

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สารนิพนธ์
ของ
วิลาวัลย์ รัตนา

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
พฤษภาคม 2552

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สารนิพนธ์
ของ
วิลาวัลย์ รัตนนา

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
พฤษภาคม 2552
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ
ของ
วิลาวัลย์ รัตนา

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
พฤษภาคม 2552

วิลาวัลย์ รัตน.(2552). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. สารนิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ).

กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อาจารย์ ดร.ฉัฐวิณั สิริศิริอรรถ.

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อ 1)เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามตัวแปรชีวิตสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ 2)ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ กับการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านอารมณ์และสังคม และคุณภาพชีวิต 3)ศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตจากตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4)ศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตจากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม และ 5)ศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตจากตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิต สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การทดสอบแบบที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณของเพียร์สัน (The Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่ได้เรียนหนังสือ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. การสนับสนุนทางสังคมทุกด้าน ยกเว้นด้านสิ่งอำนวยความสะดวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมทุกด้านยกเว้นด้านการประเมินพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการพักผ่อน(bh₃) ด้านโภชนาการ(bh₄) และด้านการออกกำลังกาย(bh₂) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

6. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม(ss₄) สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 23.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

7. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

HEALTH CARE BEHAVIOR AND SOCIAL SUPPORT WITH ELDERLY'S OF LIFE QUALITY
OF AGING CLUB AT SURATTHANI CENTRAL HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
WILAWAN RATTANA

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Education Degree in Development Psychology
at Srinakharinwirot University

May 2009

Wilawan Rattana. (2009). *Health Care Behavior and Social Support with Elderly's of Life Quality of Aging Club at Suratthani Central Hospital*. Master's Project, M.Ed. (Development Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Project Advisor: Dr. Shuttawwee Sitsira-at

The purpose of research were: 1) to compare the elderly's of life quality according to the bio-social characteristic variables namely, gender, educational level, marriage status, employed and earnings 2) to educate the relation of health-care behaviors, nutrition, exercise, relaxation and accident prevention with 4 social supports, facility, information, behavior assessment and mental, social and quality of life 3) to educate the quality of life prediction from health-care behavior variable 4) to educate the quality of life prediction from social support variable and 5) to educate the quality of life prediction from health-care behavior and the social support. The samples were the 200 members of elderly club of Suratthani central hospital. The measurements used in this researching are the health-care behavior scale, social support scale and quality of life scale. The statistics used to analyze the data are t-test, One - way ANOVA, the Pearson's product moment correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis.

Results:

1. Educated elderly have higher quality of life than non-educated elderly at a significant level of .05
2. Employed elderly have higher quality of life than unemployed elderly at a significant level of .05
3. Higher earnings elderly have higher quality of life than lower earnings elderly at a significant level of .05
4. All the social supports except for the facility have the positively relationships with the health-care behavior at a significant level of .01 besides health-care behavior and all social supports except for the behavior assessment have the positively relationships with the quality of life at a significant level of .01
5. Health-care behaviors, relaxation (bh_3), nutrition (bh_1) and exercise (bh_2) could participate to predict quality of life of the elderly by 30.1% at a significant level of .001

6. The social supports, mental and social (ss_4) could predict quality of life of the elderly by 23.9% at a significant level of .001

7. Health-care behaviors and social supports could participate to predict quality of life of the elderly by 30.3% at a significant level of .001

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และคณะกรรมการสอบ
ได้พิจารณาสารนิพนธ์เรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ของ วิลาวัลย์ รัตนา ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

.....
(อาจารย์ ดร. จักรวีณ์ สิทธิศิริอรธ)

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

.....
(รองศาสตราจารย์ ประณต เค้าฉิม)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(อาจารย์ ดร. จักรวีณ์ สิทธิศิริอรธ)

..... กรรมการสอบสารนิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ ประณต เค้าฉิม)

..... กรรมการสอบสารนิพนธ์
(รองศาสตราจารย์ วัฒนา ศรีสัตย์วาจา)

อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีคณะมนุษยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ เฉลียวศรี พิบูลชล)

วันที่ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2552

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้โดยความกรุณาของ ดร.ฉัฐวิทย์ สิทธิศิริธรรต อาจารย์ที่ปรึกษา
สารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาแนะนำ และช่วยชี้แนะข้อบกพร่องต่างๆ อันเป็นประโยชน์ ทำให้การทำ
สารนิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ
โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ประณต เค้าฉิม และรองศาสตราจารย์
วัฒนา ศรีสัตย์วาจา ที่กรุณาเป็นกรรมการสอบปากเปล่า ให้คำแนะนำ รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็น
ประโยชน์ต่อการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์สมพงษ์ จันทพันธ์ ดร.ธนิดา จุลวนิชพงษ์ และคุณลดาวัลย์
น้อยเหลือ ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม รวมทั้งให้
คำแนะนำเกี่ยวกับการสร้างข้อคำถามในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ คุณเลอพงษ์ ปลืโยย และพี่ๆ ฝ่ายสวัสดิการสังคมสงเคราะห์โรงพยาบาล
สุราษฎร์ธานี ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณและขอขอบคุณค่าของงานวิจัยครั้งนี้ให้กับ บิดา มารดา
และบรรพคณาจารย์ทั้งหลาย ที่กรุณาอบรมสั่งสอน ตลอดจนประสิทธิ์ประสาทความรู้ให้กับผู้วิจัยมา
ตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบัน

วิลาวัลย์ รัตนา

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย.....	3
ความสำคัญของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
นิยามปฏิบัติการ.....	5
กรอบแนวคิดในงานวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....	11
ความหมายของคุณภาพชีวิต.....	11
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต.....	12
การประเมินคุณภาพชีวิต.....	15
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ.....	16
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต.....	22
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....	22
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	26
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต.....	30
การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต.....	31
การสนับสนุนทางสังคม.....	31
แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม.....	33
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต.....	33
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับการสนับสนุนทางสังคม.....	36
ปัจจัยชีวสังคมกับคุณภาพชีวิต.....	38

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	44
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	49
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	51
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	64
สรุปผลการวิจัย.....	67
อภิปรายผล.....	68
ข้อเสนอแนะ.....	75
บรรณานุกรม.....	77
ภาคผนวก.....	85
ภาคผนวก ก	86
ภาคผนวก ข	94
ภาคผนวก ค	100
ภาคผนวก ง	102
ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์.....	107

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 คำร้อยละของตัวแปรเพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้.....	52
2 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรเพศและสถานภาพสมรส.....	54
3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา.....	55
4 การเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ด้วยวิธี LSD.....	55
5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรอาชีพ.....	
6 การเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน ด้วยวิธี LSD.....	56
7 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรรายได้.....	57
8 การเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน ด้วยวิธี LSD.....	57
9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี.....	59
10 การวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นตัวทำนาย.....	61
11 การวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนาย.....	62
12 การวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนาย.....	63

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบตาราง

หน้า

1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	8
---------------------------------	---

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขมีการพัฒนามากขึ้น ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น จำนวนของผู้สูงอายุจึงเพิ่มมากขึ้น องค์การสหประชาชาติ ได้อธิบายไว้ว่าประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกิน 10% หรืออายุ 65 ปีขึ้นไป เกิน 7% ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ เมื่อสัดส่วนดังกล่าวเพิ่มขึ้นเป็น 20% และ 14% ตามลำดับ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ(สศช.) คาดว่าประชากรของไทยจะเพิ่มขึ้นจาก 66.48 ล้านคนในปี 51 เป็น 70.65 ล้านคนในปี 68 และจะค่อยๆ ลดลง เป็น 70.63 ล้านคนในปี 73 โดยประชากรวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นกว่า 3 เท่าจาก 4.02 ล้านคนในปี 2533 เป็น 17.74 ล้านคนในปี 2573 เมื่อคิดเป็นสัดส่วนจะเพิ่มจาก 7.36% เป็น 25.12% และตามนิยามของสังคมผู้สูงอายุ ประเทศไทยเริ่มก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี 2547 เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนมากกว่า 10% และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี 2567 หรืออีก 15 ปีข้างหน้า เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนมากกว่า 20% (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2549 : ออนไลน์ และ วิทยาลัยประชากรศาสตร์. 2551: ออนไลน์) ผลกระทบจากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมหลายประการ ประการแรก คือ ประชากรวัยทำงาน หรือกำลังแรงงานจะลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาคการผลิต หรือการให้บริการของสังคม ประการที่สอง คนวัยแรงงานจะต้องรับภาระเพิ่มขึ้น ในการดูแลผู้สูงอายุ การให้บริการทางสังคมซึ่งรวมถึงการจัดระบบการคุ้มครองทางสังคม อาจไม่เพียงพอ โดยเฉพาะบริการทางการแพทย์เนื่องจากโรคที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และประการสุดท้าย ค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสาธารณสุข และการจ่ายผลตอบแทน เพื่อการเกษียณอายุจะเพิ่มมากขึ้น

การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้น นับว่ามีความสำคัญ โดยเฉพาะภาครัฐที่จะต้องมีการดำเนินการต่างๆ ไว้รองรับ โดยจะต้องมีการปรับปรุงฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุให้ทันสมัยเพื่อที่จะได้ติดตามดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด และให้ความช่วยเหลือได้อย่างทั่วถึงและตรงกับความต้องการอย่างแท้จริง จะต้องสร้างหลักประกันด้านสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่ดี ต้องเตรียมการดูแลระยะยาวเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยการสร้างหลักประกันด้านรายได้ เช่น การส่งเสริมการออมเพื่อวัยหลังเกษียณ ส่งเสริมการมีงานทำของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุมีรายได้และได้ใช้ประสบการณ์และศักยภาพอย่างเต็มที่ รวมถึงเป็นการแก้ปัญหาการขาดแคลนแรงงานด้วย และจะต้องสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชนให้

สามารถดูแลปัญหาผู้สูงอายุได้ด้วยตัวเองให้มากที่สุด และที่ผ่านมา พบว่า มีงานวิจัยหลายเรื่องได้ศึกษาประเด็นเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น งานวิจัยของ สมพร ใจสมุทร (2547: 74) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต และงานวิจัยของ สมพิศ พรหมเดช (2537: 63-65) ซึ่งพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเช่นกัน แสดงว่า นอกเหนือจากมาตรการที่ทางภาครัฐจะต้องเตรียมการไว้แล้ว พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับ ก็มีผลทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้เนื่องจาก การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายให้ครบทั้ง 5 หมู่ การออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับช่วงอายุ มีการระมัดระวังเรื่องการเกิดอุบัติเหตุ และได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจากบุคคลใกล้ชิด ในเรื่องต่างๆ ทั้งเงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ การได้รับความรู้ คำแนะนำ จากบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งการได้รับความรัก ความห่วงใย สิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่า การที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร และการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านใดบ้าง ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

จุดมุ่งหมายของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตามตัวแปรชีวิตสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ กับการสนับสนุนทางสังคม
4. ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านอารมณ์และสังคม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตจากตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ
4. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตจากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านอารมณ์และสังคม
5. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตจากตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

ความสำคัญของการวิจัย

1. ทำให้ทราบว่าปัจจัยชีวิตสังคมที่ต่างกัน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้นำผลการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามตัวแปรชีวิตสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. ทำให้ทราบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแต่ละด้าน และการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร เพื่อเป็นการยืนยันทฤษฎีว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจริง และเมื่อมีผลยืนยันแล้วจะได้เข้าใจว่าทั้ง 2 ปัจจัยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น
3. ทำให้ทราบว่าการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านใด ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากร

ประชากรในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2551 จำนวน 500 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในช่วงเดือน ตุลาคม ถึงเดือน ธันวาคม 2551 จำนวน 200 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

- 1.1 เพศ หมายถึง เพศของผู้สูงอายุ แบ่งเป็น เพศชายและเพศหญิง
- 1.2 ระดับการศึกษา คือระดับการศึกษาสูงสุดที่ผู้สูงอายุได้รับ แบ่งตามกลุ่ม ดังนี้
 - 1.2.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ
 - 1.2.2 ประถมศึกษา
 - 1.2.3 มัธยมศึกษา / ปวช
 - 1.2.4 ปวส. / ปวท. / อนุปริญญา
 - 1.2.5ปริญญาตรีและสูงกว่า
- 1.3 สถานภาพสมรส หมายถึง ตำแหน่งหรือฐานะทางสังคมเกี่ยวกับการใช้ชีวิต

ร่วมกันแบบสามีภรรยา แบ่งออกเป็น

- 1.3.1 อยู่กับสามี หรือ ภรรยา
- 1.3.2 โสด หม้าย หย่าหรือ แยกกันอยู่กับคู่สมรส

1.4 อาชีพ หมายถึง การประกอบการทำงานเพื่อให้มีรายได้เลี้ยงตนเองของผู้สูงอายุใน

ปัจจุบัน ซึ่งแบ่งเป็น

- 1.4.1 ข้าราชการบำนาญ
- 1.4.2 รับจ้าง
- 1.4.3 ค้าขาย
- 1.4.4 เกษตรกรรม
- 1.4.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ

1.5 รายได้ หมายถึง เงินที่ผู้สูงอายุได้จากการประกอบอาชีพในปัจจุบัน การเก็บกู้จากผู้อื่นหรือเงินสวัสดิการต่างๆ ของภาครัฐและเอกชนต่อคน แบ่งได้ดังนี้

- 1.5.1 ต่ำกว่า1,000 บาท/เดือน

1.5.2 1,000 – 5,000 บาท/เดือน

1.5.3 5,001 - 8,000 บาท/เดือน

1.5.4 มากกว่า 8,000

1.6 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

1.6.1 ด้านโภชนาการ

1.6.2 ด้านการออกกำลังกาย

1.6.3 ด้านการพักผ่อน

1.6.4 ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ

1.7 การสนับสนุนทางสังคม

1.7.1 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก

1.7.2 ด้านข้อมูลข่าวสาร

1.7.3 ด้านการประเมินพฤติกรรม

1.7.4 ด้านอารมณ์และสังคม

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิต

นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

1. **คุณภาพชีวิต** หมายถึง การรับรู้ เกี่ยวกับความสุข และความพึงพอใจในชีวิต โดยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง การทำกิจกรรม และแหล่งสนับสนุนทางสังคม การวัดคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยใช้แบบวัดของสุวัฒน์มัทธินันท์กุลและคณะ (กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.2551: ออนไลน์) ซึ่งประกอบด้วยคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้

1.1 ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย ที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน ได้แก่ การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ความรู้สึกสุขสบายไม่มีความเจ็บปวด ความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความสามารถในการเคลื่อนไหวของตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง ความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องการพึ่งพาอาศัยต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ

1.2 ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราว

ต่างๆ ของตน ความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น ความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต หรือมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค

1.3 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือการรับรู้เรื่อง ความสัมพันธ์ ของตนกับบุคคลอื่น การที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

1.4 ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการ ดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขังมีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ ได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง

โดยแบบวัดคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย โดยผู้ที่มีคะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มี คุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม หรือการกระทำที่เป็นการ คงไว้ซึ่ง สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนให้แข็งแรง และปราศจากการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและ จิตใจ การวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพนั้น ผู้วิจัยใช้แบบวัดซึ่งสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดของ ไอบรม (1980: 42-53) ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ดังนี้

2.1 ด้านโภชนาการ หมายถึง การปฏิบัติตนในเรื่องการรับประทานอาหาร โดยคำนึงถึง หลักในการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายให้ครบทั้ง 5 หมู่ ในปริมาณที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่เป็นโทษต่อร่างกาย เช่น อาหารที่มีไขมันสูง รสจัด มีการปฏิบัติตนในการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะและมีความสะอาด เช่น การล้างมือก่อนและหลังการรับประทานอาหาร การแปรงฟันหรือบ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร

2.2 ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติตนที่เป็นการทำให้อวัยวะต่างๆ ของ ร่างกาย ได้เคลื่อนไหวหรือออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับช่วงอายุ เช่น การฝึกกายบริหาร การทำงาน บ้าน การร่อนน้ำต้นไม้ การเดินเร็ว

2.3 ด้านการพักผ่อน หมายถึง การปฏิบัติตนที่เป็นการทำให้ร่างกายและจิตใจได้ผ่อนคลาย เช่น การนอน การทำงานอดิเรก การปฏิบัติสมาธิ

2.4 ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ หมายถึง การปฏิบัติตนที่เป็นการป้องกันตนเองจากอันตรายที่จะเกิดขึ้น อันเนื่องมาจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ เช่น การหาที่ยึดจับเพื่อพยุงตัวเองขณะเดิน นั่ง หรือยืนบนพื้นที่สูง การหยิบจับของมีคมหรือของร้อนๆ อย่างระมัดระวัง การตรวจสอบอุปกรณ์ต่างๆ ในบ้านให้อยู่ในสภาพที่ดีอยู่เสมอ ไม่สัมผัสเครื่องใช้ไฟฟ้าด้วยมือที่เปียก ปิดแก๊สหลังใช้งานทุกครั้ง

โดยแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้ง 4 ด้าน มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยผู้ที่มีคะแนนสูงแสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

3. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส บุตร บุคคลในครอบครัว และเพื่อนบ้านหรือบุคคลที่ได้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ในด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ข้อมูลข่าวสาร การประเมินพฤติกรรม และอารมณ์/สังคม การวัดการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบวัดซึ่งสร้างขึ้นเองตามแนวคิดของเฮาส์ (1981:15 -26) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ดังนี้

3.1 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ในเรื่องวัสดุ อุปกรณ์ เงินทอง สิ่งของเครื่องใช้ และการทำงานแทนเมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานได้ เช่น การเตรียมอาหาร ซักเสื้อผ้า

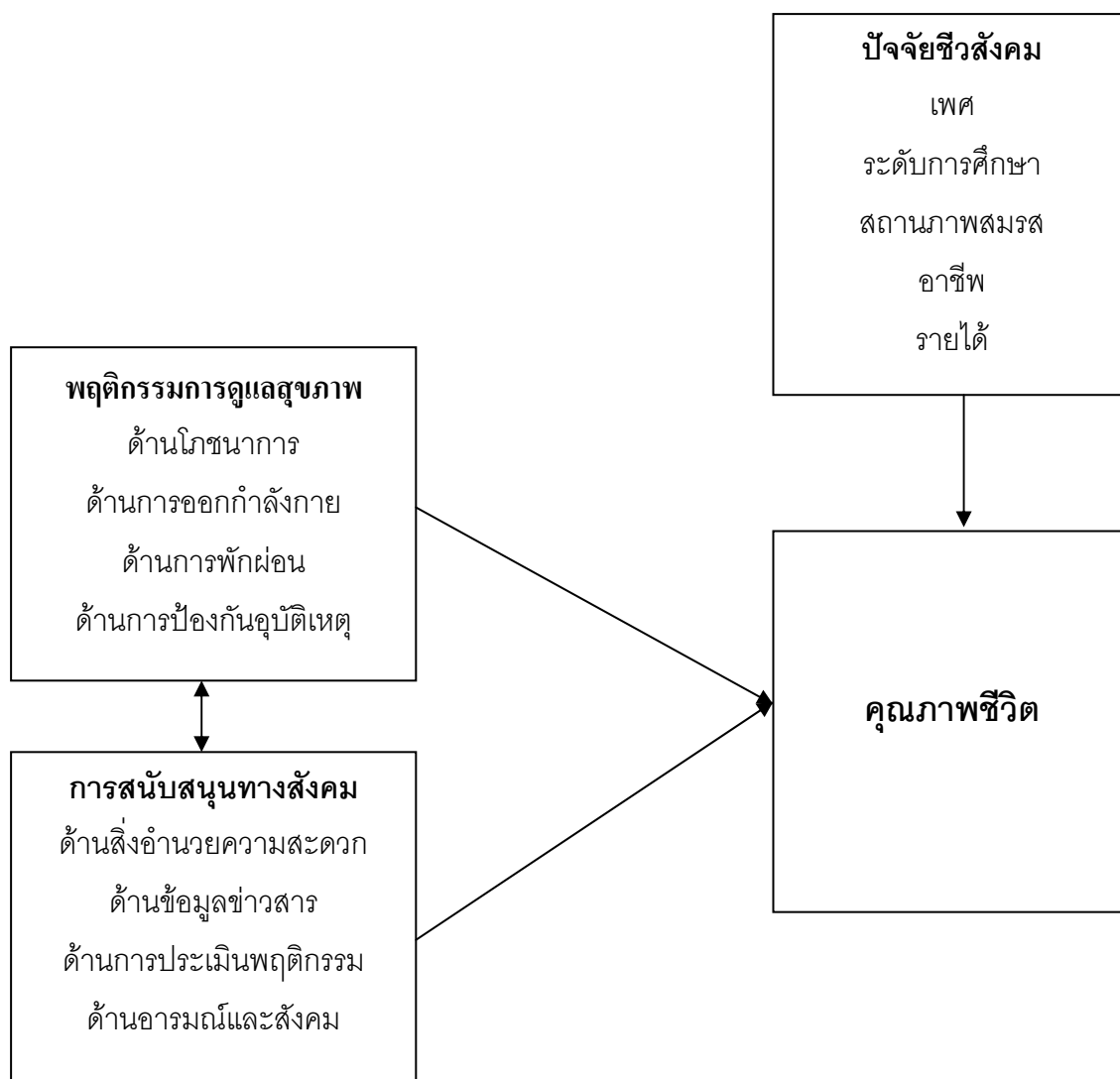
3.2 ด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับความรู้ คำแนะนำ จากบุคคลใกล้ชิด เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองทั้ง 4 ด้าน คือ โภชนาการ การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการป้องกันอุบัติเหตุ

3.3 ด้านการประเมินพฤติกรรม หมายถึง การได้รับคำเตือนหรือข้อมูลป้อนกลับจากบุคคลใกล้ชิด ในสิ่งที่ได้แสดงออกมาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และนำไปใช้ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองกับผู้อื่น

3.4 ด้านอารมณ์และสังคม หมายถึง การได้รับความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ ให้ความเคารพ ได้รับการสนับสนุนให้ทำกิจกรรมต่างๆ ในสังคมจากบุคคลใกล้ชิด และไม่รู้สึกละโดดเดี่ยว

โดยแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม 4 มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด โดยผู้ที่มีคะแนนสูงแสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้สูงอายุเพศชาย มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง
2. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
3. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด
หม้าย หย่า และแยกกันอยู่กับคู่สมรส
4. ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า

6. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านอารมณ์ และสังคม และคุณภาพชีวิต

7. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

8. การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านอารมณ์และสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

9. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้นำเสนอตามหัวข้อดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
 - 1.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
 - 1.3 การประเมินคุณภาพชีวิต
 - 1.4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
 - 1.4.1 ผู้สูงอายุ
 - 1.4.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุ
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต
 - 2.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
 - 2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต
3. การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต
 - 3.1 การสนับสนุนทางสังคม
 - 3.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.3 แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคม
 - 3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต
4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับการสนับสนุนทางสังคม
5. ปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิต

1. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต เป็นเป้าหมายสำคัญในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 พ.ศ.2535 – 2539 และเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาประชากร โดยเชื่อว่าหากสามารถพัฒนาคนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ การพัฒนาในด้านต่างๆ ก็จะกระทำได้อย่างเต็มศักยภาพและรวดเร็ว ดังนั้น การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตจึงได้รับความสนใจจากนักวิชาการและนักบริหารทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยเฉพาะหน่วยงานทางด้านการสาธารณสุขและสังคมศาสตร์ ด้านพยาบาล ซึ่งมีแนวคิดและทัศนคติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตรวมทั้งหาคะดับความมีคุณภาพชีวิตว่าเป็นอย่างไร ซึ่งพบว่า มีความแตกต่างกันมากในระดับฐานความคิดของแต่ละวิชาชีพ พื้นฐานทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งคำว่าคุณภาพชีวิตเป็นคำที่ใช้ในเชิงเปรียบเทียบ จะเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา สถานที่ และการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งมีประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา ประเพณีวัฒนธรรมแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ในมิติที่เหมือนกัน คุณภาพชีวิตมิใช่เพียงการบรรลุความต้องการหรือความสมบูรณ์ทางวัตถุ หรือร่างกายเท่านั้น แต่คุณภาพชีวิตจะต้องรวมถึงจิตสังคมของมนุษย์ด้วย (จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2537: 14) จะเห็นได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายกว้างและไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ ค่านิยม และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยต่างๆ ผู้วิจัย พบว่า มีผู้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตไว้หลายท่าน และได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. 2540: ออนไลน์; อ้างอิงจาก The WHOQOL group.1994) อธิบายว่า คุณภาพชีวิตเป็นมิติหลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล

ซาน (Zhan. 1992: 979) อธิบายว่า คุณภาพชีวิต คือระดับความพึงพอใจซึ่งขึ้นอยู่กับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล

ดัลคีย์และไรค์ (Dalkey & Rourke. 1973) อธิบายว่า คุณภาพชีวิตเป็นความรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับการมีความสุขหรือไม่มีความสุขเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรม ความเครียด เป้าหมายในชีวิต การรับรู้คุณค่าในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และแหล่งสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว

แพทเทอร์สัน (Patterson. 1975: 280) อธิบายว่า คุณภาพชีวิตเป็นนามธรรม และมีความหมายที่ซับซ้อน เป็นการแสดงถึงการตอบสนองของบุคคลต่อร่างกาย จิตใจ และปัจจัยในสังคม ซึ่งจะช่วยให้ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

โอเรม (Orem. 1985: 179) อธิบายว่า คุณภาพชีวิตมีความหมายเช่นเดียวกับความผาสุก (Well being) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิตอยู่ตามประสบการณ์ของความพึงพอใจ ความรู้สึกเป็นสุขภายในจิตใจ

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. 2540 : ออนไลน์) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นระดับการมีชีวิตที่ดี มีความสุขและความพึงพอใจในชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคม เป็นการประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละคน

ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540: 28) อธิบายว่า คุณภาพชีวิต คือ ระดับการรับรู้ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตของบุคคล ต่อองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม

วันทนีย์ ขำเพ็ง (2549: 56) อธิบายว่า คุณภาพชีวิต คือ การมีชีวิตที่ดีและมีความสุข คุณภาพชีวิตมีทั้งระดับบุคคลหรือครอบครัว ซึ่งเป็นคุณภาพชีวิตระดับจุลภาค (Micro level) และคุณภาพชีวิตระดับสังคมหรือระดับประเทศ ซึ่งเป็นคุณภาพชีวิตระดับมหภาค (Macro level)

จากความหมายของคุณภาพชีวิตที่มีผู้อธิบายไว้ข้างต้น ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ของบุคคลว่ามีความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ เกี่ยวกับองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งได้แก่ ภาวะสุขภาพในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และปัจจัยในสังคม เช่น สถานภาพทางเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และการทำกิจกรรม

เป็นที่ทราบกันดีว่า การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ ย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ แต่ละองค์ประกอบมีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันออกไป ตามทัศนะของแต่ละบุคคลหรือบริบทของสังคม ซึ่งนักวิชาการหลายท่านได้แบ่งองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตเอาไว้ มีทั้งคล้ายคลึงและแตกต่างกันออกไป ดังนี้

1.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

ฟลานาแกน (Flanagan. 1978 :138-139) อธิบายว่า องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตมีพื้นฐานมาจากความต้องการของมนุษย์ ซึ่งจำแนกออกเป็น 5 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. มีความสุขสบายทางด้านร่างกายและวัตถุ โดยความสุขสบายทางด้านร่างกาย ได้แก่ การมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และความสุขสบายทางด้านวัตถุ ได้แก่ การมีบ้านที่น่าอยู่ มีอาหารที่ดี มีเครื่องอำนวยความสะดวก

2. มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ได้แก่ ความสัมพันธ์กับคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง และบุคคลอื่น นอกจากนี้การมีบุตร และการเลี้ยงดูบุตรก็ถือเป็นความสัมพันธ์ด้านนี้ด้วย

3. มีกิจกรรมในสังคมและชุมชน ได้มีโอกาสช่วยเหลือสนับสนุนผู้อื่น

4. มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพและมีความสำเร็จอย่างสมบูรณ์ตามพัฒนาการ เช่น การมีพัฒนาการทางสติปัญญา การเรียนรู้สนใจในการเรียน และเข้าใจตนเอง รู้จุดบกพร่องของตนเอง มีงานทำที่น่าสนใจ ได้รับผลตอบแทนที่ดี และการแสดงออกในทางสร้างสรรค์

5. มีกิจกรรมนันทนาการ เช่น อ่านหนังสือ ฟังดนตรี ดูกีฬา หรือสิ่งบันเทิงอื่นๆ และการมีส่วนร่วมในสังคม

เบอร์กฮอนและคณะ (Berghorn, et al. 1981: 311-347) ได้เสนอแนะองค์ประกอบ ที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไว้ว่า จะต้องประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ สถานภาพทางเศรษฐกิจ สุขภาพ สภาพแวดล้อม การพึ่งพาตนเอง และการทำกิจกรรม

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติประเทศไทย (ปติ ธนมัน. 2530: 821 ; อ้างอิงจาก คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตไทยในชนบท) ได้กำหนดมาตรฐานชีวิตขั้นต่ำ (Basic Minimum Needs: BMN หรือ ความจำเป็นพื้นฐาน: จปฐ) ของประชาชนไว้ 9 ประการ อันได้แก่

1. ได้รับอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
2. มีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
3. เข้าถึงบริการทางสังคมขั้นพื้นฐาน
4. มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
5. มีการประกอบอาชีพ และมีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต
6. สามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนของการมีบุตรได้ตามต้องการ
7. มีส่วนร่วมในการพัฒนาและกำหนดวิถีชีวิตของชุมชน
8. มีการพัฒนาจิตใจให้ดีขึ้นโดยมีกิจกรรมทางศาสนา
9. การบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสภาพแวดล้อมของชุมชน

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ (2540: ออนไลน์) แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย คือ การมีสุขภาพกายดี ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้ชีวิตดำรงอยู่ได้อย่างมีความสุข และสามารถประกอบกิจการหรือ ภาระหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ การมีสุขภาพดี คือการมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง ผู้สูงอายุมักมีปัญหาในด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน เนื่องจากเป็นวัยที่ร่างกายเสื่อมถอยลงตามจำนวนอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นผลทำให้โรคภัยไข้เจ็บเบียดเบียน จึงมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยทางด้านร่างกาย และส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะด้อยการศึกษาทำให้ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง

2. องค์ประกอบด้านจิตใจ คือ การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อม และสังคม ทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนไป จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปรับปรุง และพัฒนาจิตใจไปในทางที่ดี หรือมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้นเพียงใด ขึ้นอยู่กับลักษณะของแต่ละบุคคล ระดับการศึกษา ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมในชีวิตของคนๆ นั้น การรับรู้สิ่งใหม่ๆ การแสดงออกทางอารมณ์ เช่น หงุดหงิด ไม่พอใจ ไม่สนใจ เป็นผลที่เกิดจากความเครียดที่มีความผิดปกติทางจิตใจ และในวัยสูงอายุ ถ้าไม่ได้รับความเอาใจใส่ และความอบอุ่นจากลูกหลานอย่างเพียงพอ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหงา วิตกกังวล เศร้า ถ้าหากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีสุขภาพดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ยอมส่งผลให้เกิดมโนทัศน์ที่ดีต่อตนเอง ทำให้เกิดความพึงพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ ดังนั้น ภาวะสุขภาพที่ผู้สูงอายุเป็นผู้ประเมินเอง จึงเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความพึงพอใจในชีวิตได้ดีเนื่องจากการประเมินสุขภาพตนเองอาจไม่สอดคล้องกับการประเมินทางการแพทย์ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายดี อาจมีความพึงพอใจในชีวิตต่ำ ถ้าเขาเชื่อว่าสุขภาพของเขาไม่ดี ในทำนองเดียวกันผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ไม่ดี ถ้าเขาเชื่อว่าเขาสุขภาพดี อาจมีความพึงพอใจในชีวิตสูง

3. องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลรอบๆ ข้าง นับว่ามีความสำคัญต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง เพราะเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการของสังคม การมีสัมพันธกับบุคคลอื่น เช่น การมีเพื่อนในวัยเดียวกัน สามารถปรับทุกข์ซึ่งกันและกันได้ มีความรู้สึกที่ดี สามารถให้การช่วยเหลือ ให้ความอุปการะและให้คำปรึกษาซึ่งกันและกันเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ส่วนผู้ที่มีอายุน้อยกว่า คือ บุตรหลาน คอยดูแลให้ความช่วยเหลือ ให้ความเคารพยกย่องทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีความหมายและมีคุณค่า และมักจะใช้เวลาว่างทำกิจกรรมให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม เช่นการไปวัด ทำบุญ การเข้าร่วมในชมรมต่างๆ เช่นชมรมผู้สูงอายุ ชมรมอาสาสมัครต่างๆ จากทฤษฎีการมีกิจกรรมร่วมกัน(The activity theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมสูงสามารถปรับตัวได้ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จะเป็นผู้ที่มีความพึงพอใจในชีวิตสูง

4. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม คือ สภาพแวดล้อมเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งของมนุษย์ ที่บ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน การที่ผู้สูงอายุได้รับการตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการมีบ้านและชุมชนที่อยู่อาศัยในสภาพที่ดี จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าบ้านน่าอยู่ สะดวกสบาย สงบ เป็นส่วนตัว มีเพื่อนบ้านที่ดีปราศจากใจผู้ร้าย รวมทั้งมีความพอใจในการบริการของชุมชน เช่น การบริการรักษาพยาบาลที่เพียงพอ การคมนาคมสะดวกปลอดภัย มีรายได้เพียงพอ กับความต้องการของตนเอง ย่อมทำให้ชีวิตของผู้สูงอายุเป็นสุข จะเห็นว่า ผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณภาพชีวิต

ในสภาพแวดล้อมที่ดีมีความพึงพอใจต่อบ้าน ชุมชนที่อยู่อาศัยสามารถสะท้อนถึงประสบการณ์ที่ดี มีความสุขหรือคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

จากบทความข้างต้น สรุปได้ว่า องค์ประกอบหลักๆ ของคุณภาพชีวิต ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิตใจ และสัมพันธภาพกับคนรอบข้างและสังคม สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ ซึ่งแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย องค์ประกอบด้านจิตใจ องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม และองค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม

การศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิต จำเป็นที่จะต้องศึกษาเรื่องการประเมินคุณภาพชีวิตร่วมด้วย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

การประเมินคุณภาพชีวิต หรือการวัดระดับของคุณภาพชีวิตนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะนอกจากจะทำให้ทราบระดับของคุณภาพชีวิตของกลุ่มที่จะศึกษาแล้ว ยังสามารถนำข้อมูลดังกล่าวเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตมาประเมินผล และหาแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชากรให้ดียิ่งขึ้น และการประเมินคุณภาพชีวิตนั้นก็มีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิดและวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

สตรอมเบอร์ก (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. 2540 : 28-29 ; อ้างอิงจาก Stromberg. 1984 : 88-91) อธิบายว่า การประเมินคุณภาพชีวิต สามารถประเมินได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินเชิงวัตถุวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Objective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยผู้อื่น เช่น แพทย์ หรือนักวิชาการอื่นๆ ในทีมสุขภาพ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

2. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นปริมาณ (Subjective scale yielding quantitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ขึ้นอยู่กับคำนิยามคุณภาพชีวิตของตนเอง หรือประสบการณ์ในชีวิตของตนเอง เช่น ความพึงพอใจและความสุขที่ตนเองได้รับ โดยประเมินออกมาเป็นคะแนน

3. การประเมินเชิงจิตวิสัยโดยวัดเป็นคุณภาพ (Subjective scale yielding qualitative data) เป็นการประเมินโดยตัวผู้ป่วยเอง ผลออกมาเป็นการบรรยายและบอกถึงสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

องค์การยูเนสโก (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. 2540: 28-29 ; อ้างอิงจาก UNESCO. 1980: 312) กำหนดเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตออกเป็น 2 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านวัตถุวิสัย (Objective) การประเมินด้านวัตถุวิสัย เป็นการวัดโดยอาศัยข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ เช่น ข้อมูลทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม

2. ด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการประเมินข้อมูลด้านจิตวิทยา ซึ่งอาจทำได้โดยการสอบถามความรู้สึกและเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิต รวมทั้งสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต

ในประเทศไทยมีงานวิจัยของ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข, 2551: ออนไลน์) ซึ่งได้นำเอาแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกมาปรับใช้ โดยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 แบบ คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) และมีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย (physical domain)
2. ด้านจิตใจ (psychological domain)
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships)
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment)

โดยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ .6515 และแบบวัดคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน มีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย โดยผู้ที่มีคะแนนสูง แสดงว่าเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

จากที่กล่าวมาทั้งหมดในข้างต้น เป็นเพียงการกล่าวถึงคุณภาพชีวิตในภาพรวมของทุกกลุ่ม แต่เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยซึ่งศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นประเด็นที่จะกล่าวเป็นลำดับต่อไป จึงเป็นเรื่องของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อจะชี้ให้เห็นภาพที่ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

1.4.1 ผู้สูงอายุ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องศึกษานิยามของคำว่าผู้สูงอายุด้วย โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1.4.1.1 วัยสูงอายุ (Senescence) หรือการเข้าสู่วัยชราเป็นขบวนการ ซึ่งนำไปสู่การลดลงของการคาดการณ์ของอายุขัยเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการมีอายุเพิ่มขึ้น (Aging) เป็นการสูญเสียของการปรับตัวที่ค่อยเป็นค่อยไป และทำให้การคาดการณ์ของอายุขัยลดลงเมื่อเวลาผ่านไป ซึ่งสามารถตรวจวัดได้ว่าความมีชีวิตเริ่มลดน้อยลง โดยสามารถอธิบายความหมายของการสูงอายุได้เป็น 3 ประการ ดังนี้

1. ภาวะของการมีอายุสูงขึ้นเป็นภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปตามอายุขัย (Aging as a stage of the life span) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากผลรวมของการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดในร่างกายเมื่อเวลาผ่านไป โดยถือว่าเซลล์ต่างๆ ในร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเป็นขั้นตอนตั้งแต่เกิดจนถึงวัยสืบพันธุ์ เข้าสู่วัยชราและตายไปในที่สุด

2. ภาวะสูงอายุเป็นขบวนการของการเสื่อมสลาย (Aging as a deteriorative process) โดยมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่างๆ ในร่างกายซึ่งมีการเสื่อมสลายเมื่อมีอายุมากขึ้น เป็นผลทำให้ทำหน้าที่ไม่ได้และตายไปในที่สุด

3. ภาวะสูงอายุเป็นภาวะที่มีการทำลายเซลล์และโมเลกุล (Aging as cellular and molecular damage) โดยเชื่อว่าเมื่อเวลาผ่านไปทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่เยื่อหุ้มเซลล์ทั้งในด้านของ Permeability และ Transport การเปลี่ยนแปลงของไซโตพลาสซึม โดยมีการสร้าง Free radicals, Cross linking, Lipofuscin, การเปลี่ยนแปลงของนิวเคลียสโดยมีความผิดปกติในการสร้างและทำลาย DNA รวมทั้งมี mRNA error catastrophe และมีการเปลี่ยนแปลงใน Replication และ Histocompatibility complex

1.4.1.2 ในประเทศไทย มีการใช้คำว่า “ผู้สูงอายุ” เป็นครั้งแรกโดย พล.ต.ต. อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในโอกาสที่มีการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่างๆ เมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2505 โดยทางราชการไทยได้กำหนดว่า “ผู้สูงอายุ” หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อให้สอดคล้องกับที่ประชุมสมัชชาโลก ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรเลีย พ.ศ.2525 ว่าด้วย ผู้สูงอายุ และได้ใช้เกณฑ์อายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์เกษียณอายุราชการในประเทศไทยเป็นต้นมา นอกจากนี้ จะใช้ตัวเลขเป็นตัวกำหนดความหมายของผู้สูงอายุแล้ว ยังมีการให้ความหมายของผู้สูงอายุในประเด็นต่างๆ ดังนี้

ผู้ที่ทำการศึกษาค้นคว้า หรือทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ที่เรียกว่า Gerontologists ได้กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาความเป็นผู้สูงอายุไว้ใน 4 ลักษณะ ดังนี้

1. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะอายุจริงที่ปรากฏ (Chronological aging) ความสูงอายุลักษณะนี้เป็นไปตามอายุขัยของมนุษย์ โดยดูตั้งแต่ปีที่เกิด ดังนั้นบุคคลที่มีอายุ 75 ปี ย่อมจะต้องมีความเป็นผู้สูงอายุมากกว่าบุคคลที่มีอายุ 45 ปี เหล่านี้เป็นต้น การดูลักษณะของความเป็นผู้สูงอายุตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวนี้ จึงดูที่จำนวนปีหรืออายุที่ปรากฏจริงๆ โดยไม่นำเอาเรื่องของสุขภาพ ความสามารถหรือความรู้ทางสติปัญญา บทบาททางสังคม ฯลฯ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเลย

2. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย (Biological - aging) ความเป็นผู้สูงอายุลักษณะนี้ได้จากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น ผมเริ่มขาว

ผิวหนังเหี่ยวยุบตกรกระ สายตาวาว ศีรษะเริ่มล้าน ฯลฯ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายนี้จะเพิ่มมากขึ้น ตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี

3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Psychological aging) ซึ่งนับรวมไปถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านสติปัญญาด้วย เช่น ระบบความจำเปลี่ยนไป การเรียนรู้เริ่มลดถอยลง ตลอดจนบุคลิกภาพต่างๆ ที่แสดงออกอย่างเห็นได้ชัดเจน เป็นต้น

4. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากลักษณะบทบาททางสังคม (Social aging) รวมไปถึงด้านครอบครัว เพื่อนฝูง ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานและบทบาททางสังคมอื่นๆ ด้วย

1.4.1.3 สำหรับผู้ที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุอีกกลุ่มหนึ่ง ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ หรือวัยสูงอายุ หรือ วัยชราไว้ว่าผู้สูงอายุ คือคนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป สำหรับฝรั่งจะถือว่าผู้สูงอายุ คือ คนที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป หรือจะใช้เกณฑ์ในการพิจารณาอีกแบบ ซึ่งมีวิธีพิจารณา 3 วิธี ดังนี้

วิธีที่ 1 ถือเอาตามอายุ

การถือเอาตามอายุนี้ บางคนก็กำหนดให้ถือว่า อายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไปถือว่าแก่ แต่บางคนก็ให้ถือว่าจะเรียกว่าแก่ ต้องมีอายุ 65 ปีขึ้นไป เลยมีผู้กำหนดอย่างกว้างๆ ว่า คนที่จะถือว่าแก่ คือ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 70 ปี บวกลบ 10 ปีขึ้นไป (70 ± 10 ปี) นับว่าให้ไว้กว้างมาก

วิธีที่ 2 ถือเอาตามอายุที่ยังสามารถปฏิบัติงานได้

วิธีนี้ถือว่าผู้ที่มีอายุเลยจากการที่จะปฏิบัติงานได้ ตามการเกษียณอายุงาน ก็ให้ถือว่าแก่แล้ว แต่การจะถือว่าเมื่อเกษียณอายุราชการหรืองานประจำแล้ว เรียกว่าแก่นั้น ถือเอาแน่นอนไม่ได้ เพราะการเกษียณงานจะแตกต่างกันไปได้ตามเชื้อชาติ กาลสมัย อาชีพ สภาพความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคล บางอาชีพยังคงทำงานได้โดยไม่ต้องเกษียณ แต่ยังคงยึดหน้าที่หรือการทำงานนั้นไว้ ไม่ว่าจะมียุมากเท่าใด บางคนปลดเกษียณแล้วยังสามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติก็มีอยู่มาก วิธีนี้จึงถือเป็นมาตรฐานได้ไม่ค่อยดี

วิธีที่ 3 ถือเอาสุขภาพของร่างกาย เมื่อมีความเสื่อมของร่างกาย

คือ เมื่อร่างกายมีลักษณะของการเสื่อมโทรมเด่นชัดเมื่อใด เมื่อนั้นก็ถือว่าแก่แล้ว วิธีนี้มักไม่ค่อยนิยมรับ เพราะสภาพของความเสื่อมโทรมของร่างกายมักจะปรากฏขึ้นมาตั้งแต่วัยกลางคน ซึ่งก็ถือกันว่าอายุยังไม่มากนัก และบางคนที่เริ่มเสื่อมนั้นอาจอายุน้อยต่างกันด้วย วิธีนี้จึงไม่มีคนเห็นด้วย และไม่ใช้กัน (เสนอ อินทรสุขศรี. 2543: 17-18 ; อ้างอิงจาก Timiras. 1988)

1.4.2 ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

สิทธิอาภรณ์ ชวนปี (2543: 9-12) กล่าวว่า ทฤษฎีเกี่ยวกับการสูงอายุมีมากมาย ไม่สามารถใช้ทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่งมาอธิบายถึงปัจจัยของการสูงอายุได้ชัดเจน ดังนั้น จึงต้องใช้หลายทฤษฎีมาร่วมกันอธิบายถึงกระบวนการสูงอายุ ดังนี้

1. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) เป็นทฤษฎีที่พยายามอธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไป มีดังนี้

1.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะเป็นสุขหรือทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลัง และการพัฒนาจิตใจของผู้ ถ้าบุคคลเติบโตขึ้นมาด้วยความมั่นคงอบอุ่น มีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น รักคนอื่นและทำงานร่วมกับคนอื่นได้เป็นอย่างดี ก็มักจะเป็นผู้สูงอายุที่ค่อนข้างมีความสุข สามารถอยู่กับลูกหลานหรือ ผู้อื่นได้โดยไม่ค่อยมีความเดือดร้อนใจ แต่ถ้าเป็นผู้ที่เติบโตมาในลักษณะที่ร่วมมือกับใครไม่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้ใด จิตใจคับแคบ ถือว่าตัวใครตัวมันมักรู้สึกที่ตนเองทำคุณกับใครไม่ค่อยขึ้น ก็มักเป็นผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยมีความสุข ชีวิตบั้นปลายมักจะเศร้าสร้อยน่าสงสาร

1.2 ทฤษฎีความปราชัย (Intelligence Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุที่ยังปราชัย และคงความเป็นปราชัยอยู่ได้ก็ด้วยเป็นผู้ที่มีความสนใจเรื่องต่างๆ อยู่เสมอ มีการค้นคว้าและพยายามจะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้ผู้ที่จะมีลักษณะเช่นนี้ได้ จะต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี และมีเงินใช้สอยโดยไม่เดือดร้อนเป็นเครื่องเกื้อหนุน

2. ทฤษฎีทางด้านสังคมวิทยา (Sociologic Theory) ทฤษฎีนี้เชื่อว่าถ้าสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วก็จะทำให้สถานะของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วด้วย และสถานะของผู้สูงอายุในสังคมใดจะเป็นอย่างไรก็ขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้สูงอายุในสังคมนั้น นอกจากนั้น ยังได้แนะนำให้ผู้สูงอายุยอมรับว่า เมื่อถึงวัยสูงอายุลูกหลานและชุมชนมักจะให้ความสำคัญและความสนใจน้อยลง เมื่อเป็นเช่นนี้ ควรจะเป็นตัวของตัวเอง ลดความรับผิดชอบและพยายามรักษาสุขภาพไว้ให้ดี เพื่อที่จะได้ใช้ชีวิตบั้นปลายอย่างมีความสุข โดยมีทฤษฎีที่เสนอแนะการดำรงตนของผู้สูงอายุทางสังคม ดังนี้

2.1 ทฤษฎีของอีริกสัน (Erikson's Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า การพัฒนาทางด้านจิตสังคมของคนในวัยสูงอายุ เป็นช่วงชีวิตที่จะรู้สึกที่ชีวิตนั้นมีคุณค่า มีความมั่นคง จะมีความรู้สึกพึงพอใจในผลสำเร็จจากช่วงชีวิตที่ผ่านมา และเกิดความรู้สึกสงบทางใจ และสามารถยอมรับได้ว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ในทางตรงกันข้าม คนที่ไม่ยอมรับ จะมีความรู้สึกที่ตนนั้นมีโอกาสเลือก

ได้น้อย และต้องการให้มีชีวิตยืนยาวต่อไปอีก เกิดความท้อถอยสิ้นหวัง คับข้องใจ รู้สึกว่าตนนั้นไร้ค่า และความสามารถที่จะเผชิญต่อความสูงอายุลดน้อยลงด้วย

2.2 ทฤษฎีไร้ความผูกพัน (Disengagement Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกันทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมถอยลง รวมทั้งความตายที่ค่อยๆ มาถึง ผู้สูงอายุจึงหลีกเลี่ยงหนีถอนตัวออกจากสังคม เพื่อลดความเครียดและพอใจกับการไม่เกี่ยวข้องซึ่งกันและกันระหว่างตนเองกับสังคมต่อไป (Dowd. 1975: 578. อ้างอิงมาจาก รัตนา สนิธิรภาพ. 2541)

2.3 ทฤษฎีของแพค (Pack's Developmental Theory) ทฤษฎีนี้กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีการพัฒนาการ 3 ประการคือ

2.3.1 ในช่วงชีวิตที่ผ่านมา ความภาคภูมิใจในตนเองและความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่า ขึ้นอยู่กับบทบาทของหน้าที่การงาน เมื่อเกษียณอายุบางคนจะมีความรู้สึกไร้คุณค่า แต่ถ้าความรู้สึกภาคภูมิใจและความรู้สึกมีคุณค่าของงานไม่ได้มาจากตำแหน่งหน้าที่ที่เคยทำ หลังเกษียณอายุความรู้สึกนั้นก็ยังคงอยู่ เช่น ผู้ที่ชอบปลูกต้นไม้หรือเล่นกอล์ฟ ก็จะมีพอใจหลังเกษียณที่จะได้ทำสิ่งที่ต้องการแทนงานอาชีพที่เคยทำเป็นประจำ

2.3.2 ความสามารถทางร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติ และร่างกายที่แข็งแรงเมื่อยังทำงานอยู่ ทักษะทางด้านนี้ทำให้ผู้สูงอายุยอมรับความสามารถทางร่างกายที่ลดลงและพยายามปรับตัวให้เหมาะสม ชีวิตก็จะเกิดความสุข แต่ถ้าถึงความถดถอยของร่างกาย ก็จะทำให้ความสุขและความพอใจในวัยสูงอายุลดน้อยลง

2.3.3 การยอมรับว่า ร่างกายของตนเปลี่ยนแปลงไปตามธรรมชาติกับสภาพร่างกายก่อนสูงอายุ การยอมรับร่างกายตามธรรมชาติ ทำให้คนยอมรับความตายโดยไม่รู้สึกหวาดกลัวการยอมรับนี้ รวมไปถึงกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตด้วย ในทางตรงกันข้าม คนที่ยึดถือสภาพร่างกายขณะที่อยู่ในวัยที่อ่อนกว่า ก็จะพยายามยึดชีวิตไว้ได้ยาวนานที่สุด และไม่พึงพอใจกับสภาพที่เป็นอยู่ หวาดกลัวความตาย

จากบทความที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุคือ บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เกิดขึ้นโดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปในทางที่เสื่อม ไม่ว่าจะเป็นเกี่ยวกับร่างกาย เช่น ผมเริ่มขาว ผิวหนังเหี่ยวย่นตกรกระ ส่ายตายาว ศีรษะเริ่มล้าน ฯลฯ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายนี้จะเพิ่มมากขึ้น ตามอายุที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ และสังคมด้วย การจะอธิบายความหมายของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมนั้นก็สามารถอธิบายได้โดยใช้หลายทฤษฎีร่วมกันอธิบาย เช่น ทฤษฎีทางจิตวิทยา ทฤษฎีทางสังคมวิทยา เป็นต้น

นอกจากนี้ สามารถอธิบายความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้จากนิยามของคุณภาพชีวิต ดังต่อไปนี้

ฮันเตอร์ (ประภาพร จินนุทยา. 2536 ; อ้างอิงจาก Hunter. 1992: 17) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย จิตใจ วิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้คุณค่าในตนเอง มีความรู้สึกยินดีในชีวิต และเกิดความผาสุกในชีวิต

สิทธิอาพร ชวนปี (2543: 19) กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม และไม่เป็นภาระต่อผู้อื่น การรับรู้เกี่ยวกับการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมนั้นถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดำรงชีวิตว่าตนเองมีความรู้สึกยินดี และเกิดความสุขในชีวิต รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม ซึ่งผู้สูงอายุจะมีคุณภาพที่ดีได้นั้นจะต้องประกอบด้วยปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยด้านบุคคลและปัจจัยภายนอก อันประกอบด้วย ครอบครัว ชุมชน องค์การต่างๆ สิ่งแวดล้อม และนโยบายรัฐบาล ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีอิทธิพลในการจูงใจเอื้ออำนวย และช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดพฤติกรรมซึ่งนำไปสู่การเจ็บป่วยหรือการมีสุขภาพที่ดี และการมีสุขภาพที่ดีเป็นส่วนประกอบที่สำคัญประการหนึ่งของคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยต่างๆ พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ในหลายประเด็นด้วยกัน และมีปัจจัยหลายประการที่เป็นตัวแปรทำให้แต่ละบุคคลมีคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันออกไป ไม่ว่าจะเป็นส่วนของปัจจัยชีวสังคม เช่น อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การดำเนินกิจกรรมของผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน (วันทนี ขำเพ็ง. 2540: 136-137) และนอกเหนือจากที่กล่าวมา พบว่าตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรสำคัญที่สามารถอธิบายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาคุณภาพชีวิตจากกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต และต้องการหาตัวแปรทำนายระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต ดังนั้น ประเด็นต่อไปที่ผู้วิจัยจะกล่าวถึง คือพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต

2.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานของบุคคลทุกวัยในทุกๆ สังคม การใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ โดยเฉพาะเมื่อกล่าวถึงกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับสภาวะการเสื่อมถอยทางร่างกายในด้านต่างๆ เพราะฉะนั้นการที่ผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตดีหรือไม่ ย่อมสะท้อนออกมาให้เห็นโดยการแสดงออกทางพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และเมื่อกล่าวถึงคำว่า “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ” พบว่ามีผู้ให้ความหมายไว้หลายความหมาย มีรายละเอียดดังนี้

เพนเดอร์ (กฤติกาพร ไยโนนตาด. 2542: 27 ; อ้างอิงจาก Pender. 1982: 150) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเอง เพื่อการดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองไว้ การดูแลตนเองจึงต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่อง และเมื่อได้กระทำอย่างถูกต้อง ครบถ้วนจะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลตนเองมีมากขึ้น

โอเรม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2536: 27-30 ; อ้างอิงจาก Orem. 1991: 117) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ มีเป้าหมาย (Deliberate action) มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล และได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ประการ ดังนี้

1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 คงไว้ซึ่งอาหาร น้ำ และอากาศที่เพียงพอ

1.1.1 บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับตามการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.1.3 หาความเพลิดเพลินจากการหายใจ การดื่มและการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ

- 1.2.1 จัดการให้มีการขั้บถ่ายปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม
 - 1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขั้บถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ เป็นไปตามปกติและการระบายน้ิงปฏิญจจากการขั้บถ่าย
 - 1.2.3 การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
 - 1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ
 - 1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
 - 1.3.1 เลือ่กกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม
 - 1.3.2 รับรู้และใจความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง
 - 1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยมและกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อนและการมีกิจกรรมของตนเอง
 - 1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
 - 1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จะพัฒนาการพึ่งพาของตนเองและสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น บุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น
 - 1.4.2 ปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะพึ่งพาซึ่งกันและกัน
 - 1.4.3 ส่งเสริมการเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม
 - 1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
 - 1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่จะเกิดขึ้น
 - 1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย
 - 1.5.3 หลีกเลียงหรือป้องกันตนเองจากอันตรายต่างๆ
 - 1.5.4 ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ
 - 1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)
 - 1.6.1 พัฒนาและรักษาระบบไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง
 - 1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง
 - 1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่ของบุคคล
- (Health Promotion & Prevention)
- 1.6.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและหน้าที่ ที่แตกต่างไป

จากปกติของตนเอง (Early detection)

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self care requisite) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรือเกิดจากการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเพื่อปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการการดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

2.1 การคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วัยวุฒิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยชรา

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยบรรเทาเบาบางอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจาก

- การขาดการศึกษา
- ปัญหาการปรับตัวทางสังคม
- การสูญเสียญาติมิตร
- ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ
- การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต
- ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self care requisites) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรค หรือความเจ็บป่วยและจากการวินิจฉัยโรค และจากการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มีดังนี้ คือ

- 3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย
- 3.2 รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ
- 3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.4 รับรู้และสนใจดูแลและปกป้องความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค
- 3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยการคงไว้ซึ่งภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพิงตนเองและผู้อื่น

3.6 การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัย และการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการพัฒนาของตนเอง ให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมด ที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อการพัฒนาการของตนเอง

(สุรางค์ เชื้อวณิชชากร. 2548: 19 ; อ้างอิงจาก ดารุณี ภูษณสุวรรณศรี. 2542: 3) อธิบายว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกซึ่งการกระทำ หรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากความเจ็บป่วย และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้านคือ

1. ด้านการรับประทานอาหาร หมายถึง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน โดยรู้จักการหลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมันสูง อาหารสุกๆ ดิบๆ อาหารที่มีรสเค็มจัด เผ็ดจัด หวานจัด และงดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มประเภทชูกำลัง รวมทั้งรู้จักรับประทานอาหารที่มีเส้นใย (Dietary fiber) เช่น ผัก ผลไม้ และดื่มนมวันละ 1 แก้ว

2. ด้านการออกกำลังกาย หมายถึง การปฏิบัติหรือการกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวติดต่อกันไม่น้อยกว่า 20-30 นาที มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์ เช่น การปลูกต้นไม้ การทำสะอาดบ้าน การวิ่ง เป็นต้น

3. ด้านการสูบบุหรี่ หมายถึง การสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่ โดยประเมินการสูบบุหรี่ ดังนี้

3.1 สูบเป็นประจำ หมายถึง การมีปฏิกิริยาในการสูบบุหรี่และสูบบุหรี่สม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน

3.2 สูบบุหรี่นานๆ ครั้ง หมายถึง การสูบบุหรี่ที่ไม่สม่ำเสมอ กำหนดระยะเวลาที่แน่นอนไม่ได้

3.3 ไม่สูบบุหรี่ หมายถึง ไม่สูบบุหรี่ประเภทใดเลย

4. ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย หมายถึง การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพสะอาดร่างกาย และสิ่งแวดล้อม เช่น การแปรงฟัน การอาบน้ำ การทำความสะอาดเครื่องนุ่งห่มและเครื่องนอน รวมทั้งการไปตรวจสุขภาพประจำปีกับแพทย์ และทันตแพทย์ เพื่อค้นหาความผิดปกติของร่างกายอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

สรุป พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ คือความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติกิจกรรม หรือการกระทำที่เป็นการคงไว้ซึ่ง สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนให้แข็งแรง และปราศจากการเจ็บป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

2.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ ตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ และจะเปลี่ยนแปลงตามภาวะสุขภาพ ดังนั้น การให้ความสนใจดูแลตนเองของผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพ เนื่องจากในวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเกิดขึ้น ส่วนใหญ่ก็เป็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลง ร่วมกับการมีโรคประจำตัว ดังนั้นความสุขหรือความทุกข์ในวัยสูงอายุจึงถือว่าตั้งอยู่บนพื้นฐานของสมรรถภาพทางร่างกาย และสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหลัก การดูแลสุขภาพทั้งกายและจิตใจจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญต้องทำควบคู่กันไป และจำเป็นสำหรับผู้ที่จะใช้ชีวิตในวัยสูงอายุให้มีความสุข ด้วยเหตุนี้ผู้สูงอายุจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เพื่อชีวิต เพื่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีของตน โดยจะต้องมีการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยทั่วไป ได้แก่

1.1 พฤติกรรมการดูแลตนเองเกี่ยวกับ อาหาร น้ำ และอากาศ

1.1.1 อาหาร การดูแลตนเองในเรื่องภาวะโภชนาการเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญเพื่อป้องกัน หรือชะลอการทรุดโทรมของร่างกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม มีความสำคัญต่อสุขภาพ รวมทั้งลดความรุนแรงของโรคต่างๆ ที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจ มะเร็ง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน ควรแบ่งอาหารเป็นวันละ 5-6 มื้อ เพื่อแก้ปัญหาเรื่องแน่นท้องมากหลังรับประทานอาหารโดยให้อาหารมื้อเที่ยงเป็นอาหารหลัก และเพิ่มมื้อสายและบ่าย ควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซและท้องอืดได้ง่าย ลดการบริโภคไขมันลง โดยเฉพาะกลุ่มไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง ไม่ควรรับประทานน้ำตาลมากเกินไป เพราะจะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานหรือภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงได้ง่าย รับประทานอาหารที่ให้สารอาหารโปรตีนอย่างเพียงพอ บริโภคผักและผลไม้เป็นประจำ เพื่อให้ได้วิตามินและเกลือแร่ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. 2536 : 441-450)

1.1.2 น้ำ ในกระบวนการธาตุอาหารทั้ง 6 ชนิด น้ำเป็นสิ่งจำเป็นที่สุดเพราะถ้าขาดแล้วจะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว น้ำมีอยู่ในร่างกายถึงร้อยละ 60 ของน้ำหนักตัว น้ำมีหน้าที่เป็นตัวทำละลายสารต่างๆ ภายในร่างกาย ช่วยนำอาหารไปไหลเวียนในส่วนต่างๆ ช่วยนำของเสียจากเซลล์ไปขับถ่าย การขาดน้ำเพียงเล็กน้อยจึงอาจเกิดอันตรายขึ้นได้ ผู้สูงอายุจึงควรดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือประมาณ 1,500 - 2,000 ซี.ซี. อาจใช้น้ำหรือเครื่องดื่มอื่นๆ ที่มีประโยชน์แทนได้ เช่น น้ำผลไม้ นมสด ควรงดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชาและกาแฟ เพราะนอกจากจะทำให้นอนหลับยากแล้ว กาแฟยังทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดเพิ่มขึ้นถ้าดื่มในปริมาณมาก (บริบูรณ์ พรพิบูลย์. 2535 : 95)

1.1.3 อากาศ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความจุของปอดและการระบายอากาศลดลงจึงมีโอกาสเกิดโรคระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ผู้สูงอายุควรจะอยู่ในบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมดีอยู่ในอากาศที่ถ่ายเทสะดวก ไม่ควรอยู่ในสถานที่แออัดมากเกินไป บริเวณบ้านควรมีต้นไม้จะช่วยให้เกิดความร่มรื่นได้ผ่อนคลายอารมณ์และได้รับอากาศที่ดี ควรดื่มน้ำหรือเพราะจะทำให้อากาศที่มีออกซิเจนลดน้อยลงและมีควันพิษปะปนเข้าไปด้วย ผลของการสูบบุหรี่ต่อการหายใจนั้นจะนำไปสู่ภาวะถุงลมโป่งพอง มะเร็งปอด และความดันโลหิตสูง หลีกเลี่ยงการนั่งอยู่ในห้องที่มีผู้อื่นสูบบุหรี่ เพราะการวิจัยได้แสดงให้เห็นแล้วว่าการสูบบุหรี่ของผู้ที่อยู่ใกล้เคียงจะทำให้เกิดอันตรายไปถึงผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ด้วย (ชูศักดิ์ เวชแพทย์. 2531: 27-29)

1.2 การดูแลตนเองด้านการขับถ่ายของเสียให้เป็นไปตามปกติ ผู้สูงอายุไม่ควรกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานานๆ เพราะจะทำให้ความสามารถในการบีบตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะเสียการบีบรัดตัว ผู้สูงอายุจะถ่ายปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน การถ่ายปัสสาวะบ่อยของผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามปกติไม่ใช่เกี่ยวข้องกับโรคหรือความเจ็บป่วยของร่างกาย ปัญหาจะอยู่ที่เป็นการรบกวนการนอน เพราะทำให้ตื่นบ่อย การถ่ายปัสสาวะก่อนนอนและการลดเครื่องดื่มที่กระตุ้นการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ชา กาแฟ จะทำให้ถ่ายน้อยลงและนอนหลับได้มากขึ้น ในเรื่องของการขับถ่ายอุจจาระ อาการท้องผูกเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุทั้งนี้เนื่องจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ขาดการเคลื่อนไหวและออกกำลังกาย ทำให้ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง รับประทานอาหารที่มีกากใยน้อย และดื่มน้ำน้อย ขับถ่ายอุจจาระไม่เป็นเวลา ผู้สูงอายุจึงควรป้องกันอาการท้องผูกโดยรับประทานผักและผลไม้ให้มากขึ้น ดื่มน้ำให้มากออกกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ฝึกขับถ่ายให้เป็นเวลา (ภัทรพร ไพเราะ. 2539: 20)

1.3 การมีกิจกรรมหรือการพักผ่อน การเลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกกำลังกาย และการพักผ่อนอย่างเหมาะสม พบว่า ผู้สูงอายุจะนอนหลับที่ชั่วโมงจึงจะเพียงพอนั้นก็ขึ้นอยู่กับสภาพของร่างกายและการออกกำลังกาย โดยบางคนนอน 6-7 ชั่วโมง บางคนนอนหลับ 3-4 ชั่วโมงก็เพียงพอ ดังนั้นสรุปว่า การนอนในผู้สูงอายุ คือ ต้องนอนหลับให้สนิทจริงๆ เพราะการนอนไม่หลับหรือการนอนหลับไม่สนิทนำมาซึ่งความเสื่อมของร่างกาย โดยในผู้สูงอายุพบว่าสาเหตุการนอนไม่หลับมาจากความ คิดกังวลใจ เป็นคนเจ้าทุกข์ วางไม่ลง ละไม่ได้ บางคนไปฟุ้งยานอนหลับ ซึ่งจะออกฤทธิ์ไปกดระบบศูนย์ควบคุมการตื่นในสมองไว้ชั่วคราว พอหมดฤทธิ์ยาตื่นขึ้นมา ร่างกายจะไม่สดชื่นเหมือนกับการนอนหลับเองตามธรรมชาติ ดังนั้น ผู้สูงอายุจะต้องควบคุมจิตใจให้ตั้งอยู่ในอารมณ์เดียว จุดเดียว ตัดความวิตกกังวลออกให้หมด แล้วเข้านอนตามเวลาปกติ สม่ำเสมอ (ยง พิทยานิยม. 2537: 12-19)

อีกประการหนึ่งคือ ผู้สูงอายุจะมีเวลาว่างมากขึ้น และหาเวลาว่างได้ง่ายขึ้น ดังนั้นกิจกรรมในยามว่างไม่ว่าเพื่อนันทนาการ หรือการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ หรือให้บริการผู้อื่นเป็นสิ่งที่สำคัญซึ่งนำความสุขมาให้ ทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีบทบาทและสถานภาพทางสังคม กิจกรรมที่เหมาะสมควรมีรูปแบบเพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน ซึ่งทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวอย่างอิสระ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ปลูกต้นไม้ สังสรรค์กับเพื่อนฝูง การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ การออกกำลังกาย ไม่หักโหมหรือรีบเร่งจนเหน็ดเหนื่อยเกินไป การออกกำลังกายควรทำในที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ควรเว้นเมื่อเจ็บป่วย ในขณะเดียวกันควรพักผ่อนอย่างเพียงพอ (ภัทรพร ไพเราะ. 2539: 21)

1.4 การใช้เวลาว่างเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ผู้สูงอายุควรแบ่งเวลาให้เหมาะสมในแต่ละวัน โดยจัดช่วงเวลาสำหรับอยู่ตามลำพัง เพื่อจะได้มีเวลาเป็นของตนเองในแต่ละวัน และขณะเดียวกันควรได้สังสรรค์กับครอบครัวและเพื่อนฝูง เช่น การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนๆ ในชมรมผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เป็นเสมือนแรงสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง โดยการเพิ่มแรงจูงใจในการตอบสนองความต้องการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการดูแลตนเองที่ได้พัฒนามาแล้ว อีกทั้งยังเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุขอความช่วยเหลือและแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองได้ด้วย (นิรนาท วิทยโชคติคุณ. 2534: 17)

1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพที่เกิดจากความเสื่อมของสภาพร่างกาย การป้องกันอุบัติเหตุเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ เพราะการเกิดเจ็บป่วยขึ้นจะหมายถึง ปัญหาต่างๆ ที่ตามมาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ความเป็นอยู่และภาวะทางเศรษฐกิจเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ มากกว่าบุคคลในวัยอ่อนกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันศิริ. 2536: 412) จากการที่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงของร่างกาย โดยเฉพาะระบบประสาททำให้ตาพร่ามัว หูตึง และมีการเสื่อมของกระดูกทำให้การทรงตัวไม่ดี และการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อและระบบประสาทไม่ สัมพันธ์กัน จึงมีโอกาสหกล้ม และกระดูกหักได้ง่าย จึงควรป้องกันด้วยการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย มีแสงสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่น ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน มีราวบันไดให้ยึดเกาะเวลาเดิน (ภัทรพร ไพเราะ. 2539: 24)

1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของผู้สูงอายุ โดยการพัฒนาและรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง ยอมรับข้อจำกัดจากการที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายตามอายุที่เพิ่มขึ้น ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของตน ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ผิดปกติ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี (สมจิตร หนูเจริญกุล. 2537: 29)

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เป็นเรื่องที่สำคัญมากในยุคปัจจุบัน เป็นการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองท่ามกลางลักษณะของครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงอายุที่มีความพอใจในชีวิตและเข้าใจตนเอง จะยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในวัยสูงอายุ และสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะต่างๆ ของชีวิต เช่น การสูญเสียคู่ชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้เป็นพัฒนาการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีอาการหวั่นไหวง่าย เช่น โกรธง่าย น้อยใจ ซึมเศร้า ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นการทำลายสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งสิ้น (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชร ดันศิริ. 2536: 518-519) ดังนั้น ผู้สูงอายุต้องพยายามปรับตัวเอง โดยการปฏิบัติตนดังนี้

2.1 เข้าใจและยอมรับความจริงของการเปลี่ยนแปลง ความไม่แน่นอนต่างๆ ที่เกี่ยวกับสภาวะของตนเอง ครอบครัว และสังคม

2.2 ฝึกตนฝึกจิต ให้อยู่ในหลักธรรม ไม่หลงอยู่ในลาภ ยศ สรรเสริญ ทำความดีเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ

2.3 ทำตนให้เป็นที่เคารพของคนทั่วไป ด้วยความเมตตากรุณา ซึ่งสามารถแสดงออกได้ทางกาย วาจา ใจ โดยไม่หวังผลตอบแทน และมีความเคารพในความคิดเห็นของบุคคลทั่วไป

2.4 ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อครอบครัว สังคมและตนเอง เท่าที่กำลังกาย กำลังสมองจะอำนวยให้เกิดความภาคภูมิใจ เป็นที่เคารพรักของคนในครอบครัวและสังคม

2.5 ใช้จ่ายให้พอดีกับเศรษฐกิจของตน จะทำให้เกิดความสุขใจโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น

2.6 ทดแทนความเหงา และว้าเหว่ ด้วยการทำกิจกรรมที่ตนชอบ หรือหาความบันเทิงจากสิ่งที่ตนพอใจ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง อย่าย่อยเยย เพราะจะทำให้ว้าเหว่ยิ่งขึ้นนอกจากนี้ผู้สูงอายุควรเตรียมตัวให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วย บาดเจ็บ พิกار การเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และการตาย

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เมื่อเกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และมีการวินิจฉัยโรค และรักษาของแพทย์แล้ว กิจกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพมีดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537: 30)

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่ช่วยเหลือได้ เช่น คู่สมรส ญาติ หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้ สนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและรักษา ในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ เพราะการที่บุคคลสามารถดูแลตนเองได้ในระดับที่เพียงพอ ต่อเนื่อง และกระทำอยู่เสมอเป็นประจำนั้น ย่อมจำเป็นต่อภาวะสุขภาพ หากมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของตนเองด้วย มีงานวิจัยหลายเรื่องที่ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต พบว่าทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กัน โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิต

จากการศึกษางานวิจัยต่างๆ พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิต ดังนี้

สุกัญญา เตชะไชยวัฒน์ (2544: 92) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็ง ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองรายวิธี พบว่า วิธีการแพทย์พื้นบ้าน การใช้อาหารและอาหารเสริมต่างๆ การออกกำลังกาย และการส่งเสริมสุขภาพกาย จิต และวิญญาณมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมพร ใจสมุทร (2547: 74) ซึ่งได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขตลาดกระบัง พบว่า ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และการออกกำลังกาย มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษางานวิจัยข้างต้น อธิบายได้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ

3. การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

3.1 การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบไปด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของแรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ รู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้จากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั้นเองเป็นผู้ให้การสนับสนุน จะทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

เฮาส์ (ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ. 2536: 177; อ้างอิงจาก House. 1981) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับ ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และการประเมินผลตนเองในสังคม

ลักษมี บุญธรรม (2540: 58) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน แรงงานหรือวัสดุสิ่งของต่างๆ จากบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้ชิด หรืออยู่ในสังคมของตน ซึ่งอาจจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางสุขภาพคนใดคนหนึ่งหรือหลายคนรวมกัน

บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์ (2528: 73) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง สิ่งที่ได้รับจากการสนับสนุนทางสังคม” ได้รับความช่วยเหลือ ด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจาก “ผู้ให้การสนับสนุน” ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคล เช่น พ่อแม่ สามีภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สรุป การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือทางการเงิน แรงงาน หรือวัสดุสิ่งของต่างๆ ตลอดจนการได้รับข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเองจากบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้ชิด หรืออยู่ในสังคมของตน ซึ่งอาจจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือบุคลากรทางสุขภาพคนใดคนหนึ่งหรือหลายคนรวมกัน แล้วทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ รู้สึกมีคุณค่าและเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ซึ่งทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

3.2 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

ได้มีผู้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมไว้ ดังนี้

จาคอบสัน (Jacobson. 1986: 252) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ พฤติกรรมที่ทำให้รู้สึกสบายใจและเชื่อว่ามีบุคคลยกย่องเคารพนับถือ รัก หรือพฤติกรรมอื่นๆ ซึ่งแสดงถึงความเอาใจใส่และความมั่นใจ

2. การสนับสนุนทางด้านสติปัญญา (Cognitive Support) คือ ความรู้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ที่จะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ และสามารถปรับตัวได้กับความเปลี่ยนแปลง

3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Material Support) คือ สิ่งของและบริการต่างๆ ที่ช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ได้

ทอยด์ (Thoits.1982: 145 -159) ได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ หมายถึงการได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ที่จะทำให้บุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารรวมทั้งคำแนะนำและการป้อนกลับ

3. การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม หมายถึง การได้รับความรัก การดูแล เอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

เฮาส์ (House. 1981: 15-26) ได้แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. การได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การได้รับความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ การดูแลเอาใจใส่ ความรัก ความจริงใจและความสนใจ

2. การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของการเงินหรือแรงงาน (Instrumental Support)

3. การได้รับความช่วยเหลือด้านการประเมินผล และเปรียบเทียบพฤติกรรม (Appraisal Support) เป็นการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตนเอง หรือข้อมูลที่น่าไปใช้ประเมินตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง และการให้ข้อมูลป้อนกลับ ทำให้เกิดความมั่นใจ นำไปเปรียบเทียบตนเองกับผู้ร่วมในสังคม

4. การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นข้อมูลหรือคำแนะนำที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาชีวิต

คาน (Kahn. 1979: 85 -87) ได้แบ่งประเภทการสนับสนุนทางสังคมไว้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. ความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่ง ซึ่งแสดงออกในรูปของความผูกพัน การเคารพหรือด้วยความรัก
 2. การยืนยันและการรับรองของพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดง ออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสมทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล
 3. การให้ความช่วยเหลือ (AID) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของ หรือ การให้ความช่วยเหลือโดยตรง ซึ่งการช่วยเหลือนั้นอาจเป็นวัตถุ เงินทอง ข้าวสาร หรือเวลา
- อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (253: 5) แบ่งชนิดของการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การได้รับการปลอบใจ ให้กำลังใจ (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 การได้รับคำแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยได้

3.3 แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมและโครงสร้างเครือข่ายสังคม

โครงสร้างเครือข่ายสังคม (Social Network) เป็นกลุ่มของความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลกลุ่มหนึ่ง ซึ่งมีต่อกันและกัน ความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบต่างๆ หลายองค์ประกอบ คือ

- 1.ขนาดของกลุ่มสังคม หมายถึง จำนวนคนในกลุ่มสังคมซึ่งบุคคลมีความสัมพันธ์กัน โดยในวัยเด็กช่วงแรกจะมีความสัมพันธ์กับพ่อแม่ ต่อมากับบุคคลอื่นๆ ที่ใกล้ชิดรอบข้าง การเข้าสู่สังคมจะเป็นไปในลักษณะการสร้างเพื่อน เมื่อถึงวัยผู้ใหญ่ ขนาดของสังคมจะคงที่และเล็กลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
- 2.ลักษณะความสัมพันธ์ เป็นความผูกพันซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่มสังคม แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ
 - 2.1 ลักษณะของบุคคลที่ผูกพันด้วย แบ่งออกเป็นกลุ่มที่มีความผูกพันกันตาม

ธรรมชาติ ประกอบด้วย

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

2.1.2 กลุ่มผู้ช่วยเหลือ นักวิชาชีพ หมายถึงบุคลากรทางสาธารณสุข

2.2 คุณภาพของความสัมพันธ์ แบ่งเป็น

2.2.1 ความสัมพันธ์แน่นแฟ้น คือ ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดสนิทสนมต่อกัน

2.2.2 ความสัมพันธ์ที่ผิวเผิน ไม่ลึกซึ้ง เป็นความสัมพันธ์ที่พบได้ในสังคมอุตสาหกรรม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชีวิตในเมืองมากกว่าชนบท ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางสังคมทำให้เกิดความห่างเหินกันได้ตามความจำเป็นของลักษณะงาน อาชีพ หรือการศึกษาหรือค่านิยมส่วนบุคคล ทำให้บุคคลไม่มีความห่วงใยหรือผูกพันกับบุคคลอื่นได้อย่างลึกซึ้ง สนใจประโยชน์ที่จะได้เฉพาะหน้าเป็นส่วนใหญ่

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อ ระยะเวลาที่บุคคลรู้จัก หรือติดต่อกันเป็นช่วงเวลาที่บุคคลเริ่มรู้จักกันและดำเนินสัมพันธ์ภาพต่อกันเรื่อยมา ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อกันแสดงให้เห็นถึงความมั่นคงต่อกัน หากบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างแน่นแฟ้น และคบหากันเป็นเวลานาน ก็จะทำให้ได้รับการสนับสนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น

4. ความถี่ในการติดต่อกัน ความถี่ในการติดต่อกันเป็นความบ่อยครั้งที่บุคคลได้รับการติดต่อกัน ความถี่ในการติดต่อกันทำให้บุคคลได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนสิ่งของ บริการ และได้รับการตอบสนอง ความต้องการด้านอารมณ์ นอกจากนี้ยังดำรงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพที่ดี

5. วิธีที่ใช้ในการติดต่อการติดต่อสื่อสารที่ต่อเนื่องเป็นความต้องการของมนุษย์ การติดต่อสื่อสารมีหลายวิธี เช่น การพบปะพูดคุย จดหมาย โทรศัพท์ เป็นต้น (ดิษยา กมลสุนทร. 2536: 6 ; เกษม ตันติผลาชีวะและกุลยา ตันติผลาชีวะ. 2528: 9)

นอกจากนี้ยังมีนักวิชาการที่ได้เสนอความเห็นเกี่ยวกับแหล่งความช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของบุคคล ไว้ดังนี้

แพนเดอร์ (กฤติกาพร ไยโนนตาด. 2542: 27 ; อ้างอิงจาก Pender. 1982: 277-278) ได้แบ่งบุคคลในระบบการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ คือ

ระบบที่ 1 การสนับสนุนทางธรรมชาติ (Natural Support System) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดที่สุดและมีความสำคัญมากที่สุดต่อผู้ป่วย เพราะครอบครัวเป็นแหล่งที่ทำหน้าที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์ และประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตอันจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการให้การสนับสนุนผู้ป่วย

ระบบที่ 2 การสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer Support System) เป็นการสนับสนุนที่บุคคลได้รับจากผู้มีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการและสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้โดยง่าย เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเป็นบุคคลซึ่งประสบความสำเร็จ และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เลวร้ายต่างๆ ในชีวิต

ระบบที่ 3 การสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่างๆ (Religious Organization or Denomination) เป็นการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้บุคคล ได้มีการพบปะ แลกเปลี่ยนความเชื่อ 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) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ไปในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงต่างๆ ในชีวิตการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ และเหมาะสม ย่อมจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยจะช่วยลดความเครียด และทำให้บุคคลโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของบุคคลคนนั้น จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีและเกิดความผาสุกได้

3.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่างๆ พบความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต ดังต่อไปนี้ งานวิจัยของ พรสุวรรณ จารุพันธ์ (2547: 231-232) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแรงสนับสนุนทางสังคมกับระดับการศึกษา เป็นตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 39.5 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมพิศ พรหมเดช (2537 : 63-65) ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาหลังผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนไต พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้วย ดังเช่น งานวิจัยของ บัณฑิต เคียงธนสมบัติ (2547 : 51) ได้ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคม การมีกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมรายด้านทุกด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์-สังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมพิศ พรหมเดช (2537 : 63-65) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ-อารมณ์ และด้านสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .001 ตามลำดับ และมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากการพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้านกับคุณภาพชีวิตแล้ว ยังพบว่า กลุ่มที่ให้การสนับสนุนทางสังคม ก็เป็นตัวแปรอีกตัวแปรหนึ่งที่มีส่วนทำให้คุณภาพชีวิตของแต่ละคนแตกต่างกันด้วยดังเช่น งานวิจัยของ วันทนี ขำเพ็ง (2540: 137) ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนบทจังหวัดนครราชสีมา พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ซึ่งตรงกับงานวิจัยของ สุวัฒน์ ศรีฉัตรและคณะ (2543: 84) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมพิศ พรหมเดช (2537: 63-65) ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 โดยแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีค่าความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตสูงสุด คือ แหล่งสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ .01

สรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และการสนับสนุนรายด้านรายด้าน คือ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเพณีพฤติกรรม ด้านอารมณ์และสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตดังกล่าวข้างต้น พบว่า การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี ร่วมกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอและเหมาะสมนั้นย่อมส่งผลให้การจะพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลเป็นไปได้ในแนวทางที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ดังเช่น จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยและ

บทความเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์กัน ดังนี้

กรรณิกา ลองจ้านง (254: 71-72) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งตรงกับงานวิจัยของ พิมพรรณ กิตติวงศ์ภักดี (2547: 79) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ เพ็ญจันทร์ เสรีวัฒนา (2541: 39) ซึ่งได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนมาก จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมเป็นรายด้านกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ดังเช่น งานวิจัยของ เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์ (2547: 71-72) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย พบว่า การสนับสนุนด้านทรัพยากร การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .43, .40, .36 และ .36 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤติกาพร ไยโนนตาด (2542: 93) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของสตรีโรคเบาหวานในภาวะหมดประจำเดือน จังหวัดชัยภูมิ ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการประเมินเปรียบเทียบ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยถึงปานกลาง กับพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .49, .45, .60 และ .58 ตามลำดับ และงานวิจัยของ เพียงใจ สุวิริยะไพศาล (2542: 68) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทุกด้านคือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านการเงินหรือ

แรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ วไลดา ศักดิ์บัณฑิตกุล และคณะ (2541 : 47) ซึ่งศึกษาเรื่อง การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดสระบุรี พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทุกด้าน คือ ด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุประสงค์ การเงิน แรงงานและเวลา และด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของ จิราพร ธนอมกล่อม (2540 : 112) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยชีวสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้ถูกสงสัยถูกข่มขืนที่มารับบริการตรวจ ณ ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุของโรงพยาบาลตำรวจ พบว่า การสนับสนุนความต้องการทางด้านอารมณ์ ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง และการได้รับการบริการ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนการสนับสนุนทางด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารของหญิงวัยเจริญพันธุ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในส่วนของพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุนั้น พบว่า มีงานวิจัยของ นันทน์ภัส หงส์เวียงจันทร์ (2546 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

งานวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านในแต่ละด้านก็พบว่าแต่ละด้านก็มีความสัมพันธ์กันด้วย

5. ปัจจัยชีวสังคมกับคุณภาพชีวิต

ปัจจัยชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ได้ถูกนำมาใช้ในการพิจารณาแบ่งแยกความต่างเพื่อการเปรียบเทียบ หรือวิเคราะห์งานวิจัย เพราะปัจจัยเหล่านี้ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ใช้แบ่งกลุ่มบุคคลได้ค่อนข้างชัดเจน ดังนั้น ในการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุผู้วิจัยจึงนำปัจจัยเหล่านี้มาศึกษาร่วมด้วย ดังรายงานการสำรวจสำมะโนประชากรแห่งชาติ ปี 2544 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2544 : ออนไลน์) กล่าวไว้ดังนี้

เพศ

เพศมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ นั่นคือเพศที่ต่างกันส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่างกัน ดังเช่น งานวิจัยของ นิราภัย ใช้เทียนวงศ์ (2535: 50) ได้ศึกษาเรื่อง แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 คือ เพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชุมพล อังควิเศษฐพันธ์ (2547: 85) ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของประชากรในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิต คือ ค่าเฉลี่ยระดับคุณภาพชีวิตของประชากรแต่ละเพศมีความแตกต่างกัน โดย เพศชายมีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าเพศหญิง (ค่าเฉลี่ย 72.68 และ 70.89 ตามลำดับ) และเพศมีความสัมพันธ์กับความแตกต่างของระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ เพศต่างกันจะทำให้ระดับคุณภาพชีวิตต่างกันด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540: 107) ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า เพศชายมีสัดส่วนของผู้ที่มีคุณภาพชีวิตในระดับดีมากกว่าเพศหญิง แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุกัญญา เตชะโชควิวัฒน์ (2544 : 99) และงานวิจัยของ วิภาวรรณ ลิขิตเลิศล้ำ (2551: บทคัดย่อ) ซึ่งพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต คือ ไม่ว่าเพศชายหรือหญิงต่างก็มีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษางานวิจัย ทำให้ผู้วิจัยทราบว่าตัวแปรเพศเป็นตัวแปรหนึ่งซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตของบุคคลแต่ละกลุ่มแตกต่างกัน นั่นคือเพศชายมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศหญิง ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ตัวแปรเพศก็น่าจะส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแตกต่างกัน จึงได้นำมาเปรียบเทียบกับคุณภาพชีวิตด้วย

ระดับการศึกษา

ความแตกต่างในการศึกษามีผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างเห็นได้ชัด คือเมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้น สัดส่วนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูงจะสูงขึ้นตามไปด้วย ดังงานวิจัยของ ธเนศ มณีกุล (2547: 82) ได้ศึกษาเรื่อง คุณภาพชีวิตของราษฎรในพื้นที่โครงการห้วยองคตอันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า ราษฎรที่ไม่ได้เรียนหนังสือส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 66.7 ในขณะที่ราษฎรที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.0 และ 63.6 ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชุมพล อังควิเศษฐพันธ์ (2547: 92) ซึ่ง

ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของประชากรในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ประชากรที่สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ระดับ ปวช.หรืออนุปริญญาขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตที่สูงที่สุด รองลงมาคือประชากรที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และประชากรที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือสำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย 73.98, 71.83 และ 71.16) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์และคณะ (2538 : 89) ซึ่งศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า การศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ระดับการศึกษาต่ำ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิรามัย ใช้เทียมวงศ์ (2535: 50) ที่ได้ศึกษาเรื่อง แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ระยะเวลาในการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือระยะเวลาในการศึกษาที่สูง คุณภาพชีวิตก็จะดีขึ้น แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุกัญญา เตชะไชยวัฒน์(2544 : 103) และวันทนี ขำเพ็ง (2540 : 136) ซึ่งพบว่า ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับคุณภาพชีวิต ไม่ว่าจะมียกระดับการศึกษาในระดับใดก็ไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาข้างต้น พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ผลที่ได้คือการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและจะเป็นไปทางบวก โดยผู้ที่ได้รับการศึกษาตั้งแต่ระดับ ปวช.หรืออนุปริญญาขึ้นไปจะมีค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตที่สูงที่สุด รองลงมาคือผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือสำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษาตามลำดับ สรุป ผู้ที่ได้รับการศึกษามีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา หรือได้รับการศึกษาในระดับต่ำกว่าลงมานั่นเอง

สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละคนต่างกัน เมื่อได้ศึกษางานวิจัยพบว่า มีงานวิจัยของ วันทนี ขำเพ็ง (2540: 128) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่(โสด หม้าย หย่า แยก) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์และคณะ (2538: 88) ซึ่งศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงใจ เปลี้นบำรุง (2540: 108) ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย

พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ ผู้ที่มีสถานะสมรสคู่จะมีสัดส่วนของผู้ที่มีระดับคุณภาพชีวิตดี มากกว่าผู้ที่มีสถานะภาพสมรสเดียว

งานวิจัยดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยพบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่อยู่คนเดียว (โสด หม้าย หย่า แยก)

อาชีพ

อาชีพเป็นอีกหนึ่งปัจจัยซึ่งถูกนำมาศึกษาร่วมกับคุณภาพชีวิต นั้นเป็นเพราะการมีอาชีพได้นำมาซึ่งการมีรายได้ซึ่งถือเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตของบุคคลทั่วไป ที่จะตอบสนองความต้องการทางด้านต่างๆ ได้และยังทำให้บุคคลรู้สึกว่าการมีอาชีพนั่นทำให้ตนเองมีคุณค่า โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ซึ่งเคยได้ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและครอบครัวมาโดยตลอด เมื่อรู้สึกว่าตนเองมีค่าชีวิตก็มีความสุข และทำให้รู้สึกพึงพอใจในชีวิต และนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี มีงานวิจัยที่ยืนยันว่าอาชีพเป็นตัวแปรหนึ่งที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของบุคคลแตกต่างกัน ดังงานวิจัยของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540:109) ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ ผู้ที่มีอาชีพมีระดับคุณภาพชีวิตดีในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ที่ไม่มีความอาชีพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วันทนี ขำเพ็ง (2540: 128) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และงานวิจัยของ ชุมพล อังควิเศษฐพันธ์ (2547: 89) ซึ่งศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของประชากรในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ประชากรที่ประกอบอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัทเอกชน มีค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพที่สูงที่สุด รองลงมาคือ ประชากรที่ประกอบอาชีพเกษตรกร ถัดมาได้แก่ประชากรที่ประกอบอาชีพรับจ้าง ถัดมาเป็นนักเรียน/นักศึกษาและว่างงาน และประชากรที่ประกอบอาชีพค้าขายตามลำดับ (ค่าเฉลี่ย 75.64,72.03,71.74,70.32 และ 69.51 ตามลำดับ)

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต โดยพบว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยเฉพาะผู้ที่ประกอบอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัทเอกชน พบว่า มีค่าเฉลี่ยของคุณภาพสูงมากที่สุด รองลงมา คือผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกร อาชีพรับจ้าง นักเรียน/นักศึกษาและว่างงาน และประชากรที่ประกอบอาชีพค้าขายตามลำดับ

รายได้

องค์การยูเนสโก (ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง.2540 : 28-29 ; อ้างอิงจาก UNESCO.1980 : 312) ได้อธิบายว่า การประเมินคุณภาพชีวิตนั้นจะต้องประเมิน 2 ด้านด้วยกันคือ ประเมินด้านวัตถุวิสัย และจิตวิสัย และการประเมินด้านวัตถุวิสัยนั้น ข้อมูลสำคัญตัวหนึ่งที่น่ามาประเมินคือ ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ นั่นก็คือ การสำรวจทางด้านรายได้ของประชากร จะเห็นได้ว่ารายได้เป็นตัวแปรหนึ่งที่ทำให้คุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลต่างกัน ดังเช่น งานวิจัยของ วันทนี ขำเพ็ง (2540 : 136) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540: 110) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ คือกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท/เดือนมีจำนวนผู้ที่มีคุณภาพชีวิตระดับดีมากกว่า กลุ่มที่มีรายได้ 1,000-5,000 บาท/เดือน และในกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชุมพล อังควิเศษฐพันธ์ (2547 : 90) ซึ่งศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของประชากรในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ประชากรที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 8,000 บาทขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าประชากรที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 8,000 บาท แสดงว่า รายได้ต่างกันจะทำให้ระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมพิศ พรหมเดช (2537: 70) ซึ่งพบว่า รายได้ของครอบครัวกับ คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั่นคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวมากจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวน้อย

จะเห็นได้ว่ารายได้เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตที่ดี โดยพบว่าผู้ที่มีรายได้สูงจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า

จากการได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่างๆเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในประเด็นต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมดข้างต้น แสดงให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคล ไม่ว่าจะเป็น เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ ต่างก็เป็นตัวแปรที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านคุณภาพชีวิต และในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากปัจจัยเชิงสังคมแล้วยังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันไป ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุ โดยได้เลือกศึกษาประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต เพื่อศึกษาว่าพฤติกรรมการ

ดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตหรือไม่อย่างไร และตัวแปรใดที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ดีที่สุด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และ การสนับสนุนทางสังคม กับ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดประชากร และกลุ่มตัวอย่าง
2. สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในงานวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในปี พ.ศ. 2551 จำนวน 500 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของ เครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan. 1970: 607-610) ได้จำนวน 217 คน และเก็บข้อมูล โดยเลือกจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในช่วงเดือน ตุลาคม ถึงเดือน ธันวาคม 2551 (เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลมาทั้งหมด 225 ชุด เมื่อนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พบว่า มีแบบสอบถามที่ใช้ได้เพียง 200 ชุด ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 200 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิต

ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ตอนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยทั้ง 4 ตอน มีรายละเอียดและขั้นตอนในการสร้างดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ มีทั้งหมด 5 ข้อ (รายละเอียดในภาคผนวก ก)

ตอนที่ 2 แบบวัดคุณภาพชีวิต

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุลและคณะ (กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. 2540: ออนไลน์) แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง เล็กน้อย และไม่เลย จำนวน 26 ข้อ โดยผู้วิจัยได้นำแบบวัดดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นได้นำข้อมูลมาตรวจสอบ และวิเคราะห์หาคุณภาพรายข้อ โดยผู้วิจัยได้เลือกข้อที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพที่ตั้งไว้ การคัดเลือกใช้เกณฑ์ ดังนี้ ค่าอำนาจจำแนกรายข้อหรืออัตราส่วนที่ (t-ratio) ตั้งแต่ 2.0 ขึ้นไป และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม ค่าตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ได้ข้อคำถามที่มีคุณภาพตามเกณฑ์จำนวน 21 ข้อ มีค่า Item - total correlation อยู่ระหว่าง .238 ถึง .798 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .902 (รายละเอียดดูในภาคผนวก ข)

ตัวอย่างข้อคำถามแบบวัดคุณภาพชีวิต

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	เล็กน้อย (2)	ไม่เลย (1)
(0) ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
(00) ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
(000) ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังต่อไปนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก จะได้คะแนน 5 ถึง 1 จาก “มากที่สุด” ถึง “ไม่เลย” ถ้าเป็นข้อความที่มีความหมายทางลบ จะได้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้ที่มีคะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

ตอนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพขึ้นเอง โดยได้แนวทางการกำหนดองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมาจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ของโอเรม (1980: 42 -53) และ นพรัตน์ หนูบ้านยาง (2540: 46-60) สำหรับงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบวัด โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างข้อคำถามเพื่อใช้วัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยข้อคำถามจะต้องครอบคลุมนิยามของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้ง 4 ด้าน และมีลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 48 ข้อ จากนั้นได้นำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ให้สอดคล้องกับนิยาม จากนั้นนำมาปรับแก้ และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เมื่อได้ข้อมูลมาแล้วได้นำมาตรวจสอบ และวิเคราะห์คุณภาพรายข้อ โดยนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจำนวน 48 ข้อ ได้ข้อคำถามที่นำมาใช้จำนวน 26 ข้อ มีคุณภาพรายข้อและความเชื่อมั่นของมาตรวัดทั้ง 4 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้ (1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ จำนวน 9 ข้อ มีค่า Item - total correlation อยู่ระหว่าง .213 ถึง .749 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .818 (2) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ มีค่า Item - total correlation อยู่ระหว่าง .366 ถึง .781 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .899 (3) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการพักผ่อน จำนวน 4 ข้อ มีค่า Item - total correlation อยู่ระหว่าง .423 ถึง .673 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .763 (4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุ จำนวน 6 ข้อ มีค่า Item - total correlation อยู่ระหว่าง .247 ถึง .839 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .847 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .917 (รายละเอียดดูในภาคผนวก ข)

จากนั้นผู้วิจัยจึงจัดพิมพ์แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

ตัวอย่างข้อคำถามแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ (4)	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง (3)	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง (2)	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย (1)
1. ด้านโภชนาการ (0) ท่านดื่มกาแฟ บ่อยแค่ไหน				
2. ด้านการออกกำลังกาย (00) ท่านออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่งเหยาะๆ รำมวย จีน บ่อยแค่ไหน				
3. ด้านการพักผ่อน (000) ท่านไปเดินชมสินค้า หรือดูงานแสดงสินค้า บ่อยแค่ไหน				
4. ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ (0000) ท่านจัดของในบ้านให้เป็นระเบียบ				

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังต่อไปนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก จะได้คะแนน 4 ถึง 1 จาก “ปฏิบัติเป็นประจำ” ถึง “ไม่เคยปฏิบัติเลย” ถ้าเป็นข้อความที่มีความหมายทางลบ จะได้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้ที่มีคะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

ตอนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยสร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมขึ้นเอง โดยได้แนวทางการกำหนดองค์ประกอบของการสนับสนุนทางสังคมมาจาก การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ของเฮาส์ (House, 1981 : 15-26) สำหรับงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบวัด โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างข้อคำถามเพื่อใช้วัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ โดยให้ข้อคำถามครอบคลุมนิยามของการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย จริงน้อยที่สุด จำนวน 26 ข้อ จากนั้นได้นำแบบวัดไปให้อาจารย์ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ให้สอดคล้องกับนิยาม จากนั้นนำมาปรับแก้ และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เมื่อได้ข้อมูลมาแล้วได้นำมาตรวจสอบ และวิเคราะห์คุณภาพรายข้อ โดยนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความ

เชื่อมั่น (Reliability) ของแบบวัดทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมจำนวน 26 ข้อ ได้ข้อคำถามที่นำมาใช้จำนวน 21 ข้อ มีคุณภาพรายข้อและความเชื่อมั่นของมาตรวัดทั้ง 4 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้ (1) การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 5 ข้อ มีค่า Item - total correlation อยู่ระหว่าง .403 ถึง .637 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .846 (2) การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 6 ข้อ มีค่า Item - total correlation อยู่ระหว่าง .371 ถึง .797 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .844 (3) การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินพฤติกรรม จำนวน 4 ข้อ มีค่า Item - total correlation อยู่ระหว่าง .294 ถึง .600 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .671 (4) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม จำนวน 6 ข้อ มีค่า Item - total correlation อยู่ระหว่าง .390 ถึง .676 ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ .850 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .902 (รายละเอียดดูในภาคผนวก ข) จากนั้นผู้วิจัยจึงจัดพิมพ์แบบวัดฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

ตัวอย่างข้อคำถามแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน

ข้อความ	จริง มาก ที่สุด (5)	จริง มาก (4)	จริง ปาน กลาง (3)	จริง น้อย (2)	จริง น้อย ที่สุด (1)
1. ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก (0) คนในครอบครัวช่วยเหลือเมื่อท่านมีปัญหาเรื่องการเงิน					
2. ด้านข้อมูลข่าวสาร (00) คนในครอบครัวแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารแก่ท่าน					
3. ด้านการประเมินพฤติกรรม (000) คนในครอบครัวคอยเตือนเมื่อท่านหงุดหงิด หรือ เครียดจนเกินไป					
4. ด้านอารมณ์และสังคม (0000) คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านเข้าร่วมงานประเพณี หรือทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน					

เกณฑ์การให้คะแนน มีดังต่อไปนี้

ข้อความที่มีความหมายทางบวก จะได้คะแนน 5 ถึง 1 จาก “จริงมากที่สุด” ถึง “จริงน้อยที่สุด” ถ้าเป็นข้อความที่มีความหมายทางลบ จะได้คะแนนตรงกันข้าม โดยผู้ที่มีคะแนนสูงกว่า แสดงว่าเป็นผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่มีคะแนนต่ำกว่า

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อขออนุมัติหนังสือ จากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และประธานชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยให้ผู้สูงอายุรับทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม หากผู้สูงอายุมีข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อคำถามก็จะอธิบายเพิ่มเติม
3. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการแจกแบบสอบถามให้ผู้สูงอายุให้ประเมินเอง กรณีที่มีข้อจำกัดเรื่องการอ่านหนังสือ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟังและตอบแบบสอบถามที่ละข้อ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้กรอกข้อมูลลงในแบบสอบถามให้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลอีกครั้ง หากพบว่าข้อมูลไม่สมบูรณ์จะสอบถามเพิ่มเติมให้ครบ ซึ่งใช้เวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม ถึง ธันวาคม 2551

การจัดกระทำข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง มาตรวจให้คะแนน แล้วนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ ดังต่อไปนี้

1. หาค่าร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุ จำแนกตามปัจจัยชีวิตสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้
2. ใช้สถิติ t-test ทดสอบสมมติฐานข้อ 1,3
3. ใช้สถิติ F-test ทดสอบสมมติฐานข้อ 2,4,5
4. คำนวณหาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 6
5. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรทำนายทั้งหมดกับตัวเกณฑ์ในสมการถดถอย โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นตัวทำนายกับคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นตัวเกณฑ์ และการสนับสนุนทางสังคม 4

ด้านได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อมความสะอาด ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านอารมณ์
และสังคม ซึ่งเป็นตัวทำนายกับคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นตัวเกณฑ์ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 7-9

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางประกอบคำบรรยาย และแบ่งการนำเสนอออกเป็น 4 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ โดยหาค่าร้อยละ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ กับการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านอารมณ์และสังคม และคุณภาพชีวิต

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ ปรากฏผลดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 1 ค่าร้อยละของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	81	40.5
หญิง	119	59.5
2. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	33	16.5
ประถมศึกษา	118	59.0
มัธยมศึกษา / ปวช.	23	11.5
ปวส. / ปวท. / อนุปริญญา	10	5.0
ปริญญาตรีและสูงกว่า	16	8.0
3. สถานภาพสมรส		
อยู่กับสามี หรือภรรยา	123	61.5
โสด, หม้าย, หย่า, แยกกันอยู่ กับคู่สมรส	77	38.5
4. อาชีพ		
ข้าราชการบำนาญ	29	14.5
รับจ้าง	18	9.0
ค้าขาย	26	13.0
เกษตรกรรม	82	41.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	45	22.5
5. รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 1,000	17	8.5
1,000 – 5,000	55	27.5
5,001 – 8,000	52	26.0
มากกว่า 8,000	76	38.0
รวม	200	100.0

จากตาราง 1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีจำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 59.5 และเป็นเพศชาย 81 คน คิดเป็นร้อยละ 40.5 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 59 รองลงมาคือ ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 16.5 มัธยมศึกษา/ ปวช. จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 11.5 ปริญญาตรีและสูงกว่า จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 8 และปวส./ ปวท./ อนุปริญญา จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 5 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่กับสามี หรือภรรยา จำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 รองลงมาเป็นผู้ที่เป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่กับคู่สมรส จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 38.5 ผู้สูงอายุประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 41 รองลงมาคือไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 22.5 ข้าราชการบำนาญ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 14.5 ค้าขายจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 13 และมีอาชีพรับจ้าง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 9 ผู้สูงอายุมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาทมากที่สุด มีจำนวน 76 คิดเป็นร้อยละ 38 รองลงมาคือ 1,000 - 5,000/เดือน จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 และ 5,000-8,000บาท/เดือน จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 26 และที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 8.5 (เนื่องจากกลุ่มการศึกษา ปวส./ปวท./อนุปริญญา มีจำนวนน้อยผู้วิจัยจึงนำไปรวมกับกลุ่มปริญญาตรีและสูงกว่า และตั้งชื่อกลุ่มใหม่เป็น สูงกว่ามัธยมศึกษา/ปวช. แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูล)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ โดยใช้สถิติที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA) เมื่อทดสอบว่าค่าเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตคู่ใดที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงนำผลการวิเคราะห์ไปตรวจสอบหาค่าความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี Least Significant Difference (LSD) ปรากฏผลดังตาราง 2-8

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรเพศ และสถานภาพสมรส

ตัวแปร	N	M	S.D	t
เพศ				
ชาย	81	3.850	.489	.346
หญิง	119	3.824	.521	
สถานภาพสมรส				
อยู่กับสามีหรือภรรยา	123	3.864	.493	1.025
โสด,หม้าย,หย่า,แยกกันอยู่กับคู่สมรส	77	3.788	.529	

หมายเหตุ: N แทน จำนวนของผู้สูงอายุ
M แทน ค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
S.D. แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคุณภาพชีวิต
t แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการพิจารณาการแจกแจงแบบที (t-test)

จากตาราง 2 พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุเพศหญิง
ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1

และผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับสามีหรือภรรยามีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุ
ที่เป็นโสด,หม้าย,หย่า,หรือแยกกันอยู่กับคู่สมรส ซึ่งผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3

ตาราง 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	3.839	1.280	5.291*
ภายในกลุ่ม	196	47.412	.242	
รวม	199	51.251		

*p < .05

หมายเหตุ: df แทน ระดับชั้นแห่งความเป็นอิสระ MS แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกของคะแนนเบี่ยงเบนยกกำลังสอง
SS แทน ระดับชั้นแห่งความเป็นอิสระ F แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ

จากตาราง 3 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเพื่อดูว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาทั้ง 4 กลุ่ม มีคู่ใดบ้างที่มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบรายคู่โดยวิธี LSDปรากฏผลดังตาราง 4

ตาราง 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ระหว่าง คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา	สูงกว่ามัธยมศึกษา/ มัธยมศึกษา/ ประถมศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ			
	ปวช.	ปวช.	ปวช.	ปวช.
	M	(4.044)	(3.892)	(3.855) (3.555)
สูงกว่ามัธยมศึกษา/ปวช. (4.044)	-	.151	.188	.488*
มัธยมศึกษา/ปวช. (3.892)		-	.036	.336*
ประถมศึกษา (3.855)			-	.300*
ไม่ได้เรียนหนังสือ (3.555)				-

*p < .05

จากตาราง 4 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา, มัธยมศึกษา/ปวช. และสูงกว่ามัธยมศึกษา/ปวช. มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นไม่พบว่ามีคุณภาพชีวิตต่างกัน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2

ตาราง 5 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	5.064	1.266	5.345*
ภายในกลุ่ม	195	46.187	.237	
รวม	199	51.251		

*p <.05

จากตาราง 3 พบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเพื่อดูว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพทั้ง 5 กลุ่ม มีค่าใดบ้างที่มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบรายคู่โดยวิธี LSD ปรากฏผลดังตาราง 6

ตาราง 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ระหว่าง คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพของผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน

อาชีพ	ข้าราชการ					ไม่ได้ประกอบอาชีพ
	M	บ้านานู (4.060)	ค้าขาย (3.919)	เกษตรกรรม (3.897)	รับจ้าง (3.656)	
ข้าราชการบ้านานู	(4.060)	-	.141	.163	.404*	.461*
ค้าขาย	(3.919)		-	.022	.263	.320*
เกษตรกรรม	(3.897)			-	.241	.298*
รับจ้าง	(3.656)				-	.057
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	(3.598)					-

*p <.05

จากตาราง 6 พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบ้านานู ค้าขาย และเกษตรกรรม มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการวิจัยพบว่า ข้าราชการบ้านานูมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นไม่พบว่ามีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4

ตาราง 7 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำแนกตามตัวแปรรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	7.843	2.614	11.805*
ภายในกลุ่ม	196	43.408	.221	
รวม	199	51.251		

*p < .05

จากตาราง 3 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเพื่อดูว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้ทั้ง 4 กลุ่ม มีคู่ใดบ้างที่มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบรายคู่โดยวิธี LSD ปราบกฎผลดังตาราง 6

ตาราง 8 การเปรียบเทียบความแตกต่างเป็นรายคู่ระหว่าง คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน

รายได้ต่อเดือน					
	M	>8,000 (3.997)	5,001-8,000 (3.899)	1,000-5,000 (3.714)	<1,000 (3.302)
>8,000	(3.997)	-	.098	.283*	.694*
5,001-8,000	(3.899)		-	.184	.596*
1,000-5,000	(3.714)			-	.411*
<1,000	(3.302)				-

*p < .05

จากตาราง 8 พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน 1,000-5,000 บาท 5,001-8,000 บาท และมากกว่า 8,000 บาท มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาท มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือน 1,000-5,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่นไม่พบว่ามีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ กับการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม และด้านอารมณ์และสังคม และคุณภาพชีวิต ปรากฏผลดังตาราง 9

ตาราง 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ตัวแปร	bh ₁	bh ₂	bh ₃	bh ₄	ss ₁	ss ₂	ss ₃	ss ₄	BH	SS	QL
bh ₁	1	.164*	.026	.278**	.091	.017	.014	.255**	.581**	.107	.289**
bh ₂		1	.488**	.515**	.095	.232**	.189**	.414**	.819**	.273**	.423**
bh ₃			1	.499**	.132	.300**	.185**	.403**	.601**	.305**	.429**
bh ₄				1	.032	.178*	.192**	.410**	.774**	.235**	.329**
ss ₁					1	.692**	.582**	.492**	.120	.827**	.240**
ss ₂						1	.781**	.558**	.235**	.914**	.195**
ss ₃							1	.575**	.195**	.861**	.137
ss ₄								1	.514**	.766**	.489**
BH									1	.311**	.513**
SS										1	.311**
QL											1

**p< .01, *p< .05

หมายเหตุ: bh₁ แทน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ

bh₂ แทน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย

bh₃ แทน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการพักผ่อน

bh₄ แทน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุ

ss₁ แทน การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งอำนวยความสะดวก

ss₂ แทน การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร

ss₃ แทน การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินพฤติกรรม

ss₄ แทน การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม

BH แทน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม

SS แทน การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม

Q.L แทน คุณภาพชีวิต

จากตาราง 9 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม โดย การสนับสนุนทางสังคมทุกด้าน ยกเว้นด้านสิ่งอำนวยความสะดวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เมื่อพิจารณาตัวแปรคุณภาพชีวิต พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมทุกด้าน ยกเว้นด้านการประเมินพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นๆ (Stepwise multiple regression) ดังตาราง 10-12

ตาราง 10 การวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นตัวทำนาย

ลำดับที่	ตัวทำนาย	b	β	R	R ²	R ² Change	F Change
1	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการพักผ่อน	.304	.308	.429	.184	.184	44.533***
2	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ	.254	.242	.510	.261	.077	20.501***
3	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย	.155	.233	.548	.301	.040	11.250***

***p<.001, ค่าคงที่ (a) = 1.799, ความคลาดเคลื่อนมาตรฐานการทำนาย (S.E.est) = .427

หมายเหตุ: b แทน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ซึ่งพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
 β แทน ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวพยากรณ์ซึ่งพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน
R แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R² แทน ค่าอำนาจในการทำนาย
R² Change แทน ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายที่เพิ่มขึ้นเมื่อตัวแปรทำนายเข้าสมการ
F Change แทน ค่าสถิติการแจกแจงแบบ F (F-Distribution)

จากตาราง 10 พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยตัวทำนายลำดับแรกที่มีอิทธิพลสูงสุดในการทำนาย ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการพักผ่อน(bh₃) สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 18.4 และตัวทำนายลำดับที่สอง ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ(bh₁) สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 7.7 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย(bh₂) เป็นตัวทำนายลำดับสุดท้าย โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.0 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับกลุ่มตัวแปรทำนายเท่ากับ .548 โดยตัวแปรทั้งสามรวมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.1 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ .427 และเขียนเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$y = 1.799 + .304(bh_3) + .254(bh_1) + .155(bh_2)$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$y' = .308(bh_3) + .242(bh_1) + .233(bh_2)$$

ตาราง 11 การวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนาย

ตัวทำนาย	b	β	R	R^2	R^2 Change	F Change
การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์และสังคม	.377	.489	.489	.239	.239	62.127***

*** $p < .001$, $a = 2.369$, $S.E.est = .443$

จากตาราง 11 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยตัวทำนายที่มีอิทธิพลในการทำนายคุณภาพชีวิต ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม(ss_4) สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 23.9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับตัวแปรทำนายเท่ากับ .489 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ .443 และเขียนเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$y = 2.369 + .377(ss_4)$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$y' = .489(ss_4)$$

ตาราง 12 การวิเคราะห์ปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยใช้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนาย

ลำดับที่	ตัวทำนาย	b	β	R	R ²	R ² Change	F Change
1	การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์และสังคม	.291	.377	.489	.239	.239	62.127***
2	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ภาพด้านการพักผ่อน	.273	.277	.550	.303	.064	18.116***

***p<.001, a = 1.966, S.E.est = .425

จากตาราง 12 พบว่า ปัจจัยพยากรณ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์และสังคม(ss₄) โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 23.9 และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการพักผ่อน(bh₃) เป็นตัวทำนายที่มีประสิทธิภาพรองลงมา โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกับกลุ่มตัวแปรทำนายเท่ากับ .550 โดยตัวแปรทั้งสองร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.3 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ .425 และเขียนเป็นสมการทำนายในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

$$y = 1.966 + .291(ss_4) + .273(bh_3)$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$y' = .377(ss_4) + .277(bh_3)$$

บทที่ 5

สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ที่มีปัจจัยทางชีวสังคมแตกต่างกัน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ กับการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านอารมณ์และสังคม และคุณภาพชีวิต
3. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตจากตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ
4. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตจากตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านอารมณ์และสังคม
5. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิต จากตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้สูงอายุเพศชาย มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง
2. ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
3. ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หย่า และแยกกันอยู่กับคู่สมรส
4. ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า
6. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

7. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

8. การสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านอารมณ์และสังคม สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

9. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษากับผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมของชมรมในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือน ธันวาคม 2551 จำนวน 200 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1. เพศ
2. ระดับการศึกษา
 - 2.1 ไม่ได้เรียนหนังสือ
 - 2.2 ประถมศึกษา
 - 2.3 มัธยมศึกษา/ปวช.
 - 2.4 ปวส./ปวท./อนุปริญญา
 - 2.5 ปริญญาตรีและสูงกว่า
3. สถานภาพสมรส
 - 3.1 อยู่กับสามี หรือ ภรรยา
 - 3.2 โสด หม้าย หย่าหรือ แยกกันอยู่กับคู่สมรส
4. อาชีพ
 - 4.1 ข้าราชการบำนาญ
 - 4.2 รับจ้าง
 - 4.3 ค้าขาย
 - 4.4 เกษตรกรรม
 - 4.5 ไม่ได้ประกอบอาชีพ

5. รายได้

- 5.1 ต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน
- 5.2 1,000 – 5,000 บาท/เดือน
- 5.3 5,001 - 8,000 บาท/เดือน
- 5.4 มากกว่า 8,000

6. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

- 6.1 ด้านโภชนาการ
- 6.2 ด้านการออกกำลังกาย
- 6.3 ด้านการพักผ่อน
- 6.4 ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ

7. การสนับสนุนทางสังคม

- 7.1 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก
- 7.2 ด้านข้อมูลข่าวสาร
- 7.3 ด้านการประเมินพฤติกรรม
- 7.4 ด้านอารมณ์และสังคม

ตัวแปรตาม ได้แก่ คุณภาพชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ จำนวน 26 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 21 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิต จำนวน 21 ข้อ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอหนังสือรับรองจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และประธานชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ซึ่งการเก็บข้อมูลในการวิจัยคั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเอง สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถทำแบบสอบถามเองได้ จะใช้

การสัมภาษณ์จากแบบสอบถามแทน ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 3 เดือน จากนั้นได้ดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ จึงนำมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ประมวลผลข้อมูลพื้นฐานโดยใช้ค่าร้อยละ และเปรียบเทียบปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ของผู้สูงอายุโดยใช้สถิติ t-test และ F-test และทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยวิธี LSD (Least significant difference) วิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพรายด้าน กับการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรทำนายทั้งหมดกับตัวแปรเกณฑ์ในสมการถดถอย โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ระหว่างการพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ซึ่งเป็นตัวทำนายกับคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นตัวเกณฑ์ และการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านอารมณ์และสังคม ซึ่งเป็นตัวทำนาย กับคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นตัวเกณฑ์

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่มีเพศ และสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน
2. ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา, มัธยมศึกษา/ปวช. และสูงกว่ามัธยมศึกษา/ปวช. มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ ค้าขาย และเกษตรกรกรรม มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการวิจัยพบว่า ข้าราชการบำนาญมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน 1,000-5,000 บาท 5,001-8,000บาท และมากกว่า 8,000 บาท มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาท มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือน 1,000-5,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. การสนับสนุนทางสังคมทุกด้าน ยกเว้นด้านสิ่งอำนวยความสะดวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่า

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมทุกด้าน ยกเว้นด้านการประเมินพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการพักผ่อน(bh_3) ด้านโภชนาการ(bh_4) และด้านการออกกำลังกาย(bh_2) ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

7. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม(ss_4) สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 23.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

8. การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม(ss_4) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการพักผ่อน(bh_3) ร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 30.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลเป็น 3 ส่วน คือ ปัจจัยทางชีวสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ พฤติกรรมดูแลสุขภาพกับการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังนี้

ปัจจัยทางชีวสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เพศ

จากสมมติฐานข้อ 1 ที่กล่าวว่า “ผู้สูงอายุเพศชายมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง” ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายและผู้สูงอายุเพศหญิงมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่วางไว้ ทั้งนี้กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิงจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ เหมือนกัน เช่น 1.การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากความเสื่อมของระบบต่างๆ ของร่างกาย 2.การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านบทบาทสังคม เช่น การเกษียณอายุ การสูญเสียบทบาทในการเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียชีวิตของคู่สมรส ญาติ คนใกล้ชิดหรือเพื่อน 3.การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านสถานภาพและบทบาททางสังคม เช่น ผู้ที่เคยทำงานเมื่ออายุครบ 60 ปี ต้องออกจากงาน การสูญเสียบทบาทในการเป็นผู้นำครอบครัว จากบทบาทที่เคยเป็นผู้นำเลี้ยงครอบครัว กลายเป็นสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว (อารีย์ เสนาชัย, 2549: ออนไลน์) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะเกิดกับผู้สูงอายุทุกคนไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือเพศหญิง อาจจะแตกต่างกัน

บ้างตรงระยะเวลาว่าจะเร็วหรือช้า ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ และพื้นฐานการปรับตัวของผู้สูงอายุแต่ละคน ฉะนั้นจึงอธิบายได้ว่า ผลพวงจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่ได้กล่าวมาข้างต้น ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุกัญญา เตชะโศกวิวัฒน์ (2544 : 99) และงานวิจัยของ วิภาวรรณ ลิขิตเลิศล้ำ (2551 : 77) ซึ่งพบว่า ตัวแปรเพศไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต คือ ไม่ว่าเพศชายหรือหญิงต่างก็มีคุณภาพชีวิตที่ไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา

จากสมมติฐานข้อ 2 ที่กล่าวว่า “ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า” ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับสมมติฐานที่วางไว้บางส่วน คือ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา, มัธยมศึกษา/ปวช. และสูงกว่ามัธยมศึกษา/ปวช. มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษามีคุณภาพชีวิตต่ำที่สุด อธิบายได้ว่า การศึกษานั้นเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการพัฒนามนุษย์ในทุกๆ ด้านทั้งในแง่คุณธรรม จริยธรรม และการประกอบอาชีพ (มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย. 2552 : ออนไลน์) การที่ผู้สูงอายุจะสามารถพัฒนาร่างกายและจิตใจไปในทางที่ดี หรือมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้นเพียงใดนั้นย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบดังต่อไปนี้ คือ 1. องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย คือ การมีสุขภาพกายดี ปราศจากการเจ็บป่วย 2. องค์ประกอบด้านจิตใจ คือ การรับรู้ และการแสดงออกทางอารมณ์ต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว 3. องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม คือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลรอบๆ ข้าง 4. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม คือ สภาพแวดล้อมซึ่งบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในปัจจุบัน (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ. 2540 : ออนไลน์) และการศึกษา ก็เป็นปัจจัยสำคัญหลักที่ทำให้องค์ประกอบของความพึงพอใจในชีวิตทั้ง 4 ด้านของแต่ละบุคคลได้รับการตอบสนองที่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษา จะมีความรู้ความสามารถในการดำรงชีวิต และมีกระบวนการในการนำความรู้ที่มี ไปใช้คิด หรือดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตได้ดีกว่า เช่น มีความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถปรับตัวยอมรับกับสภาพความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจได้ เมื่อมีสุขภาพกายดี สุขภาพจิตก็จะดี สิ่งที่มาตามคือการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตรงกันข้าม หากมีการศึกษาน้อย การยอมรับจากสังคมก็น้อย เช่น โอกาสในการได้งานที่มีความมั่นคงจะน้อยกว่ากลุ่มคนที่มีระดับการศึกษาสูงๆ ส่งผลไปยังค่าตอบแทนที่จะได้รับ ซึ่งจะน้อยลงด้วย เมื่อได้ค่าตอบแทนน้อย การใช้จ่ายใช้สอยก็จะเป็นไปอย่างประหยัด การดำเนินชีวิตก็อาจจะลำบาก การกินอาหาร การพักผ่อนก็อาจจะน้อย เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นก็ขาดโอกาสที่จะได้รับการบริการทางด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ทำให้ร่างกายได้รับผลกระทบ อันเกิดเป็นโรคร้ายไข้เจ็บ ซึ่งเป็นความเจ็บป่วย

ทางกาย เมื่อสุขภาพกายไม่ดี สุขภาพจิตก็จะมีปัญหา ดังนั้น สุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ไม่ดีจะบ่งบอกถึงลักษณะของคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีด้วย ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์และคณะ (2538: 89) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำ โดยงานวิจัยของ ชุมพล อังควิเศษฐพันธ์ (2547: 92) พบว่า ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตที่สูงที่สุด รองลงมาคือผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือหรือสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาตามลำดับ นอกจากนี้มีงานวิจัยของ ธเนศ มณีกุล (2547: 82) พบว่า ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ ในขณะที่ผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง

สถานภาพสมรส

จากสมมติฐานข้อ 3 ที่กล่าวว่า “ผู้สูงอายุที่อยู่กับสามีหรือภรรยา มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่เป็นโสด, หม้าย, หย่า, หรือแยกทางกับคู่สมรส” จากผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่กับสามีหรือภรรยา มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากผู้สูงอายุที่เป็นโสด, หม้าย, หย่า, หรือแยกทางกับคู่สมรส ซึ่งผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่วางไว้ อธิบายได้ว่า การมีคู่ หรือไม่มีคู่นั้นไม่ได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพราะคุณภาพชีวิตเป็นเรื่องของการรับรู้ของแต่ละบุคคล เกี่ยวกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ว่ามีความสุขหรือไม่มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิตหรือไม่ ซึ่งไม่มีความเกี่ยวข้องกับการที่ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวหรือมีคู่ เช่น 1. องค์ประกอบด้านร่างกาย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย ที่มีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ความรู้สึกสุขสบายไม่มีความเจ็บปวด ความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน ความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพาอาศัยใคร หรือการรักษาทางการแพทย์อื่นๆ 2. องค์ประกอบด้านจิตใจ เป็นการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง ภาพลักษณ์ของตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน ความสามารถในการจัดการกับความเศร้าหรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่าง ๆ ของตนที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น ความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต หรือมีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค 3. องค์ประกอบด้าน

สัมพันธภาพทางสังคม เป็นการรับรู้เรื่อง ความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม การรับรู้ว่าได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคม รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ และ 4. องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับรู้ว่ามีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและมั่นคงในชีวิต ได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดีปราศจากมลพิษต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่างๆ ได้มีกิจกรรมสันทนาการและมีกิจกรรมในเวลาว่าง (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุลและคณะ. 2551: ออนไลน์) ดังที่ได้กล่าวมาในข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุจะมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไรนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับสถานภาพสมรส แต่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของผู้สูงอายุแต่ละคนมากกว่า ดังนั้น ผู้สูงอายุไม่ว่าจะอยู่กับสามีหรือภรรยา เป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่กับคู่สมรสจึงมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานของ พจนา ศรีเจริญ (2544: 50) และวิภาวรรณ ลิขิตเลิศล้ำ (2551: 77) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างก็มีคุณภาพชีวิตไม่ได้แตกต่างกัน

อาชีพ

จากสมมติฐานข้อ 4 ที่กล่าวว่า “ผู้สูงอายุที่มีอาชีพต่างกัน จะมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน” ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานที่วางไว้บางส่วน คือ ผู้สูงอายุที่เป็นข้าราชการบำนาญ ค้าขาย และเกษตรกรรม มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และข้าราชการบำนาญมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพรับจ้าง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เนื่องจากอาชีพเป็นปัจจัยบ่งชี้สถานะทางเศรษฐกิจของบุคคล และเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติประเทศไทย (บติ ธนมัน. 2530: 821 ; อ้างอิงจาก คณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตไทยในชนบท) โดยเฉพาะสังคมปัจจุบัน อาชีพนำมาซึ่งรายได้หรือค่าตอบแทนต่างๆ ทั้งที่เป็นตัวเงิน เป็นสิ่งของ รวมทั้งความภาคภูมิใจที่ได้รับจากการประกอบอาชีพ โดยเฉพาะกับผู้สูงอายุ การมีพื้นฐานการประกอบอาชีพที่มั่นคง เช่น ผู้ที่เคยประกอบอาชีพข้าราชการหรือเป็นพนักงานรัฐวิสาหกิจ เมื่อเกษียณอายุราชการไปแล้วจะได้รับเงินบำนาญ มีสวัสดิการต่างๆ ไว้รองรับยามเจ็บป่วย ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ก็จะมีความมั่นใจในความมั่นคงทางการเงินมากกว่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชุมพล อังควิเศษฐพันธ์ (2547: 89) ซึ่งพบว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัทเอกชน มีค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพที่สูงที่สุดในทางตรงกันข้าม ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ก็ขาดความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจ ขาดแคลนรายได้สำหรับใช้จ่ายเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านต่างๆ ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง สิ่ง

เหล่านี้ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ยังสามารถประกอบอาชีพได้อยู่ ซึ่งผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องกับงานวิจัยของ วันทนี ขำเพ็ง (2540: 128) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540: 109) ซึ่งพบว่า ผู้ที่มีอาชีพมีระดับคุณภาพชีวิตดีในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ที่ไม่อาชีพ

รายได้

จากสมมติฐานข้อ 5 ที่กล่าวว่า “ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า” ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานที่วางไว้บางส่วน คือ ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือน 1,000-5,000 บาท 5,001-8,000 บาท และมากกว่า 8,000 บาท จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท และผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 8,000 บาท มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือน 1,000-5,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจาก รายได้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยตรง การมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ถือเป็นหนึ่งในความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (Basic Minimum Needs : BMN) 9 ประการของประชาชนที่คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้กำหนดไว้ (ปติ ธิมนัน. 2530: 821 ; อ้างอิงจากคณะกรรมการอำนวยการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตไทยในชนบท) ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงกว่า สามารถนำรายได้ส่วนที่มีอยู่มาใช้ในการตอบสนองความต้องการในชีวิตประจำวัน เช่น เลือกรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และมีประโยชน์ต่อร่างกาย เลือกที่จะอยู่ในสถานที่ที่มีความปลอดภัยและมีสิ่งอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม เมื่อไม่สบาย หรือมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกายก็ได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (2540: 110) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำ โดยพบว่า กลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท/เดือนมีจำนวนผู้ที่มีคุณภาพชีวิตระดับดีมากกว่า กลุ่มที่มีรายได้ 1,000-5,000 บาท/เดือน และในกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท/เดือน แต่ในทางตรงกันข้าม หากผู้สูงอายุมีรายได้น้อยไม่เพียงพอต่อความต้องการ หรือไม่มีรายได้ สิ่งตามมาคือ การขาดแคลนปัจจัยที่จะมาตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ อันได้แก่ ปัจจัย 4 คือ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค ส่งผลต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำให้ไม่ได้รับการดูแลในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านร่างกายและจิตใจ และเมื่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพไม่ดี คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก็จะลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมพิศ พรหมเดช (2537: 70) ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวมากจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัว

น้อย โดยงานวิจัยของ ชุมพล อังควิศิษฐพันธ์ (2547: 90) พบว่า ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 8,000 บาทขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 8,000 บาท

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพกับการสนับสนุนทางสังคม

จากสมมติฐานข้อที่ 6 ที่กล่าวว่า “พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านอารมณ์และสังคม และคุณภาพชีวิต” ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานที่วางไว้บางส่วน คือ การสนับสนุนทางสังคมทุกด้าน ยกเว้นด้านสิ่งอำนวยความสะดวก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า วัยสูงอายุเป็นวัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจ ฉะนั้น สุขภาพ หรือความทุกข์ในวัยสูงอายุจึงถือว่าตั้งอยู่บนพื้นฐานของสมรรถภาพทางร่างกาย และสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุเป็นปัจจัยหลัก ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากกลุ่มต่างๆ ทั้งครอบครัว ชุมชน หรือนักวิชาชีพทางด้านสุขภาพดี จะมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพที่ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิรมล จิตต์จำนงค์ (2552 : ออนไลน์) พบว่า ผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย ซึ่งก็เป็นที่ทราบกันดีว่า สุขภาพที่ดีนำมาซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องได้รับการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด โดยการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ หรือการดูแลเรื่องการเงิน การช่วยเหลือด้านแรงงาน เช่น การช่วยทำงานแทน เพราะผู้สูงอายุจะมีอุปสรรคทางด้านร่างกายทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างเองได้ จึงต้องมีคนคอยช่วยเหลือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) โดยการปลอบใจ ให้กำลังใจ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ามิที่พึ่งมีคนรัก มีคนคอยดูแลเอาใจใส่ ขณะเดียวกันการให้ข้อมูลข่าวสาร หรือให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ก็จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในทุกๆ ด้าน (ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย รวมทั้งด้านการพักผ่อน) ของผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้ ผู้สูงอายุที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดี จึงมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในทุกๆ ด้านดี จึงอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์ (2547: 71-72) และเพ็ญใจ สุวิริยะไพศาล (2542: 68) ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทุกด้าน คือด้านการประเมินคุณค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัสดุอุปกรณ์ การเงิน แรงงานและเวลา และด้านอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

ปัจจัยพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

จากสมมติฐานข้อที่ 7 ที่กล่าวว่า “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการพักผ่อน และด้านการป้องกันอุบัติเหตุ สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้” สมมติฐานนี้เป็นการคาดหมายถึงอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการพักผ่อน(bh₃) ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงสุด รองลงมาคือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ(bh₁) และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย(bh₂) ตามลำดับ ซึ่งตัวแปรทั้งสามสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตได้ 30.1%

จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการพักผ่อน เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้สูงสุด ทั้งนี้เนื่องมาจาก เดิมผู้สูงอายุเป็นวัยที่เคยผ่านการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตมามาก ทั้งหน้าที่การงาน หรือความรับผิดชอบต่างๆ ที่มี ดังนั้น เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ หน้าที่ความรับผิดชอบลดลง มีเวลาว่างมากขึ้น ผู้สูงอายุสามารถหาเวลาว่างได้ง่ายกว่าตอนที่อยู่ในวัยทำงาน จึงสามารถเลือกทำกิจกรรมในยามว่างได้ง่ายขึ้น ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมเพื่อนันทนาการ หรือการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ หรือให้บริการผู้อื่น ซึ่งเป็นเรื่องที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ในขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็ยังคงมีบทบาทและสถานภาพทางสังคมอยู่ (ภัทรพร ไพเราะ. 2539: 21) ซึ่งกิจกรรมที่ผู้สูงอายุทำ เช่น การนอน การอ่านหนังสือ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ ปลูกต้นไม้ สังสรรค์กับเพื่อนฝูง การเข้าร่วมกิจกรรมในชมรม ผู้สูงอายุรว เป็นเสมือนแรงสนับสนุนที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ภัทรพร ไพเราะ. 2539: 21) นอกจากนี้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ และด้านการออกกำลังกาย เป็นตัวแปรสำคัญรองลงมาที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ เพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่ต้องการอาหารที่เหมาะสมกับวัย อาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุนั้นจะต้องเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดก๊าซและท้องอืดได้ง่าย ลดการบริโภคไขมัน โดยเฉพาะกลุ่มไขมันอิ่มตัวและโคเลสเตอรอลสูง ไม่ควรรับประทานน้ำตาลมากเกินไป เพราะจะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานหรือภาวะไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงได้ รับประทานอาหารที่ให้สารอาหารโปรตีนอย่างเพียงพอ บริโภคผักและผลไม้เป็นประจำเพื่อให้ได้วิตามินและเกลือแร่ (จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ต้นศิริ. 2536: 441-450) นอกจากนี้ การออกกำลังกาย อย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ โดยการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวติดต่อกัน เช่น การเดิน การวิ่งเหยาะๆ การปลูกต้นไม้ การทำสะอาดบ้าน เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีร่างกายที่แข็งแรง และปราศจากโรคภัยต่างๆ ได้

และจากสมมติฐานข้อที่ 8 ที่กล่าวว่า “การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้าน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านอารมณ์และ

สังคมสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้” สมมติฐานนี้เป็นการคาดหมายถึงอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม และในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีเพียงตัวแปรเดียว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม(ss₄) ซึ่งสามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ 23.9% อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ เช่น ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากบุตรหลานเป็นอย่างดี ได้รับความรัก ความห่วงใย และให้กำลังใจ บุตรหลานให้ความเคารพนับถือ รวมทั้งได้ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับบุตรหลานและคนในสังคม จะทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ผู้สูงอายุจะมีความมั่นคงทางจิตใจ มีความหวังและกำลังใจที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น และสามารถยอมรับกับสภาพความมีอายุได้ รวมทั้งรู้สึกว่ามีคุณค่า และมีความสำคัญสำหรับลูกหลาน เมื่อยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ ผู้สูงอายุก็สามารถรับรู้ได้ว่าตนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากสมมติฐานข้อที่ 9 ที่กล่าวว่า “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้” สมมติฐานนี้เป็นการคาดหมายถึงอำนาจการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยการนำตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมมาทำนายคุณภาพชีวิตร่วมกัน และในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้พบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีเพียงสองตัวแปรเท่านั้น คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม(ss₄) และพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการพักผ่อน(bh₃) ซึ่งตัวแปรทั้งสองร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ 30.3% แสดงให้เห็นว่า การได้รับความรัก ความเอาใจใส่ และกำลังใจจากบุคคลที่อยู่รอบข้างโดยเฉพาะบุตรหลาน มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลดาวัลย์ น้อยเหลือ(2551: 95) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ เพราะการได้รับกำลังใจจากบุตรหลานจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และนอกจากนี้การได้พักผ่อนอย่างเพียงพอและเหมาะสมกับช่วงวัย ได้ทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งเป็นการผ่อนคลายร่างกาย ไม่ว่าจะเป็น การนอน การออกกำลังกายโดยการเดิน วิ่ง การทำงานอดิเรก รวมทั้งการปฏิบัติธรรม ย่อมส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ได้เรียนหนังสือ แสดงว่า ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ จะขาดความรู้เรื่องวิธีการดูแลสุขภาพ ดังนั้น ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุ เช่น บุตรหลาน ญาติ หรือเจ้าหน้าที่ หน่วยงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่

ต้องให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยการให้ข้อมูลเรื่องวิธีการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ให้คำแนะนำเรื่องปัญหาสุขภาพ หรือวิธีการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง

2. ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพ แสดงว่า อาชีพสัมพันธ์กับรายได้ ผู้สูงอายุที่ไม่มีอาชีพก็จะมีรายได้ ก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น บุตรหลาน หรือ ญาติ ต้องให้ความสำคัญกับเรื่องการเงินของผู้สูงอายุ โดยการหาอาชีพให้ผู้สูงอายุได้ทำ เพื่อจะได้มีรายได้ไว้ใช้เมื่อยามจำเป็น หรืออาจจะต้องให้เงินผู้สูงอายุไว้ใช้จ่ายตามความเหมาะสม

3. ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม และทั้งสองตัวแปรสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ แสดงว่า การที่ผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีด้วย และสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้น ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว เช่น บุตรหลาน และญาติ รวมทั้งชุมชน และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จะต้องให้การสนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง โดยการให้จัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ อย่างเพียงพอ ให้ความรู้ หรือคำแนะนำ เรื่องการดูแลสุขภาพ เช่น ดูแลเรื่องการพักผ่อน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย หรือเรื่องอารมณ์โดยรับฟังปัญหาของผู้สูงอายุและช่วยกันแก้ไข

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยเชิงทดลองเพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุตรหลานของผู้สูงอายุเป็นผู้ให้ความรู้ เช่น ให้ความรู้เรื่องการจัดการความเครียดของผู้สูงอายุ เป็นต้น แล้วทำการประเมินผล

2. ควรทำการวิจัยกับผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุเขตพื้นที่อื่นๆ และผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเปรียบเทียบว่าผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรรณิกา ลองจางง. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ประโยชน์ของ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอ ท่าอุเทน จังหวัดนครพนม*. ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (พฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพ). มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ถ่ายเอกสาร.
- กฤติกาพร ไยโนนตาต. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของสตรีโรคเบาหวานในภาวะหมด ประจำเดือน จังหวัดชัยภูมิ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธาณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กอบบุญ พึ่งประดิษฐ์. (2550). *การศึกษาลักษณะมุ่งอนาคตการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของนักศึกษาโปรแกรมวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏในกลุ่ม รัตนโกสินทร์*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. (2540). *เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย*. สืบค้นเมื่อ 11 มีนาคม 2551, จาก <http://www.dmh.go.th>
- จรัสวรรณ เทียนประภาส และพัชรี ดันสิริ. (2536). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ รุ่งเรืองธรรม.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์. (2437). *การวิจัยทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้รับบริการและผู้ให้บริการในการประชุมวิชาการสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช ครั้งที่ 8 เรื่องวิจัยทางพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในทศวรรษหน้า : ทิศทางและรูปแบบ*. คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- จิราพร ธนอมก้อม. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และ ปัจจัยทางชีวสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้ สงสัยถูกข่มขืนที่มารับบริการตรวจ ณ ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุของโรงพยาบาลตำรวจ*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- ฉัตรวลัย ใจอารีย์. (2533). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง*. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชูศักดิ์ เวชแพทย์. (2538). *สรีรวิทยาของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์.
- ชุมพล อังคศิษฐ์พันธ์. (2547). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของประชากรในอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น*. ปรินูญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง. (2540). *พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย*. ปรินูญายพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ธเนศ มณีกุล. (2547). *คุณภาพชีวิตของราษฎรในพื้นที่โครงการห้วยองคตอันเนื่องมาจากพระราชดำริ อำเภอนองบรีอ จังหวัดกาญจนบุรี*. ปรินูญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาลังคม).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- นงลักษณ์ ศรีสุจริต. (2548). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถตนเองในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค*. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาสุขภาพศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
ถ่ายเอกสาร.
- นพรัตน์ หนูบ้านยาง. (2540). *การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ*. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. (สาขาวิชาสุขภาพศึกษา).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นันทน์ภัส หงส์เวียงจันทร์. (2546). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. ปรินูญานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาสุขภาพศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- นิรมล จิตต์จำนงค์. (2552). *การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยกระดูกขาหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็ก* โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า สมุทรสงคราม. สืบค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2552. จาก <http://www.cps.chula.ac.th>
- บริบูรณ์ พรพิบูลย์. (2532). *โลกยามชราและแนวทางการเตรียมตัวเพื่อเป็นสุข*. เชียงใหม่: พระสิงห์การพิมพ์.

บดี ธรรมนูญ. (2530, ตุลาคม). *ความจำเป็นพื้นฐานและคุณภาพชีวิต*. จุฬาลงกรณ์เวชสาร.

31(10): 821.

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). “จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข,” ในเอกสารการสอนชุดวิชา

สังคมวิทยาหน่วยที่ 11. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย*. ปรินญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

บัณฑิต เคียงธนสมบัติ. (2547). *การสนับสนุนทางสังคม การมีกิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ*. ปรินญาพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

ปัทมาวดี บุญศิริ. (2547). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอท่าอุเทน จังหวัดนครพนม*. ปรินญาสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต (พฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพ). มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ถ่ายเอกสาร.

ประภาเพ็ญ สุวรรณและสรวง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ: เจ้าพระยาการพิมพ์.

ประภาพร จินนุทยา. (2536). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมทางสังคมผู้สูงอายุดินแดง*. ปรินญาพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

พจนา ศรีเจริญ. (2544). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในสมาคมข้าราชการนอกประจำการในจังหวัดเลย*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (สังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา). เลย: บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันราชภัฏเลย. ถ่ายเอกสาร.

พิมพ์พรณ กิตติวงศ์ภักดี. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครปฐม*. ปรินญาพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. (2542). *ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี*. ปรินญาพนธ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา. (2541, มกราคม-มิถุนายน). *ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน*. วารสารวิทยาลัยคริสเตียน. 4 (1): 32 - 42.
- พรสุวรรณ จารุพันธุ์. (2547, กันยายน-ธันวาคม). *ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม และ ปัจจัยบางประการกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จังหวัดชัยนาท*. วารสารมหาวิทยาลัย คริสเตียน. 10(3): 223-235.
- ภราดา บุราณสาร. (2546). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัด หนองบัวลำภู*. ปริญาสาธาณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- ภัทรพร ไพเราะ. (2539). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย. (2552). *ความเปลี่ยนแปลงทางสังคมมนุษย์*. สืบค้นเมื่อ 7 เมษายน 2552, จาก <http://www.dhamma.mbu.ac.th>
- มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย. (2552). *การศึกษาทางสังคม*. สืบค้นเมื่อ 7 เมษายน 2552, จาก <http://www.dhamma.mbu.ac.th>
- ยง พิทยานิยม. (2537). *ข้อคิดสิบประการสำหรับผู้สูงอายุ*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัทเคล็ดไทย จำกัด.
- รัตนา สนิธิภาพ. (2541). *ตัวแปรที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ลดาวลย์ น้อยเหลือ. (2551). *การศึกษาปัจจัยทางจิตและการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ลักษมี บุญธรรม. (2540). *อัตรามโนทัศน์การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมดูแลตนเองของ ผู้สูงอายุอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- วันทนีย์ ขำเพ็ญ. (2540). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา*.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาอนามัยครอบครัว). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วลิดา ศักดิ์บัณฑิตสกุลและคณะ. (2541, มกราคม-มิถุนายน). *การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรม
การส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ใช้แรงงานในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ จังหวัดสระบุรี*.
วารสารวิทยาลัยคริสเตียน. 4(1): 43-54.
- วันเฉลิม พลอินทร์. (2549). *การสนับสนุนเรื่องความปลอดภัยและอนามัยในการทำงานขององค์การ
พฤติกรรมความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตในการทำงาน*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม.
(จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยสถาบันเทคโนโลยี
พระจอมเกล้าพระนครเหนือ. ถ่ายเอกสาร.
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2551). *ข้อมูลผู้สูงอายุในประเทศไทย*.
สืบค้นเมื่อ 7 เมษายน 2551, จาก <http://www.cps.chula.ac.th>
- วิภาวรรณ ลิขิตเลิศล้ำ. (2551). *ความสามารถในการเผชิญปัญหาและฝ่าฟันอุปสรรค ปัจจัยสภาพ
แวดล้อมทางสังคม และปัจจัยลักษณะทางชีวสังคม ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของสมาชิก
ชมรมผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยพฤติกรรม
ศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สิทธิอาภรณ์ ขวณปี. (2543). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางเมือง
อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สมพิศ พรหมเดช. (2537). *ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาหลังผ่าตัด การสนับสนุนทางสังคมกับ
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนไต*. ปริญญานิพนธ์ วท.ม. (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สมพร ใจสมุทร. (2547). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเขต
ลาดกระบัง*. ปริญญา วท.ม. (เวชศาสตร์ชุมชน). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
ถ่ายเอกสาร.
- สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์และคณะ. (2538, มกราคม-มีนาคม). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ
การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ*.
วารสารมหาวิทยาลัยมหิดล. 2(1): 88-96.

- สิริพร สุทธิญา. (2550). *พฤติกรรมการดูแลตนเองกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุในสวนรมณีนารทกรุงเทพมหานคร*. ปริญญา กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุรางค์ เชื้อวณิชชากร. (2548). *ปัจจัยทางชีวสังคมและจิตลักษณะบางประการที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงเรียนมหิดลวิทยานุสรณ์ จังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุกัญญา เตชะไชยวัฒน์. (2544). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- สุวัฒน์ ศรีสรจันทร์และคณะ. (2543, มกราคม-เมษายน). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุชนบท จังหวัดนครราชสีมา*. วารสารสุขศึกษา. 23(84): 76-90.
- สุรกุล เจนอบรม. (2535). *วิทยาการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำราญ ดวงสว่าง. (2547). *การสนับสนุนทางสังคม การบรรลุลงานตามขั้นพัฒนาการ และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในจังหวัดลพบุรี*. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยรามคำแหง. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย*. สืบค้นเมื่อ 7 เมษายน 2551, จาก <http://www.nso.go.th>
- อารีย์ เสนาชัย. (2549). *การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ*. สืบค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2552, จาก <http://www.nso.go.th>
- Berghorn, F.S., Schafer, D.E. & Associates. (1981). *The Dynamics of Aging :Original Essays on the Processes and Experiences of Growing Old*. Colorado: West view Press.
- Dalkey, N and D. Rourke. (1973). *The Delphi Procedure and rating Quality of life factors in the Quality of Life Concept*. Washington D.C: Environmental Protection Agency.
- Flanagan, J.C. (1978). "A Research Approach to Improving our Quality Of Life". American Cytologist. 22(February 1978): 138-139.
- Jacobson, D.E. (1986, September). "Types and timing of Social Support." Journal Health Social Behavior. 27(63): 252.
- Kahn, R.L. (1979). *Aging and social support*. In M.W. Riley (ed.). *Aging from birth to death : interdisciplinary perspective*. Colorado: West view.

- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). *Determining Sample Size for Research Activities, Educational and Psychological Measurement*. 30 : 607-610.
- Patterson, W.B. (1975). "The Quality of Survival in Response to treatment." *JAMA*. 233(33): 280.
- Thoits, P.A. (1982, June). "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.
- Zhan, L. (1992). *Quality of life: "Concept and Measurement issue."* *Journal of Advance Nursing*: 979.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางชีวสังคม

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน [] หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. เพศ

[] ชาย

[] หญิง

2. ระดับการศึกษา

[] ไม่ได้เรียนหนังสือ

[] ประถมศึกษา (ป.1-ป.6)

[] มัธยมศึกษา (ม.1- ม.6)

[] ปวช หรือ ปวส

[] ปริญญาตรีขึ้นไป

3. สถานภาพสมรส

[] อยู่กับสามี หรือ ภรรยา

[] โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่กับคู่สมรส

4. อาชีพ

[] เกษตรกรรม

[] รับจ้าง

[] ค้าขาย

[] ข้าราชการบำนาญ

[] ไม่ได้ประกอบอาชีพ

5. รายได้

[] ต่ำกว่า 1,000 บาท/เดือน

[] 1,000 – 5,000 บาท/เดือน

[] 5,001 - 8,000 บาท/เดือน

[] มากกว่า 8,000 บาท/เดือน

ตอนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามประสบการณ์ของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่าน
สำรวจและประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ ที่เป็นจริง
เกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เลย
1	ท่านมีกำลังเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆ ในแต่ละวันใหม่ (ทั้งเรื่องงาน หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน)					
2	ท่านพอใจกับการนอนหลับของท่านมากน้อยเพียงใด					
3	ท่านรู้สึกพอใจมากน้อยแค่ไหนที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน					
4	ท่านพอใจกับความสามารถในการทำงานได้อย่างที่เคยทำมามากน้อยเพียงใด					
5	ท่านสามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดีเพียงใด					
6	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต (เช่น มีความสุข ความสงบ มีความหวัง) มากน้อยเพียงใด					
7	ท่านมีสมาธิในการทำงานต่างๆ ดีเพียงใด					
8	ท่านรู้สึกพอใจในตนเองมากน้อยแค่ไหน					
9	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตัวเองใหม่					
10	ท่านมีความรู้สึก เหนงา เศร้า หดหู่ สิ้นหวัง วิตกกังวล บ่อยแค่ไหน					
11	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายมากน้อยแค่ไหน					

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	เล็กน้อย	ไม่เลย
12	ท่านรู้สึกว่าคุณมีความมั่นคงปลอดภัยดีไหมในแต่ละวัน					
13	ท่านพอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ตอนนี้มากน้อยเพียงใด					
14	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็นมากน้อยเพียงใด					
15	ท่านพอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็นเพียงใด					
16	ท่านได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวันมากน้อยเพียงใด					
17	ท่านมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียดมากน้อยเพียงใด					
18	สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพของท่านมากน้อยเพียงใด					
19	ท่านพอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหนของท่าน(หมายถึงการคมนาคม) มากน้อยเพียงใด					
20	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านในตอนนี้อย่างใด					
21	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิต (ชีวิตความเป็นอยู่) อยู่ในระดับใด					

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามประสบการณ์ของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้ท่านสำรวจ และประเมินการปฏิบัติตนของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด โดย

คำตอบมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ		ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
1	ท่านเคี้ยวอาหารให้ละเอียดก่อนกลืน				
2	ท่านแปรงฟันหรือบ้วนปาก หลังทานอาหาร				
3	ท่านดื่มกาแฟ บ่อยแค่ไหน				
4	ท่านทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ				
5	ท่านดื่มน้ำอัดลม บ่อยแค่ไหน				
6	ท่านดื่ม เบียร์ ไวน์ เหล้า บ่อยแค่ไหน				
7	ท่านทาน ผัก ผลไม้สด บ่อยแค่ไหน				
8	ท่านสูบบุหรี่ บ่อยแค่ไหน				
9	ท่านล้างมือก่อนและหลังทานอาหาร				
10	ท่านออกกำลังกาย เช่น เดิน วิ่งเหยาะๆ รำมวยจีน บ่อยแค่ไหน				
11	ท่านออกกำลังกายเบาๆ โดยการทำงานบ้าน หรือรดน้ำต้นไม้				
12	ท่านออกกำลังกายครั้งละ 20-30 นาที				
13	ท่านสวมชุดที่เหมาะสม ก่อนออกกำลังกาย				
14	ท่านได้อบอุ่นร่างกายประมาณ 5-10 นาที ก่อนออกกำลังกาย				
15	ท่านออกกำลังกายจนกระทั่งมีเหงื่อออกและหัวใจเต้นเร็วขึ้น				
16	หลังออกกำลังกาย ท่านได้นั่งพักสักครู่ ก่อนดื่มน้ำ, ทานอาหาร หรืออาบน้ำ				

	ข้อความ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อย ครั้ง	ปฏิบัติ นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ เลย
17	ท่านไปเดินชมสินค้า หรือดูงานแสดงสินค้าบ่อยแค่ไหน				
18	ท่านได้ไปทัศนศึกษา เช่น สถานที่ท่องเที่ยว ชมโบราณวัตถุ หรือ ศิลปวัฒนธรรมบ่อยแค่ไหน				
19	ท่านไปปฏิบัติศาสนกิจที่ วัด โบสถ์ หรือมัสยิด บ่อยแค่ไหน				
20	ท่านทำงานอดิเรก เช่น เลี้ยงสัตว์/ปลูกต้นไม้/อ่านหนังสือ/ดูโทรทัศน์ ฯลฯ				
21	ท่าน ลูก นั่ง เดิน อย่างช้าๆ และไม่มีรีบร้อน				
22	ท่านระวังตัวมากขึ้น เมื่อต้องใช้ของมีคม เช่นมีด หรือกรรไกร ตัดเล็บ				
23	ท่านปิดแก๊สหลังใช้งานแล้ว				
24	ท่านจัดของในบ้านให้เป็นระเบียบ				
25	ท่านข้ามถนนตรงทางม้าลาย หรือสะพานลอย				
26	ท่านตรวจเช็คของใช้ในบ้านให้มีสภาพดีตามอายุการใช้งาน				

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามประสบการณ์ของท่านในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาให้ท่าน
สำรวจ และประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน □ ที่เป็นจริง
เกี่ยวกับตัวท่าน

มากที่สุดเพียงคำตอบเดียว โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก ได้แก่ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริง
น้อย และจริงน้อยที่สุด

	ข้อความ	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด
1	คนในครอบครัวช่วยเหลือท่านเมื่อท่านมีปัญหาการเงิน					
2	คนในครอบครัวช่วยท่านทำงาน เช่น การทำความสะอาด บ้าน ซักผ้า ทำกับข้าว ฯลฯ					
3	คนในครอบครัวดูแลรับ-ส่งท่าน เมื่อต้องไปพบแพทย์ หรือ เดินทางไปที่ต่างๆ					
4	คนในครอบครัวจัดที่พักให้ท่านตามความเหมาะสม					
5	คนในครอบครัวจัดหาเสื้อผ้า ของใช้ อาหาร มาให้ท่านตาม ความเหมาะสม					
6	คนในครอบครัวให้คำแนะนำเรื่องการทานอาหาร แก่ท่าน					
7	คนในครอบครัวให้คำแนะนำเรื่องการออกกำลังกายแก่ท่าน					
8	คนในครอบครัวแนะนำให้ท่านสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย และบอกแนวทางการแก้ไขให้					
9	คนในครอบครัวให้คำแนะนำเรื่อง วิธีการปฏิบัติตนเมื่อไม่ สบายแก่ท่าน					
10	คนในครอบครัวนำคำแนะนำจากแพทย์ หรือพยาบาล มา บอกแก่ท่าน					

ข้อความ		จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด
11	เมื่อมีข้อสงสัยเรื่องสุขภาพ ท่านสามารถขอคำปรึกษาจากคนในครอบครัวได้					
12	คนในครอบครัวคอยเตือน เมื่อท่าน หงุดหงิด หรือ เครียด จนเกินไป					
13	คนในครอบครัวคอยเตือนท่านให้ไปพบแพทย์ หากท่านพบความผิดปกติต่างๆ ของร่างกาย					
14	คนในครอบครัวถามท่านว่า ไปตรวจสุขภาพประจำปีตามที่แพทย์นัดไว้ หรือยัง					
15	คนในครอบครัวคอยเตือนเมื่อท่านไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์					
16	ท่านมีคนไข้ที่ไว้วางใจ ให้คำปรึกษา และพูดคุยปัญหาได้ทุกเรื่อง					
17	เมื่อท่านเจ็บป่วย หรือมีปัญหาเกิดขึ้น ท่านมักได้รับความรัก ความห่วงใย จากคนในครอบครัว					
18	ท่านมั่นใจว่าจะได้รับการช่วยเหลือจากคนใกล้ชิดหากเกิดอันตรายขึ้นกับท่าน					
19	ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนๆ และญาติพี่น้อง					
20	คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านเข้าร่วมงานประเพณีหรือทำกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน					
21	คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านได้พูดคุยกับผู้รู้ เรื่องการดูแลสุขภาพ เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข					

ภาคผนวก ข

ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่น ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตาราง 11 ค่าอำนาจจำแนก แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อคำถามที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.513
2	.238
3	.645
4	.447
5	.561
6	.728
7	.798
8	.703
9	.621
10	.554
11	.269
12	.670
13	.567
14	.617
15	.324
16	.558
17	.468
18	.300
19	.384
20	.523
21	.689

ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเท่ากับ .902

ตาราง 11 ค่าอำนาจจำแนก แบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อคำถามที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.251
2	.283
3	.213
4	.248
5	.487
6	.220
7	.749
8	.323
9	.232
10	.781
11	.575
12	.778
13	.366
14	.695
15	.496
16	.729
17	.423
18	.590
19	.673
20	.519
21	.247
22	.588
23	.691
24	.837
25	.678
26	.839

- ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเท่ากับ .917
- ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ ตั้งแต่ข้อ1-9 เท่ากับ .818
 - ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ตั้งแต่ข้อ 10-16 เท่ากับ .899
 - ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการพักผ่อน ตั้งแต่ข้อ 17-20 เท่ากับ .763
 - ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการป้องกันอุบัติเหตุ ตั้งแต่ข้อ 21-26 เท่ากับ .847

ตาราง 11 ค่าอำนาจจำแนก แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ

ข้อคำถามที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	.403
2	.417
3	.586
4	.641
5	.637
6	.428
7	.608
8	.623
9	.671
10	.797
11	.371
12	.500
13	.452
14	.600
15	.294
16	.511
17	.676
18	.476
19	.390
20	.585
21	.561
ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ .902	

- ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งอำนวยความสะดวก
ตั้งแต่ข้อ 1-5 เท่ากับ .846
- ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ตั้งแต่ข้อ 6-11
เท่ากับ .844
- ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินพฤติกรรม
ตั้งแต่ข้อ 12-15 เท่ากับ .671
- ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และสังคม ตั้งแต่ข้อ 16-21
เท่ากับ .850

ภาคผนวก ค

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ดร.ธนิดา จุลวนิชย์พงษ์

คณะมนุษยศาสตร์

อาจารย์ประจำภาควิชาจิตวิทยา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

นายแพทย์ สมพงษ์ จันทพันธ์

ประธานชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

นางสาว ลดาวัลย์ น้อยเหลือ

ผู้ช่วยนักวิจัย

ศูนย์การศึกษาและการจัดการศึกษาพิเศษ “คุณ
พุ่ม”

มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ภาคผนวก ง

หนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

และ

ขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

ที่ ศธ 0519.12/๐๑443



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

17 กันยายน 2551

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษาและจัดการศึกษาพิเศษ "คุณพุ่ม"

เนื่องด้วย นางสาววิลาวัลย์ รัตนา นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำสารนิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี” โดยมี อาจารย์ฉัฐวิทย์ สิริธีรอรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางสาววิลาวัลย์ น้อยเหลือ ผู้ช่วยนักวิจัย เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาววิลาวัลย์ รัตนา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2664-1000 ต่อ 5730

ที่ ศธ 0519.12/๗๔๔



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุโขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

/ ๗ กันยายน 2551

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน นายแพทย์สมพงษ์ จันทน์

เนื่องด้วย นางสาววิลาวัลย์ รัตนานิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำสารนิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี” โดยมี อาจารย์ฉวีวัฒน์ สิทธิศรีอรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรงแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาววิลาวัลย์ รัตนานิสิต และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2664-1000 ต่อ 5730

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 081-5377-150

ที่ ศธ 0519.12/๐๑๔๔๕



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

17 กันยายน 2551

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ดร.ธนิศา จุลวนิชย์พงษ์

เนื่องด้วย นางสาววิลาวัลย์ รัตนา นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำสารนิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี” โดยมี อาจารย์ฉัฐวิทย์ สิริธีรอรอด เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาววิลาวัลย์ รัตนา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2664-1000 ต่อ 5730

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิติ โทรศัทพ์ 081-5377-150

ที่ ศธ 0519.12/๐๙๔๔๖



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๗ กันยายน 2551

เรื่อง ขออนุญาตออกระเบียบการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาววิลาวัลย์ รัตนานิติระดับปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำสารนิพนธ์ เรื่อง “ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ชุมชนผู้สูงอายุโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี” โดยมี อาจารย์จตุวัฒน์ สิริศิริธรรม เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอใช้สถานที่ชุมชนผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อขอให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพ / แบบสอบถามคุณภาพชีวิต และ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ในระหว่างเดือนตุลาคม 2551 - มกราคม 2552

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาต ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาววิลาวัลย์ รัตนานิติเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมชาย สันติวัฒนกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ชื่อสกุล	นางสาววิลาวัลย์ รัตนา
วันเดือนปีเกิด	25 กันยายน 2525
สถานที่เกิด	สุราษฎร์ธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	35 หมู่ 3 ตำบลสาคร อำเภอบางสะพาน จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84210
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2838	ประถมศึกษาปีที่ 6
	จากโรงเรียนบ้านสาครมิตรภาพที่ 195
พ.ศ. 2544	มัธยมศึกษาปีที่ 6
	จากโรงเรียนพระแสงวิทยา
พ.ศ. 2548	ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (วิทยาศาสตร์สุขภาพ)
	จากมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
พ.ศ. 2552	ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ)
	จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร