

ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

ณัฐกานต์ สำเนียงเสนาะ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

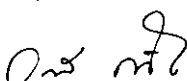
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

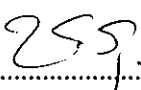
กรกฎาคม 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

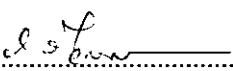
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ ญัฐกานต์ สำเนียงเสนาะ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

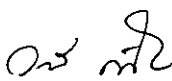
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

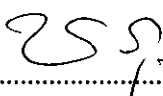

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)

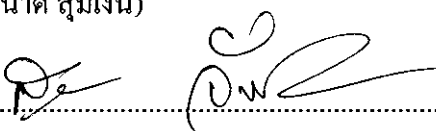

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ดร.ชมนาด สุ่มเงิน)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

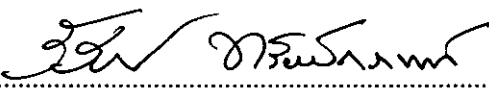

.....ประธาน
(ดร.รวิวรรณ เผ่ากัณหา)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารี กังใจ)


.....กรรมการ
(ดร.ชมนาด สุ่มเงิน)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ ของมหาวิทยาลัยบูรพา


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร ทรัพย์กรานนท์)

วันที่ 12 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2556

ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีจากความ กรุณาและการดูแลอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วาริ กังใจ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ ดร.ชมนาด สุ่มเงิน อาจารย์ที่ ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และตรวจสอบแก้ไขในส่วน ที่บกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง จึงขอกราบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบปากเปล่าทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ความรู้และ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้อง และสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ทุกท่านที่ได้ ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาการศึกษา และ ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ สหรัฐ เจตม โนรมย์ ที่ให้ความอนุเคราะห์เอกสารและคำแนะนำที่เป็น ประโยชน์

ขอขอบพระคุณนายกเทศมนตรีตำบลบางวัว นายกองค้การบริหารส่วนตำบลบางขวัญ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลบางขนาก นายกองค้การบริหารส่วนตำบลดอนทรายและนายก องค์กรบริหารส่วนตำบลคลองเขื่อน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางขวัญ ตำบล บางขนาก ตำบลดอนทราย และตำบลคลองเขื่อน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัคร สาธารณสุขทุกท่าน ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทราที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณา สละเวลาตอบแบบสัมภาษณ์ ทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีค่ายิ่งต่องานวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัวที่ให้การสนับสนุน ด้วยความ รัก และห่วงใยตลอดมา ขอขอบคุณ พี่ ๆ เพื่อน ๆ น้อง ๆ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม และ ผู้ที่เกี่ยวข้อง ทุกท่าน ซึ่งมิสามารถกล่าวชื่อได้ทั้งหมด ที่มีส่วนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาของ การทำวิทยานิพนธ์ คุณประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่ บุญการี บูรพาจารย์ ผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งทางธรรม ทางโลกทั้งอดีตและปัจจุบันที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็น ผู้มีความรู้และประสบความสำเร็จ ในการศึกษาในครั้งนี้

ณัฐกานต์ สำเนียงเสนาะ

49920828: สาขาวิชา: การพยาบาลผู้สูงอายุ; พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

คำสำคัญ: ความสุข/ ผู้สูงอายุ/ การสนับสนุนทางสังคม/ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ณัฐกานต์ ตำเนียงเสนาะ: ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา (FACTORS PREDICTING HAPPINESS AMONG COMMUNITY-DWELLING OLDER ADULTS, CHACHOENGSAO PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วารี กังใจ, พย.ค., ชมนาด สุ่มเงิน, Ph.D. 96 หน้า. ปี พ.ศ. 2556.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive Correlational Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ใช้แนวคิดความสุขของ Argyle and Martin (1991) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 200 คน ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือ ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความสุขในชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า ระดับความสุขของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($M = 4.86$, $SD = 0.56$) การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($r = .63, .61$ ตามลำดับ) โดยการสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถร่วมทำนายความสุขผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 54 ($R^2 = .54$) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ .01

จากการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ควรออกแบบการพยาบาลที่ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพื่อเพิ่มความสุขในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุให้ต่อเนื่อง และยั่งยืน

49920828: MAJOR: GERONTOLOGICAL NURSING; M.N.S. (GERONTOLOGICAL NURSING)

KEYWORDS: HAPPINESS/ OLDER ADULTS/ SOCIAL SUPPORT/ SELF-ESTEEM

NUTTHAGARN SUMNEANGSANOH: FACTORS PREDICTING HAPPINESS AMONG COMMUNITY-DWELLING OLDER ADULTS, CHACHOENGSAO PROVINCE.

ADVISORY COMMITTEE: WAREE KANGCHAI, D.N.S., CHOMMANARD SUMNGERN, Ph.D. 96 P. 2013.

This research was a predictive correlation study targeting to determine the predictive factors of the happiness among community-dwelling older adults. The happiness concept of Argyle and Martin (1991) was used as a framework of this study. Subjects were 200 community members aged 60 and older adults living in Chachoengsao province that were chosen by multi-stage sampling. Health perception assessment, self-esteem assessment, social support assessment, and The Oxford Happiness Questionnaire were used as tools, which OHQ was used among the others for data collection. Percentage, mean, standard deviation, correlation and multiple regressions were used for data analysis.

The results indicated that the older adults perceived their happiness as good ($M = 4.86$, $SD = 0.56$). Social support, self-esteem showed a correlation to happiness ($r = .63$, $.61$ respectively, $p < .01$). As well, the results showed that social support and self-esteem together could predict happiness with 54 % ($R^2 = .54$, $p < .01$).

The recommendations from this study suggest that nurses should concern about social support and self-esteem of the older persons in regard to design proper nursing intervention and/ or activities in order to promote the continuum of happiness among the community-dwelling older adults.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญภาพ.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุ.....	10
ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุ.....	23
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	39
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย.....	42
การเตรียมผู้ช่วยวิจัย.....	43
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	44
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	44
4 ผลการวิจัย.....	46
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	46
ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุ.....	51

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 สรุปและอภิปรายผล.....	53
สรุปผลการวิจัย.....	53
อภิปรายผลการวิจัย.....	54
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	57
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	57
บรรณานุกรม.....	58
ภาคผนวก.....	71
ภาคผนวก ก.....	72
ภาคผนวก ข.....	75
ภาคผนวก ค.....	78
ภาคผนวก ง.....	85
ภาคผนวก จ.....	87
ภาคผนวก ฉ.....	89
ภาคผนวก ช.....	91
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	96

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวน และร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ จำแนกตาม อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการมีโรคประจำตัว 46
2	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสุขของผู้สูงอายุ โดยรวมและรายข้อ .. 48
3	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีโรคประจำตัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอของรายได้ กับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา..... 50
4	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองกับความสุขของผู้สูงอายุ..... 51

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
2	A hierarchical model of happiness	16
3	การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน	39

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์โครงสร้างผู้สูงอายุทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทยได้เข้าสู่ประชากรผู้สูงอายุ (Aging population) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550; วลัยพร นันท์สุภวัฒน์, 2552) ซึ่งเป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์ และสาธารณสุขทำให้ประชากรสูงอายุมีอายุยืนยาวขึ้น รวมทั้งการวางแผน ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ การเจริญพันธุ์ของประชากรมีอัตราการลดลงส่งผลต่อการมีประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น (ประนอม โอทกานนท์, 2554) จากสถิติประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกในปี พ.ศ. 2549 คิดเป็นร้อยละ 11 และคาดการณ์ว่าใน ปี พ.ศ. 2593 จะมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า หรือคิดเป็นร้อยละ 22 (World Health Organization [WHO], 2007) สำหรับประเทศไทยประชากรผู้สูงอายุปี พ.ศ. 2553 มีจำนวน 8,011,000 คน และคาดการณ์ว่าใน ปี พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2573 จะมีจำนวน 12,272,000 และ 17,763,000 คน คิดเป็นร้อยละ 17.5 และ 25.1 ตามลำดับ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555)

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรสูงอายุดังกล่าว ทำให้ต้องตระหนัก และเตรียมพร้อมในด้านต่าง ๆ เพื่อให้การดูแล และส่งเสริมสุขภาพของประชากรสูงอายุอย่างถูกต้อง เพราะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้ว หลีกเลียงไม่พ้นที่จะต้องมีปัญหาสุขภาพ และต้องการ พึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เนื่องจากความเสื่อมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และการเกิด โรคเรื้อรัง ดังนั้นการมีประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้น จึงส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติเพราะต้องใช้ทรัพยากรจำนวนมาก โดยเฉพาะทรัพยากรในด้านการรักษาพยาบาล และสวัสดิการต่าง ๆ ทำให้มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ, 2553 ข) นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบต่อสภาพสังคม สภาวะเศรษฐกิจ การจ้างงาน ตลอดจนระบบบริการต่าง ๆ ของประเทศในระยะยาวอีกด้วย (วันดี โภคะกุล, 2548) ภายใต้สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมไปตามกระแสโลกาภิวัตน์ในทุก ๆ ด้านทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวเอง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ดังนั้น ความสุขของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นสำหรับวัยสูงอายุ

ความสุข (Happiness) หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข มีความภาคภูมิใจ พึงพอใจในชีวิต และมีความสุขสบายใจ (กรมสุขภาพจิต, 2549) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ความสุขเป็นดัชนีบ่งชี้ที่สำคัญในการดำเนินชีวิตของบุคคล (Bekhet, Zauszniewski, & Nakhla, 2008) เนื่องจากความสุข เป็นผลรวมในการดำเนินชีวิตของบุคคลไม่ว่าจะเป็นสภาพความเป็นอยู่ ความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ความสามารถในการคิดวิเคราะห์

การแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ และวิธีการจัดการกับอารมณ์ คุณธรรมความดีภายในจิตใจ รวมไปถึงสภาพความเป็นอยู่ในชุมชน และความเกี่ยวเนื่องกันในสังคม (รศรินทร์ เกร์, วรชัย ทองไทย และเรวดี สุวรรณนพเก้า, 2553)

ความสุขของผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการที่ตนเองสามารถจัดการกับปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ (ชินัน บุญเรืองรัตน์, 2551) ดังนั้น ความสุขจึงถูกกำหนดให้เป็นเครื่องชี้วัดด้านสุขภาพตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 และฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) โดยทุกภาคส่วนเห็นพ้องร่วมกันน้อมนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นเครื่องนำทางในการพัฒนาประเทศอย่างต่อเนื่องภายใต้วิสัยทัศน์ของประเทศ ที่มุ่งพัฒนาคือ “สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม และมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง” ซึ่งเป็นการเน้นการสร้างความรักความอบอุ่นในครอบครัวสามารถพึ่งตนเองให้มีรายได้เพียงพอและมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคงเพื่อมุ่งให้เกิดภูมิคุ้มกัน และมีการบริหารจัดการความเสี่ยงอย่างเหมาะสม เพื่อพัฒนาประเทศสู่ความสมดุลและยั่งยืนสร้างความสุขให้กับคนไทย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนา การเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553 ก) นอกจากนี้ยังได้กำหนดนโยบายระดับชาติ และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุที่ใช้คุ้มครองประชากรกลุ่มนี้โดยตรงควบคู่ไปกับการพัฒนาที่เน้นคุณภาพของคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ซึ่งจะทำให้สังคมผู้สูงอายุไทยในอนาคตเป็นสังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547) นำไปสู่ความสุขของผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ความสุขจึงเป็นสิ่งสำคัญในการวางรากฐานการดำเนินชีวิตของมนุษย์ทุกคน ซึ่งจะเห็นจากหลาย ๆ ประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญกับความสุขมากขึ้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550)

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอยในหลาย ๆ ด้านทำให้การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เกิดความรู้สึกท้อแท้และทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุข (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548; Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002) เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าของชาติ เพราะเป็นผู้ที่สามารถถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ อีกทั้งยังเป็นผู้นำและเป็นผู้ทำประโยชน์ให้แก่สังคม หากผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และสุขภาพจิตที่ดีจะเป็นมีงขวัญของครอบครัว และเป็นผู้ถ่ายทอดมรดกทางวัฒนธรรมให้แก่ลูกหลานและเยาวชนได้เป็นอย่างดี Layard (2007) ชี้ให้เห็นว่า สังคมที่ดีที่สุดคือ สังคมที่ประชาชนมีความสุขที่สุด นั่นคือ เมื่อผู้สูงอายุแต่ละบุคคลมีความสุข ก็จะเป็นส่วนหนึ่งที่นำไปสู่ความสุขของหมู่คณะของสังคมนั้น ๆ (ประสิทธิ์ ทองอุ่น, 2542 อ้างถึงใน สุภาณี สุขะนาคินทร์, 2549)

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ความสุขของผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างกันขึ้นกับวัฒนธรรม สังคม สิ่งแวดล้อม และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และมีปัจจัยที่

เกี่ยวข้องกับหลายประการ ได้แก่ สถานะทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม การมีเครือข่ายทางสังคม และ สัมพันธภาพของครอบครัว (รศรินทร์ เกรย์, ปังปอนด์ รักอำนวยกิจ และศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, 2549) ปัจจัยบางประการมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุแต่ยังไม่มีผู้ใดได้ทำการศึกษาไว้ รวมทั้งในบริบทที่มีความแตกต่างจากผู้ศึกษาคนอื่น ๆ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยด้านทำนายความสุขของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีโรคประจำตัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอของรายได้

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลง ทางด้านร่างกายในทางที่เสื่อมถอยย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากมากขึ้น จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขลดน้อยลง (รศรินทร์ เกรย์ และคณะ, 2553) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี จะมองตนเองด้านบวก ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุข แต่ถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี มองตนเองในด้านลบก็จะทำให้ ผู้สูงอายุไม่มีความสุขในการดำเนินชีวิตได้ (Honkanen, Honkanen, Koskenvuo, & Kaprio, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cott (2001) ที่ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความสุขของผู้สูงอายุในประเทศแคนาดา พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยัง พบว่าความสุขมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และเป็นปัจจัยที่เป็นตัวทำนายสุขภาพที่ดี (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000) ดังนั้น การรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลจึงมีความเกี่ยวข้องหรือมีความสัมพันธ์กับการมีความสุขของบุคคล (Benyamini, Idler, Leventhal, & Leventhal, 2000; Pettit, Kline, Gencoz, Gencoz, & Joiner, 2001; Sullivan, LaCroix, Russo, & Walker, 2001)

การมีโรคประจำตัว มีผลกระทบกับความสุขในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Pressman & Cohen, 2005) การมีโรคประจำตัวเรื้อรังเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ นำไปสู่ความต้องการพึ่งพาคือคนอื่นมากยิ่งขึ้น โดยพบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (Eliopoulos, 2005) การมีโรคทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เกิดความเครียดทางด้านจิตใจ ทำให้จิตใจไม่สดชื่น มีบทบาททางสังคมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกแตกต่างจากคนอื่น เกิดความรู้สึกทางลบทำให้ไม่มีความสุขในการดำเนินชีวิต (Power & Jolowiec, 1987; Seligman, 1990) สอดคล้องกับการศึกษาของชินัน บุญเรืองรัตน์ (2551) พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว มีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกพื้นฐานของบุคคลด้านสุขภาพจิต (Hirst & Metcalf, 1984) บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ มีคุณค่า

ทำให้มีความเชื่อมั่นที่จะกระทำหน้าที่ต่าง ๆ ส่วนผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสำคัญ จะแสดงพฤติกรรมในรูปแบบของการพึ่งพาผู้อื่นจะคิดถึงความล้มเหลวที่เกิดขึ้น ในอดีตว่าจะเกิดขึ้นอีกในอนาคต (Wells & Marwell, 1976 cited in Miller, 2000) ดังนั้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงมีผลกระทบเชิงบวกโดยตรง (Positive impacts) ต่อความสุข ดังผลการศึกษาของ Cheng and Furnham (2003) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความสุขจากปัจจัยด้านบุคลิกภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และปัจจัยส่วนบุคคลในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความสุข

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพ อารมณ์ด้านบวก และความสุขของบุคคล (Argyle & Martin, 1991; Cohen, 1988; Cohen & Syme, 1985; House, Landis, & Umberson, 1988; Myers, 1992) นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมยังเป็นบรรทัดฐานทางสังคมที่มีการแลกเปลี่ยน เอื้อเฟื้อซึ่งกันและกันและมีความไว้วางใจกัน (รศรินทร์ เก๋ และคณะ, 2553) เนื่องจากการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคมจำเป็นต้องมีการพึ่งพากันมีความไว้วางใจ และช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยน ความคิดเห็น เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคมเพื่อให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และมีความหมายเพิ่มมากขึ้น การสนับสนุนทางสังคมเปรียบเหมือนขุมพลังที่จะช่วยเหลือบุคคลให้สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์หรือสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์ที่ตึงเครียดนั้นเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางด้านบวกและนำไปสู่ความสุขของบุคคลได้ (Creasia & Parker, 1991) จากการศึกษาของ ชูติไกร ดันดิชัยวนิช (2551) ที่ศึกษาความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ ($r = .91, p < .01$) และจากการศึกษาของ Baldassare, Rosenfield and Rook (1984) ที่ศึกษาปัจจัยสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับความสุขของผู้สูงอายุในตอนเหนือของแคลิฟอร์เนีย ซึ่งให้เห็นความสัมพันธ์อย่างชัดเจนว่า คนที่มีเพื่อนมาก และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีความสุขมากกว่าคนที่มีเพื่อนน้อย หรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

ความเพียงพอของรายได้ มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ผู้ที่มีรายได้เพียงพอได้รับการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตได้เป็นอย่างดี (รศรินทร์ เก๋ และคณะ, 2553) ถ้าผู้สูงอายุมีความพร้อมเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายจะสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ ตามทฤษฎีความผาสุก กล่าวไว้ว่า วัตถุ หรือเงินเป็นแหล่งด้านทานความเครียดได้เป็นอย่างดีของบุคคล ซึ่งความเพียงพอของรายได้เป็นปัจจัยส่งเสริมความสุขของบุคคล (Antonovsky, 1982) กล่าวคือ ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข ดังผลการศึกษา ระยะยาว (Longitudinal study) และการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective study) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความสุข ($r = .48, p < .01$) (Diener & Biswas-

Diener, 2002; Graham, Eggers, & Sukhtankar, 2005; Howell, Howell, & Schwabe, 2005) ดังนั้น ความเพียงพอของรายได้จึงเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญกับความสุข

ในจังหวัดฉะเชิงเทราซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีแนวโน้มประชากรวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้นคือ ในปี พ.ศ. 2551 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 657,120 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 80,296 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.2 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2552 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 668,983 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 83,020 คน คิดเป็นร้อยละ 12.4 ของประชากรทั้งหมดในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนประชากรทั้งหมด 673,933 คน เป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 86,110 คน คิดเป็นร้อยละ 12.7 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553 ข) จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทรามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาจะพบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของผู้สูงอายุหลากหลายปัจจัยดังได้กล่าวมาแล้ว อย่างไรก็ตาม พบว่ายังไม่มีการศึกษาปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ปัจจัยที่นำมาศึกษาประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีโรคประจำตัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอของรายได้

ผู้วิจัยคาดว่าผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ บุคลากรทางการแพทย์จะสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษา และสร้างรูปแบบทางการพยาบาล ที่สอดคล้องกับนโยบายและมาตรการแผนระยะยาว ของสถานการณ์ โครงสร้างของประชากรผู้สูงอายุที่มากขึ้น ซึ่งเป็นตัวสะท้อนให้เห็นความสำคัญ และความจำเป็นต่อการพัฒนาการจัดบริการในด้านต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม ที่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพ สามารถดูแลตนเอง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสุขสมวัยอย่างยั่งยืนต่อไป (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2553 ก)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยด้าน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีโรค

ประจำตัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอของรายได้ กับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน

สมมติฐานการวิจัยครั้งนี้คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีโรคประจำตัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์ และสามารถร่วมทำนายความสุขของผู้สูงอายุ

เหตุผลสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นกระบวนการความรู้สึกและความเข้าใจที่แสดงออกมาทางความคิดเห็น ที่มีต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพ

ที่ดีซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดีทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในชีวิตและมีความสุขในการดำเนินชีวิตได้ นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี ทำให้มีความสุขมาก ในทางกลับกันผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีจะมีความสุขน้อย (Achat, Kawachi, Spiro, Demolles, & Sparrow, 2000; Kehn, 1995; Mroczek & Spiro, 2005; Roysamb, Tambs, Reichbom-Kjennerud, Neale, & Harris, 2003) จากการศึกษาของ Palmore and Luikart (1992) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจของชีวิต กล่าวคือ ผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตจะมีอารมณ์ทางบวกสูงซึ่งจะทำให้บุคคลมีความสุขนั่นเอง

การมีโรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความสุขในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ การมีโรคประจำตัวส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุไม่มีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Pressman & Cohen, 2005) จากการศึกษาของดั่งกล่าวจึงทำให้ผู้สูงอายุมีความพิการ หรือมีความผิดปกติมากกว่าหนึ่งชนิด การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เกิดความเครียดทางด้านจิตใจ ทำให้จิตใจไม่สดชื่น ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบทบาททางสังคมลดลงเกิดความรู้สึกแตกต่างจากคนอื่น ทำให้ไม่มีความสุขในการดำเนินชีวิต (Power & Jolowicz, 1987; Seligman, 1990) จากการศึกษา ของชินัน บุญเรืองรัตน์ (2551) ที่ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณและความสุขของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ($p < .05$)

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความสามารถและความรู้สึกพื้นฐานด้านสุขภาพจิตของบุคคล ที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ และความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง อันจะทำให้เกิดความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดี (วาริ กังใจ, 2540; Hirst & Metcalf, 1984) บุคคลที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง จะรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ ทำให้มีความเชื่อมั่นที่จะกระทำหน้าที่ต่าง ๆ ส่วนผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ จะรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสำคัญ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีผลกระทบเชิงบวกโดยตรงต่อความสุข จากการศึกษาของ Cheng and Furnham (2003) พบว่า

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ Joubert (1990) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mahon and Yarcheski (2002) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข ($r = .70, p < .01$)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสัมพันธ์กัน ทำให้มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพนั้นคือ อารมณ์ทางด้านบวกและความสุขของบุคคล (Argyle & Martin, 1991; Cohen, 1988; Cohen & Syme, 1985; House et al., 1988; Myers, 1992) เนื่องจากการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม จำเป็นต้องมีการพึ่งพากัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม และทำให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และมีความหมายเพิ่มมากขึ้น Lyubomirsky, King and Diener (2005) กล่าวว่า บุคคลที่มีเพื่อนมาก และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะมีความสุขมากกว่าบุคคลที่มีเพื่อนน้อย หรือได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่น้อยกว่า ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นตัวแปรที่สำคัญอีกตัวหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสุข (Baldassare et al., 1984; Miahra, 1992; Requena, 1995; Staw, Sutton, & Pelled, 1994) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตติไกร ดันดิชัยวนิช (2551) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ ($r = .91, p < .01$)

รายได้หรือสถานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ที่มีรายได้เพียงพอได้รับการตอบสนองตามความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยารักษาโรค และการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ตอบสนองความสุขของตนทั้งสิ้น (รศรินทร์ เกร์ และคณะ, 2553) รายได้เป็นแหล่งด้านทานความเครียดได้เป็นอย่างดีของบุคคล ดังนั้นความเพียงพอของรายได้จึงเป็นแหล่งประโยชน์หนึ่งที่สามารถนำมาใช้เป็นปัจจัยส่งเสริมความสุขของบุคคลได้ (Antonovsky, 1982) ดังการศึกษาของ Graham et al. (2005) พบว่าการมีรายได้สูงมีความสัมพันธ์ทางบวกความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ Diener and Biswas-Diener (2002) พบว่าการมีรายได้ที่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับความสุข ($r = .39, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Graham et al. (2005) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสุข ($r = .48, p < .01$)

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัด ฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 200 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ทำการเก็บข้อมูล ระหว่าง เดือนมีนาคมถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2556

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วยตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ดังนี้

1. ตัวแปรอิสระ คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีโรคประจำตัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอของรายได้
2. ตัวแปรตาม คือ ความสุขของผู้สูงอายุ

นิยามศัพท์เฉพาะ

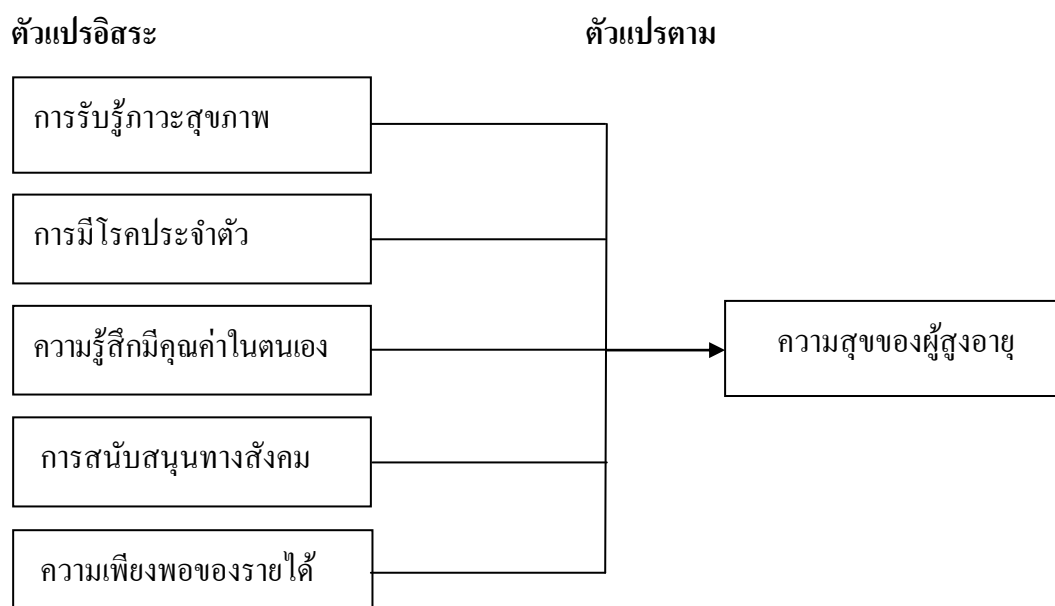
1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ตามเกณฑ์ของ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (2547) ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา
2. ความสุข หมายถึง การประเมินของบุคคลว่ามีความพึงพอใจในชีวิต มีความรู้สึกทางบวก ได้แก่ ความเบิกบานใจ ความยินดี อารมณ์ที่ดี และการไม่มีความรู้สึกทางลบ ได้แก่ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ประเมินโดยใช้แบบวัดความสุขของผู้สูงอายุของ วราภรณ์ ผาทอง (2549)
3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ต่อภาวะสุขภาพของตนเองเมื่อ 6 เดือนย้อนหลัง ปัจจุบัน และเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่มีอายุเท่า ๆ กัน ประเมินโดยใช้แบบการรับรู้ภาวะสุขภาพของ สุพรรณิธี ธีระเจตกุล (2539)
4. การมีโรคประจำตัว หมายถึง การมี หรือไม่มี โรคประจำตัวเรื้อรังของผู้สูงอายุ โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาและติดตามดูแล ในระยะยาวติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน (กระทรวงสาธารณสุข, 2551)
5. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกที่มีต่อตนเอง การประเมินตนเอง เกี่ยวกับความมีคุณค่า มีความสามารถ ประสบผลสำเร็จในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และได้รับการยอมรับในสังคม ประเมินจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ วารี กังใจ (2540) ซึ่งแปลมาจาก แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965)
6. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ความมั่นใจในความมีคุณค่าแห่งตน การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่าง ๆ จากสังคม โดยใช้แบบประเมินการสนับสนุน

ทางสังคม ฉบับภาษาไทย ที่ Piboon (2011) แปลมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Weinert (2003)

7. ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง การรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีต่อรายได้ของตนเองที่ได้รับในแต่ละเดือนว่ามีความเพียงพอ และไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Argyle and Martin (1991) มาใช้ในการประเมินความสุขของสูงอายุ ซึ่งเป็นการประเมินความรู้สึกภายใน และภายนอก ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิต ส่วนปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำมาจากแนวคิดของ Bekhet et al. (2008) ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ร่วมกับแนวคิดของ Lyubomirsky et al. (2005) ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีโรคประจำตัว การสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอของรายได้ มีอิทธิพลสูงต่อความสุขของผู้สูงอายุ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้พัฒนาเป็นกรอบแนวคิดซึ่งสามารถสรุปความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรต้น และตัวแปรตาม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสังเขปเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุ
2. ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุ

แนวคิดเกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุ

ในประเทศไทย คำว่า “ผู้สูงอายุ” ได้ถูกบัญญัติขึ้น เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการประชุมสมัชชาโลกขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยผู้สูงอายุ (World assembly on aging) และองค์การอนามัยโลก โดยกำหนดความหมายของผู้สูงอายุ ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2546 ว่าผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2547) นอกจากนี้ยังได้มีการแบ่งช่วงความสูงอายุไว้เป็น 3 ช่วง คือ 1) วัยสูงอายุตอนต้น อายุระหว่าง 60-69 ปี 2) วัยสูงอายุตอนกลาง อายุระหว่าง 70-79 ปี และ 3) วัยสูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีหรือมากกว่า (วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ กำหนดผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสัญชาติไทย ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัด ฉะเชิงเทรา

ความสุข เป็นปัจจัยและแรงจูงใจที่สำคัญที่สุดของการมีชีวิตอยู่ของบุคคลทั้ง โลกเป็นจุดหมาย สูงสุดของมนุษย์ที่อยากจะสัมผัสกับความสุขตลอดเวลาและตลอดไป การกระทำใด ๆ เป็นไปเพื่อตอบสนองความสุขเสมอ (พระมหาจรัญ ภูมิโร (อับแสง), 2547; เลียง โป จิกมี วายซินเลย์, 2541; Layard, 2007; Seligman & Royzman, 2003)

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสุขในสังเขปหัวข้อของความหมายของความสุข แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความสุข องค์ประกอบของความสุข และการประเมิน ความสุข ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความหมายของความสุข

นักวิชาการหลายท่านได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับความหมายของความสุขไว้หลากหลายตามแต่ละสาขาวิชาที่ศึกษา ดังนี้

Argyle and Martin (1991) ให้ความหมายความสุขว่า หมายถึง การประเมินของบุคคลในขณะนั้นว่ามีความพึงพอใจในชีวิต มีความรู้สึกทางบวก เช่น ความเบิกบานใจ ความยินดี อารมณ์ที่ดี

และการไม่มีความรู้สึกทางลบ เช่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล เป็นต้น

Wittmann (2003) ให้ความหมาย ความสุขว่า เป็นระดับของความรู้สึกที่แสดงถึงความพอใจในระดับสูงสุดของบุคคล และมีคำหลายคำที่มีความหมายเดียวกับความสุข ได้แก่ การมีสุขภาวะ (Well-being) ความสุขารมย์ (Pleasure) ความโชคดี (Luck) ความสนุกสนาน (Joy) ความพึงพอใจ (Satisfaction) ความพอใจ (Contentment) ความเบิกบานสำราญใจ (Ecstasy) เป็นต้น

Diener (1984) ให้ความหมายความสุข ดังนี้

1. เป็นความรู้สึกที่ดี เรียกว่า สุขภาวะ ได้แก่ ความดีงาม หรือความศักดิ์สิทธิ์ เป็นความสุขที่ไม่ได้พิจารณาถึงสภาพความสุขส่วนตัว แต่คำนึงถึงคุณลักษณะอันพึงปรารถนา ซึ่ง Diener ได้อ้างถึงความหมายของความสุขที่นิยามโดย McGill (1968) ว่าเป็นกิจกรรมของจิตที่สอดคล้องกับความดีงาม ซึ่งผู้อื่นสามารถสังเกตและประเมินได้

2. เป็นความพึงพอใจในชีวิต เป็นการประเมินถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมของบุคคลตามเกณฑ์ที่บุคคลนั้นเลือกเอง Shin and Johnson (1978) ให้ความหมายความสุขว่า เป็นการประเมินทั้งหมดของคุณภาพชีวิตที่สอดคล้องกับเกณฑ์ที่บุคคลนั้นเลือกเองและ Campbell (1976) ได้ชี้ชัดว่าบุคคลจะไม่มีความสุข ถ้าคิดว่าไม่มีความสุขเมื่อบุคคลบอกว่ามีความสุข นั่นหมายความว่า บุคคลจะมีความสุข ในที่นี้หมายถึง ตัวบุคคลทั้งหมดในขณะนั้นที่มีความสุข ซึ่งเกิดจากการที่บุคคลได้ประเมินสภาพการณ์ทั้งหมดในขณะนั้นว่ารู้สึกต่อสิ่งนั้นอย่างไร หรือจะกล่าวได้ว่าความสุขใน ความหมายนี้ก็คือ ทักษะที่บุคคล มีต่อชีวิตของตนเองนั่นเอง (Veenhoven, 1991) สอดคล้องกับการศึกษาของ Andrews and Withey (1976) พบว่า มากกว่าร้อยละ 99 ของกลุ่มตัวอย่างประเมินความสุขจากการดำเนินชีวิตด้วยความพึงพอใจในชีวิต

3. เป็นการเน้นอารมณ์ที่เป็นสุข หมายถึง การมีความรู้สึกทางบวกมากกว่าความรู้สึกทางลบ Fordyce (1983) ให้ความหมายว่า ความสุขเป็นผลของความรู้สึกทางบวกและการไม่มีความรู้สึกทางลบคือบุคคลมีความรู้สึกที่ดีมากตลอดช่วงชีวิต และมีแนวโน้มที่จะมีอารมณ์คงอยู่ อย่างนั้น

เนื่องจากคุณลักษณะที่ปรารถนาของการแสดงความสุขในแต่ละบุคคล เป็นสิ่งที่ประเมินได้ยากในปัจจุบัน ดังนั้นนักวิจัยจำนวนมากมักนิยามความสุขจากองค์ประกอบสองประการร่วมกัน คือ ความพึงพอใจในชีวิต และอารมณ์ ซึ่งองค์ประกอบด้านอารมณ์ได้แยกออกเป็นอารมณ์ทางบวก และอารมณ์ทางลบ โดยสามารถประเมินความสุขจากการที่บุคคลแต่ละคนมีความพึงพอใจในชีวิต ประกอบกับมีความรู้สึกทางบวกและไม่มีความรู้สึกทางลบสอดคล้องตามคำนิยามความสุขของ Argyle and Martin (1991) ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความสุข

ในศตวรรษที่ 20 จิตแพทย์ และนักวิทยาศาสตร์จำนวนมาก ได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับความหมาย และการวัดความสุข ซึ่งทฤษฎีของ Joboda (1958) กล่าวว่า ความสุข คือสภาวะด้านบวกของสภาวะที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต ในตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมาวิวัฒนาการและความก้าวหน้าจำนวนมาก ถูกสร้างขึ้นเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ป่วยทางด้านจิตใจ แต่การศึกษาดังกล่าวมิได้รับการแต่ความผิดปกติอย่างเดียวกันนั้น แต่ยังช่วยส่งเสริมสิ่งที่ดีที่สุดให้กับบุคคลอีกด้วย ดังนั้นแนวคิดจิตวิทยาด้านบวก จะช่วยสะท้อนความเข้มแข็งของบุคคลเปรียบเสมือนกันชนต่อต้านความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น ความสุขจึงเป็นแนวคิดทางด้านบวกที่มีสำคัญในการช่วยรักษาสุขภาพ แต่การทบทวนวรรณกรรมด้านการพยาบาลยังมีปรากฏอยู่น้อย แต่สำหรับนักวิชาการสาขาต่าง ๆ การศึกษาเกี่ยวกับความสุขได้ถูกรวบรวมไว้อย่างหลากหลายมุมมอง จึงส่งผลให้วิธีการได้รับความสุขของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันออกไป (Bekhet et al., 008; Mahon & Yarcheski, 2002) จากการศึกษาของ Mahon and Yarcheski (2002) ได้กล่าวถึงโมเดลที่เกี่ยวข้องกับความสุข 2 โมเดล ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. โมเดลบุคลิกภาพ (Personality models) ได้ให้แนวคิดของความสุขว่าเป็นเหมือนอุปนิสัย และลักษณะเฉพาะที่มั่นคง ซึ่งขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพเป็นส่วนใหญ่ Costa and McCrae (1980) กล่าวว่าลักษณะเฉพาะของบุคลิกภาพน่าจะมีอิทธิพลต่อการตอบสนองของแต่ละบุคคลต่อเหตุการณ์ แต่เป็นเหตุการณ์ที่บุคคลไม่สามารถที่จะเลือกเผชิญหน้าได้ สอดคล้องกับ Diener (1984) กล่าวว่า มุมมองทางทฤษฎีนี้ มีความโน้มแน้วทางสากลที่มีส่วนช่วยในการสร้างประสบการณ์ จากสิ่งต่าง ๆ ในทางบวก ดังนั้น บุคคลหนึ่ง ๆ จะมีความยินดี และอึดอ้อมกับความพอใจได้นั้นเป็นเพราะบุคคลนั้น ๆ มีความรู้สึกมีความสุขนั่นเอง

2. โมเดลเหตุการณ์ชีวิต (Life events models) กล่าวว่า ระดับความสุข สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับสถานการณ์และเหตุการณ์ต่าง ๆ ของชีวิตทั้งด้านบวก และด้านลบเป็นส่วนใหญ่ เพื่อใช้ในการหาสาเหตุการเปลี่ยนแปลงของความสุข (Headey & Wearing, 1989) ซึ่งทฤษฎีนี้ชี้แนะว่าที่มาของความสุขเกิดจากการรวมตัวกันของความพึงพอใจเล็ก ๆ น้อย ๆ นั่นเอง

Haybron (2003) กล่าวว่า ความสุขมีมุมมองพื้นฐานอยู่สามประการ คือ 1) ลัทธิสุขนิยม ซึ่งเป็นความสมดุล (Balance) ของการให้ความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของแต่ละบุคคลมี การมีความสุข คือการสร้างประสบการณ์เพื่อให้ได้มาซึ่งความพึงพอใจเป็นส่วนใหญ่ ในมุมมองของความพึงพอใจในชีวิต ได้ชี้แจงความสุขไว้ว่าเป็นทัศนคติส่วนบุคคลต่อชีวิตของพวกเขาเอง

- 2) การมีความสุข คือการมีทัศนคติที่ดี เบิกบาน และพึงพอใจกับชีวิตในภาพรวมทั้งหมด ที่ตนเองเป็นอยู่ ในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง หรือบางช่วงเวลาที่จำกัด
- 3) ทฤษฎีสถานะทางด้านอารมณ์

(Affective-state theory) กล่าวถึง ความสุขว่าเป็นสถานะทางอารมณ์โดยรวมของแต่ละเรื่อง หรือ ส่วนสำคัญบางส่วนของเรื่องนั้น ๆ ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่เป็นที่นิยมระหว่างนักค้นคว้า Empirical แต่อย่างไรก็ตาม จากมุมมองของลัทธิสัญนิยมชี้ให้เห็นถึงความชัดเจนของมุมมองนี้ว่ายังไม่มีความแตกต่างที่ชัดเจนเท่าใดนัก

ทฤษฎีพัฒนาการของ Erikson

Erikson (1933 อ้างถึงใน พรรรถทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2547) เป็นนักจิตวิเคราะห์ ที่ศึกษาเชื่อมโยงระหว่างจิตวิทยากับสังคมวิทยาในรูปแบบของมานุษยวิทยาซึ่งมีแนวความคิดว่ามนุษย์ และสังคมต้องพึ่งพากัน ซึ่งมนุษย์มีวิวัฒนาการที่สลับซับซ้อนและผ่านขั้นตอนต่าง ๆ ของธรรมชาติหลายขั้นตอน และได้แบ่งพัฒนาการทางบุคลิกภาพ 8 ขั้นตอน ดังนี้

1. ความรู้สึกไว้วางใจกับความไม่ไว้วางใจ (0-2 ปี) ถ้าเด็กได้รับความรักที่เหมาะสมจะทำให้เขารู้สึกว่าโลกนี้ปลอดภัย น่าอยู่และน่าไว้วางใจ ในทางตรงกันข้ามถ้าเด็กรู้สึกว่าการโลกนี้เต็มไปด้วยอันตรายไม่มีความปลอดภัย เขารู้สึกว่าโลกนี้มีแต่ความหวาดระแวง

2. ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองกับความคลางแคลงใจ (2-3 ปี) ในวัยนี้เด็กจะเริ่มพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ และอยากเอาชนะสิ่งแวดล้อม หรืออำนาจที่มีอยู่ บิดามารดาจึงควรระวังในเรื่องของความสมดุลในการเลี้ยงดู ควรให้ออกาสและกำลังใจต่อ เด็กจะพัฒนาความเป็นตัวเอง มีความมั่นใจ รู้จักความเป็นอิสระที่จะควบคุมตนเอง แต่ถ้าบิดามารดาไม่ให้ออกาสหรือทำแทนให้ทุกอย่าง เด็กจะเกิดความคลางแคลงใจในความสามารถของตนเอง

3. การเป็นผู้สำรวจเริ่มกับความรู้สึกผิด (3-5 ปี) เป็นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมตลอดจนการใช้ภาษาจะทำให้เกิดแง่คิดในการวางแผน และการริเริ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ จึงเป็นการส่งเสริมทำให้รู้สึกต้องการที่จะศึกษาค้นคว้าต่อไป ทำให้เกิดความคิดริเริ่มแต่ในทางตรงข้าม ถ้าผู้ใหญ่คอยเข้มงวด ไม่เปิดโอกาสให้เด็ก ดำหนืออยู่ตลอดเวลาจึงทำให้รู้สึกผิดเมื่อคิดจะทำสิ่งใด ๆ และยังเป็นช่วงที่เริ่มเรียนรู้บทบาททางเพศ มาตรฐานทางศีลธรรมและการควบคุมอารมณ์อีกด้วย

4. การประสบความสำเร็จกับความรู้สึกต่ำต้อย (6-12 ปี) ช่วงวัยนี้จะเริ่มเข้าเรียนและต้องการเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น มีพัฒนาการทางด้านความขยันขันแข็ง โดยพยายามคิด และกระทำสิ่งต่าง ๆ ให้เหมือนผู้ใหญ่ด้วยการทุ่มเททั้งกำลังกายและกำลังใจ ถ้าได้รับคำชมเชยก็จะเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดกำลังใจ มีความมานะพยายามมากขึ้น แต่ถ้าไม่ได้รับความสนใจ หรือผู้ใหญ่แสดงออกมาให้เขาเห็นว่าเป็นการกระทำที่น่ารำคาญก็จะทำให้รู้สึกต่ำต้อย

5. ความเป็นเอกลักษณ์กับความสับสนในบทบาทของตนเอง (12-17 ปี) เป็นช่วงย่างเข้าสู่วัยรุ่น และเริ่มพัฒนาเอกลักษณ์ของตนเองว่าตนคือใคร และสามารถค้นหาตนเองได้ ก็จะแสดงบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม ถ้าหาเอกลักษณ์ของตนไม่พบก็จะเกิดความสับสนและแสดง

บทบาทที่ไม่เหมาะสมหรือไม่สอดคล้องกับตนเอง

6. ความผูกพันกับการแยกตัว (17-21 ปี) เป็นขั้นของการพัฒนาทางด้านความรัก ความผูกพัน เมื่อบุคคลสามารถค้นพบเอกลักษณ์ของตนเองได้ ก็จะเกิดความรู้สึกต้องการมีเพื่อนสนิท ที่รู้ใจ สามารถปรับทุกข์ซึ่งกันและกันได้ ตลอดถึงการแสดงความยินดี และการเสียสละให้แก่กัน ถ้าพัฒนาการในช่วงนี้ล้มเหลวไม่สามารถสร้างความรู้สึกเช่นนี้ได้ ก็จะทำให้ขาดเพื่อนสนิท หรือเกิดความรู้สึกต้องการจะชิงดีชิงเด่น ชอบทะเลาะกับผู้อื่น รู้สึกว่าเหวเหมือนถูกทอดทิ้ง ซึ่งจะนำไปสู่ การแยกตัวเอง และดำเนินชีวิตอย่างโดดเดี่ยว

7. การทำประโยชน์ให้สังคมกับการคิดถึงแต่ตนเอง (22-40 ปี) เป็นช่วงวัยกลางคน ซึ่งมีความพร้อมที่จะสร้างประโยชน์ให้สังคมได้อย่างเต็มที่ ถ้าพัฒนาการแต่ละขั้นตอนที่ผ่านมามีความหมายดี มีการดูแลรับผิดชอบ เอาใจใส่ต่อบุตรหลานทำให้ลูกหลานมีความสุข มีการอบรมสั่งสอน ให้เป็นคนดีในอนาคต แต่ถ้าไม่ประสบความสำเร็จ จะเกิดความรู้สึกท้อถอย เบื่อหน่ายชีวิต คิดถึงแต่ตนเอง และไม่รับผิดชอบต่อสังคม

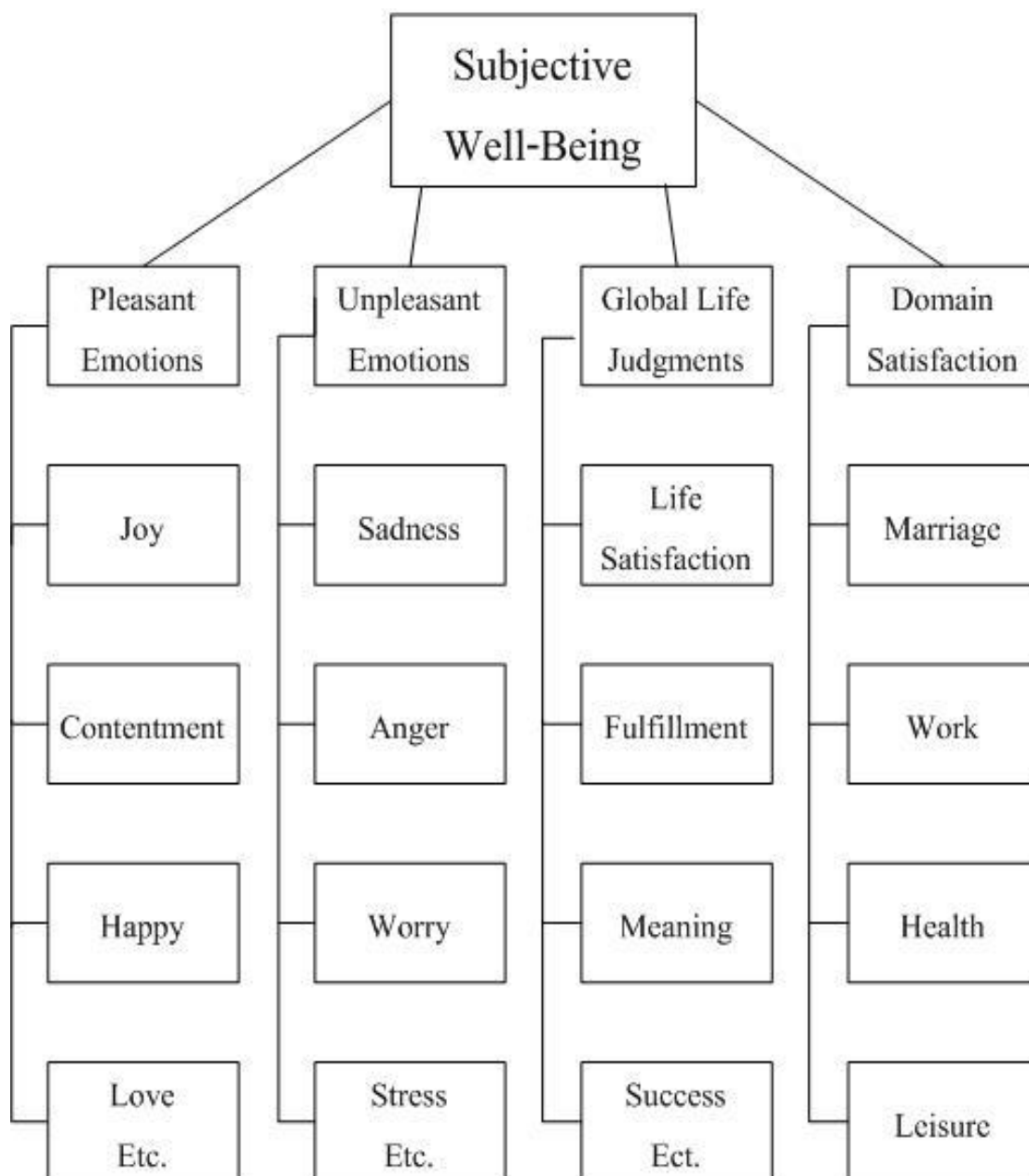
8. บุรณาการกับความสิ้นหวัง (40 ปีขึ้นไป) เป็นวัยที่บุคคลได้รับความสำเร็จขั้นสูงสุดของชีวิต ซึ่งเป็นช่วงวัยสุดท้าย ถ้าบุคคลผ่านขั้นตอนต่าง ๆ มาด้วยดี ก็จะมองอดีตเต็มที่ไปด้วยความสำเร็จ มีปรัชญาชีวิตของตนเอง มีความภูมิใจในการถ่ายทอดประสบการณ์ต่าง ๆ ให้แก่ลูกหลาน แต่ถ้าชีวิตมีแต่ความล้มเหลว ก็จะเกิดความรู้สึกสิ้นหวังในชีวิตเสียเวลาที่ผ่านมาไม่พอใจกับชีวิตในอดีต ไม่ยอมรับสภาพตนเอง เกิดความคับข้องใจต่อสภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และทำให้ขาดความสงบสุข

สรุป ทฤษฎีของ Erikson เป็นทฤษฎีที่อธิบายพัฒนาการของชีวิตตั้งแต่วัยทารก ถึงวัยสูงอายุ Erikson เชื่อว่าวัยแรกของชีวิตเป็นวัยที่เป็นรากฐานเบื้องต้น และเป็นรากฐานของวัยอื่น ๆ โดยเริ่มตั้งแต่วัยทารก ถึงวัยสูงอายุ ถ้าในวัยทารกได้รับการดูแลอย่างดี และอบอุ่น ก็จะช่วยให้เด็กมีความเชื่อถือของผู้คนที่อยู่รอบ ๆ ตั้งแต่บิดา มารดา บุคคลต่าง ๆ ทำให้สามารถช่วยตนเอง มีความตั้งใจที่จะทำอะไรด้วยตนเอง และเมื่อเติบโตขึ้นก็จะเป็นผู้ที่รู้สึกว่าคุณภาพที่จะทำอะไรได้นอกจากนี้ยังมีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและผู้อื่น สามารถยอมรับทั้งสิ่งที่ดีและไม่ดีของตนเองได้ สามารถสนิทสนมกับผู้อื่น ทั้งเพศเดียวกันและเพศตรงข้ามได้โดยสนิทใจ ไม่เห็นแก่ตัว และสามารถดูแลผู้ที่อ่อนเยาว์กว่า เช่น ลูกหลาน หรือบุคคลรุ่นหลัง และเมื่ออยู่ในวัยสูงอายุนั้นก็มีความสุข เพราะว่าได้ทำประโยชน์และหน้าที่มาอย่างเต็มที่แล้ว จากที่กล่าวมาข้างต้นถ้าผู้สูงอายุผ่านขั้นตอนต่าง ๆ มาได้ด้วยดี ก็จะทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขสมวัย

ส่วนประกอบของความสุขภาพใจได้แนวคิดของ Subjective Well-being (Hierarchical structure: The components of subjective well-being) ได้แสดงถึงองค์ประกอบแนวคิดตามลำดับชั้น

ของความสุข (A hierarchical model of happiness) เนื่องจากความอยู่ดีมีสุขในเชิงอัตวิสัยภายใต้มุมมองของความทุกข์ชี้ให้เห็นถึงการประเมินทั่วไปของลักษณะบุคคลที่เชื่อว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อความสุข ได้แก่ อารมณ์ทางบวก อารมณ์ทางลบ ความพึงพอใจ และองค์ประกอบของความพึงพอใจมีความเกี่ยวข้องในระดับปานกลาง องค์ประกอบหลักดังกล่าวนี้ส่งผลกระทบต่อหนึ่งคุณภาพชีวิตเชิงอัตวิสัย และจากการศึกษาในครั้งนี้ยังแสดงถึงอารมณ์ทางลบ หรือความพึงพอใจซึ่งเป็นองค์ประกอบเฉพาะของชีวิต ดังภาพที่ 2

โมเดลแสดงลำดับชั้นของความสุข



ภาพที่ 2 A hierarchical model of happiness (Diener, Scollon, & Lucas, 2003)

แนวคิดและทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับความสุขในด้านชีววิทยา

ความสุขเป็นประสบการณ์ภายในทางบวกที่มีหลากหลายมิติ มีความสำคัญในการรักษาสุขภาพ ช่วยสร้างระบบภูมิคุ้มกันที่แข็งแรง ส่งเสริมให้มีสุขภาพดี และมีส่วนทำให้ระดับคอร์ติซอล

ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่ำ ระดับสารเคมีต่าง ๆ ในร่างกายก็จะดี นอกจากนี้ยังสามารถเป็นแรงบันดาลใจและกำลังใจสำหรับการกระทำต่าง ๆ ของบุคคลได้อีกด้วย (Bekhet et al., 2008; Layard, 2007)

ความสัมพันธ์ระหว่างสารสื่อประสาทกับความสุখনั้น พบว่า สารเคมีในสมองที่เป็นสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) เป็นสารเคมีที่ใช้ในการสื่อสารข้อมูลระหว่างเซลล์สมองเซลล์สมองจะส่งสัญญาณไปถึงเซลล์ตัวรับสัญญาณ หากเกิดความผิดปกติของสารสื่อประสาทจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมอง สารสื่อประสาทที่มีความสัมพันธ์กับความสุขจะเป็นการทำงานร่วมกันของสารสื่อประสาท 3 ชนิด ดังนี้

1. Dopamine เป็นสารเคมีที่มีผลต่อการทำงานของสมองเป็นอย่างมาก มีบทบาทสำคัญต่อสมองส่วน Limbic ที่ทำให้รู้สึกมีความสุข ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหว ความรู้สึกทางบวกตอบสนองอารมณ์เกี่ยวกับความสุข ลดอาการเจ็บปวดและเกี่ยวข้องกับความสุขของมนุษย์

2. Norepinephrine หรือ Noradrenaline ผลิตจากต่อมหมวกไตชั้นใน (Adrenal medulla) มีหน้าที่กระตุ้นการทำงานของระบบประสาท Sympathetic ซึ่ง Norepinephrine เป็นสารสื่อประสาททำหน้าที่ 2 ประการ ดังนี้

2.1 เป็นสารสื่อประสาท ที่มีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับการควบคุมการรู้สึกตัว การแสดงออกทางร่างกายเวลาที่เกิดอาการกลัว ความเครียด อารมณ์และ ความจำ

2.2 เป็นฮอร์โมน ซึ่งเป็นสารเคมีที่มีบทบาทควบคุมการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายเช่น การย่อยอาหาร ควบคุมความดันโลหิต เพิ่มจังหวะการเต้นของหัวใจที่ตอบสนองต่อความเครียด

3. Endorphin เป็นสารเคมีที่หลั่งออกมาขณะที่เรามีอารมณ์ทางบวก ช่วยเพิ่มการตื่นตัว ความสุข และความมีชีวิตชีวา

สรุปได้ว่า ความสุขเกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ของสารสื่อประสาทที่ส่งผลให้มีอารมณ์ทางบวก จึงทำให้รู้สึกมีความสุข สนุกสนาน จากการที่บุคคลมีความพึงพอใจในชีวิตมีอารมณ์ทางบวกและไม่มีอารมณ์ทางลบในขณะนั้น เป็นความพอใจที่สามารถตอบสนองในสิ่งที่ตนเองเป็นผู้กำหนดได้ตามมาตรฐานที่ตนกำหนดไว้

องค์ประกอบของความสุข

การเป็นผู้สูงอายุที่มีความสุখনั้น ได้มีผู้กล่าวถึงองค์ประกอบที่แตกต่างกันดังนี้

ภูฏานเป็นประเทศเดียวในโลกที่ประกาศใช้ตัวชี้วัดความสุขของชาติ Gross Nation Happiness หรือ GNH ซึ่งเริ่มพัฒนาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 โดยกษัตริย์ Jigme Singhe Wangchuk ตัวชี้วัดความสุขจะรวมถึงความสุขที่เกิดจากสภาพแวดล้อมภายนอก (Hedonic happiness) กับ

ความสุขภายใน (Eudaimonic happiness) ที่เกิดจากความสงบภายใน การตระหนักรู้ตนเอง และการอยู่ดีมีสุข (Well-being) ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ประจำวัน (Functioning) โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ ดังนี้

1. การพัฒนาทางเศรษฐกิจ และสังคมอย่างยั่งยืน ได้แก่ การมีปัจจัยสี่อย่างพอเพียงมีระดับการจ้างงานเต็มที่และมีค่าจ้างพอประทังชีพ มีการพัฒนาประชากรด้านการศึกษา และสาธารณสุข เป็นต้น
2. การอนุรักษ์ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เช่น การเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่ดี การอนุรักษ์ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เช่น การปลูกป่าทดแทน การส่งเสริมการปลูกต้นไม้ เป็นต้น
3. การอนุรักษ์และส่งเสริมวัฒนธรรม คือ การอนุรักษ์ และการธำรงหวงแหนวัฒนธรรมประจำชาติ
4. การส่งเสริมหลักธรรมาภิบาลและการปกครองบ้านเมืองที่ดี กล่าวคือ มีการปกครองอย่างเป็นธรรม มีความเท่าเทียมกันของบุคคลในสังคม ผู้นำประเทศมีความบริสุทธิ์ยุติธรรม ปลุกฝังให้ประชาชนในประเทศยึดถือธรรมะ และจริยธรรม

ประเวศ วะสี (2543) กล่าวถึงความสุขของบุคคลเกิดจากปัจจัยหรือองค์ประกอบ 8 ประการ ดังนี้

1. การไม่ทอดทิ้งกัน เนื่องจากการทอดทิ้งกันทำให้เกิดความทุกข์ การไม่ทอดทิ้งกัน การร่วมทุกข์ การมีไมตรีจิตต่อกัน เป็นบ่อเกิดของความสุข การพัฒนาที่เอาเงินเป็นตัวตั้ง คนจะทอดทิ้งกัน
2. การมีเศรษฐกิจพอเพียง หมายถึงการมีปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิตอย่างเพียงพอ โดยทั่วถึง การมีสัมมาชีพเต็มพื้นที่ เป็นบ่อเกิดของความร่มเย็นเป็นสุข การไม่พอกินพอใช้ การเป็นหนี้สิน การมีมิจฉาอาชีวะเป็นบ่อเกิดของการแย่งชิง ความขัดแย้งและความรุนแรง
3. การใช้ทรัพยากรอย่างเป็นธรรมและยั่งยืน ทรัพยากรธรรมชาติเป็นสิ่งจำเป็นแก่ชีวิตประชาชนทุกคนต้องเข้าถึง และใช้อย่างเป็นธรรมชาติและยั่งยืน ความไม่เป็นธรรมและการแย่งชิงเป็นบ่อเกิดของความยากจน ความขัดแย้งและความรุนแรง
4. การเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นคนของทุกคน ถ้าทุกคนรู้สึกว่ามีและได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นคนก็จะส่งผลให้เกิดความสุขและพลังสร้างสรรค์มหาศาล การศึกษาและการสาธารณสุขควรคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ เนื่องจากเป็นพื้นฐานของการพัฒนาทุกประเภท
5. ความเป็นธรรมทางสังคม ทำให้มีความสุข ความรักชาติ รักส่วนรวม ถ้าขาดความเป็นธรรมจะทำให้เกิดความเกลียดชัง ความไม่รักส่วนรวมและความอยากทำลาย

6. สันติภาพ สังคมที่มีความรุนแรงหรือสงคราม จะขาดความสุขและโอกาส การพัฒนา สันติภาพเป็นสุขภาวะทางสังคม รัฐต้องส่งเสริมการคิดอย่างสันติ พุดและแก้ไขความขัดแย้งอย่าง เป็นสันติ ประเทศไทยควรมีบทบาทนำในเรื่องสันติภาพ

7. การพัฒนาจิตใจให้สูงขึ้น คนจำนวนมากถึงแม้มีอะไร ๆ พร้อมทั้งยังไม่มีความสุข มนุษย์ทุกคนสามารถบรรลุความสุขได้ด้วยการฝึก การศึกษาเรียกว่า จิตปัญญาศึกษา ช่วยให้เข้าใจ ถึงความจริง ความงามและความสุข ทุกวันนี้เราศึกษาสิ่งต่าง ๆ มากมายแต่ไม่เคยศึกษาให้เกิด ความสุข รัฐควรส่งเสริมจิตปัญญาศึกษาสำหรับคนทั่วไปทุกระดับชั้นซึ่งจะทำให้เกิดความสุข มวลรวมอย่างมหาศาล

8. ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นและประชาสังคม ชุมชนที่เข้มแข็งจะแก้ไขความ ยากจนและปัญหาอื่น ๆ ได้ทั้งหมด รัฐต้องส่งเสริมความเป็นประชาสังคม

อภิษฐ์ มงคล และคณะ (2544) กล่าวว่า ความสุขและสุขภาพจิตในบริบทสังคมไทยเป็น เรื่องเดียวกัน โดยแบ่งองค์ประกอบของสุขภาพจิตเป็น 4 องค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. สภาพจิตใจ (Mental state) หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุขหรือทุกข์ การรับรู้สภาวะ สุขภาพของตนเอง ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่ส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจและความเจ็บป่วย ทางจิต

2. สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) หมายถึงความสามารถของจิตใจในการสร้าง ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อการดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุข

3. คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) หมายถึงคุณลักษณะที่ดึงามของจิตใจ ในการ ดำเนินชีวิตอย่างเกิดประโยชน์ต่อตนเอง และสังคม

4. ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมี สุขภาพจิตที่ดี เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในครอบครัว ชุมชน ความปลอดภัยทางร่างกาย และ ความมั่นคงในชีวิต การเข้าถึงบริการสาธารณสุข ตลอดจนการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี และมี โอกาสพักผ่อนหย่อนใจ

Layard (2007) ได้ทำการศึกษาองค์ประกอบที่มีผลต่อความสุข 7 ประการ ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว สถานการณ์ทางการเงิน การงาน สังคม และเพื่อนฝูง สุขภาพ เสรีภาพอิสรภาพส่วนบุคคล และค่านิยมส่วนบุคคล โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความแตกต่างกันของสถานการณ์ในครอบครัวมีผลต่อ ความสุขเป็นอย่างมาก เช่น การหย่าขาดจากคู่สมรสทำให้ความสุขของบุคคลลดลงเป็นอย่างมาก

2. สถานการณ์ทางการเงิน บุคคลจะเริ่มต้นด้วยผลกระทบทางด้านรายได้ของบุคคล ถ้ารายได้ลดลงความสุขก็ลดลงตามไปด้วย โดยเฉพาะผู้ที่มีฐานะที่ยากจน พบว่าบุคคลยิ่งรวยเท่าใด

จำนวนเงินที่เพิ่มมากขึ้นจะมีความหมายน้อยลง สำหรับคนจนจะก่อให้เกิดความสุขมากขึ้น ดังนั้น ความไม่เท่าเทียมกันทางรายได้ เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดความสุขของบุคคลในสังคม เนื่องจาก บุคคลจะเกิดความรู้สึกเป็นสุข หรือไม่เป็นสุขนั้นเกิดจากการมีพฤติกรรมเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ๆ นั่นเอง

3. การงานทำให้บุคคลมีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้กับสังคม ดังนั้น งานจึงไม่ได้เพียงแต่ทำให้บุคคลมีรายได้เท่านั้น แต่ยังช่วยเพิ่มความหมายให้กับชีวิต ดังนั้นการว่างงานไม่ได้ทำให้สูญเสียรายได้แต่เพียงอย่างเดียว หากแต่ยังทำให้ความสุขของบุคคลลดลงอีกด้วย นอกจากนี้ยังทำให้สูญเสียความเคารพในตัวเองและความสัมพันธ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นจากการทำงาน เนื่องจาก บุคคลทุกคนล้วนแล้วแต่มีความคิดสร้างสรรค์ในตัวเอง แต่ถ้าไม่ได้ใช้ความคิดที่สร้างสรรค์ตนเอง ก็จะมีชีวิตที่รู้สึกว่ามีความหมายในตนเองลดลง

4. สังคมและเพื่อนฝูง เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้บุคคลมีเพื่อนใหม่หรือไม่มี และเป็นสิ่งที่กำหนดความรู้สึกปลอดภัย ดังนั้น สังคมคุณภาพนี้ คือ ต้นทุนทางสังคม ที่ประเมินได้ไม่ยากนัก แต่วิธีการหนึ่งที่สามารถทำได้ คือถามบุคคลว่า "โดยรวมแล้วคุณคิดว่าคนเรานี้เชื่อถือได้หรือไม่" เพราะเนื่องจากความเชื่อใจมีผลต่อความสุขด้วยนั่นเอง

5. สุขภาพ เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการกำหนดความสุขของบุคคล เนื่องจาก บุคคลต้องการมีสุขภาพที่ดี ถ้าสุขภาพไม่ดีก็ต้องการได้รับการบำบัดที่ดี ความผิดปกติทางจิตเป็นสาเหตุใหญ่ที่ทำให้คนไม่พอใจมากที่สุดต่อสุขภาพโดยรวม เห็นได้ชัดว่าสุขภาพจิตเป็นส่วนสำคัญของสุขภาพ ดังนั้น สุขภาพจิตจึงเป็นปัจจัยหลักของความสุขโดยรวมบุคคล

6. เสรีภาพส่วนบุคคล และสันติภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่ง ที่มีความสำคัญต่อการกำหนดความสุขของบุคคลในสังคม และได้ถูกกำหนดโดยคุณภาพของรัฐบาลว่าปกครองด้วยหลักกฎหมายที่มีเสถียรภาพและปราศจากการใช้ความรุนแรง ซึ่งการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีสิทธิมีเสียงมีความรับผิดชอบต่อผลงาน ปราศจากการคอร์รัปชัน ฯลฯ หรือไม่เพียงใด ประชาชนที่อยู่ภายใต้ระบอบเผด็จการย่อมมีความสุขน้อยกว่าประชาชนที่อยู่ภายใต้ระบอบการปกครองที่ดีมีเสรีภาพส่วนบุคคล มีเสรีภาพทางการเมืองและเสรีภาพทางเศรษฐกิจ

7. ค่านิยมส่วนบุคคล (ปรัชญาแห่งชีวิต) เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด ก็คือความสุขของบุคคลขึ้นอยู่กับตัวตนภายใน และปรัชญาชีวิตของบุคคล บุคคลจะมีความสุขได้ถ้ามีความพึงพอใจในสิ่งที่มียู และไม่ว่าสิ่งนั้นจะเป็นอย่างไรก็ตาม

Diener (1984) กล่าวถึง ความสุขภายใต้แนวคิดของ Subjective well-being ว่ามี องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้มนุษย์ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข โดยการประเมินความรู้สึกภายในที่ดี จากเป้าหมายการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยองค์ประกอบ ดังนี้

1. ความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง การประเมินเป้าหมายหลักในชีวิตของบุคคลรวมถึงคุณภาพชีวิตที่มีความพอใจในสิ่งที่ตนเป็นและสามารถทำได้ตามมาตรฐานที่ตนเองเป็นผู้กำหนด
2. อารมณ์ทางบวก หมายถึง การที่บุคคลมีอารมณ์ความรู้สึกที่ดี เช่น ความรู้สึกยินดีและดีงาม ตรงกับความรู้สึกที่ตนปรารถนา ที่ได้กระทำในการดำเนินชีวิตของตนเอง
3. อารมณ์ทางลบ หมายถึง การที่บุคคลมีอารมณ์ ความรู้สึกที่เป็นทุกข์กับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต เช่น ความซึมเศร้า และความวิตกกังวล

Argyle and Martin (1991) กล่าวถึง ความสุขภายใต้แนวคิดของ Subjective well-being หมายถึง การประเมินอารมณ์ความรู้สึกภายในของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบทางความคิด และองค์ประกอบทางอารมณ์ โดยแบ่งเป็นการประเมินความสุขทางอารมณ์ในเรื่องของอารมณ์ทางบวก และอารมณ์ทางลบ ดังนี้

1. องค์ประกอบทางความคิด (Cognitive components) เป็นการประเมินความสุขในรูปแบบของความพึงพอใจในชีวิต โดยสรุปรวมชีวิตของบุคคล ทั้งเหตุการณ์ในชีวิต กิจกรรม และสภาพแวดล้อม แล้วตัดสินว่ามีความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ
2. องค์ประกอบทางอารมณ์ เป็นการประเมินความสุขจากประสบการณ์ทางความรู้สึกในแต่ละสถานการณ์ชีวิตของบุคคล คือการประเมินความสุขในประเด็นของอารมณ์ทางด้านบวกและอารมณ์ทางด้านลบ อารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบ เป็นความรู้สึกของอารมณ์ที่มีความอิสระจากกัน ซึ่งจะเป็นไปไม่ได้ที่บุคคลจะมีความรู้สึกทางบวกและทางลบสองอย่างในเวลาเดียวกัน ถ้าในขณะนั้นบุคคลมีความรู้สึกทางบวกมากก็จะมีความรู้สึกทางลบน้อยลงในเวลาเดียวกัน

2.1 อารมณ์ทางบวก เป็นอารมณ์ของความสุขที่เกิดจากสภาวะแวดล้อมภายนอกและภายใน เช่น ความสุข สนุกสนาน ร่าเริง และยินดี เกิดจากแรงจูงใจภายในที่ทำให้เกิดความสุขแบบลึกซึ้งเป็นความอึดอึดทางอารมณ์ซึ่งความงอกงามในตนนี้เป็นประสบการณ์ของการได้บรรลุถึงศักยภาพแห่งตน เป็นการได้เติมเต็มชีวิต โดยการดำเนินชีวิตอย่างสอดคล้องกับศักยภาพแห่งตน (วราภรณ์ ผาทอง, 2549) องค์ประกอบของอารมณ์ทางบวกแบ่งเป็น 4 มิติ (Argyle, 1987) ดังนี้

2.1.1 ความรู้สึกสุขใจและความรู้สึกยินดี เป็นมิติหลักของอารมณ์ทางบวก ซึ่งมีความสัมพันธ์กับใบหน้าที่ยิ้มแย้ม มีความยินดีที่ได้อยู่ร่วมกับผู้อื่น มีความรู้สึกมั่นใจในตนเอง และสามารถแก้ไขปัญหาได้ดี

2.1.2 ความตื่นเต้นและ ความสนใจ เป็นลักษณะของบุคคลที่มีความรู้สึกตื่นเต้น ร่วมกับความรู้สึกยินดี บุคคลนั้นก็จะมีความสุขและมีระดับความเข้มข้นอารมณ์ที่มากกว่าความรู้สึกสุขใจหรือความรู้สึกยินดี โดยจะแสดงออกมาด้วยการหัวเราะ

2.1.3 ความรู้สึกซึมซับ เป็นประสบการณ์ภายในทางอารมณ์ที่มีความเข้มอยู่ในระดับสูง เป็นอารมณ์ภายในที่ลึกซึ่งเชื่อมโยงกับการทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งเช่น การฟังดนตรี การอ่านหนังสือ และการชื่นชมกับความงามของธรรมชาติ ซึ่งบุคคลจะมีความสุขได้ต้องทุ่มเทใส่ใจอย่างเต็มที่ในงานที่เกี่ยวข้องกับการให้คุณค่าในตนเอง

2.2 อารมณ์ทางลบ (Negative affect) ที่พบคือ ความซึมเศร้า นอกจากนี้ยังมีอาการอื่นที่จัดเป็นอารมณ์ทางลบ เช่น ความเสียใจ ความกลัว ความโกรธ ความวิตกกังวล และกลุ่มอารมณ์ทางความเครียด จากการศึกษาของ Argyle (1987) พบว่า อารมณ์ทางลบจะมีสภาวะอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล มีอาการทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เหนื่อย และมีอาการทางประสาท ซึ่งอาการทางจิตนี้โดยปกติมักจะเชื่อมโยงมาถึงอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย (วารสาร ชาติทอง, 2549)

สรุปได้ว่า ความสุขจะเกิดขึ้นขึ้นอยู่กับหลากหลายองค์ประกอบที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นการประเมินของบุคคลในขณะนั้นว่ามีความพึงพอใจในชีวิต มีความรู้สึกทางบวก ได้แก่ ความเบิกบานใจ ความยินดี อารมณ์ที่ดี และการไม่มีความรู้สึกทางลบ ได้แก่ ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล ที่จะทำให้นักคนมีความพึงพอใจในชีวิต โดยสามารถตอบสนองความพอใจในสิ่งที่ตนเองเป็นผู้กำหนดได้ตามมาตรฐานที่ตนกำหนดไว้ ได้แก่ ปัจจัยด้าน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีโรคประจำตัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอของรายได้ เป็นต้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิด และองค์ประกอบของความสุขของ Argyle and Martin (1991) ในการวิจัยครั้งนี้

การประเมินความสุข

การศึกษาการประเมินเกี่ยวกับความสุข มีรากฐานมาจากการวิจัยเชิงสำรวจ เป็นการประเมินที่มีรูปแบบที่กว้างและไม่ละเอียด แต่ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาแบบประเมินเกี่ยวกับความสุขให้มีความละเอียดมากขึ้น รูปแบบการประเมินมีการเปลี่ยนแปลงไป โดยใช้แบบข้อคำถามมากขึ้น แต่สิ่งที่ไม่เปลี่ยนแปลงคือ วิธีการประเมิน โดยให้ผู้ถูกประเมินรายงานตนเอง (self-report assessment) ซึ่งเป็นวิธีการที่เป็นที่ยอมรับ และใช้กันมากที่สุดในกลุ่มนักวิจัยที่ศึกษาทางด้านนี้ ส่วนแบบวัดที่ใช้การประเมินด้วยวิธีที่มีการใช้กันอย่างกว้างขวางและเป็นที่ยอมรับกันมากในสมัยแรก ๆ คือ แบบวัดความสมดุลทางอารมณ์ของ Bradburn (1969) คือ Bradburn's affect balance scale ซึ่งเป็นการวัดอารมณ์ 2 ด้านแบบแยกจากกันคือ อารมณ์ทางบวก และอารมณ์ทางลบ นอกจากนี้แล้วยังมีแบบวัดอีกจำนวนมากที่นักวิจัยศึกษาและพัฒนาขึ้นมา เพื่อที่จะวัดตัวแปรความสุขนี้ให้ครอบคลุม และมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด

การประเมินความสุขของผู้สูงอายุในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Argyle and Martin (1991) ซึ่งกล่าวไว้ว่า ความสุขของผู้สูงอายุ หมายถึง การประเมินของบุคคลจากสอง องค์ประกอบ

ร่วมกันคือ องค์ประกอบของการรับรู้ ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต และองค์ประกอบของอารมณ์ในขณะนั้น ซึ่งแยกเป็นอารมณ์ทางบวก เช่น มีความเบิกบานใจ มีความยินดี มีอารมณ์ดี และอารมณ์ทางลบ เช่น ความซึมเศร้า และความวิตกกังวล เป็นต้น ผู้วิจัยนำองค์ประกอบทั้งสองประการนี้มาใช้ในการประเมินความสุขของสูงอายุ ซึ่งเป็นการประเมินความรู้สึกภายในและภายนอกในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ประเมินโดยใช้แบบวัดความสุขของผู้สูงอายุของ วราภรณ์ ผาทอง (2549) เนื่องจากได้นำไปใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ามาใช้บริการในสถานอนามัยบ้านร้องเม็ง ตำบลหนองแห้ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเนื้อหาของแบบวัดนี้มีข้อความที่เข้าใจง่าย คำถามมีความชัดเจนและเหมาะสมในการวัดในผู้สูงอายุ

ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีโรคประจำตัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอของรายได้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้สึกและความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ โดยการแปลความหมายตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเข้าใจของแต่ละบุคคล ที่นำมาจากประสบการณ์หรือความรู้เดิมมาเป็นพื้นฐานของการรับรู้ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองและพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการรับรู้ภาวะสุขภาพส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

การวิจัยครั้งนี้ให้ความหมาย การรับรู้ภาวะสุขภาพว่า คือ ความรู้สึก หรือความคิดเห็นที่ผู้สูงอายุประเมินสุขภาพตนเองโดยรวม โดยแปลความหมายจากประสบการณ์เดิมมาเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ (Speak, Cowart, & Pellet, 1989)

การรับรู้ภาวะสุขภาพกับความสุข

การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ กล่าวคือถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี มองตนเองในด้านบวก ผู้สูงอายุก็จะมีความสุข ในทางตรงข้ามถ้าผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี มองตนเองในด้านลบก็จะทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุขในการดำเนินชีวิต (Honkanen et al., 2003) การรับรู้ภาวะสุขภาพ คือ การแสดงออกถึงความรู้สึกและความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพโดยรวมที่นำประสบการณ์หรือความรู้เดิมมาเป็นพื้นฐานของการรับรู้ที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองและพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุการรับรู้ภาวะสุขภาพส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (วลัยพร นันทศุภวัฒน์, 2552) จากการศึกษาก่อนหน้านี้

ศรีฤทธา (2545) เกี่ยวกับชีวิตที่มีความสุขของผู้สูงอายุในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น: กรณีศึกษาบ้านไถ่นา อำเภอมะนัง พบว่า ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับความสุขโดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่ดีมีระดับความสุขสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Miller and Russell (1980) ที่ทำการ ศึกษา ปัจจัยส่งเสริมความพึงพอใจของผู้สูงอายุ ในสถานพักฟื้นคนชรา จากจำนวน 30 คน พบว่าจำนวน 11 คน ที่รับรู้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ดี จะทำให้มีความสุข

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีความสุขจะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนดีและในทางกลับกัน ผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีจะมีความสุขน้อยลง (Kehn, 1995; Achat et al., 2000; Roysamb et al., 2003; Mroczek & Spiro, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cott (2001) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับความสุขของผู้สูงอายุในประเทศแคนาดา พบว่าภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับ ความสุข ส่วน DiMatteo et al. (2000) กล่าวว่า ความสุขมีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และเป็นปัจจัยที่เป็นตัวทำนายสุขภาพที่ดี นั้นหมายความว่า อารมณ์ที่เป็นสุขมีความสัมพันธ์สูงกับความทนต่อความเจ็บปวด กล่าวคือ ผู้ที่มีความสุขมาก จะมีความอดทนต่อความเจ็บปวดมาก (Lyubomirsky et al., 2005) จึงกล่าวได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ ของบุคคลนั้น ๆ มีความเกี่ยวข้อง หรือสัมพันธ์กับการมีความสุขของบุคคล (Benyamini et al., 2000; Pettit et al., 2001; Sullivan et al., 2001) ดังนั้น การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพที่ดีจะทำให้ผู้สูงอายุมี กำลังใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ และมี ความสุขต่อการดำเนินชีวิต

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

มิติในการประเมินภาวะสุขภาพเป็นพื้นฐานมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย 5 มิติเป็นอย่างน้อย คือ 1) ภาวะสุขภาพทางร่างกาย ได้แก่ หน้าที่และโครงสร้าง โดยรวม 2) ภาวะสุขภาพทางจิต ได้แก่ อารมณ์และความฉลาดทางอารมณ์ 3) การทำหน้าที่ทาง สังคม 4) บทบาทหน้าที่ และ 5) การรับรู้ทั่วไปถึงความผาสุก (Ware et al., 1998 cited in Pender, Merdaugh, & Parsons, 2002) ที่ผ่านมามีการศึกษาถึงแนวทาง และวิธีการประเมินภาวะ สุขภาพของบุคคลในรูปแบบที่แตกต่างมากมาย แนวทางหนึ่งที่ได้รับการสนใจอย่างมากคือ การ ประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง จากการสร้างของ Denyes (1988) โดยได้พัฒนาเครื่องมือที่นำมา จากแนวคิดของ Brunswick (1976) และ Orem (1971 cited in Denyes, 1988 อ้างถึงใน นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ, 2534) แบบวัดภาวะสุขภาพ ของ Denyes ประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ให้ผู้ตอบตอบคำถามสั้น ๆ เกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ ด้านสุขภาพของตนเองตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นจริงในช่วงเวลานั้น ลักษณะคำตอบเป็นมาตร

ประมาณค่าเชิงเส้นตรงที่แสดงความต่อเนื่องของสุขภาพ มีคะแนนอยู่ในช่วง 0-100 คะแนนปลายสุดของด้านซ้าย มีคะแนนเท่ากับ 0 หมายถึง สุขภาพที่ไม่ดี และปลายสุดทางด้านขวามีค่าคะแนนเท่ากับ 100 หมายถึง สุขภาพดีมาก ข้อคำถามมีทั้งหมด 13 ข้อ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง และความตรงตามเนื้อหา โดย Nunnally (1978 cited in Denyes, 1988) และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) อยู่ระหว่าง .83-.88 (Denyes, 1988) นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) ได้นำแบบวัดภาวะสุขภาพของ Denyes มาแปลเป็นไทย และปรับให้มีความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้กับผู้สูงอายุไทย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 นอกจากนี้ พุชเมษา หมั่นคำแสน (2542) ได้นำแบบประเมินดังกล่าวไปใช้ประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุชาวกะเหรี่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 เช่นเดียวกัน

นอกจากนี้ยังมีการประเมินที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากคือ การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง โดยใช้ข้อคำถามจำนวน 1-3 ข้อ ให้ผู้สูงอายุประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ประเมินจากประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมเกี่ยวกับสุขภาพพร้อมกับปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ เช่น สภาพร่างกาย ความเชื่อ คำแนะนำและคำสอนที่ได้รับมา แล้วนำมาสรุปว่าภาวะสุขภาพเป็นอย่างไร ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพจึงเป็นการประเมินสุขภาพตามความรู้สึกและความคิดต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการวัดระดับสุขภาพตามความคิดความเข้าใจของผู้สูงอายุโดยให้ผู้สูงอายุประเมินสภาพร่างกายโดยทั่วไปครอบคลุมไปถึงด้านร่างกาย จิตใจ และความสามารถในการดำเนินชีวิตในสังคม เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตมากทำให้สามารถวิเคราะห์และเปรียบเทียบสภาพร่างกายของตนเองได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของ Speake et al. (1989) มีข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต คือ ภาวะสุขภาพเมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมาและเป็นประสบการณ์ชีวิตที่สำคัญทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และจดจำ จากการเปลี่ยนแปลงตามวัยส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความจำในระยะสั้นได้ไม่ดีแต่มีความสามารถในการจำเรื่องราวในอดีตได้ดี ดังนั้นในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาจึงเป็นช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุสามารถทบทวนและระลึกได้ 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน คือ ภาวะสุขภาพปัจจุบันของผู้สูงอายุตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุในปัจจุบัน 3) การรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น คือ ภาวะสุขภาพปัจจุบันของผู้สูงอายุเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีอายุเท่าๆกัน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยใช้แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ของ สุพรรณณี ชีระเจตกุล (2539) ที่สร้างตามแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Speake et al. (1989)

2. การมีโรคประจำตัว

การมีโรคประจำตัว หมายถึง โรคที่เป็นในระยะเวลาที่ยาวนาน และมีการดำเนินของโรคที่เป็นไปอย่างช้า ๆ เช่น โรคหัวใจ, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคมะเร็ง, โรคในระบบทางเดินหายใจชนิดเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เป็นต้น (World Health Organization [WHO], 2013) สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุข (ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุจังหวัดชลบุรี, 2551) ได้ให้ความหมาย โรคเรื้อรัง มี 2 ประเภท คือ 1) โรคเรื้อรัง หมายถึง ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่ไม่ติดต่อกันโดยทางสัมผัสหรือภาวะที่เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามอายุ ส่วนใหญ่มีสาเหตุไม่แน่นอนและมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่าง มีระยะการพักตัวของโรคและมีการดำเนินของโรคที่ยาวนานทำให้เกิดความพิการหรือการทำงานของร่างกายผิดปกติ และรักษาไม่หายขาดต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้รับการส่งเสริม ในการดูแลที่เฉพาะร่วมกับการฟื้นฟูเพื่อให้ร่างกายสามารถทำหน้าที่และปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้ 2) โรคเรื้อรัง หมายถึง ภาวะที่มีความผิดปกติหรือเบี่ยงเบนไปจากปกติของร่างกายอย่างถาวรส่งผลให้เกิดความพิการเกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่ไม่สามารถรักษาให้กลับคืนเป็นปกติได้ต้องกายภาพบำบัดหรือการปรับตัวและต้องได้รับการดูแลในระยะยาว รวมถึงโรคประจำตัวที่สามารถรักษาให้หายได้แต่ถ้าได้รับการรักษาติดต่อกันนานเกิน 3 เดือนแล้วไม่หายและต้องรักษาต่อไป ให้ถือว่าเป็นโรคเรื้อรัง และสอดคล้องกับ นุสรัน เหาะมะ (2551) ให้ความหมายว่า เป็นโรคที่เกิดจากพันธุกรรม หรือการมีพฤติกรรม ที่ไม่เหมาะสมจึงนำมาซึ่งโรคภัยไข้เจ็บ อาจจะมีมาตั้งแต่กำเนิด หรือตรวจพบในภายหลัง และยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ในปัจจุบัน เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิต โรคหอบ โรคหืด โรคเบาหวาน โรคกล้ามเนื้อ และข้อต่อ เป็นต้น

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความหมายโรคเรื้อรังว่า เป็นการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวเรื้อรังของผู้สูงอายุ โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา และติดตามดูแลในระยะยาวติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน (กระทรวงสาธารณสุข, 2551)

การมีโรคประจำตัวกับความสุข

การมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความสุขผู้สูงอายุ เนื่องจากการมีโรคประจำตัวมีผลกระทบกับความสุขในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ (Pressman & Cohen, 2005) เนื่องจากวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังนั้นวัยสูงอายุจึงเป็นวัยที่มีปัญหาสุขภาพมากกว่าวัยอื่น ๆ (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548; วิไลวรรณ ทองเจริญ, 2554; Speak et al., 1989) และจากการมีอายุขัยเฉลี่ยที่ยืนยาวทำให้ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเรื้อรังเกิดขึ้น (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2548; Barlow et al., 2002) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความพิการ หรือมี

ความผิดปกติมากกว่าหนึ่งชนิด ทำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง เกิดความเครียดทางด้านจิตใจ ทำให้จิตใจไม่สดชื่น ส่งผลต่อสุขภาพทางกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และบทบาททางสังคมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกแตกต่างจากคนอื่นเกิดความรู้สึกทางลบทำให้ไม่มีความสุข (Power & Jolowiec, 1987; Seligman, 1990) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และจากอุบัติเหตุ เป็นต้น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2544) จากการศึกษาของ ซินัน บุนยูเรอรัตน์ (2551) ที่ศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณและความสุขของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแคด้านความสุข พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวมีความสุขมากกว่าผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ($p < .05$) และโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความสุขได้ ($r = .48, p < .01$)

จากการศึกษาของ Carison and Well (1999) พบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาผู้อื่นและรู้สึกไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิต ซึ่ง Power and Jolowiec (1987) พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และรู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากบุคคลอื่น ทำให้อำนาจในการควบคุมตนเองลดลง (Lambert & Lambert, 1987) เกิดความรู้สึกเสียใจ ซึมเศร้า โกรธตัวเอง และแยกตัวเอง (Lawrence & Lawrence, 1979) ทำให้ไม่มีความสุข และจากการศึกษาของ Argyle (1987) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสุขกับโรคทางจิตเวช พบว่า ผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวชจะมีความสุข อยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับ ผู้ที่มีอารมณ์โกรธง่าย สับสน ตึงเครียด และซึมเศร้า จะมีคะแนนความสุขอยู่ในระดับต่ำ เช่นกัน เนื่องจากความเจ็บป่วย และความสุขมีความสัมพันธ์ในทิศทางที่ตรงข้ามกัน บุคคลที่ไม่มีโรคประจำตัวจะมีความสุขมากกว่าบุคคลทั่วไป และผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวก็จะทำให้มีอายุยืนมากยิ่งขึ้น มีจิตใจที่สดชื่น และมีความสุข (Diener et al., 2003; Honkanen et al., 2003) ดังนั้น การมีโรคประจำตัวจึงเป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นรากฐานของภาวะสุขภาพจิต สังคม และการแสดงออกของบุคคล ที่มีส่วนสัมพันธ์กับอัตมโนทัศน์ Rosenberg and McCullough (1981) ให้ความหมายว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความรู้สึกเคารพนับถือในตนเอง และคิดว่าตนเองมีค่า สอดคล้องกับ Maslow (1970) ที่กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การประเมินคุณค่าในตนเองจากการยอมรับตนเอง และได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ก่อนที่จะนับถือตนเอง โดยแบ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็น 2 ส่วน คือ 1) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากการยอมรับในตนเอง คือ ต้องการมีความเข้มแข็ง ความเชื่อมั่น และความเป็นอิสระที่ทำให้มีความสามารถในการทำสิ่ง

ต่าง ๆ 2) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากการยอมรับของผู้อื่น คือ ความต้องการ มีชื่อเสียง มี ความรุ่งเรืองในตำแหน่ง มีเกียรติยศ และอำนาจเหนือผู้อื่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นสิ่งที่มีการ พัฒนาการ และกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะเพิ่มขึ้นตาม อายุ และส่งผลกระทบต่ออย่างมากตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นถึงวัยสูงอายุ นอกจากนี้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จะเปลี่ยนไปตามวุฒิภาวะ สิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตอีกด้วย กล่าวคือ ถ้าเหตุการณ์ ในชีวิตของบุคคลดำเนินไปในด้านดี ประสบผลสำเร็จในสิ่งที่กระทำก็จะทำให้มีความความรู้สึกมี คุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลประสบเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองหมด ความสามารถ สูญเสียอำนาจ ไม่มีประโยชน์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของบุคคลนั้นก็ จะลดลง ทำให้ส่งผลกระทบต่อตนเองและคุณภาพชีวิตในที่สุด

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) ให้ความหมายว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คือ เจตคติที่มีต่อตนเอง และประเมินตนเองว่ามีค่า มี ความสามารถ และประสบผลสำเร็จในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ที่ได้รับการยอมรับจากสังคม

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความสุข

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกพื้นฐานของบุคคลด้านสุขภาพจิต (Hirst & Metcalf, 1984) เป็นส่วนประกอบหนึ่งของอัตมโนทัศน์ (Taylor, 1982) และเป็นไปตามทฤษฎี พัฒนาการ 8 ขั้นของ Erikson ที่ว่า บุคคลที่ผ่านการพัฒนาการที่ดีทั้ง 8 ขั้น เมื่อเข้าสู่ขั้นสูงอายุหรือ ขั้นสุดท้าย ที่เต็มไปด้วยความสำเร็จจะมีปรัชญาชีวิตของตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเองทำให้ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีความสุขได้ (พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุษย์, 2547) บุคคลที่มีความรู้สึกมี คุณค่าในตนเองสูงจะรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ และมีคุณค่าทำให้มีความมั่นใจที่จะกระทำหน้าที่ ต่าง ๆ ส่วนผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำจะรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสำคัญ จะแสดง พฤติกรรมในรูปแบบของการพึ่งพาผู้อื่นจะคิดถึงแต่ความล้มเหลว และนึกถึงความล้มเหลวที่เกิดขึ้น ในอดีตว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต (Wells & Marwell, 1976 cited in Miller, 2000) จากการศึกษาของ วารี กังใจ (2540) ที่ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถ ใน การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ($r = .84, p < .01$) และ ($r = .55, p < .01$) ตามลำดับ

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีผลกระทบเชิงบวกโดยตรง (Positive impacts) ต่อความสุข ดังผลการศึกษาของ Cheng and Furnham (2003) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความสุขจากปัจจัยด้าน บุคลิกภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ Joubert (1990) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของ ลักษณะบุคลิกภาพ กับความสุข พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

ความสุขของสตรี ($r = .36, p < .01$) และจากการศึกษาของ Mahon and Yarcheski (2002) พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข ($r = .70, p < .01$) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะเปลี่ยนแปลงไปตามวัย วุฒิภาวะ สิ่งแวดล้อม และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต กล่าวคือ ถ้าเหตุการณ์ในชีวิตดำเนินไปในทางที่ตีประสบความสำเร็จตามเป้าหมายของบุคคลก็จะทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น ในทางตรงข้าม ถ้าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำให้ตนเองรู้สึกว่าหมดความสามารถ สูญเสียอำนาจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก็จะลดลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จัดเป็นความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐานของบุคคล ที่ช่วยกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง อันจะทำให้เกิดความสุขและคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา ดังนั้น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสามารถประเมินได้จาก 1) การซักถามและการสังเกตจากพฤติกรรมของผู้ถูกวัด (McGlashan, 1988) เป็นการสังเกตลักษณะคำพูดเกี่ยวกับตนเอง ทางด้านลบ (Negative self-talk) หรือลักษณะที่แสดงออกทางพฤติกรรม 2) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยใช้กราฟ (Graphic description of self-esteem) ของ Makay and Gaw (1975 cited in Taylor, 1993) โดยประเมินความแตกต่างระหว่างตัวตนของเราที่เป็นอยู่กับตัวตนของเราที่ควรจะเป็น และตัวตนของเราในอุดมคติ ให้ผู้ถูกประเมินกากบาทบนเส้นตรงทั้งสองตำแหน่ง ถ้าระยะของทั้งสองเส้นแตกต่างกันมาก แสดงว่ามีคุณค่าในตนเองต่ำ แต่ถ้าอยู่ใกล้กันแสดงว่ามีคุณค่าในตนเองสูง และ 3) การใช้แบบสอบถามให้ผู้ถูกวัดประเมินถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้แก่ แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1968) เป็นแบบประเมินที่วัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ถูกวัด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับความมีคุณค่าในตนเอง โดยใช้แบบประเมินจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ วารี กังใจ (2540) ซึ่งแปล มาจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965)

4. การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม ได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในสังคม ทั้งทางด้านพฤติกรรมทางการแพทย์ และจิตวิทยา มาเป็นระยะเวลากว่า 25 ปี (Bruhn & Philip, 1984) การสนับสนุนทางสังคมมีผลกระทบเชิงบวกกับบุคคลด้านจิตวิทยา สุขภาวะ สุขภาพ และบทบาทหน้าที่ต่อสังคม เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลเกื้อหนุนความสามารถในการต่อต้านความเครียดได้ (Cohen, 1988) เนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสำคัญ และเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ต่อภาวะ

สุขภาพ อารมณ์ทางด้านบวก และความสุขของบุคคล (Argyle & Martin, 1991; Cohen, 1988; Cohen & Syme, 1985; House et al., 1988; Myers, 1992) การสนับสนุนทางสังคมเปรียบเสมือนกันชนหรือเบาะรองรับความเครียดต่าง ๆ และเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคลในการเผชิญกับความเครียด (Antonovsky, 1982) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคม ยังเป็นบรรทัดฐานทางสังคมที่มีการแลกเปลี่ยน เอื้อเพื่อซึ่งกันและกันและมีความไว้วางใจกัน (รศรินทร์ เกร์ และคณะ, 2553) เนื่องจากการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมจำเป็นต้องมีการพึ่งพากัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม และทำให้มีจิตอยู่อย่างมีความสุขและมีความหมายขึ้น การศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมเป็นความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ การศึกษาดังกล่าวจึงมีความหลากหลายแนวคิดของแต่ละบุคคลจึงมีผู้ให้ความหมายที่แตกต่างกันและสอดคล้องกัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Weiss (1974) ได้ให้ความหมายว่า เป็นความพึงพอใจต่อความต้องการทางสังคม ที่ทำให้เกิดความรู้สึกอึดใจ หรือพึงพอใจต่อความต้องการของบุคคล ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคม

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยกย่องการมีคุณค่า และได้เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม ที่มีการติดต่อผูกพันซึ่งกันและกัน

House (1981) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความรักใคร่ ห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือทางด้านเงินทอง สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูล ข่าวสาร รวมถึงการให้ข้อมูลป้อนกลับ และทำให้บุคคลนั้นรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม คือ การให้ความรักใคร่ผูกพันทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและอบอุ่น รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึ่งพาตนเอง เป็นการให้โอกาสที่จะเลียงคู่อุ้มชูซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าว่ามีบุคคลที่พึ่งพากันได้ อีกทั้งยังได้รับการชี้แนะช่วยเหลือทำให้เกิดกำลังใจที่จะสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาได้

องค์ประกอบของแรงสนับสนุนทางสังคม

Weiss (1974) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

1. การให้ความรักใคร่ผูกพัน (Attachment) ส่งผลต่ออารมณ์โดยรวมคือ ทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความสัมพันธ์เช่นนี้จะพบในกลุ่มสมรส เพื่อ หรือสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน

2. ความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social integration) ทำให้บุคคลรู้สึกมีเป้าหมาย มีความเป็นเจ้าของและได้รับการยอมรับว่าตนมีคุณค่าต่อกลุ่ม ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกแยกออกจากสังคม

3. การให้โอกาสที่จะเลี้ยงดูผู้มั่ง (Opportunity for nurturance) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ใหญ่ มีความรับผิดชอบต่อความเจริญเติบโตของสุขภาพของผู้เยาว์ แล้วทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึงพาได้ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้จะทำให้เกิดความคับข้องใจ ชีวิตไม่สมบูรณ์และไร้จุดหมาย

4. การให้ความรู้มีคุณค่า (Reassurance of worth) เป็นการได้รับการยอมรับในสถาบัน ครอบครัวหรือเพื่อน เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคม บทบาทนั้นอาจเป็น บทบาทในครอบครัวหรือในอาชีพ ถ้าคนเราไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้ความเชื่อมั่นหรือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

5. การให้ความรู้สึกว่ามีบุคคลพึ่งพาได้ (Sense of reliable alliance) บุคคลคาดหวังว่าตน จะได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ถ้าไม่ได้รับจะรู้สึกว่ตนถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับการชี้แนะ (The obtaining of guidance) การได้รับความช่วยเหลือ เป็นการ ได้รับการช่วยเหลือด้านคำแนะนำ ชี้แนะหรือได้รับกำลังใจ เพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา Brandt and Weinert (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

1. ความใกล้ชิดและรักใคร่ผูกพัน หมายถึง การได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดสนิทสนมและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน เพื่อให้ตนเป็นที่รักของบุคคล ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกเดียวดาย มองโลก ในแง่ร้าย ซึ่งลักษณะเช่นนี้จะพบในกลุ่มมรส บิดามารดา และญาติพี่น้อง

2. การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสเข้าร่วม กิจกรรมของสังคม ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นความรู้สึก ข้อมูลข่าวสาร ความหวังใจ และความเอื้ออาทรต่อกัน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้จะทำให้ชีวิตน่าเบื่อหน่ายรู้สึกถูก ตัดขาดออกจากสังคม

3. การมีโอกาสนับประโยชน์ต่อผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลได้มีโอกาสเลี้ยงดู และ ช่วยเหลือ ผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่พึ่ง และที่ต้องการของผู้อื่นได้ มีการแลกเปลี่ยน ประโยชน์ซึ่งกันและกัน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้ก็จะรู้สึกว่าชีวิตของตนเอง ไร้ค่า

4. ความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน หมายถึง การที่บุคคลได้รับการเคารพ และการเห็นคุณค่า การยกย่องและชื่นชมความสามารถในบทบาททางสังคม รวมถึงการให้อภัย และให้โอกาสใน

การปรับปรุงตนเอง ถ้าบุคคลไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้ ก็จะรู้สึกว่าคุณค่าความเชื่อมั่นและไร้ประโยชน์

5. การได้รับความช่วยเหลือและคำแนะนำในด้านต่าง ๆ หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ การเงิน วัตถุ และสิ่งของ

การสนับสนุนทางสังคมกับความสุข

การสนับสนุนทางสังคม สามารถลดภาวะวิกฤตของชีวิตได้ โดยช่วยลดความเครียดอันนำไปสู่ภาวะวิกฤตของชีวิต เนื่องจากความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อคนเรารู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้รู้สึกว่าคุณค่า ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเปรียบเสมือนขุมพลังที่จะช่วยเหลือบุคคลให้สามารถเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ หรือสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์เครียดนั้นเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางด้านบวกและความสุขของบุคคลได้ (Creasia & Parker, 1991)

จากการศึกษาของ Baldassare et al. (1984) ที่ศึกษาการทำนายความสุขของผู้สูงอายุจากสัมพันธภาพทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความสุขของผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Miabra (1992) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในระยะยาวระหว่างจำนวนเพื่อนและการไว้ใจกันระหว่างเพื่อนพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับความสุขอยู่ในระดับดีเท่ากัน เช่นเดียวกับการศึกษาของ Requena (1995) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขในระยะยาวระหว่างจำนวนเพื่อนและการไว้ใจกันระหว่างเพื่อนในผู้เกษียณอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้เกษียณอายุ และสอดคล้องกับการศึกษาในระยะยาว (Longitudinal) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบ ต่าง ๆ เช่น การสนับสนุนทางอารมณ์ และการสนับสนุนด้านสิ่งของ มีความสัมพันธ์กับความสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ Staw et al. (1994) พบว่า บุคคลที่ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสิ่งของจำนวนมากจากเพื่อน และบุคคลอื่น มีความสุขมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับ สอดคล้องกับ ซุติไกร ตันติชัยวนิช (2551) ที่ศึกษาความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง พบว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุข ($r = .91, p < .01$) ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ เนื่องจากการดำรงอยู่ในสังคมของมนุษย์จำเป็นต้องพึ่งพากัน มีความไว้วางใจช่วยเหลือซึ่งกันและกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกแก่กัน เพื่อให้เกิดความมั่นคงและเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคมซึ่งจะนำมาสู่ชีวิตที่มีความหมายและมีความสุขต่อไป

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีนักวิจัยหลายท่านได้ให้แนวทางในประเมินการสนับสนุนทางสังคมพอไว้อย่างหลากหลาย โดยมีรายละเอียดพอสังเขป ดังต่อไปนี้

House (1981) ได้สร้างเครื่องมือประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ 2) ด้านเปรียบเทียบ พฤติกรรม 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) ด้านวัตถุประสงค์ของ ในประเทศไทย วันทนี สุวรรณช่าง (2542) ได้ประยุกต์แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการในโรงพยาบาลชลบุรี ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุนด้าน อารมณ์ 6 ข้อ การได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม 5 ข้อ การได้รับการ สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ และการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของ 6 ข้อ รวม 22 ข้อ แบบสอบถามดังกล่าวได้รับการตรวจสอบความชัดเจน และความตรงกันของเนื้อหา จาก ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน และนำไปใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมารับการรักษาในโรงพยาบาล ชลบุรี จำนวน 40 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.90 และ Brandt and Weinert (1981) ได้สร้างเครื่องมือประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้แนวคิดของ Weiss (1974) โดย ให้ชื่อว่า แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคลส่วนที่ 2 (Personal Resource Questionnaires: PRQ 85-Part 2) ประกอบด้วยการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับใน 5 ด้าน ได้แก่ ความใกล้ชิดผูกพัน การรับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสได้รับการอบรมเลี้ยงดู หรือช่วยเหลือบุคคลอื่น การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้แปลเป็นภาษาไทยโดย จิรภา หงษ์ตระกูล (2532) และประยุกต์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุประกอบ ด้วยคำถาม 25 ข้อ วัดการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความใกล้ชิดผูกพัน 2) การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 3) การให้ความช่วยเหลือบุคคล อื่น 4) การรับรู้ถึงคุณค่าของตนเอง และ 5) การได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ซึ่ง ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 อันดับ แบบสอบถามดังกล่าวได้รับการตรวจสอบ ความชัดเจน และความตรงกันของเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน นำไปศึกษาในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ 100 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .90

สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม จากการรายงานของผู้ที่พัฒนาเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมนี้พบว่ามีการใช้ PRQ 2000 อย่างแพร่หลาย โดยความน่าเชื่อถือของ PRQ 2000 part II ได้รับการประเมินจากกลุ่มตัวอย่าง 8 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มสตรีที่มีอายุเฉลี่ย 48.4 ปีและป่วยด้วยโรค Multiple sclerosis จำนวน 449 คู่ 2) กลุ่มสตรีที่มีอายุเฉลี่ย 48 ปีและป่วยด้วยโรค Multiple sclerosis จำนวน 450 3) ผู้หญิงในแถบ ชนบทที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 97 คน 4) ผู้ชายและผู้หญิงในแถบชนบทของ Montana, Wyoming, Washington และ North Dakota จำนวน 304 คน 5) ชานาสูงอายุใน Montana จำนวน

248 คน 6) ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแลจำนวน 555 คน 7) ผู้สูงอายุโรคหัวใจจำนวน 286 คน และ 8) ผู้หญิงที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 99 คน แล้วได้นำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87-.93

สำหรับในประเทศไทย Piboon (2011) ได้นำมาแปล และใช้กับผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 40 คน ได้นำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93 โดยแบบประเมิน Personal Resource Questionnaire (PRQ) 2000 part II เป็นเครื่องมือที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นจำนวน 3 ครั้ง โดย Brandt and Weinert (1981) ฉบับปัจจุบันมีชื่อว่า PRQ 2000 ที่ถูกพัฒนาโดย Weinert (2003) เป็นเครื่องมือที่วัดระดับการรับรู้ต่อการสนับสนุนทางสังคม โดยประเมินหน้าที่ต่าง ๆ ของการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กัน การสนับสนุนทางสังคม คือ การให้ความรักใคร่ผูกพันทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและอบอุ่น รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึ่งพาตนเอง เป็นการให้โอกาสที่จะเลี้ยงดูซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่า ว่ามีบุคคลที่พึ่งพากันได้ อีกทั้งยังได้รับการชี้แนะ ช่วยเหลือทำให้เกิดกำลังใจ ที่จะสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาได้ ซึ่ง Weiss เป็นผู้ให้ความหมายไว้ในปี ค.ศ. 1974 (Weiss, 1974) มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ลำดับ เริ่มตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จนถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” คะแนนที่รวบรวมได้จากแต่ละหัวข้อจะถูกนำมาเรียงลำดับจาก 15 ถึง 105 โดยที่คะแนนสูงจะหมายถึงการรับรู้ในระดับสูงต่อการสนับสนุนทางสังคม

จากการรายงานของผู้ที่พัฒนาเครื่องมือวัดการสนับสนุนทางสังคมนี้พบว่าได้มีการใช้ PRQ 2000 อย่างแพร่หลายโดยความน่าเชื่อถือของ PRQ 2000 part II ได้รับการประเมินจากกลุ่มตัวอย่าง 8 กลุ่ม ได้แก่ 1) คู่สมรสที่มีอายุเฉลี่ย 48.4 ปีและป่วยด้วยโรค Multiple sclerosis จำนวน 449 คู่ 2) คู่สมรสที่มีอายุเฉลี่ย 48 ปีและป่วยด้วยโรค Multiple sclerosis จำนวน 450 3) ผู้หญิงในแถบชนบทที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน 97 คน 4) ผู้ชายและผู้หญิงในแถบชนบทของ Montana, Wyoming, Washington และ North Dakota จำนวน 304 คน 5) ชานาสูงอายุใน Montana จำนวน 248 คน 6) ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ดูแลจำนวน 555 คน 7) ผู้สูงอายุโรคหัวใจจำนวน 286 คน และ 8) ผู้หญิงที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 99 คน แล้วได้นำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87-.93 สำหรับในประเทศไทย Piboon

(2011) ได้นำมาแปล และใช้กับผู้สูงอายุแผนกผู้ป่วยนอกของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 40 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.93

5. ความเพียงพอของรายได้

รายได้หรือสถานะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นบ้านที่อยู่อาศัยที่ดีและน่าอยู่ รับประทานอาหารที่มีคุณค่า ได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ที่มีรายได้เพียงพอได้รับการตอบสนองตามความจำเป็นพื้นฐานได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยารักษาโรค ตลอดจนสามารถจัดหาของใช้ที่จำเป็นเพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดี การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งเป็นการกระทำเพื่อตอบสนองความสุขของตนทั้งสิ้น (รศรินทร์ เกร์ และคณะ, 2553) ถ้าผู้สูงอายุมีความพร้อมเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายก็จะช่วยลดความวิตกกังวลลงได้ ตามแนวคิด ทฤษฎีความผาสุกกล่าวไว้ว่า วัตถุ หรือเงินเป็นแหล่งด้านทานความเครียดได้เป็นอย่างดีของบุคคลซึ่งความเพียงพอของรายได้เป็นแหล่งประโยชน์หนึ่งที่สามารถนำมาใช้เป็นปัจจัยส่งเสริมความสุขของบุคคลได้ (Antonovsky, 1982) จากการศึกษาของ จรัส จันทร์ทอง (2550) ที่ศึกษาระดับความสุขของประชาชน: กรณีศึกษาเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลทับปุด อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา พบว่ารายได้ และความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับความสุข ($\bar{x} = 2.78$, $SD = 0.78$)

จากการศึกษาระยะยาว (Longitudinal) และการศึกษาแบบไปข้างหน้า (Prospective) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความสุขพบว่า มีทิศทางของความสัมพันธ์อย่างชัดเจน (Lyubomirsky et al., 2005) และจากการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) ของ Graham et al. (2005) ที่ศึกษาในประเทศไทยในระหว่างปี ค.ศ. 1995-2000 พบว่าความสุขมีความสัมพันธ์กับการมีรายได้สูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Staw et al. (1994) พบว่า ลูกจ้างที่มีรายได้สูงจะมีอารมณ์ทางบวกหรือมีความสุขมากกว่าผู้มีรายได้ต่ำ

ตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการประสบความสำเร็จในสังคมสมัยใหม่ (Modern societies) คือรายได้ ดังนั้นบุคคลที่มีรายได้มากย่อมมีความสุขมากนั่นเอง จากการศึกษาของ Graham et al. (2005) ในปี ค.ศ. 1955 ได้มีการศึกษาในชาวรัสเซีย พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความสุข ($r = .48$, $p < .01$) และ ในปี ค.ศ. 2000 ($r = .39$, $p < .01$) และจากการศึกษาของ Howell et al. (2005) ที่ศึกษาในประชาชนประเทศมาเลเซีย พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Diener and Biswas-Diener (2002) ที่ระบุไว้อย่าง

ชัดเจนว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความสุข ($r = .39, p < .01$)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและการศึกษาเชิงทฤษฎี สรุปได้ว่าตัวแปรที่น่าจะ
ทำนายความสุขของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีโรคประจำตัว ความรู้สึกรู้
คุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอของรายได้ ผู้วิจัยจึงคัดสรรตัวแปร
เหล่านี้มา ทำการ ศึกษาถึงความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายความสุขของผู้สูงอายุ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุทั้งเพศหญิง และเพศชาย อายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวนทั้งหมด 86,110 คน (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2553)

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่ได้มาจากการสุ่มจากประชากรด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน จำนวน 200 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ตามตอบรู้อย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ของการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) (Pallant, 2007) โดยมีสูตรคำนวณดังนี้

จำนวนตัวอย่าง = 40 รายต่อตัวแปรอิสระ 1 ตัว

จะได้ $n = (40X)$

เมื่อ $X =$ ตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษา

$$n = (40 \times 5) = 200$$

ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ 200 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้สุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น โดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ตามขั้นตอนดังนี้

1. จัดกลุ่มของอำเภอในจังหวัดฉะเชิงเทราออกเป็นชั้นของความเจริญตามเกณฑ์ที่กรมการปกครองกำหนด โดยพิจารณาจากความหนาแน่นของประชากร เศรษฐกิจ สังคม การบริหาร และการปกครอง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนมีลักษณะครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุทั้งจังหวัด โดยแบ่งอำเภอออกเป็น 5 ชั้น ดังนี้

- 1.1 อำเภอชั้นพิเศษไม่มีอำเภอใดที่เข้าหลักเกณฑ์นี้

- 1.2 อำเภอชั้นหนึ่งมี 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา อำเภอบางปะกง อำเภอ

พนมสารคาม และอำเภอบางคล้า

1.3 อำเภอชั้นสองมี 1 อำเภอ คือ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว

1.4 อำเภอชั้นสามมี 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอบ้านโพธิ์ อำเภอสนามชัยเขต และอำเภอ

แปลงยาว

1.5 อำเภอชั้นสี่มี 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเกาะก่ทำตะเกียบ อำเภอราชสาส์น และอำเภอ

คลองเขื่อน

2. เลือกอำเภอที่เป็นตัวแทนในแต่ละชั้นของอำเภอ โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากแบบไม่มีการแทนที่จากชั้นอำเภอที่แบ่งไว้ในข้อ 1 ชั้นละ 1 อำเภอ ผลที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างพบว่า ตัวแทนอำเภอชั้นที่หนึ่ง คือ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา อำเภอชั้นที่สอง คือ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว อำเภอชั้นที่สาม คือ อำเภอบ้านโพธิ์ และอำเภอชั้นที่สี่ คือ อำเภอคลองเขื่อน

3. สุ่มเขตอำเภอที่สุ่มได้ในข้อ 2 ออกเป็น 1 ตำบล ดังนี้

3.1 อำเภอเมือง พื้นที่ที่สุ่มได้คือ ตำบลบางขวัญ

3.2 อำเภอบางน้ำเปรี้ยว พื้นที่ที่สุ่มได้คือ ตำบลบางขนาก

3.3 อำเภอบ้านโพธิ์ พื้นที่ที่สุ่มได้คือ ตำบลคอนทราย

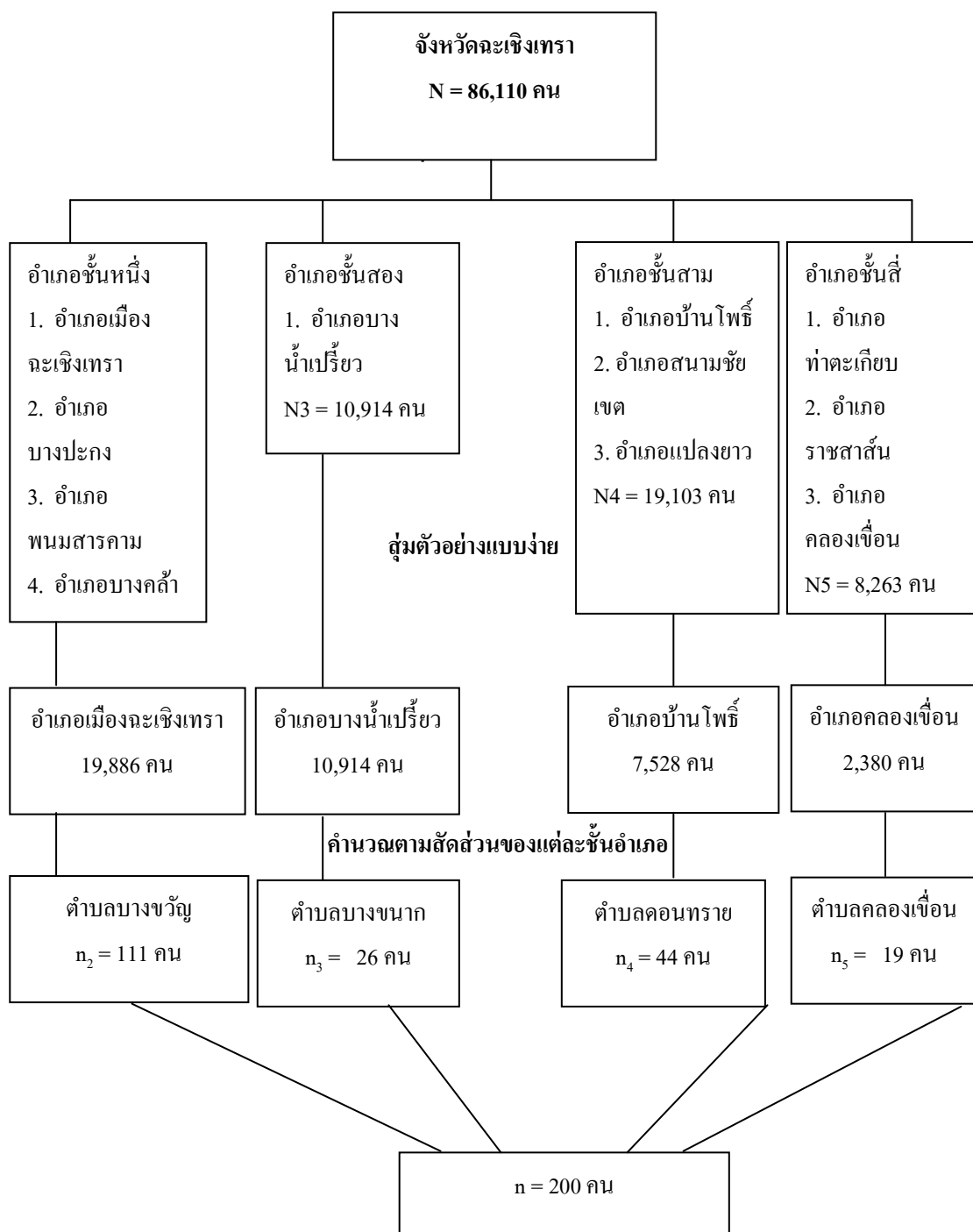
3.4 อำเภอคลองเขื่อน พื้นที่ที่สุ่มได้คือ ตำบลคลองเขื่อน

4. คำนวณจำนวนตัวอย่างจากแต่ละเขต โดยคิดจากสัดส่วนของประชากรแต่ละเขต คำนวณสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง (Proportion stratified) จากสูตร ดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} = \frac{\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} \times \text{จำนวนประชากร}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างดังนี้ ตำบลตำบลบางขวัญ จำนวน 111 คน ตำบลบางขนาก จำนวน 26 คน ตำบลคอนทราย จำนวน 44 คน ตำบลคลองเขื่อน จำนวน 19 คน รวมทั้งหมด 200 คน ดังภาพที่ 3

5. สุ่มตัวอย่างจำนวนผู้สูงอายุที่ระบุไว้ในข้อ 4 โดยสุ่มรายชื่อผู้สูงอายุจากทะเบียนผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละท้องที่ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย



ภาพที่ 3 การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินการสนับสนุน

ทางสังคม และแบบวัดความสุข ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด เกี่ยวกับ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และการมีโรคประจำตัว

2. แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ สุพรรณิธี วีระเจตกุล (2539) ซึ่งสร้างตามแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Speake et al. (1989) ลักษณะของแบบวัดประกอบด้วยข้อความที่ประเมินเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในปัจจุบันของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง 3 ข้อ คือ 1) การรับรู้ภาวะสุขภาพในอดีต 2) การรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน 3) การรับรู้ภาวะสุขภาพเมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่น ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ พิจารณาให้ค่าคะแนนและความหมายดังนี้

ดีมาก/ ดีมากกว่า	หมายถึง	มีความเห็นว่าสุขภาพตนเองดีมาก/ ดีกว่าผู้อื่นมาก ให้ 4 คะแนน
ดี/ ดีกว่า	หมายถึง	มีความเห็นว่าสุขภาพตนเองดี/ ดีกว่าผู้อื่นให้ 3 คะแนน
ปานกลาง/ เท่ากัน	หมายถึง	มีความเห็นว่าสุขภาพตนเองปานกลาง/ เท่ากับผู้อื่น ให้ 2 คะแนน
ไม่ดี/ แย่กว่า	หมายถึง	มีความเห็นว่าสุขภาพตนเองไม่ดี/ แย่กว่าผู้อื่นให้ 1 คะแนน

เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน และ ตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยวัดความคงที่ด้วยวิธีวัดซ้ำ (Test-retest) ในระยะเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ เนื้อหาของแบบวัดนี้มีข้อความที่เข้าใจง่าย คำถามมีความชัดเจนและเหมาะสมในการวัดกับผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ สุพรรณิธี วีระเจตกุล (2539) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

3. แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ วารี กังใจ (2540) ซึ่งแปลมาจาก แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ Rosenberg (1965) มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อความด้านบวก 5 ข้อ และด้านลบ 5 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 5 ลำดับ ให้คะแนนจาก 1 = ไม่เคยรู้สึกเช่นนี้เลย ถึง 5 = รู้สึกเช่นนี้เกือบตลอดเวลา ข้อความด้านลบจะกลับคะแนนก่อนแล้วจึงรวมคะแนนทั้งหมด คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 10 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 50 คะแนน คะแนนยิ่งสูงหมายถึง ความรู้สึกมี

คุณค่าในตนเองสูง แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองชุดนี้ ได้รับการตรวจความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยหาวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ เนื้อหาของแบบวัดนี้มีข้อความที่เข้าใจง่าย คำถามมีความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุมและเหมาะสมในการวัดกับผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ วารี กังใจ (2540) ในการวิจัยครั้งนี้

4. แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Piboon (2011) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม Personal Resource Questionnaire (PRQ 2000) ของ Weinert (2003) เป็นการประเมินหน้าที่ต่าง ๆ ของการสนับสนุนทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กัน 5 ด้าน ได้แก่ ความใกล้ชิด การอุปถัมภ์ การปรับตัวให้เข้ากับสังคม การเห็นคุณค่าของตนเอง และการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 7 ลำดับ เริ่มตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จนถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” คะแนนที่รวบรวมได้จากแต่ละหัวข้อจะถูกนำมาเรียงลำดับจาก 15 ถึง 105 โดยคะแนนสูงหมายถึง การรับรู้ในระดับสูงต่อการสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือนี้ได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่น โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93 เนื้อหาของแบบวัดนี้มีข้อความที่เข้าใจง่าย คำถามมีความชัดเจน และเหมาะสมในการวัดในผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของ Piboon (2011) มาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

5. แบบวัดความสุขของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยใช้แบบวัดความสุขของผู้สูงอายุของ วราภรณ์ ผาทอง (2549) ที่นำมาจากแบบวัดความสุขของผู้สูงอายุของ สหรัฐ เจตมโนรมย์ (2546) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดความสุข (The Oxford Happiness Questionnaire: OHQ) ของ Argyle and Martin (1991) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 29 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า 6 ลำดับ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก จำนวน 17 ข้อ คือ ข้อ 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25, 26 และคำถามเชิงลบจำนวน 12 ข้อ คือ ข้อ 1, 5, 6, 10, 13, 14, 19, 23, 24, 27, 28, 29 โดยให้ผู้ตอบเลือกมาตรที่ตรงกับสภาพที่แท้จริงของตนเองมากที่สุด มาตราประมาณค่ามีตั้งแต่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วย ค่อนข้างเห็นด้วย ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยมากที่สุด โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คำถามเชิงบวก และคำถามเชิงลบ ตามลำดับ ดังนี้

คำถามเชิงบวก			คำถามเชิงลบ		
เห็นด้วยมากที่สุด	6	คะแนน	เห็นด้วยมากที่สุด	6	คะแนน
เห็นด้วย	5	คะแนน	เห็นด้วย	2	คะแนน
ค่อนข้างเห็นด้วย	4	คะแนน	ค่อนข้างเห็นด้วย	3	คะแนน
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	3	คะแนน	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	2	คะแนน	ไม่เห็นด้วย	5	คะแนน
ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	1	คะแนน	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	6	คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ทำโดยนำคะแนนจากแบบวัดมาหาค่าเฉลี่ย แล้วแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	1.00-2.67	คือ	ความสุขอยู่ในระดับต่ำ
คะแนน	2.68-4.34	คือ	ความสุขอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนน	4.35-6.00	คือ	ความสุขอยู่ในระดับสูง

เครื่องมือนี้ วราภรณ์ ผาทอง (2549) ได้นำไปใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ามาใช้บริการในสถานอนามัยบ้านร้องเม็ง ตำบลหนองแหง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 40 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.82 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ (Burns & Grove, 2005) เนื้อหาของแบบวัดนี้มีข้อความที่เข้าใจง่าย คำถามมีความชัดเจน และเหมาะสมในการวัดในผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแบบวัดความสุขของผู้สูงอายุของ วราภรณ์ ผาทอง (2549) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบความชัดเจน และความเหมาะสม แล้วนำมาปรับปรุง แก้ไขตามคำแนะนำ ส่วนแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ และแบบวัดความสุขของผู้สูงอายุ เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยนำมาใช้ทั้งหมด โดยไม่ได้มีการดัดแปลง ผู้วิจัยจึงไม่ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมด ได้แก่ แบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความสุข ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่า

สัมประสิทธิ์อัลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (Cronbach, 1990) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81, .81, .80 ตามลำดับ ส่วนแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตรวจสอบความเที่ยง โดยการทดสอบซ้ำ (Test-retest) โดยใช้สถิติ ของ Pair t-test ผลการวิเคราะห์ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า เครื่องมือมีความคงที่ $p = .62, .33$ และ 1.0 ตามลำดับ (จุฬาลักษณ์ บรมมี, 2551)

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 ท่าน เป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งเป็นผู้ที่มีความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย และมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผู้ช่วยเตรียมผู้ช่วยวิจัยโดยอธิบายความเป็นมา วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย อธิบาย และสาธิตวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย เริ่มตั้งแต่การแนะนำตัว การชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการสัมภาษณ์ตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีการบันทึกข้อมูล เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้องตรงกับผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัย นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดไปทดลองสอบถามผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นการสาธิตให้ผู้ช่วยวิจัยดูเป็นตัวอย่างจำนวน 2 ครั้ง จนผู้ช่วยวิจัยเกิดความเข้าใจ และหลังจากนั้น ให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองสอบถามผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งบันทึกข้อมูลลงในเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างน้อย 2 ครั้งจนได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงกับผู้วิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการได้จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคผนวก ง)
2. ขณะทำการวิจัยผู้วิจัย พิกักสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่า การเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างว่าจะยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ก็ได้ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้ การปฏิเสธไม่มีผลต่อการร่วมกิจกรรมใด ๆ ในชุมชนข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม ที่นำมาใช้ประโยชน์ เพื่อการวิจัยเท่านั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือ และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูล ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูล หลังจากที่ถูกกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์เสนอผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบลบางขวัญ องค์การบริหารส่วนตำบลบางขนาก องค์การบริหารส่วนตำบลคอนทราย และองค์การบริหารส่วนตำบลคลองเขื่อน ที่เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอรายชื่อผู้สูงอายุในพื้นที่นั้น ๆ
3. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขอรายชื่อ ที่อยู่ ซึ่งสามารถติดต่อได้ หรือเบอร์โทรศัพท์ ของประชาชนชุมชน หรือประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
4. ผู้วิจัยติดต่อเข้าพบประธานชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล โดยนัดวันเวลาในการรวบรวมข้อมูล นำผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยไปพบผู้สูงอายุที่ได้รับการสุ่มให้ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน
5. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่บ้าน แนะนำตนเอง อธิบาย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัยแล้วสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ถามข้อคำถาม และคำตอบในแบบสัมภาษณ์ให้ผู้สูงอายุฟังทีละข้อพร้อมทั้งทำการบันทึกคำตอบที่ผู้สูงอายุตอบทีละข้อลงในแบบสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 - 45 นาทีต่อราย
6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุไปที่ละเขตจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้
7. เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ก่อนจบการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในแต่ละราย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปประมวลผลข้อมูล กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่าหรือเท่ากับ .05 ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลความสุขของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดย หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบ Standard regression

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ และอำนาจในการทำนายความสุขของผู้สูงอายุ ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 200 คน ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนเมษายน พ.ศ. 2556 ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และการมีโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ระดับความสุขของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีโรคประจำตัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอของรายได้ กับความสุขของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และการมีโรคประจำตัว แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ จำแนกตาม อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และการมีโรคประจำตัว (n = 200)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	129	64.5
ชาย	71	35.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
60-69 ปี	102	51.0
70-79 ปี	71	35.5
80 ปี หรือมากกว่า	27	13.5
M = 69.80, SD = 7.71, Min = 60, Max = 88		
ศาสนา		
พุทธ	196	98.0
อิสลาม	2	1.0
คริสต์	2	1.0
สถานภาพสมรส		
โสด	12	6.0
คู่	119	59.5
หม้าย/ หย่า/ แยกทาง	69	34.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	6	3.0
ประถมศึกษา	176	88.0
มัธยมศึกษา	8	4.0
ประกาศนียบัตร/ ปริญญาตรี	9	4.5
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.5
อาชีพ		
ไม่มีอาชีพ	77	38.5
เกษตรกรกรรม	46	23.0
รับจ้างทั่วไป	33	16.5
ค้าขาย	23	11.5
ข้าราชการบำนาญ	10	5.0
อื่น ๆ	11	5.5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	14	7.0
ต่ำกว่า 3,000 บาท	104	52.0
มากกว่า 3,000 บาท	82	41.0
M = 3,608.5 , SD = 4133.9 , Min = 0 , Max = 25,000		
ความเพียงพอของรายได้		
รายได้พอเพียง	126	63.0
รายได้ไม่พอเพียง	74	37.0
การมีโรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	63	31.5
มีโรคประจำตัว	137	68.5

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.5) มีอายุเฉลี่ย 69.8 ปี (SD = 7.71) ประมาณครึ่งหนึ่งมีอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 51) นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (ร้อยละ 98) ประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 59.5) ไม่มีอาชีพ (ร้อยละ 38) ส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 88.0) มีรายต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท (ร้อยละ 52) มีรายได้พอเพียง (ร้อยละ 63) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 68.5)

ส่วนที่ 2 ระดับความสุขของผู้สูงอายุ

ระดับความสุขของผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทั้งโดยรวมและรายข้อ แสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสุขของผู้สูงอายุ โดยรวม และรายข้อ (n = 200)

ข้อความ	M	SD	ระดับ
1. มีความพอใจในตัวเอง	4.68	1.44	สูง
2. ใส่ใจเรื่องของผู้คนรอบตัว	5.05	0.82	สูง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อความ	M	SD	ระดับ
3. รู้สึกว่าชีวิตเป็นของขวัญที่มีค่า	5.58	0.87	สูง
4. มีความเป็นมิตรให้กับแทบทุกคนที่รู้จัก	5.53	0.66	สูง
5. ตื่นนอนด้วยความรู้สึกสดชื่น	4.69	1.48	สูง
6. คิดว่าอนาคตสวยงาม	4.35	1.39	สูง
7. สิ่งรอบตัวน่าเพลิดเพลิน	5.06	0.90	สูง
8. เข้าร่วมและถูกชักชวนเข้าร่วมงานเสมอ ๆ	4.95	0.98	สูง
9. ชีวิตเป็นสิ่งที่ดี	5.63	0.81	สูง
10. คิดว่าโลกเป็นที่ที่ดี	4.46	1.51	สูง
11. เป็นคนหัวเราะง่าย	5.47	0.84	สูง
12. ค่อนข้างพอใจกับทุกสิ่งในชีวิต	5.22	0.87	สูง
13. คิดว่าตัวเองน่าสนใจ	4.84	1.39	สูง
14. มักจะไม่มี ความแตกต่างระหว่างสิ่ง ที่อยากจะทำกับสิ่ง ที่ได้ทำลงไป	3.83	1.31	ปานกลาง
15. มีความสุขมาก	5.48	0.83	สูง
16. เห็นความสวยงามในสิ่งต่าง ๆ รอบตัว	5.20	0.86	สูง
17. ทำให้ผู้อื่นมีความสุขอยู่เสมอ	5.14	0.80	สูง
18. รู้สึกกลมกลืนกับสิ่ง ที่อยากจะเป็น	4.91	0.66	สูง
19. รู้สึกว่าสามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตได้	3.92	1.54	ปานกลาง
20. รู้สึกว่าสามารถจัดการกับสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตได้	4.77	0.98	สูง
21. รู้สึกกระตือรือร้นกับสิ่งต่าง ๆ อย่างเต็มที่	5.07	0.83	สูง
22. มักมีประสบการณ์ที่สนุกสนานและน่ายินดี	5.07	0.82	สูง
23. พบว่ามันง่ายนักที่จะตัดสินใจอะไรสักอย่าง	3.32	1.34	ปานกลาง
24. แนใจว่าชีวิตมีความหมายและมีเป้าหมายอย่างไร	4.05	1.35	ปานกลาง
25. รู้สึกมีพลังในการทำสิ่งต่าง ๆ	5.10	0.93	สูง
26. สามารถเปลี่ยนสถานการณ์ต่าง ๆ จากร้ายกลายเป็นดีได้	4.90	0.99	สูง
27. รู้สึกสนุกสนานกับผู้คนรอบข้าง	4.54	1.35	สูง
28. รู้สึกว่าเป็นคนแข็งแรง	3.98	1.54	ปานกลาง

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อความ	M	SD	ระดับ
29. มีความทรงจำที่ดีกับอดีต	4.32	1.27	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	4.86	0.56	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนความสุขของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.86, SD = 0.56$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดของความสุขของผู้สูงอายุคือชีวิตเป็นสิ่งที่ดี ($M = 5.63, SD = 0.81$) รองลงมาคือ รู้สึกว่าชีวิตเป็นของขวัญที่มีค่า ($M = 5.58, SD = 0.87$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ พบว่ามันง่ายนักที่จะตัดสินใจอะไรสักอย่าง ($M = 3.32, SD = 1.34$)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และอำนาจในการทำนายของปัจจัยด้าน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีโรคประจำตัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอของรายได้ กับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายด้วยวิธี Multiple regression แบบ Standard regression ของปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีโรคประจำตัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอของรายได้ โดยตัวแปรอิสระที่มีค่าไม่ต่อเนื่อง ต้องแปลงเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) ที่มีค่า เป็น 0 และ 1 โดยให้ปัจจัยด้านการไม่มีโรคประจำตัว เป็น 1 มีโรคประจำตัวเป็น 0 และปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ เป็น 1 และความไม่เพียงพอ เป็น 0 แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีโรคประจำตัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอของรายได้ กับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ($n = 200$)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพ					
2. การมีโรคประจำตัว	.36**				
3. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.35**	.12*			
4. การสนับสนุนทางสังคม	.26**	.03	.47**		

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
5. ความเพียงพอของรายได้	.07	-.03	-.15**	-.10	
6. ความสุขของผู้สูงอายุ	.31**	.12*	.61**	.63**	-.04

หมายเหตุ: * $p < .05$, ** $p < .01$

จากตารางที่ 3 พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .63, .61$ ตามลำดับ) การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .31$) การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .12$) และความเพียงพอของรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุ ใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณด้วยวิธี Standard regression หรือ Enter method โดยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติชนิดนี้ในเรื่อง Normality, Linearity, Homoscedasticity, และ independence ของความคลาดเคลื่อน (Residual) รวมทั้งทดสอบความสัมพันธ์กันเองของตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) พบว่าข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความสุขของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	b	SE	β	t	p
1. ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (S.E.)	1.14	0.39	0.39	6.87	$p < .01^{**}$
2. การสนับสนุนทางสังคม (S.S.)	0.72	0.37	0.44	7.98	$p < .01^{**}$

$R = .73, R^2 = .54, \text{constant (a)} = 0.69$

จากตารางที่ 4 พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (S. E.) และการสนับสนุนทางสังคม (S. S.) สามารถร่วมกันทำนายความสุขของผู้สูงอายุ (Hap) ได้ ร้อยละ 54 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R^2 = .54$) โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายความสุขของผู้สูงอายุได้มากที่สุด ($\beta = .44, p < .01$) รองลงมาคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($\beta = .39, p < .01$) ตามลำดับ

สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยได้ดังนี้

1. สมการในรูปของคะแนนดิบ

$$\text{Hap} = 0.69 + 1.14_{(S.E)} + 0.72_{(S.S)}$$

จากสมการแสดงให้เห็นว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายความสุขของผู้สูงอายุ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เมื่อการสนับสนุนทางสังคมคงที่แล้ว คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าจะเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะทำให้คะแนนความสุขของผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้น 1.14 คะแนน เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคม โดยให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองคงที่แล้ว คะแนนการสนับสนุนทางสังคม เพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะทำให้คะแนนความสุขของผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้น 0.72 คะแนน เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น

2. สมการในรูปของคะแนนมาตรฐาน

$$\text{Hap} = 0.39_{(S.E)} + 0.44_{(S.S)}$$

จากสมการแสดงให้เห็นว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น 1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะทำให้ความสุขของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 0.39 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เมื่อการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจะทำให้ความสุขของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 0.44 เท่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ และอำนาจในการทำนายของ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีโรคประจำตัว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอของรายได้ กับความสุขของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิง และเพศชาย อายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 200 ราย ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความสุข วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.5) มีอายุเฉลี่ย 69.8 ปี (SD = 7.71) ประมาณครึ่งหนึ่งมีอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 51) นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด (ร้อยละ 98) ประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 59.5) ไม่มีอาชีพ (ร้อยละ 38) ส่วนใหญ่ มีการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 88) มีรายต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท (ร้อยละ 52) มีรายได้พอเพียง (ร้อยละ 63) และมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 68.5)

2. คะแนนความสุขของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M = 4.86, SD = 0.56) เมื่อพิจารณา รายข้อพบว่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดของความสุขของผู้สูงอายุคือ ชีวิตเป็นสิ่งที่ดี (M = 5.63, SD = .81) รองลงมาคือ รู้สึกว่าชีวิตเป็นของขวัญที่มีค่า (M = 5.58, SD = 0.87) ส่วนคะแนนเฉลี่ย น้อยที่สุดคือ พบว่ามันง่ายนักที่จะตัดสินใจอะไรสักอย่าง (M = 3.32, SD = 1.34)

3. การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .63, .61$ ตามลำดับ) การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .31$) การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .12$) และความเพียงพอของรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ

4. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความสุขของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 54 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ($R^2 = .54$) โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายความสุขของผู้สูงอายุได้มากที่สุด ($\beta = .44, p < .01$) รองลงมาคือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ($\beta = .39, p < .01$) ตามลำดับ ซึ่งสามารถนำมา

สร้างสมการทำนายความสุขของผู้สูงอายุ ได้ดังนี้

สมการในรูปของคะแนนดิบ

$$\text{Hap} = 0.69 + 1.14_{(S.E)} + 0.72_{(S.S)}$$

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$\text{Hap} = 0.39_{(S.E)} + 0.44_{(S.S)}$$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้ดังนี้

1. การศึกษาระดับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า ระดับความสุขของผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.86$, $SD = 0.56$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงเกือบทั้งหมด อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีความสุขอยู่ในระดับสูงนั้น เนื่องจากผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51) อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น คือ 60-69 ปี เป็นช่วงแห่งการเป็น พดุมพลัง (Active ageing) เป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกซึ่งนับว่าเป็นวัยที่เป็นจุดสูงสุดทั้งทางด้านประสบการณ์ ภูมิปัญญา และการคิดวิเคราะห์ เป็นช่วงที่พลังกายและพลังสติปัญญายังกระฉับกระเฉง สามารถทำงานสร้างสรรค์ให้แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้มากกว่าช่วงวัยอื่น ๆ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550; WHO, 2002) และมากกว่าครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 59.5) เนื่องจากการมีชีวิตคู่จะทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกเหงา และว่าเหว่ เนื่องจากจะมีการปรึกษาหารือ ให้ความรักความห่วงใยซึ่งกันและกันจึงทำให้เกิดพลังเสริมซึ่งกันและกัน (พิริยะ ผลพิรุฬห์ และปึงปอนด์ รักอำนวยกิจ, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ Diener, Suh, Lucas, and Smith (1999) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพสมรสกับระดับความสุข พบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่มีความสุขมากกว่าสถานภาพโสด

2. การศึกษาความสัมพันธ์ และอำนาจในการทำนายของปัจจัยด้าน การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีโรคประจำตัว ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และความเพียงพอของรายได้ กับความสุขของผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .636$, $p < .01$) และสามารถทำนายความสุขของผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 54 ($R^2 = .54$, $p < .01$) อธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความจำเป็นพื้นฐานที่ผู้สูงอายุต้องการที่จะได้รับจากบุคคลในสังคม เพื่อสนองตอบต่อความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมทำให้เกิดมีความพึงพอใจต่อความต้องการของตนเอง (Weiss, 1974,

Cobb, 1976) กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ ทั้งทางด้านความรักใคร่ผูกพัน ความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือทางด้านเงินทอง สิ่งของ การให้ข้อมูล ข่าวสาร ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (House, 1981) ทำให้ผู้สูงอายุมีอารมณ์ด้านบวก ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขได้ โดยพิจารณาจากคะแนน การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม พบว่าอยู่ในระดับสูง ($M = 6.15, SD = 0.67$) (ภาคผนวก จ) และจากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวซึ่งเป็นครอบครัวขยาย มีพ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ลูกหลาน อยู่ร่วมกัน ทำให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับลูกหลาน ลักษณะการอยู่อาศัยยังเป็นสังคมเอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน ได้มีการช่วยเหลือพึ่งพากันผู้สูงอายุได้ช่วยเหลือลูกหลานทำให้ผู้สูงอายุมีคนที่ใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย หรือมีเรื่องทุกข์ใจจึงมีคนที่จะให้ความช่วยเหลือ ถ้าต้องการความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นระยะสั้น หรือระยะยาว จากการศึกษาของ Mahon and Yarcheski (2002) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุข พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุขอย่างมีนัยสัมพันธ์ทางสถิติ ($r = .70, p < .01$) นอกจากคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแล้วยังพบว่า คะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ($M = 6.15, SD = 0.67$) อีกเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูติไกร ดันติชัยวนิช (2551) ที่ศึกษาความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .91, p < .01$) อาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีการสนับสนุนทางสังคมสูง จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขอยู่ในระดับสูง เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวจะช่วยส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ และมีคุณค่าทำให้มีความมั่นใจที่จะกระทำหน้าที่ และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังได้รับการอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ จากรัฐบาล โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์การบริหารส่วนตำบล) ได้ริเริ่มโครงการต่าง ๆ ได้แก่ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกเหงา และว้าเหว่ (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, 2555) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่มีความสำคัญ และเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่ออารมณ์ด้านบวก และความสุขของบุคคล (Creasia & Parker, 1991) ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษา ของ ชูติไกร ดันติชัยวนิช (2551) ที่ศึกษาความสุข ของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสุขของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .91, p < .01$) และจากการศึกษาของ Staw et al. (1994) พบว่า ผู้ที่มีความสุขมากเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์และสิ่งของจำนวนมากในระยะเวลา 1 ปี ซึ่งการศึกษานี้ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า บุคคลที่มีความสุขนั้นเป็นบุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และ

เพื่อน นั่นเอง ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทุกด้านทั้งจากครอบครัว และสังคมจึงส่งผลให้มีความสุข

ส่วนด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง อธิบายได้ว่า เนื่องจาก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกพื้นฐานของบุคคลด้านสุขภาพจิต (Hirst & Metcalf, 1984) เป็นส่วนประกอบหนึ่งของอัตมโนทัศน์ (Taylor, 1982) ตามทฤษฎีพัฒนาการ 8 ขั้นของ Erikson ที่ว่า บุคคลที่ผ่านการพัฒนาการที่ดีทั้ง 8 ขั้น เมื่อเข้าสู่ขั้นสูงอายุหรือขั้นสุดท้าย ที่เต็มไปด้วยความสำเร็จจะมีปรัชญาชีวิตของตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเองทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีความสุขได้ (พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2547) กล่าวคือ ถ้าผู้สูงอายุมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ก็จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสุขสูงขึ้น พิจารณาได้จาก คะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($M = 4.24, SD = 0.57$) (ภาคผนวก ก) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Cheng and Furnham (2003) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความสุขจากปัจจัยด้านบุคลิกภาพ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับความสุข และจากการสำรวจระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความสุข ของ รศรินทร์ เกร์ และคณะ (2553) พบว่าผู้สูงอายุที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากก็จะมีความสุขมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Uchida, Norasakkunkit and Kitiyama (2004) ที่ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความสุข โดยเปรียบเทียบประชากรประเทศอเมริกา ประเทศญี่ปุ่น และประเทศฟิลิปปินส์ พบว่าความสุขเกิดจากความสำเร็จตามความประสงค์ของบุคคล และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด

สรุป จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของตัวแปรพยากรณ์ความสุขของผู้สูงอายุ คือร้อยละ 54 ได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม และด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งปัจจัยทั้งสองปัจจัยนี้มีความสำคัญและสามารถพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนได้ การพัฒนาเพื่อให้ผู้สูงอายุมีปัจจัยทั้งสองด้านสูงขึ้นจะต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากตัวผู้สูงอายุเอง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรต่าง ๆ รวมไปถึงภาคีเครือข่าย องค์กรส่วนตำบล และทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary) เพื่อหาแนวทางสร้างเสริมปัจจัยเหล่านี้เพิ่มเติมให้สอดคล้องกับความต้องการก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขที่เพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาวิจัยยังพบอีกว่า กว่าร้อยละ 45 ของความแปรผันในเรื่องของความสุขของผู้สูงอายุเกิดจากปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้ศึกษา จึงสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สามารถร่วมกันทำนายความสุขของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 54 ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 46 ไม่สามารถอธิบายได้จากการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งเป็นไปได้ว่าอาจมีปัจจัยอื่น ๆ เกี่ยวข้องอีก เช่น ปัจจัยด้านบุคลิกภาพความฉลาดทางอารมณ์ และปัจจัยด้านศาสนกิจ เป็นต้น ดังนั้น จึงควรมีการนำไปใช้

ศึกษาในลำดับต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาล และบุคลากรในทีมสุขภาพที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมปัจจัยที่ก่อให้เกิดความสุขของผู้สูงอายุได้ เนื่องจากความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ ดังนั้น เจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องควรประสานความร่วมมือ กับภาคีเครือข่าย และทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการสร้างเสริมความสุขของผู้สูงอายุ โดยร่วมกันวางแผนงาน โครงการที่จะช่วยส่งเสริมความสุขให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวชี้วัด

2. ด้านการศึกษาการพยาบาล อาจารย์พยาบาลสามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบการเรียนการสอนนิสิตพยาบาล เพื่อให้ นิสิตเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาลและเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

3. ด้านบริหารการพยาบาล ผู้บริหาร และหน่วยงานของรัฐ ที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น ควรมีนโยบาย และมีการจัดทำโครงการเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางในการช่วยสร้างความสุขของผู้สูงอายุให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ โดยสามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความสุขของผู้สูงอายุ แบบองค์รวม ครอบคลุมไปถึงระดับ ชุมชนหมู่บ้าน และตำบล โดยมุ่งเน้นด้านการสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการวิจัยการจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมส่งเสริมความสุขโดยนำปัจจัยทำนายที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม เป็นแนวทางในการส่งเสริมความสุขของผู้สูงอายุให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น และควรทำอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการศึกษาวิจัยตัวแปรอื่น ๆ เกี่ยวกับความสุขของผู้สูงอายุ เพื่อความหลากหลายในการสร้างเสริมความสุขให้กับผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกบริบท

บรรณานุกรม

- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2547). *พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เจ. เอส.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *รายงานการวิจัย สถานการณ์การบริการทางการแพทย์ในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง*. นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (2553). *ข้อมูลประชากรและบ้าน*. วันที่ค้นข้อมูล 23 ตุลาคม 2555, เข้าถึงได้จาก <http://www.dopa.go.th/index.php/2012-06-16-12-35-04/people-service1>
- กรมสุขภาพจิต. (2549). *ดัชนีความสุข ทางรอดของสังคมไทย*. กรุงเทพฯ: บิยอนด์.
- กรมอนามัย. (ม.ป.ป. ก). *การเปลี่ยนแปลง และเตรียมตัวเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ*. วันที่ค้นข้อมูล 21 มิถุนายน 2555, เข้าถึงได้จาก <http://www.hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/health/prepared/index.php>
- _____. (ม.ป.ป. ข). *ผู้สูงอายุไทย: แนวโน้ม คุณลักษณะ และปัญหา*. ใน *เอกสารประกอบการอภิปราย เรื่อง "การส่งเสริมสุขภาพกับปีศาจว่าด้วยผู้สูงอายุปี 2542"*. วันที่ค้นข้อมูล 23 ตุลาคม 2555, เข้าถึงได้จาก <http://www.hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic004.php>.
- คัคณางค์ มณีศรี. (2554). *สร้างสังคมและส่งเสริมสุขภาพะด้วยจิตวิทยาเชิงบวก*. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 10* (หน้า 1-208). ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- จรัส จันทร์ทอง. (2550). *ระดับความสุขของประชาชน: กรณีศึกษาเขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลทับปุด อำเภอทับปุด จังหวัดพังงา*. งานนิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการปกครองท้องถิ่น, วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตลา วิเศษกุล. (2547). *ความสุขมวลรวมประชาชาติ มุ่งสู่กระบวนการพัฒนา*. (เจษณี สุขจิรัตติการ, แปล). กรุงเทพฯ: เฟื่องฟ้า.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล
- จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.

- ชมนาด สุ่มเงิน. (2543). *ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชุติไกร ตันติชัยวนิช. (2551). *ความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดระยอง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาบัณฑิต, สาขาเอกอนามัยครอบครัว, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชินัน บุญเรืองรัตน์. (2551). *ความผาสุกทางจิตวิญญาณและความสุขของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต, คณะแพทยศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, ชาย โพธิสิตา, กฤตยา อาชวนิจกุล, อุมารณณ์ ภัทรวานิชย์ กุลวินน์ ศิริรัตน์มงคล, สุภรต์ จรัสสิทธิ์ และปานฉัตร เสียงดัง. (2550). *สุขภาพคนไทย 2550*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- นิรนาท วิชาโชคกิติคุณ. (2534). *ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นุสรัน เสาะมะ. (2551). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักศึกษาสถาบัน การพลศึกษาวิทยาเขตยะลา*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาสร้างเสริม สุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ประนอม โอทกานนท์. (2554). *ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุไทยหลักการ งานวิจัย และบทเรียน จากประสบการณ์ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พริ้นท์.
- ประสิทธิ์ ทองอ่อน. (2542). *พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาตน*. กรุงเทพฯ: เวิร์ดเวฟ เอ็ดดูเคชั่น.
- ประเวศ วะสี. (2543). *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. นนทบุรี: สำนักงาน ปฏิรูประบบสุขภาพ.
- _____. (2548). *มรรค 12 คู่ประเทศไทยอยู่เย็นเป็นสุข ถ้าปรารถนาความอยู่เย็นเป็นสุข ก็ต้อง ใช้ดัชนีชี้วัดความสุข*. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ.ปยุตโต). (2541). *พุทธธรรม: ฉบับขยายความ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.
- _____. (ป.อ.ปยุตโต). (2547). *คู่มือชีวิต (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: ศรีชัยการพิมพ์.

- พระมหาจรัญ คมภีโร (อับแสง). (2547). *การศึกษาเปรียบเทียบเรื่องความสุขตามทัศนะปรัชญา
สุขนิยมกับพระพุทธศาสนาเถรวาท*. วิทยานิพนธ์ศาสนศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาพุทธศาสนาและปรัชญา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2547). *ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: แอลทีฟ
พรีนซ์.
- พิริยะ ผลพิรุฬห์ และปึงปอนต์ รักอำนวยกิจ. (2550). ความสุขจากทุนทางสังคม: กรณีศึกษาจาก
กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดกาญจนบุรี. ใน *หลากหลายมิติแห่งความอยู่ดีมีสุขของ
คนไทย* (หน้า 32-48). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พีระศักดิ์ ศรีฤาชา. (2545). *ชีวิตที่มีความสุขของผู้สูงอายุในหมู่บ้านแห่งหนึ่งของจังหวัดขอนแก่น:
กรณีศึกษาบ้านไถ่ท่า อำเภอมือเือง*. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาบริหารสาธาณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พุทธเมษา หมั่นคำแสน. (2542). *ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
ชาวกะเหรี่ยง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รศรินทร์ เกรย์, ปึงปอนต์ รักอำนวยกิจ และศิรินันท์ กิตติสุขสถิต. (2549). *ความสุขบนความ
พอเพียง: ความมั่นคงในบั้นปลายชีวิต*. วันที่ค้นข้อมูล 1 พฤษภาคม 2555, เข้าถึงได้จาก
[http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceII/Article/Article09
.htm](http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceII/Article/Article09.htm)
- รศรินทร์ เกรย์, วรชัย ทองไทย และเรวดี สุวรรณพเก้า. (2553). *ความสุขเป็นสากล*. กรุงเทพฯ:
จรัสสินทวงศ์.
- เรณา พงษ์เรืองพันธุ์ และประสิทธิ์ พงษ์เรืองพันธุ์. (2540). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ
ในชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพัฒนาชายฝั่งทะเลภาคตะวันออก*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เลียงโป จิกมี วาย ชินเลย์. (2541). *ระบบค่านิยมกับการพัฒนา: ความสุขมวลรวมประชาชาติ*. ใน
เจษฎี สุขจิรัตติการ. (2547). *ความสุขมวลรวมประชาชาติ มุ่งสู่กระบวนการทัศน์ในการ
พัฒนา*. กรุงเทพฯ: ศูนย์ภูฐานศึกษา.
- วันทนีย์ สุวรรณช่าง. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยคัดสรร กับ
พฤติกรรมเผชิญความเครียดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการ โรงพยาบาลชลบุรี*.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยบูรพา.

- วราภรณ์ ผาทอง. (2549). ผลของโปรแกรมพัฒนาการมองโลกในแง่ดีต่อความสุขในชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาจิตวิทยาการปรึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วลัยพร นันท์ศุภวัฒน์. (2552). การพยาบาลผู้สูงอายุ ความท้าทายกับภาวะประชากรสูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- วันดี โภคะกุล. (2548). ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุสำหรับแพทย์). นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วารี กังใจ. (2540). ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2549). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์.
- _____. (2551). การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์.
- ศูนย์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. (2551). รายงานการวิจัยสถานการณ์การบริการทางการแพทย์ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง. นนทบุรี: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์.
- สหรัฐ เจตมโนรมย์. (2546). รายงานเรื่องการพัฒนาแบบวัดความสุข *The Oxford Happiness Questionnaire* ฉบับภาษาไทย. กรุงเทพฯ: วิเจพรินต์ติ้ง.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2553 ก). *ทิศทางแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11*. วันที่ค้นข้อมูล 22 เมษายน 2555, เข้าถึงได้จาก <http://www.bps.ops.moph.go.th/Plan10/condition/Plan11/>
- _____. (2553 ข). *ทิศทางแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 (ฉบับชุมชน) “แผนฯ 11...สู่สังคมแห่งความสุขอย่างมีภูมิคุ้มกัน”*. นนทบุรี: สหมิตร.
- สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). *เอกสารการพัฒนาคัดชี้ชีวิตความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย*. วันที่ค้นข้อมูล 22 ตุลาคม 2555, เข้าถึงได้จาก <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=107>.
- สำนักงานสถิติจังหวัดฉะเชิงเทรา. (2551). *สรุปรายงานประจำปี*. วันที่ค้นข้อมูล 10 กรกฎาคม 2555, เข้าถึงได้จาก <http://www.dopa.go.th/padmic/jungwad76/chachoengsao.htm>

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). *บทความเรื่อง ประชากรโลก: ประชากรไทย 2547*. วันที่ค้นข้อมูล 22 เมษายน 2555, เข้าถึงได้จาก http://www.service.nso.go.th/nso/data/02/awld_pop47.html
- _____. (2550 ก). *รายงานการสำรวจประชากรของผู้สูงอายุไทย*. Report on the 2007 Survey of the Older Persons in Thailand. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. (2550 ข). *สรุปผลที่สำคัญการสำรวจประชากรผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2550*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____. (2553). *สถิติประชากรศาสตร์ ประชากร และเคหะ 2553*. วันที่ค้นข้อมูล 8 มิถุนายน 2555, เข้าถึงได้จาก http://www.chchsao.nso.go.th/nso/project/search/result_by_department.jsp
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2550). *สุขภาพคนไทย 2550 “หอมกลิ่นลำดวน” เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *โครงการวิจัยการสำรวจและศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 4 ภาคของไทย 2549*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). *การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชโยวรรณ, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ประคอง อินทรสมบัติ, มัทนา พานานิรามย์, นงนุช สุนทรเวชกานต์, ศิริวรรณ ศิริบุญ, มาลานี วงษ์สิทธิ์ และเล็ก สมบัติ. (2544). *ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพรรณิ ชีระเจตกุล. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่าง มโนทัศน์สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สุภาณี สุชนะนาคินทร์. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสุขของประชาชน อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการวิจัยและพัฒนาท้องถิ่น, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2555). *รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: ที คิว พี.
- สหรัฐ เจตมโนรมย์. (2546). *รายงานเรื่องการพัฒนาแบบวัดความสุข The Oxford Happiness Questionnaire ฉบับภาษาไทย*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: วิเจพรีนติ้ง.
- อภิสิทธิ์ ชำรงวารกุล. (2543). *กระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดความสุขของประชาชนชาวไทย*. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.
- อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัศรา เขษมรัฐโชติศักดิ์, วรรณประภา ชลอกุล, ละเอียด ปัญโญใหญ่ และสุจริต สุวรรณชีพ. (2544). *ความสุขและสุขภาพจิตในบริบทสังคมไทย*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 43(1), 12-23.
- Achat, H., Kawachi, I., Spiro, A., Demolles, D. A., & Sparrow, D. (2000). Optimism and depression as predictors of physical and mental health functioning: The normative aging study. *Annals of Behavior Medicine*, 22, 127-130.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of Well-being. America's Perception of Life Quality*. New York: Plenum Press.
- Antonovsky, A. (1982). *Health, Stress, and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Argyle, M. (1987). *The Psychology of Happiness*. London: Methuen.
- Argyle, M., & Martin, M. (1991). The psychological causes of happiness. In F. Strack, M. Argyle & N. Schwarz (Eds.), *Subjective Well-being an Interdisciplinary Perspective* (pp. 77-100). Oxford: Pergamon Press.
- Averill, J. R., & More, T. A. (1993). Happiness. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.). *Handbook of Emotion* (pp. 617-632). New York: Guilford Press.
- Baker, B. A., & Jones, D. A. (1984). Holistic. Health and nursing practice. In D. A. Jones, M. K. Lepley & B. A. Baker (Eds.), *Health Assessment Across the Life Span* (pp. 1-30). New York: McGraw-Hill Book.
- Baldassare, M., Rosenfield, S., & Rook, D. S. (1984). The types of social relations predicting elderly well-being. *Research on Aging*, 6, 549-559.

- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic condition: A review. *Patient Education and Counseling, 48*, 177-187.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concept, measures, and model. *American Journal of Community Psychology, 14*(4), 413-445.
- Bekhet, A. K. A., Zauszniewski, A. Z., & Nakhla, W. E. (2008). Happiness: Theoretical and empirical considerations. *Nursing Forum, 43*(1), 12-23.
- Benyamini, Y., Idler, E. L., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2000). Positive affect and function as influences on self-assessments of health: Expanding our view beyond illness and disability. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences, 55B*, 107-116.
- Bradburn, N. (1969). *The Structure of Psychological Well-being*. Chicago: Aldine.
- Brandt, P., & Weinert, C. (1981). The PRQ-a social support measure. *Nursing Research, 30*, 277-280.
- Bruhn, H. G., & Philip, B. U. (1984). Measuring social support: A synthesis of current approach. *Journal of Behavioral Medicine, 1*(2), 151-166.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, and Utilization* (5nd ed.). St. Louis: Elsevier sanders.
- Campbell, A. (1976). Subjective measures of well-being. *American Psychologist, 31*, 117-124.
- Carison, C., & Well, B. (1999). *Behavioral Concept and Nursing Intervention* (2nd ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Caplan, G. (1974). *Support Systems and Community Mental Health*. New York: Behavioral Publication.
- Cheng, H., & Furnham, A. (2003). Personality, self-esteem, and demographic prediction of happiness and depression. *Personality and Individual Differences, 34*, 921-942.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychomatic Medicin, 38*, 300-314.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology, 7*, 269-297.
- Cohen, S. B. (2002). Happiness and the immune system. *Positive Health, 82*, 9-12.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social Support and Health*. London: Academic Press.

- Commock, T., Joseph, S., & Lewis, C. A. (1994). Personality correlated of scores on the depression-happiness scale. *Psychological Reports, 75*, 1649-1650.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of Psychological Testing* (3rd ed.). New York: Harper & Collins.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology, 38*, 668-678.
- Cott, C. A. (2001). Health and happiness for elderly institutionalized Canadians. *Canadian Journal on Aging, 20*(4), 517-535.
- Creasia, J. L., & Parker, B. (1991). *Conceptual Foundations of Professional Nursing Practice*. Saint Louis: Mosby Year Book.
- Dean, H. (1997). Multiple instruments for measuring quality of life. In M. Frank-Stromborg & S. J. Olsen (Eds.), *Instruments for Clinical Health-care Research* (2nd ed.) (pp. 135-148). Boston: Jones and Bartlett.
- Denyes, M. J. (1988). Orem's model used for health promotion: Directions from research. *Advance in Nursing Science, 11*(1), 13-21.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin, 95*, 542-575.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2002). Will money increase subjective well-being?. *Social Indicators Research, 57*, 119-169.
- Diener, E., Scollon, C. N., & Lucas, R. E. (2003). The evolving concept of subjective well-being: the multifaceted nature of happiness. *Advances in Cell Aging and Gerontology, 15*, 187-220.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*, 276-302.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for Noncompliance with medical treatment. *Archives of Internal Medicine, 160*, 2101-2107.
- Eliopoulos, C. (2005). *Gerontological Nursing* (6th ed.). Philadelphia: Williams & Wilkins Lippincott.

- Fordyce, M. W. (1983). A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology, 30*, 483-498.
- Graham, C., Eggers, A., & Sukhtankar, S. (2005). Does happiness pay? An exploration based on panel data from Russia. *Journal of Economic Behaviour and Organization, 55*, 319-342.
- Haybron, D. M. (2003). What do we want from a theory of happiness?. *Metaphilosophy, 34*(3), 305-329.
- Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 731-739.
- Hirst, S. P., & Metcalf, B. J. (1984). Promoting self esteem. *Journal of Gerontological Nursing, 10*(2), 7-72.
- Honkanen, H. K., Honkanen, R., Koskenvuo, M., & Kaprio, J. (2003). Self-reported happiness in life and suicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 38*, 244-248.
- House, J. S. (1981). The nature of social support. In M. A. Reading (Eds.). *Work Stress and Social Support* (pp. 13-23). Philadelphia: Addison Wesley.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science, 241*, 540-545.
- Howell, C. J., Howell, R. T., & Schwabe, K. A. (2005). Does wealth enhance life satisfaction for people who are materially deprived? Exploring the association among the Orang Asli of Peninsular Malaysia. *Social Indicators Research, 76*, 499-524.
- Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. New York: Basic Books.
- Joubert, C. E. (1990). Relationship among self-esteem, psychological reactance and other personality variables. *Psychological Reports, 66*, 1147-1151.
- Kehn, D. J. (1995). Predictors of elderly happiness. *Activities Adaptation and Aging, 19*, 11-30.
- King, K. (1997). Self-concept and self - esteem: A clarification of term. *Journal of School Health, 67*(2), 68-70.
- Lambert, C. E., & Lambert, V. A. (1987). Psychosocial impacts created by chronic illness. *Nursing Clinics of North America, 22*, 527-533.

- Lawrence, S. A., & Lawrence, R. M. (1979). A Model of adaption to the stress of chronic illness. *Nursing Forum, 18*, 33-42.
- Layard, R. (2007). *Happiness: Lessons from a New Science*. London: Intercontinental Literary agency.
- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?. *Psychological Bulletin, 131*, 803-855.
- Mahon, N. E., & Yarcheski, A. (2002). Alternative theories of happiness in early adolescents. *Clinical Nursing Research, 11*(3), 306-323.
- Maslow, A. (1970). *Motivation and Personnality*. New York : Harper and row.
- Michalos, A. C. (1985). Multiple discrepancies theory (MDT). *Social Indicators Research, 16* , 347-413.
- _____. (1986). An application of multiple discrepancies theory (MDT) to seniors. *Social Indicators Research, 18*, 349-373.
- McGiashan, R. (1988). Strategies for rebuilding self-esteem for the cardiac patient. *Dimensions of Crititcal Care Nursing, 7*(1), 28-38.
- McGill, V. J. (1968). *The Idea of Happiness*. New York: Praeger.
- Miahra, S. (1992). Leisure activities and life satisfaction in old age. A case study of retired government employees living in urban areas. *Activities, Adaptation and Aging, 16*, 7-26.
- Miller, C. A. (2009). *Nursing for Wellness in Older Adult* (5th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Miller, P., & Russell, D. A. (1980). Elements promoting satisfaction as identified by residents in the nursing home. *Journal of Gerotological Nursing, 6*, 121-129.
- Miller, J. F. (2000). *Coping with Chronic Illness Overcoming Powerlessness* (3rd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Morrow, W. R., & Wilson, R. C. (1961). Family relation of bright high-achieving and under-achieving. high school bey. *Child Development, 32*, 501-510.
- Mortimer J. A. (n.d.). *Aristotle's Ethics: The Theory of Happiness*. Retrieved December 16, 2012, from <http://radicalacademy.com/adleraristotleethics1.htm>.

- Munro, B. H. (1997). *Statistical Methods for Health Care Research* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Mroczek, D. K., & Spiro, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood. findings from the veterans affairs normative aging study. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 189-202
- Myers, D. G. (1992). *The Pursuit of Happiness: Who is happy and why*. New York: William Morrow.
- Myers, D. G., & Diener, E., (1995). Who is happy?. *Psychological Science, 6*, 10-19.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., & Tobin, S. S., (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology, 16*, 134-143.
- Norbeck, J. S. (1982). The use of social support in clinical practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 20*(4), 23-29.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manua: \A Step by Step Guide to Data Analysis using SPSS for Windows* (3rd ed.). England: McGraw-Hill.
- Palmore, E., & Luikart, C. (1992). Health and social factors related to life satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior, 13*, 68-80.
- Pener, N. J., & Pender, A. R. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice* (2nd ed.). California: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Merdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice* (4th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- _____. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice* (5th ed.). Upper Saddle River, N.J: Pearson/Prentice Hall.
- Pettit, J. W., Kline, J. P., Genco, T., Genco, F., & Joines, T. E. (2001). Are happy people healthier: The specific role of positive affect in prediction self-reported health symptoms. *Journal of Research in Personality, 35*, 521-536.
- Piboon, K. (2011). *A causal model of depression among older adults in Chonburi province*. Doctoral dissertation, Nursing Science (International Program), The Faculty of Nursing, Burapha University.
- Power, M. J., & Jolowicz, A. (1987). Profile of the well-controlled, well-adjusted hypertensive patients. *Nursing Research, 36*, 106-110.

- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health?. *Psychological Bulletin*, *131*, 925-971.
- Requena, F. (1995). Friendship and subjective well-being in Spain: A cross-national comparison with the United States. *Social Indicators Research*, *35*, 271-288.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosenberg, M., & McCullough, B. C. (1981). Mattering: Inferred significance and mental health. *Research in Community and Mental Health*, *2*, 163-182.
- Roysamb, E., Tambs, K., Reichbom-Kjennerud, T., Neale, M. C., & Harris, J. R. (2003). Happiness and health: Environmental and genetic contributions to the relationship between subjective well-being, perceived health, and somatic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*, 1136-1146.
- Ryan, M. C. (1989). Social support and social network in the age. *Journal of Nursing Scholarship*, *21*, 76-180.
- Ryan, M. C., & Patterson, J. (1987). Loneliness in the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, *13*(5), 7-11.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned Optimism*. New York: Pocket Books.
- Seligman, M. E. P., & Royzman, E. (2003). *Happiness: The Three Traditional Theories*. Retrieved July 29, 2012, from <http://www.authentic happiness.sas.upenn.edu/newsletter.aspx?id=49>.
- Shin, D., & Johnson, D. (1978). Avowed happiness as the overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, *5*, 475-492.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2004). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-surgical Nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Speak, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perceptions and life styles of the elderly. *Research in Nursing and Health*, *12*, 93-100.
- Staw, B. W., Sutton, R. I., & Pelled, L. H. (1994). Employee positive emotion and favorable outcomes at the workplace. *Organization Science*, *5*, 51-71.
- Strongman, K. (2003). *The Psychology of Emotion* (5th ed.). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.

- Stuart, G. W., & Sundeen, S. J. (1987). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (3rd ed.). St. Louis: CV Mosby.
- Sullivan, D., LaCroix, A. Z., Russo, J. E., & Walker, E. A. (2001). Depression and self-reported physical health in patients with coronary disease. *Psychosomatic Medicine*, *63*, 248-256.
- Tilden, V. P., & Weinert, S. C. (1987). Social support and chronically ill individual. *Nursing Clinics of North America*, *22*(3), 613-620.
- Uchida, Y., Norasakkunkit, V., & Kitiyama, S. (2004). Cultural constructions of happiness: Theory and empirical evidence. *Journal of Happiness Studies*, *5*, 223-239.
- Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative?. *Social Indicators Research*, *24*, 1-34.
- Weinert, C. (2003). Measuring social support: PRQ 2000. In O.I. Stickland & C. Dilorio (Eds.), *Measurement of nursing outcomes* (2nd ed.). New York: Springer.
- Weiss, R. S. (1974). The provision of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), *Doing Unto Others* (pp. 17-26). Edgewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Wittmann, P. (2003). *A Guide to Happiness for the Third Millennium*. Chiang Mai: Sangsilp Printing.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Retrieved May 28, 2013, from <http://www.who.int/ageing/publications/active/en/>
- _____. (2007). *Global Age-friendly Cities: A Guide*. Retrieved August 28, 2012, from [http://www.who.int/ageing/publications/Global age frinedly cities Guide English.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Global%20age%20friendly%20cities%20Guide%20English.pdf)
- _____. (2013). *Health Topics: Chronic Diseases*. Retrieved January 10, 2013, from <http://www.who.int/about/copyright/en/>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน
รหัสจริยธรรมการวิจัย 04-02-2556

ชื่อผู้วิจัย นางณัฐกานต์ สำเนียงเสนาะ

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาปัจจัยทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน
ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ท่านเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติที่กำหนด
ในการวิจัยครั้งนี้คือ อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตจังหวัดฉะเชิงเทรา
เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ตอบแบบสัมภาษณ์ ตามข้อมูล
และความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน โดยจะไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ซึ่งจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์
ประมาณ 30-45 นาที โดยผู้วิจัยจะอ่านข้อความให้ท่านฟัง แล้วให้ท่านพิจารณาข้อความในแต่ละข้อ
และพิจารณาให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน ซึ่งผู้วิจัยจะทำการบันทึกรายละเอียดลงในแบบ
สัมภาษณ์ที่ตรงกับคำตอบของท่าน

ประโยชน์ที่จะได้รับ ผลจากการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประกอบเพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิง
ในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมในการเรียนการสอนเกี่ยวกับความสุขผู้สูงอายุ และสามารถนำไปให้
การส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบการดูแล เพื่อส่งเสริมความสุขของผู้สูงอายุต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของ
ท่านจะยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยหรือไม่ก็ได้ ท่านสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบ
กำหนดได้ และมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ
ล่วงหน้า โดยการปฏิเสธของท่านในการเข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อ ใดๆ กับวิถีชีวิต
การดูแล หรือการรักษาพยาบาลที่ท่านจะได้รับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ท่านในครั้งนี้ จะมีการ
เก็บไว้ว่าเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อ โดยใส่รหัสแทน และจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น
ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี หลังจากการเผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวัน
ทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ ผู้วิจัย คือ

นางณัฐกานต์ สำเนียงเสนาะ หมายเลขโทรศัพท์ 081-4440977 หรือ อาจารย์ที่ปรึกษา คือ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วารี กังใจ หมายเลขโทรศัพท์ 038-102854

นางณัฐกานต์ สำเนียงเสนาะ
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรม ฯ ฝ่ายวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วย
อธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปที่บ้านเพื่ออ่านและทำความเข้าใจ
หรือปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น
เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้

ภาคผนวก ข
ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ซึ่งการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วหัวแม่มือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสัมภาษณ์.....

วันที่สัมภาษณ์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณา และตอบคำถามซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานของท่าน โดยผู้วิจัยจะกรอกข้อมูลที่ได้รับลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย **V** ลงในวงเล็บหน้าข้อความ กรุณาแจ้งคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพื่อให้ผู้วิจัยได้กรอกข้อมูลลงในช่องว่างในคำถามแต่ละข้อ

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

2. เพศ

() 1. หญิง

() 2. ชาย

3. ศาสนา

() 1. พุทธ

() 2. อิสลาม

() 3. คริสต์

() 4. อื่น ๆ ระบุ.....

4. สถานภาพสมรสปัจจุบัน

() 1. โสด

() 2. คู่

() 3. หม้าย

() 4. หย่า/ แยกกันอยู่

5. ระดับการศึกษาสูงสุด

() 1. ไม่ได้เรียน

() 2. ประถมศึกษา

() 3. มัธยมศึกษา

() 4. ประกาศนียบัตร

() 5.ปริญญาตรี

() 6. สูงกว่าปริญญาตรี

6. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ
- () 1. ไม่มีอาชีพ
 - () 2. เกษตรกรรม
 - () 3. รับจ้างทั่วไป
 - () 4. ค้าขาย
 - () 5. รับราชการ
 - () 6. ข้าราชการบำนาญ
 - () 7. อื่น ๆ ระบุ.....
7. รายได้ต่อเดือนของท่าน คือ ระบุ.....บาท
- () 1. ไม่มีรายได้
 - () 2. ต่ำกว่า 3,000 บาท
 - () 3. 3,001 - 5,000 บาท
 - () 4. มากกว่า 5,001 บาท
8. ท่านคิดว่ารายได้ที่ท่านได้รับเพียงพอกับรายจ่ายในแต่ละเดือนหรือไม่
- () 1. เพียงพอ
 - () 2. ไม่เพียงพอ
9. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
- () ไม่มีโรคประจำตัว
 - () มีโรคประจำตัว โปรดระบุ

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณา และตอบแบบสัมภาษณ์ที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด โดยประเมินว่า สุขภาพโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้ทำเครื่องหมาย V ลงในช่องว่าง กรุณาแจ้งคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพื่อให้ผู้วิจัยได้กรอกข้อมูลลงในช่องว่างในคำถามแต่ละข้อ คำตอบมีทั้งหมด 4 ข้อ คือ

ดีมาก/ ดีกว่ามาก	หมายถึง	สุขภาพโดยรวมของท่านอยู่ในระดับ ดีมาก/ ดีกว่าผู้อื่นมาก
ดี/ ดีกว่า	หมายถึง	สุขภาพโดยรวมของท่านอยู่ในระดับ ดี/ ดีกว่าผู้อื่น
ปานกลาง/ เท่ากัน	หมายถึง	สุขภาพโดยรวมของท่านอยู่ในระดับปานกลาง/ เท่ากันกับผู้อื่น
ไม่ดี/ แย่กว่า	หมายถึง	สุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับ ไม่ดี/ ไม่ดีเท่ากับผู้อื่น

1) ในความคิดเห็นของท่าน เมื่อ 6 เดือนย้อนหลัง สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

- 4 () ดีมาก
 3 () ดี
 2 () ปานกลาง
 1 () ไม่ดี

2) ในความคิดเห็นของท่าน ในปัจจุบัน (6 เดือน – ปัจจุบัน) สุขภาพของท่านเป็นอย่างไร

- 4 () ดีมาก
 3 () ดี
 2 () ปานกลาง
 1 () ไม่ดี

3) ในความคิดเห็นของท่าน สุขภาพของท่านในขณะนี้เมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่มีอายุเท่า ๆ กัน เป็นอย่างไร

- 4 () ดีมาก
 3 () ดี
 2 () ปานกลาง
 1 () ไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณา และตอบแบบสัมภาษณ์ที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านที่มีต่อตัวท่านเอง ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด โดยผู้วิจัยจะกรอกข้อมูลที่ได้รับ และทำเครื่องหมาย **V** ลงในช่องว่าง กรุณาแจ้งคำตอบของท่าน เพื่อให้ผู้วิจัยได้กรอกข้อมูลลงในช่องว่างในคำถามแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เคยรู้สึก เช่นนี้เลย	รู้สึกเช่นนี้ น้อยมาก	รู้สึกเช่นนี้ บางครั้ง	รู้สึกเช่นนี้ บ่อยครั้ง	รู้สึกเช่นนี้ เกือบ ตลอด
1. ท่านรู้สึกว่าท่านมีดีหลาย อย่าง					
2. ท่านรู้สึกว่าท่านนับถือ ตัวเองน้อยกว่าที่ควรจะเป็น					
3. ท่านรู้สึกว่าท่านเป็นคนที่ มีค่าอย่างน้อยก็พอ ๆ กับคนอื่น					
4. ท่านรู้สึกว่าท่านไม่มีอะไร น่าภูมิใจ					
.					
.					
.					
.					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (PRQ2000)

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณา และตอบแบบสัมภาษณ์ที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน หรือความคิดเห็นของท่านที่มีต่อตัวท่านเอง ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด แบบสอบถามนี้ เป็นแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่ประกอบด้วย ข้อคำถามมีข้อความทั้งที่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย โดยผู้วิจัยจะกรอกข้อมูลที่ได้รับลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย **V** ในช่องว่างข้อความที่เป็นคำตอบ กรุณาแจ้งคำตอบของท่าน เพื่อให้ผู้วิจัยได้กรอกข้อมูลลงในช่องว่างในคำถามแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็นด้วย (2)	ค่อนข้างที่ไม่เห็นด้วย (3)	เฉย ๆ (4)	ค่อนข้างที่เห็นด้วย (5)	เห็นด้วย (6)	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (7)
1. ท่านมีคนใกล้ชิดที่ทำให้ท่านรู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย							
2. ท่านรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ							
3. คนส่วนใหญ่บอกให้ท่านทราบเมื่อท่านทำงานได้ดี							
4. ท่านมีโอกาสมากที่จะได้พบปะกับบุคคลที่ทำให้ท่านรู้สึกว่าท่านมีคุณค่า							
.							
.							
.							

ส่วนที่ 5 แบบวัดความสุขในชีวิต

คำชี้แจง ขอให้ท่านพิจารณา และตอบแบบสัมภาษณ์ที่ตรงกับความรู้สึก หรือความคิดเห็นของท่านที่มีต่อตัวท่านเองเกี่ยวกับชีวิตของท่าน ในด้านต่าง ๆ ว่าอยู่ในระดับใด และพิจารณาว่าตรงกับตัวท่านมากน้อยเพียงใด ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด โดยผู้วิจัยจะกรอกข้อมูลที่ได้รับลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย **V** ในช่องว่างข้อความที่เป็นคำตอบ และกรณณาแจ้งคำตอบของท่าน เพื่อให้ผู้วิจัยได้กรอกข้อมูลลงในช่องว่างในคำถามแต่ละข้อที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยมากที่สุด	ไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยมากที่สุด
1. ท่านไม่ค่อยพอใจในตัวเองสักเท่าไร						
2. ท่านใส่ใจเรื่องของผู้คนรอบตัว						
3. ท่านรู้สึกที่ชีวิตเป็นของขวัญที่มีค่า						
4. ท่านมีความเป็นมิตรให้กับแทบทุกคนที่ท่านรู้จัก						
.						
.						
.						
.						

ภาคผนวก ง

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรม



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

1. ชื่อเรื่อง

ปัจจัยทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน

Factors Predicting Happiness among Community-dwelling Older Adults

2. ชื่อนิติ นางณัฐกานต์ สำเนียงเสนาะ

รหัสประจำตัวนิติ 49920828

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส 04-02-2556 โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าว ข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ผู้สูงอายุ จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 200 ราย

2) วิธีการอย่างเหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง (Informed consent) และ ผู้ปกครอง ในกรณีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ยังไม่บรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้ง การปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

4) ช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 8 มีนาคม 2556 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2556

5) สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล: ชุมชนตำบลบางขวัญ ตำบลบางนาก ตำบลดอนทราย และ ตำบลคลองเขื่อน จังหวัดฉะเชิงเทรา

4. วันที่ให้การรับรอง: 8 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2556

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ภาคผนวก จ

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคม แสดงดังตารางที่ 5
 ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ
 โดยรวม และรายข้อ (n = 200)

ข้อความ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. มีคนใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกอบอุ่นและปลอดภัย	6.26	0.97	สูง
2. รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญ	6.19	0.87	สูง
3. คนส่วนใหญ่บอกให้ทราบเมื่อทำงานได้ดี	6.07	1.02	สูง
4. มีโอกาสมากที่จะได้พบปะกับบุคคลที่ทำให้รู้สึกว่ามีคุณค่า	6.09	0.98	สูง
5. ได้ให้เวลากับบุคคลที่มีความสนใจในเรื่องเดียวกัน	6.10	0.93	สูง
6. มีหลาย ๆ คนบอกว่าเขาชอบที่จะทำงานด้วย	6.08	0.91	สูง
7. มีคนที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือถ้าต้องการความช่วยเหลือในระยะยาว	6.24	0.90	สูง
8. ท่านและเพื่อนจะช่วยเหลือซึ่งกันและกันเสมอ	6.12	0.95	สูง
9. มีส่วนช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้อื่น ได้พัฒนา ทักษะ และสิ่งที่เขาสนใจ	5.97	0.98	สูง
10. มีญาติพี่น้อง หรือเพื่อนที่พร้อมให้ความช่วยเหลือท่าน แม้ว่าเขาเหล่านั้นจะทราบว่าจะไม่สามารถจะตอบแทนเขาได้	6.00	1.05	สูง
11. เมื่ออารมณ์เสีย มีคนใกล้ชิดที่พร้อมจะเข้าใจ	5.81	1.23	สูง
12. รู้ว่ามีคนชื่นชม	6.10	1.10	สูง
13. มีคนที่รักและห่วงใย	6.60	0.78	สูง
14. มีเพื่อนที่ไปงานสังคม และงานรื่นเริงด้วย	6.09	1.29	สูง
15. รู้สึกว่ายังมีคนต้องการ	6.57	0.81	สูง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	6.15	0.67	สูง

ภาคผนวก จ

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ
 จำแนกเป็นโดยรวม และรายข้อ (n = 200)

ข้อความ	\bar{X}	SD	ระดับ
1. รู้สึกว่ามีดีหลายอย่าง	3.99	1.05	สูง
2. รู้สึกว่านับถือตัวเองน้อยกว่าที่ควรจะเป็น	2.52	1.33	ปานกลาง
3. รู้สึกว่าเป็นคนที่มีค่าอย่างน้อยก็พอ ๆ กับคนอื่น	4.01	1.02	สูง
4. รู้สึกว่ามีอะไรน่าภูมิใจ	4.26	1.26	สูง
5. มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง	4.40	0.97	สูง
6. รู้สึกว่าเป็นคนที่มีประโยชน์	4.47	0.96	สูง
7. รู้สึกว่า เป็นคนที่ไม่ล้มเหลวในทุกอย่างทุกอย่าง	4.50	0.92	สูง
8. สามารถทำสิ่งต่าง ๆ เช่นเดียวกับคนอื่น ๆ	4.13	1.12	สูง
9. บางครั้งคิดว่าเป็นคนที่มีอะไรดี	4.44	0.93	สูง
10. โดยทั่วไปแล้วมีความพอใจในตนเอง	4.68	0.69	สูง
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	4.24	0.57	สูง

ภาคผนวก ข

หนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย



ที่ ศธ ๖๖๐๗/๑๖๐

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๐ มกราคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ด้วย นางณัฐกานต์ สำเนียงเสนาะ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างมโนทัศน์สุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี” ของคุณสุพรรณิ อีระเจตกุล ปี พ.ศ. ๒๕๓๙ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อนำมาปรับใช้เก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์พิริยา ศุกศรี)

รองคณบดีฝ่ายบริหารยุทธศาสตร์และประกันคุณภาพการศึกษา
รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๔๕, ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๑๔๔๕-๐๙๗๗

ร่าง.....
พิมพ์.....
ทาน.....

๙๙



ที่ ศธ ๖๖๐๗/๑๕๘

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ต. แสนสุข อ. เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๓๑ มกราคม ๒๕๕๖

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ด้วย นางณัฐกานต์ สำเนียงเสนาะ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วารีย์ กังใจ เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวัดความสุขในชีวิต ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมพัฒนาการมองโลกในแง่ดีต่อความสุขในชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง” ของคุณวราภรณ์ ผาทอง ปี พ.ศ. ๒๕๔๔ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เพื่อนำมาปรับใช้เก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์พิริยา สุภศรี)

รองคณบดีฝ่ายบริหารยุทธศาสตร์และประกันคุณภาพการศึกษา
รักษาการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายบัณฑิตศึกษา

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๔๕, ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘-๑๔๔๔-๐๙๗๗

วันที่.....
พิมพ์ที่.....
หน้า.....

กลุ่มวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
ที่ 375
วันที่ 08 มี.ค. 2556
เวลา 16.14



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่ ๕๖๒
วันที่ * มี.ค. 56
เวลา 14:42 น.

- ผศ.ดร.ชนิดใจคุณุ
- อานันท์พิทักษ์
/ อ. ทัพวิภา (๐๑๖)

ที่ ศบ ๐๕๑๔.๑๐/๐๕๖๕

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๒

๗ มีนาคม ๒๕๕๖

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
อ้างถึง หนังสือที่ ศบ ๖๖๐๗/๑๕๙, ๑๖๐ ลงวันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๕๖

ตามหนังสือที่อ้างถึงซึ่งนางสายทอง โกสินทรจิตต์ และนางณัฐกานต์ สำเนียงเสนาะ
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย จากวิทยานิพนธ์ของนางสาวสุพรรณิ
ธีระเจตกุล พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยินดีให้นางสายทอง โกสินทรจิตต์ และ
นางณัฐกานต์ สำเนียงเสนาะ ใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าวได้ แต่ทั้งนี้ ต้องมีการอ้างอิงที่มาของ
เครื่องมืออย่างถูกต้อง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

เรื่อง ผ. กณพัฒน์

ต่อผมมีบทวิพากษ์คุณ ผ. กณพัฒน์ ได้
มาจาก นิสิตที่ปรึกษา คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ขอแสดงความนับถือ
คณบดีผุ้รับ ผ.ศ. สุพรรณิธีระเจตกุล มาเพื่อขอ
ข. ว่างผมเพื่อ
อ. ใจปรารถนา

อ. น

๒. เห็นควรทำหนังสือ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัญชลี ตัตตะวะศาสตร์)

ที่มีชื่อคุณ ผ. ทัพวิภา และ รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

โทรศัพท์ (๐๔๓) ๒๐๒๕๖๐ ต่อ ๕๒๕๒๓ รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทรสาร (๐๔๓) ๒๐๒๕๒๓

น.ก. กณพัฒน์

๑๖ มี.ค. ๕๖

๗ มีนาคม ๒๕๕๖
ผศ.ดร.ชนิดใจคุณุ
อ. อานันท์พิทักษ์
อ. ทัพวิภา (๐๑๖)
อ. น



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา
620
15 มี.ค. 56
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 10.1.56

ที่ ศธ ๖๓๙๓(๒๓)/

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 10.1.56
๒๓๙ ถนนห้วยแก้ว ตำบลสุเทพ
อำเภอเมืองเชียงใหม่ ๕๐๒๐๐

มีนาคม ๒๕๕๖
- ผศ.ดร. ชนัสวี รัตนาวลี
- ทน.พิทักษ์
- อ. ชัยวิภา

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

อ้างถึง หนังสือที่ ศธ ๖๖๐๗/๑๕๘๗ ลงวันที่ ๓๐ มกราคม ๒๕๕๖

ตามที่ มหาวิทยาลัยบูรพา มีความประสงค์จะขออนุญาตให้
นางณัฐกานต์ สำเนียงเสนาะ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
ผู้สูงอายุ นำเครื่องมือวิจัยในวิทยานิพนธ์ของ วรภรณ์ ผาทอง ไปใช้ในงานวิจัยนั้น

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิจารณาแล้วไม่ขัดข้อง และยินดีต้อนุญาตให้นำ
เครื่องมือดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สรศักดิ์ รัตนาวลี)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ ปฏิบัติการแทน
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ได้รับ ค.พ.พ.
ขอแสดงความนับถือ ผ.ไชยใหม่ ได้ทอมอบคณาจารย์
ระดับบัณฑิตศึกษา ใช้เครื่องมือวิจัย ในวิทยานิพนธ์ของ วรภรณ์ ผาทอง
เพื่อการศึกษาวิจัยวิทยานิพนธ์มาเพื่อตนเอง
จึงเรียนมาเพื่อ

งานบริการการศึกษา
โทร.๐๕๓-๙๔๒๔๒๓
โทรสาร.๐๕๓-๙๔๒๔๓๕

อัครา ๙/๓/๕๖
น.น.น. ๙-๐๓-๕๖

๑. โปรดทราบ
๒. เก็บคู่มือผ่านงานวิจัย ผ.ดร. ชนัสวี รัตนาวลี
๓. เก็บมีประกัน, เก็บงานมีประกันงาน เพื่อ
เก็บมีประกัน

๑๕ มี.ค. ๕๖
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
๐๕ ๙๕๖
๐๕ ๙๕๖