



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

.....
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน)

ปริญญา

.....
จิตวิทยาชุมชน

สาขา

.....
จิตวิทยา

ภาควิชา

เรื่อง อ้อมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่าย
พัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร

Self Concept, Social Support and Mental Health of the Elderly at the Elderly Club

Division of Community Development and Social-Welfare Bangkhen District, Bangkok

นามผู้วิจัย นางสาวอุษา วงษ์อนันต์

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
(รองศาสตราจารย์สุภาณี สนิธิรัตน์, Ed.D.)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทิพย์วัลย์ สุรินยา, Ph.D.)

หัวหน้าภาควิชา

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทิพย์วัลย์ สุรินยา, Ph.D.)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

.....
(รองศาสตราจารย์กัญญา ชีระกุล, D.Agr.)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ เดือน พ.ศ.

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนา
ชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร

Self Concept, Social Support and Mental Health of the Elderly at Elderly Club Division of
Community Development and Social-Welfare Bangkhen District, Bangkok

โดย

นางสาวอุษา วงษ์อนันต์

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน)

พ.ศ. 2551

อุษา วงษ์อนันต์ 2551: อ้อมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
ชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน
กรุงเทพมหานคร ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาชุมชน) สาขาจิตวิทยาชุมชน
ภาควิชาจิตวิทยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รองศาสตราจารย์สุภาณี สนธิรัตน์,
Ed.D. 134 หน้า

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาอ้อมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคม
และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงาน
เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร 2) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามปัจจัยส่วน
บุคคลที่แตกต่างกัน 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอ้อมโนทัศน์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
4) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือผู้สูงอายุ จำนวน 295 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้
แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ
ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, t-test, F – test, ค่าความแปรปรวนทางเดียว(ANOVA)
การเปรียบเทียบเป็นรายคู่โดยวิธี LSD และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน(Pearson Product
Moment Correlation Coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า 1) อ้อมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
โดยรวมอยู่ในระดับสูง 2) ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันมีสุขภาพจิตที่ไม่แตกต่างกัน
3) อ้อมโนทัศน์ ด้านร่างกายและด้านส่วนบุคคล ค่านิยม ความหวังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ และ 4) การ
สนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์และด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงานมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต
ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ

Usa Wonganan 2008: Self Concept, Social Support and Mental Health of the Elderly at Elderly Club Division of Community Development and Social-Welfare Bangkok District, Bangkok. Master of Science (Community Psychology), Major Field: Community Psychology, Department of Psychology. Thesis Advisor: Associate Professor Supanee Sontirat, Ed.D. 134 pages.

The purposes of this study were :-1) to study self concept, social support and mental health of the elderly at the elderly club Division of Community Development and Social-Welfare Bangkok District, Bangkok :-2) to compare mental health of elderly according to their personal factors :-3) to find the relationship between self concept and mental health of the elderly :-4) to study the relationship between social support and mental health of elderly.

Samples consisted of 295 elderly at Elderly Club Division of Community Development and Social-Welfare Bangkok District, Bangkok. The research tools were questionnaires. The data collected were analyzed by using computer package program. The statistical analysis were percentage, mean, standard deviation, t-test, F-test, multiple comparison (LSD) and Pearson Product Moment Correlation Coefficient.

The results of the study were as the follows :-1) self concept, social support and level of mental health of the elderly were high level. :-2) there were no personal data which had an effect on mental health. :-3) self concept; physical and personal self, showed a positive correlation with mental health which were statistically significance at .05 and .01. 4) Social support ; emotional and instrumental support, had a positive correlation to mental health which were statistically significance at .05 and .01.

Student's signature

Thesis Advisor's signature

____ / ____ / ____

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุปานี สนธิรัตน์ ประธานกรรมการที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทิพย์วัลย์ สุรินยา กรรมการร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำ แก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ และให้กำลังใจเสมอมา

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ น.ท.หญิง นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ น.พ.ชนินทร์ สกลอิสริยาภรณ์ อาจารย์พิเศษ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ศิริราชพยาบาล และน.พ.อภิชาติ จริยาวิลาส จิตแพทย์ 5 โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต ที่ให้ความกรุณาในการตรวจเครื่องมือและคำแนะนำต่างๆ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกคนในชมรมผู้สูงอายุศูนย์สาธารณสุข 24 ที่ให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกต่างๆในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้ง ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ผู้วิจัยขอขอบคุณเพื่อนจิตวิทยาชุมชนรุ่น 5 ทุกท่านและ ร.ท.นันทวัช พิมลเกตุ ที่ดูแล ช่วยเหลือ ส่งเสริมและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความมุ่งมั่นค้นคว้าและดำเนินการวิจัย จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่สนับสนุนด้านการศึกษาให้แก่อีกด้วยดี เสมอมา

อุษา วงษ์อนันต์

เมษายน 2551

สารบัญ

หน้า

สารบัญตาราง	(3)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
ขอบเขตการวิจัย	6
ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย	6
นิยามศัพท์	6
บทที่ 2 การตรวจเอกสาร	10
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	10
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์	16
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม	27
แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิต	35
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	48
กรอบแนวคิดในการวิจัย	55
สมมติฐานในการวิจัย	56
บทที่ 3 วิธีการวิจัย	57
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	58
การทดสอบเครื่องมือ	63
การทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น	63
การเก็บรวบรวมข้อมูล	64
การวิเคราะห์ข้อมูล	64

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลและวิจารณ์	66
ผลการวิจัย	66
ข้อวิจารณ์	86
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	91
สรุปผลการวิจัย	91
ข้อเสนอแนะ	99
เอกสารและสิ่งอ้างอิง	101
ภาคผนวก	110
ภาคผนวก ก หนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูล	111
ภาคผนวก ข แบบสอบถาม	113
ภาคผนวก ค ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม	123
ภาคผนวก ง รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม	132
ประวัติการศึกษาและการทำงาน	134

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มประชากร	67
2	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับอัตรานวัตกรรมรายข้อ รายด้าน และโดยรวม	69
3	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการสนับสนุน ทางด้านอารมณ์รายข้อ	72
4	แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็น รายข้อ, รายด้านและโดยรวม	77
5	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ	80
6	จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ	80
7	การวิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตจำแนกตามอายุ	81
8	จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส	81
9	การวิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานภาพ สมรส	82

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
10	จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา	82
11	การวิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตจำแนกตามระดับการศึกษา	83
12	จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตาม รายได้	83
13	จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตาม โรคประจำตัว	84
14	ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	84
15	ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	85
18	สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน	97
19	สรุปผลการทดสอบสมมติฐานด้านอัตมโนทัศน์	98
ตารางผนวกที่		
1	Item-total Statistics : แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย	124
2	Item-total Statistics : แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ด้านบุคลิก ค่านิยม ความหวัง	124

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางผนวกที่		หน้า
3	Item-total Statistics : แบบสอบถามอัตมโนทัศน์รวม	125
4	Item-total Statistics : แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	126
5	Item-total Statistics : แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า	127
6	Item-total Statistics : แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	127
7	Item-total Statistics : แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร	128
8	Item-total Statistics : แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านเงินทองสิ่งของแรงงาน	128
9	Item-total Statistics : แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมรวม	129
10	Item-total Statistics : แบบสอบถามสุขภาพจิต	131

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

ความเจริญทางวิทยาศาสตร์และการแพทย์ ทำให้มนุษย์มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและยืนยาวขึ้น ประกอบกับความก้าวหน้าในเรื่องประชากรเพิ่มมากขึ้นจนทรัพยากรในโลกไม่พอเลี้ยงดูจนทำให้เกิดนโยบายชลอการเกิดขึ้นในประเทศต่างๆทั่วโลก โดยใช้มาตรการในการคุมกำเนิดโดยวิธีการต่างๆ จนประสบผลสำเร็จ ทำให้อัตราการเพิ่มของประชากรลดลงตามๆ กัน (สุมลมาลย์ โทมัส, 2535: 2) จากรายงานการศึกษาการวิจัยของสหประชาชาติ ได้แสดงให้เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรโลกว่าในปี ค.ศ. โลกจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 580 ล้านคนและเกือบครึ่งหนึ่งเป็นประชากรแถบเอเชีย (280 ล้านคน) ในขณะที่อัตราส่วนของการเพิ่มขึ้นของประชากรโลกเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 52 แต่อัตราการเพิ่มของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป กลับเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 102 องค์ประกอบของคนรุ่นปัจจุบันจึงเป็นองค์ประกอบของคนกลุ่มอายุใหม่ คือ กลุ่มผู้สูงอายุ (นิศา ชูโต, 2525: 1) องค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ไว้ว่า สัดส่วนผู้สูงอายุโลกจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.9 ในปี 2523 เป็นร้อยละ 9.7 ในปี 2568 โดยในภูมิภาคเอเชียจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 4.4 ในปี 2523 เป็นร้อยละ 10 ในปี 2568 (United Nations, 1992 อ้างใน อนุรักษ์ บัณฑิตย์ และคณะ, 2542: 3) ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างมากอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อนในประวัติศาสตร์ นับว่าเป็นปรากฏการณ์ที่น่าเป็นห่วงสำหรับประเทศต่างๆ ทั่วโลก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ย่อมส่งผลต่อโครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

แผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) ประเทศไทยยังคงต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในหลายบริบท ทั้งที่เป็นโอกาสและข้อจำกัดต่อการพัฒนาประเทศ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของคนและระบบให้สามารถปรับตัวพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต และแสวงหาประโยชน์อย่างรู้เท่าทันโลกาภิวัตน์และสร้างภูมิคุ้มกันให้กับทุกภาคส่วนตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ปัจจุบันประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ สามารถดูแลตนเองได้ สมาชิกในครอบครัว และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล และส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาส แสดงศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน มีการจัดตั้ง

หน่วยบริการ สวัสดิการเอนกประสงค์ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยให้ครอบครัว และผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการ เรื่องสุขภาพอนามัยให้ครอบคลุม

นักจิตวิทยาสังคมระบุว่า การปรับตัวเข้าสู่บทบาทผู้สูงอายุเป็นเรื่องยาก สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้น เพราะงานที่เปลี่ยนเข้าสู่กลุ่มผู้สูงอายุนั้น ขาดกลุ่มสนับสนุน เด็กได้รับการสอนให้เรียนรู้ถึงบทบาท วัยรุ่น และวัยรุ่นได้รับการฝึกฝน วิธีที่จะเป็นผู้ใหญ่ แต่มีผู้ใหญ่ไม่กี่คนเท่านั้น ที่ได้รับการฝึกฝนที่จะเป็นผู้สูงอายุ คนสมัยใหม่ยังเห็นว่า ค่านิยมทางวัฒนธรรมจารีตประเพณี เป็นเรื่องล้าสมัย ความผูกพันระหว่างพี่น้อง เครือญาติ การกตัญญูทดแทน จะต้องมีขอบเขตจำกัด จึงเกิดลักษณะ วัฒนธรรมสมัยใหม่ ที่ต่างคนต่างช่วยตนเอง ตัวใครตัวมัน ผู้ที่จะอยู่ในสังคมสมัยใหม่ได้ จะต้องมีความสามารถแบบพหุสูตร รอบรู้ทุกเรื่อง และที่สำคัญต้องพึ่งตนเองได้ ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุที่จะอยู่ในสังคมไทยอีก 10-20 ปีข้างหน้าจะต้องเป็นผู้สูงอายุ ที่มีความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ ความรู้ ความสามารถ กล่าวโดยรวมหมายถึงว่า ผู้สูงอายุ จะต้องมียุทธภาพในชุมชนที่เข้มแข็งนั่นเอง (สมศรี สุกมณีนันท์, 2525: 34)

ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เพียบพร้อมไปด้วยความรู้ และประสบการณ์ เป็นผู้ถึงพร้อมทั้งคุณวุฒิ และวัยวุฒิ เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่า แม้ผู้สูงอายุจะเข้าสู่วันที่ร่างกายอ่อนแอเสื่อมถอยแล้ว แต่ท่านก็ยังพร้อม และสามารถที่จะช่วยเหลือครอบครัวได้ เช่น ช่วยดูแลบุตรหลาน ขณะที่พ่อแม่ ออกไปทำงาน ช่วยดูแลบ้านเรือน ผู้สูงอายุบางท่าน ยังช่วยหุงหาอาหารต่างๆ ช่วยทำงานเล็กๆ น้อยๆ ตามกำลังของท่านได้ นอกจากนั้น ยังช่วยให้คำแนะนำปรึกษาในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านอาชีพ การงาน ด้านการดำเนินชีวิต ด้านครอบครัว ด้านสังคม และอื่นๆ ผู้สูงอายุบางท่านมีทักษะในวิชาชีพ บางด้าน เช่น ช่างไม้ ช่างแกะสลัก ทำอาหารไทย ขนมไทย เย็บปักถักร้อย ดอกไม้ คนตรี ฯลฯ ท่านก็จะถ่ายทอดให้แก่บุตรหลาน และผู้ที่สนใจเพื่อดำรงวิชาชีพนั้นสืบไป

ในสังคมไทย ถึงแม้บุตรหลานแต่งงานมีเหย้ามีเรือนไปแล้ว ก็ยังนิยมอยู่ในครอบครัวเดียวกัน กับพ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย ทำให้ครอบครัวมีความอบอุ่น นุตรธิดา นอกจากจะได้รับการอบรมสั่งสอน จากพ่อแม่แล้ว ยังได้รับการดูแลจากปู่ย่า ตายาย ทำให้เกิดความรักความอบอุ่น ภายในครอบครัว โอกาสที่เด็กจะไปเกร หรือประพาศิณนอกถิ่นนอกทางจึงมีน้อยมาก ประสบการณ์ของผู้สูงอายุ สามารถช่วยส่งเสริม อบรมเลี้ยงดูกล่อมเกลานุตรหลาน ให้เป็นพลเมืองดี เด็ก ๆ จะได้เรียนรู้ทั้งจาก โรงเรียน และที่บ้าน ที่บ้านเด็กๆ จะได้รับการอบรม โดยเฉพาะในเรื่องความประพฤติ ขนบธรรมเนียม

ประเพณีต่างๆ ผู้สูงอายุจะคอยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาทุกๆ เรื่อง ความสัมพันธ์ของครอบครัวไทย แต่ดั้งเดิมได้หล่อหลอมความรัก ความเคารพแก่ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่ผ่านช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลายด้วยความสำเร็จสมหวังสามารถปรับบุคลิกภาพ และแก้ไขภาวะวิกฤตได้จะรู้สึกว่าคุณมีความสามารถ มีคุณค่า ได้รับการยอมรับ มีความสำเร็จในชีวิต มีความภาคภูมิใจใจตนเอง การรับรู้ดังกล่าวสะท้อนถึงอัตมโนทัศน์ที่ดีตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่ประสบกับความล้มเหลวในชีวิตที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในลักษณะที่เสื่อมถอยยิ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณไร้ค่า ไม่เป็นที่รักใคร่ต้องการของคนใกล้ชิด ถูกทอดทิ้ง (Erikson, 1950 อ้างใน วีระ ไชยศรีสุข, 2533: 37) จะเห็นได้ว่าอัตมโนทัศน์เป็นตัวแปรสำคัญประการหนึ่งที่จะบ่งถึงสุขภาพจิต (Robert, 1990) เนื่องจากอัตมโนทัศน์เป็นการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ค่านิยมที่บุคคลมีต่อตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ผู้สูงอายุที่มีอัตมโนทัศน์ดีจะสามารถยอมรับและปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stuart and Sundeen (1983) ที่พบว่าอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปรับตัว

การเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหา ด้านสุขภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529) จึงต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่นช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการของตนเอง (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2530) เรียกว่าการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นการได้รับการตอบสนองความต้องการจากการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรัก มีคนยกย่องเห็นคุณค่า มีคนยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีคนช่วยเหลือด้านข่าวสารข้อมูล และมีคนช่วยเหลือด้านเงินทองสิ่งของแรงงาน (Cobb and House, 1976) การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับตัวและการตอบสนองต่อภาวะเครียด ทำให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมตนเองและแก้ปัญหาได้ (Mcnett, 1987: 98-102)

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน เนื่องจากพัฒนาการด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานและชีวิตประจำวันของประชาชนทำให้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำรงชีวิตทั้งในครอบครัวและสังคม ซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเป็นภาระต่อสังคม และส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศชาติ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับลักษณะพัฒนาการในวัยที่ผ่านมาและบุคลิกภาพเฉพาะตน ความเสื่อมทางอารมณ์และจิตใจมักเกิดควบคู่กับความเสื่อมโทรมทางกายภาพ ความเสื่อมสมรรถภาพทางกายมักทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณเป็นบุคคลไร้ค่า ต้องพึ่งพาผู้อื่น เมื่อประกอบกับการสูญเสียอำนาจ ตำแหน่งหน้าที่การงาน บทบาทในสังคมด้วยแล้ว ผู้สูงอายุจึงมี

อารมณ์กังวลและสิ่งที่มีผลกระทบกระเทือนจิตใจได้ง่ายและเกิดขึ้นง่ายกว่าวัยอื่นๆ (ศรีเรือน แก้วกังวาน, 2540: 549)

ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรมนุษย์ ที่มีค่าของชาติ เพราะเป็นผู้ที่สามารถ ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ อีกทั้งยังเป็นผู้รู้ และเป็นผู้ทำประโยชน์ ให้แก่สังคม หากผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และสุขภาพจิตที่ดี จะเป็นมิ่งขวัญของครอบครัว และเป็นผู้ถ่ายทอดมรดกทางวัฒนธรรม ให้แก่ลูกหลานและเยาวชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งความเป็นผู้สูงอายุนั้น เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ คือ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ สภาพร่างกาย จิตใจ ตลอดจนการดำรงอยู่ในสังคมของผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากวัยอื่น เนื่องจากมีความเสื่อมของการทำงานระบบต่างๆ ทั้งร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบขับถ่าย ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ มักจะเกิดขึ้นช้าๆ ในภาวะปกติ อวัยวะของระบบต่างๆ ยังทำหน้าที่ได้อย่างปกติ แต่ในภาวะบิบบคั้น ไม่ว่าจะเกิดจากทางอารมณ์ หรือทางร่างกาย หรือสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรักษาสภาวะสมดุลของร่างกายไว้ได้ ทำให้เกิดอาการผิดปกติ และทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตัวเอง จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ยาก เพราะมีความไม่มั่นใจ ในการปรับตัว การแสดงออกทางอารมณ์ ลักษณะของความท้อแท้ ใจน้อย หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย และซึมเศร้า ความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ผู้สูงอายุจะสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง มากกว่าเรื่องของคนอื่น การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคม จะลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุห่างไปจากสังคม

จากข้อมูลดังกล่าวมาจะเห็นว่า อัตมโนทัศน์ และการสนับสนุนทางสังคมช่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ จากการทบทวนรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ ส่วนการศึกษาด้านสุขภาพจิตยังมีค่อนข้างน้อย และในสังคมปัจจุบันมีสิ่งแวดล้อมรอบข้างที่เป็นตัวส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่มุ่งเน้นพัฒนาทรัพยากรมนุษย์โดยเฉพาะผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

ในการศึกษาเรื่องอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์คือ

1. เพื่อศึกษาอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของอัตมโนทัศน์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้วิจัยคาดว่าจะได้รับประโยชน์จากการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนในการดูแลผู้สูงอายุ พัฒนารูปแบบวิธีการดูแลผู้สูงอายุและสนับสนุนปัจจัยต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้และคำแนะนำแก่บุคลากรที่ให้การดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเด็นอื่นๆต่อไป

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชน และสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร จำนวน 319 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2550)

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

จากการทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปตัวแปรที่จะใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ ดังนี้

ตัวแปรต้น

- ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว
- อัตมโนทัศน์ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านส่วนบุคคล ค่านิยม ความหวัง
- การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า ด้านการยอมรับในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข่าวสารข้อมูลและด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน

ตัวแปรตาม คือ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร

อัตมโนทัศน์ หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อและค่านิยมเกี่ยวกับตัวเอง ทางด้านร่างกาย ด้านความสม่ำเสมอแห่งตน ด้านความหวัง ด้านการยอมรับตนเอง ด้านศีลธรรม แบ่งอัตมโนทัศน์ ดังนี้

- **อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย** หมายถึง เป็นการมองตนเองเกี่ยวกับรูปร่างลักษณะของตน ซึ่งรวมถึงลักษณะ รูปร่าง หน้าตา สมรรถภาพทางเพศทั้งในภาวะที่ปกติและเจ็บป่วย แบ่งได้เป็น

- การรับรู้ถึงลักษณะ รูปร่าง หน้าตา และอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย

- การรับรู้ถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายให้เหมาะสมกับเวลาและสถานที่

- **อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล** ค่านิยม ความหวัง หมายถึง เจตคติเกี่ยวกับตนเองที่บุคคลยึดถือ อยู่ แบ่งได้เป็น

- **อัตมโนทัศน์ด้านความสม่ำเสมอแห่งตน** เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในลักษณะ ประจำตัวที่คงที่หรือเป็นการรักษาความมั่นคงของอัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล ทั้งนี้บุคคลจะพยายาม ดำรงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอแห่งตน

- **อัตมโนทัศน์ด้านปณิธานหรือด้านความหวัง** เป็นความรู้สึกนึกคิด และความคาดหวัง ของบุคคลเกี่ยวกับตนเองตามที่บุคคลนั้นปรารถนาจะเป็น รวมทั้งการรับรู้ในสิ่งที่ผู้อื่นคาดหวัง เกี่ยวกับตนเองด้วย

- **อัตมโนทัศน์ด้านการยอมรับตนเอง** เป็นการรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง รู้สึกว่า ตนเองมีคุณค่าสมควร ได้รับการยกย่องนับถือก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ

- **อัตมโนทัศน์ศีลธรรมจรรยา** เป็นการกำหนดกฎเกณฑ์ด้านศีลธรรมจรรยาและสิ่งที่เขา คิดว่ามีคุณค่าตามความสำนึกแห่งตน โดยเฉพาะด้านศาสนา แล้วนำเป็นหลักในการยึดถือปฏิบัติ และประเมินตนเองในด้านต่างๆ

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการตอบสนองความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม ในด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ ยกย่องและมีผู้เห็นคุณค่า ด้านการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ

- **ด้านอารมณ์** หมายถึง การได้รับความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนม และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

- **ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า** หมายถึง การได้รับการทักทาย ความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออก การให้อภัยและให้โอกาสในการปรับปรุงตนเอง

- **ด้านการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม** หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน

- **ด้านข้อมูลข่าวสาร** หมายถึง การได้รับข้อมูล ข่าวสาร หรือ คำแนะนำต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

- **ด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน** หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ เครื่องใช้ตลอดจนแรงงานต่างๆ

สุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวหรือปรับความต้องการของตนให้เข้ากับบุคคลที่อยู่ร่วมและกับสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยดีโดยไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น ทั้งยังก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์สุขแก่ตนเองอีกด้วย

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง ลักษณะของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว

- **อายุ** หมายถึง อายุปัจจุบันของผู้สูงอายุ แสดงด้วยตัวเลขจำนวนเต็ม หน่วยเป็นปี นับถึงวันตอบแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 60-69 ปี 70-79 ปี และมากกว่าหรือเท่ากับ 80 ปี

- **สถานภาพสมรส** หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุในปัจจุบันตามที่รายงาน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ โสด สมรส และหย่าร้าง ม่าย หรือแยกกันอยู่

- **ระดับการศึกษา** หมายถึง วุฒิการศึกษาขั้นสูงสุดหรือการศึกษาอย่างเป็นทางการในปัจจุบันของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ไม่ได้รับการศึกษาและประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช อนุปริญญาหรือปวสและปริญญาตรีขึ้นไป

- **รายได้** หมายถึง รายได้ของผู้สูงอายุที่ได้รับต่อเดือน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ไม่มีรายได้ และมีรายได้

- **โรคประจำตัว** หมายถึง โรคเรื้อรังของผู้สูงอายุที่ต้องรับประทานยาเป็นประจำไม่น้อยกว่า 1 ปี แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ไม่มีโรคประจำตัวและมีโรคประจำตัว

บทที่ 2

การตรวจเอกสาร

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอัมโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาในเรื่องต่อไปนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับอัมโนทัศน์
3. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิต
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอัมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

Yurick, *et at.* (1980: 3) สถาบันผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institution on Aging) ได้กำหนดไว้สูงอายุดอนต้นตั้งแต่ 60-74 ปี ซึ่งผู้สูงอายุยังไม่ชรามากเป็นวัยที่ยังทำงานได้ถ้าสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี ตั้งแต่อายุ 75 ปีขึ้นไปจะถือว่าชราอย่างแท้จริง

Earanasos (n.d. cited in Matteson, McConnell and Lintons, 1997: 6) นักการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุยังได้แบ่งวัยสูงอายุออกเป็นช่วงๆ คือ ผู้สูงอายุวัยต้น (Early old age) อายุระหว่าง 65-74 ปี ผู้สูงอายุวัยกลาง (Middle old age) อายุระหว่าง 75-84 ปี และผู้สูงอายุวัยปลาย (Late old age) มีอายุ 85 ปีขึ้นไป ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละวัยจะมีปัญหาและความต้องการรวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตสังคมที่แตกต่างกัน

กุลยา ตันติผลาชีวะ (2513: 24) กล่าวว่า ผู้สูงวัยหรือผู้สูงอายุ เป็นช่วงสุดท้ายของอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป สภาพความเสื่อมทางกายและจิตใจจะมีมากในระยะนี้ ขาดความว่องไว ความจำเสื่อม ความคิดอ่านช้าลง สภาพร่างกายเสื่อมถอย

พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, สินี กมลนาวัน, และ ประเสริฐ รักไทยดี (2523: 7) กล่าวว่าสมาคมสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกาได้แบ่งอายุของคนออกเป็น 8 ช่วง และกำหนดวัยกลางคนคืออายุตั้งแต่ 45-64 ปี วัยสูงอายุตอนต้นคืออายุตั้งแต่ 65-74 ปี วัยสูงอายุตอนปลายคืออายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป

สมบุญ ศาลชีวิน (2526: 192) กล่าวว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเสื่อมของร่างกายไปโดยธรรมชาติ มีกำลังลดลง เริ่มเชื่องช้า จึงเป็นบุคคลที่ถูกละเลยและสังคมควรให้การเอาใจใส่ดูแลเป็นพิเศษ

ประสพ รัตนกร (2522: 1) ในสังคมไทยผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

บรรลุ ศิริพานิช (2528:40) องค์การระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันว่าอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยนับอายุตามปฏิทินเป็นมาตรฐานสากลในการเป็นผู้สูงอายุ และถือว่าวัยนี้เป็นวัยที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยเสื่อมจึงควรพักผ่อนและเปลี่ยนการทำงานที่ไม่ต้องรับผิชอบมาก จันทนา รัตนฤทธิชัย(2545: 3) องค์การสหประชาชาติ (1980) ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ผู้สูงอายุ หมายถึง เอาอายุเป็นหลักในการเรียก (60+ปี)

จากความหมายที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นพอจะสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทยทั้งชายและหญิง

การแบ่งช่วงวัยของผู้สูงอายุ

Craig (1991 อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาล 2530: 541) นักชราวิทยาจึงแบ่งช่วงอายุออกเป็น 4 ช่วง โดยใช้เกณฑ์ตามลักษณะจิตสังคม ชีววิทยา ดังนี้

1. ช่วงไม่ค่อแก่ (The young old)

ช่วงนี้อายุประมาณ 60-69 ปี เป็นช่วงที่คนต้องประสบกับความเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของมิตรสนิท คู่ครอง รายได้ลดลง การสูญเสียตำแหน่งทางสังคม โดยทั่วไป ช่วงนี้บุคคลยังเป็นคนที่แข็งแรง แต่อาจต้องพึ่งพิงผู้อื่นบ้าง อย่างไรก็ตามสำหรับบุคคลที่มีการศึกษาสูง รู้จักปรับตัว ช่วงนี้ยังเป็นช่วงที่เราจะมีสมรรถภาพด้านต่างๆ ใกล้เคียงกับคนหนุ่มสาวมาก

2. ช่วงแก่ปานกลาง (The middle aged old)

อายุประมาณตั้งแต่ 70-79 ปี เป็นช่วงที่คนเริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่อายุใกล้เคียงกันอาจเริ่มล้มหายตายจากมากขึ้น เข้าร่วมกิจกรรมของสังคมน้อยลง

3. ช่วงแก่จริง (The old old)

อายุประมาณ 80-90 ปี ผู้มีอายุขึ้นถึงระดับนี้ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนอายุถึงขั้นนี้ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ไม่วุ่นวาย แต่ก็ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นความมีสมรรถภาพในแง่ต่างๆตามวัย ผู้สูงอายุระยะนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมา เริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากยิ่งขึ้น

4. ช่วงแก่จริงๆ (The very old-old)

อายุประมาณ 90-99 ปี ผู้มีอายุขึ้นถึงระดับนี้มีจำนวนค่อนข้างน้อย ความรู้ต่างๆ ด้านชีววิทยาสังคม และจิตใจของคนวัยนี้ยังไม่มีการศึกษามากนัก แต่อาจกล่าวได้ว่าเป็นระยะที่มักมีปัญหาทางสุขภาพ ผู้สูงอายุในวัยนี้ควรทำกิจกรรมที่อยากทำในชีวิต สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ที่ได้พบผ่านวิกฤตต่างๆ ของชีวิตมาแล้วด้วยดีมากมาย จะเป็นคาบระยะแห่งความสุขสงบพอใจในตนเอง

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2540: 541-547) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์และด้านสังคม ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จะเป็นไปตามกระบวนการสูงอายุ (Aging process) นั่นคือการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงของทุกระบบของร่างกาย เช่น ผิวเหี่ยวย่น สายตาเสื่อม มองเห็นไม่ชัด ฟันโยกคลอน แขน ขาอ่อนแรง เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจึงเป็นการจำกัดการประกอบกิจกรรมของการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

1.1 กล้ามเนื้อ จำนวนกล้ามเนื้อจะน้อยลง และมีพังผืดเข้ามาแทนที่ ทำให้ความทนทานและความว่องไวลดน้อยลง อาจเป็นสาเหตุในการเคลื่อนไหวลำบาก เนื่องจากกล้ามเนื้อไม่มีแรง จึงหกล้มได้ง่าย และในวัยสูงอายุ การมีความสามารถเคลื่อนไหวได้ดี จะแสดงถึงการพึ่งพาตนเองได้ ช่วยเพิ่มควมมีคุณค่าให้กับตนเอง เกิดความภาคภูมิใจ และไม่ต้องเป็นภาระแก่ผู้อื่น Flynn and Mabry (1986: 805) นอกจากนี้มืออาจจะสั่น ทำให้จับสิ่งของไม่มั่น ของจึงหลุดจากมือบ่อยๆ และจากการอ่อนกำลังของกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง และกะบังลม อาจทำให้การหายใจ หรือปอดขยายได้ไม่เต็มที่ การหย่อนของกล้ามเนื้อหน้าท้อง และกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ทำให้การถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะลำบาก

1.2 โครงกระดูก พบว่า กระดูกมักเสื่อม และแคลเซียมละลายออก ทำให้เกิดโรคกระดูกพรุนในวัยสูงอายุ และผลจากการเปลี่ยนแปลงทางกระดูก ทำให้เกิดหลังโก่งหรือหลังค่อมได้ และมีโครงร่างเล็กลง นอกจากนี้ความแข็งแรงของกระดูกก็น้อยลง กระดูกจึงเปราะและหักง่าย ข้อต่ออาจเกิดการอักเสบจากกระดูกงอกหรือเกินตามข้อใหญ่ๆ หรือเกิดข้ออักเสบรูมาตอยด์ตามข้อเล็กๆ หลายข้อเป็นเหตุให้เคลื่อนไหวติดขัดไม่คล่องตัวและปวดข้อต่างๆ โดยเฉพาะข้อเข่า

1.3 การย่อยอาหาร โดยที่ผู้สูงอายุมักไม่มีฟันหรือใส่ฟันปลอม ทำให้เคี้ยวอาหารไม่ได้ หรือไม่สะดวก ผู้สูงอายุจึงไม่ชอบกินอาหารที่ต้องเคี้ยวมากๆ เช่น อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ อาหารที่บริโภคนั้นไม่ถูกสัดส่วน ที่สำคัญคือ มักขาดโปรตีน และวิตามิน ประกอบกับน้ำย่อยอาหารลดลง หลอดอาหารและเยื่อบุทางเดินอาหารเสื่อมสภาพ ทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหารไม่ดีด้วย นอกจากนี้ทำให้การอุจจาระลำบาก เนื่องจากอาหารที่บริโภคไม่มีกากและการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารช้าลง ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการท้องผูก ริดสีดวง

1.4 การไหลเวียนเลือด อาจกล่าวได้ว่าในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทุกส่วนของระบบไหลเวียนเลือด คือ ทั้งเลือด หลอดเลือด และหัวใจ การเปลี่ยนแปลงที่เห็นชัด คือ หลอดเลือดแดงมีการจับกลุ่มก้อนของสารต่างๆ ที่สำคัญ คือ Platelet Fibrin Thrombrin ซึ่งเรียกสิ่งที่เกิดรวมๆว่า

Artherosclerosis ทำให้ผนังของหลอดเลือดขรุขระ ตีบแคบลง ความยืดหยุ่นเสียไป เลือดไหลเวียนไม่สะดวก จึงเกิดโรคต่างๆตามมา ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

1.5 การหายใจ พบว่า มีการฝ่อลีบของเยื่อทางเดินหายใจ ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง เยื่อหุ้มปอดแข็ง และทึบ การขยายของผนังทรวงอกถูกจำกัดจากความแข็งของทรวงอกคงใช้แค่กะบังลม ทำให้การหายใจลำบาก โดยเฉพาะการหายใจออก

1.6 การจับถ่าย เปลือกหุ้มไตหนาขึ้น และอาจมีการยึดติด Glomerulus ฝ่อลีบ Tubule เปลี่ยนแปลง ประกอบกับหลอดเลือดแดงของไตเสื่อม และหนาตัว ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจก็ลดลง ทำให้ปริมาณพลาสมาสู่ไตลดลงด้วย ดังนั้นการทำหน้าที่ของไตลดลง การทำให้ปัสสาวะเข้มข้นจะเสียไป ปัสสาวะมีความถ่วงจำเพาะต่ำ ในการขับยูเรียที่เกินออกจากเลือดต้องใช้ปัสสาวะปริมาณมาก ผู้สูงอายุจึงถ่ายปัสสาวะมากและถ่ายบ่อยเวลากลางคืน นอกจากนี้กล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะมีความตึงตัวน้อยลง ทำให้ถ่ายปัสสาวะออกไม่หมด ปริมาณปัสสาวะเหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้น ประกอบกับผู้สูงอายุเพศชายมักมีต่อมลูกหมากโตจึงกีดขวาง ทำให้ปัสสาวะได้ครั้งละน้อย และต้องถ่ายบ่อย ในเพศหญิงการควบคุมการถ่ายปัสสาวะไม่ดีเนื่องจากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนกำลัง อาจทำให้ปัสสาวะหยดหรือเล็ดออกมาได้

1.7 ระบบประสาท ในผู้สูงอายุขนาดของมันสมองจะเล็กลง และมีน้ำหล่อเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้นจำนวนเซลล์ประสาทลดลง มีการคั่งของสารLipofuscin มีผลทำให้การทำงานของระบบประสาทเลวลงเกิดสมองเสื่อมในวัยสูงอายุ ตัวรับรู้ความรู้สึกต่างๆ เช่น ความรู้สึกเจ็บปวด การเคลื่อนไหว และการปรับตัวต่อการกระตุ้นจะช้าลงกว่าเดิม จึงมักพบว่าผู้สูงอายุได้รับอันตรายจากน้ำร้อน น้ำเย็น ของมีคมอยู่เสมอๆ และจากการที่ผู้สูงอายุนอนพักอยู่บนเตียงนานๆ จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการซึมผ่านของออกซิเจนในหลอดเลือดสมอง จึงพบว่าภายหลังการตื่นนอนใหม่ๆ ผู้สูงอายุมักจะมีอาการสับสน และจากการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดสมอง อาจทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดหรือเนื้อสมองตายได้ ซึ่งโดยมากมักเป็นเพียงชั่วคราว นอกจากที่กล่าวแล้วผู้สูงอายุ อาจมีความบกพร่องทางด้านความจำโดยเฉพาะอย่างยิ่งความจำในเหตุการณ์ปัจจุบันจะเสื่อมมากกว่าความจำในอดีต ทำให้มีอาการหลงลืมง่าย

1.8 ระบบสัมผัสพิเศษ พบว่า การรับรส กลิ่น น้อยลง ความสามารถได้ยินเสียงลดลง เวลาพูดกับผู้สูงอายุต้องเสียงดัง และต้องพูดช้าๆ การฟังเสียงสูงมากกว่าเสียงต่ำ การมองเห็นจะเลวลง แก้วตาเริ่มขุ่นมัว เกิดต่อกระจก กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ทำให้ความไวในการมองภาพลดลง

1.9 ระบบต่อมไร้ท่อ มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม และมีผลต่อการทำงานของ ส่วนต่างๆ ของร่างกาย ต่อมใต้สมองมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง และทำงานลดลง ทำให้เบื่อกอาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ทำให้การผลิตฮอร์โมนลดลง อาจเป็นเบาหวาน อารมณ์แปรปรวน

2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นผลมาจากการเสื่อมสมรรถภาพของร่างกาย ประกอบกับการสูญเสียอำนาจบทบาทในครอบครัวและสังคม จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกวิตกกังวล เศร้า ยังมีการสูญเสียของผู้สมรสหรือเพื่อนฝูงก็จะทำให้เกิดความรู้สึกกลัว ว้าเหวซึ่งอาจทำให้ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากเดิมเช่นพฤติกรรมย้ำคิดย้ำทำหรือพฤติกรรมถดถอยนอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจหรืออารมณ์ที่เกิดขึ้นจะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญได้แก่

2.1 องค์ประกอบภายในที่มีอิทธิพลในความเชื่อและวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคล

2.2 ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.3 อัตมโนทัศน์หรือความรู้สึกที่มีต่อตนเอง

2.4 สภาพของความเป็นอิสระแก่ตัวเองสู่สถานะที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น

3. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม การเกษียณอายุมีผลทำให้กิจกรรมที่เคยทำอยู่ลดลงเกิด การสูญเสียบทบาท อำนาจ รายได้ ทำให้เกิดความรู้สึกด้อยในคุณค่าและมีภาพพจน์ที่ไม่ดีต่อ ตนเอง การเผชิญกับการสูญเสียถ้าไม่มีบทบาทหรือกิจกรรมอื่นมาทดแทนอาจเกิดปัญหาด้านจิตใจ มากขึ้น ผู้สูงอายุจะมองโลกในแง่ร้าย สิ้นหวังและซึมเศร้าซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพจิตและ เป็นสาเหตุที่ทำให้เป็นโรคจิตในวัยชราได้

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์

ความหมายของอัตมโนทัศน์

Sullivan (1953 อ้างใน ช่อลดา พันธุเสนา, 2536) กล่าวว่า เชื่อว่าตัวตนของบุคคลหรืออัตตานั้นมีพัฒนาการจากปฏิสัมพันธ์ในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรูปแบบของปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง โดยเฉพาะมารดาซึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานเดิมที่ว่าปฏิสัมพันธ์นั้นทำให้เกิดความพึงพอใจหรือรู้สึกว่าคุณกลึงโทษนั้นก็คือบุคคลจะพัฒนาอัตมโนทัศน์ขึ้นมาจากผลการเรียนรู้ ประสบการณ์ที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขา ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ดังนั้นอัตมโนทัศน์ของบุคคลจะเป็นอย่างไรจึงขึ้นอยู่กับบุคคลอื่นในสังคมว่าจะมีปฏิกิริยาต่อเขาอย่างไร ดังกล่าวไว้แล้วว่าบุคคลที่มีความสำคัญมีอิทธิพลต่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์ในวัยเด็กคือบิดามารดานั่นเอง การได้รับความอบอุ่น การเอาใจใส่ดูแลด้วยความทะนุถนอม เป็นประสบการณ์ที่สร้างความพึงพอใจ และมีอิทธิพลต่ออัตมโนทัศน์เพราะสิ่งเหล่านี้บอกให้ตนรู้ว่าเป็นที่ต้องการและมีคุณค่าต่อบิดามารดา เมื่อเด็กเติบโตขึ้นก็จะเปลี่ยนเป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ประสบการณ์และการประเมินผลทางสังคมที่ได้รับ จะทำให้เด็กรู้จักตนเองมากขึ้นเรื่อยๆ ในขณะที่เดียวกันวัฒนธรรมและแบบแผนทางสังคมก็มีส่วนเป็นอย่างมากต่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์และบุคลิกภาพของบุคคล

Rogers (1955) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์มีความสำคัญต่อชีวิตมนุษย์มาก และเชื่อว่าในส่วนของตนนั้น บุคคลไม่สามารถรับรู้ความจริงเกี่ยวกับ ตนหรืออัตตา อย่างแท้จริง เพราะสิ่งที่ตัวเองรับรู้อาจไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือตรงกับที่ผู้อื่นรับรู้ หรือที่ผู้อื่นรับรู้อาจไม่ตรงกับความจริงที่ตนรู้

Cook (1975: 35) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์เป็นความนึกคิดเจตคติที่บุคคลมีต่อตนเองทั้งด้านร่างกาย ความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม สังคม หน้าที่การงาน สุขภาพร่างกาย และภาพพจน์

Gale (1975: 495) ได้ให้ความหมายที่สอดคล้องกับ Cook และเพิ่มเติมว่าอัตมโนทัศน์เป็นลักษณะที่สำคัญของบุคลิกภาพ

Drier (1979: 173-178) อัตมโนทัศน์ หมายถึง การรับรู้ หรือความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย (Physical self) และด้านส่วนบุคคล (Personal self) สำหรับการรับรู้ที่บุคคลมีต่อตนเอง ด้านร่างกายนั้น หมายถึง การรับรู้ถึงคุณลักษณะด้านร่างกาย รูปร่างหน้าตา ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย รวมถึงสมรรถภาพทางเพศและสภาวะสุขภาพ ซึ่งก็คือ

ภาพลักษณ์ (Body image) นั่นเอง หรืออาจกล่าวได้ว่า ภาพลักษณ์เป็นคุณลักษณะซึ่งแต่ละบุคคลจะให้คุณค่าแก่ส่วนต่างๆ ของร่างกายของเรา

Wells and Marwell (1976 อ้างใน Roberts, 1986) ได้อธิบายว่า ตน เป็นคุณลักษณะของบุคลิกภาพที่บอกถึงความรู้ความเข้าใจของพฤติกรรมที่แสดงออกมา เกิดจากการรับรู้ของบุคคลจากประสบการณ์ที่ผ่านมา

Mattheis (1982: 80) กล่าวว่าอัตมโนทัศน์เป็นนามธรรมที่รวมถึงการรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อเกี่ยวกับตนเองตลอดจนลักษณะท่าทาง บุคลิกภาพ เจตนาคติ การตัดสินใจ ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมความสามารถและเพิ่มประเมินคุณค่าของลักษณะเหล่านั้น

Stuart and Sundeen (1983: 243) ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมอัตมโนทัศน์เป็นความคิดเห็นความเชื่อ เป็นองค์ประกอบของความรู้ที่เกี่ยวกับตนเองของบุคคลซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการสร้างสัมพันธภาพต่อผู้อื่น รวมทั้งเป็นเป้าหมายและอุดมการณ์ของบุคคล

ดำรง ศิริเจริญ (2524: 20 อ้างใน ลำลี สารีกุล, 2534: 16) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความรู้สึกที่มีต่อตนเองในด้านต่างๆ รวมทั้งความรู้สึกที่เกี่ยวกับผลสัมฤทธิ์ของตนเอง ความรู้สึกที่เกี่ยวกับลักษณะนิสัยและคุณสมบัติของตนเอง

ชูชัย สมิทธิไกร (2529: 6 อ้างใน ลำลี สารีกุล, 2534: 16) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเอง ซึ่งจะคลุมถึงด้านต่างๆ ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตา หรือลักษณะทางร่างกาย ความรู้สึกนึกคิดต่อนิสัยใจคอ ความรู้สึกนึกคิดต่อคุณค่าและความสามารถของตน

ช่อลดา พันธุเสนา (2536) ตนหรืออัตตา (Self) เป็นได้ต่างๆ นานาตามลักษณะความแตกต่างของบุคคล (Individual difference) เป็นกลไกที่ค่อนข้างซับซ้อนของมนุษย์ ซึ่งมีการเคลื่อนไหวตลอดเวลาที่จะประเมิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของความรู้สึกนึกคิด อัตมโนทัศน์ประกอบด้วยเกณฑ์ทั้งหลายที่บุคคลรับรู้ในระบบจิตสำนึก ประกอบการรับรู้สิ่งต่างๆ ทั้งหลายในตนเอง ความรู้สึก คุณค่าและความเชื่อถือ ซึ่งมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมของเขา เป็นโครงสร้างเชื่อมโยงระหว่างตัวบุคคลและโลกของเขา การรับรู้เกี่ยวกับตนของบุคคลอธิบายเกี่ยวกับตัวเขาที่จะออกมา

ในรูปของลักษณะ รูปร่าง หน้าตา ความสวย ความหล่อ อ้วน ผอม การทำหน้าที่ของร่างกาย เช่น ความเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ภาวะสุขภาพดี เจ็บป่วย เพศสัมพันธ์ และลักษณะอื่นๆ ที่ปรากฏ ซึ่งมักจะบรรยายออกมาในรูปแบบที่มองเห็นได้ เรียกว่า อัตมโนทัศน์กายภาพ (Physical Self) ซึ่งแบ่งเป็นความรู้สึกด้านร่างกาย (Body sensation) เป็นความรู้สึกและประสบการณ์ของบุคคลต่อร่างกายของตนเอง และภาพลักษณ์ (Body image) เป็นการมองเห็นตนเองของบุคคล เกี่ยวกับรูปร่างหน้าตา และความสามารถทางร่างกาย แต่ตัวตนภายใน (Inner self) ที่เรียกว่า อัตมโนทัศน์ส่วนตัว (Personal self) เป็นการประเมินตนของบุคคลเกี่ยวกับลักษณะนิสัยส่วนตัว ความคาดหวัง ค่านิยม และคุณค่า

โดยสรุปแล้ว อัตมโนทัศน์ หมายถึงการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ค่านิยมที่บุคคลมีต่อตนเองทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

ชนิดของอัตมโนทัศน์

นักจิตวิทยาได้แบ่งองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ไว้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความเชื่อ และแนวคิด เช่น

Fitt (1965 อ้างใน กอบกุล พันธุ์เจริญกุล, 2531: 82-83) ได้แบ่งองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. พิจารณาโดยใช้ตนเองเป็นองค์ประกอบด้วย

1.1 อัตมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์ หมายถึง ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองว่าเป็นอย่างไร เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับคำถามว่า ฉันเป็นอะไร

1.2 อัตมโนทัศน์ด้านความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกเกี่ยวกับการยอมรับตนเองเป็น การพิจารณาอัตมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับคำถามว่า ฉันรู้สึกเกี่ยวกับตนเองอย่างไร

1.3 อัตมโนทัศน์ด้านพฤติกรรม หมายถึง การรับรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องต่างๆของตนเอง เป็นการพิจารณาอัตมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับคำถามว่า ฉันประพฤติอย่างไร

2. พิจารณาโดยใช้ผู้อื่นเป็นเกณฑ์ประกอบด้วย

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับรูปร่างลักษณะของร่างกาย เรื่องเพศ สุขภาพ ความสามารถและทักษะ

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับคุณค่าทางศีลธรรม ความรู้สึกเกี่ยวกับการเป็นคนดีหรือเลว ความสัมพันธ์ที่มีต่อศาสนา ความพึงพอใจในศาสนาของตน

2.3 อัตมโนทัศน์ด้านส่วนตัว หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าตนเอง ความรู้สึกมั่นใจในตนเองประเมินค่าบุคลิภาพของตนโดยไม่รวมลักษณะทางด้านร่างกายและความสัมพันธ์กับผู้อื่น

2.4 อัตมโนทัศน์ด้านครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกในคุณค่าและความพอใจในฐานะที่ตนเองเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เป็นการแสดงถึงการรับรู้ตนเองว่าใกล้ชิดหรือห่างเหินจากครอบครัว

2.5 อัตมโนทัศน์ด้านสังคม หมายถึง ความคิดเห็นที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความมั่นใจและความเชื่อมั่นในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

Driever (1979: 173-178) แบ่งอัตมโนทัศน์ออกเป็น 2 ด้าน

1. อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย เป็นการมองตนเองเกี่ยวกับรูปร่างลักษณะของตน ซึ่งรวมถึงลักษณะ รูปร่าง หน้าตา สมรรถภาพทางเพศทั้งในภาวะที่ปกติและเจ็บป่วย แบ่งได้เป็น

1.1 การรับรู้ถึงลักษณะ รูปร่าง หน้าตา และอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย

1.2 การรับรู้ถึงความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายให้เหมาะสมกับเวลาและสถานที่

2. อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล ค่านิยม ความหวัง เจตคติเกี่ยวกับตนเองที่บุคคลยึดถืออยู่ แบ่งได้เป็น

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านความสม่ำเสมอแห่งตน เป็นความรู้สึเกี่ยวกับตนเองในลักษณะประจำตัวที่คงที่หรือเป็นการรักษาความมั่นคงของอัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล ทั้งนี้บุคคลจะพยายามดำรงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอแห่งตน

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านปณิธานหรือด้านความหวัง เป็นความรู้สึบนึกคิด และความคาดหวังของบุคคลเกี่ยวกับตนเองตามที่บุคคลนั้นปรารถนาจะเป็น รวมทั้งการรับรู้ในสิ่งที่ผู้อื่นคาดหวังเกี่ยวกับตนเองด้วย

2.3 อัตมโนทัศน์ด้านการยอมรับตนเอง เป็นการรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสมควรได้รับการยกย่องนับถือก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ

2.4 อัตมโนทัศน์ศีลธรรมจรรยา เป็นการกำหนดกฎเกณฑ์ด้านศีลธรรมจรรยาและสิ่งที่เขาคิดว่ามีคุณค่าตามความสำนึกแห่งตนโดยเฉพาะด้านศาสนา แล้วนำมาเป็นหลักในการยึดถือปฏิบัติและประเมินตนเองในด้านต่างๆ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์โดยดัดแปลงแนวคิดของ Driever (1979: 173-178) แบ่งอัตมโนทัศน์ออกเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย เป็นการมองตนเองเกี่ยวกับรูปร่างลักษณะของตนซึ่งรวมถึงลักษณะ รูปร่าง หน้าตา สมรรถภาพทางเพศทั้งในภาวะที่ปกติและเจ็บป่วย แบ่งได้เป็น

1.1 การรับรู้ถึงลักษณะ รูปร่าง หน้าตา และอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย

1.2 การรับรู้ถึงความสามารถ ในการทำหน้าที่ของร่างกายให้เหมาะสมกับเวลาและสถานที่

2. อัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล ค่านิยม ความหวัง เจตคติเกี่ยวกับตนเองที่บุคคลยึดถืออยู่ แบ่งได้เป็น

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านความสม่ำเสมอแห่งตน เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในลักษณะประจำตัวที่คงที่หรือเป็นการรักษาความมั่นคงของอัตมโนทัศน์ส่วนบุคคล ทั้งนี้บุคคลจะพยายามดำรงไว้ซึ่งความสม่ำเสมอแห่งตน

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านปณิธานหรือด้านความหวัง เป็นความรู้สึกนึกคิด และความคาดหวังของบุคคลเกี่ยวกับตนเองตามที่บุคคลนั้นปรารถนาจะเป็น รวมทั้งการรับรู้ในสิ่งที่ผู้อื่นคาดหวังเกี่ยวกับตนเองด้วย

2.3 อัตมโนทัศน์ด้านการยอมรับตนเอง เป็นการรับรู้เกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าสมควรได้รับการยกย่องนับถือก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ

2.4 อัตมโนทัศน์ศีลธรรมจรรยา เป็นการกำหนดกฎเกณฑ์ด้านศีลธรรมจรรยาและสิ่งที่เขาคิดว่ามีคุณค่าตามความสำนึกแห่งตนโดยเฉพาะด้านศาสนา แล้วนำมาเป็นหลักในการยึดถือปฏิบัติและประเมินตนเองในด้านต่างๆ

พัฒนาการของอัตมโนทัศน์

Stuart and Sundeen (1983: 243) อัตมโนทัศน์พัฒนามาจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมอัตมโนทัศน์พัฒนามาตั้งแต่วัยเด็กโดยเริ่มเมื่อเด็กรับรู้แยกแยะตนเองออกจากบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมประสบการณ์ที่สำคัญในวัยเด็ก ได้แก่ การได้รับความรัก ความอบอุ่น การทะนุถนอม เอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดที่สุดคือ บิดา มารดาหรือผู้เลี้ยงดูดูแล ประสบการณ์เหล่านี้จะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาอัตมโนทัศน์ของบุคคลในระยะต่อมาเมื่อเติบโตขึ้นสังคมและสิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลต่อพัฒนาการของอัตมโนทัศน์ประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมจะทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์มากขึ้นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนา อัตมโนทัศน์มีได้หลายประการด้วยกันสรุปได้ดังนี้

1. ค่านิยมและความรู้สึกทางบวกที่มีต่อประสบการณ์ทางวัฒนธรรมและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล กล่าวคือค่านิยมต่อสิ่งต่างๆ ในวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลจะประกอบเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาอัตมโนทัศน์ นอกจากนี้ความรู้สึกในทางบวกที่มีต่อประสบการณ์ในชีวิตของบุคคลจะทำให้บุคคลสามารถพัฒนาอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความรู้สึก

ขัดแย้งจากประสบการณ์ที่พบในชีวิตก็จะทำให้เกิดความตึงเครียดและมีปัญหาในการพัฒนา
อัตมโนทัศน์ได้

2. ความสามารถในการรับรู้เรื่องต่างๆ ตามค่านิยมของบุคคลและสังคม กล่าวคือ ในวัย
ผู้ใหญ่ผู้นั้นบุคคลจะเลือกรับรู้ในประสบการณ์ที่ตนเองชอบตามค่านิยมของตนเองและสังคม

3. ความสำเร็จในชีวิตแห่งตนและการยอมรับในคุณค่าตนเอง บุคคลในวัยผู้ใหญ่จะเป็น
ผู้ที่เฝ้าหาความสำเร็จในชีวิตส่วนตัวและการงาน ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการยอมรับในคุณค่าแห่งตน
ตามมา อาจกล่าวได้ว่าการยอมรับในคุณค่าของตนเองนั้นจะเกิดจากตนเองและบุคคลอื่นๆ เริ่มจาก
การได้รับความรักและการยอมรับจากบุคคลอื่น ดังนั้นการยอมรับในคุณค่าของตนเองจะต่ำ
เมื่อบุคคลนั้นสูญเสียความรักและประสบความล้มเหลวที่จะได้รับการยอมรับจากผู้อื่น การยอมรับ
ในคุณค่าของตนเองจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะมีผลกระทบอย่างมากตั้งแต่ช่วงของวัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่
ตอนต้นในวัยนี้มนทัศน์เกี่ยวกับตนเองจะมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากบุคคลต้องมีการตัดสินใจ
เกี่ยวกับตนเองหลายอย่างได้แก่ การประกอบอาชีพในอนาคต ความคาดหวังเกี่ยวกับผลสำเร็จ
ในการประกอบอาชีพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม การยอมรับของสังคม การมีลักษณะ
เป็นที่ดึงดูดใจเพศตรงข้ามตลอดจนความสำเร็จในชีวิตสมรสและความสามารถในการแสดงบทบาท
หน้าที่ที่ตนได้รับ Stuart And Sundeen (1987: 729-733) ส่วนในวัยผู้ใหญ่อัตมโนทัศน์ค่อนข้าง
คงที่และวุฒิภาวะจะทำให้บุคคลมองตนเองได้ชัดเจนยิ่งขึ้นยอมรับตัวเองมากขึ้นและเพื่อผิ้นน้อยกว่า
วัยรุ่นทั้งนี้เพราะบุคคลได้มีการเรียนรู้ที่จะเผชิญกับสิ่งที่ตนเองบกพร่อง และพยายามเพิ่มความเข้มแข็ง
ให้แก่ตนเอง การยอมรับในคุณค่าของตนเองจะเปลี่ยนแปลงอีกครั้งในวัยสูงอายุเนื่องจากอยู่ในวัย
หมดประจำเดือน การเกษียณอายุการทำงาน การสูญเสียชีวิตของกลุ่มสมรสตลอดจนการสูญเสีย
ความสามารถด้านร่างกายทำให้การยอมรับในคุณค่าของตนเองลดลง

กอบกุล พันธุ์เจริญกุล (2531: 86-89) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์พัฒนาอย่างต่อเนื่องตามวัยวุฒิ
ภาวะและสิ่งแวดล้อมของบุคคลโดยไม่มีการจำกัดเวลาหรือขอบเขต

สรุปได้ว่าอัตมโนทัศน์พัฒนาการมาจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม
เป็นการรับรู้เจตคติที่บุคคลมีต่อตนเองเกี่ยวกับรูปร่างลักษณะของตนเอง ค่านิยม ความคาดหวัง
บุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมประสบการณ์ที่สำคัญเหล่านี้จะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาอัตมโนทัศน์

ของบุคคลในระยะต่อมา ประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมจะทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์

การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์

Coopersmith (1964 cited in Thelan, 1990) ได้กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ด้านการยอมรับนับถือตนเองนี้ มักเกิดจากประสบการณ์ของบุคคลในอดีตที่รู้ดีกว่าตนเองมีคุณค่าลดลง นับถือตนเองลดลง การพัฒนาตนเองหรือความเชื่อมั่นในตนเองลดลง ซึ่งปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความรู้สีกดังกล่าว ได้แก่

1. การตอบสนองความหวังและความต้องการภายในขอบเขตที่ตนกำหนดไว้ประสบความสำเร็จ หรือผิดหวัง หากประสบความสำเร็จบุคคลก็จะยอมรับตนเองและปรับตัวได้ดีขึ้น
2. การเข้าใจตนเอง ซึ่งจะควบคู่ไปกับการยอมรับตนเอง คนที่เข้าใจตนเองดี จะทำให้การยอมรับนับถือตนเองดีขึ้น
3. ความขัดแย้งระหว่างการยอมรับนับถือตนเองกับเจตคติที่บุคคลอื่นมีต่อตนในสังคม หากตรงกันบุคคลก็จะปรับตัวให้เข้ากับค่านิยมในสังคม สังคมยอมรับได้มากขึ้น ซึ่งส่งผลให้บุคคลยอมรับนับถือตนเองมากขึ้นด้วย

Stuart and Sundeen (1983 อ้างใน จงรักษ์ สุทธิกิจเจริญ, 2527) ได้กล่าวว่อัตมโนทัศน์ด้านการยอมรับนับถือตนเองนี้ มีการเปลี่ยนแปลงได้เพิ่มขึ้นตามอายุ แม้ว่าจะมีปัญหาบ้างในช่วงวัยหนุ่มสาวแต่ก็ผ่านไปด้วยดี ถ้ามีการประยุกต์อย่างเหมาะสมจนกระทั่งในวัยผู้ใหญ่ อัตมโนทัศน์ด้านนี้ค่อนข้างจะคงที่ มีพัฒนาการเต็มที่และชัดเจนขึ้นโดยผู้ใหญ่มีแนวโน้มในเรื่องการยอมรับนับถือตนเองมากขึ้นแต่อย่างไรก็ตาม เมื่อถึงวัยสูงอายุ ก็อาจเกิดปัญหาเรื่องนี้ขึ้นได้เช่นกัน เนื่องจากวัยนี้ต้องพบกับปัญหาต่างๆ มากมาย เช่นการหมดประจำเดือน การเกษียณอายุ การสูญเสียคู่ชีวิต และความสามารถด้านร่างกายลดลง

กอบกุล พันธุ์เจริญกุล (2531: 89- 90) กล่าวว่า อัตมโนทัศน์ เป็นผลจากการได้มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อมซึ่งรวมทั้งบุคคลในสังคมโดยเฉพาะบุคคลที่มีความสำคัญ และบุคคล

ในครอบครัวมีส่วนพอกพูนความนึกคิดในตัวเด็กประสบการณ์ในครอบครัวมีความสำคัญต่อการปูพื้นฐานอัตมโนทัศน์ของบุคคลนั้นในระยะต่อไปเนื่องจากประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอจึงมีผลทำให้อัตมโนทัศน์มีการเปลี่ยนแปลงด้วย ปัจจัยที่ทำให้อัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงมี 3 ชนิด คือ

1. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการที่ร่างกายมีพัฒนาการเช่น ความสูง การมีหน้าอกของเพศหญิง การมีเสียงแตกของเพศชาย เป็นต้น
2. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากวิกฤติการณ์ที่บุคคลประสบ ได้แก่ ภัยธรรมชาติ ความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ การเกษียณอายุ เป็นต้น เหตุการณ์เหล่านี้เปรียบเสมือนแรงผลักดันที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว มักจะเกิดขึ้นกับบุคคลที่ไม่มีการเตรียมพร้อมที่จะรับสถานการณ์นั้นๆ อันเป็นผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถปรับตัวได้ดี ทั้งนี้ขึ้นกับความสามารถของแต่ละบุคคลและความรุนแรงของสถานการณ์นั้นด้วย
3. การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลเนื่องมาจากการบำบัดทางจิต การบำบัดทางจิตเป็นวิธีการช่วยเหลือบุคคลที่ได้รับความกดดันทางอารมณ์มาก ให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมของเขาได้โดยการช่วยให้บุคคลรู้จักและเข้าใจตนเองรวมทั้งสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง โดยทั่วไปแล้วการบำบัดทางจิตมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ดีขึ้นเช่นเป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดี ไม่หวาดกลัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป บุคลิกภาพจะมีการยืดหยุ่นปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้

McFarlan (1989 อ้างใน ช่อลดา พันธุเสนา, 2536: 130) ได้กล่าวถึงสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ไว้ 4 ประเภท ดังนี้ คือ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและการรับรู้การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคมและการเปลี่ยนแปลงด้านวัฒนธรรมหรือความเชื่อ ทั้ง 4 ประเภท นั้นมีสาเหตุสำคัญมาจาก

1. มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้และความคิด จากการขาดความรู้ กระบวนการคิดผิดแปลกไป การรับรู้ทางด้านประสาทสัมผัสผิดปกติ
2. มีความผิดปกติทางด้านสรีรวิทยาของร่างกาย

3. ขาดความสามารถในการปรับตัวเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย
4. มีประสบการณ์เกี่ยวกับสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นในทางลบ
5. ไม่มีตัวอย่างที่ดีของบุคคลที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อตนเอง
6. ไม่สามารถที่จะเรียนรู้พฤติกรรมใหม่เพื่อตอบสนองระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิต
7. มีพัฒนาการด้านความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ
8. สูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมสภาวะแวดล้อมของการดูแลสุขภาพขณะเจ็บป่วย
9. มีกิจกรรมที่ทำให้เกิดความเครียดนานเกินไป
10. สุขภาพร่างกายอ่อนแอ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าอ้อมโนทัศน์สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์และบทบาทในสังคม สามารถพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามวุฒิภาวะและสิ่งแวดล้อมที่มีบุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย บุคคลที่มีอ้อมโนทัศน์เป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง เปิดเผยและมีความจริงใจเนื่องจากมีประสบการณ์ที่ได้รับการยอมรับและประสบผลสำเร็จในการติดต่อกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางตรงข้าม บุคคลที่มีอ้อมโนทัศน์ไม่ดีจะเป็นผู้ที่ขาดความเชื่อมั่นในตนเองมีการเรียนรู้เบี่ยงเบนจากความเป็นจริงหันไปหาความวิตกกังวลสูงและหมกหมุ่นกับการป้องกันตนเองเนื่องจากมีความรู้สึกถูกคุกคามได้ง่ายจึงปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ยาก

อ้อมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า อ้อมโนทัศน์มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปตามการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย ความสามารถ ประสบการณ์และปัจจัยต่างๆ เช่น วิกฤตการณ์ของชีวิต ภาวะสุขภาพ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และบทบาททางสังคม ดังนั้นอ้อมโนทัศน์ของผู้สูงอายุนอกจากจะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่เพิ่มขึ้นแล้วยังเปลี่ยนแปลงไปตามบทบาททางสังคมอีกด้วย การเกษียณอายุทำให้

กิจกรรมที่เคยทำอยู่ลดน้อยลงเกิดการสูญเสียบทบาทเดิม สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้อัตมโนทัศน์ถูกรบกวน ผู้สูงอายุจะเกิดความคับข้องใจ ไม่พึงพอใจในตนเองและมีผลกระทบต่อสุขภาพชีวิตในที่สุด ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีกิจกรรมของ Havighurst (1963 อ้างใน จรัสวรรณ เพียนประภาส และ พชร ดันศิริ, 2533) ที่เชื่อว่ากิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็น และสำคัญสำหรับคนทุกวัยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ จะทำให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ การที่ผู้สูงอายุยังคงมีกิจกรรมจะช่วยให้คงไว้ซึ่งบทบาท และสถานภาพทางสังคมทำให้มีการรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับของสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Lemon and Peterson (1970 cited in Robb, 1984) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่สูญเสีย บทบาทและมีกิจกรรมในสังคมน้อยจะมีอัตมโนทัศน์และความพอใจในชีวิตลดต่ำลง

การวัดอัตมโนทัศน์

การวัดอัตมโนทัศน์โดยทั่วไปกระทำร่วมกัน 2 วิธี หรือใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง คือ

1. การซักถามเจ้าตัวโดยตรง ข้อมูลที่ได้จากการซักถามเรียกว่าคำรายงานของบุคคล
2. การให้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ที่ศึกษาเรื่องของจิตใจสังเกตพฤติกรรมแล้วสรุปความคิดเห็น

Roger and Allport (1951 อ้างใน อำไพ ศรีพัฒน์, 2515: 101) ได้สนับสนุนวิธีการแรก โดยให้เหตุผลว่าถ้าต้องการทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองของใครควรจะไปถามผู้นั้น เพราะไม่มีใครรู้จักตัวเขาดีกว่าเขาเอง

อัตมโนทัศน์ สามารถวัดโดยใช้เครื่องมือได้หลายแบบแล้วแต่แนวคิดที่ผู้สร้างยึดถือ เช่น แนวคิดของ Driever (1979) แนวคิดของ Fitt (1965) เป็นต้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวัดอัตมโนทัศน์ ของผู้สูงอายุตามแนวความคิดของDriver (1979) โดยเลือกใช้วิธีการซักถามเจ้าตัวโดยตรง

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976: 50-51) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเอง นอกจากนี้ตัวเขายังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kaplan and Gore (1977) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการติดต่อของบุคคลต่างๆ ในสังคมที่ทำให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้รับความพึงพอใจและได้รับการตอบสนองความต้องการ

Lin, Hunter and Perry (1979: 300-301) ได้เพิ่มเติมว่าการสนับสนุนทางสังคม คือ การติดต่อนี้อาจเป็นการติดต่อรายบุคคลหรือรายกลุ่มขนาดใหญ่

Barrare (1981: 109) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงความใกล้ชิด การช่วยเหลือ ได้สิ่งของ แรงงาน ข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลป้อนกลับและการมีส่วนร่วมทางสังคม

Thoits (1982: 70) ให้ความหมายที่สอดคล้องว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึงการที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้ร่วมกันช่วยเหลือด้านอารมณ์ สิ่งของ หรือข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลารวดเร็วขึ้น

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2529: 4) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการวิจัยทางจิตวิทยา สังคมที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมมนุษย์ การดำรงชีวิตอยู่ในสังคมต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน มีการช่วยเหลือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึกต่างๆซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมั่นคงเป็นที่รักเป็นที่ต้องการ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤตหรือมีความเครียดเกิดขึ้น การสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจากแหล่งสนับสนุนที่บุคคลนั้นมีอยู่จะช่วยบรรเทาความรุนแรงหรือการป้องกันไม่ให้ความเครียดนั้นมากระทบจนเกิดเป็นความผิดปกติ

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528: 171) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็น การที่ผู้รับการสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือ ด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือการสนับสนุน ด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน

จากความหมายของการสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวมาสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการตอบสนองความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมในด้านต่างๆ

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

Weiss (1974: 17-26) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ชนิด คือ

1. ด้านความใกล้ชิด ความใกล้ชิดส่งผลให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกว่าเหงา ความสัมพันธ์เช่นนี้จะพบในกลุ่มสมรส เพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน
2. ด้านการมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของบุคคลในสังคมทำให้รู้สึกมีเป้าหมายมีความเป็นเจ้าของและได้รับการยอมรับว่าตนมีคุณค่าต่อกลุ่ม
3. ด้านการได้รับการยกย่อง การที่ผู้ใหญ่มีการรับผิชอบต่อการเจริญเติบโตและความสุขสบายของผู้น้อยแล้วทำให้ตนเองรู้สึกได้รับการยกย่อง เป็นที่ต้องการ เป็นที่พึ่งพาของบุคคลอื่นได้
4. ด้านการยอมรับบทบาท การได้การยอมรับบทบาทในสถาบันครอบครัวหรือสังคม จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
5. ด้านการได้รับความช่วยเหลือ เป็นการได้รับคำแนะนำชี้แนะหรือได้รับกำลังใจ เพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

Cobb (1976:93) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. ด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรัก และการดูแลรักษา เอาใจใส่ดีซึ่งมักจะได้รับจากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดและมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2. ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่าบุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่านั้นด้วย

3. ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or network) เป็นการแสดงที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคมและมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

Kahn (1979:85) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด เป็นการแสดงออกด้านอารมณ์ทางบวกของบุคคลที่มีบุคคลหนึ่งในรูปความรัก ความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ

2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน เป็นการแสดงออกถึงเหตุการณ์ด้วยการยอมรับในความถูกต้องเหมาะสมทั้งการกระทำและความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือ เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่นโดยการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสาร แรงงาน

Kaplan (1980: 739) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 2 ชนิด

1. การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นรูปธรรม (Tangible support) เป็นพฤติกรรมที่ให้โดยตรงต่อบุคคลซึ่งได้แก่ การช่วยเหลือด้านสิ่งของ ด้านแรงงาน ด้านการเงิน ด้านการรักษาและการนำส่ง

2. การสนับสนุนทางสังคมที่เป็นนามธรรม (Intangible support) ซึ่งอยู่ในรูปของการให้กำลังใจ การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความรักความอบอุ่น การยกย่อง และ การให้กำลังใจ

House (1981 cited in Cronenwett, 1984: 46-49) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การให้ความใกล้ชิดสนิทสนมรับฟัง แสดงความยกย่อง แสดงให้เห็นถึงความตั้งใจ

2. การช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน (Instrumental support) หมายถึง พฤติกรรมที่ช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล เช่น เงินทอง แรงงาน การเสียสละเวลา ช่วยเหลือกิจกรรม

3. การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านข้อมูลคำแนะนำซึ่งสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่

4. การช่วยเหลือด้านการประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองซึ่งให้มีความมั่นใจในตนเอง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมโดยดัดแปลงแนวคิดของ Cobb and House (1976: 300-313) ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การได้รับความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนม และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า (Esteem support) หมายถึง การได้รับการทักทาย ความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออก การให้อภัยและให้โอกาสในการปรับปรุงตนเอง

3. ด้านการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or network) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน

4. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับข้อมูล ข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

5. ด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน (Instrumental support) หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ตลอดจนแรงงานต่างๆ

จากชนิดของการสนับสนุนทางสังคมที่กล่าวถึง จะเห็นได้ว่าครอบคลุมด้านการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานด้านต่างๆ ดังนี้

1. การตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานด้านร่างกาย

1.1 การช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆ ซึ่งเป็นประโยชน์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

1.2 การช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของเครื่องใช้ตลอดจนแรงงานต่างๆ

2. ความจำเป็นพื้นฐานด้านอารมณ์

2.1 การตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนม และ ความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2.2 การตอบสนองความต้องการด้านการได้รับการยอมรับ ยกย่องและมีผู้เห็นคุณค่า หมายถึง ได้รับการทักทายและการแสดงความเคารพจากผู้อื่น การยอมรับต่อการแสดงออก การได้รับการให้อภัยและโอกาสปรับปรุงตนเอง

3. ความจำเป็นพื้นฐานด้านสังคม

การตอบสนองในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การปฏิสัมพันธ์กับสังคมและความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน

กระบวนการของการสนับสนุนทางสังคม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528: 172) ได้กล่าวถึงกระบวนการของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

1. มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารซึ่งประกอบด้วย

- 2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่ามีคนสนใจ เอาใจใส่ รักและหวังดีต่อตนเองอย่างจริงจัง
 - 2.2 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่าเป็นที่ยอมรับของสังคม
 - 2.3 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและทำประโยชน์แก่สังคมได้
3. มีปัจจัยซึ่งอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร สิ่งของ ความรู้สึกด้านจิตใจ

บทบาทของการสนับสนุนทางสังคม

Pender (1987: 398) ได้กล่าวถึงบทบาทการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 ประการ คือ

1. ดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ โดยการสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมด้วยการช่วยลดภาวะเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิต
2. ส่งเสริมภาวะสุขภาพ โดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีพัฒนาการและการเจริญเติบโตดี
3. ป้องกันความเจ็บป่วย โดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มีวิจารณญาณเลือกใช้กลยุทธ์ในการปรับตัวเพื่อผ่อนคลายความเครียดที่ประสบอยู่

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

การดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมทุกช่วงวัยมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกันเพื่อให้ตนเกิดความรู้สึกมั่นคง เป็นที่รักที่ต้องการ โดยเฉพาะในวัยสูงอายุที่ร่างกายเสื่อมสมรรถภาพ สูญเสียคู่สมรส คนใกล้ชิด อำนาจและบทบาทหน้าที่

Norbeck (1982:4-9) พบว่ากลุ่มสังคมในวัยสูงอายุมีขนาดเล็กลง จากงานวิจัยของ Hubbard, Muhlenkamp and Brown (1984: 266) เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

Wallace, Cumingham, and Monte (1984:262) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของคนมีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความมั่นใจ ยอมรับ และปรับตัวต่อสภาพความเปลี่ยนแปลงของตน

อุษาพร ชวลิตนิธิกุล (2533: 497-498) แผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2525-2544 ได้กำหนดการให้บริการและความเกื้อหนุนต่างๆ แก่ผู้สูงอายุดังนี้

1. ผู้สูงอายุควรจะได้อยู่กับครอบครัวอย่างอบอุ่นได้รับความเคารพนับถือ และการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลานและควรลดความสำคัญในบทบาทของผู้หารายได้มาเลี้ยงครอบครัวลง
2. ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ และ ไม่ได้รับการคุ้มครองดูแลจากครอบครัว ไม่ว่าจะด้วยเหตุใดก็ตามควรได้รับการปกป้องดูแลจากสังคม
3. ผู้สูงอายุควรจะได้รับข่าวสาร ข้อมูล รวมทั้งคำแนะนำถึงวิธีการป้องกัน และรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองและในกรณีที่เจ็บป่วยควรได้รับการดูแลรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังควรได้รับข่าวสารที่เกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของสังคม สิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวเพื่อให้ผู้สูงอายุปรับตนเองให้เข้ากับสภาพความเปลี่ยนแปลงนั้นๆ ได้
4. ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว และชุมชน ตามความถนัดและความสามารถของแต่ละบุคคลโดยเฉพาะในบทบาทที่ปรึกษาซึ่งจะถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ให้ผู้อื่น บทบาทเช่นนี้ย่อมเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความภูมิใจในตนเอง และเห็นคุณค่าในการที่จะดำรงชีวิตอยู่ต่อไป

การวัดการสนับสนุนทางสังคม

การวัดการสนับสนุนทางสังคม สามารถวัดด้วยเครื่องมือได้หลายแบบแล้วแต่วิธีการที่ผู้สร้างยัดถื่อ เช่น

1. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Cobb (1976) ซึ่งสร้างโดย Kaplan (1980) ลักษณะเครื่องมือจะเป็นเรื่องสั้น 16 ชุด แต่ละชุดมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ จะนำคะแนนที่ได้จากคำตอบ 16 ชุด มารวมกันเป็นคะแนนรวมซึ่งหมายถึงปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมที่แต่ละคนได้รับ เครื่องมือชุดนี้ใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมโดยทั่วไปไม่เฉพาะเจาะจงกับสถานการณ์ใดและวัดได้เฉพาะปริมาณของการสนับสนุนทางสังคมเท่านั้นไม่สามารถวัดเครือข่ายทางสังคมได้ (Turner (1981: 389)

2. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Kahn (1979) ที่เรียกว่า Norbeck Social Support Questionnaire part two (NSSQ 2) ซึ่งสร้างโดย Norbeck, Linsey and Carrieri (1981: 264-269) คำถามจะเกี่ยวกับความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด การยืนยันรับรองและเห็นพ้องต่อพฤติกรรมของกันและกันและการให้ความช่วยเหลือ ลักษณะคำถามจะแบ่งเป็นมาตราส่วนให้ค่า 5 ระดับ วัดได้ทั้งชนิดและปริมาณการสนับสนุนทางสังคม

3. เครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Weiss (1974) ที่เรียกว่า The Personal Resource Questionnaire part two (PRQ 2) ซึ่งสร้างโดย Brandt and Weinert (1981: 277-280) ลักษณะของเครื่องมือส่วนนี้วัดชนิดของการสนับสนุนทางสังคม 5 ด้านคือ ความใกล้ชิด การมีส่วนร่วมในสังคม พฤติกรรมการดูแลรับผิดชอบ การได้รับการยอมรับ และการได้รับความช่วยเหลือ คำถามในส่วนนี้มีลักษณะเป็นมาตราส่วนให้ค่า 7 ระดับ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยวัดการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมแนวคิดของ Cobb and House (1976)

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิต

ความหมายของสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก (WHO) (1976: 40 อ้างใน ฉวีวรรณ แก้วหรรหม 2530: 34) ให้ความหมายว่า สภาพจิตที่เป็นสุข สามารถมีสัมพันธภาพและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นไว้ได้ ตลอดจนสามารถวางตัวได้อย่างเหมาะสม และดำรงอยู่ได้ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาโดยปราศจากอาการของโรคจิต

Eli Bower (n.d. อ้างใน เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์ และคณะ, 2520: 3) ให้ความหมายว่า ความสามารถของบุคคลในการแก้ไขปัญหาให้หลุดพ้นจากความกดดันและความบีบคั้นของชีวิต บุคคลย่อมมีเสรีภาพเฉพาะตนในการคิดหรือการเลือกการแก้ไขปัญหาชีวิตของตนเอง ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่แก้ไขปัญหาชีวิตได้เหมาะสมตรงตามสภาพแวดล้อม

Bedworth (1980 อ้างใน สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว และคณะ, 2530: 20-21) ที่กล่าวว่า สุขภาพจิต คือความสัมพันธ์ภายในตัวบุคคล ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการใช้ความสามารถ ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลสามารถที่จะเข้าใจและจัดการกับความรู้สึกรักของตนเอง สามารถแสดงและรับความรัก ความเชื่อถือ ความไว้วางใจกับบุคคลอื่น เป็นสมาชิกของกลุ่ม และการมีบทบาทในสังคม ตลอดจนสามารถเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวัน ตัดสินใจแก้ปัญหาและปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม

Townsend (1999 อ้างใน สุนันทา คุ่มเพชร, 2545) กล่าวว่า สุขภาพจิต ป็นการประสบผลสำเร็จในการปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นภายใน ภายนอก และสิ่งแวดล้อม ประเมินได้จากแนวคิดความรู้สึกรักและพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งเหมาะสมตามกับอายุและสอดคล้องตามบรรทัดฐานของวัฒนธรรมท้องถิ่นนั้นๆ

สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2527: 2) กล่าวว่าสุขภาพจิตหมายถึง ภาวะสมบูรณ์ของจิตใจซึ่งพัฒนาเหมาะสมกับวัย

กุลยา ดันติผลาชีวะ (2528: 78) กล่าวว่าสุขภาพจิต หมายถึง ภาวะที่คนเราสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขและมีความพึงพอใจในชีวิตของตน คนที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถตอบสนอง

ต่อสิ่งเร้า หรือ ความเครียดได้อย่างเหมาะสม ทั้งในแง่ข้อเท็จจริงและอารมณ์โดยการตอบสนองนั้น จะเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ และ สร้างสรรค์

กองสุภาพจิต (2531 อ้างใน สุชา จันทร์เอม, 2531: 142) กองสุภาพจิตและองค์การอนามัยโลกที่กล่าวว่า สุขภาพจิตคือ ความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคม และสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่นและดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสะดวกอย่าง สุขสบายรวมทั้งสามารถสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงได้โดยไม่มี ข้อขัดแย้งภายในจิตใจ

กันยา สุวรรณแสง (2532: 203) ให้ความหมายของสุขภาพจิตว่า หมายถึงความสมบูรณ์ ในด้านจิตใจอารมณ์มั่นคง สามารถปรับร่างกายและจิตใจให้สมดุลกับสิ่งแวดล้อมและสังคม ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความสุข

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, อุบล นิวัติชัย, สมบัติ ตาปัญญา, และดาราวรรณ ต๊ะปันดา (2530: 63) สุขภาพจิตเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน ในปัจจุบันเชื่อว่าสุขภาพจิตที่ดีจะดำรงไว้ ซึ่งสุขภาพกายที่ดี ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะเป็นผู้ที่รู้จักและใช้ศักยภาพของตนเองในการพัฒนาตนเอง และสังคม ตรงกันข้ามสุขภาพจิตที่ไม่ดีจะเป็นอุปสรรคต่อการแสวงหาประสบการณ์ชีวิตและการใช้ชีวิตอย่างสร้างสรรค์ของบุคคล

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าสุขภาพจิตหมายถึงความสามารถของบุคคลในการสนองความต้องการ ของตนเอง สามารถมีสัมพันธภาพและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นไว้ได้ตลอดจนดำรงชีวิตอยู่ได้ อย่างมีความสุขในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาโดยปราศจากอาการของโรคทางจิต

ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี

Jahoda (1958 อ้างใน Eyde and Rich, 1983: 983) ได้กล่าวถึงลักษณะผู้มีสุขภาพจิตดี ดังนี้

1. มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง
2. มีความเจริญงอกงามและบรรลุความสำเร็จในการใช้ชีวิตของตนเอง

3. มีความกลมกลืนของบุคลิกภาพ
4. ความเป็นตัวของตัวเอง
5. มีการรับรู้ที่ถูกต้อง
6. สามารถควบคุมและปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

สุภาพรณ โคตรจรัส (2525: 114-116) กล่าวถึงลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี

1. ด้านปัญญา ความคิด ความเข้าใจ เป็นผู้ที่มีการรับรู้ตรงความเป็นจริง ใช้สติปัญญาในการพิจารณาตนเองและสิ่งแวดล้อม คิดและทำอย่างมีเหตุผล รับรู้และเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง
2. ด้านประสบการณ์ทางอารมณ์ เป็นผู้ที่มีความสามารถเผชิญความเครียดและความกดดันต่างๆ ได้เป็นอย่างดี มีความขัดแย้งในใจน้อยมาก ยอมรับเหตุการณ์ที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ไม่เก็บกดหรือแสดงอารมณ์ออกมาอย่างมากโดยไม่มีขอบเขต มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีบุคลิกภาพที่สมดุล สามารถเอาชนะความขัดแย้งทั้งภายใน และภายนอกได้
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์ที่ดี สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่อบอุ่นเป็นมิตรกับผู้อื่น ไม่แยกตัวหรือแสวงหากิจกรรมทางสังคมมากเกินไปจนทำให้ความสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นเพียงผิวเผินหรือเรียกร้องพึ่งพาผู้อื่นจนทำให้ผู้อื่นรู้สึกเป็นภาระ สามารถเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ ไม่ยอมตามสังคมอย่างไร้เหตุผล แต่เป็นผู้หาความพอใจจากสังคมได้
4. ด้านการงาน เป็นผู้ที่ทำงานได้ตามความสามารถเลือกอาชีพที่ตรงกับความสามารถ ความถนัดและความสนใจของตนมีความกระตือรือร้นและมีพลังในการทำงาน โดยไม่ต้องบังคับตนเองให้ทำงานเกินความสามารถ หรือ เกิดความรู้สึกกดดันอย่างมากในการทำงานให้สำเร็จ
5. ด้านความรัก เป็นผู้ที่มีความสามารถที่จะรักผู้อื่น เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เชื่อถือไว้วางใจให้ความใกล้ชิดสนิทสนม มีความพึงพอใจเมื่อเห็นผู้ที่ตนรักมีความสุข รวมทั้งความรักทางเพศ ผู้มีสุขภาพจิตดีเป็นผู้ที่ได้รับความพึงพอใจจาก ความรัก การงานและการพักผ่อนอย่างสมดุลเพียงพอ

6. ด้านเกี่ยวกับตนเอง เป็นผู้ที่มีความเข้าใจในตนเอง รู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง รู้ว่าตนเองเป็นใคร ต้องการอะไรในชีวิต ยอมรับข้อบกพร่องและภาควิชาใจในส่วนดีของตนเอง มีความเป็นตัวของตัวเอง พัฒนาตนได้สมบูรณ์เต็มตามศักยภาพ

7. ด้านการเผชิญและควบคุมสิ่งแวดล้อม เป็นผู้ใช้สติปัญญาในการเผชิญปัญหาที่มีอารมณ์มั่นคงสม่ำเสมอ และแสดงออกอย่างเหมาะสม

สุวินัย เกียวกิ่งแก้ว (2527: 13-19) ได้กล่าวถึงลักษณะผู้มีสุขภาพจิตดี ดังนี้

1. มองตนเองในด้านดี เห็นคุณค่าในตนเอง ไม่ถูกเหยียดหยามตนเองหรือเห็นว่าตนเองต่ำต้อย ไร้ค่า น่ารังเกียจ

2. รู้จักตนเอง มีความเชื่อในความสามารถในตนเอง พึ่งตนเองได้ สามารถที่จะรับผิดชอบผลที่เกิดจากการตัดสินใจของตนเอง และยอมรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

3. มีความรู้สึกที่ดีต่อคนอื่น มีความเชื่อในความสามารถของผู้อื่น

4. ยอมรับขอบเขตความสามารถของตนเอง รู้จักความดีและความบกพร่องของตนเอง ใช้ความผิดที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์การเรียนรู้

5. สามารถยับยั้งความต้องการทั้งหลายได้จนกว่าจะถึงเวลาอันสมควร

6. สามารถสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม

7. สามารถสร้างสัมพันธภาพอันอบอุ่นกับผู้อื่นได้

8. รู้สำนึกผิดชอบชั่วดี มีคุณธรรม

9. ยอมรับและสามารถปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ ระเบียบข้อบังคับของสังคมได้

10. ไม่มีความรู้สึกอิจฉาริษยาคนอื่น
11. สามารถรับรู้ความจริงของชีวิต อยู่ในโลกของความเป็นจริงได้ และไม่ปฏิเสธความจริง
12. สามารถอยู่ได้โดยลำพังและรวมกลุ่มกับผู้อื่นหรือสามารถช่วยตนเอง และพึ่งพาผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม
13. ยอมรับว่าภาวะเครียดและการเปลี่ยนแปลงเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต
14. มีอารมณ์ขัน
15. มีอารมณ์หนักแน่น มั่นคง ไม่หวั่นไหวต่อสิ่งเร้า

กองสุขภาพจิต (2529: 3) ได้ให้คุณลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี ดังนี้

1. ไม่มีโรคทั้งร่างกายและจิตใจ
2. สามารถสร้างความสัมพันธ์และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้
3. ปรับตัวอยู่ในสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ หรือสามารถทำประโยชน์แก่ตนเองและชุมชนได้ตามควรแก่สภาพของตนเอง
4. สามารถปรับจิตใจให้พอใจและมั่นคงได้เมื่อมีความขัดแย้งเกิดขึ้น

กันยา สุวรรณแสง (2532: 206-207) ได้กล่าวถึงลักษณะผู้มีสุขภาพจิตดี ดังนี้

1. เป็นผู้รู้จักและเข้าใจตนเองได้คืออยู่เสมอ รู้จักควบคุมอารมณ์ไม่ตกเป็นทาสของอารมณ์ เช่น โกรธ กลัว อิจฉา ฯลฯ ยอมรับสภาพความบกพร่องของตนเอง ยอมรับนับถือตนเอง ยอมรับสภาพทั่วไปของตนเอง ยอมรับความผิดหวังอย่างไม่สะทกสะท้าน สามารถรับได้ทั้งความผิดหวัง

และความสำเร็จ รู้จักประมาณตนเอง รู้จักประเมินความสามารถของตนเองไม่ดูถูกหรือยกย่องความสามารถของตนเองจนเกินความเป็นจริง

2. เป็นผู้ที่รู้จักและเข้าใจผู้อื่นได้ดี เข้าใจ และ ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล ให้ความสนใจ รักใคร่แก่ผู้อื่น มีความสัมพันธ์อันดีกับเพื่อนอย่างราบรื่น สามารถเป็นทั้งผู้นำและผู้ตามที่ดี มีความรับผิดชอบต่อเพื่อนบ้านหรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง มีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของหมู่คณะหรือสังคม ทำงานร่วมกับคนอื่นได้ดี ไม่ยกตนข่มท่าน มีน้ำใจเสียสละ ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น ไม่เอาเปรียบผู้อื่น เข้าใจความรู้สึกของบุคคลอื่น ยอมรับฟังการติชมจากคนอื่น

3. เป็นผู้ที่สามารถเผชิญกับปัญหา และความเป็นจริงแห่งชีวิตได้ดี สามารถตัดสินใจในปัญหาต่างๆ อย่างฉลาดมีเหตุผลโดยปราศจากความลังเลหรือเสียใจภายหลัง สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ทุกสภาพการณ์และปรับสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นได้ รับผิดชอบต่อปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองอย่างเต็มที่ พร้อมที่จะเผชิญปัญหาชีวิตได้ด้วยความไม่ประมาทปราศจากความวิตกกังวล หวาดกลัวต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต สามารถใช้พลังงานที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ พอใจ ชื่นชม ยินดีต่อการกระทำที่ตนกำลังกระทำอยู่

จากลักษณะผู้ที่มีสุขภาพจิตดีที่หลายท่านได้กล่าวถึงสรุปได้ว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีควรมีลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีความสามารถควบคุมอารมณ์ของตนได้เช่น ไม่ก้าวร้าว ไม่ทำลายสิ่งของ ไม่ทำร้ายตนเองและผู้อื่นเมื่อเกิดอารมณ์โกรธแต่จะแสดงออกในทางสร้างสรรค์ เช่น บอกความรู้สึกของตนเอง ทำงานอดิเรก เป็นต้น
2. มีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น
3. สามารถปรับตัวเข้ากับคนอื่นได้ มีการปรับปรุงตนเองอยู่เสมอ
4. ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดจนรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้อื่น
5. ยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล

6. สามารถอยู่ตามลำพังหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้อย่างเหมาะสม
7. ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม
8. สามารถแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันได้

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

อรพรรณ ลีอนุวัธวัชชัย (2545) ในประเทศไทย ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุไทย ต่างจากประชากรกลุ่มอื่นคือ เป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการเสื่อมตามวัย โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาทาง เศรษฐกิจและสังคม ยิ่งทำให้มีปัญหาทางสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น และพบว่าผู้สูงอายุที่ด้อยการศึกษา ทำให้ขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย มากกว่าวัยอื่น นอกจากนี้ยังพบว่าความจำกัดของทรัพยากรผู้สูงอายุมักถูกปฏิเสธในการรับเข้าทำงาน ไม่สามารถ ประกอบอาชีพแข่งขันกับบุคคลในวัยผู้ใหญ่ได้ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยและมีปัญหาทางด้านอารมณ์ จิตใจ การดูแลที่ดีที่สุดก็คือ การป้องกันซึ่งเน้นการดูแล 5 ด้าน คือ

1. การป้องกันการเสื่อมถอยของสมอง
2. การป้องกันการถดถอยในเรื่อง ความรู้สึกจากการสูญเสียบทบาททางสังคม สูญเสีย ความเป็นอิสระความเป็นตัวของตัวเอง
3. การสูญเสียเพื่อนฝูงและญาติ
4. การลดสมรรถภาพด้านสุขภาพ
5. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

จากที่กล่าวมาแล้วว่าผู้สูงอายุจะประสบกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย และสังคม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ความรู้สึกสูญเสีย เริ่มตั้งแต่การสูญเสียความสามารถด้านร่างกาย และเกี่ยวข้องกับ การสูญเสียอิสรภาพในการช่วยตนเอง สูญเสียความสามารถของประสาทสัมผัสต่างๆ สูญเสียคู่สมรสหรือบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียการงานจากการเกษียณอายุซึ่งส่งผลถึงฐานะทางเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุจะมีความกังวล ความกลัว ความเครียด ความว้าเหว่ ความท้อแท้และความซึมเศร้าอย่าง อ่อนๆ จนถึงขั้นรุนแรง บางคนอาจมีอาการนอนไม่หลับ วิงเวียนบ่อยๆ ขาดความอยากอาหารหรือ ขาดความสนใจถึงสิ่งแวดล้อมรอบข้าง ผู้สูงอายุบางรายจะมีพฤติกรรมถดถอยหรือตัดขาดความสัมพันธ์ กับสิ่งแวดล้อม

2. ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าน้อยลง เนื่องจากสาเหตุหลาย ๆ อย่าง เช่น การเสื่อมสภาพ ด้านร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่น จึงทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ต่อผู้อื่น ซ้ำยังเป็นภาระต่อบุตรหลาน ทำให้สิ้นหวัง ท้อแท้ ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าตนเองด้อยความสำคัญ บุตรหลานไม่ให้ความเคารพนับถือ เกิดความรู้สึกน้อยใจเมื่อความรู้สึกเหล่านี้สะสมมากขึ้น ทำให้ รู้สึกว่าตนเองไม่มั่นคง พฤติกรรมที่แสดงออกคือ จะพยายามทุกวิถีทางที่ทำให้ตนเองเกิดความรู้สึก มั่นคงขึ้น ได้แก่ การเก็บรักษาทรัพย์สินไว้อย่างดี การแสวงหาบุคคลที่ตนเองจะพึ่งพิงได้

3. ความกลัวตาย เป็นสิ่งที่พบได้มาก หรือ กล่าวได้ว่า เกิดขึ้นกับในผู้สูงอายุทุกคน ทั้งนี้ เพราะในวัยนี้มีความเสื่อมถอยในด้านต่าง ๆ ความตายเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เมื่อผู้สูงอายุนึกถึง ความตายของตนเองประกอบกับต้องประสบกับความตายของเพื่อนฝูง คู่สมรส จึงทำให้เกิดปัญหา ได้หากผู้สูงอายุนั้นหาทางออกไม่ได้ พฤติกรรมอันเนื่องมาจากความกลัวตายอาจเป็นได้หลายอย่าง ตั้งแต่ตกใจกลัวจนต้องอยู่เฉยๆ แยกตัวจากสังคม ปฏิเสธไม่ยอมรับรู้การตายของเพื่อนและญาติ หรือเป็นผู้ที่มีอารมณ์โกรธรุนแรงเกี่ยวกับผู้ใกล้ชิด

4. ความว้าเหว่ จะพบมากในผู้สูงอายุที่ต้องสูญเสียคู่สมรส เพราะเป็นผู้ใกล้ชิดที่มักจะ ปรึกษาหารือเรื่องต่างๆ แม้ว่าจะอยู่กับบุตรหลานหรือญาติก็ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าอยู่คนเดียว เพราะ ทุกคนต้องปฏิบัติหน้าที่ของตน นอกจากนี้ในวัยนี้การรวมกิจกรรมทั้งในบ้านและนอกบ้านลด น้อยลงยิ่งส่งเสริมให้เกิดความว้าเหว่มากขึ้น

5. ความรู้สึกโกรธ จะเกิดเมื่อผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองถูกรบกวนและสังคมทอดทิ้งไม่มี ความสำคัญ ไม่มีอำนาจ และเกิดความรู้สึกผิดหวัง พฤติกรรมที่เห็นได้ชัดก็คือ หงุดหงิดไม่พอใจ ในการกระทำของบุคคลรอบตัว ชีโมโห จู้จี้ ไม่ว่าใครจะทำอะไรให้ก็โกรธและเกลียดแค้น คิดว่า

ผู้อื่นจะถูกคุกคามตนเอง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดความวุ่นวายขึ้นในครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวก็เกิดความเบื่อกับผู้สูงอายุได้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความต้องการ ดังนี้

1. ความต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว ผู้สูงอายุต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว แต่จากแนวโน้มสังคมที่เปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรม ขนาดครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้สูงอายุอาจถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังในขณะที่ผู้สูงอายุต้องการความรัก ความใกล้ชิด ความยกย่องนับถือ มีผู้เห็นคุณค่าโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากลูกหลาน และบุคคลในครอบครัว
2. ความต้องการด้านการประกันรายได้ หากผู้สูงอายุได้มีการประกันสังคมประเภทประกันสุขภาพไว้ตั้งแต่ยังอยู่ในวัยรุ่นหนุ่มสาวและวัยทำงาน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุและเลิกประกอบอาชีพแล้ว ผู้สูงอายุจะได้รับบำนาญชราภาพ เพื่อช่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีความมั่นคงตามควรแก่อัตภาพในบั้นปลายของชีวิต ไม่เป็นภาระของบุตรหลานและสังคม
3. ความต้องการมีส่วนร่วมในชุมชน แม้ผู้สูงอายุจะอยู่ในวัยเกษียณอายุและอาจมีความบกพร่องทางร่างกายบ้างแต่ผู้สูงอายุยังมีสมรรถภาพทางจิตใจตลอดจนสติปัญญา มีความต้องการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงชุมชน ต้องการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในชุมชนและต้องการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมตลอดจนมีความต้องการการยอมรับนับถือจากเพื่อนบ้านและบุคคลในสังคม
4. ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะมีความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุและการดูแลสุขภาพ และจากการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุ ดวงฤดี ลาสุขะ (2528: 56)

จากปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่กล่าวข้างต้น จะเห็นว่าบุคคลที่จะช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ก็คือ บุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือบุคคลในสังคมที่มีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน หากผู้สูงอายุได้รับความสนใจ ได้รับการตอบสนองในสิ่งที่ตนเองต้องการก็ย่อมทำให้ปัญหาด้านต่างๆ ในวัยนี้ลดลง

ทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิต

อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย (2545: 236-241) ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่สำคัญ ประกอบด้วย 2 ทฤษฎี ดังนี้

1. ทฤษฎีด้านจิตวิทยา (Psychological Theories)

จากการศึกษาลักษณะด้านอารมณ์และจิตใจในผู้สูงอายุ ปัญหาด้านจิตใจที่พบมาก ก็คือ มีอารมณ์เศร้า ว้าวุ่น รู้สึกโดดเดี่ยว คุณค่าในตนเองต่ำ สิ้นหวัง ขาดที่พึ่งพิงช่วยเหลือ จากการศึกษาปัญหาด้านจิตใจในผู้สูงอายุจึงพบว่าผู้สูงอายุ เป็นโรคซึมเศร้าสูงสุด รองลงมาคือ โรคความคิดแปรปรวน โรคกลัว และโรคพิษสุราเรื้อรังตามลำดับ จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายมีสาเหตุจากโรคเศร้า และคิดสุรา ลักษณะของอารมณ์เศร้าจะมีลักษณะอารมณ์ราบเรียบ (Mood flat) อาจมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน หรือมีความพิการทางสมองด้วย

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจในผู้สูงอายุ ที่เด่นชัดมีลักษณะดังนี้

- 1.1 การรับรู้ ผู้สูงอายุมักยึดติดอยู่กับความคิดและเหตุผลของตนเอง
- 1.2 การแสดงทางอารมณ์ มักมีอารมณ์ ว้าวุ่น น้อยใจ หงุดหงิด โกรธง่าย เสียใจง่าย เป็นต้น
- 1.3 มีความสนใจสิ่งแวดล้อมน้อย สนใจเฉพาะเรื่องที่ตนมุ่งอยู่ในขณะนั้น
- 1.4 การดำเนินชีวิต จะมุ่งแสวงหาความสงบสุข ความตาย
- 1.5 เกิดความเครียดและวิตกกังวลได้ง่าย ความเครียดและความวิตกกังวล ในผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้ด้วยสาเหตุดังนี้

1.5.1 การเจ็บป่วยด้านร่างกาย การสูญเสียอวัยวะ สูญเสียสมรรถภาพ หรือร่างกายพิการ

1.5.2 การสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคม การดำเนินชีวิต สถานภาพทางเศรษฐกิจ

1.5.3 ความสามารถในการพึ่งตนเองลดลง

1.5.4 การสูญเสียบุคคลที่รัก

1.5.5 การตาย วัยสูงอายุเป็นวัยที่ใกล้ความตาย ผู้สูงอายุอาจเกิดความวิตกกังวล หวาดกลัวต่อความตายเมื่อเห็นเพื่อนฝูงตายจาก หรืออาจได้รับอิทธิพลความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี บางอย่างทำให้เครียดวิตกกังวลสูงได้

กระบวนการปรับตัวต่อความเครียดในผู้สูงอายุนั้น สถานการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุที่เกิดในเชิงบวกและเชิงลบมีผลต่อการปรับตัวและความเครียดในผู้สูงอายุประสบการณ์เชิงบวกช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสและพยายามเลือกทางชีวิตที่ดี วางแผนดี และช่วยให้ผู้สูงอายุปรับตัวได้ดี ผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ในเชิงลบ ย่อมมีผลต่ออารมณ์จิตใจมาก โอกาสจะเกิดความเครียดและอารมณ์เศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับสถานการณ์เชิงบวก

2. ทฤษฎีทางสังคมวิทยา (Sociological Theories)

สภาพทางสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงระเบียบกฎเกณฑ์ต่างๆ ของสังคมที่กำหนดไว้ เช่น การเกษียณอายุการทำงาน การลดบทบาทหน้าที่การทำงาน สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อสถานภาพความรู้สึก อารมณ์และการปรับตัวของผู้สูงอายุอย่างมาก ถ้ามีการเตรียมความพร้อมล่วงหน้าจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่ดี

ทฤษฎีการปรับตัวผู้สูงอายุ

ศรีเรือน แก้วกังวาล (2540: 549 – 550) การปรับตัวของผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญก็คือ การปรับตัวต่อการอยู่ร่วมกันกับญาติ ลูกหลาน การเกษียณอายุ การเป็นหม้าย การตายจากของคู่ครอง การสูญเสียสภาพลักษณะของตน การสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงานและบทบาทในสังคม ความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับ

1. สุขภาพร่างกาย
2. เจตคติต่อตนเอง วัฒนธรรม และสังคม
3. ประสบการณ์ในอดีต
4. พัฒนาการในวัยต่างๆที่ผ่านมา
5. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

ทฤษฎีการปรับตัวจะเน้น 3 ทฤษฎี คือ

1. ทฤษฎีการปล่อยวาง (Disengagement Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายว่าวิธีการปรับตัวยามสูงวัยคือ การปล่อยวาง ผู้สูงอายุควรลดบทบาทต่างๆ ทางสังคม เพราะวิธีนี้เหมาะสมดีกับสภาพร่างกายที่เริ่มเสื่อมถอย นอกจากนั้นแล้วกิจการงานและกิจกรรมทางสังคมก็ได้รับการละวางแล้ว ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรอยู่อย่างเงียบๆ เรียบๆ ไม่เข้าไปยุ่งวุ่นวายกับการกิจทางสังคมและครอบครัวมากนัก เมื่อผู้สูงอายุมีความต้องการและเกี่ยวข้องกับสังคมน้อย วิธีนี้จะเป็นวิธีที่จะรักษาคุณภาพแห่งชีวิต อารมณ์ จิตใจ และร่างกาย

2. ทฤษฎีกิจกรรม (Engagement Theory)

ทฤษฎีนี้มีแนวคิดว่าหากผู้สูงอายุละสังคม โลกและสังคมก็จะละทิ้งเขา โดยเชื่อว่าตามความเป็นจริงในส่วนลึกของจิตใจแล้ว ผู้สูงอายุยังต้องการสังคม ผู้สูงอายุจะพอใจและมีความสุขในตนเอง ถ้าเขายังทำกิจกรรมในสังคมและเพื่อสังคม ทฤษฎีนี้เชื่อว่าในยามสูงวัย ตัดสินได้จากความสามารถที่ผู้สูงวัยทำอะไรๆ ให้แก่สังคมได้มากน้อยเพียงไร ดังนั้นถ้าเขาวางมือจากงานอย่างหนึ่งเขาก็ควรหางานอย่างอื่นทดแทน

3. ทฤษฎีตำแหน่งบทบาท (Role Theory)

ทฤษฎีนี้คล้ายคลึงกับทฤษฎีกิจกรรมแต่มองในแง่สังคมวิทยา โดยมีฐานแนวคิดที่มนุษย์มักผูกพันความสุขความพอใจของตนกับตำแหน่งบทบาททางสังคม บุคคลมีตำแหน่งและบทบาทต่างๆ มากมายก่อนวัยสูงอายุ ทั้งเชิงสังคมในบ้าน นอกบ้าน ในงานอาชีพ แต่ต้องลดบทบาทลง เมื่อสูงวัย การต้องลดบทบาททำให้ตนเสียความมั่นคงของชีวิตด้านต่างๆ ดังนั้นวิธีการปรับตัวที่ดีก็คือการหาบทบาทตำแหน่งใหม่ๆต่อไป เช่น หาความสนใจใหม่ๆ หากกลุ่มสังคมใหม่ๆ หางานใหม่ๆ แนวคิดของทฤษฎีนี้ก็คืออัตลักษณ์ของบุคคล ตระหนักรู้ได้จากบทบาทตำแหน่งของตน และคนเราจะปรับตัวได้เมื่อผูกพันตนเองกับบทบาทเท่านั้น

การวัดสุขภาพจิต

เนื่องจากสุขภาพจิตมีความหมายอยู่มากมายขึ้นอยู่กับแนวคิด และ ทฤษฎีที่ผู้ให้ความหมายนิยามและเชื่อถืออยู่ จากการค้นคว้ารายงานการวิจัยทางด้านสุขภาพจิตได้พบว่าการศึกษาในเรื่องของสุขภาพจิตนั้น สุวนีย์ เกี่ยวกึ่งแก้ว และคณะ (2530: 29-30) มีวิธีการศึกษาอยู่หลายวิธีด้วยกัน ได้แก่

1. การศึกษาภาวะสุขภาพจิตโดยตรง ซึ่งทำโดยใช้เครื่องมือวัดภาวะสุขภาพงานวิจัยประเภทนี้พบไม่มากนัก และเครื่องมือที่ใช้วัดภาวะสุขภาพจิตก็มีอยู่น้อย

2. การศึกษาอาการและอาการแสดงของความป่วยเจ็บทางจิต ซึ่งถ้ามีปรากฏในบุคคลใดมากก็แสดงว่าบุคคลนั้นมีภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นเครื่องมือวัดอาการและอาการแสดงของความเจ็บป่วยทางจิตเช่นเครื่องมือวัดอาการวิตกกังวล เครื่องมือวัดภาวะซึมเศร้า เครื่องมือวัดความเครียด

3. การศึกษาการปรับตัวของบุคคลทางด้านสังคม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประเภทนี้ ได้แก่ เครื่องมือวัดการปรับตัวของบุคคลในด้านต่าง ๆ ตั้งแต่การปรับตัวในสังคม ครอบครัว ตลอดจนในที่ทำงาน

นอกจากการใช้เครื่องมือทั้ง 3 ประเภทดังกล่าวแล้ว ยังพบว่ามีการศึกษาสุขภาพจิต โดยไม่ต้องใช้เครื่องมือเหล่านี้ แต่ใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรม หรือใช้แบบทดสอบบุคลิกภาพ และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเป็นผู้ตัดสินภาวะสุขภาพจิตของประชากรที่ศึกษา สำหรับการศึกษสุขภาพจิตโดยเครื่องมือทั้ง 3 ประเภทที่ได้กล่าวมาในตอนต้นนั้น สุขภาพจิตจะมีผลเป็นคะแนน และนำคะแนนนี้มาแปลผลเป็นระดับสุขภาพจิตอีกครั้งหนึ่ง จากการศึกษาวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับ การวิจัยทางด้านสุขภาพจิต พบว่ามีงานวิจัยที่ใช้เครื่องมือตรวจวัดอาการและอาการแสดงของ ความป่วยเจ็บทางจิตมากที่สุด

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาสุขภาพจิตโดยตรงโดยใช้เครื่องมือวัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ของฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) สร้างขึ้นโดยดัดแปลงแนวคิดในการประเมินสุขภาพจิตดี ของ สุภาพรรณ โคตรจรัส (2525) สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2527) และ กองสุขภาพจิต (2529)

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อัมมโนทัศน์

จินตนา วาฤทธิ์ และคณะ (2533: 12) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของ ผู้ป่วยสูงอายุที่โรงพยาบาลมหาสารคามเชิงใหม่ จำนวน 658 คน พบว่ากิจกรรมทางสังคมช่วยให้ ผู้สูงอายุรู้สึกตนเองมีคุณค่าเป็นประโยชน์ต่อสังคม

ฉันทนา กาญจนนัง (2530: 45-56) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การร่วมกิจกรรม กับอัมมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 380 คน พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วม กิจกรรมมากจะมีอัมมโนทัศน์สูง

มาลี เลิศมาลีวงศ์, อรสา พันธุ์ภักดี และ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2535: 135-138) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างอัมมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุทั้งหมดที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดหนองคาย จำนวน 106 คน เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ ใช้แบบสอบถามแบบวัดอัตมโนทัศน์ของฉันทนา กาญจนพิง ผลการวิจัยพบว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

วรรณิ จันทร์สว่าง (2533: 57) ได้ศึกษาแบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกิ่งอำเภอ นางหม่อม จังหวัดสงขลา จำนวน 220 คน พบว่าในแบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์นั้น ผู้สูงอายุมีอัตมโนทัศน์ในทางบวก เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบุตรหลานที่ยังคงให้ความเคารพนับถือให้ความสำคัญในตัวผู้สูงอายุ

สุวิมล พนาวัฒนกุล (2534: 24-32) ได้ศึกษาอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุจังหวัดหนองคาย จำนวน 106 คน พบว่าอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ($r = .57, p < .001$) และอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ($r = .44, p < .001$)

ฉันทนา รณฤทธิวิชัยและ วิไลวรรณ ทองเจริญ (2545:73) การรับรู้ตนเองหรืออัตมโนทัศน์ ถ้าเป็นในทางบวกจะช่วยผู้สูงอายุให้สามารถปรับตัวและแก้ปัญหาได้ดี ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีผลมาจากกระบวนการความคิด อารมณ์ ความปรารถนา คุณค่า และพฤติกรรม อัตมโนทัศน์แห่งตน ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ภาพลักษณ์ ความรู้สึกภาคภูมิใจ การยอมรับตนเองและความสำเร็จ เปลี่ยนไปนอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับงานและสังคมของผู้สูงอายุด้วย

การสนับสนุนทางสังคม

นิตา ชูโต (2525: 41) ได้ศึกษาเรื่องคนชราไทย จำนวน 1000 คน พบว่าครอบครัวและลูกมีบทบาทสำคัญต่อชีวิตในวัยชรา ในการเป็นที่พึ่งพาเป็นที่ปรึกษา และให้ความช่วยเหลือด้านเงินทอง

ประพิมพ์ดาว สุคนธ์ (2526: 66) ที่ศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ศึกษาเฉพาะกรณี: ชุมชนเชื้อเพลิงพัฒนา เขตยานนาวา กรุงเทพมหานคร พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่าไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

เพชร อินทรพานิช (2536) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตเทศบาลเมือง อุดรธานี การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตเทศบาลเมือง อุดรธานี ที่มีอายุระหว่าง 60-88 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี จำนวน 170 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = .3555, p < .001$)

ยุวดี กฤษวัฒนาภรณ์ (2537: 86) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในเคหะชุมชนทุ่งสองห้อง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

รัชณี เต็มอุดม (2539) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของข้าราชการบำนาญในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างข้าราชการบำนาญ จำนวน 130 คน ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดสุขภาพจิตของฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า ด้านการตอบสนองการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการช่วยเหลือข้อมูลข่าวสาร ด้านการช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของข้าราชการบำนาญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วรารักษ์ แสงวัชร (2537: 75) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลเลิศสิน พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันและการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์, วรณี สัตยวิวัฒน์, วิไลวรรณ ทองเจริญ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการการสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่มาร่วมกิจกรรมในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง และโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมหาวิทยาลัยมหิดล ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคและสถานสงเคราะห์คนชรานครปฐม จำนวน 210 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่า อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ สถานที่อยู่อาศัย สถานทางสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .001

สุดาจันทร์ วัชรกิตติ (2535) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายสังคม การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีอายุ 60-74 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ไม่มีภาวะทุพพลภาพ จำนวน 207 คน ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับยกย่อง และมีผู้เห็นคุณค่า ด้านในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเงินทอง สิ่งของและแรงงานอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน จากการหาความสัมพันธ์พบว่าเครือข่ายทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.6492, p < .01$) โดยเครือข่ายทางสังคมด้านการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ จะมีความสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมมากที่สุด การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($r = 0.2964, p < .01$) โดยการสนับสนุนทางสังคมรายด้านที่มีความสัมพันธ์มากที่สุด คือ ด้านข้อมูล ข่าวสาร

สุธีรัตน์ แก้วประโลม (2538) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางด้านสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุชนิดไม่พึ่งอินซูลิน มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เลือกร้อยเอ็ดแบบเจาะจง จำนวน 135 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ดี คิดเป็นร้อยละ 54.07 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางด้านสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .001 ($r = .2974$ และ $.3201$) และผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า
ทั้งการสนับสนุนทางสังคมและระดับการศึกษาเป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุดสามารถร่วมทำนาย
พฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .0001 โดยสามารถทำนาย
พฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 10.25 และ 15.17 ตามลำดับ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530: 104) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่าย
ทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ
กรุงเทพมหานคร จำนวน 122 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต
ของผู้สูงอายุ

นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532: 29) ได้ศึกษา
ปัญหาของผู้สูงอายุในประเทศไทย จำนวน 3,252 คน เกี่ยวกับปัญหาหลักๆ 2 ประเด็น คือปัญหา
ที่เกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจและปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งปัญหาด้านสุขภาพนั้นพบว่า ผู้สูงอายุไทย 1
ใน 10 คน จะมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต และผู้สูงอายุในชนบท จะมีสุขภาพจิตเบี่ยงเบนมากกว่า
ผู้สูงอายุในเมือง

นิมมวล ศรีจาด (2533: 10) ได้ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืน ในชุมชนเขตอำเภอ
สันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 100 คน ปัจจัยต่างๆ ดังกล่าว ได้แก่ พันธุกรรม พฤติกรรม
การบริโภค ภาวะแวดล้อม และ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพ ภาวะ
สุขภาพกาย การออกกำลังกาย ในจำนวนปัจจัยต่างๆ เหล่านี้พบ สุขภาพจิตเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล
ต่อการมีอายุยืนมากที่สุด

จารุวรรณ เหมะธร, สมใจ ทุนกุล, และ จรรยา เสี่ยงเสนาะ (2534: 84-87) ได้ศึกษาปัญหา
สุขภาพของผู้สูงอายุ และค้นหาผู้นำในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี จำนวน 194 คน พบว่า การได้รับ
การยกย่องจากผู้อื่น การมีส่วนร่วมในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี

ไมตรี ดิษะรัตนกุล (2536: 99-101) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
ในเขตกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน

234 คน พบว่าอายุและเพศไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ความพอเพียงต่อการใช้จ่าย ภาวะสุขภาพกาย และสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันปานกลางกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ

ประหยัด เชื้อเอี่ยมพัฒน์ และ ศุภพร มากมี (2538: 18-20) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นเพศชาย 171 คน เพศหญิง 229 คน รวมจำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีสุขภาพจิตดีกว่าสุขภาพจิตเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.41, p = .017$) อายุ, การศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

พรพจน์ กิ่งแก้ว (2538) ศึกษาองค์ประกอบทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 100 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสัมภาษณ์ที่ประกอบด้วย แบบวัดสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี ปานกลาง และไม่ดี ร้อยละ 55, 43 และ 2 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$) บทบาทของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .05$) โดยมีค่า $Rho = .3139$

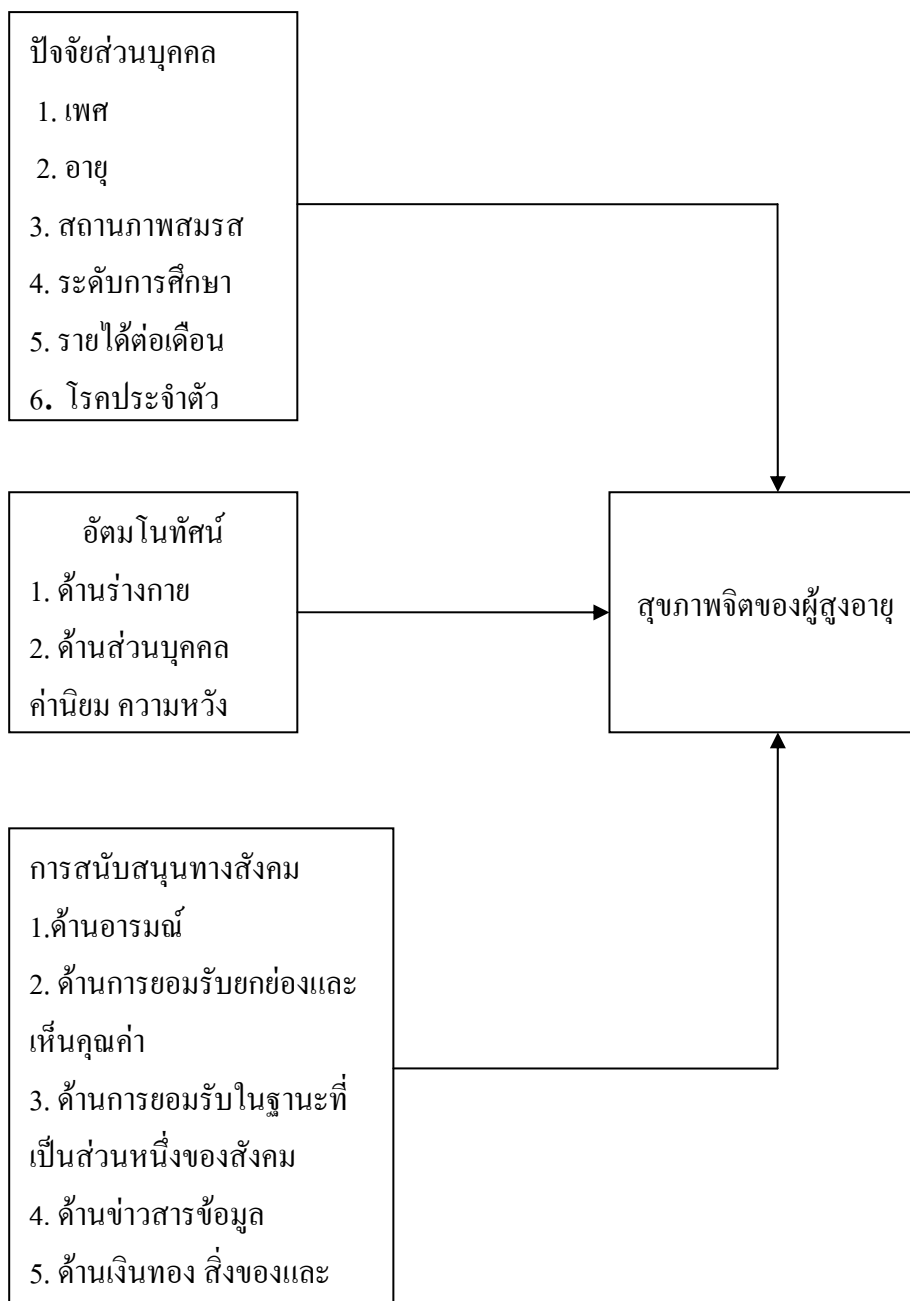
จิตรกัญญาณ์ บุญญา (2539) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัดพิจิตร: ศึกษาเฉพาะกรณี ชุมชนผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองตะพานหิน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุชุมชนผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองตะพานหิน จังหวัดพิจิตร จำนวน 200 คน โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบทดสอบวัดสุขภาพจิต เอส ซี แอล – 90 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางสุขภาพจิตอยู่ในระดับของผู้มีสุขภาพจิตปกติ ผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุนันทา คุ้มเพชร (2545: 43) ที่ศึกษาอิทธิพลของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชนและความต้องการบริการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีเพศและอายุแตกต่างกันมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลกระทบกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร โดยมีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาทางด้านปัจจัยส่วนบุคคล อ้อมโนทัศน์และการสนับสนุนทางสังคม สรุปกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ซึ่งแยกเป็นสมมติฐานย่อย ดังนี้

- 1.1 ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
- 1.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
- 1.3 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
- 1.4 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
- 1.5 ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
- 1.6 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
2. อัตรานวัตกรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ
3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

บทที่ 3

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมและตัวแปรตาม คือ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร จำนวน 319 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2550)

กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณของ Yamane (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2531: 51) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนี้

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

โดย

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนทั้งหมดของประชากรที่ใช้ในการศึกษา

E = ความผิดพลาดที่ยอมรับได้

แทนค่า

$$\begin{aligned} n &= \frac{1,115}{1+(1,115)(.05^2)} \\ &= 295 \end{aligned}$$

ดังนั้นกลุ่มวิจัยที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 295 คน

ในเขตบางเขน จังหวัดกรุงเทพมหานคร มีชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด 5 ชมรม ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่าง โดยเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากได้ชมรมผู้สูงอายุมา 1 แห่ง คือ ชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆตลอดจนงานวิจัย และเอกสารที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เป็นแบบให้เลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ของ Drier (1979) ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราประเมินค่า (Rating scale) โดยแบ่งข้อความแต่ละข้อเป็น 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย และน้อยที่สุด โดยข้อคำถามข้อที่ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 เป็นข้อคำถามที่เป็นบวก

ส่วนข้อคำถามที่ 6, 8, 9 เป็นข้อคำถามที่เป็นลบ โดยมีการให้คะแนนแบ่งออกเป็นการให้คะแนน
สำหรับข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบดังนี้

ระดับความคิดเห็น	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
น้อยที่สุด	1	4
น้อย	2	3
มาก	3	2
มากที่สุด	4	1

โดยมีเกณฑ์พิจารณาระดับของข้อคำถาม ดังนี้

เกณฑ์พิจารณาระดับเป็นรายชื่อ

$$\text{มีค่าคะแนนระหว่าง } \frac{(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด})}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{(4-1)}{3} = 1$$

ระดับต่ำมีค่าคะแนน = 1.00 – 2.00 ระดับปานกลางมีค่าคะแนน = 2.01 – 3.00 และ
ระดับสูงมีค่าคะแนน = 3.01 – 4.00

เกณฑ์พิจารณาระดับเป็นรายด้าน

เกณฑ์พิจารณาระดับอ้อม โน้ตสนั้ด้านร่างกาย

$$\text{มีค่าคะแนนระหว่าง } \frac{(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด})}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{(36-9)}{3} = 9$$

ระดับต่ำมีค่าคะแนน = 9.00 – 18.00 ระดับปานกลางมีค่าคะแนน = 18.01 – 27.00 และ
ระดับสูงมีค่าคะแนน = 27.01 – 36.00

เกณฑ์พิจารณาระดับอ้อม โทศน์ด้านส่วนบุคคล ค่านิยม ความหวัง

$$\text{มีค่าคะแนนระหว่าง} \frac{(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด})}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{(60 - 15)}{3} = 15$$

ระดับต่ำมีค่าคะแนน = 15.00 – 30.00 ระดับปานกลางมีค่าคะแนน = 30.01 – 45.00 และ
ระดับสูงมีค่าคะแนน = 45.01 – 60.00

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb and House (1976) ลักษณะมาตรวัดเป็น มาตราประเมินค่า (Rating scale) โดยแบ่งข้อความแต่ละข้อเป็น 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด โดยข้อคำถามข้อที่ 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 เป็นข้อคำถามที่เป็นบวก ส่วนข้อคำถามที่ 3, 5, 6, 16, 17, 27 เป็น ข้อคำถามที่เป็นลบโดยมีการให้คะแนนแบ่งออกเป็นการให้คะแนนดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ข้อคำถามที่เป็นบวก	ข้อคำถามที่เป็นลบ
มากที่สุด	4	1
มาก	3	2
น้อย	2	3
น้อยที่สุด	1	4

เกณฑ์พิจารณาระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์

$$\text{มีค่าคะแนนระหว่าง} \frac{(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด})}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{(28 - 7)}{3} = 7$$

ระดับต่ำมีค่าคะแนน = 7.00 – 14.00 ระดับปานกลางมีค่าคะแนน = 14.01 – 21.00 และ
ระดับสูงมีค่าคะแนน = 21.01 – 28.00

เกณฑ์พิจารณาระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า

$$\text{มีค่าคะแนนระหว่าง} \frac{(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด})}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{(28 - 7)}{3} = 7$$

ระดับต่ำมีค่าคะแนน = 7.00 – 14.00 ระดับปานกลางมีค่าคะแนน = 14.01 – 21.00 และ
ระดับสูงมีค่าคะแนน = 21.01 – 28.00

เกณฑ์พิจารณาระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

$$\text{มีค่าคะแนนระหว่าง} \frac{(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด})}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{(24 - 6)}{3} = 6$$

ระดับต่ำมีค่าคะแนน = 6.00 – 12.00 ระดับปานกลางมีค่าคะแนน = 12.01 – 18.00 และ
ระดับสูงมีค่าคะแนน = 18.01 – 24.00

เกณฑ์พิจารณาระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร

$$\text{มีค่าคะแนนระหว่าง} \frac{(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด})}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{(28 - 7)}{3} = 7$$

ระดับต่ำมีค่าคะแนน = 7.00 – 14.00 ระดับปานกลางมีค่าคะแนน = 14.01 – 21.00 และ
ระดับสูงมีค่าคะแนน = 21.01 – 28.00

เกณฑ์พิจารณาระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านเงินทองสิ่งของแรงงาน

$$\text{มีค่าคะแนนระหว่าง} \frac{(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด})}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{(28 - 7)}{3} = 7$$

ระดับต่ำมีค่าคะแนน = 7.00 – 14.00 ระดับปานกลางมีค่าคะแนน = 14.01 – 21.00 และ
ระดับสูงมีค่าคะแนน = 21.01 – 28.00

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุซึ่งผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดสุขภาพจิต
ของผู้สูงอายุ จีวีรธรรม แก้วพรหม (2530) สร้างขึ้นโดยดัดแปลงแนวคิดในการประเมินสุขภาพจิตดี
ของสุภาพรธรรม โคตรจรัส (2525), สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว (2527), และกองสุขภาพจิต (2529)
ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราประเมินค่า (Rating scale) โดยแบ่งข้อความแต่ละข้อเป็น 4 ระดับ คือ
มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด โดยข้อคำถามข้อที่ 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19,
20, 21, 22, 23 เป็นข้อคำถามที่เป็นบวก ส่วนข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 11 เป็นข้อคำถามที่เป็นลบ โดยมีการ
ให้คะแนนแบ่งออกเป็นการให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวกและข้อคำถามเชิงลบดังนี้

ระดับความคิดเห็น คำถามเชิงบวก คำถามเชิงลบ

ไม่เป็นจริงเลย	1	4
เป็นความจริงเล็กน้อย	2	3
เป็นความจริงเป็นส่วนมาก	3	2
เป็นความจริงมากที่สุด	4	1

เกณฑ์พิจารณาระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

$$\text{มีค่าคะแนนระหว่าง } \frac{(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด})}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{(92 - 23)}{3} = 23$$

ระดับต่ำมีค่าคะแนน = 23.00 – 46.00 หมายถึง สุขภาพจิตไม่ดี

ระดับปานกลางมีค่าคะแนน = 46.01 – 69.00 หมายถึง สุขภาพจิตปานกลาง

ระดับสูงมีค่าคะแนน = 69.01 – 92.00 หมายถึง สุขภาพจิตดี

การทดสอบเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นสำหรับการวิจัยไปทดสอบหาความเที่ยงตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. การหาความเที่ยง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเสนอ คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คือ 1. น.ท.หญิงนวลจันทร์ เครือวานิชกิจ 2. น.พ. ชรินทร์ สกลอุสริยาภรณ์ 3.น.พ.อภิชาติ จริยาวิลาส เพื่อตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของข้อคำถาม

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามสำหรับการวิจัยที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบก่อนการเก็บข้อมูลจริง (Try out) กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศูนย์สาธารณสุขชุมชน 24 (บางเขน) จำนวน 30 คน โดยนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับและรายข้อโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's Coefficient Alpha)

การทดสอบหาความเชื่อมั่น

การทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น ปรากฏผลดังนี้

การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในเรื่องอัตมโนทัศน์

อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย	.7617
อัตมโนทัศน์ด้านส่วนบุคคล ค่านิยม ความหวัง	.8628
การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ	.7769

การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในเรื่องการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	.7076
การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า	.7423
การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	.7593

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร	.8122
การสนับสนุนทางสังคมด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน	.7443
การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ	.7832

การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในเรื่องสุขภาพจิต

แบบสอบถามสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	.8966
------------------------------	-------

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้

1. ทำหนังสืออนุมัติในการดำเนินการเก็บข้อมูลจากภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ไปยังหัวหน้าชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล
2. นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ไปแจกกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่แบ่งไว้ โดยอธิบายถึง ขั้นตอนและรายละเอียดการเก็บข้อมูล รวมทั้งการตอบแบบสอบถาม ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง
3. เก็บรวบรวมแบบสอบถาม พร้อมทั้งตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม
4. นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายให้เห็นลักษณะและการกระจายข้อมูล
2. สถิติอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้ t- test และทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 3 กลุ่มขึ้นไป โดยใช้ F- test และทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ด้วยวิธีของ LSD (Least Significant Difference)
3. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) ในการหาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เป็นอิสระต่อกัน
4. กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significance) ที่ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง อคติโน้ตชน การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) ศึกษาอคติโน้ตชน การสนับสนุนทางสังคม และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 2) ศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน 3) ศึกษาความสัมพันธ์ของอคติโน้ตชน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านส่วนบุคคล ค่านิยม ความหวังกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ด้านอารมณ์,ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า,ด้านการยอมรับในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม, ด้านข้อมูลข่าวสาร, ด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงานกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติอนุมาน ได้แก่ t-test และ F-test และ 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอคติโน้ตชน การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเสนอในรูปตารางประกอบคำอธิบาย โดยแบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 แสดงลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล ตอนที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของอคติโน้ตชน ตอนที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนการสนับสนุนทางสังคม และตอนที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลสมมติฐาน โดยแสดงไว้ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มประชากร

(n = 295)		
ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
1. เพศ		
ชาย	47	15.90
หญิง	248	84.10
2. อายุ (ปี)		
60 - 69	161	56.60
70 - 79	102	34.60
มากกว่าหรือเท่ากับ 80	32	10.80
3. สถานภาพสมรส		
โสด	34	11.50
สมรส	99	33.60
หย่าร้าง, หม้ายหรือแยกกันอยู่	162	54.90
4. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษาและ ประถมศึกษา	133	45.10
มัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	94	31.90
อนุปริญญาหรือปวสและปริญญาตรีขึ้นไป	68	23.10
5. รายได้ต่อเดือน (บาท)		
ไม่มีรายได้	162	54.90
มีรายได้	133	45.10

ตารางที่ 1 (ต่อ)

(n = 295)		
ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
6. โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	85	28.80
มีโรคประจำตัว	210	71.20

จากตารางที่ 1 ลักษณะปัจจัยส่วนบุคคลของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคมสำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร จำนวน 295 คน จำแนกได้ดังนี้

1. เพศ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 84.10 เป็นเพศหญิงและร้อยละ 15.90 เป็นเพศชาย
2. อายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 57.30 มีอายุน้อยกว่า 70 ปี รองลงมาร้อยละ 35.30 มีอายุระหว่าง 70 – 80 ปี ร้อยละ 7.50 มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป
3. สถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 54.90 มีสถานภาพหม้าย, หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ รองลงมาร้อยละ 33.60 มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 11.50 มีสถานภาพโสด
4. ระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 45.10 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่ได้รับการศึกษา รองลงมาร้อยละ 31.90 มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช ร้อยละ 23.10 มีระดับการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือปวสและปริญญาตรีขึ้นไป
5. รายได้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 54.90 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 45.10 มีรายได้
6. โรคประจำตัว พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 71.20 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 28.80 ไม่มีโรคประจำตัว

ตอนที่ 2 อัตมโนทัศน์

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของอัตมโนทัศน์ สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีรายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นแบบรายชื่อ, รายด้าน และโดยรวม ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับอัตมโนทัศน์จำแนกรายข้อรายด้าน และโดยรวม

(n = 295)						
อัตมโนทัศน์	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{X}$	S.D ระดับ
ด้านร่างกาย						
1. ท่านรู้สึกว่ารูปร่างหน้าตาของท่านงามตามวัย	85 (28.8)	171 (58)	39 (13.2)	-	3.16	0.63 สูง
2. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีร่างกายที่แข็งแรงมากกว่าคนอื่นในวัยเดียวกัน	1 (26.1)	32 (62.7)	185 (10.8)	77 (0.3)	3.15	0.60 สูง
3. ท่านใส่ใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี	95 (32.2)	156 (52.8)	43 (14.5)	1 (0.3)	3.17	0.67 สูง
4. ท่านเชื่อว่าสุขภาพร่างกายที่ดีต้องขึ้นอยู่กับปฏิบัติตัวของตนเอง	100 (33.9)	156 (52.9)	38 (12.9)	1 (0.3)	3.20	0.66 สูง
5. ท่านสามารถดูแลตนเองในภาวะปกติได้ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใด	86 (29.2)	154 (52.2)	51 (17.3)	4 (1.4)	3.09	0.71 สูง
*6. ท่านรู้สึกว่าร่างกายของท่านเสื่อมจนเป็นภาระของครอบครัว	5 (1.7)	4 (13.6)	156 (52.9)	94 (31.9)	3.15	0.70 สูง
7. ท่านสามารถให้ความช่วยเหลืองานบ้านเล็กน้อยๆแก่สมาชิกในครอบครัวได้	85 (28.8)	154 (52.2)	53 (18.0)	3 (1.0)	3.09	0.70 สูง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

(n = 295)							
อัตรานักสนั้	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
*8. ท่านรู้สึกว่ไม่สามารถควบคุม การทำงานของร่างกายได้เมื่อ เริ่มแก้ตัวลง	-	49 (16.6)	159 (53.9)	87 (29.5)	3.13	0.66	สูง
*9. ท่านรู้สึกว่ร่างกายที่เสื่อมลง ตามวัยมีผลให้ทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลง	5 (1.7)	49 (16.6)	164 (55.6)	77 (26.1)	3.06	0.70	สูง
รวม					28.19	3.64	สูง
ด้านส่วนบุคคล ค่านิยม ความหวัง							
10. ท่านรู้สึกว่ตนเองเป็นคนที่ม่ ความคิดเป็นของตนเอง	90 (30.5)	153 (51.9)	51 (17.3)	1 (0.3)	3.13	0.69	สูง
11. ท่านคิดว่าความคิดของท่าน มักจะถูกต้องและดีที่สุดเสมอ	78 (26.4)	149 (50.5)	65 (22.0)	3 (1.0)	3.02	0.72	สูง
12. ท่านคิดว่าประสิทธิภาพของ ท่านเป็นสิ่งที่ม่ค่าต่อคนรอบข้าง	85 (28.8)	161 (54.6)	43 (14.6)	6 (2.0)	3.10	0.71	สูง
13. ในภาวะที่ต้องเป็นผู้นำท่าน มักจะทำได้ดีเสมอ	90 (30.5)	163 (55.3)	38 (12.9)	4 (1.4)	3.15	0.68	สูง
14. ท่านได้รับการคาดหวังว่จะเป็น ที่พึ่งของคนอื่นได้	89 (30.2)	170 (57.6)	33 (11.2)	3 (1.0)	3.17	0.65	สูง
15. ท่านคาดหวังว่ตนเองจะเป็น ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ	118 (40.0)	145 (49.2)	31 (10.5)	1 (0.3)	3.29	0.66	สูง
16. ท่านมีความมุ่งมั่นที่จะดูแล สุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ	110 (37.3)	165 (55.9)	18 (6.1)	2 (0.7)	3.30	0.61	สูง
17. ท่านมีความมุ่งมั่นที่จะเป็น สมาชิกที่ดีของชมรมผู้สูงอายุ	112 (38.0)	150 (50.8)	30 (10.2)	3 (1.0)	3.26	0.67	สูง
18. ท่านรู้สึกว่ตัวเองมีคุณค่า สำหรับคนในครอบครัว	113 (38.3)	151 (51.2)	30 (10.2)	1 (0.3)	3.27	0.65	สูง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

(n = 295)

อัตรโนทัศน์	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
19.สมาชิกในครอบครัวภูมิใจที่ ท่านเป็นเสาหลักของครอบครัว	117 (39.7)	137 (46.4)	39 (13.2)	2 (0.7)	3.25	0.7	สูง
20.ท่านรู้สึกว่าคุณเองเป็นผู้สูงอายุที่ มีความสุข	119 (40.3)	141 (47.8)	35 (11.9)	-	3.28	0.66	สูง
21.ท่านมีความภาคภูมิใจในตนเอง มาโดยตลอด	117 (39.7)	142 (48.1)	33 (11.2)	3 (1.0)	3.26	0.69	สูง
22.ท่านคาดหวังว่าสมาชิกในชมรม ผู้สูงอายุจะต้องนับถือท่าน	100 (33.9)	150 (50.8)	44 (14.9)	1 (0.3)	3.18	0.68	สูง
23.ท่านปฏิบัติงานโดยยึดหลัก ความถูกต้อง	119 (40.3)	149 (50.5)	27 (9.2)	-	3.31	0.63	สูง
24.การตัดสินใจของท่านมักยึดตาม หลักธรรมเสมอ	115 (39.0)	151 (51.2)	25 (8.5)	4 (1.4)	3.28	0.67	สูง
รวม					48.26	5.01	สูง
รวมทุกด้าน					76.45	6.54	สูง

หมายเหตุ: เครื่องหมาย * หมายถึงข้อคำถามเชิงลบ

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับอัตรโนทัศน์ด้านร่างกาย ด้านส่วนบุคคล ค่านิยม ความหวังของ
ผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงทุกข้อ (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 76.45) และเมื่อพิจารณารายด้าน ปรากฏว่า

อัตรโนทัศน์ของผู้สูงอายุด้านร่างกาย โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.19
เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อ 4. ท่านเชื่อว่าสุขภาพร่างกายจะดีขึ้นอยู่
กับการปฏิบัติตัวของตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 รองลงมาคือ ข้อ 3. ท่านใส่ใจเกี่ยวกับสุขภาพของ
ตนเองเป็นอย่างดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 และน้อยที่สุดคือ ข้อ 9. ท่านรู้สึกว่าคุณเองที่เสื่อมลงตามวัย
มีผลให้ทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06

อัตรานวัตกรรมของผู้สูงอายุด้านบุคคล ค่านิยม ความหวัง โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.26 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อ 23. ท่านปฏิบัติงานโดยยึดหลักความถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.31 รองลงมาคือ ข้อ 16. ท่านมีความมุ่งมั่นที่จะดูแลสุขภาพให้แข็งแรง อยู่เสมอมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 และน้อยที่สุดคือ ข้อ 11. ท่านคิดว่าความคิดของท่านมักจะถูกต้องและดีที่สุดเสมอมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.02

ตอนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนการสนับสนุนทางสังคม สถิติที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยมีรายละเอียดผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นแบบรายข้อ, รายด้านและโดยรวม ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการได้รับการสนับสนุนทางด้าน
อารมณ์รายข้อ

(n = 295)							
การสนับสนุนทางสังคม	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
ด้านอารมณ์							
1.เมื่อท่านมีความทุกข์ทางใจ ท่าน แน่ใจว่าจะได้รับความช่วยเหลือ จากบุคคลรอบข้าง	90 (30.5)	161 (54.6)	38 (12.9)	6 (2.0)	3.16	0.63	สูง
2.บุคคลรอบข้างทำให้ท่านรู้สึก อบอุ่นและปลอดภัย	96 (32.5)	164 (55.6)	33 (11.2)	2 (0.7)	3.15	0.60	สูง
*3.ท่านรู้สึกว่าคุณในครอบครัวไม่ ดูแล เอาใจใส่	-	37 (12.5)	165 (55.9)	93 (31.5)	3.17	0.67	สูง
4.เมื่อท่านได้พูดคุยกับเพื่อน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุแล้วทำให้ ท่านรู้สึกสบายใจ	91 (30.9)	167 (56.6)	36 (12.2)	1 (0.3)	3.20	0.66	สูง
*5.ท่านรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งและอยู่ อย่างโดดเดี่ยว	-	38 (12.9)	144 (48.8)	113 (38.3)	3.09	0.71	สูง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n = 295)							
การสนับสนุนทางสังคม	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
*6.มีคนที่ท่านรู้สึกว่าเขาไม่หวังดี และคอยกลั่นแกล้งท่าน	1 (0.3)	27 (9.2)	166 (56.3)	101 (34.2)	3.15	0.70	สูง
7.บุคคลรอบข้าง มักแสดงให้ท่าน รู้สึกว่่าพอใจที่ได้ใกล้ชิดกับท่าน	84 (28.5)	168 (56.9)	41 (13.9)	2 (0.7)	3.09	0.70	สูง
รวม					22.33	2.80	สูง
ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า							
8. ท่านได้รับการชื่นชมหรือให้ กำลังใจเมื่อกระทำในสิ่งที่ ถูกต้องเสมอ	82 (27.8)	175 (59.3)	37 (12.5)	1 (0.3)	3.15	0.63	สูง
9. สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุยกย่อง ท่านที่ร่วมทำกิจกรรมต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ	75 (25.4)	183 (62.0)	31 (10.5)	6 (2.0)	3.11	0.65	สูง
10. ท่านได้รับความไว้วางใจให้ดำรง ตำแหน่งที่สำคัญในชมรม ผู้สูงอายุ	85 (28.8)	166 (56.3)	36 (12.2)	8 (2.7)	3.11	0.71	สูง
11. ท่านมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนา ตนเองให้สมาชิกในชมรม ผู้สูงอายุยอมรับและเห็นคุณค่า	32.2 (95)	54.9 (162)	36 (12.2)	2 (0.7)	3.19	0.66	สูง
12. ท่านเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ	88 (29.8)	163 (55.3)	46 (13.9)	1.0 (3)	3.14	0.67	สูง
13. มีผู้บอกหรือแสดงให้ท่านรู้สึกว่า ตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น	30.5 (90)	58.3 (172)	41 (12.5)	3 (1.0)	3.18	0.64	สูง
14. ท่านได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ที่มี ความสามารถพิเศษหลายอย่าง เช่น เป็นผู้นำออกกำลังกาย	96 (32.5)	138 (46.8)	47 (15.9)	14 (4.7)	3.07	0.82	สูง
รวม					21.94	3.18	สูง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n = 295)						
การสนับสนุนทางสังคม	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{X}$	S.D ระดับ
ด้านการยอมรับในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม						
15.ท่านให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเพื่อสังคม	104 (35.3)	155 (52.5)	33 (11.2)	3 (1.0)	3.15	0.63 สูง
*16.ท่านรู้สึกว่าการทำกิจกรรมเพื่อสังคมเป็นเรื่องไม่จำเป็น	5 (1.7)	29 (9.8)	143 (45.4)	127 (43.1)	3.11	0.65 สูง
*17.ท่านรู้สึกว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่ไม่สามารถช่วยเหลือสังคมได้	2 (0.7)	33 (11.2)	134 (47.1)	113 (38.3)	3.11	0.71 สูง
18.ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างเป็นเหมือนคนในครอบครัวเดียวกัน	101 (34.2)	168 (56.9)	25 (8.5)	1 (0.3)	3.19	0.66 สูง
19.เมื่อมีกิจกรรมที่เหมาะสมตามวัย ท่านจะเข้าร่วมกิจกรรมนั้น	112 (38.0)	145 (49.2)	35 (11.9)	3 (1.0)	3.14	0.67 สูง
20.ท่านใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมทางสังคม	100 (33.9)	148 (50.2)	46 (15.6)	1 (0.3)	3.18	0.64 สูง
รวม					19.44	2.58 สูง
ด้านข้อมูลข่าวสาร						
21.มีผู้ชี้แจงเมื่อท่านต้องการคำอธิบาย เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ	91 (30.8)	157 (53.2)	45 (15.3)	2 (0.7)	3.14	0.68 สูง
22.ท่านมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้อื่นเสมอ	90 (30.5)	170 (57.6)	35 (11.9)	-	3.19	0.62 สูง
23.ท่านรู้สึกว่าได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยอยู่เสมอ	100 (33.9)	162 (54.9)	33 (11.2)	-	3.23	0.63 สูง
24.ท่านรู้สึกว่าข้อมูลข่าวสารที่ได้รับสามารถนำมาใช้ในวิถีประจำวันได้	108 (36.6)	165 (55.9)	21 (7.1)	1 (0.3)	3.29	0.6 สูง

ตารางที่ 3 (ต่อ)

(n = 295)							
การสนับสนุนทางสังคม	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
25.ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต	111 (37.6)	162 (55.3)	20 (6.8)	1 (0.3)	3.3	0.6	สูง
26.ท่านรู้สึกว่าการจะสื่อสารกับบุคคลรอบข้างให้ดีควรมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ	95 (32.2)	169 (57.3)	30 (10.2)	1 (0.3)	3.21	0.62	สูง
*27.ท่านรู้สึกว่าการสื่อสารทำให้ชีวิตท่านวุ่นวาย	2 (0.7)	28 (9.5)	152 (51.5)	113 (38.3)	3.27	0.65	สูง
รวม					22.63	2.60	สูง
ด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน							
28.ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านเงินทองจากครอบครัว	106 (35.9)	139 (47.1)	39 (13.2)	11 (3.7)	3.15	0.78	สูง
29.เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพจะมีผู้คอยช่วยเหลือท่าน	96 (32.5)	156 (52.9)	38 (12.9)	5 (1.7)	3.16	0.70	สูง
30.เมื่อท่านต้องการผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวัน เช่น ทำอาหาร จะมีผู้คอยช่วยเหลือท่าน	94 (31.9)	142 (48.1)	50 (16.9)	9 (3.1)	3.09	0.77	สูง
31.ท่านได้รับของขวัญหรือรางวัลจากชมรมผู้สูงอายุในโอกาสพิเศษ	81 (27.5)	151 (51.2)	56 (19.0)	7 (2.4)	3.04	0.74	สูง
32.มีบุคคลที่จะไปไหนกับท่าน เมื่อท่านต้องการ	80 (27.1)	165 (55.9)	48 (16.3)	2 (0.7)	3.09	0.67	สูง
33.บ่อยครั้งที่มิฉะนั้นนำสิ่งของที่ท่านต้องการมาให้เสมอ	86 (29.2)	151 (51.2)	55 (18.6)	3 (1.0)	3.08	0.71	สูง
34.ท่านได้รับของขวัญหรือรางวัลจากครอบครัวในโอกาสพิเศษ	96 (32.5)	161 (54.6)	36 (12.2)	2 (0.7)	3.19	0.66	สูง
รวม					21.81	3.17	สูง
รวมทุกด้าน					108.16	8.06	สูง

หมายเหตุ: เครื่องหมาย * หมายถึงข้อคำถามเชิงลบ

จากตารางที่ 3 พบว่าระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ทุกข้อ (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 108.16) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุด้านอารมณ์ โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.33 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อ 4. เมื่อท่านได้พูดคุยกับเพื่อน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุแล้วทำให้ท่านรู้สึกสบายใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 รองลงมาคือ ข้อ 3. ท่านรู้สึกว่าเป็นคนในครอบครัวไม่ดูแล เอาใจใส่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 และน้อยที่สุดคือ ข้อ 7. บุคคลรอบข้าง มักแสดงให้ท่านรู้สึกว่าพอใจที่ได้ใกล้ชิดท่าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.09

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.94 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อ 11. ท่านมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาตนเองให้สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุยอมรับและเห็นคุณค่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 รองลงมาคือ ข้อ 13. มีผู้บอกหรือแสดงให้ท่านรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.18 และน้อยที่สุดคือ ข้อ 14. ท่านได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถพิเศษหลายอย่าง เช่น เป็นผู้นำออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.07

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุด้านการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.44 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อ 18. ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างเป็นเหมือนคนในครอบครัวเดียวกันมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 รองลงมาคือ ข้อ 20. ท่านใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมทางสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.18 และน้อยที่สุดคือ ข้อ 16. และ 17 ท่านรู้สึกว่าการทำกิจกรรมเพื่อสังคมเป็นเรื่องไม่จำเป็น และท่านรู้สึกว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่ไม่สามารถช่วยเหลือสังคมได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุด้านข้อมูลข่าวสาร โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.63 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อ 25. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 รองลงมาคือ ข้อ 24. ท่านรู้สึกว่าข้อมูลข่าวสารที่ได้รับสามารถนำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 และน้อยที่สุดคือ ข้อ 21. มีผู้เชี่ยวชาญเมื่อท่านต้องการคำอธิบาย เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.14

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.81 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อ 34. ท่านได้รับของขวัญหรือรางวัลจากครอบครัวในโอกาสพิเศษ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 รองลงมาคือ ข้อ 29. เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพจะมีผู้คอยช่วยเหลือท่าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16 และน้อยที่สุดคือ ข้อ 31. ท่านได้รับของขวัญหรือรางวัลจากชมรมผู้สูงอายุในโอกาสพิเศษ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.04

ตอนที่ 4 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นรายข้อ, รายด้านและโดยรวม

(n = 295)

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	เป็นความ เป็นความ เป็นความ ไม่เป็น				$\bar{X}$	S.D	ระดับ
	จริงมากที่สุด	จริงเป็นส่วนมาก	จริงเล็กน้อย	จริงเลย			
*1.ท่านรู้สึกโกรธและหงุดหงิดตลอดเวลา	1 (0.3)	31 (10.5)	161 (54.6)	102 (34.6)	3.16	0.63	ดี
*2.ท่านรู้สึกเศร้า และ ไม่มีความสุขเป็นประจำ	2 (0.7)	34 (11.5)	161 (54.6)	98 (33.2)	3.15	0.60	ดี
*3.ท่านรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ต่อผู้อื่น	2 (0.7)	30 (10.2)	149 (50.5)	114 (38.6)	3.17	0.67	ดี
4.ท่านมักพูดคุยอย่างสนุกสนานกับบุตรหลาน	103 (34.9)	163 (55.3)	27 (9.2)	2 (0.7)	3.20	0.66	ดี
5.บุตรหลานให้ความเคารพในตัวท่านเหมือนเดิม	106 (35.9)	150 (50.8)	36 (12.2)	3 (1.0)	3.09	0.71	ดี
6.ท่านรู้สึกว่าสามารถเข้ากับบุคคลในครอบครัวได้ดี	107 (36.3)	145 (49.2)	43 (14.6)	-	3.15	0.70	ดี
7.ท่านได้รับความดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว	106 (35.9)	158 (53.6)	30 (10.2)	1 (0.3)	3.09	0.70	ดี
8.บุตรหลานขอคำแนะนำต่างๆจากท่านเสมอ	123 (41.7)	130 (44.1)	41 (13.9)	1 (0.3)	3.13	0.66	ดี

ตารางที่ 4 (ต่อ)

(n = 295)

คุณภาพจิตของผู้สูงอายุ	เป็นความ จริงมาก ที่สุด	เป็นความ จริงเป็น ส่วนมาก	เป็นความ จริง เล็กน้อย	ไม่เป็น จริงเลย	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
9.ท่านรู้สึกว่าคุณตรหฺลานหรือบุคคลอื่น ยอมรับในความสามารถของท่านเสมอ	117 (39.7)	145 (49.2)	33 (11.2)	-	3.06	0.70	ดี
10.มีผู้รับฟังความคิดเห็นและ ข้อเสนอแนะของท่านเสมอ	100 (33.9)	151 (51.2)	44 (14.9)	-	3.13	0.69	ดี
*11.ท่านรู้สึกหัวเหวและขาดเพื่อน	4 (1.4)	28 (9.5)	144 (48.8)	119 (40.3)	3.02	0.72	ดี
12.ท่านมีความสุขในการทำงาน ร่วมกับผู้อื่น	106 (35.9)	151 (51.2)	36 (12.2)	2 (0.7)	3.10	0.71	ดี
13.การพบปะกับผู้อื่นทำให้ท่านสบาย ขึ้น	113 (38.3)	146 (49.5)	34 (11.5)	2 (0.7)	3.15	0.68	ดี
14.ท่านสามารถแก้ปัญหาในการดำเนิน ชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองหรือมี ผู้อื่นช่วยบ้าง	124 (42.0)	143 (48.5)	27 (9.2)	1 (0.3)	3.17	0.65	ดี
15.ท่านรับฟังความคิดเห็น และ ข้อเสนอแนะของผู้อื่น	108 (36.6)	153 (51.9)	32 (10.8)	2 (0.7)	3.29	0.66	ดี
16.ท่านให้โอกาสผู้อื่นคิด และกระทำ ตามที่เขาต้องการ	121 (41.0)	153 (51.9)	21 (7.1)	-	3.30	0.61	ดี
17.ท่านยอมรับในข้อแตกต่างของ บุคคลและคิดว่ายุคสมัยทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงของสังคม	118 (40.0)	153 (51.9)	24 (8.1)	-	3.26	0.67	ดี
18.ท่านพยายามปรับปรุงตนเองอยู่เสมอ	118 (40.0)	150 (50.8)	24 (8.1)	3 (1.0)	3.27	0.65	ดี

ตารางที่ 4 (ต่อ)

(n = 295)

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	เป็นความ จริงมาก ที่สุด	เป็นความ จริงเป็น ส่วนมาก	เป็นความ จริง เล็กน้อย	ไม่เป็น จริงเลย	$\bar{X}$	S.D	ระดับ
19.ท่านได้เตรียมใจรับมือในการสูญเสีย คู่สมรส อำนาจหน้าที่ และการงาน เป็นอย่างดี	132 (44.7)	130 (44.1)	31 (10.5)	2 (0.7)	3.25	0.7	ดี
20.ท่านสามารถทำจิตใจให้สงบและ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจาก ตัวท่านได้	134 (45.4)	130 (44.1)	30 (10.2)	1 (0.3)	3.28	0.66	ดี
21.เมื่อท่านมีปัญหาท่านจะคิดและ แก้ไขปัญหาย่างมีเหตุผล	119 (40.3)	147 (49.8)	29 (9.8)	-	3.26	0.69	ดี
22.ท่านไปวัด/โบสถ์/ฟังธรรมอย่างน้อย เดือนละครั้ง	131 (44.4)	141 (47.8)	20 (6.8)	3 (1.0)	3.36	0.65	ดี
23.ท่านเล่นกีฬาหรือเดินเล่นเป็นประจำ	138 (46.8)	138 (46.8)	19 (6.4)	-	3.18	0.68	ดี
รวม					75.40	5.77	ดี

หมายเหตุ: เครื่องหมาย * หมายถึงข้อคำถามเชิงลบ

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงทุกข้อ (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 75.40) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อ 16. ท่านให้อีกาสผู้อื่นคิด และกระทำตามที่เขาต้องการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 รองลงมาคือ ข้อ 15. ท่านรับฟังความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 และน้อยที่สุดคือ ข้อ 11. ท่านรู้สึกหัวหัวเหวและขาดเพื่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.02

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 1 คือ การวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน โดยแยกเป็นสมมติฐานย่อยดังนี้

สมมติฐานที่ 1.1 ผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ที่มีเพศแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำแนกตามเพศ

(n = 295)

เพศ	n	$\bar{X}$	S.D	t	p
ชาย	47	75.91	4.87	.662	.50
หญิง	248	75.30	5.93		

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1.2 ผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามอายุ

(n = 295)

อายุ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.
60-69 ปี	161	75.33	6.17
70-79 ปี	102	74.98	5.34
มากกว่า 80 ปี	32	77.09	4.82
รวม	295	75.40	5.77

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตจำแนกตามอายุ

(n = 295)

แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	110.42	55.21	1.663	.191
ภายในกลุ่ม	292	9696.56	33.20		
รวมทั้งหมด	294	9806.99			

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1.3 ผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน จะมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามสถานภาพสมรส

(n = 295)

สถานภาพสมรส	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.
โสด	34	75.55	6.03
สมรส	99	76.37	6.12
หย่าร้าง,หม้าย	162	74.77	5.44
รวม	295	75.40	5.77

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจำแนกตามสถานภาพสมรส

(n=295)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	157.44	78.72	2.382	.094
ภายในกลุ่ม	292	9649.58	33.04		
รวมทั้งหมด	294	9806.99			

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1.4 ผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 295)

ระดับการศึกษา	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.
- ไม่ได้รับการศึกษา และ ประถมศึกษา	133	75.42	5.28
- มัธยมศึกษาตอนต้น และ มัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช	94	75.01	6.44
- อนุปริญญาหรือ ปวส. และ ปริญญาตรีขึ้นไป	68	75.91	5.76
รวม	295	75.40	5.77

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ความแปรปรวนสุขภาพจิตจำแนกตามระดับการศึกษา

(n = 295)

แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	32.11	16.05	.48	.61
ภายในกลุ่ม	292	9774.88	33.47		
รวมทั้งหมด	294	9806.99			

จากตารางที่ 11 พบว่าผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1.5 ผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้แตกต่างกัน จะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตาม รายได้

(n = 295)

รายได้	n	$\bar{X}$	S.D	t	P
ไม่มีรายได้	162	75.17	5.47	-.73	.46
มีรายได้	133	75.67	5.13		

จากตารางที่ 12 พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1.6 ผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานครที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกัน จะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ผลการวิเคราะห์ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามโรคประจำตัว

(n = 295)					
โรคประจำตัว	n	$\bar{X}$	S.D	t	P
ไม่มีโรคประจำตัว	85	75.02	6.67	1.072	.02
มีโรคประจำตัว	210	75.15	5.37		

จากตารางที่ 13 พบว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 2 อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ คือ การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ผลการวิเคราะห์ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ตารางหาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

อัตมโนทัศน์	(n=295)	
	สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	
	r	p
ด้านร่างกาย	.14	.01
ด้านส่วนบุคคล ค่านิยม ความหวัง	.24	.00
รวม	.27	.00

จากตารางที่ 14 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างอัตมโนทัศน์กับ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า มีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ อัตมโนทัศน์ ด้านร่างกาย อัตมโนทัศน์ด้านบุคคล ค่านิยม ความหวัง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ ส่วนผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ ระหว่างอัตมโนทัศน์รวมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังแสดงรายละเอียดดังกล่าวข้างต้นทำให้กล่าวได้ว่ายอมรับสมมติฐานที่ 2

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ คือ การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ผลการวิเคราะห์ดังแสดงไว้ในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ตารางหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

(n = 295)

การสนับสนุนทางสังคม	สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ	
	r	p
การสนับสนุนด้านอารมณ์	.15	.00
การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า	.05	.35
การสนับสนุนด้านการยอมรับในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม	.08	.13
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	.08	.17
การสนับสนุนด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน	.14	.01
รวม	.18	.00

จากตารางที่ 15 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างการสนับสนุนทาง สังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า มีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และ ด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ ส่วนผลการวิเคราะห์

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านอื่นๆ ไม่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังแสดงรายละเอียดดังกล่าวข้างต้นทำให้กล่าวได้ว่ายอมรับสมมติฐานที่ 3

ข้อวิจารณ์

การศึกษาวิจัย เรื่อง อ้อมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของ ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร สามารถนำผลมา ศึกษาวิเคราะห์ วิเคราะห์ประเด็นสำคัญได้ดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน จะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.1 ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุแต่ละคนอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ คล้ายคลึงกัน มีปัจจัยทางสังคมที่ไม่แตกต่างกันมาก อีกทั้งยังได้รับการดูแลจากคนในครอบครัว อย่างเท่าเทียมกันทั้งเพศหญิงและเพศชาย ดังนั้น จึงทำให้ ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันทา คุ่มเพชร (2545: 96-98) ที่พบว่าเพศไม่มีผล ต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และไมตรี ดิษฐ์รัตนกุล (2536: 99-101) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าเพศไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประหยัด เชื้อเอี่ยมพัฒน์ และศุภพร มากมี (2538: 18-20) ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่า ผู้สูงอายุเพศ ชายมีสุขภาพจิตดีกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษา ของ จิตรกัญญาณ์ บุญญา (2539) ได้ศึกษาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัดพิจิตร : ศึกษาเฉพาะกรณี ชุมชนผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองตะพานหิน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุชุมชนผู้สูงอายุในเขตเทศบาล เมืองตะพานหิน จังหวัดพิจิตร พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกัน มีสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมมติฐานที่ 1.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลจากการศึกษาพบว่า ความจำจากประสาทสัมผัส เช่น การรับรู้ กลิ่น รส สัมผัส และความจำจากหน่วยความจำระยะสั้นและระยะยาวไม่พบว่ามีผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในวัยผู้ใหญ่ก่อนและหลังวัย 60 ปี ซึ่งทำให้ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีระดับความจำและการรับรู้ที่ไม่แตกต่างกันแม้มีช่วงอายุที่ต่างกันซึ่งระดับการรับรู้จะเชื่อมโยงถึงภาวะการแก้ไขปัญหาและกลไกการปรับตัวในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ โดยจะส่งผลกระทบต่อสภาพทางจิตใจของผู้สูงอายุด้วยกัน (Lefrancois, 1993: 602-603 อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) ดังนั้นการรับรู้ การปรับตัว การเผชิญปัญหาจึงไม่แตกต่างกัน เพราะเหตุนี้จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันทา คุ่มเพชร (2545: 96-98) ที่พบว่าอายุไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุและ ไมตรี ดิษะรัตนกุล (2536: 99-101) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าอายุไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 1.3 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุแต่ละคนนั้นต่างตระหนักในสถานภาพของตนมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการดูแลช่วยเหลือตนเองได้ไม่ว่าจะอยู่ในสถานภาพใด ในลักษณะสังคมไทยซึ่งเป็นครอบครัวเดี่ยวการใช้ชีวิตไม่ว่าสถานภาพโสดหรือแต่งงานแล้วรวมไปถึงขั้นมีการหย่าร้าง จะยังคงสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ มีการปรับตัวในการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง วรณี จันทร์สว่าง (2533) จึงทำให้สถานภาพไม่มีผลกับสุขภาพจิต เพราะเหตุนี้จึงทำให้ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.4 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2537 (บรรลุ ศรีพานิช, 2542: 94) รายงานว่าผู้สูงอายุร้อยละ 92.5 มีการศึกษาไม่เกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เนื่องจากช่วงวัยต้นของชีวิตอยู่ในระยะที่ประเทศยังมีการพัฒนาด้านเศรษฐกิจสังคมไม่คึกคัก และปฏิกิริยาผู้สูงอายุไทยปี 2542 กล่าวว่า ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสในการศึกษาเรียนรู้และ

พัฒนาศักยภาพของตนอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคมอันเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต เข้าใจถึงความเปลี่ยนแปลงของสังคมรอบด้าน เพื่อสามารถปรับบทบาทของตนให้สมวัย (กรมประชา สงเคราะห์, 2542: 1-4) ดังนั้นจึงเป็นผลทำให้ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีสุขภาพจิตที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับประหยัด เชื้อเอี่ยมพัฒน์ และศุภพร มากมี (2538: 18-20) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีสุขภาพจิตที่ไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.5 ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยร่วมกับบุตรหลานจึงทำให้ไม่มีรายจ่ายหรือความจำเป็นในการใช้จ่าย ร่วมกับการได้รับการเกื้อหนุนด้านสิ่งของจากบุตรหลาน ทำให้ไม่มีความจำเป็นต้องใช้จ่ายเงินด้วยตนเองมากนัก และไม่มีภาระหน้าที่ ความรับผิดชอบที่ต้องเป็นห่วง โดยรายได้ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุนั้นได้จากการสนับสนุนของครอบครัว ดังนั้นจึงเป็นผลทำให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้ที่แตกต่างกันมีสุขภาพจิตที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับประหยัด เชื้อเอี่ยมพัฒน์, ศุภพร มากมี (2538: 18-20) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันมีสุขภาพจิตที่ไม่แตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1.6 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน

จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกันมีภาวะสุขภาพจิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมโทรมตามธรรมชาติ และร่างกายจะปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้น้อยลงเป็นผลให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ลดลงไปด้วยประกอบกับการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม การปฏิบัติดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องตั้งแต่ช่วงต้นของชีวิต รวมทั้งอาจเป็นผลมาจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรม สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะมีผลทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงการทำงานของอวัยวะต่างๆ ที่ละน้อยจนปรากฏเป็นโรคเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนมากมีโรคประจำตัวและเป็นโรคเรื้อรัง (Matteson, Mc Connell and Linton 1997: 10 อ้างใน จันทนา รัตนวิชัย, 2545: 117) ภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยลงจากการมีโรคประจำตัวหรือความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ศักยภาพและความสามารถของร่างกายในการทำหน้าที่ต่างๆ เสื่อมถอยลงและยังส่งผลทำให้การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุลดลง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกด้อยคุณค่าเกิดปัญหาด้านอารมณ์ สังคม และจิตใจ ทำ

ให้ผู้สูงอายุเกิดความกังวล ไม่พอใจ รู้สึกเป็นภาระของบุตรหลาน สาเหตุเหล่านี้จึงก่อให้เกิดปัญหา ด้านสุขภาพจิตตามมา (อภิญญา โสมสิน และคณะ, 2532: 32)

สมมติฐานที่ 2 อ้อมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

จากผลการวิจัย พบว่า อ้อมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีอ้อมโนทัศน์ทั้งในด้านร่างกายและด้านส่วนบุคคล ค่านิยม ความหวังสูง จะมีสุขภาพจิตที่สูง ทั้งนี้เนื่องมาจากอ้อมโนทัศน์เป็นส่วนที่บ่งบอกถึง ความเป็นตัวตนที่มีสัมพันธ์กับการพัฒนาสุขภาพจิต การรับรู้ตนเองหรืออ้อมโนทัศน์ถ้าเป็น ในทางบวกจะช่วยผู้สูงอายุให้สามารถปรับตัวและแก้ปัญหาได้ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีผล มาจากกระบวนการความคิด อารมณ์ ความปรารถนา คุณค่า และพฤติกรรม อ้อมโนทัศน์แห่งตนทำให้ การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง ภาพลักษณ์ ความรู้สึกภาคภูมิใจ การยอมรับตนเองและความสำเร็จเปลี่ยนไป นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับงานและสังคมของผู้สูงอายุด้วย (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2545:73) ทฤษฎี กิจกรรมของ Harvighust (1963) กล่าวว่า อ้อมโนทัศน์มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปตาม การเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย ความสามารถ ประสบการณ์และปัจจัยต่างๆ เช่น บทบาททางสังคม การเกษียณอายุ ทำให้กิจกรรมที่เคยทำอยู่ลดลงเกิดการสูญเสียบทบาทเดิม สิ่งเหล่านี้มีผลให้ อ้อมโนทัศน์ถูกรบกวน ผู้สูงอายุจะเกิดความคับข้องใจ ไม่พึงพอใจในตนเองและมีผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิต (จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พชร ดันศิริ, 2533) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒนกุล (2534) ที่ศึกษาอ้อมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดหนองคาย พบว่าอ้อมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับ มาลี เลิศมาลีวงศ์ และคณะ (2535: 153-158) พบว่า อ้อมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต และอ้อมโนทัศน์สามารถทำนายความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุจะส่งผลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไปในทิศทาง ที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

สมมติฐานที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

จากผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ หมายความว่า การสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นสิ่งที่แสดง ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน ได้รับการยอมรับ ทำให้เกิดความสัมพันธ์ กับสุขภาพจิต การขาดความสามารถทางด้านสังคม (Social incompetence) เป็นผลจากปัญหาทั้งทาง

ด้านร่างกายและจิตใจ บางรายอาจขาดความสามารถในการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นผลมาจากการเลี้ยงดูตั้งแต่เด็ก มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด และช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ ทำให้ขาดความสามารถในการเรียนรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของยูวดี กฤษวัฒนาภรณ์ (2537: 86) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในเคหะชุมชนทุ่งสองห้อง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ แสงวัชร (2537: 75) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลเลิศจิน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของฉวีวรรณ แก้วพรหม (2530) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประพิมพ์ดาว สุคนธ์ (2526: 66)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง อัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาอัตมโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ 2) ศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตของผู้สูงอายุตามปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และ 4) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 295 คน ที่เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยได้รับการแก้ไข แนะนำ และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากคณะกรรมการที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศูนย์สาธิตสุขชุมชน 24 จำนวน 30 คน ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbrach'alpha Coefficient ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ตอน

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และโรคประจำตัว โดยจะเป็นแบบสอบถามที่ให้เลือกตอบ จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ ลักษณะของแบบสอบถามมีลักษณะมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 24 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน ดังนี้ ด้านร่างกายและด้านส่วนบุคคล ค่านิยม ความหวัง

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะของแบบสอบถาม มีลักษณะมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 34 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า การยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูล ข่าวสารและด้านเงินทองสิ่งของแรงงาน

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ลักษณะของแบบสอบถาม มีลักษณะมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 23 ข้อ

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 1-29 กุมภาพันธ์ 2550 แล้วนำมา วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยสถิติพรรณนา โดยค่าร้อยละใช้แสดงข้อมูลทั่วไป ค่าคะแนนเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อแสดงการกระจายข้อมูล สถิติอนุมานทดสอบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม (t-test) ค่าเฉลี่ยที่มากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป (F-test) และทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยเป็น รายคู่ด้วยวิธี Least Significant Difference (LSD) และอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและ ตัวแปรตามด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปข้อมูลส่วนบุคคล

จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า ลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนา ชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร จำนวน 295 คน จำแนกได้ดังนี้

เพศ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 84.10 เป็นเพศหญิงและร้อยละ 15.90 เป็นเพศชาย

อายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 57.30 มีอายุน้อยกว่า 70 ปี รองลงมาร้อยละ 35.30 มีอายุระหว่าง 70 – 80 ปี ร้อยละ 7.50 มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป

สถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 54.90 มีสถานภาพหย่าร้าง หม้ายหรือ แยกกันอยู่ รองลงมาร้อยละ 33.60 มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 11.50 มีสถานภาพโสด

ระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 45.10 มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา และไม่ได้รับการศึกษา รองลงมาร้อยละ 31.90 มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและ

ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช. ร้อยละ 23.10 มีระดับการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือปวส. และระดับปริญญาตรีขึ้นไป

รายได้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 54.90 ไม่มีรายได้และร้อยละ 45.10 มีรายได้

โรคประจำตัว พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 71.20 มีโรคประจำตัวและร้อยละ 28.80 ไม่มีโรคประจำตัว

สรุปข้อมูลเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์

ความคิดเห็นต่ออัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับสูงโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 76.45 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

อัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุด้านร่างกาย โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.19 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อ 4. ท่านเชื่อว่าสุขภาพร่างกายจะดีต้องขึ้นอยู่กับ การปฏิบัติตัวของตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 รองลงมาคือ ข้อ 3. ท่านใส่ใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 และน้อยที่สุดคือ ข้อ 9. ท่านรู้สึกว่าร่างกายที่เสื่อมลงตามวัยมีผลให้ทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.06

อัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุด้านบุคคล ค่านิยม ความหวัง โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.26 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อ 23.ท่านปฏิบัติงานโดยยึดหลักความถูกต้อง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.31 รองลงมาคือ ข้อ 16. ท่านมีความมุ่งมั่นที่จะดูแลสุขภาพให้แข็งแรง อยู่เสมอมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 และน้อยที่สุดคือ ข้อ 11.ท่านคิดว่าความคิดของท่านมักจะถูกต้องและดีที่สุดเสมอมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.02

สรุปข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

ความคิดเห็นต่อการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีความเฉลี่ยเท่ากับ 108.16 และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุด้านอารมณ์ โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.33 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อ 4. เมื่อท่านได้พูดคุยกับเพื่อนสมาชิก ชมรมผู้สูงอายุแล้วทำให้ท่านรู้สึกสบายใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.20 รองลงมาคือ ข้อ 3. ท่านรู้สึกว่าการคบหาในครอบครัวไม่ดูแล เอาใจใส่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 และน้อยที่สุดคือ ข้อ 7. บุคคลรอบข้าง มักแสดงให้เห็นว่าพอใจที่ได้ใกล้ชิดท่าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.09

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.94 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อ 11. ท่านมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาตนเองให้สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุยอมรับและเห็นคุณค่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 รองลงมาคือ ข้อ 13. มีผู้บอกหรือแสดงให้ท่านรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.18 และน้อยที่สุดคือ ข้อ 14. ท่านได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถพิเศษหลายอย่าง เช่น เป็นผู้นำออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.07

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุด้านการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.44 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อ 18. ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างเป็นเหมือนคนในครอบครัวเดียวกันมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 รองลงมาคือ ข้อ 20. ท่านใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมทางสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.18 และน้อยที่สุดคือ ข้อ 16. และ 17 ท่านรู้สึกว่าการทำงานเพื่อสังคมเป็นเรื่องไม่จำเป็น และท่านรู้สึกว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่ไม่สามารถช่วยเหลือสังคมได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.11

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุด้านข้อมูลข่าวสาร โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.63 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อ 25. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 รองลงมาคือ ข้อ 24. ท่านรู้สึกว่าข้อมูลข่าวสารที่ได้รับสามารถนำมาใช้ในชีวิตประจำวันได้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 และน้อยที่สุดคือ ข้อ 21. มีผู้เชี่ยวชาญเมื่อท่านต้องการคำอธิบาย เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.14

การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 21.81 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อ 34. ท่านได้รับของขวัญหรือรางวัลจากครอบครัวในโอกาสพิเศษ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 รองลงมาคือ ข้อ 29.

เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพจะมีผู้คอยช่วยเหลือท่าน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.16 และน้อยที่สุดคือข้อ 31. ท่านได้รับของขวัญหรือรางวัลจากชมรมผู้สูงอายุในโอกาสพิเศษ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.04

สรุปข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 75.40 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.77

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในรายข้ออยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.98 เมื่อพิจารณา รายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ข้อ 16. ท่านให้ออกาสผู้อื่นคิด และกระทำตามที่เขาต้องการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.30 รองลงมาคือ ข้อ 15. ท่านรับฟังความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 และน้อยที่สุดคือ ข้อ 11. ท่านรู้สึกหัวหัวและขาดเพื่อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.02

ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน
ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า

สมมติฐานที่ 1.1 ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีเพศแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1.2 ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1.3 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1.4 ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1.5 ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 1.6 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 2 อ้อมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า อ้อมโนทัศน์โดยรวมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนรายด้านพบว่า อ้อมโนทัศน์ด้านร่างกาย มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อ้อมโนทัศน์ด้านส่วนบุคคล ค่านิยม ความหวัง มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สมมติฐานที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนรายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่าไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

สรุปผลการทดสอบสมมติฐาน ปรัชญาดังนี้

ตารางที่ 18 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานด้านปัจจัยส่วนบุคคล

ข้อที่	สมมติฐาน	เป็นไปตาม ไม่เป็นไปตาม	
		สมมติฐาน ที่ตั้งไว้	สมมติฐาน ที่ตั้งไว้
1.	ผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงาน เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ที่มีปัจจัยส่วนบุคคลแตกต่างกัน จะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน		
1.1	ผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ที่มีเพศแตกต่าง กันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน		✓
1.2	ผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุแตกต่าง กันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน		✓
1.3	ผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ที่มีสถานภาพ สมรสแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน		✓
1.4	ผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับ การศึกษาแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน		✓
1.5	ผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ต่อ เดือนแตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน		✓
1.6	ผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ที่มีโรคประจำตัว แตกต่างกันจะมีสุขภาพจิตแตกต่างกัน	✓	

ตารางที่ 19 สรุปผลการทดสอบสมมติฐานด้านอัตมโนทัศน์

ข้อที่	สมมติฐาน	เป็นไปตาม	ไม่เป็นไปตาม
		สมมติฐาน ที่ตั้งไว้	สมมติฐาน ที่ตั้งไว้
2.	อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของ ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร	✓	
	ด้านร่างกาย	✓	
	ด้านส่วนบุคคล ค่านิยม ความหวัง	✓	
3.	การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของ ผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงาน เขตบางเขน กรุงเทพมหานคร	✓	
	ด้านอารมณ์	✓	
	ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า		✓
	ด้านการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม		✓
	ด้านข้อมูลข่าวสาร		✓
	ด้านเงินทองสิ่งของ แรงงาน	✓	

ข้อเสนอแนะ

ในการวิจัยในครั้งนี้ทำให้ผู้วิจัยสามารถเสนอข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะบางประการ ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์ในประเด็น ดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า อึดมโนทัศน์โดยรวมและรายด้าน ทั้งด้านร่างกายและด้านส่วนบุคคล ค่านิยม ความหวัง อยู่ในระดับสูง และจากการทดสอบสมมติฐานที่พบว่า อึดมโนทัศน์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรมีการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่สำคัญและส่งผลให้สุขภาพกายและจิตดี การที่ผู้สูงอายุยังคงมีกิจกรรมจะช่วยให้คงไว้ซึ่งบทบาทและสถานภาพทางสังคมทำให้มีการรับรู้ว่าคุณค่าเป็นที่ยอมรับของสังคม ซึ่งเชื่อมโยงไปถึงการส่งเสริมให้สุขภาพจิตดี

2. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนในรายด้าน มีด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า ด้านการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสารและด้านเงินทองสิ่งของแรงงาน อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรมีการให้ความสำคัญกับการสนับสนุนทางสังคม ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน ตามความถนัดและความสามารถของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะในบทบาทที่ปรึกษาซึ่งจะถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ให้ผู้อื่น บทบาทเช่นนี้ย่อมเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีความภูมิใจในตนเองและเห็นคุณค่าในการที่จะดำรงชีวิตอยู่ต่อไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อการพัฒนาของสุขภาพจิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพื่อจะได้นำผลการวิจัยมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2. ควรมีการนำปัจจัยด้านอื่นๆ มาศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น ลักษณะของครอบครัว ภูมิสำเนา และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ
3. ให้การศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตลอดจนครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพจิตที่ดี

เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์. 2529. คู่มือสุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ศาสนา.

กองวางแผนประชากรและกำลังคน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2528. รายงานการสัมมนาผู้สูงอายุในประเทศไทย. ม.ป.ท.

กอบกุล พันธุ์เจริญกุล. 2531. รายงานการประชุมวิชาการคณะพยาบาลศาสตร์เรื่อง มโนคติในการพยาบาลแบบองค์รวม. ม.ป.ท.

กุดยา ดันติผลาชีวะ. 2513. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ.

_____. 2528. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.

กันยา สุวรรณแสง. 2532. “สุขภาพจิต”. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บำรุงสาส์น.

คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2529. รายงานประกอบการประชุมสาธารณสุขอำเภอทั่วประเทศ. ม.ป.ท.

คณะทำงานประมาณประชากร ในคณะกรรมการนโยบายและแผนประชากร. 2529.

จรงค์ สุทธิเจริญ. 2527. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวและพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยสูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จารุวรรณ เหมะธร, สมใจ ทุนกุล และ จรรยา เสี่ยงเสนาะ. 2534. “การศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุและค้นหาผู้นำในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดนนทบุรี”. วารสารสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนา 4 (1): 84-87.

จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พชรี ตันศิริ. 2533. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.

จิตรกัญญาณ์ บุญญา. 2539. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัดพิจิตร: ศึกษาเฉพาะกรณี ชมรมผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองตะพานหิน. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการแนะแนว, มหาวิทยาลัยนเรศวร.

จินตนา ยูนิพันธ์. 2529. ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา วาฤทธิ์ และ คณะ. 2533. “ภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่”. สถาบันชีววิทยา มหาวิทยาลัยพายัพ.

จันทนา รณฤทธิวิชัย และ วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2545. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.

ฉวีวรรณ แก้วพรหม. 2530. ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฉันทนา กาญจนพจน์. 2530. ความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชอลดา พันธุเสนา. 2536. “การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่มีปัญหาทางด้านอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์”. การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤต ตามแบบแผนสุขภาพ. จำนวน 2,000 เล่ม. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินต์ติ้งกรุ๊ป.

ดวงฤดี ลาคุพะ. 2528. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบคัดสรรกับการปรับตัวของ
ผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์,
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาพร ชโยวรรณ, มალიณี วงษ์สิทธิ์, และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. 2532. “สรุปผล
การวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรสูงอายุในประเทศไทย”.
สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิตา ชูโต. 2525. คนชราไทย. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิมนวล ศรีจาด. 2533. “ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีอายุยืนในชุมชนเขตอำเภอสันป่าตอง
จังหวัดเชียงใหม่”. สถาบันชีวิตวิทยา มหาวิทยาลัยพายัพ.

บรรลุ ศิริพานิช. 2526. รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิตเรื่อง บริการสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.
ม.ป.ท.

_____. 2528. เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เกษมสุวรรณ.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2531. ระเบียบการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. ม.ป.ท.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2528. “จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข”. เอกสารการสอนชุด
วิชาสังคมวิทยาการแพทย์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
ชวนพิมพ์.

ประพิมพ์ดาว สุคนธ์. 2526. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ ศึกษาเฉพาะกรณี : ชุมชนเชื้อเพลิงพัฒนา เขต
ยานนาวา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคม
สงเคราะห์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ประหยัด เชื้อเยี่ยมพัฒน์ และสุลัพร มากมี. 2538. “ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุในคลินิก
ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์.” วารสารโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ 10 (1): 18-20.

ประสพ รัตนกร. 2525. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ. *คู่มือปริทรรศน์ (ฉบับพิเศษ)* 36.

พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, สินี กมลนาวิน, และประเสริฐ รักไทยดี. 2523. “ความทันสมัย และภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของคนชรา”. *สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์*. ม.ป.ท.

พรพจน์ กิ่งแก้ว. 2538. องค์ประกอบทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.

เพชร อินทรพาณิชย์. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนแออัด เขตเทศบาลเมืองอุดรธานี. *วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว, มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.

มาลี เลิศมาลีวงศ์, อรสา พันธุ์ภักดี และสุวิมล พนาวัฒน์กุล. 2535. “ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.” *รามารับดี เวชสาร* 15 (2): 153-158.

ไมตรี ดิยะรัตนกุล. 2536. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. *วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล*.

ยุวดี ฤกษ์วัฒนากรณ์. 2537. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่มีต่อผู้สูงอายุในเคหะชุมชนทุ่งสองห้อง. *วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*.

รัชนิ เต็มอุดม. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของข้าราชการบำนาญในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. *วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา, มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.

วรรณิ์ จันทร์สว่าง. 2533. “แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตกิ่งอำเภอนางหม่อม จังหวัดสงขลา”. สถาบันชีวิตวิทยา มหาวิทยาลัยพายัพ.

วราภรณ์ แสงวัชร. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะโรงพยาบาลเลิศจิน. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

วีระ ไชยศรีสุข. 2533. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัทต้นอ้อจำกัด.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. 2530. “ตัวแปรทางสังคม จิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย”. สภาวิจัยแห่งชาติ. ม.ป.ท.

สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์, วรรณิ์ สัตยวิวัฒน์, วิไลวรรณ ทองเจริญ. 2538. “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการการสนับสนุนทางสังคมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.” วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล 2538 (1): 88-89.

สมบุญ สาลชีวัน. 2526. จิตวิทยาวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พิมพ์เนศ.

สมศรี สุกุมลนันทน์. 2525. “เตรียมแก่”. ไกล่หมอ. 6:34.

สุนันทา คุ่มเพชร. 2545. อิทธิพลของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชนและความต้องการบริการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

สุชา จันทร์เอม. 2531. “สุขภาพจิต”. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.

- สุดาจันทร์ วัชรกิตติ. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายสังคม การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุธีรัตน์ แก้วประโลม. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางด้านสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาพรรณ โคตรจรัส. 2525. “สุขภาพจิต”. จิตวิทยาในการดำรงชีวิต เล่ม 1. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. 2527. “การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมในผู้สูงอายุ”. พยาบาลสาร 11 (2): 45.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, อุบล นิวัติชัย, สมบัติ ตาปัญญา และคาราวรรณ ต๊ะปันตา. 2530. “เครื่องชี้วัดสุขภาพจิตของคนไทย”. มุลนิธิจิตเวชศาสตร์สงเคราะห์.
- สุวิมล พนาวัฒน์กุล. 2534. อัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดหนองคาย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์ และคณะ. 2520. สุขภาพจิตเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 3. พิษณุโลก: แผนกเอกสารและการพิมพ์ ฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 3.
- คำดี สารีกุล. 2534. ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ เจตคติต่อวิชาชีพพยาบาล และความถนัดทางการเรียนกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักศึกษาพยาบาลระดับต้น ในสถาบันการศึกษาพยาบาล สังกัดกรมแพทยทหารเรือ กองทัพเรือ กระทรวงกลาโหม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรพรรณ ลีอนุวัชชัย. 2545. “ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในผู้สูงอายุและการดูแลช่วยเหลือ”
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. (1,000). (1): 235-236.

อภิญญา โสมสิน. 2532. “นักสังคมสงเคราะห์กับการมีส่วนร่วมแก้ปัญหาผู้ปวยสูงอายุ”
การประชาสงเคราะห์. 32 (2): 32.

อุษาพร ขวลิตนิธิกุล. 2533. “การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน”. ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส
 และพัชรี ตันศิริ. (บรรณาธิการ). **การพยาบาลผู้สูงอายุ.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์รุ่งเรือง
 ธรรม.

อำไพ ศิริพัฒน์. 2515. “ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง”. **วารสารครุศาสตร์.** 2: 91-101.

Barrera, M. 1981. “Social support in the adjustment of pregnant adolescents : assessment
 issues.’ In G.H.Gottlieb. (ed.). **In Social Network and Social Support.** London:
 SAGE Publication,70

Cobb, S. and House. 1976. “Social support as a moderator of life stress.” **Psychosomatic
 Medicine.** 38: 300-301.

Cohen, S., and T.A. Wills. 1985. “Stress, social support, and the Buffering hypothesis.”
Psychological Bulletin. 98: 310-357.

Cook, G.I. 1975. “Self concept of the myocardial infarction patient.” **Canadian Nurse.**
 72: 35-37.

Cronenwett, L.R. 1984. **Relationship among Social Network Structure Perceived Social
 Support and Psychological Outcomes of Pregnancy.** Ph.D. Dissertation, the
 University of Michigan.

- Drier, M.J. 1979. "Theory of self- concept." In S.Roy. (ed.). **In Introduction to Nursing : An Adaptation Model**. New Jersey: Prentice-Hall,173-178.
- Eyde , D.R. and J.A. Rich. 1983. **Psychological Distress in Aging : A Family Management Model**. London: An Aspen Publication.
- Gale, R.F. 1975. **Developmental behavior**. London: Macmill Company.
- Kahn, R.L. 1979. "Aging and social support." In M.w. Riley. (ed.). **In aging from birth to death : Interdisciplinary perspectives**. Colorado: Westview press, 85.
- Kaplan , H.I., A.M. Freedman and B.J. Sadock. 1980. **Comprehensive Text Book of Psychiatric**. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kaplan, B.H., J.C. Cassel, and S. Gore. 1977. "Social support and health." **Medical Care** 15: 50-51.
- Linn, M.W., K.J. Hunter, and P.R. Perry. 1979. "Social support, stressful, life event and illness: A model and empirical test." **Journal of Health and Social Behavior** 20: 109.
- Mcfarland, G.K. and J. McCann. 1989. **Self Perception-Self Concept**. n.p.
- Mattheis, R.F. 1982. "Holistic health concept." In J. Haber. (ed). **Comprehensive Psychiatric nursing**. (2nd ed). New York: Mc Graw-hill , Inc., 80.
- Matteson, M.A., E.S. McConnel, and A.D. Lintons. 1997. **Gerontological Nursing Concepts and Practice**. (2nd ed). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Mcnett, S.C. 1987. "Social support, threat, coping response and effectiveness in the functionally disable." **Nursing Research** 36: 98-102.

Norbeck, J., A.M. Lindsey, and R. Carrieri. 1981. "The development of an instrument to measure social support." **Nursing Research** 30: 264-269.

Pender, N.J. 1987. **Health Promotion in Nursing Practice**. (2nd ed). New York: Appleton Century Crofts.

Robb, S.S. 1984. "Theory in aging and theory related issues." In A.G. Yurick, S.S. Robb, B.E. Spier, and N.J.Ebert. (Ed.). **The Aged person and the Nursing Process**. New York: Appleton Century Crofts, 78.

Roger, C.R. 1955. **Client- Centered Therapy**. New York: Houghton Mifflin.

Stuart, G.W. and S.J. Sundeen. 1983. **Nursing- Client Interaction** 3rd ed. St. Louis: The C.V. Mosby Company.

Thoits, P.A. 1982. "Conceptual methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress". **Journal of Health and Social Behavior** 23: 145-159.

Wallace, J.R., L.F.Cunningham, and V. Monte. 1984. "Change in the relationship between self esteem and locus of control". **Journal of Social Psychology**. 12: 262.

Weiss, R. 1974. "The provision of social relationships." In Z.Rubin & E.Cliffs. (eds.). **In Doing into Others**. New Jersey: Prentice – Hall, 13.

Yurick, A.G., Robb, Spier, Ebert and N.J. 1980. **The Aged Person and the Nursing Process**. New York: Appleton Century Crofts.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูล



ที่ ศธ 0513.11202/

ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
50 ถนนพหลโยธิน จตุจักร
กรุงเทพ 10900

พฤษภาคม 2550

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย น.ส.อุษา วงษ์อนันต์ นิสิตปริญญาโท สาขาจิตวิทยาชุมชน คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “อึดมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร” โดยมี รศ.ดร.สุภาณี สนธิรัตน์ เป็นประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ใคร่ขอความร่วมมือให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ทั้งนี้ นิสิตจะได้ประสานงานวันและเวลาในการเก็บข้อมูลอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์วัลย์ สุรินยา)

หัวหน้าภาควิชาจิตวิทยา

ภาควิชาจิตวิทยา

โทรศัพท์ 0-2561-3480 กด 1

โทรติดต่อนิสิต 089-500-8781

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

เลขที่แบบสอบถาม [][][]

แบบสอบถาม

เรื่อง

อัตรานวัตกรรม การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่าย
พัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคมสำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้ จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาวิจัยเกี่ยวกับอัตรานวัตกรรม การสนับสนุนทางสังคมกับ
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งการวิจัยดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย สาขาจิตวิทยาชุมชน
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

จึงขอความร่วมมือให้ท่านช่วยตอบแบบสอบถามทุกข้อด้วยตัวท่านเอง โดยให้ตรง ตาม
ความเป็นจริง ตรงกับความรู้สึก หรือ ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยท่านไม่ต้องเขียน ชื่อ -
สกุล ในแบบสอบถามนี้ คำตอบของท่านจะถือเป็นความลับที่สุด จะไม่นำไปเปิดเผยเป็นรายบุคคล
งานวิจัยจะสำเร็จลุล่วงไม่ได้ หากไม่ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขอขอบคุณมา ณ
โอกาสนี้

ข้อแนะนำ

โปรดอ่านคำชี้แจงในการตอบคำถามแต่ละตอนอย่างละเอียด

ขอแสดงความนับถือ

(อุษา วงษ์อนันต์)

นิสิตปริญญาโท สาขาจิตวิทยาชุมชน
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

แบบสอบถาม

โครงการวิจัยเรื่อง

อัตรานวัตกรรม การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่าย
พัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคมสำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร

แบบสอบถามนี้ให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบคำถามทุกข้อให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
และคำตอบที่ได้ถือว่าเป็นความลับ โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยด้านส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามอัตรานวัตกรรมของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ อัตรานวัตกรรมด้านร่างกาย
อัตรานวัตกรรมด้านส่วนบุคคล จำนวน 24 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ
ยกย่องและเห็นคุณค่า ด้านการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านเงินทอง
สิ่งของแรงงาน จำนวน 34 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำนวน 23 ข้อ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยด้านส่วนบุคคล

คำชี้แจง ให้ผู้ตอบแบบสอบถามตอบคำถามต่อไปนี้ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านหรือเติมข้อความลงในช่องให้สมบูรณ์

1. เพศ () ชาย () หญิง

2. อายุปัจจุบัน.....ปี

3. สถานภาพสมรส () โสด
() สมรส
() หย่าร้าง ม้าย หรือแยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา () ไม่ได้รับการศึกษา
() ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษาตอนต้น
() มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า(ปวช.)
() อนุปริญญาหรือเทียบเท่า(ปวส.)
() ปริญญาตรีขึ้นไป

5. รายได้.....บาท/เดือน

6. โรคประจำตัว.....

ตอนที่ 2 แบบสอบถามอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดและขอให้ตอบจนครบทุกข้อ

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านร่างกาย				
1. ท่านรู้สึกว่ารูปร่างหน้าตาของท่านงามตามวัย				
2. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีร่างกายที่แข็งแรงมากกว่าคนอื่นในวัยเดียวกัน				
3. ท่านใส่ใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี				
4. ท่านเชื่อว่าสุขภาพร่างกายจะดีขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตัวของตนเอง				
5. ท่านสามารถดูแลตนเองในภาวะปกติได้ ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใด				
6. ท่านรู้สึกว่าร่างกายของท่านเสื่อมจนเป็นภาระของครอบครัว				
7. ท่านสามารถให้ความช่วยเหลืองานบ้านเล็กๆน้อยๆแก่สมาชิกในครอบครัวได้				
8. ท่านรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมการทำงานของร่างกายได้เมื่อเริ่มแก่ตัวลง				
9. ท่านรู้สึกว่าร่างกายที่เสื่อมลงตามวัยมีผลให้ทำกิจกรรมต่างๆได้น้อยลง				

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
ด้านส่วนบุคคล ค่านิยม ความหวัง				
10.ท่านรู้สึกว่าคุณเองเป็นคนที่มีความคิดเป็นของตนเอง				
11.ท่านคิดว่าความคิดของท่านมักจะถูกต้องและดีที่สุดเสมอ				
12.ท่านคิดว่าประสบการณ์ของท่านเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อคนรอบข้าง				
13.ในภาวะที่ต้องเป็นผู้นำท่านมักจะทำได้ดีเสมอ				
14.ท่านได้รับการคาดหวังว่าจะเป็นที่ยอมรับของคนอื่นได้				
15.ท่านคาดหวังว่าตนเองจะเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ				
16.ท่านมีความมุ่งมั่นที่จะดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ				
17.ท่านมีความมุ่งมั่นที่จะเป็นสมาชิกที่ดีของชมรมผู้สูงอายุ				
18.ท่านรู้สึกว่าคุณเองมีคุณค่าสำหรับคนในครอบครัว				
19.สมาชิกในครอบครัวภูมิใจที่ท่านเป็นเสาหลักของครอบครัว				
20.ท่านรู้สึกว่าคุณเองเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุข				
21.ท่านมีความภาคภูมิใจในตนเองมาโดยตลอด				
22.ท่านคาดหวังว่าสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุจะต้องนับถือท่าน				
23.ท่านปฏิบัติงานโดยยึดหลักความถูกต้อง				
24.การตัดสินใจของท่านมักยึดตามหลักธรรมเสมอ				

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบแล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดและขอให้ตอบจนครบทุกข้อ

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
<u>ด้านอารมณ์</u>				
1.เมื่อท่านมีความทุกข์ทางใจ ท่านแน่ใจว่าจะได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง				
2.บุคคลรอบข้างทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย				
3.ท่านรู้สึกว่าคนในครอบครัวไม่ดูแล เอาใจใส่				
4.เมื่อท่านได้พูดคุยกับเพื่อนสมาชิกชมรมผู้สูงอายุแล้วทำให้ท่านรู้สึกสบายใจ				
5.ท่านรู้สึกว่าถูกทอดทิ้งและอยู่อย่างโดดเดี่ยว				
6.มีคนที่ท่านรู้สึกว่าเขาไม่หวังดี และคอยกลั่นแกล้งท่าน				
7.บุคคลรอบข้าง มักแสดงให้ท่านรู้สึกว่าพอใจที่ได้ใกล้ชิดท่าน				
<u>ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า</u>				
8.ท่านได้รับการชื่นชมหรือให้กำลังใจเมื่อกระทำในสิ่งที่คุณต้องเสมอ				
9.สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุยกย่องท่านที่ร่วมทำกิจกรรมต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ				
10.ท่านได้รับความไว้วางใจให้ดำรงตำแหน่งที่สำคัญในชมรมผู้สูงอายุ				
11.ท่านมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาตนเองให้สมาชิกในชมรมผู้สูงอายุยอมรับและเห็นคุณค่า				
12.ท่านเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ				
13.มีผู้บอกหรือแสดงให้ท่านรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ต่อผู้อื่น				

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
14.ท่านได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้ที่มีความสามารถพิเศษหลายอย่าง เช่น เป็นผู้นำออกกำลังกาย ทำดอกไม้ประดิษฐ์				
ด้านการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม				
15.ท่านให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเพื่อสังคม				
16.ท่านรู้สึกว่าการทำกิจกรรมเพื่อสังคมเป็นเรื่องไม่จำเป็น				
17.ท่านรู้สึกว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่ไม่สามารถช่วยเหลือสังคมได้				
18.ท่านรู้สึกว่าบุคคลรอบข้างเป็นเหมือนคนในครอบครัวเดียวกัน				
19.เมื่อมีกิจกรรมที่เหมาะสมตามวัย ท่านจะเข้าร่วมกิจกรรมนั้น				
20.ท่านใช้เวลาว่างในการทำกิจกรรมทางสังคม				
ด้านข้อมูลข่าวสาร				
21.มีผู้ชี้แจงเมื่อท่านต้องการคำอธิบาย เกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ				
22.ท่านมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้อื่นเสมอ				
23.ท่านรู้สึกว่าได้รับข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยอยู่เสมอ				
24.ท่านรู้สึกว่าคุณสมบัติที่ได้รับสามารถนำมาใช้ใน ชีวิตประจำวันได้				
25.ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอต่อการดำเนินชีวิต				
26.ท่านรู้สึกว่าการจะสื่อสารกับบุคคลรอบข้างให้ดีขึ้นมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอ				
27.ท่านรู้สึกว่าคุณสมบัติข่าวสารทำให้ชีวิตท่านง่ายขึ้น				
ด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน				
28.ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านเงินทองจากครอบครัว				
29.เมื่อท่านมีปัญหาด้านสุขภาพจะมีผู้คอยช่วยเหลือท่าน				
30.เมื่อท่านต้องการผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ทำอาหารจะมีผู้คอยช่วยเหลือท่าน				

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	น้อย	น้อยที่สุด
31.ท่านได้รับของขวัญหรือรางวัลจากชมรมผู้สูงอายุในโอกาสพิเศษ				
32.มีบุคคลที่จะไปไหนกับท่าน เมื่อท่านต้องการ				
33.บ่อยครั้งที่มิผู้นำนำสิ่งของที่ท่านต้องการมาให้เสมอ				
34.ท่านได้รับของขวัญหรือรางวัลจากครอบครัวในโอกาสพิเศษ				

ตอนที่ 4 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบครอบแล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () ให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และขอให้ตอบจนครบทุกข้อ

ข้อคำถาม	เป็นความจริงมากที่สุด	เป็นความจริงเป็นส่วนมาก	เป็นความจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นความจริงเลย
1.ท่านรู้สึกโกรธและหงุดหงิดตลอดเวลา				
2.ท่านรู้สึกเศร้า และไม่มีความสุขเป็นประจำ				
3.ท่านรู้สึกว่าตนเองไม่มีประโยชน์ต่อผู้อื่น				
4.ท่านมักพูดคุยอย่างสนุกสนานกับบุตรหลาน				
5.บุตรหลานให้ความเคารพในตัวท่านเหมือนเดิม				
6.ท่านรู้สึกว่าสามารถเข้ากับบุคคลในครอบครัวได้ดี				
7.ท่านได้รับความดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว				
8.บุตรหลานขอคำแนะนำต่างๆจากท่านเสมอ				
9.ท่านรู้สึกว่าบุตรหลานหรือบุคคลอื่นยอมรับในความสามารถของท่านเสมอ				
10.มีผู้รับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของท่านเสมอ				
11.ท่านรู้สึกหัวเหว่และขาดเพื่อน				

ข้อคำถาม	เป็น ความ จริงมาก ที่สุด	เป็นความ จริงเป็น ส่วนมาก	เป็นความ จริง เล็กน้อย	ไม่เป็น จริง เลย
12.ท่านมีความสุขในการทำงานร่วมกับผู้อื่น				
13.การพบปะกับผู้อื่นทำให้ท่านสบายขึ้น				
14.ท่านสามารถแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองหรือมีผู้อื่นช่วยบ้าง				
15.ท่านรับฟังความคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้อื่น				
16.ท่านให้โอกาสผู้อื่นคิด และกระทำตามที่เขาต้องการ				
17.ท่านยอมรับในข้อแตกต่างของบุคคลและคิดว่าบุคคลมั้ยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคม				
18.ท่านพยายามปรับปรุงตนเองอยู่เสมอ				
19.ท่านได้เตรียมใจรับมือในการสูญเสียคู่สมรส อำนาจหน้าที่ และการงานเป็นอย่างดี				
20.ท่านสามารถทำจิตใจให้สงบและยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากตัวท่านได้				
21.เมื่อท่านมีปัญหาท่านจะคิดและแก้ไขปัญหอย่างมีเหตุผล				
22.ท่านไปวัด/โบสถ์/ฟังธรรมอย่างน้อยเดือนละครั้ง				
23.ท่านเล่นกีฬาหรือเดินเล่นเป็นประจำ				

ภาคผนวก ค

ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability Analysis)

ตารางผนวกที่ 1 Item – total Statistics: แบบสอบถามอัตมโนทัศน์(ด้านร่างกาย)

ข้อที่	Scale mean if Item deleted	Scale Variance if Item deleted	Corrected Item total correlation	Alpha if Item Deleted
1	25.0333	8.3782	.4937	.7316
2	25.3333	8.6437	.4913	.7337
3	25.0333	8.0333	.6982	.7041
4	24.8667	8.8092	.3836	.7480
5	25.1333	9.1540	.3578	.7514
6	25.2000	7.7517	.5291	.7246
7	24.9667	9.3437	.2306	.7685
8	25.3000	8.1483	.4824	.7329
9	25.8000	8.1655	.3763	.7555

Reliability Coefficients Alpha = .7617

ตารางผนวกที่ 2 Item – total Statistics: แบบสอบถามอัตมโนทัศน์(ด้านบุคคล ค่านิยม ความหวัง)

ข้อที่	Scale mean if Item deleted	Scale Variance if Item deleted	Corrected Item total correlation	Alpha if Item Deleted
1	43.3000	21.8724	.4578	.8566
2	44.2333	21.6333	.4720	.8560
3	43.4333	21.0126	.6808	.8459
4	43.5333	21.3609	.4411	.8586
5	43.5667	20.9437	.6089	.8487
6	43.4333	21.4954	.4990	.8546
7	43.1333	22.2575	.4404	.8574
8	43.2333	22.1161	.4383	.8575

ตารางผนวกที่ 2 (ต่อ)

ข้อที่	Scale mean if Item deleted	Scale Variance if Item deleted	Corrected Item total correlation	Alpha if Item Deleted
9	43.367	21.1368	.5846	.8501
10	43.3000	21.3207	.5042	.8544
11	43.2000	20.5103	.6103	.8483
12	43.3333	21.6782	.6157	.8501
13	43.7333	21.0299	.5421	.8523
14	43.1000	22.9207	.2862	.8641
15	43.1000	22.4379	.3915	.8595

Reliability Coefficients Alpha = .8628

ตารางผนวกที่ 3 Item – total Statistics: แบบสอบถามอัตโนมัตินี้ทั้งหมด

ข้อที่	Scale mean if Item deleted	Scale Variance if Item deleted	Corrected Item total correlation	Alpha if Item Deleted
1	73.2983	41.1284	.1651	.7773
2	73.3085	40.6358	.2424	.7731
3	73.2847	39.9322	.2905	.7707
4	73.2508	40.3722	.2425	.7734
5	73.3627	39.4836	.3186	.7691
6	73.3051	39.0563	.3732	.7658
7	73.3661	39.1580	.3608	.7666
8	73.3254	38.9958	.4100	.7639
9	73.3932	40.0353	.2626	.7724
10	73.3288	40.0854	.2627	.7724
11	73.4305	39.4569	.3156	.7693
12	73.3525	39.2698	.3458	.7675
13	73.3051	39.3624	.3533	.7671

ตารางผนวกที่ 3 (ต่อ)

ข้อที่	Scale mean if Item deleted	Scale Variance if Item deleted	Corrected Item total correlation	Alpha if Item Deleted
14	73.2847	39.0751	.4112	.7640
15	73.1661	38.6560	.4583	.7612
16	73.1559	40.2681	.2862	.7709
17	73.1966	39.1857	.3801	.7656
18	73.1797	39.4948	.3593	.7669
19	73.2034	39.4211	.3335	.7682
20	73.1695	39.4134	.3598	.7668
21	73.1898	39.8550	.2884	.7709
22	73.2712	40.0351	.2716	.7718
23	73.1424	40.7280	.2151	.7747
24	73.1763	40.7851	.1887	.7764

Reliability Coefficients Alpha = .7769

ตารางผนวกที่ 4 Item – total Statistics: แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์

ข้อที่	Scale mean if Item deleted	Scale Variance if Item deleted	Corrected Item total correlation	Alpha if Item Deleted
1	19.5667	5.0126	.2924	.7072
2	19.1333	5.2920	.2390	.7157
3	18.6667	4.0920	.5996	.6196
4	19.1000	4.9207	.5461	.6531
5	18.5667	4.5299	.5695	.6364
6	18.6000	4.8000	.3721	.6868
7	19.3667	4.8609	.3639	.6884

Reliability Coefficients Alpha = .707

ตารางผนวกที่ 5 Item – total Statistics: แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับ
 ขกย่องและเห็นคุณค่า

ข้อที่	Scale mean if Item deleted	Scale Variance if Item deleted	Corrected Item total correlation	Alpha if Item Deleted
1	16.3333	5.4023	.6741	.6700
2	16.5000	5.7069	.4699	.7091
3	16.8333	4.8333	.5022	.7060
4	16.3667	5.7575	.4749	.7086
5	16.3667	6.2402	.3475	.7334
6	16.3333	6.3678	.3241	.7373
7	16.8667	4.8782	.4912	.7091

Reliability Coefficients Alpha = .7423

ตารางผนวกที่ 6 Item – total Statistics: แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านการยอมรับ
 ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ข้อที่	Scale mean if Item deleted	Scale Variance if Item deleted	Corrected Item total correlation	Alpha if Item Deleted
1	15.2333	5.7023	.4351	.7423
2	14.8667	4.3954	.5579	.7113
3	15.2333	4.8057	.4234	.7552
4	15.2667	5.2368	.6025	.7057
5	15.1667	5.1092	.6267	.4834
6	15.5667	5.1506	.4689	.7325

Reliability Coefficients Alpha = .7593

ตารางผนวกที่ 7 Item – total Statistics: แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร

ข้อที่	Scale mean if Item deleted	Scale Variance if Item deleted	Corrected Item total correlation	Alpha if Item Deleted
1	18.2667	5.3057	.5624	.7861
2	18.2667	5.7195	.5525	.7871
3	18.0667	5.7195	.5169	.7929
4	18.1000	5.4724	.6736	.7672
5	18.1000	5.4034	.7061	.7617
6	18.0667	5.5126	.4598	.8077
7	17.7333	6.1333	.4242	.8069

Reliability Coefficients Alpha = .8122

ตารางผนวกที่ 8 Item – total Statistics: แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านเงินทอง
สิ่งของ แรงงาน

ข้อที่	Scale mean if Item deleted	Scale Variance if Item deleted	Corrected Item total correlation	Alpha if Item Deleted
1	16.5000	6.3276	.6841	.6544
2	16.3333	7.8851	.3818	.7298
3	16.7667	6.4609	.4927	.7118
4	16.8000	8.3034	.2702	.7502
5	16.5000	8.1207	.4218	.7239
6	16.8000	7.0621	.6645	.6719
7	16.3000	7.7345	.3573	.7365

Reliability Coefficients Alpha = .7443

ตารางผนวกที่ 9 Item – total Statistics: แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมรวม

ข้อที่	Scale mean if Item deleted	Scale Variance if Item deleted	Corrected Item total correlation	Alpha if Item Deleted
1	105.0339	61.2642	.3007	.7769
2	104.9695	62.9685	.1634	.7825
3	104.9797	62.5370	.1126	.7845
4	104.9898	62.2618	.2378	.7795
5	104.9153	63.7989	.0784	.7862
6	104.9254	62.2189	.2519	.7789
7	105.0373	60.7843	.3761	.7738
8	105.0237	60.9484	.3803	.7738
9	105.0610	60.5405	.4032	.7727
10	105.0576	60.4695	.3708	.7737
11	104.9831	61.4929	.3041	.7768
12	105.0305	60.9208	.3499	.7748
13	104.9864	61.1223	.3522	.7749
14	105.0983	59.7216	.3705	.7733
15	104.9492	61.7763	.2681	.7783
16	104.8712	62.4527	.1884	.7819
17	104.9119	62.4072	.2080	.7808
18	104.9186	61.6464	.3167	.7764
19	104.9288	62.7058	.1725	.7824
20	104.9932	61.5646	.2802	.7778
21	105.0271	61.9312	.2491	.7791
22	104.9831	61.8535	.2893	.7775
23	104.9424	61.0953	.3629	.7745
24	104.8814	61.4315	.3451	.7754

ตารางผนวกที่ 9 (ต่อ)

ข้อที่	Scale mean if Item deleted	Scale Variance if Item deleted	Corrected Item total correlation	Alpha if Item Deleted
25	104.8678	62.0471	.2796	.7779
26	104.9559	61.6409	.3101	.7766
27	104.8949	62.6930	.1888	.7815
28	105.0169	60.8943	.2909	.7774
29	105.0068	62.2653	.2089	.7809
30	105.0814	61.2042	.2695	.7784
31	105.1322	60.3396	.3602	.7740
32	105.0746	61.8652	.2613	.7786
33	105.0847	61.0302	.3166	.7761
34	104.9797	63.4962	.1088	.7848

Reliability Coefficients Alpha = .7832

ตารางผนวกที่ 10 Item – total Statistics: แบบสอบถามสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ข้อที่	Scale mean if Item deleted	Scale Variance if Item deleted	Corrected Item total correlation	Alpha if Item Deleted
1	70.8000	61.8897	.2103	.8980
2	70.8667	58.3954	.4213	.8947
3	70.6000	59.4207	.4012	.8947
4	71.0667	59.9264	.3808	.8950
5	70.8333	56.5575	.6864	.8875
6	70.8000	57.8897	.5904	.8902
7	70.8000	57.5448	.6296	.8892
8	71.3000	59.1828	.2983	.8994
9	71.2000	59.1310	.4234	.8942
10	71.4000	59.9034	.3427	.8962
11	70.6000	59.7655	.3017	.8980
12	70.9333	58.2023	.6187	.8898
13	70.8000	58.7862	.5512	.8913
14	70.8000	57.2000	.7506	.8870
15	71.1000	60.3000	.2849	.8978
16	71.0333	56.7920	.6493	.8884
17	70.9333	56.9609	.5782	.8902
18	70.9000	58.1621	.6881	.8888
19	70.7000	56.9069	.6188	.8892
20	70.9667	58.9299	.4868	.8926
21	70.9000	59.3345	.4624	.8932
22	70.7667	58.3230	.5974	.8903
23	70.8333	57.3851	.6607	.8885

Reliability Coefficients Alpha = .8966

ภาคผนวก ง

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบแบบสอบถาม

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม อัฒมโนทัศน์
การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุของฝ่ายพัฒนาชุมชนและ
สวัสดิการสังคมสำนักงานเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร

1. น.ท.หญิง นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาล
ผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
2. น.พ.ชนินทร์ สกุลอิสริยาภรณ์ อาจารย์พิเศษ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
3. น.พ.อภิชาติ จริยาวิลาส จิตแพทย์ 5 โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต

ประวัติการศึกษา และการทำงาน

ชื่อ –นามสกุล	นางสาวอุษา วงษ์อนันต์
วัน เดือน ปี ที่เกิด	วันที่ 15 มีนาคม พ.ศ. 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดอำนาจเจริญ
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล