

ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การทำหน้าที่ของครอบครัว
และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ

นางสาวบุญสิตา ทองกิตติกุล	เลขประจำตัวนิสิต 5137436738
นายธนะมินทร์ ไชยฉายศิริโชติ	เลขประจำตัวนิสิต 5137442438
นางสาววิมลรัตน์ อนุพันธ์พิศิษฐ์	เลขประจำตัวนิสิต 5137486038

โครงการทางจิตวิทยานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

สาขาจิตวิทยา

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2554

RELATIONSHIPS AMONG SELF-ESTEEM, FAMILY FUNCTIONING AND PSYCHOLOGICAL
WELL-BEING OF THE ELDERLY

Miss Boonsita Thongkittikul	ID	5137436738
Mr. Thanamin Waizhayhirunchoti	ID	5137442438
Miss Rinrat Anuphanpisit	ID	5137486038

A Senior Project Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Bachelor of Science in Psychology

Faculty of Psychology Chulalongkorn University

Academic Year 2011

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อโครงการวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การทำหน้าที่
ของครอบครัว และสุขภาวะทางจิต
ของผู้สูงอายุ

โดย

บุญสิตา ทองกิตติกุล ฐนะมินทร์ ไชยฉายหิรัญโชติ และ
วิมลรัตน์ อนุพันธ์พิศิษฐ์

หลักสูตร

ปริญญาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ต้อยคำภีร์
รองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เขี่ยมสุภาษิต

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับโครงการวิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบโครงการวิจัย

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมโภช เขี่ยมสุภาษิต)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรวดี วัฒนทกโกศล)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยหลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ต้อยคำภีร์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยรอง

(รองศาสตราจารย์ ดร. สมโภช เขี่ยมสุภาชาติ)

บุญสิตา ทองกิตติกุล ธนะมินทร์ ไชยฉายหิรัญโชติ และวิณรัตน์ อนุพันธ์พิศิษฐ์ : ความสัมพันธ์
ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การทำหน้าที่ของครอบครัว และสภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ
(RELATIONSHIPS AMONG SELF-ESTEEM, FAMILY FUNCTIONING, AND PSYCHOLOGICAL
WELL-BEING). อาจารย์ที่ปรึกษา : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา ตัญคำภีร์, รองศาสตราจารย์ ดร.
สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต 127 หน้า.

การศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การทำหน้าที่ของครอบครัว และสภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ของครอบครัวที่ส่งผลต่อ สภาวะทางจิตที่ดีของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุ ช่วงอายุระหว่าง 60 ปีขึ้นไป จำนวน 207 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว และ แบบวัดสภาวะทางจิต สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation) และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. การเห็นคุณค่าในตนเองมีสหสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะทางจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .543, p < .01$)
2. การทำหน้าที่ของครอบครัวมีสหสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะทางจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .574, p < .01$)
3. การเห็นคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายสภาวะทางจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 44 ($R^2 = .44, p > .01$)

หลักสูตร.....ปริญญาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา ทยมือชื่อนิสิต

.....

.....

ปีการศึกษา.....2554..... ทยมือชืออาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยหลัก

5137436738 5137442438 5137486038 : MAJOR BACHELOR OF SCIENCES IN
PSYCHOLOGY

KEYWORDS: SELF-ESTEEM/FAMILY FUNCTIONING/PSYCHOLOGICAL WELL-BEING

BOONSITA THONGKITTIKUL THANAMIN WAIZHAYHIRUNCHOTI

RINRAT ANUPHANPISIT: RELATIONSHIPS AMONG SELF-ESTEEM, FAMILY FUNCTIONING,
AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING.

PROJECT ADVISOR: ASSISTANT PROFESSOR DR. ARUNYA TUICOMEPEE, PH.D,
ASSOCIATE PROFESSOR DR. SOMPOCH IAMSUPASIT, PH.D 127 PP.

The purposes of this study were to examine relationship among self-esteem, family functioning, and psychological well-being of the elderly. Participants were 207 elderly. The instruments were 1) *Self Esteem Scale* 2) *Family Functioning Scale* and 3) *Psychological Well-being Scale*. Data analyses using Descriptive Statistics *Pearson Product Moment Correlation and Multiple Regression Analysis*

Results showed that:

1. Self-esteem is significantly and positive correlated with Psychological Well-being ($r = .543, p < .01$)
2. Family functioning is significantly and positive correlated with Psychological Well-being ($r = .574, p < .01$)
3. Self-esteem and Family Functioning significantly predict Psychological Well-being of the elderly and accounted for 44 percent of variance $44(R^2 = .44, p > .01)$

Field of Study : Bs.c. in Psychology

Student's Signature

Academic Year :2011.....

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วย ความกรุณา ความเอาใจใส่ และเสียสละเวลาอันมีค่ายิ่งของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ตัญย์คัมภีร์ และรองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความช่วยเหลือ ให้ความรู้ แนะนำแนวทางที่เป็นประโยชน์ด้านต่างๆ รวมถึงให้กำลังใจและคอยตรวจสอบแก้ไขงานของผู้วิจัยด้วยความปรารถนาดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบคุณเพื่อนๆ พี่ๆ น้องๆ คณะจิตวิทยาทุกท่านที่คอยช่วยเหลือให้คำปรึกษาแก่ผู้วิจัย ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงลงได้และขออภัยถึงทุกท่านที่มีได้กล่าวถึงในนี้

สุดท้ายนี้กลุ่มผู้วิจัยขอกราบของพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ของกลุ่มผู้วิจัยที่คอยถาม ความคืบหน้า และคอยให้กำลังใจกลุ่มผู้วิจัยเสมอมา รวมถึงญาติพี่น้องทุกคนในครอบครัวและเพื่อนๆ ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จนทำให้ปริญญาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ในที่สุด กลุ่มผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
แนวคิด ทฤษฎี และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
ผู้สูงอายุ	5
การเห็นคุณค่าในตนเอง	23
การทำหน้าที่ของครอบครัว	38
สุขภาวะทางจิต	49
บทที่ 2 วิธีดำเนินการวิจัย	67
กลุ่มตัวอย่าง	67
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	67
การเก็บรวบรวมข้อมูล	70
การวิเคราะห์ข้อมูล	70
บทที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	71
บทที่ 4 อภิปรายผลการวิจัย	79
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และ ข้อเสนอแนะ	83
รายการอ้างอิง	87
ภาคผนวก	96
ภาคผนวก ก	97

ภาคผนวก ข	98
ภาคผนวก ค	117
ประวัติกลุ่มผู้วิจัย	127

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา ศาสนา สถานภาพครอบครัว และสุขภาพ (N=207).....	72
2	ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเอง การทำหน้าที่ ของครอบครัวและสุขภาวะทางจิต (N=207)	74
3	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product – Moment correlation Coefficient) ระหว่างตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเอง, การทำหน้าที่ของครอบครัว และ สุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ	75
4	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรที่ทำนายสุขภาวะทางจิต	77
ข1	ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อ กับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ (Corrected Item-Total Correction) ในแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง (N = 60)	98
ข2	ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อ กับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ (Corrected Item-Total Correction) ในแบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว (N = 60)	103
ข3	ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อ กับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ (Corrected Item-Total Correction) ในแบบวัดสุขภาวะทางจิต (N = 60) โดยแยกแต่ละมิติ	106

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันนี้ปริมาณประชากรผู้สูงอายุหรือประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทยมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นมากเมื่อเทียบกับในอดีต ซึ่งเห็นได้จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยปีพุทธศักราช 2552 ของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยที่ศึกษาขนาดและแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุไทยตั้งแต่ปี 2503 พบว่าประชากรที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปมีเพียง 1.5 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละประมาณ 5.4 ของประชากรทั้งหมด แต่เมื่อมาถึงปี 2552 ขนาดของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็น 7.6 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีการคาดการณ์ว่าในปี 2568 ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากถึง 14.9 ล้านคนและในปี 2573 จะเพิ่มมากขึ้นเป็น 17.8 ล้านคน (บรรลุ ศิริพานิช, 2552)

จากงานวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้กล่าวว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนั้นเกิดจากการที่มีประชากรที่เป็นผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นคิดเป็นจำนวนมากกว่าประชากรโดยรวมของประเทศ ประชากรผู้สูงอายุในช่วงปลายที่มีอายุประมาณ 80 ปีขึ้นไปมีจำนวนเพิ่มขึ้นมากและรวดเร็วกว่ากลุ่มประชากรผู้สูงอายุอื่นๆ นอกเหนือไปกว่านั้นเมื่อเพิ่มการสำรวจตัวแปรทางเพศยังพบว่าโอกาสที่สัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงมีมากและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกว่าสัดส่วนของผู้สูงอายุเพศชาย ในระหว่างปี พ.ศ. 2552 ถึงปี พ.ศ. 2573 (Khodel, J. & นภาพร ชโยวรรณ, 2552) จากข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นทำให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรว่าในอนาคตแนวโน้มที่จำนวนประชากรที่เป็นผู้สูงอายุช่วงปลายประมาณ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มสูงขึ้นและสมดุลทางเพศของผู้สูงอายุในอนาคตจะเปลี่ยนไปโดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพศหญิงมากขึ้นกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

มีงานวิจัยเพิ่มเติมพบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นเกิดจากการที่ปัจจุบันนี้พัฒนาการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้พัฒนามากกว่าในอดีต จึงทำให้ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ปัจจุบันต่อมา คือการลดลงของวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งปัจจัยนี้ส่งผลอย่างยิ่งต่อการลดลงของประชากรวัยเด็ก ในขณะที่เดียวกันสถิติจำนวนประชากรวัยกลางคนและผู้สูงอายุเสียชีวิตลดลงอย่างช้าๆ จึงทำให้จำนวน ผู้สูงอายุยังคงสูงอยู่และมากกว่าจำนวนประชากรวัยเด็ก ปัจจัยที่สามคืออัตราการเสียชีวิตที่ลดลง การลดลงของอัตรา

การตายส่งผลทำให้มีการเพิ่มจำนวนประชากรผู้สูงอายุ จากการสำรวจพบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2548-2553 อายุคาดหมายเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth) ของชายไทยคือประมาณ 68.5 ปี หญิงไทยประมาณ 75.0 ปี โดยคาดว่าในปี พ.ศ.2568-2573 จะเพิ่มเป็น 73.6 ปี สำหรับเพศชายและ 79.1 ปี สำหรับเพศหญิง (กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2541)

อย่างไรก็ตามจากข้อมูลการสำรวจและการวิจัยทั้งหมดอาจสรุปได้ว่าจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทำให้เกิดคำถามในเรื่องของการเตรียมการรับมือในส่วนของการสวัสดิการ การสาธารณสุข ที่อยู่อาศัย การดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวว่าจะมีการจัดการสิ่งเหล่านี้ให้มีประสิทธิภาพได้อย่างไร ด้วยเหตุนี้จึงทำให้หลายๆ ฝ่ายรวมทั้งนักวิจัยหันมาให้ความสำคัญในเรื่องของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น เพื่อที่จะนำข้อมูลเหล่านั้นมาพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ให้ผู้สูงอายุในสังคมมีคุณภาพชีวิตและสุขภาพที่ดีทั้งทางกายและทางใจ

การปรับตัวเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้สูงอายุยังเป็นเรื่องที่จะต้องทำให้มีการเตรียมความพร้อมเพราะการเปลี่ยนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุนั้นมักขาดกลุ่มสนับสนุนเมื่อเทียบกับในวัยเด็กที่มักได้รับการสอนให้เรียนรู้ถึงบทบาทวัยรุ่น และวัยรุ่นได้รับการฝึกฝนวิธีที่จะเป็นผู้ใหญ่ที่ดี แต่มีผู้ใหญ่ส่วนน้อยเท่านั้นที่ได้รับเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ ยิ่งไปกว่านั้นด้วยยุคสมัยที่เปลี่ยนไปความผูกพันระหว่างพี่น้องเครือญาติ ความกตัญญูทวดที่มีขอบเขตจำกัดทำให้เกิดลักษณะวัฒนธรรมสมัยใหม่ที่ต่างคนต่างช่วยตนเอง ตัวใครตัวมัน เพราะฉะนั้นผู้ที่อยู่ในสังคมสมัยใหม่ได้ต้องพึ่งตนเองได้ ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุที่จะอยู่ในสังคมไทยอีก 10-20 ปีข้างหน้าจะต้องเป็นผู้สูงอายุที่มีความพร้อมทั้งร่างกายจิตใจ ความรู้ความสามารถพอที่จะพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและสังคมได้ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความรู้และประสบการณ์ ถึงแม้ผู้สูงอายุจะเข้าสู่วัยที่ร่างกายอ่อนแอเสื่อมถอยแล้วแต่ยังสามารถที่จะช่วยเหลือครอบครัวได้ เช่น ช่วยดูแลบุตรหลานขณะที่พ่อแม่ออกไปทำงาน ช่วยดูแลบ้าน นอกจากนี้ยังช่วยให้คำแนะนำปรึกษาในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านอาชีพการงาน ด้านการดำเนินชีวิต ด้านครอบครัว ด้านสังคมและอื่นๆ (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2552)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้ทำให้กลุ่มผู้วิจัยเกิดสนใจในตัวแปรทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อการเพิ่มสุขภาพทางจิตที่ดีของกลุ่มผู้สูงอายุ ความหมายของสุขภาพทางจิตนั้นคือเป็นความรู้สึกของแต่ละบุคคลต่อสถานการณ์และเหตุการณ์ที่เป็นอยู่ ซึ่งอาจประกอบไปด้วยความรู้สึกทางด้านบวกและด้านลบ ถ้าบุคคลใดมีความรู้สึกทางบวกมากมักจะแสดงถึงการมีสุขภาพทางจิตที่ดีมากตามมาด้วยสิ่งที่แสดงถึงความรู้สึกและอารมณ์ทางบวก ยกตัวอย่างเช่น มีความผาสุก มีชีวิตชีวา มีความรู้สึกและอารมณ์ที่มั่นคง แต่ในทาง

ตรงกันข้ามสิ่งที่แสดงถึงอารมณ์ความรู้สึกทางลบ ยกตัวอย่างเช่น มีความรู้สึกซึมเศร้าว่าเหว่ วิตกกังวล เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เป็นต้น (Dupuy, 1977 cited in McDowell & Newell, 1996) นอกจากนี้ Ryff (1989) ยังกล่าวอีกว่าสุขภาวะทางจิตที่ดีนั้นเป็นตัวแปรทางบวกซึ่งแสดงให้เห็นถึงการมีความรู้สึกที่ดี พึงพอใจในชีวิต และมีความสมดุลในด้านของอารมณ์ในวัยสูงอายุ ซึ่งวิธีการที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะทางจิตที่อยู่ในระดับดีนั้น พบว่ามีหลายปัจจัย อาทิ เช่น การสนับสนุนทางอารมณ์และทางด้านอื่นๆจากบุคคลในครอบครัว การรับรู้และเห็นคุณค่าในตนเอง การมีสุขภาพที่ดี การได้เข้าร่วมทำกิจกรรมทางศาสนา (Friedman, 1993; Levin, Markids, & Ray, 1996) มีผลการวิจัยที่เกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ หลายชิ้นที่รายงานผลสอดคล้องกันว่าการมีสุขภาวะทางจิต(Psychological well-being) จะส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและการปรับตัวในสถานการณ์ที่ตึงเครียด (Efklides et al., 2003; Sutherland et al., 2002 และNygren et al., 2000)

จากข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตที่กล่าวมาข้างต้นทำให้กลุ่มผู้วิจัยได้สนใจศึกษาตัวแปรที่คาดว่าจะส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ นั่นคือเรื่องของการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) สำหรับการเห็นคุณค่าในตนเองในที่นี้เป็นความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในทางที่ดี เคารพและยอมรับในตนเองว่ามีความสามารถ มีความสำคัญที่จะกระทำในสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ด้วยตนเองตามเป้าหมาย รวมไปถึงการยอมรับผู้อื่นและรู้สึกใช้ชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองนั้นสามารถดูได้จากการเปรียบเทียบตนที่แท้จริงหรือที่เรียกว่า “Self-concept” กับตนในอุดมคติ (Ideal self) โดยตามทฤษฎีของ Roger (1978) กล่าวไว้ว่าบุคคลที่มองเห็นตนที่แท้จริงขัดแย้งกับตนในอุดมคติจะเห็นคุณค่าในตนเองค่อนข้างต่ำแต่บุคคลที่มองเห็นตนที่แท้จริงกับตนในอุดมคติสอดคล้องกันจะเป็นผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง อย่างไรก็ตาม จากทฤษฎีได้กล่าวถึงปัจจัยทางเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตว่าส่งผลถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ของบุคคลอีกด้วย กล่าวคือถ้าหากสถานการณ์เกิดขึ้นเป็นไปในทางที่ดี เช่น ประสบความสำเร็จในชีวิต การเห็นคุณค่าในตนเองจะเพิ่มขึ้นทำให้มีความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น แต่หากสถานการณ์ที่ประสบเป็นเรื่องของความล้มเหลวจะทำให้บุคคลรู้สึกไม่มีความสามารถ ไร้สมรรถภาพส่งผลให้มีความภาคภูมิใจในตนเองที่ต่ำ

จากงานวิจัยของ Orth, Robins และ Trzesniewski (2010) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองจะเพิ่มขึ้นตั้งแต่วัยเด็กไปจนถึงระดับสูงสุดที่อายุ 60 ปี และจะค่อยๆลดลงมาเรื่อยๆ ไปตามอายุที่เพิ่มขึ้น มากไปกว่านั้นยังมีงานวิจัยของ Potterและคณะ (2002) ได้ทำการศึกษาและพบว่าระดับการเห็น

คุณค่าในตนเองจะสูงในวัยเด็กและลดลงในช่วงวัยรุ่น จากนั้นจะเพิ่มอีกครั้งตลอดจนถึงวัยผู้ใหญ่ เมื่อเข้าสู่ วัยสูงอายุการเห็นคุณค่าในตนเองจะลดลงอย่างรวดเร็ว ในด้านงานวิจัยของ Krause, Liang และ Shaw (2010) ระบุว่า การเห็นคุณค่าในตนเองจะเพิ่มขึ้นตั้งแต่ในวัยเด็กจนกระทั่งถึงผู้ใหญ่ตอนกลาง จากนั้นจะ คงที่และจะเริ่มลดลงเมื่ออายุ 60 ปีขึ้นไป

ส่วนอีกตัวแปรหนึ่งที่มีความสำคัญโดยเฉพาะในบริบทไทย นั่นคือการทำหน้าที่ของ ครอบครัว (Family functioning) ที่ส่งผลต่อผู้สูงอายุ ซึ่งครอบครัวมีลักษณะเป็นพลวัตและมีวิวัฒนาการ อย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์และการรับผิดชอบซึ่งกันและกัน มีการขยายจำนวนและอาจแตกแขนง ออกเป็นครอบครัวย่อยๆ ซึ่งรูปแบบ และวิธีการดำเนินชีวิตของครอบครัวนั้นได้เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพ แวดล้อมทางสังคม โดยทุกคนในครอบครัวเป็นทั้งผู้ที่ได้รับผลกระทบและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน สังคมอีกด้วย (สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, 2548) หนึ่งในสมาชิกของครอบครัวนั้น อาจ ประกอบด้วยผู้สูงอายุ ซึ่งก็ได้รับผลกระทบไปด้วยเช่นกัน นอกจากนี้การทำหน้าที่ในครอบครัวในที่นี้ หมายถึง การตอบสนองด้านความต้องการทางด้านชีวภาพ อารมณ์ สถานะทางเศรษฐกิจ อบรมสั่งสอน สมาชิก รวมทั้งสืบเชื้อสายต่อไปในอนาคตเพื่อเป็นผู้สืบสกุล มากไปกว่านั้นยังเป็นสร้างความเหนียวแน่น ของสมาชิกในครอบครัวอันจะส่งผลถึงการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคล staurt (1991) กล่าวว่าระบบ หรือหน่วยของครอบครัวจะมีหน้าที่ในการดูแลและร่วมกันซึ่งประกอบไปด้วยการปกป้องการบำรุงเลี้ยงดูและมี กิจกรรมหรือบทบาททางสังคมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ (2551) ได้กล่าวไว้ว่า ครอบครัว คือกลุ่มบุคคลที่ผูกพันกันทางอารมณ์ จิตใจ มีการพึ่งพิงกันทางสังคม เศรษฐกิจ อาจมี ความสัมพันธ์กันทางกฎหมายหรือไม่ก็ได้

ด้วยเหตุนี้กลุ่มผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) การทำหน้าที่ของครอบครัว (Family functioning) และสุขภาวะทางจิต (Psychological well-being) ในผู้สูงอายุ เพื่อผลงานวิจัยที่ออกมาอาจจะสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาสังคมและพัฒนาการ แก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุได้ไม่มากนักน้อย จากงานวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยคาดหวังว่าจะพบความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรในงานวิจัยนี้เพื่อที่จะได้วางแนวทางในการแก้ไขและพัฒนาต่อไปในอนาคต

แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยครั้งนี้จากบทความ และรายงานการวิจัยทั้งในและต่างประเทศ เพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลในการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุ (Older adult)

1.1 นิยามและขอบเขต

กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2541) กล่าวว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคล ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ในการศึกษารวบรวมข้อมูลประชากรผู้สูงอายุได้มีการแบ่ง ผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่มคือ ผู้สูงอายุตอนต้น และผู้สูงอายุตอนปลาย

- ผู้สูงอายุตอนต้น คือ บุคคลที่มีอายุ 60-69 ปี ทั้งเพศชายและหญิง
- ผู้สูงอายุตอนปลาย คือ บุคคลที่มีอายุ 70 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง

Hall (1976 อ้างถึงใน พิทธิชัย หรรษอุดม, 2548) ระบุถึงเกณฑ์ในการพิจารณาผู้สูงอายุไว้

4 ลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. ตามอายุจริงที่ปรากฏ หรือ การสูงอายุตามปฏิทิน (Chronological aging) โดยนับจากจำนวน ปีที่เกิดหรืออายุที่ปรากฏจริงตามปีปฏิทินโดยไม่นำเอาปัจจัยอื่นมาร่วมพิจารณา ซึ่งจะบอกได้ว่าบุคคลมีอายุ มากน้อยเพียงใด

2. ตามลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological aging หรือ Biological aging) คือดูจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพร่างกายและกระบวนการทำงานต่างๆของร่างกายที่ปรากฏ เมื่ออายุของบุคคลเพิ่มมากขึ้น

3. ตามลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological aging) ดูจากกระบวนการ เปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สติปัญญา ความจำ เซาว์ปัญญา การรับรู้และเรียนรู้ที่ถดถอยลง ลักษณะ บุคลิกภาพต่างๆ หรือแนวคิดที่เปลี่ยนที่ไป เป็นต้น

4. ตามบทบาททางสังคม (Sociological aging) ในส่วนนี้สามารถสังเกตได้จากบทบาท หน้าที่ ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล เช่น หน่วยงาน ครอบครัว รวมไปถึงการมีความ รับผิดชอบในการทำงานลดลง

Barrow และ Smith (1976 อ้างถึง ในศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544) ได้ระบุหลักการพิจารณาการ เป็นผู้สูงอายุตามองค์ประกอบต่างๆดังต่อไปนี้

1. พิจารณาจากหลักประเพณีนิยม (Tradition) โดยกำหนดการเป็นผู้สูงอายุตามเกณฑ์อายุที่ออกจากการทำงานในประเทศไทยนั้นกำหนดอายุเกษียณไว้ที่ 60 ปี แต่หากเป็นในประเทศสหรัฐอเมริกาจะกำหนดอายุไว้ที่ 65 ปี เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุในความหมายของสังคมไทยคือ 60 ปี ขึ้นไปนั่นเอง
2. พิจารณาจากการปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body functioning) เป็นการกำหนดด้วยสูงอายุ โดยยึดหลักตามเกณฑ์ทางสรีรวิทยาหรือทางกายภาพ ซึ่งบุคคลจะมีการเสื่อมถอยทางสรีรวิทยาที่แตกต่างกัน ในวัยสูงอายุอวัยวะของร่างกายจะทำงานน้อยลงแต่ไม่พร้อมกันทุกคน ยกตัวอย่าง เช่น บางคนอาจจะกระดูกเสื่อมตอนอายุ 50 ปี แต่บางคนอาจเริ่มเสื่อมตอนอายุ 60 ปี เป็นต้น
3. พิจารณาจากการปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental functioning) เป็นการกำหนดด้วยสูงอายุตามเกณฑ์ของความสามารถในการที่จะคิดสร้างสรรค์ ความจำ การเรียนรู้สิ่งต่างๆ ความเสื่อมที่พบมากที่สุด ในวัยของผู้สูงอายุนั้นคือ ความจำเสื่อม รู้สึกขาดแรงจูงใจ ซึ่งในส่วนนี้ไม่ได้ หมายความว่าผู้สูงอายุทุกคนจะต้องเป็น บางคนอาจมีแรงจูงใจที่ดีในการจะทำในสิ่งๆต่างๆที่ตนเองยังรักอยู่ก็เป็นไปได้
4. พิจารณาจากความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-concept) เป็นการกำหนดโดยดูจากความคิดของผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุว่ามองตนเองอย่างไร เนื่องจากโดยปกติแล้วบุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุมักชอบคิดว่าตนเองแก่และอายุมาก ความคิดเช่นนี้มักส่งผลต่อบุคลิกภาพทางร่างกาย ส่งผลถึงความรู้สึกในจิตใจและส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะถูกเปลี่ยนแปลงไปตามแนวทางการคิดที่ผู้สูงอายุนั้นได้กำหนดขึ้นที่เกี่ยวกับตนเอง
5. พิจารณาจากความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยดูจากความสามารถในการประกอบอาชีพ ซึ่งใช้แนวคิดจากการเสื่อมถอยของสภาพร่างกายและจิตใจ คนในสังคมมักกำหนดว่าวัยสูงอายุนั้นเป็นวัยที่หยุดการประกอบอาชีพ ต้องเป็นวัยที่ถึงเวลาจะต้องพักผ่อน เพราะฉะนั้นบุคคลที่อยู่ในวัยสูงอายุในที่นี้จึงหมายถึงบุคคลที่มีอายุเกินกว่าจะอยู่ในวัยใช้กำลังแรงงาน
6. พิจารณาจากความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with stress and illness) เป็นการกำหนดโดยการยึดตามสภาพของร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุมักต้องเผชิญกับโรคภัยไข้เจ็บอยู่เสมอ เพราะสภาพของอวัยวะต่างๆ และร่างกายโดยรวมเสื่อมลง นอกจากเรื่องของร่างกายแล้วผู้สูงอายุยังอาจต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่นๆ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความกดดันทางจิตใจและอารมณ์เพิ่มขึ้น โดยมากมักพบอาการเช่นนี้ในผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-65 ปี

อย่างไรก็ตามได้มีผลการศึกษาค้นคว้าว่าการกำหนดอายุที่เรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” โดยส่วนใหญ่มักระบุว่ามีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ในบางพื้นที่นั้นได้นำเอาข้อพิจารณาอื่นๆมาประกอบการระบุ

บุคคลใดเป็นผู้สูงอายุด้วย อาทิเช่น ภาวะทางสุขภาพ บางคนมีอายุประมาณ 50-55 ปี แต่มีสุขภาพทางกายที่ไม่แข็งแรง มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่สามารถทำงานได้ หลังเริ่มอ็อก กระดูกเริ่มเสื่อม ผมขาวก็ถูกเรียกว่า “ผู้สูงอายุ” หรือบางคนพอตนเองมีหลานแล้วก็เริ่มรู้สึกว่าตนเองแก่และเริ่มลดการทำงานลดกิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจลง และยังพบอีกว่ากลุ่มของผู้สูงอายุนั้นไม่ได้ใส่ใจต่อตัวเลขที่กำหนดอายุ แต่พวกเขาพิจารณาจากองค์ประกอบต่างๆ อาทิเช่น สภาพของร่างกาย ปวดข้อ ปวดเอว เดินไกลไม่ไหว ทำงานหนักไม่ได้ เหนื่อยง่าย รู้สึกอะไรเร็วแรง เป็นต้น (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544)

สุพัตรา สุภาพ (2531 อ้างถึงในนาตยา เกียรติชัยพฤกษ์, 2543) ได้กล่าวถึงการให้คำจำกัดความของคำว่า “ผู้สูงอายุ” ไว้ว่าในแต่ละประเทศหรือในแต่ละสังคมจะกำหนดวัยสูงอายุที่แตกต่างกันไป อาทิเช่น ในประเทศไทยกำหนดไว้ที่ 60 ปีขึ้นไป แต่ในกลุ่มประเทศแถบสแกนดิเนเวียกำหนดผู้สูงอายุไว้ที่วัย 67 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตามการกำหนดนั้นขึ้นอยู่กับสภาพของร่างกาย ตามสภาพของสังคมและเศรษฐกิจของแต่ละประเทศและรวมไปถึงความสามารถในการที่จะทำงานต่างๆ ตัวเลขของอายุไม่ได้เป็นตัวกำหนดเสมอไปว่าบุคคลใดเป็นผู้สูงอายุแล้ว เพราะยังมีคนจำนวนมากที่อายุ 65 ปีแล้วยังแข็งแรงอยู่ สามารถทำอะไรต่างๆด้วยตัวเองได้ มีความสามารถทั้งทางด้านสรีรวิทยาและทางด้านจิตใจ ในทางตรงกันข้ามกันคนที่มีอายุน้อยกว่าอาจมีร่างกายที่เสื่อม ไม่แข็งแรง ส่งผลให้จิตใจยำแย่ จากข้อมูลดังกล่าวมาทั้งหมดทำให้เห็นว่าอายุนั้นอาจเป็นเพียงแค่แนวทางในการที่จะบอกให้ทราบว่าบุคคลใดควรที่จะเป็นผู้ที่เรียกว่า “ผู้สูงอายุ” เท่านั้น

Grees and Bahr (1984 อ้างถึงใน สุรีย์พร ตรียาอุตมิวาทย์2 ,534) ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุหมายถึง การเปลี่ยนแปลงของระบบเซลล์และโมเลกุลในร่างกาย ในแง่ของนักจิตวิทยาถือว่าผู้สูงอายุเป็นความเปลี่ยนแปลงของแต่ละบุคคลที่เข้าสู่ความมีอายุ แต่หากเป็นในแง่ของนักสังคมวิทยาจะอธิบายว่าเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงในบทบาทและหน้าที่

กล่าวโดยสรุป ความหมายของคำว่าผู้สูงอายุที่นักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงนั้นมีมากมายแตกต่างกันไป แต่อาจสรุปความหมายโดยรวมได้ว่า “ผู้สูงอายุ” ในสังคมของประเทศไทยเรานั้นหมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจไปในแง่ที่มีความเสื่อมลง มีบทบาททางสังคมและกิจกรรมในการประกอบอาชีพลดลง การแบ่งความเป็นผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับกฎเกณฑ์ของแต่ละวัฒนธรรมและสังคมว่าสังคมนั้นๆจะกำหนดเช่นไร

1.2 ประเภทของผู้สูงอายุ

Craig (1991 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2530) กล่าวว่า การที่จะกำหนดว่าบุคคลจะเข้าสู่วัยสูงอายุเมื่อใดนั้นเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยากเพราะภาวะของการเป็นผู้สูงอายุนั้นเกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ทางจิต และทางสังคมซึ่งมีความสำคัญพอกับทางหลักของชีววิทยา อย่างไรก็ตาม ภาวะผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุประมาณ 60-65 ปี การเข้าสู่วัยของผู้สูงอายุนั้นนับโดยกำหนดเกณฑ์ตามลักษณะทางด้านชีววิทยา และลักษณะทางจิตสังคม ซึ่งสามารถแบ่งเป็นประเภทของช่วงอายุของผู้สูงอายุได้เป็น 4 ช่วง ดังต่อไปนี้

1) ผู้สูงอายุตอนต้น (Young old)

ในช่วงนี้เป็นช่วงที่บุคคลต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงมากมายจากช่วงวัยกลางคนตอนปลายเข้าสู่ช่วงเริ่มต้นของวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นภาวะที่มีความวิกฤติหลายด้าน อาทิเช่น การสูญเสีย คู่ครอง การจากไปของเพื่อนสนิท สูญเสียสถานะ ตำแหน่งทางสังคม ภาวะทางเศรษฐกิจ รายได้ เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ลดลง โดยปกติแล้วบุคคลที่อยู่ในวัยนี้จะยังคงแข็งแรงอยู่ แต่อาจต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือบ้าง อย่างไรก็ตามหากเป็นผู้ที่ศึกษาสูงจะมีวิธีในการปรับตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ บางคนจะยังมีความสามารถและสมรรถภาพที่ใกล้เคียงกับคนหนุ่มสาวมากจึงยังสามารถที่จะทำสิ่งต่างๆได้ ยังรู้สึกสนุกสนานกับชีวิต มีจิตใจที่แข็งแรง อายุที่อยู่ในช่วงนี้คือประมาณ 60-69 ปี

2) ผู้สูงอายุตอนกลาง (Middle old)

Bengtson, Cuellar, & Ragan (1975 อ้างถึงใน Papalia, Sterns, Feldman, & Camp, 2002) กล่าวว่า ในช่วงนี้บุคคลจะเริ่มเผชิญกับความเจ็บป่วยและได้ประสบกับเหตุการณ์ที่เพื่อนๆ และคนในครอบครัวตายจากไปมากขึ้น การปรับตัวในระยะนี้เป็นระยะที่ถอนตัวออกจากสังคม เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลง การที่บุคคลเห็นเพื่อนๆ และคนในครอบครัว สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง ตายจากไป ทำให้พวกเขาต้องมีการจัดระเบียบความคิด ความรู้สึก อย่างมากเพื่อที่จะหันมายอมรับการสูญเสีย สมรรถภาพทางกาย โรคภัยที่ต้องประสบและความตายของตนเองในอนาคต ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการที่จะมีชีวิตอยู่น้อยลง ในเรื่องของการดำรงชีวิตก็ต้องเริ่มให้คนอื่นช่วยเหลือมากขึ้นกว่าเดิม ผู้สูงอายุในช่วงนี้มีอายุโดยประมาณ 70-79 ปี

3) ผู้สูงอายุตอนปลาย (Old old)

วัยนี้เป็นวัยที่มีปัญหาเรื่องการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัว เพราะพวกเขาต้องการความเป็นส่วนตัว เงียบสงบ ปราศจากความวุ่นวาย ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นความสามารถ

และสมรรถภาพในด้านต่างๆของเขา ต้องการความช่วยเหลือในด้านต่างๆจากคนรอบตัวมากขึ้นกว่าช่วงที่ผ่านมาทั้งทางตรงและทางอ้อม เริ่มที่จะมองย้อนกลับไปในอดีต กลัวเรื่องของความตายที่กำลังจะมาถึงได้ตลอดเวลา แต่ในบางคนยังสามารถยอมรับในเรื่องนี้ได้ เริ่มทำใจไม่ให้เกรงกลัวความตาย เพราะมองว่าเป็นเรื่องของธรรมชาติที่ทุกคนต้องพบเจอทั้งสิ้น แต่ในใจลึกๆยังคงวิตกว่าตนจะไม่สามารถช่วยตนเองได้และจะกลายเป็นภาระแก่คนรอบข้าง ผู้สูงอายุในช่วงนี้มีอายุโดยประมาณ 80-89 ปี

(Williams, Kennedy, Sixsmith, & sixsmith, 2007)

4) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 90 ปีขึ้นไป (Very old old)

มีผู้สูงอายุจำนวนค่อนข้างน้อยที่จะมีอายุยืนได้มาจนถึงช่วงอายุนี้ ช่วงนี้เป็นช่วงที่จะมีปัญหาในด้านของสุขภาพมากที่สุด ควรให้ผู้สูงอายุได้ทำในสิ่งที่อยากทำโดยไม่มีกรบังคับกำหนดเวลา ในกรณีที่ผู้สูงอายุผ่านวิกฤติต่างๆในชีวิตมาได้เป็นอย่างดี พวกเขาจะมีความภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกสงบและมีความสุข รู้สึกว่าตนมีคุณค่า ผู้สูงอายุในช่วงนี้จะมีอายุประมาณ 90-99 ปี ขึ้นไป (ศิริรงค์ ทับสายทอง, 2550)

Neugarten (1968 อ้างถึงใน บุษยมาส สินธุประมา, 2539) ได้กล่าวถึงการปรับตัวและบุคลิกภาพของผู้สูงอายุไว้ทั้งหมด 8 ประเภท ดังต่อไปนี้

- 1) Reorganizer ผู้สูงอายุเหล่านี้เป็นพวกชอบหากิจกรรมใหม่ๆ เพื่อมาแทนที่กิจกรรมที่ตนเองสูญเสียไป
- 2) Focusal เป็นพวกที่ช่างเลือกในการทำกิจกรรม คนเหล่านี้มักหยุดการทำกิจกรรมบางอย่างแต่ในขณะเดียวกันจะรู้สึกในการที่จะเลือกทำกิจกรรมใหม่
- 3) Disengaged เป็นพวกที่จะดึงตัวเองออกมาจากบทบาทความรับผิดชอบที่มีอยู่แต่เดิมโดยสมัครใจ
- 4) Holding-on เป็นพวกที่พยายามที่จะอยู่ใกล้ชิดกับคนวัยกลางคน
- 5) Constricted คนจำพวกนี้มักพยายามที่จะปิดตัวเองจากโลกภายนอกมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่ค่อยชอบที่จะยุ่งเกี่ยวกับโลกภายนอก ไม่ชอบมีปฏิสัมพันธ์
- 6) Succorance-seeking คนประเภทนี้เป็นพวกที่มีความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง ตราบที่สามารถหาคนที่จะมาเป็นที่พึ่งพาได้ คนประเภทนี้มักต้องการคนมาดูแลเอาใจใส่
- 7) Apathetic คนเหล่านี้มักชอบดึงตัวเองออกมา มักจะหยุดคิดหรือรู้สึกหมดหวังกับชีวิต

ของตนเองอย่างรวดเร็ว ไม่ยอมเปลี่ยนความเชื่อแบบที่ทำร้ายตนเองว่าตนเองนั้นไม่สามารถที่จะจัดการ
สิ่งแวดล้อมและเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัวเองได้

8) Disorganized เป็นพวกที่มีกิจกรรมในเรื่องต่างๆน้อย ในกลุ่มนี้มักมีสภาพจิตที่ไม่ปกติ
จากบุคลิกประเภทต่างๆมักพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะแบบ Reorganizer , Focusal
และ Disengaged มักเป็นพวกที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีบุคลิกภาพที่ค่อนข้างมั่นคง ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุ
ที่มีบุคลิกแบบ Disorganized มักเป็นพวกที่มีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ

การที่จะเข้าช่วยผู้สูงอายุนั้นต้องพบเจอกับการเปลี่ยนแปลงมากมาย ซึ่งจะเป็นไปใน
ทิศทางไหนนั้นขึ้นอยู่กับบุคลิกเฉพาะตัว ประสบการณ์ และพัฒนาการต่างๆที่ผ่านมา บุคลิกภาพเฉพาะ
ตัวล้วนเกิดเกิดจากปัจจัยของประสบการณ์ที่บุคคลประสบและสะสมมาตลอดช่วงชีวิต ในวัยนี้จะประสบ
กับความเสื่อมทั้งในด้านของร่างกายและจิตใจ ซึ่งทั้งสองมักควบคู่กันไป การที่ผู้สูงอายุสามารถที่จะ
ปรับตัวเพื่อยอมรับความเสื่อมเหล่านี้ ยอมรับบทบาทต่างๆที่ต้องเปลี่ยนแปลงไปได้ จะเป็นตัวช่วยให้
ผู้สูงอายุสามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม มีอารมณ์ที่มั่นคง อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุจะมี
ลักษณะของการแสดงความรู้สึก ความต้องการ ความคิด ออกมาได้หลายลักษณะ ซึ่งมักเป็นไปตาม
ลักษณะประเภทของบุคลิกภาพ ดังต่อไปนี้ (Birren, 1964 อ้างถึงใน อุบลรัตน์ เฟงสถิติย์, 2544)

1) ผู้สูงอายุที่สามารถปรับตนเองได้ดี (Integrated)

ผู้สูงอายุประเภทนี้มักปรับตัวได้ดี สามารถที่จะยอมรับและพอใจในสิ่งที่ตนเองมี อาจ
แสดงออกโดยการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมหรือไม่ก็ได้ ผู้ที่มีลักษณะชอบเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมมักมี
ความคิดสร้างสรรค์ มองโลกในแง่ดี ช่วยเหลือสังคม เพราะมองว่าเป็นการแสวงหาความสุขทางจิตใจ แต่
หากเป็นผู้ที่ไม่ชอบเข้าร่วมกิจกรรมมักมีความสุขกับการที่ได้เฝ้ามองดูความสำเร็จ ความก้าวหน้า
เปลี่ยนแปลงของบุคคลรอบข้างโดยไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยว ผู้สูงอายุประเภทนี้มักมีจิตใจ ใฝ่ธรรมะ มีความสงบ
ทางใจ

2) ผู้สูงอายุประเภทที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (Passive dependent)

ผู้สูงอายุประเภทนี้มักเกิดความวิตกกังวลตลอดเวลา ไม่กล้าที่จะตัดสินใจทำอะไรด้วย
ตนเอง ซึ่งในกลุ่มนี้จะแยกได้เป็น 2 พวกคือ

- ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกท้อถอย มักคิดว่าความชรานั้นคือศัตรู เป็นสิ่งที่เลวร้ายและเขาไม่
มีทางที่จะชนะและผ่านมันไปได้ การที่มีความคิดแบบนี้ทำให้บุคคลรู้สึกเศร้าโศก สิ้นหวัง หมดอะไร
ตายอยากท้อแท้กับทุกสิ่งทุกอย่าง ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุนี้ได้

- รู้สึกว่ามีความสุขทางใจ เพราะรู้ว่ามีคนคอยช่วยเหลืออยู่ ต้องคอยฟังฟังผู้อื่นอยู่ตลอด แต่ถ้าหากเมื่อใดที่เขาขาดการดูแลเอาใจใส่แล้ว ไม่มีผู้ใดคอยช่วยเหลือ พวกเขาจะรู้สึกไร้ค่า ชีวิตไร้ความหมาย สิ่งที่มาคือมีความรู้สึกท้อแท้ ปรับตัวไม่ได้ มองว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่สามารถช่วยให้สังคมดีขึ้นได้ ไม่สามารถช่วยตนรอบข้างได้ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ เพราะมองว่าเป็นเรื่องที่เป็นภาระ

3) ผู้สูงอายุประเภทที่ล้มเหลว (Disintegrated)

ผู้สูงอายุประเภทนี้มักละเลยกับการดูแลสุขภาพตัวเอง ทำให้ร่างกายและจิตใจเสื่อมโทรมลงอย่างมาก ถ้าหากขาดการดูแลอย่างใกล้ชิดก็ไม่สามารถที่จะอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขได้

4) ผู้สูงอายุประเภทต่อสู้ (Defend)

ผู้สูงอายุประเภทนี้มักเป็นกลุ่มที่ไม่ประสบความสำเร็จตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ พยายามที่จะต่อสู้เพื่อให้ก้าวต่อไป โดยแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทย่อยๆ

- บุคคลที่มีลักษณะไม่ยอมแพ้ คนกลุ่มนี้มักพยายามทำทุกอย่างให้เหมือนตอนยังเป็นหนุ่มสาวไม่เปิดรับสิ่งใหม่ๆ ประสบการณ์ใหม่ๆ และจะไม่ยอมรับในความชราของตนเอง

- บุคคลที่มีใจสู้ คนกลุ่มนี้จะมีความสุขอยู่ในระดับกลางจิตใจจะมุ่งอยู่ที่การทำกิจกรรมต่างๆ อยู่ตลอดเวลา ไม่ปล่อยให้เวลาผ่านไป และจะทำทุกอย่างตามที่ตนเองตั้งใจไว้โดยไม่ยอมให้สิ่งใดมาขัดขวางความตั้งใจนั้นๆ

จากทฤษฎีการแบ่งประเภทของผู้สูงอายุที่กล่าวมา มีการแบ่งลักษณะของผู้สูงอายุออกเป็นหลายแบบ แต่อย่างไรก็ตามในการพัฒนาทางด้านบุคลิกภาพนั้นต้องเริ่มจากการพัฒนาทางจิตใจของผู้สูงอายุก่อน โดยพวกเขาต้องยอมรับถึงสิ่งที่ตนเองเป็นอยู่ให้ได้ตามสภาพความเป็นจริง โดยเริ่มจากปัจจัยสำคัญคือปัจจัยทางจิตก่อน ต้องสามารถที่จะปรับตัวให้เข้ากับตนเองและคนรอบข้างที่มีอายุเท่าๆกัน หรืออายุแตกต่างกันให้ได้ ถ้าหากผู้สูงอายุสามารถทำในสิ่งเหล่านี้ได้พวกเขาจะสามารถที่จะดำรงชีวิตในช่วงวัยสูงอายุได้อย่างมีความสุข

1.3 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่สำคัญ

1.3.1 ทฤษฎีทางชีววิทยาเกี่ยวกับการมีอายุ

บริบูรณ์ พรพิบูลย์ (2536 อ้างถึงใน เพ็ญผกา กาญจนินาส, 2541) ได้กล่าวว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะสุดท้ายของช่วงชีวิต ด้วยเหตุนี้จึงทำให้การสูงอายุหรือการชราภาพนั้นเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของทางร่างกายและจิตใจ และยังเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์

ประพัตติที่เกิดขึ้นอีกด้วย อาทิเช่น เมื่อบุคคลมีอายุที่มากขึ้นความสามารถทางร่างกายก็จะลดลง การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆก็จะลดลง

ศิริรงค์ ทับสายทอง (2530) ได้กล่าวว่า การชราภาพนั้น คือ การเกิดความเสื่อมถอยทั้งทางด้านชีววิทยาและพฤติกรรมตามอายุ อาทิเช่น เมื่อบุคคลอายุมากขึ้นความสามารถในการฟื้นฟูร่างกายในส่วนที่สึกหรอก็จะช้าและลดลง ยิ่งอายุมากขึ้นเรื่อยๆความสามารถที่พวกเขาจะปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวก็จะลดลงทำให้เกิดปัญหาในด้านการดำรงชีวิต ดำรงชีวิตได้ลำบากมากขึ้น ซึ่งกระบวนการของความชราภาพ แบ่งเป็น 2 กระบวนการใหญ่ๆ ดังนี้

ก) การชราภาพแบบปฐมภูมิ (Primary aging)

เป็นความสูงอายุที่จะต้องเกิดขึ้นกับทุกคนตามธรรมชาติ เป็นหลักสากลที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ กล่าวคือ เมื่ออวัยวะต่างๆรวมทั้งเซลล์ต่างๆในร่างกายถูกใช้งานมาเป็นเวลายาวนานก็ย่อมเกิดความเสื่อมโทรม เสื่อมสภาพไปตามอายุขัยของการทำงาน ซึ่งการเสื่อมโทรมลงของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายจะส่งผลให้เห็นเด่นชัดขึ้นทีละน้อย อาทิเช่น ผิวหนังจะเริ่มเหี่ยวยุบ ฟันจะเริ่มหลุด ผมเริ่มขาว สายตายาว กำลั้งที่เคยมีเริ่มน้อยลง เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงตามอายุนี้จะเปลี่ยนไปตามพันธุกรรมที่บุคคลได้รับมาและจะเริ่มสังเกตเห็นได้ที่ละน้อย อาจเกิดจากการเป็นผลของโปรแกรมทางยีนส์ ซึ่งการมีอายุแบบปฐมภูมินี้จะเกิดในทุกระดับของร่างกายจากเซลล์ไปสู่อวัยวะ จากอวัยวะไปสู่ระบบทั้งหมดซึ่งแต่ละส่วนจะมีการชราในอัตราที่ต่างกัน บางระบบอาจแก่กว่าที่ควรจะเป็นในอายุนั้นหรือบางระบบอาจจะยังทำงานได้ดี

ส่วนหนึ่งเชื่อว่าการที่บุคคลมีความชราภาพในอัตราที่แตกต่างกันอาจเป็นเพราะโปรแกรมทางยีนส์ บุคคลที่มีบรรพบุรุษอายุสั้นก็อาจมีอายุสั้น ถ้าหากบุคคลใดมีบรรพบุรุษที่มีอายุยืนยาวก็มีแนวโน้มสูงมากที่บุคคลนั้นจะมีอายุยืนตามไปด้วย สิ่งที่สนับสนุนความเชื่อนี้คืองานวิจัยงานหนึ่งที่ศึกษาฝาแฝดแท้ซึ่งจะมีแนวโน้มในการเสียชีวิตในระยะที่ใกล้เคียงกันมากกว่าฝาแฝดที่คล้ายหรือพี่น้องธรรมดาดังถึงแม้ว่าจะถูกเลี้ยงดูในสภาวะแวดล้อมที่ต่างกันก็ตาม

จากการศึกษาระยะยาวของ Hammond, Garfinkel, and Seidman (1973 อ้างถึงใน ศิริรงค์ ทับสายทอง, 2530) พบว่าความแตกต่างในเรื่องความยืนยาวของอายุนั้นมีผลมาจากอิทธิพลของพันธุกรรมที่จะทำให้เกิดความแตกต่างกันในการติดโรค เขาพบว่าบุคคลที่มาจากครอบครัวอายุสั้นจะเป็นโรคร้ายแรงตั้งแต่ที่พวกเขายังคงเป็นวัยหนุ่มสาว อาทิเช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ถึงแม้ว่าในวัยชราจะเกิดโรคได้ง่าย แต่อย่างไรก็ตามการเกิดโรคต่าง ๆ นั้นไม่ได้จัดให้เป็นส่วนหนึ่งของการมีอายุแบบปฐมภูมิ

ข) การชราภาพแบบทุติยภูมิ (Secondary aging)

การชราภาพประเภทนี้เป็นสิ่งที่มนุษย์เราสามารถที่จะหลีกเลี่ยงได้ ไม่เป็นหลักสากล ไม่จำเป็นว่าทุกคนต้องเจอ เพราะการชราภาพประเภทนี้เป็นผลมาจากโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งเหตุมักจะเกิดจากการที่บุคคลไม่รักษาสุขภาพร่างกาย บางครั้งอาจใช้ร่างกายทำงานหนักเกินไป เช่น อาจเกิดจากการรับประทานอาหารมากเกินไป ดื่มสุราจัด สูบบุหรี่จัด เหล่านี้เป็นต้น ถึงแม้ว่าอายุและการมีโรคภัยไข้เจ็บจะมีความสัมพันธ์กันอย่างมาก แต่โรคภัยไข้เจ็บไม่ได้เกิดจากการมีอายุเสมอไป พบว่าร้อยละ 14 ของผู้สูงอายุยังรายงานว่าได้มีโรคภัยแต่อย่างใด ยังคงแข็งแรงดี อย่างไรก็ตามการมีอายุเป็นสาเหตุที่ทำให้ความสามารถในการต้านทานโรคของบุคคลนั้นต่ำลง จึงอาจทำให้ติดโรคได้ง่าย เมื่อติดโรคแล้วก็ส่งผลให้เกิดความสับสนกับอวัยวะและระบบต่างๆของร่างกายได้ (ศิริรงค์ ทับสายทอง, 2530)

ในปัจจุบันนี้ยังไม่มีวิธีใดที่สามารถเปลี่ยนแปลงผลของการชราภาพแบบปฐมภูมิได้ แต่สามารถที่จะหยุดหรือชะลอการชราภาพแบบทุติยภูมิได้โดยการปรับพฤติกรรมในการใช้ชีวิต

1.3.2 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

นิศา ชูโต (2525) ได้ทำการสรุปการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายรวมถึงปัญหาทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุไว้ ดังต่อไปนี้

1) ส่วนของกระดูก เป็นโครงสร้างที่เอาไว้ป้องกันอวัยวะภายในและเป็นที่ยึดของเซลล์กล้ามเนื้อต่างๆ กระดูกของคนเราจะเจริญเต็มที่เมื่ออายุประมาณ 20 ปี หลังจากนั้นเมื่ออายุมากขึ้นแคลเซียมจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีและวิตามินดีจะเริ่มขาด ส่งผลทำให้กระดูกมีโอกาสเปราะพรุนสูง และมีโอกาสที่จะหัก ตีตื้น หรือโครงสร้างเปลี่ยนแปลงไปได้ง่ายขึ้น ในส่วนของกระดูกพังกี้จะเริ่มกร่อนและลุไปเรื่อยๆทำให้ลำบากต่อการเคลื่อนไหว มากไปกว่านั้นการปวดจะเปลี่ยนไป

2) ส่วนของกล้ามเนื้อลาย ได้แก่ กล้ามเนื้อที่อยู่ภายใต้อำนาจของจิตใจ เป็นกล้ามเนื้อต่างๆที่ติดกับส่วนของกระดูก เช่น กล้ามเนื้อแขนหรือขาที่ทำหน้าที่หัด ยึด คลายตัว และค้ำรูปร่าง กล้ามเนื้อต่างๆเหล่านี้ภายในมัดกล้ามเนื้อนั้นจะประกอบด้วยเส้นใยจำนวนมาก แต่เมื่ออายุมากขึ้นความสามารถในการยึด ยึด หัด และค้ำรูปร่างเดิมนั้นจะน้อยลง กล้ามเนื้อจะหย่อนยาน ทำให้การประสานต่างๆขาดประสิทธิภาพ

3) ส่วนของกล้ามเนื้อเรียบ เป็นกล้ามเนื้อที่อยู่ตามผนังของอวัยวะที่กลวง เช่น หลอด เลือด ปอด ตับ ไต ซึ่งกล้ามเนื้อเหล่านี้จะทำงานภายใต้ระบบประสาทอัตโนมัติ มักจะมีการเปลี่ยนแปลงน้อยและทำงานเป็นปกติแม้อายุจะสูงขึ้น แต่ยกเว้น กล้ามเนื้อในหลอดเลือดเมื่ออายุมากขึ้นอาจมีปัญหาได้

4) ส่วนของเส้นเอ็นและเส้นใยยึดเหนี่ยวประสานระหว่างกล้ามเนื้อต่างๆ จะประกอบด้วย คอลลาเจน เป็นส่วนของโปรตีน เมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดการเสื่อมสภาพทำให้ยึดหดตัวลำบากและอาจ ประสานกันไม่สนิทในผู้สูงอายุ

5) ผิวหนัง มีหน้าที่ปกคลุมร่างกาย ป้องกันเนื้อเยื่อในร่างกาย ประกอบไปด้วยผิวหนังชั้นนอก (Cuticle) และผิวหนังชั้นใน (Demis) จะมีต่อมไขมันมากมายขับไขมันออกมาเพื่อให้ผิวหนังอ่อนนุ่ม มีต่อม เหงื่อเพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้น และมีปลายประสาทมากมายมีหน้าที่รับความรู้สึกร้อนหรือหนาวเพื่อปรับ อุณหภูมิให้กับร่างกาย เมื่ออายุมากขึ้นต่อมไขมันและต่อมเหงื่อจะทำงานลดลงจะขับไขมันออกมาน้อยลง ส่วนของเส้นประสาททำงานช้าลง ทำให้ผิวหนังเริ่มเหี่ยวยุบ ไม่นุ่มนวล ผิวแห้ง ตกกระ การปรับอุณหภูมิใน ร่างกายช้าเมื่อเทียบกับวัยอื่น บางคนหัวล้าน ผมหงอก เป็นต้น

6) ระบบย่อยอาหาร ประกอบด้วย ปาก ฟัน น้ำลาย น้ำย่อย รวมทั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการย่อย ต่างๆ มนุษย์เราทานอาหารเพื่อต้องการพลังงาน ปรับอุณหภูมิของร่างกาย และนำมาซ่อมแซมในส่วนของ เนื้อเยื่อที่สึกหรอ เพราะฉะนั้นคนเราควรได้รับสารอาหารให้ครบ 5 หมู่ และต้องได้ตามสัดส่วน ตามที่ ร่างกายต้องการ ซึ่งปริมาณอาหารที่ได้รับนั้นแล้วแต่ความต้องการใช้พลังงานในแต่ละวันของบุคคล เมื่อ อายุมากขึ้นความอยากอาหารจะลดลง เหตุเพราะประสาทในการรับกลิ่น รส ความอร่อย ลดลง เหงือกและ ฟันเริ่มเพราะไม่แข็งแรงกลายเป็นอุปสรรคต่อการทานอาหาร น้ำย่อยในกระเพาะอาหารและกรดเกลือที่อยู่ใน กระเพาะอาหารหลังออกมาน้อยลงทำให้การย่อยนั้นไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดอาการท้องอืดท้องเฟ้อตามมา

7) ระบบขับถ่าย กระเพาะปัสสาวะจะเล็กลง ประสิทธิภาพในการหดและเกร็งลดลง ส่งผลให้ ปริมาณของเลือดที่ผ่านได้ลดลง ทำให้อัตราการกรองและจำนวนน้ำที่ขับออกน้อยลงแต่บ่อยครั้งมาก ขึ้น ทำให้ปัสสาวะบ่อย การขับถ่ายอุจจาระจับตัวเป็นก้อนแข็ง ทำให้ท้องผูกง่าย การขับถ่ายและ ประสิทธิภาพ ในการย่อยของลำไส้ลดลงในผู้สูงอายุ

8) ระบบการรับรู้ต่างๆ

- การมองเห็น ระบบประสาทตา กล้ามเนื้อตา และแก้วตาจะเสื่อมสภาพ เมื่อคนเราสูงอายุขึ้น สายตามักจะยาว นั่นคือไม่สามารถมองเห็นใกล้ๆได้เท่ากับคนที่สายตาปกติ ความไวต่อแสงการคาดคะเน ระยะทางต่างๆลดลง ขาดสมรรถภาพในการที่จะรับภาพ ความคมชัด สีของนัยน์ตาเริ่ม เปลี่ยนเป็นสีขุ่น เพราะขาดไขมัน ในส่วนของหนังตาเริ่มเหี่ยว และการกระพริบตาเริ่มช้าลงตามอายุที่มากขึ้น

- การพูดและเสียง หลอดเสียงจะเริ่มแข็ง ยึดหยุ่นลำบาก ในคนที่อายุ 40 ปีขึ้นไป เสียงของ ผู้สูงอายุจะแหลมขึ้นเพราะเกิดภาวะเสื่อมของหลอดเสียงและกล่องเสียง ผู้สูงอายุจะไม่สามารถที่จะรักษา

ระดับเสียงได้นาน จังหวะของการหยุดพูดจะบ่อยและเริ่มนานขึ้น การพูดจาจะช้าลง

- การได้ยิน เกิดการเสื่อมของเยื่อประสาทตอนไน (Cochlea Basal Tune) ทำให้สมรรถภาพในการได้ยินเสื่อมลง คนสูงอายุจะไม่สามารถได้ยินระดับเสียงสูงมากๆ ได้ จะเกิดอาการหูตึง คนที่เคยทำงานที่อยู่กับเสียงดังอยู่ตลอดเวลาจะเกิดอาการหูตึงเร็วกว่าปกติ ส่วนใหญ่เกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิงและเกิดจากทางหูข้างซ้ายมากกว่าหูข้างขวา

- การรับรู้ในด้านอื่นๆ พอคนเราอายุมากขึ้นความไวต่อสัมผัสต่างๆ จะลดลงและเปลี่ยนแปลงไป ยกตัวอย่างเช่น การไวต่อกลิ่น การสัมผัส การรับรู้สัมผัสมถอยลง ความไวต่อการรับรสหวานและเค็มลดลง เหตุเพราะจำนวนของประสาทการรับรส (Taste Bud) ลดลง มากไปกว่านั้นประสาทที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวก็จะเสื่อมลงทำให้สมดุลเปลี่ยนไป การหย่อนยานของกล้ามเนื้อ ความเสื่อมของกระดูก เพราะปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะหกล้มได้ง่ายขึ้น

9) ระบบหายใจ โดยปกติอัตราการหายใจเข้าและออกของผู้ใหญ่จะอยู่ที่ค่าเฉลี่ยประมาณ 15-18 ครั้งต่อนาที โดยที่ความถี่และความลึกของการหายใจนั้นขึ้นอยู่กับการทำงานของศูนย์ควบคุมการหายใจซึ่งอยู่ในสมองและทำงานเป็นระบบอัตโนมัติ เมื่อสูงอายุขึ้นการปรับความถี่และความลึกของการหายใจเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอกับความต้องการของเซลล์ ต่างๆ นั้นลดประสิทธิภาพลงถึงร้อยละ 50.5 เป็นเพราะเนื้อเยื่อปอดเปลี่ยนแปลงจึงทำให้ออกซิเจนเข้าไปในร่างกายได้น้อยลง ผลของการขาดออกซิเจนคือ กล้ามเนื้ออ่อนแอ สมองตื้อคิดอะไรไม่ออก เป็นลมได้ง่าย ถ้าขาดมากอาจหมดสติและเสียชีวิตได้

10) ระบบหมุนเวียนโลหิต โดยปกติหัวใจของผู้ใหญ่จะเต้นอยู่ที่ราวประมาณ 72 ครั้งต่อนาที การที่หัวใจจะเต้นเร็วขึ้นหรือช้าลงนั้นขึ้นอยู่กับการทำงานของร่างกายทำอยู่ตอนนั้นๆ รวมทั้งอารมณ์ที่เป็นอยู่ การหมุนเวียนเลือดในร่างกายจะเกิดขึ้นเมื่อหัวใจทำงาน เม็ดเลือดจะทำหน้าที่ขนส่งออกซิเจน จากปอดไปสู่เนื้อเยื่อต่างๆ มากกว่านั้นยังช่วยถ่ายคาร์บอนไดออกไซด์กลับสู่ปอด ปริมาณเลือดของ คนเรานั้นขึ้นอยู่กับการปัจจัยดังนี้ เพศ น้ำหนักของร่างกาย อายุ อัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งใน ผู้สูงอายุจะลดตราลงจากในวัยหนุ่มสาวถึงร้อยละ 30 ถ้าเกิดมีการแข็งตัวของเลือดในเส้นเลือดจะเรียกว่า เส้นเลือดตีบ (Thrombosis) ซึ่งจะทำให้เกิดการอุดตันได้ ในผู้สูงอายุการอุดตันเหล่านี้ อาจเกิดจากเม็ดเลือดมีลักษณะแข็งและยืดหยุ่นน้อยลง ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานมาก บีบตัวสูง ซึ่งคนเราหลังจากอายุ 55 ปีไปแล้วการเต้นของหัวใจจะช้าลง ความดันโลหิตจะสูง ทำให้มีโอกาสเป็นโรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าวัยอื่น

11) ระบบต่อมไร้ท่อและฮอร์โมน จะเสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้น การขับฮอร์โมนจะน้อยลงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ดังนี้

- ต่อมไทรอยด์ จะมีขนาดเล็กลงเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไปแล้ว การผลิตฮอร์โมนจึงต่ำลงทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร

- ต่อมใต้สมอง โดยเฉพาะตรงส่วนสมองส่วนหน้าจะเสื่อมหน้าที่ ส่งผลให้ฮอร์โมนต่ำทำให้เบื่ออาหาร

- ตับอ่อนทำการหลั่งอินซูลินน้อยลง การใช้น้ำตาลในร่างกายน้อยลงผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าคนกลุ่มอื่น

- ต่อมเพศ มีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและโครงสร้างของอวัยวะสืบพันธุ์และอวัยวะที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ความรู้สึกทางเพศลดลง ฯลฯ

12) ระบบประสาทและสมอง ความสามารถของศูนย์กลางควบคุมประสาทและประสิทธิภาพในการสั่งการของสมองลดลงเพราะเกิดความเสื่อมของเซลล์สมองทำให้ความจำเสื่อม การสั่งงานช้า

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญาและความจำ

วัยสูงอายุเป็นวันที่มีความสามารถทางด้านสติปัญญาตกต่ำลง ความสามารถทางสติปัญญาในวัยนี้จะแบ่งเป็น 3 ด้าน

1) มีรูปแบบในการคิดแบบซ้ำซาก คือมีความคิดวนอยู่ในหัวนานเป็นครึ่งชั่วโมง เป็นความคิดที่เป็นลักษณะซ้ำๆเดิมๆ

2) ความสามารถทางด้านภาษาลดลง ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคำศัพท์จะไม่สามารถที่จะระลึกถึงคำที่คุ้นเคยและนำมาใช้อย่างรวดเร็วได้ถึงแม้ว่าคำเหล่านั้นจะอยู่ในความจำของบุคคลก็ตาม

(Donald O. Hebb, 1978 อ้างถึงใน ศิราภรณ์ ทับสายทอง, 2530)

3) เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านแรงจูงใจ เนื่องจากขาดความสนใจในเรื่องต่างๆ ทำให้รู้สึกขาดแรงจูงใจในการที่จะนำเอาความคิดมาใช้หรือค้นคว้าเพิ่มเติม ซึ่งเชื่อกันว่ามีสาเหตุหลักมาจากการที่ขาดความสามารถในการมีและรวบรวมความคิดหลายๆอย่างเข้าด้วยกันในเวลาเดียวกัน

อย่างไรก็ตามในเรื่องของความจำของผู้สูงอายุ นั้น ผู้สูงอายุจะใช้เวลาในการเรียกความจำออก มานานกว่าวัยอื่นๆ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมากกว่าอายุ เรื่องที่เกี่ยวข้องกับความจำ

มี 2 อย่าง คือ การจำแบบระลึกได้ (Recall) และการจำแบบจำได้ (Recognition) มีการศึกษาความสามารถของ 2 ด้านนี้แล้วเอามาเปรียบเทียบกันตามอายุ ผลออกมาพบว่าความสามารถในการจำของผู้สูงอายุไม่ได้ลดลงตามความมากขึ้นของอายุ แต่ว่าความสามารถด้านการระลึกได้กลับลดลงอย่างเห็นได้ชัด นั่นสามารถบอกได้ว่าผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องของการดึงเอาข้อมูลที่อยู่ในส่วนของความทรงจำมาใช้ (เพ็ญพิไล ฤทธาคนานนท์, 2549) ในด้านของความจำระยะสั้นจะได้รับการกระทบกระเทือนมากกว่าความจำในระยะยาว ผู้สูงอายุสามารถจำเรื่องราวในอดีตได้อย่างแม่นยำ ความรู้ที่สะสมมายังคงมีอยู่ไม่เปลี่ยนแปลง แต่ผู้สูงอายุจะเกิดความคับข้องใจ ไม่สามารถเรียนรู้เกี่ยวกับความทรงจำระยะสั้นได้มากไปกว่านั้นเรื่องที่ไม่ได้พูดถึงเลยจะจำได้น้อยกว่าเรื่องที่มีการกล่าวพูดถึงบ่อยๆ อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุที่ใช้สมองมาตลอดมักจะมี ความจำที่ดีกว่าคนที่ไม่ค่อยได้ใช้งานสมอง

1.3.4 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุ

ในช่วงวัยของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆมากมายส่งผลทำให้ผู้สูงอายุอาจเกิดความหดหู่ใจ ไม่มั่นใจ หมดหวัง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงได้ ประกอบกับการที่สังคมแวดล้อมของผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถเกื้อหนุนให้กำลังใจได้ ทำให้ผู้สูงอายุ มองตัวเองว่าไม่มีค่า เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จนอาจคิดฆ่าตัวตาย (รณรุทธ์ บุตรแสนคม, 2540) อาการที่พบมากคือ ผู้สูงอายุจะซึมเศร้า เกิดความคับข้องใจเกี่ยวกับความสามารถทางด้านร่างกายของตนเอง สูญเสียหน้าที่การงาน จากความไม่สอดคล้องระหว่างโครงสร้างแห่งตน (Self-structure) กับประสบการณ์ เกิดความรู้สึกกลัวความตาย มากไปกว่านั้นผู้สูงอายุอาจจะประสบกับความเครียด

2 รูปแบบ คือ

1) ความเครียดต่อเนื่อง (Continuing stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ อาจเกิดจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังที่ผู้สูงอายุต้องใช้เวลาในการปรับตัวนาน ทำให้ท้อถอยและมีปัญหาในการปรับตัว

2) ความเครียดคุกคาม (Emergency stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นโดยไม่ทันตั้งตัว เช่น เจ็บป่วยกะทันหัน ประสบอุบัติเหตุกะทันหัน เป็นต้น

1.3.5 ทฤษฎีทางบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเสื่อมถอยทางร่างกาย ยิ่งอายุมากขึ้นความเสื่อมถอยก็จะมากขึ้นตามลำดับ ทำให้ผู้สูงอายุเริ่มครุ่นคิดในเรื่องของความตายที่กำลังจะมาถึงมากกว่าวัยอื่น

Butler (1963) กล่าวว่า การรู้สึกถึงความตายที่กำลังใกล้เข้ามาเป็นตัวกระตุ้นทำให้ผู้สูงอายุเริ่มทบทวนเรื่องราวและประสบการณ์ต่างๆในชีวิตที่ตนผ่านมา โดยการมองย้อนกลับไปในอดีต จากนั้นจะทำการประเมินค่าสิ่งต่างๆที่ตนกระทำ และเมื่อรู้ว่าตนมีเวลาน้อยเท่าไรยิ่งตระหนักคิดถึงสิ่งต่างๆในอดีตมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งการมองย้อนกลับไปในอดีตนี้ส่งผลต่อการปรับตัวและการที่จะเตรียมตัวตาย

Erikson (1963) ได้อธิบายถึงการปรับตัวในวัยผู้สูงอายุว่าจะมีประสิทธิภาพได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับ การปรับตัวของพัฒนาการในช่วงวัยที่ผ่านมา คือ ถ้าบุคคลสามารถปรับตัวได้ดี ผ่านพ้นวิกฤติในแต่ละช่วงอายุมาได้ อย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มี ego เข้มแข็ง และสามารถปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุได้ดี เช่นเดียวกัน เขาจึงได้เสนอทฤษฎีพัฒนาการด้านจิตสังคม (Psychosocial theory) ขึ้นมาเพื่ออธิบายขั้นตอนของพัฒนาการต่างๆในแต่ละช่วงวัยเริ่มตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยผู้สูงอายุ ซึ่งหากเป็นวัยของผู้สูงอายุจะจัดอยู่ในขั้นที่ 8 ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายของชีวิต เนื้อหาที่สำคัญ คือเป็นขั้นของความสมบูรณ์ทางจิต (Ego-integrity) ขัดแย้งกับการรู้สึกหมดอาลัยตายอยากในชีวิต (Despair) โดย Erikson มีความเชื่อว่าความสมบูรณ์ทางจิตนี้คือ ความรู้สึกที่บุคคลได้ใช้ชีวิตอย่างเป็นประโยชน์ ซึ่งจะเริ่มในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางและถึงจุดสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ความขัดแย้งในขั้นนี้ กล่าวไว้ว่าผู้สูงอายุจะย้อนคิดถึงเรื่องในอดีตเพื่อประเมินชีวิตที่ผ่านมาของตนในทุกๆด้าน เพื่อที่จะประมวลว่าชีวิตที่ผ่านมาทั้งหมดของตนเป็นอย่างไร ถ้าบุคคลคิดถึงอดีตแล้วรู้สึกพอใจในตนเอง ภาคภูมิใจในตนเอง และมองว่าที่ผ่านมาตนทำทุกอย่างอย่างดีที่สุดแล้ว จะทำให้เกิดความสุขสมบูรณ์ทางจิต มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็งมีอารมณ์ที่มั่นคงและยอมรับในจุดสุดท้ายของชีวิตได้ แต่ถ้าหากบุคคลมองย้อนกลับไปในอดีตแล้วพบว่าตนเองนั้นรู้สึกไม่ได้ทำในสิ่งต่างๆอย่างเต็มที่ มีข้อผิดพลาดในชีวิตที่ผ่านมามากมาย และไม่สามารถที่จะกลับไปแก้ไขได้แล้ว จะแก้ไขก็เหลือเวลาน้อยเต็มที การรู้สึกเช่นนี้ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความขมขื่น ทุกข์ใจ เศร้าใจ สิ้นหวัง เจ็บปวด รู้สึกล้มเหลว ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกหมดอาลัยตายอยากในชีวิตรวมทั้งจะรู้สึกเศร้าเสียใจที่เหลือเวลาในการมีชีวิตอีกไม่มากแล้ว ทำให้เกิดการปฏิเสธความตายตามมาในที่สุด เพราะฉะนั้นอาจสรุปได้ว่าหากผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจต่ออดีตที่ผ่านมามากกว่าไม่พอใจ รู้สึกสมหวังมากกว่าผิดหวัง นั้นแสดงว่าผู้สูงอายุจะสามารถปรับตัวได้ดีและใช้ชีวิตในช่วงปลายของชีวิตได้อย่างสงบและมีความสุข

สืบเนื่องจากทฤษฎีของ Erikson จะพบว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่ให้ความสำคัญกับการมองย้อน

ไปในอดีต ซึ่ง Cappeliez และ O' Rourke (2006) ได้กล่าวเพิ่มเติมในเรื่องของการมองย้อนกลับไปในอดีต และการมองเห็นคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) ว่าการมองย้อนอดีตจะมีทั้งในด้านบวกและด้านลบซึ่ง หากผู้สูงอายุคิดทบทวนถึงอดีตในด้านบวกจะทำให้บุคคลเกิดความภาคภูมิใจในตัวเองส่งผลนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของการมองเห็นคุณค่าในตนเองและทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (Psychological well-being) แต่ในทางตรงกันข้ามหากผู้สูงอายุกลับไปทบทวนถึงอดีตในด้านลบจะส่งผลทำให้เกิดอารมณ์ทางลบ เช่น สิ้นหวัง โทษตัวเอง ท้อแท้ ลงโทษตัวเอง อาลัยอาวรณ์กับเรื่องที่ผ่านมา ซึ่งส่งผลให้การมองเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำลงทำให้สุขภาพจิตก็เริ่มต่ำลงด้วยเช่นกัน

1.3.6 ทฤษฎีบทบาท (Role Theory)

บทบาท หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่ประพฤติปฏิบัติจริงและพฤติกรรมที่ถูกคาดหวังจากคนอื่นตามสถานภาพหรือตำแหน่ง (Landis, 1971 อ้างถึงใน สภาวศิริ ลิ้มชัยอรุณเรือง, 2536) ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานสำหรับการที่จะทำความเข้าใจทฤษฎีบทบาทอยู่ 3 ประการ คือ

ประการแรก การที่บุคคลมองผู้อื่นจะทำการวิเคราะห์และมองสิ่งเร้า ต้นเหตุของสิ่งเร้าและสถานการณ์ ก่อนที่จะเลือกตอบสนองอย่างเหมาะสม โดยปกติแล้วบุคคลมักจะไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทันที

ประการที่สอง การมองภาพตนเอง บุคคลจะเกิดความรู้สึกบางอย่างภายหลังจากการที่เขาเกิดการจินตนาการภาพตนเองเมื่อตอนที่ตนเองปรากฏต่อสายตาสาวผู้อื่นและคิดว่าพวกเขาจะตัดสินหรือประเมินภาพของตนเองอย่างไร

ประการที่สาม บุคคลจะทำการประเมินสถานการณ์และบุคคลอื่นๆในสถานการณ์นั้นๆ ก่อนที่จะแสดงพฤติกรรมที่คิดว่าเหมาะสม

จากแนวคิดพื้นฐานนี้จะสามารถแยกลักษณะของบทบาทได้ดังนี้

- 1) บทบาทตามสถานภาพของผู้สวมบทบาท เป็นบทบาทที่เกิดขึ้นโดยกำเนิดหรืออาจเป็นสถานภาพที่ถูกกำหนดโดยสังคมส่วนใหญ่
- 2) เป็นบทบาทที่เกิดขึ้นตามสถานภาพโดยการแต่งตั้งหรือโดยความสามารถ ซึ่งบุคคลได้รับมาภายหลัง
- 3) บทบาทตามลักษณะของการแสดงบทบาท บุคคลจะกำหนดบทบาทการแสดงของตนเองและในขณะเดียวกันก็คาดหวังว่าบุคคลอื่นต้องแสดงบทบาทอะไร อย่างไรบ้าง ซึ่งถ้าบุคคลทั้งสองฝ่าย

คาดหวังในบทบาทของแต่ละฝ่ายตรงกันการแสดงบทบาทย่อมเป็นไปได้ อย่างไรก็ตามไม่สอดคล้อง ไม่ตรงกันก็อาจจะทำให้เกิดปัญหาตามมาได้

บทบาทและสถานภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย ในสังคมและวัฒนธรรมไทยมีสถานภาพที่เป็นที่เคารพ เป็นร่วมพิธีร่วมไทรของครอบครัว ผู้สูงอายุมักมีบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรหลาน เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ สอนในเรื่องประเพณีต่างๆ และในบางครั้งยังต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำในเรื่องพิธีกรรมทางศาสนา แต่ปัจจุบันประเทศไทยนั้นมีความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีมากขึ้น คนไทยรับเอาวัฒนธรรมของชาติตะวันตกเข้ามา ในเมืองใหญ่มีความทันสมัย สังคมเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะของเมืองทางอุตสาหกรรม และพาณิชยกรรม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลโดยตรงต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุส่งผลให้บทบาทของผู้สูงอายุน้อยลงตามไปด้วย (สุรเดช สำราญจิตต์ , 2550)

1.3.7 ทฤษฎีกิจกรรม

กิจกรรมทางสังคมเป็นแก่นแท้ของชีวิตและมีความจำเป็นสำหรับทุกวัย กิจกรรมจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุด้วยเนื่องจากการมีกิจกรรมที่ดีทางสังคมในผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับความคล่องแคล่วว่องไวที่ยังคงเหลืออยู่ (Cockerham, 1997) ทฤษฎีกิจกรรมยืนยันว่าผู้สูงอายุที่สามารถดำรงกิจกรรมทางสังคมไว้ได้จะเป็นผู้มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองในด้านบวก ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดปรัชญาลัทธิปฏิบัตินิยมสูงสุด (พิมพ์พรรณ เทพสุเมธานนท์, ประสาท สง่าศิลป์ และรัตนา เสงส์สวัสดิ์, 2548)

Atchley (1994 อ้างถึงใน สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง, 2536) ได้กล่าวว่าทฤษฎีกิจกรรมเป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีชีวิตที่มีความสุขได้นั้นบุคคลควรมีกิจกรรมทางสังคมตามสมควรหรือมีกิจกรรมตามบทบาทของตนเองที่ดำรงอยู่ ยกตัวอย่างเช่น มีชมรม มีสมาคม หรือมีการรวมกลุ่ม การมีงานอดิเรกทำ เป็นต้น

Ward (1984 อ้างถึงใน Cockerham, 1997) ว่าผู้สูงอายุจะมีความพึงพอใจในชีวิต มีความสุขเมื่อได้ทำกิจกรรมต่อเนื่องจากที่เคยทำมาในอดีตจนเป็นวิถีชีวิตในปัจจุบัน สำหรับกิจกรรมนั้น แบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท คือ

1) กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (Informal activity) เป็นกิจกรรมของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น อาจจะเป็นคนในครอบครัวหรือกับสังคมก็ได้ กิจกรรมแบบนี้จะไม่มีกำหนดรูปแบบของเวลาการปฏิบัติที่แน่นอนชัดเจน ส่วนใหญ่จะทำกิจกรรมแบบนี้ร่วมกับครอบครัวหรือคนใกล้ชิดอื่นๆ เช่น ญาติ เพื่อน

สนิท เพื่อนข้างบ้าน ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับภาวะทางสุขภาพกายจิต และสังคม มีพื้นฐานมาจากพฤติกรรมที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ระยะทางความใกล้ชิดกันในเรื่องบ้านที่อยู่อาศัยมีผลต่อการร่วมกิจกรรม คือ คนที่อาศัยอยู่บ้านใกล้กันจะมีโอกาสในการร่วมกิจกรรมกันมากกว่าคนที่อาศัยอยู่ไกลกัน พวกที่อยู่ใกล้กันจะมีการนัดพบกัน มีกิจกรรมร่วมกันในกลุ่มเดิมเสมอ นอกจากนี้อาจมีการทำงานฝีมือเพื่อประโยชน์ทางเศรษฐกิจของครอบครัว เพราะฉะนั้นอาจกล่าวได้ว่ากิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบนี้ให้ประโยชน์ทั้งผู้สูงอายุและครอบครัว

2) กิจกรรมที่มีรูปแบบ (Formal activity) เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุจะมีส่วนร่วมในองค์กร ยกตัวอย่างเช่น สมาคม กลุ่มชมรมต่างๆ รูปแบบของกิจกรรมจะค่อนข้างชัดเจน อาจกำหนดโดยเจ้าหน้าที่ในองค์กรหรือตัวผู้สูงอายุเอง เป็นกิจกรรมที่ทำภายนอกครอบครัว ผู้สูงอายุจะมีโอกาสได้ ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมและผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมจะต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับ ขององค์กรนั้น ๆ กิจกรรมต่างๆ ถูกจัดขึ้นเพื่อประโยชน์ต่อผู้สูงอายุโดยตรง เช่น กิจกรรมอาชีพบำบัด (Occupation therapy) กิจกรรมทางศาสนา (Religion therapy) กิจกรรมการออกกำลังกาย (Physical exercise) กิจกรรมนันทนาการบำบัด (Recreation therapy) กิจกรรมอาสาสมัคร (Volunteering) กิจกรรมบำบัดด้วยหนังสือ (Biblio therapy) เป็นต้น

3) กิจกรรมที่ทำตามลำพังหรือทำคนเดียว (Solitary) เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำตามลำพัง ไม่จำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น บุคคลสามารถใช้เวลาเพื่ออยู่ตามลำพังได้อย่างสงบ และมีโอกาสได้ทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจอยู่เรื่อยๆ เช่น ทำงานอดิเรกต่างๆที่ตนชอบ เป็นต้น

อาจกล่าวโดยสรุปว่าทฤษฎีกิจกรรมให้ความสำคัญในบทบาทใหม่ๆ ความสนใจและความสัมพันธ์ใหม่ๆ ของผู้สูงอายุในวัยสูงอายุเพื่อที่จะมาทดแทนกิจกรรมเดิมๆที่บุคคลชอบทำอยู่ แต่ผู้สูงอายุ ยังคงที่จะสามารถทำกิจกรรมที่ตนสนใจต่อไปได้ ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ คือผู้สูงอายุที่ไม่ละทิ้ง การทำกิจกรรม ยังคงทำกิจกรรมต่างๆอยู่ อาจเป็นการทำกิจกรรมใหม่ หรือกิจกรรมเดิมก็ได้ การที่ ผู้สูงอายุถอยตัวออกจากกิจกรรมอาจเป็นสาเหตุมาจากการที่เกิดภาวะทางเศรษฐกิจหรือสังคม กิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำนั้นเป็นสิ่งจำเป็นและส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจและความมั่นคงทางจิตใจว่าตนยังสามารถทำสิ่งต่างๆได้ รู้สึกเป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและได้มีโอกาสช่วยเหลือสังคม

1.4 ลักษณะของผู้สูงอายุในสังคมไทย

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่กำลังประสบปัญหาการเปลี่ยนแปลงประชากรในช่วงเวลา กว่า 20 ปีที่ผ่านมา สภาวะการณ์ทางประชากรของประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วอัตราการเพิ่มประชากรลดลงจากระดับสูง คือ ประมาณร้อยละ 3 ต่อปี ในช่วงปี พ.ศ. 2503 มาสู่ระดับที่ค่อนข้างต่ำ ประมาณร้อยละ 1.1 ต่อปีในปัจจุบัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอัตราการเพิ่มประชากรนี้เป็นผลจากการเปลี่ยน ทั้งในด้านภาวะการตายและภาวะเจริญพันธุ์ หากเริ่มพิจารณาจากภาวะการตายจะพบว่าภาวะการตายมี บทบาทอย่างมากต่อการเปลี่ยนแปลงทางประชากรของไทย การลดระดับการตายเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและ ต่อเนื่อง ในขณะที่ภาวะเจริญพันธุ์หรือภาวะการเกิดนั้นยังคงอยู่ในระดับสูง อันเป็นเหตุให้จำนวนประชากร ไทยในอดีตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนและสัดส่วน เพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคต กล่าวคือ ประชากรสูงอายุจะเพิ่มจากประมาณ 5 ล้านคนในปัจจุบันเป็นประมาณ 10 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มประชากร สูงอายุจะมีผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุมากขึ้น เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ เช่น ในปี พ.ศ. 2533 มีผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไปอยู่ เพียงประมาณ 700,000 คน จากนั้นจะเพิ่มเป็น 1,400,000 คน ในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น กว่า 2 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563 (วิพรรณ ประจวบเหมาะ, 2542) ประกอบกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมได้ เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว จากที่เคยมีประเพณีที่เรียบง่าย มีความกตัญญู ยกย่องให้เกียรติผู้อาวุโส โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขรู้สึกมีคุณค่าที่ได้เป็นที่พึ่งของลูกหลาน (จิราพร เกศพิชญ วัฒนา และคณะ, 2543 และ ประนอม โอทกานนท์ และคณะ, 2543) มีลักษณะของการอาศัยอยู่เป็น ครอบครัวใหญ่ แต่ปัจจุบันนี้สังคมไทยได้เปลี่ยนไป อย่างมากในทางเศรษฐกิจและสังคมเมื่อประเทศไทยได้ เปลี่ยนวิธีการผลิตจากเกษตรกรรมเพื่อยังชีพมาเป็นเน้นทุนนิยม เมืองอุตสาหกรรม รวมทั้งกระแสของ โลกาภิวัตน์ ซึ่งส่งผลต่อสังคมเป็นอย่างมาก ครอบครัวที่เคยเป็นครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัว เดียวที่เล็กลง ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังในชนบทเพราะลูกหลานเข้ามาทำงานในเมืองทำให้ ผู้สูงอายุเกิดความขี้เมคร้ำ เครียด และเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ และส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ไม่ดี ประสบ ปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัย ความสัมพันธ์ในครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม ทางด้านการศึกษา ด้าน ความมั่นคงของรายได้ ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาเหล่านี้ เกิดจากการที่วัฒนธรรมของสังคมไทยเปลี่ยนไป ทำให้ ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวมากขึ้น ประกอบกับการจัดสวัสดิการต่างๆยังไม่สามารถตอบสนอง ความ ต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะส่งผลต่อสุขภาพจะได้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม บุตรหลานออกไปทำงานนอกบ้านทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านคนเดียว โอกาสที่ผู้สูงอายุจะเล่าให้ฟังถึงปัญหาต่างๆให้คนในครอบครัวฟังก็น้อยลงมากไปกว่านั้นในช่วงอายุนี้ผู้สูงอายุจะเกษียณและไม่ม้งานทำ ทำให้ผู้สูงอายุต้องสูญเสียสถานภาพทางสังคมที่ตนเคยมี ขาดการติดต่อกับเพื่อน ขาดการสนับสนุนทางสังคม ร่วมในงานสังคมน้อยลงและ ยังขาดรายได้ สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำลง staab & Hodge (1996) และ Stanley (1995) ยังกล่าวเพิ่มเติมอีกว่าการสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อผู้สูงอายุ เช่น คู่สมรส เพื่อนสนิท อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว กลัวที่จะเผชิญกับความตาย ไร้จุดหมายในชีวิต ว่าเหว และอาจทำให้รู้สึกไม่อยากรมีชีวิตอยู่ได้

2. การเห็นคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem)

2.1 นิยามและขอบเขต

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) หมายถึงความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองในทางที่ดี ยอมรับและเคารพตนเองว่ามีความสำคัญ สามารถใช้ความสามารถที่ตนมีอยู่นั้นทำในสิ่งต่างๆได้ตามเป้าหมาย รวมไปถึงการเคารพผู้อื่น รู้สึกมีเป้าหมายในชีวิต มองว่าตนเองมีคุณค่า ซึ่งการพิจารณาว่าบุคคลมีการเห็นคุณค่าในตัวเองหรือไม่นั้น พิจารณาได้จากการเปรียบเทียบตัวตนที่แท้จริง (Real self) กับตนในอุดมคติ (Ideal self) บุคคลที่มองเห็นตนเองในอุดมคติตรงกับตนเองในความเป็นจริงจะเป็นคนที่มี การเห็นคุณค่าในตนเองสูง (High self-esteem) แต่บุคคลที่มองเห็นตนเองในอุดมคติไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (Low self-esteem) คนเหล่านี้มักนับถือและยอมรับในตนเองต่ำ คอยกังวลว่าตนเองบกพร่อง อย่างไรก็ตาม Rosenberg (1981, อ้างถึงใน รัชนิย์ แก้วคำศิริ, 2545) ได้กล่าวว่าสำหรับคนที่มี การเห็นคุณค่าในตนเองสูง ไม่จำเป็นว่าบุคคลนั้นจะต้องพิจารณาว่าตนเองดีกว่าคนอื่น เห็นผู้อื่น แค่เพียงมองว่าตนมีคุณค่าเหมือนคนทั่วไปก็เป็นการมองเห็นคุณค่าของตนในลักษณะหนึ่งแล้ว

ยังมีผู้ให้นิยามของคำว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ไว้ดังต่อไปนี้

Rozenberg (1979) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง คือการที่บุคคลมีทัศนคติต่อตนเอง ในด้านบวกหรือด้านลบ ผู้ที่นับถือตนเองคือผู้ที่คิดว่าตนเองมีคุณค่า มีเกียรติ มีความพอใจในตนเอง ในทางตรงกันข้าม ถ้าเห็นคุณค่าในตนเองต่ำบุคคลมักจะคิดว่าตนเองไม่เท่าเทียมคนอื่นเพราะขาดบางสิ่งบางอย่าง

Baumeister (2005) ได้ให้นิยามการเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นการประเมินความเชื่อเกี่ยวกับคุณสมบัติของตน (Self-concept)

Carpenito (1991) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นบุคลิกภาพอย่างหนึ่งของบุคคลที่มีความรู้สึกในควมมีคุณค่าของตนเอง และจากการประเมินตนเองในเรื่องความสามารถและการยอมรับของสังคม

Coopersmith (1967) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองนั้นคือการประเมินตนเองของแต่ละบุคคล และเป็นการแสดงการยึดมั่นตามขนบธรรมเนียมนิยมด้วยการตัดสินใจของตนเองอย่างนับถือตนเอง แสดงให้เห็นถึงทัศนคติในการยอมรับ (Approval) หรือการไม่ยอมรับ (Disapproval) รวมทั้งแสดงให้เห็นถึงความเชื่อของแต่ละบุคคลว่าตนมีความสามารถ มีความสำคัญ มีความสำเร็จ และมีคุณค่า การเห็นคุณค่าในตนเองจึงเป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นถึงการตัดสินใจของบุคคลต่อคุณค่าของตนเอง พร้อมทั้งแสดงถึงเจตคติที่บุคคลนั้นยึดถืออยู่ด้วย

O'Connell (2001) ให้นิยามการเห็นคุณค่าของตนเองว่าหมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเองโดยมีความหมายใกล้เคียงกับ การเคารพในตนเอง (Self-respect), ความมั่นใจในตนเอง (Self-confidence), การตระหนักในตนเอง (Self-regard) และการให้คุณค่าในตนเอง (Self-worth)

Osborne (1996) ได้ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบเกี่ยวกับตนเอง อาจมีสิ่งที่ดีหรือไม่ดีเกิดขึ้นและมีทั้งเพิ่มขึ้นและลดลง เป็นสิ่งที่บุคคลเผชิญ และเข้าใจทั้งในด้านความสำเร็จหรือความล้มเหลวของตนเอง

Bandura (1986) ได้ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นการประเมินของตนเองว่าตนเองเป็นคนอย่างไร ถ้าหากประเมินตนเองไร้อาก็จะมีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ แต่ถ้าประเมินว่ามีความสามารถก็จะรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง

James (1890 อ้างถึงใน Farnham, Greenwald, และ Banaji, 1999) ให้นิยามการเห็นคุณค่าในตนเองว่าหมายถึง ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง ซึ่งจะเกิดจากการเปรียบเทียบระหว่างตัวตนที่แท้จริงและตัวตนในอุดมคติ

Maslow (1970) ให้ความหมายว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนมีคุณค่า มีความเข้มแข็ง มีสมรรถภาพในการกระทำสิ่งต่างๆ มีความเชี่ยวชาญและมีความสามารถ

อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ (2542) อธิบายว่าการเห็นในคุณค่าของตนเองเป็นความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง เกิดจากการเปรียบเทียบตนจริง(Real self) กับตนในอุดมคติ (Ideal self) โดยการประเมินคุณค่าของตนเองจากลักษณะทางกายภาพ จิตใจ ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม ความสามารถทางสติปัญญา และความสามารถในด้านต่างๆ นอกจากนี้การเห็นในคุณค่าของตนเองยังเกิดจากการยอมรับของบุคคลรอบข้าง การรู้สึกว่ามีคนรัก การได้รับการยกย่อง หรือประสบความสำเร็จ เป็นต้น บุคคลที่ประเมินตนออกมาในด้านดีจะเป็นคุณค่าของตนเองแต่ถ้าประเมินตนออกมาในด้านลบ เช่น ไม่มีใครสนใจ ไม่ได้รับการยอมรับ ถูกเหยียดหยาม ทำอะไรไม่สำเร็จ จะเกิดความรู้สึกว่าตนไร้คุณค่า

ชนิดา สุวรรณศรี(2542) ได้ให้ความหมายว่า การรับรู้ตนเองของบุคคลที่ประกอบด้วย การรับรู้ตนเองโดยทั่วไป การรับรู้ตนเองทางด้านครอบครัวและสังคม รวมถึงความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ความเข้าใจตนเองแล้วแสดงออกในแง่ของการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเองในด้านความสามารถ ความสำเร็จ ความสำคัญ ความมีคุณค่าและความมีพลังอำนาจในตน พร้อมทั้งการรับรู้จากการประเมินของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง ซึ่งสามารถรับรู้ได้จากคำพูดและท่าทางการแสดงออก

อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นพื้นฐานทางสุขภาพจิตของ คนเราเป็นความเชื่อที่บุคคลมีต่อตนเอง ยอมรับและเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองนั้นมีค่า มีความรู้สึกทางบวกต่อตนเอง บุคคลใดที่มีความนับถือตนเองจะเห็นคุณค่าในตนเองสูง ส่งผลให้บุคคลนั้นมีความพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างดี รู้สึกว่าตนเองมีความสามารถและได้รับการยอมรับจากคนอื่น ๆ การเห็นคุณค่าในตนเองจะสามารถได้พัฒนาขึ้นหลังจากที่บุคคลนั้นได้รับการตอบสนองทางร่างกาย มีความปลอดภัย ได้รับความรักและรู้สึกเป็นเจ้าของ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าหากบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำก็จะรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า หมดกำลังใจในการทำสิ่งต่างๆ รู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ ส่งผลให้บุคคลสูญเสียการพึ่งพาตนเอง เกิดความไม่มั่นใจทางจิตใจ และอาจทำให้เกิดความเจ็บป่วยตามมา

2.2 ระดับของการเห็นคุณค่าในตนเอง

ระดับของการเห็นคุณค่าของตนเองที่แตกต่างกันนั้นส่งผลทำให้เกิดความรู้สึกกับตนเองที่แตกต่างกันด้วยในแต่ละคน ลักษณะแนวทางที่จะแสดงออกถึงภาพลักษณ์ของตนเองไปสู่บุคคลอื่นก็จะแตกต่างกันไปด้วย ดังนี้

ในบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตัวเองระดับสูง (High self-esteem) จะประเมินตนเองในทางบวก มองตนเองว่ามีความสามารถที่จะทำในสิ่งต่างๆ เพื่อให้ประสบความสำเร็จได้ เคารพตนเอง มีลักษณะเป็นคนที่มีความมั่นใจในการที่จะยอมรับตนเองตามความเป็นจริง มีความกล้าแสดงออก กล้าที่จะทำในสิ่งที่เหมาะสม และเชื่อมั่น ซึ่ง Berk (1994) ได้กล่าวว่าคนที่มีความระดับของการประเมินคุณค่าของตนเองในระดับสูงจะทำการประเมินตนเองตามลักษณะและความสามารถที่เป็นจริงไม่บิดเบือน

Lindenfield (1995, อ้างถึงใน ปัทมา เรณูมาร, 2539) กล่าวถึงลักษณะของบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงไว้ดังต่อไปนี้

- 1) ดูแลเอาใจใส่ในตนเองดี (Well-nurtured) ดูแลตนเอง ออกกำลังกาย และยังเลือกเครื่องแต่งกายเพื่อให้ตนเองดูดี มีการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดูแลเรื่องการนอนหลับพักผ่อนของตนเอง และจะดูแลตนเองเป็นพิเศษเมื่อตกอยู่ในสภาวะที่เจ็บป่วยหรือรู้สึกกดดัน
- 2) มีพลังและจุดมุ่งหมาย (Energetic and purposeful) มีลักษณะเป็นคนมีชีวิตชีวาทั้งทางร่างกายและจิตใจ รู้สึกสนุกสนานกับการทำงานในหน้าที่อย่างกระตือรือร้น มีแรงจูงใจสูง มีความคิดสร้างสรรค์ในการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี
- 3) รู้สึกผ่อนคลายและสงบ (Relaxed and calm) แม้กำลังเผชิญกับปัญหาแต่ก็สามารถจะจัดการควบคุมตนเองได้ มักไม่ค่อยหน้าบึ้งหรือมีความเครียดปรากฏบนใบหน้า แม้ว่าจะผ่านการได้รับความรู้สึกกดดันอย่างสูงก็สามารถกลับคืนสู่ความสงบและผ่อนคลายได้อย่างรวดเร็ว
- 4) มีความเชื่อมั่นในตนเอง (Self-reliant) สามารถกระทำการต่างๆ ได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ และเป็นตัวของตัวเอง พึ่งพาตนเองได้โดยไม่จำเป็นต้องมีผู้อื่นคอยสั่งการหรือชี้แนะให้ทำ
- 5) มองโลกในแง่ดีและคิดในทางที่ดี (Optimistic and positive) เมื่อบุคคลพบความผิดพลาดขณะที่กำลังทำการเรียนรู้ เขาจะมักไม่ค่อยมีความกลัวหรือวิตกกังวล จะทำการสังเกตกระบวนการหรือประสบการณ์ที่ไม่คุ้นเคยอย่างเปิดเผย รู้สึกว่าปลอดภัย จะมีวิธีในการจัดการกับความเครียด หลังจากนั้นเมื่อหายเครียดแล้วจะกลับมาแก้ปัญหาใหม่ด้วยความรู้สึกอยากที่จะแก้ไขและตื่นเต้น มากไปกว่านั้นยังมองเห็นโอกาสในการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาในสิ่งที่บุคคลนั้นสนใจ
- 6) เปิดเผยและแสดงความรู้สึก (Open and expressive) สามารถสื่อสารกันอย่างตรงไปตรงมา ทั้งภาษาท่าทางและภาษาพูด แสดงให้เห็นถึงความรู้สึกที่กำลังเกิดขึ้นในขณะนั้นได้ทันทีและยังสามารถควบคุมหรือหยุดความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลต้องการ

7) มีพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม (Appropriately assertive) สามารถยื่นกรานในความต้องการและสิทธิของตนได้โดยเป็นไปในทางที่เหมาะสมและถูกต้อง

8) มีความสามารถในการเข้าสังคมและร่วมมือกับผู้อื่นได้ (Sociable and co-operative) รู้จักใช้วิธีการประนีประนอมเพื่อความสัมพันธที่ดีภายในกลุ่ม สามารถทำตัวเป็นสมาชิกที่ดีของกลุ่มบุคคลประเภทนี้ชอบที่จะสนับสนุนในความสำเร็จของผู้อื่น ชื่นชมและให้กำลังใจผู้อื่นอย่างจริงใจ ในกรณีที่เป็นผู้นำก็สามารถบริหารอำนาจของการเป็นผู้นำได้อย่างเหมาะสม

9) มีการพัฒนาตนเอง (Self-developing) ถึงแม้ว่าบุคคลเหล่านี้จะมีความภาคภูมิใจในตนเองอยู่ในระดับที่สูงอยู่แล้ว แต่ก็ยังคงตรวจสอบตนเองอยู่เสมอ มากไปกว่านั้นพวกเขายังรู้สึกดีที่ได้รับรู้ข้อบกพร่องและความผิดพลาดของตนเอง ทำให้สามารถที่จะพัฒนาตัวเองไปในทางที่ดีกว่าเดิมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนคนที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ (Low self-esteem) Rosenberg (1979) กล่าวว่าบุคคลจะมีลักษณะขาดการยอมรับและไม่นับถือตนเอง ประเมินว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะทำในสิ่งต่างๆ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งในความเป็นจริงแล้วบุคคลเหล่านี้มีความสามารถแต่ไม่กล้าที่จะแสดงความสามารถนั้นออกมา ทำให้บุคคลเหล่านี้ไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาได้ จนผลสุดท้ายอาจส่งผลให้คิดหาทางแก้ปัญหาแบบผิดๆ เช่น หาทางออกโดยการฆ่าตัวตาย ฟุ้งพายุหรี ยาสเสพติด หรือเครื่องดื่มที่เป็นแอลกอฮอล์ เป็นต้น

2.3 ประเภทของการเห็นคุณค่าในตนเอง

Maslow (1970) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตัวเองนั้นเป็นความรู้สึกของบุคคลที่ต้องการให้ตัวเองมีคุณค่าและมีประโยชน์ที่จะทำในสิ่งต่างๆ ได้ ความรู้สึกในลักษณะดังกล่าวนี้ Maslow เชื่อว่าเป็นรูปแบบของลักษณะความต้องการที่บุคคลทุกคนปรารถนาให้มีโดยสามารถจำแนกได้ 2 ประเภท ดังต่อไปนี้

1) ความต้องการเห็นคุณค่าในตน (Self-esteem) กล่าวคือ เป็นความปรารถนาของบุคคลที่จะให้ตนเองมีความสามารถ มีความเข้มแข็งเพียงพอสำหรับการกระทำสิ่งต่างๆ มีความเชี่ยวชาญ มีความเชื่อมั่นในการที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความอิสระ เสรีภาพและประสบความสำเร็จในการที่จะทำกิจกรรมต่างๆ

2) ความต้องการที่จะให้ผู้อื่นมองเห็นคุณค่าของตน (Esteem of others) เป็นความปรารถนาของบุคคลที่จะทำให้นบุคคลอื่นเห็นว่าตนเองเป็นผู้ที่มีเกียรติ มีชื่อเสียง มีตำแหน่งและฐานะ มีความสำคัญ

มีอำนาจเหนือผู้อื่น มีศักดิ์ศรี ได้รับการยอมรับจากคนรอบข้างและเป็นที่น่าชื่นชม

Taft (1985) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นการที่บุคคลประเมินหรือตัดสินคุณค่าของตนเองโดยอาศัยกระบวนการรับรู้การเห็นคุณค่าในตนเอง 2 ขั้นตอน คือ

1) ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความสามารถในกระบวนการของการตอบสนองต่อสภาวะแวดล้อมและผลที่ตนได้รับ อาจกล่าวได้ว่ากระบวนการนี้เป็นความรู้สึกภายในต่อการเห็นคุณค่าของตน (Inner self-esteem) นับได้ว่าเป็นความสัมพันธ์ของปัจเจกบุคคลที่แท้จริงในสังคมและผลกระทบที่มีต่อสิ่งแวดล้อม เป็นความรู้สึกที่อยู่ภายในตนเองตามความสามารถในการปฏิบัติเพื่อที่จะควบคุมสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง

2) การประเมินการกระทำและทัศนคติของสังคมที่มีต่อตนเอง ส่วนของกระบวนการนี้เป็นการเห็นคุณค่าของตนเองที่มีรากฐานมาจากการประเมินและการยอมรับของผู้อื่น อาจกล่าวได้ว่าเป็น ความรู้สึกที่ได้รับจากภายนอกและส่งผลต่อการเห็นคุณค่าของตน

2.4 คุณลักษณะพื้นฐานและองค์ประกอบของการพัฒนาการเห็นคุณค่าของตนเอง

Coopersmith (1992, อ้างถึงใน ปัทมา เรณูมาร, 2539) ได้ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองว่าเป็นการประเมินตนเองในด้านของการมีคุณค่าและแสดงถึงทัศนคติที่มีในด้านการยอมรับหรือไม่ยอมรับเกี่ยวกับตนเอง บุคคลจะมีขอบเขตในเรื่องของความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่าตนมีคุณค่าและความสำคัญ โดย Coopersmith ได้จำแนกคุณลักษณะพื้นฐานของการมองเห็นคุณค่าในตนเองไว้ 4 ประการ ดังต่อไปนี้

1) มีความสำคัญ (Significance) เป็นความรู้สึกที่บุคคลรับรู้ว่าตนยังเป็นที่รัก ซึ่งสามารถพิสูจน์ได้โดยการที่ผู้อื่นเห็นในความสำคัญของตนเอง

2) มีความสามารถ (Competence) เป็นวิถีทางที่จะพิจารณาถึงความสำคัญโดยการกระทำ

3) มีคุณความดี (Virtue) เป็นการบรรลุมาตรฐานตามหลักศีลธรรมและจริยธรรม

4) มีพลังและอำนาจ (Power) เป็นอิทธิพลที่บุคคลมีต่อชีวิตตนเองและผู้อื่นรอบข้าง

Coopersmith (1981) ได้ทำการแบ่งองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่าของตนเองในบุคคลเป็น 2 ประเภท คือ

1) องค์ประกอบภายในบุคคล

องค์ประกอบภายในบุคคล หมายถึง ลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเห็นคุณค่า

ในตนเอง เพราะเป็นลักษณะส่วนบุคคลที่แต่ละคนมีแตกต่างกันจึงส่งผลทำให้ระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองของแต่ละคนแตกต่างกัน ซึ่งองค์ประกอบภายในนี้สามารถแยกย่อยได้ออกเป็นดังนี้

ก) ลักษณะทางกายภาพ (Physical attributes)

ลักษณะกายภาพในที่นี้ยกตัวอย่างเช่น ความสวยงาม ทั้งในด้านรูปร่างหน้าตา บุคลิกภาพ มีความว่องไวคล่องแคล่วในการที่จะทำกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น ซึ่งลักษณะเหล่านี้เป็นสิ่งที่สามารถเอื้ออำนวยต่อการทำกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลให้ความสำคัญสำเร็จลุล่วงได้ และลักษณะเหล่านี้ยังมีส่วนในการช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง เช่น ในเพศชายที่มีความแข็งแรง มีความว่องไวในการทำสิ่งต่างๆ จะส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าผู้หญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มากไปกว่านั้นการที่บุคคลได้รับข้อมูลป้อนกลับจากบุคคลอื่นซึ่งกล่าวถึงตนเองในด้านดีมักจะทำให้บุคคลเกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง เนื่องจากลักษณะทางกายภาพเป็นสิ่งที่คนโดยรอบเห็นเป็นอันดับแรกทำให้บุคคลนั้นจะประเมินชื่นชมกันตรงที่ลักษณะภายนอกก่อน ยิ่งบุคคลรู้จักกันน้อยก็ยิ่งประเมินกันและกันจากภายนอกมากขึ้น ซึ่งมักจะส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ถูกประเมิน แต่อย่างไรก็ตามขึ้นอยู่กับค่านิยมของสังคมนั้นๆ ว่าลักษณะทางกายภาพจะมีความสัมพันธ์กับการ เห็นคุณค่าในตนเองมากน้อยเพียงใด

ข) สมรรถภาพ ความสามารถ และผลงานในการดำเนินกิจกรรม

การที่บุคคลจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองมากหรือน้อยจะขึ้นอยู่กับความสามารถของบุคคลในการที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นในครอบครัวหรือสังคมซึ่งจะมีในเรื่องของสติปัญญาเข้ามา เกี่ยวข้องด้วยบางส่วน สติปัญญาจะนำมาซึ่งผลต่อสมรรถภาพและผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ และเมื่อ ประสบความสำเร็จแล้วก็จะนำไปสู่การเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเอง (Coopersmith, 1981) โดยเฉพาะถ้าผู้ที่กำลังอยู่ในขั้นของการศึกษาเล่าเรียน ใช้สติปัญญาและความสามารถอย่างเต็มที่จนประสบความสำเร็จด้วยตนเอง แต่ในทางตรงกันข้ามหากประสบกับความล้มเหลวบุคคลนั้นจะมีระดับการเห็นคุณค่าของตนเองลดลงอย่างเห็นได้ชัด เพราะเหตุนี้จึงจะเห็นได้ว่าสติปัญญาและความสามารถของบุคคลในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองอย่างชัดเจน นอกจากนี้ Hamachek (1987) ยังกล่าวว่าบุคคลที่เคยประสบกับความล้มเหลวหรือความล้มเหลวมาก่อนมักจะมีเป้าหมายและการกล้าที่จะเสี่ยงในระดับที่แตกต่างกัน โดยบุคคลที่เคยประสบความสำเร็จมาก่อนมักกล้าที่จะเสี่ยงทำงานตามระดับความสามารถของตนเอง โดยงานนั้นเป็นงานที่ไม่ยากหรือง่ายจนเกินไป และบุคคลประเภทนี้มักมีการตั้งระดับความปรารถนาตามความจริง และจะมองตนเองในด้านดีมากกว่าบุคคลที่ล้มเหลว

ค) ภาวะทางอารมณ์ (Affective states)

ความรู้สึกของบุคคลมีความสำคัญต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง ภาวะทางอารมณ์เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความพึงพอใจ ความรู้สึกที่เป็นสุข ความวิตกกังวลและความรู้สึกอื่นๆของบุคคล ซึ่งภาวะดังกล่าวนี้เกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคมและเกิดการเปรียบเทียบและส่งผลให้ประเมินตนเอง บุคคลที่ประเมินตนเองไปในทางบวกจะแสดงความรู้สึกพึงพอใจต่อสภาพอารมณ์ที่ดี และส่งผลให้ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น รู้สึกมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จ แต่หากบุคคลประเมินตนเองไปในทางลบก็จะเกิดความไม่พึงพอใจในภาวะอารมณ์ในปัจจุบันของตนเองและมองว่าตนเองคงไม่สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ในอนาคต ทำให้ระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองลดต่ำลง เพราะฉะนั้นจะเห็นได้ว่าภาวะทางอารมณ์ของการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆส่งผลต่อระดับการเห็นคุณค่าในตนเองด้วยเช่นกัน

ง) ค่านิยมส่วนบุคคล (Self-values)

การเห็นคุณค่าในตนเองของแต่ละบุคคลนั้นจะผันแปรตามค่านิยม บุคคลจะประเมินตนเองในสิ่งที่ตนเองให้คุณค่าและการประเมินนั้นจะเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับสิ่งที่สังคมนั้นๆให้คุณค่า เช่น การที่บุคคลให้ความสำคัญต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน แต่กลับประสบความล้มเหลวในด้านนี้ทำให้เกิดความรู้สึกผิดหวัง อาจทำให้บุคคลนั้นประเมินว่าตนมีคุณค่าต่ำลง เพราะฉะนั้นถ้าค่านิยมโดยส่วนตัวของบุคคลมีความสอดคล้องกับค่านิยมทางสังคมระดับการเห็นคุณค่าของตนเองของบุคคลนั้นจะยิ่งสูงขึ้น แต่ถ้าค่านิยมส่วนตัวของบุคคลเกิดขัดแย้งกับค่านิยมทางสังคมบุคคลนั้นก็จะมี การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง

จ) ความทะเยอทะยาน (Aspiration)

แต่ละบุคคลจะมีลักษณะของความมุ่งหวัง ทะเยอทะยานแตกต่างกันไป บางบุคคลมุ่งหวังด้านความสามารถด้านต่างๆ การทำงาน หรือการเรียน โดยทั่วไปแล้วการประเมินตนเองของบุคคลมีพื้นฐานมาจากการเปรียบเทียบผลงานและความสามารถของตนกับมาตรฐานที่บุคคลได้ตั้งไว้ ประสบการณ์ของการได้รับความสำเร็จจะนำไปสู่ความคาดหวังที่จะสำเร็จในครั้งต่อไป ซึ่งความสามารถที่ทำได้ตามเกณฑ์หรือเหนือกว่าเกณฑ์จะช่วยพัฒนาการเห็นคุณค่าของตนเอง แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าผลงานไม่สามารถบรรลุตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ บุคคลจะรู้สึกว่าตนเองล้มเหลวและส่งผลทำให้ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองลดต่ำลง

ฉ) เพศ (Sex)

สังคมและวัฒนธรรมส่วนใหญ่รวมถึงในประเทศไทยมักจะให้ความสำคัญกับเพศชาย การประสบความสำเร็จของเพศหญิงมักถูกมองว่าเป็นเพราะความพยายามหรือความโชคดี แต่หากเป็นเพศชายมักจะถูกมองว่าเกิดจากการความสามารถ ด้วยเหตุนี้จึงพบว่าโดยส่วนใหญ่เพศชายมักมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าเพศหญิง (Shaver 1987 , อ้างถึงใน สุพรรณณี จันทวิเศษ, 2539) แต่อย่างไรก็ตามทัศนคติต่อผู้หญิง และระดับการเห็นคุณค่าในตนเองมีความแตกต่างกันระหว่างวัฒนธรรมด้วย (Spence 1981, อ้างถึงใน สุพรรณณี จันทวิเศษ, 2539)

ช) ปัญหาต่างๆและโรคภัยไข้เจ็บ (Problems and pathology)

อาจหมายถึงปัญหาสุขภาพจิตต่างๆไป อาการทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ (Psychosomatic symptoms) ผู้ที่มีปัญหาต่างๆนี้สูง มักจะมีระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำและจะแสดงออกมาในรูปแบบของความวิตกกังวล มีความทุกข์ แต่ในขณะเดียวกันผู้ที่มีปัญหาดังกล่าวน้อยจะมีระดับของการเห็นคุณค่าของตนเองสูง (Coopersmith, 1981)

2. องค์ประกอบภายนอก

องค์ประกอบภายนอก หมายถึง สภาพแวดล้อมภายนอกที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ซึ่งในส่วนนี้จะส่งผลให้บุคคลเกิดระดับการเห็นคุณค่าที่แตกต่างกันออกไป องค์ประกอบภายนอกอาจประกอบไปด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

ก) สัมพันธภาพในครอบครัว

ความสัมพันธ์ของครอบครัวของบุคคลนั้นควรที่จะอบอุ่น มีการให้เกียรติกันและกัน มีการให้อิสระทางความคิดเห็นและตัดสินใจ เข้าใจซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้จะส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองได้

ข) สถานภาพทางสังคม

สถานภาพในสังคมเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงตำแหน่งหรือสถานภาพของบุคคลในสังคมเป็นตัวอย่างที่ระดับชั้นทางสังคมของบุคคลเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น อาจโดยการพิจารณาจากอาชีพ รายได้ ตำแหน่งงาน บทบาททางสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย เป็นต้น แต่โดยทั่วไปมักจะเน้นที่ฐานะทางเศรษฐกิจของบุคคล ซึ่งพิจารณาได้จากอาชีพ รายได้ และที่พัก บุคคลที่มาจากสถานภาพทางสังคมระดับสูงจะรับการปฏิบัติที่ทำให้เกิดระดับการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าผู้อื่น และตัวบุคคลเองมักมีความเชื่อว่าตนมีคุณค่าสูงตามมา

ค) สังคมและกลุ่มเพื่อน

ระดับของการเห็นคุณค่าในตนเอง ในส่วนหนึ่งเกิดจากการรับรู้ในการเปรียบเทียบตนเองตามสภาพที่เป็นจริงกับคนอื่นที่คล้ายคลึงกับตนในด้านใดด้านหนึ่ง อาจเป็นในด้านของทักษะความถนัด ความสามารถ ถ้าหากเปรียบเทียบแล้วพบว่าตนเองมีความสามารถ มีทักษะในการที่จะเรียนรู้ใน กิจกรรมต่างๆมากกว่ากลุ่มเพื่อนในวัยเดียวกัน บุคคลนั้นย่อมมีระดับในการเห็นคุณค่าในตนเองสูงมากขึ้นและจะรู้สึกว่าได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนและสังคม ประทับใจในตนเอง ในทางตรงกันข้ามกัน ถ้าหากบุคคลใดที่พบว่าตนเองขาดทักษะความสามารถในการที่จะดำเนินกิจกรรมใดๆที่ทัดเทียมกับสมาชิกในกลุ่ม บุคคลนั้นจะรู้สึกว่าตนไร้ความสามารถ รู้สึกว่าเพื่อนในกลุ่มอาจไม่ยอมรับ ส่งผลทำให้การเห็นคุณค่าในตนเองลดต่ำลงไปด้วย อย่างไรก็ตามการมีส่วนร่วมในกิจกรรมก็จะเป็นส่วนหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่าเราได้รับการยอมรับจากกลุ่มได้แสดงความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าประสบความสำเร็จแล้วจะรู้สึกว่ามีความคุณค่าในตนเอง

Braden (1981, อ้างถึงใน ชนิตา จันแก้ว, 2547) กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตัวเองมีผลมาจากการพัฒนาความรู้สึกของบุคคลซึ่งมี 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

1) ความรู้สึกมีส่วนร่วม (Sense of belonging) เป็นการที่บุคคลได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในกลุ่ม รับรู้ว่ามีสมาชิกในกลุ่มยอมรับและมองว่าตนเองมีคุณค่า

2) ความรู้สึกมีความสามารถ (Feeling competent) การที่บุคคลจะสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ได้อย่างสมบูรณ์แบบที่ต่อเมื่อบุคคลนั้นสามารถทำเป้าหมายนั้นสำเร็จได้ด้วยความสามารถที่ตนเองมีบุคคลจะทำการประเมินความสามารถของตนเองจากผลงานที่ตนทำ หากสามารถทำได้สำเร็จก็จะทำการประเมินตนเองไปในทางบวก

3) ความรู้สึกมีคุณค่า (Feeling worthwhile) การที่บุคคลมองตัวเองว่าตนเป็นผู้มีคุณค่าหรือไม่ ซึ่งจะขึ้นอยู่กับผลของการที่สมาชิกในกลุ่มประเมินบุคคลไปในทางบวกหรือทางลบ รวมทั้งการเปรียบเทียบการกระทำของตนเองกับสมาชิกในกลุ่มด้วย ถ้าหากทั้งสองอย่างนี้ได้ถูกประเมินไปในทางบวก ตัวบุคคลเองก็จะรับรู้ตนเองว่าตนเองมีคุณค่า

2.5 พัฒนาการในด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง

จากผลการศึกษาวิจัยของ Burnside (1979, อ้างถึงใน ขวัญใจ พิมพิมล, 2543) กล่าวว่าในการศึกษาพบว่าระดับการรับรู้ในคุณค่าของตนเองของแต่ละบุคคลจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งถึงวัย

กลางคน การมองเห็นคุณค่าในตนเองจึงจะมีความคงที่และเสื่อมถอยลง

อย่างไรก็ตามการมองเห็นคุณค่าในตนเองเป็นกระบวนการที่เกิดจากการที่บุคคลตัดสินใจคุณค่าของตนเองจากประสบการณ์และการรับรู้ที่เกี่ยวกับตนเองที่สั่งสมมาตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็ นพฤติกรรมของคนรอบข้างที่มีต่อบุคคลหรือประสบการณ์ที่เต็มไปด้วยความสำเร็จหรือล้มเหลว สิ่งเหล่านี้จะค่อยๆเกิดการสะสมและก่อเป็นภาพที่อยู่ภายในใจ ในรูปแบบที่เป็นความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยมที่ฝังอยู่ในจิตใจในส่วนตัวได้สำนึกว่าตนเป็นคนอย่างไร มีคุณค่าหรือความสำคัญต่อผู้อื่นอย่างไร (เกียรติวรรณ อมาตยกุล, 2540) เพราะฉะนั้นการที่จะสร้างหรือพัฒนาการเห็นคุณค่าของตนเองจึงต้องอาศัยกระบวนการในการพัฒนาที่ค่อนข้างยาวนาน จะเริ่มตั้งแต่ในวัยเด็กและพัฒนาไปตามอายุที่ค่อยๆ เพิ่มขึ้น จนเกิดการเปลี่ยนแปลงที่มากอีกครั้งตอนเข้าสู่วัยสูงอายุเนื่องจากเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยใน ด้านต่างๆ ทั้งในด้านร่างกายและสังคม บุคคลที่อยู่ในวัยนี้จึงมักมองตนเองว่าไม่มีคุณค่า ไม่มี ความสำคัญ ทำให้ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองน้อยลง (นงลักษณ์ บุญไทย, 2539) ซึ่งการเห็นถึงคุณค่าในตนเองน้อย มักจะส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ การที่บุคคลจะประเมินค่าของตนเองไปในด้านใดนั้นขึ้นอยู่กับ ความสัมพันธ์ของตนเองและสิ่งแวดล้อม ทั่วไปแล้วมนุษย์เรามักให้คุณค่ากับความสำเร็จหรือความ ล้มเหลวเป็นสำคัญ ซึ่งในส่วนนี้จะมีผลต่ออัตตมโนทัศน์ของคนแต่ละบุคคลด้วย เพราะฉะนั้นถ้าหากบุคคล ประสบความสำเร็จในด้านต่างๆก็จะเป็นผลที่มีคุณค่ามาก ในเรื่องของความ เจ็บป่วย ความพิการ หรือการ ตกงานก็อาจส่งผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลลดต่ำลงไปด้วย อย่างไรก็ตามในเรื่องของมาตรฐาน ทางสังคม สภาวะครอบครัวก็ส่งผลกระทบต่อ การเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลอีกด้วย

2.6 ความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง

การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของจิตใจ ส่งผลให้บุคคลนั้นสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าและยังสามารถบอกถึงคุณภาพชีวิตของบุคคลได้ เป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะทำให้บุคคลนั้นปรับตัวทางสังคม ทางอารมณ์ และการเรียนรู้ เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลแสดงออกถึงพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ มากไปกว่านั้นยังเป็นจุดเริ่มต้นของการรับรู้ชีวิตที่มีผลต่อความคิด ค่านิยม อารมณ์ ความปรารถนาและการตั้งเป้าหมายในชีวิต ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการแสดง พฤติกรรมของ บุคคล จนกลายเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคลตามมา และยังรวมถึงการประสบความสำเร็จ ล้มเหลวหรือการ ประสบความสำเร็จของบุคคลด้วย อย่างไรก็ตามข้อที่สำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเองคือสามารถที่จะ นำพาบุคคลไปสู่การพัฒนาตนเองให้เป็นบุคคลที่สมบูรณ์ได้ในที่สุด (พรพรรณราย ทวีพระประภา, 2548)

Pope และคณะ (1985, อ้างถึงใน ชัยวัฒน์ วงศ์อาษา, 2539) ได้กล่าวว่าบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถที่จะเผชิญปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถที่จะยอมรับสถานการณ์ที่ทำให้ตนท้อแท้ใจ ผิดหวังด้วยความกล้าหาญ และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ด้วยเหตุนี้บุคคลเหล่านี้จึงมักจะประสบความสำเร็จ สามารถดำเนินชีวิตได้ตามที่ตนเองปรารถนา มีความสุข มากไปกว่านั้นยังพบว่าบุคคลจะสามารถที่จะดำเนินชีวิตตามที่ตนปรารถนาได้อย่างดีและมีพลังพอที่จะหลีกเลี่ยงปัญหารุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในอนาคต

จะเห็นได้ว่าการเห็นคุณค่าของตนเองนั้นเป็นปัจจัยพื้นฐานในชีวิตมนุษย์และมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลเป็นอย่างมาก เพราะเป็นการที่บุคคลประเมินการใช้ชีวิตของตนเอง ซึ่งการรับรู้การเห็นคุณค่าของตนเองนั้นจะส่งผลถึงบุคลิกการแสดงออกของบุคคลด้วย คนที่มีระดับของการเห็นคุณค่าของตนเองสูงมักจะประสบความสำเร็จในการดำรงชีวิตและหน้าที่การงาน มีความวิตกกังวลต่ำ ผู้ที่มีระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองปานกลางเป็นพวกยังไม่มั่นใจในการประเมินค่าของตนเอง ส่วนคนที่มีการเห็นคุณค่าของตนเองต่ำจะมีลักษณะที่ชอบแสดงความหวาดกลัว วิตกกังวลออกมา ไม่กล้าที่จะแสดงออก นึกถึงแต่ข้อด้อยของตนเอง ในบางครั้งไม่สามารถที่จะเข้าสังคมแบบกลุ่มกับเพื่อนๆ ได้ ไม่สามารถที่จะทำความรู้จักหรือสร้างความสัมพันธ์ใหม่ๆ กับเพื่อนใหม่ ขาดความสามารถในการอธิบายกลุ่ม (สถิต วงศ์สุวรรณ, 2523) อย่างไรก็ตามในแต่ละช่วงวัยระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองก็จะแตกต่างกันไป

2.7 สาเหตุของการสูญเสียการเห็นคุณค่าของตนเองในผู้สูงอายุในวัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจะส่งผลต่อการสูญเสียการเห็นคุณค่าในตนเองได้

Atchley (1994) ได้กล่าวถึงสาเหตุของการสูญเสียการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุที่สำคัญ ไว้ดังนี้

- 1) ความเสื่อมโทรมทางด้านความสามารถของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจะส่งผลต่อการได้รับการยอมรับของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิง การสูญเสียการเห็นคุณค่าในตนเองจากการเปลี่ยนแปลงนี้ เป็นเพราะว่ามีผลกระทบต่อภาพลักษณ์แห่งตน (Self image) ของผู้สูงอายุ
- 2) เกิดจากการที่มีความไม่มั่นคงในภาพลักษณ์แห่งตนอยู่แล้ว ความไม่มั่นใจ ไม่มั่นคงต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลจะส่งผลโดยตรงต่อการกระทำของบุคคลไปในทางที่บุคคลจะมีการพึ่งพา

ทางสังคมมากขึ้น รวมทั้งมีการระมัดระวังในบทบาทของตนเองมากขึ้นด้วย

3) การสูญเสียการควบคุมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เมื่อผู้สูงอายุสูญเสียการควบคุมในสิ่งที่ตนเคยควบคุมได้ หรือสิ่งที่ตนเคยมีอิทธิพลเหนือกว่าจะส่งผลทำให้กลไกการป้องกันตนเองตามธรรมชาติของผู้สูงอายุเสียไป และมีผลไปกระทบต่อการเห็นว่าตนเองมีคุณค่า

อย่างไรก็ตามการปรับตัวที่ดีนั้นเป็นสิ่งจำเป็นมากในวัยผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในคนที่เคยทำงานแล้วเกษียณอายุ เพราะพวกเขาต้องเปลี่ยนแปลงสถานะทางสังคม เปลี่ยนแปลงบทบาทตามสิ่งแวดล้อมใหม่ เป็นการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านจิตใจและทางด้านสังคม วิธีที่ควรทำคือผู้สูงอายุจะต้องค่อยๆปรับตัวโดยการลดบทบาทออกจากสังคม ควรเริ่มเรียนรู้ที่จะปล่อยวางในเรื่องต่างๆ โดยไม่ยึดติดกับสิ่งที่เคยเป็นมาเพื่อรักษาคุณภาพของอารมณ์ จิตใจ และร่างกาย ผู้สูงอายุคนใดที่ไม่สามารถปรับตัวต่อสถานภาพและบทบาทใหม่ได้ มักจะมีความรู้สึกที่ว่าตนไม่มีประโยชน์ต่อคนรอบข้างหรือต่อสังคม รู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ในชีวิต ทางแก้คือผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีบทบาทใหม่ๆ หรือหาความสนใจใหม่ๆ เพื่อรักษาเอกลักษณ์แห่งตนไว้และเพื่อคงไว้ซึ่งการเห็นคุณค่าของตน (ทิพวรรณ มะเมียเมือง, 2542)

2.8 การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

Greenberg และ Gold (1994) ได้เสนอวิธีการสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองไว้ดังต่อไปนี้

1) บอกกับตนเองในทางด้านบวก (Positive self-talk) บุคคลควรที่จะบอกหรือพูดกับตัวเองถึงในสิ่งดีๆ การบอกตนเองในทางลบเป็นประจำจะทำให้การเห็นคุณค่าของตนเองลดลง ท้อแท้ สิ้นหวัง

2) การยอมรับตนเอง เป็นสิ่งที่สำคัญมากในการสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคล เป็นการเรียนรู้ที่จะเชื่อมั่นและชื่นชมในคุณค่าและความสามารถของตน

3) การใช้คำที่แทนตัวเองว่า “ฉัน” (“I” statement) การใช้คำเรียกแทนตัวเองว่า “ฉัน” เป็นการแสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบต่อความรู้สึกของตนเอง โดยไม่ต้องพะวงหรือกลัวเกรงต่อคำวิพากษ์วิจารณ์ของผู้อื่น

4) ค้นหาในสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้ดี และทำในสิ่งๆนั้น เช่น ประดิษฐ์ของ เล่นกีฬา เล่นดนตรี ร้องเพลง เป็นต้น การได้ทำในสิ่งที่ตนถนัดและรู้สึกดี จะเป็นการช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและกล้าที่จะทำในสิ่งใหม่ๆ โดยไม่อยู่ในกรอบเดิมๆ

5) ต่อต้านแรงกดดันจากกลุ่มเพื่อน (Resist peer pressure) บุคคลควรมีความมั่นใจในตนเองมีความมั่นใจในการแสดงความคิดเห็นหรือตัดสินใจด้วยตนเอง จะทำให้ไม่โดนอิทธิพลจากแรง

กอดันจากกลุ่มเพื่อน คนที่เห็นคุณค่าในตนเองต่ำมักจะไม่มีความมั่นใจในการที่จะตัดสินใจหรือแสดงความคิดเห็นด้วยตนเอง

6) การกระทำสิ่งต่างๆด้วยความซื่อตรง (Act with integrity) การที่บุคคลชื่นชมและเห็นคุณค่าของตนเองเขาจะสามารถชื่นชมและเห็นคุณค่าของผู้อื่นได้ด้วย การที่บุคคลมีความรับผิดชอบต่อผู้อื่น ซื่อตรง จะทำให้รู้สึกดีต่อตนเอง ซึ่งเป็นการเพิ่มคุณค่าในตนเองได้อย่างดีและมีประสิทธิภาพทางหนึ่ง

7) พัฒนาการสนับสนุนจากกลุ่ม (Develop a support group) แรงสนับสนุนจากกลุ่ม เพื่อนที่บุคคลสามารถพูดคุยได้อย่างเปิดเผยและไว้วางใจจะทำให้บุคคลเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น

Wiggins และ Giles (1994) กล่าวว่า ผู้สูงอายุสามารถเพิ่มระดับการเห็นคุณค่าในตนเองได้ และส่วนนี้จะเป็นส่วนสำคัญที่จะส่งเสริมผลักดันให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข บุคคลจะเชื่อมั่นว่าสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ มีคุณค่า มีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆได้

Driver (1994) ได้กล่าวไว้ว่าการพัฒนาความรู้สึกเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มักจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงที่มากที่สุดในช่วงวัยรุ่นและยาวนานไปถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จนกระทั่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุการเห็นคุณค่าในตนเองจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นนั้น ส่งผลทำให้ระบบการทำงานของร่างกายทรุดโทรมลง และบทบาททางสังคมก็ค่อยๆเปลี่ยนไป ความสัมพันธ์ รวมทั้งสถานะทางสังคมก็ลดน้อยลง จึงเป็นเหตุทำให้ผู้สูงอายุ (50-80 ปี) รู้สึกว่าตนเองหมดหน้าที่ในการรับผิดชอบ หมดอำนาจ ไร้ความสามารถ นำมาซึ่งความไม่พอใจในตนเองและเห็นคุณค่าในตนเองลดน้อยลงในที่สุด

Hirst และ Metcalf (1984) ได้พยายามจะอธิบายถึงสภาวะการณ์ที่ส่งผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป ดังนี้

1) บทบาท (Role) บทบาทจะช่วยสร้างให้เกิดเอกภาพขึ้น (Self identify) มากไปกว่านั้นยังเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง เมื่อถึงวัยสูงอายุซึ่งเป็นช่วงท้ายของชีวิต บุคคลจะมีแนวโน้มที่จะแยกตนออกจากบทบาททางสังคมเดิมๆ บทบาทของการเป็นพ่อแม่ระหว่างที่ลูกยังเด็กจะหมดความจำเป็นเมื่อลูกเติบโตเริ่มที่จะดูแลและพึ่งตนเองได้แล้ว ผู้สูงอายุเริ่มสูญเสียบทบาทของสามีภรรยาไป สูญเสียหน้าที่การทำงาน มิตรภาพ ซึ่งในปัจจุบันสังคมยังไม่ค่อยมีการสร้างบทบาททดแทนหรือเทียบเท่ากับบทบาทที่สูญเสียไปเหล่านี้

2) สัมพันธภาพที่มีความหมาย (Meaningful relationship) สิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลเกิดความยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเองปัจจัยหนึ่งคือ การมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นโอกาสที่ทำให้

บุคคลมีการฝึกพัฒนาทักษะทางสังคม เพราะผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการจากไปของคู่ครอง ญาติมิตร รวมทั้งการอาศัยอยู่ห่างไกลจากลูกหลานทำให้ของความสัมพันธ์ที่มีความหมายเหล่านี้ลดลง

3) สัมผัส (Touch) เป็นปัจจัยพื้นฐานของการเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้สูงอายุต้องการการสัมผัส เนื่องจากสูญเสียคู่ครองและต้องอยู่ห่างไกลจากบุตรหลานซึ่งบุคคลเหล่านี้เป็นแหล่งของการสัมผัส การสัมผัสเป็นสิ่งสำคัญเพราะสามารถสื่อความหมายได้อย่างชัดเจนว่ายังมีคนเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ มากไปกว่านั้นยังเป็นการแสดงถึงการยอมรับโดยเฉพาะในกรณีที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดต่อกันได้

4) เพศ (Sexuality) ในความหมายของเพศนี้ไม่ได้กล่าวถึงแต่ในประเด็นที่เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ บุคคลจะยังคงมีการรับรู้คุณค่าในตนเองสูงอยู่หากรู้ว่าตนเองยังคงมีเสน่ห์และเป็นที่ต้องการทางเพศต่อผู้อื่น ในมุมมองของสังคมมักมองว่าผู้สูงอายุจะเป็นวัยที่หมดความต้องการทางเพศ ซึ่งเจตคติดังกล่าวมีส่วนเพียงเล็กน้อยต่อการรักษาระดับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้สูงอายุ

5) การพึ่งตนเอง (Independence) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยากเลือกที่จะมีชีวิตในช่วงปลายให้เหมือนกับชีวิตที่ได้ผ่านมาแต่มักจะเป็นไปไม่ได้ การสูญเสียการควบคุมตนเองนี้จะทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการสูญเสียการเห็นคุณค่าในตนเอง

2.9 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณค่าในตนเอง

Maslow (1970) ได้กล่าวถึงทฤษฎีแรงจูงใจมนุษย์ไว้ว่าบุคคลมีความต้องการพื้นฐานในการจูงใจให้มีพฤติกรรมในการตอบสนองความต้องการของตนเอง การที่บุคคลจะไปในขั้นสูงสุดได้นั้นจะต้องบรรลุความต้องการในขั้นต่ำก่อน โดยได้จัดลำดับความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 5 ขั้น ดังนี้

1) ความต้องการการด้านกายภาพ (Physiological needs) เป็นความต้องการในขั้นพื้นฐานของมนุษย์เพื่อใช้ในการดำรงชีวิต ยกตัวอย่างเช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และเครื่องนุ่งห่ม การที่บุคคลขาดความต้องการในขั้นนี้จะทำให้เกิดการรับรู้ที่บิดเบือน ด้วยเหตุนี้จึงควรได้รับการตอบสนองทางร่างกายอย่างเพียงพอก่อน บุคคลจึงจะสามารถเกิดการเรียนรู้และพัฒนาตนเองเพื่อที่จะตอบสนองความต้องการในลำดับขั้นต่อไปอย่างเต็มประสิทธิภาพ

2) ความต้องการความมั่นคงปลอดภัย (Safety needs) ในขั้นนี้เกี่ยวข้องกับความมั่นคงในชีวิต ความไว้วางใจ และความปลอดภัย ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลสามารถที่จะพัฒนาความรู้สึกมีความมั่นคงในตนเองและส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิตได้อย่างสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยนั้นมีความเกี่ยวข้องกับความไว้วางใจ เพราะความไว้วางใจจะช่วยทำให้บุคคลคลายความวิตก

กังวล ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่น ทำให้บุคคลเกิดการพัฒนา เปลี่ยนแปลง รวมทั้งปรับปรุงตนเองให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นและมีความมั่นคงทางจิตใจ

3) ความต้องการด้านการรักและการเป็นเจ้าของ (Belongingness and love needs) มนุษย์ไม่ชอบอยู่โดดเดี่ยว เพราะเป็นสัตว์สังคม ต้องการที่จะมีความรัก มีเพื่อน ทั้งหมดนี้เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน การพัฒนาการยอมรับในตนเองจะเกิดขึ้นได้ต้องเกิดจากการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองเป็นที่รักและได้รับการยอมรับ การตอบสนองของความต้องการ ความรักจากผู้อื่น ทั้งหมดนี้จะส่งผลไปถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง ความต้องการด้านความรักนั้นไม่ได้หมายถึงต้องการให้คนอื่นมารักเพียงอย่างเดียวแต่เป็นการที่บุคคลได้มีโอกาสที่จะให้ความรักแก่คนอื่นด้วย ถ้าหากความต้องการนี้ไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้บุคคลรู้สึกโดดเดี่ยว และเกิดการแยกตัวออกจากสังคมทำให้การเห็นคุณค่าของตนเองลดลงได้ในที่สุด

4) ความต้องการได้รับความนับถือ (Esteem needs) เป็นความต้องการที่จะได้รับความรู้สึกยอมรับนับถือทั้งกับตนเองและผู้อื่น การให้คุณค่าและการให้เกียรติในตนเอง ความภาคภูมิใจ และการเห็นคุณค่าในตนเองนี้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคล ซึ่งการยอมรับนี้อาจเกิดจากภายในตัวบุคคลเองหรือจากบุคคลอื่น เป็นการยอมรับนับถืออย่างแท้จริงโดยที่ไม่มีเรื่องของเกียรติยศ ชื่อเสียงหรือเงินทองมาเกี่ยว

5) ความต้องการที่จะประสบความสำเร็จตามที่ตนเองปรารถนา (Self-actualization needs) เป็นความต้องการที่จะอิสระตามความคิดแต่ละบุคคล อาจจะสำเร็จหรือไม่ก็ได้ ขึ้นอยู่กับโอกาสและความสามารถของแต่ละคน

3. การทำหน้าที่ของครอบครัว (Family functioning)

3.1 นิยามและขอบเขต

ครอบครัวถือว่าเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดในสังคมที่มีความสำคัญอย่างมากกับตัวบุคคล ทำให้มีผู้ให้คำนิยามหรือความหมายของคำว่าครอบครัวไว้มากมายด้วยกัน

ครอบครัวเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดของสังคม มีหน้าที่เกื้อกูล ส่งเสริมสนับสนุนสมาชิกทุกคนตลอดทั้งช่วงชีวิต นอกจากนี้ยังถือว่าครอบครัวนั้นเป็นพื้นฐานสำหรับบุคคลที่ให้ก้าวเข้าสู่สังคมอื่นๆภายนอกต่อไป

(ธาดา เจริญกุลศล, 2545) สถาบันทางสังคมแห่งแรกของมนุษย์ ที่สร้างมาจากความสัมพันธ์ของสมาชิกที่มีต่อกัน และทำหน้าที่เป็นตัวแทนของสังคมภายนอกที่คอยปลูกฝังความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติให้กับสมาชิกในครอบครัว (พรพนทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2550) จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าครอบครัวนั้นมีความสำคัญอย่างมากและช่วยให้บุคคลได้มีพัฒนาการที่ดีก้าวไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์โดยผ่านประสบการณ์แห่งการอยู่ร่วมกัน แบ่งปันกัน ช่วยเหลือกันและกัน โดยเป็นปฏิสัมพันธ์ทั้งกับสมาชิกในครอบครัวเองและกับสังคมภายนอก (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544)

ครอบครัวเป็นระบบ 1 ระบบ หรือเป็นหน่วย ซึ่งจะมีหรือไม่มีความสัมพันธ์ และมีหรือไม่มี การดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันก็ได้ ระบบหรือหน่วยของครอบครัวนั้น สมาชิกในครอบครัวสามารถมีข้อตกลงร่วมกัน และผูกพันกันภายใต้กฎเกณฑ์ที่อาจจะมีขึ้นในอนาคต และระบบหรือหน่วยของครอบครัวจะมีหน้าที่ในการดูแลร่วมกันซึ่งประกอบไปด้วย การปกป้อง การบำรุงเลี้ยงดู และมีกิจกรรมหรือบทบาททางสังคมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว (Sturt, 1991)

Burgess และ Locke (1950) สามารถจำแนกลักษณะที่ครอบครัวควรจะมีไว้ 4 ประการดังนี้

- 1) หน่วยของบุคคล ที่มาอาศัยอยู่ร่วมกันและมีความผูกพัน โดยการสมรส สายเลือดเดียวกัน หรือการรับมาเลี้ยงดู เช่น คู่สามีภรรยาอันเป็นสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นจากการสมรส บิดา มารดา และบุตรเป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากสายเลือดเดียวกัน แต่ในบางครั้งก็อาจรวมถึงการรับบุตรบุญธรรมมาเลี้ยงดู
- 2) สมาชิกในครอบครัวได้อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน ซึ่งในอดีตมักจะเป็นครอบครัวใหญ่ ประกอบด้วยสมาชิกในครอบครัวหลายรุ่นหรือประมาณ 3-4 หรือ 5 ชั่วอายุคน แต่ในปัจจุบัน สภาพบ้านเมือง เศรษฐกิจ และอีกหลายๆปัจจัย ทำให้ครอบครัวมีขนาดเล็กลงไปด้วย ซึ่งมักจะประกอบด้วยบิดา มารดา และบุตร เท่านั้น
- 3) เป็นหน่วยของการมีปฏิสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว ซึ่งการแสดงออกของสมาชิกแต่ละคนนั้นเป็นไปตามการกำหนดบทบาทและหน้าที่ทางสังคม ซึ่งการแสดงออกนั้นจะขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีของแต่ละที่ ทำให้มีการแสดงออกแตกต่างกัน

4) มีการถ่ายทอดชนบทรรมนิยมประเพณี และวัฒนธรรมต่างๆให้กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อเก็บรักษาไว้ให้สมาชิกรุ่นต่อไป ซึ่งวัฒนธรรมของครอบครัวจะเกิดขึ้นจากการติดต่อสื่อสารกันของสมาชิกในครอบครัวทำให้แต่ละครอบครัวย่อมมีแบบแผนของวัฒนธรรมที่แตกต่างกันออกไป

อาจจะกล่าวโดยสรุปได้ว่าครอบครัว คือ การที่บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปอยู่ร่วมกันและมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด โดยในความสัมพันธ์นั้นจะมีทั้งความรัก ความปรารถนาดีต่อกัน สามารถเกิดได้จากสายเลือดเดียวกัน การสมรส หรือการรับเลี้ยงดู พักอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน มีการปฏิสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสารกันในฐานะต่างๆ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร พี่น้อง นอกจากนี้ยังมีการถ่ายทอดวัฒนธรรมและจริยธรรมต่างๆ เพื่อสามารถดำรงชีวิตได้ในสังคม (พรพนระพี สุทธิวรรณ, กุลยา พิธิษฐสังฆการ, และสิทธิพงศ์ วงศ์วิวัฒน์, 2552)

3.2 โครงสร้างและประเภทของครอบครัว

ครอบครัวในแต่ละสังคมนั้นย่อมมีรูปแบบและโครงสร้างที่แตกต่างกันออกไป จากการศึกษาของ อูมาพร ตรังคสมบัติ (2544) พรพนระพี สุทธิวรรณ และคณะ (2552) สามารถแบ่งครอบครัวได้ 4 ประเภท ดังนี้

1) ครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขนาดเล็ก (Nuclear family) หมายถึงครอบครัวที่ประกอบไปด้วย บิดา มารดา และบุตร รวมไปถึงบุตรบุญธรรมด้วย เป็นครอบครัวที่แยกออกมาจากครอบครัวเดิม ทำให้ประกอบไปด้วยบุคคลเพียง 2 ช่วงอายุ ซึ่งขนาดของครอบครัวนั้นขึ้นอยู่กับจำนวนการให้กำเนิดบุตร เนื่องจากครอบครัวเดี่ยวมีจำนวนของสมาชิกในครอบครัวไม่มากนักทำให้การสร้างสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวเป็นไปได้อย่างสะดวก มักพบเห็นครอบครัวประเภทนี้ในเขตชุมชนเมือง หรือในสภาพสังคมยุคใหม่ ซึ่งครอบครัวประเภทนี้มีข้อดีคือ การเป็นอิสระ ตัดสินใจเรื่องต่างๆได้ง่าย แต่ข้อเสียสำหรับครอบครัวเดี่ยวก็คือ ระบบการให้ความช่วยเหลือยังมีไม่มากพอ สืบเนื่องมาจากในครอบครัวไม่มีญาติผู้ใหญ่หรือบุคคลอื่นๆ ที่มีประสบการณ์และมีมุมมองในการแก้ไขปัญหา ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหา หรือแก้ไขได้ไม่ดีเท่าที่ควร จึงเป็นหน่วยที่แตกสลายได้ง่าย และเกิดความรู้สึกขาดความอบอุ่น

2) ครอบครัวขยาย (Extended family) ครอบครัวประเภทนี้มีพื้นฐานเดิมมาจากครอบครัวเฉพาะ เป็นครอบครัวที่ประกอบไปด้วยสมาชิกหลากหลายช่วงอายุ ได้แก่ บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา

ยาย ลูกหลาน เป็นต้น แม้ว่าสมาชิกในครอบครัวจะสมรส มีครอบครัวของตนเองแล้ว หรือมีงานทำกัน ก็ยังคงอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน ทำให้ครอบครัวประเภทนี้มีจำนวนของสมาชิกมากกว่าครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยายนี้มักจะพบอยู่ในเขตสังคมชนบท ซึ่งการอยู่รวมกันแบบนี้ทำให้ระบบการให้ความช่วยเหลือดีขึ้น มีความรักใคร่ ผูกพันและเอื้ออาทรต่อกัน แต่เนื่องจากอยู่รวมกันของสมาชิกที่มีจำนวนมาก อาจก่อให้เกิดปัญหาขัดแย้งต่างๆได้ง่าย

3) ครอบครัวที่มีบิดา หรือมารดา ฝ่ายเดียว (Single parent family) ครอบครัวประเภทนี้จะคล้ายกับครอบครัวเดี่ยวคือ สมาชิกประกอบไปด้วยบุคคล 2 ช่วงอายุ แต่จะมีหัวหน้าครอบครัวเพียงผู้เดียวเช่น บิดาหรือมารดาเพียงคนเดียว ครอบครัวประเภทนี้มักเกิดจากการที่ต้องสูญเสียคู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไป หรืออาจเกิดได้จากการหย่าร้างกันของคู่สามีภรรยา ซึ่งปัญหาของครอบครัวประเภทนี้คือ หากผู้นำครอบครัวไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดี จะส่งผลกระทบต่อเด็กหรือบุตร ที่มักเกิดความรู้สึกขาดความอบอุ่น ไม่ได้รับการเอาใจใส่

4) ครอบครัวผสม (Blended family) เป็นครอบครัวที่มีการรวมกันของครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาฝ่ายเดียว เช่น เกิดการสมรสใหม่หลังจากหย่าร้างหรือสูญเสียคู่สมรสไปแล้ว ในบางครั้งครอบครัวผสม อาจจะมีโครงสร้างที่สับสนได้ เนื่องจากบุตรที่เกิดขึ้นมาก่อนของคู่สมรส เช่น ลูกติดบิดาหรือลูกติดมารดา กับบุตรที่เกิดขึ้นใหม่ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดปัญหาขัดแย้งขึ้นได้

3.3 การทำหน้าที่ของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัว เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว หากครอบครัวทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ดังนั้นจึงทำให้มีผู้ที่สนใจเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวจำนวนมาก

มีทฤษฎีมากมายที่บ่งชี้การทำหน้าที่ที่ดีของครอบครัว คือการใช้เวลาร่วมกัน(e.g., Hill 1988; Shaw 1992; Harington 2001; Major, Klein and Ehrhart 2002) เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ที่มีความหมายมากไปกว่านั้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในครอบครัวนั้นมีความสอดคล้อง เห็นยวนเน้น ซึ่งเป็นอารมณ์ที่เชื่อมโยงกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว(e.g., Kelly 1977; Orthner and Mancini 1990; Fox and Dwyer 1999; Gram 2005) การทำหน้าที่ของครอบครัวจะต้องมีการปรับตัว มีความยืดหยุ่นเรียนรู้

ประสบการณ์และสถานการณ์ที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังสามารถปรับเปลี่ยนผู้นำ บทบาทของ ความสัมพันธ์และกฎของความสัมพันธ์ได้ (Olson 2003)

การทำหน้าที่ของครอบครัว โดยทั่วไปหมายถึงการสื่อสารของสมาชิกในครอบครัวด้วยกัน และ ทำงานต่างๆด้วยกัน (Epstein-Lubow GP, Beevers CG, Bishop DS, Miller IW 2009)

การทำหน้าที่ของครอบครัวคือการสร้างกิจกรรมที่จะเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ช่วยจัดการ ความเครียดในจิตใจ และให้การสนับสนุนทางสังคม (Patterson, McCubbin & Warwick 1990) นอกจากนี้ ปัจจัยในการทำหน้าที่ของครอบครัว คือ ความเหนียวแน่นหรือความใกล้ชิดกันของครอบครัว การแก้ปัญหา หาทางออกที่เหมาะสมต่อปัญหา การให้อิสระและสนับสนุนในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมกับสมาชิก ครอบครัว การสนับสนุนของครอบครัว การคิดสร้างสรรค์กิจกรรมใหม่ๆในกรณีที่สมาชิกมีความต้อตั้ง นอกจากนี้ยังต้องมีกฎของการใช้ระบบหรือแผน ที่สามารถควบคุมสมาชิกได้ สร้างให้เกิดความร่วมมือ และ มีการจัดการเกี่ยวกับการเงินที่เหมาะสม (Su-fen Chang, Chi-wei Cheng, Yuh-jyh Jong & Pinchen Yang 2005) มากไปกว่านั้นการปรับตัวของครอบครัวจะสะท้อนให้เห็นถึงการมีความสามารถที่จะ เปลี่ยนแปลงความต้องการของครอบครัว เพื่อที่จะคงไว้ซึ่งสมดุลและหน้าที่ เมื่อเจอเหตุการณ์ที่ตึงเครียด (Pinelli, Saigal Yow-Wu Bill Wu, Cunningham, DiCenso, Steele, Austin, Turner 2008)

Kingsley (1965) พบว่าหน้าที่ของแต่ละครอบครัวในทุกๆสังคมที่ต้องปฏิบัติมี 4 ประการดังนี้

1. การสร้างหรือให้กำเนิดสมาชิกใหม่ของครอบครัว (Reproduction) เป็นการสืบพันธุ์เพื่อความอยู่รอดของเผ่าพันธุ์ตนเองและมนุษยชาติ ให้ดำรงอยู่ในสังคมสืบไป
2. ให้การดูแลคุ้มครองสมาชิกที่เกิดขึ้นมาเพื่อให้เติบโตในสังคม (Maintenance) ครอบครัว จะต้องให้การอุปการะเลี้ยงดูแก่สมาชิกที่ได้ให้กำเนิดมา เพื่อให้มีชีวิตรอดและเป็นสมาชิกที่ดีของสังคมต่อไป
3. การกำหนดสถานภาพของบุตรที่เกิดขึ้นมา (Placement) เช่น เชื้อชาติ ศาสนา เศรษฐกิจ สถานะ และบทบาททางเพศ
4. การอบรมสั่งสอนสมาชิกเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกับสังคมนั้นได้ (Socialization) เป็นการ ให้การอบรมเลี้ยงดูแก่สมาชิกของครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงหน้าที่และบทบาททางสังคมที่ตนเองได้รับ

Friedman (1992) ได้กล่าวถึงการทำหน้าที่ของครอบครัวไว้ 5 ด้านดังนี้

1. ตอบสนองความต้องการทางด้านชีวภาพของสมาชิก หมายถึง การจัดหาสิ่งจำเป็นต่อการดำเนินชีวิตอย่างเพียงพอ เช่น อาหาร ที่อยู่อาศัย รวมถึงการดูแลสุขภาพและการรับบริการสุขภาพเมื่อยามเจ็บป่วย
2. ตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ หมายถึง การมอบความรัก ดูแลเอาใจใส่กันและกัน ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกมีบุคลิกภาพที่มั่นคง เนื่องจากได้รับการตอบสนองต่อความต้องการทางจิตใจและอารมณ์อย่างถูกต้องและเหมาะสม
3. เลี้ยงดูอบรมสมาชิกให้เป็นสมาชิกที่ดีของสังคม หมายถึง การอบรมสั่งสอน ให้คำแนะนำ ให้การศึกษาต่างๆ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวนั้นสามารถเป็นสมาชิกที่ดีให้สังคมอื่นๆ ได้
4. สร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคม หมายถึง การจัดการรายได้ด้านเศรษฐกิจ และเตรียมความพร้อมให้แก่สมาชิกที่กำลังจะเข้าสู่สังคม ซึ่งผู้นำครอบครัวจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีในการประกอบอาชีพที่สุจริตและรู้จักออมทรัพย์
5. การสืบเชื้อสายหรือให้กำเนิดแก่สมาชิกใหม่ หมายถึง การให้กำเนิดสมาชิกเพื่อเป็นผู้สืบสกุล โดยการแต่งงานและมีบุตร

นอกจากหน้าที่หลักของครอบครัวที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้วนั้น ครอบครัวยังมีภารกิจอีก 3 ด้าน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2537) ได้แก่

1. ภารกิจพื้นฐาน (Basic task) ถือว่าเป็นภารกิจอันดับแรกหรือเป็นพื้นฐานของทุกๆ ครอบครัว คือการจัดหาสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของสมาชิกในครอบครัว และดูแลยามป่วยไข้
2. ภารกิจด้านพัฒนาการ (Development task) ด้านพัฒนาการนี้สามารถแบ่งได้เป็น 2 ส่วน คือ 1) เป็นการดูแลและช่วยเหลือเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีพัฒนาการอย่างเหมาะสมตามวัย เช่น การดูแลทารกอย่างเหมาะสม จะสามารถทำให้ทารกมีพัฒนาการด้านความไว้วางใจ หรือในวัยรุ่นควรจะพัฒนาด้านความเป็นอิสระมีความเป็นตัวของตัวเอง เพื่อเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ได้อย่างไม่มีปัญหา ในส่วนของ 2) ในส่วนของพัฒนาการด้านครอบครัว โดยที่สมาชิกในครอบครัวควรจะเข้าใจความรู้สึกและตอบสนองความต้องการของสมาชิกแต่ละบุคคลในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะช่วงที่ครอบครัว

มีการเปลี่ยนแปลง เช่น การที่ครอบครัวให้กำเนิดสมาชิกใหม่ หรือการที่มีสมาชิกแยกครอบครัวออกไปเพื่อสร้างครอบครัวใหม่ เป็นต้น

3. ภารกิจยามวิกฤต (Crisis task) เป็นภารกิจที่อาจเกิดขึ้นโดยกะทันหัน เช่น การเสียชีวิต การว่างงาน ประสบอุบัติเหตุ หรือประสบกับภัยพิบัติทางธรรมชาติ เป็นต้น ครอบครัวจะต้องสามารถรับมือกับเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นได้ ความสามารถในการจัดการกับภาวะที่ประสบอยู่นั้นเป็นสิ่งที่แสดงถึงความเข้มแข็ง มีสุขภาพจิตที่มั่นคงของครอบครัว ซึ่งในเหตุการณ์เดียวกันนี้บางครอบครัวก็ไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้

หากมาพิจารณาถึงครอบครัวที่มีประชากรสูงอายุ พบว่า จำนวนครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครัวเรือนมีประมาณ 4 ล้านครอบครัว นับได้ว่าเป็นอัตราที่สูง และในจำนวนนี้เป็นครัวเรือนในเขตชนบทประมาณร้อยละ 69 และร้อยละ 75 ในปี พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2545 ตามลำดับ ซึ่งครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุเป็นหัวหน้าครัวเรือนนั้นมีโอกาสยากจนกว่าหัวหน้าครัวเรือนในวัยทำงาน และอาจมีผลกระทบต่อโครงสร้างและสัมพันธภาพระหว่างครอบครัวที่เคยมีความสัมพันธ์แบบเครือญาติและมีความผูกพันกันอย่างใกล้ชิดมากไปกว่านั้นสำหรับผู้สูงอายุก็จะมีบทบาทในการช่วยเหลือกิจกรรมของครอบครัวลดลงไป ทำให้สังคมละเลยคุณค่าของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุในชนบทเป็นจำนวนมากถูกทอดทิ้งให้รับภาระเลี้ยงดูหลาน หรือได้รับเงินไม่เพียงพอที่จะใช้ในการดำรงชีวิตและเลี้ยงดูหลาน ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นคงในชีวิต

3.4 ปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุในครอบครัว

เมื่อครอบครัวเด็กรวมมากขึ้น บทบาทของผู้สูงอายุที่จะช่วยเหลือกิจการครอบครัวก็ลดลงไปจึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนไม่มีความสำคัญและถูกทอดทิ้ง นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือมีความพิการก็จะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมากยิ่งขึ้น ปัญหาอีกประการคือการขาดความรู้ความเข้าใจในความต้องการของผู้สูงอายุ

แนวคิด McMaster model ถูกพัฒนาขึ้นโดย Epstein, Bishop และ Levin (1983) โดยแนวคิดนี้เป็นผลจากการศึกษาในครอบครัวที่ปกติและครอบครัวที่มีปัญหา แนวคิด McMaster นี้จะมองครอบครัวเป็นระบบเปิด (open system) ซึ่งประกอบไปด้วยระบบย่อย ซึ่งได้แก่สมาชิกแต่ละคนในครอบครัว คู่สามี

ภรรยา และพี่น้อง นอกจากนี้ยังมองไปถึงระบบย่อยว่ายังมีความสัมพันธ์กับระบบภายนอกอื่นอีกด้วย เช่น โรงเรียน ชุมชน ศาสนา เป็นต้น ต่อมาได้มีการนำมาพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้ผลการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นจนกลายเป็น The McMaster Family Assessment Device ซึ่งกล่าวถึงการทำหน้าที่ของครอบครัว ในด้านที่มีความเกี่ยวพันหรือเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต และเน้นการทำหน้าที่ของครอบครัวในปัจจุบันซึ่งแบ่งได้ 6 ด้าน (Ryan, Epstein, Keitner, Miller & Bishop, 2005) ดังนี้

1. การแก้ไขปัญหา (Problem solving) หมายถึง ความสามารถในการแก้ไขปัญหาของครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินต่อไปได้และทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งปัญหาในที่นี้หมายถึง สิ่งที่เข้ามาคุกคามการทำหน้าที่ของครอบครัว สามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

- 1) ปัญหาด้านวัตถุ (Instrumental) มักจะเป็นปัญหาในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น บังคับ 4 ปัญหา ด้านที่อยู่อาศัย ปัญหาด้านเศรษฐกิจการเงิน เป็นต้น 2) ปัญหาด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affective) เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัว เช่น ความไม่ไว้วางใจกันของคู่สามีภรรยา เป็นต้น สำหรับการพิจารณาปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวนั้น สามารถเกิดจากปัญหาด้านวัตถุหรืออารมณ์ ความรู้สึกอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเกิดขึ้นจากทั้งสองอย่าง แต่ส่วนใหญ่เมื่อครอบครัวประสบกับปัญหาด้านวัตถุ ก็มักจะเกิดปัญหาด้านอารมณ์ตามมาด้วยเสมอ

ตามแนวคิด McMaster model ได้กำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพไว้ 7 ขั้นตอน ดังนี้

1. จัดการแยกแยะประเด็นต่างๆของปัญหาให้ชัดเจน โดยจะต้องดูว่าสิ่งใดที่เป็นปัญหา และปัญหาที่ขึ้นนั้นถูกต้องหรือไม่ บ่อยครั้งที่แต่ละครอบครัวได้หยิบยกประเด็นของปัญหาขึ้นมา แต่ประเด็นเหล่านั้นไม่ใช่ประเด็นที่สำคัญ ทำให้ปัญหายังคงมีอยู่
2. มีการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวให้ทราบถึงปัญหา เพื่อทำความเข้าใจกับปัญหา แล้วช่วยกันแก้ไขปัญหาต่อไป
3. วางแผนวิธีการแก้ปัญหา มีการคิดวิธีการรับมือหรือแก้ไขกับปัญหาอย่างมีระบบและป้องกันการผิดพลาด

4. ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมที่สุด ซึ่งจะต้องตัดสินใจให้แน่ชัดว่าจะใช้วิธีใดเพื่อแก้ไขปัญหา หรืออาจจะกลับไปใช้วิธีการเดิมๆ ที่ปฏิบัติกันมาด้วยความเคยชิน

5. ดำเนินการแก้ไขตามวิธีที่ได้เลือกเอาไว้ ซึ่งจะต้องตกลงถึงวิธีการแก้ไขปัญหาให้ชัดเจน และควรทำตามข้อตกลง

6. ติดตามผลของการแก้ไขปัญหา เป็นการติดตามและประเมินผลว่าวิธีการแก้ไขปัญหาคิดไว้มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงไร ทำให้ครอบครัวได้เรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาและศึกษาถึงผลเสียของการดำเนินการแก้ไขวิธีการนี้

ในกรณีที่ปัญหาบางอย่างไม่สามารถแก้ไขได้ และเป็นปัญหาที่ไม่รุนแรงมากนัก ไม่ได้ทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวบกพร่อง ก็ไม่จำเป็นต้องแก้ไขปัญหานั้นก็ได้ หรือครอบครัวอาจจะแก้ไขปัญหาด้านวัตถุได้ แต่ปัญหาด้านอารมณ์นั้นอาจจะไม่ได้รับการแก้ไขทั้งหมดก็ได้เนื่องจากเป็นปัญหาที่ค่อนข้างจะแก้ไขได้ยากลำบาก

2. การสื่อสาร (Communication) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ซึ่งในแนวคิด McMaster model นั้นจะเน้นที่การสื่อสารด้วยคำพูด (Verbal communication) มากกว่าการสื่อสารที่ไม่ใช้คำพูด (Nonverbal communication) การสื่อสารสามารถแบ่งออกได้ 3 ประเภทได้แก่ 1) การสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวันหรือวัตถุ 2) การสื่อสารที่เกี่ยวกับอารมณ์ความรู้สึก 3) การสื่อสารเกี่ยวกับความคิดเห็นเรื่องอื่นๆ ซึ่งการสื่อสารที่ดีนั้นเนื้อหาจะต้องชัดเจน สามารถจับใจความได้

นอกจากนี้การสื่อสารนั้นยังต้องมีจุดมุ่งหมายปลายทางที่ชัดเจนด้วยว่าต้องการจะสื่อสารกับบุคคลใด และต้องไม่สื่อสารผ่านผู้อื่น ซึ่งการสื่อสารที่ดีนั้นสามารถแบ่งได้ 4 แบบดังนี้

1. การสื่อสารที่มีเนื้อหาของสารชัดเจน และตรงกับผู้ที่ต้องการสื่อ (Clear and direct) หมายถึง การที่ส่งสารไปยังผู้รับสารโดยตรงไม่ได้ส่งผ่านบุคคลอื่น ซึ่งเนื้อหาของสารจะพูดอย่างตรงไปตรงมาเพื่อให้เข้าใจได้ง่ายและชัดเจน

2. การสื่อสารที่มีเนื้อหาชัดเจน แต่ไม่ตรงกับผู้ที่ต้องการจะสื่อ (Clear and indirect)

หมายถึง การที่เนื้อหาของสารนั้นมีความชัดเจน ตรงไปตรงมา แต่การส่งสารนั้นไม่มีจุดหมายปลายทางที่แน่ชัด หรือเป็นการพูดลอยๆ ขึ้นมา

3. การสื่อสารที่มีเนื้อหาไม่ชัดเจน แต่ตรงกับผู้ที่ต้องการสื่อ (Masked and direct)

หมายถึง การส่งสารไปยังผู้รับสารโดยตรง แต่เนื้อหาของสารที่ส่งไปนั้นไม่ชัดเจน

4. การสื่อสารที่เนื้อหาไม่ชัดเจน และไม่ตรงกับผู้ที่ต้องการสื่อ (Masked and indirect)

หมายถึง การที่เนื้อหาของสารไม่ชัดเจน และไม่สามารถระบุได้ว่าต้องการจะส่งสารนี้ถึงบุคคลใด

ดังนั้นการสื่อสารที่ดีเนื้อหาชัดเจน ตรงไปตรงมา และส่งไปถึงผู้รับสารโดยตรงจะส่งผลให้การทำหน้าที่ของครอบครัวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. บทบาท (Roles) บทบาทในครอบครัวนั้น เป็นแบบแผนของพฤติกรรมที่สมาชิกปฏิบัติ

ต่อกันเป็นประจำ โดยรูปแบบของบทบาทแบ่งออกได้ 2 แบบตามลักษณะหน้าที่ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2541) ดังนี้

1. บทบาทที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ หมายถึง บทบาทที่ทำให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุข เช่น การจัดหาปัจจัย 4 ให้สมาชิก ได้แก่ 1) การให้การเลี้ยงดูและสนับสนุน (Nurturance and support) 2) ตอบสนองความต้องการทางเพศในคู่สมรส (Sexual gratification of marital partners) 3) พัฒนาทักษะด้านต่างๆ (Life skills development) 4) การบริหารจัดการภายในครอบครัว (Systems management and maintenance)

2. บทบาทอื่นๆ หมายถึง บทบาทเฉพาะของแต่ละครอบครัว ซึ่งอาจเป็นบทบาทที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม เช่น ลูกได้รับทุกการศึกษาต่อต่างประเทศ ถือเป็นบทบาทที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อครอบครัว ส่วนบทบาทที่ไม่เหมาะสมนั้นอาจจะเป็นการรองรับอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

ในการมอบหมายบทบาทและหน้าที่ให้แก่สมาชิกนั้น จะต้องได้รับความเห็นพ้องต้องกัน มีการประพฤติปฏิบัติ มีการประสานงานกับสมาชิกคนอื่น ซึ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวนั้นจะมีประสิทธิภาพและสามารถจัดการแก้ไขปัญหาไปได้นั้น ขึ้นอยู่กับการมอบหมายบทบาทหน้าที่ให้แก่สมาชิกอย่างเหมาะสม(อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2541)

4. การตอบสนองทางอารมณ์ (Affective responsiveness) เป็นความสามารถที่จะตอบสนองต่ออารมณ์ความรู้สึกต่อสิ่งที่มากระตุ้นได้เหมาะสม ทั้งนี้ความต้องการการตอบสนองทางอารมณ์ของครอบครัวก็จะแตกต่างกันไปตามช่วงวัย เช่น วัยเด็ก ต้องการการตอบสนองทางอารมณ์จากบิดา มารดา เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น จะต้องการการตอบสนองทางอารมณ์จากครอบครัวส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งต้องการจากเพื่อนฝูงหรือบุคคลภายนอก เป็นต้น ในครอบครัวที่ปกตินั้นสมาชิกสามารถที่จะแสดงออกถึงอารมณ์ที่หลากหลายในปริมาณที่เหมาะสม ขึ้นอยู่กับสถานการณ์และวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ ด้วย

5. ความผูกพันทางอารมณ์ (Affective involvement) เป็นการแสดงซึ่งความสนใจ เห็นคุณค่าของสิ่งต่างๆ ที่สมาชิกในครอบครัวกระทำ รวมไปถึงระดับของความรู้สึกผูกพันห่วงใยที่มีต่อกัน ซึ่งสามารถแบ่งได้หลายระดับด้วยกันคือ 1) ไร้ซึ่งความผูกพัน (Lack of involvement) สมาชิกไม่มีความสนใจหรือใส่ใจกันเลย 2) ผูกพันแบบไม่มีความรู้สึก (Involvement devoid of feelings) มีความสนใจ ห่วงใยเพียงเล็กน้อย หรือมีเพราะความจำเป็น เช่น อยากรู้อยากเห็น เป็นต้น 3) ผูกพันเพื่อตนเอง (Narcissistic involvement) สนใจอีกฝ่ายหนึ่งเพื่อตนเอง เสริมคุณค่าให้ตนเอง ไม่ได้สนใจ ห่วงใยอย่างแท้จริง 4) ผูกพันอย่างเข้าอกเข้าใจ (Empathic involvement) มีความสนใจ ห่วงใยอย่างแท้จริง อยู่บนพื้นฐานของความเข้าอกเข้าใจทำให้สามารถตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม 5) ผูกพันมากเกินไป (Over involvement) สนใจ ใส่ใจมากเกินไป ทำให้อีกฝ่ายไร้ซึ่งความเป็นส่วนตัว 6) ผูกพันเสมือนเป็นบุคคลเดียวกัน (Symbiotic involvement) ผูกพันเหนียวแน่นจนขอบเขตของความเป็นส่วนตัวของแต่ละคนไม่ชัดเจนหรืออาจจะไม่มีเลย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2541)

6. การควบคุมพฤติกรรม (Behavior control) เป็นแบบแผนที่ครอบครัวยึดเป็นหลักในการปฏิบัติเพื่อควบคุมจัดการกับพฤติกรรมของสมาชิกในสถานการณ์ต่างๆ ที่เผชิญหรือควบคุมเพื่อป้องกันสมาชิกเกิดอันตราย เป็นการฝึกฝนระเบียบวินัยในครอบครัว นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการควบคุมพฤติกรรมตอบสนองต่อความต้องการหรือแรงขับเคลื่อนไหวภายในจิตใจ และชีวภาพ การควบคุมพฤติกรรมนี้ยังเป็นการหล่อหลอมพฤติกรรมภายในครอบครัวและภายนอกครอบครัวอีกด้วย ซึ่งการควบคุมพฤติกรรมนั้นสามารถแบ่งได้เป็น 4 แบบ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2541) ดังนี้

1. การควบคุมพฤติกรรมแบบเข้มงวด (Socialization behavior) เป็นการควบคุมที่เข้มงวด มีการกำหนดหน้าที่ชัดเจน สมาชิกไม่สามารถต่อรองหรือผ่อนคลายเป็นตามสถานการณ์ได้

2. การควบคุมพฤติกรรมแบบยืดหยุ่น (Flexible behavior) มีการตั้งมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์สำหรับพฤติกรรม แต่สามารถยืดหยุ่นได้พอประมาณ ซึ่งถือว่าเป็นการควบคุมพฤติกรรมที่ประสิทธิภาพมากที่สุด

3. การควบคุมพฤติกรรมแบบปล่อย (Laissez-faire behavior control) เป็นการควบคุมพฤติกรรมที่ไม่มีทิศทางในการควบคุมแน่นอน สามารถทำได้ตามใจชอบ ทำให้การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร สมาชิกที่เติบโตมา มักจะมีปัญหาด้านการสื่อสาร มีความรู้สึกไม่มั่นคง ควบคุมตนเองไม่ดี และอาจเรียกร้องความสนใจมากเกินไป

4. การควบคุมพฤติกรรมแบบยุ่งเหยิง (Chaotic behavior control) เป็นการควบคุมพฤติกรรมที่มีลักษณะไม่แน่นอน บางครั้งจะเข้มงวดมากเกินไป บางครั้งจะยืดหยุ่นมากเกินไป ทำให้สมาชิกเกิดความสับสนต่อพฤติกรรมของตนเอง และไม่ทราบว่าอะไรจะประพัตตัวอย่างไรเมื่อเจอกับสถานการณ์ใหม่ๆ

จากสถานการณ์ในปัจจุบันทำให้ทราบว่า ครอบครัว ยังให้การดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุเป็นสำคัญ แต่ก็ยังพบปัญหาหลายประการที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัว ดังนั้นจึงต้องรู้เท่าทันกับอาการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ใช่เพียงแต่สนใจในปัญหาของผู้สูงอายุเท่านั้น แต่จะต้องสนใจสมาชิกในครอบครัวที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุด้วย

จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาข้างต้นเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวนั้นสรุปได้ว่าผู้วิจัยวัดการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิด McMaster model ของ Epstein, Bishop และ Levin (1983) โดยวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว 6 ด้าน ได้แก่ 1) การแก้ปัญหา 2) การสื่อสาร 3) บทบาท 4) การตอบสนองทางอารมณ์ 5) ความผูกพันทางอารมณ์ 6) การควบคุมพฤติกรรม

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของครอบครัว

อาพร สุขสวัสดิ์ (2534) ได้ศึกษาลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวระหว่างสมาชิกครอบครัว (บุตร) กับผู้สูงอายุ และบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอพระนครศรีอยุธยา ที่มีบทบาทด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ บุตร บุตรบุญธรรม บุตรเขย หรือบุตรสะใภ้ เลือกมาครอบครัวละ 1 คน อยู่ในเขตเทศบาล 198 คน ในเขตเทศบาล 198 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบ

คุณภาพ ผลการศึกษา 1) ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นไปในทางที่ดีต่อกัน มีการช่วยเหลือเอาใจใส่เกื้อกูลกัน ส่วนใหญ่สามัคคี รักใคร่ปรองดองกัน มีความขัดแย้งกับบ้างนาน ๆ ครั้ง ส่วนใหญ่บุตรยังคงให้ความสำคัญ ยอมรับและขอคำปรึกษาจากผู้สูงอายุ 2) ในด้านบทบาทของครอบครัว สมาชิกในครอบครัวจะมีบทบาทการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจและสังคมได้มาก ในเขตเทศบาลจะให้การดูแลในด้านนี้น้อยกว่านอกเขตเทศบาล และด้านเศรษฐกิจทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลจะให้การดูแลน้อย

นารีรัตน์ เชื้อสูงเนิน (2550) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรม การสนับสนุนจากครอบครัวกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร จำนวน 250 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามการปฏิบัติกิจกรรม แบบสอบถามการสนับสนุนจากผู้สูงอายุครอบครัว และแบบสอบถามความผาสุกทางใจ ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผลการศึกษพบว่า ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูง การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมอยู่ในระดับดีและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ การปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับมากและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ และการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมอยู่ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ และนำความรู้ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะด้านจิตสังคมแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน

4. สุขภาวะทางจิต (Psychological well-being)

4.1 นิยามและขอบเขต

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ผู้คนจำนวนมากต่างเริ่มหันมาให้ความสนใจกับสุขภาวะมากขึ้นเรื่อยๆ จึงทำให้ได้มีการศึกษาค้นคว้างานวิจัยต่างๆเกิดขึ้นเพื่อที่จะหาคำตอบให้ได้ว่า สุขภาวะนั้นคืออะไร และมีปัจจัยใดบ้างที่จะส่งผลต่อการมีสุขภาวะที่ดี รวมถึงได้มีการนำทฤษฎีต่างๆในอดีตมาพัฒนาอีกมากมาย จนถึงกระทั่งปัจจุบันการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับสุขภาวะก็ยังคงไม่สิ้นสุด

ในการที่บุคคลที่จะมีสุขภาวะที่ดีหรือมีความสุขได้คือ บุคคลที่มีอายุไม่มาก มีสุขภาพที่ดี ได้รับการศึกษาที่ดี สภาพเศรษฐกิจหรือการเงินดี มีบุคลิกภาพแบบเปิดเผย (extroverted) มองโลกในแง่ดี

ไรซึ่งความวิตกกังวล มีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจและเป็นหลักในการดำเนินชีวิต มีครอบครัวและสังคมที่ดี มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง มีแรงจูงใจในการทำงาน มีความหวังหรือเป้าหมายในชีวิตที่มีความเป็นไปได้ (Wilson, 1967) จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าคำว่าสุขภาวะนั้น เป็นการรวบรวมองค์ประกอบของปัจจัยหลายๆด้านไว้ด้วยกัน โดยหลักๆจะประกอบไปด้วยการรับรู้และตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคล มีความพึงพอใจในด้านต่างๆ มีการตัดสินใจและประเมินความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง (Stone & Kozma, 1985) จนกระทั่งในปี 1974 องค์การอนามัยโลกหรือ WHO ได้ให้ความหมายของคำว่าสุขภาวะ คือ ภาวะที่สมบูรณ์พร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่ใช่เพียงแค่ปราศจากโรคหรือความพิการทางร่างกายเท่านั้น และต่อมาในปี 1986 ได้เพิ่มเป็นการเน้นแหล่งประโยชน์ของตัวบุคคลและสังคมนวมไปถึงความสามารถทางกายอีกด้วย

สำหรับประเทศไทยนั้นได้มีผู้ให้นิยามของสุขภาพหรือสุขภาวะไว้ว่า สุขภาวะ หมายถึง สุขภาวะทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา หรือทางจิตวิญญาณ (ประเวศ วะสี, 2544) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 1) สุขภาวะทางกาย หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ได้ถึงการมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีความพิการ และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมต่อสุขภาพ
- 2) สุขภาวะทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รู้จักมองโลกในแง่ดี และมีจิตใจที่รู้จักนึกถึงผู้อื่น จะทำให้บุคคลไม่เกิดความรู้สึกเห็นแก่ตัวหรืออยากได้ของผู้อื่น
- 3) สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันกับผู้คนรอบข้างได้ดี มีครอบครัวที่อบอุ่น และสภาพสังคมที่อาศัยนั้นจะต้องมีความยุติธรรม สันติภาพ ได้รับการสนับสนุนในทางที่ดีจากสังคมและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวที่ถือว่าเป็นสังคมแรกของแต่ละบุคคล การที่ลูกมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับพ่อแม่หรือครอบครัวนั้น ถือเป็นก้าวแรกที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการนำไปสู่การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อสังคมและคนรอบข้าง
- 4) สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้น เมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่ดี เป็นความสุขที่ไม่อยู่กับความเห็นแก่ตัว จะเกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน จึงมีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม จิตใจที่สงบนิ่งจะทำให้บุคคลรับรู้ถึงสิ่งต่างๆ ได้อย่างดี และทำให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัวได้อย่างมีสติ

อาจจะสรุปได้ว่าสุขภาวะที่ดีนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับสภาพของร่างกายหรือจิตใจเพียงอย่างเดียวหนึ่งเท่านั้น แต่การที่บุคคลจะมีสุขภาวะที่ดีจะต้องเกิดจากการที่บุคคลนั้นสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขทั้งกายและจิตใจ โดยมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง จิตใจแข็งแรง และมีความสุขในการอยู่ร่วมกับผู้คนรอบข้างในสังคม แต่สำหรับในงานวิจัยชิ้นนี้ผู้วิจัยได้ให้ความสนใจกับสุขภาวะทางจิตเท่านั้น

สุขภาวะทางจิต

ได้มีนักวิจัยมากมายให้นิยามของคำว่าสุขภาวะทางจิต โดยCampbell (1976) ให้นิยามว่าเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ การรับรู้ถึงเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล และนำมาเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่ตนตั้งไว้ ซึ่งอาจจะพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ และLawton (1983) กล่าวไว้ว่าเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการที่คุณภาพชีวิตที่ดี อารมณ์ความรู้สึกทางบวก เกิดความสุขในใจ และมองโลกในแง่ดี

สุภาพรรณ โคตรจรัส (2545) ให้นิยามของคำว่าสุขภาวะทางจิต คือ จิตที่เป็นสุข มีสุขภาพจิตดี มีความผาสุกในชีวิต และผู้ที่มีสุขภาวะจิตที่ดี คือผู้ที่มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) ได้ให้นิยามของคำว่าสุขภาวะทางจิตว่า เป็นจิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว มีความเมตตา สัมผัสความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงมีความเห็นแก่ตัวลดลงด้วย

4.2 องค์ประกอบของโครงสร้างสุขภาวะทางจิต

งานวิจัยในช่วงแรกๆที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตนั้นสามารถแยกองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตออกมาได้ 3 อย่าง (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) ดังนี้

- 1) ความพึงพอใจชีวิต (life satisfaction) หมายถึง ความพึงพอใจในการบรรลุถึงความสำเร็จในแต่ละช่วงของชีวิต (Ryff & Keyes, 1995) เช่น มีคู่สมรสที่ดี หน้าที่การงานและรายได้มั่นคงที่อยู่อาศัย กิจกรรมต่างๆ เป็นต้น จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่จะก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิตนั้น เกิดจากปัจจัยภายนอก สำหรับการประเมินความพึงพอใจในชีวิตของบุคคลนั้น จะเป็นการประเมินคุณภาพของชีวิต โดยแต่ละบุคคลจะมีมาตรฐานในการเปรียบเทียบที่ต่างกัน (Shin & Johnson, 1978) ทำให้การรับรู้ถึงความพึงพอใจของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไปด้วยเช่นกัน

2) อารมณ์ความรู้สึกทางบวก (positive affect) เป็นความรู้สึกที่ตื่นตัว กระตือรือร้น มี การทำกิจกรรมดีใจ สนุกสนาน ร่าเริง และมีพลัง เป็นต้น

3) อารมณ์ความรู้สึกทางลบ (negative affect) เป็นอาการกระสับกระส่าย กลัว ซึมเศร้า หดหู่ เครียด โกรธ เป็นต้น

ต่อมา Diener และคณะ (2009) ได้ให้นิยามความหมายของสุขภาวะเพิ่มเติมโดยเพิ่ม ความ อองงามทางสังคมและจิตใจ (social-psychological prosperity) และเรื่องของต้นทุนทางสังคม (social capital)

ซึ่งการรับรู้ถึงสุขภาวะทางจิตนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการรับรู้ของแต่ละบุคคล โดย บุคคลที่อยู่ในสุขภาวะทางจิตต่ำจะมีการรับรู้อารมณ์ความรู้สึกทางด้านลบได้มากกว่าอารมณ์ความรู้สึก ทางด้านบวก ในทางกลับกันผู้ที่อยู่ในสุขภาวะทางจิตสูงจะสามารถรับรู้อารมณ์ความรู้สึกทางบวกได้ มากกว่าอารมณ์ความรู้สึกทางด้านลบเช่นกัน (Ryff & Keye, 1995) และระดับของสุขภาวะทางจิตที่ สามารถรับรู้ได้นั้นขึ้นอยู่กับความเข้มข้นอารมณ์ความรู้สึกของแต่ละบุคคล (Larsen & Diener, 1985) การให้ประเมินคุณค่าของประสบการณ์ทางอารมณ์ที่ได้รับในแต่ละบุคคลก็ย่อมแตกต่างกันออกไปด้วย ขึ้นอยู่กับการคุณค่าของประสบการณ์และบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล (Oishi, Schimmack & Diener, 1998) หรืออาจจะกล่าวได้ว่า การรับรู้ของสุขภาวะทางจิตของแต่ละบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับ การสั่งสมของ ประสบการณ์ การประเมินคุณค่า และระดับของความรุนแรงในแต่ละเหตุการณ์ที่บุคคลได้เผชิญใน ชีวิตประจำวัน

ต่อมา Bradburn (1969) ได้ศึกษาตัวแปรด้านอารมณ์ความรู้สึกทั้งสอง พบว่า การที่บุคคล ปราศจากอารมณ์ความรู้สึกทางลบนั้นไม่ได้ตัวบ่งชี้ว่าบุคคลนั้นจะต้องมีอารมณ์ความรู้สึกทางบวก เพราะ สองตัวแปรนี้เป็นอิสระต่อกันและอยู่คนละมิติ แต่การที่บุคคลจะจะมีสุขภาวะทางจิตได้จะต้องมีอารมณ์ ความรู้สึกทางบวกมากกว่าทางลบ

ทำให้มีงานวิจัยต่างๆจำนวนมากที่มุ่งเน้นศึกษาปัจจัยของอารมณ์ความรู้สึกทางบวกและทาง ลบในงานวิจัยพบว่าบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเปิดตัว (Extraversion) นั้น จะมีผลต่ออารมณ์ความรู้สึก ทางบวก (McCrae, 1980) โดยบุคลิกภาพแบบเปิดตัวนั้น มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอารมณ์ความรู้สึก ทางบวกอย่างมาก (Fujita, 1991) โดยเหตุที่เป็นเช่นนั้นนั้นเนื่องจากบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบเปิดตัวนั้น ให้

ความสนใจต่อสิ่งเร้าภายนอก หรือรางวัล ทำให้สามารถรับรู้อารมณ์ความรู้สึกทางบวกได้ไว เมื่อได้รับสิ่งเร้าหรือรางวัลที่ได้รับจากสิ่งรอบข้างในรูปของอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งขึ้นอยู่กับกระบวนการรับรู้ของแต่ละบุคคล (Lucas, Diener, Grob, Suh & Shao, 1998) และบุคลิกแบบเปิดตัวมักจะมีปฏิริยาตอบสนองต่ออารมณ์ทางบวกหรือสิ่งดี ๆ รอบตัว ทำให้มีระดับอารมณ์ความรู้สึกทางบวกเฉลี่ยสูงกว่าบุคคลที่มีบุคลิกแบบปิดตัว(Introvert) ในสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเหมือนกัน (Larsen & Ketelaar, 1991)

เนื่องจากงานวิจัยที่ส่วนมากเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของชาวตะวันตกซึ่งมีรูปแบบทางสังคม วัฒนธรรมที่เน้นความเป็นปัจเจกบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกับชาวตะวันออกอย่างมากที่เน้นสังคมแบบคตริรวมหมู่ จึงทำให้มีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างของชาวตะวันออกขึ้น ทำให้พบว่าระดับความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับกับความพึงพอใจในชีวิตของชาวตะวันออกมีระดับความสัมพันธ์ต่ำกว่าชาวตะวันตก (Diener & Diener, 1995) แต่นักวิจัยพบว่า ความสัครสมานสามัคคีของชาวตะวันออกที่มีลักษณะเป็นแบบคตริรวมหมู่นั้นมีระดับความสัมพันธ์สูงกับความพึงพอใจในชีวิต (Kwan, Bond & Singelis, 1997) ซึ่งระดับสุขภาวะของประชากรในแต่ละประเทศนั้นมีความแตกต่างกันมาก เนื่องจากพื้นฐานลักษณะอารมณ์ที่ติดตัวมาแต่กำเนิดนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศและวัฒนธรรม (Diener, Lucas & Scollon, 2006)

ในปี1992 Sell และ Nagpal (อ้างถึงใน รักชนก ชูพิชัย, 2550) สามารถแยกองค์ประกอบของโครงสร้างสุขภาวะทางจิตออกเป็นดังนี้

1) อารมณ์ความรู้สึกทางบวกหรือมีความสุข หมายถึง ความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่สามารถรับรู้ได้จากการประเมินชีวิตของตนเองทั้งหมดโดยภาพรวมไปในทางบวก นอกจากนี้ยังรวมไปถึงอารมณ์ความรู้สึกทางบวกที่มีต่อเรื่องต่างๆไป

2) ประสบการณ์ความสำเร็จ คือ ความสุขที่เกิดเมื่อบุคคลรับรู้ถึงประสบการณ์ความสำเร็จและสามารถดำเนินวิถีชีวิตตามที่ตนเองคาดหวังหรือตั้งเป้าหมายเอาไว้ โดยอารมณ์ความรู้สึกทางบวกนั้นมีความเกี่ยวข้องกับเป้าหมายที่ได้รับการเติมเต็มในอดีต และอารมณ์ความรู้สึกทางลบนั้นมาจากการที่บุคคลรับรู้ถึงความเป็นไปได้น้อยที่จะประสบความสำเร็จตามเป้าหมายในอนาคต (Carver & Scheier, 1998)

3) สามารถเผชิญกับปัญหาอุปสรรคได้ดี หมายถึง บุคคลที่มีความเข้มแข็ง มั่นใจ และมีความสามารถในการจัดการแก้ไขกับสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งอาจจะเป็นทั้งเหตุการณ์ที่รับรู้มาก่อนแล้ว หรือเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยที่บุคคลไม่ได้คาดคิดมาก่อน นอกจากนี้บุคคลยังต้องมีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงรอบๆตัวได้ทุกเมื่อ และบุคคลจะมีสุขภาวะที่สูงขึ้นเมื่อประเมินว่าตนเองทำสิ่งต่างๆได้ดีกว่าในอดีต (Veenhoven, 2006)

4) ประสบการณ์ในชีวิตมีคุณค่าต่อตัวบุคคล หมายถึง ประสบการณ์ต่างๆของแต่ละบุคคลที่สามารถเติมเต็มจิตใจและตัวตน ทำให้บุคคลสามารถรับรู้ถึงคุณค่า ความหมายในชีวิตของตนเองได้

5) การสนับสนุนจากครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ถึงการส่งเสริม และสนับสนุนไปในทิศทางเดียวกันที่ได้รับมาจากบุคคลในครอบครัวของตนเอง หรือบุคคลที่นอกเหนือจากครอบครัว เช่น ญาติ หรือมิตรสหาย เป็นต้น ถือว่าครอบครัวเป็นต้นทุนทางสังคมของแต่ละบุคคล การที่มีต้นทุนทางสังคมที่ดีนั้นจัดว่าเป็นพื้นฐานของการมีสุขภาวะที่ดีในการอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่น

6) การสนับสนุนจากสังคม หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกปลอดภัยเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และมีความสามารถที่จะพึ่งพาผู้อื่นที่ไม่ใช่เพียงแค่บุคคลในครอบครัวเท่านั้น ทำให้การที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมนั้นจะช่วยส่งผลทางบวกของการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมหรือบุคคลรอบข้างของแต่ละบุคคล ซึ่งผลทางลบจากการเข้าสังคมนั้นจะส่งผลกระทบรุนแรงต่อสุขภาวะทางจิตมากกว่าที่จะได้รับผลกระทบจากผลทางบวกจากการเข้าสังคม (Rook, 1984)

7) พื้นฐานของครอบครัว หมายถึง ปัจจัยและองค์ประกอบด้านต่างๆของครอบครัว เช่น สภาพเศรษฐกิจ การศึกษา เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าพื้นฐานครอบครัวนั้นมีความสัมพันธ์กับรายได้และความปลอดภัยของครอบครัวอีกด้วย มีงานวิจัยที่พบว่าบุคคลที่มีสภาพทางการเงินต่ำมากส่วนใหญ่จะมีสุขภาวะต่ำกว่าบุคคลที่มีสภาพการเงินที่ดี (Diener & Diener, 1995)

8) ความสามารถควบคุมจิตใจของตนเองได้ หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ได้ว่าตนเองมีประสิทธิภาพและมีความสามารถที่จะควบคุมจิตใจ หรือสามารถที่จะจัดการสภาพแวดล้อมของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ไม่มีสิ่งมารบกวนจิตใจ

9) การรับรู้ถึงสุขภาพตนเอง หมายถึง การที่บุคคลสำรวจความรู้สึกพึงพอใจ หรือเกิดความวิตกกังวลต่อสภาพร่างกายและจิตใจของตนเอง ซึ่งร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์นั้นสามารถทำให้บุคคลรับรู้ถึง

อารมณ์ความรู้สึกทางบวก จะเห็นได้ว่าไม่ใช่เพียงมีร่างกายหรือจิตใจที่อุดมสมบูรณ์เท่านั้น แต่ยังต้องสมบูรณ์แข็งแรงพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ

10) สัมพันธภาพต่อบุคคลรอบๆตัวหรือสังคม หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีของผู้อื่น มีความเป็นมิตรไมตรี สามารถเข้ากับผู้อื่นได้ง่าย ก่อให้เกิดความมั่นใจและถือว่าเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่งเช่นกัน และสำหรับในประเทศไทยนั้นที่มีสังคมและวัฒนธรรมในรูปแบบของคตินิยมหมู่ สังคมถือว่าเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการสร้างตัวตนของบุคคลอย่างมาก เพราะจะให้ความสำคัญกับความรัก ความสามัคคี ให้ความใส่ใจกับสิ่งรอบๆตัว หากไม่สามารถที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีหรือเข้าร่วมสังคมกับผู้อื่นได้จะส่งผลให้เกิดอารมณ์ความรู้สึกและประสบการณ์ทางลบอย่างมาก

11) อารมณ์ความรู้สึกทางลบหรือไม่มีความสุข หมายถึง ความรู้สึกของแต่ละบุคคลที่สามารถรับรู้ได้จากการประเมินชีวิตของตนเองทั้งหมดโดยภาพรวมไปในทางลบ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงอารมณ์ความรู้สึกทางลบที่มีต่อเรื่องต่างๆไป

ตลอดระยะเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมา ได้มีการพยายามที่จะหาบทสรุปของความสัมพันธระหว่างอารมณ์ความรู้สึกทางบวกและอารมณ์ความรู้สึกทางลบ Ryff(1989) ได้พยายามที่จะศึกษาและสร้างสุขภาวะทางจิตขึ้นมาใหม่ โดยเน้นหน้าที่ของจิตใจด้านบวก ซึ่งได้ศึกษาและทบทวนจากงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับเจตคติต่อสุขภาวะทางจิต เช่น พัฒนาการทางบุคลิกภาพ การค้นหาตัวตนที่แท้จริง ความเป็นเอกัตบุคคล และแนวคิดด้านวุฒิภาวะ เป็นต้น ทำให้สามารถจำแนกองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตออกได้เป็น 6 ด้าน (Ryff & Singer, 2008) ได้แก่

1) การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) หมายถึง การที่บุคคลสามารถที่จะรับรู้และยอมรับตนเองได้ในทุกๆแง่มุมทั้งจุดเด่นและจุดด้อย มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง ทั้งในเรื่องของการกระทำ อารมณ์ รวมไปถึงการที่มีความรู้สึกด้านบวกต่อประสบการณ์ชีวิตในอดีต การยอมรับตนเองนั้นถือได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญ เพราะเป็นการที่บุคคลมองตนเองโดยปราศจากการปรุงแต่ง ทำให้สิ่งที่เห็นเป็นภาพที่สะท้อนถึงตัวตนอย่างแท้จริง

2) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (Positive relations with others) หมายถึง การที่บุคคลมีอภยาศัยหรือมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ซึ่งบุคคลที่สามารถยอมรับและพัฒนาตนเองได้นั้น มักจะเป็นผู้ที่มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ทั้งในฐานะของผู้ให้และผู้รับ ซึ่งมิตรภาพที่ดี และความรักที่เกิดขึ้นนั้นถือ

ว่าเป็นลักษณะเด่นในการที่บุคคลจะใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่พบว่าบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสังคมหรือบุคคลรอบข้างสูงจะให้คุณค่าอย่างมากเมื่อได้รับอารมณ์ความรู้สึกทางบวกหรือมีความพึงพอใจในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวบุคคลเกิดขึ้น(Oishi, Diener, Suh & Lucas, 1999) โดยบุคคลที่นึกถึงแต่ตัวเองจะมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลสูงและมีสุขภาพที่ต่ำ

3) การเป็นตัวของตัวเองหรือมีอิสรภาพในตนเอง (Autonomy) หมายถึง การที่บุคคลมีอำนาจหรือความสามารถในการตัดสินใจและกำกับพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง มีความเป็นอิสระจากผู้อื่นหรือสังคม โดยไม่นำมาตรฐานของผู้อื่นมาตัดสินตนเอง สามารถอดทนต่อแรงกดดันของสังคมหรือสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ดี ไม่ยึดติดอยู่กับความกลัว ความเชื่อ หรือกฎเกณฑ์ของคนหมู่มาก

4) ความสามารถในการจัดการกับสิ่งต่างๆรอบตัว (Environment mastery) หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการควบคุม จัดการกับสภาพแวดล้อมรอบตัวหรือสถานการณ์ต่างๆที่ซับซ้อนได้ เพื่อให้เชื่อมต่อเงื่อนไขทางจิตใจของตนเองได้ และสามารถที่จะแสดงออกได้อย่างเหมาะสมกับช่วงอายุและบริบทในสถานการณ์ต่างๆได้ รวมทั้งการปรับตัวในเข้ากับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ทั้งดีและไม่ดีได้ โดยการปรับตัวคือการที่บุคคลมีการตอบสนองลดลงต่อสิ่งเร้าที่เผชิญอย่างต่อเนื่องหรือซ้ำไปซ้ำมา(Helson, 1947) เช่น บุคคลที่ไร้ซึ่งความสามารถมาโดยกำเนิดจะพบว่ามีความสุขที่ต่ำกว่าบุคคลที่ไร้ซึ่งความสามารถในภายหลังของชีวิตเช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่ประสบเหตุที่ทำให้ร่างกายเกิดความพิการ เป็นต้น (Krauss, Nadler & Boyd, 1990) ที่เป็นเช่นนี้เกิดจากบุคคลที่ไร้ซึ่งความสามารถโดยกำเนิดรู้จักปรับตัว และสามารถที่จะดำเนินชีวิตได้ตามปกติมากกว่าผู้ที่ไร้ซึ่งความสามารถในภายหลัง

5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in life) หมายถึง การที่บุคคลสามารถรับรู้ถึงความหมาย จุดประสงค์ และคุณค่าของชีวิตตนเอง ให้ความสำคัญต่อประสบการณ์หรือการกระทำของตนเองทั้งในอดีตและปัจจุบันว่ามีคุณค่า เนื่องจากเป้าหมายของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันออกไป ส่งผลให้อารมณ์ความรู้สึกทางบวก อารมณ์ความรู้สึกทางลบ และความพึงพอใจในชีวิตของแตกต่างกันออกไปด้วย(Emmons, 1986) นอกจากนี้บุคคลยังต้องสามารถรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไปตามแต่ละช่วงอายุอีกด้วย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นปัจจัยที่ทำให้จุดมุ่งหมายของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปด้วย พบว่าผลของการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้นั้นขึ้นอยู่กับระดับของการผูกมัดหรือความรับผิดชอบต่อเป้าหมายนั้น(Brunstein, 1993) เช่น นักเรียนที่ประสบความสำเร็จจะคุณค่ากับหลายวันที่มาเรียนและสามารถทำสิ่งต่างๆในโรงเรียนได้เป็นอย่างดี(Oishi, Diener, Suh & Lucas, 1999)

6) ความงอกงามในตนเอง (Personal growth) หมายถึง การที่บุคคลมีความสามารถในการรับรู้และยอมรับตนเองได้อย่างแท้จริง และนำมาสู่การพัฒนาและปรับปรุงศักยภาพภายในของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการเปิดรับประสบการณ์ ความรู้ หรือสิ่งใหม่ๆ ความสามารถใช้ชีวิตได้อย่างรู้ทันตนเอง อยู่กับความเป็นจริงและปัจจุบันขณะ ซึ่งการที่บุคคลจะสามารถพัฒนาตนเองได้นั้นจะต้องตระหนักถึงความสามารถ คุณค่า และความหมายของตนเองได้ด้วย

4.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

สามารถแบ่งปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะได้เป็นปัจจัยภายใน เช่น การรับรู้สุขภาพ ฐานะทางเศรษฐกิจ บุคลิกภาพ ความสามารถในการจัดการควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม และปัจจัยภายนอก เช่น ความสัมพันธ์ กิจกรรม ระดับการศึกษา

การรับรู้สุขภาพ เป็นการที่บุคคลประเมินสุขภาพของตนเองโดยประเมินได้จากอาการเจ็บป่วยทางร่างกายและสภาพการณ์ทางจิต เป็นการที่บุคคลสะท้อนเจตคติที่มีต่อสุขภาพตนเองโดยประเมินจากภาพรวม ซึ่งแต่ละบุคคลย่อมมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน (Ware, 1976) สามารถแยกองค์ประกอบของการรับรู้สุขภาพได้ 6 มิติดังนี้

- 1) สุขภาพในปัจจุบัน (current health) เป็นการรับรู้ของบุคคลในช่วงขณะของการตอบแบบสอบถาม
- 2) สุขภาพในอดีต (prior health) เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองโดยรวมในอดีต
- 3) เจตคติต่อสุขภาพ (health outlook) เป็นการสะท้อนมุมมองของบุคคลว่าในอนาคตจะมีสุขภาพเป็นอย่างไร
- 4) การต้านทานต่อโรคร้ายไข้เจ็บ (resistance to illness) เป็นการประเมินว่าตนเองมีความสามารถต้านทานกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและในอดีตมากหรือน้อยเพียงใด
- 5) การดูแลสุขภาพ (health worry) เป็นการประเมินความรู้สึกของบุคคลว่าตนเองมีความวิตกกังวลกับสุขภาพของตนเอง หรือดูแลสุขภาพมากหรือน้อยเพียงใด

- 6) แนวโน้มต่อการเจ็บป่วย (sickness orientation) เป็นความรู้สึกต่อโรคภัยไข้เจ็บของตนเองว่าเป็นสิ่งที่ปกติ ไม่สามารถยอมรับได้ หรือ พยายามหลีกเลี่ยง

ได้มีงานวิจัยพบว่าสุขภาพมีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางด้านอารมณ์ในผู้สูงอายุที่เกษียณ (Burr, Santo & Pushkar, 2009) และในเอเชียก็ได้มีงานวิจัยโดย Chou และ Chi (1999) ที่ศึกษาเรื่องความพึงพอใจในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่รับรู้และประเมินสุขภาพของตนเองทางบวกนั้นจะมีความพึงพอใจในชีวิตในทางบวกด้วย

รายได้และระดับการศึกษา

Easterlin (1974) พบว่าความพึงพอใจในรายได้ของตัวบุคคลนั้น ขึ้นอยู่กับรายได้ของบุคคลแวดล้อมในสังคมด้วย Diener และ Biswas-Diener (2002) ได้ศึกษาพบในระดับภาพรวมของประเทศพบว่า รายได้และฐานะทางเศรษฐกิจนั้นมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะในบุคคล โดยเฉพาะประชากรในประเทศที่กำลังพัฒนา ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากบุคคลต้องการมีรายได้เพื่อนำไปแลกเปลี่ยนกับสิ่งอุปโภคบริโภค เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน สำหรับการเปลี่ยนแปลงรายได้ขึ้นจากการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไปของ VanSolinge และ Henkens (2009) พบว่าเมื่อรายได้ลดลงจะส่งผลให้มีสุขภาพและความพึงพอใจในชีวิตลดลง จะเห็นได้ว่าฐานะทางเศรษฐกิจและรายได้สามารถชี้ทำนายสุขภาวะทางด้านอารมณ์ได้ โดยผู้ที่มีรายได้สูงจะสามารถทำนายอารมณ์ความรู้สึกทางบวกได้ ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อยจะสามารถทำนายอารมณ์ความรู้สึกทางลบได้ (Burr, Santo & Pushkar, 2009) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะสามารถปรับตัวต่อการเกษียณอายุงานได้ดี และมีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย (Wong & Earl, 2006)

มีงานวิจัยที่พยายามจะศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับของการศึกษากับสุขภาวะ แต่ก็ยังไม่สามารถสรุปผลการวิจัยได้ชัดเจนมากนัก เนื่องจากในบางงานวิจัยก็ไม่พบความสัมพันธ์ Markides และ Martin (1979) พบว่ารายได้และระดับการศึกษาของผู้สูงอายุนั้น มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตในทางบวก โดยรายได้จะส่งผลทางอ้อมผ่านกิจกรรม ส่วนการศึกษานั้นจะส่งผลทางตรงต่อความพึงพอใจเฉพาะผู้สูงอายุเพศชาย Chou และ Chi (1999) ได้ศึกษาในผู้สูงอายุพบว่าระดับการศึกษานั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิต และความตึงเครียดทางการเงินหรือรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งรายได้นั้นสามารถทำนายสุขภาวะได้ดีกว่าระดับของการศึกษา (Pinquart & Sorensen, 2000)

ระดับกิจกรรม กิจกรรมนั้นถือเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้บุคคลในสังคมได้มีส่วนร่วมและเกิดการปฏิสัมพันธ์กันขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆในบุคคล Atchley (1997) กล่าวว่า กิจกรรมเป็นสิ่งที่บุคคลใช้แสดงออกถึงบุคลิกภาพ พัฒนาการ ประสบการณ์ และเป้าหมายในชีวิต สามารถแยกองค์ประกอบของกิจกรรมได้เป็น 3 ประเภท (Lemon, Bengtson & Peterson, 1972) ได้ดังนี้

- 1) กิจกรรมที่ไม่มีรูปแบบ (informal activity) เช่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆกับคนในครอบครัว การพบปะสังสรรค์ต่างๆ รวมไปถึงการช่วยเหลืองานภายในบ้าน
- 2) กิจกรรมที่มีรูปแบบ (formal activity) มักเป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกับผู้คนที่ไม่ใช่สมาชิกภายในครอบครัว มักมีบทบาทและหน้าที่ เช่น เข้าร่วมชมรมต่างๆ อาสาสมัครเพื่อสังคม เข้ากลุ่มทางการเมือง เป็นต้น จะเห็นได้ว่าเป็นกิจกรรมที่เกิดจากการที่กลุ่มคนที่มีความสนใจหรือต้องการในเรื่องเดียวกันรวมตัวกัน
- 3) กิจกรรมเพื่อการพักผ่อนและงานอดิเรก (solitary or leisure activity and hobby) เป็นกิจกรรมที่ทำขึ้นเมื่อมีเวลาว่าง ส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดความผ่อนคลาย เช่น กิจกรรมนันทนาการ ตกแต่งบ้าน อ่านหนังสือ เป็นต้น

ในงานวิจัยที่ศึกษาของความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมกับสุขภาวะนั้น พบว่า กิจกรรมส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพ (Okun, Stock, Haring & Witter, 1984) และในงานวิจัยในกลุ่มตัวอย่างประชากรชาวเอเชียันพบว่า กิจกรรมจะส่งอิทธิพลทางอ้อมต่อสุขภาพ โดยจะส่งผ่านความผูกพันทางสังคม (Vaughan, Kashner, Stock & Richards, 1985) นอกจากนี้ได้มีการศึกษาถึงการทำกิจกรรมในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอดิเรกอยู่จะมีสุขภาวที่ดี และผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมหลากหลายรูปแบบจะประเมินสุขภาวของตนเองดีกว่าคนที่ทำกิจกรรมน้อย (Silverstein & Parker, 2002) นอกจากนี้กิจกรรมยังสามารถช่วยเพิ่มระดับของสุขภาวในผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยได้พบกับครอบครัวอีกด้วย จากการศึกษาของ Warr, Butcher และ Robertson (2004) พบว่ากิจกรรมสามารถเป็นตัวทำนายสุขภาวทางด้านของอารมณ์และความพึงพอใจในชีวิต

สำหรับในประเทศไทย ปัญญาภัทร กัณทากุล (2544) พบว่าผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพ และกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพ (พนิตนันท์ โชติกเจริญกุล, 2545)

อายุ Bradburn (1969) พบว่าบุคคลที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมีแนวโน้มของสุขภาวะจิตต่ำลงกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย เนื่องจากผู้ที่อายุเยอะนั้นได้เผชิญกับสิ่งต่างๆ รวมถึงปัญหา ทำให้มีการคิด ตัดสินใจ ไตร่ตรอง นานกว่าบุคคลที่มีอายุน้อยที่ไม่ต้องคิดมาก ตัดสินใจเร็ว และใจร้อน นอกจากนี้มีงานวิจัยบางงานพบว่าวัยผู้ใหญ่ตอนปลายนั้นจะมีสุขภาวะทางจิตสูงที่สุดเพราะมีประสบการณ์ และเรียนรู้การเผชิญปัญหาต่างๆ มากกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย ทำให้สามารถนำมาใช้แก้ไขหรือตัดสินใจสิ่งต่างๆ ได้ดี (Hamarat, Thomson, Zabrucku, Steele & Matheny, 2001)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Richard, Robin, Kali, Trzesniewski, Jessica, Tracy, Samuel & Potter (2002) ได้ทำการศึกษาในเรื่องของการรู้คุณค่าในตนเอง โดยทำการจัดหารูปแบบโดยรวมของความแตกต่างของการเห็นคุณค่าในตนเองในบุคคลที่อายุแตกต่างกันตั้งแต่อายุ 9-90 ปี โดยใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 326,641 คน จากทางอินเทอร์เน็ต การวัดในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การวัดเป็นแบบ Single-item Self-esteem scale (SISE) ที่พัฒนาโดย Robin, Hendin, & Trzesniewski ในปี 2001 โดยให้กลุ่มตัวอย่างให้คะแนนข้อคำถามซึ่งมีลักษณะเป็น Likert scale จาก 1-5 (1 หมายถึง ไม่ตรงกับตนเองอย่างมาก ไปจนถึง 5 คือ ตรงกับตนเองเป็นอย่างมาก) ซึ่งใช้การเก็บข้อมูลระยะยาว (Longitudinal data) โดยประมาณค่า reliability ที่ 0.75 (Heise, 1969) จากการประมวลผลการวิจัย พวกเขาพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคลจะสูงที่สุดในช่วงวัยเด็ก ต่อมาจะลดลงในช่วงของวัยรุ่นและสูงขึ้นอย่างทีละน้อยตลอดช่วงวัยผู้ใหญ่หรือวัยกลางคน จากนั้นจะลดลงอย่างเฉียบพลันเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ แม้จะเป็นความแตกต่างทางเพศ ทางสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ เชื้อชาติ และสัญชาติ รูปแบบของการเห็นคุณค่าของบุคคลโดยทั่วไปจะเป็นไปในแนวทางเดียวกัน งานวิจัยนี้เป็นการค้นพบการสนับสนุนเพิ่มเติมจากงานวิจัยที่ผ่านมาช่วยให้ผลของงานวิจัย ที่ผ่านๆ มาเริ่มชัดเจนขึ้น

ในวัยเด็ก นักวิจัยได้ทำการศึกษาการเห็นคุณค่าของตนเองของเด็กอายุ 6 ปี การศึกษานี้มุ่งไปที่ขอบเขตของ Self-evolution เช่น การรับรู้ตนเองในเรื่องของความสามารถทางคณิตศาสตร์ เป็นความเชื่อที่มองเห็นได้มากกว่าความเชื่อที่เป็นนามธรรมเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยทั่วไปเด็กมักจะประเมินค่าตนเองมากกว่าครึ่งและสูงกว่าที่เขาประเมินค่าเด็กคนอื่นๆ นั้นหมายความว่าในมุมมองของตัวเด็กพวกเขาจะมองตนเองในด้านบวก อย่างไรก็ตามขณะที่เด็กเหล่านี้ผ่านเข้าสู่วัยประถมศึกษาการประเมินตนเองจะมีแนวโน้มไปในทางที่ต่ำลง (Eccles, Wigfield, Harold, & Blumenfeld, 1993 ; Ruble,

Boggiano, Feldman, & Loebl, 1980 ; Stipek & Tannatt, 1984) การศึกษาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันได้มีการประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองโดยรวมในกลุ่มของอายุต่างๆ ยิ่งไปกว่านั้นยังพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองยังคงลดลงตลอดในช่วงที่เด็กอยู่ในวัยของชั้นปฐมแล้ว

ในวัยรุ่น งานวิจัยหลายงานที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองในช่วงระหว่างอายุที่ส่งผ่านจากวัยประถมไปสู่วัยรุ่น (Demo, 1992) การศึกษาโดยส่วนมากจะพบว่าระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองนั้นจะลดลงระหว่างช่วงของการส่งผ่านนี้ (Eccles et al., 1989; Engel, 1959; Marsh, Parker, & Barnes, 1985; Piers & Harris, 1964; Rosenberg, 1986; Savin-Williams & Demo, 1984; Simmons, Rosenberg, & Rosenberg, 1973) แม้ว่างานวิจัยส่วนใหญ่จะบอกระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองจะลดลงในช่วงส่งผ่านนี้แต่ก็มีบางงานวิจัยที่ไม่พบเช่นนั้น

งานวิจัยในเรื่องของการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองในช่วงของวัยรุ่นยังคงไม่สามารถสรุปได้เพราะในบางงานวิจัยพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองจะสูงขึ้นในช่วงของวัยรุ่น (Marsh, 1989; McCathy & Hoge, 1982; Mulis et al., 1992; O'Malley & Bachman, 1983; Prawat, John, & Hampton, 1979; Roeser & Eccles, 1998) แต่ในขณะเดียวกันในบางงานวิจัยก็บอกว่าในวัยนี้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Chubb et al., 1997) ซึ่งสิ่งที่ทำให้ผลการวิจัยออกมาไม่เหมือนกันอาจเกิดจากปัจจัยทางเพศที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในเด็กผู้ชายพบว่าจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าเด็กหญิง (Block & Robins, 1993; Kling, Hyde, Showers, & Buswell, 1999; Major, Barr, Zubek, & Babey, 1999)

ในวัยผู้ใหญ่เมื่อเปรียบเทียบกับงานตีพิมพ์ของวัยรุ่นกับวัยผู้ใหญ่ จะพบว่าในวัยผู้ใหญ่มีการศึกษาในเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเองน้อยกว่า แต่งานศึกษาที่ดูๆ ไปแสดงให้เห็นการเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ของการเห็นคุณค่าในตนเองโดยรวม (Gove et al., 1989; Helson & Wink, 1992; Jaquish & Ripple, 1981; Lall, Jain, & Johnson, 1996; R. E. Robert & Bengton, 1996) อย่างไรก็ตามการศึกษาที่เป็นแบบฉบับ ได้ทำการวิเคราะห์ความแตกต่างทางอายุข้ามผ่านช่วงเวลา ดังนั้นจึงมีเพียงรูปแบบคร่าวๆ เกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองของวัยผู้ใหญ่

ส่วนในวัยผู้สูงอายุ มีการศึกษาบางส่วนที่สนใจการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ Jaquish และ Ripple (1981) ได้ศึกษาการเห็นคุณค่าของวัยผู้สูงอายุพวกเขาพบว่าในวัยสูงอายุ (61-81 ปี) จะมีระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าในวัยของผู้ใหญ่ตอนกลาง (40-60 ปี) Tiggemann และ Lynch (2001) พบว่าผู้หญิงในวัย 70-85 ปี จะมีระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าผู้หญิงในวัย 60-

70 ปี เล็กน้อย Ranzijn et al. (1998) พบว่า ผู้สูงอายุในช่วงวัย 85-103 ปี มีระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าผู้สูงอายุในวัย 70-80 ปี

จากงานวิจัยที่มีผลออกมาสอดคล้องกันทั้งหมด 3 งานข้างต้น Ward (1977) ได้พบความสัมพันธ์กันในทางลบอย่างเล็กน้อย ($r = -14$) ระหว่างอายุกับระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60-92 ปี ในทางตรงกันข้าม งานของ Grove et al. (1989) ได้พบระดับการเห็นคุณค่าในตนเองที่สูงที่สุดในกลุ่มตัวอย่างที่อายุมากที่สุด (75 ปีขึ้นไป) มากไปกว่านั้นในงานวิจัยหลายงานที่ไม่พบความเกี่ยวข้องระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับอายุที่แตกต่างกันซึ่งประกอบไปด้วยงานวิจัยของ Trimakas และ Nicolay (1974) ได้ทำการศึกษาในบุคคลที่มีอายุ 66-88 ปี หรือในงานวิจัยของ Erdwins et al. (1974) ได้ทำการศึกษาผู้ร่วมงานวิจัย 4 ช่วงอายุ ตั้งแต่อายุ 18-75 ปี และในงานวิจัยของ Ryff (1989) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างช่วงอายุในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (50 ปี) และในวัยสูงอายุ (75 ปี) งานวิจัยทั้งหลายเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงความไม่สอดคล้องกันของการค้นพบที่ผ่านมาผู้วิจัย หลายคนได้ทำการทบทวนบทบรรยายในเอกสารงานวิจัยต่างๆ ที่ผ่านที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเองกับวัยสูงอายุแต่ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่ตรงกันได้ว่าระดับการเห็นคุณค่าในตนเองจะเพิ่มขึ้นลดลง หรือยังคงเดิมในวัยสูงอายุ (Bengtson, Reedy, & Gordon, 1985; Brandtstaedter & Greve, 1994; Demo, 1992)

Orth, Trzesniewski, Robins (2010) ได้ทำการศึกษาพัฒนาการทางด้านการเห็นคุณค่าในตนเองตั้งแต่ในวัยผู้ใหญ่จนถึงวัยสูงอายุ โดยข้อมูลทั้งหมดมาจากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงในช่วงอายุของชาวอเมริกัน โดยการประเมิน 4 ครั้ง ในช่วง 16 ปี กลุ่มตัวอย่างมาจากหลายชาติจำนวน 3,617 คน อายุตั้งแต่ 25 ปี จนถึง 104 ปี ใช้วิธีการวัดโดยใช้แบบทดสอบ ACL แบบ 3 item เป็นแบบทดสอบการเห็นคุณค่าในตนเองเวอร์ชันของ Rosenberg โดยการให้คะแนน 1-4 (1 หมายถึงตรงกับตนเองน้อยที่สุด ส่วน 4 หมายถึงตรงกับตนเองมากที่สุด) ผลวิจัยจากการวิเคราะห์เส้นกราฟโค้งเป็นเส้นที่คิดจากสมการ 2 ชั้น ที่เพิ่มขึ้นสามารถแสดงให้เห็นถึงระดับการเห็นคุณค่าในตนเองที่เพิ่มขึ้นในช่วงวัยผู้ใหญ่ พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองจะเพิ่มขึ้นตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่จนถึงจุดสูงสุดตอนอายุ 60 ปี และจากนั้นจะลดลงเมื่อถึงวัยสูงอายุ ไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดพบวิถีของเส้นกราฟที่แตกต่างกันไป มากไปกว่านั้นยังพบว่า เพศหญิงจะมีระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าเพศชายในวัยผู้ใหญ่ แต่เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุวิถีของเส้นกราฟจะบรรจบกันนั่นหมายความว่า การเห็นคุณค่าในตนเองของทั้งสองเพศไม่ต่างกัน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ในงานวิจัยนี้ยังระบุถึงความแตกต่างของการเห็นคุณค่าในตนเองของประชาชนที่มีผิวขาว และประชาชนที่มีผิวดำไว้ดังนี้ คือทั้งสองจะมีระดับของการเห็นคุณค่าไม่ต่างกันในวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง แต่เมื่อเข้าช่วงวัยสูงอายุคนผิวดำจะมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองลดลงอย่างเห็นได้ชัดมากกว่าในคนผิวขาว มากไปกว่านั้นผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองที่สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยแต่แนวโน้มจะคล้ายกัน อย่างไรก็ตามผลการวิจัยได้เสนอว่าการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสังคมและสุขภาพทางกายได้อธิบายถึงการลดลงของการเห็นคุณค่าในตนเองในวัยสูงอายุอีกด้วย

Richman (1993) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักเรียนเกรด 11 และ 12 จำนวน 195 คน ในนอร์ทแคลิฟอร์เนียอายุเฉลี่ย 16.2 ปี ด้วยการ ทำแบบทดสอบวัดคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก แบบวัดอัตมโนทัศน์ของปีแอร์และแฮริส พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของนักเรียน ถูกประเมินโดยแบบทดสอบทางจิตวิทยา ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเหล่านั้น ได้แก่ ความวิตกกังวล ความอ่อนเปลี้ย การขาดความสุขในสังคม การขาดความเชื่อมั่นทางสังคม และอาการเจ็บปวดทางร่างกาย พบว่าเมื่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพิ่มสูงขึ้นระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง

นิภาวรรณ กิริยะ (2534) ได้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องของการเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้หญิงที่โสดและผู้หญิงที่สมรสแล้วที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปในจังหวัดกรุงเทพมหานคร วิธีการสำรวจคือผู้วิจัยทำการสำรวจการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้หญิงโสดและผู้หญิงที่ไม่โสดที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปจำนวนทั้งหมด 400 คน จากผลการวิจัยพบว่าผู้หญิงสมรสแล้วมีระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้หญิงที่โสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งผลการวิจัยขึ้นนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของครอบครัวต่อระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองที่มีในผู้หญิง อาจกล่าวได้ว่าการมีครอบครัวอาจจะเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้หญิงได้

ได้มีการศึกษาความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองเกี่ยวกับบุคคลในครอบครัว ผลสรุปได้ว่า การปฏิสัมพันธ์ ความใกล้ชิด และความสัมพันธ์ในครอบครัวนั้นมีผลต่อระดับการเห็นคุณค่าในตนเองและบุคคลจะสามารถสูญเสียการเห็นคุณค่าในตนเองได้จากการที่เอาตนเองไปเปรียบเทียบกับบุคคลในครอบครัวที่มีความใกล้ชิด (Kramer, 1990; Meisenhelder, 1985 อ้างถึงใน Hasadsri, 2004) มากไปกว่านั้นจากพื้นฐานการเห็นคุณค่าในตนเองที่ได้จากความเอาใจใส่ ความรักและรวมไปถึงความสำเร็จและได้รับการตอบสนองของว่าตนมีคุณค่ากับคนรอบข้างจะมีการขยายจากครอบครัวสู่บุคคลอื่นรอบตัวอีกด้วย เช่น สังคมหรือกลุ่มเพื่อน พัฒนาการของการเห็นคุณค่าในตนเองนั้นจะมีความต่อ

เนื่องมาจากประสบการณ์ในวัยเด็กจากนั้นจะพัฒนาไปจนกระทั่งถึงวัยผู้ใหญ่ตอนกลางจึงเริ่มคงที่และเสื่อมถอยลงเรื่อยๆ อย่างไรก็ตามการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองไม่มีรูปแบบที่แน่นอนหรือสม่ำเสมอในแต่ละช่วงวัย ขึ้นอยู่กับความแตกต่างกันของเอกลักษณ์หรือลักษณะเฉพาะของบุคคล รวมไปถึงสภาพแวดล้อม สังคม ที่บุคคลต้องเผชิญด้วย (Brundage, 1994 อ้างถึงใน Hasadsri, 2004)

Mackinnon, Gein, & Durst (1996) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้สูงอายุชาวจีนที่มีต่อการดูแลลูกหลาน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุชาวจีนเป็นจำนวน 10 คน เป็นผู้หญิง 2 คน และเป็นผู้ชาย 8 คน อายุระหว่าง 69-81 ปี (เฉลี่ย 74.8 ปี) ใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว แต่เนื่องจากผู้สูงอายุเหล่านี้เกิดในประเทศจีน แต่ย้ายมาอยู่ที่ประเทศแคนาดา 6 เดือนถึง 62 ปี การสัมภาษณ์จึงใช้ล่ามช่วยแปลคำถามและคำตอบให้ จะใช้คำถามปลายเปิดที่มีโครงสร้างที่ตัวผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้ เวลาในการสัมภาษณ์เป็นเวลา 3 เดือน จากผลการวิจัยออกมาพบว่าผู้สูงอายุ 6 คนใน 10 คนรู้สึกคิดถึงเพื่อนเก่า ว่าเหว่ คิดถึงสถานที่เก่าๆ คิดถึงกิจกรรมที่ตนเคยทำ คิดถึงครอบครัวที่เสียชีวิต ทุกคนที่ถูกสัมภาษณ์กล่าวว่าต้องการความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับครอบครัว ผู้สูงอายุ 6 คนรู้สึกว่าตนไม่ได้รับความรัก ความอบอุ่นจากสมาชิกในครอบครัว แม้ว่าในสมาชิกในครอบครัวจะมีสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน แต่ผู้สูงอายุก็ยังรู้สึกว่าเหว่ จากความล้มเหลวที่เกิดในชีวิต เช่น ไม่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้ ไม่สามารถที่จะสร้างชีวิตของตนใหม่ได้ ทำให้เกิดความกลัวขึ้น ในผู้สูงอายุจำนวน 2 คนที่สามารถพูดภาษาอังกฤษได้พบว่าจะมีการแยกตัวออกจากสังคมน้อยกว่าผู้ที่พูดภาษาอังกฤษไม่ได้ มากไปกว่านั้นยังพบว่ามีการแยกตัวออกมาจากสังคมและความรู้สึกที่ว่าเหว่ที่ผู้สูงอายุจะมีจะส่งผลถึงปัญหาทางด้านร่างกาย โดยผู้สูงอายุ 5-10 คน มีปัญหาในเรื่องของการย่อยอาหาร การนอนหลับ การมีกำลัง อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุจำนวน 4 คน กล่าวว่าตนจะรู้สึกว่าเหว่น้อยลงเมื่อได้คุยโทรศัพท์กับเพื่อนหรือได้อ่านพระคำภีร์ไบเบิล มากไปกว่านั้นการวิจัยนี้ยังพบเพิ่มเติมว่าการที่ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุตรหลานสามารถที่จะลดความเหว่ และการแยกตัวจากสังคมของผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายชิ้นที่พบเหมือนกันว่าสัมพันธ์ที่ไม่ดีนั้นจะทำให้เกิดการแยกตัวและความเหว่สูงในผู้สูงอายุ (Antonelli, E.; Rubini, V. and Fassone, C., 2000; ปัญญาภัทร ภัทรกัณทากุล, 2544; พัชรี ต้นศิริ และคณะ, 2539 และ บรรลุ ศิริพาณิช และคณะ, 2531)

Nasir, Zamani, Khairudin & Latipun (2010) ได้ทำการศึกษาหาคำตอบเกี่ยวกับอิทธิพลของการทำหน้าที่ของครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง และการบิดเบือนทางปัญญา ที่ส่งผลต่อความซึมเศร้า โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นชาวมาเลเซีย 189 คน และเป็นชาวอินโดนีเซีย 131 คน ที่เป็นเยาวชน ผู้กระทำความผิด วัดโดยใช้แบบวัด Family Adaptability And Cohesion Scale (FACES III) , แบบวัด

การเห็นคุณค่าในตนเองของ Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), แบบวัดความซึมเศร้า Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) และแบบวัดการบิดเบือนทางปัญญา (CDS) ผลการศึกษาพบว่าเด็กที่กระทำความผิดชาวมาเลเซียมีอาการซึมเศร้ามากกว่าเด็กที่กระทำความผิดชาวอินโดนีเซียอย่างมีนัยสำคัญและมากไปกว่านั้นจากการศึกษาความสัมพันธ์กันระหว่างอิทธิพลของหน้าที่ของครอบครัว การเห็นคุณค่าในตนเอง และการบิดเบือนทางปัญญา ที่ส่งผลต่อความซึมเศร้าของเด็กที่กระทำความผิดชาวมาเลเซียและอินโดนีเซีย พบว่า ตัวแปรการทำหน้าที่ในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับความซึมเศร้าของเด็ก แต่พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเองกับการบิดเบือนทางปัญญา และยังพบว่าตัวแปรหน้าที่ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเองในเด็กที่กระทำความผิดชาวอินโดนีเซียอีกด้วย

Walker และ Schimmack (2008) ได้ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตโดยใช้โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง พบว่า การวัดการรายงานตนเองนั้นมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตมากที่สุด แม้ว่าจะไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับการวัดด้วยการรายงานของเพื่อน ขณะที่การวัดโดยนัยนั้นพบว่ามีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตในระดับปานกลางซึ่งพิจารณาจากค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) แม้จะพบว่า การวัดสุขภาวะทางจิตโดยใช้การวัดโดยตรง จะให้ผลดีกว่าการวัดโดยนัย แต่สิ่งที่น่าสังเกตคือ การเห็นคุณค่าในตนเองโดยนัยมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตทั้ง 3 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกทางบวก ความพึงพอใจในชีวิต และความรู้สึกทางลบ ซึ่งสิ่งนี้แสดงให้เห็นว่านอกเหนือจากการเห็นคุณค่าในตนเองที่รับรู้สูงแล้ว หากมีการเห็นคุณค่าในตนเองโดยนัยสูงด้วย บุคคลน่าจะมีสุขภาวะทางจิตที่ดีมากกว่ามีการเห็นคุณค่าในตนเองที่รับรู้สูงเพียงด้านเดียว

Spensor-Rodgers และคณะ (2004) ได้ทำการศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองกับสุขภาวะทางจิตในเชิงรูปแบบของความสัมพันธ์ พวกเขาพบว่าบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูงก็จะมีระดับของสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับสูงเช่นกัน เหตุเพราะลักษณะทั้ง 2 นี้ต้องอาศัยความสามารถในการประเมินตนเองตามการรับรู้ของบุคคล ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยของ Wilson (1976, อ้างถึงใน Diener et al, 2000) และ Diener และคณะ (1999) ซึ่งกล่าวว่ระดับการเห็นคุณค่าของตนเองนั้นมีอิทธิพลต่อระดับของสุขภาวะทางจิตของบุคคล

บทที่ 2

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การทำหน้าที่ของครอบครัวและสุขภาวะทางจิตที่ดีของผู้สูงอายุซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 207 คน นิสิตผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ ที่กำหนดเกณฑ์ไว้ว่า ตัวแปรต้น 1 ตัว ควรมีการสุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 20 คน (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2009) ซึ่งในงานวิจัยนี้มีตัวแปรต้น 2 ตัว จึงต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 60 คน แต่ผู้วิจัยเลือกใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 207 คน เพื่อเพิ่มอำนาจทางสถิติในการวิเคราะห์ และใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบตามสะดวก (Convenient sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 1. ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส เป็นต้น 2. แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง 3. แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว และ 4. แบบวัดสุขภาวะทางจิต ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละแบบวัด ดังต่อไปนี้

1. **แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง** เป็นแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ ที่นิสิตผู้วิจัยพัฒนาเพิ่มเติมจากแบบวัดฉบับภาษาไทยโดย รองศาสตราจารย์ สุภาพรพรณ โคตรจรัส(2539) สุรางค์รัตน์ คงศรี (2547) ชนิตา จันแจ้ว และจากแบบวัดต้นฉบับภาษาอังกฤษ(Coopersmith Self-Esteem Inventory Coopersmith,1984) แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง มีลักษณะเป็นมาตราแบบประเมินค่า (Rating Scale) ข้อกระทงมีลักษณะเป็นประโยคบอกเล่าซึ่งเป็นลักษณะรายงานตนเอง โดยมีตัวเลือกตอบ 2ตัวเลือก คือ “ไม่เหมือนตัวฉัน= 0” “เหมือนตัวฉัน=1”

ในการวิจัยครั้งนี้นิสิตผู้วิจัยได้สร้างข้อกระทงเพิ่มเติมและปรับสำนวนภาษาให้เหมาะกับการ

นำไปใช้ในผู้สูงอายุ ได้แบบวัดที่มีข้อกระทงทั้งหมด 50 ข้อ จากนั้นได้นำแบบวัดที่ปรับแล้ว ไปให้อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน คือ รองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร. อรุณญา ต้อยคำภีร์ ช่วยตรวจพิจารณาความตรงตามเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้เหมาะสมยิ่งขึ้น หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจและให้ความเห็นแล้ว นิสิตผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ชุมชนราชเทวีจำนวน 6 คน โดยลองอ่านข้อคำถามแต่ละข้อให้ผู้สูงอายุฟัง และถามถึงความเข้าใจในข้อคำถามนั้น ให้ผู้สูงอายุตอบตามความเข้าใจหากข้อคำถามมีความคลุมเครือจะนำกลับมาปรับปรุงถ้อยคำให้เหมาะสม

ต่อมา นิสิตผู้วิจัยนำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่ชมรมผู้สูงอายุ วัดสารอดจำนวน 60คน และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อ กับคะแนนรวมของข้ออื่นๆในมาตรวัด(Corrected Item-Total Correlation: CITC) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ค่า Critical Degree of Freedom เท่ากับ $n-1$ ซึ่งดูจากตารางชั้นความเป็นอิสระเท่ากับ 50 มีค่าวิกฤตของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ 0.254 ซึ่งหากข้อคำถามใดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆในแบบวัด น้อยกว่า 0.254 จะตัดข้อคำถามนั้นออก การวิเคราะห์ผลพบว่า มีข้อกระทงที่ผ่านจำนวน 30 ข้อ จาก 50 ข้อ โดยมีค่า Cronbach's Alpha ที่ .848

2.แบบวัดการทำหน้าที่ครอบครัว

เป็นแบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ ที่ นิสิตผู้วิจัยพัฒนาเพิ่มเติมจากแบบวัดฉบับภาษาไทย โดย สิริพิงศ์ วงศ์วิวัฒน์(2551) และจากแบบวัดต้นฉบับภาษาอังกฤษ ตามแนวคิดของมหาวิทยาลัย McMaster Model of family functioning พัฒนาโดย Epstein, Bishop และ Levin (1978) และ Epstein, Baldwin และ Bishop (1983) แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว มีลักษณะเป็นมาตรแบบประเมินค่า (Likert Scale) มีลักษณะเป็นข้อกระทงที่มีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ “ตรงน้อยที่สุด =1” “ตรงน้อย =2” “ตรงมาก =3” “ตรงมากที่สุด =4”

ในการวิจัยครั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยได้ปรับสำนวนภาษาให้เหมาะกับการนำไปใช้ในผู้สูงอายุ ได้แบบวัดที่มีข้อกระทงทั้งหมด 23 ข้อ จากนั้นได้นำแบบวัดที่ปรับแล้ว ไปให้อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านคือ รองศาสตราจารย์ ดร.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรุณญา ต้อยคำภีร์ ช่วยตรวจพิจารณาความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้เหมาะสมยิ่งขึ้น หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจและให้ความเห็นแล้ว นิสิตผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ชุมชนราชเทวีจำนวน 6 คน โดย

ลองอ่านข้อคำถามแต่ละข้อให้ผู้สูงอายุฟัง และถามถึงความเข้าใจในข้อคำถามนั้น ให้ผู้สูงอายุตอบตามความเข้าใจหากข้อคำถามมีความคลุมเครือจะนำกลับมาปรับปรุงถ้อยคำให้เหมาะสม

ต่อมานิสิตผู้วิจัยนำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มผู้สูงอายุที่ชมรมผู้สูงอายุวัดสารอด จำนวน 60คน และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในมาตรวัด (Corrected Item-Total Correlation : CITC) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ค่า Critical Degree of Freedom เท่ากับ $n-1$ ซึ่งดูจากตารางชั้นความเป็นอิสระเท่ากับ 23 มีค่าวิกฤตของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ 0.254 ซึ่งหากข้อคำถามใดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อและคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในแบบวัด น้อยกว่า 0.254 จะตัดข้อคำถามนั้นออก การวิเคราะห์ผลพบว่ามีข้อกระทงที่ผ่านจำนวน 10 ข้อ จาก 23 ข้อ โดยมีค่า Cronbach's Alpha ที่ .817

3.แบบวัดสุขภาวะทางจิต

เป็นแบบวัดสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุ ที่นิสิตผู้วิจัยพัฒนาเพิ่มเติมจากแบบวัดฉบับภาษาไทย โดย วรภัทร โรหิตะบุตร และจากแบบวัดต้นฉบับภาษาอังกฤษที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย Ryff (1989) แบบวัดสุขภาวะทางจิต มีลักษณะเป็นมาตราแบบประเมินค่า (Rating Scale) ข้อกระทงมีลักษณะเป็นประโยคบอกเล่าซึ่งเป็นลักษณะรายงานตนเอง โดยมีตัวเลือกตอบ 4 ตัวเลือกคือ “ไม่ตรงเลย=1” “ไม่ค่อยตรง=2” “ตรงบ้าง=3” “ตรงที่สุด=4”

ในการวิจัยครั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยได้สร้างข้อกระทงเพิ่มเติมและปรับสำนวนภาษาให้เหมาะกับการนำไปใช้ในผู้สูงอายุ ได้แบบวัดที่มีข้อทั้งหมด 48 ข้อ จากนั้นได้นำแบบวัดที่ปรับแล้ว ไปให้อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่านคือรองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร. อรุณญา ต้อยคำภีร์ ช่วยตรวจพิจารณาความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามให้เหมาะสมยิ่งขึ้น หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจและให้ความเห็นแล้ว นิสิตผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ชุมชนราชเทวีจำนวน 6 คน โดยลองอ่านข้อคำถามแต่ละข้อให้ผู้สูงอายุฟัง และถามถึงความเข้าใจในข้อคำถามนั้น ให้ผู้สูงอายุตอบตามความเข้าใจหากข้อคำถามมีความคลุมเครือจะนำกลับมาปรับปรุงถ้อยคำให้เหมาะสม

ต่อมานิสิตผู้วิจัยนำแบบวัดนี้ไปทดลอง (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่าง คือกลุ่มผู้สูงอายุที่ชมรมผู้สูงอายุวัดสารอด จำนวน 60คน และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่น ๆ ในมาตรวัด (Corrected Item-Total Correlation: CITC) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญสถิติที่ .05 มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน ค่า Critical Degree of Freedom เท่ากับ $n-1$ ซึ่งดูจากตารางชั้นความเป็นอิสระเท่ากับ 48 มีค่าวิกฤตของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน เท่ากับ 0.254 ซึ่งหากข้อคำถามใดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อกระทงแต่ละข้อและคะแนนรวม

ของข้ออื่นๆในแบบวัด น้อยกว่า 0.254 จะตัดข้อคำถามนั้นออก การวิเคราะห์ผลพบว่า มีข้อกระทงที่ผ่านจำนวน 35 ข้อ จาก 48 ข้อ โดยมีค่า Cronbach's Alpha ที่ .896

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ นิสิตผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมแบบสอบถามกับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุหรือทำกิจกรรมที่สวนสาธารณะในเขตกรุงเทพมหานครจำนวน 220 ชุด โดยกลุ่มนิสิตผู้วิจัยจะทำการแจกแบบสอบถามให้ทำเองในผู้สูงอายุที่สามารถอ่านเองได้ แต่ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถอ่านได้ นิสิตผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังรายข้อเป็นรายบุคคลจากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้มาคัดเลือกแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 207 ชุด เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

นิสิตผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows เพื่อนำมาวิเคราะห์คำนวณข้อมูลโดยใช้สถิติต่อไปนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยรายงานข้อมูลพื้นฐานของทั้งข้อมูลส่วนบุคคลและของตัวแปรในงานวิจัย เช่น ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร้อยละ
2. สถิติอ้างอิง Pearson product moment correlation coefficient เพื่อวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ศึกษา
3. การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression Analysis) เพื่อสร้างสมการทำนายสุขภาวะทางจิต โดยใช้การเห็นคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ในครอบครัวเป็นตัวทำนายด้วยวิธีการคัดเลือกแบบ Enter method ถือว่าตัวแปรอิสระทุกตัว ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ของครอบครัวมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามหรือสุขภาวะทางจิต จึงนำตัวแปรอิสระทุกตัวเข้าระบบสมการพร้อมๆกันในทีเดียว เพื่อหาความสัมพันธ์กับตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 3

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การทำหน้าที่ของครอบครัว และ สุขภาวะทางจิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา รูปลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และ วิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อตัวแปรตามตามสมมติฐาน โดยการวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Pearson product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีการใส่ตัวแปรต้นเข้าวิเคราะห์ในสมการพร้อมกัน (Enter Method) นำเสนอ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ดังนี้

1.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

1.2 ผลการวิเคราะห์การเห็นคุณค่าในตนเอง การทำหน้าที่ของครอบครัว และ สุขภาวะทางจิต

ตอนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 การเห็นคุณค่าในตนเองมีสหสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 2 การทำหน้าที่ของครอบครัวมีสหสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 3 การเห็นคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุได้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา

ตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา ศาสนา สถานภาพครอบครัว และสุขภาพ (N=207)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ			
	ชาย	42	20.3
	หญิง	165	79.7
ช่วงอายุ			
	60-65 ปี	70	33.8
	66-70ปี	55	26.6
	71-75ปี	43	20.8
	76-80ปี	27	13
	มากกว่า80 ปี	12	5.8
	M = 69.19 ปี ; SD = 7.177 ; ค่าพิสัย = 36		
สถานภาพการสมรส			
	โสด	17	8.3
	หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	57	27.5
	สมรส	125	60.4
	หย่า	5	2.4
	แยกกันอยู่	3	1.4

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	24	11.6
จบการศึกษาชั้นประถม	101	48.7
จบการศึกษาระดับมัธยม	46	22.2
จบการศึกษาระดับปริญญาตรี	30	14.5
จบการศึกษาระดับปริญญาโท	5	2.4
จบการศึกษาระดับปริญญาเอก	1	0.4
ศาสนา		
พุทธ	201	97.2
คริสต์	3	1.4
อิสลาม	3	1.4
สถานภาพครอบครัว		
คนเดียว	13	6.3
ครอบครัว	194	93.7
สุขภาพ		
มีโรคประจำตัว	139	67.1
ไม่มีโรคประจำตัว	68	32.8

จากตารางแสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 207 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวน 165 คน หรือร้อยละ 79.7 และเพศชายมีจำนวน 42 คน หรือร้อยละ 20.3 อายุของกลุ่มตัวอย่างนั้นพบว่าส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 60-65 ปี มีจำนวน 70 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 33.8 อายุระหว่าง 66-70 ปี จำนวน 55 คน หรือร้อยละ 26.6 อายุระหว่าง 71-75 ปี จำนวน 43 คนคิดเป็นร้อยละ 20.8 อายุระหว่าง 76-80 ปี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 13 และ มากกว่า 80 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 5.8 ในด้านสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรสจำนวน 125 คน คิดเป็นร้อยละ 60.4 คู่สมรสเสียชีวิต 57 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 โสด 17 คน คิดเป็นร้อยละ 8.2 หย่า 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.4 และแยกกันอยู่ 3 คน ร้อยละ 1.4 ในด้าน

การศึกษาโดยส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมจำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 48.7 จบการศึกษาระดับมัธยม 46 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 14.5 ไม่ได้ศึกษาจำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 11.6 จบการศึกษาระดับปริญญาโทจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 2.4 และพบว่ามียุทธศาสตร์ตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาเอก 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.4 ศาสนาส่วนใหญ่เป็นศาสนาพุทธ 201 คน คิดเป็นร้อยละ 97.2 ศาสนาคริสต์ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 และศาสนาอิสลาม 3 คน คิดเป็นร้อยละ 1.4 สถานภาพครอบครัวส่วนใหญ่อยู่กับครอบครัวจำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 93.7 และอยู่คนเดียวจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3 ในด้านสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวจำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 67.1 และไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 68 คน หรือร้อยละ 32.8

ตารางที่ 2

แสดงค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเอง การทำหน้าที่ของครอบครัวและสุขภาวะทางจิต ($N=207$)

ตัวแปร	M	SD
1. การเห็นคุณค่าในตนเอง	0.82	0.15
2. การทำหน้าที่ของครอบครัว	3.34	0.42
3. สุขภาวะทางจิตโดยรวม	3.43	0.34
3.1 ด้านการยอมรับในตน	3.54	0.37
3.2 ด้านความเป็นตัวของตัวเอง	3.43	0.48
3.3 ด้านการมีความองงามในตน	3.49	0.52
3.4 ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล	3.39	0.47
3.5 ด้านความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม	3.48	0.36
3.6 ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต	3.30	0.49

พิจารณาจากตาราง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเห็นคุณค่าในตนเองมีค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($M = 0.82$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($SD = 0.15$) การทำหน้าที่ของครอบครัวมีค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($M = 3.34$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($SD = 0.42$) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางจิตในด้านการยอมรับในตนสูงที่สุด รองลงมาคือ การมีความองงามในตน และด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตต่ำที่สุด

ตอนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 การเห็นคุณค่าในตนเองมีสหสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 2 การทำหน้าที่ของครอบครัวมีสหสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 3 การเห็นคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุได้

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพื่อหาโครงสร้างความสัมพันธ์ของตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเอง ตัวแปรการทำหน้าที่ของครอบครัวและตัวแปรสุขภาวะทางจิต พิจารณาตามสมมติฐานพบว่า

สมมติฐานที่ 1 : การเห็นคุณค่าในตนเองมีสหสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

สมมติฐานทางสถิติ

H_0 = การเห็นคุณค่าในตนเองไม่มีสหสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

H_1 = การเห็นคุณค่าในตนเองมีสหสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

จากผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า การเห็นคุณค่าในตัวเองมีสหสัมพันธ์ทางบวกกับการมีสุขภาวะทางจิต ($r = .543, p < .01$) ดังนั้นยอมรับสมมติฐาน H_1 และปฏิเสธ H_0

ตารางที่ 3

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product – Moment correlation Coefficient) ระหว่างตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเอง, การทำหน้าที่ของครอบครัว และสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	M	SD	α
1. การเห็นคุณค่าในตนเอง	1.00						.82	.15	.85
2. การทำหน้าที่ของครอบครัว	.42**	1.00					3.34	.42	.82
3. สุขภาวะทางจิตรวม	.54**	.57**	1.00				3.43	.34	.90

** $p < .01$

สมมติฐานที่ 2 : การทำหน้าที่ของครอบครัวมีสหสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

สมมติฐานทางสถิติ

H_0 = การทำหน้าที่ของครอบครัวไม่มีสหสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

H_1 = การทำหน้าที่ของครอบครัวมีสหสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

จากผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวมีสหสัมพันธ์ทางบวกกับการมีสุขภาวะทางจิต ($r = .574, p < .01$) ดังนั้นยอมรับสมมติฐาน H_1 และปฏิเสธ H_0

สมมติฐานที่ 3 : การเห็นคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุได้

จากผลการวิเคราะห์พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ของครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุได้ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์พหุคูณ เท่ากับ .66 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 และสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุร้อยละ 44 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 โดยที่ตัวแปรการทำหน้าที่ของครอบครัว มีน้ำหนักในการทำนายสูงที่สุด ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ 0.42 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 และรองลงมาคือ ตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเองซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ 0.36 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 ดังผลที่สรุปไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรที่ทำนายสุขภาวะทางจิต

ตัวแปร	B	SE B	β	R	R ²	Adjust R ²
CONSTANT	57.57	5.08	-	.66**	.44**	.43**
การเห็นคุณค่าในตนเอง	.99	.15	.36**			
การทำหน้าที่ของครอบครัว	1.26	.17	.42**			

** $p < .01$

โดยสมการคะแนนมาตรฐานที่ร่วมทำนาย ได้แก่

สุขภาวะทางจิต = 0.36 (การเห็นคุณค่าในตนเอง) + 0.42 (การทำหน้าที่ของครอบครัว)

จากสมการทำนายที่ได้จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยมาตรฐานของตัวแปรที่ใช้ทำนายด้วยการใช้วิธีการใส่ตัวแปรเข้าสู่สมการการถดถอยพหุคูณแบบพร้อมกันทั้ง 2 ตัวแปร (ENTER) สามารถแปลความหมายได้ ดังนี้

1. หากคะแนนมาตรฐานของการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ส่วนคะแนนมาตรฐานของสุขภาวะทางจิตเพิ่มขึ้น 0.99 หน่วย เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในสมการให้คงที่
2. หากคะแนนมาตรฐานของตัวแปรการทำหน้าที่ของครอบครัวเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะทำให้ส่วนคะแนนมาตรฐานของสุขภาวะทางจิตเพิ่มขึ้น 1.26 หน่วย เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นในสมการให้คงที่
3. สรุปจากสมการทำนาย ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุหรือทำกิจกรรมที่สวนสาธารณะในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและมีการทำหน้าที่ของครอบครัวสูงมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาวะทางจิตอยู่ในระดับสูง ในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมชมรมของผู้สูงอายุ หรือ ทำกิจกรรมที่สวนสาธารณะ ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ และ มีการทำหน้าที่ของครอบครัวต่ำ มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาวะทางจิตต่ำ
4. ตัวแปรการทำหน้าที่ของครอบครัวมีน้ำหนักในการทำนายที่สูงที่สุด ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ 1.26 ($p < .01$) และ รองลงมาคือ ตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ 0.99 ($p < .01$) จากสมการหมายความว่า หากการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนน จะทำให้สุขภาวะทางจิตเพิ่มขึ้น 0.99 หน่วยคะแนน ในขณะที่ควบคุมตัวแปรการทำหน้าที่ของครอบครัวให้คงที่ ส่วนตัวแปรการทำหน้าที่ของครอบครัวหากเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนน

จะทำให้สุขภาพทางจิตเพิ่มขึ้น 1.26 หน่วยคะแนน ในขณะที่ควบคุมตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเองให้คงที่

บทที่ 4

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองและ การทำหน้าทีของครอบครัว กับสุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลจาก บทที่ 3 สามารถนำมา อภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 การเห็นคุณค่าในตนเองมีสหสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยนี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 โดยพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองมีสหสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .543, p < .01$) ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ของครอบครัว ผลจากการวิจัย แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองมากเท่าใด จะส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตให้เพิ่มสูงขึ้น และถ้า ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเองน้อย สุขภาวะทางจิตก็จะลดต่ำลงเช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Spensor-Rodgers และคณะ(2004) ที่พบว่าบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูงก็จะมีระดับของสุขภาวะทางจิตสูงเช่นกัน เหตุเพราะลักษณะทั้ง 2 นี้ต้องอาศัยความสามารถในการประเมินตนเองตาม การรับรู้ของบุคคล ซึ่งงานวิจัยนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับงานวิจัยของ Wilson (1976, อ้างถึงใน Diener et al,2000) และ Diener และ คณะ (1999) ซึ่งกล่าวว่าระดับการเห็นคุณค่าในตนเองนั้นมีอิทธิพลต่อระดับของสุขภาวะทางจิตของบุคคล

สมมติฐานที่ 2 การทำหน้าที่ของครอบครัวมีสหสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับการมีสุขภาวะทางจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยนี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 โดยพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .574, p < .01$) ซึ่งอภิปรายได้ดังนี้

การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิต ผลจากการวิจัยแสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการทำหน้าที่ของครอบครัวสูงจะมีสุขภาวะทางจิตที่สูงซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนาร์ รัตน์ เชื้อสูงเนิน (2550) ที่พบว่าความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับสูง การรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมอยู่ในระดับดีและมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ และการสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรม อยู่ในระดับสูงซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ

สมมติฐานข้อที่ 3 การเห็นคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถร่วมกันทำนาย สุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุได้

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ของครอบครัวของผู้สูงอายุสามารถอธิบายความแปรปรวนในตัวแปรสุขภาวะทางจิตได้ร้อยละ 44 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรสุขภาวะทางจิต เท่ากับ 0.99 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และตัวแปรการทำหน้าที่ของครอบครัวมีอิทธิพลต่อตัวแปรสุขภาวะทางจิต เท่ากับ 1.26 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ เมื่อผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเองมาก สุขภาวะทางจิตก็มากขึ้น เนื่องจากมีความรู้สึกต่อตนเองในทางที่ดี เคารพตนเอง มองว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับในสังคม มีคนยกย่อง ซึ่งเป็นส่วนผลักดันให้ผู้สูงอายุมีความสุข และตัวแปรการทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ถ้าครอบครัวของผู้สูงอายุมีการทำหน้าที่สูง ผู้สูงอายุจะมีสุขภาวะทางจิตสูงตามไปด้วย เนื่องจากครอบครัวจะช่วยส่งเสริม สนับสนุนสมาชิกทุกคน มีความรักความเข้าใจให้กัน และปรารถนาดีต่อกัน ช่วยกันวางแผน แก้ไขปัญหา ซึ่งส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ

ดจากผลการวิจัยแสดงว่า การเห็นคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถทำนาย สุขภาวะทางจิตได้ร้อยละ 44 ดังนั้นหากต้องการทราบสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ แต่ไม่ต้องการสอบถาม สุขภาวะทางจิตโดยตรง สามารถนำผลสำรวจการเห็นคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ของครอบครัว มาแทนค่าในสมการทำนายสุขภาวะทางจิตได้ แต่เนื่องจากมีอำนาจในการทำนายเพียงร้อยละ 44 ดังนั้น ควรจะพิจารณาตัวแปรอื่นๆเพิ่มเติมเพื่อใช้ทำนายสุขภาวะทางจิตให้มีความถูกต้องมากยิ่งขึ้น

และเมื่อพิจารณาอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรสุขภาวะทางจิต จะเห็นได้ว่าตัวแปรการทำหน้าที่ของครอบครัวมีอิทธิพลเท่ากับ 1.26 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมากกว่าตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเองที่มีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรสุขภาวะทางจิตเท่ากับ .99 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับตัวแปรการทำหน้าที่ของครอบครัวมากกว่าตัวแปรการเห็นคุณค่าในตนเอง เนื่องจากมีอิทธิพลต่อสุขภาวะทางจิตมากกว่า

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ของครอบครัวส่งผลต่อ การมีสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ดังนั้นหากต้องการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีจึงควรต้องให้ ความสำคัญกับสองปัจจัย ดังนี้

1. การทำหน้าที่ของครอบครัว ครอบครัวต้องให้ความใส่ใจกับผู้สูงอายุ ตั้งแต่ความเข้าใจ เรื่องของสุขภาพร่างกาย ความเป็นอยู่ ไปจนถึงเรื่องของสภาพจิตใจ ครอบครัวต้องมีเวลาเพื่อที่จะ นั่งพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น รับฟังคำปรึกษา ให้ความเคารพ รัก ดูแลเอาใจใส่ ยอมรับบทบาทของกันและกัน ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้เกิดสัมพันธ์อันดีในการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ครอบครัวควรเปิดโอกาส ในการให้ผู้สูงอายุศึกษาเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนอย่างต่อเนื่องในด้านที่ตนเองสามารถทำได้ เปิดโอกาสให้เข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางสังคมเพื่อเป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิต ให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึง การเปลี่ยนแปลงของ สังคมรอบด้านเพื่อที่ผู้สูงอายุจะสามารถปรับบทบาทของตนให้สมกับวัย ในด้านร่างกายครอบครัว ต้องหมั่นดูแลในเรื่องของกิจวัตรประจำวัน เรื่องอาหาร และ ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ช่วยอำนวยความสะดวกในเรื่องการเดินทางไปไหนมาไหน ในด้านการตอบสนองความต้องการทางด้าน อารมณ์ และจิตใจผู้สูงอายุบางคนอาจประสบกับภาวะซึมเศร้าในบางเวลาซึ่งเป็นวิกฤตทางจิตใจ ครอบครัวต้องรับฟังอย่างเข้าใจ การตอบสนองทางด้านเศรษฐกิจในผู้สูงอายุบางรายที่ยังคงสามารถ ทำงานได้ทางครอบครัวควรที่จะสนับสนุนในด้านของอาชีพที่ผู้สูงอายุชอบ เช่น ใน ผู้สูงอายุบางรายชอบที่จะทำขนมขาย ทางครอบครัวก็ควรสนับสนุนในเรื่องของเงินทุน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รู้สึกว่าคุณยังสามารถที่จะเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือครอบครัวได้ ครอบครัวต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมทำกิจกรรม ภายในครอบครัว ได้มีโอกาสพบปะ พูดคุยกับลูกหลาน

2. การเห็นคุณค่าในตนเอง ต้องส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเอง โดยการทำให้ ผู้สูงอายุเคารพในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีความหมายและสามารถทำสิ่งๆต่างๆด้วยตนเองได้ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติในทางด้านบวก เข้าใจทั้งในทางด้านความสำเร็จและความล้มเหลว ของตนเองอย่างเข้าใจบุคคลรอบข้างโดยเฉพาะครอบครัวมีส่วนสำคัญที่จะสามารถเสริมสร้างการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุได้

3. การศึกษาและใส่ใจในปัจจุบันของการทำหน้าที่ของครอบครัวและการเห็นคุณค่าในตนเอง มีความจำเป็นต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก เนื่องจากครอบครัวและบุคคลรอบข้างผู้สูงอายุ จะได้รับ ข้อมูลเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุควรที่จะพูดคุย สำนวณ อารมณ์และความรู้สึกของผู้สูงอายุเป็นประจำเพื่อที่จะสามารถเข้าใจในสิ่งที่ผู้สูงอายุรู้สึก เมื่อในยามที่ผู้สูงอายุมี

ปัญหาจะได้ช่วยพัฒนาในส่วนของคุณภาพจิตได้อย่างถูกต้องและประสบผลสำเร็จ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ของครอบครัว กับสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ

ตัวแปรที่ใช้ในงานวิจัยประกอบด้วย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. การเห็นคุณค่าในตนเอง
2. การทำหน้าที่ของครอบครัว

ตัวแปรตาม ได้แก่

สุขภาพจิต ประกอบไปด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การยอมรับในตน ความเป็นตัวของตัวเอง การมีความองงามในตน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล ความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 การเห็นคุณค่าในตนเองมีสหสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับการมีสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 2 การทำหน้าที่ของครอบครัวมีสหสัมพันธ์เชิงเส้นตรงทางบวกกับการมีสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

สมมติฐานที่ 3 การเห็นคุณค่าในตนเองและการทำหน้าที่ของครอบครัวสามารถร่วมกัน ทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้

วิธีดำเนินงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้แก่ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุหรือทำกิจกรรมที่สวนสาธารณะทั่วกรุงเทพมหานคร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ เป็นแบบวัดที่นิสิตผู้วิจัยพัฒนาเพิ่มเติมจากแบบวัดฉบับภาษาไทย โดย รองศาสตราจารย์ สุภาพรพรณ โคตรจรัส (2539) สุรางค์รัตน์ คงศรี (2547) ชนิตา จันแจ้ว และจากแบบวัดต้นฉบับภาษาอังกฤษ Coopersmith Self-Esteem Inventory (Coopersmith, 1984)
2. แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวสำหรับผู้สูงอายุ ที่นิสิตผู้วิจัยพัฒนาเพิ่มเติมจากแบบวัดฉบับภาษาไทย โดย สิทธิพงศ์ วงศ์วิวัฒน์ (2551) และจากแบบวัดต้นฉบับภาษาอังกฤษ ตามแนวคิดของมหาวิทยาลัย McMaster Model of family functioning พัฒนาโดย Epstein, Bishop และ Levin (1978) และ Epstein, Baldwin และ Bishop (1983)
3. แบบวัดสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่นิสิตผู้วิจัยศึกษาจากแบบวัดภาษาไทย โดย วรภัทร โรหิตะบุตร และ จากแบบวัดต้นฉบับภาษาอังกฤษที่ถูกพัฒนาขึ้นโดย Ryff (1989)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลผู้สูงอายุจากชุมชนราชเทวีจำนวน 6 คนเพื่อทดสอบความเข้าใจทางภาษา

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุที่ไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน เพื่อวิเคราะห์ คุณภาพของมาตรวัด

ครั้งที่ 3 เพื่อทดสอบสมมติฐานที่กำหนดไว้ โดยได้รับอนุญาตจากนักสังคมสงเคราะห์ประจำศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร และประธานชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามและเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง ผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามทั้งหมด 220 ชุด และคัดเลือกเฉพาะชุดที่สมบูรณ์แบบจำนวน 207 ชุด มาวิเคราะห์ คิดเป็นร้อยละ 94 จากแบบสอบถามทั้งหมดที่แจก โดยชุดที่ไม่สมบูรณ์คือชุดที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกข้อ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดดำเนินการโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ SPSS for Windows โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่ออธิบายปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ สถานภาพการสมรส การศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส สุขภาพ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) และค่าเฉลี่ย (Mean)

2. การวิเคราะห์ระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง การทำหน้าที่ของครอบครัว และสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติคือ ค่าแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) แล้วนำมาจัดระดับตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation Analysis) โดยกำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Pearson Product Moment Correlation coefficient ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับสุขภาวะทางจิต และหาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ

4. ศึกษาอิทธิพลของการเห็นคุณค่าในตนเอง และการทำหน้าที่ของครอบครัวกับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกแบบ Enter Method

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุหรือเข้าร่วมกิจกรรมตามสวนสาธารณะในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 207 คน มีการเห็นคุณค่าในตนเองมีค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($M = 0.82$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($SD = 0.15$)

2. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุหรือเข้าร่วมกิจกรรมตามสวนสาธารณะในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 207 คน มีการทำหน้าที่ของครอบครัวมีค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($M = 3.34$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ($SD = 0.42$)

3. กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุหรือเข้าร่วมกิจกรรมตามสวนสาธารณะในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 207 คน มีสุขภาวะทางจิตในด้านการยอมรับในตนเองสูงที่สุด รองลงมาคือ การมีความมั่งคั่งในตน และด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิตต่ำที่สุด

4. การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .543, p < .01$) จึงสนับสนุนผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1

5. การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีสุขภาวะทางจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .574, p < .01$) จึงสนับสนุนผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2

6. การเห็นคุณค่าในตนเอง และการทำหน้าที่ของครอบครัว สามารถร่วมกันพยากรณ์สุขภาวะทางจิต มีค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์เท่ากับ .44 นั่นคือ สมการการพยากรณ์ชุดนี้มีอำนาจในการทำนายสุขภาวะทางจิต เท่ากับร้อยละ 44 จึงสนับสนุนผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำป้ายระดับลิเคิร์ต ให้ผู้สูงอายุเลือก เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถอ่านข้อความเองได้ สามารถเลือกตอบข้อความนั้นได้สะดวกมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆเพิ่มเติม นอกเหนือจากตัวแปรที่ใช้ในงานครั้งนี้ เช่น การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ การมีสติของผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมทางสังคมของผู้สูงอายุ เพื่อให้การศึกษาวิจัยสามารถอธิบายได้มากขึ้น

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

เกียรติวรรณ อมาตยกุล. (2540). *Self-Esteem พลังแห่งความเชื่อมั่น*. กรุงเทพมหานคร: ที.พี. พรินท์.

กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2541). *สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย*.

กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ.อี.พี. จำกัด.

ขวัญใจ พิมพ์มล. (2543). *ปัจจัยทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการเสพยาบ้าของนักเรียน*

หลักสูตรศิลปกรรม ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ศ.ปวช.) วิทยาลัยช่างศิลป์. วิทยานิพนธ์

ศิลปะศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยศิลปากร.

จิราพร เกศพิชญวัฒนา, จันทรเพ็ญ แสงเทียนฉาย, ยุพิน อังสุโรจน์ และ Ingersoll-Dayton, Berit.

(2543). *ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุไทย: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารพัฒนาวิทยาและ*

เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 1, 3 : 21-28.

ชนิดา สุวรรณศรี. (2542). *ผลของกิจกรรมกลุ่มที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของเยาวชนผู้ติดยาเสพติด.*

ปริญญาานิพนธ์ วท.ม. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชนิดา จันแก้ว. (2547). *การเปรียบเทียบการเห็นคุณค่าในตนเองของคนโสดและคนที่สมรสแล้วในวัย*

ผู้ใหญ่ตอนกลางในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา

จิตวิทยาพัฒนาการ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชัยวัฒน์ วงษ์อาสา. (2539). *ผลการฝึกอบรมที่มีต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ .5*

วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัย

ศรีนครินทรวิโรฒ.

ทิพวรรณ มะเมียบเมือง. (2542). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตบางซื่อ สังกัด*

กรุงเทพมหานคร.สารนิพนธ์ กศ.ม.กรุงเทพฯ:บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

นงลักษณ์ บุญไทย. (2539). *ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ .*

วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธาดา เจริญกุล.(2545). การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย.

การค้นคว้าอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการ
พยาบาลจิตเวช.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

นัตยา เกรียงชัยพฤษ์. (2543). สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. ม.ป.ท.

- นารีรัตน์ เชื้อสูงเนิน. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรม การสนับสนุนจากครอบครัวกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- นภาพร ชัยวรรณ และ Knodel, J. (2552). *ประชากรผู้สูงอายุไทย: ลักษณะทางประชากรและสังคมจากแหล่งข้อมูลทางการ. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- นิตา ชูโต. (2525). *คนชราไทย. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- บรรลุ ศิริพานิช. (2552). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552. มุลินธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.*
- บุษยมาส สิ้นธุประมา. (2539). *สังคมวิทยาความสูงอายุ. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยพายัพ.*
- ปัทมา เรณูมาร. (2539). *ผลการฝึกพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมที่มีต่อพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมและความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองของนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบางบัว. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง.*
- พนิตนันท์ โชติกเจริญสุข. (2545). *กิจกรรมทางกายกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์ (2550) *จิตวิทยาครอบครัว (พิมพ์ครั้งที่ 3) กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- พรรณระพี สุทธิวรรณ, กุลยา พิสิษฐ์สังฆการ และ สิทธิพิงศ์ วงศ์วิวัฒน์.(2552).*รายงานการพัฒนามาตรฐานประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวในบริบทของสังคมไทย .คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*
- เพ็ญผกา กาญจนภาส. (2541). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.*
- เพ็ญพีไล ฤทธาคณานนท์. (2549). *พัฒนาการมนุษย์. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ธรรมดาเพรส.*
- พิทพิชัย หรรษอุดม. (2548). *การดำรงชีวิตในผู้สูงอายุอย่างประสบความสำเร็จ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.*

พิมพ์พรรณ เทพสุเมธานนท์, ประสาท สง่าศิลป์ และรัตนา เสงส์สวัสดิ์. (2548). *วารสารการพัฒนาศาสตร์พยาบาล มนุษย์*, 1(1), 47-65.

พรรณราย ทรัพย์ะประภา. (2548). *จิตวิทยาประยุกต์ในชีวิตและในการทำงาน* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รัชניים แก้วคำศรี. (2545). *ความสัมพันธ์ของรูปแบบความผูกพัน การเห็นคุณค่าในตนเอง และกลวิธีการเผชิญปัญหาของนักศึกษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

รณรุทธิ บุตรแสนคม. (2540). *สุขภาพจิต*. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2542). *ข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย*. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริรงค์ ทับสายทอง. (2530). *จิตวิทยาผู้ใหญ่*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริรงค์ ทับสายทอง. (2550). *เอกสารประกอบการสอนรายวิชาจิตวิทยาผู้ใหญ่และการมีอายุ*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2530). *จิตวิทยาพัฒนาการ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ประกายพริก.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2544). *สวัสดิการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.

สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (2548). *ครอบครัวไทย*. สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว.

สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ. (2552). *อนามัยผู้สูงอายุ*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สถิต วงษ์สุวรรณ. (2523). *จิตวิทยาแนะแนว*. กรุงเทพมหานคร: พีระพัสณา.

สุพรรณิ จันทรวินิจ. (2539). *การวิเคราะห์องค์ประกอบความภาคภูมิใจในตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทการศึกษามหาบัณฑิตสาขาวิชาศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

สุรเดช สำราญจิตต์. (2550, หน้า 36-41). *วิถีชีวิตของผู้สูงอายุเขตเมืองภาคกลางในประเทศไทย*, ปรัชญาดุสิตบัณฑิต (สังคมวิทยา), มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

สุรีย์พร ตริยาอุตุมวาทย. (2534). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุในชุมชนย่อย*

เขตเมืองนครปฐม. วิทยานพินธิวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอก สุขศึกษา
มหาวิทยาลัยมหิดล.

สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. (2536). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต. ปริญญา
นิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อนุรักษ์ บัณฑิตยชาติ. (2542). การสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐใน
กรุงเทพมหานคร. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

อุบลรัตน์ เฟื่องสถิตย์. (2544). จิตวิทยาผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

อุมาพร ตรังคสมบัติ.(2537). จิตบำบัดครอบครัว: แนวคิดและวิธีการ .กรุงเทพมหานคร: ภาควิชา
จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อุมาพร ตรังคสมบัติ.(2541). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว (พิมพ์ครั้งที่ 2) กรุงเทพมหานคร:
เฟื่องฟ้าพรินติ้ง.

อุมาพร ตรังสมบัติ. (2544). สร้าง E.Q.ให้ลูกคุณ .กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว

อาพร สุขสวัสดิ์.(2534). บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล:

ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากร
ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Atchley, R. C. (1994). *Social forces and aging: An introduction to social gerontology* (7th ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Atchley, R. C. (1999). *Continuity and adaptation in aging: Creating positive experiences*. Baltimore, Maryland: The John Hopkins University.
- Bandura, A. (1979). *Social Foundations of Thought and Action : A Social Cognitive Theory*. New Jersey : Englewood Cliff, N.J. : Prentice – Hall.
- Baumeister, R. F. (2005). Self concept, self-esteem, and identity, In Valerian A. Derlega, Barbara A. Winstead, & Warren H. Jones (eds.). *Personality: Contemporary theory and research* (3rd ed.). CA: Thomson Wadsworth.
- Berk, T. R. (1984). *Child development* (3rd ed.). London: Allyn and Bacon.
- Bradburn, M.N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Brustein, J. C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1061-1070.
- Burgess, E.W., & Locke, H. J. (1950). *The family from institution to companionship*. New York: American book company.
- Burr, A., Santo, J. B., & Pushker, D. (2009). Affective well-being in retirement: The influence of value, money, and health across three years. *Journal of Happiness Study*. DOI 10.1007/s10902-009-9173-2
- Butler, R. N. (1963). *Why survive? Being old in America*. New York: Harper and Row.
- Carpenito, L. (1991). *Mandatory Updating : A Life Time Commitment*. Nursing Times.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist*. (February): 117-124.
- Cappeliez, P., & O' Rourke, N. (2006). Empirical validation of a model of reminiscence and health in later life. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*,

61, 237-244.

Chou, K. L., & Chi, I. (1999). Determinants of life satisfaction in Hong Kong Chinese elderly: a longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 3(4), 328-335.

Cockerham, W. C. (1997). *This aging society* (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

- Coppersmith, S. (1981). *The antecedents of self-esteem*. Palo Alto: California Consulting Psychologists Press.
- Epstein, N.B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9, 171-180.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575
- Diener, E. & Biswar-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being? A literature review and guide to needed research. *Social Indicator Research*, 57, 119-169.
- Diener, E., Diener, M., & Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 851-864.
- Diener, E. & Emmons, R. A. (1985). The Independence of Positive and Negative Affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Lucas, R., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American Psychologist*, 61, 305-314.
- Diener, E., Suh E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125, 276-302.
- Driver, G. (1994). *The Six Pillars of Self-Esteem*. New York : Bantam Books.
- Emmons, R. A. (1992). Abstract versus concrete goals: Personal striving level, physical illness, and psychological well-being. *Journal of personality and Social Psychology*, 2, 292-300
- Erikson, E.H (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Famham, S. D., Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1999). Implicit self-esteem. In D. Abrams & M. Hogg (Eds.), *Social identity and social cognition* (pp. 230-248). Oxford, UK: Blackwell.

- Fox, M. L., and B. J. Dwyer (1999). An Investigation of the Effects of Time and Involvement In the Relationship between Stressors and Work-Family Conflict. *Journal of Occupational Health Psychology* 4:164-174.
- Friedman, M. M. (1992). *Family nursing: Theory and assessment* (2nd ed.). Norwalk, CT : Appleton & Lange.
- Gram, M. (2005). Family Holidays: A Qualitative Analysis of Family Holiday Experiences. *Scandinavian Journal of Hospitality & Tourism* 5(1):2-22.
- Greenberg, J. & Gold, R. (1994). *Health*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Hamacheck, Don E. (1978). *Encounters with the Self*. (2nd ed.) New York: Halt, Rinehart and Winston.
- Hamarat, E., Thomson, D., Zabucky, K. M., Steele, D., and Matheny, K. B. (2001). Perceive stress and coping resource availability as predictors of lofe satisfaction in young, middle-aged, and older adults. *Experimental Aging Research*. 27: 181-196.
- Hill, M. S. (1988). Marital Stability and Spouses' Shared Time: A Multi-Disciplinary Hypothesis. *Journal of Family Issues* 9(4):427-451.
- Hirst, S.P., Metcalf, B.J. (1984). *Promotion Self-Esteem*. Journal of Gerontological Nursing.
- Harrington, M. (2001). Gendered Time: Leisure in Family Life. In *Minding the Time in Family Experience: Emerging Perspectives and Issues*, K. J. Daly, ed., pp. 343-382. New York: JAI Press.
- Kelly, J. R. (1977). Leisure Socialization: Replication and Extension. *Journal of Leisure Research* 9:121-132.
- Kingsley, D. E. (1965). *Human society* (7th rd.). New York: The Macmillon.
- Landis, J. R. (1971). *Sociology: Concepts and characteristics*. Belmont, CA: Waworth.
- Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*. 23, (4), 349-357.

- Major, V. S., K. J. Klein, and M. G. Ehrhart (2002). Work Time, Work Interference with Family, and Psychological Distress. *Journal of Applied Psychology* 87(3):427-436.
- Maslow, A.M. (1970). *Motivation and Personality*. 2nd New York : Harper & Row.
- O'Connell, A. (2001). Choice and change: *The psychology of personal growth and interpersonal relationship* (6th ed.). NJ: Prentice Hall.
- Okun, M. A., Stock, W. A., Haring, M. J. & Witter, R. A. (1984). Social activity and subjective well-being: A meta-analysis. *Research on Aging*, 6, 45-65.
- Olson, D. H. (2003). Circumplex Model of Marital and Family Systems: Assessing Family Systems. In *Normal Family Processes*, F. Walsh, ed., pp. 514-548. New York: Guildford Place.
- Osborne, R.E. (1996). *Self an Eclectic Approach by Allyn and Bacon* : Aviacon Company Massachusetts.
- Orthner, D. K., and J. A. Mancini (1990). Leisure Impacts on Family Interaction and Cohesion. *Journal of Leisure Research* 22 (2), 125-137.
- Papalia, D. E., Sterns, H. L., Feldman, R. D., & C. J. (2002). *Adult development and aging* (2nd ed.). Boston: McGraw Hill.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2000) . Influence of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15(2), 187-274.
- Roger, C. R. (1978). *Carl Rogers on encounter group*. New York: Harper & Row.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Book.
- Rosenberg, M. (1979). *Society and the Adolescent Self Image*. New Jersey. : University Press.
- Ryan, C. E., Epstein, N. B., Keitner, G.I., Miller, I. W., & Bishop, D. S. (2005). *Evaluating and treating families: The MacMaster approach*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Ryff, Carol, D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 57, 6: 1069-1081.

- Ryff, C. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revised. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, (4), 719-727.
- Shin, D. C., & Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492.
- Show, S. M. (1992). Dereifying Family Leisure: *An Examination of Women's and Men's Everyday Experiences and perception of Family Time*. *Leisure Sciences* 14:271-286
- Silverstein, M., & Parker, M.G. (2002). Leisure activities and quality of life among the oldest old in Sweden. *Research on Aging*, 24(5), 528-547.
- Staab, A. S. & Hodge, L. C. (1996). *Essentials of gerontology nursing: Adaptation to the aging process*. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Stanley, M. & Beare, P. G. (1995). *Gerontological nursing*. Philadelphia: F. A, David.
- Talf, L.B. (1985). *Self-Esteem in Later Life: A Nursing Perspective*. *Advances in Nursing Process*: 77-84.
- Staurt, M. E. (1991). An Analysis of the Concept of Family. In A. L. Whall & J. Fawcett. (Eds.). *Family Theory Development in Nursing: State of the Science and Art* (pp.31-42), Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Van Solinge, H., & Henkens, K.(2008). Adjustment to and satisfaction with retirement: Two of a kind? *Psychology and Aging*, 23(2), 422-434.
- Vaughan, D. A., Kashner, J. B., Stock, W. A., & Richards, M. (1985). A structural model of subjective well-being: A comparison of ethnicity. *Social Indicator Research*, 16, 315-332.
- Veenhoven, R. (2006, October). *How do we assess how happy we are? Tenets, implications and tenability of three theories*. Paper presented at conference on 'New directions in he study of Happiness; United States and International Perspectives' , University of Notre Dame, USA.

Ward, R. A. (1984). *The aging experience: An introduction to social gerontology* (2nd ed.).

New York,: Harper & Row.

Warr, P., Butcher, V , & Robertson, L. (2004). Activity and psychological well-being in

older people. *Aging & Mental Health*, 8(2), 172-183.

Wong, J. Y., & Earl, J. K. (2009). Towards an integrated model of individual,

psychosocial, and organizational predictors of retirement adjustment. *Journal of*

Vocational Behavior, 75, 1-13.

Wiggins, J.D. & Giles, T.A. (1984). *The Relationship Between Counselors' and Students*

Self-Esteem as Related to Counseling Outcomes.: The School Counselor.

Williams, M. D., Kennedy, V., Sixsmith, A., & Sixsmith, J. (2007). The end of life: A qualitative

study of the perceptions of people over the age of 80 on issue surrounding death and

dying. *Journal of pain and symptom management*. 1, 60-66.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรัญญา ตูย์คัมภีร์

อาจารย์ประจำคณะจิตวิทยา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. รองศาสตราจารย์ ดร. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต

อาจารย์ประจำคณะจิตวิทยา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

ตาราง ข1

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวม
ของข้ออื่นๆ (Corrected Item-Total Correction) ในแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง ($N = 60$)

ข้อ	คำถาม	ด้าน (+/-)	CITC	
			ครั้งที่ 1 ทั้งฉบับ 50 ข้อ	ครั้งที่ 2 ทั้งฉบับ 30 ข้อ
การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)			α .848	
1	ฉันไม่หวั่นไหวกับปัญหาที่เข้ามาในชีวิตอะไรจะเกิดก็ต้องเกิด	+	.198	-
2	ฉันไม่มั่นใจถ้าหากจะต้องพูดเรื่องต่างๆต่อหน้ากลุ่มคนเยอะๆ	-	.215	.266
3	มีหลายอย่างในตัวฉันที่ไม่ชอบและอยากเปลี่ยน	-	.042	-
4	ฉันมั่นใจในการตัดสินใจของฉันในเรื่องต่างๆ	+	.299	.283
5	.....	+	.342	.348
6	.....	-	.293	.305
7	.....	-	.321	.295
8	.....	+	.354	.322
9	.....	+	.173	-
10	.....	-	.319	.297
11	.....	-	.283	.257
12	.....	-	.307	.304
13	.....	-	.153	-
14	.....	+	.383	.335
15	.....	-	.534	.572

ข้อ	คำถาม	ด้าน (+/-)	CITC	
			ครั้งที่ 1 ทั้งฉบับ 50 ข้อ	ครั้งที่ 2 ทั้งฉบับ 30 ข้อ
การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)			α .848	
16	-	.275	-
17	-	.028	-
18	-	.314	.346
19	+	.201	-
20	+	.410	.467
21	-	.389	.454
22	-	.505	.557
23	-	.526	.486
24	-	.468	.512
25	-	.372	.446
26	+	.334	.261
27	+	.261	.271
28	-	.039	-
29	+	.064	-
30	-	.090	-

ข้อ	คำถาม	ด้าน (+/-)	CITC	
			ครั้งที่ 1 ทั้งหมด 50 ข้อ	ครั้งที่ 2 ทั้งหมด 30 ข้อ
การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)			α .848	
31	-	.437	.405
32	-	.307	.367
33	+	.201	-
34	+	.087	-
35	+	.440	.477
36	-	-.191	-
37	+	.243	-
38	+	.241	.271
39	-	.474	.515
40	+	.131	-
41	-	.117	-
42	-	.308	.348
43	+	-.135	-
44	-	.339	.327
45	-	.486	.523

ข้อ	คำถาม	ด้าน (+/-)	CITC	
			ครั้งที่ 1 ทั้งหมด 50 ข้อ	ครั้งที่ 2 ทั้งหมด 30 ข้อ
การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)			α .848	
46	+	.029	-
47	-	.033	-
48	-	.449	.449
49	-	.421	.381
50	+	.157	-

ตาราง ข2

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ (Corrected Item-Total Correction) ในแบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว ($N = 60$)

ข้อ	คำถาม	ด้าน (+/-)	CITC	
			ครั้งที่ 1 ทั้งหมด 23 ข้อ	ครั้งที่ 2 ทั้งหมด 10 ข้อ
การทำหน้าที่ของครอบครัว (Family functioning)			α .817	
1	เรื่องต่างๆของคนในครอบครัว ถ้าเราได้ประโยชน์ด้วย เราจะสนใจในเรื่องนั้น	-	.101	.285
2	ครอบครัวของเรามีความสัมพันธ์ที่ไม่ดี	-	.098	-
3	คนในครอบครัว ให้ความไว้วางใจต่อกัน	-	.212	-
4	คนในครอบครัวยอมรับในสิ่งที่แต่ละคนเป็นได้	-	-.016	-
5	.....	+	.504	.572
6	.....	+	.554	.707
7	.....	+	.519	.672
8	.....	+	.406	.668
9	.....	-	.155	-
10	.....	-	.364	-
11	.....	-	.167	-
12	.....	+	.379	.428
13	.....	+	.389	.414
14	.....	+	-.022	-
15	.....	+	.291	-

ข้อ	คำถาม	ด้าน (+/-)	CITC	
			ครั้งที่ 1 ทั้งฉบับ 23 ข้อ	ครั้งที่ 2 ทั้งฉบับ 10 ข้อ
การทำหน้าที่ของครอบครัว (Family functioning)			α .817	
16	+	.388	.489
17	-	.039	-
18	-	.306	.580
19	-	.296	.344
20	-	.327	-
21	-	-.038	-
22	-	.022	-
23	-	-.026	-

ตาราง ข3

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับคะแนนรวมของข้ออื่นๆ (Corrected Item-Total Correction) ในแบบวัดสุขภาวะทางจิต ($N = 60$) โดยแยกแต่ละมิติ

ข้อที่	คำถาม	ด้าน (+/-)	CITC		
			ครั้งที่ 1 ทั้งฉบับ 48 ข้อ	ครั้งที่ 2 ทั้งฉบับ 35 ข้อ	แยกมิติ
1. ด้านการยอมรับในตน (Self-acceptance)			α .664		
1	ฉันรู้สึกว่าคุณภาพแข็งแรงกว่า หรือเหมือนกับคนอื่นในวัยเดียวกัน	+	.276	.309	.317
6	นี่ย้อนไปฉันก็ภูมิใจในชีวิตที่ผ่านมา	+	.434	.464	.333
10	.....	-	.410	.424	.317
30	.....	-	.190	-	-
35	.....	+	.435	.561	.553
37	.....	+	.540	.570	.570
42	.....	-	.566	.498	.304
47	.....	+	.479	.530	.505

ข้อที่	คำถาม	ด้าน (+/-)	CITC		
			ครั้งที่ 1 ทั้งฉบับ 48 ข้อ	ครั้งที่ 2 ทั้งฉบับ 35 ข้อ	แยกมิติ
2. ด้านความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy)			α .647		
5	แม้จะเห็นไม่ตรงกับคนอื่น ถ้าฉันเห็นว่าสิ่งนั้นถูกต้อง ฉันก็จะทำ	+	.376	.488	.552
12	สิ่งที่ฉันทำ ไม่ได้ทำเพราะทำตามคนส่วนใหญ่	+	.053	-	-
17	.....	+	.355	.528	.375
26	.....	+	.343	.446	.434
38	.....	+	.375	.451	.459

ข้อที่	คำถาม	ด้าน (+/-)	CITC		
			ครั้งที่ 1 ทั้งฉบับ 48 ข้อ	ครั้งที่ 2 ทั้งฉบับ 35 ข้อ	แยกมิติ
3. ด้านการมีความงอกงามในตนเอง (Personal Growth)			α .446		
8	ฉันได้พยายามปรับปรุงตนเองมาโดยตลอด	+	.507	.535	.231
13	ฉันวางมือกับการเปลี่ยนแปลงตนเองให้ดีขึ้นมานานแล้ว	-	.096	-	-
20	.....	-	.176	-	-
23	.....	-	-.009	-	-
39	.....	-	-0.16	-	-
41	.....	+	.309	.376	.369
43	.....	+	.353	.403	.284

ข้อที่	คำถาม	ด้าน (+/-)	CITC		
			ครั้งที่ 1 ทั้งหมด 48 ข้อ	ครั้งที่ 2 ทั้งหมด 35 ข้อ	แยกมิติ
4. ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล (Positive relation with others)			.622		
2	ถ้าลองฉันได้คบใครเป็นเพื่อนแล้ว เราจะคบกันนาน	+	.283	.413	.208
9	ฉันมีเพื่อนสนิทที่พร้อมจะคุยกันได้ทุกเรื่อง	+	.451	.532	.318
12	.....	+	.053	-	-
15	.....	+	.421	.532	.393
21	.....	-	.438	.336	.415
24	.....	-	.500	.417	.521
29	.....	+	.264	.318	.598
32	.....	-	.444	.369	.261
48	.....	-	.193	-	-

ข้อที่	คำถาม	ด้าน (+/-)	CITC		
			ครั้งที่1 ทั้งหมด 48 ข้อ	ครั้งที่2 ทั้งหมด 35 ข้อ	แยกมิติ
5. ด้านความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม (Environmental mastery)			α .705		
3	ฉันรำคาญตัวเองที่ทำอะไรได้ไม่ดีเหมือนเมื่อก่อน ช่วยตัวเองไม่ค่อยได้ รู้สึกเป็นภาระของคนอื่น	-	.268	-	-
7	ฉันรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงพอ สามารถช่วยเหลือตนเองได้	+	.297	.377	.351
14	-	.181	-	-
18	-	.293	-	-
22	-	.187	-	-
27	-	.367	.294	.302
28	+	.449	.569	.480
33	+	.431	.494	.504
36	+	.389	.506	.408
40	+	.545	.622	.529
44	+	.374	.458	.389
45	-	.469	.399	.379
46	+	.433	.446	.320

ข้อที่	คำถาม	ด้าน (+/-)	CITC		
			ครั้งที่1 ทั้งฉบับ 48 ข้อ	ครั้งที่2 ทั้งฉบับ 35 ข้อ	แยกมิติ
6. ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in life)			α .362		
11	คนบางคนอาจใช้ชีวิตเรื่อยๆ ไม่มีจุดหมาย แต่ฉันไม่ใช่คนประเภทนั้น	+	.181	-	-
16	ฉันได้ทำอะไรต่ออะไรมามากจนไม่อยากจะลุกขึ้นมาทำอะไรอีกแล้ว	-	.525	.362	.254
19	.....	+	.193	.317	.080
25	.....	+	.418	.515	.158
31	.....	-	.522	.429	.310
34	.....	-	.076	-	-

ภาคผนวก ข4

ผลการวิเคราะห์ตารางถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression)

Regression

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SUMwb	120.32	12.002	207
SUMse	24.72	4.410	207
SUMff	30.12	3.981	207

Correlations

		SUMwb	SUMse	SUMff
Pearson Correlation	SUMwb	1.000	.543	.574
	SUMse	.543	1.000	.421
	SUMff	.574	.421	1.000
Sig. (1-tailed)	SUMwb	.	.000	.000
	SUMse	.000	.	.000
	SUMff	.000	.000	.
N	SUMwb	207	207	207
	SUMse	207	207	207
	SUMff	207	207	207

Variables Entered/Removed^b

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	SUMff, SUMse ^a		Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: SUMwb

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.663 ^a	.440	.434	9.029	.440	80.013	2	204	.000	1.836

a. Predictors: (Constant), SUMff, SUMse

b. Dependent Variable: SUMwb

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	13044.392	2	6522.196	80.013	.000 ^a
	Residual	16628.922	204	81.514		
	Total	29673.314	206			

a. Predictors: (Constant), SUMff, SUMse

b. Dependent Variable: SUMwb

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
(Constant)	57.570	5.085		11.321	.000	47.543	67.597					
SUMse	.994	.157	.365	6.322	.000	.684	1.305	.543	.405	.331	.822	1.216
SUMff	1.267	.174	.420	7.272	.000	.924	1.611	.574	.454	.381	.822	1.216

a. Dependent Variable: SUMwb

Coefficient Correlations^a

Model			SUMff	SUMse
1	Correlations	SUMff	1.000	-.421
		SUMse	-.421	1.000
	Covariances	SUMff	.030	-.012
		SUMse	-.012	.025

a. Dependent Variable: SUMwb

Collinearity Diagnostics^a

Model	Dimensio n	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions		
				(Constant)	SUMse	SUMff
1	1	2.974	1.000	.00	.00	.00
	2	.017	13.222	.19	.98	.10
	3	.009	18.684	.81	.01	.90

a. Dependent Variable: SUMwb

Casewise Diagnostics^a

Case Number	Std. Residual	SUMwb	Predicted Value	Residual
108	-3.074	88	115.75	-27.750

a. Dependent Variable: SUMwb

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	91.59	133.03	120.32	7.958	207
Residual	-27.750	21.614	.000	8.985	207
Std. Predicted Value	-3.611	1.596	.000	1.000	207
Std. Residual	-3.074	2.394	.000	.995	207

a. Dependent Variable: SUMwb

ภาคผนวก ค

แบบสอบถามสำหรับผู้สูงอายุ

แบบสอบถามนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาโครงการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง การทำหน้าที่ของครอบครัวและ สุขภาวะทางจิตในผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตและคุณภาพจิตผู้สูงอายุไทย แบบสอบถามจะมี ทั้งหมด 4 ตอน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล การเห็นคุณค่าในตนเอง การทำ หน้าที่ของครอบครัว และสุขภาวะทางจิต

ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ ทั้งนี้คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ ทุกท่านในความร่วมมือเป็นอย่างยิ่งมา ณ โอกาสนี้ด้วย

คณะผู้วิจัย

นางสาวบุญสิตา ทองกิตติกุล

นายชนะมินทร์ ไวยฉายหิรัญโชติ

นางสาววิมลรัตน์ อนุพันธ์พิศิษฐ์

นิสิตปริญญาตรีชั้นปีที่ 4

คณะจิตวิทยาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ () หญิง () ชาย
2. อายุปี
3. สถานภาพการสมรส () โสด () หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)
() สมรส () หย่า
() แยกกันอยู่
4. การศึกษา () ไม่ได้ศึกษา () จบการศึกษาระดับ.....
() อื่นๆ โปรดระบุ.....
5. ศาสนา () พุทธ () คริสต์
() อิสลาม () อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. ปัจจุบันท่านพักอยู่กับ.....
7. ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ
โรคประจำตัว.....
หากมีโรคประจำตัว ต้องพบแพทย์ประจำ () ไม่ใช่ ดูแลตนเองได้
() ใช่ ประมาณ.....ครั้ง/ปี

ตอนที่ 2: โปรดทำเครื่องหมาย X ในช่องคำตอบเพื่อประเมินว่าข้อความต่อไปนี้ ตรงกับตัว
ท่านมากน้อยเพียงใด

ข้อความ		ไม่ใช่ 0	ใช่ 1
1	ฉันไม่มั่นใจถ้าหากจะต้องพูดเรื่องต่างๆต่อหน้ากลุ่มคนเยอะๆ	0	1
2	ฉันมั่นใจในการตัดสินใจของฉันในเรื่องต่างๆ	0	1
3	ฉันรู้สึกได้ว่าเป็นคนที่ครอบครัวและเพื่อนอยากอยู่ด้วย	0	1
4	เวลาอยู่บ้านฉันเป็นคนเจ้าอารมณ์หงุดหงิดง่าย	0	1
5	ฉันต้องใช้เวลาอย่างมากในการปรับตัวยอมรับสิ่งใหม่ๆในชีวิต	0	1
6	.....	0	1
7	.....	0	1
8	.....	0	1
9	.....	0	1
10	.....	0	1
11	.....	0	1
12	.....	0	1
13	.....	0	1
14	.....	0	1
15	.....	0	1

ข้อคำถาม		ไม่ใช้	ใช้
		0	1
16	.....	0	1
17	.....	0	1
18	.....	0	1
19	.....	0	1
20	.....	0	1
21	.....	0	1
22	.....	0	1
23	.....	0	1
24	.....	0	1
25	.....	0	1
26	.....	0	1
27	.....	0	1
28	.....	0	1
29	.....	0	1
30	.....	0	1

ตอนที่ 3: โปรดทำเครื่องหมาย X ในช่องคำตอบเพื่อประเมินว่าข้อความต่อไปนี้ ตรงกับ
ตัวท่านมากน้อยเพียงใด

ข้อความ		ตรง น้อย ที่สุด 1	ตรง น้อย 2	ตรง มาก 3	ตรง มาก ที่สุด 4
1	เรื่องต่างๆของคนในครอบครัว ถ้าเราได้ ผลประโยชน์ด้วย เราจะสนใจในเรื่องนั้น	1	2	3	4
2	คนในครอบครัว ให้ความไว้วางใจต่อกัน	1	2	3	4
3	คนในครอบครัวยอมรับในสิ่งที่แต่ละคน เป็นได้	1	2	3	4
4	เรามักจะพูดคุยกันเอง โดยตรงมากกว่าที่จะ ฝากใครไปบอกหรือพูดผ่านคนกลาง	1	2	3	4
5	ทุกคนในบ้านพูดจากันตรงๆอย่างเปิดเผย ไม่อ้อมค้อม	1	2	3	4
6	.....	1	2	3	4
7	.....	1	2	3	4
8	.....	1	2	3	4
9	.....	1	2	3	4

ข้อคำถาม		ตรง น้อย ที่สุด 1	ตรง น้อย 2	ตรง มาก 3	ตรง มาก ที่สุด 4
10	.....	1	2	3	4

ตอนที่ 4: โปรดทำเครื่องหมาย X ในช่องคำตอบเพื่อประเมินว่าข้อความต่อไปนี้ ตรงกับ
ตัวท่านมากน้อยเพียงใด

ข้อคำถาม		ไม่ ตรง เลย 1	ไม่ ค่อย ตรง 2	ตรง บ้าง 3	ตรง ที่สุด 4
1	ฉันรู้สึกว่าคุณมีสุขภาพแข็งแรงกว่า หรือ เหมือนกับคนอื่นในวัยเดียวกัน	1	2	3	4
2	ถ้าลองฉันได้คบใครเป็นเพื่อนแล้ว เราจะคบกัน นาน	1	2	3	4
3	ฉันมีเพื่อนสนิทที่พร้อมจะคุยกันได้ทุกเรื่อง	1	2	3	4
4	แม้จะเห็นไม่ตรงกับคนอื่น ถ้าฉันเห็นว่าสิ่งนั้น ถูกต้อง ฉันก็จะทำ	1	2	3	4
5	นึกย้อนไปฉันก็ภูมิใจในชีวิตที่ผ่านมา	1	2	3	4

ข้อคำถาม		ไม่ ตรง เลย 1	ไม่ ค่อย ตรง 2	ตรง บ้าง 3	ตรง ที่สุด 4
6	.....	1	2	3	4
7	.....	1	2	3	4
8	.....	1	2	3	4
9	.....	1	2	3	4
10	.....	1	2	3	4
11	.....	1	2	3	4
12	.....	1	2	3	4
13	.....	1	2	3	4
14	.....	1	2	3	4
15	.....	1	2	3	4

ข้อคำถาม		ไม่ ตรง เลย 1	ไม่ ค่อย ตรง 2	ตรง บ้าง 3	ตรง ที่สุด 4
16	.....	1	2	3	4
17	.....	1	2	3	4
18	.....	1	2	3	4
19	.....	1	2	3	4
20	.....	1	2	3	4
21	.....	1	2	3	4
22	.....	1	2	3	4
23	.....	1	2	3	4
24	.....	1	2	3	4
25	.....	1	2	3	4

ข้อคำถาม		ไม่ ตรง เลย 1	ไม่ ค่อย ตรง 2	ตรง บ้าง 3	ตรง ที่สุด 4
26	.....	1	2	3	4
27	.....	1	2	3	4
28	.....	1	2	3	4
29	.....	1	2	3	4
30	.....	1	2	3	4
31	.....	1	2	3	4
32	.....	1	2	3	4
33	.....	1	2	3	4
34	.....	1	2	3	4
35	.....	1	2	3	4

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

ประวัติกลุ่มผู้วิจัย

1.นางสาวบุญลิตา ทองกิตติกุล เกิดเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2533 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจากโรงเรียนบดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนี) จากนั้นเข้าศึกษาต่อระดับปริญญาตรีที่คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจนถึงปัจจุบัน

2.นายธนะมินทร์ ไฉนชัยโชติ เกิดเมื่อวันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2531 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจากโรงเรียนบดินทรเดชา (สิงห์ สิงหเสนี) จากนั้นเข้าศึกษาต่อระดับปริญญาตรีที่คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจนถึงปัจจุบัน

3.นางสาววิมลรัตน์ อนุพันธ์พิศิษฐ์ เกิดเมื่อวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2533 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจากโรงเรียนสตรีวิทยา จากนั้นเข้าศึกษาต่อระดับปริญญาตรีที่คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยจนถึงปัจจุบัน