

ห้องสมุด
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

การศึกษ้อัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุราษฎร์ร่วมจิต
อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย



กานติมา	ศรีสมศักดิ์
จตุพล	ทำบุญยืน
ณัฐพงศ์	บรรจบ
วีระ	ผ่องศรี
สิริกัญญา	คำภีระปาวงศ์
อานุทัศน์	ปานชัย

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิชา การวิจัยทางสุขภาพ (551461)
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
ภาคเรียนที่ 3 ปีการศึกษา 2548

คำนำ

การศึกษาค้นคว้าด้วยตัวเองฉบับนี้ ได้รับความร่วมมือและกรุณาจากหลายฝ่าย ซึ่งมีส่วนร่วมในการสนับสนุน ให้คำปรึกษาและสำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก อาจารย์นิทรา กิจธีระวุฒิมงคล อาจารย์ที่ปรึกษา ที่ได้ให้คำแนะนำปรึกษา ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างยิ่งจนการศึกษาด้วยตนเองเสร็จสมบูรณ์ได้ คณะผู้ศึกษาค้นคว้าขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลประจำคลินิกพิเศษโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม หัวหน้าสถานีอนามัยบ้านแสงสว่าง ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการดำเนินงานและขอขอบคุณสมาชิกชมรมผู้สูงอายุราษฎร์ร่วมจิตทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและการตอบแบบสัมภาษณ์ จนการศึกษาค้นคว้าสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการศึกษาค้นคว้าฉบับนี้ คณะผู้ศึกษาขอมอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุก ๆ ท่าน

คณะผู้ศึกษา
พฤษภาคม 2549

ชื่อเรื่อง : การศึกษาอัตรานอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุราษฎร์ร่วมจิต
อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

ผู้เขียน : นางสาวกานติมา ศรีสมศักดิ์, นายจตุพล ท้าวบุญยืน, นายณัฐพงศ์บรรจบ
นายวีระ ผ่องศรี, นางสิริกัญญา คำภีระปาวงศ์, นายอานนท์ ปานชัย

ที่ปรึกษา : อาจารย์นิทรา กิจธีระวุฒิมงคล

ประเภทสารนิพนธ์ : รายงานการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาวิชา 551461 วิทยาลัยราชภัฏสุโขทัย ปี 2548

บทคัดย่อ

การศึกษานอนหลับของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุราษฎร์ร่วมจิต อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตรานอนหลับของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ เล็กกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง จากผู้สูงอายุซึ่งเป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุราษฎร์ร่วมจิต อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย จำนวน 96 คน รวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน 2549 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป 2. แบบวัดอัตรานอนหลับซึ่งดัดแปลงมาจากของลำนาร์ เรียงยศ (2535) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและทดสอบความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตรานอนหลับโดยรวมในทางบวก ค่าเฉลี่ย 28.98 (95 % CI = 28.65 – 29.31) คิดเป็นร้อยละ 72.92 และมีอัตรานอนหลับโดยรวมในทางลบ คิดเป็นร้อยละ 27.08 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตรานอนหลับด้านร่างกายในทางบวก ค่าเฉลี่ย 6.57 (95 % CI = 6.41 – 6.73) คิดเป็นร้อยละ 59.36 อัตรานอนหลับด้านจิตใจในทางบวก ค่าเฉลี่ย 13.06 (95 % CI = 12.79 – 13.33) คิดเป็นร้อยละ 62.50 อัตรานอนหลับด้านสังคมในทางบวก ค่าเฉลี่ย 9.22 (95 % CI = 8.97 – 9.47) คิดเป็นร้อยละ 59.38 ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการวางแผน เพื่อจัดให้มีกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมอัตรานอนหลับทั้ง 3 ด้านให้มากขึ้น

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
บทคัดย่อ	ข
สารบัญ	ง
บัญชีตาราง	ฉ
บัญชีภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
จุดมุ่งหมายของการวิจัย	5
คำถามของการวิจัย	5
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
บทที่ 2 เอกสารและงานที่เกี่ยวข้อง	7
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	7
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	15
ความรู้เกี่ยวกับอัตมโนทัศน์	20
ชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุ	34
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	40
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	42
การวิเคราะห์ข้อมูล	43
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	44
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	44
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ของกลุ่มตัวอย่าง	47

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 5 บทสรุป	53
สรุปผลการศึกษา	53
อภิปรายผล	54
ข้อเสนอแนะ	61
บรรณานุกรม	62
ภาคผนวก	72
ภาคผนวก ก การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	73
ภาคผนวก ข แบบประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุ	74
ภาคผนวก ค แบบสัมภาษณ์	75
ประวัติผู้วิจัย	79



บัญชีแผนภาพ

แผนภาพที่

หน้า

1. กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของชาน

16



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพในคนไทยทุกกลุ่มอายุและผู้สูงอายุเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญ จึงเป็นที่เชื่อได้ว่าคนไทยจะมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้นกว่าเดิม ซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการเพิ่มประชากรโลก จากการคาดคะเนทาง ประชากรศาสตร์ พบว่าในช่วงระยะเวลา 50 ปี จาก พ.ศ. 2518 - พ.ศ. 2568 ประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 4,100 ล้านคนไปเป็น 8,200 ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้ปรากฏว่าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 22.4 แสดงว่าโลกมนุษย์กำลังเข้าสู่ยุคของคนสูงอายุมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้เป็นผลมาจากเหตุหลักสองประการคือการวางแผนครอบครัวที่เป็นผลทำให้ปริมาณเด็กลดน้อยลงและการที่มีความเจริญทางการแพทย์มากขึ้นทำให้อายุขัยยืนยาวออกไปจากเดิม สำหรับในประเทศไทยผลจากการพัฒนาด้านสาธารณสุขและสังคม ทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยยืนยาวออกไป และจากการคาดประมาณประชากรไทย พบว่าผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ทั้งด้านจำนวนและอัตราส่วนมากกว่าประชากรวัยอื่นและในปัจจุบันนี้จึงพบว่าผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นนี้มีการเพิ่มสัดส่วนของการเลี้ยงดูผู้สูงอายุตามมาด้วย แต่ผู้สูงอายุเหล่านี้ ก็ล้วนเป็นผู้ที่ทำประโยชน์ให้กับสังคมและสามารถจะทำประโยชน์กับสังคมได้อีก ถ้ามีการดูแลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี จากการประชุมสมัชชาโลกเมื่อปี พ.ศ.2525 ได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและยอมรับว่าการช่วยเหลือผู้สูงอายุของครอบครัวจะยังต้องเป็นสถาบันสำคัญสำหรับผู้สูงอายุต่อไป แม้ในประเทศพัฒนาแล้วและควรจะต้องให้ความสำคัญมากยิ่งขึ้นในเรื่องบทบาทของผู้สูงอายุต่อครอบครัวและสังคม

วัยสูงอายุ เป็นวัยของการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก่อให้เกิดภาวะวิกฤติที่มีสาเหตุทั้งภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล ถึงแม้ความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น แต่การมีอายุยืนยาวเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เช่นผิวหนังเหี่ยวยุบ กล้ามเนื้อลีบ หูตึง ผมหงอก เป็นต้นทำให้ผู้สูงอายุขาดความสง่างาม ไร้ความสามารถ ความจำและการตอบสนองต่อสิ่งต่าง ๆ ลดลง (วรมนต์ ตรีพรหม,2534)

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวล้วนมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายอ่อนแอลง และมีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่าย (บรรลุ ศิริพานิชและคณะ, 2531) ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ มักเกิดควบคู่กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจคือ เมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไป สภาพจิตใจและอารมณ์ยิ่งมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย โดยจะทำให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพกาย หรือความเจ็บป่วยของตน (พัชรี ตันศิริ, 2533 ; วชิราภรณ์ สุมรวงศ์, 2536) นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจเกิดความคับข้องใจและรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากการสูญเสียภาพลักษณ์ (self image) และสูญเสียสรรณภาพและการกลัวความตาย (นภาพร วงศ์ใหญ่, 2542; Esberger & Huhges, 1989; Hogstel)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งในครอบครัวและสังคม การเปลี่ยนแปลงในครอบครัวนั้นจะพบว่าผู้สูงอายุจะลดบทบาทลงเช่นจากการเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัว กลับเป็นผู้ที่ต้องได้รับการเลี้ยงดูจากบุตรหลาน และบางคนอาจถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุในภาคใต้มีการสำรวจพบว่าถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังถึงร้อยละ 4 (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542) นอกจากนี้การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักที่เป็นคู่ชีวิต ญาติ พี่ น้อง และเพื่อนสนิท เป็นต้น จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความว้าเหว โดดเดี่ยว ซึมเศร้าและสิ้นหวัง (ทรงธรรม สอนิยะ, 2540 ; Staab & Hodges, 1996 ; sanely & Beare, 1995) การเกษียณอายุและออกจากงาน จำทำให้ผู้สูงอายุสูญเสีย สถานภาพและบทบาททางสังคม ขาดการติดต่อกับเพื่อนฝูงและสูญเสียรายได้หรือรายได้ลดลง กลายเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จำทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดความเหงาและวิตกกังวล (พรณี เหมือนวงศ์, 2535; Hunter, 1992) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมไทย จากลักษณะของครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้นจำทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งอยู่ตามลำพัง และได้รับการดูแลเอาใจใส่จากลูกหลานลดลง (รัชนิพร ภูกร, 2538; สุรีย์ บุญญาอนุวงศ์, 2534) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุทำให้เกิดความรู้สึกอ้างว้าง ซึมเศร้า ทำให้โอกาสที่จะเข้าสังคมลดน้อยลง เกิดการแยกตัวตามมาถ้าไม่สามารถปรับตัวได้ (อาภา ใจงาม, 2533) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (เกษม ตันติผลาชีวะ และ กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2538) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย หรือด้านสังคมด้านใดด้านหนึ่ง หรือมีการเปลี่ยนแปลงร่วมกันทั้งสองด้าน ล้วนมีผลต่อจิตใจและอารมณ์ได้ทั้งสิ้น (Miller, 1995) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของบุคคลได้ ถ้าผู้สูงอายุที่ผ่านช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนปลายด้วยความสำเร็จความสมหวังสามารถปรับบุคลิกภาพ และแก้ไขภาวะวิกฤติได้จะรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถมีคุณค่า ได้รับการยอมรับ มี

ความสำเร็จในชีวิต มีความภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ดังกล่าวสะท้อนถึงอัตมโนทัศน์ที่ดีตรงกันข้ามกับผู้สูงอายุที่ประสบความล้มเหลวในชีวิตที่ผ่านมา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในลักษณะเสื่อมถอยยิ่งทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า ไม่เป็นที่รักใคร่ต้องการของคนใกล้ชิดถูกทอดทิ้ง (Erikson, อ้างใน วีระ ไชยศรีสุข, 2533) การรับรู้ดังกล่าวสะท้อนถึงอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มต่ำลงผู้สูงอายุจะรู้สึกกังวล ว่าเหว ห้อแท้หมดหวัง ทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยทางจิต (สุภาณี พันธุ์น้อยและกรรณิการ์ สุวรรณโคตร 2527, Jeffery & Donald, 1983) จะเห็นว่าอัตมโนทัศน์เป็นตัวแปรสำคัญที่บ่งบอกถึงสุขภาพจิต (Robert, 1990) เนื่องจากอัตมโนทัศน์เป็นการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด

ความเชื่อ ค่านิยมที่บุคคลมีต่อตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ผู้สูงอายุที่มีอัตมโนทัศน์ที่ดีจะสามารถยอมรับและปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสจีวิตและซันดีน (Staurt & Sundeen, 1983) ที่พบว่าอัตมโนทัศน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปรับตัว

อัตมโนทัศน์เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการปรับตัวของบุคคล (Staurt & Sundeen, 1987) และเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ อัตมโนทัศน์หมายถึงความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ เจตคติ ค่านิยม และการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตนเองโดยรวม (Wylie, 1968) ซึ่งการรับรู้เกี่ยวกับตนเองนี้จะมีอิทธิพลอย่างมากในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคล (Fitt, 1965 ; Combs & Sngg, 1959) กล่าวคือ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมในสถานการณ์ต่าง ๆ อย่างไรขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นรับรู้เกี่ยวกับตนเองอย่างไร หรืออาจกล่าวได้อีกนัยหนึ่งว่าอัตมโนทัศน์เป็นตัวแปรพื้นฐานที่ควบคุมการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งแสดงออกในรูปพฤติกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้ โคมส์และสไนกียังเชื่อว่า มนุษย์ทุกคนมีความสามารถในการพัฒนาอัตมโนทัศน์ที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงทางด้านจิตใจ (Psychic integrity) ซึ่งความมั่นคงทางด้านจิตใจนี้จะเป็นพื้นฐานในการปรับตัวต่อปัญหาที่จะส่งผลต่อความสามารถในการที่จะดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ (Andrews & Roy, 1991) จะเห็นได้ว่าอัตมโนทัศน์เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของพฤติกรรม และมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคล (Combs & Sngg, 1959: Combs, Donald, & Pukey, 1971)

ด้วยเหตุที่อัตมโนทัศน์เป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ตลอดอายุขัยของคน และในวัยสูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ที่สามารถส่งผลต่ออัตมโนทัศน์ได้ แต่ถ้าญาติ สังคมและบุคคลากรทางสาธารณสุขมีความรู้และเข้าใจก็จะสามารถให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากอัตมโนทัศน์มีความสำคัญดังที่กล่าวมาคือ จะเป็นตัว

กำหนดพฤติกรรมและอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคล การศึกษาอัตมโนทัศน์จะเป็นแนวทางให้บุคคลากรทางสาธารณสุขเข้าใจธรรมชาติและพฤติกรรมของบุคคลได้ ทั้งนี้เพราะบุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างไรนั้นย่อมขึ้นอยู่กับความรู้สึกและการรับรู้ที่บุคคลนั้นมีต่อตนเองในด้านนั้นว่าเป็นอย่างไร เช่นภาวะปกติบุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ด้านร่างกายดี ก็จะมีพฤติกรรมในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็จะกระตือรือร้นที่จะแสวงหาความช่วยเหลือ เช่นการไปพบแพทย์ รวมทั้งยอมรับบทบาทและปรับตัวต่อสภาพที่เจ็บป่วยได้ (สุสันหา ยิ้มแย้มและกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, 2533) ดังนั้นการเข้าใจอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ จะทำให้บุคคลากรทางด้านสาธารณสุขเข้าใจปัญหาและพฤติกรรมของผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การวิเคราะห์ปัญหาได้อย่างถูกต้องตามความเป็นจริง ตลอดจนกำหนดแนวทางและวางแผนจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม หรือกล่าวโดยสรุปคือ บุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ดีจะสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพในทุกสถานการณ์ (Hurlock, 1978) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอัตมโนทัศน์ดี จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย (สุวิมล พนาวัฒน์กุล, 2533) นอกจากนี้ยังต้องตอบสนองต่อนโยบายของรัฐบาลที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพในเชิงรุก (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 2544) ทั้งนี้เนื่องมาจากการเพิ่มจำนวนของประชากรสูงอายุจะส่งผลกระทบต่อสภาพทางสังคม สภาวะทางเศรษฐกิจ และการจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพและสังคมของประเทศอย่างต่อเนื่องและระยะยาว ดังนั้นการจัดสวัสดิการต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุจึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และพึ่งพาตนเองได้ (คณะกรรมการร่างแผนผู้สูงอายุระยะยาว ฉบับที่ 2, 2543) การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุเป็นแนวทางหนึ่งของการขยายบริการทางด้านสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ โดยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีบทบาทในทางสร้างสรรค์ และเกิดประโยชน์ต่อสังคม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุคงบทบาทที่ดีไว้

ชมรมผู้สูงอายุราษฎร์ร่วมจิต อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นอีกชมรมหนึ่งที่จัดตั้งขึ้นเพื่อสนองนโยบายดังกล่าว โดยโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม และสถานีอนามัยตำบลไทยชนะศึก มีหน้าที่รับผิดชอบและให้การสนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ เช่น จัดให้มีกิจกรรมนันทนาการ การให้ความรู้ทั้งด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต การตรวจรักษาเบื้องต้น การทำบุญร่วมกันในวันสำคัญทางพุทธศาสนา เป็นต้น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุนี้ เพื่อจะนำผลที่ได้จากการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนกิจกรรมให้สอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพที่เป็นจริงเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ ในชมรมต่อไป

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุราษฎรร่วมจิต
อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

คำถามของการวิจัย

อัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุราษฎรร่วมจิต อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย
เป็นอย่างไร

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในชมรมผู้สูง
อายุราษฎรร่วมจิต อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย จำนวน 125 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในชมรมผู้สูง
อายุราษฎรร่วมจิต อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย จำนวน 96 คน

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

อัตมโนทัศน์ หมายถึงความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเอง และความรู้สึกนึกคิดของบุคคล
อื่นที่มองตนว่าเป็นคนอย่างไร จะมีผลต่อการปรับตัวของบุคคล ตลอดจนการสร้างสัมพันธภาพกับ
บุคคลอื่น ซึ่งสามารถประเมินได้โดยใช้แบบวัดอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ ที่ได้ดัดแปลงมาจาก
แบบวัดอัตมโนทัศน์ของลำเนาวิ เรืองยศ (2535) ซึ่งมีแนวคิดตามแบบวัดอัตมโนทัศน์เทเนสซี
ของฟิทท์ (Fitts, 1965)

ผู้สูงอายุ หมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุราษฎร
ร่วมจิต อำเภอทุ่งเสลี่ยม อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

ชมรมผู้สูงอายุราษฎรร่วมจิต หมายถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่รวมตัวกันขึ้นเพื่อดำเนินกิจกรรม
ต่าง ๆ ตาม วัตถุประสงค์ ซึ่งอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม และสถานีอนามัยตำบล
ไทยชนะศึก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัยสูงอายุ เป็นพัฒนาการอีกขั้นหนึ่งของชีวิตมนุษย์ที่จะต้องเกิดขึ้น ซึ่งวัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ เหล่านี้ของผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่ออัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุได้ เนื่องจากอัตมโนทัศน์เป็นองค์ประกอบสำคัญของการแสดงออก ซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ และมีอิทธิพลต่อการปรับตัวในการดำเนินชีวิตของบุคคล ดังนั้น การศึกษาถึงอัตมโนทัศน์จะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของบุคคลได้ และในการศึกษาอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุราษฎร์ร่วมจิต อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย กลุ่มผู้ศึกษาได้ใช้กรอบแนวคิดอัตมโนทัศน์ตามแนวคิดของฟิทท์ (Fitt, 1965) ซึ่งมองอัตมโนทัศน์ว่าหมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ และค่านิยมของบุคคลที่มีต่อตนเอง



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่องอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุราษฎรร่วมจิต อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และสามารถนำเสนอได้เป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
3. ความรู้เกี่ยวกับอัตมโนทัศน์
4. ชมรมผู้สูงอายุ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ในการแบ่งช่วงอายุของคนนั้น สมาคมสาธารณสุขแห่งสหรัฐอเมริกาได้แบ่ง อายุคนออกเป็นช่วง ๆ 8 ช่วง และกำหนดวัยกลางคนคืออายุตั้งแต่ 45 – 60 ปี วัยสูงอายุตอนต้นคือ 60 – 74 ปี วัยสูงอายุตอนปลายคือ 75 ปีขึ้นไป (พีรสิทธิ์ คำนวนคิดศิลป์. 2523)

สถาบันแห่งชาติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของสหรัฐอเมริกา (National Institution of Aging) ได้กำหนดว่าผู้สูงอายุตอนต้น (Young Old) คือมีอายุ 60 – 74 ปี ยังไม่ชรามากนักเป็นวัยที่ยังทำงานได้ ถ้าสุขภาพกาย สุขภาพจิตดี ส่วนผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป จึงจะถือว่าเป็นวัยชราอย่างแท้จริง (Yurick and others.1980) แต่บางคนอายุเกิน 60 ปีแล้ว แต่ร่างกายก็ยังไม่แสดงลักษณะความแก่แต่ในทางกลับกันคนบางคนอายุไม่ถึง 60 ปี ก็แก่แล้ว

การกำหนดว่าใครเป็นผู้ชราสมควรจะพิจารณาองค์ประกอบ 3 ด้านคือด้านชีวภาพ จิต และสังคม สำหรับด้านชีวภาพจะคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและความสามารถในการใช้ศักยภาพของร่างกายเป็นเกณฑ์ ทางจิตนั้นจะพิจารณาความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ควรสอดคล้องกับการรับรู้ การจดจำ การรับความรู้ใหม่ ๆ การใช้เหตุผล การมองภาพพจน์ของตนเองและแรงกระตุ้นในตน ส่วนทางด้านสังคมก็จะดูบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ เป็นสำคัญ (Birren. 1981)

ในซีกโลกตะวันตก ผู้สูงอายุหมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป แต่ในประเทศไทยถือว่าบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นวัยผู้สูงอายุ ซึ่งตรงกับอายุเกษียณราชการ และเกณฑ์จากการประชุมสมัชชาโลกเรื่องผู้สูงอายุ (ศรีทับทิม พานิชพันธ์. 2525)

คาน และแมคคอนเนลล์ (ศรีทับทิม พานิชพันธ์. 2525 อ้างอิงมาจาก Khan. n.d. : unpagged : McConnell. 1988) ได้แบ่งลักษณะกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 2 ลักษณะคือ

1. ผู้สูงอายุตามปฏิทินอายุ (Chronological Approach) แบ่งได้ 3 กลุ่ม คือ

1) ผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุ 60 - 74 ปี

2) ผู้สูงอายุตอนกลาง มีอายุ 75 - 84 ปี

3) ผู้สูงอายุตอนปลาย มีอายุ 85 ปีขึ้นไป

2. ผู้สูงอายุตามความบกพร่องในหน้าที่ (Functional Impairment) แบ่งได้ 3 กลุ่ม

คือ

1) ผู้สูงอายุที่มีความคล่องแคล่ว

2) ผู้สูงอายุที่เกษียณราชการแล้ว แต่ปฏิบัติหน้าที่ได้ดี

3) ผู้สูงอายุที่เกษียณราชการแล้ว และไร้ความสามารถ

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายของผู้สูงอายุในลักษณะต่าง ๆ อีกมากมาย เช่น ตามนโยบายบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุไว้ว่า ผู้สูงอายุหมายถึงผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (สถาบันพัฒนากำลังคน. 2538 อ้างอิงมาจากประสพ รัตนากร. 2522) และอาจแบ่งตามความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เป็น 2 ช่วงวัย คือ

1. วัยสูงอายุระยะแรก (Young Old) คือผู้ที่มีอายุ 60 - 75 ปี เป็นผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรงสามารถช่วยเหลือตนเองและร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม

2. วัยสูงอายุระยะหลัง (Old Old) คือผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายมาก จนขาดความคล่องแคล่วว่องไวในการเดิน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเกี่ยวกับชีวิตประจำวันลดลง ต้องมีคนคอยดูแลช่วยเหลือ (บรรลุ ศิริพานิช. 2533)

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

เมื่อการดำเนินชีวิตผ่านมาจนถึงวัยผู้สูงอายุ บุคคลนั้นจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การเปลี่ยนแปลงในแต่ละด้าน สรุปได้ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงในระบบอวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญดังนี้

(1) ผิวหนัง พบว่าในผู้สูงอายุมีผิวหนังชั้นหนังกำพร้าบางลง ไขมันใต้ผิวหนังลดลง ต่อมาไขมันขั้วน้ำมันออกมาน้อย ต่อมาเหงื่อเสียหน้าที่ไม่สามารถขับเหงื่อได้ ทำให้ผิวหนัง มีลักษณะแห้งและแตกง่าย เกิดริ้วรอยเหี่ยวย่น ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี เกิดอาการคันและเป็นโรคผิวหนังได้ง่าย สีของผิวหนังเปลี่ยนแปลงไปพบเป็นจุดต่างขาวหรือตกริ้วได้ การรับความรู้สึกต่ออุณหภูมิ การสัมผัสที่เย็นและความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง ระดับความทนทานต่อความเจ็บปวดสูงขึ้น จนทำให้เกิดบาดเจ็บเป็นแผลได้ง่าย (กรกานต์ ป้อมบุญมี. 2538 อ้างอิงมาจาก Cormack.1985 : unpagged ; Long. 1987 : unpagged) ทางด้านเส้นผมจะบางลงและเปลี่ยนสีเป็นสีเทาหรือสีขาว เนื่องจากการสูญเสียเซลล์ที่ผลิตเม็ดสี ในผู้สูงอายุยังพบว่ามีผมร่วงได้ง่ายทำให้หัวล้าน ขนตามแขนขาจะน้อยลง นอกจากนี้ยังพบการเปลี่ยนแปลงลักษณะการกระจายไขมันใต้ผิวหนัง ไขมันบริเวณหน้า น้อยลงแต่จะสะสมบริเวณหน้าท้อง และสะโพกมากขึ้น (ชูศักดิ์ เวชแพศย์. 2538 : 5) เพศหญิงอายุ 59 – 69 ปี จะมีความหนาของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณหัวหน้าเพิ่มขึ้น 1.08 เซนติเมตร และที่สะตือเพิ่มขึ้น 1.65 เซนติเมตร จากการศึกษาของเฮจดา (ชูศักดิ์ เวชแพศย์. 2538 อ้างอิงมาจาก Hejda. n.d. : unpagged) กับคนที่มีอายุ 82 –100 ปีพบว่าเพศชายเป็น คนอ้วนปานกลางถึงอ้วนมากร้อยละ 15 เพศหญิงเป็นคนอ้วนปานกลางถึงอ้วนมากร้อยละ 21 และจากการวัดไขมันใต้ผิวหนัง พบว่าเพศชายมีความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง โดยเฉลี่ย 1.2 เซนติเมตร เมื่อศึกษากับคนที่มีอายุ 65 – 79 ปี พบว่าเพศชาย มีความหนาของไขมันใต้ผิวหนังลดลงเหลือ 1 เซนติเมตร และจะเหลือเพียง 0.9 เซนติเมตร เมื่อมีอายุมากกว่า 80 ปี

ส่วนในเพศหญิงพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงน้อยมากคือช่วง 25 – 39 ปี มีความหนาของไขมันใต้ผิวหนังโดยเฉลี่ย 1.5 เซนติเมตร และเมื่ออายุ 80 ปี มีความหนาโดยเฉลี่ย 1.4 เซนติเมตร ซึ่งส่วนใหญ่สะสมตรงตำแหน่งสะตือและแขนท่อนบน (ชูศักดิ์ เวชแพศย์. 2538)

(2) ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ จำนวนและขนาดเส้นใยกล้ามเนื้อจะลดลง โดยเฉพาะใยกล้ามเนื้อที่หดตัวได้เร็ว (Fast Twitch Fiber) (Landin and Linnemeier. 1985) ซึ่งเป็นใยกล้ามเนื้อที่มีการหดตัวได้เร็วเหมาะกับงานที่ใช้กำลัง นอกจากนี้ ความหนาแน่นของหลอดเลือดและการเก็บสะสมกลัยโคเจนน้อยลง ทำให้ความสามารถในการสลายอาหารเพื่อใช้เป็นพลังงาน (Oxidative Capacity) ลดลง กล้ามเนื้อที่ไม่ได้ใช้งานซึ่งอยู่บริเวณขาท่อนบน น่อง และกล้ามเนื้อมือจะมีมวลลดลงและฝ่อลีบ กล่าวคือเมื่ออายุ 30 ปี น้ำหนักปกติของกล้ามเนื้อลายจะมีน้ำหนักเฉลี่ย 452 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เมื่ออายุ 70 ปี จะลดลงเหลือ 339 กรัมต่อน้ำหนัก

ตัว 1 กิโลกรัม และเหลือเพียง 270 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เมื่ออายุมากกว่า 70 ปี (ชูศักดิ์ เวชแพศย์. 2538) ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เกิดขณะเคลื่อนไหว (Dynamic Muscle Strength) และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เกิดขณะเกร็งไม่เคลื่อนไหว (Isometric Muscle Strength) ลดลง (ชูศักดิ์ เวชแพศย์. 2538) พบว่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงร้อยละ 20 เมื่ออายุระหว่าง 22 – 65 ปี (Heath. 1988) จากการวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยทำการวัดกำลังของการบีบมือ (Grip Strength) พบว่าลดลงร้อยละ 22 เมื่ออายุระหว่าง 20 – 80 ปี (Ham & Sloane. 1992) กำลังการบีบของมือลดลงอย่างชัดเจนเมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไป และยังแสดงให้เห็นว่ามีอัตราการลดลงของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้หญิงช้ากว่าผู้ชาย ในผู้สูงอายุจะมีไขมันและเนื้อเยื่อพังผืดเข้ามาแทนกล้ามเนื้อมากขึ้นทำให้กล้ามเนื้อดึงขาอยู่ในท่าออกกล้ามเนื้อ และเอ็นมีการหดสั้น ขณะเดียวกันการประสานงานระหว่างกล้ามเนื้อและระบบประสาทจะเสื่อมลง ทำให้การตอบสนองของกล้ามเนื้อช้ากว่าเดิม ความเร็วในการหดตัวลดลงเวลาที่ใช้ในการเคลื่อนไหว (Movement Time) และเวลาในการมีปฏิกิริยาตอบสนอง (Reaction Time) เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective Tissue) สูญเสียความยืดหยุ่น และพบกล้ามเนื้อเหยียดนิ้วมือมีการสั่นพลิ้ว (Fasciculation) ตลอดจนมีการลดลงของปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงกล้ามเนื้อเป็นผลทำให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนน้อยเกิดการเผาผลาญแบบไม่ใช้ออกซิเจนได้กรดแลคติก และคาร์บอนไดออกไซด์ กล้ามเนื้อเกร็งและอ่อนล้า (Muscle Spasm and Fatigue) ยิ่งขึ้นความยืดหยุ่นและความว่องไวของร่างกายลดลงทำงานหรือออกแรงมากไม่ได้ เกิดอาการเมื่อยล้าเร็วและการทรงตัวไม่ดีกระดูกจะเสื่อม ความหนาแน่นของกระดูกลดลง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) แต่จะมีแคลเซียมไปเกาะที่กระดูกอ่อนหรือเนื้อเยื่อข้อต่อกระดูกสันหลัง มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนกระดูกสันหลังบางลง ช่องว่างปล้อง (Joint Space) แคบลง เกิดภาวะกระดูกงอก (Osteophytes) มีหลังงอ (Kyphosis) ที่บริเวณส่วนบนของกระดูกสันหลังส่วนอกและบริเวณคอ อีกทั้งพบว่ากระดูกสันหลังพรุนจะพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ซึ่งเกิดจากฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ลดลงภายหลังหมดประจำเดือน ผลจากการเปลี่ยนแปลงของกระดูกทำให้ส่วนสูงของร่างกายลดลง โดยเฉพาะประมาณ 2 นิ้วฟุต เมื่ออายุระหว่าง 20 – 70 ปี (ชูศักดิ์ เวชแพศย์. 2538 อ้างอิงมาจากWold. 1993) ความแข็งแรงของกระดูกน้อยลงกระดูกเปราะและหักง่าย ในรายที่มีแคลเซียมเกาะบริเวณข้อ อาจเกิดข้ออักเสบ ร่วมกับมีการเชื่อมโยงของคอลลาเจนเกิดขึ้นทำให้เอ็นข้อและเอ็นกล้ามเนื้อแข็งตึงมากขึ้น เป็นเหตุทำให้การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ติดขัดและปวดข้อได้ โดยเฉพาะข้อเข่า มุมการเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ของร่างกายจึงลดลง

ดังเช่นการศึกษาของนาฏวิมล งามศิริจิตต์ (2533) ได้ทำการศึกษาค่ามุมการเคลื่อนไหวของลำตัวในผู้ป่วยสูงอายุไทยจำนวน 50 คน มีอายุระหว่าง 50 – 73 ปี โดยใช้เครื่องมือวัดค่ามุมการเคลื่อนไหวแบบสากลและแถบวัดความยาว ผลการศึกษาพบว่ามุมการเคลื่อนไหวของลำตัวในผู้สูงอายุไทยในท่าก้มลำตัวท่าแอ่นหลัง ท่าเอียงตัวด้านซ้ายและท่าเอียงตัวด้านขวามีค่าน้อยกว่าเมื่อเทียบกับค่ามาตรฐาน แสดงว่าผู้สูงอายุมีความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและกระดูกสันหลังลดลง แต่ถ้าแคลเซียมไปเกาะที่กระดูกอ่อนซี่โครง(Rib Cartilage) จะทำให้การเคลื่อนไหวของผนังทรวงอกลดลงด้วยจนเกิดภาวะหายใจลำบากในผู้สูงอายุได้มากขึ้น (ชูศักดิ์ เวชแพศย์. 2538)

(3) ระบบไหลเวียนโลหิต ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทุกส่วนของระบบไหลเวียนโลหิตคือทั้งเลือด หลอดเลือดและหัวใจ การเปลี่ยนแปลงที่เห็นชัดคือหลอดเลือดแดงมีการจับกลุ่มก้อนของสารต่าง ๆ ที่สำคัญคือเพลทเลท ไฟบริน และทรอมบีน ซึ่งเรียกรวมว่าArthero Sclerosis ทำให้ผนังของหลอดเลือดขรุขระตีบแคบลง ความยืดหยุ่นเสียไป เลือดไหลเวียนไม่สะดวกจึงเกิดโรคต่าง ๆ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโรคของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองเกิดการตีบตันและโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย

(4) ระบบทางเดินหายใจพบว่ามีอาการฝ่อของเยื่อทางเดินหายใจ ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง เยื่อหุ้มปอดแห้งและทึบ การขยายของผนังทรวงอกถูกจำกัดจากความแข็งของทรวงอก ทำให้การหายใจลำบาก โดยเฉพาะเวลาหายใจออก เมื่อนอนราบจะรู้สึกหายใจไม่สะดวกทำให้ปากแห้ง กล้องเสียงหย่อนทำให้เสียงเปลี่ยนและอาจมีหลอดลมอักเสบเรื้อรังและมีถุงลมโป่งพองด้วย

(5) ระบบประสาท ขนาดของสมองเล็กลง จำนวนเซลล์ประสาทลดลงสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบแคบทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองลดลง จึงมีความคิดด้านชาวนั้นปัญญาลดลงมีอาการหลงลืม ขาดสมาธิและสับสน ย้ำคิดย้ำทำ พูดซ้ำซากหรือครุ่นคิดอยู่กับอดีต แบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง กระทั่งต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้ขาดความเป็นตัวของตัวเองต้องพึ่งพาผู้อื่น สำหรับประสาทสัมผัสนั้นพบว่าการรับความรู้สึกต่าง ๆ เช่นความรู้สึกเจ็บปวด รวมทั้งรีเฟล็กซ์ (Reflex) การเคลื่อนไหวและการปรับตัวต่อการกระตุ้นช้ากว่าเดิม (Bell. 1990 ; Schenk and Nosse. 1987) เพราะเส้นประสาทซึ่งส่งข่าวสารจากส่วนหนึ่งไปยังอีกส่วนหนึ่งของร่างกายก็จะสูญเสียเซลล์ไปเมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากเซลล์ประสาทเมื่อเสื่อมสลายแล้วจะไม่มีเกิดการเกิดใหม่ทดแทนทำให้การทำงานของประสานงานกันระหว่างเซลล์ประสาท

และกล้ามเนื้อลดลง ผู้สูงอายุจึงมีความคล่องแคล่วว่องไวลดลง นอกจากนี้ยังมีสภาพการมองเห็นไม่ดีอีกด้วย

(6) **ระบบต่อมไร้ท่อ** มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมสภาพ พบว่าต่อมไธรมอง ทำงานลดลงเป็นผลให้ต่อมไร้ท่ออื่น ๆ ซึ่งถูกควบคุมโดยฮอร์โมนจากต่อมไธรมองอาจทำหน้าที่ได้ลดลงด้วยเกิดอาการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย อวัยวะสืบพันธุ์เสื่อม นอกจากนี้ยังพบว่าต่อมไธรรอยด์มีขนาดเล็กลงผลิตฮอร์โมนได้น้อยลงเป็นผลให้เกิดอารมณ์เครียดและหงุดหงิด ผลิตฮอร์โมนอัลโดสเตอโรนน้อยลง เป็นผลให้การดูดกลับโซเดียมที่ไตลดลง ส่วนทางด้านตับอ่อนทำหน้าที่ลดลงหลังอินซูลินออกมาน้อยจึงทำให้ผู้สูงอายุมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอาจเกิดเป็นโรคเบาหวานได้

(7) **ระบบทางเดินอาหาร** สภาพฟันของผู้สูงอายุไม่ดีมักมีฟันผุ ฟันโยกคลอน และหลุดได้ง่าย เนื่องจากสารเคลือบฟันจะบางลง เหงือกที่หุ้มคอฟันร่นลงไป เซลล์สร้างฟันลดลง จึงพบว่าส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่ค่อยมีฟันต้องใส่ฟันปลอมทำให้การเคี้ยวอาหารไม่ค่อยสะดวกจึงต้องรับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย ต่อม้ำลายทำงานน้อยลง การรับรสของลิ้นเสียไปจึงทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหารได้ นอกจากนี้ยังมีน้ำย่อยหรือกรดในกระเพาะอาหารลดลง หลอดอาหารเยื่อทางเดินอาหารและตับเสื่อมสภาพทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหารไม่ดี ผู้สูงอายุอาจเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ โดยเฉพาะโปรตีนและวิตามิน (Blair, 1990 ; Cormack, 1985)

(8) **ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์** ไตมีขนาดเล็กลง หลอดเลือดแดงของไตเสื่อมและแข็งตัว ทำให้การไหลเวียนโลหิตในไตลดลง อัตราการกรองของไตจึงลดลงส่งผลให้มีระดับครีเอตินิน (Creatinine) ในปัสสาวะลดลงแต่ระดับครีเอตินินในซีรัมไม่สูงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการผลิตครีเอตินินในร่างกายลดลงเพราะผู้สูงอายุมีมวลกล้ามเนื้อลดลง ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นลดลงจึงมีปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ร่างกายจึงเกิดการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ที่ได้ ขนาดกระเพาะปัสสาวะลดลงทำให้ปัสสาวะบ่อยแต่จะถ่ายปัสสาวะได้ไม่หมด เนื่องจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง ต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุเพศชาย บางรายมีขนาดโตขึ้นทำให้ปัสสาวะออกลำบากออกครั้งละน้อย ๆ สำหรับเพศหญิงกล้ามเนื้อ อู้งเชิงกรานหย่อน เมื่อมีความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น เวลาไอ จาม อาจมีปัสสาวะเล็ดออกมาได้ เยื่อบุภายในมดลูกบางลงมีเนื้อเยื่อพังผืดมากขึ้นแต่ยังสามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนได้ดี ปากมดลูกเหี่ยวและขนาดเล็กลง ไม่มีเมือกหล่อลื่น ช่องคลอดแคบและสั้นลง เยื่อบุช่องคลอดบางลงทำให้รู้สึกเจ็บระหว่างร่วมเพศ ช่องคลอดสีขาวซีดเพราะมีเลือดมาเลี้ยงน้อย ภายในช่องคลอดมีภาวะเป็นด่างมากขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย

2) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์

พัฒนาการทางด้านจิตสังคมของคนในวัยสูงอายุ เป็นช่วงชีวิตที่จะรู้สึกว่ามีคุณค่า มั่นคงหรือท้อแท้หมดหวัง สำหรับบุคคลที่มีความรู้สึกที่ชีวิตมีคุณค่า มีความมั่นคง ก็จะมีความรู้สึกพึงพอใจในผลสำเร็จของชีวิตที่ผ่านมาและเกิดความรู้สึกสุขสงบทางใจ สามารถยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ในทางตรงกันข้ามคนที่ไม่ยอมรับจะมีความรู้สึกที่ตนนั้นมีโอกาสเลือกได้น้อย ต้องการให้มีชีวิตยืนยาวต่อไปอีก เกิดความท้อถอย สิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าตนนั้นไร้ค่า และความสามารถที่จะเผชิญต่อความสูงอายุน้อยลงด้วย (อาภา ใจงาม. 2533) การเปลี่ยนแปลงที่พบเช่นการสูญเสียอวัยวะของร่างกาย การตายจากไปของสามีหรือภรรยา การแยกไปของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งเพื่อนวัยเดียวกันตายจากไป ซึ่งคริสท์ และโฮลลอค (Christ & Hohlock. 1988 : unpagged) พบว่าการสูญเสียคู่ชีวิตและการสูญเสียอื่น ๆ ที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดความโศกเศร้าอย่างมาก ความเศร้าที่ไม่สามารถแก้ไขได้นำไปสู่ความเสียใจ รู้สึกว่าตนเองอยู่ในภาวะไร้พลังไม่มีคุณค่าในตนเอง เกิดความซึมเศร้าและสิ้นหวังแยกตัวเองออกจากสังคม เกิดความรู้สึกว่าเหวและอยากตาย (กรกานต์ บ่อมบุญมี. 2838 อ้างอิงมาจาก Christ and Mohlock. 1988 : unpagged) และจากการศึกษาของนาพร ชโยวรรณ,มาลินี วงศ์สิทธิ์และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532) พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทางใจมากกว่าผู้สูงอายุชาย การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุก่อให้เกิดความเครียดและความทุกข์และอาจเป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายตามมาได้ การสูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคมและเศรษฐกิจ เนื่องจากถึงวัยที่ต้องออกจากงานคือ เกษียณอายุ ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดลงด้วย ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า ไร้ประโยชน์ เสียความภูมิใจในตนเอง สูญเสียความนับถือที่ตนเคยได้รับ ขณะเดียวกันก็ทำให้ขาดรายได้ รายได้ลดลง สูญเสียสัมพันธ์ภาพในครอบครัว เนื่องจากบุตรมีครอบครัวและแยกย้ายไปอยู่ที่อื่น

ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจที่พบในผู้สูงอายุคือ

1. การรับรู้ ผู้สูงอายุมักจะยึดมั่นกับความคิดและเหตุผลของตนเอง การรับรู้ต่อสิ่งใหม่เป็นไปได้ยากด้วยลักษณะดังกล่าวนี้ผู้สูงอายุ จึงมักมีความคิดเห็นไม่ตรงกับผู้อ่อนวัยกว่าและมักจะขัดแย้งกัน

2. การแสดงออกทางอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้สูงอายุเป็นกลไกที่เกี่ยวข้องกับการสนองความต้องการของจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม ผู้สูงอายุมักจะท้อแท้ น้อยใจ รู้สึกว่าสังคมไม่ได้ให้ความสำคัญกับตน อารมณ์ไม่มั่นคงการกระทบกระเทือนจิตใจเพียงเล็กน้อยจะทำให้ผู้สูงอายุเสียใจ หงุดหงิดหรือโกรธง่าย

3. การสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง การยอมรับต่อภาวะสูงอายุนจะทำให้ผู้สูงอายุพัฒนาวิถีดำเนินชีวิตแตกต่างไปตามเหตุผลและความพอใจของแต่ละคน เช่นการมุ่งสร้างชีวิตที่แสวงหาความสงบในชีวิตเข้าวัดถือศีล เลี้ยงสัตว์หรือการแยกตัวอยู่ตามลำพัง

4. ความสนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัวลดน้อยลงพอใจในชีวิตเรียบง่าย ความมั่งหวังหรือความใฝ่ฝันในชีวิตลดลงหรือไม่มีเลย (เกษม ต้นติผลาชีวะ. 2528)

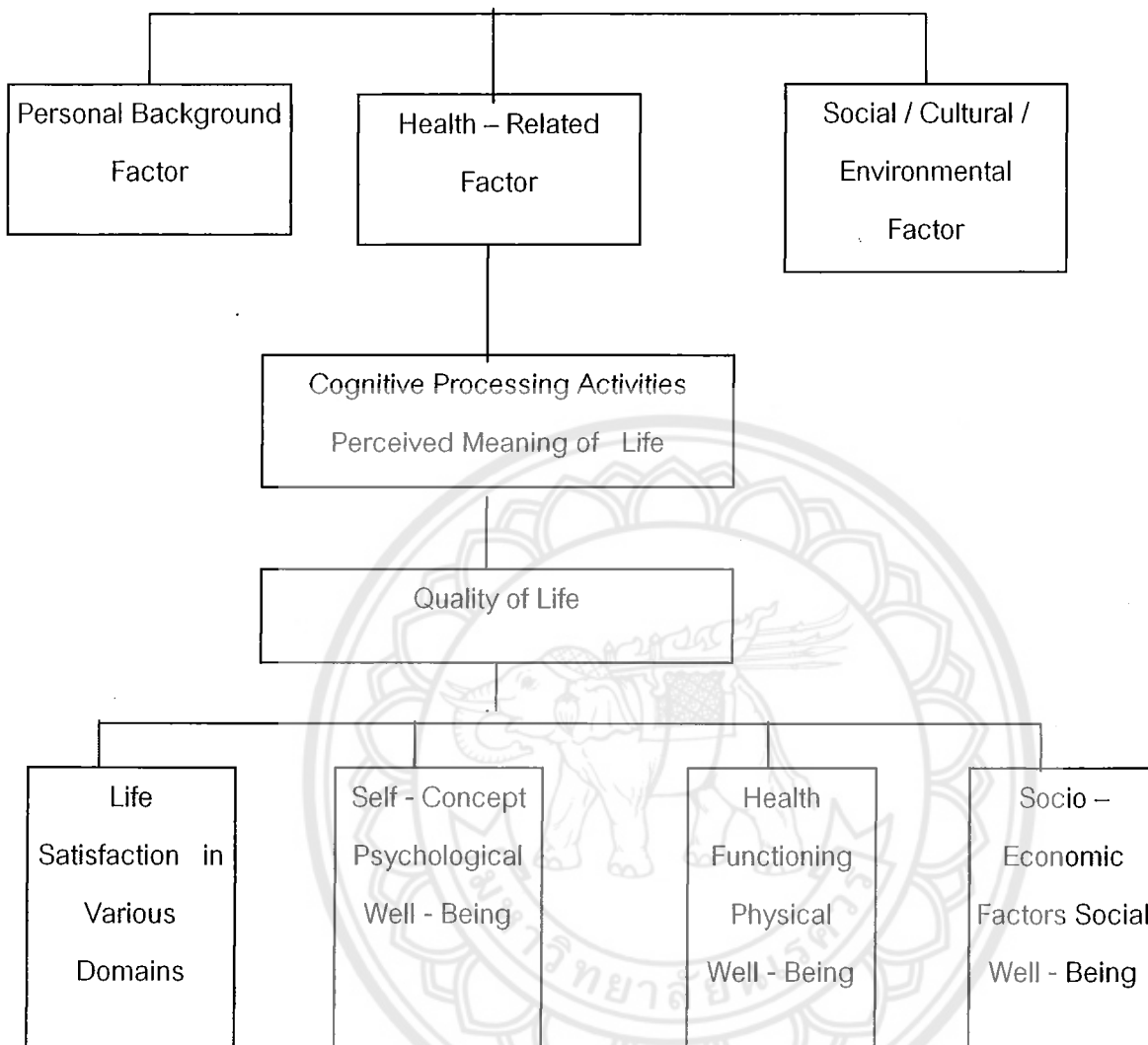
3) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม ผู้สูงอายุที่เกษียณอายุหรือมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบพฤติกรรมในวัยสูงอายุ ทำให้กิจกรรมที่เคยทำอยู่ลดน้อยลงจะทำให้เกิดการสูญเสีย บทบาทเดิมเกิดความรู้สึกด้อยในคุณค่าและมีภาพพจน์ที่ไม่ดีต่อตนเอง ผู้สูงอายุที่ต้องเผชิญกับการสูญเสีย ถ้าไม่มีบทบาทหรือกิจกรรมอื่นมาทดแทนอาจเกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์มากขึ้น มองโลกในแง่ร้าย สิ้นหวังและซึมเศร้า ซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพจิตและเป็นสาเหตุทำให้ป่วยเป็นโรคจิตในวัยชราได้ (Arkotf. 1968) นอกจากนี้หลังเกษียณอายุราชการ รายได้ประจำแต่ละเดือนจะลดลงไปจากเดิมประกอบกับค่าครองชีพที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ และต้องใช้เงินรักษาสุขภาพของตนและคุ้มครองที่เกิดขึ้นเนื่องจากขาดความรู้พื้นฐานในการป้องกันโรคการรักษาสุขภาพอนามัยของตนเองทำให้ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพมีผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพร้อยละ 66.4 โดยผู้หญิงมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้ชาย ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจึงไม่เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุเข้าไปมีบทบาทหรือร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมภายนอกมากขึ้น (วิจิตร บุญยโหดระ. 2535) จากปัญหาสุขภาพและรายได้ที่ไม่เพียงพอกับสภาพความเป็นอยู่จำเป็นที่ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นเป็นหลักแต่จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยเป็นสังคมเมืองเป็นเหตุให้คนหนุ่มสาวที่อยู่ในวัยแรงงานย้ายเข้าไปสู่เมืองเพื่อหางานทำ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของครอบครัวเปลี่ยนไป ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งตามลำพัง ขาดคนดูแลเอาใจใส่จำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยสวัสดิการสังคมของรัฐบาลมากขึ้นโดยเฉพาะในสถานสงเคราะห์คนชรา อีกทั้งการกระจายของวัฒนธรรมตะวันตกมายังสังคมไทย เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุมักถูกมองว่าไม่มีประโยชน์ ขีปนนำรำคาญ เป็นภาระที่ต้องคอยดูแล ผู้สูงอายุจึงมักปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปได้ยากเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่ายชีวิตและมีแนวโน้มแยกตัวมากขึ้น ในรายที่สังคมและครอบครัวไม่ให้ความสำคัญ ปัญหาทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุจะมากขึ้นเกิดความกลัวและวิตกกังวลสูงได้ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ. 2536) นอกจากนี้สังคมที่ละเลยคุณค่าของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจึงใช้ชีวิตอยู่อย่างไร้ความหมาย ขาดความกระตือรือร้นและบางครั้งจะยิ่งทำตัวให้เป็นภาระของสังคมมากขึ้นด้วย (กาญจนา ตั้งชลทิพย์. 2532) เนื่องจากเกิดการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้านในผู้สูงอายุดังได้กล่าวมาแล้ว ทำให้ผู้สูงอายุส่วนมากประสบปัญหาหลายประการ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

2. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1) องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้องค์ประกอบคุณภาพชีวิต 4 ด้านของชาน (Zhan, 1992) คือด้าน ความพึงพอใจในชีวิตในเรื่องทั่ว ๆ ไป ด้านอัตมโนทัศน์เป็นความรู้สึก ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง เกี่ยวกับภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกายเป็น ความพึงพอใจหรือความรู้สึกเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและด้านสังคมเศรษฐกิจ เป็นความพึงพอใจเกี่ยวกับอาชีพ การศึกษา รายได้ สัมพันธภาพกับบุคคลใกล้ชิด เนื่องจากผู้วิจัยมีความเห็นว่างค์ประกอบของชาน (Zhan, 1992) มีความเหมาะสมในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับแนวคิดในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) ดังแสดงรายละเอียดในภาพ 1





ภาพ 1 กรอบแนวคิดการประเมินคุณภาพชีวิต ตามแนวคิดของชาน

ผู้วิจัยได้ประยุกต์องค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความพึงพอใจในชีวิต เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญในการประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคล

(Ferran and Power. 1985; Orem.1985) ความพึงพอใจในชีวิตเป็นการปรับตัวทางจิตใจ สังคมที่สำคัญเพราะเป็นการประเมินความรู้สึกของบุคคล การรับรู้และตัดสินใจด้วยตนเอง โดยการเปรียบเทียบระหว่างสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่เขาอยากจะเป็นหรือคาดหวัง

(จรรยาวัตร คมพยัคฆ์. 2537) ผลที่ได้ออกมาจะเป็นความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ (Campbell and others. 1976) นอกจากนี้ความพึงพอใจในชีวิตจะมีอิทธิพลมาจากภูมิหลังของแต่ละบุคคล ลักษณะเฉพาะสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพ (Zhan. 1992) การที่บุคคลมีความพึงพอใจในชีวิตมิใช่หมายความว่าบุคคลได้รับการตอบสนองในทุกเรื่องที่ต้องการ แต่ความพึงพอใจนั้นจะหมายถึงความสุขที่เกิดจากการปรับตัวของบุคคล ต่อสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี (Powell. 1983) นั่นคือบุคคลจะเกิดความต้องการในด้านต่าง ๆ เช่นด้านความรัก ด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นและด้านการพักผ่อนหย่อนใจ ดังนั้นความพึงพอใจในชีวิตจึงเป็นมิติหนึ่งที่สำคัญของการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

อัตมโนทัศน์ หรือความนึกคิดเกี่ยวกับตน (Self Concept) เป็นมโนทัศน์ที่แสดงถึงผลรวมของความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ที่ลึกซึ้งที่บุคคลมีต่อตนเอง (รายละเอียดจะกล่าวในหัวข้อต่อไป)

สุขภาพและการทำงานของร่างกาย สุขภาพอนามัย (Health) เป็นองค์ประกอบที่มีผลต่อการพัฒนาหรือยกระดับคุณภาพชีวิตของบุคคล การมีสุขภาพดีเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะการมีสุขภาพดีย่อมเป็นที่พึงปรารถนาของมวลมนุษยทุกคน คนที่มีสุขภาพดีคือคนที่มีความหวังและคนที่มีความหวังคือคนที่มีทุกสิ่งทุกอย่าง ดังนั้นสุขภาพจึงเป็นเหมือนวิถีทางหรือช่องทางที่จะนำบุคคลไปสู่ความสุขและความสำเร็จต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า สุขภาพดีคือ คุณภาพชีวิตนั่นเอง (สุชาติ โสมประยูร. 2526) ในสภาพทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุยิ่งถูกทำให้มีความซับซ้อนมากขึ้น การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจำนวนมากเกิดจากการปฏิบัติตนไม่ถูกสุขลักษณะขาดการดูแลสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาของ นภาพร ชัยวรรณ และมาลินี วงศ์สิทธิ์ (2523) พบว่าการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุเป็นเรื่องเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ ข้อและกระดูก ระบบย่อยอาหาร ระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท อวัยวะสัมผัส โรคเกี่ยวกับต่อมภายใน โภชนาการและเมตาบอลิซึม ซึ่งอาการเหล่านี้มีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ประจำวันและการทำงาน และมีผลต่อเนื่องไปถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ นั่นคือ ส่งผลไปยังสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพชีวิตกล่าวคือความเจ็บป่วยทำให้การทำหน้าที่ของร่างกายและอารมณ์ผิดปกติจึงทำให้คุณภาพชีวิตเสื่อมลง ดังนั้นการมีสุขภาพอนามัยที่ดีย่อมส่งผลต่อความพึงพอใจในชีวิตด้วย (Torrance. 1987)

เศรษฐกิจ และสังคม บุคคลที่นับได้ว่าเป็นผู้มีคุณภาพชีวิตก็คือบุคคลที่สามารถดำรงสถานภาพทางเศรษฐกิจได้อย่างสอดคล้องกับสภาพสิ่งแวดล้อมและค่านิยมของสังคม (อัษฎสิทธิ์ ตรีตระการ. 2540 อ้างอิงมาจากโครงการประชากรศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

นับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีอาชีพทางเกษตรกรรมหรืองานรับจ้าง ซึ่งรายได้ไม่แน่นอน รายได้ต่ำ (สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528) ในสภาพปัจจุบัน การมีเงินใช้จ่ายสำหรับสิ่งจำเป็นพื้นฐานในชีวิตของบุคคลให้มากที่สุดย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต และสะท้อนถึงความเป็นอยู่ที่ดี (ประภาพร จินันทยา, 2536) ดังนั้น การที่คนเราจะมีชีวิตอย่างมีคุณภาพหรือไม่ องค์กรประกอบทางด้านเศรษฐกิจ จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญมากปัจจัยหนึ่ง สภาพแวดล้อมมีความสำคัญ ในการกำหนดแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคล ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาพแวดล้อม นับว่าเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อนมาก การที่บุคคลได้มีการพบปะกันอยู่เสมอ ได้รู้จักกัน มีความผูกพันกัน มีไมตรี ซื่อตรงต่อกัน มักจะก่อให้เกิดความอบอุ่น ความมั่นคง รู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย แพทริคและอีริกสันมีความเห็นว่าความเป็นอยู่ที่ดีในสังคม (Social Well – Being) ยังมีความหมายไม่ชัดเจน อาจมองได้ 2 ด้านคือเป็นทั้งองค์ประกอบและอาจเป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิต ดังนั้นจึงยากในการให้คำจำกัดความ และการกำหนดเนื้อหามิติทางสังคม อาจมองได้ 4 อย่างคือ 1) ความผูกพันในสังคม (Social Integration) จากการมีส่วนร่วมในชุมชน 2) การติดต่อกับสังคม (Social Contact) เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวกับเพื่อนฝูง 3) ความใกล้ชิดสนิทสนม (Intimacy) การรับรู้ความรู้สึกว่าได้รับความช่วยเหลือ 4) โอกาสในการได้รับความช่วยเหลือ (Opportunity) ความเท่าเทียมกับคนอื่นในการมีโอกาสได้รับความช่วยเหลือ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ รวมทั้งสัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้าง (Patrick and Erickson, 1928) หน้าที่ในสังคม เป็นสิ่งที่ดีมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุเช่นกัน ถ้าผู้สูงอายุรู้สึกว่าการเปลี่ยนแปลงบทบาท ทำให้มีความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง ซึ่งสิ่งต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้อมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การที่มนุษย์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เป็นองค์ประกอบมากมาย แต่ละองค์ประกอบก็มีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไป ตามทัศนะของแต่ละบุคคลหรือสังคม คุณภาพชีวิตเป็นเรื่องที่ต้องศึกษาหาวิชา เนื่องจากคุณภาพชีวิตในด้านหนึ่ง ๆ สามารถกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ได้ คุณภาพชีวิตของบุคคลจะเป็นอย่างไรต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลกระทบต่อองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต สำหรับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่สำคัญจะต้องมีปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ค่านิยม จิตใจ ฯลฯ ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ได้มีนักวิชาการสาขาต่าง ๆ ได้เสนอไว้ว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการมีคุณภาพชีวิตของมนุษย์ ซึ่งก็มีส่วนแตกต่างกันไปบ้างในรายละเอียด เช่น

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ 1) องค์ประกอบทางด้านกายภาพ โดยพิจารณาทั้งทางด้านปริมาณของคุณภาพ อันมีปัจจัยทางด้านอาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ฯลฯ 2) องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ทั้งที่เป็นปริมาณ และคุณภาพ อันมีปัจจัยทางการศึกษา การมีงานทำ การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน ฯลฯ

คุณภาพชีวิตมีองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 2 ด้าน คือองค์ประกอบด้านจิตวิสัย (Subjective) หรือเรียกว่าองค์ประกอบด้านจิตวิทยา (Psychological) และองค์ประกอบด้านวัตถุวิสัย (Objective) หรือเรียกว่าองค์ประกอบด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมืองและสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบด้านจิตวิสัยนั้น เป็นองค์ประกอบเชิงคุณภาพและขึ้นอยู่กับตัวบุคคลเป็นอันมาก ส่วนองค์ประกอบด้านวัตถุวิสัยนั้นเป็นองค์ประกอบเชิงปริมาณ และวัดได้โดยรวม ๆ

คุณภาพชีวิตจะต้องรวมปัจจัยทางด้านความต้องการทางด้านร่างกายและความต้องการทางด้านจิตใจ (ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์ และประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2520)

คุณภาพชีวิตจะมีและยืนยงอยู่ได้ต้องอาศัยองค์ประกอบอย่างน้อย 3 ประการคือ

1) องค์ประกอบทางเศรษฐกิจ 2) องค์ประกอบทางสังคม 3) องค์ประกอบทางการเมือง (ยุวัฒน์ วุฒิเมธี. 2522)

การที่คนจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้นั้นต้องมีองค์ประกอบทางด้านพื้นฐาน 5 ประการคือทางด้านสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต การพัฒนาสติปัญญา จริยธรรมและความเป็นคนไทย (สายสุรี จุติกุล. 2523)

ปัจจัยหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต มีปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัยคือ 1) อาหาร 2) สุขภาพอนามัยและโภชนาการ 3) การศึกษา 4) สิ่งแวดล้อม และทรัพยากร 5) ที่อยู่อาศัยและการตั้งถิ่นฐาน 6) การมีงานทำ 7) ค่านิยม ศาสนา จริยธรรม กฎหมาย และ 8) ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา (UNESCO. 1981)

กล่าวว่างค์ประกอบที่จะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิต อาจแบ่งได้เป็น 2 ส่วนคือ

1. ส่วนที่จำเป็นระดับพื้นฐาน ทำให้พอมีชีวิตอยู่ได้ ประกอบด้วยการมีปัจจัยสี่อย่างเพียงพอ มีสุขภาพแข็งแรง มีความมั่นคงและมีอิสระ

2. ส่วนที่จำเป็นต่อการเพิ่มคุณภาพชีวิต เพื่อที่จะทำให้ความเป็นอยู่ดีขึ้น ประกอบด้วยมีค่านิยมที่เหมาะสม มีจุดมุ่งหมายของชีวิต มีชีวิตกลมกลืนกับครอบครัว ชุมชนและสิ่งแวดล้อม (เย็นใจ เลหาวิช. 2525)

สำหรับในประเทศไทย คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2533) ได้รวบรวมดัชนีบ่งชี้คุณภาพชีวิตของคนไทย ในรูปของความจำเป็นพื้นฐาน 8 ประการ คือ

1. ประชาชนในครอบครัว ได้รับประทานอาหารถูกสุขลักษณะและเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย
2. ประชาชนในครอบครัว มีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
3. ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิตและการ ประกอบอาชีพ
4. ประชาชน มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
5. ประชาชน มีการผลิตหรือจัดอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ
6. ครอบครัว สามารถควบคุมช่วงเวลา และจำนวนของการมีบุตรได้ตามต้องการ
7. ประชาชน มีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาความเป็นอยู่ และกำหนดวิถีชีวิตของชุมชนของตน
8. ประชาชน มีการพัฒนาจิตใจให้ดีขึ้น

การใช้ความจำเป็นพื้นฐานทั้ง 8 ข้อ ในการวัดคุณภาพชีวิตนั้นค่อนข้างกว้างและอาจ เหมาะสมกับประชาชนที่มีสุขภาพดีโดยทั่วไป (อัญชลี ตรีตระกูล, 2840 อ้างอิงมาจาก คณะ กรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2533)

ชาน ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของบุคคล 4 ด้าน คือด้านความพึงพอใจใน ชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ด้านสังคมเศรษฐกิจ ซึ่งความ ต้องการในด้านต่าง ๆ ของบุคคล ถ้าได้รับการตอบสนองในทางที่ดีก็จะทำให้ชีวิตมีความสุข มีคุณ ภาพชีวิตที่ดีได้ (Zhan, 1992)

3. ความรู้เกี่ยวกับอัตมโนทัศน์

อัตมโนทัศน์หรือความนึกคิดเกี่ยวกับตน (Self Concept) เป็นมโนทัศน์ที่แสดงถึงผลรวม ของความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้ที่ลึกซึ้งซึ่งที่บุคคลมีต่อตนเอง นักวิชาการและนักจิตวิทยาได้ให้ ความหมายของอัตมโนทัศน์ไว้ต่าง ๆ ดังนี้

อัตมโนทัศน์หมายถึงทัศนคติของบุคคลที่มีต่อตนเอง การเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองจะเกิดขึ้น ตามลำดับตั้งแต่เล็กจนโต การประเมินค่าเกี่ยวกับตนเองจะเปลี่ยนไปตามวุฒิภาวะบุคคลจะค้น พบมิติใหม่ ๆ ในการตัดสินใจตนเอง โดยเฉพาะในช่วงเวลาหรือวิกฤติการณ์ที่บุคคลต้องตัดสินใจ

เลือก หรือกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้เหมาะกับตนเอง (อัษฎาลี ตริตระการ. 2540) อ้างอิงมาจาก Rendler.1963 : unpagued)

อัตมโนทัศน์หมายถึงความรู้สึกและความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง อันเป็นผลมาจากการรับรู้ของตนที่มีต่อตนเองเช่นการรับรู้ว่าเป็นคนอย่างไร มีความสามารถอะไรบ้าง มีปัญหาหรือปมด้อยอะไรเป็นต้นความเชื่อ ความรู้สึกหรือความคิดเห็นต่าง ๆ ที่รวมกันเข้านี้ จะเป็นเครื่องบ่งชี้หรือเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น (ทิสนา แชมณี. 2530)

บลูม ได้สรุปแนวคิดไว้ว่าอัตมโนทัศน์ของบุคคลจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามวัยที่สูงขึ้น โดยเฉพาะจากอายุ 20 ปี จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและจะสูงสุดในช่วงอายุ 40 - 49 ปี จะค่อย ๆ ลดลงเรื่อย ๆ เมื่อเข้าสู่วัยชราอัตมโนทัศน์จะลดลงมาก (อัษฎาลี ตริตระการ. 2540:30 อ้างอิงมาจาก Bloom.1976: unpagued)

จากความหมายต่าง ๆ ดังกล่าว พอจะสรุปได้ว่าอัตมโนทัศน์หมายถึงความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเอง และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลอื่นที่มองตนว่าเป็นคนอย่างไร จะมีผลต่อการปรับตัวของบุคคล ตลอดจนการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Zhan. 1992) นอกจากนี้อัตมโนทัศน์ยังหมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับลักษณะความสามารถของบุคคลที่เกี่ยวกับลักษณะความสามารถของบุคคลที่เกี่ยวกับประสบการณ์ รวมทั้งเป้าหมายและอุดมการณ์ของบุคคลด้วย (Stuart and Sundeen. 1983)

องค์ประกอบของอัตมโนทัศน์

นักจิตวิทยาได้แบ่งองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ได้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับความเชื่อและแนวคิด เช่น

ไวลี ได้แบ่งอัตมโนทัศน์ ออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. **Actual - Self Concept** คือทัศนคติหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้ของตนว่าเป็นคนอย่างไร การรับรู้เกี่ยวกับตนนั้นเรียกว่าตนตามอัตภาพ (Actual Self) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ

1. ทัศนคติหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองว่าคนอื่นในสังคมรู้ว่าตนเป็นคนอย่างไร (Social - Self Concept)

2. ทัศนคติหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองว่าตนเป็นคนอย่างไร (Private - Self Concept)

2. Ideal - Self Concept คือทัศนคติหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับตนเองว่าอยากเป็นคนตามอุดมคติอย่างไร การรับรู้ชนิดนี้เรียกว่า ตนตามปณิธาน ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.) ทัศนคติหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองว่าตนอยากเป็นคนตามอุดมคติอย่างไร (Own - Ideal Self Concept)

2.) ทัศนคติหรือความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองว่า อุดมคติของคนอื่นในสังคมนั้นตั้งไว้กับตนอย่างไร (Concept of Other's Ideal for One) (อัญชลี ตริตระการ.2540 อ้างอิงมาจาก Wylie. 1968: unpagged)

ฟีทท์ (Fitt, 1956 อ้างในกอบกุล พันธุ์เจริญกุล, 2531) ได้แบ่งองค์ประกอบของ อุดมโนทัศน์ออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. พิจารณาโดยการให้ตนเองเป็นเกณฑ์ประกอบด้วย

1.1 อุดมโนทัศน์ด้านความเป็นเอกลักษณ์หมายถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองว่าเป็นอย่างไร เป็นการพิจารณาอุดมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับคำถามว่า ฉันเป็นอะไร

1.2 อุดมโนทัศน์ด้านความพึงพอใจหมายถึงความรู้สึกเกี่ยวกับการยอมรับตนเองเป็นการพิจารณาอุดมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับคำถามว่า ฉันรู้สึกเกี่ยวกับตนเองอย่างไร

1.3 อุดมโนทัศน์ด้านพฤติกรรมหมายถึงการรับรู้และความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องต่าง ๆ ของตนเอง เป็นการพิจารณาอุดมโนทัศน์ที่เกี่ยวกับคำถามว่า ฉันประพฤติอย่างไร

2. พิจารณาโดยใช้ผู้อื่นเป็นเกณฑ์ประกอบด้วย

2.1 อุดมโนทัศน์ด้านร่างกาย หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับรูปร่างลักษณะของร่างกาย เรื่องเพศสุขภาพ ความสามารถและทักษะ

2.2 อุดมโนทัศน์ด้านศีลธรรมจรรยา หมายถึง ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับคุณค่าทางศีลธรรม ความรู้สึกเกี่ยวกับการเป็นคนดีหรือคนเลว ความสัมพันธ์ที่มีต่อศาสนา ความพึงพอใจในศาสนาของตน

2.3 อุดมโนทัศน์ด้านส่วนตัว หมายถึง ความคิดเห็นส่วนบุคคลเกี่ยวกับคุณค่าของตนเอง ความรู้สึกมั่นใจในตนเองประเมินค่าบุคลิกภาพของตนโดยไม่รวมลักษณะทางด้านร่างกายและความสัมพันธ์กับผู้อื่น

2.4 อึดมโนทัศน์ด้านครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกในคุณค่าและความพอใจในฐานะที่ตนเองเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว เป็นการแสดงถึงการรับรู้ตนเองว่าใกล้ชิดหรือห่างเหินจากครอบครัว

2.5 อึดมโนทัศน์ด้านสังคม หมายถึงความคิดเห็นที่มีต่อตนเองเกี่ยวกับความมั่นใจและความเชื่อมั่นในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น

จากแนวคิดของฟิทท์ ผู้วิจัยหลายท่านได้สรุปการแบ่งองค์ประกอบของอึดมโนทัศน์ออกเป็นแต่ละด้าน โดยครอบคลุมองค์ประกอบทั้งหมดของฟิทท์ที่กล่าวไว้ ซึ่งก็มีฉันทนา กาญจนพจน์ (2530) ได้แบ่งองค์ประกอบของอึดมโนทัศน์ออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ อึดมโนทัศน์ด้านร่างกาย อึดมโนทัศน์ด้านจิตใจ และอึดมโนทัศน์ด้านสังคม เพื่อใช้ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับอึดมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ต่อมาลำเนาวิ เรืองยศ (2535) ได้นำเอาแนวคิดอึดมโนทัศน์ที่แบ่งออกเป็น 3 ด้านนี้ ไปศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอึดมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มผู้ศึกษาแบ่งองค์ประกอบของอึดมโนทัศน์ออกเป็น 3 ด้าน โดยดัดแปลงแนวคิดของฟิทท์ (Fitt) ที่ฉันทนา กาญจนพจน์ ได้แบ่งไว้ดังนี้

1. อึดมโนทัศน์ด้านร่างกาย หมายถึงการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ค่านิยมของบุคคลเกี่ยวกับตนเองด้านภาพลักษณ์ สุขภาพอนามัย บุคลิกลักษณะ ความสามารถ ทักษะ
2. อึดมโนทัศน์ด้านจิตใจ หมายถึงการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อค่านิยมของบุคคลเกี่ยวกับตนเองด้านความพึงพอใจในตนเองและยอมรับว่าตนเองเป็นอย่างไร ด้านความรู้สึกนึกคิดและอารมณ์ของตนเช่นความสุข ความวิตกกังวล
3. อึดมโนทัศน์ด้านสังคม หมายถึงการรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อค่านิยมของบุคคลเกี่ยวกับตนเองด้านความมั่นใจและเชื่อมั่นในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เช่นการได้รับยกย่องนับถือ การเสียสละ การดูแลเอาใจใส่

พัฒนาการของอึดมโนทัศน์

อึดมโนทัศน์พัฒนาการมาจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม อึดมโนทัศน์พัฒนาการมาตั้งแต่เด็ก โดยเริ่มเมื่อเด็กรับรู้แยกแยะตนเองออกจากบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม ประสบการณ์ที่สำคัญในวัยเด็กได้แก่การได้รับความรัก ความอบอุ่น การทูลถนอมเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิดที่สุดของบิดา มารดาหรือผู้เลี้ยงดู ประสบการณ์เหล่านี้จะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาอึดมโนทัศน์ของบุคคลในระยะต่อมา (Stuart and Sundeen.1983) เมื่อเติบโตขึ้นสังคมและสิ่งแวดล้อม

ล้อมจะมีอิทธิพลต่อการพัฒนาการของอัตมโนทัศน์ ประสบการณ์ที่บุคคลได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมจะทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์มากขึ้น ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาอัตมโนทัศน์นี้ได้หลายประการด้วยกันพอสรุปได้ดังนี้

1. ค่านิยมและความรู้สึกทางบวกที่มีต่อประสบการณ์ทางวัฒนธรรม และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล กล่าวคือค่านิยมต่อสิ่งต่าง ๆ ในวัฒนธรรมของแต่ละบุคคลจะประกอบเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาอัตมโนทัศน์ นอกจากนี้ความรู้สึกในทางบวกที่มีต่อประสบการณ์ในชีวิตของบุคคล จะทำให้บุคคลสามารถพัฒนาอัตมโนทัศน์ในทางที่ดีได้ ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความรู้สึกขัดแย้งจากประสบการณ์ที่พบในชีวิตก็จะทำให้เกิดความตึงเครียดและมีปัญหาในการพัฒนาอัตมโนทัศน์ได้

2. ความสามารถในการรับรู้เรื่องต่าง ๆ ตามค่านิยมของบุคคลและสังคม กล่าวคือในวัยผู้ใหญ่ขึ้น บุคคลจะเลือกรับรู้ในประสบการณ์ที่ตนเองชอบตามค่านิยมของตนเองและสังคม

3. ความสำเร็จในชีวิตแห่งตนและการยอมรับในคุณค่าตนเอง บุคคลในวัยผู้ใหญ่จะเป็นผู้ที่ไฝหาความสำเร็จในชีวิตส่วนตัวและการทำงาน ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการยอมรับในคุณค่าแห่งตนตามมา อาจกล่าวได้ว่าการยอมรับในคุณค่าของตนเองนั้นจะเกิดจากตนเองและบุคคลอื่น ๆ เริ่มจากความต้องการได้รับความรักและการยอมรับจากบุคคลอื่น ดังนั้นการยอมรับในคุณค่าของตนเองจะต่ำ เมื่อบุคคลนั้นสูญเสียความรักและประสบการณ์ดี ๆ ที่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น การยอมรับในคุณค่าของตนเองจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะมีผลกระทบอย่างมากตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นถึงผู้ใหญ่ตอนต้นในวัยนี้อัตมโนทัศน์เกี่ยวกับตนเองจะมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากบุคคลต้องมีการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองหลายอย่างได้แก่การประกอบอาชีพในอนาคต ความคาดหวังเกี่ยวกับผลสำเร็จในการประกอบอาชีพ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การยอมรับของสังคม การมีลักษณะเป็นที่ดึงดูดใจเพศตรงข้ามตลอดจนความสำเร็จในชีวิตสมรสและความสามารถในการแสดงบทบาทหน้าที่ที่ตนได้รับ (Stuart and Sundeen, 1987) ส่วนในผู้ใหญ่อัตมโนทัศน์ค่อนข้างคงที่และวุฒิภาวะจะทำให้บุคคลมองตนเองได้ชัดเจนยิ่งขึ้นยอมรับตนเองมากขึ้นและพอฝืนน้อยลงกว่าวัยรุ่นทั้งนี้เพราะบุคคลได้รับการเรียนรู้ที่จะเผชิญกับสิ่งที่ตนเองบกพร่อง และพยายามเพิ่มความเข้มแข็งให้แก่ตนเอง การยอมรับในคุณค่าของตนเองจะเปลี่ยนแปลงอีกครั้งในวัยสูงอายุเนื่องจากอยู่ในวัยหมดประจำเดือน การเกษียณอายุการทำงาน การสูญเสียชีวิตของคู่สมรส ตลอดจนการสูญเสียความสามารถด้านร่างกายทำให้การยอมรับในคุณค่าของตนเองลดลง จะเห็นได้ว่าอัตมโนทัศน์พัฒนาอย่างต่อเนื่องตามวัย วุฒิภาวะและสิ่งแวดล้อมของบุคคล โดยไม่จำกัดเวลาหรือขอบเขต (กอบกุล พันธุ์เจริญกุล , 2531)

โดยทั่ว ๆ ไป อัตมโนทัศน์ของบุคคลจะมีอยู่ 2 ลักษณะ คืออัตมโนทัศน์ในทางบวกและ
 อัตมโนทัศน์ในทางลบ (Stuart & Sundeen อ้างใน โกเมศ อุณรัตน์, 2543)

อัตมโนทัศน์ในทางบวก (Strong or self – concept) จะพบในบุคคลที่มีลักษณะจริงจัง ใจ
 กว้าง เปิดเผย มีความเชื่อมั่น เห็นคุณค่าในตนเอง มีการรับรู้ที่ดีและปรับตัวได้ดีทุกสถานการณ์
 เพราะบุคคลประเภทนี้มักมีพื้นฐานและประสบการณ์จากการได้รับการยอมรับและความสำเร็จมา
 ก่อนจะทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพเต็มความสามารถและสติปัญญา มีบุคลิกและการปรับ
 ตัวที่ดีที่สุดก็จะก้าวไปสู่ความสำเร็จในชีวิต

อัตมโนทัศน์ในทางลบ (weak or negative self – concept) จะพบในคนที่จิตใจแคบไม่
 สามารถยอมรับสิ่งต่าง ๆ ได้ มีการรับรู้ที่แคบและเบี่ยงเบนไปจากความเป็นจริง มีปมด้อย ความรู้
 สึกมักถูกคุกคามได้ง่าย มีระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นได้ง่ายและรวดเร็ว มักหมกมุ่นอยู่กับการ
 ป้องกันตัว หวั่นไหว เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่สามารถปรับตัวต่อ
 สถานการณ์ต่าง ๆ ได้ เพราะบุคคลประเภทนี้มักมีพื้นฐานและประสบการณ์จากการไม่ได้รับการ
 ยอมรับ ถูกปฏิเสธ และล้มเหลวในชีวิตบ่อยครั้ง มักเป็นคนไม่มั่นคง ไม่กล้ากระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วย
 ตนเอง ปรับตัวไม่ได้ และประสบความล้มเหลวในชีวิตในที่สุด

ปัจจัยที่มีผลต่ออัตมโนทัศน์

อัตมโนทัศน์ไม่ใช่สิ่งที่ถาวรตายตัวแต่มีการพัฒนา และสามารถเปลี่ยนแปลงได้โดยไม
 หยุดยั้ง อัตมโนทัศน์ยังเป็นผลมาจากวุฒิภาวะและการรับรู้ โดยไม่จำกัดเวลาและขอบเขต (Hall &
 Lindzey, 1970) อัตมโนทัศน์ยังเป็นผลมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์ที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับ
 สังคมและสิ่งแวดล้อม และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา สถานการณ์และบทบาทในสังคม
 ของบุคคลนั้น (Kendler, 1968)

อัตมโนทัศน์ อาจเปลี่ยนแปลงไปได้ทั้งในทางบวกและในทางลบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัย
 หลาย ๆ อย่าง ดังต่อไปนี้

1. ลักษณะของการประเมินผลที่บุคคลได้รับจากบุคคลอื่น ในขณะที่มีปฏิสัมพันธ์กัน
 ระหว่างบุคคล ปฏิกริยาและทัศนคติของคนอื่น ๆ เหล่านั้น ไวเดเบค (Videbeck as cited in Byrne,
 1974) ได้ศึกษาผลของการประเมินบุคคล โดยผู้อื่นที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ พบว่า ถ้า
 บุคคลได้รับการประเมินผลไปในทางดี จะมีการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ไปในทางบวก ในทางตรง
 กันข้ามถ้าบุคคลได้รับการประเมินผลในทางไม่ดี อัตมโนทัศน์ของบุคคลก็จะเป็นไปในทางลบ
 แสดงว่าบุคคลอื่น ๆ เช่น ญาติ พี่น้อง เพื่อน เป็นต้น ล้วนมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์
 ของบุคคลที่ถูกประเมินทั้งสิ้น

2. สังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ การเป็นที่ยอมรับและไม่ยอมรับของสังคมนั้นหรือการเกิดความขัดแย้งของค่านิยมภายในใจของบุคคลกับความต้องการของสังคม
3. ความสำเร็จหรือความล้มเหลวตามปณิธานที่บุคคลตั้งไว้ ถ้าสามารถบรรลุความปรารถนา บุคคลนั้นก็จะมัวหมองในทางบวก แต่ถ้าไม่ได้ตามความต้องการบุคคลจะท้อถอย รู้สึกว่าตนเองด้อยค่าและความสามารถ บุคคลนั้นก็จะมัวหมองในทางลบ
4. ภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลต้องปรับตัว เช่น ความเจ็บป่วย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียอวัยวะใด ๆ ของร่างกาย หรือแม้กระทั่งการตั้งครุฑ มักทำให้มัวหมองทัศนคติเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ (Byrne, 1974)
5. ภาวะอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของมัวหมองในทัศนคติได้ (Wessman, Ricks, & Tyl อ้างในสมฤทัย จันทรัฐสุข, 2543)
6. อายุ เป็นตัวแปรหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับมัวหมองในทัศนคติ เพราะมัวหมองในทัศนคติพัฒนาไปตามลำดับความสามารถ ตามวุฒิภาวะ ในปี 1961 บลูมได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างมัวหมองในทัศนคติในผู้ปวยอายุ 20-60 ปี และพบว่า มัวหมองในทัศนคติด้านการยอมรับตนเองมีความสัมพันธ์กันแบบเส้นโค้ง โดยคะแนนมัวหมองในทัศนคติจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากอายุ 20 ปี และสูงสุดระหว่างอายุ 40 - 59 ปี แล้วจึงค่อย ๆ ลดลง แสดงว่ามัวหมองในทัศนคติ เปลี่ยนแปลงไปตามอายุของคน (Bloom as cited in Byrne, 1974) ในประเทศไทยได้มีผู้ทำการศึกษามัวหมองในทัศนคติในกลุ่มอายุอื่น ๆ เช่น การศึกษาของ สุสัณหา ยิ้มแย้ม และกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2533) เพื่อหาเกณฑ์ปกติเกี่ยวกับมัวหมองในทัศนคติของคนไทย ผลการศึกษาพบว่า มัวหมองในทัศนคติโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุต่างกันจะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การศึกษาของ พัชริน คุณคำฐู (2538) เรื่องมัวหมองในทัศนคติของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวสม์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกันมีคะแนนของมัวหมองในทัศนคติไม่แตกต่างกัน
7. เพศ จากการศึกษาและวิจัย พบว่า เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อมัวหมองในทัศนคติ เช่น ในการศึกษาของ สุวรรณีย์ พลับพลาทอง (2522) พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมองตนเองมีคุณค่ามากกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ในการศึกษาของฉันทนา กาญจนพวง (2530) เรื่องความสัมพันธ์กับการร่วมกิจกรรมกับมัวหมองในทัศนคติของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีมัวหมองในทัศนคติในทางบวกสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในการศึกษาของ Tippett (1992) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับมัวหมองในทัศนคติในทางบวกของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของ พัชริน คุณคำฐู (2538) ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยมัวหมองในทัศนคติของผู้สูงอายุกับเพศไม่มีความแตกต่างกัน ใกล้เคียงกับการศึกษาของ สุสัณหา ยิ้มแย้ม และกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2533) พบ

ว่า อัจฉริยะโดยส่วนรวมของกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิง มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ จะพบว่ามีความแตกต่างของอัจฉริยะในด้านใดบ้าง ซึ่งพบว่า อัจฉริยะในด้านศีลธรรมจรรยาและด้านครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย และการศึกษาของสเปียร์ (Spier อ้างใน พัชริน คุณคำชู, 2538) กล่าวคือ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเพศหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาอย่างเห็นได้ชัดกว่าเพศชาย การเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงจะทำให้เพศหญิงที่รักสวยรักงามมีอัจฉริยะลดลง

8.ระดับการศึกษา จากการศึกษาของ พัชริน คุณคำชู (2538) พบว่า คะแนนเฉลี่ยอัจฉริยะของอายุกับระดับการศึกษาไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุลักษณ์ ยิ้มแย้ม และกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2533) ที่ศึกษาเกณฑ์ปกติเกี่ยวกับอัจฉริยะของคนไทย พบว่า อัจฉริยะโดยรวมของกลุ่มบุคคลทั่วไปที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างกันจากการศึกษาของ สุวรรณีย์ พลับพลาทอง (2522) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมองตัวเองมีคุณค่ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Tippett (1992) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับอัจฉริยะในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ สภาผู้สูงอายุแห่งชาติ (The National Council on the Aging อ้างใน พัชริน คุณคำชู, 2538) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง มีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางบวกมากกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อย

9.สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอัจฉริยะของบุคคล ดังเช่นการศึกษาของ ฉันทนา กาญจนพจน์ (2530) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับอัจฉริยะของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีอัจฉริยะทางบวกสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหย่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล พนาวัดมณฑล (2534) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัจฉริยะ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีอัจฉริยะดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสโสด หย่า และแยก และจากการศึกษาของของพัชริน คุณคำชู (2538) พบว่า คะแนนเฉลี่ยอัจฉริยะของผู้สูงอายุกับสถานภาพสมรสมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่แตกต่างจากการศึกษาของ สุวิมล พนาวัดมณฑล ที่พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มโสด มีค่าคะแนนเฉลี่ยอัจฉริยะมากกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มหย่าร้าง และกลุ่มคู่แต่แยกกันอยู่ ผู้สูงอายุในกลุ่มหย่าร้างมีค่าคะแนนเฉลี่ยอัจฉริยะมากกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มหย่าร้าง แต่มีค่าคะแนนเฉลี่ยอัจฉริยะน้อยกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

10. รายได้ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่ออัตมโนทัศน์ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของสุวรรณณี พลับพลาทอง (2522) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจมั่นคงจะมองตนเองมีคุณค่ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่มั่นคง และใกล้เคียงกับการศึกษาของ สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอัตมโนทัศน์ นั่นคือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้มากจะมีอัตมโนทัศน์ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย และการศึกษาของ สุสัณหา ยิ้มแย้ม และกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล (2533) ที่พบว่าอัตมโนทัศน์โดยส่วนรวมของกลุ่มบุคคลทั่วไปที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

11. ลักษณะครอบครัว จากการศึกษาลักษณะของครอบครัว ยังไม่เป็นที่สรุปแน่ชัดว่า ลักษณะครอบครัวมีผลต่ออัตมโนทัศน์หรือไม่ แต่จากการศึกษาของ สุวรรณณี พลับพลาทอง (2522) พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายจะมองตนเองมีคุณค่ามากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉันทนา กาญจนพณี (2530) ที่พบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์

อัตมโนทัศน์ เป็นผลจากการได้มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งรวมถึงบุคคลในสังคมเฉพาะบุคคลที่มีความสำคัญและบุคคลในครอบครัวมีส่วนพอกพูนความนึกคิดในตัวเอง ประสบการณ์ในครอบครัวมีความสำคัญในการปูพื้นฐานอัตมโนทัศน์ของบุคคลในระยะต่อ ๆ ไป เนื่องจากประสบการณ์และสิ่งแวดล้อมของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ จึงมีผลให้อัตมโนทัศน์มีการเปลี่ยนแปลงด้วย ปัจจัยที่ทำให้อัตมโนทัศน์เปลี่ยนมี 3 ชนิด (กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล , 2531) คือ

1. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการที่ร่างกายมีพัฒนาการ เช่น ความสูง การมีหน้าอกของเพศหญิง การมีเสียงแตกของเพศชาย เป็นต้น
2. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากวิกฤติการณ์ที่บุคคลประสบ ได้แก่ ภัยธรรมชาติ ความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ การเกษียณอายุ เป็นต้น เหตุการณ์เหล่านี้เปรียบเสมือนแรงผลักดันที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมักจะเกิดขึ้นกับบุคคลที่ไม่มีการเตรียมพร้อมที่จะรับสถานการณ์นั้น ๆ อันเป็นผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถปรับตัวได้ดี ทั้งนี้ขึ้นกับความสามารถของแต่ละบุคคลและความรุนแรงของสถานการณ์นั้น ๆ ด้วย

3. การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลเนื่องมาจากการบำบัดทางจิต การบำบัดทางจิตเป็นวิธีการช่วยเหลือบุคคลที่ได้รับความกดดันทางอารมณ์มาก ให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมของเขาได้ โดยการช่วยเหลือให้บุคคลรู้จักและเข้าใจตนเองรวมทั้งสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับตนเอง โดยทั่วไปแล้วการบำบัดทางจิตมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอึดมโนทัศน์โดยตรงทำให้บุคคลมีอึดมโนทัศน์ดีขึ้น เช่นเป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตดีไม่หวาดกลัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป บุคลิกภาพจะมีการยืดหยุ่นปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

นอกจากนี้ สมิธเชอร์แมน (Smitherman as cited in Kelly, 1985) ได้กล่าวถึงสถานการณ์ที่มีผลทำให้อึดมโนทัศน์ของบุคคลเปลี่ยนแปลงในลักษณะใกล้เคียง คือ

1. การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ที่ปรากฏให้เห็นภายนอกร่างกาย (altered appearance) ซึ่งอาจเป็นการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ เช่น พัฒนาการ การเจริญเติบโต การเจ็บป่วย หรือจากการรักษา เป็นต้น

2. การเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงานของร่างกาย (altered junction) เช่น ผู้ป่วยอัมพาต ไม่สามารถแสดงบทบาทในการเป็นสามีหรือภรรยาได้เหมือนเดิม

3. การเปลี่ยนแปลงอำนาจและความสามารถในการควบคุมตนเอง (altered control) บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงอำนาจและความสามารถในการควบคุมตนเอง เมื่อมีเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถทำนายหรือจัดการได้ เช่น การเกิดการเจ็บป่วย เป็นต้น

นวลศิริ เปาโรหิตย์ (อ้างใน พิกุล บุญช่วง , 2526) กล่าวถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออึดมโนทัศน์ 3 ประการ คือ การเปลี่ยนแปลงอันเกิดจากการพัฒนาการของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากวิกฤตการณ์ที่บุคคลจะต้องประสบ และการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลเนื่องมาจากการบำบัดทางจิต ดังนี้ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการที่ร่างกายมีการพัฒนาการ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทุกช่วงของชีวิต เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้อึดมโนทัศน์ของบุคคลแตกต่างกันออกไป นักจิตวิทยา มีความเห็นพ้องกันว่า อึดมโนทัศน์จะคงที่ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง แต่ไม่ได้หมายความว่า จะต้องเป็นสิ่งตายตัว อึดมโนทัศน์สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป แต่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงขึ้น ๆ ลง ๆ นอกนี้จากร่างกายคนเราจะมีการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการอันเป็นสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้อึดมโนทัศน์ของบุคคลพัฒนาแตกต่างกันไป เคนด์เลอร์ (Kendler , 1968) กล่าวว่า อึดมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงได้ตามเวลา สถานการณ์และบทบาทในสังคมของบุคคลนั้น

2. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากวิกฤตการณ์ที่บุคคลจะต้องประสบ นอกจากอึดมโนทัศน์จะเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการแล้ว วิกฤตการณ์ในชีวิตที่บุคคลประสบก็มีผลทำให้อึดมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เช่น ความสูญเสีย ความเจ็บป่วย อุบัติเหตุ ภัยธรรมชาติ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้

เปรียบเหมือนพลังกดดันที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมักจะเกิดขึ้นกับบุคคลส่วนใหญ่ที่ไม่มี การเตรียมพร้อม ผลก็คือบุคคลนั้นไม่สามารถปรับตัวได้ดี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถของแต่ละบุคคล และความรุนแรงของสถานการณ์นั้น ๆ ด้วย

3. การเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลเนื่องมาจากการบำบัดทางจิต การบำบัดทางจิต (psychotherapy) เป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือบุคคลทั่วไปที่ได้รับ ความกดดันทางอารมณ์มาก ๆ ให้สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมของเขาได้ ซึ่งเป็นวิธีการที่จะช่วยเหลือให้แต่ละบุคคลรู้จักและเข้าใจตนเอง โดยทั่วไปแล้วการบำบัดทางจิตมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์โดยตรง ทำให้อัตมโนทัศน์ดีขึ้น เช่น จะกลายเป็นบุคคลที่มีสุขภาพจิตที่ดี สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี

พรหมทิพย์ เกษะนันท์ (2516) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อทิศทางการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ ได้แก่

1. สังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ การยอมรับหรือไม่ยอมรับจากสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่นั้นมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นหรือด้อยลงของอัตมโนทัศน์ของบุคคลนั้น
2. ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลเหนือการพัฒนาของบุคคลนั้น (significant others) เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง ครูหรือเพื่อนสนิท เป็นต้น
3. อัตมโนทัศน์ตามปณิธาน (ideal self concept) บางคนตั้งอัตมโนทัศน์ตามปณิธานไว้สูง เมื่ออัตมโนทัศน์จริง (real self) ของตนไม่สูงเท่าที่คาดไว้ จะก่อให้เกิดการไม่สบายใจ และทางที่จะแก้ไขปัญหานี้ได้ คือ การที่พยายามเปลี่ยนอัตมโนทัศน์จริง ๆ ของตนให้สูงขึ้น แต่ถ้าหากคนทำไม่ได้ตามปณิธานที่ตั้งไว้ ก็อาจเป็นเหตุให้เกิดความท้อแท้ รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ทำให้อัตมโนทัศน์ของตนด้อยลงอีกได้

นอกจากนี้ พรหมทิพย์ เกษะนันท์ (2516) ยังได้เสนอวิธีการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ให้ดีขึ้นไว้ดังนี้ คือ

1. วิธีเปลี่ยนแปลงระยะยาว

1.1 ใช้การบำบัดทางจิต (psychotherapy) โดยการสร้างสถานการณ์ของสิ่งแวดล้อมของบุคคลนั้นให้เขาเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ความภาคภูมิใจและความเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะทำงานชนิดนั้นให้ลุล่วงไปด้วยดี ซึ่งจะช่วยให้อัตมโนทัศน์ของเขาสูงขึ้น

1.2 การให้การปรึกษา (counseling) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของบุคคลได้ ซึ่งการให้การปรึกษาจะช่วยให้บุคคลได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก การช่วยเหลือ และกำลังใจซึ่งกันและกัน โดยวัตถุประสงค์เพื่อลดความตึงเครียด พัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง ยอมรับและกล้าเผชิญปัญหา ก็จะส่งผลให้อัตมโนทัศน์ของบุคคลนั้นเปลี่ยนไปในทางที่ดีได้

2. การเปลี่ยนแปลงระยะสั้น

2.1 การให้ตัวแบบที่มีตัวตนอยู่จริง (real model) เป็นการใช้ตัวแบบที่มีบุคคลจริงเป็นแบบอย่าง โดยเป็นผู้ที่มีอิทธิพลเหนือบุคคลนั้น ก็สามารถที่จะมีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของคน คนนั้นด้วย เช่น บิดา มารดา ครูหรือเพื่อนสนิท

2.2 การใช้ตัวแบบในจินตนาการ (imagined model) เป็นการสมมติตัวแบบที่ดีขึ้นมาเป็นลายลักษณ์อักษรหรือโดยวาจา ถ้าหากแบบอย่างโดยจินตนาการนี้มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลผู้นั้น ก็จะสามารมีอิทธิพลที่จะเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ระยะสั้นของบุคคลได้

นอกจากนี้ปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ของบุคคลได้แก่ การรวมตัวกันเพื่อมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมร่วมกัน (Rose อ้างใน สุภาลักษณ์ เขียวขำ, 2543) ชมรมผู้สูงอายุ เป็นองค์กรที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้สมาชิกมีโอกาสพบปะสังสรรค์และแลกเปลี่ยนความเห็นซึ่งกันและกัน

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า อัตมโนทัศน์สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์และบทบาทในสังคม สามารถพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามวุฒิภาวะและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย บุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ดีจะเป็นผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง เปิดเผยและมีความจริงใจเนื่องจากมีประสบการณ์ที่ได้รับการยอมรับและประสบความสำเร็จในการติดต่อกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่มีอัตมโนทัศน์ไม่ดีจะเป็นผู้ที่ขาดความเชื่อมั่นในตนเองมีการรับรู้เบี่ยงเบนความเป็นจริง หวั่นไหวง่าย วิตกกังวลสูงและหมกมุ่นกับการป้องกันตนเองเนื่องจากมีความรู้สึกถูกคุกคามได้ง่ายจึงปรับตัวให้เข้ากับคนอื่นได้ยาก

อัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ

อัตมโนทัศน์มีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงไปตามการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย ความสามารถ ประสบการณ์และปัจจัยต่าง ๆ เช่น วิกฤติการณ์ของชีวิต ภาวะสุขภาพ วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและบทบาททางสังคม ดังนั้นอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ นอกจากเปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่เพิ่มขึ้นแล้วยังเปลี่ยนแปลงไปตามบทบาททางสังคมอีกด้วย การเกษียณอายุทำให้กิจกรรมที่เคยทำอยู่ลดน้อยลงเกิดการสูญเสียบทบาทเดิม สิ่งเหล่านี้มีผลให้อัตมโนทัศน์ถูกรบกวน ผู้สูงอายุจะเกิดความคับข้องใจ ไม่พึงพอใจในตนเองและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในที่สุดซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีกิจกรรมของ ฮาวิกเฮิสท์ (Havighurst, 1963, อ้างใน จรัสวรรณ เทียนประภาสและพัชรี ดันศิริ, 2533) ที่เชื่อว่ากิจกรรมเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญสำหรับคนทุกวัยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุจะทำให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ การที่ผู้สูงอายุยังคงมีกิจกรรมจะช่วยให้คงไว้ซึ่งบทบาทและสถาน

ภาพทางสังคมทำให้มีการรับรู้ว่าคุณค่าเป็นที่ยอมรับของสังคม (หน้า 20 – 23) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเลมอนและปีเตอร์สัน (Lemon & Peterson cited in Robb, 1984) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่สูญเสียบทบาทและมีกิจกรรมในสังคมน้อยจะมีอัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในชีวิตลดต่ำลง (p.78)

การประเมินอัตมโนทัศน์

การวัดอัตมโนทัศน์ โดยทั่วไปกระทำร่วมกัน 2 วิธี หรือใช้วิธีใดวิธีหนึ่ง คือ

1. การซักถามเจ้าตัวโดยตรง ข้อมูลที่ได้จากการซักถามเรียกว่าคำรายงานของบุคคล
2. การให้ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ที่ศึกษาเรื่องของจิตใจสังเกตพฤติกรรมแล้วสรุปความคิดเห็น

โรเจอร์และอัลพอร์ต (Roger & Allport) ได้สนับสนุนวิธีการแรกโดยให้เหตุผลว่าถ้าต้องการทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองของใครควรจะไปถามผู้นั้น เพราะไม่มีใครรู้จักตัวเขาดีไปกว่าตัวเขาเอง (อ่ำไพ ศิริพัฒน์, 2515 , หน้า 101)

สำหรับเครื่องมือที่เป็นแบบประเมินจากการซักถามของบุคคลโดยตรงที่เป็นที่รู้จักและนิยมกันอยู่อย่างแพร่หลาย ได้แก่ แบบวัดอัตมโนทัศน์แบบแนวคิดของออสกู๊ด , ซูซี , และ แทนเนนบัม (Osgood ,Suci, & Tannenbaum.1957) มีข้อความ 20 ข้อ แบบวัดอัตมโนทัศน์ของปีแอร์และแฮร์ริส (The Pier – Harris Children's self – Concept-Scale) ซึ่งเป็นแบบวัดอัตมโนทัศน์สำหรับเด็กอายุระหว่าง 8-16 ปี มีข้อความ 80 ข้อ (Piers,1986)แบบวัดอัตมโนทัศน์ของลิปสิทท์ (Lipsitt 's Self Concept Scale) ที่ใช้กับผู้ที่มีอายุ 9-16 ปี มีข้อความ 20 ข้อ (Lipsitt,1986) แบบวัดอัตมโนทัศน์ของโคมบ์ , ไฮเปอร์ และคิวสัน (Self-Concept Report Scale) ซึ่งใช้สำหรับวัยรุ่นสาว และแบบวัดอัตมโนทัศน์ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยที่สร้างโดยหลิน (Lin,1998) เพื่อใช้วัดอัตมโนทัศน์ผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ มีข้อความทั้งหมด 56 ข้อ

นอกจากนี้ยังมีแบบวัดอัตมโนทัศน์เทนเนสซี (Tennessee Silf – Concept Scale) ของฟิทท์ (Fitts,1965) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดยอาศัยพื้นฐานการประเมินทางจิตวิทยาและเหตุผลทางทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอัตมโนทัศน์ ซึ่งสามารถใช้ประเมินอัตมโนทัศน์หลาย ๆ ด้านและเป็น

นิยมใช้กันมากต่างประเทศสามารถใช้ได้ทั้งบุคคลทั่วไปและผู้ป่วย (Wylie , 1974) แบบวัดนี้เป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 100 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อคำถามที่เกี่ยวกับอัตถิภาวนิยมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ อัตถิภาวนิยมด้านความเป็นเอกลักษณ์ อัตถิภาวนิยมด้านความพึงพอใจต่อตนเอง อัตถิภาวนิยมด้านพฤติกรรมการแสดงออก อัตถิภาวนิยมด้านร่างกาย อัตถิภาวนิยมด้านศีลธรรมจรรยา อัตถิภาวนิยมด้านส่วนตัว อัตถิภาวนิยมด้านครอบครัวและอัตถิภาวนิยมด้านสังคม จำนวน 90 ข้อ และคำถามที่เกี่ยวกับอัตถิภาวนิยมด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง จำนวน 10 ข้อ พิพท์ได้หาความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดโดยการทำการทดสอบรายข้อ และตรวจสอบนักจิตวิทยา 7 ท่าน ส่วนการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด ใช้วิธีทดสอบซ้ำ (Test – retest) ในกลุ่ม นักศึกษา 60 คน ได้ค่าความสอดคล้องภายในของอัตถิภาวนิยมโดยรวมเท่ากับ 0.92 และอัตถิภาวนิยมในส่วนย่อยด้านต่าง ๆ มีความสอดคล้องภายในอยู่ระหว่าง 0.70 – 0.90 (Fitts, 1965)

แบบอัตถิภาวนิยมเทนเนสซี ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย อำไพ ศิริพิพัฒน์ และได้หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยวิธีทดสอบซ้ำ ในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 และปีที่ 5 โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งชายและหญิง จำนวน 89 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของคะแนนด้านต่าง ๆ อยู่ระหว่าง 0.52-0.85 ส่วนการหาค่าความตรงของแบบวัดนี้ ผู้แปลได้สร้างแบบวัดอัตถิภาวนิยมที่เกี่ยวกับตนเองตามวิธีของเทอร์สโตน (Thurstone) แบ่งเป็นเกณฑ์ มีจำนวนทั้งหมด 24 ข้อ ให้นักเรียนกลุ่มเดิมทำ แล้วนำคะแนนที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับคะแนนที่ได้จากแบบวัดอัตถิภาวนิยมที่ดัดแปลงมาในแต่ละด้าน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความตรง ซึ่งเป็นความตรงร่วมสมัย (concurrent validity) ของด้านต่าง ๆ มีค่าระหว่าง 0.44-0.72 (Ampai Siripipat อังไฉ สมฤทัย จันทรสุข , 2543)

แบบวัดอัตถิภาวนิยมฉบับภาษาไทยนี้ ได้มีผู้นำมาดัดแปลงใช้กันอย่างแพร่หลาย เช่น ฉันทนา กาญจนพนัง (2530) ได้ดัดแปลงแบบวัดอัตถิภาวนิยมของพิพท์ เพื่อใช้ในการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับอัตถิภาวนิยมของผู้สูงอายุ ในกรุงเทพมหานคร โดยได้แบ่งองค์ประกอบของอัตถิภาวนิยมออกเป็น 3 ด้าน คือ อัตถิภาวนิยมด้านร่างกาย อัตถิภาวนิยมด้านจิตใจ และอัตถิภาวนิยมด้านสังคม มีข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ แบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และได้หาค่าความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 ท่าน มีความคิดเห็นตรงกันร้อยละ 80 หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยวิธีการทดสอบซ้ำกับผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 ต่อมา สุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) ได้นำแบบวัดอัตถิภาวนิยมของผู้สูงอายุ ที่ดัดแปลงโดยฉันทนา กาญจนพนัง ไปใช้ในการศึกษาอัตถิภาวนิยม ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดหนองคาย โดยได้นำแบบวัดไปหาความตรง

ตามเนื้อหาอีกครั้ง จากผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล 5 ท่าน มีความคิดเห็นตรงกันร้อยละ 80 เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังได้นำไปหาค่าความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุ จำนวน 14 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และนำไปศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำนวน 106 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 นอกจากนี้ลำเนาวัลย์ เรืองยศ (2535) ได้นำแบบวัดอัตมโนทัศน์ที่ดัดแปลงโดยฉันทนา กาญจนพจน์ (2530) ไปดัดแปลงเพื่อใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยนำแบบวัดอัตมโนทัศน์ไปปรับปรุงข้อความให้กระชับและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและปรับข้อคำถามจาก 5 คำตอบ เป็น 4 คำตอบ โดยแบบวัดมีข้อคำถามทั้งหมด 40 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 28 ข้อ และความหมายในทางลบ 12 ข้อ แบบวัดนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุ จำนวน 20 ข้อ ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90 ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มผู้ศึกษาเลือกที่จะดัดแปลงแบบอัตมโนทัศน์ของ ลำเนาวัลย์ เรืองยศ (2535) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดเทนเนสซี (Tennessee Self-Concept Scale) ตามแนวคิดของพิทท์ ตลอดจนข้อคำถามมีความครอบคลุมในเนื้อหาและความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะศึกษามากกว่าแบบวัดอื่น ๆ และกลุ่มผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ การพยาบาล และ ผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ 5 ท่าน และได้นำเครื่องไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.70

4. ชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่รวมตัวกันขึ้นเพื่อดำเนินกิจกรรมร่วมกันตามวัตถุประสงค์(บรรลุ ศิริพานิช, ฉลาด ถิรพัฒน์, มรกต สิงห์เคนทร์, พนิษฐา พานิชชีวะกุล, และเพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2539)

ชมรมผู้สูงอายุ เป็นลักษณะการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุรูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีการรวมตัวกัน เพื่อเป็นการพัฒนาตัวเอง และพัฒนาสังคมท้องถิ่น โดยมีสถาบันครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันพื้นฐานในการดำเนินงาน (พุดินันท์ เหลืองไพบูลย์, 2530)

วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งชมรม

1. เพื่อเป็นสื่อกลางให้ผู้สูงอายุได้พบปะสังสรรค์ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและแก้ปัญหาร่วมกัน

2. ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยการให้ความรู้เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติดูแลตนเอง ทั้งให้เผยแพร่ให้แก่บุคคลอื่นได้

3. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเห็นความสำคัญของตนเอง สามารถร่วมกันพัฒนาสังคมและบำเพ็ญตนให้เป็นประโยชน์ต่อสังคม

กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุราชภัฏรำไพพรรณีรวมจัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2534 ปัจจุบันชมรมมีสมาชิกทั้งสิ้น 125 คน สมาชิกทุกคนจะได้มีโอกาสพบปะและเข้าร่วมประชุมทุกวันเสาร์แรกของเดือน เพื่อทำกิจกรรมต่างๆร่วมกันดังนี้

1. กิจกรรมตรวจสุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วย การชั่งน้ำหนักทุกครั้งที่เข้าร่วมกิจกรรม การวัดความดันโลหิตอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง การตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะในคนที่ เป็นสมาชิกใหม่ เพื่อเป็นการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุเบื้องต้น กิจกรรมตรวจสุขภาพจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสนใจสังเกตสุขภาพของตนเองมากขึ้น นอกจากนี้เมื่อพบความผิดปกติ ผู้สูงอายุ จะได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่ถูกต้องต่อไป

2. กิจกรรมด้านศาสนาและการทำสมาธิ ได้แก่การจัดให้มีการทำบุญ การประกอบพิธีทางศาสนา เช่นโอกาสวันสำคัญๆทางพุทธศาสนา เช่น วันมาฆบูชา วันเข้าพรรษา วันออกพรรษา นอกจากนี้กิจกรรมการทำสมาธิจะเป็นการฝึกจิตใจที่ช่วยให้มีสุขภาพจิตที่ดี ทำให้จิตใจไม่เครียด และรู้สึกผ่อนคลาย

3. กิจกรรมออกกำลังกาย จะมีบุคลากรที่มสุขภาพเข้ามาเพื่อให้คำแนะนำ และเป็นผู้นำในการทำกิจกรรม กิจกรรมการออกกำลังกายในชมรมผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย เป็นการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย และสามารถนำไปปฏิบัติกับตนเองได้

4. กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เป็นกิจกรรมที่ทำเป็นประจำในชมรมผู้สูงอายุในเรื่อง หลักการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความรู้เรื่องสุขภาพจิต และโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

5. กิจกรรมนันทนาการ เป็นกิจกรรมที่ผ่อนคลายความเครียดและเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยจัดให้มีการเล่นเกมสำหรับผู้สูงอายุ การร้องเพลง เป็นต้น

6. กิจกรรมด้านการพัฒนาสังคม ได้แก่ การพัฒนาให้มีการทำความสะอาดวัดและศาสนสถานในโอกาสวันสำคัญต่างๆของชาติ เช่น วันเฉลิมพระชนพรรษา วันขึ้นปีใหม่ หรือกิจกรรมอื่นๆ เช่น การให้การช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วย เป็นต้น

7. กิจกรรมอื่นๆ เช่น การเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ในด้านที่ผู้สูงอายุถนัดและเชี่ยวชาญให้แก่คนรุ่นใหม่ นับเป็นการเผยแพร่ สืบทอดและอนุรักษ์วัฒนธรรมตามภูมิปัญญาของผู้สูงอายุอีกด้วย

ลักษณะของกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าเป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและจิตสมบูรณ์แข็งแรง ตลอดจนช่วยเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและรู้สึกว่าตนเองยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

นอกจากนี้จากแนวคิดทฤษฎีกิจกรรมที่เชื่อว่ากิจกรรมทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญของมนุษย์ทุกเพศ ทุกวัย เพื่อสุขภาพและชีวิตที่ดี (สาวิตรี ลัมชัยอรุณเรือง,2536 ;Bond & Ringseen ,1991) กิจกรรมของผู้สูงอายุแต่ละคนย่อมแตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณีของแต่ละบุคคล (Dunn,Anderson & Jakicic อ้างใน นิชกานต์ ชันขาว,2543) ในการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ไม่เพียงแต่ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆเท่านั้น ยังทำให้เกิดความพึงพอใจให้แก่ผู้สูงอายุด้วย จากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางด้านร่างกายอย่างน้อย 6 เดือน และการมีปฏิสัมพันธ์ในกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมดังกล่าวจะช่วยให้การเพิ่มคุณค่าในตัวเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Stewart et al. อ้างใน พัทรินทร์ คุณคำชู,2538) แล้วการเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของผู้สูงอายุ เป็นผลสืบเนื่อง มาจากผู้สูงอายุเชื่อว่าการทำกิจกรรมต่างๆจะสามารถชดเชยภาระหน้าที่การงานที่ต้องหมดความรับผิดชอบ และการหมดหน้าที่ภาระต้องเลี้ยงดูบุตรหลานอื่นๆได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ มีการพบปะบุคคลอื่นๆ ส่งผลให้สถานะทางสังคมประสบความสำเร็จและได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นๆ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในสังคมนั้นๆ (Rose อ้างใน สุภาลักษณ์ เขียวขำ , 2543) ได้ให้เหตุผลการมารวมตัวกันเพื่อมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมร่วมกันในกลุ่มผู้สูงอายุ จะนำไปสู่การพัฒนาความรู้สึกนึกคิดในกลุ่มผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงในบรรทัดฐาน (norms) ค่านิยม (values) และอัตมโนทัศน์ (self-concept) ของผู้สูงอายุไปในทางที่ดีขึ้น

เดคเคอร์ (Decker,1980) กล่าวสนับสนุนว่า กิจกรรมทางสังคมเป็นแก่นแท้ของชีวิตและจำเป็นสำหรับทุกวัย ดังนั้นกิจกรรมจึงจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการมี บทบาทที่ดีทางสังคม (social-well being) ของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับความคล่องแคล่วที่ยังคงอยู่ อัตมโนทัศน์จะดีหรือไม่เพียงใดเป็นผลมาจากการสร้างสรรค์ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรม จากการศึกษาของ ฉันท

ทนา กาญจนพจน์ (2530) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมและอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่าอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของโรบบ์ (Robb อ้างในงลักษณ์ บุญไทย, 2539) ที่กล่าวว่ากิจกรรมต่างๆ จะทำให้ผู้สูงอายุคงมีบทบาทซึ่งก่อให้เกิดอัตมโนทัศน์ในทางบวก โดยเชื่อว่าการร่วมกิจกรรมจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาของฮาร์วิกเฮิร์สท (Harvighurst, 1968) และเลมอน เบงสัน และปีเตอร์สัน (Lemon, Bengson & Peterson 1972) ที่ศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความสุขและความพอใจในชีวิต ถ้าสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จากที่เคยทำมาแล้วในช่วงวัยกลางคนไว้ให้ได้มากและนานเท่าที่ตนจะทำได้ ดังนั้นการลดหรือถูกจำกัดบทบาทและกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมจะเป็นการคัดค้านกับความต้องการทางจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจะหากิจกรรมใหม่ ๆ เพื่อทดแทนกับความต้องการทางจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุเพื่อรักษาทัศนคติและการดำเนินชีวิตของตนไว้ ดังเช่นการศึกษาของเกริกศักดิ์ บุญญานพวงศ์ (2539) ได้ศึกษาทัศนคติของผู้สูงอายุต่อนโยบายของรัฐบาลและแนวทางการจัดการบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันอยู่เสมอ จะมองว่าสังคมยังให้ความสนใจผู้สูงอายุใน การเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุจะทำให้พบปะคนในวัยเดียวกัน และได้รับความรู้ใหม่ ๆ ทำให้มีโลกทัศน์ที่กว้างขึ้น ตลอดจนดูแลตนเองได้ ไม่รู้สึกเป็นภาระต่อผู้อื่นทำให้มีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่มากขึ้น อัตมโนทัศน์ทางบวกก็จะเพิ่มขึ้น

5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุดารัตน์ พุฒพิมพ์ (2545) ได้ศึกษาเรื่องอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดป่าแสนอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 176 คน พบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจิตใจและสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะส่งผลต่ออัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ

พัชรินทร์ คุณคำชู (2538) ได้ศึกษาเรื่องอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาศนะเวศม์ จำนวน 86 คน พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาศนะเวศม์โดยส่วนรวมมีอัตมโนทัศน์ในทางบวก

กิ่งแก้ว เก็บเจริญ (2541) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุ: ศึกษากรณีคลินิกสูงอายุโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ พบว่าคุณภาพชีวิตของสตรีสูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกสูงอายุมีความพึงพอใจระดับปานกลางในด้านของความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย ด้านเศรษฐกิจและสังคม

เพียรใจ วจนสินวิไล (2534) ได้ศึกษาความต้องการพึ่งพาบุตรและการพึ่งพาบุตรของผู้สูงอายุไทย พบว่าผู้สูงอายุไทยต้องการพึ่งพาบุตรด้านเศรษฐกิจมากกว่าด้านการดูแลเมื่อเจ็บป่วย และพบว่าความต้องการและการได้พึ่งพาบุตรของผู้สูงอายุแตกต่างกันไปตามลักษณะทางประชากรและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุเอง คือผู้สูงอายุที่อายุมากต้องการและได้พึ่งพาบุตรมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยทั้งด้านเศรษฐกิจและการดูแลเมื่อเจ็บป่วย ในทำนองเดียวกันกลุ่มผู้สูงอายุหญิงต้องการและได้พึ่งพาบุตรมากกว่าผู้สูงอายุชาย กลุ่มสถานภาพหม้าย หย่า แยกกันอยู่ ต้องการและได้พึ่งพาบุตรมากกว่ากลุ่มสถานภาพสมรส และกลุ่มที่ไม่ได้ทำงานต้องการและได้พึ่งพาบุตรมากกว่ากลุ่มที่ทำงาน

ลำเนาวัลย์ เรืองยศและสุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2535) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำนวน 71 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสุขภาพจิต

รัตนา กฤษภาธาร (2534) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพและการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุไทย จำนวน 6,095 ราย พบว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ เจ็บป่วยและหรือขาดเจ็บน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองอื่นและชนบทและผู้สูงอายุที่ป่วยในชนบทเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยในกรุงเทพฯ และ เขตเมืองอื่น

ชลธิชา วังวิเวก ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของสถานภาพสุขภาพกาย แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 202 คน พบว่าผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับค่อนข้างดี และมีระดับ ปานกลางและระดับดีเป็นจำนวนเท่า ๆ กัน

พวงผกา ชื่นแสงเนตร ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว พฤติกรรมการ ดูแลตนเองและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก จ.ชลบุรี จำนวน 374 คนพบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตในระดับดี

สุจิตรา นิลเลิศ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการอุปถัมภ์จากบุตร กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไทยในชนบท จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 404 คน พบว่าสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการที่ผู้สูงอายุได้รับการอุปถัมภ์จากบุตร โดยผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพอนามัยของตนเองว่าทรุดโทรม หรือแย่กว่า จะได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ประเมินสุขภาพอนามัยของตนเองว่าเหมือนกับคนอื่น ๆ และแข็งแรงกว่า

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุราชภัฏรำวมจิต อำเภอกู่่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย จำนวน 125 คน

กลุ่มตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คำนวณขนาดตัวอย่างจาก สูตรของยามานะ (Yamane, 1973) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ
 N = จำนวนผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุราชภัฏรำวมจิต
 e = ความคลาดเคลื่อน (0.05)

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 96 คน โดยเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling Interval)

$(I) = N/n = 125/96 = 1.3$ หรือ 2 ดังนั้น ช่วงห่างของการสุ่ม เท่ากับ 2 คัดเลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ดังนี้

1. ประชากรวัยสูงอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป
2. การรับรู้เกี่ยวกับเวลา สถานที่ บุคคล ปกติ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามทางสติ

ปัญญา (Mental Status Questionnaires) ของคาน, โกลด์, ฟาร์บ, พอลแลคและเทค (Kain, Goldfab, Pollack & Peck, 1960) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อและได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 8 คะแนน

3. ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร เช่น การได้ยิน การพูดภาษาไทย
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดอัถมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ศึกษาได้ดัดแปลงมากจากแบบวัดอัถมโนทัศน์ของลำเนาวิ เรืองยศ (2535) ซึ่งมีแนวคิดตามแบบวัดอัถมโนทัศน์เทนเนสซีตามแนวคิดของฟิทท์ (Fitt, 1965) โดยแบ่งอัถมโนทัศน์ออกเป็น 3 ด้าน คือ

อัถมโนทัศน์ด้านร่างกาย ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1 - 9

อัถมโนทัศน์ด้านจิตใจ ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ ได้แก่ข้อ 10 - 27

อัถมโนทัศน์ด้านร่างกาย ประกอบด้วยคำถาม 13 ข้อ ได้แก่ข้อ 28 - 40

คำถามทั้งหมดมี 40 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวก 28 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบ 12 ข้อ ลักษณะคำตอบจะเป็นแบบเลือกตอบ 2 คำตอบ คือ คำตอบ "จริง" และคำตอบ "ไม่จริง"

การให้คะแนนอัถมโนทัศน์ ข้อความที่มีความหมายทางบวก และข้อความที่มีความหมายทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก แล้วตอบว่า "จริง" จะได้คะแนน "1 คะแนน" ถ้าตอบ "ไม่จริง" จะได้คะแนน "0 คะแนน" และ ข้อความที่มีความหมายทางลบ แล้วตอบว่า "จริง" จะได้คะแนน "0 คะแนน" ถ้าตอบ "ไม่จริง" จะได้คะแนน "1 คะแนน" คะแนนรวมทั้งหมด 40 คะแนน ส่วนคะแนนของแบบวัดอัถมโนทัศน์รายด้านประกอบด้วย อัถมโนทัศน์ด้านร่างกาย 9 คะแนน อัถมโนทัศน์ด้านจิตใจ 18 คะแนน และ อัถมโนทัศน์ด้านสังคม 13 คะแนน

การประเมินระดับอัตรานวัตกรรม ใช้เกณฑ์ของ Theoretical range score หรือ Absolute scale โดยการใช้คะแนนสูงสุดของแบบวัดลบคะแนนต่ำสุดของแบบวัดหารด้วยจำนวนระดับที่ผู้วิจัยต้องการประเมิน ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

อัตรานวัตกรรมโดยรวม

0 - 13.33	ระดับต่ำ
13.34 - 26.66	ระดับปานกลาง
26.67 - 40	ระดับสูง

อัตรานวัตกรรมรายด้าน

ด้านร่างกาย

0 - 3	ระดับต่ำ
4 - 6	ระดับปานกลาง
7 - 9	ระดับสูง

ด้านจิตใจ

0 - 6	ระดับต่ำ
7 - 12	ระดับปานกลาง
13 - 18	ระดับสูง

ด้านสังคม

0 - 4.33	ระดับต่ำ
4.34 - 8.34	ระดับปานกลาง
8.35 - 13	ระดับสูง

การประเมินระดับอัตรานวัตกรรมทางบวก และระดับอัตรานวัตกรรมทางลบ กลุ่มผู้ศึกษาได้แบบการประเมินดังนี้

ระดับอัตรานวัตกรรมทางบวก	ได้แก่ อัตรานวัตกรรมสูง
ระดับอัตรานวัตกรรมทางลบ	ได้แก่ อัตรานวัตกรรมต่ำและปานกลาง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) กลุ่มผู้ศึกษาได้ดัดแปลงแบบวัดอัถมโนทัศน์ของผู้สูงอายุของลำเนาวิ เรืองยศ (2535) ซึ่งดัดแปลงแบบวัดอัถมโนทัศน์ของฉันทนา กาญจนพงษ์ (2530) ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ การพยาบาล และ ผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ 5 ท่าน และได้ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีทดสอบซ้ำกับผู้สูงอายุจำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการศึกษานี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษาก็ได้ ในระหว่างการรวบรวมข้อมูลหากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัดใจและต้องการยุติการให้ข้อมูลก็สามารถทำได้โดยไม่มีเหตุผลใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและสรุปเสนอเป็นภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ กลุ่มผู้ศึกษาดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินงานเป็นลำดับ ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1.กลุ่มผู้ศึกษาทำหนังสือ ถึงหัวหน้าสถานีอนามัยตำบลไทยชนะศึก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตรวบรวมข้อมูล
- 2.กลุ่มผู้ศึกษาพบประธานชมรมผู้สูงอายุ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้ทราบ และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล
- 3.กลุ่มผู้ศึกษาพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้ทราบและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล
- 4.เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มผู้ศึกษาจึงทำการสัมภาษณ์ตามแบบวัดอัถมโนทัศน์ต่อไป

5.กลุ่มผู้ศึกษาตรวจสอบแบบสัมภาษณ์แต่ละฉบับที่ได้ให้มีความสมบูรณ์ครบถ้วน

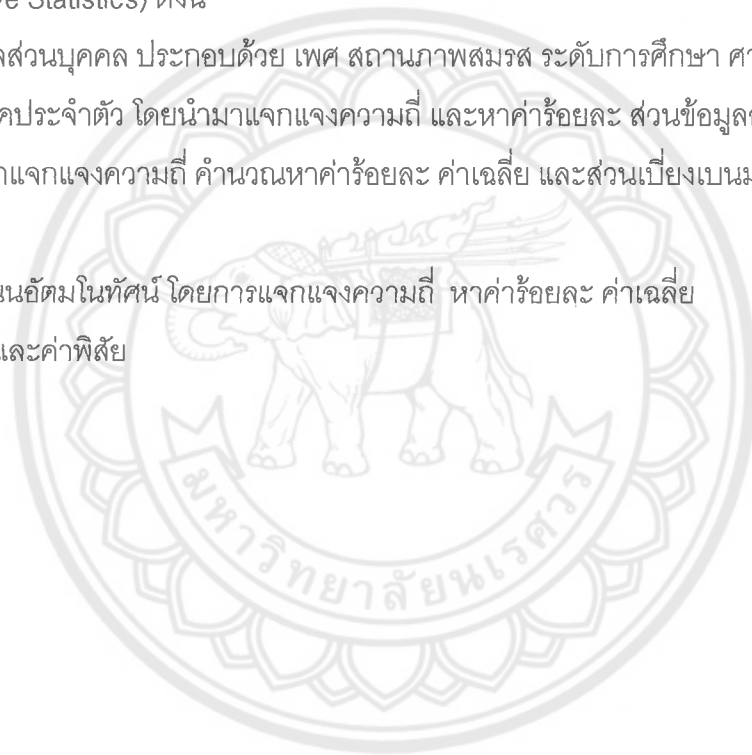
6.กลุ่มผู้ศึกษานำแบบสัมภาษณ์มาให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติที่ได้กำหนดไว้ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

กลุ่มผู้ศึกษานำข้อมูลที่รวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมาทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ดังนี้

1.วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา ลักษณะครอบครัวและโรคประจำตัว โดยนำมาแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ส่วนข้อมูลอายุ และรายได้ต่อเดือน นำมาแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.วิเคราะห์คะแนนทัศนคติ โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุราชภัฏรำไพพรรณีร่วมจิต
อำเภอกู่เหล็ก จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาได้เสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดย
แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุราชภัฏรำไพพรรณี
อำเภอกู่เหล็ก จังหวัดสุโขทัย จำนวน 96 คน จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการ
ศึกษา ศาสนา รายได้ต่อเดือน ลักษณะครอบครัว และโรค ประจำตัว ดังแสดงในตารางที่ 1 และ
ตารางที่ 2

ตารางที่ 1

จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ และสถานภาพสมรส (n =96)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	42	43.75
หญิง	54	56.25
อายุ (X =65.50 ปี,SD =6.59,Range =60-89)		
60 - 74 ปี	77	80.20
75 - 90 ปี	19	19.80
สถานภาพสมรส		
โสด	6	6.25
คู่	64	66.67
หม้าย	23	23.96
หย่า	1	1.04
แยกกันอยู่	2	2.08

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.25 โดยมีอายุระหว่าง 60 – 89 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 65.50 ปี มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 74 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.20 กลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 66.67

ตารางที่ 2

จำนวน และร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ต่อเดือน ลักษณะครอบครัว และโรคประจำตัว (n = 96)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	32	33.34
ประถมศึกษา	62	64.58
มัธยมศึกษา	1	1.04
อื่น ๆ	1	1.04
ศาสนา		
พุทธ	96	100
คริสต์	-	-
อิสลาม	-	-
อื่น ๆ	-	-
รายได้		
ไม่มีรายได้	39	40.61
มีรายได้	57	59.39
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	51	53.12
ครอบครัวขยาย	45	46.88
โรคประจำตัว		
มี	39	40.62
ไม่มี	57	59.38

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.58 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ กลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งมีรายได้คิดเป็นร้อยละ 59.39 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวคิดเป็นร้อยละ 53.12 และกลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 59.38

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับอัตมโนทัศน์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างดังแสดงในตารางที่ 3- 6

ตารางที่ 3

พิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวนและร้อยละของลักษณะอัตมโนทัศน์ จำแนกตามอัตมโนทัศน์โดยรวม และรายด้าน (n = 96)

อัตมโนทัศน์	พิสัย	X	95 % CI	SD	ลักษณะอัตมโนทัศน์	
					อัตมโนทัศน์ทางบวก (จำนวน / ร้อยละ)	อัตมโนทัศน์ทางลบ (จำนวน / ร้อยละ)
อัตมโนทัศน์โดยรวม	20 - 37	28.98	28.65 – 29.31	3.72	70 (72.92)	26 (27.08)
อัตมโนทัศน์รายด้าน						
ด้านร่างกาย	4 - 8	6.57	6.41 – 6.73	0.78	57 (59.36)	39 (46.64)
ด้านจิตใจ	7 - 18	13.06	12.79 – 13.33	2.42	60 (62.50)	36 (37.50)
ด้านสังคม	4 - 13	9.22	8.97 – 9.47	2.05	57 (59.38)	39 (40.62)

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์โดยรวมในทางบวก ค่าเฉลี่ย 28.98 (95 % CI = 28.65 – 29.31) คิดเป็นร้อยละ 72.92 และมีอัตมโนทัศน์โดยรวมในทางลบ คิดเป็นร้อยละ 27.08 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์ด้านร่างกายในทางบวก ค่าเฉลี่ย 6.57 (95 % CI = 6.41 – 6.73) คิดเป็นร้อยละ 59.36 อัตมโนทัศน์ด้านจิตใจในทางบวก ค่าเฉลี่ย 13.06 (95 % CI = 12.79 – 13.33) คิดเป็นร้อยละ 62.50 อัตมโนทัศน์ด้านสังคมในทางบวก ค่าเฉลี่ย 9.22 (95 % CI = 8.97 – 9.47) คิดเป็นร้อยละ 59.38

ตาราง 4

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีแผนพัฒนาสุขภาพของตนเอง (n=๒๒)

ลักษณะข้อมูล	จริง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่จริง (จำนวน / ร้อยละ)
1.ท่านน่าจะมีร่างกายแข็งแรงกว่าที่เป็นอยู่ขณะนี้	74 (77.08)	22 (22.92)
2.ท่านยังมีร่างกายแข็งแรงเมื่อเปรียบเทียบกับอายุของท่าน	66 (68.75)	30 (31.25)
3.ท่านรู้สึกว่ารูปร่างและหน้าตาของท่านส่งงามตามวัย	57 (59.37)	39 (40.63)
4.แม้ว่าท่านจะมีโรคประจำตัวอยู่ท่านก็รู้สึกว่ามีความ สุขภาพดี	66 (68.75)	30 (31.25)
5.ท่านรู้สึกคับข้องใจเมื่อไม่สามารถมีกิจกรรมทางเพศ ได้เช่นวัยหนุ่มสาว	22 (22.92)	74 (77.08)
6.ท่านรู้สึกรำคาญตนเองเมื่อท่านทำงานต่างๆได้น้อยลง	72 (75.00)	24 (25.00)
7.ท่านสามารถดูแลตนเองได้ไม่ว่าจะอยู่ในสถาน การณ์ใดๆ	74 (77.08)	22 (22.92)
8.ท่านระมัดระวังเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี	85 (88.54)	11 (11.46)
9.ท่านไม่อ่อนหรือผอมจนเกินไป	71 (73.96)	25 (26.04)

จากตาราง 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่ทำให้จัดมโนทัศน์ด้านร่างกายในทางบวกมาก 2 อันดับแรก คือ ท่านระมัดระวังเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี มีกลุ่มตัวอย่างตอบจริง คิดเป็นร้อยละ 88.54 รองลงมาคือท่านสามารถดูแลตนเองได้ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใดๆ มีกลุ่มตัวอย่างตอบจริง คิดเป็นร้อยละ 77.08 และท่านรู้สึกคับข้องใจเมื่อไม่สามารถมีกิจกรรมทางเพศได้เช่นวัยหนุ่มสาว มีกลุ่มตัวอย่างตอบไม่จริง คิดเป็นร้อยละ 77.08 ส่วนคำตอบที่ทำให้จัดมโนทัศน์ด้านร่างกายในทางลบมาก 2 อันดับแรก คือ ท่านน่าจะมีร่างกายแข็งแรง

แรงกว่าที่เป็นอยู่ขณะนี้ มีกลุ่มตัวอย่างตอบจริง คิดเป็นร้อยละ 77.08 รองลงมาคือท่านรู้สึก
รำคาญตนเองเมื่อท่านทำงานต่างๆได้น้อยลง คิดเป็นร้อยละ 75

ตาราง 5

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอัตมโนทัศน์ด้านจิตใจ (n=96)

ลักษณะข้อมูล	จริง	ไม่จริง
	(จำนวน / ร้อยละ)	(จำนวน / ร้อยละ)
1. ท่านชอบทำงานมากกว่าอยู่ว่างๆ (*10)	87 (90.63)	9 (9.37)
2. ท่านมีความภาคภูมิใจในการดำรงชีวิตที่ผ่านมาเป็น อย่างยิ่ง (*11)	77 (80.21)	19 (19.79)
3. ท่านมีความสุขเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น (*12)	66 (68.75)	30 (31.25)
4. ท่านรู้สึกตนเองเป็นคนไร้ค่า (*13)	35 (36.46)	61 (63.54)
5. ท่านสามารถให้อภัยได้เมื่อมีผู้ว่ากล่าวท่านในแง่ร้าย (*14)	70 (72.92)	26 (27.08)
6. ท่านรู้สึกเสียใจเมื่อทราบว่าการกระทำของท่านเป็น การทำร้ายจิตใจผู้อื่น (*15)	78 (81.25)	18 (18.75)
7. ท่านรู้สึกสะเทือนใจและน้อยใจง่าย (*16)	56 (58.33)	40 (41.67)
8. ท่านคิดว่าตนเองเป็นคนกล้าแสดงออก (*17)	56 (58.33)	40 (41.67)
9. ท่านยอมรับความจริงเสมอ (*18)	85 (88.54)	11 (11.46)
10. ท่านยินดีที่เห็นผู้อื่นประสบความสำเร็จแม้ว่าตนเอง จะทำไม่ได้ (*19)	84 (87.50)	12 (12.50)
11. ท่านเป็นผู้ที่มีประโยชน์ต่อครอบครัวหรือสังคม (*20)	87(90.63)	9 (9.37)
12. ท่านพอใจในการปฏิบัติตามศรัทธาของท่าน (*21)	89 (92.71)	7 (7.29)
13. ท่านรู้สึกว่า การตัดสินใจของท่านไม่ใคร่แน่นอน เหมือนกัน (*22)	55 (57.29)	41 (42.71)
14. ท่านพอใจกับความเป็นอยู่สมัยนี้ (*23)	72 (75.00)	24 (25.00)

15. ท่านรู้สึกกังวลใจเมื่อมีอายุมากขึ้น (*24)	62 (64.58)	34 (35.42)
16. ท่านได้ใช้ชีวิตสูงวัยอายุตามที่ท่านมุ่งหวังไว้แล้ว (*25)	68 (70.83)	28 (29.17)
17. ท่านรู้สึกว่า การอยู่อย่างโดดเดี่ยวเป็นชีวิตที่น่าอยู่ (*26)	33 (34.37)	63 (65.63)

ตาราง 5 (ต่อ)

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอัตมโนทัศน์ด้านจิตใจ (n=96)

ลักษณะข้อมูล	จริง	ไม่จริง
	(จำนวน / ร้อยละ)	(จำนวน / ร้อยละ)
18. ท่านพอใจความสัมพันธ์ในครอบครัวท่าน (*27)	76 (79.17)	20 (20.83)

(...*) หมายเลขข้อความตามแบบสอบถาม

จากตาราง 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่ทำให้อัตมโนทัศน์ด้านจิตใจในทางบวกมาก 2 อันดับแรก คือ ท่านพอใจในการปฏิบัติกิจตามศรัทธาของท่าน มีกลุ่มตัวอย่างตอบจริง คิดเป็นร้อยละ 92.71 รองลงมาคือ ท่านชอบทำงานมากกว่าอยู่ว่างๆ และท่านเป็นผู้ที่มีประโยชน์ต่อครอบครัวหรือสังคม มีกลุ่มตัวอย่างตอบจริง คิดเป็นร้อยละ 90.63 ส่วนคำตอบที่ทำให้อัตมโนทัศน์ด้านร่างกายในทางลบมาก 2 อันดับแรก คือท่านรู้สึกสะเทือนใจและน้อยใจง่าย มีกลุ่มตัวอย่างตอบจริง คิดเป็นร้อยละ 58.33 รองลงมาคือ ท่านรู้สึกว่า การตัดสินใจของท่านไม่ใคร่แน่นอน เหมือนกัน คิดเป็นร้อยละ 57.29

ตาราง 6

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอัตมโนทัศน์ด้านสังคม (n=96)

ลักษณะข้อมูล	จริง (จำนวน / ร้อยละ)	ไม่จริง (จำนวน / ร้อยละ)
1. ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเสมอ (*28)	86 (89.58)	10 (10.42)
2. ท่านรู้สึกว่าการบุกรุกหรือผู้ใกล้ชิดปล่อยให้ท่านอยู่ตามลำพัง (*29)	37 (38.54)	59 (61.46)
3. การตัดสินใจปัญหาของท่านมักไม่เป็นที่ยอมรับของของกลุ่มหรือครอบครัว (*30)	44 (45.83)	52 (54.17)
4. สมาชิกในครอบครัวยกย่องและให้ความเคารพท่านอย่างเสมอต้นเสมอปลาย (*31)	73 (76.04)	23 (23.96)
5. ท่านเป็นคนซื่อสัตย์กับทุกคน (*32)	83 (86.46)	13 (13.54)
6. สมาชิกในครอบครัวปรึกษาปัญหาต่างๆกับท่านเสมอ (*33)	64 (66.67)	32 (33.33)
7. เมื่ออยู่ในสังคม ท่านรักษามารยาทของท่านตลอดเวลา (*34)	80 (83.33)	16 (16.67)
8. ท่านจริงใจต่อเพื่อน และไม่หวังผลตอบแทนต่อเพื่อน (*35)	83 (86.46)	13 (13.54)
9. ท่านรู้สึกลำบากใจที่จะพูดกับคนแปลกหน้า (*36)	42 (43.75)	54 (56.25)
10. ท่านคิดว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว (*37)	46 (47.92)	50 (52.08)
11. ท่านไปเยี่ยมผู้มีพระคุณต่อท่านเสมอ (*38)	51 (53.13)	45 (46.87)
12. ทุกคนที่ท่านรู้จักล้วนแต่เป็นคนดี (*39)	74 (77.08)	22 (22.92)
13. ทุกครั้งที่ปัญหาท่านตัดสินใจด้วยนึกถึงผลประโยชน์ของส่วนรวม (*40)	76 (79.17)	20 (20.83)

(...*) หมายเลขข้อความตามแบบสอบถาม

จากตาราง 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามที่ทำให้อัฒมโนทัศน์ด้านสังคมในทาง
บวกมาก 2 อันดับแรก คือ ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเสมอ มีกลุ่มตัวอย่างตอบจริง คิดเป็นร้อยละ
89.58 รองลงมาคือท่านเป็นคนซื่อสัตย์กับทุกคน และท่านจริงจังต่อเพื่อนและไม่หวังผลตอบแทน
แทนต่อเพื่อนมีกลุ่มตัวอย่างตอบจริง คิดเป็นร้อยละ 86.46 ส่วนคำตอบที่ทำให้อัฒมโนทัศน์ด้าน
สังคมในทางลบมาก 2 อันดับแรก คือ ท่านคิดว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว มีกลุ่มตัวอย่างตอบ
จริง คิดเป็นร้อยละ 47.92 รองลงมาคือ การตัดสินใจปัญหาของท่านมักไม่เป็นที่ยอมรับของของกลุ่ม
หรือครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 45.83



บทที่ 5

บทสรุป

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุราษฎรร่วมจิต อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุราษฎรร่วมจิต อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย จำนวน 96 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และรวบรวมข้อมูลในเดือนเมษายน 2549

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นข้อความเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ต่อเดือน ลักษณะครอบครัว และโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 เป็นแบบวัดอัตมโนทัศน์ผู้สูงอายุที่กลุ่มผู้ศึกษาได้ดัดแปลงมาจากแบบวัดอัตมโนทัศน์ของลำเนา รื่องยศ (2535) ซึ่งมีแนวคิดตามแบบวัดอัตมโนทัศน์เทนเนสซี ของฟิทท์ (Fitt, 1965) โดยแบ่งอัตมโนทัศน์ออกเป็น 3 ด้าน คือ อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย อัตมโนทัศน์ด้านจิตใจ และอัตมโนทัศน์ด้านสังคม กลุ่มผู้ศึกษาได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์ การพยาบาล และผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ 5 ท่าน และได้นำเครื่องไปหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.70

กลุ่มผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลด้วยตนเองตามเวลาที่กำหนด และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์โดยรวมในทางบวก ค่าเฉลี่ย 28.98 (95 % CI = 28.65 – 29.31) คิดเป็นร้อยละ 72.92 และมีอัตมโนทัศน์โดยรวมในทางลบ คิดเป็นร้อยละ 27.08 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์ด้านร่างกายในทางบวก ค่าเฉลี่ย 6.57 (95 % CI = 6.41 – 6.73) คิดเป็นร้อยละ 59.36 อัตมโนทัศน์ด้านจิตใจในทางบวก ค่าเฉลี่ย 13.06 (95 % CI = 12.79 – 13.33) คิดเป็นร้อยละ 62.50 อัตมโนทัศน์ด้านสังคมในทางบวก ค่าเฉลี่ย 9.22 (95 % CI = 8.97 – 9.47) คิดเป็นร้อยละ 59.38

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุราชภัฏรำไพพรรณี อำเภอยะรัง จังหวัดสุโขทัย กลุ่มผู้ศึกษาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ และคำถามการวิจัย ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.25 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 43.75 (ตาราง 1) ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศหญิง มีอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดมากกว่าอายุขัยแรกเกิดของเพศชาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2541) และอายุขัยเฉลี่ยของประชากรประเทศไทยสูงขึ้น จากสถิติข้อมูลจากการคาดประมาณประชากรปี 2553 ประชากรสูงอายุเพศหญิงจะมีจำนวนและร้อยละที่สูงกว่าประชากรเพศชาย โดยมีความแตกต่างอยู่ร้อยละ 1.20 – 1.90 (นพวรรณ จงวัฒนา และคณะ, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล พนาวัฒน์กุล (2534) ที่ศึกษาอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุจังหวัดหนองคาย จำนวน 106 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 68.90 และการศึกษาของลำเนาวิ เรืองยศ (2535) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จำนวน 71 คน พบกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 57.75 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับสุดารัตน์ พุฒพิมพ์ (2545) ได้ศึกษาเรื่องอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดป่าแสนอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 176 คน พบกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.52 และการศึกษาของพัชริน คุณคำชู

(2538) ที่ศึกษาอัตมโนทัศน์ในผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาระสนะเวศม์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายเช่นกัน

กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60 – 89 ปี อายุเฉลี่ย 65.50 ปี โดยมีอายุอยู่ในช่วง 60 -74 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 80.20 (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็นช่วงเดียวกับอายุขัยเฉลี่ยของประชากร พ.ศ. 2538 – 2539 คือในเพศชาย 70 ปี และในเพศหญิง 75 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2541) กลุ่มตัวอย่าง มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ หม้าย คิดเป็นร้อยละ 23.96 และสถานภาพอื่น ๆ ได้แก่ โสด แยกกันอยู่ และหย่า คิดเป็นร้อยละ 9.37 ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่วัยสูงอายุตอนต้น การตายจากของคู่สมรสยังมีน้อย เนื่องจากในวัยสูงอายุตอนต้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยสูงอายุตอนกลางและตอนปลาย (ราชันพร ภูกร, 2538) ใกล้เคียงกับการศึกษาของนภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์, และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, 2532) ที่ได้ศึกษาถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สมรสแล้ว มีส่วนน้อยที่เป็นโสดหรือหย่าร้าง ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของลำเนาวิ เรืองยศ, 2535) และบัญญัติภัทร ภัทรภัณฑากุล (2544) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพคู่มากที่สุด

กลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.54 (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจากระบบการศึกษาของประเทศไทยแต่เดิมนั้น มีกฎหมายการศึกษาภาคบังคับได้แก่ พระราชบัญญัติประถมศึกษา พ.ศ 2478 (สิปปนนท์ เกตุทัต, 2518) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาของลำเนาวิ เรืองยศ (2535) และ สударัตน์ พุดมพิมพ์ (2545) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งเป็นไปตามลักษณะทั่วไปของประชากรไทยที่นับถือศาสนาพุทธ ซึ่งเป็นศาสนาประจำชาติ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 53.12 อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว และกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 59.38 ไม่มีโรคประจำตัว

อัตมโนทัศน์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาอัตมโนทัศน์ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์โดยรวมในทางบวก คิดเป็นร้อยละ 72.92 และมีอัตมโนทัศน์โดยรวมทางลบ คิดเป็นร้อยละ 27.08 (ตารางที่ 3) เป็นที่ทราบว่าอัตมโนทัศน์ของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงได้ทั้งทางบวกและทางลบ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ได้แก่ การพัฒนาร่างกาย วิกฤตการณ์ต่าง ๆ การบำบัดจิต (นวลศิริ เปาโรหิตย์ อ่างใน พิกุล บุญช่วง, 2526) การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ความ

สามารถในการทำหน้าที่ (Smitherman as cited in Kelly, 1985) การเป็นที่ยอมรับหรือไม่ยอมรับในสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ (พรรรถทิพนธ์ เกษะนันท์, 2516) อีกทั้งเกิดการเรียนรู้และประสบการณ์จากการที่บุคคลปฏิสัมพันธ์กับสังคมและสิ่งแวดล้อม (Kender, 1968) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นอีกที่ทำให้อัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงได้ เช่น ความรู้สึกสูญเสียต่างๆ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นต้น โดยปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ถ้าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีหรือเหมาะสม ก็จะส่งผลให้

อัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงไปในทางบวก ในทางตรงกันข้ามถ้าปัจจัยเหล่านี้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสมก็จะส่งผลให้อัตมโนทัศน์เปลี่ยนแปลงไปในทางลบได้ จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์โดยรวมทางบวก สามารถอธิบายตามทฤษฎีของอิริคสันได้ว่า ในวัยต่างๆ มีขั้นตอนที่สำคัญในชีวิตที่บุคคลจะต้องพัฒนาตนเองให้ผ่านพ้นมาด้วยดี และถ้าบุคคลนั้นสามารถพัฒนาตนเองให้ผ่านพ้นวัยต่างๆ มาด้วยดีแล้ว บุคคลนั้นจะรู้สึกมีความภาคภูมิใจในผลสำเร็จที่ผ่านมา จะทำให้รู้สึกว่าชีวิตมีคุณค่าและมั่นคง (วีระ ไชยศรีสุข, 2533) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.25 (ตารางที่ 1) เพศเป็นปัจจัยหนึ่งนี้อาจมีผลต่ออัตมโนทัศน์ได้ ซึ่งมีผลการศึกษาที่พบว่า เพศหญิงจะมีการปรับตัวได้ดีกว่าเพศชายทั้งนี้เป็นเพราะบทบาทตำแหน่ง หน้าที่ทางสังคมของเพศชายจะยุติลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ แต่ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุเพศหญิงจะยังคงมีภาระทางสังคม งานบ้านและการดูแลบุตรหลานมากกว่าเพศชาย ภาระต่างๆ จึงยังไม่จบสิ้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่ตรงกันหลายเรื่องพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความสามารถในการจัดกิจกรรมทั้งในบ้านเรือนและสังคมอย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2540) ดังนั้นผู้สูงอายุเพศหญิงจะมองตนเองว่ายังเป็นผู้ที่มีความสามารถและทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีกว่า รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากกว่า จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นเพศหญิงมีอัตมโนทัศน์ในทางบวก สอดคล้องกับการศึกษาของ

พัชรินทร์ คุณคำชู (2538) ที่ศึกษาอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์บ้านพักคนชรา วาสนะเวศม์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยของอัตมโนทัศน์มากกว่าเพศชาย

จากการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 60-74 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.20 (ตารางที่ 1) ซึ่งจัดอยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น (WHO, 1988) ผู้สูงอายุในวัยนี้ถือว่าเป็นผู้ที่สามารถทำงานได้ (Yunick, et al. อ้างใน สุวิมล พนาวัฒน์กุล, 2534) และมากไปด้วยความรู้พลังความคิดและประสบการณ์ ที่สามารถสร้างประโยชน์ให้แก่สังคมได้อีกมาก อีกทั้งยังคงมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ดี ดังนั้นผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์ต่อสังคมและครอบครัว นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 100 (ตารางที่ 2) ศาสนามีส่วนช่วยอธิบายและค้นหาความหมายของชีวิต และช่วยให้ยอมรับในเรื่องความสูญเสียต่างๆ

MISSING



ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น การศึกษาของรอบบี้ (Robb อังใน นงลักษณ์ บุญไทย, 2539) ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ จะทำให้ผู้สูงอายุคงมีบทบาทซึ่งก่อให้เกิดอัตมโนทัศน์ในทางบวก ดังนั้นด้วยเหตุผลดังกล่าวมาแล้ว จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์ในทางบวกได้

นอกจากนี้จากผลการศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 42.17 มีอัตมโนทัศน์โดยรวมในทางลบ (ตารางที่ 3) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่าง ที่ศึกษามีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่าและแยกกันอยู่ คิดรวมกันเป็นร้อยละ 33.33 (ตารางที่ 1) มีการศึกษาที่บอกว่าผู้สูงอายุที่ขาดคู่สมรส จะเป็นด้วยการเป็นโสด หม้าย หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่กับคู่สมรสอย่างถาวรจะมีความรู้สึกเหงา ว้าเหวมากกว่าผู้สูงอายุที่ยังคงอยู่กับคู่ครอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการขาดคู่ครอง ซึ่งหมายถึง การขาดคู่อุปถัมภ์ และขาดที่ปรึกษา ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีคู่ครองจะมีความกังวลใจในเรื่องการขาดคนดูแล เมื่อยามเจ็บป่วยเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่ยังคงอยู่กับคู่สมรส (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2543) สอดคล้องกับการศึกษาของฮุย (Hui, 2000) ที่พบว่า การมีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ จำทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส จะทำให้รู้สึกเหงา ว้าเหว โดดเดี่ยว นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 64.57 (ตารางที่ 2) มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ซึ่งในการศึกษาของสภาผู้สูงอายุแห่งชาติ (The National Council on the Aging อังใน พัชรินทร์ คุณคำ, 2538) พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความคิดเกี่ยวกับตนเองในทางบวกมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำ ใกล้เคียงกับการศึกษาของสุวรรณี พลับพลาทอง (2522) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงมองตนเองมีคุณค่ามากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ

สำหรับข้อมูลทางเศรษฐกิจ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 59.39 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 53.12 (ตารางที่ 2) การอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวจะทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง และได้รับการเอาใจใส่จากบุตรหลานลดลง อาจทำให้เกิดความรู้สึกเหงาและว้าเหว (รัชณี ภูกร, 2538; สุรีย์ บุญญานพวงศ์, 2534) อีกทั้งการอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว จะทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดแรงสนับสนุนที่สำคัญทางสังคม ดังนั้นจึงอาจส่งผลให้มีอัตมโนทัศน์โดยรวมไปในทางลบได้

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของอัตมโนทัศน์ในแต่ละด้าน จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์ในทางบวกในทุก ๆ ด้าน ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังต่อไปนี้

อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์ด้านร่างกายในทางบวก คิดเป็นร้อยละ 59.36 (ตารางที่ 3) หมายถึงกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ และมีความรู้สึกในทางที่ดีต่อภาพลักษณ์ สุขภาพอนามัย ทักษะและความสามารถของตน ทั้งนี้จะสังเกตได้จากการประเมินแบบสัมภาระณ์ โดยมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 86.54 ประเมินว่าตนเองระมัดระวังเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.08 ประเมินว่าตนเองสามารถดูแลตนเองได้ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใด ๆ (ตารางที่ 4) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพที่เกิดขึ้นตามพัฒนาการได้ ดังนั้นจึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์ด้านร่างกายในทางบวก

ในทางตรงกันข้าม จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.64 มีอัตมโนทัศน์ด้านร่างกายในทางลบ (ตารางที่ 3) แสดงให้เห็นว่ายังมีกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ และมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในเกี่ยวกับภาพลักษณ์ สุขภาพอนามัย บุคลิกภาพและความสามารถของตน ดังจะสังเกตได้จากการประเมินแบบสัมภาระณ์ โดยมีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ เมื่อถามว่าท่านน่าจะมีร่างกายแข็งแรงกว่าที่เป็นอยู่ขณะนี้ มีกลุ่มตัวอย่างตอบจริง คิดเป็นร้อยละ 77.08 และเมื่อถามว่าท่านรู้สึกภาคภูมิใจในการทำงานต่างๆได้น้อยลง กลุ่มตัวอย่างตอบเป็นจริง คิดเป็นร้อยละ 75 (ตารางที่ 4) แสดงให้เห็นว่ายังมีกลุ่มตัวอย่างอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายได้ ดังนั้นจึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์ในทางลบได้

อัตมโนทัศน์ด้านจิตใจ จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.50 มีอัตมโนทัศน์ด้านจิตใจในทางบวก (ตารางที่ 3) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และมีความพึงพอใจในตนเองในเรื่องของอารมณ์และความรู้สึกต่าง ๆ ดังจะเห็นได้จากการประเมินตนเองของกลุ่มตัวอย่างเมื่อถามว่าท่านพอใจในการปฏิบัติกิจตามศรัทธาของท่าน มีกลุ่มตัวอย่างตอบเป็นจริง คิดเป็นร้อยละ 92.71 และเมื่อถามท่านเป็นผู้ที่มีประโยชน์ต่อครอบครัวหรือสังคม กลุ่มตัวอย่างตอบเป็นจริง คิดเป็นร้อยละ 90.63 (ตารางที่ 5) สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีย์, ต้นไพจิตร, สุทธิรังษีและเควานาญ (Aree, Tanphaichichitr, Suttharangsri, & Kavanagh, 2000) ที่พบว่าผู้สูงอายุมีบทบาทเป็นผู้ซื้อ จัดเตรียมและประกอบอาหารให้แก่สมาชิกในครอบครัว ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ จะรู้สึกว่าเป็นผู้ที่มีประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม ผู้สูงอายุจะเกิดความภาคภูมิใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีอัตมโนทัศน์ทางบวกได้

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 37.50 มีอัตมโนทัศน์ด้านจิตใจในทางลบ (ตารางที่ 3) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และรู้สึกไม่พึงพอใจ และอาจมีความวิตกกังวลใน

ตนเอง ทั้งนี้สังเกตได้จากการประเมินตนเองของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อถามว่าท่านรู้สึกสะท้อนใจและ
น้อยใจง่าย มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.33 ตอบว่าจริง (ตารางที่ 5) นอกจากนี้มีกลุ่มตัวอย่างคิดเป็น
ร้อยละ 57.29 ประเมินว่าตนเองรู้สึกว่าการตัดสินใจของท่านไม่ใคร่แน่นอนเหมือนกัน แสดงให้เห็น
ว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการที่เปลี่ยนแปลงง่าย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์จะนำไปสู่การเปลี่ยน
แปลงของทัศนคติในทางลบได้

ทัศนคติด้านสังคม จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.38 มี

ทัศนคติด้านสังคมในทางบวก (ตารางที่ 3) หมายถึงว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ และมีความรู้สึก
มั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพ และได้รับการยกย่องนับถือจากบุคคลอื่น ดังจะเห็นได้จากการตอบ
แบบสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่างเมื่อถามว่าท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเสมอ มีกลุ่มตัวอย่าง
ตอบจริง คิดเป็นร้อยละ 89.58 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 86.46 (ตาราง 6) ประเมิน
ว่าเป็นคนซื่อสัตย์กับทุกคน และจริงใจต่อเพื่อนและไม่หวังผลตอบแทนต่อเพื่อน ซึ่งอาจทำให้กลุ่ม
ตัวอย่างยังรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติด้านสังคมในทางบวกได้

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 40.62 มีทัศนคติด้านสังคมในทางลบ

(ตารางที่ 3) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งการรับรู้ และมีความรู้สึกที่ไม่ได้รับการยก
ย่องนับถือ ไม่มีความรู้สึกมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้และยังคิดว่าตนเองเป็นภาระ
ของสังคม ดังจะสังเกตได้จากการประเมินตนเองของกลุ่มตัวอย่างเมื่อถามว่าท่านคิดว่าตนเองเป็น
ภาระของครอบครัว มีกลุ่มตัวอย่างตอบจริง คิดเป็นร้อยละ 47.92 และเมื่อถามว่าการตัดสินใจ
ของท่านมักไม่เป็นที่ยอมรับของของกลุ่มหรือครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 45.83 (ตารางที่ 6) จากที่
กล่าวมาจึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติด้านสังคมในทางลบได้

การนำผลการศึกษาไปใช้ประโยชน์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในทางบวกโดยรวมและรายด้าน มี
ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งบทบาทและความสามารถเปิดโอกาสให้ถ่ายทอดความรู้
และประสบการณ์ ตลอดจนจัดให้มีกิจกรรมที่เป็นการแสดงถึงการยอมรับและให้ความสำคัญกับผู้
สูงอายุ จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติเป็นไปในทางบวกมากขึ้น จัดให้มีกลุ่มเพื่อนช่วย
เพื่อน การปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อเป็นการเตรียมและช่วยเหลือให้เข้าสู่วัยสูงอายุได้
อย่างเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งทัศนคติในทางบวกด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ และจัดให้มี
กิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมทัศนคติในทางบวกด้านร่างกายให้มากขึ้น

2.ควรมีการวางแผนให้มีการอบรมหรือสัมมนาวิชาการ เพื่อเป็นการฟื้นฟูความรู้ให้แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีหน้าที่รับผิดชอบและปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุ ให้สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีอัตรานามัย อัตรานามัยด้านจิตใจ และ อัตรานามัยด้านสังคม ในทางบวกให้เพิ่มมากขึ้น หรือให้คงสภาพไว้ได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากการทำวิจัยครั้งนี้ กลุ่มผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปคือ

- 1.ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบอัตรานามัยของผู้สูงอายุ ในผู้ที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุเก่า กับผู้ที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุใหม่
- 2.ศึกษาเพื่อเปรียบเทียบอัตรานามัยของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุระหว่างเพศชายและเพศหญิง
- 3.ศึกษาว่ามีกิจกรรมใดบ้างที่ทำให้อัตรานามัยของผู้สูงอายุเป็นไปในทางบวก



บรรณานุกรม

- กนกพร สุคำวัง.แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- กรกช สังขชาติ.ความเบื้องต้นสำหรับผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 6). เชียงใหม่ : ภาควิชาการศึกษานอกระบบ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 2536.
- เกริกศักดิ์ บุญญาพงศ์. (2539). นโยบายของรัฐและแนวทางการจัดบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุในอนาคต. เชียงใหม่ : สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
- เกริกศักดิ์ บุญญาพงศ์, สุรีย์ บุญญาพงศ์, และสมศักดิ์ จันทะ. ศักยภาพของผู้สูงอายุในการทำงานเพื่อสังคมเชียงใหม่. เชียงใหม่ : สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538.
- เกษม ตันติผลาชีวะ, และกุลยา ตันติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์, 2528.
- โกเมศ อุนรัตน์ . อัฒมโนทัศน์และคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ศูนย์โรคเรื้อนเขต 5 จังหวัดนครราชสีมา. การสืบค้นแบบอิสระสาธาณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 .แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ.2545-2549. กรุงเทพฯ ฯ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2544.
- คณะทำงานร่างแผนผู้สูงอายุระยะยาว ฉบับที่ 2.ร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564). กรุงเทพฯ. : คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2543.
- จรัสวรรณ เทียนประภาสและพัชรี ตันศิริ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- จริยาวัตร คมพัยค์ม์“การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ”ในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

ฉันทนา กาญจนพจน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุใน
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์,
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530

ชูศักดิ์ เวชแพทย์. สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : ศูภวนิซการพิมพ์, 2538.

ชุติมา หฤทัย. นโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6.วารสารกองการ
พยาบาล, 2531.

ณิชนานต์ ชันขาว. การร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรง
พยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,
2543.

ทรงธรรม สวณีย์. สวัสดิการผู้สูงอายุ. นิตยสารกรมประชาสงเคราะห์, 2540.

นภาพร ชโยวรรณ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในปัจจุบัน. กรุงเทพฯ:

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542

นภาพร ชโยวรรณ , มาลินี วงสิทธิ์, และ จันทรเพ็ญ แสงเทียนฉาย. สรุปผลการวิจัยโครงการผล
กระทบทางเศรษฐกิจสังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2532.

นภาพร วงศ์ใหญ่. ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุจังหวัด
พะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และการพยาบาลจิตเวช , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2542

นงลักษณ์ บุญไทย. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ.

วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต , บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539

นพวรรณ จงวัฒนา , เกื้อ วงศ์บุญสิน, และรุ่งรัตน์ โกวรรณะกุล. แบบแผนการเจ็บป่วยและนโยบาย
เกี่ยวกับสวัสดิการการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2541

นพวรรณ จงวัฒนา , เกื้อ วงศ์บุญสิน, วิพรรณ ประจวบเหมาะ รุฟโฟโล , ดาราวรรณ เจียมเพิ่มพูน,
มยุรี นกยูงทอง , รุ่งรัตน์ ไกวรรธนะกุล , และคณะ. ข้อมูลผู้สูงอายุที่น่าสนใจ. กรุงเทพฯ ฯ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542

นาฏวิมล งามจิตต์ศิริ. "การศึกษาหาค่ามุมการเคลื่อนไหวของลำตัวในผู้ป่วยสูงอายุไทย"
วารสารกายภาพบำบัด, 2533.

นุโรม เงามาม. คุณภาพชีวิตของสตรีวัยหมดประจำเดือนในภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ พ.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

น้ำเพชร หล่อตระกูล .การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุโรค
หลอดเลือดหัวใจตีบ.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้สูงอายุ , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.

บรรลุ ศิริพานิช. 20 ปัญหาของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ ฯ : โคมไฟ, 2537

บรรลุ ศิริพานิช. ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ ฯ : หมอชาวบ้าน, 2542

บรรลุ ศิริพานิช, ธงชัย ทวีชาติ, วันดี โภคกุล, นันทกา ทวีชาติ, ศุภชัย ฤกษ์งาม, และปริญญา
โตมานะ.รายการวิจัยเรื่องพฤติกรรม และการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวและ
แข็งแรง. กรุงเทพฯ ฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2531.

บรรลุ ศิริพานิช , ฉลาด ธีรพัฒน์, มรกต สิงหะเชนทร์, พนิษฐา พานิชชีวะกุล, และ เพ็ญจันทร์
ประดับมุข. รายงานการวิจัยเรื่องชมรมผู้สูงอายุ : การศึกษารูปแบบและการดำเนินงานที่
เหมาะสม. กรุงเทพฯ ฯ : วิทยาลัย, 2539.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ ฯ : เจริญผล
, 2540

ประภาพร จินันทุยา. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมของผู้สูงอายุดินแดง.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

บัญญัติกร ภัทรกัณทากุล. การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544.

- พัชรินทร์ คุณคำชู. อัฒมโนทัศน์ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราวาสนะเวศม์. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2538.
- พัชรี ดันศิริ. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจในผู้สูงอายุ. ใน จรัสวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ดันศิริ
(บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองการพิมพ์, 2533
- พนัส หันนาคินทร์. การสอนคำนิยามและจริยธรรม (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ : พิมพ์, 2526
- พรณี เหมือนวงศ์. การพยาบาลผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 2535
- พรณทิพย์ เกกะนันท์. การเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเองของวัยรุ่น. วารสารครุศาสตร์
, 2516
- พิกุล บุญช่วง. การศึกษาความสัมพันธ์ของอัฒมโนทัศน์กับการให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้
ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- พิชญากรณ์ มูลศิลป์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุภายหลังเกษียณ. วารสารพยาบาล,
2537.
- พฤตนิรันท์ เหลืองไพบูลย์. การจัดบริการสวัสดิการสังคมในชมรมผู้สูงอายุ : ศึกษาเฉพาะกรณีการ
จัดกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาบัณฑิต, คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2530.
- พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และคณะ. รายงานการวิจัย ความทันสมัย ภาพพจน์ เกี่ยวกับตนเอง และ
ปัญหาบางประการของคนชรา. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนา
บริหารศาสตร์, 2523.
- ภาพตะวัน คัชมาตย์. ความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ: ศึกษากรณีสมาชิกชมรมข้าราชการ
บำนาญอำเภอเมืองพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. พิษณุโลก : มหาวิทยาลัยนเรศวร,
2539.
- รัชณี ภูกร .สุขภาพผู้สูงอายุ. พิษณุโลก: สุรสีห์กราฟฟิค, 2538.
- ลำเนาวิ เรื่องยศ . ความสัมพันธ์ระหว่างอัฒมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตผู้สูง
อายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการ
พยาบาลจิตเวช , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535

วชิราภรณ์ สุมหนองศรี. ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาน
สงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536

วรมนต์ ตีรพรหม. ทฤษฎีเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ. พยาบาลสาร
, 2534.

วิจิตร บุญยะโหดระ. คู่มือเกษียณอายุ. กรุงเทพฯ : บพิธ, 2538

วิไลวรรณ ทองเจริญ. การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ. ใน จรัสวรรณ เทียน
ประภาส และพัชรี ตันศิริ (บรรณาธิการ) , การพยาบาลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพฯ :
รุ่งเรืองธรรม, 2533

วีระ ไชยศรีสุข. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: ต้นอ่อน, 2533

ศรีธรรม ธนะภูมิ. พัฒนาการทางอารมณ์และบุคลิกภาพ. กรุงเทพฯ : ชวนพิมพ์การพิมพ์, 2535.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่มที่ 2 (พิมพ์ครั้งที่ 7) . กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2540.

ศรีทับทิม พานิชพันธ์. "บริการสังคมกับผู้สูงอายุ" คุรุปริทัศน์. 25 (ฉบับพิเศษ) : 2525.

ศิริวรรณ ศิริบุญ. การตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ : ศึกษากรณีตัวอย่างการ
จัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : วิทยาลัยประชากรศาสตร์, 2543.

สมศักดิ์ ศรีสันติสุข. สังคมวิทยาภาวะสูงอายุ : ความเป็นจริงและการคาดการณ์ในสังคมไทย.
กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2539.

สมฤทัย จันทรสุข. อุตมโนทัศน์ของผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดด้วยเมธาโดน. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช , บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.

สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต. วิทยานิพนธ์
ดุขฎิบัณฑิต สาขาพัฒนาศึกษาศาสตร์ , มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,
2536.

ลีปพนธ์ เกตุทัต. การปฏิรูปการศึกษา : การศึกษาเพื่อชีวิตและสังคม. กรุงเทพฯ :

วัฒนาพานิช, 2518.

- สิริสุดา ชาวคำเขต. การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดูก
สะโพกหัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูง
อายุ , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล , ชัยยศ คุณาสนธิ , วิพุธ พูลเจริญ , และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. ปัญหาสุขภาพ
ของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ : โยสิสติกพับลิชชิ่ง, 2542.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะประชากรผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันและการดำเนินการต่าง ๆ ของ
ประเทศ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2543.
- สนิตรา จตุพรพิพัฒน์.. การพึ่งพา อัตมโนทัศน์และความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือด
เลี้ยงสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูง
อายุ , บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- สุภาลักษณ์ เขียวขำ. การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน
ชมรมผู้สูงอายุ อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร. การค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตร์
มหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- สุรกุล เจนอบรม. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534
- สุรีย์ บุญญาอนุวงศ์. สภาพชีวิตผู้สูงอายุในสังคมเมือง. เชียงใหม่ : สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่, 2534.
- สุวรรณณี พลับพลาทอง. ความทันสมัยและภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองของคนชราในกรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต , บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522.
- สุวิมล พนาวัฒน์กุล. อัตมโนทัศน์ และความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูง
อายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ ,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534
- สุสันหา ยิ้มแย้ม , และกอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. รายการการวิจัยเรื่องการศึกษาเกณฑ์ปกติเกี่ยวกับ
กับอัตมโนทัศน์ของคนไทย. ภาควิชาการพยาบาลสุติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะพยาบาล
ศาสตร์ , มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และมหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- แสงจันทร์ ทองมาก. สุขภาพวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. ในการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม1
(พิมพ์ครั้งที่2) (หน้า 1-85). กรุงเทพฯ : สามเจริญ, 2538

- อามา ใจงาม. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในผู้สูงอายุ. ในจ รัศวรรณ เทียนประภาส และ พัชรี ดันติ
 ริ (บรรณาธิการ) , การพยาบาลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองการพิมพ์, 2533.
- อำไพ ศิริพิพัฒน์. ความนึกคิดเกี่ยวกับตน. วารสารครุศาสตร์ , 2515.
- อัญชลี ตริตระการ สุขภาพจิต กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ไอดีเยนสตรี , 2540.

Andrew,H.A.,&Roy,S.CThe Roy adaptation model: The definitive statement.

Nowalk:Appleton & Lange, .1991.

Aree,P.,Tanphaichitr,V.,Suttharangsri,W.,& Kavanagh,KRole of dietary means in health
 program for hyperlipidemic elderly in Urban Chiang Mai.Faculty of
 Nurseing,Chiang Mai University,Thailand, 2000.

Blair, K.A. "Aging : Physiological Aspects and Clinical Implications" Nurse Practitioner,
 ,1990.

Bond,D.,&Ringseen,M.K. Gerontology and leadership skills for nurses. Philadelphia
 :Delmar, 1991.

Burns, R.B.Self-concept development and education.Dorchester: Dorset Press, 1982

Byrne,D. An introduction to personality: Research, theory and application. (2nd Ed.). New
 Jersey:Prentice-Hall, 1974.

Campbell, A. "Subjective Measure of Well – Being" American Psychologist, 31 : January
 1976.

Charist, M.A. and Hohloch, F.J. Gerontological Nursing. Pensylvania : Springhouse,
 1988.

Comb,A.W.,& Snygg,D.W.Individual behavior.New York: Harper & Row, 1959.

Comb, A.W., Donald, A.L., & Purkey, W.W.Helping relationship: Basic concepts for the
 helping profesions.Boston: Allyn & Bacon, 1971.

Decker,D.L.Social Gerontology.Canada.Little Brown, 1980.

Decker,M.J.Theory of self-concept. In S.C.Roy (Ed).Introduction to nurseing: An
 adaptation model.New Jersey: Prentice-Hall, 1976.

- Eliopoulos , C.Caring for elder in diverse care setting.Philadelphia: J.B.Lippincott, 1990.
- Esberger , K.K.,& Hughes,S.T.Nursing care of the aged. California: Appleton & Lange, 1989
- Fitts,W.H.Manual for Tennessee Self-concept scale.Nashville,Tennessee: Counselor Recording and Tests, 1965.
- Furstenberg,A.L.Older people aged self-concept : Social casework. The Journal of Contemporary Social Work. May, 1989.
- Hall, C.S.,& Lindzey, G.Theories of personality (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons, 1970.
- Harvighurst, R.T.Personality and patterns of aging. Gerontologist, 1968.
- Hogstel,M.O. Nursing care of the older adult (3rd ed.) New York: Delmar, 1994.
- Hui,Z.Family support and self-concept of chronic obstructive pulmonary disease patients. Unpublished master's thesis, Chiang mai University, Thailand, 2000.
- Hunter,S. Adult day care: Promoting quality of life for the elderly. Journal of Gerontological Nursing, 1992
- Hurlock,E.B.Child development (6th ed.). Tokyo: McGraw-Hill, 1978.
- Kelly,M.A.Psychiatric mental health nursing : Adaptation and growth. Philadelphia: I.B. Lippincott, 1985.
- Kendler,H.H. Basic psychology (2nd ed). New York: Appleton Century Croffts,1968.
- Lemon,B.W., Bengson, J.A.,& Peterson, J.A. An exploration of activity theory of the aging: Activity types and life satisfaction among in movers to a retirement community. Journal of Gerontolory, 1972.
- Lin, L.X. Self-concept of schizophrenia patients during rehabilitation period. Unpublished master's thesis, Chiang Mai University , Thailand, 1998.

Lipsitt, L.P. Lipsitt's Self-Concept Scale. Retrieved September 17, 2002, From:

<http://www.cba.com/psychology/psychology/psychology.html>, 1986

McConnell, E.S. A conceptual framework for gerontological nursing practice.

In M.A. Matteson, & E.S. McConnell (Eds.). *Gerontological nursing: Concept and practice* Philadelphia: W.B.Saunders, 1988.

Miller, C.A. *Nursing care of older adults: Theory and practice* (2nd ed.). Philadelphia: J.B.Lippincott, 1995.

Osgood, C.E., Suci, G., & Tannenbaum, P.H. *The measurement of meaning*. Retrieved September, 1957, from:

<http://www.oxfordjournals.org/psychology/psychology/psychology.html>,

Patrick, M.L., Wood, S.L., Craven, R.F., Rokosky, J.S., & Bruno, P.M. *Medical-surgical nursing: Pathophysiological concepts* (2nd ed.). Philadelphia: J.B.Lippincott, 1991.

Pickunas, J. *Human development: An emergent science* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill, 1976.

Piers, H. *Description of measure: The Piers-Harris Children's Self-Concept Scale*. Retrieved September 17, 2002, from: <http://www.cba.com/psychology/psychology/psychology.html>, 1986.

Staab, A., & Hodges, L.C. *Essentials of gerontology nursing: Adaptation to the aging process*. Philadelphia: J.B.Lippincott, 1996.

Stanley, M., & Beare, P.G. *Gerontological nursing*. Philadelphia: F.A.Davis, 1995.

Stuart, G.W., & Sundeen, S.J. *Principle and practice of psychiatric nursing* (3rd ed.) Saint Louis: C.V.Mosby, 1987.

Stuart, G.W., & Sundeen, S.J. *Principle and practice of psychiatric nursing* (5th ed.). St. Louis: C.V.Mosby, 1995.

Sylvia, S. & Louise, N.T. *Behavioral concept and nursing process*. St.Louis: C.V.Mosby, 1976.

Tippett,A, Correlation of active participation in learning and positive self-concept in older adult.Ph.D.dissertation, Montana State University, 1992.

United Nation. . Population Ageing 2002. Retrieved August 24,2002,from:

<http://www.un.org/popin/population/ageing/ageing.htm>, 2002.

World,G.(1993).Basic geriatric nursing. London: Mosby.

World Health Organization. The age of ageing. Geneva: WHO, 1988.

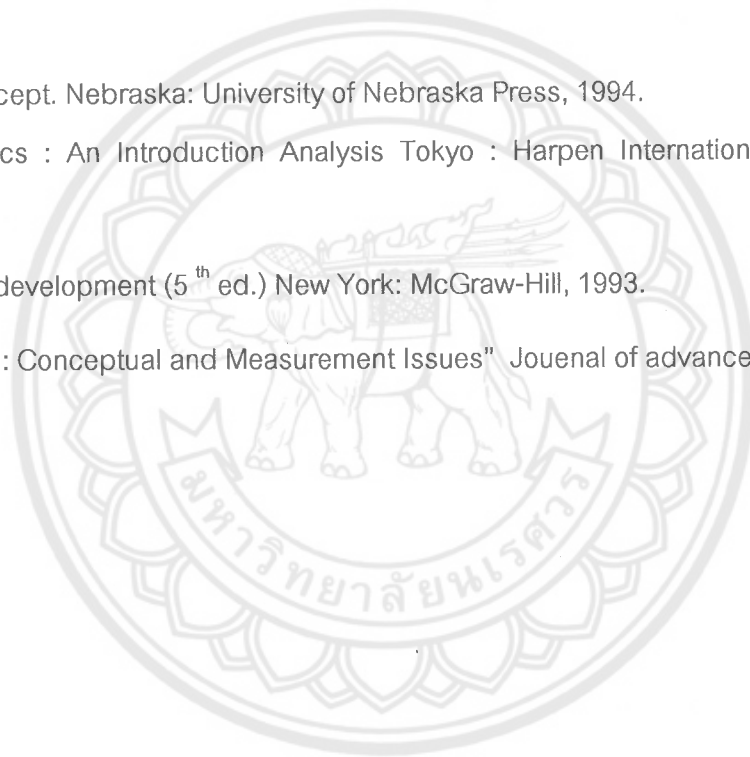
Wylie,R.C. Handbook of personality: Theory and research. Chicago: Rank Mc Nally, 1968.

Wylie,R.C. The self-concept. Nebraska: University of Nebraska Press, 1994.

Yamane , Taro. Statistics : An Introduction Analysis Tokyo : Harpen International Edition , 1973.

Zanden,J.W.V. Human development (5th ed.) New York: McGraw-Hill, 1993.

Zhan, L. "Quality of life : Conceptual and Measurement Issues" Jouenal of advanced nursing.17 : 1992



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้าพเจ้ากลุ่มนักศึกษาปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร กำลังศึกษาเรื่อง อุดมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุราชภัฏร่วมจิต อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปปรับปรุงและวางแผนการจัดกิจกรรมให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่มีความสำคัญยิ่งในการให้ข้อมูลครั้งนี้ ดังนั้นจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถาม ขอให้ท่านตอบตามความรู้สึกของท่าน โดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที การเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ท่านมีสิทธิ์ที่จะตอบหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษา โดยไม่มีข้อแม้ใด ๆ ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและเสนอผลการศึกษาเป็นภาพรวมเท่านั้น

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะไม่ประสบความสำเร็จได้ ถ้าหากไม่ได้รับความร่วมมือจากท่านจึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

คณะผู้ศึกษา

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงตามรายละเอียดข้างต้น มีความเข้าใจ และยินดีเข้าร่วมการศึกษา

.....

(.....)

...../...../.....

ภาคผนวก ข

แบบประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุ

เป็นแบบวัดการรับรู้ วัน เวลา สถานที่และบุคคลของผู้สูงอายุถ้าผู้สูงอายุสามารถตอบได้ 8 ใน 10 ข้อให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในส่วนอื่นๆต่อไป

ข้อ	คำถาม	ตอบถูกต้อง	ตอบไม่ถูกต้อง
1.	หมู่บ้านนี้ชื่ออะไร		
2.	ท่านอยู่บ้านเลขที่อะไร		
3.	วันนี้เป็นวันอะไร		
4.	เดือนนี้เป็นเดือนอะไร		
6.	ปีนี้เป็นปีอะไร(ปีชวด,ปีฉลู)หรือ ปี พ.ศ.อะไร		
7.	ท่านเกิดเดือนอะไร		
8.	ท่านเกิดปีหรือปีพ.ศ.อะไร		
9.	ใครคือผู้ใหญ่บ้านคนปัจจุบัน		
10.	ใครคือผู้ใหญ่บ้านคนก่อน		
	รวม		

ภาคผนวก ค

แบบสัมภาษณ์ อีตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุราษฎรร่วมจิต
อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในวงเล็บหน้าข้อความหรือเติมคำในข้อความตาม
ความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. อายุ.....ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. สถานภาพสมรส
() โสด () คู่ () หม้าย () หย่า () แยกกันอยู่
4. ลักษณะครอบครัว () เดี่ยว () ขยาย
5. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้รับการศึกษา
() ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา
() อื่น ๆ
6. ศาสนา
() พุทธ () คริสต์ () อิสลาม () อื่น ๆ
7. รายได้ () ไม่มีรายได้ () มีรายได้บาท / เดือน
8. โรคประจำตัว () มี () ไม่มี

ตอนที่ 2 แบบวัดอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกและความคิดที่มีต่อตนเอง โดยเลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านเพียงคำตอบเดียว กรุณาทำเครื่องหมาย (✓) ช่องที่ตรงกับความรู้สึกท่านมากที่สุด

ข้อความ			ช่อง สำหรับ ผู้ วิจัย
	จริง	ไม่จริง	
ด้านร่างกาย			
1.ท่านน่าจะมีร่างกายแข็งแรงกว่าที่เป็นอยู่ขณะนี้			
2.ท่านยังมีร่างกายแข็งแรงเมื่อเปรียบเทียบกับอายุของท่าน			
3.ท่านรู้สึกว่ารูปร่างและหน้าตาของท่านสง่างามตามวัย			
4.แม้ว่าท่านจะมีโรคประจำตัวอยู่ท่านก็รู้สึกว่ามีสุขสบายดี			
5.ท่านรู้สึกคับข้องใจเมื่อไม่สามารถมีกิจกรรมทางเพศได้เช่น วัยหนุ่มสาว			
6.ท่านรู้สึกรำคาญตนเองเมื่อท่านทำงานต่างๆได้น้อยลง			
7.ท่านสามารถดูแลตนเองได้ไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณใดๆ			
8.ท่านระมัดระวังเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี			
9.ท่านไม่อ้วนหรือผอมจนเกินไป			
ด้านจิตใจ			
10. ท่านชอบทำงานมากกว่าอยู่ว่างๆ			
11. ท่านมีความภาคภูมิใจในการดำรงชีวิตที่ผ่านมาเป็นอย่างดี			
12.ท่านมีความสุขเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น			
13.ท่านรู้สึกตนเองเป็นคนไร้ค่า			
14.ท่านสามารถให้อภัยได้เมื่อมีผู้ว่ากล่าวท่านในแง่ร้าย			
15.ท่านรู้สึกเสียใจเมื่อทราบว่ากรกระทำของท่านเป็นการทำ ร้ายจิตใจผู้อื่น			

ข้อความ	จริง	ไม่จริง	ช่อง สำหรับ ผู้ วิจัย
16. ท่านรู้สึกสะเทือนใจน้อยใจง่าย			
17. ท่านคิดว่าตนเองเป็นคนกล้าแสดงออก			
18. ท่านยอมรับความจริงเสมอ			
19. ท่านยินดีที่เห็นผู้อื่นประสบความสำเร็จแม้ว่าตนเองจะทำได้			
20. ท่านเป็นผู้ที่มีประโยชน์ต่อครอบครัวหรือสังคม			
21. ท่านพอใจในการปฏิบัติตามศรัทธาของท่าน			
22. ท่านรู้สึกว่าความคิดเห็นของท่านไม่ใคร่แน่นอนเหมือนกัน			
23. ท่านพอใจกับความเป็นอยู่สมัยนี้			
24. ท่านรู้สึกกังวลใจเมื่อมีอายุมากขึ้น			
25. ท่านได้ใช้ชีวิตสูงวัยอายุตามที่ท่านมุ่งหวังไว้แล้ว			
26. ท่านรู้สึกว่า การอยู่อย่างโดดเดี่ยวเป็นชีวิตที่น่าอยู่			
27. ท่านพอใจความสัมพันธ์ในครอบครัวท่าน			
ด้านสังคม			
28. ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเสมอ			
29. ท่านรู้สึกว่าบุตรหลานหรือผู้ใกล้ชิดปล่อยให้ท่านอยู่ตามลำพัง			
30. การตัดสินใจปัญหาของท่านมักไม่เป็นที่ยอมรับของของกลุ่มหรือครอบครัว			
31. สมาชิกในครอบครัวยกย่องและให้ความเคารพท่านอย่างเสมอต้นเสมอปลาย			
32. ท่านเป็นคนซื่อสัตย์กับทุกคน			
33. สมาชิกในครอบครัวปรึกษาปัญหาต่างๆกับท่านเสมอ			
34. เมื่ออยู่ในสังคม ท่านรักษามารยาทของท่านตลอดเวลา			

ข้อความ	จริง	ไม่จริง	ช่อง สำหรับ ผู้ วิจัย
35.ท่านจริงใจต่อเพื่อน และไม่หวังผลตอบแทนต่อเพื่อน			
36.ท่านรู้สึกลำบากใจที่จะพูดกับคนแปลกหน้า			
37.ท่านคิดว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว			
38.ท่านไปเยี่ยมผู้มีพระคุณต่อท่านเสมอ			
39.ทุกคนที่ท่านรู้จักล้วนแต่เป็นคนดี			
40.ทุกครั้งที่มีปัญหาท่านตัดสินใจด้วยนึกถึงผลประโยชน์ของ ส่วนรวม			

