

305 26

ก ๑๘๑๗

๖๒

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต

ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม

กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ

ปริญญาโท

ของ

ร้อยตำรวจเอกหญิงใจใส ไชยเสวี

19 S.A. 2539

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2539

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๖ 518๗๗

๒ ๑๒๕๖

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน
(พศ. วัฒนา ศรีสัตย์วาจา)

..... กรรมการ
(พศ. มยุรี กุลแพทย์)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(พศ. วัฒนา ศรีสัตย์วาจา)

..... กรรมการ
(พศ. มยุรี กุลแพทย์)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อาจารย์จรัส ยุ่นฐิติวัฒน์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

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

วันที่... เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2539

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ วัฒนา ศรีสัตย์วาจา ประธานกรรมการ และผู้ช่วยศาสตราจารย์มยุรี กุลแพทย์ กรรมการควบคุม ปริญญานิพนธ์ ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ และการปรับปรุงแก้ไขจนสามารถทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ และอาจารย์จรัส อุ่นฐิติวัฒน์ ที่ได้กรุณาเป็น กรรมการสอบปากเปล่า ปริญญานิพนธ์ ซึ่งได้ทำให้ข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่เห็นประโยชน์ต่องานวิจัย ผู้วิจัย ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์ในภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ทุกท่าน ที่ได้ให้ วิชาความรู้ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ พล.ต.ต.มรว.ถวัลภากร วรธรรม ประธานที่ปรึกษาชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ อาจารย์ดร.เจิมศรี สนธิรัตน์ เลขาธิการชมรมที่ปรึกษาชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาล ตำรวจ และคุณกมล วัฒนจินดา สมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ ที่อำนวยความสะดวกใน การจัดเก็บข้อมูลครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ทันตแพทย์ถาวร เบื้องวิทยากุล ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้กรุณาแนะนำการนำสถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล และทำการ วิเคราะห์ข้อมูล ตลอดจนให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการนำสถิติในการวิจัย

บุคคลสำคัญที่ผู้วิจัยมีอาจลืมได้ คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นจิตวิทยาพัฒนาการภาคพิเศษรุ่น 1 ทุกท่าน ที่เป็นกำลังใจ ช่วยเหลือมาตลอด

ท้ายที่สุดนี้ ขอโน้มระลึกถึงพระคุณของบิดา มารดา ที่ให้ชีวิตและให้การอบรมเลี้ยงดู ผู้วิจัย ด้วยความรักและความห่วงใยตลอดมา

ร้อยตำรวจเอกหญิงใจไล ไชยสวัสดิ์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	13
ทฤษฎีการสูงอายุ.....	13
การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ.....	22
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ.....	25
สุขภาพจิต.....	27
ความหมายของสุขภาพจิต.....	27
ปัญหาและความสำคัญของสุขภาพจิต.....	32
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต.....	37
ปัจจัยทางชีวสังคมกับสุขภาพจิต.....	39
เพศ.....	39
อายุ.....	40
ระดับการศึกษา.....	41
สถานภาพสมรส.....	41

➤ อาชีพครั้งสุดท้าย.....	42
➤ ฐานะทางเศรษฐกิจ.....	43
➤ สัมพันธภาพในครอบครัว.....	44
งานวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	46
การมีส่วนร่วมในสังคม.....	48
งานวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในสังคมกับสุขภาพจิต.....	54
ความพึงพอใจในชีวิต.....	55
งานวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตกับสุขภาพจิต.....	57
ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ.....	58
งานวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุกับสุขภาพจิต.....	64
➤ การสนับสนุนทางสังคม.....	65
งานวิจัยที่ เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิต.....	70
สมมติฐานของการวิจัย.....	71
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	72
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	73
(๑) ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง.....	73
(๒) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	73
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	82
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	84
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	84

4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	86
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	89
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	104
1) * ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	104
4) สมมติฐานในการวิจัย.....	104
5) วิธีดำเนินการวิจัย.....	105
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	107
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	108
อภิปรายผล.....	110
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย.....	119
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	120
บรรณานุกรม.....	122
ภาคผนวก.....	137
ภาคผนวก ก.	138
ภาคผนวก ข.	147
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	170

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม.....	89
2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	91
3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกับตัวแปรต่าง ๆ.....	92
4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นทีละ 1 ตัวแปรเพื่อทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.....	93
5 เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างทางเพศ.....	95
6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามระดับอายุ.....	96
7 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน.....	96
8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีระดับอายุแตกต่างกัน.....	97
9 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา.....	98
10 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน.....	98
11 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างบ้านกลาง สูง เป็นรายคู่.....	99
12 เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันทางสถานภาพสมรส....	100
13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ.....	101

14 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน.....	101
15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำปานกลาง สูง เป็นรายคู่.....	102
16 เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันทางอาชีพครั้งสุดท้าย.....	103
17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถามเพื่อวัดสัมพันธภาพในครอบครัว.....	139
18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถามเพื่อวัดการมีส่วนร่วมในเชิงสังคม.....	140
19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถามเพื่อวัดการมีส่วนร่วมในเชิงจิตใจ.....	141
20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถามเพื่อวัดความพึงพอใจในชีวิต.....	142
21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถามเพื่อวัดความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ.....	143
22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถามเพื่อวัดการสนับสนุนทางสังคม.....	144
23 ค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบวัดสุขภาพจิต.....	145

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เป็นที่ตระหนักกันดีว่าปัจจุบันประชากรของโลกมีอายุยืนยาวกันมากขึ้น แนวโน้มโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุของโลกและประเทศไทยกำลังเพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งคาดว่า ในปี 2543 (ค.ศ. 2000) ทั่วโลกจะมีประชากรผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด คือ ประมาณ 600 ล้านคน สำหรับประเทศไทย คาดว่า ผู้สูงอายุ 2.9 ล้านคน ในปี 2538 จะเพิ่มขึ้น 4.8 ล้านคน ในปี 2543 และ 12 ล้านคนในปี 2568 ซึ่งนับว่ามีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นมาก (คณะกรรมการคาดประมาณประชากรไทย พ.ศ. 2523-2568 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ)

ประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลก จึงตระหนักถึงปัญหา อันเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุ จึงเป็นผลให้หลายฝ่ายเกิดความตื่นตัวที่จะจัดกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุขึ้นเป็นจำนวนมาก โดยที่กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มโครงการสุขภาพผู้สูงอายุขึ้น และกำหนดหาวันที่ 13 เมษายนของทุกปีเป็นวันผู้สูงอายุแห่งชาติ และให้ดอกกลาดวนเป็นดอกไม้ที่ใช้เป็นสัญลักษณ์ในวันผู้สูงอายุ ซึ่งมีความหมายว่า ดอกกลาดวน หอมหวาน อายุยืน สดชื่น เพราะลูกหลาน (อัมพา วรวิณชัย. 2532 : 1)

ผู้สูงอายุจึงเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าของชาติ เนื่องจากเป็นบุคคลที่ได้ผ่านการดำเนินชีวิตมาเป็นเวลานาน จึงมีประสบการณ์ทอดความรู้และประสบการณ์ต่าง ๆ ให้แก่เยาวชนรุ่นหลัง โดยเฉพาะถ้าเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพทางกายและจิตดี ก็ย่อมจะเป็นผู้ถ่ายทอดมรดกทางวัฒนธรรม ให้แก่อนุชนรุ่นหลังได้เป็นอย่างดี อันจะเป็นประโยชน์แก่สังคมและประเทศชาติเป็นอย่างมาก

แม้จะเป็นที่ยอมรับกันถึงความสำคัญ of ทรัพยากรบุคคลในกลุ่มนี้ การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุ ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ และคุณภาพของผู้สูงอายุประกอบกับประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา

อย่างรวดเร็วกว่า ทั้งในเขตเมือง และเขตชนบท จึงส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งสภาพร่างกายที่เสื่อมทรามไปตามธรรมชาติ และจิตใจที่จำเป็นต้องปรับเข้าหาสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป มีความรู้สึกท้อแท้ เพราะรู้สึกว่าเป็นไม้ก้ำกึ่งและเปราะชีวิต ต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้น ทั้งในแง่ความเป็นอยู่และการดูแล ตลอดจนกังวลว่าไม่มีคนรัก เอาใจใส่ ขาดรายได้จากการต้องหยุดทำงานประจำ บุตรหลานมีน้อยลง เนื่องจากต้องไปประกอบอาชีพส่วนตัว จึงทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาความสับสนทางจิตใจมากยิ่งขึ้น ดังนั้นปัญหาของผู้สูงอายุจึงมีขึ้นเป็นปัญหาของครอบครัวเท่านั้น หากแต่ได้ขยายออกมาเป็นปัญหาของสังคมด้วย

นโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี 2535-2539 กำหนดชัดเจนไว้ว่าควรให้การส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ผู้สูงอายุ โดยต้องศึกษาถึงสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า มีประเด็นหลักที่สำคัญ คือ มีปัญหาสุขภาพและปัญหาทางเศรษฐกิจ บุคคลและหน่วยงานหลายฝ่ายได้พยายามช่วยเหลือด้วยการจัดสวัสดิการ การสงเคราะห์ต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการเอื้ออำนวยทางวัตถุ ส่วนทางด้านจิตใจนั้น ผู้สูงอายุมักจะถูกจำกัดบทบาทและกิจกรรมในชีวิตประจำวัน อันเนื่องมาจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง ทำให้ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาวะแวดล้อมใหม่ได้ จึงพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเหี่ยวห่อ มีมด้อย หงุดหงิดง่าย วิตกกังวล อาจมีอาการแปรปรวนง่าย บางครั้งมีอาการซึมเศร้า กลัว ขาดความมั่นใจในตนเอง มองตนเองว่าไร้คุณค่า (จรรยาวัตร คมพยัคฆ์. 2529 : 20) ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

จากการศึกษาเรื่องความทันสมัยและภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติที่ดีต่อบุตรหลานและบุคคลทั่วไป จะมองภาพพจน์ของตนเอง ในทางที่มีคุณ เพราะบุตรหลานและสมาชิกในครอบครัว ให้เกียรติ เคารพนับถือ และเชื่อฟังปฏิบัติตาม คำสอนของผู้สูงอายุ (สุวรรณี พลัฒาทอง. 2522 : 62) ซึ่งนับว่าเป็นการเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดีให้แก่ผู้สูงอายุ

การที่ผู้สูงอายุถูกจำกัดการเข้าร่วมกิจกรรมและการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมย่อมทำให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ปัจจุบันจึงได้มีการรวมตัวกันจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้น เพื่อส่งเสริมพัฒนาตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เป็นการส่งเสริมบทบาทของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุที่มีลักษณะทางชีวสังคม เศรษฐกิจ ความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคมที่ต่างกัน ซึ่งจะมีส่วนช่วยสนับสนุนในเรื่องการลดความเครียด และการส่งเสริมการปรับตัวที่ดี อันมีผลต่อสุขภาพจิตที่ดีอีกด้วย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาผู้สูงอายุที่เกษียณอายุของชมรมผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตำรวจ เนื่องจากผู้สูงอายุในชมรมดังกล่าวมีการทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ และเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่เจ็บป่วย ทำให้ผู้วิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นความจริงได้ โดยต้องการหาคำตอบว่า ปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ อันได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลต่อสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดกิจกรรมทางสังคมในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจให้แก่ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจต่อไป

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ
3. เพื่อค้นหาตัวพยากรณ์ในการทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ
4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจที่มีความแตกต่างกันในด้านปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจและอาชีพครั้งสุดท้าย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ มีสุขภาพจิตเป็นอย่างไร เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดียิ่งขึ้น
2. ทำให้ทราบถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อันเป็นข้อมูลพื้นฐานให้เข้าในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ทำให้สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตทางด้านจิตใจ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดี สามารถวางแผนให้การช่วยเหลือ และพัฒนาการจัดกิจกรรมทางสังคมได้อย่างเหมาะสม และถูกต้อง รวมทั้งทำให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจตนเอง ปรับตัวและดำเนินชีวิตได้อย่างราบรื่นบนปลายของชีวิต
3. ทำให้บุคคลวัยหนุ่มสาวและวัยกลางคน มีแนวคิดในการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป
4. ทำให้ทราบว่า ตัวแปรที่เข้าทำนายสุขภาพจิต อันได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรใดบ้างที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุและตัวของผู้สูงอายุเอง ได้นำไปใช้ในการวางแผน การส่งเสริมหรือแก้ไข เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดียิ่งขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

ผู้วิจัยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. ประชากร เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลตำรวจ ที่มาเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และมีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งมีจำนวนสมาชิกทั้งหมด 300 คน
2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง อายุตั้งแต่ 60-74 ปี ของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับสลากจากรายชื่อประชากรผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 220 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 การศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปร มีตัวแปรที่ศึกษาคือ

- 3.1.1 สัมพันธภาพในครอบครัว
- 3.1.2 การมีส่วนร่วมในสังคม
- 3.1.3 ความพึงพอใจในชีวิต
- 3.1.4 ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ
- 3.1.5 การสัมผัสทางสังคม
- 3.1.6 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3.2 การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่าง มีตัวแปรที่ศึกษาดังนี้

3.2.1 ตัวแปรต้น (Independent Variable) ได้แก่

3.2.1.1 เพศ แบ่งเป็น

- เพศชาย
- เพศหญิง

3.2.1.2 อายุ แบ่งเป็น

- อายุ 60-64 ปี
- อายุ 65-69 ปี
- อายุ 70-74 ปี

3.2.1.3 ระดับการศึกษา แบ่งเป็น

- ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา
- มัธยมศึกษาหรืออาชีวศึกษา
- ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี

3.2.1.4 สถานภาพการสมรส แบ่งเป็น

- มีคู่
- ไม่มีคู่

3.2.1.5 ฐานะทางเศรษฐกิจ แบ่งเป็น

- ระดับต่ำ
- ระดับปานกลาง
- ระดับสูง

3.2.1.6 อาชีพครั้งสุดท้าย แบ่งเป็น

- อาชีพที่มีการเกษียณอายุ
- อาชีพที่ไม่มีการเกษียณอายุ

3.2.2 ตัวแปรตาม คือ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3.3 การศึกษาอำนาจในการทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีตัวแปรที่ศึกษาดังนี้

3.3.1 ตัวแปรเกณฑ์ คือ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3.3.2 ตัวแปรทำนาย คือ สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วม

สังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลตำรวจ

2. อายุ หมายถึง อายุจริงของผู้สูงอายุ ซึ่งคิดเป็นจำนวนปีตามปฏิทินจากปีเกิด

3. ระดับการศึกษา หมายถึง วุฒิการศึกษาสูงสุดที่ผู้สูงอายุได้รับ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

3.1 ไม่ได้เรียนหรือประถมศึกษา

3.2 มัธยมศึกษาหรืออาชีวศึกษา

3.3ปริญญาตรีหรือสูงกว่าปริญญาตรี

4. สถานภาพการสมรส หมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิตร่วมกันแบบสามีภรรยา แบ่งเป็น

4.1 คู่ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ยังมีสามี ภรรยา อยู่ด้วยกันในปัจจุบัน

4.2 ไม่มีคู่ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ไม่มีสามีหรือภรรยาอยู่ด้วยกันในปัจจุบัน ได้แก่
โสด, หม้าย, หย่า หรือเลิกร้างกัน

5. สถานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง สภาวะทางการเงินของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น 3 ระดับ

5.1 ระดับต่ำ หมายถึง สภาพทางการเงินของผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ
กับรายจ่าย

5.2 ระดับปานกลาง หมายถึง สภาพทางการเงินของผู้สูงอายุ ที่มีรายได้เพียงพอกับ
รายจ่าย

5.3 ระดับสูง หมายถึง สภาพทางการเงินของผู้สูงอายุ ที่มีรายได้มากกว่ารายจ่าย

6. อาชีพครั้งสุดท้าย หมายถึง อาชีพที่ผู้สูงอายุเคยกระทำอยู่ในช่วงก่อนอายุ 60 ปี
แบ่งเป็น

6.1 อาชีพที่มีการเกษียณอายุ ได้แก่ อาชีพรับราชการ ทางานรัฐวิสาหกิจ ทางาน
บริษัทเอกชน

6.2 อาชีพที่ไม่มีการเกษียณอายุ ได้แก่ อาชีพค้าขาย ทำธุรกิจ เกษตรกรรม รับจ้าง
และแม่บ้าน เป็นต้น

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

1. สัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relation) หมายถึง ลักษณะพฤติกรรมที่
บุคคลในครอบครัว ปฏิบัติต่อกันในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1 การพักผ่อนร่วมกันในครอบครัว โดยมีกิจกรรมร่วมกันเมื่อมีเวลาว่าง

1.2 การมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและรับรู้เรื่องต่าง ๆ ของบุคคลในครอบครัว
เดียวกัน เช่น ปัญหาการเงิน

1.3 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ภายในครอบครัว

1.4 การมีความรัก ความห่วงใย ของสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน

1.5 มีการยินดีให้กำลังใจในทุก ๆ เรื่อง

1.6 มีความกลมเกลียว เอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่ ถ้อยทีถ้อยอาศัย รู้จักหาข้อถกเถียงซึ่งกันและกัน

1.7 ให้อภัยและยกย่องผู้มีอาวุโสกว่า

1.8 มีความเคารพเชื่อฟังต่อพ่อแม่

ดังนั้น สัมพันธภาพในครอบครัว จึงหมายถึง การที่บุคคลรู้สึกว่าได้ได้รับความรัก การดูแลอย่างดีในครอบครัว มีความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มั่นใจในตนเองถึงความสัมพันธ์กับผู้อื่นในบ้าน

แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relation Scale) ของมอร์ริสและวิลสัน (Morrow and Wilson, 1961 : 503-504) จำนวน 12 ข้อ คะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวจึงมีพิสัยอยู่ระหว่าง 12-36 คะแนน ผู้สูงอายุที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า 24 คะแนน แสดงว่ามีสัมพันธภาพในครอบครัวดี

2. การมีส่วนร่วมในสังคม (Social Engagement) หมายถึง การทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกันแล้วทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในเชิงจิตใจ ซึ่งวัดได้จากเครื่องมือวัดการมีส่วนร่วมในสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ซึ่งให้ความสำคัญของกิจกรรมทางสังคมว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากสำหรับชีวิตมนุษย์ โดยจะวัดทั้งการมีส่วนร่วมในเชิงสังคมและเชิงจิตใจ คือ

2.1 การมีส่วนร่วมในเชิงสังคม หมายถึง ปริมาณของการทำกิจกรรมส่วนบุคคล กิจกรรมในครอบครัวหรือนอกครอบครัว และกิจกรรมในสังคมว่า มีความถี่ของการทำกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าวมาน้อยเพียงใด ซึ่งวัดได้จากเครื่องมือวัดการมีส่วนร่วมในเชิงสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ จำนวน 19 ข้อ ผู้ตอบแต่ละคนจึงมีพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 19-95 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า 57 คะแนน แสดงว่าเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในเชิงสังคมมาก

2.2 การมีส่วนร่วมในเชิงจิตใจ หมายถึง ความสนใจหรือการทุ่มเทจิตใจของบุคคลที่ให้การทำกิจกรรม และเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับบุคคลต่าง ๆ ในสังคม อันเป็นความผูกพันทางจิตใจที่มีต่อกัน ตัวแปรการมีส่วนร่วมทางจิตใจนี้วัดได้จากเครื่องมือวัดการมีส่วนร่วมในเชิงจิตใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ จำนวน 10 ข้อ ผู้ตอบแต่ละคน จึงมีพิสัย

คะแนนอยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน ผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า 30 คะแนน แสดงว่าเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในเชิงจิตใจมาก

สำหรับคะแนนการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ ได้จากการนำคะแนนการมีส่วนร่วมในเชิงสังคมและการมีส่วนร่วมในเชิงจิตใจมารวมกัน ผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า 87 คะแนน แสดงว่าเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในสังคมมาก

3. ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) หมายถึงความรู้สึกที่มีต่อตนเอง โดยภาพรวม ของชีวิตใน 5 มิติด้วยกัน คือ

3.1 ความรู้สึกสำนึก เบิกบานในการดำเนินชีวิต หมายถึง มีความกระตือรือร้นในการทำกิจวัตรประจำวัน มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมและมีความพอใจในสภาพที่เป็นอยู่

3.2 การมีความตั้งใจและอดทนต่อชีวิต หมายถึงการยอมรับว่าชีวิตมีคุณค่า จึงพร้อมที่จะยืนหยัดต่อสู้กับปัญหาหนัก ๆ ในชีวิต และมองเห็นคุณค่าเหล่านั้นเป็นประสบการณ์ชีวิตทำให้ประโยชน์

3.3 ความสอดคล้องกันระหว่างความปรารถนาและการได้รับการตอบสนองตามเป้าหมาย หมายถึง ความรู้สึกว่าการต้องการหรือความปรารถนาที่ตั้งไว้ ได้บรรลุตามเป้าหมาย

3.4 ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง หมายถึงการรับรู้ว่าคุณภาพกาย สุขภาพจิต และสังคมดี รวมทั้งมีความรู้สึกว่าคุณได้ทำในสิ่งที่ดีที่สุดแล้ว

3.5 การมีอารมณ์แจ่มใส หมายถึง การแสดงออกถึงความสุขใจ และมีอารมณ์ไปในทางที่ดี ไม่รู้สึกเศร้าหรือว่าเหว

การวัดความพึงพอใจในชีวิตนี้ วัดได้จากเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิต ที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจาก Life Satisfaction Index A ของเนูการ์เทนและคนอื่น ๆ (Neugarten and others, 1961) ซึ่งเป็นประโยคข้อความประกอบเป็นมาตราประเมินค่า 5 อันดับ ตั้งแต่ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ถึง "ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง" จำนวน 18 ข้อ คะแนนความพึงพอใจในชีวิตของผู้ตอบแต่ละคน จึงมีพิสัยอยู่ระหว่าง 18-90 คะแนน ผู้สูงอายุที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า 54 คะแนน แสดงว่าเป็นผู้ที่มีระดับความพึงพอใจในชีวิตสูง

4. ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ (Anxiety of Aging) หมายถึงสภาพอารมณ์ของบุคคลที่แสดงถึงความไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ หรือมีความวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงประสงค์จากการสูงอายุ เช่น การเสื่อมของสภาพร่างกาย การเจ็บป่วย การตาย และการถูกทอดทิ้ง เมื่อบุคคลถูกเร้าให้เกิดความรู้สึก หรืออยู่ในสภาพอารมณ์ดังกล่าว บุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งอาจจัดเป็นองค์ประกอบของพฤติกรรม 6 ด้าน คือ

4.1 องค์ประกอบเกี่ยวกับพฤติกรรมซึ่งแสดงว่าตื่นเต้น ตกใจง่าย ลูกลี้ลูกกลน ใจร้อน ขาดความรอบคอบ ขาดความอดทนต่อสิ่งเร้า

4.2 องค์ประกอบเกี่ยวกับพฤติกรรมซึ่งแสดงว่า มีความหวาดกลัว ใจคอเศร้าหมอง มีความทุกข์ รู้สึกว่าตนเองผิดอยู่เสมอ

4.3 องค์ประกอบเกี่ยวกับพฤติกรรม ซึ่งแสดงว่า มีอารมณ์ตึงเครียด เกร่งเกร็ด เอาจริงเอาจัง เกิดความคับข้องใจ หรือหงุดหงิดอยู่เสมอ

4.4 องค์ประกอบเกี่ยวกับพฤติกรรม ซึ่งแสดงว่ามีความหวั่นไหวไม่มั่นคง อารมณ์เสียง่าย เปลี่ยนความสนใจง่าย ไม่เป็นตัวของตัวเอง

4.5 องค์ประกอบเกี่ยวกับพฤติกรรมซึ่งแสดงว่าขี้อาย ประหม่า ไม่กล้าแสดงออก ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง

4.6 องค์ประกอบเกี่ยวกับพฤติกรรม ซึ่งแสดงว่ามีความขัดแย้งในตนเอง เนื่องจากควบคุมตนเองให้อยู่ในระเบียบวินัยไม่ได้ คือ มีจิตใจวุ่นวายคิดฟุ้งซ่าน ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ชอบทำอะไรตามใจตนเอง ไม่สนใจกฎเกณฑ์ของหมู่คณะและสังคม

ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุนี้ วัดได้จากแบบวัดความวิตกกังวล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของแคทเทลล์ (Cattell, 1970) เนื่องจาก แคทเทลล์ได้แบ่งองค์ประกอบย่อยของพฤติกรรมของผู้ที่มีความวิตกกังวลได้อย่างละเอียด ครอบคลุม และสามารถนำมาใช้ในการสร้างแบบวัดได้ชัดเจน แบบวัดความวิตกกังวลในงานวิจัยนี้ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก 3 ข้อ และข้อความที่มีความหมายทางลบ 13 ข้อ คะแนนความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุของผู้ตอบแต่ละคนจึงมีพิสัยอยู่ระหว่าง 16-80 คะแนน ผู้สูงอายุที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า 48 คะแนน แสดงว่ามีความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุนมาก

5. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) หมายถึงการที่บุคคลมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และบุคคลนั้น ได้รับการตอบสนองความต้องการ ทั้งด้านกาย อารมณ์ และสังคม ในลักษณะของการได้รับความรู้สึกเห็นอกเห็นใจความรัก การช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน แรงงาน ข้อเสนอแนะ ซึ่งทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจ ซึ่งการตอบสนองความต้องการที่ได้รับ มีดังนี้

5.1 การได้รับการตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ (Emotional Support) ซึ่งทำให้บุคคลได้รับความรัก การดูแลและเอาใจใส่

5.2 การได้รับการยอมรับและมีผู้เห็นคุณค่า (Esteem Support) หมายถึงการได้รับการแสดงความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออกของการได้รับการให้อภัยให้โอกาสปรับปรุงตนเอง

5.3 การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Support) ทำให้มีความผูกพัน และมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน

5.4 การได้รับความช่วยเหลือ ด้านสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน (Instrument Support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางด้านเงินทอง สิ่งของ เครื่องใช้

5.5 การได้รับความช่วยเหลือด้านการประเมินผลและเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal Support) ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดความมั่นใจในสังคม

5.6 การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นข้อมูลหรือข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาชีวิต

สำหรับแบบวัดเพื่อวัดการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของเทพวัล สุชาติ (2530 : 130) สร้างขึ้น มีจำนวนทั้งหมด 15 ข้อ ซึ่งข้อความในแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ตอบแต่ละคนจึงมีพิสัย อยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน ผู้สูงอายุที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า 45 คะแนน แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมสูง

6. ปัจจัยทางชีวสังคม (Biosocial Factors) หมายถึง อายุ เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา สถานะทางเศรษฐกิจและอาชีพครั้งสุดท้าย ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามที่เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

7. สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึงความสามารถในการปรับตัวของบุคคลให้อยู่ในสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข ไม่เป็นโรคจิต โรคประสาท สามารถที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือความเครียดที่เข้ามากระทบกับชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสามารถประเมินได้โดยการแสดงออกทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม ตามแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบสอบถาม The Cornell Medical Index Health Questionnaire (CMI) จำนวน 90 ข้อ ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ ซึ่งครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ลักษณะคำถามแบ่งออกเป็น 18 ส่วน ผลิตของคะแนนสุขภาพจิตจึงอยู่ระหว่าง 90-450 คะแนน เกณฑ์ในการตัดสินสุขภาพจิตใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพจิตเป็นเกณฑ์ตัดสิน โดยที่ผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า 336.184 คะแนน แสดงว่ามีสุขภาพจิตดี

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง "ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลตำรวจ" ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าเอกสารของงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงมีอยู่หลายด้านตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยทางชีวสังคมกับสุขภาพจิต
4. สัมพันธภาพในครอบครัว
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิต
6. การมีส่วนร่วมในสังคม
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในสังคมกับสุขภาพจิต
8. ความพึงพอใจในชีวิต
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตกับสุขภาพจิต
10. ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ
11. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ กับสุขภาพจิต
12. การสนับสนุนทางสังคม
13. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิต

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ทฤษฎีการสูงอายุ

วัยสูงอายุ หรือ ที่เรียกกันว่า วัยชรานี้ จัดเป็นวัยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ลักษณะและพัฒนาการในวัยนี้จะตรงข้ามกับวัยเด็ก คือ มีแต่ความเสื่อมโทรมและเสื่อมถอย ซึ่งการ

เปลี่ยนแปลงนี้ จะดำเนินไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป (บุศรี วงษ์เครือ. 2533 : 47) จึงเป็นการยากที่จะกำหนดว่าบุคคลใดอยู่ในวัยสูงอายุ เกณฑ์ที่สังคมจะกำหนดว่าบุคคลใดเป็นผู้สูงอายุนั้นแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม ได้มีผู้ให้คำนิยามเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้มากมาย ซึ่งฮอลล์ (Hall D.A. 1976 : 3-4) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และได้แบ่งการสูงอายุของบุคคลออกเป็น 4 ประเภทคือ

1. การสูงอายุตามวัย (Chronological Aging) หมายถึง การสูงอายุตามปีปฏิทินโดยการนับจากปีที่เกิดเป็นต้นไป และบอกได้ทันทีว่า ใครมีอายุนาน้อยเพียงใด

2. การสูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) เป็นการพิจารณาการสูงอายุจากสภาพร่างกายและสรีระของบุคคลที่เปลี่ยนแปลงเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดน้อยลง เป็นผลจากความเสื่อมตามกระบวนการสูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามอายุขัย (Life Span) ของแต่ละบุคคล

3. การสูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่ของการรับรู้ แนวความคิด ความจำ การเรียนรู้ ขบวนการปัญญา และลักษณะบุคลิกภาพที่ปรากฏในระยะต่าง ๆ ของชีวิตแต่ละคนที่มีอายุเพิ่มขึ้น

4. การสูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological Aging) เป็นการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่สถานภาพของบุคคลในระบบสังคม รวมทั้งความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้น ซึ่งเกี่ยวกับอายุ การแสดงออกตามคุณค่าและความต้องการของสังคม

สำหรับการกำหนดว่า ผู้สูงอายุเริ่มเมื่ออายุเท่าใด พบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละสังคม สำหรับสังคมไทย กำหนดไว้ว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุมิได้มีกลุ่มเดียว และมิได้มีลักษณะเหมือนกันหมด จะมีความแตกต่างกันไปตามสภาพอายุ สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม ดังที่ फिल्ด์ และ มิงค์เลอร์ (Field and Minkler. 1988 : 100) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุจะมีลักษณะแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. วัยสูงอายุตอนต้น (Young - Old Age) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 75 ปี ซึ่งผู้สูงอายุในช่วงวัยนี้ จะเป็นวัยที่สามารถทำงานได้ตามปกติเหมือนวัยผู้ใหญ่กลางคน

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

3. วัยสูงอายุตอนปลาย (Oldest - Old Age) คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป

ในประเทศที่มีความเจริญทางการแพทย์ พบว่า ผู้ที่มีอายุถึง 60 ปีแล้ว ยังแข็งแรง และมีความสามารถในการทำงานได้ดี องค์การอนามัยโลกจึงได้แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้นดังนี้

1. ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60 - 74 ปี
2. คนชรา (Old) มีอายุระหว่าง 75 - 90 ปี
3. คนชรามาก (Very Old) มีอายุ 90 ปีขึ้นไป

นอกจากนี้ยังมีส่วนให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้อีกมากมาย ซึ่ง อวบ เกตุสิงห์

(2525 : 9) ได้แบ่งความสูงอายุออกเป็น 4 ประเภท ที่คล้ายคลึงกับฮอลล์ (Hall) คือ

1. แก่โดยอายุ คือ แก่เพราะเกิดมานาน
2. แก่โดยสังขาร คือ แก่ตามสภาพของร่างกาย
3. แก่โดยจิตใจ คือ แก่ไปตามความนึกคิด
4. แก่โดยสังคม คือ แก่เพราะเหตุแวดล้อม และประสบการณ์ เช่น ตำแหน่ง

หน้าที่การงาน

อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร (2509 : 91-95) ซึ่งเป็นผู้บัญญัติ คำว่า "ผู้สูงอายุ" ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะต้องมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ที่มีความเสื่อมตามสภาพ มีกำลังถดถอยเชิงข้อ
3. เป็นผู้ที่สมควรได้รับความอุปการะดูแล
4. เป็นผู้ที่มิควร ควรได้รับการช่วยเหลือ

สเตร์ชเลอร์ (วิทยารัตน์ ภูตระกูล : 14 ; อ้างอิงมาจาก Strehler.n.d.)

ได้แบ่งสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้นออกเป็น 4 ประการ

1. การสูงอายุดตามสภาพธรรมชาติ (Universal Aging) เป็นสภาพการที่มีอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นในร่างกายของคนทุกคนเมื่อมีชีวิตยืนยาวเพียงพอ

2. การสูงอายุดตามสภาพภายในร่างกาย (Intrinsic Aging) เป็นสภาพการที่มีอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดจากปัจจัยในร่างกาย ไม่รวมถึงปัจจัยที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม

3. การสูงอายุดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Progressive Aging) เป็นกระบวนการของสภาพการที่มีอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะแรกของชีวิต กระบวนการนี้จะเกิดในอัตราที่เร็วมากขึ้นเมื่ออายุผ่านระยะความเป็นผู้ใหญ่ไปแล้ว เป็นผลทำให้ร่างกายมีความไวต่อความเป็นโรครมากขึ้น

4. การสูงอายุดทำให้เกิดความเสื่อมถอยของร่างกาย (Deterioration, Irreversible Aging) หมายถึง สภาพการที่มีอายุเพิ่มขึ้น เป็นผลทำให้ร่างกายเสื่อมสภาพลงและถูกทำลาย ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้ อย่างไรก็ตาม สภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้นยังสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทคือ

4.1 สภาพการมีอายุเพิ่มขึ้นทางชีววิทยา (Biologic Aging) สภาพการเปลี่ยนแปลงและความบกพร่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ เกิดขึ้นจากปัจจัยภายในร่างกาย แต่ไม่รุนแรง ทำให้ถึงแก่ความตายและได้มีการกำหนดแบบแผนไว้แล้ว ด้วยวิธีการทางพันธุกรรม

4.2 สภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้น เนื่องมาจากพยาธิสภาพ (Pathologic Aging) เป็นสภาพที่เกิดจากโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ มักจะทำให้ถึงแก่ความตาย โดยมีสาเหตุมาจากปัจจัยภายนอกในร่างกาย ซึ่งไม่ได้เกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม

ดังนั้นการที่จะบอกได้ว่า บุคคลใดเป็นผู้สูงอายุนั้น ต้องคำนึงถึงหลายสิ่งประกอบกัน ทั้งอายุตามปฏิทิน ความเสื่อมของร่างกายและจิตใจ รวมทั้งบทบาททางสังคมต่าง ๆ ที่จะเป็นบทบาทแสดงถึงความเป็นผู้น่า และมีความรับผิดชอบสูง ซึ่งประสพ รัตนกร (2529 : 18) ได้กล่าวถึงคุณลักษณะ 7 ประการ ที่ผู้สูงอายุควรพึงมี คือ

1. เป็นผู้ที่มีสุขภาพดี (Good Health)
2. เป็นผู้ที่ไม่เคยหมดหวัง (Hope Fullness)

3. เป็นผู้ที่มีความขยันขันแข็ง (Activeness)
4. เป็นผู้ที่ทำตัวดี (Charming Personality)
5. เป็นผู้ที่เชื่อถือได้ (Trustworthiness)
6. เป็นผู้ที่มีเกียรติในตนเอง (Dignity)
7. เป็นผู้ที่มีความสุภาพ (Nobility)

จากการที่มีผู้ให้ความสนใจและอธิบายถึงความแตกต่างของการสูงอายุนำให้เกิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุนานาประการ ซึ่งไม่มีทฤษฎีใดที่จะสามารถอธิบายถึงปัจจัยและที่มาของการสูงอายุนี้อย่างชัดเจนโดยลำพัง ดังนั้น จึงมีหลายทฤษฎีร่วมกันอธิบายถึงการสูงอายุนของผู้สูงอายุโดยทั่วไป ซึ่งแบ่งเป็นทฤษฎีใหญ่ ๆ ดังนี้

1. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory)
2. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory)
3. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory)
4. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theory)

1. ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory) เน้นคนเป็นสิ่งมีชีวิต ที่มีการวิวัฒนาการอยู่เสมอและจะอยู่รอดได้แม้ในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่ออายุมากขึ้นไม่สามารถมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

2. ทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological Theory) เป็นทฤษฎีที่อยู่บนพื้นฐานของยีนส์ (Gene) และการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์ (Cell) และเนื้อเยื่อ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ทฤษฎีหลักและทฤษฎีย่อยสนับสนุน นาทาน (Nathan, 1977 : 103-109) เป็นผู้สรุปรวบรวมดังนี้

2.1 ทฤษฎีการถ่ายทอดพันธุกรรม (Genetic Theory) เชื่อว่าการสูงอายุนั้นเป็นลักษณะที่เกิดขึ้นตามกรรมพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของอวัยวะบางส่วนในร่างกายคล้ายคลึงกันหลายชั่วอายุคนเมื่ออายุมากขึ้น เช่น ลักษณะศีรษะล้าน ผมหงอกเร็ว เป็นต้น ซึ่งลักษณะดังกล่าว จะพบในบางคนเท่านั้นแม้จะมีอายุเท่ากัน ทฤษฎีการถ่ายทอดพันธุกรรมนี้ยังได้กล่าว

ถึงการสร้างโปรตีนโดย DNA ซึ่งมีเอนไซม์ (Enzyme) เป็นตัวควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ โดยแบ่งแยกย่อยได้อีก 3 ทฤษฎีคือ

2.1.1 ทฤษฎีว่าด้วยความเสียหายของ DNA (DNA Damage Theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ในโมเลกุลของ DNA มีข้อมูลต่าง ๆ ในการสร้างโปรตีนและเอนไซม์แต่ละชนิด ให้แก่อวัยวะต่าง ๆ ตามความต้องการของอวัยวะเหล่านั้นและเหมาะสมกับอวัยวะแต่ละชนิด เพื่อช่วยให้เซลล์ของอวัยวะเหล่านั้น ท้าหน้าที่ต่อไปได้ ความเสียหายที่เกิดขึ้นในโมเลกุลของ DNA ทำให้ข้อมูลต่าง ๆ คลาดเคลื่อนไปหมด ทำให้โปรตีนและเอนไซม์ต่าง ๆ ที่สร้างขึ้นมามีผลผลิตไปด้วย เป็นเหตุให้เซลล์ของอวัยวะต่าง ๆ ต้องตายไป

2.1.2 ทฤษฎีว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ร่างกาย (Somatic Mutation Theory)

ทฤษฎีนี้กล่าวว่าภาวะการแบ่งตัวผิดปกติของเซลล์ร่างกาย ทำให้เกิดการสูงอายุได้เร็วขึ้น เซลล์ที่ผิดปกตินี้จะมีโครโมโซมที่ผิดปกติเพิ่มมากขึ้น ความผิดปกติของโครโมโซมจะทำให้ยีนส์หรือ DNA บกพร่อง เป็นสาเหตุให้เซลล์ตายเร็วขึ้น

2.1.3 ทฤษฎีว่าด้วยความผิดพลาดของเซลล์ร่างกาย (Error Theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า เมื่อคนมีอายุมากขึ้น ยีนส์จะค่อย ๆ เกิดความผิดพลาด และความผิดพลาดนี้จะเพิ่มมากขึ้นจนถึงจุดที่ทำให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายเสื่อมและหมดอายุลง

2.2 ทฤษฎีที่ไม่เกี่ยวกับยีนส์ (Non Genetic Theory) กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระดับเซลล์และระดับเนื้อเยื่อ แบ่งแยกย่อยได้ อีก 7 ทฤษฎีดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมและถดถอย (Wear and Tear Theory)

เชื่อว่า ถ้าหน้าที่ของร่างกายทั้งโครงสร้างมีการใช้ ก็จะทำให้เกิดการหมดอายุ ถ้ามีการใช้มาก มีผลทำให้เกิดการสูงอายุเร็วขึ้น

2.2.2 ทฤษฎีว่าด้วยการอดูซึมที่บกพร่อง (Deprivation Theory)

เมื่อคนมีอายุมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความเสื่อมที่เกิดขึ้นที่ผนังเซลล์ของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย เป็นผลให้การดูดซึมหรือการส่งผ่านออกซิเจนและสารอาหารต่าง ๆ ในเลือดไปสู่เซลล์ของอวัยวะต่าง ๆ เกิดขึ้นไม่สมบูรณ์ ทำให้เซลล์ของอวัยวะต่าง ๆ ได้รับความออกซิเจนและสารอาหารไม่เพียงพอ อวัยวะต่าง ๆ จึงเสื่อมลง

2.2.3 ทฤษฎีว่าด้วยการสะสม (Accumulation Theory) ทฤษฎีนี้

กล่าวว่า ในน้ำเหลือง (Serum) ของคนหรือสัตว์ที่สูงอายุ พบว่าการสะสมของสารบางอย่างซึ่งมีผลทำให้หยุดการเจริญเติบโตของเซลล์และสารนี้จะไม่พบในน้ำเหลืองของคนหรือสัตว์ที่มีอายุน้อย

2.2.4 ทฤษฎีว่าด้วยสารที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free Radical

Theory) ทฤษฎีนี้ กล่าวถึง การให้ออกซิเจนของเซลล์และการเผาผลาญพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรต และอื่น ๆ จะทำให้เกิดพวกเรดิคัล อิสระ (Free Radical Theory) อันเป็นสารที่ทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลง

2.2.5 ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen Cross-linkage

Theory) ทฤษฎีนี้ เชื่อว่า เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจนและไฟบรัสโปรตีนจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และเกิดการจับตัวมากขึ้น ทำให้เส้นใย (Collagen Fiber) หดสั้นเข้า ในวัยชรา ทำให้เกิดความสูญเสียการยืดหยุ่น เช่น ผิวหนัง และเส้นเลือด มีรอยย่นปรากฏขึ้น

2.2.6 ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunologic Theory) ทฤษฎีนี้

เชื่อว่า การสูงอายุเกิดจากความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี จึงเกิดความเจ็บป่วยง่าย และมักจะเป็นรุนแรง อันตรายถึงชีวิต

2.2.7 ทฤษฎีว่าด้วยความเครียด (Stress Theory) ทฤษฎีนี้กล่าว

ว่าความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มีผลทำให้เซลล์ตายได้ บุคคลที่ต้องเผชิญความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้นุคลนั้นเข้าสู่วัยสูงอายุเร็วขึ้น

3. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวถึงความสำคัญ

ของจิตใจ ดังที่ จุง (Jung) กล่าวว่า ความสำคัญของช่วงชีวิตในครึ่งหลัง จะมีผลมาจากครึ่งแรกของชีวิต อันเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป แยกเป็น 2 ทฤษฎีย่อย ดังนี้

3.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุ

จะเป็นสุขหรือทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคงอบอุ่น มีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น รักผู้อื่น และทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดี ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุขในชีวิตนั้นปลาย

3.2 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่อง และคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้ก็ด้วยเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องต่าง ๆ อยู่ มีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้ที่จะมีลักษณะเช่นนี้ได้ จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีและมีเงินใช้สอย อดไม่เดือดร้อนเป็นเครื่องเกื้อหนุน

4. ทฤษฎีทางด้านสังคมวิทยา (Sociologic Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงรวดเร็วก็จะทำให้สถานะของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และสถานะของผู้สูงอายุในสังคมใด จะเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้สูงอายุในสังคมนั้น (ดวงฤดี ลาสุพะ. 2526 : 14) นอกจากนั้น ยังได้แนะนำให้ผู้สูงอายุยอมรับว่า เมื่อถึงวัยสูงอายุถูกหลานและชุมชนมักจะทำให้ความสำคัญและความสนใจน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนี้ควรจะเป็นตัวของตัวเอง ลดความรับผิดชอบและพยายามรักษาสุขภาพไว้ให้ดี เพื่อจะได้ใช้ชีวิตในบั้นปลายอย่างมีความสุข โดยมีแนวทฤษฎี 2 แนวทาง ที่เสนอแนะการดำรงตนของผู้สูงอายุทางสังคม ดังนี้

4.1 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นสถานภาพทางสังคมจะลดลง บทบาทเก่าจะถูกถอนตัวออกไป ดังนั้น ผู้สูงอายุควรมีกิจกรรมต่อเนื่องจากวัยที่ผ่านมา ควรพอใจในการร่วมกิจกรรม สนใจและร่วมเป็นสมาชิกในกิจกรรมต่างๆ กิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่ทำให้มีสุขภาพดีทั้งใจและกาย กิจกรรมจึงมีความสำคัญต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ (Barrow and Smith. 1979 : 53)

4.2 ทฤษฎีไร้การผูกพัน (Disengagement Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุและสังคม จะลดบทบาทซึ่งกันและกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมถอย รวมทั้งความตายที่ค่อย ๆ มาถึง ผู้สูงอายุจึงหลีกเลี่ยงถอนตัวออกจากสังคม เพื่อลดความเครียดและพอใจกับการไม่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกันระหว่างตนเองกับสังคมต่อไป (Dowd. 1975 : 587)

4.3 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ทฤษฎีนี้ กล่าวว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขได้ก็ต่อเมื่อได้กระทำกิจกรรม หรือปฏิบัติตัวเช่นที่เคยกระทำมาแต่เก่าก่อน บุคคลใดคุ้นเคยกับการอยู่ร่วมกับคนหมู่มากก็กระทำต่อไป คนใดพอใจรักชีวิตที่อยู่อย่างสบาย สันโดษ ก็อาจแยกตนเองออกมาอยู่ตามลำพัง ทฤษฎีนี้กล่าวถึงพฤติกรรมของผู้สูงอายุว่าจะต้องปรับตัวให้เข้า

กับการเปลี่ยนแปลงมากมายหลายอย่างในสังคม เช่น การตายของสามีหรือภรรยา การเกษียณอายุ เป็นต้น

4.4 ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การพัฒนาการทางด้านจิตสังคมของคนในวัยสูงอายุ เป็นช่วงชีวิตที่จะรู้สึกว่ามีคุณค่า มีความมั่นคง จะมีความรู้สึกพึงพอใจในผลสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมา และเกิดความรู้สึกสุขสงบทางใจ และสามารถยอมรับได้ว่า ความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ในทางตรงกันข้าม คนที่ไม่ยอมรับ จะมีความรู้สึกว่า ตนนั้นมีโอกาสเลือกได้น้อย และต้องการให้มีชีวิตยืนยาวต่อไปอีก เกิดความห่อเหี่ยวสิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าตนนั้นไร้ค่า และความสามารถที่จะเผชิญต่อความสูงอายุลดน้อยลงด้วย

4.5 ทฤษฎีของเพค (Peck's Developmental Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่าผู้สูงอายุวัยต้น (55-75 ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (75 ปีขึ้นไป) มีความแตกต่างกันทั้งลักษณะนิสัย และการปฏิสัมพันธ์ทางด้านจิตสังคม เขามีความเชื่อว่าผู้สูงอายุมิพัฒนาการ 3 ประการ คือ

4.5.1 ความสามารถในการแยกความแตกต่างของคน กับบทบาทในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ความภาคภูมิใจในตนเองและความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าขึ้นอยู่กับบทบาทของหน้าที่การงาน เมื่อเกษียณอายุบางคนจะมีความรู้สึกว่าไร้คุณค่า แต่ถ้าความรู้สึกภาคภูมิใจและความมีคุณค่าของงานไม่ได้มาจากตำแหน่งหน้าที่ที่เคยทำ หลังเกษียณอายุความรู้สึกนั้นก็ยังคงมีอยู่ เช่น ผู้ที่ชอบปลูกต้นไม้หรือเล่นกอล์ฟ ก็จะพึงพอใจหลังเกษียณ ที่จะได้ทำสิ่งที่ต้องการแทนงานอาชีพที่เคยทำเป็นประจำ

4.5.2 ความสามารถทางร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ กับร่างกายที่แข็งแรงเมื่อยังทำงานอยู่ ทักษะทางด้านนี้ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความสามารถทางร่างกายที่ลดลง และพยายามปรับตัวให้เหมาะสม ชีวิตก็จะเกิดความพอใจ แต่ถ้าไม่ถึงความถดถอยของร่างกาย ก็จะทำให้ความสุขและความพอใจในวัยสูงอายุลดน้อยลง

4.5.3 การยอมรับว่า ร่างกายของตนเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติกับสภาพร่างกายก่อนสูงอายุ การยอมรับร่างกายตามธรรมชาติ ทำให้คนยอมรับความตายโดยไม่รู้สึกหวาดกลัว การยอมรับนี้รวมไปถึงกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความตายด้วย ในทางตรงกันข้าม คนที่ยึดถือสภาพร่างกายขณะที่อยู่ในวัยที่อ่อนกว่า ก็จะพยายามยืดชีวิตไว้ได้ยาวนานที่สุด และไม่พึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ หวาดกลัวความตาย

จากทฤษฎีต่าง ๆ ที่กล่าวมา จะเห็นว่า ผู้สูงอายุทุกคน มิได้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและสังคมเหมือนกันไปหมด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเชื่อ ความรู้ ความสามารถ สภาพาสภาพ ประเพณีวัฒนธรรม และมาตรฐานทางสังคมของแต่ละบุคคล

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุนั้นจะเกิดขึ้นไม่เท่ากันทุกคน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว พอประมวลได้ 3 ด้านคือ

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Biological Change) คราวน์ (ดวงฤดี ลาสุชะ . 2526 : 16 ; อ้างอิงมาจาก Clough. 1979 : 13-15) ได้ศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุไว้ว่า โดยธรรมชาติแห่งกระบวนการภาวะสมดุลในร่างกายของมนุษย์ ร่างกายจะควบคุมอุณหภูมิและเคมีชีวะโดยตัวมันเอง เมื่อคนอายุมากขึ้น ความเจริญของร่างกายจะลดลง การปรับตัวให้เข้ากับกิจกรรม และสิ่งแวดล้อมที่แปรเปลี่ยนไป ทั้งนี้ จะแตกต่างกันไปตามความแตกต่างของบุคคลแต่ละคน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเปลี่ยนแปลงในทุกระบบของร่างกาย ดังนี้

1.1 ระบบโครงกระดูก กระดูกจะกร่อน เมื่อเริ่มอายุ 45 ปี ทำให้เกิดหลังโค้งงุ้ม นอกจากนั้น การขาดวิตามินดี ก็มีผลทำให้กระดูกเสื่อมลง

1.2 ระบบประสาทส่วนกลาง การเสื่อมของระบบประสาทส่วนกลางมีผลต่อพฤติกรรมเช่น เกิดความสับสน ถ้าเสื่อมมากขึ้นจะเป็นแนวทางไปสู่โรคเรื้อรังในสมอง

1.3 ระบบประสาทรับรู้อาการ บััจจยแห่งความรู้สึจากสิ่งซึ่งมากกระตุ้นให้เกิดความยากลำบากในการทรงตัว

1.4 การมองเห็นจะลดน้อยลง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเส้นเลือดในลูกตา

1.5 การได้ยิน มีการเปลี่ยนแปลง ส่วนใหญ่จะหูตึง ทำให้เกิดปัญหาในการฟัง

1.6 ผิวหนังแห้งและเหี่ยวลง จากการขาดไขมันใต้ผิวหนังช่วยหล่อเลี้ยง ความยืดหยุ่นลดลง จึงมีโอกาสดังกล่าว

1.7 การควบคุมอุณหภูมิเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุจะทนอากาศร้อนหรือหนาวจัดไม่ค่อยได้

1.8 การทำงานของหัวใจและการไหลเวียนของโลหิตจะช้าลง เพราะความหนืดของเส้นเลือดมีมาก โดยเฉพาะผู้ที่ไขมันในเส้นเลือดมาก ๆ อาจถึงตายได้

1.9 การทำงานของระบบหายใจช้าลง จากการแข็งเกร็งของผนังกล้ามเนื้อทรวงอก ทำให้ความสามารถในการทำงานของปอดลดลง

1.10 ระบบขับถ่ายของเสียเปลี่ยนแปลงไป มีอาการปัสสาวะกระปริดกระปรอย

1.11 ระบบทางเดินอาหารมีความอยากอาหารลดลง และมีปัญหาในการขับถ่าย

1.12 ระบบต่อมไร้ท่อมีการทำงานของต่อมลดลง ทำให้เกิดภาวะเบาหวาน หรือต่อมไทรอยด์เป็นพิษได้

เสาวนีย์ กานต์เดชารักษ์ (2523 : 71) ได้ศึกษาเรื่อง ความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลประสาท พญาไท ในการสำรวจปัญหาสุขภาพนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาฟันและตา และผู้สูงอายุในเมืองจะประเมินตนเอง ว่ามีสุขภาพอนามัยแข็งแรงมากกว่าในชนบท สุนังอร สิทธิกุล (2524 : 52) ได้ศึกษาความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบท จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาทหลังล้มง่าย รองลงมาก็คือ ปัญหาฟันและตา ผู้สูงอายุในเมืองต้องการการบริการของรัฐมากกว่าในเขตชนบท ดังนั้นปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจึงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญทุกคน

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological Change) เป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคมเมื่ออายุมากขึ้น มีผลให้ต้องออกจากงานประจำตามอายุ กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องและเคยทำมาลดลง ทำให้เกิดการสูญเสียบทบาท ทำให้ความมั่นใจในตนเอง ความสามารถและคุณค่าของตนเองลดลง ยิ่งถ้าเกิดการสูญเสียสามีหรือภรรยาหรือบุตร ซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิทรุ่นราวคราวเดียวกัน ก็จะทำให้เกิดการกระทบกระเทือนใจเพิ่มมากยิ่งขึ้น (อุบล หลิมสกุล. 2527 : 30) อันเป็นอุปสรรคในการติดต่อกับเพื่อนฝูงและการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทางจิต

ของผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปตามสภาพของแต่ละบุคคล จากการศึกษาของอีลิโอเปาลอส (ดวงฤดี ลาสุชะ. 2526 : 17 ; อ้างอิงมาจาก Eliopoulos. 1979) พบปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

2.1 การเปลี่ยนแปลงบุคลิกพื้นฐาน เช่น ผู้สูงอายุที่สุขภาพเรื้อรัง หรือมี อารมณ์ฉุนเฉียว เป็นต้น ลักษณะดังกล่าว เป็นบุคลิกที่สืบเนื่องมาจากวัยเด็ก การเปลี่ยนแปลง ดังกล่าวเป็นลักษณะหนึ่งของปัญหาทางจิตใจ แต่จะไม่รุนแรง นอกจากนั้นบุคลิกของบางคนมีสาเหตุ มาจากทักษะที่มีต่อตนเอง อันเนื่องมาจากการสูญเสียสถานภาพเดิมบางประการ เช่น การเกษียณ อายุ รายได้ลดลง การสูญเสียคู่สมรส เป็นต้น

2.2 ความจำ เป็นปัญหาอย่างหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีผลต่อจิตใจ มีการระลึกเหตุการณ์ ในอดีตดีกว่าในปัจจุบัน

2.3 มีปัญหาในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ

2.4 มีการเปลี่ยนแปลงหรือสร้างนิสัยใหม่

คราวน์ (Clough. 1979 : 5-19) ได้ให้ทัศนะที่คล้ายคลึงกันคือ บุคลิกภาพของผู้ สูงอายุมีความมั่นคงขึ้น จำเรื่องในอดีตได้ดี สถิติปัญญาและความสามารถทางสมองลดลง มีความ เสรีร่าเริงจากภาวะสูญเสีย และผู้สูงอายุ 1 ใน 3 จะมีชีวิตอยู่ตามลำพัง

เบอร์นไซด์ (Burnside. 1977 : 56-59) ได้กล่าวถึงอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ในผู้สูงอายุว่าประกอบด้วยความวิตกกังวล เสรีร่าเริง รู้สึกโดดเดี่ยว หวาดระแวง ซึ่งมีสาเหตุ จากความเสื่อมของประสาทรับรู้ การสูญเสียสิ่งต่าง ๆ

จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ ของผู้สูงอายุแต่ละคนแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความเสื่อมของร่างกายและประสาทรับรู้ ประสบการณ์ของตนเอง ตลอดจนความรู้สึก เกี่ยวกับตนเอง

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social Change) ผู้สูงอายุจะลดบทบาทของ ตนเอง การเกี่ยวข้องทางสังคมและกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมจะน้อยลง วงสังคมแคบและจะ เกี่ยวข้องกับคนอื่นก็เฉพาะกิจกรรมบางอย่างเท่านั้น ในขณะที่เดียวกันคนในสังคมจะมองหรือแบ่ง แยกกลุ่มผู้สูงอายุไว้พวกหนึ่งบริการต่าง ๆ ที่สังคมนั้น ๆ เตรียมไว้แก่ผู้สูงอายุ เช่น บริการทาง

การแพทย์ บริการบำเหน็จบำนาญ บริการทางสังคมต่าง ๆ เหล่านี้ ย่อมเป็นเครื่องสะท้อนให้เห็นว่า สังคมนั้นรู้สึกห่วงใยและให้ความสำคัญแก่กลุ่มผู้สูงอายุมากน้อยเพียงไร (อุบล หลิมสกุล. 2527 : 30)

เมื่อพิจารณาถึงสังคมไทยในปัจจุบัน พบว่า สังคมไทยในเขตเมืองมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและซับซ้อนทั้งหลักการและวิธีการ ดังเช่นครอบครัว การปกครอง เศรษฐกิจ และผลิตผลทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นแรงผลักดันทำให้เกิดความขัดแย้งในความคิด คีลธรรม จรรยา และคุณค่าต่าง ๆ ในสังคม (ไพฑูรย์ สินลารัตน์. 2525 : 2) หากจะดูทางด้านครอบครัวนั้น จะมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกบ้านกันอยู่ ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดน้อยลง พ่อแม่มีอายุมากจะถูกทอดทิ้ง อีกทั้ง สภาวะเศรษฐกิจที่รัดตัว ทำให้สมาชิกครอบครัวต้องออกหางานหาเพื่อความอยู่รอด เป็นเหตุให้ห่างเหินจากผู้สูงอายุ มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตแทบทั้งสิ้น

จากการศึกษา เกี่ยวกับทฤษฎีการสูงอายุ และการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุที่กล่าวข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป การสูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง โดยอาศัยทฤษฎีต่าง ๆ อธิบาย ได้แก่ ทฤษฎีวิวัฒนาการ ทฤษฎีชีววิทยา ทฤษฎีด้านจิตวิทยาและทฤษฎีทางด้านสังคมวิทยา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุนั้น เกิดขึ้นไม่เท่ากันทุกคน ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ มีไม่มากนักในประเทศไทย จากสาระสำคัญของนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2536 - 2554) มีนโยบายสนับสนุนให้มีการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ วิจัยประเมินผลโดยมีศูนย์ข้อมูลกลางให้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ (ฝ่ายนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว. 2535 : 2-3)

มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไว้ ดังนี้

บุษกร ภิรมลภมร (2528 : 61) ได้ศึกษาความต้องการด้านสุขภาพอนามัย และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีต่อการส่งเสริมสุขภาพ เปรียบเทียบระหว่างผู้มารับบริการกับผู้ไม่มารับบริการ พบว่า ต้องการได้รับความรัก การเอาใจใส่จากบุตรหลาน ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับ

บุตรหลานและเพื่อนสนิท ผู้ยังคงมารับบริการ เพราะต้องการได้รับการตรวจร่างกาย และพบปะสังสรรค์กับเพื่อนวัยเดียวกัน ส่วนผู้หยุดมารับบริการ ให้เหตุผลว่า รู้สึกเบื่อกับการที่จัดอยู่ซ้ำเดิมไม่มีอะไรแปลกใหม่ ประกอบกับไม่มีเวลาว่างและคิดว่าตนเองมีสุขภาพดี จึงไม่จำเป็นต้องมาตรวจทุกสัปดาห์

* มาลี รัชตะนาวิน (2534 : 123) ได้ทำการศึกษาความต้องการในการรับบริการทางการศึกษานอกระบบโรงเรียนของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการรับบริการทางการศึกษานอกระบบโรงเรียนทางด้านจิตใจมากกว่าด้านสุขภาพกาย เช่น การทำจิตใจและอารมณ์ให้มีความสุข การรักษาสุขภาพจิตที่ดีในชีวิตประจำวัน

โดยเฉพะสังคมในเขตเมือง ทรัพย์ สีนลรัตน์ (2525 : 2) ได้แสดงความคิดเห็นว่าครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลง มีการแยกบ้านกันอยู่ ความสัมพันธ์ในครอบครัวลดน้อยลง พ่อแม่มีอายุมากจะถูกทอดทิ้ง อีกทั้งสภาวะเศรษฐกิจที่รัดตัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องออกหางานหาเพื่อความอยู่รอด เป็นเหตุให้ห่างเหินจากผู้สูงอายุ มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตแทบทั้งสิ้น

* การแก้ไขปัญหของผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน ค้ำครอง และดูแลจากภาครัฐและครอบครัว เพื่อสวัสดิภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ รัฐบาลจึงได้มีนโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว (พ.ศ. 2535-2554) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพของวัย สภาพแวดล้อม ดูแลรักษาสุขภาพและได้รับการคุ้มครองดูแลจากครอบครัวและสังคม (นโยบายและมาตรการสำหรับผู้สูงอายุระยะยาว. 2535-2554 : 1)

สภาพทางอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุเป็นไปในรูปใด ขึ้นอยู่กับพัฒนาการในวัยที่ผ่านมาเฉพาะตน ความเสื่อมสมรรถภาพทางกายทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่า ตนเป็นบุคคลไร้ค่า ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ประกอบกับการสูญเสียอำนาจ ตำแหน่งหน้าที่การงาน บทบาทในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีความกังวล ใจน้อย กระทั่งกระเหินใจได้ง่าย สภาพสังคมและค่านิยมของคนรุ่นใหม่ ซึ่งเกษม ดันติพลาชีวะ (2528 : 81-82) ได้ศึกษาพบว่า ความกดดันที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยเฉพาะพ่อแม่ในปัจจุบันเสื่อมลง บุตรหลานและบุคคลในครอบครัวจะมองไม่เห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ มองในแง่ผลให้ประโยชน์ลดลงกว่าในอดีตคือผู้สูงอายุไม่สามารถหาเงินมาจุนเจือครอบครัวได้มากกว่าแต่

ก่อน ไม่สามารถทำงานได้คล่องตัวเหมือนเดิม และในบางครั้งเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้น ทำให้คนเริ่มเห็นว่าผู้สูงอายุกำลังเป็นภาระและความรับผิดชอบที่เกินความสามารถของครอบครัว เกิดการเกี่ยงกันที่จะดูแล ต่างอ้างแต่ภาระกิจของตนเองเป็นหลัก ในที่สุดก็ถูกผลักไสออกจากครอบครัว ผู้ที่ปรับตัวไม่ได้จึงอาจเกิดปัญหาทางจิตใจได้ (เกษม ตันติพลลาชีวะ และกุลภา ตันติพลลาชีวะ. 2528 : 81-82)

จากงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม ทำให้สภาพความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุได้รับผลกระทบกระเทือนทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม อันส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นปัญหาสังคมที่สำคัญประการหนึ่งด้วย

สุขภาพจิต (Mental Health)

ความหมายของสุขภาพจิต

มีผู้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้มากมาย ซึ่งพอจะกล่าวโดยสรุปได้ดังนี้

ผน แสงสิงแก้ว (2522 : 57) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิต ว่าเป็นสภาวะของชีวิตที่มีสุขภาพ ผู้มีสุขภาพจิตดี คือผู้ที่สามารถปรับตนเอง อยู่ได้ด้วยความสุขในโลกซึ่งเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ได้

หลวงวิเชียร แพทยาคม (2510 : 2) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิต ไว้ว่า คือความสามารถในการรักษามาตรฐานแห่งจิตใจ พร้อมกับส่งเสริมให้จิตใจมีความสุขความเจริญยิ่ง ๆ ขึ้นไปอีก

สุรางค์ จันทน์เอม (2527 : 2) กล่าวว่าสุขภาพจิตคือ สุขภาพของจิตใจที่ดีของมนุษย์หรือการมีสภาพจิตที่ดี เช่น มีจิตใจเบิกบานแจ่มใสอยู่เสมอ ไม่มีความวิตกกังวลใด ๆ มีแนวความคิดถูกต้อง ส่วนบุคคลที่สุขภาพจิตเสื่อมย่อมหมายถึงบุคคลที่มีสุขภาพจิตผิดปกติ มีความกังวลทุกข์ร้อนอยู่เสมอ ตลอดจนมีแนวความคิดพฤติกรรมคิดไปจากปกติธรรมดา

ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์ (2530 : 19) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตว่า หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี เป็นผู้ที่มีร่างกายและจิตใจที่เป็นสุข ปราศจากโรคจิต โรคประสาท สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมในสังคม โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ มีความมั่นคงทางจิตใจ

มีสรรพภาพนการทำงาน สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข มีบุคลิกภาพที่อำนวยความสะดวกให้แก่ตนเอง และสังคมได้เป็นอย่างดีและสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอ็กเบิร์ต (Egbert. 1980 : 10) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง การปฏิบัติตนอยู่ในศีล ทั้งทางใจ วาจา มีสติ พิจารณาส่งทั้งหลายให้รู้เห็นเท่ากับความจริง ไม่ถูกครอบงำด้วยอินทรีย์นร่าย และมีความเป็นมิตรกับคนอื่น ๆ

แคปแลน และคนอื่น ๆ (Kaplan and others. 1980 : 285) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นสุข สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

มูลี (Mouly. 1965 : 165 - 167) กล่าวว่าถึงสุขภาพจิตว่าหมายถึงการกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อสนองความต้องการของบุคคล เป็นการลดความตึงเครียดทางอารมณ์ เพื่อการปรับตัว เพื่อสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า " สุขภาพจิต คือความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธ์ภาพอันดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสะดวกอย่างสุขสบาย รวมทั้งสามารถสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงนี้ได้ โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ ทั้งนี้ คำว่าสุขภาพจิตมิได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่ความปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น"

เกลสเซอร์ (Glasser. 1960 : 187-189) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาการแพทย์ ได้ให้ความเห็นว่า เรื่องของสุขภาพจิตนั้นมีความหมายเช่นเดียวกับคำว่า "การรับผิดชอบ" กล่าวคือเป็นความสามารถของบุคคลที่จะสนองความต้องการต่าง ๆ ได้สำเร็จ โดยไม่ขัดแย้งกับคนอื่น และโดยที่ความต้องการพื้นฐานของมนุษย์นั้นแบ่งได้เป็น 2 ประการ คือ

1. ความต้องการที่จะรักและความต้องการที่จะเป็นที่รักของคนอื่น
2. ความต้องการที่จะเกิดความรู้สึกว่าตัวเองมีค่าทั้งต่อตัวเองและคนอื่น

ดังนั้น คนที่รับผิดชอบ ก็คือ คนที่ประพฤติปฏิบัติไปในทางที่จะทำาให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าตัวเองมีค่าทั้งกับตนเองและผู้อื่น การมีความรับผิดชอบนั้น เป็นสภาวะการณ์ที่ซับซ้อนซึ่งจะมีอยู่ตลอดชีวิต และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการมีสุขภาพจิตดี

จอห์น ซัทตัน และ เวบสเตอร์ (John, Sutton and Webster. 1970 : 37)

ได้อธิบายความหมายของสุขภาพจิตไว้คล้ายคลึงกันว่า เป็นลักษณะของความสุขสมบูรณ์ส่วนบุคคลที่เป็นผลเนื่องมาจากที่บุคคลนั้นได้รับความพอใจ เมื่อความต้องการของเขาได้รับการตอบสนองหลังจากที่ได้ปรับตัวของเขาเองและปรับตัวด้านสังคมในสภาพแวดล้อมของเขามานานแล้ว และในการปรับตัวนั้น บุคคลจะพยายามที่จะประพฤติปฏิบัติไปในทางที่สังคมยอมรับ ดังนั้นลักษณะพฤติกรรมของแต่ละบุคคลจะบอกให้รู้ว่าบุคคลนั้นสามารถเผชิญกับปัญหาอย่างตรงกับข้อเท็จจริงแค่ไหน บอกให้รู้ถึงความสามารถในการทำงานและการหาความสุข ความสามารถในการเกื้อกูลต่อความเจริญของสังคม และความสามารถที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จันทนา สุขวักจัน (2520 : 3) กล่าวว่า ใครมีสุขภาพจิตดีนั้น จะต้องพิจารณาจากความสมบูรณ์ถูกต้องในการรับรู้ มีเหตุผลดี มีความรู้สึกที่ไม่สับสนวุ่นวายและสามารถปรับตัวเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ใช้ชีวิตเข้ากับผู้อื่นได้โดยไม่ก่อทุกข์แก่ตนเองและผู้อื่น และยังประโยชน์สุขแก่สังคมได้ด้วย ทั้งนี้ เพราะผู้ที่มีสุขภาพจิตดีนั้น (Edward. 1954 : 21) คือ "คนที่สามารถปรับตัวในด้านส่วนตัว ครอบครัวและสังคม สามารถเผชิญปัญหาและเลือกแสวงหาสิ่งที่พึงพอใจ มีความสำเร็จและความสุขในงานประจำวัน ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ดีและมีชีวิตเป็นสุขในสังคม"

จารุชดา (Jahodas. 1958 : 22 - 24) ได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเกณฑ์พิจารณาผู้ที่มีสุขภาพจิตดีไว้ดังนี้ คือ

1. พัฒนคติต่อตัวเอง หมายถึง มีอัตมรณทัศน์อย่างถูกต้อง มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และเข้าใจเอกลักษณ์ของตนเอง
2. การสร้างความเจริญให้บังเกิดขึ้นแก่ตนเอง บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีย่อมมีแบบฉบับในการพัฒนาตนเองให้มีความเจริญยิ่ง ๆ ขึ้น
3. สร้างบูรณาการแห่งบุคลิภาพของตนเอง หมายถึง การผสมผสานกลมกลืนของบุคลิภาพของตน อันได้แก่ กระบวนการคิด ความรู้สึกและการกระทำที่สอดคล้องกัน คนที่มีสุขภาพจิตไม่ดีจะไม่สามารถแสดงบทบาทที่สอดคล้องกัน มักเกิดความขัดแย้งกันระหว่างความคิด ความรู้สึก และการกระทำ

4. สร้างความสัมพันธ์ต่อโลกภายนอก คือ ความเป็นอิสระต่อตนเอง พฤติกรรมของบุคคลย่อมไม่เกิดจากอิทธิพลภายนอกอย่างเดียว แต่มีผลมาจากอิทธิพลภายในด้วย เช่น ค่านิยม ศรัทธาของตนเอง

5. เข้าใจสภาพความเป็นจริง หมายถึงการมองโลกด้วยความเป็นจริง บุคคลที่สุขภาพจิตไม่สมบูรณ์ มักจะเข้าใจอะไรผิด ๆ ไม่ตรงกับความเป็นจริง

6. สามารถควบคุมและมีอำนาจเหนือสิ่งแวดล้อม หมายถึง ความสามารถที่จะทำงาน เล่นออกกำลังกาย และมีประสิทธิภาพในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้

สุภาพรณ โคตรจรัส (2527 : 98) ได้อ้างถึงคำกล่าวของโรเจอร์ว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่มีการพัฒนาตนเองอย่างเต็มที่ มีวุฒิภาวะทางจิตสูง ประกอบด้วย 3 ประการ คือ

1. เปิดตนเองให้กับประสบการณ์อย่างเต็มที่ มีความสมดุล และ สอดคล้องในตนเองอย่างสมบูรณ์
2. มีชีวิตอย่างเต็มที่ทุกขณะอยู่ในกระบวนการเปลี่ยนแปลง และพัฒนาอย่างไม่มีที่สิ้นสุด
3. เชื่อในการตัดสินใจและการเลือกของตนเอง เป็นตัวของตัวเอง โดยปราศจากความกลัว

กรมการแพทย์ให้ข้อพิจารณาผู้มีสุขภาพจิตดีไว้ดังนี้ (กรมการแพทย์. 2529 : 3) คือ

1. ไม่มีโรคทั้งร่างกายและจิตใจ
2. สามารถสร้างความสัมพันธ์และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้
3. สามารถปรับตัวอยู่ในสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงให้พออยู่ได้ หรือ

สามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและแก่ชุมชนได้ตามควรแก่สภาพตน

4. สามารถปรับจิตใจให้พอใจและมั่นคงได้เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้น

สุจริต สุวรรณชีพ (2525 : 5) กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีนั้น นอกจากเป็นผู้ที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บทั้งร่างกายและจิตใจ ยังต้องมีความสามารถที่จะผูกพันกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่นและวางตัวได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ หรือหาตนให้มีคุณค่าได้ในสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เมื่อมีอุปสรรคมาขัดขวางความต้องการ

ก็สามารถผ่อนปรนหาทางออกที่ราบรื่นถูกต้องกับตนเองคลองธรรมได้ และสามารถปรับจิตใจหาพอใจในผลที่ได้รับนั้น ๆ ด้วย

มุกดา สุขสมาน (2528 : 138 - 140) ได้เสนอเกณฑ์พิจารณาการประเมินค่าสุขภาพจิตของบุคคลว่าอยู่ในระดับปกติหรือไม่ โดยอาศัยบรรทัดฐานของสังคมเป็นแนวทาง เพื่อประเมินสภาพสุขภาพจิตของแต่ละบุคคลไว้ดังนี้คือ

1. ความต้องการ (Need) ความต้องการนี้เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ได้รับผลความต้องการมีความสุข หากไม่ประสบผลตามความมุ่งหวังจะทำให้ไม่มีความสุข และสุขภาพจิตถูกรบกวน ความต้องการดังกล่าวคือ

1.1 ความต้องการพื้นฐานทางสรีรวิทยา เช่น ความต้องการอาหาร ความต้องการทางเพศ

1.2 ความต้องการความปลอดภัย

1.3 ความต้องการเป็นที่ยอมรับและชื่นชมของผู้อื่น

1.4 ความต้องการเป็นที่ยอมรับนับถือจากผู้อื่น

1.5 ความต้องการในการกระทำงานให้สำเร็จ ซึ่งความต้องการระดับนี้ เป็นความต้องการระดับสูงจะเกิดความต้องการเมื่อความต้องการระดับอื่น ๆ ประสบผลสำเร็จหมดแล้ว

2. จุดมุ่งหมายหรือหลักชัย คือ จุดมุ่งหมายปลายทางของชีวิต เป็นประเด็นที่ควรจะนึกถึงเพื่อประเมินสุขภาพจิต การมีจุดมุ่งหมายในชีวิตเป็นสิ่งที่ดี เพราะจะทำให้มีทิศทางของการกระทำ และมีวัตถุประสงค์ในการทำงาน กระบวนการที่ใช้สร้างจุดมุ่งหมายปลายทาง เป็นสิ่งที่ยากและซับซ้อน ต้องประกอบด้วยปัจจัยที่เป็นพื้นฐาน คือจะต้องมีสุขภาพจิตดี จุดมุ่งหมายปลายทางต้องเป็นจริงได้ และขึ้นอยู่กับค่านิยมและความต้องการทางสังคม

3. การรู้จักตนเอง ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ต้องรู้จักและยอมรับตัวเอง มีความเชื่อมั่นตัวเอง รู้จุดอ่อน จุดเด่นของตัวเอง รู้จักวิธีแก้ไขปรับปรุงตัวเองเมื่อรู้ข้อผิดพลาดต่าง ๆ คุณสมบัติของมนุษย์ที่จะทำให้องค์เห็นตัวเองได้ดี ก็คือ ต้องมีความหวัง ความศรัทธา ความยึดมั่นและความอดทน ความหวังทำให้จิตใจมีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา ถ้าไม่มีความหวัง ชีวิตก็จะสิ้นสุด

ลงพร้อมพลังงานต่าง ๆ ในตัวจะหมดไป ความเชื่อมั่น ความศรัทธา ขึ้นอยู่กับความเชื่อถือ ความเข้าใจในบางสิ่งบางอย่าง ต้องเชื่ออย่างมีเหตุผล

4. การเจริญเติบโตและพัฒนาการ การเจริญเติบโตตามปกติจะทำให้มีการพัฒนาทางจิตใจควบคู่ไปด้วย ทำให้เกิดความสามารถที่จะรู้จักตนเองได้ดีขึ้น แต่ถ้าการเจริญเติบโตผิดปกติไปจะทำให้ขั้นตอนต่าง ๆ ของการรู้จักตนเองเสียไปด้วย

5. พื้นฐานของความรัก ความรักเป็นทัศนคติที่แสดงออกของความรู้สึกที่จะดูแลผู้อื่น รวมทั้งแรงผลักดันอย่างแรงกล้าที่จะช่วยสร้าง และช่วยผู้อื่น ความรักเป็นข้อผูกมัดในด้านความพอใจซึ่งกันและกัน ความรักระหว่างบิดามารดาและบุตรเป็นตัวอย่างของความรักที่สมบูรณ์ ความรักมักจะเป็นสิ่งที่สร้างสรรค์ในด้านความเข้าใจตนเอง การเสียสละ การยอมรับตัวเองและความรู้สึกในด้านความรักนี้ ทำให้มนุษย์มีคุณค่าและเจริญขึ้นเหนือกว่าสัตว์ทั้งหลาย พัฒนาการของมนุษย์จะสมบูรณ์ไม่ได้ ถ้าปราศจากความรัก

6. การยอมรับความจริง หมายความว่า ตระหนักต่อความจริงต่าง ๆ ที่อยู่รอบสภาพแวดล้อมรอบตัว และสามารถทำให้เหมาะสมกับตัวเอง ซึ่งแสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพจิตดี เข้าใจถึงความเป็นจริงและรับรู้โดยไม่มีบิดเบือนความจริง ผู้ที่ยอมรับความจริง ต้องมีความสามารถที่จะยอมรับความไม่สมหวังและการสูญเสียต่าง ๆ เช่น เสียคนรัก สิ่งเหล่านี้จะเป็นเครื่องชี้ให้เห็นว่าท่านสามารถจะเผชิญกับความจริงได้อย่างไรบ้าง การกล้าที่จะเผชิญเหตุการณ์เช่นนี้ และยอมรับโดยไม่เกิดปัญหาอื่น ๆ เป็นการทดสอบสุขภาพจิตอย่างหนึ่ง

7. ประสบการณ์ทางอารมณ์จะต้องรู้จักวิธีควบคุมอารมณ์ และรักษาให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของตัวเองได้ โดยไม่แสดงอาการภายนอกให้ปรากฏมากเกินไป ต้องปรับให้พอเหมาะกับสภาพแวดล้อมการควบคุมหรือการเก็บอารมณ์มากเกินไป จะทำให้กระทบกระเทือนสุขภาพจิตได้

ปัญหาและความสำคัญของสุขภาพจิต

คนทั่วไปมักจะให้ความสำคัญแก่สุขภาพกายมากกว่าสุขภาพจิต เพราะคิดว่าการจะทำงาน ประกอบอาชีพนั้นอาศัยร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงเท่านั้น แต่ตามสภาพความเป็นจริงแล้วการที่คนเราจะมีสุขภาพดีนั้น จะต้องประกอบด้วยความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพเปลี่ยนแปลงทางสังคมได้ด้วย

ในสังคมปัจจุบันมีความสับสนวุ่นวายและซับซ้อนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ อย่างรวดเร็วทำให้เกิดกระทบกระเทือนต่อความสงบสุขในการดำเนินชีวิตของมนุษย์ สังคมปัจจุบันเต็มไปด้วยการต่อสู้ ซึ่งตีชิงเด่นเพื่อความอยู่รอด เป็นเหตุให้คนเราต้องประสบความยุ่งยากในการปรับตัว จนบางครั้งอาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

ในการพัฒนาประเทศชาติให้เจริญนั้น จำเป็นต้องพัฒนาคน เพราะคนคือกลไกสำคัญ ในการสร้างความเจริญ ดังนั้นคนในชาติจึงต้องเป็นคนที่มีความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ที่ว่า "ความมั่นคงของชาตินั้นส่วนใหญ่อยู่ที่คน ฉะนั้นจิตใจของคนและสุขภาพจิตของคนจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องพัฒนา ชาติต้องการคนที่มีสุขภาพจิตดี มีอารมณ์เป็นสุข มีสมรรถภาพทางจิตใจ" และท่านได้อธิบายไว้ว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีคือ ผู้ที่มีร่างกายเป็นสุข ผู้ที่มีสุขภาพไม่ดีย่อมด้วกับความเจริญทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ถ้าคนมีแต่ร่างกายแข็งแรงแต่จิตใจไม่เป็นปกติ ก็เป็นเครื่องด่างเหมือนกัน และบางครั้งทำลายเศรษฐกิจอีกด้วย การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในด้านต่าง ๆ ทุกวันนี้ ทำให้เกิดเป็นปัญหาในเรื่องสุขภาพจิต และความยุ่งยากทางจิตใจทำให้เกิดปัญหาความยุ่งยากทางเศรษฐกิจและสังคมได้ การศึกษาและเข้าใจคนแต่ละคนเป็นราย ๆ และเข้าใจคนในชุมชน จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่เราจะต้องศึกษาชีวิตของคนแต่ละชีวิต รวมทั้งสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตของบุคคลซึ่งเกี่ยวพันเป็นลูกโซ่ต่อกัน (ปัญญา สมบูรณ์ศิลป์ และสุจินต์ ปริษามารถ. 2534 : 41)

สาเหตุที่ทำให้สุขภาพจิตเสื่อม

สาเหตุที่ทำให้คนมีสุขภาพจิตเสื่อมขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ

1. ปัจจัยจากภายในร่างกาย คือสิ่งได้รับการถ่ายทอดทางพันธุกรรมเป็นตัวกำหนดรูปร่างลักษณะ อารมณ์ สติปัญญา และโรคบางอย่างของมนุษย์ ๆ
2. ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อม อันเกิดจากสภาวะเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และอื่นๆ ที่มากกระทบจิตใจ

กิติกร มีทรัพย์ (2533 : 14) ได้ประมวลสาเหตุที่สำคัญ ๆ ของการทำให้สุขภาพจิตเสื่อม มีอยู่ 3 สาเหตุด้วยกัน คือ

1. สาเหตุทางด้านร่างกายหรือชีวภาพ
2. สาเหตุด้านจิตใจ
3. สาเหตุทางด้านสังคม

สาเหตุทางด้านสังคม โดยเฉพาะปัญหาด้านเศรษฐกิจที่สำคัญ ๆ 4 อย่าง ด้วยกันคือ ปัญหาค่าครองชีพ ปัญหาเรื่องการนิยมนิวัตน์ ปัญหาเรื่องการทำงานและปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจกล่าวได้ว่าปัญหาเรื่องการครองชีพ ปัญหารายได้ไม่พอกับรายจ่ายเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตโดยตรงที่สุด

สุตสวาสดิ์ พุทธสุวรรณ (2533 : 7) ได้กล่าวถึงสาเหตุของการเสียสุขภาพจิตนั้นมีสาเหตุใหญ่ ๆ อยู่ 2 ประการคือ

1. เกิดจากความผิดปกติทางกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความผิดปกติทางสมอง
2. เกิดจากความผิดปกติทางจิตใจ กล่าวคือ ร่างกายไม่อาจทนต่อความเครียด ความกดดันที่ได้รับจากสภาพแวดล้อม และสถานการณ์ทางสังคมได้ จึงทำให้เสียสุขภาพจิต

สุจิตรา จรัสศิลป์ (2531 : 4 - 5) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลที่ทำให้สุขภาพจิตเสื่อมดังนี้

1. สภาพทางกาย (Physical Stress) ได้แก่ พันธุกรรม อุบัติเหตุ สุขอนามัย การได้รับสิ่งเป็นพิษ โรคและการ ไร้ศักยภาพใช้เงิน การติดเชื้อ ความพิการ
2. พื้นฐานบุคลิกภาพเดิม (Personality Defect) ซึ่งอยู่ภายใต้อิทธิพลจากประสบการณ์ จากสัมพันธภาพในครอบครัว ความต้องการพื้นฐานและการได้รับการตอบสนอง การปรับตัว ประสบการณ์ที่ได้จากสังคม ความสะท้อนใจที่ได้รับมาตั้งแต่เยาว์วัย
3. เหตุกระตุ้น เช่น ภาวะกดดันทางจิตใจ ซึ่งมักจะมาจากการงาน หรือการเรียน การเงิน ครอบครัว สังคมแวดล้อม การใช้ชีวิต เรื่องเพศ

จากความหมายของสุขภาพจิตที่กล่าวมาข้างต้นนี้ สรุปได้ว่าสุขภาพจิต หมายถึง ความพึงพอใจความสุขใจที่บุคคลได้รับ อันเนื่องมาจากความต้องการได้รับการตอบสนอง และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้ดี สามารถหาประโยชน์ให้แก่ตนและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อาการของบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตและวิธีการประเมินปัญหาสุขภาพจิต

สวณีย์ เกี่ยวถึงแก้ว (นิรมล แก้วมีศรี. 2537 : 31-33; อ้างอิงมาจากสวณีย์ เกี่ยวถึงแก้ว. ม.ป.ป.) ได้อธิบายถึงการแสดงออกทางภาวะความไม่สมบูรณ์ของจิตใจว่าอาจจะพบในคนทั่ว ๆ ไปมากน้อยแล้วแต่บุคคล ถึงแม้ว่าจะยังไม่ถึงขั้นเจ็บป่วย อาการเหล่านี้ ได้แก่

- 1) มีบุคลิกเฉื่อยชา ไม่สนใจใยดีต่อสภาพแวดล้อมรอบตัว (Passivity)
- 2) มีความต้องการพึ่งพาผู้อื่นสูง (Dependency)
- 3) มีความรู้สึกว่าตนเองไม่สบาย (Subjective Discomfort)
- 4) มีความบกพร่องในหน้าที่ที่รับผิดชอบ (Responsibility Defect)
- 5) แสดงออกให้เห็นชัดว่า ขาดความรับผิดชอบต่อครอบครัว (Inadequate Family

Role)

- 6) บกพร่องในการประกอบอาชีพ (Inadequate Occupational Role)
- 7) การประเมินค่าตัวเองผิดจากความเป็นจริง (Self Appraisal Disturbance)

ข้อ 1-7 เป็นอาการผิดปกติของจิตใจในระยะแรก

ข้อ 8-18 เป็นอาการผิดปกติของจิตใจในระดับปานกลาง

- 8) หวาดระแวงไม่มีความเชื่อในผู้อื่น (Suspiciousness)
- 9) มีไฟทางตื่นเต้นอยู่ไม่นิ่ง (Excitement)
- 10) อารมณ์เปลี่ยนแปลง (Cyclothymia)
- 11) จิตใจหดหู่ไม่สดชื่น (Depression)
- 12) แยกตัวเอง (Withdrawnness)
- 13) ควบคุมตนเองไม่ได้ (Impulsivity)
- 14) มีความหวาดวิตกกังวลตลอดเวลา (Chronic Anxiety)
- 15) มีอารมณ์และความรู้สึกในด้านต่อต้าน และเป็นปรปักษ์ต่อผู้อื่น (Hostile Affect)
- 16) มีพฤติกรรมคล้ายเสแสร้ง (Histrionic Behavior)
- 17) มีความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ (Sexual Maladaptation)

- 18) มีอาการเจ็บป่วยทางกายหลายอย่าง โดยไม่มีสาเหตุ (Somatic Complaint)
- 19) มีความบิดเบือนทางกระบวนการความคิด (Distort Conceptualization)
- 20) มีอาการสับสนโดยการจัดการรับรู้ไปจากสาเหตุ (Dissociation)
- 21) มีความกลัวในสิ่งที่ไม่น่ากลัว (Phobic)
- 22) มีความคิดซ้ำ ๆ และการกระทำซ้ำ ๆ (Obsessive Compulsive)
- 23) ใช้สิ่งเสพติด (Drug and Alcohol Abuse)
- 24) แสดงความรู้สึกเป็นปรปักษ์ออกมาในรูปการทารุณและทำลาย (Hostile Aggressiveness)

- 25) มีอาการนอนไม่หลับ (Sleep Disturbance)
- 26) มีอาการประสาทหลอน (Hallucination)
- 27) มีความเชื่อผิด ๆ หรือหลงผิด ๆ (Delusion)
- 28) ความจำเสื่อม (Memory Impairment)

ข้อ 19-28 เป็นอาการผิดปกติทางจิตในระดับรุนแรง

การประเมินสุขภาพจิตของคนเรา โดยทั่วไปเป็นเรื่องที่ทำได้ลำบาก เพราะว่าเราไม่สามารถประเมินสุขภาพจิตได้โดยตรง และเราไม่มีเครื่องมือที่จะใช้ตรวจสอบสภาพจิต แต่เราสามารถประเมินสภาพจิตโดยอาศัยการแปลพฤติกรรมและการแสดงออกของบุคคล แล้วนำมาหาข้อสรุปว่า บุคคลนั้น ๆ อยู่ในเกณฑ์ของผู้มีสุขภาพจิตที่ดี หรือไม่ดี อย่างไร อาศัยหลักที่ว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ก็คือผู้ที่มีพัฒนาการทางด้านจิตใจ อารมณ์สมบูรณ์ และไม่มีอาการที่บ่งบอกถึง ความเจ็บป่วยทางจิตใจ อารมณ์ (สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. 2527 : 14) ซึ่งได้มีการใช้แบบสอบถามสุขภาพชื่อ The Cornell Medical Index-Health Questionnaire (C.M.I) ซึ่งสร้างโดย นายแพทย์ เค บรอดแมน (K. Broadman) และคนอื่น ๆ สร้างขึ้นระหว่างปี ค.ศ. 1949-1952 แบบทดสอบนี้ เป็นที่นิยมในยุโรป และสหรัฐอเมริกา สำหรับประเทศไทย เมื่อปี 2520 นายแพทย์ยรรยง ศุภรัตน์ และคณะได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย และทดลองใช้กับนิสิตมหาวิทยาลัย

ศรีนครินทร์วิโรฒ บางเขน จำนวน 108 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90 ลักษณะของแบบสอบถาม มี 2 แบบ คือ สำหรับผู้ชาย และสำหรับผู้หญิง ค่าถามมีทั้งหมด 195 ข้อ ครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ลักษณะคำถามแบ่งออกเป็นส่วนตัวต่าง ๆ 18 ส่วน

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

การวิจัยในประเทศไทย

อัมพร รัตตระกูล และคนอื่น ๆ (2521 : 22-28, 150-152) ได้ทำการวิจัยเรื่องปัญหาสุขภาพจิตในเขตเมือง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรในเขตสามเสนใน กรุงเทพฯ จำนวน 1,374 คน พบว่าประชากรในเขตเมืองมีปัญหาสุขภาพจิต ประมาณ 30% ช่วงอายุที่มีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพจิตมาก คือ วัย 40-49 ปี ความยากจนเป็นปัจจัยหนึ่งของปัญหาสุขภาพจิต ลักษณะโครงสร้างครอบครัวแบบขยายช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมเมืองอันมีผลต่อความเป็นอยู่ของคนเรา เช่น ที่อยู่อาศัย หน้าที่การงาน สังคมอุตสาหกรรม ย่อมมีผลกระทบกระเทือนจิตใจ

อุโฆษ ปันสุวรรณ (2523 : 42-46) ศึกษาเกี่ยวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพการปฏิบัติงานและสุขภาพจิตของครูอาจารย์ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ สังกัดกองการศึกษาพิเศษ กรมสามัญศึกษา พบว่า ครูที่มีอายุมากมีสุขภาพจิตดีกว่าครูที่มีอายุน้อย ครูที่มีประสบการณ์การทำงานมากมีสุขภาพจิตดีกว่าครูที่มีประสบการณ์การทำงานน้อย

พงศกร สุจริตกุล (2524 : 206) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคประสาทในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ พบว่า คนที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำและปานกลาง มีแนวโน้มเป็นโรคประสาทมากกว่าคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง

สงศรี จัยสิน และคนอื่น ๆ (2528 : 247-259) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของประชาชนจังหวัดชลบุรี ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป โดยสุ่มตัวอย่างจากทุกอำเภอทั้งหมด 1,217 ครอบครัว จำนวน 4,904 คน เป็นชาย 1,814 คน เป็นหญิง 2,300 คน พบว่า

- 1) มีความเครียดสูง เมื่ออายุสูงขึ้น
- 2) เพศชายและเพศหญิง มีความเครียดไม่แตกต่างกัน

3) ประชาชนในเขตเทศบาล มีความเครียดต่ำกว่าประชาชนนอกเขตเทศบาล โดยมีข้อสังเกตว่า อาจเนื่องมาจากปัจจัยความเป็นอยู่ที่ดีกว่า

4) สถานภาพสมรส หย่า หม้าย และแยกกันอยู่ มีความเครียดสูงสุด

การวิจัยในประเทศ

โคลล์แมน (Coleman. 1964 : 268) ได้ศึกษาพบว่าคนที่แต่งงานแล้วเป็นโรคจิตมากกว่าคนที่โสด หม้าย หย่า เนื่องจากการแต่งงานที่ไม่ประสบผลสำเร็จทำให้เกิดความกดดันทางจิตใจมาก

เบสเนอร์ (Coleman and Hammen. 1974 : 308-309; citing Besner. 1967) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความยากไร้ทางเศรษฐกิจของครอบครัว พบว่า ในครอบครัวฐานะต่ำ สามีและภรรยาจะห่างเหิน มีอารมณ์โดดเดี่ยว ระแวง สงสัย มีการทะเลาะเบาะแว้ง และมีความขัดแย้งมากกว่าสามีและภรรยาที่อยู่ในครอบครัวฐานะปานกลาง และฐานะสูง

แมน (Mann. 1969 : 152-174) ได้สรุปผลการวิจัยของเขาว่า ลักษณะความเป็นผู้นำ มีความสัมพันธ์อย่างสูงกับลักษณะแสดงตัวและความสามารถในการปรับตัว และพบอีกว่าบุคคลที่มีความสามารถในการปรับตัว จะเป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง มีความสามารถในการเข้าสังคม และไม่มีความวิตกกังวล

สลิมานและเมย์ซีเลส (Soliman and Mayseless. 1985 : 3371) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสนใจของบิดามารดาต่อบุตร กับสุขภาพจิตของบุตร โดยศึกษาจากบิดามารดาต่อบุตร ชาวอิสราเอล 84 ครอบครัว ซึ่งนำบุตรไปใช้บริการที่คลินิกสุขภาพจิต (Mental Health Clinic) เด็กเหล่านี้มีอายุ 6-18 ปี มารดามีอาชีพเป็นแม่บ้าน 38 คน อาชีพรับจ้าง 46 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ถามเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และสภาพการทำงานของมารดา ส่วนความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต ทราบได้จากจิตแพทย์และครู และจากผลการวิจัย พบว่าความรุนแรงในปัญหาสุขภาพจิตของเด็ก มีความสัมพันธ์ทางลบกับรายได้ของมารดา และ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดากับบุตร นั่นคือ เด็กจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูงถ้ามารดามีรายได้น้อยและเด็กจะมีปัญหาสุขภาพจิตสูง ถ้ามีความสัมพันธ์กับบิดาน้อย

ปัจจัยทางชีวสังคมกับสุขภาพจิต

เนื่องจากภาวะสุขภาพจิตของบุคคลขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ในการที่บุคคลจะมีสุขภาพจิตที่ดีนั้น ปัจจัยทางชีวสังคมก็มีส่วนสำคัญที่จะสะท้อนให้เห็นถึงภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ และอาชีพครั้งสุดท้าย อันเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคลทุกคน

เพศ

เพศเป็นตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ดังการศึกษาของ นภาพร ชัยวรรณ และคณะ (2532) ได้ทำการศึกษาเพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้สูงอายุ จำนวน 3,252 คน พบว่า ผู้สูงอายุ ใน 10 คน มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทางจิตใจ และพบว่าผู้สูงอายุหญิง มีปัญหาทางใจมากกว่าผู้สูงอายุชายเล็กน้อย กล่าวคือร้อยละ 19 ของผู้สูงอายุหญิงกล่าวว่า รู้สึกเหงา เป็นปัญหามากสำหรับตน เมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 17 ของผู้สูงอายุชายที่รายงานเช่นนั้น และร้อยละ 14 ของผู้สูงอายุหญิงเปรียบเทียบกับร้อยละ 13 ของผู้สูงอายุชาย ที่กล่าวว่า การไม่เป็นที่ต้องการของใคร เป็นปัญหามากสำหรับตน เพราะฉะนั้น การที่ผู้สูงอายุหญิงรายงานว่ามีความรู้สึกเหงา และไม่เป็นที่ต้องการของใครมากกว่าผู้ชายนั้น แสดงให้เห็นว่าเพศที่ต่างกัน จะส่งผลให้มีความรู้สึกที่ต่างกัน อันมีผลทำให้ภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันด้วย

ส่วนการศึกษาของคณะอนุกรรมการ การศึกษาวัฒนธรรมและกิจกรรมผู้สูงอายุ (2525) ได้ศึกษาตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยชักกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน โดยเลือกมาจากจังหวัดที่เป็นตัวแทนในแต่ละภาค จำนวน 5 จังหวัด และในกรุงเทพมหานคร ซึ่งจากการศึกษาพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับลักษณะความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งความสุขนั้นเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของสุขภาพจิตที่ดี ดังนั้นเพศจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้เช่นกัน

จากการศึกษาของสเปริเชอร์และซินเดอร์ (Sprietzer and Synder. 1974 : 454-458) พบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีขวัญและความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

จากงานวิจัยข้างต้น ที่ศึกษาในผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกัน เพื่อที่จะศึกษาถึงความสุข ขวัญและกำลังใจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นเครื่องชี้วัดสุขภาพจิตของบุคคลได้ และผลการศึกษาที่ได้แตกต่างกันไป ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันน่าจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

อายุ

อายุเป็นตัวแปรตัวหนึ่ง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลตำรวจ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับช่วงระดับอายุด้วย

ปาล์มอร์ และคนอื่น ๆ (Palmore and others. 1984 : 116) ได้ศึกษาผู้ที่เกษียณอายุในระดับอายุต่างกัน ตั้งแต่ 55 ปีถึง 90 ปี เพื่อดูผลกระทบด้านต่าง ๆ ที่มีต่อผู้เกษียณอายุ อันได้แก่ สุขภาพ ทัศนคติ ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) พบว่า ผู้ที่มีช่วงอายุก่อน 64 ปีมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าช่วงอื่น เพราะว่ายังมีทัศนคติที่ดีต่อการเกษียณอายุ มีรายได้และสุขภาพยังดีอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเดอร์คอฟฟ์ (David. 1985 : 96 ; citing Derckhoff. 1966) ที่ศึกษาถึงผลกระทบของช่วงเวลาภายหลังเกษียณอายุที่มีต่อผู้สูงอายุ โดยทำการวัดความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุชาย จำนวน 108 คน ผลการศึกษพบว่า ผู้สูงอายุชายจำนวน 52 คนขึ้นไปซึ่งเกษียณอายุมากกว่า 5 ปีแล้ว มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้สูงอายุชาย จำนวน 56 คน ซึ่งเพิ่งจะเกษียณอายุ

ส่วนการศึกษาของสกอตต์ (Scott. 1982 : 623) ซึ่งได้ศึกษากับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เกษียณอายุแล้ว จาก The National Longitudinal Survey of Mature Men พบว่าระดับอายุภายหลังการเกษียณ มีผลทางลบกับผู้ที่เพิ่งจะเกษียณจากงานมากกว่าผู้ที่เกษียณจากงานมานานแล้ว หมายความว่าผู้ที่มีระดับอายุในช่วงต้น ๆ เช่น อายุ 60-63 ปี อาจพบกับปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับการเกษียณอายุ

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าระดับอายุของผู้สูงอายุ มีผลต่อความพึงพอใจและการปรับตัวแตกต่างกันอาจสรุปได้ว่า ระดับอายุของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเช่นกัน เพราะการปรับตัวและความพึงพอใจในชีวิต เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี

ระดับการศึกษา

จากการศึกษาของ NCOA (มาร์ศรี นุชแสงพลี. 2532 : 27 ; อ้างอิงมาจาก The National Council on the Aging. 1974) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระดับการศึกษาที่ผู้สูงอายุได้รับกับการปรับตัวและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ตามระดับการศึกษาที่ได้รับ คือ 0-11 ปี, 12 ปี และ อีก 3 ปีในวิทยาลัย, 12 ปี และอีก 4 ปีในวิทยาลัย ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาที่ผู้สูงอายุได้รับ มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของบุคคล กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคะแนนความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาน้อย และกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความคิดเกี่ยวกับตนเองทางบวกมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ นอกจากนี้กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงยังประเมินค่าตนเองว่าเป็นคนฉลาด กระฉับกระเฉง และทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดี ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ดังนั้นระดับการศึกษาที่แตกต่างกันย่อมมีผลให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุแตกต่างกันด้วย

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของคน โดยเฉพาะในด้านความรู้สึกความคิด ความเชื่อ รวมถึงวิธีการปฏิบัติตนตามพัฒนาการของชีวิต ซึ่งจะพบว่า ผู้สูงอายุนี้เป็นวัยแห่งการปลดปล่อยจากบุคคลอันเป็นที่รัก (นิภา นิธยาน. 2520 : 74) โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่สมรส จะทำให้ขาดผู้ใกล้ชิดที่รู้จักและเข้าใจกันดีมาเป็นเวลานาน ซึ่งจะมีผลมากต่อภาวะจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ (จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. 2527 : 67-69)

เขมิกา ยามะรัต (2527:117) ได้ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งเกษียณจากกลุ่มตัวอย่างกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำนวน 319 คน พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต โดยที่คนโสดจะมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ระดับต่ำกว่ากลุ่มที่สมรสและยังอยู่กับคู่สมรส หรือกลุ่มที่เป็นหม้ายแต่ยังอยู่กับบุตรหลาน

ปราโมทย์ วังสะอาด (2530 : 123) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอยู่ จะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุโสด หม้าย หย่า

อัมพา วรวิณชัย (2532 : 127) ศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของข้าราชการบำนาญ สังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งอยู่ในและนอกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ข้าราชการบำนาญที่ยังอยู่กับชมรมมีการปรับตัวดีกว่าข้าราชการบำนาญที่มีสถานภาพสมรส โรค ภัย และหย่า

เพราะฉะนั้น ถึงแม้ว่าจะยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพสมรสกับภาวะสุขภาพจิตโดยตรง แต่จากงานวิจัยข้างต้นอาจสรุปได้ว่า ผู้ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันน่าจะมีภาวะสุขภาพจิตต่างกัน

อาชีพครั้งสุดท้าย

อาชีพครั้งสุดท้าย หมายถึง ชนิดของงานหรือลักษณะการประกอบอาชีพครั้งสุดท้าย ก่อนอายุ 60 ปี ซึ่งเป็นตัวแปรอีกตัวหนึ่งของปัจจัยทางชีวสังคมของผู้สูงอายุ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีลักษณะแตกต่างกัน ดังที่เบอร์กซอน, เชฟเฟอร์ และคนอื่น ๆ (ประภาพร จินนุกยา. 2536 : 21; อ้างอิงมาจาก Berghorn, Schafer and others. 1981 : 336) ได้ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาชีพในลักษณะที่มีสถานภาพทางสังคมสูงจะมีการวางแผนหรือเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพทางสังคมต่ำกว่า และสามารถปรับตัวหรือยอมรับการเปลี่ยนแปลงบทบาทภายหลังเกษียณอายุได้ ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตภายหลังเกษียณอายุมากกว่าผู้สูงอายุที่เคยมีอาชีพก่อนการเกษียณอายุในลักษณะที่มีสถานภาพทางสังคมต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเอลเวล (อัมพา วรวิณชัย. 2532 : 30 ; อ้างอิงมาจาก Elwell. 1981 : 225) ที่ได้มีการศึกษาถึงการสูญเสียบทบาทหน้าที่การทำงานว่ามีผลโดยตรงต่อบุคคลที่เกษียณอายุหรือไม่ ทั้งด้านรายได้ สุขภาพ และสภาพสังคม พบว่า การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่ที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุที่เกษียณเฉพาะคนเท่านั้น เช่นผู้ที่เคยทำงานในตำแหน่งสูง (White Collar) มีความพอใจในการเกษียณจากงานมากกว่าผู้ที่ทำงานตำแหน่งต่ำ (Blue Collar) เช่นเดียวกับงานวิจัยของเชมิกา ยามะรัต (2527 : 117) ที่พบว่า ผู้เกษียณที่มีตำแหน่งหน้าที่การทำงานสูงมีความรับผิดชอบมาก จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีตำแหน่งหน้าที่การทำงานต่ำกว่า

นอกจากนั้น ลักษณะอาชีพก่อนเกษียณอายุยังมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอีกด้วย ทั้งนี้ จากการศึกษาของประภาพร จินนุกยา (2536 : 82) พบว่าผู้ที่เคยประกอบอาชีพรับราชการหรือทำงานในรัฐวิสาหกิจ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพอิสระที่ไม่ได้รับราชการ

หรือทำงานในรัฐวิสาหกิจ เช่น อาชีพค้าขาย ธุรกิจ เกษตรกรรม รับจ้าง แม่บ้าน เป็นต้น ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพรับราชการหรือทำงานในรัฐวิสาหกิจ มีความรู้สึกว่า อายุเป็นตัวเลขบทบาทหน้าที่ที่ทันใจ เมื่อมีอายุครบ 60 ปี ซึ่งเป็นการถูกลดบทบาทที่เคยปฏิบัติหน้าที่ การงานวันละไม่ไยกว่า 8 ชั่วโมง แต่สำหรับผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพอิสระนั้นไม่ต้องถูกปลด เกษียณ บทบาทต่าง ๆ อาจเปลี่ยนแปลงไปบ้าง ซึ่งก็เป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป และอาจเป็นไปได้ว่าอาชีพอิสระ เช่น กิจการส่วนตัวต่าง ๆ อาจมีรายได้ที่สูงกว่า มีฐานะเศรษฐกิจ ที่มั่นคง จึงทำให้ผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพอิสระ มีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่เคยประกอบ อาชีพรับราชการหรือทำงานในรัฐวิสาหกิจ สอดคล้องกับแนวคิดของอาพล สุอาพันธ์ (2534 : 761) ซึ่งแสดงความคิดเห็นว่าผู้ที่ทำงานราชการหรือทำงานในรัฐวิสาหกิจ มักเป็นผู้ที่มีตำแหน่งการทำงาน ที่มั่นคง ถาวร อยู่ในระดับค่อนข้างสูงเมื่อก่อนเกษียณอายุ แต่เมื่อต้องหยุดงานเพราะการเกษียณ อายุ จะทำให้รู้สึกว่าการศักดิ์ศรีลดลง รู้สึกอาย เสียหน้า ไร้สมรรถภาพ ว้าเหว และซึมเศร้าเกิดขึ้น ได้ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพจิตภายหลังเกษียณอายุต่ำลง ดังนั้น ลักษณะอาชีพครั้งสุดท้าย จึงน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องและส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ ดังผลการศึกษาของ ไพรส์ และวอล์คเกอร์ (ประภาพร จินันทุยา, 2536 : 21 ; อ้างอิงมาจาก Price and Walker. 1978 : 583) ที่พบว่าลักษณะอาชีพก่อนเกษียณอายุ มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจภายหลัง เกษียณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฐานะทางเศรษฐกิจ

ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นตัวแปรหนึ่ง ที่จะแสดงให้เห็นถึงฐานะความเป็นอยู่ของ ผู้สูงอายุดังนี้

ฮิชชิสัน (Streib and Beck. 1980 : 941 ; citing Hutchison. 1975) ได้ทดสอบนัยสำคัญของสถานภาพสมรส ที่มีต่อขวัญและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่มีรายได้ ต่ำและยากจน พบว่ายิ่งผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำมากเท่าไร การประเมินสภาพความสุขและความพึงพอ ใจก็ยิ่งต่ำมากเท่านั้น ความเบส่าเบื๋ยและความกังวลจะยิ่งสูงขึ้น โดยไม่เกี่ยวกับสถานภาพ สมรส แสดงให้เห็นว่ารายได้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความพึงพอใจในชีวิต

มาร์คิดส์และมาร์ติน (Markides and Martin. 1979 : 91-98) ได้ทำการวิเคราะห์รูปแบบของปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิต ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ค่อนข้างต่ำ อายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งหญิงและชาย จำนวน 141 คน ผลการวิจัยพบว่า รายได้มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2533 : 6) ศึกษาถึงตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย อายุ 60-70 ปี จำนวน 439 คน โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามสภาพภูมิศาสตร์ 4 กลุ่ม คือ กรุงเทพมหานคร ภาคอีสาน ภาคเหนือ และภาคใต้ ผลการศึกษพบว่า การเงินมีความสำคัญต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมากที่สุด ทั้งนี้ เพราะผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครมีความจำเป็นต้องคิดถึงสถานภาพทางการเงิน ซึ่งเป็นหลักประกันความมั่นคงในฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิตประจำวัน ดังนั้นจากงานวิจัยข้างต้นอาจสรุปได้ว่า สถานะทางเศรษฐกิจที่ต่างกันย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครแตกต่างกันด้วย

สัมพันธภาพในครอบครัว (Family Relation)

สัมพันธภาพภายในครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกว่าได้ได้รับความรัก การดูแลอย่างดีในครอบครัว มีความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย มั่นใจในตนเอง ถึงความสัมพันธ์กับผู้อื่นในบ้าน สัมพันธภาพในครอบครัวมีอิทธิพลอย่างสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคลและการอยู่ร่วมกันในสังคม ถ้าครอบครัวสมบูรณ์ด้วยระเบียบ และคุณธรรมอันดีทุกประการแล้ว สมาชิกแต่ละคนก็จะอยู่ในสภาพสมาชิกที่ดีของสังคมที่ใหญ่ขึ้นตามลำดับของความสัมพันธ์กับวัยชีวิตที่มากขึ้น

สัมพันธภาพที่ดีของสมาชิกในครอบครัว ขึ้นอยู่กับความร่วมมือ ร่วมใจ ของสมาชิกแต่ละคนเพราะความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในครอบครัว จะช่วยให้ความเป็นอยู่ในครอบครัวราบรื่น และทุกคนมีความสุขกายสบายใจ และมีสุขภาพจิตที่ดี

ครอบครัวจึงเป็นสถาบันทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการของมนุษย์ เพราะเป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมประการแรกที่มนุษย์จะต้องมีความสัมพันธ์ด้วยตั้งแต่แรกเกิด ฉะนั้นพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู จึงมีความสำคัญต่อการหล่อหลอมบุคลิกภาพของเด็ก ซึ่งอีริคสัน (ประมวญ ดิฉินสัน 2524 : 264) เชื่อว่าในช่วงวัยทารกตอนต้น ตั้งแต่แรกเกิดไปจนประมาณหนึ่งขวบ ถ้ามารดารักใคร่

กุมารและตอบสนองความต้องการของเด็กได้ดี ย่อมต้องสร้างความรู้สึกราวางใจในโลกและสิ่งแวดล้อมขึ้นในใจเด็กได้ แต่ตรงกันข้ามถ้าเด็กถูกเลี้ยงดูอย่างปล่อยปละละเลย ทอดทิ้ง และขาดความรัก ย่อมทำให้เด็กไม่ไว้วางใจในโลกที่ตนเองอยู่รวมทั้งผู้คนรอบตัวด้วย เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ก็จะมีหวัหวัระแวงไม่ไว้วางใจใคร มีพัฒนาการไม่สมวัย จนกระทั่งเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย และวัยชรา ก็อาจจะมีปัญหาของโรคจิต โรคประสาทตามมาได้

จรรยา สุวรรณทัต (2523 : 54-56) ให้ความเห็นว่าความสัมพันธ์ที่ราบรื่นในครอบครัวจะเป็นเครื่องมือในการป้องกันปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้สรุปถึงปัจจัยที่มีส่วนในการสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวไว้ ดังนี้

1) สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมของครอบครัว กล่าวคือ ครอบครัวใดที่มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ไม่ขัดสน ย่อมนำมาซึ่งความสงบสุขของครอบครัว เกิดความกลมเกลียว สัมผัสกันกันนในครอบครัว

2) การรู้จักบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนสามารถปฏิบัติหน้าที่ สอดคล้องกับบทบาทและหน้าที่ของตนเอง พ่อแม่มีหน้าที่ในการอบรมสั่งสอนบุตรโดยชี้เหตุและผล และบุตรเองก็มีหน้าที่เคารพเชื่อฟัง ให้ความเลื่อมใสพ่อแม่เมื่อท่านเข้าสู่วัยชรา

3) การรู้จักลักษณะธรรมชาติและความต้องการมูลฐานของบุคคลแต่ละคนในครอบครัว พ่อแม่ที่พยายามเข้าใจในลักษณะธรรมชาติของการเจริญเติบโต และมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือเด็กเมื่อเกิดปัญหา และบุตรหลานก็มีหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุภายในบ้านให้ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข ย่อมมีส่วนช่วยสร้างเสริมความสัมพันธ์อันดี

4) ความคงเส้นคงวาในการวางระเบียบวินัย ปัจจุบันนี้ นับว่ามีอิทธิพลต่อบรรยากาศในครอบครัว โดยเฉพาะวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ย่อมจะเกิดภาวะความวิตกกังวล รู้สึกสูญเสียความสามารถที่เคยมีอยู่ ทำให้เกิดความไม่มั่นคงในอารมณ์ และความรู้สึกในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุกับสมาชิกในครอบครัว

แนวโน้มของสัมพันธภาพในครอบครัว

ในวัยทารก ความสัมพันธ์ระหว่างทารกและครอบครัวเป็นไปอย่างราบรื่น เพราะ

ทารกเป็นศูนย์กลางความรักความสนใจ พ่อแม่ให้การดูแลอย่างเต็มที่ และเด็กมักได้รับการยกย่องให้เมื่อกระทำการสิ่งที่ไม่สมควร ทั้งนี้เนื่องจากยังเล็กอยู่ แต่เมื่อเด็กโตขึ้น ความสัมพันธ์ในครอบครัวเริ่มเลวลงจากการที่พ่อแม่มีความเข้มงวดและมีการลงโทษ ขณะเดียวกัน ก็ลดพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความอบอุ่นลง ความสัมพันธ์อาจดีขึ้นในระยะต่อมา เมื่อเด็กมีสังคมภายนอกบ้าน จนกระทั่งเมื่อเด็กเข้าสู่วัยรุ่นร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทำให้วัยรุ่นมีอารมณ์ที่ไม่มั่นคง ต่อมาเมื่อร่างกายเริ่มมีความสมดุล วัยรุ่นตอนปลายจะเริ่มมีอารมณ์มั่นคงขึ้น สัมพันธภาพในครอบครัวก็ดีขึ้นเช่นกัน (Hurlock, 1967 : 589)

นวลศิริ เปาโรหิตย์ และคนอื่น ๆ (2520 : 260) ได้กล่าวสอดคล้องกับเฮอรัลด์ว่า เมื่อลูกหลานเติบโตขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับวัยรุ่นจะค่อย ๆ ดีขึ้น แต่ก็ยังมีความขัดแย้งอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายความสัมพันธ์ภายในครอบครัวจะเป็นไปอย่างราบรื่นและมั่นคงกว่า จนถึงในช่วงวัยรุ่นใหญ่และวัยสูงอายุ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ต่ออยู่ที่ความเข้าใจอันดีของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะในวัยสูงอายุ บุตรหลานมีส่วนสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวให้แน่นแฟ้น เพื่อมิให้เกิดปัญหาช่องว่างระหว่างวัยขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

จากงานวิจัยของสุรีย์ บุญญาพวงศ์ (2534 : 36) ได้ทำการศึกษาสภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมเมืองเชียงใหม่ โดยศึกษารายกรณีจากสภาพชีวิตของผู้สูงอายุ 3 ท่าน ที่มีความเหมือนและความแตกต่างกันโดยแยกวิเคราะห์แบบแผนการดำเนินชีวิต ความสัมพันธ์กับบุคคลในครัวเรือนและเพื่อนบ้าน บทบาทต่อสังคมและสภาพปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตปัจจุบัน ความหวังในอนาคต พบว่า แบบแผนในการดำเนินชีวิตของทั้ง 3 กรณีนั้นค่อนข้างคล้ายกัน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีฐานะต่ำมีความสัมพันธ์กับบุตรหลานค่อนข้างห่างเหินกว่าผู้มีฐานะปานกลางและฐานะดี ด้านบทบาทต่อสังคมมีน้อย ส่วนสภาพปัญหาที่พบแตกต่างกัน ผู้มีฐานะต่ำมักจะกังวลต่อการดำเนินชีวิตสูงกว่า ทั้งยังมีปัญหาสุขภาพและภาระครอบครัว ขณะที่ผู้มีฐานะต่ำไม่มีอะไรต้องเป็นห่วง เพราะมีการเตรียมพร้อมไว้ล่วงหน้าและไม่ค่อยใช้เวลาในการทบทวนย้อนอดีต ซึ่งเห็นว่าน่าจะเป็นประโยชน์ มีความพอใจในชีวิตปัจจุบัน

ยวดี ดวงจินดา (2536 : 55-57) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและการเข้าร่วมกิจกรรม ที่มีผลต่อการปรับตัวด้านสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 24 กรุงเทพมหานคร โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน โดยให้กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการพัฒนาการปรับตัวด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้วยโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม และกลุ่มที่ 2 ได้รับการพัฒนาด้วยโปรแกรมการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 7 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ผลการทดลองพบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่ม และผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มมีการปรับตัวด้านสัมพันธภาพในครอบครัวไม่แตกต่างกัน และผู้สูงอายุที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มและได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม มีการปรับตัวด้านสัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุพรรณี นันทชัย และคนอื่น ๆ (2534 : 118-128) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความว้าเหว่และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมืองเชียงใหม่ จำนวน 100 คน พบว่าร้อยละ 79 หยุดทำงานแล้ว ส่วนใหญ่จะยังคงอยู่กับบุตรหลาน มีเพียงร้อยละ 5 ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง แต่เป็นเพียงแยกบ้านและอยู่บริเวณเดียวกับบุตรหลาน ผลการศึกษาพบว่า มีความว้าเหว่หรือเหงาอยู่ในระดับปานกลาง และจะเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะผู้ที่ไม่อยู่กับคู่สมรส

สำหรับงานวิจัยในต่างประเทศนั้น ไม่มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยตรง แต่มีการศึกษาของทอมสัน (อัมพา วรวัฒน์ชัย, 2532 : 20; อ้างอิงมาจาก Thomson, 1972 : 402 A - 403 A) ได้ศึกษาตัวประกอบที่มีอิทธิพลต่อขวัญและกำลังใจของชายที่ปลดเกษียณแล้ว โดยเน้นในด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ มีขวัญและกำลังใจต่ำกว่าผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน การแสดงออกทางสังคม การมีส่วนร่วมในสังคม ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ไม่มีอิทธิพลต่อขวัญ แต่การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพมีความสำคัญต่อคนสูงอายุในเรื่องเกี่ยวกับขวัญมาก

จากการศึกษาของไรอัล และแพทเทอร์สัน (Ryan and Patterson, 1987 : 8) ได้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับสุพรรณี นันทชัย (2534 : 114) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ถูกจำกัดอยู่แต่ภายในบ้าน ด้วยสาเหตุใดก็ตาม จะมีความว้าเหว่มาก โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป และผู้ที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส มีความว้าเหว่มากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสและผู้ที่เป็นโรค

เดอจองเจียเวลด์ แคมพูส และ ไดค์สตร้า (Supanee. 1992 : 125; citing de Jong Giar veld Kamphuis and Dykstra. 1987 : 13-17) ได้ศึกษาความว่าเหวของผู้สูงอายุ พบว่าผู้เป็นหม้ายจะว่าเหวมากกว่าผู้ที่ยังอยู่กับคู่สมรส เพศหญิงจะว่าเหวมากกว่าเพศชาย

จากเอกสารและงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการได้รับความรัก การเอาใจใส่จากบุตรหลาน ได้อยู่ใกล้ชิดกับบุตรหลาน และคนที่ตนรัก ต้องการมีสุขภาพจิตที่ดี เศรษฐกิจเป็นตัวบ่งชี้อีกหนึ่งที่ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวเพิ่มหรือลดต่ำลง โดยเฉพาะสังคมานเขตเมือง ความสัมพันธ์ในครอบครัวจะลดต่ำลง เพราะบุตรหลานจะต้องเผชิญกับปัญหา เศรษฐกิจและการจราจรเป็นเหตุให้เกิดความห่างเหินกันมากยิ่งขึ้น อันส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตเสื่อมได้มากขึ้นด้วย

การมีส่วนร่วมในสังคม (Social Engagement)

การมีส่วนร่วมในสังคม มีแนวคิดพื้นฐานว่าคนเป็นทรัพยากรที่สำคัญในสังคม มีศักยภาพ และศักดิ์ศรี (Potential and Dignity) บุคคลทุกคนจึงมีความสำคัญเท่ากัน การมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ มีแนวคิดตามทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ซึ่งให้ความสำคัญของกิจกรรมทางสังคมว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากสำหรับชีวิตมนุษย์ นักทฤษฎีกิจกรรมเชื่อว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุข มีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีความพอใจในชีวิต เมื่อยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทั้งกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมอื่น ๆ (Palmore. 1968 : 259-263; Lemon, Bengtson and Peterson. 1972 : 130-137) และการทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาบทบาทและสถานภาพทางสังคมไว้ได้ในระดับหนึ่ง อันจะมีผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีการปรับตัวดีและมีความพอใจในชีวิต (Wolk an Kurtz. 1975: 173-178; Barrow and Smith 1979 : 53; Markides and Martin. 1979 : 91) กิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมส่วนบุคคล กิจกรรมที่ทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัว หรือกิจกรรมที่ทำร่วมกับคนอื่นนอกครอบครัวหรือในสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในสังคมของตน และช่วยลดหรือกำจัดความกดดัน

ความรู้สึกวิตกกังวล และความไม่พอใจต่อการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ในทางที่เสื่อมถอยให้หมดไปได้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ชี้ถึงความพอใจในชีวิต (Havighurst. 1968: 20-23; Palmore and Luikart. 1972 : 68-72; Lawton. 1985 : 127-140) นอกจากนั้นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่าง ๆ ทั้งภายในครอบครัวและนอกครอบครัวหรือในสังคม จะเป็นการสร้างสัมพันธภาพและมีความผูกพันทางจิตใจที่ดีต่อกัน ซึ่งเป็นประสบการณ์ของบุคคล อันมีผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีด้วย

ดังนั้น การมีส่วนร่วมในสังคม จึงทำให้เกิดผล 3 ประการ คือ

1. สร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Sense of Belonging)
2. ความศรัทธาในตัวเอง (Self Reliance)
3. ความเชื่อมั่นในตนเอง (Self Confidence)

จากการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม (Social Activity) ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในเชิงจิตใจ (Ego Investment) คือ ทำให้มีความรู้สึกสนใจต่อกัน ร่วมทุกข์ร่วมสุขและมีการทุ่มเทจิตใจของบุคคลที่เข้ากับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม อันเป็นการผูกพันทางจิตใจที่ดีต่อกัน (Burgess. 1960; Goodenough. 1960)

ความสำคัญของการมีส่วนร่วมในสังคม นักจิตวิทยาถือว่า การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมเป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพจิต และความสามารถในการปรับตัวของบุคคลนั้นได้ อย่างหนึ่ง (Burgess and others. 1949) สอดคล้องกับแนวคิดของนักสังคมวิทยา ซึ่งได้ให้ความสำคัญต่อกิจกรรมทางสังคมว่าเป็นหลักชีวิตของบุคคล กล่าวคือ การปรับตัวของบุคคลมีความสัมพันธ์อย่างสูงกับกิจกรรมทางสังคม ยิ่งมีกิจกรรมมากอย่างขึ้นเท่าใดก็จะปรับตัวได้มากขึ้นเท่านั้น (เพ็ญแข ประจักษ์ปัจฉิม. 2534 : 15) และนักทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีความพอใจในชีวิตเมื่อยังคงสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จากที่เคยทำมาแล้วในช่วงวัยกลางคนไว้ได้มากและนานเท่าที่ตนจะทำได้ การลดหรือถูกจำกัดบทบาทและกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมจะเป็นการขัดขวางกับความต้องการจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ ฉะนั้นผู้สูงอายุจะพยายามต่อต้านหรือหากิจกรรมใหม่ มาทดแทนกิจกรรมที่สูญหายไป เพื่อรักษา

ทัศนคติและวิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไว้ (Havighurst. 1968 : 20-23; Lemon, Bengtson and Peterson. 1972 : 512-523)

การมีส่วนร่วมในสังคม มีความสำคัญอย่างมากต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมีทฤษฎีที่สนับสนุนในเรื่องการมีส่วนร่วมในสังคมที่สำคัญ คือ

ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ทฤษฎีนี้ มีรากฐานมาจากการศึกษาของ คาแวน และคนอื่น ๆ (Cavan and others. 1949) ฮาวิกเฮอร์ส กับ อัลเบรชท์ (Havighurst and Albrecht. 1953) และมาแก้ไขปรับปรุงโดยเลมอน เบงท์สัน และปีเตอร์สัน (Lemon, Bengtson and Peterson. 1972) โดยแบ่งกิจกรรมทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal Activity) กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal Activity) และกิจกรรมที่กระทำตามลำพัง (Solitary) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal Activity) เป็นกิจกรรมของผู้สูงอายุที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่าง ๆ ทั้งในครอบครัวและสังคมไม่มีการกำหนดรูปแบบของเวลาในการปฏิบัติที่แน่นอน กิจกรรมเหล่านี้ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุปฏิบัติร่วมกับสมาชิกในครอบครัวหรือผู้อาศัยคนอื่น ๆ เช่น ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน เป็นต้น กิจกรรมประเภทนี้จะเกิดขึ้นได้มากน้อยต่างกันขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพกาย สุขภาพจิตและความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน รวมทั้งมักมีพฤติกรรมการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Bengtson and others. 1977) และเมื่อมีกิจกรรมร่วมกันมากขึ้นก็จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเพิ่มมากขึ้นด้วย (Revicki and Mitchell. 1990 : 269) ตัวอย่างของกิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ ได้แก่ การพบปะสังสรรค์กับญาติพี่น้องหรือเพื่อน การเป็นที่ปรึกษาแก่บุตรหลาน การช่วยทำงานบ้าน หรืออบรมเลี้ยงดูหลาน และการทำงานต่าง ๆ เพื่อประโยชน์ทางเศรษฐกิจของครอบครัว กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบนี้ จึงให้ประโยชน์ทั้งต่อผู้สูงอายุและครอบครัว

กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal Activity) เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเข้าร่วมในองค์กรต่าง ๆ ทั้งของรัฐและเอกชน เช่น ศูนย์บริการทางสังคม สมาคมและชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นโดยเจ้าหน้าที่องค์กรและผู้สูงอายุร่วมกันกำหนดและจัดขึ้น ซึ่งมีรูปแบบที่แน่นอนชัดเจน กิจกรรมประเภทนี้เป็นกิจกรรมภายนอกครอบครัว ซึ่งผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ในสังคมและผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมจะต้องปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับหรือ

ข้อตกลงขององค์กรนั้น ๆ ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามแนวที่ได้ร่วมกำหนดไว้ก่อนแล้ว กิจกรรมต่าง ๆ ที่ถูกจัดขึ้นก็เพื่อประโยชน์โดยตรงต่อผู้สูงอายุ ครอบครัวและสังคม ได้แก่ กิจกรรมการออกกำลังกาย จะช่วยส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีภาวะสุขภาพกายและจิตใจแข็งแรงสมบูรณ์ รวมทั้งในขณะที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันมักมีการพูดคุยสังสรรค์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ตลอดจนอาจเกิดการให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางการปฏิบัติตนที่เหมาะสมเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุ นอกจากนี้การมีเพื่อนอายุรุ่นเดียวกันและการได้สนทนารับรู้เรื่องราวในความสำเร็จของคนวัยเดียวกัน อาจจะช่วยจัดความเหงา ซึมเศร้า วิตกกังวลและให้กำลังใจในการมีชีวิตอยู่ต่อไป และรู้สึกว่ามีคุณค่าไม่เป็นภาระของครอบครัว สำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง มีความรู้ความสามารถและมีสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจสูง ยังต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่หาประโยชน์แก่สังคม เช่น กิจกรรมการเป็นอาสาสมัครหาประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวม เป็นต้น

กิจกรรมที่กระทำตามลำพัง (Solitary Activity) เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ตามลำพังคนเดียวโดยไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ผู้สูงอายุจะทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจและพอใจอย่างสงบเงียบ ๆ เช่น การทำงานอดิเรก การเดินเล่น เป็นต้น ผู้สูงอายุจะได้ประโยชน์จากการทำกิจกรรมประเภทนี้ คือ ความสุข และความเพลิดเพลิน

สรุปได้ว่าการจัดแบ่งกิจกรรมตามแนวคิดของเลมอนและคนอื่น ๆ มีกิจกรรมภายในครอบครัว กิจกรรมทางสังคม และกิจกรรมส่วนบุคคล

แนวคิดในการจัดแบ่งกิจกรรมที่แตกต่างไปจากแนวคิดดังกล่าว คือ แนวคิดของเทเลอร์ (Taylor. 1982 : 540-556) ซึ่งเป็นแนวคิดที่เข้ามามีสถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์บริการทางสังคม และชมรมผู้สูงอายุในประเทศไทย การจัดกิจกรรมต่าง ๆ มีนักสังคมสงเคราะห์ร่วมกับผู้สูงอายุเป็นผู้กำหนดเพื่อประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ โดยพิจารณาจากภาวะสุขภาพ ความสนใจ และความต้องการของผู้สูงอายุเป็นเกณฑ์ กิจกรรมตามแนวคิดของเทเลอร์ที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจเข้าร่วมทำอยู่ มี 6 ประเภท ได้แก่ กิจกรรมอาชีพบำบัด (Occupation Therapy) กิจกรรมนันทนาการบำบัด (Recreation Therapy) กิจกรรมบำบัดด้วยหนังสือ (Biblio Therapy) กิจกรรมทางศาสนา (Religion Therapy) กิจกรรมการออกกำลังกาย (Physical Exercise) และกิจกรรมอาสาสมัคร (Volunteering) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมอาสาสมัคร เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความพิการ รวมทั้งมีหลายกิจกรรมย่อยที่เป็นการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีรายได้เพิ่มขึ้นด้วย เช่น กิจกรรมงานช่างฝีมือประเภทต่าง ๆ กิจกรรมการทำสวนปลูกต้นไม้ เป็นต้น

กิจกรรมนันทนาการบำบัด เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทุกคน มีร่างกายแข็งแรง จิตใจแจ่มใส การจัดกิจกรรมนี้ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและเข้าใจถึงความต้องการทางจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อก่อให้เกิดความสุขและความพอใจในชีวิต เช่น การแสดงพื้นบ้าน การวาดรูป การชมโทรทัศน์ การเดินรำ การเล่นดนตรีเป็นหมู่คณะ เป็นต้น

กิจกรรมบำบัดด้วยหนังสือ เป็นกิจกรรมการอ่านหนังสือที่จัดขึ้นเพื่อผู้สูงอายุได้มีโอกาสอ่านหนังสือที่ตนสนใจ การอ่านหนังสือจะช่วยให้ความรู้ ความเข้าใจในสาระเนื้อหาต่าง ๆ จากหนังสือ และพัฒนาให้เกิดคุณลักษณะทางอารมณ์ จะทำให้ผู้อ่านหนังสือมีสุขภาพจิตดี ตลอดจนช่วยส่งเสริมให้ผู้อ่านมีการยอมรับคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้การอ่านหนังสือยังทำให้เกิดความสนุกเพลิดเพลิน ได้ความรู้ทันโลก ทันเหตุการณ์ และฝึกการคิดการจำของสมองให้อีกด้วย

กิจกรรมทางศาสนาการปฏิบัติกิจทางศาสนาเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายความเครียด ลดความวิตกกังวล ผู้สูงอายุส่วนมากได้อาศัยกิจกรรมทางศาสนาช่วยแก้ปัญหาชีวิต (พิรสิทธิ์ คำนวณศิลป์ และคนอื่นๆ. 2523 : 100) และศาสนายังมีอิทธิพลต่อความเชื่อ ค่านิยมทัศนคติ และบุคลิกลักษณะได้อีกด้วย กิจกรรมทางศาสนาที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าร่วมด้วย ได้แก่ การฟังบรรยายธรรม การฝึกสมาธิ การทำบุญทอดผ้าป่าและทอดกฐิน เป็นต้น

กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายและออกแรงใช้พลังงาน อันจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายไปในทางที่ดีขึ้น ได้แก่ ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก และสมอง กระดูกจะไม่กร่อนเปราะหักง่าย สมองไม่ฝ่อ ทำให้มีความจำดี ไม่หลงลืมง่าย (อวย เกตุสิงห์. 2526 : 326) รวมทั้งกิจกรรมการออกกำลังกายเป็นกลุ่ม หรือหมู่คณะ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสุขสนาน เพลิดเพลิน และเกิดภาพลักษณ์ต่อตนเองไปใช้เชิงบวก ตลอดจนมีระดับความพอใจในชีวิตสูงขึ้นด้วย

กิจกรรมอาสาสมัคร เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความพร้อมด้านภาวะสุขภาพ ความรู้ ความสามารถและฐานะเศรษฐกิจได้ทำประโยชน์ต่อชุมชนและสังคมส่วนรวม การ

เป็นอาสาสมัครจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามีค่า ใช้เวลาให้เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น และการได้เข้าร่วมทำงานกิจกรรมอาสาสมัครมีผลต่อความสุข ความพอใจในชีวิต มากกว่าต้องการผลประโยชน์ตอบแทน ทั้งนี้ เพราะผู้สูงอายุมิชอบทานสิ่งคมอย่างต่อเนื่อง (Osberg and others. 1987 : 228-230)

จะเห็นว่า กิจกรรมทั้ง 6 ประเภท ดังกล่าวมาข้างต้น มีลักษณะเด่นร่วมกันประการหนึ่ง คือ เป็นกิจกรรมทางสังคมทำให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นนอกครอบครัว การจัดงานกิจกรรม แต่ละประเภท มีการกำหนดขอบข่ายของกิจกรรมไว้ค่อนข้างแน่นอนและชัดเจน ผู้สูงอายุสามารถเลือกเข้าร่วมเฉพาะกิจกรรมที่ตนสนใจหรือพอใจได้ง่าย แม้ว่า กลุ่มผู้สูงอายุจะมีลักษณะทางชีวสังคม หรือมีวัฒนธรรมท้องถิ่นที่แตกต่างกันก็สามารถเลือกจัดกิจกรรมย่อยได้อย่างอิสระ

เมื่อผู้สูงอายุได้เข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งหรือหลายกิจกรรม ย่อมทำให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์ทั้งสิ้น และยังมีประโยชน์ต่อครอบครัวด้วย ทั้งนี้เพราะการปฏิบัติกิจกรรมได้จะเป็นการบ่งบอกว่าผู้สูงอายุยังมีความสามารถ ผู้สูงอายุจะรู้สึกภาคภูมิใจว่าตนยังมีความสำคัญ มีคุณค่า สามารถแสดงบทบาทที่เป็นประโยชน์ เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และผู้สูงอายุบางรายได้ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจ

สรุปได้ว่า การปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุประเภทใดก็ตามจะให้ประโยชน์ และส่งเสริมผู้สูงอายุทางใดทางหนึ่งเสมอ อาจเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม หรือเศรษฐกิจ หรืออาจกล่าวได้ว่าระดับของการทำกิจกรรมต่าง ๆ สูง มีผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพอใจและความสุขในชีวิต (Larson. 1978 : 109-125)

จะเห็นว่า การมีส่วนร่วมในสังคมเป็นตัวแปรที่มีความหมายในเชิงบวก โดยจะวัดการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม และการมีส่วนร่วมในเชิงจิตใจของบุคคล ซึ่งส่งผลให้ทราบถึงภาวะสุขภาพจิตของบุคคลด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในสังคมกับสุขภาพจิต

จากงานวิจัยของเทเลอร์ (Taylor. 1982 : 540-556). พบว่า การจัดกิจกรรม 6 ประเภท อันได้แก่ กิจกรรมอาชีพบำบัด (Occupational Therapy), กิจกรรมนันทนาการบำบัด (Recreation Therapy), กิจกรรมบำบัดด้วยหนังสือ (Biblio Therapy), กิจกรรมทางศาสนา (Religion Therapy), กิจกรรมการออกกำลังกาย (Physical Exercise) และกิจกรรมอาสาสมัคร (Volunteering) ให้แก่ผู้สูงอายุที่อยู๋ในสถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์บริการทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นนอกครอบครัว และพบว่า ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจว่าตนยังมีความสำคัญ เห็นคุณค่าของตนเองว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความสุขในบทบาทของตนเอง

เบงท์สันและปีเตอร์สัน (Bengtson and Peterson. 1972 : 327-353) ได้ศึกษาการจัดกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นทั้งในครอบครัวและในสังคม พบว่าผู้สูงอายุจะทำกิจกรรมได้ดีเพียงใดขึ้นอยู่กับสุขภาพกาย สุขภาพจิต และความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน และผลการวิจัยของรีวิกกีและไมเคิล (Revicki and Mitchell. 1990 : 269) ก็ให้ผลสนับสนุนงานวิจัยของเบงท์สันและคณะ ว่าเมื่อผู้สูงอายุมีกิจกรรมมากขึ้นก็จะมีปฏิสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นด้วย

ฟิรลิตธี คำนวณศิลป์และคนอื่น ๆ (2533 : 100) ได้ทำการศึกษาถึงกิจกรรมทางศาสนาที่มีต่อการลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ศาสนามีอิทธิพลต่อความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ และบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายความเครียดและลดความวิตกกังวลลงมาก หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาแล้ว

แกรนเนย์ (Graney. 1975 : 701-706) ได้ทำการศึกษาเรื่องความสุขกับการมีส่วนร่วมในสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง อายุ 52-88 ปี ทั้งชายและหญิงจำนวน 60 คน เป็นการศึกษาระยะยาวในช่วงห่างกัน 4 ปี ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสุข คือผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมมาก และ ผู้สูงอายุที่ไม่มีความสุข คือ ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมน้อย รวมทั้งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้น การมีส่วนร่วมในสังคมลดน้อยลง และผู้สูงอายุชายมีส่วนร่วมในสังคมมากกว่าผู้สูงอายุหญิง

จึงเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมในสังคม มีความสำคัญอย่างมากต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุจะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนมีคุณค่า อันส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ดียิ่งขึ้น

ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction)

ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction) เป็นตัวบ่งชี้สำคัญของความสามารถในการปรับตัว ความสำเร็จในวัยสูงอายุ (Successful Aging), สุขภาพจิต, ความผาสุก (Well-being) และคุณภาพชีวิต (Havighurst. 1951 : 24-29) ความพึงพอใจในชีวิตจึงเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนพึงปรารถนา และยังปรารถนาให้บุคคลที่ตนรักหรือผู้ใกล้ชิดมีความพึงพอใจในชีวิตด้วย

ความหมายของความพึงพอใจในชีวิต

นูการ์เทนและคนอื่น ๆ (Neugarten and others. 1961 : 124-143) ได้อธิบายว่าความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเองใน 5 มิติ คือ

1. ความรู้สึกร่าเริงเบิกบานในการดำเนินชีวิต (Zest for Life) หมายถึง การมีความกระตือรือร้นในการทำกิจวัตรประจำวัน มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมและมีความพอใจในสภาพที่เป็นอยู่

2. การมีความตั้งใจและอดทนต่อชีวิต (Resolution and Fortitudes) หมายถึง การยอมรับว่าชีวิตมีคุณค่า จึงพร้อมที่ยืนหยัดต่อสู้กับปัญหาหนัก ๆ ในชีวิตและมองเห็นว่าปัญหาเหล่านั้นเป็นประสบการณ์ชีวิตที่ทำให้ประโยชน์

3. ความสอดคล้องระหว่างความปรารถนา และการได้รับการตอบสนองตามเป้าหมาย (Congruence between Desired and Achieved Goals) หมายถึง ความรู้สึก ว่าความต้องการหรือความปรารถนาที่ตั้งไว้บรรลุตามเป้าหมาย

4. ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self Concept) หมายถึง การรับรู้ว่าตนเองมีความสุขกายสบายใจและสังคมดี รวมทั้งมีความรู้สึกว่าได้ทำในสิ่งที่ดีที่สุดแล้ว

5. การมีอารมณ์แจ่มใส (Mood Tone) หมายถึง การแสดงออกถึงความสุขใจและมีอารมณ์ไปในทางที่ดี ไม่รู้สึกเศร้า หรือว่าเหว

แคนทริล (Cantril. 1965 : 41-45) ให้คำนิยามความพอใจในชีวิตโดยเน้นว่าความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง ซึ่งเกิดจากกระบวนการรู้คิดที่มีการรับรู้และใช้สติปัญญาของตนเอง ประมวลภาพรวมตามความเป็นจริงในโลกที่ตนเผชิญอยู่แล้วทำการตัดสินใจด้วยตนเอง (Affective Reaction and Cognitive Judgement)

มาสโลว์ (Maslow. 1970 : 24-25) อธิบายความหมายของความพอใจในชีวิตตามแนวคิดของทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ ทฤษฎีแรงจูงใจ (Maslow's Hierarchy of Needs Theory and Motivation Theory) ว่า ความต้องการ (Needs) เป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสวงหาการตอบสนองจนเป็นที่พอใจ จากความต้องการขั้นพื้นฐาน (Basic Needs) ระดับต่ำพัฒนาเป็นลำดับขั้นสู่ความต้องการขั้นสูงขึ้นไปเรื่อย ๆ เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนองมาก บุคคลนั้นย่อมเกิดความพอใจมาก แต่ถ้าหากความต้องการได้รับการตอบสนองน้อยหรือไม่ได้รับการตอบสนองเลย บุคคลนั้นจะเกิดความพอใจน้อย หรือไม่พอใจ และมาสโลว์ยังเชื่อว่าเป็นการยากที่มนุษย์จะมีความพอใจในชีวิตสูงสุด ยกเว้นในช่วงเวลาสั้น ๆ ทั้งนี้เพราะมนุษย์มีความปรารถนาอย่างอื่น ๆ เข้ามาแทนที่อยู่เรื่อย ๆ

พาวเวล (Powell. 1983 : 17-18) มีความคิดเห็นว่าความพอใจในชีวิตไม่ได้หมายความว่าบุคคลต้องได้รับการตอบสนองในทุก ๆ สิ่งที่ต้องการ แต่ความพอใจในชีวิตหมายถึงความสมดุลระหว่างความต้องการและการได้รับตอบสนอง โดยเกิดจากการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมเพื่อทำใหตนเองหลุดพ้นจากความทุกข์มีแต่ความสุข ดังนั้น เมื่อใดที่บุคคลปรับตัวต่อสภาวะแวดล้อมได้ บุคคลนั้นจะเกิดความพอใจในชีวิต สอดคล้องกับแคมเบล (Campbell. 1976 : 119) ซึ่งให้นิยามของความพอใจในชีวิตไว้ว่า หมายถึงการประเมินภาพรวมในชีวิตของบุคคลที่มีต่อตนเอง ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบที่สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ในความสอดคล้องกันระหว่างความคาดหวัง (Aspiration) กับสัมฤทธิ์ผล (Achievement) ต่อสภาพการณ์ที่เป็นอยู่กับสภาพการณ์ที่อยากให้

เป็นหรือรู้สึกว่าจะสมควรจะได้รับ ผลจากการประเมิน จะเป็นความพอใจหรือไม่พอใจอันเป็นการตัดสินใจของแต่ละบุคคล ความพอใจในชีวิตจะมีระดับสูง เมื่อสัมฤทธิ์ผลในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่มากกว่าความคาดหวังหรือไม่ได้คาดหวังมาก่อน และจอห์นสันและคนอื่น ๆ (Johnson and others. 1986 : 87) ได้ให้ความหมายของความพอใจในชีวิตว่า หมายถึงการรับรู้ด้วยจิตสำนึกที่สะท้อนให้เห็นว่าบุคคลนั้นรู้สึกสุขสราญใจ อิ่มเอมใจ และปราศจากความวิตกกังวล

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2532 : 8) ให้ความหมายของความพอใจในชีวิตตามคำนิยามของลอว์ตัน (Lawton 1972) และนูการ์เทิน (Neugarten. 1974) ดังนี้ (1) ความรู้สึกสุขใจ (2) ความรู้สึกอิ่มใจในตนเอง (Self-Fulfilment) (3) ความรู้สึกว่าตนยังมีค่า (4) ความรู้สึกพอใจในตนเอง (5) การยอมรับในความเป็นผู้สูงอายุของตน (6) การทำใจยอมรับทั้งความสำเร็จและความล้มเหลวในชีวิตของตนที่ผ่านมา คือไม่ยินดียินร้ายมากเกินไป (7) มีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและ (8) เห็นชีวิตตน เห็นชีวิตผู้อื่น เห็นสังคมและโลกในแง่ดี

ส่วนประภาเพ็ญ สุวรรณ (2533 : 2) ให้ความหมายของความพอใจในชีวิตว่า หมายถึงการที่บุคคลหนึ่งประเมินสภาพการณ์ของตนเอง โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานหรือความมุ่งหวังของตนเองอันเป็นรางวัลทางใจ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิตกับสุขภาพจิต

ความพอใจในชีวิตมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับลักษณะทางจิต และพฤติกรรมหลายประเภทของมนุษย์ เช่น การศึกษาของวิลสัน (Wilson. 1960 : 294-306) พบว่าความพอใจและความสุขมีความสัมพันธ์ทางบวก .41 กับความสามารถในการปรับตัวทางสังคม และมีความสัมพันธ์ทางลบ .44 กับความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของกูริน และคนอื่น ๆ (Gurin and others. 1960 : 87-101) ซึ่งพบว่าความพอใจและความสุขมีความสัมพันธ์ทางลบ .19 กับความกังวลใจและกับอาการไม่สบายทางกาย (Psychosomatic Symptom) สำหรับการศึกษาความพอใจในชีวิตพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-Esteem) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกไม่สุขสบายต่าง ๆ (Bachman and others. 1967 : 115-121) นอกจากนี้ความพอใจในชีวิตยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมใน

สังคม เช่น พบว่าผู้ที่มีความพอใจในชีวิตสูงจะมีพฤติกรรมปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับสมาชิกในครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อนและคนอื่น ๆ ในสังคม รวมทั้งยังมีกิจกรรมการไปท่องเที่ยว ไปกินอาหารนอกบ้าน ไปเล่นกีฬา และกิจกรรมอื่น ๆ บ่อยครั้งมาก ประมาณร้อยละ 44 (Fellows. 1956 ; 231-234 ; citing Bradburn and Caplovitz. 1965 :85-89) ส่วนความไม่พอใจในชีวิตที่รุนแรง พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Maris. 1969 : 90)

สรุปความได้ว่า ความพอใจในชีวิตมีความสำคัญต่อลักษณะทางจิตและพฤติกรรมของบุคคลอย่างมาก ซึ่งหากบุคคลใดมีความพอใจในชีวิตสูง ย่อมทำให้การปรับตัวทางสังคมและสุขภาพจิตของบุคคลดีด้วย

ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ (Anxiety of Personal Aging)

ความหมายของความวิตกกังวล

ฟรอยด์ (Freud. 1978 : 96) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า เป็นภาวะอย่างหนึ่งของอารมณ์ ที่เกิดจากกระบวนการของจิตใต้สำนึกที่เกิดจากความรู้สึกขัดแย้งในใจระหว่างการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง (Ego) และสภาพความต้องการโดยธรรมชาติ (Id)

เมย์ (Grave and Thompson. 1978 : 87 ; citing May. 1950 : 191) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่าเป็นความรู้สึกหวาดหวั่นที่เกิดขึ้น เนื่องจากมีสิ่งคุกคามต่อค่านิยมหรือคุณค่าที่บุคคลถือว่าสำคัญและมีความจำเป็นในการดำรงชีวิต

แมรีเนสส์ (Mareness. 1982 : 86) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า หมายถึงความรู้สึกที่ไม่แน่ใจถึงเคราะห์กรรมที่จะมาถึง ซึ่งเป็นความรู้สึกที่กลัวหรือความรู้สึกที่น่าเบื่อ น่ารำคาญ และดูเหมือนว่าไม่มีสาเหตุที่แท้จริง

อาพล ร่องเคลือบ (2515 : 8) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า หมายถึงสภาวะทางอารมณ์ซึ่งบุคคลรู้สึกไม่สบายใจ ถึงเครียด ขาดความมั่นคงปลอดภัย หรือเกิดความกลัว เมื่อบุคคลถูกเร้าให้เกิดความรู้สึกหรืออยู่ในสภาพทางอารมณ์ดังกล่าว บุคคลจะแสดง

พฤติกรรมต่าง ๆ เช่น หมั่นหมอง เศร้าซึม เคร่งเครียด หงุดหงิด อารมณ์เสียได้ง่าย หวาดระแวง หวาดกลัว มีความคิดฟุ้งซ่าน เป็นต้น

จำลอง ดิษยวานิช (2522 : 44) ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ว่า คือ ความไม่สบายใจกระวนกระวาย ความหวาดหวั่นหรือความพรั่นพรึง ความวิตกกังวลมีลักษณะคล้ายกับความกลัว ข้อแตกต่างมีอยู่ว่าความวิตกกังวลมีต้นตอมาจากภายในจิตใจ (Interpsychic) เป็นเรื่องสำคัญอาจจะหมายถึง ความกลัวที่ซ่อนอยู่ไม่รู้หาบ ซึ่งเกิดขึ้นพร้อมกับการคาดหมายถึงการที่จะได้รับผลไม่ได้นอนาคตโดยที่ไม่มีสาเหตุจากภายนอก บางครั้งอาจมีอันตรายหรือสาเหตุจากภายนอก แต่ความกลัวที่เกิดขึ้นนั้น ไม่สมส่วน (Disproportionate) กับเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง ส่วนความกลัวที่แท้จริงนั้นจะต้องมีอันตรายภายนอก (External Danger) และเกิดขึ้นสมส่วนกับอันตรายนั้น

แคทเทลล์ (Cattell. 1970 : 309-320) ได้แบ่งองค์ประกอบของพฤติกรรมใหญ่ ๆ ออกเป็น 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1. องค์ประกอบเกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงว่า ตื่นเต้นตกใจง่าย ลูกลี้หลุกจน ใจร้อน ขาดความรอบคอบ ขาดความอดทนต่อสิ่งเร้า
2. องค์ประกอบเกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงว่า มีความหวาดกลัวกังวล ใจคอเศร้าหมอง มีความทุกข์ รู้สึกว่าตัวเองผิดอยู่เสมอ
3. องค์ประกอบเกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงว่า มีอารมณ์ตึงเครียด เคร่งเครียด เอาจริงเอาจัง เกิดความคับข้องใจและหงุดหงิดอยู่เสมอ
4. องค์ประกอบเกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงว่า มีอารมณ์หวั่นไหวง่าย อารมณ์ไม่มั่นคง อารมณ์เสียได้ง่าย เปลี่ยนความสนใจได้ง่าย ไม่เป็นตัวของตัวเอง
5. องค์ประกอบเกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงว่า ขี้อาย ประหม่า ไม่กล้าแสดงออก ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง
6. องค์ประกอบเกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงว่า มีความขัดแย้งในตนเอง เนื่องจากควบคุมตนเองให้อยู่ในระเบียบวินัยไม่ได้ คือมีจิตใจวุ่นวาย คิดฟุ้งซ่าน ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ชอบทำอะไรตามใจตนเอง ไม่สนใจกฎเกณฑ์ของหมู่คณะและสังคม

และจากแนวความคิดของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1972 : 145 - 146)

ได้แบ่งความวิตกกังวลในเชิงจิตวิทยาเป็น 2 ประเภท โดยวิเคราะห์จากสถานการณ์และบุคลิกภาพได้ดังนี้

1. ความวิตกกังวลที่ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ (State Anxiety or Situational Anxiety or Acute Anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในบางสถานการณ์เท่านั้น และความเข้มของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นขึ้นอยู่กับความเข้มของสิ่งเร้าด้วย ความวิตกกังวลประเภทนี้จะมีค่าความเข้มสูง แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะคงที่อยู่ในช่วงเวลาสั้น ๆ ผู้ที่มีความวิตกกังวลแบบนี้มาก คือผู้ที่มีความถี่ของความวิตกกังวลในสถานการณ์ต่าง ๆ มาก

2. ความวิตกกังวลซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะในตัวบุคคล (Trait Anxiety) ความวิตกกังวลประเภทนี้จะเกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่ว ๆ ไปทุกสถานการณ์ แต่จะมีความเข้มในระดับต่ำและจะเกิดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคลโดยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ ปกติแล้วทุกคนจะมีความวิตกกังวลประเภทนี้โดยที่เราไม่รู้ตัว

เพิร์ลส (Patterson, 1973 : 348 ; อ้างอิงมาจาก Perls, n.d.) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นช่องว่างระหว่างปัจจุบันกับอนาคต นั่นคือเมื่อบุคคลคิดถึงเรื่องที่ยังไม่เกิดขึ้น ความคิดของบุคคลจะกระโดดจากปัจจุบันไปสู่อนาคต ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล

เจอร์ซิลด์ (ประสาธ อิศรปริดา, 2521 : 45 ; อ้างอิงมาจาก Jersild, n.d.) อธิบายว่าความวิตกกังวล หมายถึงความวุ่นวายใจที่เกิดขึ้นจากการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะมีสิ่งใดเกิดขึ้นหรือจะมีภัยอันตรายใด ๆ เกิดขึ้นแก่ตน เป็นสภาพจิตใจที่ไม่พึงปรารถนา เป็นการตอบสนองต่อสิ่งที่เป็นอันตรายหรือสิ่งที่ยังไม่ชัด และทำให้เกิดความกลัวหรือความวิตกกังวลในอัตราที่ค่อนข้างสูงแล้วก็จะทำให้มีปฏิกิริยาทางร่างกายเกิดขึ้น เช่น กล้ามเนื้อของระบบประสาท ทำให้ต่อมอะดรีนัล (Adrenal Gland) ทำงานมากขึ้น มีผลทำให้หัวใจเต้นเร็ว ระบบย่อยอาหารทำงานช้าลง มีเหงื่อออกตามฝ่ามือและมีการเปลี่ยนแปลงอื่น ๆ อีกด้วย

ส่วนไรครอฟท์ (Rycroft, 1978 : 12) อธิบายว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกของการเตรียมพร้อมเพื่อเผชิญหน้ากับสิ่งที่จะเกิดขึ้นและความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ไม่คุ้นเคย ภาวะเช่นนี้เกิดขึ้นเมื่อบุคคลตระหนักว่ามีอะไรบางอย่างที่เป็นอันตรายต่อตนเองแต่ยังไม่สามารถลงมือ

จัดการกับสิ่งนั้นได้ เนื่องจากยังไม่ได้เกิดขึ้นจริง ๆ หากสิ่งนั้นเกิดขึ้นแล้ว หรือบุคคลรับรู้อย่างแจ่มชัดแล้ว ความวิตกกังวลก็จะหมดไป เพราะไม่ต้องเตรียมพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เหลืออยู่แต่การลงมือปฏิบัติจริง และภาวะอารมณ์ชนิดอื่นจะเข้ามาแทนที่ความวิตกกังวล นอกจากนี้เรครอฟท์ยังเชื่อว่า เมื่อความวิตกกังวลเกิดกับสิ่งที่บุคคลไม่รู้จกยอมแสดงว่าประสบการณ์ทั้งหมดทั้งหลายที่บุคคลไม่เคยผ่านพบมาก่อนสามารถก่อให้เกิดความวิตกกังวลได้ทั้งสิ้นไม่ว่าประสบการณ์นั้นจะน่าพิงพอาจหรือไม่ก็ตาม

ส่วนออซูเบล (Ausubel, 1968 : 245) มองความวิตกกังวลว่าเป็นแนวโน้มของบุคคลที่จะตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ด้วยความกลัว เพราะมีความรู้สึกว่าการณ์หรือ สถานการณ์นั้น ๆ จะทำให้เขาต้องสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-Esteem) ความวิตกกังวลต่างจากความกลัวในแง่ที่ว่า สิ่งที่มากระทบนั้นมักจะกระทำต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลมากกว่าที่จะกระทำต่อร่างกายของบุคคลนั้น ฮิลการ์ด (Hilgard, 1962 : 173-174) มีความคิดเห็นเช่นเดียวกับออซูเบล ที่ว่าความวิตกกังวลเป็นสภาพคล้ายความกลัว และมีความสัมพันธ์กับความกลัวอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ในด้านการจูงใจ (Motivation) ทั้งนี้ เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นสภาพที่บุคคลรู้สึกกระวนกระวายใจเป็นความกลัวซึ่งต่างจากความกลัวธรรมดา คือความกลัวธรรมดานั้นมีวัตถุที่กระทำกลัว หรือสิ่งที่ทำให้กลัวปรากฏเป็นรูปร่างให้เห็น ดังนั้นอาจพูดได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นความกลัวที่เลื่อนลงไม่แจ่มชัด แต่คล้ายกับความกลัวในแง่ที่เป็นสภาพที่ทำให้บุคคลรู้สึกไม่สบายใจเกิดความตึงเครียด

ส่วนเลวิตท์ (Levitt, 1967 : 8-9) กล่าวว่า ความวิตกกังวลและความกลัวมีลักษณะร่วมกัน ต่างกันที่ความกลัวเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างมีเป้าหมายคือบุคคลรู้ว่าจะกลัวสิ่งใด หรือสภาพการณ์ใดแต่ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่บุคคลคิดว่าเหตุการณ์ที่กลัวกำลังจะเกิดขึ้น แต่ไม่รู้ชัดว่าเป็นสิ่งใด ความวิตกกังวลเช่นนี้เรียกว่าความวิตกกังวลแบบเลื่อนลอย (Free-Floating Anxiety) แต่หากเป็นความวิตกกังวลที่เฉพาะเจาะจง คือรู้สิ่งเร้าชัดเจน จะใช้คำว่า "ความกลัว" แทน สอดคล้องกับอดัมส์ (Adams, 1977 : 71) ซึ่งกล่าวว่าความกลัวเป็นอารมณ์พื้นฐานของความวิตกกังวล และ อิซาร์ด (Izard, 1972 : 40) ก็ระบุเช่นเดียวกันว่าเกือบทุกทฤษฎีมีความคิดเห็นตรงกันว่าความกลัวเป็นองค์ประกอบสำคัญของความวิตกกังวล

โกรเอน (Groen. 1975 : 733) ให้ข้อสังเกตเกี่ยวกับความวิตกกังวลไว้ว่าโดยตัวของเหตุการณ์เองแล้วไม่ว่าตัวก่อความวิตกกังวลโดยตรง แต่การรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์นั้น ๆ ต่างหากที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล

เบค (Beck. 1972 : 349) กล่าวว่า แม้สภาพการณ์ที่กดดันจะมีส่วนสร้างให้เกิดความวิตกกังวลได้ แต่สภาพการณ์เหล่านี้เป็นตัวการทำให้เกิดความวิตกกังวลได้น้อยกว่าสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคล หากบุคคลรับรู้ถึงความกดดันมากก็มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลได้ง่ายกว่าบุคคลที่รับรู้ได้น้อย นั่นคือ องค์ประกอบด้านความคิดมีผลต่อการเกิดความวิตกกังวลยิ่งกว่าตัวสภาพกดดันภายนอกที่แท้จริง ประสบการณ์ของบุคคลก็เป็นตัวการสำคัญตัวหนึ่งที่ทำให้สภาพการณ์ซึ่งอาจไม่มีอะไรร้ายแรงกลายเป็นสภาพที่กดดันขึ้นอย่างมากได้ โดยบุคคลประเมินอันตรายที่จะเกิดขึ้นเกินจากความเป็นจริง และขณะเดียวกันก็ประเมินความสามารถของตนที่จะจัดการกับภวะนั้น ๆ ต่ำกว่าความเป็นจริงด้วย ซึ่งทั้ง 2 ประเด็นนี้ จะเป็นตัวเร้าให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้ก็จะกลายเป็นตัวเน้นถึงสัญญาณอันตรายของสภาพการณ์นั้น ทำให้เพิ่มความเข้มของความวิตกกังวลขึ้นไปอีก กลายเป็นวงจรต่อเนื่องของความวิตกกังวล และมีผลทำให้เกิดความแปรปรวนทางด้านสรีระได้ด้วย เช่น เกิดอาการเจ็บป่วยโดยมิได้มีสาเหตุมาจากกลไกทางด้านร่างกาย (Somatic) จะแสดงออกในเชิงลบ เช่นการถดถอยและมีแนวโน้มที่จะเกิดกลไกป้องกันตนเองในรูปแบบต่าง ๆ

ลาซารัส และอเวอริลล์ (Lazarus and Averill. 1972 : 242-244) ได้ศึกษากระบวนการทางความคิดที่เชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์จากสภาพแวดล้อมกับปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ โดยวิเคราะห์อารมณ์ว่าเกิดขึ้นได้จากการประเมิน 3 ขั้นตอน คือ การประเมินขั้นแรกนั้น บุคคลจะตัดสินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเกี่ยวข้องกับตนหรือไม่ และจะก่อให้เกิดผลทางดีหรือทางร้าย การประเมินขั้นที่ 2 บุคคลจะพิจารณาเพื่อเลือกวิธีการจัดการกับสิ่งร้ายที่อาจเกิดขึ้น หรือส่งเสริมสิ่งดีที่ตนจะได้รับ การประเมินขั้นที่ 3 เป็นการทบทวนผลและประสิทธิภาพของการตอบสนองและเปลี่ยนแปลงการตอบสนองที่บกพร่องเสียใหม่ให้เหมาะสมกับข้อมูลเดิมที่ได้จากการประเมินในขั้นแรก การประเมินทั้ง 3 ขั้นนี้ ได้อิทธิพลจากตัวแปร 2 ประการคือ ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่องค์ประกอบทางด้านสิ่งแวดล้อมทั้งหลายที่เป็นตัวเร้าให้เกิดการตอบสนอง

ตัวเรานี้อาจมีอยู่โดยที่บุคคลรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ได้ ตัวแปรประเภทที่ 2 คือ ตัวแปรด้านลักษณะบุคคล เช่น เจื่อนใจทางสรีระ การสั่งสมทางสังคม และความเป็นมาจากอดีตของบุคคล เป็นต้น การประเมินขั้นที่ 2 แสดงออกในรูปของการจัดการต่อสิ่งเร้านั้น แยกได้เป็น 2 ประเภทคือ การแสดงออกเป็นพฤติกรรมโดยตรง ได้แก่ การรู้ การหลีกเลี่ยง การคืนรนห้ถึงเป้าหมาย เป็นต้น ส่วนอีกประเภทหนึ่ง คือ การแสดงออกเป็นกระบวนการภายในของบุคคล เช่น ความฟุ้งซ่าน การคิดค้น การป้องกันตนเอง เป็นต้น

เอฟสไตน์ (Epstein, 1972 : 303-305) สรุปว่า ความวิตกกังวลเกิดจากเจื่อนใจต่าง ๆ 3 แบบ ได้แก่

1. ความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากการเร้าเกินระดับ เป็นการเร้าทางกายภาพซึ่งมีมากเกินไปจนขีดความสามารถที่อินทรีย์จะรับไว้ได้ ปฏิกริยาตอบสนองของอินทรีย์ต่อสิ่งเร้านี้เป็นการตอบสนองที่ถูกวางเจื่อนใจมาจากความเจ็บปวดทางกายภาพ แล้วก่อให้เกิดความกลัวและความวิตกกังวลขึ้น และขีดความสามารถของอินทรีย์ที่จะต้านรับสิ่งเร้านี้ขึ้นอยู่กับความสำคัญของสิ่งเร้าที่อินทรีย์เคยถูกวางเจื่อนใจมาก่อน

2. ความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากความไม่กลมกลืนกันของความคิด หมายถึง การจัดประสบการณ์ของตนไม่สอดคล้องกับความคาดหวัง นั่นคือ ความคาดหวังไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ก็จะทำให้เกิดความกดดันและนำไปสู่ความวิตกกังวลได้

3. ความวิตกกังวลเกิดจากความไม่สามารถตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นได้ เนื่องด้วยเจื่อนใจต่าง ๆ ที่ปิดกั้นไว้ ได้แก่ การไม่รู้ต้นตอของตัวเร้าที่ชัดเจน การตอบสนองที่ต้องใช้ระยะเวลาที่คอยที่ยาวนาน ความขัดแย้งระหว่างการตอบสนองที่ต้องเลือกหรือการตอบสนองที่ควรจะเป็นไม่อยู่ในวิสัยที่จะจัดหามีขึ้นได้ เจื่อนใจเหล่านี้ก่อให้เกิดความคับข้องใจและนำไปสู่ความวิตกกังวล สภาพความรู้สึกเฉพาะบุคคลที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวลลักษณะนี้คือภาวะอับจนหนทาง

จากความหมายของความวิตกกังวลที่กล่าวไว้ต่าง ๆ นั้น ผู้วิจัยจึงสรุปว่า ความวิตกกังวลหมายถึง สภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่ทำให้เกิดความกลัว ไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ เนื่องจากคาดหวังว่ามีบางสิ่งบางอย่างคุกคามความมั่นคงและค่านิยมที่สำคัญต่อชีวิตตน ทำให้บุคคลสูญเสียคุณค่าและมีผลให้พฤติกรรมและสุขภาพจิตแตกต่างไปจากเดิม

ความหมายของสภาพการสูงอายุ

สภาพการสูงอายุ หมายถึง สภาพการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย พฤติกรรม สมรรถภาพ จิตใจ และสังคม (เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528 : 5-19) อันได้แก่ การเสื่อมของระบบต่างๆ ในร่างกาย ทำให้สมรรถภาพในการทำงานของร่างกายลดลง ความสามารถในการเรียนรู้ เชาวน์ปัญญา ความจำลดลง อันมีผลต่อจิตใจของผู้สูงอายุ การมองรูปลักษณะของตนเอง และมโนทัศน์ต่อตนเองจะเปลี่ยนไป ประกอบกับการสูญเสียบทบาททางสังคม การสูญเสียรายได้ การสูญเสียบุคคล อันเป็นที่รัก เนื่องจากการตายหรือการพลัดพราก ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว อ้างว้าง ถูกทอดทิ้ง ทำให้อารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิดง่าย รู้สึกว่าสังคมไม่ได้ให้ความสำคัญกับตน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้จะสัมพันธ์กัน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสรุปความหมายของความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุได้ว่า หมายถึง สภาพอารมณ์ของบุคคลที่แสดงถึงความไม่สบายใจ กระวนกระวายใจหรือความวิตกกังวลที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงที่มิพึงปรารถนาจากการสูงอายุ เช่นการเสื่อมของสภาพร่างกาย การเจ็บป่วย การตาย การถูกทอดทิ้งจากบุตรหลาน การสูญเสียรายได้ และบทบาททางสังคมและการรับรู้ของสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุกับสุขภาพจิต

ดายและแพททิลโล (Dye and Pattilo. 1983 : 144) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความกลัวสภาพการสูงอายุในผู้สูงอายุพบว่า ความกลัวสภาพการสูงอายุมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตาย การทำงานในวัยสูงอายุ และการรับรู้ทางสังคมที่มีต่อผู้สูงอายุ

เลอรั (Klemmack and Roff. 1984 : 756; citing Lehr. 1967 : 230 -238) ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติที่มีต่ออนาคตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติทางบวกต่ออนาคตมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีทัศนคติทางลบต่ออนาคต

สำหรับในประเทศไทยนั้น มีการศึกษาของ เซอรี ทองเพ็ญ (2537 : 138) ซึ่งทำการศึกษาในเรื่องความกลัวสภาพการสูงอายุกับความผาสุกในชีวิต ในชมรมผู้สูงอายุ

กรุงเทพมหานคร พบว่าความกลัวสภาพการสูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกในชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นว่า ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ทางสังคมและความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งยังไม่มีงานวิจัยในประเทศที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้กับภาวะสุขภาพจิตโดยตรง ผู้วิจัยจึงคาดว่าคนที่บุคคลมีการรับรู้ทางสังคมและมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตย่อมจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตได้ด้วย

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปรากฏการณ์แสดงถึงความต้องการพื้นฐานของบุคคลทางสังคมที่ต้องการติดต่อหรือได้รับการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม ความคิดหลากหลายดังกล่าวมีอาทิ เช่น คอบบ์ (Cobb, 1976 : 300) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นข่าวสารหรือข้อมูล (Information) ที่ทำให้คนเราเชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนปกป้องและมองเห็นคุณค่า รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน ส่วนแคปแลนและคนอื่น ๆ (Kaplan and others, 1977 : 50-51) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมี 2 ลักษณะ คือ บุคคลนั้นมีความสำคัญต่อผู้อื่น และในการติดต่อสัมพันธ์กับคนในสังคมทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการ เกิดความพอใจ ลิ้นและคนอื่น ๆ (Lin and others, 1979 : 109) แสดงความคิดเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคม คือการสนับสนุนที่บุคคลหาได้จากการติดต่อสัมพันธ์กับคนในสังคมทั้งที่เป็นรายบุคคลหรือกลุ่มคนหรือชุมชนขนาดใหญ่ และฮับบาร์ดและคนอื่น ๆ (Hubbard and others, 1984 : 266) เสนอแนวความคิดเพิ่มเติมว่า การสนับสนุนทางสังคมมีโครงสร้างหลายมิติ ประกอบด้วยการสื่อสารที่ดีที่ทำให้มีความรู้สึกผูกพัน มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมด้วยความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมมีลักษณะเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก อาจมีการพึ่งพาอาศัยกัน ให้ความช่วยเหลือ ให้ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับในสังคม ชีวิตมีความหมายมากขึ้นและมีความสุข

แนวความคิดของนักวิชาการที่นำเสนอมานี้ กล่าวโดยสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่บุคคลมีการติดต่อปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น และบุคคลนั้นได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านกาย อารมณ์และสังคม

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีแนวคิดที่หลากหลาย การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจึงจำเป็นต้องพิจารณาารวมกันหลายด้าน (Thoits. 1982 : 147) ไวส์ (Weiss. 1974 : 17-26) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 5 ชนิด ได้แก่

1. ความใกล้ชิด ซึ่งจะส่งผลต่ออารมณ์โดยรวม บุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น คู่สมรส เพื่อน หรือคนในครอบครัว เป็นต้น
2. การมีส่วนร่วมในสังคม แสดงถึงการเข้ามามีส่วนร่วมกันของคนที่มีสภาพคล้ายคลึงกัน ความสัมพันธ์ในกลุ่มนี้มักพบในกลุ่มเพื่อน
3. พฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบ จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความสัมพันธ์ในลักษณะที่ต้องดูแลรับผิดชอบบุคคลอื่น
4. การได้รับการยอมรับ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถกระทำได้ตามบทบาทของตน จะทำให้เขาเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง
5. การได้รับความช่วยเหลือโดยเฉพาะที่เกิดจากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด จะก่อให้เกิดการช่วยเหลือที่ยาวนานได้

สวอนคอบบี้ (Cobb. 1976 : 300-301) สรุปการแบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมของเขาออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (Emotional Support) ซึ่งทำให้บุคคลรับรู้ว่าจะได้รับความรัก การดูแลและเอาใจใส่ ชนิดที่สอง คือการได้รับการยอมรับและมีผู้เห็นคุณค่า (Esteem Support) และชนิดสุดท้าย คือการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) ทำให้มีความผูกพันและมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน

เฮาส์ (House. 1981: 15-26) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติม เป็น 4 ชนิด ได้แก่

1. การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การได้รับความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ ความรัก ความจริงใจ และความสนใจ

2. การได้รับความช่วยเหลือ ด้านสิ่งของ การเงินหรือแรงงาน (Instrumental Support)

3. การได้รับความช่วยเหลือด้านการประเมินผล และเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal Support) เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง ก่อให้เกิดความมั่นใจ ความรู้สึกเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคม

4. การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) เป็นข้อมูล หรือข้อแนะนำ ที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาชีวิต

การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพ

นักวิชาการหลายคนพยายามศึกษาผลกระทบการทำงานหรือกระบวนการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษา นักวิชาการอธิบายว่า การให้การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย ซึ่งสรุปได้เป็น 2 ลักษณะ (House. 1981 : 30-38) คือ

1. กลไกการทำงานของ การสนับสนุนทางสังคม มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งส่งเสริมภาวะปกติสุข การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีส่วนร่วมในสังคม ผลต่อภาวะสุขภาพนี้เป็นผลดีไม่เกี่ยวข้องกับความเครียด เขาอธิบายว่า ในคนที่มีความเครียดต่ำหรือไม่มีเลย ในขณะที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง บุคคลนั้นจะมีภาวะสุขภาพที่เป็นปกติสุขสมบูรณ์ ซึ่งเป็นการป้องกันผลกระทบโดยตรงของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพ และเขายังพบว่าอัตราของภาวะสุขภาพเสื่อมโทรม (Poor Health) จะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อการสนับสนุนทางสังคมลดลง

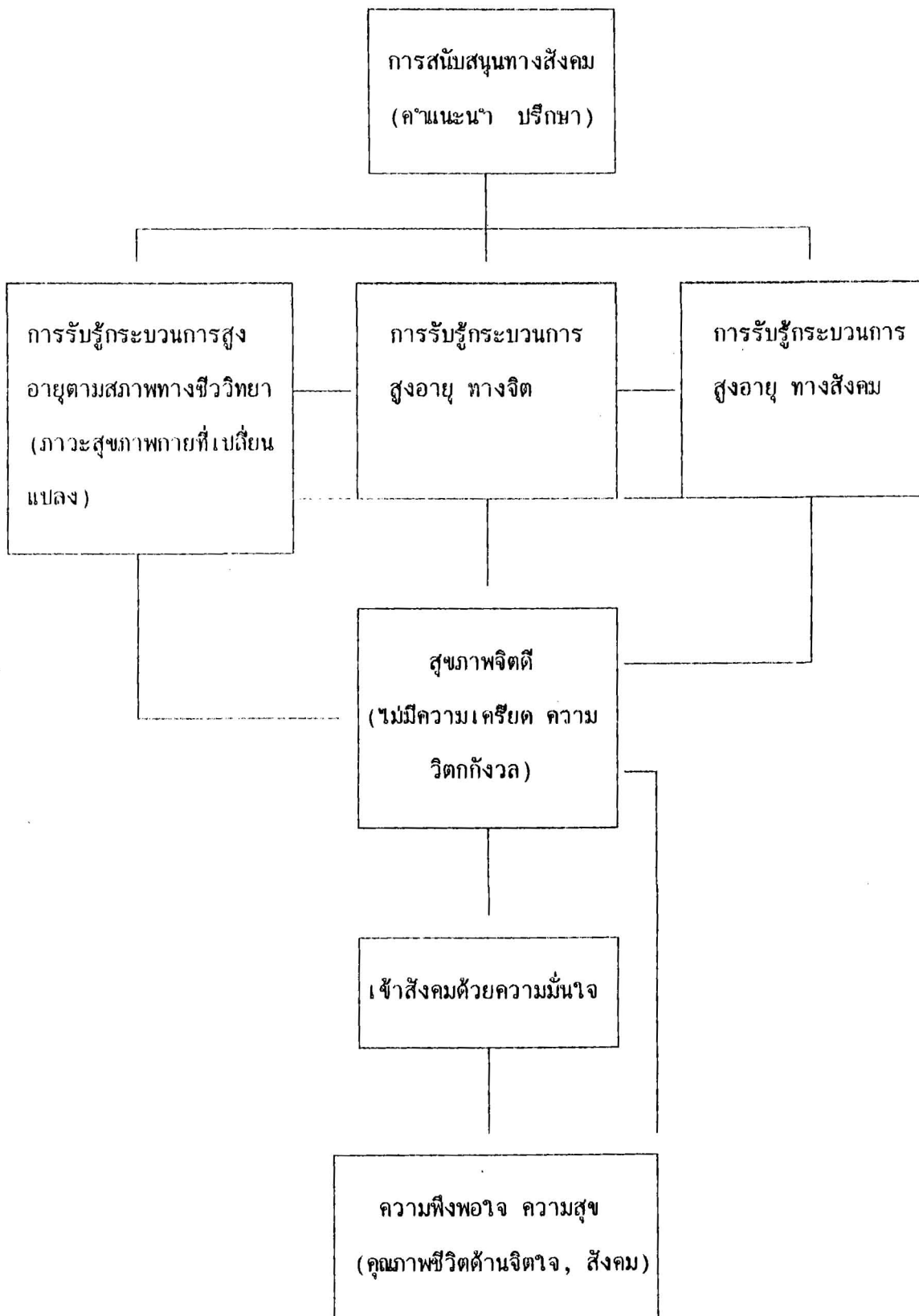
2. กลไกการทำงานของ การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการลดความเครียดโดยตรง และอีกบทบาทหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม คือเป็นตัวกันชน (Stress Buffering) ที่ดูดซับผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด และลดโอกาสการเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต ซึ่งภาวะนี้ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วย (สาวิตรี ลิมชัยอรุณเรือง 2535 : 88; citing Berkman. 1984; Cassel. 1976; Brandt and Weinert. 1981; McNett. 1987; Broadhead and others.

1983; Cohen and Brody. 1981; Kaplan and others. 1977; Kaplan and others. 1987; Pearlin and others. 1981) แหล่งทางสังคมจะช่วยเป็นตัวกันชนผ่อนแรงปะทะระหว่างความเครียดในชีวิตด้านจิตใจกับสุขภาพโดยรวมได้ ความเครียดของบุคคลนั้นจะน้อยลงโดยการให้การสนับสนุนทางสังคมที่แข็งแกร่งมาก (Wheaton. 1985) การวิจัยหลายชิ้นได้ผลที่สอดคล้องกันว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อการลดความเครียดในชีวิต ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตดีและมีความพึงพอใจในชีวิตด้านจิตใจที่ดี (Arling. 1987; Diener. 1984; Harel and Deimling. 1984; Kaplan and others. 1987; Liang and others. 1980; Turner. 1981; Williams, Ware and Donald. 1981)

การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้กระบวนการสูงอายุนและคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุที่เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม เพราะเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่มีการจัดกิจกรรมปกติสม่ำเสมอทุกวันพุธ และกิจกรรมพิเศษที่ผู้สูงอายุสนใจเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พบปะสังสรรค์ สร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสรเรียนรู้ รับรู้กระบวนการสูงอายุนจากกิจกรรมที่กระทำร่วมกัน และจากประสบการณ์ชีวิตของเพื่อนสมาชิก การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิตด้านวัยสูงอายุน ทำให้ผู้สูงอายุสามารถรับรู้กระบวนการสูงอายุนได้ถูกต้อง ซึ่งมีผลช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล จากการเกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพกาย ทำให้ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพจิตที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุเข้าสังคมด้วยความมั่นใจและผู้สูงอายุจะเกิดความพึงพอใจ มีความสุข ซึ่งแสดงได้ด้วยภาพดังต่อไปนี้

ความเกี่ยวข้องของการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้กระบวนการสูงอายุ, สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิต



งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิต

จากการศึกษาของ แคมแลน (LaRocco and others. 1980 : 205 ; citing Caplan. 1972) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้บังคับบัญชา ผู้ใต้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงานมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียดในการปฏิบัติงาน เช่นเดียวกับการศึกษาของพินเนวว์ ในปี 1976 (LaRocco and others. 1980 : 205; citing Pinneau. 1976) เรื่อง "ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อความเครียดในการปฏิบัติงาน" จากกลุ่มตัวอย่าง 2,010 คน ใน 23 อาชีพ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการปฏิบัติงาน ซึ่งแรงสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาครั้งนี้มีแหล่งมาจากผู้บังคับบัญชาและคนอื่น ๆ ในที่ทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของบราวน์ และแฮร์ริส (Brown and Harris. 1981 : 149-150) ที่พบว่า บุคคลที่ผ่านเหตุการณ์วิกฤตในชีวิตแต่ละคนแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีความเครียดมากกว่าบุคคลที่ผ่านเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต แต่บุคคลนั้นมีแรงสนับสนุนทางสังคม และจากการศึกษาของคาเวน (Cavan. 1959 : 136-146) ก็เช่นเดียวกันที่พบว่า ครอบครัวเป็นแหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในช่วงที่สมาชิกในครอบครัวพบกับเหตุการณ์วิกฤต โดยครอบครัวจะให้ความช่วยเหลือทางการเงิน ให้ความกำลังใจ ให้ความสนับสนุนทางอารมณ์ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์วิกฤตได้ ความเครียดก็จะน้อยลง

โอร์ท-โกเมอร์ และ จอห์นสัน (Orth-Gomer and Johnson. 1987) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายสูง

นอกจากนี้ จากการศึกษาลินและคนอื่น ๆ (Lin and others. 1979 : 108) ซึ่งได้ ศึกษาคนจีนเชื้อสายอเมริกันที่อาศัยอยู่ในกรุงวอชิงตันดีซี พบว่าชีวิตที่มีแต่ความเครียด (Stressful Life Event) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการทางจิต และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการทางจิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของก๊อบและคาสส์ ในปี 1977 และ กอร์ ในปี 1978 (LaRocco and others. 1980 : 205; citing Cobb and Kasl. 1977 and Gore. 1978) ซึ่งพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยต้านทานความเสื่อมโทรมทางสุขภาพที่เป็นผลมาจากความเครียดในการปฏิบัติงานของคนงานอุตสาหกรรม และจากการศึกษาของ บอสเวล (Pilisuk and Freland. 1987 : 278; citing Boswell. 1973) ในชนพื้นเมืองภาคเหนือของโรดีเชีย พบว่าบทบาทของแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลได้รับ

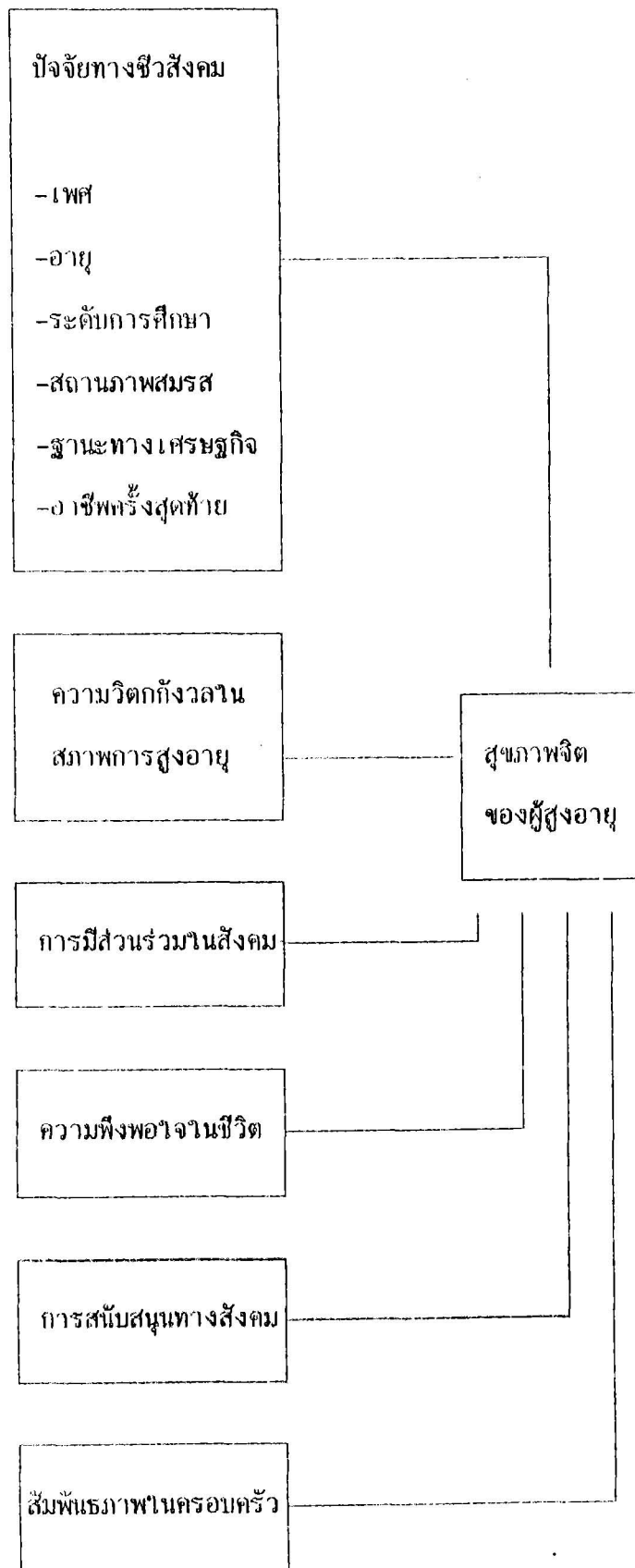
ทรัพยากรที่เป็นทั้งวัตถุและไม่ใช่วัตถุ เพื่อจะเผชิญกับภาวะวิกฤตหรือสถานการณ์เครียด

จากงานวิจัยข้างต้นจะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลดีต่อจิตใจ และสามารถบรรเทาความเครียดลงได้ ช่วยให้บุคคลรับรู้ถึงการยอมรับจากคนรอบตัว อันได้แก่ พ่อแม่พี่น้อง เพื่อนร่วมงาน มิตรสหาย ทำให้ความรู้สึกเหงา อ้างว้างบรรเทาลงได้ ส่งเสริมภาวะสุขภาพที่ดีทั้งกายและใจ ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมแล้วทำให้ไม่สามารถปรับตัวและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้ การสนับสนุนทางสังคมจึงมีผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี เพราะทำให้บุคคลมีการยอมรับตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ดังนั้นผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงย่อมส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีด้วยเช่นกัน

สมมติฐานของการวิจัย

1. สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
2. สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจได้
3. ผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันทางด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ การสมรส ฐานะทาง เศรษฐกิจ และอาชีพครั้งสุดท้าย มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ดังนี้
 - 3.1 ผู้สูงอายุเพศชาย มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง
 - 3.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปี มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-69 ปี และ 70-74 ปี
 - 3.3 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปานกลางและต่ำ
 - 3.4 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีคู่ มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่มีคู่
 - 3.5 ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางและต่ำ
 - 3.6 ผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพที่ไม่มีการเกษียณอายุ มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพที่มีการเกษียณอายุ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ ตามขั้นตอนดังนี้

- 1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3) การหาคุณภาพเครื่องมือ
- 4) การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 5) การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-74 ปี เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ ในปี พ.ศ. 2538 ที่มาเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 300 คน

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 220 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากจากรายชื่อจากประชากรผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเนื้อหาเป็น 7 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร 6 ตัว ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจและอาชีพ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบเติมข้อความ และเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเพื่อวัดความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งดัดแปลงมาจาก ตัวอย่างข้อความแบบสอบถามสัมพันธ์ภาพในครอบครัว (Family Relation Scale) ของ มอร์โร และวิลสัน (Morrow and Wilson, 1961 : 503-504) จำนวน 12 ข้อ โดยมี ข้อความเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและสังคม เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 อันดับ คือ "เป็นประจำ" "บางครั้ง" "ไม่เคยเลย" โดยให้คะแนนตั้งแต่ 3 คะแนน สำหรับเมื่อตอบว่า "เป็นประจำ" ได้ 2 คะแนนสำหรับคำตอบ "บางครั้ง" และได้ 1 คะแนนเมื่อตอบว่า "ไม่เคยเลย" ดังนั้นพิสัยของคะแนนรวมจึงอยู่ระหว่าง 12-36 คะแนน ผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า 24 คะแนน จะเป็นผู้มีสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวสูง การหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าอำนาจจำแนก รายข้อ ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-Test Correlation) และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดตอนนี้ได้ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient). ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79

ตัวอย่าง แบบวัดสัมพันธ์ภาพกับครอบครัวและสังคม

ข้อความ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
(0) ท่านรับประทานอาหารคนเดียว			
(00) สมาชิกในครอบครัวยังให้ความเคารพ ยกย่อง และให้ความสำคัญ ปรึกษาปัญหา ต่าง ๆ กับท่าน			

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามวัดการมีส่วนร่วมในสังคม

แบบสอบถามชุดนี้ ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบวัดการมีส่วนร่วมในเชิงสังคมของประพิศ จันทร์พฤกษา (2536 : 52-54) ซึ่งประกอบด้วย

1) เครื่องมือวัดการมีส่วนร่วมในเชิงสังคม

ลักษณะของแบบสอบถาม มีจำนวน 19 ข้อ เป็นข้อความในเชิงบวกทั้งหมด แต่ละข้อ ประกอบด้วยประโยคบอกเล่า 1 ประโยค และเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ ตั้งแต่ "ทุกวัน" ถึง "ไม่เคยเลย" ควบคุมกันใบ แล้วนำมาหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item - Test Correlation) และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดตอนนี หาด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

ตัวอย่างของเครื่องมือวัดการมีส่วนร่วมในเชิงสังคม

(0) ข้าพเจ้ามีโอกาสดำเนินงานบ้าน

-----	-----	-----	-----	-----
ทุกวัน	สัปดาห์ละ	สัปดาห์ละ	เดือนละ	ไม่เคยเลย
	4-6 ครั้ง	1-3 ครั้ง	1-2 ครั้ง	

(00) บุตรหลานมักปรึกษาปัญหาและขอคำแนะนำจากข้าพเจ้า

-----	-----	-----	-----	-----
ทุกวัน	สัปดาห์ละ	สัปดาห์ละ	เดือนละ	ไม่เคยเลย
	4-6 ครั้ง	1-3 ครั้ง	1-2 ครั้ง	

เกณฑ์การให้คะแนน ผู้ตอบแต่ละคนจะได้คะแนนแต่ละข้อดังนี้

ในประโยคเชิงบวก เมื่อตอบว่า "ทุกวัน" ได้ 5 คะแนน คะแนนจะลดลงตามลำดับ ได้ 1 คะแนน เมื่อตอบว่า "ไม่เคยเลย"

ในประโยคเชิงลบ เมื่อตอบว่า "ทุกวัน" ได้ 1 คะแนน คะแนนจะเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ และได้ 5 คะแนน เมื่อตอบว่า "ไม่เคยเลย"

ดังนั้น พิสัยของคะแนนรวมจึงอยู่ระหว่าง 19-95

ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า 57 คะแนน แสดงว่าเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในเชิงสังคมมาก

2) เครื่องมือวัดการมีส่วนร่วมในเชิงจิตใจ

ลักษณะของแบบวัดมีจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อเป็นประโยคบอกเล่า ประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายในเชิงบวกจำนวน 7 ข้อ และเป็นข้อความในเชิงลบจำนวน 3 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า 5 อันดับ ตั้งแต่ "จริงที่สุด" ถึง "ไม่จริงเลย" ควบคุมกันไป แล้วนำไปหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item - Test Correlation) และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ หาด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - coefficient) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

ตัวอย่างของเครื่องมือวัดการมีส่วนร่วมในเชิงจิตใจ

(0) เมื่อได้พูดคุยกับบุตรหลานหรือญาติพี่น้อง ข้าพเจ้ารู้สึกอบอุ่นใจ

-----	-----	-----	-----	-----
จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

(00) ข้าพเจ้ารู้สึกว่ตนเองไม่มีประโยชน์กับครอบครัว

-----	-----	-----	-----	-----
จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงเลย

เกณฑ์การให้คะแนน

ผู้ตอบแต่ละคนจะได้คะแนนของแต่ละข้อดังนี้

ในประโยคเชิงบวก เมื่อตอบว่า "จริงที่สุด" ได้ 5 คะแนน คะแนนจะลดลงตามลำดับ จนกระทั่งตอบว่า "ไม่จริงเลย" ได้ 1 คะแนน

ในประโยคเชิงลบ เมื่อตอบว่า "จริงที่สุด" ได้ 1 คะแนน คะแนนจะเพิ่มขึ้นตามลำดับ จนกระทั่งตอบว่า "ไม่จริงเลย" ได้ 5 คะแนน

ดังนั้น พิสัยของคะแนนรวมจึงอยู่ระหว่าง 10 ถึง 50 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า 30 คะแนนแสดงว่า เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในเชิงจิตใจมาก

สำหรับคะแนนการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้ตอบแต่ละคน จะได้จาก การเอาคะแนน

การมีส่วนร่วมในเชิงสังคม และการมีส่วนร่วมในเชิงจิตาใจมารวมกัน ดังนั้นพิสัยของคะแนนจึงอยู่ระหว่าง 29 ถึง 145 คะแนน ผู้ตอบที่ได้คะแนนสูงกว่า 87 คะแนน แสดงว่าเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในสังคมมาก

ส่วนที่ 4 เป็นเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิต

เครื่องมือนี้ ผู้วิจัยแปลเรียบเรียงและปรับปรุง มาจากเครื่องมือวัดความพึงพอใจในชีวิต ชุดเอ (Life Satisfaction Index A) ของบุรการ์เทนและคนอื่นๆ (Neugarten and others, 1961 : 134) ลักษณะของเครื่องมือวัดมี 18 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยประโยคบอกเล่า 1 ประโยคและมาตราประเมินค่า 5 อันดับ ตั้งแต่ "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ถึง "ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง" เนื้อหาในประโยคทั้ง 18 ประโยคมุ่งวัดความรู้สึกของผู้ถูกศึกษาที่มีต่อตนเองโดยภาพรวมของชีวิต ว่าเป็นอย่างไร ใน 5 มิติ แล้วนำไปหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อด้วยสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item - Test correlation) และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือตอนนี หาด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

มิติที่ 1 ความรู้สึกสำเร็จหรือเบิกบานในการดำเนินชีวิต มี 6 ข้อ เช่น

(0) เมื่อข้าพเจ้ามีอายุมากขึ้น สิ่งต่าง ๆ ดูดีขึ้นมากกว่าที่ข้าพเจ้าเคยคิดเอาไว้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

มิติที่ 2 การมีความตั้งใจ และอดทนต่อชีวิต มี 3 ข้อ เช่น

(0) ข้าพเจ้าได้รับบทเรียนจากอุปสรรคของชีวิตมากกว่าคนอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยรู้จัก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

มิติที่ 3 ความสอดคล้องกันระหว่างความปรารถนา และการได้รับการตอบสนอง

ตามเป้าหมาย มี 3 ข้อ เช่น

(0) หวนนึกถึงความหลัง ข้าพเจ้าไม่ได้สมหวังในสิ่งสำคัญ ๆ ที่ต้องการ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

มิติที่ 4 ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง มี 2 ข้อ เช่น

(0) เมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นวัยเดียวกัน ข้าพเจ้ารู้สึกว่าได้ตัดสินใจในสิ่งที่ไม่ถูกต้องหลายอย่างในชีวิต

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

มิติที่ 5 การมีอารมณ์หงุดหงิด มี 6 ข้อ เช่น

(0) เวลาปัจจุบันเป็นเวลาที่ดีที่สุดในชีวิตของข้าพเจ้า

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

เกณฑ์การให้คะแนน

ผู้ตอบแต่ละคนจะได้คะแนนของแต่ละข้อดังนี้

ในประโยคเชิงบวก เมื่อตอบว่า "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ได้ 5 คะแนน คะแนนจะลดลงจนกระทั่งตอบว่า "ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ได้ 1 คะแนน

ในประโยคเชิงลบ เมื่อตอบว่า "เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ได้ 1 คะแนน คะแนนจะเพิ่มขึ้นจนกระทั่งตอบว่า "ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง" ได้ 5 คะแนน

ดังนั้น พิสัยของคะแนนรวม จึงอยู่ระหว่าง 18 ถึง 90 คะแนน

ผู้ที่ได้คะแนนสูง ถือว่าเป็นผู้ที่มีระดับความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่า

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเพื่อวัดความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ

เป็นแบบสอบถาม เพื่อวัดความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยแนวคิดของแคทเทลล์ (Cattell, 1970 : 309-320) เนื่องจากแคทเทลล์ได้แบ่งองค์ประกอบย่อยของพฤติกรรมของผู้ที่มีความวิตกกังวลได้อย่างละเอียดครอบคลุม และสามารถนำมาใช้ในการสร้างแบบวัดได้ชัดเจน ซึ่งเป็นลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับ จำนวน 16 ข้อ เป็นข้อความที่มีความหมายทางบวก 3 ข้อและทางลบ 13 ข้อ และหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item-Test Correlation) และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวัดตอนนี้ได้ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71

ตัวอย่างแบบสอบถามวัดความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ

ข้อความ	เป็นความจริงมากที่สุด	เป็นความจริงมาก	เป็นความจริงปานกลาง	เป็นความจริงน้อย	ไม่เป็นความจริงเลย
เมื่อท่านอายุมากขึ้น					
(0) ท่านนอนไม่ค่อยหลับ เนื่องจากมีเรื่องคิด มากมาย					
(00) ท่านไม่สบายใจที่ จะเป็นภาระสำหรับ บุคคลใกล้ชิด					

เกณฑ์การให้คะแนน

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นประโยชน์บอกเล่า จำนวน 16 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วย
มาตราส่วนประเมินค่า 5 พหุพจน์ ตั้งแต่ "เป็นความจริงมากที่สุด" จนถึง "ไม่เป็นความจริงเลย"
เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับผู้ตอบ "เป็นความจริงมากที่สุด" จะได้ 5 คะแนน และลดลงเป็น
4, 3, 2 จนถึง 1 คะแนนสำหรับผู้ตอบ "ไม่เป็นความจริงเลย" ดังนั้นพิสัยของคะแนนรวม
จึงอยู่ระหว่าง 16-80 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนสูงกว่า 48 คะแนน แสดงว่าเป็นผู้มีความวิตกกังวล
ในสภาพการสูงอายุนาน

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

เป็นแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมทางด้านอารมณ์และสังคม ที่ผู้วิจัยดัดแปลง
จากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ของ เทพวัลย์ สุชาติ (2530 :130) ซึ่งประกอบด้วย
ข้อความ

15 ข้อ เป็นลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า 5 อันดับซึ่งได้นำมาใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น ซึ่งพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นสูง คือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - coefficient) เท่ากับ .94

ตัวอย่าง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
(0) บุตรหลานร่วมพบปะพูดคุย หรือสังสรรค์กับท่าน ยามว่าง					
(00) ญาติพี่น้องให้กำลังใจท่าน เมื่อท่านต้องการทำสิ่งต่าง ๆ					
(000) บุตรหลานสามารถช่วย เหลือท่านได้เมื่อท่านมีความ เดือดร้อนทางการเงิน					

เกณฑ์การให้คะแนน เนื่องจากเก็บข้อความทางบวกทั้งหมด จึงมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ถ้าตอบในช่อง "มากที่สุด" ให้ 5 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "มาก" ให้ 4 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "ปานกลาง" ให้ 3 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "น้อย" ให้ 2 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "น้อยที่สุด" ให้ 1 คะแนน

ดังนั้นพิสัยของคะแนนรวมจึงอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน ผู้ที่ตอบได้คะแนนสูงกว่า 45

คะแนน แสดงว่ามีการสนับสนุนทางสังคมสูง

ส่วนที่ 7 แบบทดสอบวัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

เป็นแบบทดสอบวัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม The Cornell Medical Index-Health Questionnaire (C.M.I) โดยมีข้อความที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีจำนวน 90 ข้อ ลักษณะแบบทดสอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ และหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยการหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อโดยใช้สถิติ t-test ซึ่งมีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 2.05-7.50 ลักษณะของแบบสอบถามจะครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แบ่งออกเป็น 18 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1	ตา หู	4 คำถาม
ส่วนที่ 2	ระบบหายใจ	6 คำถาม
ส่วนที่ 3	ระบบการไหลเวียนโลหิต	7 คำถาม
ส่วนที่ 4	ระบบย่อยอาหาร	7 คำถาม
ส่วนที่ 5	ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	4 คำถาม
ส่วนที่ 6	ผิวหนัง	4 คำถาม
ส่วนที่ 7	ระบบประสาท	6 คำถาม
ส่วนที่ 8	ระบบทางเดินปัสสาวะและสืบพันธุ์	6 คำถาม
ส่วนที่ 9	อาการเหนื่อยง่าย	2 คำถาม
ส่วนที่ 10	การเจ็บป่วยบ่อย ๆ	3 คำถาม
ส่วนที่ 11	คำถามเกี่ยวกับโรคเบิร์ตเตล็ด	3 คำถาม
ส่วนที่ 12	คำถามเกี่ยวกับนิสัย อารมณ์ ความรู้สึก	7 คำถาม
ส่วนที่ 13	คำถามเกี่ยวกับความมั่นใจ	4 คำถาม
ส่วนที่ 14	คำถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้า	4 คำถาม
ส่วนที่ 15	คำถามเกี่ยวกับความวิตกกังวล	4 คำถาม
ส่วนที่ 16	คำถามเกี่ยวกับความรู้สึกอ่อนไหว	5 คำถาม

ส่วนที่ 17 คำถามเกี่ยวกับความโกรธ 6 คำถาม

ส่วนที่ 18 คำถามเกี่ยวกับความตึงเครียดในจิตใจ 6 คำถาม

ตัวอย่างแบบวัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ข้อความ	ไม่เคย	นาน ๆ ครั้ง	ปาน กลาง	บ่อย	บ่อย มาก
(0) ท่านเป็นคนหงุดหงิดด้วยเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ					
(00) ท่านรู้สึกหมดหวังในชีวิต					
(000) ท่านมักจะกลัวโดยไม่มีเหตุผล					

เกณฑ์การพิจารณาสุขภาพจิต

เกณฑ์การให้คะแนน พิจารณาจากการกาเครื่องหมาย / ลงในช่องต่าง ๆ โดยแบ่งการให้คะแนนดังนี้

ถ้าตอบในช่อง "ไม่เคย" ให้ 5 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "นาน ๆ ครั้ง" ให้ 4 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "ปานกลาง" ให้ 3 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "บ่อย" ให้ 2 คะแนน

ถ้าตอบในช่อง "บ่อยมาก" ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์ในการตัดสินสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนั้นใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพจิตเป็น

เกณฑ์ตัดสินโดยผู้ที่ได้คะแนนมากกว่า 336.184 คะแนน แสดงว่าเป็นผู้มีสุขภาพจิตดี

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามในส่วนที่ 2 ถึง ส่วนที่ 7 ซึ่งใช้วัดสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา ตามนิยามปฏิบัติการของตัวแปรต่าง ๆ ดังกล่าว เพื่อให้สามารถวัดได้ตรงกับเรื่องที่ศึกษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมถูกต้องก่อนนำไปใช้

2. การหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่หาค่าความเที่ยงตรงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำผลมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item - test correlation) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2531 : 125)

$$r_{xy} = \frac{N \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2] [N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

x แทน คะแนนเป็นรายข้อของแต่ละคน

y แทน คะแนนรวมทุกข้อของแต่ละคน

N แทน จำนวนคนที่ในกลุ่มตัวอย่าง

แล้วเลือกข้อที่มีค่าสหสัมพันธ์สูง ตั้งแต่ .30 ขึ้นไป ไว้เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น

3. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 5 ส่วนที่ได้หาค่าความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของครอนแบค (Cronbach) ซึ่งคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (α - Coefficient) ซึ่งมีสูตรดังนี้

$$\alpha = \frac{N}{N-1} [1 - \frac{\sum s_i^2}{\sum s_t^2}]$$

เมื่อ α แทน สัมประสิทธิ์อัลฟา

N แทน จำนวนข้อของเครื่องมือวัด

s_i^2 แทน คะแนนแปรปรวนของเครื่องมือวัดให้รายข้อ

s_t^2 แทน คะแนนแปรปรวนของเครื่องมือวัดทั้งฉบับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. นำหนังสือที่ทางบัณฑิตวิทยาลัยออกให้ไปติดต่อกับประธานชมรมผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. นำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุตามวัน เวลาที่ผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 6 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม SPSS/PC⁺ (Statistical Package for the Social Science/Personal Computer) โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 หาค่าสถิติพื้นฐาน โดยนำปัจจัยทางชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง อันได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจและอาชีพครั้งสุดท้าย มาคิดเป็นค่าร้อยละ และหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรตาม คือสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ของคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสับสนทางสังคมกับคะแนนสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) โดยมีตัวแปร
เกณฑ์ คือ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ตัวแปรทำนายคือ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การมีส่วนร่วมใน
สังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม
เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2

ขั้นตอนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างดังนี้

4.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เมื่อจำแนกตามเพศ
สถานภาพการสมรส อาชีพครั้งสุดท้าย โดยใช้สถิติค่า t (t -test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3.1,
3.4 และ 3.6

4.2 เปรียบเทียบความแตกต่าง ของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เมื่อจำแนก
ตามอายุ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว
(Oneway Analysis of Variance) และทดสอบค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ ด้วยวิธีของเชฟเฟ
(Scheffe's Method) ถ้าพบความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระเหล่านี้ เพื่อดูผลที่มีต่อสุขภาพ
จิตของผู้สูงอายุ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3.2, 3.3 และ 3.5

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการสอบถามผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 300 คน ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์คืนมา จำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 73.3 แล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้นำเสนอเป็น 5 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ และอาชีพครั้งสุดท้าย

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายภาวะสุขภาพจิตของตัวแปร สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ ที่มีความแตกต่างทางด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจและอาชีพครั้งสุดท้าย

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในบทนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการแปลผล และความหมายของการวิเคราะห์ข้อมูลได้ตรงกัน ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ย
S.D.	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
S^2	แทน	ค่าความแปรปรวน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
df	แทน	ชั้นแห่งความอิสระ (Degree of freedom)
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean Square)
x_1	แทน	เพศ
x_2	แทน	อายุ
x_3	แทน	ระดับการศึกษา
x_4	แทน	สถานภาพการสมรส
x_5	แทน	ฐานะทางเศรษฐกิจ
x_6	แทน	อาชีพครั้งสุดท้าย
x_7	แทน	สัมพันธภาพในครอบครัว
x_8	แทน	การมีส่วนร่วมในสังคม
x_9	แทน	ความพึงพอใจในชีวิต
x_{10}	แทน	ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ
x_{11}	แทน	การสนับสนุนทางสังคม
y	แทน	สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

R	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R ²	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แห่งการทำนาย
R ² change	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แห่งการทำนายพหุคูณ ที่เปลี่ยนแปลงไปจากการเพิ่มตัวทำนายทีละตัว
F change	แทน	ค่าสถิติเอฟ (F)
S.E.	แทน	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการทำนาย
b	แทน	สัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนาย ซึ่งทำนายในรูปคะแนนดิบ
β	แทน	สัมประสิทธิ์การถดถอยของตัวทำนาย ซึ่งทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน
a	แทน	ค่าคงที่ของสมการทำนาย
y	แทน	ภาวะสุขภาพจิตที่ได้จากการทำนาย ด้วยตัวทำนายต่าง ๆ ในรูปคะแนนดิบ
สมการทำนาย	แทน	สมการถดถอยพหุคูณที่ใช้ทำนายภาวะสุขภาพจิต
P	แทน	ค่าของระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
***	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม

แสดงผลในตาราง 1

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม

ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	95	43.2
หญิง	125	56.8
2. อายุ		
60 - 64 ปี	78	35.4
65 - 69 ปี	71	32.3
70 - 74 ปี	71	32.3
3. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน-ประถมศึกษา	57	26.0
มัธยมศึกษา-อาชีวศึกษา	76	34.5
ปริญญาตรี-สูงกว่าปริญญาตรี	87	39.5
4. สถานภาพสมรส		
คู่	113	51.4
ไม่มีคู่	107	48.6

ตาราง 1 (ต่อ)

ปัจจัยทางชีวสังคม	จำนวน	ร้อยละ
5. สถานะทางเศรษฐกิจ		
ระดับต่ำ	34	15.5
ระดับปานกลาง	125	56.8
ระดับสูง	61	27.7
6. อาชีพครั้งสุดท้าย		
อาชีพที่มีการเกษียณอายุ	103	46.8
อาชีพที่ไม่มีการเกษียณอายุ	117	53.2

จากตาราง 1 แสดงถึงผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีร้อยละ 56.8 ในด้านอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุ 60-64 ปี มีจำนวนมากที่สุด คือ ร้อยละ 35.4 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 65-69 ปี และ 70-74 ปี ซึ่งมีจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 32.3 สำหรับระดับการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับสูง (ปริญญาตรี-สูงกว่าปริญญาตรี) คิดเป็นร้อยละ 39.5 รองลงมาที่มีการศึกษาระดับปานกลาง (มัธยมศึกษา-อาชีวศึกษา) คิดเป็นร้อยละ 34.5 และร้อยละ 26.0 มีการศึกษาระดับต่ำ (ไม่ได้รับการศึกษา-ประถมศึกษา) ในด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 51.4 ส่วนสถานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.8 รองลงมามีฐานะทางเศรษฐกิจระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 27.7 ส่วนร้อยละ 15.5 มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับต่ำ สำหรับอาชีพครั้งสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เคยประกอบอาชีพที่ไม่มีการเกษียณอายุ คิดเป็นร้อยละ 53.2 และร้อยละ 46.8 เคยประกอบอาชีพที่มีการเกษียณอายุ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ
แสดงผลในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ดี ($\bar{x} \leq 336.184$)	56	25.5
ดี ($\bar{x} > 336.184$)	164	74.5
รวม	220	100

จากตาราง 2 แสดงว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดี คิดเป็นร้อยละ 74.5 ส่วนน้อยมีสุขภาพจิตไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 25.5

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 ที่ตั้งไว้ว่า "สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ" ส่วน "ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ"

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตกับตัวแปรต่าง ๆ

ตัวแปร	สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
ความพึงพอใจในชีวิต	.6412***
สัมพันธภาพในครอบครัว	.4223***
การมีส่วนร่วมในสังคม (เชิงจิตใจ)	.4527***
การสนับสนุนทางสังคม	.8114***
ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ	-.3912***

*** $P < .001$

จากตาราง 3 แสดงว่า ความพึงพอใจในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและการมีส่วนร่วมในสังคม (เชิงจิตใจ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ส่วนความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์อำนาจการทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของตัวแปร สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2 ที่ตั้งไว้ว่า "สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้" โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้น ๆ ทีละ 1 ตัวแปร แสดงผลในตาราง 4

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นทีละ 1 ตัวแปร เพื่อทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ลำดับที่ เข้า สมการ	ตัวทำนาย	F	b	β	R	R ²	R ² change
1	ความพึงพอใจในชีวิต	739.0010***	6.7857	.6573	.8787	.7722	.7722
2	สัมพันธภาพในครอบครัว	503.7993***	10.5291	.3901	.9071	.8228	.0506
3	การมีส่วนร่วมในสังคม	390.3872***	2.6895	.2284	.9189	.8443	.0215
4	การสนับสนุนทางสังคม	299.7932***	1.9011	.1189	.9209	.8480	.0037
5	ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ	247.9601***	-1.4173	-.1822	.9235	.8528	.0048

a = 30.1789

S.E. est = 7.377

*** p < .001

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวทนาย 5 ตัว ที่มีนัยสำคัญทางสถิติหรือมีอำนาจสูง ในการทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม (เชิงจิตใจ) การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ ตามลำดับ โดยมีความพึงพอใจในชีวิตเป็นตัวทนายตัวแรกที่มีอิทธิพลสูงสุดสามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีอำนาจในการทำนาย ร้อยละ 77.22 ตัวทนายตัวที่มีอำนาจในการทำนายสูงเป็นลำดับที่ 2 คือ สัมพันธภาพในครอบครัว เมื่อรวมกับความพึงพอใจในชีวิต สามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 82.28 โดยมีอำนาจการทำนาย เพิ่มขึ้นจากการใช้ตัวทนายตัวแรกตัวเดียว ร้อยละ 5.06 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อเพิ่มตัวทนายที่มีประสิทธิภาพสูงเป็นลำดับที่ 3 คือ การมีส่วนร่วมในสังคม (เชิงจิตใจ) เข้าไปรวมทำนายกับตัวทนายตัวแรกและตัวที่สอง สามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ถึง ร้อยละ 84.43 โดยที่อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นจากการใช้ตัวทนายสองตัว ร้อยละ 2.15 ส่วน ตัวทนายที่มีประสิทธิภาพสูงเป็นลำดับที่ 4 คือ การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกับความพึงพอใจในชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว และการมีส่วนร่วมในสังคม (เชิงจิตใจ) ทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 84.80 โดยที่อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นจากการใช้ตัวทนายสามตัว ได้ร้อยละ 0.37 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนตัวทนายที่มีประสิทธิภาพสูงเป็นลำดับสุดท้ายเป็น ลำดับที่ 5 คือ ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ เมื่อเข้าไปรวมทำนายกับตัวทนายสี่ตัวดังกล่าวข้างต้นแล้ว สามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ถึงร้อยละ 85.28 โดยที่อำนาจในการทำนาย เพิ่มขึ้นจากการใช้ตัวทนายสี่ตัว ร้อยละ 0.48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และตัว ทนายทั้ง 5 ตัวร่วมกันมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) = 0.9235

ตัวทนายทั้ง 5 ตัว ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วม ร่วมในสังคม (เชิงจิตใจ) การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ สามารถ ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 85.28 โดยค่าความคลาดเคลื่อน มาตรฐานของการทำนาย เท่ากับ 7.377 และได้สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$y = 30.1789 + 6.7857x_9 + 10.5291x_7 + 2.6895x_8 + 1.9011x_{11} - 1.4173x_{10}$$

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันทางด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพครั้งสุดท้าย เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกดังนี้

5.1 เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันทางเพศ ตามสมมติฐานข้อ 3.1 "ผู้สูงอายุเพศชายมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง" ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันทางเพศ

เพศ	N	คะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ		t
		$\bar{X}$	S.D.	
ชาย	95	351.5895	57.448	1.74
หญิง	125	337.9760	57.480	

$$t_{.05} (df = 218) = 1.960$$

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิงได้คะแนนสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.1

5.2 เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3.2 ที่ว่า "ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปี มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-69 ปี และ 70-74 ปี แสดงผลในตาราง 6-7

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามระดับอายุ

อายุ	N	สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	
		$\bar{X}$	S.D.
60 - 64 ปี	78	353.6538	55.1338
65 - 69 ปี	71	348.0000	57.1967
70 - 74 ปี	71	328.9437	58.8281

ตาราง 7 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	24495.9170	12247.9585	3.7683*
ภายในกลุ่ม	217	705313.4285	3250.2923	
รวม	219	729809.3455		

$$F_{.05} (df \ 2, 217) = 3.00$$

$$* p < .05$$

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 6-7 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับอายุแตกต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปตรวจสอบค่าความแตกต่างเป็นรายคู่ เพื่อดูว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับอายุแตกต่างกันทั้งสามกลุ่มนี้ มีค่าใดบ้างที่มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) แสดงผลในตาราง 8

ตาราง 8 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีระดับอายุแตกต่างกัน

ระดับอายุ	N	$\bar{X}$	อายุ 60-64 ปี	อายุ 65-69 ปี	อายุ 70-74 ปี
			353.6538	348.000	328.9437
อายุ 60-64 ปี	78	353.6538	-	5.6538	24.7101*
อายุ 65-69 ปี	71	348.000	-	-	19.0563*
อายุ 70-74 ปี	71	328.9437	-	-	-

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 8 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับอายุ 60-64 ปี และ ผู้สูงอายุที่มีระดับอายุ 65-69 ปี มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับอายุ 70-74 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.2 สำหรับผู้สูงอายุที่มีระดับอายุ 60-64 ปี และ 65-69 ปี มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

5.3 เปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันเพื่อทดสอบสมมติฐาน

ข้อ 3.3 ที่ว่า "ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษานานกลาง และต่ำ แสดงผลในตาราง 9-10

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	
		$\bar{X}$	S.D.
ไม่ได้เรียน-ประถมศึกษา	57	313.0175	59.0616
มัธยมศึกษา-อาชีวศึกษา	76	337.4342	58.7583
ปริญญาตรี-สูงกว่าปริญญาตรี	87	358.7471	52.3515

ตาราง 10 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	39827.2552	19913.6276	6.2629*
ภายในกลุ่ม	217	689982.09	3179.6410	
รวม	219	729809.3455		

$$F_{.05} (df \ 2, 217) = 3.00$$

$$* p < .05$$

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 9-10 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปตรวจสอบค่าความแตกต่างเป็นรายคู่ เพื่อดูว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันทั้งสามกลุ่มนี้ มีคู่ใดบ้างที่มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) แสดงผลในตาราง 11

ตาราง 11 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษา ต่ำ ปานกลาง สูง เป็นรายคู่

ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
			313.0175	337.4342	358.7471
ต่ำ	57	313.0175	-	15.5833*	15.7296*
ปานกลาง	76	337.4342	-	-	3131293*
สูง	87	358.7471	-	-	-

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 11 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง (ปริญญาตรี-สูงกว่าปริญญาตรี) มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษานานกลาง (มัธยมศึกษา-อาชีวศึกษา) และระดับการศึกษาต่ำ (ไม่ได้เรียน-ประถมศึกษา) และผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษานานกลาง (มัธยมศึกษา-อาชีวศึกษา) มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำ (ไม่ได้เรียน-ประถมศึกษา) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.3

5.4 เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันทางสถานภาพสมรส ตามสมมติฐานข้อ 3.4 ที่ตั้งไว้ว่า "ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่มีคู่" แสดงผลในตาราง 12

ตาราง 12 เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันทางสถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส	N	$\bar{X}$	S.D.	t
คู่	113	378.25	59.4802	1.13
ไม่มีคู่	107	374.31	57.3210	

$$t_{.05} (df = 218) = 1.960$$

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างจาก ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่มีคู่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.4

5.5 เปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 3.5 ที่ว่า "ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง และต่ำ แสดงผลในตาราง 13-14

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เวก้าแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจ

ฐานะทางเศรษฐกิจ	N	สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	
		$\bar{X}$	S.D.
ต่ำ	34	325.5294	51.0432
ปานกลาง	125	336.4080	57.9800
สูง	61	347.0328	58.2326

ตาราง 14 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	23520.7484	11760.3742	3.6133*
ภายในกลุ่ม	217	706288.5970	3254.7862	
รวม	219	72980.34545		

$$F_{.05} (df \ 2, 217) = 3.00$$

$$* p < .05$$

จากตาราง 13-14 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันมีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปตรวจสอบค่าความแตกต่างเป็นรายคู่ เพื่อดูว่าในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจแตกต่างกันทั้งสามกลุ่มนี้ มีคู่ใดบ้างที่มีสุขภาพจิตแตกต่างกัน โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) แสดงผลในตาราง 15

ตาราง 15 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ปานกลาง สูง เป็นรายคู่

ฐานะทางเศรษฐกิจ	N	$\bar{X}$	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
			325.5294	336.4080	347.0328
ต่ำ	35	325.5294	-	29.1214*	18.4966*
ปานกลาง	125	336.4080	-	-	10.6248*
สูง	61	347.0328	-	-	-

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตาราง 15 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจสูงและปานกลาง มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ และผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจสูง มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะเศรษฐกิจปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.5

5.6 เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่มีความแตกต่างกันทางอาชีพครั้งสุดท้าย ตามสมมติฐานข้อ 3.6 ที่ตั้งไว้ว่า "ผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพที่ไม่มีการเกษียณอายุ มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพที่มีการเกษียณอายุ แสดงผลในตาราง 16

ตาราง 16 เปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันทางอาชีพครั้งสุดท้าย

อาชีพครั้งสุดท้าย	N	$\bar{X}$	S.D.	t
อาชีพที่มีการเกษียณอายุ	103	347.2524	56.633	0.82
อาชีพที่ไม่มีการเกษียณอายุ	117	340.8632	58.7530	

$$t_{.05} (df = 218) = 1.960$$

จากตาราง 16 พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพที่ไม่มีการเกษียณอายุมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพที่มีการเกษียณอายุ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.6

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ
3. เพื่อค้นหาตัวแปรที่สามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ โดยมีสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรทำนาย
4. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ โดยจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจและอาชีพครั้งสุดท้าย ของผู้สูงอายุ

สมมติฐานในการวิจัย

1. สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ส่วนความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
2. สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้
3. ผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันทางด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ และอาชีพครั้งสุดท้ายมีสุขภาพจิตแตกต่างกันดังนี้

3.1 ผู้สูงอายุเพศชายมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

3.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปี มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-69 ปี และ 70-74 ปี

3.3 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษานานกลางและต่ำ

3.4 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่มีคู่

3.5 ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางและต่ำ

3.6 ผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพที่ไม่มีการเกษียณอายุ มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพที่มีการเกษียณอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี และเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ ซึ่งมาเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2538 ได้มาโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี จำนวน 220 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าเป็นแบบสอบถามซึ่งมีทั้งหมด 7 ส่วนด้วยกันคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทางปัจจัยทางชีวสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ และอาชีพครั้งสุดท้าย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยแปลและเรียบเรียงข้อความมาจากแบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัวของมอร์โร และวิลสัน (Morrow and Wilson, 1961: 503-504) จำนวน 12 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามนี้เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อวัดการมีส่วนร่วมในสังคม ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงข้อความมาจากแบบวัดการมีส่วนร่วมในสังคมของประพิศ จันทร์พดกษา (2536 : 52-54) ลักษณะของแบบสอบถามนี้ประกอบด้วย แบบวัดการมีส่วนร่วมในเชิงสังคม และแบบวัดการมีส่วนร่วมในเชิงจิตใจ ลักษณะของแบบสอบถามทั้ง 2 ส่วนนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 19 ข้อ และ 10 ข้อ ตามลำดับ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในสังคม จึงมีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 29 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อวัดความพึงพอใจในชีวิตซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงข้อความมาจากแบบวัดความพึงพอใจในชีวิตของนูการ์เทนและคนอื่นๆ (Neugarten and others. 1961 : 134) ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเพื่อวัดความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอาศัยแนวคิดของแคทเทลล์ (Cattell. 1970) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงข้อความมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของเทพวัลย์ สุชาติ (2530 : 130) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบทดสอบวัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อความและมาตราส่วนประเมินค่าจากแบบสอบถามวัดสุขภาพจิตของ The Cornell Medical Index-Health QUESTIONNAIRE (C.M.I.) ลักษณะแบบทดสอบวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ครอบคลุมปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จำนวน 90 ข้อ

3. หากคุณภาพเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง โดยใช้สูตรของเพียร์สัน หาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งชุด ผลที่ได้แสดงไว้บนภาคผนวก ก. และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในส่วนที่ 2, 3.1, 3.2, 4, 5 และส่วนที่ 6 โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -COEFFICIENT) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.79, 0.82, 0.88, 0.84, 0.71 และ 0.94 ตามลำดับ สำหรับในส่วนที่ 7 ซึ่งเป็นส่วนของแบบทดสอบ

วัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงตรงตามสภาพ โดยการหาค่าอำนาจจำแนก โดยใช้ค่าสถิติ t-test ซึ่งได้ค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 2.05-7.50

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการสอบถามผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองและผู้ช่วยอีก 2 ท่าน ซึ่งได้ทำความเข้าใจคำถาม คำตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี ก่อนนำแบบสอบถามไปสอบถามกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 6 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาลงรหัสในแบบรายการเพื่อนำเข้าเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ และทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวสังคม วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3. วิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรทีละขั้น ๆ เพื่อค้นหากลุ่มตัวทำนายที่มีนัยสำคัญในการทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เมื่อจำแนกตามเพศ สถานภาพสมรสและอาชีพครั้งสุดท้าย โดยใช้สถิติค่าที (t-test)

5. วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว เพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันทางอายุ ระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ โดยใช้สถิติ F-test และตรวจสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีเชฟเฟ (Scheffe) ในการตีพิมพ์ว่า F-test มีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวสังคมของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุทั้งหมด 220 คน เป็นผู้สูงอายุเพศชาย 95 คน ผู้สูงอายุเพศหญิง 125 คน ส่วนใหญ่ร้อยละ 35.4 มีอายุระหว่าง 60-64 ปี ส่วนระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 39.5 มีการศึกษาระดับสูง คือ ระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี ในด้านสถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 51.4 มีสถานภาพสมรสคู่ ในด้านฐานะทางเศรษฐกิจพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 56.8 มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับปานกลาง ส่วนอาชีพครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.2 ประกอบอาชีพที่ไม่มีการเกษียณอายุ
2. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ ส่วนใหญ่ร้อยละ 74.5 มีสุขภาพจิตดี
3. สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4223, .4527, .6412, .8114$ ตามลำดับ) ส่วนความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.3912$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1
4. ความพึงพอใจในชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม (เชิงจิตใจ) การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 85.28 โดยมีความพึงพอใจในชีวิตเป็นตัวทำนายตัวแรก ซึ่งสามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ถึงร้อยละ 77.22
5. ผลการศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันทางด้าน เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ และอาชีพครั้งสุดท้าย พบว่า
 - 5.1 ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.1

5.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปี และ 65-69 ปี มีสุขภาพจิตดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-74 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 3.2 ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุ 65-69 ปี มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

5.3 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับสูง มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปานกลาง และการศึกษาระดับต่ำ และผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปานกลาง มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.3

5.4 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่มีคู่ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.4

5.5 ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางและต่ำ และผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.5

5.6 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพครั้งสุดท้ายที่ไม่มีการเกษียณอายุ มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอาชีพครั้งสุดท้ายที่มีการเกษียณอายุ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.6

อภิปรายผล

การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 74.5 มีสุขภาพจิตดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุนี้ มีโอกาสได้รับการพัฒนาตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ที่ทางชมรมจัดให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งมีทั้งการบริหารร่างกาย การออกกำลังกายช่วยเสริมสร้างสมรรถภาพของร่างกาย กิจกรรมนันทนาการช่วยเสริมสร้างความเพลิดเพลิน และได้มีการทำกิจกรรมทางสังคมร่วมกับบุคคลอื่นซึ่งอยู่ในวัยเดียวกันทำให้มีความเข้าใจ ความรู้สึกเป็นหมู่คณะเดียวกัน สามารถระบายความคับข้องใจได้เมื่อมีปัญหา ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสบายใจ สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีกิจกรรมทางสังคมที่กล่าวว่า กิจกรรมทางสังคมเป็นเรื่องสำคัญของมนุษย์ทุกวัยบุคคลที่มีกิจกรรมทางสังคมสูง จะมีการปรับตัวได้ดีทั้งร่างกายและจิตใจ

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเชมิกา ยามะรัต (2527 : 119) ที่ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของข้าราชการบำนาญกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตมากที่สุดคือการมีส่วนร่วมในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดวงฤดี ลาสุพะ (2526 : 56) ที่ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบคัดสรรกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุ เช่นกันนอกจากนี้ อัมพา วรวัฒน์ชัย (2532 : 116) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของข้าราชการบำนาญ สังกัดกรุงเทพมหานคร ซึ่งอยู่ในและนอกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า ข้าราชการบำนาญซึ่งอยู่ในชมรมผู้สูงอายุ มีการปรับตัวดีกว่าข้าราชการบำนาญซึ่งอยู่นอกชมรมผู้สูงอายุ ดังนั้นจากงานวิจัยดังกล่าวน่าจะยืนยันได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ และได้เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ อันเป็นคุณลักษณะประการหนึ่งของบุคคลที่มีภาวะสุขภาพจิตดี ดังที่องค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความของคำว่า "สุขภาพจิต" ไว้ว่าสุขภาพจิตเป็นความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี การวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจมีสุขภาพจิตดี เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมในครอบครัวและปัจจัยส่วนบุคคลค่อนข้างดี จึงไม่ต้องใช้เวลาในการปรับตัวมาก คะแนนสุขภาพจิตส่วนใหญ่จึงอยู่ในเกณฑ์ดี

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจในชีวิตกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r = .6412$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีสุขภาพจิตดีซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของวิลสัน (Wilson.1960) ที่พบว่า ความพอใจและความสุขมีความสัมพันธ์ทางบวก .41 กับความสามารถในการปรับตัวทางสังคม ในขณะที่กูรินและคนอื่นๆ (Gurin and others. 1960) ศึกษาพบว่า ความพอใจและความสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความภาคภูมิใจในตนเอง (Self-Esteem) และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในสังคม (ประพิศ จันทรพิทยภา.2536 : 101) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุได้มีการเข้าร่วมทำกิจกรรมทางสังคมกับผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุลดความวิตกกังวล มีความเพลิดเพลิน ได้แลกเปลี่ยน

เปลี่ยนประสบการณ์ทางสังคม รู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ อันมีผลให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพ
เชิงบวก ตามแนวคิดของทฤษฎีกิจกรรมที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุข มีความภาคภูมิใจในตนเอง
และมีความพึงพอใจในชีวิตสูงเมื่อมีส่วนร่วมในสังคมมาก (Havighurst. 1957 : 293-315)
สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดี อันส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้นด้วย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุพบว่า
มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในระดับสูง ($r = .8114$) อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าเป็น
ส่วนหนึ่งของสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกันกับบุคคลอื่น (Cobb. 1976 : 300) ทำให้บุคคล
ต้องการการตอบสนองในความต้องการขั้นพื้นฐานก่อน ซึ่งในวัยผู้สูงอายุนั้นเป็นวัยสุดท้ายของชีวิตที่มี
การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบอยู่มักจะเป็นปัญหาเกี่ยวกับความ
เสื่อมถอยของร่างกายและอวัยวะต่างๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกสูญเสียความสามารถที่เคยมีอยู่เดิม
ประกอบกับมีการสูญเสียหน้าที่การงานและผู้นำกลลิต จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด
ความท้อแท้ เบื่อชีวิต รู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า และต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม
เป็นความต้องการพื้นฐานเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นก็ต้องการความช่วยเหลือจากสังคม
มากขึ้น (ฉวีวรรณ แก้วพรม . 2530 : 89) นั่นคือ ต้องการการสนับสนุนทางสังคม ทั้งทางด้าน
วัตถุสิ่งของ ความรัก ความเอาใจใส่ ให้ตนได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม จะทำให้ผู้สูงอายุ
เกิดความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของมาสโลว์ ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจของมนุษย์
จะเกิดขึ้นได้เมื่อความต้องการขั้นพื้นฐาน (Basic Need) ได้รับการตอบสนอง ผู้สูงอายุที่เข้าร่วม
กิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุที่เป็นทั้งผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม จึงมีโอกา
สได้เรียนรู้ รับรู้ กระบวนการสูงอายุจากกิจกรรมที่กระทำร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจ
ในชีวิต การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ และยังเป็นตัว
แปรทำนายภาวะสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพในการทำนายสูงถึงร้อยละ 84.79

ผลการวิเคราะห์สัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุพบว่า
มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง

($r = .4223$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีสุขภาพจิตดี ในทางตรงข้ามผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีสุขภาพจิตไม่ดีซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของเคลมแมคและรอฟฟ์ (Klemmach and Roff. 1984 : 756-758) ซึ่งอธิบายได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีอิทธิพลสำคัญต่อพฤติกรรมของบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและการอยู่ร่วมกันในสังคม เป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคล การที่บุคคลรู้สึกว่าจะได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การดูแลอย่างดีจากครอบครัว ย่อมก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย มีความมั่นใจในตัวเอง ไม่มีความรู้สึกเจ็บเหงา ว้าเหว่ จากการถูกทอดทิ้ง สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นเครื่องมือในการป้องกันปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จรรยา สุวรรณทัต. 2523 : 54-56) จากการศึกษาของสุพรรณิ นันท์ชัยและคนอื่นๆ (2534 : 118-128) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความว้าเหว่และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมืองเชียงใหม่ จำนวน 100 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 79 ยังคงอยู่กับบุตรหลาน มีเพียง ร้อยละ 5 ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ผู้สูงอายุมีความเหงาหรือความว้าเหว่อยู่ในระดับปานกลาง และจะเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะผู้ที่มิได้อยู่กับคู่สมรส ดังนั้นการที่สมาชิกในครอบครัวรู้จักบทบาทและหน้าที่ของตนในครอบครัว ปฏิบัติตามบทบาทที่มีต่อผู้สูงอายุ ด้วยการให้ความรัก ความสนใจ ความเป็นกันเอง ให้ความเคารพเชื่อฟังในความคิดเห็น ดูแลและอำนวยความสะดวกให้ย่อมทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นตัวแปรตัวหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการทำงานภายใต้ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ดีด้วย

ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนิยมผู้สูงอายุพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างการมีส่วนร่วมในสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในระดับปานกลาง ($r = .4527$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของเทเลอร์ (Taylor. 1982 : 540-556) ที่ศึกษาพบว่า การจัดกิจกรรม 6 ประเภท ให้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราและศูนย์บริการทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจว่าตนเองยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีคุณค่าในสังคมโดยที่ปริสทิ์ คานวนศิลป์และคนอื่นๆ (2533 : 100) ได้ทำการศึกษาถึงกิจกรรมทางศาสนาที่มีต่อการลดความเครียดและความวิตกกังวล

ของผู้สูงอายุพบว่า ศาสนามีอิทธิพลต่อความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติ และบุคลิกลักษณะของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุลดความวิตกกังวลหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาแล้ว ตามแนวคิดของทฤษฎีกิจกรรม ทำให้ความสำคัญของกิจกรรมทางสังคมว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากสำหรับชีวิตมนุษย์ ผู้สูงอายุจะมีความสุข ความภาคภูมิใจในงานตนเองและมีความพอใจในชีวิตได้เมื่อมีการทำกิจกรรมที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาบทบาทและสถานภาพทางสังคมไว้ได้ ช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ สามารถสร้างความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความศรัทธาในตัวเอง และเชื่อมั่นในตัวเอง การทำกิจกรรมต่างๆ ทางสังคม ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในจิตใจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดของการมีส่วนร่วมในสังคม แกรเนย์ (Graney. 1975 : 701-7061) ได้ศึกษาเรื่องความสุขกับการมีส่วนร่วมในสังคม อดิชาชักสุ่มตัวอย่างที่เป็นชายและหญิง จำนวน 60 คน ศึกษาในระดับเวลา 4 ปี พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสุข คือ ผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมนาน รวมทั้งพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุเพิ่มมากขึ้น การมีส่วนร่วมในสังคมลดน้อยลง ดังนั้น การมีส่วนร่วมในสังคมจึงมีความสำคัญอย่างมากต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ รู้สึกว่าตนมีคุณค่าซึ่งส่งผลให้มีสุขภาพจิตดีด้วย

ผลการวิเคราะห์ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่ามีความสัมพันธ์ทางลบระหว่างความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง ($r = -.3912$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงว่าผู้สูงอายุที่มีความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุน้อย จะมีสุขภาพจิตดีซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1 ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของเคลมแมค และรอฟฟ์ (Klemmack and Roff. 1984 : 756-758) ซึ่งอธิบายได้ว่าความกลัวสภาพการสูงอายุนั้นเป็นสภาพอารมณ์ของบุคคลที่แสดงถึงความสบายใจ ไม่สบายใจ หรือวิตกกังวลต่อการเปลี่ยนแปลงที่ไม่พึงปรารถนาจากการสูงอายุ โดยเชื่อว่าการสูงอายุทำให้เกิดการถดถอย ความเหงา ความจน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ กลัวถูกทอดทิ้ง และกลัวการพลัดพรากสูญเสียคนรัก หรือคนใกล้ชิด ดังที่จรีวาวัตร คมพักษ์ (2525 : 58-62) กล่าวถึงความกลัวสภาพการสูงอายุนั้นเป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์อย่างหนึ่งของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ

ย่อมมีความรู้สึกถึงความเสื่อมถอยของร่างกายมีความกลัวในเรื่องต่างๆ มากมาย โดยเฉพาะความกลัวที่จะถูกทอดทิ้งให้เป็นภาระของสังคมและบุตรหลาน เมื่อความรู้สึกนี้สะสมมากขึ้น ก็จะเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต สำหรับวัยนี้เป็นอย่างมาก ดังที่เลอร์ (Klemmack and Roff, 1984 : 756 : citing Lehr, 1967 : 230-238) ได้ศึกษาเรื่องทัศนคติที่มีต่อผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุที่มีทัศนคติทางบวกต่ออนาคตมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีทัศนคติทางลบต่ออนาคต ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุต้องไปพึ่งบุคคลอื่น ย่อมทำให้ตัวผู้สูงอายุเองมีความรู้สึกว่าเป็นภาระของสังคมเกิดความน้อยใจ ไม่เห็นคุณค่าของชีวิต ย่อมทำให้เกิดความวิตกกังวลขึ้น สภาพจิตใจที่เคยมีความกลัวอยู่แล้วก็เปลี่ยนเป็นความวิตกกังวล ซึ่งเป็นสภาพของความคับข้องใจที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้

จากการศึกษาอำนาจในการทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุนับรวมผู้สูงอายุพบว่า ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มี 5 ประการคือ ความพึงพอใจในชีวิต การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม และความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุที่สามารถร่วมกันทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 85.28 ($R^2 = .8528$, $F=247.9601$, $P<.001$) โดยมีความพึงพอใจในชีวิตเป็นตัวแปรที่สามารถเข้าทำนายได้เป็นตัวแรก ซึ่งมีอำนาจการทำนายสูงถึงร้อยละ 77.22 ($R^2 = .7722$, $F=739.001$, $P<.001$) และเมื่อเพิ่มสัมพันธภาพในครอบครัวเข้าร่วมทำนาย สามารถทำนายได้ร้อยละ 82.28 ($R^2 = .8228$, $F=503.7993$, $P<.001$) และถ้าเพิ่มตัวแปรการมีส่วนร่วมในสังคม สามารถทำนายสุขภาพจิตได้ร้อยละ 84.43 ($R^2 = .8443$, $F=390.3872$, $P<.001$) และเมื่อเพิ่มตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายสุขภาพจิตได้ร้อยละ 84.80 ($R^2 = .8480$, $F=299.7932$, $P<.001$) ส่วนความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ ซึ่งเป็นตัวแปรตัวสุดท้ายที่เข้ามาร่วมทำนายกับตัวแปร 4 ตัวข้างต้น โดยทำนายสุขภาพจิตในทางลบได้ร้อยละ 85.28 ($R^2 = .8528$, $F=247.9601$, $P<.001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 แสดงว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี มีส่วนร่วมในสังคมมาก มีการสนับสนุนทางสังคมสูง และมีความวิตกกังวลต่อสภาพการสูงอายุน้อย มีสุขภาพจิตดี ส่วนผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ มี

สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีส่วนร่วมในสังคมน้อย มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ และมีความวิตกกังวลต่อสภาพการสูงอายุนาน มีสุขภาพจิตไม่ดี จากการศึกษาได้ผลดังกล่าวข้างต้น อาจเนื่องมาจากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ พบว่า ตัวแปรด้านจิตสังคม เช่น การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตได้ดีกว่าตัวแปรข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆ เพราะการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุตามความจำเป็น เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ดี และลดความเครียดของบุคคล และถ้าผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุนานด้วยแล้วจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเคลมแมค และรอฟฟ์ (Klemmack and Roff. 1984 : 756-758) ที่พบว่าความกลัวสภาพการสูงอายุนานมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

สำหรับสัมพันธภาพในครอบครัวและการมีส่วนร่วมในสังคม โดยเฉพาะในเชิงจิตใจเป็นตัวแปรอีก 2 ตัวที่มีประสิทธิภาพในการทำนายสูง เนื่องจากเป็นเรื่องของความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลจึงเป็นตัวแปรที่ค่อนข้างจะมีอิทธิพลมาก ในการทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจึงต้องพัฒนาปัจจัยดังกล่าวข้างต้นทุก ๆ ปัจจัย โดยพัฒนาให้มีความพึงพอใจในชีวิต รวมทั้งให้มีการสนับสนุนทางสังคมและมีส่วนร่วมในสังคมมาก ลดความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุนาน ส่งเสริมให้มีสัมพันธภาพในครอบครัวมากขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีความพึงพอใจในชีวิตและมีสุขภาพจิตที่ดีตามมา

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตเมื่อจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ และอาชีพครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุ พบว่ามีความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตกับตัวแปร อายุ ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 8, 11 และ 15 ตามลำดับ) ส่วนตัวแปรที่ไม่พบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตคือ เพศ สถานภาพสมรส และอาชีพครั้งสุดท้าย (ตาราง 5, 12 และ 16 ตามลำดับ) ซึ่งอาจอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

เพศ ไม่มีความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.1 ที่ว่า "ผู้สูงอายุเพศชายมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง" ซึ่ง

ผลงานวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของอัมพา วรวัฒน์ชัย (2532 : 109) ซึ่งทำการศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของข้าราชการบำนาญที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุและอยู่นอกชมรมผู้สูงอายุ พบว่าข้าราชการบำนาญในชมรมผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีการปรับตัวไม่แตกต่างกัน ทั้งทางด้านอารมณ์ สังคม และรวมทั้งสองด้าน อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุทั้งเพศชาย และเพศหญิงต่างเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ จึงมีโอกาสดำรงกิจกรรมภายนอกครอบครัว ได้พบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับคนอื่น ๆ อีกทั้งชมรมผู้สูงอายุยังตอบสนองให้สมาชิกมีกิจกรรมในสังคมอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้สูงอายุได้ทำประโยชน์ต่อสังคมได้ด้วยการถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ เป็นที่นับถือแก่บุตรหลาน เพื่อนบ้านและบุคคลข้างเคียง ทำให้ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความสุข รู้สึกว่าตนเองไม่ไร้ค่า ไม่ถูกทอดทิ้ง มีความพอใจและมีความสุขในการดำเนินชีวิต จึงมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

อายุ เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิต พบว่า คะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มอายุ 60-64 ปี มีความแตกต่างจากคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 70-74 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับกลุ่มอายุ 60-64 ปี และ 65-69 ปี พบว่าไม่มีความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิต ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.2 ที่ว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปี มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-74 ปี ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของปาลมอร์ และคนอื่น ๆ (Palmore and others. 1984 : 116) ที่ทำการศึกษากับผู้เกษียณอายุในระดับอายุต่างกันพบว่า ตั้งแต่อายุ 55 ปี ถึง 90 ปี เพื่อดูผลกระทบด้านต่างๆ ที่มีต่อผู้เกษียณอายุ พบว่าผู้ที่มีช่วงอายุก่อน 64 ปี มีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้เกษียณอายุในช่วงอายุอื่นๆ อาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการเกษียณอายุยังไม่นาน มีรายได้ และสุขภาพยังดีอยู่ จึงส่งผลให้กลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 60-64 ปี มีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้เกษียณอายุในช่วงอายุอื่นๆ อาจเนื่องมาจากระยะเวลาในการเกษียณอายุยังไม่นาน มีรายได้ และสุขภาพยังดีอยู่ จึงส่งผลให้กลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 60-64 และกลุ่มอายุ 65-69 ปี มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 70-74 ปี

ฐานะทางเศรษฐกิจ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยจำแนกตามฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่างกัน พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง และปานกลางมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) ซึ่ง

สนับสนุนสมมติฐานข้อ 3.5 ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางและสูง มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ฐานะทางเศรษฐกิจในการวิจัยครั้งนี้หมายถึง รายรับและรายจ่ายที่ผู้สูงอายุประเมินด้วยตนเอง ว่าเป็นเช่นไรผู้สูงอายุที่ประเมินว่ารายได้มากกว่ารายจ่ายแสดงว่ามีฐานะทางเศรษฐกิจสูง หรือผู้สูงอายุที่ประเมินว่ารายได้มากกว่ารายจ่ายแสดงว่ามีฐานะทางเศรษฐกิจสูง หรือผู้สูงอายุประเมินว่ามีรายได้พอๆ กับรายจ่าย แสดงว่ามีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง ย่อมจะมีการปรับตัวและมีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่พอกับรายจ่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเชฟฟิลด์ (Sheffield. 1983 : 1945) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของการปรับตัวกับการเกษียณอายุ พบว่า ตัวแปรด้านฐานะความเป็นอยู่เป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนว่า ผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จงานการปรับตัวเพียงใด ในตนเองเดียวกัน เขมิกา ยามะรัต (2527 : 118) พบว่า ปัจจัยด้านรายได้มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตเช่นกัน ชำราชการบํานาญที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูงมักจะมีรายได้สูงด้วย และจากการศึกษาของ ชัทฟิลด์ (Chatfield. 1977) ก็พบเช่นกันว่า ความพึงพอใจในชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากรายได้ต่ำ จะเห็นได้ว่า ฐานะเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการปรับตัวทั้งด้านอารมณ์ สังคม ผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจอยู่ในระดับสูง และปานกลาง จะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ เพราะปัจจัยการเงินจะไม่มีส่วนเชื่อมโยงไปสู่ตัวแปรอื่น ไม่ว่าจะเป็นความสุขภายในบ้าน ความมั่นคงของชีวิตสมรส สถานภาพทางสังคม และสุขภาพอนามัย การที่ผู้สูงอายุมีฐานะทางเศรษฐกิจสูงหรือปานกลาง จะทำให้เกิดความมั่นใจว่าตนเองไม่เดือดร้อนในการดำรงชีวิตประจำวัน ไม่ต้องเป็นภาระกับบุตรหลาน ทำให้รู้สึกที่ตนเองยังมีคุณค่ายังเป็นที่ต้องการของบุตรหลาน ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย จำเป็นจะต้องพึ่งพาบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกที่ตนเองเป็นภาระกับครอบครัว ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพจิตแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีฐานะ เศรษฐกิจปานกลางและสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติที่ระดับ .05

ระดับการศึกษา มีความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตเป็นรายคู่ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษานานกลางและระดับ

การศึกษาต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.3 และสอดคล้องกับงานวิจัยของสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534 : 108) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตมรณทัศน์ (Self-concept) ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และจากการวิจัยของมาร์คิดส์และมาร์ติน (Markids and Martin. 1979 : 91-98) พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงมีความสำเร็จในชีวิตและพึงพอใจในชีวิตสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า จากงานวิจัยของ NCOA (เชอร์รี่ ทองเพ็ญ. 2537 : 100 ; อ้างอิงมาจากมาร์ศรี นุชแสงพลี. 2532) ที่พบว่าระดับการศึกษาที่ผู้สูงอายุได้รับมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่า อาจอธิบายได้ว่า การศึกษาเป็นหนทางนำไปสู่ความก้าวหน้าหรือความสำเร็จในหน้าที่การงาน สามารถแก้ไขปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จึงมีสุขภาพจิตดีกว่า

สถานภาพสมรส ไม่พบความแตกต่างของคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเขมิกา ยามะรัต (2527 : 117) ที่ได้ศึกษาความพึงพอใจในชีวิตของข้าราชการบำนาญ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งกลุ่มที่สมรสและยังอยู่กับคู่สมรส หรือกลุ่มที่เป็นหม้ายแต่ยังอยู่กับลูกหลาน จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่ากลุ่มเป็นโรค ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นเพราะชมรมผู้สูงอายุมีส่วนทำให้สมาชิกได้เข้าร่วมกิจกรรมด้วยกัน เป็นการลดความเครียด ด้วยกิจกรรมสร้างสรรค์ต่าง ๆ จึงส่งผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพต่างกัน และสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรค หรือเคยสมรสแล้วเป็นหม้ายจากการแยกทางกับสามีหรือสามีถึงแก่กรรม ก็ยังมีบุตรหลานที่คอยให้ความช่วยเหลือดูแลอำนวยความสะดวก และมีกิจกรรมในครอบครัวร่วมกัน จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน เมื่อสถานภาพสมรสต่างกัน

อาชีพครั้งสุดท้าย ของผู้สูงอายุไม่มีความแตกต่างระหว่างคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพที่ไม่มีการเกษียณอายุกับผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพที่มีการเกษียณอายุ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3.6 ที่ตั้งไว้ว่า ผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพที่ไม่มีการเกษียณอายุมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพที่มีการเกษียณอายุ ทั้งนี้ อาจอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ออกจากงาน

เนื่องจากเกษียณอายุ ก็ยังมีรายได้ประจำที่มั่นคงและส่วนใหญ่มักจะมีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง มีสถานภาพทางสังคมค่อนข้างดีย่อมจะมีการวางแผนหรือเตรียมตัวก่อนการเกษียณอายุ ทำให้สามารถปรับตัวได้ ไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานภาพทางการเงินของตนมาก จึงทำให้ผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพที่มีการเกษียณอายุ มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพครั้งสุดท้ายที่ไม่มีการเกษียณอายุ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพค้าขายและทำธุรกิจส่วนตัว มีจำนวนร้อยละ 29.6 ซึ่งถือว่าเป็นอาชีพอิสระมีคำตอบแทนในการประกอบอาชีพที่ไม่มีข้อจำกัดเหมือนอาชีพที่มีการเกษียณประกอบกับรายได้ส่วนหนึ่งมาจากการช่วยเหลือดูแลจากบุตรหลาน และมาชดเชยในครอบครัว ทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างดี จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความวิตกกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายส่วนตัว จึงเป็นผลให้ผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพที่ไม่มีการเกษียณอายุและมีการเกษียณอายุ มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สมาชิกในครอบครัวควรสนับสนุนและให้กำลังใจพร้อมทั้งอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ให้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุและกิจกรรมทางสังคมอื่น ๆ เพื่อให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีด้วยการให้ความช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอในสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการ รักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ให้ความรักความเอาใจใส่ ไม่ทอดทิ้ง เข้าใจและรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และยอมรับในการเปลี่ยนแปลง อันเป็นแนวทางในการปฏิบัติที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดียิ่งขึ้น

2. หน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชน มีส่วนช่วยลดความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ ของผู้สูงอายุได้โดยการจัดโปรแกรมที่เหมาะสมในการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อชีวิตในวัยสูงอายุ เช่น ในชมรมผู้สูงอายุ ได้มีการจัดกิจกรรมนันทนาการและกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ต่อตนเองและสังคม เป็นการใช้เวลาในบั้นปลายของชีวิตอย่างมีคุณค่า ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองได้ใช้เวลาที่มีอยู่นั้นสร้างสรรค์ประโยชน์ให้เกิดแก่สังคม แม้ว่าสภาพร่างกายจะเสื่อมถอยไปตามวัยแล้วก็ตาม แต่ก็สามารถนำประสบการณ์ในชีวิตที่ผ่านมา มาสร้างสรรค์ โอกาสและความพึงพอใจใหม่ ๆ ให้กับตนเองได้ อันจะส่งผลให้เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

3. บุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ควรได้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในวัยสูงอายุ และการดำเนินชีวิตให้มีความสุขในวัยสูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินชีวิตของตนต่อไปอย่างเหมาะสม และเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพจิตดี อันเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีความสุขในบั้นปลายของชีวิต

4. จากการศึกษาค้นคว้า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นรัฐบาลควรมีนโยบายในการให้ความรู้แก่บุคคลทั่วไป เพื่อที่จะช่วยให้ปฏิบัติตนต่อผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะเน้นเรื่องการปฏิบัติตัวของบุคคลในครอบครัวต่อผู้สูงอายุ ในด้านการมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีต่อกัน ให้ความสนใจ ความรัก ความเอาใจใส่ ร่วมทุกข์ร่วมสุข อันเป็นความผูกพันทางจิตใจที่มีให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุเป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดี และมีเจตนาที่ดีต่อตนเองและสังคมต่อไป

5. ในชุมชนควรมีองค์กรที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับสังคมเพื่อจัดกิจกรรมและหาวิธีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมาเข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัครบำเพ็ญประโยชน์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคม และเกิดความพึงพอใจในชีวิต อันจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีต่อไปด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยนี้ทำให้ทราบถึงตัวแปรที่สำคัญบางตัวที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จึงควรทำการวิจัยเรื่องนี้ในรูปแบบของการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลโดยศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่นอกเหนือจากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่บ้าน ที่สถานสงเคราะห์คนชรา หรือผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่วัด เพื่อเปรียบเทียบดูว่าจะมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกันหรือไม่

2. ควรมีการศึกษาเพื่อค้นหาตัวแปรที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3. ควรมีการศึกษาเพื่อค้นหาวิธีการพัฒนาให้ผู้สูงอายุเป็นผู้มีสุขภาพจิตที่ดีตั้งแต่เริ่มเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เพื่อส่งผลให้สามารถปรับตัวได้ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

4. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เพื่อหารูปแบบของการทำกิจกรรมที่เหมาะสมในการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น การทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ กิจกรรมทางศาสนา และกิจกรรมให้คำปรึกษา เป็นต้น

5. ควรศึกษาสภาพปัญหาและสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำมาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาให้ผู้สูงอายุนี้อาจะมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กนกรัตน์ สุชะตุงคะ. การวิเคราะห์สุขภาพจิตของนักเรียนชั้น ม.ศ. 3 ในเขตแพร่ภิรมของ
ผู้ก่อการร้ายคอมมิวนิสต์ จังหวัดปราจีนบุรี. ปรินทิพนิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2523. อัดสำเนา.
- กมลรัตน์ หล้าสว่าง. สุขภาพจิตในโรงเรียน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์หามบุรราชวิทยาลัย,
2524.
- กมลรัตน์ หล้าสว่าง. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : ภาควิชาแนะแนวและจิตวิทยาการศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2527.
- การแพทย์, กรม. นโยบายสุขภาพจิตแห่งชาติ. โดยคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ.
ม.ป.ท., 2527.
- การแพทย์, กรม. รายงานการประชุมประจำปีกองสุขภาพจิต. 2531.
- กุลารรรถ วิทยาวงสรุจิ. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับการปรับตัว. ปรินทิพ-
นิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2526.
อัดสำเนา.
- เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ :
อรุณการพิมพ์, 2528.
- เขมิกา ยามะรัต. ความพึงพอใจในชีวิตของวัยชรา : ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญกระทรวง
เกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
2527. อัดสำเนา.
- คณะกรรมการศึกษาวัฒนธรรมและกิจกรรมเพื่อผู้สูงอายุ. ผู้สูงอายุในสังคมไทย. กรุงเทพฯ :
กรมการศึกษานอกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ, 2525.
- จรรจา สุวรรณทัต "ครอบครัวสัมพันธ์," คุรุปริทัศน์. 6 : 52-57 ; มิถุนายน 2523.
- จรวพร กาญจนรัชติ. การปรับตัวและสุขภาพจิตของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ภาควิ
ทยา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,
2536. อัดสำเนา.

จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. "ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ," วารสารสุขภาพศึกษา. 8 : 68-69; กรกฎาคม - กันยายน 2527.

จริยาวัตร คมพยัคฆ์. "แต่อย่างมีความสุข," รามาริบดี. 18 : 43-48; กันยายน 2525.

ฉวีวรรณ แก้วพรหม. ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร.

วิทยานิพนธ์ ด.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2530. อัดสำเนา.

ชูศักดิ์ เวชแพศย์ ยุทธนา อักษรนันท์ และวิญญารัตน์ ดันศิริ. สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ. 2527.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2527.

เชอร์ ทองเพ็ญ. ความสัมพันธ์ระหว่างความกลัวสภาพการสูงอายุ ความเข้มแข็งในการมองโลก การระลึกถึงความหลัง การสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยทางชีวสังคมกับความผาสุกในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.

ฉัตรกร อ่วมบารุง. การรับรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค กรุงเทพมหานคร. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.

ดวงเดือน พันธุมนาวิน และเพ็ญแข ประจันปัจฉนิก. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับสุขภาพจิตและจริยธรรมของนักเรียนวัยรุ่น. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2524.

ดวงฤดี ลาสุชะ. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบคัดสรรกับการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ด.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528. อัดสำเนา.

ดุษย์ ชุมสาย, ม.ล. ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2514.

- ทิพย์วัลย์ ขาวสำอางค์. แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจรักษาในแผนกตรวจโรค
ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามารัตน์ดี. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- นวลศิริ เปาโรหิตย์ และคนอื่น ๆ. จิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. โรงพิมพ์รามคำแหง, 2529.
- นภาพร ขวัญวรรณ และคนอื่น ๆ. ประชากรผู้สูงอายุไทย : ลักษณะทางประชากรและสังคมจาก
แหล่งข้อมูลทางการ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533.
- นภาพร ขวัญวรรณ. รายงานวิจัยแนวโน้มและลักษณะของประชากร สังคม และสุขภาพจิต
ของผู้สูงอายุในประเทศไทย. เอกสารประกอบการสัมมนาผู้สูงอายุในประเทศไทย,
2528.
- นิยม บุญมี. ครอบครัวสัมพันธ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. มหาสารคาม : ภาควิชาคหกรรมศาสตร์
คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม, 2530.
- นิรมล แก้วมีศรี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาล
สวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. ปรินญาณินพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.
- นิภา นิธยานน. การปรับตัวและบุคลิกภาพ : จิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต. สารศึกษาการพิมพ์,
2520.
- นิสา ชูโรต. คนชราไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
- บรรลุ ศิริพานิช. คู่มือผู้สูงอายุฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, ม.ป.บ.
- บุญเลิศ เดี่ยวประไพ. "ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย," ในรายงานเรื่อง บริการสุขภาพ
ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2524. กระทรวงสาธารณสุข : กรมการแพทย์, 2524.
- ประพิศ จันทร์พุกษา. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพและการมีส่วนร่วมในสังคมกับความพอใจ
ในชีวิตของผู้สูงอายุไทยในเขตกรุงเทพมหานคร. ปรินญาณินพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.

ประมาเพิ่ม สุวรรณ. "องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ," เอกสารการสอนวิชาสุขภาพศึกษา.

หน่วยที่ 1-17. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2536.

ประมวญ ดิฉินสัน. เตรียมใจผู้วัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ลูกกรัก, สิงหาคม 2533.

ประมวญ ดิฉินสัน. จิตวัฒนา : จิตวิทยาเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด, 2524.

ประสพ รัตนากร. "สุขใจ-ในวัยงาม," คนไทยอายุยืน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2529.

ปรารมทย วังสะอาด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จังหวัดกาฬสินธุ์.

วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อุดสาเนา.

เปลื้อง บัวศรี. การเปรียบเทียบสุขภาพจิตและบรรยากาศท้องถิ่นตามการรับรู้ของครูใน

ำจังหวัดชายแดนภาคใต้. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย

ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อุดสาเนา.

พลองพรม เกิดพิทักษ์. สุขภาพจิตเบื้องต้น. กรุงเทพฯ : บัณฑิตการพิมพ์, 2530.

พน แสงสิงแก้ว "ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว," การศึกษาเอกชน 4 : 21-26 ; มกราคม 2525.

พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบ

ทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533.

พยอม อิงคคานูวัฒน์. จิตวิทยาพัฒนาการวัยผู้ใหญ่. โครงการดำรงศิริราชพยาบาล คณะ

แพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.

พัชร ศรีสังข์. สุขภาพจิตของบุคลากรทางการพยาบาลในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534.

อุดสาเนา.

พิธีสิทธิ์ คานวนศิลป์ สีนี กมลวาทิน และประเสริฐ รักไทยดี. ความทันสมัย ภาพพจน์

เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา. กรุงเทพฯ : รายงานการวิจัย

สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2525.

- เพ็ญแข ประจันปัจฉิม. "การศึกษากลุ่มประชากรผู้สูงอายุไทย," ในประมวลบทความผลงานทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534.
- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คู่มือการเขียนบทนิพนธ์. กรุงเทพฯ : หก.ไอเดียสแควร์, 2534.
- มารศรี นุชแสงพลี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีผู้สูงอายุชุมชนบ่อนไก่. วิทยานิพนธ์ สส.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2532. อัดสำเนา.
- ยุวดี ดวงจินดา. การเปรียบเทียบผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อการปรับตัวด้านสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้สูงอายุในศูนย์บริการสาธารณสุข 24 กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.
- สาวิตรี ถิ่นชัยกรรุ่งเรือง. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงวัยและคุณภาพชีวิต. วิทยานิพนธ์ กศ.ด. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.
- สุภา มาลากุล ณ อยุธยา. "สุขภาพ," สุขภาพจิตศึกษา. หน้า 1-3. พิมพ์ครั้งที่ 3. กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มิตรสยาม, 2527.
- สุภาพรรณ โคตรจรัส. "สุขภาพจิต," จิตวิทยาในการดำรงชีวิต. เล่ม 1. ภาควิชาจิตวิทยา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
- สุวรรณี พลัฒพลาทอง. ความทันสมัยและภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองของคนชราในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ สค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522. อัดสำเนา.
- อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร. อนุสรณ์งานฌาปนกิจคุณแม่พลอย วัฒนพาสุก. กรุงเทพฯ : 16 พฤษภาคม 2509.
- อวย เกตุสิงห์. "กีฬานามัยการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพผู้สูงอายุให้แข็งแรง," การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2526.

- อัมพา วรรณชัย. การศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวของข้าราชการบำนาญสังกัดกรุงเทพมหานคร
ซึ่งอยู่ในและนอกชมรมผู้สูงอายุ. ปรินต์นิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532. อัดสำเนา.
- อุโฆษ ปันสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพการปฏิบัติงานและสุขภาพจิตของครู
อาจารย์ในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ สังกัดกองการศึกษาพิเศษ. ปรินต์นิพนธ์ กศ.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533. อัดสำเนา.
- อภาพ ร่องเคลิอบ. ความวิตกกังวล ความสามารถในการอ่านและลักษณะบางประการของ
บุคคลิกภาพ. ปรินต์นิพนธ์ กศ.ม. วิทยาลัยวิชาการศึกษา ประสานมิตร, 2515.
อัดสำเนา.
- Adams, D.L. "Correlates of Life Satisfaction among the Elderly,"
Gerontologist. 11(4) : 64-68; 1971.
- Arling, Greg. "Strain, Social support, and Distress in Old Age,"
Journal of Gerontology. 42 : 107-113; 1987.
- Atchley, R. Social Forces in Later Life. 2nd ed. Belmont, Calif :
Wadsworth Publishing Company, 1977.
- Bachman and others. Youth in transition-Volume 1. Ann Arbor, Michigan
: Institute for Social Research, 115-121 ; 1967.
- Barrow, G.M. and P.A. Smith. Aging, Ageism and Society. Minnesota :
West Publishing Company, 1979.
- Bengtson, Vern L., Patricia L. Kasschau and Pauline K. Ragan. "The
Impact of Social Structure on Aging Individuals," in
Handbook of the Psychology of Aging. edited by J.E. Birren
and K.W. Schaie. p. 327-353. New York : Van Nostrand Rein-
hold Company, 1977.

- Berkman, Lisa F. "Assessing the Physical Health Effects of Social Networks and Social Support," Annual Review of Public Health. 5 : 413-432; 1984.
- Botwinick, J. Aging and Behavior. New York : Springer, 1973.
- Botwinick, J. "Intellectual Abilities," in Handbook of The Psychology of Aging. p.580-605. edited by J.E. Birren and K.W. Schaie. New York : Van Nostrand Reinhold Company, 1977.
- Bradburn, N.M. and D. Caplovitz. Reports on happiness. Chicago : Aldine, 1965.
- Broadhead, W.E. and others. "The Epidemiologic Evidence for a Relationship Between Social Support and Health," American Journal of Epidemiology. 117 : 521-537; 1983.
- Brody, Stanley L., Walter Poulshock and Carla F. Maxciocchi. "The Family Caring Unit : A Major Consideration in the Long Term Support System," The Gerontologist 18 : 556-561; 1978.
- Burgess, Ernest W. Aging in Western Societies. Chicago : University of Chicago Press, 1960.
- Campbell, A. "Subjective Measures of Well-Being," American Psychologist. 31 : 177-124; February, 1976.
- Campbell, A. The Sense of Well-being in America. New York : Mc. Graw-Hill, 1981.
- Cantril, H. The Pattern of Human Concerns. New Brunswick, N.J. : Rutgers University Press, 1965.

- Cattell, Raymond B. "A Trait Factor-Analytic Approach to Personality,"
Personality : Theory, Assessment and Research. New York :
 309-320; 1970.
- Cavan, R.S. and others. Personal Adjustment in Old Age. Chicago :
 Science Research Associates, 1949.
- Chatfield, W.F. " Economic and Sociological factors influencing Life
 Satisfaction of the Aged," Journal of Gerontology, 32 : 74-78;
 1977.
- Cobb, S. "Social Support as a Moderator of Life Stress," Psychosomatic
 Medicine. 38 : 300-313; September - October, 1976.
- Cohen, S. and T.A. Wills. "Stress, Social Support and the Buffering
 Hypothesis," Psychological Bulletin. 98(2) : 310-357; 1985.
- Cohen, C.I. and others. "The Physical Well-Being of Old Homeless Men,"
Journal of Gerontology. 43 : 121-128; 1988.
- Cronbach, Lee J. Essential of Psychological Testing. 3 rd ed.
 New York : Harper and Row, 1970.
- Erikson, Elgrowth and Chises of the Health Personality. Psychology
 Issues. n.d.
- Eysenck, H.J. Fact and Fiction in Psychology. Middlesex, England :
 Penguin Books Ltd., 1970.
- Fellow, E.W. " A study of factors related to a feeling of happiness,"
Journal of Educational Research. 50 : 231-234 ; 1956.
- Field, D. and M. Minkler. "Continuity and Change in Social Support
 between Young-Old and Old-Old or very-Old Age," Journal of
 Gerontology. 43 : 100-106; 1988.

- Freud, S. An Outline of Psychoanalysis. W.W. Norton and Co., 1937.
- Glady, J. Hildreth. "Participation and Enjoyment of Family Maintenance Activities by Elderly Women," Family Relations.
29 : 386-390 ; 1980.
- Glasser, William. Mental Health. New York : Harper and Row, Publisher, Inc., 1960.
- Goodenough, N.H. Cooperation in Change Part. New York : John Wiley and Sons Inc., 1966.
- Graney, M.J. " Happiness and Social participation in aging," Journal Gerontology. 30 : 701-706 ; 1975.
- Gurin and others. American view their mental health. New York : Basic Books, 1960.
- Hall, Alan and Barry Wellman. "Social Network and Social Support," in Social Support and Health. p. 23-41. edited by Sheldon Cohen and S. Leonard Syme. Orlando : Academic Press, Inc., 1985.
- Hall, D.A. The Aging of Connective Tissue. New York : Academic Press, 1976.
- Havighurst, R.J. "Personality and Patterns of Aging," Gerontologist.
8 : 20-23; 1968.
- Hilgard, Ernest R. Introduction to Psychology. New York : Harcourt, Brace and World Inc., 1962.
- House, James S. Work Stress and Social Support. Phillippines : Addison-Wesley Publishing Company, Inc., 1981.

- House, James S. and others. "Measure and Concepts of Social support," in Social Support and Health. p. 83-108. edited by Sheldon Cohen and S. Leonard Syme. Orlando : Academic Press Inc., 1985.
- Hubbard, P. and others. "The Relationship Between Social Support and Self-Care Practise, Nursing Research. 33 : 266-269; 1984.
- Hutchison, A., J. Farndon and R. Wilson. "Quality of Survival of Patients Following Mastectomy," Clin Oncol. 5 : 391; 1979.
- Jacobson, E.d. "Type and Timing of Social Support," Journal of Health and Social Behavior. 27 : 250-264; September, 1986.
- Jahoda, Maric. Current Concept of Positive Mental Health. New York : Book Company, Publisher Inc., 1958.
- Johnson, J. and others. The Quality of Life of Hemodialysis and Transplant Patients. Kidney Int. 22 : 286; 1982.
- Kalmmeck, D.L. and L.L. Roff. "Fear of Personal Aging and Subjective Well-Being in Later Life," Journal of Gerontology. 34(6) : 756-758; 1984.
- Kaplan, Berton H. and others. "Social Support and Health," Medical Care. 15 : 47-58; 1977.
- Kaplan, Louis and others. Comprehensive Textbook of Psychiatry III. Baltimerl : Willium and Wikins, 1980.
- Kaplan, Louis. Mental Health and Human Relation in Education. New York : Harper and Brothers, 1959.
- Kart, Cary S. The Realities of Aging. Boston : Allyn and Bacon, Inc., 1981.

- Larson, R. "Thirty Years of Research on the Subjective Well-Being of Older Americans," Journal of Gerontology. 33 : 109-125; 1978.
- Lawton, M.P. "Activities and Leisure," Annual Review of Gerontology and Geriatrics. 5 : 127-164; 1985.
- Lazarus, Richard S. Pattern of Adjustment and Human Effectiveness. New York : McGraw-Hill, 1969.
- Lee, R. and L. Shehan. "Retirement and Marital Satisfaction," Journal of Gerontology. 44 : 266-230; 1989.
- Leemon, Bruce W. and others. "An Exploration of the Activity Theory of Aging : Activity Types and Life Satisfaction Among Inmovers to a Retirement Community," Journal of Gerontology. 27 : 511-523; 1972.
- Levit, Eugene E. The Psychology of Anxiety. New York : Bobb-Merill Company, Inc., 1967.
- Lin, N. and others. "Social Support, Stressful Life Event, and Illness : A Model and Empocal Test," Journal of Health and Social Behavior. 20 : 108-119; 1979.
- Longino, Charles F. Jr. and Cary S. Kart. "Explicating Activity Theory : A Formal Replication," Journal of Gerontology. 37 (6) : 713-722; 1982.
- Markides, K.S. and H.W. Martin. "A Causal Model of Life Satisfaction among the Elderly," Journal of Gerontology. 34 : 86-93; 1979.
- Maslo w, A.H. Motivation and Personality. 2 nd ed. New York : Harper and Row, 1970.

- McNett, S.C. "Social Support, Treat, and Coping Responses and Effectiveness in the Functionally Disabled," Nursing Research. 36 : 98-103; 1987.
- Munn, Norman L. Introduction to Psychology. 2 nd ed. Boston : Houghton Mifflin Co., 1969.
- Neugarten, B.L, R.J. Havighurst and S.S. Tobin. "The Measurement of Life Satisfaction," Journal of Gerontology. 16 : 134-145; 1961.
- Orth-Gomer, Kristina and Anna-Lena Unden. "The Measurement of Social Support in Population Surveys," Social Science and Medicine. 24 : 83-94; 1987.
- Osberg, J. Scott and others. "Life Satisfaction and Quality of Life Among Disabled Elderly Adults," Journal of Gerontology. 42 : 228-230; 1987.
- Palmore, E.B. and C. Luikart. "Health and Social Factors Related to Life Satisfaction," Journal of Health and Social Behavior. 13 : 68; 1972.
- Palmore, E.B. and others. Retirement, Causes and Consequence. New York : Springer, 1985.
- Patterson, W.B. "The Quality of Survival in Response to Treatment," JAMA. 233(3) : 280; 1975.
- Powell, D.H. Understanding Human Adjustment : Normal Adaptation through the Life Cycle. Boston : Little Brown and Co., 1983.

- Revicki, Dennis A. and Jim P. Mitchell. "Strain, Social Support, and Mental Health in Rural Elderly Individuals," Journal of Gerontology. 45(6) : 267-274; 1990.
- Robb, Susanne S. "Theory in Aging and Theory-Related Issues," in The Aged Person and the Nursing Process. edited by Yurick and others. 2 nd ed. p. 78 Appleton-Century-Crofts, 1984.
- Scott, H. Berk. "Adjustment to and Satisfaction with Retirement," Journal of Gerontology. 37 : 616-624; September, 1982.
- Shock, Nathan W. "Biological Theories of Aging," in Handbook of the Psychology of Aging. p.103-115. edited by J.E. Birren and K.W. Schaie. New York : Van Nostrand Reinhold company, 1977.
- Spreitzer, E. and E.S. Snyder "Correlated of Life Satisfaction among the Aged," Journal of Gerontology. 29 : 445-448; 1974.
- Taylor, C.M. Essentials of Psychiatric Nursing. 8 th ed. Saint Louis : The C.V. Mosby Company, 1982.
- Thoits, Peggy A. "Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress," Journal of Health and Social Behavior. 23 : 145-159; 1982.
- Thompson, L.S. and others. "Senescence and Visual Identification of Tactual-Chinesthetic Forms," Journal of Gerontology. 20 : 244-249; 1965.
- Turner, R. "Social Support as a Contingency in Psychological Well-being," Journal of Health And Social Behavior. 22 : 357-367; 1981.

- Weiss, R. "The Provision of Social Relationships," in Doing unto Other. p. 17-26. edited by Zick Rubin. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall, 1974.
- Wheaton, Blair. "Models for the Stress-Buffering Functions of Coping Responses," Journal of Health and Social Behavior. 26 : 352-364; 1985.
- Wilson, W. "Correlates of avowed happiness," Psychological Bulletin. 67 : 294-306; 1967.
- Wolk, S. and J. Kurtz. "Positive Adjustment and Involvement During Aging and Expectancy for Internal Control," Journal of Consulting and Clinical Psychology 43 : 173-178; 1975.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก .

คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตาราง 17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถาม
สัมพันธภาพในครอบครัว

ข้อ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นรายข้อ (r)
1	.8247
2	.7738
3	.6327
4	.8658
5	.6423
6	.5432
7	.7128
8	.5643
9	.8874
10	.8146
11	.7536
12	.8645

ตาราง 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถาม
การมีส่วนร่วมในเชิงสังคม

ข้อ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นรายข้อ (r)
1	.5962
2	.6123
3	.7856
4	.4321
5	.7642
6	.5694
7	.4126
8	.6855
9	.6235
10	.5364
11	.7186
12	.6422
13	.4786
14	.3874
15	.3788
16	.4782
17	.4564
18	.6328
19	.6942

ตาราง 19 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถาม
การมีส่วนร่วมในเชิงจิตใจ

ข้อ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นรายข้อ (r)
1	.6948
2	.6313
3	.6235
4	.6446
5	.7104
6	.4150
7	.5981
8	.6427
9	.6543
10	.6675

ตาราง 20 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถาม
ความพึงพอใจในชีวิต

ข้อ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นรายข้อ (r)
1	.9848
2	.9038
3	.7552
4	.6312
5	.8398
6	.8736
7	.8107
8	.5117
9	.8152
10	.7361
11	.9553
12	.7364
13	.7436
14	.8210
15	.6432
16	.7124
17	.6017
18	.6884

ตาราง 21 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายชื่อกับคะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถาม
ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ

ข้อ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นรายชื่อ (r)
1	.9638
2	.9553
3	.8064
4	.7198
5	.7365
6	.9071
7	.7816
8	.8462
9	.7874
10	.8597
11	.7414
12	.6125
13	.8013
14	.6848
15	.9236
16	.8987

ตาราง 22 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งชุดของแบบสอบถาม
การสนับสนุนทางสังคม

ข้อ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เป็นรายข้อ (r)
1	.6587
2	.6432
3	.6058
4	.6640
5	.7032
6	.6408
7	.7623
8	.5226
9	.6649
10	.6473
11	.7318
12	.4884
13	.5720
14	.6204
15	.5187

ตาราง 23 ค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบวัดสุขภาพจิต

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (t)	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (t)	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก (t)
1	2.65	20	5.18	39	6.12
2	3.28	21	4.67	40	2.39
3	4.01	22	2.58	41	3.75
4	5.14	23	4.45	42	6.42
5	2.78	24	4.23	43	4.94
6	2.76	25	5.42	44	3.71
7	2.92	26	3.38	45	2.05
8	3.86	27	3.44	46	4.22
9	4.15	28	2.84	47	3.46
10	3.56	29	3.74	48	5.42
11	5.06	30	3.64	49	6.25
12	2.87	31	5.86	50	4.43
13	2.05	32	6.78	51	3.65
14	2.00	33	4.31	52	4.50
15	3.78	34	4.26	53	3.34
16	6.02	35	5.25	54	4.89
17	3.00	36	3.15	55	4.08
18	3.98	37	4.65	56	5.54
19	7.22	38	4.91	57	2.15

ตาราง 23 (ต่อ)

ข้อ	ค่าอำนาจจํานนก (t)	ข้อ	ค่าอำนาจจํานนก (t)	ข้อ	ค่าอำนาจจํานนก (t)
58	4.48	69	6.72	80	6.81
59	3.42	70	7.18	81	6.65
60	5.47	71	7.68	82	6.57
61	3.86	72	7.43	83	5.30
62	4.06	73	5.81	84	6.01
63	4.05	74	3.78	85	6.64
64	5.78	75	3.47	86	3.09
65	7.82	76	6.85	87	5.91
66	4.32	77	5.78	88	6.42
67	3.98	78	4.04	89	5.16
68	6.77	79	6.83	90	4.32

ภาคผนวก ข .

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบ
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเพื่อวัดสัมพันธภาพในครอบครัว
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเพื่อวัดการมีส่วนร่วมในสังคม
- ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อวัดความพึงพอใจในชีวิต
- ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเพื่อวัดความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ
- ส่วนที่ 6 แบบสอบถามเพื่อวัดการสนับสนุนทางสังคม

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร

วันที่ 1 พฤศจิกายน 2538

เรื่อง ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

เรียน ผู้สูงอายุที่เคารพทุกท่าน

ด้วยข้าพเจ้า ร.ต.อ.หญิงไฉไล ขยเสวี ซึ่งเป็นนิสิตปริญญาโท สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ คณะบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร มีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของท่าน ฉะนั้น จึงไม่มีคำตอบที่ถูกต้องหรือผิด ขอให้ท่านตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงความรู้สึกที่แท้จริงของท่านให้มากที่สุด เพื่อที่จะได้ข้อมูลจากการสอบถามครั้งนี้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้บุคคลในวัยเดียวกับท่าน รวมทั้งบุคคลที่เตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ ได้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีต่อไป ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

ด้วยความเคารพอย่างสูง

ร้อยตำรวจเอกหญิงไฉไล ขยเสวี

นิสิตปริญญาโท

ส่วนที่ 2

คำชี้แจงในการตอบ

บรรยายข้างล่างต่อไปนี้ ให้ท่านพิจารณาว่าเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวท่านเอง
บ่อยมากน้อยเพียงไร แล้วขีดเครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่าน
มากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบ (กรุณาตอบทุกข้อ)

ข้อความ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
เมื่อท่านมีอายุมากขึ้น			
1. ท่านใช้เวลาว่างในการประกอบกิจกรรมร่วมกัน ภายในครอบครัว เช่น ดูทีวี ฟังวิทยุ ฯลฯ			
2. สมาชิกในครอบครัว ยังให้ความเคารพ ยกย่อง และให้ความสำคัญ ปรึกษาปัญหาต่าง ๆ กับท่าน			
3. ท่านรับประทานอาหารคนเดียว			
4. บุคคลภายในครอบครัว ทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นและ ปลอดภัย			
5. เมื่อท่านมีทุกข์ทางใจ บุตรหลานไม่มีเวลาที่จะ รับฟังท่าน			
6. ครอบครัวท่านมักพาท่านไปทัศนจรต่างจังหวัด ด้วยเสมอ			
7. บุคคลใกล้ชิดไม่มีเวลาให้ท่านเท่าที่ควร			
8. ท่านมักจะมีเรื่องถกเถียงกับสมาชิกในครอบครัว			
9. ท่านมีความรู้สึกว่าคุณานบ้านยอมรับท่าน เมื่อท่าน ตกเดือน แนนๆ			
10. ท่านรู้สึกว่าตนเองยังมีประโยชน์ต่อบุตรหลาน			

ข้อความ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคย
ในหลาย ๆ ด้านเป็นอย่างมาก			
11. เมื่อท่านทำกิจวัตรประจำวันได้ไม่เต็มที่ บุคคลในบ้านคอยช่วยเหลือท่าน			
12. เมื่อบุคคลในบ้านประสบปัญหา มักจะนึกถึงท่าน เป็นคนแรก			

ส่วนที่ 3

คำชี้แจงงานการตอบ

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบปริมาณการทํากิจกรรมต่าง ๆ ของท่าน โดยขอให้ท่านพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่า ตรงกับความจริงที่กระทำอยู่มากน้อยเพียงใด แล้วขีดเครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงที่ท่านกระทำอยู่มากที่สุด เพียงข้อละ 1 คำตอบ (กรุณาตอบทุกข้อ) ซึ่งแบบสอบถามนี้ แบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 3.1

ข้อความ	ทุกวัน	สัปดาห์ละ ๔-๖ ครั้ง	สัปดาห์ละ ๑-๓ ครั้ง	เดือนละ ๑-๒ ครั้ง	ไม่เคย เลย
1. ข้าพเจ้ามีโอกาสดูช่วยเหลืองานบ้าน					
2. ครอบครัวของข้าพเจ้ามีโอกาสดู ทํากิจกรรมสนุกสนานร่วมกัน					
3. บุตรหลานหรือญาติพี่น้อง มักปรึกษา ปัญหาและขอคำแนะนำจากข้าพเจ้า					
4. ข้าพเจ้าไปร่วมทำบุญและฟังเทศน์ที่วัด					
5. ข้าพเจ้ามีส่วนช่วยอบรมเลี้ยงดูหลาน					
6. ครอบครัวของข้าพเจ้า รับประทานอาหาร พร้อมกัน					
7. ข้าพเจ้าไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อน					
8. ข้าพเจ้าร่วมทํากิจกรรมต่าง ๆ ของ สมาคมหรือชมรม					
9. ข้าพเจ้าไปทัศนศึกษาตามสถานที่ต่าง ๆ ร่วมกับผู้อื่น					

ข้อความ	ทุกวัน	สัปดาห์ละ 4-6 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง	เดือนละ 1-2 ครั้ง	ไม่เคย เลย
10. ข้าพเจ้ามีงานอดิเรกทำในเวลาว่าง					
11. ข้าพเจ้าทำกิจกรรมอาสาสมัครบำเพ็ญ ประโยชน์ส่วนรวม					
12. ข้าพเจ้าทำงานพิเศษเพื่อหารายได้					
13. ข้าพเจ้ามักบ่นถึงสมาชิกกับเพื่อนฝูง					
14. ข้าพเจ้าออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา					
15. ข้าพเจ้าพักผ่อนด้วยการฟังวิทยุ					
16. ข้าพเจ้าสวดมนต์					
17. ข้าพเจ้าอ่านหนังสือ					
18. ข้าพเจ้าพักผ่อนด้วยการชมรายการ โทรทัศน์					
19. ข้าพเจ้าพบปะพูดคุยกับบุตรหลาน หรือ ญาติพี่น้อง					

ตอนที่ 3.2

ข้อความ	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริง เลย
1. เมื่อได้พูดคุยกับบุตรหลาน หรือญาติ พี่น้องแล้ว ข้าพเจ้ารู้สึกอบอุ่นใจ					
2. ข้าพเจ้ามีความสุข ที่ได้อยู่กับ ครอบครัวของข้าพเจ้า					
3. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองอยู่ใน ครอบครัวหรือสังคมอย่างอ้างว้าง					
4. สมาชิกในบ้านต่างคนต่างอยู่ โดย ไม่ค่อยสนใจกัน					
5. ข้าพเจ้าได้ทบทวนระเบียบข้อให้แก้ ส่วนรวม					
6. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ กับครอบครัว					
7. เพื่อนบ้านช่วยทักให้ข้าพเจ้า หายเหงา					
8. ข้าพเจ้ามีเพื่อนสนิทที่สามารถ รับทุกข้อได้					
9. ข้าพเจ้ามีความภูมิใจในครอบครัว ของข้าพเจ้า					
10. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองถูกหักหลัง กับครอบครัว					

ส่วนที่ 4

คำชี้แจงในการตอบ

ข้อความต่อไปนี้ เป็นคำกล่าวเกี่ยวกับการมองเห็นชีวิตของตนเองในรูปแบบต่าง ๆ ขอให้ท่านพิจารณาแต่ละข้อ แล้วตอบคำถามตามความคิดเห็นของท่าน ในคำตอบที่มีให้เลือก 5 คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ชัด ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยขีดเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว (กรุณาตอบทุกข้อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ชัด	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ข้าพเจ้ารู้สึกว่ามีชีวิตมีความหมาย และมีคุณค่า					
2. ข้าพเจ้ารู้สึกว่ามีชีวิตช่วงนี้มีความสุขกว่าช่วงใดก็ตามที่ผ่านมา					
3. เมื่อหวนนึกถึงความหลังในอดีต ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจ					
4. ข้าพเจ้ารู้สึกตัวว่าแก่และไม่ค่อยแข็งแรง					
5. ข้าพเจ้าได้รับความสมหวังในชีวิตไม่มากนัก					
6. ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจ เมื่อเปรียบเทียบกับชีวิตความเป็นอยู่ของตัวเองในขณะนี้ กับบุคคลในวัยเดียวกัน					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
7. ข้าพเจ้ามีแผนการที่จะทำอะไร ในวันเวลาข้างหน้าอยู่อีก					
8. สิ่งที่ข้าพเจ้าทำ ส่วนมากข้าพเจ้า น่าเบื่อหน่าย					
9. เมื่อข้าพเจ้ามีอายุมากขึ้น สิ่งต่าง ๆ ดูดีขึ้นมากกว่าที่ข้าพเจ้าเคยคิดไว้					
10. ชีวิตของข้าพเจ้าควรจะมีความสุข มากกว่าที่เป็นอยู่เวลานี้					
11. ข้าพเจ้ารู้สึกที่ตนเองมีความ ร่าเริง สบายใจดี					
12. ข้าพเจ้ารู้สึกสุขสบาย เหมือนตอน อายุน้อยกว่านี้					
13. สิ่งต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าทำ ยังน่า สนใจเหมือนเคย					
14. ข้าพเจ้ายังถูกระดับกระแสดังดี เมื่อเปรียบเทียบกับคนอื่นอันวัย เดียวกัน					
15. ข้าพเจ้ารู้สึกเศร้าสลดใจ เมื่อ นึกถึงสภาพที่เป็นอยู่ 2					
16. ปัจจุบันเป็นเวลาเหงาหงอยที่สุด ในชีวิตของข้าพเจ้า					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
17. เมื่อหวนนึกถึงความหลังแล้ว ข้าพเจ้าไม่ได้สมหวังในสิ่งสำคัญ ๆ ที่ต้องการ					
18. ข้าพเจ้าพอใจกับช่วงวัยชีวิตที่ ผ่านมา					

ส่วนที่ 5

คำชี้แจงในการตอบ

ข้อความในแบบสอบถามนี้ ต้องการทราบภาวะทางอารมณ์ของท่าน ว่ามีความวิตกกังวล
 ในสภาพการสูงอายุนานเพียงใด โดยให้ท่านทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องที่ท่านพิจารณาเห็นว่า
 ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด (กรุณาตอบทุกข้อ)

ข้อความ	จริงที่สุด	จริงมาก	มีส่วนจริง ครึ่งหนึ่ง	จริงน้อย	ไม่จริง เลย
1. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลใจเกี่ยวกับการมี อายุมากขึ้น 2					
2. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองเป็นปัญหาต่อ ครอบครัว 2					
3. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจเมื่อมีคน วิพากษ์วิจารณ์หรือติเตียนข้าพเจ้า 3					
4. ข้าพเจ้ารู้สึกกังวลใจที่จะต้องพึ่งผู้อื่น มากขึ้น ๕-๖					
5. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าเหงา อดคิดเดียว แม้ว่า จะมีผู้อื่นอยู่ด้วย ๖					
6. ข้าพเจ้านอนไม่ค่อยหลับ เนื่องจาก มีเรื่องคิดมากมาย					
7. ข้าพเจ้าเป็นคนที่สามารถควบคุมอารมณ์ ได้ดีในแทบทุกสถานการณ์ 4					
8. บางครั้งข้าพเจ้ารู้สึกกลัว โดยที่ไม่รู้ว่า กลัวอะไร 5					

ข้อความ	จริงที่สุด	จริงมาก	มีส่วนจริง ครึ่งหนึ่ง	จริงน้อย	ไม่จริง เลย
9. ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิดกับสภาพรอบตัว ของข้าพเจ้าอยู่เสมอ 3					
10. เรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ ไม่เคยทำให้ ข้าพเจ้าอารมณ์เสียง่าย 4					
11. ข้าพเจ้าไม่เคยกังวลว่าบุคคลอื่น จะมองข้าพเจ้าอย่างไร 6					
12. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองสนใจอะไร ไม่ได้นาน 4					
13. ข้าพเจ้ามักจะหมกมุ่นอยู่กับความคิด ของตนเอง 3					
14. ข้าพเจ้าชอบให้ผู้อื่น กระทำตาม ความคิดของข้าพเจ้า 6					
15. ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองมีความวิตกกังวล และคิดมากในเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ 5					
16. ข้าพเจ้ากังวลใจ หากจะต้องอยู่อย่าง โดดเดี่ยวยามไร้คู่ชีวิต หรือเพื่อนสนิท ที่รู้ใจ 2					

ส่วนที่ 6

คำชี้แจงในการตอบ

ในช่วงเวลาที่ผ่านมาในชีวิตของท่าน ท่านได้รับการปฏิบัติตามข้อความต่าง ๆ ข้างล่างนี้ จากผู้ที่อยู่ใกล้ชิดมากน้อยเพียงใด ทั่วทุกเครื่องหมาย / ลงในช่องใดช่องหนึ่งเพียงช่องเดียว ที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด (กรุณาตอบทุกข้อ)

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. บุตรหลานของท่านให้กำลังใจ เมื่อท่านต้องการทำสิ่งต่าง ๆ					
2. บุตรหลานของท่านสนใจและเอาใจใส่ ความเป็นอยู่ของท่าน					
3. บุตรหลานของท่านให้อภัยเมื่อท่านทำผิดพลาด					
4. บุตรหลานของท่านยอมรับท่านเมื่อท่านไม่สามารถทำงานบางสิ่งบางอย่างได้ดี					
5. บุตรหลานของท่านสามารถช่วยเหลือท่านได้ เมื่อท่านมีความเดือดร้อนด้านการเงิน					
6. ในวาระพิเศษเช่นวันเกิด ปีใหม่ ตรุษจีน บุตรหลานของท่านมักจัดงานเลี้ยงสังสรรค์เพื่อร่วมสนุกกับท่าน					
7. บุตรหลานของท่านและตัวท่านไปเที่ยวพักผ่อนสุดสัปดาห์ร่วมกัน					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
8. บุตรหลานของท่านให้ยืมหรือให้สิ่งของ บางอย่างแก่ท่าน เมื่อท่านมีความจำเป็น					
9. บุตรหลานของท่านดูแลสัตว์ ดันไม้ บ้านเรือนของท่านเวลาที่ท่านไม่อยู่บ้าน					
10. เพื่อนของท่านร่วมพบปะพูดคุยหรือร่วม พบปะสังสรรค์กับท่าน					
11. เพื่อนของท่านช่วยเหลือแนะนำให้ท่าน สามารถเผชิญสถานการณ์ที่เลวร้าย ต่าง ๆ ได้					
12. เพื่อนของท่านยอมรับฟังความคิดเห็น ของท่านเมื่อท่านแสดงความคิดเห็น ต่าง ๆ					
13. เพื่อนของท่านให้ความสนิทสนม เป็นกันเองกับท่านตลอดเวลา					
14. เพื่อนของท่านสามารถช่วยเหลือท่าน ได้ เมื่อท่านมีความเดือดร้อนทาง การเงิน					
15. เพื่อนของท่านมักจะคอยแนะนำสิ่งที่ ท่านกำลังทำอยู่ว่าดีหรือไม่ดี อย่างไร					

ส่วนที่ 7

คำชี้แจง แบบทดสอบนี้ มีจำนวน 90 ข้อ ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ แล้วกา
เครื่องหมาย / ลงในช่องระดับความถี่เพียง 1 ช่อง ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงมากที่สุด
ตามความหมายต่อไปนี้

ไม่เคยเลย	หมายถึง	ไม่เกิดขึ้นเลย
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์
ปานกลาง	หมายถึง	น้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
บ่อย	หมายถึง	มากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
บ่อยมาก	หมายถึง	เกือบทุกวัน

ข้อความ	ระดับความถี่				
	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยมาก
1. ท่านต้องใช้แว่นตาในการอ่านหนังสือ					
2. ท่านต้องใช้แว่นตาในการมองวัตถุ ในระยะไกล					
3. ท่านได้ยินเสียงรบกวนหูเป็น ประจำ					
4. ท่านเป็นคนหูตึง					
5. ท่านคิดจมูกอยู่เป็นประจำ					
6. ท่านเป็นหวัดและไอจนเจ็บหน้าอก บ่อย ๆ					
7. เวลาท่านเป็นหวัด ท่านถึงกับต้อง นอนพักผ่อนเสมอ					

ข้อความ	ระดับความถี่				
	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยมาก
8. ท่านแพ้ละอองเกสรดอกไม้					
9. ท่านเป็นโรคหอบ					
10. ท่านเคยไอเป็นเลือด					
11. แพทย์เคยบอกว่าความดันโลหิต ของท่านสูงหรือต่ำเกินไป					
12. หัวใจเต้นเร็วแม้ไม่ได้ออกกำลังกาย					
13. ย่อนเพลียและเหนื่อยง่าย					
14. ซื่อท้อบวม					
15. มักเป็นตะคริวที่ขา					
16. หายใจไม่สะดวก					
17. มือหรือเท้าสั่น					
18. ปวดท่อน้อยอย่างรุนแรง					
19. เบื่ออาหาร					
20. ท้องอืดและอาหารไม่ย่อย					
21. ไม่ถ่ายอุจจาระมากกว่า 3 วันขึ้นไป.....					
22. ท้องร่วงอย่างแรง					
23. ตัวเหลือง, ตาเหลือง					
24. เป็นริดสีดวงทวาร					
25. ปวดบวมตามข้อ					

ข้อความ	ระดับความถี่				
	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยมาก
26. ปวดแขนและขาบ่อย ๆ					
27. กล้ามเนื้อและข้อต่อแข็งตึง					
28. ปวดหลังท้าวหลังงานล่าช้า					
29. มีเหงื่อออกมากแม้ในเวลาที่มี อากาศเย็น					
30. คั่นตามผิวหนังอย่างรุนแรง					
31. เป็นฝีตามผิวหนัง					
32. แพ้สารเคมีง่าย					
33. ทรมานจากการปวดศีรษะ					
34. นอนหลับยากในเวลากลางคืน					
35. มีอาการกระตุกที่หน้า ศีรษะ เป็นลมชัก					
36. บัสสาวะรดที่นอน					
37. บางส่วนของร่างกายชาและไม่มี ความรู้สึก					
38. เวียนศีรษะ เป็นลม					

ข้อความ	ระดับความถี่				
	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยมาก
(ข้อ 39 - 41 เฉพาะท่าน					
สุภาพสตรีตอบ)					
39. มีอาการร้อนวูบวาบและเหงื่อออก ทั่วตัว					
40. มีอาการตกขาว					
41. กลิ่นปัสสาวะไม่อยู่					
(ข้อ 42 - 45 เฉพาะท่าน					
สุภาพบุรุษตอบ)					
42. ปัสสาวะลำบากบางครั้งมีเลือดปน					
43. บวดยบวดยร้อนเวลาถ่ายปัสสาวะ					
44. กลิ่นปัสสาวะไม่อยู่					
45. กระเพาะปัสสาวะอักเสบ					
46. ในตอนเช้าเมื่อตื่นขึ้นมาแล้วรู้สึก เพลีย ไม่มีแรง					
47. การทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็ทำให้ เหน็ดเหนื่อย					
48. ป่วยบ่อย ๆ และไม่มีความสุขเลย					
49. สุขภาพของท่านไม่ดี					
50. เจ็บป่วยจนทำงานอดิเรกไม่ได้					

ข้อความ	ระดับความถี่				
	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยมาก
51. ได้รับอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บ เล็ก ๆ น้อย					
52. ได้รับการผ่าตัดใหญ่					
53. เป็นโรคปวดข้อหรือกระดูกที่แขนขา					
54. นอนหลับยากหรือนอนหลับไม่เต็มที่					
55. สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวนต่อวัน					
56. ดื่มเหล้ามากกว่าวันละ 2 แก้ว					
57. ดื่มน้ำชา กาแฟมากกว่าวันละ 6 แก้ว					
58. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ					
59. ทำงานเชิงซ้ำลงกว่าเดิม					
60. มีความคิดเกี่ยวกับเรื่องหนึ่ง เรื่องใดซ้ำแล้วซ้ำอีก					
61. มีความคิดสับสน					
62. มีความลำบากในการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ					
63. หวาดกลัวคนแปลกหน้าเมื่อต้องอยู่คนเดียวโดยไม่มีเพื่อน 2					

ข้อความ	ระดับความถี่				
	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยมาก
64. รู้สึกลำบากใจที่จะต้องรับประทานอาหาร อาหารานที่อื่นซึ่งไม่ใช่ว่าบ้านของท่าน.....					
65. ร้องไห้บ่อย ๆ					
66. รู้สึกหมดหวังในชีวิต					
67. อยากตายให้เห็นทุกสิ่งทุกอย่าง านโลกนี้					
68. รู้สึกหงอยเหงาไม่ร่าเริง					
69. ความกังวลทำให้รู้สึกหุดหิมเศร้า 2					
70. หงุดหงิดด้วยเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ					
71. ไม่สบายจากประสาทเครียด					
72. มักเป็นคนใจวิตกกังวล					
73. เป็นคนขี้อายหรือมีอาการอ่อนไหว ง่าย 5					
74. ไม่สบายใจเมื่อถูกวิพากษ์วิจารณ์ เกี่ยวกับตัวท่าน 2					
75. น้อยใจเมื่อมีสิ่งมากระทบจิตใจ					
76. คนอื่นมักเข้าใจท่านผิดเสมอ 2					

ข้อความ	ระดับความถี่				
	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยมาก
77. ท่านเป็นคนระวังตัวอยู่เสมอแม้แต่ งานหมู่เพื่อนฝูง					
78. รู้สึกโกรธที่มาได้สิ่งที่ต้องการ 6					
79. ท่านเป็นคนทำอะไรหุนหันพลันแล่น 1					
80. อารมณ์เสียบ่าย					
81. สิ่งรบกวนเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็ทำให้ ท่านโกรธ 3					
82. ต้องคอยควบคุมอารมณ์ของตัวเอง อยู่เสมอ					
83. คนอื่นชอบทำให้ท่านรำคาญและ หงุดหงิด 2					
84. ท่านมักตื่นตื่นหวาดกลัวอยู่เสมอ 1					
85. เสียงดังที่เกิดจันทรคยไม่คาดฝัน ทำให้ท่านตกใจจนขวัญหนี 1					
86. รู้สึกกลัวเมื่อมีเสียงกรอกรบ ในเวลากลางคืน 1					
87. มักจะฝันร้ายและตื่นขึ้นมากกลางดึก 1					

ข้อความ	ระดับความถี่				
	ไม่เคยเลย	นาน ๆ ครั้ง	ปานกลาง	บ่อย	บ่อยมาก
88. คิดถึงเรื่องน่ากลัวบ่อย ๆ					
89. มักจะกลัวโดยไม่มีเหตุผล					
90. ตกใจกลัวจนเหงื่อออกมากบ่อย ๆ					

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	ร้อยตำรวจเอกหญิงใจไล ไชยเสวี
เกิดวันที่	1 ตุลาคม พุทธศักราช 2506
สถานที่เกิด	อำเภอบางกอกใหญ่ กรุงเทพมหานคร
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลตรี งานพยาบาล
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ตึกเฉลิมพระเกียรติ ร.9 ชั้น 7-8 โรงพยาบาลตำรวจ สำนักงานแพทย์ใหญ่ กรมตำรวจ

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2525	มัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสุวรรณารามวิทยาคม
พ.ศ. 2529	พย.บ. (วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ)
พ.ศ. 2539	กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ)
	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต

ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม

กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ

บทคัดย่อ

ของ

ร้อยตำรวจเอกหญิงในไล ไชยเสวี

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2539

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย คือ 1) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 3) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่มีความแตกต่างกันทางเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจและอาชีพครั้งสุดท้ายและ 4) เพื่อศึกษาตัวแปรที่สามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60-74 ปี ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตำรวจ และมาเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอตลอดปี 2538 จำนวน 220 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถาม ได้แก่แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว แบบสอบถามเพื่อวัดสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺

ผลการวิจัยมีดังต่อไปนี้คือ

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดี
2. ความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ส่วนความพึงพอใจในชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม (เชิงจิตใจ) และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ผลการเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างทางด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ฐานะทางเศรษฐกิจ และอาชีพครั้งสุดท้าย พบว่า

- 3.1 ผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน
- 3.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-64 ปี และ 65-69 ปี มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 70-74 ปี

3.3 ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับสูง มีสุขภาพจิตดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับปานกลาง และระดับต่ำ

3.4 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสดี มีสุขภาพจิตไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสไม่มีคู่

3.5 ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง มีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง และต่ำ

3.6 ผู้สูงอายุที่มีอาชีพครั้งสุดท้ายที่ไม่มีการเกษียณอายุมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีอาชีพครั้งสุดท้ายที่มีการเกษียณอายุ

4. ความพึงพอใจในชีวิต สัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม (เชิงจิตใจ) การสนับสนุนทางสังคม และความวิตกกังวลในสภาพการสูงอายุ สามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 85.28 ($R^2 = .8528$) และความสัมพันธ์ร่วมระหว่างตัวแปรมีค่าเท่ากับ 0.92 ($R = 0.92$)

THE RELATIONSHIP OF FAMILY RELATION, SOCIAL ENGAGEMENT, LIFE SATISFACTION,
ANXIETY OF PERSONAL AGING AND SOCIAL SUPPORT
TO MENTAL HEALTH OF THE AGED IN SENIOR CITIZEN CLUBS AT POLICE GENERAL HOSPITAL

AN ABSTRACT

BY

Pol.Cap.CHAILAI CHAIYASAVEE

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

May 1996

The purposes of this research were 1) to study the level of mental health of the aged, 2) to find out the relationship between family relation, life satisfaction, anxiety of personal aging and social support and mental health, 3) to compare level of mental health of the aged according to difference in sex, age, level of education, marriage status, economic status and the last occupation and 4) to discover the predictors for determining level of mental health of the aged.

Two hundred and twenty of the aged, sixty to seventy four years old, from members of senior citizen clubs at Police General Hospital were selected for the study by simple random sampling. The questionnaires used for collecting the data were personal background, family relation, social engagement, life satisfaction, anxiety of personal aging, social support and mental health. The data were analyzed by the SPSS/PC⁺

The results were as follows :

1. The mental health of the aged in senior citizen clubs at Police General Hospital was mostly good.
2. There was a significantly negative relationship between anxiety of personal aging and mental health but there was a positive relationship between life satisfaction, social engagement, family relation, and social support and mental health.
3. The male and the female aged were not significantly defferent in their mental health.

4. The aged who were 60-64 years old and 65-69 years old had a significantly better mental health than the aged who were 70-74 years old.

5. The aged who had a high level of education had a significantly better mental health than the aged who had a moderate and low level of education.

6. The aged at a high economics level had a significantly better mental health than the aged who were at moderate and low economics levels.

7. The aged who were still married and the aged who had no spouse were not different in their mental health.

8. Those subjects who were former civil servants of state enterprise employees and other occupations were not significantly different in their mental health.

9. Factors that significantly predicted mental health at the .001 level of the aged according to importance, were life satisfaction, social support, family relation, social engagement and anxiety of aging. These predictors accounted for 85.28 percent ($R^2 = .8528$) of the Variance of mental health, and the multiple correlation was .92 ($R = 0.92$).