

ปัจจัยด้านครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง



16 ก.ค. 2553

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2553

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

S 370747

ปัจจัยด้านครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2553

นิภาภรณ์ เรืองทวีมีลาภ. (2553). การศึกษาปัจจัยด้านครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรม
ผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง. สารนิพนธ์ กศม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์:
รศ. ประณต เค้าฉิม.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย 1) เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิต ระดับการสนับสนุนทางสังคม
จากครอบครัวและระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล
บ้านฉาง 2) เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง
ตามปัจจัยด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ รายได้ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ลักษณะ
ครอบครัว สภาวะแวดล้อมของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว 3) เพื่อศึกษาความสามารถในการ
ทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉางของปัจจัยด้าน
ครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ รายได้ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ลักษณะครอบครัว สภาวะ
แวดล้อมของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง จำนวน 175
คน โดยใช้การเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 6 ตอน ได้แก่ 1) แบบสอบถาม
เกี่ยวกับรายได้ 2) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะ
ครอบครัว 4) แบบวัดสภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว 6) แบบวัด
สุขภาพจิต สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวนหรือความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบน
มาตรฐาน การทดสอบค่าที (t-test) การทดสอบค่าเอฟ (F-test) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple
Regression)

ผลการวิจัย มีดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉางมีสุขภาพจิตในระดับค่อนข้างดี ได้รับการ
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับค่อนข้างมากและมีสัมพันธภาพในครอบครัวในระดับ
ปานกลาง
2. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่ต่างกัน
3. ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่
ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวขยายกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมีสุขภาพ
สุขภาพจิตไม่ต่างกัน

5. ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมดีมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

6. ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

7. ปัจจัยด้านครอบครัว 3 ด้าน คือ สัมพันธภาพในครอบครัว สภาวะแวดล้อมของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ร่วมกันทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 31.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรที่สำคัญที่สุด คือ สัมพันธภาพในครอบครัว



FAMILY-RELATED FACTORS AND MENTAL HEALTH OF THE ELDERLY MEMBERS OF
THE ELDERLY'S CLUB AT BANCHANG HOSPITAL



AN ABSTRACT
BY
NIPAPORN RUANGTAWEE MEELARP

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

May 2010

Nipaporn Ruangtaweemeelarp. (2010). *Family-Related Factors and Mental Health of the Elderly Members of the Elderly's Club at Banchang Hospital*. Master's Project, M.ED. (Development Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakarinwirot University. Project Advisor: Associate Professor Pranot Kaochim.

The purposes of this research were 1) to study the level of mental health, social support from family, and family relationship of the elderly, 2) to compare the mental health of the elderly, according to five family-related factors : income, social support from family, family type, family environment, family relationship, 3) to predict mental health of the elderly by five family-related factors. The sample consisted of 175 elderly, the members of the elderly's club in Banchang Hospital in 2009, drawn by purposive sampling. The instruments for collecting data were 1) a questionnaire on income, 2) a questionnaire on social support, 3) a questionnaire on family type, 4) a questionnaire on family environment, 5) a questionnaire on family relationship. The statistical methods for analyzing the data were t-test, F-test, Pearson's product-moment correlation coefficient and stepwise multiple regression.

The results were as follows :

1. The mental health of the elderly members of the elderly's club at Banchang Hospital was at a rather good level, the social support from family's level was a rather high level, and the family relationship's level was a medium level.
2. The elderly of different income had no difference in mental health.
3. The elderly who had higher social support from family had a significantly better mental health than the elderly who had lower social support from family. ($p < .05$)
4. The elderly who had an extended family type and the elderly who had a single family type had no difference in mental health level.
5. The elderly who had better family environment had a significantly better mental health than the elderly who had lower family environment. ($p < .05$)
6. The elderly who had better family relationship had a significantly better mental health than the elderly who had lower family relation. ($p < .05$)

7. The three family factors as family relationship, family environment and social support from family could predict the mental health of the elderly condition as much as 31.1% as a statistical significant at .05 level ($p < .05$) and a most important variable was family relationship.



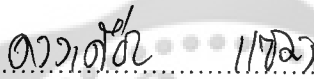
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และคณะกรรมการสอบ
ได้พิจารณาสารนิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
การศึกษามหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์



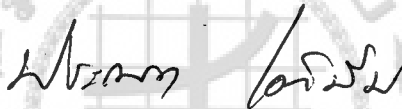
(รองศาสตราจารย์ ประณต คำจิม)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร



(อาจารย์ ดร.ดวงเดือน แซ่ตั้ง)

คณะกรรมการสอบ



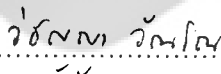
ประธาน

(รองศาสตราจารย์ ประณต คำจิม)



กรรมการ

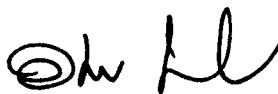
(รองศาสตราจารย์ วดณา ศรีสัตย์วาจา)



กรรมการ

(อาจารย์วิทย์ญา วदनโน)

อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



คณบดีคณะมนุษยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ อัครา บุญทิพย์)

วันที่ 6 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2553

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ประณต คำฉิม อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ของผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ที่สำคัญที่สุดที่ทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงจากท่านที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ความรู้ ชี้แนะและปรับปรุงแก้ไข จนสามารถทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ลงได้ ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใจเป็นอย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ดวงเดือน แซ่ตั้ง ประธานกรรมการบริหารหลักสูตรที่ได้กรุณาอนุมัติเค้าโครง และรองศาสตราจารย์วัฒนา ศรีสัตย์วาจา อาจารย์ วิญญูญา วัฒนโณ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลามาเป็นกรรมการสอบปากเปล่าสารนิพนธ์ฉบับนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ให้ความรู้แก่ผู้วิจัยในการศึกษาตามหลักสูตรจิตวิทยาพัฒนาการ ซึ่งผู้วิจัยจะขอนำเอาความรู้นั้นไปยังประโยชน์ให้แก่ผู้อื่นต่อไปโดยเฉพาะกับผู้สูงอายุ

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นจิตวิทยาพัฒนาการทุกคนที่ได้ให้ความร่วมมือร่วมใจ ร่วมทุกข์ร่วมสุขด้วยกันมาตลอดในระยะเวลาที่กำลังศึกษารายวิชาตามหลักสูตรที่ผ่านมา

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฉางรวมทั้งเจ้าหน้าที่ดูแลชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลที่ให้ความอนุเคราะห์และร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล และกลุ่มบุคคลที่สำคัญที่สุดที่ผู้วิจัยต้องขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลบ้านฉางที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อสุขและคุณแม่ราตรี แซ่จิ้ง ผู้ให้ทุกสิ่งทุกอย่างกับลูกและบุคคลในครอบครัวที่ได้เสียสละทุกอย่างเพื่อให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสและเวลาในการทำสารนิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งคุณพ่อสุข แซ่จิ้ง ซึ่งเป็นบุคคลที่ผู้วิจัยรักและเคารพบูชามากที่สุดในชีวิต ถึงแม้ท่านจะจากผู้วิจัยและครอบครัวไปแล้วอย่างไม่มีวันกลับแต่ผู้วิจัยจะได้ทั้งกำลังใจและกำลังใจกลับคืนมาทุกครั้งในเวลาที่ผู้วิจัยเหนื่อยและท้อเมื่อนึกถึงท่าน และผู้มีพระคุณอีกท่านหนึ่งที่ผู้วิจัยมิอาจลืมได้คือ นางสาวอานงค์ ประภาศิริ พี่สาวของผู้วิจัยที่ได้ให้การสนับสนุนทั้งกำลังใจและปัจจัยที่ต้องใช้ในการทำสารนิพนธ์ฉบับนี้ให้สำเร็จ ประโยชน์อันใดที่ได้จากการทำสารนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขออุทิศให้แด่ดวงวิญญาณของคุณพ่อสุข แซ่จิ้ง และผู้มีพระคุณทุกท่านดังที่กล่าวมาข้างต้น

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	6
ความสำคัญของการวิจัย.....	7
ขอบเขตของการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
นิยามปฏิบัติการ.....	9
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	14
สมมติฐานในการวิจัย.....	14
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ.....	18
ความหมายของผู้สูงอายุ.....	18
ความสำคัญของผู้สูงอายุ.....	19
เกณฑ์การจำแนกผู้สูงอายุ.....	21
การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ.....	21
ทฤษฎีภาวะผู้สูงอายุ.....	24
ทฤษฎีการปรับตัวของผู้สูงอายุ.....	29
ปัญหาของผู้สูงอายุ.....	30
แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุ.....	30
การวางแผนชีวิตของผู้สูงอายุ.....	32
แนวคิดที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	32
ความหมายของสุขภาพจิต.....	32
ความสำคัญของสุขภาพจิต.....	34
หลักเกณฑ์การพิจารณาความเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดีและไม่ดี.....	36
แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต.....	39
ปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต.....	41

สารบัญ (ต่อ)

บทที่

หน้า

2 (ต่อ)

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	43
การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	45
การช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี.....	46
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว.....	47
ความหมายของครอบครัว.....	47
ความสำคัญของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ.....	48
แนวคิดการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	50
แนวคิดและงานวิจัยที่แสดงความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	52
แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับรายได้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	52
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรายได้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	55
แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	56
แนวคิดและความหมายของการสนับสนุนทางสังคม.....	56
รูปแบบของการสนับสนุนทางสังคม.....	59
ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม.....	60
ระดับของการสนับสนุนทางสังคม.....	61
การวัดการสนับสนุนทางสังคม.....	62
ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	63
งานวิจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	65

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของครอบครัว	
กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	67
รูปแบบของลักษณะครอบครัว.....	67
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	68
แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะแวดล้อมของครอบครัวกับสุขภาพจิต	
ของผู้สูงอายุ.....	70
แนวคิดเกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมของครอบครัว.....	70
ความหมายของสภาวะแวดล้อมของครอบครัว.....	71
ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา.....	71
ประเภทของสภาวะแวดล้อมของครอบครัว.....	73
องค์ประกอบของสภาวะแวดล้อมของครอบครัว.....	75
การจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ.....	75
งานวิจัยที่เกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมของครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	78
แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิต	
ของผู้สูงอายุ.....	79
ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว.....	79
องค์ประกอบของความสัมพันธภาพในครอบครัว.....	80
แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว.....	81
ความสำคัญของสัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	82
งานวิจัยที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	86
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	89
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	89
การสร้างเครื่องมือในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	90
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	98
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	99

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	100
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	100
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	101
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	101
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	123
จุดมุ่งหมายของการวิจัย.....	123
สมมติฐานในการวิจัย.....	123
วิธีดำเนินการวิจัย.....	124
สรุปผลการวิจัย.....	126
อภิปรายผล.....	127
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย.....	134
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งต่อไป.....	135
บรรณานุกรม.....	136
ภาคผนวก.....	147
ภาคผนวก ก.....	147
ภาคผนวก ข.....	159
ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์.....	162

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปร รายได้.....	101
2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 5 ด้าน.....	102
3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ด้านอารมณ์ เป็นรายชื่อ.....	103
4 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ด้านคุณค่า เป็นรายชื่อ.....	104
5 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นรายชื่อ.....	105
6 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ด้านวัสดุสิ่งของ บริการ เป็นรายชื่อ.....	106
7 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ด้านเครือข่าย เป็นรายชื่อ.....	107
8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปร ลักษณะครอบครัว.....	108
9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีสภาวะแวดล้อมภายในครอบครัวต่างกัน และ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตามตัวแปรสภาวะแวดล้อมของครอบครัว.....	110
10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีสภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัว ต่างกัน และค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตามตัวแปรสภาวะแวดล้อม ภายนอกครอบครัว.....	111
11 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร สัมพันธภาพในครอบครัว.....	112
12 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร สุขภาพจิต.....	113
13 การทดสอบความแปรปรวนทางเดียวคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้.....	115
14 การวิเคราะห์เปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว.....	116

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
15 การวิเคราะห์เปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะครอบครัว.....	116
16 การวิเคราะห์เปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาวะแวดล้อมของ ครอบครัว.....	117
17 การวิเคราะห์เปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตาม สัมพันธภาพใน ครอบครัว.....	117
18 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	118
19 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิต ของผู้สูงอายุ.....	118
20 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	119
21 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะแวดล้อมของครอบครัวกับสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุ.....	119
22 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	120
23 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression ด้วยวิธี Stepwise) เมื่อใช้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นเกณฑ์.....	120
24 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุ.....	121
25 คำนำน้าหนักการพยากรณ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	122

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	14



บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

จากการที่ประเทศไทยได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยเฉพาะทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ส่งผลให้ประชาชนมีอายุขัยเพิ่มขึ้น เป็นผลให้ปัจจุบันจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โครงสร้างประชากรของประเทศไทยเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงวัย” (population aging) เช่นเดียวกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างประชากรของประเทศแล้ว และยังส่งผลต่อสภาพสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมด้วย สังคมไทยกำหนดให้ผู้ที่มิอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งจากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่าในปี 2548-2549 กลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนประมาณ 6.7 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 10.3 ของประชากรทั้งประเทศ และจากการคาดการณ์จำนวนประชากรโลกคาดว่าในปี พ.ศ.2563 ประเทศไทยจะมีจำนวนประชากรสูงวัยไม่น้อยกว่า 11 ล้านคน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ: 2549)

การเปลี่ยนแปลงของภาวะประชากรสูงวัยเป็นเหตุให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรต่างๆ ทั้งในด้านสังคมและสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วที่เกิดขึ้นในประเทศไทยยังทำให้โอกาสในการปรับตัวของประชากรและการเตรียมการเพื่อรองรับผลกระทบเป็นไปอย่างจำกัดและยากลำบาก (แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564: 7) จากแนวโน้มที่จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วนี้ จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อกลุ่มผู้สูงอายุ ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ รวมทั้งระบบบริการสาธารณสุขได้ต่อไปในอนาคต ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงกลายเป็นประเด็นดึงดูดความสนใจของนักวางแผนและนโยบาย นักวิชาการและสาธารณสุขชนทั่วไป ประชากรผู้สูงอายุมีลักษณะพิเศษ กล่าวคือ ประชากรสูงวัยมีแบบแผนการดำรงชีวิต แบบแผนการเป็นโรคภัยไข้เจ็บและสุขภาพอนามัย ความต้องการการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวและสังคม ความต้องการสวัสดิการจากรัฐ ฯลฯ แตกต่างไปจากประชากรกลุ่มอายุอื่น ๆ (ปราโมทย์ ประสาทกุล; และ ปัทมา ว่าพัฒนางศ์. 2546: 2,6) นอกจากนี้ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอยลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจโดยที่ความเสื่อมนี้จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาได้ (กาญจนา ไทยเจริญ.2543: 1 อ้างอิงจาก สรวุฒิ สังข์ศรีศรี. 2540: 88) ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่จำเป็นที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือเป็นพิเศษโดยเฉพาะสถาบันครอบครัวนับเป็นเครือข่ายที่สำคัญที่สุดที่มีบทบาทในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทุกรูปแบบ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร;และคนอื่นๆ. 2541: 3)

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ และด้านอารมณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ว้าเหว่ รู้สึกหมดหวัง หวาดระแวง ท้อแท้ในชีวิตและส่งผลทางด้านสังคมทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับความสนใจจากลูกหลานเท่าที่ควร และบางคนรู้สึกว้าเหว่สูญเสียอำนาจเนื่องจากต้องพ้นจากตำแหน่งหน้าที่การงานและบทบาททางสังคมไม่ได้รับการยกย่องเหมือนเช่นเคย ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ ถ้าผู้สูงอายุปรับตัวไม่ได้จะก่อให้เกิดความหงุดหงิด ซึมเศร้า คิดว่าตนเองหมดความหมาย ไม่มีคุณค่า เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและมีผลต่อสุขภาพกาย ซึ่งการที่บุคคลจะดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขและเกิดสุขภาพจิตที่ดีได้นั้น ต้องได้รับการตอบสนอง 5 ชั้น ตามทฤษฎีของมาสโลว์ คือ ความต้องการทางด้านร่างกาย ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการความรักและความปรารถนาเป็นเจ้าของความต้องการได้รับความนับถือยกย่อง และความต้องการที่จะเข้าใจตนเองอย่างแท้จริง (นวลละออง สุภาพผล;2527: 264) นอกจากนี้ การสูญเสียสิ่งสำคัญของชีวิตก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตเพราะตายจาก การสูญเสียบุตรเพราะแยกไปมีครอบครัว การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน การสูญเสียสถานภาพหรือบทบาททางสังคม ตลอดจนการสูญเสียการเป็นที่พึ่งของครอบครัวและอื่นๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่างเปล่า

นายแพทย์ชาติรี บานชื่น (2552: ออนไลน์) อธิบัติกรมสุขภาพจิต กล่าวถึงปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุว่า จากรายงานจำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตซึ่งเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไปในหน่วยบริการสุขภาพจิต พบว่าในรอบ 5 ปี (2547-2551) มีผู้ป่วยนอกมาเข้ารับบริการ 141,566 รายต่อปีและเป็นผู้ป่วยใน 2,663 รายต่อปี ทั้งนี้ 5 อันดับแรกของปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุซึ่งเป็นผู้ป่วยนอก ได้แก่ 1) โรควิตกกังวลและความเครียดคิดเป็นร้อยละ 26.42 2) โรคจิต เช่น โรคจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 25.73 3) โรคที่มีสาเหตุจากทางสมองและทางกาย เช่น โรคสมองเสื่อมคิดเป็นร้อยละ 18.47 4) โรคทางอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 18.24 และ 5) โรคที่มีสาเหตุจากสารเสพติด เช่น จากสุราคิดเป็นร้อยละ 3.45

ปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มจะมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งระดับบุคคล ชุมชน สังคมและประเทศ กล่าวคือ ในระดับบุคคลทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ของตนได้ เป็นอุปสรรคในการพัฒนาศักยภาพและเป็นภาระผู้อื่นทั้งต้องทนทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย ในระดับครอบครัวทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดและอับอาย ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือบางครั้งต้องสูญเสียหน้าที่การงานเพื่อมาดูแลผู้สูงอายุ ในระดับชุมชนทำให้ประชาชนเกิดความหวาดกลัว รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย กลัวถูกทำร้าย หากมีผู้ป่วยจำนวนมากก็จะทำให้ชุมชนขาดความเข้มแข็ง ส่วนในระดับประเทศทำให้รัฐบาลต้องสูญเสียเงินงบประมาณไปกับการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และจากที่ผ่านมามีพบว่า รัฐบาลเสียค่าใช้จ่ายเงินงบประมาณในด้านนี้เป็นจำนวนมาก ดังนั้น การศึกษาถึงภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุจึงเป็นประเด็นที่

สำคัญ เพราะจะทำให้ทราบถึงสภาพปัญหาตลอดจนแนวทางที่จะป้องกันและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี จากวัตถุประสงค์ของแผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544)(2540: ไม่ปรากฏเลขหน้า) เกี่ยวกับภาพลักษณ์สุขภาพของคนไทยในอนาคตมีข้อหนึ่งกำหนดว่าผู้สูงอายุต้องมีสุขภาพแข็งแรงตามวัยและดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า และในแผนงานสุขภาพจิตกำหนดให้ประชาชนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ตระหนักในความสำคัญของสุขภาพจิตที่มีต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม เนื่องจากสุขภาพจิตมีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพ ศักยภาพของชีวิตมนุษย์ทุกคน

นอกจากนี้ จากการเร่งรัดพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติทำให้โครงสร้างทางสังคมเปลี่ยนไปจากสังคมเกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรม มีการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ บุตรหลานไม่ต้องพึ่งพาหาความรู้จากผู้สูงอายุ มีการเติบโตของสังคมเมืองมากขึ้น เป็นสาเหตุให้หนุ่มสาวย้ายจากชนบทเข้ามาทำงานในเมืองเกิดการเปลี่ยนแปลงจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น สัมพันธภาพในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง (สุนันทา คุ่มเพชร. 2545: 2) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้นส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วได้ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด ความคับข้องใจ ท้อแท้ เบื่อหน่าย รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ซึ่งจะนำไปสู่การมีปัญาสุขภาพจิตได้เช่นกัน ดังนั้น รัฐบาลต้องเร่งดำเนินการวางแผนเพื่อการรองรับประชากรผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นอีกในอนาคตและเพื่อการแก้ไขปัญาการบริการที่จะให้แก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต เพราะว่าผู้สูงอายุมีความเปลี่ยนแปลงของวัยซึ่งเป็นต้นเหตุของความเครียดอย่างหนึ่งในชีวิตของมนุษย์และจะนำไปสู่ปัญาสุขภาพจิตในที่สุด นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุต้องต่อสู้กับความเสื่อมถอยของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทั้งการงานและการเงิน การสูญเสียผู้เป็นที่รักเพื่อนฝูง การที่ต้องปรับตัวเองให้เข้ากับสังคมใหม่เป็นสิ่งที่จะนำไปสู่ปัญาสุขภาพจิตทั้งสิ้น และเป็นปรากฏการณ์ที่ไม่เฉพาะจะเกิดขึ้นในประเทศไทยเท่านั้น แต่เกิดกับทุกประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศกำลังพัฒนา (จันทิมา จารณศรี. 2539: 8)

จากที่กล่าวมาข้างต้นแล้วว่า ปัญาสุขภาพจิตส่วนใหญ่มาจากปัญาเศรษฐกิจและปัญาครอบครัว และเนื่องจากแต่เดิมสังคมไทยมีพื้นฐานมาจากสังคมเกษตรกรรม ครอบครัวจึงเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุด เป็นหน่วยของสังคมที่มีความผูกพันกันด้วยความรัก ความอบอุ่นอย่างบริสุทธิ์ใจ มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เป็นที่พึ่งกันทั้งทางวัตถุและทางจิตใจ ทำให้คนในครอบครัวมีความอบอุ่น มีความมั่นคงในชีวิตและค่านิยมทางพุทธศาสนาซึ่งสอนให้กตัญญูและเคารพบิดามารดา รวมทั้งผู้มีพระคุณ แม้ว่าสภาพเศรษฐกิจ สังคม จะมีวิวัฒนาการไปสู่สังคมอุตสาหกรรมและมีความทันสมัยมากขึ้น บุตรหลานได้รับการศึกษาและค่านิยมใหม่ๆ มีความรู้และสภาพการทำงานต่างไปจากบิดามารดา

อาจต้องย้ายที่อยู่ ซึ่งไม่สะดวกในการพบบิดามารดาที่สูงอายุไปอยู่ด้วยหรืออาจมีความจำเป็นทางเศรษฐกิจที่ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุตรหลานลดลงไปบ้าง กระนั้นก็ตามผู้สูงอายุไทยก็ยังคงอยู่กับครอบครัว (ดวงรัตน สุขปุณณะ.2547: 1) ดังที่ พิระศิลป์ คำนวนศิลป์และคณะ (2533: 167)พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีความสุขอยู่ในครอบครัวและสถาบันครอบครัวไทยยังเป็นสถาบันที่สำคัญในการปกป้องดูแลสมาชิกผู้สูงอายุ

จะเห็นได้ว่า นโยบายในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในประเทศไทยก็ได้ให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นโดยแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529) ได้มีการเน้นส่งเสริมและสนับสนุนให้สถาบันครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุให้มากขึ้น (ดวงรัตน สุขปุณณะ.2547: 3 อ้างอิงจาก แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525-2529).2525: บทสรุป) ดังนั้น จึงเห็นสมควรที่จะสนับสนุนให้สมาชิกครอบครัวเป็นฝ่ายมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุให้เขาได้พบกับความสุขในบ้านปลายของชีวิตบ้าง ทั้งนี้ เนื่องจากเขาเคยเป็นทรัพยากรบุคคลที่เคยทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว สังคมและเป็นแรงงานที่สำคัญของประเทศมาแล้วกว่าครึ่งชีวิตและยังเป็นผู้ที่ได้เคยตัดสินใจมีบุตรอีกด้วยคาดหวังที่จะได้รับการดูแลในยามสูงอายุอีกด้วย จึงเห็นสมควรอย่างยิ่งที่ครอบครัวจะเป็นผู้ให้การปรนนิบัติดูแลผู้สูงอายุในยามชราและเพื่อดำรงไว้ซึ่งประเพณี วัฒนธรรมและค่านิยมของบุตรหลานที่มีต่อการเคารพและดูแลผู้สูงอายุให้คงอยู่ต่อไป และถึงแม้ว่าโดยทั่วไปแล้ว ค่านิยมการเคารพนับถือ ความกตัญญูต่อบิดามารดา ญาติผู้ใหญ่หรือผู้มีพระคุณ จะยังมีอยู่ในสังคมไทย (สุธีรา นุ้ยจันทร์.2530: 35-36) แต่สภาพเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาเพื่อนำไปสู่สังคมสมัยใหม่ จะเป็นข้อจำกัดต่อบทบาทของบุตรหลานในการดูแลผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตาม การให้ผู้สูงอายุอยู่กับครอบครัวเป็นสิ่งที่ดีที่สุดก็จริง แต่อาจมีปัจจัยบางอย่างทำให้ไม่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ เช่น ลูกหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้านกันหมดไม่มีผู้ดูแลหรือฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีผู้สูงอายุบางคนก็เลือกที่จะอยู่ในสถานสงเคราะห์เอง เนื่องจากต้องการอยู่อย่างอิสระหรือขัดแย้งกับลูกหลาน ผู้สูงอายุบางคนเกรงว่าสังคมจะครหาว่าเป็นคนไม่ดี ลูกหลานจึงไม่เลี้ยงดูหรือกล่าวหาลูกหลานไม่ดีที่ไม่ดูแลบุพการี (เยาวรัตน์ ปริกษาม และ สุพัตรา อติโพธิ. 2543: บทคัดย่อ)

ส่วนการแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุนอกจากตัวผู้สูงอายุเองแล้ว ครอบครัวจัดได้ว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุ (รุ่งทิพย์ แสงใจ.2542: 2; อ้างอิงจาก Roth.1989 p.90) ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ แมคเอลวิน (กาญจนา ไทยเจริญ. 2543: 9 ;อ้างอิงจาก McElveen.1978 pp.326-327) ที่กล่าวว่า ครอบครัวและญาติพี่น้องเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด มีการติดต่อกันบ่อยครั้ง มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนทั้งสิ่งของ บริการ ข้อมูลข่าวสาร ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา

และตัดสินใจซึ่งกันและกัน รองลงมาจะเป็นกลุ่มเพื่อน ดังนั้น หากสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นไปด้วยดี ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้องในด้านต่างๆ ก็จะช่วยให้มีอารมณ์และจิตใจที่มั่นคง มองโลกในแง่ดี มีสุขภาพจิตที่ดี พร้อมทั้งจะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความหมายต่อผู้สูงอายุมากเพราะเป็นสถาบันที่ให้ทั้งความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัย ให้การสนับสนุนทางด้านการต่างๆ เช่น ด้านอารมณ์ ด้านคุณค่า เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุต้องการและมีผลต่อภาวะจิตใจเป็นอย่างดี

จากการศึกษาที่ผ่านมา มีงานวิจัยหลายชิ้นพบว่า มีปัจจัยทางด้านครอบครัวหลายประการที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความพอเพียงของรายได้ เช่น จากรายงานของแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 35.4 รายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในการเลี้ยงตนเองและครอบครัวโดยเป็นปัญหากับผู้สูงอายุในเขตชนบทมากกว่าในเมือง มีผู้สูงอายุร้อยละ 0.4 ที่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 3.4 มีรายได้ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อปี และร้อยละ 13.4 ที่ครัวเรือนมีรายได้ระหว่าง 2,500-9,999 บาทต่อปี ปัญหารายได้ต่ำนี้พบชัดเจนในเขตชนบทในผู้สูงอายุหญิงและในผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุ 70 ปีหรือมากกว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 22 เป็นบุคคลหลักผู้เดียวในการเลี้ยงครอบครัวและอีกร้อยละ 10.5 ที่เป็นผู้ร่วมทำงานหารายได้หลักค้าจุนครอบครัว โดยที่ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุในเขตชนบทและอยู่ในเขตเกษตรกรรม ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เคยทำงานและหยุดงานหรือไม่ได้ทำงานใดประจำมีสาเหตุของการหยุดงานมาจากปัญหาสุขภาพ ในจำนวนผู้สูงอายุเหล่านี้พบว่า ร้อยละ 27.8 ยังอยากทำงานและแฉ่งว่ายังทำไหว และอีกร้อยละ 39.3 ยังอยากทำงานแต่ทำไม่ไหว (แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). 2545: 12) และยังมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ลักษณะครอบครัว สภาวะแวดล้อมของครอบครัว และสัมพันธภาพในครอบครัว เช่น การศึกษาของไมตรี ดิยะรัตนกุล (2536: 79) ที่พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีจะมีสุขภาพจิตดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ส่วนงานวิจัยของเพ็ญแข ประจันปัจฉินิก (2533: 38) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีบุตรหลาน ญาติ พี่น้องอยู่มาก มีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่แบบครอบครัวเดียว สำหรับด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุควรดัดแปลงทั้งภายนอกและภายในที่พักให้เหมาะสมและปลอดภัยต่อการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ที่สำคัญสภาพแวดล้อมต้องสงบสุขและปลอดภัย (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ สุพัตรา อติโพธิ. 2543)

จากความสำคัญของปัจจัยด้านครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุที่กล่าวมาข้างต้นนั้น จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 5 ด้าน แบ่งเป็น ด้านอารมณ์ ด้านคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวิถีชีวิตของ บริการ ด้านเครือข่าย 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัวว่าจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุต่างกันหรือไม่ อย่างไร และสามารถทำนายสุขภาพจิตของ

ผู้สูงอายุได้หรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลที่จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวและสังคมได้เข้าใจสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุมากขึ้น รวมทั้งเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุให้อยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างสมศักดิ์ศรีในฐานะเป็นผู้รับประโยชน์จากครอบครัวและสังคมและเป็นผู้ให้ประโยชน์แก่ครอบครัวและสังคมได้อย่างเต็มความสามารถ อีกทั้งดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุขได้และที่สำคัญคือ เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อส่งเสริมสถาบันครอบครัวในการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้นต่อไป โดยผู้วิจัยเลือกที่จะศึกษากับผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง ซึ่งข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลบ้านฉาง มีดังต่อไปนี้

โรงพยาบาลบ้านฉางปัจจุบันเป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง ตั้งอยู่เลขที่ 77 หมู่ 1 ตำบลพลลา อำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง มีเนื้อที่ประมาณ 39 ไร่ 27 ตารางวา สำหรับสภาพภูมิศาสตร์และอาณาเขต นั้น ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกของจังหวัดระยอง ห่างจากตัวจังหวัดระยอง 27 กิโลเมตร ทิศเหนือติดอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยองและอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี ทิศใต้ติดอ่าวไทย ทิศตะวันออกติดอำเภอมะเมือง จังหวัดระยอง ทิศตะวันตกติดอำเภอสัตหีบและอำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิต ระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง
2. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉางตามปัจจัยด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉางจากปัจจัยด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว

ความสำคัญของการวิจัย

1. ทำให้ทราบระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง เพื่อนำไปเป็นแนวทางในส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้นต่อไป
2. ทำให้ทราบระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ บริการ และด้านเครือข่าย ของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญในการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวแก่ผู้สูงอายุให้มากยิ่งขึ้นต่อไป
3. ทำให้ทราบความแตกต่างของปัจจัยด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาพแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัวว่าจะทำให้ระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุต่างกันหรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้นำผลการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามตัวแปรปัจจัยด้านครอบครัวดังกล่าว
4. ทำให้ทราบว่า ปัจจัยด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาพแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว จะมีปัจจัยด้านใดบ้างที่สามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ เพื่อหาแนวทางส่งเสริมปัจจัยด้านนั้นๆ ต่อไป
5. ทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการทำวิจัยเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอนาคตต่อไป เพื่อให้ภาครัฐและเอกชนใช้เป็นข้อมูลประกอบในการวางแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ได้รับการเอาใจใส่และบริการในด้านต่างๆ จากครอบครัวและสังคมให้ดียิ่งขึ้นซึ่งนำไปสู่การหาแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง จำนวน 300 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane ณ ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 5% หรือ .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

อย่างต่ำ 172 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างในช่วงระหว่างเดือนธันวาคม 2552 ถึง เดือน มกราคม 2553 เป็นเวลา 4 สัปดาห์

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว 5 ด้าน ดังต่อไปนี้

1.1 รายได้ แบ่งเป็น

1.1.1 เหลือใช้

1.1.2 พอใช้

1.1.3 ไม่พอใช้

1.2 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่

1.2.1 ด้านอารมณ์ แบ่งเป็น มาก กับ น้อย

1.2.2 ด้านคุณค่า แบ่งเป็น มาก กับ น้อย

1.2.3 ด้านข้อมูลข่าวสาร แบ่งเป็น มาก กับ น้อย

1.2.4 ด้านวัสดุสิ่งของ บริการ แบ่งเป็น มาก กับ น้อย

1.2.5 ด้านเครือข่าย แบ่งเป็น มาก กับ น้อย

1.3 ลักษณะครอบครัว แบ่งเป็น

1.3.1 เดี่ยว

1.3.2 ขยาย

1.4 สภาวะแวดล้อมของครอบครัว แบ่งเป็น

1.4.1 ดี

1.4.2 ไม่ดี

1.5 สัมพันธภาพในครอบครัว

1.5.1 ดี

1.5.2 ไม่ดี

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล

บ้านฉาง

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง
2. ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง ชมรมที่เกิดจากการที่ผู้สูงอายุมารวมกลุ่มกัน เป็นลักษณะการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายสำคัญที่จัดขึ้นเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีการรวมตัวกันเพื่อพัฒนาตนเองและพัฒนาสังคมท้องถิ่น เพื่อสร้างกิจกรรมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ สร้างสุขภาพให้กับตนเอง เพื่อนสมาชิกและสังคม โดยมีสถาบันครอบครัวและชุมชนเป็นพื้นฐานในการดำเนินการ ในสังกัดสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง
3. สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มาลงทะเบียนเข้าเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง

นิยามปฏิบัติการ

1. สุขภาพจิต หมายถึง สุขภาพของจิตใจและชีวิตที่เป็นสุขตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล อันมีผลมาจากความพึงพอใจในชีวิต การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นและความสามารถจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผู้ที่มีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ มีความสามารถในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในทุกสภาพแวดล้อม สามารถที่จะทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติได้ และที่สำคัญสามารถใช้ชีวิตดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

สุขภาพจิตวัดได้จากแบบวัดสุขภาพจิตซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบคัดกรองสุขภาพจิต (Thai GHQ-30 = Thai General Health Questionnaires-30) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดยนายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2545) แปลและดัดแปลงมาจากมาจาก G.H.Q. ของ Davis Goldberg and Paul Williams (ค.ศ.1988) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ใช้วิธีคิดคะแนน 4-3-2-1 ตามลำดับ

การพิจารณาระดับสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้

- | | | |
|-------------|---------|---------------------------------------|
| 3.26 – 4.00 | หมายถึง | ผู้ที่มีสุขภาพจิตในระดับดี |
| 2.51 – 3.25 | หมายถึง | ผู้ที่มีสุขภาพจิตในระดับค่อนข้างดี |
| 1.76 – 2.50 | หมายถึง | ผู้ที่มีสุขภาพจิตในระดับค่อนข้างไม่ดี |
| 1.00 – 1.75 | หมายถึง | ผู้ที่มีสุขภาพจิตในระดับไม่ดี |

ในการแบ่งกลุ่มคนออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีสุขภาพจิตดีกับกลุ่มที่มีสุขภาพจิตไม่ดี จะใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งโดยผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ยจะจัดอยู่ในกลุ่มที่มีสุขภาพจิตดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยจะจัดอยู่ในกลุ่มที่มีสุขภาพจิตไม่ดี

2. ปัจจัยด้านครอบครัว หมายถึง ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ของครอบครัวของผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาพแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว

2.1 รายได้ หมายถึง การรับรู้ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

2.2.1 เหลือใช้ (รายรับสูงกว่ารายจ่าย)

2.2.2 พอใช้ (รายรับเพียงพอกับรายจ่าย)

2.2.3 ไม่พอใช้ (รายรับต่ำกว่ารายจ่าย)

แบบสอบถามเกี่ยวกับรายได้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นแบบให้เลือกตอบมีจำนวนข้อคำถาม 1 ข้อ มี ให้เลือก 3 ตัวเลือก คือ เหลือใช้ พอใช้ และไม่พอใช้ ตามลำดับ โดยผู้วิจัยใช้การรับรู้ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุเป็นเกณฑ์ในการตอบ

ในการแบ่งกลุ่มคนออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีรายได้เหลือใช้ กลุ่มที่มีรายพอใช้ และกลุ่มที่มีรายได้ไม่พอใช้ ผู้วิจัยจะใช้การนับจำนวนตามช่องที่กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ

2.2 การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง การประคับประคองช่วยเหลือ การติดต่อสื่อสารหรือการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

2.2.1 ด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การแสดงออกทั้งทางด้านวจนภาษา (Verbal expression) และอวจนภาษา (Nonverbal expression) ที่เป็นการสนับสนุนให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจ ให้การปลอบโยน และให้การดูแลเอาใจใส่

2.2.2 ด้านคุณค่า (Esteem Support) คือ การแสดงออกทั้งทางด้านวจนภาษา (Verbal expression) และอวจนภาษา (Nonverbal expression) ที่ช่วยสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งความรู้สึกถึงการมีคุณประโยชน์และมีความสามารถ

2.2.3 ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) คือ การได้รับคำแนะนำ การแนะแนว และแม้แต่การชี้แนะจากคนอื่นๆ

2.2.4 ด้านวัสดุสิ่งของ บริการ (Tangible Support) คือ การได้รับคำแนะนำ การแนะแนว และแม้แต่การชี้แนะจากคนอื่นๆ

2.2.5 ด้านเครือข่าย (Network Support) คือ การเป็นสมาชิกในกลุ่มที่มีการแลกเปลี่ยนความสนใจและกิจกรรมร่วมกัน

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวนั้น ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของ ประณต เค้าฉิม (2549) ที่สร้างตามนิยามของเบอร์นาร์ดและครูปัต (Bernard; & Kruput.1994) แล้วผู้วิจัยนำมาปรับใช้ให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านคุณค่า จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านวัสดุสิ่งของ บริการ จำนวน 4 ข้อ 5) ด้านเครือข่ายสังคม จำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับตามแบบของลิเกิร์ต (Likert) คือ มาก ค่อนข้างมาก ค่อนข้างน้อย และน้อย ใช้วิธีคิดคะแนน 4-3-2-1 ตามลำดับ

การพิจารณาระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้

3.26 – 4.00	หมายถึง	ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับมาก
2.51 – 3.25	หมายถึง	ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับ ค่อนข้างมาก
1.76 – 2.50	หมายถึง	ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับ ค่อนข้างน้อย
1.00 – 1.75	หมายถึง	ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับน้อย

ในการแบ่งกลุ่มคนออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากกับกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อย จะใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง โดยผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย จะจัดอยู่ในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมาก ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย จะจัดอยู่ในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อย

2.3 ลักษณะครอบครัว หมายถึง ลักษณะของกลุ่มผู้ร่วมอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุในครอบครัวเดียวกัน แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

2.3.1 ครอบครัวเดี่ยว ได้แก่ ครอบครัวพื้นฐานหรือครอบครัวเนื้อแท้เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยบุคคลที่เป็นสมาชิก ซึ่งต่างก็มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดที่สุด ครอบครัวประเภทนี้ประกอบด้วยสมาชิกเพียง 2 ช่วงวัยเท่านั้นคือ พ่อแม่กับลูกๆ ที่ยังไม่ได้แต่งงานเท่านั้น เช่น 1) ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรืออยู่กับคู่สมรส 2) ผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรที่ยังไม่มีครอบครัว 3) ผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกับบุตรที่ยังไม่มีครอบครัว

2.3.2 ครอบครัวขยาย ได้แก่ ครอบครัวที่ประกอบด้วยครอบครัวเล็กหรือครอบครัวแท้ตั้งแต่ 2 ครอบครัวขึ้นไปเกิดเป็นหน่วยครอบครัวใหม่ที่ใหญ่กว่าเดิม ซึ่งส่วนมากจะมีอยู่ในสังคมที่มีการจัดระบบญาติสายเดียวกันมากกว่าญาติสายอื่น ระบบครอบครัวขยายถือว่าเป็นระบบครอบครัวที่ใหญ่โต อำนาจสิทธิขาดของครอบครัวมักจะขึ้นอยู่กับระบบอาวุโส เช่น ลักษณะกลุ่มผู้อยู่อาศัยร่วมกับผู้สูงอายุที่ประกอบด้วยผู้สูงอายุและ/หรือคู่สมรส และครอบครัวของบุตรหลาน ญาติพี่น้อง ที่อยู่ร่วมในครอบครัวเดียวกัน

แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาค้นคว้าแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวกับลักษณะครอบครัวจากหนังสือ เอกสารทางวิชาการต่าง ๆ เพื่อนำมาประกอบการศึกษาโดยให้ผู้สูงอายุเลือกตอบตามลักษณะกลุ่มผู้ร่วมอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุในครอบครัวเดียวกัน

ในการแบ่งกลุ่มคนออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับกลุ่มที่อยู่ในครอบครัวขยาย ผู้วิจัยจะให้การนับจำนวนตามช่องที่กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ

2.4 สภาวะแวดล้อมของครอบครัว หมายถึง บริบทต่างๆ ที่อยู่แวดล้อมทั้งในและนอกครอบครัวและมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.4.1 สภาวะแวดล้อมภายในครอบครัว หมายถึง สภาพที่อยู่อาศัยและลักษณะภายในบ้าน ประกอบด้วย การจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยและห้องต่างๆ ความสะอาดถูกสุขอนามัย การควบคุมโรคติดต่อ การติดตั้งอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นภายในบ้าน

2.4.2 สภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัว หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายนอกบ้านทั้งสิ่งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต ประกอบด้วย รั้วบ้าน การจัดบริเวณที่พักอาศัยรอบบริเวณบ้านสำหรับนั่งเล่นพักผ่อนหย่อนใจ เขตที่อยู่อาศัยปลอดภัยจากมลพิษและปลอดภัยจากการก่ออาชญากรรมต่างๆ และไม่แออัดจนเกินไป

แบบวัดสภาวะแวดล้อมของครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยศึกษาค้นคว้าแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมของครอบครัว รวมทั้งยังได้ศึกษาจากหนังสือ เอกสารทางวิชาการต่างๆ และข้อมูลทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Internet) ที่เกี่ยวข้องกับสภาวะแวดล้อมของครอบครัวเพื่อนำมาประกอบการศึกษา ลักษณะแบบวัดเป็นแบบให้เลือกตอบ มี 2 ตัวเลือก คือ "ใช่" กับ "ไม่ใช่" โดยผู้ที่ตอบว่า "ใช่." จะได้คะแนน 2 และผู้ตอบว่า "ไม่ใช่" จะได้คะแนน 1 ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ สภาวะแวดล้อมภายในครอบครัว 9 ข้อ และสภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัว 6 ข้อ

ในการแบ่งกลุ่มคนออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมของครอบครัวดีกับกลุ่มที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมของครอบครัวไม่ดี ผู้วิจัยจะใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งโดยผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย จัดอยู่ในกลุ่มที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมของครอบครัวดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย จัดอยู่ในกลุ่มที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมของครอบครัวไม่ดี

2.5 สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง สภาพความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวกับผู้สูงอายุซึ่งปฏิบัติต่อกันและกัน สัมพันธภาพในครอบครัว ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน มีความรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน และมีความกลมเกลียวสามัคคีปรองดองระหว่างสมาชิกในครอบครัว

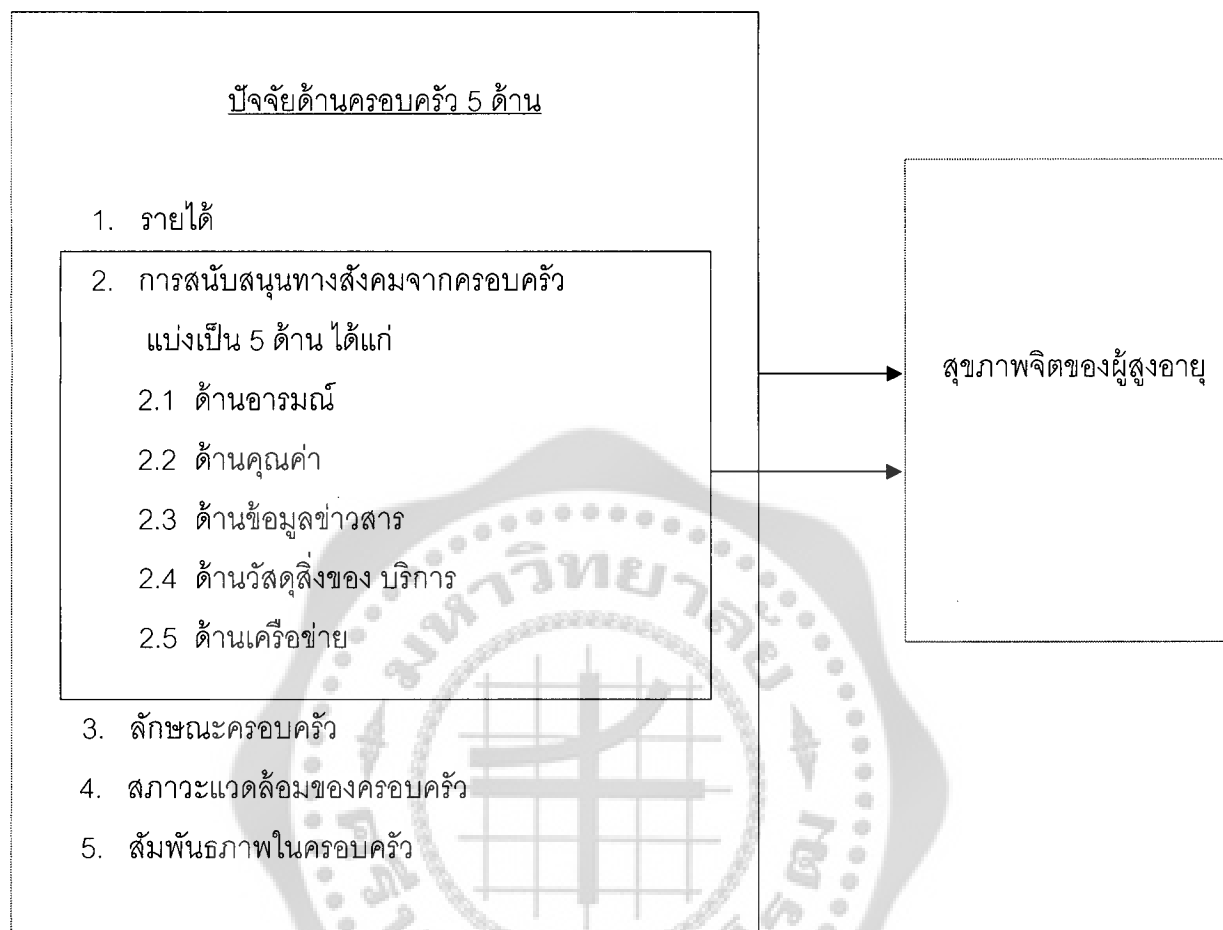
แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวโดยของ ไชยโล ไชยเสวี (2539) ซึ่งดัดแปลงมาจากแนวคิดของ มอร์โรและวิลสัน (Morrow and Wilson.1961: 503-504) แล้วนำมาปรับใช้ให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะแบบวัดเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ เป็นประจำ บางครั้ง และไม่เคย ใช้วิธีคิดคะแนนเป็น 3-2-1 ตามลำดับ

การพิจารณาระดับสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้

- | | | |
|-------------|---------|--|
| 2.33 – 3.00 | หมายถึง | ผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี |
| 1.67 – 2.32 | หมายถึง | ผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง |
| 1.00 – 1.66 | หมายถึง | ผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี |

ในการแบ่งกลุ่มคนออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวดีกับกลุ่มที่มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี จะใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง คือ ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย จัดอยู่ในกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย จัดอยู่ในกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีรายได้เหลือใช้มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้ และผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อย
3. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวขยายมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว
4. ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมของครอบครัวดีมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมของครอบครัวไม่ดี

5. ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี

6. ปัจจัยด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว สามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) ลักษณะครอบครัว 3) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาตามเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

- 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
- 1.2 ความสำคัญของผู้สูงอายุ
- 1.3 เกณฑ์การจำแนกผู้สูงอายุ
- 1.4 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
- 1.5 ทฤษฎีภาวะผู้สูงอายุ
- 1.6 ทฤษฎีการปรับตัวของผู้สูงอายุ
- 1.7 ปัญหาของผู้สูงอายุ
- 1.8 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุ
- 1.9 การวางแผนชีวิตของผู้สูงอายุ

2. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

- 2.1 ความหมายของสุขภาพจิต
- 2.2 ความสำคัญของสุขภาพจิต
- 2.3 หลักเกณฑ์การพิจารณาความเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดีและไม่ดี
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต
- 2.5 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต
- 2.6 ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
- 2.7 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
- 2.8 การช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี

3. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว

- 3.1 ความหมายของครอบครัว
- 3.2 ความสำคัญของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ
- 3.3 แนวคิดการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

4. แนวคิดและงานวิจัยที่แสดงความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่

1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

4.1 แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวกับรายได้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

1. แนวคิดเกี่ยวกับรายได้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรายได้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

4.2 แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิต

ผู้สูงอายุ

1. แนวคิดและความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

2. รูปแบบของการสนับสนุนทางสังคม

3. ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

4. ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

5. การวัดการสนับสนุนทางสังคม

6. ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

7. งานวิจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

4.3 แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวกับลักษณะครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

1. รูปแบบของลักษณะครอบครัว

2. งานวิจัยที่เกี่ยวกับลักษณะครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

4.4 แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมของครอบครัวกับสุขภาพจิตของ

ผู้สูงอายุ

1. แนวคิดเกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมของครอบครัว

2. ความหมายของสภาวะแวดล้อมของครอบครัว

3. ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา

4. ประเภทของสภาวะแวดล้อมของครอบครัว

5. องค์ประกอบของสภาวะแวดล้อมของครอบครัว

6. การจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

7. งานวิจัยที่เกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมของครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

4.5 แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

1. ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว
2. องค์ประกอบของความสัมพันธ์ในครอบครัว
3. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว
4. ความสำคัญของสัมพันธภาพในครอบครัวที่มีต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” (Elderly) ถูกบัญญัติขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยโดย พล.ต.ต.อรรถสิทธิ์ ลีสิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวโสและผู้สูงอายุจากวงการต่างๆ เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2505 จนเป็นที่เข้าใจ ยอมรับและใช้กันแพร่หลายในปัจจุบัน การกำหนดเกณฑ์ว่า การเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะถือเอาอายุเท่าใดได้มีการศึกษากันมากในเรื่องนี้ ตามคำจำกัดความของมติสมัชชาโลก ผู้สูงอายุที่นครเวียนนา พ.ศ.2525 หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จึงได้ใช้อายุนี้เป็นเกณฑ์เกษียณอายุการทำงาน แต่ในประเทศที่มีความเจริญทางการแพทย์พบว่า ผู้ที่มีอายุ 60 ปีแล้ว ยังแข็งแรงและสามารถทำงานได้ดีจึงมีความพยายามที่จะเพิ่มอายุของการเข้าสู่วัยสูงอายุให้สูงขึ้นคือเป็น 65 ปี หรือแม้แต่มิแนวนั้นจะเป็น 70 ปี (สุรกุล เจนอบรม. 2534: 4-5)

อัจฉรา สุขารมณ (2527: 3) กล่าวว่า คำว่า “สุขภาพจิต” ตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า “Mental Health” ซึ่งหมายถึง ลักษณะสภาพจิตหรือสภาวะทางจิตอันประกอบด้วยการรับรู้ ลักษณะอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งในสภาวะทางจิตที่ปกติทั้งการรับรู้ ลักษณะอารมณ์ และพฤติกรรมต้องมีความสอดคล้องกันเป็นอันดี (Well integrated)

ชูศักดิ์ เวชแพศย์; และคนอื่นๆ (2531: 2-3) ให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป และถือเป็นเกณฑ์ปลดเกษียณอายุราชการของประเทศไทยด้วย

สุรกุล เจนอบรม (2534: 4) ให้ความหมายผู้สูงอายุว่า หมายถึง บุคคลในวัยสุดท้ายของวงจรชีวิต ซึ่งเริ่มตั้งแต่วัยทารก วัยเด็ก วัยหนุ่มสาว วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา การกำหนดเกณฑ์ว่า เมื่อใดจึงจะเรียกว่าผู้สูงอายุนั้น ในสังคมดั้งเดิมได้กำหนดการเป็นผู้สูงอายุโดยใช้บทบาทที่บุคคลนั้นๆ ทำอยู่ในสังคมเป็นเกณฑ์ ซึ่งบทบาทเหล่านั้นมักจะเป็นบทบาทที่แสดงถึงความเป็นผู้นำ ความรับผิดชอบในสังคม ส่วนในปัจจุบันมักจะใช้อายุเป็นเกณฑ์ในการกำหนดความหมายของการเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งการใช้อายุเป็นเกณฑ์นี้ก็แตกต่างกันไปในสังคมของแต่ละประเทศ เช่น บางประเทศกำหนด 55 ปี

บางประเทศกำหนด 65 ปีหรือ 70 ปี และตัวเลขเหล่านี้คือ เกณฑ์อายุที่จะปลดเกษียณตัวเองออกจาก การปฏิบัติงานตามที่แต่ละประเทศกำหนดขึ้นไว้นั่นเอง

จันทร์เพ็ญ เนียมอินทร์ (2539: 9) สรุปว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมี ชีวิตอยู่ในวัยสุดท้ายของชีวิต เป็นวัยแห่งความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หน้าที่การ งานและบทบาททางสังคมลดลง เป็นวัยที่ควรได้รับการช่วยเหลือ ดูแล อุปการะ เพื่อให้มีความสุข

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของผู้สูงอายุว่า หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นวัยที่อยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต อยู่ในระหว่างการเปลี่ยนแปลง ในลักษณะที่เสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งควรได้รับการช่วยเหลือ

1.2 ความสำคัญของผู้สูงอายุ

แม้ว่าผู้สูงอายุจะเป็นผู้ที่อยู่ในวัยสุดท้ายของชีวิตแต่ด้วยเหตุที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ผ่าน ประสบการณ์ชีวิตมายาวนาน ผู้สูงอายุจึงเป็นทรัพยากรที่มีค่าของสังคม เพราะเป็นผู้ที่สามารถ ถ่ายทอดวิชาความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ให้แก่ลูกหลานและเยาวชนรุ่นหลัง อีกทั้งยังเป็นผู้แนะนำและ ทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้ หากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความสุขแล้วก็จะสามารถสร้างประโยชน์ให้แก่ ครอบครัว สังคม และประเทศชาติได้เป็นอย่างดี ปัญหาของผู้สูงอายุทั้งปัญหาสุขภาพทางกายและ สุขภาพทางจิตใจจึงเป็นปัญหาที่สำคัญและควรได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม รวมทั้งหาแนวทางในการ ป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาหรือลดความรุนแรงของปัญหาลง จึงเป็นการสมควรที่ผู้เกี่ยวข้องและสังคมจะ ให้ความช่วยเหลือ ส่งเสริม ดูแลในทุกมิติของชีวิต นั่นคือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยเฉพาะทางด้าน จิตใจ เป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อขจัดหรือลดปัญหาของ ผู้สูงอายุลงทำให้พวกเขามีชีวิตบั้นปลายอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข

จากปรัชญาและวิสัยทัศน์ของแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 พ.ศ.2545-2564 (2545: 28-29) ได้ กล่าวถึงความสำคัญของผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจนดังนี้

1. การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม
2. การที่จะทำให้มีหลักประกันในวัยสูงอายุจะต้องมีการกระทำตามลำดับดังนี้
 - 1) ประชากรช่วยตนเอง 2) ครอบครัวเกื้อหนุน 3) ชุมชนช่วยเหลือ 4) สังคม-รัฐเกื้อหนุน โดยสมควรที่ จะมีการผสมผสานการกระทำเหล่านี้ในบางช่วงเวลาที่จำเป็นและเหมาะสม
3. ผู้สูงอายุมีคุณค่าและศักยภาพ สมควรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้มีส่วนร่วมอันเป็น ประโยชน์ต่อสังคม
4. ผู้สูงอายุมีศักดิ์ศรีและสมควรดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของตนได้อย่างมีคุณภาพที่ สมเหตุสมผลและสมวัย

5. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ใช่บุคคลด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคมและถึงแม้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะประสบความทุกข์ยากและต้องการการเกื้อกูลจากสังคมและรัฐ แต่ก็ก็เป็นเพียงบางช่วงเวลาของวัยสูงอายุเท่านั้น

6. ผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม โดยประชากรผู้สูงอายุมีสถานภาพดีคือ สุขภาพดีทั้งกายและใจ ครอบครัวยุบอุ่น มีสังคมที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีหลักประกันที่มั่นคง ได้รับสวัสดิการและการบริการที่เหมาะสม อยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วมและเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจของครอบครัว ชุมชน มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและข่าวสารอย่างต่อเนื่อง

7. ผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากและต้องการการเกื้อกูล หากมีการดำเนินการที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุเหล่านี้ส่วนใหญ่ดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง

8. ครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ การดำเนินการต่างๆ จะต้องมุ่งสู่สถาบันหลักทั้งสอง เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้สามารถเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพที่พอเหมาะพอควร

9. ระบบสวัสดิการและบริการจะต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพที่สมเหตุสมผล

10. รัฐจะต้องส่งเสริมและสนับสนุนให้เอกชนเข้ามีส่วนร่วมในระบบบริการ โดยมีการกำกับเพื่อการคุ้มครองผู้สูงอายุในฐานะผู้บริโภค

งานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุยังมีความจำเป็น ด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้

1. มีแนวโน้มชัดเจนว่า ประชากรผู้สูงอายุจะมีมากขึ้นในขณะที่จำนวนประชากรลดลงถึง 1.9% มีผู้สูงอายุในปี 2543 ถึง 4.8 ล้านคน ซึ่งเป็นอัตราเพิ่มถึง 7.4% และจำนวนที่เพิ่มจะเป็นหญิงหม้ายหรือผู้หย่าร้างมากกว่าชายสูงอายุในวัยเดียวกัน ซึ่งจะทำให้พบกับปัญหาอีกมากมายที่จะตามมา

2. ผู้สูงอายุที่ไม่อาจช่วยตนเองได้และต้องพึ่งพาอาศัยลูกหลานประสบกับความลำบาก เพราะมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจตลอดเวลา

3. ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไม่ได้ให้ความสนใจหรือเตรียมการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตใจของผู้สูงอายุแต่อย่างใด

4. ผู้สูงอายุที่มีความรู้และประสบการณ์ยังสามารถทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัวและสังคม โดยการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ของเขาแก่ผู้อื่น

1.3 เกณฑ์การจำแนกผู้สูงอายุ

สุรกุล เจนอบรม (2541: 6-7) ได้กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้โดยสรุป 4 ลักษณะดังนี้

- 1) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏ เป็นการดูที่จำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปฏิทิน โดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาพิจารณาด้วย
 - 2) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายโดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี เช่น ผมเริ่มขาวขึ้น ผิวหนังเหี่ยวย่น ตกกระ สายตายาว ศีรษะล้าน
 - 3) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ เป็นการพิจารณาจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ สถิติปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง
 - 4) พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม เป็นการดูจากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลอื่นๆ ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานด้วย
- จากเกณฑ์ทั้ง 4 ลักษณะนี้ สรุปได้ว่า บุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมจะเพิ่มมากขึ้น สถิติปัญญา ความจำ การเรียนรู้ สภาพจิตใจจะเปลี่ยนแปลงไป บทบาททากว่หน้าที่ทางสังคมก็จะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์พิจารณาความสูงอายุตามการให้ความหมายของสังคมส่วนใหญ่ที่ใช้เป็นมาตรฐานสากล กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

1.4 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยของการเสื่อมสลาย ซึ่งตรงข้ามกับวัยเด็กที่เป็นวัยสร้างสรรค์ ทั้งนี้ เพราะการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้แก่ (เสาวลักษณ์ หนูรักษา และคณะ.2535: 63)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพ เป็นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและระบบต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ ผิวหนังเหี่ยวย่น ขาดความมันและความยืดหยุ่น ต่อมเหงื่ออ่อนลงทำให้การปรับอุณหภูมิไม่ดีเหมือนวัยรุ่น

ระบบประสาทสัมผัสลดลง เช่น สายตาวัวมัว เป็นต้อกระจก หูตึง จมูกรับกลิ่นลดลง ลิ้นรู้รสน้อย

ระบบประสาททางเดินอาหารเสื่อมลง มีปัญหาเรื่องทันตสุขภาพ การย่อยอาหารไม่ดี ระบบกระดูกและไขข้อเสื่อม เพราะบาง ทำให้ปวดและอักเสบง่าย

ระบบทางเดินหายใจ ปอดเสื่อม กล่องเสียงเสื่อม เหนื่อยง่าย หายใจไม่สะดวก

ระบบหัวใจ หลอดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจอ่อนกำลัง หลอดเลือดแข็งตัว ขาดความยืดหยุ่น ความดันโลหิตสูงขึ้น ไชมันเกาะผนังหลอดเลือดหนาขึ้น เป็นสาเหตุให้เกิดโรคหัวใจได้ง่าย

ระบบปัสสาวะ ไต ทำหน้าที่เสื่อมไป ขับของเสียได้น้อยแต่ขับน้ำออกมามากทำให้ปัสสาวะบ่อย กล้ามเนื้อหูรูดของปัสสาวะหย่อนทำให้ปัสสาวะไม่ดี บางคนต่อมลูกหมากโตขึ้น เป็นผลทำให้ถ่ายปัสสาวะลำบาก

ระบบประสาทและสมอง สมองเสื่อมไป ความรู้สึกช้า การเคลื่อนไหวช้า ความสัมพันธ์ระหว่างสมอง กล้ามเนื้อและข้อเสียไป การทรงตัวไม่ดี มีอาการสั่นตามร่างกาย บางคนหลงลืมง่าย

ระบบต่อมไร้ท่อเสื่อมไป ต่อมเพศก็เสื่อมไปด้วยจึงทำให้การมีเพศสัมพันธ์เริ่มน้อยลงทั้งชายและหญิง

ศรีเรือน แก้วกังวาล กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุที่ได้กล่าวมานี้ สรุปได้ว่าเมื่อมีอายุเพิ่มมากขึ้นขึ้นสภาพของร่างกายก็จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ของร่างกาย ความเสื่อมต่างๆ ของร่างกายที่กล่าวมานี้เกิดขึ้นมากบ้างน้อยบ้างและเกิดในแห่งที่หรือ ณ ระบบต่างๆ ไม่เหมือนกันและไม่เท่ากันทุกคน บ้างก็เห็นได้ชัดเจนและเกิดขึ้นรวดเร็ว บ้างก็เกิดขึ้นช้าและเห็นได้ไม่ชัดเจน ความแตกต่างกันในการเสื่อมนี้ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ อาทิ กรรมพันธุ์ การดูแลรักษาร่างกายในวัยที่ผ่านมาและในวัยสูงอายุ (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540: 519)

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ สุรกุล เจนอบรม (2534:19-20) กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์จิตใจของผู้สูงอายุว่า เป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่างๆ ดังนี้

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทั้งนี้เพราะมีเพื่อนฝูงตายจากหรือบุคคลที่เป็นญาติสนิทหรือคู่ชีวิตที่ตายจาก ทำให้ผู้สูงวัยเกิดความรู้สึกถูกแยกพรางจากบุคคลอันเป็นที่รักก่อให้เกิดความเศร้าได้

การสูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยอันควรที่จะต้องออกจากการทำงานคือ ปลดเกษียณ ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดลงด้วย เนื่องจากหมดภาระการติดต่อด้านธุรการงานหรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ไม่มีเป้าหมายในชีวิต นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคมหรือต่อชุมชน และขณะเดียวกันก็ทำให้ขาดรายได้หรือรายได้ลดน้อยลง ผลจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุอาจปรับตัวลำบากต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าว

การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากในวัยสูงอายุนี้นิบุตรธิดาก็มักจะมีความครอบครัวกันแล้วและแยกย้ายกันไปอยู่ต่างหาก โดยเฉพาะในลักษณะของสังคมยุคปัจจุบันที่

ครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวมากกว่าลักษณะครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับลูกหลานของตนลดถอยลง โดยต่างคนต่างอยู่หรือมีการติดต่อสัมพันธ์กันหรือมีกิจกรรมร่วมกันลดลงกว่าแต่ก่อนทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ยิ่งขาดกำลังใจวังชาในการดูแลกิจกรรมในบ้านของตนเองด้วยแล้วยิ่งทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเจ็บเหงา เปล่าเปลี่ยว เกิดความซึมเศร้าเบื่อหน่ายเกิดขึ้นได้ง่าย

ความสูญเสียสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ทางจิตใจของคนเราอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกาย ทำให้เกิดการเสื่อมในสมรรถนะทางเพศจนความสวยงามของรูปร่างหน้าตาก็หมดไปด้วย ผลอันนี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวลเพราะรู้สึกว่าตนเองขาดความดึงดูดความสนใจจากเพศตรงข้าม ยิ่งทำให้เพิ่มความหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิตยิ่งขึ้น

นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุก็มีผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพทางร่างกายด้วย เช่น เมื่อร่างกายมีความเจ็บป่วย สภาพจิตใจก็มักจะเจ็บป่วยตามไปด้วย โดยเฉพาะถ้าหากมีการเจ็บป่วยที่เรื้อรังก็จะส่งผลไปให้ผู้สูงอายุมีความท้อแท้ที่จะต่อสู้กับสภาพจิตใจของตนเองหรือหมดกำลังใจที่จะรักษาโรคให้หาย เกิดความรู้สึกสิ้นหวังในชีวิต

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับสาเหตุของปัญหาทางกายและทางจิตใจของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมของไทยที่มีแนวโน้มไปทางตะวันตกมากขึ้นย่อมเกิดผลกระทบต่อนักผู้สูงอายุ สรุกล เจนอบรม (2534:21-22) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ได้แก่

การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม เนื่องจากสังคมปัจจุบันมีลักษณะกีดกันผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เช่น บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงานตลอดจนบทบาทในครอบครัว ผู้สูงอายุซึ่งเคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว เป็นหัวหน้าครอบครัวต้องกลับกลายเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี การเปลี่ยนแปลงบทบาทมาเป็นผู้อาศัยในครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ บทบาทใหม่ที่ผู้สูงอายุได้รับคือ คนเลี้ยงเด็กแทนที่บทบาทผู้นำและผู้แนะแนวทาง ฉะนั้น ถ้าคนเรารู้สึกว่าไม่มีบทบาทสำคัญเช่นเดิมและยังต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นอีกด้วย ปัจจัยเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความอับอายคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหาหรือเป็นภาระเรื้อรังของสังคม

การถูกทอดทิ้ง ผลของการเปลี่ยนแปลงสังคมจากสังคมแบบดั้งเดิมไปสู่สังคมสมัยใหม่ทำให้เกิดการขยายตัวหรือการเติบโตของชุมชนเมือง ระบบการผลิตเปลี่ยนจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม ทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุที่เป็นภาระหรือไม่สามารถประกอบอาชีพอื่น

ใดหรือไม่มีคุณค่าทางเศรษฐกิจ มักจะถูกทิ้งไว้ข้างหลัง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถูกทอดทิ้งซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหว

การเสื่อมความเคารพ ในสมัยก่อนผู้สูงอายุได้รับการเคารพนับถือจากผู้อ่อนอาวุโสในฐานะที่เป็นผู้มีประสบการณ์ ผู้แนะนำสั่งสอน แต่ในปัจจุบันค่านิยมเหล่านี้กำลังเปลี่ยนไปตามอย่างสังคมตะวันตกที่ยึดถืออิสรภาพส่วนบุคคลและคิดว่าผู้สูงอายุเป็นคนที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์ ผู้สูงอายุควรอยู่ส่วนผู้สูงอายุ ส่วนคนหนุ่มสาวก็อยู่ส่วนของหนุ่มสาวซึ่งความคิดเช่นนี้ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยขึ้น

สรุปได้ว่า ผลจากการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุทั้ง 3 ด้านดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุหมดหวัง ท้อแท้ในชีวิต โดยเฉพาะในคนที่รับสภาพการเปลี่ยนแปลงไม่ได้ ก่อให้เกิดความเครียด ความคับข้องใจ ประกอบกับลักษณะสังคมรอบข้างของผู้สูงอายุบางรายไม่เกื้อหนุนทางด้านกำลังใจก็จะทำให้ผู้สูงอายุนั้นเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (เต็มเดือน ศรีสอง. 2544: 28)

1.5 ทฤษฎีภาวะสูงอายุ

การศึกษาภาวะสูงอายุได้มีนักทฤษฎีต่างๆ เสนอแนวคิดและทฤษฎีที่อธิบายปรากฏการณ์ของภาวะสูงอายุในลักษณะของเนื้อหาสาระที่แตกต่างกันออกไป ดังต่อไปนี้

ละออง สุวิทยาภรณ์ (2534: 13-18) ได้สรุปทฤษฎีของการสูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ทฤษฎีทางชีววิทยา ประกอบด้วย 9 ทฤษฎี ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจน (Collagen) และไฟบรัสโปรตีน (Fibrous protein) จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นและเกิดจากการจับตัวกันมากทำให้เส้นใยหดสั้นเข้าปรากฏรอยย่นมากขึ้น ถ้าอยู่ตรงบริเวณกระดูกข้อต่อจะมองเห็นปุ่มกระดูกชัดเจน ซึ่งการจับตัวของเส้นใยจะมีมากในช่วงอายุ 30-50 ปี บริเวณที่มีการจับตัวสูงได้แก่ ผิวหนัง กระดูก กล้ามเนื้อ หลอดเนื้อ หลอดเลือดและหัวใจ

2) ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunological theory) ทฤษฎีนี้มีความเชื่อว่า เมื่อมีอายุมากขึ้นร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติน้อยและพร้อมๆ กับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคได้ไม่ดี เจ็บป่วยง่ายและภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองจะไปทำลายเซลล์ต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะเข้าไปทำลายเซลล์ที่เจริญเต็มที่แล้วไม่มีการแบ่งตัวใหม่ เช่น เซลล์สมอง เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจวายได้ง่าย

3) ทฤษฎีว่าด้วยยีน (Genetic theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การสูงอายุนั้นเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามกรรมพันธุ์ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนของร่างกายคล้ายคลึงกัน

หลายชั่วคนเมื่อมีอายุมากขึ้น เช่น ศีรษะล้าน ผมหงอกเร็ว ลักษณะดังกล่าวจะพบในบางคนเท่านั้น แม้ว่าจะมีอายุเท่ากัน

4) ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงและความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Somatic mutation and error theories) ทฤษฎีแรกกล่าวถึง ภาวะการแบ่งตัวผิดปกติ ทำให้เกิดการสูงอายุได้เร็วขึ้น เช่น การได้รับรังสีเล็กน้อยเป็นประจำหรือได้รับขนาดสูงทันทีจะมีผลทำให้เซลล์ชีวิตสั้นลง ส่วนทฤษฎีความผิดพลาดเชื่อว่า เมื่อเข้าสู่วัยชราจะมีการเปลี่ยนแปลงในด้านโครงสร้างของ DNA และถูกส่งต่อไปยัง RNA และเอนไซม์ที่เพิกสัเคราะห์ใหม่ เอนไซม์ที่ผิดปกตินี้จะผลิตสารชนิดหนึ่งภายในเซลล์มีผลต่อขบวนการเผาผลาญซึ่งอาจเสื่อมหรือสูญเสียสมรรถภาพ ถ้าจำนวน RNA ลดลงมากมีผลทำให้เสียชีวิต

5) ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมและถดถอย (Wear and Tear theory) ทฤษฎีนี้เปรียบสิ่งมีชีวิตทั้งหลายเหมือนเครื่องจักร เชื่อว่าหลังจากการใช้งานครั้งแล้วครั้งเล่าย่อมมีการสึกหรอ แต่สิ่งมีชีวิตต่างกับเครื่องจักร ตรงที่สามารถซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอเองได้ เนื้อเยื่อบางชนิด เช่น ผิวหนัง เยื่อบุ ทางเดินอาหาร เม็ดเลือดแดง มีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนเซลล์เก่าที่ตายไปอย่างต่อเนื่อง เป็นการชะลอความเสื่อมและถดถอย เมื่อเข้าสู่การมีอายุ การเสริมสร้างจะต่างจากพวกแรกคือ เป็นการเสริมสร้างภายในเซลล์เดิมประสิทธิภาพในการซ่อมเสริมจึงด้อยกว่า จึงชะลอความเสื่อมและถดถอยได้น้อยกว่า ซึ่งจะเห็นว่าถ้าหน้าที่ของร่างกายทั้งโครงสร้างมีการใช้ก็จะทำให้เกิดการหมดอายุ ถ้ามีการใช้มากมีผลทำให้เกิดการสูงอายุเร็วขึ้น

6) ทฤษฎีว่าด้วยการอดซึมที่บกพร่อง (Deprivation theory) เมื่อคนมีอายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความเสื่อมที่เกิดขึ้นที่ผนังเซลล์ของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย เป็นผลให้การอดซึมหรือการส่งผ่านออกซิเจนและสารอาหารต่างๆ ในเลือดไปสู่เซลล์ของอวัยวะต่างๆ ได้รับออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ อวัยวะต่างๆ จึงเสื่อมลง

7) ทฤษฎีว่าด้วยการสะสม (Accumulation theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าในน้ำเหลืองของคนหรือสัตว์ที่สูงอายุ พบว่ามีการสะสมของสารบางอย่าง ซึ่งมีผลทำให้หยุดการเจริญเติบโตของเซลล์และสารนี้จะไม่พบในน้ำเหลืองของคนหรือสัตว์ที่มีอายุน้อย สารดังกล่าวในปัจจุบันยังไม่สามารถแยกสกัดออกจากน้ำเหลืองได้และยังไม่พบองค์ประกอบทางเคมี จากการทดลองต่างๆ สรุปได้ว่า สารที่สะสมนี้มีผลแทรกแซงขบวนการเผาผลาญของเซลล์ ทำให้ประสิทธิภาพการซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลง ในที่สุดจะทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ เสื่อมลงและเสียไปในที่สุด

8) ทฤษฎีว่าด้วยสารที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free Radical theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงการให้ออกซิเจนของเซลล์และการเผาผลาญพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและอื่นๆ จะทำให้เกิดเรดิคัลอิสระ (Free Radical theory) อันเป็นสารที่ทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลง สารนี้ถูกเร่งให้

เกิดมากขึ้นโดยการฉายรังสี แต่มีสารที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดเรติคัลอิสระได้แก่ วิตามินอี โดยไปลดการเผาผลาญ นอกจากนี้ พวกวิตามินเอ วิตามินซี และไนอาซิน ยังช่วยจับสารเรติคัลอิสระอีกด้วย

9) ทฤษฎีว่าด้วยความเครียดและการปรับตัว (Stress adaptation theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันมีผลทำให้เซลล์ตายได้ บุคคลต้องเผชิญความเครียดบ่อยๆ จะทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็ว

จากทฤษฎีดังกล่าว อาจสรุปได้ว่า ทฤษฎีความสูงอายุในแง่ชีววิทยามีความคล้ายคลึงกัน คือพยายามอธิบายว่า สาเหตุแห่งความชราเกิดจากการเปลี่ยนแปลงภายในและไม่สามารถอธิบายเพียงทฤษฎีเดียวได้ ต้องอาศัยหลายทฤษฎีจึงจะสามารถอธิบายปรากฏการณ์ซับซ้อนเกี่ยวกับความชราภาพของมนุษย์ได้

2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยามี 2 ทฤษฎี ดังนี้

1) ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตมาด้วยความมั่นคงอบอุ่น มีความรัก แบบถ้อยที่ถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น รักคนอื่นและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างดี ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างจะมีความสุขสามารถอยู่ร่วมกับลูกหลานหรือผู้อื่นได้โดยไม่มีความเดือดร้อน แต่ในทางกลับกัน ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่เติบโตในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้ใด จิตใจคับแคบ ผู้สูงอายุนั้นก็มักจะเป็นผู้ที่ไม่ค่อยมีความสุข

2) ทฤษฎีความปรีดปรีด (Intelligence theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่ปรีดปรีดและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ เพราะเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องต่างๆ อยู่เสมอ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้ได้ต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดีและมีฐานะทางเศรษฐกิจดีพอเป็นเครื่องเกื้อหนุน

จากทฤษฎีบุคลิกภาพและทฤษฎีความปรีดปรีด อาจสรุปได้ว่า ทฤษฎีทางจิตวิทยาคลายกันตรงที่มองว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุนั้น เป็นการพัฒนาและปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะรับสัมผัสทั้งปวงตลอดจนสังคมวิทยาที่มีผู้ศึกษานั้น ๆ อาศัยอยู่ นอกจากนี้ ยังมีผู้ให้ทฤษฎีทางจิตวิทยาไว้เพิ่มเติมอีกดังนี้

ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Theory) เป็นพัฒนาการขั้นที่ 8 ของมนุษย์ ทฤษฎีนี้อธิบายว่า วัย สูงอายุเป็นช่วงชีวิตที่มีความรู้สึกสมบูรณ์มั่นคงและความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังที่มีพื้นฐานมาจากการปรับตัวในขั้นแรกๆ ของชีวิต มีการปรับตัวแสวงหาความอบอุ่น ความมั่นคงภายในจิตใจ ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลสามารถพัฒนาผ่านขั้นต่างๆ มาได้อย่างดี สำหรับผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกว้าชีวิตมีคุณค่าก็จะมีความรู้สึกพึงพอใจในผลงานของความสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมาและเกิดความรู้สึกที่เป็นสุขสงบทางใจ

และสามารถยอมรับได้ในเรื่องของความตายว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวในชั้นต่างๆ ที่ผ่านมามีได้ก็จะเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง เบื่อหน่าย คับข้องใจ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า วัยสูงอายุเป็นวัยสุดท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุจึงควรมีความพึงพอใจในชีวิต รู้จักหาความสุขสงบในจิตใจ พึงพอใจกับการมีชีวิตของตน ไม่รู้สึกเสียดายเวลาที่ผ่านมาและยอมรับสภาพความเป็นอยู่ของตนในปัจจุบัน

ทฤษฎีพัฒนาการของเพค (Peck's Development Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (55-75 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (75 ปีขึ้นไป) มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะนิสัยและการปฏิสัมพันธ์ทางด้านจิตวิทยาสังคม เขามีความเชื่อว่าผู้สูงอายุมีการพัฒนาการ 3 ด้าน ได้แก่ (ยุทธนา บุศเนตร. 2548: 18-19 อ้างอิงจาก Peck)

1) ความสามารถในการแยกความแตกต่างของตนเองกับบทบาทในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ความภาคภูมิใจในตนเองและความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าขึ้นอยู่กับบทบาทของหน้าที่การทำงาน ในทางตรงกันข้าม เมื่อเกษียณอายุบางคนจะรู้สึกไร้คุณค่า แต่ถ้าความรู้สึกภาคภูมิใจและความมีคุณค่าของงานไม่ได้มาจากตำแหน่งหน้าที่ที่เคยทำหลังเกษียณอายุ ความรู้สึกนั้นก็ยังคงมีอยู่ เช่น ผู้สูงอายุที่ชอบปลูกต้นไม้ก็จะพึงพอใจหลังเกษียณอายุที่จะได้ทำสิ่งที่ต้องการแทนงานอาชีพที่เคยทำเป็นประจำ

2) ความสามารถทางด้านร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ ถ้าผู้สูงอายุนี้ถึงสภาพร่างกายยังมีความแข็งแรง จะทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความสามารถทางร่างกายที่ลดลงและพยายามปรับตัวให้เหมาะสมชีวิตก็มีความสุขและความพอใจลดลง

3) การยอมรับว่าร่างกายของตนเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ การยอมรับเช่นนี้ก็จะทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความตายโดยไม่หวาดกลัว ในทางตรงกันข้ามคนที่ยึดติดกับสภาพร่างกายขณะที่อยู่ในวัยที่อายุน้อยกว่าก็พยายามยืดชีวิตให้ยาวนานที่สุดโดยไม่พึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่มีความหวาดกลัวกับความตาย

3.ทฤษฎีทางสังคมวิทยา ทฤษฎีทางสังคมวิทยามี 5 ทฤษฎี ดังนี้

1) ทฤษฎีบทบาท (Role theory) ทฤษฎีนี้ให้แนวคิดว่าการปรับตัวต่อการเป็นผู้สูงอายุน่าจะเกี่ยวข้องกับทฤษฎีบทบาทคือ บุคคลผู้นั้นจะรับบทบาททางสังคมที่ต่างกันไปตามตลอดชีวิตของเขา เช่น บทบาทการเป็น พ่อ แม่ สามี ภรรยา ฯลฯ ความเป็นอยู่ของบุคคลจะถูกกำหนดโดยบทบาทหน้าที่ที่ตนกำลังรับผิดชอบ บุคคลจะอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและดีเพียงใดขึ้นอยู่กับปฏิบัติตนต่อบทบาทหน้าที่ของตนที่กำลังเป็นอยู่ได้เหมาะสมเพียงใด โดยที่อายุจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งในการที่จะกำหนดบทบาทของแต่ละบุคคลในช่วงชีวิตที่ผ่านมาของตนเองอันจะส่งผลไปถึงการยอมรับบทบาททางสังคมที่กำลังจะมาถึงหรือกำลังจะเปลี่ยนไปในอนาคต

2) ทฤษฎีกิจกรรมทางสังคม (Activity theory) เป็นอีกทฤษฎีหนึ่งที่ทำให้มองเห็นภาพทางสังคมของผู้สูงอายุได้มากยิ่งขึ้น ผลสรุปของทฤษฎีกิจกรรมแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมอยู่เสมอจะมีบุคลิกภาพที่กระฉับกระเฉงและมีภารกิจอย่างสม่ำเสมอจะทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตและปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรมหรือบทบาทหน้าที่ใดๆ มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในด้านบวกและชอบในการเข้าร่วมกิจกรรมจากการปฏิบัติงาน กล่าวโดยสรุป ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุจะมีชีวิตที่เป็นสุขได้นั้น ควรมีบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควร เช่น การมีงานอดิเรกทำหรือการเป็นสมาชิกกลุ่มกิจกรรม สมาคม ชมรม เป็นต้น ตามแนวคิดนี้ผู้สูงอายุจะพยายามรักษาทัศนคติและกิจกรรมในวัยกลางคนไว้ให้ได้มากที่สุด และพยายามทดแทนกิจกรรมที่หายไปนั้นด้วยกิจกรรมใหม่ๆ และทำนายได้ว่าบุคคลที่มีความกระตือรือร้นทางสังคมจะมีมีบทบาทในทางบวก มีส่วนร่วมในสังคมมีความพอใจในชีวิตและจะเป็นผู้ยอมรับความชราภาพเป็นอย่างดี เพราะฉะนั้น นักวิชาการ เช่น เบอร์เกส เป็นต้น จึงเสนอแนะว่าผู้ชราควรได้รับการจัดบทบาทใหม่ๆ ซึ่งในปัจจุบันนี้ บุคคลในวัยชราจะอยู่ในสภาพไม่มีบทบาททางสังคมและสภาพการณ์เช่นนี้ยังได้รับการสนับสนุนจากสังคมโดยส่วนรวมอีกด้วย เพราะฉะนั้น จึงน่าจะได้มีการปรับสถานการณ์นี้เสียใหม่

3) ทฤษฎีการแยกตนเองหรือทฤษฎีถอยห่างจากสังคม (Disengagement theory) ทฤษฎีนี้ระบุว่า เป็นเรื่องธรรมดาและหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่ผู้สูงอายุจะต้องลดกิจกรรมของตนเองและบทบาททางสังคมเมื่อตนเองเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุพยายามที่จะหลีกเลี่ยงหนีจากความกดดันและความตึงเครียดโดยการถอนตัวออกจากสังคม ซึ่งเป็นผลจากการที่รู้สึกว่าคุณมีความสามารถลดลง นอกจากนี้ ทฤษฎีการแยกตนเองเชื่อว่า การที่ผู้สูงอายุไม่เกี่ยวข้องกักิจกรรมและบทบาททางสังคมนั้น เป็นการถอนสถานภาพและบทบาทของตน ได้แก่ คนหนุ่มสาวหรือคนที่จะมีบทบาทหน้าที่ได้ดีกว่า ทฤษฎีนี้มีความเห็นว่าตามปกติแล้วผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมให้น้อยลงในขณะที่จะปรับตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงตามปกติของกระบวนการของการเป็นผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรต้องเตรียมตัวรับกับความตายที่จะเกิดขึ้นจึงไม่ทำให้สังคมเกิดภาวะเสียสมดุล การเลิกเกี่ยวกับสังคมเป็นกระบวนการต่อเนื่องสำหรับทุกคนจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ ความแตกต่างในบุคลิกภาพไม่ใช่สิ่งสำคัญ

4) ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theory) เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึงการปรับตัวทางสังคมของผู้สูงอายุอีกทฤษฎีหนึ่ง ตามแนวคิดทฤษฎีนี้ ระบุว่าผู้สูงอายุจะแสวงหาบทบาททางสังคมใหม่มาทดแทนบทบาททางสังคมเก่าที่ตนสูญเสียไปและยังคงสภาพที่จะพยายามปรับตนเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่อย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ

5) ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age Stratification theory) ทฤษฎีนี้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดภายในกลุ่มอายุระหว่างชั้นอายุที่แตกต่างกัน กล่าวคือทฤษฎีนี้ เชื่อว่าอายุเป็นหลักเกณฑ์สากลที่จะกำหนดบทบาท สิทธิ หน้าที่ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามชั้นอายุจากอายุหนึ่งไปสู่อีกอายุหนึ่ง

จากการที่ได้กล่าวถึงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุตามที่กล่าวมาข้างต้นนั้น สรุปได้ดังนี้คือ ทฤษฎีที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการสูงอายุมี 3 ทฤษฎีที่สำคัญ คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยา และทฤษฎีทางสังคมวิทยา ซึ่งทฤษฎีแต่ละกลุ่มก็จะมีมีความสำคัญที่แตกต่างกันออกไป เช่น ทฤษฎีทางชีววิทยาก็จะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ทฤษฎีทางจิตวิทยาจะเกี่ยวข้องกับทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นลักษณะของการพัฒนาและปรับตัวของความนึกคิด ความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจ ส่วนทฤษฎีทางสังคมวิทยาจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ เช่น การเกษียณอายุราชการ การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมและชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ เป็นต้น

1.6 ทฤษฎีการปรับตัวของผู้สูงอายุ

ทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมี 3 ทฤษฎี ดังนี้ (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2540: 522)

1) ทฤษฎีปล่อยวาง (Disengagement Theory) ทฤษฎีอธิบายว่า วิธีการปรับตัวยามสูงวัย คือ การปล่อยวาง ผู้สูงอายุควรลดบทบาทต่างๆ ทางสังคม เพราะวิธีนี้เหมาะสมกับสภาพร่างกายที่เริ่มเสื่อมถอย นอกจากนั้นแล้วกิจการงานและกิจกรรมทางสังคมก็ได้รับการละวางแล้ว ดังนั้น ผู้สูงอายุควรอยู่อย่างเรียบง่าย เยียบๆ ไม่เข้าไปยุ่งวุ่นวายกับภารกิจทางสังคมและครอบครัวมากนัก เมื่อผู้สูงอายุมีความต้องการและเกี่ยวข้องทางสังคมน้อย วิธีนี้จะเป็นวิธีที่จะรักษาดุลยภาพแห่งชีวิต อารมณ์ จิตใจ และร่างกาย

2) ทฤษฎีกิจกรรม (Engagement Theory) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดที่ว่าหากผู้สูงอายุละสังขมโลกและสังคมก็จะทิ้งเขา โดยเชื่อว่าตามความเป็นจริงในส่วลึกของจิตใจแล้ว ผู้สูงอายุต้องการสังคม ผู้สูงอายุจะพอใจและมีความสุขในตัวเอง ถ้าเขายังคงทำกิจกรรมในสังคมและเพื่อสังคม ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความสุขใจยามสูงวัยตัดสินใจได้จากความสามารถที่ผู้สูงวัยทำอะไรๆ ให้แก่สังคมได้มากน้อยเพียงไร ดังนั้นถ้าเขาว่างมือจากงานอย่างหนึ่ง เขาก็ควรหางานอย่างอื่นมาทดแทน

3) ทฤษฎีตำแหน่งบทบาท (Role Theory) ทฤษฎีนี้คล้ายคลึงกับทฤษฎีกิจกรรมแต่มองในแง่สังคมวิทยา โดยมีฐานแนวความคิดว่ามนุษย์มักผูกพันความสุขความพอใจของตนเองกับตำแหน่งบทบาททางสังคม บุคคลมีบทบาทและตำแหน่งต่างๆ มากมายก่อนวัยสูงอายุ ทั้งเชิงสังคมในบ้านนอก บ้านในงานอาชีพ แต่ต้องลดบทบาทลงเมื่อสูงวัย การต้องการลดบทบาททำให้ตนเสียความมั่นคงของชีวิตด้านต่างๆ ดังนั้น วิธีการปรับตัวที่ดีก็คือ การหาบทบาทตำแหน่งใหม่ๆ ต่อไป เช่น หาความสนใจใหม่ๆ หากกลุ่มสังคมใหม่ๆ หางานใหม่ๆ แนวคิดของทฤษฎีนี้คือ อัตลักษณ์ (Identity) ของบุคคลจะหนักแน่นได้จากบทบาทตำแหน่งแห่งตนและคนเราจะปรับตัวได้เมื่อผูกพันตนเองกับบทบาทนั้น

1.7 ปัญหาของผู้สูงอายุ

จากการศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุของนักวิชาการหลายท่าน สามารถสรุปเป็นปัญหาต่าง ๆ ในแต่ละด้านได้ดังนี้

1) ปัญหาด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มีปัญหาทางสุขภาพ จากการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช (2538: 13) ศึกษาเกี่ยวกับคนพิการและผู้สูงอายุในประเทศไทยพบว่า ร้อยละ 66.4 ของผู้สูงอายุไทยมีปัญหาสุขภาพร้อยละ 14.5 ต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหามากกว่าผู้สูงอายุชาย การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุมีจำนวนมาก เกิดจากการปฏิบัติตนไม่ถูกสุขลักษณะ ขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง

2) ปัญหาด้านจิตใจ พบสภาวะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกว่าเหงาช่วยตนเองไม่ได้ รู้สึกตนเองไม่มีค่า ครอบครัวยุติกัน มีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว และเพิกเฉยต่อกิจกรรมทางสังคมได้ ปัญหาสุขภาพจิตพบในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย เพราะส่วนใหญ่ผู้สูงอายุหญิงเป็นหม้าย ขาดคู่คิดปรึกษา ส่วนสาเหตุอื่น ได้แก่ การถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง หรือการตายของสามีหรือภรรยา (จำเรียง ฐรมะสุวรรณ. 2533: 9)

3) ปัญหาด้านครอบครัว เช่น สมาชิกในครอบครัวแยกย้ายกันออกไปมีครอบครัวใหม่ หรือออกไปทำงานนอกบ้านทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง บางคนอยู่ร่วมกับครอบครัวกับบุตรหลานไม่ได้ต้องเข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา (สุนันทา คุ่มเพชร. 2545: 18)

4) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม พบว่า ผู้สูงอายุขาดรายได้เนื่องจากเกษียณอายุไม่มีใครจ้างงาน ขาดที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้ดูแล สังคมไทยกำลังมุ่งสู่อุตสาหกรรมแนวใหม่ มีการพัฒนาด้านเศรษฐกิจและสังคม มีการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ บุตรหลานไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้จากผู้สูงอายุ ทำให้มองคุณค่าของผู้สูงอายุต่ำลงซึ่งมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อาจทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคม ปัญหาด้านสังคมยังมีเรื่องของ การขาดเพื่อนเนื่องจากเพื่อนฝูงตายจากไป ผู้สูงอายุขาดสัมพันธภาพที่ดีกับคนต่างวัย เป็นผลให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยอันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุกับคนวัยอื่นมีความสัมพันธ์กันอย่างไม่ราบรื่น จนมีผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ผู้สูงอายุมากขึ้น (จำเรียง ฐรมะสุวรรณ. 2533: 11)

1.8 แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุ

ศรีทับทิม พานิชพันธ์ (2534: 59 – 61) อธิบายความต้องการของผู้สูงอายุ ไว้ดังนี้

1) ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้สูงอายุที่ถูกปล่อยให้อยู่คนเดียวหรือแยกตัวอยู่คนเดียว ขาดความมั่นคงทางอารมณ์ จิตใจ รวมทั้งเศรษฐกิจ จึงต้องหันไปพึ่งพาการช่วยเหลือจากบุคคลภายนอกครอบครัวหรือองค์กรสังคมสงเคราะห์ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการ

การสนับสนุนจากครอบครัวของตนควบคู่ไปกับการช่วยเหลือจากบุคคลภายนอกครอบครัว ซึ่งอาจเป็น อาสาสมัคร องค์กรภาครัฐ เอกชน หรือองค์กรทางศาสนา

2) ความต้องการด้านการประกันรายได้ โดยเฉพาะการประกันสังคมประเภทประกันการชราภาพเมื่อเข้าสู่วัยชราภาพเล็กประกอบอาชีพแล้ว จะได้รับบำนาญชราภาพเพื่อช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมั่นคงปลอดภัยตามอัตภาพในบั้นปลายของชีวิต ไม่เป็นภาระของบุตรหลาน

3) ความต้องการมีชีวิตอยู่ร่วมในสังคม โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกิจกรรมบางประเภทในสังคม สังคมจึงควรให้โอกาสแก่ผู้สูงอายุเหล่านี้ได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงชุมชนให้ดีขึ้น ให้มีโอกาสเรียนรู้สิ่งต่างๆ ในการพัฒนาตนเอง

4) ความต้องการที่จะลดการพึ่งพาคนอื่นให้น้อยลง หากครอบครัวและสังคมได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัวและสังคมแล้วจะเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุรู้จักพึ่งตนเองไม่เป็นภาระแก่สังคมในบั้นปลายของชีวิต

5) ความต้องการทางสังคมของผู้สูงอายุ มีดังนี้ 1) ความต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว กลุ่ม ชุมชนและสังคม 2) ความต้องการการยอมรับและความเคารพยกย่องจากบุคคลในครอบครัวและสังคม 3) ความต้องการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัว ชุมชน สังคมและสามารถปรับตัวให้เข้ากับลูกหลานในครอบครัวและสังคมได้ 4) ความต้องการเป็นบุคคลสำคัญในสายตาของสมาชิกในครอบครัวของชุมชนและสังคม

6) ความต้องการทางกายและจิตใจ ได้แก่ ความต้องการปัจจัยสี่ ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย ปราศจากความวิตกกังวล ความต้องการจะได้รับการยอมรับนับถือ ความต้องการมีโอกาสก้าวหน้าและความสำเร็จของการทำงานในบั้นปลายของชีวิต

7) ความต้องการทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุต้องการได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินจากบุตรหลานของตนเพื่อสะสมไว้ใช้จ่ายในยามเจ็บป่วย ผู้สูงอายุต้องการให้รัฐจัดหาอาชีพให้เพื่อเป็นการเพิ่มพูนรายได้ ทั้งนี้ เพื่อตนเองจะได้มีบทบาททางเศรษฐกิจคือ ต้องการจะช่วยเหลือตนเองให้พ้นจากสถานะปีบคั่นทางเศรษฐกิจในสถานการณ์ปัจจุบัน

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการหลายด้านทั้งด้านกายภาพ จิตใจและสังคม หากผู้สูงอายุได้รับสิ่งที่ตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าวในปริมาณที่เหมาะสมก็จะทำให้มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ แต่หากความต้องการดังกล่าวไม่ได้รับการตอบสนองก็อาจจะทำให้เกิดปัญหาด้านร่างกายและจิตใจได้เช่นเดียวกัน

1.9 การวางแผนชีวิตของผู้สูงอายุ

การวางแผนชีวิตในวัยสูงอายุเป็นการวางแผนที่ต้องใช้เวลา บางคนอาจเตรียมแผนชีวิตของตนเองมาตั้งแต่วัยหนุ่มสาวว่า เมื่อแก่แล้วตนเองจะทำอะไร อยู่กับใคร การกำหนดแผน ที่แน่นอน จะทำให้การใช้ชีวิตในบ้านปลายไม่เป็นปัญหาและไม่กระทบกระเทือนผู้อื่น งานที่ควรกำหนดแผนไว้ในใจและจัดเตรียมให้พร้อมคือ การเตรียมกายและใจในด้านต่างๆ ดังนี้ 1) ฐานะการเงินที่จะใช้ได้อย่างพอเหมาะในตอนมีอายุ 2) การรักษาสุขภาพร่างกาย การออกกำลังกาย การกินอยู่ และการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ 3) การรักษาสุขภาพจิต การฝึกจิตใจ การมีเพื่อน มีกำลังใจและการยอมรับความจริง 4) สภาพทางสังคม การปรับตัวเข้ากับครอบครัว การใช้ชีวิตกับเพื่อน ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน 5) นันทนาการ เลือกดูตามความสนใจ เช่น การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ทำการฝีมือ ทำงานอดิเรก ทำสวน หรือทำอาชีพพิเศษ (จันทิมา จารณศรี 2539: 51)

สรุป ผู้สูงอายุหรือวัยสูงอายุเป็นระยะสุดท้ายของพัฒนาการของคนซึ่งมีความเสื่อมทางร่างกายทั้งในด้านที่มองเห็นได้ง่ายและมองเห็นได้ยาก ความเสื่อมทางร่างกายกระทบกระเทือนต่องานอาชีพ ลักษณะอารมณ์ ลักษณะสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและในสังคม แม้เป็นระยะแห่งความเสื่อม แต่บุคคลก็อาจใช้ชีวิตยามสูงอายุได้อย่างมีความสุข ได้แก่ การเตรียมตัวเตรียมใจที่จะเผชิญกับความจริง การรู้จักปรับตัวทางด้านร่างกาย อาชีพและสัมพันธภาพกับผู้อื่น สังคมและครอบครัวจะมีส่วนช่วยให้ความสุขแก่ผู้สูงอายุ แม้ว่าผู้สูงอายุบางคนจะไร้ความสามารถพลละกำลัง แต่ผู้สูงอายุก็ยังมีค่าต่อคนหนุ่มสาว เพราะมากไปด้วยประสบการณ์และบทเรียนชีวิต มนุษย์แต่ละคนควรตั้งความหวัง ความปรารถนาและเตรียมตัวเพื่อจะใช้ชีวิตยามบั้นปลายเมื่อสูงอายุอย่างมีความสุข

2. แนวคิดที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2.1 ความหมายของสุขภาพจิต

การให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพจิตค่อนข้างยาก ทั้งนี้เพราะแต่ละคนจะมีการรับรู้ถึงระดับของสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน ภาวะการถูกกดดันทางจิตใจระดับหนึ่งทำให้คนหนึ่งแทบจะเป็นบ้า แต่สำหรับอีกคนหนึ่งแล้วกลับเห็นว่าเป็นเรื่องเล็กน้อยไม่มีปัญหาใดๆ เลย ดังนั้น การวัดเรื่องสุขภาพจิตจึงวัดกันที่ความรู้สึกไม่ได้ ในขณะที่เดียวกันสุขภาพจิตกลายเป็นเรื่องที่ครอบคลุมพฤติกรรมหลายด้านของบุคคล เช่น เกี่ยวกับการรับรู้ ความคิด ความรู้สึก อารมณ์ การปรับตัวต่อสถานการณ์ และการปรับตัวทางสังคมกับคนอื่น (ลิขิต กาญจนารณณ์. 2547: 23)

ได้มีผู้ให้ความหมายของสุขภาพจิตตามทัศนะต่างๆ ไว้ดังนี้

คณะกรรมการองค์การอนามัยโลก (จตุพร เพ็งชัย.2534: 2; อ้างอิงจาก World Health Organization: WHO) เป็นผู้ตั้งคำว่า “สุขภาพจิต” (Mental Health) ขึ้นและให้นิยามว่า สุขภาพจิตนั้น ไม่ได้หมายความว่าไม่เป็นโรคจิต โรคประสาทเท่านั้น แต่หมายความว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี ผู้ใดอยู่ในสังคมด้วยความเดือดร้อนไม่เรียกว่าผู้นั้นมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์

มูลี (Mouly.1965: 165-167) กล่าวว่าสุขภาพจิต หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อสนองความต้องการของบุคคล เพื่อลดความตึงเครียดของอารมณ์ เพื่อการปรับตัว เพื่อสัมพันธ์ภาพอันดีงามระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เช่น เพศ วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสภาพสังคม

จาโฮดา (Jahoda.1970: 28-35) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง การที่มีสภาวะทางจิตที่สมบูรณ์และการมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ของแต่ละคนนั้น จะต้องพิจารณาองค์ประกอบต่างๆ ทั้ง 6 ประการ ตามเกณฑ์ที่จาโฮดาได้เสนอไว้ คือ 1) เจตคติที่มีต่อตนเอง 2) การสร้างความเจริญเติบโตและพัฒนาการให้บังเกิดขึ้นแก่ตนเอง 3) การสร้างบูรณาการแห่งบุคลิกภาพของตนเอง 4) การมีอิสรภาพในการปกครองตนเอง 5) การรับรู้ความเป็นจริง 6) ความรอบรู้ในสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว

สุจินต์ ปริขามารถ (2535:14) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง สมรรถภาพหรือความสามารถในการปรับปรุงตัวของคนเราให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบันและรวมถึงสถานการณ์ที่กำลังจะมาถึงด้วย

กรมการแพทย์ (2539: 3) ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า หมายถึง สุขภาพจิตใจของบุคคลที่สามารถแก้ปัญหา สามารถปรับตัวและปรับจิตใจได้อย่างเหมาะสมกับสังคมและสภาพแวดล้อมที่เป็นจริง สามารถดำรงชีวิตได้อย่างสุขสบายตามอัตภาพและปราศจากอาการโรคจิตประสาท

ลักษณะ สิริวัฒน์ (2545: 3) ให้ความหมายว่า สุขภาพจิตเป็นสภาพความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจที่ปราศจากอาการที่ผิดปกติ มีพฤติกรรมที่เหมาะสมทำให้สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไร้ความวิตกกังวล ไม่มีความเครียดและไม่มีความขัดแย้งภายใน สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้ดี รู้จักควบคุมอารมณ์ตามสถานการณ์อย่างเหมาะสม เป็นสมาชิกที่ดีของสังคมและมีประสิทธิภาพในการทำงาน ซึ่งผู้ที่มีความสามารถปรับตัวในสังคมได้ ย่อมมีความสำเร็จในการทำงาน มีความคิดสร้างสรรค์ก่อให้เกิดประโยชน์แก่สังคมเป็นที่ยอมรับในสังคมและเป็นบุคคลที่สังคมปรารถนา

จากความหมายของสุขภาพจิตดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของสุขภาพจิตในการศึกษาครั้งนี้ว่า หมายถึง สุขภาพของจิตใจและชีวิตที่เป็นสุขตามการรับรู้ของแต่ละบุคคลอันมีผล

มาจากความพึงพอใจในชีวิต การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นและความสามารถจัดการกับปัญหาในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผู้ที่มีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ มีความสามารถในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในทุกสภาพแวดล้อม และที่สำคัญสามารถใช้ชีวิตดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2.2 ความสำคัญของสุขภาพจิต

ลักษณะ สิริวัฒน (2545: 4) กล่าวว่า เรื่องสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่สำคัญมากที่สุดเรื่องหนึ่งของมนุษย์ เพราะในการดำรงชีวิตในสังคมของคนเรานั้นจำเป็นต้องมีการเกี่ยวข้องกันในการพึ่งพาอาศัยกันและกันอยู่ตลอดเวลา ถ้าคนเรามีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี เราย่อมเป็นที่พึ่งพิงของบุคคลอื่นหรือสังคมได้ ทำให้อยู่ด้วยกันได้อย่างมีความสุขและสงบ นอกจากนี้ ยังมีเวลาคิดสร้างสรรค์และทำในสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมอีกด้วย แต่หากสุขภาพจิตเสื่อม บุคคลนั้นก็จะกลายเป็นภาระแก่สังคม และถ้าหากป่วยทางจิตอย่างรุนแรงอาจจะเป็นภัยแก่สังคม เช่น ก่อการทะเลาะวิวาท มีอารมณ์รุนแรงไม่สามารถควบคุมได้จนอาจก่ออาชญากรรมต่างๆ ขึ้น ทำให้เป็นที่เดือดร้อนแก่บุคคลอื่นและสังคมทั่วไป

จากที่กล่าวมานั้น สุขภาพจิตจึงมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์เป็นอย่างมาก ลักษณะ สิริวัฒน (2545: 4) จึงได้สรุปความสำคัญของสุขภาพจิตไว้ดังนี้

1) ความสำคัญต่อตนเอง บุคคลจะมีความสุขหรือความทุกข์ขึ้นอยู่กับสุขภาพเป็นสำคัญ หากมีสุขภาพกายดีจะมีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียนและมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่คิดวิตกกังวลหรืออาฆาตมาดร้ายต่อผู้อื่น ผู้นั้นย่อมมีความสุข ในทางตรงกันข้าม หากสุขภาพกายไม่ดี ร่างกายอ่อนแอ ไม่แข็งแรง เจ็บไข้ได้ป่วยอยู่เป็นประจำ สุขภาพจิตก็จะไม่ดีคือ จิตใจฟุ้งซ่านอยากได้ไม่มีที่สิ้นสุด มีความคิดริษยาอาฆาตมาดร้ายต่อผู้อื่น ผู้นั้นก็จะมีแต่ความทุกข์ มีสุขภาพกายและจิตที่เสื่อมโทรมและหาความสุขไม่ได้เลย และการมีสุขภาพจิตไม่ดีนี้จะส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างโดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ทำให้พลอยมีความทุกข์ไปด้วย

2) ความสำคัญต่อครอบครัว สุขภาพมีส่วนสำคัญในการสร้างความสำเร็จหรือล้มเหลวให้แก่ครอบครัว เพราะครอบครัวย่อมประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นพื้นฐานสำคัญ คือ พ่อแม่ลูก การที่พ่อแม่ลูก มีสุขภาพกายและจิตที่ดีย่อมทำให้ครอบครัวมีความสุข แต่หากสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาทางสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต ความล้มเหลวในชีวิตครอบครัวก็จะเกิดขึ้นได้

3) ความสำคัญต่อสังคมเนื่องจากมนุษย์ต้องการอยู่กันเป็นกลุ่มหรือสังคม ดังนั้น ในสังคมหนึ่งๆ จึงประกอบด้วยสมาชิกจำนวนมากและแต่ละคนมีความแตกต่างทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาอย่างมากมาย ทั้งปัญหาที่เกิดจากสุขภาพกายและ

สุขภาพจิตอันอาจเกิดการเจ็บไข้ได้ป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุต่างๆ ที่ทำให้ร่างกายพิการหรือเกิดความเครียดเพราะสภาพปัญหาทางสังคม เป็นต้น

สุชา จันทรเฒ (2540: 40-41) ได้สรุปความสำคัญของสุขภาพจิตไว้ว่าสุขภาพจิตมีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์เป็นอย่างมาก เพราะมนุษย์ในปัจจุบันต้องพบกับภาวะตึงเครียดมากมาย ภาวะเศรษฐกิจที่ฝืดเคือง ความรับผิดชอบที่ต้องมีต่อครอบครัวและสังคม ความวิตกกังวลที่เกิดจากความไม่ปลอดภัยในสังคม จากภาวะดังกล่าวผู้ที่มีร่างกายและจิตใจที่เข้มแข็งเท่านั้นที่จะต่อสู้ได้ นั่นคือ ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีเท่านั้นจึงจะเป็นผู้ที่สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีประสิทธิภาพคือ ทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและส่วนรวมได้อย่างดีเยี่ยม มีความกระตือรือร้นและมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตน มีความสามารถในการต่อสู้และเผชิญกับชีวิตอย่างมีความสุข

มีข้อนำคิดอย่างหนึ่งคือ เวลาญาติพี่น้องเจ็บป่วยทางกาย เราก็พากันทูลถามกันอย่างเต็มที่ทีเดียว แต่ครั้นเมื่อบุคคลเหล่านั้นเจ็บป่วยทางใจหรือพูดง่ายๆ ว่าเป็นโรคจิตนั่นเอง เราพากันเมินหน้าหนีไม่อยากเข้าไปใกล้ มีความรังเกียจ ทั้งที่ความจริงโรคจิตก็เหมือนกับอาการไข้ เช่น โรคทางกายอื่นๆ จะเห็นได้ว่าสุขภาพจิตมีความสำคัญเท่ากับสุขภาพทางกายเพราะกายกับจิตใจนั้นย่อมอยู่คู่กันเสมอ (เต็มเดือน ศรีสอง.2544: 10)

สรุปได้ว่า สุขภาพจิตมีความสำคัญและจำเป็นมาก เพราะสุขภาพจิตในสังคมปัจจุบันมีความสำคัญมากในการดำรงชีวิตไม่ว่าจะเป็นสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตก็เป็นสิ่งจำเป็นและต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ถ้าเกิดสิ่งใดสิ่งหนึ่งขึ้นก็จะกระทบไปทั้งระบบของร่างกายก็ทำให้สุขภาพจิตเสียไปได้ ดังนั้น จึงต้องตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพจิตและหาทางป้องกันและแก้ไขปัญหาก็จะเกิดขึ้นเพื่อที่จะได้มีสุขภาพจิตดีและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข เพราะถ้าหากบ้านใดมีผู้ป่วยโรคจิตอยู่แม้แต่เพียงคนเดียว ความวุ่นวายก็จะเกิดขึ้นทั้งครอบครัว หน่วยงานใดมีผู้ปฏิบัติงานที่มีจิตใจที่สับสน มีการตัดสินใจที่ผิดพลาดก็ทำให้เกิดความเสียหายแก่การงาน สุขภาพจิตมีผลโดยตรงทั้งต่อความอยู่ดีมีสุขของทุกคนในครอบครัว ความสงบสุขของสังคม ความเจริญก้าวหน้าของประเทศและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในชาติ ฉะนั้น ประโยชน์ที่ได้จากการมีสุขภาพจิตดีในการดำรงชีวิตจึงมีนานาประการ ทุกคนจึงควรบำรุงรักษาสุขภาพจิตของตนให้ดีอยู่เสมอ

2.3 หลักเกณฑ์การพิจารณาความเป็นผู้มีสุขภาพจิตดีและไม่ดี

เราไม่มีเส้นใดที่จะแบ่งคนที่มีสุขภาพจิตดีและไม่ดีออกจากกันได้โดยเด็ดขาด ฉะนั้น หลักเกณฑ์การพิจารณาความเป็นผู้มีสุขภาพจิตดีนั้น จึงมีผู้ให้แนวคิดไว้ในทัศนะต่างๆ กัน ดังนี้

บัวทอง สว่างไสวภากุล (2524: 7-8) ใช้เกณฑ์ในการตัดสินผู้ที่ลักษณะสุขภาพจิตดีไว้ ดังนี้

1) เกณฑ์ทางสังคม โดยเกณฑ์นี้ถือว่าบุคคลจะมีสุขภาพจิตอยู่ในระดับใดนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะต่างๆ ทางสังคมของเขาเอง ดังต่อไปนี้

เขามีพฤติกรรมที่คล้ายคนอื่นมากน้อยเพียงใด คนที่ถือว่าสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีจะมีพฤติกรรมที่เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ถือว่าปกติ มีการปฏิบัติตามกลุ่มที่เป็นปกติวิสัย การทำสิ่งที่ผิดจากกลุ่มมีน้อยครั้งและมีพฤติกรรมที่เป็นธรรมชาติของชาติพันธุ์มนุษย์

เขาเข้ากับคนอื่นได้ดีหรือไม่และเป็นที่ชอบพอของคนอื่นเพียงใด คนสุขภาพจิตดีจะเป็นคนที่ได้รับความเห็นด้วยและการยอมรับจากกลุ่มสังคม ถูกมองว่าเป็นเพื่อนหรือเป็นสมาชิกที่เป็นการต้องการของกลุ่ม มีความพอใจในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

เขาสามารถที่จะให้และรับ รวมทั้งมีความเต็มใจที่จะส่งเสริมกลุ่มสังคมของเขาหรือไม่เพียงใด คนสุขภาพจิตดีนั้นจะสามารถให้และแลกเปลี่ยนความรักกับคนอื่นได้ สามารถให้ประโยชน์และสวัสดิภาพแก่คนอื่นได้โดยไม่เห็นแก่ตัว สามารถสนับสนุนวัตถุประสงค์และความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่ม และสามารถแสดงความรับผิดชอบต่อสังคมได้

เขาได้ทำตัวให้เข้ากับเกณฑ์ กฎหมายหรืออุดมคติของสังคมหรือของกลุ่มอย่างไรเพียงใด คนมีสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีจะยึดถือและไม่ทำผิดในสิ่งที่สังคมยอมรับหรือสิ่งที่เป็นอุดมคติไม่ว่าจะเป็นคติทางกฎหมายธรรมเนียมหรือประเพณีก็ตาม

2) เกณฑ์ทางส่วนตัว ใช้ตัดสินระดับสุขภาพจิตของบุคคล บุคคลจะถือว่าสุขภาพจิตดี ถ้ามีลักษณะดังต่อไปนี้

ทัศนคติส่วนตัวที่ดีทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม มองตนเองและสิ่งแวดล้อมในทางบวก มีความรู้สึกนับถือตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง

มีความสุขในจิตใจ กล่าวคือ มีความรู้สึกสนุก รื่นเริงใจ พอใจ สบายใจ มีความรู้สึกว่าตนเอง "มีชีวิต" และรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย

มีความสามารถที่จะทนต่อความบีบคั้นทางจิตใจ สามารถจัดการกับความตึงเครียดของตนเอง มีความอดทนหรือสามารถควบคุมได้ต่อสิ่งต่อไปนี้ คือ ความคับข้องใจ ความขัดแย้ง ความละอายต่อบาปและอารมณ์ความคิดที่ผิดปกติ รู้จักใช้วิธีการที่เหมาะสมในการลดความตึงเครียดของตนเอง

มีความรับผิดชอบ สามารถควบคุมตนเอง บังคับตนเอง ปกครองตนเองได้ และไม่เป็นคนคอยแต่พึ่งพาอาศัยคนอื่น

มีความผสมผสานกลมกลืนของบุคลิกภาพ มีบุคลิกภาพเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีความรู้สึกว่าคุณได้พัฒนามาเป็น “บุคคลคนหนึ่ง”

มองและเข้าใจตนเองอย่างถูกต้อง ไม่บิดเบือนภาพของตนเองให้ผิดไปจากความเป็นจริง มองเห็นตนเองทั้งในด้านบวกและลบตามความเป็นจริง

ยอมรับตนเองในทุกด้านทั้งด้านบวกและด้านลบ ยอมรับภาพพจน์ของตนตามที่ปรากฏตามความเป็นจริง ไม่ปฏิเสธตนเองหรือเลือกการยอมรับตนเองโดยอคติ

3) เกณฑ์ทางการปฏิบัติภาระหน้าที่ เกณฑ์นี้ถือว่า บุคคลมีสุขภาพจิตดีถ้าเขามีลักษณะดังนี้มีความสามารถในการจัดการและเอาชนะความกดดันของสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถเปลี่ยนแปลงและปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมรวมทั้งสามารถปรับสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับตนเองได้มีทักษะในการแก้ปัญหา และสามารถเอาชนะอุปสรรคที่ขัดขวางได้

มีความสามารถในการสนองคำเรียกร้องของสิ่งแวดล้อม สามารถทำงานและต่อสู้กับงานได้ด้วยวิธีการที่ราบเรียบและเป็นระบบโดยใช้พลังงานน้อยที่สุดและสามารถรักษาร่างกายและความสมดุลของร่างกายให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุด รวมทั้งมีความสามารถสูงในการรักษาชีวิตเอาไว้

มีความสามารถในการสร้างสรรค์ทั้งในด้านการงานและการพักผ่อนหย่อนใจและเป็นคนสร้างสรรค์ให้แก่ครอบครัว สังคม และชุมชน

มีความสามารถนำตนเองให้บรรลุเป้าหมายสุดยอดในชีวิตของตนได้ มีความประจักษ์แจ้งในความสามารถเต็มที่ของตน รวมทั้งเรียนรู้และฝึกฝนที่จะทำให้ตนเองได้บรรลุเป้าหมายของการใช้ความสามารถเต็มที่นั้น

องค์การอนามัยโลก (จันทรเพ็ญ เนียมอินทร์ 2535: 7; อ้างอิงจาก World Health Organization: WHO) ได้เสนอแนะความเป็นคนมีสุขภาพจิตดีไว้ดังนี้

1) หากท่านสามารถรักษาอารมณ์ไว้ได้ในระดับสม่ำเสมอ มีสติปัญญา มีความคิดเห็นกว้างขวางมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นจริง และสามารถปรับตัวเข้ากับปัญหาและเหตุการณ์ต่างๆ ได้เรียบร้อยก็เพราะ “สุขภาพจิตของท่าน” ดี

2) หากท่านหาความพึงพอใจจากสังคมได้ในขณะเดียวกันก็สามารถให้บริการแก่สังคมได้ด้วยดีก็เพราะ “สุขภาพจิตของท่าน” ดี

3) หากท่านมีความพิการเจ็บป่วยทางกายซึ่งเป็นอุปสรรคไม่让您เลือกอาชีพที่ชอบและพอใจได้ แต่ท่านก็สามารถปรับตัวเลือกอาชีพอื่นที่เหมาะสมได้และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุขเหมือนผู้อื่นก็จัดว่า “ท่านเป็นผู้มีสุขภาพจิตดี”

4) หากท่านมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นดี แสดงว่าท่านมีมนุษยสัมพันธ์ดี อันเนื่องจากการเลี้ยงดูที่อบอุ่นและมีความสุขจากพ่อแม่ตั้งแต่เกิด ทั้งนี้ เพราะมนุษยสัมพันธ์ที่ดีหรือไม่ดีเริ่มต้นจากที่บ้านและเป็นรากฐานที่สำคัญของสุขภาพจิตดี

ฮิลและสมิธ (Hill & Smith. 1990) กล่าวว่า บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีคือ บุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง มีความตระหนักรู้ รู้จักตนเอง มีความสามารถในการเรียนรู้และเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้

สรุปได้ว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีเป็นผู้ที่มีคุณภาพที่ดีด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ มองโลกและผู้อื่นในแง่ดี มีการแสดงออกทางอารมณ์และพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม สามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดีและปรับตัวอยู่ในสังคมได้ สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่เพื่อการดำรงชีวิตภายใต้สภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีความสุข เป็นคุณลักษณะของคนที่มีความรู้และศักยภาพสามารถที่จะพัฒนาตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติให้มีความมั่นคงและเจริญก้าวหน้าได้

ส่วนการศึกษาลักษณะบุคลิกภาพของผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี จะทำให้เข้าใจถึงลักษณะบุคลิกภาพของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีได้ดียิ่งขึ้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539: 191-202) กล่าวว่า ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตมักจะมีอาการแสดงออกมาทางร่างกายและจิตใจ อาการแสดงออกของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในแบบทดสอบสุขภาพจิต จี เอส คิว (GHQ: General Health Questionnaires) แบ่งออกดังนี้

1) ความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย ผู้มีสุขภาพจิตเสื่อมจะมีความรู้สึกว่าร่างกายของตนผิดปกติจากโรคทางกายอื่นๆ ที่มีสาเหตุมาจากจิตใจเรียกว่า โรคไซโตโซมาติก เกิดได้ทุกระบบของร่างกาย ได้แก่ ระบบผิวหนัง ระบบกล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบขับถ่าย ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจุดอ่อนของแต่ละบุคคล

2) ความวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ เป็นอาการผิดปกติทางจิต เป็นสภาวะที่ไม่สบายอึดอัด สับสน กระวนกระวาย ตื่นตระหนกต่อสถานการณ์ กลัว ประหม่า ตึงเครียด และนอนไม่หลับ

3) ความซึมเศร้า เป็นอาการผิดปกติทางจิตใจ มีภาวะจิตใจที่เศร้าหมองมีความสุขทุกข์กังวลใจ หดหู่ ท้อแท้ หมกมุ่นในชีวิต ไม่อยากทำงาน มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ชอบลงโทษตัวเอง ขาดความสนใจในตัวเอง บางครั้งมีแนวโน้มอยากฆ่าตัวตาย

4) ความบกพร่องทางสังคม เป็นอาการผิดปกติที่ทำให้ไม่อยากติดต่อกับผู้อื่น รู้สึกว่าตัวเองบกพร่อง ลดค่านิยมในตัวเอง แยกตัวเองออกจากสังคม อึดอัดเมื่อต้องติดต่อกับผู้อื่น บุคคลเหล่านี้จะหลีกเลี่ยงการพบปะติดต่อกับบุคคลอื่น

สุจิต สุวรรณชีพ (2527: 12) ได้อธิบายพฤติกรรมที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นลักษณะความเสื่อมทางสุขภาพจิตไว้ว่ามีหลายแบบ เช่น เป็นคนชอบระแวง ซ้ำอิจฉา ไม่ไว้วางใจใครง่ายๆ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เก็บตัวหรือแยกตัวออกจากสังคมไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ เจ็บระบือมากเกินไป ไม่มั่นใจในตนเอง อารมณ์อ่อนไหว เรียกร้องความสนใจ ขาดความกระตือรือร้น ขาดความเป็นผู้นำ ขาดความรับผิดชอบและต่อต้านสังคม ต้องพึ่งผู้อื่น อยู่ใต้อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและสังคม

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต

มีนักจิตวิทยาหลายท่านได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตไว้หลายแนวคิด ดังนี้

(สุนันทา คุ่มเพชร. 2545: 28-31)

1) แนวคิดจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic Approach) ผู้นำแนวคิดนี้คือ ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์เกิดขึ้นจากการผลักดันของพลังงานจิต 3 ประการ ได้แก่

Id คือ พลังจิตที่ติดตัวมาแต่กำเนิดอยู่ในจิตไร้สำนึกของคนตลอดเวลา เป็นแรงขับให้บุคคลกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ตามความพอใจของตน

Ego คือ พลังจิตส่วนที่ควบคุมการแสดงพฤติกรรมให้เหมาะสม เป็นพลังที่ผ่านการเรียนรู้มาแล้ว ทำหน้าที่ควบคุมไม่ให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่สังคมไม่ปรารถนาและหาทางให้ความต้องการอันเกิดจาก Id ได้รับการตอบสนองแต่ไม่ขัดกับคุณธรรม

Superego คือ จิตสำนึกแห่งคุณธรรม ความดีงาม ความรู้จักผิดชอบชั่วดี ระบือเบี่ยงกฎเกณฑ์ของสังคม

พลัง Id Ego และ Superego จะทำงานไม่แยกจากกัน พลังใดมีอิทธิพลมากที่สุดก็จะมีบุคลิกลักษณะโน้มเอียงไปในทิศทางนั้น ปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากความขัดแย้งของพลังงานจิตทำให้เสียสมดุลและมีการปรับตัวโดยใช้กลไกการป้องกันตนเองบางชนิดที่ทำให้สุขภาพจิตไม่ดี ส่วนบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี คือ คนที่สามารถรักษาความสมดุลของพลังจิตไว้ได้โดย Id Ego และ Superego ทำงานประสานกันเป็นอย่างดี สภาพจิตใจของคนก็จะมีคุณสมบัติ ปราศจากความขัดแย้งในใจ ความรู้สึกผิด เป็นคนที่ยอมรับความจริงตามสภาพที่เป็นอยู่และสามารถปรับตัวเข้ากับความเป็นจริงเหล่านั้นได้

2) แนวคิดมนุษยนิยม (Humanism Approach) ผู้นำแนวคิดนี้คือ อับราฮัม มาสโลว์ (Abraham Maslow) แนวคิดนี้เชื่อว่า มนุษย์มีอิสระในการเลือกกระทำหรือกำหนดการกระทำของตนเองตามศักยภาพที่มีอยู่ มนุษย์ทุกคนมีเกียรติและศักดิ์ศรี มีคุณค่าในตนเองและสามารถกำหนดอนาคตของตนเอง มนุษย์ทุกคนมีจิตใจต้องการความรัก ความอบอุ่น ความเข้าใจ และมีแรงจูงใจที่จะ

พัฒนาตนเองไปสู่ระดับที่สมบูรณ์ขึ้น มาสโลว์เชื่อว่า คนเราทุกคนมีความต้องการพื้นฐาน ซึ่งความต้องการเหล่านี้จะพัฒนาขึ้นมาอย่างเป็นลำดับขั้นตอนโดยเริ่มต้นจากความต้องการทางด้านร่างกาย ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการความรักและการเป็นเจ้าของ ความต้องการการยอมรับนับถือ ความต้องการที่จะรู้และเข้าใจ ความต้องการด้านสุนทรีย์และความต้องการที่จะตระหนักรู้ในคุณค่าและความสามารถที่แท้จริงของตนเอง โดยความต้องการขั้นต่ำสุดต้องได้รับการตอบสนองก่อน คนที่พัฒนามาถึงจุดสูงสุดแห่งความต้องการนี้แล้วจะรู้สึกว่าได้เดินทางมาถึงจุดสูงสุดแห่งชีวิต มีความสุข ความพอใจในชีวิตของตนเองทำให้มีสุขภาพจิตดี

3) แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการคิด (Cognitive Approach) นักจิตวิทยาในกลุ่มนี้คือ เอลลิส (Ellis) และเบค (Beck) มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์เป็นผลมาจากความคิดและกระบวนการคิด เอลลิส เชื่อว่ามนุษย์มีความคิดทั้งที่มีเหตุผลและไร้เหตุผล ความคิดที่ไร้เหตุผลเป็นสาเหตุของความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมของคน เช่น คิดว่าทุกคนที่อยู่ใกล้ฉันต้องรักฉันทุกคน ฉันต้องเป็นคนเก่ง ทุกอย่างที่ผมทำต้องได้รับผลสำเร็จ เป็นต้น ส่วนเบค เชื่อว่า ปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมมีผลมาจากความผิดปกติของการคิดและกระบวนการคิดโดยคนกลุ่มนี้จะมีความคิดที่แคบ รุนแรงหรือไม่มีความเลือก มีการด่วนสรุป ไม่ได้ไตร่ตรองให้รอบคอบ การคิดเช่นนี้ทำให้คนมีโลกทัศน์แคบ เมื่อเหตุการณ์ไม่เป็นอย่างที่คิดก็ทำให้เกิดความผิดหวังขึ้นมา นำไปสู่การมีอารมณ์เศร้าหรือมีปัญหาสุขภาพจิต ส่วนคนที่ยอมรับความจริง มีความอดทนต่อตนเองและผู้อื่น มีความยืดหยุ่นทางความคิดและมีกระบวนการคิดที่เป็นเหตุเป็นผลจะเป็นคนที่มีสุขภาพจิตดี

4) แนวคิดชีววิทยา (Biological Approach) แนวคิดนี้เชื่อว่าพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์ขึ้นอยู่กับการทำงานของสมองและระบบประสาท ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลจึงต้องศึกษาการทำงานของสมองและระบบประสาทรวมทั้งการทำงานทางชีวภาพของบุคคล ซึ่งเชื่อมโยงกับสมองและระบบประสาท และการค้นคว้าในปัจจุบันได้พิสูจน์ให้เห็นจริงอย่างไม่มีข้อโต้แย้งว่า การทำงานของสมองและระบบประสาทมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมนุษย์ทุกประเภททั้งกระบวนการคิด ความรู้สึกและตื่นเต้น สับสน ซึมเศร้าหรือแม้กระทั่งลึกถึงความหลังที่ผ่านมานานแล้วได้ การทำงานของสมอง ระบบประสาทอัตโนมัติและต่อมไร้ท่อจะทำงานประสานกันและกันเพื่อให้ร่างกายดำรงชีวิตได้ตามปกติ แต่หากส่วนใดทำงานสูญเสียไปทำให้เป็นโรคอัลไซเมอร์ ไฮร์โมนในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ตับอ่อนผลิตฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยลงทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูง มีแนวโน้มจะเป็นโรคเบาหวานได้มากขึ้น การหลั่งของสาร Endorphine ซึ่งทำให้รู้สึกมีความสุขและสาร Dopamine ที่ทำให้รู้สึกเศร้าเป็นทุกข์เมื่ออยู่ในสภาพตึงเครียด เช่น กลัวหรือโกรธ การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบซิมพาติกจะกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น หลอดลมขยายใหญ่เพื่อที่จะรับอากาศให้มาก

ที่สุดเป็นการเตรียมพร้อมที่จะสู้หรือถอย เมื่ออยู่ในสภาวะสงบ ระบบพาราซิมพาเทติกจะทำหน้าที่ตรงกันข้ามเพื่อรักษาความสมดุลโดยควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจให้ช้าลง

5) แนวคิดเชิงสังคมและวัฒนธรรม (Social-Cultural Approach) ในสังคมเกษตรกรรมสมัยก่อน ครอบครัวเป็นหน่วยผลิตและบริโภคร่วมกัน ทุกคนมีส่วนร่วมช่วยกันทำงาน มีความใกล้ชิดกันตลอดเวลาทั้งในชีวิตครอบครัวและชีวิตการทำงานที่เป็นประโยชน์เกื้อกูลกันได้ทุกคน สังคมแบบนี้ทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทำได้ตลอดเวลากับผู้อื่นที่ต่างรุ่นต่างวัย มีโอกาสให้ความรู้ ความคิดข้อเสนอแนะที่ผู้อื่นต้องการและยอมรับว่าเป็นประโยชน์ ไม่ถูกทอดทิ้งหรือต้องอยู่ตามลำพัง ได้ออกกำลังกายทั้งทางร่างกายและจิตใจอยู่ตลอดเวลา ไม่ต้องห่วงเรื่องรายได้รายจ่ายที่จะเลี้ยงชีวิต ได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่าว่าเป็นผู้มีบุญคุณ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ความพอใจต่อเนื่องกันไปจนถึงบั้นปลายของชีวิต แต่ในสังคมปัจจุบันคือ สังคมอุตสาหกรรมและพาณิชยกรรม ลักษณะการดำเนินชีวิตโดยทั่วไปอาศัยการทำงาน หาเงินจากการประกอบอาชีพตามความถนัด ความพอใจและความสามารถเฉพาะตัวของแต่ละคน ทำให้ไม่สามารถอยู่รวมกันเป็นครอบครัวใหญ่และให้โอกาสผู้สูงอายุช่วยทำหน้าที่ที่เป็นประโยชน์ได้ ประเพณีที่ยกย่องนับถือความรู้และประสบการณ์ของผู้สูงอายุ การยอมรับ การพอใจที่จะคบหาสมาคมลดน้อยลงเมื่อเทียบกับสังคมสมัยเก่า นอกจากนี้ในสังคมสมัยใหม่ คนรุ่นเยาว์มีการศึกษามากกว่าคนรุ่นก่อน ต้องใช้ความรู้และวิธีการทำมาหากินที่ต่างไปจากคนรุ่นก่อนเคยรู้เคยสอน มีความจำเป็นต้องไปประกอบอาชีพนอกชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งและประสบกับปัญหารายได้รายจ่ายในการดำเนินชีวิต ส่วนผู้สูงอายุในเมืองก็เผชิญกับปัญหาทุกด้านมากขึ้นโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ยากจนและผู้ที่ไม่มียุทธศาสตร์เลี้ยงดูหรือแม้แต่ผู้สูงอายุที่มีฐานะดีมีเงินทองเลี้ยงตัวได้ ก็ยังพบว่าการอยู่ร่วมกับลูกหลานที่ต่างความรู้ต่างประสบการณ์นั้นไม่มีความสุขความพอใจเหมือนสมัยก่อน จนบางครั้งต้องแยกไปอยู่ต่างหาก ฐานะการยอมรับของผู้สูงอายุในสังคมก็ไม่แน่นอน มั่นคงโดยเฉพาะเมื่อคนรุ่นใหม่เห็นว่าความรู้ประสบการณ์ของผู้สูงอายุเป็นล้าสมัยหรือเป็นความคิดแบบอนุรักษนิยมไม่ตรงกับความต้องการเปลี่ยนแปลงเป็นสมัยใหม่

2.5 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต

ลักขณา สรวิวัฒน์ (2545: 22) กล่าวว่า จากสภาพความมีสุขภาพจิตดีหรือไม่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับกันทั่วไป ในกลุ่มนักจิตวิทยามี 2 องค์ประกอบใหญ่ๆ คือ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ดังนี้

1) อิทธิพลของพันธุกรรม อิทธิพลทางพันธุกรรมจะส่งผลให้สุขภาพจิตดีหรือไม่ทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่ สิ่งที่ได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรม คือ ยีน การทำงานของต่อมไร้ท่อ

ความพิการทุพพลภาพทั้งร่างกายและสมองที่เกิดขึ้นในขณะคลอดหรือภายหลังคลอด การเจ็บป่วยทางกายจากโรคบางโรค ความเข้าใจและยอมรับตนเอง

2) อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตมีหลายประการคือ ลักษณะของครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิต บทบาทของบิดามารดาซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตของลูก การอบรมเลี้ยงดู สภาพแวดล้อมในและนอกบ้าน สภาพแวดล้อมทางโรงเรียน สภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ สื่อมวลชนที่มีผลต่อสุขภาพจิต

อัมพร โอตระกูล (2538:55-59) ได้อธิบายถึงสาเหตุของภาวะผิดปกติทางจิต เกิดจากปัจจัยสำคัญ 2 ด้าน คือ ปัจจัยภายในตัวบุคคลและเกิดจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ดังนี้

ปัจจัยที่เกิดจากภายในตัวบุคคลนี้ สามารถแยกออกได้เป็น 2 ประการคือ

1) สาเหตุของร่างกาย เนื่องจากเมื่อร่างกายเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวเรื้อรังก็จะทำให้บุคคลผู้นั้นมีอาการแปรปรวนหรือเกิดความรู้สึกแปรเปลี่ยนไปจากธรรมดา เช่น เกิดอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย เนื่องจากร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด คือ เมื่อร่างกายป่วยอ่อนเพลีย ทำการงานได้ไม่เต็มความสามารถก็จะทำให้รู้สึกอารมณ์เสียง่าย เกิดความโกรธหรือหงุดหงิด เมื่อเจ็บป่วยนานก็จะทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงมากขึ้น เกิดความวิตกกังวล ท้อแท้ ซึ่งอาจจะนำไปสู่อาการทางจิตประสาทได้

2) สาเหตุของจิตใจ โดยมากเป็นเรื่องของความต้องการทางใจไม่สมหวัง โดยที่มนุษย์เรามีความต้องการทางใจอยู่เสมอ トラบใดที่เรายังมีชีวิตอยู่ กล่าวคือ เมื่อมนุษย์ต้องการอาหารทางกาย เพื่อให้มีชีวิตอยู่รอด ขณะเดียวกันก็ต้องการอาหารทางใจเพื่อให้มีความสุขสมหวัง เมื่อความต้องการทางใจไม่สมหวังหรือไม่เป็นไปตามที่คาดหวังก็จะก่อให้เกิดความคับข้องใจ ผิดหวัง ทุกข์ใจนำไปสู่ภาวะสุขภาพจิตเสียหรือถ้าความผิดหวังนั้นรุนแรงและเรื้อรังก็จะเกิดเจ็บป่วยทางจิตได้

ปัจจัยที่เกิดจากภายนอกตัวบุคคล หมายถึง สิ่งต่างๆ ที่อยู่แวดล้อมตัวคน ได้แก่ ครอบครัวและสังคมรวมทั้งวัฒนธรรมประเพณีของสังคมนั้นๆ ด้วย ซึ่งปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจมีมากมาย แต่พอจะสรุปได้ดังนี้

1) สาเหตุจากครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างพ่อแม่ลูก การที่คนเรามีสภาพทางใจแตกต่างกัน ไม่ใช่เป็นเพราะความสามารถที่เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่เป็นผลมาจากการเลี้ยงดูของพ่อแม่หรือผู้ปกครองและผู้ที่อยู่ใกล้ชิด ถ้าได้รับการเลี้ยงดูจากครอบครัวที่มีความสุขก็จะมีบุคลิกลักษณะที่สามารถปรับตัวได้ มีจิตใจหนักแน่น เข้มแข็งที่จะเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ของชีวิตไปในทางที่ไม่เป็นปัญหาต่อสังคม

2) สาเหตุจากวัฒนธรรมและค่านิยมของสังคม ในสังคมที่เราอยู่ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมประเพณีอย่างรวดเร็วจะทำให้คนเราปรับตัวไม่ทัน โดยเฉพาะในกลุ่มคนที่เป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เพราะคนเหล่านั้นจะรู้สึกว่าการที่เปลี่ยนไปนั้นขัดกับความรู้สึกที่ตนเคยได้รับการอบรมมาจนเคยชิน ทำให้วางตัวไม่ถูกเกิดความไม่สบายใจขึ้นได้

3) สาเหตุจากภาวะการณ์แวดล้อมต่างๆ เหตุการณ์หรือกิจกรรมที่เกิดขึ้นในชีวิตของช่วงวัยต่างๆ ซึ่งคนเราต้องเผชิญหรือปรับตัวอยู่ ถ้าภาวะการณ์นั้นไม่ยุ่งยากซับซ้อนและไม่เกิดข้อขัดแย้งในการปฏิบัติมากนัก การปรับตัวก็มักไม่เกิดปัญหา ในทางกลับกัน ถ้าภาวะการณ์นั้นๆ มีข้อติดขัดมากสำหรับบุคคลนั้นก็จะทำให้การปรับตัวเป็นไปโดยลำบากและเกิดปัญหาทางจิตได้

2.6 ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาวะสุขภาพ คือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์และสำคัญกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เช่น ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคต่างๆ ทางกายจะทำให้สุขภาพจิตอ่อนแอ ท้อแท้ เศร้าซึม หดท้อกำลังใจ ในขณะที่เดียวกันถ้าหากผู้สูงอายุมีปัญหาในครอบครัวที่ขาดความรัก ความอบอุ่น ขาดความผูกพันกันภายในครอบครัวด้วยแล้วก็จะยิ่งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมากขึ้นกว่าเดิมด้วย ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ ดังนั้นสุขภาพจิตจึงมีความสัมพันธ์และสำคัญกับผู้สูงอายุเป็นอย่างมากเพราะไม่สามารถที่จะแยกจากกันได้ ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้น พบว่าระดับของการมีปัญหาก็จะเพิ่มตามอายุคือ อายุยิ่งมากขึ้น สภาวะสุขภาพจิตที่ดีจะเลวลง แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งสภาวะทางสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการคือ (นาตยา เกรียงชัยพุกกะ. 2543: 28, 67)

1) ความสามารถในการปรับตัวของแต่ละคน การเตรียมตัวเตรียมใจให้พร้อมที่จะรับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ของชีวิต เช่น ยอมรับความร่วงโรยของสังขาร ยอมรับการเปลี่ยนแปลงทางความคิดที่เชื่องช้า บางทีลึ้มง่าย การปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงทางบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เกิดขึ้นค่อนข้างมากและรวดเร็ว เช่น การเกษียณอายุราชการ การเปลี่ยนแปลงจากหัวหน้าครอบครัวมาเป็นผู้อาศัยให้ลูกหลานมาเป็นผู้ปกครองครอบครัว การมีรายได้ลดลง การตายจากของคู่ครอง เหล่านี้ เป็นต้น

2) ทักษะคติของสังคมต่อคนวัยสูงอายุ ท่าทีของสังคมแวดล้อมมีอิทธิพลต่อความทุกข์สุขของผู้สูงอายุอย่างมากโดยเฉพาะวัยหนุ่มสาวเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลสูงที่สุดในการกำหนดคุณค่าของบุคคล การปฏิบัติต่อคนสูงอายุด้วยความเคารพนับถือ มีความสำคัญยิ่งกว่าการให้ทางวัตถุสิ่งของเป็นอย่างมาก

ความผิดปกติทางจิตใจในวัยผู้สูงอายุเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตที่พบได้ไม่น้อยโดยเกิดจากสาเหตุต่างๆ จันทรเพ็ญ เนียมอินทร์ (2539: 46-55) กล่าวว่า สามารถจำแนกตามกลุ่มต้นเหตุได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มอาการผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ ความผิดปกติของจิตใจและอารมณ์ในผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถสร้างปัญหาทางจิตใจให้กับผู้สูงอายุได้มาก การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะควบคู่ไปกับการเปลี่ยนแปลงของประสบการณ์ทางจิตใจของผู้สูงอายุตามกาลเวลาและประสบการณ์ ทำให้คนรู้จักการปรับตัวที่จะคงความมีสุขภาพไว้ ความผิดปกติทางจิตใจที่พบได้บ่อยคือ

1) ความเครียด ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุก็เหมือนกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับวัยอื่น เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นได้ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และผลของความเครียด สามารถก่อปัญหาทางจิตใจได้ทุกด้าน

2) ความว้าวุ่นหรือความเหงา ความว้าวุ่นในผู้สูงอายุเกิดจากการมีความขัดแย้งในจิตใจที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและวัฒนธรรม รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อมต่างๆ เช่น การย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย การต้องอาศัยอยู่คนเดียวในบ้าน การสูญเสียชีวิตของคู่สมรส การสูญเสียอันเกิดจากวินาศภัยร้ายแรงต่างๆ เหล่านี้ก่อให้เกิดความขัดแย้งในจิตใจของผู้สูงอายุได้

3) ความวิตกกังวล คือ ภาวะที่มีความตึงเครียดระแวงระวั่งหรือตื่นตระหนกกับเหตุการณ์ต่างๆ และมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่วมด้วย ความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้กับคนทั่วไปจะผิดปกติก็ต่อเมื่อความวิตกกังวลมีมากจนทำให้กิจวัตรประจำวันหรือความสามารถในการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไปในทางลดลง ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมทำให้ขาดความสุข ความวิตกกังวลเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เป็นปฏิกิริยาการปรับตัวให้เข้ากับความเครียดทางจิตสรีรวิทยาของคน ลักษณะการปรับตัวทำให้เกิดความไม่สบายในจิตใจ มีความผิดปกติทางกาย มีความวิตกกังวลเกิดขึ้นเพื่อที่จะสู้หรือถอยหนีความเครียดนั้น

4) ความซึมเศร้า คือ ภาวะจิตใจที่หม่นหมองหดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า ต่ำหนีดตนเอง ความซึมเศร้าเป็นปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ที่พบบ่อยมากในคนวัย 55-70 ปี พบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุที่ขาดความอบอุ่นในครอบครัวมา

ก่อนและผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคมอุตสาหกรรม ทั้งนี้ เพราะขาดการยอมรับนับถือ มีความรู้สึกอยู่อย่างไร้ความหมายและหดหู่ใจ ลักษณะที่เด่นชัดคือ จะมีอาการไม่สบายทางกายมาก ในขณะที่ความผิดปกติของอารมณ์มีไม่มากหรือไม่ชัดเจน ความซึมเศร้าที่พบมากจะมีอาการแสดงออกในระยะแรก ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล เบื่อหน่ายการทำงาน ไม่มีแรง เหนื่อยอ่อน แยกตัว ซึมเศร้า เจ็บใจ ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อม ไม่ยอมรับรู้อะไรต่าง ๆ รอบตัว ผู้ป่วยจะบ่นว่านอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด หดความรู้สึกลงทางเพศ ซึ่งอาการแสดงออกต่างๆ ดังกล่าวเป็นภาวะซึมเศร้าที่สามารถป้องกันได้ เพราะเราจะสังเกตอาการได้ง่ายและจะรู้สาเหตุมาก่อน การป้องกันที่สำคัญเริ่มจากการวางแผนเพื่อผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับการรักษาสุขภาพที่ดี

2. กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองเสื่อม ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่พบได้เสมอ มักเกิดจากความเสื่อมของเนื้อเยื่อสมองซึ่งทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการเรียนรู้และเข้าใจ ความรุนแรงของอาการจะขึ้นอยู่กับระดับความเสื่อมของเนื้อเยื่อสมองที่เกิดจากการตายของเซลล์สมองเองหรือจากการที่เนื้อเยื่อสมองมีเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ อาการเริ่มแรก ผู้ป่วยจะจำวันเวลาไม่ได้ ความจำเสื่อม ความสามารถทางเชาวน์ปัญญาลดลง สูญเสียการปรับตัวและการตัดสินใจ อาการแสดงออกในบางครั้งจะเกิดเฉพาะอาการเสื่อมของความจำเท่านั้นแต่ในบางครั้งอาจจะเกิดร่วมกับความผิดปกติของพฤติกรรมหรืออาการทางจิตอื่นๆ ด้วย ถ้ามีการแสดงออกเป็นครั้งเป็นคราว เรียกว่าเป็นชนิดเฉียบพลัน แต่ถ้าอาการแสดงนั้นเป็นอาการถาวร เรียกว่าเรื้อรัง ซึ่งหมายถึงว่ามีภาวะเยื่อสมองเสื่อมเต็มที่ กลุ่มอาการสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุมี 3 ลักษณะคือ สมองเสื่อม อาการเพ้อคลั่ง และอาการหลงลืม

2.7 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วยหลักการใหญ่ ๆ 3 ประการ (อัมพร โอตระกูล, 2538: 173-174) ดังนี้

1) การผดุง คือ ผดุงร่างกายและจิตใจให้คงสภาพที่ดีที่สุดไว้หรือชะลอความเสื่อมนั้นเอง โดยยึดหลักการว่า ควรมีการพักผ่อนที่เหมาะสม เช่น มีงานอดิเรกหรือมีสิ่งสนใจทำบ้าง มีเพื่อนวัยเดียวกันและมีเพื่อนต่างวัย มีอาหารการกินที่เหมาะสมกับร่างกายของผู้สูงอายุ มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย อันเป็นการออกกำลังกายที่ไม่หักโหมหรือไม่เหนื่อยเกินไปและกระทำสม่ำเสมอ

2) การปรับปรุง คือ ปรับปรุงจิตใจให้ผ่องใสโดยยึดหลักธรรมทางศาสนา ปฏิบัติธรรมให้มีจิตใจที่เบิกบาน มีคุณธรรม จิตใจจะได้ไม่หม่นหมอง สามารถปรับตัวได้ตามสภาวะการณ์ของสังคมและสิ่งแวดล้อม

3) การบำรุง คือ บำรุงสมองและร่างกายไม่ให้เจ็บป่วย ฝึกสมองให้มีความสนใจในสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นบ้าง ควรร่วมกิจกรรมในชุมชนหรือในสังคมเมื่อมีโอกาส เช่น ร่วมในกิจกรรมสาธารณประโยชน์ที่ตนถนัด ทั้งนี้เพื่อฝึกสมองให้ใช้งานได้ต่อไป ควรบำรุงร่างกายให้อยู่ในสภาวะสมดุลโดยดูแลตนเองทางด้านการกิน การนอน การขับถ่าย และการพักผ่อนให้พอเหมาะ

2.8 การช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี

จันทรเพ็ญ เนียมอินทร์ (2539: 36-40) กล่าวว่า การช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ดำรงภาวะสุขภาพและดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขนั้น อาจแบ่งลักษณะการช่วยเหลือเป็น 4 มิติ ด้วยกันคือ

1. การให้ความช่วยเหลือโดยการส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นการช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี อาจทำได้ 4 วิธีด้วยกัน คือ

1) การสนับสนุนของครอบครัว การยอมรับและให้การสนับสนุนของครอบครัวเป็นการให้กำลังใจและสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีความพร้อมและภูมิใจในตนเอง

2) การส่งเสริมให้ทำงานอดิเรกและพักผ่อนหย่อนใจ ผู้สูงอายุมักจะมีเวลามากขึ้นในแต่ละวัน กอปรกับสังคมแคลง ไม่ควรปล่อยชีวิตและเวลาให้ผ่านไปโดยไร้ประโยชน์ ควรหากิจกรรมที่มีความถนัดและสามารถทำได้จริง ไม่จำเป็นต้องมีความสำคัญมีชื่อเสียง เพราะกิจกรรมทุกชนิดมีประโยชน์ต่อสังคมทั้งสิ้น ควรใช้ประสบการณ์และความรู้ที่มีอยู่มาใช้ประโยชน์ให้มากที่สุด ซึ่งอาจทำในรูปของการเขียนหนังสือ บทความต่างๆ การบำเพ็ญตนเพื่อทำนุบำรุงศาสนา นอกจากนี้ ควรพักผ่อนเพื่อหาความสดชื่นให้กับชีวิต เช่น การท่องเที่ยว การดูโทรทัศน์ ปลูกดอกไม้ เป็นต้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำแล้วมีความสุข

3) การพัฒนากำลังจิต เป็นการส่งเสริมให้มีกำลังจิตที่ดีเช่นเดียวกับการส่งเสริมความสมบูรณ์ของร่างกาย

4) การส่งเสริมด้านนันทนาการ โดยการจัดให้ผู้สูงอายุมีการพบปะสมาคมกัน เพื่อให้มีโอกาสได้สังคมแลกเปลี่ยนข่าวสารหรือแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นกับกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน เช่น อาจจะจัดบริการด้านธรรมะโดยการนั่งสมาธิให้จิตใจสงบหรือการจัดกิจกรรมอื่นๆ ตามความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคนหรืออาจจัดในรูปของชมรมผู้สูงอายุ ร่วมปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสังคมและมีการสอดแทรกความบันเทิงเข้าไปบ้าง ทำให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีตนเอง เป็นการส่งเสริมให้มีสุขภาพจิตที่ดี

2. การให้ความช่วยเหลือโดยการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติทางจิต ซึ่งการป้องกันนี้ทำได้โดยการแนะนำให้ผู้สูงอายุยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามวุฒิภาวะ ยอมรับว่าชีวิตที่ผ่านมาเป็นระยะเวลาที่นานกว่าชีวิตที่เหลือ ให้รู้ตัวและมีสติในดำเนินชีวิตเพื่อให้ชีวิตที่เหลืออยู่

เป็นชีวิตที่มีค่า ซึ่งหมายถึงการไปสู่ความสำเร็จของชีวิตและดำรงชีวิตสูงสุดตามศักยภาพของตนเอง สิ่งที่สำคัญที่สุด คนในวัยสูงอายุต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองที่ถูกต้องตามความเป็นจริงมากที่สุด ยอมรับและเตรียมรับสภาพต่างๆ ที่เกิดขึ้น จะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวเข้ากับสภาพความเป็นจริงของชีวิตตามพัฒนาการได้ง่ายขึ้น ป้องกันไม่ให้เกิดความกดดัน ความขัดแย้งและความเครียดอันจะนำไปสู่ความผิดปกติของจิตใจได้

3. การให้ความช่วยเหลือในด้านการรักษาสุขภาพจิต อาจทำได้ในรูปแบบของการให้บริการด้านการรักษาพยาบาล จัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุ ให้บริการตรวจรักษาและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพจิตรวมทั้งให้การรักษาตามอาการเมื่อมีความผิดปกติทางจิต และถ้าจำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลก็ควรส่งต่อไปโดยใช้ระบบการส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

4. การให้ความช่วยเหลือในด้านการฟื้นฟูสุขภาพจิต อาจทำได้ในรูปแบบของการทำจิตบำบัดเป็นระยะๆ หลังจากได้รับการรักษาเพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตซึ่งควรทำควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ดังนั้น การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุนั้นควรจะผสมผสานทั้ง 4 ด้านคือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ซึ่งการให้บริการเพื่อส่งเสริมและป้องกันนั้น นับว่าเป็นสิ่งสำคัญและดีกว่าการรักษาและฟื้นฟูเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพจิตแล้ว

สรุป ปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป็นปัญหามาจากการเสื่อมทางสภาพร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลกระทบทำให้เกิดปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ควรเน้นในเรื่องการพัฒนาด้านจิตใจของผู้สูงอายุโดยการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ยอมรับความเสื่อมทางสภาพร่างกาย

3. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว

3.1 ความหมายของครอบครัว

คณะอนุกรรมการด้านครอบครัวในคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) ได้จัดประชุมสมัชชาแห่งชาติเมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2537 ให้คำนิยามของคำว่าครอบครัวไว้ว่า ครอบครัวหมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจในการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กันทางกฎหมายและทางสายโลหิต บางครอบครัวอาจมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา (ศรีสว่าง พ่วงศ์แพทย์. (2540: 8)

อัจฉรา นวจินดา (พัชรินทร์ บุญเสรี. 2546: 25 อ้างอิงจาก; อัจฉรา นวจินดา. 2535)

ให้ความหมายของครอบครัวไว้หลายนัย ดังนี้

1) นัยทางชีววิทยา ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่มีความเกี่ยวพันกันทางสายโลหิต เช่น พ่อแม่และลูกๆ ที่เกิดจากพ่อแม่เดียวกัน

2) นัยทางกฎหมาย ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์กันโดยการจดทะเบียนรับเป็นบุตรบุญธรรมหรือรับรองให้มีสิทธิรับมรดกกันและกันตามกฎหมาย

กลุ่มคนตามนัยข้อ 1 และ 2 ถือว่าเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันไม่ว่าจะอาศัยอยู่ร่วมกันในครัวเรือนเดียวกันหรือไม่ก็ตาม

3) นัยทางเศรษฐกิจและสังคม ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่มีการใช้จ่ายเงินจากงบประมาณเดียวกัน มีความผูกพันกันจากการอาศัยกินอยู่ร่วมกัน ครอบครัวนัยนี้จึงรวมผู้อยู่อาศัยทุกคนที่ไม่ใช่ญาติไว้ด้วย

มอร์แกน (Morgan.1985: 45) กล่าวว่า ครอบครัว หมายถึง บุคคลที่มีความผูกพันกันทางสายโลหิตหรือการสมรส ก่อให้เกิดเป็นเครือญาติบนพื้นฐานวัฒนธรรมของตนเอง

จากความหมายของครอบครัวที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานทางสังคมที่สำคัญที่สุด ซึ่งในครอบครัวประกอบด้วยสมาชิกที่มาอาศัยอยู่ร่วมกัน พักอาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน อาจจะมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิตหรือไม่ก็ตาม แต่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน

3.2 ความสำคัญของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุ

ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมายต่อผู้สูงอายุมาก เป็นสิ่งที่มีความสำคัญมีอิทธิพลต่อภาวะจิตใจ เป็นสถาบันที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัย ความไว้วางใจแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลและสนับสนุนทางด้านต่างๆ จากครอบครัว เช่น ด้านอารมณ์ ด้านเศรษฐกิจและยังมีความต้องการความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและต้องการการติดต่อกับญาติพี่น้องลูกหลานด้วย ตามวัฒนธรรมดั้งเดิมของไทยและลักษณะของครอบครัวไทยเรานั้นถือว่า บิดามารดา เป็นผู้ที่มีพระคุณสูงสุด ดังนั้น บุตรธิดาต้องแสดงความกตัญญูต่อบิดามารดาตามหลักพุทธศาสนาเรื่องทศ 6 ซึ่งถือว่า บิดามารดา เป็นทิศเบื้องสูง กล่าวคือ เป็นหน้าที่ของบุตรซึ่งเติบโตเป็นผู้ใหญ่สามารถทำมาหากินได้แล้ว จะต้องให้การอุปการะเลี้ยงดูบิดามารดาเมื่อท่านเข้าสู่วัยชรา พุทธศาสนาถือว่า การบำรุงบิดามารดาเป็นมงคลชีวิตประการหนึ่ง โดยปกติเมื่อบิดามารดาสูงอายุ บุตรไม่ว่าชายหรือหญิงอย่างน้อย 1 คนจะอยู่เพื่อปรนนิบัติดูแลและแม้แต่แต่งงานก็นำคู่สมรสเข้ามาอยู่ด้วยในบ้านของบิดามารดาหรืออยู่คนละบ้านในอาณาบริเวณเดียวกัน (จิระพร อภิชาติบุตร.

2540: 40; อ้างอิงจาก สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.2528: 42) แม้แต่ในครอบครัวที่บิดามารดามีฐานะความเป็นอยู่ไม่ดี เมื่อบุตรมีฐานะความเป็นอยู่ดีกว่าก็มักจะนำบิดามารดาไปอยู่ร่วมกับครอบครัวด้วย จึงอาจกล่าวได้ว่า ครอบครัวถือเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทั้งปวงที่แม้เวลาจะผ่านไป แต่ความรักใคร่ผูกพันที่บุตรมีต่อบิดามารดาก็ยังไม่เสื่อมคลาย ดังเช่น Beigel et al. (จิระพร อภิชาติบุตร. 2540: 40; อ้างอิงจาก Beigel et al.1984: 65) ที่มองเห็นว่า ครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่สุดของผู้สูงอายุ และยังเป็นแหล่งให้การดูแลที่ผู้สูงอายุชื่นชอบ

จากการสำรวจประชากรวัย 13-59 ปี พบว่าร้อยละ 80-85 ได้ให้การดูแลบิดามารดา (อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป) โดย 2 ใน 3 ของผู้ดูแลเป็นหญิง ร้อยละ 64 เป็นบุตร และร้อยละ 27 เป็นคู่สมรส การดูแลที่ให้ส่วนใหญ่จะเป็นการดูแลในยามเจ็บป่วย (ร้อยละ 90) จัดหาอาหารให้ (ร้อยละ 84) มอบเงินให้ (ร้อยละ 80) ดูแลกิจทั่วไป (ร้อยละ 65) จัดหาเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม (ร้อยละ 60) และจ่ายค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 53) โดยผู้ดูแลที่อายุน้อยและเป็นสตรีจะมีแนวโน้มที่จะให้การดูแลชนิดที่ใช้แรงงาน ได้แก่ การดูแลยามเจ็บป่วยและการดูแลกิจทั่วไป ในขณะที่ผู้ดูแลที่มีอายุมากหรือที่สมรสแล้ว จะให้การดูแลด้านการเงิน จัดหาอาหารและเครื่องนุ่งห่มเป็นส่วนใหญ่ ในการสำรวจระดับชาติพบว่า ร้อยละ 77 ของผู้สูงอายุมีผู้ดูแลอยู่ในช่วงอายุ 20-59 ปี แต่ข้อสังเกตที่สำคัญคือสัดส่วนของผู้ดูแลที่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไปมีถึงร้อยละ 14.7, 4.4 และ 0.5 ตามลำดับของผู้ดูแลทั้งหมด ดังนั้น กรอบความคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุจะต้องพิจารณาถึงประชากรสูงอายุที่ยังต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุและบุพการีที่ยังมีชีวิตอยู่ด้วย หากแนวโน้มของภาวะประชากรสูงอายุในประเทศไทยยังคงดำเนินไปตามแนวโน้มที่ผ่านมา ภาระที่ต้องเป็นผู้ดูแลบุพการีและผู้สูงอายุอื่นของประชากรสูงอายุจึงเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาอย่างเร่งด่วน แต่ยังคงเป็นที่น่ายินดีที่ข้อมูลจากการศึกษาระบุว่าประชากรไทยในวัยหนุ่มสาวยังคงมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและส่วนใหญ่ของคนหนุ่มสาวมีความเห็นว่าบุตรหลานรวมทั้งตนเองสมควรเป็นผู้ให้การดูแลบุพการีในยามชราหรือเมื่อมีความจำเป็น ผลการศึกษายังระบุว่าบุตรยังเป็นแหล่งสำคัญในการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในยามเจ็บป่วยของบิดามารดาโดยเฉพาะในขณะเจ็บป่วยหนักที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) 2545: 12)

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น พบว่าสถาบันครอบครัวควรตระหนักถึงความสำคัญของผู้สูงอายุให้มากขึ้นกว่าเดิมและจะต้องพยายามที่จะส่งเสริมให้เกิดการยอมรับความสำคัญของผู้สูงอายุและนำไปปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น เพราะทิศทางของแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในเรื่องความต้องการขั้นพื้นฐานนั้น ได้กำหนดไว้ชัดเจนว่า “ผู้สูงอายุควรจะได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น ได้รับความนับถือและการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลาน และควรลดความสำคัญในบทบาทของผู้หารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัว”

3.3 แนวคิดการปฏิบัติของสมาชิกในครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีนั้น สมาชิกในครอบครัวควร ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ดังนี้ (สมพร อินทร์แก้ว. 2538: 15-16)

- 1) ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า มีความสำคัญ มีความหวังในชีวิต เช่น ขอคำปรึกษา คำแนะนำต่างๆ ขอความช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ควบคุมดูแลบ้านเรือนและเป็นที่ปรึกษาในเรื่องการอบรมเลี้ยงดูลูกหลาน เพราะเป็นการทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าไม่ถูกทอดทิ้งและยังมีความค่า
- 2) ควรระมัดระวังคำพูดหรือการกระทำที่แสดงออกต่อผู้สูงอายุอย่าให้เป็นที่กระทบกระเทือนจิตใจและพยายามเน้นถึงความสำคัญของผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก เช่น กล่าวทักทายก่อนเมื่อรับประทานอาหารก็ตักข้าวให้และเชิญชวนให้รับประทานก่อน
- 3) ผู้สูงอายุเป็นผู้มีประสบการณ์มาในอดีตและได้ผ่านชีวิตมามากในการต่อสู้เพื่อตัวเองและครอบครัว สมควรที่บุตรหลานและผู้ดูแลใกล้ชิดจะต้องให้ความเคารพ เคารพและมองเห็นความสำคัญ ชักชวนพูดคุยและรับฟังถึงส่วนดีหรือเหตุการณ์ประทับใจในอดีตของผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ยังมีคนชื่นชอบในบางส่วนของชีวิตของตนอยู่
- 4) หลีกเลี่ยงการนำปัญหาที่หนักและปัญหาต่างๆ ให้ผู้สูงอายุรับทราบ อาจก่อให้เกิดความไม่สบายใจได้ เช่น มีปัญหาการขัดแย้งในครอบครัวหรือหลีกเลี่ยงการมีปัญหาคือเป็นปากเสียงกันอย่างรุนแรงต่อหน้า
- 5) ส่งเสริมและอำนวยความสะดวกให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมที่สนใจต่างๆ ตามความเหมาะสม เช่น เมื่อผู้สูงอายุต้องการไปวัดหรือศาสนสถานต่างๆ ลูกหลานควรจัดเตรียมข้าวของต่างๆ ให้และดูแลเอาใจใส่เรื่องการเดินทางให้สะดวกสบายหรือไปเป็นเพื่อน เป็นต้น
- 6) เอาใจใส่ดูแลเรื่องอาหาร การออกกำลังกายของผู้สูงอายุให้ได้อย่างเพียงพอ
- 7) ที่พักอาศัย หากผู้สูงอายุต้องการแยกบ้านหรือไปอยู่สถานที่ที่รัฐจัดให้ก็ควรตามใจแต่ไม่อยู่ห่างไกลมากเพื่อความสะดวกในการไปเยี่ยมเยียนและให้การรักษาพยาบาลเมื่อป่วยไข้ อย่างไรก็ตาม ถ้าผู้สูงอายุรู้สึกเป็นสุขและต้องการอยู่ร่วมกับลูกหลานก็ควรอยู่บ้านเดียวกัน เพื่อช่วยเหลือให้เกิดความอบอุ่นซึ่งกันและกันมากกว่า
- 8) เอาใจใส่เรื่องการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ
- 9) ช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะสังสรรค์กับญาติใกล้ชิดและเพื่อนร่วมวัยเดียวกัน บ้างด้วยการพาไปเยี่ยมเยียนหรือเชิญญาติๆ มาที่บ้าน พาไปสถานที่ที่เป็นศูนย์กลางของผู้สูงอายุ เช่น ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนหรือวัด ผู้สูงอายุจะได้มีเพื่อนแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำให้คลายเหงาได้บ้าง

10) ให้ความเคารพยกย่องนับถืออย่างสม่ำเสมอ ร่วมมือร่วมใจกันรักษา ฟื้นฟู ขนบธรรมเนียมประเพณีเดิมของไทยในเรื่องการยกย่อง

11) อารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุจะหงุดหงิดไม่โง่งาย ซึ่งอาจเป็นเรื่องธรรมดา ในผู้สูงอายุโดยทั่วไป บุตรหลานหรือผู้ดูแลใกล้ชิดจะต้องมีความอดทนในเรื่องนี้

12) ให้อภัยในความหลงลืมและความผิดพลาดที่ผู้สูงอายุกระทำและควรแสดงความเห็นอกเห็นใจที่เหมาะสมกับวัย

13) หมั่นสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่น วิดกกังวลบ่อยมาก นอนไม่หลับหรือหลับๆ ตื่นๆ หรือตื่นเช้ากว่าปกติทุกวัน อารมณ์เศร้าหมอง จิตใจห่อเหี่ยว นึกเบื่อชีวิต ความจำเสื่อมอย่างมาก เช่น หลงลืมอะไรได้ง่าย จำใครไม่ได้แม้บุคคลที่อยู่ใกล้ชิดด้วย ออกนอกบ้าน บางครั้งกลับบ้านไม่ถูก หวาดกลัวสิ่งต่าง ๆ โดยไม่มีเหตุผลสมควร เช่น กลัวคนจะมาทำร้าย พุดจาเลอะเลือน ไม่ปะติดปะต่อเป็นเรื่องเป็นราวที่เข้าใจได้ หากความผิดปกติเหล่านี้เกิดขึ้นติดต่อกันเป็นเวลานานสมควรที่บุตรหลานญาติพี่น้องที่ดูแลใกล้ชิด ควรรีบพาไปพบแพทย์

จุดประสงค์ที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุคือ เพื่อให้ผู้สูงอายุทั้งหลายได้สามารถใช้ชีวิตในแต่ละวันได้อย่างมีความสุข มีอิสระที่จะดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพตามที่ตนต้องการ ถึงแม้สภาพร่างกายจะเสื่อมถอยไปและมีโรคเรื้อรังต่างๆ อยู่ก็ตาม เพื่อให้บรรลุจุดประสงค์ดังกล่าวนี้ การดูแลผู้สูงอายุจะต้องเน้นที่จะทำให้ร่างกายอยู่ในสภาพที่ดีที่สุดร่วมกับส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้ตามที่สภาพร่างกาย จิตใจ และเวลาเอื้ออำนวย เพื่อสุขภาพกายใจที่ดีขอให้ยึดหลัก 11 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย อนามัย อุจจาระ อาภาศ อาทิตย์ อติเรก อนาคต อบอุณ และอุปนิสัย เหตุทั้งหมดนี้เป็นหลักการคร่าวๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ แต่ละคนจะมีปัญหาแตกต่างกันออกไปซึ่งจะต้องปรับการดูแลให้เหมาะสม หลักสำคัญก็คือ ต้องให้ท่านเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองโดยพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด (ยุทธนา บุศเนตร. 2548: 42)

จากการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัวดังที่กล่าวมาข้างต้นนั้น จะเห็นว่า ครอบครัวมีความสำคัญต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง

4. แนวคิดและงานวิจัยที่แสดงความเกี่ยวข้องระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

4.1 แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรายได้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคมปัจจุบัน โดยสามารถตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ได้ เช่น การมีที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี อาหารที่มีคุณค่า การรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและการซื้ออุปกรณ์อำนวยความสะดวกของตน อีกทั้งยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ เช่น งานอดิเรกหรือการใช้เวลาว่าง กล่าวคือในการทำกิจกรรมต่างๆ จำเป็นต้องอาศัยเงินเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการทำกิจกรรมนั้นๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิต แต่ถ้าขาดเงินรายได้จะทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ต้องการ ต้องประสบกับความยากลำบากในการดำรงชีวิต ส่งผลให้สภาพจิตใจเสื่อมโทรมไปด้วย (กาญจนา ไทยเจริญ, 2543: 7)

รายได้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างหนึ่งในการให้การดูแลต่อผู้สูงอายุเนื่องจากผู้ที่รับผิดชอบดังกล่าวมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความใช้จ่ายในด้านต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งหากผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีรายได้มั่นคง ไม่มีปัญหาทางการเงิน ศักยภาพในการให้การสนับสนุนด้านเงินทองสิ่งของและบริการอื่นๆ ต่อผู้สูงอายุย่อมทำได้อย่างสมบูรณ์มากขึ้น ในขณะที่หากผู้ดูแลไม่มีรายได้ที่เพียงพอแล้วอาจส่งผลถึงสัมพันธภาพในครอบครัวและการให้การสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุย่อมลดน้อยลงไปในปัจจุบันได้มีผู้ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานรัฐบาลได้พยายามจะผลักดันให้มีการหักค่าลดหย่อนสำหรับผู้ให้การดูแลบิดามารดาของตน

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ปัญหาเรื่องการสร้างหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพทั้งสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบันและผู้สูงอายุในอนาคตเป็นนโยบายสาธารณะที่จำเป็นและเร่งด่วนของประเทศไทยในขณะนี้ ปัจจุบันมีเพียงลูกจ้างเอกชนและข้าราชการเป็นกลุ่มที่มีหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพภาคบังคับรองรับอย่างเป็นทางการ แต่ทว่ายังมีผู้มีงานทำอีกสองในสามที่ยังขาดหลักประกันรายได้ยามชราภาพที่เป็นทางการรองรับ กลุ่มคนเหล่านี้ต้องพึ่งตนเองหรือการเกื้อหนุนจากครอบครัวเป็นหลักจึงเป็นที่มาของประเด็นที่ว่าในอนาคตอันใกล้ประเทศไทยมีความจำเป็นที่จะต้องเร่งสร้างสิ่งที่เรียกว่า “ระบบบำนาญแห่งชาติ” เพื่อที่จะให้ผู้มีงานทำอีกสองในสามได้มีโอกาสเตรียมความพร้อมในการสร้างหลักประกันด้านรายได้ยามชราภาพอย่างเป็นทางการด้วยตนเองเพื่อมิให้เป็นภาระกับรัฐบาลต่อไปในอนาคต เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุมีแต่จะ

เพิ่มจำนวนขึ้นทุกๆ ปี ส่วนผู้สูงอายุที่ขาดหลักประกันด้านรายได้ยามชรภาพเนื่องจากเหตุผลต่างๆ แท้จริงแล้ว มิได้ถูกทอดทิ้งอย่างสิ้นเชิง “เบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุ” เป็นที่พึ่งทางการเงินที่สำคัญอีกทางหนึ่งซึ่งรัฐบาลจัดสรรให้สำหรับผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสที่มีคุณสมบัติต่อไปนี้เป็นคือ มีอายุเกินกว่า 60 ปี ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ ถูกทอดทิ้งหรือขาดผู้อุปการะเลี้ยงดูและไม่สามารถเลี้ยงตนเองได้ ในปัจจุบันผู้สูงอายุจะได้รับเบี้ยยังชีพคนละ 500 บาทต่อเดือน เพื่อให้เพียงพอต่อสภาวะการณดำรงชีพในปัจจุบัน จะเห็นได้ว่า ในปัจจุบันประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะขยายผลในเรื่องของการสร้างหลักประกันด้านรายได้สำหรับผู้สูงอายุทั้งในส่วนที่เป็นหลักประกันรายได้สำหรับผู้สูงอายุทั้งในด้านของระบบบำนาญแบบต่างๆ และเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ ซึ่งในส่วนหลังนี้จะมีบทบาทสำคัญมากในอนาคตอันใกล้นี้ เนื่องจากผู้สูงอายุในปัจจุบันมีจำนวนไม่น้อยที่อยู่ในสถานะยากจนและปัญหาดังกล่าวยังไม่ได้รับการแก้ไข อีกทั้งเรายังมีประชากรที่กำลังจะกลายเป็นผู้สูงอายุในอีกไม่กี่ปีข้างหน้าและยังไม่อยู่ภายใต้ระบบบำนาญที่กล่าวข้างต้น เขาเหล่านี้อาจจะเป็นผู้ที่ขาดหลักประกันด้านรายได้เมื่ออย่างก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ สาเหตุหนึ่งอาจจะมาจากลักษณะของการมองปัญหาไม่ยาวหรืออีกนัยหนึ่งไม่สามารถวางแผนการบริโภคและออมได้อย่างเหมาะสม แต่อีกส่วนหนึ่งจากระบบบำนาญต่างๆ ที่เกิดขึ้นมานั้น มีประวัติศาสตร์ไม่ยาวมากนักและระบบบำนาญเป็นระบบที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานอาชีพ ทำให้ในความเป็นจริงกลุ่มคนเหล่านี้ อาจจะตกอยู่ในภาวะที่ขาดรายได้เมื่อยามชราก็ได้ สรุปได้ว่า เงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพสำหรับผู้สูงอายุเป็นแหล่งที่พึ่งทางการเงินอันสำคัญซึ่งรัฐบาลกลางและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถจัดสรรให้กับผู้สูงอายุที่ขาดหลักประกันทางเศรษฐกิจ ปัจจุบันเฉพาะผู้สูงอายุที่ได้รับเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพ(เฉพาะงบประมาณเงินอุดหนุนเฉพาะกิจ) เพิ่มขึ้นสูงมากจากปีที่เริ่มต้นซึ่งมีผู้สูงอายุรับเงินสงเคราะห์เพียง 20,000 คน และใช้งบประมาณ 12 ล้านบาท มาเป็น 1,755,266 คน ใช้งบประมาณทั้งสิ้น 10,532 ล้านบาท ในปีงบประมาณ 2550 (วรเวศม์ สุวรรณระดา. 2552: คำนำ, 2-5, 19, 195)

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564 (2545:12) รายงานว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 35.4 รายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในการเลี้ยงตนเองและครอบครัว โดยเป็นปัญหากับผู้สูงอายุในเขตชนบทมากกว่าในเมือง มีผู้สูงอายุร้อยละ 0.4 ที่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 3.4 มีรายได้ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อปี และร้อยละ 13.4 ที่ครัวเรือนมีรายได้ระหว่าง 2,500-9,999 บาทต่อปี ปัญหารายได้ต่ำนี้พบชัดเจนในเขตชนบทในผู้สูงอายุหญิงและในผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุ 70 ปีหรือมากกว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 22 เป็นบุคคลหลักผู้เดียวในการเลี้ยงครอบครัวและอีกร้อยละ 10.5 ที่เป็นผู้ร่วมทำงานหารายได้หลัก ครัวเรือนครอบครัว โดยที่ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุในเขตชนบทและอยู่ในเขตเกษตรกรรม ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เคยทำงานและหยุดงานหรือไม่ได้ทำงานใดประจำมีสาเหตุของการหยุดงานมาจากปัญหาสุขภาพ ในจำนวนผู้สูงอายุเหล่านี้พบว่าร้อยละ 27.8 ยังอยากทำงานและแจ้งว่ายังทำไหว และอีกร้อยละ 39.3 ยัง

อยากทำงานแต่ทำไม่ไหว แหล่งรายได้ในการเลี้ยงชีพที่สำคัญของผู้สูงอายุไทยมาจากบุตรและจากการทำงานของตนเอง รายได้จากเงินออมมีเพียงร้อยละ 17.1 จากการศึกษายังพบว่ามีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 31.9 เท่านั้นที่มีบัญชีเงินฝากธนาคารเป็นของตนเอง ภาวะเศรษฐกิจยังมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุแม้ภารกิจรับผิดชอบครอบครัวจะลดลงแล้วก็ตาม แต่ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องใช้เงินเพื่อการดำรงชีวิตและดูแลสุขภาพตนเอง การหวังคอยความช่วยเหลือดูแลจากบุตรหลานนั้นเป็นความคาดหวังที่ไม่แน่นอน ทางที่ดีที่สุดการเตรียมเพื่อช่วยตนเองจะเป็นทางออกที่ดีทั้งสำหรับตนเองและครอบครัว

จากการค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้อง ปรากฏว่ามีผู้ศึกษาวิจัยด้านปัจจัยทางเศรษฐกิจที่มีผลต่อผู้สูงอายุโดยตรงอยู่หลายท่าน เช่น แซทฟิลด์ (สุริย์มาศ นาคะผดุงรัตน์, 2542: 37 อ้างอิงจาก Chatfield) ได้ศึกษาถึงความสำคัญของความพึงพอใจในชีวิตกับตัวแปรทางเศรษฐกิจและสังคมวิทยา พบว่ารายได้มีผลต่อความสัมพันธ์ภายในบ้าน และพบว่า รายได้สูงมีผลต่อการลดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวกับรายได้ของผู้สูงอายุว่า องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในด้านเศรษฐกิจ คือ ผู้สูงอายุไม่มีรายได้ที่แน่นอนเป็นของตนเอง ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจยากจนจะได้รับผลกระทบทางจิตใจมากกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี เพราะจิตใจต้องครุ่นคิดกังวลอยู่กับการดำรงชีวิตของตนเอง ต้องทุกข์ใจไปกับการหาเลี้ยงชีวิตของตนเองซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีฐานะดีโดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการเงิน เพราะการมีเงินทำให้รู้สึกอุ่นใจและทำให้เกิดความมั่นคงในชีวิต นอกจากนั้นยังสามารถจุนเจือบุตรหลานที่พักอาศัยอยู่ร่วมกันอีกทางหนึ่งและยังนำไปสู่ความสัมพันธ์ในครอบครัวอันดีอีกด้วย

บรรลุ ศิริพานิช. (2542: 137) กล่าวว่า จากการศึกษาเกี่ยวกับสถานะทางเศรษฐกิจและรายได้ของผู้สูงอายุไทยในรอบ 10 กว่าปีที่ผ่านมา พอสรุปได้ว่าในปัจจุบันผู้สูงอายุไทยมีปัญหาเกี่ยวกับรายได้สำหรับการยังชีพอยู่พอสมควร ผู้สูงอายุถึงร้อยละ 26 ยังต้องทำงานอยู่ และกล่าวได้ว่ารายได้ที่ได้รับไม่พอเพียงแก่การเลี้ยงชีพ แหล่งรายได้สำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเลี้ยงชีพคือ รายได้ที่มาจากบุตร ส่วนรายได้จากการสงเคราะห์นั้นับว่าน้อยมาก จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2537 ได้มีการสำรวจกรณีความเกือหนุนที่บุตรให้แก่บิดามารดาผู้สูงอายุค่อนข้างละเอียด พบว่าบุตรอายุ 13-59 ปี จำนวน 17 กว่าล้านคนมีบิดาสูงอายุ ในจำนวนนี้มีบุตรที่ให้ความเกือหนุนบิดากว่า 13 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 80.6 ให้ความเกือหนุนมารดาร้อยละ 85.3 บุตรที่อยู่นอกเขตเทศบาลจะให้ความเกือหนุนมากกว่าในเขตเทศบาลและบุตรสาวให้ความเกือหนุนมากกว่าบุตรชาย ยิ่งบิดามารดาอายุมากขึ้น สัดส่วนของการได้รับการเกือหนุนจากบุตรก็จะสูงขึ้นทุกๆ ด้าน นอกจากนี้ การเกือหนุนบิดามารดาที่แตกต่างกันตามสถานการณ์พำนักอาศัยของบิดามารดาด้วย บิดามารดาที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกับบุตรจะได้รับความเกือหนุนด้านการเงินมากกว่าร้อยละ 80 แต่ได้รับ

การดูแลในการดำรงชีวิตประจำวันประมาณร้อยละ 52 เท่านั้น ในขณะที่บิดามารดาที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับบุตรได้รับการดูแลในการดำรงชีวิตประจำวันมากกว่า (ร้อยละ 87) ผู้สูงอายุมีรายได้จากทางใดทางหนึ่งหรือหลายทางดังนี้ 1) บุตรร้อยละ 84.5 2) คู่สมรสร้อยละ 21.4 3) ทำงานหารายได้เองได้ ร้อยละ 28.0 4) เงินออม ร้อยละ 17.1 5) พี่น้อง ร้อยละ 6.9 6) ญาติอื่นๆ ร้อยละ 8.0 7) บำนาญ ร้อยละ 4.1 8) เบี้ยยังชีพ ร้อยละ 0.5

กล่าวโดยสรุป รายได้ของผู้สูงอายุ หมายถึง เงินที่ผู้สูงอายุหามาได้เพื่อการเลี้ยงชีพต่อเดือน เช่น จากการประกอบอาชีพในปัจจุบัน/เงินจากการถือฤกษ์จากผู้อื่นหรือเงินสวัสดิการต่างๆ จากภาครัฐและเอกชนต่อคน/เงินจากการเกื้อหนุนจากบุตรหลาน เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยจะทำการรับรู้รายได้ของผู้สูงอายุเป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) เหลือใช้ หมายถึง รายรับสูงกว่ารายจ่าย 2) พอใช้ หมายถึง รายรับเพียงพอกับรายจ่าย 3) ไม่พอใช้ หมายถึง รายรับไม่เพียงพอกับรายจ่าย มาเป็นตัวแปรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรายได้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีดังต่อไปนี้

เชมิกา ยามะรัต (2527: 116) ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา: กรณีศึกษาข้าราชการบำนาญ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ พบว่า รายได้มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า จะมีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า

สุริย์ บุญญานุพงศ์ (2534) ศึกษาสภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมืองในเขตจังหวัดเชียงใหม่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจสังคมต่ำต้องเผชิญกับปัญหาในการดำรงชีวิตทั้งในปัจจุบันและที่คาดว่าจะจะเป็นไปในอนาคตมากกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมสูงและยังมีความวิตกกังวลต่อสภาวะการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตสูงอีกด้วย

ไมตรี ดิยะรัตนกุล (2536) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายพอเพียงมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีค่าใช้จ่ายไม่พอเพียง

สุทธิพันธ์ พักสุวรรณ (2537: 71) ศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และผู้สูงอายุนอกสถานสงเคราะห์ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่ามีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า ซึ่งมาจากผู้สูงอายุที่มีรายได้สูง มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวดี มีเงินทองเพียงพอกับการใช้จ่ายและเพียงพอที่จะเข้าสังคมกับเพื่อนผู้ร่วมงานและบุคคลอื่นๆ

พยอม บุญยเนตรและอังษณา ยศปัญญา (2540: 94) ศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดเลย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีกลุ่มอาการทางสุขภาพจิตต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2540: 37) ศึกษาพบว่า หากผู้สูงอายุมีเงินเพียงพอใช้จ่ายแม้จำนวนไม่มากนัก แต่ให้เป็นเงินส่วนตัวที่ตนเองมีสิทธิอย่างเต็มที่ในการใช้จ่ายก็จะทำให้สบายใจ อุ่นใจ และรู้สึกมั่นคง ส่วนผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำหรือมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ต้องดิ้นรนขวนขวายเพื่อหารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัวทำให้เกิดความคับข้องใจ ความตึงเครียดมากกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ดังนั้น รายได้จึงมีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

สุนันทา คุ่มเพชร (2545:119) ศึกษาเกี่ยวกับรายได้ของผู้สูงอายุกับภาวะสุขภาพจิตพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ ทั้งนี้เพราะรายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตเป็นสิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลได้

ฮัทชิสัน (Streib & Beck,1980: 941 citing Hutchison,1975) ได้ทดสอบนัยสำคัญของสถานภาพการสมรสที่มีต่อขวัญและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำและยากจนพบว่า ยิ่งผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำมากเท่าไร การประเมินสภาพความสุขและความพึงพอใจก็ยิ่งต่ำมากเท่านั้น ความกังวลและความเปลี่ยวเปลี่ยวจะยิ่งสูงขึ้นโดยไม่เกี่ยวกับสถานภาพสมรส แสดงให้เห็นว่ารายได้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความพึงพอใจในชีวิต

มาร์คิดส์และมาร์ติน (Markides & Martin,1979: 91-98) ทำการวิเคราะห์รูปแบบของปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ค่อนข้างต่ำที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งหญิง และชาย จำนวน 141 คน พบว่า รายได้มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับรายได้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยหามาได้นั้น สรุปได้ว่า รายได้ที่แตกต่างกันมีผลทำให้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุต่างกันไปด้วย อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างแต่ละงานวิจัยอาจมีลักษณะทางชีวสังคม สภาพแวดล้อมทางสังคมหรือปัจจัยด้านอื่นๆ แตกต่างกัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจนำเรื่องรายได้มาเป็นตัวแปรในการศึกษาเปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในครั้งนี้

4.3 แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

1. แนวคิดและความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

ด้วยเหตุผลที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของมนุษย์ จึงเป็นมโนทัศน์ที่มีผู้ศึกษาและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย การวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่ มักจะศึกษาโดยใช้แนวคิด

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 2 กลุ่มคือ (รุ่งทิพย์ แปงใจ.2542:7;อ้างอิงจาก Callaghan&Morrissey. 1993: 203-210)

1. ทฤษฎีตัวกันชน (the buffer theory) แนวคิดนี้เสนอว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการป้องกันและรักษาภาวะเจ็บป่วย เป็นตัวแปรที่ทำหน้าที่เสมือนตัวกันชนรองรับสถานการณ์เครียดที่มีผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของบุคคลและเป็นแหล่งประโยชน์ในด้านการต้านทานความเครียดของบุคคล ในกลุ่มนี้ยังมีการให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมในแนวคิดที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันออกไป เช่น แคปแลน (รุ่งทิพย์ แปงใจ.2542: 7 อ้างอิงจาก Caplan.1974) มองการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นแหล่งประโยชน์หรือแหล่งต้านทานความเครียดด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมให้มีการเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ง่ายขึ้นทำให้ภาวะวิกฤตลดความรุนแรงลงไป ซึ่งมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมกับความรู้สึกผาสุก

2. ทฤษฎีความรักใคร่ผูกพัน (the attachment theory) แนวคิดนี้เสนอว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่แสดงถึงความผูกพันรักใคร่ของคน โดยความผูกพันรักใคร่ที่มั่นคงปลอดภัยที่สร้างขึ้นในวัยเด็กคือพื้นฐานของความสามารถของบุคคลที่จะสร้างสัมพันธ์ภาพของการสนับสนุนทางสังคมในวัย

ผู้ใหญ่ ในกลุ่มนี้ยังมีแนวคิดที่คล้ายคลึงและแตกต่างกันไปเช่นกัน เช่น

เฮ้าส์ (House.1981 p.13) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ที่เกิดจากความใกล้ชิดผูกพัน การให้การดูแล และการให้ความเชื่อถือไว้วางใจ การสนับสนุนความคิด การตัดสินใจ ซึ่งเกิดจากการยอมรับนับถือและเห็นความมีคุณค่าและการให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น คำแนะนำข้อมูล วัตถุสิ่งของ บริการต่าง ๆ ตลอดจนให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

ทอยส์ (Thoists.1986 p.416) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายสังคม ได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งเกิดจากการมีการติดต่อสัมพันธ์กันของบุคคลในสังคม โดยการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดและตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็วขึ้น

นอกจากนี้ ยังมีผู้ให้นิยามการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ไว้มากมายแตกต่างกันไปตามเรื่องและผู้วิจัยท่านนั้นๆ สนใจจะศึกษา จึงไม่มีนิยามของการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นมาตรฐานถูกต้องตายตัวเพียงอันใดอันหนึ่ง แต่ขึ้นอยู่กับว่าผู้วิจัยนั้นต้องการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในแนวทางใด (Sarason; et al.1992:11) แต่โดยทั่วไปแล้ว การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง

1) การมีเพื่อนหรือบุคคลอื่นๆ ที่สามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อถึงช่วงเวลาวิกฤต การได้รับการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมุ่งพิจารณาเรื่องเกี่ยวกับปัญหาได้ดีขึ้นและมีภาพพจน์ที่ดีเกี่ยวกับตนเอง (Hauenstein.2005 :1)

2) การรับรู้หรือการผ่านประสบการณ์ที่แสดงให้เห็นว่าตัวบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นที่ห่วงใย น่าภาคภูมิใจ มีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคม ซึ่งให้ความช่วยเหลือ และมีกฎข้อบังคับร่วมกัน (Taylor; et al. 2004: 355)

หากจะพิจารณานิยามทั้ง 2 ดังกล่าวจะพบว่านิยามแรกแสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม เป็นการกระทำเพื่อช่วยเหลือให้บุคคลพ้นวิกฤต แต่นิยามหลังแสดงให้เห็นถึงการสนับสนุนซึ่งบุคคลรับรู้ได้ทางใจโดยไม่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือที่เป็นการกระทำและเป็นที่น่าประหลาดใจเมื่อมีผลงานวิจัยหลายชิ้นได้ผลสรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมตามแนวทางในนิยามที่ 2 นี้ ก่อให้เกิดประโยชน์มากกว่าการสนับสนุนทางสังคมตามแนวทางในนิยามแรก อย่างเช่นงานของเวทิงตันและเคสเลอร์ (Taylor; et al. 2004 : 355; citing Wething; Kessler. 1996) ที่กล่าวว่า การรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวพยากรณ์ในเรื่องการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดในชีวิตได้ดีกว่าการได้รับการสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม นอกจากนี้ งานวิจัยของ โคเฮนและซิมม์ (1985) เลกและเฮลเลอร์ (1988) และตันเคส-สเคตเตอร์และเบนเนตต์ (1990) ยังปรากฏผลว่าการรับรู้ถึงการสนับสนุนที่สังคมให้ (การรับรู้ว่าเป็นที่รัก เป็นที่ห่วงใย น่าภาคภูมิใจ มีคุณค่า) มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีมากกว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นรูปธรรม (Collins; & Feeney. 2004:363; citing Cohen; & Syme. 1985; Lakey; & Heller.1988; Dunkel-Schetter; & Bennett. 1990).

การให้นิยามตามแนวทางหลังมีอยู่หลายท่าน เช่น นิยามของคอบบ์ (อุไร พันธุ์เมฆา. 2541: 16; อ้างอิงจาก Cobb. 1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าคือ การที่บุคคลได้รับรู้จากสังคมนรอบตัวว่าตนเองมีคนอื่นให้ความรักความเอาใจใส่ ได้รับการสนับสนุนให้เห็นคุณค่าของตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีผู้อื่นยอมรับตน ได้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคม เช่นเดียวกับลิ้นและคนอื่นๆ (อุไร พันธุ์เมฆา. 2541:16; อ้างอิงจาก Linn ; et al. 1979) อธิบายว่าการสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น อาจเป็นลักษณะเอกบุคคล กลุ่มคน หรือเป็นชุมชน การติดต่อสัมพันธ์นั้นทำให้บุคคลรู้สึกอบอุ่น รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญและรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

อย่างไรก็ตาม นิยามการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 2 แนวทางนี้ก็แสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการติดต่อสื่อสารที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวพันกับการแสวงหาและการได้รับการช่วยเหลือเพื่อจะเผชิญหน้ากับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด นอกจากนั้น การสนับสนุนทางสังคมยังแสดง

ให้เห็นถึงการมีความผูกพันต่อสังคมซึ่งความผูกพันดังกล่าวเป็นเครื่องหมายแห่งการมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ปกติ และถือได้ว่าเป็นคุณลักษณะที่เป็นประโยชน์ (Taylor ; et al. 2004: 355)

จากความหมายของการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมายมีทั้งที่คล้ายคลึงและแตกต่างกัน ประเด็นที่นักวิชาการมีความเห็นสอดคล้องกันคือ การสนับสนุนทางสังคมมีผลหรืออิทธิพลต่อความผาสุกในชีวิต ส่วนในประเด็นที่มีความเห็นแตกต่างกันคือ กลุ่มหนึ่งมีแนวคิดว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวกันชนหรือเป็นแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งมีแนวคิดว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการมีปฏิสัมพันธ์หรือการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ซึ่งความหมายเหล่านี้แสดงให้เห็นแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการที่บุคคลได้รับการตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานทางสังคมจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น อันนำมาซึ่งความรู้สึกอึดอัดใจ พึงพอใจต่อสิ่งที่ได้รับและดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการติดต่อสื่อสารที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับการแสวงหาและการได้รับความช่วยเหลือเพื่อจะเผชิญหน้ากับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคมยังแสดงให้เห็นถึงการมีความผูกพันต่อสังคมซึ่งความผูกพันดังกล่าวเป็นเครื่องหมายแห่งการมีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ปกติ และถือได้ว่าเป็นคุณลักษณะที่เป็นประโยชน์

2. รูปแบบของการสนับสนุนทางสังคม

มีผู้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นหลายรูปแบบ ดังจะนำเสนอเป็นเพียงตัวอย่างต่อไปนีแบอร์นาร์ดและครูปัต (Bernard ;& Krupat.1994: 260) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 5 รูปแบบ คือ

1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การแสดงออกทางทั้งทางด้านวจนภาษา (Verbal expression) และอวัจนภาษา (Nonverbal expression) ที่เป็นการสนับสนุนให้กำลังใจสร้างความมั่นใจ ให้การปลอบโยน และให้การดูแลเอาใจใส่

2) การสนับสนุนทางด้านคุณค่า (Esteem Support) คือ การแสดงออกทั้งทางด้านวจนภาษา(Verbal expression) และอวัจนภาษา (Nonverbal expression) ที่ช่วยสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองรวมทั้งความรู้สึกถึงการมีคุณประโยชน์และมีความสามารถ

3) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) คือ การได้รับคำแนะนำ การแนะแนว และแม้แต่การชี้แนะจากคนอื่น ๆ

4) การสนับสนุนทางด้านวัสดุสิ่งของและบริการ (Tangible Support) คือ การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงด้านปัจจัยในรูปของการบริการและทรัพยากร

5) การสนับสนุนด้านเครือข่าย (Network Support) คือ การเป็นสมาชิกในกลุ่มที่มีการแลกเปลี่ยนความสนใจและกิจกรรมร่วมกัน

แคปแลน (ฉัตรวลัย ใจอารีย์.2533: 26; อ้างอิงจาก Caplan.1979) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ชนิด คือ

1) การสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) เป็นพฤติกรรมที่ให้กับบุคคลโดยตรงในรูปการให้วัตถุ การให้ความช่วยเหลือด้านร่างกายหรือการให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน

2) การสนับสนุนที่เป็นนามธรรม (Intangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ซึ่งได้แก่ การให้ความรู้ การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความรักหรือความอบอุ่นทางอารมณ์และการสร้างความรู้สึกทางบวก เช่น การยกย่อง และการให้กำลังใจ

การสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านมีประโยชน์แตกต่างกันไปตามสถานการณ์ บางด้านจะเหมาะสมมากกว่ากับความต้องการบางอย่าง เช่น การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารหรือการสนับสนุนทางด้านอารมณ์จะเหมาะสมกว่าด้านอื่น ๆ ในกรณีที่มีความเจ็บป่วยอย่างรุนแรง (Bernard; & Krupat.1994: 261-262) ซึ่งสอดคล้องกับจาคอบสัน (รุ่งทิพย์ แปลใจ.2542: 13; อ้างอิงจาก Jacobson.1986) ที่กล่าวว่า บุคคลต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ แตกต่างกันในเวลาและสถานการณ์ความเครียดแตกต่างกัน เช่น ในภาวะวิกฤตบุคคลต้องการการสนับสนุนทางอารมณ์มากที่สุด และในกรณีที่เกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ การสนับสนุนที่มีประโยชน์คือ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ

3. ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

เป็นที่รู้กันมานานแล้วว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มความผาสุกในชีวิต ยับยั้งความเครียดและลดความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย ตลอดจนทำให้อาการผิดปกติทางร่างกายกลับฟื้นเป็นปกติได้อย่างรวดเร็ว (Taylor; et al.2004: 355) ซึ่งตรงกับผลการศึกษาของเพนเดอร์ (รวีพรรณ เลขะวิวัฒน์.2544: 47;อ้างอิงจาก Pender.1996) ที่กล่าวสรุปไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมก่อให้เกิดประโยชน์ 3 ประการคือ

1) ช่วยส่งเสริมภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนา ซึ่งจะเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและระดับความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น

2) ช่วยดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตและช่วยจัดเตรียมการตอบสนองในเหตุการณ์ต่างๆ ที่คาดการณ์ได้ล่วงหน้า

3) ช่วยป้องกันการเจ็บป่วย โดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มีวิจารณญาณในการเลือกกลยุทธ์ในการปรับตัว เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นช่วยให้คนปรับพฤติกรรมเพื่อผ่อนคลายระดับของความเครียดหรืออันตรายที่ประสบอยู่ได้

แฮสส์ (House.1981) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถช่วยส่งเสริมหรือต่อต้านผลซึ่งอาจอันตรายต่อสุขภาพจากการที่ไม่ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง 3 วิธี ดังนี้

1) สามารถเพิ่มสุขภาพที่ดีได้โดยตรง เพราะมีความสำคัญต่อความต้องการของมนุษย์ในด้านอารมณ์ เครื่องมือในการช่วยเหลือข้อมูลข่าวสาร กล่าวคือให้ผลทางบวกในการสนับสนุนด้านสุขภาพหรือลดผลของการเปลี่ยนแปลงในทางลบได้

2) สามารถช่วยลดระดับของการปรับตัวที่ไม่ดีได้หลายวิธี ดังนั้นจึงเป็นการพัฒนาสุขภาพได้โดยตรง เช่น ลดความตึงเครียดระหว่างบุคคล ส่งเสริมการมีส่วนร่วมความพอใจและประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อมได้ถูกต้อง

3) สามารถป้องกันผลร้ายจากภาวะวิกฤตและการเปลี่ยนแปลงรวมทั้งช่วยในการพัฒนาความสามารถในการปรับตัวในช่วงการเปลี่ยนแปลงของชีวิต

สรุปคือ ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยยกระดับของสุขภาพร่างกายและจิตใจ ลดแรงกดดันและป้องกันบุคคลจากผลของการเปลี่ยนแปลงชีวิตในหลายด้านด้วยกลไกหลายๆ อย่างกล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมเป็นพลังในการจัดการภาวะการปรับตัวที่ไม่ดีจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตนั่นเอง

4. ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

สิริสุด ชาวคำเขต; และคนอื่นๆ (2545: 29-30) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุนั้นจะมีความคล้ายคลึงกันและสอดคล้องกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่อยู่ในวัยอื่นแต่มีความเฉพาะเจาะจงเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์เป็น 3 ระดับ คือ

1) การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบ (subsystem) เป็นความสัมพันธ์หรือการพึ่งพาระหว่างผู้สูงอายุและสิ่งที่มีความสำคัญในชีวิต ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลหรือสัตว์ สิ่งของก็ได้

2) การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบ (system) เป็นความสัมพันธ์หรือการพึ่งพาระหว่างผู้สูงอายุกับกลุ่มองค์กรทั้งกลุ่มเล็กและกลุ่มใหญ่ ได้แก่ ครอบครัวและชุมชน เป็นต้น

3) การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (suprasystem) เป็นความสัมพันธ์หรือการพึ่งพาระหว่างผู้สูงอายุกับระบบแรงสนับสนุนทางสังคมในบริบทของชุมชนขนาดใหญ่ เช่น หน่วยงานบริการทางสังคมหรือโครงการให้บริการในชุมชน เป็นต้น

สำหรับการสนับสนุนของครอบครัวจะตรงกับระดับการสนับสนุนในระดับที่ 1 คือ ระดับลึกหรือระดับแคบนั่นเอง

ความสัมพันธ์ข้างต้นมีลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ 2 ลักษณะคือ การสนับสนุนแบบเป็นทางการซึ่งเป็นการสนับสนุนจากองค์กร หน่วยงานหรือสถาบันที่ให้การช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุทั้งของรัฐบาลและเอกชน และการสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการซึ่งเป็นการสนับสนุนที่เกิดจาก

ความผูกพันที่เกี่ยวข้องความรักใคร่ระหว่างบุคคลซึ่งไม่เป็นระบบและไม่ต้องใช้เงินเป็นการแลกเปลี่ยน เป็นการสนับสนุนของสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้านและมิตรสหาย แต่ส่วนใหญ่บุคคลจะมีความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมแบบไม่เป็นทางการมากกว่าแบบเป็นทางการ เนื่องจากมีความใกล้ชิดทางด้านอารมณ์มากที่สุด ครอบครัวจัดเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับในระบบมีลักษณะไม่เป็นทางการ เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกันหรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่างๆ ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ

5. การวัดการสนับสนุนทางสังคม

จากการสำรวจงานวิจัยหลายชิ้น พบว่าการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมมักเป็นการวัดการรับรู้ของบุคคลในเรื่องของการได้รับความมั่นใจว่า จะได้รับความช่วยเหลืออย่างแน่นอน หากบุคคลต้องการการวัดการสนับสนุนทางสังคมจากการรับรู้เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดเพราะหากสามารถทำให้บุคคลรับรู้ได้ว่าพวกเขาได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่และถูกมองในแง่ดีแล้วจะก่อให้เกิดผลในทางบวกมากกว่าการกระทำพฤติกรรมใด ๆ ทั้งสิ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเวทิงตันและเคสเลอร์ (ประณต เค้าฉิม. 2549: 55 ;อ้างอิงจาก Taylor ; et al. 2004: 355; citing Wethington ; & Kessler. 1986) ที่กล่าวว่า การรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวพยากรณ์ในเรื่องของการปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดในชีวิตได้ดีกว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นอยู่จริง

ดังนั้น ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวัดการสนับสนุนทางสังคมจากการรับรู้ของผู้สูงอายุว่า เขาได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวมากน้อยเพียงใดในด้านต่างๆ 5 ด้าน ตามแนวคิดของเบอร์นาร์ดและครูปัต (Bernard; & Krupat.1994:260) คือ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านคุณค่า 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 4) การสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของและบริการ 5) การสนับสนุนด้านเครือข่าย

6. ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

เป็นที่ทราบกันดีว่า ในขณะที่ผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น เครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุก็น่าจะลดลงตามไปด้วย จากการหมดหน้าที่ในการทำงาน รายได้ที่ลดน้อยลง การย้ายถิ่นที่อยู่ และการเสียชีวิตของเพื่อน ญาติพี่น้องหรือผู้ที่คุ้นเคย การแต่งงานแยกครอบครัวของบุตรหลาน รวมทั้งข้อจำกัดทางภาวะสุขภาพที่เสื่อมตามธรรมชาติหรือโรคประจำตัวบางอย่างทำให้ผู้สูงอายุมีการติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคมลดลง และจากการที่ผู้สูงอายุมีบทบาททางสังคมลดน้อยลงนี้ ครอบครัวจะกลายเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีบทบาทมากที่สุดในวัยสูงอายุ (รุ่งทิพย์ แแบ่งใจ.2542: 4)

จากการที่ผู้สูงอายุมีการติดต่อกับสังคมและมีความสัมพันธ์กับสังคมลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมุ่งความสนใจมาอยู่กับตัวเองเป็นส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุจำนวนมาก การติดต่อกับ

กับสังคมน้อยลงไม่ได้เกิดเพราะความตั้งใจทำเช่นนั้นแต่เป็นเพราะความพิการและการเคลื่อนไหวมีปัญหา แม้ว่าจะไม่สามารถพบปะผู้คนได้เหมือนเดิมแต่ถ้าความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดและครอบครัวมีความแน่นแฟ้นเหมือนเดิม ความรู้สึกพึงพอใจหรือความสุขก็ยังคงมีอยู่ตราบนั้น ผู้สูงอายุที่มีครอบครัวของตัวเอง สมาชิกของครอบครัวก็จะมี ความใกล้ชิดกันทางด้านอารมณ์และความผูกพันดีกว่าผู้ที่ไม่มีความรักใคร่ แต่ทว่าบุคคลในกลุ่มที่ไม่มีครอบครัวนี้จะมี ความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกับเพื่อนมากกว่าซึ่งเป็นการหาความสุขให้แก่ตัวเองโดยมีความสัมพันธ์เช่นนั้น อนึ่ง จากการศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุมากที่สุด มีข้อมูลซึ่งบ่งว่าเป็นกลุ่มที่มีความอ่อนแอในการแยกตัวตัวเองออกมาอยู่ตามลำพัง เนื่องจากการสูญเสียหลายๆ ครั้ง ผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานมากที่สุด (สมภพ เรื่องตระกูล. 2547: 73)

การที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลจากบุตรหลานจะทำให้ผู้สูงอายุขาดการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (รุ่งทิพย์ แ่งใจ.2542: 3 อ้างอิงจาก Caplan.1974) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายในวัยสูงอายุ ซึ่งส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุต้องดูแลตนเองในระดับหนึ่ง บางรายอาจจะมีภาระต้องเลี้ยงดูเด็กเล็กซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องเหน็ดเหนื่อย ขาดการพักผ่อนและไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับการดูแลสุขภาพของตนเอง (รุ่งทิพย์ แ่งใจ.2542: 3) นอกจากนี้ การที่บุคคลในครอบครัวต้องออกไปทำงานไกลบ้านยังทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกกังวล เป็นห่วง เหงา ว้าเหวและขาดผู้ช่วยเหลือสนับสนุนในยามที่เผชิญกับปัญหาต่างๆ อาจทำให้รู้สึกเครียด วิตกกังวลหรือท้อแท้ได้ (สมประสงค์ ศิริวงศ์.2539: 40) ในขณะที่เจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางสุขภาพก็ต้องเดินทางไปรับการรักษาด้วยตนเองเนื่องจากไม่มีผู้พาไป สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจและมีผลต่อความผาสุกของผู้สูงอายุ

เนื่องจากสภาพของสังคมได้เปลี่ยนแปลงไป ครอบครัวไทยจึงมีวิวัฒนาการเพื่อปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม แต่ก็ยังมีบางสิ่งบางอย่างที่ยังแสดงถึงเอกลักษณ์และลักษณะของความสัมพันธ์ของครอบครัวในสังคมไทยคือ บุตรมักจะให้ความเคารพ รักใคร่ สนใจ และอุปการะเมื่อบิดามารดาชราภาพ และยึดมั่นในค่านิยมหรือจริยธรรมเกี่ยวกับความกตัญญูต่เวทีต่อบิดามารดาผู้สูงอายุซึ่งถือว่าเป็นผู้มีพระคุณ แสดงความเคารพนับถือยกย่องเชิดชู ชักนำคนอื่นให้ยินดีปฏิบัติต่อบิดามารดาผู้สูงอายุด้วยความซื่อตรง ไม่ละทิ้งในคราวที่ลำบาก มีความเคารพรักใคร่ไว้ใจและเชื่อต่อบิดามารดาทำให้อบิดามารดาผู้สูงอายุสุขใจด้วยการดูแลช่วยเหลือเกื้อหนุนปัจจัยต่างๆ ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย การดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย ตลอดจนเงินทองหรืออุปกรณ์ต่างๆ ตามความสามารถและกำลังทรัพย์ของบุตรเพื่อที่จะอำนวยความสะดวกสบายแก่ผู้สูงอายุให้ดำรงชีวิตในบั้นปลายอย่างมีความสุข (สุพัตรา สุภาพ.2534) สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร ขโยวรรณ;

มาลินี วงษ์สิทธิ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2533) เกี่ยวกับปัญหาของผู้สูงอายุทั่วประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุยังคงได้รับการดูแลและอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลาน

การดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมทุกช่วงวัยมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกันเพื่อให้ตนเกิดความรู้สึกมั่นคง เป็นที่รักที่ต้องการโดยเฉพาะในวัยสูงอายุที่ร่างกายเสื่อมสมรรถภาพ สูญเสียคู่สมรส คนใกล้ชิด อำนาจ บทบาทหน้าที่ ซึ่งในแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติของประเทศไทย (พ.ศ.2525-2544) ได้กำหนดการให้บริการและความเกื้อหนุนต่างๆ แก่ผู้สูงอายุดังนี้ (อุษาพร ขวลิตนิธิกุล.2533: 497-498)

- 1) ผู้สูงอายุควรจะได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่น ได้รับความเคารพนับถือ การดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานและควรลดความสำคัญในบทบาทของผู้หารายได้มาเลี้ยงครอบครัวลง
- 2) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้และไม่ได้รับการคุ้มครองดูแลจากครอบครัวไม่ว่าจะด้วยเหตุใดก็ตาม ควรได้รับการปกป้องดูแลจากสังคม
- 3) ผู้สูงอายุควรจะได้รับความข่าวสารข้อมูล รวมทั้งคำแนะนำถึงวิธีการป้องกัน และรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง และในกรณีที่เจ็บป่วยควรจะได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและยังควรได้รับข่าวสารที่เกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของสังคมสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวเพื่อให้ผู้สูงอายุปรับตัวตนเองให้เข้ากับสภาพความเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ได้
- 4) ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชนตามความถนัดและความสามารถของแต่ละบุคคลโดยเฉพาะในบทบาทที่ปรึกษาซึ่งจะถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ให้กับผู้อื่น บทบาทเช่นนี้ย่อมเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความภูมิใจในตนเองและเห็นคุณค่าในการที่จะดำรงชีวิตต่อไป

จากเหตุผลที่ได้กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุคือ สถาบันครอบครัวประกอบไปด้วยคู่สมรสและบุตรหลาน หากมีการสนับสนุนที่ดีอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเครียดลดลงและมีความสุข ความพึงพอใจในชีวิต นั้นหมายถึงการมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นนั่นเอง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงให้นิยามของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวว่า เป็นการช่วยเหลือประคับประคอง การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวพันกับการแสวงหาและการได้รับความช่วยเหลือเพื่อที่จะเผชิญหน้ากับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น และในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การแบ่งรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ตามแบบของเบอร์นาร์ดและครูปัต (Bernard; & Krupat) เนื่องจากพิจารณา

เห็นว่า เป็นการแบ่งที่ครอบคลุมทั้งทางด้านของกำลังใจและการช่วยเหลือที่เป็นรูปธรรมซึ่งเหมาะกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ เพราะผู้วิจัยตระหนักว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นหลักมากกว่าการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่นๆ

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิต

ผู้สูงอายุ

ประพิมพ์ดาว สุคนธ์ (2526) ศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ศึกษาเฉพาะชุมชนเชื้อเพลิงพัฒนา เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร พบว่า ความต้องการของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้ลูกหลานปรนนิบัติดูแลเอาใจใส่เลี้ยงดู แต่บุตรหลานไม่ค่อยมีเวลาให้แก่ผู้สูงอายุมากนักเพราะจำต้องออกไปทำมาหากิน

เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์ และคณะ (2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคนชรากับบุตรหลาน เน้นในเรื่องความสัมพันธ์ซึ่งถึงสถานภาพความเป็น “ร่มโพธิ์ร่มไทร” ของคนชราเป็นสำคัญ ซึ่งได้แก่การให้ความเคารพนับถือและเชื่อฟัง การขอคำปรึกษาหารือในกรณีมีปัญหาหรือมีกิจกรรมต่างๆ ของบุตรหลานและเป็นการศึกษาโดยการให้คนชราประเมินสถานภาพของตนเองในประเด็นต่างๆ เหล่านี้ ดังนั้น คำตอบที่ได้ จึงเป็นคำตอบจากการประเมินความสัมพันธ์ของบุตรหลานกับคนชราตามความรู้สึกของคนชราเอง ซึ่งคำตอบในประเด็นความสัมพันธ์ต่างๆ เหล่านี้ ปรากฏว่าส่วนใหญ่แล้วคนชรา รู้สึกว่าบุตรหลานในครัวเรือนยังคงให้ความเคารพนับถือและเชื่อฟังตนเองอยู่และตนเองยังคงมีบทบาทที่สำคัญในการเป็นผู้อบรมสั่งสอนให้คำแนะนำรวมทั้งตัดสินใจในกรณีต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครัวเรือน นอกจากนี้แล้วในการทำกิจกรรมต่างๆ ของสมาชิกในครัวเรือน ส่วนใหญ่คนชรายังคงได้รับการยอมรับในฐานะที่เป็นที่ปรึกษาที่จะคอยให้คำแนะนำหรือให้ความเห็นในกิจกรรมต่างๆ ทั้งนี้ยังคงมีอยู่ในอัตราส่วนร้อยละที่สูงทั้งในครัวเรือนเขตเมืองและชนบท

อาพร สุขสวัสดิ์ (2534) ศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอพระนครศรีอยุธยา พบว่า ผู้สูงอายุยังอยู่ในแวดวงใกล้ชิดของครอบครัว มีกิจกรรมร่วมกับบุตรหลานและได้รับการดูแลเอาใจใส่ ตลอดจนได้รับความเคารพนับถือจากบุตรหลานเป็นอย่างดี ได้รับการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน มีบทบาทเป็นที่ปรึกษาของครอบครัว ในส่วนของการให้เวลากับผู้สูงอายุ พบว่า สมาชิกในครอบครัวมีเวลาให้กับผู้สูงอายุไม่มากนัก เพราะต้องออกไปทำงานนอกบ้าน พบว่าความต้องการของผู้สูงอายุคือ ช่วยบุตรหลานทำกิจกรรมต่างๆ ส่วนปัญหาที่พบคือ ความคิดเห็นไม่ตรงกันแต่นับว่ามีน้อย ปัญหาส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ

นภาพร ชโยวรรณ;จอห์น โนเดลและศิริวรรณ ศิริบุญ (2535: 11-12) ศึกษาครอบครัวอุปถัมภ์กับขั้นตอนชีวิตของบุตรโดยศึกษาผู้สูงอายุที่เป็นตัวแทนทั่วประเทศจำนวน 3,252 ราย ในปี 2529 พบว่า รูปแบบและโอกาสของการเกื้อหนุนด้านวัตถุแก่บิดามารดาสูงอายุมีอิทธิพลจากสถานที่อยู่ของบุตรที่ไม่ได้อยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ การให้อาหารและเสื้อผ้าแก่บิดามารดาสูงอายุมามากกว่าบุตรที่อยู่ในท้องที่เดียวกับบิดามารดามากกว่าบุตรที่อยู่ไกล แต่การเกื้อหนุนด้านเงินมักมาจากบุตรที่อยู่ไกลและบุตรโสดมากกว่าบุตรที่อยู่ใกล้หรือบุตรที่สมรสแล้ว

วรารักษ์ แสงวัชร (2537: บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในระดับดีคือ คิดเป็นคะแนนเฉลี่ย 52.28 และได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์มากที่สุด 2) สุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับดีและหากพิจารณาเป็นรายด้านของสุขภาพจิต พบว่า ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ให้มั่นคงอยู่ในระดับดีที่สุด 3) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนในแต่ละด้านของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวก็พบว่า การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

องอาจ สิทธิเจริญชัย; ชรินทร์ เจริญกุล; และปัญญาวัฒน์ สันติเวช (2540: 175) ศึกษาคุณภาพของผู้สูงอายุไทย: กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์ พบว่าผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาสนับสนุนจากบุตรหลานมากขึ้น ส่วนทางด้านสังคมมีลูกหลานเป็นเครือข่ายหลัก ในส่วนขององค์กรชุมชนมีการสนับสนุนและสัมพันธ์กันไม่มากนัก

อัจฉรา เอ็นท์; และปรียา รุ่งโรจน์กุล (2541: 44) ศึกษาบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะอยู่กับครอบครัวหรือบุตรหลานและรับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวมากกว่าไปรับบริการสวัสดิการสังคมที่รัฐจัดให้

เพ็ญศรี แก้วเวฬุ (ชลธิชา บุญศิริ.2550: 59; อ้างอิงจาก เพ็ญศรี แก้วเวฬุ 2544: ออนไลน์)ศึกษาเรื่องผู้สูงอายุกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในชุมชนอำเภอสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลคือการนับถือศาสนาและสถานภาพสมรสคู่ และปัจจัยแวดล้อมคือ ลักษณะครอบครัวขยาย การปฏิบัติศาสนกิจเป็นประจำและมีการพบปะเพื่อนฝูงมาก มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

แอนโทนูชชี (Antonucci.1990: 205) กล่าวว่า สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแลเรื่องส่วนตัวของผู้สูงอายุ ในขณะที่เพื่อนเป็นผู้ที่ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์และเป็นแหล่งหลักของสัมพันธภาพโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว

จากการศึกษาแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สรุปได้ว่าผู้สูงอายุต้องการการพึ่งพาการสนับสนุนจากลูกหลานเป็นหลักและต้องการที่จะอยู่กับครอบครัว อยู่กับบุตรหลานและรับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวมากกว่าไปรับบริการสวัสดิการสังคมที่รัฐจัดไว้ให้ และการพบปะเพื่อนฝูงมากมีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

4.4 แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

1. รูปแบบของลักษณะครอบครัว

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช (2547: 73) ได้แบ่งลักษณะครอบครัวตามโครงสร้างได้

2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ ครอบครัวเดี่ยว และ ครอบครัวขยาย

1) ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยชายและหญิงอาศัยอยู่ร่วมกัน โดยสังคมอนุญาตให้มีความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างกันได้ และอาจมีลูกที่เกิดจากความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างกันหรือจากการรับมาเลี้ยงก็ได้ ดังนั้น ครอบครัวแบบนี้มักประกอบด้วย พ่อแม่และลูกนั่นเอง อย่างไรก็ตาม การอธิบายถึงครอบครัวเดี่ยวในฐานะที่เป็นกลุ่มสังคมที่ประกอบด้วยบิดามารดาและบุตรนั้น มีลักษณะการอธิบายที่ไม่คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงโดยเน้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ความจริงแล้วในช่วงชีวิตของบุคคลจะพบว่าบุคคลแต่ละคนเป็นสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 2 ครอบครัวที่ต่างกัน กล่าวคือเมื่อถือกำเนิดมานั้นบุคคลก็เป็นสมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวหนึ่งซึ่งอาจประกอบด้วยบิดามารดา รวมทั้งพี่น้องที่อยู่ในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งเรียกครอบครัวในลักษณะนี้ว่า ครอบครัวโดยกำเนิดจนกระทั่งเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ บุคคลแต่งงานมีครอบครัวใหม่ที่ประกอบด้วยตัวเอง คู่สมรส และลูก ๆ ครอบครัวเดี่ยวที่เกิดขึ้นใหม่นี้เรียกว่า ครอบครัวโดยการสมรส (สามี-ภรรยา) หรือครอบครัวโดยการให้กำเนิด ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก

2) ครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยสมาชิกอย่างน้อย 3 รุ่นอายุอาศัยอยู่ร่วมกัน ได้แก่ ปู่ย่า ตายาย บิดามารดา และลูก ๆ บางครอบครัวอาจมีสมาชิกคนอื่นอยู่ร่วมด้วย เช่น ลูกพี่น้าอา เป็นต้น เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยวกับเครือญาติอาศัยอยู่ร่วมกัน

บุญลือ วันทายนต์ (วิโรจน์ ตัดโส.2544: 29; อ้างอิงจาก บุญลือ วันทายนต์. 2525) ได้อธิบายสภาพครอบครัวไทยในเมืองไว้ว่า มีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยว ขนาดของครอบครัวเล็กลง

ความผูกพันระหว่างสมาชิกเสื่อมคลายลงเนื่องจากความเห็นต่างกันโดยอิทธิพลความเจริญทางเศรษฐกิจที่สมาชิกต้องไปประกอบธุรกิจนอกบ้าน สมาชิกในครอบครัวมีอิสระมากขึ้น หญิงชายมีสิทธิเท่าเทียมกันและมักให้ความสนใจงานสังคมนอกบ้านมากกว่าในบ้าน ลดค่านิยมทางศาสนา วัฒนธรรม จารีตประเพณี เนื่องจากเห็นว่าล้าสมัย

สำหรับในชนบทนั้น ลักษณะครอบครัวจะพบลักษณะเป็นครอบครัวขยายชั่วคราวมากกว่า กล่าวคือในระยะแรก ๆ ของการแต่งงาน คู่สมรสจะอยู่กับครอบครัวของฝ่ายหญิง สักระยะหนึ่งอาจเป็น 1-3 ปี ลูกเขยจะได้ช่วยพ่อแม่ฝ่ายหญิงทำนาทำไร่ ต่อมาจึงย้ายครอบครัวออกมาต่างหาก โดยครอบครัวที่แยกมาต่างหากอาจจะอยู่ใกล้ๆ ครอบครัวของฝ่ายหญิงโดยพ่อตาจะแบ่งที่ดินให้และกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวต่อไป อย่างไรก็ตาม จากการที่สังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงมาเน้นด้านอุตสาหกรรม อาชีพเกษตรกรรมถูกเปลี่ยนไปเป็นอาชีพอุตสาหกรรมมากขึ้นส่งผลให้ครอบครัวในชนบทที่พ่อแม่อยู่ในวัยทำงาน อพยพแรงงานย้ายถิ่นไปทำงานในเมืองที่มีอุตสาหกรรมและนิยมนำลูกไปให้ปู่ย่าตายายเลี้ยงมากกว่าที่จะเลี้ยงด้วยตนเอง ในชนบทจึงมีลักษณะของครอบครัวเดี่ยวแบบผู้สูงอายุอยู่กับหลาน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคนอื่นๆ. 2546: 16)

เมื่อพิจารณาลักษณะสำคัญบางประการของครอบครัวไทยจากผู้ที่ได้ศึกษามาแล้ว พอสรุปได้ว่า ลักษณะครอบครัวไทยในชนบทจะมีความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นอบอุ่น ส่วนครอบครัวในเมืองนั้นความผูกพันระหว่างสมาชิกจะน้อยลงเนื่องจากสมาชิกในครอบครัว ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน เพราะอิทธิพลความเจริญทางเศรษฐกิจ

กล่าวโดยสรุป ลักษณะครอบครัว หมายถึง รูปแบบหรือโครงสร้างของครอบครัวที่ประกอบไปด้วยสมาชิกในครอบครัวที่มาอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัว มีทั้งอยู่ด้วยกันเฉพาะพ่อแม่ลูกหรือครอบครัวของลูกที่แต่งงานแล้วและหลานๆ รวมทั้งอาจมีเครือญาติมาอยู่ร่วมด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของลักษณะครอบครัวว่า หมายถึง ลักษณะของกลุ่มผู้ร่วมอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุในครอบครัวเดียวกัน ซึ่งผู้วิจัยจะเลือกใช้ลักษณะการแบ่งครอบครัวตามโครงสร้างของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ที่มี 2 ลักษณะคือ ครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย มาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของครอบครัวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ มีดังนี้

สุดี ทองวิเชียรและพิมพ์พรรณ ศิลปะวรรณ (2532: 63) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับลูกหลานของตนเองจะมีการดูแลตนเองโดยทั่วไปสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองยังมีคุณค่าดูแลตนเอง เห็นความสำคัญของตนเองทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจมองเห็นคุณค่าของตนเอง ย่อมส่งผลให้สภาวะจิตใจดีไปด้วย

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2538: 50) ศึกษาพบว่า ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครโดยการที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง ลูกหลาน จะทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกอ้างว้างเดียวดาย ทำให้สุขภาพจิตดีไปด้วย

บังอรรัตน์ ศุขตระกูล (2532: 80) ศึกษาเปรียบเทียบสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัดและในเขตชุมชนไม่แออัด พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดียวจะมีความรู้สึกเครียดมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยาย

เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์และคนอื่นๆ (2533:70) ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 340 คน พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลานได้รับการดูแลจากบุตรหลานจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตรหลานอยู่ด้วย

พิรลธิ์ คำนวนศิลป์และคณะ (2533: 153) ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดียว ในครอบครัวขยายจะมีบุคคลซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญที่จะให้การดูแลเอาใจใส่ทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้สูงอายุได้มากกว่า มีโอกาสที่จะส่งเสริมพฤติกรรมและการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุให้มีสุขภาพจิตดีได้มากจึงทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยาย มีพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดียว

เพ็ญแข ประจันปัจฉินึก (2533: 38) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีบุตรหลาน ญาติพี่น้องอยู่มากมีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่แบบครอบครัวเดียว

พรพจน์ กิ่งแก้ว (2538) ศึกษาองค์ประกอบทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวและครอบครัวขยายมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

สุนันทา คุ่มเพชร (2545: 120) ศึกษาเกี่ยวกับจำนวนสมาชิกในครอบครัวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน แสดงว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับสมาชิกในครอบครัว 1-2 คน 3-5 คน และมากกว่า 5 คน มีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในสภาพสังคมปัจจุบัน ทุกคนต่างก็มีภาระหน้าที่ เช่น ลูกหลานต่างก็ทำงานหรือเรียนหนังสือ ทำให้ไม่มีเวลาที่จะดูแลหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุมากนัก

ยุทธนา บุศเนตร (2548: 107) ศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสรู้สึกเครียดไม่ผ่อนคลาย หงุดหงิดง่าย ว้าวุ่นเดียวดาย เหงา และไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมกับครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน มากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับญาติพี่น้องบุตรหลาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรืออยู่กับคู่สมรสไม่มีบุตรหลานไปดูแลอย่างต่อเนื่อง มีชีวิตอยู่ตามลำพัง จึงต้องรับภาระทั้งหมดของครอบครัว ทำให้เครียด รู้สึกว่าเหงา

จากการศึกษาของ เอ็ดเวิร์ดและเคลมแมค (พรพจน์ กิ่งแก้ว.2538: 33; อ้างอิงจาก Edward & Klemmack.1973: 499) ทำการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในรัฐเวอร์จิเนีย สหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขนาดใหญ่จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขนาดเล็ก

จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับลักษณะครอบครัวดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวที่ต่างกันมีสุขภาพจิตทั้งที่ต่างกันและไม่ต่างกัน ดังนั้น จึงยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำลักษณะครอบครัวมาเป็นตัวแปรเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ด้วยเพื่อหาความชัดเจนต่อไป

4.5 แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมของครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

1. แนวคิดเกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมของครอบครัว

แนวคิดทฤษฎีสภาวะแวดล้อมของครอบครัวมีรากฐานมาจากแนวคิดทางคหกรรมศาสตร์ที่ผสมผสานแนวคิดทางมนุษยนิเวศ ในการศึกษาการจัดการครอบครัวอย่างกลมกลืนกับสภาพแวดล้อม โดยอัลเลน สวอลโล (Ellen Swallow) เป็นผู้นำแนวคิดดังกล่าวและให้ความสำคัญกับสภาวะแวดล้อมครอบครัว 3 ส่วน ในระบบมนุษยนิเวศที่มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว ได้แก่ สภาวะแวดล้อมครอบครัวที่มนุษย์สร้างขึ้น สภาวะแวดล้อมครอบครัวในเชิงพฤติกรรมมนุษย์หรือทางจิตสังคม และสภาวะแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ โดยเชื่อว่า ครอบครัวและสภาวะแวดล้อมเหล่านี้ เป็นปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และต่างมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของครอบครัวและการเปลี่ยนแปลงของสภาวะแวดล้อมเองด้วย การใช้แนวคิดทฤษฎีสภาวะแวดล้อมของครอบครัวมีความละเอียดอ่อนลึกซึ้ง เนื่องจากเชื่อมโยงกับทุกอย่างที่ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ด้วยทั้งที่เป็นตัวครอบครัวเองซึ่งแตกต่างกันไปตามโครงสร้าง รูปแบบและลักษณะครอบครัวที่ประกอบขึ้นด้วยสมาชิกในครอบครัวที่มีพัฒนาการตามช่วงวัยและความต้องการที่แตกต่างกันรวมทั้งกระบวนการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวในแต่ละขั้นของพัฒนาการครอบครัวทั้งยังเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ของครอบครัวทั้งระบบกับระบบอื่นภายนอกครอบครัว และสภาวะแวดล้อมต่างๆ ของครอบครัวด้วย (มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ .2547: 55)

แนวคิดทฤษฎีสภาวะครอบครัว ครอบคลุมการทำความเข้าใจกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวซึ่งส่งผลต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่และครอบครัว เป็นระบบย่อยของสังคมที่มีปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่น ๆ ในสภาพแวดล้อมตลอดเวลา การศึกษาครอบครัวเพียงเฉพาะอิทธิพลของปัจจัยภายในครอบครัวอย่างเดียวไม่สามารถอธิบายพฤติกรรมของครอบครัวได้ทั้งหมด เนื่องจากอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกที่แวดล้อมครอบครัว

โดยเฉพาะบริบทต่าง ๆ ทั้งที่อยู่ในระยะใกล้และห่างจากครอบครัวต่างก็มีอิทธิพลเช่นเดียวกัน การทำความเข้าใจทฤษฎีสภาวะแวดล้อมครอบครัว จะทำให้การศึกษาครอบครัวครอบคลุมทุกบริบทที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว(มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.2547: 53) เนื่องจากอิทธิพลจากปัจจัยภายนอกที่แวดล้อมครอบครัวโดยเฉพาะบริบทต่าง ๆ ทั้งที่อยู่ในระยะใกล้และห่างจากครอบครัวต่างก็มีอิทธิพลเช่นเดียวกัน สภาวะแวดล้อม เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงความแตกต่างของแหล่งที่อยู่อาศัย ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม แบบแผนการดำรงชีวิต ตลอดจนระบบบริการสุขภาพซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของบุคคลโดยสภาพแวดล้อมที่ดี จะช่วยจูงใจบุคคลให้ถึงเป้าหมายที่เหมาะสมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้และมีส่วนช่วยให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (นภาพร วงศ์ใหญ่. 2542: 32)

2. ความหมายของสภาวะแวดล้อมของครอบครัว

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2547: 53) ให้ความหมายของสภาวะแวดล้อมของครอบครัวว่าหมายถึง บริบทต่างๆ ที่อยู่แวดล้อมครอบครัวและมีการปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน และคำอื่นที่มีความหมายเชื่อมโยงกับสภาวะแวดล้อมครอบครัว ได้แก่

ระบบนิเวศครอบครัว (family ecosystem) คือ การรวมตัวของกลุ่มคนในครอบครัวขึ้นเป็นระบบที่ประกอบด้วยสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นระบบย่อยส่วนหนึ่งของระบบนิเวศมนุษย์ ในระบบนิเวศที่เป็นสภาพแวดล้อมทั้งหมดของโลก

ระบบนิเวศมนุษย์ (human ecosystem) คือการรวมตัวของกลุ่มคนในโลกเป็นระบบที่ประกอบด้วยประชากรที่เป็นมนุษย์ซึ่งเป็นระบบย่อยส่วนหนึ่งของระบบนิเวศที่เป็นสภาพแวดล้อมทั้งหมดของโลก

ระบบนิเวศ (ecosystem) เป็นสภาวะแวดล้อมทั้งทางกายภาพ (physical environment) และทางจิต-สังคม (psycho-social environment)

กล่าวโดยสรุป สภาวะแวดล้อมของครอบครัว หมายถึง บริบทต่างๆ ที่อยู่แวดล้อมทั้งภายใน และภายนอกครอบครัวและมีการปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน

3. ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological system Theory)

นิเวศวิทยา (Ecology) มาจากภาษากรีก ว่า “Oikos” ซึ่งแปลว่า บ้านหรือที่อยู่อาศัย และ “Logos” ซึ่งแปลว่า การบรรยาย การมีเหตุผลหรือความคิด ดังนั้น นิเวศวิทยาจึงเป็นวิทยาศาสตร์ที่ว่าด้วยแหล่งที่อยู่ ซึ่งรวมถึงความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างสิ่งมีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ประกอบกันเป็นแหล่งที่อยู่ องค์ประกอบเหล่านี้มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เราเรียกระบบสิ่งมีชีวิตซึ่งประกอบด้วยสิ่งมีชีวิตและสิ่งแวดล้อมทั้งหมด รวมทั้งความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันนั้นว่า ระบบนิเวศ (Ecosystem) (พัชรินทร์ บุญเสริม. 2546: 44; อ้างอิงจาก Honari, & M. & Thomas, B., 1999)

แนวคิดเกี่ยวกับนิเวศวิทยาประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน ได้แก่

1) สิ่งแวดล้อม (Environment) คือ ทุกสิ่งทุกอย่างที่อยู่โดยรอบสิ่งมีชีวิตรวมทั้งสิ่งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิตประกอบกันขึ้นเป็นโครงสร้างของระบบนิเวศ เช่น คน สัตว์ อากาศ น้ำ เป็นต้น และเชื่อว่าทุกสิ่งอย่างนี้มีความเกี่ยวเนื่องกันเป็นพลวัต นอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมในระบบนิเวศวิทยามนุษย์ยังให้ความสำคัญกับความคิด ความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยม ซึ่งเชื่อว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมนุษย์

2) ความสัมพันธ์ (Relationship) ความสัมพันธ์ระหว่างกันในระบบนิเวศเป็นจุดรวมที่สำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งเชื่อว่าการสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเป็นกระบวนการเคลื่อนที่ แต่ละเหตุการณ์มีความเกี่ยวเนื่องเชื่อมโยงกัน เช่น ความสัมพันธ์ในด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน การมีอิทธิพลต่อกัน

3) การศึกษาแบบองค์รวม (A holistic approach) เป็นสิ่งที่สำคัญมากของนิเวศวิทยาซึ่งหมายถึง การนำแนวคิดแบบองค์รวมมาศึกษาถึงการดำเนินชีวิตของสิ่งมีชีวิตซึ่งเชื่อว่าทุกสิ่งทุกอย่างในโลกมีความเกี่ยวเนื่องกัน ดังนั้น จึงนำแนวคิดแบบองค์รวมมาอธิบายเพื่อความชัดเจน

แนวคิดของนิเวศวิทยาได้ถูกนำมาศึกษาเกี่ยวกับมนุษย์เพื่อให้เข้าใจมนุษย์และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ซึ่งเรียกแนวคิดนี้ว่า นิเวศวิทยามนุษย์ (Human ecological) ซึ่งปาร์คและมีเฮนซี (พัทรินทร์ บุญเสริม. 2546:44; อ้างอิงจาก Park & Mehenzie) ให้ความหมายไว้ในปี 1920 ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานด้านสังคมวิทยาโดยเชื่อว่าคนที่อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกันจะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเป็นกระบวนการภายใต้บริบทสังคมเดียวกัน แนวคิดนิเวศวิทยามนุษย์มีการพัฒนาและนำมาศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เพื่อทำความเข้าใจถึงปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินชีวิตของมนุษย์เพื่อดูความสมดุลและดุลยภาพที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินชีวิต เป็นแนวคิดที่สำคัญในการอธิบายถึงกระบวนการที่เกิดขึ้นในความสมดุลทางชีวภาพและทางสังคม เมื่อมีปัจจัยทางด้านชีวภาพและสังคมถูกรบกวนหรือมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น รวมถึงการให้ความหมายเกี่ยวกับวิธีการที่มนุษย์จะให้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ในกระบวนการดำเนินชีวิต

ซอนแทค(พัทรินทร์ บุญเสริม.2546: 45; อ้างอิงจาก Sontag.1988 cited in Honari;M&Thomas B.,1999) กล่าวว่า นิเวศวิทยามนุษย์ประกอบด้วย 2 แนวคิดใหญ่ๆ ดังนี้

1) แนวคิดระบบทั่วไป (General system concept) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลลัพธ์ ซึ่งผลลัพธ์จะทำให้มีข้อมูลย้อนกลับเข้าสู่ระบบเพื่อทำการประมวลและจะไปมีผลต่อการทำงานของระบบอีกในอนาคต ระบบมีขอบเขตระหว่างระบบย่อยด้วยกันและระหว่างระบบนั้นกับระบบใหญ่ ซึ่งระบบนั้นมีทั้งระบบปิดและระบบเปิด

2) แนวคิดนิเวศวิทยา (Ecosystem concept) ประกอบด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพและชีวภาพ รวมถึงการให้ความต่อสิ่งต่างๆ เช่น ความเพียงพอ แหล่งสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร รูปแบบสังคม วัฒนธรรม อิทธิพลของสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งความสำคัญของคนต่อบุคคลนั้น ๆ

แนวคิดเกี่ยวกับคนและครอบครัว เป็นแนวคิดพัฒนาการของคน ความต้องการ กระบวนการการตัดสินใจ การดำเนินชีวิตของบุคคลให้เกิดความสมดุลโดยมุ่งเน้นที่ภาวะสุขภาพทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พัฒนาการ และภาวะเศรษฐกิจรวมทั้งปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ใน สิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ครอบครัวเป็นสิ่งแวดล้อมที่ใกล้ชิดกับบุคคลและสิ่งแวดล้อม เป็นหน่วยที่ป้องกัน อันตรายจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ครอบครัวเป็นแหล่งทรัพยากรที่เป็นประโยชน์ที่สำคัญของบุคคล

แนวคิดเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน กล่าวถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน การรับรู้และการตอบสนอง การปรับตัว การสื่อสาร ความเครียด ความขัดแย้งและการจัดการกับ สิ่งแวดล้อม

แนวคิดเกี่ยวกับผลลัพธ์ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นการสะท้อนความเป็นอยู่และ คุณภาพชีวิตของบุคคลจากแนวคิดระบบนิเวศวิทยา ทำให้สามารถพิจารณาความสัมพันธ์ของ สิ่งแวดล้อมกับระบบครอบครัวที่มีผลต่อบุคคลได้ ซึ่งอธิบายได้ว่าพฤติกรรมมนุษย์มีระบบต่างๆ ที่ สัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน 4 ระบบ คือ 1) ระบบเล็ก เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อบทบาทในสังคมของ บุคคล เช่น ครอบครัว โรงเรียน อาชีพ 2) ระบบกลาง เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน 3) ระบบ นอก เกี่ยวข้องกับสถาบันหลักในสังคม เช่น ชุมชน เพื่อนบ้าน 4) ระบบใหญ่ ซึ่งมองในมุมกว้าง ออกไปถึงสถาบันต่าง ๆ รูปแบบทางวัฒนธรรม ซึ่งระบบทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อบุคคล (พัชรินทร์ บุญเสริม. 2546: 45)

4. ประเภทของสภาวะแวดล้อมของครอบครัว

ดวงจันทร์ เพชรานนท์ (2548: 290-291) กล่าวว่า ประเภทของสภาวะแวดล้อมของ ครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1) สภาวะแวดล้อมภายในครอบครัว หมายถึง สภาพที่อยู่อาศัยและลักษณะ ภายในบ้าน การจัดพื้นที่ใช้สอย การจัดแบ่งห้องต่างๆ ภายในบ้าน ที่สำหรับระบายอากาศ การจัดเก็บ อาหารและน้ำดื่มมาใช้ การป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ การป้องกันโรคติดต่อ เป็นต้น สภาวะแวดล้อม ภายในครอบครัวที่ดีควรจัดสภาพที่อยู่ ลักษณะบ้าน การจัดบ้านและสิ่งแวดล้อมรอบบ้านให้มี ลักษณะเฉพาะเหมาะสมกับสภาพและข้อจำกัดของผู้สูงอายุ เช่น

บ้านควรเป็นบ้านชั้นเดียวหรือหากกรณีเป็น 2 ชั้น ควรจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่าง

ตัวบ้าน ควรมีความแข็งแรงมั่นคงพอสมควร มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอ มีการ จัดแบ่งห้องต่างๆ อย่างเหมาะสม เช่น ห้องนอน ห้องน้ำ ห้องครัว ห้องเก็บของ เป็นต้น

อากาศถ่ายเทได้สะดวกไม่อับทึบ บ้านควรมีประตูหน้าต่าง ช่องลมระบายอากาศ มีแสงสว่าง ส่องถึง เพราะจะทำให้ภายในบ้านไม่อับชื้น ช่วยทำลายเชื้อโรคอีกด้วย

ควรจัดบ้านให้น่าอยู่อาศัยตามฐานะเพื่อให้เกิดความสวยงามสะอาดมีระเบียบ สงบเรียบร้อยซึ่งจะมีผลทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ควรจัดบ้านให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุและโรคติดต่อต่างๆ ควรจัดที่เก็บน้ำดื่ม น้ำใช้ที่ถูกต้องหลักสุขภาพ การเตรียมและจัดเก็บอาหาร มีส่วนที่ถูกสุขลักษณะ มีการกำจัดขยะมูลฝอย และน้ำโสโครก

ห้องน้ำ ควรลดระดับจากระดับห้องอื่นๆ 3-5 เซนติเมตรเพื่อป้องกันน้ำไหลออกจากห้องน้ำสู่ห้องอื่นๆ โถส้วมควรเป็นโถนั่ง เพราะเมื่อมีอายุมากขึ้นผู้สูงอายุจะพบกับปัญหาข้อเข่ามากทำให้ลุกนั่งลำบากไม่สะดวกสบายในการขับถ่าย ควรมีราวยึดเกาะในห้องน้ำเพื่อการพยุงตัวให้มั่นคง ปูยางกันลื่นให้เต็มพื้นที่ในห้องน้ำซึ่งเป็นการป้องกันอุบัติเหตุด้วย

2) สภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัว หมายถึง บริบทต่างๆ ที่อยู่ภายนอกบ้าน เช่น การจัดบริเวณที่พักอาศัย รั้วบ้าน (หากมี) พื้นที่นั่งเล่นพักผ่อนบริเวณบ้าน เขตที่อยู่อาศัยใกล้เคียงหรือห่างไกลจากความเจริญ การได้รับข้อมูลข่าวสารทันต่อเหตุการณ์ ความปลอดภัยจากมลพิษและปลอดภัยจากการก่ออาชญากรรม รวมทั้งการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านที่อยู่ในบริเวณเดียวกัน

สภาวะแวดล้อมภายนอกบ้านที่ดีเพื่อให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ควรเป็นดังนี้

รั้วบ้าน (หากมี) ควรมีความแข็งแรงมั่นคง อาจเป็นรั้วที่ก่อด้วยวัสดุในการก่อสร้างหรืออาจเป็นรั้วไม้หรือรั้วต้นไม้ ซึ่งได้รับการดูแลให้อยู่ในสภาพที่เรียบร้อยอยู่เสมอ

บริเวณบ้านไม่ควรปล่อยให้รกเพื่อป้องกันมิให้สัตว์ร้ายที่มีพิษต่างๆ มาอาศัยอยู่ เช่น งู ตะกวด ตัวต่อ แตน เป็นต้น เพราะอาจเป็นอันตรายต่อผู้อยู่อาศัยหรือผู้มาเยี่ยมเยียนได้ ควรจัดบริเวณบ้านให้สะอาดเรียบร้อยน่าดู ปลูกสวนหย่อมหรือปลูกสวนครัว ปลูกต้นไม้ขนาดเล็กเพื่อให้ร่มรื่น อากาศบริสุทธิ์

ไม่ควรปลูกต้นไม้ใหญ่ไว้ใกล้ตัวบ้านเพราะอาจล้มมาทับตัวบ้านให้เสียหายได้ หรือรากของต้นไม้อาจชอนไชเข้าไปใต้ตัวบ้าน ทำให้ฝาบานแตกร้าวได้

หากมีสัตว์เลี้ยง ควรกำจัดมูลสัตว์และสิ่งสกปรกทุกวันเพื่อป้องกันกลิ่นเหม็นที่อาจรบกวนได้

ควรมีมุมพักผ่อนภายในบริเวณนอกบ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสได้นั่งเล่น พักผ่อนหย่อนใจสนทนาพูดคุยกับบุตรหลานหรือแม้แต่กับเพื่อนบ้าน

มีถนนเข้าถึงหมู่บ้านและไม่ใกล้โรงงานอุตสาหกรรมจนเกินไปเพื่อความปลอดภัยจากมลพิษต่าง ๆ

เขตบริเวณที่อยู่อาศัย ควรปลอดภัยจากอุบัติเหตุ/การจี้ปล้นทรัพย์/การก่ออาชญากรรมต่างๆ เพื่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

5. องค์ประกอบของสภาวะแวดล้อมของครอบครัว

มหาวิทยาลัยชัยธรรมราช (2547: 53-54) กล่าวว่า องค์ประกอบของสภาวะแวดล้อมของครอบครัว มี 3 ส่วน ดังนี้

- 1) สภาพแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น เป็นสภาวะแวดล้อมครอบครัวที่มนุษย์ประดิษฐ์ขึ้นจากความคิด ความสามารถในการคิดค้นสิ่งใหม่ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตและดำรงชีวิต
- 2) สภาพแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรม เป็นสภาวะแวดล้อมครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ทางจิตสังคมต่อครอบครัว เช่น รูปแบบของวัฒนธรรม ภาษา ระบบต่างๆ ในสังคม ซึ่งเป็นสภาวะแวดล้อมที่ก่อให้เกิดการสื่อสาร การจัดระเบียบของสังคมและการประสานกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตของครอบครัว
- 3) สภาพแวดล้อมทางธรรมชาติและชีวภาพ เป็นสภาวะทางกายภาพและชีวภาพที่เป็นธรรมชาติอยู่แวดล้อมครอบครัว คือ ชั้นบรรยากาศ อากาศ ดิน น้ำ ทรัพยากรธรรมชาติ พืชและสัตว์ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ

6. การจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

สุรกุล เจนอบรม (2534: 95 -100) กล่าวว่า การจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวกับบุตรหลานหรือผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา จุดประสงค์ที่สำคัญก็เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตในบั้นปลายอย่างมีความสุข สร้างความสะดวกสบายให้กับชีวิตและปลอดภัยจากสภาพอันตรายที่เกิดจากอุบัติเหตุต่างๆ การจัดสภาพแวดล้อมให้กับผู้สูงอายุเป็นการรักษาสภาพที่อยู่มากกว่าจะเป็นการพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อการสร้างสมรรถภาพ ซึ่งหมายถึงเป็นการจัดเพื่อให้ผู้สูงอายุได้คงสภาพความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ หรือให้เสื่อมสมรรถภาพช้าที่สุด ไม่ได้จัดเพื่อให้ผู้สูงอายุพัฒนาสมรรถภาพต่างๆ เพิ่มขึ้น เพราะวัยผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะพัฒนาการทำงานของอวัยวะให้ดีขึ้นหรือแข็งแรงขึ้นได้ ดังนั้น การจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุควรคำนึงถึงด้านต่างๆ เหล่านี้คือ

- 1) ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ คือ สภาพแวดล้อมต่างๆ ที่เกี่ยวกับร่างกายหรือสภาพที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ได้แก่ สภาพแวดล้อมภายในอาคารบ้านเรือนของผู้สูงอายุซึ่งสมาชิกภายในครอบครัวหรือผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุสามารถจัดสภาพเหล่านี้ให้เหมาะสมกับการ

เปลี่ยนแปลงในด้านร่างกายของผู้สูงอายุได้ การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านเรือนให้เหมาะสมควรคำนึงถึงด้านต่างๆ ดังนี้

ด้านการมองเห็น ผู้สูงอายุสายตาจะเสื่อมสมรรถภาพในการปรับระยะภาพ สายตายาว ตาฝ้าฟาง การจัดสภาพที่เหมาะสมคือ ต้องช่วยในการมองเห็นของผู้สูงอายุ เช่น ไฟฟ้าต้องให้สว่างพอ สลากยาหรือเครื่องอุปโภคบริโภค ควรปิดชื่อตัวโต ๆ เพื่อผู้สูงอายุสามารถหยิบใช้สอยได้สะดวกและถูกต้อง

ด้านการได้ยิน ผู้สูงอายุจะสูญเสียการได้ยิน เช่น หูตึงหรือได้ยินไม่ชัดเจน การจัดสภาพแวดล้อมที่ช่วยได้ก็คือ กำจัดเสียงรบกวนต่าง ๆ ให้ลดลงมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น เสียงดังของเครื่องปรับอากาศ เป็นต้น

ด้านการได้กลิ่น มีการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปจะสูญเสียการได้กลิ่น โดยเฉพาะกลิ่นแก๊ส ดังนั้น อุปกรณ์เครื่องใช้ที่เกี่ยวข้องกับแก๊ส เช่น เตาแก๊สต้องมีระบบป้องกันอย่างดีหรือมีระบบสัญญาณเตือนเมื่อมีแก๊สรั่วเกิดขึ้น

ด้านกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุกล้ามเนื้อจะเสื่อมสมรรถภาพลงไม่ว่าจะเป็นกล้ามเนื้อแขนขา หากเป็นไปได้ไม่ควรถูกต้องให้ผู้สูงอายุได้ใช้กล้ามเนื้อทำงานหนัก เช่น ที่พักควรจัดให้อยู่ชั้นล่าง เพราะหากผู้สูงอายุต้องเดินขึ้นบันไดหลายๆ ชั้น กล้ามเนื้อขาจะทำงานหนักกว่าปกติทำให้กล้ามเนื้อเสื่อมสภาพเร็ว

ด้านกระดูกและข้อต่อต่างๆ ผู้สูงอายุจะมีแคลเซียมในร่างกายน้อย ทำให้กระดูกเปราะและหักง่าย และเมื่อหักแล้วการจะต่อให้เหมือนปกติทำได้ลำบาก ดังนั้น การจัดสภาพแวดล้อมต้องคำนึงด้วย

ด้านการทรงตัว ผู้สูงอายุมีการทรงตัวไม่ดีเท่าคนวัยเด็กหรือวัยผู้ใหญ่ ดังนั้น การจัดสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวกับการทรงตัวให้กับผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญ เช่น ลักษณะทางเดินต้องกว้าง เดินได้สะดวก มีราวสำหรับให้ผู้สูงอายุได้ยึดเกาะและทางเดินต้องไม่คดเคี้ยว

2) ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม นอกจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพแล้ว ผู้สูงอายุยังต้องมีการสมาคมกับบุคคลอื่น เช่น เพื่อนบ้านหรือเพื่อนที่เคยทำงานด้วยกัน ดังนั้น การจัดสภาพแวดล้อมทางสังคมจึงมีความจำเป็นต่อผู้สูงอายุ มีงานวิจัยพบว่า มีผู้สูงอายุจำนวนน้อยเท่านั้นที่มีปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยของตนเอง แต่มีผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากที่มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนบ้าน แต่การจัดสภาพแวดล้อมทางสังคมให้เป็นไปตามความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคนเป็นไปได้ ดังนั้นจึงควรมีการจัดบริการเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันภายในสังคมได้อย่างสงบสุข

เยาวิรัตน์ ปราบรักษาและสุพัตร อาติโพธิ์ (2543: บทสรุป) ศึกษาภาวะสุขภาพของ ผู้สูงอายุในส่วนของด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุนั้น ควรดัดแปลงทั้งภายนอกและภายในที่พักให้

เหมาะสมและปลอดภัยต่อการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมต้องสงบสุขและปลอดภัย ราคาบ้านและค่าบริการสมเหตุสมผล ควรเป็นบ้านชั้นเดียวอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม อยู่ในเขตปริมณฑลหรือต่างจังหวัดหรือเป็นคนโคมิเนียม มี Nursing Home อยู่ชั้นล่างสำหรับผู้ดูแลตัวเองไม่ได้ ชั้นบนเป็นที่พักอาศัย มีอาคารติดกันเป็นที่สำหรับออกกำลังกาย ตรวจร่างกาย ฟันสุขภาพ ส่วนผู้ที่ยังแข็งแรงพอช่วยเหลือตัวเองได้จะอยู่ในส่วนที่เรียกว่าเป็น Hostel Unit ควรซื้อเป็นกรรมสิทธิ์และไม่มีผู้อาศัยร่วม มีบริการทำอาหาร ทำความสะอาด ซักรีดเสื้อผ้า บริการรับ-ส่ง ไปยังที่ต่างๆ เช่น โรงพยาบาล คลินิก ศูนย์กายภาพบำบัด ศูนย์การค้า ภายในชุมชนมีสวนสุขภาพ มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจและสถานปฏิบัติธรรมหรือจัดเป็นการให้บริการเฉพาะช่วงกลางวัน (Day Care) ตอนเย็นกลับไปอยู่กับลูกหลานได้ ซึ่งเหมาะกับสังคมเมือง รัฐหรือองค์กรสาธารณกุศล ควรจัดทำโครงการที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุแบบครบวงจรให้เป็นแบบอย่างแก่งานอื่นหรือภาคเอกชน รวมทั้งส่งเสริมให้มีชุมชนสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

ซัลลิแวน (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2538: 638; อ้างอิงจาก Sullivan.1953) กล่าวเพิ่มเติมว่าสภาพแวดล้อมรวมถึงการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลรอบๆ ตัวและสภาพแวดล้อมทางกายภาพ นับว่ามีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่งโดยเชื่อว่ามนุษย์ไม่สามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยไม่มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เขาเชื่อว่าตั้งแต่เกิดจนตายมนุษย์ต้องมีสัมพันธภาพกับบุคคลต่าง ๆ ไม่ทางตรงก็ทางอ้อม นักจิตวิทยาพัฒนาการหลายท่านเชื่อว่าสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในยามสูงวัยทั้งในครอบครัวและนอกครอบครัว เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ เพราะเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการทางสังคม มีการศึกษาหลายชิ้นที่แสดงว่าปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความสุข ความพอใจในชีวิตยามสูงวัยคือ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมวัย ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกที่ดีต่อเพื่อน สามารถให้ความช่วยเหลือ ให้ความอุปการะซึ่งกันและกัน มีการร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน สามารถให้คำปรึกษาซึ่งกันและกันได้เมื่อมีปัญหาที่แก้ไขไม่ตก ช่วยเหลือดูแลกันและกันในยามเจ็บไข้ ความรู้สึกที่ดีดังกล่าวมีความสำคัญมากต่ออารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ จากทฤษฎีของอีริคสัน (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2538:640; อ้างอิงจาก Erikson.1964) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกที่ดีต่อบ้านและชุมชนที่อาศัย เช่น รู้สึกมีความปลอดภัยจากโจรผู้ร้าย มีเพื่อนบ้านที่ดี การให้บริการที่ดีในด้านสาธารณูปโภคของชุมชน การมีบ้านที่น่าอยู่ คงทนถาวร มีความสะดวกสบาย มีความสงบและเป็นส่วนตัว ย่อมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิตและเป็นสุขได้ จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีทั้งในด้านบุคคล สังคม บ้านและชุมชนที่อยู่อาศัยสามารถบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

จากทั้งหมดที่กล่าวมาจะเห็นว่า การจัดสภาพแวดล้อมต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งในต่างประเทศได้มีการจัดสภาพแวดล้อมต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุอย่างแพร่หลายทั้ง

หน่วยงานของรัฐเองและเอกชนและการดำเนินการจัดก็เป็นไปอย่างมีระบบและหลักการที่ดี ซึ่งอาจเป็นเพราะความจำเป็นของเขาที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ตามลำพัง ซึ่งต่างกับประเทศไทยที่มีการวิจัยของ นิศา ชูโต (2525)พบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่กับลูกหลานจึงทำให้ไม่มีการจัดสภาพแวดล้อมด้านสังคมโดยเฉพาะด้านที่เกี่ยวกับด้านทำงานของสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุ เพราะบุคคลภายในบ้านจะเป็นผู้คอยช่วยเหลือผู้สูงอายุ

สรุปได้ว่า สภาพแวดล้อมของครอบครัวทั้งภายในและภายนอกมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้สูงอายุ เช่น ถ้าผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่ในบ้านที่มีสภาพความเป็นอยู่ที่ถูกสุขอนามัยและสภาพแวดล้อมภายนอกบ้านที่ปลอดภัยจากภัยอันตรายต่างๆ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขมีความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งผลที่ตามมาก็คือ ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุก็จะดีตามไปด้วย

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาวะแวดล้อมของครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ข) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเมืองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีกว่าประชาชนในชนบท เนื่องจากประชาชนในเขตเมืองมีโอกาสได้รับรู้ข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพจิตจากสื่อมวลชนมากกว่าประชาชนในเขตชนบท

มาลินี วงษ์สิทธิ์และศิริวรรณ ศิริบุญ (2541: 41) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชนบทมีความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุและสิ่งแวดล้อมในเมืองและชนบทแตกต่างกัน จึงทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาแตกต่างกัน

รัชวัลย์ บุญโถม (ปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์.2546: 15; อ้างอิงจาก รัชวัลย์ บุญโถม 2537) ศึกษาเปรียบเทียบบทบาทของครอบครัวในการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือได้รับการศึกษาในระดับต่ำ โดยฐานะทางสังคมของครอบครัวผู้สูงอายุทางด้านการศึกษาที่ต่างกัน มีผลต่อการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านสำหรับผู้สูงอายุต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุนันทา คุ่มเพชร (2545: 120) ศึกษาเกี่ยวกับเขตที่อยู่อาศัยกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเขตที่อยู่อาศัยแตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน แสดงว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตและนอกเขตเทศบาลต่างก็อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ได้รับความรักความ

เคารพ การดูแลเอาใจใส่เหมือนกัน ทั้งในปัจจุบันพื้นที่นอกเขตและในเขตเทศบาลเมืองมีความเจริญเท่าเทียมกันทำให้ผู้สูงอายุได้

รับความสะดวกสบายเหมือน ๆ กัน จึงมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

วินด์เลย์และคนอื่นๆ (รวิวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล.2547: 41 อ้างอิงจาก Windley and Others.1982;n.d) ศึกษารูปแบบเส้นทางความสัมพันธ์ของสภาวะแวดล้อมทางนิเวศวิทยาต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตเมืองเล็กๆ ของรัฐแคนซัส สหรัฐอเมริกา ตัวแปรตามคือสุขภาพจิต กิจกรรมความปลอดภัย การสมาคมกับเพื่อนและญาติ ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและอิทธิพลทางจิตสังคม ซึ่งได้แก่ ลักษณะความเป็นอยู่ ความบีบรัดของสังคม ความพึงพอใจในชุมชนที่อยู่ ผลของการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อสุขภาพจิต ได้แก่ ความบีบรัดของสังคม ลักษณะความเป็นอยู่ ความเกี่ยวข้องกับชุมชนและความพึงพอใจในชุมชน อธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิตได้ร้อยละ 17 ส่วนลักษณะความเป็นอยู่ การแยกตัวเองและการเกี่ยวข้องกับชุมชนเมืองมีผลโดยตรงกับความพึงพอใจในชุมชนและอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 28

ทอมสัน (ไฉไล ไชยเสวี.2539: 47; อ้างอิงจาก Thomson.1972: 402A-403A) ศึกษาตัวประกอบที่มีขวัญและกำลังใจของชายที่ปลดเกษียณแล้ว โดยเน้นในด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีขวัญและกำลังใจต่ำกว่าผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน การแสดงออกทางสังคม การมีส่วนร่วมในสังคม ในช่วงเวลาที่ผ่านมาไม่มีอิทธิพลต่อขวัญ แต่การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพมีความสำคัญต่อคนสูงอายุในเรื่องเกี่ยวกับขวัญมาก

4.5 แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

1. ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว

ได้มีผู้ให้ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัว ตามแนวคิดและทฤษฎีไว้ดังนี้

มอร์ริวและวิลสัน (Morrow & Wilson.1961: 501) อธิบายถึงลักษณะของสัมพันธภาพในครอบครัวว่า ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์และสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ได้แก่ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว มีความรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน และมีความกลมเกลียวสามัคคีปรองดองกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว

ศรีทัตติม พานิชพันธ์ (2527: 116) กล่าวถึง สัมพันธภาพในครอบครัวว่าเป็นความผูกพันรักใคร่ความใกล้ชิด คำนึงเคยสนิทสนมระหว่างพ่อแม่และลูก รวมตลอดถึงเครือญาติและบุคคลอื่นๆ ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวนั้น ๆ ด้วยความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เป็นเรื่องที่สามารถก่อให้เกิดผลดีหรือก่อให้เกิดปัญหาและมีมูลเหตุแห่งปัญหานานาประการ

พรพจน์ กิ่งแก้ว (2538:18) ให้ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัวว่า เป็นความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครัวเรือนเดียวกัน โดยมีองค์ประกอบคือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวร่วมกัน มีการสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและมีการยอมรับซึ่งกันและกัน ไม่มีความขัดแย้งบาดหมางกัน มีการช่วยเหลือเอาใจใส่ดูแลกัน

พวงผกา ชื่นแสงเนตร (2538: 33) ให้ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัวว่าเป็นสภาพความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวของผู้สูงอายุ เช่น การที่ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ได้รับการยกย่อง ได้รับความสำคัญจากครอบครัว การที่สมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุขคือ ไม่มีการทะเลาะเบาะแว้งกัน เป็นต้น

จากความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัวที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่ามีความคล้ายคลึงกัน ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงให้ความหมายของสัมพันธภาพในครอบครัวโดยยึดตามแนวคิดของมอร์โร (Morrow) และวิลสัน (Wilson) ซึ่งอธิบายถึงลักษณะของสัมพันธภาพในครอบครัวว่า ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์และสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ได้แก่ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว มีความรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกันและมีความกลมเกลียวสามัคคีปรองดองกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว

2. องค์ประกอบของความสัมพันธ์ในครอบครัว

ริชาร์ด ซี แกรนด์ (ศิริมา ลีละวงศ์, 2541: 50; อ้างอิงจาก Richard C. Grandall, 1980: 410) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิ (Primary Relationship) ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

จำนวนของบทบาท (Number of Role) ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันหลายบทบาท เช่น เป็นพ่อแม่ เป็นผู้สั่งสอน เป็นผู้เลี้ยงดู เป็นผู้ช่วยเหลือสมาชิกครอบครัว มีการปฏิสัมพันธ์กันในทุกๆ ด้าน ทำให้เกิดความสนใจ ได้รู้จักค่านิยม ความเชื่อถือ ตลอดจนบุคลิกที่แท้จริงของกันและกัน

การสื่อสาร (Communication) ความสัมพันธ์ในกลุ่มปฐมภูมิเป็นการสื่อสารแบบเปิด มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างอิสระและกว้างขวาง

อารมณ์ (Emotion) ความสัมพันธ์ในกลุ่มปฐมภูมิหรือในครอบครัวก่อรูปขึ้นจากอารมณ์ต่าง ๆ ระหว่างสมาชิก ก่อให้เกิดความรักความเข้าใจ ความผูกพันรักใคร่ ความคิดถึงหรือความขัดแย้งก็ได้

ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้สึก (Transferability) ความสัมพันธ์แบบปฐมนิเทศกับบุคคลใดบุคคลหนึ่งแน่นอน ไม่สามารถที่จะถ่ายทอดไปสู่คนอื่นได้ง่ายๆ เป็นการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเป็นคนๆ ไป มีความรู้สึกผูกพันเฉพาะเจาะจงที่จะเปลี่ยนแปลงได้

สุธีรา นัยจันทร์ (2530: 21-22) และพรพจน์ กิ่งแก้ว (2538: 18) สรุปไว้ว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครัวเรือนเดียวกัน ในที่นี้หมายถึง บุตรหลานกับผู้สูงอายุซึ่งจะต้องมีองค์ประกอบดังนี้คือ 1) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวร่วมกัน 2) การสื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ซึ่งกันและกัน 3) มีการยอมรับซึ่งกันและกัน 4) ไม่มีการขัดแย้งบาดหมางกัน 5) มีการช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน 6) มีความรักใคร่ผูกพันทางอารมณ์ต่อกัน ถ้าสัมพันธ์ภาพเป็นไปตามองค์ประกอบนี้ แสดงว่าครอบครัวมีความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกับผู้สูงอายุเป็นไปในทางที่ดี แต่ถ้าสัมพันธ์ภาพเป็นไปในทางตรงกันข้าม แสดงว่าความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปในทางที่ไม่ดี

3. แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัว

สัมพันธ์ภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัวขึ้นอยู่กับความร่วมมือร่วมใจของสมาชิกแต่ละคน เพราะความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในครอบครัวจะช่วยให้ความเป็นอยู่ในครอบครัวราบรื่นและทุกคนมีความสุขกายสบายใจและมีสุขภาพจิตที่ดี ครอบครัวจึงเป็นสถาบันทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการของมนุษย์เพราะเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมประการแรกที่มนุษย์จะต้องมีความสัมพันธ์ด้วยตั้งแต่แรกเกิด ฉะนั้นพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูจึงมีความสำคัญต่อการหล่อหลอมบุคลิกภาพของเด็ก ซึ่งอิริยสันเชื่อว่าในช่วงวัยทารกตอนต้นตั้งแต่แรกเกิดไปจนประมาณครึ่งขวบ ถ้ามารดารักใคร่อุ้มชูและตอบสนองความต้องการของเด็กอย่างดีย่อมต้องสร้างความรู้สึกไว้วางใจในโลกและสิ่งแวดล้อมขึ้นในใจเด็กได้ แต่ตรงกันข้ามถ้าเด็กถูกเลี้ยงดูอย่างปล่อยปละละเลย ถูกทอดทิ้งและขาดความรักย่อมทำให้เด็กไม่ไว้วางใจในโลกที่ตนเองอยู่รวมทั้งผู้คนรอบตัวด้วย เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ก็จะหวาดระแวงไม่ไว้วางใจใคร มีพัฒนาการไม่สมวัยจนกระทั่งเข้าสู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและวัยชราก็อาจจะมีปัญหาของโรคจิต โรคประสาทตามมาได้ (ไฉไล ไชยเสรี.2539: 45)

ไวส์ (Weiss.1974: 17-26) กล่าวถึงแนวความคิดเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่ดีว่า ควรจะประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ คือ

- 1) ความใกล้ชิดสนิทสนม ทำให้บุคคลมีความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ซึ่งบุคคลในครอบครัวมักมีให้แก่กัน
- 2) การมีส่วนร่วมในสังคม เป็นการแสดงถึงการมีส่วนร่วมระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่นมีส่วนร่วมในความเป็นครอบครัวเดียวกัน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ความชื่นชมซึ่งกันและกัน

3) พฤติกรรมในการดูแลรับผิดชอบ เช่น ลูกดูแลพ่อแม่ยามเจ็บป่วย ผู้ที่แข็งแรงกว่าดูแลผู้ที่อ่อนแอกว่า เป็นต้น

4) การยอมรับ ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความสามารถกระทำต่าง ๆ ตามความสามารถที่เหมาะสม การยอมรับจะทำให้ผู้ได้รับเกิดความมั่นใจ

5) การช่วยเหลือ เป็นการช่วยเหลือกันในเรื่องต่างๆ ซึ่งบุคคลที่มีความสัมพันธ์มีให้แก่กัน

จรรยา สุวรรณทัต (2523: 54-55) ให้ความเห็นว่าความสัมพันธ์ที่ราบรื่นในครอบครัวจะเป็นเครื่องมือในการป้องกันปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้สรุปถึงปัจจัยที่มีส่วนร่วมในการสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวไว้ ดังนี้

1) สถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว กล่าวคือ ครอบครัวใดที่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจไม่ขัดสน ย่อมนำมาซึ่งความสงบสุขของครอบครัว เกิดความกลมเกลียวสมัครสมานกัน ในครอบครัว

2) การรู้จักบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนสามารถปฏิบัติการให้สอดคล้องกับบทบาทและหน้าที่ของตนเอง พ่อแม่มีหน้าที่ในการอบรมเลี้ยงดูสั่งสอนบุตรโดยใช้เหตุและผลและบุตรเองก็มีหน้าที่เคารพเชื่อฟัง ให้การเลี้ยงดูพ่อแม่เมื่อท่านเข้าสู่วัยชรา

3) การรู้จักลักษณะธรรมชาติและความต้องการมูลฐานของบุคคลแต่ละคนในครอบครัว พ่อแม่ที่พยายามเข้าใจในลักษณะธรรมชาติของการเจริญเติบโตและความพร้อมที่จะช่วยเหลือเด็กเมื่อเกิดปัญหาและบุตรหลานก็มีหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุภายในบ้านให้ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข ย่อมมีส่วนช่วยเสริมความสัมพันธ์อันดี

4) ความคงเส้นคงวาในการวางระเบียบวินัย ปัจจัยนี้นับว่ามีอิทธิพลต่อบรรยากาศในครอบครัว โดยเฉพาะวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ย่อมจะเกิดภาวะความวิตกกังวล รู้สึกสูญเสียความสามารถที่เคยมีอยู่ทำให้เกิดความไม่มั่นคงในอารมณ์และความรู้สึก ในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว

4. ความสำคัญของสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

เกษม ตันติผลาชีวะและคนอื่นๆ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช. 2547: 84; อ้างอิงจาก เกษม ตันติผลาชีวะและคนอื่นๆ. 2538: 209, 217) ได้ประพันธ์กลอนเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพความรัก ความอบอุ่นในครอบครัวไว้ดังนี้... “ครอบครัวคือ สถาบันแรก แห่งมนุษย์ ประเสริฐสุด หากมีรัก และอบอุ่น ครอบครัวคือ รากฐาน การเจริญ ครอบครัวคือ สิ่งหนุน แห่งจิตใจ” และอธิบายต่อไปว่า ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวเป็นรากฐานของการพัฒนาสุขภาพจิต

ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมายต่อผู้สูงอายุมาก เป็นสถาบันที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัย ความไว้วางใจแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลและการสนับสนุนทางด้านต่างๆ จากครอบครัว โดยปกติผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่จะอยู่ร่วมกับครอบครัวที่มีลูกๆหลานๆ หรือญาติพี่น้อง คนในครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน การอยู่ร่วมกันนี้หากบุคคลในครอบครัวมีความเอาใจใส่ดูแล ให้ความอบอุ่น ให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สัมพันธภาพในครอบครัวก็จะมีผลอย่างมากต่อผู้สูงอายุ (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์, 2541: 26) ครอบครัวยังเป็นแหล่งให้กำลังใจ ทำให้สามารถผ่านพ้นอุปสรรคต่าง ๆ ไปได้ ซึ่งจะสำเร็จมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพในครอบครัว โดยเฉพาะความผูกพันรักใคร่ในครอบครัวเป็นรากฐานเป็นปีกแผ่นแห่งสังคม ประเทศชาติบ้านเมืองและของโลกในที่สุด ถ้าครอบครัวขาดความผูกพันรักใคร่ต่อกัน ชีวิตในสังคมย่อมแตกแยกประจวบตามตัว (ศิริมา ลีละวงศ์, 2541 : 49) และจากทฤษฎีของอีริคสันเชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับลูกหลาน เป็นผู้ที่มีขวัญดี ยอมรับความตาย ความไม่เที่ยงของชีวิตได้ง่าย มีชีวิตชีวา ผู้สูงอายุที่บุตรหลานให้ความเคารพนับถือ ไม่เหยียบย่ำดูหมิ่นดูแคลน จะรู้สึกว่าคุณค่า สามารถดำรงบทบาทในครอบครัวได้อย่างเป็นสุข (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538: 640; อ้างอิงจาก Erikson, 1964)

สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวและญาติพี่น้อง เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด มีการติดต่อกันบ่อยครั้ง มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนสิ่งของ บริการข้อมูลข่าวสาร ช่วยเหลือในการแก้ปัญหาและตัดสินใจซึ่งกันและกัน ดังนั้น ถ้าผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้องในด้านต่างๆ ช่วยให้อารมณ์และจิตใจมั่นคง มองโลกในแง่ดีและมีสุขภาพจิตดีพร้อมที่จะเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการวิจัยที่หลายชิ้นที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีภาวะสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี อีกทั้งยังเป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตดีตามไปด้วย (พวงผกา ชื่นเนตร, 2538: 89)

ครอบครัวเป็นความสัมพันธ์ทางสังคมหลักของผู้สูงอายุมากกว่าเพื่อนที่นับวันจะจากไป ให้ความสัมพันธ์ทางสังคมลดลงตามลำดับอายุ ผู้สูงอายุจะสัมผัสสังคมน้อย และปัญหาที่พบคือข้อขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จาก

- 1) ความคับข้องใจของบทบาทของกันและกันระหว่างผู้สูงอายุที่ยังไม่ทิ้งบทบาทความเป็นพ่อแม่กับลูก แต่ลูกกลับมีบทบาทเป็นพ่อแม่ที่เป็นผู้ใหญ่เต็มที่ ทำให้ลูกรู้สึกไม่โตและขัดใจที่ไม่มีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเองในบางกรณี ผู้สูงอายุก็ขัดใจที่ลูกไม่เชื่อฟัง

2) เกิดจากสภาพการเปลี่ยนแปลงความเป็นอยู่ของครอบครัวที่ต้องหันมาสนใจดูแลผู้สูงอายุมากขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีข้อจำกัดทางร่างกายมากหรือเจ็บป่วย ญาติมักจะเกี่ยงกันไม่ยอมรับเลี้ยงดู ต่างอ้างเหตุผลของตนเองเป็นหลัก เข้าทำนองลูกหลายคนเลี้ยงพ่อแม่คนเดียวไม่ได้

3) ลักษณะของความมีอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมองแต่ด้านของตนเองและยึดตนเองเป็นหลัก หงุดหงิดง่าย จู้จี้ ทำให้คนในครอบครัวเบื่อหน่าย

4) การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยไปสู่สังคมอุตสาหกรรม ความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปอย่างผิวเผิน ต่างมองแต่ประโยชน์ของกันและกัน มีการแข่งขันมากขึ้น การใช้ชีวิตครอบครัวไม่ผูกพันเหมือนแต่ก่อน ผู้สูงอายุดูเหมือนไม่มีความสำคัญอีกต่อไป จากสาเหตุดังกล่าวนี้ทำให้เกิดปัญหาความเครียดทางจิตใจของผู้สูงอายุมาก ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ 1) เกิดข้อขัดแย้งในครอบครัว ความสัมพันธ์ไม่ดี ขาดการยอมรับ ผู้สูงอายุคับข้องใจ 2) เกิดช่องว่างระหว่างบุคคลในครอบครัวในแง่ความคิด บทบาทการแสดงออก 3) ผู้สูงอายุรู้สึกมีปมด้อย น้อยเนื้อต่ำใจและมีสภาพจิตใจเสื่อมถอย

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุจะเปลี่ยนไปด้วยปัจจัยดังนี้ คือ การเกษียณอายุ การสูญเสียคู่ชีวิต การแยกครอบครัวของบุตร เป็นต้น สาเหตุต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงทางครอบครัว ระบบสังคมในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปมากจนส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุได้หลายประการ ซึ่ง จำเริญ กุรณะสุวรรณ (จำเริญ กุรณะสุวรรณ.2533: 9) กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ว่า ในช่วงระยะ 20 ปีนี้ สังคมไทยมีการพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม มีการใช้เทคโนโลยีเครื่องทุ่นแรงในการผลิต ทำให้ลูกหลานเริ่มมีเจตคติต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไปโดยมองค่าผู้สูงอายุต่ำลงเพราะไม่ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้ อาชีพและประสบการณ์จากผู้สูงอายุ เพราะตนเองสามารถเรียนรู้จนประกอบอาชีพได้เองโดยศึกษาจากแหล่งอื่น ไม่ใช่การถ่ายทอดของผู้สูงอายุในครอบครัวหรือเครือญาติและเห็นคุณประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นเพียงผู้เฒ่าบ้าน ความยกย่องให้เกียรติเริ่มลดลง ซึ่งถ้าคนในสังคมไทยมองผู้สูงอายุว่าเป็นเช่นนี้ ปฏิกริยาของผู้สูงอายุก็จะเป็นในรูปแบบการเลิกเกี่ยวข้องกับสังคม แต่ถ้าสังคมมีมโนทัศน์ต่อผู้สูงอายุว่าเป็นผู้มีประสบการณ์มีปัญญาบารมี ยังสามารถทำประโยชน์ให้สังคมได้และช่วยส่งเสริมบทบาทที่ผู้สูงอายุทำได้ก็จะเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพยายามพัฒนาตนร่วมทำประโยชน์ต่อสังคมต่อไปเท่าที่ศักยภาพของตนจะทำได้

2) การพัฒนาความเป็นเมืองของสังคมไทย ก็เป็นสาเหตุทำให้คนหนุ่มสาวและผู้อยู่ในวัยแรงงานย้ายจากชนบทเข้าสู่เมืองเพื่อหางานทำ บางคนถึงกับไปทำงานต่างประเทศทำให้เกิด

การเปลี่ยนแปลงของครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวแบบเดิมเปลี่ยนแปลงไป ในปัจจุบันเราจึงพบว่ามีผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยวตามลำพังมากขึ้นหรือถึงแม้อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับลูกหลานก็อาจพบว่าไม่มีความสุขได้ซึ่งอาจเกิดจากการแพร่กระจายของวัฒนธรรมตะวันตกมายังสังคมไทย อันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาเกี่ยวกับลูกหลาน มีความขัดแย้งระหว่างค่านิยมและพฤติกรรมต่างๆ ของวัยรุ่นปัจจุบัน ก่อให้เกิดปัญหาระหว่างวัย ผู้สูงอายุถูกมองว่าเป็นผู้ล้าสมัย พูดคุยไม่รู้เรื่อง จู้จี้ขี้บ่น ลูกหลานไม่ยอมใกล้ชิด ทำให้ผู้สูงอายุน้อยใจเกิดความเครียดแยกตัวเอง ขาดสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว มีความรู้สึกคล้ายตนเองเป็นส่วนเกินของครอบครัวเกิดความท้อแท้เบื่อหน่ายชีวิตซึ่งถ้าผู้สูงอายุไม่พัฒนาตนเองจะทำให้เกิดความขัดแย้งกับลูกหลานมากยิ่งขึ้น

3) การเปลี่ยนแปลงทางครอบครัวที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การตายของคู่สมรส ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมาก เมื่อคู่สมรสตายจากไปจะทำให้เกิดความรู้สึกเศร้าโศก ขาดคู่คิด การดำเนินชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไป (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์.2541: 29; อ้างอิงจาก อาภา ใจงาม.2536)

ศรีเรือน แก้วกังวาล กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับบุตรหลานจะต้องปรับตัวให้เข้ากันได้กับชีวิตบุตรหลาน โดยอาจต้องลดบทบาทในครอบครัวกับบุตรหลานและเปลี่ยนลักษณะความสัมพันธ์ของตนกับบุตรที่โตเป็นผู้ใหญ่ เช่น เขย สะใภ้ ผู้สูงอายุในครอบครัวเช่นนี้มักต้องใช้ชีวิตร่วมกับลูกๆ หลานๆ ซึ่งมีอายุน้อยกว่าตน ในระยะวัยผู้ใหญ่ตอนต้นบทบาทในครอบครัวคือ พ่อบ้าน แม่เรือน หัวหน้าครอบครัว ผู้ให้ความดูแลคุ้มครองและเจือจุนผู้อื่น ระยะวัยกลางคนอาจเปลี่ยนฐานะเป็นที่ปรึกษาของบุตรและบุตรที่เริ่มสนใจช่วยเหลือเกื้อกูลบ้างตามกำลังถึงระยะนี้บทบาทในฐานะ"หัวหน้าหรือผู้นำครอบครัว" อาจมีบุตรทำหน้าที่แทนและอาจต้องเปลี่ยนสภาพจากผู้ใหญ่ที่เคยให้ผู้อื่นพึ่งพิงมาเป็นผู้พึ่งพิงผู้อื่น ความสัมพันธ์กับบุตรที่โตแล้วจะราบรื่นหรือไม่ขึ้นขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพที่เขาให้กับบุตรเมื่อบุตรยังเล็ก ถ้าสัมพันธภาพเคยเป็นมาแล้วด้วยดีก็ไม่สู้จะยากลำบากนัก ผู้สูงอายุจะมีความสุขและความบันเทิงทางอารมณ์อย่างมาก ถ้าไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับบุตรหลานได้อย่างราบรื่น บุตรหญิงมีแนวโน้มให้ความสนใจเอาใจใส่ปรนนิบัติดูแลบิดามารดาอย่างมากกว่าบุตรชาย มารดามักสร้างสัมพันธภาพกับบุตรได้ดีกว่าบิดา ผู้สูงอายุที่สามารถพึ่งตนเองได้ในด้านเงินทองยังสนใจกิจกรรมต่างๆ บุตรธิดาที่ยังต้องพึ่งพิงบิดามารดาในด้านเงินทองมักทำความหนักอกหนักใจให้แก่บิดามารดาผู้สูงอายุ ชีวิตครอบครัวที่ราบรื่นได้แก่ การที่ผู้สูงอายุเข้ากันได้ดีกับบุตร หลาน เขย สะใภ้ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยแห่งความสุขเยี่ยงเดียวกับชีวิตสมรสที่เป็นสุข อย่างไรก็ตาม มิใช่ว่าทุกๆ ครอบครัวของผู้สูงอายุจะปราศจากปัญหา ผู้ที่ทำงานกับผู้สูงอายุจำนวนมากได้รายงานมาว่า ปัญหาครอบครัวของผู้สูงอายุมีไม่น้อยกว่าของวัยอื่นๆ แต่ว่ามีผู้ทำการศึกษาด้านนี้ค่อนข้างน้อยและผู้สูงอายุมักไม่ค่อย

เปิดเผยปัญหาครอบครัวให้ได้ทำการศึกษามากนัก ครอบครัวของผู้สูงอายุที่ได้มีการศึกษากันนั้นก็มีหลายประการ เช่น การไม่ให้เกียรติกัน การขาดความเคารพนับถือ การจัดการทรัพย์สินเงินทองไม่ลงตัว การขาดความสนใจต่อกันและกัน การขาดความเกื้อกูลต่อกันและกัน (ศรีเรือน แก้วกังวาล .2538: 543-544) การแก้ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้สูงอายุหลายกรณีเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยาก เพราะความสูงวัยของผู้สูงอายุ ความเติบโตเป็นผู้ใหญ่ของบุตรหลาน การแก้ปัญหาเป็นการ “หยิกเล็บเจ็บเนื้อ” ดังนั้นหลายกรณีผู้สูงอายุต้องเลี่ยงไปมีสัมพันธ์กับเพื่อนชดเชยความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีปัญหาแก้ยาก เพราะสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนมีลักษณะที่เสมอภาคกัน เข้าใจและเคารพซึ่งกันและกันมากกว่า

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ มีดังนี้

ปราโมทย์ วังสะอาด (2533: 97) ศึกษาผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายหรือมีความสำคัญสูงสุดกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพดีก็จะมีสุขภาพจิตดีไปด้วย

อาพร สุขสวัสดิ์ (2534) ศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอพระนครศรีอยุธยา พบว่า ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวระหว่างสมาชิกครอบครัวกับผู้สูงอายุทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลเป็นไปในทางที่ดีต่อกัน กล่าวคือ มีการช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่เกื้อกูลซึ่งกันและกัน ส่วนใหญ่สามัคคีปรองดองกัน มีความรักใคร่ผูกพันทางอารมณ์ต่อกันดี มีการรับประทานอาหารเย็นร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในแต่ละวันร่วมกัน แม้จะมีความขัดแย้งกันบ้างแต่ก็นานๆ ครั้ง ส่วนใหญ่แล้วบุตรก็ยังคงให้ความสำคัญ ยอมรับและขอคำปรึกษาหารือผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหาในเรื่องต่างๆ

เบญจมา เลานพูนรังสี (2534: 67) ศึกษา ความสัมพันธ์ก่อนการเตรียมตัวเกษียณอายุราชการกับการปรับตัวภายหลังเกษียณอายุราชการพลเรือน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้เกษียณอายุราชการที่มีความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดีจะมีการปรับตัวที่ดีกว่าผู้เกษียณอายุราชการที่มีความสัมพันธ์ภาพในครอบครัวระดับปานกลางและต่ำ

ไมตรี ดิยะรัตนกุล (2536: 79) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี จะมีสุขภาพจิตดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี

ยวดี ดวงจินดา (2536: 55-57) ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม และการเข้าร่วมกิจกรรมที่มีผลต่อการปรับตัวด้านสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 24 กรุงเทพมหานคร โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 10 คน โดยให้กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการพัฒนาการปรับตัวด้านสัมพันธภาพในครอบครัวด้วยโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม และกลุ่มที่ 2 ได้รับการพัฒนาด้วยโปรแกรมการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 7 ครั้งติดต่อกัน 7 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มมีการปรับตัวด้านสัมพันธภาพในครอบครัวไม่แตกต่างกันและผู้สูงอายุที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มมีการปรับตัวด้านสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น

พรพจน์ กิ่งแก้ว (2538: บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่ององค์ประกอบทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และบทบาทของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พวงผกา ชื่นแสงเนตร (2538: 116) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ดีที่สุด

ไฉไล ไชยเสวี (2539: บทคัดย่อ) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวสามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอายุได้ร้อยละ 85.28

กาญจนา ไทยเจริญ (2543: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตสูงสุด

ทอมสันและสไตรป์ (พรพจน์ กิ่งแก้ว.2538: 34 อ้างอิงจาก Thomson; & Streib: 1981) พบว่าความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่น ๆ ได้เป็นอย่างดี

เฮิร์ทและเมทคาล์ฟ (Hirst;& Metcalf.1984: 74) ศึกษาปัญหาด้านสัมพันธภาพ ผู้สูงอายุที่ได้รับสัมพันธภาพจากลูกหลานน้อย การขาดการสัมผัสทำให้ผู้สูงอายุกระหายสัมผัส ผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ชีวิตจะขาดการสัมผัสอย่างมาก มีหลักฐานยืนยันว่าพยาบาลไม่ได้ให้การสัมผัสต่อผู้สูงอายุเช่นเดียวกับที่ให้กับบุคคลอื่น ๆ การสัมผัสเป็นสิ่งที่แสดงออกแทนคำว่า “ฉันเป็นห่วงใยคุณ” หากผู้สูงอายุไม่ได้รับสิ่งเหล่านี้จะทำให้มีปัญหาทางด้านจิตใจได้

จากข้อมูลและงานวิจัยที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิต ผู้สูงอายุที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้สูงอายุมีความต้องการได้รับความรัก การเอาใจใส่จาก บุตรหลาน การได้อยู่ใกล้ชิดกับบุตรหลานและคนที่ตนรักและต้องการมีสุขภาพจิตที่ดี



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว 5 ด้าน คือ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาพแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง ในปี พ.ศ. 2552 จำนวน 300 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane (ธำนิทร์ ศิลป์จารุ;2548: 47,49) ณ ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 5% หรือ .05 โดยพิจารณาตามสูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

$$\frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ	n	แทน	จำนวนตัวอย่าง
	N	แทน	จำนวนประชากรทั้งหมด
	e	แทน	ความคลาดเคลื่อนที่กำหนดว่าจะให้มีระดับนัยสำคัญเป็น 0.05

$$\begin{aligned} n &= \frac{300}{1+(300)(0.05)^2} \\ &= 171.43 \end{aligned}$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่จะต้องเก็บแบบสอบถามขั้นต่ำ คือ 172 คน แต่เพื่อความถูกต้องและชัดเจนของข้อมูลมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการเก็บตัวอย่างจำนวน 175 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้การเลือกแบบเจาะจง คือ ผู้วิจัยได้เข้าไปร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉางที่แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามเขตที่อยู่อาศัย ซึ่งมีกิจกรรมของแต่ละกลุ่มเดือนละ 1 ครั้ง รวมเป็นเดือนละ 3 ครั้ง ในแต่ละครั้งจะมีผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมไม่ต่ำกว่า 40 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ยังเก็บไม่ครบ 175 คน ผู้วิจัยได้ขอรายชื่อสมาชิกของชมรมจากหน่วยงานที่ดูแลชมรมของโรงพยาบาล แล้วนำมาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่อยู่ที่อยู่ใกล้กับเขตที่อยู่อาศัยเดียวกันหรือใกล้เคียงกับผู้วิจัยมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือ ผู้วิจัยอาศัยอยู่ตำบลบ้านฉาง หมู่ที่ 5 จึงเลือกผู้ที่อาศัยอยู่หมู่ที่ 5 ก่อน เมื่อยังไม่ครบก็เลือกหมู่ต่อไปที่เป็นเขตที่ไม่อันตรายและเสี่ยงต่อการถูกปล้นจี้จนเกินไป

การสร้างเครื่องมือในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบและมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีจำนวนทั้งสิ้น 6 ตอน ดังนี้

- 1. แบบสอบถามเกี่ยวกับรายได้
- 2. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว
- 3. แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะครอบครัว
- 4. แบบวัดสภาวะแวดล้อมของครอบครัว
- 5. แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว
- 6. แบบวัดสุขภาพจิต

ซึ่งในแบบสอบถามแต่ละตอน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับรายได้

แบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อสอบถามเกี่ยวกับรายได้ของผู้สูงอายุ มีจำนวนข้อคำถาม 1 ข้อ ให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ 1) เหลือใช้ 2) พอใช้ 3) ไม่พอใช้ โดยผู้วิจัยใช้การรับรู้รายได้ของผู้สูงอายุแต่ละคนเป็นเกณฑ์ในการตอบ

แบบสอบถามเกี่ยวกับรายได้

0. ปัจจุบันท่านมีรายได้เป็นอย่างไร

() เหลือใช้ () พอใช้ () ไม่พอใช้

ผู้วิจัยได้นำคำตอบของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และการหาค่าร้อยละ

2. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของ ประณต เค้าจิม (2549) ที่สร้างตามนิยามของเบอร์นาร์ดและครูปัต (Bernard; & Kruput).1994) แล้วนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านคุณค่า จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านวัสดุสิ่งของ บริการ จำนวน 4 ข้อ 5) ด้านเครือข่าย จำนวน 5 ข้อ แบบวัดนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ตามแบบของลิเกิร์ต (Likert) คือ มาก ค่อนข้างมาก ค่อนข้างน้อย น้อย ใช้วิธีคิดคะแนน 4-3-2-1 ตามลำดับมีเนื้อหาเกี่ยวกับการประคับประคองช่วยเหลือ ติดต่อสื่อสารหรือมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

แบบวัดนี้ได้ผ่านการหาคุณภาพมาแล้ว ซึ่งประกอบด้วยการหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา การหาค่าอำนาจจำแนก และการหาค่าความเชื่อมั่น ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ มาหาค่าความเชื่อมั่นอีกครั้งหนึ่งโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .929

การให้คะแนน

ข้อความที่สร้างขึ้น แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ ข้อความที่มีความหมายทางบวก และข้อความที่มีความหมายทางลบ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 คำตอบ ซึ่งมีการให้คะแนนดังนี้

คำตอบ	ข้อความทางบวก ได้คะแนน	ข้อความทางลบ ได้คะแนน
มาก	4	1
ค่อนข้างมาก	3	2
ค่อนข้างน้อย	2	3
น้อย	1	4

ตัวอย่างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ข้อความ	มาก	ค่อนข้าง มาก	ค่อนข้าง น้อย	น้อย
1. ด้านอารมณ์ (0) สมาชิกในครอบครัวเป็นกำลังใจให้ยามที่ ท่านพบอุปสรรคต่างๆ ในชีวิต				
2. ด้านคุณค่า 00. สมาชิกในครอบครัวพูดหรือแสดงให้รู้ว่า พวกเขามีใจในตัวท่าน				
3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (000) สมาชิกในครอบครัวมักนำเรื่องราวที่ เป็นประโยชน์มาบอกเล่าแก่ท่าน				
4. ด้านวัสดุสิ่งของ บริการ (0000) คนในครอบครัวให้เงินเป็นค่าใช้จ่าย ส่วนตัวของท่านที่เพียงพอ				
5. ด้านเครือข่าย (00000) คนในครอบครัวมักทำกิจกรรมใน ครอบครัวร่วมกับท่าน เช่น ดูทีวีด้วยกัน เป็นต้น				

การพิจารณาระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้

3.26 – 4.00 หมายถึง ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก

2.51 – 3.25 หมายถึง ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับ
ค่อนข้างมาก

1.76 – 2.50 หมายถึง ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับ
ค่อนข้างน้อย

1.00 – 1.75 หมายถึง ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับน้อย

ในการแบ่งกลุ่มคนออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมาก กับกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อย ผู้วิจัยจะใช้คะแนนเฉลี่ยในการแบ่งโดยผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย จัดอยู่ในกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมาก ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย จัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อย

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะครอบครัว

เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองมีข้อความถาม 1 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ลักษณะครอบครัวเดี่ยวและลักษณะครอบครัวขยาย ซึ่งแต่ละลักษณะมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบเท่ากัน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะครอบครัวและหาคุณภาพตามลำดับขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวกับลักษณะครอบครัวจากหนังสือ เอกสารทางวิชาการต่างๆ เพื่อนำมาประกอบการศึกษา
2. สร้างแบบสอบถามโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มผู้ร่วมอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุในครอบครัวเดียวกัน
3. นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จแล้วเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์พิจารณา และเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่านเพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความชัดเจนของภาษาที่ใช้และความครอบคลุมด้านเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขข้อความตามข้อเสนอนั้น
4. แบบสอบถามนี้ไม่สามารถหาค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นได้ เนื่องจากเป็นตัวแปรแบบมาตรานามบัญญัติ (Nominal Scale)
5. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง

ตัวอย่างแบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะครอบครัว

0. ปัจจุบันลักษณะครอบครัวของท่านเป็นอย่างไร

1. คำถามที่อยู่ในนิยามของลักษณะครอบครัวเดี่ยว คือ

() อยู่คนเดียว

() อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น

() อยู่กับคู่สมรสและบุตรเท่านั้น

() อยู่กับบุตรเท่านั้น

00. 2. คำถามที่อยู่ในนิยามของลักษณะครอบครัวขยาย คือ

() อยู่กับคู่สมรสและครอบครัวของบุตรที่แต่งงานแล้ว

() อยู่กับคู่สมรสและครอบครัวของบุตรที่แต่งงานแล้วและญาติ ๆ

() อยู่กับญาติ ๆ

() อื่นๆ (ระบุ).....

ในการแบ่งกลุ่มผู้ที่อยู่ในลักษณะครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย ผู้วิจัยได้นำคำตอบของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มานับจำนวนตามช่องที่กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ

4. แบบวัดสภาวะแวดล้อมของครอบครัว

เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองมีจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) สภาวะแวดล้อมภายในครอบครัว จำนวน 9 ข้อ 2) สภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัว จำนวน 6 ข้อ ข้อคำถามเป็นข้อความเชิงบวกทั้งหมด โดยมี 2 ตัวเลือกให้ตอบ คือ “ใช่” กับ “ไม่ใช่” โดยผู้ที่ตอบว่า “ใช่” จะได้คะแนน 2 คะแนน และจะได้คะแนน 1 เมื่อตอบว่า “ไม่ใช่”

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบวัดสภาวะแวดล้อมของครอบครัวและหาคุณภาพตามลำดับขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมของครอบครัว รวมทั้งยังได้ศึกษาจากหนังสือ เอกสารทางวิชาการต่างๆ และข้อมูลทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Internet) ที่เกี่ยวข้องกับสภาวะแวดล้อมของครอบครัวเพื่อนำมาประกอบการศึกษา

2. สร้างแบบวัดสภาวะแวดล้อมของครอบครัว ได้ข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1 สภาวะแวดล้อมภายในครอบครัว มีเนื้อหาเกี่ยวกับสภาพที่อยู่อาศัยและลักษณะภายในบ้าน ประกอบด้วย การจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยและห้องต่างๆ ความสะอาดถูกสุขอนามัย การควบคุมโรคติดต่อ การติดตั้งอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นภายในบ้าน

2.2 สภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัว มีเนื้อหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายนอกบ้านทั้งสิ่งที่มีชีวิตและไม่มีชีวิต ประกอบด้วย รั้วบ้าน การจัดบริเวณที่พักอาศัยรอบบริเวณบ้านสำหรับนั่งเล่นพักผ่อนหย่อนใจ เขตที่อยู่อาศัยปลอดภัยจากมลพิษและปลอดภัยจากการก่ออาชญากรรมต่างๆ และไม่แออัดจนเกินไป

3. นำแบบวัดที่สร้างเสร็จแล้วเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมสารนิพนธ์พิจารณาและเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ความชัดเจนของภาษาที่ใช้และความครอบคลุมด้านเนื้อหา จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามข้อเสนอแนะ

4. นำแบบวัดที่แก้ไขปรับปรุงแล้วจำนวน 26 ข้อ ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 50 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-Total Correlation) และเลือกเฉพาะข้อที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้จำนวนข้อคำถามเหลือ 15 ข้อ คือ สภาวะแวดล้อมภายในครอบครัว จำนวน 9 ข้อ และสภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัวจำนวน 6 ข้อ

5. นำข้อคำถามที่เหลือจากการทดลองใช้แล้วจำนวน 15 ข้อ ไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับเท่ากับ .779

6. เมื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงได้นำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริง

ตัวอย่างแบบวัดสภาวะแวดล้อมของครอบครัว

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1.สภาวะแวดล้อมภายในครอบครัว (0) สะอาด ถูกสุขอนามัย เพียงพอ		
2. สภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัว (00) บ้านของท่านมีรั้วรอบขอบชิดที่แข็งแรง		

ในการแบ่งกลุ่มคนออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมของครอบครัวดีกับกลุ่มที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมของครอบครัวไม่ดี ผู้วิจัยใช้ค่าเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง โดยผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย จัดอยู่ในกลุ่มที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมของครอบครัวดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย จัดอยู่ในกลุ่มที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมของครอบครัวไม่ดี ทั้งนี้ ค่าเฉลี่ยของสภาวะแวดล้อมภายในครอบครัวและสภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัวเท่ากับ 15.9 และ 10.61 ตามลำดับ

5. แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของ ไชโล ไชยเสวี (2537) แล้วนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและสอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ แบบวัดนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ตามแบบของลิเกิร์ต (Likert) คือ เป็นประจำ บางครั้ง ไม่เคย ตามลำดับ มีเนื้อหาเกี่ยวกับสภาพความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกภายในครอบครัวกับผู้สูงอายุซึ่งปฏิบัติต่อกันและกัน ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการพักผ่อนหย่อนใจร่วมกัน มีความรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน มีความเห็นอกเห็นใจกันและกัน มีความกลมเกลียวสามัคคีปรองดองกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว

แบบวัดนี้ได้ผ่านการหาคุณภาพมาแล้ว ซึ่งประกอบด้วยการหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา การค่าค่าอำนาจจำแนก และการหาความเชื่อมั่น ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้มาหาความเชื่อมั่นอีกครั้งหนึ่งโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha-coefficient) พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .802

การให้คะแนน

คำตอบ	ข้อความที่มีความหมายทางบวก	ข้อความที่มีความหมายทางลบ
	ได้คะแนน	ได้คะแนน
เป็นประจำ	3	1
บางครั้ง	2	2
ไม่เคย	1	3

ตัวอย่างแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

ข้อความ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
0. ท่านใช้เวลาว่างในการประกอบกิจกรรมร่วมกัน ภายในครอบครัว เช่น ดูทีวี ทำอาหาร เป็นต้น			
00.ท่านมักจะมีเรื่องถกเถียงกับบุคคลในครอบครัว			

การพิจารณาระดับสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้

2.33 – 3.00 หมายถึง ผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี

1.67 - 2.32 หมายถึง ผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

1.00 – 1.66 หมายถึง ผู้ที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับไม่ดี

ในการแบ่งกลุ่มคนออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวดีกับกลุ่มที่มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ผู้วิจัยใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง โดยผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย จัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยจัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี

6. แบบวัดสุขภาพจิต

เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบคัดกรองสุขภาพจิต (Thai GHQ-30 = Thai General Health Questionnaires-30) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยนายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2545) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี แปลและดัดแปลงมาจาก GHQ ของ Davis Goldberg and Paul Williams (ค.ศ. 1988) แบบวัดนี้มีลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ มีจำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ มีทั้งข้อความเชิงบวกและข้อความเชิงลบ ใช้วิธีคิดคะแนน 4-3-2-1 ตามลำดับโดยไม่มีการกลับคะแนน มีค่าความเชื่อถือได้และความแม่นยำตรงอยู่ในเกณฑ์ดี ได้แก่ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency) ของข้อคำถามมีค่า Cronbach's Alpha coefficient ตั้งแต่ 0.84 ถึง 0.94 โดยข้อคำถามมีเนื้อหาครอบคลุมปัญหาใหญ่ ๆ 4 ด้าน คือ ความรู้สึกไม่เป็นสุข (Unhappiness) ความวิตกกังวล (Anxiety) ความบกพร่องเชิงสังคม (Social impairment) และความคิดว่ามีโรคทางกายโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค

ผู้วิจัยได้นำแบบวัดสุขภาพจิตนี้ ไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) พบว่า มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .936

ตัวอย่างแบบวัดสุขภาพจิต

1.สามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ได้

() ดีกว่าปกติ () เหมือนปกติ () แย่กว่าปกติ () แย่กว่าปกติมาก

2. นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ

() ไม่เลย () ไม่มากกว่าปกติ () ค่อนข้างมากกว่าปกติ () มากกว่าปกติมาก

การพิจารณาระดับสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ดังต่อไปนี้

3.26 – 4.00 หมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพจิตในระดับดี

2.51 – 3.25 หมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพจิตในระดับค่อนข้างดี

1.76 – 2.50 หมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพจิตในระดับค่อนข้างไม่ดี

1.00 – 1.75 หมายถึง ผู้ที่มีสุขภาพจิตในระดับไม่ดี

ในการแบ่งกลุ่มคนออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีสุขภาพจิตดีกับกลุ่มที่มีสุขภาพจิตไม่ดี ผู้วิจัยใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่งโดยผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย จัดอยู่ในกลุ่มที่มีสุขภาพจิตดี ส่วนผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ย จัดอยู่ในกลุ่มที่มีสุขภาพจิตไม่ดี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้ขอหนังสือราชการจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ไปแสดงต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฉางเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง โดยการแจกแบบสอบถามจำนวน 175 ชุด ได้คืนมาทั้งหมด 175 ชุดและใช้ได้ทุกชุด ซึ่งการดำเนินการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้มี 2 ลักษณะคือ

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการเข้าไปร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลบ้านฉาง ซึ่งมีเป็นประจำทุกเดือนๆ ละ 3 ครั้ง เนื่องจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลบ้านฉางจะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามเขตที่อยู่อาศัย ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีกำหนดการประชุมไม่พร้อมกัน โดยผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามให้แก่ผู้สูงอายุที่สามารถอ่านหนังสือได้ให้ตอบด้วยตนเอง ส่วนผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลโดยมีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบ้านฉางที่เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้งเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลด้วยความสะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น เพราะเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบ้านฉางที่ดูแลสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มจะเข้าใจลักษณะพื้นฐานความเป็นอยู่ รวมทั้งบุคลิกภาพของผู้สูงอายุที่ตนเองดูแลอยู่ ซึ่งผู้วิจัย

ได้ทำการอธิบายรายละเอียดของข้อมูลในแบบสอบถามทุกฉบับและวิธีการตอบแบบสอบถามให้ผู้ช่วยผู้วิจัยได้รับทราบเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันก่อนทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

1.2 ผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์หรือข้อมูลชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉางเพื่อที่ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการเก็บข้อมูลให้ครบตามจำนวน 175 ชุด ตามที่อยู่ของผู้วิจัยสามารถหาได้สะดวกและไม่ลำบากหรือเสี่ยงอันตรายจนเกินไปในการเข้าไปในพื้นที่นั้นๆ

2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับ เพื่อนำไปตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละส่วน

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

1.1 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดโดยการหาค่า r

1.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach's Alpha coefficient)

2. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาลงรหัสรายการ เพื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

2.1 หาค่าสถิติพื้นฐาน คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา

2.2 เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 5

2.3 เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1

2.4 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) และการแจกแจงไคสแควร์ (Chi-Square) และใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression โดยวิธี Stepwise) เพื่อทำนายตัวแปรตามจากตัวแปรอิสระ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อความสะดวกในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและเพื่อสื่อความหมายที่เข้าใจตรงกันผู้ศึกษาได้นำสัญลักษณ์มาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ยของคะแนน
SD	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์ในการแจกแจงแบบที (t-distribution)
F	แทน	ค่าอัตราส่วนความแปรปรวน
SS	แทน	ผลรวมของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยผลรวมคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง (Mean Square)
df	แทน	ระดับขั้นของความเป็นอิสระ (Degrees of Freedom)
X_1	แทน	ตัวแปรรายได้
X_2	แทน	ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว
X_3	แทน	ตัวแปรลักษณะครอบครัว
X_4	แทน	ตัวแปรสภาวะแวดล้อมของครอบครัว
X_5	แทน	ตัวแปรสัมพันธภาพในครอบครัว
Y'	แทน	สุขภาพจิตที่ได้จากการทำนายด้วยตัวทำนายต่างๆ ในรูปคะแนนดิบ
Z'	แทน	สุขภาพจิตที่ได้จากการทำนายด้วยตัวทำนายต่างๆ ในรูปคะแนนมาตรฐาน
R	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R^2	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แห่งการทำนาย
Beta	แทน	สัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนายซึ่งทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน
a	แทน	ค่าคงที่ของสมการทำนาย
SE	แทน	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการทำนาย
b	แทน	สัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนายซึ่งทำนายในรูปคะแนนดิบ
P	แทน	ค่าที่น้อยที่สุดของระดับนัยสำคัญ
*	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	ค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล และการแปลความหมาย ดังนี้

ตอนที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว และตัวแปรสุขภาพจิต

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตามตัวแปรด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว

ตอนที่ 3 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตอนที่ 4 ผลการทำนายสุขภาพจิตจากตัวแปรด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปรด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว และตามตัวแปรสุขภาพจิต

1.1 ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปร รายได้ ปรากฏผลดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปร รายได้

รายได้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. รายได้		
เหลือใช้	23	13.1
พอใช้	81	46.3
ไม่พอใช้	71	40.6
รวม	175	100.0

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 175 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้พอใช้มีจำนวนมากที่สุด รองลงมาได้มีรายได้ไม่พอใช้ และน้อยที่สุดคือ มีรายได้เหลือใช้ คือ เท่ากับร้อยละ 46.3 40.6 และ 13.1 ตามลำดับ

1.2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 5 ด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุสิ่งของ บริการ ด้านเครือข่าย ปรากฏผลดังตาราง 2 ถึง 7

1.2.1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 5 ด้าน ปรากฏผลดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 5 ด้าน

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	$\bar{X}$	SD	ระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว
1.ด้านอารมณ์	2.75	0.73	ค่อนข้างมาก
2.ด้านคุณค่า	2.48	0.63	ค่อนข้างน้อย
3.ด้านข้อมูลข่าวสาร	2.32	0.71	ค่อนข้างน้อย
4.ด้านวัสดุสิ่งของ บริการ	2.58	0.84	ค่อนข้างมาก
5.ด้านเครือข่าย	2.42	0.66	ค่อนข้างน้อย
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวโดยรวม	2.51	0.59	ค่อนข้างมาก

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวโดยรวมในระดับค่อนข้างมาก และเมื่อจำแนกย่อยลงไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ด้านอารมณ์และด้านวัสดุสิ่งของ บริการ ในระดับค่อนข้างมาก ส่วนอีก 3 ด้านที่เหลือคือ ด้านคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านเครือข่าย กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย

1.2.2 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านอารมณ์ เป็นรายชื่อ ปรากฏผลดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านอารมณ์ เป็นรายชื่อ

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	ระดับการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว ด้านอารมณ์
1.คนในครอบครัวเป็นกำลังใจให้ ยามที่พบ อุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิต	2.77	0.90	ค่อนข้างมาก
2. คนในครอบครัวเอาใจใส่ดูแลทุกข์สุข	2.87	0.83	ค่อนข้างมาก
3.คนในครอบครัวมีวิธีการพูดหรือการปฏิบัติที่ สร้างความมั่นใจ ในเวลาที่เผชิญปัญหาต่างๆ หรือปัญหาส่วนตัว	2.62	0.84	ค่อนข้างมาก
4.เมื่อใดที่ไม่สบายใจ จะได้รับการปลอบโยนจาก คนในครอบครัวที่ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ	2.75	0.89	ค่อนข้างมาก
5.คนในครอบครัวไม่ซ้ำเติมเมื่อตัดสินใจผิดพลาด ไม่ว่าจะเป็นเรื่องใด ๆ	2.76	0.90	ค่อนข้างมาก
ด้านอารมณ์โดยรวม	2.75	0.73	ค่อนข้างมาก

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านอารมณ์โดยรวมในระดับค่อนข้างมาก และเมื่อจำแนกย่อยลงไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านอารมณ์เป็นรายชื่อในระดับค่อนข้างมากทั้งหมด

1.2.3 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร การสนับสนุนทางสังคมจาก
ครอบครัวด้านคุณค่า เป็นรายชื่อ ปรากฏผลดังตาราง 4

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว
ด้านคุณค่า เป็นรายชื่อ

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	ระดับการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว ด้านคุณค่า
1.คนในครอบครัวมักให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในเรื่องต่างๆ ของครอบครัว	2.73	0.91	ค่อนข้างมาก
2.คนในครอบครัวมอบหมายสำคัญให้รับผิดชอบ	2.43	1.04	ค่อนข้างน้อย
3.คนในครอบครัวพูดหรือแสดงให้รู้ว่าเขาภูมิใจ	2.72	0.94	ค่อนข้างมาก
4.คนในครอบครัวมักไปเล่าให้คนอื่นฟังถึง ความสามารถพิเศษบางอย่าง	2.47	0.93	ค่อนข้างน้อย
5.คนในครอบครัวไม่ค่อยยอมรับความคิดเห็น	2.05	0.90	ค่อนข้างน้อย
ด้านคุณค่า โดยรวม	2.48	0.63	ค่อนข้างน้อย

จากตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการสนับสนุนทางสังคมจาก
ครอบครัวด้านคุณค่าโดยรวมในระดับค่อนข้างน้อย และเมื่อจำแนกย่อยลงไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วน
ใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านคุณค่าเป็นรายชื่อในระดับค่อนข้างน้อย

1.2.4 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นรายข้อ ปรากฏผลดังตาราง 5

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	ระดับการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัวด้านข้อมูลข่าวสาร
1.คนในครอบครัวคอยให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ ในการใช้ชีวิตประจำวัน	2.52	0.88	ค่อนข้างมาก
2.คนในครอบครัวจัดหาข้อมูลเกี่ยวกับการประกอบอาชีพมาให้	2.03	0.93	ค่อนข้างน้อย
3.คนในครอบครัวมักนำเรื่องราวที่เป็นประโยชน์มาบอกเล่า	2.49	0.91	ค่อนข้างน้อย
4.คนในครอบครัว จัดหาหนังสือพิมพ์หรือหนังสือในเรื่องต่างๆ มาให้อ่านยามที่มีเวลาว่าง	2.06	1.00	ค่อนข้างน้อย
5.คนในครอบครัวให้แนวทางปฏิบัติด้านความเป็นอยู่ที่เหมาะสม	2.51	0.95	ค่อนข้างมาก
ด้านข้อมูลข่าวสารโดยรวม	2.32	0.71	ค่อนข้างน้อย

จากตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านข้อมูลข่าวสารโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย และเมื่อจำแนกย่อยลงไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านข้อมูลข่าวสารในระดับค่อนข้างน้อย

1.2.5 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ด้านวัตถุประสงค์ของ บริการ เป็นรายชื่อ ปรากฏผลดังตาราง 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ด้านวัตถุประสงค์ของ บริการ เป็นรายชื่อ

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	ระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ด้านวัตถุประสงค์ของบริการ
1.คนในครอบครัวให้เงินเป็นค่าใช้จ่ายส่วนตัวที่เพียงพอ	2.42	1.05	ค่อนข้างน้อย
2.คนในครอบครัวมีเวลาให้เสมอ เมื่อมีข้อปรึกษาหารือด้วย	2.58	0.95	ค่อนข้างมาก
3.คนในครอบครัวพร้อมจะช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ เมื่อต้องการความช่วยเหลือ	2.77	0.93	ค่อนข้างมาก
4.คนในครอบครัวให้ของหรือทำสิ่งต่างๆ ให้ เช่น ให้ของขวัญวันพิเศษต่างๆ ซื้อสิ่งของมาฝาก ทำอาหารอร่อย ๆ ให้รับประทาน เป็นต้น	2.57	1.05	ค่อนข้างมาก
ด้านวัตถุประสงค์ของ บริการโดยรวม	2.58	0.84	ค่อนข้างมาก

จากตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านวัตถุประสงค์ของ บริการโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างมาก และเมื่อจำแนกย่อยลงไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านวัตถุประสงค์ของ บริการ เป็นรายชื่อในระดับค่อนข้างมากเกือบทั้งหมด

1.2.6 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ด้านเครือข่าย เป็นรายชื่อ ปรากฏผลดังตาราง 7

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ด้านเครือข่าย เป็นรายชื่อ

ข้อความ	$\bar{X}$	SD	ระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ด้านเครือข่าย
1.คนในครอบครัวชอบพูดคุยในเรื่องต่างๆ ทั้งเรื่องของญาติ เพื่อนบ้าน การเมือง เป็นต้น	2.51	0.96	ค่อนข้างมาก
2.คนในครอบครัวมักทำกิจกรรมในครอบครัวร่วมกัน เช่น ดูทีวีด้วยกัน ช่วยกันทำงานบ้านมีกิจกรรมสันทนาการด้วยกัน เป็นต้น	2.67	0.94	ค่อนข้างมาก
3.คนในครอบครัว มักทำกิจกรรมนอกบ้านร่วมกัน เช่น ทักษนาจร ทำบุญ เยี่ยมญาติ เป็นต้น	2.42	0.98	ค่อนข้างน้อย
4.คนในครอบครัวมักทำกิจกรรมในวันสำคัญร่วมกัน เช่น งานปีใหม่ วันพ่อ วันแม่ เป็นต้น	2.64	1.02	ค่อนข้างมาก
5.คนในครอบครัวเห็นต่าง จนรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว	1.85	0.91	ค่อนข้างน้อย
ด้านเครือข่ายโดยรวม	2.42	0.66	ค่อนข้างน้อย

จากตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านเครือข่าย โดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย และเมื่อจำแนกย่อยลงไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวด้านเครือข่ายในระดับค่อนข้างมากและค่อนข้างน้อยเกือบพอ ๆ กัน

1.3 ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามตัวแปรลักษณะครอบครัว ปรากฏผลดังตาราง 8

ตาราง 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามตัวแปร ลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ลักษณะครอบครัวเดี่ยว		
1. อยู่คนเดียว	13	7.42
2. อยู่กับคู่สมรสเท่านั้น	23	13.14
3. อยู่กับคู่สมรสและบุตรเท่านั้น	29	16.57
4. อยู่กับบุตรเท่านั้น	24	13.71
รวม	89	50.85
2. ลักษณะครอบครัวขยาย		
1. อยู่กับคู่สมรสและครอบครัวของบุตรที่แต่งงานแล้ว	34	19.43
2. อยู่กับคู่สมรสและครอบครัวของบุตรที่แต่งงานแล้ว และญาติๆ	32	18.28
3. อยู่กับญาติ	3	1.71
4. อื่นๆ	17	9.71
รวม	86	49.15

จากตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างโดยจำแนกออกเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยวและลักษณะครอบครัวขยาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวมากกว่าแบบครอบครัวขยายเพียงเล็กน้อย คือ เท่ากับร้อยละ 50.85 และ 49.15 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์รายละเอียดของลักษณะครอบครัวแต่ละแบบ พบว่า ในครอบครัวเดี่ยวส่วนใหญ่จะมีลักษณะอยู่กับคู่สมรสและบุตรเท่านั้น และที่น้อยที่สุดคือ อยู่คนเดียว ส่วนในครอบครัวขยาย พบว่า การอยู่กับคู่สมรสและครอบครัวของบุตรที่แต่งงานแล้ว มีจำนวนมากที่สุด และที่อยู่กับญาติ มีจำนวนน้อยที่สุด

1.4 ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีสภาวะแวดล้อมของครอบครัวต่างกัน และค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตามตัวแปร สภาวะแวดล้อมของครอบครัว ปรากฏผลดังตาราง 10 ถึง 13

1.4.1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างที่มีสภาวะแวดล้อมภายในครอบครัวต่างกัน และค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตามตัวแปร สภาวะแวดล้อมภายในครอบครัว ปรากฏผลดังตาราง 9



ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีสภาวะแวดล้อมภายในครอบครัวต่างกัน และค่าเฉลี่ย
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตามตัวแปร สภาวะแวดล้อมภายในครอบครัว

สภาวะแวดล้อมภายในครอบครัว	N ดี	N ไม่ดี	$\bar{X}$	SD
1.สะอาด ถูกสุขอนามัย เพียงพอ	156 (89.1%)	19 (10.9%)	1.89	.31
2.มีเฟอร์นิเจอร์ที่มั่นคงปลอดภัยเพียงพอ	136 (77.7%)	39 (22.3%)	1.78	.42
3.มีเครื่องใช้ไฟฟ้า เช่น ทีวี พัดลม หรือ เครื่องปรับอากาศ เพียงพอ เป็นต้น	151 (86.3%)	24 (13.7%)	1.86	.34
4.ไม่มีใครเป็นโรคติดต่อร้ายแรง	155 (88.6%)	20 (11.4%)	1.89	.32
5.ท่านมีห้องเป็นสัดส่วนของตัวเอง	121 (69.1%)	54 (30.9%)	1.69	.46
6.บ้านมีตู้ยาสามัญประจำบ้านที่มีการจัดหมวดหมู่ของยา และปิดฉลากยาให้เห็นชัดเจน	105 (60.0%)	70 (40.0%)	1.60	.49
7. สภาพความเป็นอยู่ภายในบ้านสร้างความสุขและความพอใจ	153 (87.4%)	22 (12.6%)	1.87	.33
8. บ้านของท่านจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยได้อย่างเป็นสัดส่วนที่เหมาะสม เช่น มีบริเวณห้องรับแขก ห้องครัว เป็นต้น	121 (69.1%)	54 (30.9%)	1.69	.46
9.อุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ภายในบ้านมีความปลอดภัย เช่น ติดระบบไฟลัดวงจร (เซฟตี้-คัต) ถังดับเพลิงขนาดเล็กสำหรับใช้ภายในบ้าน เต้าแก๊สวางไว้ในที่เหมาะสมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ ไม่ให้เกิดขึ้นภายในบ้าน	73 (41.7%)	102 (58.3%)	1.58	.49
โดยรวม			15.9	

จากตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสภาวะแวดล้อมที่สะอาด ถูกสุขอนามัย เพียงพอ มีจำนวนมากที่สุด ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมที่มีอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ภายในบ้านมีความปลอดภัย เช่น ติดระบบไฟลัดวงจร (เซฟตี้-คัท) ถังดับเพลิงขนาดเล็ก สำหรับใช้ภายในบ้าน เต่าแก๊สวางไว้ในที่เหมาะสมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ ไม่ให้เกิดขึ้นภายในบ้าน มีจำนวนน้อยที่สุด และได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.9 ผู้วิจัยจึงใช้เป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มผู้ที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมภายในครอบครัวดีและไม่ดี

1.4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีสภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัวต่างกัน และค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตามตัวแปร สภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัว ปรากฏผล ดังตาราง 10

ตาราง 10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีสภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัวต่างกัน และค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตามตัวแปร สภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัว

สภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัว	N	N	$\bar{X}$	SD
	ดี	ไม่ดี		
1.บ้านมีรั้วรอบขอบชิดที่แข็งแรง	106 (60.6%)	69 (39.4%)	1.60	.49
2.มีบริเวณรอบตัวบ้านที่กว้างพอสมควร สำหรับการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น เดินออก กำลังกาย นั่งพักผ่อนพูดคุยสังสรรค์กับสมาชิก ในครอบครัวและเพื่อนบ้าน	138 (78.9%)	37 (21.1%)	1.79	.40
3.เขตที่อยู่อาศัยปลอดภัยจากการก่ออาชญากรรม ต่างๆ เช่น จั๊ปล้น ช่มชู้ เป็นต้น	137 (78.3%)	38 (21.7%)	1.78	.41
4.เขตที่อยู่อาศัยปลอดภัยจากมลพิษต่างๆ เช่น เสียงเครื่องบินแก๊สพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม	151 (86.3%)	24 (13.7%)	1.86	.34
5.เขตที่อยู่อาศัยไม่แออัดจนเกินไป มีความเป็น ส่วนตัวพอสมควร	130 (74.3%)	45 (25.7%)	1.74	.44
6.มีหน่วยบรรเทาสาธารณภัยที่สามารถช่วย เหลือได้ทันท่วงทีเมื่อเกิดเพลิงไหม้หรืออุบัติเหตุ ต่างๆ เช่น หน่วยดับเพลิง ปอดูเด็กตึง เป็นต้น	145 (82.9%)	30 (17.1%)	1.83	.38
โดยรวม			10.61	

จากตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตที่อยู่อาศัยปลอดภัยจากมลพิษต่างๆ เช่น เสียงเครื่องบินแก๊สพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น มีจำนวนมากที่สุด และกลุ่มตัวอย่างที่บ้านมีรั้วรอบขอบชิดที่แข็งแรง มีจำนวนน้อยที่สุด และได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.61 ผู้วิจัยจึงใช้เป็นเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มผู้ที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัวดีและไม่ดี

1.5 ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวต่างกัน และค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตามตัวแปร สัมพันธภาพในครอบครัว ปรากฏผลดังตาราง 11 และ 12

1.5.1 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร สัมพันธภาพในครอบครัว ปรากฏผลดังตาราง 11

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร สัมพันธภาพในครอบครัว

สัมพันธภาพในครอบครัว	$\bar{X}$	SD	ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว
1.ท่านใช้เวลาว่างในการประกอบกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว เช่น ดูทีวี ทำอาหาร เป็นต้น	2.35	0.53	ดี
2.คนในครอบครัวยังให้ความเคารพยกย่อง และให้ความสำคัญ ปรีक्षाปัญหาต่างๆ	2.42	0.64	ดี
3.ท่านรับประทานอาหารคนเดียว	2.07	0.64	ปานกลาง
4.คนภายในครอบครัว ทำให้รู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย	2.45	0.62	ดี
5. เมื่อมีทุกข์ทงใจ บุตรหลานไม่มีเวลาที่จะรับฟังท่าน	2.02	0.65	ปานกลาง
6. ครอบครัวมักพาท่านไปทัศนอาจรต่างจังหวัดด้วยเสมอ	1.89	0.75	ปานกลาง
7. บุคคลใกล้ชิดไม่มีเวลาให้ท่าน	2.23	0.63	ปานกลาง
8. ท่านมักจะมีเรื่องถกเถียงกับคนในครอบครัว	2.20	0.61	ปานกลาง
9. ท่านมีความรู้สึกว่ คนในบ้านยอมรับ เมื่อตกเตือนแนะนำ	2.22	0.62	ปานกลาง
10. ท่านรู้สึกว่ตนเองยังมีประโยชน์ต่อบุตรหลานในหลายๆ ด้านเป็นอย่างมาก	2.41	0.64	ดี
11. เมื่อท่านทำกิจวัตรประจำวันได้ไม่เต็มที่ คนในบ้านจะคอยช่วยเหลือ	2.23	0.66	ปานกลาง

ตาราง 11 (ต่อ)

สัมพันธภาพในครอบครัว	$\bar{X}$	SD	ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว
12. เมื่อคนในบ้านประสบปัญหามักจะนึกถึงเป็นคนแรก	2.40	0.65	ดี
สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม	2.24	0.38	ปานกลาง

จากตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีสัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อจำแนกย่อยลงไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางถึงสูงทั้งหมด

1.5 ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานตามตัวแปร สุขภาพจิต ปรากฏผลดังตาราง 12

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร สุขภาพจิต

สุขภาพจิต	$\bar{X}$	SD	ระดับสุขภาพจิต
1.สามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ได้	2.90	0.55	ค่อนข้างดี
2.นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ	3.09	0.79	ค่อนข้างดี
3.มีอาการกระสับกระส่าย หลับไม่สนิท	3.11	0.80	ค่อนข้างดี
4.หาอะไรทำและทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้	2.83	0.62	ค่อนข้างดี
5.ออกไปนอกบ้านบ่อยเท่าที่เคย	2.83	0.71	ค่อนข้างดี
6.จัดการกับสิ่งต่างๆ ได้ดีพอ ๆ กับคนส่วนใหญ่ที่อยู่ในสภาพเดียวกัน	2.81	0.63	ค่อนข้างดี
7.รู้สึกวุ่นวายเกินไปแล้วทำอะไร ๆ ได้ดี	2.77	0.58	ค่อนข้างดี
8.พอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไปได้	2.85	0.57	ค่อนข้างดี
9.สามารถมีความรู้สึกรักและอบอุ่นต่อคนใกล้ชิดได้	2.91	0.59	ค่อนข้างดี
10.รู้สึกว่าเข้ากับคนอื่นได้ง่าย	3.02	0.54	ค่อนข้างดี
11.ใช้เวลาคุยเล่นกับคนอื่นมาก	2.94	0.57	ค่อนข้างดี
12.รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ	2.93	0.56	ค่อนข้างดี

ตาราง 12 (ต่อ)

สุขภาพจิต	$\bar{X}$	SD	ระดับสุขภาพจิต
13.รู้สึกว่ตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้	2.95	0.59	ค่อนข้างดี
14.รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา	3.20	0.82	ค่อนข้างดี
15.รู้สึกว่าไม่สามารถที่จะเอาชนะความยากลำบากต่างๆ ได้	3.16	0.84	ค่อนข้างดี
16.รู้สึกว่าชีวิตต้องดิ้นรนอยู่ตลอดเวลา	3.11	0.88	ค่อนข้างดี
17.สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้	2.91	0.56	ค่อนข้างดี
18.มองอะไรเคร่งเครียดไปหมด	3.27	0.82	ดี
19.รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร	3.29	0.79	ดี
20.สามารถที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ ของตัวเองได้	2.89	0.57	ค่อนข้างดี
21.รู้สึกเรื่องต่างๆ ทับถมจนรับไม่ไหว	3.30	0.82	ดี
22.รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง	3.37	0.78	ดี
23.รู้สึกเสียความมั่นใจในตัวเองไป	3.31	0.81	ดี
24.คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า	3.46	0.84	ดี
25.รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง	3.50	0.81	ดี
26.รู้สึกมีความหวังในอนาคตของตัวเอง	2.79	0.70	ค่อนข้างดี
27.รู้สึกมีความสุขดีตามสมควรเมื่อดูโดยรวมๆ	2.89	0.59	ค่อนข้างดี
28.รู้สึกกังวล กระวนกระวายและเครียดอยู่ตลอดเวลา	3.27	0.87	ดี
29.รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป	3.54	0.82	ดี
30.รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด	3.37	0.86	ดี
สุขภาพจิตโดยรวม	3.09	0.48	ค่อนข้างดี

จากตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ตัวแปรสุขภาพจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตโดยรวมในระดับค่อนข้างดี และเมื่อจำแนกย่อยลงไปเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตตามรายข้อต่างๆ อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดีถึงดีทั้งหมด

ตอนที่ 2 การเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามตัวแปรด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว

2.1 การเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า “ผู้สูงอายุที่มีรายได้เหลือใช้มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้และผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้” โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามการรับรู้ฐานะทางเศรษฐกิจออกเป็น 3 กลุ่ม คือ เหลือใช้ พอใช้ และไม่พอใช้ ซึ่งใช้การนับจำนวนตามช่องที่กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ แล้วนำมาเปรียบเทียบสุขภาพจิต โดยใช้สถิติค่าเอฟ (F-test) ปรากฏผลดังตาราง 13

ตาราง 13 ผลการทดสอบความแปรปรวนทางเดียวคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามรายได้

ค่าความแปรปรวน	Df	SS.	MS.	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	0.465	0.232	1.002	0.369
ภายในกลุ่ม	172	39.876	0.232		
รวม	174	40.341			

จากตาราง 13 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่ต่างกัน ผลการวิจัยนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

2.2 การเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า “ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อย” โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากและกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อย ซึ่งใช้ค่าเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง แล้วนำมาเปรียบเทียบสุขภาพจิต โดยใช้สถิติค่าที (t-test) ปรากฏผลดังตาราง 14

ตาราง 14 การวิเคราะห์เปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ตัวแปร	การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว	N	$\bar{X}$	SD	t	P
สุขภาพจิตของ	มาก	95	3.17	0.44	2.653*	0.009
ผู้สูงอายุ โดยภาพรวม	น้อย	80	2.98	0.51		

* $P < .05$

จากตาราง 14 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

2.3 การเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะครอบครัว เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า “ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวขยายมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว” โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวและกลุ่มที่มีลักษณะครอบครัวขยาย ซึ่งใช้การนับจำนวนตามช่องที่กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบ แล้วนำมาเปรียบเทียบสุขภาพจิต โดยใช้สถิติค่าที (t-test) ปรากฏผลดังตาราง 15

ตาราง 15 การวิเคราะห์เปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะครอบครัว

ตัวแปร	ลักษณะครอบครัว	N	$\bar{X}$	SD	t	P
สุขภาพจิตของ	ขยาย	86	3.09	0.50	0.087	0.931
ผู้สูงอายุ โดยภาพรวม	เดี่ยว	89	3.08	0.47		

จากตาราง 15 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวขยายกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวมีสุขภาพจิตไม่ต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

2.4 การเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานะแวดล้อมของครอบครัว เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 4 ที่ว่า “ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานะแวดล้อมของครอบครัวดีมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานะแวดล้อมของครอบครัวไม่ดี” โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมของครอบครัวดีและกลุ่มที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมของครอบครัวไม่ดี ซึ่งใช้ค่าเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง แล้วนำมาเปรียบเทียบสภาพจิต โดยใช้สถิติค่าที (t-test) ปรากฏผลดังตาราง 16

ตาราง 16 การวิเคราะห์เปรียบเทียบสภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามสภาวะแวดล้อมของครอบครัว

ตัวแปร	สภาวะแวดล้อม	N	$\bar{X}$	S.D.	t	P
สภาพจิตของ	ดี	107	3.20	0.40	3.821*	0.000
ผู้สูงอายุ โดยภาพรวม	ไม่ดี	68	2.91	0.54		

* $P < .05$

จากตาราง 16 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมของครอบครัวดีมีสภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมของครอบครัวไม่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ผลการวิจัยนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

2.5 การเปรียบเทียบสภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า “ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีสภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี” โดยผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวดีและกลุ่มที่มีระดับสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ซึ่งใช้ค่าเฉลี่ยเป็นเกณฑ์ในการแบ่ง แล้วนำมาเปรียบเทียบสภาพจิต โดยใช้สถิติค่าที (t-test) ปรากฏผลดังตาราง 17

ตาราง 17 การวิเคราะห์เปรียบเทียบสภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามสัมพันธภาพในครอบครัว

ตัวแปร	สัมพันธภาพในครอบครัว	N	$\bar{X}$	SD	t	P
สภาพจิตของผู้สูงอายุ	ดี	89	3.21	0.39	3.605*	0.000
โดยภาพรวม	ไม่ดี	86	2.96	0.53		

* $P < .05$

จากตาราง 17 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีสภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ผลการวิจัยนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตอนที่ 3 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปรากฏผลดังตาราง 18 ถึง 22

3.1 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) ปรากฏผลดังตาราง 18

ตาราง 18 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

คู่ความสัมพันธ์	r	P	ระดับความสัมพันธ์
รายได้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	-0.10	0.10	ต่ำ

จากตาราง 18 พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) ปรากฏผลดังตาราง 19

ตาราง 19 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

คู่ความสัมพันธ์	r	p	ระดับความสัมพันธ์
การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 5 ด้าน กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ			
- ด้านอารมณ์	0.26**	0.00	สูง
- ด้านการยอมรับและให้เห็นคุณค่าของตนเอง	0.19**	0.01	สูง
- ด้านข้อมูลข่าวสาร	0.20**	0.00	สูง
- ด้านวัสดุสิ่งของ บริการ	0.26**	0.00	สูง
- ด้านเครือข่าย	0.06	0.23	ต่ำ

**P< .01

จากตาราง 19 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเกือบทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีเพียงด้านเครือข่ายที่ไม่มี

ความสัมพันธ์ โดยการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เป็นอันดับ 1 คือ ด้านอารมณ์ และด้านวัสดุสิ่งของ บริการ อันดับ 2 คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร และอันดับสุดท้ายคือ ด้านการยอมรับและให้เห็นคุณค่าของตนเอง

3.3 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยใช้การแจกแจงไคสแควร์ (Chi-Square) ปรากฏผลดังตาราง 20

ตาราง 20 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

คู่ความสัมพันธ์	χ^2	p
ลักษณะครอบครัวขยาย	146.195*	0.014
ลักษณะครอบครัวเดี่ยว	123.939	0.459

*P < .05

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยใช้การแจกแจงไคสแควร์ (Chi-Square) พบว่า ลักษณะครอบครัวที่เป็นแบบครอบครัวขยาย มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.4 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะแวดล้อมของครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) ปรากฏผลดังตาราง 21

ตาราง 21 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะแวดล้อมของครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

คู่ความสัมพันธ์	r	P	ระดับความสัมพันธ์
สภาวะแวดล้อมภายในครอบครัว	0.38**	0.00	ปานกลาง
สภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัว	0.28**	0.00	ต่ำ

**P < .01

จากตาราง 21 พบว่า สภาวะแวดล้อมของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสภาวะแวดล้อมภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมากกว่าสภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัว

3.5 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) ปรากฏผลดังตาราง 22

ตาราง 22 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

คู่ความสัมพันธ์	r	P	ระดับความสัมพันธ์
สัมพันธภาพในครอบครัว	0.51**	0.00	ปานกลาง

**P < .01

จากตาราง 22 พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตอนที่ 4 การทำนายสุขภาพจิตจากตัวแปรด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่า "ปัจจัยด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว สามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้" ซึ่งผู้วิจัยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression ด้วยวิธี Stepwise) ปรากฏผลดังตาราง 23 ถึง 25

ตาราง 23 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression ด้วยวิธี Stepwise) เมื่อใช้สุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นเกณฑ์

Source of Variation	SS	df	MS	F	Sig.
Regression	12.543	3	4.181	25.718*	0.000
Residual	27.798	171	0.163		
Total	40.341	174			

*P < .05

จากตาราง 23 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน พบว่า สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรงกับตัวแปรที่ศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถสร้างสมการพยากรณ์ได้ จึงคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ คำนวณน้ำหนักตัวพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานและคะแนนดิบ รวมทั้งสร้างสมการถดถอยพหุคูณ ปรากฏผลดังตาราง 24 ดังนี้

ตาราง 24 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างปัจจัยด้านครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตัวพยากรณ์	R	R ²	F
X ₅	0.509	0.259	6.456*
X ₅ , X ₄	0.535	0.286	6.489*
X ₅ , X ₄ , X ₂	0.558	0.311	6.207*

*P < .05

X₂ แทน การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวX₄ แทน สภาวะแวดล้อมของครอบครัวX₅ แทน สัมพันธภาพในครอบครัว

จากตาราง 24 ปรากฏว่าตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดที่ถูกเลือกเข้ามาก่อนคือ สัมพันธภาพในครอบครัว และเมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์คือ สภาวะแวดล้อมของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเข้าไป พบว่า ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่เมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์คือ รายได้ พบว่า ค่าสหสัมพันธ์พหุคูณเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ตัวพยากรณ์ที่เพิ่มขึ้นให้ผลน้อยมาก จึงไม่สมควรนำมาใช้เป็นตัวพยากรณ์ และเมื่อเพิ่มตัวพยากรณ์ตัวอื่น ๆ เข้าไปก็ให้ผลเช่นเดียวกัน ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดที่สามารถพยากรณ์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ คือ สัมพันธภาพในครอบครัว สภาวะแวดล้อมของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จึงคำนวณหาค่าน้ำหนักการพยากรณ์ และสร้างสมการพยากรณ์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ปรากฏผลดังตาราง 25 ดังนี้

ตาราง 25 คำนำน้าหนักการพยากรณ์ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตัวพยากรณ์	Beta	b	SE _b
X ₅	0.547	0.694	0.112
X ₄	0.218	0.468	0.157
X ₂	0.214	0.175	0.070

$$a = 1.146$$

$$R = 0.558$$

$$R^2 = 0.311$$

$$SE_{est} = 0.40319$$

$$F = 25.718^*$$

* P < .05

X₂ แทน การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

X₄ แทน สภาวะแวดล้อมของครอบครัว

X₅ แทน สัมพันธภาพในครอบครัว

จากตาราง 25 พบว่า มีค่าน้ำหนักการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐานของปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว สภาวะแวดล้อมของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมีค่าเท่ากับ 0.547, 0.218 และ 0.214 ตามลำดับ โดยค่าสหสัมพันธ์พหุคูณของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัว สภาวะแวดล้อมของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เท่ากับ 0.558 โดยที่ตัวพยากรณ์สามารถพยากรณ์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ 31.1% มีความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ 0.40319 สมการพยากรณ์เขียนได้ดังนี้

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z' = 0.547 (X_5) + 0.218 (X_4) + 0.214 (X_2)$$

สมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ

$$Y' = 1.146 + 0.694 (X_5) + 0.468 (X_4) + 0.175 (X_2)$$

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิต ระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและระดับสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง
2. เพื่อเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉางตามปัจจัยด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว
3. เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉางจากปัจจัยด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีรายได้เหลือใช้มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้ และผู้สูงอายุที่มีรายได้พอใช้ มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอใช้
2. ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อย
3. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวขยายมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว
4. ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมของครอบครัวดีมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมของครอบครัวที่ไม่ดี
5. ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี
6. ปัจจัยด้านครอบครัว 5 ด้าน คือ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว สามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้

วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง จำนวน 175 คน โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในช่วงระหว่างเดือนธันวาคม 2552 ถึง เดือนมกราคม 2553 เป็นเวลา 4 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับรายได้ มีข้อคำถาม 1 ข้อ มี 3 ตัวเลือกให้ตอบ คือ เหลือใช้ พอใช้ ไม่พอใช้ ตามลำดับ

ตอนที่ 2 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของ ประณต เค้าจิม (2549) ที่สร้างตามนิยามของเบอร์นาร์ดและครูปัต (Bernard;&Kruput).1994) ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านคุณค่า จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านวัสดุสิ่งของ บริการ จำนวน 4 ข้อ 5) ด้านเครือข่าย จำนวน 5 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ .929

ตอนที่ 3 แบบสอบถามลักษณะครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยได้ศึกษาแนวคิดและงานวิจัยเกี่ยวกับลักษณะของครอบครัว รวมทั้งยังได้ศึกษาจากหนังสือ เอกสารทางวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะครอบครัว เพื่อนำมาประกอบการศึกษา มีข้อคำถาม 1 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบโดยมี 8 ตัวเลือก ซึ่งแบ่งเป็นคำตอบของกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวและลักษณะครอบครัวขยาย แบบละ 4 คำตอบ

ตอนที่ 4 แบบวัดสภาวะแวดล้อมของครอบครัว เป็นแบบวัดซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยได้ศึกษาแนวคิดและงานวิจัยเกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมของครอบครัว รวมทั้งยังได้ศึกษาจากหนังสือ เอกสารทางวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสภาวะแวดล้อมของครอบครัวทั้งภายในและภายนอกเพื่อนำมาประกอบการศึกษา ลักษณะแบบวัดเป็นแบบให้เลือกตอบ มี 2 ตัวเลือกคือ ใช่ และ ไม่ใช่ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ .779

ตอนที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว แบบวัดนี้ผู้วิจัยได้นำมาจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของไจโล ไฮเยวี (2539) ซึ่งดัดแปลงมาจากแนวคิดของ มอร์โรและวิลสัน (Morrow and Wilson.1961: 503-504) ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับใช้ให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ .802

ตอนที่ 6 แบบวัดสุขภาพจิต เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบคัดกรองสุขภาพจิต (Thai GHQ-30 = Thai General Health Questionnaires-30) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2545) แปลและดัดแปลงมาจากมาจาก G.H.Q. ของ Davis Goldberg and Paul Williams (ค.ศ.1988) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดทั้งฉบับโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ .936

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1. ผู้วิจัยได้ขอหนังสือราชการจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ไปแสดง ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฉางเพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลบ้านฉาง ด้วยการแจกแบบสอบถามจำนวน 175 ชุด ได้คืนมาทั้งหมด 175 ชุด ซึ่งการดำเนินการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้มี 2 ลักษณะคือ

3.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการเข้าไปร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลบ้านฉาง ซึ่งมีเป็นประจำทุกเดือน ๆ ละ 3 ครั้ง เนื่องจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลบ้านฉางจะแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามเขตที่อยู่อาศัยซึ่งแต่ละกลุ่มจะประชุมไม่พร้อมกัน โดยผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามให้แก่ผู้สูงอายุที่สามารถอ่านหนังสือได้ให้ตอบด้วยตนเอง ส่วนผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือไม่ได้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคลโดยมีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบ้านฉางที่เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้งเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลด้วย เพื่อความสะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น เพราะเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบ้านฉางที่ดูแลสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มจะเข้าใจลักษณะพื้นฐานความเป็นอยู่ รวมทั้งบุคลิกภาพของผู้สูงอายุที่ตนเองดูแลอยู่ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการอธิบายรายละเอียดของข้อมูลในแบบสอบถามทุกฉบับและวิธีการตอบแบบสอบถามให้ผู้ช่วยผู้วิจัยได้รับทราบเพื่อความเข้าใจที่ตรงกันก่อนทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

3.3 ผู้วิจัยได้ขอความอนุเคราะห์ขอข้อมูลชื่อ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ ของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉางเพื่อที่ผู้วิจัยจะได้ดำเนินการเก็บข้อมูลให้ครบตามจำนวน 175 ชุด ตามที่อยู่ของผู้วิจัยสามารถหาได้สะดวกและไม่ลำบากหรือเสี่ยงอันตรายจนเกินไปในการเข้าไปในพื้นที่นั้นๆ

3.4 ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดที่ได้รับ เพื่อนำไปตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแต่ละตอน

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาลงรหัสรายการ เพื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติดังนี้

2.1 หาค่าสถิติพื้นฐาน คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรที่ศึกษา

2.2 เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 4, 5

2.3 เปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม โดยใช้การทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1

2.4 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) และการแจกแจงไคสแควร์ (Chi-Square) และใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression ด้วยวิธี Stepwise) เพื่อทำนายตัวแปรตามจากตัวแปรอิสระ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉางมีสุขภาพจิตอยู่ในระดับค่อนข้างดี มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับค่อนข้างมาก และมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง
2. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่ต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1
3. ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2
4. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวขยายกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว มีสุขภาพจิตไม่ต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3
5. ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมดีมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมไม่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4
6. ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 5
7. ปัจจัยด้านครอบครัว 3 ด้าน คือ สัมพันธภาพในครอบครัว สภาวะแวดล้อมของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ร่วมกันทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 31.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยตัวแปรที่สำคัญที่สุด คือ สัมพันธภาพในครอบครัว

อภิปรายผล

1. การศึกษาระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง พบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตอยู่ในระดับค่อนข้างดี ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการพัฒนาตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ทางชมรมจัดให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งมีทั้งการตรวจร่างกาย การบริหารร่างกาย การออกกำลังกายช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพของร่างกาย กิจกรรมนันทนาการช่วยเสริมสร้างความเพลิดเพลิน และได้มีการทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับบุคคลอื่นซึ่งอยู่ในวัยเดียวกันทำให้มีความเข้าใจ ความรู้สึกเป็นหมู่คณะเดียวกัน สามารถระบายความคับข้องใจได้เมื่อมีปัญหาไม่ว่าจะเป็นปัญหาทางครอบครัวหรือปัญหาทางด้านการเงิน เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสบายใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรมทางสังคมที่กล่าวว่า กิจกรรมทางสังคมเป็นเรื่องสำคัญของมนุษย์ทุกวัย บุคคลที่มีกิจกรรมทางสังคมสูงจะมีการปรับตัวได้ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไฉไล ไชยเสรี (2539:บทคัดย่อ) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดี และการศึกษาของเต็มเดือน ศรีสง (2544: 127) ที่ศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเมืองเกษ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมได้มีการพบปะสังสรรค์ทำกิจกรรมร่วมกันกับเพื่อนวัยเดียวกันเป็นประจำ ทำให้สามารถปรับตัวปรับใจได้อย่างเหมาะสมจึงมีปัญหาสุขภาพจิตน้อย อีกทั้งการศึกษาของกรานีย์ (สุนันทา คุ่มเพชร. 2545: 70 อ้างอิงจาก Graney.1975) ที่ศึกษาเรื่องความสุขกับการมีส่วนร่วมในสังคม พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสุขคือผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมมากและผู้สูงอายุที่ไม่มีความสุขคือผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมน้อย ดังนั้น งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นน่าจะยืนยันได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้อันเป็นคุณลักษณะประการหนึ่งของบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี ด้วยเหตุผลนี้ ทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการรณรงค์ให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุให้ทั่วถึงทั้งประเทศทั้งในเขตเมืองและในชนบท โดยการให้ความรู้เรื่องประโยชน์ที่ผู้สูงอายุจะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม

2. ผลจากการศึกษาตัวแปรด้านครอบครัว 5 ด้าน คือ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลบ้านฉาง แยกตามตัวแปรแต่ละด้าน มีดังต่อไปนี้

2.1 สุขภาพจิตกับรายได้

การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันคือ เหลือใช้ พอใช้ และไม่พอใช้ พบว่า มีสุขภาพจิตไม่ต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้อง

กับผลการศึกษา ของ พรรณนา ชีวรัฐพิพัฒน์ (2532: 99) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ สุขภาพจิตของผู้ป่วยวัณโรค ที่เข้ากับการตรวจและรักษาในศูนย์วัณโรคเขต 12 จังหวัดยะลา พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคที่มีรายได้ต่างกัน มีระดับสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน สำหรับผลการวิจัยครั้งนี้ การที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีสุขภาพจิตไม่ต่างกัน อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งได้มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอโดยที่ไม่ต้องมีการเสียค่าใช้จ่าย แต่อย่างไรในการมาเข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละครั้ง เพราะทางชมรมจะมีการจัดเลี้ยงอาหาร เครื่องดื่มให้ อย่างดีและครบถ้วน ดังนั้น เรื่องการเงินหรือรายได้จึงไม่จำเป็นต้องเป็นตัวแปรที่สำคัญที่จะมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ นอกจากนี้ คนที่มีรายได้มากก็ไม่มีอะไรมาวัดได้ว่าจะเป็นคนที่มีความสุขหรือมีสุขภาพจิตดีกว่าคนที่มียาได้น้อย ความสุขหรือความพอใจอยู่ที่การรู้จักพอ มากกว่า ซึ่งจะเห็นได้ในสังคมไทยในปัจจุบันเปรียบเทียบระหว่างคนรวยที่ไม่รู้จักพอ วัน ๆ คิดแต่ว่าวันนี้จะหาเงินได้เท่าไร ทำงานที่มีแต่ความเครียดเพราะต้องการให้ได้เงินหรือรายได้มากๆ เมื่อมีความเครียด ความสุขจะเกิดขึ้นได้อย่างไร กับคนจนหรือเรียกได้ว่าเป็นคนที่วัน ๆ แทบไม่มีรายได้อะไรเลยหรือมีรายได้เล็กน้อย ยกตัวอย่างผู้สูงอายุท่านหนึ่งซึ่งเป็นที่รู้จักกันเกือบทั้งประเทศซึ่งตอนที่ท่านมีชีวิตรออยู่นั้น ท่านใช้ชีวิตอยู่อย่างพอเพียงโดยการหาปลาตามแม่น้ำท่านบ้าง ขายบ้าง แต่ท่านกลับเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขและมีสุขภาพจิตที่ดีมากท่านหนึ่งและขายเก็บขยะคนหนึ่งที่อยู่กับแม่ที่อายุมากแล้ว พยายามทำงานโดยการเก็บขยะขายทั้งวัน เพื่อให้มีเงินไว้ใช้กินอยู่ในแต่ละวัน เรียกได้ว่าหาเช้ากินค่ำ และให้มีเงินฝากเข้าธนาคารเพียงวันละ 20 บาทมาเป็นเวลาหลายสิบปีเพื่อเก็บไว้ใช้ในยามจำเป็น แต่เขาและแม่ของเขาก็ดำรงชีวิตรอยู่ได้อย่างมีความสุข ดังนั้น จึงพอสรุปได้ว่า รายได้ไม่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2.2 สุขภาพจิตกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวที่ต่างกัน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ดาว สุนทร (2526) ที่พบว่า ความต้องการของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้ลูกหลานปรนนิบัติดูแลเอาใจใส่เลี้ยงดู แต่บุตรหลานไม่มีเวลาให้ผู้สูงอายุมากนักเพราะจำต้องออกไปทำมาหากินและการศึกษาของ องอาจ สิทธิเจริญชัย (2540: 175) ที่พบว่า ผู้สูงอายุต้องการพึ่งพาการสนับสนุนจากบุตรหลานมากขึ้น ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกันกับบุคคลในครอบครัวและสังคม ทำให้บุคคลต้องการการตอบสนองในความต้องการขั้นพื้นฐานก่อน ซึ่งในวัยผู้สูงอายุนั้นเป็นวัยสุดท้ายของชีวิตที่มี

การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบอยู่มักจะเป็นปัญหาเกี่ยวกับความเสื่อมถอยของร่างกายและอวัยวะต่างๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียความสามารถที่เคยมีอยู่เดิม ประกอบกับมีการสูญเสียหน้าที่การงานและผู้ใกล้ชิด ซึ่งก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความท้อแท้ เพื่อชีวิต รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า และต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคมเป็นความต้องการพื้นฐานเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นก็ต้องการความช่วยเหลือจากสังคมมากขึ้น (ฉวีวรรณ แก้วพรหม.2530: 89) นั่นคือ ต้องการการสนับสนุนทางสังคมทั้งทางด้านวัตถุสิ่งของ ความรัก ความเอาใจใส่ ให้ตนได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในชีวิต นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุที่เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากสมาชิกในครอบครัวและจากเพื่อนวัยเดียวกัน เพราะการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจะต้องได้รับการสนับสนุนและไม่เกิดขวางจากสมาชิกในครอบครัว และทางชมรมผู้สูงอายุก็มีการจัดกิจกรรมปกติสม่ำเสมอและกิจกรรมพิเศษที่ผู้สูงอายุสนใจ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พบปะสังสรรค์ สร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสได้เรียนรู้ รับรู้กระบวนการสูงอายุกจากกิจกรรมที่กระทำร่วมกัน และจากประสบการณ์ชีวิตของเพื่อนสมาชิก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตในวัยสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้กระบวนการสูงอายุดีถูกต้อง ซึ่งมีผลช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล จากการเกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพกาย เป็นผลทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุเข้าสังคมด้วยความมั่นใจ มีความสุข และมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น ซึ่งความสุขและความพึงพอใจในชีวิตเป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพจิตที่ดีนั่นเอง

2.3 สุขภาพจิตกับลักษณะครอบครัว

การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวที่ต่างกันคือ ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวและผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวขยาย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีลักษณะครอบครัวขยายมีสุขภาพจิตไม่ต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยนี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรพจน์ กิ่งแก้ว (2538: บทคัดย่อ) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน เช่นกันกับการศึกษาของโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคมและประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยายมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน (พรพจน์ กิ่งแก้ว. 2538: 33 อ้างอิงจาก มยุรา นพพรพันธุ์. 2534: 95) ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า อาจเป็นเพราะในสภาพสังคมปัจจุบัน ครอบครัวไทยมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น เพราะการที่บุตรหลานต้องย้ายถิ่นฐานไปทำงานต่างถิ่นหรือแต่งงานแยกครอบครัวออกไปอยู่ต่างหาก ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อาศัยกันเองเพียงลำพังสองคน แต่การที่ได้อยู่กับคู่สมรสที่รู้จักกัน ดูแลเอาใจใส่กัน เป็นห่วงเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน รักใคร่กลมเกลียวกัน ก็สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขได้ ดังเช่น การศึกษา

ของ รุ่งทิพย์ แปะใจ กล่าวว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสเป็นการสนับสนุนทางสังคมชนิดหนึ่งที่มีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตร่วมกันระหว่างสามีและภรรยา การได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความผาสุกทางจิตใจของอีกฝ่ายหนึ่งเป็นอย่างดี เพราะคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความใกล้ชิดและมีความสำคัญต่อบุคคลมาก (รุ่งทิพย์ แปะใจ. 2542: 14-15) การสนับสนุนจากคู่สมรสมีผลต่อบุคคลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในที่นี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะด้านจิตใจและอารมณ์ โดยครอนเนนเวทและคานส์-วิลสัน (รุ่งทิพย์ แปะใจ. 2542: 16 อ้างอิงจาก Cronnenwett & Kunst-Wilson. 1981) กล่าวว่า สัมพันธภาพของคู่สมรสนั้น เป็นสัมพันธภาพแห่งการสนับสนุนพบทางด้านอารมณ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศชาย

ส่วนผู้สูงอายุที่คู่สมรสได้ตายจากไปแล้วแต่มีบุตรซึ่งยังไม่ได้แต่งงานคอยดูแล ให้การสนับสนุนทั้งทางด้านอารมณ์ คุณค่า ข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ เงินทอง และด้านเครือข่าย โดยอาจพาเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การพาไปร่วมงานต่างๆ เช่น งานแต่งงาน งานบวชนาค ของเครือญาติ หรือของคนรู้จักกัน เป็นต้น เพื่อที่จะได้พบปะและร่วมสังสรรค์กับญาติ ๆ ผู้สูงอายุก็สามารถมีความสุขได้ไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยาย เมื่อผู้สูงอายุมีความสุขแล้ว สุขภาพจิตย่อมดีตามไปด้วย แต่มีงานวิจัยหลายชิ้นที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว เช่น งานวิจัยของ ฟิริลท์ คำนวณศิลป์และคณะ (2533: 153) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในลักษณะครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย มีทั้งที่มีสุขภาพจิตที่ต่างกันและไม่ต่างกัน ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่า ลักษณะครอบครัวอาจไม่ใช่ตัวแปรที่สำคัญที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2.4 สุขภาพจิตกับสภาวะแวดล้อมของครอบครัว

การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมของครอบครัวที่ต่างกัน โดยจำแนกย่อยออกเป็นสภาวะแวดล้อมภายในครอบครัวและสภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกของครอบครัวที่ดี มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกของครอบครัวที่ไม่ดี ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า สภาวะแวดล้อมของครอบครัวมีความสำคัญต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังที่ สุรกุล เจนอบรม (2534: 95) กล่าวว่า จากสภาพการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุทำให้เกิดปัญหาที่มีผลต่อตัวผู้สูงอายุทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องควรจะศึกษาและหาทางแก้ไขปัญหเหล่านี้และการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมก็ควรเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงด้วย จุดประสงค์ที่สำคัญก็เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตในบ้านปลายอย่างมีความสุขและปลอดภัยจากสภาพอันตรายที่เกิดจากอุบัติเหตุต่างๆ ซึ่งหมายถึงเป็นการจัดเพื่อให้ผู้สูงอายุได้คงสภาพความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ หรือให้เสื่อมสมรรถภาพช้าที่สุด ไม่ได้จัดเพื่อให้ผู้สูงอายุพัฒนาสมรรถภาพต่างๆ เพิ่มขึ้น เพราะวัยผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะพัฒนาการทำงานของ

อวัยวะให้ดีขึ้นหรือแข็งแรงขึ้นได้ ซึ่งการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุนั้นต้องคำนึงถึงทั้งด้านทางกายภาพและทางสังคม (สุรกุล เจนอบรม. 2534: 95) มีการศึกษาหลายชิ้นที่แสดงว่า ปัจจัยหนึ่งซึ่งให้ความสุข ความพอใจในชีวิตยามสูงอายุคือ ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมวัย ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกที่ดีต่อเพื่อน สามารถให้ความช่วยเหลือ ให้ความอุปการะแก่กันและกัน มีการร่วมทุกข์ร่วมสุขกัน สามารถให้คำปรึกษาซึ่งกันและกันได้เมื่อมีปัญหาแก้ไขไม่ตก ช่วยเหลือดูแลกันและกันในยามเจ็บไข้ ความรู้สึกที่ดีดังกล่าวมีความสำคัญมากต่ออารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ นอกจากนี้แล้ว ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกที่ดีต่อบ้านและชุมชนที่อาศัย เช่น รู้สึกมีความปลอดภัยจากโจรผู้ร้าย มีเพื่อนบ้านที่ดี การให้บริการที่ดีในด้านสาธารณูปโภคของชุมชน การมีบ้านที่น่าอยู่ คงทนถาวร มีความสะดวกสบาย มีความสงบและเป็นส่วนตัว ย่อมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจและเป็นสุขได้ จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพอยู่ในสภาวะแวดล้อมที่ดีทั้งในด้านบุคคล สังคม บ้านและชุมชนที่อยู่อาศัย สามารถบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (จิระพร อภิชาติบุตร. 2540: 24-25) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของมาลินี วงษ์สิทธิ และศิริวรรณ ศิริบุญ (2541: 41) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในชนบทมีความเครียดสูงกว่าผู้สูงอายุในเมือง ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะลักษณะความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุและสิ่งแวดล้อมในเมืองและชนบทแตกต่างกัน จึงทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาแตกต่างกัน สำหรับวินด์เลย์และคนอื่นๆ (รวีวรรณ ลิมาสวัสดิ์กุล. 2547: 41 อ้างอิงจาก Windley & others.1982; n.d) ทำการศึกษารูปแบบเส้นทางความสัมพันธ์ของภาวะแวดล้อมทางนิเวศวิทยาต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุซึ่งอาศัยอยู่ในเมืองเล็ก ๆ ของรัฐแคนซัส สหรัฐอเมริกา พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อสุขภาพจิต ได้แก่ ลักษณะความเป็นอยู่ การแยกตัวเองและการเกี่ยวข้องกับชุมชนมีผลโดยตรงกับความพึงพอใจในชุมชนและอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 28

2.5 สุขภาพจิตกับสัมพันธภาพในครอบครัว

การศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ต่างกัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ไมตรี ดิยะรัตนกุล (2536: 79) ที่พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีจะมีสุขภาพจิตดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ดี และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พรพจน์ กิ่งแก้ว (2538: ๑) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังเช่น เกษม ต้นติผลาชีวะและคนอื่นๆ ได้ประพันธ์กลอนเกี่ยวกับสัมพันธภาพ ความรัก ความอบอุ่นในครอบครัวไว้ดังนี้คือ "ครอบครัวคือสถาบันแรก แห่งมนุษย์ ประเสริฐสุด หากมีรัก และอบอุ่น ครอบครัวคือ รากฐาน การเจริญ ครอบครัวคือ สิ่งหนุน แห่งจิตใจ" และได้อธิบายต่อว่า ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวเป็นรากฐานของการ

พัฒนาสุขภาพจิต (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช. 2547: 84; อ้างอิงจาก เกษม ดันติผลาชีวะและคนอื่นๆ. 2538: 209,217) นอกจากนี้ สุพัตรา สุภาพ ยังให้ความเห็นว่า เพื่อให้คนชราที่มีชีวิตอยู่อย่างเป็นสุข ลูกหลานควรให้ความเคารพ ความรัก ความเอาใจใส่ ความอบอุ่น เวลาที่เจ็บป่วยก็ควรรักษาและไต่ถามเพื่อให้ท่านเห็นว่าครอบครัวมีความห่วงใย คนชราทั่วไปอยากให้ลูกหลานได้ดีและรู้สึกน้อยใจถ้าลูกหลานหรือใครๆ ไม่ให้ความเคารพ (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. 2541: 28 อ้างอิงจาก สุพัตรา สุภาพ. 2534: 50) ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมายต่อผู้สูงอายุมาก เป็นสถาบันที่ให้ความรัก ความอบอุ่น ความปลอดภัย ความไว้วางใจแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลและการสนับสนุนทางด้านต่างๆ จากครอบครัว โดยปกติผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่จะอยู่ร่วมกับครอบครัวที่มีลูกๆ หลานๆ หรือญาติพี่น้อง คนในครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน การอยู่ร่วมกันนี้หากบุคคลในครอบครัวเอาใจใส่ดูแล ให้ความอบอุ่น ให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สัมพันธภาพในครอบครัวก็จะมี ความหมายอย่างมากต่อผู้สูงอายุ (อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. 2541: 26) และจากทฤษฎีของอีริคสัน เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับลูกหลาน เป็นผู้มีชีวิตดี ยอมรับความตาย ความไม่เที่ยงของชีวิตได้ง่าย มีชีวิตชีวา และผู้สูงอายุที่บุตรหลานให้ความเคารพนับถือ ไม่เหยียบย่ำดูหมิ่นดูแคลนจะรู้สึกว่าคุณค่า สามารถดำรงบทบาทในครอบครัวได้อย่างมีความสุข (ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2538: 640 อ้างอิงจาก Erikson.1964) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพอันดีในครอบครัว แม้ว่าเป็นผู้ที่เจ็บป่วยก็สามารถเผชิญภาวะความเครียดได้เป็นอย่างดี เช่น จากการศึกษาของจงรักษ์ ศุภกิจเจริญ (พรพจน์ กิ่งแก้ว. 2538: 34 อ้างอิงจาก จงรักษ์ ศุภกิจเจริญ. 2527: 109-110) ที่ทำการศึกษาพฤติกรรมเผชิญภาวะความเครียดในผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลประสาท พญาไท และวชิรพยาบาล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีสามารถเผชิญภาวะความเครียดได้ในระดับสูง เพราะสมาชิกในครอบครัวจะให้ความรัก ความช่วยเหลือเกื้อกูลด้านต่างๆ รวมทั้งการสนับสนุนปัจจัยที่จะส่งเสริมให้สามารถเผชิญภาวะความเครียดได้ดียิ่งขึ้น

3. ผลการศึกษาอำนาจทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 มี 3 ตัวแปรคือ สัมพันธภาพในครอบครัว สภาวะแวดล้อมของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตได้ร้อยละ 31.10 ($R^2 = 0.311$, $F = 25.718$, $P < .05$) โดยมีสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นตัวแปรที่สามารถเข้าทำนายได้เป็นตัวแรก ซึ่งมีอำนาจการทำนายสูงถึงร้อยละ 25.9 ($R^2 = 0.259$, $F = 6.456$, $P < .05$) และเมื่อเพิ่มตัวแปรสภาวะแวดล้อมของครอบครัวเข้าร่วมทำนาย สามารถทำนายได้ร้อยละ 28.6 ($R^2 = 0.286$, $F = 6.489$, $P < .05$) และเมื่อเพิ่มตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเข้าไป สามารถทำนายสุขภาพจิตได้ถึงร้อยละ 31.10 ($R^2 = 0.311$, $F = 25.718$, $P < .05$)

จากผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สำคัญที่สุดในการทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุคือ สัมพันธภาพในครอบครัว ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของปราโมทย์ วังสะอาด (2533: 97) ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นตัวแปรที่สำคัญในการทำนายหรือมีความสำคัญสูงสุดกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีสัมพันธภาพดีก็จะมีสุขภาพจิตดีไปด้วย เช่นกันกับการศึกษาของกาญจนา ไทยเจริญ (2543:บทคัดย่อ) ที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตและสามารถเป็นทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากครอบครัวและญาติพี่น้องเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด ทำให้มีการติดต่อกันบ่อยครั้ง มีโอกาสแลกเปลี่ยนสิ่งของ บริการ ข้อมูล ข่าวสาร ช่วยเหลือในการแก้ปัญหาและมีการร่วมตัดสินใจซึ่งกันและกัน รองลงมาคือกลุ่มเพื่อน (กาญจนา ไทยเจริญ. 2543: 72 อ้างอิงจาก McElveen.1978 pp.326-327) สอดคล้องกับลินเซย์และคณะ (กาญจนา ไทยเจริญ.2543:72 อ้างอิงจาก Linsey,et al.,cited in Gress & Rose.1984.p.234) ที่กล่าวว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญอันดับแรกคือครอบครัว เมื่อมีปัญหาหรือความทุกข์ผู้สูงอายุจะต้องการความช่วยเหลือจากครอบครัวก่อนแล้วจึงไปหาเพื่อนและเพื่อนบ้าน ดังนั้น ถ้าผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีก็จะได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติพี่น้องในด้านต่างๆ ช่วยให้มีอารมณ์และจิตใจที่มั่นคง มองโลกในแง่ดี และมีสุขภาพจิตดีพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยอื่นที่ใกล้เคียงกัน เช่น งานวิจัยของสุนันทา คุ่มเพชร (2545: 123) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในครอบครัวมีอำนาจในการทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมากที่สุดและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แสดงว่า เมื่อผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในครอบครัวมากขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพจิตดีมากขึ้นตามไปด้วย ทั้งนี้ เพราะการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว เช่น การรับประทานอาหารร่วมกัน การดูทีวีพร้อมกัน การได้พูดคุยให้คำแนะนำปรึกษาแก่บุตรหลาน ฯลฯ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม รู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการกำลังใจ ความรัก ความเคารพนับถือจากบุตรหลาน รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความสำคัญต่อครอบครัว ดังนั้น การที่สมาชิกในครอบครัวรู้จักบทบาทและหน้าที่ของตนในครอบครัว ปฏิบัติตามบทบาทที่มีต่อผู้สูงอายุด้วยการให้ความรัก ความสนใจ ความเป็นกันเอง ให้ความเคารพเชื่อฟังในความคิดเห็น ดูแลและอำนวยความสะดวกให้ ย่อมทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นตัวแปรตัวหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ดีด้วย นอกจากนี้ ทอมสัน และสไตรป์ (พรพจน์ กิ่งแก้ว. 2538: 34 อ้างอิงจาก Thomson&Streib: 1981) ยังกล่าวว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการทำให้อายุผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ครอบครัวนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

1.1 จากการศึกษาในระดับสุขภาพจิต ระดับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และระดับสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลบ้านฉางมีสุขภาพจิตอยู่ในระดับค่อนข้างดี มีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ในระดับค่อนข้างมาก และมีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น สมาชิกในครอบครัวควรสนับสนุนและให้กำลังใจ พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุให้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุและกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ เพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี ด้วยการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนในเรื่องต่างๆ อย่างสม่ำเสมอในสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการ และให้ความดูแลเอาใจใส่ ใกล้ชิดโดยอาจพาผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมและนั่งรอจนกิจกรรมเลิกเพื่อรับกลับบ้าน จะแสดงให้ผู้สูงอายุเห็นว่า ท่านได้รับความอบอุ่นจากสมาชิกในครอบครัว

1.2 จากการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว สภาพแวดล้อมของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น สมาชิกในครอบครัว ควรเอาใจใส่ผู้สูงอายุให้มากที่สุด โดยการให้ความรัก ความอบอุ่น ความใกล้ชิด การดูแลเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพทางกายและทางจิตใจ การยกย่องนับถือ การเห็นคุณค่า การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ร่วมทุกข์ร่วมสุขกันภายในครอบครัว อันเป็นความผูกพันทางจิตใจที่มีให้กับผู้สูงอายุโดยเฉพาะจากลูกหลานและสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุเอง อีกทั้งการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัวและสังคมด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ทำให้ผู้สูงอายุมีเจตคติที่ดีต่อตนเองและสังคม ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดียิ่งขึ้นต่อไป นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังต้องการมีลักษณะความเป็นอยู่อย่างสะดวกสบายทั้งกายและใจ มีการดำเนินชีวิตที่ปลอดภัย ไร้กังวลทั้งจากภายในและภายนอกครอบครัว ฉะนั้น สมาชิกในครอบครัวจึงควรมีความรู้ในทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น เรียนรู้เรื่องจิตวิทยาผู้สูงอายุ เพื่อความเข้าใจในตัวผู้สูงอายุ และการที่จะปฏิบัติตนต่อผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ เพื่อคอยช่วยเหลือเกื้อกูลผู้สูงอายุให้มีชีวิตที่มีความสุข ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนที่ใกล้ชิดและมีความสำคัญต่อผู้สูงอายุมากที่สุด หากผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในด้านต่างๆ จะช่วยให้มีอารมณ์และจิตใจที่มั่นคง มองโลกในแง่ดี มีสุขภาพจิตที่ดี พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการสนับสนุนที่ได้รับจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัวด้วยเช่นกัน

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรประสานกับครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมเกี่ยวกับการปฏิบัติตนต่อผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายในครอบครัว โดยมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาและเป็นผู้ให้การศึกษาแก่สมาชิกในครอบครัวทั้งระดับ

บุคคลและการจัดกลุ่มเพื่อพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้ครอบครัวเข้าใจสภาวะของผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว อันจะก่อให้เกิดสุขภาพจิตที่ดีตามมา

3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีความรู้เกี่ยวกับทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยการจัดสัมมนาผู้ทรงคุณวุฒิ อาทิ แพทย์ สาธารณสุข เพื่อการทำตัวให้เหมาะสมกับวัย เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและลดอัตราการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตตามมา

4. บุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ควรได้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในวัยสูงอายุและการดำเนินชีวิตให้มีความสุขในวัยสูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินชีวิตของตนต่อไปอย่างเหมาะสม และเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี อันเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีความสุขในบ้านปลายของชีวิต

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มตัวแปรลักษณะทางชีวสังคมและสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพการสมรส อาชีพครั้งสุดท้าย เป็นต้น เพื่อเปรียบเทียบดูว่าจะมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

2. ควรทำการวิจัยเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่อื่นๆ เพื่อให้เห็นความแตกต่างของผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ

3. ควรทำการวิจัยเกี่ยวกับลักษณะการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในพื้นที่อื่นๆ เพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคมของผู้สูงอายุอย่างมีความสุข



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์. (2539). **คู่มือสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศาสนา.
- กาญจนา ไทยเจริญ. (2543). **ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี**.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ). ชลบุรี:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.
- เกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์ และคณะ. (2534). **ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่**. เอกสารประกอบการ
ประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2534. วันที่ 21-22 พฤศจิกายน 2534.เชียงใหม่.
- เขมิกา ยามะรัต. (2527). **ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา: กรณีศึกษาข้าราชการบำนาญ**
กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาบัณฑิต (การสังคมสงเคราะห์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
ถ่ายเอกสาร.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักงานรัฐมนตรี. (2545).
แผนผู้สูงอายุ แห่งชาติชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564. กรุงเทพฯ.
- จงรักษ์ ศุภกิจเจริญ. (2527). **การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับตนเอง สัมพันธภาพ**
ในครอบครัวและพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์
วท.ม. (พยาบาลอายุรศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
ถ่ายเอกสาร.
- จรรยา สุวรรณทัต. (2523). **ครอบครัวสัมพันธ์**. ครุภัณฑ์ 6.
- จันทร์เพ็ญ เนียมอินทร์. (2539). **สุขภาพจิตและการปรับตัวของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.
(การศึกษาผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
ถ่ายเอกสาร.
- จันทิมา จารณศรี. (2539). **สุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค**.
วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การศึกษาผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- จำเรียง ฐรมะสุวรรณ. (2533). **การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานภาพส่วนบุคคล**
ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- จิระพร อภิชาติบุตร. (2540). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การอุปถัมภ์จากครอบครัว และการบริการสุขภาพในชุมชนกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขต กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. (การบริหารการพยาบาล).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2534 ข). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนในภาค**. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ: พิมพ์ครั้งที่ 3.
บริษัทยุทธินท์การพิมพ์ จำกัด. ถ่ายเอกสาร.
- ฉัตรวลัย ใจอารีย์. (2533). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง**. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
(พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ไฉไล ไชยเลวี. (2539). **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุและการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ**. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.
(จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
ถ่ายเอกสาร.
- ชาตรี บานชื่น. (2552). **งานรณรงค์กลับบ้านปลอดภัย มอบความสุขแด่ผู้สูงวัยที่**
คุณรัก วันที่ 8 เมษายน 2552. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ออนไลน์.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2549). **เทคนิคการเขียนเค้าโครงการวิจัย: แนวทางสู่ความสำเร็จ**.
คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ: พิมพ์ครั้งที่ 1 สำนักพิมพ์
บริษัท ไทยเนรมิตกิจ อินเตอร์ โปรดักส์ จำกัด.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์; และคนอื่นๆ. (2531). **สรีรวิทยา**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชลธิชา บุญศิริ. (2550). **การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะความ**
ซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล กรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์
กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงจันทร์ เพชรานนท์. (2538). **อนามัยครอบครัว**. เอกสารประกอบการสอน ภาควิชาพลานามัย
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง. พิมพ์ครั้งที่ 1 สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย
รามคำแหง.

- ดวงรัตน์า สุขบูรณ์. (2547). **บทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. ปรินิพนธ์ กศ.ม.**
(จิตวิทยาการให้คำปรึกษา). มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
ถ่ายเอกสาร.
- ดุจเดือน พันธมนาวิน. (2549). **หลักและวิธีการประมวลเอกสารเพื่อความเป็นเลิศในการวิจัยทางจิตพฤติกรรมศาสตร์. คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. กรุงเทพฯ: พิมพ์ครั้งที่ 1 สำนักพิมพ์ บริษัท เอ.ที. พรินติ้ง จำกัด.**
- เต็มเดือน ศรีสง. (2544). **สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเมืองเกษ อำเภอกะษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ถ่ายเอกสาร.**
- ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ. (2539). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพฯ. กรุงเทพฯ: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.**
_____ (2545). **แบบสอบถาม Thai General Health Questionnaire ฉบับภาษาไทย. กรุงเทพฯ: โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2545. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.**
- ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2548). **คู่มือการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. สถาบันวิจัยและพัฒนาธุรกิจ. กรุงเทพฯ: พิมพ์ครั้งที่ 4 สำนักพิมพ์ บริษัท วี อินเตอร์ พรินท์ จำกัด.**
- นภาพร ชัยวรรณ; จอห์น ไนเดล และศิริวรรณ ศิริบุญ. (2535). **ครอบครัวอุปถัมภ์กับขั้นตอนชีวิตของผู้สูงอายุและของบุตร. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- นภาพร ชัยวรรณ, มาลินี วงศ์สิทธิ์และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. (2532). **สรุปผลการวิจัยผู้สูงอายุผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- นัตยา เกรียงชัยฤกษ์. (2543). **สุขภาพจิตผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักหอสมุดกลาง มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.**
- นวลละออ สุภาพล (2527). **ทฤษฎีบุคลิกภาพ. ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.**
- นิตา ฑูโต. (2525). **คนชราไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- บรรลุ ศิริพานิช. (2538). **คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ เรือนแก้ว.**
_____ (2542). **ผู้สูงอายุไทย : ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรของสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ หมอชาวบ้าน.**

- บังอรรัตน์ สุขตระกูล. (2532). **การศึกษาเปรียบเทียบสถานภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัดและในเขตชุมชนไม่แออัด**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (วิทยาการระบาด). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- บัวทอง สว่างโสมกุล. (2524). **สุขภาพจิต**. ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เบญจมา เลาหพูนรังสี. (2534). **ความสัมพันธ์ก่อนการเตรียมตัวเกษียณอายุราชการกับการปรับตัวภายหลังเกษียณอายุราชการพลเรือน จังหวัดนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปภัสสร กิมสุวรรณวงศ์. (2546). **จิตลักษณะและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพกายและพฤติกรรมสุขภาพจิตของข้าราชการผู้สูงอายุในมหาวิทยาลัยขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ประณต คำจิณ. (2549). **ปัจจัยด้านพฤติกรรมการเรียนรู้และการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนิสิตคณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**. ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประพิมพ์ดาว สุคนธ์. (2526). **สุขภาพจิตผู้สูงอายุ ศึกษาเฉพาะกรณี: ชุมชนเชื้อเพลิงพัฒนาเขตนานนาวา กรุงเทพฯ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- ปราโมทย์ ประสาทกุลและคณะ. (2542). **โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย**. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล; ปัทมา ว่าพัฒนางศ์. (2546). **ประชากรสูงอายุของประเทศไทย พ.ศ.2503-2563**) เอกสารการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราโมทย์ วังสะอาด. (2530). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์**. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต (ประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พยอม บุญยเนตร และอังษณา ยศปัญญา. (กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2540). **สุขภาพจิตผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดเลย**. วารสารการแพทย์กลุ่มเครือข่าย 6/2. 5(2).

- พรพจน์ กิ่งแก้ว. (2538). **องค์ประกอบทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์สาขารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- พรพนทิพย์ ศิริวรรณบุญ. (2538). **จิตวิทยาครอบครัว**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรธนา ชีวรัฐพิพัฒน์. (2532). **สุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคที่เข้ารับการตรวจและรักษาในศูนย์โรคเขต 12 จังหวัดยะลา**. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร
- พวงผกา ชื่นแสงเนตร. (2538). **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว พฤติกรรมการดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ:กรณีศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งตะวันออก จังหวัดชลบุรี**. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พัชรินทร์ บุญเสริม. (2546). **ความรุนแรงในครอบครัวต่อผู้สูงอายุในอำเภอบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ. (2533). **รายงานการวิจัยเรื่องความทันสมัยภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา**. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- เพ็ญแข ประจันปัจฉิน. (2533). **พื้นฐานทางสังคมและเศรษฐศาสตร์ของการศึกษา**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- มาลินี วงศ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. (2533). **ประชากรผู้สูงอายุไทย:ลักษณะทางประชากรและสังคมจากแหล่งข้อมูลทางการ**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2547). **จิตวิทยาครอบครัวและครอบครัวศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ไมตรี ดิยะรัตนกุล (2536). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร:กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ยุทธนา บุศเนตร. (2548). **ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดร้อยเอ็ด**. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษา). มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ถ่ายเอกสาร.

ยุวดี ดวงจินดา. (2536). **การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อการปรับตัวด้านสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุในศูนย์บริการสาธารณสุข 24 กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

เยาวรัตน์ ประภักษ์ขาม และสุพัตรา อติโพธิ. (2543). **สภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุ** (รายงานการศึกษา) ส่วนหนึ่งของแผนการศึกษาและวิจัยสุขภาพประชาชาติ พ.ศ. 2543. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

รวีพรรณ เลชะวิวัฒน์. (2544). **การสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ใหญ่ตอนต้น: การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างคนว่างงานและคนมีงานทำในปี 2543**. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

รุ่งทิพย์ แปงใจ. (2542). **การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความผาสุกของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

โรงพยาบาลบ้านฉาง. (2552). **ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรงพยาบาลบ้านฉาง อำเภอบ้านฉาง จังหวัดระยอง**. ระยอง: ออนไลน์.

ละออง สุวิทยาภรณ์. (2534). **ปัญหาสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุในชนบท : กรณีศึกษาเฉพาะอำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง**. วิทยานิพนธ์.วท.ม. (สุขศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ลักขณา สรวิวัฒน์. (2545). **สุขวิทยาจิตและการปรับตัว**. กรุงเทพฯ: พิมพ์ครั้งที่ 1.โอ.เอส.พรินติ้ง เฮ้าส์.

ศรีทับทิม พานิชพันธ์. (2527). **สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว**. ในรวมบทความวิทยุเกี่ยว. กับการจัดสวัสดิการครอบครัวและเด็กและอื่นๆ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์หาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2538). **จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม 2**. กรุงเทพฯ: พิมพ์ครั้งที่ 7 สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์. (2540). **ครอบครัวไทยในปัจจุบันและความต้องการความช่วยเหลือและการแทรกแซงในสถาบันครอบครัว**. กรุงเทพฯ: สมาคมนักสังคมสงเคราะห์ศาสตร์แห่งประเทศไทย.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชรและคณะ. (2536). **ศักยภาพของปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่มีต่อการ
จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

_____ (2540). **การเกื้อหนุนทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ศิริมา ลีละวงศ์ (2541). **ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล การยอมรับกระบวนการ
สูงอายุ ปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม กับความสามารถในการดูแล
ตนเองของผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาตรมหาบัณฑิต. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

ศิริวรรณ บุญศิริ. (2535). **ข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการดูแลผู้สูงอายุของ
คนหนุ่มสาวไทย**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และคณะ (2546). **ลักษณะครอบครัวอีสานกับการส่งเสริมสุขภาพจิต
(โครงการพัฒนานักศึกษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช)**. ขอนแก่น:
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สมพร อินทร์แก้ว. (2538). **สุขภาพจิตผู้สูงอายุ**. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สมภพ เรืองตระกูล. (2543). **โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย**. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว.

สมประสงค์ ศิริวงศ์. (2539). **สุขภาพจิตผู้สูงอายุ**. วารสารการศึกษาพยาบาล. 7(2).

สิริสุดา ชาวคำเขต; และคนอื่นๆ. (2545). **สิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุ**. ในการพยาบาล
ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ยุทธินรินทร์การพิมพ์. ถ่ายเอกสาร.

สุจิต สุวรรณชีพ. (2527). **คู่มืออบรมความรู้สุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ
ตำบล**. กรุงเทพฯ: กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สุจินต์ ปริษามารถ. (2525). **สุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรี นครินทรวิโรฒ วิทยาเขตพลศึกษา.

สุชา จันท์เอม. (2540). **จิตวิทยาพัฒนาการ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ ไทยวัฒนาพานิช.

สุทธิพันธ์ พิภสุวรรณ. (2537). **การปรับตัวของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์และผู้สูงอายุนอก
สถานสงเคราะห์ในเขตกรุงเทพมหานคร**. ปรินญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ)
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- สุธีรา ไน้จันทร์. (2530). การศึกษาบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวผู้ใช้บริการศูนย์บริการทางสังคมของผู้สูงอายุดินแดงและครอบครัวสมาชิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสงฆ์. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. (สังคมสงเคราะห์) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สุนันทา คุ่มเพชร. (2546). อิทธิพลของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชนและความต้องการบริการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาชุมชน). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร. ถ่ายเอกสาร.
- สุพัตรา สุภาพ. (2534). สังคมและวัฒนธรรมไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สุรางค์ ไคว่ตระกูล. (2536). ปัญหาผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สมชายการพิมพ์.
- สุรกุล เจนอบรม. (2534). วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการศึกษาออกโรงเรียนจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรีย์มาศ นาคะผดุงรัตน์. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีชมรมข้าราชการและครูอาวุโสของกระทรวงศึกษาธิการ. ปริญญา ศศ.ม. (พัฒนาสังคม) สาขาพัฒนาสังคมโครงการสหวิทยาการ. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สุลี ทองวิเชียร และพิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ. (2532). การดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนกรุงเทพมหานคร. ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). รายงานลักษณะของประชากรจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548-2549. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- เสาวลักษณ์ หนูรักษา และคณะ. (2535). คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- วราภรณ์ แสงวัชร. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลเลิดสิน. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (ศิลปศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- วรวะณี สุวรรณระดา และ อาภาพรรณ คำชิรพิทักษ์. (2552). ปัญหาเบี่ยงชีพสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: พิมพ์ครั้งที่ 1 โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิโรจน์ ตัดไธ,ร.ต.ท. (2544) .การศึกษาสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคลิกภาพ ลักษณะครอบครัว
ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวและความสำเร็จในชีวิตสมรสของข้าราชการตำรวจชั้น
ประทวน ฝ่ายป้องกันปราบปราม ตำรวจภูธรจังหวัดสมุทรปราการ.

ปริญญา นิพนธ์ กศ.ม. (พัฒนาสังคม) โครงการสหวิทยาการ. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.

องอาจ สิทธิเจริญชัย; ชรินทร์ เจริญกุล และปัญญาวัฒน์ สันติเวส. (2540). **คุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุไทย : กรณีศึกษาจังหวัดนครสวรรค์. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคอีสาน. 12(10).**

อาพร สุขสวัสดิ์. (2534). **บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขต
เทศบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.**

(ศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

อัจฉรา สุขารมณ์. (2527). **สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ.**

อัจฉรา เอ็นซ์ และปรียา รุ่งไธกุล.(2541). **การศึกษารูปแบบของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับการดูแล
รักษาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**

อัมพร โอตระกูล. (2538). **สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พิมพ์ครั้งที่ 1 สำนักพิมพ์ นำอักษรการพิมพ์.**

อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์. (2541). **ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ภาวะสุขภาพ
การปฏิบัติธรรมกับความผาสุกทางวิญญาณของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยบูรพา. ถ่ายเอกสาร.**

อุไร พันธุ์เมฆา (2541). **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดของผู้ป่วย
โรคเอดส์.ปริญญาานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา).กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.**

Antonucci, Toni C. (1990). **Social Supports and Social Relationship. In Handbook of Aging
and the Social Sciences. 3rd ed. Newyork : Acadamic Press.**

Bernard, Larry C.; & Krupat, Edward. (1994) . **Health Psychology : Biopsychosocial Factors
in Health and Illness. Fort Worth : Harcourt Brace College.**

Collins, Nancy L., & Feeney, Brooke C.,(2004, Sep). **Working Models of Attachment Shape
Perceptions of Social Support : Evidence From Experimental and Observational
Studies. Journal of Personality & Social Psychology. Vol 87(3): 363-383.**

- Hauenstein, Emily; & University of Virginia. (2005). **Glossary**. Retrieved March 24, 2005.
- Hill, L., & Smith, N. (1990). **Self-care nursing : Promotion of Health** (2nd ed.). Norwalk: Appleton & Lange. Online.
- Honori, M. & Thomas, B. (1999). **Health, ecological health, culture and human environment interaction**. New York: Routledge.
- House, J.S. (1981). **The nature of social support**. In M.A. Reading (Ed.), **Work stress and Social Support**. Philadelphia: Addison Wesley.
- Jahoda, Maric. (1970). **Current Concepts of Positive Mental Health**. New York: Thomas U. Crowell.
- Mouley, G.J. (1965). **Psychology for Effective Teaching**. New York: Holt, Rinehart and Winstan.
- Morgan, D.H.J. (1985). **The Family, Politics and Social Theory**. London: Routledge & Kegan Paul.
- Morrow, W.R. and Wilson, R.C. (1961). **Family Relation of Bright High-Achieving and Under Achieving High School Boy**. *Child Development*. 32: 501-510.
- Patterson, W.B. (1975) "The Quality of Survival in Response to Treatment," *JAMA*. 233(3).
- Sarason, Barbara R.; Sarason, Irwin G.; & Pierce, Gregory R., (1992). **Tradition Views of Social Support and Their Impact on Assessment**. In *Social Support : An Interaction View*. Sarason, Barbara R.; Sarason, Irwin G.; & Pierce, Gregory R. 9-25 New York: A Wiley-Interscience.
- Solomon, R., and M. Peterson. (1994) **Successful aging : How to help your patents cope with change**. *Geriatric* 49 : 41-49.
- Taylor, Schelley E.; et al. (2004, Sep). **Culture and Social Support : Who Seeks It and Why?** *Journal of Personality & Social Psychology*. Vol 87(3): 354-362.
- Thoists, P.A. (1986). **Conceptual, Methodological, and Theoretical Problem in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress**. *Journal of Health and Social Behavior*. 23:145.
- _____. (1986). **Social support as a coping assistance**. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 416-423.
- Weiss, R. (1974). "The Provision of Social Relationships." In *Doing unto Other*. P. 17-26. edited by Zick Rubin. Englewood Cliffs. N.J. Prentice Hall.



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ



แบบสอบถามปัจจัยด้านครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง

คำชี้แจง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ 1) รายได้ 2) การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว 3) ลักษณะครอบครัว 4) สภาวะแวดล้อมของครอบครัว 5) สัมพันธภาพในครอบครัว กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง คำตอบที่ท่านตอบในแบบสอบถามทั้งหมดนี้ไม่มีข้อใดถูกหรือผิด และผู้วิจัยขอรับรองว่าคำตอบของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับเนื่องจากท่านไม่จำเป็นต้องเขียนชื่อ นามสกุล และที่อยู่ในแบบสอบถาม ดังนั้น จึงใคร่ขอความกรุณาให้ท่านตอบด้วยความสบายใจและตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับท่านให้มากที่สุด ผลสรุปทางการศึกษาจะออกมาเป็นส่วนรวมจึงไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด นอกจากนี้ คำตอบที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะได้นำไปส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุแห่งอื่นๆ หรือผู้สูงอายุทั่ว ๆ ไป ให้ดียิ่งขึ้นเป็นลำดับต่อไป

แบบสอบถามมีทั้งหมด 6 ตอน และขอความกรุณาให้ท่านตอบให้ครบทุกข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับรายได้

ตอนที่ 2 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะครอบครัว

ตอนที่ 4 แบบวัดสภาวะแวดล้อมของครอบครัว

ตอนที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

ตอนที่ 6 แบบวัดสุขภาพจิต

ทั้งนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉางที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มา ณ โอกาสนี้

นิภาภรณ์ เรืองทวีมีลาภ

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชา จิตวิทยาพัฒนาการ (ภาคพิเศษ)

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับรายได้

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	เหลือใช้	พอใช้	ไม่พอใช้
1. ปัจจุบันท่านมีรายได้เป็นอย่างไร			

ตอนที่ 2 แบบวัดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้อต่อไปนี้ว่า ท่านได้รับการปฏิบัติจากบุคคลในครอบครัว
 มากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านพิจารณาเห็นว่าตรงกับความเป็นจริง
 เป็นจริงมากที่สุด

ข้อความ	มาก	ค่อนข้าง มาก	ค่อนข้าง น้อย	น้อย
1. คนในครอบครัวเป็นกำลังใจให้ ยามที่ท่านพบ อุปสรรคต่างๆ ในชีวิต				
2. คนในครอบครัวเอาใจใส่ดูแลทุกข์สุขของท่าน				
3. คนในครอบครัวมีวิธีการพูดหรือการปฏิบัติที่สร้าง ความมั่นใจให้ท่านในเวลาที่ท่านเผชิญปัญหาต่าง ๆ หรือปัญหาส่วนตัว				
4. เมื่อใดที่ท่านไม่สบายใจ ท่านจะได้รับการ ปลอบโยนจากคนในครอบครัวที่ทำให้เกิดความรู้สึก อบอุ่นใจ				
5. คนในครอบครัวไม่ซ้ำเติมเมื่อท่านตัดสินใจ ผิดพลาดไม่ว่าจะเป็นเรื่องใด ๆ				
6. คนในครอบครัวมักให้ท่านมีส่วนร่วมในการ ตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ของครอบครัว				

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (ต่อ)

ข้อความ	มาก	ค่อนข้าง มาก	ค่อนข้าง น้อย	น้อย
7. คนในครอบครัวมอบหมายงานที่สำคัญให้ท่าน รับผิดชอบ				
8. คนในครอบครัวพูดหรือแสดงให้รู้ว่าเขาภูมิใจในตัว ท่าน				
9. คนในครอบครัวมักไปเล่าให้คนอื่นฟังถึง ความสามารถพิเศษบางอย่างของท่าน				
10. คนในครอบครัวไม่ค่อยยอมรับความคิดเห็นของ ท่าน				
11. คนในครอบครัวคอยให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ในเรื่องต่างๆ หรือในการใช้ชีวิตประจำวัน				
12. คนในครอบครัวจัดหาข้อมูลเกี่ยวกับการประกบ อาชีพมาให้คุณ				
13. คนในครอบครัวมักนำเรื่องราวที่เป็นประโยชน์มา บอกเล่าแก่ท่าน				
14. คนในครอบครัว จัดหาหนังสือพิมพ์หรือหนังสือใน เรื่องต่างๆ มาให้ท่านอ่านยามที่ท่านมีเวลาว่าง				
15. คนในครอบครัวให้แนวทางปฏิบัติด้านความ เป็นอยู่ที่เหมาะสมแก่ท่าน				
16. คนในครอบครัวให้เงินเป็นค่าใช้จ่ายส่วนตัวของ ท่านที่เพียงพอ				
17. คนในครอบครัวมีเวลาให้ท่านเสมอ เมื่อท่านมีข้อ ปรึกษาหารือด้วย				
18. คนในครอบครัวพร้อมจะช่วยเหลือท่านในเรื่อง ต่าง ๆ เมื่อท่านต้องการความช่วยเหลือ				
19. คนในครอบครัวให้ของหรือทำสิ่งต่างๆ ให้ท่าน เช่น ให้ของขวัญวันพิเศษต่างๆ ซื้อสิ่งของมาฝาก ทำอาหารอร่อย ๆ ให้รับประทาน เป็นต้น				

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (ต่อ)

ข้อความ	มาก	ค่อนข้าง มาก	ค่อนข้าง น้อย	น้อย
20. คนในครอบครัวชอบพูดคุยกับท่านในเรื่องต่างๆ ทั้งเรื่องของญาติ เพื่อนบ้าน การเมือง เป็นต้น				
21. คนในครอบครัวมักทำกิจกรรมในครอบครัว ร่วมกับท่าน เช่น ดูทีวีด้วยกัน ช่วยกันทำงานบ้าน มี กิจกรรมสันทนาการด้วยกัน เป็นต้น				
22. คนในครอบครัวมักทำกิจกรรมนอกบ้านร่วมกับ ท่าน เช่น ทักทาย ทำบุญ เยี่ยมญาติ เป็นต้น				
23. คนในครอบครัวมักทำกิจกรรมสำคัญในวัน สำคัญร่วมกับท่าน เช่น งานปีใหม่ วันพ่อ วันแม่ เป็นต้น				
24. คนในครอบครัวเห็นต่างกับท่าน จนท่านรู้สึกไม่ เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว				

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับลักษณะครอบครัว

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ
1. ปัจจุบันลักษณะครอบครัวของท่านเป็นอย่างไร () อยู่คนเดียว () อยู่คู่สมรสเท่านั้น () อยู่กับคู่สมรสและบุตรเท่านั้น () อยู่กับบุตรเท่านั้น () อยู่กับคู่สมรสและครอบครัวของบุตรที่แต่งงานแล้ว () อยู่กับคู่สมรสและครอบครัวของบุตรที่แต่งงานแล้วและญาติ ๆ () อยู่กับญาติ ๆ () อื่น ๆ (ระบุ)

ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาวะแวดล้อมของครอบครัว

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
สภาวะแวดล้อมภายในบ้านของท่านเป็นอย่างไร		
1. สะอาด ถูกสุขอนามัย เพียงพอ		
2. มีเฟอร์นิเจอร์ที่มั่นคงปลอดภัยเพียงพอ		
3. มีเครื่องใช้ไฟฟ้า เช่น โทรทัศน์ พัดลม หรือ เครื่องปรับอากาศ เพียงพอ		
4. ไม่มีใครเป็นโรคติดต่อร้ายแรง		
5. ท่านมีห้องเป็นสัดส่วนของตัวเอง		
6. บ้านของท่านมีตู้ยาสามัญประจำบ้านที่มีการจัดหมวดหมู่ของยา และปิดฉลากยาให้เห็นชัดเจน		
7. สภาพความเป็นอยู่ภายในบ้านสร้างความสุขและความพอใจให้กับท่าน		
8. บ้านของท่านจัดแบ่งพื้นที่ให้สอยได้อย่างเป็นสัดส่วนที่เหมาะสม เช่น มีบริเวณห้องรับแขก ห้องครัวหรือห้องรับประทานอาหาร เป็นต้น		
9. อุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ภายในบ้านมีความปลอดภัย เช่น ติดระบบไฟลัดวงจร (เซฟตี้-คัต) ถังดับเพลิงขนาดเล็กสำหรับใช้ภายในบ้าน เต้าแก๊สวางไว้ในที่เหมาะสม เพื่อป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ ไม่ให้เกิดขึ้นภายในบ้าน		
สภาวะแวดล้อมภายนอกบ้านของท่านเป็นอย่างไร		
10. บ้านของท่านมีรั้วรอบขอบชิดที่แข็งแรง		
11. มีบริเวณรอบตัวบ้านที่กว้างพอสมควรสำหรับการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น เดินออกกำลังกาย นั่งพักผ่อนพูดคุยสังสรรค์กับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน		
12. เขตที่อยู่อาศัยของท่านปลอดภัยจากการก่ออาชญากรรมต่างๆ เช่น จี้ปล้น ช่มชู้ เป็นต้น		

แบบวัดสภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัว (ต่อ)

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
13. เขตที่อยู่อาศัยของท่านปลอดภัยจากมลพิษต่างๆ เช่น เสียง เครื่องบิน แก๊สพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น		
14. เขตที่อยู่อาศัยของท่านไม่แออัดจนเกินไป มีความเป็นส่วนตัวพอสมควร		
15. มีหน่วยบรรเทาสาธารณภัยที่สามารถช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่เมื่อเกิดเพลิงไหม้หรืออุบัติเหตุต่างๆ เช่น หน่วยดับเพลิง ปอเด็กตึง เป็นต้น		

ตอนที่ 5 แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง กรุณากรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านใช้เวลาว่างในการประกอบกิจกรรมร่วมกันภายในครอบครัว เช่น ดูทีวี ทำอาหาร เป็นต้น			
2. คนในครอบครัวยังให้ความเคารพยกย่องและให้ความสำคัญ ปรีक्षाปัญหาต่างๆ กับท่าน			
3. ท่านรับประทานอาหารคนเดียว			
4. คนในครอบครัว ทำให้ท่านรู้สึกอึดอัดและปลอดภัย			
5. เมื่อท่านมีทุกข์ทางใจ บุตรหลานไม่มีเวลาที่จะรับฟังท่าน			
6. ครอบครัวท่านมักพาท่านไปทัศนจรต่างจังหวัดด้วยเสมอ			
7. บุคคลใกล้ชิดไม่มีเวลาให้ท่าน			
8. ท่านมักจะมีเรื่องถกเถียงกับคนในครอบครัว			
9. ท่านมีความรู้สึก ว่า คนในบ้านยอมรับท่านเมื่อท่านตกเดือน แนะนำ			
10. ท่านรู้สึกว่าตนเองยังมีประโยชน์ต่อบุตรหลานในหลายๆ ด้าน เป็นอย่างมาก			

แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว (ต่อ)

ข้อความ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
11. เมื่อท่านทำกิจวัตรประจำวันได้ไม่เต็มที่ คนในบ้านจะคอยช่วยเหลือท่าน			
12. เมื่อคนในบ้านประสบปัญหา มักจะนึกถึงท่านเป็นคนแรก			

ตอนที่ 6 แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจิต

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบที่ใกล้เคียงกับ **สภาพของท่านในปัจจุบันหรือสองถึงสามสัปดาห์ที่ผ่านมามากที่สุด โดยไม่รวมถึงปัญหาที่ท่านเคยมีในอดีต**

- ท่านสามารถมีสมาธิจดจ่อกับสิ่งที่กำลังทำอยู่ได้
☐ ดีกว่าปกติ ☐ เหมือนปกติ ☐ แย่กว่าปกติ ☐ แย่กว่าปกติมาก
- นอนไม่หลับเพราะกังวลใจ
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
- มีอาการกระสับกระส่ายหลับไม่สนิท
☐ ไม่เลย ☐ ไม่มากกว่าปกติ ☐ ค่อนข้างมากกว่าปกติ ☐ มากกว่าปกติมาก
- หาอะไรทำและทำให้ตัวเองไม่มีเวลาว่างได้
☐ มากกว่าปกติ ☐ เหมือนปกติ ☐ ค่อนข้างน้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก
- ออกไปนอกบ้านบ่อยเท่าที่เคย
☐ มากกว่าปกติ ☐ เท่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก
- จัดการกับสิ่งต่างๆ ได้ดีพอๆ กับคนส่วนใหญ่ที่อยู่ในสภาพเดียวกับท่าน
☐ ดีกว่ามาก ☐ ดีพอๆ กัน ☐ ค่อนข้างน้อยกว่า ☐ น้อยกว่ามาก
- รู้สึกว่โดยทั่วไปแล้วทำอะไรๆ ได้ดี
☐ ดีกว่าปกติ ☐ เหมือนปกติ ☐ ดีน้อยกว่าปกติ ☐ ดีน้อยกว่าปกติมาก
- พอใจกับการที่ทำงานลุล่วงไปได้
☐ มากกว่าปกติ ☐ พอๆ กับตามปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก
- สามารถมีความรู้สึกรักและอบอุ่นต่อคนใกล้ชิดได้
☐ ดีกว่าปกติ ☐ เท่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก
- รู้สึกว่าเข้ากับคนอื่นได้ง่าย
☐ ดีกว่าปกติ ☐ เท่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติ ☐ น้อยกว่าปกติมาก

แบบวัดสุขภาพจิต (ต่อ)

11. ใช้เวลาคุยเล่นกับคนอื่นมาก
() ใช้เวลามากกว่าปกติ () เท่าปกติ () น้อยกว่าปกติ () น้อยกว่ามาก
12. รู้สึกว่าได้ทำตัวให้เป็นประโยชน์ในเรื่องต่างๆ
() มากกว่าปกติ () เหมือนปกติ () น้อยกว่าปกติ () น้อยกว่าปกติมาก
13. รู้สึกว่าตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้
() มากกว่าปกติ () เหมือนปกติ () น้อยกว่าปกติ () น้อยกว่าปกติมาก
14. รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา
() ไม่เลย () ไม่มากกว่าปกติ () ค่อนข้างมากกว่าปกติ () มากกว่าปกติมาก
15. รู้สึกว่าไม่สามารถที่จะเอาชนะความยากลำบากต่างๆ ได้
() ไม่เลย () ไม่มากกว่าปกติ () ค่อนข้างมากกว่าปกติ () มากกว่าปกติมาก
16. รู้สึกว่าชีวิตต้องดิ้นรนอยู่ตลอดเวลา
() ไม่เลย () ไม่มากกว่าปกติ () ค่อนข้างมากกว่าปกติ () มากกว่าปกติมาก
17. สามารถมีความสุขกับกิจกรรมในชีวิตประจำวันตามปกติได้
() มากกว่าปกติ () เหมือนปกติ () น้อยกว่าปกติ () น้อยกว่าปกติมาก
18. มองอะไรเคืองเคียดไปหมด
() ไม่เลย () ไม่มากกว่าปกติ () ค่อนข้างมากกว่าปกติ () มากกว่าปกติมาก
19. รู้สึกกลัวหรือตกใจโดยไม่มีเหตุผลสมควร
() ไม่เลย () ไม่มากกว่าปกติ () ค่อนข้างมากกว่าปกติ () มากกว่าปกติมาก
20. สามารถที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ ของตัวเองได้
() ดีกว่าปกติ () เหมือนปกติ () น้อยกว่าปกติ () น้อยกว่าปกติมาก
21. รู้สึกเรื่องต่างๆ ทั้บถมจนรับไม่ไหว
() ไม่เลย () ไม่มากกว่าปกติ () ค่อนข้างมากกว่าปกติ () มากกว่าปกติมาก
22. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง
() ไม่เลย () ไม่มากกว่าปกติ () มากกว่าปกติ () มากกว่าปกติมาก
23. รู้สึกเสียความมั่นใจในตัวเองไป
() ไม่เลย () ไม่มากกว่าปกติ () ค่อนข้างมากกว่าปกติ () มากกว่าปกติมาก
24. คิดว่าตัวเองเป็นคนไร้ค่า
() ไม่เลย () ไม่มากกว่าปกติ () ค่อนข้างมากกว่าปกติ () มากกว่าปกติมาก
25. รู้สึกว่าชีวิตนี้หมดหวังโดยสิ้นเชิง
() ไม่เลย () ไม่มากกว่าปกติ () ค่อนข้างมากกว่าปกติ () มากกว่าปกติมาก

แบบวัดสุขภาพจิต (ต่อ)

26. รู้สึกมีความหวังในอนาคตของตัวเอง

() มากกว่าปกติ () เท่าปกติ () น้อยกว่าปกติ () มีความหวังน้อยมาก

27. รู้สึกมีความสุขดีตามสมควรเมื่อดูโดยรวมๆ

() มากกว่าปกติ () เท่าปกติ () น้อยกว่าปกติ () น้อยกว่าปกติมาก

28. รู้สึกกังวล กระวนกระวายและเครียดอยู่ตลอดเวลา

() ไม่เลย () ไม่มากกว่าปกติ () ค่อนข้างมากกว่าปกติ () มากกว่าปกติมาก

29. รู้สึกไม่คุ้มค่าที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

() ไม่เลย () ไม่มากกว่าปกติ () ค่อนข้างมากกว่าปกติ () มากกว่าปกติมาก

30. รู้สึกว่าบางครั้งทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด

() ไม่เลย () ไม่มากกว่าปกติ () ค่อนข้างมากกว่าปกติ () มากกว่าปกติมาก

คุณภาพของเครื่องมือ

1. ค่าความเชื่อมั่น

1. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .929
2. แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .802
3. แบบวัดสภาวะแวดล้อมของครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .779
4. แบบวัดสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .936

2. ค่าอำนาจจำแนกรายข้อของ แบบวัดสภาวะแวดล้อมของครอบครัว

ข้อความ	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ
สภาวะแวดล้อมภายในครอบครัวของท่าน	
1. สะอาด ถูกสุขอนามัย เพียงพอ	0.33
2. มีเฟอร์นิเจอร์ที่มั่นคงปลอดภัยเพียงพอ	0.42
3. มีเครื่องใช้ไฟฟ้า เช่น โทรทัศน์ พัดลม หรือ เครื่องปรับอากาศ เพียงพอ	0.50
4. ไม่มีใครเป็นโรคติดต่อร้ายแรง	0.25
5. ท่านมีห้องเป็นสัดส่วนของตัวเอง	0.42
6. บ้านของท่านมีตู้ยาสามัญประจำบ้านที่มีการจัดหมวดหมู่ของยาและปิดฉลากยาให้เห็นชัดเจน	0.58

แบบวัดสภาวะแวดล้อมของครอบครัว (ต่อ)

ข้อความ	ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ
7. สภาพความเป็นอยู่ภายในบ้านสร้างความสุขและความพอใจให้กับท่าน	0.25
8. บ้านของท่านจัดแบ่งพื้นที่ใช้สอยได้อย่างเป็นสัดส่วนที่เหมาะสม เช่น มีบริเวณห้องรับแขก ห้องครัวหรือห้องรับประทานอาหาร เป็นต้น	0.67
9. อุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ภายในบ้านมีความปลอดภัย เช่น ติดระบบไฟลัดวงจร (เซฟตี้-คัต) ถังดับเพลิงขนาดเล็กสำหรับใช้ภายในบ้าน เต้าแก๊สวางไว้ในที่เหมาะสม เพื่อป้องกันอุบัติเหตุต่างๆ ไม่ให้เกิดขึ้นภายในบ้าน	0.83
สภาวะแวดล้อมภายนอกครอบครัวของท่าน	
10. บ้านของท่านมีรั้วรอบขอบชิดที่แข็งแรง	0.58
11. มีบริเวณรอบตัวบ้านที่กว้างพอสมควรสำหรับการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น เดินออกกำลังกาย นั่งพักผ่อนพูดคุยสังสรรค์กับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน	0.33
12. เขตที่อยู่อาศัยของท่านปลอดภัยจากการก่ออาชญากรรมต่างๆ เช่น จี้ปล้น ข่มขืน เป็นต้น	0.83
13. เขตที่อยู่อาศัยของท่านปลอดภัยจากมลพิษต่างๆ เช่น เสียงเครื่องบิน แก๊สพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น	0.42
14. เขตที่อยู่อาศัยของท่านไม่แออัดจนเกินไป มีความเป็นส่วนตัวพอสมควร	0.33
15. มีหน่วยบรรเทาสาธารณภัยที่สามารถช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่เมื่อเกิดเพลิงไหม้หรืออุบัติเหตุต่างๆ เช่น หน่วยดับเพลิง ปොเด็กตั้ง เป็นต้น	0.42



ภาคผนวก ข
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5730

ที่ ศธ 0519.12/11635

วันที่ 24 ธันวาคม 2552

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะมนุษยศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวนิภาภรณ์ เรืองทวีมีลาภ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำสารนิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยด้านครอบครัวกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านนา” โดยมี รองศาสตราจารย์ประณต แก้วนิม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์วัฒนา ศรีสัตย์วาจา และ อาจารย์วิรัชัญญา วันโณ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามรายได้ / แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว / แบบสอบถามลักษณะครอบครัว / แบบสอบถามสภาวะแวดล้อมของครอบครัว / แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว และ แบบสอบถามสุขภาพจิต

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวนิภาภรณ์ เรืองทวีมีลาภ และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



ที่ ศธ 0519.12/11636

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑๔ ธันวาคม 2552

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฉาง

เนื่องด้วย นางสาวนิภาภรณ์ เรืองทวีมีลาภ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำสารนิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยด้านครอบครัวกับสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง” โดยมี รองศาสตราจารย์ประณต คำฉิม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านฉาง ตอบแบบสอบถามรายได้ / แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว / แบบสอบถามลักษณะครอบครัว / แบบสอบถามสภาวะแวดล้อมของครอบครัว / แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว และ แบบสอบถามสุขภาพจิต ในระหว่างเดือนธันวาคม 2552 - มกราคม 2553

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวนิภาภรณ์ เรืองทวีมีลาภ ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2649-5067, 0-2258-4119 ต่อ 110

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 081-8636-762

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์



ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาว นิภาภรณ์ เรืองทวีมีลาภ
วันเดือนปีเกิด	22 พฤศจิกายน พ.ศ. 2510
สถานที่เกิด	ตำบลห้วยโป่ง อำเภอเมือง จังหวัดระยอง
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	123/34 หมู่ 5 ตำบล บ้านฉาง อำเภอ บ้านฉาง จังหวัด ระยอง 21130
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ธุรกิจส่วนตัว เลขที่ 123/34 หมู่ 5 ตำบล บ้านฉาง อำเภอ บ้านฉาง จังหวัด ระยอง 21130.
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2529	ระดับมัธยมปลาย (ม.6) สายศิลป์ภาษา จาก โรงเรียน เตรียมอุดมศึกษา พญาไท กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2532	ระดับปริญญาตรี ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาภาษาอังกฤษ ฝรั่งเศส คณะศิลปศาสตร์ จาก มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ท่าพระจันทร์ กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2537	ประกาศนียบัตรวิชาชีพเลขานุการ หลักสูตรเร่งรัด 6 เดือน จาก วิทยาลัยการเลขานุการและบริหารธุรกิจ เซนต์เทเรซา รามคำแหง กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2553	การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชา จิตวิทยาพัฒนาการ จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ