าจะมีคนมาทำร้าย					
17. บางครั้งข้าพเจ้ารู้สึกว่าตัวเองเป็นคนไม่ดีเสียเลย					
18. เมื่อเข้านอนตอนกลางคืนข้าพเจ้านอนไม่ค่อยหลับเพราะคิดอะไรต่างๆนาๆ					
19. บางครั้งข้าพเจ้ารู้สึกอึดอัด อยากตะโกนออกไปดังๆ					
20. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าไม่มีใครอยากคบกับข้าพเจ้า เพราะข้าพเจ้าปรับตัวเข้ากับคนอื่นได้ยาก					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเรื่องทัศนคติต่อความรักของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อมูล	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ความรักระหว่างเพศทำให้ท่านมีชีวิตที่สมบูรณ์					
2. ความรักระหว่างเพศเป็นสิ่งที่มีความหมายสำหรับท่าน					
3. ความรักระหว่างเพศทำให้จิตใจเบิกบาน					
4. ความรักระหว่างเพศทำให้ชีวิตท่านมีเป้าหมาย					
5. ความรักระหว่างเพศทำให้ท่านมีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่					
6. ท่านมีความสุขที่ได้อยู่ใกล้ชิดกับคนรักของท่าน					
7. ความรักระหว่างเพศทำให้ท่านมีความสุขภาพจิตดี					
8. ความรักระหว่างเพศทำให้ครอบครัวอบอุ่น					
9. ท่านรู้สึกมีความสุขที่มีความรักระหว่างเพศ					
10. ท่านรู้สึกว่าความรักระหว่างเพศเป็นสิ่งที่น่ายินดี					
11. ท่านพอใจในความรักระหว่างเพศของท่าน					
12. ท่านรู้สึกว่าความรักระหว่างเพศเป็นเรื่องที่เศร้า					
13. ท่านวิตกกังวลและไม่สบายใจเรื่องความรักระหว่างเพศของท่าน					
14. ท่านรู้สึกขาดกำลังใจเมื่อสูญเสียความรักระหว่างเพศ					
15. ท่านรู้สึกโดดเดี่ยวเมื่อไม่มีความรักระหว่างเพศ					
16. ท่านพอใจที่ความรักระหว่างเพศทำให้ท่านประสบความสำเร็จ					
17. ท่านพอใจที่ความรักระหว่างเพศทำให้เกิดความเอื้ออาทรในครอบครัว					
18. ท่านพร้อมที่จะมีความรักระหว่างเพศตลอดเวลาและสม่ำเสมอ					
19. ท่านพร้อมจะทำทุกอย่างเพื่อคนรักของท่าน					
20. ท่านยินดีทำทุกอย่างเพื่อประสานความรักของท่านให้ยืนยาว					
21. ท่านพร้อมที่จะมอบสิ่งที่มีค่ามากที่สุดให้คนรักของท่าน					
22. ท่านพร้อมที่จะดูแลคนรักของท่าน					
23. ท่านพร้อมจะบอกรักกับคนที่ท่านรักเสมอ					

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเรื่องทัศนคติการมีเพศสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อมูล	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ท่านรู้สึกผ่อนคลายทางร่างกาย					
2. การมีเพศสัมพันธ์ทำให้ท่านมีความสุข					
3. การมีเพศสัมพันธ์ทำให้ความรัก ของท่าน แน่นแฟ้นขึ้น					
4. การมีเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่น่าละอาย					
5. การมีเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ ทำให้สุขภาพทรุดโทรม					
6. การมีเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ เป็นเรื่องธรรมชาติ					
7. การมีเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุเป็นการแสดงออกถึงความรัก					
8. การมีเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่แสดงว่าท่านยังแข็งแรง					
9. ท่านรู้สึกพอใจในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่ของท่าน					
10. ท่านพอใจที่จะมีเพศสัมพันธ์					
11. ท่านพอใจที่ท่านยังมีความต้องการทางเพศ					
12. ท่านพอใจที่จะเรียนรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ในวัยผู้สูงอายุ					
13. ท่านมีความพอใจในสมรรถภาพทางเพศของท่าน					
14. ท่านไม่พอใจในการแสดงออกทางเพศของผู้สูงอายุ					
15. ท่านพอใจว่าการมีเพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุแสดงถึงความ เป็นหนุ่มเป็นสาว					
16. ท่านรู้สึกว่าการช่วยเหลือตนเองเมื่อมีความต้องการทาง เพศ เป็นเรื่องที่ดี					
17. ท่านไม่พอใจว่า ความแก่ ชรา เป็นอุปสรรคในการมี เพศสัมพันธ์					
18. ท่านพร้อมจะมีเพศสัมพันธ์เมื่อท่านมีความต้องการ					
19. การมีเพศสัมพันธ์กับคู่รักของตนเป็นเรื่องธรรมชาติ					
20. ท่านแข็งแรงพอที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้					

แบบสอบถามเรื่องทัศนคติการมีเพศสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ (ต่อ)

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อมูล	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
21. ท่านยังมีความต้องการทางเพศอยู่					
22. ท่านช่วยตนเองเมื่อมีความต้องการทางเพศ					
23. ท่านมีเพศสัมพันธ์อยู่เสมอ					
24. เมื่อท่านมีความต้องการทางเพศท่านมักหาทางลดความต้องการนั้น					
25. ท่านเบื่อหน่ายการมีเพศสัมพันธ์					
26. ท่านไม่เคยแสดงความต้องการทางเพศต่อคู่วัยของท่านเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ					

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นาวาตรีหญิง อรุณี ลออวิไล
วันเดือนปีเกิด	31 พฤษภาคม 2514
สถานที่เกิด	อำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	เลขที่ 1/348 ถนนประดิพัทธ์ แขวง ถนนนครไชยศรี เขต ดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	หัวหน้าหอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	แผนกห้องบำบัดพิเศษ กองศัลยกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2533	สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสิงห์สมุทร อำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี
พ.ศ. 2537	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ สมทบมหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2550	การศึกษามหาบัณฑิต (กศ.ม.) สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร