



ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว

ของผู้สูงอายุ ในชนบท

Care Needs and Perception of Care Received from Family Members

of the Elderly in Rural Areas<sup>๑</sup>

โสภา หอยสังข์

Sopa Hoysang

Order Key	๑/๓๑๖
BIB Key	๑๖๑๑๘

๑

เลขหมู่	RA.5M.8 ๘๙๓ ๘๕๗๑
เลขทะเบียน	๕/ส.ป. ๒๕๔๒

วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Master of Nursing Thesis in Adult Nursing

Prince of Songkla University

2541

ชื่อวิทยานิพนธ์

ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุ ในชนบท

ผู้เขียน

นางสาวโสกา หอยสังข์

สาขาวิชา

การพยาบาลผู้ใหญ่

คณะกรรมการที่ปรึกษา

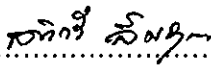
คณะกรรมการสอบ

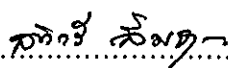


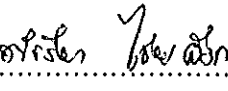


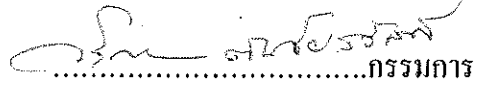
.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เชาวลิข)

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เชาวลิข)

.....กรรมการ  
(ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)

.....กรรมการ  
(ดร.สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง)

.....กรรมการ  
(อาจารย์พัชรียา ไชยลังกา)

.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์วีรัญ ต้นชัยสวัสดิ์)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่



(รองศาสตราจารย์ ดร.ก้าน จันทร์พรหมมา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์      ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของ  
   ผู้สูงอายุในชนบท  
ผู้เขียน                      นางสาวโสภา หอยสังข์  
สาขาวิชา                    การพยาบาลผู้ใหญ่  
ปีการศึกษา                  2541

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความต้องการการดูแล การรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบทในจังหวัดศรีสะเกษ เลือกกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้ผู้สูงอายุจำนวน 115 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.98 และ 0.99 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท โดยการคำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายด้าน และรายข้อ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัว รายด้านและรายข้อ โดยใช้แบบทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก
2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว อยู่ในระดับ ปานกลางถึงมาก
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวโดยรวม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในรายด้าน พบว่า คะแนนความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในด้านความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความต้องการมีคุณค่าในตนเอง ความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในด้านความต้องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ส่วนความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว ในด้านความต้องการด้านสุนทรียะนั้น พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

Thesis Title	Care Needs and Perception of Care Received from Family Members of the Elderly in Rural Areas
Author	Miss Sopa Hoysang
Major Program	Adult Nursing
Academic Year	1998

### Abstract

The purposes of this descriptive study were to investigate care needs, perception of care received from family members of the elderly in rural areas and to compare the difference between care needs and perception of care received from family members of the elderly in rural areas. The sample was composed of 115 elderly who lived in rural areas in Trang province. The subjects were selected using multi-stage sampling. The data were collected by using (1) the Demographic Data Form and (2) the Care Needs and Perception of Care Received Questionnaires. The reliability scores of the Care Needs and Perception of Care Received Questionnaires were 0.98 and 0.99 respectively. Statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation, and t-test.

The results revealed that

1. The means scores of care needs in every component were moderate to high.
2. The means scores of perception of care received in every component were moderate to high.
3. Significant differences were found between care needs and perception of care received in physiological needs, safety needs, love and belonging needs, self-esteem needs, self-actualization needs ( $p < 0.01$ ), and information needs ( $p < 0.05$ ). There was a non-significant difference found between care needs and perception of care received in aesthetics needs.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี อันเนื่องมาจากความกรุณาและความช่วยเหลือจากรศ.ดร.อรัญญา เขาวลิต และ ดร.สาวิตรี ถัมชัยอรุณเรือง อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ และตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.สุนุดตรา ตะบูนพงส์ ที่ได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในช่วงแรกของการทำวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือ เพื่อนำมาแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ หัวหน้าสถานีนอนามัยทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม และขอขอบคุณอาจารย์สร้อยสุวรรณ พลสังข์ ที่ช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูล จนกระทั่งการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบคุณนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต รุ่นที่ 5 ทุกคน ที่ให้กำลังใจ และช่วยเหลือตลอดมา และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ได้ให้ทุนอุดหนุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา พี่สาว พี่ชาย น้องชาย และสมาชิกในครอบครัวทุกคน ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมาจนงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

โสกา หอยสังข์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(3)
Abstract	(4)
กิตติกรรมประกาศ	(5)
สารบัญ	(6)
รายการตาราง	(8)
รายการภาพประกอบ	(9)
บทที่	
1 บทนำ	1
ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
คำถามการวิจัย	4
กรอบแนวคิด/ทฤษฎี	4
นิยามศัพท์	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย	5
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	6
ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ	18
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	32
3 วิธีการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	36
เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย	37
การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ	40
วิธีการรวบรวมข้อมูล	41
การวิเคราะห์ข้อมูล	42

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	43
การอภิปรายผล	52
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	72
ข้อเสนอแนะ	73
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	75
6 บรรณานุกรม	76
7 ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความต้องการการดูแลและการรับรู้ การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท รายชื่อ	90
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	112
ภาคผนวก ค การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	113
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย	114
8 ประวัติผู้เขียน	121

## รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	44
2 พิสัย คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ การดูแลของผู้สูงอายุ	47
3 ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความต้องการการดูแลรายด้าน	48
4 พิสัย คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การดูแลที่ ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุ	49
5 ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวรายด้าน	50
6 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุ รายด้าน	51
7 ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามความต้องการการดูแล รายข้อ	90
8 ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว รายข้อ	97
9 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแล ที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุ รายข้อ	104



## รายการภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1. แผนภูมิแสดง ความสูงอายุตามความเชื่อของทฤษฎีภูมิคุ้มกัน	10

## บทที่ 1

### บทนำ

ปัญหา : ความเป็นมาและความสำคัญ

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการคาดประมาณจำนวนของประชากรไทย โดยคณะกรรมการประมาณประชากรในคณะกรรมการนโยบายและแผนประชากร (2534) ได้คาดประมาณการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุว่าจะมีการเพิ่มขนาดเกือบเท่าตัวภายในเวลา 10 ปี คือเพิ่มจาก 3.8 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2535 เป็น 5.3 ล้านคน ในปี พ.ศ.2545 ซึ่งการที่ประชากรผู้สูงอายุได้เพิ่มมากขึ้นนั้น ส่วนหนึ่งมาจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศ ทำให้ผู้สูงอายุไทยมีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น โดยคาดว่าในปี พ.ศ.2543 ผู้สูงอายุจะมีอายุขัยเฉลี่ยเป็น 65.25 ปี ในเพศชาย และ 69.75 ปี ในเพศหญิง (กองสถิติสาธารณสุข 2532, 2534) เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะเป็นไปในลักษณะของการลดอัตราความเจริญไปสู่ความเสื่อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (เกษมและกุลยา, 2528 ; กนกวรรณ, 2537 ; ขวัญใจ, 2534) นอกจากนี้ฮาร์วิกเฮิร์ซ (Harvighurst, 1972 cited in Schaie & Willis, 1986) ได้ระบุสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ คือการที่ต้องหยุดทำงานและมีรายได้ลดลง การจากไปของกลุ่มสมรส สัมพันธภาพกับผู้อื่นเปลี่ยนแปลง การปรับตัวต่อบทบาทในสังคม และการสร้างความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตประจำวัน จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะก่อให้เกิดปัญหาตามมาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้ง่ายจากการศึกษาการรับรู้สุขภาพและแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ โดยสปีค (Speake, 1989) พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านร่างกายถึงร้อยละ 80 และผู้ที่มีอายุมากกว่า 55 ปี จะมีโรคประจำตัวเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ในประเทศไทยพบว่า ปัญหาทางสุขภาพกายของผู้สูงอายุที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาเกี่ยวกับระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ รองลงมา คือโรคทางระบบทางเดินอาหาร และระบบทางเดินหายใจ (บรรล, 2533 ; นภาพร และคณะ, 2532 ; นิมนวล, 2533) โดยเฉพาะผู้สูงอายุในเขตชนบทมักประสบกับปัญหาเหล่านี้มากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง (อาภา, 2533 ; Speake, 1991) ถึงแม้ว่าอาการของโรคจะไม่ร้ายแรง แต่ก็เพิ่มความอ่อนแอให้แก่ร่างกายได้ (กนกวรรณ, 2537) ส่วนปัญหาทางด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุนั้นจะพบว่า การที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าเดิมและลักษณะของความมีอายุจะทำให้ผู้สูงอายุยึดตัวเองเป็นหลัก เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจ ขาดเสถียรภาพและความมั่นคงทางจิตใจ ทำให้มีอาการหดหู่ลงง่าย รู้จักจัก สะเทือนใจง่ายด้วยเรื่องเล็กๆ น้อยๆ

เป็นคนขมขม วนวายในกิจการของคนอื่น อาจนำไปสู่ความขัดแย้งกับลูกหลานหรือผู้ดูแลได้ (สุวณีย์, 2527; เกษมและกุลยา, 2528) จากการศึกษาของราตรีและคณะ (2538) พบว่า ปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น คือ ความวิตกกังวลในความสามารถของตนเองที่ลดลงไป กังวลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตน จึงมีอารมณ์หงุดหงิด วิวาทและเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฮดริช (Heidrich, 1993) ที่พบว่าเมื่ออายุมากขึ้นจะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น มีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นน้อยลง มีความวิตกกังวลและความเครียดสูงขึ้น มีความเป็นตัวของตัวเองน้อยลง นอกจากนี้ มาลีและคณะ (2535) ได้กล่าวว่า จากผลของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในด้านต่างๆ ลดลง เกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เมื่อประกอบกับการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมที่ต้องสูญเสียบทบาทหน้าที่ ทำให้ผู้สูงอายุมีความแปรปรวนของสภาพจิตใจและอารมณ์มากยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้การดูแลตนเองมีข้อจำกัดมากขึ้น

จากความเสื่อมของร่างกายและจิตใจทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาหลายด้าน และมีความต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวมากกว่าวัยอื่นๆ มีการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้สูงอายุในชนบทมีปัญหาสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุในเมือง เช่นการศึกษาของไมนัสและคอร์ส (Mainous & Kohrs, 1995) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของประชากรวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในเมืองกับชนบท ของรัฐเคนตักกี ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้สูงอายุในชนบทที่มีอายุมากกว่า 75 ปี จะมีภาวะสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเมือง สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และประชากร ต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยนภาพรและคณะ (2532) พบว่า ผู้สูงอายุในชนบทมีภาวะทางเศรษฐกิจยากจน โดยพบว่าร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุในชนบทไม่มีรายได้หรือมีรายได้ต่ำกว่า 500 บาทต่อเดือน การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ทำให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานหนุ่มสาวจากชนบทไปสู่ในเมือง มีการย้ายถิ่นฐานไปทำงานนอกหมู่บ้าน ทำให้ผู้สูงอายุและเด็กอยู่ในหมู่บ้าน ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางด้านครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีขนาดเล็กลง ล้วนแต่เป็นผลให้ ผู้สูงอายุขาดผู้ดูแลมากขึ้น

ครอบครัวของผู้สูงอายุเป็นสถาบันที่มีหน้าที่ในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ และช่วยเหลือในกิจกรรมต่าง ๆ ดูแลให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะปกติเสมอ รวมทั้งดูแลเมื่อเจ็บป่วยด้วย (Iliopoulos, 1993) เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องปรับตัวต่อโลกภายนอก และปรับตัวต่อการสูญเสียตามวัย จึงต้องการความรัก ความนับถือ และการยกย่องมาก (จินตนา, 2535) การดูแลจากครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงและดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข ครอบครัวของผู้สูงอายุจึงต้องตระหนักถึงความต้องการการพึ่งพาในสิ่งที่ผู้สูงอายุไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง รวมถึงเข้าใจภาวะเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับ

ผู้สูงอายุ เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสีย และการเผชิญกับความตาย (กนกวรรณ, 2537) ยิ่งผู้สูงอายุมีอายุมากเท่าใด ก็ยิ่งมีความต้องการการดูแลจากบุตรหลานมากขึ้นเท่านั้น (นภาพรและคณะ, 2532) การตระหนักถึงความต้องการเหล่านี้ จะทำให้ผู้ดูแลเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในภาวะต่างๆ และให้การดูแลได้ถูกต้อง อย่างไรก็ตามสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปสู่สังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น และการเปลี่ยนแปลงระบบครอบครัว จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ย่อมมีผลต่อชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (บรรลุ และคณะ, 2531) เมื่อครอบครัวมีบุตรน้อยลง การดูแลผู้สูงอายุย่อมเป็นภาระหนักมากขึ้น (นภาพรและคณะ, 2532) จากการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในต่างประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลในด้านเกี่ยวกับการเงิน และเศรษฐกิจจากบุตร ในขณะที่การดูแลในด้านเกี่ยวกับอารมณ์ ความต้องการด้านจิตใจ จะอยู่ในความดูแลของญาติคนอื่น ๆ (Cicirelli & Wictor, 1981 อ้างตามศิริวรรณ, 2535) ในประเทศไทย มีการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในชนบทของอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา โดยคาฟฟรี (Caffrey, 1992) พบว่ากิจกรรมการดูแลส่วนใหญ่ที่ผู้ดูแลให้แก่ผู้สูงอายุ คือ การจัดหาอาหาร การซักเสื้อผ้า การให้เงิน การทำความสะอาดร่างกาย และจัดที่นอนให้ ซึ่งการดูแลส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุในชนบทไทยโดยนิตยาและเดวิด (นิตยา & David, 2536 อ้างตามนิตยา, 2536) พบว่าร้อยละ 90 จะให้การดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย และพาไปพบแพทย์ รวมทั้งการดูแลเมื่อมีไข้ แต่เมื่อผู้ดูแลแต่งงานมีครอบครัว มีภาระรับผิดชอบมากขึ้น โอกาสที่จะให้การดูแลด้านร่างกายน้อยลง แต่จะให้ความช่วยเหลือในรูปสิ่งของอุปโภคบริโภคทดแทนมากขึ้น นอกจากนี้ภาพ (2535) ยังพบว่าบุตรในชนบทมักจะดูแลผู้สูงอายุในรูปของการให้อาหาร เสื้อผ้า การมาเยี่ยมเยียน การช่วยงานและดูแลยามเจ็บป่วย จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกายเป็นส่วนใหญ่ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลอาจจะละเลยหรือมองข้ามความต้องการทางด้านจิตใจและสังคมของผู้สูงอายุไป อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต หรือภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท เพื่อให้ทราบข้อเท็จจริง และนำข้อมูลไปใช้ในการส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถให้การดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม และสอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้อย่างมีความสุข

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในชนบท
2. ศึกษาการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท
3. ศึกษาความแตกต่างระหว่างความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท

### คำถามการวิจัย

1. ผู้สูงอายุในชนบทมีความต้องการการดูแลจากครอบครัวอย่างไร
2. ผู้สูงอายุในชนบทรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวอย่างไร
3. ความต้องการการดูแลกับการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบทแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

### กรอบแนวคิด/ทฤษฎี

ความต้องการเป็นความปรารถนาบางสิ่งบางอย่างที่มีความจำเป็นเพื่อการดำรงชีวิตเพื่อรักษาภาวะสมดุลของการดำรงชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม (Kraegel, et al, 1974 อ้างตาม ฉันทนา, 2537) จากทฤษฎีว่าด้วยพลังจล (theory of human motivation) ของ อับราฮัม เอช มาสโลว์ (Abraham H. Maslow) กล่าวว่า มนุษย์มีความต้องการในด้านพัฒนาการตลอดชีวิตและความต้องการนั้น จะเป็นพลังผลักดันให้มนุษย์มีพฤติกรรมบางประการ เพื่อตอบสนองความต้องการ โดยจะเริ่มต้นด้วยความต้องการในขั้นต้น ๆ ก่อนแล้วค่อยพัฒนาสูงขึ้นไปตามลำดับ ขั้นตอนของความ ต้องการเรียงตามลำดับ 5 ขั้นตอนดังนี้ (1) ความต้องการด้านร่างกาย (2) ความต้องการความปลอดภัย (3) ความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (4) ความต้องการมีคุณค่าในตนเอง และ (5) ความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง (สุปาลี, 2533 ; Ebersole and Hess, 1981) ต่อมาผู้เสนอเพิ่มขึ้นเป็น 7 ขั้น คือ (1) ความต้องการด้านร่างกาย (2) ความต้องการความปลอดภัย (3) ความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (4) ความต้องการมีคุณค่าในตนเอง (5) ความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง (6) ความต้องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และ (7) ความต้องการด้านสุนทรียะ (Prandoni, 1992 ; Murray, 1989 ; Ellis & Nowlis, 1994 สาวิตรี, 2536) ซึ่งผู้สูงอายุก็เป็นบุคคลหนึ่งที่มีความต้องการที่จะได้รับการตอบสนองให้ครบทั้ง

7 ขึ้น เพื่อการมีชีวิตอยู่รอดและดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ครอบครัวของผู้สูงอายุจึงต้องตระหนักถึงความต้องการดังกล่าวและให้การดูแลอย่างถูกต้องเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายจิตใจและสังคม

### นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลและเขตสุขาภิบาล ในจังหวัดตรัง

ความต้องการการดูแล หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายุมีความประสงค์ให้ครอบครัวกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการ 7 ด้าน ประกอบด้วยความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความต้องการมีคุณค่าในตนเอง ความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง ความต้องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความต้องการด้านสุนทรียะ วัตถุโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยกรอบแนวคิดที่ดัดแปลงมาจากทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Prandoni, 1992 ; Murray, 1989 ; Ellis & Nowlis, 1994 ; สาวิตรี, 2536)

การรับรู้การดูแลที่ได้รับ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สูงอายुरับรู้ที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการทั้ง 7 ด้าน ประกอบด้วยความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความต้องการมีคุณค่าในตนเอง ความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง ความต้องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความต้องการด้านสุนทรียะ วัตถุโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยอาศัยกรอบแนวคิดที่ดัดแปลงมาจากทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Prandoni, 1992 ; Murray, 1989 ; Ellis & Nowlis, 1994 ; สาวิตรี, 2536)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุข ในการให้ความรู้และส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ
2. เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายการจัดบริการ ทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุในเขตชนบท
3. เป็นข้อมูลในการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล เกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุ
4. เป็นแนวทางในการค้นคว้าวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท โดยมีขอบเขตของการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ  
    ความหมายของผู้สูงอายุ  
    ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ  
    การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
2. ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

#### แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

##### ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า ผู้สูงอายุ เป็นคำที่ได้รับการเสนอให้ใช้ครั้งแรกในวันที่ 1 ธันวาคม 2512 โดยพลตำรวจตรีหลวงอรุณดิษฐ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมคณะผู้อาวุโสครั้งแรก และได้รับการยอมรับจนใช้กันแพร่หลายตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา (ประสพ, 2532 อ้างตาม วิภาวี, 2537 : 1) การที่จะพิจารณาว่าบุคคลจะเข้าสู่วัยสูงอายุเมื่อใดนั้น แต่ละประเทศหรือแต่ละสังคมจะกำหนดไว้แตกต่างกันขึ้นอยู่กับ กฎหมาย วัฒนธรรม และความเชื่อของสังคมนั้น โดยได้กำหนดลักษณะของความเป็นผู้สูงอายุเอาไว้หลายลักษณะดังต่อไปนี้ (เกษมและกุลยา, 2528 : 3-4 ; จันทนา, 2536 : 33 ; Murray, 1989 : 496 ; Frantz and Ferrell - Torry, 1993 : 363-369)

1. ความสูงอายุในเชิงชีวภาพ (Biological age) เป็นการพิจารณาความมีอายุในแง่ของการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จากการที่ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลง เป็นผลมาจากความเสื่อมซึ่งเป็นไปตามอายุขัยของแต่ละบุคคล

2. ความสูงอายุในเชิงจิตวิทยา (Psychological age) เป็นความสูงอายุที่พิจารณาในขอบเขตความสามารถในการปรับตัวของบุคคลต่อสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป โดยพิจารณา

จากความสามารถในการจำ การเรียนรู้ สถิติปัญญา ความชำนาญ ความรู้สึก แรงจูงใจ และอารมณ์ นอกจากนี้ยังรวมถึงเจตคติและบุคลิกภาพของบุคคล

3. ความสูงอายุในเชิงสังคม (Social age) เป็นการพิจารณาความมีอายุในแง่ของบทบาทหรือความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมของบุคคลที่มีต่อบุคคลอื่นในสังคมเดียวกัน รวมถึงความคาดหวังของสังคมต่อบุคคลนั้น การแสดงออกตามคุณค่าและความต้องการของสังคม

4. ความสูงอายุในแง่กฎหมาย เป็นการพิจารณาความมีอายุตามปฏิทิน ซึ่งแตกต่างกันไปตามสภาพสังคม และวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเป็นเกณฑ์ปลดเกษียณจากงานที่ปฏิบัติ และใช้ในการพิจารณาให้ค่าตอบแทนหรือสวัสดิการ

นอกจากนี้ เบอร์เรน (Birren, cited in Hogstel, 1981 : 68) ได้กล่าวว่า การกำหนดว่าใครเป็นผู้สูงอายุนั้น ควรพิจารณาถึงคุณสมบัติ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคม ด้านชีวภาพ เป็นการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย และความสามารถในการใช้ศักยภาพของร่างกาย ด้านจิตใจจะพิจารณาถึง ความสามารถในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม ความรวดเร็วในการรับรู้ การจดจำ การรับความรู้ใหม่ การใช้เหตุผล การมองภาพพจน์ตนเอง แรงจูงใจ และแรงกระตุ้นในตน ส่วนด้านสังคม พิจารณาได้จากการปรับตัวต่อบทบาทและหน้าที่ในสังคมที่แตกต่างจากตอนหนุ่มสาว ส่วนการกำหนดว่าบุคคลจะเป็นผู้สูงอายุเมื่ออายุเท่าไรนั้น ในประเทศสหรัฐอเมริกา กำหนดว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (Yurick, et al, 1989 ; Birchenall & Streight, 1993) ขณะเดียวกัน ในสังคมอื่น ๆ เช่น อาฟริกาหรือมาเลเซีย จะถือว่าบุคคลอายุ 55 ปี ก็เกษียณอายุแล้ว สำหรับในประเทศไทย ได้ใช้เกณฑ์ที่องค์กรระหว่างประเทศได้ประชุมตกลงกันเป็นมาตรฐานสากล ในการกำหนดจุดเริ่มต้นของการเป็นผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (บรรลุ, 2533 ; จำเรียง, 2533 ) และใช้เป็นเกณฑ์กำหนดการเกษียณอายุราชการ ซึ่งเป็นวัยที่ควร ได้รับการพักผ่อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ (วชิราภรณ์, 2535 )

จากความหมายของผู้สูงอายุที่ได้กล่าวมาแล้วจะเห็นว่า ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะเป็นไปในทางที่เสื่อมลง มีการนำแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ มาอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุดังต่อไปนี้

#### ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ เป็นทฤษฎีที่พยายามที่จะอธิบายว่า ความสูงอายุเกิดขึ้นได้อย่างไร แต่เนื่องจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยสูงอายุ ไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง โดยเฉพาะ ดังนั้นการที่จะอธิบายภาวะสูงอายุโดยใช้ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งจึงไม่อาจจะทำได้ ทฤษฎีที่สำคัญๆ ที่ได้รับความสนใจมากในปัจจุบัน มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทฤษฎีด้านชีวภาพ และกลุ่มทฤษฎีด้านจิตสังคม (วิภาวี, 2537)



## กลุ่มทฤษฎีด้านชีวภาพ (Biological Theories)

### 1. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม

#### 1.1 ทฤษฎีนาฬิกาพันธุกรรม (Genetic clock theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ภาวะสูงอายุถูกกำหนดมาเรียบร้อยแล้วโดยโปรแกรมที่กำหนดว่า เซลล์จะมีอายุเท่าไร คล้ายกับว่ามีนาฬิกาอยู่ที่ยีนที่จะเป็นตัวการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในระดับเซลล์ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

1.2 ทฤษฎีความผิดพลาด (Error theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในขั้นตอนของการถ่ายทอดข้อความในการสังเคราะห์โปรตีน หรือเอนไซม์ ทำให้มีการจำลองโปรตีน หรือเอนไซม์ ซึ่งมีลักษณะและคุณสมบัติผิดไปจากเดิม และไม่สามารถทำหน้าที่ดั้งเดิมได้ เป็นเหตุให้เซลล์แก่และตายไปในที่สุด ในวัยหนุ่มสาวความผิดพลาดจะเป็นไปอย่างช้าๆ แต่เมื่อมีอายุมากขึ้น อัตราการเกิดความผิดพลาดจะเร็วขึ้น (จันทนา, 2536)

### 2. ทฤษฎีที่ไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม

#### 2.1 ทฤษฎีความเสื่อมโทรม (Wear and Tear theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ร่างกายของคนเราเปรียบเหมือนเครื่องจักรที่จับชิ้นส่วนเครื่องหนึ่ง เมื่อผ่านการใช้งานอย่างเต็มที่มาแล้วช่วงหนึ่งก็จะค่อยๆ ทรุดโทรมลง ทำหน้าที่ได้น้อยลง และไม่สามารถทำงานได้ในที่สุด

#### 2.2 ทฤษฎีการเชื่อมโยงข้าม (Cross-link theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าเมื่ออายุมากขึ้น โมเลกุลของโปรตีนภายในร่างกายจะเริ่มเปลี่ยนโครงสร้าง โดยมีการเชื่อมโยงระหว่างโมเลกุล ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ การเชื่อมโยงข้ามพบได้มากที่สุดบริเวณ โปรตีนที่อยู่ภายนอกเซลล์ ได้แก่ อิลาสติน (elastin) และคอลลาเจน (collagen) ซึ่งเป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน จะทำให้อวัยวะต่างๆ ถูกสารดังกล่าวเข้าไปแทนที่ ทำให้คุณสมบัติและการทำหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป สารเคมีหรือสิ่งๆ ที่ทำให้เกิดการเชื่อมโยงข้าม มีอยู่ทั้งในอาหาร และสิ่งแวดล้อม

#### 2.3 ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (Free radicals theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าภาวะสูงอายุเกิดจากอนุมูลอิสระไปทำให้เกิดการเชื่อมโยงข้ามในร่างกาย อนุมูลอิสระคือ บางส่วนของโมเลกุลที่หลุดออกมา หรือปลดปล่อยอิเล็กตรอนไปทำให้มีประจุไฟฟ้าพิเศษ จึงวาทไปติดกับโมเลกุลอื่น ทำให้เซลล์เปลี่ยนแปลงโครงสร้างไป สามารถทำอันตรายต่อรหัสดีเอ็นเอของร่างกายหรือระบบภูมิคุ้มกันได้ อนุมูลอิสระที่เกิดขึ้นในร่างกายเป็นพวก ซุปเปอร์ออกไซด์ ซึ่งทำให้เกิดปฏิกิริยาออกซิเดชันที่ไม่สมบูรณ์ อนุมูลอิสระนี้นอกจากจะเกิดจากกระบวนการนำออกซิเจนไปใช้แล้ว ยังเกิดได้จากสารต่างๆ ไป เช่น อาหารชนิดต่างๆ รังสี มลภาวะ

ของอากาศ การสูบบุหรี่ ปฏิบัติการสร้างอนุมูลอิสระจะเร็วขึ้นถ้าใช้รังสี และข้างล่างถ้าได้รับสารที่ต่อต้านการเกิดปฏิกิริยาการรวมตัวกับออกซิเจน เช่น วิตามิน เอ ซี อี ไนอะซิน เมอแคปตัน และบีวทีเลท ไฮดรอกซีโทลูอิน

#### 2.4 ทฤษฎีการสะสม (Accumulative theory)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ภาวะสูงอายุเกิดจากมีการสะสมของสารไลโปฟัสซิน (lipofuscin) ซึ่งคือรงควัตถุไขมัน (fatty pigment) หรือรงควัตถุชรา (age pigment) ไลโปฟัสซินเกิดจากการแตกตัวของโปรตีนและไขมันในกระบวนการที่มีการใช้ออกซิเจนมากเกินไป (peroxidation) ของผนังเซลล์และเป็นของเสียของเมตาโบลิซึม เป็นสารสีดำ ไม่ละลายน้ำ เมื่อมีอายุมากขึ้นการสะสมของสารก็มีมากขึ้นในเนื้อเยื่อของตับ รั้งใจ เซลล์ประสาท กล้ามเนื้อหัวใจ และผิวหนัง อัตราการสะสมจะไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับประเภทของเนื้อเยื่อ และยังพบว่าจำนวนอาร์เอ็นเอ ในเซลล์ประสาทจะลดลงเป็นสัดส่วนกับไลโปฟัสซินที่เพิ่มขึ้น มีผลต่อการเผาผลาญภายในเซลล์ และ ทำให้คุณสมบัติในการซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลง หรือเปลี่ยนแปลงไป

#### 2.5 ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (Immunological theory)

ทฤษฎีนี้ เชื่อว่ามีการค่อยๆ ลดลงของหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันเมื่อมีอายุมากขึ้น ทำให้ร่างกายไม่สามารถขจัดสิ่งแปลกปลอมหรือทำลายพิษได้ และบางกรณีอาจกลับมาทำอันตรายต่อร่างกาย ทำให้เกิดโรคได้อีกที่เรียกว่า โรคภูมิคุ้มกันต่อตนเอง (autoimmune disease) เชื่อว่าการลดประสิทธิภาพของเซลล์ลิมโฟซัยท์ และเซลล์นิวโทรฟิล ทำให้ผู้สูงอายุเป็นมะเร็งและติดเชื้อได้ง่าย

นักทฤษฎีบางกลุ่มเชื่อว่า ภาวะสูงอายุเป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิคุ้มกันต่อตนเอง โดยเซลล์ที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากภาวะสูงอายุจะถูกร่างกายสร้างแอนติบอดีเพื่อกำจัดเพราะคิดว่าเป็นเซลล์แปลกปลอม ทำให้เซลล์ตาย หรือกระบวนการนี้อาจจะเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้จำเซลล์ปกติไม่ได้ และสร้างแอนติบอดีขึ้นมากำจัดเซลล์ปกติ (Iliopoulos, 1993) ทำให้เซลล์ตายไป สามารถสรุปได้ ดังภาพประกอบที่ 1

#### กลุ่มทฤษฎีทางด้านจิตสังคม (Psychosocial theories)

##### 1. ทฤษฎีการถอยห่างจากสังคม (Disengagement theories)

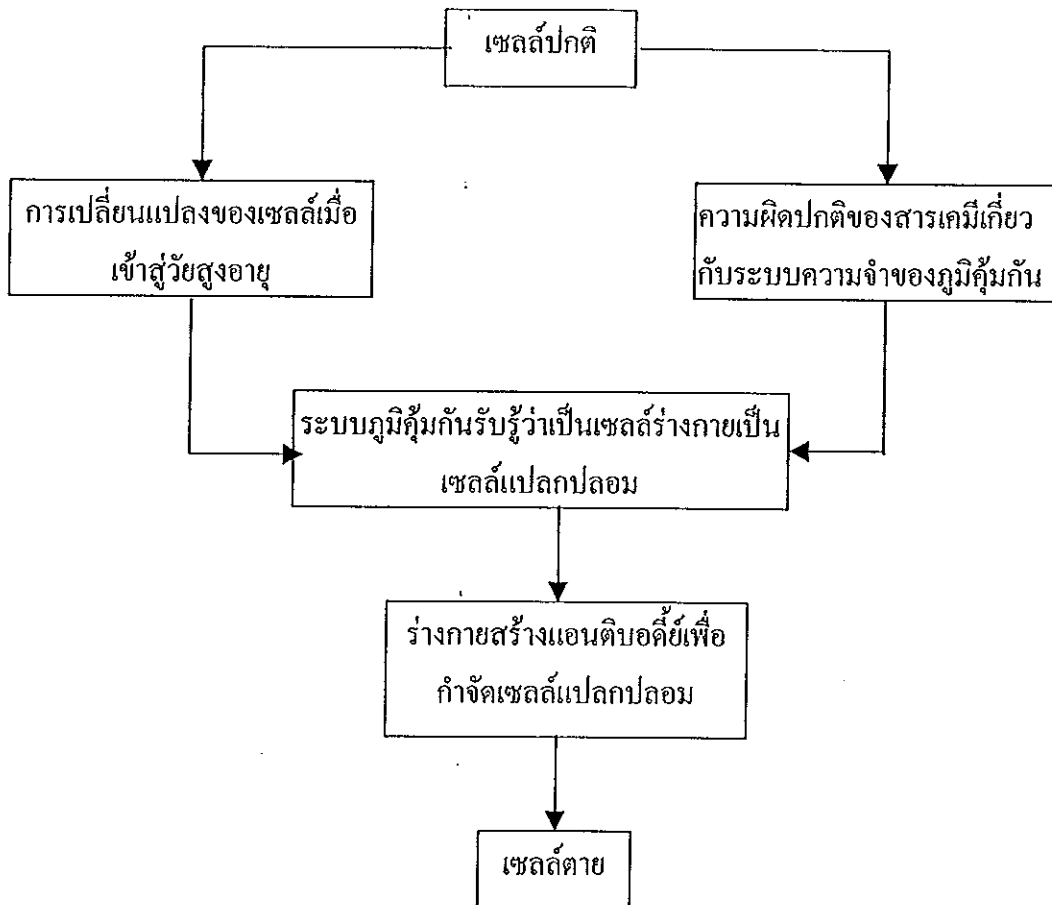
ทฤษฎีนี้เน้นการปรับตัวในช่วงหลังของชีวิต โดยกล่าวถึงการถอยห่างระหว่างบุคคล และสังคมว่าเป็นพัฒนาการตามธรรมชาติ โดยมีหลักการที่สำคัญ คือ

1.1 การถอยห่างออกจากสังคมของบุคคล เป็นกระบวนการที่ค่อยเป็นค่อยไปโดยเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ต่างๆ ของชีวิตตั้งต้นจากการลดบทบาท พ่อ แม่ และการทำงานลง ซึ่งจะลดลงเรื่อยๆ เมื่ออายุมากขึ้น

1.2 การถอยห่างจากสังคมเป็นเรื่องที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

1.3 การถอยห่างจากสังคมเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจร่วมกันทั้งบุคคลและสังคม

1.4 การถอยห่างจากสังคมเป็นเรื่องปกติ



ภาพประกอบ 1 แผนภูมิแสดงความสูงอายุตามความเชื่อของทฤษฎีภูมิคุ้มกัน

## 2. ทฤษฎีกิจกรรม (Activity theories)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า วัยกลางคนและวัยสูงอายุ มีความต้องการทางด้านจิตใจและสังคมเท่าเทียมกัน บุคคลส่วนใหญ่พยายามที่จะปฏิเสธภาวะสูงอายุให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ และยังคงกิจกรรมต่างๆ ที่จะทำให้ได้รับความสนุกสนานเพลิดเพลินในสังคม ถ้าถูกบังคับให้หยุดกิจกรรมจะพบว่าทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงไปเป็นคนละคน บุคคลที่กระฉับกระเฉงในวัยกลางคน ก็ยังคงความกระฉับกระเฉงต่อไปได้อีกเมื่อมีอายุมากขึ้น แต่บุคคลที่ไม่ค่อยได้ทำกิจกรรมจะพบว่า สังคมของตนเองแคบลงเรื่อยๆ มโนทัศน์ของทฤษฎีนี้ มีดังนี้คือ

2.1 ผู้สูงอายุควรคงระดับการมีกิจกรรมไว้ให้นานที่สุด

2.2 ระดับความมากน้อยของกิจกรรมของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับวิถีชีวิตที่ผ่านมา และกำลังทางเศรษฐกิจมากกว่าอย่างอื่น

2.3 การคงไว้ซึ่งกิจกรรมทางกาย จิต สังคม มีความจำเป็นต่อความสำเร็จของภาวะสูงอายุ

### 3. ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity theories)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีความสุขและมีกิจกรรมต่างๆ ใต้นั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละคน ผู้สูงอายุที่ชอบมีกิจกรรมร่วมกันในสังคม ก็จะมีกิจกรรมเหมือนเดิม ในขณะที่ผู้สูงอายุที่ไม่เคยมีบทบาทในสังคมมาก่อน ย่อมจะแยกตัวเองจากสังคมเมื่อมีอายุมากขึ้น

ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ความสูงอายุแสดงออกหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบนั้นจะสะท้อนถึงปฏิกิริยาซับซ้อนระหว่างบุคลิกภาพและแบบแผนชีวิตของแต่ละคน ตลอดจนสภาพแวดล้อมของสังคมโดยทั่วไป สะท้อนให้เห็นถึงอุปนิสัย การตัดสินใจ ความพอใจ อารมณ์ ซึ่งแต่ละคนจะมีแบบแผนมาตั้งแต่วัยต้นๆ ของชีวิต รูปแบบการตัดสินใจของทฤษฎีนี้ จะเน้นที่บุคลิกภาพ กิจกรรมและความพึงพอใจในชีวิต บางทีเรียกทฤษฎีนี้ว่า ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality theories)

ทฤษฎีทางด้านจิตสังคม จะมุ่งอธิบายถึงพฤติกรรมและการปรับตัวของบุคคล ซึ่งเป็น การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป มากกว่าจะอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงไปสู่ภาวะสูงอายุ

#### การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ เกิดจากความเสื่อมตามกระบวนการทางธรรมชาติของบุคคลที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และทางสังคม อัตราการเปลี่ยนแปลงสู่วัยสูงอายุในแต่ละบุคคลจะไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม (วิภาวี, 2537) โดยมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นดังต่อไปนี้

#### 1. การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

ร่างกายของผู้สูงอายุจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของแต่ละบุคคลจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน เซลล์ร่างกายส่วนใหญ่จะทำงานลดลง และมีจำนวนน้อยลงประมาณร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับวัยหนุ่มสาว (วิไลวรรณ, 2536) โดยการเปลี่ยนแปลงจะมีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายของผู้สูงอายุดัง ต่อไปนี้

1.1 การเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก มักพบว่า เซลล์ของกล้ามเนื้อจะเหี่ยวลีบเล็กลง มวลกล้ามเนื้อลดลง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลงจากเซลล์ของกล้ามเนื้อถูกแทนที่ด้วยเซลล์ไขมันทำให้หย่อนยาน (Ellis & Nowlis, 1994) มีการสูญเสียแคลเซียม ทำให้ความแข็งแรงลดลง เปราะหักง่ายและติดขัด ความยาวของกระดูกสันหลังลดลง เพราะหมอนรองกระดูกบางลงทำให้หลังค่อม การทรงตัวไม่ดี การเคลื่อนไหวช้า ไม่กระฉับกระเฉง ทำให้ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ช้าลง (วรรณวิมล, 2535 ; Murray, 1989) นอกจากนี้ กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อเสื่อมลง น้ำหล่อเลี้ยงไขข้อลดลงทำให้ข้อต่อสัมผัสกัน เกิดข้อเสื่อม การเคลื่อนไหวของข้อไม่สะดวก ข้อติดแข็ง อักเสบและติดเชื้อง่าย ทำให้เกิดอาการปวดตามข้อต่าง ๆ ได้แก่ ข้อเข่า ข้อตะโพก และกระดูกสันหลัง (วิไลวรรณ, 2536)

1.2 การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง ผมและเล็บ ผิวหนังของผู้สูงอายุจะมีไขมัน ได้ผิวหนังลดลง ทำให้เกิดการเหี่ยวย่นและทนต่อความเย็นได้ไม่ดี การลดลงของน้ำมันในผิวหนังทำให้ผิวหนังแห้ง ความตึงตัวน้อยลง เกิดแผลและติดเชื้อง่าย อัตราการสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนเซลล์เดิมลดลงถึงร้อยละ 50 (Carnevali & Patrick, 1993) ทำให้แผลหายช้า ต่อมาเหงื่อลดลงทำให้ความสามารถในการควบคุมความร้อนลดลงด้วย การรับรู้สัมผัสต่ออุณหภูมิ การสัมผัสเพื่อบริโภคและความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง ทำให้เกิดแผลและอุบัติเหตุที่ผิวหนังได้ง่าย สิวจะมีการสะสมของเม็ดสีเป็นแห่ง ๆ ทำให้เกิดเป็นสีคล้ำบริเวณแขน ใบหน้า และหลังมือ ผมและขนมีจำนวนลดลง สิวางลงจากการที่เซลล์ผลิตสีผมลดลง เส้นผมร่วงและแห้งง่าย เนื่องจากการไหลเวียนของเลือดบริเวณหนังศีรษะลดลง การงอกใหม่ของเล็บลดลงจาก 0.83 มิลลิเมตรต่อสัปดาห์ เมื่ออายุ 30 ปี เหลือ 0.52 มิลลิเมตรต่อสัปดาห์ เมื่ออายุ 90 ปี (Carnevali & Patrick, 1993) เล็บแข็งและหนาขึ้นเปราะง่ายเนื่องจากมีเคอราตินอยู่มาก เล็บหักง่ายจากการขาดแคลเซียมและการไหลเวียนเลือดบริเวณผิวหนังไม่ดี เล็บเป็นร่องมีสีเข้มขึ้นจากเหลืองจนเป็นสีน้ำตาล (Ellis & Nowlis, 1994)

1.3 การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะรับสัมผัส (sensory organs) ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ของร่างกายและภาวะสมดุลต่าง ๆ เสียไป การรับรู้ด้านประสาทสัมผัสทั้ง 5 มีการลดลงดังรายละเอียดต่อไปนี้

ตา ม่านตาเล็กลงรับแสงเข้าสู่เรตินาได้น้อย ทำให้ปรับสายตาในที่มืดได้น้อยลง เกิดการเวียนศีรษะได้ง่าย สายตายาว ลานสายตาแคบลง ทำให้เกิดปัญหาการมองเห็น น้ำหล่อเลี้ยงลูกตาเพิ่มขึ้น การดูดซึมน้ำในลูกตาลดลง ความดันในลูกตาสูงขึ้น เกิดต้อหินได้ง่าย เลนส์ตามัวและขุ่นเรียกว่าต้อกระจก นอกจากนี้ปริมาณน้ำตาจะลดลง ทำให้เกิดอาการระเคืองได้ง่าย (Iliopoulos, 1993 ; วิชาวี, 2537)

หู การได้ยินน้อยลง จากประสาทหูเสื่อมและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหู โดยเฉพาะเยื่อแก้วหูจะหนาและแข็งขึ้น รับเสียงความถี่สูงได้น้อยลง รับเสียงต่ำได้ดีกว่า การทรงตัวไม่ดี เวียนศีรษะได้ง่าย เพราะการทำงานเกี่ยวกับการทรงตัวในหูชั้นในเสื่อมลง และ 1 ใน 4 ของผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไปจะมีการหูตึง (สาวิตรี, 2536)

จมูก ประสาทรับกลิ่นบกพร่องเพราะการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูกและกระเปาะรับกลิ่น (Olfactory bulb) ในสมอง ทำให้รับกลิ่นได้น้อยลง ผู้สูงอายุอาจไม่รับรู้กลิ่นที่จะก่อให้เกิดอันตรายได้ เช่น กลิ่นแก๊สรั่ว กลิ่นไฟไหม้ เป็นต้น

ลิ้น การรับรสของลิ้นจะเสียไปประมาณร้อยละ 10-30 (Ebersole & Hess, 1990) อ้างตามวิไลวรรณ, 2536) เนื่องจากตุ่มรับรสลดลงเหลือประมาณ 1 ใน 3 (วิภาวี : 2537) เป็นเหตุให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารรสจัดขึ้น หรือรับประทานอาหารไม่อร่อย ความอยากอาหารลดลงนำไปสู่การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอได้

การรับสัมผัส ประสาทรับสัมผัสบริเวณผิวหนังลดลง เวลาในการส่งความรู้สึกไปยังสมองยาวนานขึ้น การรับความรู้สึกเจ็บปวดทั้งภายนอกและภายในร่างกายลดลง ทำให้เกิดอันตรายจากของมีคมและความร้อนได้ง่าย

1.4 การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท พบว่ามีการเสื่อมและการตายของเซลล์สมอง มวลของสมองลดลง น้ำหนักของสมองลดลงประมาณ 200 กรัม จากน้ำหนักเดิม 1,300 กรัม เมื่ออายุมากกว่า 25 ปี (Yurick, et al, 1989) โยประสาทที่มีจำนวนลดลง โดยโยประสาทที่ควบคุมการเคลื่อนไหว (motor nerves) จะลดลงประมาณร้อยละ 15 และเส้นประสาทรับความรู้สึก (sensory nerves) ลดลงร้อยละ 30 ในอายุ 20-80 ปี (Camevali & Patrick, 1993) ตัวเชื่อมโยประสาทระหว่างกระดูกสันหลังกับระบบประสาทส่วนปลายยาวขึ้น ทำให้ความไวต่อการตอบสนอง ปฏิกริยาต่าง ๆ ช้าลง มีแคลเซียมมาเกาะที่ผนังหลอดเลือดโดยเฉพาะ หลอดเลือดสมอง ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ หลอดเลือดสมองเสื่อมหน้าที่เกิดหลอดเลือดแข็ง มีอาการหน้ามืดเป็นลม และภาวะเนื้อสมองตายได้ง่าย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบประสาทสมอง นับเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดการเปลี่ยนแปลง และการสูญเสียด้านความรู้สึก กระบวนการคิด การตัดสินใจ หรือสติปัญญา ความจำและการเรียนรู้ในผู้สูงอายุ การสูญเสียสิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ ที่อาจสังเกตได้จากการแสดงออกของผู้สูงอายุ ได้แก่ อาการเครียด วิตกกังวล โกรธ เหนงา ซึมเศร้า ใจน้อย กลัว การคิดและตอบสนองช้า ผู้สูงอายุจำเรื่องในอดีตได้ดี ชอบเล่าเรื่องในอดีต ส่วนการจำเรื่องในปัจจุบันจะจำได้ในเวลาสั้น ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการของคนที่ลืม (สาวิตรี : 2536) ซึ่งอาจทำให้บุตรหลานรำคาญ และปล่อยให้อยู่ตามลำพัง ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความน้อยใจ รู้สึกไม่ได้รับการยกย่องจากบุตรหลาน (วรรณวิมล, 2535) ความสามารถในการเรียนรู้

สิ่งใหม่ ๆ ลดลง ต้องอาศัยเวลานานขึ้น ความกระตือรือร้นลดลง แต่ยังสามารถทำงานที่เคยมีประสบการณ์มาแล้วได้ (วิไลวรรณ, 2536) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลง จำนวนครั้งที่ตื่นมากขึ้น อาจทำให้นอนหลับไม่เพียงพอได้

1.5 การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ พบว่าเซลล์ขนกวัด (cilia) ในระบบทางเดินหายใจลดลง กลไกการไอและประสิทธิภาพการไอลดลง มีการสะสมของเสมหะมากขึ้น เกิดการติดเชื้ระบบทางเดินหายใจได้ง่าย เนื้อปอดและหลอดลมมีความยืดหยุ่นลดลง กล้ามเนื้อในการหายใจมีประสิทธิภาพลดลง การยืดขยายและบีบแฟบของปอดน้อยลง ทำให้ความจุของปอดและปริมาณอากาศที่หายใจเข้าลดลง อากาศค้างในปอดและหลอดลมมากขึ้น การแลกเปลี่ยนออกซิเจนลดลง จึงมักอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย จากการศึกษาของนภาพรและคณะ (2532) ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุ ในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเกี่ยวกับโรคติดเชื้ระบบทางเดินหายใจค่อนข้างสูง ปัญหาเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดจนความสามารถในการทำงานน้อยลง

1.6 การเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด ในผู้สูงอายุจะมีผนังหลอดเลือดแข็งตัวและหนาขึ้น เกิดจากการมีแคลเซียมมาเกาะ ทำให้ความยืดหยุ่นของหลอดเลือดเสียไป ความดันในหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายและอวัยวะต่างๆ ไม่เพียงพอ เกิดภาวะความดันโลหิตสูง โรคไตและโรคหลอดเลือดสมองได้ ลิ่มหัวใจแข็งและหนาขึ้นจากการมีแคลเซียมมาเกาะ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง กล้ามเนื้อหัวใจมีแคลเซียมมาเกาะ หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจแข็งตัว ทำให้ระบบไฟฟ้าของหัวใจเปลี่ยนแปลง เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และภาวะการปิดกั้นคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (heart blocked) ได้ นอกจากนี้ ยังมีการสร้างเม็ดเลือดแดงช้าลง ทำให้จำนวนเม็ดเลือดแดงและฮีโมโกลบินลดลง เกิดภาวะโลหิตจาง ส่วนระบบภูมิคุ้มกัน จะมีการทำงานลดลงทำให้มีโอกาสติดเชื้ได้ง่าย กลไกการตอบสนองต่อสิ่งแปลกปลอมลดลง เกิดปฏิกิริยาการทำลายเซลล์ของตนเอง (autoimmune reaction) ได้มากขึ้น

1.7 การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร มีการเสื่อมของเยื่อทางเดินอาหาร ต่อมน้ำลายผลิตน้ำลายและเอ็นไซม์ลดลง การย่อยแป้งและน้ำตาลในปากลดลง กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัวและทำงานช้าลง ทำให้อาหารในกระเพาะอาหารขย้อนขึ้นมาในหลอดอาหารเกิดอาการแสบขอดอก (heart burn) ได้ การบีบตัวและการหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหารลดลง ทำให้การย่อยและการดูดซึมอาหารไม่ดี อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารนานขึ้น เกิดอาการท้องอืด แน่นท้อง ก่อให้เกิดความเครียดในผู้สูงอายุ อาจเกิดอาการ เบื่ออาหาร ทำให้แบบแผนการรับประทานอาหารเปลี่ยนแปลงไป เกิดภาวะการบริโภคอาหารไม่ถูกต้องส่วน

และภาวะขาดสารอาหารได้ นอกจากนี้ถ้าใส่เด็กและถ้าใส่ใหญ่ทำงานลดลง ผู้สูงอายุชอบรับประทานอาหารย่อยง่ายไม่มีกาก การออกกำลังกายลดลง ทำให้เกิดการท้องผูกได้ง่าย

1.8 ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ขนาดของไตลดลง น้ำหนักไตลดลงประมาณร้อยละ 30 และหน่วยไตลดลงร้อยละ 50 (Ebersole & Hess, 1990 อ้างตามวิไลวรรณ, 2536) เส้นเลือดไปเลี้ยงไตแข็งตัว ปริมาณเลือดไหลเวียนในไตลดลง ทำให้อัตราการกรองของไตลดลงด้วย การดูดกลับของสารต่าง ๆ น้อยลง ความสามารถในการทำให้ปัสสาวะเข้มข้นหรือเจือจางลดลง ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำได้ง่าย ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะลดลง ขนาดของกระเพาะปัสสาวะเล็กลง ทำให้ความจุของกระเพาะปัสสาวะลดลง จึงมีการถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น ปัสสาวะเหลือค้างอยู่มากหลังจากถ่ายปัสสาวะ ผู้ชายอาจมีปัสสาวะขัดจากต่อมลูกหมากโต ผู้หญิงอาจมีการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน และกล้ามเนื้อหูรูดของท่อปัสสาวะหย่อนยาน (วิภาวี, 2537 ; วิไลวรรณ, 2536)

1.9 การเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุชายมักจะประสบปัญหาอวัยวะเพศแข็งตัวช้า การหลั่งน้ำกามลดลง ส่วนผู้สูงอายุหญิงเมื่อถึงวัยหมดประจำเดือน ช่องคลอดเริ่มเหี่ยวเนื่องจากต่อมที่ทำหน้าที่ขับสารหล่อลื่นน้อยลง เมื่อมีเพศสัมพันธ์จะเกิดการระคายเคืองช่องคลอด ทำให้มีความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ได้ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุที่มีความต้องการทางเพศอยู่เกิดความคับข้องใจ และเกิดปัญหาทางจิตใจตามมาได้ (บรรลุ, 2533)

1.10 การเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ ต่อมธัยรอยด์มีการสะสมของเนื้อเยื่อพังคืดมากขึ้น ปริมาณของฮอร์โมนที่สร้างจากต่อมธัยรอยด์ลดลง ทำให้อัตราการเผาผลาญของร่างกายลดลงด้วย ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ผมร่วง ผิวแห้ง ต่อมพาราธัยรอยด์ก็มีการเปลี่ยนแปลงของการสร้างฮอร์โมน ทำให้การสร้างเซลล์กระดูกน้อยลง การดูดซึมแคลเซียมลดลง มีการสลายของแคลเซียมออกจากกระดูกมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุนและกร่อนหักง่าย โดยเฉพาะ กระดูกสะโพก ต้นขา ข้อมือ และกระดูกสันหลัง นอกจากนี้ ในหญิงสูงอายุการที่มีระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ทำให้โอกาสการเกิดภาวะกระดูกพรุน มีได้มากยิ่งขึ้น

## 2. การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและด้านสังคมทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปด้วย ผู้สูงอายุจะปรับจิตใจและอารมณ์ไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการพัฒนาจิตใจตัวเองไปในทางที่ดีงามมากขึ้น สามารถควบคุมจิตใจได้ดีกว่าวัยหนุ่มสาว มีความสุขุมเยือกเย็นเพิ่มขึ้น แต่การแสดงออกจะขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตในวัยเด็ก และวัยผู้ใหญ่ของบุคคลนั้น ความเครียดที่เกิดจากการมีอายุมากขึ้น ส่วนหนึ่งก็จะมีผลต่อจิตใจของ



ผู้สูงอายุมาก ลักษณะการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่พบ มีดังต่อไปนี้ (วิภาวี, 2532 ; นิพนธ์, 2535 ; เยาวลักษณ์, 2529 ; สุพรรณิ, 2534 )

2.1 การรับรู้ ผู้สูงอายุมักจะยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตัวเอง ความจำเสื่อมลง การรับรู้ในสิ่งใหม่ๆ จึงเป็นไปได้ยาก

2.2 การแสดงออกทางอารมณ์ เป็นผลเกี่ยวเนื่องจากการตอบสนองความต้องการของจิตใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ผู้สูงอายุจะมีความรู้สึกต่อตนเองในแง่ต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นความท้อแท้และน้อยใจ โดยรู้สึกว่าการสังคมให้ความสำคัญต่อตนเองน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการไม่มั่นคง กระทบทกระเทือนใจได้ง่าย เสียใจ หงุดหงิด หรือโกรธได้ง่าย

2.3 การยอมรับภาวะสูงอายุ การยอมรับสภาพว่ามีอายุมากขึ้น คือการเข้าใจถึงความตาย ความสิ้นสุด จึงต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุบางคนมุ่งสร้างความคิด บางคนมุ่งชีวิตสงบ เข้าวัด ถี้อศีล บางคนชอบเลี้ยงหลาน บางคนชอบอยู่คนเดียว เพราะทำให้รู้สึกอิสระ และได้ใช้ชีวิตอย่างที่ตนชอบก่อนตาย

2.4 ความสนใจสิ่งแวดล้อม ผู้สูงอายุจะสนใจในสิ่งแวดล้อมเฉพาะที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ และตรงกับความต้องการของตนเองเท่านั้น ความสนใจส่วนใหญ่มุ่งไปที่ตัวเอง เพราะมีเวลาคิดถึงตนเองเนื่องจากว่างจากภารกิจต่างๆ และงานสังคม มักชอบหรือสนใจเฉพาะสิ่งที่คุ้นเคย ไม่ชอบงานแปลก ๆ ใหม่ ๆ ความสนใจสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ อาจยังมีอยู่บ้าง ชอบชีวิตเรียบง่าย ความมุ่งหวังหรือความใฝ่ฝันในชีวิตลดลงหรือไม่มีเลย ชอบเป็นผู้ตามมากกว่าเป็นผู้นำ

#### 4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

ในวัยสูงอายุ การปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะเริ่มลดลง ทั้งนี้ จากภาระหน้าที่และบทบาทในสังคมลดน้อยลง ดังนั้น สังคมของผู้สูงอายุจะแคบลงกว่าวัยหนุ่มสาวและวัยผู้ใหญ่ โดยเหลือเพียงครอบครัว เพื่อนสนิทและวัดเท่านั้น (Hogstel, 1951, อ้างตามเกษมและกุลยา, 2528 ) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมที่มีผลต่อแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ มีดังนี้

3.1 การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้าง และความผูกพันในครอบครัว โครงสร้างของครอบครัวในสังคมไทยสมัยก่อนมักอยู่แบบครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวใหญ่ที่มีความผูกพันระหว่างสมาชิกในครอบครัว มีการเคารพเชื่อฟังผู้สูงอายุ ถือว่าผู้สูงอายุเป็นที่ปรึกษาและเป็นศูนย์รวมใจภายในครอบครัว แต่ในสังคมไทยปัจจุบัน ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมเป็นสังคมอุตสาหกรรมแทนสังคมการเกษตร มีการพัฒนาทั้งทางเศรษฐกิจ การลงทุนและด้านเทคโนโลยี ตลอดจนมีการแข่งขันในสังคมเพิ่มขึ้น ทุกคนต่างดิ้นรนต่อสู้ค่าครองชีพที่สูงขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนย้ายของกลุ่มหนุ่มสาวผู้ใช้แรงงานจากชนบทเข้าสู่เมือง ละทิ้งผู้สูงอายุไว้ที่หมู่บ้านหรือชุมชนเดิม อีกทั้งบุตรหลานเมื่อแต่งงานแล้ว ต่างก็แยกย้ายไปสร้างครอบครัวใหม่ กลายเป็น

ครอบครัวเดี่ยวน่ามากขึ้น (Cowgill, 1972 อ้างตามจำเรียง, 2536) ผู้สูงอายุซึ่งเคยใช้ชีวิตที่อบอุ่นในอดีตกับบุตรหลาน ประสบกับปัญหาในการปรับตัวให้เข้ากับสังคมสมัยปัจจุบัน ต้องใช้ชีวิตอยู่ตามลำพังมากขึ้น ก่อให้เกิดความวิตกกังวลหวั่นใจ น้อยใจ ว้าเหว่และปัญหา สุขภาพจิตตามมา (วรรณวิมล, 2535)

3.2 การสูญเสียบุคคลที่มีความหมายต่อตนเอง ผู้สูงอายุเป็นวัยที่ได้รับการกระทบกระเทือนใจอยู่เสมอจากการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่ชีวิต ญาติสนิท เพื่อนสนิท ซึ่งเป็นการสูญเสียที่กระทบต่อความรู้สึกของผู้สูงอายุนานที่สุด โดยเฉพาะผู้สูงอายุชายที่สูญเสียภรรยา ทั้งนี้เมื่อภรรยาตายจากไปทำให้ขาดคนปรนนิบัติดูแล ก่อให้เกิดความรู้สึกซึมเศร้า ว้าเหว่ โดดเดี่ยว นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ไม่สนใจตัวเอง (วิชราภรณ์, 2535)

3.3 การเกษียณอายุราชการ ถือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยรับราชการหรือมีบทบาททางสังคม ทั้งนี้เพราะการเกษียณอายุ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกถูกแยกออกจากงาน เพื่อนร่วมงาน บทบาทและหน้าที่ในสังคมลดลง ตลอดจนเป็นการลดบทบาทบุรุษเพศในการเป็นผู้นำ ผู้หาเลี้ยงครอบครัว ผู้สูงอายุจึงรู้สึกด้อยค่าในตนเอง นอกจากนี้ การเกษียณทำให้ผู้สูงอายุขาดรายได้ประจำ มีการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมน้อยลง ขาดการพบปะติดต่อกับและการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับบุคคลอื่น แยกตัวออกจากสังคม รูปแบบการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป (เขवालัทธิ, 2529 ; วิภาวี, 2532 ; Cowling & Campbell, 1986 )

3.4 การเปลี่ยนแปลงทางขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม อันเนื่องมาจากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้สภาพชีวิตและความเป็นอยู่ในสังคมไทย เปลี่ยนแปลงไปในลักษณะคล้ายกับสังคมประเทศตะวันตกมากยิ่งขึ้น และการเผยแพร่ของวัฒนธรรมตะวันตกมายังสังคมไทยนี้ เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาเกี่ยวกับบุตรหลาน มีความขัดแย้งเกี่ยวกับค่านิยมและพฤติกรรมระหว่าง ผู้สูงอายุกับคนหนุ่มสาว ในปัจจุบัน เนื่องจาก ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความคิดอ่านเปลี่ยนแปลงได้ยาก และยึดมั่นต่อขนบธรรมเนียม ประเพณีวัฒนธรรมดั้งเดิม จากการศึกษาของเกริกศักดิ์, สุรีย์, และสมศักดิ์ (2533) พบว่า ผู้สูงอายุในเขตชุมชนร้อยละ 70 และผู้สูงอายุในเขตเมืองร้อยละ 50 ไม่เห็นด้วยกับวัฒนธรรมเกี่ยวกับการแสดงออกระหว่างคนต่างเพศ เหตุการณ์เหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหาระหว่างวัย ผู้สูงอายุจึงถูกมองว่าเป็นผู้ด้าสมัย พูดคุยไม่รู้เรื่อง จู้จี้ จีบ่น บุตรหลานไม่ยอมเข้าใกล้ ทำให้ผู้สูงอายุ น้อยใจ เกิดความเครียด แยกตัวเอง ขาดสัมพันธ์ภาพกับสมาชิกในครอบครัว โดยรู้สึกว่าตนเอง ไม่มีความหมาย บุตรหลานไม่เคารพยำเกรง เป็นส่วนเกินของครอบครัว เกิดความท้อแท้ และเบื่อหน่ายชีวิต (จำเรียง, 2532)

## ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

บุคคลทุกคนมีความต้องการที่จะคงภาวะสมดุลของร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่ในบางครั้งความต้องการของบุคคล ก็ไม่สามารถที่จะตอบสนองได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องความเสื่อมของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม จึงต้องการการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานมากกว่าในวัยอื่นๆ

ความต้องการเป็นความปรารถนาบางสิ่งบางอย่างเพื่อการดำรงชีวิตและรักษาภาวะสมดุลของการดำรงชีวิตทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม (Kraegel, et al, 1978 อ้างตาม ฉันทนา, 2537) จากทฤษฎีว่าด้วยพลังจูงใจ (theory of human motivation) ของอับราฮัม เอช มาสโลว์ (Abraham H. Maslow) เชื่อว่า บุคคลเกิดมาพร้อมกับสัญชาตญาณของความต้องการ โดยบุคคลจะมีความต้องการในด้านพัฒนาการตลอดชีวิต และความต้องการนั้นจะเป็นพลังผลักดันให้มนุษย์มีพฤติกรรมบางประการเพื่อตอบสนองความต้องการ โดยเริ่มต้นด้วยความต้องการในขั้นต้น ๆ ก่อนแล้วค่อยพัฒนาสูงขึ้นไปตามลำดับ (สุปาณี, 2533) โดยมาสโลว์ได้แบ่งความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ออกเป็น 5 ขั้น ต่อมาได้มีการนำทฤษฎีนี้ไปใช้ และได้เพิ่มความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ออกเป็น 7 ขั้น ดังนี้ (Prandoni, 1992 ; Murray, 1989 ; Ellis & Nowlis, 1994 ; สุปาณี, 2533 ; สาทวีร์, 2536)

1. ความต้องการด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นต้องได้รับการตอบสนองเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ประกอบด้วย ความต้องการอากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ ที่อยู่อาศัย เมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการในขั้นนี้อย่างสม่ำเสมอแล้วก็จะพัฒนาความต้องการไปสู่ขั้นที่สูงขึ้นต่อไป
2. ความต้องการด้านความปลอดภัย (Safety needs) เป็นความต้องการความปลอดภัยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สิ่งแวดล้อม และความต้องการความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน อยู่ในหมู่คนที่รู้จักและไว้วางใจ บุคคลจะรู้สึกไม่ปลอดภัยเมื่ออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย หรือถูกรบกวนในการดำเนินชีวิตประจำวัน
3. ความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Love and belonging needs) เป็นความต้องการที่จะให้และได้รับความรัก ความใกล้ชิด ความผูกพัน การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
4. ความต้องการมีคุณค่าในตนเอง (Self - esteem needs) เป็นความรู้สึกที่ภาคภูมิใจในตนเองว่ามีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับของคนรอบข้างทั้งในครอบครัวและสังคม ความรู้สึกเป็นอิสระ ไม่เป็นภาระของผู้อื่น

5. ความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง (Self - actualization needs) เป็นความรู้สึกรื่นเริงพอใจและได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ ถ้าบุคคลบรรลุถึงความต้องการขั้นนี้จะทำให้รู้จักตนเอง รับรู้สภาพต่าง ๆ ตามความเป็นจริงและมีความปรารถนาดีต่อผู้อื่น

6. ความต้องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร (Information needs) เป็นความต้องการที่จะเรียนรู้และเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นและดำเนินไปในโลกปัจจุบัน หรือความต้องการที่จะเรียนรู้ถึงทักษะใหม่ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งผู้สูงอายุสามารถที่จะหาความรู้ได้จากทั้งในสถาบันการศึกษาและแหล่งอื่นๆ ก็ได้

7. ความต้องการด้านสุนทรียะ (Aesthetics needs) เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของมนุษย์ เป็นความต้องการที่จะรับรู้และสัมผัสกับความสวยงามของศิลปะและวัฒนธรรมต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดึงดูดของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

จะเห็นได้ว่าความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์นั้น แบ่งออกได้เป็นความต้องการด้านร่างกาย หรือความต้องการมีชีวิตอยู่รอด และความต้องการด้านจิตสังคม ซึ่งทั้งสองอย่างนี้มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ก็จะส่งผลกระทบต่อจิตใจและสังคม ในขณะที่เดียวกันถ้าไม่ได้รับการตอบสนองด้านจิตสังคม การตอบสนองความต้องการด้านร่างกายก็จะได้รับผลกระทบไปด้วย (Chandler, 1991)

วินิเฟรด และดักลาส (Winnifred & Douglass, 1996 อ้างตามฉันทนา, 2537) ได้จำแนกความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 2 ประเภท คือ ความต้องการเพื่อดำรงชีวิตอยู่รอดและความต้องการในชีวิตประจำวัน โดยความต้องการเพื่อดำรงชีวิตอยู่รอด (survival needs) เป็นความต้องการด้านร่างกายที่จำเป็นต่อการมีชีวิต ได้แก่ อากาศ น้ำ อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การพักผ่อนนอนหลับ ส่วนความต้องการในชีวิตประจำวัน (daily living needs) ได้แก่ด้านจิตใจ อารมณ์ สันทนาการ สิ่งเพลิดเพลิน การติดต่อสื่อสาร สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความรัก ความปลอดภัย ความมั่นคง ความมีคุณค่า ความภาคภูมิใจ และความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ นอกจากนี้ ดุษณี (2526) ยังได้กล่าวถึงความต้องการของมนุษย์ไว้ว่า มนุษย์มีความต้องการอันจำเป็นแก่ชีวิต (needs) ได้แก่ 1) ความจำเป็นด้านชีวภาพเพื่อความอยู่รอดของชีวิต โดยมีอาหารเป็นปัจจัยหนึ่งในปัจจัยต่าง ๆ ด้านชีววิทยา 2) ความจำเป็นด้านจิตใจอันได้แก่ ความต้องการอยู่รวมกันเป็นสังคมหรือเป็นหมู่ ต้องการความรัก ความมั่นคง 3) ความจำเป็นในการยกตนเหนือผู้อื่นอันได้แก่ความเป็นตัวของตัวเอง ความต้องการสร้างสรรค์และมีอำนาจเหนือผู้อื่น ความจำเป็นนี้จะบรรลุผลก็ต่อเมื่อบุคคลได้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางร่างกาย และจิตใจ ตั้งแต่กำเนิดการมีโอกาสได้ศึกษาหาความรู้ และฝึกฝนตนเองอยู่เสมอ

จะเห็นว่า ได้มีผู้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์อยู่มากมาย ซึ่งส่วนใหญ่ มักจะครอบคลุมทั้งความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในการวิจัยครั้ง ผู้วิจัยได้นำเอาแนวความคิดความต้องการของมนุษย์ของมาสโลว์ ที่ได้มีผู้ดัดแปลงเพิ่มเติมเป็น 7 ขั้นตอนมาใช้ในการวิจัย โดยจะได้กล่าวถึงรายละเอียดของความต้องการในแต่ละด้าน ดังต่อไปนี้

#### 1. ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย (Physiological care needs)

ความต้องการด้านร่างกาย เป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการตอบสนอง เพื่อให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ตามทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ กล่าวว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จะเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดความต้องการขั้นสูงต่อไป (Ellis & Nowlis, 1994 ; Chandler , 1991 ; Prandoni ,1992 ) ผู้สูงอายุก็เป็นบุคคลหนึ่งที่มีความต้องการด้านร่างกายเพื่อให้มีชีวิตอยู่รอดได้ ศรีจิตรา (2530) กล่าวว่าสิ่งที่จำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมีงานทำอย่างต่อเนื่อง และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน ส่วนเอลลิสและนาวลิส (Ellis & Nowlis, 1994) ได้กล่าวถึงความต้องการด้านร่างกายของมนุษย์ว่า ประกอบด้วย ความปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อม สุขวิทยา กิจกรรมและการเคลื่อนไหว การพักผ่อนนอนหลับ อาหาร การขับถ่าย อุจจาระและปัสสาวะ อากาศ การไหลเวียนโลหิต น้ำและสารน้ำ การรับรู้ความรู้สึกและความสุขสบาย นอกจากนี้ มาสโลว์ยังได้กล่าวว่า ความต้องการด้านร่างกายจะประกอบด้วย อากาศ อาหาร น้ำ การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่ายของเสีย จะเห็นได้ว่า ความต้องการด้านร่างกายของผู้สูงอายุนั้นสามารถสรุปได้ 5 ประการ คือ อาหาร การออกกำลังกาย การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ และการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1 อาหาร ความต้องการอาหารในบุคคลแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเพศ อายุ สภาพร่างกาย สภาพการทำงานและภาวะแวดล้อม (นิยา, 2535) อาหารเป็นปัจจัยหนึ่งของความต้องการที่จำเป็นต่อชีวิตในด้านชีววิทยาเพื่อความอยู่รอดของชีวิต มีความจำเป็นต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (คุณณี, 2526 ) จากการศึกษาของราตรีและคณะ (2538) ที่ศึกษาแบบแผนสุขภาพ ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พบว่า การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ เป็นความต้องการด้านสุขภาพอนามัยที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุด นอกเหนือจากความต้องการเรื่องการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การตรวจสุขภาพประจำปี และการปรับตัวในวัยสูงอายุ อาหารที่จัดให้ผู้สูงอายุควรจะมีปริมาณที่ลดลง แต่คุณภาพเพิ่มขึ้น เพราะผู้สูงอายุมีกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ทำให้ความต้องการพลังงานลดลงด้วย (Iliopoulos, 1993 : 80) ความต้องการอาหารในผู้สูงอายุจะแตกต่างจากวัยหนุ่มสาวประมาณร้อยละ 5-20 แต่เมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไปจะมีความต้องการอาหารลดประมาณร้อยละ 20-25 (เกษม และกุลยา, 2528 ; จุฬากรณี, 2531 )

ดังนั้นโดยทั่วไปแล้วผู้สูงอายุควรได้รับพลังงานและสารอาหารต่าง ๆ ดังนี้ (เกษม และกุลยา, 2528 ; ชีรพร, 2531 ; นียา, 2535 ; ประไพศรี และประภาศรี, 2533 ; วิภาวี, 2537 ; Karreck and Worthington-Roberts, 1993 )

**พลังงาน** เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ การมีกิจกรรมด้านร่างกายและอัตราการเผาผลาญลดลง ทำให้ความต้องการพลังงานของผู้สูงอายุลดลงด้วย ผู้สูงอายุจะมีความต้องการพลังงานลดลงประมาณ 500 แคลอรี ในผู้ชาย และ 400 แคลอรี ในผู้หญิง เมื่ออายุมากกว่า 75 ปี หรือลดลงร้อยละ 2 ทุก ๆ 10 ปีของอายุที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุจึงควรดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับพลังงานจากอาหารโดยเฉลี่ยประมาณ 2,100 แคลอรีต่อวันในผู้ชายที่มีน้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนในผู้หญิงที่มีน้ำหนัก 55 กิโลกรัม ควรได้รับพลังงาน 1,540 แคลอรีต่อวัน และไม่ควรมีพลังงานน้อยกว่า 1,200 แคลอรีต่อวัน เพราะจะทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอได้

**โปรตีน** ผู้สูงอายุจะมีความต้องการสารอาหารโปรตีนวันละ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ซึ่งเท่ากับ 50-60 กรัมต่อวัน ควรเป็นโปรตีนที่มีคุณค่าสูง เช่น ไข่ นม เนื้อ ถั่วเหลือง ถั่วใน 1 วัน ผู้สูงอายุรับประทานเนื้อ 100 กรัม ไข่ 1 ฟอง นม 1 แก้ว จะได้พลังงานประมาณ 12-15 เปอร์เซ็นต์ของพลังงานที่ควรได้รับ ซึ่งเป็นปริมาณที่เพียงพอที่จะซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอได้ ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุจึงควรจัดหาอาหารจำพวกโปรตีนอย่างเพียงพอแก่ความต้องการของผู้สูงอายุ โดยแหล่งอาหารโปรตีนที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุ คือ ปลา เพราะไขมันต่ำ ทำให้สุกง่าย ย่อยง่าย และทำอาหารได้หลายชนิด ควรดูแลให้ผู้สูงอายุได้คัมมที่นำไขมันออกแล้ว หรือคัมมเปรี้ยวแทนถ้าคัมมสดไม่ได้ โดยคัมมวันละ 1 แก้ว รับประทานไข่สัปดาห์ละ 2-3 ฟอง นอกจากนี้ยังสามารถคัมมถั่วเหลืองได้ โดยถั่วคัมมถั่วเหลือง 1 แก้ว จะได้โปรตีน 6 กรัม ซึ่งใกล้เคียงกับจำนวนโปรตีนที่มีอยู่ในไข่ 1 ฟอง (ไกรสิทธิ์, 2524)

**คาร์โบไฮเดรต** ควรดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับประทานอาหารประเภท ข้าว แป้ง และน้ำตาล ในปริมาณ 50-60 เปอร์เซ็นต์ ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับในแต่ละวัน ควรดูแลให้ลดปริมาณของอาหารคาร์โบไฮเดรตลง โดยเฉพาะน้ำตาลต่างๆ ขนมหวาน ผลไม้กระป๋อง และให้บริโภคอาหารที่อยู่ในรูปของ แป้ง ข้าว เผือก มัน ในปริมาณที่เหมาะสมคือ ข้าวมีโอละ 1 ถ้วย หรือขนมปัง 1-2 แผ่น ก็เพียงพอ

**ไขมัน** ผู้สูงอายุควรได้รับไขมันไม่เกินร้อยละ 25-30 ของพลังงานทั้งหมดที่ได้รับใน 1 วัน ควรจัดให้ผู้สูงอายุได้รับบริโภคไขมันพืชที่มีกรดไลโนลิค แทนไขมันจากสัตว์หรือน้ำมันมะพร้าว ได้แก่ น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำ น้ำมันถั่วเหลือง ควรได้รับประทาน 1.5 - 2 ช้อนโต๊ะต่อวัน

**วิตามิน** ผู้สูงอายุมีความต้องการวิตามินเท่ากับหรือน้อยกว่าวัยรุ่นสาวเพียงเล็กน้อย ผักและผลไม้ จะเป็นอาหารที่อุดมไปด้วยวิตามินต่าง ๆ ควรจัดให้ผู้สูงอายุรับประทานผักทั้งชนิด

สุกและดิบ เพื่อให้ได้รับวิตามินครบถ้วน แต่เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรับประทานอาหารได้น้อยลง อาจได้รับวิตามินบางอย่างไม่เพียงพอ เช่น วิตามินบี 1 วิตามินบี 2 โฟเลต และวิตามินเอ ดังนั้นจึงควรดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการเสริมวิตามินในรูปแบบของยาในกรณีที่จำเป็นด้วย

เกลือแร่ ผู้สูงอายุมีความต้องการเกลือแร่เท่า ๆ กับวัยผู้ใหญ่ แต่มักจะประสบปัญหาบริโภคไม่เพียงพอ มักจะขาดเกลือแร่ประเภท แคลเซียม และเหล็ก ซึ่งร่างกายควรจะได้รับแคลเซียมไม่น้อยกว่า 800 มิลลิกรัมต่อวัน ในหญิงวัยเจริญพันธุ์กับวัยสูงอายุ ควรได้รับแคลเซียม วันละ 1,000-1,500 กรัม เพื่อเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน และเพิ่มเนื้อกระดูก จากการศึกษาของอาลี และเบนเนต ( Ali & Bennett , 1992) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันภาวะกระดูกพรุน พบว่าประชากรส่วนใหญ่ได้รับแคลเซียมน้อยกว่าในระดับที่ต้องการ ดังนั้น ผู้ดูแลจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับแคลเซียมอย่างเพียงพอ โดยการดูแลให้ผู้สูงอายุได้ดื่มนม วันละ 1 แก้ว หรือจัดอาหารที่มีแคลเซียมสูง ได้แก่ อาหารประเภท ถั่ว นม ปลาเล็กปลาน้อย ส่วนธาตุเหล็ก ควรดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับประมาณ 10 มิลลิกรัมต่อวัน โดยจัดอาหารประเภท ไข่ ตับ ถั่วเมล็ดแห้ง หรือให้ธาตุเหล็กในรูปแบบของยาเม็ดก็ได้

น้ำ น้ำมีความจำเป็นในระบบย่อยอาหาร ขับถ่ายของเสีย ทำให้ผิวหนังชุ่มชื้น ควรดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับน้ำประมาณ 6-8 แก้วต่อวัน หรือ 1,500-2,500 ซีซีต่อวัน ควรจัดอาหารประเภทต้มจืด หรือซุปร้อน ๆ ให้พร้อมกับอาหารประเภทอื่นก็ได้

การตอบสนองความต้องการในผู้สูงอายุ นั้น ผู้ดูแลหรือครอบครัวของผู้สูงอายุ ควรจัดอาหารให้เหมาะสมกับสภาพของผู้สูงอายุและภาวะเศรษฐกิจ มีจำนวนไม่มากหรือน้อยจนเกินไป ควรมีหลักในการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้ (นียา, 2535)

1) จัดอาหารให้มีปริมาณและคุณภาพที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยจัดให้ครบทั้ง 5 หมู่ มีส่วนประกอบของสารอาหารต่าง ๆ สูงโดยเฉพาะ แคลเซียม วิตามิน แร่ธาตุ และโปรตีนที่เพียงพอ และมีคุณค่าทางโภชนาการสูง ลดปริมาณอาหารที่ให้พลังงานเช่น ข้าว แป้ง น้ำตาล ไขมัน เพื่อการบริโภคอาหารที่มีกากใย เพื่อให้ระบบขับถ่ายดีขึ้น

2) จัดอาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย รสไม่จัดมาก จัดแต่งอาหารให้ดูน่ารับประทาน และจัดเสิร์ฟขณะร้อน ๆ เพื่อช่วยให้อุณหภูมิของอาหารรับประทานมากขึ้น

3) แบ่งอาหารออกเป็น 4-5 มื้อ เพิ่มมื้อสายและบ่าย โดยมีกลางวันเป็นอาหารหลัก เพื่อช่วยลดปัญหาการแน่นอึดอัดท้องหลังรับประทานอาหาร หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สและท้องอืด ถ้าต้องการเปลี่ยนอาหารชนิดใหม่ ๆ ก็ควรให้ในปริมาณน้อย ๆ ก่อนแล้วค่อยเพิ่มเพื่อให้เกิดความเคยชิน เช่น นมสด นมถั่วเหลือง หรือถั่วต่าง ๆ

4) จัดให้ผู้สูงอายุได้รับน้ำอย่างเพียงพอวันละ 6-8 แก้ว ควรมีแกงจืดหรือซุปร้อนๆ ก่อนอาหาร หรือร่วมกับอาหารอื่นๆ เพื่อเป็นการกระตุ้นความอยากอาหาร

1.2 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นวิธีการที่ใช้เพิ่มความสามารถทางร่างกายของผู้สูงอายุ ดำรงไว้ซึ่งความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ คลายความตึงเครียด กระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อปอด และระบบไหลเวียนของโลหิตให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สำหรับผู้สูงอายุนั้น การออกกำลังกายโดยการลงน้ำหนักบนกระดูก (weight bearing exercises) เช่น การเดินวันละ 30 นาที จะช่วยลดการสูญเสียเนื้อกระดูก และเป็นปัจจัยหนึ่งในการป้องกันภาวะกระดูกพรุนได้ (วิไลวรรณ, 2536) นอกจากนี้ โนเทลโลวิทซ์ (Notalovitz, 1985 อ้างตาม จุฬารัตน์, 2531) กล่าวว่า การวิ่ง หรือยกน้ำหนัก จะเพิ่มความแข็งแรงให้กับกระดูกต้นขาในหญิงวัยหมดประจำเดือน และพบว่า การออกกำลังกายเป็นประจำ เช่น การเดินเป็นประจำนาน 3 ปี จะทำให้มีกระดูกแข็งแรง มีเนื้อกระดูกมากขึ้นเมื่อเทียบกับคนที่ไม่ออกกำลังกาย การออกกำลังกายยังช่วยให้มีการดูดซึมแคลเซียมได้ดีอีกด้วย จากการศึกษาของแมคแมน (McMahon, 1992) พบว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายในร่มโดยไม่ถูกแสงแดด จะมีการดูดซึมแคลเซียมได้น้อยลงเนื่องจากขาดวิตามินดี นอกจากนี้ การออกกำลังกายยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนอนหลับของผู้สูงอายุ ทำให้แบบแผนการนอนเป็นปกติด้วย (พัสนนท์, กัญญา และพัชรี, 2538) สมาชิกในครอบครัวควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการออกกำลังกายที่เหมาะสมคือ การออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercises) เช่น การเดิน การวิ่งช้าๆ ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ใช้ออกซิเจนสม่ำเสมอจากการหายใจ ทำให้มีผลดีต่อหัวใจ หลอดเลือดและปอด และยังเป็นสิ่งที่ทำได้ง่ายไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยดูแลให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอติดต่อกัน 20-30 นาที ก็เพียงพอ สิ่งที่สมาชิกในครอบครัวควรระวังในขณะที่ผู้สูงอายุออกกำลังกาย คือ ต้องแนะนำไม่ให้หักโหมจนเกินไป เริ่มด้วยการออกกำลังกายอย่างช้า ๆ เพิ่มทำออกกำลังกายทีละน้อย และหยุดเมื่อมีอาการเหนื่อยมากผิดปกติ นอกจากนี้ ผู้ดูแลควรสังเกตและซักถามอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในขณะที่ออกกำลังกาย เช่น หัวใจเต้นแรง เวียนศีรษะ หายใจขัด หน้ามืด เหงื่อออก หรือตัวเย็นมาก (เฉก, 2533 ; จำเรียง, 2532 ; ชีรพร, 2531 ; รุ่งโรจน์, 2538) ซึ่งเป็นอาการผิดปกติที่ต้องหยุดออกกำลังกายทันที และพาไปพบแพทย์เพื่อหาสาเหตุและหาแนวทางป้องกันและแก้ไขต่อไป

1.3 การพักผ่อนนอนหลับ การพักผ่อนนอนหลับเป็นสิ่งจำเป็นต่อร่างกายของมนุษย์เพื่อให้เกิดความสดชื่น โดยบุคคลจะต้องได้รับการพักผ่อนและนอนหลับเพียงพอ ทั้งปริมาณและคุณภาพ ความต้องการการพักผ่อนนอนหลับจะแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ ถ้าการพักผ่อนไม่เหมาะสมจะทำให้บุคคลรู้สึก อ่อนเพลีย กระจวนกระวาย พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง สมาธิน้อย และเกิดการเหนื่อยล้า (Prandoni, 1992) ผู้สูงอายุจะมีแบบแผนการนอนหลับเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมโดยจะ



ใช้เวลานานกว่าจะหลับได้ การนอนหลับสนิทจะลดลง ระยะเวลาของการหลับในระยะ 3 และ 4 ของระยะที่ไม่มีอาการเคลื่อนไหวเร็วของลูกตา (NREM) ลดลง มีการตื่นบ่อยและหลับต่อได้ยาก นอกจากนี้ยังพบว่า การนอนหลับในระยะที่มีการเคลื่อนไหวเร็วของลูกตา (REM) ก็ลดลงด้วย (Robert & Besterman, 1990 ; Koles, 1990 อ้างตาม พัสมณต์, 2538 ; วันดี, 2538 ) จากการศึกษาของราตรีและคณะ (2538) ที่ศึกษาแบบแผนสุขภาพ ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายুর้อยละ 33.3 มีภาวะหลับยากและร้อยละ 36.3 มีอาการอ่อนเพลียและปวดเมื่อยตามร่างกายหลังจากตื่นนอนตอนเช้า และการศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อแบบแผนการหลับของผู้สูงอายุ ของพัสมณต์และคณะ (2538) พบว่าผู้สูงอายุมีแบบแผนการนอนหลับปกติเพียงร้อยละ 18.20 ที่เหลืออีกร้อยละ 81.80 จะมีปัญหาในการนอนหลับ คือ นอนหลับยาก นอนหลับไม่สนิท ตื่นบ่อยกลางดึก นอนหลับน้อยเพราะต้องตื่นเช้า และมีอาการรบกวนอย่างมากตลอดวัน ซึ่งปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุนั้นเป็นผลมาจากปัจจัยต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมถึงการขาดการออกกำลังกาย ก็เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งด้วย (Lager, et al, 1996 ; Ferry, 1996 ; Mullan, et al, 1994 ) ดังนั้นการส่งเสริมการนอนหลับในผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลควรตระหนักและให้ความสำคัญ เพื่อป้องกันปัญหาต่าง ๆ ที่จะเกิดตามมาได้ โดยผู้ดูแลควรจัดอาหารว่างหรือเครื่องดื่มอุ่นๆ ก่อนนอน ไม่ควรให้อาหารมื้อหนักก่อนนอน ดูแลไม่ให้ดื่มน้ำมากเกินไปในช่วงเย็น เพราะต้องตื่นมาปัสสาวะบ่อยทำให้ขัดขวางการนอนหลับ งดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน แอลกอฮอล์ บุหรี่ กระตุ้นให้ออกกำลังกายสม่ำเสมอทุกวัน ดูแลความ สุขสบาย บรรเทาอาการปวด แนะนำการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การทำสมาธิก่อนนอน เข้านอน และตื่นนอนตรงเวลา ไม่นอนกลางวันมากนัก นอกจากนี้การจัดสิ่งแวดล้อม แสง เสียง การถ่ายเท อากาศและความสะอาดของเครื่องนอนให้เหมาะสม (วันดี, 2538) จะทำให้ผู้สูงอายุนอนหลับอย่างเพียงพอและมีคุณภาพ

1.4 การขับถ่าย การขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งในกระบวนการเผาผลาญอาหารของร่างกายและการคงภาวะสมดุลของน้ำ และสารน้ำในร่างกาย โดยอาศัยการทำงานของระบบทางเดินอาหารและไตทำให้สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้ (Prandoni, 1992) ในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร ทำให้มีอาการท้องผูกบ่อย ซึ่งอาจเกิดจาก การบีบตัวของลำไส้ลดน้อยลง กิจกรรมน้อยลง การรับประทานอาหารที่กากน้อย และดื่มน้ำไม่เพียงพอ ทำให้ผู้สูงอายุบางคนใช้ยาระบายช่วยในการขับถ่ายอุจจาระ ซึ่งเสี่ยงต่ออาการถ่ายเหลวจนร่างกายสูญเสียน้ำ สูญเสียความสมดุลของสารน้ำ ระบบการย่อยอาหารผิดปกติ และสูญเสียวิตามินที่ละลายในไขมัน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายได้ (Iliopoulos, 1993) จากการศึกษาแบบแผนสุขภาพ ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ

ของราตรีและคณะ (2538 : 4) พบว่า ผู้สูงอายุมีอาการท้องผูกเป็นประจำร้อยละ 12.6 และเคยใช้ยาระบายถึงร้อยละ 83.8 นอกจากนี้ วรรณิ (2533) ได้ศึกษาแบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสงขลา พบว่าปัญหาเกี่ยวกับแบบแผนการขับถ่ายของผู้สูงอายุที่พบได้มากที่สุด คือ ท้องผูก ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุทำให้เกิดอาการไม่สบาย แน่นอึดอัดท้อง เมื่ออาหารเคลื่อนไปสู่อาเจียน วิงเวียนศีรษะ มึนซึม จิตใจไม่เบิกบาน วิตกกังวล นอนไม่หลับ ปวดท้อง เวลาขับถ่ายจะมีอาการปวดทวารหนักหรือมีเลือดออก ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดริดสีดวงทวารได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแลเพื่อให้ระบบขับถ่ายอุจจาระเป็นไปตามปกติ โดยผู้ดูแลจะต้องจัดอาหารที่มีกากหรือเส้นใย เช่น ผัก ผลไม้ จะช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น นอกจากนี้กากใยของอาหารจะช่วยให้อุจจาระมีเนื้อ จึงเป็นตัวช่วยกระตุ้นให้อุจจาระ ถูกขับออกมาได้ง่าย ควรดูแลให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว งดอาหารประเภท ชา กาแฟ โอเลี้ยง เครื่องดื่มประเภทชูกำลัง น้ำอัดลมประเภทโคลา ซึ่งมีคาเฟอีนและแทนนิน ที่เป็นตัว ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวช้าลง เป็นสาเหตุให้เกิดอาการท้องผูก นอกจากนี้ควรกระตุ้นให้ ผู้สูงอายุได้มีการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกาย เพื่อช่วยให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวมากขึ้น ไม่ควรให้ผู้สูงอายุใช้ยาระบาย เพราะการใช้ยาระบายเป็นประจำจะทำให้ผนังลำไส้เกิดการระคายเคืองและเสื่อมประสิทธิภาพในที่สุด แม้ว่ายาระบายจะช่วยให้ถ่ายได้แต่ไม่ได้ช่วยแก้ไขปัญหาท้องผูก กลับจะทำให้ท้องผูกมากขึ้น ถ้าไม่ได้รับยา ก็จะไม่ถ่ายอุจจาระ เมื่อผู้สูงอายุเกิดอาการท้องผูก ผู้ดูแลควรแนะนำหรือแก้ไขได้โดยการจัดอาหารที่ทำให้ถ่ายง่าย เช่น กลัวย ส้ม มะละกอ น้ำลูกพรุน น้ำมะขาม เป็นต้น ควรกระตุ้นการขับถ่ายในคนที่ท้องผูกเฉียบพลัน โดยใช้ผ้าห่อน้ำแข็งประคบบริเวณสะดือ จนรู้สึกอยากถ่ายอุจจาระ ถ้าไม่ได้ผลให้ทำซ้ำอีก 3-4 ครั้ง แล้วพัก 2-3 ชั่วโมง หลังจากนั้นให้ทดลองทำซ้ำอีก ส่วนในผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรัง ให้ใช้น้ำร้อนสลับน้ำเย็น โดยแช่กันในอ่างน้ำร้อน ในขณะที่เดียวกันให้แช่เท้าในอ่างน้ำเย็นพร้อมกันไปด้วย ใช้เวลานาน 3 นาที หลังจากนั้นให้ทำสลับกันโดยแช่กันด้วยน้ำเย็นและแช่เท้าในอ่างน้ำร้อนนาน 3 นาที สลับกันไปทำวันละ 4 ครั้ง จะช่วยให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงช่องท้องส่วนล่างมากขึ้น กล้ามเนื้อของลำไส้ใหญ่มีแรงขับถ่ายอุจจาระดีขึ้น (ภานุ, 2536 อ้างตามปราณี, 2538) นอกจากนี้การบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้อง และกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานโดยใช้การหายใจ (breathing exercises) หรือนอนหงายแขนสองข้างวางทาบบนอก แล้วยกตัวขึ้นโดยห้ามยกเข่า หรือนอนหงายให้ไหล่ทั้ง 2 ข้างราบกับเตียงหรือพื้น แล้วยกขาขึ้นตรงๆ ไม่งอเข่า ทำ 20-30 ครั้ง วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น จะทำให้ผู้สูงอายุท้องผูกน้อยกว่าคนไม่ได้รับการกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (ปราณี, 2533)

1.5 การดูแลสุขภาพพอนามัย การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุทุกคนย่อมต้องการมีร่างกายที่สะอาด มีความสุขสบาย ปราศจากการหมักหมม

ไม่มีการติดเชื้อ ปราศจากความเจ็บป่วย ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรดูแลสุขภาพโดยทั่ว ๆ ไปของผู้สูงอายุดังต่อไปนี้

**ผิวหนัง** ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังโดยผิวหนังกำพืดจะบางลง จำนวนต่อมเหงื่อลดลง ต่อมน้ำมันโตขึ้นแต่หลังไขมันได้น้อยลง ทำให้ผิวหนังหยาบเนียน ผิวหยาบแห้งแตก การรับรู้ความรู้สึกร้อนเย็นลดลง เกิดอุบัติเหตุและเป็นแผลได้ง่าย จากการศึกษาสมรรถภาพของผู้สูงอายุ โดยโสมพรรณ (2534 : 45) พบว่า ความสะอาดของผิวหนังของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสกปรก จำนวนร้อยละ 30.9 ส่วนปัญหาของผิวหนังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุนั้น เรณู (2538) ได้ทำการศึกษาเรื่องปัญหาโรคผิวหนังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาการเกิดผื่นคันจากการสัมผัสสารที่ทำให้แพ้ การติดเชื้อราและติดเชื้อไวรัส ดังนั้นผู้ดูแลต้องมีการแนะนำให้ผู้สูงอายุรักษาความสะอาดของผิวหนัง โดยการไม่อาบน้ำบ่อยเกินไป ซึ่งจะทำให้เกิดผิวหนังแห้ง เกิดตุ่มคันได้ง่าย ควรอาบน้ำวันละครั้งในวันที่อากาศร้อน และ 2 วันต่อครั้งในช่วงอากาศหนาว (เขาวลัทธิ, 2529 ; รสสุคนธ์, 2537) ไม่ควรอาบน้ำร้อน ใช้สบู่เท่าที่จำเป็นและควรเป็นชนิดครีม รวมทั้งเลือกใช้ครีมบำรุงผิวให้เหมาะสมด้วย (เรณู, 2538)

**ผม** ผู้สูงอายุจะมีผมหงอก ผมร่วง หนังศีรษะแห้ง ติดเชื้อราที่ศีรษะได้ง่ายจึงไม่ควรสระผมบ่อย ควรสระผมไม่เกินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

**มือ เท้า เล็บ** ผู้สูงอายุต้องให้การดูแล มือ เท้า เล็บ เป็นพิเศษ เนื่องจากติดเชื้อและมีบาดแผลได้ง่าย ควรดูแลเล็บมือเล็บเท้าให้สั้นและสะอาด นวดนิ้วเท้า ฝ่าเท้าและสันเท้า เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด แช่เท้าด้วยน้ำอุ่น 10-15 นาที จะช่วยให้เล็บเท้านุ่ม ละลายสิ่งหมักหมมและลดการติดเชื้อได้ นอกจากนี้ควรใช้รองเท้าที่พอเหมาะและสวมใส่สบายด้วย

**ปากและฟัน** ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลปากและฟันตั้งแต่อายุน้อย ๆ โรคของเหงือกจะเป็นสาเหตุใหญ่ของการสูญเสียฟัน เมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป ฟันจะเริ่มหักจนหมดปาก ดังนั้นการดูแลช่องปากจึงมีความสำคัญ การใช้ฟันปลอมจะเป็นสิ่งที่ทำให้สามารถเคี้ยวและกินอาหารได้หลายชนิดมากขึ้น (Ilipoulos, 1993) ไม่ควรถอดฟันปลอมเข้าออกบ่อย ๆ เพราะอาจเกิดการระคายเคืองต่อเหงือกได้ ควรแปรงฟันล้างเหงือกทันทีหลังอาหารและก่อนนอน ใช้แปรงนุ่มๆ แปรงฟัน อนามัยน้ำอุ่นหรือน้ำเกลืออุ่น จะทำให้เหงือกและช่องปากสะอาด ฟันปลอมควรถอดล้างทุกครั้งหลังอาหารและแช่น้ำสะอาดไว้ในตอนกลางคืน (เขาวลัทธิ, 2529)

**อวัยวะสืบพันธุ์** บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เป็นบริเวณที่เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย ประกอบกับผู้สูงอายุบางรายอาจจะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ อาจมีปัสสาวะซึมออกมาทำให้เกิดการอักเสบและมีอาการคันได้ จึงควรแนะนำให้ผู้สูงอายุทำความสะอาดทุกครั้งหลังการขับถ่าย โดยใช้ผ้าและสบู่ แล้วซับให้แห้ง รวมถึงใช้กางเกงในที่สะอาดและพอดีตัว

เสื้อผ้า ผู้สูงอายุควรใช้เสื้อผ้าที่สะอาด ใส่ง่าย เนื้อผ้านุ่มทำความสะอาดง่าย ไม่มีรอยยับหรือมีตะเข็บมากเกินไป เพราะเวลานอนอาจเกิดการกดทับได้ง่าย ใช้เสื้อผ้าที่แห้งสะอาด และเหมาะสมกับสภาพอากาศด้วย

การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุมาก ราตรีและคณะ (2538) ได้ศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัย ในเรื่องของการตรวจร่างกายประจำปีด้วย นอกเหนือจากความต้องการอาหารและการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การตรวจร่างกายประจำปี จะเป็นการประเมินสภาพร่างกายของตนเอง ค้นหาสมุฏฐานของโรคและหาทางป้องกันรักษาให้ทันทั่วทั้งที่ (เกษม และกุลยา, 2528 ) จากการศึกษาแบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยวรรณิ (2533 ) พบว่า ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม คือ ไม่มีการตรวจร่างกายประจำปีและซื้อยามารับประทานเองเมื่อเจ็บป่วย ดังนั้นจึงควรพาผู้สูงอายุไปรับการตรวจสุขภาพประจำปีกับแพทย์ปีละ 1-2 ครั้งอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ต้องหมั่นสังเกตความคิดปกติต่าง ๆ ของร่างกาย งดเว้นสิ่งเสพติดรวมถึงอาหารหรือเครื่องดื่มที่บั่นทอนสุขภาพทุกชนิด จัดให้อยู่ในที่อากาศถ่ายเทได้ดี ไม่ใกล้ชิดกับผู้ที่ เป็นโรคติดต่อ และต้องพาไปพบแพทย์ทุกครั้งเมื่อมีอาการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย

## 2. ความต้องการความปลอดภัย (Safety needs)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ซึ่งเกิดจากการการรับรู้ของประสาทสัมผัสข้างประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อตา การทรงตัวไม่มั่นคง ความเสื่อมของข้อต่อ ความหลงลืม และมีโรคประจำตัว (เกษม และกุลยา, 2528 ) โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับโรคของกระดูกและกล้ามเนื้อจะทำให้เกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุได้ง่าย (อาภา, 2533) จากการศึกษาอุบัติเหตุในคนสูงอายุ โดย อนันต์ (2536) พบว่า อุบัติเหตุที่เกิดจากการพลัดตกหกล้มมีจำนวนมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ อุบัติเหตุจากการคมนาคม และกลุ่มเบ็ดเตล็ด เช่น วัตถุหล่นใส่ ถูกวัตถุแหลมคม วัตถุร้อน การชนหรือกระแทก เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรพรรณ และคณะ (2535 : 203-211) ที่พบว่า อุบัติเหตุที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุ คือ การพลัดตกหกล้ม รองลงมาคืออุบัติเหตุจากการจราจร และจากสัตว์ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรได้รับการดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลจะต้องดูแลใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ให้ผู้สูงอายุสามารถเดินไปมาได้ อย่างปลอดภัย พื้นบ้าน พื้นห้องน้ำต้องสะอาดไม่ลื่น แต่ละห้องต้องมีแสงสว่างเพียงพอ ห้องนอนผู้สูงอายุควรอยู่ชั้นล่างใกล้ห้องน้ำ มีเฟอร์นิเจอร์ที่ทำเป็นและจัดวางเป็นระเบียบ บริเวณที่จะเกิดอันตรายได้ง่าย เช่น บันได ห้องน้ำ ห้องส้วม ควรมีราวสำหรับยึดเกาะเดินได้ ผู้สูงอายุไม่ควรยืนบนที่สูง เช่น บนเก้าอี้ การเปลี่ยนอริยาบถควรทำช้าๆ หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้เตาไฟ กองไฟ หม้อน้ำร้อน

มีการตรวจอุปกรณ์เครื่องใช้ในบ้านให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัย ผู้สูงอายุควรใช้รองเท้าที่พอดีเท้า สวมเสื้อผ้าที่พอดีตัว ไม่ยาวรุ่มร่าม ผู้ที่มีปัญหาในการทรงตัว ควรมีเครื่องพยุงตัว เช่น ไม้ค้ำยัน ไม้เท้า เพื่อช่วยในการพยุงตัวได้ดีขึ้น (วิไลวรรณ, 2536; วิชาวี, 2537; เขียวลักษณ์, 2529)

### 3. ความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Love and belonging needs)

ความรักเป็นความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ ซึ่งมนุษย์ทุกคนมีความต้องการที่จะให้และรับความรัก ต้องการมิตรภาพเพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และหลีกเลี่ยงความรู้สึกโดดเดี่ยวและแยกตัว (Chandler, 1991 ; Craven & Hirnle, 1992 ; Prandoni, 1992 ) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับและเป็นที่ต้องการของผู้อื่น สามารถปรับตัวให้เข้ากับระบบสังคมและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัวได้ (Hagerty, et al, 1992 ) ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมสามารถสร้างขึ้นได้จากการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้างทั้งภายในครอบครัว และภายนอกครอบครัว (Kestenberg & Kestenberg cited by Hagerty & Patusky, 1995) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและการสูญเสียตามวัย จึงต้องการความรัก ความนับถือ และการยกย่องจากผู้อื่น (จินตนา, 2535) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น จะทำให้ผู้สูงอายุมีการให้และรับความรักจากบุคคลรอบข้าง ทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ถูกทอดทิ้ง การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นแบ่งออกได้เป็นสัมพันธภาพภายในครอบครัวและภายนอกครอบครัว สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวเกิดขึ้นจากบุตรหลาน ให้ความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่องผู้สูงอายุ มีกิจกรรมร่วมกันกับสมาชิกภายในครอบครัว เช่น การเลี้ยงหลาน รับผิดชอบงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ สมาชิกในครอบครัวไม่ทะเลาะเบาะแว้งกัน (เขมิภา, 2537) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพกับบุตรหลาน จะทำให้ผู้สูงอายุมีขวัญดี และกล้าเผชิญกับความตายที่จะมาถึง ยอมรับชีวิตที่ผันแปรไปตามวัย และรู้จักปล่อยวาง (ศรีเรือน, 2532) นอกจากนี้สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส โดยเฉพาะความรักก็มีความสำคัญเช่นกัน ความรักของผู้สูงอายุจะเป็นลักษณะของเพื่อนคู่คิด การเอาใจใส่ ร่วมทุกข์ร่วมสุขซึ่งกันและกัน (จินตนา, 2535) การศึกษาของริคเคลแมนและคณะ (Rickelman, et al, 1994) พบว่า ความผูกพันและสัมพันธภาพที่ดีของผู้สูงอายุกับบุคคลที่มีความสำคัญต่อตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งคู่สมรส จะมีผลอย่างมากกับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการศึกษาของจูเลียนและคณะ (Julian, et al, 1992) ที่พบว่า การรับรู้ถึงความใกล้ชิดจากภรรยาและบุตร จะเป็นตัวทำนายความผาสุกของบุคคลในวัยกลางคนได้ ส่วนความต้องการทางเพศนั้นยังคงมีอยู่ แต่ลดความรุนแรงลงตามสภาพร่างกาย สิ่งแวดล้อม และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายจะหยุดการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุประมาณ 60-69 ปี (บรรลุ, 2533) นอกจากสัมพันธภาพในครอบครัวแล้ว ผู้สูงอายุยัง

ต้องการสัมพันธ์ภาพภายนอกครอบครัวด้วย ซึ่งได้แก่ สัมพันธ์ภาพกับเพื่อนวัยเดียวกันและเพื่อนบ้าน จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือและปรับทุกข์ต่อกันได้ การไปมาหาสู่กับเพื่อนรุ่นเดียวกันหรือเพื่อนบ้านจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีส่วนร่วมในสังคม และเกิดความพึงพอใจในชีวิตด้วย (เขมิกา, 2537 ) ดังนั้น ครอบครัวของผู้สูงอายุจะต้องให้ความรัก ความเคารพนับถือความเอาใจใส่ รับฟัง และยอมรับพฤติกรรมบางอย่างที่เปลี่ยนไปตามวัย เช่น ภูัจจ์ ชีปน หงุดหงิดง่าย ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว สนับสนุนให้มีกิจกรรมทางสังคมเพื่อให้ผู้สูงอายุได้พบปะกับบุคคลวัยเดียวกัน จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและในสังคมอย่างมีความสุข

#### 4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem needs)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความภาคภูมิใจของบุคคลที่รู้สึกว่าตนเองมีค่าในสายตาของคนรอบข้าง ความรู้สึกมีคุณค่าของบุคคลในแต่ละวัยจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการประเมินตนเองในการทำหน้าที่ และความสามารถในการดำรงชีวิตในด้านส่วนตัวและการประกอบอาชีพ (Ellis & Nowlis, 1994) ในผู้สูงอายุนั้นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะขึ้นอยู่กับการประสิทธิภาพการทำงานในอดีตจนถึงปัจจุบัน และความพึงพอใจในสภาพชีวิตของตนในปัจจุบัน (Birren, อ้างตามรังสิต, 2533 ) กระบวนการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงของ ร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงความเจ็บป่วย การสูญเสียสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง การต้องพึ่งพาผู้อื่นและพึ่งพาเครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกหดหูเศร้าใจ สิ้นหวัง แยกตัว ขาดความสามารถในการควบคุมสิ่งต่างๆ เกิดความรู้สึกไม่มั่นใจขาดเสถียรภาพความมั่นคงทางจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการที่แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ใจน้อย โกรธง่าย นำไปสู่ความขัดแย้งกับบุตรหลานได้ (สุวณีย์, 2527 ; เขาวลัทธิ, 2529 ; Chandler, 1991 ) นอกจากนี้เฮิร์สและเมทคาล์ฟ (Hirst & Metcalf, 1984 อ้างตามเขาวลัทธิ, 2529 ) ได้กล่าวว่า ในวัยสูงอายุความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญคือ บทบาทการสัมผัส สัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น เพศสัมพันธ์ ความเป็นอิสระ ขอบเขตความเป็นส่วนตัวของบุคคล โดยที่บทบาทของผู้สูงอายุในสังคมและครอบครัว รวมทั้งบทบาทในหน้าที่การงานลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดการติดต่อสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ร่วมกับการเสื่อมสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุถูกจำกัดกิจกรรมลง และการเสื่อมหน้าที่ลงของอวัยวะรับสัมผัสจะส่งผลให้การมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น เช่น บุตรหลาน คู่สมรส และเพื่อนร่วมวัยลดลง นอกจากนี้ยังทำให้ ผู้สูงอายุขาดอิสระ ต้องพึ่งพาผู้อื่นและถูกละเมิดความเป็นส่วนตัว ทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเองมากยิ่งขึ้น มีการศึกษาสำรวจความคิดเห็นของผู้สูงอายุในประเทศไทย

พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้รับความเชื่อถือจากบุคคลอื่น ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ ความว้าเหว่ และการแยกตัวจากสังคม (Tinker, 1984 อ้างตาม ดวงพร, 2530) ส่วนผู้สูงอายุในประเทศไทยยังคงมีความคิดว่า ตนเองยังมีความสำคัญ และยังสามารถทำประโยชน์แก่ครอบครัวได้ โดยเป็นที่ปรึกษาของคนในครอบครัว ดูแลเด็กและทำงานบ้าน (อาภา, 2533) ในขณะเดียวกันก็พบว่า วัฒนธรรมในชนบทของประเทศไทยนั้น บุคคลทั่วไปจะให้การดูแลเอาใจใส่ เคารพยกย่อง และนับถือผู้สูงอายุ นอกเหนือจากบุตรหลานและคู่สมรส ทำให้ผู้สูงอายุในชนบทมีความรู้สึกว่าคุณค่า (เจียมจิต และคณะ, 2536) ดังนั้นครอบครัวของผู้สูงอายุจะต้องให้การดูแล เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าคุณไร้ค่า โดยการให้การเคารพยกย่อง เชื้อเพลิงการมีกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรวมกลุ่มกัน เช่น ทำงานอดิเรก ปลูกต้นไม้ ไร่ ปลูกผัก เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ ประเพณีวัฒนธรรม งานศิลปะต่าง ๆ ให้แก่ครอบครัวและสังคมที่อาศัยอยู่ (อาภา, 2533) นอกจากนี้ควรเปิด โอกาสให้ ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องภายในครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีความรอบคอบในการตัดสินใจ มีความสามารถในการประเมินข้อมูลข่าวสารได้ดีกว่า ซึ่งเกิดจากประสบการณ์มากกว่าแต่ใช้เวลาในการตัดสินใจนานกว่า ซึ่งเป็นสิ่งที่ครอบครัวจะต้องพิจารณาว่างานนั้นต้องการการตัดสินใจที่ช้า และมีความเสี่ยงน้อย หรือต้องการการตัดสินใจที่รวดเร็วแต่มีความเสี่ยงมาก (เกษียร, 2538)

##### 5. ความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง (Self-actualization needs)

การที่บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองนั้น บุคคลจะต้องรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองมีความพึงพอใจและใช้ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ และประสบความสำเร็จในงานที่ทำ (สาวิตรี, 2536 ; Ellis & Nowlis , 1994 ; ; Chandler, 1991) จากการศึกษาผู้สูงอายุในสังคมไทย โดยทองอยู่ (2527) พบว่าความสุขสูงสุดของผู้สูงอายุ คือ การได้อยู่พร้อมหน้าพร้อมตา กับบุตรหลาน มีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ได้รับความนับถือเชื่อกับบุตรหลาน ได้ทำบุญปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ตามสมควร และได้ทำประโยชน์แก่สังคมส่วนรวมด้วย นอกจากนี้ เอเบอร์โซลและเฮส (Ebersole & Hess, 1981) ได้กล่าวว่าคุณค่าที่ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าคุณค่าประสบความสำเร็จในชีวิต จะเป็นผู้ที่สัมพันธ์ทางที่ดีกับผู้อื่น สามารถแสดงอารมณ์และความรู้สึกของตนให้ผู้อื่นรับรู้ได้ตามความเป็นจริง มองชีวิตในแง่บวก มองผู้อื่นในแง่ดี ยอมรับและเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น เป็นตัวของตัวเอง มีความยืดหยุ่นได้ตามสถานการณ์ มีอิสระช่วยเหลือตนเองและทำสิ่งต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่รู้สึกว่าต้องพึ่งพาผู้อื่นและมีชีวิตอยู่กับปัจจุบัน ไม่หมกมุ่นกับอดีตที่ล้มเหลวและฝันถึงอนาคตมากเกินไป ดังนั้นครอบครัวของผู้สูงอายุจึงควรให้การดูแลเอาใจใส่ โดยคำนึงถึง

ความต้องการของผู้สูงอายุ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ได้มีโอกาสใช้ความสามารถของตนที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชนและสังคม ช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้กระทำการต่างๆ ให้สำเร็จตามที่คาดหวังไว้ หรือมีโอกาสนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่ไปถ่ายทอดให้คนรุ่นหลังได้นำไปปฏิบัติ เพื่อสืบทอดเจตนารมณ์ของท่าน ในการกระทำการที่ค้างงมเพื่อสร้างชื่อเสียงให้กับวงศ์ตระกูลต่อไป นอกจากนี้การชักชวนพูดคุยและรับฟังประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่ผู้สูงอายุประทับใจในอดีตอย่างเต็มที่ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ายังมีค่นชื่นชมใน บางส่วนของชีวิตตนเอง (นวลขนิษฐ, 2534) จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีตลอดไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

#### 6. ความต้องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร (Information needs)

ความต้องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เป็นความต้องการที่จะรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นไปในโลกปัจจุบัน และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่างๆ ผู้สูงอายุต้องการที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ มากกว่าเมื่อก่อน เนื่องจากปัจจุบันมีสื่อมากมายที่จะทำหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งให้การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ใหม่ๆ และยังมี การกระจายของสื่อลงไปสู่ชุมชนห่างไกลได้มากขึ้น (Ellis & Nowlis, 1994) จากสภาพการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความ ต้องการที่จะเรียนรู้เพิ่มเติมมากยิ่งขึ้น ทั้งในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ การดูแลรักษาสุขภาพ และข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการดำรงชีวิตประจำวัน (ลำเนา, 2535) ดังนั้นสมาชิกในครอบครัวจึงควรดูแลให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสรับทราบข้อมูลข่าวสาร ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการดูแลรักษาสุขภาพอนามัย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รวมทั้งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเป็นไปในโลกปัจจุบัน เช่น สถานการณ์ทั้งในและต่างประเทศ ความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีใหม่ๆ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวสามารถจัดให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลเหล่านี้จาก วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และความรู้กันระหว่างสมาชิกในครอบครัว หรือส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลข่าวสารกับผู้รู้หรือบุคคลอื่นๆ ในชุมชนด้วย

#### 7. ความต้องการด้านสุนทรียะ (Aesthetics needs)

ความต้องการด้านสุนทรียะ เป็นความต้องการขั้นสูงของมนุษย์ ซึ่งเป็นความต้องการที่จะชื่นชมกับสิ่งที่สวยงามในชีวิต (สาวิตรี, 2536) รวมทั้งการได้สัมผัสกับความสวยงามต่างๆ ทั้งในด้านงานศิลปะและความสวยงามที่พบเห็นในชีวิตประจำวัน (Ellis & Nowlis, 1994) ซึ่งความต้องการในขั้นนี้ เป็นความต้องการขั้นสูงที่เกิดได้จากการแสวงหา และเป็นประสบการณ์ที่เกิด



เฉพาะตัว เช่น ความซาบซึ้ง ความประทับใจในความสวยงามของสิ่งต่างๆ ที่ได้พบเห็น (ศิริรัตน์, 2534) สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุควรให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการในขั้นนี้ โดยการพาไปเที่ยวหรือเยี่ยมชมสถานที่ที่สวยงามตามที่ผู้สูงอายุต้องการ การจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและนอกบ้านให้สะอาดสวยงาม ควรจัดให้ผู้สูงอายุได้มีความสนุกสนาน เพลิดเพลินกับหนังสือประเภท วรรณคดี นิทานชาดก หรือหนังสืออื่นๆ ที่ท่านชอบ โดยการอ่านหนังสือให้ฟัง หรือการจัดหาอุปกรณ์ช่วยในการอ่าน เช่น แว่นตา เพื่อให้ผู้สูงอายุอ่านหนังสือเองได้ นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้ได้มีโอกาสในการฟังดนตรี เล่นดนตรี หรือการละเล่นพื้นบ้านที่ท่านชอบ ซึ่งจะทำให้เกิดความสนุกสนานเพลิดเพลินมากยิ่งขึ้น

### แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องตระหนักถึงความสำคัญ เพราะการดูแลผู้สูงอายุนั้น สมาชิกในครอบครัวทุกคนจะต้องทำด้วยความรัก ความเอาใจใส่ การให้ความเคารพยกย่องต่อผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวอย่างมีความสุข

โบเยอร์ (Bower, 1987) ได้ศึกษาการให้การดูแลบิดามารดาที่สูงอายุ ของผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ผลการวิจัยสามารถสรุปการให้การดูแลของผู้ดูแล ที่ให้การดูแลตามความต้องการของผู้สูงอายุ ได้ 5 ประการ คือ

1. การให้การดูแลโดยการคาดการณ์ (anticipatory caregiving) เป็นพฤติกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลตัดสินใจให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยการคาดการณ์เอาว่าผู้สูงอายุจะมีความต้องการอะไรบ้าง ซึ่งจะเป็นการดูแลที่มักก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ และบางครั้งเป็นการคุกคามผู้ที่ได้รับการดูแลด้วย กิจกรรมการดูแลทำได้โดยการให้การช่วยเหลือทุกอย่าง
2. การให้การดูแลโดยการป้องกัน (preventive caregiving) เป็นกิจกรรมการดูแลที่ทำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บต่างๆ ป้องกันอันตรายที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน และการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมของร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ เช่น การดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้าน ให้ผู้สูงอายุปลอดภัย สอบถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการรักษา ดูแลเรื่องอาหาร เป็นต้น
3. การดูแลโดยการตรวจสอบ (supervisory caregiving) เป็นกิจกรรมการดูแลที่ทำให้กับผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อย้ำเตือนความจำ หรือดูแลให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง

4. การดูแลในการทำกิจกรรมต่างๆ (instrumental caregiving) เป็นกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลกระทำให้กับผู้สูงอายุ โดยการลงมือกระทำแทน การทำให้ การช่วยเหลือ และการให้สิ่งต่างๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งความสมดุลของร่างกายและภาวะสุขภาพ

5. การดูแลโดยการปกป้อง (protective caregiving) เป็นกิจกรรมการดูแลที่สำคัญและทำได้ยาก ซึ่งผู้ให้การดูแลล้วนผ่านประสบการณ์นั้นมา การดูแลนี้ทำเพื่อปกป้องผู้สูงอายุจากอันตรายที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ ที่ป้องกันไม่ได้ ซึ่งมักจะเกี่ยวข้องกับปัญหาด้านจิตใจ โดยในการดูแลจะต้องตระหนักถึงความรู้สึกต่างๆ ของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดภาวะเครียด สูญเสียภาพลักษณ์ หรือซึมเศร้า

ฮัททิสันและบาห์ร์ (Hutchison & Bahr, 1990) ได้ทำการวิจัย เรื่อง ประเภทและการให้ความหมายของพฤติกรรมดูแลของผู้สูงอายุที่อยู่สถานพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมให้การดูแล แบ่งออกได้ 4 ประเภทคือ

1. การดูแลเพื่อป้องกัน (protecting) เป็นการดูแลที่มุ่งเน้นการให้ความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ พฤติกรรมที่กระทำได้แก่ การหุดเตือนหรือย้ำให้ฟังเกี่ยวกับความปลอดภัยต่างๆ การแนะนำสถานที่อยู่ ห้องครัว ห้องน้ำห้องส้วม และแหล่งที่ผู้สูงอายุสามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย การดูแลช่วยเหลือขณะที่ผู้สูงอายุทำกิจกรรมหรือเคลื่อนไหว รวมถึงการคอยระวังและช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัย

2. การสนับสนุนช่วยเหลือ (supporting) เป็นพฤติกรรมดูแลที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้สูงอายุในเรื่องเกี่ยวกับ การช่วยเหลือให้ได้รับการตอบสนองความต้องการ ให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถเผชิญปัญหาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ เป็นการช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ของผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ผู้ดูแลกระทำได้แก่ การช่วยเหลือให้มีการปรับตัวได้ โดยการให้กำลังใจ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ทำกิจกรรมที่ชอบ ให้ความสำคัญในฐานะบุคคลคนหนึ่งในครอบครัว ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว การดูแลที่สำคัญอีกประการก็คือ การช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งมีทั้งในส่วนที่ต้องกระทำให้ การช่วยเหลือส่งเสริมให้กระทำด้วยตนเอง เป็นต้น

3. การให้ความมั่นใจ (confirming) เป็นการดูแลที่ผู้ดูแลต้องให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุในฐานะที่เป็นบุคคลหนึ่ง การเยี่ยมเยียน การใช้เวลาทำกิจกรรมร่วมกัน การให้ข้อมูลข่าวสาร การสัมผัส การแสดงความเห็นอกเห็นใจ การให้ของในโอกาสพิเศษต่างๆ และการช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุต้องการ

4. การปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวกับความเชื่อและศาสนา (transcending) เป็นกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลต้องให้การช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมเหล่านี้ตามที่ท่านต้องการ

สำหรับในประเทศไทย ได้มีการวิจัยเรื่อง การให้การดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดย คาฟฟรีย์ (Caffrey, 1992) พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวในระดับต่างๆ ดังนี้

ระดับที่ 1 สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุให้การดูแลโดย ให้ผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบงานต่างๆ ในครอบครัว ผู้สูงอายุมักจะหยุดทำงานเกี่ยวกับไร่นาเมื่ออายุ 65 ปี โดยทั่วไปเมื่อผู้สูงอายุมีอายุประมาณ 67 ปี ก็จะหมดภาระในการเป็นหัวหน้าครอบครัว บุตรหลานก็จะให้ผู้สูงอายุมีหน้าที่เกี่ยวกับ การรับผิดชอบงานในบ้าน เช่น การดูแลเด็กๆ ประกอบอาหาร ทำงานบ้าน และทำหน้าที่เกี่ยวกับศาสนา และวัดมากขึ้น

ระดับที่ 2 สมาชิกจะให้การดูแลเมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากกว่า 75 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุหยุดการทำงานบ้าน และทำกิจกรรมเกี่ยวกับวัดและศาสนา น้อยลง

ระดับที่ 3 สมาชิกในครอบครัวจะให้การดูแลผู้สูงอายุในระดับนี้ เมื่อผู้สูงอายุมีความเจ็บป่วย โดยสมาชิกในครอบครัวจะดูแลผู้สูงอายุเหมือนกับการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยคนหนึ่งในครอบครัว ซึ่งจะเกิดกับผู้สูงอายุในช่วงอายุใดๆ ก็ได้ อาจจะถูกชักชวนว่า จะหายป่วย หรืออาการดีขึ้น หรือบางครั้งก็ต้องดูแลตลอดไปจนกว่าผู้สูงอายุจะตายจากไป

ระดับที่ 4 สมาชิกในครอบครัวจะให้การดูแลเกี่ยวกับกิจกรรมทางด้านพิธีกรรมทางศาสนาต่างๆ โดยการอำนวยความสะดวกและพาผู้สูงอายุไปร่วมพิธีกรรมทางศาสนาที่วัดในวันสำคัญทางศาสนาต่างๆ และจากการที่ผู้วิจัยได้ไปพบและพูดคุยกับพระภิกษุ พบว่า การให้การดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับด้านศาสนา ไม่ได้สิ้นสุดลงเมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิต แต่จะทำตลอดไปหลังจากผู้สูงอายุเสียชีวิตแล้วด้วย การจัดพิธีศพเป็นสิ่งที่สำคัญในผู้สูงอายุไทย แต่ค่าใช้จ่ายก็เป็นปัญหาใหญ่สำหรับบุตรหลานในกรณีที่ทางครอบครัวมีฐานะยากจน ตามปกติเมื่อจัดพิธีศพครบ 3 วัน จึงจะมีการเผา ถ้าญาติพี่น้องส่วนใหญ่อยู่ห่างไกลหรือไม่มีเงินเพียงพอที่จะจัดงานศพ ครอบครัวก็จะเก็บศพไว้ก่อนเมื่อมีความพร้อมจึงจัดพิธีศพต่อไป ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่จะเป็นเงินถวายพระ ค่าเช่าที่ของวัด ค่าดอกไม้ อาหารเลี้ยงแขก ผู้สูงอายุจำนวนมากที่มีการประกันชีวิต เพื่อนำเงินมาช่วยในการใช้จ่ายในการจัดพิธีศพ เพราะฉะนั้นครอบครัวและบุตรหลานจึงต้องรับภาระเกี่ยวกับ ค่าใช้จ่ายทั้งหมด สำหรับผู้สูงอายุที่เสียชีวิตและไม่ได้ทำพิธีศพ ก็จะเก็บศพไว้ที่วัด สมาชิกในครอบครัวจะมีหน้าที่นำอาหารมาถวายพระในวันสำคัญทางศาสนา ซึ่งอาหารเหล่านั้นจะอุทิศถึงญาติที่เสียชีวิต โดยการกรวดน้ำอุทิศส่วนกุศลไปให้ หน้าที่เหล่านี้มักจะตกเป็นของสมาชิกใน ครอบครัวที่เป็นผู้หญิงเสมอ

การที่จะพิจารณาว่าใครจะเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวนั้น ส่วนใหญ่จะพิจารณาจากสิ่งต่อไปนี้คือ

1. บุตรคนสุดท้าย หรือหลานคนสุดท้ายในบางครอบครัว โดยยึดถือกันตามประเพณีที่เป็นหน้าที่โดยตรง ในขณะที่ญาติพี่น้องคนอื่นๆ ในครอบครัวแต่งงานและแยกครอบครัวออกไป
2. บุคคลที่สมาชิกในครอบครัวตกลงกันให้เป็นผู้ดูแล เช่น สะใภ้คนเล็ก หลานคนเล็ก หรือคนอื่นๆ ที่ไม่ใช่หลานหรือสะใภ้ ซึ่งบางครั้งผู้สูงอายุอาจจะต้องย้ายไปอยู่กับผู้ให้การดูแลเอง
3. ผู้ดูแลเสนอตัวที่จะดูแลผู้สูงอายุเอง เช่น คู่ชีวิต หรือบุตรหลานที่มีความประสงค์จะดูแลผู้สูงอายุด้วยตนเอง ในขณะที่บุตรคนอื่นๆ จะต้องแยกไปอยู่กับครอบครัวอื่น
4. ผู้สูงอายุเป็นผู้ตัดสินใจเองว่าต้องการจะอยู่กับผู้ใดและให้ใครเป็นผู้ดูแล มักจะพบในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีบุตร บุคคลที่ให้การดูแลมักจะเป็นญาติคนอื่นๆ ที่ผู้สูงอายุรักและไว้ใจ

การดูแลผู้สูงอายุที่ครอบครัวและผู้ดูแลส่วนใหญ่มักจะปฏิบัติก็คือ การย้ายผู้สูงอายุมาอยู่ในที่อากาศโล่งสบาย ใกล้บันได ใกล้หน้าบ้าน ถ้าบ้านมีลักษณะเป็นบ้าน 2 ชั้น ก็จะย้ายผู้สูงอายุ มาอยู่ชั้นล่างของบ้าน เนื่องจากจะช่วยลดความยากลำบากในการขึ้นลงบันได บางครั้งอาจจะมีการสร้างบ้านเล็กๆ ให้อยู่ในบริเวณเดียวกับบุตรหลาน ส่วนอีกกรณีหนึ่งก็คือการย้ายออกไปอยู่กับบุตรหลานหรือญาติเป็นการชั่วคราว ในกรณีที่เจ็บป่วยและผู้ดูแลต้องทำงานทำให้ไม่สามารถดูแลได้ตลอดเวลา

จากการดูแลผู้สูงอายุที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ผู้ดูแลหรือครอบครัวของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะให้การดูแลผู้สูงอายุในทุกๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุนั้น ก็แตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อมของครอบครัว ขนาดของครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ ความเชื่อค่านิยม และขนบธรรมเนียมประเพณีของแต่ละท้องถิ่น อย่างไรก็ตามเป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุของแต่ละครอบครัว ไม่แตกต่างกัน คือ ต้องการให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข และในสังคมไทยการดูแลผู้สูงอายุ เช่น พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย ก็ถือเป็นหน้าที่ที่บุตรหลานจะต้องทำเพื่อเป็นการ ทดแทนบุญคุณ และแสดงถึงความกตัญญูทดแทนที่แก่ท่านด้วย แต่การดูแลต่างๆ ที่ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวให้แก่ผู้สูงอายุนั้นจะสามารถทำให้ผู้สูงอายุพอใจมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ มากมาย ซึ่งครอบครัวและผู้ดูแลจะต้องให้ความสำคัญ สังเกตและเรียนรู้ถึงความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจและมีความสุขอยู่กับครอบครัวจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

### บทที่ 3

#### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลและสุขาภิบาลของ จังหวัดตรัง โดยมีวิธีการสุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ต่อไปนี้

1. จังหวัดตรังมีทั้งหมด 8 อำเภอ 2 กิ่งอำเภอ ผู้วิจัยใช้วิธีการจับสลากสุ่มตัวอย่างมา 4 อำเภอ เพื่อเป็นตัวแทนของจังหวัดตรัง ได้แก่ อำเภอกันตัง อำเภอห้วยยอด อำเภอสิเกา และอำเภอเมือง มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุในชนบทเท่ากับ 10,680 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2537) กำหนดขนาดตัวอย่างในอัตราร้อยละ 1 ของประชากรทั้งหมด (เพชรน้อย, ศิริพรและทัศนีย์, 2539) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 110 คน

2. จับสลากกลุ่มตัวอย่างตำบลจาก 4 อำเภอที่สุ่มได้ในขั้นตอนที่ 1 อำเภอละ 1 ตำบล ได้ทั้งหมด 4 ตำบล

3. จับสลากกลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านจาก 4 ตำบลที่สุ่มได้ในขั้นที่ 2 ตำบลละ 1 หมู่บ้าน รวมทั้งหมด 4 หมู่บ้าน

4. ดำรวจรายชื่อของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน และจับสลากตามบ้านเลขที่ เพื่อใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ใช้สัดส่วนของจำนวนผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอเป็นตัวกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านได้ดังนี้ อำเภอกันตัง 35 คน อำเภอห้วยยอด 20 คน อำเภอสิเกา 20 คน อำเภอเมือง 40 คน รวมทั้งหมด 115 คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่เลือกได้ ต้องมีคุณสมบัติดังนี้

4.1 อายุ 60 ปี ขึ้นไป

4.2 สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี

4.3 มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ปกติ

4.4 ยินดีร่วมมือในการทำวิจัย

4.5 พักอาศัยร่วมกับสมาชิกในครอบครัว

## เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ศาสนา อาชีพ จำนวนบุตรหลาน แหล่งรายได้ บุคคลที่ให้การดูแล และโรคประจำตัว

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับของผู้สูงอายุ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ของมาสโลว์ ที่มีผู้ดัดแปลงมาใช้โดยแบ่งความต้องการออกเป็น 7 ขั้นตอน ซึ่งเป็นการวัดความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการการดูแลที่ผู้สูงอายุคาดหวังว่าจะได้รับจากครอบครัว และการดูแลที่ได้รับจากครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย และด้านจิตสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 51 ข้อ ดังนี้

ความต้องการทางด้านร่างกาย จำนวน 19 ข้อ คือข้อ 1-19

ความต้องการด้านความปลอดภัย จำนวน 5 ข้อ คือข้อ 20-24

ความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จำนวน 7 ข้อ คือ ข้อ 25-31

ความต้องการรู้สึกมีคุณค่า จำนวน 5 ข้อ คือ ข้อ 32-36

ความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง จำนวน 4 ข้อ คือข้อ 37-40

ความต้องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร จำนวน 4 ข้อ คือ ข้อ 41-44

ความต้องการด้านสุนทรียะ จำนวน 7 ข้อ คือ ข้อ 45-51

โดยคำตอบจะแบ่งเป็น 2 ส่วนคือความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว การให้คะแนนแบบสอบถามความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับของผู้สูงอายุ กำหนดค่าคะแนนดังนี้

	ความต้องการการดูแล	การรับรู้การดูแลที่ได้รับ
มาก	4	4
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	2
ไม่ต้องการ/ไม่ได้รับ	1	1

เกณฑ์การกำหนดระดับความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับของผู้สูงอายุ ในแต่ละด้าน โดยแบ่งคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้ (วิภา, 2541)

คะแนน	< ร้อยละ 60	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับ อยู่ในระดับต่ำ
คะแนน	ร้อยละ 60-79	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน	ร้อยละ 80-100	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับสูง

จากเกณฑ์การกำหนดระดับคะแนนข้างต้น สามารถแบ่งระดับคะแนนความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากสมาชิกในครอบครัว ในรายด้าน ดังนี้

ความต้องการทางด้านร่างกาย มีคะแนนระหว่าง 19-76 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

< 45.6	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ ต่ำ
45.6 – 60.7	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ ปานกลาง
60.8 – 76	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ สูง

ความต้องการทางด้านความปลอดภัย มีคะแนนระหว่าง 5 - 20 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

< 12	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ ต่ำ
12 – 15.8	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ ปานกลาง
15.9 - 20	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ สูง

ความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีคะแนนระหว่าง 7 - 28 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

< 16.8	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ ต่ำ
16.8 – 22.3	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ ปานกลาง
22.4 – 28	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ สูง

ความต้องการมีคุณค่าในตนเอง มีคะแนนระหว่าง 5 - 20 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

< 12	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ ต่ำ
12 – 15.8	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ ปานกลาง
15.9 - 20	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ สูง

ความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง มีคะแนนระหว่าง 4 - 16 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

< 9.6	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ ต่ำ
9.6 – 12.7	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ ปานกลาง
12.8 – 16	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ สูง



ความต้องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีคะแนนระหว่าง 4 - 16 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

< 9.6	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ ต่ำ
9.6 – 12.7	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ ปานกลาง
12.8 – 16	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ สูง

ความต้องการด้านสุนทรียะ มีคะแนนระหว่าง 7-28 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

< 16.8	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ ต่ำ
16.8 – 22.3	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ ปานกลาง
22.4 – 28	คะแนน	หมายถึง	มีความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับ สูง

### การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 1. การหาความตรงด้านเนื้อหา (Content validity)

การหาความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถามความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ ความสอดคล้องของเนื้อหากับกรอบแนวคิดในการสร้างแบบสอบถาม ความชัดเจนของภาษา ความเหมาะสมกับการนำไปใช้กับผู้สูงอายุในสังคมไทย ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนที่จะนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

#### 2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจในคำถามของแบบสอบถาม และระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามแต่ละชุด จากนั้นจึงนำคะแนนที่ได้ไปคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา

ของครอนบาช (Cronbach coefficient alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นในส่วนของความต้องการการดูแล เท่ากับ 0.98 และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.99

### วิธีการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเรื่องความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย รวมทั้งขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพหรือพยาบาลระดับต้น สามารถพูดและฟังภาษาท้องถิ่นของกลุ่มตัวอย่างได้ดี
3. เตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และมอบแบบสอบถามให้ผู้ช่วยวิจัยนำไปทำความเข้าใจในรายละเอียด จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยร่วมกันนำแบบสอบถามไปใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 3 ราย เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันทุกข้อ
4. ติดต่อหัวหน้าสถานีอนามัยที่มีประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ขอสำรวจรายชื่อและจำนวนผู้สูงอายุในหมู่บ้านที่เลือกไว้จากข้อมูลของสถานีอนามัย แล้วสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ได้ตามจำนวนที่กำหนดและตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้
5. ติดต่อกลุ่มตัวอย่างที่ได้เลือกไว้ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ให้การพิทักษ์สิทธิก่อนการเก็บข้อมูล โดยการแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำวิจัย และสิทธิที่จะยกเลิกการตอบแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ก) ผู้สูงอายุสามารถตอบรับหรือปฏิเสธในการให้ข้อมูลก็ได้
6. นำแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยให้ผู้สูงอายุตอบด้วยตนเองในกรณีที่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อความในแบบสอบถามให้ฟัง แล้วให้ผู้สูงอายุตอบตามสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน
7. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทางสถิติต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ทางสถิติ โดยอาศัยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC (Statistical Package for Social Science) ตามรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป นำไปแจกแจงความถี่ และคำนวณหาค่าร้อยละ
2. ข้อมูลคะแนนความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุ นำมาหาค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุกับคะแนนการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุ ทั้งในรายด้านและรายข้อ โดยใช้ t-test

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

#### ผลการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท โดยการศึกษาในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลและสุขาภิบาล ในจังหวัดตรัง จำนวน 115 คน เสนอผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ
3. การรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท

## 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน และ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุทั้งหมด จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	45	39.1
หญิง	70	60.9
อายุ (ปี)		
60-69	61	53
70-79	39	33.9
80-89	13	11.3
> 90	2	1.8
ศาสนา		
พุทธ	86	74.8
อิสลาม	29	25.2
ระดับการศึกษา		
อ่านออกเขียนได้	23	20
ประถมศึกษา	74	64.3
มัธยมศึกษา	3	2.6
ไม่ได้รับการศึกษา	15	13
สถานภาพสมรส		
โสด	1	0.9
คู่	78	67.8
ม้าย	35	30.4
หย่า/แยก	1	0.9

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนบุตรหลาน		
บุตร		
ไม่มี	4	3.5
1-5	42	36.5
6-10	68	59.1
> 10	1	0.9
หลาน		
ไม่มี	6	5.2
1-10	68	59.1
11-20	33	28.7
> 20	8	7.0
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย		
บุตรหลาน	41	35.7
คู่สมรส	8	7.0
คู่สมรสและบุตรหลาน	66	57.4
บุคคลที่ให้การดูแล		
บุตร	90	78.3
หลาน	5	4.3
คู่สมรส	15	13
บุตรและคู่สมรส	5	4.3
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	74	64.3
เกษตรกร	24	20.9
ค้าขาย	8	7.0
รับจ้าง	9	7.8

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ไม่มีรายได้	8	6.96
< 1,000	12	10.4
1,001-3,000	86	74.78
3,001-5,000	9	7.8
แหล่งรายได้		
อาชีพ	33	28.6
บุตรหลาน	67	58.3
คู่สมรส	7	6.1
ไม่มีรายได้	8	7.0
โรคประจำตัว		
ไม่มี	88	76.5
ข้อเสื่อม	10	8.7
เบาหวาน	4	3.5
ไตเสื่อม	1	0.9
ความดันโลหิตสูง	2	1.7
ต้อกระจก	2	1.7
โรคหืด	3	2.6
อัมพาต	2	1.7
แผลในกระเพาะอาหาร	2	1.7
ไต	1	0.9

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 60.9 เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 53 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 74.8 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 64.3 สถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 67.8 รองลงมาคือหม้ายคิดเป็นร้อยละ 30.4 จำนวนบุตรของผู้สูงอายุนั้นอยู่ในช่วง 6-10 คน คิดเป็นร้อยละ 59.1 จำนวนหลาน อยู่ในช่วง 1-10 คน คิดเป็นร้อยละ 57.1 ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับบุตรหลานและคู่สมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.4 รองลงมาคือ

อยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 35.4 บุคคลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 78.3 ผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 64.3 รองลงมาคือประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 20.9 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุนั้น พบว่า ผู้สูงอายุมีรายได้อยู่ในช่วง 1001-3000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 74.78 แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุได้มาจากบุตรหลาน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.3 รองลงมาคือรายได้จากอาชีพ ร้อยละ 28.6 ผู้สูงอายุที่ศึกษานี้ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 76.5 ส่วนโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุ กลุ่มนี้ คือ โรคข้อเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 8.7 รองลงมาคือ เบาหวาน และโรคหืด คิดเป็น ร้อยละ 3.5 และ 2.6 ตามลำดับ

ตาราง 2 พหิตัย คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ

ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ	Range	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ความต้องการด้านร่างกาย	39-76	64.23	9.23	สูง
2. ความต้องการความปลอดภัย	9-20	16.74	2.36	สูง
3. ความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	13-28	24.30	3.46	สูง
4. ความต้องการมีคุณค่าในตนเอง	8-20	17.36	2.71	สูง
5. ความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง	5-16	13.75	2.46	สูง
6. ความต้องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	5-16	13.43	2.18	สูง
7. ความต้องการด้านสุนทรีย์	9-25	19.53	3.85	ปานกลาง
รวม		169.33	23.29	สูง

จากตาราง 2 เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ทั้ง 7 ด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความต้องการมีคุณค่าในตนเอง ความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง และความต้องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ส่วนความต้องการการดูแลด้านสุนทรีย์ มีค่าเฉลี่ยของความต้องการการดูแล อยู่ในระดับปานกลาง



ตาราง 3 ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับความต้องการการดูแลรายด้าน

ข้อความ	ระดับคะแนน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. ความต้องการด้านร่างกาย	52.13	36.70	8.24	2.94
2. ความต้องการความปลอดภัย	49.74	37.57	10.43	2.26
3. ความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	59.50	30.19	8.32	1.99
4. ความต้องการมีคุณค่าในตนเอง	58.09	33.57	5.74	2.61
5. ความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง	56.74	33.48	6.52	3.26
6. ความต้องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	47.61	42.83	7.17	2.39
7. ความต้องการด้านสุนทรียะ	25.71	40.87	20.12	13.29

จากตาราง 3 เมื่อพิจารณา ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความต้องการการดูแลในแต่ละด้าน พบว่า ผู้สูงอายุ มีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก โดยผู้สูงอายุ ร้อยละ 47.61-59.50 มีความต้องการการดูแล อยู่ในระดับมาก ในด้านความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความต้องการมีคุณค่าในตนเอง ความต้องการประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง และความต้องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ส่วนในด้านความต้องการด้านสุนทรียะ ผู้สูงอายุร้อยละ 40.87 มีความต้องการอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 4 พิสัย คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้การดูแลที่ได้รับจาก  
ครอบครัวของผู้สูงอายุ

การรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว	Range	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. ด้านร่างกาย	28-76	61.57	11.04	สูง
2. ด้านความปลอดภัย	6-20	15.67	2.68	ปานกลาง
3. ด้านความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	9-28	23.33	4.21	สูง
4. ด้านความมีคุณค่าในตนเอง	8-20	16.73	2.84	สูง
5. ด้านความประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง	4-16	13.23	2.79	สูง
6. ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	6-16	13.15	2.26	สูง
7. ด้านสุนทรีย์	8-28	19.11	4.02	ปานกลาง
รวม		162.79	27.56	สูง

จากตาราง 4 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัวพบว่า การรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า การรับรู้การดูแลที่ได้รับ ด้านร่างกาย ด้านความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านความมีคุณค่าในตนเอง ด้านความประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง และด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ ด้านความปลอดภัย และด้านสุนทรีย์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 5 ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว รายด้าน

การรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว	ระดับคะแนน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. ด้านร่างกาย	45.05	38.58	11.76	4.62
2. ด้านความปลอดภัย	35.3	47.48	12.52	4.7
3. ด้านความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	51.91	32.55	12.42	3.11
4. ด้านความมีคุณค่าในตนเอง	48	40.35	9.91	1.74
5. ด้านความประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง	48.26	39.13	7.83	4.78
6. ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	43.26	45.43	8.04	3.26
7. ด้านสุนทรียะ	21.12	42.26	24.97	11.55

จากตาราง 5 เมื่อพิจารณา ร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวในแต่ละด้าน พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 48.26-51.91 รับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก ในด้านร่างกาย ด้านความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านความมีคุณค่าในตนเอง และด้านความประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง ส่วนในด้านความปลอดภัย ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และด้านสุนทรียะ ผู้สูงอายุร้อยละ 42.26-47.48 รับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

ตาราง 6 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุ รายด้าน โดยใช้การทดสอบที (t-test)

ข้อความ	ความต้องการการดูแล		การรับรู้การดูแลที่ได้รับ		t-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. ด้านร่างกาย	64.23	9.23	61.57	11.04	5.02**
2. ด้านความปลอดภัย	16.74	2.36	15.67	2.68	5.27**
3. ด้านความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	24.30	3.46	23.33	4.21	4.33**
4. ด้านความมีคุณค่าในตนเอง	17.36	2.71	16.73	2.48	4.62**
5. ด้านความประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง	13.75	2.46	13.23	2.79	3.74**
6. ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	13.43	2.18	13.15	2.26	2.29*
7. ด้านสุนทรีย์	19.53	3.85	19.11	4.02	1.64
รวม	169.33	23.29	162.79	27.56	4.83**

\*\*  $p < 0.01$

\*  $p < 0.05$

จากตาราง 6 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความ ต้องการการดูแล และคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความ ต้องการการดูแล และคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การดูแลที่ได้รับจาก ครอบครัวของผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 โดยคะแนนเฉลี่ย ของความต้องการการดูแล มีค่ามากกว่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว ของผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจาก ครอบครัว รายด้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ในด้านร่างกาย ด้านความปลอดภัย ด้านความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านความมีคุณค่าในตนเอง ด้านความประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ในด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความ ต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัว ในด้านสุนทรีย์นั้น พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างไม่ มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

## การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท ซึ่งผู้วิจัยจะอภิปรายผลการวิจัย ในประเด็นต่อไปนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ
3. การรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับ จากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท

### 1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.9 สอดคล้องกับการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย ปี 2523-2558 โดยคณะทำงานประมาณประชากรในคณะกรรมการนโยบายและแผนประชากร โดย ศศิพัฒน์ (2534) ที่ได้คาดประมาณจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2540 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพศหญิง มีจำนวนร้อยละ 7.8 ของประชากรทั้งหมด ในขณะที่เพศชาย จะมีจำนวนร้อยละ 6.4 ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ การศึกษาขนาดของประชากรในประเทศไทย ภายหลังจากปฏิวัติขนาดของครอบครัว โดยบุญเลิศ (2538) พบว่า ร้อยละของประชากรผู้สูงอายุ โดยรวมในปี 2533 เพศชายและหญิง เท่ากับ 6.9 และ 8.6 ของประชากรทั้งหมด โดยอัตราส่วนระหว่างเพศชายต่อเพศหญิง 100 คน เท่ากับ 83 ในปี พ.ศ. 2533 และ 82 ในปี พ.ศ. 2543 สาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุหญิงมีจำนวนมากกว่าผู้ชาย เนื่องมาจากผู้หญิงจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคต่างๆ น้อยกว่า เช่น การเกิดอุบัติเหตุจากการจราจร การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงสามารถมีชีวิตอยู่ได้นานกว่าผู้สูงอายุที่เป็นเพศชาย และการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 53 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกองสถิติสาธารณสุข (2534) ที่คาดว่าในปี พ.ศ. 2543 ผู้สูงอายุจะมีอายุขัยเฉลี่ย 65.25 ปี ในเพศชายและ 69.75 ปี ในเพศหญิง

ผู้สูงอายุร้อยละ 57.4 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน บุคคลที่ให้การดูแลคือบุตร คิดเป็นร้อยละ 78.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คาฟเฟอรี (Caffry, 1992) ซึ่งได้ศึกษาสภาพการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่

เป็นบุตรและเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ ขนาดของครอบครัวของสังคมไทยในชนบท ยังคงเป็นลักษณะครอบครัวขยายอยู่ ผู้สูงอายุจึงมักอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรหลาน ซึ่งแตกต่างจากในต่างประเทศที่ผู้สูงอายุมักจะอยู่กับคู่สมรส และเมื่อคู่สมรสเสียชีวิตก็มักจะอยู่คนเดียว ดังจะเห็นได้จากการศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ รัฐไอโอวา สหรัฐอเมริกา โดยแฟรงค์ (Franck, 1979) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่กับคู่สมรสถึงร้อยละ 58 รองลงมาคือ อยู่คนเดียว ร้อยละ 14 การประกอบอาชีพและรายได้ของผู้สูงอายุที่ศึกษาคั้งนี้ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุ จะไม่ได้ประกอบอาชีพ รายได้ส่วนใหญ่จะมาจากบุตรหลาน และรองลงมาคือรายได้จากอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาการปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร โดยจิตติมาน (2539) พบว่า ผู้สูงอายุในชนบท มีแหล่งรายได้จากบุตรหลานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63 รองลงมาคือ การทำงาน คิดเป็นร้อยละ 32 นอกจากนี้ การศึกษาผู้สูงอายุในสังคมไทย โดยทองอยู่ (2527) ยังพบว่า ผู้สูงอายุ ในภาคใต้ยังมีการประกอบอาชีพอยู่เป็นจำนวนมาก เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุในภาคอื่นๆ และอาชีพส่วนใหญ่จะเป็นอาชีพด้านการเกษตรกรรม ได้แก่ การทำสวนผลไม้และสวนยางพารา

ข้อมูลเกี่ยวกับโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนน้อยคือร้อยละ 23.5 ที่มี โรคประจำตัว และเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมและการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายในวัยสูงอายุ โรคที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคข้อเสื่อม ซึ่งเป็นผลมาจากการสูญเสียแคลเซียม ทำให้กระดูกมีความแข็งแรงลดลง เปราะหักได้ง่าย ความยาวของกระดูกสันหลังลดลง เพราะหมอนรองกระดูกสันหลังบางลง ทำให้หลังค่อม การทรงตัวไม่ดี (Iliopoulos, 1993 ; Murray, 1989) นอกจากนี้ กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อจะเสื่อมลง น้ำหล่อเลี้ยงในไขข้อลดลง ทำให้ข้อต่อสัมผัสกัน เกิดข้อเสื่อม และปวดตามข้อต่างๆ ได้แก่ ข้อเข่า ข้อตะโพกและกระดูกสันหลัง (วิไลวรรณ, 2536) นอกจากนี้ สตรีในวัยหมดประจำเดือน ฮอร์โมนต่างๆ ลดน้อยลง ประกอบกับการมีอิริยาบถไม่เหมาะสม การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการปวดข้อขึ้นได้ (เนาวรัตน์, 2536) จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ หมู่บ้านม่วงหวาน จังหวัดขอนแก่น โดยเจียมจิต (2536) ก็พบว่า ผู้สูงอายุที่ไปรับการตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์ก็ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคเกี่ยวกับ กระดูกและกล้ามเนื้อมากที่สุด

## 2. ความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลสุขภาพในระดับสูง เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า มีความต้องการการดูแลสุขภาพในระดับปานกลางถึงมาก โดยสิ่งที่ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลสุขภาพในระดับมาก คือ ความต้องการการดูแลสุขภาพด้านร่างกาย ด้านความปลอดภัย ด้านความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านความมีคุณค่าในตนเอง

ด้านความประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง และด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ส่วนสิ่งที่ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านสุนทรียะ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความต้องการของมนุษย์ของมาสโลว์ที่กล่าวว่า มนุษย์เกิดมาพร้อมกับสัญชาตญาณของความต้องการ โดยบุคคลจะมีความต้องการในด้านพัฒนาการตลอดชีวิต และความต้องการนั้นจะผลัดกัน ให้มนุษย์มีพฤติกรรมบางประการเพื่อตอบสนองความต้องการ โดยเริ่มต้นจากความต้องการขั้นพื้นฐานก่อน เมื่อได้รับการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานแล้ว ก็จะค่อยๆ พัฒนาความต้องการในส่วนที่สูงขึ้นไป ตามลำดับ (สุปาลี, 2533) ในการอภิปรายครั้งนี้ จะได้แบ่งออกเป็นความต้องการด้านต่างๆ 7 ด้าน ดังต่อไปนี้

ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย เมื่อพิจารณาในด้านความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ในเรื่องต่างๆ พบว่า ในเรื่องการรับประทานอาหาร สิ่งที่ผู้สูงอายุร้อยละ 53.8-73 มีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับมาก คือ การจัดเตรียมอาหารให้ครบทั้ง 3 มื้อทุกวัน การเตรียมอาหารระหว่างมือในช่วงสายและบ่าย และการจัดหาเครื่องดื่มที่สะอาดให้เพียงพอกับความต้องการในแต่ละวัน (8-10 แก้ว) สอดคล้องกับการศึกษาของราตรีและคณะ (2538) ที่ศึกษาความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พบว่า สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการมากที่สุดประการหนึ่งคือ การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ ซึ่งจะต้องได้รับอาหารครบทั้งปริมาณและคุณภาพ นอกจากนี้วินัส (2536) ได้สรุปหลักการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุไว้ว่า จำนวนอาหารของผู้สูงอายุ ควรจะแบ่งออกเป็นวันละ 5-6 มื้อ เพื่อแก้ปัญหาเรื่องแน่นท้องมากหลังจากการรับประทานอาหาร โดยให้อาหารมื้อเที่ยงเป็นหลัก และเพิ่มมื้อสายและบ่าย อาหารควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซและท้องอืดได้ เช่น นมสด ถั่วบางประเภท ส่วนน้ำ ควรให้ผู้สูงอายุได้ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้การทำงานของเซลล์ร่างกายเป็นไปตามปกติ การจัดชุปร้อนๆ หรือแกงจืดให้ก่อนหรือร่วมกับอาหารประเภทอื่นๆ จะเป็นการกระตุ้นความอยากอาหาร

ด้านความต้องการการดูแลเกี่ยวกับการขยับถ่าย พบว่า สิ่งที่ผู้สูงอายุร้อยละ 59.1 มีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับมาก คือ การจัดให้มีการสะดวกในการขยับถ่าย เช่น การเตรียมกระโถนใช้ในห้องนอน หรือห้องนอนอยู่ใกล้ห้องส้วม การซักถามและการสังเกตความผิดปกติของการขยับถ่ายอุจจาระปัสสาวะ ซึ่งโดยทั่วไปแล้วผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงจะมีการขยับถ่ายปัสสาวะบ่อย เนื่องจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง จึงทำให้มีปัสสาวะเหลือค้างอยู่มากภายหลังการถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง ในผู้สูงอายุชายต่อมลูกหมากจะโตขึ้น ซึ่งพบได้ 3 ใน 4 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี (Iliopoulos, 1993) ในผู้หญิงกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนตัวทำให้เกิดภาวะกระบังลมหย่อนและกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (วิไลวรรณ, 2536) ดังนั้นในช่วงกลางคืนผู้สูงอายุมักต้องลุกเข้าห้องน้ำเพื่อถ่ายปัสสาวะบ่อยกว่าคนอื่นๆ ดังนั้นการจัดให้มีการสะดวก

ในการจับถ่าย จึงเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับมาก นอกจากนี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสะดวกในการจับถ่ายแล้ว ยังเป็นการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจากการลุกเดินในตอนกลางคืน หรือความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงเมื่อมีการเปลี่ยนอิริยาบถ ประกอบกับการทรงตัวได้ไม่ดี เมื่อต้องลุกขึ้นเดินทางไปมาระหว่างเตียงนอนกับห้องส้วม (วัตินาและพัชรี, 2536) ซึ่งห้องส้วมส่วนใหญ่ในชนบท มักจะอยู่บริเวณท้ายสุดของบ้าน หรืออยู่บริเวณนอกบ้าน ทางด้านหลัง ทำให้ผู้สูงอายุไม่สะดวกในการไปห้องน้ำในตอนกลางคืน

ความต้องการการดูแลเกี่ยวกับการพักผ่อนนอนหลับ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 67-71.3 มีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับมาก ในเรื่องเกี่ยวกับการจัดห้องนอนสะอาด ที่นอนเหมาะสม อากาศถ่ายเทได้ดี การจัดให้มีเวลานอนพักในตอนกลางวัน และการดูแลให้ได้รับการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ซึ่งความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อแบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุ โดยพัสมณฑลและคณะ (2538) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับแบบแผนการนอนหลับ คือ การนอนหลับยาก นอนหลับไม่สนิท ตื่นบ่อยตอนกลางคืน และนอนหลับได้น้อยเพราะตื่นเช้าและมีอาการง่วงนอนอย่างมากในตอนกลางวัน ดังนั้นผู้สูงอายุส่วนใหญ่จึงมีความต้องการให้มีเวลานอนพักในตอนกลางวัน นอกจากนี้ความต้องการให้ห้องนอนสะอาด อากาศถ่ายเทได้ดี ก็สอดคล้องกับผลการวิจัยของจินนิงและคณะ (Jenning, et al, 1993) ที่ศึกษาการนอนหลับของผู้สูงอายุและผลของการทำให้อากาศเย็นต่อการนอนหลับ ที่พบว่า ห้องนอนที่ไม่เหมาะสม จะมีผลทำให้นอนหลับยากและอุณหภูมิที่ร้อนหรือเย็นเกินไปของห้องนอน จะรบกวนการนอนหลับได้ ในเรื่องเดียวกันนี้ อิลิโอโพลอส (Iliopoulos, 1993) ได้อธิบายว่า เมื่ออายุมากขึ้นจะทำให้ผู้สูงอายุมีระยะเวลาของการนอนประมาณ 5-7 ชั่วโมง แต่คุณภาพการนอนหลับจะลดลง คือนอนหลับแต่รู้สึกเหมือนตื่น ซึ่งเกิดจากสมองส่วนควบคุมการตื่น (reticular formation) ทำงานมากเกินไป และสมองส่วนควบคุมการนอนหลับ (brain stem) ทำงานน้อยเกินไป ให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่านอนหลับไม่เพียงพอ และต้องการการนอนพักในเวลากลางวัน

ความต้องการการดูแลเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุต้องการการดูแลเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ในเรื่องเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมให้ทำในยามว่าง การส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งผู้สูงอายุร้อยละ 46.1-56.5 ต้องการการดูแลอยู่ในระดับมาก ส่วนการพาไปเดินเล่นอย่างสม่ำเสมอ นั้น ผู้สูงอายุร้อยละ 52.2 มีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุที่ทำการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 53 ซึ่งถือว่าเป็นวัยที่ยังมีความชราไม่มาก เป็นผู้สูงอายุตอนต้น ที่ยังสามารถทำงานได้ดีถ้ามีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี (Yurick, et al, 1989) ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้พบว่า



ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 88 จึงทำให้ผู้สูงอายุค่อนข้างจะมีสุขภาพที่ดี สามารถจะทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองได้ ความต้องการที่จะให้บุตรหลานพาไปเดินเล่นจึงอยู่ในระดับปานกลาง ประกอบกับสภาพที่อยู่อาศัยเป็นแถบชนบท ซึ่งบ้านแต่ละหลังมีบริเวณกว้าง พอที่จะให้ผู้สูงอายุได้เดินออกกำลัง และทำกิจกรรมต่างๆ ได้เป็นอย่างดี จากการศึกษาของทองอยู่และคณะ (2527) ที่ศึกษาผู้สูงอายุในสังคมไทย พบว่า กิจกรรมส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุกระทำในชีวิตประจำวันก็คือ การทำงานบ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า การอยู่เฝ้าบ้าน และทำงานบ้าน เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุปฏิบัติมากที่สุด ส่วนผู้สูงอายุในภาคใต้ การทำงานบ้าน ถือเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำมาก รองจากการทำบุญที่วัด ซึ่งการทำงานต่างๆ นั้นก็ถือเป็นกิจกรรมที่เป็นการออกกำลังกายได้เช่นกัน ธีรพร (2531) กล่าวว่า การเดินเป็นการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่ดีที่สุดและปลอดภัยที่สุด การเดินช้าๆ ในระยะทางสั้นและค่อยๆ เพิ่มระยะทางและเวลาให้มากขึ้น จนสามารถเดินอย่างรวดเร็ว ประมาณ 20-30 นาที ก็จะเป็นการประโยชน์มากสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนั้นการเดินวันละ 30 นาที จะช่วยลดการสูญเสียเนื้อกระดูก และเป็นปัจจัยหนึ่งในการป้องกันภาวะกระดูกพรุนได้ (วิไลวรรณ, 2536)

ความต้องการการดูแลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ พบว่า สิ่งที่ผู้สูงอายุร้อยละ 53-72.2 ต้องการการดูแลอยู่ในระดับมาก คือ การพาไปตรวจสุขภาพประจำปี หรือตรวจสุขภาพตามนัด การพาไปพบแพทย์/สถานพยาบาล เมื่อมีปัญหาสุขภาพ และการบีบนวดเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยกระดูกและกล้ามเนื้อ (ภาคผนวก ก) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความสูงอายุที่กล่าวว่า เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุ ก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นจะเป็นไปในทางที่เสื่อมลง ไม่ว่าจะเป็นสมรรถภาพด้านต่างๆ ของร่างกาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการการดูแลจากครอบครัวมากขึ้น เพื่อช่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข และได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ในการดำเนินชีวิตอย่างเพียงพอ จากการศึกษาของราตรีและคณะ (2538) ที่ศึกษาแบบแผนสุขภาพ ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ในเขตหมู่ 2 ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยที่ผู้สูงอายุมีความต้องการมากที่สุดคือ การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การตรวจสุขภาพประจำปี และการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ ซึ่งการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบทของสหรัฐอเมริกา โดยจอห์นสัน (Johnson, 1991) พบว่า ในเรื่องของ การตรวจสุขภาพประจำปี ผู้สูงอายุไม่ได้รับการตรวจสุขภาพเป็นประจำถึงร้อยละ 64.4 โดยมีอุปสรรคทั้งทางด้าน การกระจายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไปสู่ชนบทไม่

เพียงพอ อุปสรรคทางการเดินทางไปรับบริการ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาในด้านการเดินทางและแหล่งบริการของรัฐไม่เพียงพอ

**ความต้องการการดูแลด้านความปลอดภัย** จากการศึกษาความต้องการการดูแลด้านความปลอดภัยของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 53.9-73 มีความต้องการการดูแลด้านความปลอดภัยอยู่ในระดับมาก ในเรื่องเกี่ยวกับการจัดวางอุปกรณ์ภายในบ้านไม่ให้กีดขวางทางเดิน การจัดให้มีแสงสว่างในบ้านอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณทางเดินและห้องน้ำ และการไปเป็นเพื่อนขณะเดินทาง จากความต้องการการดูแลในเรื่องต่างๆ เหล่านี้ ส่วนใหญ่สะท้อนให้เห็นถึงความปลอดภัยจากอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในครัวเรือน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นอุบัติเหตุเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาระบาดวิทยาของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ โดยอรพรรณและคณะ (2535) ที่พบว่าประเภทของอุบัติเหตุที่พบมากที่สุด คือการพลัดตกหกล้ม และประเภทของการบาดเจ็บที่พบมากที่สุด คือ กระดูกหัก รองลงมาคือมีบาดแผลเปิด ฟกช้ำและบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งส่วนใหญ่พบในเพศหญิงและมีช่วงอายุ 60-69 ปี ส่วนใหญ่เกิดภายในบ้านจากการสะดุดขาตนเอง สะดุดวัสดุ สิ่งของบนพื้น เช่น สายไฟ ผ้าเช็ดเท้า และจากการหนีน้ำเป็นลม ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ในบ้านนี้ สามารถอธิบายได้ในด้านเกี่ยวกับพยาธิวิทยาและการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ โดยอาภา (2539) ได้สรุปว่า ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมและการปรับตัวลดลง การมองเห็นเสียไป ทำให้มองเห็นสิ่งต่างๆ ได้ไม่ชัดเจน การรับรู้ต่อสัมผัสเฉพาะอย่างที่กระทบร่างกายลดลง การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นและรีเฟล็กซ์ต่างๆ ช้าลง มีการสูญเสียการทรงตัว ทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีการเสื่อมของกระดูกและกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อเหี่ยวลีบลง การควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อไม่ดี การเกิดภาวะกระดูกพรุนในผู้หญิง ทำให้เกิดกระดูกหักได้ง่าย เมื่อรวมกับการที่กล้ามเนื้อขาดความแข็งแรงในการพยุงข้อต่อต่างๆ ที่ใช้ในการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุจึงมักมีการพลัดตกหกล้มได้ง่าย เมื่อเกิดการสะดุดหรือเสียการทรงตัว ดังนั้นการจัดสิ่งแวดล้อมต่างๆ ภายในบ้านจึงเป็นสิ่งจำเป็น และเป็นสิ่งที่สำคัญในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ดังนั้น สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการการดูแลในเรื่องเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เป็นระเบียบเรียบร้อย และมีแสงสว่างอย่างเพียงพอจึงเป็นสิ่งที่จะช่วยลดโอกาสการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ และให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัย

**ความต้องการการดูแลด้านความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม** จากการศึกษาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในด้านความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 58.3-72.2 ต้องการการดูแลอยู่ในระดับมาก ในเรื่องเกี่ยวกับการสนับสนุนด้าน

การเงินอย่างเพียงพอ การช่วยให้มีโอกาสพบปะเพื่อนวัยเดียวกันอย่างสม่ำเสมอ การให้บุคคลที่รักดูแลปรนนิบัติขณะเจ็บป่วย การให้ความช่วยเหลือทุกครั้งที่ต้องการ การช่วยให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เช่น พาไปวัด/ร่วมกิจกรรมในชุมชน และการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว เนื่องจากผู้สูงอายุที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในแถบชนบท และไม่ได้ประกอบอาชีพถึง ร้อยละ 64.3 ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ (ร้อยละ 55.7) ภาระในการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุจึงเป็นหน้าที่ของบุตรหลานเป็นผู้รับผิดชอบ และรายได้ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ก็มาจากบุตรหลาน (ร้อยละ 58.3) สอดคล้องกับการวิจัยผู้สูงอายุในสังคมไทย โดยทองอยู่และคณะ (2527) ที่พบว่า ความสุขของผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นความสุขภายในครอบครัว ได้แก่ การร่วมกันพร้อมหน้าบุตรหลาน และการมีสถานภาพทางเศรษฐกิจที่มั่นคง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยากมีบทบาทในการช่วยเหลือสังคม แต่ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือ การไม่มีทุนทรัพย์เพียงพอและปัญหาสุขภาพ และกิจกรรมต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ก็เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุคาดหวังในอนาคตด้วย จากการศึกษาของนภาพรและคณะ (2532) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ปัจจุบันผู้สูงอายุในเขตชนบทมีภาวะทางเศรษฐกิจยากจน โดยพบว่า ร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุในเขตชนบทไม่มีรายได้หรือรายได้ต่ำกว่า 500 บาทต่อเดือน และการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุบ้านม่วงหวาน จังหวัดขอนแก่น โดยเจียมจิต (2536) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้มาก จะมีคุณภาพชีวิตสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการการสนับสนุนทางการเงิน เพื่อใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและเป็นหลักประกันความมั่นคงในชีวิตต่อไปด้วย นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องการการมีกิจกรรมร่วมกันในสังคม ไม่ว่าจะจะเป็นกิจกรรมในครอบครัวหรือกิจกรรมในชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยเฉพาะถ้ามีกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว จะก่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกในครอบครัว มีการยอมรับซึ่งกันและกัน เห็นความสำคัญของผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข สอดคล้องกับการวิจัยของพรพัทธ์ (2538) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ องค์ประกอบด้านครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพภายในครอบครัวดี จะทำให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีด้วย ในขณะที่เดียวกันผู้สูงอายุ ก็ต้องการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนด้วย ซึ่งการมีบทบาทในกิจกรรมของชุมชน หรือสังคมที่อาศัยอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของแคมป์เบลและเครดเลอร์ (Campbell & Kreidler, 1994) ที่ศึกษาการรับรู้ถึงความผาสุกของผู้สูงอายุ พบว่า การที่ผู้สูงอายุจะรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตส่วนหนึ่งมาจากการที่สามารถลงกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัว และความสามารถในการมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ตามปกติ จากการศึกษาชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่ โดยเกริกศักดิ์และคณะ (2533) พบว่า คนชราต้องการที่จะติดต่อกับสัมพันธ์กับเพื่อนบ้าน ผู้สูงอายุยังคงมีความต้องการที่จะใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และต้องการมี

ส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับผู้อื่น โดยเฉพาะในครอบครัว จะช่วยดูแลเด็กๆ หรือทำงานบ้านให้กับบุตรหลานที่ออกไปทำงานนอกบ้าน

ความต้องการการดูแลด้านความมีคุณค่าในตนเอง จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 58.3-70.4 มีความต้องการการดูแลด้านความมีคุณค่าในตนเอง อยู่ในระดับมากในเรื่องเกี่ยวกับการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวยกย่องและยอมรับในความสามารถ การสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาต่างๆ ของครอบครัว การรับฟังปัญหาความรู้สึกและความคิดเห็น และเปิดโอกาสให้ทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันด้วยตนเอง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน (ร้อยละ 57.4) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 76.5) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จะเห็นว่าผู้สูงอายุที่ศึกษาในครั้งนี้ยังมีสุขภาพดี สามารถที่จะทำกิจกรรมในแต่ละวันด้วยตนเอง การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการให้บุตรหลาน หรือผู้ดูแลยกย่องและยอมรับในความสามารถ ต้องการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาต่างๆ ของครอบครัวนั้น เกิดจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดว่าตนเองยังมีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง และต้องการให้บุคคลในครอบครัวและบุตรหลานเคารพเชื่อฟังและยกย่อง สอดคล้องกับการศึกษาของโรเบิร์ตโตและคณะ (Roberto, et al, 1992) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุในชนบท พบว่า ผู้สูงอายุต้องการให้บุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัวให้การดูแลเกี่ยวกับการเชื่อฟัง การเห็นคุณค่าในสิ่งที่ผู้สูงอายุพูด ต้องการให้สมาชิกในครอบครัวรับรู้ว่า ผู้สูงอายุยังมีสภาพเหมือนกับปกติในวัยหนุ่มสาวทุกประการ แต่ปัญหาทางด้านร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปเท่านั้น ผู้สูงอายุอยากจะทำในสิ่งที่อยากทำหรือสิ่งที่ตนเองคิดว่าสามารถทำได้ นอกจากนี้การศึกษาของสุริย์ (2537) ที่ศึกษาเรื่องของเยาวชนและคนหนุ่มสาวในปัจจุบันในทัศนะของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเด็กและหนุ่มสาวสมัยนี้ไม่ค่อยให้ความเคารพเชื่อฟังผู้ใหญ่ มักจะเชื่อถือตนเองมากกว่า ซึ่งนอกจากไม่เชื่อฟังแล้ว ยังมีการโต้เถียงอีกด้วย ดังนั้นคนชราที่ได้รับการปฏิบัติด้วยความเคารพนับถือ เชื่อฟังและได้รับการยกย่องจากบุตรหลาน ก็จะมีชีวิตที่เป็นสุขและมีความพอใจในชีวิตปัจจุบัน (เกริกศักดิ์และคณะ, 2533 ; เข็มจิตและคณะ, 2536)

ความต้องการการดูแลด้านความประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายুর้อยละ 60.67 มีความต้องการการดูแลในด้านความประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง อยู่ในระดับมาก ในเรื่องเกี่ยวกับการสนับสนุนให้ทำในสิ่งที่ตั้งใจได้สำเร็จ การสนับสนุนให้ได้แสดงความสามารถอย่างเต็มที่ และการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีความภาคภูมิใจในตัวผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของทาลบอท (Talbot, 1985) ที่ศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในชนบท พบว่า สิ่งที่ผู้สูงอายู้สึกว่าสิ่งที่ทำให้ตนเองพอใจในการมีชีวิตอยู่เป็นอย่างมาก คือ การได้ใช้ชีวิตอย่างอิสระ ได้ใช้ความสามารถของตนเองอย่างเต็มที่ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ได้ทำงานที่ตนเองรัก

และมีความหมายสำหรับชีวิตของตนเอง ได้ดูแลบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นสิ่งที่สูงสุดที่ต้องการในชีวิตแล้ว จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุจะมีความสุข เมื่อได้ทำในสิ่งที่ตนเองต้องการและคิดว่าตนเองทำได้ดีด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของแคมป์เบลและเครดเลอร์ (Campbell & Kreidler, 1994) ที่ศึกษาในเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้ความสุขของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุจะรู้สึกยินดีและมีความสุขเมื่อได้ทำในสิ่งที่ตนเองภาคภูมิใจ เช่น การได้ปรุงอาหารและพูดคุยกับบุตรหลานที่มารับประทานอาหารร่วมกันอย่างมีความสุข สำหรับในสังคมไทย ผู้สูงอายุก็ยังคงได้รับการยกย่องจากบุคคลในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีกิจกรรมต่างๆ ในสังคมตามศักยภาพของตนเอง จากการศึกษาการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุของมาลินีและศิริวรรณ (2537) พบว่า ผู้สูงอายุยังคงมีกิจกรรมต่างๆ ในสังคม เช่น กิจกรรมทางประเพณี พิธีกรรมต่างๆ ตามที่ตนเองถนัดและมีประสบการณ์มาก่อน การศึกษาประสบการณ์ที่มีความหมายสำหรับชีวิตของผู้สูงอายุโดย ลูซี่ (Lucy, 1994) พบว่า สิ่งที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายมากในชีวิต ได้แก่ การมีโอกาสได้ดูแลและแสดงความห่วงใยผู้อื่น มีเพื่อนสนิทที่ไว้ใจ การได้มีส่วนร่วมกับผู้อื่น การมีประโยชน์ต่อผู้อื่น ได้รับการยอมรับ ได้ช่วยเหลือผู้อื่นในด้านที่ตนเองถนัด นอกจากนี้ การยอมรับจากผู้ร่วมงาน สมาชิกในครอบครัว การได้ดูแลเด็กหรือสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย จะเป็นสิ่งที่ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจและรู้สึกว่าชีวิตมีความหมายมากขึ้น ความต้องการการดูแลด้านการประสบความสำเร็จในชีวิตนี้ถ้าผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างถูกต้องและเพียงพอ จะทำให้ผู้สูงอายุเหล่านี้เกิดความสุข สามารถมองชีวิตได้อย่างสวยงาม เข้าใจตนเองเป็นอย่างดี ซึ่งรังสิต (2533) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลที่ประสบความสำเร็จและพอใจในชีวิตที่ผ่านมา จะมองชีวิตได้อย่างสวยงาม ยึดมั่น รู้สึกเข้าใจตนเองได้อย่างถ่องแท้ และความตายก็ไม่สามารถสร้างความรู้สึกหวาดกลัวให้กับผู้สูงอายุได้อีกต่อไป

ความต้องการการดูแลด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร จากภาคผนวก ก พบว่า ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ผู้สูงอายุร้อยละ 59.1-60 มีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับมากในเรื่อง การพูดคุยแลกเปลี่ยนข่าวสารกับสมาชิกในครอบครัว และการช่วยให้พบปะพูดคุยกับผู้อื่นเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ส่วนเรื่องการจัดหาวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์เพื่อรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เป็นประจำ พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 60 มีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเกี่ยวกับ ศักยภาพของผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ โดยมาลินีและศิริวรรณ (2537) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในชนบทมีกิจกรรมที่เกี่ยวกับสื่อสารมวลชน เช่น อ่านหนังสือพิมพ์ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์น้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองในขณะเดียวกัน การได้มีโอกาสพูดคุยเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันกับสมาชิกในครอบครัว นอกจากจะเกิดความรู้ใหม่ๆ ที่ทันสมัยกับผู้สูงอายุแล้ว ยังทำให้เกิดสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่าง

สมาชิกในครอบครัวกับผู้สูงอายุและบุคคลอื่นในวัยเดียวกันในสังคมด้วย นอกจากนี้การศึกษาความต้องการและการใช้สารนิเทศของสมาชิกขององค์การผู้สูงอายุ โดยคิงนิจ (2535) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สารนิเทศเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ เพื่อให้ทันต่อเหตุการณ์ เพื่อเพิ่มพูนความรู้เพื่อความเพลิดเพลินและเพื่อความมั่นคงในจิตใจ โดยมีความต้องการใช้สารนิเทศเนื้อหาทางด้านสุขภาพอนามัยในระดับมาก โดยเฉพาะการป้องกันโรค การดูแลร่างกายและการออกกำลังกาย มีความต้องการและการใช้สารนิเทศด้านอื่น ได้แก่ ความปลอดภัย ที่อยู่อาศัย การท่องเที่ยว ศาสนา และความเชื่อ ภูมิศาสตร์ ความรู้ทั่วไป วัสดุการสังคม ประวัติศาสตร์ วัฒนธรรม กฎหมาย และชีวประวัติ ในระดับปานกลาง ผู้สูงอายุใช้สารนิเทศในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล การสาธิต วัสดุตีพิมพ์ และวัสดุไม่ตีพิมพ์ รูปแบบสารนิเทศที่ต้องการและใช้สูงสุดคือ การสื่อสารระหว่างบุคคล รองลงมาคือสื่อสารมวลชนต่างๆ

ความต้องการการดูแลด้านสุนทรียะ จากผลการวิจัยความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ด้านสุนทรียะ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 59.1-67 มีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับมากในเรื่องเกี่ยวกับ การพาไปทำบุญ / ร่วมพิธีกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ และการจัดหาเสื้อผ้าที่สวยงามและเหมาะสมสำหรับใช้ในโอกาสต่างๆ .สิ่งที่ผู้สูงอายุร้อยละ 41.7-61.7 มีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง คือ การจัดหาหนังสือหรือเทปธรรมะ การพาไปเที่ยวในสถานที่ที่ผู้สูงอายุชอบและการช่วยให้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมด้านศิลปะที่ผู้สูงอายุชอบ เช่น ร้องเพลง การเล่นดนตรีไทย/ดนตรีสากล ส่วนการอ่านหนังสือนิยาย นิทานวรรณคดีให้ฟัง เป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการอยู่ในระดับน้อย จะเห็นได้ว่า ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในด้านสุนทรียะนั้น ส่วนใหญ่จะเน้นไปในเรื่องเกี่ยวกับศาสนา และการประกอบพิธีกรรมต่างๆ ทางศาสนา ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาเรื่อง ผู้สูงอายุไทยกับศาสนาโดยศิริวรรณ (2538) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทั้งเขตเมืองและชนบท จะไปทำพิธีกรรมทางศาสนาที่วัด สุเหร่าหรือโบสถ์ในเฉพาะวันที่สำคัญทางศาสนา แต่เฉพาะผู้สูงอายุในภาคใต้ จะพบว่า ผู้สูงอายุจะไปสุเหร่าวัด หรือโบสถ์เป็นจำนวนบ่อยครั้งกว่าผู้สูงอายุในภาคอื่นๆ ในประเทศไทย โดยไม่ได้เน้นเฉพาะว่าเป็นวันสำคัญทางศาสนาหรือไม่ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุไม่มากนัก (60-69 ปี) จะมีความบ่อยครั้งของการไปทำกิจกรรมที่วัด สุเหร่า หรือโบสถ์มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (70 ปีขึ้นไป) ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะมีอุปสรรคเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพร่างกาย จึงไม่ได้ทำกิจกรรมที่วัดบ่อยเท่าที่ควร การไปทำบุญและร่วมกิจกรรมต่างๆ ของศาสนา นั้นผู้สูงอายุยังต้องการเสื้อผ้าเครื่องแต่งกายที่สวยงามตามประเพณีวัฒนธรรมด้วย ส่วนในเรื่องของการอ่านหนังสือ การฟังนิยาย นิทานวรรณคดี ผู้สูงอายุมีความต้องการในระดับน้อยเนื่องจากสุขภาพไม่อำนวย เช่นมีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน หรือปัญหาเรื่องสายตา เป็นต้น

### 3. การรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท

การรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุ จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการดูแลที่ได้รับจากครอบครัวอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาในรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก โดยสิ่งที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าการดูแลอยู่ในระดับมาก คือ ด้านร่างกาย ด้านความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านความมีคุณค่าในตนเอง ด้านความประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง และด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ส่วนสิ่งที่ผู้สูงอายุรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านความปลอดภัย และด้านสุนทรียะ ซึ่งจะได้อธิบายในรายละเอียดต่อไปนี้

การรับรู้การดูแลที่ได้รับด้านร่างกาย จากการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุรับรู้การดูแลที่ได้รับด้านร่างกายอยู่ในระดับ ปานกลางถึงมาก สอดคล้องกับผลการวิจัยของกาญจณีและคณะ (2539) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลของครอบครัว กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 60 ได้รับการดูแลจากครอบครัวอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดี ทั้งในด้านอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การขับถ่าย และการเจ็บป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวดี จะทำให้ผู้สูงอายุเหล่านั้นมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดีด้วย เมื่อพิจารณาในด้านการรับรู้การดูแลที่ได้รับ ในการศึกษาครั้งนี้ในด้านการรับประทานอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 57.4-71.3 รับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การจัดเตรียมอาหารให้ครบทั้ง 3 มื้อทุกวัน การจัดหาเครื่องดื่มที่สะอาดให้เพียงพอตามความต้องการในแต่ละวัน (8-10 แก้ว) ส่วนการดูแลในเรื่องของการจัดหาผักสดหรือผลไม้ให้ได้รับประทานทุกวัน ผู้สูงอายุร้อยละ 66.1 รับรู้การดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในเขตชนบท ศึกษากรณีภาคใต้ของประเทศไทย โดยสถิตย์ (2539) ที่พบว่า ลักษณะการกินของผู้สูงอายุในภาคใต้ ผู้สูงอายุจะกินอาหารในลักษณะที่เป็นอาหารธรรมชาติมาก ส่วนใหญ่มาจากพืชที่เพาะปลูก หรือสัตว์ที่เลี้ยงเอง อาหารประจำ คือ ข้าว แกงจืด ผักต้ม เนื้อปลา ผักสด ผลไม้ และ ของหวาน อาหารจำพวกเนื้อจะรับประทานนานๆ ครั้ง ในรูปของน้ำต้มเนื้อ หรือน้ำต้มกระดูก

การรับรู้การดูแลที่ได้รับด้านการขับถ่าย พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 57.4-58.3 รับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก ในเรื่องเกี่ยวกับการจัดให้มีความสะดวกในการขับถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะ เช่น การเตรียมกระโถนไว้ในห้องนอน ห้องนอนอยู่ใกล้ห้องส้วม การชักฉวย และสังเกตความคิดปกคิของการขับถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะ ส่วนการจัดหาอาหารและเครื่องดื่มที่ช่วยในการระบาย เช่น น้ำมันงา น้ำผึ้ง หรือผลไม้ เช่น กุ้งฝอย สับ มะละกอ เมื่อมีอาการท้องผูก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ รับรู้ว่าการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

การรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับในเรื่องเกี่ยวกับการพักผ่อนนอนหลับ พบว่าผู้สูงอายุ ร้อยละ 61.7-66.1 รับรู้การดูแลที่ได้รับด้านการพักผ่อนนอนหลับอยู่ในระดับมาก ในเรื่องเกี่ยวกับการจัดห้องนอนที่สะอาด ที่นอนเหมาะสม อากาศถ่ายเทได้ดี การจัดให้มีเวลานอนพักในตอน กลางวัน และการดูแลให้ได้รับการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ส่วนเรื่องของการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับมาก ในเรื่องเกี่ยวกับการจัดหากิจกรรม ให้ทำในยามว่าง การส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ส่วนการพาไปเดินเล่นอย่าง สม่ำเสมอ นั้น ผู้สูงอายุร้อยละ 56.5 รับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง เรื่องการดูแลสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 54.8-66.1 รับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับมาก ส่วนเรื่องเกี่ยวกับการพาไป ตรวจสุขภาพประจำปี / หรือตรวจสุขภาพตามนัด และการพาไปพบแพทย์/สถานพยาบาลเมื่อมี ปัญหาสุขภาพ ส่วนการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคลในเรื่อง ศิวหนัง เส้นผม เล็บมือ เล็บเท้า ความสะอาดของปากและฟัน และการบีนนวดเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อนั้น ผู้สูงอายุ ร้อยละ 46.1 รับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาบทบาทของญาติ ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยรุ่งโรจน์ และคณะ (2540) พบว่า บทบาทของญาติและครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากจะให้การดูแลเกี่ยวกับ ค่าใช้จ่ายเรื่องอาหารและเครื่องนุ่งห่มแล้ว ยังมีบทบาทสำคัญในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นผู้พาไปรับการรักษาเมื่อ เจ็บป่วย

การรับรู้การดูแลที่ได้รับด้านความปลอดภัย จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 45.2-63.5 รับรู้การดูแลที่ได้รับด้านความปลอดภัย อยู่ในระดับมาก ในเรื่องเกี่ยวกับการจัดวาง อุปกรณ์ภายในบ้านไม่ให้กีดขวางทางเดิน ส่วนการรับรู้การดูแลที่ได้รับเกี่ยวกับการจัดให้มี แสงสว่างในบ้านอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณทางเดินและห้องน้ำ การจัดให้ห้องนอนอยู่ชั้นล่าง ของตัวบ้าน หรือห้องนอนที่ใกล้ห้องน้ำ และการจัดให้มีราวยึดเกาะบริเวณบันไดหรือห้องน้ำ ผู้สูงอายุร้อยละ 50.4-66.1 รับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาจากข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุที่ทำการศึกษานั้น มักจะอยู่ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวซึ่งมี ทั้งบุตรและหลาน (ดังตาราง 1) การดูแลความสะอาด และการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านจึงมักอยู่ สภาวะที่เรียบร้อย ในขณะที่เดียวกันครอบครัวในแถบชนบทที่ศึกษานั้น มีฐานะปานกลางและเป็น ครอบครัวเกษตรกร จึงมีอุปกรณ์ภายในบ้านไม่มาก ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นแบบบ้านในแถบชนบท หรือเป็นบ้านชั้นเดียวอุปกรณ์ในการช่วยเหลือเกี่ยวกับความปลอดภัย และการให้แสงสว่างภายใน บ้านจึงไม่ทั่วถึง และไม่สว่างมากเท่าที่ควร ประกอบกับผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายมักจะต้องเดิน ขึ้นมาในตอนกลางคืนเพื่อถ่ายปัสสาวะ จึงทำให้มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายกว่าบุคคลในวัยอื่นๆ ดังงานวิจัยเรื่อง อุบัติเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุที่บ้าน ของผู้สูงอายุจังหวัด



ยโสธร โดยเกศินี (2536) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมักเกิดอุบัติเหตุเกี่ยวกับการถูกของมีคมบาด การพลัดตก หกล้ม การชนกระแทก กิจกรรมขณะเกิดอุบัติเหตุที่พบมาก คือ การทำงานบ้าน การเดิน ลักษณะ การบาดเจ็บเป็นบาดแผลและการฟกช้ำมากที่สุด สิ่งที่เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ เพศ สุขภาพกาย เช่น การมองเห็น การได้ยิน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงให้ความสำคัญในเรื่องความต้องการความปลอดภัยมาก เมื่อครอบครัวไม่สามารถตอบสนองได้อย่างเต็มที่ ผู้สูงอายุจึงรับรู้ว่าคุณเองได้รับการดูแลในระดับปานกลาง

การรับรู้การดูแลที่ได้รับด้านความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 56.5 รับรู้การดูแลที่ได้รับด้านความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอยู่ในระดับ ปานกลาง ในเรื่องเกี่ยวกับ การจัดหาของขวัญให้ท่านในโอกาสพิเศษ เช่น ปีใหม่ สงกรานต์ สารทเดือนสิบ ส่วนในเรื่องอื่นๆ พบว่าผู้สูงอายุนับว่าการดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับมากทุกข้อ สามารถ วิเคราะห์ได้ว่า การที่ผู้สูงอายุนับว่าการดูแลที่ได้รับในระดับมาก ในเรื่องเกี่ยวกับความรักและเป็น ส่วนหนึ่งของสังคม อาจเป็นเพราะว่า ในสังคมชนบทมีความเป็นอยู่ในชุมชนที่คล้ายเป็นเครือญาติ ความสัมพันธ์ของคนในสังคมมีความใกล้ชิดกันมาก โอกาสในการพบปะกับผู้อื่นมีมาก เช่น งาน พิธีกรรมทางศาสนา งานบุญ งานศพและพิธีกรรมของท้องถิ่น การเดินทางไปร่วมงานต่างๆ มีความ สะดวกเพราะบ้านอยู่ใกล้กัน การเดินทางในปัจจุบันก็มีความสะดวกมากขึ้น จากความเจริญของ การคมนาคมต่างๆ การดูแลของครอบครัวในด้านนี้จะมีมากหรือน้อยนั้นก็ขึ้นอยู่กับความสามารถ ของครอบครัว ดังงานวิจัยของ เขียงใจ (2534) ที่ศึกษาความต้องการการพึ่งพาและการพึ่งพาบุตร ของผู้สูงอายุไทย พบว่า การได้พึ่งพาบุตรของผู้สูงอายุจะแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของ ประชากร และเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับ การศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของ ผู้สูงอายุในชนบท โดยเฉธา (2539) ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีกิจกรรมประจำวัน เกี่ยวกับการ มีกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น ในชุมชนในเรื่องเกี่ยวกับพิธีกรรมทางศาสนาเป็นส่วนใหญ่ เช่น การมี ส่วนร่วมในการช่วยเหลือกิจกรรมของวัด เป็นกรรมการวัด และการเป็นผู้นำในการประกอบ พิธีกรรมต่างๆ

การรับรู้การดูแลที่ได้รับด้านความต้องการมีคุณค่าในตนเอง พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 52.2-57.4 รับรู้การดูแลที่ได้รับด้านความมีคุณค่าในตนเองในระดับมาก เกือบทุกข้อ โดยเรื่อง ที่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่รับรู้การดูแลที่ได้รับมากที่สุด คือ การสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวยกย่อง และยอมรับในความสามารถของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการวิจัยของเฉธา (2539) ที่ศึกษาพฤติกรรม และการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับบุตรหลานยังคง ได้รับการเอาใจใส่ดูแลเป็นอย่างดี แม้ว่าจะสูญเสียบทบาทการเป็นผู้นำของครอบครัว แต่ส่วนมาก ยังคงได้รับความเคารพนับถือเหมือนเดิม โดยถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบที่ต้องตอบแทนบุญคุณ

สำหรับผู้สูงอายุที่บุตรหลานไม่ได้ช่วย จะได้รับการดูแลจากญาติที่อยู่ในชุมชนและสมาชิกในชุมชน ส่วนผู้สูงอายุที่รับรู้การดูแลที่ได้รับในเรื่องเกี่ยวกับความมีคุณค่าในตนเองน้อยนั้น อาจจะมีสาเหตุมาจากปัญหาต่างๆ ที่เกิดในครอบครัว เช่น เรื่องของสัมพันธภาพภายในครอบครัว รายได้ หรือปัญหาสุขภาพ ดังเช่นการวิจัยเรื่อง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ของนางลักขณ์ (2529) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพภายในครอบครัว ปัญหาสุขภาพ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนการรับรู้การดูแลที่ได้รับ ในเรื่องการจัดให้มีความเป็นส่วนตัว เช่น มีห้องส่วนตัว ผู้สูงอายุร้อยละ 65.2 รับรู้การดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ศึกษาเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบท มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนไม่มาก ครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ภายในบ้านประกอบด้วยบุตรหลานหลายคน (ดังตาราง 1) การจัดห้องนอนให้เป็นสัดส่วนสำหรับผู้สูงอายุจึงทำได้ยาก ผู้สูงอายุจึงรับรู้ว่าการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง

การรับรู้การดูแลที่ได้รับด้านความประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 55.7-59.1 รับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว ด้านความประจักษ์ในคุณค่าของตนเองเกือบทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยสิ่งที่คุณสูงอายุนานมากที่สุด (ร้อยละ 59.1) รับรู้ว่าการดูแลอยู่ในระดับมาก คือ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำในสิ่งที่ตั้งใจได้สำเร็จ ส่วนการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 60 รับรู้ว่าการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง คือ การส่งเสริมให้นำความรู้และประสบการณ์ไปถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่น (ภาคผนวก ก) สามารถวิเคราะห์ได้ว่า ปัจจุบันผู้สูงอายุยังคงได้รับการเอาใจใส่ดูแลอย่างดีจากสมาชิกในครอบครัว แม้ว่าผู้สูงอายุจะไม่มีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว แต่บุตรหลานก็ยังคงเคารพยกย่องและเห็นความสำคัญของผู้สูงอายุอยู่ ดังการวิจัยเรื่อง บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ในเขตและนอกเขตเทศบาล โดย อาพร (2534) พบว่า สมาชิกในครอบครัวทั้งในเขตและนอกเขตเทศบาล มีความสัมพันธ์ในทางที่ดีต่อกัน บุตรหลานมีการรับประทานอาหารร่วมกันกับผู้สูงอายุ ยังให้ความสำคัญ ยอมรับ และขอคำปรึกษาหารือกับผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหาในเรื่องต่างๆ และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ร่วมกันในแต่ละวัน

การรับรู้การดูแลที่ได้รับด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า สิ่งที่คุณสูงอายुर้อยละ 55.7-58.3 รับรู้ว่าการดูแลอยู่ในระดับมาก คือ การช่วยให้พบปะพูดคุยกับผู้อื่นเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และการพูดคุยแลกเปลี่ยนข่าวสารกับสมาชิกในครอบครัว ส่วนเรื่องการจัดหาวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ เพื่อรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เป็นประจํา นั้น ผู้สูงอายुर้อยละ 65.5 รับรู้ว่าการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม

การเปิดรับข่าวสารกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท ของอรวรรณ (2537) ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการเปิดรับข่าวสารจากสื่อบุคคลมากที่สุด รองลงมาคือเปิดรับข่าวสารจากโทรทัศน์ หอกระจายข่าว โปสเตอร์ ป้ายประกาศ แผ่นพับ วิทยุ และหนังสือพิมพ์ นอกจากนี้ การศึกษาความต้องการ และการใช้สารนิเทศของสมาชิกขององค์การผู้สูงอายุ โดย คณิงนิง (2535) พบว่า ผู้สูงอายุใช้สารนิเทศในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล การสาริต วัสดุตีพิมพ์ และวัสดุไม่ตีพิมพ์ รูปแบบสารนิเทศที่ต้องการและใช้สูงสุด คือ การสื่อสารระหว่างบุคคล รองลงมาคือสื่อสารมวลชนต่างๆ การรับข่าวสารต่างๆของผู้สูงอายุในส่วนที่เป็นข่าวสารจากหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์นั้น ผู้สูงอายุนั้นได้รับการดูแลอยู่ในระดับปานกลางนั้น อาจเป็นเพราะในชนบทการจัดหาหนังสือพิมพ์ อาจทำได้ยากเนื่องจากต้องซื้อหนังสือพิมพ์จากในตัวเมือง และภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวก็เป็นข้อจำกัดของครอบครัวในการจัดหาสิ่งเหล่านี้ด้วย

การรับรู้การดูแลที่ได้รับด้านสุนทรียะ พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 52.2-60 รับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับระดับมาก ในเรื่องเกี่ยวกับการพาไปทำบุญ หรือร่วมพิธีกรรมทางศาสนาสม่ำเสมอ และการจัดหาเสื้อผ้าที่เหมาะสมสวยงาม / เหมาะสมสำหรับใช้ในโอกาสต่างๆ ส่วนสิ่งที่ผู้สูงอายุนั้นรับรู้ว่าการดูแลจากครอบครัวในระดับปานกลาง คือ การพาไปเที่ยวในสถานที่ที่ผู้สูงอายุชอบ และการจัดหาหนังสือ หรือเทพธรรมะ จะเห็นได้ว่ากิจกรรมส่วนใหญ่ที่ผู้สูงอายุนั้นรับรู้การดูแลที่ได้รับด้านสุนทรียะนั้น เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งคนไทยส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญ และเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนใจ และต้องการที่จะปฏิบัติในช่วงบั้นปลายของชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาบทบาทของญาติในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยรุ่งโรจน์และคณะ (2540) ที่พบว่า บทบาทที่สำคัญอีกประการหนึ่งของญาติและครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุคือการพาไป ทำบุญใส่บาตรที่วัด และการพาไปร่วมงานประเพณีต่างๆ ที่จัดขึ้นในห้องถิ่น นอกจากนี้การศึกษาวัดนธรรมของผู้สูงอายุในเขตชนบท โดย สถิตย์ (2539) ยังพบว่า ผู้สูงอายุมองเห็นว่าศาสนาเป็นสิ่งที่มีความหมาย ในขณะเดียวกันสมาชิกในครอบครัวก็มักจะส่งเสริมและสนับสนุน ให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมทางด้านศาสนาร่วมกับผู้อื่น ทำให้มีโอกาสได้พบปะกับบุคคลในวัยเดียวกันด้วย

#### 4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท

จากผลการวิจัย (ตาราง 6) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความต้องการการดูแล และคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน (ภาคผนวก ก) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความต้องการการดูแล และการ

รับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในด้านร่างกาย ด้านความปลอดภัย ด้านความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านความมีคุณค่าในตนเอง ด้านความประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับของผู้สูงอายุ ในด้านสุนทรียะนั้น พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่ศึกษาในครั้งนี้นั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพค่อนข้างดีและสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ แต่บุตรหลานมักจะให้ผู้สูงอายุอยู่กับบ้าน เพื่อช่วยเหลืองานบ้าน ขณะเดียวกัน บุตรหลานส่วนใหญ่ก็ออกไปทำงานนอกบ้าน หรือย้ายไปทำงานที่อื่น เมื่อพิจารณาคะแนนของความต้องการการดูแลในแต่ละด้าน จึงมักอยู่ในระดับมาก ขณะที่การรับรู้การดูแลที่ได้รับ ผู้สูงอายุมักจะคาดหวังว่าตนเองควรจะได้รับดูแลมากกว่าที่เป็นอยู่ ซึ่งจะได้อภิปรายในรายละเอียดของความต้องการแต่ละด้านต่อไป

ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับด้านร่างกาย จากผลการวิจัยพบว่า ความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัวด้านร่างกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาคะแนนของความต้องการการดูแลด้านร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับสูง และคะแนนการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวก็อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน สามารถอภิปรายได้ว่า จากทฤษฎีความเสื่อมโทรมของความสุขอายุที่รวบรวมโดยจันทนา (2536) ที่อธิบายไว้ว่า ร่างกายคนเราเปรียบเหมือนเครื่องจักรที่ซับซ้อน เมื่อผ่านการใช้งานอย่างเต็มที่มาแล้วช่วงหนึ่ง ก็จะค่อยๆ หลุดโทรมลงทำหน้าที่ได้น้อยลงและไม่สามารถทำงานได้ในที่สุด ผู้สูงอายุที่มีสภาพเช่นเดียวกัน จากร่างกายที่เสื่อมโทรมลง อวัยวะต่างๆ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ และเกิดความเจ็บป่วยต่างๆ เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรงเหมือนเดิม จึงมีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับมาก ถึงแม้ว่าครอบครัวจะให้ดูแลอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกันอยู่แล้ว แต่เมื่อมีโรคภัยไข้เจ็บเกิดขึ้น หรือสุขภาพไม่ดีจากความเสื่อมโทรมของร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุยังมีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับมากอยู่

เมื่อพิจารณาในรายชื่อ (ภาคผนวก ก) ความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัวด้านร่างกาย รายชื่อ พบว่า ในเรื่องการรับประทานอาหาร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในเรื่องเกี่ยวกับการจัดหาอาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย การจัดเตรียมเครื่องดื่ม เช่น น้ำหวาน น้ำผลไม้ นม หรืออื่นๆ ไว้ประจำบ้าน และการจัดหาผักสดหรือผลไม้ให้รับประทานทุกวัน เรื่องการขับถ่าย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในเรื่องเกี่ยวกับการจัดหาอาหารและเครื่องดื่มที่ช่วยในการระบาย

เช่น น้ำมะขาม น้ำคั้น หรือผลไม้ เช่น กกล้วย ส้ม เรื่องการพักผ่อน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลให้ได้รับการนอนหลับ พักผ่อนอย่างเพียงพอ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในเรื่องการจัดห้องนอนที่สะอาด ที่นอนเหมาะสม อากาศถ่ายเทได้ดี เรื่องการออกกำลังกาย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ทุกข้อ เรื่องการดูแลสุขภาพ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ทุกข้อเช่นเดียวกัน จากความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัว ด้านร่างกายทั้งหมด สามารถอภิปรายได้ว่า ฐานะทางเศรษฐกิจอาจจะเป็นส่วนสำคัญ ที่จะทำให้ครอบครัวไม่สามารถจะจัดหาสิ่งที่คุณสูงอายุต้องการได้ครบถ้วน จากตาราง 1 พบว่า ครอบครัวผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาชีพหลัก คือ การเกษตรกรรม ได้แก่ การทำนา ทำสวน ในขณะที่เดียวกันความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุบางครั้งก็อาจจะมีมากกว่าเกินความสามารถของผู้ดูแล หรือครอบครัวจะสามารถสนองตอบได้อย่างเพียงพอ หรือบางครั้งผู้ดูแลอาจคิดว่าตนเองให้การดูแลอย่างเพียงพอ แต่ผู้สูงอายุยังรับรู้ว่าคุณเองยังไม่ได้รับการดูแลอย่างเพียงพอ ดังงานวิจัยของ วิภาดา (2539) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวัง และการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแล พบว่า การรับรู้การดูแลของผู้สูงอายุ จะต่ำกว่าการรับรู้การดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล

ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับด้านความปลอดภัย จากการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับด้านความปลอดภัย พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาในรายข้อ (ภาคผนวก ก) พบว่าความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัว ด้านความปลอดภัย รายข้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในทุกข้อ สามารถอภิปรายได้ว่า ถึงแม้ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจะแตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาคะแนนของความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับ ในรายข้อแล้วจะพบว่า อยู่ในเกณฑ์ปานกลางถึงมาก แสดงว่าถึงแม้มีความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ย แต่ผู้สูงอายุก็ยังรับรู้ว่าคุณได้รับการดูแลด้านความปลอดภัยจากครอบครัวในระดับปานกลางถึงมาก ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดความไม่ปลอดภัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของอรพรรณและคณะ (2535) ที่ศึกษาาระบาดวิทยาของการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ พบว่า ประเภทของอุบัติเหตุที่พบมากที่สุดคือ การพลัดตกหกล้ม และประเภทของการบาดเจ็บที่พบมากที่สุดคือ กระดูกหัก รองลงมาคือ มีบาดแผลเปิด ฟกช้ำ และบาดเจ็บที่ศีรษะ ซึ่งส่วนใหญ่พบในเพศหญิง และมีช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี สอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ตาราง 1)

อุบัติเหตุที่เกิดภายในบ้าน ส่วนใหญ่มาจากการสะดุดขาตนเอง สะดุดวัสดุตั้งของบนพื้น เช่น สายไฟ ผ้าเช็ดเท้า และจากการเป็นลมหน้ามืด สิ่งเหล่านี้มักจะเกิดได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุให้มากยิ่งขึ้น

ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ ด้านความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จากผลการเปรียบเทียบความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ ด้านความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาในรายข้อ (ภาคผนวก ก) พบว่า ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัว ด้านความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รายข้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในเรื่องเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนด้านการเงินอย่างเพียงพอ การจัดการให้บุคคลที่รัก ดูแลปรนนิบัติขณะเจ็บป่วย การจัดหาของขวัญให้ผู้สูงอายุในโอกาสพิเศษ เช่น ปีใหม่ สงกรานต์ สารทเดือนสิบ การให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุทุกครั้งที่ต้องการ และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในเรื่องการช่วยให้มีโอกาสพบปะเพื่อนวัยเดียวกันอย่างสม่ำเสมอ และการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว อภิปรายได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และเห็นว่าเงินเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับอุปถัมภ์จากบุตรกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยในชนบท ของสุจิตรา (2539) ที่พบว่า การพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีตัวแปรที่สำคัญคือ การสนับสนุนรายได้ เงินและสิ่งของอย่างเพียงพอ ในขณะที่เดียวกันก็พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะเศรษฐกิจไม่ดี ก็จะได้รับอุปถัมภ์จากบุตรต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเศรษฐกิจดี นอกจากนี้การศึกษาศักยภาพในการทำงานในสังคมของผู้สูงอายุ ของสุริย์และคณะ (2533) พบว่า ผู้สูงอายุยังต้องการมีกิจกรรมต่างๆ ในครอบครัวและสังคมอย่างสม่ำเสมอด้วย

ความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับด้านความมีคุณค่าในตนเอง จากผลการวิจัย ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ ด้านความมีคุณค่าในตนเอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณารายข้อ (ภาคผนวก ก) พบว่า ความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัว ด้านความมีคุณค่าในตนเอง รายข้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ในเรื่องเกี่ยวกับการจัดให้มีความเป็นส่วนตัว เช่น มีห้องส่วนตัว การรับฟังปัญหา ความรู้สึกและความคิดเห็น การสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาต่างๆ ของครอบครัว และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ในเรื่องการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัว

ยกย่องและยอมรับในความสามารถของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ได้ว่า ผู้สูงอายุในชนบทมักจะมีบ้านที่เป็นลักษณะบ้านชั้นเดียว มีสมาชิกในครอบครัวอยู่กันหลายคนเนื่องจากเป็นครอบครัวขยายที่สมาชิกในบ้าน ประกอบด้วยปู่ย่า หรือตาชาย บุตรและหลาน จากตาราง 1 แสดงให้เห็นว่าในแต่ละครอบครัวมีสมาชิกหลายคน จึงอาจทำให้ไม่มีห้องเพียงพอสำหรับสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุจึงมักไม่มีห้องเป็นของตนเอง จากการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยของคาฟเฟรี (Caffry, 1992) ที่พบว่า ส่วนใหญ่ครอบครัวมักจะให้ ผู้สูงอายุอยู่ชั้นล่างของตัวบ้าน หรือจัดที่นอนที่บริเวณหน้าบ้าน ซึ่งวิธีการดูแลอย่างนี้ อาจจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าเป็นส่วนตัวได้ นอกจากนี้ในปัจจุบันทัศนคติของการมองโลกของผู้สูงอายุกับบุตรหลานที่เป็นคนหนุ่มสาวจะแตกต่างกัน จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุมักคิดว่า บุตรหลานให้ความสำคัญและเชื่อฟังลดน้อยลง (เกริกศักดิ์และคณะ, 2533)

ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ ด้านความประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง จากการเปรียบเทียบความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับด้านความประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาในรายข้อ (ภาคผนวก ก) พบว่า ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัว ด้านความประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง รายข้อ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในเรื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมให้นำความรู้และประสบการณ์ไปถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่น และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในเรื่องการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำในสิ่งที่ตั้งใจได้สำเร็จ สามารถวิเคราะห์ได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีบุคลิกเปลี่ยนแปลงไปตามอายุที่มากขึ้น การปรับตัวจะค่อยๆ เกิดขึ้น มีจิตใจที่เยือกเย็นตามอายุ ให้ความสนใจกับศาสนามากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจ และมีความสุขกับชีวิตที่เป็นอยู่ บุตรหลานส่วนใหญ่โดยทั่วไปแล้วก็ยังให้ความสำคัญกับถือ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกพึงพอใจกับชีวิต ส่วนความแตกต่างของการมีโอกาสนำความรู้และประสบการณ์มาใช้ นั้น ผู้สูงอายุมักจะขาดโอกาสเนื่องจากต้องอยู่กับบ้านเสียเป็นส่วนใหญ่ บุตรหลานจึงควรจะมีเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้แสดงความสามารถของตนเองให้มากขึ้น

ความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร จากการเปรียบเทียบความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายข้อ (ภาคผนวก ก) พบว่า ความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัว ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในเรื่องเกี่ยวกับการให้คำอธิบายในสิ่งที่สงสัยหรืออยากรู้ อภิปรายได้ว่า ปัจจุบันผู้สูงอายุมีความสนใจใน

ข้อมูลข่าวสารมากขึ้น จะเห็นได้จากการวิจัยของคณิงนิง (2535) ที่ศึกษา ความต้องการและการใช้ สารนิเทศของสมาชิกผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมักจะใช้สารนิเทศเพื่อวัตถุประสงค์ต่างๆ มากมาย และปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุก็สามารถใช้สื่อมวลชนต่างๆ เพื่อรับรู้ข้อมูลข่าวสารมากขึ้น จึงไม่มีความแตกต่างกันของความต้องการและการรับรู้การดูแลที่ได้รับ ส่วนการให้คำอธิบายในสิ่งที่อยากรู้ อาจเป็นเพราะว่า บุคลากรมีเวลาในการอยู่ร่วมกันในครอบครัวน้อยลง การพูดคุยต่างๆ จึง ลดน้อยลงด้วย

ความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับด้านสุนทรียะ จากการ ศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุ ในชนบท ไม่มีความแตกต่างกัน และคะแนนความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับ จากครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า สาเหตุที่ผู้สูงอายุมีความต้องการ การดูแลและการรับรู้การดูแลในด้านสุนทรียะไม่มาก เนื่องจากทฤษฎีของมาสโลว์ที่เชื่อว่า มนุษย์ เมื่อได้รับการตอบสนองความต้องการในขั้นต้นเพียงพอแล้ว ก็จะพัฒนาความต้องการไปในขั้น ที่สูงขึ้นต่อไป ในการวิจัยครั้งนี้ จะเห็นได้ว่า ถึงแม้ผู้สูงอายุจะรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว ในระดับมาก แต่ความต้องการการดูแลก็ยังอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ซึ่งเนื่องมาจากความ เสื่อมโทรมของร่างกายและโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงไม่สามารถที่จะพัฒนาความ ต้องการขึ้นไปสู่ในระดับที่สูงสุดได้ แต่เมื่อพิจารณาในรายข้อ (ภาคผนวก ก) พบว่า ความต้องการ การดูแลและการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัว ด้านสุนทรียะ มีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ในเรื่องเกี่ยวกับ การจัดหาเสื้อผ้าที่สวยงาม / เหมาะสมสำหรับ ใช้ในโอกาสต่างๆ การพาไปเที่ยวในสถานที่ที่ผู้สูงอายุชอบ และมีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ในเรื่อง การพาไปทำบุญ/ร่วมพิธีกรรมทางศาสนาสม่ำเสมอ ซึ่งในเรื่องเกี่ยวกับความต้องการทางด้านสุนทรียะนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะเน้นในเรื่องเกี่ยวกับ ศาสนา สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผู้สูงอายุไทยกับศาสนา โดย ศิริวรรณ (2538) ที่พบว่า ผู้สูงอายุ จะเห็นว่า ศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ และมีความสำคัญกับชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุจึงต้องการมีส่วนร่วมในพิธีกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอด้วย ในขณะที่เดียวกันครอบครัว ของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ ในเรื่องของการพา ไปร่วมพิธีกรรมทางศาสนา และการพาไปในสถานที่ที่ผู้สูงอายุชอบ อาจเกิดจากข้อจำกัดทางด้าน เศรษฐกิจของครอบครัว ดังเห็นได้จาก ตาราง 1 ที่รายได้ของผู้สูงอายุและครอบครัวไม่สูงมากพอ ที่จะอำนวยความสะดวกต่างๆ เท่าที่ผู้สูงอายุต้องการได้



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาความต้องการ การดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว ของผู้สูงอายุในชนบท

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ในจังหวัดตรัง เลือกกุ่ม ตัวอย่างจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้จำนวนผู้สูงอายุจากอำเภอทั้งสิ้น 36 คน อำเภอขนตาขาว 36 คน อำเภอสิเกา 22 คน อำเภอวังวิเศษ 21 คน รวมทั้งสิ้น 115 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส จำนวนบุตรหลาน บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย บุคคลที่ให้การดูแล อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แหล่งรายได้ และโรคประจำตัวหรือความพิการ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท ประกอบด้วย ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับด้านร่างกาย ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับด้านความปลอดภัย ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับด้านความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับด้านความมีคุณค่าในตนเอง ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับด้านความประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับด้านสุนทรียะ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 51 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach coefficient alpha) ได้ความเชื่อมั่นของเครื่องมือในส่วนของการดูแล เท่ากับ 0.98 และในส่วนของการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว เท่ากับ 0.99 จากนั้นจึงนำเครื่องมือไป เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 115 คน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลส่วนบุคคลมาแจกแจงความถี่ และคำนวณหาค่าร้อยละ คะแนนความต้องการการดูแล และคะแนนการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัว นำมา

หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รายด้านและรายชื่อ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัว รายด้านและรายชื่อ โดยใช้การทดสอบที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยของความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความต้องการความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รองลงมา คือ ด้านความต้องการมีคุณค่าในตนเอง ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความต้องการการดูแลที่ต่ำที่สุด คือ ความต้องการการดูแลด้านสุนทรียะ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง

2. คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัว อยู่ในระดับสูง โดยคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ ในด้านความมีคุณค่าในตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ ด้านความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ ด้านความปลอดภัย และด้านสุนทรียะ อยู่ในระดับปานกลาง

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัว โดยรวม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ในรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความต้องการการดูแล และคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับจากครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ในด้านร่างกาย ด้านความปลอดภัย ด้านความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านความมีคุณค่าในตนเอง ด้านความประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ในด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ส่วนคะแนนเฉลี่ยระหว่างความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับ ในด้านสุนทรียะนั้น พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

#### ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยเรื่อง ความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบท มีข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยดังต่อไปนี้

##### 1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 บุคลากรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ที่ปฏิบัติงานในชุมชน หรือสถานเอนามัยควรมีการประเมินความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในชนบทในพื้นที่ที่รับผิดชอบ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และหาแนวทางในการให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการครบทุกด้าน เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลในด้านต่างๆ อยู่ในระดับสูง ยกเว้นความต้องการด้านสุนทรียะ ซึ่งเป็นความต้องการขั้นสูงที่สุดของมนุษย์ ซึ่งจะเกิดความต้องการใน

ขั้นนี้ได้ก็ต่อเมื่อความต้องการด้านอื่นๆ ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอแล้ว การที่ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านสุนทรียะ ในระดับปานกลาง แสดงว่าผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านอื่นๆ อย่างเพียงพอ จึงไม่สามารถพัฒนาความต้องการไปสู่ขั้นสูงสุดได้ ดังนั้นการรวบรวมข้อมูล และหาแนวทางให้การดูแลผู้สูงอายุของบุคลากรด้านสุขภาพ ร่วมกับครอบครัวของผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพัฒนาความต้องการ ไปสู่ขั้นสูงสุดต่อไป

1.2 จัดโครงการพิเศษสำหรับให้ผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว ได้มีโอกาสรวมกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในด้านความต้องการความปลอดภัย ซึ่งผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับสูง แต่การรับรู้การดูแลที่ได้รับอยู่ในระดับปานกลาง จึงควรมีการจัดโครงการเพื่อรณรงค์ให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญ และมีการดูแลความปลอดภัย เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทั้งในบ้านและนอกบ้านที่อาจเกิดกับผู้สูงอายุได้

1.3 โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานีอนามัย ควรส่งเสริมให้ประชาชนในหมู่บ้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ได้มีการรวมกลุ่มกันเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น การออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อความสนุกสนานและให้ความบันเทิง เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า มีความแตกต่างระหว่างความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับของผู้สูงอายุ ในเรื่องเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการจัดหากิจกรรมให้ทำในยามว่าง

1.4 โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ควรจัดให้มีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการบริการตรวจสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง เพื่อให้ครอบครัวของผู้สูงอายุได้ทราบข้อมูล และนำผู้สูงอายุมารับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ หรือจัดคลินิกผู้สูงอายุเพื่อให้บริการและให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้สูงอายุ เน้นในเรื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ รวมถึงการนวดเพื่อบรรเทาความปวดเมื่อยและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ซึ่งเป็นสิ่งที่คุณสูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการการดูแลอยู่ในระดับสูง

## 2. ด้านการศึกษาพยาบาล

2.1 จัดให้มีโครงการอบรมระยะสั้นเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับ การดูแลผู้สูงอายุในชนบท เน้นในเรื่องของการดูแลสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุภายในบ้านให้แก่พยาบาลและทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชน ให้สามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้ตรงกับความต้องการที่แท้จริง และให้ครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุด้วย

2.2 สถาบันการศึกษาพยาบาลและด้านสาธารณสุข ควรสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนไว้ในหลักสูตร โดยเฉพาะสถาบันที่ผลิตบุคลากรด้านสุขภาพอนามัยที่ต้องปฏิบัติงานในชุมชน ให้มีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริม พื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ โดยเน้นกิจกรรมการดูแลที่สมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุสามารถกระทำได้เองภายในครอบครัว โดยมีบุคลากรด้านสุขภาพ เป็นผู้ชี้แนะและสนับสนุน

### 3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

ควรสนับสนุนให้มีการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชนบทอย่างกว้างขวาง ทั้งในด้านการหารูปแบบการดูแล และการหาแนวทางส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว ทั้งผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพดี และเจ็บป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลในการวางแผนให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และหาแนวทางในการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว ตระหนักถึงความสำคัญและร่วมกันหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับกับบุคลากรในทีมสุขภาพ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในชนบททั่วประเทศ เพื่อให้ทราบข้อมูลโดยรวมของประเทศไทย และสภาพความเป็นอยู่และถึงแควดล้อมที่แตกต่างกันในแต่ละภาค อาจจะทำให้ผู้สูงอายุต้องการการดูแลที่ไม่เหมือนกัน และยังสามารถอ้างอิงถึงประชากรทั้งหมดของประเทศได้ดียิ่งขึ้น

2. ศึกษาข้อมูลในเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความต้องการการดูแลในด้านต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลในทางเจาะลึกมากขึ้น เพื่อนำผลการศึกษาไปหารูปแบบในการให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป

3. ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัว และการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ศึกษาความสัมพันธ์ของข้อมูลส่วนบุคคลต่างๆ กับความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุโดยแท้จริง

5. ศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความจำเป็นความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลของครอบครัว เพื่อให้ทราบข้อเท็จจริงและนำไปวางแผนให้การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

## บรรณานุกรม

กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์. (2537). การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยาสารพยาบาล, 19(1) : 37-40.

กองสถิติสาธารณสุข. (2534). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2532. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

กาญจน์ สิทธิวงศ์ และคณะ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลของครอบครัวผู้สูงอายุกับ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 10 (1) : 49-59.

เกศินี หาญางสิทธิ์. (2536). อุบัติเหตุและปัจจัยที่สัมพันธ์การเกิดอุบัติเหตุที่บ้านของผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เกษม ต้นติผลาชีวะ และกฤตา ต้นติผลาชีวะ. (2528). การรักษาสุขภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์.

เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์ และคณะ. (2533). ชีวิตคนชราในจังหวัดเชียงใหม่. สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เกริกศักดิ์ บุญญานุพงศ์และสุรีย์ บุญญานุพงศ์. (2534). ศักยภาพของผู้สูงอายุในการทำงานเพื่อ สังคม. โครงการชราภาพศึกษา สถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ไกรสิทธิ์ ต้นติสิรินทร์. (2524). สภาวะโภชนาการของประเทศไทยในปัจจุบัน. โภชนาการสาร, 15(1) ; 54-69.

เกษียร กังกานนท์. (2538). วัยสูงอายุ : วัตถุประสงค์ความสุข. หมอชาวบ้าน, 17(199) : 37-40.

- ขวัญใจ ตันติวัฒนาเสถียร. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามรายงานของผู้สูงอายุในภาพตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เขมิกา ยามะรัต. (2537). ความพึงพอใจในชีวิตคนชรา ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญกระทรวงเกษตรและสหกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- คณิงนิจ สีลรักษ์. (2535). ความต้องการและการใช้สารนิเทศของสมาชิกขององค์กรผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาอักษรศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาบรรณารักษศาสตร์ สาขาวิชาบรรณารักษศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะทำงานประมาณประชากร ในคณะอนุกรรมการนโยบายและประชากร. (2534). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2533-2538. กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- จันทนา รกฤทธิชัย. (2536). ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสูงอายุ. ในจรัสวรรณ เทียนประกาศและพัชรี ตันศิริ. (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้สูงอายุ. (หน้า 53-59). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- จินตนา ศรีมูล. (2535). จิตวิทยาพัฒนาการในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 12(1) : 36-43.
- จุฬากรณี รุ่งพิสุทธิพงศ์. (2531). โภชนาการและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ. รามาธิบดีเวชสาร, 11(3) : 202-206.
- เจียมจิต แลงสุวรรณ และคณะ. (2536). การศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหมู่บ้านม่วงหวาน จังหวัดขอนแก่น. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 16(2) : 22-29.

- จำเรียง กุรณะสุวรรณ. (2536). ประชากรสูงอายุกับการจัดสวัสดิการ. ในจรัสวรรณ  
เขียนประภาสและพัชรี ตันศิริ. (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้สูงอายุ. (หน้า 3-34).  
กรุงเทพ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม.
- จำเรียง กุรณะสุวรรณ. (2532). พยาบาลกับการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสาร  
พยาบาลศาสตร์, 7(1) : 20-27.
- ฉันทนา ค่องคำพันธ์. (2537). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดา  
ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เอก ธนะสิริ. (2533). ป้าแก่แล้วจ้า. วารสารพยาบาล, 39(4) : 315-318.
- ฐิติมาน แก้วขาว. (2539). การปรับตัวของผู้สูงอายุในจังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์พยาบาล  
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงพร บุญโชติ. (2530). ความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ของนักเรียน  
ชั้นประถมศึกษาในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษากรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาพลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดชา เส็งเมือง. (2539). พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท. วิทยานิพนธ์  
การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกระบบ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย  
เชียงใหม่.
- คุณณี สุททปรียาศรี. (2526). สุขภาพจิตและโภชนาการ. โภชนาการสาร, 17(3) : 219-221.
- ทองอยู่ แก้วไทรยะ. (2527). ผู้สูงอายุในสังคมไทย. วารสารสำนักงานคณะกรรมการวิจัย  
แห่งชาติ, 20(1) : 17-35.

ธีรพร สติรอังกูร. (2531). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารกองการพยาบาล, 15(1) : 17-38.

นงลักษณ์ บุญไทย. (2529). ความรู้เกี่ยวกับคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุและความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

นภาพร ชโยวรรณ. (2535). การอุปถัมภ์กึ่งอนุบิดามารดาและทัศนคติเกี่ยวกับผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นภาพร ชโยวรรณ และคณะ. (2532). สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม ประชากรผู้สูงอายุประเทศไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นวลขนิษฐา ลิขิตลือชา. (2534). สัมพันธภาพภายในครอบครัว. ใน กองการพยาบาล. คู่มือดำเนินงานหลักสูตรการเสริมสร้างการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน. (หน้า 172-185). กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

นิตยา พิริยธรรมวงศ์. (2536). คนแก่ในชนบทไทย..ใครเลี้ยง?. ประชากรและการพัฒนา, 13 (5-6) : 9.

นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2535). โรคกระดูกผุ : หนึ่งในปัญหาหลักของผู้สูงอายุ. สารศิริราช, 44(2) : 163-173.

นันทนวล ศรีจาด. (2533). ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอายุยืนในชุมชนเชียงใหม่. วารสารพยาบาล สงขลานครินทร์, 12(1) : 15.

นิตยา สออารีย์. (2535). โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 12(1) : 8-29.

เนาวรัตน์ สุนทรซ์. (2536). โรคทั่วไปในผู้สูงอายุ. วารสารประชากรศาสตร์, 9(1) : 35-45.



บรรณ สุริพนานิช. (2533). เพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาล, 39(4) : 319-328.

บรรณ สุริพนานิช. (2533). สุขภาพผู้สูงอายุ. คลินิก, 6(6) : 432-436.

บรรณ สุริพนานิช. (2531). พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวและแข็งแรง.  
กรุงเทพฯ : สามดีการพิมพ์.

บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. (2535). ประชากรของประเทศไทยภายหลังการปฏิวัติขนาดครอบครัว.  
วารสารประชากรและสังคม, 3(1-2) : 22-53.

ประไพศรี สิริจักรวาร และประภาศรี ภูวเสถียร. (2533). โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. วารสาร  
พยาบาล, 39(4) : 296-306.

ปราณี ฐิติไพเราะ. (2533). ผลของการกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระต่อภาวะท้องผูกในผู้สูงอายุ.  
วารสารพยาบาลศาสตร์, 8(2) : 82-90.

ปราณี ฐิติไพเราะ. (2536). ท้องผูก : แก้ไขด้วยวิธีธรรมชาติ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 11(1) :  
36-41.

พรพัทธ์ กิ่งแก้ว. (2538). องค์ประกอบทางด้านครอบครัวที่มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ  
ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์คณะสาธารณสุขศาสตร  
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พิสนนธ์ คุ่มทวีพร และคณะ. (2538). การศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อแบบแผนการ  
นอนหลับของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 13(1) : 31-41.

เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, สิริพร ชัมภลจิต และทัศนีย์ นะแส. (2539). วิจัยทางการแพทย์ :  
หลักการและกระบวนการ. สงขลา : เหมการพิมพ์.

- เพียงใจ โรจนสินวิไล. (2534). ความต้องการพึ่งพาบุตรและการพึ่งพาบุตรของผู้สูงอายุไทย. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยา มหาวิทยาลัย กวดวิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา สาขาวิชา ประชากรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2537). สัมภาษณ์ผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมในกิจกรรม ต่างๆ. วารสารประชากรศาสตร์, 10(1) : 43-69.
- มาลี เลิศมาลีวงศ์ และคณะ. (2535). อ้อมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ. ราชบัณฑิตยสาร, 15(2) : 153-158.
- เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์. (2529). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต สังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รสสุคนธ์ แสงมณี. (2537). การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุและแบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รังสิต ห่มระฤก. (2533). สุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาล, 39(4) : 307-314.
- ราตรี โอภาส และคณะ. (2538). แบบแผนสุขภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของ ผู้สูงอายุในเขตหมู่ 2 ตำบลช้างเผือก อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร, 22(3) : 41-48.
- รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว และคณะ. (2540). บทบาทของญาติในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ. วารสาร สุขศึกษา, 20(75) : 40-54.
- รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว. (2538). ญาติกับการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ. วารสารสุขศึกษา, 18(71) : 62-72.
- เรณู โคตรจรัส. (2538). ปัญหาของผิวหนังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. คลินิก, 11(4) : 264-269.

- ลำเนาวิ เรื่องยศ. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ การสนับสนุนทางสังคมกับ  
 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
 อายุรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วชิราภรณ์ สุมณวงศ์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ  
 ในสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
 อายุรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรัญญา คุ่มผาคติ. (2537). ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ.  
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณวิมล เบญจกุล. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับ  
 แบบแผนชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
 อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณี จันทร์สว่าง. (2533). แบบแผนสุขภาพของผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
 สงขลานครินทร์.
- วัฒนา พันธุ์ศักดิ์ และพัชรี ต้นศิริ. (2539) ปัญหาที่เกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการขับถ่าย,  
 ใน การพยาบาลผู้สูงอายุ, หน้า 137-179. จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ,  
 บรรณาธิการ.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- วันดี ทะวงค์. (2538). แบบแผนการนอนหลับของผู้สูงอายุในเขตเมือง. วิทยานิพนธ์พยาบาล  
 ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลา  
 นครินทร์.
- วิภา ไชยณรงค์. (2541). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมออก  
 กกำลังกาย เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัด  
 สุพรรณบุรี. กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.

วิภาดา วัฒนนามกุล. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิภาวี คงอินทร์. (2532). การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 9(4) : 10-15.

วิภาวี คงอินทร์. (2537). การพยาบาลผู้สูงอายุ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2536). พฤติกรรมการป้องกันภาวะกระดูกพรุน. วารสารพยาบาลศาสตร์, 11(2) : 71-73.

วินัส ตันติบุต. (2539). โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ, ใน การพยาบาลผู้สูงอายุ, หน้า 417-452. จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ตันสิริ, บรรณาธิการ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2532). ตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุไทย. ภาควิชาจิตวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศรีจิตรา บุญนาค. (2530). การส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ผลกระทบของสุขภาพต่อบทบาทของผู้สูงอายุในการพัฒนาสังคม. แพทย์สภาสาร, 11(7) : 351-359.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (25.4). แนวทางการจัดบริการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ. สถาบันไทยคดีศึกษา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์. (2534). ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์. เอกสารประกอบการสอนรายวิชา 640-122 มโนทัศน์พื้นฐานทางการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2535). ข้อเท็จจริงและทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุของคนหนุ่มสาวไทย. สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2538). ผู้สูงอายุไทยกับศาสนา. วารสารประชากรศาสตร์ 11(1) : 17-47.

สถิต นิยมญาติ. (2539). การศึกษาวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในเขตชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีภาคใต้ของประเทศไทย. คณะสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สาวิตรี ถิมชัยอรุณเรือง. (2536). ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้กระบวนการสูงอายุและคุณภาพชีวิต. ปรินญาณิพนธ์หลักสูตรการศึกษาศุขภูมิจิต สาขาพัฒนศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

สุจิตรา นิลเลิศ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการอุปถัมภ์จากบุตรกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ประชากรศาสตร์คุษภูมิจิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุปาลี วศินอมร. (2533). การพยาบาลพื้นฐาน : แนวคิดและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด โรงพิมพ์ดีเอสแอล.

สุพรรณณี นันทชัย. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความว้าเหวและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และสัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2527). การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมในผู้สูงอายุ. พยาบาลสาร, 11(2) : 42-47.

โสมพรรณ ถิ่นว่อง. (2534). บทสรุปการวิจัยเรื่อง การศึกษาสมรรถภาพของผู้สูงอายุ. วารสารกองการพยาบาล, 18(1) : 44-46.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. (2537). การสำรวจข้อมูลประชากรกลางปี 2537. สำนักงาน  
สาธารณสุข จังหวัดตรัง.

อนันต์ ต้นมุกข์กุล. (2536). อุบัติเหตุในคนสูงอายุ. สารศิริราช, 35(2) : 153-159.

อรพรรณ ขาวฟอง. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรเปิดรับข่าวสาร กับการปฏิบัติกา  
ดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนชนบท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อรพรรณ โดสิงห์ และคณะ. (2535). ระบาดวิทยาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ. วารสาร  
พยาบาลศาสตร์, 10(4) : 203-211.

อาพร สุขสวัสดิ์. (2534). บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในเขตเทศบาลและนอกเขต  
เทศบาล : ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอพรนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อาภา ใจงาม. (2533). ผู้สูงอายุไทยในยุคนี้. วารสารพยาบาล, 39(4) : 288-295.

อาภา ใจงาม. (2535). การพยาบาลเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสาร  
พยาบาลศาสตร์, 10(3) : 127-132

อาภา ใจงาม. (2539). อุบัติภัยในผู้สูงอายุ, ใน การพยาบาลผู้สูงอายุ, หน้า 396-416.  
จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ, บรรณาธิการ. คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล

Ali, N. S. & Bennett, S. J. (1992). Postmenopausal woman factor in osteoporosis  
preventive behaviors. *Journal of Gerontological Nursing*, 18 : 23-24.

Birchenall, J. M. & Streight, M. E. (1993). *Care of the older adult*. Philadelphia : J. B.  
Lippincott Company.

- Bower, B.J. (1987). Intergenerational caregiving: adult caregivers and their aging parents. *Advances in Nursing Science*, 9(2) : 20-31.
- Caffry, R. A. (1992). Caregiving to the elderly in northeast Thailand. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 7 : 117-134.
- Campbell, J & Kreidler, M. (1994). Older Adults' Perceptions About Wellness. *Journal of Holistic Nursing*, 12(4) : 437-447.
- Carnevali, D. L. & Patrick, M. (1993). *Nursing Management for the Elderly*. Philadelphia : J. B. Lippincott Company.
- Chandler, J. (1991). *Tabbner's Nursing Care : Theory and Practice*. Melbourne : Churchill Livingstone.
- Cowing, W. R. & Campbell, V. G. (1986). Health concerns of aging man. *Nursing Clinic of North America*, 21(1) : 75-83.
- Craven, R. F. & Hirnle, C. T. (1992). *Fundamentals of nursing : Human health and function*. Philadelphia : J. B. Lippincott Company.
- Ebersole, P. & Hess, P. (1981). *Toward healthy aging : human needs and nursing response*. St. Louis : The C. V. Mosby Company.
- Ellis, J. R. & Nowlis, E. A. (1994). *Nursing : A human needs approach*. (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia : J. B. Lippincott Company.
- Ferry, M. (1996). Sleep induction in the elderly. *Sleep*, 19(3) : s40-s41.

- Fobes, J. E. (1992). Exercise : Wellness maintainance for the elderly client. *Holistic Nursing Practice*, 6(2) : 14-22.
- Franck, P. (1979). A Survey of Health Needs of Older Adult in Northwest Johnson County, Iowa. *Nursing Research*, 28(6): 360-364.
- Frantz, R. A. & Ferrel-Torry, A. (1993). Phisical impairments in the elderly population. *Nursing Clinic of North America*, 28(2) : 363-371.
- Hagerty, et al. (1992). Sense of belonging : A vital mental health concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6 : 172-177.
- Hagerty, B.K. & Patusky, K. (1995). Developing a measure of belonging. *Nursing Research*, 44(1) : 9-13.
- Heidrich, S. M. (1993). The relationship between phisical health and psychological well-being in elderly woman : A developmental perspective. *Research in Nursing & Health*, 16 : 123-130.
- Hogstel, M.O. (1981). *Nursing Care of the Older Adult*. New York : John Wiley and Sons.
- Hutchison, C.P. & Bahr, R.T. (1990). Types and Meaning of Caring Behaviors Among Elderly Nursing Home Residents. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 23(2): 85-88.
- Iliopoulos, C. (1993). *Gerontological Nursing*. Philadelphia : J. B. Lippincott Company.
- Jenning, J.R. et al. (2993) Age and Sleep Modify Temperature Respons to Facial Cooling. *Journal of Gerontological Nursing*, 48(3) : m108-116.



- Johnson, J.E. (1991) Health-Care Practices of the Rural Aged. *Gerontological Nursing*, 17(8) : 15-19.
- Julian, T., et al. (1992). Components of men's well-being at mid-life. *Issues in Mental Health Nursing*, 13 : 285-299.
- Karkeck, J. M. & Worthington-Roberts, B. (1993). Nutrition. In Carnevali, D. L. & Patrick, M. (1993). *Nursing Management for the Elderly*. (pp 208-221). Philadelphia : J. B. Lippincott Company.
- Lager, J. M. ,et al. (1996). The night of the elderly person. *Sleep*, 19(3) : s40.
- Lucy, B. T. (1990). Meaningful Life Experience to the Elderly. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 22(4): 248-255.
- McMahon, M. A. et al. (1992). Osteoporosis identifying high-risk person. *Journal of Gerontological Nursing*, 18 : 19, 24-25.
- Mainous, A.G. & Kohrs, F.P. (1995). A comparison of health status between rural and urban adult. *Journal of Community Health*, 20(5) : 423-431.
- Mullan, E. et al. (1994). Patterns of sleep disorders and sedative hypnotic use in seniors. *Drugs – Aging*, 5(1) : 49-58.
- Murray, R. B. (1989). Basic human needs. in Potter, P. A. & Perry, A. G. *Fundamentals of nursing : concept, Process and practice*. (2<sup>nd</sup> ed.). St. Louis : The C. V. Mosby Company.
- Prandoni, C. M. (1992). Human needs. in Craven, R. F. & Hirnle, C. T. *Fundamentals of nursing : Human health and function*. Philadelphia : J. B. Lippincott Company.

- Rickelman, B. L. et al. (1994). Attachment and Quality of life in older, Community-residing men. *Nursing Research*, 43(2) : 68-72.
- Robert, A. & Besterman, A. (1990). Sleep and sleep difficulties in later life. *Nursing Time*, 86(11) : 63-64.
- Roberto, K. A. et al. (1992). Provider / client views : Health-care needs of the rural elderly. *Journal Of Gerontological Nursing*, 18(5) : 31-37.
- Schaie, K. W. & Willis, S. L. (1986). *Adult development and aging*. (2<sup>nd</sup> ed.). Boston : Little, Brown and Company.
- Speake, D. L. (1989). Health perception and lifestyle of the elderly. *Research in Nursing & Health*, 12(2) : 93-100.
- Speake, D. L. (1991). Health lifestyle practices of rural and urban elderly. *Health Values*, 15(1) : 45-51.
- Talbot, D.M. (1985). Assessing Needs of The Rural Elderly. *Journal Of Gerontological Nursing*, 11(3) : 39-43.
- Yurick, A. G. et al. (1989). *The aged person and the nursing process*. Norwalk : Appliton & lange.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของ  
ผู้สูงอายุในชนบท รายชื่อ

ตาราง 7 ร้อยละ ของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับความต้องการการดูแลด้านร่างกายรายชื่อ

ข้อความ	ระดับคะแนน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
<b>ด้านอาหาร</b>				
1. การเตรียมอาหารให้ครบทั้ง 3 มื้อทุกวัน	73	23.5	0.9	2.6
2. การจัดเตรียมอาหารระหว่างมื้อในช่วงสาย	53.8	32.2	5.2	4.3
<b>และป่าย</b>				
3. การจัดอาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย	31.3	63.5	5.2	0
4. การจัดเตรียมเครื่องดื่ม เช่น น้ำหวานน้ำ ผลไม้ นม หรืออื่นๆ ไว้ประจำบ้าน	25.2	64.3	7.8	2.6
5. การจัดหาเครื่องดื่มที่สะอาดให้เพียงพอกับ ความต้องการในแต่ละวัน (8-10 แก้ว)	67	28.7	2.6	1.7
6. การจัดหาผักสดหรือผลไม้ให้รับประทาน ทุกวัน	33.9	59.1	7	0
<b>ด้านการขับถ่าย</b>				
7. การจัดหาอาหารและเครื่องดื่มที่ช่วยใน การระบาย เช่น น้ำมะขาม น้ำคั้น หรือผลไม้ เช่น กัญชง ส้ม มะละกอ เมื่อมีอาการท้องผูก	17.4	56.5	24.3	1.7
8. การจัดให้มีความสะดวกในการขับถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะ เช่น การเตรียมกระโถน ไว้ในห้องนอน ห้องนอนอยู่ใกล้ห้องส้วม	59.1	25.2	12.2	3.5

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับคะแนน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
<b>ด้านพักผ่อนนอนหลับ</b>				
9. การซักถามและสังเกตความผิดปกติของ การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ	59.1	22.6	7.8	10.4
10. การจัดห้องนอนที่สะอาด ที่นอน เหมาะสม อากาศถ่ายเทได้ดี	71.3	27	1.7	0
11. การจัดให้มีเวลานอนพักในตอน กลางวัน	67	27	6.1	0
12. การดูแลให้ได้รับการนอนหลับพักผ่อน อย่างเพียงพอ	69.6	27.8	1.7	0.9
<b>ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย</b>				
13. การพาไปเดินเล่นอย่างสม่ำเสมอ	21.7	52.2	13	13
14. การส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายอย่าง สม่ำเสมอ	46.1	26.1	19.1	8.7
15. การจัดหากิจกรรมให้ทำในยามว่าง	56.5	29.6	13	0.9
<b>ด้านการดูแลสุขภาพ</b>				
16. การพาไปตรวจสุขภาพประจำปี/หรือ ตรวจสุขภาพตามนัด	65.2	28.7	5.2	0.9
17. การพาไปพบแพทย์/สถานพยาบาล เมื่อมี ปัญหาสุขภาพ	72.2	20.9	6.1	0.9
18. การดูแลเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคลใน เรื่อง ศิวหนัง เส้นผม เล็บมือ เล็บเท้า ความสะอาดของปากและฟัน	43.5	43.5	10.4	2.6
19. การบีบนิ้วเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย กระดูกและกล้ามเนื้อ	53	39.1	7	0.9

ตาราง 8 ร้อยละ ของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับความต้องการการดูแลด้านความปลอดภัย  
รายชื่อ

ข้อความ	ระดับคะแนน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. การจัดให้มีแสงสว่างในบ้านอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณทางเดินและห้องน้ำ	64.3	34.8	0.9	0
2. การจัดให้ห้องนอนอยู่ชั้นล่างของตัวบ้าน หรือห้องนอนที่ใกล้ห้องน้ำ	30.4	54.8	13	1.7
3.การจัดให้มีราวยึดเกาะบริเวณบันไดหรือในห้องน้ำ	27	46.1	23.5	3.5
4. การไปเป็นเพื่อนขณะเดินทาง	53.9	28.7	12.2	5.2
5. การจัดวางอุปกรณ์ภายในบ้านไม่ให้กีดขวางทางเดิน	73	23.5	2.6	0.9

ตาราง 9 ร้อยละ ของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับความต้องการดูแลด้านความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมรายชื่อ

ข้อความ	ระดับคะแนน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. การให้การสนับสนุนด้านการเงิน อย่างเพียงพอ	72.2	21.7	6.1	0
2. การช่วยให้มีโอกาสพบปะเพื่อนวัย เดียวกันอย่างสม่ำเสมอ	63.5	21.7	6.1	1.7
3. การจัดการให้บุคคลที่รัก ดูแล ปรนนิบัติขณะเจ็บป่วย	73	25.2	0.9	0.9
4. การจัดหาของขวัญให้ท่านในโอกาส พิเศษ เช่น ปีใหม่ สงกรานต์ สารท เดือนสิบ	23.5	39.1	28.7	8.7
5. การให้ความช่วยเหลือแก่ท่านทุก ครั้งที่ต้องการ	65.2	30.4	4.3	0
6. การช่วยให้มีส่วนร่วมในกิจกรรม ทางสังคม เช่น พาไปวัด/ร่วมกิจกรรม ในชุมชน	60.9	29.6	7.8	1.7
7. การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในกิจ กรรมต่างๆ ของครอบครัว	58.3	36.5	4.3	0.9

ตาราง 10 ร้อยละ ของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับความต้องการดูแลด้านความมีคุณค่าในตนเอง  
รายข้อ

ข้อความ	ระดับคะแนน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. การจัดให้มีความเป็นส่วนตัว เช่น มีห้องส่วนตัว	38.3	49.6	9.6	2.6
2. การเปิดโอกาสให้ทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันด้วยตัวเอง	59.1	33	6.1	1.7
3. การรับฟังปัญหา ความรู้สึกและความคิดเห็น	64.3	28.7	4.3	2.6
4. การสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาต่างๆ ของครอบครัว	58.3	36.5	4.3	0.9
5. การสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวช่วยองและยอมรับในความสามารถของท่าน	70.4	20	4.3	5.2

ตาราง 11 ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับความต้องการการดูแลด้านความประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง รายข้อ

ข้อความ	ระดับคะแนน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. การสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีความภาคภูมิใจในตัวท่าน	60	33	0.9	6.1
2. การสนับสนุนให้ท่านทำในสิ่งที่ตั้งใจได้สำเร็จ	67	26.1	5.2	1.7
3. การสนับสนุนให้ท่านได้แสดงความสามารถอย่างเต็มที่	60.9	27.8	8.7	2.6
4. การส่งเสริมให้นำความรู้และประสบการณ์ไปถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่น	39.1	47	11.3	2.6

ตาราง 12 ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับความต้องการการดูแลด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร รายข้อ

ข้อความ	ระดับคะแนน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. การจัดหาวิทยุ/โทรทัศน์/หนังสือพิมพ์ เพื่อรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เป็นประจำ	29.6	60	8.7	1.7
2. การช่วยให้พบปะพูดคุยกับผู้อื่นเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร	59.1	33	6.1	1.7
3. การพูดคุยแลกเปลี่ยนข่าวสารกับสมาชิกในครอบครัว	60	35.7	2.6	1.7
4. การให้คำอธิบายในสิ่งที่สงสัย/อยากรู้	41.7	42.6	11.3	4.3



ตาราง 13 ร้อยละ ของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับความต้องการการดูแลด้านสุนทรียะรายข้อ

ข้อความ	ระดับคะแนน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. การพาไปเที่ยวในสถานที่ที่ท่านชอบ	34.8	46.1	9.6	9.6
2. การจัดหาหนังสือ หรือเทพปธรรมะ	7.8	61.7	19.1	11.3
3. การจัดหาเสื้อผ้าที่สวยงาม / เหมาะสม สำหรับใช้ในโอกาสต่างๆ	59.1	37.4	2.6	0.9
4. การพาไปทำบุญ/ร่วมพิธีกรรม ทางศาสนาสม่ำเสมอ	67	24.3	5.2	3.5
5. การพาไปฟังดนตรี/เพลง หรือชมการ แสดงที่ท่านชอบ	4.3	41.7	35.7	18.3
6. การอ่านหนังสือนิทาน นิยาย วรรณคดี ให้ฟัง	4.3	32.2	40.9	22.6
7. การช่วยให้มีโอกาสร่วมกิจกรรมด้าน ศิลปะที่ท่านชอบ เช่น ร้องเพลง การเล่น ดนตรีไทย/ดนตรีสากล	2.6	42.6	27.8	27

ตาราง 14 ร้อยละ ของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว  
ด้านร่างกายรายชื่อ

ข้อความ	ระดับคะแนน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
<b>ด้านอาหาร</b>				
1. การเตรียมอาหารให้ครบทั้ง 3 มื้อทุก วัน	70.4	26.1	3.5	0
2. การจัดเตรียมอาหารระหว่างมื้อใน ช่วงสายและบ่าย	57.4	27	12.2	3.5
3. การจัดอาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย	13.7	78.3	6.1	1.7
4. การจัดเตรียมเครื่องดื่ม เช่น น้ำหวาน น้ำผลไม้ นม หรืออื่นๆ ไว้ประจำบ้าน	13	67.8	15.7	3.5
5. การจัดหาเครื่องดื่มที่สะอาดให้เพียงพอ กับความต้องการในแต่ละวัน (8-10 แก้ว)	71.3	26.1	1.7	0.9
6. การจัดหาผักสดหรือผลไม้ให้รับ ประทานทุกวัน	21.7	66.1	11.3	0.9
<b>ด้านการขับถ่าย</b>				
7. การจัดหาอาหารและเครื่องดื่มที่ช่วย ในการระบาย เช่น น้ำมะขาม น้ำผึ้ง หรือผลไม้ เช่น กล้วย สับ มะละกอ เมื่อ มีอาการท้องผูก	9.6	57.4	30.4	2.6
8. การจัดให้มีความสะดวกในการ ขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ เช่น การ เตรียมกระโถนไว้ในห้องนอน ห้อง นอนอยู่ใกล้ห้องส้วม	57.4	26.1	12.2	4.3

ตาราง 14 (ต่อ)

ข้อความ	ระดับคะแนน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
9. การชักถามและสังเกตความผิดปกติ ของการขับถ่ายอุจจาร ปัสสาวะ ด้านการพักผ่อนนอนหลับ	58.3	20	10.4	11.3
10. การจัดห้องนอนที่สะอาด ที่นอน เหมาะสม อากาศถ่ายเทได้ดี	66.1	27.8	3.5	2.6
11. การจัดให้มีเวลานอนพักในตอน กลางวัน	61.7	30.4	7	0.9
12. การดูแลให้ได้รับการนอนหลับพัก ผ่อนอย่างเพียงพอ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย	62.6	31.3	5.2	0.9
13. การพาไปเดินเล่นอย่างสม่ำเสมอ	11.3	56.5	17.4	14.8
14. การส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ	41.7	25.2	18.3	14.8
15. การจัดหากิจกรรมให้ทำในยามว่าง ด้านการดูแลสุขภาพ	51.3	23.5	19.1	6.1
16. การพาไปตรวจสุขภาพประจำปี/ หรือตรวจสุขภาพตามนัด	54.8	29.6	10.4	5.2
17. การพาไปพบแพทย์/สถานพยาบาล เมื่อมีปัญหาสุขภาพ	66.1	21.7	11.3	0.9
18. การดูแลเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคล ในเรื่อง ศิวหนัง เส้นผม เล็บมือ เล็บ เท้า ความสะอาดของปากและฟัน	35.7	46.1	7.8	10.4
19. การบ้วนบ้วนเพื่อบรรเทาอาการปวด เมื่อยกระดูกและกล้ามเนื้อ	31.3	46.1	20	2.6

ตาราง 15 ร้อยละ ของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวด้านความปลอดภัย รายข้อ

ข้อความ	ระดับคะแนน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. การจัดให้มีแสงสว่างในบ้านอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณทางเดินและห้องน้ำ	46.1	50.4	2.6	0.9
2. การจัดให้ห้องนอนอยู่ชั้นล่างของตัวบ้าน หรือห้องนอนที่ใกล้ห้องน้ำ	13.9	66.1	13.9	6.1
3. การจัดให้มีราวยึดเกาะบริเวณบันไดหรือในห้องน้ำ	7.8	62.6	24.3	5.2
4. การไปเป็นเพื่อนขณะเดินทาง	45.2	32.2	13.9	8.7
5. การจัดวางอุปกรณ์ภายในบ้านไม่ให้กีดขวางทางเดิน	63.5	26.1	7.8	2.6

ตาราง 16 ร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวด้าน  
ความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รายชื่อ

ข้อความ	ระดับคะแนน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. การให้การสนับสนุนด้านการเงิน อย่างเพียงพอ	64.3	21.7	12.2	1.7
2. การช่วยให้มีโอกาสพบปะเพื่อนวัย เดียวกันอย่างสม่ำเสมอ	58.3	27.8	12.2	1.7
3. การจัดการให้บุคคลที่รัก ดูแล ปรนนิบัติขณะเจ็บป่วย	62.6	30.4	6.1	0.9
4. การจัดหาของขวัญให้ท่านในโอกาส พิเศษ เช่น ปีใหม่ สงกรานต์ สารท เดือนสิบ	4.3	56.5	30.4	8.7
5. การให้ความช่วยเหลือแก่ท่านทุก ครั้งที่ต้องการ	61.7	27.8	8.7	1.7
6. การช่วยให้มีส่วนร่วมในกิจกรรม ทางสังคม เช่น พาไปวัด/ร่วมกิจกรรม ในชุมชน	58.3	27.8	9.6	4.3
7. การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในกิจ กรรมต่างๆ ของครอบครัว	53.9	35.7	7.8	2.6

ตาราง 17 ร้อยละ ของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวด้านความ  
มีคุณค่าในตนเอง รายข้อ

ข้อความ	ระดับคะแนน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. การจัดให้มีความเป็นส่วนตัว เช่น มีห้องส่วนตัว	20	65.2	13	1.7
2. การเปิดโอกาสให้ทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันด้วยตัวเอง	55.7	35.7	7	1.7
3. การรับฟังปัญหา ความรู้สึกและความคิดเห็น	54.8	32.2	10.4	2.6
4. การสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาต่างๆ ของครอบครัว	52.2	40	6.1	1.7
5. การสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวยกย่องและยอมรับในความสามารถของท่าน	57.4	28.7	13	0.9

ตาราง 18 ร้อยละ ของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวด้านความ  
ประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง รายข้อ

ข้อความ	ระดับคะแนน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. การสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีความภาคภูมิใจในตัวตน	55.7	34.8	5.2	4.3
2. การสนับสนุนให้ท่านทำในสิ่งที่ตั้งใจได้สำเร็จ	59.1	3.4	7.8	2.6
3. การสนับสนุนให้ท่านได้แสดงความสามารถอย่างเต็มที่	55.7	31.3	9.6	3.5
4. การส่งเสริมให้นำความรู้และประสบการณ์ไปถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่น	22.6	60	8.7	8.7

ตาราง 19 ร้อยละ ของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวด้านการรับรู้  
ข้อมูลข่าวสาร รายข้อ

ข้อความ	ระดับคะแนน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. การจัดหาวิทยุ/โทรทัศน์/หนังสือพิมพ์ เพื่อรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เป็นประจำ	23.5	65.5	9.6	1.7
2. การช่วยให้หบปะพูดคุยกับผู้อื่นเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร	58.3	33	7.8	0.9
3. การพูดคุยแลกเปลี่ยนข่าวสารกับสมาชิกในครอบครัว	55.7	35.7	7.8	0.9
4. การให้คำอธิบายในสิ่งที่สงสัย/อยากรู้	35.7	47.8	7	9.6

ตาราง 20 ร้อยละ ของผู้สูงอายุจำแนกตามระดับการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวด้าน  
สุนทรียะ รายชื่อ

ข้อความ	ระดับคะแนน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
1. การพาไปเที่ยวในสถานที่ที่ท่านชอบ	19.1	56.5	18.3	6.1
2. การจัดหาหนังสือ หรือเทพธรรมะ	7.8	57.4	20	14.8
3. การจัดหาเสื้อผ้าที่สวยงาม / เหมาะ สมสำหรับใช้ในโอกาสต่างๆ	52.2	40	7	0.9
4. การพาไปทำบุญ/ร่วมพิธีกรรม ทางศาสนาสม่ำเสมอ	60	28.7	8.7	2.6
5. การพาไปฟังดนตรี/เพลง หรือชมการ แสดงที่ท่านชอบ	3.5	40	42.6	13.9
6. การอ่านหนังสือนิทาน นิยาย วรรณ คดีให้ฟัง	2.6	32.2	44.3	20.9
7. การช่วยให้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรม ด้านศิลปะที่ท่านชอบ เช่น ร้องเพลง การเต้นดนตรีไทย/ดนตรีสากล	2.6	41.7	33.9	21.7



ตาราง 21 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ย ความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุ ด้านร่างกาย รายข้อ

ข้อความ	ความต้องการการดูแล		การรับรู้การดูแล		t-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
<b>ด้านอาหาร</b>					
1. การเตรียมอาหารให้ครบทั้ง 3 มื้อทุกวัน	3.67	0.63	3.67	0.54	0.00
2. การจัดเตรียมอาหารระหว่างมื้อในช่วงสายและบ่าย	3.44	0.79	3.38	0.83	1.22
3. การจัดอาหารที่มีลักษณะอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย	3.26	0.55	3.04	0.52	4.17**
4. การจัดเตรียมเครื่องคั้น เช่น น้ำหวาน น้ำผลไม้ นม หรืออื่นๆ ไว้ประจำบ้าน	3.12	0.65	2.90	0.65	4.30**
5. การจัดหาเครื่องดื่มที่สะอาดให้เพียงพอ กับความต้องการในแต่ละวัน (8-10 แก้ว)	3.61	0.63	3.69	0.56	-1.38
6. การจัดหาผักสดหรือผลไม้รับประทานทุกวัน	3.27	0.58	3.09	0.60	3.43**
<b>ด้านการจับถ้าย</b>					
7. การจัดหาอาหารและเครื่องดื่มที่ช่วย ในการระบาย เช่น น้ำมะขาม น้ำคั้น หรือผลไม้ เช่น กัญชง ส้ม มะละกอ เมื่อมีอาการท้องผูก	2.89	0.69	2.74	0.66	3.11**
8. การจัดให้มีความสะดวกในการจับ ถ้ายอุจจาระ ปัสสาวะ เช่น การเตรียม กระโถนไว้ในห้องนอน ห้องนอนอยู่ ใกล้ห้องส้วม	3.40	0.84	3.37	0.86	0.67

ตาราง 21 (ต่อ)

ข้อความ	ความต้องการการดูแล		การรับรู้การดูแล		t-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
9. การชักถามและสังเกตความคิดปกติ ของการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ด้านการพักผ่อนนอนหลับ	3.30	1.00	3.25	1.04	1.51
10. การจัดห้องนอนที่สะอาด ที่นอน เหมาะสม อากาศถ่ายเทได้ดี	3.69	0.49	3.57	0.69	2.45*
11. การจัดให้มีเวลานอนพักในตอน กลางวัน	3.61	0.60	3.53	0.67	1.75
12. การดูแลให้ได้รับการนอนหลับพัก ผ่อนอย่างเพียงพอ ด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย	3.66	0.56	3.56	0.64	2.62**
13. การพาไปเดินเล่นอย่างสม่ำเสมอ	2.83	0.92	2.64	0.87	2.92**
14. การส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ	3.09	1.00	2.94	1.09	3.21**
15. การจัดหากิจกรรมให้ทำในยามว่าง ด้านการดูแลสุขภาพ	3.42	0.75	3.20	0.96	4.06**
16. การพาไปตรวจสุขภาพประจำปี/ หรือตรวจสุขภาพตามนัด	3.58	0.64	3.34	0.87	4.70**
17. การพาไปพบแพทย์/สถานพยาบาล เมื่อมีปัญหาสุขภาพ	3.64	0.64	3.53	0.73	2.93**
18. การดูแลเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคล ในเรื่อง ผิวหนัง เส้นผม เล็บมือ เล็บ เท้า ความสะอาดของปากและฟัน	3.29	0.76	3.07	0.93	3.56**
19. การบ้วนบ้วนเพื่อบรรเทาอาการปวด เมื่อยกระดูกและกล้ามเนื้อ	3.44	0.67	3.06	0.79	6.25**

\*\* p &lt; .01

\* p &lt; .05

ตาราง 22 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวด้านความปลอดภัย รายข้อ

ข้อความ	ความต้องการการดูแล		การรับรู้การดูแล		t-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. การจัดให้มีแสงสว่างในบ้านอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณทางเดินและห้องน้ำ	3.63	0.50	3.42	0.59	4.43**
2. การจัดให้ห้องนอนอยู่ชั้นล่างของตัวบ้าน หรือห้องนอนที่ใกล้ห้องน้ำ	3.14	0.69	2.88	0.72	4.60**
3.การจัดให้มีราวยึดเกาะบริเวณบันไดหรือในห้องน้ำ	2.97	0.81	2.73	0.68	4.32**
4. การไปเป็นเพื่อนขณะเดินทาง	3.31	0.88	3.14	0.96	3.21**
5. การจัดวางอุปกรณ์ภายในบ้านไม่ให้กีดขวางทางเดิน	3.69	0.57	3.50	0.75	3.18**

\*\*  $p < .01$

ตาราง 23 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว ด้านความรักและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รายข้อ

ข้อความ	ความต้องการการดูแล		การรับรู้การดูแล		t-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. การให้การสนับสนุนด้านการเงิน อย่างเพียงพอ	3.66	0.59	3.49	0.78	3.30**
2. การช่วยให้มีโอกาสพบปะเพื่อนวัย เดียวกันอย่างสม่ำเสมอ	3.54	0.69	3.43	0.77	2.11*
3. การจัดการให้บุคคลที่รัก ดูแล ปรนนิบัติขณะเจ็บป่วย	3.70	0.53	3.55	0.65	3.21**
4. การจัดหาของขวัญให้ท่านในโอกาส พิเศษ เช่น ปีใหม่ สงกรานต์ สารท เดือนสิบ	2.77	0.91	2.57	0.72	3.06**
5. การให้ความช่วยเหลือแก่ท่านทุก ครั้งที่ต้องการ	3.61	0.57	3.49	0.73	3.06**
6. การช่วยให้มีส่วนร่วมในกิจกรรม ทางสังคม เช่น พาไปวัด/ร่วมกิจกรรม ในชุมชน	3.49	0.72	3.40	0.84	1.83
7. การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในกิจ กรรมต่างๆ ของครอบครัว	3.52	0.63	3.41	0.75	2.47*

\*\* p < .01

\* p < .05

ตาราง 24 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัวด้านความมีคุณค่าในตนเอง รายข้อ

ข้อความ	ความต้องการการดูแล		การรับรู้การดูแล		t-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. การจัดให้มีความเป็นส่วนตัว เช่น มีห้องส่วนตัว	3.23	0.73	3.03	0.63	3.29**
2. การเปิดโอกาสให้ทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันด้วยตัวเอง	3.49	0.69	3.45	0.70	1.29
3. การรับฟังปัญหา ความรู้สึกและความคิดเห็น	3.55	0.70	3.39	0.78	3.11**
4. การสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาต่างๆ ของครอบครัว	3.52	0.63	3.43	0.69	2.93**
5. การสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวช่วยกันและยอมรับในความสามารถของท่าน	3.56	0.81	3.43	0.75	2.33*

\*\* p < .01

\* p < .05

ตาราง 25 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว ด้านความประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง รายข้อ

ข้อความ	ความต้องการการดูแล		การรับรู้การดูแล		t-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. การสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีความภาคภูมิใจในตัวตน	3.47	0.79	3.42	0.78	1.35
2. การสนับสนุนให้ท่านทำในสิ่งที่ตั้งใจได้สำเร็จ	3.58	0.68	3.46	0.75	2.25*
3. การสนับสนุนให้ท่านได้แสดงความสามารถอย่างเต็มที่	3.46	0.77	3.39	0.80	1.68
4. การส่งเสริมให้นำความรู้และประสบการณ์ไปถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่น	3.23	0.75	2.97	0.82	4.60**

\*\* p < .01

\* p < .05

ตาราง 26 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร รายข้อ

ข้อความ	ความต้องการการดูแล		การรับรู้การดูแล		t-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. การจัดหาวิทยุ/โทรทัศน์/หนังสือพิมพ์ เพื่อรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เป็นประจำ	3.17	0.65	3.10	0.63	1.47
2. การช่วยให้พบปะพูดคุยกับผู้อื่นเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร	3.49	0.69	3.49	0.68	0.21
3. การพูดคุยแลกเปลี่ยนข่าวสารกับสมาชิกในครอบครัว	3.54	0.64	3.46	0.68	1.82
4. การให้คำอธิบายในสิ่งที่สงสัย/อยากรู้	3.22	0.81	3.09	0.89	3.09**

\*\*  $p < .01$

ตาราง 27 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยความต้องการการดูแล และการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว ด้านสุนทรียะ รายข้อ

ข้อความ	ความต้องการการดูแล		การรับรู้การดูแล		t-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. การหาไปเที่ยวในสถานที่ที่ท่านชอบ	3.06	0.91	2.89	0.78	2.65**
2. การจัดหาหนังสือ หรือเทปธรรมะ	2.66	0.78	2.58	0.84	1.90
3. การจัดหาเสื้อผ้าที่สวยงาม / เหมาะสมสำหรับใช้ในโอกาสต่างๆ	3.55	0.59	3.43	0.66	2.93**
4. การหาไปทำบุญ/ร่วมพิธีกรรมทางศาสนาสม่ำเสมอ	3.55	0.75	3.46	0.76	2.07*
5. การหาไปฟังดนตรี/เพลง หรือชมการแสดงที่ท่านชอบ	2.32	0.82	2.33	0.76	-0.16
6. การอ่านหนังสือนิทาน นิยาย วรรณคดีให้ฟัง	2.18	0.83	2.16	0.78	0.32
7. การช่วยให้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมด้านศิลปะที่ท่านชอบ เช่น ร้องเพลง การเต้นดนตรีไทย/ดนตรีสากล	2.21	0.87	2.25	0.883	-0.93

\*\*  $p < 0.01$

\*  $p < 0.05$



ภาคผนวก ข  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย  
ภาควิชาพัฒนาการศึกษาและบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ดร.เพลินพิศ ฐานีวิพัฒนานนท์  
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ดร.วันดี สุทธิรัมย์  
ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
4. อาจารย์หิรัรียา ไชยลังกา  
ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
5. อาจารย์เนตรนภา กุ่พันธ์วี  
ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ค  
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉันชื่อ นางสาวโสภา หอยสังข์ เป็นนักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังทำการวิจัยเกี่ยวกับ ความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแล ที่ได้รับจากครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตชนบท จึงใคร่ขอความร่วมมือ ในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะใช้เวลา ประมาณ 40 นาที การตอบคำถามครั้งนี้จะไม่ถูกหรือหรือคิด และจะไม่มีผลใดๆ ต่อคุณ ในระหว่างการทำแบบสอบถาม คุณอาจยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ตามความต้องการ และคำตอบของคุณ ดิฉันจะถือว่าเป็นความลับ และนำมาใช้เฉพาะในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ

.....  
(นางสาวโสภา หอยสังข์)

ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / หน้าวงเล็บ ( ) หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ

..... (1) ชาย ..... (2) หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

..... (1) พุทธ ..... (2) อิสลาม  
..... (3) คริสต์ ..... (4) อื่นๆ.....

4. ระดับการศึกษา

..... (1) อ่านออกเขียนได้ ..... (2) ประถมศึกษา  
..... (3) มัธยมศึกษา ..... (4) อื่นๆ.....

5. สถานภาพสมรส

..... (1) โสด ..... (2) คู่  
..... (3) ม่าย ..... (4) หย่า/แยกกันอยู่

6. จำนวนบุตรหลาน

บุตร.....คน

หลาน.....คน

7. บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย

..... (1) อยู่กับบุตรหลาน ..... (2) อยู่กับคู่สมรส  
..... (3) อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน ..... (4) อื่นๆ.....

8. บุคคลที่ให้การดูแล

..... (1) บุตร ..... (2) หลาน  
..... (3) คู่สมรส ..... (4) อื่นๆ.....

## 9. อาชีพ

- |           |                       |           |         |
|-----------|-----------------------|-----------|---------|
| ..... (1) | ไม่ได้ประกอบอาชีพ     | ..... (2) | เกษตรกร |
| ..... (3) | ค้าขาย                | ..... (4) | รับจ้าง |
| .....(5)  | อื่นๆ (โปรดระบุ)..... |           |         |

## 10. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

- |           |                   |           |                    |
|-----------|-------------------|-----------|--------------------|
| ..... (1) | ไม่มีรายได้       | ..... (2) | น้อยกว่า 1,000 บาท |
| ..... (3) | 1,001 – 3,000 บาท | ..... (4) | 3,001 – 5,000 บาท  |
| .....(5)  | มากกว่า 5,000 บาท |           |                    |

## 11. แหล่งรายได้

- |           |            |           |             |
|-----------|------------|-----------|-------------|
| ..... (1) | จากอาชีพ   | ..... (2) | จากบุตรหลาน |
| ..... (3) | จากคู่สมรส | ..... (4) | อื่นๆ.....  |

## 12. โรคประจำตัว / ความพิการ

- |           |                    |
|-----------|--------------------|
| ..... (1) | มี (โปรดระบุ)..... |
| ..... (2) | ไม่มี              |

แบบสอบถามความต้องการการดูแลและการรับรู้การดูแลที่ได้รับจากครอบครัว  
ของผู้สูงอายุในชนบท

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง คำตอบ  
ที่เป็นจริงสำหรับท่าน

ความต้องการการดูแล จงพิจารณาข้อความทางด้านซ้ายมือของท่านต้องการให้ครอบครัว  
ของท่านให้ความช่วยเหลือในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด

- มาก หมายถึง ท่านต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวในระดับมาก  
ปานกลาง หมายถึง ท่านต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวในระดับปานกลาง  
น้อย หมายถึง ท่านต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวในระดับน้อย  
ไม่ต้องการ หมายถึง ท่านไม่ต้องการการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว

การรับรู้การดูแลที่ได้รับ จงพิจารณาข้อความทางด้านซ้ายมือที่ท่านได้รับการดูแลจาก  
สมาชิกในครอบครัวในแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด

- มาก หมายถึง ท่านได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวในระดับมาก  
ปานกลาง หมายถึง ท่านได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวในระดับปานกลาง  
น้อย หมายถึง ท่านได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวในระดับน้อย  
ไม่ต้องการ หมายถึง ท่านไม่ได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัว

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม

ข้อความ	ความต้องการการดูแล				การรับรู้การดูแลที่ได้รับ			
	มาก	ปาน กลาง	น้อย	ไม่ ต้อง การ	มาก	ปาน กลาง	น้อย	ไม่ได้ รับการ ดูแล
1. การซักเสื้อผ้า	/					/		
2. การอาบน้ำ	/						/	









ข้อความ	ความต้องการการดูแล				การรับรู้การดูแลที่ได้รับ			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ต้องการ	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้รับการดูแล
39. การสนับสนุนให้ท่านได้แสดงความสามารถอย่างเต็มที่								
40. การส่งเสริมให้นำความรู้และประสบการณ์ไปถ่ายทอดให้แก่ผู้อื่น								
41. การจัดหาวิทยุ/โทรทัศน์/หนังสือพิมพ์เพื่อรับข้อมูลข่าวสารต่างๆ เป็นประจำ								
42. การช่วยให้พบปะพูดคุยกับผู้อื่นเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร								
43. การพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับสมาชิกในครอบครัว								
44. การให้คำอธิบายในสิ่งที่สงสัย/อยากรู้								
45. การพาไปเที่ยวในสถานที่ที่ท่านชอบ								
46. การจัดหาหนังสือหรือเทปธรรมะ								
47. การจัดหาเสื้อผ้าที่สวยงาม/เหมาะสมสำหรับใช้ในโอกาสต่างๆ								
48. การพาไปทำบุญ/ร่วมพิธีกรรมทางศาสนาสม่ำเสมอ								
49. การพาไปฟังดนตรี/เพลง หรือชมการแสดงที่ท่านชอบ								
50. การอ่านหนังสือนิทาน นิยายวรรณคดีให้ฟัง								
51. การช่วยให้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมด้านศิลปะที่ท่านชอบ เช่น ร้องเพลง การดนตรีไทย/ดนตรีสากล								

ข้อที่ 41-51 85/100

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ นามสกุล                      นางสาวโสภา หอยสังข์

วัน เดือน ปี เกิด                22 มิถุนายน 2510

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา	2533

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ. 2533 - ปัจจุบัน            พยาบาลวิชาชีพ 5 ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง