



5 พ.ย. 2536

การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุใน เขต เทศบาล เมืองสระบุรี

A STUDY OF SOCIAL SUPPORT AND ADAPTATION OF THE ELDERLY

IN MOUNG SARABURI MUNICIPAL AREA

ภาชนะปก

จาก

มหาวิทยาลัยมหิดล

ทักษิณ เกริกกุลธร

วิทยานิพนธ์นี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาพยาบาลศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2536

ISBN 974-587-858-8

สงวนลิขสิทธิ์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การศึกษาการสำนัสนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุใน เขต เทศบาล เมืองสระบุรี

.....

ทักษิณ เกริกกุลธร

ผู้วิจัย

.....

ทัศนา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

เพ็ญศรี ระเบียบ, ค.บ., M.S.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

สุวิมล กิมปี, วท.บ., ค.ม.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

ทัศนา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์

.....

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์

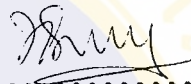
เรื่อง

การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุใน ชค. เทศบาล เมืองสระบุรี

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้ยื่น เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคำหลักสูตร

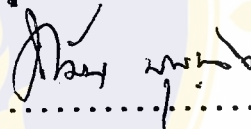
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

วันที่ 27 สิงหาคม พ.ศ. 2536



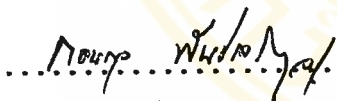
ทศนีย์ เกริกกุลธร

ผู้วิจัย



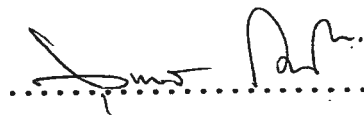
ทัศนดา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



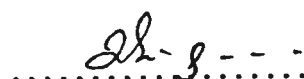
กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, วท.บ., M.S., Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



สุภาวดี ลิ้มปานากร, วท.บ., M.N.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



มนตร์ จุสสมัย, พ.บ., Ph.D.

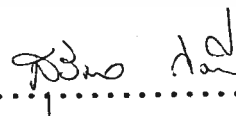
คณาบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



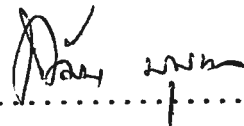
เพ็ญศรี ระเบียบ, ค.บ., M.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



สุวิมล กิมปี, วท.บ., ค.บ.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ทัศนดา บุญทอง, ค.บ., M.S., Ed.D.

คณาบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางทัศนีย์ เกริกกุลธร

วัน เดือน ปีเกิด 28 กันยายน 2503

สถานที่เกิด จังหวัดสระบุรี

ประวัติการศึกษา
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ.2521-2525 :
วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) เกียรตินิยมอันดับสอง
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2533-2536 :
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์)

ทุนการศึกษา ทุนมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงบุญจิราธร (ชุมพล) จุฑารักษ์

ตำแหน่ง วิทยากรระดับ 5

สถานที่ทำงาน แผนกการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสระบุรี

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนา บุญทอง ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศรี ระเบียบ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุวิมล กิมปี อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กอบกุล พันธะเจริญวรกุล และผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาวดี ลิ้มปานพร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณปานทิพย์ ประเสริฐผล ที่ได้ช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลขอขอบคุณอาสาสมัครหมู่บ้าน และกรรมการชุมชนทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือช่วยเหลือตลอดจนอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยสำเร็จลงได้ด้วยดี

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา พี่ ๆ ทุกท่านที่ให้ความรักความห่วงใย และให้การช่วยเหลือสนับสนุนในการศึกษา และขอกราบขอบพระคุณ ทนุณณิธิ หม่อมเจ้าหญิงบุญจิราธร (ชุมพล) จุฑาธุช ที่กรุณาให้ทุนอุดหนุนการศึกษาในครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณคณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลสระบุรีทุกท่านและเพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ ร่วมหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ ที่เป็นกำลังใจและมีส่วนช่วยเหลือให้การวิจัยสำเร็จลงได้ และขอขอบคุณ คุณวรัชย์ เกริกกุลธร ที่เอื้ออาทรให้กำลังใจต่อผู้วิจัยเสมอมา

ทักษิณ เกริกกุลธร

2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4218$)

3. การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตามเพศ และสถานภาพสมรสอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. การปรับตัวของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตามเพศและลักษณะครอบครัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอมีการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ตามลำดับ

ผลการศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะคือ พยายามลดภาระต้นทุนให้กับบุคคลในเครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุ เช่น สมาชิกในครอบครัว บุตรหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน และเพื่อนบ้านให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลแก่ผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะสุขภาพในอดีต ทักษะชีวิตต่อความสูงอายุ บุคลิกภาพ และการมีส่วนร่วมในสังคม เป็นต้น

Thesis Title A Study of Social Support and Adaptation of
the Elderly in Moun Saraburi Municipal Area.

Name Tassanee Krirkgulthorn

Degree Master of Science (Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Tassana Boontong	B.Ed., M.S., Ed.D.
Pensri Rabieb	B.Ed., M.S.
Suvimol Kimpee	B.Sc., M.Ed.

Date of Graduation 27 August B.E. 2536 (1993)

ABSTRACT

An elderly person has to adapt to physical, psychological and social changes due to aging process. The elderly with adaptive response will have a normal life, and those with ineffective response will, on the other hand, experience health problem or illness. Therefore a nurse should know about the factors that influence the elderly adaptation in order to enhance well being in the later life.

The purposes of this study were to determine the correlation between social support and adaptation of the elderly and to compare their social support and adaptation by gender, marital status, family characteristic and income. Based on a multistages sample of 170 elderly persons aged 60 years and above living in Moun Saraburi municipal area, the demographic data, social support and adaptation were collected using structured interview. Data collected was then analyzed using Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and t-test.

The result showed that :

1. A moderate Level of social support and adaptation were found.

2. There was a significant positive correlation between social support and adaptation at the .001 level ($r = .4218$)

3. The social support scores of the elderly showed no significant difference in gender and marital status at the .05 level

4. The social support scores of the elderly with extended family were significant higher than those with nuclear family at the .05 level

5. The adaptive scores of the elderly showed no significant difference in gender and family characteristic at the .05 level

6. The adaptive scores of the elderly who had a spouse were significant higher than those without a spouse at the .05 level

7. The social support and adaptive scores of the elderly with adequate income were significant higher than those with inadequate income at the .01 and .001 level respectively

Therefor, it is recommended that a nurse should encourage the social support provided by family members, cousin, friends and neighbor in order to promote the elderly adaptive responses. A study of other factors that influence the elderly adaptation such as ; history health status, attitude about aging, personality and social integration should be furthered.

สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย

กิตติกรรมประกาศ

บทคัดย่อภาษาไทย

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

สารบัญ

สารบัญตาราง

สารบัญแผนภูมิ

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์

สมมติฐาน

ขอบเขตของการศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

นิยามตัวแปร

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

ปัญหาการปรับตัวของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ

แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัว

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	66
การอภิปรายผล	81
บทที่ 5 สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปการวิจัย	88
ข้อเสนอแนะ	89
บรรณานุกรม	92
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ	101
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	104
ภาคผนวก ค ตารางข้อมูลทั่วไป	110

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว	67
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และแหล่งที่มาของรายได้	68
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การศึกษา อาชีพ และการมีโรคประจำตัว	69
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม โรคประจำตัว	70
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลความหมายของคะแนน การสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับปกป้องและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและรายชื่อย่อย	71
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลความหมายของคะแนน การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของจำแนกตาม รายด้านและรายข้อ	72
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลความหมายของคะแนน การปรับตัว จำแนกตามการปรับตัวโดยรวม การปรับตัวด้านร่างกาย และรายข้อ	73
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลความหมายของคะแนน การปรับตัวจำแนกตาม การปรับตัวด้านอารมณ์ในทัศนและรายข้อ	74
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลความหมายของคะแนน การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน จำแนก ตามรายด้านและรายข้อ	75
10	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการสนับสนุนทางสังคม รายด้านและโดยรวมกับการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง	76
11	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทาง สังคมและคะแนนการปรับตัวที่มีเพศต่างกัน	77
12	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทาง สังคมและคะแนนการปรับตัวที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน	78
13	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทาง สังคมและคะแนนการปรับตัวที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน	79
14	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทาง สังคมและคะแนนการปรับตัวที่มีรายได้แตกต่างกัน	80

สารบัญแผนภูมิ

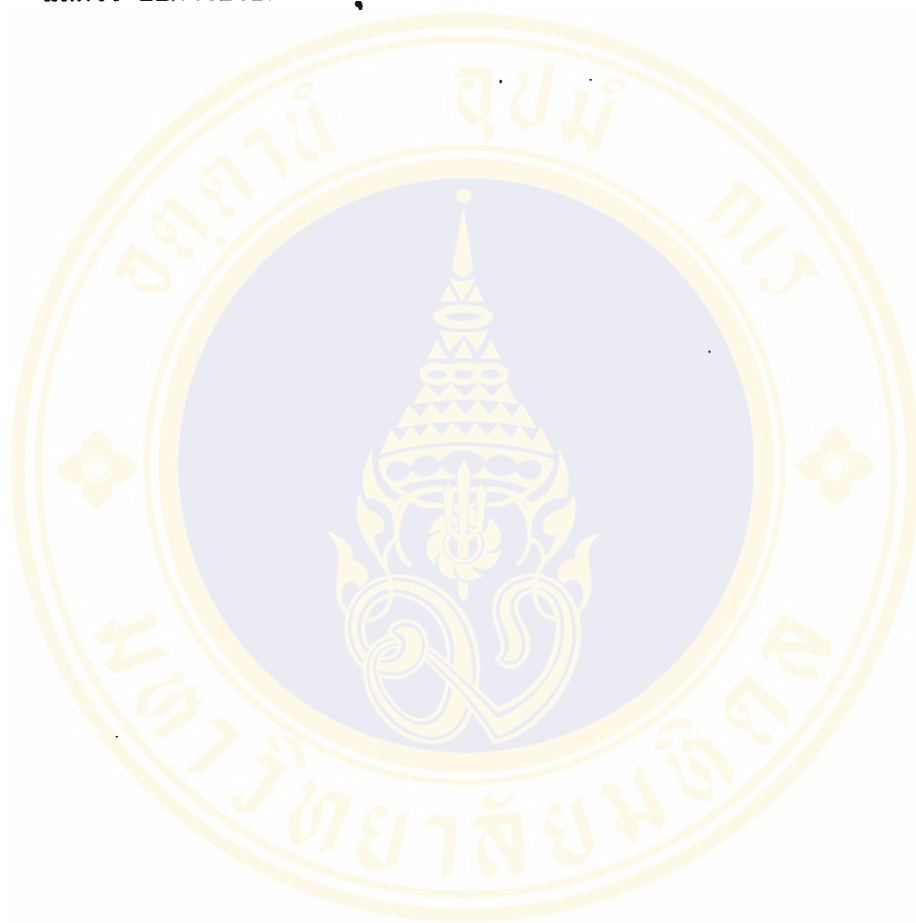
แผนภูมิที่

หน้า

- 1 กรอบแนวคิดการวิจัย
- 2 แสดงระบบการปรับตัวของบุคคล

7

25



บทที่ 1

บทนำ

ความ เป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากความจริงที่ก้าวหน้าทางด้านการรักษาพยาบาลและด้านเทคโนโลยีต่าง ๆ รวมทั้งความสำเร็จของนโยบายคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้อัตราเกิดและอัตราทายลดลงจึงทำให้โครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไป ประชากรวัยสูงอายุกำลังทวีจำนวนมากขึ้นตามลำดับตั้งจะเห็นได้จากสถิติจำนวนประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปในปีพ.ศ. 2518 มีประมาณ 350 ล้านคนและคาดว่าจะเพิ่มเป็น 590 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543 (สุรกุล เจนอบรม 2534 : 7) สำหรับประชากรผู้สูงอายุไทยในอนาคตก็มีแนวโน้มที่จะทวีเพิ่มขึ้นเช่นกัน ทั้งขนาดและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมดตั้งจะเห็นได้จากสถิติในปี พ.ศ. 2533 พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 3.4 ล้านคนหรือร้อยละ 6.1 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะในอีก 10 ปีข้างหน้า คือ พ.ศ. 2543 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 4.8 ล้านคนหรือประมาณร้อยละ 7.5 ของประชากรทั้งประเทศ (สุจินต์ ผลากรกุล 2533 : 38) แนวโน้มการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญและความรุนแรงของปัญหาผู้สูงอายุที่จะมีเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ทั้งนี้เพราะวัยสูงอายุเป็นวัยที่ประสบกับปัญหาต่างๆ มากมายซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังเช่นการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุไทยปัจจุบันประสบปัญหาหลัก 2 ประการคือ ปัญหาความยากจนหรือปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาสุขภาพ ส่วนปัญหาอื่น ๆ เช่น การอยู่อาศัย การสูญเสียบทบาท และสถานภาพและอื่น ๆ มีความสำคัญรองลงมา (นภาพร ชัยวรรณ. มาลีณี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย 2532 : 2)

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต เซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายทำงานลดลงและมีจำนวนน้อยลง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละระบบในร่างกาย เช่น ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก พบว่าการเสื่อมของข้อ การเคลื่อนไหวข้อลดลง กำลังกล้ามเนื้อลดลง ระบบประสาทที่เสื่อมลงด้วยเช่นกัน มีผลทำให้ประสิทธิภาพการได้ยิน การมองเห็น การดมกลิ่น การรับรส และการรับสัมผัสลดลง เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงในร่างกายเหล่านี้มีผลทำให้สภาพร่างกายอ่อนแอลง มีโอกาสเจ็บป่วยและเกิดโรคได้

ง่าย เช่น อุบัติเหตุ ภาวะทุโภชนาการ และอื่น ๆ ดังเช่น การศึกษาของ นิสา ชูโต (2525 : 3-60) พบว่า ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 50.4 มีสุขภาพไม่ค่อยดี ร้อยละ 14.6 เจ็บป่วยจนบางครั้งต้องล้มหมอนนอนเสื่อ และร้อยละ 14 เจ็บป่วยจนต้องนอนเกือบตลอดเวลาเช่นเดียวกับ บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ (2531 : 16-18) ได้ทำการทดสอบความสมบูรณ์ทางกายของผู้สูงอายุไทยที่มีอายุ 70-74 ปี พบว่าร้อยละ 84.5 มีสุขภาพกายอ่อนแอ

นอกจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามธรรมชาติแล้ว ผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ อารมณ์และสังคมอีกด้วยเช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การออกจากงานเมื่อครบเกษียณอายุ การสูญเสียอำนาจ การเปลี่ยนสถานภาพในครอบครัวจากหัวหน้าครอบครัว ซึ่งเคยเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวมาเป็นผู้อาศัยที่ต้องพึ่งพาบุตรหลาน การสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัวเนื่องจากบุตรธิดาแยกครอบครัวออกไป โดยเฉพาะในปัจจุบัณมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนจากครอบครัวขยายมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น และการไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศ การสูญเสียในสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวส่งผลให้เกิดความไม่มั่นคงทางจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมาก ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าเหงา หมดหวัง และท้อแท้ในชีวิต (อัมพร โอตระกูล 2527 : 28 - 31)

การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิตและสังคมดังกล่าวจะนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัว ได้อย่างเหมาะสมในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทั้งนี้เพราะสุขภาพของแต่ละบุคคลในสังคมขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในชีวิต กล่าวคือ ถ้าบุคคลสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จก็จะมีสุขภาพที่ดี แต่ถ้ายการปรับตัวล้มเหลวก็จะนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วย (Goosen & Bush 1979 : 52) เช่นเดียวกับที่ แอนดริว และรอย (Andrews & Roy 1991 : 19) กล่าวถึงสุขภาพของบุคคลว่า เป็นผลสะท้อนของการปรับตัวหรือผลจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งความสำเร็จในการปรับตัวจะส่งเสริมให้เกิดความมั่นคงในชีวิต ดังนั้น บุคคลไม่ว่าจะอยู่ในช่วงอายุใดก็ตามย่อมจะต้องพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความผาสุกในชีวิต แต่ปัจจุบันคนไทยกำลังประสบปัญหายุ่งยากในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี อันมีผลกระทบต่อแบบแผนความเป็นอยู่ ตลอดจนชีวิตจิตใจของคนไทยแทบทุกด้าน (นิภา นิธยาน 2530 : 12) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรวัยสูงอายุจะประสบปัญหาการปรับตัวอย่างมาก ทั้งนี้เพราะนอกจากผู้สูงอายุจะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมดังกล่าว ยังจะต้องเผชิญกับการ

เปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อันเนื่องมาจากความสูงอายุนของตนเองอีกด้วย ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ ฟิริลท์ คำนวณศิลป์ (2523 : 156) ที่พบว่า ผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่จะประสบปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้สูงอายุรู้สึกกว่าตนเองไม่สามารถจะเข้าใจสังคมในปัจจุบันและไม่สามารถที่จะดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีความหมาย หรือรู้สึกกว่าตนเองไม่สามารถควบคุมหรือกำหนดชะตาชีวิตหรือแบบฉบับของตัวเองได้อย่างเต็มที่

การปรับตัวเป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ตนเอง ไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาบุคลิกภาพ และปัญหาความต้องการให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมเพื่อให้สามารถอยู่ในสังคมหรือสภาพแวดล้อมนั้นได้ (กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ 2524 : 180) ส่วนการปรับตัวตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Andrews & Roy 1991 : 6-21) กล่าวว่าบุคคลเป็นระบบของการปรับตัวระบบหนึ่ง ซึ่งเป็นระบบเปิดที่จะต้องมีการสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปนี้จัดเป็นสิ่งที่นำเข้าสู่ระบบการปรับตัว ซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้บุคคลปรับตัว สิ่งเร้านี้แบ่งเป็น 3 ชนิดคือ สิ่งเร้าตรงซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่บุคคลกำลังเผชิญและทำให้บุคคลต้องปรับตัว สิ่งเร้าร่วมได้แก่สิ่งเร้าอื่น ๆ ที่ปรากฏร่วมอยู่ด้วยในสถานการณ์นั้น ๆ และสิ่งเร้าแฝงซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลได้แก่ ความเชื่อ ทักษะคติ เมื่อบุคคลเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปหรือมีสิ่งเร้ามากระทบ บุคคลจะมีการปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลของระบบโดยใช้กลไกการควบคุมและกลไกการรับรู้เป็นพื้นฐานในการปรับตัว ผลจากการใช้กลไกทั้งสองจะทำให้บุคคลแสดงออกในพฤติกรรมการปรับตัว 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน ซึ่งผลของการปรับตัวอาจจะเป็นการปรับตัวที่ดีหรือมีปัญหาในการปรับตัวก็ได้ ถ้าสามารถปรับตัวได้ดีก็จะมีภาวะสุขภาพที่ดี แต่ถ้ามีปัญหาในการปรับตัวก็จะนำมาซึ่งความเจ็บป่วย ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่ดีก็จะทำให้มีภาวะสุขภาพทั้งทางกายและจิตสังคมที่ดีตามมา

การปรับตัวของผู้สูงอายุจะดีหรือไม่ดีอาจจะมีปัจจัยเกี่ยวข้องที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นตัวแปรด้านจิตสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยของบุคคล คอบบ์ (Cobb 1976 : 300) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักและสนใจดูแลเอาใจใส่ มีคนยกย่อง และมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่วนเชฟเฟอร์ (Schaefer, et al 1981 : 384-386) ได้กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมใน 3 ลักษณะคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันรักใคร่ และไว้วางใจผู้อื่น การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของ

โดยธรรมชาติของบุคคลทุกช่วงวัยย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ยิ่งอายุมากขึ้นความต้องการความช่วยเหลือก็มีมากขึ้นเนื่องจาก ความเสื่อมถอยของร่างกายและความสามารถในการพึ่งตนเองลดลง ประกอบกับการที่จะต้องเผชิญกับการคุกคามของโรคภัยไข้เจ็บ และภาวะการเปลี่ยนแปลงทางสังคม สิ่งเหล่านี้ย่อมก่อให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุได้อย่างมาก ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถลดความเครียด หรือส่งเสริมให้บุคคลสามารถเผชิญภาวะเครียดได้ดีขึ้นและมีการปรับตัวที่ถูกต้องเหมาะสม (Cohen & Wills 1985 : 310-357) จึงนับได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญมากสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดอันจะทำให้ผู้สูงอายุเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงและมีการปรับตัวที่ดีได้ นอกจากนี้การปรับตัวของผู้สูงอายุยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมทั้งในอดีตและปัจจุบันเช่น แบบแผนการดำเนินชีวิต แบบแผนการเผชิญความเครียด โครงสร้างบุคลิกภาพ เชื้อชาติ เพศ สถานภาพสมรส สถานทางเศรษฐกิจและสังคมรวมทั้งการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด (Mc Pherson 1983 : 166)

เพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคลซึ่งรอบ (Roy 1976 : 32) กล่าวว่า เพศเป็นสิ่งที่เราร่วมอย่างหนึ่งของระบบการปรับตัวของบุคคล และจากการศึกษาของอำไพรัตน์ กลิ่นจวร (2533 : 60) ที่ศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกขาหักพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกายและด้านสภาพทางหน้าที่แตกต่างกัน

สถานภาพสมรสเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสมีโอกาสที่จะได้รับความรัก ความอบอุ่น และการดูแลเอาใจใส่ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองมีที่พึ่ง มีเพื่อนคู่คิด อันจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสมีการปรับตัวที่ดี ดังเช่นการศึกษาของเบญจมา เลาพูนรังษี (2534 : 63) ที่ศึกษาการปรับตัวภายหลังเกษียณอายุราชการของข้าราชการพลเรือนจังหวัดนครราชสีมาพบว่าผู้เกษียณอายุราชการที่มีสถานภาพสมรสคู่มีการปรับตัวดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก

ครอบครัว เป็นสถาบันสำคัญที่จะทำหน้าที่ดูแลและตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ครอบครัวขยายจะสามารถตอบสนองความต้องการแก่ผู้สูงอายุได้โดยไม่เป็นภาระหนักมาก ส่วนครอบครัวเดี่ยวเป็นครอบครัวอิสระ แต่ห่างเหินจากญาติพี่น้องอาจทำให้เกิดความเหงา ว้าเหว่ ขาดความอบอุ่นได้ (สุพัตรา สุภาพ 2531 : 37-38) ดังนั้น ลักษณะครอบครัวจึงอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ

รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ เพราะการมีรายได้ต่ำไม่เพียงพอในการจัดหาปัจจัยที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคล บ่มก่อกำให้เกิดความยากลำบากในการดำรงชีพและมีปัญหาการปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมตามมา ดังเช่นการศึกษาของ บอมและบอม (Baum & Baum อ้างใน เหมิกา ยามะรัต 2527 : 29) ที่พบว่าผู้สูงอายุชาวอเมริกันส่วนมากมีความทุกข์กับรายได้ที่จะนำมาใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล ผู้ที่มีรายได้น้อยสูญเสียความมั่นคง ขาดหลักประกันในชีวิตและครอบครัว รู้สึกว่าเป็นบุคคลไร้ค่า ต้องเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม รู้สึกท้อแท้ ไม่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ได้เหมาะสมยามเจ็บป่วย และไม่มีความสุขในชีวิต

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอยเป็นแนวทางในการศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุโดยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอันเนื่องมาจากความสูงอายุดังกล่าวเป็นสิ่งที่เราตรงที่รับกวนภาวะสมดุลของระบบ ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัว แต่การปรับตัวของผู้สูงอายุนั้นไม่ได้มีอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต และสังคมอันเนื่องมาจากความสูงอายุนั้นเพียงอย่างเดียวเท่านั้น เพราะขณะที่ผู้สูงอายุเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ผู้สูงอายุยังคงมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อการปรับตัว เช่น การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทองและคำแนะนำในการแก้ปัญหา นอกจากนี้ยังทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สนใจ มีคนยกย่อง และเห็นคุณค่า และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวจึงเปรียบเสมือนสิ่งเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุปรับตัวไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม นอกจากการสนับสนุนทางสังคมแล้วการที่ผู้สูงอายุจะปรับตัวได้ดีหรือไม่ขึ้นอาจขึ้นอยู่กับลักษณะส่วนบุคคลได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว และรายได้ซึ่งจัดเป็นสิ่งที่เราร่วม นอกจากนั้นการปรับตัวของผู้สูงอายุยังอาจจะได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ เช่น ทัศนคติต่อความสูงอายุนั้น และบุคลิกภาพ เป็นต้น สิ่งเร้าดังกล่าวทั้งหมดจะเป็นสิ่งนำเข้าระบบการปรับตัวแล้วแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปแบบต่าง ๆ ของการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้จะมีพฤติกรรมการปรับตัวที่ดี ส่วนผู้สูงอายุที่ไม่สามารถปรับตัวได้จะมีพฤติกรรมการปรับตัวที่ไม่ดีหรือมีปัญหาการปรับตัว ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

เทศบาลเมืองสระบุรี เป็นชุมชนเมืองแห่งหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการขยายตัวด้านอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว กล่าวคือ มีการอพยพแรงงานจากชนบทเข้าสู่ชุมชนเมืองมากขึ้น ส่งผลให้มีการสร้างที่อยู่อาศัยกันอย่างแออัดเกิดสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

อีกทั้งการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขไทยยังไม่สามารถสนองตอบความต้องการของประชากรที่เพิ่มมากขึ้นอย่างเพียงพอ นอกจากนี้สภาวะการฉกฉวยเชิงธุรกิจยังบีบคั้นให้ประชากรวัยแรงงานทั้งหญิงและชายต้องดิ้นรนหารายได้มาจุนเจือครอบครัวเพื่อความอยู่รอด การเปลี่ยนแปลงในสภาพสังคมและการดำเนินชีวิตของประชากรโดยรวมดังกล่าว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุต้องรับภาระในการเลี้ยงดูหลานหรือต้องถูกทอดทิ้งให้อยู่เพียงลำพัง อีกทั้งการช่วยเหลือเกื้อกูลจากบุคคลใกล้ชิด บุตรหลาน และญาติพี่น้อง ที่เคยได้รับต้องเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของตัวของผู้สูงอายุ

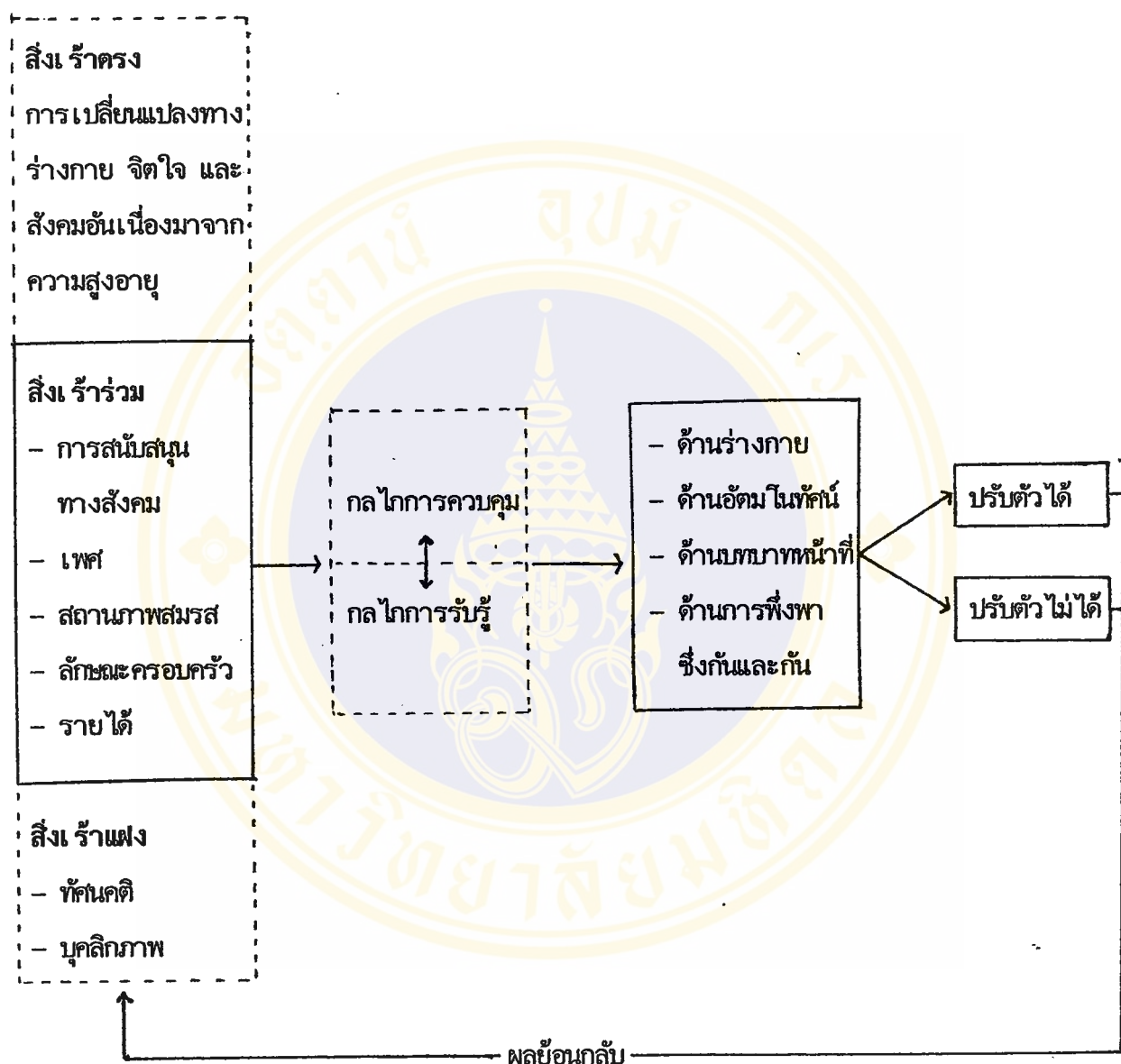
ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลเมืองสระบุรี โดยต้องการศึกษาให้แน่ชัดถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามเพศ สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัวและรายได้ และคาดว่าผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำมาใช้เป็นทางในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่เหมาะสม สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาได้อย่างมีคุณภาพ

สิ่งนำเข้า

กระบวนการควบคุม

การปรับตัว

สิ่งนำออก



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ที่มีความแตกต่างกันตามเพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และรายได้
3. เพื่อเปรียบเทียบการปรับตัวของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามเพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และรายได้

สมมติฐาน

1. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ
2. การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตามเพศ สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว และรายได้ ดังนี้
 - 2.1 ผู้สูงอายุเพศหญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย
 - 2.2 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว
 - 2.3 ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยาย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว
 - 2.4 ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ
3. การปรับตัวของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตาม เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัวและรายได้ดังนี้
 - 3.1 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการปรับตัวแตกต่างจากผู้สูงอายุเพศชาย
 - 3.2 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว
 - 3.3 ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยาย มีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว
 - 3.4 ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ มีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

ขอบเขตของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุ โดยศึกษาเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนย่อยเขตเทศบาลเมืองสระบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. นำผลการวิจัยมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจและสภาพสังคม ปัจจุบันรวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเขตเทศบาลเมืองสระบุรีต่อไป
2. เป็นแนวทางในการจัดการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุสำหรับนักศึกษาพยาบาลเพื่อให้มีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการให้การสนับสนุนทางสังคมและการส่งเสริมการปรับตัว
3. เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเด็นอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กันต่อไป

นิยามคำแปล

1. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกของผู้สูงอายุต่อการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในสังคมซึ่งสามารถวัดได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยดัดแปลงจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุของฉวีวรรณ แก้วพรหม โดยอาศัยกรอบแนวคิดของคอบบ์และ เชฟเฟอร์และคนอื่น ๆ ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุน 5 ด้านดังนี้

1.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ ได้แก่ การได้รับความรักความอบอุ่น การดูแลเอาใจใส่ ความผูกพัน และความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

1.2 การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า ได้แก่ การได้รับความเคารพ ยกย่อง การยอมรับในความสามารถและพฤติกรรมการแสดงออก และการเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ

1.3 การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้แก่ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและการได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม

1.4 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการแก้ปัญหาและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.5 การสนับสนุนด้านสิ่งของ ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้และแรงงาน

2. การปรับตัว หมายถึง พฤติกรรมของผู้สูงอายุที่แสดงถึงความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถาม การปรับตัวของผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวทฤษฎีการปรับตัวของรอยซึ่งประกอบด้วย การปรับตัว 4 ด้าน ดังนี้

2.1 การปรับตัวด้านร่างกาย หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ ความต้องการออกซิเจน อาหาร การขับถ่าย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน การคุ้มกันร่างกาย น้ำและเกลือแร่ และการรับรู้ความรู้สึก

2.2 การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ หมายถึง พฤติกรรมการตอบสนองตามความรู้สึกนึกคิดที่ผู้สูงอายุมีต่อตนเองเกี่ยวกับด้านร่างกายและด้านส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วย ด้านความมั่นคง ความคาดหวัง ศีลธรรมจรรยา และความมีคุณค่าในตนเอง

2.3 การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวกับบทบาทการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และบทบาทหน้าที่ของผู้สูงอายุต่อครอบครัวและสังคม

2.4 การปรับตัวด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน หมายถึง พฤติกรรมการช่วยเหลือตนเอง การให้และได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในครอบครัวและสังคม

3. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุในปัจจุบันซึ่งการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

3.1 สถานภาพสมรสคู่ หมายถึง ผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคู่สมรสโดยอาศัยอยู่บ้านเดียวกัน

3.2 สถานภาพสมรสเดี่ยว หมายถึง ผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่คนเดียวโดยไม่มีคู่สมรสคือ โสด หม้าย หย่า แยก

4. ลักษณะครอบครัว หมายถึง ลักษณะของกลุ่มคนที่อยู่รวมกันในบ้านเดียวกับผู้สูงอายุ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

4.1 ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยผู้สูงอายุ และ/หรือ สามีหรือภรรยาของผู้สูงอายุ และ/หรือบุตรเท่านั้น

4.2 ครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบด้วยผู้สูงอายุ สามีหรือภรรยาของผู้สูงอายุ บุตร และครอบครัวของบุตรหรือญาติพี่น้องอยู่รวมกัน

5. รายได้ หมายถึง รายได้ปัจจุบันของผู้สูงอายุต่อเดือนซึ่งการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

5.1 รายได้เพียงพอ หมายถึง รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายตามความรู้สึของผู้สูงอายุ

5.2 รายได้ไม่เพียงพอ หมายถึง รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายตามความรู้สึกของผู้สูงอายุ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้รวบรวมวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
- แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัว
- ทฤษฎีการปรับตัวของรอย
- ปัญหาการปรับตัวของผู้สูงอายุ
- ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัว
- แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม
- การสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ
- ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม
- ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัว

การเปลี่ยนแปลง เมื่อ เข้าสู่วัยสูงอายุ

บุคคลจะมีขบวนการทำงานภายในร่างกายอยู่ 2 ขบวนการคือ ขบวนการเจริญเติบโต และขบวนการเสื่อมโทรม ขบวนการทั้งสองนี้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน ในวัยทารกจนถึงวัยหนุ่มสาว ขบวนการเจริญเติบโตจะมีเหนือขบวนการเสื่อมโทรมและเมื่อบุคคลมีการเจริญเติบโตมากขึ้น ขบวนการเสื่อมโทรมจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นจนอยู่เหนือขบวนการเจริญเติบโต (สุรกุล เจนอรรม 2534 : 1) ดังนั้นเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้นและเข้าสู่วัยสูงอายุจึงมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นไปในทางเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

ร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นไม่เท่ากัน เซลล์ต่าง ๆ ภายในร่างกายส่วนใหญ่งานลดลง และมีจำนวนน้อยลง 30 เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบกับคนวัยหนุ่มสาว ขนาดของเซลล์ที่เหลือจะใหญ่ขึ้นเพราะมีไขมันสะสมมากขึ้น มีปริมาณไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้นและปริมาณน้ำภายในเซลล์ลดลง แต่ปริมาณน้ำภายนอกเซลล์ยังคงเดิมหรือลดลงเพียงเล็กน้อย จึงทำ

ให้ปริมาณน้ำทั้งหมดภายในร่างกายลดลง การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลทำให้น้ำหนักของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระบบของร่างกาย วิไลวรรณทองเจริญ (2533 : 60-81) และ สุรกุล เจนอบรม (2534 : 11-19) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายแต่ละระบบของผู้สูงอายุสรุปได้ดังนี้

1.1 ระบบผิวหนัง (Integumentary System)

ผิวหนังเหี่ยวบ่น แห้ง เนื่องจากขาดไขมันใต้ผิวหนังช่วยหล่อเลี้ยง ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลง ผิวหนังบางลง และการไหลเวียนเลือดลดลงจึงมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย

ต่อมเหงื่อมีจำนวนและขนาดลดลง การทำงานลดลงทำให้ไม่สามารถขับเหงื่อได้ เป็นผลให้ความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิลดลง ผู้สูงอายุจึงมักจะทนอากาศร้อนหรือหนาวจัดไม่ได้

ผมและขนมีจำนวนลดลง และมีสีจางลงกลายเป็นสีเทาหรือขาว ผมร่วงและแห้งง่ายเนื่องจากได้รับอาหารไม่เพียงพอ และการไหลเวียนบริเวณหนังศีรษะลดลง

1.2 ระบบประสาท (Nervous System)

มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองและเซลล์ประสาท ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและประสาทอัตบาทลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณประสาทลดลง เป็นเหตุให้ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่าง ๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า บางครั้งอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวอาจทำงานไม่สัมพันธ์กัน ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ ๆ แต่สามารถจำเรื่องต่าง ๆ ในอดีตได้ดี

1.3 ระบบประสาทสัมผัส (Special Sense)

การมองเห็น การเปลี่ยนแปลงของเลนส์เลือด เช่น หลอดเลือดแข็งจะทำให้การมองเห็นเสื่อมลง กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อมหน้าที่ สายตาวาวขึ้นมองเห็นภาพใกล้ไม่ชัด ปฏิกิริยาตอบสนองของม่านตาต่อแสงลดลงทำให้การปรับตัวสำหรับการมองเห็นในที่มืดหรือในเวลากลางคืนไม่ดี

การได้ยินลดลง มีอาการหูตึงมากขึ้น เนื่องจากการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้นร่วมกับเส้นประสาทคู่ที่ 8 (Auditory Nerve) เสื่อมหน้าที่ เปื่อแก้วหูและอวัยวะในหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น

การรับกลิ่นไม่ดีเพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูก

การรับรสของลิ้นเสียไปเนื่องจากต่อมรับรสมีจำนวนลดลงประมาณ 2 ใน 3 และต่อมรับรสจะตายเมื่ออายุ 70 ปี

1.4 ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal System)

กระดูกเปราะและหักง่ายเนื่องจากมีการสลายแคลเซียมออกจากกระดูก ความยาวของกระดูกสันหลังลดลงเพราะหมอนรองกระดูกบางลง กระดูกสันหลังพุงมากขึ้นทำให้หลังค่อม กระดูกข้อเข่าบริเวณข้อต่าง ๆ เสื่อม น้ำไขข้อลดลงทำให้กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกันเกิดการเสียดของข้อ การเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ไม่สะดวกเกิดการติดแข็ง ข้ออักเสบ และมีอาการปวดข้อ

จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อพังพืดเข้ามาแทนที่ มวลของกล้ามเนื้อลดลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง ระยะเวลาที่ใช้ในการหดตัวแต่ละครั้งนานขึ้นทำให้การเคลื่อนไหวในลักษณะต่าง ๆ ช้าลง

1.5 ระบบการไหลเวียนโลหิต (Cardiovascular System)

อัตราการเต้นของหัวใจลดลงปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลงประมาณ 40 เปอร์เซ็นต์ จากอายุ 25 ถึง 65 ปี พลังหลอดเลือดพวยหนาขึ้น รูภายในหลอดเลือดแคบจึงมีโอกาสเกิดการอุดตันของหลอดเลือดได้ง่าย การไหลเวียนของเลือดช้าลง ปริมาณเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลงทำให้อวัยวะนั้น ๆ เสื่อมลง ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง ความต้านทานของหลอดเลือดปลายทางเพิ่มขึ้นทำให้ระดับความดันโลหิตของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น

1.6 ระบบทางเดินหายใจ (Respiratory System)

ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลง ความแข็งแรงและกำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง พลังทรวงอกแข็งขึ้น กระดูกซี่โครงเคลื่อนไหวช้าลง ทำให้ปอดบีบขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศลดลง และรีเฟล็กการไหลลดลงทำให้การกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในทางเดินหายใจไม่ดี เกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจได้ง่าย

1.7 ระบบทางเดินอาหาร (Digestive System)

ฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง เหงือกที่หุ้มคอฟันร่นลงไป ฟันงอกขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ฟันจะหลุดร่วงไม่ต้องใส่ฟันปลอมทำให้เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด การผลิตน้ำย่อยและเอนไซม์ต่าง ๆ ในกระเพาะลดลงทำให้การย่อยการดูดซึมมีประสิทธิภาพลดลง นอกจากนี้การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลงประกอบกับการรับประทานอาหารไม่มีกากทำให้เกิดภาวะท้องผูก

1.8 ระบบขับถ่ายของเสีย (Excretory Functions)

ขนาดและความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลงจึงมีปัสสาวะตกค้างอยู่มากภายหลังถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้งมีผลทำให้ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะบ่อยในผู้ชายอาจมีต่อมลูกหมากโตทำให้ปัสสาวะลำบาก นอกจากนี้ประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลง

การดูดกลืนของสารต่าง ๆ น้อยลง ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นลดลงเป็นเหตุให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ร่างกายเกิดการสูญเสียน้ำและเกลือแร่ได้

1.9 ระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine System)

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกายทำให้ต่อมไร้ท่อและองค์ประกอบอื่น ๆ ในร่างกายถูกรบกวน เช่น องค์ประกอบที่ลดน้อยลงของต่อมไทรอยด์จะนำไปสู่ภาวะไทรอยด์เป็นพิษ นอกจากนี้เนื้อเยื่อของตับอ่อนอาจถูกทำลาย ทำให้การผลิตของอินซูลินลดลงภาวะของโรคเบาหวานอาจเกิดขึ้นได้โดยเฉพาะอายุระหว่าง 60-70 ปี

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและสังคม เพราะความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุและเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อกับบุคคล รวมทั้งการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมต่าง ๆ อัมพร โอตระกูล (2527 : 29-30) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ จิตใจ ของผู้สูงอายุว่าเป็นผลมาจากการสูญเสียในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย

2.1 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ได้แก่ การตายจากของคู่ชีวิต ญาติสนิท เพื่อน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถูกพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักอันก่อให้เกิดความซึมเศร้าได้ง่าย

2.2 การสูญเสียความสัมพันธ์ทางสังคมและเศรษฐกิจ วัยสูงอายุเป็นวัยอันควรที่จะต้องออกจากงาน ขณะเดียวกันความสัมพันธ์ทางสังคมก็ลดลงด้วย เนื่องจากหมดภาระการติดต่อดูแลกิจการงานหรือหมดภาระหน้าที่รับผิดชอบ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงาน รู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่า นอกจากนี้ยังมีผลทำให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน ขาดความผูกพันที่เคยมีต่อสังคมหรือชุมชน ขณะเดียวกันก็ขาดรายได้ หรือมีรายได้ลดลง ผลจากสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว

2.3 ความสูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว ในวัยสูงอายุ บุตรธิดามักจะมีครอบครัวและแยกย้ายไปอยู่ต่างหาก โดยเฉพาะสังคมยุคปัจจุบันมีแนวโน้มจะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากกว่าครอบครัวขยาย ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ซึ่งเป็นผู้สูงอายุกับลูกหลานของตนต้องลดลงกว่าแต่ก่อน บทบาทในการดูแลและเป็นที่ปรึกษาของลูกหลานจึงลดลงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเจ็บเหงาเปล่าเปลี่ยว เกิดความซึมเศร้า และเบื่อหน่ายในชีวิต

2.4 ความสูญเสียสมรรถนะทางเพศ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีระเคมีของร่างกายทำให้เกิดการเสื่อมในสมรรถนะทางเพศ ตลอดจนความสวยงามของรูปร่างหน้าตาลดลง

การไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศนับเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ทางจิตใจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล และมีความหวั่นไหวต่อความมั่นคงของชีวิต

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

นอกจากความเสื่อมของร่างกายและความเครียดทางจิตใจจะเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพแล้ว การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมก็เป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัว จนก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางกายและจิตใจตามมา เกษม ตันติพวาชีวะ และกุลภา ตันติพลาชีวะ (2528 : 80-81) และ สุรกุล เจนอบรม (2534 : 21) ได้กล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุสรุปได้ดังนี้

3.1 การเปลี่ยนรูปแบบของสังคม

ในอดีตครอบครัวไทยเป็นครอบครัวใหญ่มีผู้สูงอายุเป็นผู้นำ ผู้ให้ความรู้ ผู้ถ่ายทอดวิชาการ และสนับสนุนการพัฒนาความก้าวหน้าให้แก่บุตรหลาน และอยู่ในฐานะที่ควรเคารพบูชา ยอมรับนับถือ แต่ในปัจจุบันสังคมไทยเปลี่ยนไปในลักษณะสังคมอุตสาหกรรมที่มีแต่การแข่งขัน มองเห็นประโยชน์ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยลดลง การรับรู้ของชนรุ่นใหม่ส่วนใหญ่ได้มาจากภายนอก ทำให้ผู้สูงอายุขาดความสำคัญ ขาดการยอมรับและการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ทำให้ผู้สูงอายุต้องพบกับความโดดเดี่ยว รู้สึกถูกทอดทิ้งและขาดที่พึ่งทางใจ

3.2 การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บทบาทที่เกี่ยวข้องกับการงานตลอดจนบทบาทในครอบครัวย่อมเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่เคยเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งมีหน้าที่ให้การดูแลและหาเลี้ยงครอบครัว ต้องกลายกลับมาเป็นผู้พึ่งพาอาศัย เป็นผู้รับมากกว่าผู้ให้ทำให้ผู้สูงอายุเสียอำนาจและบทบาททางสังคมที่เคยมี มีความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ บังคับเหล่านี้ก่อให้เกิดความอับอาย และคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหาหรือเป็นภาระของสังคม

3.3 ความคับข้องใจทางสังคม

การปลดเกษียณ และการที่บุตรหลานหรือสังคมต่างหวังดีที่จะให้ผู้สูงอายุหยุดรับผิดชอบในการกิจต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติ ทำให้มีผลกระทบต่อจิตใจของผู้สูงอายุอย่างมากมีความรู้สึกน้อยใจและเสียใจ ทั้งนี้เพราะการเป็นผู้สูงอายุมิได้หมายความว่า เป็นผู้ขาดสมรรถภาพการทำงาน แต่ความมีอายุกลับทำให้คนเรารู้สึกต้องการการยอมรับมากขึ้น

3.4 การลดความสัมพันธ์กับชุมชน

บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชนจะเปลี่ยนไปในแง่หน้าที่ความรับผิดชอบ งานที่ต้องใช้ความคิดความฉับไวจะลดลง เปลี่ยนไปเป็นคอยรับคำปรึกษา การยอมรับพิจารณาขอบข่ายงานของชุมชนจะน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่มไม่กล้าแสดงออก สมรรถภาพลดถอย ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง ต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพสังคมกลุ่มใหม่ ทำให้ผู้สูงอายุที่เคยมีบทบาทในชุมชนมาก่อนเกิดความเครียดสูง

สรุปได้ว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 ด้านดังกล่าวก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้สูงอายุและเป็นสิ่งที่มีผลกระทบต่อสมดุลของชีวิตซึ่งอาจจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องพยายามปรับตัวให้อยู่ในภาวะสมดุลเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิตและมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

แนวคิด เกี่ยวกับการปรับตัว

ดาร์วิน (Darwin อ้างในนิภา นิธยาน 2530 : 5) เป็นผู้เริ่มใช้คำว่า "การปรับตัว" ในทฤษฎีว่าด้วยการวิวัฒนาการของเขาใน ค.ศ.1859 โดยได้สรุปแนวคิดที่ว่าสิ่งมีชีวิตที่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาวะแวดล้อมของโลกที่เต็มไปด้วยภัยอันตรายได้เท่านั้นที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้ ดังนั้นการปรับตัวจึงเป็นคุณลักษณะสำคัญของสิ่งมีชีวิตที่ทุกชีวิตจะต้องมีเพื่อให้ตนเองสามารถมีชีวิตรอดอยู่ภายใต้สภาวะแวดล้อมของตนเอง

เนื่องจากการปรับตัวเป็นลักษณะของสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย ดังนั้นจึงได้มีการศึกษาอย่างกว้างขวาง โดยมีนักวิชาการหลาย ๆ สาขา เช่น ชีววิทยา จิตวิทยา มนุษยวิทยา และอื่น ๆ ผลก็คือการให้ความหมายของการปรับตัวจึงแตกต่างกันไปในแต่ละสาขาวิชา เช่น นักชีววิทยาจะกล่าวถึงการปรับตัวในแง่ของการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่และ โครงสร้างทางสรีรวิทยา เพื่อสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยดีในสิ่งแวดล้อมของมัน ส่วนนักจิตวิทยาหรือนักวิชาการทางมนุษยศาสตร์จะกล่าวถึงการปรับตัวของคนทั้งทางกาย ทางความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมเพื่อมีชีวิตได้เหมาะสมกับความต้องการและอาจหมายความว่าความกว้างไปถึงการปรับตัวของกลุ่มคนหรือสังคมก็ได้ สำหรับสาขาพยาบาลได้นำแนวคิดการปรับตัวมาใช้ และพยายามอธิบายในแนวทางที่เชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพ เช่น กูเซน และบัส (Goosen & Bush 1979 : 52) กล่าวว่า ภาวะสุขภาพของคนแต่ละคน

ในสังคมตั้งอยู่บนพื้นฐานของความสามารถในการปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในชีวิตกล่าวคือถ้าปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมได้สำเร็จก็จะมีภาวะสุขภาพที่ดี แต่ถ้าการปรับตัวล้มเหลวก็จะเกิดความเจ็บป่วย

ซิกแมน (Sigmman 1979 : 86) กล่าวถึงการปรับตัวว่า เป็นการปรับสมดุลอย่างคงตัวต่อสิ่งแวดล้อมภายนอกเพื่อที่จะให้มีชีวิตที่ดีกว่า หรือเป็นการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม

รอย และ โรเบิร์ต (Roy & Roberts 1981 : 57) ให้ความหมายของการปรับตัวว่าเป็นปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายซึ่งได้แก่ การเจริญเติบโต การมีชีวิตรอด การสืบทอดเผ่าพันธุ์ และการเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ได้

กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2524 : 180) ได้ให้ความหมายของการปรับตัวว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามปรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นแก่ตนเองไม่ว่าจะเป็นปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาด้านบุคลิกภาพหรือปัญหาด้านความต้องการให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมจนเป็นสภาพการณ์ที่ตนสามารถอยู่ในสังคมหรือสภาพแวดล้อมนั้น ๆ ได้

เกษม ต้นติฬลาชีวะ และ กุลยา ต้นติฬลาชีวะ (2528 : 13) กล่าวถึงการปรับตัวว่าเป็นกลไกของร่างกาย และจิตใจอย่างหนึ่งที่มีขึ้นเพื่อลดความเครียดและเป็นการพยายามในการที่จะคงสภาพร่างกายและจิตใจให้อยู่ในภาวะสมดุลในขณะที่มีความเครียดเกิดขึ้น

ละอ อุตทางกูร (2534 : 88) ให้ความหมายของการปรับตัวว่าเป็นกระบวนการตอบสนองของระบบชีวิตต่อสิ่งเร้าที่ก่อความจำเป็นให้ระบบต้องปรับกระบวนการเพื่อรักษาคุณภาพของชีวิต สิ่งเร้าที่เร้าการปรับตัวได้แก่ สิ่งเร้าที่รบกวน หรือคุกคามคุณภาพหรือก่อสเตรส (stress) แก่ระบบ

สรุปได้ว่าการปรับตัวเป็นปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกาย จิตใจ สังคมและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น ๆ หรือสังคมของตนเองได้

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย

รอย (Roy 1989 : 105 , Andrews & Roy 1991 : 1-7) ได้เริ่มสร้างทฤษฎีการปรับตัวนี้ในปี ค.ศ. 1964 โดยพัฒนาจากแนวความคิดทฤษฎีพื้นฐานหลายทฤษฎีเช่น ทฤษฎีระบบ

ทฤษฎีการปรับตัวของเฮลสัน ปรากฏที่ว่าด้วยคุณค่าของความเป็นมนุษย์ ทฤษฎีความเครียด และ ทฤษฎีบทบาท รอยได้นำแนวคิดของทฤษฎีพื้นฐานดังกล่าวมาประยุกต์วางรูปแบบเพื่อเป็นแนวทางไปสู่การปฏิบัติพยาบาล และได้เริ่มนำทฤษฎีมาทดลองใช้ทั้งด้านการวิจัย การปฏิบัติการพยาบาล และการจัดหลักสูตร ในปี ค.ศ.1968 หลังจากนั้นได้มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงให้มีความชัดเจนจนปัจจุบันเป็นที่รู้จักและนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย

ตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยนั้นเชื่อว่าบุคคลประกอบด้วย กาย-จิต-สังคม เป็นหน่วยเดียวไม่อาจแบ่งแยกได้ กล่าวคือ ธรรมชาติของบุคคลประกอบด้วย องค์ประกอบด้านชีววิทยา เช่น รูปร่างทางกายภาพและการทำงานของสรีรวิทยา ในขณะที่บุคคลยังประกอบด้วย องค์ประกอบทางจิตใจและสังคมรวมกันเป็นระบบชีวิตซึ่งเป็นระบบเปิด ที่จะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงทำให้บุคคลต้องปรับตัวเพื่อสนองตอบต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป (Roy 1989 : 166) ดังนั้นบุคคลจึงเป็นระบบของการปรับตัวซึ่ง รอย ประยุกต์ทฤษฎีระบบมาอธิบายระบบบุคคลว่าประกอบด้วย สิ่งนำเข้า (Input) สิ่งนำออก (Output) กระบวนการควบคุม (Control Process) และกระบวนการป้อนกลับ (Feedback Process) โดยมีรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบดังนี้

สิ่งนำเข้า

ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Andrews & Roy 1991 : 7-11) กล่าวถึงสิ่งนำเข้าสู่ระบบบุคคลไว้ 2 ประการ คือ

1. สิ่งเร้า (Stimuli) หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นให้บุคคลมีการปรับตัว สิ่งเร้านี้อาจเป็นสิ่งเร้าภายในหรือสิ่งเร้าภายนอก สิ่งเร้าภายในจะมาจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในบุคคล ส่วนสิ่งเร้าภายนอกจะมาจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่ล้อมรอบบุคคล โดยที่สิ่งเร้านี้อาจจะเป็นทางด้านกายภาพ สรีรภาพ จิตสังคมหรือหลาย ๆ อย่างรวมกัน (Roy & Roberts 1981 : 55) รอยแบ่งสิ่งเร้าออกเป็น 3 ชนิดคือ

1.1 สิ่งเร้าตรง (Focal Stimuli) หมายถึงสิ่งเร้าที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ในขณะนั้น สิ่งเร้านี้เปรียบเสมือนระดับของการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมปรับตัว เช่น ความเสื่อมถอยของร่างกายในผู้สูงอายุ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความเจ็บปวด เป็นต้น

1.2 สิ่งเร้าร่วม (Contextual Stimuli) หมายถึง สิ่งเร้าอื่น ๆ ที่ปรากฏอยู่ในสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ และมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคลด้วยเช่นกัน โดยอาจจะ

มีผลในทางบวกหรือทางลบต่อการปรับตัว สิ่งเร้าร่วมทางบวกจะมีผลในทิศทางตรงข้ามกับสิ่งเร้าตรง กล่าวคือ สิ่งเร้าร่วมทางบวกจะช่วยเอื้ออำนวยให้บุคคลมีการปรับตัวได้เหมาะสมจึงเปรียบเสมือนสิ่งที่จะช่วยลดอิทธิพลจากสิ่งเร้าตรงทำให้มีปัญหาการปรับตัวน้อยลง ส่วนสิ่งเร้าร่วมทางลบจะมีผลในทิศทางเดียวกับสิ่งเร้าตรง ซึ่งเปรียบเทียบเสมือนสิ่งที่เสริมความรุนแรงของสิ่งเร้าตรงที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดปัญหาการปรับตัวเพิ่มขึ้น สิ่งเร้าร่วมได้แก่ พันธุกรรม เพศ อายุ ระยะต่าง ๆ ของพัฒนาการความเครียดทางร่างกายและอารมณ์ แบบแผนการดำเนินชีวิต แบบแผนการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคมการสนับสนุนทางสังคมและการถูกแยกจากครอบครัว เป็นต้น (Roy 1976 : 32)

1.3 สิ่งเร้าแฝง (Residual Stimuli) เป็นปัจจัยที่อาจจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคล กล่าวคือผลกระทบของสิ่งเร้าแฝงต่อการปรับตัวของบุคคลนั้นไม่ชัดเจน และตรวจสอบได้ยากหรือตรวจสอบไม่ได้เลย (Andrews & Roy 1986 : 29) สิ่งเร้าแฝงจะเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในอดีต ความเชื่อ ทักษะ อุปนิสัยและบุคลิกภาพ

เนื่องจากบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นสิ่งเร้าที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมปรับตัวย่อมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และเป็นไปอย่างรวดเร็วเช่นกัน สิ่งเร้าที่เคยเป็นสิ่งเร้าตรงอาจจะกลายเป็นสิ่งเร้าร่วม ส่วนสิ่งเร้าร่วมอาจจะเป็ณุมิหลังและกลายเป็นสิ่งเร้าแฝงในเวลาต่อมา (Andrews & Roy 1986 : 30)

2. ระดับการปรับตัว (Adaptation Level) หมายถึง ระดับหรือขอบเขตที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลที่จะตอบสนองในทางบวกหรือปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งความสามารถของบุคคลที่จะตอบสนองในทางบวกนี้ขึ้นอยู่กับผลกระทบของสิ่งเร้าทั้ง 3 ชนิดที่มีอยู่ในขณะนั้น (Andrews & Roy 1991 : 10) ถ้าสิ่งเร้าอยู่ภายในขอบเขต บุคคลจะสามารถปรับตัวได้ แต่ถ้าสิ่งเร้าอยู่นอกขอบเขตบุคคลก็จะไม่สามารถปรับตัวได้ หรือมีปัญหการปรับตัว (Roy 1976 : 12-13) ระดับการปรับตัวของบุคคลมีขอบเขตจำกัดไม่เหมือนกัน ขอบเขตการปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่จะกว้างขึ้น ถ้ามีประสบการณ์การปรับตัวที่ผ่านมาสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม

กระบวนการควบคุม

เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบระบบบุคคล บุคคลจะปรับตัวเพื่อทำให้เกิดความมั่นคงทางกาย จิตและสังคมโดยใช้กลไกการเผชิญปัญหา (Coping Mechanism) ที่ประกอบด้วยกลไกการควบคุม (Regulator Mechanism) และกลไกการรับรู้ (Cognator Mechanism) ในแนวคิดของรอย ถือว่ากลไกทั้ง 2 นี้เป็นระบบย่อยของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กัน และมีการทำงานควบคู่กันเสมอไม่ว่าจะเป็นการปรับตัวด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การทำงานของ 2 กลไกดังกล่าวมีดังนี้

1. กลไกการควบคุม (Regulator Mechanism) เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างระบบประสาท สารเคมี และระบบต่อมไร้ท่อเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายนอกและภายในที่มาจากกระบวนการบุคคล การทำงานของกลไกนี้จะทำให้เกิดพฤติกรรมตอบสนองอัตโนมัติและเกิดขึ้นโดยที่บุคคลไม่รู้ตัว ซึ่งส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการปรับตัวด้านสรีรวิทยา เช่น การเปลี่ยนแปลงอัตราการเต้นของหัวใจและระดับความดันโลหิต

2. กลไกการรับรู้ (Cognator Mechanism) เป็นการทำงานเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าโดยผ่านกระบวนการ 4 อย่าง คือการรับรู้ การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการตอบสนองทางอารมณ์ กระบวนการทั้ง 4 จะช่วยให้บุคคลเลือกและจดจำเฉพาะสิ่งที่บุคคลนั้นสนใจ มีการเรียนรู้แบบและเกิดการหยั่งรู้ในเรื่องนั้น ๆ มีการตัดสินใจที่จะมองหาวิธีแก้ปัญหาและใช้กระบวนการทางจิตเพื่อให้ตนเองรู้สึกคลายความวิตกกังวล กลไกการรับรู้ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการปรับตัวด้านจิตสังคม

การทำงานของ 2 กลไกนี้ไม่สามารถสังเกตได้แต่จะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมการปรับตัวที่เป็นผลมาจากการทำงานของกลไกทั้ง 2 ต่อสิ่งเร้านั้นตามวิถีทางของการปรับตัว (Adaptive Modes) 4 ด้านดังนี้

1. การปรับตัวด้านร่างกาย (Physiological Mode) เป็นการปรับตัวเพื่อรักษาความมั่นคงด้านร่างกาย (Physiological Integrity) พฤติกรรมการปรับตัวด้านนี้จะสนองตอบต่อความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ได้แก่ ความต้องการออกซิเจน อาหาร การขับถ่าย กิจกรรมและการพักผ่อน การคุ้มกันร่างกาย น้ำและอิเล็กโทรไลต์ การรับความรู้สึก ระบบประสาท และต่อมไร้ท่อ

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ (Self-Concept Mode) การปรับตัวด้านนี้จะนำไปสู่ความมั่นคงทางจิตใจ อัตมโนทัศน์เป็นความเชื่อและความรู้สึกที่บุคคลยึดถือเกี่ยวกับตนเองในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งเกิดจากการรับรู้ภายในตนเองและการรับรู้จากปฏิกิริยาของบุคคลอื่น ๆ ที่มีต่อตนเองรอบ (Andrews & Roy 1991 : 270) แบ่งอัตมโนทัศน์เป็น 2 ส่วนคือ

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย (Physical Self) เป็นความรู้สึกของตนเองต่อร่างกายเกี่ยวกับ รูปร่าง การทำหน้าที่ ภาวะสุขภาพ และสมรรถภาพทางเพศ

2.1.1 การรับความรู้สึกของร่างกาย (Body Sensation) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับสภาวะและสมรรถภาพของร่างกาย เช่น ฉันรู้สึกว่ามันไม่ค่อยสบาย ฉันรู้สึกเหนื่อยและอ่อนเพลีย

2.1.2 ภาพลักษณ์ (Body Image) เป็นความรู้สึกต่อขนาด รูปร่าง ท่าทาง ของตนเอง เช่น ฉันรู้สึกว่ารูปร่างไม่สมส่วน ฉันต้องลดน้ำหนักลงบ้างแล้ว ฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ น่าสนใจ

2.2 อัตมโนทัศน์ส่วนตัว (Personal Self) เป็นความรู้สึกที่เกี่ยวกับตนเอง ความ เชื่อ ค่านิยม อุดมคติ คุณค่า ความคาดหวัง ทัศนคติทุกอย่างที่บุคคลยึดถือ ซึ่งแบ่งออกเป็นส่วยย่อย ดังนี้

2.2.1 ความสม่ำเสมอแห่งตน (Self-Consistency) บุคคลจะปรับตัว เพื่อดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในตนเองหรือมีความสม่ำเสมอในชีวิต ถ้าความรู้สึกนี้ถูก คุกคามจะก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความกลัว ความไม่แน่ใจ

2.2.2 ทัศนคติแห่งตน (Self-Idea) เป็นสิ่งที่บุคคลมุ่งหวังที่จะทำหรือมุ่ง หวังที่จะ เป็นสิ่งจะเป็นพื้นฐานการแสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่หวังไว้ ถ้าบุคคลไม่ สามารถประสบผลสำเร็จตามที่มุ่งหวัง และ ไม่สามารถปรับตัว ได้จะมีความรู้สึกสูญเสียอำนาจ (Powerlessness) อันจะนำมาซึ่งความรู้สึกไร้คุณค่า ท้อแท้ สิ้นหวัง และเบื่อหน่ายชีวิต

2.2.3 คุณธรรม-จรรยาแห่งตน (Moral-Ethical Self) บุคคลจะใช้ คุณธรรม จรรยาของตนเป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติและพิจารณาตัดสินสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับตนเองว่า เป็นสิ่งที่ถูกหรือผิด ดีหรือเลว ถ้าบุคคลรู้สึกว่าละเมิดกฎเกณฑ์หรือมาตรฐานทางคุณธรรมและจรรยา ที่บุคคลกำหนดไว้ จะเกิดความรู้สึกผิด (Guilty) เป็นบาป ตีตีบนตนเอง

2.2.4 ความมีคุณค่าในตนเอง (Self-Esteem) เป็นความรู้สึกว่าตนเองมี ค่า มีประโยชน์ ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ๆ อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย ความสม่ำเสมอแห่งตน ทัศนคติแห่งตน และคุณธรรม-จรรยาแห่งตน จะมีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณค่าในตนเอง ถ้า บุคคลพัฒนาอัตมโนทัศน์ในส่วยย่อยดังกล่าวดีจะมีการรับรู้คุณค่าในตนเองดีด้วย ในทางตรงข้าม ถ้า บุคคลมีความวิตกกังวล รู้สึกผิด รู้สึกสูญเสียอำนาจ มักจะส่งผลให้บุคคลรับรู้คุณค่าของตนเองต่ำ (Low Self - Esteem) ทำให้กลายเป็นคนมีมด้อย ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง มองโลกในแง่ ร้าย หงุดหงิด ไม่พอใจ เอาแต่ใจตนเอง และอาจถึงกับแยกตัว (สาทิณ เกษมกิจวัฒนา 2532 : 78)

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ (Role Function Mode) บุคคลแต่ละคนจะมี ตำแหน่งและบทบาทในสังคมของตนเอง และบุคคลจะต้องปรับตัวหรือกระทำตามบทบาทหน้าที่ของ ตนเองตามที่สังคมคาดหวังได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม ซึ่งแต่ละบุคคลจะมี

บทบาทของตนเองดังต่อไปนี้ (Andrews & Roy 1991: 348-350)

3.1 บทบาทปฐมภูมิ (Primary Role) เป็นบทบาทตามอายุ เพศ และระดับพัฒนาการ บทบาทเหล่านี้จะเป็นสิ่งที่กำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสมของบุคคลในช่วงหนึ่ง ๆ ของชีวิต เช่น เด็กชายวัยก่อนเรียนอายุ 5 ปี หญิงวัยรุ่นอายุ 16 ปี ชายวัยชราอายุ 70 ปี เป็นต้น

3.2 บทบาททุติยภูมิ (Secondary Role) เป็นบทบาทที่เกี่ยวกับงานตามระดับพัฒนาการและตามบทบาทปฐมภูมิได้แก่ บทบาทในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ สามี ภรรยา บทบาทตามอาชีพ เช่น ครู พยาบาล เป็นต้น

3.3 บทบาทตติยภูมิ (Tertiary Role) เป็นบทบาทชั่วคราวที่บุคคลนั้นได้รับเช่น บทบาทสมาชิกสมาคม ชมรมหรือองค์กรต่าง ๆ บทบาทผู้ป่วย เป็นต้น

ถ้าบุคคลสามารถปฏิบัติตามบทบาทในสังคมได้อย่างเหมาะสม และเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น จะทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และบุคคลจะอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การแสดงบทบาทที่ถือว่าเหมาะสมนั้นจะต้องประกอบด้วย พฤติกรรมการแสดงออกตามบทบาท (Instrumental Behavior) ซึ่งจะต้องเป็นไปตามที่คาดหวัง และจะต้องมีเจตคติที่ดีต่อบทบาทที่ตนดำรงอยู่ (Expressive Behavior) ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมีปัญหาการปรับตัวตามบทบาทก็จะทำให้บุคคลนั้นอยู่ในสังคมอย่างไม่มีความสุข

ปัญหาการปรับตัวตามบทบาทได้แก่

1) การไม่สามารถดำรงบทบาทใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Ineffective Role Transition) หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกและเจตคติที่ดีต่อบทบาทแต่ไม่สามารถมีพฤติกรรมตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากไม่มีแบบอย่างหรือขาดความรู้ ความเข้าใจในบทบาทนั้น เช่น หญิงที่คลอดบุตร ต้องการจะเป็นแม่ที่ดีตามความคาดหวังของสังคม แต่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากขาดความรู้

2) การแสดงบทบาทไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง (Role Distance) หมายถึง การแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสมตามบทบาททั้งด้านพฤติกรรมการแสดงออกและเจตคติ แต่ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของตนเอง เช่น ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลก่อนผ่าตัด มีอารมณ์ร่าเริงแจ่มใส เพื่อปกปิดความกลัว ความวิตกกังวลที่ตนมีต่อการผ่าตัด

3) ความขัดแย้งในบทบาท (Role Conflict) หมายถึง ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสมกับบทบาทตามความหวังของตนเอง หรือความคาดหวังของกลุ่มบทบาท เช่น หญิงที่ใช้เวลาส่วนใหญ่กับการทำงานนอกบ้านไม่มีเวลาเลี้ยงดูบุตรมาก

เท่าที่ควรจะเป็นการทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้ง

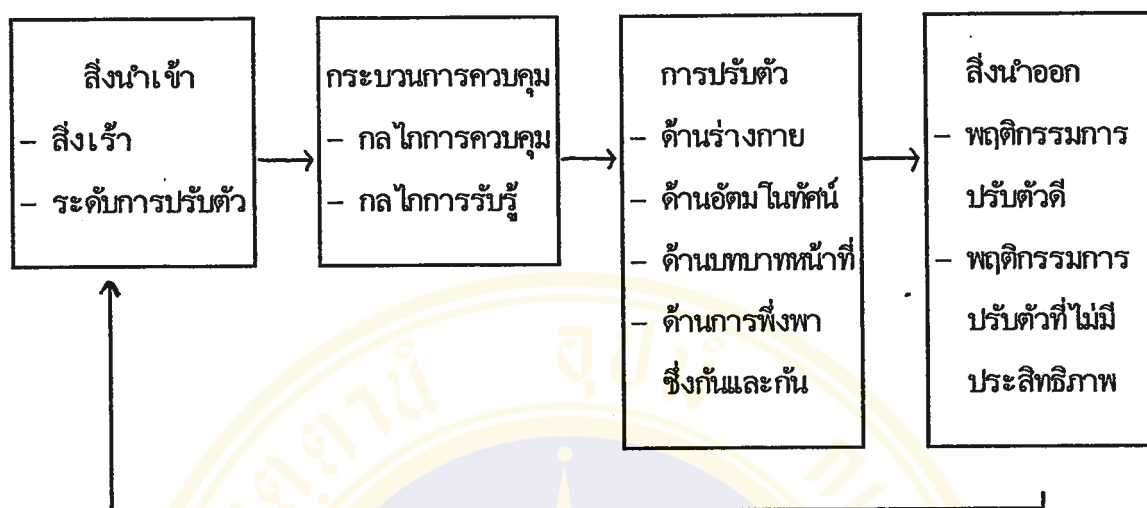
4) ความล้มเหลวในบทบาท (Role Failure) หมายถึงภาวะที่บุคคลไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนเองได้ เช่น ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุอัมพาตไม่สามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Interdependence Mode) บุคคลจะต้องมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน โดยเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ เกิดจากบุคคลรอบข้างด้วยความเต็มใจเพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคม ดังนั้นบุคคลจึงต้องพยายามปรับตัวเพื่อให้มีความเหมาะสมระหว่างการพึ่งพาตนเอง (Independence) การพึ่งพาผู้อื่น (Dependence) และการให้ผู้อื่นได้พึ่งตนเอง ถ้าบุคคลสามารถปรับตัวได้ก็จะสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นด้วยความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย แต่ถ้าบุคคลมีข้อบกพร่องในการปรับตัวอาจจะมีพฤติกรรมที่แสดงถึงการพึ่งพาผู้อื่นอย่างไม่เหมาะสม ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมาก (Dysfunction Dependence) หรือมีพฤติกรรมการพึ่งพาตนเองอย่างไม่เหมาะสม (Dysfunction Independence) พฤติกรรมการปรับตัวล้มเหลวได้แก่ ความรู้สึกเหงา (Loneliness) ความรู้สึกไม่คุ้นเคย (Alienation) การปฏิเสธ การก้าวร้าว เป็นต้น

การแสดงผลของการปรับตัว อาจเป็นการแสดงออกเพียงแบบใดแบบหนึ่งหรือหลายแบบพร้อมกันก็ได้ เนื่องจากการปรับตัวทั้ง 4 แบบดังกล่าว มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน นั่นคือ เมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบระบบบุคคลจะมีการปรับตัวแบบใดแบบหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งแบบก็ได้ และการปรับตัวแต่ละแบบอาจจะเป็นสิ่งเร้าของการปรับตัวแบบอื่น ๆ อีกด้วย

สิ่งนำออก (Output)

สิ่งนำออกจากระบบการปรับตัวของบุคคลคือปฏิกิริยาตอบสนองของระบบ (Response) ซึ่งรอบถือว่าเป็นพฤติกรรม (Behavior) ซึ่งสามารถสังเกตได้ ตรวจสอบได้ หรือบอกได้ พฤติกรรมที่เป็นผลมาจากการปรับตัว อาจจะเป็นพฤติกรรมปรับตัวที่ดี (Adaptive Behavior) หรือพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Ineffective Behavior) พฤติกรรมการปรับตัวที่ดีจะส่งเสริมความมั่นคงของบุคคล และสามารถบรรลุเป้าหมายของการเจริญเติบโต การมีชีวิตรอด สามารถสืบทอดเผ่าพงศ์และเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ ได้ แต่ถ้าพฤติกรรมปรับตัวนั้นไม่มีประสิทธิภาพจะทำให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าวได้ ถือว่าเป็นพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Andrews & Roy 1991 : 12) พฤติกรรมการปรับตัวที่ดี และพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่มีประสิทธิภาพจะย้อนกลับไปเป็นสิ่งนำเข้าสู่ระบบเพื่อการปรับตัวที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งระบบบุคคลนั้นสามารถเขียนเป็นแผนภาพได้ดังนี้



การป้อนกลับ

แผนภาพที่ 2 แสดงระบบการปรับตัวของบุคคล (Roy & Roberts 1981 : 58)

กระบวนการพยาบาลตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย

เนื่องจากบุคคลเป็นระบบของการปรับตัว ดังนั้นจุดมุ่งหมายในการให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการจึงต้องส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพอันจะนำมาซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีมีความมั่นคงทั้งทางกาย จิตและสังคม กระบวนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยนั้นประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ (Andrews & Roy 1991 : 27-53)

1. การประเมินพฤติกรรม (Assessment of Behavior) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมปรับตัวทั้ง 4 ด้านของผู้รับบริการ ซึ่งอาจจะเป็นบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยการสังเกต การวัด การสัมภาษณ์ แล้วพิจารณาว่าข้อมูลที่รวบรวมได้แสดงถึงการปรับตัวดีหรือมีปัญหาในการปรับตัว

2. การประเมินสิ่งเร้า (Assesment of Stimuli) ขั้นตอนนี้เป็นการนำปัญหาการปรับตัวแต่ละด้านมาพิจารณาว่าอะไรคือสาเหตุให้เกิดปัญหาการปรับตัวในด้านนั้น ๆ โดยการค้นหาสิ่งเร้าทั้งที่เป็นสิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง

3. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ขั้นตอนนี้เป็นการวินิจฉัยปัญหาการปรับตัวจากพฤติกรรมปรับตัว และสิ่งเร้าที่รวบรวมได้จากขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 ซึ่งรอยได้เสนอการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ 3 วิธีดังนี้

3.1 วินิจฉัยการพยาบาลโดยบอกถึงพฤติกรรมการปรับตัวที่รวบรวมได้ และบ่งบอกถึงสิ่งเร้าที่เป็นสาเหตุ เช่น ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากมีเลือดออกจากแผลผ่าตัด

3.2 วินิจฉัยการพยาบาลโดยสรุปพฤติกรรมการปรับตัวที่รวบรวมได้ในแต่ละด้าน แล้วบ่งบอกถึงสิ่งเร้าที่เป็นสาเหตุ เช่น ผู้ป่วยรู้สึกสับสน ริมฝีปากซีดเขียว ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ มีเลือดออกจากแผลที่ถูกบีบมาก ให้การวินิจฉัยการพยาบาลว่า ผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อก เนื่องจากเสียเลือดจากแผลที่ถูกบีบ

3.3 วินิจฉัยการพยาบาลโดยสรุปจากพฤติกรรมการปรับตัวที่เป็นปัญหามากกว่า 1 ด้าน และมีสาเหตุมาจากสิ่งเร้าเดียวกัน เช่น ผู้ป่วยที่ถูกตัดขา พบว่าผู้ป่วยรับรู้ในคุณค่าตนเองต่ำ ไม่ยอมรับสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลง มีปัญหาในการดำรงบทบาท และมีพฤติกรรมที่พึ่งพาผู้อื่นมากกว่าปกติ นอนไม่หลับ ไม่รับประทานอาหาร จึงให้การวินิจฉัยการพยาบาลว่า ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากสูญเสียขา

4. การตั้งเป้าหมายการพยาบาล (Goal Setting) เป้าหมายของการพยาบาลตามทฤษฎีการปรับตัวของรอยคือ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปรับตัวที่มีปัญหา ไปสู่พฤติกรรมการปรับตัวที่ดี ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการปรับตัวที่ดีอยู่แล้วเป้าหมายการพยาบาลก็จะคงไว้หรือส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่ดียิ่งขึ้นการตั้งเป้าหมายควรจะบ่งบอกถึงพฤติกรรมและระดับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความคาดหวังที่สามารถวัดได้ รวมทั้งกำหนดกรอบเวลาที่คาดว่าจะเกิดพฤติกรรมตามความคาดหวัง เช่น ความดันโลหิตของผู้ป่วยจะคงที่อยู่ในช่วง 110/70-130/80 มิลลิเมตรปรอทภายในเวลา 30 นาที เป็นต้น

5. การให้การพยาบาล (Intervention) การพยาบาลจะมุ่งไปสู่การจัดการกับสิ่งเร้าหรือสาเหตุของการเกิดปัญหาการปรับตัว กิจกรรมพยาบาลที่ให้จะเป็นการเปลี่ยน เพิ่ม ลด หรือกำจัดสิ่งเร้าที่เป็นสาเหตุของปัญหา โดยปรับเปลี่ยนสิ่งเร้าตรงก่อนแล้วจึงพิจารณาปรับเปลี่ยนสิ่งเร้าร่วมและสิ่งเร้าแฝง พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุมภายนอกในการปรับสิ่งเร้าให้ตกอยู่ภายในขอบเขตที่สามารถปรับตัวได้ดี หรือช่วยให้ระดับการปรับตัวของผู้ป่วยกว้างขึ้น เพื่อให้สิ่งเร้าตกอยู่ในขอบเขตที่ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้

6. การประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินประสิทธิภาพการพยาบาลว่า การพยาบาลที่ได้สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ โดยการรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการปรับตัวและนำมาเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ถ้าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามเป้าหมายที่วางไว้แสดงว่า การให้การพยาบาลในปัญหานั้น ๆ มีประสิทธิภาพสามารถบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด

ปัญหาการปรับตัวของผู้สูงอายุ

ความเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุ บังคับที่ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจ และการเปลี่ยนแปลงของสังคมถือว่าเป็นสิ่งเร้าที่รบกวนสมดุลของระบบบุคคลของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องมีการปรับตัวอย่างเหมาะสมเพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข แต่ความสามารถในการปรับตัวในวัยสูงอายุจะลดลงเมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว ดังนั้นผู้สูงอายุจึงอาจจะประสบปัญหาหรือมีความยากลำบากในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีพฤติกรรมปรับตัวแตกต่างกันออกไป ทั้งนี้เนื่องจากการปรับตัวของบุคคลจะเป็นไปได้ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับสาเหตุของความเครียด บุคลิกภาพเฉพาะบุคคล การใช้กลไกทางจิตในการแก้ปัญหา และภาวะสุขภาพ (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลภา ตันติผลาชีวะ 2528 : 13) ผู้สูงอายุที่ปรับตัวได้ดีก็จะมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในทางตรงข้ามผู้สูงอายุที่มีปัญหาการปรับตัวก็จะมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีหรือมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ซึ่งปัญหาการปรับตัวของผู้สูงอายุตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย มีดังนี้

1. การปรับตัวด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวเพื่อสนองตอบตามความต้องการพื้นฐานของร่างกายดังนี้

1.1 ออกซิเจน พฤติกรรมการปรับตัวตามความต้องการออกซิเจนจะเกี่ยวข้องกับ การระบายอากาศ การแลกเปลี่ยนก๊าซ และการขนส่งก๊าซเพื่อให้ได้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ ผู้สูงอายุอาจจะมีปัญหาการปรับตัวดังนี้

การระบายอากาศ ถึงแม้ว่าหน้าที่การทำงานของปอดจะเสื่อมลงตามอายุแต่ก็ไม่ทำให้มีการหายใจผิดปกติถ้าไม่มีโรคหรือพยาธิสภาพเกิดขึ้นกับระบบทางเดินหายใจ จากการศึกษากของแฟดเดน (Fadden Cited in Chenitze 1991 : 31) พบว่าผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ที่ไม่มีโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน มีอัตราการหายใจปกติ ประมาณ 16-25 ครั้ง/นาที แต่ในผู้สูงอายุที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ จะมีอัตราการหายใจมากกว่า 25 ครั้ง/นาที ผู้สูงอายุมักจะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่ายเนื่องจากการกำจัดสิ่งแปลกปลอมในระบบทางเดินหายใจไม่ดี เพราะประสิทธิภาพการไหลลดลง อาการผิดปกติในระบบทางเดินหายใจของผู้สูงอายุที่พบบ่อยได้แก่ อาการหายใจลำบาก อาการไอและอาการเจ็บอก เป็นต้น อาการหายใจลำบาก (Dyspnea) เป็นอาการที่เกิดจากร่างกายมีความลำบากในการหายใจ เข้า-ออก หายใจขัด ต้องใช้แรงในการหายใจมากขึ้น กล้ามเนื้อหายใจทำงานเพิ่มขึ้น และ

จำเป็นต้องอาศัยการทำงานของกล้ามเนื้ออื่น ๆ ช่วยหายใจร่วมด้วย เพื่อให้ได้ออกซิเจนอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย อาการหายใจลำบากนี้อาจพบได้ในคนปกติในขณะที่ออกกำลังกาย ตื่นเต้นตกใจมีความเครียด ทั้งนี้เพราะในภาวะเหล่านี้ร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น ในคนปกติก็จะสามารถปรับตัวได้ อาการหายใจลำบากจะลดลง แต่ในคนที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจและหรือระบบไหลเวียนเลือด อาการหายใจลำบากนี้สามารถเกิดได้แม้ในขณะที่พัก จากการศึกษพบว่าร้อยละ 55 ของผู้สูงอายุหญิง และร้อยละ 77 ของผู้สูงอายุชายที่มีการหายใจลำบากจะมีภาวะหัวใจล้มเหลว และ/หรือเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ (Chenitz 1991 : 53) ผู้สูงอายุที่มีอาการไอบ่อยและไอเรื้อรังเป็นเวลานานเป็นอาการสำคัญที่บ่งบอกถึงโรคของระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอดอักเสบ หลอดลมอักเสบ เป็นต้น

การแลกเปลี่ยนก๊าซในผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพลดลงเนื่องจากถุงลมมีจำนวนลดลง ถุงลมที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่าย เนื่องจากเส้นใยคอลลาเจนที่ห่อหุ้มถุงลมลดลง และมีการเชื่อมกันตามขวาง จึงเกิดโรคถุงลมโป่งพองได้ง่าย การไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดฝอยที่ถุงลมลดลง การซึมผ่านของก๊าซผ่านถุงลมและหลอดเลือดฝอยลดลง อัตราส่วนระหว่างการระบายอากาศและการกำซาบเลือดไม่ได้สัดส่วนกัน ดังนั้น เปอร์เซนต์อิ่มตัวของออกซิเจนในฮีโมโกลบินจึงลดลงประมาณ 5 เปอร์เซนต์ และค่าความดันออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) ลดลง 10–15 เปอร์เซนต์ จากอายุ 20–80 ปี ส่วนค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (PaCO_2) ไม่เปลี่ยนแปลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ 2533 : 73)

สำหรับการขนส่งก๊าซ (Transport of Gases) จะเกี่ยวข้องกับการไหลเวียนโลหิต เพื่อนำเลือดไปยังอวัยวะต่าง ๆ ทั้งร่างกาย พฤติกรรมที่บ่งบอกถึงการปรับตัวเกี่ยวกับการขนส่งก๊าซได้แก่ ใจพจร ความดันโลหิต และเสียงหัวใจ เป็นต้น ในผู้สูงอายุอัตราการเต้นของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจใน 1 นาทีลดลง กำลังสำรองของหัวใจ (Cardiac Reserve) ลดลง จึงพบว่าผู้สูงอายุมักเกิดหัวใจวายได้ง่าย ในกรณีที่หัวใจต้องทำงานมากขึ้นหรือในภาวะฉุกเฉิน จากสถิติสาเหตุการตายในผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ.2533 พบว่าผู้สูงอายุตายด้วยหัวใจวายถึงร้อยละ 33.2 (ศรีจิตรา บุญนาค 2532 : 253) ส่วนความดันโลหิตของผู้สูงอายุพบว่าจะเพิ่มสูงขึ้นทั้งความดันซิสโตลิก (Systolic Pressure) และความดันไดแอสโตลิก (Diastolic Pressure) เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดคือมีแคลเซียมมาเกาะ และมีความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดลดลง ทำให้ความดันโลหิตส่วนปลายเพิ่มขึ้น โดยที่ความดันซิสโตลิกจะเพิ่มขึ้นประมาณ 20–30 เปอร์เซนต์ จากอายุ 30–70 ปี ส่วนความดันไดแอสโตลิก เพิ่มขึ้นเล็กน้อย

(Ebersole & Hess 1991 : 65-66) การพิจารณาค่าปกติของความดันโลหิตนั้น สารรัตน์ บงใจบุท (2531 : 906) กล่าวว่า ค่าปกติของความดันซิสโตลิกเท่ากับจำนวนอายุบวกด้วย 100 (สูงสุดไม่เกิน 160 มิลลิเมตรปรอท) ส่วนความดันไดแอสโตลิกเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ไม่ว่าจะอยู่ที่ใดก็ตาม แต่นักวิชาการบางท่านเชื่อว่า ถ้าความดันซิสโตลิกสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่ามีความดันโลหิตสูงและควรจะได้รับ การรักษา (Ebersole & Hess 1990 : 66) จากการสำรวจสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ในแฟลตดินแดงพบว่า ผู้สูงอายุมีความดันโลหิตสูง (ความดันโลหิตเท่ากับหรือมากกว่า 160/95 มิลลิเมตรปรอท) ถึงร้อยละ 28 (จรวบ ศรีทอง 2532 : 213-216) ในสหรัฐอเมริกา พบว่า ประมาณร้อยละ 35-40 ของผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความดันโลหิตสูงคือมีความดันซิสโตลิกเท่ากับหรือมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอทและมีความดันไดแอสโตลิกอย่างต่ำ 90-95 มิลลิเมตรปรอท และ 2 ใน 3 ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความดันซิสโตลิกสูงอย่างเดียว (Isolated Systolic Hypertension หรือ ISH) คือมีความดันซิสโตลิกเท่ากับหรือมากกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และความดันไดแอสโตลิกน้อยกว่า 90-95 มิลลิเมตรปรอท โดยที่จะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบได้ร้อยละ 25-30 ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปี ซึ่ง ISH เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุมากกว่ามีความดันไดแอสโตลิกสูง (Chenitz 1991 ; 30)

นอกจากจะพบความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุแล้ว ยังพบว่า มีผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าทาง (Postural Hypotension) เนื่องจากการตอบสนองของตัวรับการกระตุ้นต่อการเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต (Baroreceptor) ในผู้สูงอายุลดลงร่วมกับความยืดหยุ่นของหลอดเลือดลดลง (วิไลวรรณ ทองเจริญ 2533 : 70) จากการศึกษาของรอนบินส์ และรูเบนสไตน์ (Robbins & Rubenstein 1984 Cited in Chenitz 1991 : 30) พบว่าประมาณร้อยละ 20 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปมีความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า คือมีความดันซิสโตลิกลดลง 20-30 มิลลิเมตรปรอทหรือมากกว่านั้น ร่วมกับมีความดันไดแอสโตลิกลดลงอย่างน้อยที่สุด 10 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 1-2 นาทีหลังจากยืน และอุบัติการณ์เกิดความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30-50 ในผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปและในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย

1.2 โภชนาการ บุคคลทุกวัยมีความต้องการสารอาหารเหมือนกันทุกอย่าง แต่แตกต่างกันที่ปริมาณและลักษณะของอาหารที่รับประทาน สำหรับความต้องการอาหารเพื่อให้พลังงาน

ของผู้สูงอายุนั้นจะลดลงเนื่องจากการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ และการเผาผลาญในร่างกายลดลง ประกอบกับการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงด้วย จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีอายุ 50-75 ปี มีความต้องการพลังงานประมาณ 90 เปอร์เซ็นต์ ของจำนวนพลังงานที่ต้องการในวัยหนุ่มสาว และจะลดลงถึง 75-80 เปอร์เซ็นต์ เมื่อมีอายุ 75 ปีขึ้นไป (Drugay 1986 : 14) ซึ่งพลังงานที่ผู้สูงอายุควรจะได้รับไม่ควรต่ำกว่า 1200 แคลอรีต่อวัน

การเปลี่ยนแปลงทางกาย และจิตสังคมของผู้สูงอายุอาจทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารได้ง่าย เพราะเมื่ออายุมากขึ้นการทำงานของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับการรับรส กลิ่น และสัมผัสจะน้อยลง เมื่อได้กลิ่นและรสน้อยก็จะทำให้ความอยากอาหารลดลง จึงมีโอกาสนำให้ผู้สูงอายุละเลยการรับประทานอาหารที่มีคุณค่า อีกทั้งสมภาวะจิตใจ เช่น ความเหงา ความกลัว ความวิตกกังวล ความเบื่อหน่ายชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเบื่ออาหารได้ นอกจากนี้สภาพพื้นที่ไม่สมบูรณ์ พื้นหญ้า หรือไม่มีพื้นทำให้การบดเคี้ยวอาหารไม่ดี ก่อให้เกิดปัญหาแก่ผู้สูงอายุได้ดังเช่น การศึกษาของวรรณิ จันทรสว่าง (2533 : 30) ที่พบว่าการเคี้ยวอาหารเป็นปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่พบมากที่สุดคือพบประมาณร้อยละ 30.5 ผู้สูงอายุบางรายอาจมีปัญหากการกลืน มีอาการกลืนลำบาก จากพยาธิสภาพของหลอดอาหาร สาเหตุดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุได้รับปริมาณและชนิดของอาหารลดน้อยลง จนอาจจะไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายส่งผลให้ผู้สูงอายุมีน้ำหนักลดลงต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาตรฐานตามอายุและส่วนสูง ในทางตรงข้ามผู้สูงอายุส่วนหนึ่งที่มีการกินดี อยู่ดี และมีนิสัยการกินอาหารมาก จะได้รับพลังงานมากเกินไปจากทั้งคาร์โบไฮเดรตและไขมัน ทำให้มีน้ำหนักเกินมาตรฐานเกิดโรคอ้วนและเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดตามมา

1.3 การจับจ่าย ความสูงอายุทำให้การทำงานของระบบทางเดินอาหารหย่อนสมรรถภาพลง การย่อยและการดูดซึมอาหารเป็นไปได้ไม่ดี มีแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้มาก จึงพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่รู้สึกไม่สบายในท้องมีอาการท้องอืด แน่น อึดอัดท้องหลังรับประทานอาหาร ประกอบกับการเคลื่อนไหวของลำไส้ไม่ดี อีกทั้งการรับประทานอาหารที่มีกากน้อย ดื่มน้ำไม่เพียงพอ และมีความวิตกกังวล จึงทำให้ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกได้ ถึงแม้ว่าอาการท้องผูกจะพบได้ง่ายในผู้สูงอายุและถือเป็นเรื่องธรรมดาแต่ถ้าละเลยมักจะมีปัญหาตามมา โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70-80 ปีขึ้นไป คือถ้ามีอาการท้องผูกนานกว่า 3 วัน จะทำให้มีอาการอึดอัดและไม่สบายท้อง อาจมีไข้สูงและเบื่อได้ (เกษม ต้นติพลาชีวะ และกุลยา ต้นติพลาชีวะ 2528 : 57-59)

การขยับถ่ายปัสสาวะ การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะจะทำให้ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้นในเวลากลางคืน บางคนอาจต้องตื่นมาถ่าย 2-3 ครั้ง และอาจถึง 4 ครั้งในบางคืน การถ่ายปัสสาวะบ่อยนี้พบได้มากในผู้หญิงถึงร้อยละ 70 ส่วนผู้ชายพบร้อยละ 50 ซึ่งการถ่ายปัสสาวะบ่อยเป็นปรากฏการณ์ปกติตามวัย แต่จะเป็นปัญหาเมื่อถ่ายปัสสาวะบ่อยจนรบกวนการนอนหลับพักผ่อน (เกษม ต้นติพลาชีวะ และกุลยา ต้นติพลาชีวะ 2528 : 56) ผู้สูงอายุชายอาจมีต่อมลูกหมากโตโดยในระยะแรกจะถ่ายปัสสาวะบ่อย กลั้นไว้ไม่ได้นาน ต่อมาต่อมลูกหมากโตขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้หลอดปัสสาวะแคบ ส่งผลให้มีอาการถ่ายปัสสาวะลำบาก ปัสสาวะขัด ใช้เวลานานกว่าจะถ่ายสุด และต้องใช้แรงเบ่ง บางรายอาจถ่ายปัสสาวะไม่ออก นอกจากนี้ ผู้สูงอายุจำนวนมากอาจประสบกับปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Urinary incontinence) จากการศึกษาของโกลด์สไตน์ และคนอื่น ๆ (Goldstein, et al 1992 : 15-20) พบว่าผู้สูงอายุมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ถึงร้อยละ 36 ของผู้สูงอายุจำนวน 136 คน ซึ่งการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่นี้อาจทำให้เกิดผื่นคันจากการระคายเคืองของน้ำปัสสาวะ และอาจมีการติดเชื้อของผิวหนังและระบบทางเดินปัสสาวะร่วมด้วย อีกทั้งก่อให้เกิดปัญหาจิตใจมีความอับอาย ความรู้สึกล้มเหลวในตนเองลดลง ซึมเศร้าและแยกตัวออกจากสังคม

1.4 กิจกรรมและการพักผ่อน บุคคลจำเป็นต้องคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างภารกิจกิจกรรมและการพักผ่อน ทั้งนี้เพราะในแต่ละวันจะต้องมีการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการมีชีวิตอยู่รอด เช่น กิจกรรมประจำวัน การทำงาน การออกกำลังกาย เป็นต้น การทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องใช้พลังงานและสร้างความเครียดทางกายภาพให้แก่โครงสร้างของร่างกาย ดังนั้น บุคคลจำเป็นต้องพักผ่อนให้เพียงพอเพื่อซ่อมแซม สร้างเสริมพลังงานและขบวนการต่าง ๆ ของร่างกายขึ้นใหม่เพื่อเตรียมพร้อมที่จะใช้ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เมื่อตื่นขึ้นในแต่ละวัน

การนอนหลับเป็นรูปแบบหนึ่งของการพักผ่อนที่จำเป็นของร่างกาย ซึ่งโดยทั่วไปจะใช้เวลาประมาณ 1 ใน 3 ของชีวิต การนอนหลับเต็มที่และเพียงพอจะทำให้ตื่นขึ้นมาทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ รู้สึกสดชื่น กระปรี้กระเปร่า และร่างกายมีความพร้อมที่จะทำงาน สำหรับผู้สูงอายุระยะช่วงไม่งานนอนจะสั้น หลับยาก ตื่นง่าย และไม่ต้องนอนมากนัก เพราะการทำกิจกรรมลดลง การที่วงจรการนอนหลับสั้นทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกหลับไม่เต็มที่คนที่ไม่หลับจริงตามวงจรจะรู้สึกไม่สบายขณะหลับ ซึ่งผู้ชายมักจะพบว่าเป็นเหตุ ส่วนผู้หญิงจะรู้สึกแสบหน้าอกทำให้ตื่นขึ้นกลางดึก สาเหตุหนึ่งของการนอนหลับไม่เต็มที่ของผู้สูงอายุมักมาจากความวิตกกังวล ปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องงีบหลับในเวลากลางวันบ้างเป็นการชดเชย

นอกจากการนอนหลับที่เพียงพอแล้ว ผู้สูงอายุควรมีการผ่อนคลายโดยการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อลดระดับความตึงเครียดของอารมณ์ให้ต่ำสุดเท่าที่จะทำได้ เช่น การทำงานอดิเรก ดูโทรทัศน์ การชมทิวทัศน์ของธรรมชาติ การออกกำลังกายหรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่ตนเองสนใจ การออกกำลังกายจัดเป็นวิธีการลดความเครียดที่มีประสิทธิภาพมากอีกทั้งยังช่วยป้องกันโรคทั้งทางกายและจิตอีกด้วย ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรจะออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และในแต่ละครั้งควรออกกำลังกายอย่างน้อย 20 นาที การออกกำลังกายที่เหมาะสมได้แก่ การเดิน ว่ายน้ำ การรำมวยจีน เป็นต้น

การทำกิจกรรมแต่ละอย่างจำเป็นต้องอาศัยการเคลื่อนไหวของร่างกายซึ่งขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยด้วยกัน เช่น ความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อต่อต่าง ๆ ความตึงตัวและกำลังของกล้ามเนื้อ การทรงท่าทาง (Posture) ของร่างกาย เป็นต้น ในวัยสูงอายุมักจะประสบปัญหาความเสื่อมของข้อต่อต่าง ๆ ทำให้เกิดการติดขัด เคลื่อนไหวไม่สะดวก และมีอาการเจ็บปวดตามข้อต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้ประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลำบาก จากการศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุเป็นยาวและแข็งแรง พบว่า อาการปวดข้อเป็นปัญหาที่พบมากที่สุด ถึงร้อยละ 37.7 ของผู้สูงอายุจำนวน 138 คน (บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ 2531 : 21) การทรงท่าทางของร่างกายไม่ดีในผู้สูงอายุก็มีหลักค่อม ปิงอายุมากขึ้นหลังปิงค่อมมากขึ้น และพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยได้ออกแรงทำงานเป็นประจำ การทรงท่าทางของร่างกายที่ไม่ดีทำให้เกิดแรงกดบนกล้ามเนื้อหลังโดยเฉพาะบริเวณเอวและอาจมีการกดกระดูกสันหลังบางบริเวณ เช่นบริเวณคอและเอว เป็นผลให้เกิดความเจ็บปวดหรือมีความบกพร่องในการทำงานของระบบประสาท นอกจากนี้การทรงท่าทางที่ไม่ดียังเป็นการจำกัดการหายใจจากการกดของทรวงอกและช่องท้อง ทำให้ไม่สามารถขยายตัวได้เต็มที่ ร่างกายจึงได้รับออกซิเจนน้อยลง (ชูศักดิ์ เวชแพศย์ 2532 : 66)

1.5 การคุ้มกันร่างกาย (Protection) ร่างกายมีระบบการป้องกันการคุกคามจากสิ่งเร้าทั้งภายนอกและภายในร่างกายเพื่อให้มีการทำหน้าที่ทางสรีระได้ตามปกติ โครงสร้างที่ทำหน้าที่ในการป้องกัน ได้แก่ ผิวหนัง เล็บ ผม และระบบภูมิคุ้มกัน สำหรับผู้สูงอายุโครงสร้างเหล่านี้อ่อนแอลงร่วมกับการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันภายในร่างกายลดลงทำให้ผู้สูงอายุติดเชื้อได้ง่าย และทำให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับผิวหนังที่พบได้บ่อยได้แก่ ผิวแห้ง ผื่นคัน และแผลกดทับ (พัชริตันศิริ และสิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา 2533 : 222-230) ผิวแห้งเป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในคนสูงอายุ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการทำงานลดลงของต่อมไขมัน ผิวหนังชั้นบนสุดหดตัวลง การดื่มน้ำน้อย

น้ำไปหล่อเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ ผิวแห้งมักพบร่วมกับอาการคันซึ่งเป็นปัญหาก่อให้เกิดรำคาญ หงุดหงิดค่อนข้างมาก แรกๆ มักจะไม่มีผื่นให้เห็นมีเพียงผิวแห้ง ซึ่งอาจจะลอกเป็นขุยหรือมีสะเก็ด เล็กน้อยเมื่อเกาจนาน ๆ จะเกิดตุ่มแดง ๆ หรือตุ่มน้ำใสบนผิวหนังที่ถูกเกาต่อมาอาจจะเกิดการ อักเสบ และมีการติดเชื้อร่วมด้วย (สมพงษ์ พรวิลาวัณย์ 2531 : 58-59) สำหรับผื่นคันใน ผู้สูงอายุ มักเกิดจากปฏิกิริยาของร่างกายที่ไวต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ทำให้เกิดผื่นคันโดยเฉพาะ ผู้สูงอายุ ที่มีโรคภูมิแพ้อยู่แล้ว ส่วนแผลกดทับนั้นมักจะพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่อ่อนแอหรือต้องนอนอยู่ กับเตียงนาน ๆ และมีความรู้สึกสัมผัสลดลง

1.6 น้ำและเกลือแร่ ผู้สูงอายุมีความสามารถในการควบคุมปริมาณและความเข้มข้น ของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกายลดลง ดังนั้นถ้ามีการเปลี่ยนแปลงการได้รับและการขับออกของ น้ำและอิเล็กโทรไลต์ เช่นดื่มน้ำน้อย การถ่ายปัสสาวะบ่อยและจำนวนมากหรือปัสสาวะออกน้อยและ อาเจียน เป็นต้น ย่อมทำให้เกิดความไม่สมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ได้ง่าย และมีพฤติกรรม ที่แสดงถึงปัญหาในการปรับตัวได้แก่ ภาวะขาดน้ำ ภาวะน้ำเกิน อาการบวม มีอิเล็กโทรไลต์ เช่น โซเดียม โปแตสเซียมมากหรือน้อยเกินไป ผู้สูงอายุส่วนมากจะดื่มน้ำน้อย มักเกิดภาวะขาดน้ำใน เวลากลางวันจนต้องตื่นขึ้นมาดื่มน้ำ การดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มก่อนนอนจะช่วยให้ดีมาก ซึ่งโดยทั่วไปแล้ว ควรจะดื่มน้ำให้เพียงพอในแต่ละวันอย่างน้อย 6-8 แก้ว หรือ 2500 ซีซี (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ 2528 : 40)

1.7 การรับรู้ความรู้สึก (Sense) สำหรับวัยสูงอายุประสาทสัมผัสเป็นสิ่งหนึ่งที่จะ ค่อย ๆ เสื่อมลงไปจนทำให้เกิดปัญหาภาวะพร่องการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสได้แก่ การ สูญเสียการมองเห็น การได้ยิน การรับรส การไต่กลิ่น การทรงตัว และการรับสัมผัส ซึ่งการสูญเสีย เหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ได้แก่

1.7.1 การสูญเสียการมองเห็นทำให้การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุลดน้อยลง และเชื่องช้า รับรู้ได้น้อย และมักเกิดมโนภาพที่นำหวาดกลัว พฤติกรรมของแต่ละบุคคลอาจไม่เป็น ไปตามปกติ การสังคมติดต่อกับผู้อื่นน้อยลง ปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็นของกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ สายตาวาวต้อกระจก และต้อหิน เป็นต้น

1.7.2 การสูญเสียการได้ยิน ทำให้มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เกิดความคับ ข้อนใจ ลดการติดต่อกับผู้อื่นและแยกตัวเอง

1.7.3 การสูญเสียการรับรสและรับกลิ่น ผู้สูงอายุจะมีปัญหาเกี่ยวกับการรับ รสคือรู้สึกว่าภายในปากมีรสไม่ดี ไม่ร่ำรส หรือจำแนกรสไม่ถูก รสที่น้อยลง ประกอบกับการรับกลิ่น

ลดลง ทำให้ขาดความสุขในการรับประทานอาหาร รับประทานอาหารได้น้อย นอกจากนี้ยังอาจเกิดอันตรายจากการประกอบอาหาร เนื่องจากการไม่รู้กลิ่น การดูไหม้หรือกลิ่นก๊าซที่ใช้ประกอบอาหารที่อาจรบกวนทำให้เกิดอุบัติเหตุรุนแรงได้

1.7.4 การสูญเสียการทรงตัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะทรงตัว ไม่มั่นคง หกล้มง่าย และทำทางเปลี่ยนไป

1.7.5 การสูญเสียการรับสัมผัส ความรู้สึกจากการสัมผัสจะต้องและความรู้สึกเจ็บปวดลดลงทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้สูงอายุได้ เพราะผู้สูงอายุไม่รู้รู้ต่อการที่ตนเองเกิดการบาดเจ็บจากการถูกขูด ขีด ถลอก ถูกของมีคมบาด ถูกความร้อนความเป็นกรด ทำให้ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมเมื่ออาการลุกลามไปมาก เช่น ผิวหนังแตกแยกออก เกิดแผลกดทับ ต้องใช้เวลาในการรักษานาน

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ผู้สูงอายุจะมีอัตมโนทัศน์และการมองรูปลักษณ์ของตนเองที่แตกต่างกับบางคมมองเห็นคุณค่าและความสามารถของตน บางคมมองตนเองอย่างไร้ความหมายและรอวันตายทำให้ใช้ชีวิตไปวันหนึ่งๆ โดยไม่มีความหมาย การมองตนเองเช่นนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในอดีตและพัฒนาการชีวิตว่าประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใด (เกษม ต้นติพลาชีวะ และกุลยา ต้นติพลาชีวะ 2528 : 15) ความรู้สึกที่มีต่อตนเองของผู้สูงอายุยังขึ้นอยู่กับสังคม มองภาพผู้สูงอายุอย่างไร ถ้าผู้สูงอายุได้รับการยอมรับในทางลบและสังคมยังให้คุณค่าของคนหนุ่มสาวมากกว่าผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ (Love & Buckwalter 1991 : 419) และจะก่อให้เกิดปัญหาจิตใจตามมา ซึ่งปัญหาการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุมีดังนี้

2.1 อัตมโนทัศน์ด้านร่างกาย ความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจ ความเจ็บป่วยและการสูญเสียที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุจะคุกคามภาพลักษณ์ของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุอาจจะรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของร่างกายไม่ตรงตามความเป็นจริง เช่น ผู้สูงอายุอาจจะรู้ว่าตนเองอ่อนแอ โดยที่ความจริงแล้วไม่ได้เป็นเช่นนั้น ในทางตรงข้ามผู้สูงอายุอาจจะ ไม่ยอมรับความสูงอายุและอาจจะรู้สึกว่าตนเองยังแข็งแรง กระฉับกระเฉงทั้ง ๆ ที่สภาพร่างกายของตนเองไม่ได้เป็นเช่นนั้น (Love & Buckwalter 1991 : 419) สำหรับความรู้สึกต่อตนเองของผู้สูงอายุไทยนั้น จากการศึกษาของบรรลุ ศิริพานิช และคนอื่นๆ (2531 : 67) ที่ศึกษาผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 70-74 ปี จำนวน 1566 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 95.8 เห็นว่าตนเองแก่แล้ว และผู้สูงอายุร้อยละ 55.6 มีความรู้สึกต่อชีวิตตนเองในด้านลบ

คือ รู้สึกเหนื่อย กระสับกระส่าย ไม่สงบ รู้สึกเหงา อ้างว้างเปล่าเปลี่ยว เบื่อหน่าย ท้อแท้ เศร้าและหมดหวัง

ความสูงอายุก่อให้เกิดความสวยงามของรูปร่างหน้าตาลดลง ตลอดจนพฤติกรรมทางเพศของผู้สูงอายุก็ลดลง ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากความรู้สึกต่อการมีเพศสัมพันธ์ เช่น ความกลัวตาย กลัวไม่ประสบความสำเร็จ ทำให้ไม่มั่นใจและขาดความสุขทางเพศ นอกจากนี้วัฒนธรรมค่านิยมของสังคมบางแห่งยังเห็นว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่ควรงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งแม้แต่ผู้สูงอายุเองก็มีความรู้สึกละอายใจไม่ควรมีเพศสัมพันธ์อย่างวัยหนุ่มสาว (เกษม ตันติพิลาชีวะ และกุลยา ตันติพิลาชีวะ 2528 : 18) การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศนับว่าเป็นการสูญเสียที่ยิ่งใหญ่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล และมีความท้อแท้ต่อความมั่นคงของชีวิต (อัมพร โอตระกูล 2527 : 30)

2.2 อັตมโนทัศน์ส่วนตัวประกอบด้วย

2.2.1 ความสม่ำเสมอแห่งตน ปัญหาการปรับตัวของผู้สูงอายุในด้านนี้ได้แก่ ความกลัว ความวิตกกังวล

ซีซาโรน (Cesarone 1991 : 461-462) กล่าวถึงความกลัวในผู้สูงอายุไว้ 5 ด้านดังนี้

1. ความกลัวเกี่ยวกับสภาพร่างกาย ได้แก่ กลัวการเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย กลัวได้รับความทุกข์ทรมานหรือความเจ็บปวดเป็นเวลานาน
2. ความกลัวเกี่ยวกับจิตใจ ได้แก่ กลัวเป็นภาระต่อผู้อื่น กลัวไม่สามารถปรับตัวได้ กลัวการสูญเสีย กลัวไร้สมรรถภาพ กลัวการพึ่งพาผู้อื่น
3. ความกลัวเกี่ยวกับการตายจาก ได้แก่ กลัวความตาย กลัวความเหงา อ้างว้าง กลัวการลงโทษ กลัวว่าตนเองจะไร้ความหมาย
4. ความกลัวเกี่ยวกับบุคคลอันเป็นที่รัก ได้แก่ กลัวว่าบุคคลอันเป็นที่รักจะเกิดความเจ็บป่วย หรือเกิดอันตราย กลัวการตายจากของบุคคลอันเป็นที่รัก
5. ความกลัวด้านอื่นๆ ได้แก่ กลัวการเปลี่ยนแปลง กลัวความผิด กลัวความไม่มั่นคงในฐานะทางการเงิน กลัวการวินิจฉัยโรค เป็นต้น

ความวิตกกังวลเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เซลลิส และลิสต์ไธน์ (Sallis & Lichstein, 1982 cited in Vogel 1991 : 469) รายงานว่า ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 10 มีความวิตกกังวลเรื้อรัง และจากการศึกษาของวรณี จันทร์สว่าง (2533 : 47) ที่ศึกษา

แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดสงขลา จำนวน 220 ราย พบว่า ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 25 มีความวิตกกังวลและส่วนใหญ่จะวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และความเป็นอยู่ของ บุตรหลาน และในกรณีที่มีเรื่องไม่สบายใจหรือวิตกกังวล ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะปล่อยทิ้งไว้เฉย ๆ ไม่ทำอะไร ผู้สูงอายุจะมีความวิตกกังวลจากสาเหตุหลาย ๆ อย่าง ได้แก่ การสูญเสียสิ่งของ การสูญเสียหน้าที่การรับความรู้สึก การสูญเสียการควบคุมทางสังคม และการสูญเสียระบบสนับสนุน คำจุน เป็นต้น (Vogel 1991 : 411)

2.2.2 ทัศนคติแห่งตน ทัศนคติการปรับตัวของผู้สูงอายุในด้านนี้คือ ความรู้สึก สูญเสียพลังอำนาจซึ่งเป็นภาวะที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองขาดความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ ไม่สามารถกระทำสำเร็จตามความมุ่งหวังได้ บุคคลที่มีความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจจะปฏิเสธ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและแสดงความไม่พอใจ ที่ตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ทัศนคติความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในผู้สูงอายุ จะเป็นปัญหาที่รุนแรงมากกว่าบุคคลกลุ่มอื่นๆ เพราะว่า ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการสูญเสียสมรรถภาพร่างกาย และมีความเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมด้วย (Heath 1991 : 449-458)

2.2.3 คุณธรรม - จรรยาแห่งตน ผู้สูงอายุจะมีคุณธรรมจรรยาของตนเป็น มาตรฐานในการปฏิบัติ ถ้าผู้สูงอายุรู้สึกว่าจะละเมิดมาตรฐานทางคุณธรรมดังกล่าวจะเกิดความรู้สึก ผิด เช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคภัยต่าง ๆ จนเกิดความพิการ ตามมาอาจมีความรู้สึกที่สิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองในขณะนี้อาจเกิดจากบาปกรรมที่ตนกระทำได้ และ กรรมนั้นได้มาตอบสนอง

2.2.4 ด้านความมีคุณค่าในตนเอง กระบวนการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม ของร่างกาย จิตใจ และบทบาททางสังคมเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตน เองลดลง ดังเช่นการศึกษาของเฮวาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 : 87) ที่พบว่าผู้สูงอายุใน เขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ และปานกลางคือ ร้อยละ 34.5 และ 48.5 ตามลำดับจากจำนวนผู้สูงอายุ 200 คน เฮริสท์และเมเทาล์ฟ(Hirst & Metealf อ้างในเฮวาลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ 2529 : 63) กล่าวว่า ในวัยสูงอายุ ความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองจะมีมากขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการด้วยกัน คือ บทบาท การสัมผัส สัมพันธภาพที่มีความหมาย เพศสัมพันธ์ ความเป็นอิสระ และขอบเขต ซึ่งถ้าสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ได้ รับการกระทบกระเทือนมากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุจะลดลง ในทางตรงข้าม หาก สิ่งเหล่านี้ได้รับการกระทบกระเทือนน้อย ผู้สูงอายุก็จะสามารถรักษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองไว้ ได้

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ ผู้สูงอายุจะต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทตามวัยของตนเองเพื่อให้ดำรงอยู่ในบทบาทใหม่ที่ได้รับอย่างเหมาะสมทั้งบทบาทที่มีต่อตนเองและบทบาทของตนเองในครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยที่บทบาทใหม่อาจจะ เป็นบทบาทที่พึงพอใจและเต็มใจที่จะดำรงบทบาทนั้นในสังคม หรืออาจจะ เป็นบทบาทที่ไม่พึงปรารถนา สร้างความปวดร้าวในจิตใจแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งภาวะนี้จะก่อให้เกิดความเครียดและทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทไม่สมบูรณ์ มีพฤติกรรมแสดงออกไม่เหมาะสมกับบทบาท (Mc Pherson 1983 : 345)

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของร่างกายในวัยสูงอายุจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ง่าย และจากการศึกษาในด้านปัญหาสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พบว่า โรคต่าง ๆ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคติดเชื้อ วัณโรคหรือป้องกันไม่ได้ แต่สามารถลดความรุนแรงหรือชะลอการเกิดได้ เช่น มะเร็ง เบาหวาน (สุรกุล เชนอบรม 2534 : 92) ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ในอดีตผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาน้อยมักจะ ไม่ค่อยรู้จักดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง แต่ในปัจจุบันผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น เพราะการแพทย์และการสาธารณสุขที่ดีขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุตลอดจนวิธีการปฏิบัติตนเพื่อรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีการปฏิบัติตนในด้านสุขภาพอนามัยได้เหมาะสม ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรมีความสนใจที่จะแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพอนามัยเพื่อนำมาปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

บทบาทในครอบครัว ไทยในอดีตพบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขยายมีบทบาทเป็นปู่ ย่า ตา ยาย ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาหารือและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวให้การยอมรับเคารพยกย่องและเชื่อฟังคำแนะนำ บางครั้งเมื่อมีเรื่องทะเลาะเบาะแว้งหรือเกิดปัญหาในครอบครัว ผู้เฒ่า ผู้แก่ หรือผู้สูงอายุ ก็สามารถตัดสินความและช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ แต่สังคมไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้คุณค่าและบทบาทของผู้สูงอายุลดลง ค่านิยมของบุตรหลานที่มีต่อผู้สูงอายุเปลี่ยนไปด้วย สมาชิกในครอบครัวมองผู้สูงอายุเป็นเพียงสมาชิกพิเศษในครอบครัว ไม่มีสิทธิเข้ามายุ่งเกี่ยวกับเรื่องภายในบ้าน นอกเสียจากว่าเมื่อต้องการให้ช่วยเหลือเลี้ยงดูเด็กเท่านั้น เช่นเดียวกับการศึกษาของบรรดาศิรีพานิช และคนอื่น ๆ (2531 : 66) ที่ศึกษาทัศนคติของผู้สูงอายุต่อสังคมพบว่า ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นว่าปัจจุบันคนในสังคมให้ความเชื่อถือและเคารพนับถือคนแก่ไม่ดีเหมือนแต่ก่อนอีกทั้งผู้สูงอายุยังขาดสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวที่รุ่นเยาว์กว่าเนื่องจากทัศนคติต่างกัน รสนิยมต่างกัน

ผู้เยาว์อาจคิดว่าผู้สูงอายุมีความคิดแบบอนุรักษ์นิยมเก่าล้าสมัย จึงมีความคิดเห็นขัดแย้งกัน (ศรีทับทิม พานิชพันธ์ 2525 : 30) บทบาทและความสำคัญของผู้สูงอายุที่ลดลงไปไม่ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวอย่างไม่มีความสุขความสบายใจ แต่ถ้าสังคมไทยยังคงให้ความสำคัญและเคารพยกย่องผู้สูงอายุเหมือนเดิม ก็จะทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุขไม่แยกตัวออกจากสังคมตั้งเช่นการศึกษาของวรรณิ จันทรสว่าง (2533 : 57) ที่ศึกษาผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา จำนวน 220 ราย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขยายมีบทบาทเป็นสมาชิกของครอบครัว และไม่มีหน้าที่รับผิดชอบใดๆ สามารถเข้ากับลูกหลานและเพื่อนบ้านได้ดี มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุถูกลดบทบาทลงแต่สังคมยังให้ความสำคัญในตัวผู้สูงอายุจึงทำให้ผู้สูงอายุไม่แยกตัวออกจากสังคม

การเปลี่ยนแปลงบทบาทจากหัวหน้าผู้มีอำนาจในครอบครัวมาเป็นสมาชิกครอบครัวที่ต้องพึ่งพิงบุตรหลาน ซึ่งเป็นบทบาทที่ยอมรับได้ยาก ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีบทบาทสำคัญเช่นเดิม เกิดความรู้สึกอับอายคิดว่าตนเองเป็นตัวปัญหา หรือเป็นภาระแก่ผู้อื่น จึงมีความรู้สึกไม่พึงพอใจในชีวิต สำหรับผู้สูงอายุบางรายที่ยังคงมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบในการหาเลี้ยงสมาชิกในครอบครัว อาจจะมีความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจเนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกายทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานหนักได้เหมือนเดิม โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอาชีพเกษตรกรรมหรือทำงานรับจ้างที่ต้องใช้แรงงาน รายได้ของครอบครัวจึงลดลง และไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพในสังคมปัจจุบัน นอกจากนี้ความเจ็บป่วยหรือความพิการอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถที่จะทำงานหารายได้มาจุนเจือครอบครัวได้เลย หรือมีความล้มเหลวในการแสดงบทบาทของหัวหน้าครอบครัว

สำหรับบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะเป็นผลสะท้อนของสังคมที่มองภาพผู้สูงอายุ ถ้าสังคมเห็นบทบาทของชนกลุ่มสาวมากกว่าผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีประโยชน์ เป็นภาระทางสังคม แต่ถ้าสังคมโดยยกย่องและยอมรับว่าผู้สูงอายุมีความสำคัญ ผู้สูงอายุจะยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงของตนเอง และพยายามสร้างประโยชน์ให้แก่สังคม ตามความสามารถที่ตนเองมีอยู่ เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528 : 8-9) กล่าวว่า ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุจะลดลงและการยอมรับของสังคมต่อความมีอายุมากขึ้นเป็นไปในทางลบ เพราะสังคมมักประเมินความสามารถในแง่การปฏิบัติ ถึงแม้ว่าจะมีผู้สูงอายุบางคนได้แสดงให้เห็นว่าความมีอายุมิได้เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินบทบาทและหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติสามารถทำงานในหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนชนกลุ่มสาว การที่ผู้สูงอายุถูกลดบทบาทจะทำให้สังคมของผู้สูงอายุแคบลง ซึ่งมีผลกระทบต่อกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่า

เองสูญเสียบทบาท สุขภาพทางจิตใจไม่มั่นคง เกิดความเครียดซึ่งจะแสดงออกทางด้านอารมณ์ เช่น โกรธง่าย ใจน้อย

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการสูญเสียบทบาททางสังคมที่เคยได้รับมาแต่อดีต เช่น สูญเสียบทบาทของการทำงานตามหน้าที่เมื่อเกษียณอายุ และการสูญเสียบทบาทของการมีชีวิตคู่เมื่อมีการจากไปของคู่สมรส เป็นต้น ผู้สูงอายุบางคนไม่สามารถปรับตัวต่อการเกษียณอายุได้โดยเฉพาะผู้ที่มียบทบาททางสังคมสูง จะมีทัศนคติด้านลบต่อการเกษียณอายุ เมื่อต้องหยุดงานจะรู้สึกว้ากว้างครืดคลลง รู้สึกอาย เสียหน้า ไร้สมรรถภาพ ว้าเหว่ ซึมเศร้า เพราะงานเป็นภารกิจหนึ่งในชีวิตประจำวันและเป็นองค์ประกอบบุคลิกภาพของบุคคลเมื่อออกจากงานจึงเท่ากับสูญเสียบุคลิกภาพของตนเอง (อัมพล สุธัมพัน 2531 : 760-761) เนื่องจากบุคคลที่สูญเสียบทบาทจะพยายามพัฒนาบทบาทใหม่ขึ้นมาแทนบทบาทที่ตนสูญเสียไป ดังนั้น สังคมจึงควรมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้บทบาททางสังคมขึ้นมา โดยอาจจะเป็นไปในรูปของอาสาสมัคร กลุ่มเพื่อน สมาคม ชมรมต่าง ๆ เพื่อนำความรู้สึกละประสบการณ์มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนและสังคม

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน รอย (Roy 1976 : 308) กล่าวว่างานการปรับตัวของผู้สูงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลของการพึ่งพาซึ่งกันและกัน คือการยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในขณะที่ตนเองไม่สามารถทำได้ เนื่องจากบุคคลไม่สามารถปฏิเสธการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องตระหนักว่าความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเป็นสิ่งที่ต้องการและจำเป็นอย่างมาก และควรจะยอมรับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น แต่ผู้สูงอายุบางรายอาจจะยอมรับได้ยาก ทั้งนี้เนื่องจากในอดีตต้องพึ่งตนเอง อีกทั้งยังเป็นผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือและเลี้ยงดูบุตรหลานมาตลอด และเมื่อถึงวัยสูงอายุกลับต้องอาศัยความช่วยเหลือพึ่งพาบุตรหลานเช่นเดียวกับที่ตนเองเคยคำจุนบุตรหลานมาแล้ว นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจจะให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ ในสังคมมาก่อน แต่ปัจจุบันตนเองกลับต้องรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น สิ่งเหล่านี้อาจจะทำให้ผู้สูงอายุยอมรับได้ยาก และมีความรู้สึกกดดันทางจิตใจที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เนื่องจากตนเองไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมตามที่ตนต้องการได้ (อาภา ใจงาม 2533 : 100-101)

เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ (2528 : 14-15) กล่าวถึงพฤติกรรมการปรับตัวของผู้สูงอายุว่ามีพฤติกรรมแสดงออกแตกต่างกันไป บางคนยอมรับแต่บางคนปฏิเสธสภาพความมีอายุ ผู้ที่ยอมรับสภาพจะคงเป็นตัวของตัวเอง และคงความสามารถของตนเองได้ดีมีการปฏิบัติตนได้เหมาะสมกับวัย ไม่เป็นภาระต่อครอบครัว แต่มีผู้สูงอายุบางคนที่ต้องพึ่งผู้อื่นมี

พฤติกรรมถดถอย ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง ไม่เข้าร่วมกิจกรรม สิ้นหวังและท้อแท้ต่อชีวิต ต้องการความสนใจและเอาใจใส่จากครอบครัวมากกว่าปกติ เป็นลักษณะที่คิดว่าแก่แล้วทำอะไรไม่ได้ ลูกหลานต้องดูแล

จากสภาพการณ์ของสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะในเมืองที่มีความเจริญทางเทคโนโลยีทำให้ผู้สูงอายุและบุตรหลานต้องแยกกันอยู่ ทั้งนี้อาจจะเกิดจากปัจจัยหลาย ๆ อย่างเช่น บุตรหลานของผู้สูงอายุต้องย้ายถิ่นฐานเพื่อไปทำงานที่ที่เหมาะสม รวมทั้งภาวะทางเศรษฐกิจทำให้ต่างคนต่างช่วยตัวเอง การพึ่งพาซึ่งกันและกันลดลง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มที่จะถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยวตามลำพัง จึงทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย และเป็นสาเหตุที่สำคัญของการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ซึ่งมักจะพบได้มากในประเทศที่มีสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากสังคมดั้งเดิม โดยเฉพาะสังคมที่ไม่ค่อยได้พึ่งพาอาศัยกัน (ชูศักดิ์ เวชแพทย์ 2532 : 196)

การที่ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังและยังต้องพบกับการสูญเสียในหลาย ๆ ด้าน เช่น การตายจากของบุคคลใกล้ชิด การออกจากราชการทำให้ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการปรับตัวมากขึ้น การปรับตัวที่ล้มเหลวจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกอ้างว้าง ว้าเหว และขาดที่พึ่งโดยที่ความรู้สึกเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้แม้จะมีบุคคลอยู่รอบข้าง ความว้าเหวในผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดเป็นระยะเวลานานและมีความรุนแรงมากกว่าในวัยอื่น และความว้าเหวจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้นดังจะเห็นได้จากการศึกษาของสุพรรณิ เน้นชัย (2535 : 125) ที่พบว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่มีความว้าเหวในระดับปานกลาง และผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 80 ปีจะมีความว้าเหวมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องมีเพื่อนโดยมีการติดต่อกับเพื่อนเก่าอย่างสม่ำเสมอ พร้อมกับการพบปะกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม เพื่อหาเพื่อนใหม่ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด เพื่อสนองความต้องการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอันจะทำให้เกิดความมั่นคงทางสังคม

ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ

1. เพศ การปรับตัวทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ นภาพร ชัยวรธรรม มาลีณี วงษ์สิทธิ์ และ จันทรทิพย์ แสงเทียนฉาย (2532 : 26-29) ที่ศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุชาย คือร้อยละ 43 ของผู้สูงอายุหญิงและร้อยละ 38 ของ

ผู้สูงอายุชาย ตามลำดับ รายงานว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี และพบความแตกต่างระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิงเกี่ยวกับการมีโรคประจำตัวคือผู้สูงอายุชายมีจำนวนที่เป็นโรคระบบย่อยอาหาร ระบบหายใจ ระบบประสาท และอวัยวะสัมผัสสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ส่วนผู้สูงอายุหญิงมีจำนวนที่เป็นโรคระบบไหลเวียนโลหิต โรคระบบกล้ามเนื้อรวมทั้งโครงสร้างและเนื้อเยื่อเสริมสูงกว่าผู้สูงอายุชาย แต่โดยธรรมชาติแล้วผู้สูงอายุหญิงมีโรคประจำตัวสูงกว่าผู้สูงอายุชาย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุชายมีระดับการเจริญอาหารดีกว่าผู้สูงอายุหญิง สำหรับการปรับตัวด้านจิตสังคมนั้นพบว่าผู้สูงอายุหญิงมีปัญหสุขภาพทางใจมากกว่าผู้สูงอายุชาย ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากผู้สูงอายุหญิงมีกิจกรรมหรือสนใจที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ในยามว่างน้อยกว่าผู้สูงอายุชาย ประกอบกับผู้สูงอายุหญิงส่วนใหญ่ เป็นหม้าย ไว้คู่คิด ในขณะที่ผู้สูงอายุชายส่วนใหญ่ยังมีคู่สมรส แต่จากการพิจารณาอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยพบว่า ผู้หญิงมีอายุยืนกว่าผู้ชาย ซึ่งได้มีผู้ศึกษาและสรุปเหตุผลว่า ที่เป็นเช่นนี้เพราะ ผู้หญิงมีความเครียดของร่างกายและจิตใจน้อยกว่าผู้ชาย ซึ่งโดยธรรมชาติแล้วพบว่า ผู้หญิงสามารถทนต่อความเครียดต่าง ๆ ของชีวิตหรือการทำงานได้สูงกว่าชาย เพราะสามารถระบายออกทางอารมณ์ได้หลายรูปแบบ เช่น การคุย การทำงานบ้าน เป็นต้น นอกจากนี้ร่างกายผู้หญิงสามารถปรับสมดุลในภาวะเครียดต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ชาย (เกษม ตันติผลาชีวะ และกุลยา ตันติผลาชีวะ 2528 : 5) และจากการศึกษาของอำไพรัตน์ กลิ่นขจร (2533 : 60) ที่ศึกษาพฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกขาหักและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 100 ราย พบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการปรับตัวด้านร่างกายและด้านสภาพหน้าที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. สถานภาพสมรส คู่สมรสเป็นบุคคลใกล้ชิดมากที่สุด และเป็นแหล่งที่ให้การสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะการสนับสนุนด้านจิตใจ ดังนั้น ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสจึงมีโอกาสที่จะได้รับความรัก ความอบอุ่นและความดูแลเอาใจใส่ ทำให้รู้สึกว่าคุณเองมีที่พึ่ง มีเพื่อนคู่คิด และไม่รู้สึกละเหงา ว้าเหว่ ซึ่งต่างจากผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ สุพรรณิ นันท์ชัย (2535 : 123) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส มีความว้าเหว่มากกว่ากลุ่มที่ยังอยู่ กับคู่สมรสและกลุ่มที่เป็นโสด เช่นเดียวกับการศึกษาของ เบญจมา เลาหุนรังษี (2534 : 63) ศึกษาการปรับตัวภายหลังเกษียณอายุราชการของข้าราชการพลเรือนจังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้เกษียณอายุราชการที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีการปรับตัวดีกว่าผู้เกษียณอายุราชการที่มีสถานภาพสมรสโสด หน้บาย หน้บ่า แยก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบเกอร์ (Baker 1993 : 30-33) ที่ศึกษาผลของคู่สมรสต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยที่มีคู่สมรสมีระดับการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีคู่สมรส เช่นเดียวกับ นภาพร ชัยวรรณ มาลีนี้ วงษ์สิทธิ์ และ

จันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532 : 26) ที่ศึกษาปัญหาของผู้สูงอายุไทยพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นหม้าย และที่หย่าร้างมีภาวะสุขภาพไม่ต่างกันมากนักแต่มีภาวะสุขภาพแย่กว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสดหรือสมรสคู่ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสน่าจะมีปัญหาน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว

3. ลักษณะครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมาย และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ เพราะครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่จะทำหน้าที่ดูแลและตอบสนองความต้องการพื้นฐานด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ครอบครัวขยายซึ่งมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมาก และมีคนหลายรุ่น จะสามารถสนองความต้องการแก่ผู้สูงอายุได้โดยไม่เป็นภาระหนักมาก ซึ่งต่างจากครอบครัวเดี่ยวที่มีแต่เพียงพ่อแม่ ลูก ในบางครอบครัวบุตรหลานต้องออกไปทำงานทิ้งให้ผู้สูงอายุซึ่งเป็นพ่อแม่ อยู่ตามลำพัง ทำให้รู้สึกเหงา ว้าเหว่ ขาดที่พึ่ง และถ้าผู้สูงอายุมีสุขภาพไม่ดี ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ก็จะประสบปัญหาขาดผู้ดูแล มีความยากลำบาก ในการดำเนินชีวิต ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาการปรับตัวมากขึ้น ดังที่สุพัตรา สุภาพ (2531 : 37-38) กล่าวว่า ครอบครัวเดี่ยวเป็นครอบครัวที่มีความเป็นอิสระแต่ห่างเหินจากญาติพี่น้อง อาจทำให้เกิดความเหงา ว้าเหว่ และขาดความอบอุ่นได้

4. รายได้ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจระดับปานกลางมักจะปรับตัวได้ยากกว่าคนที่ฐานะเศรษฐกิจในระดับสูงหรือต่ำ (อาภา ใจงาม 2533 : 97) การมีรายได้ต่ำไม่เพียงพอในการจัดหาปัจจัยที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลย่อมก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำรงชีพและมีปัญหาการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย และจิตสังคมตามมา ดังเช่นการศึกษาของบอมและบอม (Baum & Baum อังโณเมิกา ยามะรัต 2527 : 29) ที่พบว่าผู้สูงอายุชาวอเมริกันส่วนมากมีความทุกข์ กับรายได้ที่จะนำมาใช้จ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาล ผู้มีรายได้น้อยสูญเสียความมั่นคง ขาดหลักประกันในชีวิตและครอบครัว รู้สึกว่าตนเป็นบุคคลไร้ค่า ต้องเป็นภาระต่อครอบครัว และสังคม รู้สึกท้อแท้ ไม่สามารถดำรงบทบาทที่เหมาะสมยามเจ็บป่วย และไม่มีความสุขในชีวิต สำหรับปัญหาด้านสุขภาพกาย เบลลอคและคณะ (Belloc อังโณมัยวรรณ์ ศุขตระกูล 2532 : 76) พบว่ารายได้มีผลต่อสถานสุขภาพด้านร่างกายคือ ผู้ที่มีรายได้น้อยจะมีสุขภาพด้านร่างกายแย่กว่าผู้ที่มีรายได้สูง

นอกจากปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้วยังมีปัจจัยอื่นที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวได้แก่ อิทธิพลของสภาวะพื้นฐานทางกายในเชิงชีววิทยา เช่น ศักยภาพทางพันธุกรรมของบุคคล และลักษณะพื้นฐานในการตอบโต้ อิทธิพลของสภาวะแวดล้อม เช่น สังคม วัฒนธรรม และสภาวะแวดล้อมทางธรรมชาติ และอิทธิพลของสภาวะความเป็น "ตน" อันได้แก่ การรับรู้และความเข้าใจที่บุคคลได้

รับจากประสบการณ์ทุกอย่างในชีวิตของตนซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (นิภา นิธยาชน 2530 : 106)

แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคม

จากรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมที่ผ่านมามีการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในแง่มุมต่าง ๆ หลายสาขาวิชาเช่น จิตวิทยา สังคมวิทยา มนุษยวิทยา และระบาดวิทยา จึงทำให้เกิดแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมอย่างหลากหลาย โดยในกลุ่มนักวิจัยได้ให้ความหมายและแบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมเพื่อใช้ในงานวิจัยนั้น ๆ ซึ่งมีทั้งแตกต่างกันและคล้ายคลึงกันดังนี้

คอบบ์ (Cobb 1976 : 300-301) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรักคนสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ และมีความใกล้ชิดสนิทสนม มีความผูกพันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง และเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าเขาเองมีคุณค่า และบุคคลอื่นให้การยอมรับนับถือและเห็นคุณค่าของตนเอง

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นเป็นสมาชิกหรือส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของในสังคมของตน

แคปแลน คาสเซิล และกอร์ (Kaplan, Cassel & Gore 1977 : 50-51) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 2 แนวทางคือ

1. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมในแต่ละคน ซึ่งได้รับจากสิ่งแวดล้อมในสังคมของคนคนนั้น โดยได้รับการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม

2. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีอยู่หรือขาดหายไปของแหล่งซึ่งให้การสนับสนุนคือ จากคนที่มีความสำคัญต่อคนคนนั้น

คาห์น (Kahn 1979 : 85) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในลักษณะการแสดงออก ดังต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งหรือมากกว่าคือ

1. ความผูกพันทางอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกหรือความพึงพอใจของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกในรูปของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ หรือด้วยความรัก

2. การยืนยันรับรองพฤติกรรมซึ่งกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงความเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสมทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคลอื่น ๆ

3. การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือความช่วยเหลือโดยตรง ความช่วยเหลือนั้นอาจจะเป็นวัตถุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสาร หรือเวลา

เชฟเฟอร์และคนอื่น ๆ (Schaefer, et al 1981 : 387 - 386) เชื่อว่า การสนับสนุนทางสังคมมีองค์ประกอบที่เป็นอิสระจากกันมีหน้าที่ให้การสนับสนุน 3 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ได้แก่ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ ความเชื่อถือและไว้วางใจซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้บุคคลรู้สึกว่าคุณเองได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่

2. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงด้วยการให้สิ่งของ เงินทอง และบริการ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำในการแก้ปัญหาและการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคล

ทอยส์ (Thoit 1982 : 147-148) ได้อธิบายแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นระดับของความต้องการพื้นฐานที่จะได้รับการตอบสนอง โดยการติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม ความต้องการพื้นฐานทางสังคมได้แก่ ความต้องการความรัก การยอมรับ ยกย่อง การเห็นคุณค่า การเป็นเจ้าของ ความมีชื่อเสียง และความปลอดภัย ความต้องการพื้นฐานทางสังคมดังกล่าวจะได้รับการตอบสนองเมื่อได้รับการช่วยเหลือดังต่อไปนี้ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้ง 2 อย่าง ดังนี้

1. ความช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม (Socioemotional aid) เช่น การได้รับความรัก ความเห็นอกเห็นใจ ความเข้าใจ การยอมรับและการเห็นคุณค่าจากบุคคลอันเป็นที่รัก

2. ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ (Instrumental aid) ได้แก่ การได้รับคำแนะนำ ข่าวสาร การช่วยเหลือครอบครัว และการช่วยเหลือทางการเงิน

เฮาส์ (House cited in Tilden 1985 : 201) ให้แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมว่าประกอบด้วย การสนับสนุน 4 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นการให้การยอมรับนับถือ ความไว้วางใจ ความรักและความผูกพันต่อกัน

2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal Support) ได้แก่ การเห็นพ้องการรับรอง การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นในสังคม ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้ข้อมูล คำแนะนำ ข้อเท็จจริง การบอกแนวทางเลือกหรือแนวทางปฏิบัติ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

4. การช่วยเหลือด้านสิ่งของ (Instrumental Support) เป็นการช่วยเหลือโดยจัดหาเงินทุน เครื่องมือและบริการที่จำเป็น

จาคอบสัน (Jacobson 1986 : 252) ให้ความหมายการสนับสนุนสังคมว่า เป็นแหล่ง ประโยชน์หรือสัมพันธภาพทางสังคมที่สนองความต้องการของบุคคล และได้กล่าวถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของแคปแลน (Caplan) ไว้ 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคล รู้สึกสบายใจ และเชื่อว่ามิบุคคลเคารพนับถือยกย่อง และให้ความรัก รวมทั้งพฤติกรรมอื่น ๆ ที่แสดงถึงการดูแลเอาใจใส่และให้ความมั่นคงปลอดภัย

2. การสนับสนุนด้านสติปัญญา (Cognitive Support) เป็นข้อมูลข่าวสาร ความรู้ หรือคำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นได้

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Materials Support) หมายถึง สิ่งของและบริการต่าง ๆ ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาได้

ไวส์ (Weiss cited in Linsey 1988 : 108) กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคมในรูปของสัมพันธภาพทางสังคมที่ประกอบด้วย

1. การเป็นส่วนหนึ่งในสังคม (Social integration) เป็นสัมพันธภาพที่เกิดจากการที่บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ทำให้มีการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนความคิด ข้อมูลข่าวสาร

และทรัพย์สินของ

2. การตระหนักถึงความเป็นมิตร (A sense of reliable alliance) ความรู้สึกเช่นนี้จะเกิดขึ้นในสัมพันธภาพของครอบครัวสายตรงคือ สมาชิกมีความมั่นใจว่าจะได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลอย่างต่อเนื่อง

3. การได้รับความแนะนำ (Obtaining guidance) ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเครียด จะทำให้บุคคลมีความต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ และต้องการคำแนะนำจากบุคคลที่มีความสำคัญสำหรับตนเอง

4. โอกาสที่จะได้โอบอุ้มเลี้ยงดู (Opportunity for nurturance) เป็นการที่บุคคลมีความรับผิดชอบต่อความสุสบายของผู้อื่น ผู้ใหญ่เลี้ยงดูผู้น้อย จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น

5. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) เป็นการได้รับการยอมรับในพฤติกรรม การแสดงออกตามบทบาทของตนเองในสังคม

6. ความผูกพันใกล้ชิด (Attachment) เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดสนิทสนม ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528 : 567-598) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมในการใช้การสนับสนุนทางสังคมเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง สิ่งที่ได้รับจากการสนับสนุน ได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการซึ่งหมายถึง การมีสุขภาพอนามัยที่ดี นอกจากนี้ยังกล่าวถึงหลักสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมว่า จะต้องประกอบด้วย องค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. จะต้องมีการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุน

2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารจะต้องประกอบไปด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ "ผู้รับ" เชื่อว่ามีคนสนใจ เอาใจใส่ มีความรักและความหวังดีในตนเองอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ "ผู้รับ" รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและ เป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ "ผู้รับ" เชื่อว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้

3. บ้างจะนำเข้าของการสนับสนุนอาจอยู่ในรูป ข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ "ผู้รับ" ได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความรู้สึกรับรู้ของบุคคลต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม และลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างกันหรือชนิดของการสนับสนุนทางสังคม สามารถสรุปได้เป็น 2 ลักษณะ คือ

1. การแสดงออกเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์และสังคม

2. การให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลในรูปของข้อมูล ข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือเงินทอง แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม

บุคคลจะได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากระบบการสนับสนุนทางสังคมของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยบุคคลที่ตนเองติดต่อหรือมีความผูกพันซึ่งกันและกันโดยที่ระบบการสนับสนุนทางสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอตลอดช่วงชีวิตของบุคคล (Pender & Pender 1987 : 396) บุคคลอาจได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มบุคคลในสังคมของตนเองหลายกลุ่มซึ่งสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ประกอบด้วยบุคคล 2 ประเภท ประเภทแรกเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน และประเภทที่สองเป็นครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูงในวัยเดียวกัน เพื่อนบ้าน คนรู้จักคุ้นเคย เพื่อนร่วมงาน และคนใกล้ชิด เป็นต้น

2. องค์กรและสมาคม หมายถึง กลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันเป็นหน่วย ชมรม สมาคม และองค์กรเพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น เช่น ชมรมผู้สูงอายุ สโมสรไลออนส์ องค์กรทางศาสนา เป็นต้น

3. กลุ่มวิชาชีพ หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพประชาชน เช่น แพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด เป็นต้น

บุคคลแต่ละคนมีขนาดของกลุ่มทางสังคมของตนเองไม่เหมือนกัน และขนาดของกลุ่มสังคมไม่สามารถบ่งบอกถึงคุณภาพหรือความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ดังเช่น การศึกษาของไฟเวอร์ส (Powers 1988 : 54-55) ที่พบว่า การสนับสนุนที่มีอยู่หรือขาดหายไปไม่สามารถบ่งบอกถึงขนาดของกลุ่มสังคม บุคคลที่มีความผูกพันทางสังคมมากหรือมีกลุ่มสังคมขนาดใหญ่ไม่ได้แสดงว่าบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ในทางตรงกันข้าม บุคคลที่มีกลุ่มสังคมขนาดเล็กมีความพึงพอใจในแหล่งประโยชน์หรือการสนับสนุนที่ได้รับ

การสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุ

จากปัญหาการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ประกอบกับความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุที่ลดลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความต้องการการสนับสนุนจากคู่สมรส บุคคลใกล้ชิด เช่น บุตรหลาน เพื่อนและบุคคลอื่นในสังคมของตนเองเพื่อให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีที่มีความมั่นคงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุนั้น ควรที่จะให้ในสิ่งที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคน พันท์ทิพย์ รามสูต (2527 : 32) แบ่งความต้องการของผู้สูงอายุเป็น 2 ประเภท ประเภทแรกคือความต้องการพื้นฐาน เป็นความต้องการสากลที่ผู้สูงอายุทุกคนต้องแสวงหาได้แก่ การรักษาพลังและศักยภาพทางร่างกายและทางสมองให้คงอยู่มากที่สุด การมีชีวิตอยู่ยาวนานเท่าที่จะเป็นไปได้ การป้องกันและธำรงไว้ซึ่งสิทธิพิเศษที่เคยเป็นของตนในชีวิตวัยต้น การรักษาความสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนฝูงและร่วมกิจกรรมของกลุ่มที่ตนมีบทบาทในอดีต และการหาทางรอดสำหรับชีวิต คือเมื่อมีความจำเป็นเกิดขึ้นก็จะมีทางออกที่มีเกียรติและเป็นที่น่าพอใจ ประเภทที่สองคือความต้องการขั้นสูง เป็นความต้องการที่มีลักษณะเปลี่ยนแปลงง่ายอาจเป็นความต้องการเฉพาะหน้าหรือระยะยาว หรือจุดหมายปลายทางของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะสังคมและวัฒนธรรมที่ตนเองอาศัยอยู่ เช่น ความต้องการได้รับความดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานและครอบครัว การได้ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความหมาย ซึ่งจะทำให้เกิดความพอใจในชีวิตวัยชรา ในด้านความต้องการบริการจากรัฐหรือสังคม บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ (2531 : 66) พบว่า ผู้สูงอายุไทย ที่อายุยืนยาวและแข็งแรงมีความต้องการซึ่งเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยดังนี้คือ บริการรักษาพยาบาล สวัสดิการการเงิน ที่อยู่อาศัย การจัดหางานให้ทำ สวนสาธารณะ ให้พักผ่อน สวัสดิการเรื่องการท่องเที่ยว สวัสดิการค่าพาหนะ เดินทางและการลดหย่อนภาษีแก่ผู้ที่อุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุ

ความต้องการของผู้สูงอายุดังกล่าว จะได้รับการตอบสนองก็ต่อเมื่อผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในสังคม ซึ่งอาจจะเป็นบุคคลใดก็ได้ที่มีการติดต่อสัมพันธ์กัน จากการศึกษาพบว่า โดยส่วนใหญ่แล้ว ผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุจะเป็นคู่สมรส ถ้าคู่สมรสยังสามารถที่จะทำได้ แต่ถ้าคู่สมรสทำไม่ได้ บุตรสาวหรือลูกสะใภ้จะเป็นผู้ดูแลแทน ส่วนในด้านการสนับสนุนด้านการเงินจะเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบจากบุตรชาย บุตรเขย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือจากญาติพี่น้องเพื่อนบ้าน รวมทั้ง องค์กร ชุมชน สมาคม และหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐบาล

และเอกชนที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ (Phillips 1991 : 537-538)

ผู้สูงอายุควรจะได้รับ การสนับสนุนทางสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคมโดยผสมผสานระหว่างแนวคิดของคอบบ์ ร่วมกับ เชฟเฟอร์ และคนอื่น ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการพื้นฐานดังกล่าว ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ เนื่องจากปัญหาจิตใจเป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมักจะมีความวิตกกังวล ความกลัว รู้สึกสูญเสียสมรรถภาพร่างกายและหน้าที่ทางสังคม รู้สึกว่าเหว่ เจ็บเหงา และถูกทอดทิ้ง ประกอบกับผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายทำให้เป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดี ทั้งร่างกายและจิตใจนั้น จำเป็นต้องได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลาน ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุจะรู้สึกอบอุ่นเมื่ออยู่ท่ามกลางบุตรหลาน และยังไม่พบว่ามียี่สิบอื่นใดสำหรับคนสูงอายุที่จะมาแทนที่บุตรหลานได้ไม่ว่าจะโดยหน้าที่ทางสังคมบังคับหรือโดยแรงจูงใจใด ๆ ก็ตาม (พันธุทิพย์ รามสูตร 2527 : 34) การพบปะพูดคุยเพื่อให้ผู้สูงอายุระบายอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่สบายใจและการแสดงความเห็นอกเห็นใจ จะทำให้ผู้สูงอายุคลายความทุกข์ทางใจ คลายเหงาและลดความเบื่อหน่ายในชีวิตได้

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่องและเห็นคุณค่า ความเลื่อมถอยของร่างกาย และการสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีความรู้สึกต่อตนเองว่าเป็นบุคคลไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความเบื่อหน่ายและท้อแท้ใจ ดังนั้นจึงควรที่จะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองยังมีค่ามีประโยชน์กับครอบครัว บุตรหลาน และบุคคลอื่น ในสังคม โดยการให้การยอมรับชื่นชมในความสามารถและความสำเร็จ ให้ความเคารพยกย่องและให้เกียรติในฐานะที่เคยเป็นผู้มีพระคุณ การขอคำแนะนำปรึกษาในฐานะที่เป็นผู้มีประสบการณ์ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจในตนเองและรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองยังมีค่าสำหรับผู้อื่น

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้สูงอายุมีความต้องการอยากที่จะเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว อยากอยู่ตามบ้าน บ้านที่มีบุตรหลานห้อมล้อม ซึ่งการดำเนินชีวิตในสถานสงเคราะห์คนชราไม่อบอุ่นและไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของบ้าน (ดุสิต สุนทรานู 2525 : 63) ดังนั้นในการสนองความต้องการด้านนี้จึงควรที่จะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมและการทำงานต่าง ๆ ของครอบครัว มีส่วนร่วมในการรับรู้ปัญหาและเรื่องราวความเป็นไปต่าง ๆ ของบุคคลในครอบครัว พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อครอบครัวตามสมควร เช่น การอบรมเลี้ยงดูบุตรหลาน ยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีความรู้และ

ประสบการณ์ สามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้ ดังนั้น การยอมรับความสามารถและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อที่จะทำประโยชน์ให้สังคม ทำให้รู้สึกเป็นเจ้าของสังคม การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมมากขึ้น จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนมาก คลายความเหงา และรู้สึกว่ามีคุณค่า (ดวงฤดี ลาคุยะ 2527 : 57) อันจะส่งผลให้มีความพึงพอใจในชีวิตดังเช่นการศึกษาของ เฌมิกา บามะรัต (2527 : 119) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับกิจกรรมสูง ได้แก่การมีส่วนร่วมทางสังคมทั้งภายในและภายนอกครอบครัวจะเป็นผู้มีความพึงพอใจในชีวิตสูงด้วย

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร บุคคลในวัยสูงอายุจะต้องพบกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจอันจะนำมาซึ่งปัญหาในการปรับตัวได้ง่าย และจากการศึกษาของดวงฤดี ลาคุยะ (2529 : 56) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีคะแนนความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุและสุขภาพอนามัยสูงก็จะมีคะแนนการปรับตัวในระดับสูง ดังนั้น จึงต้องให้คำแนะนำสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้และได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงตามวัยและการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี การพบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นในสังคมอยู่เสมอจะทำให้ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลและรับรู้ข่าวสารที่ทันสมัยอยู่เสมอ ซึ่งจะมีประโยชน์ในการนำมาใช้แก้ปัญหา และเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต

5. การสนับสนุนด้าน สิ่งของ การสนับสนุนด้านนี้เป็นสิ่งจำเป็นมากสำหรับผู้สูงอายุ เพราะความสามารถในการทำงานหารายได้มีลดลง ผู้สูงอายุบางรายไม่มีรายได้ และเงินออมเก็บสะสมไว้เพื่อนำมาใช้จ่ายในการดำรงชีวิต นอกจากนั้นความเสื่อมสมรรถภาพของร่างกายทำให้ผู้สูงอายุบางคนเป็นผู้ที่ไร้สมรรถภาพ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นคู่สมรส บุตรหลาน หรือสมาชิกในครอบครัวจะต้องให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับการจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันตามความจำเป็นหรือความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ หน่วยงานของรัฐ องค์กร ชมรม สมาคมอื่น ๆ ควรมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือให้บริการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันได้มีโครงการหลายอย่างให้การสนับสนุนช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ เช่น บริการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ การสงเคราะห์คนชราที่ไม่มีผู้อุปการะชาติที่อยู่อาศัย เป็นต้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม

บุคคลมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน และในขณะที่เดียวกันก็จะได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกันด้วย โดยมีปัจจัยที่กำหนดความต้องการและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้คือ

1. เพศ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ยืนยันถึงความแตกต่างระหว่างเพศกับการสนับสนุนทางสังคม แอนโทนัคซี (Antonucci 1990 : 213) ได้สรุปรายงานว่าเพศต่างกันมีสัมพันธภาพทางสังคมต่างกัน ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะมีเพื่อนและจำนวนบุคคลในกลุ่มสังคม รวมทั้งมีความถี่ในการติดต่อกับสมาชิกในกลุ่มมากกว่าเพศชาย และเพศหญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งที่ให้การสนับสนุนหลายแหล่ง นอร์เบค (Norbeck 1981 : 48-49) กล่าวว่า มีรายงานที่บ่งชี้ชัดเจนว่าผู้หญิง ได้รับการสนับสนุนมากกว่าเพศชายและมีกลุ่มสังคมที่ใหญ่กว่า รวมทั้งแนวโน้มในการให้การสนับสนุนก็แตกต่างกันด้วย ดังตัวอย่างการศึกษาในผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีคู่คิดหรือบุคคลที่ไว้วางใจมากกว่าถึงแม้ว่าจะมีอุบัติการณ์เป็นเหย้าในเพศหญิงมากกว่าชาย และบุคคลที่ผู้สูงอายุหญิงไว้วางใจส่วนมากจะเป็นบุตรและเพื่อนส่วนผู้ชายมักจะมีคู่สมรสเป็นเพื่อนคู่คิด นภาพร ชัยวรรณ มลิตี วงษ์วิสิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532 : 22-23) พบว่า ผู้สูงอายุหญิงต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุตรหลานมากกว่าผู้สูงอายุชาย และร้อยละของผู้สูงอายุชายที่รู้สึกขาดคนดูแลช่วยเหลือสูงกว่าหญิง

2. สถานภาพสมรส จากการศึกษากลุ่มผู้ใหญ่มากมายพบว่า หญิงที่แต่งงานจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าหญิงหม้าย และหญิงหม้ายจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าหญิงที่หย่าร้างหรือแยกทางกับสามี และสำหรับหญิงที่หย่าร้างกับสามีจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าคนโสด (Norbeck 1981 : 49) ในด้านขนาดของกลุ่มสังคม พบว่า ผู้ที่แต่งงานมีกลุ่มสังคมที่ใหญ่กว่า ผู้ที่ไม่แต่งงาน (Antonucci 1990 : 208)

3. ลักษณะของครอบครัว ครอบครัวเป็นแหล่งแรกและแหล่งสำคัญในการให้การสนับสนุนเพื่อตอบสนองความต้องการทุก ๆ ด้านของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายจะมีโอกาสติดต่อกับสัมพันธ์กับบุคคลที่อยู่ในบ้านเดียวกันหลายคน เช่น คู่สมรส บุตรหลาน ญาติ พี่น้อง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ บุตรหลานและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวแต่ละคนได้พลัดเปลี่ยนกันดูแล เช่น การจัดหาอาหาร ดูแลกิจวัตรประจำวัน ตลอดจนช่วยพาไปในสถานที่ที่ผู้สูงอายุต้องการจะไป ต่างกับผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว ซึ่งมีสมาชิกเพียงพ่อ แม่ ลูก

ผู้สูงอายุบางรายอาจจะอยู่กับคู่สมรสเพียง 2 คน หรืออยู่ตัวคนเดียว ในขณะที่บุตรแยกครอบครัว หรือต้องไปทำงานทำที่อื่นและจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการความช่วยเหลือ ในการดูแลส่งเสียจากบุตรและอัตราส่วนร้อยละของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุตรเพิ่ม ขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (เนภาพร ชโยวรรณ มาลีณี วงษ์สุทธิ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย 2532 : 22) ดังนั้นการะ ในการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเดี่ยวก็ย่อมเป็นภาระหนักเนื่องจากจำนวนสมาชิก ที่จะช่วยเฉลี่ยความรับผิดชอบลดน้อยลง ส่งผลให้ผู้สูงอายุในครอบครัวเดี่ยวอาจจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย นอกจากนี้ สุพัตรา สุภาพ (2531 : 68) ได้กล่าวถึงครอบครัวเดี่ยวว่า ความสัมพันธ์และความช่วยเหลือของสมาชิกลดน้อยลงเมื่อเทียบกับครอบครัวขยาย ดังนั้นผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายอาจจะ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว

4. รายได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะประสบปัญหาเศรษฐกิจคือ มีรายได้น้อยลงและในขณะที่ เดียวกันความต้องการเงินทุนในการใช้จ่ายเพื่อสนองตอบความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิต มีมากขึ้นโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้มีความสำคัญในการจัด หาสิ่งทีเื้อออำนวยความสะดวกการดำรงชีวิต ผู้ที่มีรายได้น้อยอาจจะ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ดังจะ เห็นได้จากการศึกษาของ วูด (Wood อ้างใน สุภาพรณม์ ด้วงแพง 2531 : 60) ที่กล่าวถึง รายได้ครอบครัวในกลุ่มหญิงที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม พบว่า รายได้แต่ละครอบครัวที่แตกต่างกันจะ ส่งผลให้หญิงเหล่านั้น ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างกัน ซึ่งคนที่มียารายได้สูงอยู่ในสังคม ระดับสูง ย่อมมีโอกาสให้แหล่งบริการทางสังคมได้ดีกว่า มีแผนการดำเนินชีวิตค่อนข้างดี มีการ ปรับตัวในสถานการณ์ต่าง ๆ ค่อนข้างดีกว่าผู้มีรายได้น้อย

นอกจากปัจจัยด้านบุคคลดังกล่าวข้างต้นแล้ว ปัจจัยด้านสถานการณ์ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที กำหนดความต้องการและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสถานการณ์นั้นอาจเป็นสถานการณ์ ที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือภาวะวิกฤติ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความเจ็บป่วย หรือ สถานการณ์ที่ช่วยบรรเทาหรือผ่อนคลายความเครียดก็ได้ (Norbeck 1981 : 47) นอกจากนี้ บุคคลยังมีความแตกต่างกันในเรื่องทัศนคติ ทัศนะในการเข้าร่วมกิจกรรมสังคม กลไกการปรับตัว และการรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกแห่งตน (Locus of control) สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลมีความต้องการและ ได้รับการสนับสนุนที่แตกต่างกันด้วย (Dimatto & Hays 1981 : 135)

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัว

นักวิชาการหลายท่านได้พยายามศึกษาและอธิบายกลไกการทำงาน หรือผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจไว้หลายประเด็น โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัว และการเผชิญต่อภาวะเครียด ซึ่งสรุปได้ดังนี้

เบอร์กแมน และ ซัยม์ (Berkman & Syme 1979 : 186-204) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่ในเมืองอลามา รัฐแคลิฟอร์เนีย จำนวน 6,928 คน โดยศึกษาติดตามนาน 9 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่แยกตัวออกจากสังคมมีอัตราการตายมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการติดต่อสัมพันธ์กับสังคมถึง 2.3 เท่า และ 2.8 เท่าในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชายและหญิงตามลำดับ โดยเขาได้อธิบายถึงการแยกตัวเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเจ็บป่วยไว้ดังนี้

1. การแยกตัวออกจากสังคมจะทำให้ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ นานม่น้อย ซึ่งอาจจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพไม่ดีตามมา
2. การแยกตัวออกจากสังคมจะทำให้เกิดความซึมเศร้า มีความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลง ซึ่งอาจจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายหรือมีพฤติกรรมเสี่ยง
3. การแยกตัวออกจากสังคมเป็นสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาของร่างกาย ซึ่งส่งผลให้บุคคลมีโอกาที่จะเป็นโรคได้ง่ายขึ้น

ลินน์และคนอื่น ๆ (Linn, et al 1979 : 108-119) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม เหตุการณ์เครียดในชีวิต และความเจ็บป่วยที่เป็นกลุ่มอาการทางจิตในกลุ่มตัวอย่างชาวอเมริกันเชื้อชาติจีนที่อยู่ในกรุงวอชิงตัน จำนวน 170 คน โดยสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกหรืออาการทางจิตที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนก่อนสำรวจ และวัดการสนับสนุนทางสังคมโดยสอบถามเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์และการปรับตัวทางสังคม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับกลุ่มอาการทางจิต

วอร์ทแมน (Wortman 1984 : 2532-2534) ได้สรุปผลงานของนักวิจัยหลายท่านและพยายามอธิบายกลไกของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพไว้ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมอาจจะมีอิทธิพลต่อภาวะเครียดที่เกิดขึ้น บุคคลที่มีการสนับสนุนอย่างเพียงพอจะได้รับการปกป้องไม่ให้ได้รับผลกระทบจากภาวะเครียด หรืออาจจะเกิดปัญหา

สุขภาพอันเนื่องมาจากความเครียดได้น้อย

2. การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการประเมินความหมาย หรือความรุนแรงของสถานการณ์ โดยบุคคลจะนำข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับความรุนแรงของเหตุการณ์เครียดและแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยในการเผชิญปัญหา มาใช้ในการประเมินเหตุการณ์เครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง

3. การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้อง และอาจจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับกลวิธีใหม่ ๆ ในการแก้ปัญหา ซึ่งจะทำให้บุคคลเผชิญภาวะเครียดได้ดีขึ้น

4. การสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมให้มีการเผชิญภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจให้มีพฤติกรรม การปรับตัวที่ดี

5. การสนับสนุนทางสังคมอาจมีผลต่อการเผชิญภาวะเครียดทางอ้อมโดยการกระตุ้นให้ผู้รับเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

โคเฮนและวิลส์ (Cohen & Wills 1985 : 310-357) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและความเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ บุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี เช่น ความวิตกกังวลและซึมเศร้า ภาวะสุขภาพจิตที่ไม่ดีนี้จะมีผลต่อสุขภาพด้านร่างกายโดยมีผลโดยตรงต่อกระบวนการทางสรีรวิทยา ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีโอกาสเกิดโรคได้ง่าย หรือมีพฤติกรรมเสี่ยง ทำให้เกิดโรคและตายได้มากขึ้น ซึ่งเขาได้อธิบายกลไกการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพของมนุษย์ไว้ 2 ประเด็นคือ

1. การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีความรู้สึกรับประกันในชีวิตและรู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง ซึ่งจะส่งผลต่อการทำงานของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ หรือระบบภูมิคุ้มกันโรค นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในสังคมยังช่วยให้บุคคลต่อสู้ปัญหาได้ดีขึ้น

2. เมื่อมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดภาวะเครียดบุคคลจะมีการปรับตัวต่อภาวะเครียดตามขั้นตอนของกระบวนการปรับตัว การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาความเครียดในขั้นตอนของการประเมินความเครียดหรือแปลความหมายของเหตุการณ์ โดยจะป้องกันไม่ให้เกิดความรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือและรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ในบุคคลที่มีความเครียด การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยทำให้บุคคลประเมินความเครียดใหม่ และช่วยยับยั้งพฤติกรรมปรับตัวที่ไม่ดี หรือช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถปรับตัวได้

คาสเซล (Cassel cited in Lindsey 1988 : 107) อธิบายว่า สิ่งเร้าทางสังคมและสิ่งแวดล้อมจะเปลี่ยนแปลงสมดุลย์ของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ และมีโอกาสเกิดโรค

ได้ง่าย บุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารและการป้องกันที่เพียงพอ บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยให้สามารถเผชิญความเครียด และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ดี

ทิลเดน และไวเนอร์ท (Tilden & Weinert 1987 : 614) ได้สรุปสมมุติฐานเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมอาจจะป้องกันการเกิดภาวะเครียด เช่น ความเครียดที่เกิดจากการอยู่คนเดียว
2. การสนับสนุนทางสังคมอาจจะช่วยบรรเทาความเครียดในขณะที่มีความเครียดเกิดขึ้นและช่วยลดผลกระทบของความเครียด เช่น ในกรณีที่ต้องเสียคู่สมรส บุคคลรอบข้างจะช่วยให้การสนับสนุนได้
3. การสนับสนุนทางสังคมมีผลในทางบวกต่อสุขภาพโดยตรง โดยที่อาจจะไม่เกี่ยวข้องกับความเครียด

ปัจจุบัน นักวิชาการให้ความสนใจเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันเพื่อพยายามอธิบายกลไกของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันลดลง ดังเช่นการศึกษาของมาเกลอร์ (Magloire cited in Antonuci 1990 : 216) ที่ศึกษาระดับความเข้มข้นของซีโรทอรี อิมมูโนโกลบูลิน เอ (Secretory immunoglobulin A ; S-IgA) ในช่วง 5 วันก่อนสอบ ระหว่างสอบ และหลังสอบ 14 วันของนักศึกษา พบว่ามีนักศึกษาที่มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูงในช่วงก่อนสอบมีความสม่ำเสมอของระดับ S-IgA สูงกว่านักศึกษาที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

มินเคลอร์, ซาตาเรียโน และแลงฮัวเซน (Minkler, Satariano and Langhuasen cited in Pender & Pender 1987 : 414) ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจำนวน 678 คน พบว่า ความผูกพันในสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ในกลุ่มตัวอย่างที่อายุต่ำกว่า 75 ปี กล่าวคือบุคคลที่มีความผูกพันทางสังคมมากจะมีภาวะสุขภาพที่ดี แต่ในกลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 75 ปี พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไม่มีนัยสำคัญ

ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2531 : 72) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 122 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

อัมพร ศิริวิสัย (2532 : ก) ศึกษาประสิทธิภาพของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเข้มแข็งของผู้อยู่สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค พบว่า ผู้อยู่สูงอายุ กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความเข้มแข็งน้อยกว่าผู้อยู่สูงอายุกลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

จากผลการศึกษาและวิจัยดังกล่าว พอสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเกิดขึ้นจากการมีสัมพันธภาพทางสังคมซึ่งอาจจะส่งเสริมให้บุคคลปรับตัวได้ดี สามารถเผชิญภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความเสื่อมถอยของร่างกายอันเนื่องมาจากความมีอายุเป็นสิ่งที่เราตรงที่ทุกความภาวะสมดุลของระบบทำให้ผู้อยู่สูงอายุต้องปรับตัว โดยมีการสนับสนุนทางสังคมซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งที่เอื้ออำนวยให้ผู้อยู่สูงอายุสามารถปรับตัวได้ นอกจากนี้ลักษณะเฉพาะของบุคคลซึ่งได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการปรับตัว ซึ่งเมื่อพิจารณาตามทฤษฎีการปรับตัวของรอย การสนับสนุนทางสังคม เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว รายได้ จัดเป็นสิ่งที่เราร่วมที่น่าจะมีส่วนต่อการปรับตัวของผู้อยู่สูงอายุ สิ่งเร้าดังกล่าวจะเป็นปัจจัยนำเข้าระบบทำให้ผู้อยู่สูงอายุปรับตัวโดยใช้กลไกการควบคุมและกลไกการรับรู้ ซึ่งผลของการปรับตัวจะแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมกรรมการปรับตัว 4 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์จิตใจ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีดำเนินการวิจัยเชิงบรรยายโดยมุ่งศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสระบุรีที่มีความแตกต่างกันตามเพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และรายได้ รวมทั้งศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัว

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนย่อยเขตเทศบาลเมืองสระบุรี ซึ่งมีทั้งหมด 15 ชุมชน จากการสำรวจของเทศบาลเมืองสระบุรีในปี พ.ศ.2534 พบว่ามีจำนวนประชากรทั้งหมด 672 คน

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาคัดเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) โดยมีรายละเอียดขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังนี้

1. แบ่งกลุ่มชุมชนในเขตเทศบาลเมืองสระบุรีออกเป็น 3 กลุ่ม ตามขนาดของชุมชน โดยอาศัยจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมดในชุมชนเป็นเกณฑ์ตัดสินดังนี้

1.1 ชุมชนขนาดเล็ก (มีจำนวนหลังคาเรือนน้อยกว่า 100 หลังคาเรือน) มีทั้งหมด 9 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนหลังอาชีวะ ชุมชนป่าสัก ชุมชนหลังบริษัทขนส่ง ชุมชนดาวเรือง ชุมชนเขาปิงเป้า ชุมชนโรงน้ำปลา ชุมชนประปา ชุมชนแก่งขนุน และชุมชนเชิงเขาจำนวนประชากรทั้งหมดในชุมชนขนาดเล็กมี 269 คน

1.2 ชุมชนขนาดกลาง (มีจำนวนหลังคาเรือน 100 – 200 หลังคาเรือน) มีทั้งหมด 5 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนบ้านมิ่ง ชุมชนเลื้อยบง ชุมชนบ้านอ้อย ชุมชนวัดศรีบุรีรัตนาราม ชุมชนวัดทองพุ่มพวง จำนวนประชากรทั้งหมดในชุมชนขนาดกลางมี 275 คน

1.3 ชุมชนขนาดใหญ่ (มีจำนวน 200 หลังคาเรือนขึ้นไป) มีเพียง 1 ชุมชนคือ ชุมชนเขาควา ซึ่งมีจำนวนประชากร 128 คน

2. คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรส่วนร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมด (ประกอบ กรรณสูตร $2525 : 10$) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 170 คน หลังจากนั้นคำนวณจำนวน

ผู้สูงอายุตัวอย่างในแต่ละกลุ่มชุมชนตามสัดส่วน ได้จำนวนตัวอย่างในชุมชนขนาดเล็ก 68 คน ชุมชนขนาดกลาง 70 คน และชุมชนขนาดใหญ่ 32 คน รวมทั้งหมด 170 คน

3. คัดเลือกชุมชนตัวอย่าง โดยให้มีสัดส่วนชุมชนตัวอย่างใกล้เคียงกับสัดส่วนจำนวนชุมชนในแต่ละกลุ่มโดยวิธีการจับสลาก ได้ชุมชนตัวอย่างดังนี้คือ ชุมชนแก่งขนุน ชุมชนป่าสัก ชุมชนหลังอาชีวะ จากกลุ่มชุมชนขนาดเล็ก และชุมชนวัดพระศรีวิสุทธิธรรมาราม ชุมชนวัดทองพุ่มพวง จากกลุ่มชุมชนขนาดกลาง ส่วนชุมชนขนาดใหญ่มีเพียงชุมชนเดียว จึงนำมาศึกษาโดยไม่ได้จับสลาก

4. กำหนดจำนวนผู้สูงอายุตัวอย่างในแต่ละชุมชนตัวอย่างตามสัดส่วนได้จำนวนตัวอย่างในแต่ละชุมชนตัวอย่างดังนี้คือ ชุมชนแก่งขนุน 44 คน ชุมชนป่าสัก 14 คน ชุมชนหลังอาชีวะ 10 คน ชุมชนวัดพระศรีวิสุทธิธรรมาราม 42 คน ชุมชนวัดทองพุ่มพวง 28 คน และชุมชนเขาคุบา 32 คน

5. เลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) จนครบตามจำนวนที่ต้องการในแต่ละชุมชนโดยจะเลือกผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นผู้วิจัยในชุมชนตัวอย่าง ซึ่งจะเป็นผู้ใดก็ได้ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ที่มาของรายได้ และโรคประจำตัว
2. แบบสอบถามการสัมผัสทางสังคมของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษาค้นคว้าตำรา รายงานต่าง ๆ และดัดแปลงจากแบบวัดการสัมผัสทางสังคมของฉวีวรรณ แก้วพรหมโดยอาศัยแนวคิดของคอบบ์ (Cobb) และเชฟเฟอร์และคนอื่นๆ (Schaefer, et al) ซึ่งประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับ

การสัมผัสด้านอารมณ์	6	ข้อ
การสัมผัสด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า	4	ข้อ
การสัมผัสด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	5	ข้อ
การสัมผัสด้านข้อมูลข่าวสาร	5	ข้อ
การสัมผัสด้านสิ่งของ	5	ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ช่วงดังนี้

ไม่จริงเลย หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริง
ที่ผู้ตอบได้รับเลย

เป็นจริงเล็กน้อย หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริง
ที่ผู้ตอบได้รับบ้างเล็กน้อย

เป็นจริงปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริง
ที่ผู้ตอบได้รับเพียงครึ่งหนึ่ง

เป็นจริงส่วนมาก หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริง
ที่ผู้ตอบได้รับเป็นส่วนใหญ่

เป็นจริงมากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริง
ที่ผู้ตอบได้รับทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนนกำหนดดังนี้

ถ้าเลือกตอบ	ไม่จริงเลย	ได้	1	คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	เป็นจริงเล็กน้อย	ได้	2	คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	เป็นจริงปานกลาง	ได้	3	คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	เป็นจริงส่วนมาก	ได้	4	คะแนน
ถ้าเลือกตอบ	เป็นจริงมากที่สุด	ได้	5	คะแนน

ดังนั้นคะแนนการสนับสุนทางสังคมมีค่าต่ำสุด 25 คะแนน ค่าสูงสุด 125 คะแนน

คะแนนสูง หมายถึง การสนับสุนทางสังคมมาก คะแนนต่ำหมายถึงการสนับสุนทางสังคมน้อย

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น

การหาความเที่ยงตรง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสุนทางสังคมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ
พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบ
ด้วย

อาจารย์สาขาสังคมสงเคราะห์ 1 ท่าน

อาจารย์สาขาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา 1 ท่าน

อาจารย์สาขาพยาบาลที่ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาลจิตสังคม 3 ท่าน

หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข
เพื่อให้มีความชัดเจนตามเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษา และการเรียงลำดับข้อความตามความ
เห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเช่นเดียวกับ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 20 ราย แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ซึ่งมีสูตรดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S^2 i}{S^2_x} \right]$$

α = ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

$\sum S^2 i$ = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนที่ได้จากแบบวัดแต่ละข้อ

S^2_x = ความแปรปรวนของข้อคำถามทั้งหมด

n = จำนวนข้อของแบบวัดทั้งหมด

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม = 0.94

3. แบบสอบถามการปรับตัวของผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร รายงานการวิจัยต่าง ๆ โดยอาศัยกรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอบแบบสอบถามชุดนี้ มีทั้งหมด 54 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อความที่ถามเกี่ยวกับอาการหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และความรู้สึกของผู้สูงอายุในด้านการปรับตัวตามความต้องการของร่างกาย ได้แก่ ความต้องการออกซิเจน อาหาร การขับถ่าย กิจกรรมและการพักผ่อน การค้ำยันร่างกาย น้ำและเกลือแร่ และการรับรู้ความรู้สึกข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 21 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ

หมายเลข 1 ปรับตัวไม่ได้	หมายถึง มีการปรับตัวด้านร่างกายอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุงแก้ไข
หมายเลข 2 ปรับตัวได้ไม่ดี	หมายถึง มีการปรับตัวด้านร่างกายอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ
หมายเลข 3 ปรับตัวได้ปานกลาง	หมายถึง มีการปรับตัวด้านร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง
หมายเลข 4 ปรับตัวได้ดี	หมายถึง มีการปรับตัวด้านร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์การให้คะแนน

ปรับตัวไม่ได้	ให้	1	คะแนน
ปรับตัวได้ไม่ดี	ให้	2	คะแนน
ปรับตัวได้ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
ปรับตัวได้ดี	ให้	4	คะแนน

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อความซึ่งถามเกี่ยวกับความรู้สึกและการปฏิบัติของผู้สูงอายุ
รวม 33 ข้อ โดยถามเกี่ยวกับ

การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์	15	ข้อ
การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่	10	ข้อ
การปรับตัวด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกัน	8	ข้อ

ลักษณะของข้อความมีทั้งความหมายในทางบวกและลบ ข้อความในทางบวกได้แก่
ข้อ 1, 8, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 24, 25, 26, 29, 30 ส่วนข้อความในทางลบ
ได้แก่ข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 28, 31,
32, 33

ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ช่วง ดังนี้

ไม่มีหรือน้อยครั้งมาก	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกหรือการปฏิบัติตามข้อความนั้นเลยหรือ มีความรู้สึกหรือการปฏิบัติตามข้อความนั้นเล็กน้อย
บางครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกหรือการปฏิบัติตามข้อความนั้นปานกลาง
บ่อยครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกหรือการปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นส่วนมาก
เกือบทุกครั้งหรือตลอดเวลา	หมายถึง	มีความรู้สึกหรือการปฏิบัติตามข้อความนั้นมากที่สุดหรือมี ความรู้สึกหรือการปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำ

เกณฑ์การให้คะแนนกำหนดดังนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก

เลือกตอบ	ไม่มีหรือน้อยครั้งมาก	ได้	1	คะแนน
เลือกตอบ	บางครั้ง	ได้	2	คะแนน
เลือกตอบ	บ่อยครั้ง	ได้	3	คะแนน
เลือกตอบ	เกือบทุกครั้งหรือตลอดเวลา	ได้	4	คะแนน

ข้อความที่มีความหมายทางลบ

เลือกตอบ	ไม่มีหรือน้อยครั้งมาก	ได้	4	คะแนน
เลือกตอบ	บางครั้ง	ได้	3	คะแนน
เลือกตอบ	บ่อยครั้ง	ได้	2	คะแนน
เลือกตอบ	เกือบทุกครั้งหรือตลอดเวลา	ได้	1	คะแนน

ดังนั้นคะแนนการปรับตัวของผู้สูงอายุมีค่าต่ำสุด 54 คะแนน และสูงสุด 216 คะแนน

คะแนนสูง หมายถึงการปรับตัวดี คะแนนต่ำหมายถึง การปรับตัวไม่ดี

การหาค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น

การหาความเที่ยงตรง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปรับตัวของผู้สูงอายุให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีการพยาบาล 3 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 2 ท่าน

หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีความชัดเจนตามเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษาและการเรียงลำดับข้อความตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเชื่อมั่น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการปรับตัวไปทดลองใช้เพื่อหาความเชื่อมั่นโดยวิธีเดียวกับแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองพร้อมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 ท่าน โดยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงนายกเทศมนตรีเทศบาลเมืองสระบุรี เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการกองอนามัยและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองสระบุรี และหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพเพื่อแนะนำตัวและชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนดังนี้

1. เลือกและขอความร่วมมือผู้ช่วยวิจัย 1 ท่าน ตามที่ผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติไว้ดังนี้
 - 1.1 เป็นพยาบาลวิชาชีพ
 - 1.2 เป็นผู้ที่มีความคุ้นเคยกับชุมชนตัวอย่าง
 - 1.3 มีความสนใจและต้องการเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ผู้ช่วยวิจัยเป็นอาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสระบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามที่คุณวิจัยกำหนดไว้

2. เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 2.1 อธิบายความเป็นมาของการวิจัย วัตถุประสงค์ และความสำคัญของการเก็บ

รวบรวมข้อมูล

2.2 อธิบายรายละเอียดของแบบสอบถาม วิธีการสัมภาษณ์และวิธีการบันทึกคำตอบของแต่ละข้อ

2.3 ผู้วิจัยสาธิตวิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในชุมชนให้ผู้ช่วยวิจัยดูเป็นตัวอย่างนับตั้งแต่ การแนะนำตัว การอธิบายวัตถุประสงค์ในการศึกษา การขอความร่วมมือวิธีวิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามและวิธีการจดบันทึกคำตอบ

2.4 ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถาม พร้อมทั้งจดบันทึกคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์ลงในแบบสอบถาม โดยมีผู้วิจัยร่วมฟังการสัมภาษณ์ และจดบันทึกคำตอบลงในแบบสอบถามของผู้วิจัยอีก 1 ฉบับ จากนั้นจึงแบบสอบถามที่ผู้ช่วยวิจัยบันทึกคำตอบมาตรวจสอบคำตอบกับแบบสอบถามที่ผู้วิจัยบันทึกว่ามีข้อใดไม่ตรงกัน จากผลการตรวจสอบพบว่าผู้ช่วยวิจัยบันทึกคำตอบไม่ตรงกับผู้วิจัยทั้งหมด ผู้วิจัยจึงได้อธิบายเพิ่มเติมในส่วนที่เข้าใจไม่ตรงกัน หลังจากนั้นก็ให้ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายใหม่ และตรวจสอบคำตอบเช่นเดียวกันนี้อีกก็ยังพบว่าบันทึกคำตอบไม่ตรงกันทั้งหมด ผู้วิจัยจึงให้ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายใหม่ต่อไปอีกจนรายที่ 10 ผู้ช่วยวิจัยจึงสัมภาษณ์และบันทึกคำตอบได้ตรงกันทั้งหมด และต่อจากนั้นก็สามารถสัมภาษณ์และบันทึกคำตอบที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างรายที่ 11 และ 12 ได้ตรงกันทั้งหมดอีก ผู้วิจัยจึงให้ผู้ช่วยวิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลได้

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันจันทร์ – วันศุกร์ เวลา 9.00 น. – 17.00 น. ระหว่างวันที่ 20 พฤษภาคม 2536 ถึง 5 กรกฎาคม 2536

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเดินทางไปเก็บข้อมูลในชุมชนเขาคูบา ซึ่งเป็นชุมชนขนาดใหญ่ ก่อนโดยมีอาสาสมัครหมู่บ้าน หรือกรรมการชุมชนเป็นผู้นำทางไปหากกลุ่มตัวอย่างตามบ้านในชุมชน เมื่อพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจึงแยกกันดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้แนะนำตัว และอธิบายวัตถุประสงค์การศึกษาพร้อมทั้งขอความร่วมมือก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้ง เมื่อได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างแล้วจึงดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการปรับตัว และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมตามลำดับ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายประมาณ 25-60 นาที

5. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวนตัวอย่างในชุมชนเขาคูบา หลังจากนั้นก็เดินทางไปเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนแห่งใหม่ต่อไป คือ ชุมชนวัดพระศรีรัตนาราม ชุมชนวัดทองพุ่มพวง ชุมชนหลังอาชีวะ ชุมชนป่าสัก และชุมชนแก่งขนุนตามลำดับ จนครบ 170 ราย

6. นำแบบสอบถามมาให้คะแนน และนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS* (Statistical Package for the Social Sciences) ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2. คำนวณค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม และคะแนนการปรับตัวรายข้อ รายด้าน และโดยรวม

3. ประเมินค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวที่คำนวณได้จากเกณฑ์ ซึ่งกำหนดจากจุดกึ่งกลางของแต่ละช่วงคะแนนดังนี้

เกณฑ์การประเมินคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00 - 1.49 หมายถึง ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.50 - 2.49 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.50 - 3.49 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.50 - 4.49 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 4.50 - 5.00 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุด

เกณฑ์การประเมินคะแนนเฉลี่ยของคะแนนการปรับตัว

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.00 - 1.49 หมายถึง ปรับตัวไม่ได้

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 1.50 - 2.49 หมายถึง ปรับตัวได้ไม่ดี

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2.50 - 3.49 หมายถึง ปรับตัวได้ปานกลาง

ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.50 - 4.00 หมายถึง ปรับตัวได้ดี

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้สูงอายุโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) แล้วทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าที (t-test)

5. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้สูงอายุที่มีเพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และรายได้ แตกต่างกันโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) ซึ่งในการวิเคราะห์ได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุน

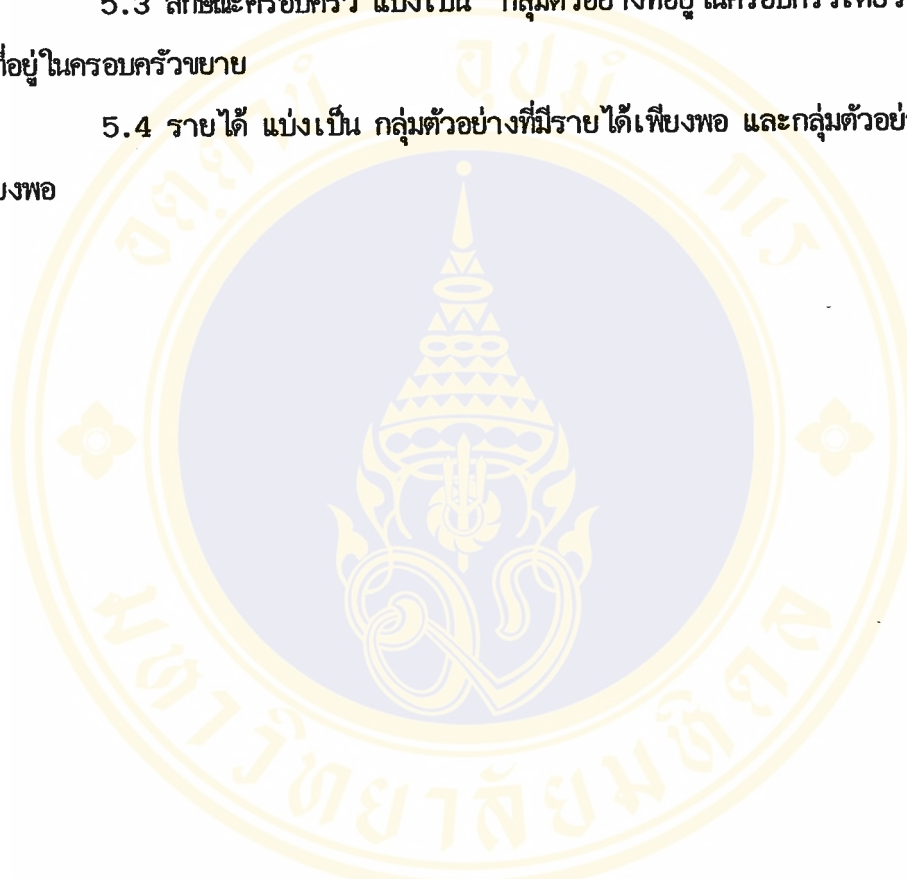
เส้นทางสังคมและการปรับตัวดังนี้

5.1 เพศ แบ่งเป็น เพศหญิงและเพศชาย

5.2 สถานภาพสมรส แบ่งเป็น กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ และกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว

5.3 ลักษณะครอบครัว แบ่งเป็น กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว และกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในครอบครัวขยาย

5.4 รายได้ แบ่งเป็น กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เพียงพอ และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เพียงพอ



บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี และเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามเพศ สถานภาพสมรส ลักษณะของครอบครัว และรายได้ซึ่งผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัว

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัว

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวที่มีการแตกต่างตามเพศ สถานภาพสมรส ลักษณะของครัวและรายได้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน(N = 170 คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	75	44.1
	หญิง	95	55.9
อายุ	60 – 69	92	54.1
	70 – 79	58	34.1
	80 ขึ้นไป	20	11.8
สถานภาพสมรส	คู่	95	55.9
	เดี่ยว	75	44.1
	โสด	1	0.6
	หม้าย	65	38.2
	หย่า	1	0.6
	แยก	8	4.7
ลักษณะครอบครัว			
ครอบครัวเดี่ยว		60	35.3
ครอบครัวขยาย		110	64.7

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 55.9 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 54.1 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี มีเพียงร้อยละ 11.8 ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป สถานภาพสมรสส่วนใหญ่ร้อยละ 55.9 มีสถานภาพสมรสคู่ รองลงมาคือร้อยละ 38.2 มีสถานภาพสมรสหม้ายและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในครอบครัวขยายร้อยละ 64.7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม รายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของ รายได้ และแหล่งที่มาของรายได้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน(N = 170 คน)	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 1,000 บาท	68	40.0
1,000 – 2,000 บาท	44	25.9
2,001 – 3,000 บาท	24	14.1
มากกว่า 3,000 บาทขึ้นไป	34	20.0
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	106	62.4
ไม่เพียงพอ	64	37.6
แหล่งที่มาของรายได้*		
บุตรหลาน	110	56.7
คู่สมรส	15	7.7
บ้านญาติ	7	3.6
ค่าเช่า ดอกเบี้ย	8	4.1
ทำงานด้วยตนเอง	54	27.8

* กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายอาจมีแหล่งที่มาของรายได้ มากกว่า 1 แหล่ง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 40.0 มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท มีรายได้เพียงพอร้อยละ 62.4 และรายได้ส่วนใหญ่จะมาจากบุตรหลานให้ คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมาได้จากการทำงานด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 27.8

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม การศึกษา อาชีพ และการมีโรคประจำตัว

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (N = 170 คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียนหนังสือ		63	37.0
ประถมศึกษา		98	57.6
มัธยมศึกษา		8	4.7
อาชีวศึกษา		1	0.6
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ		116	68.2
ประกอบอาชีพ		54	31.8
โรคประจำตัว			
มี		72	42.4
ไม่มี		98	57.6

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.6 มีเพียงส่วนน้อยร้อยละ 0.6 ที่ได้รับการศึกษาในระดับอาชีวศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 68.2 และไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 57.6

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม โรคประจำตัว

โรคประจำตัว*	จำนวน	ร้อยละ
ความดันโลหิตสูง	26	25.5
ปวดเข่า	23	22.5
เบาหวาน	10	9.8
โรคหัวใจ	8	7.8
โรคหอบหืด	7	6.9
โรคกระเพาะอาหาร	5	4.9
ปวดหลัง	5	4.9
โรคปอด	5	4.9
ความดันโลหิตต่ำ	3	2.9
โรคสีดวงทวาร	3	2.9
โรคไต	2	1.9
ไส้เลื่อน	2	1.9
มะเร็งกระเพาะ	1	0.9
โรคเรื้อน	1	0.9
อัมพาตครึ่งซีก	1	0.9

* กลุ่มตัวอย่างแต่ละรายอาจมีมากกว่า 1 โรค

จากตารางที่ 4 พบว่าโรคประจำตัวที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรกมีดังนี้ ความดันโลหิตสูง ปวดเข่า เบาหวาน โรคหัวใจ และโรคหอบหืด คิดเป็นร้อยละ 25.5, 22.5, 9.8, 7.8 และ 6.9 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูล เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัว

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายของคะแนน การสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับยกย่อง และเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและรายข้อย่อย

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	แปลความหมาย ของระดับคะแนน
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.10	0.74	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านอารมณ์	3.23	0.93	ปานกลาง
1. ความรู้สึกอบอุ่น	3.55	1.11	มาก
2. ความเห็นอกเห็นใจ	3.22	1.24	ปานกลาง
3. การระบายความรู้สึก	2.98	1.18	ปานกลาง
4. การแสดงความห่วงใย	3.04	1.31	ปานกลาง
5. การได้รับความสนใจ	3.40	1.31	ปานกลาง
6. ความรู้สึกไว้วางใจ	3.23	1.28	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่อง และเห็นคุณค่า	3.08	0.90	ปานกลาง
7. การได้รับความเคารพนับถือ	3.66	1.08	มาก
8. การยอมรับความคิดเห็น	3.31	1.22	ปานกลาง
9. การมาขอคำปรึกษา	2.86	1.24	ปานกลาง
10. การได้รับความชมเชย	2.37	1.39	น้อย
การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	3.35	0.80	ปานกลาง
11. การทักทายจากบุคคลรอบข้าง	3.94	.96	มาก
12. การมีโอกาสดแสดงความคิดเห็น	2.98	1.34	ปานกลาง
13. การร่วมมือกันทำกิจกรรม	4.14	1.06	มาก
14. การรับรู้ปัญหาของบุคคลรอบข้าง	2.66	1.38	ปานกลาง
15. ความรู้สึกมีส่วนร่วมในครอบครัว	3.05	1.33	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับยกย่อง และเห็นคุณค่า และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก 4 ข้อ ในเรื่องการได้รับความอบอุ่น การได้รับความเคารพนับถือ การทักทายจากคนรอบข้าง และการร่วมมือกันทำกิจกรรม มีเพียง 1 ข้อ ที่มีคะแนนในระดับน้อย คือ การได้รับความชมเชย

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายของคะแนน การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ จำแนกตามรายด้านและรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	แปลความหมาย ของระดับคะแนน
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	2.10	0.98	น้อย
16. คำแนะนำเกี่ยวกับการแก้ไข ปัญหาสุขภาพ	2.29	1.31	น้อย
17. ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ของร่างกายและจิตใจ	1.82	1.15	น้อย
18. คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี	2.01	1.19	น้อย
19. คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกัน อุบัติเหตุหรือความเจ็บป่วย	1.88	1.17	น้อย
20. คำแนะนำเกี่ยวกับสถานบริการ สุขภาพและแหล่งประ โยชน์	2.53	1.32	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านสิ่งของ	3.71	1.09	มาก
21. ความช่วยเหลือในการทำกิจวัตร ประจำวัน	3.06	1.63	ปานกลาง
22. การจัดหาสิ่งของเครื่องใช้	3.47	1.58	ปานกลาง
23. การช่วยเหลือด้านการเงิน	3.80	1.33	มาก
24. การพาไปตรวจสุขภาพหรือ ไปธุระนอกบ้าน	4.11	1.44	มาก
25. การดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย	4.23	1.18	มาก

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยและมีคะแนนการสนับสนุนด้านสิ่งของส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก มีเพียง 2 ข้ออยู่ในระดับปานกลางคือในเรื่อง ความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และการจัดหาสิ่งของเครื่องใช้

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายของคะแนน การปรับตัว
จำแนกตามการปรับตัวโดยรวม การปรับตัวด้านร่างกายและรายชื่อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	แปลความหมาย ของระดับคะแนน การปรับตัว
การปรับตัวโดยรวม	3.29	0.30	ปานกลาง
การปรับตัวด้านร่างกาย	3.31	0.34	ปานกลาง
1. อาการเวียนศีรษะหน้ามืด	3.18	0.84	ปานกลาง
2. อาการไอ	3.24	1.11	ปานกลาง
3. อาการเหนื่อยหอบหายใจลำบาก	3.44	0.75	ปานกลาง
4. อาการเบื่ออาหาร	3.37	0.84	ปานกลาง
5. ปริมาณอาหารที่รับประทาน	3.46	0.82	ปานกลาง
6. ความสามารถในการเคี้ยวอาหาร	2.61	1.04	ปานกลาง
7. อาการแน่นอึดอัดท้อง	3.46	0.96	ปานกลาง
8. อาการท้องผูก	3.26	1.06	ปานกลาง
9. ความสะดวกในการขับถ่ายปัสสาวะ	3.81	0.58	ดี
10. อาการปัสสาวะบ่อย	3.49	0.79	ปานกลาง
11. ความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อ	3.45	0.63	ปานกลาง
12. การออกกำลังกาย	1.92	1.30	ไม่ดี
13. การพักผ่อนหรือทำกิจกรรมที่ชอบ	3.01	1.31	ปานกลาง
14. การนอนหลับ	3.51	0.71	ดี
15. อาการอ่อนเพลีย	3.44	0.78	ปานกลาง
16. ลักษณะผิวหนัง	3.55	1.01	ดี
17. การควบคุมอุณหภูมิ	3.76	0.52	ดี
18. ปริมาณน้ำดื่ม/วัน	3.46	0.79	ปานกลาง
19. ไม่มีอาการบวม	3.82	0.62	ดี
20. ความสามารถในการมองเห็น	2.72	1.17	ปานกลาง
21. ความสามารถในการได้ยิน	3.75	0.61	ดี

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปรับตัวโดยรวม และการปรับตัวด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณารายชื่อพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน มีเพียง 6 ข้อ มีคะแนนอยู่ในระดับดี และมีเพียง 1 ข้อที่มีคะแนนอยู่ในระดับปรับตัวได้ไม่ดี คือ ในเรื่องของการออกกำลังกาย

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายของ คะแนนการปรับตัว
จำแนกตามการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์และรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	แปลความหมาย ของระดับคะแนน การปรับตัว
การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์	3.12	0.44	ปานกลาง
1. ความรู้สึกต่อรูปร่าง	3.59	0.88	ดี
2. ความรู้สึกต่อความเสื่อมโทรมของร่างกาย	3.30	0.83	ปานกลาง
3. ความรู้สึกต่อสมรรถภาพการทำงาน	2.99	0.89	ปานกลาง
4. ความรู้สึกต่อการมีเพศสัมพันธ์	2.69	1.46	ปานกลาง
5. การยอมรับความเจ็บป่วยหรือความตาย	3.68	0.70	ดี
6. ความกลัวว่าจะไม่มีเงินใช้จ่าย	2.59	1.21	ปานกลาง
7. ความห่วงกังวลบุตรหลาน	2.36	1.14	ไม่ดี
8. การปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง	3.66	0.65	ดี
9. ความรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว	3.31	0.88	ปานกลาง
10. ความรู้สึกสมหวัง	2.91	0.96	ปานกลาง
11. ความรู้สึกต่อการกระทำที่ ไม่ประสบผลสำเร็จ	3.08	0.79	ปานกลาง
12. ความรู้สึกหงุดหงิดไม่ไหวง่าย	2.88	0.91	ปานกลาง
13. ความท้อแท้สิ้นหวัง	3.22	0.95	ปานกลาง
14. ความภูมิใจในตนเอง	3.46	0.98	ปานกลาง
15. ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า	3.12	1.11	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์โดยรวมและ
คะแนนรายข้อส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีเพียง 3 ข้อที่อยู่ในระดับดีคือ ในเรื่องความรู้สึก
พอใจในรูปร่างของตนเอง การยอมรับความเจ็บป่วยหรือความตาย และการปฏิบัติในสิ่งที่ถูกต้อง
และมี 1 ข้อที่มีคะแนนอยู่ในระดับปรับตัวได้ไม่ดี คือการเป็นห่วงและกังวลเกี่ยวกับบุตรหลาน

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลความหมายของคะแนน การปรับตัว
ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาร่วมกันและกัน จำแนกตามรายด้านและรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	แปลความหมาย ของระดับคะแนน การปรับตัว
การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่	3.47	0.37	ปานกลาง
16. การสนใจฟังคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ	3.60	0.85	ดี
17. การระมัดระวังตนเอง ไม่ให้เกิด อุบัติเหตุหรือความเจ็บป่วย	3.72	0.75	ดี
18. การทำจิตใจให้สงบ	3.55	0.81	ดี
19. การไม่รับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย	3.49	0.95	ปานกลาง
20. ความรู้สึกวิตกกังวลที่ไม่สามารถ ทำงานหาเงิน ได้เหมือนเดิม	2.94	1.09	ปานกลาง
21. ความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว	3.52	0.75	ดี
22. ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ ต่อครอบครัว	2.98	0.94	ปานกลาง
23. ความรู้สึกต่อการกระทำที่ของตนเอง ต่อครอบครัว	3.41	0.83	ปานกลาง
24. ความร่วมมือในการทำกิจกรรมในชุมชน	3.71	0.66	ดี
25. การเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้อื่น	3.80	0.64	ดี
การปรับตัวด้านการพึ่งพาร่วมกันและกัน	3.35	0.44	ปานกลาง
26. การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น	2.61	1.36	ปานกลาง
27. ความรู้สึกในการพึ่งพาผู้อื่น	2.19	1.28	ไม่ดี
28. ความต้องการการดูแลช่วยเหลือ	3.95	0.27	ดี
29. การให้ความช่วยเหลือผู้อื่น	3.83	0.60	ดี
30. ความรู้สึกต่อการเป็นที่พึ่งแก่ผู้อื่น	3.81	0.62	ดี
31. ความรู้สึกห่างเหินจากผู้อื่น	3.60	0.69	ดี
32. ความรู้สึกเหงา ว้าเหว่	3.44	0.84	ปานกลาง
33. ความรู้สึก ไม่มีใครเอาใจใส่ตนเอง	3.42	0.85	ปานกลาง

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาร่วมกันและกัน อยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนการปรับตัวรายข้อ อยู่ในระดับปรับตัวได้ไม่ดี
1 ข้อ คือ ในเรื่องความรู้สึกในการพึ่งพาผู้อื่น

ส่วนที่ 3 ข้อมูล เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัว

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการสนับสนุนทางสังคมรายด้านและ
โดยรวมกับการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับ การปรับตัว	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
การสนับสนุนทางสังคมรายด้าน	
ด้านอารมณ์	.4030***
ด้านการยอมรับยกย่อง และเห็นคุณค่า	.3791***
ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	.3783***
ด้านข้อมูลข่าวสาร	.1016 ^{NS}
ด้านสิ่งของ	.3974***
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	.4218***

*** $p < .001$, NS $P > .05$

จากตารางที่ 10 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4218$) และยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับยกย่อง และเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และด้านสิ่งของ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นกัน ($r = .4030$, $r = .3791$, $r = .3783$, $r = .3974$ ตามลำดับ) ส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัว

จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และรายได้ของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม และคะแนนการปรับตัวที่มีเพศต่างกัน

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	t
การสนับสนุนทางสังคม			
ชาย	76.4400	16.674	-0.72 ^{NS}
หญิง	78.4947	19.949	
การปรับตัว			
ชาย	179.9467	15.684	1.29 ^{NS}
หญิง	176.6842	16.985	

NS

$p > .05$

จากตารางที่ 11 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตามเพศอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม และคะแนนการปรับตัวที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	t
การสนับสนุนทางสังคม			
สถานภาพสมรสคู่	77.2105	16.377	-0.29 ^{NS}
สถานภาพสมรสเดี่ยว	78.0667	21.091	
การปรับตัว			
สถานภาพสมรสคู่	180.3053	15.897	1.96*
สถานภาพสมรสเดี่ยว	175.3600	18.842	

^{NS} $p > .05$, * $p < .05$

จากตารางที่ 12 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันตามสถานภาพสมรสอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมและคะแนนการปรับตัวที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกัน

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	t
การสนับสนุนทางสังคม			
ครอบครัวเดี่ยว	73.9833	18.635	1.89*
ครอบครัวขยาย	79.5545	18.291	
การปรับตัว			
ครอบครัวเดี่ยว	176.9833	14.299	0.67 ^{ns}
ครอบครัวขยาย	178.7455	17.553	

^{NS} $p > .05$ * $p < .05$

จากตารางที่ 13 พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยาย มีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการปรับตัวของผู้สูงอายุอายุมีความแตกต่างกันตามลักษณะครอบครัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมและคะแนนการปรับตัวที่มีรายได้แตกต่างกัน

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	t
การสนับสนุนทางสังคม			
รายได้เพียงพอ	80.8585	18.769	3.03**
รายได้ไม่เพียงพอ	72.1719	16.978	
การปรับตัว			
รายได้เพียงพอ	182.2830	13.904	4.20***
รายได้ไม่เพียงพอ	171.2344	18.082	

** $p < .01$ *** $p < .001$

จากตารางที่ 14 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ มีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ มีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองสระบุรี จำนวน 170 ราย ผลการศึกษา แยกอภิปรายตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4218$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานดังกล่าว แสดงว่าผู้สูงอายุมีการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวที่เป็นไปในลักษณะคล้อยตามกัน หรือมีทิศทางเดียวกัน นั่นคือถ้าผู้สูงอายุมีการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีการปรับตัวดี ทั้งนี้สามารถ อภิปรายได้ว่าผู้สูงอายุอยู่ในช่วงวัยที่ต้องปรับตัวต่อความเครียดหรือการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของ ความเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ประกอบกับความสามารถในการปรับตัวของผู้ สูงอายุลดลงจึงทำให้ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เพื่อตอบสนอง ความต้องการพื้นฐานและสามารถเผชิญภาวะเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลที่ได้รับการสนับสนุน ทางสังคมอย่างเพียงพอจะช่วยให้สามารถเผชิญความเครียด และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ได้ดี (Lindsey 1988 : 107) ทั้งนี้เพราะการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ ที่ดีมีความรู้สึกมั่นคงในชีวิต รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า อีกทั้งยังช่วยบรรเทาความเครียด และส่งเสริม ให้มีการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม (Cohen & Wills 1985 : 310-357) ผลการศึกษาค้นคว้านี้ สอดคล้องกับการศึกษาของแมคเน็ตท์ (Mc Nett 1987: 98-102) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหาในผู้พิการ โดยอธิบายว่าการสนับสนุนทาง สังคมที่บุคคลได้รับจะทำให้มีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถควบคุมตนเองได้ และแก้ปัญหาได้อย่างตรงจุด นั่นคือสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของ ฉวีวรรณ แก้วพรหม (2531 : 72) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับ อัมพร ศิริลย์ (2532 : ก) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความ ชื่นเฝ้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความชื่น เฝ้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุน ทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และ ด้านสิ่งของมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4030$, $r = .3791$, $r = .3974$ ตามลำดับ) ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุมี

ความต้องการความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ การยอมรับและความเคารพยกย่องจากบุคคลในครอบครัว รวมทั้งต้องการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมสามารถตอบสนองความต้องการดังกล่าวได้โดยจะเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลเชื่อว่ามีคนรัก คนสนใจมีคนที่คอยปกป้องและมองเห็นคุณค่าและรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Cobb 1976 : 300) การใช้เวลาเปี่ยมเปี่ยมกับผู้สูงอายุ ได้มีโอกาสพูดคุยระบายความรู้สึกหรือเล่าเรื่องราวต่าง ๆ และการแสดงความเห็นอกเห็นใจ เมื่อมีเรื่องเดือดร้อนหรือเจ็บป่วย จะทำให้ผู้สูงอายุคลายความทุกข์ใจ คลายเหงาและลดความเบื่อหน่ายลงได้ นอกจากนี้การให้ความเคารพยกย่อง การขอคำแนะนำปรึกษาและการยอมรับชื่นชมในความสามารถของผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความภาคภูมิใจ และรู้สึกว่าตนเองยังมียุทธศาสตร์สำหรับผู้อื่น จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนในเรื่องของการเคารพนับถือและยกย่องอยู่ในระดับมากแสดงว่าปัจจุบันยังคงให้ความสำคัญและมองเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับในอดีต การตอบสนองความต้องการในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคมเช่นการพักผ่อน การให้โอกาสแสดงความคิดเห็น การเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนช่วยเหลือครอบครัวซึ่งอาจเป็นต้นแบบหรือการช่วยเหลือ กิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเองมากยิ่งขึ้น (Yurick, et al. 1980 : 31) ซึ่งจะส่งผลให้มีการปรับตัวดีขึ้น เช่นการศึกษาของ กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ (2527 : 67-68) พบว่าผู้ที่เกษียณอายุที่มีส่วนร่วมในสังคมมาก จะปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีส่วนร่วมในสังคมน้อย นอกจากนี้ ฉันทนา กาญจนพันธ์ (2529 : 52) ยังพบว่าอัตราในทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเข้าร่วมกิจกรรม นั่นคือผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมมากจะมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ดี สำหรับการสนับสนุนด้านสิ่งของแรงงานมีความสัมพันธ์กับการปรับตัว อภิปรายได้ว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่สูญเสียด้านการงาน สมรรถภาพการทำงานลดลงทำให้รายได้ลดน้อยลงลงจึงเห็นได้จากผลการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งไม่ได้ประกอบอาชีพคิดเป็นร้อยละ 68.2 จึงมีความต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและจากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.4 มีโรคประจำตัวซึ่งแสดงถึงความเสื่อมสมรรถภาพของร่างกาย บางคนไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ จึงต้องการการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันตามความจำเป็น รวมทั้งการจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น ดังนั้นการได้รับการสนับสนุนด้านสิ่งของ แรงงานอย่างเพียงพอจึงถือว่ามีประโยชน์กับผู้สูงอายุมีปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตซึ่งจะส่งผลให้มีการปรับตัวดีขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .1016, p > .05$) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐาน

ในข้อนี้ นั่นคือไม่ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมากหรือน้อยก็ไม่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ ซึ่งขัดแย้งกับความเชื่อที่ว่า การให้ข้อมูลข่าวสารความรู้หรือคำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองและช่วยให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นได้ (Caplan Cited in Jacobson 1986 : 252) ทั้งนี้ก็ปรากฏเหตุผลได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 54.1 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี ซึ่งนับว่าเป็นช่วงวัยที่มีความเสื่อมโทรมไม่มากนัก และมากกว่าครึ่งหนึ่งคือร้อยละ 57.6 ยังไม่มีโรคประจำตัวซึ่งอาจกล่าวได้ว่า โดยส่วนใหญ่แล้วผู้สูงอายุกลุ่มนี้ไม่มีสุขภาพดี ดังนั้นผู้สูงอายุจึงอาจจะมีความต้องการความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับการแก้ไข้ปัญหาและการดูแลสุขภาพน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับความต้องการการช่วยเหลือด้านอื่นๆ เช่น การช่วยเหลือด้านสิ่งของเงินทองซึ่งนับว่ามีความสำคัญอย่างมากในการจัดหาปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นในการดำรงชีวิต การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อการปรับตัวในระยะแรกของการเปลี่ยนแปลงบทบาทและสถานภาพในครอบครัวและสังคม ดังนั้นถึงแม้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารน้อย แต่ถ้าได้รับการสนับสนุนด้านอื่น ๆ ที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุในขณะนั้นอย่างเพียงพอ ก็อาจจะเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวดี

สมมติฐานที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตามเพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และรายได้ อภิปรายตามสมมติฐานย่อยดังนี้

2.1 ผู้สูงอายุเพศหญิงได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าเพศชาย

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุเพศหญิงแตกต่างจากเพศชายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุไม่มีความแตกต่างกันตามเพศ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะไม่ว่าเพศหญิงหรือเพศชาย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุต่างก็มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจด้วยกันทั้งนั้น ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายประสบกับปัญหาที่ควรจะได้รับ的帮助เหลือจากครอบครัวและสังคมในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน เช่น ปัญหาการไม่มีรายได้หรือมีรายได้ลดลงไม่เพียงพอในการใช้จ่ายและปัญหาความเจ็บป่วยที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือซึ่งจากการศึกษาของจารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรหม ศิลปสุวรรณ (2527 : 62) พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการทางสุขภาพอนามัย ดังนั้นผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและชายจึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ เพรสตัน และกริมส์ (Preston & Grimes 1987: 36-40) ที่ศึกษาความแตกต่างของการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้แต่งงาน

พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม ไม่แตกต่างกัน

2.2 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความแตกต่างกันตามสถานภาพสมรสอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานดังกล่าว ทั้งนี้เพราะจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยวยู่ในครอบครัวขยายมากถึงร้อยละ 76 (ภาคผนวก) แสดงว่าถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะขาดคู่สมรสคอยให้การช่วยเหลือเกื้อกูล แต่ก็ยังมีบุคคลอื่นในครอบครัวซึ่งอาจเป็นบุตรหลาน ญาติพี่น้อง ที่อาจจะคอยให้การช่วยเหลือเกื้อกูลแทนจึงอาจจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว มีการสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่าง จากกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา ไชยประเสริฐสวัสดิ์ (2531 : 50) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน ได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่างกัน

2.3 ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยาย ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เพราะจากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าครอบครัวขยายมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 - 15 คน และส่วนใหญ่ร้อยละ 22.8 มีจำนวนสมาชิก 5 คน (ภาคผนวก) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายจะมีโอกาสติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในบ้านเดียวกันหลายคน ซึ่งอาจเป็นคู่สมรส บุตรหลานญาติพี่น้อง ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับการดูแลช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากสมาชิกในครอบครัวมาก ซึ่งต่างจากผู้สูงอายุในครอบครัวเดี่ยวที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่าครอบครัวขยาย จากผลการศึกษาพบว่าครอบครัวเดี่ยวมีจำนวนสมาชิกเพียง 1-6 คน และส่วนใหญ่ร้อยละ 35.0 มีจำนวนสมาชิกเพียง 3 คนเท่านั้น (ภาคผนวก) จึงทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวมีโอกาสได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนน้อยดังที่ สุพัทธรา สุภาพ (2531 : 68) กล่าวถึงครอบครัวเดี่ยวว่าความสัมพันธ์และความช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวลดน้อยลงเมื่อเทียบกับครอบครัวขยายดังนั้นผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายจึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าครอบครัวเดี่ยว

2.4 ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยไม่เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.4 (ตารางที่ 2) มีรายได้จากบุตรหลานและคู่สมรสให้การช่วยเหลือเพื่อนำมา เป็นค่าใช้จ่ายในการจัดหาปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีพ ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีศักยภาพในการจัดหา ซึ่งอุปสรรคอันยวบยาบความสะดวกและหาความสุขได้ตนได้มากตามความต้องการอย่างเพียงพอ จึงทำให้ ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอรู้สึกว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ซึ่งตรงข้ามกับผู้สูงอายุที่มี รายได้น้อยไม่เพียงพอที่จะจัดหาปัจจัยในการดำรงชีพ จะมีความรู้สึกว่าการได้รับการสนับสนุนทาง สังคมน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วูด (Wood อ้างใน สุภภรณ์ คังแพง 2531 : 60) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกันจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม มีการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน คนที่มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสใช้แหล่งบริการทางสังคมได้ดีกว่า และมี แผนการดำเนินชีวิตค่อนข้างดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา นวลง (2533 : 86) และวิไลลักษณ์ จันทร์พวง (2534 : 81) ที่พบว่ารายได้นั้นมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานที่ 3 การปรับตัวของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตามเพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว และรายได้ อภิปรายตามสมมติฐานย่อย ดังนี้

3.1 ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการปรับตัวแตกต่างกับเพศชาย

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตามเพศอย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไม่สนับสนุนสมมติฐานดังกล่าว นั่นคือ ผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นเพศ หญิงหรือเพศชายมีการปรับตัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลินน์, ฮันเตอร์ และ เพอร์รี่ (Linn, Hunter & Perry 1979 : 273-281) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวด้าน จิตสังคมของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามเพศ และเชื้อชาติ พบว่า เพศหญิงและชายมีการ ปรับตัวด้านจิตสังคมไม่แตกต่างกัน ในทำนองเดียวกัน สุพรรณิ นันทชัย (2535 : 123-124) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่มีภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจ รวมทั้งมีระดับ ความรู้เท่าทันไม่แตกต่างกันตามเพศ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายต่างก็อยู่ ในวัยเสื่อมถอยที่มีความสามารถในการปรับตัวลดน้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม เพื่อให้สามารถปรับตัวตามการเปลี่ยนแปลงตามวัยได้ แต่จากการ ศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้ทั้งเพศหญิงและเพศชายได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่แตกต่างกัน จึงอาจจะทำให้การปรับตัวของผู้สูงอายุไม่แตกต่างกัน

3.2 ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว

ผลการศึกษาค้นพบว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมา เลหาพูนรังษี (2534 : 82) ที่ศึกษาการปรับตัวภายหลังเกษียณอายุราชการของข้าราชการพลเรือนจังหวัดนครราชสีมา พบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีการปรับตัวดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เบเคอร์ (Baker 1993 : 30-33) ที่ศึกษาผลของกลุ่มสมรสต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ผู้ป่วยที่มีคู่สมรส มีระดับการปรับตัวดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีคู่สมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ชีวิตหรือไม่คู่ชีวิต จะขาดคู่คิดเพื่อนคุยที่รู้จักกันทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหงา ส่วนผู้ที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยกันจะสามารถพูดคุยปรึกษาหารือหรือวางแผนในเรื่องต่าง ๆ ได้ ไม่เกิดความเหงา และว่าเหงา แต่ทั้งสองต้องมีความเข้าใจซึ่งกันและกันด้วย จึงจะไม่เกิดปัญหาและช่วยให้มีการปรับตัวดี (พาร์กินสัน และคนอื่น ๆ 2531 : 75-76) ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จึงมีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยว

3.3 ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยว

ผลการศึกษาพบว่า การปรับตัวของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตามลักษณะครอบครัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อาโพรตัน กลิ่นขจร (2533 : 68) ที่ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกขาหักและรับไว้รักษาในโรงพยาบาล พบว่า การปรับตัวด้านสรีรวิทยา ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาซึ่งกันและกันมีความแตกต่างกันตามลักษณะครอบครัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าครอบครัวเดี่ยวจะมีจำนวนสมาชิกที่คอยดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุน้อยกว่าครอบครัวขยาย แต่ครอบครัวเดี่ยวอาจจะสามารถให้การดูแลช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นได้อย่างมีคุณภาพในระดับที่เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุสามารถมีการปรับตัวที่ดีได้ จึงทำให้ผู้สูงอายุในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายมีการปรับตัวไม่แตกต่างกัน

3.4 ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอมีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอมีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อาโพรตัน กลิ่นขจร (2533 : 69) ที่พบว่า พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกขาหัก หมดรับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันตามรายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้เพราะรายได้

เป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้ออำนวยในการจัดหาปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีพของผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยมีโอกาสที่จะหาความสุขหรือได้รับการตอบสนองความต้องการที่จำเป็นอย่างเพียงพอ และจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยจะมีความสามารถในการทำหน้าที่ร่างกายดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ (จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ 2527 : 68) ตรงข้ามกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ค่ารักษาพยาบาล บายามเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บอมและบอม (Baum & Baum อ้างใน เหมิกา บามะรัต 2527 : 29) ที่พบว่าผู้สูงอายุชาวอเมริกันส่วนมากมีความทุกข์กับรายได้น้อยที่จะนำมาเป็นค่าใช้จ่ายและค่ารักษาพยาบาล ผู้มีรายได้น้อยสูญเสียความมั่นคง จากหลักประกันในชีวิตและครอบครัว รู้สึกว่าเป็นบุคคลไร้ค่า ต้องเป็นภาระต่อครอบครัว สังคม รู้สึกท้อแท้ ไม่สามารถดำรงบทบาทที่เหมาะสม บายามเจ็บป่วย และไม่มีความสุขในชีวิต จึงสรุปได้ว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยเพียงพอมีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยไม่เพียงพอ

เมื่อพิจารณาตามกรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอยท์ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พอสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม สถานภาพสมรส และรายได้เป็นสิ่งเร้าร่วมที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ โดยการสนับสนุนทางสังคม สถานภาพสมรสคู่ และรายได้ที่เพียงพอจะเป็นสิ่งนำเข้าที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวโดยใช้กลไกการควบคุมและกลไกการรับรู้ที่เหมาะสม ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้จาก พฤติกรรมการปรับตัวทั้ง 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ บทบาทหน้าที่ และการพึ่งพาซึ่งกันและกัน

สรุปการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการสัมผัสทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามเพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัวและรายได้ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสทางสังคมกับการปรับตัวของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชนย่อยเขตเทศบาลเมืองสระบุรี จำนวน 170 ราย ทำการเก็บข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ทั่วไป แบบสอบถามการสัมผัสทางสังคม และแบบสอบถามการปรับตัวระหว่างเดือนพฤษภาคม 2536 ถึงเดือนกรกฎาคม 2536 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนตัว โดยแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละของข้อมูลทั่วไป
2. หาค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสัมผัสทางสังคม และคะแนนการปรับตัวของผู้สูงอายุ
3. ประเมินระดับค่าเฉลี่ยของคะแนนการสัมผัสทางสังคม และคะแนนการปรับตัวที่คำนวณได้โดยพิจารณาจากเกณฑ์ที่กำหนด
4. คำนวณหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างการสัมผัสทางสังคมและการปรับตัวของผู้สูงอายุ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และทดสอบความมีนัยสำคัญที่คำนวณได้โดยทดสอบค่าที (t-test)
5. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนการสัมผัสทางสังคม และการปรับตัวของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันตามเพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัวและรายได้ โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนการสัมผัสทางสังคมและการปรับตัวส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4218$)

3. การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตามเพศ และสถานภาพสมรสอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. ผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขยายมีการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. การปรับตัวของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันตามเพศ และลักษณะครอบครัวอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7. ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอมีการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ในการวางแผนให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน พยาบาลควรพิจารณาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ จากการศึกษครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง การอยู่กับคู่สมรสและรายได้ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรมีนโยบายเพื่อพัฒนาพยาบาลให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการปรับตัวของผู้สูงอายุ รวมทั้งปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ

2. จากการศึกษครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองสระบุรีอยู่ในระดับปานกลางและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัว ฉะนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมการปรับตัวของผู้สูงอายุ พยาบาลจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้นดังนี้

2.1 ส่งเสริมให้บุคคลในเครือข่ายสังคมของผู้สูงอายุเช่น คู่สมรส บุตรหลาน ญาติ พี่น้อง และเพื่อนบ้าน ให้ความรัก ความสนใจ ดูแลช่วยเหลือเกื้อกูลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นโดย

2.1.1 จัดโครงการให้ความรู้แก่สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุและให้การช่วยเหลือเกื้อกูลแก่ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

2.1.2 จัดกิจกรรม ที่ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และยังเป็นการได้รับความผูกพันใกล้ชิดกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในชุมชน เช่น การจัดพิธีรดน้ำศพผู้สูงอายุในชุมชน การจัดกิจกรรมในวันสูงอายุ เช่น จัดประกวดสุขภาพผู้สูงอายุ และการจัดประกวดครอบครัวอบอุ่น เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีความสนใจดูแลเอาใจใส่ และให้ความรัก ความอบอุ่นแก่ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

2.2 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือเกื้อกูลจากเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน โดยจัดให้มีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อพบปะพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องที่สนใจร่วมกัน ปัญหาสุขภาพและอื่น ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน และอาจจะจัดกลุ่มสันทนาการร่วมกัน

2.3 ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

2.3.1 จัดทำหนังสือคู่มือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ไปไว้ที่ที่อ่านหนังสือประจำหมู่บ้าน โดยมีรูปเล่มตัวหนังสือที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอ่านได้ง่าย

2.3.2 จัดรายการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ของผู้สูงอายุทางหอกระจายข่าวในชุมชนหรือเสียงตามสายของเทศบาลเมืองสระบุรี

2.3.3 ควรมีการจัดอบรมกรรมการชุมชน อาสาสมัครหมู่บ้านให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้กรรมการชุมชน อาสาสมัครหมู่บ้านสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุในชุมชนของตนเองได้

2.3.4 จัดทีมพยาบาล นักศึกษาพยาบาลเยี่ยมผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

3. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมีการปรับตัวในเรื่อง การออกกำลังกาย ความเป็นห่วงกังวลบุตรหลานและความรู้สึกไม่สบายใจในการพึ่งพาผู้อื่นอยู่ในระดับปรับตัวได้ไม่ดี ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการปรับตัวในเรื่องดังกล่าวอยู่ในระดับปรับตัวได้เพิ่มขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

3.1 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีการออกกำลังกายมากขึ้น โดยจัดให้มีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อออกกำลังกายร่วมกันทุกสัปดาห์โดยมีพยาบาล นักศึกษาพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนเป็นผู้สอนวิธีการบริหารร่างกายในท่าที่ถูกต้องเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ พร้อมทั้งเน้นให้ผู้สูงอายุบริหารร่างกายอย่างสม่ำเสมอ

3.2 บุคลากรควรใช้เวลามาเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ และพูดคุยกับผู้สูงอายุคลายความท้อในบุรุษหลานลงบ้าง นอกจากนี้บุคลากรจะพยายามปฏิบัติในสิ่งที่จะต้องและพึ่งตนเองให้ได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกสบายใจและหมดห่วง

3.3 สมาชิกในครอบครัวควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมในส่วนที่ยังสามารถทำได้ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนในการช่วยเหลือครอบครัวบ้าง เพื่อให้มีความสมดุลในการพึ่งพาซึ่งกันและกัน และครอบครัวควรช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยความเต็มใจ ในส่วนที่ผู้สูงอายุไม่สามารถพึ่งตนเองได้ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกสบายใจขึ้นบ้าง เมื่อต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือ

4. จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท และมีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายถึงร้อยละ 37.6 ซึ่งรายได้มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรจะได้รับ การสนับสนุนในการจัดการรายได้ให้กับตนเอง โดยอาจจะจัดโครงการส่งเสริมรายได้ของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ในการเพิ่มรายได้ของตนเอง เช่น การทำงานประดิษฐ์ งานหัตถกรรมที่ใช้วัสดุที่หาได้ง่ายในชุมชน ออกจำหน่าย ทั้งนี้ นอกจากจะเป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์แล้ว ยังทำให้ผู้สูงอายุได้รู้สึกถึงความมีคุณค่าในตนเองที่สามารถพึ่งตนเองได้บ้าง

5. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

5.1 ควรพัฒนาแบบสอบถามการปรับตัวและแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมโดยการปรับข้อความให้สามารถนำไปใช้ในการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุได้ง่ายขึ้น

5.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรากับผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน

5.3 ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุ เช่น ทักษะชีวิตต่อความสูงอายุ ภาวะสุขภาพในอดีต บุคลิกภาพ และการมีกิจกรรมในชุมชน

5.4 ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ เช่น เครือข่ายของการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคม

บรรณานุกรม

- กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. บำบัดที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้เกษียณอายุราชการในเขตอำเภอ
หาดใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาล สาธารณสุข.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- กมลรัตน์ หล้าสูงษ์. สุขภาพจิตในโรงเรียน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชวิทยาลัย, 2524.
- เกษม ตันติผลาชีวะและกุลยา ตันติผลาชีวะ. การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร :
อรุณการพิมพ์, 2528.
- เจมิกา ยามะรัตน์. ความพึงพอใจในชีวิตคนชรา ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญ กระทรวงเกษตร
และสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์และมนุษยวิทยา มหาวิทยาลัย
และมนุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527.
- จรวบ ศรีทองและคนอื่น ๆ. "การสำรวจสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในแฟลตดินแดง." แพทย-
สภาสาร. 18 (เมษายน 2532) : 213-215.
- จารุวรรณ เหมะธร และพิมพ์พรณ ศิลปสุวรรณ. "ความต้องการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ"
วารสารสุขภาพศึกษา. 7 (กรกฎาคม-กันยายน 2527) : 62-70.
- ฉวีวรรณ แก้วพรหม. ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทาง
สังคมที่รับรู้กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2530.
- ฉันทนา กาญจนพจน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการร่วมกิจกรรมกับอัตมโนทัศน์ของผู้สูงอายุในกรุง-
เทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย. การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อให้มีอายุยืน. กรุงเทพมหานคร : ศุภนิชการ
พิมพ์, 2532.
- ดุสิต สุนทรานู. "โรคทางกายและทางใจของผู้สูงอายุ." กรุวิทัศน์. ฉบับพิเศษ (2525) :
61-63.
- ดวงฤดี ลาคุยะ. ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบคัดสรรกับการปรับตัวของผู้สูงอายุจังหวัด
เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา. บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2527.

- ทัศนาศ ญุทอง. "ทฤษฎีการปรับตัวของรอย." ใน ทฤษฎีการพยาบาลกับการนำไปใช้ในการประชุมวิชาการครั้งที่ 3. หน้า 38-54. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2528.
- นภาพร ชัยวรธรรม มาลีนี้ วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2532.
- นิภา นิธยานน. การปรับตัวและบุคลิกภาพ จิตวิทยาเพื่อการศึกษาและชีวิต. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2530.
- นิศา ชูโต. รายงานการวิจัยเรื่อง คนชราไทย สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
- บังอรรัตน์ ศุขตระกูล. การศึกษาเปรียบเทียบสถานภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนแออัด และในเขตชุมชนไม่แออัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ภูมิศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- บรรลุ ศิริพานิช และคนอื่น ๆ. พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุเป็นยาวและแข็งแรง. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข, 2531.
- เบญจมา เลาทพูนรังษี. ความสัมพันธ์ของการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุราชการกับการปรับตัวภายหลังเกษียณอายุราชการของข้าราชการพลเรือนจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข. ภูมิศาสตร์วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- บุญเปี่ยม ตระกูลวงศ์. "จิตวิทยาสังคมกับสาธารณสุข." เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์. หน่วยที่ 9-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กรุงเทพมหานคร : ชวนพิมพ์, 2528.
- ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2525.
- พาร์กินสัน, ซี นอร์ธคอต และคนอื่น ๆ. เตรียมตัวเตรียมใจก่อนถึงวัยเกษียณอายุ. แปลและเรียบเรียงโดย ศานติหงส์ ว.จันทร์. กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด, 2531.

- พิรลัทธ์ คำณวนศิลป์, สินี กมลนาวันและประเสริฐ รักไทยดี. รายงานการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองและปัญหาบางประการของเกษตรกร. สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2523.
- พัชรี ตันศิริ และสิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา. "ประสาธน์ผัสและผิวหนังในผู้สูงอายุ" ใน การพยาบาลผู้สูงอายุ, หน้า 207-230. จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2533.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. "ความต้องการของคนสูงอายุ." วารสารสุขภาพศึกษา. 7 (กรกฎาคม - กันยายน 2527) : 32-35.
- พาริตา อิบราฮิม. "การปรับตัวเพื่อสุขภาพอนามัยในผู้สูงอายุ." ผู้สูงอายุ. 6 (ตุลาคม - มีนาคม 2530) : 7-12.
- เขาวลัทธิ มหาลิทธิวัฒน์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกายจิตสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. "การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและสรีรวิทยาในผู้สูงอายุ." ใน การพยาบาลผู้สูงอายุ, หน้า 60-81. จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันศิริ, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2533.
- วิไลลักษณ์ จันทรวง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคการสนับสนุนจากกลุ่มสมรสกับการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- วรรณิ จันทร์สว่าง. รายงานการวิจัยเรื่อง แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ. สถาบันชีวิตวิทยาและสถาบันวิจัยพัฒนา มหาวิทยาลัยพายัพ, 2533.
- ละออ หุตางกูร. หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาล ชีว-จิต-สังคม. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต, 2534.
- ศรีจิตรา บุญนาค. "ปัญหาสุขภาพและแนวความคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ." แพทยสมาคม 18 (เมษายน 2532) : 251-263.
- ศรีทิพย์ พานิชพันธ์. "บริการสังคมกับผู้สูงอายุ." ครูปริทัศน์. ฉบับพิเศษ (2525) : 26-35.

- สารรัตน์ บงใจบุท. "โรคความดันโลหิตสูง." ใน เวชศาสตร์ป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 904-917. ไพโรจน์ อุ่นสมบัติ และประพันธ์ เชิดชูงาม, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : สหประชาพาณิชย์, 2531.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. "ทฤษฎีการปรับตัวของรอย." ใน ทฤษฎีการพยาบาล, หน้า 60-105. เพ็ญศรี ระเปิบ, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- สุจินต์ ผลากรกุล. "แนวทางการให้บริการสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุในทศวรรษหน้า." ใน การสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 12 เรื่องบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ระหว่างวันที่ 25-26 เมษายน 2533 ณ ห้องประชุมภาณุรังษี โรงแรมรอยัลริเวอร์. หน้า 38. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข, 2533.
- สุพัทธา สุภาพ. สังคมและวัฒนธรรมไทย : ค่านิยม ครอบครัวยุคใหม่ ประเพณี. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด, 2531.
- สุพรรณิ นันทชัย. "ความสัมพันธ์ระหว่างความไว้วางใจและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ." วารสารพยาบาล. 41 (เมษายน - มิถุนายน 2535) : 118-128.
- สุภาภรณ์ คิ้วแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากกลุ่มสมรส กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สุรกุล เจนอบรม. วิทยาการผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาการศึกษานอกโรงเรียน คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
- สมพงษ์ พรวิลาวัณย์. "อาการคันและผิวแห้งในวัยชรา." ใกล้หมอ. 12 (กรกฎาคม 2531) : 58-59.
- อังคณา นวลบง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์ วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

อัมพร โอตระกูล. "สุขภาพจิตผู้สูงอายุ." วารสารสุขภาพจิต. 7 (กรกฎาคม-กันยายน 2527) : 28-31.

อัมพร ศิริวัลย์. ประสิทธิภาพของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความซึมเศร้าของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

อัมพล สุอัมพันธ์. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์, 2531.

อาภา ใจงาม. "การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในผู้สูงอายุ." ใน การพยาบาลผู้สูงอายุ, หน้า 90-103. จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2533.

อำไพรัตน์ กลิ่นนิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับพฤติกรรมการปรับตัวของผู้สูงอายุที่กระดุกากาห้กณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

Andrews, H.A. & Roy, S.C. Essentials of the Roy Adaptation Model. Norwalk : Appleton - century - crafts, 1986.

_____. The Roy Adaptation Model : the Definitive statement. Norwalk : Appleton & Lange, 1991.

Antonucci, T.C. "Social Supports and Social Relationships." in Handbook of Aging the Social Sciences. pp. 205-226 edited by Binstock, R.H. & George, L.K. Sandiego : Academic press, 1990.

Baker, A.C. "The Spouse's Positive Effect on the Stroke Patient's Recovery" Rehabilitation Nursing. 18 (January - February 1993) : 30-33.

Berghorn, F.J., et al. The Dynamics of Aging : original essays on the process and experiences of growing old. Boulder : Westview Press, 1981.

- Berkman, L.F. & Syme, S.L. "Social Networks, Host Resistance, and Mortality : A Nine - year Follow up study of Alameda County Resident." American Journal of Epidemiology. 109 (February 1979) : 186-204.
- Bernice, J.P., Yates, B.C. & Woods, N.F. "Social Support for woman during chronic illness : The relationship among sources and types to adjustment." Research in Nursing & Health. 19 (June 1990) : 153-161.
- Cesarone, D. "Fear" in Nursing Diagnoses and interventions for the elderly. pp.460-468 edited by Maas, M., Buckwalter, K.& Hardy, M. California : Addison - Wesley Nursing, 1991.
- Chenitz, W.C., Stone, J.T. & Salisbury, S.A. Clinical Gerontological Nursing : A guide to advanced practice. Philadelphia : W.B. saunders company, 1991.
- Cobb, S. "Social Support as a Moderator of Life Stress". Psychosomatic Medicine, 38 (September - October 1976) : 300-313.
- Cohen, S. & Wills, T.M. "Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis." Psychological Bulletin. 98 (September 1985) : 310-357.
- Cole, E. "Assessing Needs for Elders' networks." Journal of Gerontological Nursing. 11 (July 1985) : 31-34.
- Dimatto, M.R. & Hays, R. "Social Support and Serious Illness" In Social Networks and Social Support. pp 117-148. Edited by Gottlib, B.H. London : Sage Publications, 1982.
- Drugay, M. "Nutritional evaluation : who needs it." Journal of Gerontological Nursing. 12 (April 1986) : 14-18.
- Ebersole, P. & Hess, P. Toward Healthy Aging : Human Needs and Nursing Response. 3rd ed. St Louis : the c.v. Mosby Company, 1990.

- Goldstein, M., et al. "Urinary incontinence : Why People do not Seek Help." Journal of Gerontological Nursing. 18 (April 1992) : 15-20.
- Goosen, G.M. & Bush, H.A. "Adaptation : A Feedback Process." Advances in Nursing Science. 1 (July 1979) : 51-64.
- Gottlieb, B.H. Social support strategies : guidelines for mental health practice. Beverly Hills : Sage publications, 1983.
- Heath, K.O. "Powerlessness." in Nursing Diagnoses and interventions for elderly. pp 449-458. edited by maas, M., Buckwalter, K. & Hardy, M., California : Addison-Wesley Nursing, 1991.
- Jacobson, D.E. "Types and Timing of Social Support." Journal of Health and Social Behavior. 27 (September 1986) : 250-263.
- Kahn, R.L. "Aging and Social Support." In Aging from Birth to Death : Interdisciplinary Perspectives. p. 85 Edited by M.W. Riley. Colorado : westview press, 1979.
- Kaplan, B.H., Cassel, J.C. & Gore, S. "Social Support and Health." Medical Care. 15 (May 1977) : 47-58.
- Lin, N., et al. "Social Support, Stressful Life Event, and Illness : A Model and Empirical Test." Journal of Health and Social Behavior. 20 (June 1979) : 108-119.
- Linn, W.M., Hunter, K.I. & Perry, P.R. "Differences by sex and ethnicity in the psychosocial adjustment of the elderly." Journal of Health and social Behavior. 20 (September 1979) : 273-281.
- Lindsey, A.M. "Social Support Conceptualizations and Measurement Instruments" in Instruments for Clinical Nursing Research. pp. 107-118 edited by Frank-Stromborg, M. Norwalk : Appleton & Lange, 1988.

- Love, C.C. & Buckwalter, K. "Depression." in Nursing Diagnoses and interventions for elderly. p. 419. edited by Maas, M., Buckwalter, K. & Hardy, M. California : Addison - Wesley Nursing, 1990.
- Lubben, J.E. "Assessing social networks among elderly populations." Family & Community Health. 11 (November 1988) : 42-52.
- Mc Pherson, B.D. Aging as a Social Process : An Introduction to Individual and Population Aging. Toronto : Butterworths, 1983.
- Mc Nett, S.C. "Social Support, Threat, and Coping Responses and Effectiveness in the Functionally Disabled." Nursing Research. 36 (March-April 1987) : 98-103.
- Norbeck, J.S. "Social Support : a Model for clinical research and application." Advances in Nursing Science. 3 (July 1981) : 43-59.
- ✓ Pender, N.J. & Pender, A.R. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed Norwalk : Appleton & Lange, 1987.
- Preston, D. & Grimes, J. "A Study of Differences in Social Support." Journal of Gerontological Nursing. 13 (February 1987) : 36-40.
- ✓ Phillips, L.R. "Social Support of the Older Client." in Clinical Gerontological Nursing : A guide to advanced practice. pp 535-544. edited by Chenitz, W.C., Stone, J.T. & Salisbury, S.A. Philadelphia : W.B. Saunders. 1991.
- ✓ Powers, B.A. "Social networks, social support, and elderly institutionalized people." Advances in Nursing Science. 10 (January 1988) : 40-58.
- Roy, S.C. Introduction to Nursing : An Adaptation Model. New Jersey : Prentice-Hall, 1976.

- _____. "The Roy Adaptation Model." in Conceptual Models for Nursing Practice. 3rd edited by Riehl-Sisca, J.P. Norwalk : Appleton & Lange, 1989.
- Roy, S.C. & Roberts, S.L. Theory Construction in Nursing : and Adaptation Model. N.J. : Prentice Hall, 1981.
- Schaefer, C., et al. "The Health-Related Functions of Social Support." Journal of Behavioral Medicine. 4 (March - December 1981) : 381-405.
- Sigman, P.M. "Student's Viewpoint : A challenge to the Concept of Adaptation as Healthy." Advances in Nursing Science. 1 (July 1979) : 85-89.
- Tilden, V.P. "Issues of Conceptualization and Measurement of Social Support in the Construction of Nursing Theory." Research in Nursing and Health. 8 (June 1985) : 99-206.
- Tilden, V.P. & Weinert, C. "Social Support and the Chronically Ill Individual." Nursing Clinics of North America. 22 (September 1987) : 613-629.
- Thoits, P.A. "Conceptual, Methodological and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress." Journal of Health and Social Behavior. 23 (June 1982) : 145-159.
- Vogel, C.H. "Anxiety." in Nursing Diagnoses and Interventions for the elderly. pp 469-479. edited by Maas, M., Buckwalter, K. & Hardy, M. California : Addison - Wesley Nursing, 1991.
- Wortman, C.B. "Social Support and the Cancer Patient : Conceptual and Methodologic Issues." cancer. 15 (May 1984) : 2339-2537.
- Yurick, A.G., et al. The Aged Person and the Nursing Process. New York : Appleton Century Cratury Crafts, 1980.



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของ
แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

รองศาสตราจารย์ ดร.จริยวัตร	คมพักษ์	ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต	หนูเจริญกุล	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ พาริศา	อิราฮิม	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ศศิพัฒน์	ยอดเพชร	คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กมลลา	แสงสีทอง	คณะสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตาม เนื้อหาของ
แบบสอบถามการปรับตัวของผู้สูงอายุ

รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล	ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
รองศาสตราจารย์ ฟาริดา อิบราฮิม	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สายพิน เกษมกิจวัฒนา	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรพรรณ ไตสิงห์	ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ เขาวลัักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์	แผนกการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสระบุรี



เลขที่แบบสอบถาม.....

ชุมชน.....

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
2. อายุ.....ปี
☐ 60 - 64 ปี ☐ 75 - 79 ปี
☐ 66 - 69 ปี ☐ 80 ปีขึ้นไป
☐ 70 - 74 ปี
3. สถานภาพสมรส
☐ คู่ อยู่กับคู่สมรส ☐ หย่า
☐ คู่ แยกกันอยู่ ☐ หย่า
☐ โสด
4. การศึกษา
☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ มัธยมศึกษา
☐ ได้รับการศึกษาพออ่านออกเขียนได้ ☐ อาชีวศึกษา
☐ ประถมศึกษา ☐ อุดมศึกษา
5. อาชีพปัจจุบัน
☐ ไม่ได้ประกอบอาชีพ
☐ ประกอบอาชีพ ระบุ.....
6. รายได้ปัจจุบันต่อเดือนประมาณ.....บาท/เดือน
☐ ต่ำกว่า 1,000 บาท ☐ 1,000 - 2,000 บาท
☐ 2,001 - 3,000 บาท ☐ 3,000 บาทขึ้นไป
7. รายได้ของท่านเพียงพอกับการใช้จ่ายหรือไม่
☐ เพียงพอ ☐ ไม่เพียงพอ
8. ท่านมีรายได้มาจากไหน
☐ บุตรหลาน ☐ เงินบำนาญ
☐ ญาติพี่น้อง ☐ ทำงานด้วยตนเอง
☐ ค่าเช่า ดอกเบี้ย ☐ อื่น ๆ ระบุ.....
9. ลักษณะของครอบครัวท่าน
☐ ครอบครัวเดี่ยว (ประกอบด้วยตัวท่าน คู่สมรส บุตร รวมทั้งหมด.....คน)
☐ ครอบครัวขยาย (ประกอบด้วย ตัวท่าน คู่สมรส บุตร และครอบครัวของบุตรหรือญาติพี่น้อง รวมทั้งหมด.....คน)
10. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ.....

แบบสอบถามการปรับตัวของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ประกอบด้วย ข้อคำถามซึ่งผู้วิจัยใช้ถามเกี่ยวกับอาการหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และความรู้สึกของผู้สูงอายุในด้านการปรับตัวตามความต้องการของร่างกายในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยจะอ่านข้อคำถามและคำตอบซึ่งมีทั้งหมด 4 ข้อ ให้ท่านฟังช้า ๆ แล้วเขียนเครื่องหมาย / ลงหน้าข้อความที่ท่านเลือกตอบตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว

1. ท่านมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เวลาลุกนั่ง หรือยืนบ้างหรือไม่

- ☐ 1. มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด ทุกครั้งที่ลุกนั่งหรือยืน
- ☐ 2. มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด เกือบทุกครั้งที่ลุกนั่งหรือยืน
- ☐ 3. มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด บางครั้งที่ลุกนั่งหรือยืน
- ☐ 4. ไม่มีอาการ

2. ท่านมีอาการไอบ้างหรือไม่

- ☐ 1. มีอาการไอเรื้อรังทุกวัน
- ☐ 2. มีอาการไอเป็น ๆ หาย ๆ อย่างน้อย 3 ครั้ง/เดือน
- ☐ 3. มีอาการไอเป็น ๆ หาย ๆ 1-2 ครั้ง/เดือน
- ☐ 4. ไม่มีอาการ

21. การได้ยินของท่านในขณะนี้ทำให้ท่านรู้สึกว่าเป็นปัญหาในการพูดคุยกับผู้อื่นมากน้อยเพียงไร

- ☐ 1. เป็นปัญหามากที่สุด
- ☐ 2. เป็นปัญหามาก
- ☐ 3. เป็นปัญหาเล็กน้อย
- ☐ 4. ไม่มีปัญหา

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อความซึ่งถามเกี่ยวกับความรู้สึกและการปฏิบัติของท่านในด้านความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกันโดยผู้วิจัยอ่านข้อความให้ท่านฟังซ้ำ ๆ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านเลือกตอบตามความรู้สึกที่เป็นจริงมากที่สุด เพียงคำตอบเดียวโดยมีเกณฑ์การเลือกตอบดังนี้

ไม่มีหรือน้อยครั้งมาก	หมายถึง	ไม่มีความรู้สึกหรือการปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย หรือมีความรู้สึกหรือการปฏิบัติตามข้อความนั้นเล็กน้อย
บางครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกหรือการปฏิบัติตามข้อความนั้นปานกลาง
บ่อยครั้ง	หมายถึง	มีความรู้สึกหรือการปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
เกือบทุกครั้งหรือตลอดเวลา	หมายถึง	มีความรู้สึกหรือการปฏิบัติตามข้อความนั้นมากที่สุด หรือมีความรู้สึกหรือการปฏิบัติตามข้อความนั้นเป็นประจำ

ข้อความ	ไม่มีหรือน้อยครั้งมาก	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบทุกครั้งหรือตลอดเวลา
ด้านอ้อมในทัศน				
1. ท่านรู้สึกพึงพอใจในรูปร่างของตนเอง				
2. ท่านรู้สึกไม่พอใจที่ตนเองมีสภาพร่างกายเสื่อมโทรมลงตามอายุ				
3. ท่านรู้สึกไม่พอใจที่ตนเองมีสมรรถภาพการทำงานลดลง				
.				
.				
.				
.				
33. ท่านรู้สึกว่าไม่มีใครเอาใจใส่เหลียวแลท่านเลย				

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อความซึ่งถามเกี่ยวกับการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งประกอบด้วย การสนับสนุน 5 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ บุคคลรอบข้างในข้อความทุกข้อต่อไปนี้จะหมายถึง บุคคลในครอบครัวของท่านและบุคคลที่ท่านรู้จัก และมีการติดต่อสัมพันธ์กัน บุคคลเหล่านี้อาจจะเป็น สามีหรือภรรยา บุตร หลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และเจ้าหน้าที่ในชมรมสุขภาพ ผู้วิจัยจะอ่านข้อความให้ท่านฟังซ้ำ ๆ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านเลือกตอบตามความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่จริงเลย	หมายถึง	ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่ท่านได้รับเลย
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่ท่านได้รับบ้างเล็กน้อย
เป็นจริงปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่ท่านได้รับเพียงครึ่งหนึ่ง
เป็นจริงส่วนมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่ท่านได้รับเป็นส่วนใหญ่
เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่ท่านได้รับทั้งหมด

ข้อความ	ไม่จริง เลย	เป็น จริง เล็กน้อย	เป็น จริง ปาน กลาง	เป็น จริง ส่วน มาก	เป็น จริง มาก ที่สุด
<u>การสนับสนุนด้านอารมณ์</u> 1. บุคคลรอบข้างทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่น 2. เมื่อท่านมีเรื่องเดือดร้อน บุคคลรอบข้างจะแสดงความเห็นอกเห็นใจ 3. เมื่อท่านต้องการระบายอารมณ์หรือความรู้สึกจะมีผู้รับฟังท่าน โดยไม่แสดงความรู้สึกเบื่อหน่าย 24. เมื่อท่านต้องไปตรวจสุขภาพหรือไปธุระนอกบ้าน มีบุคคลรอบข้างพร้อมที่จะไปกับท่าน 25. บุคคลรอบข้างให้การดูแลช่วยเหลือท่านเมื่อท่านเจ็บป่วย					



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัว	สถานภาพสมรสคู่		สถานภาพสมรสเดี่ยว	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครอบครัวเดี่ยว	42	44.2	18	24
ครอบครัวขยาย	53	55.8	57	76
รวม	95	100	75	100

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ อยู่ในครอบครัวขยายร้อยละ 55.8 และอยู่ในครอบครัวเดี่ยว 44.2 ซึ่งแตกต่างกันไม่มาก ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสเดี่ยวส่วนมากร้อยละ 76 จะอยู่ในครอบครัวขยาย



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม จำนวนสมาชิกในครอบครัวและลักษณะครอบครัว

จำนวนสมาชิก	สถานภาพสมรสคู่		สถานภาพสมรสเดี่ยว	
	จำนวน(N=60)	ร้อยละ	จำนวน(N=110)	ร้อยละ
1	11	18.3	—	—
2	16	26.7	—	—
3	21	35.0	6	5.5
4	9	15.0	20	18.2
5	2	3.3	25	22.8
6	1	1.7	17	15.5
7	—	—	14	12.7
8	—	—	7	6.4
9	—	—	4	3.6
10	—	—	5	4.5
11	—	—	4	3.6
12	—	—	2	1.8
13	—	—	—	—
14	—	—	3	2.7
15	—	—	3	2.7

จากตารางที่ 2 พบว่า ครอบครัวเดี่ยวมีจำนวนสมาชิก 1-6 คน และส่วนใหญ่ร้อยละ 35.0 มีจำนวนสมาชิก 3 คน ส่วนครอบครัวขยายมีจำนวนสมาชิก 3-15 คน และส่วนใหญ่ร้อยละ 22.8 มีจำนวนสมาชิก 5 คน