

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพผู้สูงอายุ
ในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา


THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT IN HEALTH CARE AND
QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN BANG PHUENG SUB-DISTRICT
MUNICIPALITY OF BANGPAKONG DISTRICT,
CHACHOENGSAO PROVINCE

นิรัชรา เหลี่ยมเลิศ


งานนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา


อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์และคณะกรรมการสอบงานนิพนธ์ ได้พิจารณางานนิพนธ์
ของ นิรัชรา เหลี่ยมเลิศ จบนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
สาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะสาขารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาได้

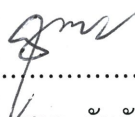
อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริรัตน์ ล้อมพงศ์)

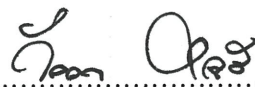
คณะกรรมการสอบงานนิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริรัตน์ ล้อมพงศ์)


..... กรรมการ
(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิสูตร ต้นวัฒนกุล)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.นิภา มหารังพงศ์)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.วัลลภ ใจดี)

คณะสาขารัฐศาสตร์ อนุมัติให้รับงานนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรสาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะสาขารัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะสาขารัฐศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยุวดี รอดจากภัย)

วันที่ 18 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2560

ประกาศคุณูปการ

งานนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ดร.ศรียรัตน์ ล้อมพงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษา ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณอย่างสูงยิ่ง ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ ดร.บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ์ ที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา เสนอแนะ ตรวจสอบแก้ไขและวิจารณ์ผลงาน ทำให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบรวมทั้งให้คำแนะนำในการแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ นอกจากนี้ยังได้รับความอนุเคราะห์จาก นายกเทศมนตรีตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยทำให้งานนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณทุกท่านในครอบครัว ผู้บังคับบัญชา ที่ให้กำลังใจ และสนับสนุน ผู้ศึกษาเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของงานนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูคุณเวทิตาแด่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่สำคัญทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาตราบนานเท่าทุกวันนี้

นิรัชรา เหลี่ยมเลิศ

สิงหาคม 2560

58920216 : ส.ม. (สาขารณสุขศาสตร์)

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ/ การสนับสนุนทางสังคม/ คุณภาพชีวิต/ผู้สูงอายุ

นิรัชรา เหลี่ยมเลิศ : ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT IN HEALTH CARE AND QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN BANG PHUENG SUB-DISTRICT MUNICIPALITY OF BANGPAKONG DISTRICT, CHACHOENGSAO PROVINCE.

อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์ : ศิริรัตน์ ล้อมพงศ์, Ph.D., 69 หน้า ปี พ.ศ. 2560.

ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่มายาวนาน ใช้ชีวิตทำงานหนัก เลี้ยงลูกหลานเกือบตลอดชีวิต สุขภาพร่างกายอ่อนแอเสื่อมโทรม และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งสุขภาพกาย จิต และสังคม จึงควรมีการดูแล และได้รับการเอาใจใส่ สนับสนุนจากสังคม เพื่อยึดชีวิตอย่างมีคุณภาพให้ยาวนานที่สุด ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ จึงต้องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 280 คน ซึ่งสุ่มมาจากผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ได้รับเบี้ยผู้สูงอายุและมีผลวัด ADL 12 คะแนนขึ้นไป ข้อมูลเก็บด้วยวิธีสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ระหว่าง 1-30 มิถุนายน 2560 และวิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากเป็นผู้หญิง (61.1%) อายุเฉลี่ย 71.36 ± 8.04 ปี สมาชิกครอบครัวมี 3-4 คนร้อยละ 39.3 ผู้ดูแลเป็นญาติร้อยละ 99.3 คะแนน ADL 17-19 ร้อยละ 76.1 มีโรคประจำตัวร้อยละ 48.9 ในจำนวนนี้เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 83.9 ผู้สูงอายุมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 69.6 มีการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐมากที่สุด รองลงมา วัด ญาติ อสม. และเพื่อน คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 77.5, 74.6, 72.9, 70.4 และ 52.5 ตามลำดับ มีคุณภาพชีวิตโดยรวม คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 77.0 มีคุณภาพชีวิตทางสังคมมากที่สุด รองลงมา สิ่งแวดล้อม ทางร่างกาย และทางจิตใจ คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80.2, 80.0, 75.2 และ 70.3 ตามลำดับ การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตสัมพันธ์กันเชิงบวก ($r = 0.48$ $p < 0.01$) โดยรวมการสนับสนุนจากญาติ เพื่อน ญาติ อสม. และหน่วยงานรัฐ กับคุณภาพชีวิตโดยรวม สัมพันธ์กันเชิงบวก ให้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.32, 0.30, 0.44, 0.27 และ 0.44 ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนให้มากขึ้น

58920216 : M.P.H. (PUBLIC HEALTH)

KEYWORD : SOCIAL SUPPORT / QUALITY OF LIFE / ELDERLY

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT IN HEALTH CARE AND
QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN BANG PHUENG SUB-DISTRICT
MUNICIPALITY OF BANGPAKONG DISTRICT, CHACHOENGSAO PROVINCE
ADVISOR : SRIRAT LORMPHONGS, Ph.D., 69 P., 2560.

The elderly have a long life, hard work, raising children for life almost forever. Their health were deteriorated, and affect quality of life both physical, mental and social health. So, their health should be maintained, and be attentive social support in order to stand for the longest life. Therefore, this research needs to study the relationship between social support in elderly care and the quality of life of the elderly. The sample consisted of 280 elderly people who were randomly selected from the elderly in Bangphurung Subdistrict Municipality of Bang Pakong District, age 60 years and over, who received the elderly allowance and had ADL score of 12 points and more. Data were collected at home, by structured interview during June 1-30, 2017 and analyzed by percentage, mean, standard deviation and Pearson's Correlation.

The study found that the majority of the elderly were female (61.1%), with an average age of 71.36 ± 8.04 years, their family members were 3-4 persons (39.3%) were relatives (99.3%), ADL 17-19 (76.1%) and they were sick with 48.9% Of underlying disease. In this number, 83.9% of them were hypertension. Elderly people had overall social support at the 69.6% of average score, supported by the most government agencies, followed by temples, relatives, VHV and friends at the 77.5%, 74.6%, 72.9%, 70.4 and 52.5% of average score respectively. There were overall quality of life at the 77.0% of average score: by the most in quality of social life, followed by the environment physical and mental at the 80.2%, 80.0%, 75.2%, and 70.3% of average score respectively. Social support and quality of life were positively correlated ($0.48 p < 0.01$), with support from relatives, friends, temples, VHV and government agencies, overall quality of life Positive correlation Correlation coefficients 0.32, 0.30, 0.44, 0.27 and 0.44 respectively. Therefore, it was recommended that to encouraged higher social support from friends.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ซ
สารบัญภาพ.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การศึกษา.....	3
สมมติฐานในการศึกษา.....	3
กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
ขอบเขตในการศึกษา.....	4
ข้อจำกัดของการศึกษา.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
สภาพและปัญหาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ.....	7
แนวคิดและหลักการของคุณภาพชีวิต.....	9
ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต.....	17
แนวคิดและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมและที่เกี่ยวข้อง.....	18
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	22
3 วิธีดำเนินการศึกษา.....	25
รูปแบบการศึกษา.....	25
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	25
เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล.....	27

สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	32
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	32
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	33
4 ผลการศึกษา.....	34
ข้อมูลทั่วไป.....	34
การสนับสนุนทางสังคม.....	36
คุณภาพชีวิต.....	41
ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต.....	45
5 สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	46
สรุปผลการศึกษา.....	47
อภิปรายผล.....	47
ข้อเสนอแนะ.....	51
บรรณานุกรม.....	52
ภาคผนวก.....	55
ภาคผนวก ก.....	56
ภาคผนวก ข.....	62
ภาคผนวก ค.....	64
ประวัติย่อของผู้ศึกษา.....	69

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ผลการคำนวณจำนวนตัวอย่างแยกรายหมู่บ้าน ตำบลบางผึ้ง.....	26
2 การวิเคราะห์เนื้อหาและตัวชี้วัด.....	28
3 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	35
4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม.....	37
5 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุ จำแนกตามการสนับสนุนทาง สังคมในการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้สูงอายุ รายกลุ่ม.....	40
6 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม.....	40
7 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.....	42
8 จำนวนประชากรเฉลี่ยต่ำสุด-สูง จำแนกตามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.....	44
9 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามลำดับคะแนนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.....	45
10 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเองกับ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ.....	45

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	3

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องผลสำรวจครั้งล่าสุดปี 2550 พบว่าผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.7 ในขณะที่ดัชนีผู้สูงอายุก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจนเกือบจะเป็นครึ่งหนึ่งของประชากรวัยเด็กในปี 2550 นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุมีแนวโน้มลดลงเหลือ 6.3 ในปี 2550 ยังพบอีกว่าผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 7.7 ในปี 2550 จากผลสำรวจแสดงให้เห็นว่าขณะนี้สังคมไทยได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วและการที่ประเทศไทยมีอัตราการเป็นภาวะวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นดัชนีผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและการที่อัตราส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุลดลงอย่างต่อเนื่องภาวะเช่นนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้กล่าวคือผู้ที่อยู่วัยแรงงานจะต้องรับภาระในการเลี้ยงดูและดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นและในที่สุดผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานและผู้สูงอายุจะอยู่ในสภาพอ่อนแอทั้งสองฝ่ายจะมีผู้สูงอายุที่ถูกกละเลยหรือถูกทอดทิ้งเพิ่มมากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550)

การมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศเปลี่ยนแปลงไป คืออัตราส่วนผู้สูงอายุที่เป็นภาระเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่อัตราส่วนและจำนวนประชากรวัยแรงงานเริ่มลดลง ซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจส่วนรวมต่อการออมและการลงทุนทำให้ผู้สูงอายุต้องเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังมากขึ้น เพราะประชากรวัยแรงงานส่วนหนึ่งต้องย้ายถิ่นเพื่อประกอบอาชีพ ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้บุตรหลานมีเวลาเอาใจใส่ผู้สูงอายุน้อยลง ผู้สูงอายุจึงต้องรับผิดชอบตนเองมากขึ้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอันเป็นผลมาจากความเสื่อมและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่นการเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อ และ โครงกระดูกพบว่ากล้ามเนื้อเกี่ยวกระดูกมีความแข็งแรงลดลงเนื่องจากการสูญเสียเนื้อกระดูก ทำให้กระดูกเปราะและหักง่ายแต่ติดเข้าบางคนอาจมีหลังโก่งทำให้การเคลื่อนไหวเชื่องช้า ไม่กระฉับกระเฉง และการทรงตัวไม่ดี อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทสัมผัสพบว่า ความสามารถในการมองเห็น การได้ยินลดลงทำให้มีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร การรับรู้กลิ่นและรสลดลง เมื่อร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร ที่มีการย่อยและการดูดซึมไม่ดีเกิดอาการท้องอืด แน่นท้องและอาจจะรู้สึกเบื่ออาหาร ทำให้แบบแผนการรับประทานอาหารเสียไป เกิดการบริโภคที่ไม่ถูกต้องส่วน เกิดภาวะบริโภคเกินหรือขาดสารอาหารได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายประกอบกับวัยสูงอายุต้องเผชิญกับเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงาน ส่งผลทำให้รายได้และความภาคภูมิใจในตนเองลดลงด้วย และเมื่อมีการสูญเสียคู่สมรสหรือเพื่อนฝูงที่ใกล้ชิด จะทำให้รู้สึกท้อแท้ หมดหวัง บุคลิกภาพเปลี่ยนไปจะรู้สึกน้อยใจ อ่อนไหวง่าย วิตกกังวล รู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย และต้องการการพึ่งพามากขึ้น รู้สึกขาดความอบอุ่นก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม การเปลี่ยนแปลงทางสังคมในผู้สูงอายุ เป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งในครอบครัว และสังคมการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวนั้นจะพบว่าผู้สูงอายุจะลดบทบาทลง เช่น จากการเป็นหัวหน้าครอบครัวกลับเป็นผู้ที่ต้องได้รับการเลี้ยงดูจากบุตรหลาน และบางคนอาจจะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง และจากการเปลี่ยนแปลงสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรมทำให้ผู้สูงอายุบางคนต้องเปลี่ยนแปลงการประกอบอาชีพ อีกทั้งการเกษียณอายุราชการจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีบทบาทและการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดน้อยลง เกิดการพึ่งพิงทั้งด้านกิจวัตรประจำวันตลอดจนกิจกรรมที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต ส่งผลกระทบด้านจิตใจของผู้สูงอายุได้ ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมจะส่งผลกระทบต่อถึงกันและกันเป็น วงจรไม่รู้จบ มีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง (ภุริชญา เทพศิริ, 2557)

เมื่ออายุมากขึ้นสุขภาพทั้งร่างกายจิตใจย่อมเสื่อมโทรมลงตามกาลเวลา จึงต้องการความดูแลมากขึ้น ต้องการการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้นไปด้วย ดังนั้น แนวทางในการดูแลผู้สูงอายุก็คือ การช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุขและพึงพอใจสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพ ไม่เป็นภาระให้แก่ผู้อื่นและดำรงไว้ซึ่งการมีคุณค่าในตนเองซึ่งหมายถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้ศึกษาจึงสนใจจะศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้ศึกษาคาดว่าการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมช่วยเหลือผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพและไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่น ซึ่งจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

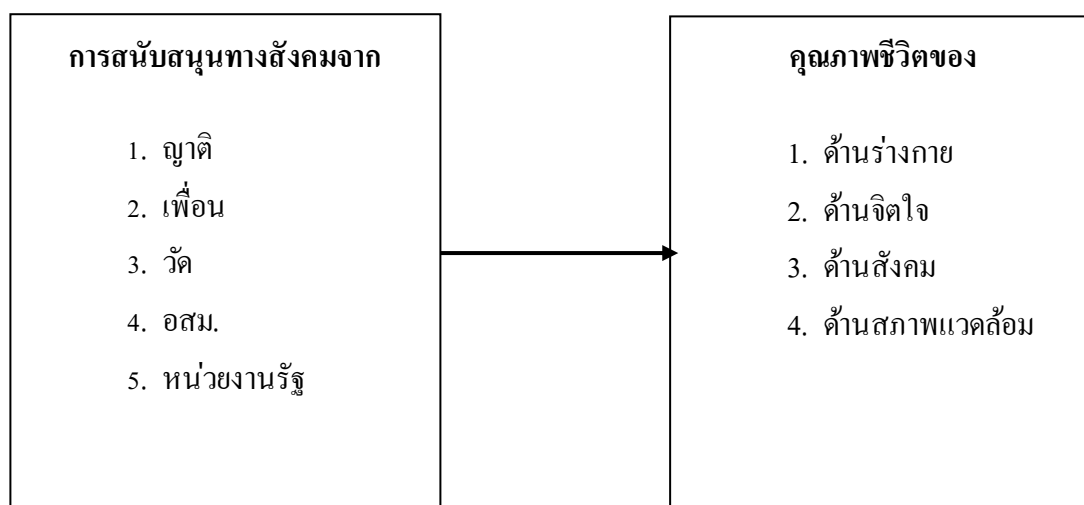
สมมติฐานในการศึกษา

การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลบางฝ้าง จะสะท้อนข้อมูลให้เห็นผลของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลบางฝ้าง ชุมชนและหน่วยงานภาครัฐในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง และสามารถนำผลที่ได้จากการที่ศึกษาวิจัยไปวางแผนในการพัฒนารวมถึงการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง

ขอบเขตในการศึกษา

การศึกษานี้ ได้ศึกษาการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากญาติ เพื่อน ญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หน่วยงานของรัฐ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมีคะแนน Activities of daily living (ADL) ไม่น้อยกว่า 12 คะแนน มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ด้วยวิธีสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ดังนี้

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมตามทฤษฎีของเพนเดอร์ (2542) แบ่งออกเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม 5 ระบบ ด้วยกันคือ คือ ญาติ เพื่อน ญาติ อสม. และหน่วยงานรัฐ

ตัวแปรตาม ได้แก่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่รับเบี้ยยังชีพตามบัญชีรายชื่อ ต้องเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลตามรายชื่อ บางครั้งผู้สูงอายุมีชื่อในบัญชีรายชื่อแต่อาจจะไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบางฝ้างแล้ว นอกจากนั้นคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ มาก น้อย ปานกลาง ขึ้นอยู่กับแหล่งการสนับสนุนทางสังคม

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ มีคะแนน ADL ไม่น้อยกว่า 12 คะแนน มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมในเรื่องการดูแลเมื่อเจ็บป่วยพาไปหาหมอ เรื่องอาหารการกิน การทำความสะอาดเครื่องใช้ คอยห่วงใยให้กำลังใจ ค่าใช้จ่าย และการพักผ่อนคลายเครียดจากญาติ การได้รับการสนับสนุนการให้คำแนะนำปรึกษา เยี่ยมเยือน การพาออกกำลังกาย พาไปโรงพยาบาล พาทำกิจกรรมยามว่างจากเพื่อน ได้รับการสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรค ดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้าน ให้ข้อมูลสุขภาพ ให้คำแนะนำปรึกษา เยี่ยมเมื่อป่วยจาก อสม. ได้รับการสนับสนุนสิ่งอุปโภคและบริโภค เยี่ยมบ้าน การอำนวยความสะดวก รับข้อมูลข่าวสาร สวัสดิการ งานวันผู้สูงอายุจากหน่วยงานรัฐ ได้รับการสนับสนุนความเข้มแข็งอดทน ความสงบนิ่ง ความสุขทางใจ คลายความเศร้าหมอง ปัญหาชีวิต ความทุกข์ในจิตใจ จากวัด

ญาติ หมายถึง ผู้ที่มีความสัมพันธ์กับสายเลือดโดยพ่อแม่เดียวกันหรือพี่น้องคนละพ่อคนละแม่ดูแลและช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วยพาไปหาหมอ อาหารการกิน ความสะอาดเครื่องใช้ คอยห่วงใยและใช้กำลังใจ ค่าใช้จ่าย และพาพักผ่อนคลายเครียด

เพื่อน หมายถึง ผู้ที่มีความสนิทสนมอยู่บ้านใกล้เรือนเคียงและคอยเยี่ยมเยือน ให้แนะนำปรึกษา พาส่งโรงพยาบาลและทำกิจกรรมยามว่าง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง ผู้ทำหน้าที่ช่วยเหลือบริการงานสาธารณสุขในหมู่บ้านโดยป้องกันควบคุมโรค ให้คำแนะนำปรึกษาและให้ข้อมูลสุขภาพ เยี่ยมบ้านเมื่อป่วย

หน่วยงานรัฐ หมายถึง เจ้าหน้าที่หน่วยงานรัฐช่วยเหลือโดยใช้งบประมาณจากภาครัฐ สนับสนุนสิ่งอุปโภคและบริโภค อำนาจความสะดวกสวัสดิการเบี้ยผู้สูงอายุ บริการข่าวสาร เยี่ยมบ้าน

วัด หมายถึง วัดนธรรมประเพณีโดยมีพระพุทธรูปและพระสงฆ์เป็นที่พึ่งทางจิตใจ ให้เกิดความสงบนิ่ง ความสุขใจ คลายความทุกข์ความเศร้าหมองและปัญหา

คุณภาพชีวิต หมายถึง ความพึงพอใจในด้านร่างกาย เรื่องรูปร่างหน้าตา ความสามารถในการดำเนินชีวิต ร่างกายไม่มีเวลาพักผ่อน การเคลื่อนไหวร่างกายคล่องแคล่ว สภาพการเจ็บป่วย การใช้กำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน ด้านจิตใจเรื่องความสุขในชีวิต ความทรงจำ การอยู่ลำพัง การรับข่าวสารใหม่ๆ ความรู้สึกไม่ดี ค่าใช้จ่าย ด้านสังคมเรื่องชีวิตครอบครัว สวัสดิการ การช่วยเหลือผู้อื่น การร่วมงานต่าง ๆ การบริการของเทศบาล การแพทย์สาธารณสุข ด้านสภาพแวดล้อม เรื่องระบบไฟฟ้าหมู่บ้าน สิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัย ถนนหนทาง น้ำประปาหมู่บ้าน ความปลอดภัยในชุมชน การบริการของผู้นำชุมชน ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เครื่องออกกำลังกายกลางแจ้ง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้นำเสนอตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. สภาพและปัญหาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ
 - 1.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย
 - 1.2 ปัญหาของผู้สูงอายุ
2. แนวคิดและหลักการของคุณภาพชีวิต
 - 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 2.3 การวัดคุณภาพชีวิต
3. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต
 - 3.1 ปัจจัยด้านประชากร
 - 3.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ
 - 3.3 ปัจจัยด้านสังคม
 - 3.4 ปัจจัยด้านสุขภาพ
 - 3.5 ปัจจัยด้านสภาพจิตใจ
4. แนวคิด ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมและที่เกี่ยวข้อง
 - 4.1 การสนับสนุนทางสังคม
 - 4.2 ประเภทของสนับสนุนทางสังคม
 - 4.3 แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สภาพและปัญหาคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ

1. สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2557) ในปี 2557 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมดประมาณ 68 ล้านคน โดยเป็นประชากรสัญชาติไทยและไม่ใช่สัญชาติไทยแต่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร 65 ล้านคน และประชากรที่ไม่ใช่สัญชาติไทยและไม่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานย้ายถิ่นจากประเทศเพื่อนบ้านอีกประมาณ 3 ล้านคนในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา จำนวนรวมของประชากรไทยค่อนข้างจะคงตัวแล้วคือเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่ต่ำมาก ปี 2557 อัตราเพิ่มประชากรอยู่ที่ประมาณร้อยละ 0.5 ต่อปี และมีแนวโน้มว่าจะลดต่ำไปอีกจนถึงขั้นที่ประเทศไทยจะมีอัตราเพิ่มประชากรติดลบในอีกราว 10 ปีข้างหน้า ในขณะที่จำนวนประชากรไทยใกล้จะถึงจุดอิ่มตัวแล้ว โครงสร้างอายุของประชากรกลับเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ประชากรไทยจากที่เคยเยาว์วัยในอดีตได้กลายเป็น ประชากร สูงวัยในปัจจุบัน ในปี 2557 ประชากรสูงวัยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากถึง 10 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด การสูงวัยของประชากรเป็นประเด็นท้าทายต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในปี 2557 ประเทศไทยมีคนวัยแรงงาน (อายุ 15-59 ปี) 4.3 คนต่อผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) หนึ่งคน ในอนาคต อีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีคนในวัยแรงงานเพียง 2 คนต่อผู้สูงอายุหนึ่งคนเท่านั้นทุกวันนี้ คนทั่วไปได้รับรู้และตระหนักแล้วว่าประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงวัยไปแล้วแต่สิ่งที่หลายคน โดยเฉพาะผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวางแผนและนโยบายอาจคาดไม่ถึงคือประชากรไทยกำลังสูงวัยขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ประเทศไทยได้กลายเป็น “สังคมสูงวัย” มาตั้งแต่ปี 2548 แล้ว เมื่อสัดส่วนประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 20 ในปี 2564 หรือในอีกเพียง 7 ปีข้างหน้า และคาดว่าจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้าเมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด

2. ปัญหาของผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงธรรมชาติของมนุษย์เมื่อมีอายุมากขึ้น ร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกายจะมีมากกว่าความเจริญทำให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทั่วไปอ่อนแอ และเกิดโรคได้ง่าย แต่อย่างไรก็ตามความเสื่อมหรือการเปลี่ยนแปลงจะแตกต่างกันในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับเชื้อชาติ กรรมพันธุ์ วิธีการดำรงชีวิต อาหารการกิน สภาพเศรษฐกิจและ สังคม โดยทั่วไปเราถือว่า ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ในทางปฏิบัติจะนับตั้งแต่ 65 ปี วัยนี้ถือเป็นระยะสุดท้ายของพัฒนาการแห่งชีวิต และการเปลี่ยนแปลงส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในช่วงนี้ มักเป็นไปในทางเสื่อมลง โดยแบ่งการเปลี่ยนแปลงเป็น 3 ด้านหลัก คือ

2.1 ด้านร่างกาย ได้แก่ ผิวหนังเหี่ยวย่น สีผิวเปลี่ยนมักเกิดจุดด่าง-ขาว หรือตกกระคันตามผิวหนังเนื่องจากผิวแห้ง เส้นเลือดฝอยแตกง่าย ทำให้มีรอยฟกช้ำตามตัวได้ง่าย ผมและขนจะเปลี่ยนเป็นสีขาว มักหลุดร่วงง่าย กล้ามเนื้อและกระดูกไม่แข็งแรง ทำให้เคลื่อนไหวได้ช้า เมื่อเกิดอุบัติเหตุเล็ก ๆ น้อย ๆ กระดูกมักหักได้ง่าย บางรายที่กระดูกหลังเสื่อมมากจะเห็นมีลักษณะหลังโก่ง การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายลดลง ส่วนหนึ่งเกิดจากเลือดไหลเวียนไปยังอวัยวะดังกล่าวได้น้อยลง อวัยวะที่วันนี้ ได้แก่ สมอง ตับและไต ข้างซ้ายข้างขวา หัวใจ ปอด ไต กระดูกสันหลัง การรับรู้ทาง ตา หู จมูก ลิ้น และสัมผัสต่าง ๆ ทางผิวหนังน้อยลง ระบบย่อยอาหาร การขับถ่ายลดลง การรับรู้รสของลิ้นน้อยลง มีผลให้เบื่ออาหาร ท้องอืดและท้องผูก ระบบไหลเวียนเลือด เลือดข้นมากขึ้น ทำให้การไหลเวียนลดลง หลอดเลือดแข็งตัวมากขึ้น ทำให้หัวใจต้องสูบฉีดเลือดแรงขึ้น ในขณะที่ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง มีผลให้เกิดอาการหัวใจล้มเหลวหรือโรคของเส้นเลือด เช่น ความดันโลหิตสูงได้ง่าย ตับและไต ข้างซ้ายข้างขวา ขยับถ่ายของเสียออกจากร่างกายได้ช้า ฮอร์โมน ต่อมผลิตฮอร์โมนต่าง ๆ เสื่อมไป มีผลให้ปริมาณฮอร์โมนที่สำคัญต่อร่างกายลดลง ก่อให้เกิดโรคหลายอย่างตามมา เช่น โรคเบาหวาน โรคขาดฮอร์โมนเพศชาย โรคเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

2.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และจิตใจ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากสภาพร่างกายที่เสื่อมลง บางรายก็อาจพบกับความสูญเสียบุคคลใกล้ชิดในช่วงนี้ อีกส่วนเป็นผลจาก สถานภาพทางสังคมที่เปลี่ยนไป เพราะความสูงอายุ ชนิดของอารมณ์ที่ผู้สูงอายุมักแสดงออกที่ผิดปกติและพบได้ บ่อย คือ อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ เหงา ร้องไห้ง่าย น้อยใจบ่อย ๆ ซึม แยกตัว อารมณ์วิตกกังวลก็พบได้บ้าง มักแสดงออกโดยห้วงโยกหลอนมากขึ้น บางครั้งจะมีการเครียด หงุดหงิดง่าย บ่นมากขึ้น อาการทางจิตที่รุนแรง เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หรือหลงผิด หวาดระแวงต่าง ๆ พบได้บ้างบางครั้งจะมีการสับสนเรื่องวัน เวลา สถานที่และบุคคล กลางคืนไม่นอน เดินวุ่นวาย หรือมีอาการ ขับถ่ายเลอะเทอะ พฤติกรรมเป็นเด็กทารก หรือมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมก็ได้ ในกรณีที่สมองเสื่อมมาก ๆ

2.3 ด้านสังคม บทบาทและความสำคัญของผู้สูงอายุในสังคมมักถูกจำกัดให้ลดลง ทั้งนี้เนื่องจาก ถูกมองว่าสุขภาพไม่แข็งแรง เกิดภาวะความเจ็บป่วยหรือเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย การสื่อสารกับคนทั่วไปทำได้ลำบาก มีผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ในบ้าน และมีความรู้สึกที่ตนเองไม่มีประโยชน์หมดคุณค่าเป็นภาระให้ลูกหลาน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เคยพึ่งตนเอง หรือเป็นที่พึ่งให้สมาชิกในครอบครัว ต้องเปลี่ยนบทบาทเป็นผู้รับความช่วยเหลือ เหลือ และถ้าผู้ใกล้ชิดไม่ให้ความสนใจ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอาการซึมเศร้า อย่างรุนแรง ถึงขั้นทำร้ายตนเองได้ (สุวรรณ วรงค์เพ็ญ, 2555)

แนวคิดและหลักการของคุณภาพชีวิต

1. ความหมายของคุณภาพชีวิต มีผู้ให้ความหมายคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้

The WHOQOL Group (1994) ได้นิยามคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึกพึงพอใจในสถานะของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคม โดยจะสัมพันธ์กับเป้าหมายและ ความคาดหวังของตนเองภายใต้บริบทของวัฒนธรรม ค่านิยม มาตรฐานของสังคม และสิ่งอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น พึงพอใจในสวัสดิการ และพึงพอใจในบริการด้านต่างๆ ตลอดจนพึงพอใจลักษณะทางการเมืองการปกครองในสังคมที่อยู่อาศัย และสามารถประเมินคุณภาพชีวิตในด้านวัตถุวิสัย และด้านจิตวิสัย

Zhan (1992) อธิบายถึงคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง ระดับความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล อันมาจากปัจจัยพื้นฐานของบุคคล สภาพทางสังคม วัฒนธรรมสิ่งแวดล้อม และอายุ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ต่อการ มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งประเมินได้ทั้งด้านวัตถุวิสัย ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจในชีวิต ด้านสุขภาพการทำงานของร่างกายและด้านสังคมเศรษฐกิจ

ณรงค์ศักดิ์ ตะละภักดิ์ (2535) คล้ายคลึงกับ คอลแมน (1989) ได้กล่าวว่าคุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับเป้าหมายรวมถึงความจริงที่ว่า ความรู้สึกพึงพอใจความสุข ความมีสาระและความสามารถที่จะปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขจะส่งผลให้ผู้อื่นสุขด้วย

พัฒน์ฉิม กติพราภรณ์ (2531) ได้เพิ่มเติมว่า คุณภาพชีวิต คือ ความพึงพอใจชีวิตที่มีความสุข ความสุขนี้เกิดจาก ความสุขทางกาย หมายถึง การที่เรามีความเป็นอยู่ที่ดี อาทิเช่น มีที่อยู่อาศัยที่ดี มีสุขภาพและ Health care ที่ดี มีสาธารณูปโภค เช่น การคมนาคมที่ดี มีสิ่งแวดล้อมที่ดี เช่น น้ำ อากาศบริสุทธิ์รวมถึงการพักผ่อนและสันทนาการที่ดีตามสมควรอีกด้วย ความสุขทางใจ ได้มาจากการรู้จักความพอดี ความพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ การมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น มีความรักความอบอุ่นผูกพันกันในครอบครัวและเพื่อนมนุษย์ มีความอดทนเสียสละ ทำประโยชน์แก่สังคม

กุหลาบ รัตนสังฆธรรม (2535) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต คือ ความรู้สึกพอใจในสภาพความเป็นอยู่ของบุคคลทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม ความคิด และจิตใจ ซึ่งรวมเอาทุกด้านของชีวิตไว้ทั้งหมด ซึ่งบุคคลสามารถดำรงอยู่ร่วมกับสังคม ได้อย่างเหมาะสม โดยสามารถแสดงมิติต่าง ๆ ของคุณภาพชีวิตไว้ได้ ดังนี้

1. คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในการมีหรือการได้รับอาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย สุขภาพ อนามัย พลังงาน การออมทรัพย์ สิ่งอำนวยความสะดวกในครอบครัวและในการประกอบอาชีพ

2. คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในการพักผ่อนหย่อนใจที่มีคุณภาพ มีคุณประโยชน์ รู้สึกพึงพอใจความนิยมชมชอบในศิลปวัฒนธรรมของท้องถิ่น รู้สึกพึงพอใจความสัมพันธ์ที่อบอุ่นในครอบครัวและชุมชน รู้สึกพึงพอใจความรักและความเป็นเจ้าของที่มีต่อหมู่คณะ

3. คุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจสภาวะแวดล้อมที่บริสุทธิ์สะอาดและเป็นระเบียบ ปราศจากมลภาวะในดิน น้ำ อากาศ และเสียง พึงพอใจการมีทรัพยากรที่จำเป็นแก่การดำรงชีพ และการคมนาคมที่สะดวกต่อคุณภาพชีวิต

4. ด้านสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม หมายถึง ความรู้สึกพอใจการได้รับโอกาสในทางการศึกษา การประกอบอาชีพที่เท่าเทียมกัน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณะ ความปลอดภัยในร่างกาย ชีวิตและทรัพย์สิน การปกครองที่ให้สิทธิเสรีภาพและความเสมอภาค ความเป็นธรรมด้านรายได้และทางสังคม ความร่วมมือร่วมใจในชุมชน ความเป็นระเบียบวินัย มีความเห็นอกเห็นใจกัน และมีความนิยมที่สอดคล้องกับหลักธรรมของศาสนา

5. คุณภาพชีวิตด้านความคิด หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจและเข้าใจเกี่ยวกับโลก ชีวิตและชุมชน การศึกษา วิชาอาชีพ ความสามารถในการป้องกันและแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตัวเอง ครอบครัว และชุมชน การเป็นที่ยอมรับของชุมชน การสร้างความสำเร็จด้วยตนเอง การยอมรับตนเอง และการมีเป้าหมายในชีวิตที่เหมาะสม

6. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในคุณธรรมส่วนตัวและสังคม เช่น ความซื่อสัตย์สุจริต เมตตากรุณา ช่วยเหลือเกื้อกูล กตัญญูกตเวที ความจงรักภักดีต่อชาติ ความศรัทธาในศาสนา ความเสียสละ และการละเว้นจากอบายมุข

จากทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นจึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม ความเป็นอยู่ สถานะความสัมพันธ์ทั้งในสังคมและครอบครัวของตน

2. องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตมีความหมายในหลายมิติและประกอบด้วยองค์ประกอบของความพึงพอใจการมีชีวิตที่มีคุณภาพหลายด้าน นักวิชาการได้เสนอองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้แตกต่างกันไป ส่วนนี้เป็นการรวบรวมความรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามแนวคิดของนักวิชาการต่าง ๆ โดยแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตตามมิติต่างๆ ดังนี้

2.1 แบ่งตามองค์กรอนามัยโลก องค์กรอนามัยโลก (1994) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต เป็น 4 ด้าน

2.1.1 ด้านร่างกาย (Physical domain) เป็นการรับรู้สภาพร่างกายของผู้สูงอายุซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ความสามารถที่จะจัดการกับโรคภัยและความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงผลกำลั้งในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน การรับรู้ความสามารถในการทำงาน และการรับรู้ว่าคุณไม่จำเป็นต้องพึ่งยาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ

2.1.2 ด้านจิตใจ (Psychological domain) เป็นการรับรู้สภาพจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค

2.1.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships domain) เป็นการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

2.1.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental domain) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ มีความปลอดภัย และมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคม มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมในเวลาว่าง

2.2 แบ่งตาม จอร์จ และ เบียร์อน (1980) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน โดย ได้แก่ สุขภาพโดยทั่วไป สถานะภาพทางเศรษฐกิจ เป็นการวัดแบบภาวะวิสัย ส่วนความพึงพอใจในชีวิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นวัดแบบอัตวิสัย

2.3 แบ่งตาม Flanagan (1978) อธิบายว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีพื้นฐานมาจากความต้องการของมนุษย์ ซึ่งจำแนกออกเป็น 5 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

2.3.1 มีความรู้สึกพึงพอใจต่อความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ โดยความสุขสบายทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และความสุขสบายทาง ด้านวัตถุ ได้แก่ การมีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก

2.3.2 มีความรู้สึกพึงพอใจสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ได้แก่ ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตร และการเลี้ยงดูบุตรก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

2.3.3 มีความรู้สึกความพึงพอใจในการเข้าร่วมทำกิจกรรมในสังคมและชุมชน ได้มีโอกาสช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น

2.3.4 มีความรู้สึกพึงพอใจในการพัฒนาบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจในการเรียน และเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานทำที่น่าสนใจ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

2.3.5 มีความรู้สึกพึงพอใจในการได้ทำกิจกรรมนันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่น ๆ และการมีส่วนร่วมในสังคม

2.4 แบ่งตาม Denham (1991) แบ่งองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิต และด้านบุคลิกภาพ และประวัติในอดีต

2.5 แบ่งตาม ศรีเมือง พลัณฑุทธิ์ (2547) ได้วิเคราะห์องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านความพอใจ

2.6 แบ่งตาม Peace (1990) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านอำนาจบุคคล ด้านวัตถุวิสัย และด้านบุคลิกภาพ

2.7 แบ่งตาม อมร นนทสุด (2526) ได้รวบรวมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตไว้ดังนี้ อาหารและโภชนาการที่เหมาะสมเครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพกายและจิต การรักษารักษาขั้นพื้นฐานและการศึกษาเพื่อพัฒนาอาชีพ ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน บริการพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคม

2.8 แบ่งตาม ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์ (2521) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของบุคคลประกอบด้วย สุขภาพ ที่อยู่อาศัย การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข อนามัยแม่และเด็ก อาหาร บริการและคุณภาพทางการศึกษา ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม รายได้ และสภาพจิตใจ

จากแนวคิดของนักวิชาการข้างต้น สรุปได้ว่า องค์ประกอบสำคัญหลัก ๆ ของคุณภาพชีวิต ได้แก่ สุขภาพกายสุขภาพจิตใจ และสัมพันธ์สภาพกับคนรอบข้างและสังคม สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกซึ่งแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์สภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม

3. การวัดคุณภาพชีวิต การวัดคุณภาพชีวิตนั้น มีความหลากหลายและแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และแนวคิด จากการรวบรวมวิธีการประเมินคุณภาพชีวิตของนักวิชาการหลายท่าน สามารถแบ่งแนวทางการศึกษาเรื่องการวัดคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ประการ คือ วิธีการวัด และลักษณะของแบบวัด มีรายละเอียดดังนี้

3.1 วิธีการวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ Flynn และ Frantz เสนอการประเมินคุณภาพชีวิตใน 2 ด้าน คือ ประเมินในเชิงวัตถุวิสัย (Objective approach) แสดงถึงภาวะทางกาย พฤติกรรม และลักษณะของบุคคลซึ่งตัดสินใจโดยตนเองจากข้อมูลที่เป็นจริง เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ และเชิงจิตวิสัย (Subjective approach) เป็นการรับรู้ด้วยตนเองจากการรับรู้ ประสบการณ์ที่ผ่านมาของ ตนเอง เช่น ความปรารถนา และความพอใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Schalock, Bonham & Verdugo (2008) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตเพื่อการวางแผนและ ประเมินความทุกข์สภาพทางปัญญา ซึ่งระบุแนวคิดหลักของการพัฒนากรอบการวัดคุณภาพชีวิตที่ ควรตระหนัก 3 ประการ ได้แก่ 1) ตัวชี้วัดที่สร้างนั้นเป็นการวัดผลลัพธ์ในระดับบุคคล 2) วิธีการวัด ครอบคลุมทั้ง (Cultural-bound) ในทางเดียวกัน Farquhar (1995) ได้ศึกษาวิธีการวัดคุณภาพชีวิต โดยประมวลและทบทวนเอกสารงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การวัดคุณภาพชีวิตใช้ทั้งแบบอัตตวิสัย และแบบภาวะวิสัย เนื่องจากวิธีการวัดแต่ละแบบมีจุดเด่นและจุดด้อยแตกต่างกัน กล่าวคือ การวัด แบบอัตตวิสัย เป็นการประเมินความคิด ความเชื่อ และความรู้สึกของตนเองโดยให้ผู้ตอบเป็นผู้ ประเมินตามความเป็นจริง เช่น ความพึงพอใจในการทำงาน และการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นต้นซึ่งมี ข้อดีตรงที่ได้ข้อมูลสอดคล้องกับความรู้สึกของผู้ตอบ แต่อาจเกิดปัญหาเรื่องอคติของผู้ตอบ เนื่องจากบางครั้งผู้ตอบประเมินต่ำกว่าหรือสูงกว่าความเป็นจริง รวมทั้งบิดเบือนข้อมูลเพราะได้รับ อิทธิพลจากคำตอบที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ในขณะที่การวัดแบบภาวะวิสัย เป็นการประเมินสิ่งใดสิ่ง การวัดแบบอัตตวิสัย (Self-report) และการวัดแบบภาวะวิสัย (Direct observation) และ 3) การวัด ต้องมีความไวที่ตรงตามหลักสากล (Universal) และสอดคล้องกับบริบทของการศึกษาหนึ่งตาม สภาพที่เป็นอยู่โดยการสังเกต และให้บุคคลอื่นเป็นผู้ประเมิน ซึ่งลดปัญหาความมีอคติในการวัด เช่น การสังเกตการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย โดยบุคลากรทางการแพทย์ และการวัดฐานะ

ทางเศรษฐกิจจากรายได้และทรัพย์สิน แต่วิธีนี้ไม่ครอบคลุมการได้ข้อมูลเชิงลึก เช่น ด้านความคิดเห็นและความรู้สึก จึงเป็นวิธีที่ขาดความไวในการวัด

นอกจากนี้แนวคิดของ สตรอมแบรก แสดงให้เห็นว่าการประเมินคุณภาพชีวิตสามารถประเมินได้ 3 ลักษณะ คือ การประเมินเชิงวัตถุวิสัย เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ประเมินผู้ป่วย การประเมินเชิงจิตวิสัยที่วัดเป็นปริมาณ เป็นการประเมินโดยตนเองขึ้นอยู่กับนิยามคุณภาพชีวิตของตนเองหรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจ ความสุขที่ได้รับ และการประเมินเชิงจิตวิสัยที่วัดเป็นคุณภาพ เป็นการประเมินตนเองจากการบรรยายและบอกถึงสภาพที่เป็นอยู่

ส่วนการประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ได้พัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตที่เรียกว่า WHOQOL-100 ในปี ค.ศ. 1996 มีข้อคำถามหรือตัวชี้วัด 100 ข้อ ซึ่ง กิติกร มีทรัพย์ (2537) ได้แปลเป็นภาษาไทย และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบด้วยการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษอีกครั้งและถือว่าเป็นฉบับภาษาไทยที่องค์การอนามัยโลกยอมรับอย่างเป็นทางการ จากจำนวนข้อคำถาม 100 ข้อนี้ แบ่งเป็น ข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม 4 ข้อ อีก 96 ข้อ จัดแบ่งเป็น 24 หัวข้อ หัวข้อละ 4 คำถาม ซึ่งจัดเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล ด้านสัมพันธภาพกับสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความเชื่อส่วนบุคคล อย่างไรก็ตาม เครื่องมือดังกล่าวค่อนข้างยาวทำให้ไม่สะดวกและมีข้อจำกัดในการใช้ต่อมาในปีเดียวกันองค์การอนามัยโลกก็ได้จัดทำเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อชุด 26 ตัวชี้วัดเรียกว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และแบบอัตตวิสัย (Self-report subjective) มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

ในทางจิตวิทยานั้น มีการเรียกชื่อแบบวัดคุณภาพชีวิตที่หลากหลาย เช่น แบบวัดความรู้สึกเป็นสุข Well-being) และแบบวัดความพึงพอใจชีวิตโดยรวมซึ่งเป็นการวัดความพึงพอใจในชีวิต โดยรวมด้านการรู้คิด พบว่ามีผู้นิยมใช้กันมากจนกลายเป็นดัชนีความพึงพอใจในชีวิต โดยผู้สร้างให้ความหมายของความพึงพอใจในชีวิตว่าหมายถึง ผลของกระบวนการพิจารณาตัดสินคุณลักษณะด้านต่างๆ ของชีวิตตนเอง โดยใช้เกณฑ์หรือมาตรฐานที่ตนกำหนดขึ้นเมื่อบุคคลนำสถานการณ์ในชีวิตของตนมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ดังกล่าวแล้วพบว่าใกล้เคียงกัน บุคคลจะรายงานว่าตนมีความพึงพอใจในชีวิตมาก

นอกจากนั้นจากการศึกษาทางชราภาพวิทยา ก็พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ใช้ความพึงพอใจในชีวิตเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ใหญ่วัยกลางคน ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงอาจวัดจากความพึงพอใจได้ เนื่องจากเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข

3.2 ลักษณะของแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แบบวัดในที่นี้ หมายถึง เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลหรืองานวิจัยทั่วไปใช้คำว่าแบบสอบถาม จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแบบวัดคุณภาพชีวิตเท่าที่ปรากฏในงานวิจัยทั้งไทยและต่างประเทศ พบว่าส่วนใหญ่ใช้แบบวัดขององค์การอนามัยโลกเพื่อวัดคุณภาพชีวิต

3.2.1 แบบวัดคุณภาพชีวิตที่นักวิชาการในประเทศไทยนิยมใช้นั้นแปลมาจากแบบวัดขององค์การอนามัยโลก โดยชื่อย่อว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับย่อ ชุดภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และแบบอัตตวิสัย (Self-report subjective) มีทั้งหมด 4 องค์ประกอบ ได้แก่

ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสบายไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนการรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ที่ ตนไม่ต้องพึ่งพาอาศัยต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ

ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำสมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ที่ ตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์

ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้การตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสังเคราะห์ การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น ซึ่งมีข้อคำถามเพียง 26 ข้อ ประกอบด้วย 2 ข้อคำถามที่เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม ส่วนอีก 24 ข้อ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้าน ข้อคำถามมีทั้งเชิงลบและเชิงบวก ข้อคำถามเชิงลบมี 3 ข้อ (ข้อ 2 ข้อ 9 และข้อ 11) ที่เหลือ 24 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด การให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวก ผู้ที่ตอบไม่เลยได้ 1 คะแนน ผู้ที่ตอบเล็กน้อยได้ 2 คะแนน ผู้ที่ตอบปานกลางได้ 3 คะแนน ผู้ที่ตอบมากได้ 4 คะแนน และผู้ที่ตอบมากที่สุดได้ 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้กลับคะแนนในทางตรงกันข้าม ดังนั้นแบบวัดคุณภาพชีวิตทั้งหมดจะมีช่วงคะแนนระหว่าง 26-130 คะแนน โดยผู้ตอบที่ได้คะแนนระหว่าง 26-60 คะแนน แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ผู้ตอบที่ได้คะแนนระหว่าง 61-95 แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตกลางๆ และผู้ตอบที่ได้คะแนนระหว่าง 96-130 คะแนน แสดงว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดี

3.2.2 ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) (กรมการพัฒนาชุมชน, 2559) เป็นข้อมูล que แสดงถึงลักษณะของสังคมไทยที่พึงประสงค์ตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำของเครื่องชี้วัดว่า อย่างน้อยคนไทยควรจะมีระดับความเป็นอยู่ไม่ต่ำกว่าระดับไหนในช่วงระยะเวลาหนึ่งๆ และทำให้ประชาชนสามารถทราบได้ด้วยตนเองว่าในขณะที่คุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัว รวมไปถึงหมู่บ้าน/ชุมชนอยู่ในระดับใด มีปัญหาที่จะต้องแก้ไขในเรื่องใดบ้าง เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาตนเอง ครอบครัว และสังคม อันเป็นนโยบายสำคัญในการพัฒนาประเทศ เพื่อให้ประชาชนสามารถพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง และครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างน้อยผ่านเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน

หลักการของข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน ใช้เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานเป็นเครื่องมือของกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนให้ทราบถึงสภาพความเป็นอยู่ของตนเอง และหมู่บ้าน/ชุมชนว่าบรรลุตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานแล้วหรือไม่ ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยผ่านกระบวนการความจำเป็นพื้นฐาน นับตั้งแต่การกำหนดปัญหาความต้องการที่แท้จริงของชุมชน ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา ตลอดจนการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เป็นแนวทางในการคัดเลือกโครงการ กิจกรรมต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของหมู่บ้าน/ชุมชน สามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมี

การประสานระหว่างสาขาใน ด้านการปฏิบัติมากขึ้น โดยมีเครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานเป็น เครื่องมือเครื่องชี้วัดข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน ที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) มี 5 หมวด 31 ตัวชี้วัด ดังนี้ หมวดที่ 1 สุขภาพ มี 7 ตัวชี้วัด หมวดที่ 2 สภาพแวดล้อม มี 7 ตัวชี้วัด หมวดที่ 3 การศึกษา มี 5 ตัวชี้วัด หมวดที่ 4 การมี งานทาและรายได้ มี 4 ตัวชี้วัด หมวดที่ 5 ค่านิยม มี 8 ตัวชี้วัด

ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

ในการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา จากที่ผู้ ศึกษาได้ทบทวนเอกสารรวมถึงงานวิจัยต่างๆแล้ว จึงเลือกปัจจัยที่น่าสนใจและคาดว่าจะส่งผลต่อ ผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านประชากร คือ

1.1 อายุเป็นตัวเลขซึ่งใช้กำหนดวัยของแต่ละบุคคล สำหรับในประเทศไทยนั้นได้ กำหนดไว้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่มี อายุน้อยเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ผู้สูงอายุที่มีอายุปานกลางเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 70-79 ปี และผู้สูงอายุที่มีอายุมากเป็นผู้ที่มีอายุ 80 ปี ขึ้นไป

1.2 เพศเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อีกทั้งยังเป็นตัวกำหนดบุคลิกภาพของ บุคคลในสังคมซึ่งในสังคมไทยในอดีตมักจะมีค่านิยมให้เพศชายเป็นหัวหน้าครอบครัว

1.3 สถานภาพสมรสผู้สูงอายุที่มีคู่สมรสอยู่ด้วยจะส่งผลให้มีผู้คอยช่วยเหลือให้ กำลังใจ พร้อมทั้ง รู้สึกมั่นคงในชีวิตซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นได้

2. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ คือ

2.1 รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในดำรงชีวิตของมนุษย์เพื่อสนองความต้องการ ต่าง ๆ และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องมีการดูแล รักษาสุขภาพ หรือผู้สูงอายุที่มี โรคประจำตัว

2.2 ระดับการศึกษาหากผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะให้มีรายได้ที่มั่นคง มักจะมี การเก็บออมเพื่อใช้ในอนาคตซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2.3 อาชีพนักสังคมวิทยามีความเชื่อว่า บทบาทของคนทำงานเป็นตัวก่อให้เกิดความ พอใจในชีวิตเพราะการมีอาชีพทำให้ได้รับการยอมรับว่าเป็นคนมีคุณค่า ส่วนการออกจากงานเป็น การสูญเสียบทบาทของคน ซึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุของความพึงพอใจที่ต่ำ

3. ปัจจัยด้านสังคม คือ

3.1 ความสัมพันธ์ในครอบครัวสังคมไทยถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุด ซึ่งลูกหลานเมื่อเติบโตไปนอกจากต้องดูแลครอบครัวของตนแล้ว จะเอาใจใส่ผู้สูงอายุเนื่องจาก ลูกหลานเป็นที่พึ่งพาทางเศรษฐกิจอีกทั้งผู้สูงอายุต้องการการเอาใจใส่จากคนในครอบครัว ซึ่งการที่บุคคลใดก็ตามมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่แน่นแฟ้นย่อมจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

3.2 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับผู้อื่น ได้สร้างประโยชน์แก่ส่วนรวม พัฒนาตนเองมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ อ่างว้าง โดดเดี่ยว สภาพจิตใจของผู้สูงอายุดีขึ้น มีการใช้พลังสมาชิกจากชมรม ทำให้บุคคลในสังคม มองเห็นคุณค่า ยกย่องเกียรติซึ่งจะเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตอารมณ์

4. ปัจจัยด้านสุขภาพ คือ สุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากหากผู้สูงอายุมีโรคประจำ หรือโรคเรื้อรัง จะส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรม ต่างๆรวมไปถึงอายุลดลงไปด้วย เนื่องจากสภาพร่างกายของผู้สูงอายุไม่เอื้ออำนวย

5. ปัจจัยด้านสภาพจิตใจ คือสภาพจิตใจสำหรับผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สำคัญใกล้เคียงกับ สภาพร่างกาย หากสภาพจิตใจของผู้สูงอายุแย่แล้วจะส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายของผู้สูงอายุด้วย

แนวคิด ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมและที่เกี่ยวข้อง

1. การสนับสนุนทางสังคม คำว่า การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นแนวความคิดที่นักสังเคราะห์นิยมใช้ประกอบการปฏิบัติงาน นับตั้งแต่ยุคทศวรรษที่ 1980

Speth (1988) การสนับสนุนทางสังคมบางท่านนิยมใช้คำว่า การเกื้อกูลทางสังคมแทน ซึ่งก็หมายถึง “ Socail support ”

Cassel (1992) เสนอ คำว่าการสนับสนุนทางสังคม (Socail support) ซึ่งเป็นคำที่เขาศึกษา และพัฒนาขึ้นตามลำดับ เขาได้นิยาม การสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นมวลประสบการณ์ทางสังคม ซึ่งส่งเสริมความสุขทางใจ มีลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ การเกิดปฏิสัมพันธ์กันโดยบุคคล กลุ่ม เพื่อน ครอบครัว นายจ้าง การปฏิสัมพันธ์หรือมวลประสบการณ์ที่เป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ โดยประสบการณ์นั้น ๆ การนี้ถึงการมีปฏิสัมพันธ์นั้น อีกอันจะทำให้บุคคลเพิ่มความเคารพและ เห็นคุณค่าในตนเองรวมถึงสามารถเพิ่มพูนความรู้สึก มั่นคงปลอดภัยให้กับบุคคลนั้นได้อีกด้วย

House (1981) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่ง ประกอบด้วย การได้รับความรัก การได้รับความห่วงใย การได้รับความไว้วางใจ การได้รับความ

ช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การได้รับข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการได้รับข้อมูล
ป้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินผลตนเองในสังคม

บุญเยี่ยม ตรีคุณวณิช (2528) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าการ
สนับสนุนทางสังคมหมายถึง สิ่งที่ “ผู้รับการสนับสนุนทางสังคม” ได้รับความช่วยเหลือ ด้านข้อมูล
ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือ
กลุ่มบุคคล เช่น พ่อแม่ สามีภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จุฬารักษ์ โสตะ (2546) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม “Social support”
ไว้ดังนี้ คือ กลุ่มที่เอื้อให้เกิดเปลี่ยนแปลงความรู้สึก การกระทำ เป็นให้ความช่วยเหลือในรูปของ
การให้กำลังใจ ให้คำแนะนำตักเตือน การรับฟังปัญหาด้วยความเข้าใจ เห็นใจ แลกเปลี่ยน ความคิด
ความรู้สึก ลดความเครียด ความกลัว กลุ่มช่วยเหลือของสังคมอาจให้การสนับสนุนด้วยสิ่งของ
รางวัล ช่วยด้านการเงิน การอำนวยความสะดวก ชี้แนะแนวทางปฏิบัติ จุดมุ่งหมายให้กลุ่มเป้าหมาย
มีพลัง มีความเชื่อมั่นในการเผชิญปัญหา แก้ปัญหาและดูแลตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่ม
ช่วยเหลือทางสังคมของผู้สูงอายุ ได้แก่ ครอบครัว ญาติ เพื่อน หรืออาจเป็นบุคคลที่อ้างอิง เช่น คนที่
เคารพนับถือ พระหรือเจ้าหน้าที่ให้บริการสุขภาพ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือคนในชุมชน
เช่น อสม. ผู้นำชุมชน

กล่าวสรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์
ระหว่างบุคคล เช่น บุคคลในครอบครัว ได้แก่ สามี ญาติ พี่น้อง เพื่อน วัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.
ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้รับการ
สนับสนุนและมีผลให้ผู้รับความพอใจและได้ตามต้องการของผู้ให้

2. ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคม
ไว้ ดังนี้

Jacobson (1986) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุน
ทางด้านอารมณ์ (Emotional support) การได้รับความรู้สึกสบายใจ การสนับสนุนทางด้านสติปัญญา
(Cognitive support) การ ได้รับรู้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Material
support) การได้รับสิ่งของและบริการต่าง ๆ

Thoits (1982) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้
การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ คือ การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงานวัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงิน
ทอง การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารโดยการได้รับความแนะนำและการป้อนกลับ การได้รับการ
สนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม โดยได้รับความรัก การดูแล เอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ
เห็นคุณค่า และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ลักษณะ บัญชธรรม (2540) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงานหรือวัสดุสิ่งของต่างๆ จากบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้ชิด หรืออยู่ในสังคมของตน ซึ่งอาจจะเป็นสมาชิกในครอบครัวญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางสุขภาพคนใดคนหนึ่งหรือหลายคนรวมกัน

อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2553) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้านดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การได้รับการปลอบใจให้กำลังใจ (Reassurance) การได้รับความรักใคร่ห่วงใย (Intimacy and attachment) การได้รับความมั่นใจ (Confidence) และความรู้สึกมีที่พึ่ง (Reliance and another) ซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคนรัก มีคนคอยดูแลเอาใจใส่

2. ความช่วยเหลือด้านสิ่งของและการได้รับบริการ (Tangible support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน แรงงาน

3. ความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับคำแนะนำซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยได้

3. แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมและโครงสร้างเครือข่ายสังคม

โครงสร้างเครือข่ายสังคม (Social network) เป็นกลุ่มของความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลกลุ่มหนึ่ง ซึ่งมีต่อกันและกัน ความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบต่างๆหลายองค์ ประกอบ คือ

3.1 ขนาดของกลุ่มสังคม หมายถึง จำนวนคนในกลุ่มสังคมซึ่งบุคคลมีความสัมพันธ์กันโดยในวัยเด็กช่วงแรกจะมีความสัมพันธ์กับพ่อแม่ ต่อมากับบุคคลอื่นๆ ที่ใกล้ชิดรอบข้าง การเข้าสู่สังคมจะเป็นไปในลักษณะการสร้างเพื่อน เมื่อถึงวัยผู้ใหญ่ ขนาดของสังคมจะคงที่และเล็กลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

3.2 ลักษณะความสัมพันธ์ เป็นความผูกพันซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่มสังคม แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ

3.2.1 ลักษณะของบุคคลที่ผูกพันด้วย แบ่งออกเป็นกลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ ประกอบด้วย

3.2.2 บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูก หลาน และบุคคลที่อยู่ในครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อน เพื่อนบ้าน คนบ้านเดียวกัน คนรู้จักคุ้นเคย คนที่เกี่ยวข้องกัน และคนใกล้ชิด

3.2.3 กลุ่มผู้ช่วยเหลือ นักวิชาชีพ หมายถึงบุคลากรทางสาธารณสุข

3.3 คุณภาพของความสัมพันธ์ แบ่งเป็น

3.3.1 ความสัมพันธ์แน่นแฟ้น คือ ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดสนิทสนมต่อกัน

3.3.2 ความสัมพันธ์ที่ผิวเผิน ไม่ลึกซึ้ง เป็นความสัมพันธ์ที่พบได้ในสังคมอุตสาหกรรม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชีวิตในเมืองมากกว่าชนบท ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางสังคมทำให้เกิดความห่างเหินกันได้ตามความจำเป็นของลักษณะงาน อาชีพ หรือการศึกษาหรือค่านิยมส่วนบุคคล ทำให้บุคคลไม่มีความห่วงใยหรือผูกพันกับบุคคลอื่น ได้อย่างลึกซึ้ง สนใจประโยชน์ที่จะได้เฉพาะหน้าเป็นส่วนใหญ่

3.4 ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อ ระยะเวลาที่บุคคลรู้จัก หรือติดต่อกันเป็นช่วงเวลาที่บุคคลเริ่มรู้จักกันและดำเนินสัมพันธ์ภาพต่อกันเรื่อยมา ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อกันแสดงให้เห็นถึงความมั่นคงต่อกัน หากบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างแน่นแฟ้น และคบหากันเป็นเวลานาน ก็จะทำให้ได้รับการสนับสนุนซึ่งกันและกัน มากขึ้น

3.5 ความถี่ในการติดต่อกัน ความถี่ในการติดต่อกันเป็นความบ่อยครั้งที่บุคคลได้รับการติดต่อกัน ความถี่ในการติดต่อกันทำให้บุคคลได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนสิ่งของ บริการ และได้รับการตอบสนอง ความต้องการด้านอารมณ์ นอกจากนี้ยังดำรงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ดี

3.6 วิธีที่ใช้ในการติดต่อการติดต่อสื่อสารที่ต่อเนื่องเป็นความต้องการของมนุษย์ การติดต่อสื่อสารมีหลายวิธี เช่น การพบปะพูดคุย จดหมาย โทรศัพท์ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการที่ได้เสนอความเห็นเกี่ยวกับแหล่งความช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของบุคคล ไว้ดังนี้

Pender (1987) ได้แบ่งบุคคลในระบบการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ คือ

ระบบที่ 1 การสนับสนุนทางธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดที่สุดและมีความสำคัญมากที่สุดต่อผู้ป่วย เพราะครอบครัวเป็นแหล่งที่ทำหน้าที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตอันจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย

ระบบที่ 2 การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่บุคคลได้รับจากผู้มีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการและสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้โดยง่าย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งประสบความสำเร็จ และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่าง ๆ ในชีวิต

ระบบที่ 3 การสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religious organization or denomination) เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้บุคคล ได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน เป็นต้น ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม

ระบบที่ 4 การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนทางสังคมแห่งแรกที่ทำให้การช่วยเหลือแก่บุคคล และมีความสำคัญเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อนไม่เพียงพอ

ระบบที่ 5 การสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (Organized support system not directed by health professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการ อาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Health group) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ไปในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ และเหมาะสม ย่อมจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยจะช่วยลดความเครียด และทำให้บุคคลโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของบุคคลคนนั้น จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีและเกิดความผาสุกได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่างๆ พบว่าความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต ดังต่อไปนี้

พรทิพย์ มาลาธรรม (2552) ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท พบว่าการให้แรงสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุของครอบครัว และการรับรู้แรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้แรงสนับสนุนจากเพื่อนของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง

เสาวนิจ นิจอนันต์ชัย (2553) การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สุขภาพจำนวนบุตร การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนเพื่อนและเพื่อนบ้าน การสนับสนุนจากสังคม ขนาดที่อยู่อาศัย ความหนาแน่นของสมาชิกในบ้าน ความสะอาดของบ้าน กลิ่นส้วม แสงสว่างของห้องส้วม ตัวแปรตามมี 1 ตัวแปร ได้แก่ การดูแลตนเอง ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามคือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 43.5 ($R^2 = .435$) ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี

จำนวน 5 ตัวแปร คือ เพศชายมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 อายุยิ่งมากขึ้นการดูแลตนเองยิ่งน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สุขภาพที่ดีทำให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสนับสนุนจากเพื่อนและเพื่อนบ้านยังมีมากทำให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนและสังคมยังมีมากทำให้การดูแลตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เสาวนีย์ วรลลอ (2555) แรงสนับสนุนจากครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัว การดูแลตนเอง และการแลกเปลี่ยนพึ่งพาซึ่งกันและกัน ในประเด็นหลัก แรงสนับสนุนจากครอบครัว ประกอบด้วยแหล่งสนับสนุนจากครอบครัว บทบาทของครอบครัวในการสนับสนุน แบบแผนของแรงสนับสนุนจากครอบครัว และผลของแรงสนับสนุนจากครอบครัว ประเด็น การดูแลตนเองประกอบด้วยผู้สูงอายุปรับวิธีคิดในการยอมรับความเจ็บป่วยแสวงหาความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวาน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และประเด็นหลัก การแลกเปลี่ยนพึ่งพาซึ่งกันและกัน โดยแรงสนับสนุนจากครอบครัวและการดูแลตนเองมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างเป็นพลวัตในการควบคุมโรคเบาหวาน

ชนะ สมัครการ (2553) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 74.1 มีการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากชมรมผู้สูงอายุ ($r = 0.615$) การรับรู้ประโยชน์ของการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ($r = 0.557$) แรงสนับสนุนจากครอบครัว ($r = 0.500$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับค่อนข้างต่ำกับการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.01 ได้แก่ ทศนคติต่อชมรมผู้สูงอายุ ($r = 0.492$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ($r = 0.444$) ส่วนการเข้าถึงบริการชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ($r = 0.148, p = 0.03$)

กิตติวงศ์ สาสวด (2558) ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีมาจากครอบครัวที่มีความรักความอบอุ่น นั่นก็คือ สมาชิกในครอบครัวดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันด้วยความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกันดูแลซึ่งกันและกัน และดูแลผู้สูงอายุอย่างดีที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยเฉพาะในด้านอาหารและโภชนาการ รูปแบบ

ที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุก็คือ สมาชิกครอบครัวเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุนอกจากนั้น หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนจะต้องมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นสุขภาพของผู้สูงอายุในทุกด้าน คือ ด้าน ร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ

พยาม การดี (2559) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน พบว่า การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อแรงสนับสนุนทางสังคมมุ่งเน้นไปที่ จิตใจและต้องใส่ใจในการดูแลทั้งด้านความต้องการและการตอบสนอง พบแรงสนับสนุนทางสังคมมาจาก 3 แหล่ง คือ ครอบครัวคือศูนย์รวมความรัก วัดคือศูนย์กลางพักใจ และโรงพยาบาลคือศูนย์รวมความช่วยเหลือ

มาริสตา หวังเจริญ (2559) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุกรณีศึกษา ชุมชนผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร กรุงเทพมหานคร พบว่า แรงสนับสนุนของครอบครัว อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 80) มีภาวะสุขภาพกายในระดับพอใช้ (ร้อยละ 73.8) มีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 47.2) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร อยู่ในระดับพอใช้ปัจจัยด้านการศึกษา สถานภาพการเงิน สถานภาพสมรส แรงสนับสนุนของครอบครัว ภาวะสุขภาพกาย และภาวะสุขภาพจิต มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

วิไลพร ขำวงษ์ (2554) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 66.1 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกองค์ประกอบมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านร่างกายคิดเป็นร้อยละ 75.7 ด้านจิตใจร้อยละ 53.7 ด้านสัมพันธ์ทางสังคมร้อยละ 66.0 และด้านสิ่งแวดล้อมร้อยละ 62.6 ตามลำดับ และพบว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้และฐานะการเงินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ศรันยา สถิต (2557) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลเกาะขนุน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า 1. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.53$ S.D. = 0.510) 2. ระดับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.37$ S.D. = 0.159) ส่วนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 3.57, 3.66$ และ 3.53 ตามลำดับ และ S.D. = 0.142, 0.092 และ 0.197 ตามลำดับ) 3. เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว สถานะในครอบครัว รายได้ต่อเดือน ภาระหนี้สิน การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 7.067, 14.719, 19.711, 13.044, 6.593, 57.720, 10.828, 41.117$ และ 32.082 ตามลำดับ) 4. อายุ สถานภาพสมรส รายจ่ายต่อเดือน และโรคประจำตัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) ในรูปแบบการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ (Correlational study) แบบภาคตัดขวาง (Cross-section) เก็บข้อมูลตัวแปรคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมในเวลาเดียวกัน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป้าหมาย การศึกษานี้คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพของเทศบาลตำบลบางผึ้ง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา และมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าเป็นประชากรที่ศึกษา ดังนี้

- 1.1 มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
- 1.2 มีคะแนน ADL ต้องไม่น้อยกว่า 12 คะแนน
- 1.3 ยินดีและให้ความร่วมมือในการให้สัมภาษณ์

2. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษานี้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดโดยสูตรการคำนวณตามสูตรของ Daniel (1995, p.180) ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{z^2 pq}{d^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

d แทน ความคลาดเคลื่อนหรือความผิดพลาดของค่าสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจาก

ประชากร

มีค่าเท่ากับ 0.05

z แทน ค่ามาตรฐาน โค้งปกติที่ระดับนัยสำคัญแบบสองหาง มีค่าเท่ากับ 1.96

p แทน โอกาสที่เกิดขึ้นมีค่าเท่ากับ 0.76 โดยได้จากผลการวิจัยของ วิไลพร ขำวงษ์ (2554) คุณชีวิตในระดับดี ร้อยละ 76

q แทน โอกาสที่ไม่เกิดขึ้น มีค่าเท่ากับ $1 - p$

$$\text{แทนในสูตร } n = \frac{1.96^2(0.76)(1-0.76)}{0.05^2}$$

$$n = 276.0 \text{ คน}$$

ฉะนั้น การศึกษาครั้งนี้ใช้ผู้สูงอายุ 280 คน เป็นกลุ่มตัวอย่าง

3. การสุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยแบ่งประชากรผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งมีการแบ่งเป็นหมู่บ้าน ออกเป็น 7 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1 บ้านแม่น้ำ, หมู่ที่ 2 บ้านทางเกวียน, หมู่ที่ 3 บ้านท่าแค, หมู่ที่ 4 บ้านศรีเสม็ด, หมู่ที่ 5 บ้านหัวสวน, หมู่ที่ 6 บ้านนอก, หมู่ที่ 7 บ้านสายอ้อม

ขั้นตอนที่ 2 ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic sampling) สุ่มเลือกผู้สูงอายุใน โดยนำรายชื่อมาเรียงตามตัวอักษรและตามหมู่บ้านแล้วสุ่มเลือกตามรายชื่อในแต่ละหมู่บ้าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการคำนวณจำนวนตัวอย่างแยกรายหมู่บ้าน ตำบลบางฝ้าง

หมู่บ้าน	ประชากร (N)	กลุ่มตัวอย่าง (n)
หมู่ที่ 1 บ้านแม่น้ำ	67	54
หมู่ที่ 2 บ้านทางเกวียน	58	47
หมู่ที่ 3 บ้านท่าแค	14	11
หมู่ที่ 4 บ้านศรีเสม็ด	46	37
หมู่ที่ 5 บ้านหัวสวน	70	57
หมู่ที่ 6 บ้านนอก	30	24
หมู่ที่ 7 บ้านสายอ้อม	62	50
รวม	347	280

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชนิดและลักษณะเครื่องมือ การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ถามลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล คะแนน ADL โรคประจำตัว มีลักษณะคำถามเป็นแบบเปิดและปิดผสมกัน มีจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคม ถามการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากญาติ เพื่อน อสม. หน่วยงานรัฐ และวัด โดยถามการได้รับการสนับสนุนในเรื่องการดูแลเมื่อเจ็บป่วยพาไปหาหมอ เรื่องอาหารการกิน การทำความสะอาดเครื่องใช้ คอยห่วงใยให้กำลังใจ ค่าใช้จ่าย และการพักผ่อนคลายเครียดจากญาติ การได้รับการสนับสนุนการให้คำแนะนำปรึกษา เยี่ยมเยือน การพาออกกำลังกาย พาไปโรงพยาบาล พาทำกิจกรรมยามว่างจากเพื่อน ได้รับการสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรค ดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้าน ให้ข้อมูลสุขภาพ ให้คำแนะนำปรึกษา เยี่ยมเมื่อป่วย จาก อสม. ได้รับการสนับสนุนสิ่งอุปโภคและบริโภค เยี่ยมบ้าน การอำนวยความสะดวก รับข้อมูลข่าวสาร สวัสดิการ งานวันผู้สูงอายุจากหน่วยงานรัฐและได้รับการสนับสนุนความเข้มแข็งอดทน ความสงบนิ่ง ความสุขทางใจ คลายความเศร้าหมอง ปัญหาชีวิต ความทุกข์ในจิตใจจากวัด โดยมีคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 คำตอบ ได้แก่ 'ไม่เลย' นานๆ ครั้ง ปานกลาง บ่อยครั้ง เสมอ ๆ โดยการให้ค่าคะแนนตามเกณฑ์ดังนี้ 'ไม่เลย' ให้ 0 นานๆ ครั้ง ให้ 1 ปานกลาง ให้ 2 บ่อยครั้ง ให้ 3 และเสมอ ๆ ให้ 4 คะแนน มีคำถามรวมทั้งหมด 30 ข้อ

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต ถามความพึงพอใจ ที่เกี่ยวกับสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อม โดยด้านร่างกาย รูปร่างหน้าตา ความสามารถในการดำเนินชีวิต ร่างกายไม่มีเวลาพักผ่อน การเคลื่อนไหวร่างกายคล่องแคล่ว สภาพการเจ็บป่วย การใช้กำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน รวม 8 ข้อ ด้านจิตใจถาม ความสุขในชีวิต ความทรงจำ การอยู่ลำพัง การรับข่าวสารใหม่ ๆ ความรู้สึก 'ไม่ดี' ค่าใช้จ่าย รวม 6 ข้อ ด้านสังคมถาม ชีวิตครอบครัว สวัสดิการ การช่วยเหลือผู้อื่น การร่วมงานต่าง ๆ การบริการของเทศบาล การแพทย์สาธารณสุข รวม 7 ข้อ ด้านสภาพแวดล้อมถามระบบไฟฟ้าหมู่บ้าน สิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัย ถนนหนทางน้ำประปาหมู่บ้าน ความปลอดภัยในชุมชน การบริการของผู้นำชุมชน ธรรมชาติสิ่งแวดล้อม เครื่องออกกำลังกายกลางแจ้ง รวม 9 ข้อ โดยมีคำถาม เป็นแบบประเมินค่า 5 คำตอบได้แก่ 'มากที่สุด' มาก

ปานกลาง น้อย น้อยสุด โดยให้ค่าคะแนนตามเกณฑ์ดังนี้ มากสุด ให้ 5 มากให้ 4 ปานกลางให้ 3 น้อยให้ 2 และน้อยสุดให้ 1 คะแนน มีคำถามรวมทั้งหมด 30 ข้อ

2. การสร้างแบบสัมภาษณ์ ได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในส่วนที่เป็นการสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต ทั้งหนังสือและตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการสร้างแบบสัมภาษณ์ การสร้างคำถามวัดคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม นำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างแบบสัมภาษณ์ครั้งนี้ โดยกำหนดเนื้อหาและตัวชี้วัด ได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์เนื้อหาและตัวชี้วัด

การสนับสนุนทางสังคม	เนื้อหาและตัวชี้วัด	ข้อ
จากญาติ	1. การดูแลช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย	1
	2. การดูแลเรื่องอาหารการกิน	1
	3. การดูแลเรื่องความสะดวกเครื่องใช้ส่วนตัว	1
	4. ห่วงใยให้กำลังใจ	1
	5. ช่วยเหลือค่าใช้จ่าย	1
	6. พาไปพักผ่อนคลายเครียด	1
จากเพื่อน	1. การให้คำแนะนำปรึกษา	1
	2. การเยี่ยมเยียนเยือน	2
	3. พาออกกำลังกาย	1
	4. พาไปโรงพยาบาล	1
	5. พาทำกิจกรรมยามว่าง	1
จาก อสม.	1. ได้รับการป้องกันควบคุมโรค	1
	2. ได้รับการดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้าน	1
	3. ได้รับข้อมูลสุขภาพ	1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคม	เนื้อหาและตัวชี้วัด	ข้อ
	4. ได้รับคำแนะนำปรึกษา	1
	5. ได้รับการบริการการแพทย์ สาธารณสุข	1
	6. ได้รับการเยี่ยมเมื่อเจ็บป่วย	1
จากหน่วยงานรัฐ	1. ได้รับการสิ่งอุปโภคและ บริโภค	1
	2. เยี่ยมบ้าน	1
	3. อำนวยความสะดวกให้ ข้อมูลข่าวสาร สวัสดิการ จัด งานวันผู้สูงอายุ	4
จากวัด	1. ได้รับความอดทนปัญหา ชีวิต	2
	2. ได้รับความสงบนิ่ง ความสุขทางใจ	2
	3. คลายความทุกข์ในจิตใจ คลายความเศร้าหมอง	2
	4. ได้รับคำแนะนำปรึกษา	1
	5. ได้รับการบริการการแพทย์ สาธารณสุข	1

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	เนื้อหาและตัวชี้วัด	ข้อ
ด้านร่างกาย	1. รูปร่างหน้าตา	1
	2. ความสามารถในการดำเนินชีวิต	1
	3. การเคลื่อนไหวร่างกาย	3
	4. การพักผ่อนนอนหลับ	2
	5. การเจ็บป่วย	1
ด้านจิตใจ	1. ความสุขในชีวิต	1
	2. ความรู้สึกไม่ดี	1
	3. ความทรงจำการรับข้อมูลข่าวสาร	2
	4. ค่าใช้จ่าย	1
	5. การอยู่อาศัยคนเดียว	1
ด้านสังคม	1. ชีวิตครอบครัว	1
	2. การบริการ สวัสดิการ	2
	3. การช่วยเหลือผู้อื่น และการร่วมงาน ต่างๆ	2
	4. บริการการแพทย์และสาธารณสุข	1
ด้านสิ่งแวดล้อม	1. ระบบไฟฟ้า ประปา ถนนหนทาง	3
	2. ระบบความปลอดภัยในชุมชน	1
	3. สิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน	2
	4. สภาพบ้านเรือน ธรรมชาติ และ สิ่งแวดล้อม	2
	5. เครื่องออกกำลังกาย	1

นำเนื้อหาและตัวชี้วัดไปสร้างคำถามตามรูปแบบกำหนดขึ้น ตอนเมื่อสร้างเสร็จแล้วได้
นำไปปรึกษาและแก้ไขตามอาจารย์ที่ปรึกษาแนะนำ

3. การตรวจสอบความตรงของแบบสัมภาษณ์ นำแบบสัมภาษณ์ ไปใช้ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน
ทางด้านการศึกษาสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ (รายละเอียดตามภาคผนวก ข)

ตรวจสอบคำถามแต่ละข้อว่าตรงเชิงเนื้อหาหรือไม่ตรงและตอบไม่แน่ใจ ถ้าเห็นว่าเนื้อหาตรงตามตามทฤษฎี วัตถุประสงค์ และนิยามศัพท์ที่กำหนด ตอบไม่เห็นด้วยถ้าเห็นว่าเนื้อหาไม่ตรงและตอบไม่แน่ใจ ถ้าเห็นว่าเนื้อหาไม่แน่ใจว่าตรงหรือไม่ตรง จากนั้นนำผลมาหาความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญด้วยการให้คะแนน ตอบเห็นด้วยให้ +1 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ -1 คะแนน นำคะแนนได้แต่ละข้อของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน แทนค่าในสูตร

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC = ดัชนีความสอดคล้องค่าความตรงเชิงเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item objective congruence) ผลปรากฏว่า ได้ค่า IOC ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคม มีค่าระหว่าง 0.33 - 1.00

คุณภาพชีวิต มีค่าระหว่าง 0.33 - 1.00

ดังปรากฏในรายละเอียดภาคผนวก ก

4. การทดลองใช้และหาคุณภาพเครื่องมือ หลังจากปรับแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาเสนอแนะแล้ว นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ได้รับเบี้ยยังชีพ อายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไป ที่ตำบลบางนาง อำเภอบางทอน จังหวัดชลบุรี 30 คน ตามแบบสัมภาษณ์ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหาและภาษาของคำถามแต่ละข้อ และนำมาแก้ไขให้ชัดเจนจากนั้นนำผลการสัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคมและส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต มาหาอำนาจจำแนกแต่ละข้อ ปรากฏว่า

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคม มีอำนาจจำแนกระหว่าง 0.22 – 0.83

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต มีอำนาจจำแนกระหว่าง 0.22 – 0.82

นำไปหาความเที่ยงของส่วนที่ 2 กับส่วนที่ 3 โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราซ (Cronbrach' alpha coefficient) ปรากฏว่า

ส่วนที่ 2 การสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเที่ยง 0.93

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิต มีค่าความเที่ยง 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ อนุญาตเรียนนายกเทศมนตรีตำบลบางฝ้าง เพื่อให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยจากผู้สูงอายุ ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคมโดย อสม.เป็นผู้นำทางเข้าไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามบัญชีรายชื่อผู้สูงอายุที่ขึ้นทะเบียนรับเบี้ยยังชีพกับเทศบาลตำบลบางฝ้าง โดยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ที่เข้าเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตผู้ถูกสัมภาษณ์ร่วมมือในการสัมภาษณ์แล้วบอกให้ผู้ถูกสัมภาษณ์สามารถชี้แจงซักถามประเด็นข้อสงสัยได้หากไม่เข้าใจในคำถาม เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2560 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2560 เมื่อสัมภาษณ์เสร็จรวบรวมตรวจสอบความถูกต้องของแบบสัมภาษณ์แล้วนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้วทุกชุดนำข้อมูลที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดไปลงรหัสในแบบฟอร์มลงรหัส แล้วนำข้อมูลไปประมวลผล ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์รายชื่อด้วยการแจกแจงความถี่หาจำนวนร้อยละของเพศ สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล คะแนน ADL โรคประจำตัว และ อายุ หาจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสูงสุด ต่ำสุด และวิเคราะห์รายชื่อทุกข้อ

2. การสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์แจกแจงความถี่หาจำนวนและร้อยละของแต่ละข้อ จากนั้นให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด หาค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย เฉลี่ยร้อยละ และเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นแหล่งผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม จากนั้นแบ่งคะแนน เป็น 3 กลุ่ม มาก ปานกลาง น้อย ตามเกณฑ์ของบลูม (Blom, อ้างใน บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ, 2553, ข หน้า 208) ดังนี้

ระดับมาก	ได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็ม
ระดับปานกลาง	ได้คะแนน ร้อยละ 60 – 79 ของคะแนนเต็ม
ระดับน้อย	ได้คะแนน ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม

3. คุณภาพชีวิต วิเคราะห์แจกแจงความถี่หาจำนวนและร้อยละของแต่ละข้อ จากนั้นให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด หาค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย เฉลี่ยร้อยละ และเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็นด้าน 4 ด้าน จากนั้นแบ่งคะแนนเป็น 3 กลุ่ม มาก ปานกลาง น้อย ตามเกณฑ์ของบลูม เหมือนกับการสนับสนุนทางสังคม ดังกล่าว

4. การหาความสัมพันธ์การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตนำไปวิเคราะห์หาความสัมพันธ์การได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากญาติ เพื่อน วัด อสม. หน่วยงานของรัฐ กับความพึงพอใจในคุณภาพชีวิต แยกเป็นรายด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหเพียร์สัน (Pearson's correlation)

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้อธิบายวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่างครบถ้วนชัดเจน เปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์สอบถามข้อสงสัยและสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระในการยินยอมหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลโดยไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง ไม่ล่วงละเมิดสิทธิของกลุ่มตัวเองในการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างโดยไม่นำความลับและข้อมูลเปิดเผยแต่นำข้อมูลไปเสนอผลการศึกษา โดยภาพรวมในการพัฒนางานด้านคุณภาพชีวิตเท่านั้น

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ต้องการหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแล
สุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา
ประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ขึ้นไป ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขต
เทศบาลตำบลบางฝ้าง ใช้แบบสอบถามแบบกึ่งสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลประชาชนกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 280 คน ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 ผลการศึกษานำเสนอด้วยการบรรยายประกอบตาราง
เรียงตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป
2. การสนับสนุนทางสังคม
3. คุณภาพชีวิต
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต

ข้อมูลทั่วไป

การศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนมากผู้สูงอายุเป็นผู้หญิง ร้อยละ 61.1 เป็นผู้ชาย ร้อยละ 38.9
อายุต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 94 ปี อายุเฉลี่ย 71.36 ± 8.04 ปี สมาชิกครอบครัวมากที่สุด มี 3 – 4 คน ร้อยละ
39.3 รองลงมา 5 – 6 คน ร้อยละ 29.0 ผู้ดูแลเป็นญาติ ร้อยละ 99.3 คะแนน ADL 17-19 ร้อยละ 76.1
มีโรคประจำตัว ร้อยละ 48.9 ในจำนวนนี้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.9 รองลงมา
โรคเบาหวาน ร้อยละ 32.1 ตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ผู้สูงอายุ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รวม	280	100.0
เพศ		
ชาย	109	38.9
หญิง	171	61.1
อายุ (ปี)		
60 - 64	68	24.2
65 - 69	73	26.1
70 - 74	39	14.0
75 - 79	45	16.1
ตั้งแต่อายุ 80 ปีขึ้นไป	55	19.6
อายุเฉลี่ย 71.36 ปี (8.039) S.D อายุต่ำสุด 60 ปี, อายุสูงสุด 94 ปี		
สมาชิกครอบครัว (คน)		
1 - 2	45	16.0
3 - 4	160	39.3
5 - 6	81	29.0
6 คนขึ้นไป	75	15.8
ใครเป็นผู้ดูแลท่าน		
ญาติ	278	99.3
เพื่อนบ้าน	2	0.7
คะแนน ADL (ไม่น้อยกว่า 12 คะแนน)		
13-15	67	24.0
17-19	213	76.1

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	143	51.1
มีโรคประจำตัว	137	48.9
โรคความดันโลหิตสูง	115	83.9
โรคไขมันอุดตันในเส้นเลือด	17	12.4
โรคเก๊าท์	6	4.4
โรคหัวใจ	9	6.6
โรคเบาหวาน	44	32.1
โรคไต	5	3.6
โรคกระดูกเสื่อม	2	1.5
โรคปอด	1	0.7

การสนับสนุนทางสังคม

เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม 5 กลุ่ม ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมจากญาติ ในแต่ละเรื่อง พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากญาติ โดยจำแนกรายข้อ ดังนี้ เมื่อเจ็บป่วยการพาไปโรงพยาบาลร้อยละ 80.3 เรื่องอาหารการกิน ร้อยละ 78.1 ทำความสะอาดของเครื่องใช้ ร้อยละ 73.6 ให้ความห่วงใยและให้กำลังใจ ร้อยละ 68.5 ค่าใช้จ่าย ร้อยละ 61.7 พาไปเที่ยวพักผ่อนคลายเครียด ร้อยละ 46.8

2. การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน ในแต่ละเรื่องพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนโดยจำแนกรายข้อ ดังนี้ ให้คำปรึกษาหารือ ร้อยละ 51.4 ดูแลซื้อขนมมาฝาก ร้อยละ 46.8 เยี่ยมเยียนที่บ้าน ร้อยละ 43.9 ออกกำลังกาย ร้อยละ 42.2 พาไปโรงพยาบาล ร้อยละ 26.0 ดูแลพาหากิจกรรมทำยามว่าง ร้อยละ 22.1

3. การสนับสนุนทางสังคมจากอสม. ในแต่ละเรื่องพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก อสม. โดยจำแนกรายข้อ ดังนี้ ควบคุมป้องกันโรค ร้อยละ 68.2 สืบหาสภาพแวดล้อมรอบบริเวณบ้าน ร้อยละ 70.7 ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ร้อยละ 69.7 บริการสาธารณสุขพื้นฐาน ร้อยละ 69.6 แนะนำปรึกษาด้านสุขภาพ ร้อยละ 64.0 การเยี่ยมเยียนป่วย ร้อยละ 63.6

4. การสนับสนุนทางสังคมจากวัด ในแต่ละเรื่องพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากวัดโดยจำแนกรายข้อ ดังนี้ ความเข้มแข็งอดทน ร้อยละ 73.6 ความสงบนิ่ง ร้อยละ 70.7 ความสุขทางใจ ร้อยละ 69.7 คลายความเศร้าหมอง ร้อยละ 69.6 แก้ปัญหาในชีวิต ร้อยละ 64.0 ขจัดความทุกข์ในจิตใจ ร้อยละ 63.6

5. การสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานของรัฐ ในแต่ละเรื่องพบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานรัฐโดยจำแนกรายข้อ ดังนี้ ได้รับสวัสดิการ ร้อยละ 70.7 งานวันผู้สูงอายุ ร้อยละ 69.7 อำนาจความสะดวกเมื่อมาใช้บริการ ร้อยละ 69.6 เครื่องอุปโภคและบริโภค ร้อยละ 68.2 ข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 64.0 เยี่ยมบ้าน ร้อยละ 63.6 ตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามการสนับสนุนทางสังคม (รายข้อ)

การสนับสนุนทางสังคมจาก	ระดับความคิดเห็น จำนวน(ร้อยละ)				
	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	ปาน กลาง	บ่อยๆ ครั้ง	เสมอๆ
ญาติ					
1. ดูแลเมื่อเจ็บป่วยการพาไป โรงพยาบาล	12 (4.3)	21 (7.5)	27 (9.6)	51 (18.2)	169 (60.4)
2. ดูแลเรื่องอาหารการกิน	14 (5.0)	33 (11.8)	27 (9.6)	75 (26.8)	131 (46.8)
3. ดูแลทำความสะอาดของ เครื่องใช้	13 (4.6)	34 (12.1)	46 (16.5)	83 (29.7)	104 (37.1)
4. ดูแลให้ความห่วงใยและให้ กำลังใจ	8 (2.9)	25 (8.9)	55 (19.6)	76 (27.1)	116 (41.4)
5. ดูแลค่าใช้จ่าย	22 (7.8)	70 (25.0)	57 (20.3)	58 (20.7)	73 (26.1)
6. ดูแลพาไปเที่ยวพักผ่อนคลาย เครียด	8 (2.9)	19 (6.8)	28 (10.0)	74 (26.4)	151 (53.9)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคมจาก	ระดับความคิดเห็น จำนวน(ร้อยละ)				
	ไม่เลย	นานๆ ครั้ง	ปาน กลาง	บ่อยๆ ครั้ง	เสมอๆ
เพื่อน					
7. ดูแลชื่อขนมมาฝาก	12 (4.2)	59 (21.1)	78 (27.9)	78 (27.9)	53 (18.9)
9. ดูแลมาเยี่ยมเยียนที่บ้าน	8 (2.9)	60 (21.4)	89 (31.8)	77 (27.5)	46 (16.4)
10. ดูแลเมื่อเจ็บป่วยพาไป โรงพยาบาล	12 (4.3)	65 (23.2)	85 (30.4)	82 (29.3)	36 (12.8)
11. ดูแลพาหากิจกรรมทำยามว่าง	75 (26.8)	68 (24.3)	75 (26.8)	42 (15.0)	20 (7.1)
12. ดูแลพาเดินออกกำลังกาย	45 (16.1)	98 (35.0)	64 (22.9)	46 (16.4)	27 (9.6)
วัด					
13. ดูแลการให้ความสงบนิ่ง	6 (2.1)	15 (5.4)	61 (21.8)	79 (28.2)	119 (42.5)
14. ดูแลให้หายความเศร้าหมอง	7 (2.5)	16 (5.7)	62 (22.1)	83 (29.7)	112 (40.0)
15. ดูแลให้ความเข้มแข็งอดทน	7 (2.5)	16 (5.7)	51 (18.2)	85 (30.4)	121 (43.2)
16. ดูแลช่วยแก้ปัญหาในชีวิต	7 (2.5)	13 (4.6)	81 (28.9)	73 (26.1)	106 (37.9)
17. ดูแลให้ความสุขทางใจ	2 (0.7)	13 (4.6)	70 (25.0)	92 (32.9)	103 (36.8)
18. ดูแลจัดความทุกข์ในจิตใจ	5 (1.8)	16 (5.7)	81 (28.9)	79 (28.2)	99 (35.4)
อสม.					
19. ดูแลให้ข้อมูลข่าวสารด้าน สุขภาพ	2 (0.7)	22 (7.9)	86 (30.7)	67 (23.9)	103 (36.8)
20. ดูแลการเยี่ยมเยียนป่วย	4 (30.7)	37 (53.5)	98 (2.2)	52 (4.8)	89 (8.8)
21. ดูแลให้คำแนะนำปรึกษาด้าน สุขภาพ	10 (13.2)	45 (44.7)	80 (9.2)	51 (24.6)	94 (8.3)
22. ดูแลสำรวจสภาพแวดล้อม รอบบริเวณบ้าน	2 (0.7)	22 (7.9)	65 (23.2)	77 (27.5)	114 (40.7)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

การสนับสนุนทางสังคมจาก	ระดับความคิดเห็น จำนวน(ร้อยละ)				
	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	ปานกลาง	บ่อยๆ ครั้ง	เสมอๆ
23. คุณได้ให้บริการสาธารณสุข พื้นฐาน	5 (1.8)	29 (10.4)	95 (33.9)	56 (20.0)	95 (33.9)
24. คุณดูแลควบคุมป้องกันโรค หน่วยงานของรัฐ	3 (1.1)	21 (7.5)	64 (22.9)	67 (23.9)	125 (44.6)
25. คุณดูแลสิ่งของอุปโภคและ บริโภค	5 (1.8)	50 (17.9)	51 (18.2)	41 (14.6)	133 (47.5)
26. คุณดูแลเยี่ยมบ้าน	9 (3.2)	65 (23.2)	59 (21.1)	49 (17.5)	98 (35.0)
27. คุณได้ให้บริการถ่ายเอกสาร	0 (0.0)	16 (5.7)	41 (14.6)	52 (18.6)	171 (61.1)
28. คุณได้ให้ข้อมูลข่าวสาร ประชาสัมพันธ์	5 (1.8)	32 (11.4)	73 (26.1)	66 (23.6)	104 (37.1)
29. คุณได้ให้สวัสดิการเบี้ยผู้สูงอายุ	0 (0.0)	8 (2.9)	25 (8.9)	46 (16.4)	201 (71.8)
30. คุณส่งเสริมจัดงานวัน ผู้สูงอายุ	2 (0.7)	24 (8.5)	22 (7.9)	45 (16.1)	187 (66.8)

จากการวิเคราะห์ผู้สูงอายุมีการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 69.6 มี
การสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐ รองลงมาการสนับสนุนจากวัด ญาติ อสม. และเพื่อน คะแนนเฉลี่ย
ร้อยละ 77.5, 74.6, 72.9, 70.4, 52.5 ตามตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนคะแนน-ต่ำสุดสูงสุด จำแนกตามการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพ
(รายกลุ่ม)

การสนับสนุนทางสังคมจาก	จำนวน	ต่ำสุด	สูงสุด	\bar{X}	\bar{X} %	S.D.
ญาติ	280	0.0	24.0	17.5	72.9	5.2
เพื่อน	280	0.0	24.0	12.6	52.5	5.0
วัด	280	0.0	24.0	17.9	74.6	5.1
อสม.	280	0.0	24.0	16.9	70.4	5.6
หน่วยงานของรัฐ	280	0.0	24.0	18.6	77.5	4.8
รวม	280	35.0	120.0	83.6	69.6	19.1

เมื่อนำระดับความคิดเห็นของได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาพิจารณาภาพรวม พบว่าระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.6 แต่เมื่อพิจารณาตามการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานรัฐมากที่สุด ร้อยละ 50.4 รองลงมา คือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากวัด, ญาติ, อสม., เพื่อน ร้อยละ 41.4, 38.2, และ 26.4 ตามลำดับ ตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละ ของผู้สูงอายุ จำแนกตามระดับความคิดเห็นของการสนับสนุนทางสังคม
(ตามกลุ่ม)

การสนับสนุนทางสังคมจาก	จำนวน (ร้อยละ)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ญาติ	107 (38.2)	107 (38.2)	66 (23.6)
เพื่อน	25 (8.9)	77 (27.5)	178 (63.6)
วัด	116 (41.4)	88 (31.4)	76 (27.1)
อสม.	103 (36.8)	74 (26.4)	103 (36.8)
หน่วยงานของรัฐ	141 (50.4)	75 (26.8)	64 (22.9)
การสนับสนุนทางสังคมรวม	98 (35.0)	181 (64.6)	1 (0.4)

คุณภาพชีวิต

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ผู้สูงอายุ มีความพอใจกับคุณภาพชีวิต 4 ด้าน เรียงตามลำดับ ดังนี้

1. **ร่างกาย** พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจเกี่ยวกับ รูปร่างหน้าตา ร้อยละ 88.2 ความสามารถในการดำเนินชีวิต ร้อยละ 78.5 ร่างกายไม่มีเวลาพักผ่อน ร้อยละ 77.5 เคลื่อนไหวร่างกายคล่องแคล่ว ร้อยละ 73.2 การเดินไหนดมาไหน ร้อยละ 72.5 สภาพการเจ็บป่วย ร้อยละ 71.4 การใช้กำลัง ร้อยละ 61.1 การนอนหลับ ร้อยละ 58.9
2. **จิตใจ** พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจเกี่ยวกับความสุขในชีวิต ร้อยละ 78.6 ความทรงจำ ร้อยละ 68.6 การอยู่เพียงลำพัง ร้อยละ 62.5 ข่าวสารใหม่ๆ ร้อยละ 59.6 ความรู้สึกไม่ดี ร้อยละ 54.6 ค่าใช้จ่ายปัจจุบัน ร้อยละ 43.2
3. **สังคม** พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจเกี่ยวกับชีวิตครอบครัว ร้อยละ 91.8 สวัสดิการ ร้อยละ 87.2 ช่วยเหลือผู้อื่น ร้อยละ 78.6 มีส่วนร่วมงานต่างๆ ร้อยละ 77.1 การบริการหน่วยงานเทศบาล ร้อยละ 74.6 การแพทย์สาธารณสุข ร้อยละ 73.5 ได้ช่วยเหลือเพื่อน ร้อยละ 68.5
4. **ด้านสิ่งแวดล้อม** พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจเกี่ยวกับระบบไฟฟ้าหมู่บ้าน ร้อยละ 90.0 สิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน ร้อยละ 85.4 สภาพบ้านเรือน ร้อยละ 84.6 ถนนหนทาง ร้อยละ 78.3 ระบบน้ำประปาหมู่บ้าน ร้อยละ 77.1 ความปลอดภัยในชุมชน ร้อยละ 71.4 บริการของผู้นำชุมชน ร้อยละ 68.5 ธรรมชาติสิ่งแวดล้อมในชุมชน ร้อยละ 66.4 เครื่องออกกำลังกายกลางแจ้ง ร้อยละ 61.8 ตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของประชาชน จำแนกตามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (รายชื่อ)

คุณภาพชีวิต	ระดับของความคิดเห็น (จำนวนร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยสุด
ด้านร่างกาย					
1. ท่านพอใจในรูปร่างหน้าตา	69 (24.6)	178 (63.5)	29 (10.4)	3 (1.1)	1 (0.4)
2. ท่านพอใจในสุขภาพ	41 (14.7)	159 (56.8)	63 (22.5)	13 (4.6)	4 (1.4)
3. ท่านพอใจในการเดินไหนด้านไหน	42 (15.0)	161 (57.5)	51 (18.2)	18 (6.4)	8 (2.9)
4. ท่านพอใจในนอนหลับ	20 (7.1)	145 (51.8)	88 (31.4)	22 (7.9)	5 (1.8)
5. ท่านพอใจในพลังกำลัง	35 (12.5)	136 (48.6)	79 (28.2)	21 (7.5)	9 (3.2)
6. ท่านพอใจการใช้เวลาว่างของตนเอง	33 (11.8)	184 (65.7)	53 (19.0)	6 (2.1)	4 (1.4)
7. ท่านพอใจความสามารถของตนเอง	39 (14.0)	181 (64.6)	48 (17.1)	8 (2.9)	4 (1.4)
8. ท่านพอใจการเคลื่อนไหว	46 (16.4)	159 (56.8)	62 (22.2)	7 (2.5)	6 (2.1)
9. ท่านพอใจชีวิตความเป็นอยู่ปัจจุบัน	49 (17.5)	171 (61.1)	56 (20.0)	4 (1.4)	0 (0.0)
10. ท่านพอใจความจำ	42 (15.0)	150 (53.6)	66 (23.6)	18 (6.4)	4 (1.4)
11. ท่านพอใจการอยู่เพียงลำพัง	87 (31.1)	88 (31.4)	75 (26.8)	11 (3.9)	1 (0.4)
12. ท่านพอใจเทคโนโลยีข่าวสารใหม่ๆ	28 (10.0)	139 (49.7)	89 (31.8)	13 (4.6)	11 (3.9)
13. ท่านพอใจความรู้สึกร่างกายของตัวเอง	18 (6.4)	103 (36.8)	105 (37.5)	43 (15.4)	11 (3.9)
14. ท่านพอใจค่าใช้จ่ายปัจจุบัน	32 (11.4)	121 (43.2)	93 (33.2)	22 (7.9)	12 (4.3)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	ระดับของความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยสุด
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม					
15. ท่านพอใจการบริการ หน่วยงานเทศบาล	69 (24.6)	140 (50.0)	66 (23.6)	3 (1.1)	2 (0.7)
16. ท่านพอใจการได้รับความ ช่วยเหลือจากเพื่อน	46 (16.4)	146 (52.1)	81 (29.0)	4 (1.4)	3(1.1)
17. ท่านพอใจที่ได้มีส่วนร่วมงาน ต่างๆ	70 (25.0)	146 (52.1)	60 (21.4)	3 (1.1)	1 (0.4)
18. ท่านพอใจที่ช่วยเหลือคนอื่น	65 (23.2)	155 (55.4)	55(19.6)	5 (1.8)	0 (0.0)
19. ท่านพอใจการให้บริการ สาธารณสุข	60 (21.4)	146 (52.1)	73 (26.1)	1 (0.4)	0 (0.0)
20. ท่านพอใจในสวัสดิการ หน่วยงานของรัฐ	101 (36.1)	143 (51.1)	25 (8.9)	0 (0.0)	11 (3.9)
21. ท่านพอใจชีวิตครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม	92 (32.8)	165(58.9)	21 (7.5)	1 (0.4)	1 (0.4)
22. ท่านพอใจความปลอดภัยใน ชุมชน	72 (25.7)	128 (45.7)	72 (25.7)	7 (2.5)	1 (0.4)
23. ท่านพอใจสภาพบ้านเรือน	83 (30.0)	154 (55.0)	43 (15.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
24. ท่านพอใจธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมในชุมชน	63 (22.5)	123 (43.9)	89 (31.8)	2 (0.7)	3 (1.1)
25. ท่านพอใจสิ่งอำนวยความสะดวก สะดวกภายในบ้าน	77 (27.5)	162 (57.9)	41 (14.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
26. ท่านพอใจถนนหนทาง	85 (30.3)	134 (47.8)	56 (20.0)	3 (1.1)	2 (0.7)
27. ท่านพอใจการให้บริการของ ผู้นำชุมชน	74 (26.4)	118 (42.1)	84 (30.0)	1 (0.4)	3 (1.1)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

คุณภาพชีวิต	ระดับของความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยสุด
28. ท่านพอใจเครื่องออกกำลังกาย กลางแจ้ง	68 (24.2)	105 (37.5)	92 (32.9)	3 (1.1)	12 (4.3)
29. ท่านพอใจระบบน้ำประปา หมู่บ้าน	95 (34.0)	121 (43.2)	49 (17.5)	6 (2.1)	9 (3.2)
30. ท่านพอใจระบบไฟฟ้าหมู่บ้าน	108 (38.6)	144 (51.4)	21 (7.5)	1 (0.4)	6 (2.1)

จากการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยรวมคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 77.0 มีคุณภาพชีวิตทางด้าน
สังคมมากที่สุด รองลงมามีคุณภาพชีวิตด้าน สิ่งแวดล้อม ทางร่างกาย และทางจิตใจ คะแนนเฉลี่ยร้อย
ละ 80.2, 80.0, 75.2 และ 70.3ตามลำดับ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนคะแนน เฉลี่ยต่ำสุด-สูงสุดจำแนกตามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ (รายด้าน)

คุณภาพชีวิต	จำนวน	ต่ำสุด	สูงสุด	\bar{X}	\bar{X} %	S.D.
ร่างกาย	280	10.0	40.0	30.3	75.2	4.7
จิตใจ	280	9.0	30.0	21.1	70.3	3.5
สัมพันธภาพทางสังคม	280	19.0	35.0	28.1	80.2	3.6
สิ่งแวดล้อม	280	22.0	45.0	36.0	80.0	5.2
รวม	280	73.0	150.0	115.6	77.0	13.9

เมื่อนำระดับของคุณภาพชีวิตมาพิจารณาภาพรวม พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของ
ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.2 แต่เมื่อพิจารณารายด้านของคุณภาพชีวิต
พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือ ด้านสังคม รองลงมา ด้านสิ่งแวดล้อม ทางร่างกาย
และจิตใจร้อยละ 80.2, 80.0, 75.2 และ 70.3 ตามตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละ ผู้สูงอายุ จำแนกตามลำดับคะแนนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
(รายค่าน)

คุณภาพชีวิต	จำนวน (ร้อยละ)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ร่างกาย	127 (45.4)	135 (48.2)	18 (6.4)
จิตใจ	91 (32.5)	153 (54.6)	36 (12.9)
สังคม	162 (57.9)	115 (4.11)	3 (1.1)
สิ่งแวดล้อม	146 (52.1)	129 (46.1)	5 (1.8)
คุณภาพชีวิตรวม	110 (39.3)	163 (58.2)	7 (2.5)

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา พบว่าการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตสัมพันธ์กันเชิงบวก
(0.48 $p < 0.01$) โดยรวมการสนับสนุนจากญาติ เพื่อน วัด อสม. และหน่วยงานภาครัฐ กับคุณภาพชีวิตสัมพันธ์กันเชิงบวกให้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.32, 0.30, 0.44, 0.27 และ 0.44 ตาม
ตารางที่ 10

ตารางที่ 10 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับ
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคม	ร่างกาย	จิตใจ	สังคม	สิ่งแวดล้อม	คุณภาพชี
ญาติ	0.17**	0.28**	0.36**	0.26**	0.32**
เพื่อน	0.26**	0.27**	0.21**	0.24**	0.30**
วัด	0.26**	0.33**	0.50**	0.35**	0.44**
อสม.	0.19**	0.03	0.38**	0.25**	0.27**
หน่วยงานภาครัฐ	0.26**	0.23**	0.54**	0.41**	0.44**
รวม	0.30**	0.31**	0.54**	0.41**	0.48**

หมายเหตุ** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ผู้สูงอายุมีชีวิตรู้อยู่มาช้านาน ใช้ชีวิตทำงานหนัก เลี้ยงลูกหลานเกือบตลอดชีวิต สุขภาพร่างกายอ่อนแอเสื่อมโทรม ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา เช่น การเปลี่ยนแปลงของระบบกล้ามเนื้อ และโครงกระดูก พบว่ากล้ามเนื้อที่ช่วยกระดูกมีความแข็งแรงลดลงเนื่องจากการสูญเสียเนื้อกระดูก ทำให้กระดูกเปราะและหักง่ายแต่ติดช้าบางคนอาจมีหลังโก่ง ทำให้การเคลื่อนไหวเชื่องช้า ไม่กระฉับกระเฉง และการทรงตัวไม่ดี ความสามารถในการมองเห็น การได้ยินลดลง การรับรู้กลิ่นและรสลดลง เมื่อรวมกับการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร ที่มีการย่อยและการดูดซึมไม่ดีเกิดอาการท้องอืด แน่นท้องและอาจจะรู้สึกเบื่ออาหาร และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทั้งสุขภาพกาย จิต และสังคม จึงควรมีการดูแล และได้รับการเอาใจใส่ สนับสนุนจากสังคม เพื่อยืดชีวิตอย่างมีคุณภาพให้ยาวนานที่สุด

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเองกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเองกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ มีคะแนน ADL ไม่น้อยกว่า 12 คะแนน มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 347 คน โดยใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Daniel ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ 280 คน ใช้วิธีสุ่มแบบหลายแบ่งชั้น (Stratified random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต ซึ่งแบบสัมภาษณ์เสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ ดังนี้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม 0.93 ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต 0.88 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2560 ถึง 30 มิถุนายน 2560 ได้รับแบบสัมภาษณ์สมบูรณ์สามารถนำไปใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้จำนวน 280 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด สูงสุด และหาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

สรุปผลการศึกษา

1. **ข้อมูลทั่วไป** พบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากเป็นผู้หญิง ร้อยละ 61.1 อายุเฉลี่ย 71.36 ± 8.04 ปี สมาชิกครอบครัว มี 3-4 คน ร้อยละ 39.3 ผู้ดูแลเป็นญาติ ร้อยละ 99.3 คะแนน ADL 17 – 19 ร้อยละ 76.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 48.9 ในจำนวนนี้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.9

2. **การสนับสนุนทางสังคม** จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ได้แก่ ญาติ เพื่อน วัด อสม. หน่วยงานของรัฐ มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 69.6 ระดับการสนับสนุนทางสังคมส่วนมากอยู่ในระดับดีปานกลาง ร้อยละ 64.6 เมื่อพิจารณาตามการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานรัฐมากที่สุด รองลงมาจากวัด จากญาติ จากอสม. จากเพื่อน คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 77.5, 74.6, 72.9, 70.4 และ 52.5 ตามลำดับ

3. **คุณภาพชีวิต** จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 77.0 ผู้สูงอายุส่วนมากมีคุณภาพชีวิตระดับดีปานกลาง ร้อยละ 58.2 เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิต พบว่า ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตทางสังคมมากที่สุด รองลงมา สิ่งแวดล้อม ทางร่างกาย ทางจิตใจ คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80.2, 80.0, 75.2 และ 70.3 ตามลำดับ

4. **ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต** จากศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ในทางบวก อย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.01$ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่ระดับ 0.48

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเองกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางผึ้ง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายในประเด็นที่สำคัญดังนี้

1. **การสนับสนุนทางสังคม** จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มต่างๆดังนี้ การสนับสนุนจากญาติ การสนับสนุนจากเพื่อน การสนับสนุนจากวัด การสนับสนุนจาก อสม. การสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ระบบในระดับดีปานกลางมีการสนับสนุนโดยรวม ที่ระดับร้อยละ 64.6

คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 69.6 เป็นไปตามทฤษฎีของแพนเดอร์ (2542) ได้แบ่งบุคคลในระบบการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา พิมพิสุทธิ์ บัวแก้ว (2559) การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยอยู่ในระดับดีปานกลาง ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่างกับ พันธิตรา สิงห์เขียว (2558) พฤติกรรมสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมและความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พฤติกรรมด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในภาพรวมอยู่ในระดับดีมากถึงมากที่สุด และผู้สูงอายุมีความต้องการบริการด้านสุขภาพในระดับดีมาก ส่วนข้อมูลพื้นฐานไม่ว่าจะเป็นเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ลักษณะครอบครัว อาชีพ รายได้ และโรคประจำตัวไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการด้านสุขภาพ ($p > 0.05$) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพบางด้าน ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหารและยา ด้านการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการตรวจสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการด้านสุขภาพ ($p < 0.05$) สำหรับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวในทุกด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมิน ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งอำนวยความสะดวกมีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

2. คุณภาพชีวิต จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม ทางด้านร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม ทางสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับดีปานกลาง ร้อยละ 58.2 คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 77.0 ตามองค์การอนามัยโลก (1994) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมสอดคล้องกับ ชลธิชา สิ้นสุพรรณ (2556) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับคุณภาพชีวิตระดับดีปานกลาง ร้อยละ 62.8 โดยด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุดร้อยละ 65.6 รองลงมาคือ ด้านสัมพันธภาพในสังคม และด้านร่างกายตามลำดับ ระดับสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดีปานกลาง ร้อยละ 76.1 สัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตองค์ประกอบทางด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตองค์ประกอบทางด้านสุขภาพกาย ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสภาพแวดล้อม ไม่มีความสัมพันธ์กัน และธาริน สุขอนันต์ (2553) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($p = 93.76$) โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับดีปานกลาง ($p = 91.49$) ร้อยละ 64.2 รองลงมาเป็นระดับดี ($p = 108.73$) ร้อยละ 24.8 และระดับไม่ดี ($p = 73.43$) ร้อยละ 11.0 เมื่อพิจารณารายได้พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับปานกลางได้แก่ ด้านร่างกาย

สภาพแวดล้อม และจิตใจ ตามลำดับ ($p = 27.51, 25.06$ และ 21.15) ส่วน ที่อยู่ในระดับดี คือ ด้าน ความสัมพันธ์ทางสังคม ($p= 20.04$) แต่แตกต่างกับผลการศึกษา ปิยภรณ์ เลาหบุตร (2557) คุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี พบว่า คุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับค่อนข้างดีเมื่อจำแนกตามรายด้าน ได้ดังนี้ ด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในอันดับ 1 ด้านร่างกาย อยู่ในอันดับ 2 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในอันดับ 3 ด้านจิตใจ อยู่ในอันดับ 4 ผล การเปรียบเทียบ พบว่า คุณภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ จังหวัด ชลบุรี ที่มี เพศ อาชีพ สถานภาพต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้สูงอายุ ที่มี อายุ ระดับ การศึกษา ต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเองกับคุณภาพ ชีวิต จากศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเองกับคุณภาพ ชีวิตในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลวิเคราะห์ข้อมูลสามารถ อภิปรายในประเด็นที่สำคัญดังนี้

3.1 การสนับสนุนทางสังคมจากญาติ ภาพรวมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตระดับดี ปานกลางหรือค่อนข้างต่ำโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.32 และค่าสัมประสิทธิ์ความผันแปร 0.10 ปริมาณความสัมพันธ์ร่วมกันในทางบวก ที่ร้อยละ 10.0 แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทาง สังคมจากญาติกับคุณภาพชีวิตแปรผันร่วมกันในทางบวก 10.0 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการ สนับสนุนทางสังคมจากญาติระดับสูงจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงตามไปด้วย โดยปริมาณ ความสัมพันธ์ที่ ร้อยละ 10.0

3.2 การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนภาพรวมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตระดับ ดีปานกลางหรือค่อนข้างต่ำโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.30 และค่าสัมประสิทธิ์ความผันแปร 0.09 ปริมาณความสัมพันธ์ร่วมกันในทางบวก ที่ร้อยละ 9.0 แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคม จากเพื่อนกับคุณภาพชีวิตแปรผันร่วมกันในทางบวก 9.0 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการ สนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนระดับสูงจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงตามไปด้วย โดยปริมาณ ความสัมพันธ์ที่ร้อยละ 9.0

3.3 การสนับสนุนทางสังคมจากวัดภาพรวมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตระดับดี ปานกลางหรือค่อนข้างต่ำโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.44 และค่าสัมประสิทธิ์ความผันแปร 0.19 ปริมาณความสัมพันธ์ร่วมกันในทางบวก ที่ร้อยละ 19.0 แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทาง สังคมจากวัดกับคุณภาพชีวิตแปรผันร่วมกันในทางบวก 19.0 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการ สนับสนุนทางสังคมจากวัดระดับสูงจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงตามไปด้วย โดยปริมาณ ความสัมพันธ์ที่ร้อยละ 19.0

3.4 การสนับสนุนทางสังคมจาก อสม.ภาพรวมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตระดับดีปานกลางหรือค่อนข้างต่ำโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.27 และค่าสัมประสิทธิ์ความผันแปร 0.07 ปริมาณความสัมพันธ์รวมกันในทางบวก ที่ร้อยละ 7.0 แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมจากอสม.กับคุณภาพชีวิตแปรผันร่วมกันในทางบวก 7.0 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากอสม.ระดับสูงจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงตามไปด้วย โดยปริมาณความสัมพันธ์ที่ร้อยละ 7.0

3.5 การสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานของรัฐภาพรวมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตระดับดีปานกลางหรือค่อนข้างต่ำโดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.44 และค่าสัมประสิทธิ์ความผันแปร 0.19 ปริมาณความสัมพันธ์รวมกันในทางบวก ที่ร้อยละ 19.0 แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานของรัฐกับคุณภาพชีวิตแปรผันร่วมกันในทางบวก 19.0 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานของรัฐระดับสูงจะมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงตามไปด้วย โดยปริมาณความสัมพันธ์ที่ร้อยละ 19.0

จากผลการศึกษาได้นำมาสรุปความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากญาติ สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสังคมมากที่สุด ($p=0.36$) การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวมมากที่สุด ($p=0.30$) การสนับสนุนทางสังคมจากวัด สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสังคมมากที่สุด ($p=0.50$) การสนับสนุนทางสังคมจาก อสม.สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสังคมมากที่สุด ($p=0.38$) การสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานของรัฐสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านสังคมมากที่สุด ($p=0.54$) การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยรวม ($p=0.48$) ซึ่งมีความสัมพันธ์กันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

สรุปตามสมมุติฐาน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเองกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จึงขอแนะนำให้ เพื่อน ญาติ วัด อสม. หน่วยงานของรัฐ ช่วยกันส่งเสริมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตทางด้าน ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม โดยกำหนดนโยบายและวางแผนร่วมกันเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างจริงจังและต่อเนื่อง
2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป จึงควรส่งเสริมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนให้มากขึ้น

บรรณานุกรม

- กิตติกร มีทรัพย์. (2537). เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต. วารสารสถาบันสุขภาพจิต, 2(3), 62-7.
- กิตติวงศ์ ศาสวต.(2558). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
ฉะเชิงเทรา: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์
- กุหลาบ รัตนตั้งธรรม. (2535).การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในวิธีการดำเนินงานวางแผนพัฒนา
คุณภาพชีวิตตามเกณฑ์จำเป็นพื้นฐานในระดับหมู่บ้าน. กรุงเทพฯ: โครงการมหาวิทยาลัย
โครงการน้ำพระทัยจากในหลวงเพื่อพัฒนาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
- จุฬารักษ์ โสตะ. (2546). กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชนะ สมักรการ. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ,
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาง อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร :
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก.
- ชัยวัฒน์ ปัญงษ์. (2526). “คุณภาพชีวิต” ประชากรศึกษา. นครปฐม: ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะ
สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชลธิชา สินสุพรรณ (2556) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุ ครอบครัว.คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณรงค์ศักดิ์ ตะละกัญ และคนอื่นๆ. (2535).ยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: พรสิวาการพิมพ์.
- ธาริน สุขอนันต์ (2553) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัด
ชลบุรี.วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี:วารสารสาธารณสุขศาสตร์
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ. (2553).เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับงานวิจัย (ก).
พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : ศรีอนันต์การพิมพ์.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ. (2553). สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย (ข). พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ :
เรือนแก้วการพิมพ์.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528).จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข ในเอกสารการสอนชุดวิชา
สังคมวิทยาหน่วยที่ 11. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ปิยภรณ์ เลาหบุตร (2557). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตหีบ
จังหวัดชลบุรี.รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต,วิทยาลัยการ บริหารรัฐกิจ,มหาวิทยาลัย
บูรพา

- พัฒน์ กติพราภรณ์. (2535). *น่านาทรรศนะธุรกิจเพื่อคุณภาพชีวิต... ของใคร*. เศรษฐศาสตร์และบริหารธุรกิจ, 15(1),12.
- พนัชิตรา สิงห์เขียว (2558) พฤติกรรมสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมและความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก: วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร, วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
- พิมพ์พิสุทธิ์ บัวแก้ว. (2559). การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์,วารสารสมาคมนักวิจัย.
- พยาม การดี. (2559). *การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตชนบทภาคเหนือตอนบน*. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยพะเยา.
- พรทิพย์ มาลาธรรม. (2552). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนจากครอบครัวและแรงสนับสนุนจากเพื่อนกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชนบท* ภาควิชาพยาบาลศาสตร์. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภูริชญา เทพศิริ. (2557). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลทองหลาง อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก: รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกริก*.
- มาริสา หวังเจริญ. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุกรณีศึกษาชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร กรุงเทพมหานคร: นิติตปริญญาโท, ภาควิชาคหกรรมศาสตร์, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง*.
- ลัทธมี บุญธรรม. (2554). *อ้อมโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ*. ปริญญาโท วท.ม., กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลพร ขำวงษ์. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี, วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.
- ศรีเมือง พลั่งฤทธิ์. (2547). *การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตนเอง ครอบครัว และชุมชนจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (วิทยานิพนธ์ปริญญาคุยฎีบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)*.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *ผลการสำรวจประชากรสูงอายุ ปี 2550*. กรุงเทพฯ: ประชากรและเคหะ.
- สุวรรณ วงศ์เพ็ญ. (2555). *ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ.ศูนย์การเรียนรู้ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุในชุมชน*.

- เสาวนิจ นิจอรรถชัย. (2553). การสนับสนุนทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสมุทรปราการ: มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
- เสาวนีย์ วรรณอ. (2555). แรงสนับสนุนจากครอบครัวตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. มหาวิทยาลัยมหิดล
- อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อมร นนทสุต. (2526). คุณภาพชีวิต. เอกสารประกอบการสัมมนาความต้องการการพื้นฐานขั้นต่ำกับการพัฒนาสังคมระยะยาว: บทบาทของผู้ว่าราชการจังหวัดในการพัฒนาคุณภาพ ประชากร. 22-23 กรกฎาคม โรงแรมแกรนด์พาเลซ พัทยา ชลบุรี.
- Daniel, W.W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. New York : Wiley & Sons.
- Denham, M.J. (1991). *Care of the long-stay elderly patient*. 2nd ed. London: Chapman and Hall.
- Farquhar, M. (1995). Elderly people's definitions of quality of life. *Social science & medicine*, 41(1), 1439-1446.
- Flanagan, J.C. (1978). "A Research Approach to Improving our Quality of Life". *American Cytologist*. 22(1978): 138-139.
- Jacobson, D.E. (1986). "Types and timing of Social Support." *Journal Health Social Behavior*.
- House, J.S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Peace, S.M. (199). *Researching social gerontology: Concepts, methods, and issues*. London: SAGE.
- Pender, N. J. 1987. *Health Promotion in Nursing Practice*. Norwalk, Conn: Appleton and Lange.
- Thoits, P.A. (1982). "Conceptual, methodological, and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress." *Journal of Health and Social Behavior*. 59(23): 145-159.
- The WHOQOL Group. (1994). *What quality of life*. *World Health Forum*, 17, 354 – 356.
- Zhan, L. (1992). *Quality of life: "Concept and Measurement issue"*. *Journal of Advance Nursing*: 979.

ภาคผนวก ก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสัมภาษณ์เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลสุขภาพกับ
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางฝ้าง อำเภอบางปะกง
จังหวัดฉะเชิงเทรา

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบของท่าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ครอบครัวของท่านอยู่กันกี่.....คน
4. เมื่อท่านอยู่บ้านคนเดียวมีใครอยู่กับท่านหรือไม่?
 1.มี 2.ไม่มี
5. ถ้ามีใครเป็นผู้ดูแลท่านเมื่อท่านอยู่คนเดียว
 1.ญาติ.....
 2.เพื่อนบ้าน
 3.จ้างคนดูแล
6. ท่านมีคะแนน ADL เท่าไหร่?.....คะแนน
7. ท่านรู้สึกเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวอะไร?.....

ส่วนที่ 2 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม

ที่	ข้อความ	ระดับความเห็นด้วยกับข้อความ				
		ไม่ เลย (0)	นานๆ ครั้ง (1)	ปาน กลาง (2)	บ่อยครั้ง (3)	เสมอๆ (4)
การสนับสนุนทางสังคมจากญาติ						
1	ญาติดูแลเมื่อเจ็บป่วยการพาไปโรงพยาบาล					
2	ญาติดูแลเรื่องอาหารการกิน					
3	ญาติดูแลทำความสะอาดของเครื่องใช้					
4	ญาติดูแลให้ความห่วงใยและให้กำลังใจ					
5	ญาติดูแลค่าใช้จ่าย					
6	ญาติดูแลพาไปเที่ยวพักผ่อนคลายเครียด					
การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน						
7	เพื่อนดูแลให้คำปรึกษาหารือ					
8	เพื่อนดูแลซื้อขนมมาฝาก					
9	เพื่อนดูแลมาเยี่ยมเยียนที่บ้าน					
10	เพื่อนดูแลพาเดินออกกำลังกาย					
11	เพื่อนดูแลเมื่อเจ็บป่วยพาไปโรงพยาบาล					
12	เพื่อนดูแลพาหากิจกรรมทำยามว่าง					
การสนับสนุนทางสังคมจากวัด						
13	วัดดูแลให้ความเข้มแข็งอดทน					
14	วัดดูแลการให้ความสงบนิ่ง					
15	วัดดูแลให้ความสุขทางใจ					
16	วัดดูแลให้หายความเศร้าหมอง					
17	วัดดูแลช่วยแก้ปัญหาในชีวิต					
18	วัดดูแลขจัดความทุกข์ในจิตใจ					

แบบส่วนที่ 2 แบบวัดแรงสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

ที่	ข้อความ	ระดับความเห็นด้วยกับข้อความ				
		ไม่ เลย (0)	นานๆ ครั้ง (1)	ปาน กลาง (2)	บ่อยครั้ง (3)	เสมอๆ (4)
การสนับสนุนทางสังคมจาก อสม.						
19	อสม.ดูแลควบคุมป้องกันโรค					
20	อสม.ดูแลสำรวจสภาพแวดล้อมรอบบริเวณ บ้าน					
21	อสม.ดูแลให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ					
22	อสม.ดูแลให้บริการสาธารณสุขพื้นฐาน					
23	อสม.ดูแลให้คำแนะนำปรึกษาด้านสุขภาพ					
24	อสม.ดูแลการเยี่ยมเยียนป่วย					
การสนับสนุนทางสังคมจากหน่วยงานรัฐ						
25	หน่วยงานรัฐดูแลสิ่งของอุปโภคและบริโภค					
26	หน่วยงานรัฐดูแลเยี่ยมบ้าน					
27	หน่วยงานรัฐดูแลให้บริการถ่ายเอกสาร					
28	หน่วยงานรัฐดูแลให้ข้อมูลข่าวสาร ประชาสัมพันธ์					
29	หน่วยงานรัฐดูแลให้สวัสดิการเบี้ยผู้สูงอายุ					
30	หน่วยงานรัฐดูแลส่งเสริมจัดงานวันผู้สูงอายุ					

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิต

ที่	ข้อความ	ระดับความเห็นด้วยกับข้อความ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1.ด้านร่างกาย						
1	ท่านพอใจในรูปร่างหน้าตา					
2	ท่านพอใจความสามารถของตนเอง					
3	ท่านพอใจการใช้เวลาว่างของตนเอง					
4	ท่านพอใจการเคลื่อนไหว					
5	ท่านพอใจในการเดินไหนมาไหน					
6	ท่านพอใจในสุขภาพ					
7	ท่านพอใจในพลังกำลัง					
8	ท่านพอใจในนอนหลับ					
2.ด้านจิตใจ						
9	ท่านพอใจชีวิตความเป็นอยู่ปัจจุบัน					
10	ท่านพอใจความจำ					
11	ท่านพอใจการอยู่เพียงลำพัง					
12	ท่านพอใจเทคโนโลยีข่าวสารใหม่ๆ					
13	ท่านพอใจความรู้สึกรักของตัวเอง					
14	ท่านพอใจค่าใช้จ่ายปัจจุบัน					
3.ด้านสัมพันธภาพทางสังคม						
15	ท่านพอใจชีวิตครอบครัว					
16	ท่านพอใจในสวัสดิการหน่วยงานของรัฐ					
17	ท่านพอใจที่ช่วยเหลือคนอื่น					
18	ท่านพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในงานต่างๆ					

ส่วนที่ 3 แบบวัดคุณภาพชีวิต (ต่อ)

ที่	ข้อความ	ระดับความเห็นด้วยกับข้อความ				
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
19	ท่านพอใจการบริการหน่วยงานเทศบาล					
20	ท่านพอใจการให้บริการสาธารณสุข					
21	ท่านพอใจการได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อน					
4. ด้านสิ่งแวดล้อม						
22	ท่านพอใจระบบไฟฟ้าหมู่บ้าน					
23	ท่านพอใจสิ่งอำนวยความสะดวกภายในบ้าน					
24	ท่านพอใจสภาพบ้านเรือน					
25	ท่านพอใจถนนหนทาง					
26	ท่านพอใจระบบน้ำประปาหมู่บ้าน					
27	ท่านพอใจความปลอดภัยในชุมชน					
28	ท่านพอใจการให้บริการของผู้นำชุมชน					
29	ท่านพอใจธรรมชาติสิ่งแวดล้อมในชุมชน					
30	ท่านพอใจเครื่องออกกำลังกายกลางแจ้ง					

ภาคผนวก ข
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

1. คุณพิศมร กองสิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองงูเห่าล้อม
2. คุณพรจิตร ป่านาค พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลพยาบาลบางปะกง
3. คุณเสาวลักษณ์ ถาวรตระการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
เทศบาลนครอ้อมน้อย

ภาคผนวก ค

ตารางค่า IOC

ตารางค่า IOC
การสนับสนุนทางสังคม

วัตถุประสงค์	ข้อ ที่	คนที่ 1			คนที่ 2			คนที่ 3			ผลรวม	ค่า IOC	ผลรวมการ วิเคราะห์
		1	0	-1	1	0	-1	1	0	-1			
1.การ สนับสนุน ทางสังคม จากญาติ	1		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้
	2		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้
	3		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้
	4		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้
	5		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้
	6		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้
2.การ สนับสนุน ทางสังคม จากเพื่อน	7		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้
	8		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้
	9		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้
	10		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้
	11		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้
	12		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้
3.การ สนับสนุน ทางสังคม จากวัด	13		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้
	14		1			-1			1		2	0.33	นำไปใช้ได้
	15		1			1			1		2	1.00	นำไปใช้ได้
	16		1			0			1		2	0.66	นำไปใช้ได้
	17		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้
	18		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้

ตารางค่า IOC
การสนับสนุนทางสังคม (ต่อ)

วัตถุประสงค์	ข้อ ที่	คนที่ 1			คนที่ 2			คนที่ 3			ผลรวม	ค่า IOC	ผลรวมการ วิเคราะห์
		1	0	-1	1	0	-1	1	0	-1			
4.การ สนับสนุน ทางสังคม จาก อสม.	19	0			1			0			3	0.33	นำไปใช้ได้
	20	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	21	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	22	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	23	1			1			1			3	0.66	นำไปใช้ได้
	24	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
5.การ สนับสนุน หน่วยงาน ของรัฐ	25	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	26	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	26	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	28	1			-1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	29	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	30	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้

ตารางค่า IOC

คุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์	ข้อ ที่	คนที่ 1			คนที่ 2			คนที่ 3			ผลรวม	ค่า IOC	ผลรวมการ วิเคราะห์
		1	0	-1	1	0	-1	1	0	-1			
1.ด้าน ร่างกาย	1	1			1			0			2	0.66	นำไปใช้ได้
	2	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	3	1			-1			0			0	0.00	นำไปไม่ใช้ได้
	4	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	5	0			0			1			1	0.33	นำไปใช้ได้
	6	1			0			1			2	1.00	นำไปใช้ได้
	7	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	8	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
2.ด้านจิตใจ	9	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	10	0			1			1			2	0.66	นำไปใช้ได้
	11	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	12	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	13	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	14	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
3.ด้าน สัมพันธภาพ สังคม	15	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	16	1			0			1			2	0.66	นำไปใช้ได้
	17	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	18	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	19	1			1			0			2	0.66	นำไปใช้ได้
	20	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้
	21	1			1			1			3	1.00	นำไปใช้ได้

ตารางค่า IOC

คุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์	ข้อ ที่	คนที่ 1			คนที่ 2			คนที่ 3			ผลรวม	ค่า IOC	ผลรวมการ วิเคราะห์	
		1	0	-1	1	0	-1	1	0	-1				
4.2.ด้าน สิ่งแวดล้อม	22		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้	
	23		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้	
	24		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้	
	25		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้	
	26		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้	
	26		1			1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้	
	28		1				-1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้
	29		1				1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้
	30		1				1			1		3	1.00	นำไปใช้ได้