

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาการพึ่งพา อัตมโนทัศน์ และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และหาความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาและอัตมโนทัศน์ การพึ่งพาและความพึงพอใจในชีวิต อัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในชีวิต ผลการศึกษาได้เสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 5 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับการพึ่งพาของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับอัตมโนทัศน์ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 5 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพา อัตมโนทัศน์ และความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาท งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 70 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 70 เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.71 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 67.10 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.72 ร้อยละ 75.71 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.71) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 48.57 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ลักษณะครอบครัว ร้อยละ 55.71 เป็นครอบครัวเดี่ยว และร้อยละ 70 มีสถานภาพในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(คน) (n =70)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	49	70.00
หญิง	21	30.00
อายุ ($\bar{X}$ = 67.10 ปี, S.D = 5.72)		
60-69 ปี	46	65.71
70-79 ปี	22	31.43
80 ปีขึ้นไป	2	2.86
สถานภาพสมรส		
โสด	2	2.86
คู่	53	75.71
หม้าย	14	20.00
หย่า / แยกกันอยู่	1	1.43
ศาสนา		
พุทธ	67	95.71
คริสต์	2	2.86
อิสลาม	1	1.43
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	10	14.29
ประถมศึกษา	34	48.57
มัธยมศึกษา	17	24.28
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	7	10.00
ปริญญาตรี	2	2.86

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน) (n = 70)	ร้อยละ
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	39	55.71
ครอบครัวขยาย	31	44.29
สถานภาพในครอบครัว		
หัวหน้าครอบครัว	49	70.00
สมาชิกในครอบครัว	21	30.00

ด้านสถานภาพเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างนั้น พบว่า ร้อยละ 71.43 ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เป็นของตนเองนั้น ร้อยละ 22.85 มีรายได้ มากกว่า 3,000 บาทขึ้นไป โดยมีรายได้ส่วนต่อเดือนเฉลี่ย 2028.57 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4220.17 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.57) มีแหล่งรายได้มาจาก บุตรหลาน และ ร้อยละ 41.43 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ไม่เกิน 3,000 บาท โดยรายได้ครอบครัวต่อเดือน โดยเฉลี่ย เท่ากับ 5311.42 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5373.29 และมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็น (ร้อยละ 55.71) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม รายได้ส่วนตัวจากการประกอบอาชีพ ต่อเดือน แหล่งรายได้ รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(คน) (n = 70)	ร้อยละ
รายได้ส่วนตัวจากการประกอบอาชีพต่อเดือน ($\bar{X}$ = 2028.57, S.D = 4220.17)		
ไม่มีรายได้	50	71.43
มีรายได้	20	28.57
$\leq$ 1,000 บาท	1	1.43
1,001-2000 บาท	2	2.86
2,001-3,000 บาท	1	1.43
$>$ 3,000 บาทขึ้นไป	16	22.85
แหล่งรายได้		
ทำงานด้วยตนเอง	5	7.14
เงินออม	7	10.00
ค่าเช่า/ดอกเบี้ย	2	2.86
บุตรหลาน	41	58.57
เงินบำนาญ	15	21.43
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ($\bar{X}$ = 5311.42, S.D = 5373.29)		
$\leq$ 3,000 บาท	29	41.43
3,001-5,000 บาท	16	22.86
5,001-7,000 บาท	6	8.57
7,001-9,000 บาท	6	8.57
$>$ 9,000 บาท	13	18.57
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	39	55.71
ไม่เพียงพอ	31	44.29

สำหรับระยะเวลาที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ร้อยละ 38.57 เป็นมานาน 13-36 เดือน โดยเฉลี่ย 32.40 เดือน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.48 และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 94.29) มีผู้ดูแลเป็นบุคคลภายในครอบครัวเดียวกัน ส่วนการรักษาพยาบาลที่ได้รับในปัจจุบัน นั้น ร้อยละ 75.71 รับประทานยาด้วยการรับประทานยา ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาที่เจ็บป่วย ผู้ดูแล
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(คน) (n=70)	ร้อยละ
ระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ($\bar{X}$ = 32.40, S.D = 23.48)		
≤ 3 เดือน	5	7.14
4-12 เดือน	15	21.43
13-36 เดือน	27	38.57
> 36 เดือนขึ้นไป	23	32.86
ผู้ดูแล		
บุคคลในครอบครัว	66	94.29
บุคคลอื่น	4	5.71
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน		
การรับประทานยา	53	75.71
การรับประทานยาร่วมกับ		
การออกกำลังกายบำบัดที่บ้าน	14	20.00
การรับประทานยาร่วมกับ		
การออกกำลังกายบำบัดที่โรงพยาบาล	2	2.86
การออกกำลังกายบำบัดที่โรงพยาบาล	1	1.43

สำหรับโรคประจำตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.43) มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย และพบว่า ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 55.71) รองลงมา คือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 17.14) และโรคหัวใจ (ร้อยละ 12.86) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน) (n=70)	ร้อยละ
โรคประจำตัวอื่น		
ไม่มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย	20	28.57
มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย*	50	71.43
โรคความดันโลหิตสูง	39	55.71
โรคเบาหวาน	12	17.14
โรคหัวใจ	9	12.86
โรคกระดูกและข้อ	6	8.57
โรคถุงลมโป่งพอง	5	7.14
โรคกระเพาะอาหาร	4	5.71

หมายเหตุ * กลุ่มตัวอย่าง 1 คนตอบได้มากกว่า 1 โรค

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับการฟังพาทองกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการฟังพาทองกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตลอดจนระดับการฟังพาทองกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้พบว่า ร้อยละ 92.86 มีการฟังพาทองในระดับฟังพาทองเล็กน้อยถึงไม่ฟังพาทอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.17 ส่วนคะแนนตามดัชนีจุฬาลงกรณ์ จากคะแนนเต็ม 9 คะแนน พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในช่วง 0 - 8 คะแนนมากที่สุด (ร้อยละ 77.14) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.17 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการฟังพาทอง

ระดับการฟังพาทอง	จำนวน(คน) (n=70)	ร้อยละ
คะแนนดัชนีบาร์เทลเอดีแอล ($\bar{X} = 18.15$, S.D = 3.17)		
ฟังพาทองค่อนข้างมาก	3	4.29
ฟังพาทองปานกลาง	2	2.86
ฟังพาทองเล็กน้อย	33	47.14
ไม่ฟังพาทอง	32	45.71
คะแนนดัชนีจุฬาลงกรณ์ ($\bar{X} = 6.07$, S.D = 2.17)		
ฟังพาทอง (0-8 คะแนน)	54	77.14
ไม่ฟังพาทอง (9 คะแนน)	16	22.86

จากการศึกษาการรับรู้การพึ่งพาของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ในกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุต่างๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ช่วงอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 45.66) มีการพึ่งพาอยู่ในระดับพึ่งพาเล็กน้อย โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 18.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.71 สำหรับกลุ่มที่ช่วงอายุ 70-79 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.55) มีการพึ่งพาอยู่ในระดับเล็กน้อย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.89 ส่วนกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป มีการพึ่งพาอยู่ในระดับเล็กน้อยและไม่พึ่งพาผู้อื่น ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการพึ่งพาในแต่ละช่วงอายุ

ช่วงอายุ	60-69 ปี คน(ร้อยละ) (n = 46)	70-79 ปี คน(ร้อยละ) (n = 22)	80ปีขึ้นไป คน(ร้อยละ) (n = 2)
คะแนนเฉลี่ยการพึ่งพา	$\bar{X}=18.63$, S.D=2.71	$\bar{X}=17.00$, S.D=3.89	$\bar{X}=19.00$,S.D=1.41
ระดับการพึ่งพา			
พึ่งพาค่อนข้างมาก	1(2.17)	1(4.54)	-
พึ่งพาปานกลาง	1(2.17)	2(9.09)	-
พึ่งพาเล็กน้อย	21(45.66)	12(54.55)	1(50.00)
ไม่พึ่งพา	23(50.00)	7(31.82)	1(50.00)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ ได้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตลอดจนระดับของอัตมโนทัศน์ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.29) มีอัตมโนทัศน์ในทางบวก ดังแสดงในตารางที่ 7 โดยมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 159.00 คะแนนอัตมโนทัศน์เฉลี่ย เท่ากับ 160.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.28

ตารางที่ 7

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะของอัตมโนทัศน์

ลักษณะอัตมโนทัศน์	คะแนน	จำนวน(คน) (n = 70)	ร้อยละ
อัตมโนทัศน์ทางบวก	159-230	38	54.29
อัตมโนทัศน์ทางลบ	46-158	32	45.71

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตลอดจนระดับความพึงพอใจในชีวิต ของกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.86 มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 8 โดยคะแนนความพึงพอใจในชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 6.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.38

ตารางที่ 8

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความพึงพอใจในชีวิต

ระดับความพึงพอใจในชีวิต	คะแนน	จำนวน(คน) (n = 70)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	1-3	6	8.57
ระดับปานกลาง	4-6	27	38.57
ระดับสูง	7-10	37	52.86

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ ระหว่าง การพึงพา และอัตมโนทัศน์ การพึงพา และความพึงพอใจในชีวิต อัตมโนทัศน์ และความพึงพอใจในชีวิต

ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการพึงพา อัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ พบว่าการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์โดย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับแบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) พบว่า การพึ่งพามีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในชีวิต ในขณะที่อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง การพึ่งพา และอัตมโนทัศน์ การพึ่งพาและความพึงพอใจในชีวิต อัตมโนทัศน์ และความพึงพอใจในชีวิต

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาและอัตมโนทัศน์	-0.42**
ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาและความพึงพอใจในชีวิต	-0.44**
ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในชีวิต	0.53**

หมายเหตุ

** $P < .01$

การอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาการพึ่งพา อัตราในทัศน และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง และความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพา กับอัตราในทัศน การพึ่งพา กับความพึงพอใจในชีวิต และอัตราในทัศนกับความพึงพอใจในชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่มาได้รับการรักษาในคลินิกอายุรกรรมประสาท งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 70 คน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาค้นคว้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 70 เพศหญิง ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.71) มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี รองมาคืออายุอยู่ระหว่าง 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.43 และอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 2.86 กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่ำสุด 60 ปี และ สูงสุด 81 ปี อายุเฉลี่ย 67.10 มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.72 ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ ที่พบว่า โรคหลอดเลือดสมองมักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และมักพบมากขึ้นในวัยสูงอายุ (พรชัย จุลเมตต์, 2540; อาภรณ์ รัตนวิจิตร และวัลภา คุณทรงเกียรติ, 2541 ; Gresham, et al., 1997; Lofgren, Gustafson, & Nyberg, 1999) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.71) มีสถานภาพสมรสคู่ เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.71) นับถือศาสนาพุทธ ด้านการศึกษานั้นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.57 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา รองมาคือระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 24.28 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราวรรณ ลีลาพัฒนาพานิชย์ (2541) ที่ศึกษาความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี และปรานี มิ่งขวัญ (2542) ที่ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเช่นเดียวกัน สำหรับข้อมูลด้านครอบครัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55.71) มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว มีสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 70) (ตารางที่ 1) สำหรับข้อมูลด้านเศรษฐกิจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีรายได้เป็นของตนเอง (ร้อยละ 71.43) และมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58.57) มีแหล่งรายได้มาจากบุตรหลานของตนเอง ส่วนรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน พบว่าร้อยละ 41.43 มีรายได้ ไม่เกิน 3,000 บาท ซึ่งเป็นรายได้ที่ค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนของประชาชน

ภาคเหนือ ซึ่งเท่ากับ 6,260 บาทต่อเดือน (กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2540) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว ซึ่งไม่มีหรือมีสมาชิกในครอบครัวน้อยจึงขาดคนหารายได้มาจุนเจือครอบครัว อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55.71) เห็นว่ารายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนเพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็น

ในการศึกษารุ่นนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในช่วง 13-36 เดือน สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการศึกษาของ อารมณ์ รัตนวิจิตร และวัลภา คุณทรงเกียรติ (2541) ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในเขตภาคตะวันออก 8 จังหวัด พบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่เป็นโรค นานกว่า 24 เดือน (ร้อยละ 49.50) นอกจากนั้นยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.29) มีผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวตนเอง

สำหรับข้อมูลทางด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.43 มีโรคประจำตัวอื่นร่วมด้วย โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 55.71) รองมาคือโรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ตามลำดับ ซึ่งโรคทั้งสามนี้ เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (อรจักร ไชยยานนท์, 2539; National Stroke Association, Pancioli, et al., Marler, Jones, & Emr, cited in Miller, & Woo, 1999) ส่วนการรักษาที่ได้รับในปัจจุบันนั้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.71) ได้รับความรักษาโดยวิธีการรับประทานยา รองมาคือ วิธีการรับประทานยาร่วมกับการทำกายภาพบำบัดที่บ้าน จะเห็นได้ว่า ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทั่วไปได้

การพึ่งพาของกลุ่มตัวอย่าง

ผลของการศึกษาการพึ่งพาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.14) มีการพึ่งพาอยู่ในระดับพึ่งพาเล็กน้อย (ตารางที่ 5) โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 18.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.17 ผลการศึกษารุ่นนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 65.71) ซึ่งเป็นช่วงของวัยสูงอายุตอนต้นเป็นช่วงที่แม้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย แต่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ยังอยู่ในช่วงปกติ โดยที่ระบบอวัยวะต่างๆยังสามารถทำงานได้ดี ผู้สูงอายุจึงทำกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง (จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ดันศิริ, 2536) ซึ่งยูริคและคณะ (Yurick et al., 1984 อ้างใน จำเรียง ภูมิระสุวรรณ, 2536) กล่าวว่า วัยชราตอนต้นยังมีความชราไม่มากนัก จึงทำให้ผู้สูงอายวยังคงมีความแข็งแรงของร่างกายมากกว่าผู้สูง

อายุวัยอื่น และดังคำกล่าวของ นิศา ชูโต และ บรรลุ ศิริพานิช (อ้างใน มณฑนา เจริญกุล, 2534) ที่ว่า วัยสูงอายุตอนต้น เป็นวัยที่ยังมีความเสื่อมของร่างกายไม่มาก ยังมีพลังความสามารถในการทำงานได้ โดยเฉพาะความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน นอกจากนั้น ช่วงอายุที่ยังไม่สูงเกินไปนัก ทำให้สามารถฟื้นฟูสภาพภายหลังเกิดอาการของโรคได้ดีกว่าช่วงอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกิจกรรมที่ยุ่งยากหรือกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานมาก ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จึงมีระดับการพึ่งพาเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปราณี มิ่งขวัญ (2542) ที่ศึกษา ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี และมีการพึ่งพาอยู่ในระดับพึ่งพาเล็กน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราวรรณ สีสพัฒนานาพานิชย์ (2541) ที่ศึกษาความหวังของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการพึ่งพาอยู่ในระดับพึ่งพาเล็กน้อยเช่นเดียวกัน สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ 70-79 ปี และอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป นั้นมีการพึ่งพา อยู่ในระดับพึ่งพาเล็กน้อยเช่นเดียวกับช่วงอายุ 60-69 ปี อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ 70-79 ปี เป็นกลุ่มที่มีการพึ่งพาสูงกว่าช่วงอายุอื่น (ตารางที่ 6) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากวัยสูงอายุตอนกลาง เป็นวัยที่ความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกายเสื่อมถอยลงมากขึ้น สมรรถภาพทางกายจึงลดน้อยลงเป็นเหตุให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมบางอย่างที่ยุ่งยากหรือกิจกรรมที่ต้องใช้พลังความแข็งแรงค่อนข้างมาก เช่น กิจกรรมการเดินขึ้นบันได 1 ชั้น โดยที่ยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอื่นๆได้เอง สำหรับผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป มีการพื่อน้อยกว่าช่วงอายุอื่นทั้งที่ควรจะต้องพึ่งพามากเนื่องจากมีการเสื่อมของร่างกายมากที่สุด แต่เนื่องจากในการศึกษาคั้งนี้ มีผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป มีจำนวนน้อยเกินไปคือ มีเพียง 2 คนเท่านั้น ผลการศึกษาจึงไม่อาจอ้างอิงถึงกลุ่มตัวอย่างวัยนี้ได้ นอกจากนี้ระดับการพึ่งพาของกลุ่มตัวอย่างอาจเป็นผลมาจากปัจจัยอื่น เช่น ตำแหน่ง ขอบเขตของเนื้อสมองที่ถูกทำลาย สาเหตุการดำเนินโรคหรือ ความรุนแรงของโรค (severity of stroke) (กัมมันต์ พันธุมจินดา, เระหวดี มิตรภักดี และนิจศรี สุวรรณเวลา, 2537; Bronstein, 1991) ซึ่งทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยหรือการพึ่งพาของผู้ป่วยแตกต่างกันได้ อย่างไรก็ตามการศึกษาคั้งนี้ไม่ได้ศึกษาปัจจัยเหล่านั้น

สำหรับกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตซึ่งเป็นกิจกรรมที่ซับซ้อนมากขึ้น ในการศึกษา นี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.57) ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติเกี่ยวกับการทำความสะอาด บ้าน ภูบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า และร้อยละ 54.29 ระบุว่าตนเองไม่สามารถเตรียมอาหารได้เอง

(ภาคผนวก จ) ซึ่งกิจกรรมการทำความสะอาดบ้าน ถูบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า และกิจกรรมการเตรียมอาหารมักอยู่ในความรับผิดชอบของเพศหญิงในสังคมไทย ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) เป็นเพศชาย ซึ่งมีบทบาทในการประกอบอาชีพนอกบ้านเป็นหลักตั้งแต่อยู่ในวัยทำงาน จึงไม่ค่อยเคยกับการปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้แม้ภาวะสุขภาพปกติ กลุ่มตัวอย่างนี้จึงเห็นว่าตนไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ได้ ดังนั้นเมื่อป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งผลของโรคทำให้เกิดภาวะบกพร่องของร่างกาย จึงยิ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจกรรมนี้

อัตมโนทัศน์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาอัตมโนทัศน์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอัตมโนทัศน์ในทางบวก (ตารางที่ 7) โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 160.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 12.28 จากคะแนนเต็ม 230 คะแนน เป็นที่ทราบกันดีว่าอัตมโนทัศน์ของบุคคลสามารถเป็นได้ทั้งทางบวกและทางลบ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ ได้แก่ พัฒนาการของร่างกาย วิกฤตการณ์ต่างๆ การบำบัดทางจิต (นวลศิริ เปาโรหิตย์ อ้างใน พิกุล บุญช่วง, 2526) วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม บทบาททางสังคม วิกฤตของชีวิตและภาวะสุขภาพ (Hamed, 1967 อ้างใน กนกพร ใจแก้ว, 2537) หรือรูปร่างลักษณะหน้าตา ความสามารถในการทำหน้าที่ อำนาจหรือความสามารถในการควบคุมตนเอง (Smitheman cited in Kelly, 1985) นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่นที่ทำให้อัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลง เช่น ความรู้สึกสูญเสียต่างๆ ภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยเมื่อใดที่ปัจจัยเหล่านี้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสม ก็จะส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ ในทางตรงข้ามถ้าปัจจัยเหล่านี้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีหรือเหมาะสมก็จะส่งผลให้อัตมโนทัศน์ของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกเช่นกัน จากผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอัตมโนทัศน์เป็นไปทางบวก ทั้งที่เมื่อพิจารณาจากปัจจัยที่มีผลต่ออัตมโนทัศน์ของกลุ่มตัวอย่งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัมพาตครึ่งซีกและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงจากปกติ อันน่าจะทำให้อัตมโนทัศน์เป็นไปทางลบได้ อย่างไรก็ตามเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังคงมีความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆได้ มีสภาพร่างกายโดยทั่วไปยังแข็งแรง และมีสมรรถภาพดี สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ประกอบกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสังเกต พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอุปกรณ์พิเศษที่ใช้ช่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆบ้าง เช่น ไม้เท้า รถเข็น

อุปกรณ์ดัดแปลงเพื่อความสะดวกอย่างอื่น เช่น ช้อนที่มีปลายด้ามใหญ่ หม้อนอน กระบอกปัสสาวะ และอื่นๆ ซึ่งเป็นสิ่งช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกถึงการมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง รู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกต่อตนเองในทางที่ดี จึงส่งผลให้มีอัตมโนทัศน์เป็นไปในทางบวกตามมา นอกจากนั้นในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.71) ยังอยู่ในช่วงวัยสูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ซึ่งจัดว่าเป็นวัยที่มีพลังความคิดและประสบการณ์ที่สามารถสร้างประโยชน์ให้แก่ครอบครัว และสังคมได้ ดังนั้นจึงมองตนเองว่ายังมีคุณค่า มีประโยชน์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างประเมินอัตมโนทัศน์ของตนเองไปในทางบวก หรือในบางรายที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ด้วยตัวเองทั้งหมด แม้ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในบางกิจกรรม แต่บุคคลที่กลุ่มตัวอย่างพึ่งพานั้น เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 94.29) เป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกัน เช่น คู่สมรส หรือบุตรหลาน ซึ่งมีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวเดียวกันจึงยังคงเป็นความสัมพันธ์ที่เหนียวแน่น ประกอบกับการปลูกฝังค่านิยมของความกตัญญูกตเวที ความสำนึกในหน้าที่และความรับผิดชอบในบทบาทของผู้เป็นบุตรหลานในสังคมไทยยังคงมีอยู่ค่อนข้างชัดเจน (วิไล สัพยา, 2541) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างเต็มใจโดยไม่มีท่าทีรังเกียจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่รู้สึกว่าตนเป็นภาระของผู้อื่น รู้สึกถึงความสำคัญของตนในครอบครัว ความเป็นที่รักใคร่ของครอบครัวและรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่า จากการศึกษาของ นางลักษณีย์ บุญไทย (2539) ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ พบว่า การได้รับความช่วยเหลือจากบุตรหลานหรือญาติ และการมีกิจกรรมของผู้สูงอายุกับหลานหรือญาติ มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กาญจนา ศิริวิราศัย (2536) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก พบว่า การที่ผู้ป่วยได้รับความรักใคร่ความผูกพัน และการช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำไม่ได้ ตลอดจนการที่สมาชิกในครอบครัวให้การยอมรับ และเห็นคุณค่าว่าผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและมีความสำคัญต่อครอบครัวอยู่ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย อบอุ่น และสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

จากการที่ได้รับการดูแลขณะเจ็บป่วยจากบุคคลที่ผู้สูงอายุพอใจและคิดว่าเหมาะสมแล้วดังที่กล่าวมา ทำให้ผู้สูงอายุไม่เสียความภูมิใจในตนเอง การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างเต็มที่ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่ามีคนให้ความรัก ความสนใจ ซึ่งทำให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกปลอดภัย อบอุ่น ไม่อ้างว้าง ส่งผลให้ผู้ป่วยเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการปรับตัวดีขึ้น มีขวัญและกำลังใจ และคงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ได้ (ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู,

2532) การที่ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตดี จะส่งผลให้มีอัตมโนทัศน์เป็นไปในทางบวกได้ (ลำเนาวิ เรืองยศ, 2535)

นอกจากนี้จากลักษณะชุมชนของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ที่ยังมีลักษณะชนบทไทยอยู่ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.71 จะมีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยวก็ตาม แต่จากการสัมภาษณ์ พบว่า ในบริเวณละแวกบ้าน หรือใกล้เคียง ยังมีเครือญาติสนิท และเพื่อนบ้านที่ใกล้ชิดสนิทสนมกันมานาน คอยช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ เพราะเชื่อว่าผู้สูงอายุมีความรู้และประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต ควรค่าแก่การนับถือ เหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลในการดำเนินชีวิตประจำวันน้อยลง เกิดความรู้สึกว่าตนยังมีคุณค่า และเกิดอัตมโนทัศน์ทางบวก

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ยาวนานของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38.57) จะมีระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ยาวนาน 13-36 เดือน โดยระยะเวลาเฉลี่ยเท่ากับ 32.40 เดือน จากระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนานนี้อาจทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินสถานการณ์ในลักษณะอันตรายต่างๆ ของโรค และสามารถคาดเดาเหตุการณ์เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ จึงมีความวิตกกังวลลดลง ประกอบกับ เริ่มเคยชินกับสภาพร่างกายของตนเองจนเกิดการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ดังเช่น การศึกษาของ ปราณี มิ่งขวัญ (2542) ที่ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูระยะหลังทุกคน มีการเผชิญความเครียด โดยใช้วิธีการยอมรับสถานการณ์ความเป็นจริง จากการที่ผู้สูงอายุสามารถยอมรับความสามารถที่มีขอบเขตจำกัดของร่างกาย และปรับตัวให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ก็จะส่งผลให้เกิดอัตมโนทัศน์ที่ดีต่อตนเองได้เช่นกัน (ประภาพร จินันทุยา, 2536) จากเหตุผลดังกล่าวจึงสนับสนุนผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับอัตมโนทัศน์เป็นไปในทางบวก

ความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาระดับความพึงพอใจในชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 52.85 มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูง (ตารางที่ 8) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.37 จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน ตามแนวคิดความพึงพอใจในชีวิตของ แคนทริล ที่มองความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับกล่าวคือถ้าบุคคลได้รับในสิ่งที่ตนปรารถนา ก็จะเป็นความพึงพอใจในเชิงบวก แต่ถ้าสิ่งที่ได้รับนั้นต่ำกว่าสิ่งที่ปรารถนาความพึงพอใจก็จะเป็นเชิงลบ

(Cantril, 1965 cited in Zhan, 1992) และบุคคลจะประเมินความพึงพอใจในชีวิตโดยการมองภาพรวมทั้งหมดตามการรับรู้ เป้าหมาย การให้คุณค่าและความเชื่อของตนเอง (Cantril, 1965 cited in McKeehan, Cowling & Wykle, 1986)

จากการพิจารณาปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูง แม้จะเกิดโรคหรือมีความพิการ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) เป็นเพศชายและเป็นหัวหน้าครอบครัว ซึ่งในลักษณะของสังคมไทยที่มีภรรยาและให้ความเคารพนับถือให้เกียรติกับเพศชาย จึงทำให้ผู้ชายมองตนเองมีคุณค่า ดังเช่น การศึกษาของ เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529) ที่พบว่าเพศชายมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าเพศหญิง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.71) ยังอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงที่มีสภาพการเปลี่ยนแปลงต่างๆไม่มากนัก ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง จึงยังรับรู้ถึงความสามารถของตนที่ยังมีอยู่ ทำให้เกิดความพึงพอใจในตนเองและพอใจในชีวิตตามมา นอกจากนี้จากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่มีส่วนทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตสูง เนื่องจาก ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีคู่สมรสเป็นผู้คอยช่วยเหลือให้ความเห็นอกเห็นใจ เป็นคู่คิดคู่ปรึกษา และช่วยทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมองตนเองว่ามีคุณค่ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ โสด หม้าย แยกกันอยู่ (เนงลักษณ์ บุญไทย, 2539) ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสนับสนุนจากคู่สมรสจะมีความสุขและมีความพึงพอใจในชีวิต ดังเห็นได้จาก การศึกษาของ รุ่งทิพย์ แสงใจ (2542) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสจะมีความสุขซึ่งวัดจากความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูงและพบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความความสุขของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.29) มีผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกัน โดยอาจเป็นคู่สมรสหรือบุตรหลาน ซึ่งคอยดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมอื่นๆ ในประเทศไทย พบว่ากิจกรรมการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้แก่ผู้สูงอายุยามเจ็บป่วย คือ 1) การพาไปโรงพยาบาล 2) การซื้อยาให้รับประทาน 3) การให้การดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว ป้อนอาหาร พาไปห้องน้ำ เก็บที่นอน อยู่เป็นเพื่อนตอนกลางคืนและให้การดูแลที่เฉพาะ เช่น ทำแผล และ 4) การช่วยทำกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา นอกจากนั้น แคฟฟรี (Caffrey, 1992 อ้างใน วิริยะ สัมปทานกุล, 2542) ได้ศึกษาการให้การดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า บุตรหลานที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ ก็มักจะให้ความช่วยเหลือในเรื่องการเดินทางและการเงิน การช่วยตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีประสบการณ์ที่ดี มีความมั่นคง

ทางอารมณ์ และเกิดความพึงพอใจในชีวิตตามมา มาสโลว์ (Maslow, 1970) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตของมนุษย์จะเกิดขึ้นเมื่อ มนุษย์ได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานจากขั้นต่ำไปถึงขั้นสูง หากความต้องการได้รับการตอบสนองจะทำให้บุคคลนั้นเกิดความพึงพอใจได้ ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวเดียวกันที่เป็นคู่สมรสหรือบุตรหลาน จึงทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตตามมา (Miller, Miller, & Miller, 1986) ในสังคมไทย ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมักอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัวซึ่งอาจเป็นคู่สมรส หรือบุตรหลาน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์, สุรีย์ บุญญานุพงศ์, และสมศักดิ์ ชันทะ(2533) ในผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 85 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นภาพร ชัยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532) ที่พบว่า ผู้สูงอายุยังคงได้รับการดูแลและอาศัยอยู่กับบุตรหลาน ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.29) อาศัยอยู่กับครอบครัวและมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลเช่นกัน ซึ่งจากการศึกษาของ ศรีเรือน แก้วกังวาล (2533) พบว่า การได้อยู่กับญาติพี่น้องและการอยู่บ้านตนเองเป็นตัวแปรทางสังคมจิตวิทยาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนั้นในการศึกษาค้นคว้ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ยังคงได้รับการยอมรับจากสมาชิกในครอบครัว โดยยังอยู่ในฐานะหัวหน้าครอบครัว การได้รับการดูแลเอาใจใส่และได้รับการยกย่องนับถือจากครอบครัว ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตได้

เมื่อพิจารณาถึงเรื่องศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวในจิตใจ ซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.71) นับถือศาสนาพุทธ ศาสนาพุทธจะมีหลักปฏิบัติที่ช่วยให้ยอมรับในเรื่องการสูญเสียต่างๆ สอนให้บุคคลมีอุเบกขา คือ รู้จักวางเฉย ควบคุมตนเอง สอนให้เชื่อในเรื่องเวรกรรม ว่าใครทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว ศาสนาพุทธสอนให้เข้าใจว่าความเป็นไปในชีวิตล้วนเป็นสิ่งไม่แน่นอน (สุพัตรา สุภาพ, 2534) ผู้นับถือศาสนาพุทธที่ดำเนินชีวิตแบบทางสายกลางสามารถจะปลงกับชีวิตได้และมีการยอมรับสภาพที่เป็นจริง ทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตของตนเองอยู่ในระดับสูง สำหรับผู้ที่นับถือศาสนาอื่นจะมีสิ่งยึดเหนี่ยวและหลักปฏิบัติเช่นเดียวกันซึ่งผู้ที่ปฏิบัติตนตามหลักของศาสนาจะมีความสุขสงบในจิตใจและมีความพึงพอใจในชีวิตสูงได้

สภาพเศรษฐกิจมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตเช่นกัน ดังเช่น การศึกษาของ มารศรี นุชแสงพลี (2532) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุสูงสุด คือ รายได้ ในการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.71) มีสถานะเศรษฐกิจในระดับที่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่จำเป็น (ตารางที่ 2) ซึ่ง

ผู้ที่มิรายได้เพียงพอจะสามารถตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชีวิตได้โดยมีที่อยู่อาศัยเหมาะสม ปลอดภัย มีคุณค่าในครอบครัวสังคม และเมื่อเจ็บป่วยก็สามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้ เพราะมีโอกาสที่จะแสวงหาสิ่งที่อำนวยความสะดวกและเป็นประโยชน์ต่อการดูแลระหว่างเจ็บป่วย ทำให้มีความพึงพอใจในชีวิตระดับสูงได้

ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต จากการศึกษาของ แอสตรอม แอสพลันด์และแอสตรอม (Astrom, Asplund, & Astrom, 1992) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในประเทศสวีเดน จำนวน 50 คนที่รอดชีวิตจากโรคมา 3 ปี กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 71.4 ปี โดยประเมินภาวะทางจิตสังคมและความพึงพอใจในชีวิต ทั้งหมด 5 ครั้ง หลังได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 4-5 วัน, 3 เดือน, 1 ปี, 2 ปี และ 3 ปี หลังเกิดอาการของโรค และนำมาเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุทั่วไป ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองจะลดลงต่ำที่สุด เมื่อเวลาผ่านไป 3 เดือนหลังเกิดโรค และมีผู้ป่วยบางส่วนที่มีความพึงพอใจในชีวิตค่อนข้างดี คิดเป็นร้อยละ 32 และมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) โดยเพิ่มเป็นร้อยละ 52 เมื่อเวลาผ่านไป 1 ปี ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 38.57) มีระยะเวลาการป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่ยาวนาน 13-36 เดือน (ดังตารางที่ 3) ซึ่งมีผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการปรับตัวที่จะเผชิญกับการเจ็บป่วยมากขึ้นพร้อมกับการยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จึงพยายามปรับตัวต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ตามคำแนะนำของบุคคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงได้รับผลกระทบจากโรคไม่มาก แม้ว่าจะมีระยะเวลาการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมานาน นอกจากนั้นระยะเวลาเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้นจะมีส่วนช่วยในการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้ฟื้นคืนสภาพได้ดีขึ้น และถ้าผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวด้วยแล้วจะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ดียอมรับความพิการหรือภาวะทุพพลภาพได้ (Friedland & McColl, 1987) การที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้ยอมรับกับความเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม นั่นคือ การสร้างความพึงพอใจในสภาพชีวิตที่เป็นอยู่ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2524 อ้างใน วรรณภา คุ่มผาติ, 2537) จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจึงสรุปผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในชีวิตอยู่ในระดับสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาและอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาค้นนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการวิจัยที่เสนอว่า การพึ่งพามีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การพึ่งพามีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r_s = -.42, p < .01$) ซึ่งหมายถึงว่า เมื่อการพึ่งพาสูงอัตมโนทัศน์มีแนวโน้มที่จะต่ำหรือเมื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการพึ่งพาผู้อื่นมาก มักจะมีอัตมโนทัศน์เป็นไปในทางลบ

เป็นที่ทราบกันดีว่าความเจ็บป่วยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของบุคคลทั้งทางพยาธิสรีรภาพและสภาวะทางจิตใจ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้หรือทำได้น้อยต้องอาศัยผู้อื่นหรือพึ่งพาผู้อื่นเสมอทำให้รู้สึกว่าคุณค่าและความสามารถไร้ประโยชน์ ไม่มีคุณค่า เป็นการทำให้กับบุคคลในครอบครัว ทำให้เกิดความวิตกกังวล หงุดหงิด และรู้สึกว่าควบคุมตนเองไม่ได้ จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ดีต่อตนเอง มองตนเองในแง่ลบ กล่าวคือ มีอัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงไปในทางลบนั่นเอง (Barbara, 1976) ดังเช่นผลการศึกษาของ กาญจนา กาญจนไตรวัฒน์ (2527) ที่ศึกษาอัตมโนทัศน์ของผู้ป่วยของผู้ป่วยที่มีอัมพาตครึ่งล่าง จำนวน 60 คน และพบว่าอัตมโนทัศน์ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังเกิดความเจ็บป่วย ต่ำกว่าอัตมโนทัศน์ก่อนการเจ็บป่วย จากกรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมักไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ทั้งหมด จึงทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มองตนเองในด้านไม่ดี มีอัตมโนทัศน์เป็นไปในทางลบและมีความพึงพอใจในตนเองและชีวิตลดลง

จากแนวคิดของทฤษฎีกิจกรรม (activity theory) อธิบายว่า กิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับมนุษย์ทุกวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ การที่ได้มีกิจกรรม ทำให้ผู้สูงอายุมีบทบาทและสถานภาพทางสังคม ซึ่งจะทำให้ตนรู้สึกมีคุณค่า เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ รู้สึกพึงพอใจในชีวิต และเป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าให้กับตน ร่วมกับการได้รับการยกย่องจากบุคคลในครอบครัว และเพื่อนบ้าน ทำให้เกิดอัตมโนทัศน์ในทางบวก (Stanley & Beare, 1995) บุคคลที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆ ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น มีผลให้อัตมโนทัศน์ทุกด้านของบุคคลถูกรบกวนและเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าการพึ่งพามีความสัมพันธ์ทางลบกับอัตมโนทัศน์ในระดับปานกลางเท่านั้นซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่ยังไม่สมบูรณ์ ทั้งนี้เนื่องจากมีปัจจัยหรือตัวแปรอื่นนอกเหนือจากการพึ่งพาที่มีความสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ แต่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ การมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือการมีบทบาททางสังคม สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ ภาพลักษณ์ (Smitherman cited in Kelly, 1985) หรืออาจเนื่องจากการพึ่งพามีความสัมพันธ์โดยอ้อมกับอัตมโนทัศน์ โดยความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาและอัตมโนทัศน์ต้องผ่านตัวแปรกลางคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กล่าวคือ การไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เองหรือการอยู่ในภาวะพึ่งพา มีผลโดยตรงต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและทำให้อัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงตามมา (Burckhardt, 1985; Lambert & Lambert, 1987 อ้างใน กาญจนา ศิริวาราศัย, 2536)

ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาและความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 2 โดยการพึ่งพามีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับนัยสำคัญ .01 ($r_s = -.44, p < .01$) ซึ่งหมายความว่า เมื่อการพึ่งพาต่ำ ความพึงพอใจในชีวิตมีแนวโน้มจะสูง หรือเมื่อผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีการพึ่งพาผู้อื่นน้อย จะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของการวิจัยที่ว่า การพึ่งพามีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง จากแนวคิดของดอบอส (Dobos, 1976) ที่ว่าบุคคลที่ยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมโดยที่ตนเองตัดสินใจกิจกรรมนั้นมีคุณค่าแห่งตน เช่นกิจวัตรประจำวันจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และสอดคล้องกับแจ็กเกิล (Jack, 1974) ที่กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิตเป็นความยินดี มีความสุขกับชีวิตของแต่ละคนเป็นความพอใจที่บุคคลได้รับการมีกิจวัตรประจำวันอันเป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลรับรู้เกี่ยวกับชีวิตของตนเองว่ามีความหมาย สามารถดำรงไว้ซึ่งพัฒนาการด้านต่างๆของชีวิต กล่าวคือ ถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ ย่อมได้รับความสุขกับชีวิตและพึงพอใจในชีวิต ในทางตรงกันข้าม แฮริส (Harris, 1972 อ้างใน มารศรี นุชแสงพลี, 2532) กล่าวว่า ผู้สูงอายุที่เป็นผู้พึ่งพาเป็นผู้รับมากกว่าเป็นผู้ให้ อาจรู้สึกอับอาย ทำให้ความพึงพอใจในชีวิตลดต่ำลงได้ และจากการศึกษาของประภาพร จินันทุยา (2536) ในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดงที่พบว่า ระดับการพึ่งพา

ผู้อื่นที่สูงขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเป็นภาระต่อครอบครัว สังคม และส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลงหรือมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำลง

นอกจากนี้จากผลการศึกษาของมาร์ไคด์ และมาร์ติน (Markides & Martin, 1979) ที่ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรที่ทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 141 คน พบว่า สุขภาพและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ เป็นตัวแปรที่ทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุได้ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2537) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการพึ่งพาผู้อื่นมากจะมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ การที่การพึ่งพามีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิตเนื่องจากการต้องพึ่งพาผู้อื่นแสดงถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เองหรือทำได้ลดลง ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้เหมือนเดิม ซึ่งทำให้บุคคลนั้นจะรู้สึกสูญเสียอำนาจในการควบคุมตนเอง สูญเสียบทบาททางสังคม และสูญเสียการมีอิสระ ทำให้บุคคลอยู่ในสภาวะที่รับรู้ความรู้สึกที่ไม่ชื่นชมยินดี หรือพอใจกับสภาพที่ตนเป็นอยู่ ส่งผลให้ความพึงพอใจในชีวิตลดลงหรือไม่พึงพอใจในชีวิตได้ (Muhlenkamp & Joyner, 1986 อ้างใน ยุพิน โกริณทร์, 2536)

อย่างไรก็ตามผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับผลการศึกษาของมารศรี นุชแสงพลี (2532) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุซึ่งศึกษากรณีผู้สูงอายุในชุมชนบ่อนไก่ กรุงเทพมหานครและพบว่า ระดับการพึ่งพาของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต โดยให้เหตุผลว่า อาจเป็นเพราะลักษณะครอบครัวของผู้อยู่อาศัยในชุมชน ยังเป็นลักษณะครอบครัวแบบเดิมของสังคมไทย คือบุตรหลานมีหน้าที่ดูแลพ่อแม่ ผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการตอบแทนที่พ่อแม่ได้เลี้ยงดูตนมา จึงทำให้ผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาบุตรหลานสูงมีความพึงพอใจในชีวิตสูงแทนที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ เพราะผู้สูงอายุเหล่านี้จะภูมิใจที่บุตรหลานของตนเป็นคนดี

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองต้องการพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอาจทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในชีวิตลดต่ำลง ในทางตรงข้ามผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่พึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า การพึ่งพามีความสัมพันธ์ทางลบความพึงพอใจในชีวิตในระดับปานกลางเท่านั้นซึ่งความสัมพันธ์ยังไม่สมบูรณ์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการพึ่งพาไม่ได้เป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต แต่มีปัจจัยหรือตัวแปรอื่นที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต แต่ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยด้าน

สิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ชุมชน ค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรม ครอบครัว อาชีพ จากการศึกษาของ โทสแลนด์ และราสช์ (Toseland & Rasch, 1978 อ้างใน วรรณญา คุ่มผาติ, 2537) พบว่าความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน มีตัวทำนายที่สำคัญมาก คือ การได้รับความปลอดภัยในชุมชน ความพอใจในที่อยู่อาศัยของแต่ละบุคคล นอกจากนั้น ศิริวรรณ สิ้นไชย (2531) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา กรมประชาสงเคราะห์ ได้แก่ การใช้เวลารว่าง การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ การรับรู้ความสำเร็จของงานในอดีต การรับรู้สภาวะสุขภาพของตนเอง และ ศรีเรือน แก้วกังวาล (2533) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย โดยภาพรวม คือ การระลึกถึงความหลัง การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การคิดถึงความตาย ความสัมพันธ์กับคนต่างวัย ความพอใจในสถานภาพทางการเงิน การอยู่กับญาติพี่น้อง และการอยู่บ้านตนเอง

ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 3 และสนับสนุนกรอบแนวคิดของการวิจัยที่ว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า อัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ($r_s = .53$, $p < .01$) ซึ่งหมายถึงว่า เมื่อคะแนนอัตมโนทัศน์สูง คะแนนความพึงพอใจในชีวิตจะสูงด้วย หรือเมื่อผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองมีอัตมโนทัศน์ในทางบวกจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูง

อัตมโนทัศน์เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองทั้งในด้านร่างกายและส่วนตน เพราะอัตมโนทัศน์เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของพฤติกรรมมนุษย์เป็นสิ่งที่มียุทธวิธีและกำหนดพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์ บุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ในทางลบจะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง มีการรับรู้ที่แคบ หรือเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง หวั่นไหวง่าย มีระดับความวิตกกังวลสูง มีความรู้สึกต่อตนเองในทางที่ไม่ดี ตรงข้ามกับบุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ในทางบวก ที่มักจะเป็นผู้มีความเชื่อมั่นในตนเอง มองโลกกว้างและตรงไปตรงมา มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางที่ดี มักได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ดังนั้นอัตมโนทัศน์ในทางบวกจึงนำไปสู่การรับรู้ว่าตนมีความสามารถ (Stuart & Sundeen, 1987 อ้างใน ทศพร พัฒนนิรมาน, 2531) ส่วนความพึงพอใจในชีวิตนั้น เป็นสิ่งที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งที่ตนครองอยู่ ซึ่งอยู่ระหว่างความปรารถนาที่ตั้งไว้และความสำเร็จที่ได้รับ กล่าวคือ ถ้าบุคคลได้รับในสิ่งที่ตนปรารถนา ก็จะเป็นความพึงพอใจ

ในเชิงบวกแต่ถ้าสิ่งที่ได้รับนั้นต่ำกว่าสิ่งที่ปรารถนาความพึงพอใจก็จะเป็นเชิงลบ (Cantril, 1965 cited in Zhan, 1992) และบุคคลจะประเมินความพึงพอใจในชีวิตโดยการมองภาพรวมทั้งหมด ตามการรับรู้เป้าหมายการให้คุณค่าและความเชื่อของตนเอง (Cantril, 1965 cite in McKeehan, Cowling & Wykle, 1986) ดังนั้นเมื่อบุคคลมีความรู้สึกต่อตนเองในทางที่ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง รับรู้ว่าตนมีความสามารถ ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น หรือมีอุดมโนทัศน์ในทางบวกแล้ว บุคคลจะรับรู้ถึงสิ่งที่ตนได้รับอยู่ในปัจจุบันและประเมินในภาพรวมทั้งหมดว่าชีวิตเป็นไปตามที่ตนต้องการ บุคคลนั้นจึงมีความพึงพอใจในชีวิต และจากผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชรัสนิกุล ยัมบุณณะ (2532) พบว่า อุดมโนทัศน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตในผู้ป่วยชายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เนื่องจากการมองตนเองในทางบวกเป็นสิ่งสำคัญที่สุดเหนือการสนับสนุนอื่นใด บุคคลที่มีอุดมโนทัศน์ในด้านบวกจะช่วยให้เข้าใจตนเองสามารถใช้กลไกการปรับตัวที่เหมาะสม นอกจากนี้บุคคลที่มีอุดมโนทัศน์ทางบวกจะตระหนักในคุณค่าของตนเอง คิดว่าตนเองยังเป็นที่รักที่ต้องการของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ของผู้ป่วย จึงก่อให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้และปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลตนเองตลอดจนการให้ความร่วมมือในการรักษา (Pender, 1982 อ้างใน ชรัสนิกุล ยัมบุณณะ, 2532) ทำให้สามารถดำรงบทบาทผู้ป่วยที่เหมาะสมและเกิดความพึงพอใจในชีวิตในที่สุด

จากเหตุผลดังกล่าวจึงสนับสนุนผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอุดมโนทัศน์ทางบวกจะมีความพึงพอใจในชีวิตสูงด้วย อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่าอุดมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตในระดับปานกลางเท่านั้นซึ่งความสัมพันธ์ที่ยังไม่สมบูรณ์ ทั้งนี้อาจเนื่องจากอุดมโนทัศน์ไม่ได้เป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต แต่ยังมีปัจจัยหรือตัวแปรอื่นที่ร่วมในการทำนายความพึงพอใจในชีวิต แต่ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาปัจจัยเหล่านั้น ปัจจัยที่พบว่ามีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร เช่น อายุ เพศ จากการศึกษาของ คแนปป์ และ มาร์ติน (Knapp & Martin, 1976) พบว่า เพศ มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตในทุกด้าน ส่วนอายุมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตด้านอารมณ์ กฤษฎา ตงศิริ (2531) พบว่าความหวังมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นจากการศึกษาอื่นๆ ยังพบปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต เช่น ความรู้สึกซึมเศร้า ความรุนแรงของการเจ็บปวด เป็นต้น (ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, 2530 อ้างใน สุมล เกษรอนิช วัฒนา, 2534)