

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ

ยุพา ทองสุข

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

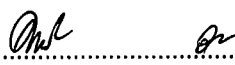
สิงหาคม 2559

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

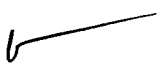
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ยูพา ทองสุข ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

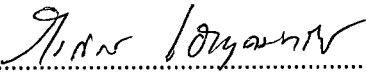
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์


..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)

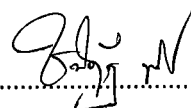

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธาน
(นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์)


..... กรรมการ
(ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัญญาดาศุขฎี ทูลศิริ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ของมหาวิทยาลัย
บูรพา


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

วันที่ 17 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2559

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักและอาจารย์ ดร.ดวงใจ วัฒนสินธุ์อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความปรารถนาดีอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบแนวทางในการศึกษาหาความรู้ และประสบการณ์การทำวิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุด และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ ครู คณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ให้พลังทางปัญญา และให้การสนับสนุนเสมอมา

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ ที่คอยให้กำลังใจและสนับสนุนผู้วิจัยในทุก ๆ ด้าน คุณประ โยชนันท์ที่เกิดจากการทำวิจัยในครั้งนี้ ขอมอบแด่ครอบครัวอันเป็นที่รักของข้าพเจ้า บุญพาริ ครูบาอาจารย์ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาแก่ข้าพเจ้าทุกท่าน และผู้สูงอายุที่มีส่วนช่วยให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จและสมบูรณ์ในที่สุด

ยุพา ทองสุข

55920280: สาขาวิชา: การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช: พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

คำสำคัญ: ความผาสุกทางใจ/ ผู้สูงอายุ/ ปัจจัยที่มีอิทธิพล

ยูพา ทองสุข: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุ (FACTORS INFLUENCING PSYCHOLOGICAL WELL-BEING AMONG OLDER ADULTS)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ภัทรพร เสงอุคมทรัพย์, Ph.D., ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D.

70 หน้า. ปี พ.ศ. 2559.

ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุเป็นเครื่องบ่งชี้ที่สำคัญในการดำเนินชีวิตที่สะท้อนถึงความพึงพอใจและความสำเร็จในชีวิต ความผาสุกทางใจนี้เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาชนิดวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 431 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งได้เป็น 7 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามจำนวนโรคเรื้อรัง 3) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ 4) แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง 5) แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง 6) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และ 7) แบบสอบถามความผาสุกทางใจ โดยแบบสอบถามที่ 4-7 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81, .88, .80 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความผาสุกทางใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 49.98$, $SD = 4.48$) จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมกัน ทำนายความแปรปรวนของความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 24 ($R^2 = .240$, $F = 44.97$, $p < .001$) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจสูงสุด คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .358$, $p < .05$) รองลงมา ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .199$, $p < .05$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = .096$, $p < .05$)

ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการออกแบบจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความผาสุกทางใจผู้สูงอายุ โดยเน้นที่การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

55920280: MAJOR: MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING; M.N.S
(MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING)

KEYWORDS: PSYCHOLOGICAL WELL-BEING/ OLDER ADULTS/ INFLUENCING
FACTORS

YUPA THONGSUK: FACTORS INFLUENCING PSYCHOLOGICAL WELL-
BEING AMONG OLDER ADULTS. ADVISORY COMMITTEE: PORNPAT HENGUDOMSUB,
Ph.D., DUANGJAI VATANASIN, Ph.D. 70 P. 2016.

Psychological wellbeing is an essential indicator for living. It reflects the person's satisfaction and success in life. Psychological well-being is associated with multiple factors. The purpose of this study was to examine factors influencing psychological well-being among community-dwelling older adults. The participants consisted of 431 older adults aged 60 years or over residing in Amphoe Bangphli, Samutprakan province. A multi-stage random sampling technique was used to select the participants. Research instruments included Personal information questionnaire, Questionnaire regarding number of chronic health problems, Perceived health status questionnaire, The Chula ADL index questionnaire, Personal resource questionnaire (PRQ85: Part 2), Social support questionnaire, Psychological well-being questionnaire. Questionnaires yielded Cronbach alpha of .81, .88, .80 and .80 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product moment correlation coefficients, and stepwise multiple regression.

The study findings revealed that psychological well-being among these older adults was at a moderate level ($\bar{X} = 49.98$, $SD = 4.48$). Result of stepwise multiple regression analysis demonstrated that social support, perceived self-efficacy, and perceived health status together could explained 24% of the variance for psychological well-being ($R^2 = .24$, $F = 44.98$, $p < .001$). The strongest predictor was social support ($\beta = .358$, $p < .05$), followed by perceived self-efficacy ($\beta = .199$, $p < .05$), and perceived health status ($\beta = .096$, $p < .05$).

The results of this study provided useful information for health care providers to design intervention programs to promote the older adults' psychological well-being by strengthening social support, perceived health status, and perceived self-efficacy of this aged group.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	4
สมมติฐานการวิจัย	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
ขอบเขตของการวิจัย	6
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....	8
ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ	12
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ.....	13
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	21
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	21
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	24
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย	27
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	27
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	28
การวิเคราะห์ข้อมูล	29
4 ผลการวิจัย	30
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	30
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	30

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ส่วนที่ 2 ความผาสุกทางใจของกลุ่มตัวอย่าง	34
ส่วนที่ 3 ลักษณะความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การรับรู้ ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	35
ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง	35
5 สรุปผลและอภิปรายผล	39
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	39
การอภิปรายผล	40
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	43
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	44
บรรณานุกรม	45
ภาคผนวก	55
ภาคผนวก ก.....	56
ภาคผนวก ข.....	65
ภาคผนวก ค.....	68
ประวัติย่อของผู้วิจัย	70

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง	30
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความพึงพอใจรายด้าน และระดับ ความพึงพอใจโดยรวม	34
3	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันขั้นสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ของกลุ่มตัวอย่าง	35
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปรของกลุ่มตัวอย่าง	36
5	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง	37

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	5
2	การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน	23

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด อันเนื่องมาจากอายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มขึ้น อัตราการตายลดลง ผลที่ตามของความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการให้บริการทางสาธารณสุขที่ทันสมัยครอบคลุมทั่วถึงทุกกลุ่มวัย ทำให้ประชากรผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2557 ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีมากถึง 10 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 15.3 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 20 หรือ 14.4 ล้านคน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ทำให้โครงสร้างประชากรไทยในปัจจุบันเปลี่ยนจากประชากรเยาว์วัยเป็นประชากรสูงวัย ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การดำรงชีวิต และการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุที่เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555) ดังนั้น รัฐบาลจึงได้จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) เพื่อรองรับสังคมสูงวัย โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีความสุขอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 จนถึงปัจจุบันฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) และเน้นให้ความสำคัญกับความอยู่เย็นเป็นสุขของประชาชนเป็นหลัก โดยใช้การพัฒนาเศรษฐกิจเป็นเครื่องมือช่วยพัฒนาให้คนมีความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี (วิทมา ธรรมเจริญ, 2555)

ผู้สูงอายุ เป็นบุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2557) โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุได้ 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุวัยต้นที่มีอายุ 60-69 ปี ผู้สูงอายุวัยกลางที่มีอายุ 70-79 ปี และผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553) วัยสูงอายุจึงเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในหลาย ๆ ด้านที่เกิดขึ้นพร้อมกันมีความเสื่อมถอยทางสรีรวิทยาจึงประสบปัญหาสุขภาพหลายประการต่อการเกิดโรคเรื้อรัง (จิราพร ทองดี, ดาราวรรณ รongเมือง และฉันทนา นาคฉัตรีย์, 2555) ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ สูญเสียความมั่นใจในตนเอง หรืออาจแยกตัวออกจากสังคม (วนิดา ดันเจริญรัตน์, 2549) ทำให้ส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุโดยตรง นอกจากนี้การเคลื่อนย้ายแรงงานของคนหนุ่มสาวจากชนบทเข้าสู่ตลาดแรงงานภาคอุตสาหกรรมในเขตเมืองเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างครอบครัวไทยเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุขาดความสนใจจากลูกหลาน ทำให้เกิดความรู้สึกน้อยใจ เสียใจ เบื่อหน่าย และแยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น (Esberger & Hoghes, 1989)

ส่วนผู้สูงอายุที่เป็นภาระในครอบครัวและไม่สามารถประกอบอาชีพอื่นได้มักถูกทอดทิ้งขาดผู้ดูแล สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี บุตรหลานไม่เห็นความสำคัญ และไม่ให้ความเคารพ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจในชีวิตลดลง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554)

ความผาสุกทางใจ (Psychological well-being) เป็นคุณลักษณะทางจิตใจเชิงบวกที่สัมพันธ์กับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคล ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การยอมรับตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ความเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการควบคุมจัดการกับสิ่งแวดล้อม การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และการมีความเจริญงอกงาม (Ryff & Keyes, 1995) ความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุถือว่าเป็นประเด็นสำคัญที่แสดงออกถึงภาวะสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต โดยผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางใจสูงมักเป็นผู้ที่ยอมรับตนเอง มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มีความมั่นใจ มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความสามารถในการควบคุมหรือจัดการกับเรื่องต่าง ๆ ในชีวิต รวมทั้งมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนในการมีชีวิตอยู่ และเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น (ปิยะกมล วิจิตรศิริ, 2555) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางใจสูงมักจะดูแลตนเอง หรือช่วยเหลือครอบครัวได้ สามารถจัดการความคิด และความรู้สึกเชิงลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จิราพร เกศพิชญวัฒนา, จันทรเพ็ญ แสงเทียนฉาย, ยุพิน อังสุโรจน์ และเบนิท อิงกาซอล-เดตัน, 2543) จากแนวคิดของ Ryff and Keyes (1995) การมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ การได้รับการยอมรับจากสังคมรวมทั้งมีการปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาเกี่ยวกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุยังพบค่อนข้างน้อย โดยส่วนใหญ่มุ่งเน้นเกี่ยวกับการศึกษาทางด้านปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความว้าเหวในผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งการเข้าใจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อองค์ประกอบของความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอย่างถ่องแท้จะช่วยให้นักวิชาการทางด้านสุขภาพสามารถจัดบริการที่ช่วยเสริมสร้างความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากแนวคิดความผาสุกทางใจของ Ryff and Keyes (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ จำนวนโรคเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรคมักจะวิตกกังวล กลัว เครียด หรือสิ้นหวัง เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม หรือบางครั้งกลายเป็นภาวะวิกฤติที่คุกคามต่อชีวิต ผู้สูงอายุที่สามารถปรับตัวและยอมรับกับความเจ็บป่วยเรื้อรังของตนเองได้จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมโรคได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และใช้ชีวิตได้เป็นปกติ (ชิตา ทองวิเชียร, 2550) โดยผู้สูงอายุที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับ

ความเจ็บป่วย สามารถยอมรับสภาพของตนเอง มักมีการปรับพฤติกรรมเพื่อตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของตนเอง และมีความสุขทางใจสูงขึ้น (Kosa & Robertson, 1975 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวีน สุวรรณ, 2534) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่ดี จะรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม และรู้สึกว่าชีวิตของตนเองมีจุดมุ่งหมาย ส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความสุขทางใจ จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขทางใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัครอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .401, p < .05$) และสามารถทำนายความสุขทางใจได้ ร้อยละ 61.10 ($R^2 = 61.10$) (ปรียววรรณ สุดจางค์, 2552)

ส่วนผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูงได้เป็นอย่างดีโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น จะรู้สึกว่าตนเองมีศักยภาพ มีความสามารถในการควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อมได้ รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข (ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุรี ชันชรักขวงส์, 2549) โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นอย่างดีมีความสุขทางใจสูง (ปัญญาภัทร ภัทรกัณทากุล, 2544) และจากการศึกษาพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูงยังเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความสุขทางใจของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองอุดรดิษฐ์ จังหวัดอุดรดิษฐ์ได้ ร้อยละ 11.9 ($R^2 = .119, p < .001$) (อมสิน ศิลสังวรรณ, 2555)

สำหรับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุที่จะปฏิบัติพฤติกรรมหรือการกระทำให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดตามการรับรู้ในศักยภาพของตนเอง (Bandura, 1986) โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ดี จะสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ สามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามต้องการ ไม่มีความวิตกกังวล มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม รู้สึกพึงพอใจในตนเองและส่งผลให้มีสุขภาพใจที่ดี จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความสุขทางใจของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ($r = .420, p < .01$) (สนทยา พิษย์กุล, 2533) และการรับรู้ความสามารถของตนเองยังมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถทำนายความสุขทางใจผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 50 ($R^2 = .503, p < .001$) (พิศมัย ติโรตมรัตน์, 2553)

นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ดี โดยรู้สึกว่าตนเองมีคนรักใคร่ผูกพัน รู้สึกใกล้ชิดกับบุคคลอื่น ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ รู้สึกว่าตนเองมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมทั้งมีประโยชน์ต่อผู้อื่น (Weiss, 1974) ซึ่งผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอและเหมาะสมจะสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ส่งผลให้มีความสุขทางใจในระดับสูง จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุน

ทางสังคมสามารถร่วมทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐมได้ ร้อยละ 57.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .576, p < .001$) (จิตนภา นิมจินดา, 2555) และการสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์ทางบวก และสามารถร่วมทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่ได้ร้อยละ 64.99 ($R^2 = .731, p < .001$) (ปรียาภรณ์ ตั้งเพ็ชร, 2551)

จากความสำคัญของผู้สูงอายุ สภาพปัญหาและแนวโน้มการเติบโตของผู้สูงอายุปัจจุบัน ภายใต้กระแสการเปลี่ยนแปลงของโลกในด้านต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งเป็นเขตปริมณฑลที่มีลักษณะทางสังคม เป็นสังคมเกษตรกรรม และสังคมเมืองอุตสาหกรรม เป็นอำเภอที่มีการเปลี่ยนแปลง โครงสร้าง ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม ระบบครอบครัว ค่านิยม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตอย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังเป็น อำเภอที่มีอุตสาหกรรมที่สำคัญต่าง ๆ ทั้งในด้านการผลิตภาค อุตสาหกรรม การค้า และการบริการ ทำให้มีประชาชนหนาแน่นกว่าในเขตกรุงเทพมหานครและต้องเผชิญกับปัญหาด้านสาธารณสุข โภค สาธารณูปการที่มีอยู่และการบริการสาธารณะต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ทำให้ประชาชนมีอายุเฉลี่ยน้อยกว่า ค่าเฉลี่ยของประชาชนในระดับปริมณฑล ภาคกลาง และประเทศ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการออกแบบโปรแกรมการเสริมสร้างกระบวนการคิดเชิงบวกหรือนำมาพัฒนางานบริการให้มี ความสอดคล้องกับความสามารถในการปรับตัวของผู้สูงอายุ และครอบครัวให้มีความผาสุกทางใจ ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยปัจจัยที่คัดสรร ได้แก่ จำนวน โรคเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการ สนับสนุนทางสังคม

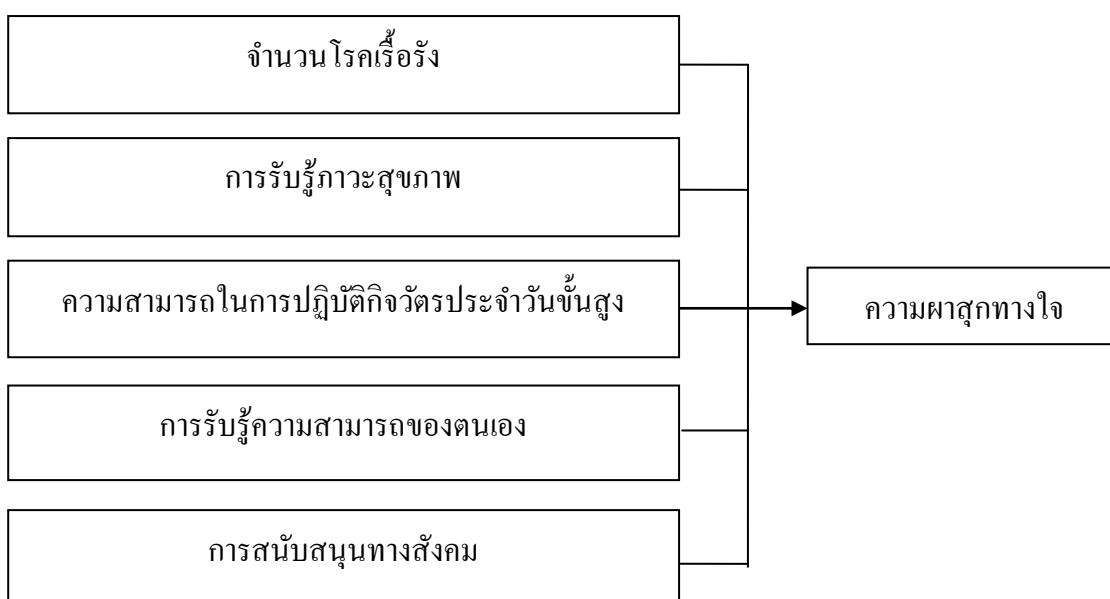
สมมติฐานการวิจัย

จำนวน โรคเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ขั้นสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อความผาสุก ทางใจของผู้สูงอายุในเขตอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการทำวิจัยครั้งนี้พัฒนามาจากแนวคิดความผาสุกทางใจของ Ryff and Keyes (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง Ryff and Keyes (1995) กล่าวว่า ความผาสุกทางใจเป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางด้านจิตใจของบุคคลที่มีความหลากหลายทั้งในด้านการเจริญเติบโต และพัฒนาการของบุคคล ความผาสุกทางใจประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การยอมรับตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ความเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการควบคุมจัดการกับสิ่งแวดล้อม การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และความเจริญงอกงามของบุคคล

จากแนวคิดความผาสุกทางใจของ Ryff and Keyes (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยคัดสรรที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ จำนวนโรคเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม โดยมีสมมติฐานว่า ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังค่อนข้างน้อย ร่วมกับการมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเองที่ดี และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันขั้นสูงได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิตประจำวันจะมีความภาคภูมิใจ และสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี ประกอบกับการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ดีโดยเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ เป็นอย่างดี ประกอบกับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีความผาสุกทางใจสูง ซึ่งความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 431 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ไม่น้อยกว่า 6 เดือนขึ้นไป

ความผาสุกทางใจ หมายถึง เป็นความพึงพอใจของผู้สูงอายุในทางบวกประกอบด้วย ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การยอมรับตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ความเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการควบคุมจัดการกับสิ่งแวดล้อม การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และความเจริญงอกงามของบุคคล (Ryff & Keyes, 1995) ประเมินโดยใช้แบบวัดความผาสุกทางใจที่พัฒนาโดย Ryff and Keyes (1995) แปลเป็นภาษาไทยโดย ปิยะกมล วิจิตรศิริ (2555)

จำนวนโรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นแล้วมีความยืดเยื้อยาวนานยากที่จะช่วยเหลือให้กลับสู่สภาพเดิมได้ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามจำนวนโรคเรื้อรังที่พัฒนาโดย Hengudomsub (2004)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึก และความคิดของผู้สูงอายุที่มีต่อภาวะสุขภาพกายโดยรวมของตนเอง ประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพแบบข้อคำถามเดียวที่พัฒนาขึ้นโดย Mossy and Shapiro (1982) แปลเป็นไทยโดย วันดี เข้มจันทร์ฉาย (2538)

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง หมายถึง การทำกิจวัตรประจำวันเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ เป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ต้องเกี่ยวกับบุคคลอื่น ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือการเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร/ หุงข้าว การทำความสะอาดบ้าน ถูบ้าน/ ซักรีดผ้า การทอนเงิน และการใช้บริการสาธารณะ เช่น รถเมล์ รถสองแถว ประเมินโดยแบบวัดระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง (Instrumental Activities of Daily Living [IADL]) ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Chula ADL Index [CAI]) พัฒนาโดย Mahoney and Barthel (1965) แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึก และความคิดของผู้สูงอายุที่ประเมินตัดสินเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้สำเร็จ ประเมินโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ตามแนวคิดของ Bandura (1986) ที่สร้างโดย Jerusalem and Schwarzer (1992) แปลเป็นภาษาไทย โดย วาทีณี สุขมาก, อัจฉรี ศิริสุนทร และประภาพร มีนา (2545)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การแสดงออกถึงความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อความต้องการที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคมทางสังคมมีความผูกพันใกล้ชิด เอาใจใส่ มีการแสดงออกถึงการยอมรับนับถือ รู้สึกเห็นคุณค่า การที่ผู้สูงอายุมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อบุคคลอื่น และได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง หรือด้านอื่น ๆ ประเมินโดยใช้แบบวัดแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Resource Questionnaire [PRQ 2000]) ส่วนที่ 2 (PRQ 2) พัฒนาโดย Weinert (2000) แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงแบบสอบถามโดย อรรวรรณ วรรณชาติ (2550)

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องไว้เป็นลำดับดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
2. ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ
3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของผู้สูงอายุหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า เมื่อนับตามวัยหรือผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคมหรือผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ ในประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะใช้เกณฑ์ที่อายุ 65 ปี (World Health Organization [WHO], 2012) สำหรับประเทศไทยคำว่า “ผู้สูงอายุ” ถูกบัญญัติขึ้นใช้ใน ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2506 โดยมีความหมายว่า ผู้ที่มีสัญชาติไทย และมีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2553) โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ได้ 3 กลุ่ม คือ

ผู้สูงอายุวัยต้น (Early old age) ผู้สูงอายุวัยต้นมีช่วงอายุ 60-69 ปี เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่มีความวิกฤตหลายด้าน เช่น การเกษียณอายุ การจากไปของบุคคลใกล้ชิด คู่ครอง เพื่อนสนิท รายได้ลดลง การสูญเสียตำแหน่งทางด้านสังคม โดยทั่วไปผู้สูงวัยนี้ยังคงแข็งแรง แต่อาจต้องพึ่งพิงบุคคลอื่นบ้าง หากผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงจะมีการปรับตัวสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ใกล้เคียงกับหนุ่มสาวการปรับตัวในช่วงนี้มักเป็นไปในรูปแบบ Engagement คือ เข้าร่วมกับกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมในครอบครัว และนอกครอบครัวให้มากขึ้น ดังนั้นจึงเป็นช่วงที่ยังมีพลังช่วยเหลือตนเองได้

ผู้สูงอายุวัยกลาง (Middle old age) ผู้สูงอายุวัยกลางมีช่วงอายุ 70-79 ปี เป็นช่วงวัยที่เริ่มเจ็บป่วย เพื่อนและสมาชิกในครอบครัวที่มีอยู่ใกล้ ๆ กันอาจล้มหายตายจากกันมากขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมลดน้อยลง การปรับตัวในระยะนี้มักเป็นไปในรูปแบบ Disengagement คือ ไม่ค่อยยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมของครอบครัว และสังคมมากนัก ดังนั้นจึงเป็นวัยเริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกาย

เริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัว หรือโรคเรื้อรัง

ผู้สูงอายุวัยปลาย (Late old age) ผู้สูงอายุวัยปลายมีช่วงอายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นช่วงวัยที่ผู้สูงอายุปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมมากขึ้นเพราะสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับคนอายุวัยนี้ต้องมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น และไม่วุ่นวายแต่ก็ต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ยังกระตุ้นความมีสมรรถภาพในแง่ต่าง ๆ ตามวัย ผู้สูงอายุระยะนี้ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากกว่าในวัยที่ผ่านมา เริ่มย้อนนึกถึงอดีตมากขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุวัยนี้จะเจ็บป่วยบ่อยขึ้นอวัยวะเสื่อมสภาพอาจมีภาวะทุพพลภาพ

จากความหมายของผู้สูงอายุดังกล่าว สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม มีความเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัว ต้องการพึ่งพิงและได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น ๆ ในสังคม หากปรับตัวเข้ากับพัฒนาการของช่วงวัยได้ก็จะเป็นผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง มีความแข็งแรง มั่นคง และเป็นที่พักพิงของผู้อื่น ได้

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายด้านที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเผชิญกับการสูญเสีย การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม การปรับบทบาทในด้านต่าง ๆ และการมีกิจกรรมกับบุคคลอื่น ๆ ดังจะกล่าวรายละเอียดต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ผู้สูงอายุมีภาวะเสื่อมโทรมของร่างกาย จึงทำให้ความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมภายใน และภายนอกร่างกายเสื่อมลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น มีภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำลง ทำให้การหายจากโรคเป็นไปได้ยากและมีโอกาสที่จะเสียชีวิตสูง ความเสื่อมโทรมของสภาพร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้เวลานานในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการเจ็บป่วยให้เป็นปกติได้ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) กล่าวว่า เมื่อร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบอวัยวะต่าง ๆ ไปในทางที่เสื่อมถอยทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจึงมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ ดังนั้นเมื่อร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบอวัยวะต่าง ๆ ไปในทางที่เสื่อมถอยทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง อัตราส่วนของประชากรสูงอายุที่เป็นภาระพึ่งพิงสูงขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกในทางลบ ส่งผลให้ไม่มีความสุข ท้อแท้ รู้สึกไร้คุณค่า ไม่สุขสบายไม่สามารถทำงานได้อย่างเดิม รายได้น้อยลงช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพ เสี่ยงต่อภาวะการตายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีความสุข (Collins, Goldman, & Rodriguez, 2008; Lyyra, Tormakangus, Read, & Rantanen, 2006) ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตามวัยของผู้สูงอายุแต่ละคนนั้นผู้สูงอายุที่มีความพึงพอใจในชีวิต

สูงย่อมสามารถปรับตัวในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองได้เป็นอย่างดีทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง และมีความเสื่อมสภาพช้าลง แต่ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวในการดูแลสุขภาพตนเองได้นั้นย่อมส่งผลให้ร่างกายเสื่อมสภาพเร็วขึ้น และเกิดความเจ็บป่วยซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตลดลง และมีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลงตามไปด้วย จากการศึกษาผู้ที่มีสุขภาพกายดีจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้ที่มีสุขภาพกายไม่ดี รวมทั้งผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะมีการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย (ชาริน สุขอนันต์, สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์, ทศนันท์ ทูมมานนท์ และปิยรัตน์ จิตรภักดี, 2554) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจะมีความผาสุกในการดำเนินชีวิตต่ำ (สมจินต์ โจมวัฒนชัย, 2539) ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยของแต่ละบุคคลถ้าผู้สูงอายู้จกการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองเป็นอย่างดีก็จะทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง และมีความเสื่อมสภาพช้าลง แต่ถ้าผู้สูงอายุไม่มีการดูแลตนเองก็จะทำให้ร่างกายเสื่อมสภาพเร็วขึ้น และเกิดความเจ็บป่วยซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตลดลงและมีผลทำให้คุณภาพชีวิตลดลงตามไปด้วย

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ และอารมณ์ในผู้สูงอายุมักจะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงรูปลักษณะภายนอก และการเปลี่ยนแปลงอत्मโนทัศน์ของตนเอง เช่น ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมของร่างกาย จากภาวะเสื่อมตามวัย นอกจากจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ภายนอกที่เห็นได้ชัดแล้วยังทำให้ความสามารถของร่างกายเสื่อมด้วยต้องอยู่ในภาวะพึ่งพามากขึ้นประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ และสังคมที่ทำให้ผู้สูงอายุขาดรายได้ หรือมีรายได้ลดลง และข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในสังคม การได้รับความเคารพนับถือจากลูกหลาน และสังคมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า เป็นภาระแก่ลูกหลาน น้อยใจง่าย ท้อแท้ ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เปื่อหน่ายต่อสิ่งต่าง ๆ อารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิด และ โกรธง่าย นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจยังขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต และบุคลิกภาพของแต่ละบุคคล

วัยผู้สูงอายุจึงเป็นระยะที่บุคคลย้อนนึกถึงอดีต ถ้าย้อนนึกถึงอดีตด้วยความพึงพอใจในตนเองเห็นว่าตนเองได้ทำสิ่งที่เป็นหน้าที่อย่างดีที่สุดแล้วจะเกิดความพึงพอใจในตนเอง มีบุคลิกที่เข้มแข็ง อารมณ์ที่มั่นคง แต่ถ้าคิดถึงอดีตที่ขมขื่นก็จะเกิดความรู้สึกทุกข์ร้อนผิดหวังในชีวิตระยะนี้จึงเป็นระยะที่ Erikson เรียกว่าเป็นระยะที่รู้สึกว่ามีคุณค่าหรือสิ้นหวัง (Ego integrity versus despair) (Erikson, 1997 อ้างถึงใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545) ได้กล่าวว่า ถ้าผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในความสำเร็จของชีวิตที่ผ่านมา มีความสุขสงบทางใจ และยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ตรงกันข้ามกันหากยอมรับไม่ได้ ผู้สูงอายุเหล่านี้จะรู้สึกว่าตนเองมีโอกาสเลือกได้น้อย และต้องการให้ชีวิตยืนยาวต่อไปอีก ทำให้รู้สึกเกิดความท้อแท้สิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ความสามารถในการเผชิญกับความสูงอายุลดลง ช่วงนี้มัก

ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การเปลี่ยนแปลงในครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ ทำให้เกิดความรู้สึก ไร้ค่า สูญเสียความภาคภูมิใจ หวาดระแวงเรื่องความเจ็บป่วย กลัวความตาย กลัวถูกทอดทิ้ง ซึมเศร้า หมดกำลังใจ ว้าเหว่ วิตกกังวล โกรธง่าย ใจน้อย เรียกร้องความสนใจ นอกจากนี้ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้สูงอายุทำให้เกิดความทุกข์ใจ ความไม่พึงพอใจ ความไม่สบายใจได้สูง ทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุขทางใจเกิดขึ้นได้ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548)

3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงของสถานะสังคมและเศรษฐกิจปัจจุบัน ทำให้เกิดการขยายตัวของเทคโนโลยี การเจริญเติบโตของโรงงานอุตสาหกรรม เป็นเหตุสภาพการดำเนินชีวิตที่เคยเป็นอยู่ของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง ชีวิตเริ่มถูกจำกัดอยู่ในวงแคบ บทบาททางสังคมลดลง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมลดลง มีการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัวและสังคม ตลอดจนความสัมพันธ์ที่เคยมีในชุมชนก็ลดลงด้วย ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเอง ได้รับความเคารพนับถือลดลง สูญเสียอำนาจและควมมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ภาวะเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ทำให้การได้มาซึ่งปัจจัยพื้นฐานต้องแลกมาด้วยเงิน ในขณะที่ผู้สูงอายุมักมีรายได้น้อยหรือไม่มีรายได้เลยจากข้อจำกัดของร่างกายหรือภาวะสุขภาพ การประเมินคุณค่าของคนในสังคมมักประเมินจากความสามารถในการหาซึ่งเงินทอง ทำให้ผู้สูงอายุถูกมองว่าไร้ค่า เพราะไม่มีคุณค่าในทางเศรษฐกิจ ความทันสมัยของสังคมและเทคโนโลยีทำให้ผู้สูงอายุปรับตัวยอมรับสิ่งต่าง ๆ ได้ยากเกิดช่องว่างระหว่างวัย ทำให้ขาดความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้สูงอายุและบุคคลในวัยต่าง ๆ

จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมในผู้สูงอายุดังกล่าว สรุปได้ว่า เมื่อบุคคลเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุก็นพบกับ การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นใน 3 ด้าน คือ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ และทางด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในหลาย ๆ ด้านนี้ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ประสบการณ์ในอดีต การปรับบุคลิกภาพที่ผ่านภาวะวิกฤตมาด้วยตัวของตนเองได้ จะทำให้เกิดความพอใจ มีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง มีอารมณ์ที่มั่นคง ทำให้มีความรู้สึกและทัศนคติที่ดีต่อตนเอง และผู้อื่น ที่จะสามารถจัดการความคิด และความรู้สึกเชิงบวกของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองมีความสามารถ มีคุณค่า ได้รับการยอมรับ มีความสำเร็จในชีวิต มีความภาคภูมิใจ จึงเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสุขทางใจที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ

ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ (Psychological well-being among elderly)

ความผาสุกทางใจ (Psychological well-being) เป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจที่มีความหลากหลายด้านการเจริญเติบโต และพัฒนาการของบุคคล ทำให้บุคคลมองโลกในด้านดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์มั่นคง และมีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ รวมทั้งสามารถวางแผนเพื่อพัฒนาตนเองได้ทำให้เกิดความหวัง และเชื่อมโยงกับอัตมโนทัศน์ด้านศักยภาพหรือความสามารถต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต และมีพฤติกรรมอันเกี่ยวข้องกับ การมีความผาสุกทางใจที่ดี (Ryff & Keyes, 1995) โดย Ryff and Keyes (1995) มีแนวคิดว่าความผาสุกทางใจเป็นความพึงพอใจสามารถบรรลุถึงความสำเร็จของช่วงชีวิต (Life-span) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

1. การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่าทางบวกต่อตนเอง ยอมรับว่าคุณค่าคุณสมบัตินั้นในด้านที่ดี และไม่ดี รวมถึงความรู้สึกดีกับอดีตที่ผ่านมาของตนเอง

2. การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่น (Positive relations with others) หมายถึง ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีความสัมพันธ์ที่เป็นมิตร เป็นที่พอใจ และมีความไว้วางใจ มีความห่วงใย เห็นอกเห็นใจ มีความรัก และความสนิทสนมให้แก่ผู้อื่น

3. ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) หมายถึง ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง มีความคิด และมีการกระทำที่เป็นอิสระจากความกดดันทางสังคม สามารถควบคุม และประเมินตนเองได้

4. ความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม (Environmental mastery) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่าคุณสมบัตินั้นในด้านที่ดี และความสามารถในการจัดการสภาพแวดล้อม สามารถควบคุมจัดเรียงกิจกรรมที่มีความซับซ้อนต่าง ๆ ได้ สามารถเลือกหรือสร้างบริบทที่เหมาะสมกับสิ่งที่ตนเองให้ความสำคัญ

5. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (Purpose in life) หมายถึง ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่าตนเองมีเป้าหมาย และทิศทางในการดำเนินชีวิต มีความรู้สึกว่าชีวิตทั้งในอดีต และปัจจุบันมีความหมาย มีความเชื่อที่ทำให้ชีวิตมีเป้าหมายเพื่อการมีชีวิตอยู่

6. ความเจริญงอกงามของบุคคล (Personal growth) หมายถึง การที่ผู้สูงอายุรับรู้ว่าคุณค่าคุณสมบัตินั้นในด้านที่ดี และเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง รับรู้ประสบการณ์ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น ตระหนักถึงศักยภาพของตนเองว่าที่ผ่านมาได้มีการปรับปรุงตนเอง และพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะเป็นไปในทิศทางที่สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผล และความเข้าใจในตนเองที่เพิ่มมากขึ้น

สรุปได้ว่า ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุของ Ryff and Keyes (1995) เป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางจิตใจที่มีความหลากหลายด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคล โดยมีองค์ประกอบที่ทำหน้าที่เชิงบวกทางจิตใจ 6 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นการประเมินการรับรู้ความพึงพอใจที่ครอบคลุมทั้งในด้านอัตวิสัย และภาวะวิสัยของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับค่านิยมและแนวคิดของคนไทย โดยความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับ การยอมรับตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ความเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการควบคุมจัดการกับสิ่งแวดล้อม การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และความเจริญงอกงามของบุคคล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ

จากแนวคิดของ Ryff and Keyes (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย จำนวนโรคเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจเชิงบวกทางจิตใจ 6 ด้านตามแนวคิดของ Ryff and Keyes (1995) ประกอบด้วย การยอมรับตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ความเป็นตัวของตัวเอง ความสามารถในการควบคุมจัดการกับสิ่งแวดล้อม การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และความเจริญงอกงามของบุคคล โดยผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความผาสุกทางใจด้านบวกสูง จะช่วยให้ผู้สูงอายุยอมรับตนเองทั้งในสิ่งดีและไม่ดี การกล้าคิด กล้าตัดสินใจในสิ่งที่ตนเห็นว่าดี ร่วมกับการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น และการเปิดใจกว้างยอมรับประสบการณ์ใหม่ ๆ ก็จะเป็นผู้ที่มีความผาสุกทางใจที่สูง ดังนี้

1. จำนวนโรคเรื้อรัง เป็นโรคที่มีระยะเวลาของโรคนานโดยทั่วไปมีการดำเนินโรคช้า (World Health Organization [WHO], 2013) เมื่อมีการเจ็บป่วยหรือได้รับอันตรายหรือทุพพลภาพที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายจากสภาวะปกติ ผู้สูงอายุที่เมื่อมีอายุมากขึ้น โอกาสพบโรคเรื้อรังยิ่งสูงขึ้น และพบหลายโรคร่วมกันทำให้เป็นปัญหาหนักสำหรับทั่วโลก ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังแล้วมากกว่า 304.59 ล้านคน โดยมีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป นอกจากนี้กลุ่มคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเรื้อรัง สามารถเข้าถึงการบริการของสถานพยาบาลเพียงแค่ประมาณร้อยละ 50-60 ส่วนอีกร้อยละ 30-40 เป็นกลุ่มที่คนอยู่ในชุมชนซึ่งบางคนยังไม่ได้รับการวินิจฉัยหรืออยู่ในระยะก่อนเป็นโรคเรื้อรังหรือบางคนที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วแต่ยังไม่ได้รับการรักษาก็มีอยู่อีกจำนวนหนึ่งเช่นกัน โดยพบว่า อัตราความชุกของคนที่เป็นโรคเรื้อรังอยู่ที่ประมาณร้อยละ 21 (สุพัตรา ศรีวิเศษชากร, 2555; อดุลย์ บัณฑิตกุล, 2557) สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุโดยตรง ผลที่ตามมาคือ ผู้สูงอายุที่ความผาสุกทางใจต่ำมีโอกาสเสี่ยง

ที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพ เสี่ยงต่อภาวะการตายสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางใจที่สูง (Collins et al., 2008; Lyyra et al., 2006)

ภาวะเจ็บป่วยทางกายในผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าสูงร้อยละ 30 (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์ากุล, 2554; Badger, 1993; Khandelwal, Chowdhury, Regmai, Mendis, & Kittirattanapaiboon, 2001) จากการศึกษาความพึงพอใจในชีวิตทำให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีการรับรู้เกี่ยวกับด้านต่าง ๆ ในทางที่ดีและถูกต้องมีการรับรู้และเข้าใจสภาพของตนเอง ตลอดจนมองเห็นแนวโน้มในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์การเจ็บป่วย ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะเจ็บป่วยได้ดีขึ้น (Kosa & Robertson, 1975 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2534) ผู้สูงอายุที่มีความผาสุกทางใจจะสามารถปรับตัวต่อความเจ็บป่วยเรื้อรังแม้ต้องเผชิญการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลาอันยาวนานได้ดี ทำให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ทำให้สามารถควบคุมโรคหรือความรุนแรงของโรคได้ ส่งผลให้ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมาน และภาวะแทรกซ้อนลดลง ทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ (ธิดา ทองวิเชียร, 2550) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อัญชุลี ไชยวงษ์น้อย, พรชัย จุลเมตต์ และวารีกังใจ (2557) พบว่า ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ท่ามกลางบุคคลอันเป็นที่รัก และเข้าใจตนเองเป็นการช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง เกิดความสุขและมีกำลังใจในการพัฒนาความสามารถในการทำกิจกรรมอย่างเต็มศักยภาพและต่อเนื่อง จนทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันดีขึ้นและพึ่งพาผู้อื่นน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองมากขึ้น ส่งผลทำให้เกิดความผาสุกเพิ่มขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพอสรุปได้ว่า จำนวน โรคเรื้อรังจะช่วยพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ทำให้สามารถควบคุมโรคหรือความรุนแรงของโรคได้ ส่งผลให้ความวิตกกังวล ความทุกข์ทรมาน และภาวะแทรกซ้อนลดลง ทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติและมีความผาสุกทางใจที่สูงขึ้น

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ องค์การอนามัยโรคได้ให้ความหมายว่า สภาวะที่ร่างกายมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ปราศจากโรคและความพิการใด ๆ (WHO, 2012) การรับรู้ภาวะสุขภาพจึงเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมโดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าใจใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจและคิดว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง และหนีออกห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา (Rosenstock, 1974) การที่บุคคลเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้น มากน้อยเพียงใดตามการวินิจฉัยโรคของแพทย์พบว่า การรับรู้ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกเกี่ยวกับโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้ถูกต้องมากขึ้น เนื่องมาจากการได้รับคำสอน และคำแนะนำจากแพทย์ และพยาบาลจึงทำให้มี

ความเข้าใจ หรือการรับรู้ที่ถูกต้อง ทำให้บุคคลรับรู้และประเมินตนเองในด้านความรุนแรงของโรค ที่มีต่อร่างกายที่ถูกต้อง เมื่อบุคคลมีการรับรู้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และรับรู้ว่าเป็นโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนเอง รวมไปถึงความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยและอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ บุคคลเหล่านี้จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองและจะแสวงหาการป้องกันหรือการรักษาโรคดังกล่าว ที่จะดำรงรักษาสุขภาพ และหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย โดยทั่วไปของบุคคล การรับรู้จากสิ่งเร้าภายนอกเช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ สามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ จากการศึกษาการรับรู้แรงจูงใจทำให้ผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงมีความเอาใจใส่ต่อสุขภาพ และมีความตั้งใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำของ แพทย์ และพยาบาล ได้ดีขึ้น (สินินาฏ อนุสกุล, 2544)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลให้บุคคลนั้นมีแรงจูงใจที่ทำให้เกิดพฤติกรรมในทางบวก ทำให้มีการรับรู้ความผาสุกทางใจที่ สูงขึ้น โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ทำให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองในทางด้านลบ ทำให้ มีความผาสุกทางใจต่ำลง (Heidrich, 1993; Friedman, 1994; Ryff, 1995) นอกจากนี้ยังพบว่า การปฏิบัติตัวที่ดี ทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความผาสุกทางใจ (Wetzler & Ursano, 1988) จากการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .129$) เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัครที่รับรู้ว่าเป็นการรับรู้ภาวะ สุขภาพโดยรวมที่ดี จะรู้สึกว่าคุณมีความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม และรู้สึกว่า ชีวิตของตนเองมีจุดมุ่งหมาย และการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทาง ใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .401, p < .05$) (นารีรัตน์ เชื้อสูงเนิน, 2550) และนอกจากนี้ จากการศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีร่วมกับความเพียงพอของรายได้ ความเห็นคุณค่าในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถร่วมกันทำนายความผาสุก ทางใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัครได้ถึงร้อยละ 61.1 (ปรียวรรณ สุดจันทน์, 2552)

สรุปได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีจะช่วยพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจที่สูงขึ้น จะช่วยพัฒนาการรับรู้ของผู้สูงอายุให้มีความคิดเห็น ความรู้สึก และความเข้าใจต่อสุขภาพของ ตนเองโดยรวมทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นแรงจูงใจที่ทำให้เกิดพฤติกรรมในทางบวก เพื่อที่จะให้มีการรับรู้ความผาสุกทางใจที่ดีขึ้น

3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง หมายถึง การทำกิจวัตรประจำวันเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ เป็นกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่ต้องเกี่ยวกับบุคคลอื่นประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การเดินหรือการเคลื่อนที่นอกบ้าน การทำหรือเตรียมอาหาร/ หุงข้าว การทำความสะอาดบ้าน ภูบ้าน/ ซักรีดผ้า การทอนเงิน และการใช้บริการสาธารณะ เช่น รถเมล์ รถสองแถว ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูงจึงเป็นสิ่งที่ช่วยบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ที่ช่วยพัฒนาให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างอิสระ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และช่วยส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีทัศนคติที่ดี ทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขทางใจที่ดีขึ้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2542)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูงทำให้บุคคลนั้นมีความพึงพอใจที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างอิสระ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และช่วยส่งเสริมให้บุคคลนั้นมีทัศนคติที่ดี ทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขทางใจที่ดีขึ้น เช่นเดียวกับผู้สูงอายุโดยพบว่า ความสามารถในการทำกิจกรรมมีความสัมพันธ์ในการปรับตัวและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้ช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเอง และมีแรงจูงใจการทำกิจกรรมเพื่อบำรุงรักษาตนเอง และการทำงานแล้ว การทำกิจกรรมในเวลาว่างยังเป็นการให้รางวัลแก่ตนเองทำให้มีความสุขทางใจมากขึ้น เช่นเดียวกับ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ทำให้มีรูปแบบการดำรงชีวิตดีขึ้นในผู้สูงอายุเกิน 100 ปี จังหวัดชลบุรี (สมโภชน์ อนุชชุ และกชกร สังขชาติ, 2548) นอกจากนี้ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดี ทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข (ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุรี ชันชรักขวงส์, 2549) โดยพบว่า การส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขทางใจกับสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย อยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .553, p < 0.1$) (ปัญญาภัทร ภัทรกัณทากุล, 2544) นอกจากนี้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูงสามารถทำนายความสุขทางใจของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองอุดรดิศต์ จังหวัดอุดรดิศต์ ได้ร้อยละ 11.9 ($R^2 = .119, p > .001$) (อมสิน ศิลสังวรรณ, 2555)

สรุปได้ว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง จะช่วยพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความสุขทางใจที่สูงขึ้น จะช่วยพัฒนาการรับรู้ของผู้สูงอายุให้มีความสามารถในการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดี ทำให้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขทางใจที่ดีขึ้น

4. การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด (Bandura, 1986) การมีประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จมาก่อนเป็นตรงที่ทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่น รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกับที่เคยพบมาก่อนจะทำให้สามารถจัดการสถานการณ์นั้น ๆ ได้สำเร็จมากขึ้น ทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลเคยพบความล้มเหลวในการเผชิญกับสถานการณ์นั้น ๆ มาก่อนจะแสดงออกถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำ การรับรู้ความสามารถของตนเองทำให้มีโอกาสพัฒนาได้ถ้าได้รับการส่งเสริมให้มีการฝึกฝนทักษะเพียงพร้อมกับการได้รับแรงเสริม ทำให้รับรู้ว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำได้เช่นกัน เมื่อบุคคลประเมินว่าตนมีความสามารถสูงเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือสถานการณ์ที่ต้องเผชิญและพฤติกรรมนั้น ไม่ยากเกินกำลังความสามารถของตนจะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ด้วยความอดทน อุสาหะและไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่าง ๆ (Bandura, 1997) นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังแสดงให้เห็นว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับต่ำมีความเกี่ยวข้องกับความทุกข์ ทางจิตใจ อารมณ์เชิงลบ และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมความผิดปกติในผู้ป่วยเรื้อรัง (Wu, Tang, & Kwok, 2004) เช่นเดียวกับผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถในตนเองที่สูงจะส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดีสูง และการมองโลกในแง่ดีที่สูง จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่สูงด้วย การรับรู้ความสามารถของตนเองจึงเป็นตัวกำหนดการตัดสินใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าผู้สูงอายุตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถก็จะกระทำกิจกรรมนั้นส่งผลให้เกิดการมองโลกในแง่ดี (อะเคื่อ กุลประสูติติก, โสภณา จิรวงศ์สุนทรณ์, ณัฐวดี จิตรมานะศักดิ์ และคุณณี สุภวรรธนะกุล, 2557)

สรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการส่งเสริมกระบวนการคิดเชิงบวกต่อตนเองในการตัดสินใจถึงระดับความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นเป็นแรงเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณมีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง มีความคิด และมีเป้าหมายในชีวิตในการดำเนินชีวิตที่เป็นอิสระและสามารถควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อความกลัวและความวิตกกังวลให้ลดน้อยลงเมื่อพบเหตุการณ์เช่นเดิมอีกทำให้มีความสุขทางใจที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยหรือมีโรคเรื้อรังสามารถเป็นผู้มีภาวะสุขภาพที่ดีได้ หากมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในทางบวกว่าตนเองยังคงมีความสามารถในการทำงานหรือในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และจะพยายามแสดงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความเพียรพยายาม และอดทนในการดำเนินชีวิต (Wagnild & Young, 1990) ผู้ป่วย

ไต่ถามเรื่องราวระยะท้ายที่ได้รับการจัดของเสียทางเชื่อมช่องท้องอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น และผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ความผาสุกทั้งในปัจจุบันและอนาคตและเป็นตัวทำนายความผาสุก ทางใจที่ดี (สนธยา พิชัยกุล, 2533, เกศรินทร์ ศรีสง่า, 2534) เช่นเดียวการศึกษาของ บุญศรี นุเกตุ (2541) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงโดยทั่วไปไม่มี พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดีและการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง ($r = .42$, $p < .001$)

สรุปได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง จะช่วยพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจ ที่สูงขึ้น จะช่วยผู้สูงอายุในการตัดสินใจถึงระดับความสามารถของตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นใน ตนเอง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ทำให้สามารถควบคุมโรคหรือความรุนแรงของโรค ได้ รวมทั้งยังสามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามต้องการ ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกที่ดีต่อ ตนเอง และสิ่งแวดล้อมมีความพึงพอใจ มีจุดมุ่งหมายในชีวิต ส่งผลให้มีความผาสุกทางใจที่ดี นั้นเอง

5. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ที่เกิดจาก การทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคมในการให้ความรัก ความผูกพัน ทำให้บุคคลรู้สึก อบอุ่น ปลอดภัย เป็นการช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความมีคุณค่าใน ตนเองและเอื้อประโยชน์แก่ผู้อื่น (Brandt & Weinert, 1985) การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัย สำคัญในการดำเนินชีวิตของบุคคล เนื่องจากมนุษย์มีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องการการพึ่งพาอาศัย ซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะในครอบครัวที่บุคคลมีการเจ็บป่วย การพึ่งพาอาศัยกันเป็นการสนับสนุน ทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัยจึงจำเป็นที่จะต้องมีการสนับสนุนทาง สังคมจากครอบครัวนี้เองจะช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดี (เกรียงไกร ก่อเกิด, 2551)

การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญในการช่วยเสริมสร้างให้บุคคลมี ความสามารถในการปรับตัวที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี หรือช่วยเหลือตนเองได้อย่าง จำกัด เมื่อได้รับการช่วยเหลือทางด้านสุขภาพที่ดี จะนำไปสู่การปรับตัวที่เหมาะสมและมีภาวะ สุขภาพจิตที่ดีต่อไป การได้รับการสนับสนุนด้านความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนมทำให้บุคคลรู้สึกว่าเขา เป็นที่รักและได้รับการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับจากคนใกล้ชิด จะเกิดความรู้สึกปลอดภัย และอบอุ่น ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้เกิดความรู้สึกว่าเหวหรือ โดดเดี่ยว นอกจากนี้ การได้มีโอกาสเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นทำให้บุคคลนั้นเกิดความรับผิดชอบรู้สึกว่าเขา ตนเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและ พึ่งพาอาศัยหากขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลนั้น

เกิดความรู้สึกที่ชีวิตนี้ไร้ค่า นอกจากนี้การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งบุคคลที่มีโอกาสได้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมทำให้มีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนกันในด้านความคิด กำลังทรัพย์ และกำลังคนตามโอกาสอันสมควร รวมทั้งมีความห่วงใย ความเข้าใจซึ่งกันและกัน ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม ขาดเพื่อน ขาดผู้เห็นอกเห็นใจ ขาดที่ปรึกษา และเป็นผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ชีวิตน่าเบื่อหน่าย นอกจากนี้การรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับนับถือ ถ้าขาดการสนับสนุน ชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าขาดความเชื่อมั่นหรือไร้ประโยชน์ นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในการเป็นมิตรที่ดี เป็นการสนับสนุนที่ได้จากครอบครัวหรือเครือญาติ ซึ่งมีความคาดหวังว่าได้รับความช่วยเหลือ ได้รับความห่วงใยซึ่งกัน และกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดการสนับสนุน ชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง และการได้รับการชี้แนะ ความช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนเองศรัทธาและเชื่อมั่นเมื่อต้องเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤติ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการแสดงออกถึงความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ต่อความต้องการที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในสังคม มีความผูกพันใกล้ชิด เอาใจใส่ มีการแสดงออกถึงการยอมรับนับถือ รู้สึกเห็นคุณค่า การที่ผู้สูงอายุมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อบุคคลอื่น และได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง หรือด้านอื่น ๆ เป็นสิ่งที่ช่วยพัฒนาการรับรู้ของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคลที่ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้ความเครียดลดลง และสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมมีสุขภาพที่ดีและเกิดความผาสุกทางใจได้สูงขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุให้ได้รับความรู้ ทราบข้อมูลสารที่ทันต่อเหตุการณ์ทำให้มีความภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความสนุกสนาน ความเพลิดเพลิน จากการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดี ส่งผลให้เกิดความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานเป็นอย่างดี ทั้งด้านความรัก ความห่วงใย ให้กำลังใจ ให้ความเคารพนับถือ รวมทั้งได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับบุตรหลานและคนในสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว่าโดดเดี่ยว ผู้สูงอายุจะมีความมั่นคงทางจิตใจมีความหวังและกำลังใจที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น และสามารถยอมรับกับสภาพความมีอายุได้ รวมทั้งรู้สึกว่าตนเองมีค่า และมีความสำคัญสำหรับลูกหลาน เมื่อยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ ผู้สูงอายุก็สามารถรับรู้ได้ว่าตนมีคุณภาพชีวิตที่ดี (พรสุวรรณ จารุพันธ์, 2547) เช่นเดียวกับการศึกษาสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงราย ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับความผาสุกทางใจอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .553, p < .01$) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิตของตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอและเหมาะสม จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น โดยจะช่วยลดความเครียด และทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุช่วยให้มีสุขภาพดีและเกิดความผาสุกทางใจได้ นอกจากนี้การที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์อย่างเพียงพอ จะช่วยลดความเครียด ความทุกข์ใจ ทำให้มีพฤติกรรมอนามัยดีและเหมาะสมสามารถปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตของตนเองได้ ก่อให้เกิดความสุข ความพึงพอใจในแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ และมีอิทธิพลทางตรงเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตบางเขน จังหวัดกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .265, p < .001$) (อะเคื่อ กุลประสูติติก และคณะ, 2557) และการสนับสนุนทางสังคมยังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสามารถร่วมทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่ได้ถึงร้อยละ 64.99 ($R^2 = .731, p < .001$) (ปริยาภรณ์ ตั้งเพียร, 2551)

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจที่สูงขึ้น จะช่วยผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ช่วยลดความเครียดในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ทำให้ได้รับรู้ถึงความรัก การดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานเป็นอย่างดี บุตรหลานให้ความเคารพนับถือ รวมทั้งได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับบุตรหลานและคนในสังคม ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีความมั่นคงทางจิตใจ มีความหวังและกำลังใจที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น และสามารถนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ ทำให้มีความผาสุกทางใจเพิ่มมากขึ้นตามอัตราภาพกับสังคมผู้สูงอายุต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป มีจำนวนทั้งหมด 19,144 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ, 2558)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. มีสัญชาติไทย
2. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (1970) กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ดังนี้

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดของประชากร

e คือ ระดับความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 คือ ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2 = 3.841$)

P คือ สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด $p = 0.5$)

จากการคำนวณสูตรของ Krejcie and Morgan (1970) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 377 ราย ดังนั้นเพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูลและเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกอย่างน้อยร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 431 ราย

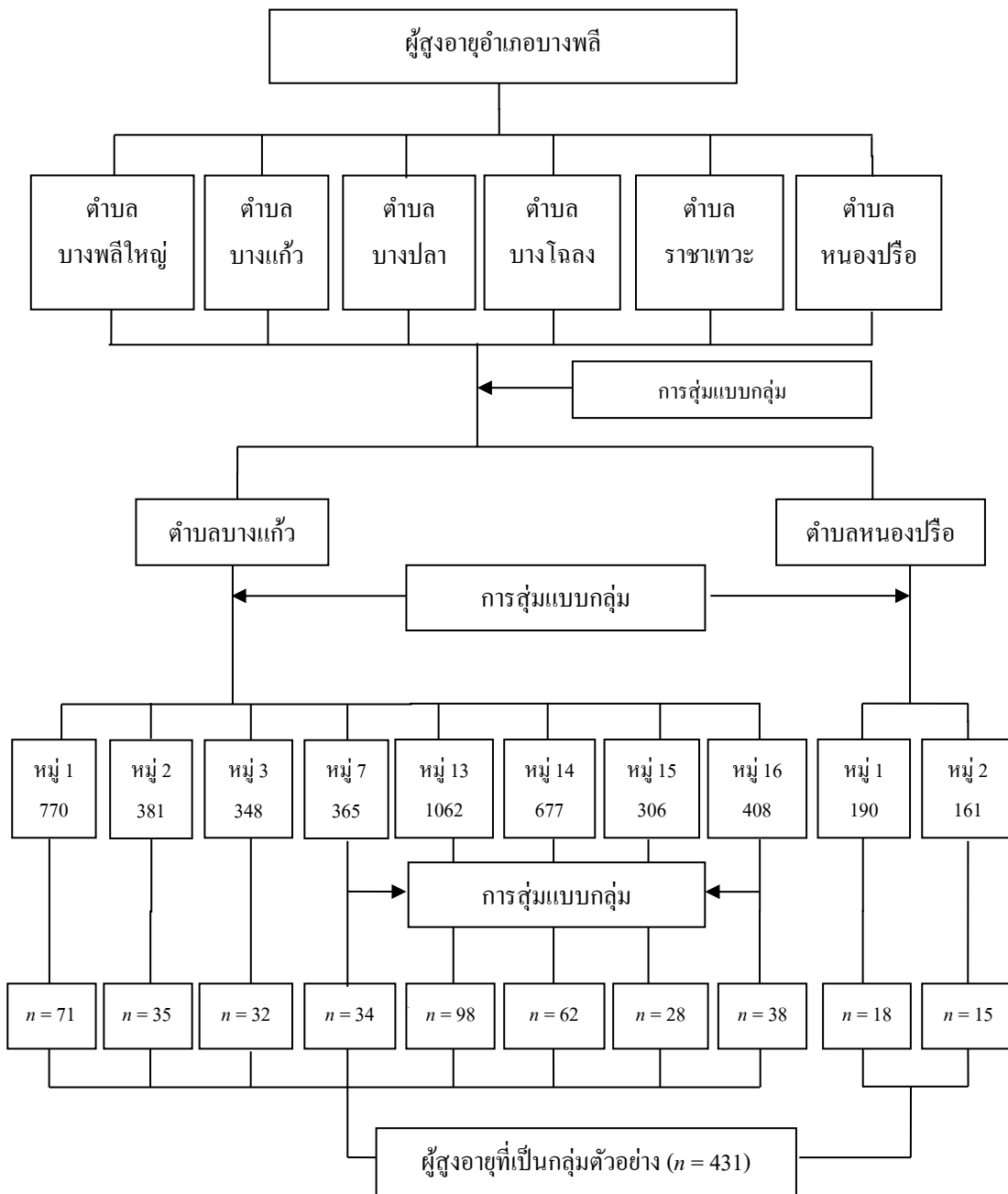
การสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน(Multi-stage random sampling) ดังนี้

1. การสุ่มเลือกตำบลเพื่อเป็นตัวแทนในเขตอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยเขียนชื่อตำบลทั้ง 6 ตำบลใส่กล่องเพื่อสุ่มเลือกกลุ่มตำบล ได้แก่ ตำบลหนองปรือ ตำบลบางพลีใหญ่ ตำบลบางแก้ว ตำบลบางปลา ตำบลบางโฉลง และตำบลราชาเทวะ สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) จำนวน 2 ตำบล ประกอบด้วย ตำบลบางแก้ว และตำบลหนองปรือ

2. การสุ่มเลือกหมู่บ้านเพื่อเป็นตัวแทนของแต่ละตำบล โดยเขียนชื่อหมู่บ้านแยกเป็นรายตำบลใส่กล่องเพื่อสุ่มเลือกหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างใช้สัดส่วน 1: 1 สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) ได้แก่ ตำบลบางแก้ว จำนวน 16 หมู่บ้าน สุ่มได้หมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 หมู่บ้าน และตำบลหนองปรือ จำนวน 3 หมู่บ้าน สุ่มได้หมู่บ้านกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 หมู่บ้าน รวมสุ่มหมู่บ้านกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 10 หมู่บ้าน ประกอบด้วย ตำบลหนองปรือ จำนวน 2 หมู่บ้าน และตำบลบางแก้ว จำนวน 8 หมู่บ้าน

3. การสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุแยกรายหมู่บ้านเพื่อเป็นตัวแทนของแต่ละหมู่บ้าน จำนวน 10 หมู่บ้าน จากฐานข้อมูลโปรแกรม HosXp PCU และ MyPCU ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเขียนชื่อ-นามสกุล และ HN ใส่กล่องเพื่อสุ่มเลือกเป็นตัวแทนผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุตำบลหนองปรือ จำนวน 2 หมู่บ้าน มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดเท่ากับ 351 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุหมู่ 1 และหมู่ 2 มีจำนวนผู้สูงอายุแยกรายหมู่บ้านทั้งหมดเท่ากับ 190 และ 161 คน ตามลำดับ ผู้สูงอายุตำบลบางแก้ว จำนวน 8 หมู่บ้าน มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดเท่ากับ 4,317 คน ได้แก่ ผู้สูงอายุหมู่ 1, 2, 3, 7, 13, 14, 15 และ 16 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดแยกรายหมู่บ้านเท่ากับ 770, 381, 348, 365, 1062, 677, 306 และ 408 คน ตามลำดับ คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยคิดตามสัดส่วนของแต่ละหมู่บ้าน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple sampling random) โดยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) โดยคิดค่าตามสัดส่วนของผู้สูงอายุตำบลบางแก้ว และตำบลหนองปรือ แยกรายหมู่บ้าน ดังนี้



ภาพที่ 2 การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรสสถานภาพการอยู่อาศัย ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามจำนวนโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามจำนวนโรคเรื้อรัง พัฒนาโดย Hengudomsab (2004) ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่เป็น โดยให้ผู้สูงอายุใส่เครื่องหมายลงในช่องว่างว่ามีหรือไม่มีโรคเรื้อรัง (Chronic health problems) ที่ระบุไว้ในแบบสอบถามจำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ พัฒนาโดย Mossy and Shapiro (1982) แปลโดย วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบวัดผู้สูงอายุเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองในปัจจุบัน มีเพียงหนึ่งข้อคำถามโดยให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพตามความคิดเห็นหรือความรู้สึกโดยทั่วไปว่าภาวะสุขภาพอยู่ในระดับใด ได้แก่ อ่อนแอ (1 คะแนน) ไม่แข็งแรง (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) แข็งแรง (4 คะแนน) แข็งแรงมาก (5 คะแนน) แบบวัดนี้ได้มีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย (กาญจนา ไทยเจริญ, 2543; วันดี แยมจันทร์ฉาย, 2538, Hengudomsab, 2004)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง พัฒนาโดย Mahoney and Barthel (1965) โดยใช้แบบประเมินดัชนีจุฬาเอ ดี แอล (Chula ADL index [CAI]) แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2542) ลักษณะของข้อคำถามเป็นการวัดระดับความเป็นอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดำรงชีวิต โดยเป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง (ทำได้ถูกต้อง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบหรือถามว่าสามารถทำได้หรือไม่ โดยทั่วไปเป็นการสอบถามถึงกิจที่ปฏิบัติในระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ ได้แก่ การเดินออกจากบ้าน การทำความสะอาดบ้าน การซักรีดเสื้อผ้า การทอนเงินแลกเงิน การใช้ขนส่งสาธารณะ และการประกอบอาหาร จำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ ลักษณะคำตอบมีให้เลือกตอบตั้งแต่ ทำไม่ได้ (0 คะแนน) สามารถปฏิบัติกิจวัตรได้อย่างมีอิสระ (1-3 คะแนน)

แบบสอบถามทั้งฉบับมีคะแนนรวมระหว่าง 0-9 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง ภาระพึ่งพาทั้งหมด คะแนนสูงหมายถึง ดำรงชีวิตอย่างอิสระในชุมชน

แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่า (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ .78 และนำไปทดสอบความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุ จำนวน

30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .93 (ออมสิน ศิลสังวรรณ, 2555)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง พัฒนาโดย Jerusalem and Schwarzer (1992) แปลเป็นภาษาไทยโดย วาทีณี สุขมาก และคณะ (2545) ลักษณะของข้อคำถามเป็นการประเมินการรับรู้ความสามารถของผู้สูงอายุที่มีลักษณะที่เฉพาะพฤติกรรม ความเชื่อมั่นหรือความมั่นใจ ความคาดหวังในผลที่เกิดขึ้นก่อนการกระทำพฤติกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีให้เลือกตอบตั้งแต่ไม่เป็นความจริง (1 คะแนน) ไปจนถึง จริงมากที่สุด (4 คะแนน)

แบบสอบถามทั้งฉบับมีคะแนนรวมระหว่าง 10-40 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ความสามารถของตนเองสูง

แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษและภาษาไทย 2 ท่าน แปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษและมีการนำมาใช้กับผู้ติดสารเสพติดจำนวน 103 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .84 (วาทีณี สุขมาก และคณะ, 2545)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (Personal Resource Questionnaire: PRQ 2000) ส่วนที่ 2 (PRQ 2) พัฒนาโดย Weinert (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย ประภาศรี ท่งมีผล (2548) ลักษณะของข้อคำถามเป็นการประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของบุคคล จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านการได้รับความรักความผูกพัน ด้านการรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง ด้านการได้ช่วยเหลือเอื้อประโยชน์ต่อบุคคลอื่น และด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ มีให้เลือกตอบตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (7 คะแนน)

แบบสอบถามทั้งฉบับมีคะแนนรวมระหว่าง 15-105 คะแนน คะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง

แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษและภาษาไทย 2 ท่าน แปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษแล้วนำไปแก้ไขปรับปรุงแบบวัดจนได้ความหมายที่ตรงกันและนำไปใช้ในงานวิจัยศึกษาทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแลการสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .95 (อรวรรณ วรรณชาติ, 2550)

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความผาสุกทางใจ พัฒนาโดย Ryff and Keyes (1995) แปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงแบบสอบถามโดย ปิยะกมล วิจิตรศิริ (2555) ลักษณะของข้อคำถามเป็นการ

ประเมินการรับรู้ ความพึงพอใจ การมีความสุขกับชีวิตในผู้สูงอายุ ตามแนวคิด Ryff and Keyes (1995) ที่มองความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ ด้านการยอมรับตนเอง ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านความสามารถในการควบคุม จัดการสิ่งแวดล้อม ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ด้านความเจริญงอกงามของบุคคล มีข้อคำถาม ทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ มีข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ มีให้เลือกตอบตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไปจนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) ข้อคำถามทางลบ (Reverse item) อยู่ทั้งหมด 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 6, 8, 12, 13, 15 และ 18 ข้อคำถามเหล่านี้จะได้รับการกลับค่าคะแนนไปในทางตรงข้าม

เกณฑ์การแปลความหมายความผาสุกทางใจรายด้าน

เนื่องจากข้อคำถามความผาสุกทางใจรายด้าน มีจำนวนข้อคำถามด้านละ 3 ข้อ คะแนนต่ำสุด คือ 3 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 12 คะแนน แปลความหมายความผาสุกทางใจรายด้าน ดังนี้

คะแนน	ระดับความผาสุกทางใจรายด้าน
3.00-6.00	ต่ำ
6.01-9.00	ปานกลาง
9.01-12.00	สูง

แบบสอบถามทั้งฉบับมีคะแนนรวมระหว่าง 18-72 คะแนน ถ้าคะแนนต่ำ หมายถึง การรับรู้ความผาสุกทางใจต่ำ คะแนนสูง หมายถึง การรับรู้ความผาสุกทางใจสูง นอกจากนี้ยังสามารถแบ่งคะแนนความผาสุกทางใจได้ดังนี้ โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความผาสุกทางใจระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ดังนี้

18-36 คะแนน	หมายถึง มีความผาสุกทางใจในระดับต่ำ
37-54 คะแนน	หมายถึง มีความผาสุกทางใจระดับปานกลาง
55-72 คะแนน	หมายถึง มีความผาสุกทางใจระดับสูง

แบบสอบถามฉบับนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และนำไปทดสอบความเที่ยงกับผู้สูงอายุไทยจำนวน 30 ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .89 (ปิยะกมล วิจิตรศิริ, 2555)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

แบบสอบถามที่ใช้ทั้งหมดในงานวิจัยนี้ได้แก่ แบบสอบถามจำนวนโรคเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางใจ ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และได้มีการนำไปใช้ในงานวิจัยในผู้สูงอายุไทยมาก่อนหน้านี้แล้ว ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดดังกล่าวมาใช้โดยไม่ได้มีการดัดแปลงใด ๆ จึงจะไม่นำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางใจไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่น โดยทำการทดสอบกับผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลุด ตำบลบางแก้ว อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้วิธี Cronbach's alpha coefficient แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูงมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .88 และแบบสอบถามความผาสุกทางใจมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนโดยคำนึงถึงคุณธรรมและจริยธรรมในการทำวิจัย ตลอดจนปกป้องสิทธิผู้ป่วย คุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน โดยเริ่มตั้งแต่ก่อนวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา หลังผ่านการอนุมัติแล้วจึงทำการวิจัยในขั้นตอนการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยแนะนำตัว และชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจและชัดเจน มีรายละเอียดเป็นลายลักษณ์อักษรในการสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และสุดท้ายผลของการศึกษานี้จะใช้สำหรับวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น ข้อมูลต่าง ๆ จะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยสู่สาธารณชน หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามและยินดีตอบข้อสงสัยได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม กรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กับผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุมัติการทำวิจัย หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยจึงจะดำเนินการ ดังนี้
2. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งได้รับการอนุมัติในการจัดทำวิทยานิพนธ์ และนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ แสดงความจำนงขออนุญาตดำเนินการวิจัยลงนามโดยคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้ว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสลด ตำบลบางแก้ว เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ
3. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการใช้แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเองทั้งหมด
4. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุจากฐานข้อมูลประชากร ระบบบัญชี 1 ใน HosXp PCU หรือ MyPCU ร่วมกับเจ้าหน้าที่งานคอมพิวเตอร์ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด
5. นำรายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด มาทำสลากเพื่อทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนที่ระบุไว้
6. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุในวันประชุมประจำเดือนของผู้สูงอายุ ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 3 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และแจ้งสิทธิการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยมีการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่กับผู้สูงอายุเพื่อเข้ามาเก็บรวบรวมข้อมูลในอีก 1 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สะดวกมาตามสถานที่นัดหมายผู้วิจัยได้ติดต่อประสานงานในการนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ผ่านกับเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขทั้ง 3 แห่ง เพื่อลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ที่ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่ตามวันนัดหมาย
7. ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกครั้งก่อนเริ่มทำแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูล จากนั้นจัดให้ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยอยู่ในสถานที่สงบและมีความเป็นส่วนตัว และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามจากผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง

ฟังอย่างละเอียด เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจจึงเริ่มดำเนินการตอบแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล โดยใช้เวลา 30 นาที ในการตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางสายตาหรือการอ่าน หรือการเขียน ผู้วิจัยได้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังตามข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงข้อความใด ๆ ทั้งสิ้น ซึ่งในการวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องอ่านให้ฟังทั้งหมดจำนวน 40 ราย ใช้ระยะเวลา 40-50 นาทีต่อ 1 ราย มีกลุ่มตัวอย่างบางท่านไม่เข้าใจและมีข้อสงสัยในข้อคำถามบางข้อ ผู้วิจัยได้อธิบายเพื่อความกระจ่างในข้อคำถามนั้น ๆ อย่างเป็นมาตรฐานเหมือนกันหมดทุกรายจนเข้าใจ

8. เมื่อกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว และส่งแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามแล้วนำข้อมูลที่ได้ไปประมวลและวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

9. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ร่วมวิจัยในการให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คะแนนของจำนวนโรคเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจนำมาหาค่าความถี่ และร้อยละ
3. วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจ ได้แก่ จำนวนโรคเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise regression analysis) โดยทำการทดสอบข้อตกลงของการใช้สถิตินี้ก่อน กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ไว้ที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ โดยศึกษาในผู้สูงอายุในเขตอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ผลการวิจัยนำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตาราง โดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ความผาสุกทางใจของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 ลักษณะความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง ($n = 431$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน ($n = 431$)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	167	38.75
หญิง	264	61.25
อายุ (ปี)		
60-69 ปี	284	65.90
70-79 ปี	119	27.60
80 ปีขึ้นไป	28	6.50

$M = 68.33$, $SD = 63.09$, $Min = 60$ ปี, $Max = 94$ ปี

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน ($n = 431$)	ร้อยละ
ศาสนา		
พุทธ	420	97.40
อิสลาม	7	1.62
คริสต์	4	0.98
สถานภาพ		
สมรส	256	59.40
หม้าย	102	23.67
แยกกันอยู่	29	6.73
โสด	29	6.73
หย่า	15	3.48
สถานภาพการอยู่อาศัย		
อยู่กับครอบครัว	254	58.93
อยู่กับคู่สมรส	117	27.15
อยู่กับญาติ	31	7.19
อยู่ตามลำพัง	29	6.73
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	30	6.96
ประถมศึกษา	248	57.54
มัธยมศึกษา	90	20.90
อนุปริญญาตรี	30	7.00
ปริญญาตรี	29	6.70
สูงกว่าปริญญาตรี	4	.90
อาชีพ		
ไม่มีประกอบอาชีพ	327	75.90
ประกอบอาชีพ	104	24.10

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน ($n = 431$)	ร้อยละ
รายได้		
ต่ำกว่า 1,000 บาท	329	76.33
1,001-2,000 บาท	5	1.16
2,001-3,000 บาท	5	1.16
3,001-4,000 บาท	1	0.23
4,001-5,000 บาท	17	3.94
5,001 บาทขึ้นไป	74	17.17
$M = 2772.71$, $SD = 5695.42$, $Min = 600$ บาท, $Max = 60,000$ บาท		
แหล่งที่มาของรายได้		
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ	377	87.47
อยู่กับครอบครัว บุตร หลาน ญาติพี่น้อง	153	35.50
บุตร หลาน ญาติพี่น้องส่งเสีย	130	30.16
เงินสะสม เงินออม	99	22.97
เงินบำนาญบำนาญของตนเอง	32	7.42
เงินบำนาญบำนาญของกลุ่มสมรส	25	5.80
ความเพียงพอของรายได้		
พอใช้ ไม่เหลือเก็บ	247	57.31
พอใช้ เหลือเก็บ	149	34.57
ไม่พอใช้ มีหนี้	35	8.12
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิต	233	54.06
โรคปวดเมื่อย	208	48.26
โรคเบาหวาน	116	26.91
โรคข้ออักเสบ	94	21.81
โรคหัวใจ	55	12.76
โรคผื่นคัน	39	9.05
โรกระบบทางเดินหายใจ	27	6.26

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน ($n = 431$)	ร้อยละ
โรคกระเพาะ	24	5.57
โรคเก๊าท์	23	5.34
โรคหอบหืด	18	4.18
โรคนิวโมเนีย	4	.93
จำนวนโรคเรื้อรัง		
ไม่มีโรค	65	15.08
1 โรค	117	27.15
2 โรค	108	25.06
3 โรค	72	16.70
4 โรค	33	7.70
5 โรค	16	3.70
6 โรค	13	3.00
7 โรค	5	1.20
8 โรค	2	.20
$M = 2.06$, $SD = 1.62$, Min = 0 โรค, Max = 8 โรค		
การรับรู้ภาวะสุขภาพ		
อ่อนแอ	11	2.55
ไม่แข็งแรง	66	15.31
ปานกลาง	233	54.06
แข็งแรง	116	26.91
แข็งแรงมาก	5	1.16
$M = 3.09$, $SD = .75$, Min = 1, Max = 5		

จากตารางที่ 1 ผลการวิจัยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 431 ราย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.25 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.90 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.33 ปี ($SD = 6.31$) อยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 59.40 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 97.45 การศึกษาจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.54 อาศัยอยู่กับครอบครัว

บุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 58.93 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 79.50 แหล่งที่มาของรายได้ จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 87.47 ราย มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 76.33 ราย ได้เฉลี่ยเดือนละ 2,772.71 บาทต่อเดือน ($SD = 5695.42$) ค่าใช้จ่ายที่ได้รับเพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือนแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 57.00 โรคที่เจ็บป่วยมากที่สุด โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 54.06 ส่วนใหญ่เจ็บป่วยมีจำนวนโรคเรื้อรัง 1 โรคมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.15 และมีจำนวนโรคเรื้อรังเฉลี่ยแต่ละคนเท่ากับ 2.06 โรค ($SD = 1.62$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่มีสุขภาพปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.06 รองลงมา คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพแข็งแรง คิดเป็นร้อยละ 26.91 และรับรู้ภาวะสุขภาพแข็งแรงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.16 และผู้สูงอายุ มีภาวะสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 ($SD = .75$)

ส่วนที่ 2 ความผาสุกทางใจของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความผาสุกทางใจรายด้าน และระดับความผาสุกทางใจโดยรวม ($n = 431$)

ความผาสุกทางใจ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ
ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น	8.90	1.32	ปานกลาง
ด้านความเจริญงอกงามของบุคคล	8.83	1.26	ปานกลาง
ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม	8.57	.82	ปานกลาง
ด้านการยอมรับตนเอง	8.50	1.04	ปานกลาง
ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต	8.20	1.45	ปานกลาง
ความผาสุกทางใจโดยรวม	51.13	4.50	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางใจโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($M = 51.13, SD = 4.50$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางใจอยู่ในระดับปานกลาง โดยเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยสูงสุดดังนี้ ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น มีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางใจสูงสุดเท่ากับ ($M = 8.90, SD = 1.32$) รองลงมาคือ ด้านความเจริญงอกงามของบุคคลมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางใจเท่ากับ ($M = 8.83, SD = 1.26$) ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางใจเท่ากับ ($M = 8.57, SD = .82$) ด้านการยอมรับตนเองมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางใจเท่ากับ ($M = 8.50, SD = 1.04$) ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิต

ค่าเฉลี่ยความผาสุกทางใจเท่ากับ ($M = 8.20, SD = 1.45$) และด้านความเป็นตัวของตัวเองมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางใจน้อยที่สุดเท่ากับ ($M = 8.13, SD = 1.14$)

ส่วนที่ 3 ลักษณะความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 431$)

ปัจจัยทำนาย	Possible rang	Actual rang	<i>M</i>	<i>SD</i>
1. การสนับสนุนทางสังคม	15-105	76-105	78.23	13.20
2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	10-40	21-30	27.60	.58
3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง	0-9	7-9	8.98	.23

จากตารางที่ 3 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมมากที่สุดเท่ากับ 78.23 ($SD = 13.20$) รองลงมาคือ คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.60 ($SD = .58$) และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูงมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 8.98 ($SD = .23$)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของกลุ่มตัวอย่างของตัวแปรทั้งหมด ซึ่งได้แก่ จำนวนโรคเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ของสถิติพบว่า ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยพหุคูณดังต่อไปนี้

1. ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายแบบโค้งปกติ ทดสอบโดยพิจารณาจากการใช้กราฟ Scatter plot ที่พล็อตระหว่างค่า *ZPRED (ค่าพยากรณ์ที่ได้จากสมการแล้วแปลงเป็น Z-score) และค่า *RESID (ค่า Z-Score ของ error หรือส่วนต่างระหว่างค่าที่ประมาณการได้จากสมการ

ถดถอยและค่าจริง) พบว่ามีการแจกแจงแบบโค้งปกติ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทุกตัวเป็นเส้นตรง ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงกว่า .85
3. ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ของตัวแปรพยากรณ์ทุกตัวมีค่าคงที่กระจายบริเวณค่า 0 (Burns & Grove, 2005)
4. ไม่มี Autocorrelation ทดสอบโดยใช้สถิติ Durbin-Watson ได้ค่าเท่ากับ 1.8 (Garson, 2008)
5. ไม่มี Multivariate outliers ทดสอบโดยใช้กราฟ Scatter plot ระหว่างค่า Y (ค่าตัวแปรที่ทำนายได้จากสมการถดถอย) กับค่าความคลาดเคลื่อนจากการทำนาย (หรือกราฟที่พล็อตระหว่างค่ามาตรฐานของค่าทั้งสอง)

จะเห็นว่าตัวแปรทุกตัวเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จากนั้นจึงได้ทำการวิเคราะห์หาตัวทำนายด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยตัวแปรต้น ได้แก่ จำนวนโรคเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ตัวแปรตาม ได้แก่ ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำเสนอในรูปแบบดังแสดงในตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปรของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 431$)

ปัจจัยทำนาย	1	2	3	4	5	6
1. จำนวนโรคเรื้อรัง	1					
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	-.494**	1				
3. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง	-.113*	.436**	1			
4. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	-.153**	.311**	.325**	1		
5. การสนับสนุนทางสังคม	-.033	.219**	.263**	.182**	1	
6. ความผาสุกทางใจ	-.143**	.248**	.240**	.330**	.426**	1

* $p < .05$, ** $p < .001$

จากตารางที่ 4 ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .248, .240, .330$ และ $.426, p < .001$) ตามลำดับ และจำนวนโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.143, p < .001$)

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 431$)

ลำดับขั้นตัวพยากรณ์	R^2	R^2	b	$SE(b)$	β	t	p -value
<i>Chang</i>							
Constant			34.477	1.353		26.844	
1. การสนับสนุนทางสังคม	.182	.182	.121	.015	.358	8.160	.00
2. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.236	.051	.153	.035	.199	4.331	.00
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.240	.008	.574	.273	.096	2.106	.03

$R^2 = .240$; Adjust $R^2 = .240$; $F(3,427) = 44.977, p < .001$

จากตารางที่ 5 ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุมากที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .358, p < .001$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .199, p < .001$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($\beta = .096, p < .05$) ตามลำดับ โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 24 ($R^2 = .240, p < .001$)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว สามารถเขียนสมการที่ใช้แสดงการถดถอยในการทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุได้ ดังนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ ได้แก่

$$\begin{aligned} \text{ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ} &= 34.477 + 0.121 (\text{การสนับสนุนทางสังคม}) \\ &+ 0.153 (\text{การรับรู้ความสามารถของตนเอง}) \\ &+ 0.574 (\text{การรับรู้ภาวะสุขภาพ}) \end{aligned}$$

2. สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้แก่

$$\begin{aligned} \text{ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ} = & 0.358 Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}} + 0.199 Z_{\text{การรับรู้ความสามารถของตนเอง}} \\ & + 0.096 Z_{\text{การรับรู้ภาวะสุขภาพ}} \end{aligned}$$

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ได้แก่ จำนวนโรคเรื้อรัง การรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling) เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ในงานวิจัย และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในงานวิจัย จำนวน 431 ราย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามจำนวนโรคเรื้อรัง แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบสอบถามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความผาสุกทางใจ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือดังกล่าวไปวิเคราะห์หาความเที่ยงกับผู้สูงอายุตำบลบางแก้ว ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ .81, .88, .80 และ .80 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficients) และการวิเคราะห์สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise regression analysis)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 61.25 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.90 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.33 ปี ($SD = 6.31$) อยู่กับคู่สมรส คิดเป็นร้อยละ 59.40 นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 97.45 การศึกษาจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.54 อาศัยอยู่กับครอบครัว บุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 58.93 ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 75.90 แหล่งรายได้รายเดือนจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 87.47 ราย มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 76.33 มีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 2,772.71 บาทต่อเดือน ($SD = 5695.42$) ค่าใช้จ่ายที่ได้รับเพียงพอกับรายจ่าย

ในแต่ละเดือนแต่ไม่มีเงินเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 57.00 โรคที่เจ็บป่วยมากที่สุด โรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 54.06 ส่วนใหญ่เจ็บป่วยมีจำนวนโรคเรื้อรัง 1 โรคมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 27.15 และมีจำนวนโรคเรื้อรังเฉลี่ยแต่ละคนเท่ากับ 2.06 โรค ($SD = 1.62$) และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 54.06 ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 ($SD = .75$)

2. ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า จากตารางที่ 2

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางใจโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($M = 51.13$, $SD = 4.50$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางใจอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางใจสูงสุด ($M = 8.90$, $SD = 1.32$) รองลงมาคือ ด้านความเจริญงอกงามของบุคคลมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางใจ ($M = 8.83$, $SD = 1.26$) ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางใจ ($M = 8.57$, $SD = .82$) ด้านการยอมรับตนเองมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางใจ ($M = 8.50$, $SD = 1.04$) ด้านจุดมุ่งหมายในชีวิตค่าเฉลี่ยความผาสุกทางใจ ($M = 8.20$, $SD = 1.45$) และด้านความเป็นตัวของตัวเองมีค่าเฉลี่ยความผาสุกทางใจน้อยที่สุด ($M = 8.13$, $SD = 1.14$)

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 24 ($R^2 = .240$, $p < .001$)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาสามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในเขตอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการมีความผาสุกทางใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 51.13$, $SD = 4.50$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะกมล วิจิตรศิริ (2555) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดสารอด เขตราชบุรีบูรณะ กรุงเทพมหานคร มีความผาสุกทางใจอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65.90) เป็นผู้มีอายุเฉลี่ย 68 ปี ที่มีอายุค่อนข้างน้อยและพอช่วยเหลือตนเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้จึงทำให้มีความรู้สึกว่าตนเองไม่เป็นภาระต่อครอบครัวและมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง มองตัวเองในมุมบวก และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้น (สัญญา รักษาติ, 2548) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43.90 ซึ่งผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาค่อนข้างสูงจะมีพัฒนาความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองสามารถแก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม

และจะสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้มากกว่าผู้ที่ไม่เรียนหนังสือ โดยพบว่าผู้สูงอายุมีระดับการศึกษาสูงขึ้นก็มีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี, 2540) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 59.40 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ยังมีผู้ให้การสนับสนุน ดูแล หรือให้ความช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์ (2554) ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่จะมีความสุขในระดับปานกลาง ซึ่งจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้มีความสุขทางใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความความสุขทางใจของผู้สูงอายุในเขตอำเภอบางพลี จังหวัด

สมุทรปราการ ผลการศึกษาคั้งนี้พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมกันทำนายความสุขทางใจของผู้สูงอายุได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยสามารถร่วมกันทำนายความสุขทางใจของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 24 ($R^2 = .240, p < .001$) ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

2.1 การสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายความสุขทางใจของผู้สูงอายุได้ดีที่สุด โดยสามารถทำนายความสุขทางใจของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 35.80 ($\beta = .358, p < .001$) อธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากรู้สึกว่าการตนเองได้รับการยอมรับนับถือจากลูก หลาน ทำให้เกิดความเชื่อมั่นและมีความมั่นคง มีความเข้าใจกันระหว่างคนในครอบครัวมากขึ้น ในการได้เอื้อประโยชน์ต่อกันซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคลที่ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้ความเครียดลดลง และสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและมีสุขภาพที่ดีและเกิดความสุขทางใจที่สูงขึ้น (Weiss, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดา ทองวิเชียร (2550) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขทางใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .054, p < .05$) และการศึกษาของ พิศมัย สิโรตมรัตน์ (2553) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความความสุขทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี และสามารถทำนายความสุขทางใจของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 54.80 ($r = .628, p < .01$) และเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ ปิยะกมล วิจิตรศิริ (2555) ที่พบว่า การสนับสนุนจากทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความความสุขทางใจโดยรวมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วัดสารอด เขตราชบุรีบูรณะ กรุงเทพมหานคร ($r = .366, p < .01$) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความความสุขทางใจของผู้สูงอายุ

2.2 การรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถทำนายความสุขทางใจของผู้สูงอายุได้รองลงมาได้ร้อยละ 19.9 ($\beta = .199, p < .001$) อธิบายได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง

ก่อให้เกิดความผาสุกทางใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยมีโรคเรื้อรังหลายโรค จำเป็นต้องมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับที่สูง และมีเป้าหมายในชีวิตที่จะมีสุขภาพที่ดี ไม่มีโรคแทรกซ้อนหรือเกิดความพิการ ซึ่งต้องมีความอดทน ไม่ท้อถอย ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้มีความมั่นใจและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะดูแลและจัดการควบคุมภาวะสุขภาพด้วยตนเองได้ ทำให้สามารถควบคุมโรคได้ดีซึ่งได้จากประสบการณ์การเรียนรู้ที่ดีและมีความพยายามที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น ทำให้ไม่เกิดโรคแทรกซ้อนและมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดประโยชน์โดยต่อตนเอง (Bandura, 1986) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิศมัย ติโรตมรัตน์ (2553) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .503, p < .001$) และการศึกษาของ อะเคื่อ กุลประสูติดิกล และคณะ (2557) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .265, p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Karademas (2005) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนด้านการดูแลสุขภาพตนเองสามารถทำนายความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = 0.23, p < .001$) ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ

2.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ สามารถทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุเป็นอันดับสุดท้ายได้ร้อยละ 0.96 ($\beta = .096, p < .05$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพก่อให้เกิดความผาสุกทางใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยเป็นสิ่งที่ทำให้รู้สึกว่าคุณมีความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม และรู้สึกว่าชีวิตของตนเองมีจุดมุ่งหมาย ส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าคุณมีความผาสุกทางใจที่ดีขึ้น (Rosenstock, 1974) สอดคล้องกับการศึกษาของ นารีรัตน์ เชื้อสูงเนิน (2550) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .129$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรียารรณ สุดจันงค์ (2552) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .401, p < .05$) ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ

3. ปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุมี 2 ปัจจัย ได้แก่ จำนวน โรคเรื้อรัง และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

3.1 จำนวน โรคเรื้อรัง จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า จำนวนโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.143,$

$p > .001$) อาจเนื่องจากการกลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค แต่หากสามารถยอมรับและปรับตัวได้ อีกทั้งยังสามารถจัดการกับโรค อาการหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ก็จะมีผลทางใจได้เช่นกันซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ เข้าถึงบริการสุขภาพ และเป็นผู้สูงอายุวัยต้นจึงทำให้มีการปรับตัวสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ใกล้เคียงกับหนุ่มสาว และยังมีคู่สมรส บุตร หลานที่คอยให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของปิยะกมล วิจิตรศิริ (2555) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีความผลทางใจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจำนวนโรคเรื้อรังจึงไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความผลทางใจของผู้สูงอายุ

3.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นสูง จากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผลทางใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .240, p < .001$) อาจเนื่องจากการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้มีมากถึงร้อยละ 90 และยังคงสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ และยังมีกิจกรรมร่วมสังคม จึงทำให้สัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีความเข้าใจกันจึงทำให้รู้สึกว่าคุณค่าของตนเองยังคงมีความสามารถ และมีคุณค่า จึงทำให้มีความผลทางใจได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ดันติพิวัฒนสกุล และวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2554) ที่พบว่า ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นสูงไม่สามารถทำนายความผลทางใจของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นสูงจึงไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความผลทางใจของผู้สูงอายุ

จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความผลของผู้สูงอายุได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายความผลทางใจของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 24.00 ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 เหล่านี้มีความสำคัญช่วยส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ทำให้มีความมั่นคงทางด้านจิตและเศรษฐกิจ และยอมรับตนเองได้ดีขึ้น ให้มีความมั่นคงทางจิตใจ มีความหวังและกำลังใจที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความผลทางใจที่สูง เพื่อเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของประเทศและโลกต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล การวางแผน และการจัดทำรูปแบบโปรแกรมการสร้างความผลทางใจของผู้สูงอายุ โดยตระหนักถึงปัจจัยด้านการ

สนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สามารถปรับ ตัวยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุได้

2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการเรียนการสอนเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านกาสันับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยการเตรียมตัวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ การปรับตัว การคิดแก้ปัญหา การได้รับสวัสดิการ และผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถส่งเสริมให้เกิดความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ

2. ควรมีการศึกษาผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่อื่น ๆ ซึ่งจะได้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย เพื่อช่วยพัฒนาความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุให้สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล นักวิจัยสามารถนำข้อมูลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีตามช่วงวัยชีวิตผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

- กนกพร สุกคำวัง. (2540). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โรคข้อเสื่อม*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กมลพรรณ หอมนาน. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้สมรรถนะ
ในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546*.
เข้าถึงได้จาก http://www.moph.go.th/ops/oic/data/20131007131133_1_.pdf
- กาญจนา ไทยเจริญ. (2543). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์. (2554). *ปัจจัยทางชีวสังคมและบุคลิกภาพของคนไทยตามทฤษฎี
ห้องคี่ประกอบ*. *BU ACADEMIC REVIEW*, 10(1), 208-219.
- เกรียงไกร ก่อเกิด. (2551). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นเบาหวานในอำเภอเชียงกลาง จังหวัด
น่าน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เกศรินทร์ ศรีสง่า. (2534). *การดูแลตนเองและความผาสุกในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*.
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจมิกา ยามะรัต. (2527). *ความพึงพอใจในชีวิตของคนชรา: ศึกษากรณีข้าราชการบำนาญ
กระทรวงเกษตรและสหกรณ์*. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาและมานุษยวิทยามหาบัณฑิต,
สาขาวิชาสังคมวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จิตนภา นิมจินดา. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัด
นครปฐม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ
ชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, จันท์เพ็ญ แสงเทียนฉาย, ยูพิน อังสุโรจน์ และเบนิท อิงกาซอล-เดตัน.
(2543). *ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ: การศึกษาเชิงคุณภาพ*. *วารสารพุดชาวิทยาและ
เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*, 1(3), 21-28.

- จิราพร ทองดี, คาราวรรณ ร่องเมือง และฉันทนา นาคฉัตรีย์. (2555). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 88-89.
- ชินัน บุญเรืองรัตน์. (2551). *ความผาสุกทางจิตวิญญาณและความสุขของผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. (2540). *พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เดือนใจ ทองคำ. (2549). *พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในอำเภอตากฟ้า จังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ทิพรรัตน์ สุทธิพงษ์ และพรสุพรรณ จารุพันธ์. (2544). *รายงานการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดชัยนาท*. ชัยนาท: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจัยนาท.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล. (2554). ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(2), 103-116.
- ธาริน สุขอนันต์, สุภาวัลย์ จาริยะศิลป์, ทศนันท์ ทูมมานนท์ และปิรรัตน์ จิตรภักดี. (2554). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 41(3), 240-249.
- ธิดา ทองวิเชียร. (2550). *ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นารีรัตน์ เชื้อสูงเนิน. (2550). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพการปฏิบัติกิจกรรมการสนับสนุนจากครอบครัวกับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- บุญศรี นุเกตุ. (2541). *พฤติกรรมการดูแลตนเองและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประภาพร จินันท์ญา. (2536). *คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุคืนแดง*. วิทยานิพนธ์
 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาพร สุวรรณ และสวีน สุวรรณ. (2534). *พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา*
 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประภาศรี ท่งมีผล. (2548). *การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลและความเครียดของ*
มารดาเด็กออทิสติก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและ
 การพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปราณี กาญจนวรรณศรี. (2540). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
 มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริยาภรณ์ ตั้งเพียร. (2551). *การสนับสนุนทางสังคมการเห็นคุณค่าในตนเองกับคุณภาพชีวิตของ*
ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต,
 สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ปริยารวรรณ สุดจันงค์. (2552). *ปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม*
อาสาสมัคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์,
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปัญญาภัทร ภัทรกัณทากุล. (2544). *การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและความผาสุกทางใจของ*
ผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ,
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยะกมล วิจิตรศิริ. (2555). *ความเป็นปราชญ์ การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางใจของ*
ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวัดสารอด เขตราชวัตรบูรณะ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์
 วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตเวชชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- แผนพัฒนาจังหวัดสมุทรปราการ 4 ปี พ.ศ. 2557-2560. (2556). *ยุทธศาสตร์การพัฒนารัฐ*
สมุทรปราการ (พ.ศ. 2557-2560) ฉบับทบทวนใหม่ปี 2560. เข้าถึงได้จาก
[http://www.samutprakan.go.th/newweb/index.php?option=com_content&view=article
 &id=289:-4--2557-2560-2557&catid=6:2011-11-03-09-41-58](http://www.samutprakan.go.th/newweb/index.php?option=com_content&view=article&id=289:-4--2557-2560-2557&catid=6:2011-11-03-09-41-58).

- พรทิพย์ วงศ์วิเศษศิริกุล. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลสัมพันธ์สภาพระหว่าง
 คู่สมรส แรงสนับสนุนทางสังคมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองการปรับเปลี่ยนบทบาทเป็น
 มารดาทั้งอาการวิตกกังวลและซึมเศร้าภายหลังคลอดในมารดาที่มีบุตรคนแรก.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ธรณินทร์ กองสุข, ยุพดี ศิริวรรณ, อัจฉรา จรัสสิงห์, เนตรชนก บัวเล็ก,
 สตรีรัตน์ รุจิระชาคร และแก้วดา วิสวะบำรุงชัย. (2546). คุณภาพชีวิตและภาวะซึมเศร้า
 ของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2546. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พรสุวรรณ จารุพันธ์. (2547). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยบางประการ
 กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 10(3),
 223-235.
- พิศมัย สิโรตมรัตน์. (2553). ความว่าเหว การรับรู้ความสามารถตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและ
 ความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์
 มหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เพชรณิ สุวรรณมาลี, ลินจง โปธิบาล และกนกพร สุคำวัง. (2554). พฤติกรรมการดูแลตนเอง
 และความผาสุกของผู้สูงอายุโรคเบาหวานในแขวงสะหวันนะเขต ประเทศสาธารณรัฐ
 ประชาธิปไตยประชาชนลาว. พยาบาลสาร, 38(4), 37-49.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2553). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย
 พ.ศ. 2533. กรุงเทพฯ: ที คิว พี.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2555). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ:
 พงษ์พาณิชย์เจริญผล.
- รศรินทร์ เกรย์, วรชัย ทองไทย และเรวดี สุวรรณนพเก้า. (2553). ความสุขเป็นสากล. กรุงเทพฯ:
 จรัสนิทวงศ์การพิมพ์.
- รักษพล สนิทยา และวิราภรณ์ โพธิศิริ. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุใน
 จังหวัดน่าน. ใน การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ ครั้งที่ 3, 16-17 กุมภาพันธ์
 2554 (หน้า 55). กรุงเทพฯ: เดือนตุลา.
- ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุรี ชันธรัชวงษ์. (2549). สาระทบทวนการพยาบาลสุขภาพจิต
 และจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: จุฑาทอง.

- วนิดา ตันเจริญรัตน์. (2549). การพยาบาลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. ใน ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุรี
 ชันรัชกษวงค์ (บรรณาธิการ), *สาระทบทวนการพยาบาลผู้สูงอายุ* (หน้า 1-146).
 กรุงเทพฯ: จุฬาทอง.
- วรรณภา กุมารจันทร์. (2543). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
 มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันดี เข้มจันทร์ฉาย. (2538). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองการรับรู้สภาวะ
 สุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
 สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาทีณี สุขมาก, อัจฉรี ศิริสุนทร และประภาพร มีนา. (2545). ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามการ
 รับรู้ความสามารถในตนเอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 47(1), 31-37.
- วาสนา เกื้อนวงษ์. (2540). *พฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุใน
 กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิทมา ธรรมเจริญ. (2555). *อิทธิพลของปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่มีต่อความสุขของผู้สูงอายุ*.
 วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสถิติประยุกต์, คณะสถิติประยุกต์,
 สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- วิภาวรรณ ช่อม. (2538). *ภาระในการดูแล และความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้อง
 พึ่งพา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่,
 บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิลาวลัย รัตนา. (2552). *พฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต
 ผู้สูงอายุชมรม ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี*. สารนิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต,
 สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วิไลพร ขำวงษ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรรัตน์ ประทานวรปัญญา และจิตภา ศิริปัญญา. (2554). ปัจจัย
 ที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*,
 5(2), 32-40.
- ศรีเรือน แก้วกั้งवाल. (2545). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงอายุ เล่ม 2 วัยรุ่น-วัยสูงอายุ*. กรุงเทพฯ:
 โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ศิริพร วีระเกียรติ, โสภาน มุสิโก, บุญพา ณ นคร, เสาวภาปานเพชร และดวงวิพร พ่วงรอด. (2546). *คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของข้อมูลผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. เข้าถึงได้จาก <http://www.jvkk.go.th/researchnew/details.asp?code=547>
- ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี. (2540). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์. (2553). *รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเรื่อง ผู้สูงอายุและความห่วงใยดูแล*. รายงานวันที่ 12 เมษายน 2553. เข้าถึงจาก <http://nidapoll.nida.ac.th/main/index.php/th/poll-new/nidapoll-2553/117-7-2553>
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *การดูแลรักษาโรคของผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สนธยา พิชัยกุล. (2533). *ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้ความผาสุกในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการขจัดของเสียทางเยื่อบุช่องท้องอย่างต่อเนื่อง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจินต์ โฉมวัฒน์ชัย. (2539). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการขาดการตอบสนองความต้องการตามทฤษฎีของมาสโลว์ในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สมโภชน์ อเนกสุข และกชกร สังขชาติ. (2548). *รูปแบบการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุเกิน 100 ปี จังหวัดชลบุรี*. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 17(1), 95-97.
- สัญญา รักชาติ. (2548). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573*. เข้าถึงได้จาก <http://social.nesdb.go.th/social/Default.aspx?tabid=126&articleType=ArticleView&articleId=70>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2554). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583*. เข้าถึงได้จาก <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=395>

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรปราการ. (2558). *HDC-Report กลุ่มรายงานมาตรฐาน, ประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี เขตบริการสุขภาพที่ 6 จังหวัดสมุทรปราการปี 2558*. เข้าถึงได้จาก http://203.157.111.3/hdc/reports/report.php?source=formatted/pop_sex_age.php&cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0&id=710884bc8d16f755073cf194970b064a
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. 2558*. เข้าถึงได้จาก http://www.kaset-hospital.org/downloads/doc/kpi_update_30sep2014.pdf
- ลินินาฏ อนุสกุล. (2544). *ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่awang จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: โอลิสติก พับลิชชิง.*
- สุนันทา คุ่มเพชร. (2545). *อิทธิพลของพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง การมีส่วนร่วมในชุมชนและความต้องการบริการสวัสดิการสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.*
- สุพัตรา ศรีวนิชชากร. (2555). *การจัดการ โรคเรื้อรังในชุมชนเวทีเสวนา “ร่วมพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน” ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2554). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.moph.go.th/test/whoqol/2558>*
- อดุลย์ บัณทุกุล. (2557). *คู่มือโรคเรื้อรัง. เข้าถึงได้จาก http://subweb.pbpro.moph.go.th/blam/doc/NCD/_n_chronic_disease.pdf*
- อรวรรณ นำชื่น. (2541). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในชีวิตอันเกิดจากภาวะถดถอยจากสังคมและการร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุชาวพุทธ: ศึกษากรณีผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล. เข้าถึงได้จาก http://www.tnrr.in.th/2558/?page=result_search&record_id=284123*

- อรรณว วรรณชาติ. (2550). *ทักษะชีวิตตามการรับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อมลีน ศิลสังวรรณ. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อะเกื้อ กุลประสูติติก, โสภณา จีรวงศ์นุสรณ์, ณัฐวดี จิตรมานะศักดิ์ และคุณิ สุสุวรรณะกุล. (2557). การวิเคราะห์เส้นทางปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 8(2), 35-46.
- อัญชุลี ไชยวงศ์น้อย, พรชัย จุลเมตต์ และวาริ กังใจ. (2557). ผลของการดูแลแบบเอื้ออาทรของสแกนต่อการทำกิจวัตรประจำวันและความผาสุกของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. ใน *การประชุมสัมมนาทางวิชาการ มทร. ตะวันออก มรภ. กลุ่มศรีอยุธยา และราชนครินทร์วิชาการและวิจัย วันที่ 14-16 พฤษภาคม 2557* (หน้า 283-287). ชลบุรี: สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก.
- Badger, T. A. (1993). Physical health impairment and depression among older adults. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 327-330.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1985). *PRQ: Ppsychometric update*. Washington, D. C.: School of Nursing, University of Washington.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research conduct, critique, and utilization* (5th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Cantril, H. (1951). *Public opinion, 1935-1946*. New Jersey: University Press.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationship and health. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 3-20). New York: Oxford University Press.

- Collins, A. L., Goldman, N., & Rodriguez, G. (2008). Is positive well-being protective of mobility limitations among older adults?. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 63*, 321-327.
- Erikson, E. H. (1997). *The life cycle completed*. New York: W. W. Norton.
- Esberger, K. K., & Hoghes, S. T. (1989). *Nursing care of the aged*. Norwalk: Appleton and Lange.
- Friedman, M. M. (1994). The relationship of emotional and tangible support to psychology well-being among older woman with heart failure. *Research in Nursing and Health, 17*, 433-440.
- Garson, D. G. (2008). *Stat noted: Tropics in multivariate analysis*. Retrieved from <http://www2.chass.ncsu.edu/garson/pa765/statnote.htm>
- Heidrich, S. M. (1993). The relationship between physical health and well-being in elderly women: A developmental perspective. *Research in Nursing and Health, 16*, 123-130.
- Hengudomsub, P. (2004). *Psychological well-being in Thai older adults*. Doctoral dissertation, Nursing Science, Graduate Study, University of Wisconsin-Madison.
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1992). *Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes*. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195-213). Washington, D.C.: Hemisphere.
- Karademas, E. C. (2005). Self-efficacy, social support and well-being the mediating role of optimism. *Personality and Individual Differences, 40*, 1281-90.
- Khandelwal, S., Chowdhury, A. W., Regmai, S. K., Mendis, N., & Kittirattanapaiboon, P. (2001). *Conquering depression: You can get out of blue*. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South East Asia.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610.
- Lyyra, T., Tormakangus, T. M., Read, S., & Rantanen, T. (2006). Satisfaction with present life predicts survival in octogenarians. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 61*, 319-326.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal, 14*, 61-65.

- McDowell, J., & Newell, C. (1987). *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaire*. New York: Oxford University press.
- Mossy, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health, 72*, 800-808.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing concepts of practice* (4th ed.). St. Louis: Mosby-Year Book.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. In M. H. Becker (Ed.), *The health belief model and personal behavior* (pp. 27-59). New Jersey: Charles B. Slack.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Sciences, 4*(4), 99-104.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 719-727.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1990). Resilience among older women. *Journal of Nursing Scholarship, 22*, 252-255.
- Weinert, C. (2000). *PQR2000*. Retrieved from <http://www.montana.edu/cweinert/instruments/pqr2000.html>
- Weiss, R. W. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others* (pp. 17-26). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Wetzler, H. P., & Ursano, R. J. (1988). A positive association between physical health practices and psychological well-being. *The Journal of Nervous and Disease, 176*(5), 280-283.
- World Health Organization [WHO]. (2012). *Who definition of health*. Retrieved from <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- World Health Organization [WHO]. (2013). *Chronic diseases and health promotion*. Retrieved from http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part2_ch1/en/index1.html
- Wu, A. M., Tang, C. S., & Kwok, T. C. (2004). Self-efficacy, health locus of control, and psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses. *Aging & Mental Health, 8*(1), 21-8.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบสอบถามทั้งหมด 7 ฉบับ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามจำนวนโรคเรื้อรัง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความผาสุกทางใจ

แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย \surd ลงใน เพียง 1 คำตอบ ใน 1 ข้อ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เว้นไว้ให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน กรุณาตอบให้ครบทุกข้อคำถาม

1. เพศ

1. ชาย

2. หญิง

2. อายุ.....ปี

3. ศาสนา

1. พุทธ

2. อิสลาม

3. คริสต์

4. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

4. สถานภาพสมรส

1. โสด

2. สมรส

3. แยกกันอยู่

4. หม้าย

5. หย่า

6. อื่น ๆ (ระบุ).....

5. สถานภาพการอยู่อาศัย

1. อยู่ตามลำพัง

2. อยู่กับคู่สมรส

3. อยู่กับครอบครัว บุตร หลาน

4. อยู่กับญาติ

5. อื่น ๆ (ระบุ).....

6. ระดับการศึกษาสูงสุด

1. ไม่ได้เรียนหนังสือ

2. ประถมศึกษา

3. มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า

4. อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

5. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า

6. สูงกว่าปริญญาตรี

7. ในปัจจุบันนี้ผู้สูงอายุยังทำงานหรือไม่

1. ทำ โปรกระบืออาชีพ.....
2. ไม่ทำ

8. รายได้จากการทำงาน (เฉพาะที่ ตอบว่า ทำงาน ในข้อ 7).....บาท/ เดือน

9. ถ้าในข้อ 7 ตอบว่าได้ทำงาน ผู้สูงอายุดำรงชีพอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. เงินสะสม เงินออม
2. เงินบำเหน็จบำนาญของตนเอง
3. เงินบำเหน็จบำนาญของกลุ่ม สมรส
4. บุตรหลาน ญาติพี่น้องส่งเสีย
5. อยู่กับครอบครัว บุตรหลาน ญาติพี่น้อง
6. อื่น ๆ (ระบุ).....

10. ฐานะการเงินของท่าน เป็นอย่างไร

1. ไม่พอใช้ มีหนี้สิน (ยกเว้นหนี้ เพื่อการลงทุน)
2. พอใช้ แต่ไม่มี เหลือเก็บ
3. พอใช้และมีเหลือเก็บ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามจำนวนโรคเรื้อรัง (โรคที่ตรวจยืนยันโดยแพทย์)แบบสอบถามจำนวนโรคเรื้อรัง

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| 1. โรคเบาหวาน | <input type="checkbox"/> 0. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 1. มี |
| 2. โรคความดันโลหิตสูง | <input type="checkbox"/> 0. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 1. มี |
| 3. โรคหัวใจ | <input type="checkbox"/> 0. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 1. มี |
| 4. โรคข้ออักเสบ | <input type="checkbox"/> 0. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 1. มี |
| 5. โรคเก๊าท์ | <input type="checkbox"/> 0. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 1. มี |
| 6. โรคนิ่วในถุงน้ำดี | <input type="checkbox"/> 0. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 1. มี |
| 7. โรคผื่นคัน แผลเรื้อรัง ผิวหยาบ | <input type="checkbox"/> 0. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 1. มี |
| 8. โรคระบบทางเดินหายใจ | <input type="checkbox"/> 0. ไม่มี | <input type="checkbox"/> 1. มี |

9. หอบหืด 0. ไม่มี 1. มี
10. ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ/ไหล่/เอว 0. ไม่มี 1. มี
11. โรคกระเพาะ 0. ไม่มี 1. มี
12. อื่น ๆ โปรดระบุ..... 0. ไม่มี 1. มี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพจำนวน 1 ข้อ

1. ท่านคิดว่าสถานะสุขภาพของท่านอยู่ในระดับใด

1. อ่อนแอ
2. ไม่แข็งแรง
3. ปานกลาง
4. แข็งแรง
5. แข็งแรงมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเพื่อประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ถามผู้สูงอายุแต่ละข้อเกี่ยวกับกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำได้จริงและทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความตามที่คุณสูงอายุทำได้จริง (ในระยะ 1-2 สัปดาห์)

1. ท่านสามารถเดินออกไปนอกบ้าน หรือเคลื่อนที่ออกไปนอกบ้านได้โดยวิธี

0. เดินไม่ได้
1. ใช้รถเข็น และช่วยตัวเองได้ หรือต้องการคนประคอง 2 ข้าง
2. ต้องการคนช่วยพยุง หรือไปด้วยตลอด
3. เดินเองได้ (รวมทั้งที่ใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker)

2. ท่านสามารถทำหรือเตรียมอาหาร/ หุงข้าว

0. ทำไม่ได้
1. ต้องการคนช่วยในการทำ หรือจัดเตรียมบางอย่างไว้ให้ล่วงหน้า จึงจะทำได้
2. ทำได้เอง

3. ท่านสามารถทำความสะอาดบ้าน/ ซักรีดเสื้อผ้า
0. ทำไม่ได้/ ต้องมีคนช่วย
1. ทำได้เอง
4. ท่านสามารถทอนเงิน/ แลกเงิน
0. ทำไม่ได้/ ต้องมีคนช่วย
1. ทำได้เอง
5. ท่านสามารถใช้บริการสาธารณะ เช่น รถสามล้อ รถสองแถว รถเมล์
0. ไม่สามารถทำได้
1. ทำได้แต่ต้องมีคนช่วยดูแลไปด้วย
2. ไปมาเองได้

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วกาเครื่องหมาย \surd ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกรของท่านมากที่สุด

รายการ	จริง มาก ที่สุด (4)	จริง พอสมควร (3)	จริง เล็กน้อย (2)	ไม่เป็น ความจริง (1)
1. ท่านสามารถแก้ไขปัญหายาก ๆ ได้เสมอ				
2. ท่านสามารถจัดการกับสิ่งที่ต้องการได้ถึงแม้ผู้อื่น จะไม่เห็นด้วย				
3. ท่านสามารถทำสิ่งที่ท่านต้องการได้เสมอ				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

รายการ	จริง มาก ที่สุด (4)	จริง พอสมควร (3)	จริง เล็กน้อย (2)	ไม่เป็น ความจริง (1)
9. เมื่อมีอุปสรรคท่านสามารถคิดวิธีการแก้ปัญหาได้เสมอ				
10. ท่านสามารถจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้เป็นประจำไม่ว่าปัญหานั้นจะมาเป็นรูปแบบไหน				

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วกาเครื่องหมาย \surd ในช่องที่ตรงกับตัวของท่านมากที่สุดและกรุณาตอบให้ครบทุกข้อคำถาม

ข้อ	รายการ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1	ไม่เห็นด้วย 2	เห็นด้วยบางส่วน 3	ไม่เห็นใจ 4	เห็นด้วยบางส่วน 5	เห็นด้วย 6	เห็นด้วยอย่างยิ่ง 7
1.	ท่านมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ท่านรู้สึกปลอดภัย							
2.	ท่านรู้สึกว่าเป็นคนหนึ่งในกลุ่มที่มีความสำคัญ							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							

ข้อ	รายการ	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง 1	ไม่เห็น ด้วย 2	ไม่เห็น ด้วย บาง ส่วน 3	ไม่เห็น แน่ใจ 4	เห็น ด้วย บาง ส่วน 5	เห็น ด้วย 6	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง 7
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.	ท่านรู้สึกว่าจะเป็นที่ต้องการของ คนอื่น ๆ							

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความพอใจทางใจ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

รายการ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง 4	เห็นด้วย 3	ไม่เห็น ด้วย 2	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง 1
1. ในหลาย ๆ เรื่องของชีวิตที่ผ่านมาท่านยัง รู้สึกว่า ตนเองไม่ประสบความสำเร็จ				
2. เมื่อย้อนกลับไปดูชีวิตของตนเองที่ผ่านมา ท่านรู้สึกพอใจกับสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น				
3. ท่านพอใจในความเป็นตัวของตัวเอง				
4.				
5.				
6.				

รายการ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
	4	3	2	1
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17. ท่านคิดว่า ชีวิตคือ กระบวนการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลง และการเจริญงอกงาม				
18. ท่านเลิกที่จะพยายามปรับปรุงชีวิตของท่าน มานานแล้ว				

ภาคผนวก ข
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ

รหัสจริยธรรมการวิจัย 12-03-2558

ชื่อผู้วิจัย นางสาวยุพา ทองสุข

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านมีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยได้ กำหนดในการศึกษาครั้งนี้ คือ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่พักอาศัย อยู่ในอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ อย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจำนวน ผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 431 คน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2558

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ท่านจะได้รับฟังผู้วิจัยแนะนำตัว และแจ้งสิทธิการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจะจัดให้ท่านอยู่ในสถานที่สงบและมี ความเป็นส่วนตัว เพื่อให้ท่านทำแบบสอบถาม โดยมีผู้วิจัยนั่งอยู่บริเวณใกล้เคียงพร้อมให้คำแนะนำ หรือตอบคำถามข้อสงสัยเกี่ยวกับแบบสอบถาม และสำหรับผู้สูงอายุท่านใดที่มีปัญหาเรื่องการอ่าน แบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กับท่านเอง

ประโยชน์ที่จะได้รับ ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนในการส่งเสริม สนับสนุน และช่วยส่งเสริมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุต่อไป อย่างไรก็ตาม มีความเสี่ยงหรือความไม่สบายที่เกิดขึ้นจากการวิจัยได้แก่ ความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างในด้านจิตใจ และด้านสังคม เนื่องจาก ในการเข้าร่วมวิจัยต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที อาจทำให้ไม่สะดวกแก่ท่าน และอาจทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจเกี่ยวกับการที่เข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วม งานวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจะมีการจัดเตรียมสถานที่ที่สงบ มีความเป็นส่วนตัว เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสาร ระหว่างท่านกับผู้วิจัย และทำแบบสอบถาม โดยที่ท่านไม่รู้สึกรบกวนจากบุคคลอื่น และจะไม่มี การเปิดเผยข้อมูล

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมก็ตาม จะไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของท่านแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากท่านทั้งหมด ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และมีเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ผลการวิจัย หลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการวิเคราะห์ผลการวิจัย ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูล หลังจากผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว หากท่านยินดีจะเข้าร่วมในการวิจัย แล้วเกิดเปลี่ยนใจภายหลัง ท่านมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ทุกเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวยุพา ทองสุข หมายเลขโทรศัพท์ 084-165-9772 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุคมทรัพย์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102823

นางสาวยุพา ทองสุข

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่นเพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้

ภาคผนวก ค

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ

Factors Influencing Psychological Well-being among Older Adults

ชื่อนิสิต นางสาวยุพา ทองสุข

รหัสประจำตัวนิสิต 55920280

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 12 - 03 - 2558

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและหญิง จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 431 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแก้ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดสตูด และบ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ จังหวัดสมุทรปราการ

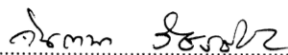
2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 24 เมษายน พ.ศ. 2559

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 24 เดือน เมษายน พ.ศ. 2558

ลงนาม..... 

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา